

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ
ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ**

ΟΛΥΜΠΙΑ Κ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΟΙΚΟΝΟΜΟΛΟΓΟΥ, MSc

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2022

**Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ
ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ**

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ
ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ**

ΟΛΥΜΠΙΑ Κ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ
ΟΙΚΟΝΟΜΟΛΟΓΟΥ, MSc

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2022

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)

ΟΜΟΤΙΜΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΡΙΟΛΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)

ΟΜΟΤΙΜΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΡΙΟΛΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ ΑΘΗΝΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΣΟΥΡΤΖΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΣΙΣΚΟΥ ΟΛΓΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Copyright 2012 ΟΛΥΜΠΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ για την Ελληνική γλώσσα σε όλο τον κόσμο. Η πνευματική ιδιοκτησία αποκτάται χωρίς καμία διατύπωση και χωρίς την ανάγκη ρήτρας απαγορευτικής των προσβολών της. Επισημαίνεται πάντως ότι κατά ο Ν. 2387/20 (όπως έχει τροποποιηθεί από το Ν 100/1975 και ισχύει σήμερα) και κατά τη Διεθνή Σύμβαση της Βέρνης (όπως έχει κυρωθεί με το Ν. 100/1975) απαγορεύεται η αναδημοσίευση, η αποθήκευση σε οποιοδήποτε σύστημα διάσωσης και γενικά η αναπαραγωγή του παρόντος έργου, με οποιοδήποτε τρόπο ή μορφή τμηματικά ή περιληπτικά, στο πρωτότυπο ή σε μετάφραση ή άλλη διασκευή, χωρίς γραπτή άδεια του συγγραφέα.

«Η έγκριση Διδακτορικής Διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών δεν σημαίνει και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα»
(Σχετικές διατάξεις του άρθρου 50 του Νόμου 1268/82, σε συνδυασμό με τις διατάξεις του Πανεπιστημίου Αθηνών, Άρθρο 202 παρ 2 του Νόμου 5343/32).

Στην οικογένεια μου

Στους δασκάλους, συνεργάτες και φίλους μου, Δάφνη, Όλγα και Πέτρο

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	11
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	14
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	15
2. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΎΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ.....	17
2.1. Το θεωρητικό πλαίσιο του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας...	17
2.2. Το θεωρητικό πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων υγείας	20
2.3. Πλαίσιο για την αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων υγείας για την ελληνική πραγματικότητα	22
3. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	24
3.1. Εισαγωγή	24
3.2. Αποτελεσματική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	25
3.3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και Διεθνώς.....	27
3.1.1. Η Διεθνής εμπειρία	27
3.1.2. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.....	32
3.1.2.1. Ιστορική Αναδρομή: Από την ίδρυση του ΕΣΥ (1983) έως και σήμερα	32
3.1.2.2. Ένα πλαίσιο μεταρρύθμισης	34
4. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	38
4.1. Οι αυτοαναφερόμενοι δείκτες μέτρησης των εμπειριών των ασθενών και των αποτελεσμάτων της φροντίδας στην κατάσταση της υγείας τους.....	38

4.1.1. Εργαλεία μέτρησης των αποτελεσμάτων που αναφέρονται από τον ασθενή (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs)	39
4.1.2. Εργαλεία μέτρησης των εμπειριών που αναφέρονται από τους ασθενείς (PREMs).....	40
4.2. Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών vs. μέτρηση των εμπειριών των ασθενών	41
4.3. Η διεθνής εμπειρία αναφορικά με την μέτρηση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	44
4.3.1. Μεθοδολογία	44
4.3.2. Αποτελέσματα-Συμπεράσματα	45
4.4. Η ελληνική εμπειρία αναφορικά με την μέτρηση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης των εμπειριών των ασθενών/ληπτών των υπηρεσιών ΠΦΥ	49
4.4.1. Μεθοδολογία	49
4.4.2. Αποτελέσματα - Συμπεράσματα	49
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	52
1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	53
1.1. Σκοπός και σχεδιασμός της μελέτης	53
1.2. Ανάπτυξη και στάθμιση του εργαλείου – Πιλοτική μελέτη	58
1.2.1. Ποιοτική μελέτη για την ανάπτυξη των στοιχείων/ερωτήσεων του εργαλείου και τον έλεγχο της εγκυρότητας όψης	59
1.2.1.1. Υπόβαθρο-Σκοπός	59
1.2.1.2. Σχεδιασμός.....	60
1.2.1.3.Ανάπτυξη της ημερήσιας διάταξης (ατζέντας) για τη διεξαγωγή των ομάδων εστίασης.....	61
1.2.1.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων	62
1.2.1.5. Ανάλυση δεδομένων	63

1.2.1.6. Αποτελέσματα.....	64
1.2.1.7. Συμπεράσματα	71
1.2.2. Ποσοτική μελέτη για τον έλεγχο της εγκυρότητας περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής (content validity and structure validity) και της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων/εργαλείων (internal consistency reliability)	72
1.2.2.1. Σκοπός.....	73
1.2.2.2. Σύνοψη της διαδικασίας ανάπτυξης των εργαλείων μέτρησης/ερωτηματολογίων	74
1.2.2.3. Προετοιμασία της έρευνας πεδίου	76
1.2.2.4. Έρευνα πεδίου.....	77
1.2.2.5. Πληθυσμός πιλοτικής μελέτης.....	79
1.2.2.6. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.....	79
1.2.2.7. Στατιστική Ανάλυση	79
1.2.2.8. Αποτελέσματα.....	80
1.2.2.8.1. Οι παρατηρήσεις των ερευνητών πεδίου.....	80
1.2.2.8.2. Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (structure validity) και αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων του εργαλείου (internal consistency reliability).....	83
1.3. Μελέτη ευρείας κλίμακας.....	91
1.3.1. Εργαλείο συλλογής δεδομένων	91
1.3.2. Δειγματοληψία, κριτήρια ένταξης και διαδικασία συλλογής δεδομένων ...	92
1.3.2.1. Δείγμα και μεθοδολογία δειγματοληψίας	92
1.3.2.2. Κριτήρια επιλεξιμότητας/ένταξης.....	92
1.3.2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων	93
1.3.3. Στατιστική ανάλυση	93
2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΕΥΡΕΙΑΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ	96

2.1. Περιγραφική ανάλυση	96
2.2. Διμεταβλητή και Πολυμεταβλητή Ανάλυση	122
2.3. Πολυεπίπεδη Ανάλυση (Multilevel Analysis).....	142
2.4. Κατάταξη των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ToMY)	149
2.5. Βαθμός δυνητικής βελτίωσης (improvement potential).....	198
3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	203
3.1. Τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος	203
3.2. Οι εμπειρίες των ασθενών από τις διάφορες διαστάσεις της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ	204
3.3. Η αξιολόγηση της σημαντικότητας της κάθε διάστασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.....	208
3.4. Στατιστικά σημαντικές σχέσεις	209
4. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	212
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	213
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	217
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	243
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	244
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	259
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	266
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ.....	268
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε.....	269
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ.....	270
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Η	271
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Θ	279

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα ισχυρότερα συστήματα ΠΦΥ και οι υψηλότερες συνολικές δαπάνες για την υγεία σχετίζονται με πιο θετικές εμπειρίες των ασθενών αναφορικά με τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Πλέον, όλο και περισσότερο η αξιολόγηση της διάστασης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που αφορά στην ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες υγείας των ασθενών/χρηστών τους (responsiveness of care) και στην προσωπο/ασθενοκεντρική προσέγγιση (people/patient-centred care), όπως αντανακλάται και αξιολογείται από την αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών ΠΦΥ (μέσα από την αξιολόγηση του βαθμού της προσβασιμότητας, της συνέχειας, του συντονισμού, της πληρότητας της φροντίδας και της ποιότητας των διαπροσωπικών σχέσεων ανάμεσα στον ασθενή και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό), συνδέεται άμεσα με την αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων υγείας και τη βελτιστοποίηση της χρήσης των οικονομικών, υλικών και ανθρώπινων πόρων, όπως φαίνεται από τα ευρέως χρησιμοποιούμενα μοντέλα για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων και των μονάδων υγείας και τα αποτελέσματα των συναφών μελετών. Για αυτόν το λόγο, η αξιολόγηση αυτών των διαστάσεων αποτελούν ισχυρό διοικητικό και στρατηγικό εργαλείο στα χέρια των υπευθύνων/διοικητών/συντονιστών των δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ αλλά και των υπευθύνων λήψης αποφάσεων και χάραξης της πολιτικής υγείας για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Ο τρόπος με τον οποίο τα ανώτερα στελέχη της διοίκησης των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, της λήψης των αποφάσεων και της χάραξης της πολιτικής υγείας αξιολογούν τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται, τόσο στο δευτεροβάθμιο όσο και στο πρωτοβάθμιο επίπεδο παροχής της φροντίδας, περιλαμβάνει κυρίως δείκτες που αφορούν την οργάνωση και τη λειτουργία των φορέων με έμφαση σε στοιχεία όπως η αποδοτικότητα, η επάρκεια των υποδομών/υλικών πόρων και ανθρώπινων πόρων, ο βαθμός αξιοποίησης τους και η παραγωγικότητα του υγειονομικού προσωπικού. Σε διαστάσεις όπως η ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, η προσβασιμότητα, ο συντονισμός και η συνέχεια της φροντίδας και η πληρότητα/περιεκτικότητα/συνοχή/βαθμός ολοκλήρωσης της φροντίδας, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών τους από τη λήψη της φροντίδας

και που συνδέεται ευθέως με την απόδοση του συστήματος υγείας, δίνεται συνήθως μικρότερη σημασία παρόλο που η έννοια της ανταποκρισιμότητας της φροντίδας και η υιοθέτηση της ασθενοκεντρικής προσέγγισης αποτελεί βασικό πυλώνα αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας με στόχο τη συνεχή βελτίωσή της και τη συνεπαγόμενη βελτιστοποίηση της χρήσης των οικονομικών, υλικών και ανθρωπίνων πόρων για την παροχή της.

Τέλος, η αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών και η ενσωμάτωσή τους στις πολιτικές υγείας μπορεί να οδηγήσει σε ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας και να επιτρέψει την σταδιακή μετάβαση από τις πολιτικές υγείας που στηρίζονται μόνο στα αποτελέσματα (evidence-based policy) σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας με βάση την αξία (Value based Healthcare). Το Σύστημα Υγείας με βάση την Αξία έχει ως προϋποθέσεις τον ασθενή στο επίκεντρο, την εκπαίδευση των στελεχών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, την ευρεία πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας, τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, την πληρότητα της φροντίδας καθώς και την εγκαθίδρυση συστήματος πληρωμών με βάση τις αξιολογήσεις των ασθενών ληπτών των υπηρεσιών ΠΦΥ και όχι την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σκοπό αυτής της εργασίας αποτέλεσε η ανάπτυξη ενός έγκυρου και αξιόπιστου εργαλείου μέτρησης για τη διεξαγωγή ερευνών αξιολόγησης των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών ΠΦΥ και η μέτρηση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα με τη διεξαγωγή συγχρονικής μελέτης ευρείας κλίμακας. Στο **γενικό μέρος** της αναφέρεται το θεωρητικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων και των μονάδων υγείας και η σημασία της μέτρησης των εμπειριών των ασθενών ως εργαλείο στα χέρια των υπευθύνων για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και τη βέλτιστη χρήση και αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Στο **ειδικό μέρος** περιγράφονται η διαδικασία ανάπτυξης και στάθμισης του εργαλείου μέτρησης των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τα αποτελέσματα μελέτης που έλαβε χώρα σε εθνικό επίπεδο στις αντίστοιχες δομές.

Θα ήταν μεγάλη μου παράλειψη αν μέσα από τις σελίδες αυτής της εργασίας δεν ευχαριστούσα όλους όσους συνέβαλλαν και με βοήθησαν με υπομονή και καλή θέληση έως την ολοκλήρωσή της.

Καταρχάς, την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Δάφνη Καϊτελίδου για την αμέριστη υποστήριξη και κατανόησή της αλλά και την επιστημονική της κατάρτιση που τόσο απλόχερα μοιράστηκε μαζί μου ως φοιτήτρια και συνεργάτιδα της στο Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ. Η συμβολή της υπήρξε καθοριστική όχι μόνο στην ολοκλήρωση αυτής της διατριβής αλλά και στην ατομική μου βελτίωση ως ερευνήτρια και άνθρωπος.

Η κ. Καϊτελίδου, η Επίκουρη Καθηγήτρια Όλγα Σίσκου και ο Επίκουρος Καθηγητής Πέτρος Γαλάνης, αποτέλεσαν και αποτελούν ανιδιοτελείς συμπαραστάτες και φωτοδότες σοφίας και επιστημοσύνης στη ζωή μου. Η τιμή που μου έκαναν να με καθοδηγούν σε αυτό το ταξίδι μέχρι σήμερα είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Τους ευχαριστώ πολύ για τα μαθήματα που πήρα δίπλα τους, ελπίζοντας σε πολλά περισσότερα στο μέλλον. Τους ευχαριστώ ιδιαίτερα για όλες τις ευκαιρίες που μου προσέφεραν, για την αξιοπρέπεια και το εξαίρετο ήθος τους.

Ευχαριστώ θερμά τον Καθηγητή του Παντείου Πανεπιστημίου κ. Χαράλαμπο Οικονόμου για τη συμπαράσταση και τη σημαντική συμβολή του στην εκπόνηση της παρούσας διατριβής, καθώς αποτέλεσε για εμένα παράδειγμα αφοσιωμένου επιστήμονα και πολύτιμου δασκάλου και συνεργάτη, την Ομότιμη Καθηγήτρια κ. Χρυσούλα Λεμονίδου και τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Μαριόλη για τις πολύτιμες συμβουλές και τη βοήθειά τους σε όλη μου την πορεία μέχρι σήμερα, ως μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής για την εκπόνηση της διατριβής αυτής, καθώς και τις Καθηγήτριες Παναγιώτα Σουρτζή και Αθηνά Καλοκαιρινού, για την υποστήριξή τους σε οτιδήποτε τις χρειάστηκα και για την άψογη συνεργασία μας σε όλα τα θέματα γύρω από την έρευνα και την επιστήμη.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά και από καρδιάς τους γονείς μου, Κώστα και Μαρία και τον αδελφό μου, Γιάννη, που με στήριξαν σε κάθε στιγμή της ζωής μου και πάντοτε με ενθάρρυναν να ακολουθώ τα όνειρά μου αλλά και όλα τα μέλη της οικογένειάς μας που ήταν πάντα δίπλα μου, με ειλικρινή αγάπη και υπομονή.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τρόπος με τον οποίο τα ανώτερα στελέχη της διοίκησης των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, της λήψης των αποφάσεων και της χάραξης της πολιτικής υγείας αξιολογούν τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται, τόσο στο δευτεροβάθμιο όσο και στο πρωτοβάθμιο επίπεδο παροχής της φροντίδας, περιλαμβάνει κυρίως δείκτες που αφορούν την οργάνωση και τη λειτουργία των φορέων με έμφαση σε στοιχεία όπως η αποδοτικότητα, η επάρκεια των υποδομών/υλικών πόρων και ανθρώπινων πόρων, ο βαθμός αξιοποίησης τους και η παραγωγικότητα του υγειονομικού προσωπικού. Σε διαστάσεις όπως η ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, η προσβασιμότητα, ο συντονισμός και η συνέχεια της φροντίδας και η πληρότητα/περιεκτικότητα/συνοχή/βαθμός ολοκλήρωσης της φροντίδας, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν μέσω της αποτύπωσης των εμπειριών τους από τη λήψη της φροντίδας και που συνδέεται ευθέως με την απόδοση του συστήματος υγείας, δίνεται συνήθως μικρότερη σημασία παρόλο που η έννοια της ανταποκρισιμότητας της φροντίδας και η υιοθέτηση της ασθενοκεντρικής προσέγγισης αποτελεί βασικό πυλώνα αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας με στόχο τη συνεχή βελτίωσή της και τη συνεπαγόμενη βελτιστοποίηση της χρήσης των οικονομικών, υλικών και ανθρωπίνων πόρων για την παροχή της.

Στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), είναι αλήθεια πως η καλή προσβασιμότητα και η συνέχεια της ΠΦΥ μπορεί να μειώσει σε μεγάλο βαθμό τη χρήση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των Νοσοκομείων, προτάσσοντας έτσι την ανάγκη για επένδυση των πόρων του συστήματος ΠΦΥ στην εγκαθίδρυση συνεχούς σχέσης μεταξύ των ασθενών και των δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και του προσωπικού τους με την άμβλυνση/εξάλειψη των παραγόντων που εμποδίζουν τα άτομα να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ΠΦΥ π.χ. οικονομικά ή γεωγραφικά εμπόδια (van den Berg, van Loenen and Westert, 2016). Είναι γεγονός πως τα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα αναβάλλουν συχνότερα τις επισκέψεις τους σε δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ για οικονομικούς λόγους και οι ολοκληρωμένες και προσβάσιμες διαδικασίες φροντίδας σχετίζονται με λιγότερη αναβολή της φροντίδας, ενώ οι ασθενείς με μακροχρόνια σχέση με τον ιατρό τους σε

εξωνοσοκομειακή βάση είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες στο δευτεροβάθμιο επίπεδο της φροντίδας και των ΤΕΠ (Schäfer et al., 2019) και οι ασθενείς έχουν πιο θετικές εμπειρίες από τη λήψη της φροντίδας όταν στο επίπεδο της ΠΦΥ τους παρέχεται ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών (πληρότητα/περιεκτικότητα της φροντίδας) και όταν έχουν πιο συνεχή σχέση με το υγειονομικό προσωπικό των δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ.

Επίσης τα ισχυρότερα συστήματα ΠΦΥ και οι υψηλότερες συνολικές δαπάνες για την υγεία σχετίζονται με πιο θετικές εμπειρίες των ασθενών αναφορικά με τη συνέχεια και την πληρότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Schäfer et al., 2019). Βέβαια, όταν τέτοια μέτρα χρησιμοποιούνται ως δείκτες απόδοσης των συστημάτων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και του συστήματος υγείας γενικά, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η επίδραση/επιρροή των ειδικών χαρακτηριστικών των ασθενών, των πολιτισμικών στοιχείων αλλά και των ειδικών χαρακτηριστικών των παρόχων των υπηρεσιών υγείας.

Πλέον, όλο και περισσότερο η αξιολόγηση της διάστασης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που αφορά στην ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες υγείας των ασθενών/χρηστών τους (responsiveness of care) και στην προσωπο/ασθενοκεντρική προσέγγιση (people/patient-centred care), όπως αντανάκλαται και αξιολογείται από την αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών ΠΦΥ (μέσα από την αξιολόγηση του βαθμού της προσβασιμότητας, της συνέχειας, του συντονισμού, της πληρότητας της φροντίδας και της ποιότητας των διαπροσωπικών σχέσεων ανάμεσα στον ασθενή και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό), συνδέεται άμεσα με την αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων υγείας και τη βελτιστοποίηση της χρήσης των οικονομικών, υλικών και ανθρωπίνων πόρων, όπως φαίνεται από τα ευρέως χρησιμοποιούμενα μοντέλα για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων και των μονάδων υγείας και τα αποτελέσματα των συναφών μελετών. Για αυτόν το λόγο, η αξιολόγηση αυτών των διαστάσεων αποτελούν ισχυρό διοικητικό και στρατηγικό εργαλείο στα χέρια των υπευθύνων/διοικητών/συντονιστών των δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ αλλά και των υπευθύνων λήψης αποφάσεων και χάραξης της πολιτικής υγείας για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

2. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΎΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

2.1. Το θεωρητικό πλαίσιο του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας

Ο Οργανισμός Οικονομικής συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), το 2006, στο πλαίσιο του Health Care Quality Indicators Project (Arah, Westert, Hurst & Klazinga, 2006) ανέπτυξε ένα πλαίσιο/μοντέλο τεσσάρων (4) διασυνδεδεμένων επιπέδων για την ανάδειξη των πιθανών αιτιακών οδών/σχέσεων που υπάρχουν ανάμεσά τους (Εικόνα 1), τα οποία αντιπροσωπεύουν:

(1) Την **υγεία** (health), δηλαδή τα ευρύτερα μέτρα/μετρικές για την κατάσταση της υγείας της κοινωνίας που μπορεί να επηρεαστούν από παράγοντες που αφορούν ή μη, άμεσα ή έμμεσα, την παροχή της υγειονομικής φροντίδας·

(2) Τους **μη σχετιζόμενους με την παροχή της φροντίδας καθοριστικούς παράγοντες της υγείας** (non-health care determinants of health), δηλαδή τους παράγοντες που δεν αφορούν την παροχή της υγειονομικής φροντίδας και επηρεάζουν την υγεία.

(3) Την **απόδοση του συστήματος υγείας** (health care system performance), δηλαδή την καταγραφή των διαδικασιών, των εισροών και των αποτελεσμάτων στην υγεία από την παροχή των υπηρεσιών υγείας (την αλληλεπίδραση του ατόμου με το σύστημα υγείας), της αποτελεσματικότητας και της ισοτιμίας τους, ώστε να αναγνωριστούν οι καθοριστικοί παράγοντες που αφορούν ή όχι την παροχή της υγειονομικής φροντίδας.

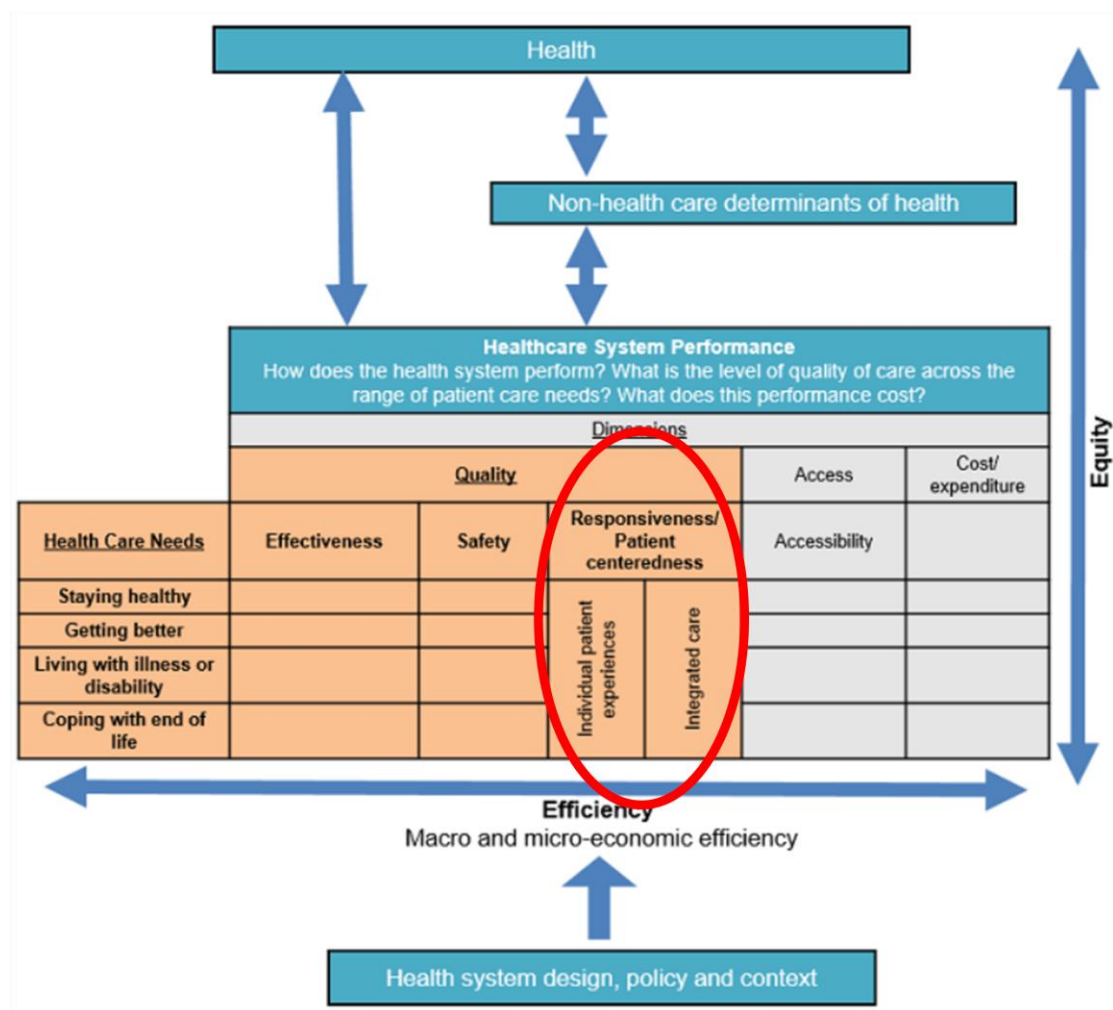
(4) Το **σχεδιασμό και το πλαίσιο του συστήματος υγείας** (health system design and context), δηλαδή τα χαρακτηριστικά των χωρών και των συστημάτων υγείας

αναφορικά με την πολιτική υγείας και τα συστήματα παροχής των υπηρεσιών υγείας που επηρεάζουν το κόστος, τις δαπάνες και τα πρότυπα χρήσης, τα οποία είναι απαραίτητα για την εκτίμηση και την εννοιολογική διαμόρφωση και κατανόηση των ευρημάτων στο επίπεδο της απόδοσης του συστήματος υγείας.

Σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο του ΟΟΣΑ για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας (OECD, Health Care Quality Indicators Project, 2006), **το επίπεδο της απόδοσης του συστήματος υγείας (health care system performance) που αφορά στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει** (Εικόνα 1):

- την **Αποτελεσματικότητα Της Παρεχόμενης Φροντίδας** (effectiveness), δηλαδή την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων, δεδομένης της ορθής/κατάλληλης παροχής υπηρεσιών φροντίδας, με βάση τη σύγχρονη τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση και πρακτική «... σε όλους όσους θα μπορούσαν να ωφεληθούν, αλλά όχι σε εκείνους που δεν θα ωφεληθούν»
- την **Ασφάλεια Της Φροντίδας** (safety), δηλαδή η μείωση των βλαβών που προκαλούνται κατά τη διαδικασία της παροχής της υγειονομικής φροντίδας, και
- την **Ασθενοκεντρική Προσέγγιση** (responsiveness/patient-centeredness), δηλαδή την τοποθέτηση του ασθενούς/χρήστη των υπηρεσιών υγείας στο επίκεντρο της παροχής της υγειονομικής φροντίδας.

Εικόνα 1. Το θεωρητικό πλαίσιο του ΟΟΣΑ για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας



Πηγή: OECD, Health Care Quality Indicators Project, 2006
(<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthcarequalityindicatorsproject-background.htm>)

Είναι εμφανές ότι, σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας, η **ασθενοκεντρική προσέγγιση** (responsiveness/patient-centeredness), δηλαδή η τοποθέτηση του ασθενούς/χρήστη των υπηρεσιών υγείας στο επίκεντρο της παροχής της υγειονομικής φροντίδας, αποτελεί μία εκ των τριών βασικών διαστάσεων για τη μέτρηση και αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, που σε συνδυασμό με τις μετρικές στα επίπεδα της

υγείας, των καθοριστικών παρόντων της υγείας, το σχεδιασμό και το πλαίσιο του συστήματος υγείας, την αποδοτικότητα (στο μακροοικονομικό και μικροοικονομικό επίπεδο του συστήματος) και την ισοτιμία αποτελούν εργαλεία στα χέρια των ανώτερων στελεχών της διοίκησης των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, της λήψης των αποφάσεων και της χάραξης της πολιτικής υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τη βελτιστοποίηση της χρήσης των οικονομικών, υλικών και ανθρωπίνων πόρων.

