



**ΤΕΙ Κρήτης**  
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

**ΣΧΟΛΗ:ΣΕΥΠ**

**ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

***«Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΑΠ ΤΗ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΠΕΔΥ  
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ»***

Φοιτήτριες: Μιχελάκη Μαρία  
Μαθιουδάκη Νικολέτα

Επιβλέπων: Τσουμάνη Ναταλία

**Ηράκλειο**10/2017

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	4
Εισαγωγή .....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> : Εισαγωγή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	7
1.1 Ορισμός και χαρακτηριστικά της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....	7
1.2 Σκοπός, στόχοι και αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .....	11
1.3 Περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .....	13
1.4 Ιστορική αναδρομή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ευρώπη ..	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο : Ποιότητα υγείας.....	18
2.1 Ορισμός της ποιότητας υγείας .....	18
2.2 Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής.....	20
2.3 Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας ( Έννοια - Ορισμός). .....	21
2.4 Τα προσδιοριστικά της υψηλής ποιότητας στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο : Ικανοποίηση των ασθενών .....	25
3.1 Ορισμός ικανοποίησης ασθενών.....	25
3.2 Το ζήτημα της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας. ....	31
3.3 Η ικανοποίηση των ασθενών και οι διαστάσεις της .....	34
3.4 Συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας .....	38
3.5 Η σημασία διερεύνησης της ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας .....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : Ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	42
4. 1 Σχέση του ιατρικονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή .....	42
4.2 Η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και του ασθενή.....	44
4.3 Η λεκτική επικοινωνία μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και του ασθενή.....	45

4.4 Η μη λεκτική επικοινωνία μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και του ασθενή.....	46
4.5 Οι κοινωνικοί ρόλοι που εμπλέκονται στη σχέση θεραπευτή – ασθενή ...	47
4.6 Τα δικαιώματα του ασθενή.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο : Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σήμερα .....	50
5.1 Τα σημερινά προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .....	50
5.2 Ενδεικτικές προτάσεις .....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο Ερευνητικό μέρος .....	52
6.1 Μεθοδολογία.....	52
6.2 Στατιστική ανάλυση.....	52
6.3 Αποτελέσματα.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο Συμπεράσματα .....	68
7.1 Συζήτηση-συμπεράσματα .....	68
7.2 Προτάσεις .....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο Βιβλιογραφία .....	73
Παράρτημα.....	84

## Περίληψη

**Σκοπός** της παρούσας έρευνας ήταν η μέτρηση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας η περίπτωση του ΠΕΔΥ Ηρακλείου.

Η **μέθοδος** που χρησιμοποιήθηκε ήταν με την χρήση ερωτηματολογίου. Το δείγμα ατόμων ήταν 300. Στη συγκεκριμένη έρευνα διανεμήθηκαν 300 ερωτηματολόγια και αξιοποιήθηκαν και τα 300. Τα ερωτηματολόγια περιείχαν ερωτήσεις κλειστού τύπου. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν σε φόρμα του excel και αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20.

**Αποτελέσματα:** Στην παρούσα μελέτη το 29,3% ήταν άντρες και το 70,7% ήταν γυναίκες. Το ποσοστό των ασφαλισμένων του δείγματος ήταν 87,7%, ενώ οι ανασφάλιστοι το 12%. Το μεγαλύτερο ποσοστό 47,3% θεωρεί την υγεία του καλή, το 21,0 % πολύ καλή και το 24,3 % μέτρια. Στην επιλογή παροχής φροντίδας των ασφαλισμένων ένα μεγάλο ποσοστό 47,5% επιλέγει να στρέφεται σε ιδιώτες γιατρούς με αμοιβή, ενώ ένα ποσοστό 25,7 % στρέφεται σε ιδιώτες γιατρούς ΕΟΠΥΥ, είτε σε γιατρούς του ΠΕΔΥ. Το μεγαλύτερο ποσοστό 29,5% κρίνει την εμπειρία τηλεφωνικής εξυπηρέτησης ΠΕΔΥ πολύ κακή, το 23,1% ούτε καλές/ούτε κακές και το 19,3% μάλλον καλές, το 17,3% μάλλον κακές και το 10,8% πολύ καλές.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασφαλισμένων 37,5% πιστεύει ότι οι εμπειρίες χρόνου αναμονής μέχρι την επίσκεψη στο γιατρό είναι ούτε καλές/ούτε κακές, το 19,1% μάλλον καλές, το 18,7% πολύ κακές, το 17,1% μάλλον κακές, το 7,7% πολύ καλές. Τον χρόνο έκδοσης των αποτελεσμάτων των εξετάσεων τους έκρινε ένα ποσοστό 36,8% ως μάλλον καλή, το 30,7% ούτε καλή ούτε κακή, και το 7,4% ως πολύ κακή. Η καθαριότητα των εγκαταστάσεων θεωρείται 48,1% πολύ καλή, 33% μάλλον καλή, 13,8% ούτε καλή/ούτε κακή, το 3,7% μάλλον κακή και το 1,3% πολύ κακή. Η εμπειρία τήρησης της προγραμματισμένης ώρας ραντεβού παρατηρείται ότι το 31,3% είναι ούτε καλή/ούτε κακή, το 24,6% είναι μάλλον καλή, το 18,2% μάλλον κακή, το 15,5% πολύ καλή, το 18,2% μάλλον κακή και το 10,4% πολύ κακή.

Το 36,7% νομίζει ότι εμπειρία της πλήρους ενημέρωσης από τον γιατρό είναι πολύ καλή, το 36,4% μάλλον καλή, το 17,5% ούτε καλή/ούτε κακή, το 5,4% πολύ κακή και το 4% μάλλον κακή. Οι λόγοι επίσκεψης κυρίως στο ΠΕΔΥ αποτελούνται από 55,4% εξέταση, 28,2% για συνταγογράφηση, 11,7% εργαστηριακές εξετάσεις, 2,7% εμβολιασμούς και το 2% αναρρωτικές άδειες. Το 38,4% κρίνει ότι η συμπεριφορά νοσηλευτών είναι μάλλον καλή, το 33,8% πολύ καλή, το 21,5% ούτε καλή/ούτε κακή, το 3,5% μάλλον καλή και το 2,8% πολύ κακή. Επιπρόσθετα, παρουσιάζεται, και η συμπεριφορά των γιατρών απέναντι στους ασφαλισμένους, με το μεγαλύτερο ποσοστό να πιστεύει ότι είναι μάλλον καλή με 47,1%. Τέλος, παρουσιάζεται, και η

συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων, όπου το μεγαλύτερο σύνολο των ασφαλισμένων υποστηρίζει ότι είναι μέτρια με ποσοστό 32,1%.

Η μεγαλύτερη έλλειψη του ΠΕΔΥ λογαριάζεται ότι είναι η έλλειψη ιατρών 59,5%, έλλειψη εξειδικευμένων εξετάσεων 18,4%, έλλειψη εργαστηριακών εξετάσεων 11,4% και η έλλειψη νοσηλευτικού/ παραϊατρικού προσωπικού 10,7%. Ερωτήθηκαν εάν θα επέλεγαν να έρθουν ξανά στο ΠΕΔΥ και απάντησαν με 60 % Ναι, με 23 % Όχι και με 15,60 % Δεν απαντώ. Άλλη μια ερώτηση που τους έγινε, είναι εάν θα πρότειναν την επίσκεψη στο ΠΕΔΥ σε φίλους και συγγενείς, όπου απάντησαν με 44% μάλλον ναι, με 23 % μάλλον όχι, με 22,90 % σίγουρα ναι, με 10,30% σίγουρα όχι. Τέλος αξιολογείται η συνολική εμπειρία του ΠΕΔΥ με κλίμακα από 1-10. Το μεγαλύτερο ποσοστό 24% βαθμολογεί με 6, το 21,7% με 7, το 16% με 5, το 12% με 8, το 7,7% με 3, το 6,7% με 4, το 4,3% με 2, το 2,7% με 9, το 2% με 1 και 1,7% με 10.

**Συμπεράσματα:** Οι ασφαλισμένοι του ΠΕΔΥ δείχνουν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που τους παρέχονται ως σύνολο. Γενικότερα, είναι ικανοποιημένοι με όλο το προσωπικό, αλλά ταυτόχρονα εντοπίζουν προβλήματα όσον αφορά την έλλειψη εξειδικευμένων εξετάσεων, την έλλειψη ιατρών αλλά και προβλήματα στις κτηριακές υποδομές με βασικότερο το χώρο στάθμευσης.

Λέξεις κλειδιά: ασφαλιστικό ταμείο, ΠΕΔΥ, ικανοποίηση, βαθμός ικανοποίησης, υπηρεσίες υγείας, υγεία

## Εισαγωγή

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μέτρηση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας η περίπτωση του ΠΕΔΥ Ηρακλείου.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τον ορισμό, το σκοπό, τους στόχους και τις αρχές της.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η Ποιότητα Ζωής, ο ορισμός της, η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας καθώς και τα προσδιοριστικά της υψηλής ποιότητας στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στον ορισμό της ικανοποίησης ασθενών, την σπουδαιότητα αυτής στις υπηρεσίες υγείας, η ικανοποίηση των ασθενών και οι διαστάσεις της. Στη συνέχεια γίνεται συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και αναλύεται επίσης η σημασία της διερεύνησης του βαθμού ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας. Αναλύεται η σχέση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή καθώς και η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία του προσωπικού με τον ασθενή. Περιγράφει τους κοινωνικούς ρόλους που εμπλέκονται στη σχέση θεραπευτή-ασθενή και τα δικαιώματα του ασθενή.

Το πέμπτο κεφάλαιο ασχολείται με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σήμερα. Αναλύονται τα σημερινά της προβλήματα καθώς και ενδεικτικές προτάσεις βελτίωσης της.

Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση του ερευνητικού μέρους της εργασίας. Αναφερόμαστε στην μεθοδολογία, στην στατιστική ανάλυση και στα αποτελέσματα της έρευνας.

Στο έβδομο κεφάλαιο υπάρχουν τα συμπεράσματα της έρευνας και οι προτάσεις για βελτίωση του ΠΕΔΥ Ηρακλείου.

Στο όγδοο κεφάλαιο είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : Εισαγωγή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

### 1.1 Ορισμός και χαρακτηριστικά της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma Ata το 1978 που εκδόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) «η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βασική φροντίδα υγείας που στηρίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά ορθές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία και η οποία παρέχει καθολική πρόσβαση σε άτομα και στις οικογένειες τους με κόστος το οποίο τόσο η κοινότητα όσο και η κάθε χώρα μπορεί να διαθέσει. Αποτελεί δε το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας και μαζί με το εθνικό σύστημα υγείας του οποίου αποτελεί τον κεντρικό άξονα, μεταφέρουν τη φροντίδα υγείας κοντά στο χώρο όπου τα άτομα ζουν και εργάζονται αποτελώντας το πρώτο στοιχείο στη διαδικασία παροχής συνεχούς φροντίδας υγείας », (WHO, 1978).

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma Ata, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

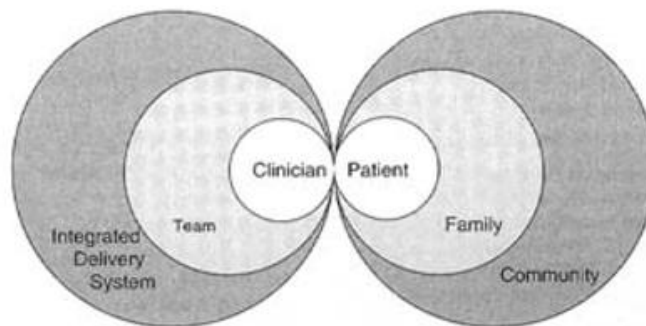
- 1) Προβάλλει και αντανakλά τις οικονομικές συνθήκες και τα κοινωνικοπολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και βασίζεται στην εφαρμογή των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από έρευνα στις κοινωνικές, βιοϊατρικές και υπηρεσίες υγείας και από την εμπειρία στη δημόσια υγεία.
- 2) Απαντά στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.
- 3) Περιλαμβάνει τουλάχιστον τα εξής: εκπαίδευση στην πρόληψη και αντιμετώπιση των πιο κύριων προβλημάτων υγείας, εξασφάλιση της παροχής τροφής και προαγωγή της κατάλληλης διατροφής, παροχή επαρκούς ασφαλούς πόσιμου νερού και των βασικών συνθηκών υγιεινής, φροντίδας για την υγεία της μητέρας και του παιδιού συμπεριλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού, εμβολιασμό για τις κυριότερες μεταδοτικές ασθένειες, πρόληψη και έλεγχο των ασθενειών που ενδημούν σε τοπικό επίπεδο, κατάλληλη θεραπεία των κοινών νοσημάτων και τραυματισμών και παροχή των απαραίτητων φαρμάκων.

- 4) Βασίζεται σε λειτουργούς υγείας συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, μαιών, βοηθητικού προσωπικού και εργαζομένων στην κοινότητα που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι σε κοινωνικές και τεχνικές δεξιότητες για να λειτουργούν ως ομάδα υγείας και να ανταποκρίνονται στις εκφρασμένες ανάγκες υγείας της κοινότητας (WHO, 1978).

Το 1996 το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute Of Medicine- IOM) των Η. Π. Α. μέσω της Επιτροπής για το Μέλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εξέδωσε τον ακόλουθο ορισμό. «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η παροχή ενσωματωμένων (ολοκληρωμένων, συντονισμένων, συνεχιζόμενων), προσβάσιμων υπηρεσιών φροντίδας υγείας από κλινικούς ιατρούς που είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση των πλείστον προσωπικών αναγκών φροντίδας υγείας των ασθενών, μέσα από την ανάπτυξη ενός διαρκούς συνεταιρισμού με τους ασθενείς και οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας» (Donaldson MS, et al., 1996).

Στο διάγραμμα 1 απεικονίζεται η θέση της Επιτροπής για το Μέλλον της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σύμφωνα με την οποία η αλληλεπίδραση ασθενούς-ιατρού συνιστά το κέντρο αυτής.

*Διάγραμμα 1. Αλληλεξάρτηση των συστατικών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Adapted from IOM*





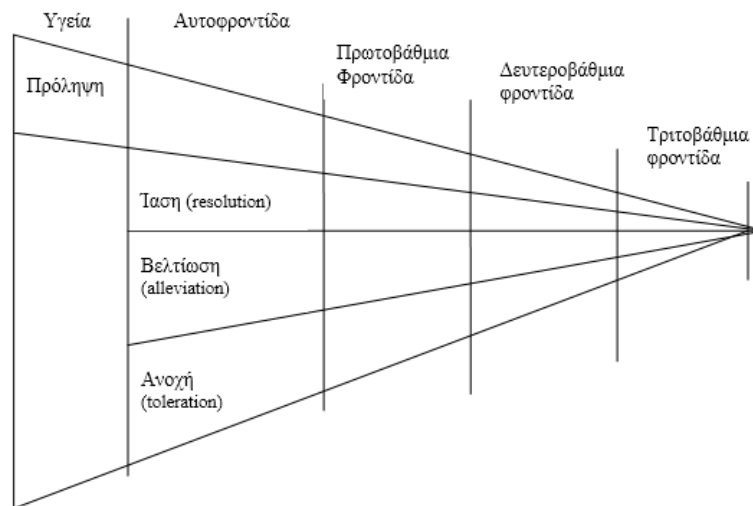
Ο ιατρός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλληλεπιδρά με τον ασθενή αλλά και με άλλα άτομα της κοινότητας καθώς και με το σύστημα παροχής φροντίδας υγείας. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα, στην πλευρά του ασθενούς βρίσκονται η οικογένεια και η κοινότητα οι οποίες συνιστούν το πλαίσιο στο οποίο υπάρχει κατανόηση και υποστήριξη προς τον ασθενή. Στην πλευρά της παροχής φροντίδας υγείας βρίσκονται η ομάδα και το σύστημα παροχής ενσωματωμένης φροντίδας που παρέχουν τα μέσα για παράταση και βελτίωση της παρεχόμενης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Donaldson MS., 1996) Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι πολύτιμη για τα άτομα για τους ακόλουθους πέντε λόγους:

- 1) Αποτελεί το χώρο στον οποίο οι ασθενείς μπορούν να προσέλθουν με ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας για να λάβουν την κατάλληλη προσοχή και να αναμένουν ότι στις πλείστες περιπτώσεις τα προβλήματα τους θα λυθούν χωρίς να χρειάζεται να παραπεμφθούν.
- 2) Καθοδηγεί τους ασθενείς διαμέσου του συστήματος υγείας με κατάλληλες παραπομπές για υπηρεσίες από άλλους επαγγελματίες υγείας.
- 3) Διευκολύνει την ανάπτυξη μιας διαρκούς σχέσης ανάμεσα στον ιατρό και στον ασθενή και ενθαρρύνει τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους και την προσωπική τους φροντίδα.
- 4) Παρέχει ευκαιρίες για την πρόληψη της νόσου και την προαγωγή υγείας καθώς και για την πρόωμη ανίχνευση των προβλημάτων.
- 5) Βοηθά στη διασύνδεση των υπηρεσιών προσωπικής φροντίδας υγείας, της οικογένειας του ασθενούς και της κοινότητας που μπορούν να υποστηρίξουν την ικανοποίηση των αναγκών υγείας του ασθενούς (Donaldson MS., 1996).

Αν αποτυπωθούν τα τρία επίπεδα φροντίδας υγείας με τη μορφή πυραμίδας, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αντιπροσωπεύει τη βάση της πυραμίδας (διάγραμμα 2). Το δεύτερο επίπεδο είναι η δευτεροβάθμια φροντίδα ενώ στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκεται η τριτοβάθμια φροντίδα. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η απάντηση σε αδιαφοροποίητα και κοινά προβλήματα υγείας που αντιπροσωπεύουν την πλειονότητα των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Προβλήματα τα οποία για την αντιμετώπιση τους απαιτούν εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα αντιμετωπίζονται στη δευτεροβάθμια φροντίδα που εκφράζεται τόσο στο νοσοκομειακό επίπεδο όσο και σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων, ενώ σπάνιες και

σύνθετες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται στην τριτοβάθμια φροντίδα υγείας (Fry J., 1972).

*Διάγραμμα 2. Η πυραμίδα της φροντίδας υγείας. Adapted from RCGP (The Nature of General Medical Practice- Report from General Practice London. RCGP 1996 p. 27)*



Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν αποτελεί ειδικότητα, αλλά παρέχεται από επαγγελματίες με εξειδίκευση στη Γενική/ Οικογενειακή Ιατρική. Στην Ευρώπη η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι συνυφασμένη με τη Γενική Ιατρική, αλλά οι δύο έννοιες δεν είναι συνώνυμες και διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Σε μερικές χώρες όπου η Γενική Ιατρική είναι καλά αναπτυγμένη, οι λειτουργίες και τα χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλληλεπικαλύπτονται με αυτά της Γενικής Ιατρικής και η Γενική Ιατρική κατέχει κυρίαρχη θέση στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Σε άλλες χώρες η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται και από άλλους ειδικούς όπως παιδίατρος, γυναικολόγους, ειδικούς παθολόγους και καρδιολόγους (Saltman RB., 2006).

## 1.2 Σκοπός, στόχοι και αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Όπως αναφέραμε και προγενέστερα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τμήμα του συστήματος υγείας και της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης κάθε χώρας. Ειδικότερα, αποτελεί τη πρώτη επαφή των ατόμων με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχής διαδικασίας αναφορικά με τη φροντίδα της υγείας (Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 1996). Ο κύριος στόχος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, «είναι να βελτιώσει και να διατηρήσει την ολική λειτουργική ιδιότητα και την γενική υγεία των ασθενών» (Berger, Bingefors, Hedblom Pharm, Pashos and Torrance, 2003, :131).

Στο παγκόσμιο συνέδριο της Άλμα – Άτα, το 1978 διατυπώθηκε πως η φιλοσοφία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας βασίζεται στην ολιστική προσέγγιση της υγείας, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τη μέχρι εκείνη την εποχή προσέγγιση (Κωλέτση, 1996).

Η εκάστοτε χώρα υποδιαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες, οι οποίες έχουν συγκεκριμένη έδρα δράσης και δική τους Διεύθυνση υπηρεσιών υγείας. Το κύριο μέλημα της συγκεκριμένης διεύθυνσης είναι η αποκέντρωση των υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, γεγονός που οδηγεί στη μείωση της γραφειοκρατικής δυσλειτουργίας, η οποία είναι χρονοβόρα και δαπανηρή, έχοντας κατ' αυτό τον τρόπο αρνητικό αντίκτυπο στη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Αδαμόπουλος, 1992).

Ειδικότερα, οι κύριοι στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η πρόληψη διαταραχών της υγείας, η αποτελεσματική διάγνωση και αντιμετώπιση τους, η όσο το δυνατόν καλύτερη φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα ή βρίσκονται στο τελικό στάδιο και τέλος η εξασφάλιση της συνέχειας της παρεχόμενης φροντίδας (Φεργαδάκη, 2011).

Σκοπό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί η μείωση των ανισοτήτων που επικρατούν στο χώρο της υγείας, όπως επίσης η επίτευξη μιας επιτυχημένης επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών, προκειμένου να συμμετέχουν και οι ίδιοι στη προαγωγή της υγείας τους, η οποία βασίζεται σε τρεις κύριες αρχές, οι οποίες είναι:

- Η ισότητα στην κατανομή των δομών υγείας και των ευρύτερων παραγόντων που την επηρεάζουν
- Η συμμετοχή των ατόμων και της ευρύτερης κοινότητας μέσα στην οποία ζουν στη λήψη αποφάσεων σχετικών με το ζήτημα της υγείας και
- Ο προγραμματισμός της υγείας να δίδει ιδιαίτερη έμφαση στη πρόληψη, προκειμένου να επιτευχθεί η προαγωγή της υγείας των ατόμων (Κωλέτση, 1996).

Μεταξύ άλλων, σκοπός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η εξέλιξη της προληπτικής ιατρικής. Το γεγονός αυτό έχει ως επακόλουθο τη καταγραφή στοιχείων όπως παραδείγματος χάριν ηλικία, φύλο, οικογενειακό ιστορικό, τη διαρκή παρακολούθηση και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως επίσης τη καταγραφή των υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής, ώστε να εντοπίζονται έγκαιρα οι διάφοροι κίνδυνοι υγείας που караδοκούν στο ευρύτερο περιβάλλον του ατόμου και κατ' αυτό τον τρόπο να διασφαλίζεται η προαγωγή της υγείας. Όσον αφορά τώρα το τομέα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης οι κύριοι σκοποί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η βελτίωση, η προστασία και η διατήρηση της υγείας της εκάστοτε κοινότητας (Solberg, όπως αναφέρεται στο Πιερράκο, 2008).

Ακόλουθα, η διακήρυξη της Alma Ata επισημαίνει την εξέλιξη του τομέα της υγείας διαμέσου μιας νέας πολιτικής, της οποίας κύριος άξονας είναι η επίτευξη ενός ενιαίου για όλους του πολίτες επιπέδου υγείας, το οποίο θα τους δίνει τη δυνατότητα μιας κοινωνικά και οικονομικά παραγωγικής ζωής. Για την επίτευξη όμως του ενιαίου αυτού επιπέδου υγείας, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας, των οποίων πυρήνας θα είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σύμφωνα με την διακήρυξη της Alma Ata, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει τη δυνατότητα να προσφέρει βασικές εγκαταστάσεις υγιεινής, όπως παραδείγματος χάριν ύδρευσης, ευκαιρία σωστής διατροφής, φαρμακευτική αγωγή και κατάλληλη θεραπεία στην καταπολέμηση ποικίλων νόσων και τραυματισμών και τέλος περίθαλψη της μητέρας και του παιδιού της. Παρέχει επίσης συμβουλευτική στήριξη αναφορικά με ζητήματα οικογενειακού προγραμματισμού, εμβολιασμού για τα σοβαρά νοσήματα, πρόληψης και αντιμετώπισης ενδημικών νόσων και ενημέρωσης και σωστής πληροφόρησης του πληθυσμού όσον αφορά σημαντικά υγειονομικά ζητήματα (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεωδώρου & Πολύζος, 1995).

### 1.3 Περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί μια έννοια, διαμέσου της οποίας προκύπτει ένα καινούριο κοινωνικό ρεύμα, το οποίο θα συμβάλει με τη σειρά του στην ανάπτυξη ενός διαφορετικού τρόπου ζωής και θεώρησης του ζητήματος της υγείας (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεωδώρου & Πολύζος, 1995)

Η διατήρηση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας, πραγματοποιείται επιτυχώς διαμέσου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς οι ειδικότερες μονάδες της βρίσκονται στο επίκεντρο της προσοχής του συστήματος υγείας κι αυτό γιατί είναι αποκεντρωμένες εντός της καθημερινής ζωής των ατόμων που απαρτίζουν την εκάστοτε κοινότητα. Ειδικότερα, οι συγκεκριμένες μονάδες κατέχουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο όσον αφορά τη συνεχή, συνεργατική και ομαλή σχέση της κοινότητας με τις δομές της υγείας. (Θεωδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

Διαμέσου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η υπάρχουσα αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια, την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος υγείας διαφοροποιείται. Επίσης, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δε στρέφει αποκλειστικά τη προσοχή και το ενδιαφέρον της στο τομέα της πρόληψης και της περίθαλψης πέραν του πλαισίου του νοσοκομείου, αλλά ασκεί σημαντική επιρροή στην ευρύτερη κοινωνική και οικονομική οργάνωση κάθε χώρας, ιδιαίτερα σε τομείς όπως η βιομηχανία, η γεωργία και ούτω καθεξής (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεωδώρου & Πολύζος, 1995).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει δραστηριότητες σχετικές με τη δημόσια υγεία, τη διατροφή, τη παροχή ιατροφαρμακευτικής αγωγής. Οι συγκεκριμένες προληπτικές μέθοδοι αποσκοπούν στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, στην ελάττωση της νοσηρότητας, στη τροποποίηση του τρόπου συμπεριφοράς των ατόμων, τα οποία διαμέσου αυτής θα οδηγηθούν στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής (Πιερράκος, 2008).

Επίσης, οι ποικίλες υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας είναι αναγκαίο να έχουν μια άμεση και στενή συνεργασία με τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, προκειμένου οι διάφορες καταστάσεις που επηρεάζονται από τις ευρύτερες κοινωνικές συνθήκες να διευθετούνται αποτελεσματικά και σε όσο το δυνατόν γρηγορότερο χρονικό διάστημα. Όπως είναι αναμενόμενο, οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, όπως

παραδείγματος χάριν τα άπορα ή οικονομικά ασθενέστερα άτομα, οι μονογονεϊκές οικογένειες, τα ηλικιωμένα άτομα, οι πρόσφυγες, τα άτομα με ειδικές δυνατότητες, οι ψυχικά ασθενείς και ούτω καθεξής χρήζουν φροντίδας και στήριξης πέραν της διάγνωσης και της ιατροφαρμακευτικής αγωγής (Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 1996). Μάλιστα, όταν η αντιμετώπιση της εκάστοτε ασθένειας έχει πραγματοποιηθεί, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι υπεύθυνη για την αποκατάσταση του ατόμου, αναλαμβάνοντας όλες τις ιατρικές και μη ανάγκες του, έως ότου ενταχθεί και πάλι στο ευρύτερο κοινωνικό του σύνολο.

Μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η φροντίδα και η στήριξη των ατόμων που βρίσκονται σε άμεση ανάγκη, παρέχεται όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο όπου εκείνα διαβιούν. Ο κύριος άξονας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η ενασχόληση με τα σημαντικότερα υγειονομικά προβλήματα της κοινωνίας και η παροχή υπηρεσιών πρόληψης, αντιμετώπισης και αποκατάστασης της υγείας των ασθενών. (Δαρβίρη, 2010 & Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 1996).

Επιπλέον, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναφέρεται κατά κύριο λόγο στις αποκεντρωμένες δομές πρόληψης και αγωγής υγείας, στις οποίες κρίνεται απαραίτητη η ενεργητική συμμετοχή όλων των μελών της εκάστοτε κοινότητας, προκειμένου να διατηρηθεί ή ακόμη και να βελτιωθεί το επίπεδο διαβίωσης και υγείας τους. Ακόμη, η κυβέρνηση κάθε χώρας είναι υποχρεωμένη να προσφέρει τις συγκεκριμένες υπηρεσίες τόσο στην ευρύτερη κοινωνία όσο και σε κάθε μεμονωμένο άτομο, το οποίο με τη σειρά του οφείλει να απαιτεί τη φροντίδα και στήριξη των εκάστοτε δομών, που είναι απαραίτητο να είναι υψηλής ποιότητας (Αδαμόπουλος, 1992). Μία εκ των βασικών αρχών του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, είναι η παροχή των συγκεκριμένων υπηρεσιών καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, προκειμένου τα "απλά" περιστατικά να διευθετούνται εντός του τοπικού επιπέδου, χωρίς προσφυγή σε κάποιο νοσοκομείο (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεωδώρου & Πολύζος, 1995 & Θεωδώρου, Σαρρή και Σούλη, όπως αναφέρονται στο Πιερράκο, 2008).

Ακολούθως, διαμέσου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας διαφαίνονται τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά γνωρίσματα κάθε χώρας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο των ασθενών που εισέρχονται στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως και για τις δαπάνες του υγειονομικού

συστήματος και το κατάλληλο σχεδιασμό του νοσοκομειακού συστήματος (Λιονή & Μερκούρη, όπως αναφέρεται στο Πιερράκο, 2008).

Οι δραστηριότητές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αναφέρονται κυρίως:

- Στην εκπαίδευση και πληροφόρηση όσον αφορά τα ζητήματα υγείας και τις τεχνικές πρόληψης και αντιμετώπισης τους
- Στη προαγωγή της σωστής διατροφής
- Στην ύπαρξη μέτρων βασικής υγιεινής
- Στη φροντίδα κατά κύριο της μητέρας και του παιδιού, αλλά και των υπολοίπων ευπαθών ομάδων του πληθυσμού
- Στον εμβολιασμό
- Στη πρόληψη και θεραπεία ασθενειών και τέλος
- Στη σωστή θεραπεία και φαρμακευτική αγωγή (Πιερράκος, 2008).

#### **1.4 Ιστορική αναδρομή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ευρώπη**

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970 η παρεχόμενη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διέφερε ανάμεσα στις χώρες της Δυτικής από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης. Στη μεν Δυτική Ευρώπη η παροχή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας γινόταν κυρίως σε ιδιωτικά ιατρεία με ένα Γενικό Ιατρό (solo practices). Στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, η παρεχόμενη φροντίδα ολοκληρωνόταν στην πρώτη επαφή, η οποία παρεχόταν κυρίως από ειδικούς ιατρούς σε ιατρεία τύπου πολυκλινικών. Σε αυτή τη μεταβατική εικόνα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας βρισκόταν στην περιφέρεια ενός συστήματος υγείας του οποίου το κέντρο αποτελούσαν η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας (Saltman RB., 2006).

Η πρώτη ευρεία συστηματική αλλαγή πραγματοποιήθηκε στη Φινλανδία με το ψήφισμα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 1972. Σύμφωνα με αυτό, οι δημοτικές αρχές είχαν την υποχρέωση να παρέχουν στους κατοίκους τους υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που να περιλαμβάνουν πρόληψη και θεραπεία. Οι υπηρεσίες αυτές θα παρέχονταν σε κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τα οποία θα αποτελούνταν από ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και εκπαιδευτές υγείας οι οποίοι θα συνιστούσαν μία ολοκληρωμένη ομάδα (Järvelin J., 2002).

Η Σουηδία (Hjortsberg C. and Ghatnekar O. 2001) ήταν η επόμενη χώρα που ακολούθησε παρόμοια στρατηγική βασισμένη στην ανάπτυξη κέντρων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η πρωτοβουλία των χωρών αυτών ακολουθήθηκε σύντομα από την καθολική προσέγγιση της διακήρυξης της Alma Ata το 1978, η οποία έδωσε έμφαση στον κεντρικό ρόλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τη λειτουργία αποτελεσματικών, αποδοτικών και ίσων υπηρεσιών υγείας ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η δεκαετία του 1980 ξεκίνησε με αρκετές πρωτοβουλίες για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσα από Κέντρα Υγείας. Στα μέσα της δεκαετίας του 1980 η Σουηδία και η Φινλανδία αναδιάρθρωσαν το σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ακολούθησαν χώρες όπως η Ελλάδα, η Ολλανδία, η Ισπανία και η Μ. Βρετανία με την ανάπτυξη Κέντρων Υγείας. Στο τέλος της δεκαετίας του 1980 και πριν τον εκδημοκρατισμό τους, στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, επικρατούσαν δύο τύποι παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ο ένας τύπος ήταν τα κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τα οποία αντιστοιχούσαν στα ιατρεία πολυειδικοτήτων (group practices) των χωρών της δυτικής Ευρώπης. Αυτά τα Κέντρα Υγείας αποτελούνταν κυρίως από μια ομάδα επαγγελματιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (γενικούς ιατρούς και άλλους ειδικούς ιατρούς όπως παιδίατρος, γυναικολόγους, παθολόγους, οφθαλμιάτρος, δερματολόγους). Ο δεύτερος τύπος αφορούσε τις χώρες της πρώην Γιουγκοσλαβίας όπου οι Γενικοί Ιατροί αναγνωρίζονταν ως οι βασικοί ιατροί Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι περισσότεροι από αυτούς εργάζονταν μαζί με άλλους ειδικούς σε Κέντρα Υγείας στα οποία λειτουργούσαν ως «ρυθμιστές-διακινητές». Οι γενικοί ιατροί είχαν την προσωπική τους λίστα ασθενών με τη διατήρηση ιατρικού αρχείου ασθενών και αναλάμβαναν διάφορα διοικητικά καθήκοντα (Saltman RB., 2006).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 τα συστήματα φροντίδας υγείας στην Ευρώπη διακρίνονταν σε ένα από τρία υπάρχοντα μοντέλα:

- 1) το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης υγείας (Bismarck),
- 2) το μοντέλο παροχής φροντίδας μέσω φορολογίας (Beveridge) και
- 3) το Σοβιετικό μοντέλο (Semashko). Στην πραγματικότητα κανένα Ευρωπαϊκό σύστημα υγείας δεν εντασσόταν απόλυτα σε κάποιο από τα μοντέλα αυτά, με την κάθε χώρα να τα προσαρμόζει στις δικές της ιδιαιτερότητες (Marrée J. and Groenewegen PP., 1997).



Οι συνταγματικές τροποποιήσεις που έγιναν στις χώρες που ακολουθούσαν τα μοντέλα Bismarck και Beveridge έγιναν με σκοπό να προάγουν τις δυνατότητες επιλογής, να ενθαρρύνουν τον ανταγωνισμό, να αυξήσουν τους πόρους για τη φροντίδα υγείας, να απαντήσουν στις επιθυμίες των καταναλωτών, να επεκτείνουν την κάλυψη του πληθυσμού ή ακόμα να περιορίσουν τα ψηλά κόστη της αγοράς εργασίας (Dixon A. and Mossialos E., 2001).

Προς το τέλος της δεκαετίας του 1990 στα πλαίσια των μεγάλων αλλαγών που έγιναν στη φροντίδα υγείας γενικότερα αλλά και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. ειδικότερα, οι χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης καθώς και κάποιες από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης εγκατέλειψαν το μοντέλο του Semashko και οι περισσότερες από αυτές εφάρμοσαν μοντέλα βασισμένα σε κοινωνική ασφάλιση και στην αποκεντρωτικού τύπου διακυβέρνηση. Έτσι οι πολυκλινικές που ανήκαν στο κράτος αντικαταστάθηκαν από ιδιωτικά ιατρεία Γενικών Ιατρών ενώ στα πλαίσια των αλλαγών που έγιναν αναπτύχθηκαν νέοι μέθοδοι χρηματοδότησης, ανεξάρτητα ιατρεία με καινούργιο εξοπλισμό, προγράμματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης (Preker AS., Jakab M. and Schneider M., 2002).

Οι κινήσεις αυτές οδήγησαν σε διάλυση της υφιστάμενης δομής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και έδωσαν στο Γενικό Ιατρό κεντρικό ρόλο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με νέα επαγγελματική και ιατρική προοπτική. Στην πρώην Ανατολική Γερμανία εφαρμόστηκε το μοντέλο της Δυτικής Γερμανίας με ανεξάρτητα ιατρεία με ένα Γενικό Ιατρό. ή με ομάδες αυτών.

Χώρες όπως η Εσθονία και η Λετονία εγκαθίδρυσαν εκπαιδευτικά προγράμματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις ιατρικές σχολές παρέχοντας εκπαίδευση διάρκειας έξι μηνών σε ειδικούς πριν εργαστούν στα ιατρεία τους ως Γενικοί Ιατροί.

Από την αρχική πρωτοβουλία της Φινλανδίας για την καθιέρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πριν από 30 χρόνια μέχρι σήμερα διανύθηκε μία περίοδος που χαρακτηρίστηκε από μία αξιοσημείωτη ανάπτυξη στην οργανωτική δομή, στη χρηματοδότηση και στη θεσμοθέτηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ευρώπη. Ο τομέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ενώ ξεκίνησε στην περιφέρεια των Ευρωπαϊκών συστημάτων φροντίδας υγείας τώρα διεκδικεί κεντρική θέση στα συστήματα αυτά. Αυτή η στροφή οφείλεται κυρίως στο γεγονός

ότι η γενική ιατρική σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες έχει ξεφύγει από τη σκιά του νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας και μέσα από μια μακρά και πολύπλοκη διαδικασία έχει καταφέρει να αποκτήσει ένα ισότιμο ρόλο εταίρου στους τομείς της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας (Saltman RB., 2006).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο : Ποιότητα υγείας**

### **2.1 Ορισμός της ποιότητας υγείας**

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας αναπτύχθηκε ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον μεταξύ των πολιτικών, διοικητικών και κοινωνικών επιστημών για την έρευνα των ζητημάτων που αφορούν στην Ποιότητα Ζωής και την ανάπτυξη μεθοδολογιών, οι οποίες θα στοχεύουν στη μέτρησή της (Yfantopoulos, 2001a). Η Ποιότητα Ζωής είναι ένας όρος, ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από όλους τους κλάδους των επιστημών. Επιστήμονες σε διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών έχουν μετρήσει και καταγράψει τις επιπτώσεις της. Είναι πολύ δύσκολο να διατυπώσουμε έναν κοινώς αποδεκτό ορισμό της Ποιότητας Ζωής (Βοζικάκη, Μπορμπουδάκη, Φιλαλήτης, 2006).

Οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας (Yφαντόπουλος, 2003). Πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την Ποιότητα Ζωής, την ορίζουν ως (Bowling, 1997): «τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του» διαχωρίζοντάς την από τις «συνθήκες διαβίωσης» που αναφέρονται, γενικά, στις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, έτσι όπως αυτές αντικατοπτρίζονται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα, ενώ η έννοια Ποιότητα Ζωής είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη γενική ευημερία των ατόμων που ζουν σε μία κοινωνία (Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας, 2003).

Για τον Π.Ο.Υ., η έννοια της Ποιότητας Ζωής είναι «στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας, στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους

στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (THE W.H.O.Q.O.L. GROUP, 1995). Η Ποιότητα Ζωής από ορισμένους συγγραφείς, όπως αναφέρει ο McCall (1975), έχει ερμηνευτεί ως η δυνατότητα διάθεσης πόρων προς κάλυψη των κοινωνικών αναγκών σε συνδυασμό με όρους που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον: «η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης στις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία ή περιοχή». Άλλοι συγγραφείς τονίζουν την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την Ποιότητα Ζωής και το ευ ζην. Σύμφωνα με αυτούς, η Ποιότητα Ζωής, θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησής του από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του. Περιλαμβάνει τις απαραίτητες συνθήκες και καταστάσεις που προωθούν τη «σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου», όπως η προσωπική υγεία, η εργασία, η εκπαίδευση, η οικογένεια, οι κοινωνικές συναναστροφές και η οικονομική κατάσταση (Αλουμανής, 2002).

Από όλα τα παραπάνω, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η έννοια «ποιότητα ζωής» δεν έχει καθοριστεί με έναν συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο. Ο ακριβής προσδιορισμός της βρίσκεται σε μία διαδικασία συνεχούς εξέλιξης και γι' αυτό συναντάμε πολλές εννοιολογικές ασάφειες γύρω από τον ορισμό της (Κάβουρα, Κυριόπουλος, Γείτονα, Βανδώρου, 2003). Επιπρόσθετα, μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, όπως τις επιστήμες υγείας, την κοινωνιολογία, την ανθρωπολογία, την ψυχολογία, την οικονομική επιστήμη και άλλες επιστήμες που ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με φιλοσοφικές, πολιτιστικές, πνευματικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής (Yfantopoulos, 2001c). Παγκοσμίως, η Ποιότητα Ζωής είναι ένας δείκτης, που έχει προστεθεί, όπως και η υγεία, στην κοινωνική υπηρεσία προγράμματος ανάπτυξης (1989). Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) έχει συμφωνήσει σε μία λίστα θεμάτων σχετικών με την Ποιότητα Ζωής, στην οποία περιλαμβάνονται θέματα, όπως η υγεία, ο έλεγχος στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής (Bowling, 1997).

## 2.2 Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει παρατηρηθεί έντονο ενδιαφέρον στο θέμα της ποιότητας ζωής. Η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζει διάφορες πλευρές της ζωής του ατόμου, όπως για παράδειγμα την κατοικία, την εργασία, το περιβάλλον, τις μεταφορές, τη διασκέδαση, την υγεία ή ακόμα και τα προϊόντα που καταναλώνουμε. Η έννοια της ποιότητας ζωής ευρύτατη και πολυδιάστατη. Επιπρόσθετα, μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, αλλά θεωρητικά εμπεριέχει όλες τις πλευρές της ζωής ενός ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με φιλοσοφικές, πολιτιστικές, πνευματικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής (YFANTOPOULOS, 2001). Η ποιότητα ζωής ορίζεται άλλοτε ως το προϊόν των φυσικών χαρισμάτων του ατόμου σε συνδυασμό με την επίδραση της οικογένειας και της κοινωνίας και άλλοτε ως η προσωπική δήλωση των θετικών και των αρνητικών χαρακτηριστικών, τα οποία προσδιορίζουν τη ζωή ενός ανθρώπου (BOWLING, 1997). Παρόλα αυτά, όμως, σε αρκετές περιπτώσεις, κρίνεται αναγκαία η προσέγγιση του ορισμού και της μέτρησης της ποιότητας ζωής, η οποία δεν αναφέρεται γενικά στην ευτυχία, την ικανοποίηση, τα πρότυπα ζωής, του κλίματος ή του περιβάλλοντος, αλλά περιλαμβάνει τις πλευρές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία, δηλαδή τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (PATRICK B, 1993).

Γεγονός αποτελεί το φαινόμενο ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής παρουσιάζει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τους επιστήμονες που ασχολούνται με την υγεία. Τις τελευταίες δεκαετίες, με τη βοήθεια των σύγχρονων ιατρικών ανακαλύψεων και της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, αυξήθηκε σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης αλλά και ο μέσος όρος ζωής στις κοινωνίες δυτικού τύπου. Το ερώτημα, όμως, που απασχολεί τους επιστήμονες είναι κατά πόσον αυτά τα επιπλέον χρόνια ζωής είναι ποιοτικά χρόνια με καλή υγεία, ελεύθερα συμπτωμάτων και ασθενειών, ή μήπως, τελικά, αυτή η αύξηση του μέσου όρου ζωής ακολουθείται από μια χρόνια νοσηρότητα, κυρίως στις μεγάλες ηλικίες. Ως αποτέλεσμα αυτών, οι μετρήσεις των καταστάσεων υγείας εστιάζονται πλέον στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής και όχι παραδοσιακές μετρήσεις θνησιμότητας και

νοσηρότητας, όπως παλιότερα. Παράλληλα, η πρόοδος που έχει σημειωθεί στην ιατρική επιστήμη ενθαρρύνει την ιδιαίτερη σημασία που έχει δοθεί στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, επειδή στις περισσότερες περιπτώσεις οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν καταστάσεις που απαιτούν έναν ευρύτερο ορισμό της υγείας ο οποίος περιλαμβάνει το σύνολο των σωματικών, κοινωνικών και ψυχικών λειτουργιών του ασθενούς και δεν περιορίζεται απλά και μόνο στη θεραπεία των βιολογικών εκδηλώσεων μιας ασθένειας. Κατά συνέπεια η διατήρηση ή η ανάκτηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής είναι πολύ σημαντικός στόχος σε ασθένειες όπου δεν υπάρχει θεραπεία αλλά η ιατρική παρέμβαση συνδέεται με τον έλεγχο των συμπτωμάτων και την πορεία της νόσου.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί ένα ειδικό πεδίο έρευνας, στο οποίο περιλαμβάνονται τόσο από την προσωπική υγεία όσο και από τις δραστηριότητες που στοχεύουν στη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας. Είναι μια υποκειμενική αντίληψη του επιπέδου υγείας, η οποία επικεντρώνεται στην επίδραση που έχει μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας στην ικανότητα του ατόμου να ζήσει μια ικανοποιητική ζωή. Με άλλα λόγια, πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια με διττό χαρακτήρα, που αφορά στις θετικές και αρνητικές όψεις της ευεξίας και της ζωής και περιλαμβάνει τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική υγεία. Επίσης, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί μια δυναμική έννοια, η εκτίμηση της οποίας μεταβάλλεται καθώς τροποποιείται το επίπεδο υγείας, οι σχέσεις, οι εμπειρίες και οι ρόλοι του ατόμου.

### **2.3 Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας ( Έννοια - Ορισμός).**

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι περισσότερο σύνθετη υπόθεση από τον χώρο της βιομηχανίας αλλά και των λοιπών οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει δυσκολίες, που οφείλονται κυρίως στην ιδιομορφία του ιδίου του αγαθού υγεία .

Κατά καιρούς πολλοί επιστήμονες επιχειρήσαν να προσδιορίσουν τον ορισμό της ποιότητας στον χώρο της υγείας, όπου είναι το πρώτο βήμα για την μέτρηση της ύπαρξής της. Οι συχνότερα αναφερόμενοι ορισμοί της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι εξής :

- «Η μέγιστη ποιότητα φροντίδας είναι η μέγιστη αναμενόμενη βελτίωση της κατάσταση υγείας, περιλαμβάνοντας στον όρο υγεία φυσικές, φυσιολογικές και ψυχικές διαστάσεις» ( Donabedian 1980).
- «Η ποιότητα φροντίδας, είναι η παραγωγή βελτιωμένης υγείας και η ικανοποίηση ενός πληθυσμού μέσα στα όρια της υπάρχουσας τεχνολογίας, πόρων και καταναλωτικών συνθηκών» (Palmer 1991).
- «Η ποιότητα κρίνεται από την πλευρά των ασθενών και επομένως η ικανοποίηση του ασθενή μαζί με την τιμή των υπηρεσιών υγείας αποτελούν σημαντικά συστατικά της ποιότητας» (Buerhaus στο Γεωργακάκου 2000).
- «Ποιότητα είναι το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή, που εμπλέκει την ευαισθητοποίηση του γιατρού στις ανάγκες του ασθενή, το κόστος και την αποτελεσματικότητα» (Thompson στο Κουζανίδης 2004).
- «Ποιότητα είναι η ικανοποίηση του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης» ( κλασικός ορισμός της ποιότητας) (Donabedian 1988).

Ο ορισμός της έννοιας της ποιότητας σύμφωνα με το Διεθνές Πρότυπο 180 8402 / 1996 είναι ο εξής : «Ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος/ υπηρεσίας που της αποδίδουν την ικανότητα να ικανοποιεί εκφρασμένες και συνεπαγόμενες ανάγκες του χρήστη».

Παρά τις εννοιολογικές διαφορές που παρατηρούνται στους διάφορους ορισμούς της ποιότητας, κοινό σημείο αναφοράς όλων είναι η επίτευξη του τέλειου ή άριστου. Η ποιότητα είναι ανώτερο στοιχείο από την αποτελεσματικότητα και τον περιορισμό κόστους. Αναφέρεται στην καταλληλότητα των υπηρεσιών με συνεχή αναζήτηση βελτίωσης και συγχρόνως περιορισμούς σπατάλης. Επομένως η ποιότητα αφορά στην όσο την δυνατόν υψηλότερη ποιοτικά προσφερόμενη υπηρεσία στους αρρώστους. Στην έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας συνυπάρχουν δυο αντιλήψεις ( Νιάκας 1993, Σιγάλας 1999). Η μία σχετίζεται με την ποιότητα στην τεχνική διάσταση της φροντίδας υγείας, όπου αναφέρεται στην επάρκεια προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας. Η άλλη σχετίζεται με την ποιότητα στη διάσταση της τέχνης, όπου αναφέρεται στο περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας, στη στάση και συμπεριφορά αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες κ.λπ. Οι περισσότεροι λειτουργοί υγείας, υποστηρίζουν περισσότερο την τεχνική πλευρά, ενώ οι ασθενείς είναι πιο ευαίσθητοι στον τρόπο μεταχείρισης, ακόμη και το κοινωνικό σύνολο δίνει περισσότερη έμφαση στην κατανομή και στην πρόσβαση των

υπηρεσιών υγείας. Επίσης, οι δύο αυτές αντιλήψεις δεν χαρακτηρίζονται ως προσθετικές/αθροιστικές αλλά σχετίζονται μεταξύ τους με ποικίλους τρόπους. Έχει γίνει πλέον κοινά αποδεκτό ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο αλλά στο σύνολο των υπηρεσιών και των φροντίδων υγείας, και μάλιστα σε όλες τις διαστάσεις της προσφοράς τους.

#### **2.4 Τα προσδιοριστικά της υψηλής ποιότητας στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Αρκετή συζήτηση για τα χαρακτηριστικά που πρέπει να ικανοποιεί η ΠΦΥ στη χώρα μας γίνεται τους τελευταίους μήνες και σαφώς ο ρόλος και η συμβολή της ομάδας υγείας στην κατεύθυνση αυτή αξίζει να μελετηθεί διεξοδικά. Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση (Crossland et al., 2014) διερευνήθηκαν οι παράγοντες που προσδιορίζουν την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών της ΠΦΥ. Τα περισσότερα από τα προσδιοριστικά αυτά σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την εργασία της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ. Ανάμεσα σε άλλα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών της ΠΦΥ βρέθηκαν τα εξής: η εστίαση στα πρόσωπα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, η ηγετική ικανότητα και καθοδήγηση, η κλινική διακυβέρνηση, οι διεπαγγελματικές ομάδες, η επικοινωνία/διαθεσιμότητα της πληροφορίας, η εκπαίδευση/κατάρτιση, η βελτιούμενη διαδικασία, η απόδοση, η πληροφορία και η τεχνολογία της πληροφορίας. Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με τη βρετανική έκθεση της Βασιλικής Φαρμακευτικής Εταιρείας και του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου (Royal Pharmaceutical Society & British Medical Association, 2000), η οποία υπογραμμίζει τη θετική και άμεση σχέση μεταξύ ποιότητας της ομάδας υγείας και ποιότητας στη φροντίδα υγείας.

Η μελέτη αυτή ανέδειξε επίσης τα τρία λιγότερο συχνά απαντούμενα προσδιοριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες της ΠΦΥ και συγκεκριμένα: τα κίνητρα/ανταμοιβές, την οργανωτική διακυβέρνηση και την αλλαγή ή τη διαχείριση της αλλαγής. Τα δεκατρία αυτά χαρακτηριστικά σχετίζονταν άμεσα μεταξύ τους και δεν εμφανίζονταν μεμονωμένα αλλά ανά συνδυασμούς.

Για παράδειγμα, επικοινωνία/διαθεσιμότητα της πληροφορίας φαίνεται να συνδέεται άρρηκτα με την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ από τη διεπαγγελματική ομάδα,

ενώ η κατάρτιση των επαγγελματιών φάνηκε να σχετίζεται άμεσα με την αλλαγή και τη διαχείριση της αλλαγής.

Η ανασκόπηση αυτή καταλήγει ότι δεν υπάρχουν έγκυρα εργαλεία βελτίωσης της οργανωτικής διακυβέρνησης, ειδικά της ΠΦΥ, που να συνδυάζουν όλα τα στοιχεία βελτίωσης της πρακτικής, αλλά ανέδειξε τον σημαντικό ρόλο της ομάδας της ΠΦΥ στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Μία άλλη μελέτη (Papp et al., 2014), στην οποία συμμετείχαν επτά ευρωπαϊκές χώρες (Εσθονία, Φιλανδία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιταλία, Λιθουανία και Ισπανία), διερεύνησε τις αντιλήψεις των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψαν οι ακόλουθες κατηγορίες προσδιοριστών της ποιότητας της ΠΦΥ: πρόσβαση και ισότητα, καταλληλότητα (συντονισμός, συνέχεια, επάρκεια/δεξιότητες επαγγελματιών υγείας, κατανόηση) και εστίαση στον αποδέκτη των υπηρεσιών υγείας.

