

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από  
τους χρήστες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο Κ.Υ. Αγίας.**

**ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΚΟΥΪΜΙΚΟΓΛΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΠΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ,  
Επιβλέπων Καθηγητής**

**ΑΝΤΙΓΟΝΗ ΠΟΥΛΤΣΙΔΗ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ, Μέλος  
Τριμελούς Επιτροπής**

**ΧΡΥΣΑ ΧΑΤΖΟΓΛΟΥ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ, Μέλος  
Τριμελούς Επιτροπής**

**Λάρισα, 2020**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**Evaluation of the quality of the services provided by the users of  
primary health care in the Health Center of Agia.**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	<b>σελ. 6</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>σελ. 10</b>
<b>Α΄ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
<b>1.1 Υγεία</b>	<b>σελ.11</b>
<b>1.2 Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας</b>	<b>σελ.13</b>
<b>1.3 Χαρακτηριστικά Ποιότητας Υγείας</b>	<b>σελ.17</b>
<b>1.4 Ικανοποίηση ασθενών</b>	<b>σελ.19</b>
<b>1.5 Παράγοντες Ικανοποίησης ασθενών</b>	<b>σελ.20</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
<b>2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας</b>	<b>σελ.22</b>
<b>2.2 Η Σπουδαιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας</b>	<b>σελ.25</b>
<b>2.3 Γενικές Αρχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας</b>	<b>σελ.26</b>
<b>2.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα</b>	<b>σελ.27</b>
<b>2.4.1 Νομοθετική διαμόρφωση- μεταρρυθμίσεις Π.Φ.Υ.</b>	<b>σελ.28</b>
<b>2.4.2 Προβλήματα Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα</b>	<b>σελ.31</b>
<b>2.5 Κέντρα Υγείας</b>	<b>σελ.33</b>
<b>2.5.1 Σκοπός Κέντρων Υγείας</b>	<b>σελ.33</b>
<b>2.5.2 Λειτουργία – Στελέχωση Κέντρων Υγείας</b>	<b>σελ.34</b>
<b>2.6 Οικογενειακός Ιατρός</b>	<b>σελ.35</b>
<b>2.7 Ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας</b>	<b>σελ.36</b>
<b>2.8 Ομάδα Υγείας</b>	<b>σελ.37</b>

<b>2.9 Κέντρο Υγείας Αγίας</b>	<b>σελ.38</b>
<b>Β'ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>1.Ερευνητική μεθοδολογία</b>	<b>σελ.40</b>
<b>2.Αποτελέσματα</b>	<b>σελ.43</b>
<b>3.Συζήτηση – συμπεράσματα</b>	<b>σελ.63</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>σελ.65</b>

## ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

Κ.Υ= Κέντρο Υγείας

Π.Ι.=Περιφερειακά Ιατρεία

Π.Ο.Υ.=Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Π.Φ.Υ.=Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ε.Σ.Υ.=Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΚΕ.Σ.Υ.=Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

ΠΕ.Σ.Υ.=Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας

Ο.Κ.Α.=Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης

Δ.Υ.Πε.=Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας

Ε.Ο.Π.Υ.Υ.=Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας

Π.Ε.Δ.Υ.=Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

Το.Π.Φ.Υ.=Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Το.Μ.Υ.=Τοπική Μονάδα Υγείας

Α.Η.Φ.Υ.=Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας

Α.Μ.Κ.Α.=Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης

Α.Υ.Π.Α.=Ασφάλιση Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπών

Ν.Π.Δ.Δ.=Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

Ν.Π.Ι.Δ.=Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη διπλωματική διερευνά - στοχεύει στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχονται από το Κ.Υ. Αγιάς και στην εξαγωγή τεκμηριωμένης πληροφόρησης για την ποιότητα των υπηρεσιών προς τις διοικητικές αρχές. Θα διερευνηθεί επίσης ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του συγκεκριμένου Κέντρου Υγείας.

### **Σκοπός**

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει σκοπό την αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Κέντρου Υγείας της Αγιάς (Ν. Λάρισας) από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η εργασία αποσκοπεί να προσδιορίσει το βαθμό ικανοποίησης μέσω των διαφόρων διαστάσεων της ικανοποίησης.

### **Μεθοδολογία**

Το είδος της έρευνας που ακολουθήθηκε ήταν αυτό της συγχρονικής μελέτης, εξαιρετικά χρήσιμη ως προς τη σχέση μεταξύ προσδιοριστή και έκβασης που στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Υγείας Αγιάς. Με τη μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας εντοπίστηκαν οι συμμετέχοντες. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου, τα οποία δόθηκαν στα υποκείμενα. Ο πληθυσμός στόχος είναι οι χρήστες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Κέντρου Υγείας Αγιάς. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη διασφάλιση της ανωνυμίας. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και η διανομή-συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αποκλειστικά από τον ερευνητή. Η έρευνα διεξήχθη τη χρονική περίοδο από τον Ιούλιο του 2020 έως και τον Αύγουστο του ίδιου έτους.

### **Αποτελέσματα**

Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι υπάρχει υψηλό επίπεδο θετικής αξιολόγησης των χρηστών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Κ.Υ.Αγιάς και ως προς το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό και ως προς την πρόσβαση και την υποδομή. Εκφραζόμενο σε ποσοστά έχουμε 87% για το ιατρικό προσωπικό, 84,5% για το νοσηλευτικό προσωπικό, 81,1% για το διοικητικό, 85,8% για την πρόσβαση και 83,5% για τις υποδομές.

Συγκριτικά από τα παραπάνω καταγράφεται χαμηλότερη βαθμολογία στην αξιολόγηση του διοικητικού προσωπικού. Τέλος από τον έλεγχο των συσχετίσεων της ηλικίας, του φύλου και του επιπέδου μόρφωσης με την βαθμολόγηση της αξιολόγησης των υπηρεσιών δεν αναδεικνύεται συσχέτιση με την ηλικία σε κανένα τομέα, με το φύλο, γυναίκα, όμως υπάρχει συσχέτιση με την πρόσβαση και τις υποδομές ενώ με το επίπεδο μόρφωσης παρουσιάζεται συσχέτιση, χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε χαμηλότερη βαθμολογία, με την πρόσβαση και το ιατρικό προσωπικό.

**Λέξεις-κλειδιά:** Υγεία, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας, Ποιότητα υπηρεσιών, Ικανοποίηση χρηστών.

## **ABSTRACT**

The specific diploma investigation - aims at evaluating the quality of primary health care services provided by the Health Center of Agia and in the export of documented information on the quality of services to the administrative authorities. The degree of user satisfaction with the services provided by the specific Health Center will also be investigated.

### **Purpose**

The purpose of this dissertation is to capture the degree of satisfaction of patients of the Health Center of Agia from the services provided by primary health care. More specifically, the study aims to determine the degree of satisfaction through the various dimensions of satisfaction.

### **Methodology**

The type of research that was followed was that of the contemporary study, extremely useful in terms of the relationship between identifier and outcome, which in this case is the satisfaction with the services provided. The research was carried out at the Agia Health Center. The participants were identified by the method of opportunistic sampling. The study was conducted with self-administered closed-ended questionnaires, which were given to the subjects. The target population is the primary health care users of Agia Health Center. Participants were informed about completing the questionnaires and ensuring anonymity. Their participation was voluntary and the distribution-collection of the questionnaires was done exclusively by the researcher. The survey was conducted from July 2020 to August of the same year.

### **Results**

The research found that there is a high level of positive evaluation of the users of primary health care services of K.Y. Agias in terms of medical, nursing and administrative staff and in terms of access and infrastructure. Expressed in percentages, we have 87% for medical staff, 84.5% for nursing staff, 81.1% for administrative staff, 85.8% for access and 83.5% for infrastructure. Compared to the above, a lower score is recorded in the evaluation of the administrative staff. Finally, by examining the correlations of age, gender and level of education



with the grading of the evaluation of services, there is no correlation with age in any field, with gender, woman, but there is a correlation with access and infrastructure while with level of education is correlated, lower level of education corresponds to lower grade, with access and medical staff.

**Keywords:** Health, Primary Health Care, Health Services Evaluation, Service Quality, User Satisfaction.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο αρχίζει και γίνεται ολοένα και περισσότερη περίπλοκη. Κοινωνικοί, δημογραφικοί καθώς και επιδημιολογικοί παράγοντες αλλάζουν και μετασχηματίζονται καθώς τροφοδοτούνται από την παγκοσμιοποίηση, την αστικοποίηση και τη γήρανση του πληθυσμού, πράγμα που μας φέρνει αντιμέτωπους με προκλήσεις που παρόμοιές τους δεν φανταζόμασταν πριν από τρεις δεκαετίες(1).

Το επιστημονικό ενδιαφέρον όλων των επαγγελματιών υγείας τα τελευταία χρόνια στρέφεται όλο και περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών, εστιάζοντας μάλιστα και στον βαθμό ικανοποίησης τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

Η ποιότητα της υγείας ως έννοια συναντάται από την αρχαιότητα σε κείμενα από την εποχή ακόμη του Ιπποκράτη αναφέροντας συγκεκριμένα πως η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται οφείλει να είναι ένας από τους κύριους στόχους της άσκησης της ιατρικής από τους επαγγελματίες της όπως αυτή αποτυπώνεται ακόμη καλύτερα μέσα από την φράση «ωφελείν ή μη βλάπτειν».

Παρόλα ταύτα φτάσαμε στα τέλη της δεκαετίας του 1980 για να αρχίσει το υγειονομικό επιστημονικό ενδιαφέρον να προσανατολίζεται προς αυτή την κατεύθυνση, της εφαρμογής δηλαδή μέτρων στην καθημερινή κλινική πράξη για την αξιολόγηση όλων των διαδικασιών που εφαρμόζονται καθώς επίσης και στην δημιουργία προτύπων που θα διασφαλίζουν την ποιότητα αυτών των πρακτικών.

Υπάρχει πληθώρα ορισμών αυτής καθαυτής της έννοιας της ποιότητας μέσα στο χώρο της υγείας η πολυπλοκότητα της οποίας της προσδίδει μια δυσκολία τόσο στο να ορισθεί όσο και στο να μετρηθεί(2).

# Α΄ΤΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1 ΥΓΕΙΑ

Η Υγεία θεωρείται ως ένα, αν όχι το σημαντικότερο, από τα στοιχεία για μια πλήρως ισορροπημένη και ευτυχισμένη ζωή(4). Σε όλη τη διαδρομή της ανθρώπινης ιστορίας η υγεία ως έννοια διαφέρει ανάμεσα στους διάφορους πολιτισμούς, εντούτοις διαπιστώνεται στις περισσότερες από αυτές μια ολιστική προσέγγιση, ως την ύπαρξη δηλαδή αρμονίας ανάμεσα στο άτομο και στο περιβάλλον του(4).

Υγεία, σύμφωνα με τον Parsons, 1979, θεωρείται ως η ικανότητα του ανθρώπου να ανταπεξέρχεται στους διάφορους κοινωνικούς του ρόλους, ο λεγόμενος λειτουργικός ορισμός της Υγείας, ενώ σύμφωνα με τον Kelman, 1975, επικεντρώνεται στο άτομο καθώς και στον τρόπο με τον οποίο αυτό μπορεί και αντιλαμβάνεται την υγεία, ο βιωματικός ορισμός της Υγείας(8).

Η ιατρική με την σειρά της, από την άλλη, ως επιστήμη προσεγγίζει την έννοια της Υγείας μέσα από ένα καθαρά βιολογικό πρίσμα, έχουμε το λεγόμενο βιοϊατρικό μοντέλο όπου η υγεία είναι η έκφραση της φυσιολογικής λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού. Το φυσιολογικό είναι η απουσία νόσου και η μη απόκλιση από τις μέσες φυσιολογικές τιμές διαφόρων μετρήσιμων βιολογικών παραμέτρων, δίνοντας έτσι έμφαση στη σωματική και μόνο διάσταση της υγείας(4).

Διαπιστώνουμε επομένως ότι ο όρος «υγεία», εννοιολογικά, δεν έχει ακόμη ένα κοινά αποδεκτό ορισμό.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αντιλαμβάνεται και ορίζει την υγεία ως την κατάσταση εκείνη της πλήρους σωματικής καθώς και ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς και μόνο ως την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Αυτό συνεπάγεται πως η κατάσταση και το επίπεδο γενικά της υγείας ενός πληθυσμού αντικατοπτρίζεται όχι μονάχα στους αρνητικούς δείκτες της, όπως αυτή της θνησιμότητας και της νοσηρότητας αλλά συμπεριλαμβάνει και τους αντίστοιχα θετικούς δείκτες της αυτοεκτίμησης του επιπέδου της υγείας από τους ίδιους(3).

«Το δικαίωμα για το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας» σαφώς και συνεπάγεται τις νομικές συνολικά υποχρεώσεις των κρατών για την διασφάλιση εκείνων των συνθηκών που είναι κατάλληλες ώστε οι άνθρωποι να απολαμβάνουν την υγεία ανεξαρτήτως διακρίσεων. Το δικαίωμα στην Υγεία αποτελεί ένα από τα διεθνώς συμφωνημένα ανθρώπινα δικαιώματα το οποίο μάλιστα δεν μπορεί να αποκοπεί από τα υπόλοιπα, είναι αδιαχώριστο(3). Πράγμα που σημαίνει ότι το δικαίωμα στην υγεία είναι μεν βασικό-κύριο αλλά σχετίζεται και εξαρτάται από την πραγματοποίηση άλλων όπως αυτό της τροφής, της στέγασης, της εργασίας, της εκπαίδευσης και άλλων. Επίσης περιλαμβάνει ελευθερίες και δικαιώματα, οι οποίες ελευθερίες με τη σειρά τους περιλαμβάνουν το δικαίωμα του ατόμου να ελέγχει την υγεία και το σώμα του απαλλαγμένο από διάφορες παρεμβολές και τα δικαιώματα αντίστοιχα το δικαίωμα σε ένα σύστημα υγείας το οποίο προστατεύει την υγεία και ισότιμα δίνει την ευκαιρία στα άτομα να χαιρούν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο.

Παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία. Έντονη ή μη διάκριση στην παροχή υπηρεσιών υγείας τόσο εντός του υγειονομικού εργατικού δυναμικού όσο και μεταξύ των εργαζομένων στο τομέα της υγείας και των χρηστών υπηρεσιών υγείας λειτουργεί ως εμπόδιο στις υπηρεσίες υγείας συμβάλλοντας έτσι στην κακή ποιότητα της περίθαλψης(3).

Ανεξαρτήτως λοιπόν του ορισμού της η Υγεία είναι ένα θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό, αποτελεί, δηλαδή, δικαίωμα των πολιτών αλλά και υποχρέωση του κράτους πράγμα που σημαίνει ότι πρέπει να είναι πάνω και πέρα από τον οποιοδήποτε νόμο κέρδους(8).

Τα κράτη με τη σειρά τους προσανατολιζόμενα προς αυτήν την κατεύθυνση υποχρεούνται να παρέχουν στους πολίτες τους ισότιμη και υψηλού επιπέδου περίθαλψη ανεξαρτήτως της κοινωνικής και οικονομικής τους θέσης και κατάστασης, με τα λεγόμενα εθνικά συστήματα υγείας να παίζουν τον βασικό ρόλο ως προς αυτό(8).

Ως σύστημα υγείας λοιπόν καλείται το σύνολο των ανθρωπίνων, υλικών καθώς και χρηματικών πόρων αλλά και των ιδρυμάτων και γενικότερα φορέων που σχετίζονται άμεσα με την χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την εκτέλεση δράσεων υγείας. Οι δραστηριότητες εκείνες δηλαδή που στοχεύουν στην βελτίωση και στην διατήρηση της υγείας(5).

## 1.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η ποιότητα ως έννοια αποτελεί για τον άνθρωπο μια συνεχή αναζήτηση, από την αρχαιότητα ακόμη, συνδεδεμένη με την βελτίωση και την αρετή, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα αυτό του όρκου του Ιπποκράτη που αναφέρεται στην καλή πρακτική άσκηση, στην ηθική και στην δεοντολογία. Ο Αριστοτέλης ήταν από τους πρώτους φιλοσόφους που υπογράμμισε την ποιότητα της ζωής ως έννοια μιλώντας για την φύση της ευτυχίας και τι χρειάζεται ώστε οι άνθρωποι να καταφέρουν να φτάσουν σε ένα καλό επίπεδο ζωής. Σκοπός ήταν λοιπόν ο άνθρωπος να επιτύχει την υψηλότερη δυνατή κατάσταση αναλόγως πάντα των περιστάσεων που επικρατούσαν κάθε φορά. Το άτομο επομένως που θα κατάφερνε να επιτύχει αυτόν ακριβώς το στόχο θα ήταν και το άτομο με την καλύτερη ποιότητα ζωής. Άρα και για τον ασθενή το σημαντικότερο αγαθό είναι η ζωή και η επιβεβαίωση αυτής και όχι η ανάμειξη σε καταστάσεις δυσμενείς για την υγεία του όπως αυτές προκύπτουν από την ασθένεια και την διαδικασία της θεραπείας. Αργότερα η Florence Nightingale που αποτελεί και τον θεμέλιο λίθο της σύγχρονης νοσηλευτικής ήταν αυτή που εξήγαγε στοιχεία επιδημιολογικά από τον πόλεμο της Κριμαίας με απώτερο σκοπό την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας. Εν συνεχεία στις αρχές του εικοστού αιώνα ετέθη για πρώτη φορά η πρακτική της παρακολούθησης του ασθενούς και μετά το πέρας των όποιων θεραπευτικών παρεμβάσεων, το λεγόμενο follow up, φτάνοντας έτσι στην δεκαετία του '70 στην καθιέρωση της συστηματικής αξιολόγησης(12,13,30).

Ποιότητα σημαίνει διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικούς ανθρώπους, πράγμα που σημαίνει διαφορετική προοπτική της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Από την πλευρά του παρόχου υπηρεσιών ποιότητα σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης δυνατής φροντίδας στον ασθενή. Από την άλλη πλευρά ποιότητα από την σκοπιά του διαχειριστή σημαίνει την παροχή της αποτελεσματικότερης φροντίδας μέσα σε ένα λογικό οικονομικό κόστος ειδικά όταν συνυπάρχουν περιορισμοί στους διαθέσιμους πόρους. Από την πλευρά του ασθενή συνεπάγεται την παροχή φροντίδας όποτε και όπου την χρειαστεί από όποιον επιλέξει να τον περιθάλψει με τον καλύτερο και ταχύτερο δυνατό τρόπο(32). Επομένως η ποιότητα είναι κάτι που δεν έρχεται από μόνο του αλλά πρέπει να το επιδιώξουμε. Πρέπει να βασίζεται σε σχεδιασμό, να έχει στρατηγική και να εφαρμόζεται μέσα στα πλαίσια που ορίζονται από επιστημονικές μεθόδους. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται με την συνεχή μάθηση και εκπαίδευση υπό την ηγεσία ειδικών μέσω της συναίνεσης και της ομαδικής εργασίας.

