



# ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

## ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**«Απόψεις των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στις  
Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) του Δήμου Ηρακλείου  
Κρήτης: Μία συγχρονική μελέτη»**



ΓΑΛΕΡΟΥ ΣΤΥΛΙΑΝΗ (ΥΝ6779)

ΚΑΚΑΒΑ ΧΑΪΔΕΜΕΝΗ (ΥΝ 6880)

ΤΣΑΔΑΡΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ (ΥΝ6907)

### **Επιβλέπων καθηγητής:**

Αντώνιος Χριστοδουλάκης, Νοσηλεύτης, ΜΡΗ, PhD(c),

Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

ΗΡΑΚΛΕΙΟ – 2020

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) παρέχονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος που οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.), εντασσόμενο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Προσδιορίζεται έτσι, η διοίκηση των φορέων της Π.Φ.Υ. σε επίπεδο περιφέρειας ως μία πολυσύνθετη και ιδιαίτερου τύπου διαδικασία. Στόχος της είναι η πρόληψη, η διάγνωση και η θεραπεία του εγγεγραμμένου πληθυσμού, χωρίς την παραπομπή και την περίθαλψη του σε κάποιο νοσοκομείο. Την είσοδο στις παρεχόμενες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας αποτελούν τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.), που αποτελούν αποκεντρωμένες νοσηλευτικές μονάδες της Π.Φ.Υ. (Νόμος 4486/2017, 2017) (Ελληνας, Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθένειας, σε σύστημα υγείας., 1983)

Ειδικότερα, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) ανήκουν στην δημόσια μονάδα Π.Φ.Υ. και αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Κ.Υ.. Σκοπός τους είναι η βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ., η δωρεάν παροχή υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής και οργανωμένης πρόληψης και η αγωγής υγείας, τα οποία στελεχώνονται από μια διεπιστημονική Ομάδα Υγείας που λειτουργεί ως ομάδα οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης. Ο ρόλος της είναι η δωρεάν και η συνεχιζόμενη παροχή φροντίδας υγείας. Γενικά, η οικογενειακή ιατρική πρέπει να προφυλάσσει την υγεία του κάθε ασθενή σε ατομικό επίπεδο αλλά και την εντιμότητα της σχέσης του με αυτόν. Παράλληλα, οφείλει να λάβει υπόψη την προαγωγή της δημόσιας υγείας, δηλαδή την υγεία του κοινωνικού συνόλου (Milionis, 2011).

Ο όρος ικανοποίηση των ασθενών ορίζεται ως «η εκπλήρωση των εσωτερικών αναγκών, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις και συμμετοχή στις αποφάσεις». Συγκεκριμένα, αναφέρεται στον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, όπως η σχέση με τους επαγγελματίες υγείας, η λαμβάνουσα θεραπεία και από τις παροχές του συστήματος υγείας. Ακόμα,

αποτελεί μέτρο αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με την ανταπόκριση στις προσδοκίες και στις ανάγκες των ασθενών, η οποία αξιολόγηση στοχεύει στην καλύτερη εξυπηρέτηση. Όμως, η ικανοποίηση επηρεάζεται αρνητικά όταν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι κατάλληλες (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010) (Ε. Κωνσταντίνου, 2012).

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στα πλαίσια διεξαγωγής της πτυχιακής μας εργασίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστήμιου θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές που μας στήριξαν σε όλη την ακαδημαϊκή μας πορεία. Ειδικότερα, ένα θερμό ευχαριστώ οφείλουμε στον κύριο Χριστοδουλάκη Αντώνη, ο οποίος ήταν και ο επιβλέπων καθηγητής της μελέτης και με σωστή καθοδήγηση και αδιάκοπη συμπαράσταση μας βοήθησε να τελειοποιήσουμε την εργασίας μας. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους διευθυντές των Το.Μ.Υ., τον κύριο Βαρθάλη στην 1<sup>η</sup> Το.Μ.Υ. και την κυρία Αναστασίου στην 4<sup>η</sup> Το.Μ.Υ. καθώς και το προσωπικό για την ευπρόσδεκτη φιλοξενία, την ισότιμη μεταχείριση αλλά και την στήριξη στην προσπάθεια υλοποίησης του στόχου μας δίνοντας δύναμη και αισιοδοξία. Τέλος, θα επιθυμούσαμε να ευχαριστήσουμε τον κύριο Λιονή Χρήστο που με μεγάλη ευχαρίστηση μας παραχώρησε την άδεια για την χρήση του ερωτηματολογίου EUROPEP. Η παροχή στήριξης και αισιοδοξίας ήταν δύο βασικοί πυλώνες για την υλοποίηση του στόχου μας και ήμασταν τυχεροί να έχουμε όλους εκείνους τους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μας και βήμα-βήμα καταφέραμε να ολοκληρώσουμε την εργασία μας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>9</b>
<b>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....</b>	<b>10</b>
<hr/>	
<b>ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<hr/>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Φ.Υ.).....</b>	<b>12</b>
1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ.....	12
1.2 ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	12
1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	14
1.3.1 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	16
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ</b>	
<b>ΤΟΠΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>20</b>
2.1 ΟΡΙΣΜΟΙ.....	20
2.2 ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	21
2.2.1 ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....	22
2.2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	23
2.2.3 ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....	25
2.3 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ.....	25
2.4 ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	28
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η</b>	
<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....</b>	<b>31</b>
3.1 ΟΡΙΣΜΟΙ.....	31
3.2 ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	32
3.3 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ	
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ.....	34

---

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

---

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>36</b>
4.1 ΣΚΟΠΟΣ.....	36
4.2 ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	36
4.3 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	36
4.3.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	36
4.3.2 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ.....	37
4.3.3 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ.....	37
4.3.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ EUROPER.....	38
4.3.5 ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ.....	38
4.3.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	39
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>40</b>
5.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	40
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</b>	<b>50</b>
6.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	50
6.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	53
6.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	54
6.4 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ.....	55
<b>ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>56</b>
<b>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>58</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί την πρώτη επαφή του πολίτη με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και λειτουργεί με συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης. Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας υπάγονται ως αποκεντρωμένες μονάδες στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες πρόληψης, οικογενειακής ιατρικής, αγωγής υγείας, περίθαλψης και βελτιώνουν τα επίπεδα παρεχόμενων υπηρεσιών της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η αξιολόγηση αυτών των παρεχόμενων υπηρεσιών στοχεύει στην καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών με σκοπό την αύξηση της ικανοποίησής τους.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση, αποτύπωση και καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων ατόμων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Τοπικών Μονάδων Υγείας του Δήμου Ηρακλείου Κρήτης.

**Μεθοδολογία:** Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη. Τον πληθυσμό της μελέτης αυτής αποτελούν 222 ασθενείς, από τους οποίους οι 112 επισκέφθηκαν την 1<sup>η</sup> Τοπική Μονάδα υγείας Ηρακλείου, ενώ οι 110 επισκέφθηκαν την 4<sup>η</sup> Τοπική Μονάδα Υγείας Ηρακλείου. Για την συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν: α) ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και β) σύνθετο ερωτηματολόγιο EUROPEP, το οποίο εκτιμά την ποιότητα της φροντίδας που έλαβαν οι ασθενείς από τους Γενικούς Ιατρούς και περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις τύπου Likert, οι οποίες κατατάσσονται σε 5 διαστάσεις.

**Αποτελέσματα:** Η συνολική αξιολόγηση των ασθενών σύμφωνα με τις 5 διαστάσεις φτάνει το 90,5%. Συγκεκριμένα, στις γυναίκες ήταν 90,7% ενώ στους άνδρες 90,0%. Η συνολική αξιολόγηση στις ηλικιακές ομάδες των <40 και των 66> ήταν 91,2% και 91,4% αντίστοιχα ενώ στην ηλικιακή ομάδα 40-65 ήταν 89,8%. Οι ασθενείς με πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση αξιολόγησαν την ικανοποίηση με 92,2% και 91,8% αντίστοιχα ενώ οι ασθενείς με τριτοβάθμια αξιολόγησαν με 88,5% και με μεταπτυχιακή εκπαίδευση με 88,9%. Τέλος, η συνολική αξιολόγηση των δημοσίων υπαλλήλων ήταν 88,8%, των ιδιωτικών υπαλλήλων 92,4%, των ελεύθερων επαγγελματιών 90,7% και των ανέργων ή φοιτητών 89,4%.

**Συμπεράσματα:** Η ικανοποίηση των ασθενών από τις 1<sup>η</sup> & 4<sup>η</sup> Τοπικές Μονάδες Υγείας ήταν αρκετά υψηλή. Φαίνεται ότι η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών επηρεάζουν την ατομική ικανοποίηση ενώ το φύλο και το είδος απασχόλησης δεν επηρεάζουν αρκετός θετικά ή αρνητικά τα αποτελέσματα της έρευνας.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Τοπικές Μονάδες Υγείας, ποιότητα, ικανοποίηση



## ABSTRACT

**Introduction:** Primary Health Care is the first contact of the citizen with the National Health System and operates with a specific population of responsibility. The Local Health Units belong to decentralized units in the Primary Health Care and provide free prevention services, family medicine, health care, and improve the levels of services provided by the Primary Health Care. The evaluation of these services aims to better serve patients in order to increase their satisfaction.

**Purpose:** The purpose of this study is to investigate, capture and record the degree of satisfaction of the served individuals from the services provided by the Local Health Units of the Municipality of Heraklion, Crete.

**Methodology:** This is a contemporary study. The population of this study is 222 patients, of which 112 visited the 1st Local Health Unit of Heraklion, while 110 visited the 4th Local Health Unit of Heraklion. For data collection, the following were used: a) demographic questionnaire and b) complex EUROPEP questionnaire, which assesses the quality of care received by patients by General Practitioners and includes 23 Likert questions, which are classified into 5 dimensions.

**Results:** The overall evaluation of patients according to the 5 dimensions reaches 90.5%. Specifically, in women it was 90.7% while in men 90.0%. The overall assessment in the age groups of <40 and 66> was 91.2% and 91.4% respectively while in the age group 40-65 it was 89.8%. Patients with primary and secondary education rated the satisfaction with 92.2% and 91.8% respectively while patients with tertiary education evaluated with 88.5% and with postgraduate education with 88.9%. Finally, the overall assessment of civil servants was 88.8%, of private employees 92.4%, of freelancers 90.7% and of unemployed or students 89.4%.

**Conclusions:** The satisfaction of patients from the 1st & 4th Local Health Units it was quite high. It seems that the age and educational level of the patients affect the individual satisfaction while the gender and the type of employment do not affect the results of the research quite positively or negatively.

**Key Words:** Primary health care, Local Health Units, quality, satisfaction

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

**Α.Η.Φ.Υ.** : Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας

**Δ.Υ.Πε.** : Διοίκηση Υγειονομικών Περιφερειών

**Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** : Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

**Ε.Π.Ι.** : Ειδικό Περιφερειακό Ιατρείο

**Ε.Σ.Υ.** : Εθνικό Σύστημα Υγείας

**Ε.Τ.Α.Α.** : Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων

**Ε.Τ.Α.Π. – Μ.Μ.Ε.** : Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής  
Ενημέρωσης

**Ι.Κ.Α.** : Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

**Κε.ΣΥ.Πε.** : Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας

**Κ.Υ.** : Κέντρο Υγείας

**Ν.Α.Τ.** : Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο

**Ο.Α.Ε.Ε.** : Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών

**Ο.Γ.Α.** : Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

**Ο.Η.Ε.** : Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

**Ο.Π.Α.Δ.** : Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

**Π.Ε.Δ.Υ.** : Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

**Πε.Σ.Υ.** : Περιφερειακό Σύστημα Υγείας

**Π.Ε./Τ.Ε.** : Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση/ Τεχνολογική Εκπαίδευση

**Π.Ι.** : Περιφερειακό Ιατρείο

**Π.Ο.Υ.** : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

**Π.Π.Ι.** : Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο

**Π.Φ.Υ.** : Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

**Τ.Α.Ε.** : Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων

**Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω.** : Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων  
Κοινής Ωφέλειας

**Τ.Ε.Β.Ε** : Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών

**Τ.Ε.Π.** : Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

**Τ.Ι.** : Τοπικά Ιατρεία

**Το.Μ.Υ.** : Τοπική Μονάδα Υγείας

**Τ.Ομ.Υ.** : Τοπική Ομάδα Υγείας

**Το.Π.Φ.Υ.** : Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

**Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.** : Τομέας Ασφαλισμένων Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων

**Υ.Πε.** : Υγειονομική Περιφέρεια

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Φ.Υ.)

### 1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

Η Π.Φ.Υ. ορίζεται ως το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι οποίες αποσκοπούν τόσο στην προαγωγή και στην πρόληψη της υγείας, όσο και στην διάγνωση και στην θεραπεία, προκειμένου να επιτευχθεί η άμεση παρακολούθηση, η βελτίωση και η διατήρηση της υγείας του ανθρώπου, στοχεύοντας μια συνεχιζόμενη και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας. Η Π.Φ.Υ. συντονίζεται και λειτουργεί στις Δ.Υ.Πε. ενώ, εντάσσεται στο Ε.Σ.Υ., μέσω ενός αποκεντρωμένου Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.).

Συγκεκριμένα, το Ε.Σ.Υ. (θεσμοθετήθηκε στις αρχές του 1980) στοχεύει στην δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού για όσους διαμένουν στην Ελλάδα. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή δωρεάν ποιοτικών υπηρεσιών στο σύνολο των πολιτών, ανεξαρτήτου κοινωνικής, οικονομικής και επαγγελματικής κατάστασης, επιδεικνύοντας ιδιαίτερο σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του. Επιπλέον, οι εντασσόμενες Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.Πε.) απαρτίζονται από το σύνολο των μονάδων, των κέντρων και των φορέων παρεχόμενης φροντίδας υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, οι οποίες οροθετούνται σε μια διοικητική περιφέρεια και αναφέρονται στο πληθυσμό ευθύνης τους (Νόμος 4486/2017, 2017).

### 1.2 ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Βασική επιδίωξη των συστημάτων υγείας στην Ελλάδα αποτελεί η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, η συνέχιση αυτής αλλά και κατ' επέκταση η κοινωνική ευημερία, πάντα με γνώμονα την τήρηση των κανόνων βιοηθικής. Η επίτευξη του στόχου πραγματώνεται μέσα από την Π.Φ.Υ. μέσω των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός ενιαίου, αποκεντρωμένου και ολοκληρωμένου συστήματος, ικανού να

προσφέρει στο άτομο συνεχιζόμενη, ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα υγείας. Διευκρινίζουμε πως, η Π.Φ.Υ., για την μέγιστη κάλυψη των αναγκών υγείας του συνόλου, χωρίζεται σε δύο βασικά επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο ανήκουν οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), ενώ το δεύτερο επίπεδο αποτελούν τα Κ.Υ., στα οποία υπάγονται οι Το.Μ.Υ., τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι.), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι.) και τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι.) (Νόμος 4486/2017, 2017).

Σύμφωνα με το Άρθρο 1 του ΝΟΜΟΥ ΥΠ'ΑΡΙΘΜ. 4486 της ΦΕΚ, οι υπηρεσίες που προσφέρονται για εξασφάλιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, της πρόσληψης, της διάγνωσης, της θεραπείας, της προαγωγής και της φροντίδας υγείας, είναι « α) η παροχή υγείας των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του ασθενή σε νοσηλευτική μονάδα, β) η εκτίμηση των αναγκών υγείας των κατοίκων, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, η καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προ συμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας, γ) η διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, δ) η αναπαραγωγική υγεία και η φροντίδα μητέρας - παιδιού, ε) η παραπομπή, η παρακολούθηση και κατά περίπτωση η συνδιαχείριση περιστατικών με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια Φροντίδα, στ) η παροχή επείγουσας προ νοσοκομειακής φροντίδας, ζ) η υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού, η) οι υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, θ) η παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, ι) η παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και η διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, ια) η πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη, ιβ) η διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, ιγ) η διασύνδεση με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, ιδ) οι υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας σε συνεργασία με τους συναρμόδιους κατά περίπτωση φορείς, ιε) η κατ' οίκον φροντίδα υγείας και η κατ' οίκον νοσηλεία.» (Νόμος 4486/2017, 2017).

Τέλος, η αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. εξαρτάται και από την οργάνωση, την συνεργασία και την κατάλληλη επικοινωνία με την

δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας για την μείωση περιστατικών σε νοσοκομειακή φροντίδα, με σκοπό τον περιορισμό των δαπανών (Καλοκαιρινού et al., 2015a).

### 1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

*«Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας.»*, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος ασχολείται με την διεθνή δημόσια υγεία και είναι υπηρεσία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.), ως αυτόνομος κρατικός οργανισμός (WHO, 1948).

Στην Ελλάδα η δημόσια υγεία ξεκινάει μετά την ίδρυση του κράτους το 1830 οπότε και δημιουργήθηκαν τα πρώτα νοσοκομεία.

