ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Π.Μ.Σ << ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ>>

Υπεύθυνος Προγράμματος: Καθηγητής Τούντας Ιωάννης

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΚΑΙ ΜΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΑΤΤΙΚΗΣ

Ονοματεπώνυμο μεταπτυχιακής φοιτήτριας:

Ευαγγελία Ζάμπα,Χειρουργός Οδοντίατρος

Επιβλέποντες:

Κυριάκος Σουλιώτης

Αν. Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Αναπληρωτής Διευθυντής, LSE Enterprise - Ομάδα Έρευνας Τεχνολογιών Υγείας

Βασιλική Καπάκη

Δρ. Πολιτικής Υγείας

Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Αθήνα 2019



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Π.Μ.Σ << ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ>>

Υπεύθυνος Προγράμματος: Καθηγητής Τούντας Ιωάννης

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΚΑΙ ΜΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΑΤΤΙΚΗΣ

Ονοματεπώνυμο μεταπτυχιακής φοιτήτριας:

Ευαγγελία Ζάμπα, Χειρούργος Οδοντίατρος

Επιβλέποντες:

Κυριάκος Σουλιώτης

Αν. Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Αναπληρωτής Διευθυντής, LSE Enterprise - Ομάδα Έρευνας Τεχνολογιών Υγείας

Βασιλική Καπάκη

Δρ. Πολιτικής Υγείας

Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Αθήνα 2019

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος στο ‘’Σχεδιασμό και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας’’ που απονέμει η Ιατρική Σχολή Αθηνών.

Εγκρίθηκε την ..... από την εξεταστική επιτροπή

.....

.....

.....

Βαθμός: Άριστη __

Πολύ καλή __

Καλή __

Αποδεκτή __

Copyright ©

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας εξ' ολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικούς σκοπούς. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής η ερευνητικής φύσης υπό την προϋπόθεση να ανφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τη συγγραφέα.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό των οδοντιατρείων που συμμετείχαν στην παρούσα εργασία, που παρά το φόρτο εργασίας τους και τη χρονική πίεση βοήθησαν σημαντικά στην εκπόνησή της.

Θα ήθελα επιπλέον να ευχαριστήσω τους καθηγητές μου, τόσο του προπτυχιακού μου προγράμματος που με έπεισαν να επιλέξω το συγκεκριμένο ΠΜΣ όσο και του μεταπτυχιακού για τις γνώσεις που μου έδωσαν.

Η παρούσα εργασία καθώς και όλη η μέχρι τώρα προσπάθειά μου αφιερώνεται εξ'ολοκλήρου στην οικογένεια μου, που θα είναι πάντα η σημαντικότερη αρχή όσων έχω επιτύχει.

Ακρωνύμια

Ελληνικά

Δ.Ο.Π.:Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση

Ε.Ζ.Ε.Σ.: Ευρωπαϊκή Ζώνη Ελεύθερων Συναλλαγών

Ε.Ο.Κ.: Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα

Ε.ΣΥ.Δ.: Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης

ΕΛ.Ο.Τ.: Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης

Η.Π.Α.: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Π.ΟΥ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Τ.Π.Ε.: Τεχνολογίες Πληροφορικής Επικοινωνιών

Χ.Η.: Χωρίς Ημερομηνία

Αγγλικά

IAP: International Accreditation Program

ISO: International Standards Organization

ISQua: International Society for Quality in Health Care

JCI: Joint Commission International

N.D.: No Date

SAI: Swiss Approval International

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TJC: The Joint Commission

WHO: World Health Organization

Περίληψη

Εισαγωγή. Τα τελευταία χρόνια, το ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εμφανίστηκε στο προσκήνιο, συγκεντρώνοντας έντονο ερευνητικό αλλά και πρακτικό ενδιαφέρον. Επιπλέον, αρκετές αλλαγές παρατηρούνται και στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας που στις μέρες μας διατυπώνουν υψηλότερες προσδοκίες όσον αφορά στην ικανοποίηση, στην αποτελεσματικότητα και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός έρευνας. Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών, και κατ'επέκταση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, τόσο σε πιστοποιημένα όσο και σε μη πιστοποιημένα ιδιωτικά οδοντιατρεία στο νομό Αττικής, της ανάδειξης της διαφοράς των παρεχόμενων υπηρεσιών τους και τους τομείς στους οποίους αυτή εμφανίζεται.

Μεθοδολογία. Πρόκειται για ποιοτική μελέτη εκτίμησης της ικανοποίησης ασθενών από ιδιωτικά πιστοποιημένα και μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία στο νομό Αττικής με τη χρήση ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου. Το συνολικό δείγμα που συγκεντρώθηκε είναι 317 ασθενείς σε διάστημα τριών μηνών από τη διάθεση των ερωτηματολογίων. Πιο συγκεκριμένα,το δείγμα για τα πιστοποιημένα οδοντιατρεία αποτέλεσαν 176 ασθενείς, ενώ το δείγμα των μη πιστοποιημένων ήταν 141 ασθενείς. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS for Windows version 25, ενώ οι πίνακες δημιουργήθηκαν με το Microsoft Excel 2010 με βάση τα δεδομένα της ανάλυσης του προγράμματος SPSS.

Αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν διαφορές μεταξύ του κοινωνικού επιπέδου των ασθενών, του μόνιμου τόπου διαμονής των συμμετεχόντων όπως επίσης και διαφορές στο λόγο επιλογής και επίσκεψης στο κάθε οδοντιατρείο, ενώ στο αμιγές κομμάτι της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες οι διαφορές ήταν μικρές. Οι ερωτήσεις με τις περισσότερο μοιρασμένες απαντήσεις ήταν όσες αφορούσαν στο οικονομικό σκέλος. Οι συντελεστές συσχέτισης δεν έδειξαν καμία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και ικανοποίησης, με εξαίρεση το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία.

Συμπεράσματα. Παρ'ότι τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν μικρές διαφορές στην ικανοποίηση των ασθενών μεταξύ πιστοποιημένων και μη χώρων, τα αποτελέσματα αυτά είναι αρκετά περιορισμένα λόγω του μικρού αριθμού πιστοποιημένων οδοντιατρικών κλινικών στη χώρα μας. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα.

Λέξεις-κλειδιά: οδοντιατρική περίθαλψη, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, ικανοποίηση ασθενών, πιστοποίηση υπηρεσιών υγείας

Abstract

Background. In recent years, the issue of quality assurance in health services has emerged in the forefront, with strong research and practical interest. In addition, there is a number of changes to health service users who nowadays have higher expectations of satisfaction, efficiency and quality of health services.

Aim of the study. The aim of the present study is to assess the satisfaction of patients and, by extension, the quality of the services provided both in certified and non-certified private dental practices in the prefecture of Attica, to highlight the difference in the services provided and the areas in which it appears.

Methodology. This is a qualitative study of the satisfaction of patients from private certified and non-certified dental practices in the prefecture of Attica using an anonymous and self-completed questionnaire. The aggregate sample collected is 317 patients within three months of the questionnaire being shared. In particular, the sample for certified dental places was 176 patients, while the sample of non-certified dental places was 141 patients. For the statistical analysis, the SPSS program for Windows version 25 was used, and the tables were created with Microsoft Excel 2010 based on the SPSS analysis data.

Results. The results showed differences between the social level of patients, the permanent residence of the participants as well as differences in the reason for choice and visit to each dental place, while in the pure part of the satisfaction of the services the differences were small. The questions with the most shared responses were those in the financial basis. Correlation coefficients did not show any statistically significant relationship between demographic characteristics and satisfaction, with the exception of the level of education of patients in certified dental clinics.

Conclusions. Although the results of the research showed little differences in the satisfaction of the patients between certified and non-certified dental clinics, these results are quite limited due to the small number of certified dental clinics in our country. Further research is needed to produce safer conclusions.

Key words: dental care services, quality of health services, patients' satisfaction, health services' certification

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ακρωνύμια 9

Ελληνικά 9

Αγγλικά 9

Περίληψη 10

Abstract 11

Κατάλογος σχημάτων 16

Κατάλογος διαγραμμάτων 17

Κατάλογος πινάκων 19

Εισαγωγή 20

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 21

1. Υπηρεσίες Υγείας 22

1.1. Ορισμός 22

1.2. Οδοντιατρική περίθαλψη 22

1.2.1. Εισαγωγή 22

1.2.2. Στοματική υγεία 22

1.2.3. Επιπτώσεις στη γενική υγεία, στην κοινωνία,στην οικονομία και στην ποιότητα ζωής 23

1.2.4. Ιδιαιτερότητες του Οδοντιατρικού Κλάδου 24

2. Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας 24

2.1 Εισαγωγή 24

2.2. Ιστορικά Στοιχεία 25

2.3. Ορισμός 26

2.4. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας 29

2.5. Ποιότητα στην Οδοντιατρική Περίθαλψη 29

2.5.1. Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στην οδοντιατρική περίθαλψη 31

3. Πρότυπα Διασφάλισης Ποιότητας 31

3.1. Ορισμός 31

3.2. Το Πρωτόκολλο Διασφάλισης Ποιότητας ISO 9001 33

3.3. Πρότυπα Διασφάλισης Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας 36

Πέραν του προτύπου ISO 9001, κράτη και διεθνείς οργανισμοί έχουν δημιουργήσει τα δικά τους πρότυπα ως προς την διασφάλιση της ποιότητας στην ιατροφαρμακευτική φροντίδα. .. 36

3.3.1. DIN EN 15224 36

3.3.2. Κοινοπρακτική Επιτροπή και Διεθνής Κοινοπρακτική Επιτροπή (The Joint Commission & Joint Commission International) 36
3.3.3. TEMOS (Telemedicine Mobile Society) 37
3.3.5. Αυστραλιανό Συμβούλιο Τυποποίησης Υπηρεσιών Υγείας (Australian Council on Healthcare Standards) 38
3.3.6. Swiss Approval International 39
3.4. Πιστοποίηση και Διαπίστευση των Οργανισμών στα Πρωτόκολλα 39
3.5. Οφέλη από την εφαρμογή ενός Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας 41
4. Ικανοποίηση ασθενών 42
4.1. Ορισμός 42
4.2. Παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών 44
4.3. Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών 45
4.4. Συσχέτιση ποιότητας και ικανοποίησης των ασθενών 46
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 48
5. Ερευνητική Προσέγγιση 49
5.1. Σκοπός της έρευνας και επιμέρους στόχοι 49
5.2. Σχεδιασμός της μελέτης 49
5.3. Μεθοδολογία της έρευνας 50
5.4. Στατιστική ανάλυση της έρευνας 50
5.5. Ηθικά θέματα 50
6. Αποτελέσματα 51
6.1. Δημογραφικές ερωτήσεις 51
6.1.1. Φύλο συμμετεχόντων 51
6.1.2. Ηλικία συμμετεχόντων 52
6.1.3. Υπηκοότητα συμμετεχόντων 52
6.1.4. Τόπος μόνιμης διαμονής συμμετεχόντων 53
6.1.5. Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων 55
6.1.6. Εργασιακή κατάσταση εργαζομένων 56
6.1.7. Μηνιαίο ατομικό εισόδημα συμμετεχόντων 57
6.1.8. Πρώτη ή επόμενη επίσκεψη των συμμετεχόντων 59
6.1.9. Λόγος επίσκεψης των συμμετεχόντων 60
6.1.10. Λόγος επιλογής του οδοντιατρείου για τους συμμετέχοντες 61
6.1.11. Χρονικό διάστημα μέχρι την ημερομηνία του ραντεβού 63
6.1.12. Βάρδια προγραμματισμένου ραντεβού των συμμετεχόντων 64
6.1.13. Μέσος χρόνος αναμονής των συμμετεχόντων 65

6.1.14. Συνολική κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων 65
6.2. Ανάλυση Β’ μέρους ερωτηματολογίου 66
6.2.1. Εισαγωγή 66
6.2.2. Η απόσταση από το οδοντιατρείο με δυσκόλεψε στο να παραστώ στην τελευταία μου επίσκεψη. 66
6.2.3. Η διαδρομή για το οδοντιατρείο ήταν βολική για εμένα. 67
6.2.4. Δυσκολεύτηκα να κανονίσω ημέρα και ώρα για το ραντεβού μου στο οδοντιατρείο. 68
6.2.5. Είχα τη δυνατότητα να κανονίσω ραντεβού στο οδοντιατρείο όταν ένιωθα πως ήταν απαραίτητο. 68
6.2.6. Ο χώρος αναμονής στο οδοντιατρείο ήταν ελκυστικός. 69
6.2.7. Δεν χρειάστηκε να περιμένω πολύ ώρα όσο ήμουν στο οδοντιατρείο. 69
6.2.8.Το οδοντιατρείο διέθετε ό,τι ήταν απαραίτητο για την οδοντιατρική μου φροντίδα... 70
6.2.9. Ο χώρος του οδοντιατρείου ήταν μοντέρνος. 70
6.2.10. Το προσωπικό ήταν ευγενικό μαζί μου. 71
6.2.11. Ο οδοντίατρος που είδα ήταν αδιάφορος απέναντί μου. 71
6.2.12. Είδα τον οδοντίατρο που ήθελα να δω. 71
6.2.13. Βλέπω τον ίδιο οδοντίατρο κάθε φορά που επισκέπτομαι το οδοντιατρείο. 72
6.2.14. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε μου εξήγησε επαρκώς ποια θεραπεία χρειαζόμουν. 73
6.2.15. Ο οδοντίατρος μου εξήγησε αν υπάρχει κόστος για την αρχική εξέταση..... 73
6.2.16. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε θα μπορούσε να είναι πιο σχολαστικός μαζί μου. ... 74
6.2.17. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε απαντούσε στις ερωτήσεις μου. 74
6.2.18. Θα ήθελα να έχω περισσότερη ανάλυση των θεραπευτικών επιλογών μου. 75
6.2.19. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε απέφυγε τις δαπανηρές θεραπευτικές επιλογές..... 75
6.2.20. Είμαι ευχαριστημένος/-η με την οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα. 76
6.2.21. Έλαβα περισσότερη φροντίδα από αυτή που πείστηκα ότι χρειαζόμουν. 76
6.2.22. Είχα επιπλέον οδοντιατρικά προβλήματα που δεν θεραπεύτηκαν. 77
6.2.23. Η οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα ήταν περισσότερο επίπονη απ’όσο περίμενα. 78
6.2.24. Ο οδοντίατρος μου εξηγούσε τί γινόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. 78
6.2.25. Η οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα έλυσε τα οδοντιατρικά μου προβλήματα. 79
6.2.26. Η οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα βελτίωσε την οδοντική μου υγεία. 79
6.2.27. Χρειάστηκε περισσότερο χρόνο απ΄όσο περίμενα προτού τα οδοντιατρικά μου προβλήματα δείξουν βελτίωση. 80
6.2.28. Η οδοντιατρική μου φροντίδα κόστισε περισσότερο απ’όσο μπορούσα να διαθέσω. 81
6.2.29. Είμαι πεπεισμένος/-η ότι έλαβα τη σωστή οδοντιατρική φροντίδα..... 82
6.2.30. Υπήρχαν σημεία στην οδοντιατρική μου φροντίδα που θα μπορούσαν να είναι καλύτερα. 82

6.2.31. Ο οδοντίατρος μού έδωσε χρήσιμες συμβουλές για το πώς να φροντίζω τα δόντια και τα ούλα μου. 83
6.2.32. Νιώθω ασφαλής σε πιθανά μελλοντικά οδοντιατρικά προβλήματα. 83
6.3. Ανάλυση συσχέτισης 84
7. Συζήτηση 88
8.Περιορισμοί έρευνας 90
9. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα 90
10. Επίλογος 91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 92
Ελληνική 92
Ξενόγλωσση 93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 99
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 99

Κατάλογος σχημάτων

Σχήμα 1.1 Κατανομή δείγματος με βάση το φύλο στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία 51
Σχήμα 1.2. Κατανομή δείγματος με βάση το φύλο στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία 51
Σχήμα 3.1. Κατανομή δείγματος με βάση την υπηκοότητα στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία 53
Σχήμα 4.1. Κατανομή δείγματος με βάση τον τόπο μόνιμης διαμονής στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία..... 54
Σχήμα 5.1. Κατανομή δείγματος με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία..... 56
Σχήμα 6.1. Κατανομή δείγματος με βάση την εργασιακή κατάσταση στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία..... 57
Σχήμα 7.1. Κατανομή δείγματος με βάση το εισόδημα στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία 58
Σχήμα 8.1. Κατανομή δείγματος με βάση το αν είναι η πρώτη επίσκεψη στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία..... 59
Σχήμα 9.1. Κατανομή δείγματος με βάση το λόγο επίσκεψης στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία 60
Σχήμα 10.1. Κατανομή δείγματος με βάση το λόγο επιλογής των πιστοποιημένων οδοντιατρείων..... 62
Σχήμα 11.1. Κατανομή δείγματος με βάση τη βάρδια του ραντεβού στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία..... 64
Σχήμα 12.1. Κατανομή δείγματος με βάση την κατάσταση υγείας στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία..... 65

Κατάλογος διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Δυσκολία ασθενών να παραστούν στην τελευταία επίσκεψη 67

Διάγραμμα 2. Βολική διαδρομή για τους ασθενείς 67

Διάγραμμα 3. Δυσκολία στο κλείσιμο ραντεβού 68

Διάγραμμα 4. Κλείσιμο ραντεβού κατόπιν επιθυμίας των ασθενών 68

Διάγραμμα 5. Αισθητική χώρου αναμονής 69

Διάγραμμα 6. Χρόνος αναμονής ασθενών 69

Διάγραμμα 7. Πληρότητα οδοντιατρικών παροχών 70

Διάγραμμα 8. Μοντέρνος χώρος οδοντιατρείου 70

Διάγραμμα 9. Ευγένεια προσωπικού 71

Διάγραμμα 10. Αδιαφορία οδοντιάτρου 71

Διάγραμμα 11. Επαφή ασθενούς με τον οδοντίατρο που ήθελε 72

Διάγραμμα 12. Επαφή ασθενούς με τον ίδιο οδοντίατρο 72

Διάγραμμα 13. Επαρκής εξήγηση σχεδίου θεραπείας 73

Διάγραμμα 14. Αρχικό κόστος εξέτασης 73

Διάγραμμα 15. Σχολαστικότητα οδοντιάτρου 74

Διάγραμμα 16. Ο οδοντίατρος απαντούσε στις ερωτήσεις 74

Διάγραμμα 17. Ανάλυση θεραπευτικών επιλογών 75

Διάγραμμα 18. Μη δαπανηρό σχέδιο θεραπείας 76

Διάγραμμα 19. Ευχαριστημένοι από την οδοντιατρική φροντίδα 76

Διάγραμμα 20. Θεραπεία ασθενούς πέραν των απαραιτήτων 77

Διάγραμμα 21. Επιπλέον άλυτα οδοντιατρικά προβλήματα 77

Διάγραμμα 22. Επίπονη οδοντιατρική φροντίδα 78

Διάγραμμα 23. Περιγραφή σταδίων θεραπείας 79

Διάγραμμα 24. Επίλυση οδοντιατρικών προβλημάτων 79

Διάγραμμα 25. Βελτίωση ποιότητας ζωής 80

Διάγραμμα 26. Χρονοβόρα ολοκλήρωση σχεδίου θεραπείας..... 81

Διάγραμμα 27. Αυξημένο κόστος οδοντιατρικής φροντίδας..... 81

Διάγραμμα 28. Οι ασθενείς έλαβαν σωστή οδοντιατρική φροντίδα 82

Διάγραμμα 29. Σημεία που μπορούσαν να βελτιωθούν στην οδοντιατρική φροντίδα..... 83

Διάγραμμα 30. Συμβουλές οδοντιάτρου προς τους ασθενείς 83

Διάγραμμα 31. Ασφάλεια ασθενούς απέναντι σε μελλοντικά προβλήματα..... 84

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1. Συντελεστές συσχέτισης Spearman για τα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία. 86

Πίνακας 2. Συντελεστές συσχέτισης Spearman για τα πιστοποημένα οδοντιατρεία. 87

Πίνακας 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος 103

Πίνακας 4. Ανάλυση κύριου μέρους ερωτηματολογίου 105

Εισαγωγή

Η οδοντιατρική επιστήμη είναι ο κλάδος της ιατρικής επιστήμης που ασχολείται με τη διάγνωση, την πρόγνωση, την πρόληψη και τη θεραπεία των νόσων των δοντιών και των ιστών στους οποίους αυτά στηρίζονται. Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες συμβάλλουν στη βελτίωση και προαγωγή της υγείας του ανθρώπου.

Η αναγκαιότητα για αντικειμενικά τεκμηριωμένη ποιότητα σε διεθνές επίπεδο, αγγίζει πλέον και τις οδοντιατρικές υπηρεσίες, εξαιτίας της ενίσχυσης της ανταγωνιστικότητας παγκοσμίως. Η απόφαση των ασθενών για αναζήτηση οδοντιατρικής φροντίδας, βασίζεται στον συνυπολογισμό του συγκριτικά χαμηλότερου κόστους σε συνδυασμό με την ποιότητα, το φάσμα των διαθέσιμων υπηρεσιών και πρωτίστως την αξιοπιστία και τη φήμη του οδοντιατρείου.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, που συνεχώς μεταβάλλεται και προσαρμόζεται. Προκειμένου να προσδιοριστεί, υπάρχουν συγκεκριμένα πρότυπα που καθορίζουν την έννοια και τη διαχείρισή της. Πιο συγκεκριμένα,ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης έχει δημιουργήσει το πρότυπο ISO 9001 που αναθεωρήθηκε το 2015. Επιπλέον, έχει δημιουργηθεί το πρότυπο DIN EN 15224, το οποίο αποτελεί το ευρωπαϊκό πλαίσιο προδιαγραφών για την ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης συγκεκριμένα για τις υπηρεσίες υγείας και το οποίο συγκεντρώνει τα πλεονεκτήματα του προτύπου ISO 9001:2015 με τις απαιτήσεις ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας.Τελευταία αναθεώρησή του έγινε το 2016. Με βάση τα πρότυπα αυτά, διεθνείς οργανισμοί έχουν δημιουργηθεί για την πιστοποίηση υπηρεσιών υγείας, με σημαντικότερους την Κοινοπρακτική Επιτροπή και Διεθνή Κοινοπρακτική Επιτροπή, την TEMOS International Healthcare Accreditation και την Swiss Approval International. Την ευθύνη για την εφαρμογή και μετάφραση των προτύπων στη χώρα μας έχει ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης, ενώ υπεύθυνο για τον έλεγχο τον φορέων πιστοποίησης είναι το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης.

Είναι αποδεδειγμένο ότι η ποιότητα έχει άμεση συσχέτιση με την ικανοποίηση των χρηστών. Η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Έτσι, όσον αφορά στα ιδιωτικά οδοντιατρεία,η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών τους είναι σημαντικός δείκτης για την ανάδειξη της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών τους.

Μέσα από τη συγκεκριμένη ποιοτική έρευνα,διερευνάται η ικανοποίηση των ασθενών που έχουν λάβει οδοντιατρική φροντίδα στο νομό Αττικής από πιστοποιημένα και μη πιστοποιημένα ιδιωτικά οδοντιατρεία.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Υπηρεσίες Υγείας

1.1. Ορισμός

Με τον όρο «Υπηρεσίες Υγείας» νοείται το σύνολο των υπηρεσιών με τις οποίες παρέχονται ιατρικές και νοσηλευτικές φροντίδες (προληπτικές και θεραπευτικές), καθώς και το πλέγμα των δομών με το οποίο ρυθμίζεται η παραγωγή και διανομή των ιατρικών φροντίδων και καλύπτονται οι ιατρικές ανάγκες. (Κυριόπουλος και Λιονής, 2004)

Ο όρος είναι σύνθετος και εμπεριέχει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας, όσο και την έννοια της περίθαλψης. Συγκεκριμένα, η περίθαλψη αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα που ήδη έχουν εκδηλώσει συμπτώματα, ενώ η φροντίδα αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού.

1.2. Οδοντιατρική περίθαλψη

1.2.1. Εισαγωγή

Η οδοντιατρική επιστήμη είναι ο κλάδος της ιατρικής επιστήμης που ασχολείται με τη διάγνωση, την πρόγνωση, την πρόληψη και τη θεραπεία των νόσων των δοντιών και των ιστών στους οποίους αυτά στηρίζονται. Προσβλέπει στη βελτίωση και προαγωγή της υγείας του ανθρώπου, συμμετέχει στις υπηρεσίες υγείας και συμβάλλει στην έρευνα και τη βιοτεχνολογία.

1.2.2. Στοματική υγεία

Η στοματική υγεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα της γενικής υγείας του ατόμου. Η σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση αντιμετωπίζει τη στοματική υγεία, όχι απλώς ως την υγεία των δοντιών και των ούλων, αλλά ως την απουσία χρόνιου στοματοπροσωπικού πόνου, καρκίνου της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα, συγγενών ανωμαλιών και κάθε άλλης νόσου ή διαταραχής η οποία επηρεάζει το κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα. (Petersen, 2003)

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στοματική υγεία, σύμφωνα με την έκθεση για τη στοματική υγεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 2003, είναι οι ακόλουθοι: (Petersen, 2003)

- Η πρόληψη και ο έλεγχος της στοματικής υγείας.
- Η συνεχής στοματική φροντίδα.
- Η συχνότητα των επισκέψεων στον οδοντίατρο.
- Το προφίλ του οδοντιάτρου.
- Ο τρόπος ζωής και οι συνήθειες.
- Η ποιότητα ζωής.
- Το κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης.
- Άλλες κοινωνικό-δημογραφικές παράμετροι όπως είναι το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, η εισοδηματική τάξη και η ασφαλιστική κάλυψη.

1.2.3. Επιπτώσεις στη γενική υγεία, στην κοινωνία,στην οικονομία και στην ποιότητα ζωής

Το κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα επιτελεί τις λειτουργίες της μάσησης, κατάποσης, ομιλίας, γεύσης, του χαμόγελου και του γέλιου και προστατεύει έναντι μικροβιακών μολύνσεων και περιβαλλοντικών κινδύνων. Επομένως, χαρακτηρίζεται ως ένα σημαντικό όργανο για τη σωστή λειτουργία πολλών άλλων οργάνων στον ανθρώπινο οργανισμό καθώς είναι το μέσο εισόδου της τροφής αλλά αποτελεί και μέρος της εικόνας και της προσωπικότητας ενός ατόμου.

Πλέον, η στοματική υγεία του πληθυσμού αποτελεί παγκοσμίως έναν εξελισσόμενο τομέα έρευνας για πολλούς επιδημιολόγους, οικονομολόγους και κοινωνικούς αναλυτές. Διεθνείς οργανισμοί όπως ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, ο Π.Ο.Υ. και η Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία τα τελευταία χρόνια ασχολούνται με την υγεία του στόματος και τις επιπτώσεις αυτής στην κοινωνία, την οικονομία και την ποιότητα ζωής των ατόμων. (Petersen, 2003)

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι κύριες νόσοι του στόματος έχουν σχέση ή επιβαρύνουν χρόνιες ασθένειες, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο, τον διαβήτη, τα χρόνια αναπνευστικά προβλήματα, ή ευθύνονται για λιποβαρή βρέφη και για τους πρόωρους τοκετούς. (Κομπόλη-Κοντοβαζαινίτη και Πανής, 2002)

Πολλά από τα προβλήματα της στοματικής υγείας όπως η έλλειψη δοντιών, η ξηροστομία, οι τραυματισμοί και οι οδοντοστοιχίες με κακή εφαρμογή επηρεάζουν άμεσα τη διατροφή και τη γενική κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, ενώ άλλα όπως ο πόνος, η δυσλειτουργία της κροταφογναθικής διάρθρωσης και οι διαταραχές της σύγκλεισης επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και την κοινωνικότητα του ατόμου. (Δρούκας, 2008)

Επιπλέον, η κακή στοματική υγεία δύναται να προκαλέσει οικονομικό και κοινωνικό κόστος στους ασθενείς με απώτερο δέκτη όλη την κοινωνία. Η κοινωνική διάσταση της στοματικής υγείας αποτυπώνεται, καταρχάς, στην επίδραση της στην αυτοεκτίμηση των ατόμων. Πέρα από αυτό, τα προβλήματα στη στοματική κοιλότητα μπορούν να επηρεάσουν την παραγωγικότητα και να προκαλέσουν απουσία από τον εργασιακό χώρο για τους ενήλικες και από τον χώρο της εκπαίδευσης για τους μαθητές.

Παγκοσμίως, το μεγαλύτερο φορτίο των στοματικών νόσων το φέρουν οι χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά χώρες και η εκδήλωση τους έχει συνδεθεί με συγκεκριμένα πρότυπα διαβίωσης, συμπεριφεριολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, καθώς και με την ύπαρξη ή όχι δημόσιων συστημάτων υγείας και προληπτικών προγραμμάτων. (Petersen, 2003)

1.2.4. Ιδιαιτερότητες του Οδοντιατρικού Κλάδου

Η παροχή ποιοτικών οδοντιατρικών υπηρεσιών αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκομένων στον κλάδο. Η μοναδικότητα της ως υπηρεσία δημιουργεί ορισμένα χαρακτηριστικά που αξίζουν ιδιαίτερης αναφοράς: (Δημητριάδης και συν., 2008)

- Η έντονη προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η υπηρεσία είναι αυστηρά ειδικευμένη. Ουσιαστικά σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική οδοντιατρική φροντίδα, ακριβώς λόγω της μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.
- Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Ο ασθενής παρουσιάζει αδυναμία στην εκτίμηση της ποιότητας της οδοντιατρικής υπηρεσίας που έλαβε, όπως και κάθε υγειονομικής υπηρεσίας που λαμβάνει, λόγω έλλειψης γνώσεων.
- Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενούς, ο οποίος αδυνατεί να γνωρίζει τη σοβαρότητα ή μη της υγείας του, καθιστώντας τον αδύνατο να εκτιμήσει την αναγκαιότητα ή μη της κατάστασης του.
- Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε πιο ανθρώπινες υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης, όπου θα συναντούν την ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται.
- Η αναγκαιότητα για αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των διαταραχών της υγείας.
- Η αναγκαιότητα για αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας.
- Η αναγκαιότητα για γενικότερη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του οδοντιατρικού κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στον προσδιορισμό της ποιότητας σε αυτόν.

2. Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

2.1 Εισαγωγή

Κάθε σύστημα υγείας αποτελεί μία παραγωγική διαδικασία, το προϊόν της οποίας παράγεται και διατίθεται σε μια αγορά. Το προϊόν αυτό είναι το μέσο για την πρόληψη ασθενειών, αποκατάστασης, βελτίωσης και διατήρησης της καλής κατάστασης της υγείας του κάθε ατόμου, συνεπώς αποτελεί σημείο εξέχουσας σημασίας. (Tozan & Ompad, 2015) Στις μέρες μας, η έννοια της ποιότητας των καταναλωτικών προϊόντων και υπηρεσιών έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις καθορίζοντας την καταναλωτική και επιχειρηματική συμπεριφορά. Αντίστοιχα,

αποκτά πολύ μεγάλη σημασία και για τις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες έχουν ως πρωταρχικό στόχο την ικανοποίηση των ζωτικών αναγκών του κάθε ανθρώπου.

2.2. Ιστορικά Στοιχεία

Από την εποχή του Ιπποκράτη, οι κώδικες δεοντολογίας και ηθικής του ιατρικού επαγγέλματος έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών προς τον ασθενή.

Ουσιαστικά, ο «ποιοτικός έλεγχος» μαζί με τον «απολογισμό των πεπραγμένων», ξεκινά το 19^{ο} αιώνα στην Αγγλία από τη Florence Nightingale, τη θεμελιώτρια της Νοσηλευτικής. (Kudzma, 2006) Το 1860 η Florence Nightingale συνέβαλε καθοριστικά στην εδραίωση των προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας, δημιουργώντας ένα ενιαίο σύστημα για τη συλλογή και την εκτίμηση των στατιστικών δεδομένων των νοσοκομείων. (‘Florence Nightingale’, 2010)

Μερικά χρόνια αργότερα, το 1914, ο E.A. Godman, γενικός χειρουργός στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, ανέλυσε την έκβαση των χειρουργημένων ασθενών ένα χρόνο μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Σκοπός του ήταν να ελέγξει διάφορες παραμέτρους, όπως το εάν η διάγνωση που έγινε ήταν σωστή, εάν η χειρουργική επέμβαση ωφέλησε τον ασθενή βελτιώνοντας την υγεία του ή αντιθέτως εάν παρουσιάσθηκαν κάποια προβλήματα που μπορούσαν να αποδοθούν στη χειρουργική επέμβαση. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, πρότεινε μέτρα για τη βελτίωση του επιπέδου νοσηλείας. (Badrick et al., 2018)

Το 1918, το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών (American College of Surgeons) κατήρτισε το Πρόγραμμα Προτυποποίησης Νοσοκομείων (Hospital Standardization Program) κατά το οποίο μελετήθηκαν 692 νοσοκομεία, από τα οποία εγκρίθηκε μόνο το 12,9%, ενώ μέχρι το 1950 είχε εγκριθεί το 94.6%. Το πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε από τον Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών και έγινε αποδεκτό από 3.400 νοσοκομεία μέχρι το 1952. (Hoyt & Schneidman, 2015)

Το 1919 η Isabel Stewart αναζητώντας τρόπους μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και τους τρόπους για την αποτελεσματική χρήση των πόρων, ανέπτυξε ένα σύστημα που αποτελείται από οκτώ σημεία. Το σύστημα αυτό έμεινε γνωστό ως Stewart Standards, και πρόκειται περισσότερο για μια επιστημονική άποψη, παρά για μια μέθοδο αξιολόγησης. (Smith & Powers, 1990)

Μεταξύ του 1950 και 1954 οι Reiter και Kakosh ανέπτυξαν ένα σύστημα που βασίστηκε στην κατάταξη των ασθενών σε τρεις ομάδες, ανάλογα με τον τρόπο που οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν τους ασθενείς. Επιπλέον, κατήρτισαν ένα ερωτηματολόγιο βάσει του οποίου αξιολογείται η αποτελεσματικότητα κάθε τύπου φροντίδας. Η εργασία τους κατέληξε σε ένα ερωτηματολόγιο επικοινωνίας, το οποίο έγινε ο ακρογωνιαίος λίθος της διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.(D’Antonio, 2006)

Το 1952 δημιουργήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α.) η Ενιαία Αρχή Πιστοποίησης Νοσοκομείων, μια μη κυβερνητική οργάνωση υπεύθυνη για την αξιολόγηση των προδιαγραφών λειτουργίας των νοσοκομείων και την εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, βάσει προκαθορισμένων προτύπων που ανέπτυξε η ίδια η υπηρεσία. (Barsukiewicz, 2010)

Στις δεκαετίες του 1970 και 1980, το ενδιαφέρον στις Η.Π.Α. επικεντρώθηκε στον έλεγχο της ποιότητας της φροντίδας, ο οποίος έγινε αντικείμενο εξειδικευμένων προσπαθειών, προγραμμάτων και φορέων. Οι προσπάθειες αυτές βασίστηκαν σε εξειδικευμένες μεθοδολογίες, μεγάλες βάσεις δεδομένων, νομοθετημένα υποχρεωτικά προγράμματα ελέγχου και σημαντικούς οικονομικούς πόρους. Βασικός λόγος που τα προγράμματα αυτά ξεκίνησαν από τις Η.Π.Α. είναι η αυστηρή νομοθεσία περί ιατρικής ευθύνης, η οποία υποχρέωσε τόσο τους γιατρούς και τις επαγγελματικές τους ενώσεις, όσο και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή σε θέματα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. (Barsukiewicz, 2010)

Στην Ιαπωνία, ο E.Deming ασχολήθηκε κυρίως με τον έλεγχο της ποιότητας και συνέκρινε την παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητα της Ιαπωνίας με αυτή των Η.Π.Α. Το αποτέλεσμα της μελέτης του ήταν ότι η δέσμευση στην ποιότητα και η προσεκτική ακρόαση των πελατών όταν επικοινωνούν τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους είναι οι κύριοι λόγοι για τους οποίους η ιαπωνική αγορά υπερέχει της αμερικανικής. (Aguayo, 1991)

2.3. Ορισμός

Η αντίληψη που υπάρχει για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας διαφέρει ανάλογα με τον τρόπο που ο εμπλεκόμενος αντιλαμβάνεται και χρησιμοποιεί τις εν λόγω υπηρεσίες. Συγκεκριμένα (Stalter & Mota, 2017):

- Οι χρήστες – καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας επιδιώκουν τη γρήγορη και σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος τους. Συχνά προσπαθούν να παρακάμπτουν όσες διαδικασίες τους δημιουργούν δυσφορία, έχοντας το έντονο αίσθημα ότι «δικαιούνται τα πάντα». Ορισμένες φορές «κινδυνεύουν» εξαιτίας της ανάγκης ικανοποίησης παράλογων απαιτήσεων τους ή της επιθυμίας τους για παράκαμψη διαδικασιών που η άγνοιά τους τις θεωρεί περιττές.
- Οι επαγγελματίες υγείας, δεδομένου ότι επιδιώκουν την αποτελεσματικότητα της ποιότητας με βάση την ικανοποίηση του ασθενή, υποκύπτουν σε ανορθόδοξες διαδικασίες, μερικές φορές αυξάνουν το κόστος των υπηρεσιών και δεν έχουν την οργανωτική στήριξη που είναι απαραίτητη για την επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων.
- Τα νοσηλευτικά ιδρύματα αναζητούν την ποιότητα με την έννοια της καλής λειτουργίας, αλλά και των παραμέτρων που διαμορφώνουν χαμηλότερα το κόστος της παροχής των υπηρεσιών.