Η ποιότητα στο χώρο της υγείας χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα και είναι αρκετά πιο πολυσύνθετη σε σχέση με την ποιότητα αντίστοιχα στο χώρο της βιομηχανίας. Στις επιχειρήσεις στη βιομηχανία η ποιότητα των προϊόντων ταυτίζεται με τις προδιαγραφές που πρέπει να τηρεί το προϊόν σε όλη την γραμμή παραγωγής του χωρίς την εμφάνιση αποκλίσεων από αυτήν καθώς και από το τελικό αποτέλεσμα. Στις μονάδες όμως παροχής υπηρεσιών υγείας όπως είναι φανερό κάτι αντίστοιχο δεν δύναται να υπάρξει, διότι ο κάθε ασθενής αποτελεί και διαφορετική οντότητα με διαφορετικές ανάγκες και επομένως απαιτεί διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση. Η αποφυγή ελαττωμάτων ή αλλιώς η αποφυγή τυχόν αποκλίσεων στο τομέα της υγείας συνεπάγεται βελτίωση και ειδικότερα απόλειψη των «κακών» πρακτικών με προώθηση των καλών αντιστοίχως πρακτικών(26,27).

Είναι λοιπόν μια έννοια πολυδιάστατη επηρεαζόμενη κάθε φορά από τις εκάστοτε οικονομικοπολιτικές αλλά και πολιτισμικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε περίοδο. Το οικονομικό πρίσμα προσδίδει τον λειτουργικό της ρόλο μέσα από την αναφορά της στους παρόχους προϊόντων, έργων και υπηρεσιών. Η κοινωνικό της διάσταση προσβλέπει στην αναγκαιότητα του κάθε ανθρώπου για βελτίωση της ποιότητας της ζωής του και τέλος η πολιτισμική διάσταση είναι αυτή που επηρεάζεται και διαμορφώνεται από τα αντίστοιχα αξιακά συστήματα της κάθε εποχής(12,13).

Ως έννοια εμπεριέχει όρους όπως η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η ασφάλεια, η πρόσβαση, η τεχνική αρτιότητα έχοντας πάντα στο κέντρο της τον ασθενή και όλο αυτό πλαισιωμένο από συνεχή φροντίδα. Είναι μια έννοια μετρήσιμη που αποτελεί βασικό στόχο των υπηρεσιών υγείας και γενικότερα του συστήματος υγείας(27). Τις τελευταίες δεκαετίες οι έρευνες σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών στρέφονται συνεχώς προς την ουσιαστική διασφάλιση αυτής.

Το 1966 ήταν ο Donabedian που εισήγαγε ένα μοντέλο μέτρησης της ποιότητας το οποίο βασίζεται στην θεωρία του συστήματος όπου ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να περιγραφεί ως ένα σύνολο αντικειμένων και συστατικών. Περιέγραψε ότι αποτελείται από τρία συστατικά τη δομή, την διαδικασία και το αποτέλεσμα. Σύμφωνα λοιπόν με τη θεωρία του Donabedian, που ήταν από τους πρώτους που διατύπωσε με έμφαση την βελτίωση της ποιότητας, ότι δηλαδή αυτή αποτελείται από κάποια βασικά-δομικά στοιχεία όπως είναι το έμψυχο και άψυχο υλικό, οι άνθρωποι και οι υποδομές, οι όλες διαδικασίες που αφορούν στην οργάνωση, τη λειτουργία και την παροχή υπηρεσιών υγείας και η

αποτελεσματικότητα όλων αυτών(12,13,27,32). Παρουσιάζει δηλαδή τρεις (3) διαστάσεις. Η πρώτη έχει να κάνει με το υγειονομικό προσωπικό και την συμπεριφορά και εν γένει την στάση του απέναντι στο άτομο-ασθενή δίνοντας μια ψυχολογική διάσταση στην προσέγγιση του αλλά πάντα με την πρέπουσα επαγγελματική δεοντολογία που θα αναμένονταν από αυτό(27). Η δεύτερη αφορά το τεχνικό κομμάτι και ειδικότερα την εφαρμογή νέων ιατρικών τεχνολογιών που αποσκοπούν στην καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενή. Όλες αυτές τις δραστηριότητες, διαδικασίες και διεργασίες που επιτελούνται σε αυτό το σύστημα. Η τρίτη αναφέρεται στις δομές αλλά και στις επικρατούσες συνθήκες με τις οποίες προσφέρονται οι υπηρεσίες υγείας, καθώς και στο τελικό αποτέλεσμα αυτών των διεργασιών(32). Αργότερα ο Nelson διατύπωσε τον ορισμό της ποιότητας ως τον βαθμό στον οποίο καταφέρνουν οι υπηρεσίες υγείας το επιθυμητό αποτέλεσμα μέσω της επαγγελματικής γνώσης. Ο αμερικάνικος ιατρικός σύλλογος θεωρεί πως όταν η παροχή φροντίδας είναι υψηλής ποιότητας τόσο συμβάλει στη συνεχή βελτίωση της διατήρησης της, μέσα από την άμεση παρέμβαση, την πρόληψη, την συνεχή ενημέρωση και την σωστή διαχείριση των πόρων(27). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) δίνει παρόμοιο ορισμό με αυτόν του Nelson, είναι δηλαδή ο βαθμός που επιτυγχάνεται η αύξηση της πιθανότητας των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και αποτελεί ζωτική σημασία στην επίτευξη της καθολικής κάλυψης της υγείας. Η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη μπορεί να οριστεί με πολλούς τρόπους αλλά ολοένα και περισσότερο καταλήγουν στο ότι πρέπει να είναι αποτελεσματική, ασφαλή και ανθρωποκεντρική(28). Για να γίνουν κατανοητά τα οφέλη της ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης, οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να χαρακτηρίζονται από αμεσότητα – μείωση χρόνων αναμονής, ισότιμη παροχή ποιοτικής φροντίδας πέρα και πάνω από οποιεσδήποτε διακρίσεις, ολοκληρωτική κάλυψη, συμπεριλαμβάνοντας όλο το φάσμα των υπηρεσιών σε όλη την διάρκεια της ζωής και αποτελεσματικότητα με ορθή χρήση των διαθέσιμων πόρων και αποφυγή σπατάλης(28).

Οι υπηρεσίες υγείας και η ποιότητα αυτών αποτελεί κύριο στόχο του συστήματος υγείας με την προσοχή όλων να προσανατολίζεται στη διασφάλιση αυτής. Άλλοι την ορίζουν ως εκείνη τη φροντίδα που οδηγεί στην βελτιστοποίηση της υγείας και της ευεξίας του ασθενούς και άλλοι πάλι ως τη δυνατότητα πρόσβασης στη σωστή φροντίδα με την όσο το δυνατόν δηλαδή καλύτερη παροχή περίθαλψης στο σωστό τόπο και χρόνο, λαμβάνοντας πάντα υπόψιν τις ανάγκες τους(12,13). Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ουσιαστικά αφορά τον ασθενή γιατί πρόκειται για μια διαδικασία που έχει ως σημείο αφετηρίας και τερματισμού τον ίδιο τον ασθενή μιας και οτιδήποτε γίνεται πηγάζει από αυτόν και καταλήγει σε αυτόν. Επίσης

μπορεί να ορίζεται ως η παροχή της αποτελεσματικότερης φροντίδας από οικονομικής σκοπιάς μέσα από έναν εξορθολογισμένο τρόπο χρήσης και κατανομής των πόρων που διατίθενται κάθε φορά.

Η διασφάλιση της ποιότητας αναφέρεται σε όλες εκείνες τις ενέργειες που είναι απαραίτητες ώστε να εξασφαλιστεί ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας πληρούν τις απαραίτητες προδιαγραφές ποιότητας. Αυτές συμπεριλαμβάνουν τις διαδικασίες κύριες και δευτερεύουσες σχεδιασμού ποιότητας, την ανάπτυξη στόχων, τον καθορισμό προτύπων ποιότητας, την επικοινωνία των προτύπων στους χρήστες, την ανάπτυξη και χρησιμοποίησή δεικτών και τον καθορισμό ορίων και την συλλογή δεδομένων με σκοπό την παρακολούθηση αλλά και μέσα από την συμμετοχή όλων, την δράση. Επομένως έχει ένα ευρύ πεδίο εφαρμογής που καλύπτει όλα τα στάδια από την λειτουργία μέχρι και την εμπλοκή του προσωπικού. Μέσα από αυτή την διαδικασία διασφαλίζεται μια ορθολογικότερη χρήση και αξιοποίηση των πόρων παρακολουθώντας συγχρόνως και την αξιολόγηση της προόδου σε σχέση πάντα με τους στόχους που έχουν από πριν τεθεί καθώς επίσης και θα είναι σε θέση να προβλέψει νωρίτερα τα αποτελέσματα (13,30,32). Υποστηρίζει την θεωρία ότι με την εφαρμογή προτύπων στην περίθαλψη θα ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες λάθους και επομένως θα γίνεται καλύτερος έλεγχος του αποτελέσματος της περίθαλψης του ασθενούς(32). Συνεπώς η διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί το απαραίτητο προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας βήμα.

Η βελτίωση της ποιότητας μπορεί να οριστεί ως η διαδικασία, η διεργασία εκείνη που στοχεύει στη μείωση της διακύμανσης της απόδοσης ή της διακύμανσης από τα πρότυπα με σκοπό πάντα την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος. Είναι μια διαδικασία βελτίωσης των διαδικασιών που ακολουθούνται για τον έλεγχο των αποτελεσμάτων. Απαιτεί ειδικές δεξιότητες, συγκεκριμένες δραστηριότητες και κατάλληλα εργαλεία για την επίτευξη της, πράγμα που σημαίνει και κατάλληλη εκπαίδευση για την επιτυχή και ορθή εφαρμογή της(32).

Η διαχείριση της ποιότητας λειτουργεί ως δομική ομπρέλα των υπολοίπων διαδικασιών, δηλαδή της διασφάλισης και της βελτίωσης της ποιότητας. Αναλαμβάνει το ρόλο του συντονισμού και της διευκόλυνσης αυτών. Ασχολείται με την επιλογή του κατάλληλου για την ποιοτική παροχή υγειονομικής περίθαλψης προσωπικού, την διαχείριση άλλων πόρων την παρακολούθηση και την αξιολόγηση σχεδίων καθώς και την έναρξη ομάδων βελτίωσης(32). Το σημαντικότερο είναι ότι η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας μπορεί να



επιτευχθεί μόνο εάν υπάρχει επαρκής προετοιμασία, κατανόηση και ορθή εφαρμογή των αρχών της σε ένα σύστημα υγείας μιας χώρας.

Η παρεχόμενη στο μέγιστο βαθμό ποιότητας φροντίδα των ασθενών που βασίζεται στην επιστημονική γνώση και τους πόρους που είναι διαθέσιμοι κάθε φορά αποτελεί κύριο μέλημα και πρώτη σειρά ενδιαφέροντος των οργανισμών παροχής υγείας. Οι υπηρεσίες παροχής υγειονομικής φροντίδας θεωρούνται ως μία ξεχωριστή περίπτωση όπου οι έννοιες της ποιότητας και της αποδοτικότητας εμφανίζουν ιδιαιτερότητες και εξαρτώνται από πολλές παραμέτρους έχοντας ως κύρια βάση την ικανοποίηση των ασθενών.

### 1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα χαρακτηριστικά της ποιότητας υγείας είναι:

- Καταλληλότητα, εννοώντας την παροχή της κατάλληλης ανάλογα με τις ανάγκες φροντίδας,
- Διαθεσιμότητα, η διάθεση δηλαδή της κατάλληλης φροντίδας,
- Συνέχεια, η διασφάλιση της διαχρονικότητας αυτής, πρόκειται δηλαδή για μια διαδικασία συνεχούς αξιολόγησης, βελτίωσης αλλά και ελέγχου που συνεχίζεται και μετά τη θεραπεία του ασθενούς,
- Αποτελεσματικότητα, η παροχή της φροντίδας θα πρέπει να γίνεται με τον ορθολογικότερο τρόπο που οδηγεί στο επιθυμητό για τον ασθενή αποτέλεσμα, με τη σωστή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων
- Δραστικότητα, υπόκεινται στις άμεσες πρακτικές που οδηγούν εκεί,
- Αποδοτικότητα, η επιτυχία των παρεμβάσεων που επιτελέστηκαν στον ασθενή αναλογικά με τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν,
- Προσβασιμότητα των υπηρεσιών έχοντας στο επίκεντρο της τον άνθρωπο μέσα από μια πολυδιάστατη προσέγγιση, οικονομική-πνευματική-κοινωνική-πολιτισμική, χωρίς διακρίσεις,

- Σεβασμός-φροντίδα, έχοντας υπόψιν τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες, τις προτιμήσεις καθώς και τις αξίες του ασθενούς με συμμετοχή του ιδίου στις αποφάσεις για την υγεία του, με γνώμονα πάντα τον σεβασμό της προσωπικότητας του και τέλος
- Ασφάλεια, η παροχή φροντίδας την κατάλληλη στιγμή, καθώς η έλλειψη αυτής είναι άκρως αντιπαραγωγική μιας και συνεπάγεται επιπλέον χρόνο και κατά συνέπεια και χρήμα για την αντιμετώπιση όλων των ζητημάτων που θα προκύψουν(12,13).

Πέρα από τα παραπάνω υπάρχουν και διάφοροι παράγοντες που την επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό όπως είναι η συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού, ιατρικο-νοσηλευτικό, στα πλαίσια του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, η ταχύτητα και η άμεση αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Η επάρκεια σε προσωπικό και η παροχή υπηρεσιών υγείας οποτεδήποτε αυτή χρειαστεί σε συνδυασμό με το γνωστικό επίπεδο, την εργασιακή εμπειρία διασφαλίζουν την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενειών. Αυτό συνεπάγεται και συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού σε όλα τα επίπεδα συνδυαστικά με την υλικοτεχνική υποδομή και την χρήση νέων τεχνολογιών(26,27).

Η ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας και η βελτίωση αυτής είναι ευθύνη όλων. Η βελτίωση λοιπόν μελετά συνολικά τις διεργασίες που επιτελούνται αλλά και την εύρεση τυχόν διακυμάνσεων και αποκλίσεων από τα πρότυπα καλύπτοντας τις προδιαγραφές αντίστοιχα προσωπικού και ασθενών με στόχο τη βελτιστοποίηση του αποτελέσματος έκβασης. Το βασικό πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας είναι η πρόληψη τυχόν λαθών καθώς επίσης και η αποφυγή διάδοσης αυτών στα επόμενα στάδια συμπεριλαμβανομένης και της διακοπής αυτής, της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών υγείας, εάν κριθεί απαραίτητο μέχρι να εξακριβωθούν τα λάθη. Η ποιότητα είναι κάτι που απασχολεί τόσο τους δυνητικά καταναλωτές, δηλαδή τους ασθενείς, όσο και τους παραγωγούς αυτής, δηλαδή το υγειονομικό προσωπικό, το διοικητικό και όλους όσους εμπλέκονται σε όλη τη διαδικασία (κράτος- ασφαλιστικοί φορείς). Η ποιοτικότερη επομένως φροντίδα έχει πολλαπλά οφέλη σε υγειονομικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

Ειδικότερα τα οφέλη για τον καταναλωτή – ασθενή είναι ως προς το υγειονομικό κομμάτι όπως είναι φυσικό η έγκαιρη, γρήγορη διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία πράγμα που συνεπάγεται και γρηγορότερη αποθεραπεία άρα μικρότερη χρονικά παραμονή σε

μονάδες υγείας και άρα μικρότερο κόστος, οικονομικά οφέλη. Αυτό παρουσιάζει θετική αλληλεπίδραση στην ψυχολογία του ασθενή, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει θετικά όλη την διαδικασία της θεραπείας. Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας προκύπτουν από την ικανοποίηση που εισπράττουν από τους ασθενείς και το ευρύτερο οικογενειακό τους περιβάλλον στα πλαίσια του αλληλοσεβασμού και της εκτίμησης που αναπτύσσεται. Τέλος τα οφέλη για τις μονάδες υγείας έχουν να κάνουν με το οικονομικό σκέλος αυτής διότι όπως προαναφέρθηκε μικρότερη παραμονή του ασθενή συνεπάγεται και μικρότερο λειτουργικό κόστος και επομένως εξοικονόμηση οικονομικών πόρων και χρήση αυτών για την κάλυψη τυχόν άλλων αναγκών, κέρδος που διαφαίνεται και στους ασφαλιστικούς φορείς(26,27).

Ως αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας ορίζεται η αποτίμηση του κατά πόσο επιτεύχθηκαν οι στόχοι που είχαν τεθεί σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, έχοντας πάντα υπόψιν την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα, την επιστημονική και τεχνολογική ποιότητα, την επάρκεια, την επίδραση, την επίπτωση καθώς και το οικονομικό σκέλος αυτής. Οι κύριοι τύποι που χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η ανάλυση κόστους – ωφέλειας, κόστους – χρησιμότητας, κόστους – ασθενείας, ελαχιστοποίησης κόστους και η ανάλυση της ποιότητας ζωής(12). Οι δείκτες αξιολόγησης που αποτελούν και τα βασικότερα βοηθήματα στην όλη διαδικασία της αξιολόγησης και ανάλυσης των εξαγομένων αποτελεσμάτων μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στις ακόλουθες πέντε κατηγορίες:

1. Δείκτες υγειονομικής πολιτικής
2. Κοινωνικοοικονομικοί δείκτες
3. Δείκτες επιπέδου υγείας πληθυσμού
4. Δείκτες παροχής υπηρεσιών υγείας
5. Δείκτες κάλυψης Π.Φ.Υ.

#### **1.4 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας παρουσιάζεται ως μια πολυδιάστατη έννοια με το επιστημονικό ενδιαφέρον να στρέφεται όλο και περισσότερο προς αυτή την κατεύθυνση, μιας και η εκτίμηση αυτής παίζει καθοριστικό ρόλο λόγω της λαμβανόμενης συνεχούς ανατροφοδότησης που βοηθά μέσα από τον εντοπισμό λαθών και

παρεκκλίσεων στην βελτίωση της ποιότητας. Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένας σημαντικός κρίκος στην αλυσίδα της ποιότητας της φροντίδας. Το αποτέλεσμα της έκβασης της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το είδος της φροντίδας και το επίπεδο υγείας αλλά και από την ικανοποίηση που λειτουργεί ως βασικό μέτρο της ποιότητας.(29,30).

Η ικανοποίηση ως έννοια πρωτοεισήχθη από τους Bond και Thoma αναφέροντας πως ικανοποιημένοι ασθενείς είναι αυτοί που νοιώθουν τις προκύπτουσες εσωτερικές ανάγκες τους να καλύπτονται και σαν τέτοιες θεωρούνται η ανάγκη για διαπροσωπική σχέση, η ενεργή συμμετοχή σε αποφάσεις και αντίστοιχα δυσαρεστημένοι όταν δεν επικρατούν οι κατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες και παράγοντες. Σύμφωνα με τον Risser η ικανοποίηση είναι το σημείο σύγκλισης των προσδοκιών του για ιδανική φροντίδα και της αντίληψης για την φροντίδα που λαμβάνει. Ο Vuori αναφέρει πως η ικανοποίηση ουσιαστικά είναι ιδιότητα της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας ως αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα, δείκτης της ποιότητας διαμέσου του οποίου διαφαίνεται η άποψη του ασθενή για την ποιότητα της φροντίδας και τέλος αποτελεί βασικό προαπαιτούμενο και αναγκαιότητα της ποιότητας. Μπορεί επίσης να οριστεί ως το σημείο σύγκλισης των προσδοκιών των ασθενών με αυτές των επαγγελματιών υγείας. Η ικανοποίηση αυτή λειτουργεί ως βασικό πλαίσιο στην παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Ικανοποιημένοι ασθενείς συνεπάγεται και συνεργάσιμους ασθενείς στο να αποδεχτούν τη φροντίδα που τους παρέχεται έχοντας ένα πιο ενεργητικό ρόλο σε αυτήν. Είναι το σημείο ταύτισης των αναγκών των ατόμων, των γενικών και των ειδικών και το οποίο είναι άμεσα εξαρτώμενο από το κλινικό αποτέλεσμα. Έρευνες που στοχεύουν στις ανάγκες των ασθενών καθώς επίσης και στο βαθμό ικανοποίησης μέσω αξιολόγησης τους καθοδηγούν τους επαγγελματίες υγείας σε συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και συνεπώς σε ορθολογικότερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση των οικονομικών πόρων της υγείας(29,30). Συνεπώς η σχέση ανάμεσα στη ικανοποίηση και στην ποιότητα της φροντίδας παρουσιάζει μια αλληλεπίδραση.