Η ανοδική πορεία της υγείας ξεκίνησε το 1834, όταν θεσπίστηκε ο Ν.6298 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων». Έτσι, δύο χρόνια μετά, το 1836, δημιουργείται το πρώτο ασφαλιστικό ταμείο κοινωνικής ασφάλισης του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (Ν.Α.Τ.) και άρχισε να λειτουργεί το 1861, ενώ την ίδια χρονολογία επεκτάθηκε η ασφάλιση και στις αγροτικές περιοχές με τον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) (ΜΑΥΡΕΑΣ, 1998).

Βέβαια, η πρώτη προσπάθεια για την παροχή Π.Φ.Υ. ξεκίνησε το 1852 με την καθιέρωση του θεσμού του επαρχιακού ιατρού, απότοκο της ήταν μετά από αρκετά χρόνια, περί το 1903, η ίδρυση της πρώτης πολυκλινικής Αθηνών, η οποία συνέβαλε σημαντικά στην δημόσια υγεία, σε συνδυασμό με το γραφείο δημόσιας υγείας, το οποίο ξεκίνησε να λειτουργεί το 1915, στην Θεσσαλονίκη σύμφωνα με το Ν.582.

Επιπλέον, για την διασφάλιση του επιπέδου υγείας, το 1935, υιοθετήθηκε η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), όμως, η λειτουργία του ξεκίνησε στις αρχές του 1937. Παράλληλα, ιδρύεται το Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων (Τ.Α.Ε.) και το Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών (Τ.Ε.Β.Ε.). Κατά συνέπεια, την ίδια χρονολογία η Ελλάδα απόκτα τα πρώτα πολυϊατρεία σε πόλεις και σε αγροτικές κοινότητες με τον Αναγκαστικός Νόμος 965.

Ενώ, το 1951, με τον Αναγκαστικό Νόμο 1846/1951 ρυθμίστηκε η χορήγηση παροχών και υπηρεσιών υγείας στους ασφαλιζόμενους.

Μετά το πέρας του β' παγκόσμιου πολέμου, το 1955 και με τον Νόμο 3487/1955 προβλέπεται ένα σύστημα υγείας με ικανό αριθμό αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών, το οποίο στόχευε στην παροχή υπηρεσιών της πρωτοβάθμια υγείας των κατοίκων της υπαίθρου.

Τα τελευταία χρόνια, η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. άρχισε να εξελίσσεται σημαντικά λόγω των νομοθετικών ρυθμίσεων, που ξεκίνησαν να εφαρμόζονται το 1983 με την ίδρυση του Ε.Σ.Υ.. Αυτό το γεγονός, είχε σαν αποτέλεσμα την βοήθεια της δημόσιας υγείας και την ενοποίηση των δημοσίων υποδομών περίθαλψης. Χάρη στο Ε.Σ.Υ. και την θέσπιση του νόμου αυτού ιδρύθηκαν τα πρώτα Κ.Υ. στη χώρα και κατ' επέκταση και αλλά περιφερειακά και νομαρχιακά νοσοκομεία (ΚΟΥΡΗΣ Γ., Ιούλιος - Δεκέμβριος 2007 ).

Την δεκαετία του '90 η περίθαλψη, πλέον, δεν παρέχεται μόνο από το δημόσιο τομέα, καθώς αναπτύχθηκε και ο ιδιωτικός τομέας, ο οποίος μπορεί εξίσου να παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας όπως ιδιωτικά νοσοκομεία, ιδιωτικά πολυϊατρεία, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα κ.α., βοηθώντας έτσι στην αναβάθμιση και στην ανάπτυξη της φροντίδας της υγείας.

Βασικός πυλώνας είναι ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού , ο οποίος συντέλεσε στην ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. και ανήκει στα Κ.Υ. (2004) (Εθνικό Τυπογραφείο, 2004).

Το 2011-2012 έχουμε την δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Ο σκοπός του έχει να κάνει με δυο κατευθυντήριες γραμμές, η πρώτη προβλέπει στην εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων και η δεύτερη στην καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας (ΦΕΚ41/Α/1-3-2012/Νόμος4052, 2012).

Το 2014 δημιουργείται το Π.Ε.Δ.Υ. για την καλύτερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας περιορίζοντας έτσι τις δαπάνες του συστήματος υγείας επί του συνόλου. Σκοπός ήταν ο διαχωρισμός του τρόπου λειτουργίας από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ΦΕΚ Ν.4238, 2014).

Ο τελευταίος μεταρρυθμιστικός Νόμος θεσμοθετήθηκε το 2017 με την ίδρυση των Το.Μ.Υ., οι οποίες διοικητικά και επιστημονικά είναι συνδεδεμένες με τα αντίστοιχα Κ.Υ. (Νόμος 4486/2017, 2017).

### **1.3.1 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

Σύμφωνα με το ΑΡ. 21 Παρ. 3 στο σύνταγμα της Ελλάδος «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων.» (ΣΥΝΤΑΓΜΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ, 2019). Η κατάλληλη νομοθεσία διασφαλίζει την προστασία της δημόσιας υγείας ενώ, η αμέλεια ή η έλλειψη της μπορεί να αφήσει απροστάτευτους τους πολίτες σε κίνδυνο κατά της υγείας.

#### *Νόμος 1397/1983, «Εθνικό Σύστημα Υγείας»*

Το κράτος είναι υποχρεωμένο να παρέχει όλες τις υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες που βρίσκονται σε αυτό. Συγκεκριμένα, η παροχή υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να δίνεται ανεξαρτήτως οικονομικών, κοινωνικών και επαγγελματιών κριτηρίων με σκοπό την δωρεάν φροντίδα υγείας και στις τρεις κατηγορίες για ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο Ε.Σ.Υ. (Νομοσ - 1397 - 1983 Εθνικό Σύστη Μ Α Υγείας ., 2001).

#### *Νόμος 2071/1992, «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας»*

Το κράτος είναι υποχρεωμένο να ιδρύσει, να οργανώσει και να εποπτεύει για την λειτουργία των φορέων, ώστε να υπάρχει καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες. Η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες με προεδρικό διάταγμα, οι οποίες θα περιλαμβάνουν ορισμένους νομούς της χώρας , ιδρύοντας έτσι την Περιφερειακή Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας, η οποία θα έχει έδρα της κάθε υγειονομική περιφέρεια βοηθώντας έτσι στην εποπτεία των φορέων περίθαλψης (ΦΕΚ, 1992).



Νόμος 2194/1994, «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»

Σε αυτό τον νομικό πλαίσιο επαναφέρονται διατάξεις του ιδρυτικού νόμου 1397/1983 για το Ε.Σ.Υ., που έχουν να κάνουν με την Π.Φ.Υ. ως προς την οργάνωση των Κ.Υ. και των Π.Ι., της υπαγωγής τους στα κοντινότερα νοσοκομεία της περιοχής και την ρύθμιση των ιατρών.

Η πρόβλεψη του παλαιότερου νόμου 2071/1992, οι οποίες είχε να κάνει με την οργάνωση και την μορφή της Π.Φ.Υ., δεν προωθείται σε αυτόν τον νόμο 2194/1994 (Ν. 2194/1994-Φεκ 34/Α/16-03-1994, 1994).

Νόμος 2519/1997, «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»

Σε αυτόν τον νόμο εφαρμόζονται τα όργανα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών στα νοσοκομεία, που προβλεπόταν από το άρθρο 47 του νόμου 2071/1992. Επίσης, στο ίδιο άρθρο του ίδιου νόμου εντάσσεται και το σύνολο των πολιτών που στρέφονταν σε μονάδες Π.Φ.Υ..

Συγκεκριμένα, στα νοσοκομεία υπάρχει το γραφείο επικοινωνίας του πολίτη με τον πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου (Δ.Σ.) να έχει άμεση επίβλεψη των θεμάτων, όπως να μεριμνούν για την ενημέρωση των νοσηλευόμενων αλλά και γενικά για τους πολίτες που εισέρχονται σε αυτό περί των δικαιωμάτων τους.

Επιπλέον, σε αυτόν τον νόμο έχουμε την οργάνωση και λειτουργία υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές έχουν σκοπό την πρόληψη των νόσων, την προαγωγή της υγείας και την οργάνωση και ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε όλους τους νόμους και περιφέρειες της χώρας (ΦΕΚ, 1997).

Νόμος 2889/2001, «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»

Αυτός ο νόμος είναι καθοριστικός για τους τομείς του Ε.Σ.Υ., αφορά ένα αποκεντρωμένο σύστημα υγείας, επιτυγχάνοντας έτσι την ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.) στην χώρα πρόκειται δηλαδή για ένα

διαχωρισμό σε υγειονομικές περιφέρειες, οι οποίες είναι ισοδύναμες με τις διοικητικές περιφέρειες ως προς τον διαχωρισμό τους. Το Πε.Σ.Υ., που δημιουργείται είναι πρόσωπο δημοσίου δικαίου (Εφημερίς της Κυβερνήσεως, 2001).

Νόμος 3172/2003, «Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις»

Με τον Νόμο 3172, δίνεται μεγάλη βάση στον εκσυγχρονισμό της δημόσιας υγείας, η οποία συνδέεται με την Π.Φ.Υ..

Η δημόσια υγεία βασίζεται σε συνεργασία πολλών τομέων, στους οποίους δρα ο καθένας ξεχωριστά αλλά πάντα στα πλαίσια της εθνικής στρατηγικής της δημόσιας υγείας, με σκοπό την πρόληψη της υγείας, την προαγωγή της υγείας των πολιτών και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού (ΦΕΚ Ν.3172, 2003).

Νόμος 3235/2004, «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»

Σε αυτόν το νόμο θεσπίζεται ο όρος Π.Φ.Υ. ως μια από τις σημαντικότερες προϋποθέσεις του Ε.Σ.Υ. δίνοντας έτσι την παροχή σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο για πλήρη και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας.

Το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών στα συστήματα υγείας της Π.Φ.Υ. γίνεται στα Κ.Υ., στα Π.Ι., στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και γενικά σε όλες τις μονάδες που είναι συμβεβλημένες λειτουργικά με τις υπηρεσίες του του Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Τυπογραφείο, 2004).

Νόμος 3918/2011, «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»

Σε αυτόν τον νόμο έχουμε την δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., δηλαδή την συγχώνευση των ασφαλιστικών φορέων Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε., Ο.Π.Α.Δ., Τ.Υ.Δ.Κ.Υ., Ν.Α.Τ., Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω., Ε.Τ.Α.Α., Ε.Τ.Α.Π.-Μ.Μ.Ε. για την αναβάθμιση της Π.Φ.Υ., με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα, η λειτουργία του οποίου ξεκίνησε την 1 Ιανουαρίου του 2012.

Η παροχή υγείας δίνεται σε όλες τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που είναι συμβεβλημένες με το Ε.Σ.Υ. (ΦΕΚ, 2011).

Νόμος 4238/2014, «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και άλλες διατάξεις»

Στον νόμο αυτό έχουμε την δημιουργία του Π.Ε.Δ.Υ., η οποία λειτουργεί στις αντίστοιχες Δ.Υ.Πε..

Το Π.Ε.Δ.Υ. δίνει υπηρεσίες Π.Φ.Υ. που παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητου οικονομικής, κοινωνικής επαγγελματικής ή ασφαλιστικής τους κατάστασης στην γεωγραφική περιοχή κατοικίας του (ΦΕΚ Ν.4238, 2014).

Νόμος 4486/2017, «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»

Με το νόμο αυτό 4486/2017 επιβεβαιώνεται η Π.Φ.Υ, η οποία είναι το σύνολο των απαιτούμενων ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Ε.Σ.Υ. Σκοπός της είναι η ανάπτυξη και η παρακολούθηση της υγείας του ανθρώπινου πληθυσμού προάγοντας έτσι την υγεία ,τη διάγνωση ,την πρόληψη και τη θεραπεία της νόσου. Το Κράτος είναι υποχρεωμένο να παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες Π.Φ.Υ, οι οποίες να ανταποκρίνονται στις ηθικές αξίες του πληθυσμού. Σύμφωνα με τον παραπάνω νόμο, η Π.Φ.Υ. διαθέτει τις ακόλουθες δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίες διοικητικά λειτουργούν από τις αντίστοιχες Δ.Υ.Πε. που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Στο πρώτο στάδιο της Π.Φ.Υ. προσφέρονται υπηρεσίες από τα Π.Ι. της παρ. 1 του άρθρου 14 του ν. 1397/1983 (Α΄ 143), τα Π.Π.Ι. της παρ. 1 του άρθρου 27 του ν. 2519/1997 (Α΄ 165), τα Ε.Π.Ι. της παρ. 1 του άρθρου 6 του ν. 2345/1995 (Α΄ 213) και τα Τ.Ι. της παρ. 3 του άρθρου 3 του Π.Δ. 266/1989 (Α΄ 266) και τις νεοσύστατες Το.Μ.Υ. , οι οποίες λειτουργούν εντασσόμενες διοικητικά και επιστημονικά σε κάθε περιοχή με τα αντίστοιχα Κ.Υ. (Νόμος 4486/2017, 2017).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΤΟΠΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

Την πρώτη επαφή του ατόμου με το σύστημα υγείας αποτελούν τα Κ.Υ. πρόκειται για ιατρό-νοσηλευτικές μονάδες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Δ.Υ.Πε., οι οποίες στελεχώνονται από μια Ομάδα Υγείας (ιατρός γενικής, παθολόγος, παιδίατρος, νοσηλευτές Π.Ε./Τ.Ε., επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, διοικητικό προσωπικό), εδρεύουν στις κυριότερες πόλεις των νομών της χώρας και ανήκουν στην Π.Φ.Υ. (Νόμος 4486/2017, 2017). Επίσης, λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων, αφού συνδέονται τόσο για ιατρικούς και νοσηλευτικούς λόγους όσο και για λειτουργικούς και χρηματοδοτικούς.

Οι Το.Μ.Υ. υπάγονται στα αντίστοιχα Κ.Υ. της κάθε περιοχής ως αποκεντρωμένες μονάδες οικογενειακής ιατρικής. Στελεχώνονται από μια Ομάδα Υγείας (ιατρός γενικής, παθολόγος, παιδίατρος, νοσηλευτές Π.Ε./Τ.Ε., επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, διοικητικό προσωπικό), η οποία ονομάζεται «Τοπική Ομάδα Υγείας (Τ.Ομ.Υ.)» και λειτουργούν με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης. Σύμφωνα με την Παράγραφο 2 του Άρθρου 4 του ΝΟΜΟΥ ΥΠ' ΑΡΙΘΜΟ. 4486 «σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κ.Υ. και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία Το.Μ.Υ. ή άλλη δημόσια μονάδα Π.Φ.Υ.». Η 'ιδέα', λοιπόν, των Το.Μ.Υ. και γενικότερα των Κ.Υ. στηρίζεται στις υγειονομικές ανάγκες της περιοχής ευθύνης, η οποία ονομάζεται «Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.)» της αντίστοιχης Υ.Πε., ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες να είναι κατάλληλες και επαρκείς (Νόμος 4486/2017, 2017).

Ειδικότερα, ο σκοπός των παρεχόμενων υπηρεσιών των Το.Μ.Υ. είναι να προάγουν την υγεία στους εγγεγραμμένους πολίτες, μέσω της ανάπτυξης ενός

σχεδίου δράσεων και παρεμβάσεων σε όλο το σύνολο της κοινότητας, σε συνδυασμό με δομές και φορείς κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης. Με την κατάλληλη συμμετοχή της δημόσιας υγείας και τον ιατρό χρόνιων νοσημάτων στην μονάδα και, κατ' οίκον φροντίδα υγείας, επιτυγχάνεται η πρόληψη, η εκτίμηση και η διαχείριση των νοσημάτων (μεταδιδόμενων ή μη), παράλληλα αποσκοπούν στην εκμάθηση και στην σωστή καθοδήγηση των ατόμων αλλά και όλης της οικογένειας τους για τον χειρισμό χρόνιων νοσημάτων, όπως και στην αναγνώριση των καταστάσεων κινδύνου. Επιπλέον, προβαίνουν σε διαδικασίες αντιμετώπισης οξέων προβλημάτων υγείας. Μάλιστα, δίνεται προτεραιότητα σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών και εφόσον χρειάζεται παραπέμπονται στα οικεία Κ.Υ. ή στα οικεία Νοσοκομεία. Σε περιπτώσεις ψυχικών παθήσεων και περιστατικών εξαρτήσεων, συμβάλλουν στην συνδιαχείριση με τις κατάλληλες Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας και στην μεταβίβαση τους στους αρμόδιους φορείς αντίστοιχα. Ακόμα, συλλέγουν και αξιοποιούν στοιχεία επιδημιολογικού χαρακτήρα για έρευνα και πιο αποτελεσματική πρόληψη (Νόμος 4486/2017, 2017).