- Η κοινωνία αναζητά την ποιότητα παντού και μεγιστοποιεί τυχόν ατέλειες.
- Η πολιτεία πρέπει να συνδυάζει όλες τις παραμέτρους και να συντονίζει τις διαδικασίες προγραμματισμένα και συστηματικά.

Ένας πλήρης ορισμός της ποιότητας στο τομέα της υγείας θα πρέπει να μπορεί να καλύψει όλες τις διαφορετικές αντιλήψεις που προαναφέρθηκαν. Ο Avedis Donabedian έγραψε ότι, ποιότητα είναι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν στη διαδικασία περίθαλψης. Επιπλέον, προσέθεσε ότι η αξιολόγηση της ποιότητας παροχής ιατροφαρμακευτικής φροντίδας θα πρέπει να γίνεται όχι μόνο για την απόδοση των επαγγελματιών της υγείας, αλλά και για τους ασθενείς. (Donabedian, 1980)

Παράλληλα, ο Thompson όρισε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως «το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή, είτε στη διάγνωση, είτε στη θεραπεία ή στην αποκατάσταση, στην αποφυγή ιατρικών λαθών και στην ευαισθητοποίηση και προσοχή για τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του με ένα τρόπο που ενσωματώνει τόσο το κόστος όσο και την αποτελεσματικότητα και παράλληλα καταγράφει το σύνολο των αποτελεσμάτων». (Thompson, 1980)

Αντίστοιχα, ο Crosby καθορίζει την ποιότητα σύμφωνα με το βαθμό ικανοποίησης των απαιτήσεων του πελάτη (Crosby, 1979), ενώ ο Juran θεωρεί ότι η έννοια της ποιότητας είναι συνυφασμένη με την «καταλληλότητα για χρήση». (Juran & Gryna, 1988) Ο Αμερικανός στατιστικός E. Deming θεωρεί την ποιότητα ως έναν ατελείωτο κύκλο συνεχούς βελτίωσης. (Jynn & Osborn, 1991) Σύμφωνα με αυτή την μέθοδο, πριν εφαρμοστεί μια διαδικασία σχεδιάζεται, εκτελείται, μελετούνται τα αποτελέσματα και γίνονται οι ανάλογες ενέργειες για να προχωρήσουμε σε νέο κύκλο βελτίωσης. Ο Maxwell το 1984 αξιολόγησε την ποιότητα στην υγεία με βάση την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό τόπο και χρόνο, την ισότητα στην υγεία, την αποτελεσματικότητα και καταλληλότητα των ιατρικών μεθόδων και την αποδοχή των μεθόδων αυτών από τους ασθενείς. (Mosadeghrad, 2013)

Το 1990 το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών ορίζει την ποιότητα στην υγεία ως «το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επιστημονική γνώση». (Institute of Medicine, n.d.)

Έναν πιο απλό ορισμό έδωσε ο Harvey το 1996. «Ποιότητα είναι η αναζήτηση τρόπων συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας υγείας». (Harvey, 1996)

Το 2000 ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος διατύπωσε ως ορισμό ότι «φροντίδα υψηλής ποιότητας είναι η ιατρική φροντίδα που συνεχώς και με συνέπεια συμβάλλει στην βελτίωση της διατήρησης της ποιότητας ή και της διάρκειας της ζωής. Τα χαρακτηριστικά αυτής της φροντίδας είναι η προώθηση της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών, η έγκαιρη παρέμβαση, η ενημέρωση και συμμετοχή των

ασθενών, η προσοχή στην επιστημονική βάση της ιατρικής και η αποτελεσματική χρήση των πόρων». (American Medical Association, n.d.)

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

Ο Ovretveit το 2004 προσπάθησε να προσδιορίσει τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και κατέληξε στα εξής (Ovretveit, 2004):

- Καταλληλότητα: ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα που παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με δεδομένη την παρούσα γνώση.
- Διαθεσιμότητα: ο βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται.
- Συνέχεια: ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου.
- Αποτελεσματικότητα: ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με το σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή.
- Δραστικότητα: ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα που χρησιμοποιείται για τον ασθενή, φαίνεται να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.
- Αποδοτικότητα: η αναλόγια των αποδόσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας.
- Σεβασμός και φροντίδα : ο βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι που παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του.
- Ασφάλεια: η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή είναι ασφαλής και δεν προκαλεί κακό.
- Επικαιρότητα: ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη.

Στην εποχή μας, έχει εμφανιστεί το καθοριστικό ζήτημα που αφορά στη διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, το οποίο έχει συγκεντρώσει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον. Το ενδιαφέρον για την ποιοτική διασφάλιση των υγειονομικών οφείλεται σε οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά αίτια, καθώς και σε επαγγελματικούς παράγοντες. (Waring et al., 2016)

2.4. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Στις μέρες μας, για την αποτελεσματική ανάπτυξη μιας επιχείρησης και για την αύξηση της ανταγωνιστικότητας χρησιμοποιείται ένας νέος τρόπος διοίκησης, η Διοίκηση Ολικής ποιότητας (Δ.Ο.Π.), η οποία έχει ως βασικό προσανατολισμό την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των απαιτήσεων των πελατών. Με την έννοια πελάτες καλύπτουμε τόσο τους εξωτερικούς όσο και τους εσωτερικούς, με τους εξωτερικούς να είναι οι χρήστες των προϊόντων και οι τελικοί καταναλωτές, και οι εσωτερικοί όλα τα στελέχη της διοίκησης και οι εργαζόμενοι, οι οποίοι συμβάλουν στην προσφερόμενη ποιότητα.

Για να είναι εφικτή η αποτελεσματική εφαρμογή της Δ.Ο.Π. θα πρέπει να υπάρχει αποδοχή και τήρηση των αρχών που τη διέπουν. Αυτές είναι: (Mosadeghrad, 2014)

- Υποστήριξη και ενεργός συμμετοχή της ανώτατης διοίκησης, με προτεραιότητα στην ποιότητα και στη συνεχή βελτίωσή της.
- Εστίαση στις ανάγκες και προσδοκίες πελατών και εργαζομένων.
- Έμφαση στη συνεχή εκπαίδευση όλων των εμπλεκομένων.
- Συνολική και συστηματική συμμετοχή εργαζομένων.
- Λήψη αποφάσεων με αντικειμενικά κριτήρια.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Ευρωπαϊκού Μοντέλου Ολικής Ποιότητας, η Ολική Ποιότητα αφορά ουσιαστικά στη διοίκηση και βελτίωση των διαδικασιών του οργανισμού με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη, εργαζομένου, κοινωνικού συνόλου μέσω βέλτιστης κατανομής πόρων, διοίκησης προσωπικού, αποτελεσματικής στρατηγικής, πολιτικής και ηγεσίας, ώστε τα επιχειρηματικά αποτελέσματα να είναι τα καλύτερα δυνατά. Καλείται «Ολική» γιατί προτείνει την εμπλοκή όλων των συντελεστών της επιχείρησης και η ποιότητα αφορά όλους (ακόμη και τους προμηθευτές) και όλες τις δραστηριότητες του οργανισμού και «Ποιότητα», γιατί θέτει στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της επιχείρησης, όχι το κέρδος με τη στενή έννοια του όρου, αλλά την ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων και των παρεχόμενων υπηρεσιών, σεβόμενη ως εκ τούτου τον πελάτη. (Berthou & Horner, 2001)

2.5. Ποιότητα στην Οδοντιατρική Περίθαλψη

Ο τομέας της ολικής ποιότητας δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως καινούριος στον χώρο της υγείας, αφού εφαρμόζεται ήδη αρκετά χρόνια. Στην οδοντιατρική, όμως, οι πληροφορίες σχετικά με την εφαρμογή της ολικής ποιότητας εξακολουθούν να είναι ανεπαρκείς. Η εκτίμηση της ποιότητας των οδοντιατρικών, όπως και γενικά των ιατρικών υπηρεσιών, είναι αυτονόητο ότι είναι πολύ δυσκολότερη από την αξιολόγηση της ποιότητας συγκεκριμένων αγαθών, αφού δεν πρόκειται για χειροπιαστά αγαθά, περιλαμβάνουν μια σειρά δραστηριοτήτων, η παραγωγή τους

είναι αδιαχώριστη από την κατανάλωσή τους και ο ασθενής συμμετέχει στην παροχή τους. (Baadoudi et al., 2016)

Όπως έχει αναφερθεί, η κατανάλωση ιατρικών και οδοντιατρικών υπηρεσιών χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα και μοναδικότητα. Οι ασθενείς δεν μπορούν να προγραμματίσουν πότε θα χρειαστούν τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης. Επιπλέον, κάθε οδοντιατρικός ασθενής έχει εξατομικευμένες ανάγκες και επιθυμίες. Η κατανάλωση οδοντιατρικών υπηρεσιών είναι κατά κανόνα ανεπιθύμητη και προκαλεί στον ασθενή άγχος. Άλλωστε, όσον αφορά στην οδοντιατρική περίθαλψη, ο φόβος του οδοντιάτρου έχει βρεθεί ότι αποτελεί μια από τις πλέον κοινές φοβίες, γι' αυτό και οι οδοντιατρικοί ασθενείς πολύ συχνά καθυστερούν ή και αναβάλουν την επίσκεψη στον οδοντίατρο. (Oliveira et al., 2015)

Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες, επίσης, διαφέρουν ανάλογα με αυτόν που τις παρέχει, ανάλογα με τις ανάγκες αυτού που τις δέχεται και ανάλογα με τις εξελίξεις της επιστήμης και της τεχνολογίας την περίοδο που παρέχονται. Υπάρχουν, επιπλέον, αφανή κριτήρια, που ο ασθενής δεν μπορεί να αξιολογήσει χωρίς τη βοήθεια του οδοντιάτρου του, όπως είναι η ποιότητα του εξοπλισμού και των υλικών που χρησιμοποιούνται.

Η Υποεπιτροπή Νέων Τεχνολογιών και Διασφάλισης Ποιότητας στην Οδοντιατρική διαμόρφωσε τις ακόλουθες προτάσεις, για την ποιότητα στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης: (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία, 2008-2012)

- Τήρηση της νομοθεσίας και του Οδοντιατρικού Κώδικα Δεοντολογίας.
- Πλήρης προσβασιμότητα του οδοντιατρείου.
- Τήρηση πλήρους οδοντιατρικού ιστορικού του συνόλου των ασθενών.
- Τεκμηρίωση της επαγγελματικής εκπαίδευσης του οδοντιατρικού και βοηθητικού προσωπικού.
- Χρήση κατάλληλου εξοπλισμού και κατάλληλη συντήρηση του.
- Πιστοποίηση των προμηθευτών ιατροτεχνολογικών προϊόντων και εγγραφή των οδοντοτεχνιτών στα μητρώα του Ελληνικού Οργανισμού Φαρμάκων.
- Διαχείριση των αποβλήτων και απορριμμάτων της οδοντιατρικής πράξης με τη δημιουργία ενός συστήματος αποκομιδής των αποβλήτων με βάση τη γεωγραφική κατανομή τους.
- Δημιουργία ενός Κέντρου Γνώσης Οδοντιατρικών Υλικών.
- Εξοικείωση των οδοντιάτρων με τις Τεχνολογίες Πληροφορικής Επικοινωνιών (Τ.Π.Ε.) και ενσωμάτωση αυτών στην παροχή σύγχρονης οδοντιατρικής περίθαλψης.

Απαιτείται η πλήρης τήρηση των παραπάνω προτάσεων ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα σε μια υπηρεσία οδοντιατρικής περίθαλψης.

2.5.1. Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στην οδοντιατρική περίθαλψη

Καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα μιας υπηρεσίας οδοντιατρικής περίθαλψης είναι η δυνατότητα άμεσης παροχής της, η ευκολία πρόσβασης των χρηστών σε αυτή, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, η αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας, καθώς και η φιλικότητα στην παροχή και η επαρκής υποστήριξη μετά τη διάθεση της.

Οι κυριότεροι παράγοντες που καθορίζουν τη ποιότητα των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης είναι οι ακόλουθοι: (Βλασιάδης και Κουτσαμάνη, 2012)

- Οι ικανότητες, οι γνώσεις, η εμπειρία και η επαγγελματική ευσυνειδησία των φορέων που παρέχουν τις υπηρεσίες. Το υψηλό επίπεδο των οδοντιάτρων είναι η βασικότερη προϋπόθεση για την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία κάθε προβλήματος της στοματικής υγείας.
- Η συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ασθενείς. Η φιλικότητα, η ευγένεια και ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του ασθενή είναι καθολική απαίτηση στη σύγχρονη εποχή.
- Η ετοιμότητα της ιατρικής φροντίδας.
- Η προσβασιμότητα του ασθενούς στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης χωρίς γραφειοκρατία, ενδιάμεσους και αναμονές και με τη μεγαλύτερη δυνατή ελευθερία επιλογής.
- Η ταχύτητα στην επίλυση προβλήματος της στοματικής υγείας των ασθενών.
- Η ορθότητα στην επιλογή θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- Η υποστήριξη μετά την παροχή της υπηρεσίας, που ξεκινά από την παροχή αναλυτικών οδηγιών και ολοκληρώνεται με την ύπαρξη ακριβούς αρχείου και οργανωμένου συστήματος επανέλεγχου των ασθενών.
- Η χρήση νέας τεχνολογίας.
- Το κόστος. Η ικανοποίηση των παραπάνω παραμέτρων πρέπει να γίνεται με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Συμπεραίνεται, λοιπόν, πως θα πρέπει να λαμβάνονται υπ’όψην οι παραπάνω παράγοντες ώστε να επιτυγχάνεται η ποιοτική παροχή υπηρεσιών στην οδοντιατρική περίθαλψη.

3. Πρότυπα Διασφάλισης Ποιότητας

3.1. Ορισμός

Τα πρότυπα ποιότητας είναι έγκυρες, ευρέως αποδεκτές εφαρμογές της θεωρίας της Δ.Ο.Π. στις υπηρεσίες υγείας. Τα πρότυπα θεωρούνται το μέσο με το οποίο

μερικές γενικές θεωρήσεις και χαρακτηριστικά ποιότητας μεταφράζονται σε πραγματικές μετρήσεις. Τα ποιοτικά κριτήρια πρέπει να αντιστοιχούν στις έννοιες της ποιότητας που πρέπει να μετρηθούν. Επιπλέον, τα κριτήρια και τα πρότυπα πρέπει να οριστούν με τέτοιο τρόπο που οι μετρήσεις να προκύπτουν εύκολα και με ακρίβεια. Τα πρότυπα δεν μπορεί να είναι έγκυρα αν δεν περιλαμβάνουν κριτήρια με τα οποία να καθίσταται δυνατή τόσο η μέτρηση, όσο και η αξιολόγηση της ποιότητας σχετικά με την αποτελεσματικότητά της και την ικανοποίηση των προσδοκιών. (Westgard & Westgard, 2017)

Τα πρότυπα, εφόσον έχουν ισχύ, δίνουν τη δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να περιγράψουν, με μετρήσιμα μεγέθη, το επίπεδο φροντίδας που παρέχουν στους ασθενείς τους, τί χρειάζεται από άποψη πόρων για να παρέχουν αυτή τη φροντίδα και ποιο είναι το αναμενόμενο αποτέλεσμα.

Ο Moullin όρισε τα χαρακτηριστικά που πρέπει να έχουν τα πρότυπα ούτως ώστε να οδηγούν σε βελτίωση της παρεχόμενης υπηρεσίας: (Moullin, 2002)

- Ρεαλιστικά και επιτεύξιμα βάσει των διαθέσιμων πόρων.
- Βασισμένα στις προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών.
- Πραγματικοί και σημαντικοί δείκτες ποιότητας.
- Εκφρασμένα σαφώς και μονοσήμαντα.
- Συνεπή με τους στόχους και τις αξίες της υπηρεσίας.
- Δημιουργημένα με τη συνεργασία των ανθρώπων που πρόκειται να τους ζητηθεί να τα υλοποιήσουν.
- Μετρήσιμα και ελεγχόμενα.

Δεδομένης της πολυπλοκότητας της κάθε περίπτωσης και ειδικά σε επείγουσες καταστάσεις η λήψη αποφάσεων καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη. Για το λόγο αυτό, η καλή πρακτική επιβάλλει και απαιτεί τη δημιουργία υψηλών προτύπων. Τα πρότυπα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να πάρουμε πληροφορίες σχετικά με:

- Την παρακολούθηση της φροντίδας.
- Την πρόσβαση στα διάφορα επίπεδα της υπηρεσίας.
- Την επικοινωνία και τον προσδιορισμό των προσδοκιών.
- Την εισαγωγή νέας τεχνογνωσίας.
- Τον καθορισμό της ποιότητας της εργασίας των επαγγελματιών υγείας

Το 1987 εκδόθηκαν τα Διεθνή Πρότυπα της Διεθνούς Οργάνωσης Τυποποίησης (International Standards Organization), γνωστά με το κοινό όνομα “σειρά ISO 9000”. Τα πρότυπα της σειράς αυτής περιέχουν απαιτήσεις για συστήματα ποιότητας που χρησιμεύουν τόσο στην επίτευξη ολικής ποιότητας που αποσκοπεί στη βελτίωση της απόδοσης της επιχείρησης και της ανταγωνιστικότητάς της, όσο και στη σύναψη συμβάσεων αξιολόγησης από οργανισμούς πιστοποίησης διασφάλισης ποιότητας. Αναλυτικότερη παρουσίαση των προτύπων της σειράς ISO θα γίνει στη συνέχεια της παρούσας εργασίας.

Τα διεθνή πρότυπα υιοθετήθηκαν από την οργάνωση των οργανισμών τυποποίησης των κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (Ε.Ο.Κ) και της Ευρωπαϊκής Ζώνης Ελεύθερων Συναλλαγών (Ε.Ζ.Ε.Σ.).

Επιπρόσθετα, η Ε.Ζ.Ε.Σ. έχει εκδώσει ευρωπαϊκά πρότυπα για θέματα διασφάλισης ποιότητας τα οποία βασίζονται σε μεγάλο βαθμό σε οδηγίες του ISO. Χρειάζεται να διευκρινιστεί ότι αυτά τα πρότυπα, όπως και όλα τα ευρωπαϊκά πρότυπα που εγκρίνονται, έχουν ενταχθεί στη διαδικασία τυποποίησης όλων των οργανισμών των χωρών –μελών της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (Ε..Ο.Κ.) και της Ε.Ζ.Ε.Σ., δηλαδή ισχύουν σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρώπης. Η δραστηριότητα για την εξέλιξη της τυποποίησης των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας είναι πλήρως ενεργοποιημένη και λειτουργεί εντατικά. Η Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) για την εξασφάλιση της λειτουργίας της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Αγοράς, ασκεί μεγάλη πίεση για την καθιέρωση των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας. (Ευρωπαϊκά Εκτιμητικά Πρότυπα, χ.η.)

Η διασφάλιση ποιότητας αποτελείται από τα παρακάτω στάδια:

- Καθορισμός προτύπων, καταγραφή, δηλαδή, των επιμέρους χαρακτηριστικών που θα κρίνουν τελικά το επίπεδο της ποιότητας. Περιλαμβάνονται ποιοτικά χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή της παροχής μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας και εκφράζουν ουσιαστικά τις προσδοκίες των πελατών όπως τις έχουν αποτυπώσει από την επιχείρηση ή τον οργανισμό.

- Εκτίμηση πραγματικών επιτευγμάτων. Περιλαμβάνει τη σύγκριση του τελικού προϊόντος ή της παρεχόμενης υπηρεσίας με τα πρότυπα διαμέσου ελέγχου, εργαλείων ποιότητας και σημείων αναφοράς.

- Σχεδιασμός βελτιώσεων. Αν η ποιότητα είναι χαμηλότερη από τα αποδεκτά όρια ή τις προσδοκίες, όπως αυτά τέθηκαν αρχικά, γίνονται οι κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες.

- Ανάληψη δράσης, η οποία εξαρτάται απόλυτα από τα αποτελέσματα που προέκυψαν στο τρίτο στάδιο. Ούτως ή άλλως, πάντα υπάρχει πρόσφορο έδαφος για ποιοτική βελτίωση.

Η αξιολόγηση του επιπέδου ποιότητας των αγαθών ή υπηρεσιών που τελικά διατίθενται στην αγορά είναι το πρώτο και βασικότερο βήμα της αρχής προς τη συνεχή βελτίωση. Η διασφάλιση ποιότητας, καταρχάς, περιλαμβάνει την επίτευξη ενός αποδεκτού επιπέδου ποιότητας και στη συνέχεια την υιοθέτηση των κατάλληλων μηχανισμών για την καθημερινή διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας.

3.2. Το Πρωτόκολλο Διασφάλισης Ποιότητας ISO 9001

Ο οργανισμός ISO αποτελεί ένα παγκόσμιο δίκτυο που αναγνωρίζει τα παγκόσμια πρότυπα που απαιτούνται από τις επιχειρήσεις, τις κυβερνήσεις και τη κοινωνία, τα αναπτύσσει σε συνεργασία με τους φορείς που θα τα χρησιμοποιήσουν, τα υιοθετεί με διαφανείς διαδικασίες και τα παραδίδει προς υλοποίηση σε όλο τον κόσμο.

Το φάσμα εργασίας του ISO εκτείνεται από πρότυπα για παραδοσιακές δραστηριότητες όπως γεωργία και κατασκευές, σε πιο βιομηχανοποιημένες όπως μηχανολογία, παραγωγή και διάθεση προϊόντων μέχρι τις μεταφορές, τα ιατρικά μηχανήματα, τη πληροφορική, τις επικοινωνίες και το κλάδο των υπηρεσιών.

Το πρότυπο ISO 9001 είναι πρότυπο της σειράς προτύπων ISO 9000. Καθορίζει τις απαιτήσεις που πρέπει να πληρεί ένα Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για εσωτερική εφαρμογή από οργανισμούς, για πιστοποίηση ή για σύναψη συμβάσεων. Επικεντρώνεται στην αποτελεσματικότητα του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας προκειμένου να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις των πελατών του οργανισμού.

Το πρότυπο ISO 9001 μαζί με το πρότυπο ISO 9004 έχουν αναπτυχθεί ως συνεκτικό δίδυμο προτύπων διαχείρισης ποιότητας, τα οποίο συμπληρώνει το ένα το άλλο, επιτρέποντας ταυτόχρονα την ανεξάρτητη χρήση τους. Αν και τα δύο διεθνή πρότυπα έχουν διαφορετικό σκοπό, έχουν παραπλήσιες δομές για να υποβοηθήσει την παράλληλη εφαρμογή τους ως ζεύγος.

Το ISO 9001 καθορίζει τις απαιτήσεις ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας για εσωτερική χρήση ή για πιστοποίηση του οργανισμού καθώς και για λόγους σύναψης συμβάσεων. Επικεντρώνεται στην αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης ποιότητας ως προς την εκπλήρωση των απαιτήσεων των πελατών του οργανισμού. Το ISO 9004 δίνει οδηγίες για ένα πιο ευρύ φάσμα επιδιώξεων του οργανισμού και πιο συγκεκριμένα για την συνεχή βελτίωση της επίδοσης, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητάς του.

Ο οργανισμός οφείλει να θεσπίζει, να τεκμηριώνει, να εφαρμόζει και να διατηρεί το σύστημα διαχείρισης ποιότητας και να βελτιώνει συνεχώς την αποτελεσματικότητά του, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του ISO 9001. Ο οργανισμός θα πρέπει να:

- προσδιορίσει τις διαδικασίες που απαιτούνται για το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας και την εφαρμογή τους σε όλη τον οργανισμό,
- καθορίσει την αλληλουχία και αλληλεπίδραση των διαδικασιών αυτών,
- καθορίσει κριτήρια και μεθόδους που απαιτούνται για να εξασφαλιστεί ότι τόσο η λειτουργία όσο και ο έλεγχος των διαδικασιών αυτών είναι αποτελεσματικός,
- εξασφαλίζει τη διαθεσιμότητα των πόρων και των πληροφοριών που απαιτούνται για τη στήριξη της λειτουργίας και την παρακολούθηση των διαδικασιών,
- παρακολουθεί, μετράει και αναλύει τις διαδικασίες και
- υλοποιεί ενέργειες που απαιτούνται για την επίτευξη των προγραμματισμένων αποτελεσμάτων και τη συνεχή βελτίωση των διαδικασιών.

Πέραν των προαναφερόμενων γενικών απαιτήσεων, βασικό δομικό στοιχείο του προτύπου ISO 9001 αποτελεί η απαραίτητη τεκμηρίωση του συστήματος διαχείρισης ποιότητας. Πιο συγκεκριμένα, ορίζεται ως απαραίτητη η τήρηση έγγραφης δήλωσης για την πολιτική ποιότητας και για τις επιδιώξεις του

οργανισμού από την εφαρμογή του συστήματος διαχείρισης ποιότητας. Επιπλέον, απαιτείται η δημιουργία Εγχειριδίου Ποιότητας, η έγγραφη τεκμηρίωση των διαδικασιών λειτουργίας του οργανισμού καθώς και όλα τα έγγραφα τα οποία είναι απαραίτητα για να εξασφαλιστεί ο αποτελεσματικός προγραμματισμός, η λειτουργία και ο έλεγχος των διαδικασιών αυτών.

Εξίσου σημαντικό στοιχείο του πρωτοκόλλου είναι η ευθύνη της διοίκησης του οργανισμού. Η διοίκηση πρέπει να παρέχει αποδείξεις της δέσμευσής της για την ανάπτυξη, την εφαρμογή και τη συνεχή βελτίωση της αποτελεσματικότητάς του συστήματος διαχείρισης ποιότητας μέσω:

- της κοινοποίησης σε όλα τα άτομα που ανήκουν στον οργανισμό της σημασίας της ικανοποίησης των πελατών καθώς και των νομοθετικών και κανονιστικών απαιτήσεων,
- της καθιέρωσης πολιτικής ποιότητας,
- της διασφάλισης ότι έχουν καθοριστεί οι στόχοι της ποιότητας,
- της διεξαγωγής επιθεωρήσεων αξιολόγησης και
- της εξασφάλισης της διαθεσιμότητας των ανθρωπίνων πόρων και υλικού.

Ειδικά το ανθρώπινο δυναμικό και η υλικοτεχνική υποδομή είναι σημαντικό κομμάτι του πρωτοκόλλου. Οι εργαζόμενοι του οργανισμού πρέπει να είναι ενήμεροι για τις αρμοδιότητες τους, να έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες για την εκπλήρωση των εργασιών που επηρεάζουν την ποιότητα και ο οργανισμός να τους παρέχει την απαραίτητη κατάρτιση για αυτό. Επίσης,ο οργανισμός θα πρέπει να καθορίζει, να παρέχει και να συντηρεί τον απαραίτητο εξοπλισμό για την επίτευξη των στόχων του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας.

Το σημαντικότερο κεφάλαιο του προτύπου ISO 9001 είναι οι απαιτήσεις που αφορούν στην παραγωγή του προϊόντος ή των προσφερόμενων υπηρεσιών. Αναφέρονται σε όλα τα στάδια του κύκλου ζωής του προϊόντος και πιο συγκεκριμένα:

- Στον προγραμματισμό της παραγωγής.
- Στον καθορισμό και την αξιολόγηση των απαιτήσεων του προϊόντος ή της παρεχόμενης υπηρεσίας.
- Στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη των προϊόντων ή υπηρεσιών.
- Στη διαχείριση των προμηθευτών.
- Στον τρόπο διάθεσης των προϊόντων ή υπηρεσιών.
- Στον έλεγχο και την παρακολούθηση των παρεχόμενων προϊόντων ή υπηρεσιών.

Η τελευταία περιοχή με την οποία καταπιάνεται το πρωτόκολλο αφορά στη διαμόρφωση των απαιτήσεων για μετρήσεις, ανάλυση και βελτίωση των διαδικασιών του οργανισμού. Ο οργανισμός πρέπει να σχεδιάσει και να εφαρμόσει διαδικασίες παρακολούθησης, μέτρησης, ανάλυσης και βελτίωσης που απαιτούνται για:

- να αποδείξουν τη συμμόρφωση του προϊόντος,

- τη διασφάλιση της συμμόρφωσης του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας και
- τη συνεχή βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας.

Το πρότυπο ISO 9001 αναθεωρήθηκε τελευταία φορα το 2015 (ISO 9001:2015), ενώ εντός της τρέχουσας χρονιάς αναμένεται η νέα αναθεώρησή του. Η τελευταία του αυτή έκδοση είναι περισσότερο βασισμένη στην ιδέα της συνεχούς βελτίωσης, στη διαχείριση του κινδύνου, στην αξιολόγηση και στη συνεργασία εντός του πιστοποιημένου φορέα. Επιπλέον, με τις απαιτήσεις του να είναι πιο γενικές, εφαρμόζεται και η αναθεωρημένη του έκδοση σε όλους τους οργανισμούς και αφορά τόσο σε προϊόντα όσο και σε υπηρεσίες.(ISO, n.d., BS EN ISO 9001:2015 BSI Quality Management Systems – Requirements, 2015)

3.3. Πρότυπα Διασφάλισης Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Πέραν του προτύπου ISO 9001, κράτη και διεθνείς οργανισμοί έχουν δημιουργήσει τα δικά τους πρότυπα ως προς την διασφάλιση της ποιότητας στην ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

3.3.1. DIN EN 15224

Το EN 15224 είναι το πρώτο, ομοιογενές ευρωπαϊκό πρότυπο για την υγεία βασισμένο στο ISO 9001,το οποίο δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το 2012, αναθεωρήθηκε το 2015 και επαναδημοσιεύτηκε το 2016 (BS/EN 15224:2016), ενώ σύντομα αναμένεται και νέα του αναθεώρηση.

Το EN 15224 αποτελεί,λοιπόν, το ευρωπαϊκό πλαίσιο προδιαγραφών για την ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης στις υπηρεσίες υγείας προκειμένου να ανταποκρίνονται με επάρκεια στις ειδικές ανάγκες και τις ιδιαίτερες συνθήκες των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και των εξειδικευμένων ιατρικών μονάδων.

Στο πρότυπο EN 15224 δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στη διαχείριση του κινδύνου, στην ασφάλεια του ασθενούς και στην εφαρμογή των πρωτοκόλλων και έτσι οι πιστοποιημένοι κατά αυτό οργανισμοί είναι καλύτερα θωρακισμένοι έναντι αστικής ευθύνης αφού τεκμηριώνεται η συμμόρφωσή τους στα πρωτόκολλα. (European Committee for Standardization, 2016)

3.3.2. Κοινοπρακτική Επιτροπή και Διεθνής Κοινοπρακτική Επιτροπή (The Joint Commission & Joint Commission International)

Το The Joint Commission (TJC) είναι ένας ανεξάρτητος μη κερδοσκοπικός οργανισμός ο οποίος διαπιστεύει και πιστοποιεί οργανισμούς υγείας και προγράμματα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. (TJC, n.d.) Αποτελείται από τρία σκέλη: το TJC, το Joint Commission International (JCI) και το Joint Commission Center for Transforming Healthcare. Ιδρυθείς το 1951 είναι ο αρχαιότερος και μεγαλύτερος οργανισμός δημιουργίας προτύπων και διαπίστευσης στον τομέα της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας στις ΗΠΑ. Ο

οργανισμός έχει ως σκοπό τη συνεχή βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας στον άνθρωπο, σε συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους στον τομέα αυτό, αξιολογώντας τους οργανισμούς υγείας και εμπνέοντας τους να διακρίνονται στη παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας των υψηλότερων προδιαγραφών. Για να αποκτήσει κάποιος οργανισμός τη «Χρυσή Σφραγίδα Έγκρισης» του οργανισμού (The Joint Commission's Gold Seal of Approval™) θα πρέπει να περνά από αξιολόγηση από μια ομάδα του TJC στους χώρους του νοσηλευτικού ιδρύματος τουλάχιστον μία φορά ανά τρία έτη. Το JCI εστιάζει στις ιατρικές, νοσηλευτικές και διοικητικές διεργασίες, καθώς και στη μεταξύ τους αλληλεπίδραση, συντελώντας στο στόχο του νοσοκομείου να παρέχει υπηρεσίες με όσο το δυνατόν ανώτερη ποιότητα. Στη χώρα μας το JCI έχει πιστοποιήσει το Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Υγεία. (JCI, n.d.)

Το τρίτο σκέλος του οργανισμού αποτελεί το Joint Commission Center for Transforming Healthcare το οποίο ιδρύθηκε το 2009 και στοχεύει στο να λύσει τα πιο σημαντικά προβλήματα ασφάλειας και ποιότητας στη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Στο κέντρο αυτό συμμετέχουν νοσοκομειακά ιδρύματα των ΗΠΑ τα οποία χρησιμοποιούν συστηματικές μεθόδους για να αναλύσουν συγκεκριμένες αστοχίες στη παροχή ιατροφαρμακευτικής φροντίδας ούτως ώστε να προσδιοριστούν τα αίτια τους και κατόπιν να αναπτυχθούν λύσεις για αυτά. (The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, n.d.)

3.3.3. TEMOS (Telemedicine Mobile Society)

Η TEMOS (εταιρεία spin-off του Γερμανικού Κέντρου Αεροδιαστημικής - DLR) αποτελεί έναν νέο αλλά ταυτόχρονα υψηλής εξειδίκευσης Οργανισμό Επιθεωρήσεων – Πιστοποιήσεων και Εκπαίδευσης με παγκόσμια δραστηριοποίηση και αναγνώριση τα κεντρικά γραφεία του οποίου βρίσκονται στην Κολωνία. (TEMOS International, n.d.)