Μεταξύ των χωρών που συμμετείχαν στην έρευνα δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τα κριτήρια ποιότητας της ΠΦΥ, με εξαίρεση σε θέματα που σχετίζονταν με τον ρόλο του οικογενειακού/γενικού ιατρού, τη σημασία της επάρκειας και των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας και τον ανεκτό μέσο χρόνο αναμονής. Είναι φανερό η σχέση της εκπαίδευσης των μελών της ομάδας υγείας και των δεξιοτήτων που αποκτούνται από αυτήν και της ποιότητας στη φροντίδα.

Η εστίαση στα πρόσωπα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και η επαγγελματική επάρκεια με όρους εκπαίδευσης και δεξιοτήτων αναφέρονται και στις δύο παραπάνω μελέτες. Σε μία άλλη συστηματική ανασκόπηση (Marchon & Mendes, 2014) σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς στο πλαίσιο της ΠΦΥ, ως σημαντικότερος τρόπος βελτίωσης της ασφάλειας προτείνεται η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ της ομάδας υγείας της ΠΦΥ και των ασθενών. Άλλες επιλογές ήταν: η αναγνώριση και η διαχείριση των ανεπιθύμητων ενεργειών από τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας, η κοινή ικανότητα για αλλαγές σε επίπεδο ομάδας και η παρακίνηση για δράσεις για την ασφάλεια των ασθενών μέσω ομάδων εργασίας. Αξίζει εδώ να σημειώσουμε τη σημασία της επικοινωνίας της ομάδας υγείας με τους ασθενείς και για θέματα ασφάλειας στην παροχή φροντίδας. Αρκετή συζήτηση διεξάγεται επίσης σήμερα στη βιβλιογραφία για τη συμβολή της πολυεπιστημονικής ομάδας υγείας στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας, η οποία αναζητείται



σε έξι τομείς: φροντίδα, ενσυναίσθηση, ικανότητες, επικοινωνία, ενθάρρυνση και δέσμευση (Ndoro, 2014).

Το θέμα της επικοινωνίας και της ενθάρρυνσης ξαναεμφανίζεται εδώ, εμφανίζεται και το θέμα της ενσυναίσθησης και της συμπόνιας (compassion), ένα θέμα που συζητείται έντονα στο Ηνωμένο Βασίλειο τα τελευταία χρόνια.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο : Ικανοποίηση των ασθενών**

### **3.1 Ορισμός ικανοποίησης ασθενών**

Με την ικανοποίηση των ασθενών καθορίζεται και αξιολογείται η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρεται σε κάθε νοσοκομειακή υπηρεσία, είτε πρόκειται για δημόσιο νοσηλευτήριο, είτε ιδιωτικό. Σήμερα κάθε κράτος καθιστά την ικανοποίηση των ασθενών νομική και ηθική υποχρέωση.

Η ικανοποίηση κάθε ασθενή εκφράζει την γνώμη του για την ποιότητα των υπηρεσιών που του προσφέρεται. Η γνώμη του σχετικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες ή το χώρο και τη λειτουργικότητα της κλινικής ή του νοσοκομείου σχετίζεται με τις προσδοκίες του και με τις άξιες του. Ταυτόχρονα, σχετίζεται με την ποιότητα που προσφέρεται και έπειτα αξιολογεί τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε κάθε πελάτη (Ervin, 2006• Anderson, 2002• Robinson et al, 2008• Johansson et al, 2002).

Ωστόσο όσο πιο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής τόσο πιο πιθανόν είναι να συνεργαστεί με το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό, να αποδεχτεί την ιατρική περίθαλψη, να έχει πιο ενεργό ρολό στη πορεία της υγείας του και με αυτό τον τρόπο δείχνει περισσότερο εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας που του προσφέρονται (Donabedian, 1980).

Υπάρχει έντονη κριτική αναφορικά με την ύπαρξη ανεξάρτητων και συγκεκριμένων ομάδων αναγκών, οι οποίες είναι δυνατό να ιεραρχηθούν και να ισχύουν για όλους τους ανθρώπους (Locke, 1976). Μάλιστα κάποιοι παράγοντες που συνάδουν με την ικανοποίηση των ασθενών θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε ασθενείς (Lawler 1983). Ο Maslow επιθυμούσε την απόδειξη και κατοχύρωση της θεωρίας του και μετά την εφαρμογή της στην πράξη, ωστόσο κάτι τέτοιο δε συνέβη.

Σύμφωνα με την θεωρία του Maslow, προτάθηκαν τρεις ανάγκες που καθορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών και

είναι:

- Η ύπαρξη,
- Η συγγένεια και
- Η ανάπτυξη (Lawler 1983).

Επίσης, βασιζόμενοι στην θεωρία του Maslow, οι Ross και Turner (1986) πρότειναν ένα θεωρητικό πλαίσιο για τη νοσηλευτική φροντίδα (Human Needs Model of Nursing), σύμφωνα με το οποίο οι ομάδες των αναγκών δεν είναι εξαρτημένες και ιεραρχημένες με απόλυτο τρόπο.

Ο Herzberg και οι συνεργάτες του (1959) έδωσε μια πιθανή ερμηνεία για τους παράγοντες που οδηγούν τους ασθενείς σε ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια (Altschul 1983• Bond & Thomas 1992). Εξετάζοντας το τι θέλουν οι εργαζόμενοι από την εργασία τους, ο Herzberg, κατέληξε στο ότι υπάρχουν δυο ομάδες παραγόντων που επηρεάζουν την στάση των εργαζόμενων απέναντι στη εργασία τους (Hertzberg et all, 1959).

Την πρώτη ομάδα την ονόμασε παράγοντες υγιεινής ή δυσαρέσκειας, και αφορά σε εξωτερικούς από το άτομο παράγοντες (συνθήκες εργασίας, πολιτική επιχείρησης , μισθός κ.τ.λ.), οι οποίοι αν δεν ικανοποιηθούν, οδηγούν σε δυσαρέσκεια από την εργασία τους.

Την δεύτερη ομάδα την ονόμασε παράγοντες παρακίνησης ή ικανοποίησης, και αναφέρεται σε εσωτερικούς παράγοντες του εργαζόμενου(αναγνώριση, ανάπτυξη, ανάληψη υπευθυνότητας), οι οποίοι εάν ικανοποιηθούν οδηγούν σε ικανοποίηση από την εργασία. Πρέπει να τονισθεί ότι οι παράγοντες δυσαρέσκειας και ικανοποίησης αποτελούν τελείως ξεχωριστές και μη συσχετιζόμενες ομάδες παραγόντων και δεν είναι τα αντίθετα άκρα της ίδιας γραμμής. Αυτό σημαίνει ότι η ικανοποίηση των παραγόντων που οδηγούν σε δυσαρέσκεια μπορεί να μην επιφέρουν ικανοποίηση, απλά να εξαλείψει την δυσαρέσκεια. Με τον ίδιο τρόπο, η μη ικανοποίηση παραγόντων που οδηγούν σε ικανοποίηση μπορεί να μην οδηγήσει σε δυσαρέσκεια, αλλά απλά να μην επιφέρει ικανοποίηση από την εργασία.

Έγινε παραγοντική ανάλυση σε ένα από το κλασικά εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες της κλίμακας της Risser (Patient satisfaction scale, Risser 1975), και αποτέλεσμα αυτής ήταν ότι η ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια δεν είναι τα δυο άκρα μιας συνεχούς γραμμής, επιβεβαιώνοντας σε ένα μέρος την θεωρία του Hertzberg (1959).

Κατά τον Herzberg (1959), η ικανοποίηση βρίσκεται σε αντιστοιχία με τον ορισμό που είχε δώσει ο Juran (1989) για την ποιότητα, ως έλλειψη ελαττωμάτων ή αγαθών (που οδηγεί σε δυσαρέσκεια) καθώς και για την ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών-πελατών (που οδηγεί σε ικανοποίηση).

Ο Lawler (1971), κάνοντας βιβλιογραφική ανασκόπηση της σχέσης μεταξύ ικανοποίησης και αμοιβής από την εργασία, διέκρινε τις ακόλουθες θεωρίες:

- Προσδοκίας – αξίας (Expectancy-Value theory)
- Ασυμφωνίας (Discrepancy theory)
- Ισότητας (equity theory)
- Πραγματοποίησης (Fulfillment theory)

Συμφώνα με την θεωρία της αξίας, η προτίμηση ενός γεγονότος έρχεται σε συνάρτηση με την σπουδαιότητα του τελικού αποτελέσματος για το άτομο και την εκτίμηση της πιθανότητας να συμφωνεί αυτό το γεγονός ή το αποτέλεσμα. Η θεωρία της ασυμφωνίας ή ικανοποίησης ορίζεται ως η διαφορά της προσδοκίας του ασθενή και αυτού που πραγματικά λαμβάνει. Η θεωρία της πραγματοποίησης διαφέρει από την θεωρία της ασυμφωνίας και η διαφορά τους έγκειται στη σχέση ικανοποίησης με τις προσδοκίες ή στην μη ύπαρξη των προσδοκιών.

Τέλος, η θεωρία της ισότητας δίνει έμφαση στην σύγκριση της ομάδας ή των ατόμων ως προς αυτά, τα οποία λαμβάνουν.

Σύμφωνα με τον Wriglesworth και τον Williams (1975), ο όρος ικανοποίηση έχει διαφορετικό νόημα για κάθε άτομο καθώς άλλοι του προσδίδουν την έννοια της ευτυχίας, της ασφάλειας, της εμπιστοσύνης, της ευχαρίστησης. Για το λόγο αυτό, οποιαδήποτε αξιολόγηση θεωρείται πολύ υποκειμενική.

Ο Donabedian (1980), θεωρεί ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που έχουν σχέση κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενή.

Σύμφωνα με τους Adbellan & Levine (1975a), η ικανοποίηση του ασθενή ορίστηκε βάσει τις αντιλαμβανόμενες από τον ασθενή παραλείψεις στη φροντίδα υγείας.

Ο Petersen (1988) υποστήριξε ότι η άποψη περί της ικανοποίησης είναι μια γενική αντίληψη του τρόπου με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη του τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας.

Ο Guzman και οι συνεργάτες του (1988) υποστήριξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τους, με την φροντίδα υγείας, η

οποία καθορίζει την μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας την όποια θα κάνουν, καθώς και τη συμμόρφωση τους με τη θεραπευτική αγωγή.

Ο Parcoe (1983) όρισε την ικανοποίηση των ασθενών ως μια γενική αντίδραση του αποδέκτη της φροντίδας υγείας σε σημαντικές περιοχές της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας τους από τις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή χαρακτηρίζεται ως εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες αλλαγές που συμβαίνουν στη συμπεριφορά των ασθενών.

Κατά τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ο συνδυασμός των αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από την φροντίδα υγείας, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς.

Κάνοντας την παραπάνω ανασκόπηση, δεν μπορεί αν διεξαχθεί κάποιο συνολικό και κοινό συμπέρασμα σχετικά με το αν η ικανοποίηση του ασθενή είναι στάση , αντίληψη ή απλά μια άποψη για την φροντίδα υγείας.

Σύμφωνα με τον Robbins (1993), στάση θεωρείται η αξιολόγηση γεγονότων, αντικειμένων ή ανθρώπων και περιλαμβάνει τρία στοιχεία:

- Το γνωσιακό
- Το συναισθηματικό
- Τη συμπεριφορά

Από την άλλη, η αντίληψη αναφέρεται στη διαδικασία οργάνωσης και ερμηνείας των εξωτερικών ερεθισμάτων με στόχο να δοθεί νόημα στο περιβάλλον και η οποία είναι ικανή να επηρεάζει από τις στάσεις του κάθε άτομο.

Η Linder-Pelz (1982a) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι στάση, η οποία αναφέρεται στο συναισθηματικό χώρο και επηρεάζεται από τις πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς ενώ καθορίζεται από την αξιολόγηση των υπηρεσιών που δέχεται.

Συμφώνα με το Riser (1975), η ικανοποίηση του ασθενή είναι η σύγκριση μεταξύ των προσδοκιών του για τις ιδανικές υπηρεσίες υγείας και για το επίπεδο της φροντίδας που του παρέχεται.

Παρόλα αυτά, ο Tavarna και οι συνεργάτες του (2003), ισχυρίστηκαν ότι είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και των προσδοκιών των πελατών. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι η διαφορετικότητα κατά την μέτρηση αποτελεί σημαντική παράμετρο μέτρησης.

Παλαιότερα, οι Bnod και ο Thomas (1991) υποστήριξαν ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως είναι η

ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά και η αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις. Αντίθετα, νιώθουν δυσαρεστημένοι όταν οι υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται αλλά και το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι κατάλληλα.

Αυτό που προκύπτει από όλες τις παραπάνω θεωρίες είναι ότι ο ορισμός της ικανοποίησης των πελατών είναι η προσωπική τους εκτίμηση, τόσο για τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται, για τους προμηθευτές των υπηρεσιών αυτών όσο και για το τρόπο που αυτές παρέχονται. Οι προμηθευτές, δηλαδή το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, πρέπει να αντιλαμβάνονται τις προσδοκίες και τις ανάγκες κάθε ασθενή, ώστε να προσφέρουν τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας. Όταν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αναγνωρίζει τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών, τότε προσπαθούν και οι ίδιοι ώστε να προσαρμόσουν και να αναδιοργανώσουν τις υπηρεσίες που προσφέρουν, με αποτέλεσμα αυτού να ικανοποιήσουν περισσότερο τους ασθενείς.

Πολλοί ερευνητές κρίνουν επικίνδυνη την έλλειψη μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών αλλά και τη σύγκριση με άλλες όμοιες μελέτες. Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι ο όρος πελάτες όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας δεν περιλαμβάνει μόνο τους ασθενείς, αλλά και τους εργαζόμενους.

Υπάρχουν φορές στη ζωή ενός ανθρώπου που εκτός από εργαζόμενος σε ένα νοσοκομείο γίνεται και ασθενής καθώς, ομοίως με τους λοιπούς ανθρώπους ενδέχεται και ο ίδιος να νοσήσει και να χρειαστεί περίθαλψη. Αυτό το γεγονός βοηθάει τους εργαζόμενους ασθενείς να εντοπίσουν τις ανάγκες και τα προβλήματα που υπάρχουν και έτσι να μπουν στη διαδικασία να βελτιώσουν της υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν.

Οι ερευνητές έχουν εφαρμόσει ποσοτικές μεθόδους για να εκτιμήσουν εάν οι ασθενείς διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές της φροντίδας. Τα αποτελέσματα των ποσοτικών ερευνών γενικότερα ποικίλουν. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς διακρίνουν τις περιοχές της φροντίδας, αλλά οι ενδείξεις αυτές ίσως να οφείλονται στην μεθοδολογία που ακολουθείται (Rubin 1990).

Σύμφωνα με τους Ware και Shyder (1975), υπάρχουν οκτώ περιοχές από τη φροντίδα υγείας:

- Τεχνική
- Τέχνη της φροντίδας (διαπροσωπικές σχέσεις)
- Φυσικό περιβάλλον
- Διαθεσιμότητα

- Πρόσβαση
- Συνεχεία
- Αποτελεσματικότητα
- Οικονομικά

Στην αξιολόγηση της εγκυρότητα του περιεχομένου, δεν συμμετείχαν ασθενείς και δεν έγινε αξιολόγηση της σπουδαιότητας αυτών των περιοχών. Μάλιστα, οι περιοχές αυτές έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στην μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από την νοσοκομειακή, την ιατρική και την νοσηλευτική φροντίδα (Oberst 1984).

Ο Abramowitz και οι συνεργάτες του (1987) έχουν αναγνωρίσει δέκα περιοχές ικανοποίησης:

- Ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα
- Ικανοποίηση από το βοηθητικό προσωπικό
- Ικανοποίηση από τους νοσηλευτές
- Ικανοποίηση της επάρκειας επεξηγήσεων του προσωπικού για τις διαδικασίες και θεραπείες
- Το θόρυβο
- Την καθαριότητα
- Το φαγητό
- Τις υπηρεσίες συνοδών (escost services)
- Και τις προσδοκίες για την ποιότητα και το είδος των υπηρεσιών

Ο Meterko και οι συνεργάτες του (1990) υποστήριξαν ότι υπάρχουν οκτώ περιοχές ικανοποίησης:

- Υποδοχή των ασθενών
- Καθημερινή φροντίδα στο νοσοκομείο
- Νοσηλευτική φροντίδα
- Ιατρική φροντίδα
- Υπόλοιπο προσωπικό
- Περιβάλλον νοσοκομείου και συνθήκες διαβίωσης
- Διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης.

Σύμφωνα με τους Carey & Seibert (1993), αναφέρονται επίσης οκτώ περιοχές ικανοποίησης, αλλά επίσης διαφορετικές από τους παραπάνω:

- Ευγένεια
- Ιατρικό προσωπικό
- Νοσηλευτικό προσωπικό
- Φαγητό
- Άνετο περιβάλλον και καθαριότητα
- Διαδικασίες εισαγωγής και χρέωσης
- Θρησκευτικές ανάγκες
- Αποτελέσματα ιατρικής φροντίδας

Οι παραπάνω λειτουργικοί ορισμοί είναι αποτέλεσμα εμπειρικών δεδομένων και βασίζονται στα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης. Οι Abdellan και Levine (1957a , 1957b, 1957c, 1957d, 1957e, 1964) ανέφεραν επτά διαδικασίες:

- Ανάπαυση
- Διαιτητικές συνθήκες
- Συνήθειες
- Τουαλέτα
- Προσωπική υγιεινή και υποστηρικτών φροντίδας
- Αντίδραση στη θεραπεία
- Επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό

Βάσει του παραπάνω ορισμού, λοιπόν δίνεται έμφαση στον υποστηρικτικό ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού.

### **3.2 Το ζήτημα της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας.**

Η ικανοποίηση του ασθενή, αποτελεί ίσως το δυναμικότερο και λειτουργικότερο δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς που ακολουθούν κάποια θεραπευτική αγωγή, επιστρέφουν για επανεκτίμηση με αποτέλεσμα να διατηρούν μια σχέση επικοινωνίας με τον γιατρό τους (Fitzpatric R. 1993). Οι Evanson E. & Whittinghton D (1997) πιστεύουν στην αναγκαιότητα των ερευνών για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών για δυο κυρίως λόγους: ο πρώτος είναι ότι οι ασθενείς αποτελούν 'καταναλωτές' υπηρεσιών φροντίδας υγείας και οι έρευνες που αφορούν καταναλωτές είναι βασικές για την αύξηση της αποδοτικότητας αλλά και για τη βελτίωση μιας υπηρεσίας και ο δεύτερος ότι ο τομέας της φροντίδας υγείας είναι στο μεγάλο του μέρος χρηματοδοτούμενος από το Κράτος. Η ικανοποίηση του ασθενούς μπορεί να προσδιοριστεί σύμφωνα με το αν οι παρέχοντες υπηρεσίες υγείας έχουν πετύχει στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες και τις απαιτήσεις του ασθενούς. Η ικανοποίηση του ασθενούς έχει προσδιοριστεί ως μια μεταβλητή που επηρεάζει τη μεταβλητότητα της φροντίδας (Κυριόπουλος και συν.1990) καθώς και τη συνεργασία αυτών που παρέχουν τη φροντίδα. Επίσης, μπορεί να επηρεάσει τη χρήση και τη πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας αποκτώντας

σπουδαία σημασία για τη χάραξη και την πολιτική υγείας ( Κυριόπουλος και συν.2000).

Οι μετρήσεις της ικανοποίησης των ασθενών υποδεικνύουν έναν σημαντικό αριθμό τομέων που περιλαμβάνουν την ποιότητα των υπηρεσιών, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ίδιους τους ασθενείς. Στους τομείς αυτούς περιλαμβάνονται και οι αντιλήψεις των ασθενών για την ιατρική/νοσηλευτική φροντίδα τους. Αποτελέσματα αυτής είναι και οι διαπροσωπικοί παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με τον τρόπο παροχής της. Οι βαθμολογίες των ασθενών, όσον αφορά την ικανοποίηση τους, αντικατοπτρίζουν τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες τους, όσον αφορά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και την ύπαρξη σύγκλισης μεταξύ τους (Scholle et al. 2005). Επίσης, αποκαλύπτουν τον τρόπο με τον οποίο το προσωπικό επικοινωνεί με τους ασθενείς, δηλαδή τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς έχει αναδειχθεί, στη διεθνή βιβλιογραφία, ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας και σχετίζεται άμεσα με την επαρκή ικανοποίηση των γενικών αλλά και των ειδικών αναγκών υγείας (Sitzia J et al.1997). Ο A.Donabedian ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την ικανοποίηση του ασθενούς ως δείκτη έκβασης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τον ίδιο, η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Ουσιαστικά, η ικανοποίηση είναι ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο και κοινωνικό ορισμό (Θεοδοσόπουλος, 2002).

Ο Donabedian (1997) πιστεύει ότι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επίσης, σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα (Donabedian.1987) οι ασθενείς αποτελούν πολύτιμη και ταυτόχρονα απαραίτητη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Πολλοί ερευνητές θεωρούν την ικανοποίηση των ασθενών ως θεραπευτική παρέμβαση, ενώ άλλοι προτείνουν ότι η μέτρησή της μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στη διοίκηση προσωπικού, στη λήψη αποφάσεων, στην αξιολόγηση οργανωτικών αλλαγών και τέλος στην προώθηση των υπηρεσιών υγείας, ύστερα από μελέτη των συνθηκών αγοράς (Merkouris.1999).



Ο Pascoe όρισε την ικανοποίηση του ασθενή ως την γενική αντίδρασή του σε μια παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη μέσα από τις εμφανείς πτυχές της εμπειρίας του στις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσεις και μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών. (Clearly et al. 1988) Κατά τον Petersen η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη την οποία έχει ο ασθενής και αφορά τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη του τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας. (Μερκούρης, 1996)

Ο Guzman υποστήριξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει εν μέρει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας την οποία θα κάνουν, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή (Μερκούρης, 1996). Στο νοσηλευτικό χώρο, ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός είναι αυτός που δίνει ο Risser, σύμφωνα με τον οποίο, η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται. (Μερκούρης, 1996).

Το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών θεωρείται απαραίτητος δείκτης ποιότητας σε οποιαδήποτε υπηρεσία υγείας. Η μέτρηση της εμπειρίας των ασθενών μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία για αλλαγές το σύστημα υγείας. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συμμορφωθούν με τις ιατρικές οδηγίες (Κωσταγιόλας και συν.2007). Η καλή διαπροσωπική επικοινωνία και η ικανότητα ανταπόκρισης σε εκφρασμένες ανάγκες έχουν συσχετιστεί με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών (Bell et al.2001). Η διερεύνηση των απόψεων των ασθενών είναι πλέον απαραίτητη, ώστε να βελτιώνονται οι υπηρεσίες υγείας και να προσαρμόζονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες τους. Ωστόσο, αυτό προϋποθέτει τη γνωστοποίηση των παραγόντων εκείνων που καθορίζουν αν η άποψη του ασθενούς για την ποιότητα των υπηρεσιών είναι θετική ή αρνητική. Αυτό βοηθάει ιδιαίτερα τους παρέχοντες υπηρεσίες υγείας να πραγματοποιήσουν αλλαγές, εστιάζοντας περισσότερο σε αυτούς τους παράγοντες, όπως για παράδειγμα το επίπεδο υγείας του ασθενούς.

Για αυτό το λόγο θα ήταν σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι διαφορές στο επίπεδο υγείας, όταν πραγματοποιούνται έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δείξει το κράτος στη θέσπιση κανόνων και εργαλείων τα οποία να μπορούν από τη μία να

καταγράφουν το ποσοστό ικανοποίησης των πολιτών τους από τις υπηρεσίες υγείας και από την άλλη να έχουν τη δυνατότητα να κάνουν ριζικές αλλαγές.

Σύμφωνα με τη Σπανού (2003), η ενδυνάμωση του ευρωπαϊού ασθενούς (European Patient Empowerment) και ο ρόλος του αφορά την επιλογή του σε σχέση με τις προσδοκίες του, την πληροφόρησή του και τελικά την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας με βάση προτυποποιημένα κριτήρια. Η έννοια της 'ενδυνάμωσης' στις κοινωνικές επιστήμες αφορά και στην ικανότητα να ελέγχει κάποιος το περιβάλλον του και την κατανομή της εξουσίας σε όφελος ασθενέστερων ατόμων και ομάδων. Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας συνεπάγεται 'μοίρασμα της εξουσίας μεταξύ ειδικών και χρηστών των υπηρεσιών' δηλαδή πρόκειται για ένα μηχανισμό διανομής της εξουσίας μεταξύ των δύο και όχι διευκόλυνση του ενός επί του άλλου (Barnes et al.1996). Στον Ελλαδικό χώρο έχουν γίνει αξιόλογες προσπάθειες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας και μοντέλων ανάπτυξης (Grigoroudis et al.2002, Athanasopoulos et al.2001) καθώς και για τη διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας(Niakas.2003).

### **3.3 Η ικανοποίηση των ασθενών και οι διαστάσεις της**

Η διαχείριση ολικής ποιότητας είναι η επιστήμη η οποία δημιούργησε από την δεκαετία του '90 μια νέα φιλοσοφία για τον τομέα της υγείας, χάρη στην οποία η εκπλήρωση των πελατειακών προσδοκιών θεωρήθηκε ένας από τους βασικότερους στόχους της σύγχρονης ιατρικής (Susman. 1994). Ωστόσο, η έρευνα που αφορά την ικανοποίηση των ασθενών στον τομέα των υπηρεσιών υγείας εμφανίστηκε από τα τέλη του 1960. Από την περίοδο εκείνη μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '90 παρουσιάστηκε ένας σημαντικός αριθμός δημοσιεύσεων για το συγκεκριμένο θέμα. Στην αρχή η ικανοποίηση των ασθενών θεωρούταν ότι επιτυγχάνεται μέσω κάποιων ενεργειών που είχαν ως στόχο επιθυμητά κλινικά αποτελέσματα.

Τέτοιου είδους ενέργειες ήταν για παράδειγμα η τήρηση των προγραμματισμένων συναντήσεων με τον θεράποντα ή η συμμόρφωση του ασθενούς με μια συγκεκριμένη θεραπεία. Εντούτοις, άρχισε σταδιακά η πελατειακή ικανοποίηση να θεωρείται μια ανεξάρτητη μεταβλητή, σύμφωνα με την οποία οι απόψεις των ασθενών έγιναν ένα χρήσιμο εργαλείο για τον έλεγχο και την βελτίωση της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας (Hendriks et al. 2002). Εξαιτίας αυτής της αλλαγής, τα διάφορα

νοσηλευτικά ιδρύματα, από τα μεγάλα ιδιωτικά μέχρι τα δημόσια νοσοκομεία, απέκτησαν μια καινούργια πολιτική εστιασμένη στην πελατειακή ικανοποίηση.