Οι Το.Μ.Υ., παράλληλα, παρέχουν κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε ασθενείς που δεν έχουν την δυνατότητα να παραβρεθούν στις μονάδες Π.Φ.Υ., αλλά και συμβουλεύουν και υποστηρίζουν τα άτομα αυτά και τις οικογένειες τους. Γενικότερα, προσφέρουν προγραμματισμένη φροντίδα υγείας σε ανήλικους και ενήλικες, ως απώτερο σκοπό την συστηματική παρακολούθηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης (Νόμος 4486/2017, 2017).

## **2.2 ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο στόχος της Π.Φ.Υ. δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την στελέχωση της Ομάδας Υγείας και του Οικογενειακού Ιατρού, αφού αποτελούν βασικό πυλώνα. Η Ομάδα Υγείας αποτελείται από επαγγελματίες υγείας και λοιπό προσωπικό έως δώδεκα (12) ατόμων σε κάθε Τ.Ομ.Υ.) και μπορεί να αλλάξει μέσω ειδικής παρέμβασης του Διοικητή της οικείας Υ.Πε. με ειδικά αποδεδειγμένη απόφαση. Η Ομάδα Υγείας συμπράττει με άλλες Ομάδες Υγείας με στόχο την παροχή μιας αξιόλογης και πλήρους φροντίδας του πληθυσμού ευθύνης τους και την

αυτοκριτική των υπηρεσιών τους. Επίσης επιβλέπει τις δυσλειτουργίες στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και αναφέρει στον Συντονιστή του Το.Π.Φ.Υ.

Το τακτικό ωράριο του ιατρικού προσωπικού, που επανδρώνεται στην Ομάδα Υγείας, είναι επτάωρο και χωρίζεται σε δύο βάρδιες. Η πρώτη βάρδια ξεκινάει στις 08:00 μέχρι τις 15:00, ενώ η δεύτερη βάρδια αρχίζει στις 14:00 και τελειώνει στις 21:00. Παράλληλα, το τακτικό ωράριο του λοιπού προσωπικού των Το.Μ.Υ. αποτελείται και αυτό από πενήνήμερο, δηλαδή από Δευτέρα έως Παρασκευή και χωρίζεται σε δύο βάρδιες με οχτώ ώρες η κάθε μία. Οι βάρδιες του λοιπού προσωπικού έχουν ως εξής: από τις 07:00 μέχρι 15:00 και από τις 14:00 έως τις 22:00 (Νόμος 4486/2017, 2017).

### **2.2.1 ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Ο οικογενειακός ιατρός στους ενήλικες έχει την υποχρέωση να αναγνωρίζει προβλήματα υγείας του ατόμου και να διερευνά τις πιθανές αιτίες τους προσπαθώντας έτσι να συμβάλλει στην επίλυση και τον χειρισμό ποικίλων ασθενειών και θεμάτων υγείας που προκύπτουν. Επιπρόσθετα εποπτεύει τα χρόνια νοσήματα και τις πολυσύνθετες ψυχικές διαταραχές που ανακύπτουν παρέχοντας τρόπους για την ελάφρυνση και αντιμετώπιση τους, βοηθώντας έτσι την διαχείριση των φαρμακευτικών αγωγών και την πρόληψη της πολυφαρμακίας. Ακόμη, ενδιαφέρεται για την φροντίδα των Α.Μ.Ε.Α. και της τρίτης ηλικίας προάγοντας την υγεία τους, εξασφαλίζει την παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας και υποβοηθά στην ψυχοκοινωνική ευεξία στο πλαίσιο των αναγκών του ασθενούς, της οικογενείας του και των μελών μιας καθορισμένης περιοχής.

Στους ενήλικες ο οικογενειακός γιατρός διασφαλίζει την συνέχεια της φροντίδας τους, καθώς λαμβάνει και συντηρεί το ατομικό ιστορικό της υγείας τους, το οποίο το διαφυλάσσει στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.). Από την άλλη, στους ανήλικες ή αλλιώς στην παιδική ηλικία παρέχει σφαιρική και

μεθοδική παρατήρηση της υγείας και άμεση αντιμετώπιση κάθε είδους προβλήματος υγείας, χρόνιο ή έκτακτο.

Πιο συγκεκριμένα, ο οικογενειακός γιατρός ενθαρρύνει τις μητέρες τόσο στο κομμάτι του θηλασμού και γενικά της σίτισης και της φροντίδας του βρέφους όσο και της κατάλληλης κάλυψης μέσω εμβολιασμού και εκπαίδευσης για πρόληψη νοσημάτων. Επίσης, έχει ως υποχρέωση να τηρεί και να ολοκληρώνει το Φύλλο Εξέτασης για το Ατομικό Δελτίο του κάθε μαθητή αλλά και να παρέχει τις βεβαιώσεις υγείας. Ακόμα, οφείλει να εντάσσει την αναπτυξιακή παρακολούθηση και την εκτίμηση των διαφόρων δυσκολιών του κάθε παιδιού στη καθημερινότητα του. Αξίζει να σημειωθεί ότι απαραίτητη κρίνεται η πραγματοποίηση κατ' οίκον επισκέψεων σε νεογνά και η επίμονη προσοχή σε παιδιά με χρόνιες παθήσεις.

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντικό είναι ο οικογενειακός γιατρός να παραχωρεί συμβουλές σε θέματα που έχουν σχέση με την σεξουαλική υγεία, την αντισύλληψη, τις εξαρτήσεις και τις διατροφικές συνήθειες αλλά και να παρέχει φροντίδα στην οικογένεια με σκοπό την στήριξη των γονέων στον γονικό τους ρόλο (Νόμος 4486/2017, 2017).

### **2.2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εξίσου σημαντικό με το ιατρικό προσωπικό για την σωστή λειτουργία του συστήματος υγείας. Οι νοσηλευτές έχουν δύο στόχους: ο πρώτος στόχος είναι η παροχή Π.Φ.Υ., η οποία σχετίζεται με την κοινοτική νοσηλευτική εντός ενός πλαισίου που οικονομικοί, κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί, πολιτικοί και άλλοι συντελεστές επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και πραγματεύεται την πρόληψη της ασθένειας, την προαγωγή και την εκπαίδευση στην υγεία. Ο δεύτερος στόχος είναι η παροχή κλινικής φροντίδας μέσα από τις εξωνοσοκομειακές δομές φροντίδας υγείας στην κοινότητα.

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές έχουν την δυνατότητα να απαρτίσουν μέλη της Ομάδας Υγείας της Π.Φ.Υ. και να επιληφθούν πολυδιάστατους και πολύπλευρους ρόλους που σχετίζονται με την κοινότητα, οι οποίοι ρόλοι αντανakλούν με την εκπαίδευση τους και συνεπώς να επανδρώσουν παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ.. Οι

νοσηλευτές ως μέλη της Ομάδας Υγείας στην Π.Φ.Υ. δουλεύουν με σεβασμό προς τους ασθενείς και τις οικογένειες τους όσο αφορά τις αξίες και τα ενδιαφέροντα τους, ενθαρρύνουν την συμμετοχή τους στο σχέδιο φροντίδας τους και ενεργούν χωρίς πολιτισμικούς διαχωρισμούς.

Οι βασικές αρχές της νοσηλευτικής αποτελούν ο συντονισμός της φροντίδας, η συνέχεια αυτής μακροπρόθεσμα αλλά και η συνεργασία. Στο όριο της φροντίδας των ατόμων με χρόνια ή μη νοσήματα αλλά και για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας πραγματοποιούνται αξιολογήσεις με βάση το άτομο, την οικογένεια του και γενικότερα του πληθυσμού, την ασθένεια του, την ικανότητα του στην διαχείριση αλλά και για τους κινδύνους και τις συνέπιες της φροντίδας. Ακόμα, διεξάγονται ενημερώσεις για το σχέδιο φροντίδας, υποστηρικτικές διαδικασίες για το άτομο, την οικογένεια του και τον πληθυσμό καθώς και για την χρήση φαρμακευτικής αγωγής αλλά και υποκινούν το άτομο για ενδυνάμωση, για υγιή συμπεριφορά και για συνεργασία με άλλες κοινοτικές ή δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας (Daren R. Anderson, 2012; Adrian, 2009).

Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να αναγνωρίζουν τις ανάγκες του υγιούς ή ασθενούς πληθυσμού, να προγραμματίζουν την φροντίδα του σε σχέση και με τις ιατρικές οδηγίες, να πραγματοποιούν το σχέδιο φροντίδας με νοσηλευτικές παρεμβάσεις, να εκτιμήσουν τα αποτελέσματα της φροντίδας και να τα επαναξιολογήσουν, να βελτιώσουν το αρχικό σχέδιο και να επέμβουν για να βοηθήσουν το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα, καθώς και στην πρόληψη της νόσου, στην θεραπεία και στην αποκατάσταση του ασθενούς. Επιπλέον, βοηθούν με κάθε τρόπο στην πρόληψη, στην υγιεινή και στην προαγωγή της υγείας, τόσο στην κοινότητα (κοινωνική νοσηλευτική), όσο και στον γενικό πληθυσμό (νοσηλευτική Δημόσιας υγείας). Στην Ελλάδα υπάρχουν νοσηλευτές διαφόρων τύπων φοίτησης, όπως είναι οι νοσηλευτές τετραετούς φοίτησης και τριετούς φοίτησης, αλλά και τους βοηθούς νοσηλευτών που είναι διετούς φοίτησης και μονοετούς φοίτησης (Καλοκαιρινού et al., 2015b).



### 2.2.3 ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Οι Το.Μ.Υ. πέραν από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές στελεχώνονται και από το υπόλοιπο λοιπό προσωπικό που αποτελείται από τους επισκέπτες υγείας, από κοινωνικό λειτουργό και από τους διοικητικούς υπαλλήλους ολοκληρώνοντας έτσι μια πλήρη ομάδα υγείας, όπου όλο το προσωπικό είναι αποκλειστικής και πλήρους απασχόλησης.

Οι επισκέπτες υγείας λειτουργούν πάντα σε συνεργασία με την υπόλοιπη ομάδα υγείας για την ανάπτυξη των εφαρμογών και την αξιολόγηση παροχής όλων των Υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Συγκεκριμένα σχεδιάζουν και υλοποιούν προγράμματα Αγωγής υγείας υπό τις υποδείξεις των υπευθύνων υπηρεσιών, Συνεισφέρουν στον σχεδιασμό, στην επίτευξη και την αξιολόγηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, καθώς και στην Ανίχνευση, την μελέτη και την αξιολόγηση των αναγκών υγείας του κάθε πληθυσμού και ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί επηρεάζονται από την ζήτηση της κάθε υγειονομικής περιφέρειας στην οποία υπάγεται. Σε γενικές γραμμές, ασχολείται με τα παρακάτω:

1. Εκτίμηση και παρακολούθηση κοινωνικών και ψυχοσυναισθηματικών αναγκών του πληθυσμού μέσα από τη διενέργεια κοινωνικών ή ψυχοκοινωνικών μελετών.
2. Έρευνα, καταγραφή και παρέμβαση σε κοινωνικούς, συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού.
3. Μελέτη του τοπικού, κοινωνικού κεφαλαίου, της κοινωνικής δυναμικής, των δυνατοτήτων και των αδυναμιών του τοπικού χώρου.
4. Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας.

5. Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων παιδικής προστασίας, προστασίας υπερήλικων, ανάπηρων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (Παπαδακάκη).

Το διοικητικό-οικονομικό προσωπικό εργάζεται στα εξής τμήματα της υποδιεύθυνσης διοικητικού και στα αυτοτελή γραφεία:

1. Στην Υποδιεύθυνση διοικητικού είναι Γραμματεία, Οικονομικό, Διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού(προσωπικό), Κίνηση ασθενειών-αρχείων, Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) και Προμήθειων.

2. Στα αυτοτελή γραφεία είναι επιστασίας και ιματισμού.

Το διοικητικό προσωπικό είναι πολύ σημαντικό διότι πραγματοποιεί όλες τις διενέργειες που χρειάζονται για την σωστή και ορθή λειτουργία των Μονάδων Υγείας (Νόμος 4486/2017, 2017).

## **2.3 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Η ίδρυση και η λειτουργία των Κ.Υ., αρχικά, και ύστερα των Το.Μ.Υ. έχουν ως σκοπό και ως προοπτικές την βελτίωση, την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. και την αμεσότερη εξυπηρέτηση των εγγεγραμμένων ασθενών.

Για την υλοποίηση της δράσης αυτής πρέπει να σταλεί μια εισήγηση στον Υπουργό Υγείας από την οικεία Δ.Υ.Πε. μαζί με μια απόφαση από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας (Κε.Σ.Υ.Πε.), το οποίο ορίζεται ως ένα συμβουλευτικό όργανο του Ε.Σ.Υ. για να δώσει την έγκριση σκοπιμότητας που απαιτείται. Αναλυτικότερα, στην απαιτούμενη έγκριση υπολογίζονται ορισμένες συνθήκες όπως πληθυσμιακές, οικονομικές, κοινωνικής αναβάθμισης της περιοχής, συγκοινωνιακές, προσβασιμότητας των πολιτών, αναγκαιότητας της ίδρυσης αλλά και η ύπαρξη γειτονικών Μονάδων Υγείας. Σύμφωνα με τα παραπάνω κριτήρια ορίζονται και η έδρα κάθε Κ.Υ. και η περιοχή ευθύνης (ΦΕΚ Ν.4238, 2014).

Επίσης, με την συγκεκριμένη εισήγηση και την απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζεται και ο εσωτερικός κανονισμός των Κ.Υ. και των υπόλοιπων

μονάδων Π.Φ.Υ.. Με βάση τον εσωτερικό κανονισμό αποφασίζονται ο τρόπος λειτουργίας, η στελέχωση κατά κατηγορίας, ειδικότητας, κλάδου, υποχρεώσεων και καθηκόντων του προσωπικού και κάθε άλλη απαραίτητη λεπτομέρεια (ΦΕΚ Ν.4238, 2014).

Για την τήρηση του σκοπού και των προοπτικών της δράσης αυτής πρέπει να υποβόσκει μια κατάλληλη οργάνωση και ένα διοικητικό πλαίσιο. Βέβαια, το διοικητικό μοντέλο του συστήματος υγείας καθορίζεται κυρίως από την διοίκηση του Υπουργού Υγείας και της αντίστοιχης Υ.Πε., από τους οποίους ιδρύεται ένα πρόσωπο δημοσίου δικαίου, το αντίστοιχο Πε.Σ.Υ., το οποίο εποπτεύεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Για παράδειγμα, μια από τις αρμοδιότητες του Πε.Σ.Υ. είναι η εκπροσώπηση δικαστικώς και εξωδίκως κάθε αντίστοιχου Κ.Υ. από τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ. (Εφημερίς της Κυβερνήσεως, 2001).

Επιπλέον, η διοίκηση της αρμόδιας Υ.Πε., και συγκεκριμένα ο Διοικητής, καθορίζει και τον συντονιστή της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κ.Υ.. Ο υπεύθυνος για τον συντονισμό πρέπει να είναι είτε γενικός γιατρός είτε παθολόγος κλάδου Ε.Σ.Υ., με βαθμό διευθυντή. Με τον ίδιο τρόπο καθορίζεται και η θέση του αναπληρωτή. Ωστόσο, εάν στο Κ.Υ. δεν δουλεύει γιατρός με τα προαναφερόμενα κριτήρια, τότε συντονιστής μπορεί να αναλάβει ο παλαιότερος παθολόγος ή γιατρός γενικής ιατρικής που έχει προσωποπαγή θέση ή έχει πάρει αναβάθμιση σε Διευθυντής. Εάν δεν υπάρχει ούτε γιατρός τέτοιων ειδικοτήτων ή κριτηρίων, ορίζεται άλλης ειδικότητας γιατρός ή οδοντίατρος, αλλά με βαθμό Διευθυντή, ως Επιμελητής Α για τον συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κ.Υ.. Η θητεία του εκάστοτε συντονιστή είναι τριετής, αλλά και οι υποχρεώσεις του, οι αρμοδιότητες και τα δικαιώματα του αλλάζουν και προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα, σύμφωνα με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε..

Τέλος, ο Διοικητής ορίζει και τον Υπεύθυνο για τον συντονισμό της λειτουργίας της Το.Μ.Υ. αλλά και της δράσης της Ομάδας Υγείας, ο οποίος Συντονιστής ανήκει στο ιατρικό προσωπικό της Ομάδας Υγείας με την θητεία του να είναι διετής και με δυνατότητα ανανέωσης για δύο (2) ακόμη έτη (Νόμος 4368/2016, 2016; ΦΕΚ41/Α/1-3-2012/Νόμος4052, 2012).

Προσδιορίζεται έτσι, η διοίκηση των φορέων της Π.Φ.Υ. σε επίπεδο περιφέρειας ως μια πολυσύνθετη και ιδιαίτερου τύπου διαδικασία αφού, συνήθως, τα προβλήματα που δημιουργούνται δεν μπορούν να λυθούν με άμεσο τρόπο γιατί το διοικητικό μοντέλο ορίζεται κυρίως από την Διοίκηση της αντίστοιχης Υ.Πε. και τον Υπουργό Υγείας.