2.2. Το θεωρητικό πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων υγείας

Σύμφωνα με την εννοιολογική ανάλυση του γενικού πλαισίου για το εργαλείο/μοντέλο PATH (Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals) σε επίπεδο νοσοκομειακής μονάδας (World Health Organization, 2007), το οποίο μπορεί να αναχθεί ως θεωρητικό μοντέλο για την αξιολόγηση της απόδοσης κάθε μονάδας που παρέχει υπηρεσίες υγείας σε οποιοδήποτε επίπεδο της φροντίδας, περιλαμβάνει (Εικόνα 2):

- Τέσσερις (4) τομείς:

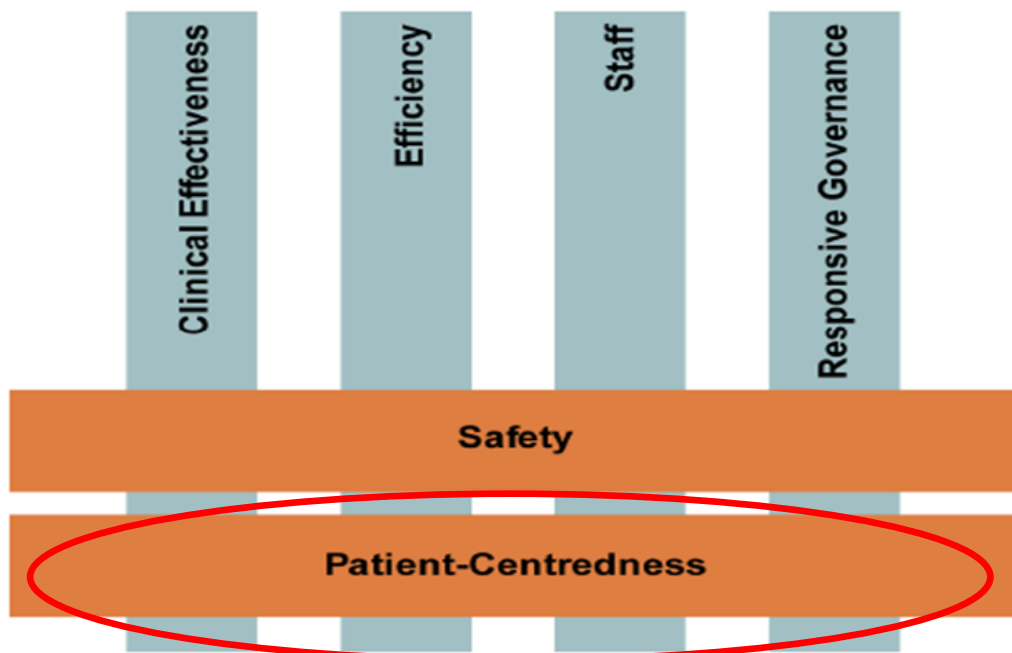
1. την **Κλινική Αποτελεσματικότητα** (clinical effectiveness), δηλαδή την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες / παρεμβάσεις, καθώς επίσης και τη συμμόρφωση με κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και τεκμηριωμένα καλές πρακτικές
2. την **Αποδοτικότητα** (efficiency), δηλαδή την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων μέσω της οικονομικά αποτελεσματικότερης διαχείρισης των πόρων, της χρήσης της τεχνολογίας κατά τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα και την καταλληλότητα των παρεμβάσεων
3. τον **Προσανατολισμό στο Προσωπικό** (staff orientation) αναφορικά με το κατά πόσο το προσωπικό είναι κατάλληλα καταρτισμένο για να παρέχει την απαιτούμενη φροντίδα, έχει τη δυνατότητα συνεχούς μάθησης και κατάρτισης, εργάζεται σε θετικές συνθήκες και λαμβάνει ικανοποίηση από το έργο του, και

4. την **Ανταποκρινόμενη Διακυβέρνηση** (responsive governance), δηλαδή τη διακυβέρνηση που αποκρίνεται και διασφαλίζει συνεργατικά την προστασία και την ικανοποίηση των αναγκών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας

και δύο (2) οριζόντιες προοπτικές:

1. την **Ασφάλεια** (safety), δηλαδή την αποφυγή ή ελαχιστοποίηση των πιθανών κινδύνων από την εφαρμογή μιας παρέμβασης και
2. την **Επικέντρωση/Εστίαση στον Ασθενή** (patient centeredness), δηλαδή την ασθενοκεντρική προσέγγιση αναφορικά με το κατά πόσο η μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας ανταποκρίνεται στις ανάγκες της κοινότητας, διασφαλίζει τη συνέχεια και το συντονισμό, προάγει την υγεία, είναι καινοτόμα και παρέχει φροντίδα σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως φυλετικών, φυσικών, πολιτιστικών, κοινωνικών, δημογραφικών ή οικονομικών χαρακτηριστικών.

Εικόνα 2. Το θεωρητικό πλαίσιο του ΠΟΥ για την αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων υγείας



Πηγή: World Health Organization, 2007

(https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/103728/E89742.pdf)

Το θεωρητικό πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων υγείας προτάσσει τη διάσταση της **επικέντρωσης στον ασθενή** ως βασικό εργαλείο στη φαρέτρα των διοικητών/συντονιστών των μονάδων υγείας, σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας, για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τη βελτιστοποίηση της χρήσης των οικονομικών, υλικών και ανθρωπίνων πόρων.

2.3. Πλαίσιο για την αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων υγείας για την ελληνική πραγματικότητα

Βάσει των πλέον εγκαθιδρυμένων και ευρύτατα χρησιμοποιούμενων θεωρητικών μοντέλων του ΟΟΣΑ και του ΠΟΥ για την αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων υγείας, μπορεί να επιχειρηθεί η **κατασκευή ενός θεωρητικού πλαισίου που ενσωματώνει τα βασικά στοιχεία των προαναφερόμενων μοντέλων**, προσαρμοσμένο στις απαιτήσεις της ελληνικής πραγματικότητας, σε επίπεδο μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας και συστήματος υγείας και κατάλληλο για την αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε όλα τα επίπεδα/βαθμίδες της φροντίδας.

Το πλαίσιο αυτό περιλαμβάνει **πέντε (5) διαστάσεις που διατρέχουν κάθετα τη λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας:**

- 1. Η Ασφάλεια**, δηλαδή η αποφυγή ή ελαχιστοποίηση των πιθανών κινδύνων από την εφαρμογή μιας παρέμβασης (δεν περιορίζεται στην ασφάλεια ασθενών αλλά περιλαμβάνει και τους επαγγελματίες υγείας καθώς και την ασφάλεια του περιβάλλοντος παροχής των υπηρεσιών υγείας).
- 2. Η (Κλινική) Αποτελεσματικότητα**, δηλαδή η επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες / παρεμβάσεις, καθώς επίσης και

η συμμόρφωση με τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και τις επιστημονικά τεκμηριωμένα καλές πρακτικές.

3. Η **Ασθενοκεντρική Φροντίδα**, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγείας των ασθενών/λήπτων των υπηρεσιών υγείας και οδηγούν σε θετικές εμπειρίες κατά την παροχή της φροντίδας και τα βέλτιστα αποτελέσματα για την υγεία, όπως αυτά αξιολογούνται και αναφέρονται από τους ίδιους τους ασθενείς/λήπτες των υπηρεσιών, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας.
4. Η **Προσβασιμότητα**, δηλαδή η δυνατότητα των χρηστών να τυγχάνουν φροντίδας υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο, σύμφωνα με τις ανάγκες τους (συνεκτιμώντας τις φυσικές, οικονομικές ή ψυχολογικές συνθήκες, θέτοντας επί της ουσίας και a priori την προϋπόθεση της ύπαρξης των απαραίτητων/διαθέσιμων υπηρεσιών).
5. Η **Ισοτιμία**, δηλαδή η ίση και χωρίς διακρίσεις μεταχείριση των ατόμων.

και **τρεις (3) διαστάσεις που διατρέχουν οριζόντια τη λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας:**

1. Το **Ανθρώπινο Δυναμικό και η Υλικοτεχνική Υποδομή/Εξοπλισμός** αναφορικά με το κατά πόσο το προσωπικό είναι κατάλληλα καταρτισμένο για να παρέχει την απαιτούμενη φροντίδα, έχει τη δυνατότητα συνεχούς μάθησης και κατάρτισης, εργάζεται σε θετικές συνθήκες και λαμβάνει ικανοποίηση από το έργο του, και η επάρκεια και η καταλληλότητα της υλικοτεχνικής υποδομής και του εξοπλισμού
2. Η **Αποτελεσματική Διακυβέρνηση**, δηλαδή η διακυβέρνηση που αποκρίνεται και διασφαλίζει συνεργατικά την προστασία και την ικανοποίηση των αναγκών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.
3. Η **Αποδοτικότητα**, δηλαδή η δυνατότητα χρήσης/αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων με βέλτιστο τρόπο προκειμένου να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα ή οφέλη.

3. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Εισαγωγή

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί, από την πλευρά της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, *«μια προσέγγιση ολόκληρης της κοινωνίας για την υγεία... που εστιάζει στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ανθρώπων... όσο το δυνατόν νωρίτερα κατά μήκος της συνέχειας της φροντίδας, από την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών έως τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την ανακουφιστική φροντίδα και όσο το δυνατόν πιο κοντά στα άτομα και στη καθημερινότητά τους»* (World Health Organization, 2018).

Από τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα το 1978, όπου προτάθηκε και εγκρίθηκε ο στόχος «Υγεία για όλους έως το έτος 2000», έως τη διακήρυξη της Αστάνα το 2018, όπου επισημάνθηκε η αναγκαιότητα για την αναδιοργάνωση του τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με στόχο την ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας διεθνώς και τη βιώσιμη ανάπτυξή τους (Τσίγκου, Αποστολάκης και Σαράφης, 2021), ο ΠΟΥ και όλοι οι διεθνείς φορείς για την υγεία διεθνώς, έχουν αναδείξει και προωθήσει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμελιώδες συστατικό των συστημάτων υγείας. Διεθνείς συγκρίσεις των επιδόσεων των επιμέρους χωρών στην υγεία του πληθυσμού σε σχέση με τις δαπάνες τους για την υγεία, τις διαδικασίες και τις υποδομές για την παροχή της φροντίδας συμβάλλουν σημαντικά στο να κατανοήσουμε τα οφέλη της αποτελεσματικής και αποδοτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η δημοσίευση ορόσημο των Starfield, Shi και Macinko το 1994, που ακολούθησε σχετικής έρευνας σε χώρες της Ευρώπης, τον Καναδά, τις Ηνωμένες Πολιτείες και άλλες χώρες υψηλού, χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, επιβεβαίωσε ότι τα συστήματα υγείας με ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον πυρήνα τους, έχουν χαμηλότερο κόστος υγείας, καλύτερα αποτελέσματα υγείας στον πληθυσμό, υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, λιγότερες άσκοπες εισαγωγές στο νοσοκομείο και γεφύρωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων (Starfield, Shi, & Macinko, 2005). Επιπλέον, αυτά τα συστήματα έχουν καλύτερα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου και παρακολούθησης για σημαντικές ασθένειες και είναι

καλύτερα στην αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών με πολυνοσηρότητες (Stange & Ferrer, 2009).

3.2. Αποτελεσματική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Καθώς οι κοινωνίες «γερνούν» και το βάρος των χρόνιων ασθενειών μεγαλώνει, τα άτομα χρειάζονται φροντίδα που επικεντρώνεται σε όλο και πιο περίπλοκες ανάγκες φροντίδας, συντονισμένη σε όλη τη διαδρομή της φροντίδας και προσβάσιμη (οικονομικά, γεωγραφικά και διαρκώς - 24/7). Αυτό καθιστά το ζήτημα της καθιέρωσης ενός αποτελεσματικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ακόμη πιο ζωτικής σημασίας. Ως πρώτο σημείο επαφής για την παροχή ολοκληρωμένης υγειονομικής φροντίδας, η αποτελεσματική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (OECD, 2019):

- Βελτιώνει την κατάσταση της υγείας των ατόμων και βοηθά στην καταπολέμηση των ανισοτήτων, μέσω βελτιωμένης οικονομικής πρόσβασης στη φροντίδα, στοχευμένων προληπτικών δράσεων εντός της κοινότητας και προγραμμάτων διαχείρισης των ασθενειών.
- Προωθεί την ενδυνάμωση και την εστίαση των ανθρώπων στην αυτοδιαχείριση των θεμάτων που αφορούν την υγεία τους, ιδίως μέσω της ενίσχυσης της εκπαίδευσης των ατόμων.
- Κάνει το σύστημα υγείας πιο αποτελεσματικό, μειώνοντας για παράδειγμα τα ποσοστά των νοσηλειών που μπορούν να αποφευχθούν και τις περιττές επισκέψεις στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.

Για την παροχή υψηλής ποιότητας και προσβάσιμης φροντίδας με επίκεντρο τον άνθρωπο, είναι επιτακτική η ανάγκη ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ιδίως με έμφαση (OECD, 2019):

- Στη χρήση του σωστού ύψους των απαιτούμενων οικονομικών πόρων. Η επένδυση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποφέρει καλές αποδόσεις για την κοινωνία, αλλά αυτό απαιτεί επαρκείς πόρους. Ωστόσο, μόνο το 14% των

συνολικών δαπανών για την υγεία αφιερώνεται επί του παρόντος στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, ενώ το μερίδιο των γενικών ιατρών ως ποσοστό όλων των γιατρών έχει μειωθεί από 32% το 2000 σε 29% το 2016 στις χώρες του ΟΟΣΑ.

- Στη σωστή οργάνωση. Υπάρχει επείγουσα ανάγκη μετάβασης από το μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε μια προληπτική και συμμετοχική προσέγγιση. Το 2018, μόνο 15 χώρες του ΟΟΣΑ διέθεταν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βασισμένες σε ομάδες ή δίκτυο. Η εφαρμογή του Ηλεκτρονικού Μητρώου Υγείας (EHR) σε όλο το φάσμα της φροντίδας είναι επίσης βασικό για την προληπτική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο.
- Στα σωστά κίνητρα. Ενώ 13 χώρες έχουν εισάγει καινοτόμα μοντέλα πληρωμών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας τα τελευταία χρόνια, υπάρχει περιθώριο για μεγαλύτερη υιοθέτηση νέων συστημάτων πληρωμών που δίνουν κίνητρα για ποιοτική φροντίδα, μεγαλύτερο συντονισμό της φροντίδας και πρόληψη για άτομα με περίπλοκες ανάγκες υγείας.
- Στη σωστή μέτρηση. Υπάρχουν πολύ λίγες προσπάθειες σε εθνικό και διεθνές επίπεδο για τη μέτρηση των εμπειριών και των αποτελεσμάτων υγείας από τη χρήση/λήψη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ενώ τέτοιοι δείκτες συλλέγονται σε τουλάχιστον 18 χώρες του ΟΟΣΑ σήμερα, είναι ελάχιστες οι χώρες που αναφέρουν τα σχετικά ευρήματα σε σχέση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε δημοσιευμένες έρευνες.

Η βιβλιογραφία σημειώνει ότι για να επιτευχθούν οι στόχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα πρέπει να πληρούνται συγκεκριμένα κριτήρια. Τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Van Weel & Kidd, 2018) μπορούν να συνοψιστούν στα εξής σημεία:

- Η παρεχόμενη φροντίδα πρέπει να είναι ολοκληρωμένη (δηλαδή να αντιμετωπίζει όλα τα προβλήματα υγείας σε όλους τους ασθενείς σε όλα τα στάδια της ζωής) και συνεχής με την πάροδο του χρόνου.
- Η φροντίδα πρέπει να είναι προσιτή στην τοπική κοινωνία, χωρίς ανισότητες πχ μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών.

- Χρειάζονται μηχανισμοί συντονισμού για την παραπομπή του ασθενούς, όταν χρειάζεται, σε άλλους παρόχους και υπηρεσίες φροντίδας της υγείας.
- Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι εγγεγραμμένοι σε έναν πάροχο ή ιατρείο, επιτρέποντας την παροχή φροντίδας σε έναν προσδιορισμένο πληθυσμό ασθενών με την πάροδο του χρόνου.
- Η εκπαίδευση πρέπει να επικεντρώνεται στους χώρους παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Απαιτείται υποστήριξη της πολιτικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της δίκαιης αμοιβής των παρόχων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται σε νοσοκομεία ή σε άλλους τομείς εξειδίκευσης.

3.3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και Διεθνώς

3.1.1. Η Διεθνής εμπειρία

Το θεσμικό πλαίσιο που διασφάλιζε ευχερή πρόσβαση και ελεύθερη επιλογή παρόχων για πολλές δεκαετίες αντιμετωπιζόταν ως επίτευγμα που αντανακλούσε τις βασικές κοινωνικές αξίες και ως εκ τούτου ήταν εξαιρετικά δύσκολο να αλλάξει (Schlesinger, 2010). Ωστόσο, τα τελευταία 30 χρόνια η πρόσβαση στην φροντίδα και η ελευθερία επιλογής εξελίχθηκε σε κεντρικό σημείο στις μεταρρυθμίσεις υγείας. Σήμερα το ρυθμιστικό πλαίσιο για την πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας και την ελευθερία επιλογής, μέσω του συστήματος παραπομπών (gatekeeping - ο «φρουρός στην Πύλη» για το υπόλοιπο σύστημα υγείας και ιδίως το Νοσοκομείο) αντιμετωπίζεται ολοένα και περισσότερο ως ένα εργαλείο επίτευξης βασικών στόχων πολιτικής υγείας όσον αφορά στην αποδοτικότητα, ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες των χρηστών.

Οι χώρες του ΟΟΣΑ διαφέρουν ως προς το ρυθμιστικό τους πλαίσιο αναφορικά τόσο με το σύστημα παραπομπών όσο και με το σύστημα επιλογής του παρόχου (Reibling,

2010; Rothgang et al., 2010; White, 2007; WHO Health in Transition Series, 2018¹). Ανάμεσα σε 17 χώρες του ΟΟΣΑ (Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιρλανδία, Ιταλία, Ολλανδία, Νορβηγία, Πορτογαλία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο, ΗΠΑ), οι δέκα από τις 17 έχουν θεσπίσει ένα υποχρεωτικό σύστημα gatekeeping. Τα συστήματα gatekeeping είναι διαδεδομένα στις Σκανδιναβικές χώρες (Δανία, Φινλανδία, Νορβηγία), στη Νότια Ευρώπη (Ιταλία, Πορτογαλία, Ισπανία) και στις αγγλοσαξονικές χώρες (Ιρλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, ΗΠΑ όσον αφορά στο Managed Care). Η Ολλανδία, που θεωρείται πρωτοπόρος, χρησιμοποιεί το σύστημα gatekeeping για αρκετές δεκαετίες. Ακόμη και μετά την σημαντική μεταρρύθμιση του Ολλανδικού συστήματος υγείας, το 2006, το σύστημα gatekeeping παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος του υγειονομικού της συστήματος (Schäfer, Willemijn et al., 2010).

Η οπτική των χρηστών

Μόνο ένας μικρός αριθμός χωρών - συμπεριλαμβανομένης της Αυστρίας, της Ελλάδας, της Σουηδίας, της Ελβετίας και των ΗΠΑ (με εξαίρεση το Managed Care) εξακολουθούν να παρέχουν ελεύθερη επιλογή παρόχου και επίπεδου υπηρεσιών υγείας, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις αυτό ισχύει μόνο για συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού ή για συγκεκριμένες υπηρεσίες. Για παράδειγμα, κάποιες περιοχές στη Σουηδία χρησιμοποιούν ένα σύστημα ελεύθερης πρόσβασης ενώ άλλες απαιτούν σύστημα παραπομπής για πρόσβαση σε ειδικούς γιατρούς ή νοσοκομειακή φροντίδα. Τέλος, τέσσερις χώρες (Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ιρλανδία) χρησιμοποιούν οικονομικά κίνητρα (πχ ένα «πρόστιμο» σε περίπτωση που παρακαμφθεί ο γενικός γιατρός) για να κατευθύνουν τη συμπεριφορά των ασθενών σύμφωνα με το μοντέλο gatekeeping.

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τα ευρήματα διαφόρων μελετών έχουν εκφράσει έντονη προτίμηση για την ελευθερία επιλογής των παρόχων υγειονομικής φροντίδας. Σε μια συγκριτική μελέτη (Γερμανία, Ιταλία, Πολωνία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο), το 86% έως 98% των ερωτηθέντων υποστήριζαν ότι θα ήθελαν να έχουν ελευθερία επιλογής του γιατρού τους στο

¹ <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews?publicationtypes=e8000866-0752-4d04-a883-a29d758e3413&publicationtypes-hidden=true>

επίπεδο της Πρωτοβάθμια Φροντίδας (Coulter & Jenkinson, 2005). Η προτίμηση, ωστόσο, όσον αφορά στην επιλογή ειδικών ιατρών και νοσοκομείων, ήταν κάπως πιο περιορισμένη στις περισσότερες από αυτές τις χώρες και σημαντικά χαμηλότερη στη Σουηδία. Παρά όμως το γεγονός ότι τα περισσότερα άτομα δηλώνουν ότι θα ήθελαν να έχουν δικαίωμα επιλογής, συχνά αναφέρουν ότι δεν διαθέτουν τις απαραίτητες πληροφορίες για να κάνουν αυτές τις επιλογές (Schlesinger, 2010; Coulter & Jenkinson, 2005; Berendsen et al., 2009). Στην επιλογή ειδικών ιατρών και νοσοκομείων, οι περισσότεροι προτιμούν να συμβουλευονται τους γενικούς ιατρούς τους ή να αφήνουν τελείως την επιλογή όσον αφορά τον ειδικό ιατρό ή το νοσοκομείο, σε αυτούς (Berendsen et al., 2009). Ως εκ τούτου φαίνεται ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας αποζητούν να έχουν την επιλογή αλλά τελικά δεν επιλέγουν να τη χρησιμοποιήσουν (Schlesinger, 2010; Coulter & Jenkinson, 2005).

Επίσης οι περισσότεροι ασθενείς αξιολογούν θετικά το ρόλο ενός οικογενειακού ιατρού ως το πρώτο σημείο επαφής και συντονιστή της φροντίδας (Berendsen et al., 2009; Grumbach, 1999; Himmel, Dieterich & Kochen, 2000). Βεβαίως, σε χώρες με μακρά παράδοση ελεύθερης επιλογής γιατρών, όπως η Ελλάδα, ο περιορισμός της πρόσβασης στη δευτεροβάθμια φροντίδα μέσω του gatekeeping είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε δυσανεμία. Όμως, από ότι φαίνεται, οι πολίτες στις χώρες όπου εφαρμόζεται το gatekeeping δεν ενοχλούνται από την ανάγκη παραπομπής σε ειδικούς ιατρούς ή νοσοκομείο. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε μελέτες από τη Γαλλία, τη Γερμανία και τις ΗΠΑ δηλώνουν ότι έχουν έναν τακτικό οικογενειακό γιατρό και δεν αντιτίθενται στη χρήση αυτού του ιατρού ως πρώτου σημείου επαφής για την υγειονομική φροντίδα (Grumbach, 1999; Himmel, Dieterich & Kochen, 2000; Dourgnon & Naiditch, 2010). Σε σχετική μελέτη περίπου το 75% των Γερμανών ερωτηθέντων δήλωσαν ότι είναι πρόθυμοι να ακολουθήσουν ένα μοντέλο gatekeeping υπό την προϋπόθεση ότι θα σήμαινε χαμηλότερα ασφάλιστρα και ότι θα υπήρχε ελεύθερη επιλογή του γενικού ιατρού (Himmel, Dieterich & Kochen, 2000). Πάνω από το 75% των ερωτηθέντων σε μια μελέτη των ΗΠΑ ανέφεραν επίσης ότι δεν θα ενοχλούνταν από την ύπαρξη ενός συστήματος gatekeeping (Grumbach, 1999).

Κριτήρια Επιλογής Νοσοκομείων Από Τους Γενικούς Ιατρούς / Ασθενείς

Αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή ειδικευμένων ιατρών ή νοσοκομείων από τους γενικούς ιατρούς ή τους ασθενείς, η προηγούμενη εμπειρία και εξοικείωση με έναν συγκεκριμένο ειδικό ιατρό, η διαπίστευση των ειδικών ιατρών ή των νοσοκομείων, η ύπαρξη ενεργούς σύμβασης με τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή αλλά και παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών θεωρούνται μείζονος σημασίας, κατά την επιλογή ειδικού ιατρού ή νοσοκομείου (Kinchin et al., 2004). Επίσης, σημαντικό ρόλο στις παραπομπές παίζει το «επαγγελματικό δίκτυο» των γενικών ιατρών με τους συναδέλφους αφού η επικοινωνία μεταξύ ιατρών θεωρείται εξαιρετικά σημαντικά ενώ τέλος και η γεωγραφική εγγύτητα των υπηρεσιών υγείας φαίνεται να επηρεάζει την επιλογή (Barnett et al., 2012).

Δημοσιευμένες εκθέσεις με δείκτες ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών

Οι δημοσιευμένες εκθέσεις δεικτών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αποτελούν τη σύγχρονη προσέγγιση για την ελεύθερη επιλογή των δημοσίων μονάδων υγείας από τους ασθενείς. Η χρήση τους, αρχικά, ήταν διαδεδομένη στα πιο ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας όπως το σύστημα των ΗΠΑ στη συνέχεια όμως υιοθετήθηκε και από αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες. Με τη δημοσίευση δεικτών σχετιζόμενων με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους διάφορους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας και την διασφάλιση της απρόσκοπτης πρόσβασης στα αποτελέσματα τους, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους γενικούς γιατρούς, παρέχεται αυτόματα μεγαλύτερη δυνατότητα πληροφορημένης επιλογής αναφορικά με τους παρόχους υγείας ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται ο ανταγωνισμός αλλά και η αποδοτικότητα στην παροχή της υγειονομικής φροντίδας (Faber et al., 2009; Robinowitz & Dudley, 2006; Simonet, 2008; Werner & Asch, 2005; Mukamel, Haeder & Weimer, 2014).

Η υιοθέτηση μίας τέτοιας πολιτικής θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική βεβαίως, μόνο εφόσον οι γιατροί ενδιαφέρονται για την αξιολόγηση των διαφόρων μονάδων υγείας με βάση συγκριτικές πληροφορίες καθώς επίσης και για την ενημέρωση των ασθενών τους. Παρόλα αυτά είναι γεγονός ότι οι αποφάσεις για την επιλογή του

παρόχου υπηρεσιών υγείας, παραμένουν σύνθετο θέμα, και οι ασθενείς που συνήθως έχουν πρόσβαση σε περιορισμένες πληροφορίες, συχνά αναθέτουν οικειοθελώς τις επιλογές στο γιατρό τους (Robinowitz & Dudley, 2006; Victoor et al., 2012; Birk & Henriksen, 2012).

Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι οι ειδικοί γιατροί ήταν σκεπτικοί σχετικά με δημοσιευμένες εκθέσεις δεικτών νοσοκομείων, και θεωρούν ότι οι δείκτες που δημοσιεύονται έχουν περιορισμένη χρησιμότητα (Faber et al., 2009; Robinowitz & Dudley, 2006; Ikkersheim & Koolman, 2013). Ομοίως, τα αποτελέσματα τεσσάρων μελετών με στόχο την ανάλυση της στάσης των Γενικών Ιατρών, είναι παρόμοια. Αυτό που αναδείχθηκε ωστόσο, είναι το γεγονός ότι ορισμένες άλλες, λιγότερο ακριβείς πληροφορίες ή άτυπα κριτήρια, όπως η γεωγραφική εγγύτητα ή οι παρατηρήσεις/βαθμός ικανοποίησης από ασθενείς που είχαν νοσηλευθεί προγενέστερα σε ένα νοσοκομείο, ήταν πιο σημαντικά για τους γιατρούς από τους συγκριτικούς δείκτες ποιότητας (Birk & Henriksen, 2012).

Σε μεγάλης κλίμακας μελέτη, με τυχαίο δείγμα από το σύνολο των γενικών γιατρών της Σκωτίας φάνηκε ότι οι συγκριτικοί δείκτες ποιότητας, σε καμία περίπτωση δεν αποτελούσαν το βασικό κριτήριο για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου (Mannion & Goddard, 2003). Μόνο μια πολύ αδύναμη επίδραση των συγκριτικών δεικτών στα κριτήρια παραπομπής των GPs, βρέθηκε σε μια μελέτη που συνέκρινε τα κριτήρια παραπομπής στην περίπτωση τριών διαφορετικών διαγνώσεων (Ikkersheim & Koolman, 2013). Επίσης, μια μελέτη που βασίσθηκε σε ένα τυχαίο δείγμα 300 GPs στην Γερμανία, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι εκθέσεις με δείκτες ποιότητας (που υποχρεωτικά δημοσιεύουν τα νοσοκομεία της Γερμανίας), έπαιζαν δευτερεύοντα ρόλο στην επιλογή του νοσοκομείου, καθώς πολύ λίγοι γιατροί γνώριζαν και μπορούσαν να αξιολογήσουν τους δείκτες (Hermeling & Geraedts, 2013).