## 1.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Παράγοντες που επηρεάζουν είτε θετικά είτε αρνητικά την ικανοποίηση θεωρούνται το επίπεδο μόρφωσης, το διανοητικό επίπεδο, η επικοινωνιακή δυνατότητα, η οικονομικοκοινωνική κατάσταση καθώς και οι πολιτιστικές αξίες. Η ιρλανδική εταιρεία

ποιότητας και ασφάλειας για την υγεία αναφέρει στους παράγοντες ικανοποίησης της υγείας την ασθένεια, καθώς διαπιστώθηκε ότι ασθενείς που πάσχουν από βαριές ασθένειες νοιώθουν πιεσμένοι και σε ψυχολογικό επίπεδο με αποτέλεσμα να εκφράζουν δυσαρέσκεια, να δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα. Επίσης γίνεται λόγος για τα προσδοκώμενα από τους χρήστες αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας ώστε να δηλώνουν ικανοποίηση ή μη από το τελικό αποτέλεσμα. Σχετικά με το φύλο δεν είναι ξεκάθαρο το τοπίο στην άσκηση θετικής ή αρνητικής επιρροής στην ικανοποίηση, αν και μελέτες δείχνουν η ζυγαριά να γέρνει λίγο περισσότερο προς το γυναικείο φύλο, μιας και φαίνεται να επισκέπτεται συχνότερα δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Όσον αφορά την ηλικία φαίνεται ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εκφράζουν θετικότερη ικανοποίηση από ότι αντίστοιχα τα άτομα μικρότερης ηλικίας, ίσως λόγο των χαμηλότερων προσδοκιών που έχουν. Οι εμπειρίες από προηγούμενες επαφές με μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας παίζουν κάποιο ρόλο στην ικανοποίηση. Ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας αναπτύσσεται μια σχέση, ένας διάυλος επικοινωνίας. Όσο πιο αποτελεσματικός είναι αυτός τόσο παρουσιάζεται αύξηση της ικανοποίησης, όταν δηλαδή το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι άμεσα διαθέσιμο να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του ασθενούς και να τον πληροφορήσει σωστά. Τέλος φαίνεται πως και η ίδια η δομή παίζει ρόλο στην ικανοποίηση και αφορά την όλη διαδικασία από την στιγμή της εισαγωγής του ασθενή μέχρι και την έξοδο, συμπεριλαμβανομένου των υποδομών – κατάσταση εγκαταστάσεων, καθαριότητα, χώροι και δωμάτια νοσηλείας(27,29). Θα λέγαμε τελικά ότι ο βαθμός ικανοποίησης επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από τις προσδοκίες που έχει ο ασθενής, τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά καθώς και τα ψυχοκοινωνικά. Η διαφορά ανάμεσα στις προσδοκίες που τρέφει ο χρήστης από τις υπηρεσίες υγείας και του τελικού προσλαμβανόμενου αποτελέσματος μπορεί να επηρεαστεί σε κάποιο βαθμό από κοινωνικά-οικονομικά χαρακτηριστικά όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η μόρφωση.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στο τομέα της υγείας θεωρείται σημαντική μιας και στοχεύει στην αξιολόγηση των συστημάτων υγείας συμβάλλοντας στην βελτίωση αυτών μέσα από την ανάδειξη τυχόν αδυναμιών και ελλείψεων. Αποτελεί επομένως δείκτη υψηλής αξιοπιστίας για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν οι διάφορες δομές. Αποτελεί ένα βασικό κριτήριο προς την διαπίστευση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας, όπως αναφέρει ο Donadedian. Η πραγματοποίηση αυτής της αποτίμησης προϋποθέτει την ενημέρωση του χρήστη των υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας

σχετικά με το πρόβλημα της υγείας του αλλά και της όλης διαδικασίας που θα ακολουθηθεί από το στάδιο της διάγνωσης μέχρι και αυτό της θεραπείας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **2.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Κύριο στοιχείο στην αντίληψη των σύγχρονων συστημάτων υγείας αποτελεί ο προσανατολισμός τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Έχοντας στο κέντρο τους τον άνθρωπο συμβάλλουν στην βελτίωση του επιπέδου της ζωής του καθώς και στην προαγωγή της υγείας του μέσω αυτής(6).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. ως μια ολοκληρωμένη προσέγγιση της υγείας και της ευημερίας που αφορά ολόκληρη την κοινωνία με επίκεντρο τις ανάγκες των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων(7). Αποτελεί την ολιστική προσέγγιση της κοινωνίας στην υγεία και στην ευημερία έχοντας στο επίκεντρο της τις ανάγκες των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων. Σχετίζεται με ευρύτερους παράγοντες υγείας δίνοντας βάρος σε όλες τις πτυχές της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας και ευεξίας. Παρέχει ολοκληρωτική φροντίδα του ατόμου σε όλη την διάρκεια της ζωής του και όχι μόνο για ένα σύνολο συγκεκριμένων ασθενειών. Είναι αυτή που διασφαλίζει ότι οι άνθρωποι λαμβάνουν αυτού του είδους της ολοκληρωμένης φροντίδας, από την προαγωγή και την πρόληψη έως την θεραπεία και την αποκατάσταση και πάντα όσο αυτό είναι εφικτό μέσα στην καθημερινότητα των ανθρώπων(11).

Αντιμετωπίζει λοιπόν, όπως ειπώθηκε, τους ευρύτερους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και επικεντρώνεται στις συνολικές και αλληλένδετες πτυχές της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας και ευημερίας. Παρέχει ολοκληρωμένη φροντίδα ως προς τις ανάγκες υγείας του ατόμου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του και όχι μόνο για μια σειρά συγκεκριμένων ασθενειών. Διασφαλίζει την ολοκληρωμένη φροντίδα-περίθαλψη από την πρόληψη μέχρι την θεραπεία, την αποκατάσταση και την παρηγορητική φροντίδα και όλο αυτό όσο είναι δυνατό να συμβαίνει στο καθημερινό περιβάλλον του ατόμου(7).

Βασίζεται στη προσήλωση και στην δέσμευση για κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα καθώς και στην αναγνώριση του θεμελιώδους δικαιώματος στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας όπως αναφέρεται στο άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης για τα ανθρώπινα

δικαιώματα: « Ο καθένας έχει το δικαίωμα σε ένα πρότυπο διαβίωσης επαρκούς για την υγεία και την ευημερία του ιδίου και της οικογένειάς του, συμπεριλαμβανομένων της τροφής , της ένδυσης, της στέγασης και της ιατρικής περίθαλψης καθώς και των απαραίτητων κοινωνικών υπηρεσιών...»(7,11).

Οι άνθρωποι απανταχού στο κόσμο σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ αξίζουν και δικαιούνται τη πρόσβαση σε μια σωστή φροντίδα μέσα στην ίδια την κοινότητα που διαβιούν. Αυτό αποτελεί και το θεμέλιο λίθο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Απευθύνεται στην κάλυψη των περισσότερων αναγκών υγείας που προκύπτουν σε όλη την διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, δίνοντας έμφαση στον άνθρωπο, ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας, και όχι μόνο στην ασθένεια, πράγμα που σημαίνει ότι συμπεριλαμβάνει όχι μόνο την σωματική αλλά και την ψυχική και κοινωνική ευημερία του(10).

Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχει ερμηνευθεί και επαναπροσδιοριστεί επανειλημμένα. Σε ορισμένα πλαίσια αναφέρεται ως παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρώτο βαθμό και σε άλλα ως ένα σύνολο υγειονομικών παρεμβάσεων σε πληθυσμούς χαμηλού εισοδήματος (ονομαζόμενη και ως επιλεκτική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας). Άλλοι πάλι την αντιλαμβάνονται ως βασικό συστατικό της ανθρώπινης ανάπτυξης, εστιάζοντας τόσο στις οικονομικές όσο και στις κοινωνικές και πολιτικές πτυχές(11).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπως προαναφέρθηκε, είναι η προσέγγιση της κοινωνίας ολοκληρωτικά μέσα από την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη και την θεραπεία ασθενειών, την αποκατάσταση και την παρηγορητική φροντίδα(7,10). Η προσέγγιση λοιπόν αυτή περιλαμβάνει τρία βασικά συστατικά:

- Ικανοποίηση των αναγκών υγείας του ανθρώπου καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του, μέσω της παροχής ολοκληρωτικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της προαγωγής , πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης,
- Άσκηση πολιτικής υγείας σε πολλούς τομείς για την αντιμετώπιση των ευρύτερων καθοριστικών παραγόντων της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών, οικονομικών, περιβαλλοντικών και
- Παροχή δυνατότητας στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινότητα να πάρουν τον έλεγχο της υγείας του ως υποστηρικτές πολιτικών που προωθούν και προστατεύουν την υγεία και την ευημερία, ως συνεργάτες στον προγραμματισμό υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών και ως αυτοεξυπηρετούμενοι και φροντιστές άλλων

Με την παροχή φροντίδας τόσο στην κοινότητα όσο και μέσω αυτής, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αντιμετωπίζει όχι μονάχα τις ατομικές και οικογενειακές ανάγκες υγείας αλλά και ευρύτερα την Δημόσια Υγεία και τις ανάγκες συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων(10).

Οι βασικές αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιγράφηκαν για πρώτη φορά το 1978 με την Διακήρυξη της Άλμα – Άττα, ορόσημο στην παγκόσμια υγεία. Σαράντα χρόνια αργότερα οι παγκόσμιοι ηγέτες επικύρωσαν την Διακήρυξη της Αστάνα, στο παγκόσμιο συνέδριο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που πραγματοποιήθηκε στην ομώνυμη πόλη του Καζακστάν τον Οκτώβριο του 2018(10). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας επειδή αφορά την καλύτερη παροχή υγειονομικής φροντίδας και γενικότερα υπηρεσιών προς όλους και παντού αποτελεί και τον ορθολογικότερο και αποτελεσματικότερο τρόπο προς την επίτευξη του στόχου της υγείας για όλους(10).

Η σημαντικότερη λοιπόν στιγμή στην «ιστορία» της παγκόσμιας υγείας είναι η Διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 στο Καζακστάν. Ήταν αυτή που ζήτησε επείγοντως άμεση και αποτελεσματική, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, δράση για την ανάπτυξη και εφαρμογή σχεδίου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας(10). Τον Οκτώβριο του 2018 στην Astana ήρθε η επιβεβαίωση, μέσα από την πραγματοποίηση του παγκόσμιου συνέδριου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ότι αποτελεί την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη προσέγγιση προς την επίτευξη της κάλυψης της υγείας καθολικά. Λαμβάνοντας υπόψιν τα διδάγματα σαράντα ετών από την πρώτη Διακήρυξη της Άλμα-Άττα η Διακήρυξη της Αστάνα αναπτύχθηκε μέσα από μια διαδικασία συμμετοχής πολλών ενδιαφερομένων πλευρών που περιελάμβανε διαβουλεύσεις με κράτη – μέλη, μια ομάδα διεθνών εμπειρογνομόνων, την κοινωνία και το ευρύ κοινό. Έχοντας λοιπόν ως βάση ένα τολμηρό όραμα η Διακήρυξη της Αστάνα το 2018 επικεντρώνεται στις ακόλουθες 4 δεσμεύσεις:

- Δημιουργία τολμηρών πολιτικών επιλογών για την υγεία σε όλους τους τομείς,
- Οικοδόμηση βιώσιμης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα τοπικά πλαίσια κάθε χώρας,
- Ενδυνάμωση ατόμων και κοινοτήτων, και
- Εναρμόνιση της στήριξης των ενδιαφερομένων πλευρών με τις εθνικές πολιτικές.



## 2.2 Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο επαναπροσδιορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η τοποθέτηση της στο επίκεντρο των προσπαθειών για τη βελτίωση της υγείας και της ευεξίας είναι ζωτικής σημασίας για τρεις λόγους:

- Είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις ταχείες οικονομικές, τεχνολογικές και δημογραφικές αλλαγές που επηρεάζουν με την σειρά τους την υγεία και την ευημερία. Μια πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι περίπου τα μισά από τα οφέλη της μείωσης της παιδικής θνησιμότητας από το 1990 έως και το 2010 οφείλονταν σε παράγοντες εκτός της υγείας, όπως ύδρευση, αποχέτευση, οικονομική ανάπτυξη. Προκαλεί το ενδιαφέρον μιας διευρυμένης βάσης παραγόντων που ενδιαφέρονται να εξετάσουν και να αλλάξουν τις πολιτικές για την αντιμετώπιση των κοινωνικών, οικονομικών, περιβαλλοντικών και εμπορικών συνθηκών που παίζουν σημαντικό-καθοριστικό ρόλο για την υγεία και την ευημερία. Η αντιμετώπιση των ανθρώπων και των κοινωνιών ως βασικοί παράγοντες στην παραγωγή της δικής τους υγείας και ευεξίας είναι ζωτικής σημασίας για την κατανόηση καθώς και την ανταπόκριση στις πολυπλοκότητες ενός συνεχώς μεταβαλλόμενου κόσμου μας(11).
- Έχει αποδειχθεί ότι ο αποτελεσματικότερος και αποδοτικότερος τρόπος στην αντιμετώπιση των κινδύνων που ελλοχεύουν για την υγεία τόσο σήμερα όσο και στο μέλλον είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επίσης φαίνεται να αποτελεί την καλύτερη επένδυση, μιας και μια ποιοτικότερη Π.Φ.Υ. συνεπάγεται και μικρότερο κόστος σε οικονομικό επίπεδο λόγω των μειωμένων εισαγωγών στη Τριτοβάθμια φροντίδα, δηλαδή στα νοσοκομεία. Η Π.Φ.Υ. συμπεριλαμβάνει λοιπόν όλα εκείνα τα βασικά στοιχεία – κλειδιά – όπλα στην μάχη κατά των απειλών για την υγεία όπως επιδημίες, μικροβιακή ανθεκτικότητα(11).
- Η ενδυνάμωση της Π.Φ.Υ. αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για την επίτευξη των στόχων που σχετίζονται με την υγεία καθώς και την καθολική κάλυψη αυτής, καθώς επίσης θα συμβάλλει και στην επίτευξη άλλων στόχων πέραν της υγείας, όπως φτώχεια, πείνα, εκπαίδευση, ισότητα φύλων, καθαρό νερό, εργασια-οικονομική ανάπτυξη, μείωση ανισότητας(11).

## 2.3 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με το άρθρο 01 του σχεδίου Νόμου «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» του Υπουργείου Υγείας οι ολοκληρωμένες υπηρεσίες που έχουν ως βασικό στόχο την παρακολούθηση, την διατήρηση καθώς και την βελτίωση της υγείας του ανθρώπου συνολικά καλούνται ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αυτές περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, την θεραπεία, την ολοκληρωμένη συνεπώς φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος με τη σειρά του έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο σύνολο του πληθυσμού με σεβασμό πάντα στα δικαιώματα και τις ανάγκες του(9). Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελούνται από τις εξής:

- Τις υπηρεσίες εκείνες για τις οποίες δεν απαιτείται η εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα,
- Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό καθώς και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων με στόχο την πρόληψη νοσημάτων και την εφαρμογή ενός καθολικού προγράμματος σε εθνική εμβέλεια προσυμπτωματικού ελέγχου για συγκεκριμένα νοσήματα και την προαγωγή της υγείας,
- Την παρακολούθηση και διαχείριση σε τακτά χρονικά διαστήματα ασθενών με χρόνια νοσήματα,
- Τον οικογενειακό προγραμματισμό, υπηρεσίες μητέρας – παιδιού,
- Την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση διαχείριση από κοινού περιστατικών με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα αντίστοιχα,
- Την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας,
- Τον προγραμματισμό και την υλοποίηση εμβολιασμών,
- Τις υπηρεσίες αποκατάστασης,
- Την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας,
- Την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας και τη διασύνδεση με τις αντίστοιχες υπηρεσίες,
- Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα και τέλος,

- Τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας(9).

## 2.4 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας και η εγκαθίδρυση αυτού ήταν μια από τις μεγαλύτερες αν όχι η μεγαλύτερη και συγχρόνως ριζοσπαστικότερη μεταρρύθμιση που έγινε στο χώρο της υγείας. Κύριοι στόχοι του ήταν:

- Η εξασφάλιση της ίσης από όλους τους πολίτες πρόσβασης σε υπηρεσίες Υγείας πέρα και πάνω από την οποιαδήποτε οικονομική-κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση τους,
- Η δημιουργία – ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. με φυσικό επακόλουθο την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, και τέλος
- Την ανάπτυξη νέων εργασιακών μοντέλων με νέες προδιαγραφές για τους απασχολούμενους στον συγκεκριμένο τομέα, αυτόν της υγείας(14).

Το Ε.Σ.Υ. λοιπόν θεσμοθετήθηκε για πρώτη φορά το 1982 αποτελώντας μέρος της όλης προσπάθειας για μεταρρύθμιση και αναβάθμιση της δημόσιας υγείας και ενοποίηση σε λειτουργικό επίπεδο όλων των υποδομών παροχής περίθαλψης(14,15).

Οι γενικές αρχές που διέπουν το Ε.Σ.Υ. όπως αυτές διατυπώθηκαν στο άρθρο 1 της Εφημερίδας Της Κυβερνήσεως (Αρ.Φυλ.143/ Τεύχος Πρώτο) το 1983 είναι οι ακόλουθες:

- Το κράτος αναλαμβάνει την ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες,
- Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλους τους πολίτες ισότιμα, ανεξαρτήτως οικονομικής, κοινωνικής και επαγγελματικής τους κατάστασης, μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, όπως αυτό οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου(15).

Η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες και με πρόταση του Υπουργείου Υγείας και μετά από γνώμη του κεντρικού συμβουλίου υγείας, το ονομαζόμενο ΚΕ.Σ.Υ. προσδιορίζονται ο αριθμός, τα όρια και η έδρα τους. Εν συνεχεία στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται περιφερειακό συμβούλιο υγείας, ΠΕ.Σ.Υ., το οποίο έχει γνωμοδοτικό χαρακτήρα σε θέματα προγραμματισμού, εποπτείας και ελέγχου του όλου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας που ανήκει στην περιφέρεια του, καθώς επίσης και παρακολούθηση της λειτουργικής απόδοσης του σε περιφερειακό επίπεδο αλλά και της εφαρμογής διαφόρων

προγραμμάτων υγείας στα πλαίσια του προγραμματισμού που γίνεται σε εθνικό επίπεδο πάντα κάτω από την εποπτεία του ΚΕ.Σ.Υ(15).