## **2.4 ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

Τα προνόμια που δημιουργήθηκαν στην Π.Φ.Υ. με την ίδρυση των Κ.Υ. και των Το.Μ.Υ., φαίνονται να είναι πολύ σημαντικά για το αναπτυξιακό πλαίσιο της υγείας, το οποίο πάει να εφαρμοστεί στην Ελλάδα. Ωστόσο, μαζί με τα προνόμια αυτά ακολουθεί και μια σειρά από προβλήματα, όπως:

1. Ο περιορισμός σε απλή συνταγογραφία ή και απλός ιατρικός έλεγχος, λόγω έλλειψης έμπειρου προσωπικού, με αποτέλεσμα να χάνεται ή να υπάρχει μερικώς ο χαρακτήρας της πρόληψης και της αγωγής υγείας.
2. Η άνιση γεωγραφική κατανομή με την στελέχωση των περιφερειακών μονάδων σε σύγκριση με τις αστικές. Δηλαδή, ο πληθυσμός ευθύνης σε σχέση με τα καταρτισμένα στελέχη των μονάδων είναι μεγαλύτερος.
3. Η μη κάλυψη των αναγκών του πολίτη, έτσι οδηγείται για «δεύτερη γνώμη» σε άλλα τμήματα του υγειονομικού συστήματος λόγω ακριβώς της έλλειψης οικογενειακού ιατρού και ανώτερων μορφών περίθαλψης έτσι, ακυρώνεται ο χαρακτήρας της δωρεάν υγείας.
4. Περιορισμός στις παρεχόμενες υπηρεσίες και κατεύθυνση του ασθενή προς τον ιδιωτικό τομέα λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού στον δημόσιο τομέα.
5. Συνωστισμός επειγόντων περιστατικών στα νοσοκομεία και στα ιδιωτικά ιατρεία λόγω μη πλήρους ωραρίου στις μονάδες Π.Φ.Υ. αλλά και λόγω έλλειψης Κ.Υ. αστικών περιοχών.

6. Μείωση της παραγωγικότητας της Ομάδας Υγείας και καταφυγή σε «φακελάκια», επειδή δεν υπάρχει κατάλληλη μισθοδοσία.

7. Χαμηλή ικανοποίηση του πληθυσμού ευθύνης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που οφείλεται αφενός στην δυσκολία πρόσβασης και αφετέρου στην χαμηλή ποιότητα.

8. Ανεπαρκής διατομεακή συνεργασία για ολοκληρωμένη περίθαλψη και αντιμετώπιση (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

Τα προβλήματα, όμως, δεν περιορίζονται μόνο εκεί αφού ένα ποσοστό του κοινού φαίνεται να έχει χάσει την εμπιστοσύνη του στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται περισσότερο από τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών και όχι από τη ποιότητα της φροντίδας. Για να αισθάνονται ικανοποιημένοι οι ασθενείς, η διεπιστημονική Ομάδα Υγείας πρέπει να σέβεται την επικοινωνία, τον χρόνο, την προσβασιμότητα και την πληρότητα της εξέτασης (Lévesque et al., 2011).

Αναλυτικότερα, οι ασθενείς επιζητούν την ιδιωτικότητα ως προς την κατάσταση τους, την προσοχή, την ακρόαση καθώς και την ευγένεια κατά τη διάρκεια των εξετάσεων τους. Επιπλέον, επιζητούν καλύτερη εξυπηρέτηση σχετικά με την ημερομηνία της επόμενης επίσκεψης τους, το όνομα της νόσου και τον επαρκή χρόνο κατά τη διάρκεια της επίσκεψης. Επιπροσθέτως, ο γιατρός θα πρέπει να επιδεικνύει περισσότερο ενδιαφέρον για τα συμπτώματα των ασθενών, τους φόβους και τις ανησυχίες που σχετίζονται με την υγεία τους αλλά και για τα άλλα μέλη των οικογενειών τους. Η εκτενής ενημέρωση για τις παρενέργειες των φαρμάκων κρίνεται απαραίτητη αλλά και η ευκαιρία προσωπικής συνομιλίας με τον γιατρό για διευκρινίσεις τηλεφωνικά. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι χαμηλά είναι τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τον χρόνο αναμονής για ένα ραντεβού (Kurpas et al., 2013).

Ακόμα, ορισμένες από τις αδυναμίες που διαπιστώνονται καθημερινά στις Το.Μ.Υ. είναι η κακή διαλογή ασθενών, ελλειπείς ειδικότητες του ιατρικού προσωπικού, ανεπαρκές ωράριο και παραμέληση των καθηκόντων. Ωστόσο, ο

κύριος λόγος που οι ασθενείς παρακάμπτουν τους οικογενειακούς γιατρούς και προτιμούν τα νοσοκομεία είναι η εύκολη πρόσβαση στα Τ.Ε.Π. (Akrinag et al., 2018). Ειδικότερα, στην Ελλάδα ο συνωστισμός στα Τ.Ε.Π. οφείλεται στην ανεπάρκεια δομών Π.Φ.Υ. (Λυδάκης et al., 2014) και έχει ως αποτέλεσμα την λανθασμένη διάγνωση καθώς και την χαμηλή ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας (Άντρη et al., 2016). Επομένως, το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις ελληνικές υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. είναι μέτριο, καταδεικνύοντας έτσι ότι και η εντύπωση για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι μέτρια (Γούλα et al., 2019).

Εν κατακλείδι, η διαπροσωπική σχέση και ο τρόπος επικοινωνίας συμβάλλουν σημαντικά στην ικανοποίηση των ασθενών. Η χαμηλή ικανοποίηση του ασθενή από μια υπηρεσία υγείας συντελεί στην αποστασιοποίηση του από αυτή και τελικά στην ανεύρεση παροχής υπηρεσιών υγείας σε άλλες δομές (Lévesque et al., 2011). Κυρίαρχο ρόλο, λοιπόν, για την επίλυση των προβλημάτων θα πρέπει να είναι η συνεπής εφαρμογή του νομοθετικού πλαισίου, η δημιουργία αξιόπιστου συστήματος αξιολόγησης και η ανατροφοδότηση, η οποία κρίνεται ιδιαίτερης βαρύτητας (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

#### 3.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

Οι ορισμοί της ποιότητας αλλά και της ικανοποίησης του ασθενή είναι πολυσύνθετοι, ειδικά στον χώρο της υγείας, αφού δεν επιδέχονται με μία ερμηνεία.

Ωστόσο, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., «η ποιότητα αποτελεί την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής» (Τούντας, 2003).

Ο Μπαμπινιώτης ορίζει τη λέξη ικανοποίηση ως: « μία λέξη αποτελούμενη από το ικανός, επίθετο από το ρήμα ίκω = φθάνω, απλώνω, καθώς και το ποιέ-ω, που σημαίνει κάνω, ενώ έχει τη σημασία της ευχαρίστησης που πηγάζει από το αίσθημα της επιτυχίας, της πραγματοποίησης της επιθυμίας, της πλήρωσης» (Μπαμπινιώτης, 1998)

Ακόμα, ένας άλλος ερευνητής που ερμήνευσε τον ορισμό της ποιότητας, ήταν ο Dr. A. Donabedian. Ιατρός ο ίδιος και ιδρυτής της μελέτης της ποιότητας στην έρευνα στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης και των ιατρικών αποτελεσμάτων. Στην μελέτη του με τίτλο «THE QUALITY OF CARE» το 1988 προσδιόρισε την ποιότητα ως την βέλτιστη ικανοποίηση του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τα οφέλη και τις απώλειες που υφίσταται σε μια διαδικασία περίθαλψης (Donabedian, 1988).

Ο ίδιος, μάλιστα, κατάφερε να δώσει και τον ορισμό της ικανοποίησης του ασθενούς. Σύμφωνα, λοιπόν, με τον Donabedian «η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη του για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει

συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς» (Δήμητρα Μπαλάσκα, 2015).

Προσπάθεια για να εξηγήσουν την ικανοποίηση των ασθενών έκαναν και οι Bond και Thomas, οι οποίοι υποστήριξαν ότι «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες» (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

### 3.2 ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια της ποιότητας, όπως προαναφέρθηκε, είναι πολυδιάστατη. Για να υπάρξουν όμως οφέλη πρέπει να εκτιμηθεί κατάλληλα μέσω του εντοπισμού κάποιων χαρακτηριστικών. Ο Donabedian αναφέρθηκε σε ένα υπόδειγμα, σύμφωνα με το οποίο η ποιότητα εξαρτάται από τρεις παραμέτρους α) την δομή (structure), δηλαδή, τα κτίρια, τα υλικά, τον εξοπλισμό, τους διαθέσιμους χρηματικούς πόρους, τον αριθμό των εργαζομένων και την οργανική δομή β) την διαδικασία (process), η οποία αποτελείται από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και γ) την έκβαση (outcome), δηλαδή, τα αποτελέσματα, την ικανοποίηση του ασθενή και τον βαθμό ενημέρωσης και συμμετοχής του. Με το τρίπτυχο του Donabedian, η κατανόηση της ποιότητας συντελεί ακόμα περισσότερο στην ύπαρξη οφελών (Οικονομοπούλου, 2006).

Ωστόσο, τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας διαφέρουν τόσο για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους όσο και για τους επαγγελματίες υγείας αλλά και για την κοινωνία στο σύνολο της.

- Τα οφέλη για τον ασθενή και την οικογένεια του χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Πρώτων, τα υγειονομικά οφέλη, που αναφέρονται στην έγκαιρη διάγνωση, στην αντιμετώπιση και στην αποτροπή πιθανών επιπλοκών. Δεύτερων, τα ψυχολογικά οφέλη, τα οποία σχετίζονται με τον περιβάλλον υγείας και την καλή ψυχολογία του ασθενή και τρίτων τα οικονομικά οφέλη, που αφορούν την βελτίωση των παρεχόμενων



υπηρεσιών υγείας για έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση με αποτέλεσμα μικρότερο κόστος.

- Για τον επαγγελματία υγείας, τα οφέλη περιλαμβάνουν την Αποτελεσματικότητα, τη Νομική κατοχύρωση και ασφάλεια, την Ικανοποίηση από το έργο τους, το Σεβασμό και την εμπιστοσύνη των ασθενών, την Απαλλαγή από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος αλλά και την Κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη.

- Τα οφέλη για το κοινωνικό σύνολο διαχωρίζονται σε: α) *Οικονομικά οφέλη*, που αφορούν τον περιορισμό των δαπανών και την μείωση παραμονής των εργαζομένων στο νοσοκομείο και β) *Υγειονομικά οφέλη*, που σχετίζονται με την αύξηση της αποδοτικότητας των Μονάδων υγείας μέσω της οποίας προάγεται η παραγωγικότητα, η ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, η ασφάλεια και η ανάδειξη του κοινωνικού κράτους της χώρας μας.

Επιπλέον, σημαντικά θεωρούνται τα οφέλη και για τις υγειονομικές υπηρεσίες, αφού αποτελούνται από: *Οικονομικά οφέλη*, δηλαδή την μείωση του λειτουργικού κόστους. *Λειτουργικά οφέλη*, τα οποία προκύπτουν από την ορθή χρήση των δομών της μονάδα και απο την Αναγνώριση, εφόσον αυξάνεται το κυρός των υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, εξίσου σημαντικά είναι και τα οφέλη των ασφαλιστικών ταμείων, καθώς περιέχουν: *Υγειονομικά οφέλη*, τα οποία πραγματοποιούνται από την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασφαλιζόμενων ασθενών αλλά και *Οικονομικά Οφέλη* που σχετίζονται με τον περιορισμό του επιδόματος ασθένειας στους ασφαλιζόμενους αλλά και των δαπανών λόγω της βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Νικόλαος, 2015).

### **3.3 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ**

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι ένα μέτρο αντίληψης που συμβάλλει στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Για να διεξαχθεί σωστή έρευνα για την μέτρηση ικανοποίησης, βασική προϋπόθεση αποτελεί η συλλογή απαραίτητων πληροφοριών, η οποία με την κατάλληλη επεξεργασία καταλήγει και στα απαιτούμενα συμπεράσματα. Όπως, αναφέρει και η Παπανικολάου Β., με την επιλογή των κατάλληλων δεικτών μέτρησης επιτυγχάνεται ο ορθός σχεδιασμός και τα σωστά αποτελέσματα. Για την μέτρηση, λοιπόν, της ικανοποίησης γίνεται χρήση ερωτηματολογίων, τα οποία συνδυάζουν ποσοτικές και ποιοτικές ερωτήσεις αλλά και ερωτήσεις ανοικτού τύπου που δίνουν την δυνατότητα «μη περιορισμένης» απάντησης (Πίνη et al., 2011).

Τα τελευταία χρόνια η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στις υπηρεσίες υγείας, αφού παρέχει τον σαφή προσδιορισμό του συνολικού βαθμού επίδοσης μια μονάδας υγείας και την συγκρίνει με τις υπόλοιπες. Επίσης, προσφέρει πληροφορίες που έχουν σχέση με το προσωπικό, τα προβλήματα αλλά και υποδεικνύει λύσεις.

Βέβαια, πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, μερικοί από αυτούς αφορούν την αποτελεσματικότητα, την προσβασιμότητα, την διαθεσιμότητα, το περιβάλλον και την ποιότητα. Αναλυτικότερα, η καθαριότητα και η διαμόρφωση των μονάδων υγείας, η δυνατότητα χρήσης ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η επαρκής ενημέρωση του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, τα ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας και οι κατάλληλες παρεχόμενες υπηρεσίες επηρεάζουν εξίσου την ικανοποίηση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας (Καλογεροπούλου, 2011)

Άλλοι παράγοντες αναφέρονται στη σχέση που αποκτά ο γιατρός με τον ασθενή αλλά και με το νοσηλευτικό προσωπικό, αφού τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί το γεγονός ότι η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από την νοσηλευτική φροντίδα, καθώς οι νοσηλευτές αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στον

ασθενή. Επιπλέον, ευαρέσκεια επιφέρουν η ευγένεια του προσωπικού υποδοχής και η άμεση εξυπηρέτηση του ασθενή, ενώ δυσαρέσκεια προκαλούν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και η ελλιπής οργάνωση (Γούλα et al., 2019).

Παράλληλα, το φύλο, η ηλικία, η οικονομική ευχέρεια και η γενική αντίληψη της κατάστασης της υγείας του ατόμου φαίνονται να είναι εξίσου σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης (Spasojevic et al., 2015).

Ωστόσο, σημαντικό ρόλο παίζουν και οι προηγούμενες εμπειρίες του ασθενή σε τυχόν άλλες μονάδες υγείας, οι ανάγκες του, καθώς και η παρεχόμενη περίθαλψη.

Συγκεκριμένα, ο βαθμός ικανοποίησης καθορίζεται από τις προσδοκίες του ασθενή, αλλά και τα κοινωνικο-οικονομικά και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του. Σύμφωνα με τους O' Connor et al οι προσδοκίες του ασθενή χωρίζονται αφενός στις προσδοκίες από τις υπηρεσίες που επιθυμεί να λάβει και αφετέρου στις προσδοκίες από υπηρεσίες που τελικά λαμβάνει. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τις προσδοκίες των ασθενών καθώς έτσι θα αυξήσουν το ποσοστό ικανοποίησης τους από τις υγειονομικές υπηρεσίες (Pierrakos et al., 2013).

Τέλος, σύμφωνα με τους LeVois et al, αρκετοί είναι οι ασθενείς που δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από ό,τι πραγματικά είναι, για να τους μεταχειριστούν ευνοϊκότερα οι εργαζόμενοι των υγειονομικών υπηρεσιών. Επίσης, μεγάλο ποσοστό των ασθενών δεν συμμετέχει στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, αφού πιστεύει ότι δεν θα υπάρξει μελλοντική βελτίωση. Ενώ, αξίζει να σημειωθεί ότι η ικανοποίηση είναι υποκειμενική για τον κάθε ασθενή αφού έχει σχέση με την πολιτισμική τους συμπεριφορά (B. Παπαγιαννοπούλου, Γ. Πιερράκος, Μ. Σαρρής, 2008).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 4.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση, η αποτύπωση και η καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων ατόμων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.).

Η συγκεκριμένη αξιολόγηση στοχεύει στην καλύτερη εξυπηρέτηση, όμως, η ικανοποίηση επηρεάζεται αρνητικά όταν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι κατάλληλες.

#### 4.2 ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σύμφωνα, λοιπόν, με το σκοπό της έρευνας στόχος ήταν η καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης του εγγεγραμμένου πληθυσμού ευθύνης που χρησιμοποιούν τις Το.Μ.Υ. στο Δήμο Ηρακλείου Κρήτης αλλά και η παρατήρηση κοινών σημείων και αποκλίσεων από τα αποτελέσματα μεταξύ ερωτηθέντων στις 1<sup>η</sup> και 4<sup>η</sup> Το.Μ.Υ. Ηρακλείου Κρήτης.