Στη Γαλλία η δημοσίευση εκθέσεων με συγκριτικούς δείκτες ποιότητας, ξεκίνησε το 2008. Παρόλο που η Γαλλία δεν υιοθέτησε τόσο αυστηρά το πλαίσιο των αγγλοσαξονικών χωρών ως προς τις πολιτικές για την οργάνωση και διοίκηση των δημοσίων υπηρεσιών (New Public Health Management), όπως για παράδειγμα η Μεγάλη Βρετανία ή η Αυστραλία, παρόλα αυτά, από το 2006 εισήγαγε ένα πιο ‘χαλαρό’ σύστημα παραπομπής. Με βάση το σύστημα αυτό, οι γενικοί ιατροί έχουν

ρόλο παραπομπής των ασθενών χωρίς όμως να υπάρχει μισθολογικό κίνητρο για την παραπομπή. Ωστόσο, οι ασθενείς πληρώνουν περισσότερο (κάτι σαν πρόστιμο) εάν συμβουλευτούν ειδικό ιατρό χωρίς παραπομπή (Dourgnon & Naiditch, 2010; Hermeling & Geraedts, 2013; Reibling & Wendt, 2012).

Σε πρόσφατη Γαλλική μελέτη η μεγάλη πλειοψηφία (84,1% – 88,5%) των ερωτηθέντων που ήταν γενικοί ιατροί, ανέφεραν ότι δεν χρησιμοποίησαν ποτέ τις δημόσιες εκθέσεις με συγκριτικούς δείκτες, που ήταν διαθέσιμες μέσω κρατικών ή μη κρατικών διαδικτυακών πηγών προκειμένου να επηρεάσουν τους ασθενείς τους στην επιλογή νοσοκομείου (Ferrua et al., 2016). Στην μελέτη φάνηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των γενικών γιατρών βασίζονται κυρίως σε παραδοσιακές πηγές πληροφοριών όταν επιλέγουν ένα νοσοκομείο. Την ίδια στιγμή, όμως αυτή η μελέτη επισημαίνει ένα μεγάλο ποσοστό των γενικών γιατρών θεωρεί πολύ χρήσιμη την αξιολόγηση των νοσοκομείων ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και την καταλληλότητά τους.

3.1.2. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

3.1.2.1. Ιστορική Αναδρομή: Από την ίδρυση του ΕΣΥ (1983) έως και σήμερα

Από την ίδρυση του ΕΣΥ, το 1983, στη χώρα, μεγάλος αριθμός μεταρρυθμίσεων έχουν ψηφιστεί αναφορικά με την οργάνωση του συστήματος ΠΦΥ, ενώ το θέμα της παραπομπής των ασθενών από τον Γενικό Ιατρό τόσο σε ειδικούς ιατρούς όσο και στο νοσοκομείο αναφέρθηκε ελάχιστες φορές και ουδέποτε καθορίστηκε ο τρόπος, το πλαίσιο ή τα κριτήρια με τα οποία θα μπορούσε να γίνεται αυτή η παραπομπή.

Σύμφωνα με τους Platis και Lianos (2021), Γιανασμίδης και συν. (2011), Βραχάτης και συν. (2011), Πετρέλης και συν. (2016), Νιάκας (2014), Οικονόμου (2012) και Economidou et al. (2017), αναφορές στον νόμο, με τις αντίστοιχες θεσμικές προβλέψεις, έχουν λάβει χώρα ως εξής:

- Το 1983 (Ν. 1397) προβλεπόταν η ίδρυση ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Το 1985 (Ν. 1579) νομοθετήθηκαν προβλέψεις για την ένταξη των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δυνατότητα που θεσπίστηκε το 1992 (Ν. 2071).
- Το 1997 (Ν. 2519), ψηφίστηκε ο θεσμός του Γενικού/Οικογενειακού Γιατρού.
- Το 2001 (Ν. 2889) δημιουργήθηκαν τα απογευματινά ιατρεία στα νοσοκομεία του ΕΣΥ για την καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών και τη μείωση της παραοικονομίας.
- Το 2004 (Ν. 3235), ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού επανήλθε ως διάταξη του νόμου, με τη δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών μονάδων ΠΦΥ, προτάσσοντας τις δομές της ΠΦΥ ως «πύλη εισόδου των ασθενών στο σύστημα υγείας».
- Το 2010 (Ν. 3868) ψηφίστηκε η ολοήμερη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και με τον Ν. 3892 η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, για τη μείωση της υπερ-συνταγογράφησης και των αυξημένων παραπομπών για ιατρικές πράξεις.
- Το 2014 (Ν.4238) θεσπίστηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), για την ενοποίηση της παροχής των υπηρεσιών και την εξασθένιση του κατακερματισμού των υπηρεσιών.
- Το 2016 (Ν. 4368) δόθηκε πρόσβαση σε υπηρεσίες ΠΦΥ σε ανασφάλιστους και πρόσφυγες.
- Το 2017 (Ν. 4486) δημιουργήθηκαν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ) και επανήλθε εκ νέου ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού ως πύλη εισόδου στις υπηρεσίες ΠΦΥ.

Τέλος, τον Μάρτιο του 2022, ανακοινώθηκε η προετοιμασία νομοσχεδίου για νέα μεταρρύθμιση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με κυριότερους άξονες:

- την ανάθεση/επιλογή οικογενειακού/θεράποντα γιατρού από τον ασθενή, με αμοιβή κατά άτομο το έτος,

- την παραπομπή σε υπηρεσίες του ΕΣΥ, αν και όταν αυτό απαιτείται, από τον οικογενειακό/θεράποντα γιατρό,
- τη διοικητική ενοποίηση και κτιριακή και υλικοτεχνική αναβάθμιση των υπαρχουσών εξωνοσοκομειακών δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ (ΤοΜΥ και Κέντρα Υγείας) μέσω του Ταμείου Ανάκαμψης – με την αξιοποίηση ΣΔΙΤ και συνεργασία με ιδιωτικές μονάδες και
- την αξιοποίηση της τηλεσυμβουλευτικής για την διασύνδεση της ΠΦΥ με τον ασθενή/και την εξειδικευμένη γνώση.

Παρά τον μεγάλο αριθμό μεταρρυθμίσεων, από το 1983 μέχρι και σήμερα, η ΠΦΥ στη χώρα παραμένει αδύναμη, καθώς:

- διαχρονικά απουσιάζει ο στρατηγικός κεντρικός σχεδιασμός και οι μηχανισμοί για τον έλεγχο, τη διασφάλιση και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στην ΠΦΥ, αλλά και σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας,
- υπάρχει κατακερματισμός των υπηρεσιών ΠΦΥ με επικράτηση του ειδικού γιατρού, την αποδυνάμωση της αξίας και του ρόλου του οικογενειακού/γενικού γιατρού και την έλλειψη ενός αποτελεσματικού συστήματος παραπομπών στα επόμενα επίπεδα της φροντίδας,
- η χρηματοδότηση είναι συνήθως ανεπαρκής και δεν προβλέπεται η παροχή της βάσει σχεδίου βιωσιμότητας, ενώ
- συστηματικά δεν δίνεται έμφαση στην ενίσχυση των δυνατοτήτων για αποτελεσματική εξωνοσοκομειακή διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και προγραμμάτων δημόσιας υγείας

3.1.2.2. Ένα πλαίσιο μεταρρύθμισης

Εν μέσω της κρίσης που έχει ξεσπάσει σε διεθνές και εθνικό επίπεδο εξαιτίας της πανδημίας του COVID-19, είναι περισσότερο από ποτέ πιο άμεση και επιτακτική η ανάγκη ενίσχυσης των συστημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) των χωρών με στόχο την πιο έγκαιρη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση τέτοιου είδους επειγουσών καταστάσεων. Σε μια χώρα όπως η Ελλάδα, της οποίας το σύστημα υγείας αντιμετωπίζει ήδη πολλές προκλήσεις, συμπεριλαμβανομένου του

γηράσκοντος πληθυσμού (οι άνθρωποι με ηλικίες 65+ αντιπροσωπεύουν περισσότερο από 20% του συνολικού πληθυσμού), την συνυπάρχουσα πολυνοσηρότητα, τις συνοδές κοινωνικές επιπτώσεις κ.ά., η αποτελεσματική αναδιοργάνωση και επανασχεδιασμός του τομέα της ΠΦΥ της θα μπορούσε να συμβάλλει μελλοντικά στην έγκαιρη «προειδοποίηση» για τις πιθανές εστίες έξαρσης ενδεχόμενης επιδημίας αλλά και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των επιδημικών περιπτώσεων και θεραπεία των ασθενών, στο σπίτι ή από απόσταση. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω της εφαρμογής στρατηγικών και σύγχρονων διαδικασιών για την καταγραφή/διατήρηση του ιατρικού ιστορικού των ατόμων που υπάγονται σε κάθε δομή/μονάδα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και τη μακρόχρονη παρακολούθηση του επιδημιολογικού και νοσολογικού προφίλ του πληθυσμού.

Δεδομένων των ανεπαρειών και των ελλείψεων αναφορικά με το σύστημα ΠΦΥ στη χώρα που αφορούν την πρόσβαση, τη συνέχεια, το συντονισμό και την περιεκτικότητα/πληρότητα των υπηρεσιών υγείας όπως, μεταξύ άλλων η κατακερματισμένη διακυβέρνηση, η απουσία δεικτών που χρησιμοποιούνται συνήθως για τον έλεγχο/παρακολούθηση των υπηρεσιών ΠΦΥ, η έλλειψη κινήτρων για τη συμμετοχή των ιδιωτών παρόχων στη παροχή ΠΦΥ αλλά και στους υφιστάμενους παρόχους φροντίδας (ΚΥ, ΤοΜΥ, ιδιώτες, κ.λπ.) για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, η έλλειψη υπηρεσιών προσανατολισμένες στην οικογένεια και την κοινότητα, οι αυξημένες ιδιωτικές επίσημες και άτυπες πληρωμές, ο μικρός αριθμός και η ανομοιόμορφη περιφερειακή κατανομή των ιατρών και των νοσηλευτών και η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των παρόχων ΠΦΥ και των νοσοκομειακών ιατρών χωρίς σαφώς καθορισμένες διαδικασίες παραπομπής, είναι σημαντικό να ενισχυθεί η δυναμικότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ και να καλυφθούν οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού με κάθε δυνατό τρόπο (π.χ. με την εφαρμογή υπηρεσιών τηλεϊατρικής) με στόχο την αποσυμπίεση του φόρτου του νοσοκομειακού τομέα, ειδικότερα σε συνθήκες κρίσης όπως μια πανδημία αλλά και την καλύτερη προετοιμασία του συστήματος υγείας για την αντιμετώπιση μελλοντικών επιδημικών/πανδημικών περιστατικών μέσω της καταγραφής και παρακολούθησης του επιδημιολογικού και νοσολογικού προφίλ του πληθυσμού και της συνεπαγόμενης έγκαιρης ανίχνευσης ενδεχόμενων επιδημικών κρίσεων.

Στο πλαίσιο αυτό, είναι επιτακτική η ανάγκη οργάνωσης και ενίσχυσης των υπηρεσιών ΠΦΥ με στόχο την αποτελεσματική ανταπόκριση σε μελλοντικές ανάγκες λαμβάνοντας υπόψη τις τωρινές έκτακτες συνθήκες και την ανάγκη για την εγκαθίδρυση ενός ισχυρού συστήματος ΠΦΥ για τη χώρα, σύμφωνα με τις επιταγές της σύγχρονης τεχνολογίας και τεχνογνωσίας για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού εν γένει αλλά και τη διασφάλιση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας σε περίπτωση επανεμφάνισης της πανδημίας COVID-19 (π.χ. παροχή οργανωμένων υπηρεσιών τηλεϊατρικής).

Η καθολική κάλυψη του πληθυσμού και η ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ με επίκεντρο τον άνθρωπο και την παρακολούθηση του επιδημιολογικού και νοσολογικού προφίλ του πληθυσμού αποτελούν βασικές προτεραιότητες πολιτικής τόσο για την αντιμετώπιση έκτακτων και επειγουσών καταστάσεων, όπως η εμφάνιση και εξάπλωση ενός νέου πανδημικού κύματος, όσο και για την καλή λειτουργία ενός συστήματος ΠΦΥ σε συνθήκες κανονικότητας.

Συγκεκριμένα, ένα τέτοιο πλαίσιο μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην ενίσχυση του συστήματος υγείας και την επίτευξη της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού, αλλά και στη μακρόχρονη παρακολούθηση του επιδημιολογικού και νοσολογικού προφίλ του πληθυσμού, π.χ. αν δίνεται η δυνατότητα σε κάθε ασθενή/πολίτη να εγγράφεται σε κάποιον πάροχο υπηρεσιών ΠΦΥ με αποτέλεσμα κάθε άτομο να έχει τον δικό του γιατρό, σε κάθε γιατρό να είναι σε θέση να γνωρίζει και να ενημερώνει το Κέντρο Υγείας στο οποίο υπάγεται/αναφέρεται ή/και την αρμόδια ΥΠΕ σχετικά με την κατάσταση υγείας και την επιδημιολογία και το νοσολογικό προφίλ του πληθυσμού αναφοράς του και σε κάθε ασθενή/πολίτη να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες τηλεϊατρικής με τον δικό του γιατρό.

Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να είναι δυνατή η έγκαιρη ανίχνευση επιδημικών περιστατικών και το σύστημα υγείας να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει αποτελεσματικότερα επερχόμενες κρίσεις. Μια τέτοια σχέση μπορεί να βελτιώσει την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας, ενώ η συστηματική ανάλυση των δεδομένων μπορεί να αποτελέσει τη βάση για λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων στην πολιτική υγείας. Η έγκαιρη ανίχνευση μπορεί να συμβάλλει στην έγκαιρη παρέμβαση κάτι που μπορεί να «μεταφραστεί» σε αποφυγή της επιβάρυνσης των νοσοκομειακών πόρων,

βελτίωση της αποτελεσματικότητας των συλλογικών πόρων και διασφάλιση περισσότερο αποτελεσματικών δαπανών και παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας με επίκεντρο τον άνθρωπο την κατάλληλη στιγμή και στο σωστό μέρος.

4. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Οι αυτοαναφερόμενοι δείκτες μέτρησης των εμπειριών των ασθενών και των αποτελεσμάτων της φροντίδας στην κατάσταση της υγείας τους

Ο πρωταρχικός στόχος κάθε συστήματος και υπηρεσίας υγείας είναι η μεγιστοποίηση του επιπέδου της υγείας των ατόμων και των πληθυσμών που εξυπηρετούν, με δίκαιο τρόπο και εντός του υφιστάμενου πλαισίου των δημοσιονομικών παραμέτρων. Ωστόσο, πολύ λίγα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας αξιολογούν τις επιπτώσεις τους στην υγεία και την ευημερία από την οπτική γωνία των ασθενών/ανθρώπων που εξυπηρετούν και ρωτούν τους ασθενείς για τα αποτελέσματα και την εμπειρία της φροντίδας τους. Για παράδειγμα, ενώ η έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (QoL) υπάρχει εδώ και σχεδόν τρεις δεκαετίες, δεν μετράται ή δεν αξιολογείται συστηματικά. Οι μετρήσεις τείνουν να επικεντρώνονται κυρίως στις εισροές και τις εκροές. Τα αποτελέσματα αυτών των μετρήσεων/αξιολογήσεων, όπως το προσδόκιμο ζωής είναι σημαντικά, αλλά αποσιωπούν μια σειρά από άλλα πράγματα στα οποία δίνουν ιδιαίτερη σημασία οι ασθενείς, π.χ. στα επίπεδα του πόνου, στη λειτουργικότητα, στην ποιότητα της ζωής τους, καθώς και στην εμπειρία τους από την φροντίδα που έλαβαν. Τα παραδοσιακά μέτρα για την έκβαση, όπως η επιβίωση ή η θνησιμότητα, παραμένουν χρήσιμα, αλλά δεν μπορούν να προσελκύσουν πιο λεπτές αλλά σημαντικές διαστάσεις των επιπτώσεων της φροντίδας στη ζωή των ασθενών/ληπτών των υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, στα άτομα που έχουν διαγνωστεί με υψηλή επιβίωση στον καρκίνο, η θεραπευτική επιτυχία συνεπάγεται κάτι παραπάνω από την επιβίωση (Abahussin et al. 2019). Η επιβίωση και η θνησιμότητα λένε ελάχιστα για τη ναυτία, τον πόνο, την ποιότητα του ύπνου, την εικόνα του σώματος, τη σεξουαλική λειτουργία, την ανεξαρτησία και το χρόνο που ξοδεύεται με τους αγαπημένους. Επίσης, για ορισμένες συνθήκες, η θνησιμότητα και η επιβίωση είναι πλέον παρόμοιες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, με ελάχιστο διαχωρισμό των «καλύτερων αποδόσεων». Αυτό εμποδίζει τη συνεχή

εκμάθηση για τις καλύτερες θεραπευτικές προσεγγίσεις, τις τεχνικές και τις παρεμβάσεις (Donovan et al. 2016, Hamdy et al. 2016).

Αυτό σημαίνει ότι από την εικόνα της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας λείπει ένα ουσιαστικό μέρος: *αυτό της αποτύπωσης της οπτικής των ασθενών αναφορικά με την αξιολόγηση των εμπειριών τους και των αποτελεσμάτων της φροντίδας στην κατάσταση της υγείας τους*. Η αποτύπωση και αξιολόγηση της οπτικής των ασθενών σχετικά με τα αποτελέσματα και την εμπειρία της φροντίδας τους είναι ουσιώδους σημασίας για την προαγωγή της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Είναι επίσης όλο και πιο σημαντική για την υπέρβαση των ευρύτερων δημογραφικών, επιδημιολογικών και οικονομικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν όλα τα συστήματα υγείας. Η αύξηση των χρόνιων νοσημάτων σε συνδυασμό με καλύτερες αλλά και πιο δαπανηρές τεχνολογίες για τη διαχείρισή τους και την παρατεταμένη διάρκεια ζωής, αυξάνει την ανάγκη μιας προσέγγισης που επικεντρώνεται περισσότερο στον άνθρωπο.

4.1.1. Εργαλεία μέτρησης των αποτελεσμάτων που αναφέρονται από τον ασθενή (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs)

Οι δύο κύριες κατηγορίες εργαλείων μέτρησης των αποτελεσμάτων που αναφέρονται από τον ασθενή (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs) είναι:

- 1) τα ειδικά για την κατάσταση/νόσο (condition/disease specific PROMs): Είναι σχεδιασμένα ειδικά για μια πάθηση (π.χ. οστεοαρθρίτιδα) ή μια διαδικασία (π.χ. αντικατάσταση ισχίου). Αυτά τα PROMs είναι προσαρμοσμένα στα συμπτώματα μιας συγκεκριμένης κατάστασης ή εκείνα που μια συγκεκριμένη διαδικασία προσπαθεί να αντιμετωπίσει. Ως εκ τούτου, το πλεονέκτημά τους είναι η ευαισθησία και η εξειδίκευση. Ο βασικός τους περιορισμός είναι η έλλειψη γενικευσιμότητας - δηλαδή τα αποτελέσματά τους δεν μπορούν να συγκριθούν άμεσα με τα αποτελέσματα από τα εργαλεία που έχουν σχεδιαστεί για άλλες συνθήκες ή διαδικασίες
- 2) τα γενικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής (QoL) που σχετίζονται με την υγεία (generic PROMs): Προσπαθούν να αποτυπώσουν ένα ευρύτερο

φάσμα φυσικών και ψυχοκοινωνικών διαστάσεων που θεωρούνται σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Το πλεονέκτημά τους είναι ότι μπορούν να συγκριθούν σε διαφορετικές συνθήκες, διαδικασίες και παρεμβάσεις. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται συχνά στην ανάλυση κόστους-ωφέλειας και στην αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας (HTA).

4.1.2. Εργαλεία μέτρησης των εμπειριών που αναφέρονται από τους ασθενείς (PREMs)

Μια καλή εμπειρία φροντίδας συμβάλλει στην επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων και είναι επίσης αυτοσκοπός. Εκτός από τα αποτελέσματα, ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι άνθρωποι είναι επίσης σημαντικός. Αυτό περιλαμβάνει τη θεραπεία με σεβασμό και συμπόνια και την υποστήριξη, ακρόαση και εμπλοκή στη λήψη αποφάσεων.

Μια θετική εμπειρία φροντίδας είναι ένα ισχυρό μήνυμα ποιοτικής φροντίδας και έχει καθοριστική σημασία για τα αποτελέσματα που επιτεύχθηκαν, ειδικά για εκείνους που διαχειρίζονται πολλαπλές νοσηρότητες και χρόνιες παθήσεις (Stein et al. 2014, Trzeciak et al. 2016, Luxford, Safran and Delbanco 2011). Στην ψυχική υγεία, για παράδειγμα, μια θετική εμπειρία φροντίδας επηρεάζει τη σχέση με την ομάδα φροντίδας, αποτυπώνοντας καλύτερη επικοινωνία, θεραπευτική συνέχεια, συμμόρφωση στη θεραπεία και καλά αποτελέσματα υγείας (Wong et al. 2019).

Ωστόσο, παρά τη σημαντική πρόοδο σε ορισμένες περιπτώσεις, η εμπειρίες των ασθενών δεν καταγράφονται με συστηματικό τρόπο. Αυτό πρέπει να αλλάξει, δεδομένης της αυξανόμενης σημασίας αυτής της διάστασης στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Τα εργαλεία για την καταγραφή πληροφοριών από τους ασθενείς σχετικά με τις εμπειρίες τους από την ποιότητα της φροντίδας περιλαμβάνουν συνήθως ερωτηματολόγια διαφορετικού εύρους και μορφής που χορηγούνται με διάφορους τρόπους (προφορικά, ηλεκτρονικά ή σε χαρτί).

Οι εμπειρίες των ασθενών μετρώνται με τη χρήση ερωτηματολογίων που μπορούν να χορηγηθούν με διάφορους τρόπους και έχουν αναπτυχθεί διάφορες προσεγγίσεις και ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις μπορούν:

- Να προσαρμοστούν σε ένα συγκεκριμένο επίπεδο της φροντίδας (π.χ. πρωτοβάθμια, νοσοκομειακή, μακροχρόνια φροντίδα υγείας) ή
- Να εκτιμήσουν μια συγκεκριμένη διάσταση της φροντίδας (π.χ. συνέχεια, αυτονομία, παροχή πληροφοριών).

Τα PREMs είναι πλέον εξελιγμένα και αντανακλούν αντικειμενικά γεγονότα, κινούμενα πολύ πέρα από τις πιο υποκειμενικές έρευνες ικανοποίησης ασθενών του παρελθόντος. Παρέχουν κλιμακωτά δεδομένα για τις διάφορες διαστάσεις της φροντίδας, όπως η προσβασιμότητα, η επικοινωνία, η συνέχεια και η εμπιστοσύνη. Αυτά τα δεδομένα χρησιμοποιούνται σήμερα για την αξιολόγηση και τις διεθνείς συγκρίσεις των συστημάτων υγείας (Schneider 2017).

4.2. Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών vs. μέτρηση των εμπειριών των ασθενών

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι εμπειρίες των χρηστών και γενικότερα τα μέτρα που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της οπτικής των ληπτών των υπηρεσιών υγείας της φροντίδας τους, έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως από τους υπευθύνους της διοίκησης των μονάδων υγείας, της λήψης των αποφάσεων, των υπευθύνων χάραξης της πολιτικής για την υγεία σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας και των επαγγελματιών υγείας ως νέο εργαλείο αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η μέτρηση της οπτικής των ασθενών έχει αποδειχθεί πολύτιμο εργαλείο για την αξιολόγηση των διαφορετικών διαστάσεων της υγειονομικής φροντίδας (Ware et al. 1977, Linder - Pelz, 1982), για το σχεδιασμό αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης της υγειονομικής φροντίδας (Naidu, 2009) και τον επανασχεδιασμό των στόχων της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητάς των υπηρεσιών, οι εμπειρίες των ασθενών αποτελούν ένα από τα πιο ουσιαστικά συστατικά της αξιολόγησης της ποιότητας του συστήματος υγείας και των υπηρεσιών

υγείας (Chow et al., 2009), δεδομένου ότι αποτελούν πιο «αντικειμενικές» μετρήσεις για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Συνεπώς, όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια, έχουν γίνει προσπάθειες για την αξιολόγηση της οπτικής των ασθενών με τη μέτρηση των αναφερόμενων εμπειριών τους και όχι με την μέτρηση της ικανοποίησης τους, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι η βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών δεν συνδέθηκε με τη βελτίωση της ποιότητας δεδομένου ότι δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο τα δεδομένα ικανοποίησης των ασθενών μπορούν να παρέχουν ακριβείς και αξιόπιστες πληροφορίες για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, η έλλειψη ενός καθολικού, ευρέως αποδεκτού και αξιόπιστου εργαλείου μέτρησης (ή ακόμη και ενός κοινού ορισμού) καθιστά τις συγκρίσεις δύσκολες (Berwick, James & Coye, 2003, Sofaer & Firminger, 2005). Για παράδειγμα, συχνά σε μελέτες ένα ποσοστό των ασθενών δηλώνει ότι η φροντίδα που έλαβαν είναι «κακή» ή ότι οι χρόνοι αναμονής είναι «μη ικανοποιητικοί». Ωστόσο τέτοιου είδους γενικές παρατηρήσεις δεν συμβάλλουν στην αποτελεσματική αξιολόγηση της ποιότητας, καθώς συνοδεύονται από ένα μεγάλο βαθμό υποκειμενικότητας που δεν μπορεί εύκολα να ποσοτικοποιηθεί. Η διαδικασία συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών απαιτεί συγκεκριμένα δεδομένα για το «τι» πραγματικά συνέβη και όχι μόνο για το αν οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι με αυτό που συνέβη. Αντί αυτού, η γνώση λεπτομερειών για τους παράγοντες που «πήγαν στραβά» κατά τη διάρκεια της παροχής υπηρεσιών υγείας (επικοινωνία, κατανόηση της φαρμακευτικής αγωγής κλπ.) κάνει τη διαφορά, καθώς μπορεί να καταδείξει την ανάγκη για να αλλάξουμε ό,τι δεν συνάδει με τα πρότυπα ποιότητας παροχής μιας υπηρεσίας. Η αξιολόγηση των εμπειριών των χρηστών υπηρεσιών υγείας αποτελεί ουσιαστικά «πρόσκληση για δράση», ενώ αντίθετα η μέτρηση της ικανοποίησης δεν μπορεί να μας δώσει ακριβείς πληροφορίες για τις διορθωτικές δράσεις που πρέπει να ληφθούν εάν οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι.

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Beryl, η εμπειρία του χρήστη ορίζεται ως «το άθροισμα όλων των αλληλεπιδράσεων, που διαμορφώνονται από την κουλτούρα ενός οργανισμού που επηρεάζει τις αντιλήψεις του χρήστη κατά τη διάρκεια της παρεχόμενης φροντίδας» (Wolf & Jason 2014). Είναι σύνηθες φαινόμενο τα μέτρα

εμπειρίας των χρηστών να συγχέονται με τα μέτρα ικανοποίησης καθώς και τα δύο εξετάζουν την οπτική των ληπτών των υπηρεσιών, αλλά στην πραγματικότητα αποτελούν δύο εντελώς ξεχωριστά εργαλεία. Η ικανοποίηση είναι υποκειμενική και επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από παράγοντες που σχετίζονται με τον ίδιο τον χρήστη και δεν σχετίζονται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως οι προσδοκίες του για την υπηρεσία, οι προτιμήσεις τους, η κατάσταση της υγείας τους, το φύλο, την ηλικία κ.ά., ενώ οι ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες των χρηστών είναι συχνά πιο αντικειμενικές και συγκεκριμένες καθώς οι αντίστοιχες απαντήσεις αντικατοπτρίζουν τις αλληλεπιδράσεις των χρηστών με τον αντίστοιχο πάροχο των υπηρεσιών υγείας και δεν επηρεάζονται από τις αξίες τους και τις υποκειμενικές κρίσεις τους (Coulter, Fitzpatrick & Cornwell 2009, Chen 2015).

4.3. Η διεθνής εμπειρία αναφορικά με την μέτρηση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

4.3.1. Μεθοδολογία

Για την αποτύπωση της διεθνούς εμπειρίας αναφορικά με την μέτρηση/αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις 1/12/2021 στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, JSTOR, EBSCO και τη μηχανή αναζήτησης Google Scholar χρησιμοποιώντας αλγόριθμο με λέξεις-κλειδιά: (((*"outpatient"* OR *"patient"*) AND (*"experience"* OR *"patient experience"* OR *"satisfaction"* OR *"patient satisfaction"*)) AND (*"PHC unit"* OR *"Health Centre"* OR *"GP practice"*)).