Σκοπός του Ε.Σ.Υ. όπως προαναφέρθηκε είναι η πλήρης κάλυψη των υγειονομικών αναγκών, ιατροφαρμακευτικά και νοσηλευτικά όχι μόνο όλου του πληθυσμού της Ελλάδος αλλά και όσων διαμένουν σε αυτήν μέσω της δωρεάν παροχής των υπηρεσιών τους με αιχμή του δόρατος την ίδρυση Κέντρων Υγείας αλλά και περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομειακών μονάδων σε όλη την επικράτεια(14,15).

#### **2.4.1 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ - ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ Π.Φ.Υ.**

Πρώτη αναφορά στην Π.Φ.Υ. και στα Κ.Υ. λοιπόν γίνεται με το νόμο 1397/83 και συγκεκριμένα στο άρθρο 5, όπου ειδικότερα αναφέρει ότι η περίθαλψη γίνεται με δαπάνες του δημοσίου μέσω των ασφαλιστικών οργανισμών και των ταμείων τους και διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή, Πρωτοβάθμια, για την παροχή της οποίας είναι υπεύθυνα τα Κέντρα Υγείας με τα περιφερειακά ιατρεία τους καθώς επίσης και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και σε νοσοκομειακή, Δευτεροβάθμια η οποία και παρέχεται από τις νοσοκομειακές μονάδες(15). Προβλέπουν μάλιστα την δημιουργία αστικών και μη αστικών Κ.Υ. Ακολούθως στο άρθρο 14 του συγκεκριμένου νόμου ορίζεται η ίδρυση και η λειτουργία των Κ.Υ. ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων της ίδιας περιφέρειας και νομού και αντιστοίχως τα περιφερειακά ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας, αποτελώντας έτσι και την μικρότερη λειτουργική δομή του συστήματος υγείας. Επίσης καθορίζεται η έδρα του κάθε Κ.Υ. και η περιοχή ευθύνης τόσο του ίδιου όσο και των περιφερειακών ιατρείων που ανήκουν σε αυτό, και όλα αυτά έχοντας ως βάση την ισόρροπη κάλυψη των κατοίκων της περιοχής ευθύνης και λαμβάνοντας υπόψιν τις ιδιαίτερες χωροταξικές συνθήκες που επικρατούν καθώς και της δυνατότητας πρόσβασης σε αυτά με συγκοινωνία και άλλα μέσα(17).

Με τον νόμο 2071/92 που αφορά στον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας τα Κ.Υ. πλέον υπάγονται απευθείας στην διεύθυνση υγείας της οικείας νομαρχίας και όχι στο αντίστοιχο νοσοκομείο, όπως προηγούμενα είχε οριστεί, και επιπλέον προστίθενται και ιδιωτικοί φορείς στην παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ(18).

Ακολούθως με τη θέσπιση του νόμου 3235/2004 ως Π.Φ.Υ. νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα

υγείας της χώρας μιας και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος αυτού υπηρετώντας τόσο τους γενικούς όσο και τους ειδικούς στόχους του. Στο άρθρο 2 του συγκεκριμένου νόμου ορίζονται οι υπηρεσίες που παρέχουν Π.Φ.Υ. και είναι τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. με τα περιφερειακά τους ιατρεία, οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.) που μετονομάζονται σε κέντρα υγείας του οικείου Ο.Κ.Α., από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και τέλος από λοιπούς φορείς που συνδέονται είτε οργανωτικά είτε λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. Επίσης ιδρύεται γραφείο Π.Φ.Υ. που αναλαμβάνει τον ρόλο της εποπτείας και του ελέγχου σε κάθε Πε.Σ.Υ.Π. και για πρώτη φορά εγκαθίσταται σύστημα προγραμματισμού επισκέψεων με χρήση σύγχρονων μέσων ηλεκτρονικής και τηλεφωνικής επικοινωνίας. Στο άρθρο 12 εντάσσεται η πιστοποίηση των Κ.Υ. από φορείς που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και τέλος καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού για όλους τους πολίτες της χώρας επιλέγοντας από εκείνους που υπηρετούν στο Κέντρο Υγείας της περιοχής τους(19).

Αργότερα έχουμε τη θέσπιση της Υγειονομικής Περιφέρειας, με τον νόμο 3329/2005, με την επικράτεια πλέον να διαιρείται σε επτά (7) περιφέρειες, με την επωνυμία Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας, Δ.Υ.ΠΕ. με τα Κ.Υ. και τα Π.Ι. τους να εντάσσονται σε αυτές και να λειτουργούν με βάση την χωρική αρμοδιότητα τους, αποτελώντας αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες της αντίστοιχης Δ.Υ.ΠΕ. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια(20).

Εν συνεχεία με τον νόμο 3918/2011 συστήνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ένας από τους σκοπούς του είναι ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως είναι τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά Ιατρεία τους, των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης καθώς και των συμβεβλημένων ιατρών και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ(21).

Με το νόμο 4238/2014 από το πρώτο άρθρο ορίζεται ως εγγυητής στην παροχή υπηρεσιών υγείας το κράτος το οποίο και μεριμνεί ώστε αυτή να αφορά το σύνολο των πολιτών και να διασφαλίσει την υγεία τους και να προωθήσει την κοινωνική ευημερία. Συστήνεται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών

Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της χώρας. Τα Κ.Υ. καθώς και οι λοιπές μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. Επομένως μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. αποτελώντας εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κ.Υ. καλείται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) της οικείας Δ.Υ.Πε. Εντός του τομέα όλες οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ. καθώς και τα συμβεβλημένα φαρμακεία και τα δημοτικά ιατρεία αποτελούν το Τοπικό Δίκτυο Π.Φ.Υ. Η περιοχή ευθύνης των Δ.Υ.Πε. διαιρείται σε Το.Π.Φ.Υ. Σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μια Τοπική Μονάδα Υγείας (Το.Μ.Υ.) ή άλλη δημόσια μονάδα Π.Φ.Υ.(22).

Τέλος με το νόμο 4486/2017 που αφορά στην μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ειδικότερα στο άρθρο 5 συστήνονται οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κ.Υ. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και κατόπιν εισήγησης του διοικητή της οικείας Υ.Πε. και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.Πε. Αποτελούν εισαγωγικό επίπεδο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας οι οποίες και λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής και οργανωμένης πρόληψης και αγωγής υγείας της Π.Φ.Υ. στελεχωμένη από ομάδα υγείας, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης(23).

Επομένως συμπερασματικά καταλήγουμε ότι στο σύνολο τους τα νομοθετήματα ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θεωρούν το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που σκοπό έχουν την παρακολούθηση την διατήρηση αλλά και την βελτίωση της υγείας του ατόμου. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται η προαγωγή της υγείας, η πρόληψη της νόσου, η διάγνωση, η θεραπεία, η ολοκληρωμένη φροντίδα καθώς και η συνέχεια αυτής. Η παροχή Π.Φ.Υ. αφορά τον πληθυσμό στο σύνολο του με σεβασμό πάντα στα δικαιώματα και τις ανάγκες του. Το κράτος είναι αυτό που αναλαμβάνει αποκλειστικά την ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Ειδικότερα οι υπηρεσίες αυτές αποτελούνται από:

- Τις υπηρεσίες υγείας που για την παροχή τους δεν απαιτείται η είσοδος του ασθενή σε νοσοκομειακή μονάδα,
- Την εκτίμηση των αναγκών της υγείας των πολιτών, τον σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων για την πρόληψη των νοσημάτων όπως η εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για συγκεκριμένα νοσήματα και την προαγωγή της υγείας,

- Την παρακολούθηση σε τακτά χρονικά διαστήματα και η σωστή διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα,
- Τον οικογενειακό προγραμματισμό με τις υπηρεσίες μητέρας και παιδιού,
- Την παραπομπή, παρακολούθηση και την από κοινού κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών με τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα,
- Την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας,
- Την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού,
- Τις υπηρεσίες αποκατάστασης,
- Την παροχή ανακουφιστικής – παρηγορητικής φροντίδας,
- Την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας,
- Την Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική και Ορθοδοντική φροντίδα με έμφαση πάντα στην πρόληψη, και τέλος
- Την διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Όλες αυτές οι υπηρεσίες διαρθρώνονται, αναπτύσσονται, οργανώνονται και λειτουργούν με βάση πάντα τις αρχές της δωρεάν καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, της ισότιμης πρόσβασης σε αυτές, της προσέγγισης αποκλεισμένων και ευπαθών κοινωνικών ομάδων, της διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της συνέχειας της φροντίδας, της ευθύνης και λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών υγείας, της τομεοποίησης, της ιατρικής νοσηλευτικής ή άλλης επαγγελματικής δεοντολογίας, της εγγύτητας των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, διαμονής ή εργασίας, της διασύνδεσης με λοιπές υπηρεσίες υγείας, της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. ή συμβεβλημένων παρόχων για διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία ή περαιτέρω φροντίδα, της διατομεακής συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς καθώς και της αγωγής υγείας της κοινότητας και της ενεργούς συμμετοχής της στην ικανοποίηση των υγειονομικών της αναγκών.

#### **2.4.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Π.Φ.Υ. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί ουσιαστικά το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας παίζοντας τον ρόλο της πύλης εισόδου σε αυτό, gatekeeper, λειτουργώντας ως φίλτρο για την περαιτέρω περιθάλψη αυτού στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας(31).

Στην Ελλάδα φαίνεται σε σχέση με τις αρχές της Π.Φ.Υ. όπως αυτές διατυπώθηκαν στην Άλμα Άτα να υστερεί διαχρονικά. Έρευνες καταδεικνύουν την αδυναμία της Π.Φ.Υ. στην χώρα μας στο να καλύψει τις αρχές της Άλμα Άτα αλλά και τους στόχους που τεθήκαν μέσα από το πρόγραμμα «Υγεία 2020» μιας και δεν υπήρξε σημαντική προτεραιότητα της πολιτικής που ασκείται κάθε φορά για την υγεία. Αν και το σημαντικότερο βήμα στην Ελλάδα έγινε με το νόμο 1397/83 και την κατοχύρωση της Π.Φ.Υ. δεν υπήρξε ανάλογη συνέχεια σε θεσμικό, διοικητικό και οικονομικό επίπεδο στο βαθμό που της αναλογεί από το κράτος. Με την έλευση της οικονομικής κρίσης και συνεπώς της μείωσης των κρατικών εξόδων η Π.Φ.Υ. αποτέλεσε ιδανικό πεδίο για την εξοικονόμηση πόρων(16,31).

Αρκετές έρευνες ανέδειξαν προβλήματα της Π.Φ.Υ. που έχουν να κάνουν με ένα από τα βασικότερα συστήματα του που δεν είναι άλλο από τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία. Μερικά από αυτά είναι:

- Η συνέχεια στην φροντίδα, μιας και δεν υπάρχει επαρκής διασύνδεση ανάμεσα σε αυτά και τις νοσοκομειακές μονάδες, χωρίς την σωστή και ουσιαστική εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και συνεπώς την μη τήρηση ατομικού ιατρικού ιστορικού και διακίνηση ιατρικής πληροφορίας σχετικής με τον ασθενή μεταξύ των υγειονομικών μονάδων, καθώς και του σωστού προσανατολισμού του ασθενή στο σύστημα υπηρεσιών υγείας,
- Εφαρμογή πρωτοκόλλων, όπου κάθε πράξη ιατρική, νοσηλευτική θα βασίζεται σε ένα πλαίσιο κατευθυντήριων οδηγιών κοινών σε όλους με αποτέλεσμα την εμφάνιση ομοιογένειας στην παροχή υπηρεσιών υγείας,
- Χρήση νέων τεχνολογιών, όπως την υλοποίηση και ανάπτυξη της τηλεϊατρικής καθώς και εφαρμογών όπως αυτή του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, καθώς και την όσο το δυνατόν άμεση ενσωμάτωση και αναβάθμιση σε υλικοτεχνικό επίπεδο νέων τεχνολογιών,
- Ανθρώπινο δυναμικό, την κάλυψη τόσο σε ιατρονοσηλευτικό όσο και τεχνικό προσωπικό και μέσα από την εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης την αναβάθμιση του σε γνωστικό επίπεδο και στην όσο το δυνατόν καλύτερη αξιοποίηση του,
- Μη ύπαρξη και εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης αλλά και ενσωμάτωσης στη Π.Φ.Υ. υπηρεσιών που έχουν να κάνουν με την διαχείριση χρόνιων



νοσημάτων, ψυχικών διαταραχών, νοσηλείας στο σπίτι, πρόληψης και προαγωγής της υγείας,

- Ορθή διαχείριση οικονομικών πόρων, ελλιπής χρηματοδότηση με άμεσο αποτέλεσμα την εμφάνιση σοβαρών ελλείψεων τόσο σε υλικοτεχνικό υλικό όσο στη στελέχωση των δομών Π.Φ.Υ. και τέλος
- Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και έλεγχος της ποιότητας αυτών(16,31).

## **2.5 ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Η ίδρυση και η λειτουργία των Κ.Υ. καθορίζεται από τον Υπουργό Υγείας μετά από έγκριση σκοπιμότητας και έπειτα από εισήγηση των οικείων Δ.Υ.Πε. και απόφαση του ΚΕ.Σ.Υ.Πε. Η έγκριση λοιπόν σκοπιμότητας γίνεται έχοντας υπόψη την αναγκαιότητα της ίδρυσης, τα πληθυσμιακά δεδομένα, τη γειννίαση με υφιστάμενες μονάδες υγείας τις οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες της περιοχής, τις συγκοινωνιακές συνθήκες καθώς και την προσβασιμότητα σε αυτά των πολιτών. Η έδρα καθορίζεται με βασικό κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής. Η οικεία κάθε φορά Δ.Υ.Πε. είναι υπεύθυνη και αποφασίζει για την περιοχή ευθύνης του Κ.Υ. βασιζόμενη σε κριτήρια που έχουν να κάνουν κυρίως με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, την συνύπαρξη άλλων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, την μορφολογία και τις υπάρχουσες συγκοινωνιακές συνθήκες(22,23,24).

### **2.5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Σκοπός των κέντρων υγείας όπως ορίζεται στον ιδρυτικό νόμο 1397/83 είναι η παροχή φροντίδας συνολικά στο πληθυσμό της περιοχής ευθύνης τους καθώς επίσης και σε όσους προσωρινά διαβιούν εκεί, πάντα ισότιμα και χωρίς εξαιρέσεις. Τα Κέντρα Υγείας ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Δ.Υ.Πε. παρέχουν ειδικευμένη περιπατητική φροντίδα, υπηρεσίες δηλαδή εξωνοσοκομειακής και εξειδικευμένης φροντίδας υγείας, για ασθενείς που είτε προσέρχονται αυτοβούλως σε αυτά είτε παραπέμπονται από τις λοιπές υπηρεσίες Π.Φ.Υ. του Το.Π.Φ.Υ. Αυτό συνεπάγεται τη παροχή πρώτων βοηθειών σε έκτακτα και επείγοντα περιστατικά, την βραχεία νοσηλεία ασθενών, εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, την μεταφορά στο Κέντρο Υγείας, εάν πρόκειται για περιφερειακό ιατρείο ή

αντιστοίχως στο νοσοκομείο με ασθενοφόρο ή ακόμη και κινητή μονάδα, εάν αυτό κριθεί απαραίτητο. Την παρακολούθηση ασθενών μετά την έξοδο τους από νοσοκομειακές μονάδες ή ακόμη και όταν είναι στο στάδιο της ανάρρωσης καθώς επίσης και την εφαρμογή μιας σειράς παρεμβάσεων που αφορούν στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας μέσω ενημερωτικών δράσεων, εμβολιασμών και εκπαιδύσεων. Ακόμη επιφορτίζονται και με την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης, σχολικής υγιεινής και ενημέρωσης πάνω σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Συνεπώς φροντίζουν για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας μέσα από την πρόληψη, την προαγωγή, την θεραπεία, την αποκατάσταση καθώς και την παρηγορητική φροντίδα(14,15).

Τα κέντρα υγείας ουσιαστικά είναι η πύλη εισόδου των νοσοκομείων λειτουργώντας ως φίλτρο για την παραπομπή ασθενών σε αυτά με απώτερο στόχο και την αποσυμφόρηση αυτών.

## **2.5.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ – ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Η λειτουργία του Κ.Υ. ορίζεται όσον αφορά τα τακτικά ιατρεία του σε 8ωρη βάση πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα και ταυτόχρονη εφημερία αυτού για όλες τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες, με τη λειτουργία μονάδας βραχείας νοσηλείας για την παραμονή των ασθενών που χρήζουν αυτής. Τα Π.Ι. των κέντρων υγείας λειτουργούν και αυτά σε τακτό ωράριο όπως αυτό ορίζεται από τον υπεύθυνο ιατρό του Κ.Υ. στο οποίο ανήκουν με γνώμονα πάντα τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού που καλύπτουν(22,23,24).

Τα κέντρα υγείας στελεχώνονται με ιατρικό και λοιπό υγειονομικό προσωπικό. Ειδικότερα προβλέπονται ιατροί με ειδικότητα βιοπαθολογίας, ακτινοδιαγνωστικής, γενικής ιατρικής, κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας, παιδιατρικής, ιατρικής της εργασίας, οδοντιατρικής καθώς και από το λοιπό υγειονομικό και επιστημονικό προσωπικό νοσηλευτικής, δημόσιας και κοινοτικής υγείας (επισκέπτες υγείας), μαιευτικής, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας, λογοθεραπείας, ψυχολογίας, τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, ραδιολογίας – ακτινολογίας, βοηθών εργαστηρίων, βοηθών νοσηλευτών, λοιπό διοικητικό προσωπικό, τεχνικό και άλλο υποστηρικτικό προσωπικό και μία ή περισσότερες ομάδες υγείας(9,22,23,24). Οι κλάδοι για την στελέχωση του Κέντρου Υγείας με επιστημονικό, λοιπό υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό καθορίζονται ως εξής:

- ΠΕ Νοσηλευτικής

- ΠΕ Κοινωνικών Λειτουργιών
- ΠΕ Ψυχολογίας
- ΠΕ Διοικητικού-Οικονομικού
- ΤΕ Νοσηλευτικής
- ΤΕ Κοινωνικών Λειτουργιών
- ΤΕ Φυσικοθεραπείας
- ΤΕ Εργοθεραπείας
- ΤΕ Λογοθεραπείας
- ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων
- ΤΕ Μαιευτικής
- ΤΕ Επισκεπτών Υγείας
- ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας
- ΤΕ Διοικητικού-Λογιστικού
- ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας κ Πρόνοιας
- ΤΕ Οδοντοτεχνιτών
- ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών
- ΔΕ Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων
- ΔΕ Χειριστών Ιατρικών Συσκευών
- ΔΕ Οδοντοτεχνιτών
- ΔΕ Βοηθών Οδοντοτεχνιτών
- ΔΕ Διοικητικών Γραμματέων

## **2.6 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ**

Η θέσπιση του οικογενειακού ιατρού γίνεται για όλους τους πολίτες της χώρας στο πλαίσιο της τομεοποίησης του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχοντας ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στο πολίτη με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Με τον νόμο 4238/2014 καθιερώνεται λοιπόν ο θεσμός αυτός του οικογενειακού ιατρού για την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. μέσα στο πλαίσιο σε τοπικό επίπεδο όπως αυτό ορίζεται από τους τομείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) Στην θέση αυτή ορίζονται ιατροί ειδικότητας γενικής ιατρικής, η και παθολογίας για το ενήλικο κομμάτι

του γενικού πληθυσμού και παιδίατροι αντίστοιχα για το παιδικό πληθυσμό. Τις ιατρικές υπηρεσίες τους τις προσφέρουν μέσα από τις δομές Π.Φ.Υ. των τοπικών δικτύων Π.Φ.Υ., από τα ιδιωτικά τους ιατρεία αλλά και κατ' οίκον. Ορίζεται ένας ανώτατος αριθμός εγγεγραμμένων πολιτών- πληθυσμού ευθύνης που για τον ιατρό γενικής ιατρικής ή παθολογίας φτάνει τους δυο χιλιάδες διακόσιους πενήντα (2250) ενήλικες και για τον παιδίατρο τα χίλια πεντακόσια (1500) παιδιά. Ο κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού ιατρού από το σύνολο των οικογενειακών ιατρών του τοπικού δικτύου παροχής υπηρεσιών του Το.Π.Φ.Υ., της οικείας Δ.Υ.Πε. καθώς και της δυνατότητας αλλαγής αυτού μία φορά στη διάρκεια του έτους(22,23). Οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρει περιλαμβάνουν την διαχείριση των νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, των κινδύνων και των υπηρεσιών φροντίδας, υγείας και αποκατάστασης. Επίσης την καθοδήγηση, την υποστήριξη και τον προσανατολισμό με υπευθυνότητα του αρρώστου και της οικογένειας του καθώς επίσης και την εφαρμογή προγραμμάτων στο πλαίσιο της πρόληψης και του προσυμπτωματικού ελέγχου. Ακόμη στην παραπομπή των ασθενών σε άλλους ιατρούς καθώς και σε άλλα επίπεδα περίθαλψης και είναι υπεύθυνος για την δημιουργία και την τήρηση του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για τον κάθε εγγεγραμμένο σε αυτόν πολίτη(23).

## 2.7 ΑΤΟΜΙΚΟΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας καθιερώνεται για όλους τους κατόχους Α.Μ.Κ.Α και Α.Υ.Π.Α. Περιέχει το ατομικό ιστορικό υγείας του ατόμου καθώς και δεδομένα, εκτιμήσεις, πληροφορίες ως προς την κλινική κατάσταση του σε όλη την διάρκεια της περίθαλψης του. Καθιερώνεται ένα ενιαίο πρότυπο ως προς το περιεχόμενο, τον τρόπο κατάρτισης, την ταυτοποίηση του ατόμου και την πρόσβαση στις πληροφορίες του φακέλου. Τηρείται ισοβίως με ενιαίο και υποχρεωτικό χαρακτήρα σε εθνικό επίπεδο. Οι οικογενειακοί και λοιποί ιατροί υποχρεούνται να καταχωρούν σε αυτόν όλες τις πληροφορίες που προκύπτουν από την εξέταση ή την επίσκεψη και θεωρούνται αναγκαίες για την παρακολούθηση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Τα δεδομένα που εμπεριέχονται στο φάκελο θεωρούνται ιδιοκτησία του ατόμου υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και σύμφωνα πάντα με την ισχύουσα για τα προσωπικά δεδομένα νομοθεσία. Η πρόσβαση στις πληροφορίες που εμπεριέχει από τον εκάστοτε οικογενειακό ιατρό του ή και άλλον θεράποντα ιατρό καθώς και η επεξεργασία αυτών απαιτεί προηγούμενη συναίνεση του λήπτη υπηρεσιών υγείας καθώς και

να την απαγορεύσει. Ο χρήστης υπηρεσιών υγείας με την εγγραφή του σε οικογενειακό ιατρό και μετά από σχετική ενημέρωση και με την χορήγηση του Α.Μ.Κ.Α. δίνει την συναίνεση του για την πρόσβαση και την επεξεργασία από τον ιατρό των προσωπικών και ιατρικών δεδομένων του στο σύστημα του Α.Η.Φ.Υ. Έχει τη δυνατότητα να ανακαλέσει αυτή του τη συναίνεση οποιαδήποτε στιγμή καθώς και να αποκλείει τη χρήση των δεδομένων του και να ζητεί εγγράφως τη διαγραφή τους. Για την πρόσβαση και την επεξεργασία των συγκεκριμένων δεδομένων από άλλον ιατρό πέραν του οικογενειακού απαιτείται προηγούμενη συναίνεση του χρήστη υπηρεσιών υγείας, Στην περίπτωση που είναι ανήλικος, όλα τα παραπάνω πραγματοποιούνται από τον γονέα ή από αυτόν που έχει την κηδεμονία ή και όταν ο χρήστης τελεί υπό το καθεστώς της δικαστικής συμπαράστασης αντίστοιχα από αυτόν που την έχει. Η καταχώριση και αποθήκευση δεδομένων που προκύπτουν από επίσκεψη δεν απαιτούν συναίνεση(9,23,24).

## 2.8 ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ομάδα υγείας είναι η ομάδα που αποτελείται από ιατρό γενικής ιατρικής-παθολογίας-παιδιατρικής, από νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και τέλος από διοικητικό προσωπικό με ελάχιστη σύνθεση τον οικογενειακό ιατρό, το νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο. Βρίσκεται πάντα σε επικοινωνία με άλλες ομάδες με κύριο στόχο τη συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα του αντίστοιχου πληθυσμού ευθύνης τους καθώς και την αυτοαξιολόγηση των υπηρεσιών τους. Βρίσκεται σε διαρκή παρακολούθηση των προβλημάτων της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με ταυτόχρονη ενημέρωση του συντονιστή του Το.Π.Φ.Υ. Επίσης είναι αυτή που αναλαμβάνει μετά από απόφαση του εκάστοτε διοικητή της Υ.Πε. την υλοποίηση προγραμμάτων που έχουν σχέση με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας στο πλαίσιο των τοπικών αναγκών αλλά και του αριθμού των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Η Ομάδα Υγείας έρχεται αντιμέτωπη και δίνει λύσεις σε προβλήματα δημόσιας υγείας όπως αυτά προκύπτουν μέσω οργανωμένων παρεμβάσεων στον πληθυσμό ευθύνης και ειδικότερα ενημερώνεται για λοιμώξεις, για πηγές νοσηρότητας και παράγοντες κινδύνου του πληθυσμού ευθύνης τους, συνεργάζεται με τους επαγγελματίες της δημόσιας υγείας και βοηθά στην διαχείριση θεμάτων που έχουν σχέση με την δημόσια υγεία με το να συλλέγουν πρωτογενή στοιχεία για το μέγεθος και την έκταση των ζητημάτων δημόσιας υγείας αλλά και των προσδιοριστικών τους παραγόντων(9). Δράσεις που

υλοποιούνται από την Ομάδα Υγείας σε συνεργασία με τις αρμόδιες αρχές είναι ενδεικτικά εμβολιασμοί, προληπτικοί – προσυμπτωματικοί έλεγχοι, προγεννητική φροντίδα, προαγωγή υγείας και υιοθέτηση διαφορετικού τρόπου ζωής καθώς και διαχείριση χρόνιων ασθενειών. Για την διασφάλιση της βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης των χρηστών αυτής πραγματοποιείται σε τακτά χρονικά διαστήματα αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από την Ομάδα Υγείας στο πλαίσιο διεθνών προτύπων. Συγκεκριμένα γίνεται αποτίμηση του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και των υλικών πόρων της Ομάδας Υγείας, της διαδικασίας που ακολουθείται κατά την παροχή των υπηρεσιών δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην διασφάλιση της διαφάνειας των υπηρεσιών, της χρήσης των παρεχόμενων υπηρεσιών της Ομάδας Υγείας και τέλος της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας αυτών(9,23,24).

## 2.9 ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΑΣ

Η σύσταση του Κ.Υ. Αγίας πραγματοποιήθηκε το 1986 σύμφωνα με το άρθρο 1 του ΦΕΚ/229/Β/1986 ως αποκεντρωμένη οργανική δομή του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας με έδρα την κοινότητα Αγίας του νομού Λάρισας. Για την στελέχωση του οι θέσεις που συστάθηκαν σύμφωνα με τον αρχικό αυτό νόμο είναι όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό μια θέση Διευθυντή γενικής ιατρικής ή παθολογίας, 2 θέσεις Επιμελητών Α γενικής ιατρικής ή παθολογίας καθώς και από μία θέση παιδιατρικής και οδοντιατρικής και τέλος 3 θέσεις Επιμελητών Β γενικής ιατρικής ή παθολογίας και από μία θέση παιδιατρικής, οδοντιατρικής και μικροβιολογίας. Σχετικά με τις θέσεις του διοικητικού κλάδου μια θέση ΤΕ διοικητικού-λογιστικού και δύο θέσεις ΔΕ. Όσον αφορά τις θέσεις υγειονομικού προσωπικού προβλέπονται από 5 θέσεις Νοσηλευτών και Επισκεπτών, από 2 θέσεις Μαιών και Κοινωνικών Λειτουργών και από μία θέση Διαιτολόγου και Ιατρικών Εργαστηρίων. Επίσης προβλέπεται από μία θέση Ραδιολογίας-Ακτινολογίας και Φυσιοθεραπείας αντίστοιχα σε περίπτωση αδυναμίας πλήρωσης των παραπάνω θέσεων. Οι υπόλοιπες θέσεις αφορούν βοηθητικό προσωπικό. Η διάρθρωση αντίστοιχα έχει γραφεία ιατρών, γραφείο νοσηλευτών, γραφείο συναφών επαγγελματιών υγείας και γραφείο διοικητικού και λοιπού προσωπικού(25).

Η σημερινή δομή του Κ.Υ. Αγίας περιλαμβάνει ιατρεία γενικής ιατρικής που λειτουργούν από Δευτέρα έως Παρασκευή πρωινές ώρες 9 με 2, τμήμα επειγόντων

περιστατικών που λειτουργεί σε καθημερινή βάση όλο το 24ώρο (εφημερία) με 2 δωμάτια βραχείας νοσηλείας με δυο κρεβάτια το καθένα, παιδιατρικό ιατρείο, μικροβιολογικό, ακτινοδιαγνωστικό, γραφείο επισκεπτών-τριών, γραφείο διοικητικού-λογιστικού προσωπικού, γραφείο ΕΟΠΥΥ καθώς και γραφείο υποδοχής-ενημέρωσης. Ως προς το προσωπικό οι θέσεις των ιατρών τόσο στο Κέντρο Υγείας όσο και στα περιφερειακά ιατρεία που ανήκουν στην υγειονομική εποπτεία του Κ.Υ. είναι πλήρως στελεχωμένες με εξαίρεση αυτή του ραδιολόγου-ακτινολόγου, ως προς το κλάδο της νοσηλευτικής υπάρχει σαφής υποστελέχωση. Δεν υπάρχει κάλυψη ως προς τις θέσεις της μαιευτικής, του οδοντιάτρου, των κοινωνικών λειτουργών, των διαιτολόγων, των φυσιοθεραπευτών και των βοηθών υγειονομικού προσωπικού. Ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός θεωρείται ως ένα βαθμό αρκετός καλύπτοντας σε μεγάλο βαθμό τις ανάγκες του Κ.Υ., χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι δεν χρειάζεται ανανέωση ο εξοπλισμός του – τα μηχανήματα του.

## **Β΄ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **1.ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **Σκοπός Μελέτης**

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει σκοπό την αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Κέντρου Υγείας της Αγίας (Ν. Λάρισας) από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η εργασία αποσκοπεί να προσδιορίσει το βαθμό ικανοποίησης μέσω των διαφόρων διαστάσεων της ικανοποίησης.

Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα στα οποία θα επιχειρήσει ν' απαντήσει η προτεινόμενη έρευνα, είναι τα εξής:

1. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των χρηστών των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Κέντρου Υγείας της Αγίας;
2. Ποιος ο βαθμός ευκολίας σε ότι αφορά την πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες;
3. Ποιος ήταν ο βαθμός ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό και πώς σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο;
4. Ποιος ήταν ο βαθμός ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό και πώς σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο;
5. Ποιος ήταν ο βαθμός ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό και πώς σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο;
6. Ποιος ήταν ο βαθμός ικανοποίησης από τις υποδομές και πώς σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο;

#### **Πληθυσμός στόχος**

Χρήστες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε Κέντρο Υγείας.

#### **Πληθυσμός πρόσβασης**

Χρήστες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο Κέντρο Υγείας Αγίας.

#### **Κριτήρια ένταξης**

- Άνδρες και γυναίκες.



- Ηλικία 18 ετών και άνω.
- Ικανότητα επικοινωνίας και γνώση της ελληνικής γλώσσας.

### **Ερευνητική διαδικασία**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Υγείας Αγίας. Με τη μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας εντοπίστηκαν οι συμμετέχοντες. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου, τα οποία δόθηκαν στα υποκείμενα. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη διασφάλιση της ανωνυμίας. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και η διανομή-συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αποκλειστικά από τον ερευνητή.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελούνταν από 4 μέρη:

- Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά.
- Ερωτήσεις αξιολόγησης εμπειριών των ωφελούμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πρόκειται για ερωτήσεις τύπου Likert με απαντήσεις από 1 έως 5. Η μέτρηση με τη μέθοδο Likert συνίσταται στη διατύπωση του βαθμού συμφωνίας με μια σειρά από θετικές και αρνητικές προτάσεις-απόψεις που αφορούν το μελετώμενο αντικείμενο. Η βαθμολογία 1 αποτελεί το ένα άκρο: «διαφωνώ απόλυτα» και η βαθμολογία 5 το άλλο άκρο: «συμφωνώ απόλυτα». Ο βαθμός 3 αντιστοιχεί στην ουδέτερη στάση: «Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ». Το διάστημα μεταξύ των άκρων θεωρείται ότι είναι συνεχές. Προκειμένου να υπάρχει ευκολότερη κατανόηση της αξιολόγησης, η συνολική βαθμολογία μετατρέπεται σε κλίμακα ποσοστιαίας βαθμονόμησης (0-100%), μέσω υπολογισμού και αναγωγής των αρχικών τιμών. Οι τιμές που προσεγγίζουν το 100 δηλώνουν θετική στάση ενώ αυτές που προσεγγίζουν το 0 δηλώνουν αρνητική στάση. Η τιμή 50 αντιστοιχεί σε ουδέτερη στάση.

### **Στατιστική μεθοδολογία**

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή», «τυπική απόκλιση», και «διάμεσος τιμή», ενώ οι διακριτές σε «συχνότητα» και «σχετική συχνότητα (%)».

Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας κλιμάκων μελετήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής. Πρόκειται για έναν συντελεστή που αξιολογεί το βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που

συγκροτούν μια κλίμακα μετρούν την ίδια έννοια. Υπολογίζεται μέσω του συντελεστή Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ), ο οποίος εκτιμά το βαθμό συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του εργαλείου. Τιμές μεγαλύτερες ή πλησιέστερες στο 0.7 χαρακτηρίζονται ως αποδεκτές. Ένας συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's Alpha μεταξύ 0.5 και 0.6 θεωρείται αρκετός, στα αρχικά στάδια μιας μελέτης. Στην περίπτωση που η τιμή alpha ξεπερνά το 80%, τότε θεωρείται μία ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας.

Για τον έλεγχο ισότητας των μέσων τιμών για  $>2$  εξαρτημένα δείγματα έγινε χρήση του ελέγχου Repeated Measures ANOVA ή της δοκιμασίας του Friedman, ανάλογα με την ικανοποίηση της προϋπόθεσης της κανονικότητας. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών έγινε χρήση του δείκτη Pearson ή του Spearman, ανάλογα με το αν ισχύει ή όχι (αντίστοιχα) η παραδοχή της κανονικότητας. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μία τακτικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Spearman. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μία διχοτομικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Point Biserial ή του ελέγχου Mann-Whitney, ανάλογα με την ικανοποίηση της προϋπόθεσης της κανονικότητας. Για τον έλεγχο της συνθήκης της κανονικότητας χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Shapiro-Wilk και η μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot».

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρήση του λογισμικού SPSS 25. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας, p-value, ορίζεται στο 5%.

### **Δειγματοληπτική Μέθοδος**

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η δειγματοληψία «ευκολίας», καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσα άτομα το επιθυμούν. Η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος αφορά σε πιλοτικές έρευνες καθώς δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων.

## 2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

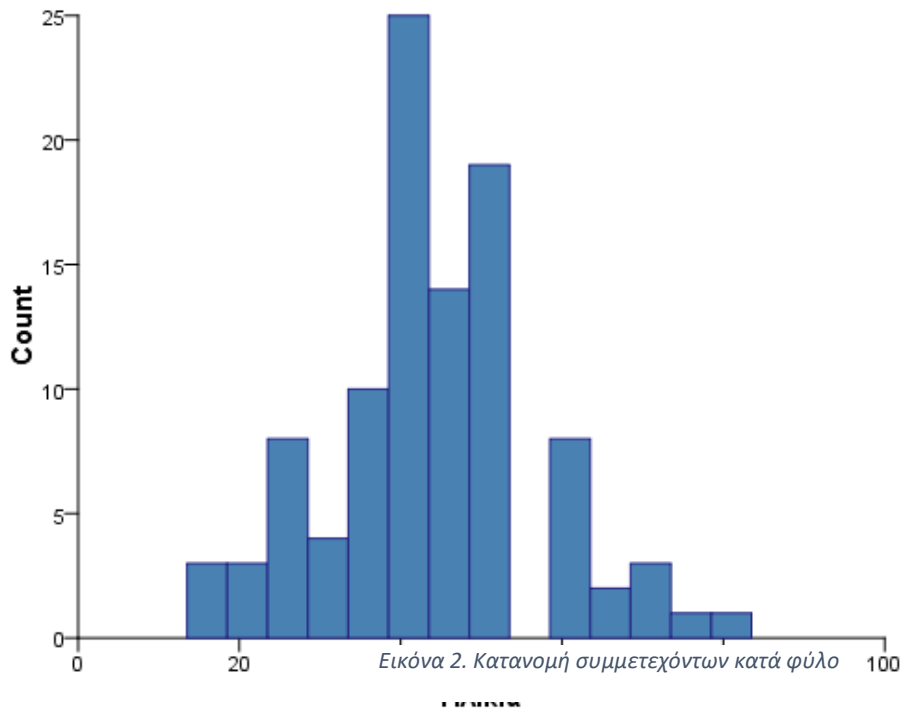
### Περιγραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 101 άτομα (68 γυναίκες και 33 άνδρες), μέσης ηλικίας τα 43,8 έτη (SD = 13,1). Το 16% είναι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 43% δευτεροβάθμιας και το 41% τριτοβάθμιας.