#### 4.3 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

##### 4.3.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα μελέτη ήταν μία συγχρονική μελέτη με δειγματοληψία ευκολίας. Η μελέτη έλαβε χώρα στο Ηράκλειο Κρήτης και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με προσωπική συνέντευξη από 222 τυχαίους ασθενείς που επισκέφτηκαν τις Τοπικές Μονάδες Υγείας. Για την επιλογή του δείγματος επιλέγησαν δύο (2) συγκεκριμένες Το.Μ.Υ. του Ηρακλείου Κρήτης εξαιτίας της θέσης και του μεγέθους του πληθυσμού που εξυπηρετούν.

### **4.3.2 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ**

Η επιλογή των συμμετεχόντων του δείγματος έγινε με απλή τυχαία δειγματοληψία στις αίθουσες αναμονής τις 1<sup>η</sup> και 4<sup>η</sup> Το.Μ.Υ. στο Δήμο Ηρακλείου Κρήτης, χωρίς να επηρεάζεται το ραντεβού της επίσκεψης τους. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων που έγινε με προσωπική συνέντευξη ωφέλησε στην αύξηση του ποσοστού συμμετοχής. Η μελέτη διεξήχθη από Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 09:00 μέχρι τις 16:00 τον μήνα Φεβρουάριο του 2020. Η απλή και τυχαία δειγματοληψία εξασφάλισε τις ίδιες πιθανότητες επιλογής του δείγματος, χωρίς η μία επιλογή να επηρεάζει με κανένα τρόπο την επιλογή οποιουδήποτε άλλου αλλά και η χρήση της ήταν για λόγω ευκολίας διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Συνολικά, έγινε συλλογή 222 ερωτηματολογίων EUROPEP, 112 ερωτηματολόγια από την 1<sup>η</sup> Το.Μ.Υ. και 110 από την 4<sup>η</sup> Το.Μ.Υ.

### **4.3.3 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς, έχουν τύχει ασφαλούς αποθήκευσης και χρησιμοποίησης αποκλειστικά, σύμφωνα με το άρθρο 13 του Γενικού Κανονισμού 2016/679 της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προστασία των δεδομένων. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φορέα ή φυσικό πρόσωπο δεν δημοσιεύθηκε, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκε στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Η συλλογή και η επεξεργασία των δεδομένων δύναται μόνο για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς.

#### 4.3.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ EUROPER

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την χρήση σύνθετου ερωτηματολογίου, το οποίο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά και αποτελεί εργαλείο για τη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή και την αξιολόγηση της φροντίδας του.

Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις δομημένες σε έξι μέρη που αφορούν τη σχέση ιατρού-ασθενή (6 ερωτήσεις), τις τεχνικές που χρησιμοποιεί ο ιατρός (3 ερωτήσεις), την πληροφορία και την υποστήριξη (4 ερωτήσεις), την οργάνωση της φροντίδας (2 ερωτήσεις), τον συντονισμό της φροντίδας (6 ερωτήσεις) και την τελική γνώμη για τον ιατρό (2 ερωτήσεις). Οι ερωτήσεις είχαν κλίμακα Likert πέντε (5) πόντων που κυμαίνεται από το «Κακή» έως το «Άριστη» (1= Κακή, 2= Μάλλον Κακή, 3= Μέτρια, 4= Μάλλον Καλή, 5= Άριστη). Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε πέντε (5) διαστάσεις ή συνιστώσες, οι οποίες αφορούν την «Σχέση ιατρού-ασθενή», την «ιατρική φροντίδα», την «Πληροφόρηση και υποστήριξη», την «Οργάνωση της φροντίδας» και την Προσβασιμότητα». Τέλος, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αναφέρονται για ερευνητικούς λόγους στην παρούσα εργασία (Grol & Wensing, 2000; Λιονής & Πιτέλου, 2015).

#### 4.3.5 ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Η ταξινόμηση σε 5 διαστάσεις (Σχέση ιατρού-ασθενούς κ.λπ.) έγινε σύμφωνα με την ελληνική στάθμιση της κλίμακας από τους Samouti et al (2010). Οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha$  εκτιμήθηκαν ανά κατηγορία (πίνακας 2) ενώ συνολικά απέδωσε εσωτερική συνοχή 0,961 (95%ΔΕ:0,950-0,970).

Για τη βαθμολόγηση (scoring) των 5 διαστάσεων αν και ακολουθείται υποκειμενικά διαφορετικός τρόπος βαθμολόγησης και ανάλυσης, στην εργασία μας: 1. υπήρξαν ελλείπουσες περιπτώσεις (missing values) και παρέμειναν στην βαθμονόμηση ως κενά, 2. εκτιμήθηκε μια νέα μεταβλητή βαθμολογίας σε κλίμακα 0-100 για κάθε διάσταση του ερωτηματολογίου και για το σύνολο των αποκρίσεων

για κάθε ασθενή. Η ερμηνεία επομένως αφορά την αξιολόγηση σε κλίμακα 0-100 (EUROPER, 2006).

#### **4.3.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS 25.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών ή σε χαρακτηριστικά σχετιζόμενα με την υγεία τους. Σύμφωνα με το εγχειρίδιο χρήσης του Europer (EUROPER, 2006) οι υπολογισμοί των μέσων τιμών βαθμολογίας γίνεται με τη χρήση των αντίστοιχων 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης (με τεχνικές bootstrap). Παράλληλα συσχετίσεις με τα διάφορα χαρακτηριστικά έγιναν μέσω της μεθόδου Spearman και οι συγκρίσεις της αξιολόγησης στις 5 διαστάσεις έγιναν με τους μη παραμετρικούς ελέγχους Mann-Whitney & Kruskal-Wallis. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 5%.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 5.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο συνολικός αριθμός των ασθενών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ανέρχεται στους 222 (**πίνακας 1**). Το 68,0% ήταν γυναίκες και το 32,0% άνδρες με μέση ηλικία περίπου 57,8 χρόνια. Το 97,7% ήταν από το Ηράκλειο Κρήτης ενώ το 2,3% από άλλη πόλη. Με πρωτοβάθμια εκπαίδευση ήταν το 27,0% και με τριτοβάθμια το 36,0%, ενώ το 7,2% με μεταπτυχιακές σπουδές. Τέλος, άνεργοι ή φοιτητές/τριες ήταν 19,8% ενώ το υπόλοιπο ποσοστό σχετίζεται με ασθενείς με κάποιου είδους πρώην ή νυν επαγγελματική κατάρτιση.

**Πίνακας 1.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά σχετιζόμενα με την υγεία των 222 συμμετεχόντων της έρευνας.

		<b>v</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	<i>γυναίκες</i>	151	68,0
	<i>άνδρες</i>	71	32,0
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>&lt;40</i>	27	12,2
	<i>40-65</i>	121	54,5
	<i>66+</i>	74	33,3
	μέση ηλικία±τυπ. απόκλιση (ελαχ.-μεγ)	57,8±14,8 (15-89)	
<b>Πόλη</b>	<i>Ηράκλειο</i>	217	97,7
	<i>άλλη</i>	5	2,3
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	<i>A'Βάθμια</i>	60	27,0
	<i>B'Βάθμια</i>	66	29,7
	<i>Γ'Βάθμια</i>	80	36,0
	<i>Μεταπτυχιακές σπουδές</i>	16	7,2
<b>Είδος απασχόλησης</b>	<i>Δημόσιος/α υπάλληλος</i>	59	26,6
	<i>Ιδιωτικός/η υπάλληλος</i>	76	34,2
	<i>Ελεύθερος/η επαγγελματίας</i>	43	19,4
	<i>Άνεργος/η, Φοιτητής/τρια</i>	44	19,8



Το ερωτηματολόγιο EYROPER χωρίζεται σε πέντε (5) διαστάσεις (πίνακας 2), οι οποίες και ως προς τον εκτιμώμενο βαθμό αξιοπιστίας τους Cronbach's  $\alpha$ , αφορούν την «Σχέση ιατρού-ασθενή» ( $\alpha= 0,926$ ), την «Ιατρική φροντίδα» ( $\alpha=0,943$ ), την «Πληροφόρηση και υποστήριξη» ( $\alpha= 0,884$ ), την «Οργάνωση της φροντίδας» ( $\alpha= 0,820$ ) και την «Προσβασιμότητα» ( $\alpha= 0,826$ ). Οι βαθμοί αξιοπιστίας αποδίδουν μια πολύ καλή εσωτερική συνοχή της δομής των απαντήσεων από τους ασθενείς.

Αντίστοιχα, η μέση τιμή της πλειοψηφίας των απαντήσεων ήταν το 4,8, το οποίο προσεγγίζει το πέντε (5) που θεωρείται ως «άριστη» ικανοποίηση. Εξαίρεση αποτελεί η ερώτηση 22 στην διάσταση της «Προσβασιμότητας» που αφορά τον χρόνο παραμονής στην αίθουσα αναμονής όπου η μέση τιμή της ήταν το 4,31 αλλά και η ερώτηση 19, στην ίδια διάσταση που αφορά την διευκόλυνση για το κλείσιμο ραντεβού με τον ιατρό, όπου η μέση τιμή της ήταν το 4,55, οι οποίες ερωτήσεις ήταν οι μόνες που προσεγγίζουν το τέσσερα (4). Αντίθετα, την υψηλότερη μέση τιμή βαθμολόγησης (4,91) αποδίδει η ερώτηση 6 στην διάστασης της «Σχέση ιατρού-ασθενή» που αφορά το απόρρητο του ιατρικού φακέλου, γεγονός που συμβάλλει στην καλύτερη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενή. Ακόμα, στις διαστάσεις της «Σχέσης ιατρού-ασθενή», της «Οργάνωσης της φροντίδας» και της «Προσβασιμότητας» βρέθηκαν τα χαμηλότερα ποσοστά συμπλήρωσης. Συγκεκριμένα, στην ερώτηση 6 συμμετείχαν 183 χρήστες υγείας, στην ερώτηση 17 συμμετείχαν 184, στην ερώτηση 21 συμμετείχαν 187 και τέλος στην ερώτηση 23 συμμετείχαν 163 ασθενείς (Grol & Wensing, 2000; Λιονής & Πιτέλου, 2015).

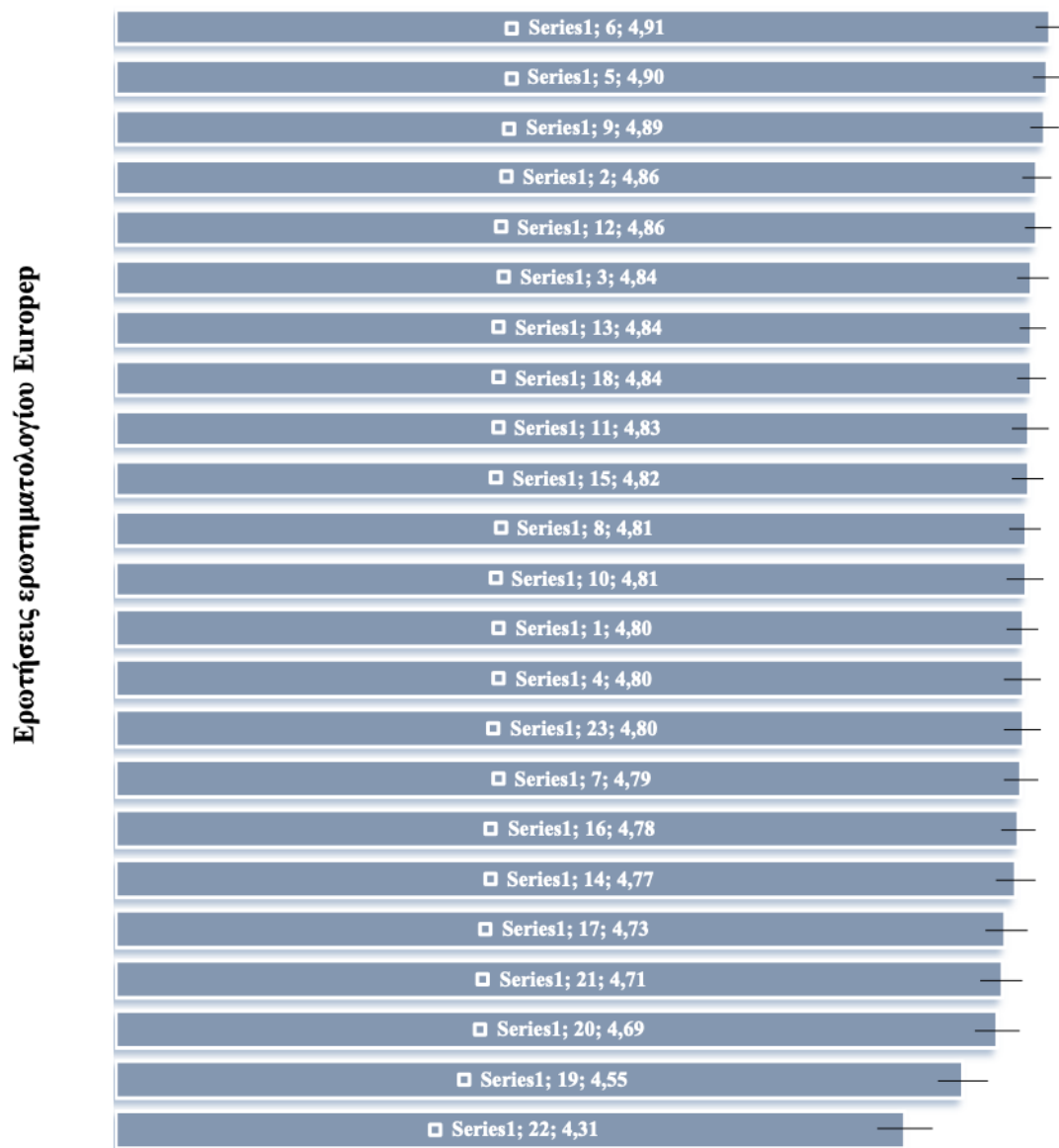
**Πίνακας 2.** Βαθμολογία αξιολόγησης ερωτηματολογίου Europer στους 222 συμμετέχοντες της έρευνας.

Ερ.	Διαστάσεις	n	Μέση τιμή*	Τυπ. απόκλιση	Διάμεσος	Cronbach's $\alpha$
<b>Σχέση ιατρού-ασθενή</b>						0,926
1	Σας κάνει να αισθάνεστε ότι είχατε αρκετό χρόνο στη διάθεσή σας στη διάρκεια των επισκέψεων;	222	4,80	0,49	5,00	
2	Δείχνει ενδιαφέρον για την προσωπική σας κατάσταση;	222	4,86	0,47	5,00	
3	Σας διευκολύνει να του/της μιλήσετε για τα προβλήματά σας;	222	4,84	0,51	5,00	
4	Σας δίνει τη δυνατότητα να συμμετέχετε στις αποφάσεις για τη ιατρική φροντίδα σας;	214	4,80	0,57	5,00	
5	Σας ακούει;	221	4,90	0,45	5,00	
6	Διατηρεί τα στοιχεία του ιατρικού σας φακέλου εμπιστευτικά;	183	4,91	0,39	5,00	
<b>Ιατρική φροντίδα</b>						0,943

7	Ανακουφίζει γρήγορα τα συμπτώματά σας;	209	4,79	0,55	5,00
8	Σας βοηθάει να αισθανθείτε αρκετά καλά ώστε να μπορείτε να αποδίδετε στις συνηθισμένες καθημερινές σας δραστηριότητες;	216	4,81	0,50	5,00
9	Ασκεί προσεκτικά και με επιμέλεια τα καθήκοντά του;	219	4,89	0,46	5,00
10	Επιτελεί την Φυσική Εξέταση επαρκώς (εξετάζει δηλαδή με προσοχή την κοιλιά, την καρδιά, τους πνεύμονες, τα μάτια, το δέρμα σας κτλ);	209	4,81	0,56	5,00
11	Σας προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης της αρρώστιας; (π.χ. Γενικές εξετάσεις, έλεγχος κατάστασης της υγείας, εμβολιασμοί).	212	4,83	0,58	5,00
<b>Πληροφόρηση και υποστήριξη</b>					0,884
12	Σας εξηγεί το σκοπό των ιατρικών/εργαστηριακών εξετάσεων και της θεραπείας;	222	4,86	0,44	5,00
13	Σας λέει αυτά που θέλετε να γνωρίζετε για τα συμπτώματα και την ασθένειά σας;	220	4,84	0,45	5,00
14	Σας βοηθάει να αντιμετωπίσετε τα συναισθηματικά προβλήματα που έχουν σχέση με την κατάσταση της υγείας σας;	200	4,77	0,58	5,00
15	Σας βοηθάει να καταλάβετε πόσο σημαντικό είναι να ακολουθήσετε τις συμβουλές που σας έδωσε;	218	4,82	0,49	5,00
<b>Οργάνωση της φροντίδας</b>					0,820
16	Γνωρίζει τι είχε κάνει και τι σας είχε πει κατά τη διάρκεια των επισκέψεων;	219	4,78	0,55	5,00
17	Σας προετοιμάζει σε σχέση με το τι πρέπει να περιμένετε κατά την επίσκεψή σας στον ειδικό ή στο νοσοκομείο;	184	4,73	0,58	5,00
<b>Προσβασιμότητα</b>					0,826
18	Πόσο σας εξυπηρετεί το υπόλοιπο (μη ιατρικό) προσωπικό;	220	4,84	0,47	5,00
19	Πόσο εύκολα σας κλείνει ραντεβού σε ώρα που σας διευκολύνει;	221	4,55	0,77	5,00
20	Πόσο εύκολα επικοινωνείτε τηλεφωνικά με το ιατρείο του;	212	4,69	0,71	5,00
21	Πόσο εύκολα επικοινωνείτε τηλεφωνικά με τον ιατρό Γενικής Ιατρικής;	187	4,71	0,63	5,00
22	Πώς είναι ο χρόνος παραμονής στην αίθουσα αναμονής;	220	4,31	0,88	5,00
23	Παρέχονται άμεσα οι αναγκαίες υπηρεσίες για τα επείγοντα προβλήματα υγείας;	162	4,80	0,51	5,00

Στο **σχήμα 1**, παρουσιάζεται συγκριτικά η μέση βαθμολογία και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης των 23 ερωτήσεων ικανοποίησης του ερωτηματολογίου EUROPEP. Επιβεβαιώνεται η προηγούμενη αναφορά σχετικά με την χαμηλότερη μέση τιμή στο χρόνο παραμονής στην αίθουσα αναμονής ενώ παράλληλα επιβεβαιώνεται και η υψηλότερη μέση τιμή που σχετίζεται με την εμπιστοσύνη του ασθενή για τον ιατρικό του φάκελο αλλά και φαίνεται ότι η αμέσως επόμενη υψηλή μέση τιμή που αφορά την ερώτηση 5 είναι στην ίδια διάσταση, δηλαδή στην «Σχέση ιατρού-ασθενή». Η τρίτη στην σειρά είναι η ερώτηση 9 που αφορά τα καθήκοντα του ιατρού και ανήκει στην διάσταση της «Ιατρικής φροντίδας». Συμπερασματικά, οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τον γιατρό γενικής ιατρικής.