Τα **κριτήρια ένταξης των μελετών** στην ανασκόπηση (Παράρτημα, Πίνακας Α: Αποτελέσματα συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης Για την αποτύπωση της διεθνούς εμπειρίας αναφορικά με την μέτρηση/αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας) ήταν τα εξής:

- Η γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων ήταν η αγγλική.
- Οι μελέτες αφορούσαν μόνο στη διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών αναφορικά με τις διαστάσεις της ποιότητας της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας (επικοινωνία και διαπροσωπικές σχέσεις), της συνέχειας και τους συντονισμού της φροντίδας, τα χαρακτηριστικά των (υπο)δομών, της περιεκτικότητας της φροντίδας και της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες ΠΦΥ που είχαν διεξαχθεί σε εθνικό επίπεδο (πολυκεντρικές).
- Οι μελέτες αφορούσαν μόνο σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Οι μελέτες αφορούσαν τα έτη 1994-2021.

4.3.2. Αποτελέσματα-Συμπεράσματα

Για τη διάσταση της ποιότητας της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας (που αντανακλά την επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις) βρέθηκε ότι η επιστημονική κατάρτιση, η καλή συμπεριφορά, η (ενθάρρυνση για) συμμετοχή των ασθενών και οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις συνδέονται με αυξημένο επίπεδο θετικών εμπειριών και ικανοποίησης των χρηστών από την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν (Lionis et al. 2017 , Pierrakos et al. 2013, Adamakidou 2009). Στη μελέτη μεταξύ επτά ευρωπαϊκών χωρών για την ΠΦΥ το 2007 (Schoen et al. 2007), οι λήπτες υπηρεσιών ΠΦΥ βαθμολόγησαν θετικά τους γιατρούς τους και η πλειοψηφία ανέφερε ότι ο γιατρός τους άκουγε προσεκτικά και τους εξηγούσε ξεκάθαρα τη κατάστασή τους. Αυτές οι αυξημένες βαθμολογίες, που αποδίδονται στους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να υποδεικνύουν μια κατάσταση σχέσης «εξάρτησης» μεταξύ των ασθενών και του γιατρού τους (Beisecker 1990, Wiles & Higgins 1996, Roter 2000), όπως άλλωστε αναμένεται να συμβαίνει λόγω της ισχυρής θεραπευτικής σχέσης που αναπτύσσεται συχνά μεταξύ των ασθενών και των γιατρών τους.

Αναφορικά με την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ, αποτελεί ένα από τα βασικά ζητήματα για τα συστήματα ΠΦΥ. Διεθνώς, οι θετικές εμπειρίες στην πρόσβαση φαίνεται να σχετίζονται με τη δυνατότητα για ραντεβού αυθημερόν, την επίσκεψη χωρίς ραντεβού (Paré-Plante et al. 2018), τις υψηλότερες συγκεντρώσεις του πληθυσμού στις αστικές περιοχές, όπου βρίσκονται οι περισσότερες από τις δομές ΠΦΥ (Senn et al. 2019), τη μη ύπαρξη οικονομικών και γεωγραφικών εμποδίων (Senn et al. 2019) και τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Ammi et al. 2017). Αντίθετα, ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και ο διευρυμένος νοσηλευτικός ρόλος φαίνεται να μη σχετίζεται με βελτιωμένη προσβασιμότητα (Paré-Plante et al. 2018), ενώ οι δυσκολίες στην επαφή με το προσωπικό εκτός των ωρών λειτουργίας, και οι τάσεις αγνόησης των συμβουλών των γιατρών και της αυτό-παραπομπής σε νοσοκομεία και ειδικούς γιατρούς αποτελούν παράγοντες μειωμένης πρόσβασης (Georgieva, et al, 2017)

Αναφορικά με τη συνέχεια της φροντίδας, βρέθηκε ότι η Ελλάδα υπολείπεται κατά πολύ μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών (Pavlič et al 2018), μαζί με χώρες όπως η Τουρκία, η Κύπρος και η Μάλτα (Lionis et al. 2017, Pullicino et al. 2015) ενώ χώρες

όπως η Νέα Ζηλανδία, η Αγγλία, η Γερμανία, η Αυστραλία, η Ελβετία, η Ολλανδία, η Τσεχία, η Δανία και η Νορβηγία καταλαμβάνουν τις υψηλότερες θέσεις (Calnan et al., 1994, Senn et al. 2019, Weinhold & Gurtner, 2018, Eide et al. 2018, Eide et al. 2016). Η συνέχεια της φροντίδας γίνεται αντιληπτή ως, ίσως, η πιο σημαντική διάσταση όσον αφορά τη δύναμη και την ανθεκτικότητα του συστήματος ΠΦΥ σε κάθε χώρα (Pavlič et al 2018). Σε αυτό σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο βαθμός ενσωμάτωσης των ηλεκτρονικών αρχείων για τον ασθενή, με τη τήρηση και διαρκή διαθεσιμότητα του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς, ως εργαλείο στα χέρια του γενικού γιατρού, καθώς και ο διευρυμένος ρόλος του νοσηλευτή στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ αλλά και οι πολιτικές για την συγκράτηση της διαχείρισης των ασθενών στο πρωτοβάθμιο επίπεδο, με την αποφυγή των συχνών/μη απαραίτητων παραπομπών στο χώρο του Νοσοκομείου.

Αναφορικά με το συντονισμό της φροντίδας, η Ελλάδα κατατάσσεται στην 9^η θέση ανάμεσα σε χώρες της Ευρώπης μαζί με χώρες όπως η Ολλανδία, η Λιθουανία, η Σουηδία, η Φινλανδία, η Ισλανδία και η Αγγλία (Calnan et al., 1994, Lionis et al. 2017, Freilich, Wiking, Nilsson, & Olsson, 2019, Tolvanen et al. 2018). Ο συντονισμός της φροντίδας αφορά στη σκόπιμη οργάνωση των δραστηριοτήτων της φροντίδας των ασθενών μεταξύ δύο ή περισσότερων συμμετεχόντων (συμπεριλαμβανομένου του ασθενούς) που εμπλέκονται στη φροντίδα ενός ασθενούς για τη διευκόλυνση της κατάλληλης παροχής των υπηρεσιών υγείας. Καθώς στις ΤοΜΥ προβλέπεται και στην πράξη η διεπιστημονικότητα και η διεπαγγελματική συνεργασία, ένα τέτοιο εύρημα στηρίζεται λόγω της φύσης της οργάνωσης και λειτουργίας των τοπικών μονάδων υγείας, με αποτέλεσμα να συντονίζεται η φροντίδα του ασθενούς με συστηματικότητα και επικέντρωση στις ανάγκες του.

Αναφορικά με τη σημαντικότητα των υπό αξιολόγηση διαστάσεων, σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε Σκανδιναβικές χώρες το 2020 και το 2021 (Eide et al. 2020, Eide et al. 2021), πάνω από το 90 % των ασθενών αξιολόγησαν την επικοινωνία με τον γενικό ιατρό, τη συμμετοχή των ασθενών και την πληρότητα/περιεκτικότητα της φροντίδας ως σημαντικές ή πολύ σημαντικές, ενώ κανένα στοιχείο σχετικά με την προσβασιμότητα δεν θεωρήθηκε εξίσου σημαντικό, τουλάχιστον όχι όσο η καλή επικοινωνία. Ενώ η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ κρίθηκε σημαντική, ήταν δευτερεύουσα σε σχέση με την καλή επικοινωνία. Μάλιστα, εκτιμούσαν την καλή

επικοινωνία και τη συμμετοχή στις αποφάσεις υψηλότερα από την προσβασιμότητα στη φροντίδα. Αυτό σημαίνει ότι το οργανωτικό πλαίσιο για την ΠΦΥ πρέπει να επιτρέπει την βέλτιστη ποιότητα επικοινωνίας. Η προσέγγιση της μοναδικής εστίασης στην πρόσβαση στη φροντίδα κατά την ανάπτυξη των υπηρεσιών μπορεί να μην είναι πάντα προτεραιότητα από την οπτική των ασθενών.

Η αύξηση της ηλικίας σχετίζεται θετικά με σχεδόν όλες τις βαθμολογίες των επιμέρους διαστάσεων των εμπειριών των χρηστών (Frengidou et al. 2017, Anagnostopoulou, Siskou & Galanis 2012), οι άνδρες ασθενείς είναι πιο ικανοποιημένοι από την παρεχόμενες φροντίδες υγείας σε σχέση με τις γυναίκες (Rahmqvist, 2001; Jenkinson et al., 2002) και οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής σχετίζονται, αρνητικά με τις συνολικές αξιολογήσεις των εμπειριών των ασθενών. Καθώς οι χρόνοι αναμονής στην ΠΦΥ αποτελούν ισχυρούς και ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ (Kringos et al. 2013, Kringos et al. 2015), τέτοια προβλήματα έχουν ήδη εντοπιστεί στις επίσημες αξιολογήσεις των συστημάτων ΠΦΥ διεθνώς και σε εθνικό επίπεδο, υποδηλώνοντας βασικούς τομείς για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ. Ειδικότερα, η έλλειψη υποχρεωτικού συστήματος παραπομπής τείνει να οδηγεί σε παραβίαση των ορίων συστήματος με μεγάλες λίστες αναμονής. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς περιμένουν μεγάλα χρονικά διαστήματα για την επίσκεψη στους γιατρούς, και γενικά τους επαγγελματίες υγείας, που δεν γνωρίζουν το ιατρικό τους ιστορικό και που κατακλύζονται από μεγάλο αριθμό ασθενών. Επίσης, η αύξηση του αριθμού των επισκέψεων στην ΤΟΜΥ κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας θετικών εμπειριών από την περιεκτικότητα της φροντίδας που έλαβαν. Το τελευταίο εύρημα πιθανότατα σχετίζεται και με την ισχυρή θεραπευτική σχέση η οποία συνήθως αναπτύσσεται μεταξύ των ιατρών και των ασθενών.

Πλήθος ερευνητικών προσπαθειών εστιάζουν στις εμπειρίες των ασθενών από τη λήψη των υπηρεσιών ΠΦΥ, στα εμπόδια πρόσβασης και στους προβλεπτικούς παράγοντες των θετικών εμπειριών από τις δομές ΠΦΥ. Το ερευνητικό αυτό ενδιαφέρον υπογραμμίζει και την σημαντικότητα του ζητήματος τόσο σε επίπεδο πολιτικής όσο και σε επίπεδο καθημερινής παροχής υπηρεσίας. Η ενίσχυση της

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αντιπροσωπεύει μια θεμελιώδη μετατόπιση από την παροχή της φροντίδας που επικεντρώνεται στη θεραπεία ασθενειών προς τα συστήματα υγείας που ανταποκρίνονται στις ειδικές ανάγκες υγείας των ασθενών και των κοινοτήτων, με κυρίαρχη εστίαση στην πληρότητα και τη συνέχεια της φροντίδας.

Η διαδικασία αξιολόγησης των εμπειριών των ασθενών θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα ιστορικά, κοινωνικά, πολιτιστικά και οικονομικά χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν το σύστημα υγείας μιας χώρας. Η ΠΦΥ αντιπροσωπεύει επίσης μια μετάβαση από τη φροντίδα με γνώμονα την προσφορά των υπηρεσιών υγείας στη φροντίδα που βασίζεται στις ανάγκες, στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση και υποστήριξη των κοινοτήτων για την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας των χωρών γενικά. Βέβαια, εγγενής στην ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να είναι η μειωμένη εξάρτηση από την επαγγελματική φροντίδα υποστηρίζοντας τους ανθρώπους να αναπτύξουν και να διατηρήσουν την αυτονομία τους και να αναλάβουν την ευθύνη για την κατάσταση της δικής τους υγείας.

Η ερευνητική κοινότητα πρέπει να εστιάζει στη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις υποδομές, τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, την πληρότητα/περιεκτικότητα της φροντίδας, την επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών την προσβασιμότητα π.χ. τις γεωγραφικές, οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες και εμπόδια (Calnan et al., 1994; Turin et al., 2021, 2020).

4.4. Η ελληνική εμπειρία αναφορικά με την μέτρηση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης των εμπειριών των ασθενών/ληπτών των υπηρεσιών ΠΦΥ

4.4.1. Μεθοδολογία

Προκειμένου να προσδιοριστούν οι μελέτες που διεξήχθησαν στην Ελλάδα αναφορικά με τις διαστάσεις της φροντίδας στην ΠΦΥ που αξιολογούνται για τη μέτρηση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: ασθενής, εμπειρίες, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Ελλάδα, διαστάσεις φροντίδας, ποιότητα. Η αναζήτηση διεξήχθη στη βάση δεδομένων PubMed και τη μηχανή αναζήτησης Google Scholar, με έμφαση στις μελέτες που δημοσιεύθηκαν κατά την τελευταία 15ετία. Επιπρόσθετα, αναζήτηση έγινε στα εθνικά επιστημονικά περιοδικά που δημοσιεύθηκαν στην ελληνική γλώσσα καθώς και στη «γκρίζα» βιβλιογραφία σε εθνικό επίπεδο.

Επίσης, εκπονήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση όσον αφορά τη στάθμιση των ερωτηματολογίων και τον προσδιορισμό των αξιολογούμενων διαστάσεων στην παροχή της ΠΦΥ προκειμένου να εντοπισθούν αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης των εμπειριών των ασθενών/ληπτών των υπηρεσιών ΠΦΥ.

4.4.2. Αποτελέσματα - Συμπεράσματα

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Παράρτημα, Πίνακας Β: Αποτελέσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τις διαστάσεις της φροντίδας στην ΠΦΥ υπό το πρίσμα της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας-Ελληνικά δεδομένα) έφερε στο φως διακριτές διαστάσεις που φαίνεται ότι συνιστούν σημαντικές πηγές θετικών εμπειριών/ικανοποίησης και αρνητικών εμπειριών/«δυσαρέσκειας» σχετικά με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα. Εντοπίστηκαν επτά (7) μελέτες που εκπονήθηκαν κατά την περίοδο 2006-2017, οι οποίες πληρούν τα κριτήρια σχετικά με την επαρκή δειγματοληψία και τη

λεπτομερή περιγραφή της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε. Για την πλειονότητα αυτών των μελετών, η αξιοπιστία διασφαλίστηκε με την αξιολόγηση της εσωτερικής εγκυρότητας (Aletras et al., 2006, Anagnostopoulos et al., 2012, Papanikolaou και Zygiaris, 2014, Pini et al., 2014, Pierrakos κ.ά., 2015, Frengidou et al. 2017). Σε αρκετές μελέτες είχε προηγηθεί μια πιλοτική μελέτη και έγινε ανατροφοδότηση από ομάδα εμπειρογνομόνων για να διασφαλιστεί όχι μόνο η εσωτερική εγκυρότητα αλλά και η εγκυρότητα όψης και η χρηστικότητα (Aletras et al., 2006; Ραφτόπουλος, 2010; Frengidou et al., 2017). Η πλειονότητα των προαναφερθεισών μελετών χρησιμοποίησε αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, ενώ παρατηρήθηκε μεγάλη ποικιλία μεταξύ των χρησιμοποιούμενων εργαλείων μέτρησης, όσον αφορά στον τύπο του ερωτηματολογίου. Ωστόσο, σχεδόν όλες οι μελέτες χρησιμοποίησαν την κλίμακα Likert με διαφορετικά είδη κατηγοριών, προκειμένου να αξιολογήσουν ένα μεγάλο αριθμό διαφορετικών εμπειριών και διαστάσεων της υγειονομικής φροντίδας.

Οι αναφερόμενες διαστάσεις που αποτελούν τις προτεραιότητες των ασθενών/ληπτών στην Ελλάδα όσον αφορά τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι:

- **A. Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας:** αφορά όλους τους λήπτες υπηρεσιών για αξιολόγηση διαστάσεων όπως ο χρόνος και η προσπάθεια που απαιτείται, η απόσταση και η εγγύτητα των υπηρεσιών, ο χρόνος αναμονής και εξυπηρέτησης (Lionis et al., 2017, Aletras et al., 2006, Pini et al., 2014, Pierrakos et al., 2015, Frengidou et al., 2017).
- **B. Τεχνική ποιότητα της φροντίδας και διαπροσωπικές διαστάσεις:** Η τεχνική ποιότητα της φροντίδας αφορά την επάρκεια και την ικανότητα (ή όχι) των φορέων παροχής υγειονομικής φροντίδας (κυρίως ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού) και τη συμμόρφωσή τους (ή όχι) με τις πρότυπες διαδικασίες διάγνωσης και θεραπείας. Στο πλαίσιο αυτό αξιολογούνται οι αντιλήψεις των ασθενών/ληπτών σχετικά με τις δεξιότητες και τις ικανότητες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (Lionis et al., 2017; Aletras et al., 2006; Anagnostopoulos et al., 2012; Pini et al., 2014; Pierrakos et al., 2015; Frengidou et al., 2017). Οι διαπροσωπικές (συμπεριφορικές) διαστάσεις αφορούν επίσης στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και επικεντρώνεται στα χαρακτηριστικά που διέπουν (ή όχι) τους παρόχους

υπηρεσιών φροντίδας υγείας (κυρίως του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικό) όπως η ευγένεια, το ενδιαφέρον για την κατάσταση του ασθενή, η εξατομικευμένη προσέγγιση κτλ.(Lionis et al., 2017; Aletras et al., 2006; Anagnostopoulos et al., 2012; Pierrakos et al., 2015).

- **Γ. Συνέχεια της φροντίδας:** αφορά τη συστηματική και συντονισμένη παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Lionis et al., 2017, Aletras et al., 2006, Pierrakos et al., 2015, Frengidou et al., 2017) .
- **Δ. Το φυσικό περιβάλλον:** Σχετίζεται με τους χώρους και τις εγκαταστάσεις όπου παρέχονται οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Ειδικότερα, σημαντικές πηγές ικανοποίησης αποτελούν η άνεση και καθαριότητα του χώρου, ο εύκολος προσανατολισμός των ασθενών εντός των εγκαταστάσεων κ.λπ. (Lionis et al., 2017, Aletras et al., 2006 Pierrakos et al., 2015).

Τέλος, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο εντοπίστηκαν πέντε (5) αξιόπιστα εργαλεία/ερωτηματολόγια τα οποία θεωρήθηκαν ως τα πλέον κατάλληλα και σχετικά με τους σκοπούς της παρούσας μελέτης:

1. Patient Experience Questionnaire (PEQ)
2. Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC)
3. Patient Reported Experience Measure (PREM), Primary care
4. Patient Reported Experience Measure (PREM), Chronic care
5. Primary care evaluation tool P3

Τα χαρακτηριστικά των εν λόγω εργαλείων (συγγραφείς, χωροχρονικά δεδομένα, δείγμα μελέτης, όνομα ερωτηματολογίου, εκτιμώμενες διαστάσεις κ.λπ) παρουσιάζονται στο Παράρτημα (Πίνακας Β: Βιβλιογραφική ανασκόπηση των εργαλείων μέτρησης σε διεθνές επίπεδο), τα οποία αποτέλεσαν τη βάση για την ανάπτυξη του ερωτηματολογίου αξιολόγησης των εμπειριών των ασθενών που να ανταποκρίνεται στο εθνικό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο της ΠΦΥ.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1. Σκοπός και σχεδιασμός της μελέτης

Σκοπό αποτέλεσε η ανάπτυξη έγκυρου και αξιόπιστου εργαλείου μέτρησης για την αποτύπωση/μέτρηση/αξιολόγηση των εμπειριών των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Εφαρμόστηκε προσέγγιση μικτής μεθοδολογίας. Ειδικότερα, η μεθοδολογία ανάπτυξης και στάθμισης του εργαλείου περιελάμβανε τρία βήματα (Εικόνα 3), τα οποία αναλύονται παρακάτω.

1^ο Βήμα: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας/Θεμελίωση του θεωρητικού υπόβαθρου

Προκειμένου να θεμελιωθεί το θεωρητικό υπόβαθρο σχετικά με τις αξιολογούμενες διαστάσεις της φροντίδας στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, διενεργήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση των σχετικών μελετών από τη διεθνή και ελληνική εμπειρία σχετικά με τις εμπειρίες των ασθενών, με επίκεντρο τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και τις αναφερόμενες διαστάσεις της φροντίδας. στον τομέα της ΠΦΥ (αναλύεται εκτενώς η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της ανασκόπησης στο ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ). Αυτό το βήμα είχε ως αποτέλεσμα τον εντοπισμό των πιο ευρέως χρησιμοποιούμενων εργαλείων μέτρησης (σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο) και των διαστάσεων για τη μέτρηση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη/χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιπλέον, εθνικοί και διεθνείς εμπειρογνώμονες συνέβαλαν με την τεχνογνωσία τους στον τομέα της ΠΦΥ στην ανάπτυξη των εργαλείων μέτρησης. Έτσι, αναπτύχθηκε ένα πρώτο σύνολο ερωτήσεων ανά τύπο δομής και ανά διάσταση της φροντίδας που αξιολογήθηκε.

2^ο Βήμα: Ποιοτική μελέτη: ανάπτυξη των ερωτήσεων του εργαλείου και διασφάλιση της εγκυρότητας όψης (face validity)

Η πρώτη εκδοχή του ερωτηματολογίου ανά δομή (κέντρα υγείας και εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων) παρουσιάστηκε και δοκιμάστηκε σε δύο ομάδες εστίασης ασθενών προκειμένου να προσδιοριστούν οι διαστάσεις της φροντίδας που έπρεπε να αξιολογηθούν (και τελικά να συμπεριληφθούν στα εργαλεία), να διασφαλιστεί η συμπερίληψη τυχόν διαστάσεων που έλειπαν και να βελτιωθεί η χρηστικότητα/κατανοησιμότητα των ερωτήσεων. Οι ασθενείς σχολίασαν την καταλληλότητα των ερωτήσεων του εργαλείου και πρόσθεσαν/αφαίρεσαν στις υπάρχουσες ερωτήσεις. Τα σχόλιά τους επεξεργάστηκαν και αναλύθηκαν κατάλληλα, καταλήγοντας σε ένα προκαταρκτικό σύνολο ερωτήσεων (γίνεται η σχέση ανάλυση παρακάτω). Κατά τη διάρκεια του 2^{ου} βήματος, δημιουργήθηκε και μια συμβουλευτική επιτροπή βασικών ενδιαφερομένων που είναι εμπειρογνώμονες στον τομέα της ΠΦΥ (επαγγελματίες υγείας, εκπρόσωποι ασθενών, υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής υγείας) και καταρτίστηκε ένας κατάλογος με τις δομές που θα λάμβανε χώρα η πιλοτική μελέτη. Η συμβουλευτική επιτροπή αποτελούνταν από 10 επαγγελματίες υγείας και υπεύθυνους χάραξης πολιτικής που είτε εργάζονταν σε χώρους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είτε συνδέονταν με κεντρικούς κυβερνητικούς φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και εκπροσώπους ασθενών. Μεταξύ άλλων, η συμβουλευτική επιτροπή συνέβαλε στον προσδιορισμό των επιδιωκόμενων στόχων που θα σχεδιαζόταν να καλύψει η μελέτη καθώς και στη συμμετοχή στη διαδικασία διασφάλισης της εγκυρότητας όψης του ερωτηματολογίου.

Η διαδικασία διασφάλισης της εγκυρότητας προσώπου ξεκίνησε με την εξέταση του πρώτου σχεδίου σετ ερωτήσεων (που αναπτύχθηκε κατά το 1^ο βήμα) από τις βασικές ομάδες ενδιαφερομένων. διεξήχθη ένας πρώτος γύρος συνεντεύξεων και οι ενδιαφερόμενοι αξιολόγησαν εάν οι ερωτήσεις καταγράφουν με επιτυχία το ευρύ φάσμα των διαστάσεων της ΠΦΥ, σχολίασαν το περιεχόμενο και την κατασκευή των ερωτηματολογίων, συμβάλλοντας στην αποφυγή συνηθισμένων λαθών όπως έλλειψη βασικών ερωτήσεων, μπερδεμένες ή διπλές ερωτήσεις .

Στη συνέχεια, συντάχθηκαν οι προ-τελικές εκδόσεις του ερωτηματολογίου και διεξήχθη έλεγχος ευχρηστίας/κατανοησιμότητας χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία των ομάδων εστίασης. Ο έλεγχος ατός άλλαξε το περιεχόμενο και τη δομή του ερωτηματολογίου (γίνεται η σχέση ανάλυση παρακάτω) και αυτό το αναθεωρημένο

προσχέδιο ερωτηματολογίου (προσαρμοσμένο σε κάθε τύπο μονάδας παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ) τέθηκε υπόψιν της Συμβουλευτικής Επιτροπής των Βασικών Ενδιαφερομένων για έναν δεύτερο γύρο συνεντεύξεων. Ως αποτέλεσμα, οριστικοποιήθηκε το σχέδιο ερωτηματολογίου που θα διενήμετο στις πιλοτικές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

3^ο Βήμα: Ποσοτική μελέτη: πιλοτική μελέτη και έλεγχος της εγκυρότητας περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής (content validity and structure validity) και της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων/εργαλείων (internal consistency reliability).

Πιλοτική μελέτη

Στο 3^ο Βήμα, το τελικό αυτο-συμπληρούμενο προσχέδιο ερωτηματολογίου χορηγήθηκε σε πληθυσμό 733 ασθενών/χρηστών υπηρεσιών ΠΦΥ που επισκέφθηκαν επιλεγμένο υποσύνολο δομών ΠΦΥ (8 κέντρα υγείας και 3 εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων), προκειμένου να γίνει επιτόπια δοκιμή του περιεχομένου, της χρηστικότητας και της καταλληλότητας του εργαλείου για τον πληθυσμό-στόχο και τις δομές ΠΦΥ. Σε αυτό το σημείο, οι εμπειρίες των ερευνητών πεδίου κατά τη διάρκεια αυτής της πιλοτικής φάσης θεωρήθηκαν ζωτικής σημασίας, προκειμένου να εντοπιστούν προβλήματα κατανόησης επί τόπου και κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και να επισημανθούν τυχόν στοιχεία του ερωτηματολογίου που ήταν δύσκολο να κατανοηθούν και προκάλεσαν παρερμηνείες. Επιπλέον, τα σχόλια που έλαβαν οι ερευνητές πεδίου μαζί με τα αποτελέσματα της διαδικασίας επικύρωσης και των πιλοτικών δοκιμών αποτέλεσαν τη βάση για την ανάπτυξη της τελικής έκδοσης των ερωτηματολογίων.