Το σύστημα πιστοποίησης TEMOS ξεκίνησε το 2006 ως αποτέλεσμα της εμπέδωσης διεθνών αρχών της ποιότητας στη φροντίδα, τη ζήτηση από τις διεθνείς ασφαλιστικές εταιρείες και τους φορείς του ιατρικού τουρισμού προκειμένου να αναβαθμιστεί η διαχείριση διεθνών ασθενών σε φορείς υγείας σε όλο τον κόσμο. Το σύστημα πιστοποίησης καθοδηγείται από μια Διεθνή Επιτροπή Ηγετών στο χώρο υγείας από όλο τον κόσμο. Τα πρότυπα αναθεωρούνται διαρκώς και εκσυγχρονίζονται από τη Διεθνή Επιτροπή προκειμένου να προωθείται η ασφάλεια των ασθενών. Στη χώρα μας, το TEMOS έχει πιστοποιήσει 19 μονάδες παροχής ιατρικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων κλινικών υπογονιμότητας και οδοντιατρικής κλινικής.

Το εν λόγω σύστημα εφαρμόζεται συμπληρωματικά και με άλλα συστήματα ποιότητας ,έχοντας μια ασθενοκεντρική και στοχευόμενη στην ποιότητα πηγή γνώσης για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης το οποίο ως πυρήνα του έχει την προώθηση και εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών και τη διασφάλιση των ασθενών.

Οι οδηγοί ‘Hospital Guide’ και ‘Dental Guide’ της TEMOS προσφέρονται μέσω μιας σύγχρονης διαδικτυακής πύλης, η οποία παρέχει ολοκληρωμένη πληροφόρηση σχετικά με τα νοσοκομεία, τις οδοντιατρικές κλινικές και άλλες ιατρικές υπηρεσίες σε όλο τον κόσμο. Χρησιμοποιούνται από τουρίστες -ασθενείς, ομογενείς, διεθνείς επιχειρήσεις, ταξιδιωτικούς πράκτορες, ασφαλιστικές και συνεργαζόμενες με αυτές εταιρείες και από άλλα ενδιαφερόμενα μέρη.

3.3.4. Διεθνής Οργανισμός για τη Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας (International Society for Quality in Health Care)

Το International Society for Quality in Health Care (ISQua) είναι ένας ανεξάρτητος μη κερδοσκοπικός οργανισμός ο οποίος έχει ως σκοπό να βελτιώσει την ποιότητα και ασφάλεια της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας παγκοσμίως μέσω της εκπαίδευσης, έρευνας, συνεργασίας και διάδοσης της αποδεδειγμένα εφαρμοσμένης γνώσης. Το πρόγραμμα διαπίστευσης του οργανισμού, International Accreditation Program (IAP), διαπιστεύει και πιστοποιεί οργανισμούς πιστοποίησης στον τομέα της υγείας και παρέχει διεθνή αναγνώριση στους οργανισμούς αυτούς ότι ακολουθούν πιστά διεθνή εγκεκριμένα πρότυπα. (ISQua, n.d.)

Η αρχική σύλληψη για τη δημιουργία του οργανισμού έγινε το 1985, όταν μια ομάδα των επαγγελματιών υγείας συγκεντρώθηκαν στο Ούντινε, της Βόρειας Ιταλίας για να συζητήσουν τη διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία. Πολλά μέλη της ομάδας αυτής είχαν επηρεαστεί βαθύτατα από τον Avedis Donabedian.

Η Γραμματεία του ISQua ιδρύθηκε στην Αυστραλία το 1995 και εδράστηκε στη Μελβούρνη για δεκατρία χρόνια. Το 2008, μετά από πολλές συζητήσεις με το Διοικητικό Συμβούλιο και τα μέλη της, και μετά από μια διεθνή διαδικασία υποβολής προσφορών, το διεθνές γραφείο της μεταφέρθηκε στο Δουβλίνο της Ιρλανδίας.

3.3.5. Αυστραλιανό Συμβούλιο Τυποποίησης Υπηρεσιών Υγείας (Australian Council on Healthcare Standards)

Το Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) είναι ένας ανεξάρτητος μη κερδοσκοπικός οργανισμός ο οποίος είναι αφιερωμένος στη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης στην Αυστραλία μέσω της συνεχούς επανεξέτασης των επιδόσεων, την αξιολόγηση και διαπίστευση. Σκοπός του είναι να είναι αναγνωρισμένος τόσο στην Αυστραλία άλλα και διεθνώς ως ο ηγετικός οργανισμός της Αυστραλίας ο οποίος αξιολογώντας με ανεξάρτητα κριτήρια τις επιδόσεις των οργανισμών παροχής ιατροφαρμακευτικής φροντίδας να προωθεί και να βελτιώνει την ποιότητα και την ασφάλεια στην υγεία. (ACHS, n.d.)

Ιδρύθηκε το 1974, μετά από πολλά χρόνια από την πρωτοποριακή εργασία από μια σειρά από επαγγελματίες του τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των μελών του Ιατρικού Συλλόγου Αυστραλίας, ιατρικές σχολές και την Ένωση Νοσοκομείων της Αυστραλίας. Μέχρι σήμερα διατηρεί την ηγετική του θέση ως

βασικότερης ανεξάρτητης αρχής για τη μέτρηση και εφαρμογή συστημάτων για τη βελτίωση της ποιότητας στους οργανισμούς παροχής ιατροφαρμακευτικής φροντίδας της Αυστραλίας.

Τα πρότυπα για την αξιολόγηση και τη διαπίστευση καθορίζονται από μια επιτροπή που προέρχεται από κορυφαίους εκπροσώπους φορέων της υγείας, της κυβέρνησης και των καταναλωτών.

Το ACHS ξεκίνησε το 1996 ένα πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας προσφέροντας στους οργανισμούς παροχής υγειονομικής περίθαλψης ένα πλαίσιο για την παροχή προς τον καταναλωτή πελατο-κεντρικών υπηρεσιών εστιάζοντας στη συνέχεια της φροντίδας και στην ενσωμάτωση της συστηματικής εξωτερικής αξιολόγησης από άλλους ομότιμους οργανισμούς.

3.3.6. Swiss Approval International

Ο όμιλος Swiss Approval International (SAI) ανήκει στον τομέα της Τεχνικής Επιθεώρησης και Πιστοποίησης, ενσωματώνοντας την εμπειρία, την επιστημονική τεχνογνωσία, την καινοτομία και την τεχνογνωσία, κυρίως στην περιοχή της Νοτιοανατολικής Ευρώπης και της Μέσης Ανατολής. Δημιουργήθηκε το 2004 διαμορφώνοντας συνεργασίες και ένα διαρκώς διευρυνόμενο δίκτυο πελατών σε όλο τον κόσμο, έχοντας ως αποτέλεσμα την ενσωμάτωση διαφορετικών γνωστικών πεδίων και την ενοποίηση της εμπειρίας διαφορετικών εταιρειών, από διαφορετικές χώρες, οδηγώντας έτσι στην απόκτηση μιας τεράστιας εξειδίκευσης και ενός ευρύτατου φάσματος υπηρεσιών επιθεώρησης και πιστοποίησης. Το 2015 εισχώρησε και στην ελληνική αγορά με την ονομασία Swiss Approval Technische Bewertung. (SAI, n.d.)

Η προστιθέμενη αξία των υπηρεσιών της SAI βασίζεται αφενός στην έκδοση διεθνώς αναγνωρισμένων και εξαιρετικά αξιόπιστων πιστοποιητικών, ειδικά σχεδιασμένων ώστε να διασφαλίζεται η διαρκής βελτίωση των ελεγχόμενων συστημάτων των πελατών της, αφετέρου στις επενδύσεις της σε διαρκή επικαιροποίηση της τεχνογνωσίας της, εκμεταλλευόμενοι τη σύγχρονη τεχνολογία.

Όπως και με την εταιρεία TEMOS, το εν λόγω σύστημα εφαρμόζεται συμπληρωματικά και με άλλα συστήματα ποιότητας ,έχοντας επίσης μια ασθενοκεντρική και στοχευόμενη στην ποιότητα πηγή γνώσης για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης το οποίο ως πυρήνα του έχει την προώθηση και εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών και την διασφάλιση των ασθενών. Στη χώρα μας έχουν πιστοποιηθεί οργανισμοί, ο ακριβής αριθμός των οποίων δεν κοινοποιείται από την εταιρεία για λόγους δεοντολογίας απέναντι στους πελάτες της.

3.4. Πιστοποίηση και Διαπίστευση των Οργανισμών στα Πρωτόκολλα

Πιστοποίηση ενός οργανισμού σε κάποιο πρωτόκολλο είναι η αναγνώριση από έναν εξωτερικό φορέα, διαπιστευμένο για το σκοπό αυτό, ότι ο οργανισμός αυτός

εφαρμόζει τις πρακτικές και διαδικασίες που υποδεικνύει το πρωτόκολλο,όπως προαναφέρθηκε.

Ο φορέας πιστοποίησης μπορεί να αποτελεί κομμάτι του ίδιου του οργανισμού που δημιούργησε το πρωτόκολλο ή να είναι ένας τρίτος οργανισμός που είναι διαπιστευμένος στη συγκεκριμένη πιστοποίηση. Διαπιστευμένος οργανισμός πιστοποίησης είναι ο οργανισμός που έχει πάρει την έγκριση από το δημιουργό κάποιου προτύπου ότι μπορεί να αξιολογήσει κατά πόσο ένας τρίτος οργανισμός εφαρμόζει πλήρως το πρότυπο αυτό.

Στην Ελλάδα ως Εθνικός Οργανισμός Διαπίστευσης έχει ορισθεί το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ.). (Ε.Σ.Υ.Δ., χ.η.) Το έργο του Ε.ΣΥ.Δ. υποστηρίζεται από Τεχνικές Επιτροπές, στις οποίες συμμετέχουν εξειδικευμένοι κατά τομέα εμπειρογνώμονες. Για τη χορήγηση πιστοποιητικού διαπίστευσης, γίνεται επιτόπου αξιολόγηση του υποψήφιου φορέα από ομάδα αξιολογητών και ενδεχομένως εμπειρογνωμόνων, τα μέλη της οποίας διαθέτουν σε βάθος γνώση του αντίστοιχου τεχνικού αντικειμένου, καθώς και εμπειρία στην αξιολόγηση συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας. Οι αξιολογητές του Ε.ΣΥ.Δ. επιλέγονται και εκπαιδεύονται σύμφωνα με αυστηρά καθορισμένα κριτήρια και διαδικασίες και υπακούουν σε κανόνες σχετικά με την ανεξαρτησία, την ακεραιότητα και την εχεμύθεια που πρέπει να διαθέτουν.

Όταν η διοίκηση μιας επιχείρησης αποφασίσει να εφαρμόσει κάποιο πρωτόκολλο, απευθύνεται στον οργανισμό που έχει δημιουργήσει το πρωτόκολλο αυτό ούτως ώστε να προμηθευτεί τη τεκμηρίωση των προτύπων και των διαδικασιών που το αποτελούν καθώς και των κριτηρίων αξιολόγησης της εφαρμογής του. Το επόμενο στάδιο είναι η αναγνώριση των απαραίτητων αλλαγών που απαιτούνται για να λειτουργήσει η επιχείρηση σύμφωνα με τα πρότυπα καθώς και ο τρόπος υλοποίησης των αλλαγών αυτών. Είναι συνήθης πρακτική για το σκοπό αυτό η διοίκηση της επιχείρησης να προσλαμβάνει εξωτερικούς συνεργάτες - σύμβουλους ο οποίοι έχουν εμπειρία από την εφαρμογή του προτύπου σε άλλους οργανισμούς για να παράσχουν τεχνογνωσία αλλά και για να οργανώσουν τις απαραίτητες διαδικασίες ούτως ώστε να αρχίσει ο οργανισμός να λειτουργεί κατά το πρότυπο.

Ένας πιστοποιημένος οργανισμός μπορεί να ανανεώνει τη πιστοποίηση του κατά τακτά χρονικά διαστήματα, αφομοιώνοντας έτσι βελτιώσεις του πρωτοκόλλου αλλά και αποδεικνύοντας τη συνέπεια του οργανισμού σε θέματα ποιότητας.

Στην Ελλάδα ο εθνικός οργανισμός πιστοποίησης είναι ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛ.Ο.Τ.) (Ε.ΛΟ.Τ., χ.η.) Οι δραστηριότητες του ΕΛ.Ο.Τ. δεν περιορίζονται στη πιστοποίηση αλλά αποτελούν επιπλέον την τυποποίηση (της διαδικασίας μέσω της οποίας δημιουργούνται τα πρότυπα), τη διενέργεια εργαστηριακών δοκιμών καθώς και δραστηριότητες πληροφόρησης και εκπαίδευσης για θέματα τυποποίησης, πιστοποίησης, δοκιμών, ποιότητας και κοινοτικής νομοθεσίας.

Ο ΕΛ.Ο.Τ. αναπτύσσει και εφαρμόζει διαδικασίες και συστήματα πιστοποίησης με σκοπό την απονομή σημάτων συμμόρφωσης και τη χορήγηση πιστοποιητικών

συμμόρφωσης, τα οποία υποδηλώνουν τη συμμόρφωση προϊόντων, υπηρεσιών, διεργασιών, δραστηριοτήτων, οργανισμών, συστημάτων, προσώπων ή και συνδυασμό τους με τις απαιτήσεις τυποποιητικών εγγράφων. Ανώτατο όργανο αξιολόγησης, απονομής σημάτων και χορήγησης πιστοποιητικών συμμόρφωσης είναι το ενδεκαμελές Συμβούλιο Πιστοποίησης του ΕΛ.Ο.Τ., το οποίο απαρτίζεται από εκπροσώπους αντιπροσωπευτικών κλάδων της ελληνικής οικονομίας και της δημόσιας διοίκησης. Συμμετέχει μαζί με τους Εθνικούς Οργανισμούς πλέον των 30 άλλων χωρών στο Διεθνές Δίκτυο Φορέων Πιστοποίησης (IQNet), χορηγώντας παράλληλα με το πιστοποιητικό ΕΛΟΤ και το Πιστοποιητικό IQNet, εξασφαλίζοντας έτσι την αμοιβαία αναγνώριση και αποδοχή των πιστοποιητικών του.

Ο ΕΛ.Ο.Τ. είναι διαπιστευμένος για την πιστοποίηση Συστημάτων Διαχείρισης τόσο από το Ε.ΣΥ.Δ., όσο και από τον Ιταλικό Φορέα Διαπίστευσης (SINCERT), ενώ ως φορέας ελέγχου για την πιστοποίηση προϊόντων είναι διαπιστευμένος από το Ε.ΣΥ.Δ.

3.5. Οφέλη από την εφαρμογή ενός Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας

Η εισαγωγή και η πιστοποίηση ενός Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας σε έναν οργανισμό υγείας επιφέρει πολλαπλά οφέλη. Τα οφέλη αυτά είναι καταρχήν εσωτερικά και προκύπτουν από την καλύτερη εσωτερική λειτουργία του οργανισμού σαν αποτέλεσμα της εισαγωγής σαφών και τεκμηριωμένων διαδικασιών και οδηγιών. (Geraedts et al., 2001, Pourrabia et al., 2018)

Εξίσου σημαντικά όμως είναι και τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν στις σχέσεις του οργανισμού με το εξωτερικό του περιβάλλον, δηλαδή τα οφέλη σε σχέση με της συναλλαγές του οργανισμού με πελάτες, ασθενείς, προμηθευτές και άλλους εμπλεκόμενους. Επειδή κεντρικό σημείο σε όλα τα συστήματα διοίκησης ποιότητας είναι η θέσπιση στόχων και η συνεχής βελτίωση με την ικανοποίηση των πελατών, σε βάθος χρόνου επιτυγχάνονται καλύτερα εμπορικά αποτελέσματα, ανάπτυξη εργασιών και βελτίωση της ανταγωνιστικότητας, βελτίωση του γοήτρου και της αξιοπιστίας του οργανισμού.

Η εφαρμογή των αρχών διαχείρισης της ποιότητας φέρει οφέλη και πλεονεκτήματα σε όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη με το σύστημα διαχείρισης του οργανισμού. Στον ασθενή προσφέρεται ιατροφαρμακευτική φροντίδα σύμφωνα με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση και τις διεθνείς ιατρικές πρακτικές. Οι υπηρεσίες που του προσφέρονται έχουν εξασφαλισμένο υψηλό επίπεδο ανεξαρτήτως του τμήματος και του προσωπικού νοσηλείας.

Το προσωπικό αντιλαμβάνεται τη σπουδαιότητα της εργασίας του και την επίπτωση της στη ποιότητα προσφέροντας του ικανοποίηση και ηθικό. Οι εργαζόμενοι απολαμβάνουν καλύτερες συνθήκες εργασίας ούτως ώστε να επικεντρώνονται μόνο στην εκτέλεση των καθηκόντων τους με αποτέλεσμα να αποδίδουν καλύτερα και με συνέπεια. Ακόμα, τους παρέχεται η απαιτούμενη

εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση ούτως ώστε να προσφέρουν ιατροφαρμακευτική φροντίδα υψηλής ποιότητας.

Στους προμηθευτές και συνεργάτες του οργανισμού προσφέρεται περιβάλλον συνεργασίας με κανόνες και πολιτικές που παρέχει σταθερότητα και αμοιβαία ικανοποίηση.

Στους μετόχους του οργανισμού, προσφέρει αυξημένο μερίδιο αγοράς, μεγιστοποίηση του κέρδους και βελτίωση των αποτελεσμάτων.

Επιπλέον, η πιστοποίηση του οργανισμού σε πρωτόκολλα διασφάλισης ποιότητας διασφαλίζουν το υψηλό επίπεδο ποιότητας σε υπηρεσίες, εργασιακό περιβάλλον και συνεργασίες προσελκύοντας έτσι νέους πελάτες – ασθενείς, ταλαντούχο προσωπικό καθώς και σοβαρές συνεργασίες με προμηθευτές και άλλους οργανισμούς που δεν έχουν προηγούμενη εμπειρία με το συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Όλοι οι παραπάνω λόγοι φανερώνουν την σπουδαιότητα της εφαρμογής συστημάτων διασφάλισης ποιότητας. Η σημασία της είναι καθοριστική στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας όχι μόνο λόγω ευαισθησίας του τομέα αλλά και λόγω της σπουδαιότητας των υπηρεσιών που αυτοί οι οργανισμοί προσφέρουν. Στις υπηρεσίες υγείας, η ποιότητα και η δυνατότητα βελτίωσης των υπηρεσιών αυτών είναι καθοριστική. Ο ίδιος ο ασθενής επίσης συμμετέχει ψυχικά και σωματικά. Είναι λοιπόν σημαντικό να υπάρχει σωστή σχέση και αλληλεξάρτηση μεταξύ λειτουργών και ασθενών για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Επιπλέον, ο τομέας της υγείας είναι ιδιαίτερος και απαιτεί ουσιαστικές και σε βάθος γνώσεις του αντικειμένου. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι ασθενείς έχουν μηδαμινή γνώση ως προς τις υπηρεσίες που τους παρέχονται. Οι γνώσεις του λειτουργού σε συνεργασία με την σχέση που θα αναπτύξει με τον εκάστοτε ασθενή είναι καθοριστική και απαραίτητη για την έκβαση θετικού αποτελέσματος.

4. Ικανοποίηση ασθενών

4.1. Ορισμός

Ενώ η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί έννοια που γίνεται εύκολα αντιληπτή από την κοινή λογική, δεν έχει διερευνηθεί όσο θα έπρεπε και δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Στη συνέχεια παραθέτονται μια σειρά ορισμών που δόθηκαν σε διαφορετικές χρονικές περιόδους και ουσιαστικά αφορούσαν το σύνολο των πλευρών της ικανοποίησης των ασθενών.

Το 1982, η Linder - Pelz όρισε την ικανοποίηση ως τη θετική αξιολόγηση διακριτών παραμέτρων του υγειονομικού συστήματος από τον ίδιο τον ασθενή. (Linder-Pelz, 1982) Η έννοια της ικανοποίησης μπορεί να γίνει κατανοητή μόνο

στο πλαίσιο του ότι αυτή συντίθεται από διαφορετικές παραμέτρους, καθεμία από τις οποίες μπορεί να ικανοποιεί ή να δυσαρεστεί τον ασθενή. Η ερευνήτρια όρισε πέντε βασικές διαστάσεις (προσδοκία, χρησιμότητα, δικαίωμα, συμβάν, συγκρίσεις) που πρέπει να συνυπολογίζονται προκειμένου να προσδιοριστεί η ικανοποίηση.

Ένας πιο σαφής ορισμός διατυπώθηκε από τον Donabedian, που είναι από τους πρώτους που εργάστηκε για την ικανοποίηση του ασθενούς, και την όρισε ως τον δείκτη έκβασης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. (Donabedian, 1988) Σύμφωνα με τον ίδιο, η ικανοποίηση του ασθενούς μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους επιθυμητούς στόχους της παροχής περίθαλψης, ή ακόμη και ένα δομικό στοιχείο του υγειονομικού συστήματος. Αποτύπωση της ικανοποίησης ή της δυσαρέσκειας μπορεί να αποτελεί επίσης η κρίση του ασθενή για την ποιότητα της περίθαλψης και όλων των παραμέτρων της.

Σύμφωνα με τους Karydis et al, η εκτίμηση των ασθενών για την ποιότητα στην υγεία είναι πιο περίπλοκη από την εκτίμηση αυτών για άλλες υπηρεσίες για τους ακόλουθους λόγους (Karydis et al.,2001):

- Η χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα.
- Οι ασθενείς δεν μπορούν να προγραμματίσουν τις ανάγκες τους για αυτού του είδους τις υπηρεσίες.
- Οι ασθενείς δεν μπορούν να συγκρίνουν τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε σύγκριση με υπηρεσίες από ανταγωνιστικούς οργανισμούς.
- Συνήθως, ένας ασθενής δεν γνωρίζει ποτέ, πού και πώς πρέπει να θεραπευτεί.
- Η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ανεπιθύμητη και δημιουργεί ανασφάλεια και άγχος.
- Το επάγγελμα του ιατρού θεωρείται από τα πιο προστατευμένα και ελεγχόμενα στην Ελλάδα, στο οποίο υπάρχουν περιορισμοί για την προστασία του κοινωνικού συνόλου.

Οι Ware et al. παραθέτουν έναν ορισμό υποστηρίζοντας πως οι εκτιμήσεις ικανοποίησης είναι σκόπιμα υποκειμενικές και προσπαθούν να συλλάβουν μια πιο προσωπική αξιολόγηση που δεν μπορεί να διαμορφωθεί με την απλή παρατήρηση της περίθαλψης. Η υποκειμενικότητα είναι η μοναδική δύναμη των εργαλείων μέτρησης της ικανοποίησης. (Ware et al.,1983)

Ευρέως αποδεκτός ορισμός, επίσης, είναι αυτός που δίνει ο Risser, σύμφωνα με τον οποίο, η ικανοποίηση των ασθενών από την υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης είναι ο βαθμός σύγκλεισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψης τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται. (Charalambous & Adamakidou, 2012)

Κατά τον Pascoe, η ικανοποίηση του ασθενούς ορίζεται ως η γενική του αντίδραση του σε παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη μέσα από τις εμφανείς πτυχές της εμπειρίας του στις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική

και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών. (Pascoe, 1983)

Ο Petersen το 1988 υποστήριξε ότι η ικανοποίηση είναι μία γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας. (Petersen, 1988)

Σύμφωνα με τον Smith, η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από τη φροντίδα υγείας. (Yellen et al., 2002)

Επιχειρώντας ένα σφαιρικό ορισμό της ικανοποίησης του ασθενούς οφείλουμε να θεωρήσουμε δυο παραμέτρους :

- Τα ερεθίσματα και τη χρησιμότητα της κριτικής και τις αντιδράσεις. Ο ασθενής όταν εισέρχεται σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας έρχεται σε άμεση επαφή με πλήθος ερεθισμάτων στα οποία μπορεί να απαντά ή όχι ανάλογα με τους αισθητήριους υποδοχείς του. Καθώς παρατηρεί τα ερεθίσματα αυτά ανταποκρίνεται κάνοντας συνειδητές ή ασυνείδητες κρίσεις. Η χρησιμότητα των κρίσεων που αποδίδει στα ερεθίσματα αντιπροσωπεύει το πρώτο στοιχείο της ικανοποίησης που οι μελετητές επιθυμούν να μετρήσουν.

- Οι ατομικές διαφορές και τα αποτελέσματα. Οι χρήστες αντιλαμβάνονται μια υπηρεσία σε σχέση με το τι θα ήθελαν να λάβουν από την υπηρεσία καθώς και το τι αισθάνονται ότι θα έπρεπε να λαμβάνουν υπό φυσιολογικές συνθήκες. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστούν οι διαφορές που προκύπτουν από άτομο σε άτομο μιας και οι απαιτήσεις και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά είναι ξεχωριστά για κάθε άτομο.

Συμπερασματικά, η ικανοποίηση του ασθενούς μέσα στα πλαίσια προσπάθειας ορισμού της είναι μια δυναμική λειτουργία που αφορά στη σχέση μεταξύ των ερεθισμάτων, των προσωπικών εκτιμήσεων, αντιδράσεων και ατομικών διαφορών.

4.2. Παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών

Τα τελευταία χρόνια έχουν διεξαχθεί πληθώρα μελετών που αφορούν στην ικανοποίηση ασθενών και έχει αποδειχθεί ότι πολλοί παράγοντες φαίνεται να την επηρεάζουν και να τη διαμορφώνουν.

Στην βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές αναφορές στους παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών και βοηθούν στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων των μετρήσεων. Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής: (Batbaatar et al.,2017, Gu & Itoh, 2015)

- Σχέση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς. Η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή φαίνεται να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας για τη πρόγνωση της ικανοποίησης. Διαπιστώνεται πως όσο αυξάνεται ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός στην εξέταση και στην ενημέρωση του ασθενούς, τόσο αυξάνει η ικανοποίηση του δεύτερου. Ακόμα έρευνες αναφέρουν πως η ικανοποίηση είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς που έχουν αναπτύξει μια διαρκή σχέση εμπιστοσύνης με το θεράποντα ιατρό τους.
- Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Αν και δεν υπάρχει απόλυτη ομοφωνία στη βιβλιογραφία, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο και το εισόδημα επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.
- Προσδοκίες των ασθενών από τις υπηρεσίες. Η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται άμεσα από το βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι προσδοκίες τους από την παροχή υπηρεσιών υγείας και αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούν και σε εκείνο που τελικά απολαμβάνουν.
- Αποτελεσματικότητα θεραπείας. Διαπιστώνεται πως η συσχέτιση μεταξύ αποτελέσματος της θεραπείας και του βαθμού ικανοποίησης είναι πολύ ισχυρή ειδικά όταν η έκβαση της θεραπείας δεν είναι πετυχημένη, οπότε συνήθως προκύπτει δυσαρέσκεια.
- Περιβάλλον περίθαλψης. Έχει αποδειχθεί πως όταν το περιβάλλον παροχής της ιατρικής περίθαλψης είναι καθαρό, άνετο και κατάλληλα διαμορφωμένο οι ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι.
- Προσβασιμότητα. Όσο πιο εύκολη θεωρείται η πρόσβαση στην υπηρεσία παροχής υγειονομικής περίθαλψης τόσο αυξάνεται ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών.

Όσον αφορά στις παρεχόμενες οδοντιατρικές υπηρεσίες, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι παράγοντες που τις επηρεάζουν είναι η ηλικία, το φύλο, το οικονομικό επίπεδο, η συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών, το άγχος ως προς τις υπηρεσίες, οι προσωπικές προσδοκίες, καθώς και οι προηγηθείσες εμπειρίες. (Roberto et al., 2017)

Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι η ικανοποίηση των ασθενών πέρα από το ότι είναι σύνθετη έννοια, εξαρτάται και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η σύσταση κατάλληλων και αξιόπιστων εργαλείων καταγραφής και μέτρησης της ικανοποίησης είναι δύσκολη και οι ερευνητές θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να λαμβάνουν όλους τους παράγοντες υπ’όψην τους κατά τη διενέργεια των ερευνών.

4.3. Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Τόσο ο ορισμός για την ικανοποίηση των ασθενών όσο και η μέτρηση της είναι αναμφισβήτητα δύσκολες και προβληματικές διαδικασίες. Η κυριότερη αιτία έγκειται στο γεγονός ότι μεταξύ των ανθρώπων υπάρχει ανομοιομορφία τόσο στη

βασική τους εκπαίδευση και ενημέρωση για τον τομέα της υγείας, όσο και στον τρόπο με τον οποίο ο καθένας κρίνει ότι μια κατάσταση χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης. Επιπλέον, οι απαιτήσεις του καθενός από ένα υγειονομικό σύστημα αλλά και οι προσδοκίες του από τη συναναστροφή με το ιατρικό προσωπικό ποικίλλουν, όπως ήδη προαναφέρθηκε.

Την τελευταία δεκαετία παρατηρείται παγκοσμίως ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μελέτη και έρευνα της ικανοποίησης ασθενών, καθώς η μέτρηση της αποσκοπεί στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Οι ασθενείς ως τελικοί αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας συμβάλλουν ώστε να συλλεχθούν πληροφορίες και να αναδειχθούν τα προβλήματα που υπάρχουν στο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση στην ποιότητα των κλινικών, ιατρικών και διοικητικών δραστηριοτήτων.

Σημαντική είναι και η διεξαγωγή ερευνών μέτρησης ικανοποίησης των χρηστών στον ιδιωτικό τομέα, ώστε να αναπτύξει κύριες και υποστηρικτικές λειτουργίες που θα βελτιώσουν την θέση του στην αγορά. Αυτές οι μετρήσεις της ικανοποίησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν με επιτυχία για την προσέλκυση πελατείας.

Οι ερευνητές και όσοι συμμετέχουν στη διαμόρφωση στρατηγικών υγείας ενδιαφέρονται τόσο για τη μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών, ως αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας σε συνάρτηση με το κόστος, όσο και για την επίδραση που έχει η ικανοποίηση στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Κι αυτό, επειδή ο ικανοποιημένος ασθενής είναι πιθανότερο να επιλέξει, εφόσον παρουσιαστεί ανάγκη, τον ίδιο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

4.4. Συσχέτιση ποιότητας και ικανοποίησης των ασθενών

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, που συνεχώς μεταβάλλεται και προσαρμόζεται ως αποτέλεσμα της δημιουργίας νέων αναγκών και προσδοκιών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Μια γενικότερη προσέγγιση συνδέει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών. (Lobo et al., 2018) Η απαίτηση για παροχή υπηρεσιών υγείας, οι οποίες να καλύπτουν τις προσδοκίες των χρηστών τους, οδήγησε σε ένα αυξημένο ενδιαφέρον για την εκτίμηση της γνώμης τους, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης τους. Οι ασθενείς, εκφράζοντας την άποψη τους για τις υπηρεσίες που βίωσαν, αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας υγείας που έλαβαν σύμφωνα με το βαθμό κάλυψης των προσδοκιών τους.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί σημαντικό παράγοντα προσδιορισμού της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας κάθε συστήματος. (Lloyd et al., 2014) Συγκεκριμένα, η ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενούς σε ένα πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας,

βελτιώνει το κλίμα στον οργανισμό, το ηθικό των εργαζομένων και συμβάλλει στην αναγνώριση των προσπαθειών που καταβάλλονται για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών.

Μπορεί να δώσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στον οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας, αφού ο συγκεκριμένος πλεονεκτεί έναντι των ομοίων ανταγωνιστών του διότι :

- Αναγνωρίζει τις απαιτήσεις και ανάγκες των καταναλωτών υπηρεσιών.
- Εντοπίζει τυχόν κενά μεταξύ αυτών και του τι τελικά λαμβάνει ο καταναλωτής υπηρεσιών.
- Εντοπίζει και θέτει νέους στόχους για το προσωπικό και τους ασθενείς.

Επομένως, όπως διαπιστώνεται, τα οφέλη από την μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών είναι πολλά, για αυτό και η μέτρηση ικανοποίησης θεωρείται ένας σπουδαίος παράγων προσδιορισμού της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. Ερευνητική Προσέγγιση

5.1. Σκοπός της έρευνας και επιμέρους στόχοι

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών, και κατ'επέκταση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, τόσο σε πιστοποιημένα όσο και σε μη πιστοποιημένα ιδιωτικά οδοντιατρεία στο νομό Αττικής, της ανάδειξης της διαφοράς των παρεχόμενων υπηρεσιών τους και τους τομείς στους οποίους αυτή εμφανίζεται.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

1. Η μελέτη των απόψεων των ασθενών σχετικά με την ικανοποιήσή τους από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες που τους παρασχέθηκαν σε χώρο ιδιωτικού πιστοποιημένου και μη, οδοντιατρείου στο νομό Αττικής.

2. Η ανάδειξη της διαφοράς της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και σε ποιους τομείς αυτή εμφανίζεται.

5.2. Σχεδιασμός της μελέτης

Πρόκειται για ποιοτική μελέτη εκτίμησης της ικανοποίησης ασθενών από ιδιωτικά πιστοποιημένα και μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία στο νομό Αττικής με τη χρήση ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου.

Το συνολικό δείγμα που συγκεντρώθηκε είναι 317 ασθενείς σε διάστημα τριών μηνών από τη διάθεση των ερωτηματολογίων. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα για τα πιστοποιημένα οδοντιατρεία αποτέλεσαν 176 ασθενείς, εκ των οποίων 122 προσέρχονται σε ιδιωτικό οδοντιατρείο πιστοποιημένο από την SAI και 54 σε οδοντιατρείο πιστοποιημένο από την TEMOS International. Τα δύο αυτά οδοντιατρεία είναι τα μοναδικά πιστοποιημένα στην Ελλάδα μέχρι την παράδοση της παρούσας εργασίας. Όσον αφορά στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία,το δείγμα αποτέλεσαν 141 ασθενείς, εκ των οποίων 44 προέρχονται από ενδοδοντικό ιατρείο,55 από προσθετολογικό οδοντιατρείο και 42 από οδοντιατρείο στοματικού χειρουργού. Δεδομένης της πληθώρας ιδιωτικών μη πιστοποιημένων οδοντιατρείων, η επιλογή έγινε με βάση τη γεωγραφική τοποθεσία, όπου προϋπόθεση ήταν να βρίσκονται εντός του νομού Αττικής, και επιλέχθηκαν όσα ανήκαν σε ειδικευμένους οδοντιάτρους δεδομένου ότι και οι πιστοποιημένες κλινικές απαρτίζονται μόνο από ειδικευμένους και όχι από γενικούς οδοντιάτρους. Επιπλέον, έγινε προσπάθεια τα τέσσερα οδοντιατρεία προς σύγκριση να είναι διαφορετικής ειδικότητας ώστε τα αποτελέσματα να είναι όσο το δυνατόν πιο συγκρίσιμα μεταξύ τους.

5.3. Μεθοδολογία της έρευνας

Η εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών από ιδιωτικά πιστοποιημένα και μη οδοντιατρεία στο νομό Αττικής έγινε με τη χρήση ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη:

-το πρώτο μέρος αναφέρεται στα δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς. Το μέρος αυτό κατασκευάστηκε μετά από μελέτη της βιβλιογραφίας και προστέθηκε για την καλύτερη ανάλυση των αποτελεσμάτων αυτής της ποιοτικής έρευνας.
-το δεύτερο μέρος προέρχεται από διπλή μετάφραση του 'Dental Satisfaction Survey 2002' που δημιουργήθηκε από το πανεπιστήμιο της Αδελαϊδας (Stewart & Spencer, 2005) και αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν στην ικανοποίηση από το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, το περιβάλλον, την πρόσβαση, το κόστος και την αποτελεσματικότητα σε κλίμακα πέντε (5) βαθμίδων.