**Σχήμα 1.** Συγκριτική παρουσίαση της μέσης βαθμολογίας των 23 ερωτήσεων ικανοποίησης του ερωτηματολογίου Europer στους 222 συμμετέχοντες της έρευνας.



**Μέση βαθμολογία & 95%ΔΕ**

Απο τον **πίνακα 3**, τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών από την 1<sup>η</sup> & 4<sup>η</sup> Το.Μ.Υ. του Δήμου Ηρακλείου φαίνεται να είναι αρκετά ικανοποιητικά. Στις διαστάσεις της «Σχέσης ιατρού-ασθενή», της «Ιατρικής φροντίδας» και της «Πληροφόρησης και υποστηρίξεις» τα ποσοστά άριστης ικανοποίησης υπερβαίνουν το 80,0%. Στην διάσταση της «Οργάνωση της φροντίδας» η μία (1) από τις δύο (2) ερωτήσεις υπερβαίνει το 80,0% (ερώτηση 16) ενώ η άλλη είναι στο 79,3% (ερώτηση 17). Στην τελευταία διάσταση της «Προσβασιμότητα» σε άριστη ικανοποίηση είναι

η πλειοψηφία των ασθενών στην ερώτηση 18, που αφορά το υπόλοιπο προσωπικό και στην ερώτηση 23, που αφορά τα επείγοντα περιστατικά. Το χαμηλότερο ποσοστό άριστης ικανοποίησης φαίνεται στην ερώτηση 22 με τον χρόνο αναμονής, το οποίο κατεβαίνει στο 53,6%. Ενώ, οι υπόλοιπες δύο (2) ερωτήσεις από τις έξι (6) κυμαίνονται μεταξύ 78,0% και 79,9%.

**Πίνακας 3.** Ποσοστά βαθμού ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες των Το.Μ.Υ., σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Europer.

Ερ.	Διαστάσεις	Απάντηση				
		κακή	μáλλον κακή	μέτρια	μáλλον καλή	άριστη
		%				
<b>Σχέση ιατρού-ασθενή</b>						
1	Σας κάνει να αισθάνεστε ότι είχατε αρκετό χρόνο στη διάθεσή σας στη διάρκεια των επισκέψεων;	0,0	0,5	2,7	13,5	83,3
2	Δείχνει ενδιαφέρον για την προσωπική σας κατάσταση;	0,5	0,5	0,9	8,6	89,6
3	Σας διευκολύνει να του/της μιλήσετε για τα προβλήματά σας;	0,9	0,0	0,9	10,8	87,4
4	Σας δίνει τη δυνατότητα να συμμετέχετε στις αποφάσεις για τη ιατρική φροντίδα σας;	0,5	0,0	5,1	7,9	86,4
5	Σας ακούει;	0,9	0,0	0,0	6,8	92,3
6	Διατηρεί τα στοιχεία του ιατρικού σας φακέλου εμπιστευτικά;	0,0	1,1	0,0	6,0	92,9
<b>Ιατρική φροντίδα</b>						
7	Ανακουφίζει γρήγορα τα συμπτώματά σας;	0,5	0,5	2,4	12,4	84,2
8	Σας βοηθάει να αισθανθείτε αρκετά καλά ώστε να μπορείτε να αποδίδετε στις συνηθισμένες καθημερινές σας δραστηριότητες;	0,5	0,5	0,9	13,4	84,7
9	Ασκεί προσεκτικά και με επιμέλεια τα καθήκοντά του;	0,9	0,0	0,0	7,8	91,3
10	Επιτελεί την Φυσική Εξέταση επαρκώς (εξετάζει δηλαδή με προσοχή την κοιλιά, την καρδιά, τους πνεύμονες, τα μάτια, το δέρμα σας κτλ);	1,0	0,5	1,0	11,5	86,1
11	Σας προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης της αρρώστιας; (π.χ. Γενικές εξετάσεις, έλεγχος κατάστασης της υγείας, εμβολιασμοί).	0,9	0,9	0,9	9,0	88,2
<b>Πληροφόρηση και υποστήριξη</b>						
12	Σας εξηγεί το σκοπό των ιατρικών/εργαστηριακών εξετάσεων και της θεραπείας;	0,5	0,0	0,9	9,9	88,7
13	Σας λέει αυτά που θέλετε να γνωρίζετε για τα συμπτώματα και την ασθένειά σας;	0,5	0,0	0,5	13,2	85,9
14	Σας βοηθάει να αντιμετωπίσετε τα συναισθηματικά προβλήματα που έχουν σχέση με την κατάσταση της υγείας σας;	0,5	0,5	3,5	12,0	83,5
15	Σας βοηθάει να καταλάβετε πόσο σημαντικό είναι να ακολουθήσετε τις συμβουλές που σας έδωσε;	0,0	0,9	1,8	11,5	85,8
<b>Οργάνωση της φροντίδας</b>						
16	Γνωρίζει τι είχε κάνει και τι σας είχε πει κατά τη διάρκεια των επισκέψεων;	0,0	0,5	5,0	11,0	83,6
17	Σας προετοιμάζει σε σχέση με το τι πρέπει να περιμένετε κατά την επίσκεψή σας στον ειδικό ή στο νοσοκομείο;	0,0	0,5	5,4	14,7	79,3
<b>Προσβασιμότητα</b>						
18	Πόσο σας εξυπηρετεί το υπόλοιπο (μη ιατρικό) προσωπικό;	0,0	0,9	1,4	10,5	87,3

19	Πόσο εύκολα σας κλείνει ραντεβού σε ώρα που σας διευκολύνει;	0,0	3,6	6,3	21,7	68,3
20	Πόσο εύκολα επικοινωνείτε τηλεφωνικά με το ιατρείο του;	0,5	2,8	3,3	13,7	79,7
21	Πόσο εύκολα επικοινωνείτε τηλεφωνικά με τον ιατρό Γενικής Ιατρικής;	0,0	1,6	4,3	16,0	78,1
22	Πώς είναι ο χρόνος παραμονής στην αίθουσα αναμονής;	0,5	3,6	14,1	28,2	53,6
23	Παρέχονται άμεσα οι αναγκαίες υπηρεσίες για τα επείγοντα προβλήματα υγείας;	0,0	0,6	3,1	12,3	84,0

Στον **πίνακα 4**, παρουσιάζονται η συσχέτιση της βαθμολογίας αξιολόγησης της γνώμης των χρηστών υγείας σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο EUROPEP, με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Σύμφωνα, λοιπόν, με τον πίνακα 4 φαίνεται ότι το φύλο δεν αποτελεί βασικό παράγοντα στην αξιολόγηση της ικανοποίησης, δηλαδή δεν επηρεάζει ούτε θετικά ούτε αρνητικά την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αντιθέτως, η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην αξιολόγηση της ικανοποίησης στις πιο πολλές από τις 23 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου EUROPEP. Ωστόσο, στην ερώτηση 12 στη διάσταση της «Πληροφόρηση και φροντίδα» φαίνεται ότι οι απαντήσεις των ερωτηθέντων συμπίπτουν περισσότερο από τις υπόλοιπες, ανεξαρτήτου φύλου, ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου.

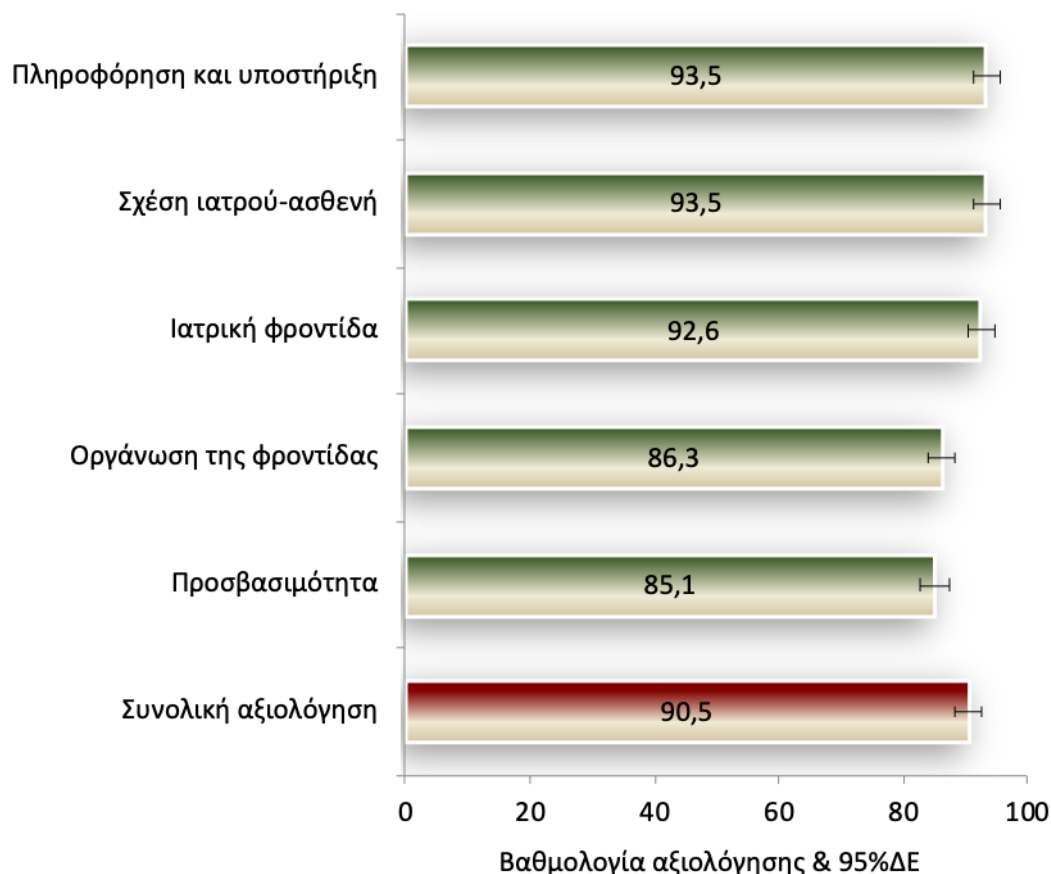
**Πίνακας 4.** Συσχέτιση της βαθμολογίας αξιολόγησης της γνώμης των συμμετεχόντων σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Europer, με τα βασικά δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

Ερ. Διαστάσεις	Χαρακτηριστικά			
	Φύλο (1: γυναίκες, 2: άνδρες)	Ηλικία (χρόνια)	Μορφωτικό επίπεδο (1:Α'βάθμια, 2:Β'βάθμια, 3: Γ'βάθμια, 4:ΜΣ)	
	rho-Spearman			
<b>Σχέση ιατρού-ασθενή</b>				
1	Σας κάνει να αισθάνεστε ότι είχατε αρκετό χρόνο στη διάθεσή σας στη διάρκεια των επισκέψεων;	-0,003	0,223*	-0,096
2	Δείχνει ενδιαφέρον για την προσωπική σας κατάσταση;	-0,016	0,153*	-0,126
3	Σας διευκολύνει να του/της μιλήσετε για τα προβλήματά σας;	-0,025	0,142*	-0,178*
4	Σας δίνει τη δυνατότητα να συμμετέχετε στις αποφάσεις για τη ιατρική φροντίδα σας;	-0,045	0,185*	-0,079
5	Σας ακούει;	0,018	0,166*	-0,128
6	Διατηρεί τα στοιχεία του ιατρικού σας φακέλου εμπιστευτικά;	0,041	0,187*	-0,140
<b>Ιατρική φροντίδα</b>				
7	Ανακουφίζει γρήγορα τα συμπτώματά σας;	-0,033	0,220*	-0,177*

8	Σας βοηθάει να αισθανθείτε αρκετά καλά ώστε να μπορείτε να αποδίδετε στις συνηθισμένες καθημερινές σας δραστηριότητες;	0,020	0,196*	-0,083
9	Ασκεί προσεκτικά και με επιμέλεια τα καθήκοντά του;	0,001	0,204*	-0,169*
10	Επιτελεί την Φυσική Εξέταση επαρκώς (εξετάζει δηλαδή με προσοχή την κοιλιά, την καρδιά, τους πνεύμονες, τα μάτια, το δέρμα σας κτλ);	-0,013	0,116	-0,201*
11	Σας προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης της αρρώστιας; (π.χ. Γενικές εξετάσεις, έλεγχος κατάστασης της υγείας, εμβολιασμοί).	0,096	0,067	-0,126
<b>Πληροφόρηση και υποστήριξη</b>				
12	Σας εξηγεί το σκοπό των ιατρικών/εργαστηριακών εξετάσεων και της θεραπείας;	0,094	0,084	-0,093
13	Σας λέει αυτά που θέλετε να γνωρίζετε για τα συμπτώματα και την ασθένειά σας;	-0,001	0,135*	-0,258*
14	Σας βοηθάει να αντιμετωπίσετε τα συναισθηματικά προβλήματα που έχουν σχέση με την κατάσταση της υγείας σας;	-0,091	0,182*	-0,177*
15	Σας βοηθάει να καταλάβετε πόσο σημαντικό είναι να ακολουθήσετε τις συμβουλές που σας έδωσε;	0,061	0,214*	-0,166*
<b>Οργάνωση της φροντίδας</b>				
16	Γνωρίζει τι είχε κάνει και τι σας είχε πει κατά τη διάρκεια των επισκέψεων;	0,066	0,305*	-0,139*
17	Σας προετοιμάζει σε σχέση με το τι πρέπει να περιμένετε κατά την επίσκεψή σας στον ειδικό ή στο νοσοκομείο;	0,003	0,220*	-0,230*
<b>Προσβασιμότητα</b>				
18	Πόσο σας εξυπηρετεί το υπόλοιπο (μη ιατρικό) προσωπικό;	-0,061	0,114	-0,153*
19	Πόσο εύκολα σας κλείνει ραντεβού σε ώρα που σας διευκολύνει;	0,041	0,123	-0,143*
20	Πόσο εύκολα επικοινωνείτε τηλεφωνικά με το ιατρείο του;	0,039	0,248*	-0,185*
21	Πόσο εύκολα επικοινωνείτε τηλεφωνικά με τον ιατρό Γενικής Ιατρικής;	0,034	0,295*	-0,262*
22	Πώς είναι ο χρόνος παραμονής στην αίθουσα αναμονής;	-0,004	0,171*	-0,082
23	Παρέχονται άμεσα οι αναγκαίες υπηρεσίες για τα επείγοντα προβλήματα υγείας;	-0,017	0,154*	-0,213*

Στο **σχήμα 2**, παρουσιάζεται η συγκριτική βαθμολογία αξιολόγησης και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης, σύμφωνα με τις πέντε (5) διαστάσεις του ερωτηματολογίου σε κλίμακα 0-100. Την υψηλότερη βαθμολογία αξιολόγησης την έχει η διάσταση της «Πληροφόρηση και υποστήριξη» με 93,5 στα 100, ενώ την χαμηλότερη η διάσταση της «Προσβασιμότητα» με 85,1 στα 100. Γενικά, η συνολική ικανοποίηση ανέρχεται στο **90,5** στα 100, το οποίο προτείνει την αρκετά υψηλή ικανοποίηση των ασθενών που χρησιμοποιούν τις 1<sup>η</sup> και 4<sup>η</sup> ΤΟ.Μ.Υ. Ηρακλείου Κρήτης.