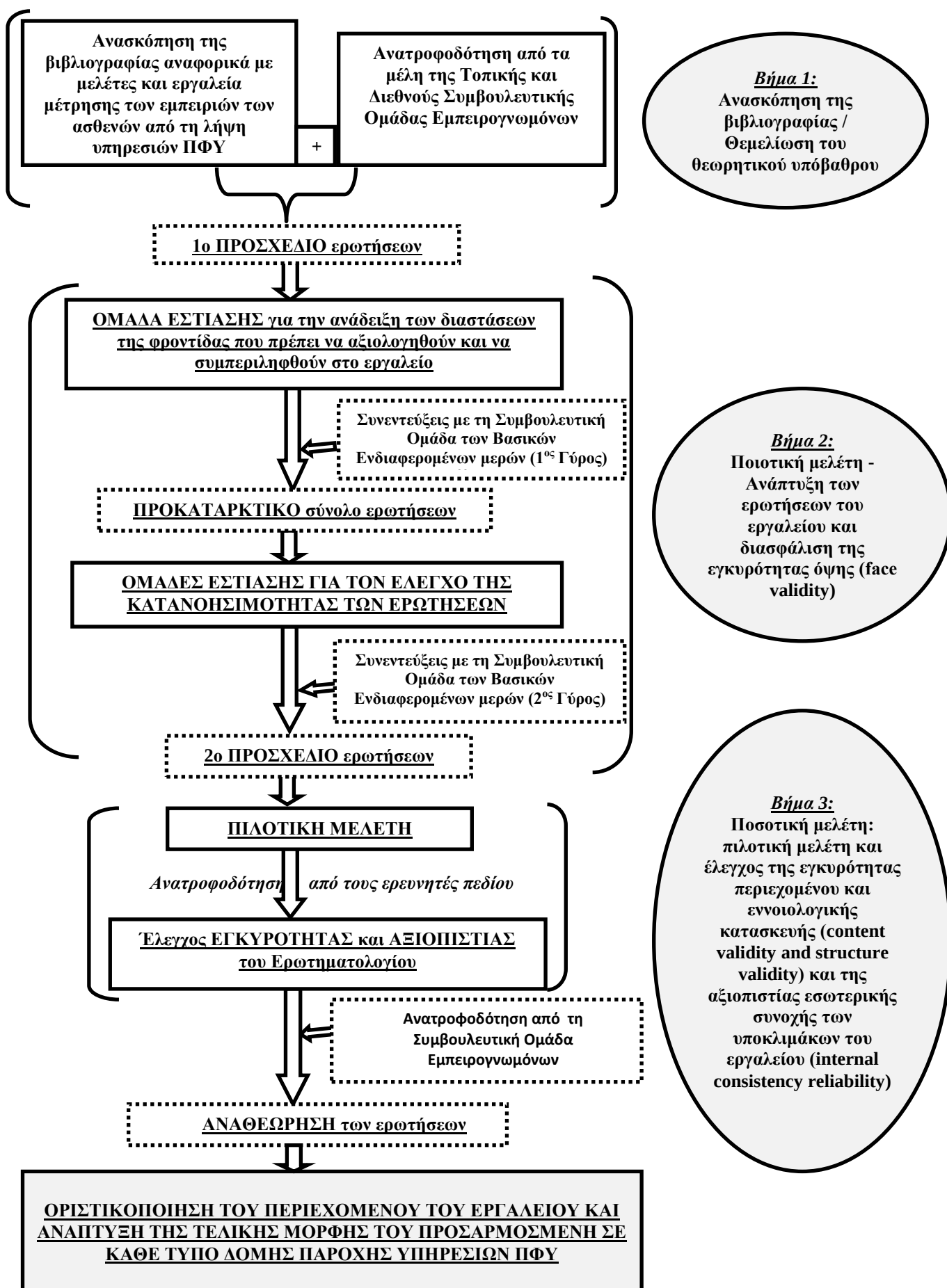
Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας προκειμένου να ληφθεί το δείγμα της μελέτης. Οι χρήστες των υπηρεσιών προσεγγίστηκαν αμέσως μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψης στον επαγγελματία υγείας κατά την αποχώρησή τους από την αίθουσα εξέτασης. Δεν υπήρχαν άλλα κριτήρια για τη μέθοδο δειγματοληψίας εκτός από το ότι οι χρήστες/ασθενείς ήταν διαθέσιμοι και πρόθυμοι να συμμετάσχουν. Οι ερευνητές πεδίου ενημέρωσαν τους πιθανούς συμμετέχοντες λεπτομερώς σχετικά με

τον σκοπό της έρευνας και ζητήθηκε η ενημερωμένη συγκατάθεσή τους για να εγγραφεί ένας χρήστης ΠΦΥ στη μελέτη. Το δείγμα προήλθε από ασθενείς ή τον ενήλικα συνοδό τους, οι οποίοι έλαβαν φροντίδα σε μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν οι συναινούντες ενήλικες 18 ετών και άνω και η ευκολία ανάγνωσης και γραφής στην ελληνική γλώσσα. Οι συμμετέχοντες με σωματικές αναπηρίες που θα μπορούσαν να επηρεαστεί η ικανότητά τους να δώσουν ενημερωμένη συγκατάθεση, να συνεργαστούν με το προσωπικό των δομών ΠΦΥ ή να κατανοήσουν τις ερωτήσεις που τέθηκαν, διευκολύνθηκαν από τους ερευνητές πεδίου για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Έλεγχος της εγκυρότητας περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής (content validity and structure validity) και της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων/εργαλείων (internal consistency reliability)

Πραγματοποιήθηκε διερευνητική και επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων (exploratory and confirmatory factor analysis) προκειμένου να εντοπιστούν οι παράγοντες (δηλαδή οι διαστάσεις της φροντίδας). Τέλος, η εσωτερική συνοχή των ερωτήσεων που ομαδοποιήθηκαν στους ίδιους παράγοντες ελέγχθηκε βάσει του συντελεστή Cronbach's alpha, ελέγχοντας τη συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων που ομαδοποιήθηκαν στον ίδιο παράγοντα, ώστε να διασφαλιστεί η εσωτερική συνέπεια των ερωτήσεων ανά παράγοντα.

Το τελικό στάδιο της διαδικασίας ήταν η αναθεώρηση των στοιχείων του ερωτηματολογίου με βάση τις πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν από την ανάλυση παραγόντων και την ανάλυση αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων/εργαλείων, βάσει του συντελεστή Cronbach's alpha. Έγιναν μικρές αλλαγές με βάση αυτά τα αποτελέσματα αλλά και το θεωρητικό υπόβαθρο που διατυπώθηκε στο 1^ο Βήμα, σχετικά με τις αξιολογούμενες διαστάσεις της φροντίδας στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μετά από αυτές τις αναθεωρήσεις, διαμορφώθηκε και οριστικοποιήθηκε το τελικό περιεχόμενο του εργαλείου για τη διεξαγωγή περιοδικών ερευνών αξιολόγησης της εμπειρίας των χρηστών σε δημόσιες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.



Εικόνα 3. Βήματα για την ανάπτυξη έγκυρου και αξιόπιστου εργαλείου μέτρησης για την αποτύπωση και αξιολόγηση των εμπειριών των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα

Στη συνέχεια περιγράφονται:

- η φάση της **πilotικής μελέτης του εργαλείου** (σε χρήστες των εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας) και
- η **μελέτη ευρείας κλίμακας** (δείγμα αποτέλεσαν οι χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ όπως παρέχονταν από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας).

1.2. Ανάπτυξη και στάθμιση του εργαλείου – Pilotική μελέτη

Για την ανάπτυξη και στάθμιση του εργαλείου εφαρμόστηκε (μετά το 1^ο Βήμα που προηγήθηκε, δηλαδή τη βιβλιογραφική ανασκόπηση για την ανάπτυξη του θεωρητικού υποβάθρου για την αξιολόγηση των διαστάσεων που αφορούν την αποτύπωση και την αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη των υπηρεσιών ΠΦΥ):

- 1. Ποιοτική μελέτη** για την ανάπτυξη των στοιχείων/ερωτήσεων του εργαλείου και τον έλεγχο της εγκυρότητας όψης (face validity-cognitive testing): Οργανώθηκαν δύο ομάδες εστίασης που περιελάμβαναν άτομα που είχαν λάβει υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) σε κέντρα υγείας και σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων της χώρας.
- 2. Ποσοτική μελέτη** για τον έλεγχο της εγκυρότητας περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής (content validity and structure validity) και της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων/εργαλείων (internal consistency reliability): Σε δείγμα 733 χρηστών υπηρεσιών ΠΦΥ διανεμήθηκε η τελική έκδοση του ερωτηματολογίου που προέκυψε από την ποιοτική μελέτη που προηγήθη και πραγματοποιήθηκε διερευνητική και επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (exploratory and confirmatory factor analysis) για τον έλεγχο της εγκυρότητας περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής, ενώ εκτιμήθηκαν οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach' s alpha για τον έλεγχο της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων/εργαλείων (internal consistency reliability).

1.2.1. Ποιοτική μελέτη για την ανάπτυξη των στοιχείων/ερωτήσεων του εργαλείου και τον έλεγχο της εγκυρότητας όψης

1.2.1.1. Υπόβαθρο-Σκοπός

Η ανάπτυξη ενός ερωτηματολογίου με αποδεκτή αξιοπιστία και εγκυρότητα είναι μια πολύπλοκη διαδικασία και μια από τις βασικές προκλήσεις για τους ερευνητές. Είναι απαραίτητο οι ερωτήσεις ή/και οι σχετιζόμενες θεματικές να είναι ξεκάθαρες και περιεκτικές (Drennan, 2003). Οι σαφείς ερωτήσεις επιτρέπουν στους ερωτώμενους να απαντήσουν με επιτυχία σε αυτό που θέτει η ερώτηση. Η απάντηση σε ερωτήσεις θεωρείται ως μια πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει τέσσερα διαδοχικά στάδια: α) την κατανόηση, β) την ανάκτηση, γ) τη κρίση και δ) την απάντηση (Collins, 2003). Ένας αριθμός γνωστικών τεχνικών για την ανάπτυξη των ερωτήσεων έχει εντοπιστεί στη βιβλιογραφία για τη βελτιστοποίηση των ερωτηματολογίων πριν από τη διανομή τους, όπως οι ομάδες εστίασης, οι γνωστικές συνεντεύξεις και οι πιλοτικές μελέτες (Dillman, 2000). Οι γνωστικές μέθοδοι είναι ποιοτικής φύσης και χρησιμοποιούν τη γνωστική θεωρία για να κατανοήσουν πώς αντιλαμβάνονται οι συνεντευξιαζόμενοι τις ερωτήσεις και «κάνουν νόημα» για αυτούς (Drennan, 2003). Οι Beatty και Willis (2007) σημειώνουν ότι η γνωστική συνέντευξη περιλαμβάνει τη διαχείριση πρόχειρων ερωτήσεων έρευνας ενώ συλλέγει προφορικές πληροφορίες σχετικά με τις απαντήσεις, για να βοηθήσει να καθοριστεί εάν η ερώτηση έχει νόημα όπως σκοπεύει ο συγγραφέας.

Στην παρούσα μελέτη, χρησιμοποιήθηκαν ομάδες εστίασης για την αξιολόγηση της αντίληψης/κατανόησης και της ερμηνείας των ερωτήσεων του εργαλείου μέτρησης για την αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών σχετικά από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα και τον εντοπισμό πιθανών ασαφειών σε λέξεις ή φράσεις. Αυτή η μεθοδολογία μπορεί να βοηθήσει τους ερευνητές να διακρίνουν δυνητικά μπερδεμένες ερωτήσεις, ενώ εξαλείφει την προκατάληψη του συνεντευκτή (Beatty & Willis, 2007).

1.2.1.2. Σχεδιασμός

Οι γνωστικές μέθοδοι δεν επικεντρώνονται σε θέματα κατάλληλης σύνθεσης και μεγέθους δειγμάτων, επειδή τέτοια δείγματα δεν έχουν σχεδιαστεί για να είναι αντιπροσωπευτικά του συνολικού πληθυσμού αλλά μάλλον για να λαμβάνουν υπόψη τις σκέψεις λίγων συμμετεχόντων (Beatty & Willis, 2007). Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από ασθενείς που είχαν χρησιμοποιήσει το τμήμα εξωτερικών ιατρείων ενός νοσοκομείου και ένα κέντρου υγείας στην Αθήνα τουλάχιστον μία φορά στο παρελθόν. Για να είναι επιλέξιμοι για τη μελέτη, οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν και να έχουν επισκεφτεί τις προηγούμενες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας το παρελθόν.

Συνολικά 35 χρήστες προσεγγίστηκαν σκόπιμα από τον κύριο ερευνητή (P.I.). Επικοινωνήσε μαζί τους τηλεφωνικά και τους ζητήθηκε να συμμετάσχουν στη μελέτη. Μεταξύ αυτών, 11 ασθενείς (4 άνδρες, 7 γυναίκες) συμφώνησαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Έξι συμμετείχαν στην ομάδα εστίασης του νοσοκομείου και πέντε στη δεύτερη ομάδα του κέντρου υγείας. Δέκα ασθενείς δεν ήταν δυνατό να προσεγγιστούν και 14 δεν μπόρεσαν να συμμετάσχουν. Οι δύο ομάδες εστίασης πραγματοποιήθηκαν σε μια τοποθεσία κατάλληλη για όλους τους συμμετέχοντες.

Οι συμμετέχοντες έλαβαν λεπτομερή εξήγηση του σκοπού της μελέτης τόσο κατά τη διάρκεια των τηλεφωνικών κλήσεων όσο και πριν από την έναρξη των ομάδων εστίασης. Ελήφθη γραπτή ενημερωμένη συγκατάθεση (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΠΙΝΑΚΑΣ Δ: Έντυπο Ενημερωμένης Συγκατάθεσης) από όλους τους συμμετέχοντες και η ταυτότητά τους παρέμεινε εμπιστευτική χρησιμοποιώντας ψευδώνυμα. Οι ομάδες εστίασης καταγράφηκαν ψηφιακά με την άδεια των συμμετεχόντων στη μελέτη. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα Β1.

Πίνακας Β1. Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στις ομάδες εστίασης

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Ανδρας	4 (36,4)
Γυναίκα	7 (63,6)
Ηλικία (μέση τιμή, τυπική απόκλιση)	44,5 (12,2)
Εθνικότητα	
Ελληνική	11 (100,0)

Άλλη	0 (0,0)
Ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης	
Λύκειο	7 (63,6)
ΠΕ/ΤΕ	2 (18,2)
Μεταπτυχιακός Τίτλος Σπουδών	2 (18,2)
Κατάσταση υγείας	
Εξαιρετική	1 (9,1)
Πολύ καλή	4 (36,4)
Καλή	6 (54,5)
Μέτρια	0 (0,0)
Κακή	0 (0,0)
Χρόνια νοσήματα	
Κανένα	7 (63,6)
Ένα	2 (18,2)
Δύο	0 (0,0)
≥3	1 (9,1)
Δεν ξέρω	1 (9,1)

1.2.1.3.Ανάπτυξη της ημερήσιας διατάξης (ατζέντας) για τη διεξαγωγή των ομάδων εστίασης

Αναπτύχθηκε η ημερήσια διάταξη (ατζέντα) για τη διεξαγωγή των ομάδων εστίασης προκειμένου να ελεγχθεί η αντίληψη, η ερμηνεία και η χρησιμότητα των ερωτήσεων του νέου εργαλείου μέτρησης για την αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών σχετικά με τη λήψη/χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα.

Συνολικά, αναπτύχθηκαν 12 γνωστικές διερευνητικές ερωτήσεις: «Μπορείτε να επαναλάβετε την ερώτηση που μόλις έκανα με δικά σας λόγια;», «Πώς καταλήξατε σε αυτή την απάντηση;», «Πόσο σίγουροι είστε για την απάντησή σας;», «Ήταν εύκολο να το θυμηθείτε;», «Είναι κατάλληλες οι επιλογές απάντησης;», «Είναι απλή η ερώτηση;», «Είναι εύκολο ή δύσκολο να απαντηθεί;», «Πιστεύετε ότι η ερώτηση είναι σχετική;», «Τι σημαίνει για εσάς ο όρος ...;», «Πείτε μου, τι σκέφτεστε;», «Θα προσθέτατε κάποια ερώτηση;» και «Τι πιστεύετε για το μέγεθος του εργαλείου;».

Οι δέκα αφορούσαν την κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου ξεχωριστά και δύο γενικές πτυχές του εργαλείου. Οι ερωτήσεις στόχευαν στο να διερευνηθεί εάν κάθε ερώτηση του εργαλείου έγινε κατανοητή από τον συμμετέχοντα με τον ίδιο τρόπο όπως ο ερευνητής και εάν ήταν σχετική με το περιβάλλον της πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας. Οι παραπάνω τύποι ερωτήσεων ορίζονται ως «διερευνητικές

ερωτήσεις βάσεις σεναρίου - scripted probes» επειδή αναπτύσσονται πριν από τη διεξαγωγή της ομάδας εστίασης. Χρησιμοποιήθηκε επίσης ένας αριθμός «αυθόρμητων διερευνητικών ερωτήσεων - spontaneous probes» σε περίπτωση που εμφανιστεί ένα ενδιαφέρον σημείο που δεν μπορούσε να καλυφθεί από τις προκαθορισμένες διερευνητικές ερωτήσεις. Η ατζέντα αφορούσε επίσης τα διαδικαστικά ζητήματα της διεξαγωγής της ομάδας εστίασης. Η ίδια ατζέντα της ομάδας εστίασης εφαρμόστηκε και στις δύο ομάδες εστίασης.

1.2.1.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Οι ομάδες εστίασης πραγματοποιήθηκαν από άτομο με εμπειρία στη μεθοδολογία των ομάδων εστίασης, έναν παρατηρητή και έναν συντονιστή που είχαν εμπειρία στην ανάπτυξη ερωτηματολογίων. Μετά από μια σύντομη εισαγωγή όλων των μελών της ομάδας, ο κύριος ερευνητής εξήγησε τον στόχο και τη διαδικασία της ομάδας εστίασης και έλαβε γραπτή συγκατάθεση κάθε ερωτώμενου πριν από την έναρξη της ομάδας εστίασης. Υπάρχουν δύο κύριες μέθοδοι γνωστικής συνέντευξης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά τη διεξαγωγή ομάδων εστίασης για τη βελτιστοποίηση των ερωτηματολογίων: η τεχνική της «φωναχτής σκέψης» και η τεχνική της «αναδρομικής εξέτασης» (Beatty & Willis, 2007; Drennan, 2003). Όταν χρησιμοποιείται η πρώτη μέθοδος, οι ερωτηθέντες διαβάζουν τις ερωτήσεις δυνατά και εκφράζουν τις σκέψεις τους. Κατά τη διάρκεια της στρατηγικής διερεύνησης, ο ερευνητής θέτει διερευνητικές ερωτήσεις για να κατανοήσει καλύτερα την αντίληψη και την ερμηνεία των ερωτηθέντων. Η διερεύνηση περιλαμβάνει το αίτημα από τους συμμετέχοντες να παραφράσουν τις ερωτήσεις και να ορίσουν τη σημασία συγκεκριμένων λέξεων και να εξηγήσουν πώς απάντησαν (Willis, 1999).

Σε αυτή τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν και οι δύο μεθόδους ταυτόχρονα. Πρώτα απ' όλα, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να δώσουν προτεραιότητα στις διαστάσεις της φροντίδας (π.χ. προσβασιμότητα, επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας, συνέχεια και συντονισμός, ποιότητα ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, πληρότητα και κατάσταση της δομής/εγκατάστασης) και να τονίσουν τις σημαντικές πτυχές της

φροντίδας για αυτούς. Στη συνέχεια, σε κάθε συμμετέχοντα δόθηκε ένα δείγμα του ερωτηματολογίου. Οι ερωτηθέντες είχαν χρόνο να απαντήσουν σε κάθε ερώτηση. Η ταυτόχρονη προσέγγιση χρησιμοποιήθηκε για να ρωτηθούν οι συμμετέχοντες τι σκέφτονταν ενώ ή λίγο μετά την απάντηση σε κάθε ερώτηση (π.χ. «πες μου τι σκέφτεσαι»). Επιλέχθηκε αυτή η προσέγγιση αντί για την αναδρομική εξέταση επειδή οι συμμετέχοντες θυμούνται καλύτερα τι σκέφτονταν ενώ ή λίγο μετά την απάντηση σε μια ερώτηση καθώς οι πληροφορίες είναι ακόμα πρόσφατες. Οι διερευνητικές ερωτήσεις (Πίνακας 2) χρησιμοποιήθηκαν για τη διευκόλυνση αυτών των συζητήσεων (π.χ. «τι σημαίνει αυτός ο όρος για εσάς;»). Επιπλέον, ο παρατηρητής κράτησε σημειώσεις αναφορικά με τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων, συμπεριλαμβανομένης της γλώσσας του σώματος, του γέλιου, του αναστεναγμού και της ποιότητας της φωνής. Όταν οι ερευνητές και οι συμμετέχοντες είχαν συζητήσει όλα τα θέματα που σχετίζονταν με κάθε ερώτηση, προχωρούσαν στην επόμενη. Κάθε ομάδα εστίασης διήρκεσε περίπου μιάμιση ώρα. Μετά την ολοκλήρωση των ομάδων εστίασης, οι συμμετέχοντες έλαβαν μια μικρή αποζημίωση.

1.2.1.5. Ανάλυση δεδομένων

Υπάρχουν διάφορα συστήματα κωδικοποίησης για τον εντοπισμό των κατηγοριών των προβλημάτων των ερωτηματολογίων και συνήθως περιλαμβάνουν τέσσερις τύπους προβλημάτων: κατανόησης, ανάκτησης, κρίσης και μορφής απάντησης. Τα δύο πιο συχνά χρησιμοποιούμενα συστήματα είναι αυτά των Levine et al. (2005) και Willis (1999). Οι ομάδες εστίασης απομαγνητοφωνήθηκαν αυτολεξεί και όλα τα απομαγνητοφωνηθέντα δεδομένα εισήχθησαν στο λογισμικό NVivo 7. Τα προβλήματα κωδικοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας κυρίως το σύστημα του Willis (1999) το οποίο ταξινομεί τα προβλήματα του ερωτηματολογίου σε επτά κατηγορίες: i) σαφήνεια/κατανόηση (διατύπωση, αόριστοι όροι), ii) γνώση (προβλήματα ανάκλησης), iii) υποθέσεις, iv) κατηγορίες απαντήσεων (ελλείψεις, ασάφειες, επικαλύψεις), v) ευαίσθητο περιεχόμενο, vi) οδηγίες και vii) μορφή. Πιο συγκεκριμένα, με βάση τις απομαγνητοφωνήσεις, συγκεκριμένες φράσεις ομαδοποιήθηκαν στις παραπάνω κατηγορίες και στη συνέχεια εξετάστηκαν αυτές οι εισαγωγικές κατηγορίες για πιθανές υποκατηγορίες.

1.2.1.6. Αποτελέσματα

A) Κατηγορίες προβλημάτων

Κάθε ομάδα εστίασης αξιολόγησε περίπου 50 ερωτήσεις.. Σύμφωνα με το σύστημα κωδικοποίησης του Willis (1999) εντοπίστηκαν 30 προβλήματα. Αυτά περιελάμβαναν 12 προβλήματα σαφήνειας, οκτώ αναφορικά με τις κατηγορίες απαντήσεων, ένα πρόβλημα γνώσης, ένα πρόβλημα ευαίσθητου περιεχομένου, ένα πρόβλημα αναφορικά με τις οδηγίες και ένα πρόβλημα μορφοποίησης. Επιπλέον, προέκυψαν έξι νέοι τύποι προβλημάτων που δεν μπορούσαν να ταξινομηθούν σύμφωνα με το παραπάνω σύστημα κωδικοποίησης (μη-ταξινομήσιμα προβλήματα). Τα πιο προβληματικά στοιχεία κάθε κατηγορίας περιγράφονται παρακάτω.

B) Προβλήματα σαφήνειας

Οι ομάδες εστίασης παρείχαν πληροφόρηση για τις απόψεις των ερωτηθέντων σε ερωτήσεις και δηλώσεις που δεν ήταν σαφείς/ξεκάθαρες. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες και στις δύο ομάδες εστίασης αντιμετώπισαν προβλήματα σαφήνειας με την ερώτηση: «Ποιος είναι ο λόγος για την επίσκεψή σας σε αυτήν την δομή σήμερα;» Οι ερωτηθέντες αντιμετώπισαν δυσκολίες με αυτήν την ερώτηση επειδή σημείωσαν ότι είναι πιθανό να υπάρχουν περισσότεροι από ένας λόγοι για να επισκεφθούν μια μονάδα υγείας και επομένως δεν ήταν εύκολο να επιλέξουν μία απάντηση:

«Λοιπόν, προσωπικά θέλω να επιλέξω περισσότερες από μία απαντήσεις γιατί έκανα περισσότερα πράγματα... ιατρικό έλεγχο, συνταγογράφηση φαρμάκων, συνταγογράφηση εργαστηριακών εξετάσεων» (Α., 1η ομάδα εστίασης).

Κατά συνέπεια, αυτή η ερώτηση διευκρινίστηκε με την προσθήκη της φράσης «μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα» σε παρένθεση μετά την ερώτηση. Σε ένα άλλο παράδειγμα («Ο ειδικός γνωρίζει τα προβλήματα και τις ασθένειες που είχα στο παρελθόν από ιατρικά αρχεία»), οι συμμετέχοντες έπρεπε να ξαναδιαβάσουν την ερώτηση και οι περισσότεροι από αυτούς μουνμούριζαν ενώ προσπαθούσαν να την

απαντήσουν. Δεν μπορούσαν να κατανοήσουν την ερώτηση και προέκυψαν διάφορες ερμηνείες, συμπεριλαμβανομένου του εάν ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει τα προβλήματα των ασθενών ή πώς οι ασθενείς μπορούν να είναι σίγουροι ότι ο γιατρός γνωρίζει τις ασθένειές τους. Έτσι, αυτή η ερώτηση άλλαξε σε «*Ο ειδικός με ρωτά για το ιατρικό μου ιστορικό*» που είναι πιο σαφές. Παρόμοια προβλήματα παρουσιάστηκαν με μια άλλη ερώτηση: «*Ο γιατρός έχει πρόσβαση στα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν σε άλλες δομές*» η οποία αναθεωρήθηκε σε «*Ο ειδικός με ρωτά για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν*» .

Πολλοί συμμετέχοντες αντιμετώπισαν δυσκολίες με την ακόλουθη ερώτηση: «*Οι οδηγίες του ειδικού σχετικά με τα φάρμακα ήταν σύμφωνες με αυτές που παρέχονται από άλλους γιατρούς*». Οι ερωτηθέντες δυσκολεύτηκαν πολύ να κατανοήσουν την ερώτηση και δεν ήταν σε θέση να την απαντήσουν. Ανέφεραν ότι η ερώτηση δεν ήταν ξεκάθαρη:

«Δεν είναι... δεν το καταλαβαίνω, δεν μπορούσα να το απαντήσω... δηλαδή αν ο γενικός ιατρός συμφωνεί με αυτό που μου συνταγογραφεί ο ενδοκρινολόγος (...) ο χρόνος, το φάρμακο... Δεν καταλαβαίνω την ερώτηση» (Ε, 2η ομάδα εστίασης).

Οι συμμετέχοντες δυσκολεύτηκαν με τη φράση «*ήταν σύμφωνες*», επειδή μόνο λίγοι γιατροί ρωτούν τα φάρμακα που παίρνουν οι ασθενείς εκείνη τη στιγμή πριν συνταγογραφήσουν ένα νέο φάρμακο. Οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι οι γιατροί συνήθως συνταγογραφούν ένα φάρμακο και στη συνέχεια οι ασθενείς τους ρωτούν εάν υπάρχει πρόβλημα με κάποια άλλη θεραπεία που μπορεί να ακολουθήσουν. Επομένως, η ερώτηση αναθεωρήθηκε σε «*Ο ειδικός γιατρός μου συνταγογραφεί φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη όλα τα φάρμακα που έχουν ήδη συνταγογραφήσει άλλοι γιατροί*».

Η ανάλυση αποκάλυψε επίσης ότι υπήρχαν ορισμένα προβλήματα σαφήνειας λόγω επικάλυψης στη διατύπωση. Για παράδειγμα, μια δήλωση που αναγνωρίστηκε ως προβληματική από τους ερωτηθέντες ήταν η ακόλουθη: «*Ο ειδικός γιατρός μου εξηγεί*

ξεκάθαρα όλες τις πτυχές της κατάστασης της υγείας μου και τα προβλήματα υγείας μου». Οι συμμετέχοντες πρότειναν ότι οι όροι «κατάσταση υγείας» και «προβλήματα υγείας» ήταν παρόμοιοι και αλληλοεπικαλυπτόμενοι και τόνισαν την ανάγκη να απλοποιηθεί η ερώτηση που τελικά άλλαξε σε «Ο ειδικός γιατρός μου εξηγεί ξεκάθαρα όλες τις διαστάσεις της κατάστασης της υγείας μου».

Ομοίως, οι δύο δηλώσεις «Οι νοσηλευτές/οι επισκέπτες υγείας με ακούνε προσεκτικά και απαντούν στις ερωτήσεις μου με τρόπο που μπορώ να καταλάβω» και «Οι νοσηλευτές/οι επισκέπτες υγείας είναι ευγενικοί μαζί μου» αναδιατυπώθηκαν σε μια απλούστερη δήλωση «Οι νοσηλευτές με ακούνε με προσοχή».

Τέλος, είναι απαραίτητο να αναφερθεί ότι στα τελευταία παραδείγματα ο όρος «επισκέπτης υγείας» διαγράφηκε επειδή οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν ήταν εξοικειωμένοι με τον όρο ή δεν ήταν σίγουροι ποιους επαγγελματίες αφορά/περιλαμβάνει ο όρος. Το τελευταίο πρόβλημα μπορεί επίσης να ταξινομηθεί και ως πρόβλημα γνώσης.

Γ) Προβλήματα αναφορικά με τις κατηγορίες/επιλογές απάντησης

Με βάση την ανάλυση των απομαγνητοφωνημένων κειμένων, εντοπίστηκαν οκτώ προβλήματα αναφορικά με τις κατηγορίες/επιλογές απάντησης τα οποία ταξινομήθηκαν σε τρεις διαφορετικούς τύπους: τρία προβλήματα λόγω απαντήσεων που έλειπαν, τρία προβλήματα σαφήνειας και δύο προβλήματα ανάκλησης.