Τα βασικότερα στοιχεία, τα οποία συνέβαλαν στην αλλαγή του συστήματος υγείας παρέχουν την κατάλληλη πληροφόρηση για την ικανοποίηση των ασθενών. Ορισμένα από αυτά, υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς έχουν την ικανότητα να κρίνουν την ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχεται, έχουν συγκεκριμένες προτιμήσεις όσον αφορά την περίθαλψη τους και κάνουν συγκρίσεις μεταξύ διαφόρων υπηρεσιών υγείας με βάση την κοινή λογική.

Πολλοί άλλοι συγγραφείς έχουν αναφέρει τα χαρακτηριστικά εκείνα που συγκροτούν έναν ιδανικό γιατρό ή ακόμη και τα στοιχεία εκείνα που μπορούν να βελτιώσουν την ικανοποίηση των ασθενών. Ο Carr-Hill (1992), για παράδειγμα, αναφέρει επτά διαστάσεις της γενικότερης πελατειακής ικανοποίησης, προσαρμοσμένες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Οι διαστάσεις αυτές προέκυψαν από το Εθνικό Συμβούλιο Καταναλωτών της Αγγλίας και είναι οι εξής: Πρόσβαση (access), επιλογή (choice), πληροφόρηση (information), ετοιμότητα (readiness), ασφάλεια (safety), αξία χρημάτων (value for money), και ισότητα (equity). Οι Hall και Dornan (1988) ανέπτυξαν έναν επιπλέον τρόπο ταξινόμησης της ικανοποίησης, ο οποίος περιλαμβάνει διαστάσεις όπως η ανθρωπιά (humanness), η ενημερότητα (informativeness), η γενική ποιότητα (overall quality), η γενική τεχνική ανταγωνιστικότητα (overall technical competence), οι γραφειοκρατικές διαδικασίες (bureaucratic procedures), η πρόσβαση (access), το κόστος (cost), οι φυσικές παροχές (physical facilities), η συνοχή (continuity), τα αποτελέσματα (outcomes), και ο χειρισμός των μη ιατρικών προβλημάτων (handling of nonmedical problems), (Susman, 1994).

Ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών που χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα (σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, 2003) είναι ο χαμηλότερος από όλες τις χώρες μέλη, με ποσοστό που αγγίζει μόλις το 19%. Οι ασφαλισμένοι συνωστίζονται διαμαρτυρόμενοι σε ατελείωτες ουρές. Κτιριακές εγκαταστάσεις και εξοπλισμοί σε νοσοκομεία, πολύιατρεία και κέντρα υγείας της επικράτειας υπολείπονται των ευρωπαϊκών προτύπων. Οι πολίτες εξαναγκάζονται σε νομότυπη ή παράτυπη χρήση ιδιωτικών πόρων, παρότι είναι ενταγμένοι σε ταμεία πλήρους ασφάλισης. Η δημόσια υγεία προβάλλεται ως υποβαθμισμένη και αναξιόπιστη. Υψηλοί πολιτειακοί και οικονομικοί παράγοντες απευθύνονται συχνά σε ιδιωτικά ιδρύματα ή νοσοκομεία της αλλοδαπής για υπηρεσίες υγείας. Οι ελλείψεις προσωπικού όλων των κατηγοριών

είναι κατά κανόνα κραυγαλέες. Μισθοί και συνθήκες εργασίας για ιατρικό και λοιπό προσωπικό είναι από τις χειρότερες της Ευρώπης. Η πολιτεία και τα ασφαλιστικά ταμεία πληρώνουν ακριβά τις υπηρεσίες αυτές με συνέπεια υπερχρέωση και μόνιμα γιγαντιαία ελλείμματα. Οι αρμόδιοι αναγκάζονται ταυτόχρονα να απολογούνται συνεχώς για τις απαράδεκτες συνθήκες και τους όρους που ισχύουν γενικά.

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ορίζει ως ποιότητα το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από τη χρήση τους (International Organization for Standardization, 1990). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ)(WHO.1993) καθόρισε ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις ώστε να διασφαλίζεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, ενώ το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας απλουστεύοντας την περί ποιότητας στην υγεία έννοια καθόρισε ότι πρέπει “να γίνονται τα σωστά πράγματα, για τους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο”. Σύμφωνα επίσης με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας(WHO.2003) «το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μιας χώρας είναι ταυτόχρονα συνέπεια και βασικός παράγοντας της αναπτυξιακής κατάστασης και προοπτικής της χώρας».

Έτσι, κάθε σύστημα υγείας πρέπει να επιτυγχάνει την εκπλήρωση τριών στόχων:

- 1) Βελτίωση του μέσου επιπέδου υγείας όλου του πληθυσμού και διάχυση της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού.
- 2) Συμφωνία του συστήματος υγείας στις προσδοκίες των πολιτών.
- 3) Δικαιοσύνη στην κατανομή των βαρών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και στην προστασία των οικογενειών έναντι του οικονομικού κινδύνου ως συνέπεια της αντιμετώπισης κάποιας ασθένειας.

Ο ορισμός της ποιότητας ενέχει τουλάχιστον δύο όψεις, αυτή του πελάτη /χρήστη και αυτή του παραγωγού του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Σύμφωνα με την οπτική του πελάτη, η ποιότητα συνδέεται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση, ενώ από την οπτική του παραγωγού συνδέεται με την ποιότητα σχεδιασμού και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές, οι οποίες έχουν τεθεί στην φάση του σχεδιασμού. Κατά συνέπεια, ο παραγωγός διασφαλίζει κατά την παραγωγική διαδικασία την ύπαρξη χαρακτηριστικών τα οποία σχετίζονται με τις ανάγκες του πελάτη, και για αυτό τον λόγο τελικά η ποιότητα ετεροπροσδιορίζεται και αξιολογείται από τον πελάτη (Κωσταγιόλας και συν.2007).

Σύμφωνα με τη διεθνή ανασκόπηση των μεθοδολογιών που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες ικανοποίησης του ασθενή υπήρξε η ακόλουθη κατηγοριοποίηση από τους ερευνητές(Pascoe.1983,Ware.1983).

- Συνολική ικανοποίηση (overall satisfaction).
- Ικανοποίηση από την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες (satisfaction with access).
- Ικανοποίηση από το κόστος (satisfaction with cost).
- Ικανοποίηση από την συνολική ποιότητα της φροντίδας (satisfaction with overall quality).
- Ικανοποίηση από την ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας (satisfaction with humaneness): που περιλαμβάνει τον σεβασμό, την θέρμη, την ευγένεια, την έγνοια και η αποτελεσματική μη λεκτική επικοινωνία.
- Ικανοποίηση από την ικανότητα /απόδοση του προσωπικού (satisfaction with competence): αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει την τεχνική απόδοση της φροντίδας.
- Ικανοποίηση από την ποσότητα της πληροφορίας που παρέχεται από το προσωπικό φροντίδας υγείας: που περιλαμβάνει την αποσαφήνιση της θεραπευτικής αγωγής και των διαγνώσεων.
- Ικανοποίηση από τις γραφειοκρατικές διαδικασίες: όπως ο χρόνος αναμονής.
- Ικανοποίηση από την υλικοτεχνική υποδομή: όπως οι χώροι στάθμευσης και η καταλληλότητα εξοπλισμού των εργαστηρίων.
- Ικανοποίηση από το ενδιαφέρον που επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών.
- Ικανοποίηση από την συνέχεια στην φροντίδα.
- Ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της φροντίδας.

Στην ΠΦΥ στην Ελλάδα, οι 6 παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν το 74,15% της παρατηρούμενης διακύμανσης και αποτελούν τις διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της ΠΦΥ περιλαμβάνουν (Θεοδοσοπούλου και συν.2001):

- τον σεβασμό από το νοσηλευτή /νοσηλεύτρια, • τον σεβασμό από τον γιατρό,
- τις τεχνικές δεξιότητες του γιατρού,
- τους παράγοντες δομής του ιατρείου (τήρηση των συναντήσεων, άνεση και ησυχία στο χώρο αναμονής),
- εμπιστοσύνη και επαγγελματική συνέπεια του γιατρού και
- επάρκεια του ρόλου του γιατρού

### 3.4 Συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η ικανοποίηση των ασθενών έχει προκύψει σαν ένας σημαντικός δείκτης της ποιότητας της φροντίδας και έχει χρησιμοποιηθεί ως μέσο για την επίτευξη, τη διατήρηση και την παρακολούθησή της. Παρά την ευρεία αποδοχή του όρου υπάρχουν αρκετές διαφοροποιήσεις στην ερμηνεία που δίνουν οι πάροχοι και οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να επικεντρώνονται σε επαγγελματικά πρότυπα και να επιδιώκουν την ποιότητα κυρίως με την έννοια της αποτελεσματικότητας. Οι ασθενείς, από την πλευρά τους, συσχετίζουν την ποιότητα με κλινικά αποτελέσματα, δεξιότητες επικοινωνίας και στάση κατανόησης από τους επαγγελματίες υγείας. Η διοίκηση, τέλος, ερμηνεύει την ποιότητα με δείκτες αποτελεσματικότητας, ικανοποίησης των ασθενών, προσβασιμότητας και διαρκούς βελτίωσης των υπηρεσιών. Ωστόσο η αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας, η οποία παραδοσιακά γινόταν με βάση την εφαρμογή επαγγελματικών προτύπων, ολοένα και περισσότερο ενσωματώνει στις μετρήσεις τις αντιλήψεις των ασθενών.

Παραφράζοντας τον ορισμό του Peter Senge σύμφωνα με τον οποίο ποιότητα, είναι «ό, τι αφορά στους καταναλωτές», θα μπορούσαμε να πούμε ότι στον τομέα της υγείας, η ποιότητα αναφέρεται σε «οτιδήποτε αφορά στους ασθενείς».

Την ίδια αντίληψη εκφράζουν και οι Evanson και Whittington οι οποίοι τεκμηριώνουν την αναγκαιότητα των ερευνών για δύο κυρίως λόγους:

- 1) «οι ασθενείς αποτελούν καταναλωτές υπηρεσιών φροντίδας υγείας και οι έρευνες που αφορούν στους καταναλωτές είναι βασικές για την αύξηση της αποδοτικότητας και την βελτίωση μιας υπηρεσίας», και
- 2) «ο τομέας φροντίδας υγείας είναι στο μεγαλύτερο μέρος του χρηματοδοτούμενος από το κράτος».

Αρκετή συζήτηση για τα χαρακτηριστικά που πρέπει να ικανοποιεί η ΠΦΥ στη χώρα μας γίνεται τους τελευταίους μήνες και σαφώς ο ρόλος και η συμβολή της ομάδας υγείας στην κατεύθυνση αυτή αξίζει να μελετηθεί διεξοδικά. Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση (Crossland et al., 2014) διερευνήθηκαν οι παράγοντες που

προσδιορίζουν την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών της ΠΦΥ. Τα περισσότερα από τα προσδιοριστικά αυτά σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την εργασία της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ.

Ανάμεσα σε άλλα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών της ΠΦΥ βρέθηκαν τα εξής: η εστίαση στα πρόσωπα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, η ηγετική ικανότητα και καθοδήγηση, η κλινική διακυβέρνηση, οι διεπαγγελματικές ομάδες, η επικοινωνία/διαθεσιμότητα της πληροφορίας, η εκπαίδευση/κατάρτιση, η βελτιούμενη διαδικασία, η απόδοση, η πληροφορία και η τεχνολογία της πληροφορίας. Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με τη βρετανική έκθεση της Βασιλικής Φαρμακευτικής Εταιρείας και του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου (Royal Pharmaceutical Society & British Medical Association, 2000), η οποία υπογραμμίζει τη θετική και άμεση σχέση μεταξύ ποιότητας της ομάδας υγείας και ποιότητας στη φροντίδα υγείας.

Η μελέτη αυτή ανέδειξε επίσης τα τρία λιγότερο συχνά απαντούμενα προσδιοριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες της ΠΦΥ και συγκεκριμένα: τα κίνητρα/ανταμοιβές, την οργανωτική διακυβέρνηση και την αλλαγή ή τη διαχείριση της αλλαγής. Τα δεκατρία αυτά χαρακτηριστικά σχετίζονταν άμεσα μεταξύ τους και δεν εμφανίζοντα μεμονωμένα αλλά ανά συνδυασμούς.

Για παράδειγμα, επικοινωνία/διαθεσιμότητα της πληροφορίας φαίνεται να συνδέεται άρρηκτα με την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ από τη διεπαγγελματική ομάδα, ενώ η κατάρτιση των επαγγελματιών φάνηκε να σχετίζεται άμεσα με την αλλαγή και τη διαχείριση της αλλαγής.

Η ανασκόπηση αυτή καταλήγει ότι δεν υπάρχουν έγκυρα εργαλεία βελτίωσης της οργανωτικής διακυβέρνησης, ειδικά της ΠΦΥ, που να συνδυάζουν όλα τα στοιχεία βελτίωσης της πρακτικής, αλλά ανέδειξε τον σημαντικό ρόλο της ομάδας της ΠΦΥ στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Μία άλλη μελέτη (Papp et al., 2014), στην οποία συμμετείχαν επτά ευρωπαϊκές χώρες (Εσθονία, Φιλανδία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιταλία, Λιθουανία και Ισπανία), διερεύνησε τις αντιλήψεις των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψαν οι ακόλουθες κατηγορίες προσδιοριστών της ποιότητας της ΠΦΥ: πρόσβαση και ισότητα, καταλληλότητα (συντονισμός, συνέχεια, επάρκεια/δεξιότητες επαγγελματιών υγείας, κατανόηση) και εστίαση στον αποδέκτη των υπηρεσιών υγείας.

Μεταξύ των χωρών που συμμετείχαν στην έρευνα δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τα κριτήρια ποιότητας της ΠΦΥ, με εξαίρεση σε θέματα που σχετίζονταν με τον ρόλο του οικογενειακού/γενικού ιατρού, τη σημασία της επάρκειας και των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας και τον ανεκτό μέσο χρόνο αναμονής. Είναι φανερό η σχέση της εκπαίδευσης των μελών της ομάδας υγείας και των δεξιοτήτων που αποκτούνται από αυτήν και της ποιότητας στη φροντίδα.

Η εστίαση στα πρόσωπα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και η επαγγελματική επάρκεια με όρους εκπαίδευσης και δεξιοτήτων αναφέρονται και στις δύο παραπάνω μελέτες. Σε μία άλλη συστηματική ανασκόπηση (Marchon & Mendes, 2014) σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς στο πλαίσιο της ΠΦΥ, ως σημαντικότερος τρόπος βελτίωσης της ασφάλειας προτείνεται η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ της ομάδας υγείας της ΠΦΥ και των ασθενών.

Άλλες επιλογές ήταν: η αναγνώριση και η διαχείριση των ανεπιθύμητων ενεργειών από τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας, η κοινή ικανότητα για αλλαγές σε επίπεδο ομάδας και η παρακίνηση για δράσεις για την ασφάλεια των ασθενών μέσω ομάδων εργασίας. Αξίζει εδώ να σημειώσουμε τη σημασία της επικοινωνίας της ομάδας υγείας με τους ασθενείς και για θέματα ασφάλειας στην παροχή φροντίδας. Αρκετή συζήτηση διεξάγεται επίσης σήμερα στη βιβλιογραφία για τη συμβολή της πολυεπιστημονικής ομάδας υγείας στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας, η οποία αναζητείται σε έξι τομείς: φροντίδα, ενσυναίσθηση, ικανότητες, επικοινωνία, ενθάρρυνση και δέσμευση (Ndogo, 2014).

Το θέμα της επικοινωνίας και της ενθάρρυνσης ξαναεμφανίζεται εδώ, εμφανίζεται και το θέμα της ενσυναίσθησης και της συμπόνιας (compassion), ένα θέμα που συζητείται έντονα στο Ηνωμένο Βασίλειο τα τελευταία χρόνια

### **3.5 Η σημασία διερεύνησης της ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας**

Η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται, σύμφωνα με τους Ware et al (1983), στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των



υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος. Η ενημέρωση που παρέχεται στο χρήστη για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να αφορά σε διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με (α) τις προσδοκίες του από την υπηρεσία, (β) τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του και, τέλος, (γ) την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Ross C et al,1994).Ειδικότερα, η ικανοποίηση του ασθενούς συναρτάται άμεσα με το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του επαληθεύονται.

Υπό αυτή την έννοια, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά απολαμβάνει. Ανάλογα, τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και την ηλικία, συνιστούν παράγοντες που μπορούν, σύμφωνα με μελέτες, να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη (Khayat k et al. 1994, Zahr LK et al.1991).Όσον αφορά στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στο χρήστη κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιφέρουν αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του.

Ειδικότερα, σύμφωνα με τους LeVois et al, (1981)μεγάλο ποσοστό ασθενών είθισται να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο απ' ότι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στον αντίποδα, αρκετοί ασθενείς εκφράζουν αδιαφορία ως προς τη συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών, καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους (Ley P. 1972).Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα οικονομικό «εργαλείο» έρευνας αγοράς στον υγειονομικό τομέα. Στο πλαίσιο αυτό, διεξάγονται διεθνώς ολοένα και περισσότερες έρευνες ικανοποίησης των χρηστών. Παράλληλα, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ποιότητας σε περιπτώσεις που δείκτες ποιότητας, όπως τα ποσοστά θνησιμότητας και έκβασης του επιπέδου υγείας δεν μπορούν ή είναι πολύ δύσκολο να

μετρηθούν, όπως για παράδειγμα στην ανακουφιστική φροντίδα (Κωσταγιόλας,2007). Οι έρευνες ικανοποίησης συχνά μπορεί να λειτουργήσουν ως μηχανισμοί επισήμανσης προβλημάτων ποιότητας για τους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας, σχετικά με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών. Ερευνητές (Evanso et al.1997)τονίζουν τη σημασία των ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών για την αύξηση της αποδοτικότητας των παραγωγών στον ιδιωτικό υγειονομικό τομέα.

Όσον αφορά στο δημόσιο τομέα των υπηρεσιών υγείας, οι έρευνες ικανοποίησης δύνανται να εκφράσουν την άποψη των χρηστών – πολιτών για την χάραξη, ανάπτυξη και εφαρμογή της πολιτικής υπηρεσιών υγείας. Υπό αυτήν την έννοια, οι έρευνες ικανοποίησης αποτελούν μια μορφή λογοδοσίας, ως προς την κοινωνική ευθύνη των παραγωγών υπηρεσιών υγείας.

Η ικανοποίηση του ασθενή προσδιορίζεται ως μεταβλητή που επηρεάζει αφενός την αποτελεσματικότητα της φροντίδας και αφετέρου τη συνεργασία αυτών που παρέχουν τη συγκεκριμένη φροντίδα. Ως δε ικανοποίηση του χρήστη ορίζεται το σύνολο των προσωπικών εκτιμήσεων στα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον της φροντίδας πριν, κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά την παραμονή σε νοσηλευτήριο ή και επίσκεψή του σε μια ιατρική μονάδα (Sureshchandar et al.2001).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : Ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

### **4. 1 Σχέση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή**

Η σχέση μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή εξαρτάται άμεσα από τις αντιλήψεις του πρώτου αναφορικά με τα θέματα υγείας. Με λίγα λόγια, όταν το επιστημονικό προσωπικό αντιλαμβάνεται την εκάστοτε νόσο ως μια οργανική δυσλειτουργία, αντιμετωπίζει κατ' επέκταση και τον άρρωστο ως ένα βιολογικό περιστατικό. Δυστυχώς, παρόλο που οι γνώσεις του προσωπικού είναι πάντα επιστημονικά τεκμηριωμένες και αντικειμενικές σύμφωνα πάντα με τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, η συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής αγνοείται. Το νοσηλευτικό προσωπικό αν και βρίσκεται σε άμεση επαφή με

τον άρρωστο, αποκτώντας έτσι βαθύτερη γνώση του ψυχισμού του, αδυνατεί να αξιοποιήσει εποικοδομητικά τη συγκεκριμένη γνώση.

Οι απόψεις του ασθενή για τη νόσο του αφήνουν συνήθως ‘‘ασυγκίνητο’’ τον εκάστοτε ιατρό, ο οποίος επιθυμεί να διατηρεί μια τυπική και απρόσωπη σχέση με τον ασθενή του. Μ’ αυτό τον τρόπο ο άρρωστος παραμένει αμέτοχος και εξαρτημένος, ενώ παράλληλα οφείλει να είναι σύμφωνος με τις οδηγίες του επιστημονικού προσωπικού, το οποίο είναι αναγκαίο να εμπιστευθεί. Έτσι η σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στη θεραπευτική ομάδα και τον άρρωστο είναι άνιση. Μεγάλο μέρος των ασθενών πιστεύουν πως το πρόβλημα τους είναι αποκλειστικά οργανικό και αναπτύσσουν μια σχέση εξάρτησης με το επιστημονικό προσωπικό, το οποίο θεωρούν υπεύθυνο για την επιτυχή ή όχι έκβαση της πορείας της υγείας τους.

Παρόλο που το προαναφερθέν βιοιατρικό μοντέλο είναι κατά κύριο λόγο υπεύθυνο για τα σπουδαία ιατρικά επιτεύγματα, δε φαίνεται να ικανοποιεί πλέον τις σύγχρονες και ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις.

Εν αντιθέσει με το προηγούμενο μοντέλο, σύμφωνα με τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, το επιστημονικό προσωπικό αναπτύσσει μια περισσότερο άμεση και συναισθηματική επαφή με τον ασθενή, ενθαρρύνοντας τον να συνειδητοποιήσει πως ο τρόπος συμπεριφοράς του ενδέχεται να επηρεάσει την υγεία του. Μ’ αυτό το τρόπο ο ασθενής είναι πιθανό να αναπτύξει καινούριες και αποτελεσματικές τεχνικές διαχείρισης του άγχους του, να περιορίσει στο ελάχιστο ή ακόμη και να διακόψει ορισμένες αρνητικές για την υγεία του συνήθειες και να υιοθετήσει νέες συμπεριφορές.

Η σχέση που δημιουργείται μεταξύ του προσωπικού και του ασθενή δε διακατέχεται από το αίσθημα επιβολής του πρώτου στο δεύτερο, αλλά από μια διάθεση πραγματικής συνεργασίας. Διαμέσου αυτής της συνεργασίας κατανοούνται καλύτερα τα οργανικά, ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια που οδήγησαν στην εκδήλωση της νόσου και εξακολουθούν να επηρεάζουν τη πορεία της υγείας του αρρώστου. Επιπλέον, η διαδικασία της θεραπείας απευθύνεται τόσο στον άρρωστο, όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον, ενώ η σχέση που αναπτύσσεται είναι αμφίδρομη και ίση.

Το παρόν μοντέλο θεωρεί πως η νόσος του ατόμου έχει τις ρίζες της τόσο στις βιολογικές συνθήκες όσο και στις ψυχολογικές και τις κοινωνικές, που λαμβάνουν χώρα στη ζωή του ασθενή. Το επιστημονικό δηλαδή προσωπικό αντιμετωπίζει την ασθένεια ως ένα σύνολο, χωρίς να δίδει αποκλειστική προσοχή σε μεμονωμένα όργανα που εμφανίζουν δυσλειτουργία. Έτσι, πραγματοποιείται μια πληρέστερη κατανόηση και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου.

Ακόμη, δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στα ιδιαίτερα γνωρίσματα του αρρώστου, στην αντίληψη που κατέχει για την εκάστοτε και τη θεραπεία της, όπως επίσης στη σχέση που δημιουργεί με τη θεραπευτική ομάδα. Όμως το ενδιαφέρον επικεντρώνεται και στον επαγγελματία της υγείας και πιο συγκεκριμένα στα κίνητρα που τον ώθησαν να επιλέξει το συγκεκριμένο επάγγελμα, στις αντιλήψεις του για το ρόλο που διαδραματίζει, στις προσδοκίες του για τη σχέση του με τους ασθενείς και στη στάση που τηρεί απέναντι σ' αυτούς και στο ευρύτερο περιβάλλον τους.

Ο ασθενής δεν εκφράζεται μόνο λεκτικά αλλά και διαμέσου των συμπτωμάτων του, ενώ η θεραπευτική ομάδα εκφράζει αρκετές φορές με τη συμπεριφορά της κάτι διαφορετικό από εκείνο που μεταφέρουν τα λόγια. Κρίνεται λοιπόν ιδιαίτερα σημαντικό να κατέχουν αυτογνωσία, ορισμένες ψυχολογικές γνώσεις και να γνωρίζουν τη δυναμική των ικανοτήτων και των ορίων τους.

Λαμβάνοντας υπόψη μας όσα αναφέρθηκαν παραπάνω για τα δύο αυτά ιατρικά πρότυπα, αντιλαμβανόμαστε πως κανένα από αυτά δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά μόνο του. Η θεραπευτική ομάδα οφείλει να αντλεί από το καθένα πρότυπο τα στοιχεία εκείνα που κρίνει ότι είναι ωφέλιμα για την εκάστοτε περίπτωση (Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2002 · Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999· Παπαδημητρίου & Παπακώστας, 2002).

#### **4.2 Η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και του ασθενή**

Κάθε είδους επικοινωνία περιλαμβάνει ένα περιεχόμενο και μια διαπροσωπική σχέση, καθώς αφορά την ανταλλαγή πληροφοριών του ασθενή αρρώστου και του ιατρικονοσηλευτικού προσωπικού και διεξάγεται τόσο σε νοητικό όσο και σε

συναισθηματικό επίπεδο. Η επικοινωνία που πραγματοποιείται μεταξύ δύο ατόμων επηρεάζεται από τις προηγούμενες εμπειρίες κάθε ατόμου.

Τα διάφορα μηνύματα μεταφέρονται μεταξύ των ατόμων είτε με το προφορικό λόγο, τις παύσεις, την έμφαση και τον τόνο της φωνής, είτε με τη γλώσσα του σώματος, το βλέμμα, τις χειρονομίες, τις εκφράσεις του προσώπου, τη σωματική επαφή και ούτω καθεξής.

Έχει μάλιστα εξακριβωθεί πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ικανότητα της θεραπευτικής ομάδας να κάνει χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας (Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2002· Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999· Παπαδημητρίου & Παπακώστας, 2002· Σαπουτζή- Κρέπια, 2004).

#### **4.3 Η λεκτική επικοινωνία μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και του ασθενή**

Κατά το λεκτικό επίπεδο ο εκάστοτε θεραπευτής προσφέρει στο νοσηλευόμενο τον απαραίτητο “χώρο”, ώστε να εκφράσει τις απόψεις, τους προβληματισμούς και τις ανησυχίες του, χωρίς να κατακλύζεται από πλήθος ερωτήσεων, παύσεων ή καθοδηγήσεων.