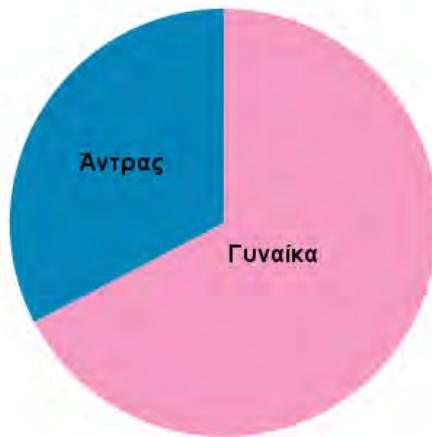
Στον πίνακα και στα γραφήματα που ακολουθούν συνοψίζονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	Mean	Standard Deviation	Count	Column N %
Ηλικία	43,8	13,1		
Φύλο	Γυναίκα		68	67,3%
	Αντρας		33	32,7%
Μορφωτικό επίπεδο	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση		16	16,0%
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση		43	43,0%
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση		41	41,0%



Εικόνα 1. Ηλικιακή κατανομή συμμετεχόντων



Εικόνα 3. Κατανομή συμμετεχόντων κατά φύλο

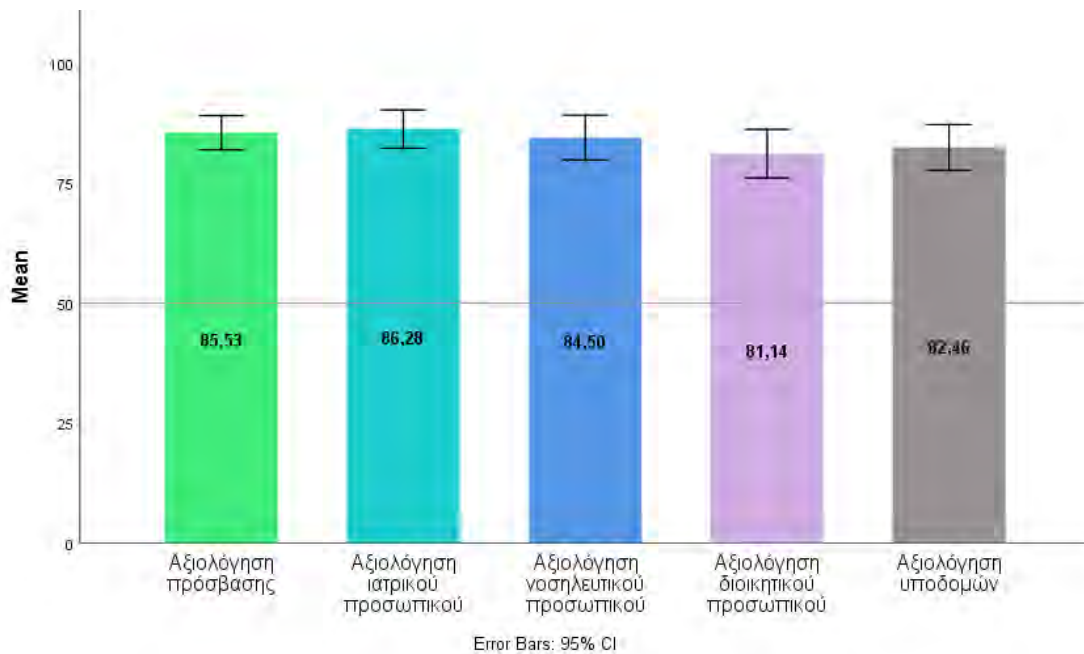


Εικόνα 4. Κατανομή συμμετεχόντων κατά εκπαιδευτικό επίπεδο

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία των μέσων βαθμολογιών των ερωτηματολογίων. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι υπάρχει υψηλό επίπεδο θετικής αξιολόγησης σε όλους τους τομείς (πρόσβαση, ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικό προσωπικό, και υποδομών). Συγκριτικά, η χαμηλότερη βαθμολογία καταγράφεται στην αξιολόγηση του διοικητικού προσωπικού. Ο έλεγχος του Friedman δεν έδειξε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις πέντε αξιολογήσεις ( $\chi^2(4) = 5,012, p = 0,286$ ).

Πίνακας 2. Στατιστικοί δείκτες των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων (σε εκατοστιαία κλίμακα)

	Mean	Standard Deviation	Median	Percentile 25	Percentile 75
Αξιολόγηση πρόσβασης	85,8	13,4	91,7	75,0	100,0
Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού	87,0	13,4	90,0	75,0	100,0
Αξιολόγηση νοσηλευτικού προσωπικού	84,5	17,7	91,7	75,0	100,0
Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού	81,1	19,1	75,0	75,0	100,0
Αξιολόγηση υποδομών	83,5	16,2	87,5	75,0	100,0



Γράφημα 1. Ραβδογράμματα των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων (σε εκατοστιαία κλίμακα)

### Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων

Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφεται η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής των ερωτηματολογίων αξιολόγησης, ως τιμή του συντελεστή alpha του Cronbach. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι όλα τα υπό μελέτη ερωτηματολόγια κρίνονται, σε ότι αφορά την αξιοπιστία τους, ως αποδεκτά.

*Πίνακας 3. Ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας των ερωτηματολογίων*

	Cronbach's Alpha
<i>Αξιολόγηση πρόσβασης</i>	<b>0,672</b>
<i>Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού</i>	<b>0,916</b>
<i>Αξιολόγηση νοσηλευτικού προσωπικού</i>	<b>0,873</b>
<i>Αξιολόγηση υποδομών</i>	<b>0,848</b>

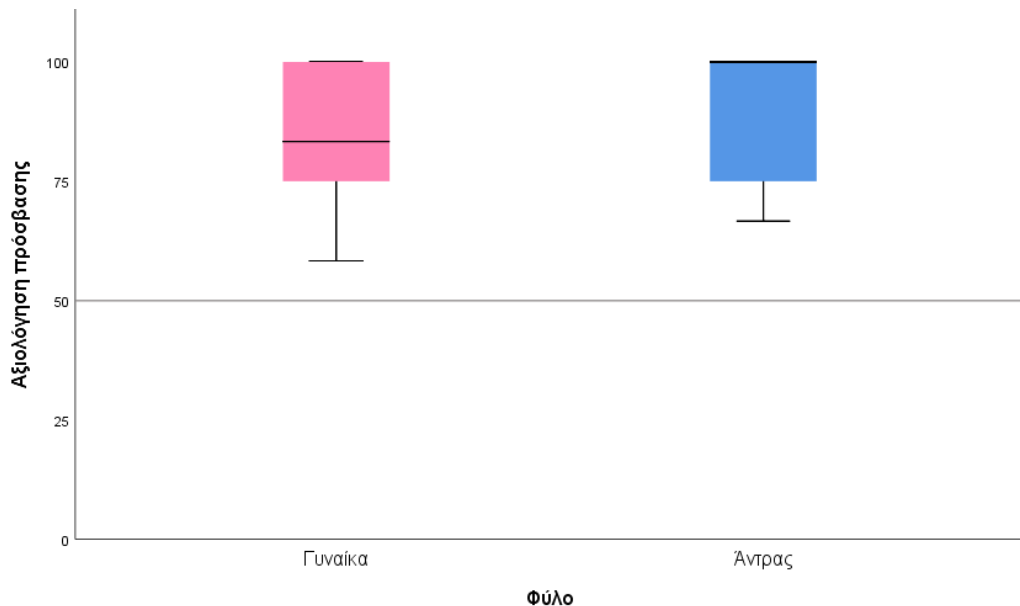
## Συσχετίσεις

### Φύλο

Ο έλεγχος των Mann-Whitney έδειξε ότι:

- Η βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης της πρόσβασης εξαρτάται από το φύλο ( $U = 1431$ ,  $p = 0,019$ ). Στις γυναίκες η μέση βαθμολογία υπολογίστηκε, στατιστικώς σημαντικά, χαμηλότερη από την αντίστοιχη των αντρών.

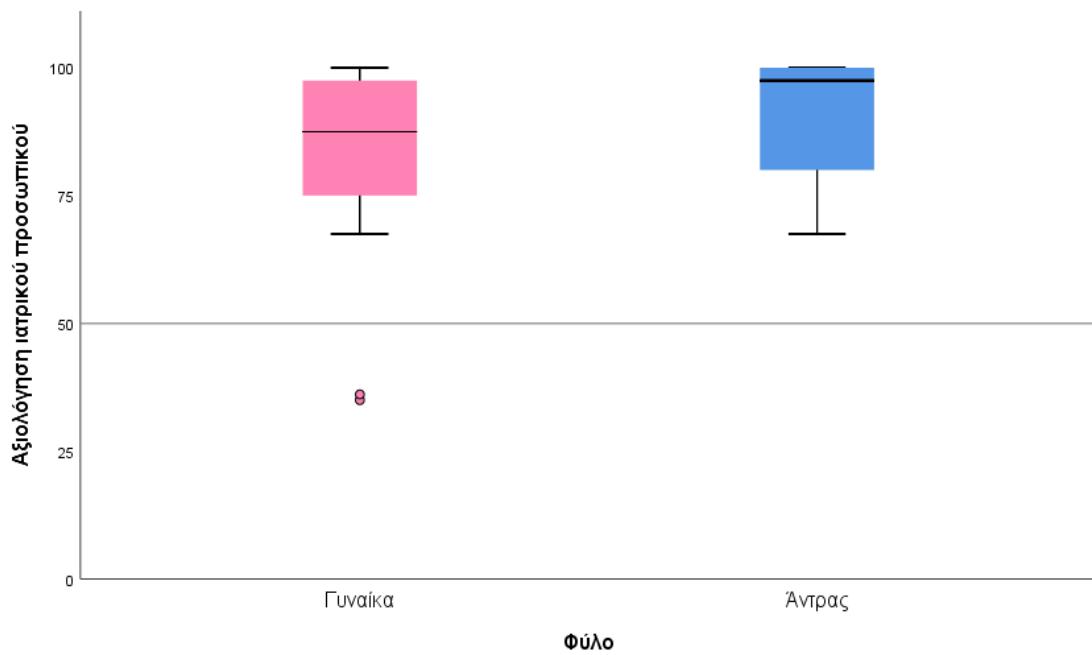
		Φύλο	
		Γυναίκα	Άντρας
Αξιολόγηση πρόσβασης	Mean	83,6	90,4
	Standard Deviation	13,3	12,5
	Median	83,3	100,0
	Percentile 25	75,0	75,0
	Percentile 75	100,0	100,0





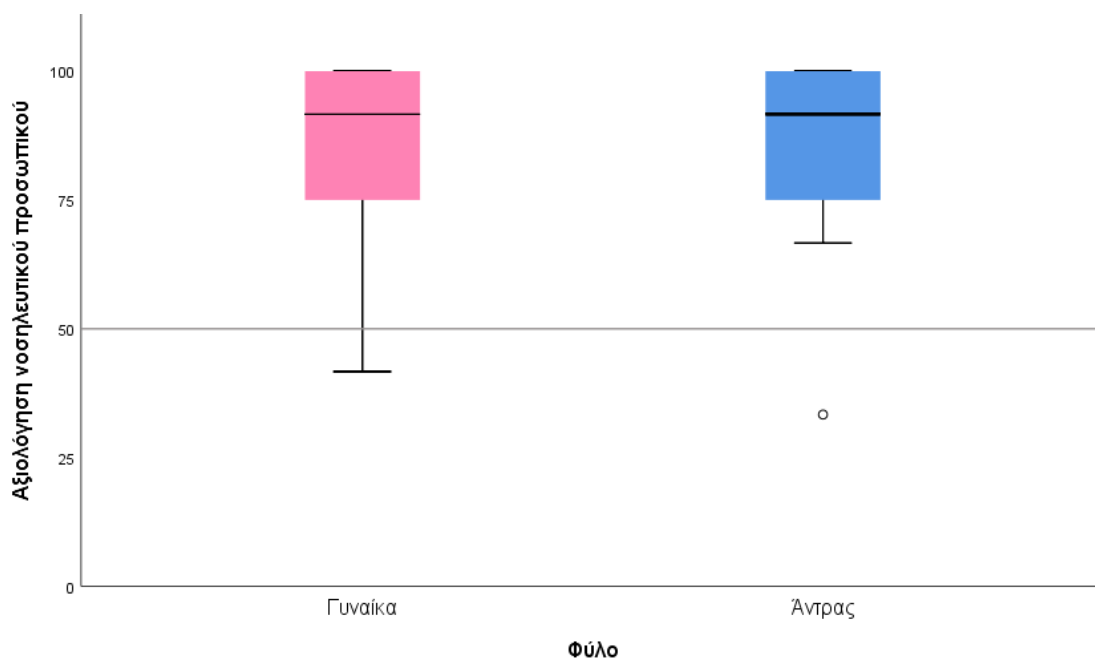
- Η βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης του ιατρικού προσωπικού δεν εξαρτάται από το φύλο ( $U = 1360$ ,  $p = 0,081$ ).

		Φύλο	
		Γυναίκα	Άντρας
Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού	Mean	85,3	90,4
	Standard Deviation	14,0	11,5
	Median	87,5	97,5
	Percentile 25	75,0	80,0
	Percentile 75	97,5	100,0



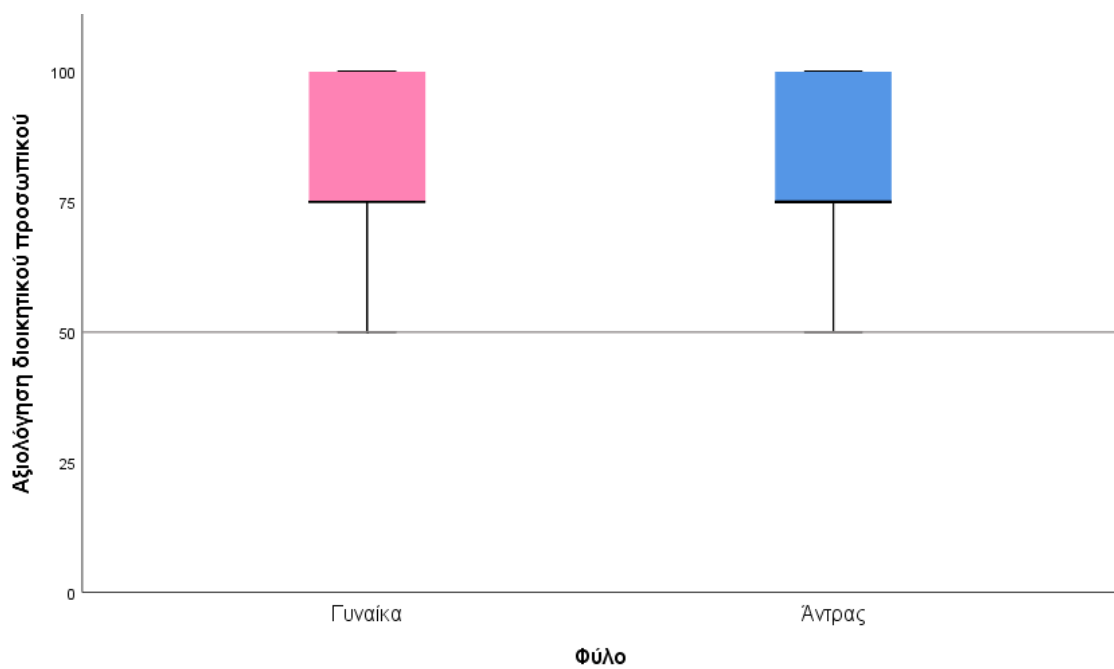
- Η βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης του νοσηλευτικού προσωπικού δεν εξαρτάται από το φύλο ( $U = 369, p = 0,888$ ).

		Φύλο	
		Γυναίκα	Άντρας
Αξιολόγηση νοσηλευτικού προσωπικού	Mean	84,2	85,1
	Standard Deviation	17,8	17,9
	Median	91,7	91,7
	Percentile 25	75,0	75,0
	Percentile 75	100,0	100,0



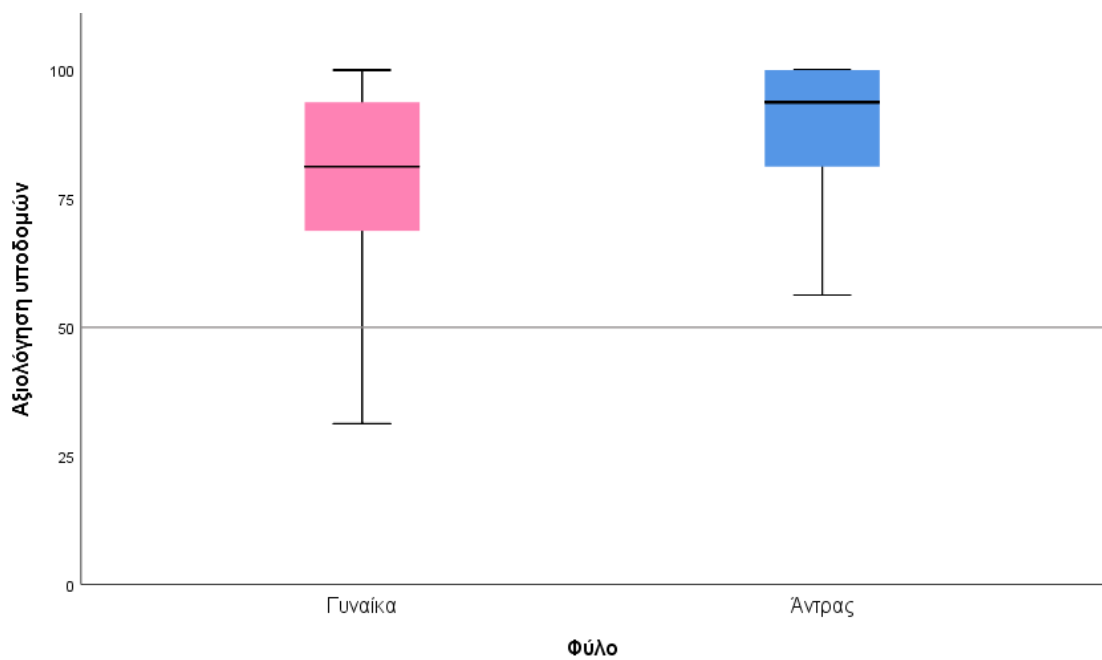
- Η βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης του διοικητικού προσωπικού δεν εξαρτάται από το φύλο ( $U = 403$ ,  $p = 0,443$ ).

		Φύλο	
		Γυναίκα	Άντρας
Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού	Mean	79,6	84,2
	Standard Deviation	20,0	17,1
	Median	75,0	75,0
	Percentile 25	75,0	75,0
	Percentile 75	100,0	100,0



- Η βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης των υποδομών εξαρτάται από το φύλο ( $U = 1461$ ,  $p = 0,013$ ). Στις γυναίκες η μέση βαθμολογία υπολογίστηκε, στατιστικώς σημαντικά, χαμηλότερη από την αντίστοιχη των αντρών.