Όσον αφορά τις απαντήσεις που έλειπαν, τα σχόλια πολλών συμμετεχόντων έδειξαν ότι ο όρος «δεν θυμάμαι» θα πρέπει να προστεθεί ως πιθανή απάντηση σε ορισμένες ερωτήσεις, επειδή οι ασθενείς μπορεί να μην θυμούνται πραγματικά κάποιο είδος πληροφοριών. Για παράδειγμα, στην πρώτη ερώτηση «Τους τελευταίους έξι μήνες, πόσο συχνά επισκεπτόσασταν αυτήν τη δομή;» Η απάντηση «δεν θυμάμαι» προστέθηκε προκειμένου να δοθεί μια πιθανή απάντηση σε όσους δεν θυμούνται πόσες φορές επισκέφτηκαν μια δομή. Επιπλέον, απαντώντας στην ερώτηση «Πόσες μέρες περιμένατε μεταξύ του ραντεβού και αυτής της επίσκεψης;» ορισμένοι συμμετέχοντες πρότειναν ότι η απάντηση «έκλεισα το ραντεβού νωρίτερα σήμερα»

έπρεπε να προστεθεί σε περίπτωση που κάποιος ασθενής προγραμματίζε το ραντεβού την ίδια ημέρα της επίσκεψης. Τέλος, στην ενότητα «προσωπικές πληροφορίες» και πιο συγκεκριμένα σε ό,τι αφορά το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης, οι ερωτηθέντες συνέστησαν μια σειρά από άλλα επίπεδα της εκπαίδευσης που δεν είχαν συμπεριληφθεί στις απαντήσεις. Επομένως, προστέθηκε η απάντηση «*Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση*» για να καλυφθεί μεγαλύτερο εύρος πιθανών απαντήσεων.

Οι συμμετέχοντες μοιράστηκαν επίσης τη γνώμη τους σχετικά με ορισμένα ζητήματα σαφήνειας ορισμένων κατηγοριών απαντήσεων. Για παράδειγμα, δύο απαντήσεις στην ερώτηση «*Ποιος είναι ο λόγος για την επίσκεψή σας σε αυτήν τη δομή σήμερα;*» προσδιορίστηκαν ως ασαφείς από πολλούς συμμετέχοντες και των δύο ομάδων εστίασης. Αυτές περιελάμβαναν τις δύο τελευταίες πιθανές απαντήσεις «*δεύτερη γνώμη*» και «*άλλο*» που αναδιατυπώθηκαν σε «*επίσκεψη για δεύτερη γνώμη*» και «*άλλο (παρακαλώ ορίστε:.....)*», οι οποίες θεωρήθηκαν πιο σαφείς σύμφωνα με τις απόψεις των συμμετεχόντων .

Ήταν επίσης ενδιαφέρον ότι σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες παρεξήγησαν την 5βάθμια κλίμακα Likert (διαφωνώ απόλυτα - συμφωνώ απόλυτα) που χρησιμοποιήθηκε ως απάντηση σε πολλές ερωτήσεις. Αnéφεραν ότι ορισμένες από τις πέντε κλίμακες δεν μπορούσαν να εφαρμοστούν σε έναν αριθμό ερωτήσεων και θα έδιναν απαντήσεις με βάση τις υποθέσεις τους. Έτσι, συνέστησαν την αντικατάσταση της προηγούμενης κλίμακας με μια αριθμητική κλίμακα Likert 5 βαθμών (1 έως 5) όπου το 1 σημαίνει «*Διαφωνώ απόλυτα*» και το 5 σημαίνει «*Συμφωνώ απόλυτα*», επειδή ήταν πιο εύκολο για αυτούς να απαντήσουν.

Οι συμμετέχοντες στις ομάδες εστίασης εντόπισαν επίσης μπερδεμένες κατηγορίες απαντήσεων καθώς αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην ανάκληση των απαιτούμενων πληροφοριών. Δύο ερωτήσεις είχαν κατηγορίες απαντήσεων με τέτοιες δυσκολίες: «*Πόσες ημέρες περιμένατε μεταξύ του ραντεβού και αυτής της επίσκεψης;*» και «*Πόσο καιρό περιμένατε σήμερα μεταξύ της άφιξης στη δομή και της επίσκεψης;*». Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, οι πιθανές απαντήσεις διατυπώθηκαν με πολύ συγκεκριμένο τρόπο που τους προκαλούσε προβλήματα στην ανάκληση. Πιο συγκεκριμένα, οι απαντήσεις στις παραπάνω ερωτήσεις ήταν: «*Περίμενα 2-7 ημέρες*», «*Περίμενα 8-30 ημέρες*», «*Περίμενα περισσότερες από 30 ημέρες*» και «*15-30 λεπτά*», «*31-45 λεπτά*»,

“46-60 λεπτά” αντίστοιχα. Ο ακριβής αριθμός ημερών ή λεπτών (π.χ. 7 ημέρες, 45 λεπτά, κ.ά.) θεωρήθηκε ότι ήταν πολύ δύσκολο να τα θυμηθούν. Κατά συνέπεια, οι απαντήσεις επαναδιατυπώθηκαν με τον ακόλουθο τρόπο, προκειμένου να είναι ευκολότερο για τους συμμετέχοντες να ανακαλέσουν στη μνήμη τους μια σαφής απάντηση: «Περίμενα μία εβδομάδα», «Περίμενα από μία εβδομάδα έως 1 μήνα», «Περίμενα περισσότερο από ένα μήνα» και «Λιγότερο από μισή ώρα», «Από μισή έως μία ώρα».

Δ) Άλλα προβλήματα

Οι συμμετέχοντες και στις δύο ομάδες εστίασης αντιμετώπισαν μια σειρά από άλλα προβλήματα, όπως ένα πρόβλημα γνώσης, ένα πρόβλημα ευαίσθητου περιεχομένου, ένα πρόβλημα λόγω των οδηγιών για την απάντηση και ένα πρόβλημα μορφοποίησης:

Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες αντιμετώπισαν πρόβλημα γνώσης με τη δήλωση «Υπάρχει επάρκεια βασικών ιατρικών προμηθειών (π.χ. φάρμακα, αναλώσιμα κ.λπ.)». Νόμιζαν ότι δεν ήταν σε θέση να γνωρίζουν αυτές τις πληροφορίες. Όπως σημείωσε ένας συνεντευξιζόμενος από την 1η ομάδα εστίασης:

«Λοιπόν... δεν το ξέρω ακριβώς αυτό (...), υποθέτω... δεν ξέρω»

(Γ., 1η ομάδα εστίασης).

Επομένως, επειδή οι συμμετέχοντες δυσκολεύτηκαν να απαντήσουν σε αυτήν την ερώτηση, αποφασίστηκε η διαγραφή της ερώτησης.

Η πιο ευαίσθητη ερώτηση που εντοπίστηκε από τις ομάδες εστίασης ήταν αυτή που επικεντρώθηκε στην κατάσταση διαβίωσης των ασθενών («Ο ειδικός με ρωτά για την κατάσταση της ζωής μου»). Οι συμμετέχοντες ένιωσαν πολύ άβολα με την απάντηση σε αυτήν την ερώτηση και τη θεώρησαν πολύ προσωπική και για αυτόν τον λόγο ταξινομήθηκε ως πρόβλημα ευαίσθητου περιεχομένου. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες σημείωσαν ότι μόνο σε περίπτωση που ο γιατρός παρατηρήσει σημάδια κακής οικονομικής κατάστασης θα μπορούσε να κάνει πιο προσωπικές ερωτήσεις.

Εκτός από ευαίσθητη ερώτηση, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η ερώτηση δεν ήταν αρκετά σαφής. Προέκυψαν διάφορες ερμηνείες, συμπεριλαμβανομένων των διατροφικών προβλημάτων, των συνηθειών άσκησης και της απασχόλησης. Λόγω των προβλημάτων ευαισθησίας και κατανόησης, η ερώτηση αυτή διεγράφη επίσης.

Οι περισσότερες δηλώσεις αφορούσαν την τελευταία επίσκεψη ασθενών στην υγειονομική μονάδα. Πριν από τις δηλώσεις υπήρχε μια οδηγία διατυπωμένη ως εξής: «Σκεφτείτε τη δομή/μονάδα υγείας που επισκεφτήκατε σήμερα. Συμφωνείτε με τα παρακάτω;» Ωστόσο, οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν είδαν αυτήν την οδηγία ή την ξέχασαν καθώς απαντούσαν στις ερωτήσεις. Ως εκ τούτου, οι συμμετέχοντες συνέστησαν ότι έπρεπε να δοθεί έμφαση στην οδηγία:

«Αλλά... νόμιζα ότι σήμαινε γενικά, δεν κατάλαβα (...) Νομίζω ότι θα έπρεπε να το πείτε διαφορετικά, δεν είναι ξεκάθαρο»

(I., 2η ομάδα εστίασης).

Ως εκ τούτου, επαναδιατυπώθηκε η σχετική οδηγία χρησιμοποιώντας έντονους χαρακτήρες και μεγαλύτερο μέγεθος γραμματοσειράς.

Τέλος, η συνολική ανατροφοδότηση από τις ομάδες εστίασης έδειξε ότι η διάταξη (ενότητες) των ερωτήσεων σε ομάδες δεν ήταν απλή, κάτι που δεν ήταν χρήσιμο για τους συμμετέχοντες όταν απαντούσαν στις ερωτήσεις. Για παράδειγμα, στις ενότητες που περιλάμβαναν ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες από την αλληλεπίδρασή τους με τους γιατρούς, παρενέβη η αλληλεπίδραση με την ομάδα των νοσηλευτών, γεγονός που προκάλεσε σύγχυση στους ερωτηθέντες. Αναφορικά με αυτό το πρόβλημα μορφοποίησης, τα ερωτηματολόγια μετά τις ομάδες εστίασης δεν περιλάμβαναν καμία ενότητα εκτός από το μέρος των προσωπικών στοιχείων.

E) Μη-ταξινομήσιμα προβλήματα

Οι συμμετέχοντες στις ομάδες εστίασης εντόπισαν μια σειρά από άλλα προβλήματα που δεν μπορούσαν να ταξινομηθούν σύμφωνα με το σύστημα κωδικοποίησης Willis (1999). Αυτά περιλάμβαναν την προσθήκη ερωτήσεων που έλειπαν και τη διαγραφή

ερωτήσεων για διάφορους λόγους διαφορετικούς από τους προηγούμενους. Κατά τη συζήτηση μιας ερώτησης του ερωτηματολογίου («είναι εύκολο να κλείσετε ένα ραντεβού;»), οι συμμετέχοντες θεώρησαν ότι δεν υπήρχε αμφιβολία για τον τρόπο με τον οποίο είχε προγραμματιστεί το ραντεβού. Οι ερωτηθέντες πρότειναν ότι θα ήταν απαραίτητο να προστεθεί μια τέτοια ερώτηση επειδή θα επηρέαζε την απάντησή τους στην προηγούμενη δήλωση:

«Λοιπόν, όσον αφορά το ραντεβού, χμμ, αν είναι εύκολο να το κάνεις (...) αν το κάνεις πρόσωπο με πρόσωπο είναι σχετικά εύκολο. Αν το κάνεις από το τηλέφωνο, είναι σχεδόν αδύνατο»

(B., 1η ομάδα εστίασης)

Υπό το πρίσμα αυτό, προστέθηκε η ερώτηση "Πώς προγραμματίστηκε το ραντεβού;" και συμπεριελήφθησαν οι ακόλουθες επιλογές απάντησης: α) με επίσκεψη στη ρεσεψιόν, β) τηλεφωνικά, γ) το κανόνισα απευθείας με τον γιατρό, δ) δεν ξέρω, κάποιος άλλος προγραμματίσε το ραντεβού.

Ορισμένοι συμμετέχοντες πρότειναν ότι δύο ερωτήσεις δεν μπορούσαν να εφαρμοστούν στο υπάρχον σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Και οι δύο ερωτήσεις αφορούσαν τη λήψη υπηρεσιών από άλλους επαγγελματίες υγείας εκτός από γιατρούς και περιελάμβαναν: «Οι νοσηλευτές/επισκέπτες υγείας αυτής της μονάδας μου παρέχουν συστάσεις για το πώς να αντιμετωπίσω την ασθένειά μου και τα προβλήματά μου στο σπίτι» και «Τους τελευταίους έξι μήνες, πόσο συχνά επισκεφθήκατε νοσηλευτή/επισκέπτη υγείας σε αυτό το ιατρείο χωρίς να επισκεφθείτε γιατρό;» Κατέστη σαφές ότι είναι πολύ σπάνιο οι ασθενείς να λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας από νοσηλευτές ή επισκέπτες υγείας και ως εκ τούτου αυτές οι ερωτήσεις αφαιρέθηκαν.

Τέλος, οι ερωτηθέντες εντόπισαν τρεις ερωτήσεις που ήταν επαναλαμβανόμενες ή πολύ μεγάλες και πλαισιώθηκαν με τρόπο που δεν ήταν χρήσιμο για τους συμμετέχοντες και ως εκ τούτου αφαιρέθηκαν από το ερωτηματολόγιο. Συνολικά, η πρώτη ομάδα εστίασης βρήκε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν περίπου στο σωστό

μέγεθος, αλλά η δεύτερη ομάδα το βρήκε πολύ μεγάλο. Η ανάλυση από τις ομάδες εστίασης είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του ερωτηματολογίου σε 38 ερωτήσεις αντί για 48 και την ανάπτυξη ενός εργαλείου που είναι λιγότερο προβληματικό.

1.2.1.7. Συμπεράσματα

Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία των ομάδων εστίασης ως μέρος της διαδικασίας για την ανάπτυξη εργαλείου για την αποτύπωση και την αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Η ανάλυση των σχετικών δεδομένων έδωσε τη δυνατότητα επαναδιατύπωσης μπερδεμένων ερωτήσεων και βελτιστοποίησης του περιεχομένου και της μορφής του ερωτηματολογίου.

Δύο κύριες μέθοδοι γνωστικής συνέντευξης χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διεξαγωγή των ομάδων εστίασης, συμπεριλαμβανομένης της τεχνικής της «φωναχτής σκέψης» και της «αναδρομικής εξέτασης» (Beatty & Willis, 2007; Drennan, 2003). Και οι δύο μέθοδοι αποδείχθηκαν αποτελεσματικές στην αξιολόγηση του κατά πόσον οι ερωτηθέντες κατανοούσαν τις ερωτήσεις.

Με την αξιολόγηση των ερωτήσεων, προσδιορίσαμε μια σειρά από προβληματικά στοιχεία που σύμφωνα με το σύστημα κωδικοποίησης του Willis (1999) περιελάμβαναν προβλήματα σαφήνειας, προβλήματα κατηγοριών απόκρισης, πρόβλημα γνώσης και ευαισθητού περιεχομένου, πρόβλημα οδηγιών και μορφοποίησης και μια σειρά από προβλήματα που δεν μπορούν να ταξινομηθούν. Ως αποτέλεσμα, πολλές ερωτήσεις ξαναγράφτηκαν λαμβάνοντας υπόψη τις προτάσεις/απόψεις των συμμετεχόντων.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης υπογραμμίζουν τα οφέλη της μεθοδολογίας των ομάδων εστίασης στην ανάπτυξη ενός νέου εργαλείου μέτρησης, καθώς αποκάλυψε προβλήματα που δεν μπορούσαν να εντοπιστούν με τη χρήση άλλων τεχνικών. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων αυτής της μεθόδου σε σχέση με άλλες μεθόδους γνωστικών δοκιμών.

1.2.2. Ποσοτική μελέτη για τον έλεγχο της εγκυρότητας περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής (content validity and structure validity) και της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων/εργαλείων (internal consistency reliability)

Το τελικό αυτο-συμπληρούμενο προσχέδιο ερωτηματολογίου χορηγήθηκε σε πληθυσμό 733 ασθενών/χρηστών υπηρεσιών ΠΦΥ που επισκέφθηκαν επιλεγμένο υποσύνολο δομών ΠΦΥ (8 κέντρα υγείας και 3 εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων), προκειμένου να γίνει επιτόπια δοκιμή του περιεχομένου, της χρηστικότητας και της καταλληλότητας του εργαλείου για τον πληθυσμό-στόχο και τις δομές ΠΦΥ. Σε αυτό το σημείο, οι εμπειρίες των ερευνητών πεδίου κατά τη διάρκεια αυτής της πιλοτικής φάσης θεωρήθηκαν ζωτικής σημασίας, προκειμένου να εντοπιστούν προβλήματα κατανόησης επί τόπου και κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και να επισημανθούν τυχόν στοιχεία του ερωτηματολογίου που ήταν δύσκολο να κατανοηθούν και προκάλεσαν παρερμηνείες. Επιπλέον, τα σχόλια που έλαβαν οι ερευνητές πεδίου μαζί με τα αποτελέσματα της διαδικασίας επικύρωσης και των πιλοτικών δοκιμών αποτέλεσαν τη βάση για την ανάπτυξη της τελικής έκδοσης των ερωτηματολογίων.

Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας προκειμένου να ληφθεί το δείγμα της μελέτης. Οι χρήστες των υπηρεσιών προσεγγίστηκαν αμέσως μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψης στον επαγγελματία υγείας κατά την αποχώρησή τους από την αίθουσα εξέτασης. Δεν υπήρχαν άλλα κριτήρια για τη μέθοδο δειγματοληψίας εκτός από το ότι οι χρήστες/ασθενείς ήταν διαθέσιμοι και πρόθυμοι να συμμετάσχουν. Οι ερευνητές πεδίου ενημέρωσαν τους πιθανούς συμμετέχοντες λεπτομερώς σχετικά με τον σκοπό της έρευνας και ζητήθηκε η ενημερωμένη συγκατάθεσή τους για να εγγραφεί ένας χρήστης ΠΦΥ στη μελέτη. Το δείγμα προήλθε από ασθενείς ή τον ενήλικα συνοδό τους, οι οποίοι έλαβαν φροντίδα σε μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν οι συναινούντες ενήλικες 18 ετών και άνω και η ευκολία ανάγνωσης και γραφής στην ελληνική γλώσσα. Οι συμμετέχοντες με σωματικές αναπηρίες που θα μπορούσαν να επηρεαστεί η ικανότητά τους να δώσουν ενημερωμένη συγκατάθεση, να συνεργαστούν με το

προσωπικό των δομών ΠΦΥ ή να κατανοήσουν τις ερωτήσεις που τέθηκαν, διευκολύνθηκαν από τους ερευνητές πεδίου για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε διερευνητική και επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων (exploratory and confirmatory factor analysis) προκειμένου να εντοπιστούν οι παράγοντες (δηλαδή οι διαστάσεις της φροντίδας). Τέλος, η εσωτερική συνοχή των ερωτήσεων που ομαδοποιήθηκαν στους ίδιους παράγοντες ελέγχθηκε βάσει του συντελεστή Cronbach's alpha, ελέγχοντας τη συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων που ομαδοποιήθηκαν στον ίδιο παράγοντα, ώστε να διασφαλιστεί η εσωτερική συνέπεια των ερωτήσεων ανά παράγοντα.

Το τελικό στάδιο της διαδικασίας ήταν η αναθεώρηση των στοιχείων του ερωτηματολογίου με βάση τις πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν από την ανάλυση παραγόντων και την ανάλυση αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων/εργαλείων, βάσει του συντελεστή Cronbach's alpha. Έγιναν μικρές αλλαγές με βάση αυτά τα αποτελέσματα αλλά και το θεωρητικό υπόβαθρο που διατυπώθηκε στο 1^ο Βήμα, σχετικά με τις αξιολογούμενες διαστάσεις της φροντίδας στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μετά από αυτές τις αναθεωρήσεις, διαμορφώθηκε και οριστικοποιήθηκε το τελικό περιεχόμενο του εργαλείου για τη διεξαγωγή περιοδικών ερευνών αξιολόγησης της εμπειρίας των χρηστών σε δημόσιες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Πιο αναλυτικά:

1.2.2.1. Σκοπός

Πραγματοποιήθηκε πιλοτική δοκιμή των εργαλείων μέτρησης/ερωτηματολογίων για τη διερεύνηση των εμπειριών των χρηστών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Κέντρα Υγείας και Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων) αναφορικά με διάφορες διαστάσεις της φροντίδας, προκειμένου να ελεγχθεί στο πεδίο της μελέτης το περιεχόμενό τους, η κατανόηση των ερωτήσεων και η καταλληλότητά τους για τον πληθυσμό-στόχο και τις δομές ΠΦΥ. Η μεθοδολογία ανάπτυξης των ερωτηματολογίων αναλύθηκε σε προηγούμενες ενότητες.

Η εμπειρία των ερευνητών πεδίου κατά την πιλοτική φάση θεωρήθηκαν ζωτικής σημασίας, ώστε να εντοπιστούν στο πεδίο της μελέτης τα ελλείμματα κατανόησης (κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων) και να επισημανθούν τυχόν στοιχεία του ερωτηματολογίου που εμποδίζουν την κατανόηση των συμμετεχόντων και δημιουργούν παρερμηνείες. Τα σχόλια που έλαβαν οι ερευνητές πεδίου και τα αποτελέσματα της διαδικασίας της στάθμισης των ερωτηματολογίων σε αυτή τη φάση, αποτέλεσαν τη βάση για την ανάπτυξη της τελικής μορφής των εργαλείων.

1.2.2.2. Σύνοψη της διαδικασίας ανάπτυξης των εργαλείων μέτρησης/ερωτηματολογίων

Τα εργαλεία μέτρησης (ερωτηματολόγια) που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων αναπτύχθηκαν μέσω ενός διεξοδικού συνόλου διαδοχικών φάσεων, οι οποίες περιελάμβαναν ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προσδιορισμό των τομέων προτεραιότητας των ενδιαφερομένων, εκτιμήσεις των τοπικών/εθνικών συνθηκών και ιδιαιτεροτήτων που επικρατούν στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την εφαρμογή της μεθοδολογίας των ομάδων εστίασης και γνωστικών συνεντεύξεων ώστε να βελτιωθεί το περιεχόμενο μετρήσεων και η πιλοτική δοκιμή (η αναλυτική διαδικασία έχει περιγραφεί σε προηγούμενη ενότητα).

Ειδικότερα, η βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε για την ανεύρεση των εργαλείων μέτρησης και των διαστάσεων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προς αξιολόγηση, έφερε στο φως ένα ευρύ πλαίσιο για τα στοιχεία που αντανακλούν τις εμπειρίες των ασθενών. Αυτές οι συνιστώσες κατηγοριοποιήθηκαν σε διάφορες διακριτές διαστάσεις, οι οποίες φαινόταν να αποτελούν σημαντικές πηγές ικανοποίησης και «δυσαρέσκειας» με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Έτσι, οι διαστάσεις που αποτελούσαν τις προτεραιότητες των ασθενών σχετικά με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ήταν η προσβασιμότητα (προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ (δηλ. η ευκολία στην πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες), η τεχνική ποιότητα της φροντίδας (ο συντονισμός και η συνέχεια της φροντίδας, πληρότητα) και οι διαπροσωπικές (συμπεριφορικές) πτυχές (η ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας), καθώς και θέματα που σχετίζονταν με την κατάσταση των εγκαταστάσεων/υποδομών.

Μετά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των μελετών σε εθνικό επίπεδο αναφορικά με τις εμπειρίες των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών ΠΦΥ (ιδίως όσον αφορά τη στάθμιση των εργαλείων μέτρησης και τις αντίστοιχες αναφερόμενες διαστάσεις της φροντίδας προς αξιολόγηση), τους τομείς προτεραιότητας όπως εκφράστηκαν από τα ενδιαφερόμενα μέρη, τα χαρακτηριστικά και οι τοπικές/εθνικές ιδιαιτερότητες που επικρατούν στον τομέα της ΠΦΥ στη χώρα αναπτύχθηκε ένα προκαταρκτικό σύνολο ερωτήσεων που χρησίμευσαν ως βάση για την υλοποίηση των ομάδων εστίασης και των γνωστικών συνεντεύξεων. Αυτό το προκαταρκτικό σύνολο ερωτήσεων βασίστηκε στην ανασκόπηση των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιούνται σε έρευνες μεγάλης κλίμακας (σε εθνικό επίπεδο) στην Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ (PREM Primary Care and PREM Integrated PHC για χρόνιες παθήσεις), διεθνείς έρευνες (τελικό ερωτηματολόγιο QUALICOPC Patient EXPERIENCES 2005-2011, PC Evaluation Tool P3) και άλλες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε μικρότερη κλίμακα (Aletras et al., 2006; Anagnostopoulos et al., 2012; Pierrakos et al. , 2015). Το ερωτηματολόγιο QUALICOPC Patient Experiences, το PREM - Patient Reported Experience Measure - Hospital care, PREM Primary Care, PREM Integrated PHC για χρόνιες ασθένειες και το PC Evaluation Tool P3 χρησιμοποιήθηκαν κυρίως για την ανάπτυξη ενός σχετικού, στο εθνικό πλαίσιο ερωτηματολογίου αξιολόγησης των εμπειριών των ασθενών, σύμφωνα με τους τύπους των δομών της ΠΦΥ στη χώρα (Κέντρα Υγείας και Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων).

Οι ομάδες εστίασης και οι γνωστικές συνεντεύξεις οδήγησαν σε τροποποιήσεις του περιεχομένου και του αριθμού των στοιχείων, ώστε να διασφαλιστεί ότι οι μελλοντικοί συμμετέχοντες στην έρευνα δεν θα είχαν προβλήματα, ασάφειες, δυσκολίες ή παρερμηνείες κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Στη συνέχεια, διεξήχθη συγχρονική μελέτη σε όλες τις πιλοτικές δομές ΠΦΥ (το αποτέλεσμα και οι προσδιοριστικοί παράγοντες μετρήθηκαν σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή (δηλαδή οι πληροφορίες για το αποτέλεσμα καταγράφηκαν ταυτόχρονα με την καταγραφή των προσδιοριστικών παραγόντων): οι μεταβλητές έκβασης ή οι εξαρτημένες μεταβλητές σχετίζονταν με τις εμπειρίες των χρηστών από τις διάφορες διαστάσεις της φροντίδας, ενώ οι καθοριστικοί παράγοντες του αποτελέσματος ή οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά στοιχεία και άλλα χαρακτηριστικά των χρηστών. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά περιελάμβαναν το

φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, την ασφάλιση, την αναπηρία κ.λπ., ενώ οι εμπειρίες των χρηστών περιλάμβαναν παραμέτρους και διαστάσεις φροντίδας όπως ο χρόνος αναμονής για προγραμματισμό ραντεβού, ο χρόνος αναμονής για τη λήψη της υπηρεσίας, η προσβασιμότητα, ο συντονισμός και η συνέχεια της φροντίδας, η πληρότητα/ η περιεκτικότητα της φροντίδας, η ποιότητα της ιατρική και νοσηλευτικής φροντίδας και τα χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων/υποδομών.

1.2.2.3. Προετοιμασία της έρευνας πεδίου

Εκπαίδευση των ερευνητών πεδίου

Προκειμένου να ολοκληρωθεί μια συστηματική διαδικασία αναφοράς, σε όλους τους ερευνητές πεδίου δόθηκε ένα σύνολο ερωτήσεων ανοιχτού τύπου για να τις συζητήσουν με τους συμμετέχοντες μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων σχετικά με το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου (π.χ. «*Ήταν εύκολο ή δύσκολο να απαντηθεί;*», «*Είχατε προβλήματα στην κατανόηση των ερωτήσεων που τέθηκαν;*» κλπ) και ένα σύνολο ερωτήσεων σχετικά με τη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (π.χ. «*Υπήρξαν δυσκολίες για τον συμμετέχοντα να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο;*» «*Υπήρχε ξεχωριστό δωμάτιο ή χώρο για να το συμπληρώσετε;*» «*Είχαν κάποιοι ερωτηθέντες δυσκολίες στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων;*» κ.λπ.). Ζητήθηκε από τους ερευνητές να παραδώσουν μια σύντομη αναφορά με τα σχόλια και τις παρατηρήσεις τους και να προσδιορίσουν με σαφήνεια τυχόν ερωτήσεις για τις οποίες τους ζητήθηκαν διευκρινίσεις.

Οι ερευνητές πεδίου εκπαιδεύτηκαν να προσεγγίζουν τους υποψηφίους συμμετέχοντες και να διεξάγουν αυτήν την «άτυπη» συνέντευξη, από την τοπική ομάδα εμπειρογνομόνων, έτσι ώστε να αναφέρουν με συνέπεια τυχόν δυσκολίες που εντοπίστηκαν σχετικά με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, που σχετίζονται με τις οργανωτικές πτυχές (ευκολία, διαθεσιμότητα χώρου κ.λπ.) και το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων (πχ αναφορά τυχόν ερωτήσεων που δεν έγιναν σαφώς κατανοητές, κ.λπ.).