Μ’ αυτό τον τρόπο ο δίδεται ώθηση στον άρρωστο να μοιραστεί τα συναισθήματα και τις σκέψεις του, εν αντιθέσει με τις κλειστές ερωτήσεις, που οδηγούν το άτομο να απαντήσει μονολεκτικά, αποτρέποντας έτσι οποιαδήποτε ανάπτυξη συζήτησης. Όμως σε ορισμένες περιπτώσεις οι κλειστές ερωτήσεις φαντάζουν αποτελεσματικές, όταν παραδείγματος χάριν η θεραπευτική ομάδα χρειάζεται μερικές συγκεκριμένες πληροφορίες.

Οι ερωτήσεις του προσωπικού πρέπει να είναι απλές και σύντομες, προκειμένου η προσοχή να εστιάζεται σε ένα συγκεκριμένο θέμα κάθε φορά, καθώς σε αντίθετη περίπτωση, οι απαντήσεις του αρρώστου είναι πολύ πιθανό να είναι συγκεχυμένες.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η τήρηση ουδετερότητας εκ μέρους του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και η αποφυγή σχολιασμών των απαντήσεων του ασθενή, οι οποίες οδηγούν με τη σειρά τους σε μια κατευθυνόμενη συζήτηση.

Η σιωπηρή στάση που ενδέχεται να διατηρεί ο ασθενής δε πρέπει να επιφέρει αμηχανία στη θεραπευτική ομάδα, καθώς μέσω αυτής ο ασθενής πραγματοποιεί μια εσωτερική διεργασία, κατανοώντας τα βαθύτερα αισθήματα και τις σκέψεις του (Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2002· Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999· Παπαδημητρίου & Παπακώστας, 2002· Σαπουτζή- Κρέπια, 2004).

#### **4.4 Η μη λεκτική επικοινωνία μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και του ασθενή**

Στο πλαίσιο της μη λεκτικής επικοινωνίας η οπτική επαφή μεταξύ των δύο ατόμων, του θεραπευτή και του νοσηλευόμενου αποτελεί ένα από τα πιο ισχυρά μέσα επικοινωνίας. Η συχνότητα και η διάρκεια μάλιστα της οπτικής τους επαφής είναι άμεσα συνδεδεμένη με την άνεση που έχουν αναπτύξει μεταξύ τους, το περιεχόμενο της συζήτησης και τη συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκονται.

Ιδιαίτερα σημαντικά στοιχεία για την ομαλή και επιτυχημένη μη λεκτική επαφή της θεραπευτικής ομάδας και του ασθενή αποτελούν η απόσταση μεταξύ των ατόμων, η θέση και ο προσανατολισμός τους μέσα στο χώρο, καθώς αποτελούν στοιχεία που ασκούν σπουδαία επιρροή στις αντιλήψεις που διαμορφώνουν ο ένας για τον άλλο.

Ειδικότερα, η στάση και οι κινήσεις του σώματος δηλώνουν μια τάση προσέγγισης ή αποφυγής των εμπλεκόμενων ατόμων, ενώ παράλληλα υποδηλώνουν τη συναισθηματική κατάσταση καθενός τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Με λίγα λόγια, όταν τα συναισθήματα του εκάστοτε εμπλεκόμενου προσώπου βρίσκονται σε αρμονία με το λεκτικό του περιεχόμενο, τα λεγόμενα του ομιλητή ενισχύονται, ενώ σε αντίθετη περίπτωση, τα μηνύματα που εκλαμβάνει ο ακροατής είναι αντιφατικά και προκαλούν σύγχυση στη μεταξύ τους επικοινωνία. Διαμέσου της μη λεκτικής επικοινωνίας, ο θεραπευτής φανερώνει αν ενδιαφέρεται ή όχι για τα όσα εκφράζει ο νοσηλευόμενος, όπως επίσης και το πόσο προσεκτικά τον παρακολουθεί (Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2002· Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999· Παπαδημητρίου & Παπακώστας, 2002· Σαπουτζή- Κρέπια, 2004).

#### 4.5 Οι κοινωνικοί ρόλοι που εμπλέκονται στη σχέση θεραπευτή – ασθενή

Διερευνώντας τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή, παρατηρούμε την ύπαρξη κοινωνικών αξιών και ρόλων, πεποιθήσεων και προκαταλήψεων, που παρεμβαίνουν στη συγκεκριμένη σχέση. Το είδος επίσης της ασθένειας έχει ιδιαίτερη επίδραση στη σχέση της θεραπευτικής ομάδας και του αρρώστου, καθώς όταν η νόσος είναι χρόνια, αλλά παραμένει σε σταθερή κατάσταση, ο ασθενής εμπλουτίζει τις γνώσεις του όσον αφορά τον εαυτό του, αναγνωρίζοντας πολλές φορές μόνοι του συμπτώματα και ενδείξεις της ασθένειας του.

Εξίσου σημαντικός παράγοντας στη διαμόρφωση της θεραπευτικής σχέσης αποτελεί ο χώρος αντιμετώπισης της εκάστοτε νόσου, καθώς μέσω αυτού πραγματοποιείται η καθοδήγηση, η συνεργασία και η διαχείριση της εξουσίας και του ελέγχου μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή.

Αξιοσημείωτοι παράγοντες είναι ακόμη οι αντιλήψεις του προσωπικού για την εκάστοτε νόσο και τον άρρωστο και η προσωπικότητα του ασθενή, οι οποίοι έχουν άμεση επιρροή στη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας τόσο από το νοσηλευτικό όσο και από το ιατρικό προσωπικό.

Όμως, η συμπεριφορά του προσωπικού καθορίζεται από την εκπαίδευση που έχει λάβει, το κύρος και τη κοινωνική του αναγνώριση, μέσω των οποίων αντιλαμβάνεται τη κατάσταση τόσο του ασθενή όσο και του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου. Με λίγα λόγια, παρεμβαίνει σε μία κατάσταση επιδιώκοντας να την αντιμετωπίσει ορθά, ενώ οι πολίτες προσφεύγουν σε αυτό αποσκοπώντας στη θεραπεία των προβλημάτων τους.

Οφείλουμε να σημειώσουμε πως η συμπεριφορά της θεραπευτικής ομάδας επηρεάζεται επιπλέον από κοινωνικούς παράγοντες και πιο συγκεκριμένα:

- Από την ηλικία, καθώς στη πλειοψηφία των περιπτώσεων οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς παραμελούνται
- Τη κοινωνική θέση, με τους ασθενείς χαμηλών κοινωνικών βαθμίδων να γίνονται δέκτες λιγότερης προσοχής ακόμη και εξυπηρέτησης

- Το φύλο, από τη στιγμή που οι ενήλικοι, κυρίως παραγωγικοί άνδρες, ενημερώνονται και εξυπηρετούνται με καλύτερο τρόπο έναντι των γυναικών.
- Τη φυλετική καταγωγή, καθώς οι ασθενείς διαφορετικής καταγωγής από τη πλειοψηφία του πληθυσμού, δέχονται συχνά φυλετικές διακρίσεις όσον αφορά τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας

Από τη πλευρά τώρα του ασθενή, η συμπεριφορά του είναι άμεσα εξαρτώμενη με πολιτισμικά του πρότυπα, τις αξίες, τη κοινωνική του τάξη και τους κοινωνικούς ρόλους, που διαδραματίζει, καθώς η ασθένεια του λαμβάνει χώρα μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο.

Η εκάστοτε νόσος αποτελεί ένα κοινωνικό πρόβλημα, το οποίο περιλαμβάνει ειδικότερους κοινωνικούς ρόλους, που παρουσιάζονται με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους – όψεις. Πιο συγκεκριμένα:

- 1) Οι άρρωστοι απαλλάσσονται από τις συνηθισμένες υποχρεώσεις τους
- 2) Αντιμετωπίζονται τόσο από τους γύρω τους όσο και από τον ίδιο τους τον εαυτό ως αδύναμοι να βελτιώσουν την εξέλιξη της υγείας του στηριζόμενοι αποκλειστικά στις δικές τους δυνάμεις
- 3) Έχουν υποχρέωση να επιθυμούν την επιστροφή της προηγούμενης φυσιολογικής κατάστασης της υγείας τους, αντιμετωπίζοντας την ασθένεια τους και
- 4) Είναι απαραίτητο να αναζητούν ιατρονοσηλευτική φροντίδα και να συνεργάζονται με τον ιατρό τους για τη διευθέτηση των προβλημάτων της υγείας τους

Με βάση όλα τα παραπάνω κατανοούμε πως ο ρόλος του ασθενή είναι συμπληρωματικός εκείνου της θεραπευτικής ομάδας (Σαρρής, 2001· Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2002· Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999· Παπαδημητρίου & Παπακώστας, 2002· Σαπουτζή- Κρέπια, 2004).



#### 4.6 Τα δικαιώματα του ασθενή

Η Διακήρυξη για τα δικαιώματα του ασθενή απευθύνεται τόσο στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο και στους πολίτες, προκειμένου να υπάρξει διατήρηση ή ακόμη και βελτίωση της μεταξύ συνεργασίας σε θέματα υγείας.

Σύμφωνα λοιπόν με το άρθρο 47 του Νόμου 2071/1992 τα δικαιώματα του ασθενή που βρίσκεται στο πλαίσιο του νοσοκομείου περιλαμβάνουν:

- Το δικαίωμα του να αναζητεί και να ανακαλύπτει τις νοσοκομειακές υπηρεσίες που απευθύνονται στη φύση και το είδος της νόσου του
- Τη παροχή φροντίδας, που ανταποκρίνεται στον απαιτούμενο σεβασμό της αξιοπρέπειας του. Η συγκεκριμένη φροντίδα αφορά πέραν των ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή και εξυπηρέτηση του και ούτω καθεξής
- Το δικαίωμα συγκατάθεσης ή άρνησης οποιασδήποτε ενέργειας αφορά τον εαυτό του. Σε περίπτωση διανοητικής δυσλειτουργίας του ασθενή, το συγκεκριμένο δικαίωμα κατέχει το άτομο που με βάση του νόμο αποφασίζει για τον ίδιο.
- Την απαραίτητη και πλήρη ενημέρωση για τη κατάσταση της υγείας του, καθώς μέσω αυτής έχει τη δυνατότητα να διαθέτει πλήρη εικόνα της ευρύτερης κατάστασης του και να προβαίνει στη συμμετοχή ή τη λήψη αποφάσεων που θα χαρακτηρίσουν τη πορεία της ασθένειας και κατ' επέκταση της ζωής του
- Τη πλήρη πληροφόρηση του για πιθανές παρενέργειες και αντενδείξεις πειραματικών θεραπευτικών πράξεων. Μάλιστα για την εφαρμογή των συγκεκριμένων αυτών μεθόδων είναι απαραίτητη η συγκατάθεση του ίδιου ή του προσώπου που ενεργεί για τον ίδιο και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή
- Το δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής, όπως παραδείγματος χάριν του περιεχομένου των εγγράφων και των ιατρικών του εξετάσεων
- Τον αναγκαίο σεβασμό προς τις θρησκευτικές και ιδεολογικές του πεποιθήσεις (Λιόνης, Αναστασίου & Σαρουλάκη, 1996).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο : Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σήμερα

### 5.1 Τα σημερινά προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ακόμη και σήμερα, παρατηρούμε πως το σύστημα υγείας της χώρας μας έχει ως κεντρικό άξονα του τη περίθαλψη που παρέχεται στο πλαίσιο του νοσοκομείου, γεγονός που επιφέρει ελλιπή οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με τους ασθενείς να θεωρούν το παρόν σύστημα ανεπαρκή για τη κάλυψη των αναγκών και επιθυμιών τους. Για το λόγο αυτό είναι αναγκαία η εστίαση της προσοχής στην οικογενειακή περίθαλψη, με κύριο εκπρόσωπο όπως φανερώνει και το όνομα της τον οικογενειακό ιατρό (Abel- Smith et al., 1994).

Επιπλέον, τα Κέντρα Υγείας εξακολουθούν να διαθέτουν ελλιπή στελέχωση και οικονομικούς πόρους, ενώ το προσωπικό είναι ανεκπαιδευτο όσον αφορά τις σύγχρονες μεθόδους ιατρικής. Όπως είναι αναμενόμενο τα προαναφερθέντα στοιχεία οδηγούν στην ύπαρξη προβλημάτων και δυσλειτουργιών αναφορικά με τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Markaki, Antonakis & Lionis, 2006).

Ο οικογενειακός ιατρός παραμένει ακόμη και σήμερα εκτός του πλαισίου των υπηρεσιών υγείας, παρόλο που έχει επισημανθεί επανειλημμένως η σπουδαιότητα του ρόλου του. Ανύπαρκτη όμως είναι ακόμη και σήμερα η συμμετοχή της ευρύτερης κοινωνικής ομάδας, στη λήψη αποφάσεων που έχουν άμεση σχέση με τις διαθέσιμες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Λιαρόπουλος, 2007 & WHO, 2008).

Ακόμη η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία (ΠΟΕΔΗΝ), επισημαίνει την αναγκαία στελέχωση του συστήματος υγείας, καθώς τη παρούσα χρονική στιγμή το ποσοστό κάλυψης είναι 35%, γεγονός που οφείλεται στο νόμος για το ΠΕΔΥ, ο οποίος είχε ως επακόλουθο την απόλυση ιατρών και κατ' επέκταση τη παύση λειτουργίας πολλών μονάδων υγείας. Η ΠΟΕΔΗΝ μάλιστα θεωρεί πως ο νέος νόμος 4336/2015 αναφορικά με την αξιολόγηση των μονάδων υγείας, έχει ως κύριο μέλημα του τη κατάργηση της εικοσιτετράωρης λειτουργίας αυτών έως ακόμη και τη διακοπή της λειτουργίας τους (<http://insuranceworld.gr/34855/eidiseis/poedin-manifesto-gia-tin-pfi/>).

Φυσικά η μη οργάνωση ενός συστήματος υγείας σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά πρότυπα, έχει ως επακόλουθο την αδυναμία εύρεσης μεθόδων που θα οδηγήσουν

στην αποτελεσματικότητα και επιτυχή ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας (WHO, 2004).

## 5.2 Ενδεικτικές προτάσεις

Κατά τις δεκαετίες έχουν υπάρξει ποικίλες απόψεις αναφορικά με την επιτυχή και ομαλή λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Μερικά από τα σημεία στα οποία οφείλουμε να εστιάσουμε τη προσοχή μας είναι:

- Η αύξηση του αριθμού των γενικών ιατρών, μέσω ποικίλων κινήτρων
- Η ύπαρξη μιας πλήρους εκπαιδευμένης διεπιστημονικής ομάδας, στην οποία θα εντάσσονται επιστήμονες διαφορετικών ειδικοτήτων. Απαραίτητη φυσικά κρίνεται η συνεχής μετεκπαίδευση των συγκεκριμένων επιστημόνων, προκειμένου να είναι σε θέση να ανταποκρίνονται επαρκώς στις απαιτήσεις του πληθυσμού
- Η ομαλή και επιτυχής επικοινωνία και συνεργασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με διαφορετικές υπηρεσίες υγείας
- Η βελτίωση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας
- Η δημιουργία μιας κατάλληλης αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μάλιστα το παρόν ζήτημα απασχολεί διάφορες χώρες, οι οποίες αναζητούν τη κατάλληλη μεθοδολογία (OECD, 2004· Marshall et al., 2006, στους Σωτηριάδου, Μαλλιάρου & Σαράφη, 2011). Δυστυχώς στη χώρα μας έχουν πραγματοποιηθεί μόνο πειραματικές προσπάθειες (Zavras et al., 2002 με τη χρήση της μεθοδολογίας DEA Data Envelopment Analysis, στους Σωτηριάδου, Μαλλιάρου & Σαράφη, 2011), οι οποίες εντούτοις είναι πιθανό να αποτελέσουν τη βάση μιας ευρύτερης εφαρμογής
- Η επιτυχής επικοινωνία και συνεργασία ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας και τη τοπική κοινωνία, από τη στιγμή που για τη πρόληψη και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, θεωρείται απαραίτητη η συμμετοχή της κοινότητας (Κυριαζής και συν., 2010· Saridi et.al., 2009· Σαρίδη και συν., 2009, όπως επισημαίνονται στους Σωτηριάδου, Μαλλιάρου & Σαράφη, 2011).
- Η αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών, οι οποίες κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικές (Σωτηριάδου, Μαλλιάρου & Σαράφη, 2011).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο Ερευνητικό μέρος

### 6.1 Μεθοδολογία

Τα δεδομένα της έρευνας συγκεντρώθηκαν με την χρήση ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις κλειστού τύπου.

Τα δεδομένα των ερωτηματολογίων συγκεντρώθηκαν σε φόρμα του excel και αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20.

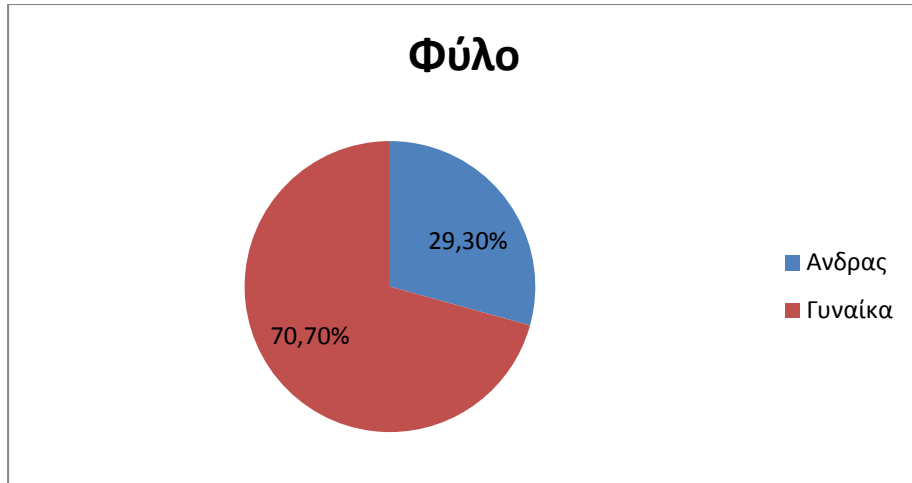
### 6.2 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων περιλάμβανε περιγραφική στατιστική καθώς επίσης και στατιστική διερεύνησης εξάρτησης μεταξύ των μεταβλητών. Για την επεξεργασία των δεδομένων και τον έλεγχο χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος  $\chi^2$  τετράγωνο. Υπολογίστηκε ο συντελεστής p-value για την εύρεση συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών. Ως επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε το 95%.

### 6.3 Αποτελέσματα

Πίνακας 1. Κατανομή δείγματος ανά φύλο

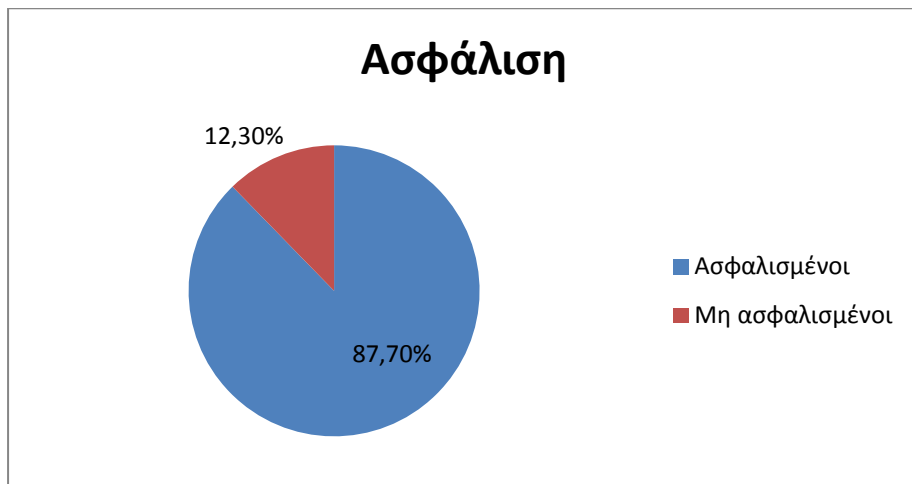
Φύλο	Συχνότητα	% Ποσοστό
Άνδρας	88	29,3
Γυναίκα	212	70,7
Σύνολο	300	100,0



Γράφημα 1. Κατανομή δείγματος ανά φύλο.

Πίνακας 2. Κατανομή δείγματος ανά ασφάλιση

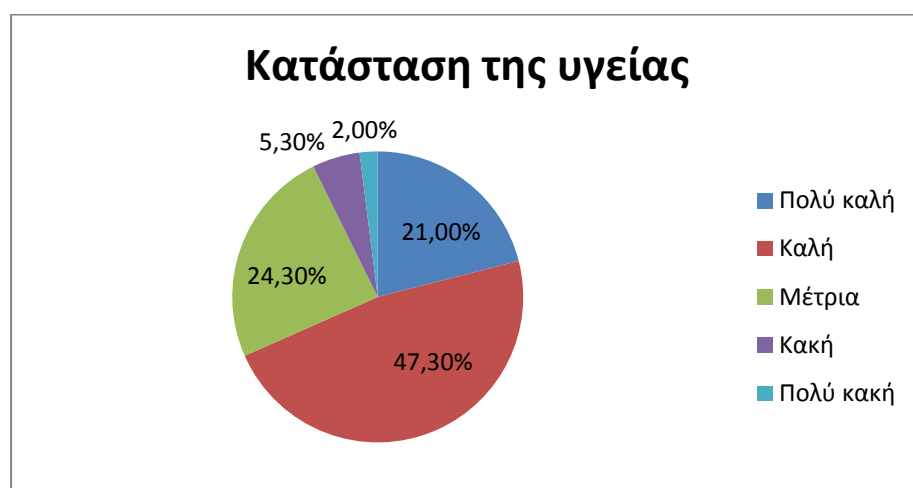
Ασφάλιση	Συχνότητα	% Ποσοστό
Ασφαλισμένοι	263	87,7
Μη ασφαλισμένοι	37	12,3
Σύνολο	300	100,0



Γράφημα 2. Κατανομή δείγματος ανά ασφάλιση.

Πίνακας 3. Κατανομή δείγματος ανά κατάσταση της υγείας

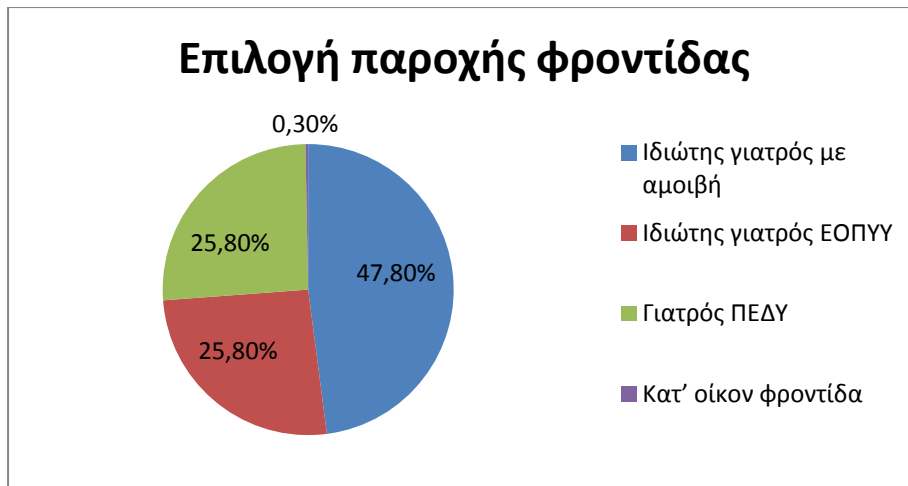
Κατάσταση υγείας	Συχνότητα	% Ποσοστό
Πολύ καλή	6	21
Καλή	142	47,3
Μέτρια	73	24,3
Κακή	16	5,3
Πολύ κακή	6	2
Σύνολο	300	100,0



Γράφημα 3. Κατανομή δείγματος ανά κατάσταση της υγείας

Πίνακας 4. Κατανομή δείγματος ανά επιλογή παροχής φροντίδας

Κατάσταση υγείας	Συχνότητα	% Ποσοστό
Ιδιώτης γιατρός με αμοιβή	142	47,8
Ιδιώτης γιατρός ΕΟΠΥΥ	77	25,8
Γιατρός ΠΕΔΥ	77	25,8
Κατ' οίκον φροντίδα	1	0,3
Άλλο	2	0,6
Σύνολο	300	100,0

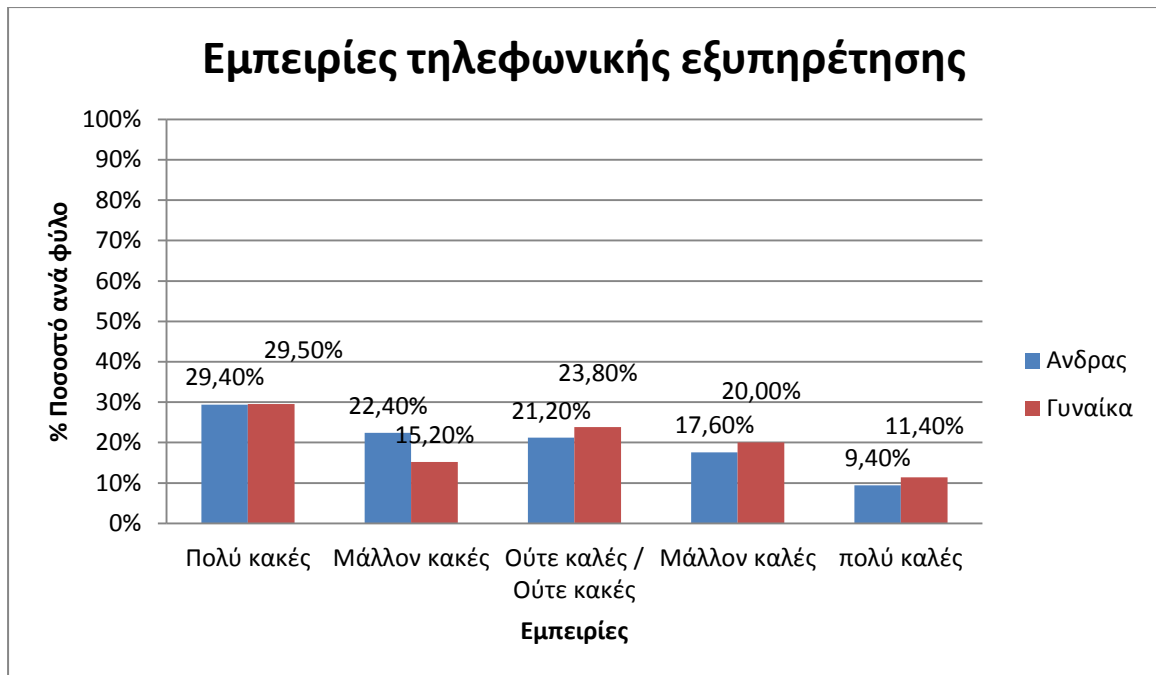


Γράφημα 4. Κατανομή δείγματος ανά επιλογή παροχής φροντίδας

Πίνακας 5. Εμπειρίες τηλεφωνικής εξυπηρέτησης ΠΕΔΥ ανά φύλο.