ΚΛΙΜΑΚΑ	ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ
Διαφωνώ απόλυτα	1
Διαφωνώ σχετικά	2
Ούτε διαφωνώ,ούτε συμφωνώ	3
Συμφωνώ σχετικά	4
Συμφωνώ απόλυτα	5

Για τη χρήση του ερωτηματολογίου στην έρευνα έχει εξασφαλιστεί η άδεια χρήσης του από τους κατασκευαστές του.

5.4. Στατιστική ανάλυση της έρευνας

Μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, για τη στατιστική επεξεργασία τους δημιουργήθηκε ένας πίνακας κωδικοποίησης. Ο πίνακας αυτός αντιστοίχιζε κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου σε μια μεταβλητή και κάθε τιμή μιας μεταβλητής σε έναν αριθμό.

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS for Windows version 25, ενώ οι πίνακες δημιουργήθηκαν με το Microsoft Excel 2010 με βάση τα δεδομένα της ανάλυσης του προγράμματος SPSS.

5.5. Ηθικά θέματα

Στην παρούσα μελέτη δεν υπάρχουν κίνδυνοι. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν είναι εμπιστευτικές, τα στοιχεία είναι κωδικοποιημένα και σε κανένα σημείο δεν

περικλείει ερωτήματα που θα μπορούσαν υπό οποιεσδήποτε συνθήκες να οδηγήσουν στην ταυτοποίηση του ερωτώμενου.

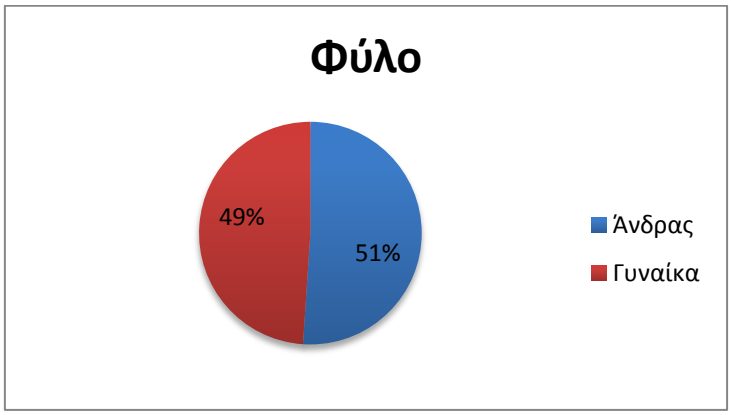
6. Αποτελέσματα

6.1. Δημογραφικές ερωτήσεις

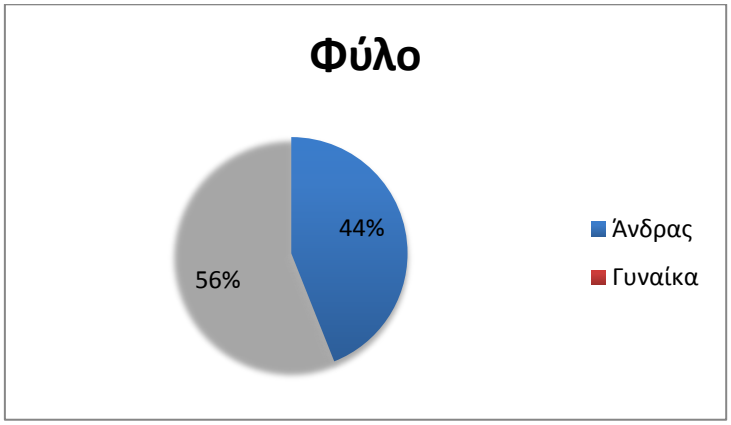
6.1.1. Φύλο συμμετεχόντων

Το συνολικό δείγμα από τα πιστοποιημένα οδοντιατρεία είναι 176 ασθενείς. Όσον αφορά στο φύλο,το δείγμα είναι σχεδόν ισόποσα μοιρασμένο με τις γυναίκες να αποτελούν το 49% (86 ασθενείς) και τους άνδρες το υπόλοιπο 51% (89 ασθενείς), όπως φαίνεται και στο σχήμα 1.1.

Ελαφρώς διαφορετική κατανομή εμφανίζεται στο δείγμα των μη πιστοποιημένων οδοντατρείων, με μικρή υπεροχή των γυναικών (79 ασθενείς) έναντι των ανδρών (62 ασθενείς), όπως φαίνεται και στο σχήμα 1.2.



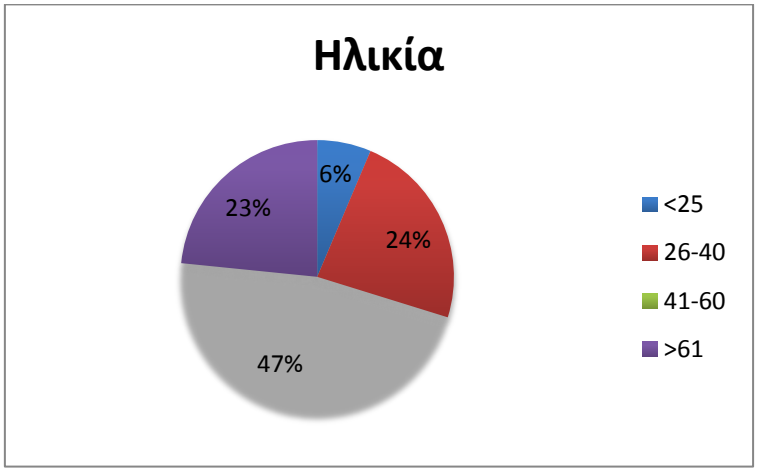
Σχήμα 1.1 Κατανομή δείγματος με βάση το φύλο στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία



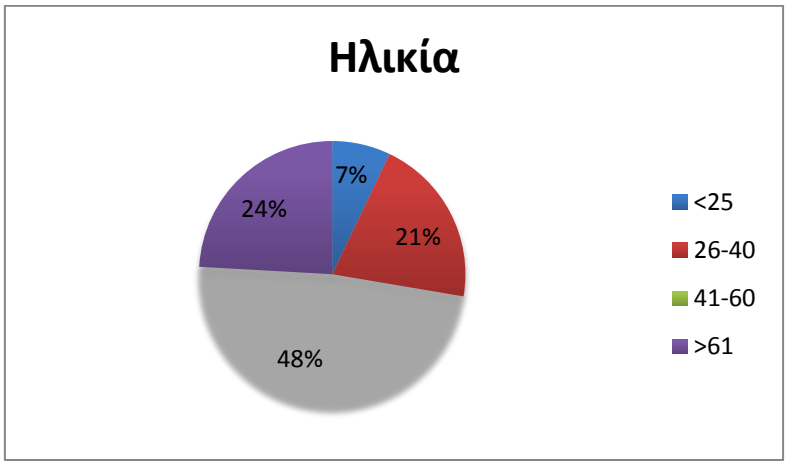
Σχήμα 1.2. Κατανομή δείγματος με βάση το φύλο στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία

6.1.2. Ηλικία συμμετεχόντων

Τόσο στα πιστοποιημένα όσο και στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία, η πλειοψηφία των ασθενών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 41-60 που αποτελεί και τον ενεργό εργασιακά πληθυσμό, ακολουθούμενη από τους μεγαλύτερους ηλικιακά. Στα σχήματα 2.1 και 2.2 φαίνονται τα ακριβή ποσοστά κάθε ηλικιακής ομάδας.



Σχήμα 2.1. Κατανομή δείγματος με βάση την ηλικία στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία

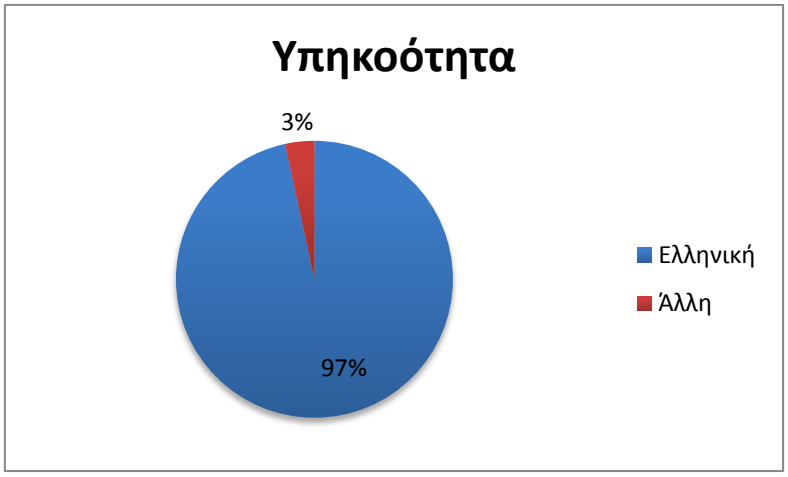


Σχήμα 2.2. Κατανομή δείγματος με βάση την ηλικία στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία

6.1.3. Υπηκοότητα συμμετεχόντων

Από τους συνολικά 176 συμμετέχοντες των πιστοποιημένων οδοντιατρείων,μόνο 6 άτομα (3%) είχαν άλλη υπηκοότητα πέραν της ελληνικής και πιο συγκεκριμένα 4 άτομα είχαν αμερικάνικη και 2 άτομα είχαν αλβανική. Στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία επίσης η πλειοψηφία ανήκει στους συμμετέχοντες ελληνικής

υπηκοότητας,με μόλις 2 άτομα να έχουν αλβανική καταγωγή. Στα σχήματα 3.1 και 3.2 φαίνονται αναλυτικά τα ποσοστά της υπηκοότητας των συμμετεχόντων.



Σχήμα 3.1. Κατανομή δείγματος με βάση την υπηκοότητα στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία



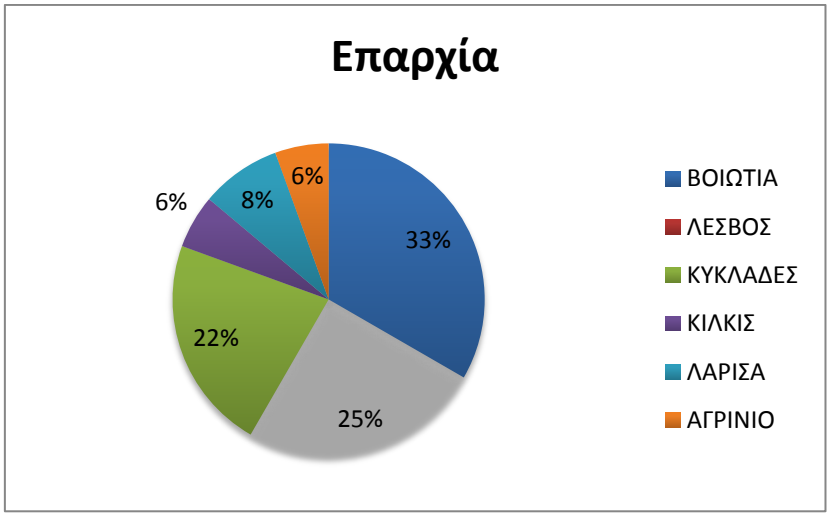
Σχήμα 3.2. Κατανομή δείγματος με βάση την υπηκοότητα στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία

6.1.4. Τόπος μόνιμης διαμονής συμμετεχόντων

Όσον αφορά στον τόπο μόνιμης διαμονής, 36 συμμετέχοντες από τα πιστοποιημένα οδοντιατρεία προέρχονται από περιοχή πέραν της Αττικής όπως φαίνεται και στο σχήμα 4.1. Αναλυτικά οι επαρχίες από τις οποίες προέρχονται αυτοί οι 36 συμμετέχοντες απεικονίζεται στο σχήμα 4.2. και όπως φαίνεται δεν αποτελούν μόνο περιοχές που βρίσκονται πλησίον της Αττικής,αλλά αφορούν και σε νησιά και πιο απομακρυσμένες περιοχές.

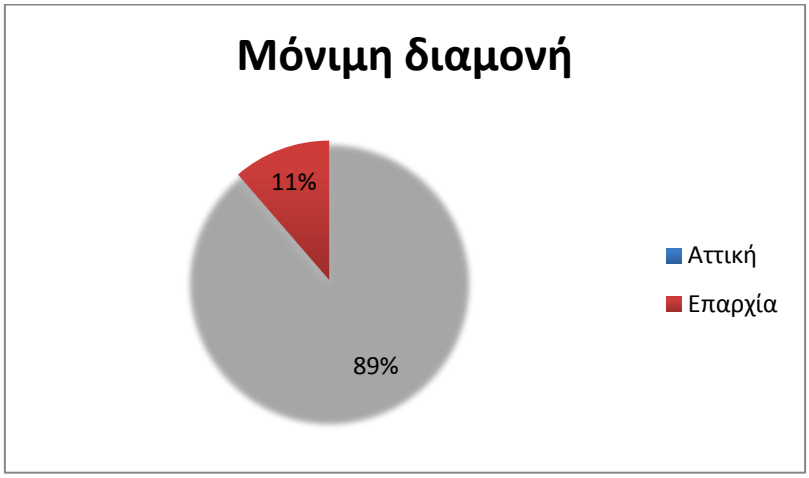


Σχήμα 4.1. Κατανομή δείγματος με βάση τον τόπο μόνιμης διαμονής στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία



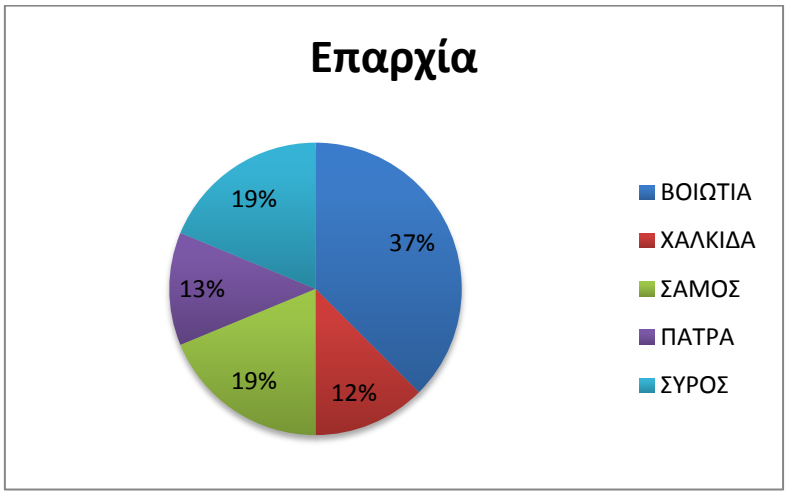
Σχήμα 4.2. Κατανομή δείγματος με βάση την επαρχία μόνιμης διαμονής στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία

Ο αριθμός των συμμετεχόντων εκτός Αττικής είναι μικρότερος στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία και υπολογίστηκε στα 16 άτομα όπως φαίνεται και στο σχήμα 4.3.



Σχήμα 4.3. Κατανομή δείγματος με βάση τον τόπο μόνιμης διαμονής στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία

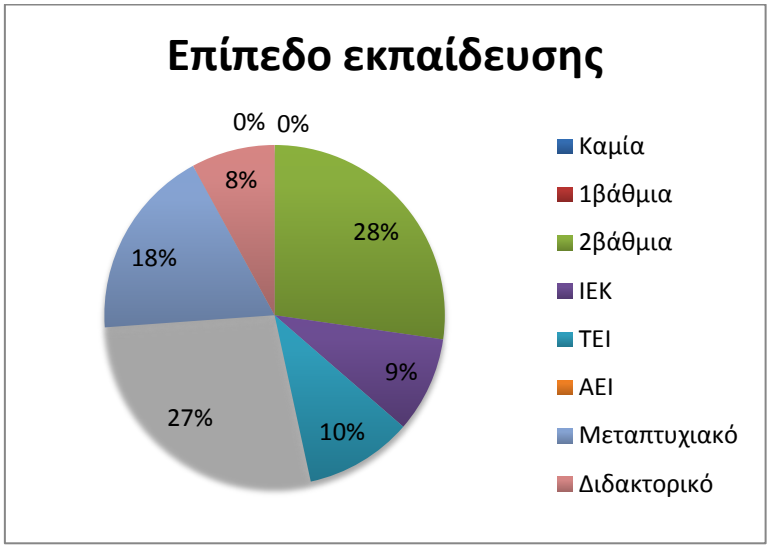
Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εκτός Αττικής προέρχεται κυρίως από νομούς κόντα στην Αττική με εξαίρεση τους συμμετέχοντες από τα νησιά της Σάμου και της Σύρου όπως φαίνεται και στο σχήμα 4.4.



Σχήμα 4.4. Κατανομή δείγματος με βάση την επαρχία μόνιμης διαμονής στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία

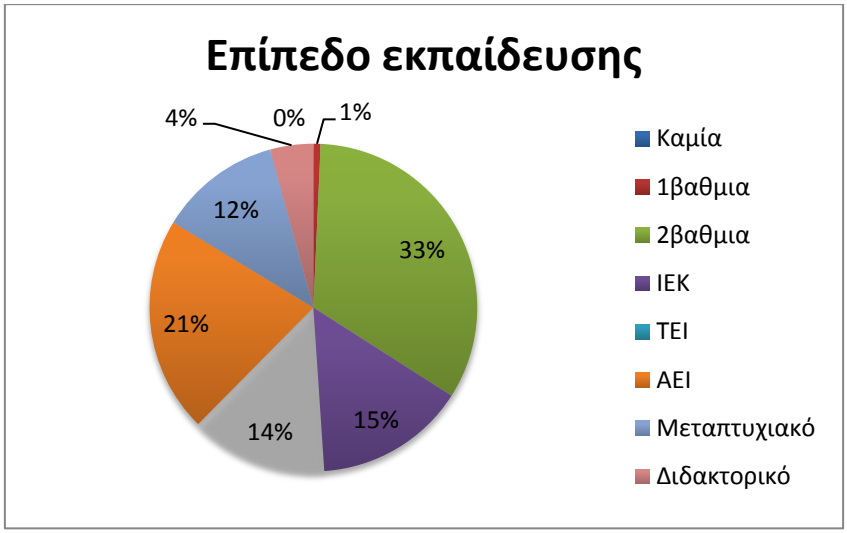
6.1.5. Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων

Όσον αφορά στην κατανομή του επιπέδου εκπαίδευσης στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία, κανένας από τους συμμετέχοντες δεν έχει παραμείνει στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ το συνολικό επίπεδο σπουδών είναι αρκετά υψηλό τόσο σε κατόχους μεταπτυχιακού όσο και σε κατόχους διδακτορικού διπλώματος. Το σχήμα 5.1. απεικονίζει ακριβώς την κατανομή του δείγματος.



Σχήμα 5.1. Κατανομή δείγματος με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία

Από την άλλη,η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία είναι απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης,ενώ το ποσοστό κατόχων μεταπτυχιακών και διδακτορικών τίτλων είναι πιο χαμηλό, όπως απεικονίζεται και στο σχήμα 5.2.

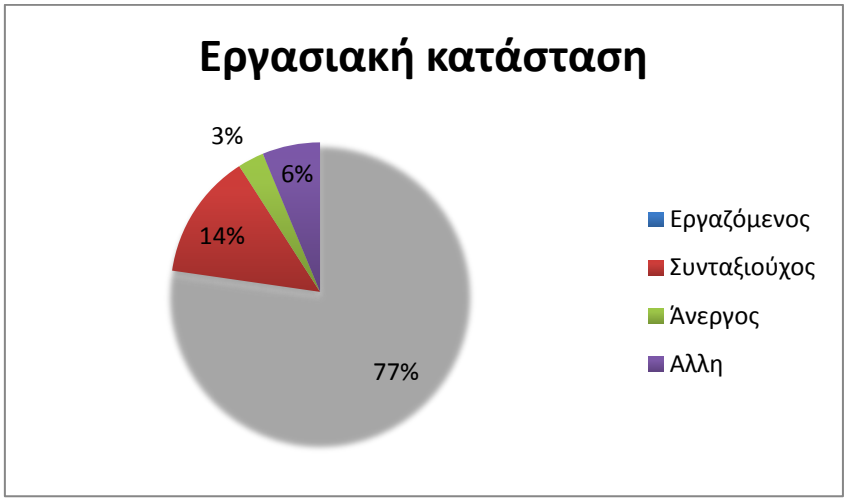


Σχήμα 5.2. Κατανομή δείγματος με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία

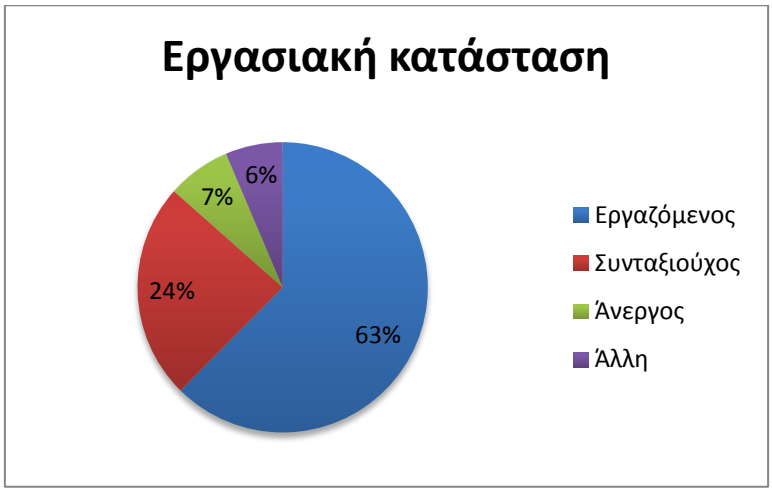
6.1.6. Εργασιακή κατάσταση εργαζομένων

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων τόσο στα πιστοποιημένα όσο και στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία ανήκει στην κατηγορία των εργαζομένων, ακολουθούμενη από την κατηγορία των συνταξιούχων, γεγονός που είναι αναμενόμενο κι απ'την πλειοψηφία της ηλικιακής ομάδας 41-60. Η μοναδική διαφορετική απάντηση που δόθηκε ήταν η ενασχόληση με τα οικιακά,σε μικρά

όμως ποσοστά και στις δύο περιπτώσεις. Αναλυτικά τα ποσοστά απεικονίζονται στα σχήματα 6.1. και 6.2.



Σχήμα 6.1. Κατανομή δείγματος με βάση την εργασιακή κατάσταση στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία

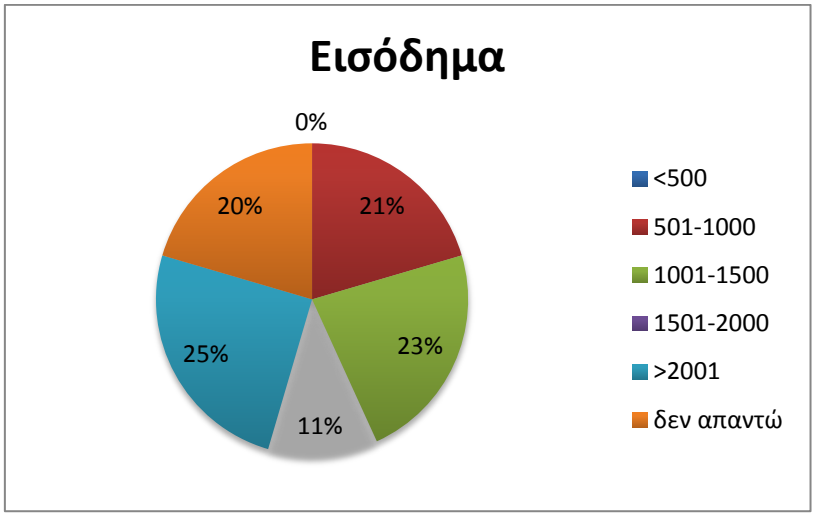


Σχήμα 6.2. Κατανομή δείγματος με βάση την εργασιακή κατάσταση στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία

6.1.7. Μηνιαίο ατομικό εισόδημα συμμετεχόντων

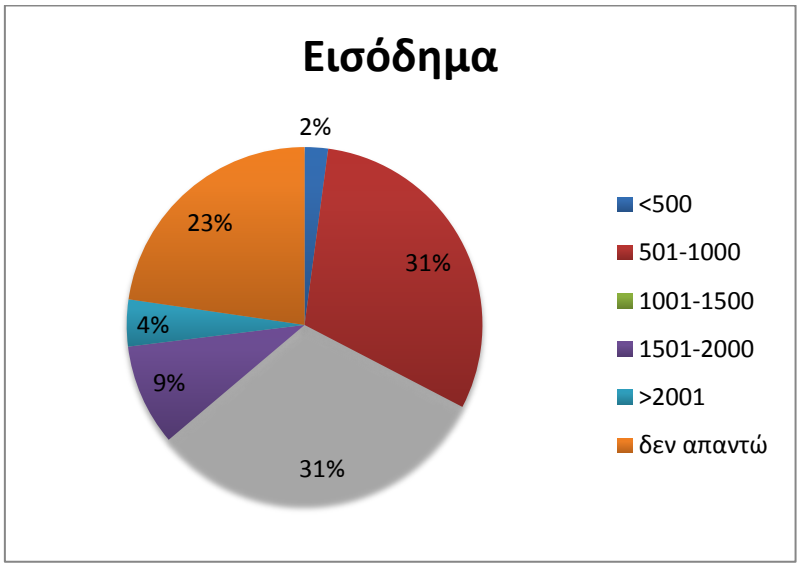
Η κατανομή του εισοδήματος διαφέρει μεταξύ των οδοντιατρείων αφού όπως απεικονίζεται και στο σχήμα 7.1. δεν υπάρχει κανένας συμμετέχων που να δήλωσε εισόδημα κάτω από 500 ευρώ στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία. Αυτό ίσως φαίνεται παράξενο δεδομένου ότι στους συμμετέχοντες ανήκουν και άνεργοι και άτομα που ασχολούνται με τα οικιακά όπως προαναφέραμε,αλλά τα άτομα αυτά ίσως λαμβάνουν εισόδημα από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή λανθασμένα δήλωσαν το συνολικό οικογενειακό εισόδημα. Επιπρόσθετα,η

πλειοψηφία ανήκει στα υψηλά εισοδήματα με >2001 ευρώ μηνιαίως, ενώ 36 άτομα αρνήθηκαν να απαντήσουν σε αυτή την ερώτηση.



Σχήμα 7.1. Κατανομή δείγματος με βάση το εισόδημα στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία

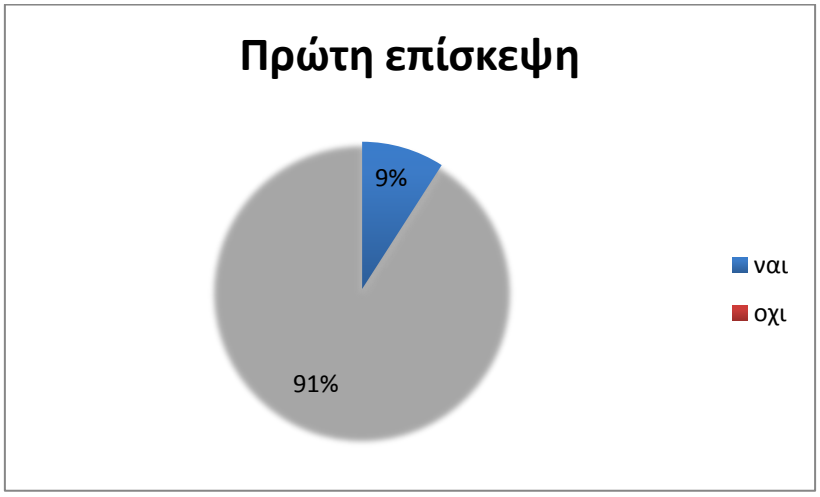
Στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία η πλειοψηφία ανήκει στη μέση, αστική τάξη με το ποσοστό άνω των 2000 ευρώ μηνιαίως να είναι πολύ μικρότερο από το αντίστοιχο των πιστοποιημένων οδοντιατρείων, ενώ σε αυτή την κατηγορία υπάρχουν και 4 συμμετέχοντες με εισόδημα μικρότερο των 500 ευρώ. Κοινό σημείο είναι το μεγάλο ποσοστό συμμετεχόντων που δεν ήθελαν να απαντήσουν σε αυτή την ερώτηση. Αναλυτικά τα ποσοστά κατανομής του μηνιαιού ατομικού εισοδήματος στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία απεικονίζεται στο σχήμα 7.2.



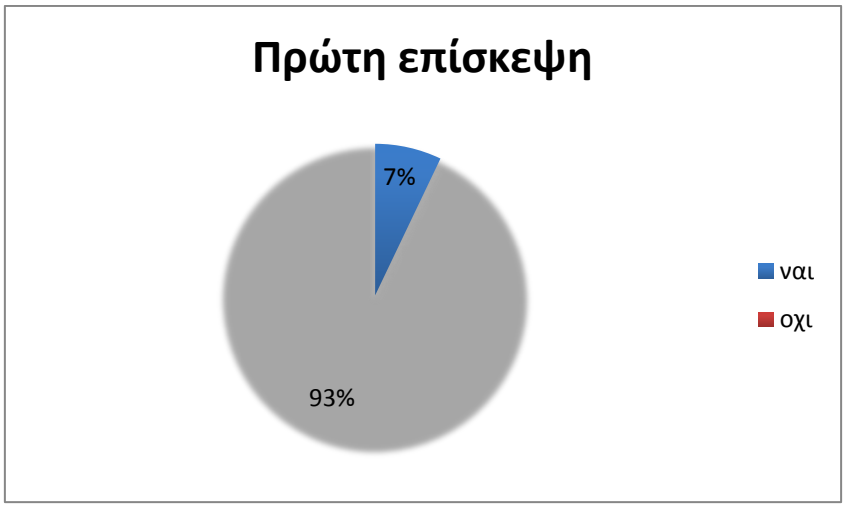
Σχήμα 7.2. Κατανομή δείγματος με βάση το εισόδημα στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία

6.1.8. Πρώτη ή επόμενη επίσκεψη των συμμετεχόντων

Οι απαντήσεις στην ερώτηση για το αν είναι η πρώτη επίσκεψη του συμμετέχοντα η όχι κυμαίνονται στα ίδια ποσοστά τόσο στα πιστοποιημένα όσο και στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία με την πλειοψηφία να έχει ξαναεπισκεφτεί τους χώρους. Το αποτέλεσμα αυτό είναι και λογικό δεδομένου ότι ασθενείς που προσέρχονται για πρώτη φορά στα οδοντιατρεία δεν είναι απόλυτα σε θέση να διαμορφώσουν ολοκληρωμένη άποψη. Αναλυτικά τα ποσοστά απεικονίζονται στα σχήματα 8.1. και 8.2.



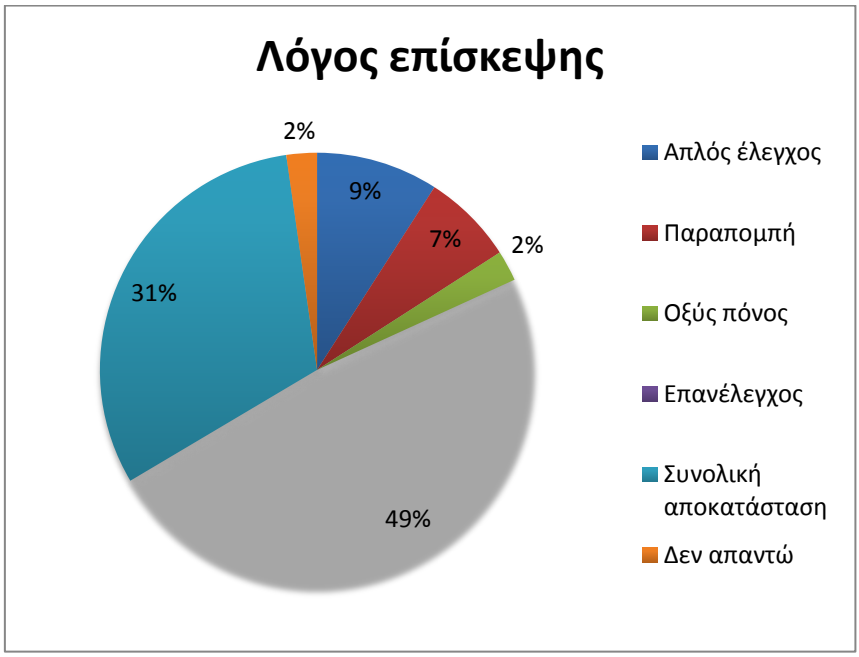
Σχήμα 8.1. Κατανομή δείγματος με βάση το αν είναι η πρώτη επίσκεψη στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία



Σχήμα 8.2. Κατανομή δείγματος με βάση το αν είναι η πρώτη επίσκεψη στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία

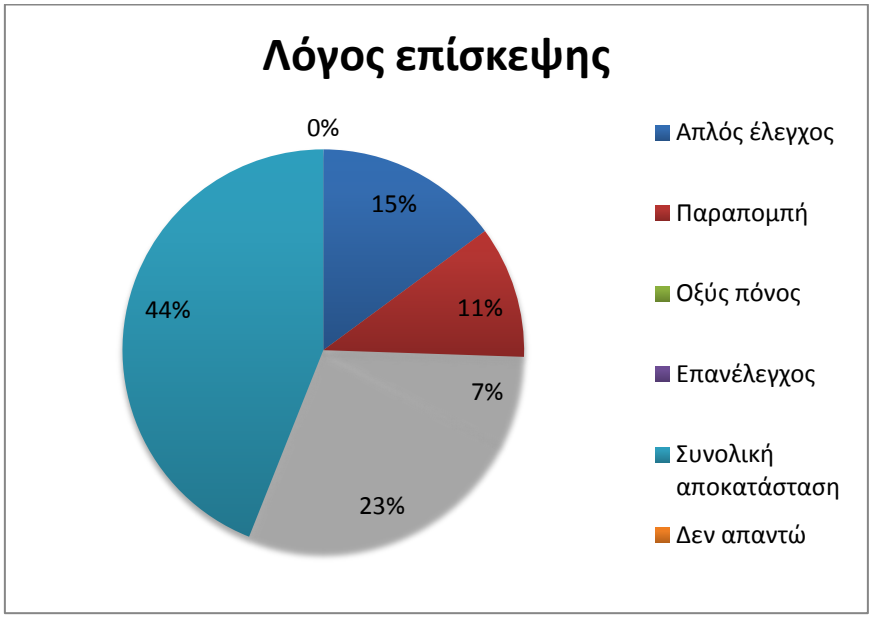
6.1.9. Λόγος επίσκεψης των συμμετεχόντων

Οι απαντήσεις όσον αφορά στο λόγο επίσκεψης των συμμετεχόντων στο οδοντιατρείο διαφέρουν ανάλογα με την κατηγορία. Στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία η πλειοψηφία προσήλθε για τακτικό επανέλεγχο, ακολουθούμενη από τη συνολική αποκατάσταση του στόματος. Ο οξύς πόνος αποτελεί λόγο επίσκεψης για μόλις 4 άτομα. Ο μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων που προσήλθαν για τακτικό επανέλεγχο μπορεί να δικαιολογηθεί εν μέρει από το γεγονός ότι και στις δύο πιστοποιημένες κλινικές υπάρχει περιοδοντολόγος, μια ειδικότητα η οποία βασίζεται κυρίως στη συντήρηση των θεραπευμένων περιστατικών. Αναλυτικά τα ποσοστά για τα πιστοποιημένα οδοντιατρεία απεικονίζονται στο σχήμα 9.1.