Ηθικά ζητήματα: Τήρηση εμπιστευτικότητας και ανωνυμίας

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά για το σκοπό και τη μεθοδολογία της μελέτης, ώστε να αποφασίσουν εάν ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν εθελοντικά και ανώνυμα. Προφανώς, δεν υπήρχε πίεση για συμμετοχή στη μελέτη και όλοι οι συμμετέχοντες είχαν τη διαβεβαίωση ότι ανεξάρτητα από την απόφασή τους σχετικά με τη μελέτη, αυτό δεν θα είχε καμία επίδραση στην ποιότητα της φροντίδας που θα λάμβαναν. Στη συνέχεια, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο χωρίς να αναφέρουν τα προσωπικά τους στοιχεία (όνομα και επίθετο), διατηρώντας έτσι την ανωνυμία τους. Δεν υπήρχαν χρονικοί περιορισμοί σχετικά με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, έτσι ώστε οι συμμετέχοντες να μην πιέζονται με το χρόνο και για να μην οδηγηθούν σε βιαστικές απαντήσεις. Κάθε ερωτηματολόγιο τοποθετήθηκε σε ειδικό αδιαφανή φάκελο στον οποίο είχε πρόσβαση μόνο ο ερευνητής. Έτσι, η ενημερωμένη συναίνεση και η ανωνυμία των συμμετεχόντων, καθώς και το απόρρητο των πληροφοριών, διασφαλίστηκαν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Προκειμένου να διασφαλιστεί ότι τα ζητήματα εμπιστευτικότητας τηρούνταν αυστηρά, οι ερευνητές πεδίου προφανώς κατέθεσαν και διατήρησαν τα υπογεγραμμένα έντυπα συγκατάθεσης σε ξεχωριστό φάκελο συλλογής, ώστε να διαβεβαιώσουν τον συμμετέχοντα ότι τα προσωπικά στοιχεία του/της που απεικονίζονταν στο έντυπο συναίνεσης δεν μπορούσαν να αξιολογηθούν με κανέναν τρόπο «σε συνδυασμό» με τις απαντήσεις του/της στο ερωτηματολόγιο. Επιπλέον, χορηγήθηκε άδεια για τη διενέργεια της μελέτης από τους αρμόδιους φορείς.

1.2.2.4. Έρευνα πεδίου

Μέθοδος δειγματοληψίας

Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας προκειμένου να ληφθεί το δείγμα της μελέτης, δηλαδή το δείγμα ελήφθη από εκείνο το τμήμα του πληθυσμού που ήταν εύκολο στην επαφή ή πρόσβαση. Δεν υπήρχαν άλλα κριτήρια για τη μέθοδο δειγματοληψίας εκτός από το ότι τα άτομα ήταν διαθέσιμα και πρόθυμα να συμμετάσχουν. Αυτός ο τύπος δειγματοληψίας υιοθετήθηκε καθώς δεν απαιτεί τη δημιουργία τυχαίου δείγματος και το μόνο κριτήριο είναι εάν οι συμμετέχοντες

συμφωνούν να συμμετάσχουν (χρήσιμος τύπος δειγματοληψίας για πιλοτικές δοκιμές).

Για να εκπροσωπείται όλο το φάσμα των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ στο δείγμα που συγκεντρώθηκε, λήφθηκε δείγμα ανεξαρτήτως λόγου και διάρκειας επίσκεψης. Επίσης, διασφαλίστηκε ότι δεν στοχεύονταν πληθυσμοί χρηστών υπηρεσιών ΠΦΥ με συγκεκριμένες νόσους ή ειδικά χαρακτηριστικά.

Κριτήρια επιλεξιμότητας/ένταξης

Ανεξάρτητα από τη μέθοδο δειγματοληψίας ευκολίας που υιοθετήθηκε, οι βασικές κατευθυντήριες γραμμές δειγματοληψίας προσαρμόστηκαν και ακολουθήθηκαν από τους ερευνητές πεδίου, έτσι ώστε να καθοριστεί η επιλεξιμότητα των συμμετεχόντων για την πιλοτική μελέτη και την ένταξή τους στο δείγμα.

Το δείγμα λήφθηκε από ασθενείς ή τον ενήλικα συνοδό τους που είχαν λάβει υπηρεσίες ΠΦΥ από κάποιο Κέντρο Υγείας ή Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων Νοσοκομείου της μελέτης και τα κριτήρια ένταξης ήταν:

1. Άτομα που έδωσαν την ενημερωμένη συναίνεση/συγκατάθεσή τους: πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ παρείχαν τη συγκατάθεσή τους συμπληρώνοντας και υπογράφοντας το Έντυπο Ενημερωμένης Συναίνεσης (βλ. Παράρτημα Ε).
2. Ενήλικες 18 ετών και άνω.
3. Άτομα με ευκολία ανάγνωσης και γραφής στην ελληνική γλώσσα (συμμετέχοντες με σωματικές και διανοητικές αναπηρίες που μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητά τους να δίνουν ενημερωμένη συγκατάθεση, να συνεργάζονται με το προσωπικό των εγκαταστάσεων ΠΦΥ ή να κατανοούν τις ερωτήσεις που τέθηκαν, διευκολύνθηκαν από τους ερευνητές πεδίου κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου).
4. Μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψης από τον ασθενή και έξοδο από την αίθουσα εξέτασης.

1.2.2.5. Πληθυσμός πιλοτικής μελέτης

Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από **733** χρήστες υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τις 11 πιλοτικές μονάδες της μελέτης (8 Κέντρα Υγείας και 3 Νοσοκομεία) που επισκέφθηκαν εγκαταστάσεις ΠΦΥ κατά τον Αύγουστο-Οκτώβριο 2017. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 87,3% (733/839).

1.2.2.6. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εκ των προτέρων σχετικά με το σκοπό της μελέτης. Μια συνοδευτική ενημερωτική επιστολή (βλ. Παράρτημα Ζ) διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες μετά την υπογραφή της φόρμας συγκατάθεσης. Οι ερευνητές πεδίου διασφάλισαν ότι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το περιεχόμενο και το σκοπό της μελέτης. Όταν χρειαζόταν, οι ερευνητές πεδίου απάντησαν στις ερωτήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τους στόχους της μελέτης και εξήγησαν με σαφήνεια τον σκοπό της.

Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης της μελέτης, ήταν σημαντικό για τους ερευνητές πεδίου να έχουν κατά νου ότι τα ερωτηματολόγια έπρεπε να χορηγούνται αυστηρά αφού ο ασθενής είχε ολοκληρώσει την επίσκεψη / επαφή του με το γιατρό του/της ή άλλον επαγγελματία υγείας ή/και τον λόγο για την επίσκεψη στη δομή εκείνη τη συγκεκριμένη μέρα.

Ο υπεύθυνος για τη συλλογή των ερωτηματολογίων ήταν διαθέσιμος για τον συμμετέχοντα προκειμένου να τον καθοδηγήσει ή/και να απαντήσει στις ερωτήσεις του/της. Επίσης, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, χρησιμοποιήθηκε φάκελος συλλογής των ερωτηματολογίων προκειμένου ο χρήστης/συμμετέχων να τοποθετήσει τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

1.2.2.7. Στατιστική Ανάλυση

Προκειμένου να ελεγχθεί η εγκυρότητα περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής (content validity and structure validity) και η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων του εργαλείου (internal consistency reliability), διενεργήθηκε διερευνητική και επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (exploratory and confirmatory

factor analysis) για τον έλεγχο της εγκυρότητας περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής, ώστε να αναδειχθούν οι λανθάνουσες υπο-κλίμακες του ερωτηματολογίου και εκτιμήθηκαν οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τον έλεγχο της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων/εργαλείων (internal consistency reliability). Πρώτον, πραγματοποιήθηκε διερευνητική ανάλυση παραγόντων βασικών συνιστωσών για να προσδιοριστεί η δομή των παραγόντων των ερωτηματολογίων. Όσον αφορά τον αριθμό των παραγόντων που έπρεπε να εξαχθούν, χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα κριτήρια: (i) ιδιοτιμές >1 , (ii) φορτία παραγόντων $>0,40$, (iii) διάγραμμα διαγράμμισης και (iv) η συνολική διακύμανση που εξηγείται από τους παράγοντες. Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha υπολογίστηκαν για κάθε παράγοντα που προέκυψε από τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση με τιμές $>0,7$ να υποδηλώνουν αποδεκτή αξιοπιστία. Η δομή των εργαλείων που δημιουργήθηκε σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και την αντίστοιχη θεωρία επικυρώθηκε στη συνέχεια χρησιμοποιώντας επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση. Η επάρκεια της προσαρμογής του μοντέλου στα δεδομένα αξιολογήθηκε με χρήση πολλαπλών κριτηρίων όπως ο chi-square mean /βαθμοί ελευθερίας (CMIN/DF), ο δείκτης Tucker Lewis (TLI) και η ρίζα του μέσου τετραγωνικού σφάλματος προσέγγισης (RMSEA). Το IBM SPSS 21.0 και το IBM SPSS AMOS (IBM Corp. 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Έκδοση 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) χρησιμοποιήθηκαν για τη στατιστική ανάλυση.

1.2.2.8. Αποτελέσματα

1.2.2.8.1. Οι παρατηρήσεις των ερευνητών πεδίου

Οι ερευνητές πεδίου, κατά τη διάρκεια και μετά την περίοδο συλλογής των ερωτηματολογίων, παρατήρησαν συστηματικά και κατέγραψαν με ακρίβεια τις διάφορες πτυχές της διαδικασίας συλλογής και τα προβλήματα και τους περιορισμούς που αντιμετώπισαν, καθώς και τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ανοιχτές ερωτήσεις που είχαν σχεδιαστεί προηγουμένως, λαμβάνοντας υπόψη τον στόχο της έρευνας για τη πιλοτική δοκιμή των εργαλείων.

Γενικά, τα ποσοστά απόκρισης ήταν σχετικά υψηλά, σχεδόν σε όλες τις δομές, πάνω από 70% (ποσοστό απόκρισης=87,3%, 733/839). Ωστόσο, ένας περιορισμένος αριθμός των χρηστών που προσεγγίστηκαν εξέφρασαν δυσπιστία σχετικά με τον σκοπό της έρευνας, ενώ όταν εξηγήθηκε πλήρως, οι περισσότεροι κατάλαβαν τη σημασία της και προχώρησαν στη συμμετοχή τους και στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Από την άλλη πλευρά, αρκετοί ασθενείς έδειξαν μεγάλο ενδιαφέρον για τη μελέτη, ιδιαίτερα τα νεότερης ηλικίας άτομα, ενώ όσοι ήταν μεγαλύτερης ηλικίας δήλωσαν ότι ήταν η πρώτη φορά που συμμετείχαν σε τέτοιες προσπάθειες και ότι δεν ήταν εξοικειωμένοι με αυτές. Μερικοί από τους χρήστες ήταν απρόθυμοι να συμμετάσχουν. Στην πραγματικότητα, φοβόντουσαν κυρίως ότι τα προσωπικά τους στοιχεία που παρασχέθηκαν στους ερευνητές πεδίου κατά την υπογραφή του εντύπου ενημερωμένης συγκατάθεσης θα αποκαλύπτονταν στους γιατρούς και στο λοιπό προσωπικό των δομών ΠΓΥ. Άλλοι ήταν αρνητικοί και βιαστικοί, καθώς πίστευαν ότι οι υπεύθυνοι λήψης των αποφάσεων γνώριζαν ήδη την κατάσταση. Επιπλέον, σύμφωνα με ορισμένους από τους συμμετέχοντες, αυτή η κατάσταση ήταν αρκετά δύσκολο να αλλάξει καθώς πίστευαν ότι δεν υπάρχει πολιτική βούληση να γίνει κάτι τέτοιο και ως εκ τούτου όλη αυτή η προσπάθεια αξιολόγησης είναι μάταιη.

Κατά τη φάση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, οι ερευνητές εντόπισαν τα ακόλουθα ζητήματα, ως ζητήματα που πρέπει να εξεταστούν περαιτέρω και να αντιμετωπίσουν οι υπεύθυνοι:

α) Οργανωτικές πτυχές

- Σχεδόν όλοι οι ερευνητές εντόπισαν την ανάγκη για ξεχωριστό δωμάτιο ή χώρο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες. Η απουσία ξεχωριστού δωματίου ή γραφείου με καρέκλα αποτελούσε πρακτική δυσκολία στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επιπλέον, λόγω του γεγονότος ότι δεν υπήρχε χωριστός χώρος για τον χρήστη για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, υπήρξε αλληλεπίδραση μεταξύ των ασθενών κατά την προσέγγισή τους από τους ερευνητές πεδίου, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα μερικές περιπτώσεις ασθενών που αμφισβητούσαν την κατάσταση και τον ρόλο των ερευνητών, σε όλη αυτή τη διαδικασία. Ωστόσο, η επίδειξη του

εντύπου της επίσημης άδειας μπόρεσε να εξομαλύνει τυχόν δισταγμούς και αντιρρήσεις που προέκυψαν. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι ερευνητές μπόρεσαν να αναδείξουν αποτελεσματικά τη συμβολή αυτής της προσπάθειας αξιολόγησης στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ και να τονίσουν την αναγκαιότητα της συμμετοχής τους στο έργο.

- Επίσης, όλοι οι ερευνητές συμφώνησαν ότι αυτή η διαδικασία θα πρέπει να διεξάγεται από ανεξάρτητους ερευνητές (όχι το προσωπικό των δομών) και, εάν αυτό δεν ήταν δυνατόν λόγω των περιορισμένων πόρων, η δυνατότητα για τις δομές να το αναθέσουν στο διοικητικό προσωπικό θα πρέπει αυτό να λαμβάνεται υπόψη στη χορήγηση του ερωτηματολογίου κατά την αλληλεπίδρασή τους με τον χρήστη μετά την επαφή του με τον γιατρό ή/και τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Σε αρκετές περιπτώσεις, οι νοσηλευτές προσφέρθηκαν οικειοθελώς να βοηθήσουν έναν ασθενή να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο, κάτι που οδήγησε σε δυσφορία του ασθενούς, καθώς οι συμμετέχοντες ένιωθαν δυσφορία να το κάνουν παρουσία του προσωπικού που τους ζητούνταν να αξιολογήσουν. Στην πραγματικότητα, όταν προσεγγίστηκε από το διοικητικό προσωπικό, η αντίδραση των χρηστών ήταν άνετη και μη διστακτική στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Στην πραγματικότητα, ορισμένοι συμμετέχοντες το θεώρησαν ως μια τυπική και υποχρεωτική διαδικασία για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τη μονάδα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ.
- Τέλος, μερικοί από τους συμμετέχοντες, ως επί το πλείστον λόγω προβλημάτων όρασης και μεγάλης ηλικίας, χρειάστηκε να τους βοηθήσει ο ερευνητής κατά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, και σε πολλές περιπτώσεις ο ερευνητής να συμπληρώσει τις απαντήσεις με τη μορφή συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο.

β) Περιεχόμενο του ερωτηματολογίου

- Αναφορικά με τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, κάποιοι εξέφρασαν δυσφορία και κούραση με τα στοιχεία της ενότητας «Σημασία/Σπουδαιότητα των διαστάσεων της φροντίδας», ενώ άλλοι το θεώρησαν επαρκές, συνεκτικό και ευθυγραμμισμένο με τον σκοπό της

μελέτης. Ωστόσο, συνιστάται οι ερωτήσεις σπουδαιότητας να γίνονται μόνο σε ένα κατά προσέγγιση 10% των συμμετεχόντων σε κάθε δομή, καθώς αυτό θα απεικονίζει κάθε φορά τη σημασία κάθε στοιχείου και την ανάγκη να αξιολογηθεί το συγκεκριμένο στοιχείο.

- Επιπλέον, υπήρξαν περιπτώσεις που οι συμμετέχοντες ζητούσαν διευκρινίσεις σχετικά με τις ερωτήσεις που αφορούσαν νοσηλευτές και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που έλαβαν, καθώς δεν είχαν σχετική εμπειρία. Μάλιστα, ένας σημαντικός αριθμός ασθενών δήλωσαν ότι δεν θα απαντούσαν καθόλου σε αυτές τις ερωτήσεις καθώς δεν είχαν επισκεφτεί νοσηλευτή και επομένως ο ρόλος του/της νοσηλευτή/-τριας δεν τους ήταν ξεκάθαρος.
- Επίσης, τέθηκαν μερικές ερωτήσεις σχετικά με το θέμα του ερωτηματολογίου *«Πώς προγραμματίστηκε το ραντεβού;»* καθώς ορισμένοι ασθενείς θεώρησαν ότι αυτή ήταν μια ερώτηση χωρίς νόημα (δήλωσαν ότι ο μόνος τρόπος για να προγραμματίσετε ένα ραντεβού ήταν μέσω τηλεφώνου).
- Τέλος, η ερώτηση *«Σε περίπτωση που ο γιατρός σας παρέπεμψε σε άλλο επαγγελματία υγείας, σας παρείχε επαρκείς πληροφορίες/καθοδήγηση (π.χ. ώρες εργασίας, προσβασιμότητα και στοιχεία επικοινωνίας);»* θεωρήθηκε επίσης ότι δεν ήταν τόσο σχετική σε αυτή τη φάση, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς δεν παραπέμπονταν συχνά σε άλλους επαγγελματίες υγείας.

1.2.2.8.2. Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (structure validity) και αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων του εργαλείου (internal consistency reliability)

Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση για τα 22 στοιχεία του ερωτηματολογίου (με απαντήσεις σε 5βάθμια κλίμακα Likert) παρουσιάζεται στον Πίνακα B2.

Πίνακας Β2. Διερευνητική παραγοντική ανάλυση για τα 22 στοιχεία του ερωτηματολογίου

	Παρά- γοντας 1	Παρά- γοντας 2	Παρά- γοντας 3	Παρά- γοντας 4	Παρά- γοντας 5	Παρά- γοντας 6
1. Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό					0,50	
2. Αυτή η δομή είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου						0,88
3. Ήταν εύκολο να προγραμματίσω το ραντεβού						0,45
4. Ο/η ιατρός με ρώτησε για το ιατρικό ιστορικό μου			0,82			
5. Ο/η ιατρός μου έδωσε φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι ιατροί			0,80			
6. Ο/η ιατρός με ρώτησε για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν			0,66			
7. Ο/η ιατρός, μου παρείχε συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά				0,66		
8. Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου				0,66		
9. Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά τυχόν προτεινόμενους τρόπους θεραπείας				0,71		
10. Ο/η ιατρός ήταν ευγενικός-η μαζί μου	0,79					
11. Ο/η ιατρός με άκουσε προσεκτικά	0,87					
12. Ο /η ιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	0,77					
13. Ο/η ιατρός έλαβε υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	0,63					
14. Το προσωπικό στην υποδοχή ήταν εξυπηρετικό/βοηθητικό	0,84					

15. Ήταν εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτής της ΤοΜΥ	0,54					
16. Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη					0,76	
17. Οι χώροι της ΤοΜΥ ήταν καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)					0,76	
18. Η δομή ήταν καλά εξοπλισμένη					0,66	
19. Οι νοσηλεύτριες με άκουσαν προσεκτικά		0,81				
20. Οι νοσηλεύτριες μου έδωσαν συμβουλές για την υγεία μου		0,73				
21. Οι νοσηλεύτριες ήταν ευγενικοί-ές		0,80				
22. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους ιατρούς και τους νοσηλεύτριες) με άκουσαν προσεκτικά		0,84				
Συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha	0,84	0,82	0,74	0,84	0,64	0,42

Οι τιμές εκφράζουν τους συντελεστές φόρτισης.

Η επάρκεια του μοντέλου αξιολογήθηκε με τη δοκιμασία της σφαιρικότητας Bartlett και του μέτρου Kaiser-Meyer-Olkin. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή p για τη δοκιμασία σφαιρικότητας του Bartlett ήταν $<0,001$ και η μέτρηση Kaiser-Meyer-Olkin ήταν 0,757, υποδεικνύοντας ότι μπορούσε να γίνει ανάλυση παραγόντων. Εξήχθησαν έξι παράγοντες που ερμήνευαν το 70% της μεταβλητότητας. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για ολόκληρο το ερωτηματολόγιο ήταν 0,84 υποδεικνύοντας πολύ καλή αξιοπιστία των στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Οι ερωτήσεις 19 έως 22 απαντήθηκαν από ασθενείς μόνο εάν είχαν επαφή με νοσηλεύτριες και άλλους επαγγελματίες υγείας. Έτσι, υπήρχε μεγάλος αριθμός απαντήσεων που έλειπαν στις ερωτήσεις 19 έως 22, καθώς 301 από τους 733 ασθενείς δεν επισκέφτηκαν νοσηλεύτριες και άλλους επαγγελματίες υγείας. Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση προσδιόρισε ξεκάθαρα τα στοιχεία 19, 20, 21 και

22 ως ξεχωριστό παράγοντα, παρά τον αυξημένο αριθμό των τιμών που έλειπαν και κατέληξε στον ξεχωριστό παράγοντα της «Ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται από νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας» (βλ. Πίνακα 1). Επίσης, οδήγησε στο σχηματισμό δύο διακριτών παραγόντων (Παράγοντας 3, που περιλαμβάνει στοιχεία για τη συνέχεια και τον συντονισμό - δηλ. 4-6 - και ο Παράγοντας 4, που περιλαμβάνει στοιχεία για την πληρότητα - 7-9). Όσον αφορούσε τα υπόλοιπα στοιχεία, η διερευνητική παραγοντική ανάλυση δεν κατέληξε σαφώς σε διακριτούς παράγοντες με εννοιολογική συνοχή με το θεωρητικό πλαίσιο και συνεπείς με τις διαστάσεις της φροντίδας που προσδιορίστηκαν μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Ως αποτέλεσμα, και προκειμένου να προκύψουν πιο ισχυροί και διακριτοί παράγοντες που περιγράφουν συγκεκριμένα τις εμπειρίες των ασθενών και είναι συνεπείς με το θεωρητικό πλαίσιο που θεμελιώθηκε στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αποφασίστηκε η διεξαγωγή επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης, εξαιρουμένων των στοιχείων που αφορούσαν τη νοσηλευτική φροντίδα, ώστε να αποφευχθεί το μεγάλο ποσοστό των τιμών/απαντήσεων που έλειπαν. Η διαδικασία επικύρωσης συνεχίστηκε με τη μη συμπερίληψη αυτών των στοιχείων σχετικά με τους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας στις αναλύσεις παραγόντων που ακολούθησαν.

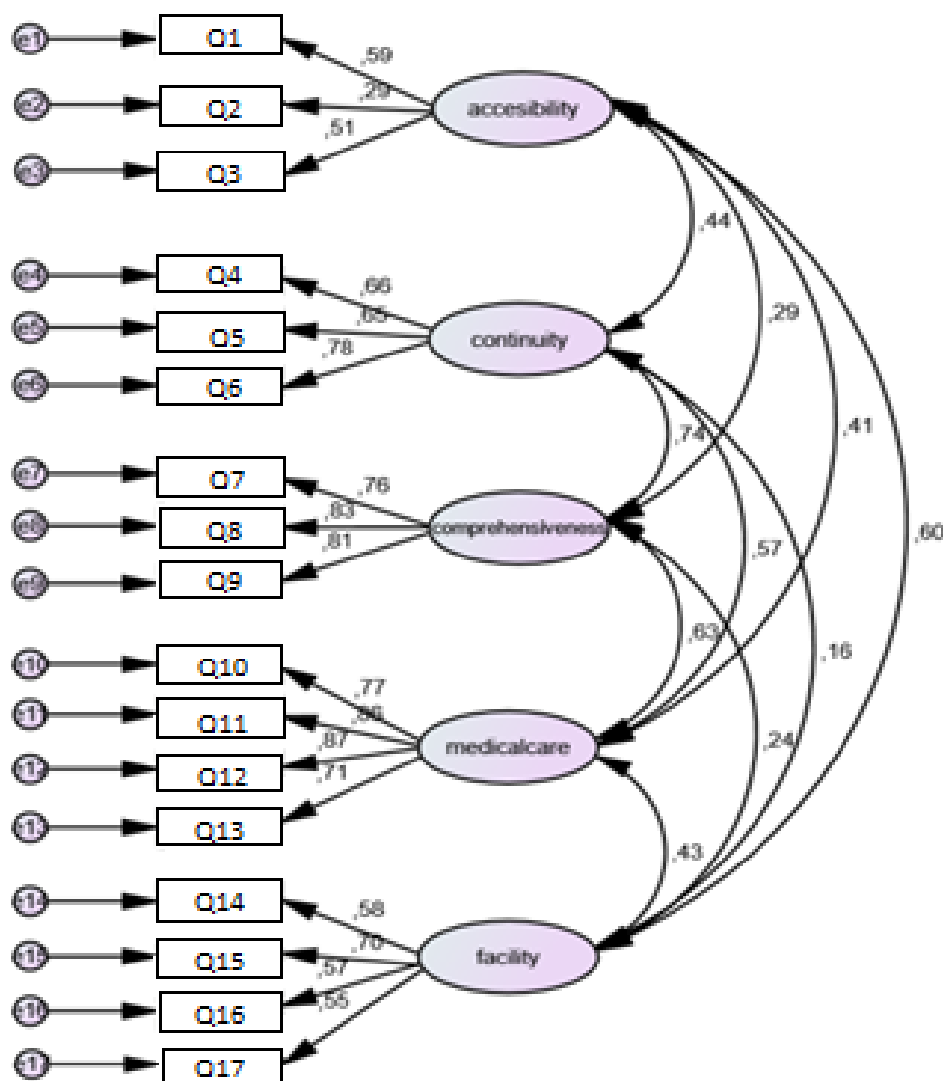
Ως εκ τούτου, τα ευρήματα από την πρώτη διερευνητική παραγοντική ανάλυση υποδήλωσαν ότι τα στοιχεία που αφορούσαν την Ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συνέχεια και τον συντονισμό της φροντίδας και την πληρότητα/περιεκτικότητα της φροντίδας, αντίστοιχα, θα έπρεπε να αποτελούν ξεχωριστούς παράγοντες που προστίθενται στην τελική έκδοση του ερωτηματολογίου.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και την αντίστοιχη θεωρία, δημιουργήθηκαν έξι παράγοντες (Πίνακας Β3) και πραγματοποιήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση προκειμένου να ελεγχθεί το μοντέλο (Εικόνα 4).

Πίνακας Β3. Οι παράγοντες που δημιουργήθηκαν βάσει της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και του θεωρητικού υπόβαθρου για τα 22 στοιχεία του ερωτηματολογίου

	Παρά- γοντας 1	Παρά- γοντας 2	Παράγοντας 3	Παράγοντας 4	Παράγοντας 5	Παράγοντας 6
	Προσβα- σιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ	Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας	Πληρότητα/ Περιεκτικότητα της φροντίδας	Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	Χαρακτη- ριστικά δομής παροχής υπηρεσιών ΠΦΤ	Ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας
1. Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	X					
2. Αυτή η δομή είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	X					
3. Ήταν εύκολο να προγραμματίσω το ραντεβού	X					
4. Ο/η ιατρός με ρώτησε για το ιατρικό ιστορικό μου		X				
5. Ο/η ιατρός μου έδωσε φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι ιατροί		X				
6. Ο/η ιατρός με ρώτησε για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν		X				
7. Ο/η ιατρός, μου παρείχε συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά			X			
8. Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου			X			
9. Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά τυχόν προτεινόμενους τρόπους θεραπείας			X			
10. Ο/η ιατρός ήταν ευγενικός-η μαζί μου				X		

11. Ο/η ιατρός με άκουσε προσεκτικά				X		
12. Ο /η ιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να με εξετάσει				X		
13. Ο/η ιατρός έλαβε υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου				X		
14. Το προσωπικό στην υποδοχή ήταν εξυπηρετικό/βοηθητικό					X	
15. Ήταν εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτής της ΤοΜΥ					X	
16. Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη					X	
17. Οι χώροι της ΤοΜΥ ήταν καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)					X	
18. Η δομή ήταν καλά εξοπλισμένη						X
19. Οι νοσηλεύτριες με άκουσαν προσεκτικά						X
20. Οι νοσηλεύτριες μου έδωσαν συμβουλές για την υγεία μου						X
21. Οι νοσηλεύτριες ήταν ευγενικοί-ές						X
Συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha	0.43	0.74	0.83	0.87	0.68	0.75



Εικόνα 4. Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση.