Εμπειρίες τηλεφωνικής εξυπηρέτησης ΠΕΔΥ		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Πολύ κακές	N	25	62	87
	% Ποσοστό ανά φύλο	29,4%	29,5%	29,5%
Μάλλον κακές	N	19	32	51
	% Ποσοστό ανά φύλο	22,4%	15,2%	17,3%
Ούτε καλές/ Ούτε κακές	N	18	50	68
	% Ποσοστό ανά φύλο	21,2%	23,8%	23,1%
Μάλλον καλές	N	15	42	57
	% Ποσοστό ανά φύλο	17,6%	20,0%	19,3%
Πολύ καλές	N	8	24	32
	% Ποσοστό ανά φύλο	9,4%	11,4%	10,8%
Σύνολο	N	85	210	295
	% Ποσοστό ανά φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών  $p\text{-value}=0,671>0,050$



Γράφημα 5. Εμπειρίες τηλεφωνικής εξυπηρέτησης ΠΕΔΥ ανά φύλο.

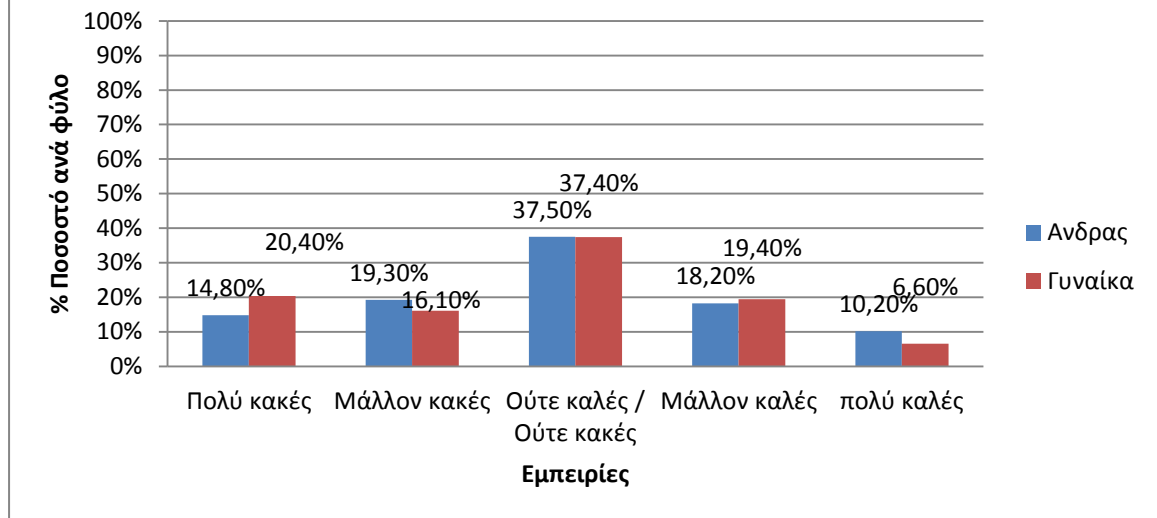
Πίνακας 6. Εμπειρίες χρόνου αναμονής μέχρι την επίσκεψη στον γιατρό ανά φύλο.

Εμπειρίες χρόνου αναμονής μέχρι την επίσκεψη στον γιατρό		Φύλο		Σύνολο
		Ανδρας	Γυναίκα	
Πολύ κακές	N	13	43	56
	% Ποσοστό ανά φύλο	14,8%	20,4%	18,7%
Μάλλον κακές	N	17	34	51
	% Ποσοστό ανά φύλο	19,3%	16,1%	17,1%
Ούτε καλές/ Ούτε κακές	N	33	79	112
	% Ποσοστό ανά φύλο	37,5%	37,4%	37,5%
Μάλλον καλές	N	16	41	57
	% Ποσοστό ανά φύλο	18,2%	19,4%	19,1%
Πολύ καλές	N	9	14	23
	% Ποσοστό ανά φύλο	10,2%	6,6%	7,7%
Σύνολο	N	88	211	299
	% Ποσοστό ανά φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών  $p\text{-value}=0,643>0,050$



## Εμπειρίες χρόνου αναμονής μέχρι την επίσκεψη στον γιατρό



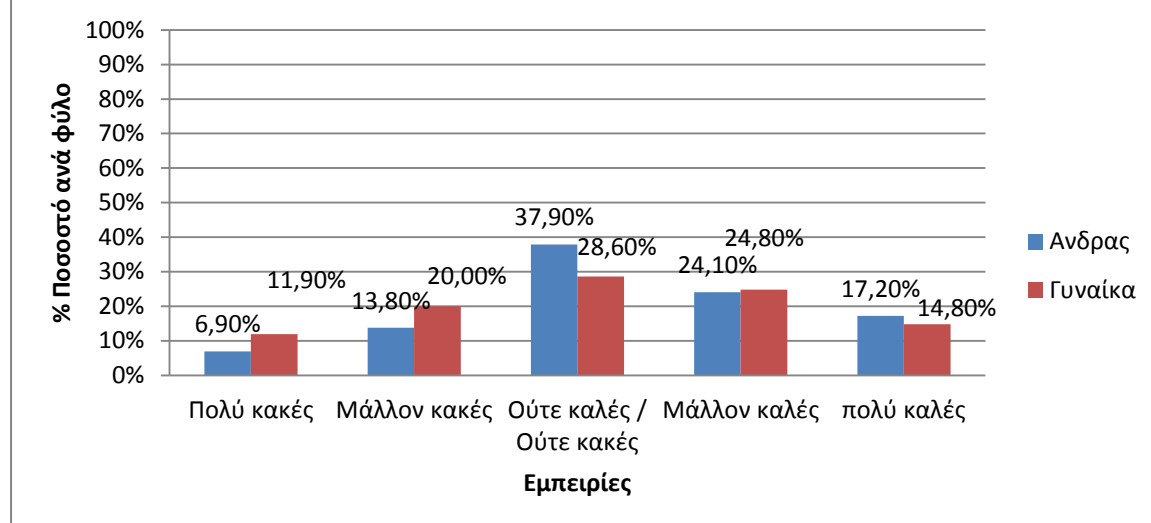
Γράφημα 6. Εμπειρίες χρόνου αναμονής μέχρι την επίσκεψη στον γιατρό ανά φύλο.

Πίνακας 7. Εμπειρίες τήρησης της προγραμματισμένης ώρας του ραντεβού ανά φύλο.

Εμπειρίες τήρησης της προγραμματισμένης ώρας του ραντεβού		Φύλο		Σύνολο
		Ανδρας	Γυναίκα	
Πολύ κακές	N	6	25	31
	% Ποσοστό ανά φύλο	6,9%	11,9%	10,4%
Μάλλον κακές	N	12	42	54
	% Ποσοστό ανά φύλο	13,8%	20,0%	18,2%
Ούτε καλές/ Ούτε κακές	N	33	60	93
	% Ποσοστό ανά φύλο	37,9%	28,6%	31,3%
Μάλλον καλές	N	21	52	73
	% Ποσοστό ανά φύλο	24,1%	24,8%	24,6%
Πολύ καλές	N	15	31	46
	% Ποσοστό ανά φύλο	17,2%	14,8%	15,5%
Σύνολο	N	87	210	297
	% Ποσοστό ανά φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών  $p\text{-value}=0,313>0,050$

## Εμπειρίες τήρησης της προγραμματισμένης ώρας του ραντεβού

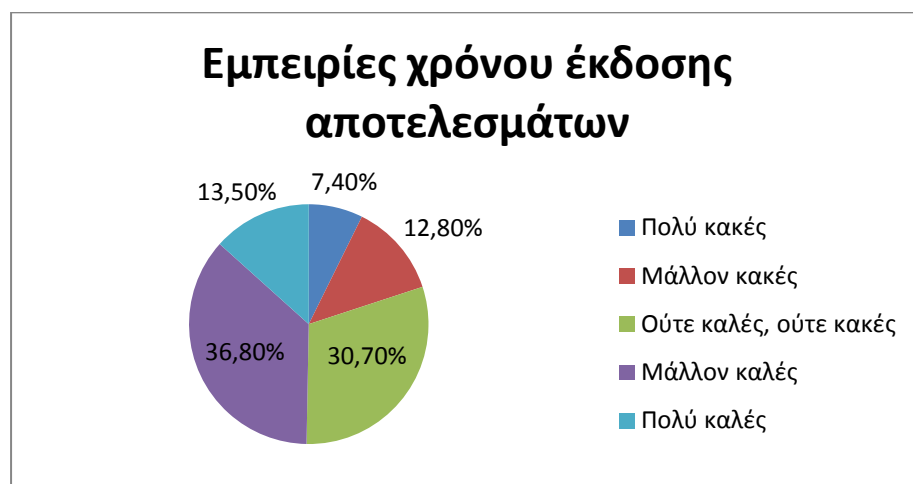


Γράφημα 7. Εμπειρίες τήρησης της προγραμματισμένης ώρας του ραντεβού ανά φύλο.

Πίνακας 8. Κατανομή δείγματος ανά εμπειρίες χρόνου έκδοσης αποτελεσμάτων των εξετάσεων

Εμπειρίες χρόνου έκδοσης αποτελεσμάτων	Συχνότητα	% Ποσοστό
Πολύ κακές	22	7,4
Μάλλον κακές	38	12,8
Ούτε καλές, ούτε κακές	91	30,7
Μάλλον καλές	109	36,8
Πολύ καλές	40	13,5
Σύνολο	300	100,0

## Εμπειρίες χρόνου έκδοσης αποτελεσμάτων

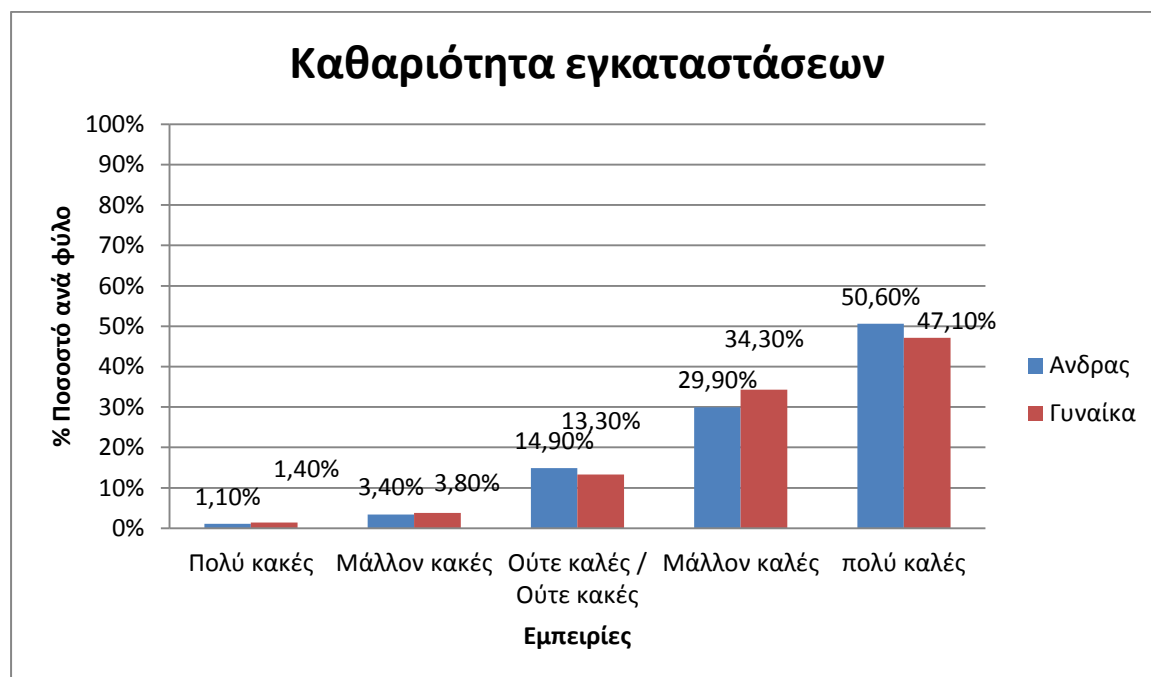


Γράφημα 8. Κατανομή δείγματος ανά εμπειρίες χρόνου έκδοσης αποτελεσμάτων των εξετάσεων

Πίνακας 9. Καθαριότητα εγκαταστάσεων ανά φύλο.

Καθαριότητα εγκαταστάσεων		Φύλο		Σύνολο
		Ανδρας	Γυναίκα	
Πολύ κακές	N	1	3	4
	% Ποσοστό ανά φύλο	1,1%	1,4%	1,3%
Μάλλον κακές	N	3	8	11
	% Ποσοστό ανά φύλο	3,4%	3,8%	3,7%
Ούτε καλές/ Ούτε κακές	N	13	28	41
	% Ποσοστό ανά φύλο	14,9%	13,3%	13,8%
Μάλλον καλές	N	26	72	98
	% Ποσοστό ανά φύλο	29,9%	34,3%	33,0%
Πολύ καλές	N	44	99	143
	% Ποσοστό ανά φύλο	50,6%	47,1%	48,1%
Σύνολο	N	87	210	297
	% Ποσοστό ανά φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών  $p\text{-value}=0,953>0,050$

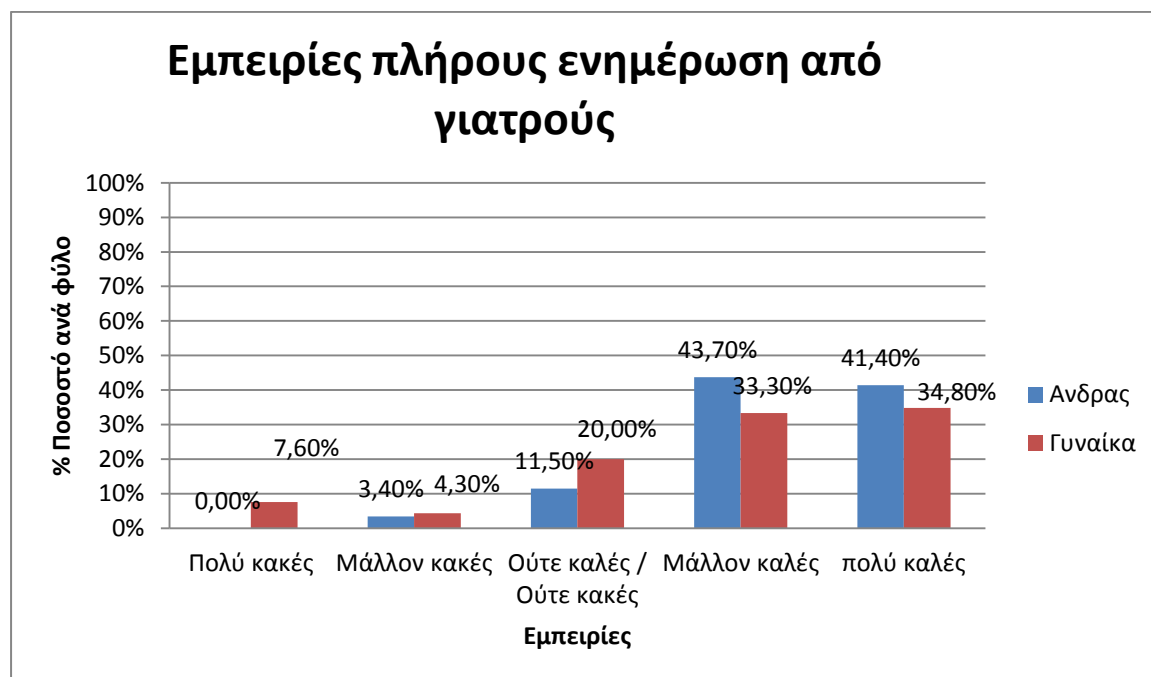


Γράφημα 9. Καθαριότητα εγκαταστάσεων ανά φύλο.

Πίνακας 10. Εμπειρίες πλήρους ενημέρωση από γιατρούς ανά φύλο.

Εμπειρίες πλήρους ενημέρωση από γιατρούς		Φύλο		Σύνολο
		Ανδρας	Γυναίκα	
Πολύ κακές	N	0	16	16
	% Ποσοστό ανά φύλο	,0%	7,6%	5,4%
Μάλλον κακές	N	3	9	12
	% Ποσοστό ανά φύλο	3,4%	4,3%	4,0%
Ούτε καλές/ Ούτε κακές	N	10	42	52
	% Ποσοστό ανά φύλο	11,5%	20,0%	17,5%
Μάλλον καλές	N	38	70	108
	% Ποσοστό ανά φύλο	43,7%	33,3%	36,4%
Πολύ καλές	N	36	73	109
	% Ποσοστό ανά φύλο	41,4%	34,8%	36,7%
Σύνολο	N	87	210	297
	% Ποσοστό ανά φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών  $p\text{-value}=0,019<0,050$

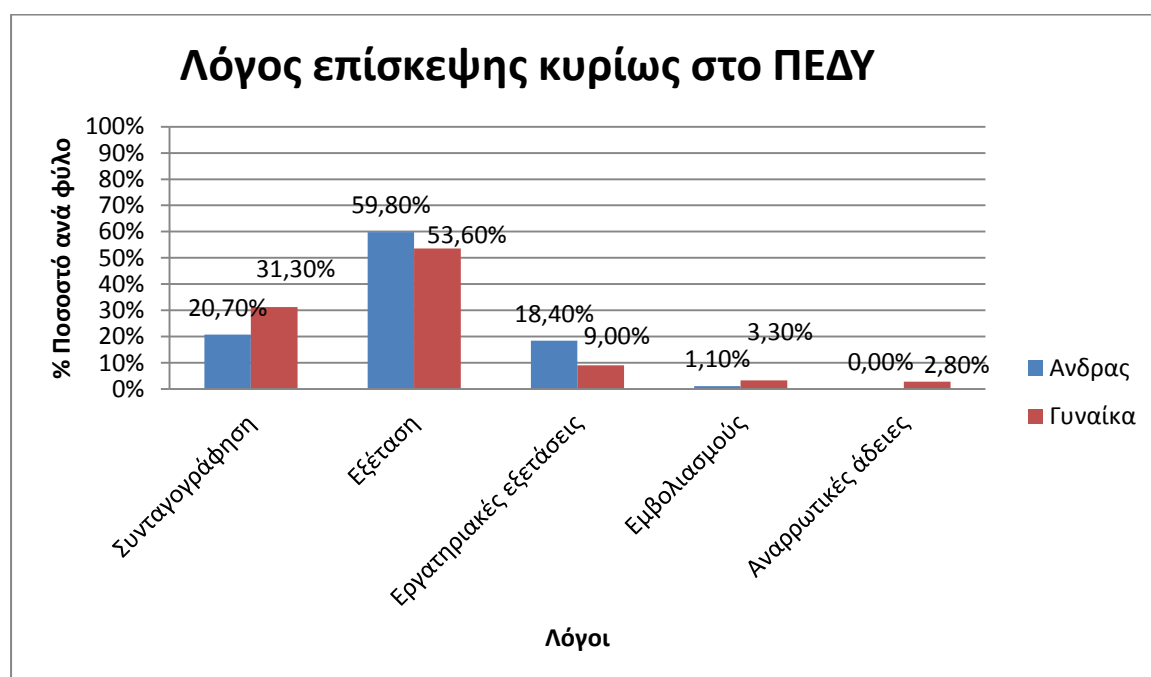


Γράφημα 10. Εμπειρίες πλήρους ενημέρωση από γιατρούς ανά φύλο.

Πίνακας 11. Λόγος επίσκεψης κυρίως στο ΠΕΔΥ ανά φύλο.

Λόγος επίσκεψης κυρίως στο ΠΕΔΥ		Φύλο		Σύνολο
		Ανδρας	Γυναίκα	
Συνταγογράφηση	N	18	66	84
	% Ποσοστό ανά φύλο	20,7%	31,3%	28,2%
Εξέταση	N	52	113	165
	% Ποσοστό ανά φύλο	59,8%	53,6%	55,4%
Εργαστηριακές εξετάσεις	N	16	19	35
	% Ποσοστό ανά φύλο	18,4%	9,0%	11,7%
Εμβολιασμούς	N	1	7	8
	% Ποσοστό ανά φύλο	1,1%	3,3%	2,7%
Αναρρωτικές άδειες	N	0	6	6
	% Ποσοστό ανά φύλο	,0%	2,8%	2,0%
Σύνολο	N	87	211	298
	% Ποσοστό ανά φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών  $p\text{-value}=0,026<0,050$

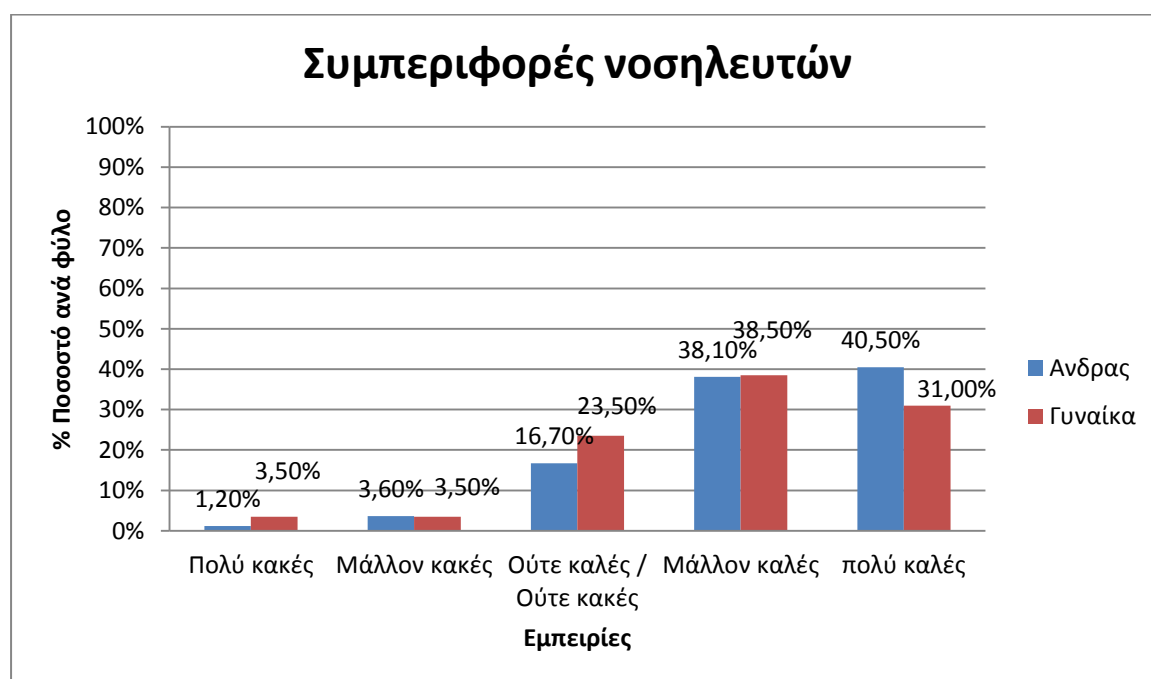


Γράφημα 11. Λόγος επίσκεψης κυρίως στο ΠΕΔΥ ανά φύλο.

Πίνακας 12. Συμπεριφορές νοσηλευτών ανά φύλο.

Συμπεριφορές νοσηλευτών		Φύλο		Σύνολο
		Ανδρας	Γυναίκα	
Πολύ κακές	N	1	7	8
	% Ποσοστό ανά φύλο	1,2%	3,5%	2,8%
Μάλλον κακές	N	3	7	10
	% Ποσοστό ανά φύλο	3,6%	3,5%	3,5%
Ούτε καλές/ Ούτε κακές	N	14	47	61
	% Ποσοστό ανά φύλο	16,7%	23,5%	21,5%
Μάλλον καλές	N	32	77	109
	% Ποσοστό ανά φύλο	38,1%	38,5%	38,4%
Πολύ καλές	N	34	62	96
	% Ποσοστό ανά φύλο	40,5%	31,0%	33,8%
Σύνολο	N	84	200	284
	% Ποσοστό ανά φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

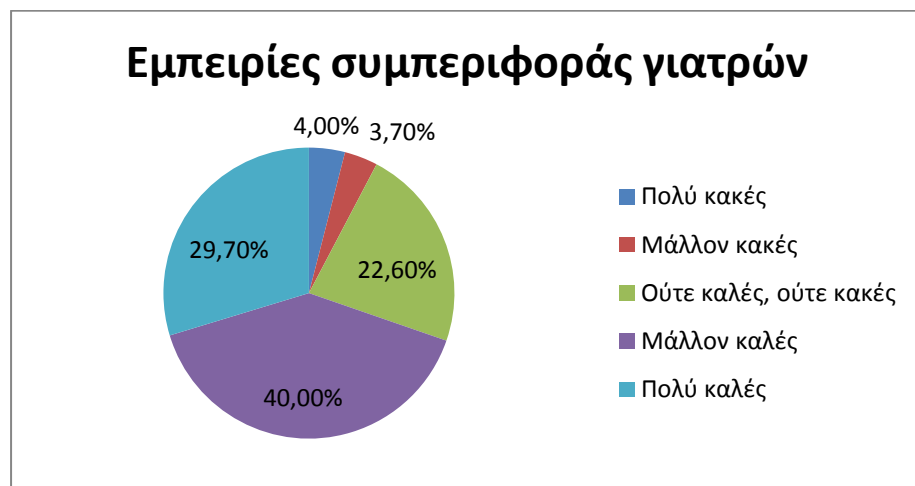
Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών  $p\text{-value}=0,409>0,050$



Γράφημα 12. Συμπεριφορές νοσηλευτών ανά φύλο.