**Σχήμα 2.** Σύγκριση αξιολόγησης που κάνουν οι ασθενείς για τις υπηρεσίες των ΤΟΜΥ, σύμφωνα με τις 5 διαστάσεις του ερωτηματολογίου Europer (αξιολόγηση σε κλίμακα 0-100).



Ειδικότερα, στους πίνακες 5, 6, 7 & 8, παρουσιάζονται οι συσχετίσεις αξιολόγησης των συμμετεχόντων για τις υπηρεσίες των Το.Μ.Υ. σύμφωνα με τις πέντε (5) διαστάσεις του ερωτηματολογίου, ως προς το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και την επαγγελματική τους απασχόληση.

Συγκεκριμένα στον **πίνακα 5** διαπιστώνεται ότι το φύλο δεν επηρεάζει τον ατομικό βαθμό ικανοποίησης δηλαδή η ικανοποίηση δεν διαφέρει πολύ μεταξύ γυναικών και ανδρών, αφού οι άνδρες στην συνολική τους αξιολόγηση έχουν ελάχιστα χαμηλότερη μέση τιμή κατά 0,7%.

Επιπλέον, η υψηλή ικανοποίηση σχετίζεται σημαντικά με τις μεγαλύτερες ηλικίες (>66) και παράλληλα με του ασθενείς που είναι <40 χρονών, ενώ η ενδιάμεση ηλικία (40-65) φαίνεται πως είναι λιγότερο ικανοποιημένη (**πίνακας 6**).

Αντιθέτως, οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζονται με, στατιστικώς σημαντικά, χαμηλότερη ικανοποίηση, καθώς τα άτομα αυτά έχουν υψηλότερες απαιτήσεις από τις συγκεκριμένες δομές (πίνακας 7).

Τέλος, η απασχόληση των ασθενών επηρεάζει την ικανοποίησή τους, το οποίο προκύπτει από τις διαφορετικές μέσες τιμές στην συνολική τους αξιολόγηση. Οι λιγότερο ικανοποιημένοι ήταν οι δημόσιοι υπάλληλοι με μέση τιμή βαθμολογίας το 88,8% ( $p < 0.05$ ), ενώ οι περισσότερο ικανοποιημένοι ήταν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι με μέση τιμή το 92,4% ( $p < 0.05$ ) (πίνακας 8).

**Πίνακας 5.** Σύγκριση αξιολόγησης που κάνουν οι ασθενείς για τις υπηρεσίες των ΤΟΜΥ σύμφωνα με τις 5 διαστάσεις του ερωτηματολογίου Europer, ως προς το φύλο

Διαστάσεις (τιμές σε κλίμακα 0-100):	Φύλο		p-value
	γυναίκες	άνδρες	
	μέση τιμή (διάμεσος)		
Σχέση ιατρού-ασθενή	93,6 (100,0)	93,1 (100,0)	0,140
Ιατρική φροντίδα	93,0 (100,0)	91,9 (100,0)	0,180
Πληροφόρηση και υποστήριξη	93,6 (100,0)	93,2 (100,0)	0,186
Οργάνωση της φροντίδας	86,3 (100,0)	86,3 (100,0)	0,835
Προσβασιμότητα	85,5 (90,0)	84,5 (90,0)	0,683
Συνολική αξιολόγηση	90,7 (94,8)	90,0 (91,3)	0,385

Έλεγχοι Mann Whitney

τους.



**Πίνακας 6.** Σύγκριση αξιολόγησης που κάνουν οι ασθενείς για τις υπηρεσίες των TOMY σύμφωνα με τις 5 διαστάσεις του ερωτηματολογίου Europer, ως προς την ηλικία τους.

Διαστάσεις (τιμές σε κλίμακα 0-100):	Ηλικία, χρόνια			p-value
	<40	40-65	66+	
	μέση τιμή (διάμεσος)			
Σχέση ιατρού-ασθενή	93,5 (100,0)	93,1 (100,0)	94,1 (100,0)	0,792
Ιατρική φροντίδα	93,5 (100,0)	91,1 (100,0)	94,8 (100,0)	0,123
Πληροφόρηση και υποστήριξη	93,7 (100,0)	93,2 (100,0)	93,9 (100,0)	0,833
Οργάνωση της φροντίδας	85,6 (100,0)	85,5 (100,0)	87,8 (100,0)	0,329
Προσβασιμότητα	87,2 (90,0)	84,5 (83,3)	85,4 (93,3)	0,658
Συνολική αξιολόγηση	91,2 (93,9)	89,8 (92,2)	91,4 (94,8)	0,537

Έλεγχοι Kruskal Wallis

**Πίνακας 7.** Σύγκριση αξιολόγησης που κάνουν οι ασθενείς για τις υπηρεσίες των TOMY σύμφωνα με τις 5 διαστάσεις του ερωτηματολογίου Europer, ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο.

Διαστάσεις (τιμές σε κλίμακα 0-100):	Μορφωτικό επίπεδο				p-value
	A' Βάθμια	B' Βάθμια	Γ' Βάθμια	Μεταπτυχιακές σπουδές	
	μέση τιμή (διάμεσος)				
Σχέση ιατρού-ασθενή	95,3 (100,0)	92,7 (100,0)	93,1 (100,0)	91,9 (96,7)	0,209
Ιατρική φροντίδα	94,9 (100,0)	93,3 (100,0)	90,2 (100,0)	93,8 (100,0)	<b>0,014</b>
Πληροφόρηση και υποστήριξη	94,4 (100,0)	95,5 (100,0)	91,9 (100,0)	89,7 (100,0)	<b>0,014</b>
Οργάνωση της φροντίδας	89,5 (100,0)	90,3 (100,0)	82,1 (90,0)	78,8 (95,0)	<b>0,005</b>
Προσβασιμότητα	86,4 (95,0)	87,5 (95,0)	82,3 (83,3)	84,6 (86,7)	0,084
Συνολική αξιολόγηση	92,2 (95,7)	91,8 (97,0)	88,5 (88,7)	88,9 (89,6)	<b>0,009</b>

Έλεγχοι Kruskal Wallis

**Πίνακας 8.** Σύγκριση αξιολόγησης που κάνουν οι ασθενείς για τις υπηρεσίες των ΤΟΜΥ σύμφωνα με τις 5 διαστάσεις του ερωτηματολογίου Europer, ως προς την απασχόληση τους.

	<b>Είδος απασχόλησης</b>				p-value
	Δημόσιος Υπάλληλος	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Ελεύθερος Επαγγελματίας	Φοιτητής, Άνεργος	
<i>Διαστάσεις (τιμές σε κλίμακα 0-100):</i>	<i>μέση τιμή (διάμεσος)</i>				
Σχέση ιατρού-ασθενή	92,5 (100,0)	95,2 (100,0)	92,6 (100,0)	92,7 (100,0)	0,427
Ιατρική φροντίδα	89,2 (100,0)	95,7 (100,0)	92,4 (100,0)	92,2 (100,0)	0,097
Πληροφόρηση και υποστήριξη	91,2 (100,0)	95,6 (100,0)	94,2 (100,0)	92,3 (100,0)	0,117
Οργάνωση της φροντίδας	86,4 (100,0)	89,5 (100,0)	82,8 (100,0)	84,1 (100,0)	0,555
Προσβασιμότητα	83,7 (86,7)	85,7 (85,0)	87,7 (93,3)	83,6 (85,0)	0,568
Συνολική αξιολόγηση	88,8 (90,4)	92,4 (93,5)	90,7 (94,8)	89,4 (95,3)	0,341

Έλεγχοι Kruskal Wallis

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

#### 6.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης του εγγεγραμμένου πληθυσμού των 1<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> Το.Μ.Υ. του Δήμου Ηρακλείου από τους Οικογενειακούς Ιατρούς και γενικά από το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τα σημαντικότερα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας είναι ότι α) τα δημογραφικά χαρακτηριστικά σχετίζονται μερικώς με τα αποτελέσματα της ικανοποίησης, β) ανάλογα με τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου η αξιολόγηση της ικανοποίησης από τους χρήστες υγείας διαφέρει αφού, σε άλλες διαστάσεις υπάρχει υψηλότερος βαθμός ικανοποίησης και σε άλλες χαμηλότερος και γ) οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας χρήζουν βελτίωση.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με την πανελλαδική έρευνα QUALICOPC από τους Lionis et al (2017), και με άλλη έρευνα η οποία έλαβε χώρα στην Αγγλία από τους Sirdifield et al (2016).

Συγκεκριμένα, οι τρεις αυτές έρευνες καταλήγουν ότι το επίπεδο ικανοποίησης από τους συμμετέχοντες ως υψηλό σε σχέση με την επικοινωνία με τον οικογενειακό ιατρό αλλά και ότι τα χαρακτηριστικά που χρειάζονται περισσότερη βελτίωση αφορούν την προσβασιμότητα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Lionis et al., 2017; Sirdifield et al., 2016). Αντίστοιχα, παρόμοιες μελέτες όπως των Altin & Stock (2015) και των Gonzalez-Quinones et al (2014) επιβεβαιώνουν ότι η υψηλή αξιολόγηση της ικανοποίησης εξαρτάται από την καλή σχέση Ιατρού- ασθενή.

Αναλυτικότερα, στην παρούσα ερευνητική εργασία η υψηλότερη ικανοποίηση παρουσιάστηκε στην διάσταση «Προσβασιμότητα» στην ερώτηση «Πόσο σας εξυπηρετεί το υπόλοιπο (μη ιατρικό) προσωπικό» που αποτελεί σημαντικό μοχλό γενικής ικανοποίησης. Παράλληλα, τα υπάρχοντα στοιχεία καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η εμπειρία της «αίθουσας αναμονής» είναι ένας σημαντικός παράγοντας ικανοποίησης του ασθενούς. Επιπλέον έρευνες αναφέρουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις συναντήσεις τον γιατρού τους και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης σχετίζεται άμεσα με την εντύπωση τους από τον χρόνο στην αίθουσα αναμονής, δηλαδή μεγαλύτερη αναμονή συνεπάγεται χαμηλότερη ικανοποίηση του ασθενούς (Altin & Stock, 2015; González-Quiñones et al., 2014; Mattingly, 2020) .

Αξιοσημείωτο δε είναι ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών υγείας και κατ' επέκταση των ερωτηθέντων αποτελούν βασικό παράγοντα στην αξιολόγηση της ικανοποίησης. Σύμφωνα με την μελέτη των Bulut & Oguzoncul (2014), η οποία εξέτασε τα επίπεδα ικανοποίησης σε 1.290 ασθενείς από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας της Τουρκίας και διεξήχθη μεταξύ Δεκεμβρίου 2013 και Μαρτίου 2014, υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και των επιπέδων ικανοποίησής τους με την οικογενειακή ιατρική. Συγκεκριμένα, οι αγρότες, οι γονείς και οι άνδρες είχαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τους ερωτηθέντες που είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή χαμηλό εισόδημα (Bulut & Oguzoncul, 2014).

Ειδικότερα, διάφορες μελέτες που ασχολούνται με την ικανοποίηση των ασθενών έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι όσο μεγαλύτερο είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο χαμηλότερη είναι η ικανοποίηση. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την έρευνα των Φρεγγίδου και συν (2017), η οποία μελέτησε την ικανοποίηση 181 χρηστών υγείας ηλικίας  $\geq 18$  από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. Προέκυψε από ότι «η μείωση του μορφωτικού επιπέδου σχετιζόταν με την αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τους ιατρούς. Το εν λόγω εύρημα φαίνεται ότι οφείλεται στο γεγονός πως τα άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου έχουν λιγότερες γνώσεις για τις δυνατότητες των προσφερόμενων υπηρεσιών και κατά συνέπεια εκδηλώνουν λιγότερες απαιτήσεις σε σχέση με τα άτομα υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου.» (Frengidou et al., 2017). Τα ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν σε μια αντίστοιχη έρευνα των Πιερράκος & Υφαντόπουλος (2007), η οποία έλαβε χώρα στα εξωτερικά ιατρεία τεσσάρων (4) μεγάλων νοσοκομείων της Αθήνας και συμμετείχαν 300 χρήστες με μόνιμο τόπο κατοικίας εκτός Αθηνών. Αναλυτικότερα, η έρευνα αυτή αναφέρεται στο ότι οι ασθενείς με μορφωτικό επίπεδο είναι περισσότερο ενημερωμένοι για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και κατ' επέκταση περισσότερο απαιτητικοί, γεγονός που συμβάλλει αρνητικά στον βαθμό ικανοποίησης (Πιερράκος & Υφαντόπουλος, 2007).

Επιπλέον, με την μελέτη των Geitona et al (2008) επιβεβαιώνεται ότι η αύξηση της ηλικίας και το μειωμένο μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει την αξιολόγηση της ικανοποίησης θετικά ( $p < 0,05$ ). Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι οι μεγάλοι ηλικιακά ασθενείς και οι ασθενείς με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη αβεβαιότητα σχετικά με ιατρικά θέματα και βασίζονται πιο έντονα στις συμβουλές του γιατρού (Geitona et al., 2008).

Στη μελέτη EUROPEP των Pearsman et al (2016), οι οποίοι ασχολήθηκαν με φλαμανδική έκδοση του ερωτηματολογίου για την μέτρηση της αξιολόγησης των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας στη γενική πρακτική σε δείγμα 2.545 ασθενών βρέθηκε ότι α) οι προσδοκίες των αποφοίτων του πανεπιστημίου είναι υψηλότερες και, ως εκ τούτου, η ικανοποίησή τους είναι πιο δύσκολη, β) τα άτομα των οποίων το εκπαιδευτικό επίπεδο είναι χαμηλό είναι πιο ικανοποιημένα και γ) συνήθως κατά τη διάρκεια της μελέτης που διεξήχθη με τεχνική συνέντευξης, οι

ασθενείς των οποίων το εκπαιδευτικό επίπεδο είναι χαμηλό έχουν δώσει υψηλές βαθμολογίες (Peersman et al., 2002).

Εν κατακλείδι, σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες και όπως φαίνεται και από τα ευρήματα της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας διαπιστώθηκε ότι οι απόφοιτοι πανεπιστημίου είχαν χαμηλότερη ικανοποίηση με τη στάση και τη συμπεριφορά των γιατρών σε σύγκριση με τους αποφοίτους δημοτικού και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης όπως και η παρούσα μελέτη.

## **6.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η συγκεκριμένη έρευνα διακρίνεται από μειονεκτήματα που περιορίζουν την γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων της. Τέτοια μειονεκτήματα είναι ότι:

- Τα ερωτηματολόγια μοιραστήκαν σε δύο (2) Το.Μ.Υ. του Δήμου Ηρακλείου λόγω ευκολίας διεξαγωγής.
- Η περίοδο διεξαγωγής της έρευνα συνέπεσε με την αρχή της πανδημίας του COVID-19 και κατά συνέπεια διεκόπη η συλλογή του δείγματος, με αποτέλεσμα το μικρότερο από ότι είχε προβλεφθεί αριθμό δείγματος που περιόρισε ακόμα περισσότερο τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων της μελέτης.

Τέλος, οι συμμετέχοντες δεν έπρεπε να πληρούν κάποια κριτήρια, συμπεριληφθήκαν όλοι όσοι κλήθηκαν να συμμετάσχουν στην παρούσα έρευνα και ήταν πρόθυμοι. Ωστόσο πολλοί από αυτούς αρνήθηκαν σκεπτόμενοι ότι οι απαντήσεις τους από το ερωτηματολόγιο θα διαρρεύσουν στον Οικογενειακό τους Ιατρό με αντίκτυπο την αλλαγή στάσης του προς αυτούς, ασχέτως της διασφάλισης από τους συγγραφείς για το αντίθετο.

### 6.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση, η αποτύπωση και η καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων ατόμων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ΤΟ.Μ.Υ. του Δήμου Ηρακλείου Κρήτης. Τα αποτελέσματα της έρευνας της πτυχιακής εργασίας δείχνουν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τους επαγγελματίες υγείας και το λοιπό προσωπικό, την θεραπεία που έλαβαν, τις παροχές του συστήματος υγείας και γενικότερα από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που τους παρείχαν οι μονάδες.