Σχήμα 9.1. Κατανομή δείγματος με βάση το λόγο επίσκεψης στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία

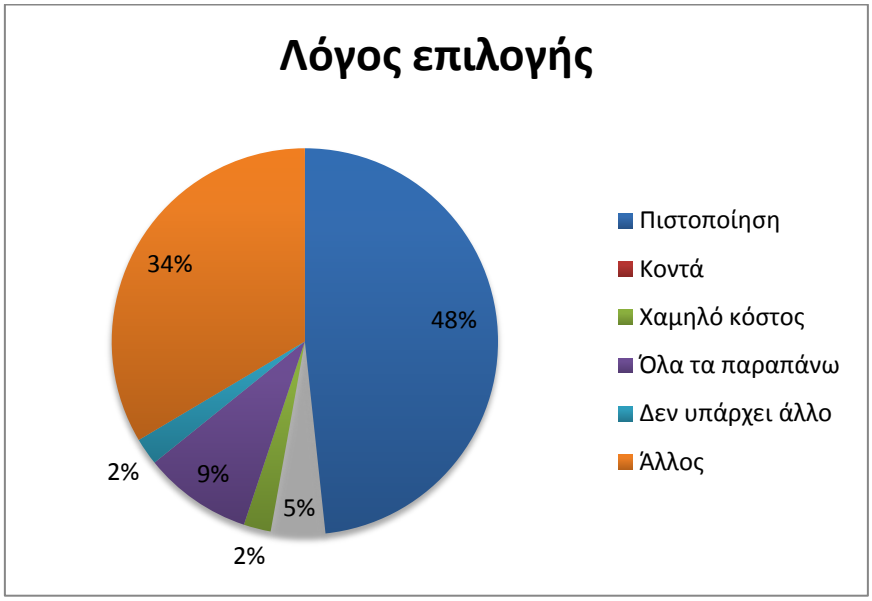
Από την άλλη, η πλειοψηφία στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία προσήλθε για συνολική αποκατάσταση του στόματος, ακολουθούμενη από τον τακτικό επανέλεγχο. Τα ακριβή ποσοστά του λόγου επίσκεψης στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία απεικονίζονται στο σχήμα 9.2.



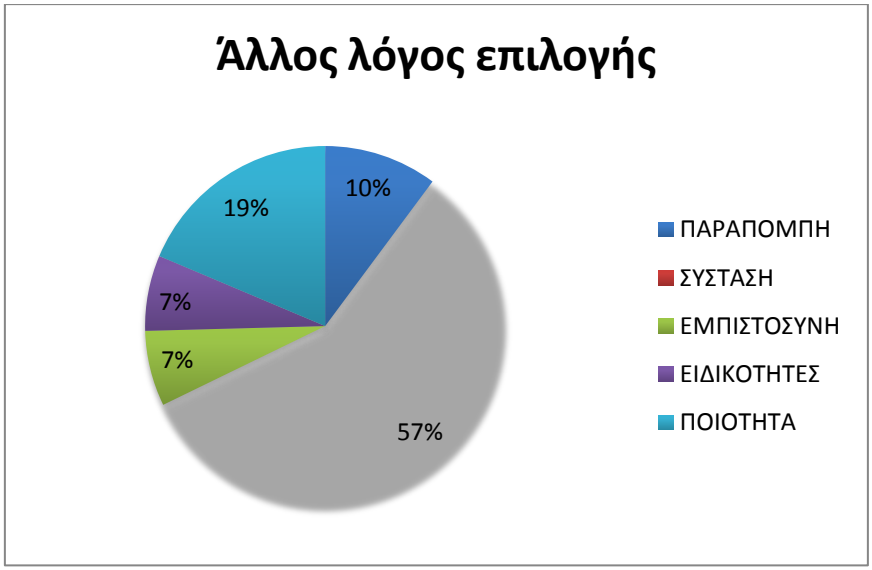
Σχήμα 9.2. Κατανομή δείγματος με βάση το λόγο επίσκεψης στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία

6.1.10. Λόγος επιλογής του οδοντιατρείου για τους συμμετέχοντες

Στην ερώτηση σχετικά με το λόγο επιλογής του συγκεκριμένου οδοντιατρείου εντοπίζονται οι μεγαλύτερες αποκλίσεις μεταξύ των δύο κατηγοριών. Στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία, η πλειοψηφία δείχνει να τα έχει επιλέξει χάρη στην πιστοποίησή τους, ενώ 59 άτομα ανέφεραν άλλο λόγο επιλογής, και πιο συγκεκριμένα η δημοφιλέστερη απάντηση ήταν η σύσταση από άλλους. Δόθηκαν επιπλέον απαντήσεις όπως η ποιότητα των υπηρεσιών,η παραπομπή από άλλον οδοντίατρο,η εμπιστοσύνη και η ύπαρξη ειδικοτήτων αλλά οι απαντήσεις αυτές αφορούσαν μικρό αριθμό συμμετεχόντων. Αναλυτικά τα ποσοστά του λόγου επιλογής των πιστοποιημένων οδοντιατρείων απεικονίζεται στο σχήμα 10.1., ενώ στο σχήμα 10.2. απεικονίζονται οι άλλοι λόγοι επιλογής που καταγράφηκαν και τα ακριβή ποσοστά τους.

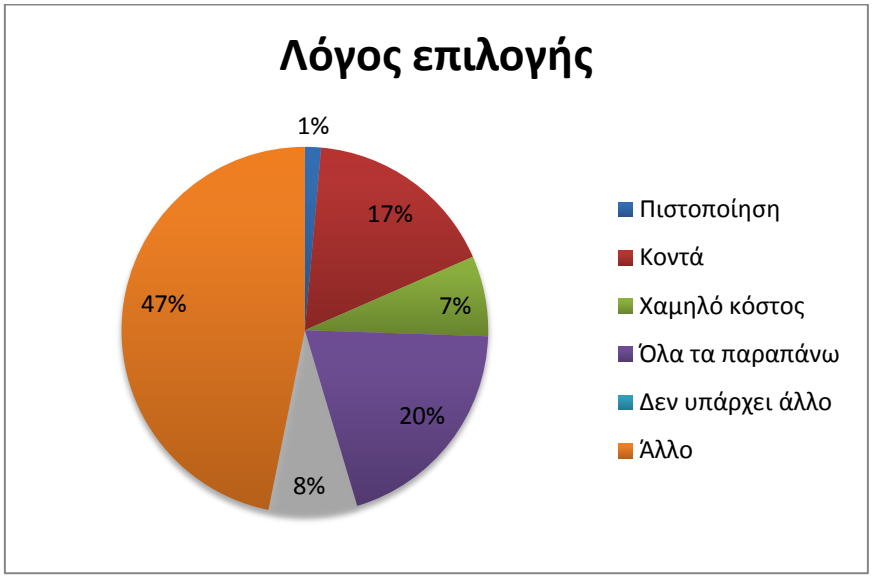


Σχήμα 10.1. Κατανομή δείγματος με βάση το λόγο επιλογής των πιστοποιημένων οδοντιατρείων



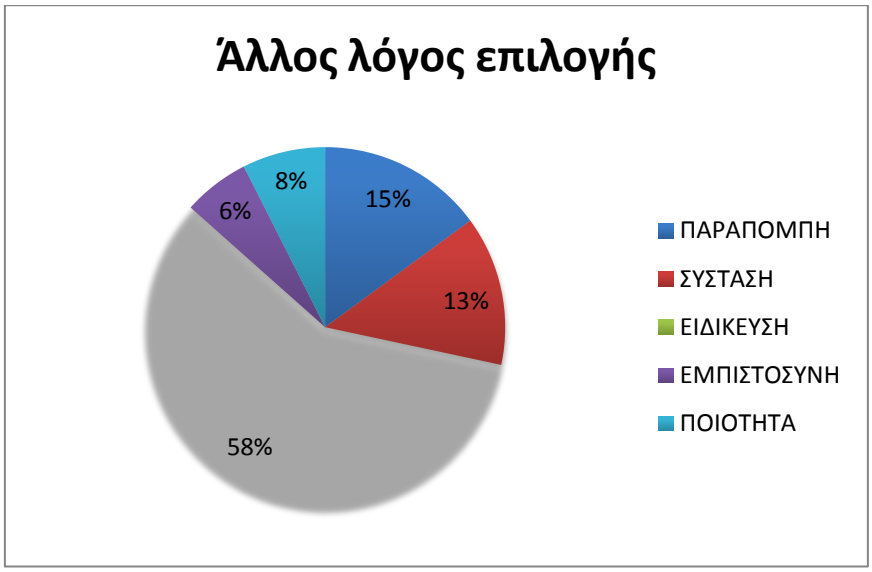
Σχήμα 10.2. Κατανομή δείγματος με βάση άλλο λόγο επιλογής των πιστοποιημένων οδοντιατρείων

Από την άλλη, ο κύριος λόγος επιλογής των μη πιστοποιημένων οδοντιατρείων ήταν διαφορετικός από αυτόν που υπήρχε στις επιλογές του ερωτηματολογίου, αφού 66 άτομα (47%) υπέδειξαν κάποιον άλλον. Όπως φαίνεται και στο σχήμα 10.3. υπήρχαν απαντήσεις που ανέφεραν ως λόγο επιλογής την πιστοποίηση, κάτι που πιθανόν μπορεί να εξηγηθεί από σύγχυση του όρου με άλλους όπως η ειδίκευση.



Σχήμα 10.3. Κατανομή δείγματος με βάση το λόγο επιλογής των μη πιστοποιημένων οδοντιατρείων

Από τα 66 άτομα που υπέδειξαν κάποιον άλλον λόγο η πλειοψηφία ανέφερε ως λόγο επιλογής την ειδίκευση των οδοντιάτρων, ακολουθούμενο από την παραπομπή από άλλον οδοντίατρο κι από τη σύσταση από άλλους. Όλοι οι διαφορετικοί λόγοι επιλογής φαίνονται αναλυτικά στο σχήμα 10.4.



Σχήμα 10.4. Κατανομή δείγματος με βάση άλλο λόγο επιλογής των μη πιστοποιημένων οδοντιατρείων

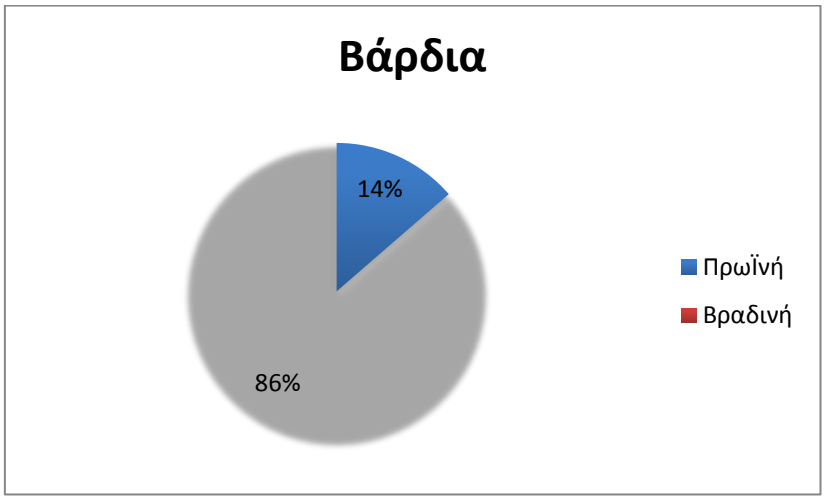
6.1.11. Χρονικό διάστημα μέχρι την ημερομηνία του ραντεβού

Ο μέσος αριθμός ημερών μεταξύ της τηλεφωνικής επικοινωνίας και της τελικής ημερομηνίας του ραντεβού στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία ήταν 3,89±2,98

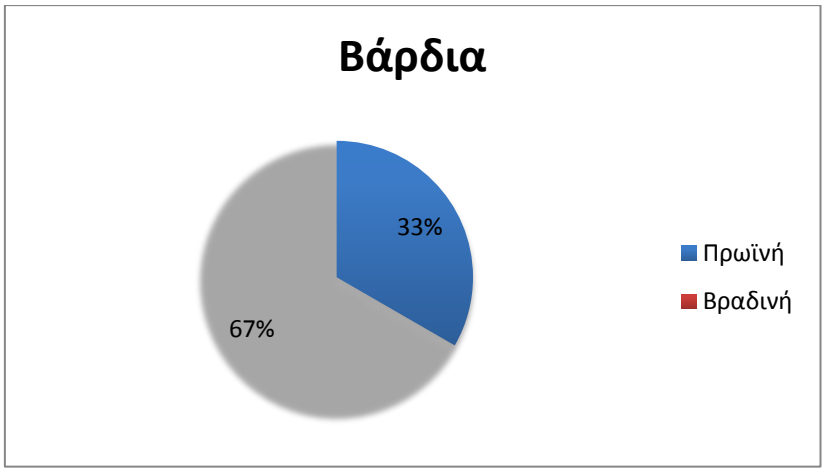
ημέρες, ενώ στα μη πιστοποιημένα ο αντίστοιχος χρόνος ήταν 5,86±4,36 ημέρες. Η διαφορά αυτή πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι τα πιστοποιημένα οδοντιατρεία απασχολούν περισσότερο προσωπικό κι έτσι μπορούν να εξυπηρετήσουν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών ανά ημέρα. Επιπλέον, διαθέτουν και ειδικότητες όπως η ενδοδοντία και η περιοδοντολογία στις οποίες δεν εμπλέκεται εξωτερικός συνεργάτης, σε αντίθεση με την ειδικότητα της προσθετικής και της οδοντικής χειρουργικής.

6.1.12. Βάρδια προγραμματισμένου ραντεβού των συμμετεχόντων

Σχετικά με τη βάρδια του προγραμματισμένου ραντεβού, και στις δύο κατηγορίες η πλειοψηφία ήταν στη βραδινή, με τη διαφορά από την πρωϊνή να είναι μικρότερη στην περίπτωση των μη πιστοποιημένων οδοντιατρείων. Αναλυτικά τα ποσοστά κάθε κατηγορίας παρατίθενται στα σχήματα 11.1. και 11.2.



Σχήμα 11.1. Κατανομή δείγματος με βάση τη βάρδια του ραντεβού στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία



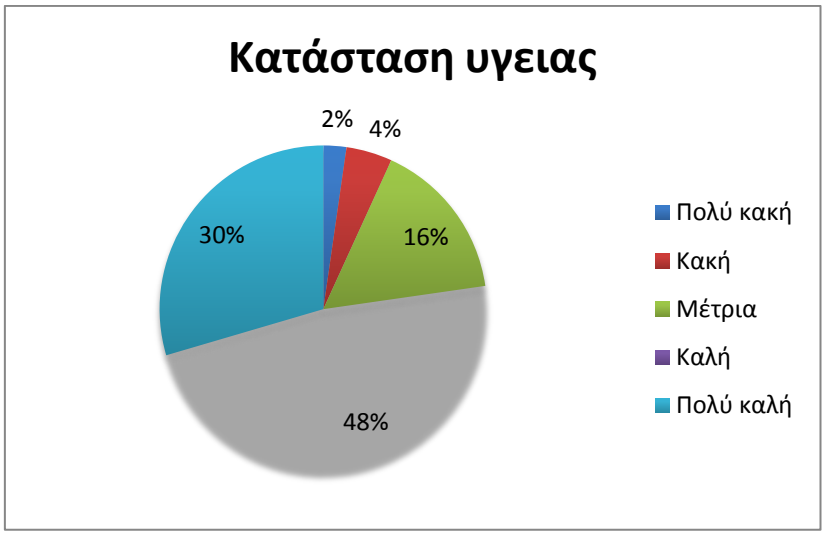
Σχήμα 11.2. Κατανομή δείγματος με βάση τη βάρδια του ραντεβού στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία

6.1.13. Μέσος χρόνος αναμονής των συμμετεχόντων

Ο μέσος χρόνος αναμονής από την προγραμματισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι την έναρξη της θεραπείας στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία ήταν 16,6±10,94 λεπτά, ενώ στα μη πιστοποιημένα ήταν 10,83±9,94 λεπτά. Όπως είναι φανερό, ο χρόνος αναμονής στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία είναι μεγαλύτερος.

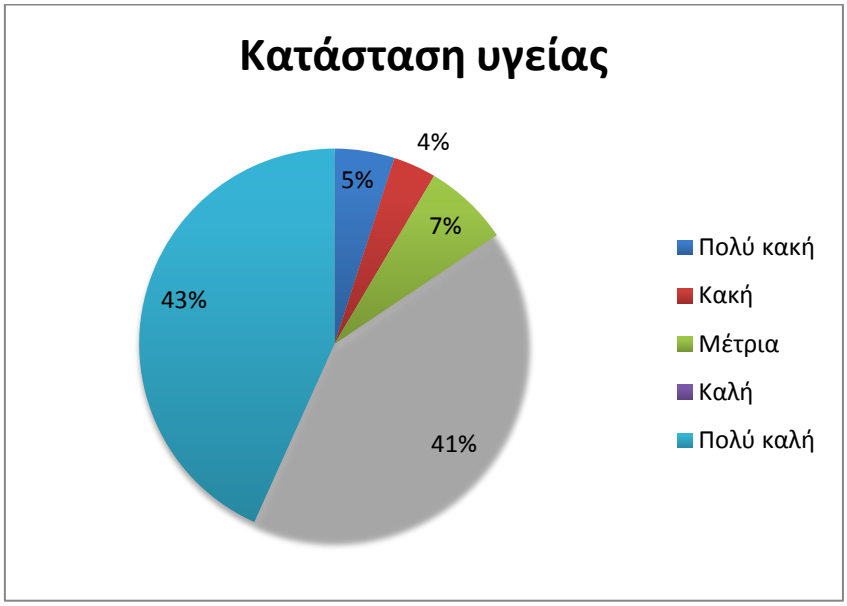
6.1.14. Συνολική κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων

Η συνολική κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων σύμφωνα με τη βιβλιογραφία σχετίζεται και με την ικανοποίηση των ασθενών, αφού όσο καλύτερη η κατάσταση τόσο πιο ικανοποιημένοι εμφανίζονται. (Baummer-Carr & Nicolau, 2017) Στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία η πλειοψηφία αναφέρει πως η υγεία της είναι καλή, ακολουθούμενη από πολύ καλή, όπως φαίνεται και στο σχήμα 12.1.



Σχήμα 12.1. Κατανομή δείγματος με βάση την κατάσταση υγείας στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία

Αντιθέτως, η πλειοψηφία στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία χαρακτηρίζει την κατάσταση της υγείας της ως πολύ καλή, ακολουθούμενη από καλή, όπως φαίνεται και στο σχήμα 12.2.



Σχήμα 12.2. Κατανομή δείγματος με βάση την κατάσταση υγείας στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία

Στον Πίνακα 3 του παραρτήματος παραθέτονται συνολικά και συνοπτικά τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων της έρευνας.

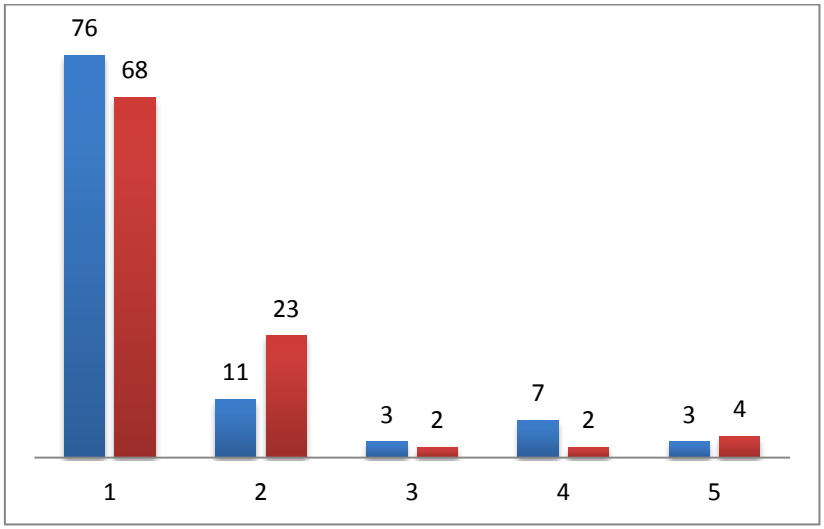
6.2. Ανάλυση Β’ μέρους ερωτηματολογίου

6.2.1. Εισαγωγή

Στο μέρος αυτό της διπλωματικής εργασίας, γίνεται ανάλυση του β’ μέρους του ερωτηματολογίου, το οποίο περιέχει και τις κύριες ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τους παρόχους οδοντιατρικής φροντίδας. Το μέρος αυτό είναι δομημένο έτσι ώστε σε κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου να υπάρχει ένα διάγραμμα όπου φαίνονται παράλληλα τα ποσοστά απαντήσεων και από τους δύο τύπους ιδιωτικών οδοντιατρείων ώστε να γίνεται πιο άμεσα η σύγκριση.

6.2.2. Η απόσταση από το οδοντιατρείο με δυσκόλεψε στο να παραστώ στην τελευταία μου επίσκεψη.

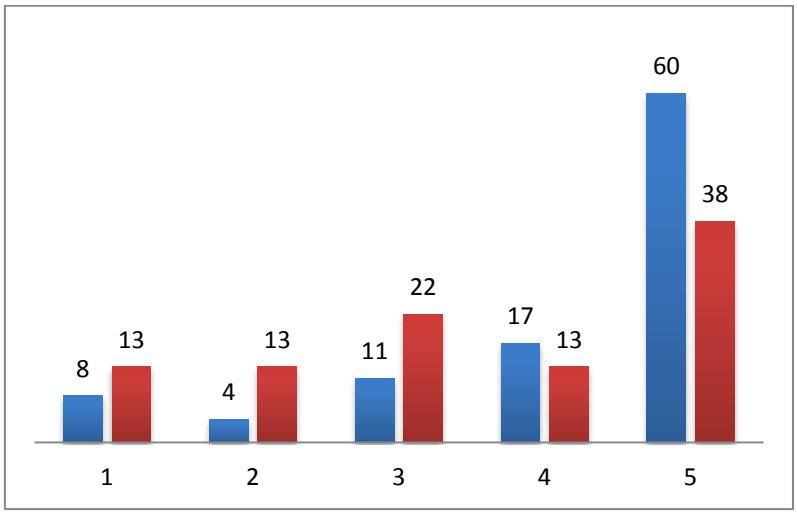
Στην ερώτηση αυτή, οι απαντήσεις κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα με την πλειοψηφία να δηλώνει πως διαφωνεί απόλυτα στο ότι η απόσταση από το οδοντιατρείο αποτελεί πρόβλημα προκειμένου να παραστεί. Στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία είναι λίγο μεγαλύτερο το ποσοστό που σχεδόν διαφωνεί σε αυτή τη δήλωση, γεγονός που ίσως μπορεί να εξηγηθεί από το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών που προέρχεται από επαρχιακές πόλεις.



Διάγραμμα 1. Δυσκολία ασθενών να παραστούν στην τελευταία επίσκεψη

6.2.3. Η διαδρομή για το οδοντιατρείο ήταν βολική για εμένα.

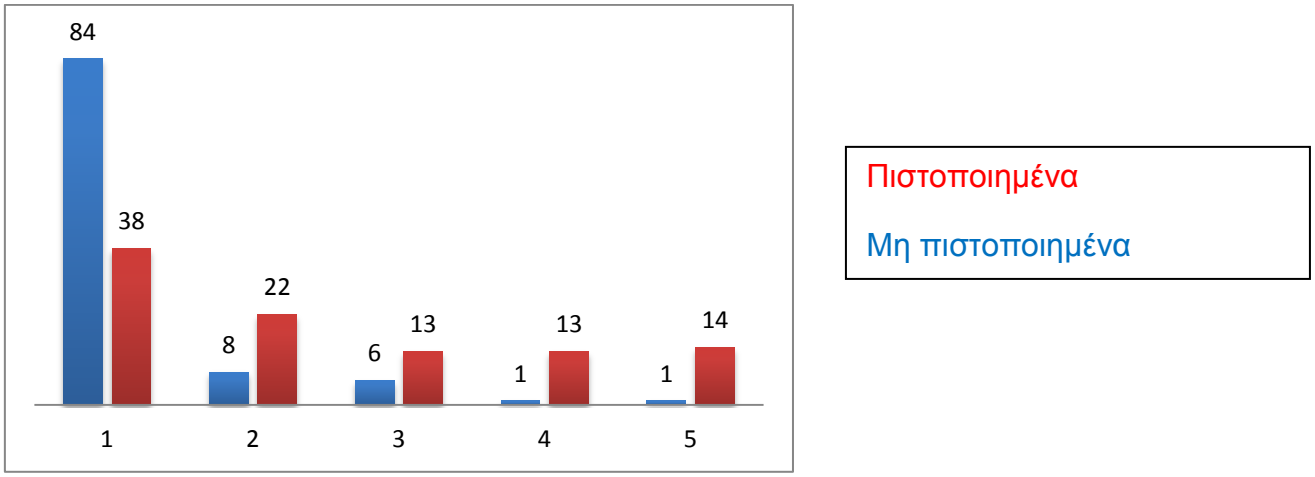
Στην ερώτηση αυτή η πλειοψηφία και από τις δύο κατηγορίες συμφωνεί απόλυτα πως η διαδρομή για το οδοντιατρείο ήταν βολική, αν και οι συμμετέχοντες από τα πιστοποιημένα οδοντιατρεία είναι μοιρασμένοι. Αυτό μπορεί να οφείλεται εν μέρει στο ότι ένα μεγάλο ποσοστό προέρχεται από επαρχιακές πόλεις όπως προαναφέραμε και πως και τα δυο πιστοποιημένα οδοντιατρεία βρίσκονται στην περιοχή του κέντρου το οποίο συχνά εξ'αιτίας διαδηλώσεων καθίσταται απροσπέλαστο και τις υπόλοιπες ημέρες υπάρχει δυσκολία στη στάθμευση, σε αντίθεση με τα μη πιστοποιημένα που βρίσκονται σε προάστια.



Διάγραμμα 2. Βολική διαδρομή για τους ασθενείς

6.2.4. Δυσκολεύτηκα να κανονίσω ημέρα και ώρα για το ραντεβού μου στο οδοντιατρείο.

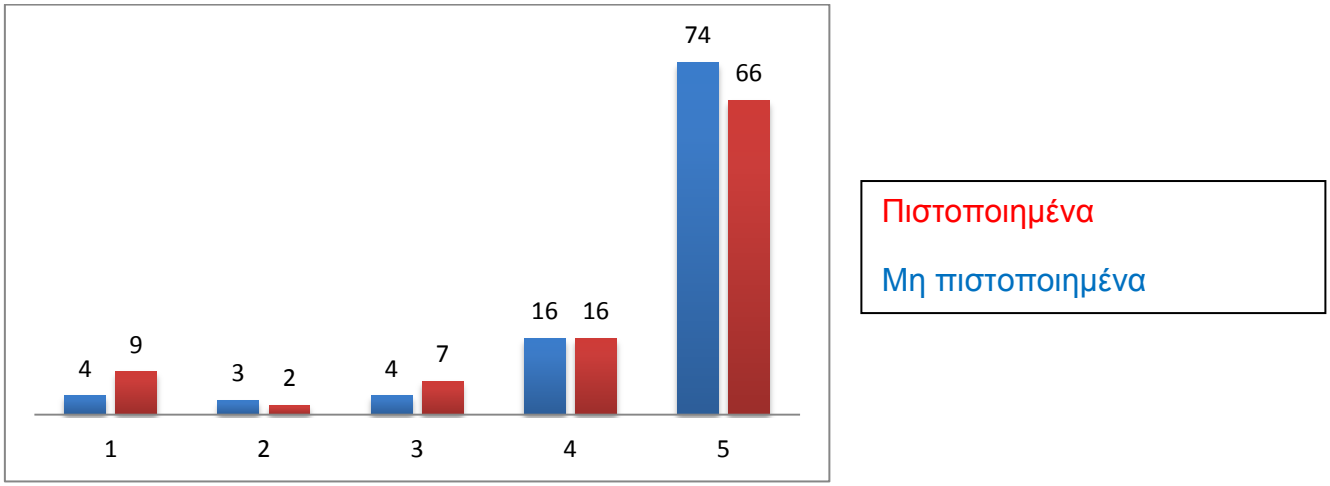
Και σε αυτή την ερώτηση η πλειοψηφία και των δύο τύπων οδοντιατρείων διαφωνεί απόλυτα στο ότι δυσκολεύτηκε να κανονίσει ημέρα και ώρα για το ραντεβού της. Και πάλι εμφανίζεται μια μεγαλύτερη διακύμανση στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία και ίσως μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς που προσέρχονται για συνολική αποκατάσταση του στόματός τους πρέπει να συνδυάσουν τα ραντεβού τους για περισσότερες από μία οδοντιατρικές ειδικότητες.



Διάγραμμα 3. Δυσκολία στο κλείσιμο ραντεβού

6.2.5. Είχα τη δυνατότητα να κανονίσω ραντεβού στο οδοντιατρείο όταν ένιωθα πως ήταν απαραίτητο.

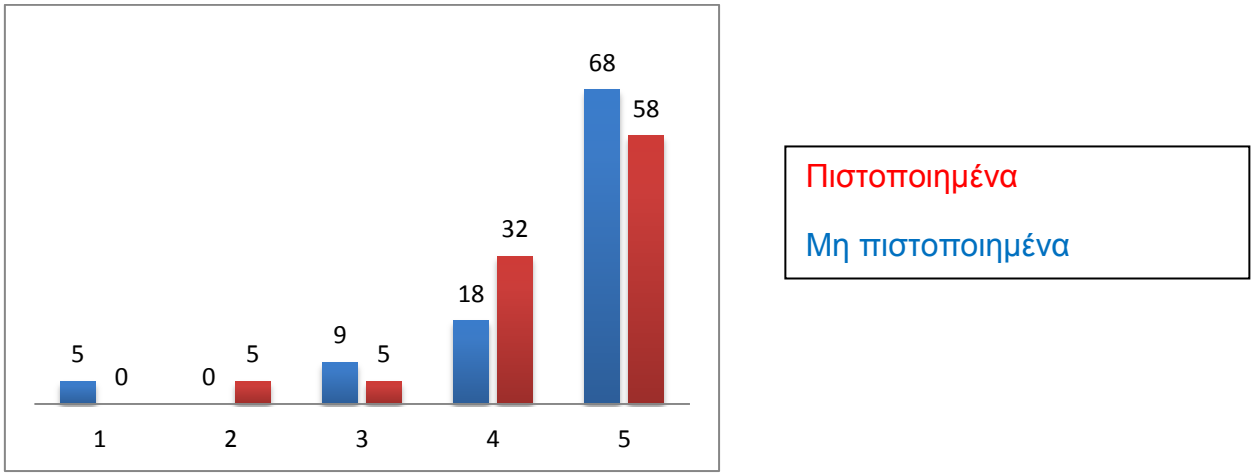
Στην ερώτηση αυτή εμφανίζεται απόλυτη συμφωνία από μέρους των συμμετεχόντων και στις δύο κατηγορίες οδοντιατρείων ότι είχαν τη δυνατότητα να κανονίσουν ραντεβού όταν ένιωθαν την ανάγκη να το κάνουν.



Διάγραμμα 4. Κλείσιμο ραντεβού κατόπιν επιθυμίας των ασθενών

6.2.6. Ο χώρος αναμονής στο οδοντιατρείο ήταν ελκυστικός.

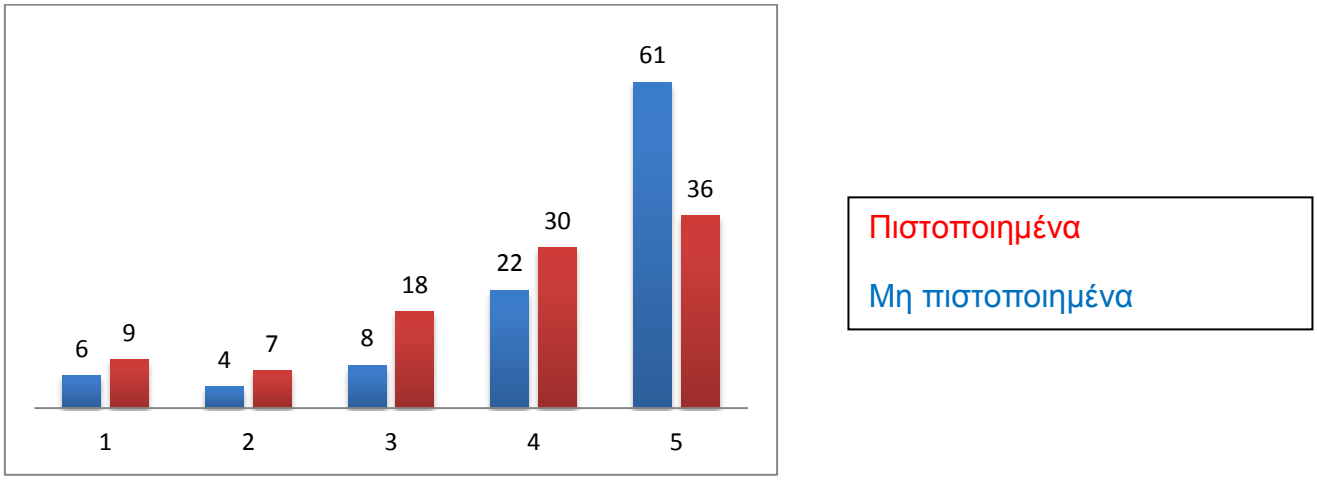
Σχετικά με το χώρο αναμονής η πλειοψηφία και στις δύο κατηγορίες συμφωνεί απόλυτα ότι είναι ελκυστικός. Στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία εμφανίζεται παράλληλα κι ένα μικρό ποσοστό απογοήτευσης,σε αντίθεση με τα πιστοποιημένα που μια μεγάλη μερίδα σχεδόν συμφωνεί ενώ δεν υπάρχει ούτε μια απάντηση που να διαφωνεί τελειώς με την αισθητική του χώρου αναμονής.



Διάγραμμα 5. Αισθητική χώρου αναμονής

6.2.7. Δεν χρειάστηκε να περιμένω πολύ ώρα όσο ήμουν στο οδοντιατρείο.

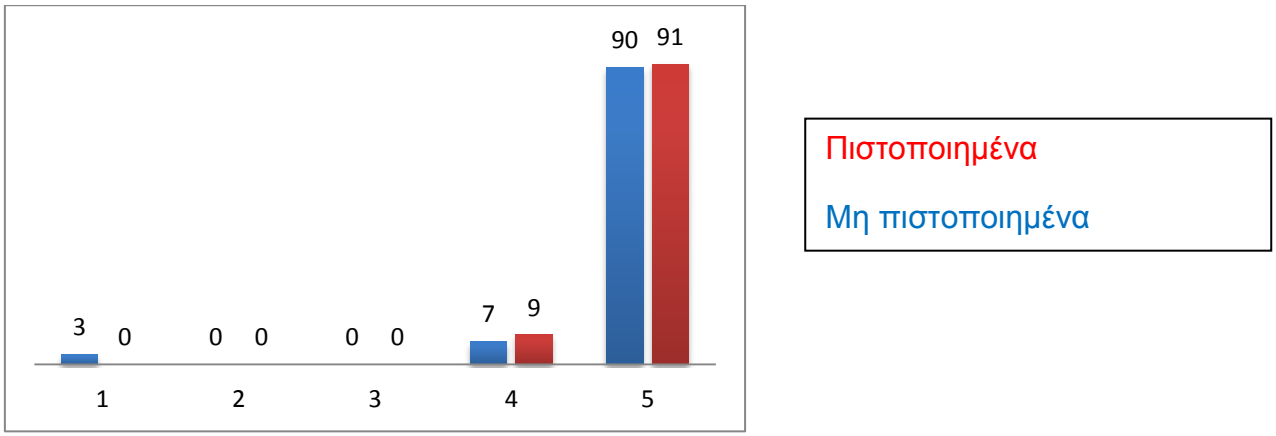
Παρά το γεγονός ότι και σε αυτή την ερώτηση παρατηρείται σύμπνοια των απόψεων των συμμετεχόντων, στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία η διακύμανση των απαντήσεων είναι πιο έντονη υποδηλώνοντας το μεγαλύτερο χρόνο αναμονής, στοιχείο που έχει ήδη αναφερθεί στην ανάλυση των γενικών ερωτήσεων.