Πίνακας 13. Κατανομή δείγματος ανά εμπειρίες συμπεριφοράς γιατρών

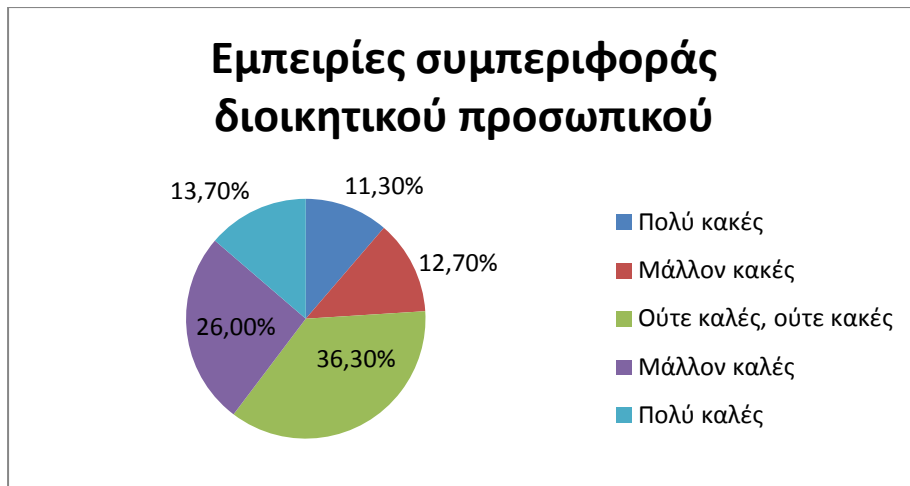
Εμπειρίες συμπεριφοράς γιατρών	Συχνότητα	% Ποσοστό
Πολύ κακές	12	4
Μάλλον κακές	11	3,7
Ούτε καλές, ούτε κακές	68	22,6
Μάλλον καλές	120	40
Πολύ καλές	89	29,7
Σύνολο	300	100,0



Γράφημα 13. Κατανομή δείγματος ανά εμπειρίες συμπεριφοράς γιατρών

Πίνακας 14. Κατανομή δείγματος ανά εμπειρίες συμπεριφοράς διοικητικού προσωπικού

Εμπειρίες συμπεριφοράς γιατρών	Συχνότητα	% Ποσοστό
Πολύ κακές	34	11,3
Μάλλον κακές	38	12,7
Ούτε καλές, ούτε κακές	119	36,3
Μάλλον καλές	78	26
Πολύ καλές	41	13,7
Σύνολο	300	100,0



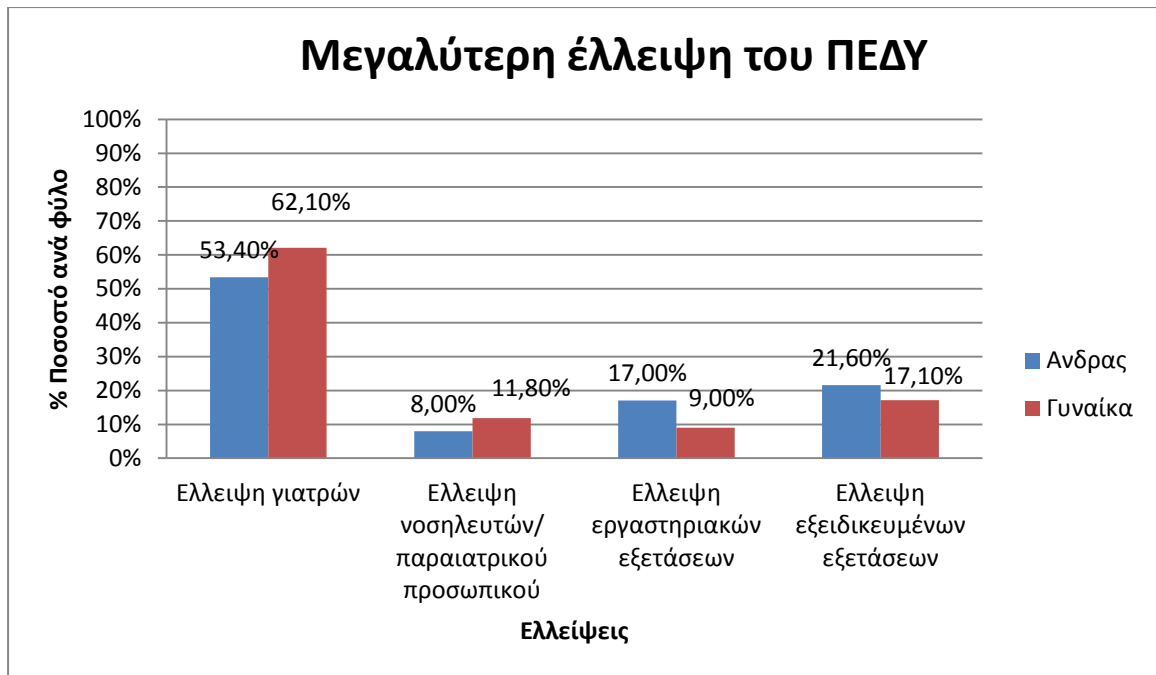
Γράφημα 14. Κατανομή δείγματος ανά εμπειρίες συμπεριφοράς διοικητικού προσωπικού

Πίνακας 15. Μεγαλύτερη έλλειψη του ΠΕΔΥ ανά φύλο.

Μεγαλύτερη έλλειψη του ΠΕΔΥ		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Έλλειψη γιατρών	N	47	131	178
	% Ποσοστό ανά φύλο	53,4%	62,1%	59,5%
Έλλειψη νοσηλευτών/ παραϊατρικού προσωπικού	N	7	25	32
	% Ποσοστό ανά φύλο	8,0%	11,8%	10,7%
Έλλειψη εργαστηριακών εξετάσεων	N	15	19	34
	% Ποσοστό ανά φύλο	17,0%	9,0%	11,4%
Έλλειψη εξειδικευμένων εξετάσεων	N	19	36	55
	% Ποσοστό ανά φύλο	21,6%	17,1%	18,4%
Σύνολο	N	88	211	299
	% Ποσοστό ανά φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών  $p\text{-value}=0,117>0,050$

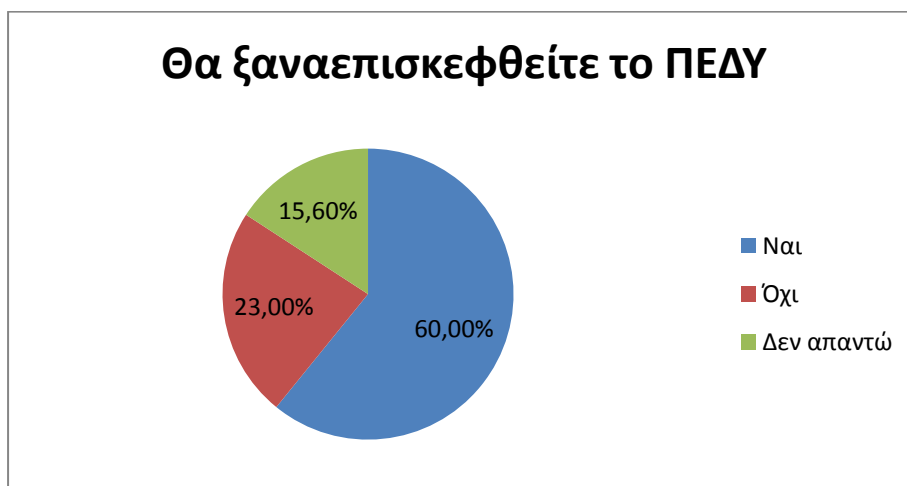




Γράφημα 15. Μεγαλύτερη έλλειψη του ΠΕΔΥ ανά φύλο.

Πίνακας 16. Κατανομή δείγματος ανά επιλογή να ξαναεπισκευθούν το ΠΕΔΥ

Θα ξαναεπισκεφθείτε το ΠΕΔΥ	Συχνότητα	% Ποσοστό
Ναι	180	60
Όχι	69	23
Δεν απαντώ	47	15,6
Σύνολο	300	100,0



Γράφημα 16. Κατανομή δείγματος ανά επιλογή να ξαναεπισκευθούν το ΠΕΔΥ

Πίνακας 17. Κατανομή δείγματος ανά θέληση να συστήσουν το ΠΕΔΥ σε φίλους και συγγενείς

Θα συστήνατε το ΠΕΔΥ σε φίλους και συγγενείς	Συχνότητα	% Ποσοστό
Σίγουρα όχι	30	10,3
Μάλλον όχι	69	23
Μάλλον ναι	132	44
Σίγουρα ναι	58	22,9
Σύνολο	300	100,0



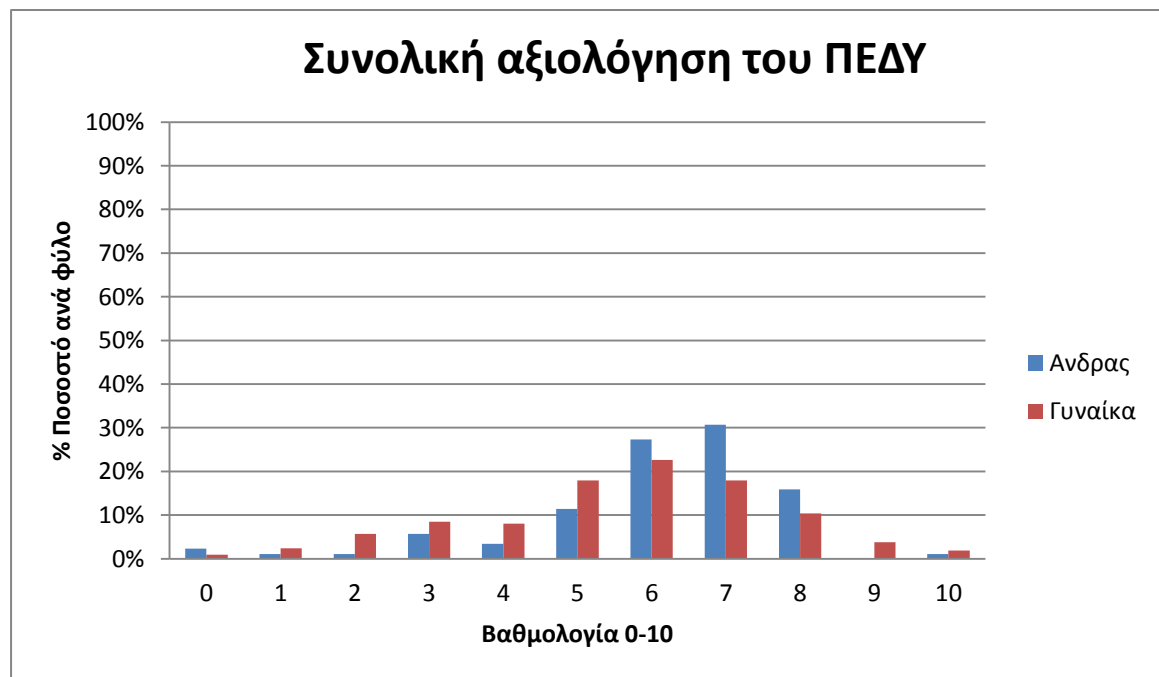
Γράφημα 17. Κατανομή δείγματος ανά θέληση να συστήσουν το ΠΕΔΥ σε φίλους και συγγενείς.

Πίνακας 18. Συνολική αξιολόγηση του ΠΕΔΥ ανά φύλο.

Συνολική αξιολόγηση του ΠΕΔΥ		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
0	N	2	2	4
	% Ποσοστό ανά φύλο	2,3%	0,9%	1,3%
1	N	1	5	6
	% Ποσοστό ανά φύλο	1,1%	2,4%	2,0%
2	N	1	12	13
	% Ποσοστό ανά φύλο	1,1%	5,7%	4,3%
3	N	5	18	23
	% Ποσοστό ανά φύλο	5,7%	8,5%	7,7%
4	N	3	17	20
	% Ποσοστό ανά φύλο	3,4%	8,0%	6,7%
5	N	10	38	48

	% Ποσοστό ανά φύλο	11,4%	17,9%	16,0%
6	N	24	48	72
	% Ποσοστό ανά φύλο	27,3%	22,6%	24,0%
7	N	27	38	65
	% Ποσοστό ανά φύλο	30,7%	17,9%	21,7%
8	N	14	22	36
	% Ποσοστό ανά φύλο	15,9%	10,4%	12,0%
9	N	0	8	8
	% Ποσοστό ανά φύλο	,0%	3,8%	2,7%
10	N	1	4	5
	% Ποσοστό ανά φύλο	1,1%	1,9%	1,7%
Σύνολο	N	88	212	300
	% Ποσοστό ανά φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών  $p\text{-value}=0,042<0,050$



Γράφημα 18. Συνολική αξιολόγηση του ΠΕΔΥ ανά φύλο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο Συμπεράσματα

### 7.1 Συζήτηση-συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η μέτρηση ικανοποίησης των ασφαλισμένων από την Π.Φ.Υ στο παράρτημα του ΠΕΔΥ Ηρακλείου. Έρευνες, όσον αφορά την ικανοποίηση από τα ασφαλιστικά ταμεία, έχουν διεξαχθεί ελάχιστες στη χώρα μας. Μια προσπάθεια έγινε από τους Τούντας Γ και συν (2003) σε τέσσερα ΙΚΑ της Αττικής όσον αφορά τις παροχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Την τελευταία δεκαετία, το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά (Crow R et al.2003), γεγονός που πιστοποιείται από πληθώρα μελετών, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε συστήματα υγείας όπως της Βρετανίας και των Ηνωμένων Πολιτειών. Στην Ελλάδα, ωστόσο, η ερευνητική δραστηριότητα γύρω από τη μέτρηση της ικανοποίησης είναι περιορισμένη (Τούντας και συν.2003, Κυριόπουλος και συν.1990) παρά το γεγονός ότι οι Έλληνες χρήστες εκφράζουν το χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης σε σχέση με τους χρήστες των υγειονομικών υπηρεσιών άλλων ευρωπαϊκών κρατών (Robert J et.2001). Συγκεκριμένα για αυτή την έρευνα δόθηκαν 300 ερωτηματολόγια και συμπληρώθηκαν και τα 300 με προσωπική συνέντευξη από άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω.

Σύμφωνα με τον πίνακα 1, το ποσοστό των γυναικών που συμπλήρωσε τα ερωτηματολόγια καταλαμβάνει το 71% του δείγματος, ενώ αντίστοιχα των αντρών το 29% με μέσο όρο ηλικίας 44,4 ετών για τους άνδρες και 43,9 ετών για τις γυναίκες. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις μονάδες υγείας του ΙΚΑ Αττικής (Τούντας Γ και συν.2003) το 36% των ερωτηθέντων ήταν άνδρες και το 64% γυναίκες. Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε κέντρο ψυχικής υγείας στη Βόρεια Ελλάδα (Καμπάντα και συν.2004) σε δείγμα 250 ατόμων το 70,8% αποτελούταν από γυναίκες και το 29,2% από άνδρες. Το 58,8% ήταν ηλικίας έως 44 ετών, το 33,4% μεταξύ 45-64 και μόλις το 2,8% ήταν άνω των 65 ετών. Συνήθως, στις περισσότερες έρευνες ανταποκρίνονται περισσότερο οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, και αυτό συμβαίνει γιατί, η κατηγορία των γυναικών αφιερώνει περισσότερο χρόνο.

Σύμφωνα με τον πίνακα 2, φαίνεται το ποσοστό των ασφαλισμένων του δείγματος το οποίο ήταν το 87,7% ενώ οι ανασφάλιστοι το 12,3%.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον δείχνει ο πίνακας 3, όπου οι ασφαλισμένοι ρωτήθηκαν για το πώς θεωρούν την υγεία τους βάση μιας κλίμακας με πέντε στάδια, από πολύ καλή έως πολύ κακή. Το μεγαλύτερο ποσοστό 47,3% θεωρεί την υγεία του καλή, το 21,0 % πολύ καλή και το 24,3 % μέτρια. Από αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ΙΚΑ της Αττικής, οι ασφαλισμένοι δήλωσαν ότι έχουν καλή υγεία σε ποσοστό 51,2 %, μέτρια σε ποσοστό 36,7 % και μόνο το 10,4 % θεωρεί την υγεία του κακή (Τούντας Γ και συν. 2003). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση ότι ένα

υψηλό ποσοστό δηλώνει καλή υγεία, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό πιστεύει ότι έχει κακή υγεία. Ως γνωστόν, το επίπεδο υγείας του Ελληνικού πληθυσμού είναι διεθνώς το υψηλότερο. Από αντίστοιχες μελέτες στο γενικό πληθυσμό διαπιστώθηκε ότι το 89% των ανδρών και το 60% των γυναικών θεωρούν την υγεία τους καλή ενώ σε πληθυσμό εργαζομένων σε νοσοκομεία του λεκανοπεδίου, το 11,3% θεωρούσε την υγεία του εξαιρετική, το 47% πολύ καλή, το 28% καλή, το 10,8% μέτρια και το 2,2% κακή (Tountas et al.2001). Σε πρόσφατη έρευνα σε 12 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με κοινή μεθοδολογία και κοινή διατύπωση ερωτήσεων, το 53% των Δανών αξιολόγησαν την υγεία τους ως πολύ καλή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των Πορτογάλων ήταν μόλις 8% (Eurostat. 1997).

Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν πολυάριθμες έρευνες, οι οποίες υποστηρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου υγείας και της ικανοποίησης, εξακολουθεί να παραμένει δυσνόητο το γεγονός ότι οι ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο υγείας είναι λιγότερο ικανοποιημένοι. Επιπλέον, δεν είναι ξεκάθαρη και η αιτία στην οποία οφείλεται η συγκεκριμένη σχέση. Μία λογική εξήγηση είναι ότι η δυσαρέσκεια έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η ικανοποίηση, που προέρχεται από συγκεκριμένη ιατρική /νοσηλευτική φροντίδα, έχει επιπτώσεις στην ψυχική ή σωματική υγεία του ασθενούς (Hendrikset al. 2002).

Από την άλλη πλευρά, πολλοί είναι και οι ερευνητές, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το επίπεδο υγείας είναι ένας βασικός παράγοντας που εξασφαλίζει την ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική φροντίδα που τους παρέχεται. Ως αποτέλεσμα αυτού έχουν προταθεί δύο υποθέσεις με σκοπό να ερμηνεύσουν την αρνητική επίδραση που ασκεί το χαμηλό επίπεδο υγείας στην ικανοποίηση. Σύμφωνα με την πρώτη υπόθεση, το χαμηλό επίπεδο υγείας μπορεί να μειώσει την ικανοποίηση, με την έννοια ότι η δυσαρέσκεια μπορεί να συσχετιστεί με τους παρέχοντες ιατρικής /νοσηλευτικής φροντίδας, όπως και με άλλους τομείς της ανθρώπινης ζωής. Οι ίδιοι ερευνητές υποστηρίζουν ακόμα ότι η θετική σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και του επιπέδου υγείας, είναι πιθανό να αντιπροσωπεύει μια τάση των υγιέστερων ασθενών που δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ιατρική /νοσηλευτική φροντίδα, παρά μια τάση των ασθενών που βελτιώνονται από αυτή. Η δεύτερη υπόθεση, η οποία καλείται και «υπόθεση της ιατρικής παρέμβασης», αναφέρει ότι οι ιατροί συμπεριφέρονται με έναν ιδιαίτερο τρόπο στους λιγότερο υγιείς ασθενείς, ώστε η ικανοποίηση των τελευταίων να είναι χαμηλότερη. Μία εξήγηση αυτής της υπόθεσης αποτελεί το γεγονός ότι οι ασθενείς αισθάνονται σωματικά και ψυχολογικά «ανικανοποίητοι», από τη στιγμή που το επίπεδο υγείας τους είναι χαμηλό, επιπλέον, είναι πιο ευέξαπτοι και λιγότερο συνεργάσιμοι ή μπορεί να συμπεριφέρονται σπασμωδικά και με το αίσθημα ότι αδικούνται. Γι' αυτό το λόγο, οι γιατροί θεωρούν δύσκολες τέτοιες περιπτώσεις ασθενών, ειδικά αν η διάγνωση ή η θεραπεία τους δεν βελτιώνει την κατάσταση τους. Επίσης, ορισμένοι γιατροί μπορεί να είναι προκατειλημμένοι εξ αρχής απέναντι σε συγκεκριμένους ασθενείς, όπως οι χρήστες ναρκωτικών (Susman J.1994).

Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ελάχιστα άρθρα, τα οποία αναφέρονται στη σχέση μεταξύ του επιπέδου υγείας και της ικανοποίησης. Επίσης, οι δύο αυτές παράμετροι δεν θεωρούνται ένα ενιαίο σύνολο, αλλά μια πολυδιάστατη προσέγγιση. Συνεπώς, η προσέγγιση αυτή είναι σημαντική από τη στιγμή που η ικανοποίηση του ασθενή για διάφορα είδη ιατρικής /νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί να ποικίλει ανάλογα με το επίπεδο της υγείας του (ψυχικό ή σωματικό). Από την άλλη πλευρά η συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών παραμέτρων μπορεί να προσδιοριστεί καλύτερα αν ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες, όπως η ηλικία. Η γνώση αυτών των παραγόντων θα βοηθούσε στον καλύτερο προσδιορισμό της επίδρασης που έχει το επίπεδο υγείας πάνω στην ικανοποίηση των ασθενών.

Μεγάλη σημασία, δίνεται και στην επιλογή παροχής φροντίδας των ασφαλισμένων (Πίνακας 4), καθώς ένα μεγάλο ποσοστό 47,8% επιλέγει να στρέφεται σε ιδιώτες γιατρούς με αμοιβή, ενώ ένα ποσοστό 25,8 % στρέφεται σε ιδιώτες γιατρούς ΕΟΠΥΥ, είτε σε γιατρούς του ΠΕΔΥ.

Επιπλέον, στην ερώτηση που αφορά την τηλεφωνική εξυπηρέτηση (Πίνακας 5), βλέπουμε πως η εμπειρία στις γυναίκες ήταν πολύ κακή με το μεγαλύτερο ποσοστό να βρίσκεται στο 29,50%, και στους άντρες κατά 29,40%. Ακόμα βλέπουμε μέτρια βαθμολογία στις γυναίκες κατά 23,80% και στους άντρες 21,20%, ενώ πολύ καλή εμπειρία είχαν οι γυναίκες με 11,40%, ενώ οι άντρες με το χαμηλότερο ποσοστό 9,40%.

Πολύ σημαντικό να δούμε ακόμα, ποιος είναι ο χρόνος αναμονής τους για την επίσκεψη στο γιατρό (Πίνακας 6), καθώς το 7,7% απάντησε πολύ καλή, ένα ποσοστό κατά 18,7% ως πολύ κακή, ενώ το υψηλότερο ποσοστό 37,5% απάντησε μέτρια.

Εξίσου σημαντικό, είναι η εμπειρία τους σχετικά με την τήρηση της προγραμματισμένης ώρας του ραντεβού τους (Πίνακας 7). Πολύ καλή εμπειρία είχε το 15,5 %, μέτρια το 31,0%, ενώ πολύ κακή εμπειρία είχε το 15,5%.

Σύμφωνα με τον πίνακα 8, βλέπουμε πως έκριναν οι ασφαλισμένοι, τον χρόνο έκδοσης των αποτελεσμάτων των εξετάσεων τους. Ένα ποσοστό 36,8% το έκρινε ως μάλλον καλή, το 30,7% ούτε καλή ούτε κακή, και το 7,4% ως πολύ κακή.

Όσον αφορά την εμπειρία τους σχετικά την καθαριότητα των εγκαταστάσεων (Πίνακας 9), έχουμε το υψηλότερο ποσοστό στους άντρες με 50,60%, και οι γυναίκες με 47,10%.

Με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρουσιάζεται στον πίνακα 10, το σύνολο των ασφαλισμένων οι οποίοι είναι ευχαριστημένοι από την πλήρη ενημέρωσή τους από τον γιατρό ένα ποσοστό 36,7%. Το 41,4% από αυτούς είναι άντρες ενώ το 34,8% είναι γυναίκες. Ενώ το αμέσως επόμενο ποσοστό 36,4% θεωρεί μάλλον καλή την ενημέρωσή. Οι γυναίκες κατέχουν το 33,3% ενώ το 44,3% οι άντρες. Πολύ μικρό ποσοστό 5,4% θεωρεί πολύ κακή την ενημέρωσή από τον γιατρό στον ασθενή.

Στον πίνακα 11, φαίνονται, οι λόγοι για τους οποίους οι ασφαλισμένοι επισκέπτονται το ΠΕΔΥ Ηρακλείου. Ο κυριότερος λόγος επίσκεψής τους με ποσοστό 55,4% είναι η ιατρική εξέταση. Το 53,6% ανήκει σε γυναίκες και το 59,9% άντρες. Ο δεύτερος λόγος είναι με 28,2% είναι η συνταγογράφηση, με τους άντρες να έχουν 20,7% και τις γυναίκες το 31,3%. Άλλοι λόγοι επίσκεψης είναι εργαστηριακές εξετάσεις με 11,7%, εμβολιασμοί με 2,7% και αναρρωτικές άδειες 2%.

Στον πίνακα 12, παρουσιάζεται, η συμπεριφορά των νοσηλευτών απέναντι στους ασφαλισμένους. Το μεγαλύτερο ποσοστό σε σύνολο με 38,4% θεωρεί μάλλον καλή την συμπεριφορά, με τις γυναίκες να ανήκουν στο 38,5% και τους άντρες στο 38,1%. Πολύ καλή συμπεριφορά ισχυρίζεται ότι έχουν το 33,8% του συνόλου, μικρότερο ποσοστό το κατέχουν τα άτομα που πιστεύουν ότι είναι πολύ κακή η συμπεριφορά με ποσοστό 2,8%. Επιπρόσθετα, παρουσιάζεται, και η συμπεριφορά των γιατρών απέναντι στους ασφαλισμένους (πίνακας 13), με το μεγαλύτερο ποσοστό να πιστεύει ότι είναι μάλλον καλή με 40%. Τέλος, παρουσιάζεται, και η συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων (πίνακας 14), όπου το μεγαλύτερο σύνολο των ασφαλισμένων υποστηρίζει ότι είναι μέτρια με ποσοστό 36,3%.

Σύμφωνα με τον πίνακα 15, εκεί παρουσιάζονται οι μεγαλύτερες ελλείψεις του ΠΕΔΥ Ηρακλείου. Η πιο σημαντική έλλειψη κατά την γνώμη των ασφαλισμένων, είναι η έλλειψη γιατρών με 59,5%. Η επόμενη μεγαλύτερη έλλειψη με 18,4% είναι η έλλειψη εξειδικευμένων εξετάσεων. Άλλες ελλείψεις που οι ασφαλισμένοι θεωρούν σημαντικές είναι η έλλειψη εργαστηριακών εξετάσεων με ποσοστό 11,4% και τέλος την έλλειψη νοσηλευτών/ παραϊατρικού προσωπικού με ποσοστό 10,7%.

Στον πίνακα 16, οι ασφαλισμένοι ερωτήθηκαν εάν θα επέλεγαν να έρθουν ξανά στο ΠΕΔΥ και απάντησαν Ναι σε ποσοστό 60%, Όχι σε ποσοστό 23% και Δεν απαντώ σε ποσοστό 15,6%. Είναι φυσικό, όσο περισσότερα χρόνια χρησιμοποιεί ένας ασφαλισμένος τις υπηρεσίες υγείας, τόσο μεγαλύτερες απαιτήσεις να έχει και να μην ικανοποιείται εύκολα.