Αναλυτικότερα, τα συμπεράσματα από τις απαντήσεις των 222 ερωτηθέντων είναι ότι οι περισσότεροι ασθενείς αξιολογούν την εμπειρία τους στις συγκεκριμένες μονάδες υγείας ως «μάλλον καλή» ή «άριστη». Αρχικά, η εμπιστοσύνη και η αίσθηση επικοινωνίας που εμπνέει ο γενικός γιατρός στους ασθενείς του αυξάνει την συνολική μέση τιμή βαθμολογίας ικανοποίησης, ενώ αντίθετα ο χρόνος παραμονής στην αίθουσα αναμονής την μειώνει. Δεύτερων, ο βαθμός «άριστης» ικανοποίησης στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου EUROPEP, από τον υψηλότερο στον χαμηλότερο, καταγράφεται αρχικά στην διάσταση «Πληροφόρηση και υποστήριξη», μετά στην «Σχέση ιατρού-ασθενή», ύστερα στη «Ιατρική φροντίδα», έπειτα στη «Οργάνωση της φροντίδας» και τέλος στη «Προσβασιμότητα». Τρίτων, το φύλο των χρηστών υγείας δεν επηρεάζει την κρίση τους στο βαθμό ικανοποίησης. Όμως, η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση της ικανοποίησης καθώς, λιγότερο ικανοποιημένοι φαίνονται οι ασθενείς στην ηλικιακή ομάδα 40-65 χρονών σε σχέση με το υπόλοιπο εύρος ηλικιών. Επιπλέον, αρνητικός σημαντικό ρόλο παίζει και το μορφωτικό επίπεδο αφού, όσο ανώτερη εκπαίδευση τόσο χαμηλότερη ικανοποίηση ενώ το είδος απασχόλησης των ασθενών καθορίζει και το βαθμό ικανοποίησης του, χωρίς να επηρεάζει αρκετός θετικά ή αρκετός αρνητικά τα αποτελέσματα της έρευνας.

Συνοπτικά, οι χρήστες υγείας που έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη ήταν αρκετά ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Το.Μ.Υ.. Η υψηλότερη ικανοποίηση αφορά την πληροφόρηση και την υποστήριξη από τον Οικογενειακό Ιατρό ενώ, η χαμηλότερη από την πρόσβαση που έχουν οι ασθενείς είτε με αυτόν

είτε με το ιατρείο σε έκτακτα ή μη περιστατικά. Μερικά από τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων συνέβαλλαν περισσότερο στο αποτέλεσμα, όπως η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο, ενώ άλλα λιγότερο, όπως το φύλο και το είδος απασχόλησης. Εν κατακλείδι, το γενικό συμπέρασμα της ερευνητικής εργασίας έδειξε ότι η ικανοποίηση που αποτυπώθηκε από την 1<sup>η</sup> & 4<sup>η</sup> Το.Μ.Υ. του Δήμου Ηρακλείου ήταν αρκετά υψηλή και ότι αρκετοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ατομική ή συλλογική ικανοποίηση.

#### **6.4 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ**

Για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών από την 1<sup>η</sup> & 4<sup>η</sup> Το.Μ.Υ. του Δήμου Ηρακλείου και για την καλύτερη ικανοποίηση του πληθυσμού ευθύνης τους προτείνεται:

1. Οι γιατροί να ενημερώνουν και να καθοδηγούν τους ασθενείς για τυχόν επισκέψεις τους στο νοσοκομείο ή σε ειδικό ιατρό, ώστε να είναι προετοιμασμένοι με την παραπομπή τους στην δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.
2. Η πρόσληψη περισσότερου ιατρικού προσωπικού, ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη διαθεσιμότητα στα ραντεβού για διευκόλυνση των ασθενών ανάλογα με τις ανάγκες τους. Αποτέλεσμα αυτού θα είναι και η ελαχιστοποίηση του χρόνου αναμονής, αφού η διαθεσιμότητα των ραντεβού θα είναι μεγαλύτερη.
3. Δημιουργία περισσότερων τηλεφωνικών γραμμών και κατ' επέκταση πρόσληψη περισσότερου προσωπικού υποδοχής και γραμματειακής υποστήριξης για την καλύτερη τηλεφωνική εξυπηρέτηση των ασθενών αλλά και για την κάλυψη ερωτημάτων ή οδηγιών χωρίς να χρειαστεί άμεση επαφή ή τηλεφωνική επικοινωνία με τον ιατρό.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adrian, A. (2009, April). Primary health care in Australia A nursing and midwifery consensus view.
- Akpinar, Y., Demirci, H., Budak, E., Baran, A. K., Candar, A., & Ocakoglu, G. (2018). Why do patients with minor complaints choose emergency departments and does satisfaction with primary care services influence their decisions? *Primary Health Care Research and Development*, 19(4), 398–406.  
<https://doi.org/10.1017/S1463423617000822>
- Altin, S. V., & Stock, S. (2015). Impact of health literacy, accessibility and coordination of care on patient's satisfaction with primary care in Germany. *BMC Family Practice*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0372-0>
- Associates, A. A. (2009, April). Primary Health Care in Australia: A nursing and midwifery consensus view.
- Bulut, A., & Oguzoncul, A. F. (2014). Evaluating the level of satisfaction of patients utilizing first-level health facilities as a function of health system performance rating in the province of Elazig, Turkey. *Patient Preference and Adherence*, 8, 1483–1492. <https://doi.org/10.2147/PPA.S72408>
- Daren R. Anderson, D. S. (2012, May 31). Primary Care Nursing Role and Care Coordination: An Observational Study of Nursing Work in a Community Health Center. *The Online Journal of Issues in Nursing*.
- Donabedian, A. (1988). Donabedian the quality of care. In *Journal of American Medical Association* (Vol. 260, Issue 12, pp. 1743–1748).  
<http://www.law.uh.edu/faculty/jmantel/health-regulatory-process/Donabedian-The-Quality-of-Care.pdf>
- Frengidou, E., Galanis, P., Zafeiropoulou, M., Diakoumis, G., Papadopoulos, R., Papagianni, A., & Theodorou, M. (2017). Satisfação dos usuários dos serviços prestados pela Unidade de Saúde da Rede Nacional de Saúde Primária (PEDY) de Kilkis. *Archives of Hellenic Medicine*, 34(2), 2751–2756.  
<https://doi.org/10.1093/bioinformatics/btp530>
- Geitona, M., Kyriopoulos, J., Zavras, D., Theodoratou, T., & Alexopoulos, E. C. (2008). Medication use and patient satisfaction: A population-based survey. *Family Practice*, 25(5), 362–369. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm068>
- González-Quñones, J. C., Restrepo-Chavarriaga, G., Hernández-Rojas, A. D., Ternera-Saavedra, D. C., Galvis-Gómez, C. A., & Pinzón-Ramírez, J. A. (2014). Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá.



*Revista de Salud Publica*, 16(6), 871–884.

- Grol, R., & Wensing, M. (2000). *Patients evaluate general practice/family medicine. The EUROPEP instrument. European Society of General Practice/ Family Medicine*; [http://test.equam.ch/wp-content/uploads/2018/01/Grol\\_Wensing\\_2000\\_The\\_EUROPEP\\_Instrument\\_EQUIP\\_WONCA.pdf](http://test.equam.ch/wp-content/uploads/2018/01/Grol_Wensing_2000_The_EUROPEP_Instrument_EQUIP_WONCA.pdf)
- Kurpas, D., Church, J., Mroczek, B., Hans-Wytrychowska, A., Nitsch-Osuch, A., Kassolik, K., Andrzejewski, W., & Steciwko, A. (2013). The quality of primary health care for chronically ill patients - A cross-sectional study. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 22(4), 501–511.
- Lévesque, J. F., Pineault, R., Haggerty, J. L., Burge, F., Beaulieu, M. D., Gass, D., Santor, D. A., & Beaulieu, C. (2011). Respectfulness from the patient perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Healthcare Policy*, 7(SPEC. ISSUE), 167–179.
- Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C., Bertsiias, A., Duijker, G., Mekouris, P. B., Boerma, W., & Schäfer, W. (2017). Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2189-0>
- Mattingly, D. T. (2020). The Waiting Room. *Anesthesiology*, 132(3), 598. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002901>
- Milionis, C. (2011). The practice of medicine in relation to the limitation of availability of financial resources. *Archives of Hellenic Medicine*, 28(6), 737–745.
- Peersman, W., Jacobs, N., De Maeseneer, J., & Seuntjens, L. (2002). The Flemish version of a new European standardised outcome instrument for measuring patients' assessment of the quality of care in general practice. *Archives of Public Health*, 60(1), 39–58.
- Pierrakos, G., Sarris, M., Soulis, S., & Goula, A. (2013). *Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. July 2016.*
- Sirdifield, C., Caballero, A. G., Windle, K., Jackson, C., McKay, S., Schäfer, W., & Siriwardena, A. N. (2016). Comparing importance and performance from a patient perspective in English general practice: A cross-sectional survey. *Family Practice*, 33(2), 179–185. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw004>

- Spasojevic, N., Hrabac, B., & Huseinagic, S. (2015). Patient's Satisfaction with Health Care: a Questionnaire Study of Different Aspects of Care. *Materia Socio Medica*, 27(4), 220. <https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.220-224>
- WHO. (1948). Constitution of WHO. *Official Records of WHO, October*, 100.
- Αδαμακίδου, Θ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). Το Οργανωτικό Πλαίσιο Της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 47(3), 320–333.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αντρη, Α. Ε., Μικαέλλα, Σ., & Δάφνη, Κ. (2016). Το φαινόμενο του Συνωστισμού ( *overcrowding* ) και η επίδραση του στην εύρυθμη και αποδοτική λειτουργία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών. 17(3), 7–17.
- Β. Παπαγιαννοπούλου, Γ. Πιερράκος, Μ. Σαρρής, Γ. Υ. (2008). Μέτρηση Της Ικανοποίησης Από Τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας Σε Παιδιατρικό Νοσοκομείο Της Αττικής Σκοπος. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1), 73–82. <https://doi.org/10.1093/bioinformatics/btr477>
- Βραχάτης, Δ. Α., & Παπαδόπουλος, Α. (2012). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στην Ελλάδα: Δεδομένα Και Προοπτικές. *Νοσηλευτική*, 51(1), 10–17.
- Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Νάτσης, Χ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., & Πιερράκος, Γ. (2019). *ORIGINAL PAPER Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.*
- Δήμητρα Μπαλάσκα, Ζ. Μ. (2015). *ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.*
- Ε. Κωνσταντίνου, Ι. Μ. (2012). Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, σσ. 29(5):614-622.
- Εθνικό Τυπογραφείο. (2004). Νόμος 3235/2004 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Εφημερίδα Της Κυβερνησεως*, 53(A). <http://www.isathens.gr/images/nomoi/3235-2004.pdf>
- Ελληνας, Δ. (1983). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. απο σύστημα ασθένειας, σε σύστημα υγείας. *Ι.Θ. - τεύχος 48*, σσ. 17-23.
- Εφημερίς της Κυβερνήσεως. (2001). *Βελτίωση Και Εκσυγχρονισμός Του Εσν*, Ν.2889/2001. άρ.6 παρ.5.

- Καλογεροπούλου, Μ. (2011). Measurement of patient satisfaction: A method for improving hospital quality and effectiveness. *Archives of Hellenic Medicine*, 28(5), 667–673. <http://www.mednet.gr/archives/2011-5/pdf/667.pdf>
- Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β.-Σ., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π.-Μ., Παπαδακάκη, Μ., & Σακελλάρη, Ε. (2015a). *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. [www.kallipos.gr](http://www.kallipos.gr)
- Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β.-Σ., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π.-Μ., Παπαδακάκη, Μ., & Σακελλάρη, Ε. (2015b). Κεφάλαιο 7 Ο Ρόλος Του Νοσηλευτή Στην Ομάδα Υγείας Της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, 83–107. <http://hdl.handle.net/11419/3308%0Ahttps://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3308/3/chapter07.pdf>
- Κοτσαγιώργη, Ι., & Γκέκα, Κ. (2010). Ικανοποίηση Ασθενών Από Την Παρεχομένη Φροντίδα Υγείας. *Το Βήμα Του Ασκληπιου*, 9(4), 398–408. [http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/4497/VA\\_REV\\_1\\_09\\_04\\_10.pdf?sequence=1](http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/4497/VA_REV_1_09_04_10.pdf?sequence=1)
- ΚΟΥΡΗΣ Γ., Σ. Κ. (Ιούλιος - Δεκέμβριος 2007 ). Οι "περιπέτειες" των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας. Μια ιστορική επισκόπηση. Στο *Κοινωνία Οικονομία και Υγεία* (σφ. τ.5 (1) σελ. 35-67 ). Παπαζήση.
- ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, Ε. Τ. (2019, Δεκέμβριος 24). ΣΥΝΤΑΓΜΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ. Λιονής, Χ., & Πιτέλου, Ε. (2015). *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ* Χ. Λιονής & Ε. Πιτέλου. 2004.
- Λυδάκης, Χ., Πατραμάνης, Ι., Λαυρεντάκη, Κ., Καραβιτάκη, Μ., & Νεοφώτιστος, Γ. (2014). Συνωστισμός Στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών Ο Ρόλος Του «Ιατρείου Ταχείας Διακίνησης Περιστατικών Χαμηλής Επικινδυνότητας». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* , 31(3), 336–341. [www.mednet.gr/archives](http://www.mednet.gr/archives)
- ΜΑΥΡΕΑΣ, Κ. (1998). ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΙΔΕΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΟΥ ΜΕΣΟΠΟΛΕΜΟΥ: ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΜΕ ΑΦΟΡΜΗ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ. ΑΘΗΝΑ: Θεσεις Αθήνα.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (1998). *Λεξικό της νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας

- N. 2194/1994-Φεκ 34/A/16-03-1994. (1994).  
<http://www.isathens.gr/images/nomoi/2194-1994.pdf>
- Νικόλαος, Ρ. (2015). Η Έννοια Της Ποιότητας Στις Υπηρεσίες Υγείας. *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 4(14), 247–252.
- Νομοσ - 1397 - 1983 Εθνικό Σύστη Μ Α Υγείας . (2001).
- Νόμος 4368/2016. (2016). Μέτρα Για Την Επιτάχυνση Του Κυβερνητικού Έργου Και Άλλες Διατάξεις. *Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως*. <https://www.hcrete.gr/Media/Default/law/4368-2016-1.pdf>
- Νόμος 4486/2017. (2017). Μεταρρύθμιση Της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επείγουσες Ρυθμίσεις Αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας Και Άλλες Διατάξεις. *Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως*, 115, 2031–2045.  
<http://www.aftodioikisi.gr/mediafiles/2017/08/ΦΕΚ.pdf>
- Οικονομοπούλου, Χ. Β. (2006). *Η Ποιότητα Των Υπηρεσιών Στο Σύστημα Υγείας*.  
<https://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/13620>
- Παπαδακάκη, Μ. (χ.χ.). Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. σσ. 122-125.
- Πιερράκος, Γ., & Υφαντόπουλος, Ι. (2007). Παράγοντες Που Διαμορφώνουν Την Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24, 578–582.
- Πίνη, Α., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Μπαμίδης, Π., & Νιάκας, Δ. (2011). Μέτρηση Της Ικανοποίησης Ασθενών Από Την Ποιότητα Των Υπηρεσιών Υγείας Που Παρέχονται Στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία. *Ελληνικό Περιοδικό Της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(4), 42–52. 2011 - [ktisis.cut.ac.cy](http://ktisis.cut.ac.cy)
- ΣΥΝΤΑΓΜΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ. (2019, Δεκέμβριος 24).
- Τούντας, Γ. (2003). Η Έννοια Της Ποιότητας Στην Ιατρική Και Τις Υπηρεσίες Υγείας. *Archives of Hellenic Medicine*, 20(5), 532–546.
- ΦΕΚ. (1992). Ν:2071/1992 Εκσυγχρονισμός Και Οργάνωση Του Συστήματος Υγείας. In *Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως*.
- ΦΕΚ. (1997). Ν:2519/1997 Ανάπτυξη Και Εκσυγχρονισμός Του Συστήματος Υγείας Και Οργάνωση Των Υγειονομικών Υπηρεσιών, Ρυθμίσεις Για Το Φάρμακο Και Άλλες Διατάξεις. In *Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως*.
- ΦΕΚ. (2011). Ν:3918/2011 Διαρθρωτικές Αλλαγές Στο Σύστημα Υγείας Και Άλλες Διατάξεις. *Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως*.
- ΦΕΚ Ν.3172. (2003). Οργάνωση Και Εκσυγχρονισμός Των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. *Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως*, 197.

<http://www.isathens.gr/images/nomoi/3172-2003.pdf>

ΦΕΚ Ν.4238. (2014). Νόμος 4238. *Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως*, 38. <https://www.hc-crete.gr/Media/Default/law/4238-2014-1.pdf>

ΦΕΚ41/Α/1-3-2012/Νόμος4052. (2012). Έγκριση Των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης Μεταξύ Του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), Της Ελληνικής Δημοκρατίας Και Της Τράπεζας Της Ελλάδος, Του Σχεδίου Του Μνημονίου Συνεννόησης Μεταξύ Της. *Εφημερισ Τησ Κυβερνησεωσ* , 2005.

[http://www.ggka.gr/latest/epaggelmatiki/nomothesia/Nomos\\_4052\\_2012.pdf](http://www.ggka.gr/latest/epaggelmatiki/nomothesia/Nomos_4052_2012.pdf)