Διάγραμμα 6. Χρόνος αναμονής ασθενών

6.2.8.Το οδοντιατρείο διέθετε ό,τι ήταν απαραίτητο για την οδοντιατρική μου φροντίδα.

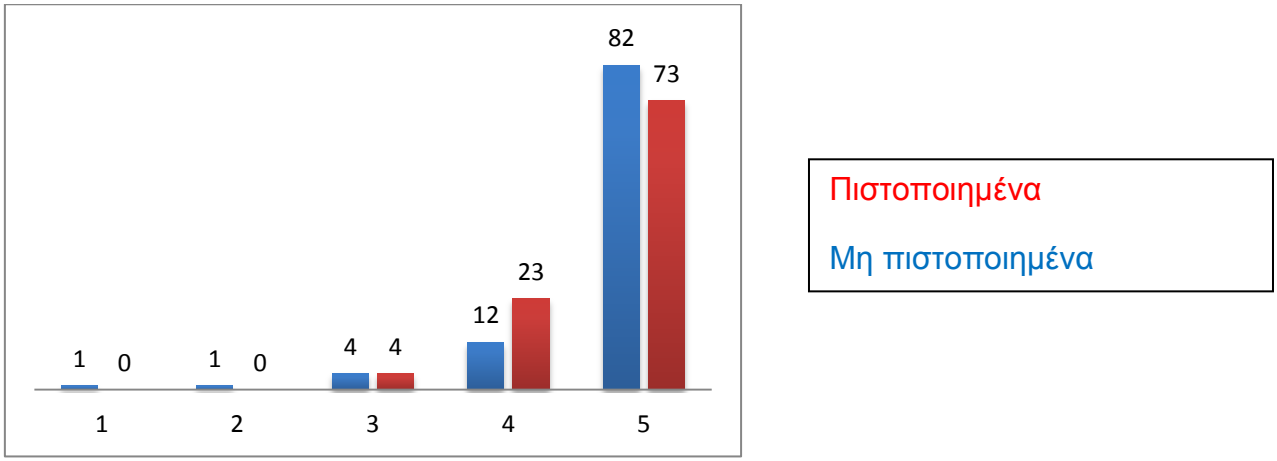
Ερώτηση στην οποία οι συμμετέχοντες και των δύο κατηγοριών σχεδόν στην απόλυτη πλειοψηφία τους συμφωνούν απόλυτα ότι στο χώρο των οδοντιατρείων υπήρχε ότι ήταν απαραίτητο. Από μέρους των μη πιστοποιημένων οδοντιατρείων εμφανίζεται ένα μικρό ποσοστό που διαφωνεί, σε αντίθεση με τα πιστοποιημένα όπου δεν υπάρχει καμία απάντηση πέραν της τέταρτης κλίμακας.



Διάγραμμα 7. Πληρότητα οδοντιατρικών παροχών

6.2.9. Ο χώρος του οδοντιατρείου ήταν μοντέρνος.

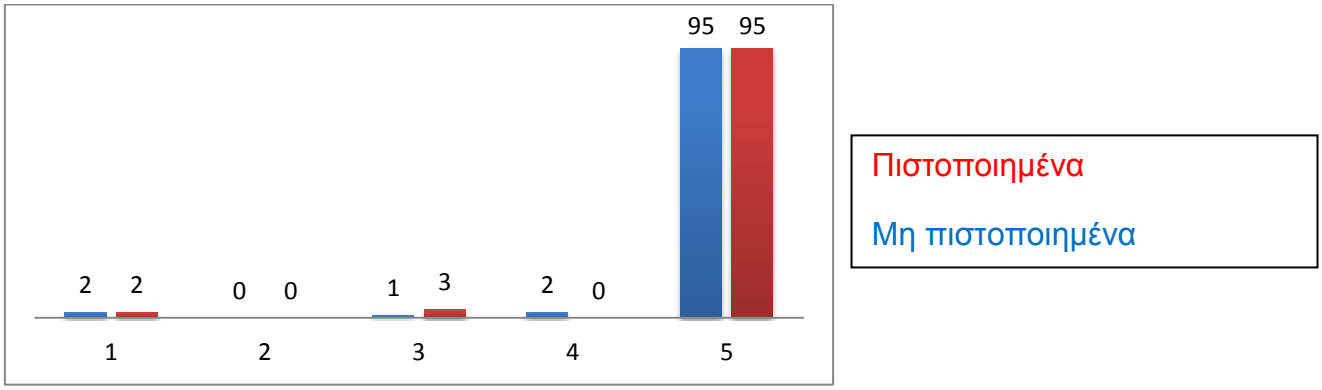
Η ερώτηση αυτή παρ'ότι μοιάζει με την ερώτηση 5, οι απαντήσεις διαφοροποιούνται ελαφρώς μιας και δεν αναφέρεται αποκλειστικά στο χώρο αναμονής,αλλά στο σύνολο του εκάστοτε οδοντιατρείου. Από την πλευρά των μη πιστοποιημένων οδοντιατρείων, η πλειοψηφία συμφωνεί απόλυτα ότι ο χώρος του οδοντιατρείου είναι μοντέρνος, αν και υπάρχει κι ένα μικρό ποσοστό που διαφωνεί απόλυτα με την παραπάνω δήλωση. Από την πλευρά των πιστοποιημένων οδοντιατρείων, η διακύμανση είναι μικρότερη και η πλειοψηφία είναι θετικά προσκύμμενη στην οδοντιατρική κλινική.



Διάγραμμα 8. Μοντέρνος χώρος οδοντιατρείου

6.2.10. Το προσωπικό ήταν ευγενικό μαζί μου.

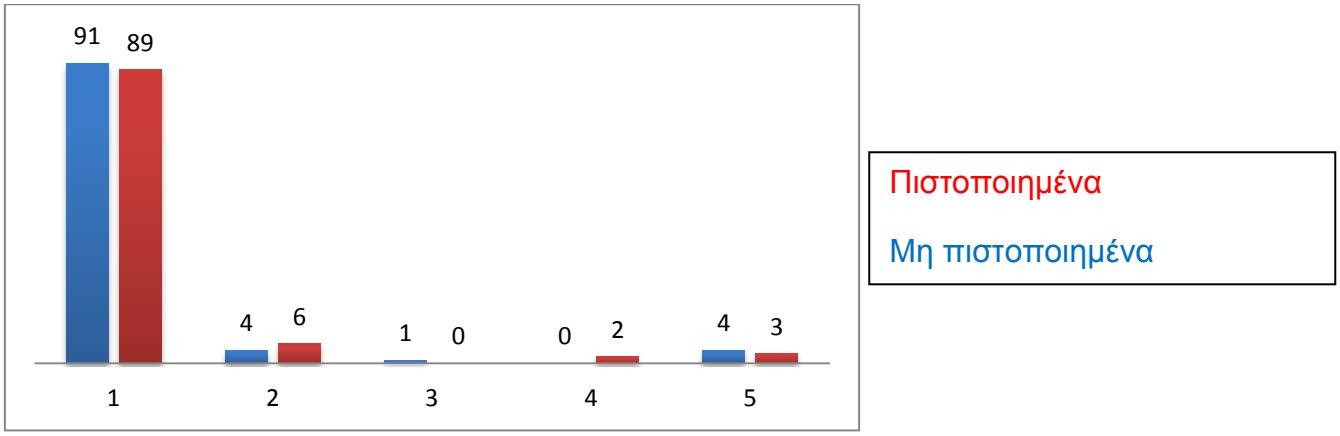
Όσον αφορά το προσωπικό όλων των οδοντιατρείων, οι συμμετέχοντες εμφανίζονται απόλυτα ικανοποιημένοι από την ευγένεια και τη συμπεριφορά του. Υπάρχουν μικρά ποσοστά που διαφοροποιούνται από την πέμπτη κλίμακα, τα οποία όμως είναι στατιστικά μη σημαντικά.



Διάγραμμα 9. Ευγένεια προσωπικού

6.2.11. Ο οδοντίατρος που είδα ήταν αδιάφορος απέναντί μου.

Τόσο στα μη πιστοποιημένα όσο και στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία η πλειοψηφία διαφωνεί απόλυτα στο ότι ο οδοντίατρος ήταν αδιάφορος απέναντι της, με λίγες απαντήσεις να υπάρχουν και στις άλλες κλίμακες χωρίς όμως τα ποσοστά τους να είναι σημαντικά.

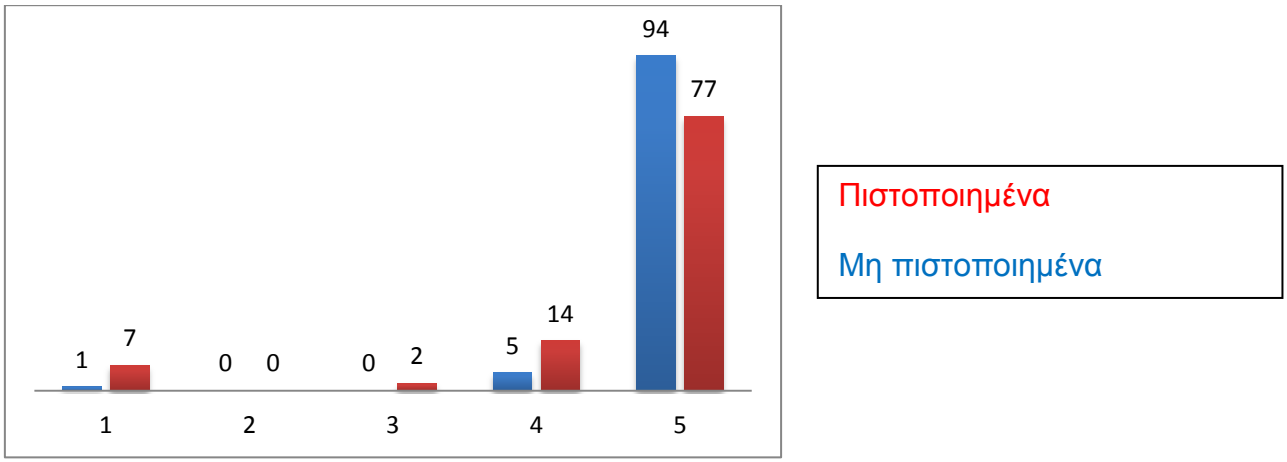


Διάγραμμα 10. Αδιαφορία οδοντιάτρου

6.2.12. Είδα τον οδοντίατρο που ήθελα να δω.

Οι απαντήσεις από μέρους των μη πιστοποιημένων οδοντιατρείων εμφανίζουν σχεδόν μηδαμινή απόκλιση δεδομένου ότι κάθε οδοντιατρείο αποτελείται από έναν και μόνον οδοντίατρο. Από την άλλη, στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία η ύπαρξη πολλών και διαφορετικών ειδικοτήτων και συνεπώς οδοντιάτρων δημιουργεί στους ασθενείς κάποιες φορές σύγχυση σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για το

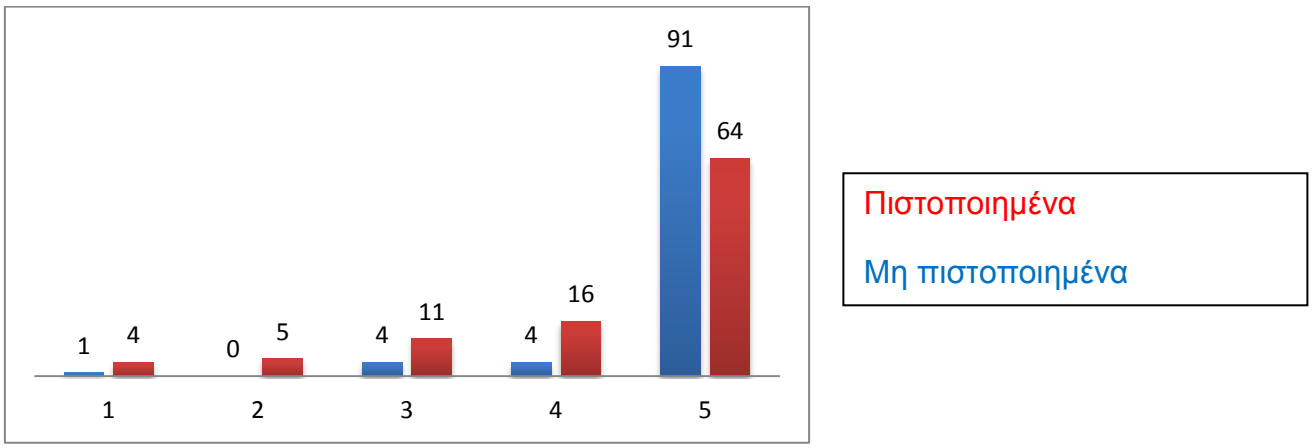
πρόβλημα της στοματικής του κοιλότητας. Παρά, βέβαια, από αυτή την πληθώρα ειδικών, και σε αυτή την περίπτωση η πλειοψηφία συμφωνεί ότι είδε τον οδοντίατρο που ήθελε.



Διάγραμμα 11. Επαφή ασθενούς με τον οδοντίατρο που ήθελε

6.2.13. Βλέπω τον ίδιο οδοντίατρο κάθε φορά που επισκέπτομαι το οδοντιατρείο.

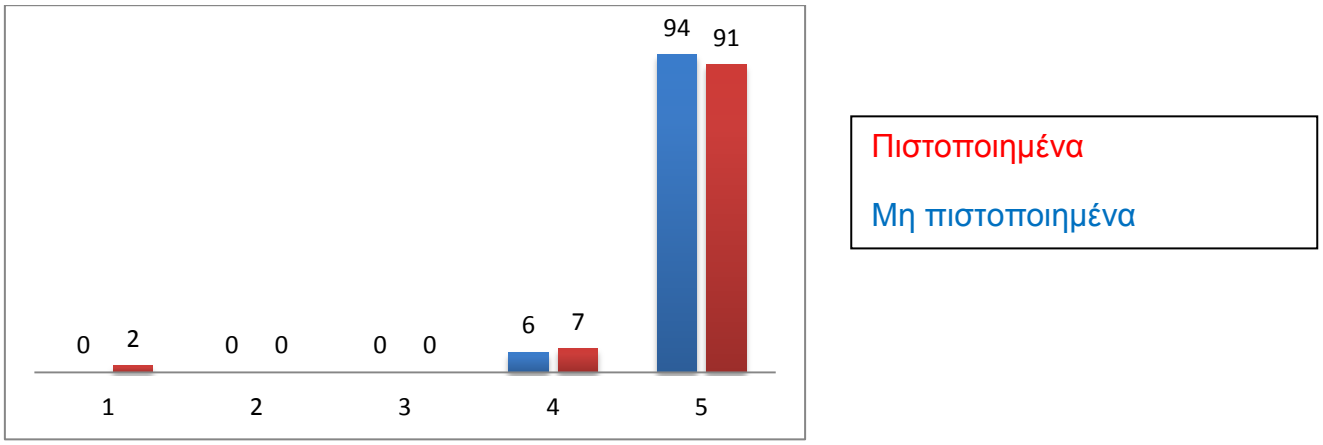
Αυτή η ερώτηση ομοιάζει πολύ με την προηγούμενη, όπως και οι απαντήσεις της. Ο λόγος για τη διακύμανση στις απαντήσεις των πιστοποιημένων οδοντιατρείων αναφέρθηκε προηγουμένως και είναι ο μεγάλος αριθμός ειδικών κάτω από την ίδια οδοντιατρική στέγη. Από την άλλη, στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία υπάρχουν και απαντήσεις που δεν συμφωνούν για το ότι βλέπουν τον ίδιο οδοντίατρο κάθε φορά παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει κάποιος άλλος. Ο λόγος για αυτές τις απαντήσεις πιθανόν εξηγείται από τη σύγχυση των ασθενών μεταξύ βοηθών του οδοντιάτρου και του ίδιου του οδοντιάτρου.



Διάγραμμα 12. Επαφή ασθενούς με τον ίδιο οδοντίατρο

6.2.14. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε μου εξήγησε επαρκώς ποια θεραπεία χρειαζόμουν.

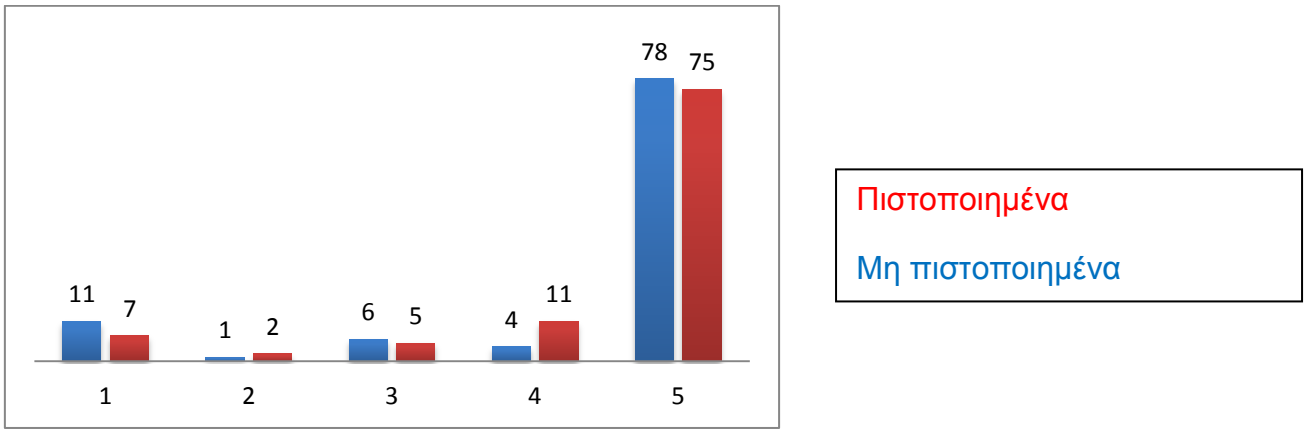
Σε αυτή την ερώτηση υπάρχει σχεδόν απόλυτη συμφωνία από την πλευρά των συμμετεχόντων και των δύο κατηγοριών με πολύ μικρές αποκλίσεις. Για τα πιστοποιημένα οδοντιατρεία, υπάρχει ένα μικρό ποσοστό που διαφωνεί απόλυτα για το ότι του εξηγήθηκε επαρκώς η θεραπεία που του χρειαζόταν αλλά το ποσοστό είναι στατιστικά μη σημαντικό.



Διάγραμμα 13. Επαρκής εξήγηση σχεδίου θεραπείας

6.2.15. Ο οδοντίατρος μου εξήγησε αν υπάρχει κόστος για την αρχική εξέταση.

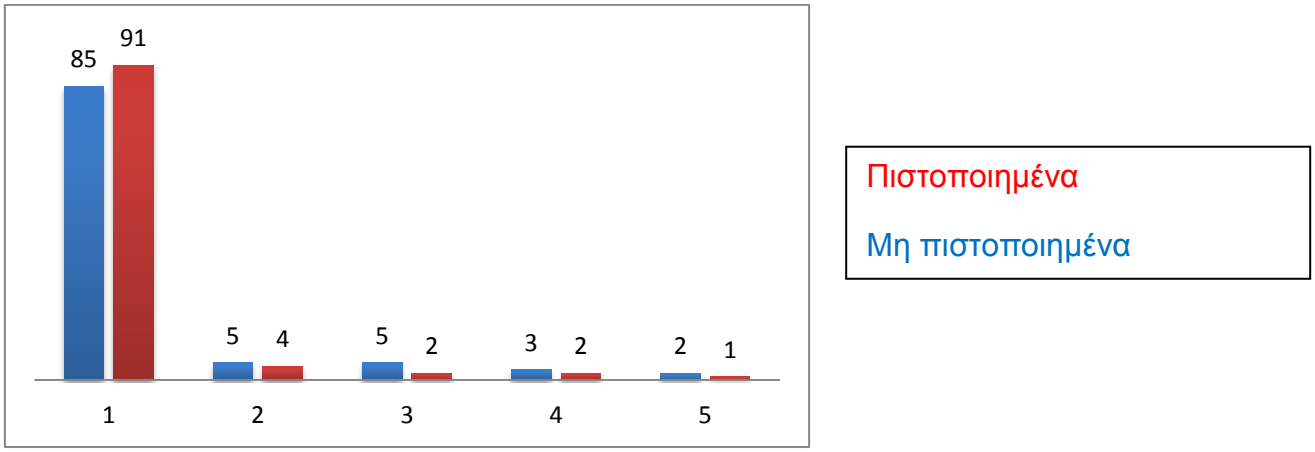
Παρά τις μικρές αποκλίσεις στις απαντήσεις αυτής της ερώτησης, η πλειοψηφία τόσο των πιστοποιημένων όσο και των μη πιστοποιημένων συμφωνεί απόλυτα στο ότι της εξηγήθηκε αν υπήρχε κόστος για την αρχική εξέταση.



Διάγραμμα 14. Αρχικό κόστος εξέτασης

6.2.16. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε θα μπορούσε να είναι πιο σχολαστικός μαζί μου.

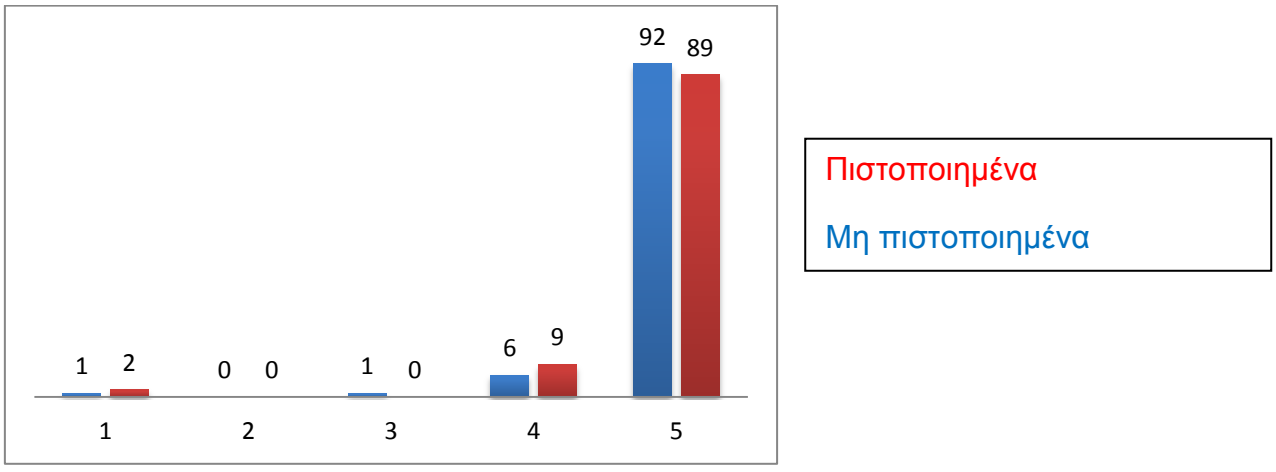
Η πλειοψηφία και των δύο κατηγοριών οδοντιατρείων διαφωνεί απόλυτα στο ότι ο οδοντίατρος θα μπορούσε να είναι πιο σχολαστικός. Απαντήσεις υπάρχουν και στις υπόλοιπες κλίμακες, αλλά τα ποσοστά είναι πολύ πιο χαμηλά από αυτά της πρώτης κλίμακας.



Διάγραμμα 15. Σχολαστικότητα οδοντιάτρου

6.2.17. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε απαντούσε στις ερωτήσεις μου.

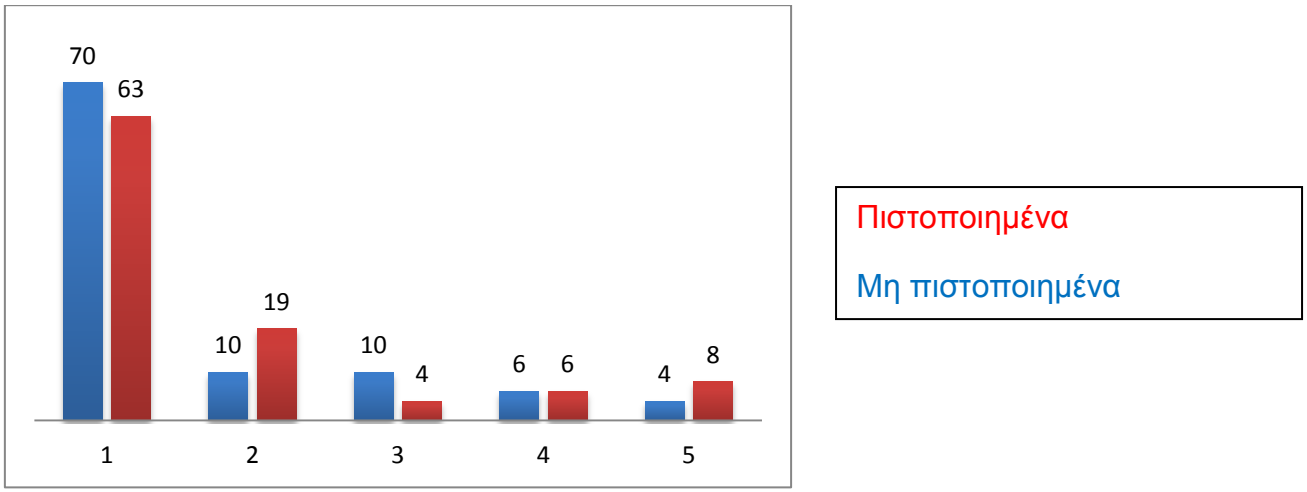
Οι απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση τόσο για τα πιστοποιημένα όσο και για τα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία εμφάνισαν πολύ μικρή διακύμανση με την πλειοψηφία να απαντά πως συμφωνεί απόλυτα στο ότι ο οδοντίατρος που τους εξέτασε απαντούσε στις ερωτήσεις τους.



Διάγραμμα 16. Ο οδοντίατρος απαντούσε στις ερωτήσεις

6.2.18. Θα ήθελα να έχω περισσότερη ανάλυση των θεραπευτικών επιλογών μου.

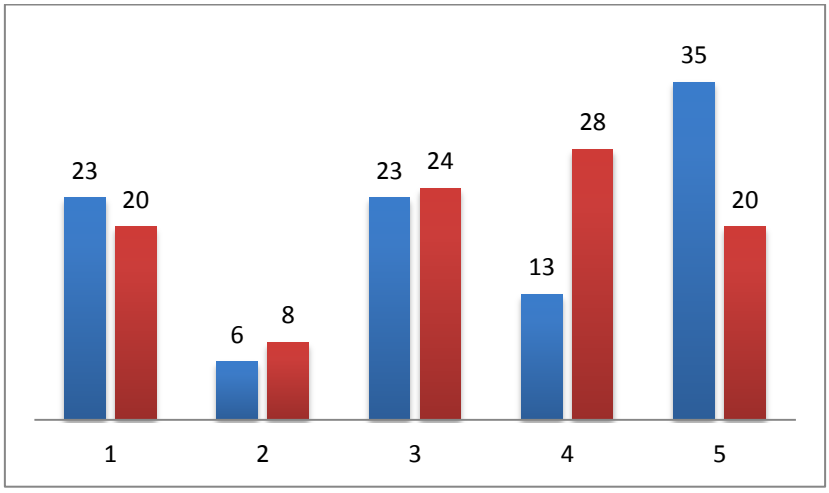
Σχετικά με την ανάλυση των θεραπευτικών επιλογών τους, η τάση και στις δύο κατηγορίες οδοντιατρείων είναι παρεμφερής με την πλειοψηφία και στις δύο να υποστηρίζει πως διαφωνεί απόλυτα στο ότι χρειαζόταν περισσότερη ανάλυση. Εντοπίζονται διακυμάνσεις στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, χωρίς οι διαφορές μεταξύ των δύο κατηγοριών να είναι σημαντικές.



Διάγραμμα 17. Ανάλυση θεραπευτικών επιλογών

6.2.19. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε απέφυγε τις δαπανηρές θεραπευτικές επιλογές.

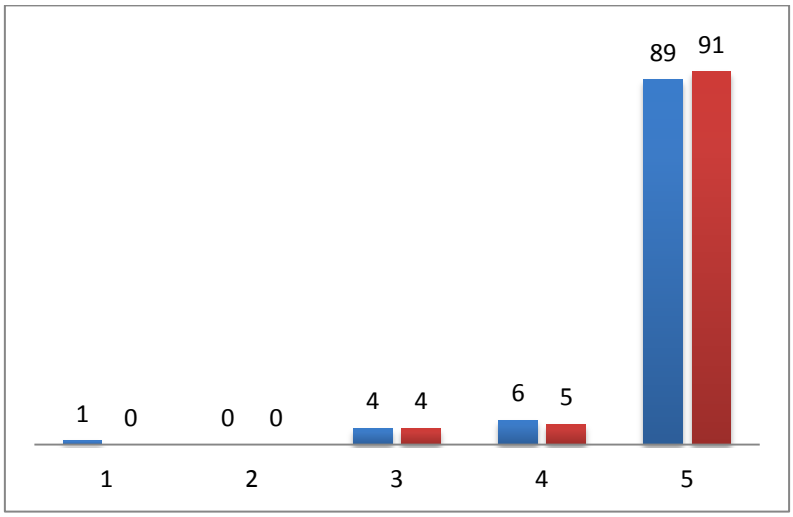
Αποτελεί την ερώτηση με τις μεγαλύτερες διακυμάνσεις στις απαντήσεις χωρίς σαφή επικράτηση κάποιας κλίμακας, κάτι που είναι αναμενόμενο δεδομένου ότι αναφέρεται στο οικονομικό κομμάτι. Από την πλευρά των μη πιστοποιημένων, οι συμμετέχοντες στη πλειοψηφία τους συμφωνούν απόλυτα με το ότι ο οδοντίατρός τους απέφυγε τις δαπανηρές λύσεις, αλλά εξίσου υψηλά είναι τα ποσοστά της τρίτης κλίμακας αλλά και της πρώτης που υποδηλώνει ότι οι ασθενείς διαφωνούν απόλυτα στο ότι επιλέχθηκε μια μη δαπανηρή θεραπεία. Όσον αφορά στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία, η πλειοψηφία δηλώνει ότι σχεδόν συμφωνεί με το ότι ο οδοντίατρος της απέφυγε τις δαπανηρές θεραπείες χωρίς όμως η θέση αυτή να επικρατεί σαφώς, αφού και οι απαντήσεις της πρώτης και τρίτης κλίμακας εμφανίζονται εξίσου ψηλά.



Διάγραμμα 18. Μη δαπανηρό σχέδιο θεραπείας

6.2.20. Είμαι ευχαριστημένος/-η με την οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα.

Αποτελεί ερώτηση που επιδιώκει να αποδώσει τη συνολική ικανοποίηση του ασθενούς από το χώρο του οδοντιατρείου. Τόσο στα πιστοποιημένα όσο και στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία οι συμμετέχοντες δηλώνουν απόλυτα ευχαριστημένοι από την οδοντιατρική φροντίδα που έλαβαν, με μικρά ποσοστά απαντήσεων στην τέταρτη και τρίτη κλίμακα και ένα στατιστικά μη σημαντικό ποσοστό στην πρώτη κλίμακα για την κατηγορία των μη πιστοποιημένων οδοντατρείων.

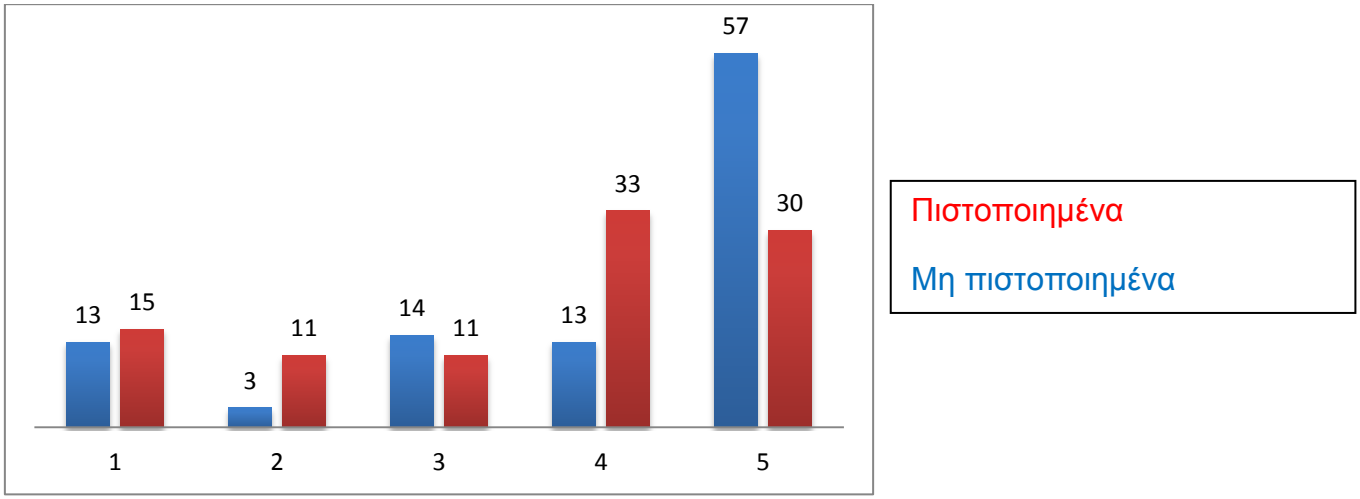


Διάγραμμα 19. Ευχαριστημένοι από την οδοντιατρική φροντίδα

6.2.21. Έλαβα περισσότερη φροντίδα από αυτή που πείστηκα ότι χρειαζόμουν.

Η ερώτηση αυτή επίσης μοιράζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, μιας και αυτή έμμεσα εμπεριέχει το οικονομικό στοιχείο. Από την πλευρά των μη πιστοποιημένων οδοντιατρείων, η πλειοψηφία συμφωνεί απόλυτα ότι έλαβε

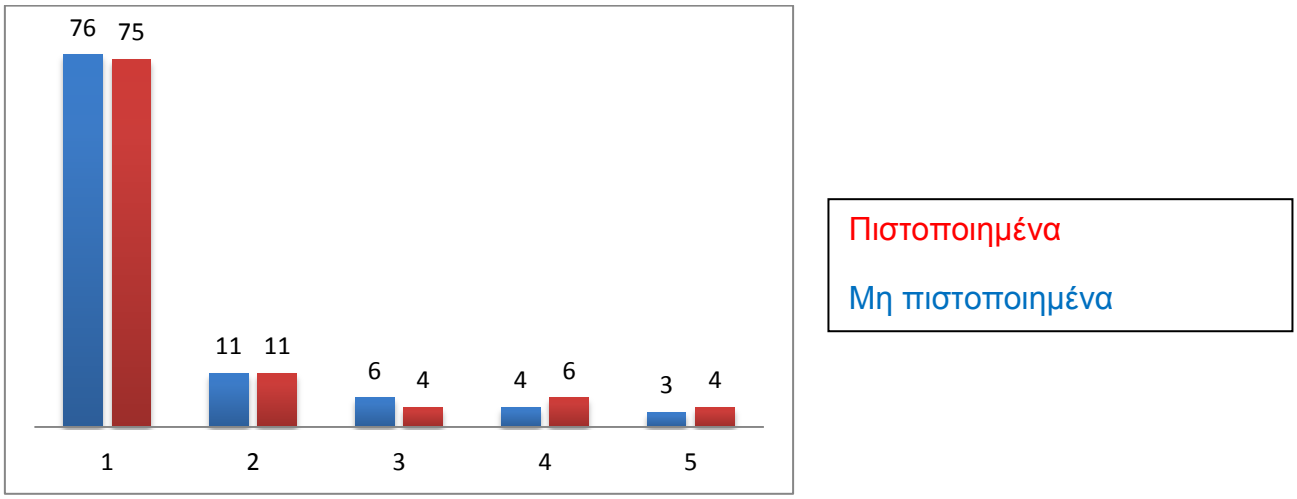
περισσότερη φροντίδα από αυτή που πείστηκε ότι χρειαζόταν, ενώ απαντήσεις υπάρχουν και στις υπόλοιπες τέσσερις κλίμακες σε αρκετά μικρότερα ποσοστά. Από την άλλη, οι περισσότεροι συμμετέχοντες των πιστοποιημένων οδοντιατρείων συμφωνούν στο ότι έλαβαν περισσότερη φροντίδα, ακολουθούμενοι από αυτούς που συμφωνούν απόλυτα και τέλος από αυτούς που διαφωνούν αλλά σε μικρότερο ποσοστό.