Άλλη μια ενδιαφέρουσα ερώτηση που τους έγινε (πίνακας 17), είναι εάν θα πρότειναν την επίσκεψη στο ΠΕΔΥ σε φίλους και συγγενείς, όπου απάντησαν μάλλον ναι σε ποσοστό 44%, μάλλον όχι σε ποσοστό 23%, σίγουρα ναι σε ποσοστό 22,9% και σίγουρα όχι σε ποσοστό 10,3%.

Μία γενικότερη εικόνα αποκτούμε στον πίνακα 18, όπου οι ασφαλισμένοι αξιολόγησαν το ΠΕΔΥ σαν σύνολο. Η αξιολόγηση έγινε με κλίμακα από 1 έως 10. Το μεγαλύτερο ποσοστό 24% βαθμολογεί το ΠΕΔΥ με 6, εκ των οποίων το 27,3% είναι άντρες και το 22,6% είναι γυναίκες. Το 21,7% αξιολογεί με 7, όπου από αυτούς το 30,7% είναι άντρες και το 22,6% γυναίκες. Τα επόμενα ποσοστά με τις αξιολογήσεις είναι τα ακόλουθα : το 16% αξιολογεί με 5, το 12% αξιολογεί με 8, το 7,7% αξιολογεί με 3, το 6,7% αξιολογεί με 4, το 4,3% αξιολογεί με 2, το 2,7% αξιολογεί με 9, το 2% αξιολογεί με 1 και 1,7% αξιολογεί με 10.

## 7.2 Προτάσεις

Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας για την ικανοποίηση των ασφαλισμένων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο ΠΕΔΥ Ηρακλείου δόθηκε η ευκαιρία στους ερωτηθέντες να εκφράσουν ανοιχτά οποιοδήποτε σχολιασμό, έλλειψη ή πρόταση για βελτίωση του ΠΕΔΥ. Παρατηρήθηκαν αρχικά μερικές ελλείψεις. Οι ασφαλισμένοι ήταν αρκετά δυσαρεστημένοι με το τηλεφωνικό κέντρο του ΠΕΔΥ και την εξυπηρέτηση που τους πρόσφερε. Ακόμα ένα θέμα που απασχολούσε τους ασφαλισμένους ήταν η περιοχή όπου βρίσκεται το κτήριο, η απόσταση που πρέπει να διανύουν για να το επισκεφτούν. Ένα από τα μεγαλύτερά τους προβλήματα όσον αφορά την κτηριακή δομή ήταν ο χώρος στάθμευσης.

Σημαντικές ελλείψεις παρατηρήθηκαν και στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό με αποτέλεσμα να αργούν οι ασφαλισμένοι να κλείσουν ραντεβού αλλά και στην μη τήρηση της προγραμματισμένης ώρας του ραντεβού αυτού. Φάνηκαν ακόμα ελλείψεις σε εργαστηριακές και εξειδικευμένες εξετάσεις. Πάραυτα, οι ασφαλισμένοι έδειξαν να είναι σχετικά ευχαριστημένοι με την συμπεριφορά των υπαλλήλων προς αυτούς. Όσον αφορά το διοικητικό προσωπικό οι ασφαλισμένοι δεν ήταν πλήρως ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά και την ταχύτητα εξυπηρέτησής τους.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της έρευνας στο ΠΕΔΥ Ηρακλείου, προτείνονται οι παρακάτω προτάσεις που έχουν σκοπό την βελτίωση της λειτουργίας του ΠΕΔΥ από τη μία, και από την άλλη την αύξηση του ποσοστού και του μεγέθους ικανοποίησης των ασφαλισμένων του:

- Πρόσληψη περισσότερου ιατρικού/διοικητικού/νοσηλευτικού προσωπικού για καλύτερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων
- Κρίνονται απαραίτητες και οι περισσότερες ιατρικές ειδικότητες
- Βελτίωση κτηριακής δομής και χώρου σταθμεύσεως
- Βελτίωση τηλεφωνικού κέντρου
- Πρόσληψη ιατρικού προσωπικού ώστε να υπάρχουν περισσότερα ραντεβού την ημέρα και να μειωθεί με αυτό τον τρόπο, ο χρόνος αναμονής για ραντεβού
- Η παροχή περισσότερων εργαστηριακών εξετάσεων αλλά και η εισαγωγή εξειδικευμένων εξετάσεων
- Κρίνεται απαραίτητο να δοθούν κίνητρα ή να υπάρχουν κατάλληλες και επί του σημείου συμβουλές, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη απόδοση του ιατρικού/νοσηλευτικού/διοικητικού προσωπικού (βελτίωση συμπεριφοράς, εξυπηρέτηση και γνώσεων)



- Βελτίωση των διοικητικών υπηρεσιών

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο Βιβλιογραφία**

- Abel- Smith, B., Calltorp, J., Dixon, M., Dunning, A., Evans, R., Holland, W., Jarman, B. & Mossialos, E. (1994). *Report on the Greek Health Services*. Athens: Pharmetrica S.A.
- Adnan Al-Wequayyan (2008). Patients satisfaction with primary health care services in Kuwait. *Kuwait Medical Journal* 40(1): 25 - 30.
- Ahmad I., Din S. (2010, January - June). Patients' satisfaction from the health care services. *Gomal Journal of Medical Science*, Vol.8, No.1

- Al-Eisa I., Al-Mutar M., Radwan M., Al-Terkit A. (2005). Patients' satisfaction with Primary Health Care services at capital health region, Kuwait. *Middle East Journal of Family Medicine*, 3 (3): 10 – 16
- Altschul, A.T. (1983). The consumer's voice: nursing implications. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 175-183.
- Anderson, L. & Zimmerman, M. (1993). «Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: A study of chronic disease management», *Patient Education and Counseling*, 20 1: 27-36
- Athanasopoulos A., Gounaris SP., Stathakopoulos VL., (2001) Behavioural responses to customersatisfaction: an empirical study, *European Journal of Marketing*, Vol 35: 687-707.
- Barnes M., Walker A., (1996) Consumerism versus empowerment *Policy & Politics* 24
- Bell R.A, Kravitz R.L, Thom D, Krupat E, Azari R(2001). Unsaid but not forgotten: patients' unvoiced desires in office visits. *Arch Intern Med* , 161:1977-1984.
- Berger, M. L., Binglefors, K., Hedblom E.C., Pashos, C.L., & Torrance, G.W. (2003). *Health Care Cost, Quality and Outcomes: ISPOR Book of Terms*. NJ: ISPOR
- Bond, S., & Thomas, L. H. (1991). Issues in measuring outcomes of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1492-1502.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957d). What patients say about their nursing care. *Hospitals*, 31, 44-48.
- Bowling, A. (1997). *Measuring Health: a review of quality of life measurement scales*. UK: Open University Press
- Carr-Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14, pp. 236-249.
- Casalino L, Gillies RR, Shortell SM, et al. (2003). External incentives, information technology and organised processes to improve health care quality for patients with chronic diseases. *JAMA*, 289, 434-441.
- Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., Roberts, M., Moloney, T. W., McMullen, W., Walker, J. D., & Delbanco, T. L. (1991). Patients

evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs*.(Winter). 10: 254-267.

- Crossland, L., Janamian, T. & Jackson, C.L. (2014). Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review. *Medical Journal of Australia*, 201(3 Suppl), pp. S47-51.
- Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. (1995). Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*, 274, 700-705
- Donabedian A. (1997), The quality of care. How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med*. Nov;121(11):1145-50.
- Donabedian A., Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1., The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1980.
- Donabedian A.K (1987).Commentary on some studies of the quality of care *Health care Financing review*(annual supplement) 75-85.
- Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vandelow NA eds. Committee on the Future of Primary Care Services. Institute of Medicine. Primary Care. America's Health in a New Era. Washington DC: National Academy Press;1996:27-51.
- Ervin, N.E. (2006). Does patient satisfaction contribute to nursing care quality? *J Nurs Adm*, 36(3):126-30.
- Evanson E. & Whittington D. (1997) Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust:a focus group study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 10(1): 7-19.
- Fitzpatric R, Hopkins A. (1993) Measurement of Patients' Satisfaction with their Care. London, Royal College of Physicians.
- Garg AX, Adhikari N, McDonald H, et al. (2005). Effects of computerised clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: A systematic review. *JAMA*, 293, 1223-1238
- Grigoroudis E., Siskos Y.,(2002) Preference disaggregation for measuring and analyzing customer satisfaction: The MUSA method *European Journal of Operation Research* Vol 143: 148-170.

- Grol R., Wensing M., Mainz J. et al. (1999). Patients priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice*, 16, 4-11.
- Hendriks A.A, Oort F.J.,Vrielink F.M.A.and Smets E.M.A., (2002), “Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire”, Department of Medical Psychology
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. (1959). The motivation to work. New York: John Wiley.
- Hjortsberg C. and Ghatnekar O. (2001). *Health Care Systems in Transition*. Sweden. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.
- International Organization for Standardization (1990) : Quality management and quality system Elements Part 2. Guidelines for services Geneve ISO 1990
- Järvelin J. (2002). *Health Care systems in transition*. Finland: Brussels European Observatory on Health Systems and Policies, 2002
- Johansson, P., Oléni, M. & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring ci*, 16(4):337-44.
- Juran, J. M. (1989). Juran on leadership for quality. New York: The Free Press.
- Khayat k, Salter B. (1994), Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *Br J Gen Pract*, 44:215–219.
- Levois M, Nguyen TD, Attkisson CC. (1981), Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning*, 4:139–150.
- Ley P. (1972), Complaints made by hospital staff and patients: A review of the literature. *Bull Br Psychol*, 25:115–120
- Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp.1297-1349). Chicago: Rand McNally.

- Marchon, S.G. & Mendes Jr, W.V. (2014). Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(9), pp. 1815-1835
- Markaki, A.,N., Antonakis, A. & Lionis, P.,C. (2006). Primary Health Care Research and Development, 9, :169-171.
- Marrée J. and Groenewegen PP. (1997). *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition*. Aldershot : Avebury.
- McCall, W. V. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*, 2, 229- 248
- Mendoza Aldana J., Piechulek H., Al-Sabir A., (2001). Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization*, 79: 512 - 517.
- Merkouris A., J.Yfantopoulos, V. Lanara, C. Lemonidou (1999), .Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services., *Journal of Nursing Management*, vol. 7, pp.19-28.
- Mirvis D., (1998, July). «Patient Satisfaction: Can patients evaluate the quality of health care?». Reproduction with permission from Tennessee Medicine.
- Nazirah, Chompikul J., Sermsri S. (2008). Patient satisfaction with health services at Kuta Blang health center in Bireuen district, Nanggroe Aceh Darussalam province, Indonesia. *Journal of Public Health and Development*, Vol.6, No.2.
- Nodoro, S. (2014). Effective multidisciplinary working: the key to high-quality care. *British Journal of Nursing*, 23(13), pp. 724-727. doi: 10.12968/bjon.2014.23.13.724.
- OECD Health Data (2004). *A Comparative Analysis of 30 Countries*. Paris: OECD (first edition)
- Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. (1995). No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to help health care professionals deliver services more effectively or efficiently. *Can Med Assoc J*, 153, 1423-1431.

- Palmer H.R. (1991) «Considerations in defining quality of care», Chapt. to: Striving for quality in health care. An Inquiry into policy and practice, Health Administration Press,
- Papp, R., Borbas, I., Dobos, E., Bredehorst, M., Jaruseviciene, L., Vehko, T. & Balogh, S. (2014). Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC Family Practice*, 15, pp. 128.
- Pascoe G.C. (1983) Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*. 6: 185-210.
- PATRICK B, ERICKSON PD. Health status and health policy. Allocating resources to health care. Oxford University Press, Oxford, 1993
- Preker AS., Jakab M. and Schneider M. (2002). Health financing reforms in central and eastern Europe and the former Soviet Union. In Mossialos E, Dixon A, Figueras J and Kutzin J (eds) *Funding health care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Renders CM et al. (2001). Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2 (Oxford: Cochrane Database Syst. Rev).CD001481.
- Robbins, S. P. (1993). *Organizational behavior: Concepts, Controversies and Applications*. New Jersey: Prentice Hall.
- Ross C, Frommelt G, Hazelwood L, Chang R. (1994), The role of expectations in patient satisfaction with medical care. In: Cooper P (ed) *Health care marketing: A foundation for managed quality*. Gaithersburg, MD, Aspen, :55–69.
- Ross, M. J., & Turner, J. (1986). The human needs model of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 643-649
- Royal Pharmaceutical Society & British Medical Association (2000). *Teamworking in primary healthcare: realising shared aims in patients care*. Final report. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and the British Medical Association.

- Rudzik A. (2003). Examining health equity through satisfaction and confidence of patients in Primary Healthcare in the Republic of Trinidad and Tobago. *J Health Popul. Nutr.* 21(3): 243- 250.
- Sadika Bu-Alayyan, Abdelrahman Mostafa, Bader Al-Etaibi, Eman Sorkhou, Homood AlTaher,
- Saeed A., Mohammed B., Al-Doghaiter A. (2001). Satisfaction and correlates of patients' satisfaction with physicians' services in primary health care centers. *Saudi Medical Journal* 22(3): 262 - 267.
- Saltman RB. Drawing the strands together: primary care in perspective. In Saltman RB, Rico A, Boerma W (eds). *Primary care in the driver's seat? Organisation reform in European primary care.* World health Organisation 2006 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Scholle SH, Mardon R, Shih SC, Pawlson LG (2005).
- Sureshchandar, G. S., Rajendran Ch., Anantharaman R.N. (2001), "A holistic model for total quality service", *Int. J. of Serv. Ind. Man.*, 12(4): 378-412
- Susman J., (1994), "Assessing consumer expectations and patient satisfaction", University of Nebraska
- *The European Definition of General Practice/ Family Medicine* (2002). Singapore: World Organisation of Family Doctors (WONCA).
- Von Korff M et al. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med*, 127, (12), 1097-1102.
- Ware J, Snyder M, Wright R, Davies A. (1983), Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6:247-263.
- Woolf SH et al. (1999). Clinical guidelines: potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines. *BMJ*, 318, 527530.
- World Health Organization (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen: WHO- Regional Office for Europe

- World Health Organization (2008). *Primary Health Care: Now More Than Ever*. Geneva: The World Health Report
- Wriglesworth, J. M., & Williams, J. T. (1975). The construction of an objective test to measure patient satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 12, 123-132.
- Yfantopoulos, J. (2001a). The “Social” Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine*, 18, 108- 113.
- Yfantopoulos, J. (2001c). Health- Related quality of life. *Archives of Hellenic Medicine*, 19. 131- 146.
- Zahr LK, William SG, EL-Hadad A. (1991), Patient satisfaction with nursing care in Alexandria, Egypt. *Int J Nurs Stud*, 28:337–342.
- Αδαμόπουλος, Π.,Ν. (1992). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Μια σφαιρική προσέγγιση*. Αθήνα: Παρισσιανού
- Αλουμανής, Π. (2002). *Επιθεώρηση κοινωνικής ασφάλισης*. Αθήνα: ΙΚΑ.
- Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ. (1999). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Βοζικάκη, Μ. Μ., Μπορμπουδάκη, Λ. Γ., Φιλαλήθης, Α. Ε. (2006). Η θεωρία και η έρευνα της ποιότητας ζωής: Βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, 46, 5-55.
- Γεωργακάκου Χ., (2000) Η ποιοτική Διασφάλιση στα Κέντρα Υγείας, *Περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Τεύχος 12.
- Θεοδοσοπούλου, Ε & Ραφτόπουλος, Β (2002). Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 41, (1)
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση
- Κάβουρα, Μ., Κυριόπουλος, Γ., Γείτονα, Μ. & Βανδώρου, Χ. (2003). *Ποιότητα Ζωής*. Αθήνα: Janssen-Cilag
- Καδδά Ο., Μαρβάκη Α., Τζαβάρας Α., Μαζγάλα Κ., Παληός Θ., Κόντας Ν., Ανδρουλάκη Ζ. (2010, Ιανουάριος - Μάρτιος). Οι ανάγκες των πολιτών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 9, Τεύχος 1.



- Κουζανίδης Ιωαν. (2004), «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Ευρωπαϊκή εμπειρία Ελληνικής πραγματικότητα», Διπλ. Εργασία του Ε.Α.Π., Πάτρα.
- Κρητικός Α. (2004 - 05). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μια θεωρητική προσέγγιση. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τμήμα Οικονομικών Επιστημών πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών: Ειδίκευση: Οικονομική Θεωρία και Πολιτική. Ανάκτηση από: [http://www.econ.uoi.gr/metaptixiakes\\_spodues/themata\\_diatribvn.php](http://www.econ.uoi.gr/metaptixiakes_spodues/themata_diatribvn.php).
- Κυριόπουλος Γ, Γεωργούση Ε, Γεννηματά Α, Μώκου Ν, Σωμαράκη Μ. (1990).Τι πιστεύουν οι ασθενείς για τα νοσοκομεία μας. Ιατρικό Βήμα:19–27
- Κυριόπουλος, Γ. & Φιλαλήθης, Τ. (1996). *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Κωλέτση- Κούναρη, Χ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην οδοντιατρική. Στους Κυριόπουλος, Γ. & Φιλαλήθης, Τ. *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. (2007) Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα, Εκδ. Παπασωτηρίου
- Λιακοπούλου Ε. (2008, Μάιος). Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας: το πανεπιστημιακό γενικόνοσοκομείο Ιωαννίνων και το νοσοκομείο «Χατζηκώστα». Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τμήμα Οικονομικών Επιστημών.
- Λιαρόπουλος, Α. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: ΒΗΤΑ
- Λιόνης, Χ., Αναστασίου, Φ. & Σαρουλάκη, Ν. (1996). Διακήρυξη για τη προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρωπαϊκή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 8, (4).
- Μερκούρης Α., (1996) Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών, διδακτορική διατριβή, Αθήνα.
- Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεωδώρου, Μ & Πολύζος, Ν. (1995). *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία*

*ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας.*  
Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

- Νάνος Π., (2004, Μάιος). Αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας των Νοσοκομείων - Κέντρων Υγείας και ο μελλοντικός τους ρόλος στο σύστημα υγείας. Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Τμήμα: Διοίκηση Μονάδων Υγείας-Ε.Σ.Υ.
- Νιακάς Δ., (2003) Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, Θέματα διαχείρισης-Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας Mediforce , Αθήνα σ.85-124
- Παπαδημητρίου, Γ.,Ν. & Παπακώστας, Ι., Γ. (2002). Η σχέση ιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας. *ΙΑΤΡΙΚΗ*, 82, (1), 44-56
- Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Ι. (2007). Παράγοντες που επηρεάζουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24(6): 578 - 582.
- Πιερράκος, Γ. (2008). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τοπική κοινωνία.* Αθήνα: Παπαζήση
- Πολύζος Ν., Σινογεώργου Θ., Μαριάτου Δ. (2007, Ιανουάριος - Μάρτιος). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ποιότητα: ικανοποίηση ασθενών σε ένα Κέντρο Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 19, Τεύχος 1.
- Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2000), Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 17(6) σελ. 627 - 639.
- Πουλογιαννοπούλου Ε. (2006). Ικανοποίηση ασθενών Κέντρων Υγείας (Μεσσήνης, Μελίγαλα, Αγίου Νικολάου, Πύλου) Νομού Μεσσηνίας. Διπλωματική εργασία, Σχολή Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ε.Α.Π.
- Σαπουτζή- Κρέπια, Δ. (2004). *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα.* Αθήνα: Έλλην
- Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής.* Αθήνα: Παπαζήση

- Σιγάλας Ιωακείμ (1999) «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Υπηρεσίες υγείας/νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, ΕΑΠ, σελ. 15-98, Πάτρα
- Σπανού Κ. (2000) Διοίκηση, πολίτες και δημοκρατία. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιαρού Μ. & Σαράφης, Π. (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα- κατάσταση και προοπτικές. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3, (4), :140-148
- The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL), (1995). Position paper from the Health Organization. *Social Science Medical*, 41, 1403- 1409.
- Υφαντόπουλος, Γ. (2003). Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και Πολιτική. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Φεργαδάκη, Μ. (2011). *Κοινωνική Πολιτική Υγείας στη τοπική αυτοδιοίκηση: Η περίπτωση του δήμου Ν. Αλικαρνασσού*. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2011

### **Νομοθεσία**

- Νομοθετικό Διάταγμα 2071/1992 (Φ.Ε.Κ 123/τ. Α' / 15-07-1992) Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας

## Παράρτημα

### ΠΕΔΥ Μ.Υ . ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

#### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Παρακαλούμε να μας εκφράσετε την άποψή σας για τις υπηρεσίες της Μονάδας μας, συμπληρώνοντας το παρακάτω ερωτηματολόγιο.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται ανώνυμα. Το ΠΕΔΥ έχει λάβει όλα τα απαιτούμενα μέτρα για την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων. Οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο θα μας βοηθήσουν να βελτιώσουμε τις υπηρεσίες μας.

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ :

**Φύλο:** Άνδρας       Γυναίκα       **Ηλικία:** \_\_\_\_\_ ετών

**Είστε Ασφαλισμένος;** 1  **ΝΑΙ** ,

( Παρακαλώ σημειώστε το Ταμείο σας .....)

2  **ΟΧΙ**

**Ιθαγένεια / Υπηκοότητα (αυτή που αναγράφεται στην ταυτότητα ή το διαβατήριό σας):**

Ελληνική

Άλλη από Ελληνική (παρακαλώ σημειώστε : \_\_\_\_\_)

**Επίπεδο εκπαίδευσης:** Μέχρι 3<sup>η</sup> Γυμνασίου  Τελείωσα Λύκειο

Πανεπιστήμιο ή ΤΕΙ

**Οικογενειακή κατάσταση:** ελεύθερος/η  παντρεμένος/η  διαζευγμένος/η   
χήρος/α  αριθμός παιδιών.....

**Ποιο είναι το συνολικό μηνιαίο εισόδημα σας;**

Λιγότερο από 400€  400-800€  800-1200€  1200-2000€

περισσότερο από 2000€

**Πως θεωρείτε την υγεία σας;**

Πολύ καλή

καλή

μέτρια κακή

πολύ κακή

**Τους τελευταίους 12 μήνες τις περισσότερες φροντίδες υγείας σας τις παρέιχε:**

Ιδιώτης γιατρός με αμοιβή

ιδιώτης γιατρός συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ

(χωρίς αμοιβή)

γιατρός του ΠΕΔΥ

κατ'οίκον φροντίδα

Τους τελευταίους 12 μήνες χρειαστήκατε καθόλου εργαστηριακές εξετάσεις (αναλύσεις αίματος, ακτινογραφία, υπερηχογράφημα, κλπ);

Ναι

Όχι

**ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ, ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΙΣ ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:**

	Πολύ κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
<b>ΥΠΟΔΟΧΗ - ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ</b>					
Τηλεφωνική εξυπηρέτηση (ραντεβού, πληροφορίες). Αν δεν σας υποδέχθηκε κανείς, σημειώστε εδώ → <input type="checkbox"/>					
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε.					
Χρόνος αναμονής μέχρι την επίσκεψη στο γιατρό.					
Παροχή πληροφοριών (για το πού ακριβώς να πάτε κ.λπ.).					
Ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνησή σας στα διάφορα Τμήματα.					
Εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα χώρων υποδοχής.					
Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση - ψύξη).					
Ύπαρξη ελεύθερων καθισμάτων για τη διάρκεια της αναμονής σας.					
Ησυχία.					

Καθαριότητα βοηθητικών χώρων (W.C., μπάνια κ.ά.).					
Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία.					
<b>ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ</b>					
Χρόνος αναμονής για ραντεβού.					
Τήρηση της προγραμματισμένης ώρας του ραντεβού.					
Χρόνος αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων.					
Χρόνος έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων.					
<b>ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ</b>					
Συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων.					
Σεβασμός της προσωπικότητας του εξεταζόμενου ασθενούς (παραβάν κ.λπ.).					
<b>ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>					
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα ιατρών).					
Συμπεριφορά των ιατρών (ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός).					
Ψυχολογική υποστήριξη από τους γιατρούς.					
Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους γιατρούς σχετικά με την πορεία της ασθένειας και της θεραπείας σας.					
Συμπεριφορά του ιατρικού					

προσωπικού κατά τη διάρκεια των ιατρικών εξετάσεων.					
<b>ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (ενέσεις, ΗΚΓ, σπιρομετρήσεις, τεστ ΠΑΠ, εμβόλια)</b>					
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα νοσηλευτών).					
Συμπεριφορά νοσηλευτών (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός). Ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό.					
<b>ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ</b>					
Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός).					
Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών από το διοικητικό προσωπικό (ταχύτητα εξυπηρέτησης).					
<b>ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ</b>					
Τρόπος αντιμετώπισης των επισκεπτών ή συνοδών σας.					
Εμπιστευτικότητα (προστασία των προσωπικών σας δεδομένων).					

**Ποιο θεωρείτε το μεγαλύτερο πρόβλημα στις κτιριακές εγκαταστάσεις του ΠΕΔΥ;**

Η απόσταση  ο χώρος στάθμευσης  η περιοχή που βρίσκεται   
η κατάσταση του κτιρίου   
ακαταλληλότητα κτιρίου για ηλικιωμένους και αναπήρους

**Ποια πιστεύετε ότι είναι η μεγαλύτερη έλλειψη του ΠΕΔΥ;**

Έλλειψη γιατρών  έλλειψη νοσηλευτών και παραϊατρικού προσωπικού

Έλλειψη εργαστηριακών εξετάσεων

Έλλειψη εξειδικευμένων εξετάσεων

**Πόσος ήταν ο χρόνος αναμονής σας στο ΠΕΔΥ;**

Λιγότερο από 10 λεπτά  30 λεπτά  1 ώρα  περισσότερο από 1 ώρα

**Πόση είναι η απόσταση του ΠΕΔΥ από τον τόπο της διαμονής σας;**

3-5km  5-10km  10-20km  >20km

**Το ΠΕΔΥ σας παροτρύνει για προληπτικές εξετάσεις;**

Ναι  Όχι  Δεν γνωρίζω

**Για ποιο λόγο επισκέπτεστε κυρίως το ΠΕΔΥ;**

Για συνταγογράφηση  για εξέταση  για εργαστηριακές εξετάσεις   
για εμβολιασμούς  για αναρρωτικές άδειες

**ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΔΥ:**

**Σε κλίμακα από το 0 ως το 10 (όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 10 το καλύτερο), με ποιον βαθμό θα αξιολογούσατε τη συνολική σας εμπειρία από το ΠΕΔΥ;**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στο ΠΕΔΥ;**

Ναι  Όχι  Δεν απαντώ

**Θα συστήνατε το ΠΕΔΥ στους φίλους και στην οικογένειά σας;**

Σίγουρα όχι  Μάλλον όχι  Μάλλον ναι  Σίγουρα ναι

**ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΥΧΟΝ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ Ή ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



***Το ΠΕΔΥ Μ.Υ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ σας ευχαριστεί θερμά που διαθέσατε το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, συμβάλλοντας στην προσπάθειά μας για συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών μας.***