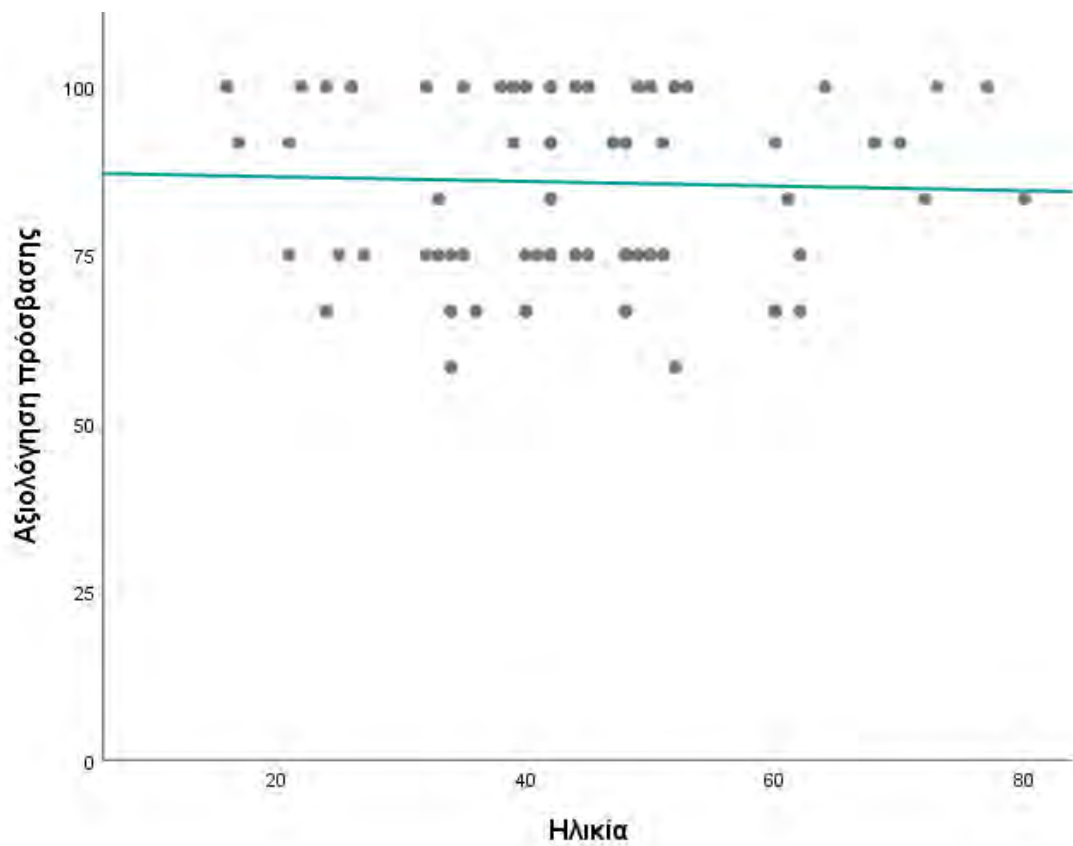
		Φύλο	
		Γυναίκα	Άντρας
Αξιολόγηση υποδομών	Mean	80,7	89,2
	Standard Deviation	17,3	12,0
	Median	81,3	93,8
	Percentile 25	68,8	81,3
	Percentile 75	93,8	100,0



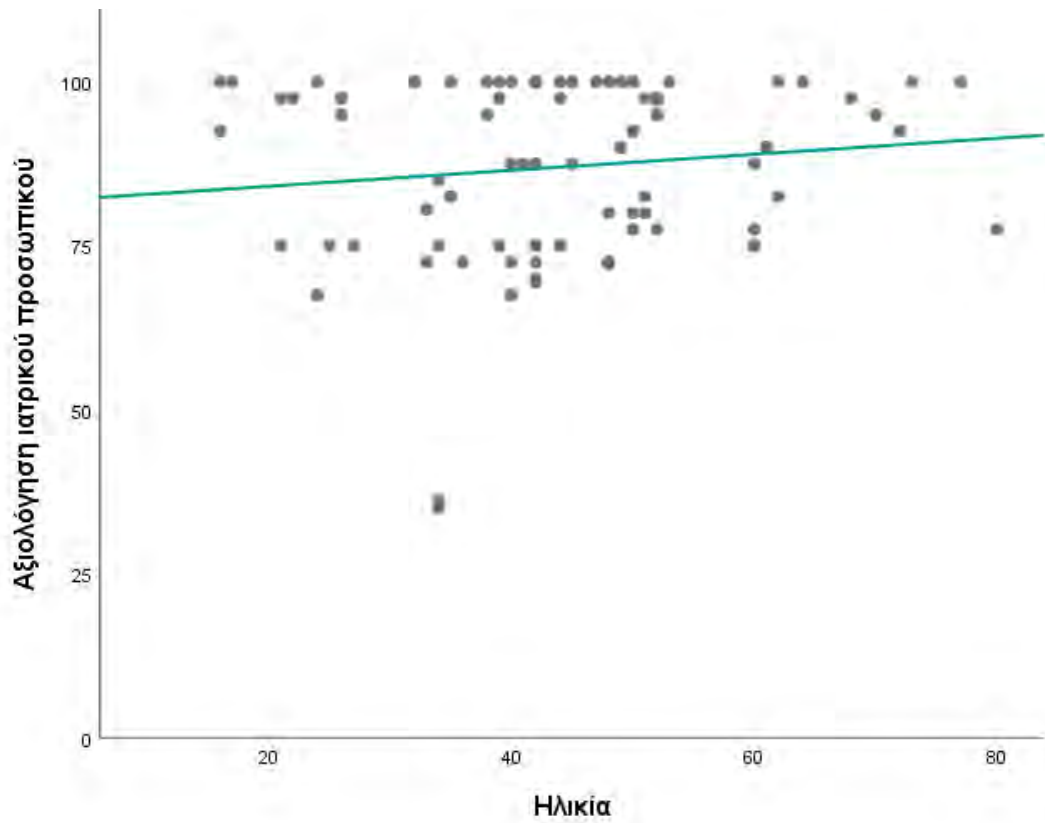
## Ηλικία

Ο έλεγχος συσχέτισης έδειξε ότι η ηλικία:

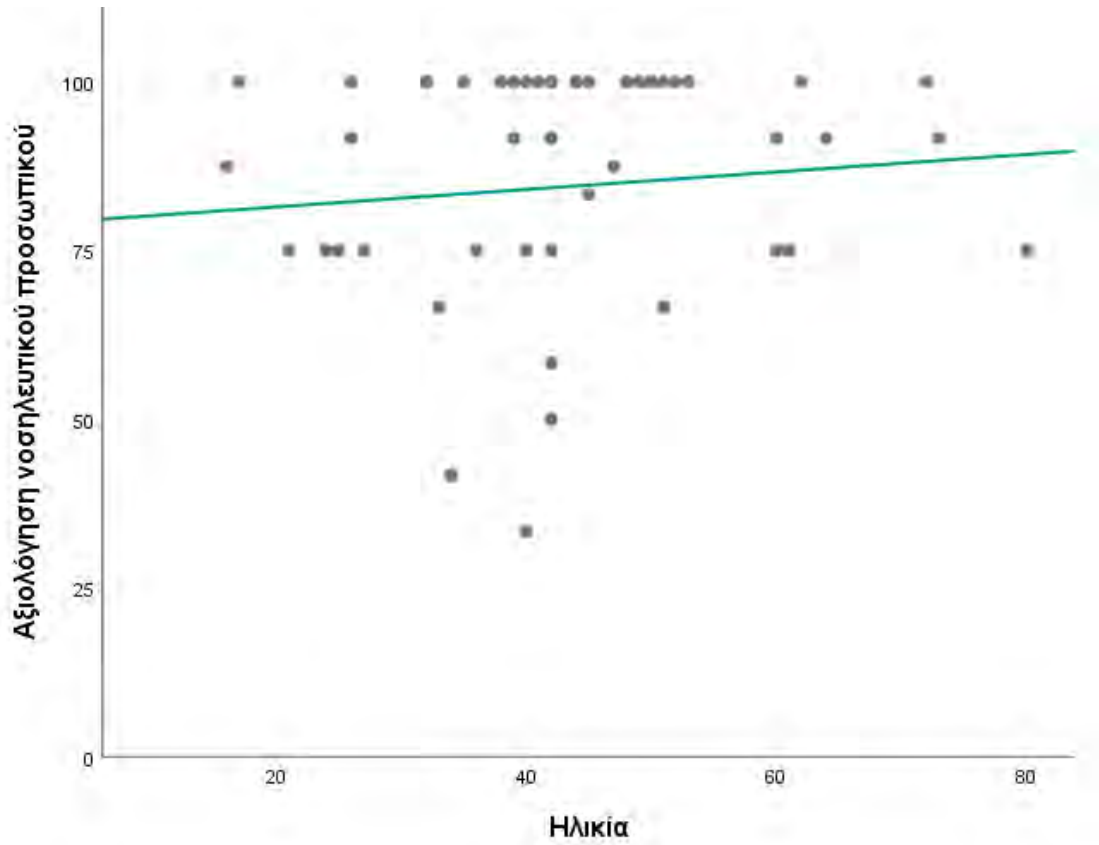
- Δεν συσχετίζεται με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης της πρόσβασης εξαρτάται ( $r_s(101) = -0,032$ ,  $p = 0,748$ ).



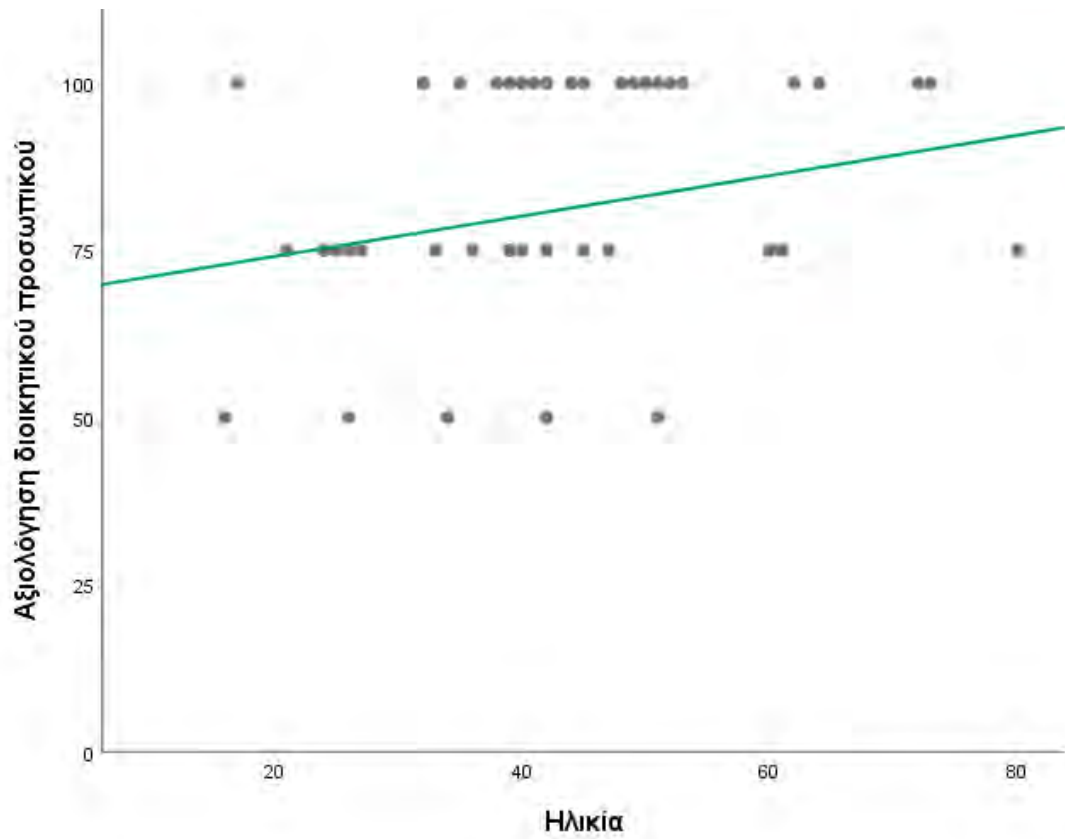
- Δεν συσχετίζεται με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης του ιατρικού προσωπικού ( $r_s(101) = 0,122, p = 0,226$ ).



- Δεν συσχετίζεται με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης του νοσηλευτικού προσωπικού ( $r_s(57) = 0,113, p = 0,405$ ).

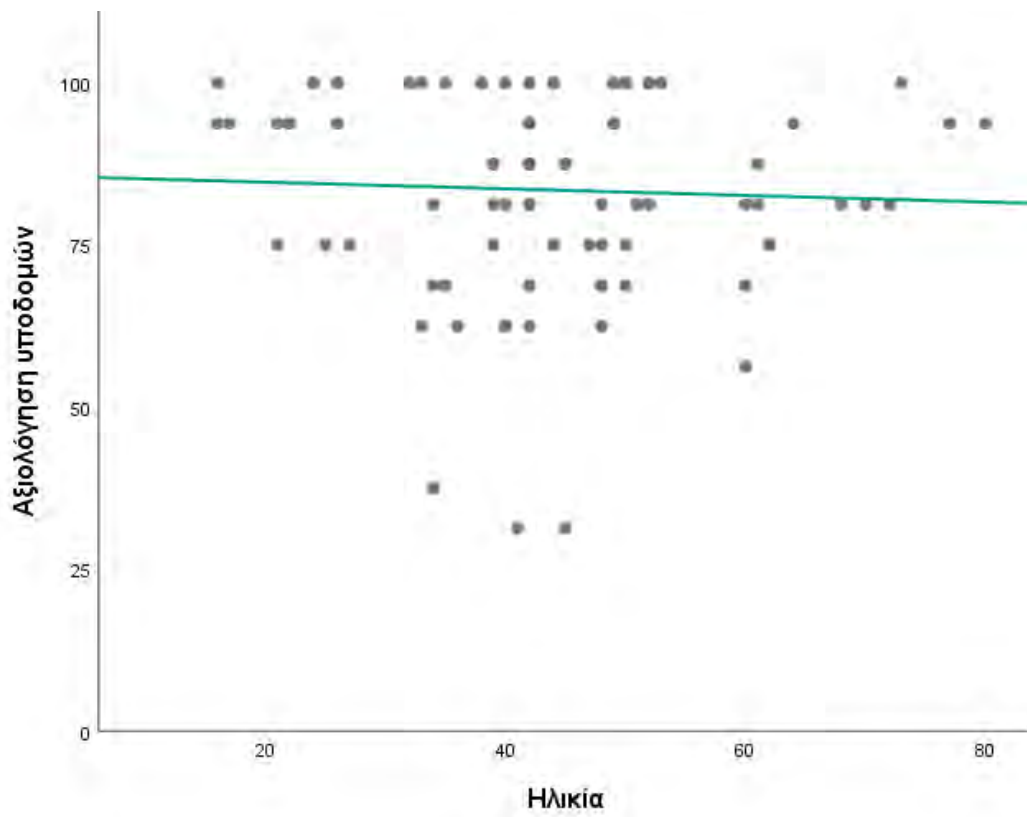


- Δεν συσχετίζεται με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης του διοικητικού προσωπικού ( $r_s(57) = 0,214, p = 0,110$ ).





- Δεν συσχετίζεται με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης των υποδομών ( $r_s(101) = -0,038, p = 0,704$ ).

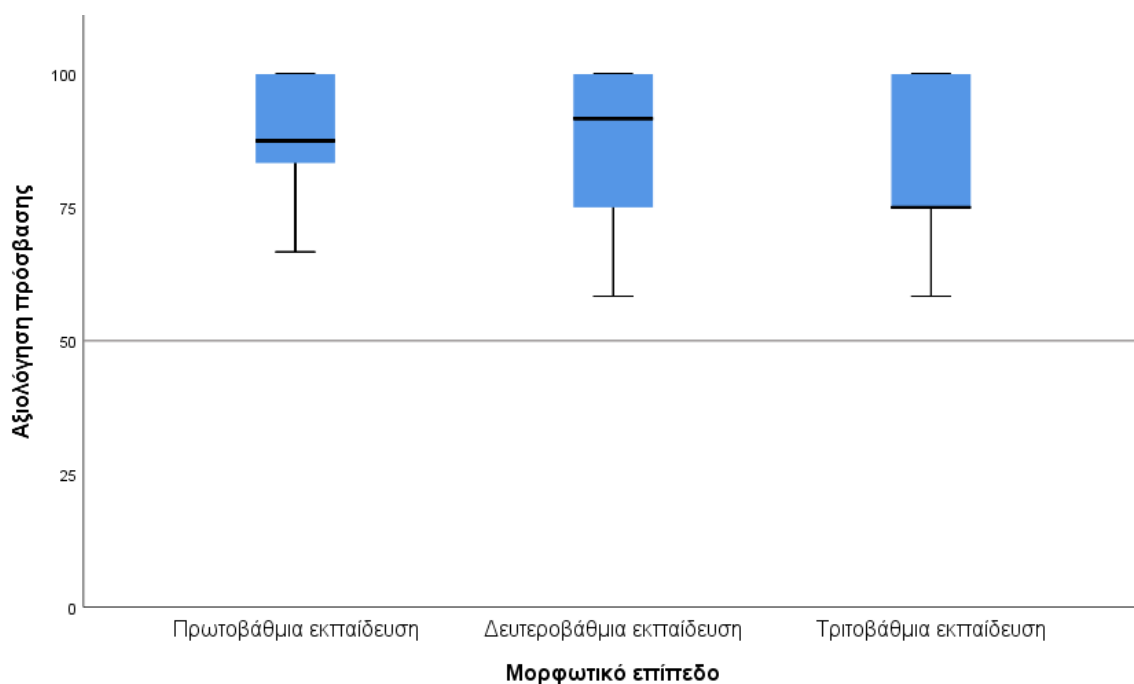


## Εκπαιδευτικό επίπεδο

Ο έλεγχος συσχέτισης έδειξε ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο:

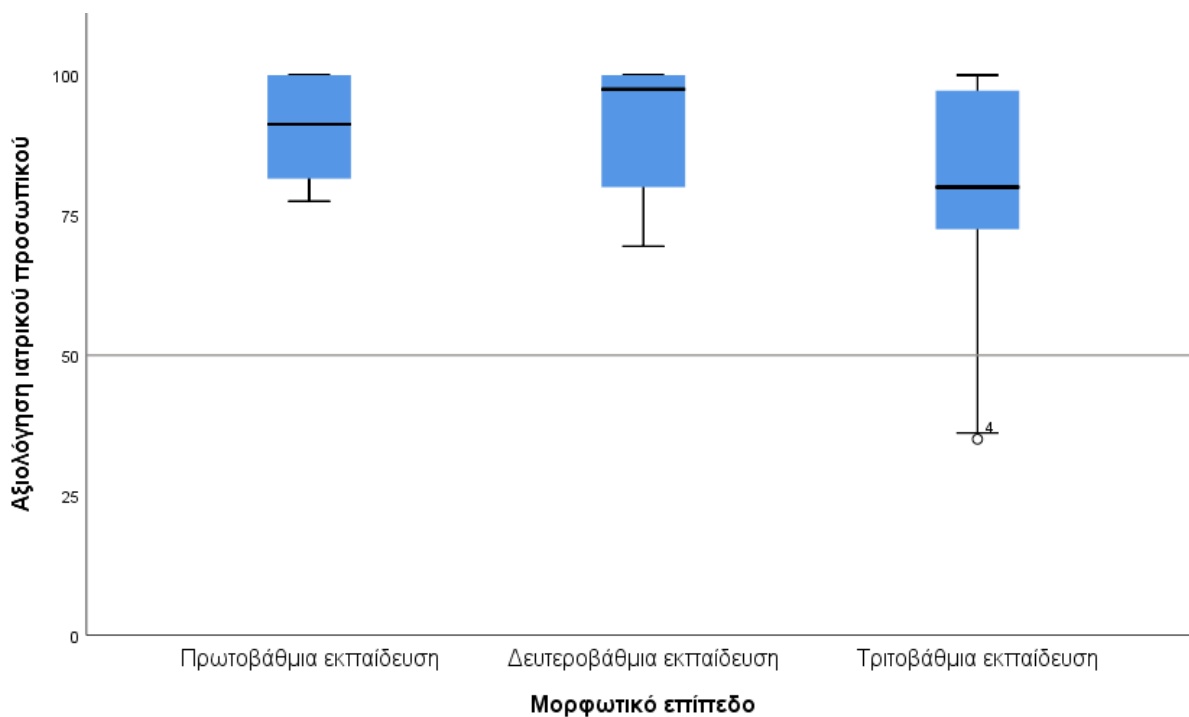
- Συσχετίζεται με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης της πρόσβασης εξαρτάται ( $r_s(100) = -0,239$ ,  $p = 0,017$ ). Χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε χαμηλότερη βαθμολογία.