Διάγραμμα 20. Θεραπεία ασθενούς πέραν των απαραιτήτων

6.2.22. Είχα επιπλέον οδοντιατρικά προβλήματα που δεν θεραπεύτηκαν.

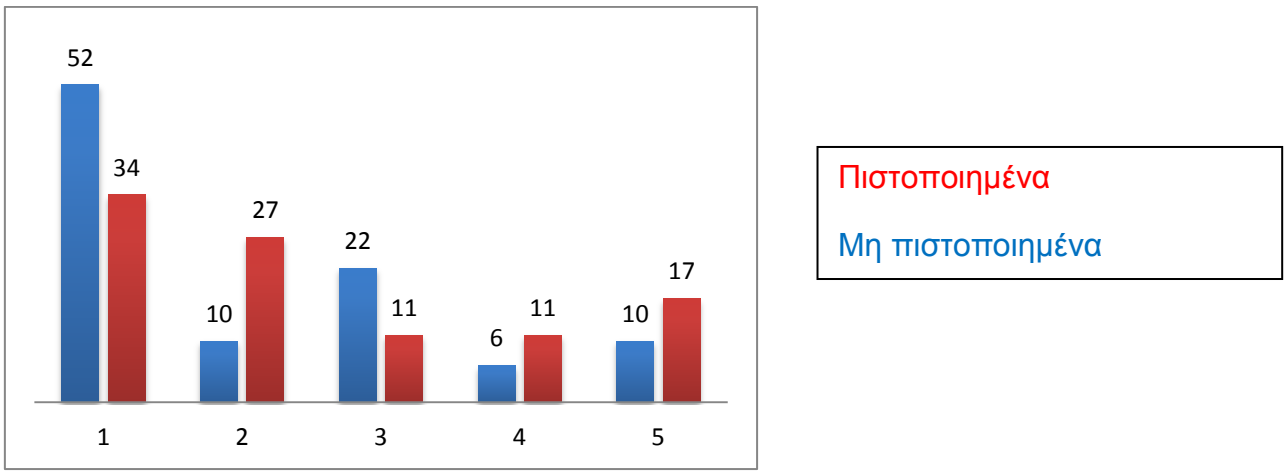
Στην ερώτηση αυτή οι απαντήσεις κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα και για τις δύο κατηγορίες αφού υπάρχει επικράτηση της πρώτης κλίμακας, δηλώνοντας ότι δεν υπήρχαν επιπλέον οδοντιατρικά προβλήματα που δεν θεραπεύτηκαν. Απαντήσεις αποτυπώνονται και στις υπόλοιπες κλίμακες, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί είτε από το ότι το επιλεχθέν σχέδιο θεραπείας δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί είτε από το ότι οι λόγοι της μερικής ολοκλήρωσής του είναι οικονομικής φύσεως.



Διάγραμμα 21. Επιπλέον άλυτα οδοντιατρικά προβλήματα

6.2.23. Η οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα ήταν περισσότερο επίπονη απ'όσο περίμενα.

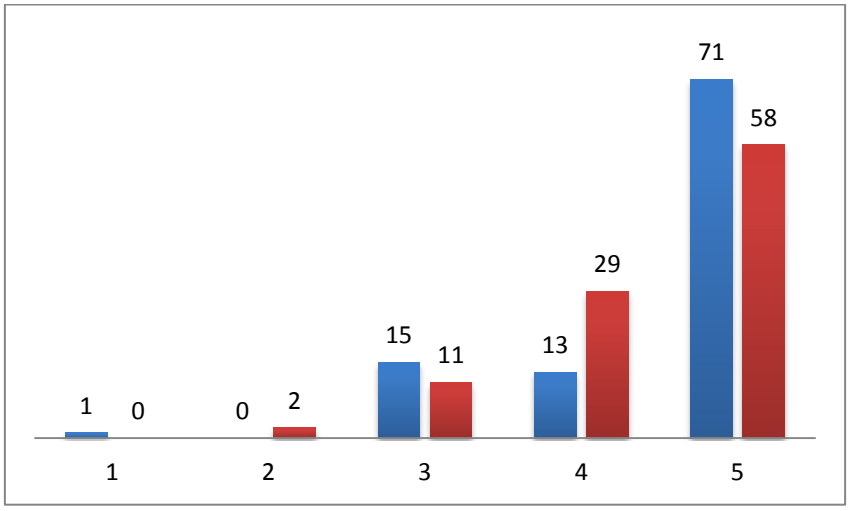
Οι συμμετέχοντες των μη πιστοποιημένων οδοντιατρείων στην πλειοψηφία τους διαφωνούν απόλυτα στο ότι η φροντίδα τους ήταν περισσότερο επίπονη απ'όσο περίμεναν, αν και υπάρχουν απαντήσεις σε όλες τις κλίμακες. Σχετικά με τα πιστοποιημένα οδοντιατρεία, και εδώ η πλειοψηφία διαφωνεί απόλυτα αν και οι απαντήσεις είναι περισσότερο μοιρασμένες. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί και ο εγγενής φόβος των ασθενών απέναντι στον οδοντίατρο (Oliveira et al., 2015) που κάνει την κρίση τους λιγότερο αντικειμενική.



Διάγραμμα 22. Επίπονη οδοντιατρική φροντίδα

6.2.24. Ο οδοντίατρος μου εξηγούσε τί γινόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

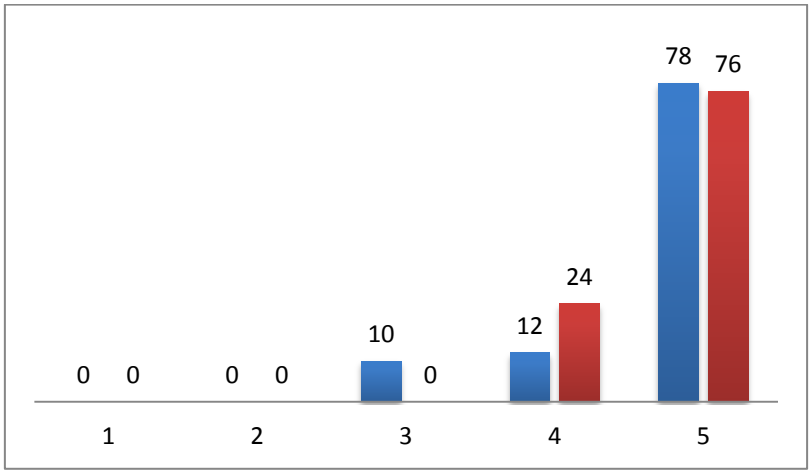
Σε αυτή την ερώτηση, η πλειοψηφία τόσο στα πιστοποιημένα όσο και στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία συμφωνεί απόλυτα ότι ο οδοντίατρος εξηγούσε τί γινόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας ενώ υπάρχουν απαντήσεις στατιστικά σημαντικές και στην τρίτη και τέταρτη κλίμακα. Στο σημείο αυτό να αναφερθεί πως υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που δεν επιθυμεί να γνωρίζει τη διαδικασία και τα στάδια της οδοντιατρικής του θεραπείας, παρά μόνο την έκβαση αυτής.



Διάγραμμα 23. Περιγραφή σταδίων θεραπείας

6.2.25. Η οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα έλυσε τα οδοντιατρικά μου προβλήματα.

Βασική επιδίωξη της οδοντιατρικής θεραπείας είναι η επίλυση των οδοντιατρικών προβλημάτων και σκοπός αυτής της ερώτησης είναι να αποτυπωθεί κατά πόσο κάτι τέτοιο επετεύχθη στην περίπτωση των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα, λοιπόν, δείχνουν ότι τόσο στα πιστοποιημένα όσο και στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία η πλειοψηφία συμφωνεί απόλυτα ότι τα οδοντιατρικά της προβλήματα και μάλιστα οι κλίμακες ένα και δύο δεν απαντήθηκαν από κανέναν από τους 317 συμμετέχοντες.

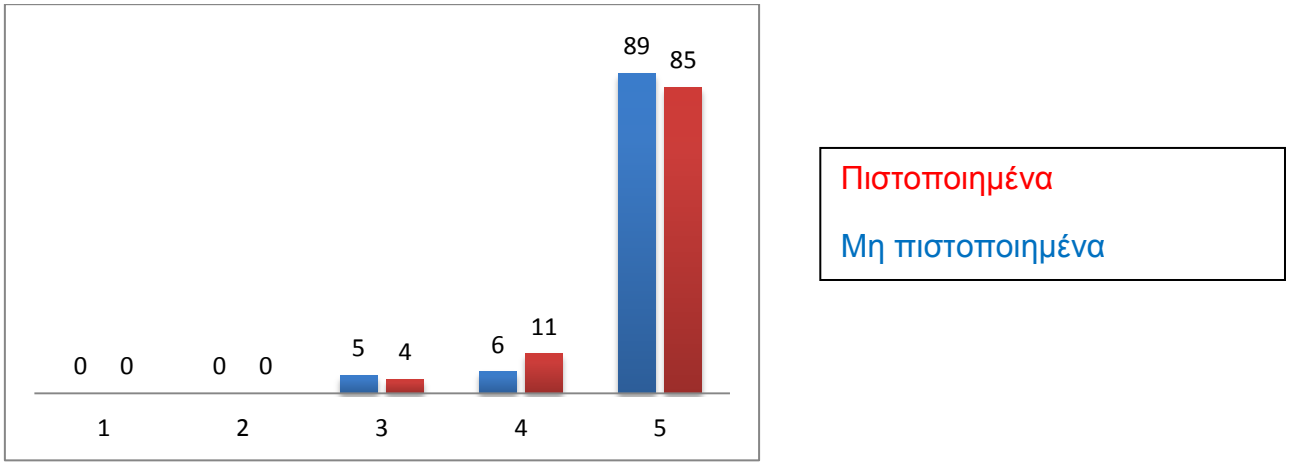


Διάγραμμα 24. Επίλυση οδοντιατρικών προβλημάτων

6.2.26. Η οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα βελτίωσε την οδοντική μου υγεία.

Μία ακόμη βασική επιδίωξη της οδοντιατρικής φροντίδας, πέραν της επίλυσης των οδοντιατρικών προβλημάτων, είναι και η προώθηση της οδοντικής υγείας που

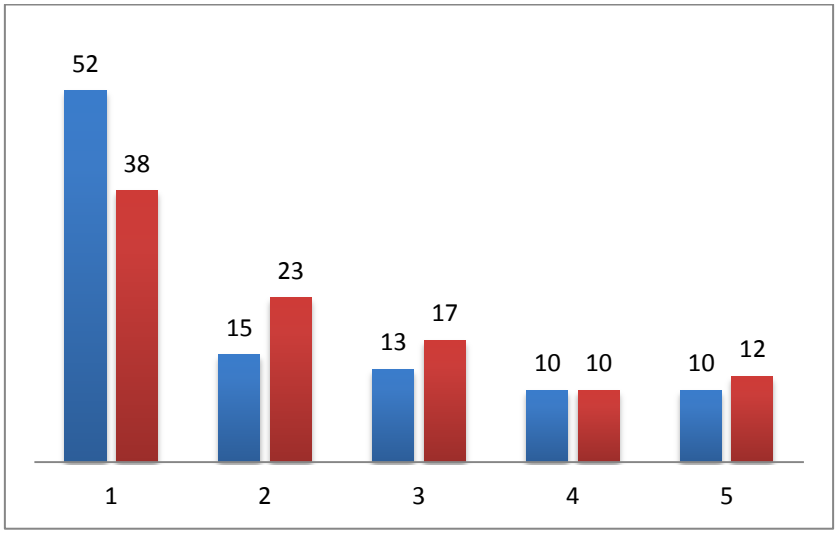
σχετίζεται άμεσα και με την ποιότητα ζωής των ασθενών. (Hescot, 2017) Όπως και στην προηγούμενη ερώτηση, έτσι και σε αυτή η πλειοψηφία των συμμετεχόντων και των δύο κατηγοριών συμφωνεί απόλυτα με το ότι η οδοντιατρική φροντίδα που έλαβε βελτίωσε την οδοντική της υγεία. Χαρακτηριστικό είναι και εδώ το γεγονός πως δεν υπήρχε καμία απάντηση μεταξύ των 317 συμμετεχόντων στις κλίμακες ένα και δύο.



Διάγραμμα 25. Βελτίωση ποιότητας ζωής

6.2.27. Χρειάστηκε περισσότερο χρόνο απ΄όσο περίμενα προτού τα οδοντιατρικά μου προβλήματα δείξουν βελτίωση.

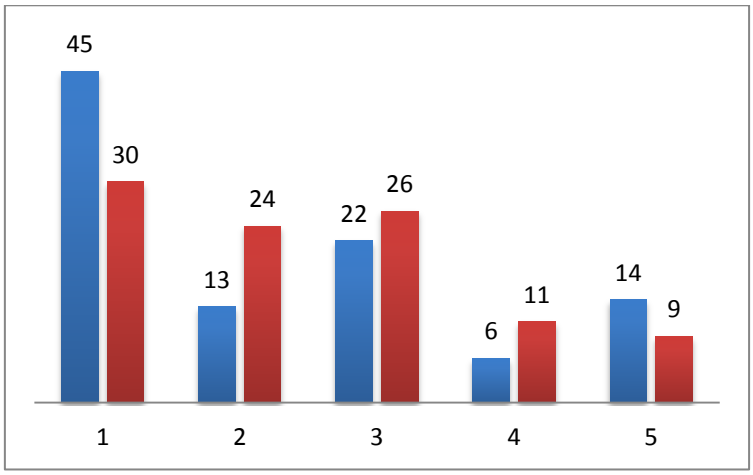
Σχετικά με το χρόνο ολοκλήρωσης των σχεδίων θεραπείας, αυτός είναι μεγαλύτερος στις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς προσέρχονται σε κάποια από τις πιστοποιημένες κλινικές για συνολική αποκατάσταση δεδομένου ότι εκεί υπάρχουν όλες οι ειδικότητες, σε αντίθεση με τα μη πιστοποιημένα ειδικευμένα οδοντιατρεία όπου οι ασθενείς ολοκληρώνουν τις εργασίες της εκάστοτε ειδικότητας και συνεχίζουν με την επόμενη. Με βάση, λοιπόν, όσα προαναφέρθηκαν η τάση και στις δύο κατηγορίες οδοντιατρείων είναι ίδια με την πλειονότητα να διαφωνεί απόλυτα με το ότι η θεραπεία ήταν περισσότερο χρονοβόρα απ’όσο περίμενε, ενώ απαντήσεις υπάρχουν σε όλες τις κλίμακες βαίνοντας μειούμενες.



Διάγραμμα 26. Χρονοβόρα ολοκλήρωση σχεδίου θεραπείας

6.2.28. Η οδοντιατρική μου φροντίδα κόστισε περισσότερο απ'όσο μπορούσα να διαθέσω.

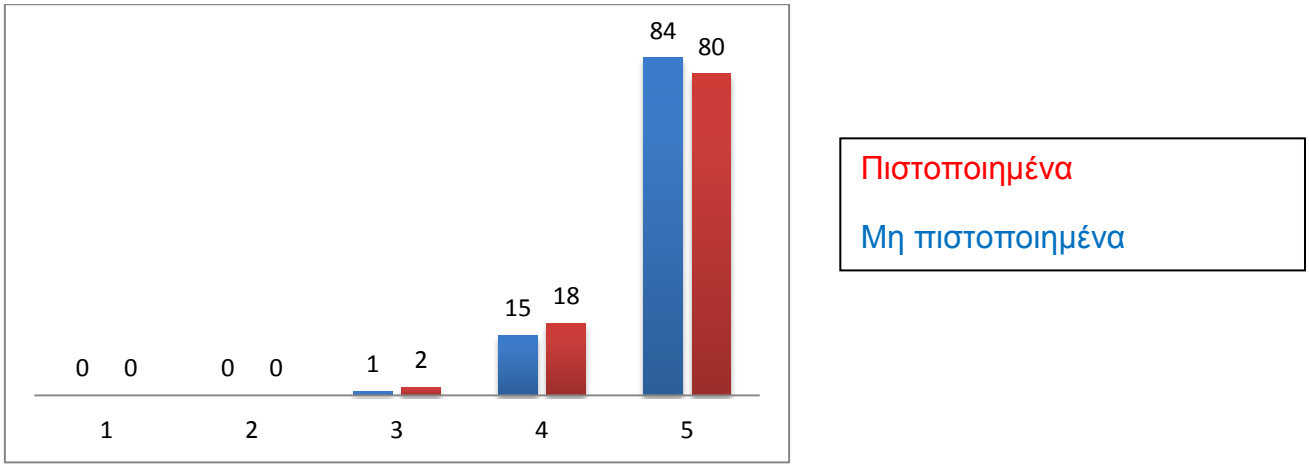
Και αυτή αποτελεί μια ερώτηση με πολλές διακυμάνσεις στις απαντήσεις αφού περικλείει άμεσα το οικονομικό κομμάτι. Η τάση στην περίπτωση των μη πιστοποιημένων οδοντιατρείων είναι πιο ξεκάθαρη και δείχνει πως η πλειοψηφία διαφωνεί απόλυτα με το ότι η οδοντιατρική φροντίδα κόστισε περισσότερο απ'όσο μπορούσε να διαθέσει, με απαντήσεις να υπάρχουν σε όλες τις κλίμακες. Από την άλλη, στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία δεν υπάρχει σαφής επικράτηση κάποιας απάντησης μιας και τα ποσοστά των τριών πρώτων κλίμακων είναι παραπλήσια. Οι διακυμάνσεις στις απαντήσεις αυτής της ερώτησης έρχονται σε σύμπνοια με τις απαντήσεις της ερώτησης 18.



Διάγραμμα 27. Αυξημένο κόστος οδοντιατρικής φροντίδας

6.2.29. Είμαι πεπεισμένος/-η ότι έλαβα τη σωστή οδοντιατρική φροντίδα.

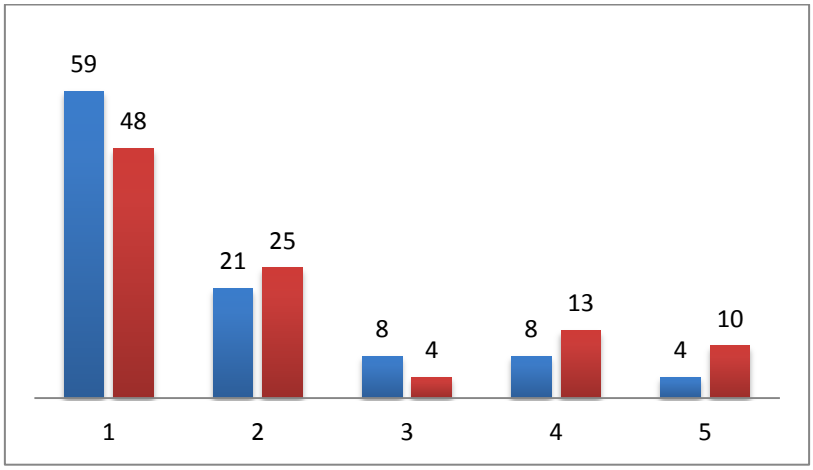
Αποτελεί μια ερώτηση με πολύ μικρή διακύμανση στις απαντήσεις, αφού οι συμμετέχοντες και των δύο κατηγοριών συμφωνούν απόλυτα με το ότι είναι πεπεισμένοι πως έλαβαν τη σωστή οδοντιατρική φροντίδα. Μικρό ποσοστό απαντήσεων υπάρχει και στην τέταρτη κλίμακα, ενώ οι απαντήσεις της κλίμακας τρία είναι σε ποσοστό στατιστικά μη σημαντικό. Χαρακτηριστικό είναι και εδώ πως δεν υπάρχει καμία απάντηση στις κλίμακες ένα και δύο.



Διάγραμμα 28. Οι ασθενείς έλαβαν σωστή οδοντιατρική φροντίδα

6.2.30. Υπήρχαν σημεία στην οδοντιατρική μου φροντίδα που θα μπορούσαν να είναι καλύτερα.

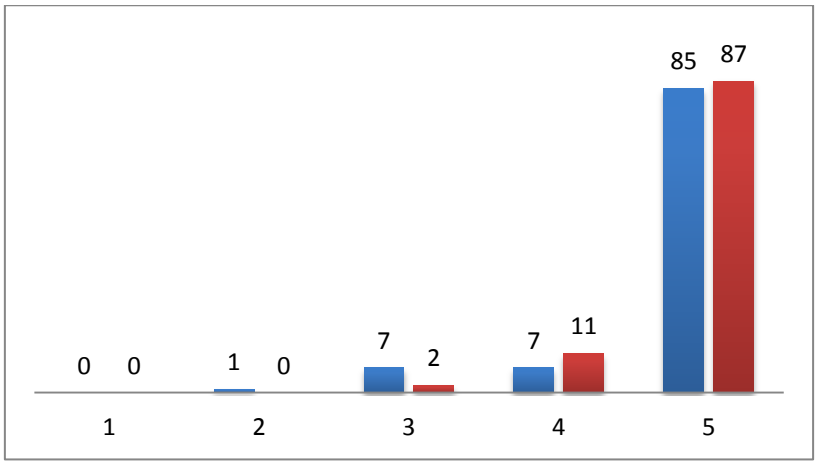
Αποτελεί μια ερώτηση που έχει ως στόχο να δειχθούν αν υπάρχουν πράγματα που επιδέχονται βελτίωσης με βάση τις προσδοκίες των συμμετεχόντων. Η τάση και στις δύο κατηγορίες είναι ίδια, με την πλειοψηφία να διαφωνεί απόλυτα στο ότι υπήρχαν σημεία τα οποία θα μπορούσαν να ήταν καλύτερα. Η διαφορά έγκειται στη διακύμανση των απαντήσεων στην περίπτωση των πιστοποιημένων οδοντιατρείων η οποία είναι μικρότερη σε σύγκριση με τα μη πιστοποιημένα.



Διάγραμμα 29. Σημεία που μπορούσαν να βελτιωθούν στην οδοντιατρική φροντίδα

6.2.31. Ο οδοντίατρος μού έδωσε χρήσιμες συμβουλές για το πώς να φροντίζω τα δόντια και τα ούλα μου.

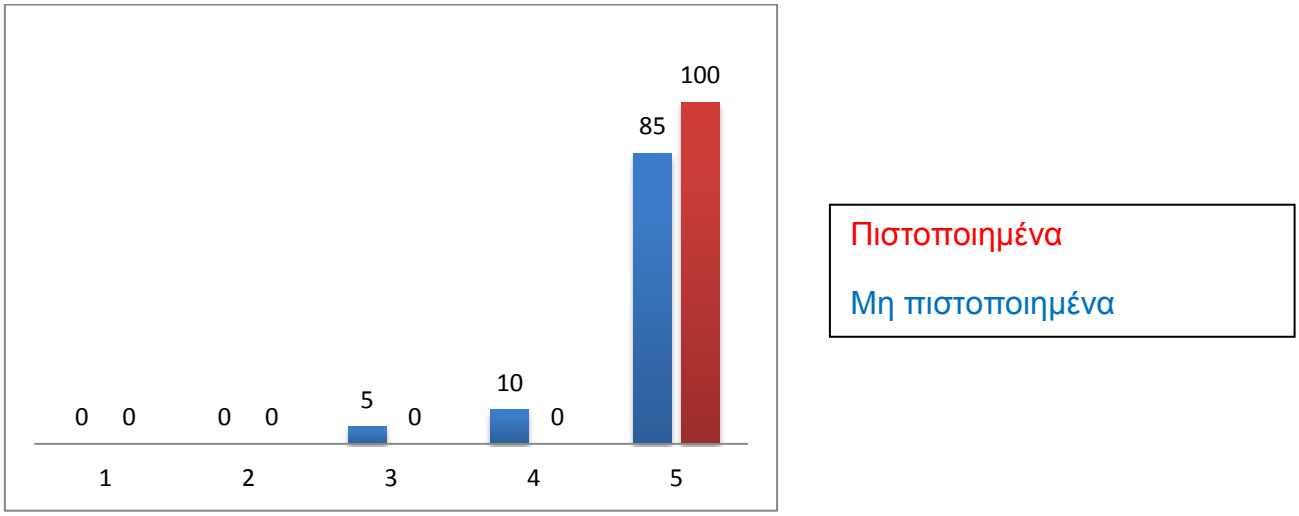
Μια ερώτηση με ξεκάθαρη πλειοψηφία και στις δύο κατηγορίες υπέρ της απόλυτης συμφωνίας σχετικά με τις χρήσιμες συμβουλές για τα δόντια και τους οδοντικούς ιστούς που δόθηκαν στους συμμετέχοντες. Μικρά ποσοστά απαντήσεων συναντάμε και στις κλίμακες τρία και τέσσερα, ενώ από την πλευρά των μη πιστοποιημένων οδοντιατρείων ποσοστό μη στατιστικά σημαντικό εμφανίζεται στην κλίμακα δύο.



Διάγραμμα 30. Συμβουλές οδοντιάτρου προς τους ασθενείς

6.2.32. Νιώθω ασφαλής σε πιθανά μελλοντικά οδοντιατρικά προβλήματα.

Αποτελεί την ερώτηση με ίσως το πιο ξεκάθαρο αποτέλεσμα από όλες. Στην περίπτωση των πιστοποιημένων οδοντιατρείων, δεν υπήρχε καμία άλλη απάντηση πέραν της απόλυτης συμφωνίας για την ασφάλεια που νιώθει ο συμμετέχων απέναντι σε πιθανά μελλοντικά οδοντιατρικά προβλήματα. Και στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία η πλειοψηφία συμφωνεί απόλυτα με λίγες απαντήσεις να συναντώνται και στην τρίτη και τέταρτη κλίμακα.



Διάγραμμα 31. Ασφάλεια ασθενούς απέναντι σε μελλοντικά προβλήματα

Στον Πίνακα 4 του παραρτήματος παρατίθενται συνολικά και συνοπτικά τα αποτελέσματα ανάλυσης του κύριου μέρους των ερωτηματολογίων των συμμετεχόντων της έρευνας.

6.3. Ανάλυση συσχέτισης

Προκειμένου να εξαχθούν ακόμη πιο ακριβή αποτελέσματα, προχωρήσαμε και στην ανάλυση συσχέτισης των ανεξάρτητων μεταβλητών (δημογραφικές ερωτήσεις) με τις εξαρτημένες μεταβλητές (βασικές ερωτήσεις β' μέρους ερωτηματολογίου). Αυτό το επιτύχαμε χρησιμοποιώντας το συντελεστή συσχέτισης του Spearman (ρ) αφού το ερωτηματολόγιο μας είναι δομημένο σε βαθμική κλίμακα. Οι τιμές που μπορεί να πάρει ο συντελεστής υποδηλώνουν:

- 0-0,19 : πολύ αδύναμη συσχέτιση
- 0,2-0,39 : αδύναμη συσχέτιση
- 0,4-0,59 : μέτρια συσχέτιση
- 0,6-0,79 : δυνατή συσχέτιση
- 0,8-1 : πολύ δυνατή συσχέτιση.

Το πρόσημο αντίστοιχα υποδηλώνει αν η συσχέτιση είναι θετική ή αρνητική.

Όσον αφορά στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία, ο πίνακας 1 δείχνει αναλυτικά τους συντελεστές συσχέτισης των μεταβλητών.

Όπως φαίνεται,καμία σχέση μεταβλητών δεν δείχνει να έχει μέτρια ή δυνατή συσχέτιση. Τη μεγαλύτερη θετική συσχέτιση εμφανίζει ο λόγος επίσκεψης με το αν η διαδρομή ήταν βολική καθώς και ο λόγος επιλογής του οδοντιατρείου με το αν ο ασθενής νιώθει ευχαριστημένος από την οδοντιατρική φροντίδα που έλαβε. Αντιθέτως, τη μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση εμφανίζει η ηλικία με το αν η διαδρομή ήταν βολική. Τέλος, μηδενική συσχέτιση εμφανίζει η σχέση εισοδήματος-βολικής διαδρομής, το αν είναι πρώτη ή επόμενη επίσκεψη με το αν η

οδοντιατρική φροντίδα ήταν επίπονη και ο λόγος επιλογής του οδοντιατρείου με το αν η θεραπεία ήταν χρονοβόρα.

Από την άλλη, όσον αφορά στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία, ο πίνακας 2 δείχνει αναλυτικά τους συντελεστές συσχέτισης των μεταβλητών. Και σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχουν ζεύγη μεταβλητών με μέτρια ή δυνατή συσχέτιση, εμφανίζονται όμως περισσότερα ζεύγη με έστω αδύναμη συσχέτιση.

Τη μεγαλύτερη θετική συσχέτιση εμφανίζει το επίπεδο εκπαίδευσης του ασθενούς και ο λόγος επιλογής του οδοντιατρείου με το πόσο ευχαριστημένος είναι από την οδοντιατρική φροντίδα που έλαβε και τέλος, η κατάσταση της υγείας του με το αν η διαδρομή για το οδοντιατρείο ήταν βολική. Αντίθετα, τη μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση εμφανίζουν οι ερωτήσεις που αναφέρονται στο αν η θεραπεία ήταν χρονοβόρα με το επίπεδο εκπαίδευσης και το λόγο επιλογής του οδοντιατρείου. Τέλος, μηδενική συσχέτιση εμφάνισε μόνο η εργασιακή κατάσταση με το εάν ο ασθενής είδε τον οδοντίατρο που ήθελε.

	Βολική διαδρομή	Δυσκολία στο ραντεβού	Χρόνος αναμονής	Είδα τον οδοντίατρο που ήθελα	Δαπανηρές θεραπείες	Ευχαριστημένος από τη φροντίδα	Χώρος αναμονής	Χρονοβόρα θεραπεία
Φύλο	0,043	-0,02	-0,081	-0,028	0,079	-0,006	0,05	0,06
Ηλικία	**-0,218**	-0,086	-0,123	0,03	-0,07	-0,02	0,14	0,129
Υπηκοότητα	0,093	-0,01	0,069	0,056	-0,017	0,03	-0,1	-0,1
Τόπος μόνιμης διαμονής	-0,134	0,016	-0,048	0,027	-0,02	-0,005	-0,042	0,049
Εκπαίδευση	-0,006	0,017	0,11	-0,042	-0,011	-0,059	-0,026	0,065
Εργασιακή κατάσταση	-0,118	-0,012	-0,038	0,029	0,02	0,035	0,063	0,029
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα	0	-0,02	0,034	0,077	0,006	-0,01	0,1	0,09
Λόγος επίσκεψης	**0,239**	0,026	-0,084	0,145	-0,003	-0,03	-0,03	-0,028
Λόγος επιλογής	0,12	-0,082	-0,023	0,171	-0,049	**0,226**	0,064	0
Κατάσταση υγείας	0,109	0,064	0,03	0,022	-0,014	-0,007	0,0886	0,01

Πίνακας 1. Συντελεστές συσχέτισης Spearman για τα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία.

	Βολική διαδρομή	Δυσκολία στο ραντεβού	Χρόνος αναμονής	Είδα τον οδοντίατρο που ήθελα	Δαπανηρές θεραπείες	Ευχαριστημένος από τη φροντίδα	Χώρος αναμονής	Χρονοβόρα θεραπεία
Φύλο	-0,09	0,068	0,046	-0,089	0,026	-0,106	-0,054	-0,06
Ηλικία	-0,02	0,184	-0,143	-0,048	0,109	-0,108	0,119	0,014
Υπηκοότητα	-0,185	-0,077	-0,062	0,1	-0,034	0,092	-0,038	-0,008
Τόπος μόνιμης διαμονής	0,108	-0,093	-0,155	0,188	0,159	0,031	-0,209	-0,09
Εκπαίδευση	-0,22	-0,162	0,013	0,013	0,073	**0,281**	-0,053	**-0,24**
Εργασιακή κατάσταση	-0,013	0,117	-0,097	0	0,077	-0,137	-0,112	0,09
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα	-0,33	0,084	-0,132	0,197	-0,106	0,354	-0,064	-0,023
Λόγος επίσκεψης	0,207	0,061	-0,199	**0,244**	-0,194	-0,116	0,106	-0,107
Λόγος επιλογής	0,019	-0,127	0,039	0,11	0,04	**0,23**	0,043	**-0,24**
Κατάσταση υγείας	**0,278**	-0,153	0,004	0,141	-0,006	0,03	-0,182	-0,187

Πίνακας 2. Συντελεστές συσχέτισης Spearman για τα πιστοποιημένα οδοντιατρεία.

7. Συζήτηση

Ύστερα από μελέτη της βιβλιογραφίας μέσω της μηχανής αναζήτησης PubMed στη βάση δεδομένων MEDLINE, η παρούσα εργασία είναι η πρώτη τόσο στην Ελλάδα όσο και ξενόγλωσση που προσπάθησε όχι μόνο να αξιολογήσει την ικανοποίηση των ασθενών που προσέρχονται σε πιστοποιημένα και μη, ιδιωτικά οδοντιατρεία, αλλά και να καταδείξει πού εντοπίζονται διαφορές. Οι δημοσιευμένες εργασίες που υπάρχουν αφορούν μόνο σε μη πιστοποιημένους χώρους εκτός Ελλάδας και έχουν λάβει μέρος στην πλειονότητά τους σε πανεπιστημιακά ή νοσοκομειακά ιδρύματα και όχι σε χώρους ιδιωτικής κλινικής άσκησης, συνεπώς η σύγκριση δεν είναι άμεση εφ'όσον οι συνθήκες διεξαγωγής των ερευνών διαφέρουν από την παρούσα.

Όσον αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, εντοπίζονται διαφορές μεταξύ των οδοντιατρείων. Αρχικά, στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία είναι αυξημένο το ποσοστό ασθενών από επαρχιακές πόλεις και μάλιστα όχι από πλησιέστερων στην Αττική νόμους, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ασθενείς επιλέγουν να κάνουν ένα μεγάλο ταξίδι προκειμένου να λάβουν από τις συγκεκριμένες κλινικές οδοντιατρική περίθαλψη.