		Μορφωτικό επίπεδο		
		Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	Τριτοβάθμια εκπαίδευση
Αξιολόγηση πρόσβασης	Mean	89,1	88,8	81,7
	Standard Deviation	11,3	12,8	13,8
	Median	87,5	91,7	75,0
	Percentile 25	83,3	75,0	75,0
	Percentile 75	100,0	100,0	100,0



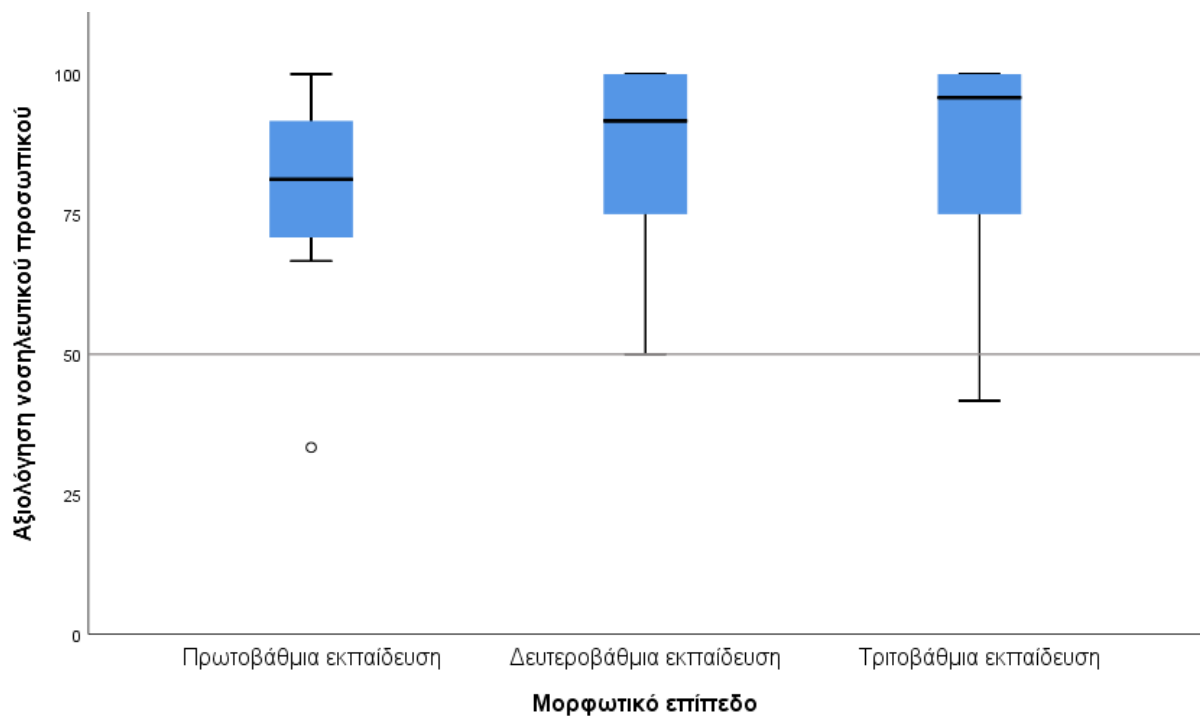
- Συσχετίζεται με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης του ιατρικού προσωπικού ( $r_s(100) = -0,283, p = 0,004$ ). Χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε χαμηλότερη βαθμολογία.

		Μορφωτικό επίπεδο		
		Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	Τριτοβάθμια εκπαίδευση
Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού	Mean	90,7	90,5	81,9
	Standard Deviation	8,8	10,9	15,8
	Median	91,3	97,5	80,0
	Percentile 25	81,5	77,5	72,5
	Percentile 75	100,0	100,0	97,2



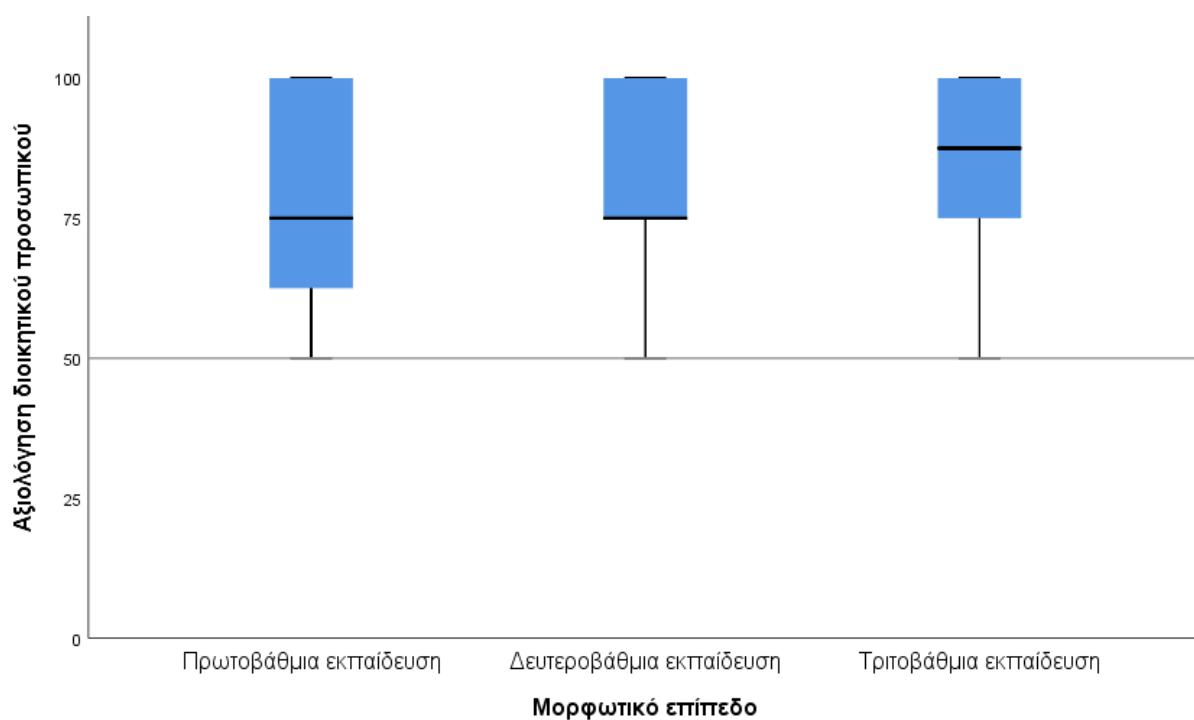
- Δεν συσχετίζεται με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης του νοσηλευτικού προσωπικού ( $r_s(56) = 0,158, p = 0,246$ ).

		Μορφωτικό επίπεδο		
		Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	Τριτοβάθμια εκπαίδευση
Αξιολόγηση νοσηλευτικού προσωπικού	Mean	79,5	86,4	85,2
	Standard Deviation	18,8	16,3	19,7
	Median	81,3	91,7	95,8
	Percentile 25	70,8	75,0	75,0
	Percentile 75	91,7	100,0	100,0



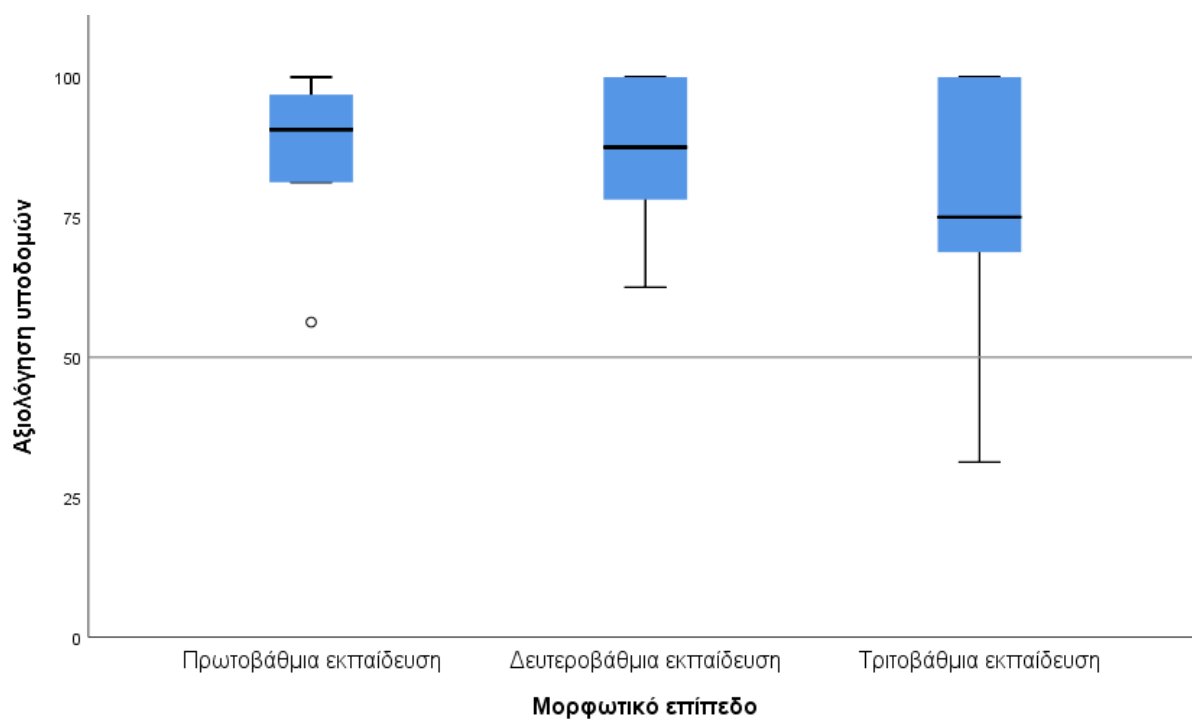
- Δεν συσχετίζεται με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης του διοικητικού προσωπικού ( $r_s(56) = 0,107, p = 0,432$ ).

		Μορφωτικό επίπεδο		
		Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	Τριτοβάθμια εκπαίδευση
Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού	Mean	79,2	79,8	84,7
	Standard Deviation	20,9	20,0	17,4
	Median	75,0	75,0	87,5
	Percentile 25	62,5	75,0	75,0
	Percentile 75	100,0	100,0	100,0



- Δεν συσχετίζεται με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου της αξιολόγησης των υποδομών ( $r_s(100) = -0,195, p = 0,052$ ).

		Μορφωτικό επίπεδο		
		Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	Τριτοβάθμια εκπαίδευση
Αξιολόγηση υποδομών	Mean	88,3	86,9	79,3
	Standard Deviation	11,4	11,8	18,8
	Median	90,6	87,5	75,0
	Percentile 25	81,3	75,0	68,8
	Percentile 75	96,9	100,0	100,0



### 3.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ειδικότερα η αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών του Κέντρου Υγείας Αγίας. Πιο συγκεκριμένα η εργασία αποσκοπεί στο να προσδιορίσει το βαθμό ικανοποίησης διαμέσου των διαφόρων διαστάσεων αυτής.

Ο πληθυσμός – στόχος της συγκεκριμένης μελέτης αποτελείται από 101 άτομα συνολικά με επιμέρους αναλογία ανδρών -γυναϊκών,33-68,γυναίκες δηλαδή σε ποσοστό 67,3% και άνδρες σε ποσοστό 32,7% και με μέση ηλικία τα 43,8 έτη. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο το 16% είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 43% δευτεροβάθμιας και το 41% τριτοβάθμιας.

Από τα βασικά στατιστικά στοιχεία των μέσων βαθμολογιών των ερωτηματολογίων φαίνεται ότι υπάρχει υψηλό επίπεδο θετικής αξιολόγησης σε όλους τους τομείς, πρόσβαση-ιατρικό-νοσηλευτικό- διοικητικό προσωπικό καθώς επίσης και στην υποδομή. Ειδικότερα παρουσιάζεται η πρόσβαση σε ποσοστό 85,8%, την αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού σε ποσοστό 87%, την αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού σε ποσοστό 84,6%, του διοικητικού προσωπικού σε ποσοστό 81,1% και της υποδομής σε ποσοστό 83,5%. Συγκριτικά η χαμηλότερη βαθμολογία καταγράφεται στην αξιολόγηση του διοικητικού προσωπικού.

Αναλυτικότερα η συσχέτιση με το φύλο ως προς την αξιολόγηση της πρόσβασης δείχνει η βαθμολογία να εξαρτάται από το φύλο. Στις γυναίκες η μέση βαθμολογία ήταν χαμηλότερη (83,6) από την αντίστοιχη των αντρών (90,4). Στα υπόλοιπα κομμάτια της αξιολόγησης και συγκεκριμένα η βαθμολογία στην αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού δεν εξαρτάται από το φύλο, γυναίκες: 85,3%-άνδρες: 90,4%. Το ίδιο ισχύει και με το νοσηλευτικό, γυναίκες: 84,2%-άνδρες: 85,1%, και το διοικητικό προσωπικό, γυναίκες: 79,6%-άνδρες:84,2% , δεν υπάρχει δηλαδή εξάρτηση από το φύλο. Τέλος ως προς την αξιολόγηση των υποδομών η βαθμολογία εξαρτάται από το φύλο, με στατιστικώς χαμηλή βαθμολογία στις γυναίκες με ποσοστό 80,7% σε σχέση με το αντίστοιχο των ανδρών με ποσοστό 89,2%.

Ακολούθως ο έλεγχος συσχέτισης της αξιολόγησης της πρόσβασης, του ιατρικού – νοσηλευτικού – διοικητικού προσωπικού καθώς και της υποδομής με την ηλικία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση.

Ο έλεγχος συσχέτισης με το εκπαιδευτικό επίπεδο των χρηστών δείχνει να συσχετίζεται με την αξιολόγηση της πρόσβασης, να εξαρτάται, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε χαμηλή βαθμολογία. Το ίδιο ισχύει και για το ιατρικό προσωπικό ενώ για το νοσηλευτικό, διοικητικό προσωπικό καθώς και τις υποδομές δεν συσχετίζεται το εκπαιδευτικό επίπεδο με την αξιολόγηση.

### **Συμπεράσματα**

Γενικά από την πραγματοποίηση της έρευνας που έγινε στο Κ.Υ. Αγιάς εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι χρήστες συνολικά των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρουσιάζονται σε σχετικά μεγάλο ποσοστό ικανοποιημένοι από την παροχή των υπηρεσιών αυτών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και από την προσβασιμότητα στο Κ.Υ. την ξενοδοχειακή υποδομή, χώροι-εργαστήρια και από τις διοικητικές υπηρεσίες.

Ειδικότερα όπως διαπιστώθηκε οι περισσότεροι εξυπηρετούμενοι δηλώνουν ικανοποιημένοι από την αντιμετώπιση και γενικότερα την θεραπευτική γραμμή του Ιατρικού προσωπικού ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλλου με μια μικρή απόκλιση να υπάρχει σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των χρηστών.

Σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό υπάρχει θετική απόκριση από την αντιμετώπιση-συμπεριφορά και γενικότερα στάση του απέναντι τους ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου.

Ως προς τις κτιριακές υποδομές-εγκαταστάσεις, χώρους αναμονής υπάρχει ικανοποίηση των ωφελούμενων ανεξαρτήτως ηλικίας και εκπαιδευτικού επιπέδου με εξαίρεση το φύλλο και συγκεκριμένα το γυναικείο να δηλώνει μικρότερη συγκριτικά ικανοποίηση.

Όσον αφορά την πρόσβαση σε αυτό υπάρχει ικανοποίηση των χρηστών ανεξαρτήτως ηλικίας, αλλά ως προς το φύλο να υπάρχει μια συγκριτικά στατιστικώς χαμηλότερη ικανοποίηση των γυναικών με αυτό των ανδρών, όπως επίσης και σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο αξιολογείται η πρόσβαση σε χαμηλότερο βαθμό.

Τέλος ως προς τις διοικητικές υπηρεσίες και το προσωπικό αυτών δεν σχετίζεται η ικανοποίηση ούτε με το φύλο, ούτε με την ηλικία αλλά ούτε και με το μορφωτικό επίπεδο αν και συγκριτικά στο γενικό σύνολο των αποτελεσμάτων ικανοποίησης κατέχει το μικρότερο θετικό ποσοστό.

Επομένως οι περισσότεροι φαίνονται ικανοποιημένοι από την προσφορά των υπηρεσιών υγείας της συγκεκριμένης δομής χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχει χώρος περαιτέρω βελτίωσης ώστε να απολαμβάνουν ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Schmets G., Kadandale S., Porignon D., Rajan D., Strategizing national health in the 21st century: a handbook, Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Κοτσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ., Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9<sup>ος</sup>, Τεύχος 4<sup>ο</sup>, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2010.
3. WHO, Human rights and health, December 2017.
4. Πράπα Π., Φακή Μ., Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγείας», Κοινωνιολογία της Υγείας, 40-42.
5. Κυριόπουλος Γ., ΕΣΔΥ, Αθήνα, Απρίλιος 2002.
6. Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(6):578-582.
7. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
8. Έλληνας Δ., Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθενείας σε σύστημα υγείας, Ιατρικά θέματα, 2009,ΙΘ(48):17-23.
9. [www.opengov.gr/yyka](http://www.opengov.gr/yyka).
10. <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care>.
11. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
12. Ρίκος Ν., Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 14, Τεύχος 4 (ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2015), σελ. 247-252.
13. Παπακωστίδη Α, Τσουκαλάς Ν., Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29(4):480-488.
14. Σίμου Ε., Ρουμελιώτη Α. και συν., Υγειονομικός Χάρτης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τεύχος 7.
15. Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως, Αριθμός Φύλλου 143, Τεύχος Πρώτο, νόμος 1397/1983, Εθνικό Σύστημα Υγείας, 2229-2248.
16. Βραχάτης Δ., Παπαδόπουλος Α., Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές, Νοσηλευτική 2012, 51(1):10-17.
17. Νόμος 1397/1983, Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΦΕΚ143/Α/1983.
18. Νόμος 2071/1992, Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, ΦΕΚ123/Α/1992.
19. Νόμος 3235/2004, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ΦΕΚ53/Α/2004.

20. Νόμος 3329/2005, Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ81/Α/2005.
21. Νόμος 3918/2011, Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ31/Α/2011.
22. Νόμος 4238/2014, Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ38/Α/2014.
23. Νόμος 4486/2017, Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ115/Α/2017.
24. Ποτήρης Α., Σαράφης Π., Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας(2014)Τόμος 6, Τεύχος 3,116-121.
25. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Υπουργικές Αποφάσεις και Εγκρίσεις, ΦΕΚ229/Β/1986.
26. Καλογερόπουλος Δ., Χαραλάμπους Γ., Ποιότητα και αποδοτικότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική,2019, Τόμος 8, Τεύχος 1, 22-34.
27. Μπαλάσκα Δ., Μπιτσώρη Ζ., Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2015, Τόμος 4, Τεύχος 3, 106-120.
28. <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care>.
29. Φρεγγίδου Ε., Γαλάνης Π., Ζαφειροπούλου Μ., Διακούμης Γ., Παπαδόπουλος Ρ., Παπαγιάννη Α., Θεοδώρου Μ., Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2017, 34(2):236-243.
30. Κοτσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ., Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, Το Βήμα του Ασκληπιού 2010,9(4):398-408.
31. Πετρέλης Μ., Δομάγερ Φ.-Ρ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης 2016,15(4):365-379.
32. Assaf F., Mubashar S., Quality improvement in primary health care- A practical guide,WHO,Cairo,2004.