Μια επιπλέον διαφορά που εντοπίζεται είναι το καλύτερο κοινωνικό επίπεδο των ασθενών των πιστοποιημένων οδοντιατρείων που συνάγεται συναρτήσει του εκπαιδευτικού τους επιπέδου, όπου οι κάτοχοι μεταπτυχιακών και διδακτορικών τίτλων είναι πολύ περισσότεροι, και του οικονομικού τους επιπέδου όπου η πλειοψηφία δηλώνει μηνιαίο ατομικό εισόδημα >2001 ευρώ. Οι συντελεστές συσχέτισης δεν έδειξαν κάποια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ εισοδήματος και ικανοποίησης, σε αντίθεση με την εργασία των Lee et al. όπου τα αποτελέσματα έδειξαν πως όσο αυξάνεται το εισόδημα του ασθενούς, τόσο αυξάνονται και οι προσδοκίες του και τόσο μειώνεται η ικανοποίησή του. (Lee et al., 2013)

Όσον αφορά στη σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με την ικανοποίηση τους από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες, δεν εντοπίζεται καμία σταστικά σημαντική σχέση με εξαίρεση το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με αυτό άλλων ερευνών, όπου η αύξηση του επιπέδου εκπαίδευσης οδηγεί σε μικρότερη ικανοποίηση. (Lee et al, 2013, Ali, 2016, Khan et al., 2018). Διαφορές, βέβαια, εμφανίζονται και μεταξύ αυτών των ερευνών, αφού οι εργασίες των Ali και Lee et al. (Ali, 2016, Lee et al. 2013) βρήκαν και στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ φύλου και ικανοποίησης, όπου οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένες, όπως και ηλικίας όπου οι νεότεροι σε ηλικία εμφανίζονται πιο ευχαριστημένοι, ενώ η εργασία των Khan δεν βρήκε καμία συσχέτιση. (Khan et al. 2018)

Βασική διαφορά που εντοπίζεται είναι ο λόγος επιλογής του κάθε οδοντιατρείου. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία δηλώνει πως τα

επιλέγει χάρη στην πιστοποιήση που διαθέτουν, ενώ η επόμενη δημοφιλέστερη απάντηση είναι η σύσταση από άλλους. Από την άλλη, η πλειοψηφία των μη πιστοποιημένων οδοντιατρείων τα επιλέγει χάρη στην ειδικότητα που κατέχουν οι οδοντίατροι. Διαφορά, βέβαια, εντοπίζεται και στο λόγο επίσκεψης του οδοντιατρείου όπου στην περίπτωση των πιστοποιημένων ο βασικός λόγος είναι ο τακτικός επανέλεγχος, ενώ στα μη πιστοποιημένα ο βασικός λόγος είναι η συνολική αποκατάσταση του στόματος. Ο μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων που προσήλθαν για τακτικό επανέλεγχο στις πιστοποιημένες κλινικές μπορεί να δικαιολογηθεί εν μέρει από το γεγονός ότι και στις δύο κλινικές υπάρχει περιοδοντολόγος, μια ειδικότητα η οποία βασίζεται κυρίως στη συντήρηση των θεραπευμένων περιστατικών.

Από την ανάλυση των γενικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, προκύπτει ότι στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία ο μέσος αριθμός ημερών μεταξύ της τηλεφωνικής επικοινωνίας και της τελικής ημερομηνίας του ραντεβού ήταν 3,89±2,98 ημέρες, ενώ στα μη πιστοποιημένα ο αντίστοιχος χρόνος ήταν 5,86±4,36 ημέρες. Η διαφορά αυτή πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι τα πιστοποιημένα οδοντιατρεία απασχολούν περισσότερο προσωπικό κι έτσι μπορούν να εξυπηρετήσουν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών ανά ημέρα. Επιπλέον, διαθέτουν και ειδικότητες όπως η ενδοδοντία και η περιοδοντολογία στις οποίες δεν εμπλέκεται εξωτερικός συνεργάτης, σε αντίθεση με την ειδικότητα της προσθετικής και της οδοντικής χειρουργικής. Αντιθέτως, ο χρόνος αναμονής στους πιστοποιημένους χώρους ήταν περισσότερο αυξημένος.

Όσον αφορά στην ανάλυση του δεύτερου και βασικού μέρους του ερωτηματολογίου, η γενική εικόνα που δίνεται είναι πως ο δείκτης ικανοποίησης και από τις δύο κατηγορίες οδοντιατρείων κυμαίνεται στο ίδιο επίπεδο χωρίς μεγάλες αποκλίσεις. Ενδεικτικά, στα μη πιστοποιημένα οδοντιατρεία το 89% δηλώνει απόλυτα ικανοποιημένος από την οδοντιατρική φροντίδα που έλαβε, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα πιστοποιημένα είναι 91%. Επιπλέον, ο δείκτης ικανοποίησης κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα όσον αφορά τόσο στην καλαισθησία του χώρου όσο και στην ικανοποίηση από το οδοντιατρικό προσωπικό. Ένας λόγος που μπορεί να το εξηγήσει αυτό είναι η διαφορετική οδοντιατρική παιδεία που υπάρχει στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, ο Έλληνας ασθενής θέλει να έχει μια πιο προσωπική σχέση με τον οδοντίατρο του και δεν αρέσκεται απλώς στο να λύνει το οδοντιατρικό του πρόβλημα. Έτσι, η ικανοποίησή του εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διαπροσωπική τους σχέση παράλληλα με την ποιότητα των οδοντιατρικών εργασιών.

Αν γίνει περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων του β’ μέρους του ερωτηματολογίου, εμφανίζεται περισσότερη δυσκολία στο κλείσιμο ραντεβού στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία, γεγονός που και ίσως μπορεί να εξηγηθεί από το ότι πολλοί ασθενείς που προσέρχονται για συνολική αποκατάσταση του στόματός τους πρέπει να συνδυάσουν τα ραντεβού τους για περισσότερες από μία οδοντιατρικές ειδικότητες.

Μία επιπλέον διαφορά που εντοπίστηκε στις ερωτήσεις ήταν το γεγονός ότι οι ασθενείς των πιστοποιημένων οδοντιατρείων δεν βλέπουν κάθε φορά τον ίδιο

οδοντίατρο ή αυτόν που θα ήθελαν να δουν. Ο λόγος για αυτή τη διαφορά είναι η ύπαρξη πολλών και διαφορετικών ειδικοτήτων, και συνεπώς οδοντιάτρων, δημιουργώντας στους ασθενείς κάποιες φορές σύγχυση σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για το πρόβλημα της στοματικής τους κοιλότητας. Παρεμφερής είναι κι ο λόγος που οι χρόνοι ολοκλήρωσης των σχεδίων θεραπείας στα πιστοποιημένα οδοντιατρεία είναι περισσότερο αυξημένοι, αφού οι ασθενείς που προσέρχονται σε κάποια από τις πιστοποιημένες κλινικές για συνολική αποκατάσταση, δεδομένου ότι εκεί υπάρχουν όλες οι ειδικότητες, ξεκινούν και ολοκληρώνουν το σχέδιο θεραπείας τους στον ίδιο χώρο σε αντίθεση με τα μη πιστοποιημένα ειδικευμένα οδοντιατρεία όπου οι ασθενείς ολοκληρώνουν τις εργασίες της εκάστοτε ειδικότητας και συνεχίζουν με την επόμενη.

Στα σημεία όπου εντοπίζεται ο μεγαλύτερος διχασμός τόσο μεταξύ των συμμετεχόντων της ίδιας κατηγορίας οδοντιατρείων όσο και μεταξύ των συμμετεχόντων των δύο κατηγοριών είναι οι ερωτήσεις που αφορούν στο οικονομικό κομμάτι. Στις ερωτήσεις αυτές δεν υπάρχει ξεκάθαρη πλειοψηφία υπέρ κάποιας απάντησης, κάτι που μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι η αντίληψη της αντικειμενικής αξίας κάθε οδοντιατρικής πράξης διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο.

Ολοκληρώνοντας τη συζήτηση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου, παρά τις κάποιες διακυμάνσεις σε άλλες ερωτήσεις ικανοποίησης, χαρακτηριστική είναι η απόλυτη συμφωνία των συμμετεχόντων των πιστοποιημένων οδοντιατρείων σχετικά με την ασφάλεια που νιώθουν απέναντι σε πιθανά μελλοντικά οδοντιατρικά προβλήματα.

8.Περιορισμοί έρευνας

Το σημείο στο οποίο πρέπει να γίνει ιδιαίτερη αναφορά είναι ο περιορισμός αυτής της έρευνας, που είναι ο μικρός αριθμός δείγματος που μπορεί να συλλεχθεί από πιστοποιημένα ιδιωτικά οδοντιατρεία λόγω του μικρού αριθμού τους (δύο στο σύνολο της Αττικής) συγκριτικά με το δείγμα που μπορεί να συλλεχθεί από μη πιστοποιημένα.

9. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα έρευνα δείχνει την τάση που επικρατεί αυτή τη στιγμή στην ικανοποίηση των ασθενών στις δύο κατηγορίες οδοντιατρείων στο μεγαλύτερο νομό της χώρας και δίνει τη δυνατότητα στους εκάστοτε υπευθύνους να βελτιώσουν την εικόνα τους εντοπίζοντας τις αδυναμίες τους. Επιπλέον, αποτελεί το έναυσμα για περαιτέρω μελέτη και σύγκριση των αποτελεσμάτων και στους υπόλοιπους νομούς της Ελλάδας, αλλά και μεταξύ διαφορετικών χωρών.

10. Επίλογος

Παρ’ότι τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν μικρές διαφορές στην ικανοποίηση των ασθενών μεταξύ πιστοποιημένων και μη οδοντιατρικών χώρων, τα αποτελέσματα αυτά είναι αρκετά περιορισμένα λόγω της πολύ πρόσφατης άφιξης της πιστοποίησης στον οδοντιατρικό κλάδο στη χώρα μας. Η μέχρι τώρα πορεία της πιστοποίησης σε όσους κλάδους έχει εφαρμοστεί δείχνει ότι συμβάλλει σημαντικά στην προαγωγή καλύτερων συνθηκών και συμπεριφορών και βελτιώνει το προφίλ της κάθε επιχείρησης. Συνεπώς, χρειάζεται χρόνος και επένδυση ώστε οι ωφέλειές της να γίνουν εμφανείς και στην οδοντιατρική κοινότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Βλασιάδης, Κ. και Κουτσαμάνη, Μ. (2012). Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σε Οδοντιατρικές Μονάδες. Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, 5, σελ. 55-59.

Δημητριάδης, Δ., Κωνσταντινίδης, Ρ., Δημητριάδης, Δ., Κωνσταντινίδης, Ρ., Σαραφίδου, Γ., Κόντος, Δ., Αγραφιώτης, Δ. και Petersen, P. (2008). Σχέση οδοντιάτρου - ασθενούς. Αντιλήψεις και στάσεις ασθενών ιδιωτικών οδοντιατρείων ενός δήμου της Αθήνας. Στοματολογία, 65(2), σελ. 46- 54.

Δρούκας Β. (2008). Λειτουργία και δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος. 1η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.

Ε.ΣΥ.Δ. [διαδικτυακά] Διαθέσιμο στο: http://www.esyd.gr. [Πρόσβαση 3 Μαρ. 2019].

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία 2008 – 2012. [διαδικτυακά] Διαθέσιμο στο http://www.esdy.edu.gr/files/004_Epidimiologias_Viostatistikis. [Πρόσβαση 13 Μαρ. 2019].

ΕΛ.Ο.Τ. [διαδικτυακά] Διαθέσιμο στο: http://www.elot.gr. [Πρόσβαση 3 Μαρ. 2019].

Ευρωπαϊκα Εκτιμητικά Πρότυπα. [διαδικτυακά] Διαθέσιμο στο www.tegova.org. [Πρόσβαση 17 Φεβ. 2019].

Κομπόλη-Κοντοβαζαινίτη, Μ. και Πανής, Β. (2002). Παθολογία περιοδοντικών ασθενών με συστηματικά νοσήματα. 1η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Τεχνόραμμα.

Κυριόπουλος, Γ. και Λιονής, Χ. (2004). Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και τη φροντίδα υγείας. Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα. 1η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Ξενόγλωσση

ACHS. (2019). [online] Available at: http://www.ACHS.org.au [Accessed 18 Feb. 2019].

Aguayo, R. (1991) Dr Deming: The man who taught the Japanese about quality. Long Range Planning, 24(6), p.120.

Ali D. A. (2016). Patient satisfaction in Dental Healthcare Centers. European journal of dentistry, 10(3), pp. 309–314.

American Medical Association. [online] Available at https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/quality [Accessed 14 Mar. 2019]

Baâdoudi, F., Maskrey, N., Listl, S., van der Heijden, G. and Duijster, D. (2016). Improving oral healthcare: towards measurement?. British Dental Journal, 221(9), pp.547-548.

Badrick, T., Gay, S., Mackay, M. and Sikaris, K. (2018). The key incident monitoring and management system – history and role in quality improvement. Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM), 56(2), pp.264-272.

Barsukiewicz, C., Raffel, M. and Raffel, N. (2010). The U.S. Health System: Origins and Functions. 1st edn. New York: Cengage Learning Publishings.

Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. and Amenta, P. (2016). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. Perspectives in Public Health, 137(2), pp.89-101.

Baummer - Carr, A. and Nicolau, D. (2017). The challenges of patient satisfaction: influencing factors and the patient – provider relationship in the United States. Expert Review of Anti-infective Therapy, 15(10), pp.955-962.

Berthou, A. and Horner, P. (2001). European model for total quality management (TQM). A method for self-evaluation. Krankenpfl Soins Infirm, 94(2), pp.20-31.

BS EN ISO 9001:2015. BSI Quality Management Systems – Requirements. (2015). BSI Standards Publication.

Charalambous, A. and Adamakidou, T. (2012). Risser patient satisfaction scale: a validation study in Greek cancer patients. BMC Nursing, 11(1).

Crosby, P. (1979). Quality is Free. The art of making quality certain. 1st edn. New York: McGraw-Hill Publishings.

D'Antonio P. (2006). Nursing History Review, Official Journal of the American Association for the History of Nursing. Volume 14. New York: Springer Publishing Company.

Donabedian, A. (1980). Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. Medical Care Research and Review, 37(7), pp. 653-698.

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed?. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 260(12), pp.1743-1748.

European Committee for Standardization. (2016). [online] Available at http://standards.cen.eu/dyn/www/f?p=204%3A110%3A0%3A%3A%3A%3AFSP_PROJECT%2CFSP_ORG_ID%3A34736%2C622707&cs=1C9C7FAAC1E3E87D55B9C29F85F4CFC10 [Accessed 12 Mar. 2019].

Florence Nightingale. (2010). American Journal of Public Health, 100(9), pp.1586-1587.

Geraedts, H., Montenarie, R. and van Rijk, P. (2001). The benefits of total quality management. Computerized Medical Imaging and Graphics, 25(2), pp.217-220.

Gu, X. and Itoh, K. (2014). Factors Behind Dialysis Patient Satisfaction: Exploring Their Effects on Overall Satisfaction. Therapeutic Apheresis and Dialysis, 19(2), pp.162-170.

Harvey, G. (1996). Quality in Health Care: Traditions, Influences and Future Directions. International Journal for Quality in Health Care, 8(4), pp.341-350.

Hescot, P. (2017). The New Definition of Oral Health and Relationship between Oral Health and Quality of Life. Chinese Journal of Dental Research,20(4). pp.189-192.

Hoyt, D. and Schneidman, D. (2015). The American College of Surgeons: an enduring commitment to quality and patient care. The American Journal of Surgery, 209(3), pp.436-441.

Institute of Medicine. [online] Available at: http://www.iom.edu/ [Accessed 23 Mar. 2019]

ISO. (2015). [online] Available at: http://www.iso.org/iso/home.html. [Accessed 12 Mar. 2019].

ISQua. [online] Available at: http://www.isqua.org [Accessed 18 Feb. 2019].

JCI. [online] Available at: http://www.jointcommissioninternational.org [Accessed 13 Apr. 2019].

Juran, J. and Gryna, F. Juran's Quality Control Handbook. 1st edn. New York: McGraw-Hill Publishings.

Karydis, A. (2001). Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. International Journal for Quality in Health Care, 13(5), pp.409-416.

Khan, A., Siddiqui, A., Mohsin, S. and Mohamed, B. (2018). Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction in Public and Private Dental Clinics. Pakistan Journal of Medical Sciences, 34(5), pp.1152-1157.

Kudzma, E. (2006). Florence Nightingale and Healthcare Reform. Nursing Science Quarterly, 19(1), pp.61-64.

Lee, K., Chen, C., Huang, S., Wu, Y., Lee, H., Hsu, K., Chen, H. and Wu, J. (2013). Patient satisfaction with the quality of dental treatment provided by interns. Journal of Dental Sciences, 8, pp. 177-183.

Lloyd, H., Jenkinson, C., Hadi, M., Gibbons, E. and Fitzpatrick, R. (2014). Patient reports of the outcomes of treatment: a structured review of approaches. Health and Quality of Life Outcomes, 12(1), p.5.

Lobo Prabhu, K., Cleghorn, M., Elnahas, A., Tse, A., Maeda, A., Quereshy, F., Okrainec, A. and Jackson, T. (2017). Is quality important to our patients?

The relationship between surgical outcomes and patient satisfaction. BMJ Quality & Safety, 27(1), pp.48-52..

Lynn, M. and Osborn, P. (1991). Deming's quality principles: a health care application. Hospital and Health Services Administration, 36(1), pp.111-120.

McCarthy, J. and Hicks, B. (1991). Quality in Health Care: Application of the ISO 9000 Standard. International Journal of Health Care Quality Assurance, 4(4).

Mohammad Mosadeghrad, A. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. International Journal of Health Care Quality Assurance, 26(3), pp.203-219.

Mohammad Mosadeghrad, A. (2014). Essentials of total quality management: a meta-analysis. International Journal of Health Care Quality Assurance, 27(6), pp.544-558.

Moullin, M. (2002). Delivering excellence in health and social care : quality, excellence, and performance measurement. 1st ed. Buckingham: Open University Press.

Oliveira, M., Bendo, C., Paiva, S., Vale, M. and Serra-Negra, J. (2015). Determining Cut-Off Points for the Dental Fear Survey. The Scientific World Journal, 2015, pp.1-7.

Ovretveit, J. (2004). Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. International Journal of Health Care Quality Assurance, 17(7), pp.368-376.

Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. Evaluation and Program Planning, 6(3-4), pp.185-210.

Petersen, MB. (1988). Measuring patient satisfaction: collecting useful data. Journal of Nursing Quality Assurance, 2(3), pp.25-35.

Petersen, P. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 31(s1), pp.3-24.

Pourrabia, P., Bahadori, M., Hosseini, S. and Ravangard, R. (2018). The Effects of Implementing an Accreditation Process on Health Care Quality Using Structural Equation Modeling. The Health Care Manager, 37(4), pp.317-324.

Roberto, L., Martins, A., Paula, A., Ferreira, E. and Haikal, D. (2017). Dissatisfaction with the dental services and associated factors among adults. Cien Saude Colet, 22(5), pp.1601-1613.

SAI. (2019). [online] Available at: https://www.swissapproval.ch. [Accessed 29 Jan. 2019].

Smith, T. and Powers, B. (1990). An Integrative Approach to Quality Assurance. Nursing Management (Springhouse), 21(6), pp.28-31.

Stalter, A. and Mota, A. (2017). Recommendations for Promoting Quality and Safety in Health Care Systems. The Journal of Continuing Education in Nursing, 48(7), pp.295-297.

Stewart, JF and Spencer, AJ. (2005). Dental Satisfaction Survey 2002. AIHW cat. no. DEN 141. Adelaide: AIHW Dental Statistics and Research Unit.

TEMOS International. (2019). [online] Available at: http://www.temos-worldwide.com/temosaegean [Accessed 16 Feb. 2019].

The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. [online] Available at: http://www.jcrinc.com. [Accessed 12 Mar. 2019].

Thompson, R. (1980). Next Steps in Implementing Quality Appraisal Action Plans in Hospital. 1st edn. Luisiana: Thompson, Mohr and Associates Inc Publishings.

TJC. [online] Available at: http://www.jointcommission.org. [Accessed 12 Mar. 2019].

Tozan, Y. and Ompad, D. (2015). Complexity and Dynamism from an Urban Health Perspective: a Rationale for a System Dynamics Approach. Journal of Urban Health, 92(3), pp.490-501.

Ware, J., Snyder, M., Wright, W. and Davies, A. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning, 6(3-4), pp.247-263.

Waring, J., Allen, D., Braithwaite, J. and Sandall, J. (2015). Healthcare quality and safety: a review of policy, practice and research. Sociology of Health & Illness, 38(2), pp.198-215.

Westgard, J. and Westgard, S. (2017). Six Sigma Quality Management System and Design of Risk-based Statistical Quality Control. Clinics in Laboratory Medicine, 37(1), pp.85-96.

World Health Organization. Quality and accreditation in health care services:a global review. (2003). [online] Available at http://www.who.int/iris/handle/10665/68410. [Accessed 14 Mar. 2019].

Yellen, E., Davis, G. and Ricard, R. (2002). The Measurement of Patient Satisfaction. Journal of Nursing Care Quality, 16(4), pp.23-29.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΜΕΡΟΣ Α

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

2.Ηλικία: _ _

3. Υπηκοότητα: Ελληνική ☐ Άλλη (παρακαλώ διευκρινίστε): ……

4. Τόπος μόνιμης διαμονής: Αττική ☐ Επαρχία (παρακαλώ διευκρινίστε): ……

5. Επίπεδο εκπαίδευσης: Καμία εκπαίδευση ☐

Απόφοιτος,-η πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Δημοτικό) ☐

Απόφοιτος,-η δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο, Λύκειο) ☐

Απόφοιτος,-η ΙΕΚ, Επαγγελματικής Σχολής κ.λπ. ☐

Απόφοιτος,-η ανώτερης εκπαίδευσης (ΤΕΙ) ☐

Απόφοιτος,-η ανώτατης εκπαίδευσης (ΑΕΙ) ☐

Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου ☐

Κάτοχος διδακτορικού τίτλου ☐

6. Εργασιακή κατάσταση: Εργαζόμενος,-η ☐

Συνανταξιούχος ☐

Άνεργος,-η ☐

Άλλη (π.χ. οικιακά, εισοδηματίας κ.λπ.): …….

7. Μηνιαίο ατομικό εισόδημα: ≤500€ ☐ 501-1000€ ☐ 1001 - 1500€ ☐

1501 - 2000€ ☐ ≥2001€ ☐ Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ ☐

8. Είναι η πρώτη επίσκεψη στο οδοντιατρείο; Ναι ☐ Όχι ☐

9. Λόγος της επίσκεψης στο οδοντιατρείο: απλός έλεγχος ☐
παραπομπή από άλλον οδοντίατρο ☐
οξύς πόνος ☐
τακτικός επανέλεγχος ☐
συνολική αποκατάσταση του στόματος μου ☐
δεν γνωρίζω/δεν απαντώ ☐

10. Λόγος επιλογής του συγκεκριμένου οδοντιατρείου:

Πιστοποίηση ☐
Κοντά στον τόπο διαμονής ☐
Χαμηλό κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας ☐
Όλα τα παραπάνω ☐
Δεν υπάρχει άλλη επιλογή ☐
Άλλο :……

11. Αναφέρετε το χρονικό διάστημα μεταξύ της τηλεφωνικής σας επικοινωνίας και της ημερομηνίας του ραντεβού που σας δόθηκε (ημέρες): _ _

12. Το προγραμματισμένο ραντεβού σας ήταν κατά την:

Πρωινή βάρδια (9:00 – 14:00) ☐ Απογευματινή βάρδια (14:01 – 21:00) ☐

13. Αναφέρετε το χρόνο αναμονής από την προγραμματισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι να σας δεχτεί ο οδοντίατρος (λεπτά): _ _

14. Αξιολογήστε τη συνολική κατάσταση της υγείας σας:

Πολύ κακή ☐ Κακή ☐ Μέτρια ☐ Καλή ☐ Πολύ καλή ☐

ΜΕΡΟΣ Β

	Διαφωνώ απόλυτα				**Συμφωνώ απόλυτα**
1. Η απόσταση από το οδοντιατρείο με δυσκόλεψε στο να παραστώ στην τελευταία μου επίσκεψη.	1	2	3	4	5
2. Η διαδρομή για το οδοντιατρείο ήταν βολική για εμένα.	1	2	3	4	5
3. Δυσκολεύτηκα να κανονίσω ημέρα και ώρα για το ραντεβού μου στο οδοντιατρείο.	1	2	3	4	5
4. Είχα τη δυνατότητα να κανονίσω ραντεβού στο οδοντιατρείο όταν ένιωθα πως ήταν απαραίτητο.	1	2	3	4	5
5. Ο χώρος αναμονής στο οδοντιατρείο ήταν ελκυστικός.	1	2	3	4	5
6. Δεν χρειάστηκε να περιμένω πολύ ώρα όσο ήμουν στο οδοντιατρείο.	1	2	3	4	5
7.Το οδοντιατρείο διέθετε ό,τι ήταν απαραίτητο για την οδοντιατρική μου φροντίδα.	1	2	3	4	5
8. Ο χώρος του οδοντιατρείου ήταν μοντέρνος.	1	2	3	4	5
9. Το προσωπικό ήταν ευγενικό μαζί μου.	1	2	3	4	5
10. Ο οδοντίατρος που είδα ήταν αδιάφορος απέναντί μου.	1	2	3	4	5
11. Είδα τον οδοντίατρο που ήθελα να δω.	1	2	3	4	5
12. Βλέπω τον ίδιο οδοντίατρο κάθε φορά που επισκέπτομαι το οδοντιατρείο.	1	2	3	4	5
13. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε μου εξήγησε επαρκώς ποια θεραπεία χρειαζόμουν.	1	2	3	4	5
14. Ο οδοντίατρος μου εξήγησε αν υπάρχει κόστος για την αρχική εξέταση.	1	2	3	4	5
15. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε θα μπορούσε να είναι πιο σχολαστικός μαζί μου.	1	2	3	4	5
16. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε απαντούσε στις ερωτήσεις μου.	1	2	3	4	5
17. Θα ήθελα να έχω περισσότερη ανάλυση των θεραπευτικών επιλογών μου.	1	2	3	4	5

18. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε απέφυγε τις δαπανηρές θεραπευτικές επιλογές.	1	2	3	4	5
19. Είμαι ευχαριστημένος/-η με την οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα.	1	2	3	4	5
20. Έλαβα περισσότερη φροντίδα από αυτή που πείστηκα ότι χρειαζόμουν.	1	2	3	4	5
21. Είχα επιπλέον οδοντιατρικά προβλήματα που δεν θεραπεύτηκαν.	1	2	3	4	5
22. Η οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα ήταν περισσότερο επίπονη απ'όσο περίμενα.	1	2	3	4	5
23. Ο οδοντίατρος μου εξηγούσε τί γινόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.	1	2	3	4	5
24. Η οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα έλυσε τα οδοντιατρικά μου προβλήματα.	1	2	3	4	5
25. Η οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα βελτίωσε την οδοντική μου υγεία.	1	2	3	4	5
26. Χρειάστηκε περισσότερο χρόνο απ΄όσο περίμενα προτού τα οδοντιατρικά μου προβλήματα δείξουν βελτίωση.	1	2	3	4	5
27. Η οδοντιατρική μου φροντίδα κόστισε περισσότερο απ'όσο μπορούσα να διαθέσω.	1	2	3	4	5
28. Είμαι πεπεισμένος/-η ότι έλαβα τη σωστή οδοντιατρική φροντίδα.	1	2	3	4	5
29. Υπήρχαν σημεία στην οδοντιατρική μου φροντίδα που θα μπορούσαν να είναι καλύτερα.	1	2	3	4	5
30. Ο οδοντίατρος μού έδωσε χρήσιμες συμβουλές για το πώς να φροντίζω τα δόντια και τα ούλα μου.	1	2	3	4	5
31. Νιώθω ασφαλής σε πιθανά μελλοντικά οδοντιατρικά προβλήματα.	1	2	3	4	5

Πίνακας 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

	Μη πιστοποιημένα (%)	Πιστοποιημένα (%)
Φύλο		
Άντρας	62 (44)	90 (51)
Γυναίκα	79 (56)	86 (49)
Ηλικιακή ομάδα		
<25 ετών	10 (7)	11 (6)
26-40 ετών	29 (21)	42 (24)
41-60 ετών	68 (48)	82 (47)
>61 ετών	34 (24)	41 (23)
Υπηκοότητα		
Ελληνική	139 (99)	170 (97)
Άλλη	2 (1)	6 (3)
Τόπος διαμονής		
Αττική	125 (89)	140 (80)
Άλλος	16 (11)	36 (20)
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Καμία	0 (0)	0 (0)
1βάθμια	1 (1)	0 (0)
2βάθμια	47 (33)	48 (28)
3 βάθμια (ΙΕΚ,ΤΕΙ,ΑΕΙ)	70 (50)	82 (46)
Μεταπτυχιακό	17 (12)	32 (18)
Διαδακτορικό	6 (4)	14 (8)
Εργασιακή κατάσταση		
Εργαζόμενος	88 (63)	136 (77)
Συνταξιούχος	34 (24)	24 (14)
Άνεργος	10 (7)	5 (3)
Άλλο	9 (6)	11 (6)
Ατομικό μηνιαίο εισόδημα		
≤ 500€	3 (2)	0 (0)
501-1000€	43 (31)	36 (21)
1001-1500€	44 (31)	40 (23)
1501-2000€	13 (9)	20 (11)
≥2001€	6 (4)	44 (25)
Δεν απαντώ	32 (23)	36 (20)
Πρώτη επίσκεψη		
Ναι	10 (7)	16 (9)
Όχι	131 (93)	160 (91)
Λόγος επίσκεψης		
Απλός έλεγχος	21 (15)	16 (9)
Παραπομπή	15 (11)	12 (7)
Οξύς πόνος	10 (7)	4 (2)
Τακτικός επανέλεγχος	33 (23)	85 (49)
Συνολική αποκατάσταση	62 (44)	55 (31)
Δεν απαντώ	0 (0)	4 (2)

Λόγος επιλογής		
Πιστοποίηση	2 (1)	85 (48)
Κοντά στον τόπο διαμονής	24 (17)	8 (5)
Χαμηλό κόστος υπηρεσιών	10 (7)	4 (2)
Ειδίκευση	58 (41)	34 (19)
Όλα τα παραπάνω	28 (20)	16(9)
Δεν υπάρχει άλλο	11 (8)	4 (2)
Άλλο	8 (6)	25 (15)
Χρόνος μεταξύ τηλεφώνου και ραντεβού		
	5,86±4,36 μέρες	3,89±2,98 μέρες
Βάρδια		
Πρωινή	47 (33)	24 (14)
Βραδινή	94 (67)	152 (86)
Χρόνος αναμονής	10,83±9,94 λεπτά	16,6±10,94 λεπτά
Κατάσταση υγείας		
Πολύ κακή	7 (5)	4 (2)
Κακή	5 (4)	8 (4)
Μέτρια	10 (7)	28 (16)
Καλή	58 (41)	84 (48)
Πολύ καλή	61 (43)	52 (30)

Πίνακας 4. Ανάλυση κύριου μέρους ερωτηματολογίου

	Μη πιστοποιημένα (mean ± SD)	Πιστοποιημένα (mean ± SD)
1. Η απόσταση από το οδοντιατρείο με δυσκόλεψε στο να παραστώ στην τελευταία μου επίσκεψη.	1,5 ± 1,039	1,69 ± 1,179
2. Η διαδρομή για το οδοντιατρείο ήταν βολική για εμένα.	4,18 ± 1,249	3,51 ± 1,45
3. Δυσκολεύτηκα να κανονίσω ημέρα και ώρα για το ραντεβού μου στο οδοντιατρείο.	1,26 ± 0,693	2,4 ± 1,435
4. Είχα τη δυνατότητα να κανονίσω ραντεβού στο οδοντιατρείο όταν ένιωθα πως ήταν απαραίτητο.	4,54 ± 0,96	4,29 ± 1,243
5. Ο χώρος αναμονής στο οδοντιατρείο ήταν ελκυστικός.	4,44 ±1,017	4,43 ± 0,811
6. Δεν χρειάστηκε να περιμένω πολύ ώρα όσο ήμουν στο οδοντιατρείο.	4,29 ±1,125	3,77 ± 1,259
7.Το οδοντιατρείο διέθετε ό,τι ήταν απαραίτητο για την οδοντιατρική μου φροντίδα.	4,82 ± 0,703	4,91 ± 0,288
8. Ο χώρος του οδοντιατρείου ήταν μοντέρνος.	4,74 ± 0,637	4,69 ± 0,542
9. Το προσωπικό ήταν ευγενικό μαζί μου.	4,88 ± 0,615	4,88 ± 0,611
10. Ο οδοντίατρος που είδα ήταν αδιάφορος απέναντί μου.	1,23 ± 0,84	1,39 ± 1,031
11. Είδα τον οδοντίατρο που ήθελα να δω.	4,92 ± 0,398	4,55 ± 1,052
12. Βλέπω τον ίδιο οδοντίατρο κάθε φορά που επισκέπτομαι το οδοντιατρείο.	4,84 ± 0,551	4,31 ± 1,105
13. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε μου εξήγησε επαρκώς ποια θεραπεία χρειαζόμουν.	4,94 ± 0,232	4,86 ± 0,569
14. Ο οδοντίατρος μου εξήγησε αν υπάρχει κόστος για την αρχική εξέταση.	4,39 ± 1,297	4,45 ± 1,145
15. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε θα μπορούσε να είναι πιο σχολαστικός μαζί μου.	1,3 ± 0,834	1,8 ± 1,33
16. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε απαντούσε στις ερωτήσεις μου.	4,89 ± 0,442	4,84 ± 0,583
17. Θα ήθελα να έχω περισσότερη ανάλυση των θεραπευτικών επιλογών μου.	1,64± 1,136	1,77 ± 1,262
18. Ο οδοντίατρος που με εξέτασε απέφυγε τις δαπανηρές θεραπευτικές επιλογές.	3,32 ± 1,551	3,19± 1,396
19. Είμαι ευχαριστημένος/-η με την οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα.	4,83 ± 0,56	4,78 ± 0,503

20. Έλαβα περισσότερη φροντίδα από αυτή που πείστηκα ότι χρειαζόμουν.	3,99 ± 1,412	3,53 ± 1.402
21. Είχα επιπλέον οδοντιατρικά προβλήματα που δεν θεραπεύτηκαν.	1,48 ± 0,983	1,53 ± 1,09
22. Η οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα ήταν περισσότερο επίπονη απ'όσο περίμενα.	2,13 ± 1,385	2,49 ± 1,477
23. Ο οδοντίατρος μου εξηγούσε τί γινόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.	4,55 ± 0,797	4,43 ± 0,775
24. Η οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα έλυσε τα οδοντιατρικά μου προβλήματα.	4,68 ± 0,647	4,76 ± 0,427
25. Η οδοντιατρική φροντίδα που έλαβα βελτίωσε την οδοντική μου υγεία.	4,84 ± 0,477	4,81 ± 0,483
26. Χρειάστηκε περισσότερο χρόνο απ΄όσο περίμενα προτού τα οδοντιατρικά μου προβλήματα δείξουν βελτίωση.	2,11 ± 1,394	2,35 ± 1,386
27. Η οδοντιατρική μου φροντίδα κόστισε περισσότερο απ'όσο μπορούσα να διαθέσω.	2,28 ± 1,431	2,45 ± 1,273
28. Είμαι πεπεισμένος/-η ότι έλαβα τη σωστή οδοντιατρική φροντίδα.	4,84 ± 0,39	4,78 ± 0,468
29. Υπήρχαν σημεία στην οδοντιατρική μου φροντίδα που θα μπορούσαν να είναι καλύτερα.	1,77 ± 1,149	2,11 ± 1,383
30. Ο οδοντίατρος μού έδωσε χρήσιμες συμβουλές για το πώς να φροντίζω τα δόντια και τα ούλα μου.	4,77 ± 0,605	4,74 ± 0,676
31. Νιώθω ασφαλής σε πιθανά μελλοντικά οδοντιατρικά προβλήματα.	4,8 ± 0,51	5