Όπως φαίνεται στην Εικόνα 4, η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση επιβεβαίωσε σχεδόν τέλεια το υποτιθέμενο θεωρητικό μοντέλο αφού οι τυποποιημένοι συντελεστές παλινδρόμησης μεταξύ των παραγόντων και των αντίστοιχων στοιχείων ήταν $>0,51$, εκτός από το στοιχείο 2 ($p\text{-value} < 0,05$ σε όλες τις περιπτώσεις). Για παράδειγμα, οι τυποποιημένοι συντελεστές παλινδρόμησης μεταξύ του παράγοντα «συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας» και των στοιχείων 4, 5 και 6 ήταν 0,67, 0,65 και 0,78, αντίστοιχα.

Επίσης, οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων ήταν χαμηλές έως υψηλές (0,19 έως 0,74) και οι τιμές p για όλες τις συνδιακυμάνσεις μεταξύ των παραγόντων ήταν $< 0,05$.

Τέλος, η επάρκεια προσαρμογής του μοντέλου στα δεδομένα ήταν οριακά αποδεκτή ($p\text{-value}<0,001$, $CMIN/DF=3,41$, $TLI=0,8$, $CFI=0,86$, $PCLOSE<0,001$, $RMSEA=0,09$). Όσον αφορά τον πρώτο παράγοντα (στοιχεία 1-3), για το στοιχείο 2 ο συντελεστής φόρτισης υπολογίστηκε κοντά στο αποδεκτό κατώτερο όριο του 0,30. Ωστόσο, το στοιχείο 2 («Αυτή η δομή είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου») αποφασίστηκε να συμπεριληφθεί στην τελική έκδοση του ερωτηματολογίου, καθώς αντιπροσωπεύει και κυρίως τονίζει μια πολύ σημαντική πτυχή της διάστασης της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης, προσδιορίστηκαν 6 παράγοντες/διαστάσεις:

- 1. Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ**
- 2. Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας**
- 3. Πληρότητα/Περιεκτικότητα της φροντίδας**
- 4. Ποιότητα ιατρικής φροντίδας,**
- 5. Χαρακτηριστική δομής παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και**
- 6. Ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας**

και τα στοιχεία/ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στον καθένα παρουσιάζονται στον Πίνακα 2 παραπάνω.

1.3. Μελέτη ευρείας κλίμακας

1.3.1. Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη ευρείας κλίμακας (Παράρτημα Η) προέκυψε μετά την ποσοτική μελέτη που προηγήθηκε, για τον έλεγχο της εγκυρότητας περιεχομένου, εννοιολογικής κατασκευής, και αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων του εργαλείου (Economou et al., 2019, Kaitelidou et al., 2019).

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε **τέσσερις (4) ενότητες**:

1. Η πρώτη ενότητα αφορούσε στοιχεία σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και τις διαδικασίες προγραμματισμού της επίσκεψής τους.

2. Η δεύτερη ενότητα περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τις διάφορες διαστάσεις της φροντίδας (**Patient Experience Questionnaire**):

1. Προσβασιμότητα της φροντίδας
2. Συνέχεια και Συντονισμός της Φροντίδας
3. Πληρότητα/Περιεκτικότητα της Φροντίδας
4. Ποιότητα Ιατρικής Φροντίδας
5. Ποιότητα Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ποιότητα Φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας
6. Χαρακτηριστικά των Υποδομών

3. Στην τρίτη ενότητα οι ασθενείς/λήπτες των υπηρεσιών κλήθηκαν να υποδείξουν τη σημασία της κάθε ερώτησης, απαντώντας σε ερωτηματολόγιο «αξιών» (**Patient Value Questionnaire**), για τη σημασία που αποδίδουν οι ασθενείς σε κάθε επιμέρους διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

4. Τέλος, η τέταρτη ενότητα περιλάμβανε τρεις ανοικτές ερωτήσεις («Τί σας δημιούργησε θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της σημερινής σας επίσκεψης;», «Τί θα μπορούσε να βελτιώσει ο γενικός ιατρός/παθολόγος ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που είδατε σήμερα;» και «Τί θα μπορούσε να βελτιωθεί σε αυτήν τη ToMY;»).

Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης και τη σχετική ενημερωτική συνοδευτική επιστολή. Το προσωπικό των ΤοΜΥ έλαβε επίσης οδηγίες σχετικά με τη διαδικασία συλλογής και τα κριτήρια ένταξης των ασθενών/ληπτών των υπηρεσιών υγείας στο δείγμα.

1.3.2. Δειγματοληψία, κριτήρια ένταξης και διαδικασία συλλογής δεδομένων

1.3.2.1. Δείγμα και μεθοδολογία δειγματοληψίας

Ο συνολικός πληθυσμός-πηγή αποτελούνταν από 96 ΤοΜΥ που είχαν τεθεί σε πλήρη λειτουργία μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2018 (βλ. Παράρτημα Θ), με την προϋπόθεση ότι αυτές λειτουργούσαν για τουλάχιστον τέσσερις μήνες. Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν ανά ΤοΜΥ εκτιμήθηκε με βάση τον πληθυσμό ευθύνης τους. Ο τελικός μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 2.620 ασθενείς/λήπτες των υπηρεσιών υγείας από 63 ΤοΜΥ (συστηματική τυχαία δειγματοληψία).

Οι υπεύθυνοι σε κάθε ΤοΜΥ για την υλοποίηση της έρευνας πεδίου κλήθηκαν να προσεγγίζουν κάθε 2ο, 4ο, 6ο κοκ ασθενή/λήπτη των υπηρεσιών ΠΦΥ των ΤοΜΥ. Τα πλεονεκτήματά της συστηματικής τυχαίας δειγματοληψίας είναι η ευκολία, η ταχύτητα, η ακρίβεια (περισσότερο ακριβής από την απλή τυχαία δειγματοληψία και με περίπου την ίδια ακρίβεια με τη στρωματοποίηση) και η ομοιομορφία της κατανομής του δείγματος με τον πληθυσμό (περισσότερο ακριβείς εκτιμήσεις από τις στρωματοποιημένες).

1.3.2.2. Κριτήρια επιλεξιμότητας/ένταξης

Ο πληθυσμός μελέτης αποτελούνταν από ενήλικες ασθενείς (ηλικίας 18 ετών και άνω) οι οποίοι είχαν λάβει υπηρεσίες υγείας από τις ΤοΜΥ και είχαν δώσει γραπτώς τη συγκατάθεσή τους με τη συμπλήρωση του Εντύπου Ενημερωμένης Συγκατάθεσης. Το δείγμα λήφθηκε ανεξάρτητα από το λόγο και τη διάρκεια της επίσκεψης και διασφαλίστηκε ότι δεν είχαν στοχευθεί πληθυσμοί με συγκεκριμένες ασθένειες ή χαρακτηριστικά.

1.3.2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε ως εξής:

- Κάθε δεύτερος διαδοχικός χρήστης που είχε τελειώσει την επίσκεψή του κλήθηκε να συμμετάσχει στη μελέτη (δηλ. ο δεύτερος, ο τέταρτος, ο έκτος, ο όγδοος και ούτω καθεξής).
- Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψής του στην ΤοΜΥ.
- Ο υπεύθυνος επαγγελματίας υγείας για τη συλλογή των ερωτηματολογίων παρείχε στους συμμετέχοντες στυλό για να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και ήταν διαθέσιμοι/ες στο χώρο για να απαντήσουν σε ερωτήσεις, σε περίπτωση που οι συμμετέχοντες αντιμετώπιζαν δυσκολίες κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.
- Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια και τα έντυπα ενημερωμένης συγκατάθεσης τοποθετούνταν σε αδιαφανείς φακέλους και αποστέλλονταν ταχυδρομικώς στην ερευνητική ομάδα.
- Τέλος, όσον αφορά τους συμμετέχοντες με σωματικές και διανοητικές αναπηρίες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ικανότητά τους να κατανοήσουν τα ερωτήματα που τέθηκαν και συνεπώς να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, ιδιαίτερη σημασία δόθηκε για τη διευκόλυνσή τους προκειμένου να μην υποεκπροσωπηθούν στο δείγμα.

1.3.3. Στατιστική ανάλυση

Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, μέγιστη και ελάχιστη τιμή, ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτη και σχετική συχνότητα. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Οι συνεχείς μεταβλητές ακολουθούσαν κανονική κατανομή και χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές μέθοδοι για την ανάλυση των δεδομένων.

Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις:

- Αρχικά, διεξήχθησαν διμεταβλητές αναλύσεις. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής και μιας διχοτόμου μεταβλητής, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (Student' s t-test). Επίσης, για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson' s correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman' s correlation coefficient).
- Ακολούθως, πραγματοποιήθηκαν πολυμεταβλητές αναλύσεις προκειμένου να εξαλειφθούν οι συγχυτικές επιδράσεις. Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες των βασικών διαστάσεων της φροντίδας (πχ βαθμολογία προσβασιμότητας). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, στα αποτελέσματα παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Επίσης, πραγματοποιήθηκε πολυεπίπεδη ανάλυση παλινδρόμησης (multilevel regression analysis) για τον εντοπισμό των μεταβλητών πρόβλεψης που συσχετίστηκαν με τις βαθμολογίες εμπειρίας καθώς τα δεδομένα δεν βασίστηκαν σε ανεξάρτητες παρατηρήσεις. Η πολυεπίπεδη ανάλυση λαμβάνει υπόψη πολλαπλά επίπεδα και η διακύμανση μπορεί να χωριστεί μεταξύ των επιπέδων. Ειδικότερα, οι ασθενείς (επίπεδο 1) «εμφωλεύονται» στις ΤοΜΥ (επίπεδο 2), που «εμφωλεύονται» στις ΥΠΕ (επίπεδο 3). Πριν από την πολυεπίπεδη ανάλυση πραγματοποιήθηκαν διμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ όλων των προγνωστικών μεταβλητών, αλλά δεν βρέθηκαν υψηλές συσχετίσεις. Έτσι, όλες οι προγνωστικές μεταβλητές συμπεριλήφθηκαν στα τελικά μοντέλα. Πραγματοποιήθηκε πολυεπίπεδη ανάλυση με MLwiN 3.0 με τρία επίπεδα όπως περιγράφεται παραπάνω. Πρώτον, δημιουργήθηκε

ένα μοντέλο μόνο με σταθερά μεταβλητή και χωρίς τις προγνωστικές μεταβλητές προκειμένου να διερευνήσουμε τη συμβολή κάθε επιπέδου στη διακύμανση των βαθμολογιών εμπειρίας. Στη συνέχεια, δημιουργήθηκε ένα δεύτερο μοντέλο με όλες τις προγνωστικές μεταβλητές. Οι διχότομες μεταβλητές μετασχηματίστηκαν σε ψευδοματαβλητές μεταβλητές (dummy variables), ενώ οι διατάξιμες μεταβλητές αντιμετωπίστηκαν ως συνεχείς μεταβλητές. Υπολογίστηκε ο προσαρμοσμένος συντελεστής παλινδρόμησης (B) με το τυπικό σφάλμα (SE) και τις τιμές p ($\alpha=0,05$, δίπλευροι έλεγχοι). Οι απαντήσεις με ελλειπούσες/απούσες τιμές (missing values) εξαιρέθηκαν από τους υπολογισμούς.

Τέλος, ο **βαθμός δυνητικής βελτίωσης (improvement potential)** εκφράστηκε με έναν ποσοτικό δείκτη που υπολογίστηκε πολλαπλασιάζοντας το ποσοστό των αρνητικών εμπειριών για κάθε ερώτηση με τη βαθμολογία σημαντικότητας/«αξίας» της αντίστοιχης ερώτησης. Η βαθμολογία σημαντικότητας/«αξίας» υπολογίστηκε λαμβάνοντας τη μέση τιμή για κάθε ερώτηση/διάσταση της φροντίδας σε κλίμακα από ένα έως πέντε. Ως αποτέλεσμα, η βαθμολογία δυνητικής βελτίωσης υπολογίστηκε πολλαπλασιάζοντας το ποσοστό των αρνητικών εμπειριών του ασθενούς με τη μέση βαθμολογία σημαντικότητας. Η υψηλότερη βαθμολογία βελτίωσης αντανάκλα και μεγαλύτερη ανάγκη βελτίωσης.

Ο βαθμός δυνητικής βελτίωσης υπολογίστηκε για τις ακόλουθες βασικές διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας: προσβασιμότητα (3 ερωτήσεις), συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας (3 ερωτήσεις), περιεκτικότητα της φροντίδας (3 ερωτήσεις), ποιότητα της ιατρικής φροντίδας (4 ερωτήσεις), χαρακτηριστικά των υποδομών (3 ερωτήσεις) και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και της φροντίδας που παρέχονται από άλλους επαγγελματίες υγείας (4 ερωτήσεις). Για κάθε διάσταση, υπολογίστηκε βαθμολογία δυνητικής βελτίωσης από την οπτική του ασθενή.

Οι ελλείπουσες («απούσες») τιμές (missing values) εξαιρέθηκαν από τους υπολογισμούς. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΕΥΡΕΙΑΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ

2.1. Περιγραφική ανάλυση

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 2620 συμμετέχοντες (ποσοστό απόκρισης=58,3%) που επισκέφθηκαν 63 ΤοΜΥ από τον Ιανουάριο έως τον Μάρτιο του 2019. Η κατανομή των συμμετεχόντων στις ΤοΜΥ παρουσιάζεται στον Πίνακα Β4.

Πίνακας Β4. Κατανομή των συμμετεχόντων στη μελέτη ανά ΤοΜΥ

A/A Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤοΜΥ)	N	%
1	44	1,7
2	20	0,8
3	45	1,7
4	44	1,7
5	41	1,6
6	41	1,6
7	37	1,4
8	45	1,7
9	35	1,3
10	44	1,7
11	35	1,3
12	45	1,7
13	19	0,7
14	45	1,7
15	45	1,7
16	45	1,7
17	45	1,7
18	45	1,7
19	45	1,7
20	45	1,7
21	45	1,7
22	43	1,6
23	45	1,7
24	45	1,7
25	43	1,6

26	39	1,5
27	44	1,7
28	45	1,7
29	45	1,7
30	45	1,7
31	45	1,7
32	45	1,7
33	16	0,6
34	45	1,7
35	49	1,9
36	32	1,2
37	44	1,7
38	20	0,8
39	40	1,5
40	41	1,6
41	89	3,4
42	43	1,6
43	43	1,6
44	41	1,6
45	44	1,7
46	45	1,7
47	43	1,6
48	44	1,7
49	45	1,7
50	44	1,7
51	45	1,7
52	40	1,5
53	45	1,7
54	45	1,7
55	45	1,7
56	45	1,7
57	50	1,9
58	6	0,2
59	41	1,6
60	43	1,6
61	22	0,8
62	41	1,6
63	45	1,7

Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα Β5.

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 53,1 έτη (τυπική απόκλιση=15,1, διάμεσος=54, ελάχιστη τιμή=19, μέγιστη τιμή=96). Το 14% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν από 19 έως 35 ετών, το 27,9% από 36 έως 49 ετών, το 31,9% από 50 έως 64 ετών και το 26,2% άνω των 65 ετών.

Δώδεκα στους εκατό (12%) επισκέφθηκαν τις ΤοΜΥ για τα παιδιά τους, ενώ το 87,8% τις επισκέφθηκε για δικό τους πρόβλημα υγείας.

Εξήντα πέντε τοις εκατό (65%) των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, το 31,2% είχε ανώτερη εκπαίδευση, το 22,6% ολοκλήρωσε το γυμνάσιο και το 14,6% ήταν απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν Έλληνες (94,0%) και ασφαλισμένοι (91,4%). Όσον αφορά στην κατάσταση της υγείας τους, την αυτοαξιολόγησαν από μέτρια έως εξαιρετική (92,4%). Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες είχαν κάποιο χρόνιο νόσημα (45,4%) και μόνο 4,7% είχαν κάποιου είδους αναπηρία.

Πίνακας Β5. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη

Χαρακτηριστικό	N	%
Γονέας		
Όχι	2300	87,8
Ναι	320	12,2
Φύλο		
Ανδρας	900	34,7
Γυναίκα	1696	65,3
Ηλικία	53,1 ^a	15,1 ^β
Ηλικιακές ομάδες		
19-35	367	14,0
36-49	732	27,9
50-64	834	31,9
>65	687	26,2
Εθνικότητα		
Ελληνική	2454	94,0
Άλλη	157	6,0

Υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης		
ΜερικέςτάξειςτουΔημοτικού	99	3,8
Απόφοιτος-η Δημοτικού	449	17,3
Απόφοιτος-η Γυμνασίου	272	10,5
Απόφοιτος-η Λυκείου	587	22,6
Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (IEK, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)	380	14,6
Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ	814	31,2
Ασφαλισμένος-η στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης		
Όχι	254	9,7
Ναι	2354	90,3
Έχω ιδιωτική ασφάλιση		
Όχι	2512	96,3
Ναι	96	3,7
Είμαι ασφαλισμένος-η		
Όχι	224	8,6
Ναι	2384	91,4
Έχω πιστοποιημένη αναπηρία άνω του 67%		
Όχι	2458	95,3
Ναι	122	4,7
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		
Πολύ κακή	92	3,5
Κακή	108	4,1
Μέτρια	690	26,4
Καλή	1152	44,1
Πολύ καλή	570	21,8
Χρόνιο νόσημα		
Όχι	1406	54,6
Ναι, από ένα	683	26,5
Ναι, από δύο	269	10,4
Ναι, από τρία ή περισσότερα	218	8,5
Δεν γνωρίζω	0	0,0

^α Μέση τιμή

^β Τυπική απόκλιση

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη σχετικά με την επίσκεψή τους στις ΤοΜΥ φαίνονται στον Πίνακα Β6.

Το 65% επισκέφθηκε τη συγκεκριμένη μονάδα τουλάχιστον μία φορά τους τελευταίους 6 μήνες ενώ το 31,5% την επισκέφθηκε για πρώτη φορά. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (94%) είχαν ήδη εγγραφεί στον οικογενειακό ιατρό της περιοχής τους πριν επισκεφτούν αυτήν τη ΤοΜΥ.

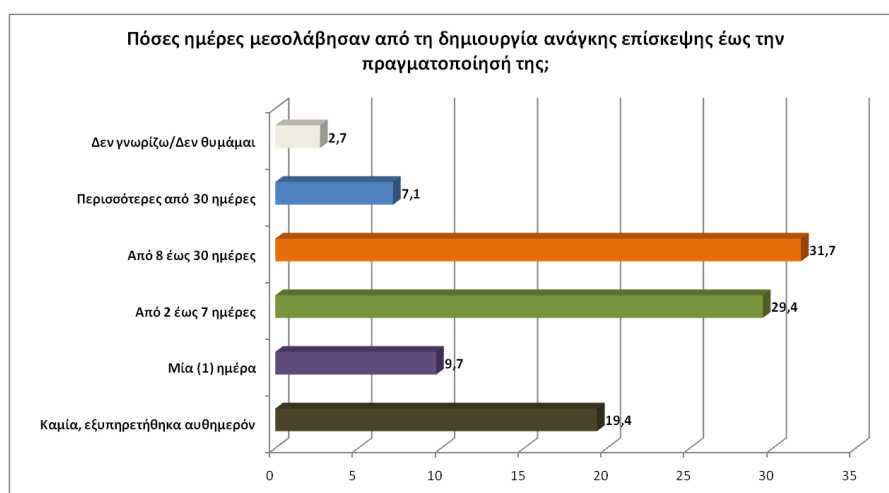
Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (85,1%) χρησιμοποίησαν υπηρεσίες Γενικού Ιατρού, ενώ 36,6% έλαβαν νοσηλευτικές υπηρεσίες, 13,6% υπηρεσίες επισκέπτη υγείας, 12,4% παιδίατρον και 12,4% κοινωνικού λειτουργού. Μόνο το 1,5% επισκέφθηκε νοσηλευτή ή άλλο επαγγελματία υγείας χωρίς να επισκεφθεί ιατρό.

Οι πιο συχνές αιτίες της επίσκεψης ήταν:

- Η συνταγογράφηση φαρμάκων (38,1%)
- Η συνταγογράφηση εργαστηριακών / διαγνωστικών εξετάσεων (22,7%)
- Προγραμματισμένη επίσκεψη ή ιατρικός έλεγχος (27,4%)
- Επίσκεψη για λόγους ασθένειας (20,2%)
- Εμβολιασμός (9,1%)

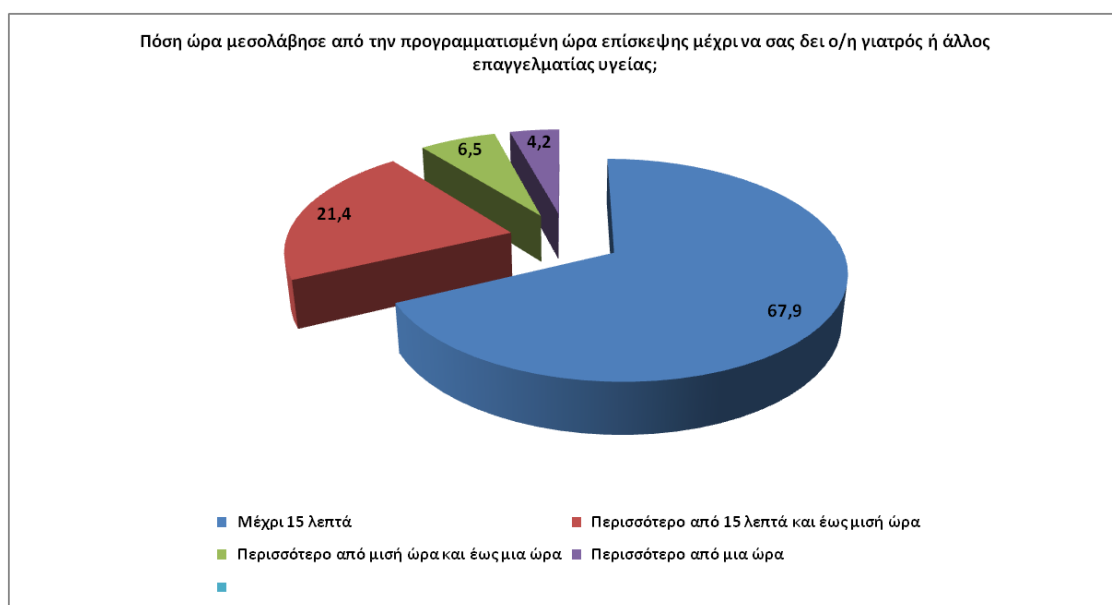
Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (86,3%) έκλεισαν ραντεβού για την επίσκεψή τους στην ΤοΜΥ και, από αυτούς το 58,5% είχε περίοδο αναμονής λιγότερο από μία εβδομάδα, ενώ το 31,7% από μία εβδομάδα έως έναν μήνα (Γράφημα 1).

Γράφημα 1. Ημέρες αναμονής από το κλείσιμο του ραντεβού μέχρι την επίσκεψη στην ΤοΜΥ



Επίσης, το 55,9% είχε προγραμματίσει το ραντεβού μέσω τηλεφώνου στη γραμματεία και το 36,9% με φυσική παρουσία στην ΤοΜΥ. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες περίμεναν λιγότερο από 15 λεπτά για το ραντεβού τους (67,9%), ενώ το 21,4% περίμενε από 15 έως 30 λεπτά και το 9,7% από 31 έως 60 λεπτά (Γράφημα 2).

Γράφημα 2. Χρόνος αναμονής μέχρι την εξέταση



Ο ιατρός παρέπεμψε το 22,1% των συμμετεχόντων στη μελέτη σε άλλη υπηρεσία υγείας. Από αυτούς, το 29,7% παραπέμφθηκε σε διαγνωστικό κέντρο, το 29,1% σε άλλον επαγγελματία υγείας, το 24,5% σε άλλο ιατρό εκτός της ΤοΜΥ, το 11% σε νοσοκομείο και το 7,1% σε Κέντρο Υγείας. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (88,5%) δήλωσαν ότι ο ιατρός τους προσέφερε επαρκείς πληροφορίες/καθοδήγηση για την παραπομπή τους σε άλλη υπηρεσία υγείας.

Ο ιατρός προχώρησε σε συνταγογράφηση στο 78,9% των περιπτώσεων. Συγκεκριμένα, χορηγήθηκε συνταγή/παραπεμπτικό για φαρμακευτική αγωγή στο 58,2% των συμμετεχόντων, για διαγνωστικές εξετάσεις στο 49,9% και για αναλώσιμα υλικά στο 4,7%.

Πίνακας Β6. Απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη σχετικά με την επίσκεψή τους στην ΤοΜΥ

Χαρακτηριστικό	N	%
Αριθμός επισκέψεων σε αυτήν την ΤοΜΥ κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών		
Αυτή είναι η πρώτη φορά	819	31,5
2 έως 4 φορές	1393	53,6
5 φορές ή περισσότερες	326	12,5
Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι	60	12,5
Εγγραφή σε οικογενειακό ιατρό		
Ναι, σε αυτήν την ΤοΜΥ	2379	91,7
Ναι, σε άλλη δημόσια δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (π.χ. Κέντρο Υγείας κλπ)	44	1,7
Ναι, σε συμβεβλημένο ιδιώτη ιατρό	16	0,6
Όχι	156	6,0
Σε αυτήν την επίσκεψη, ήρθα σε επαφή με:		
Γενικό ιατρό/Παθολόγο	2229	85,1
Παιδίατρο	324	12,4
Κοινωνική/ό Λειτουργό	326	12,4
Νοσηλεύτρια/ή	959	36,6
Επισκέπτρια/η υγείας	356	13,6
Λόγος επίσκεψης		
Ασθένεια/αδιαθεσία	529	20,2
Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)	717	27,4
Συνταγογράφηση φαρμάκων	999	38,1
Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις	596	22,7
Παραπομπή από άλλον ιατρό/άλλη μονάδα υγείας/άλλη υπηρεσία (πχ σχολείο, εργασιακό χώρο κτλ.)	18	0,7
Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση	75	2,9
Συμβουλευτική υποστήριξη (π.χ. διατροφή, διακοπή καπνίσματος)	83	3,2
Εμβολιασμός	238	9,1
Χρήση Κοινωνικών Υπηρεσιών	95	3,6
Εγγραφή σε οικογενειακό ιατρό	156	6,0
Προγραμματισμός ραντεβού για τη σημερινή επίσκεψη σε αυτήν την ΤοΜΥ		
Όχι	359	13,7
Ναι	2261	86,3
Τρόπος προγραμματισμού του ραντεβού		
Με επίσκεψη στην ΤοΜΥ	826	36,9
Τηλεφωνικά στην ΤοΜΥ	1252	55,9

Απευθείας με τον/την ιατρό	93	4,1
Μέσω του διαδικτύου (rdv.healthnet.gr)	28	1,2
Δεν ξέρω, κάποιος άλλος μου το προγραμματίισε	42	1,9
Πόσες ημέρες μεσολάβησαν από τη δημιουργία ανάγκης επίσκεψης έως την πραγματοποίησή της;		
Καμία, εξυπηρετήθηκα αυθημερόν	463	19,4
Μία (1) ημέρα	231	9,7
Από 2 έως 7 ημέρες	704	29,4
Από 8 έως 30 ημέρες	758	31,7
Περισσότερες από 30 ημέρες	171	7,1
Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι	65	2,7
Πόση ώρα μεσολάβησε από την προγραμματισμένη ώρα επίσκεψης μέχρι να σας δει ο/η ιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας;		
Μέχρι 15 λεπτά	1638	67,9
Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα	515	21,4
Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα	157	6,5
Περισσότερο από μια ώρα	102	4,2
Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι	0	0,0
Παραπομπή από τον ιατρό σε άλλη υπηρεσία υγείας		
Όχι	2040	77,9
Ναι	580	22,1
Ο ιατρός με παρέπεμψε σε:		
Άλλο επαγγελματία υγείας στην ΤοΜΥ	169	29,1
Ιατρό ειδικότητας	142	24,5
Κέντρο Υγείας	41	7,1
Διαγνωστικό Κέντρο	172	29,7
Νοσοκομείο	64	11,0
Ο/η ιατρός σας συνταγογράφησε;		
Όχι	553	21,1
Ναι	2067	78,9
Συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής		
Όχι	1023	41,8
Ναι	1425	58,2
Συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων		
Όχι	1089	50,1
Ναι	1084	49,9
Συνταγογράφηση αναλώσιμου υγειονομικού υλικού (π.χ. επιθέματα, σύριγγες-συσκευές χορήγησης ινσουλίνης, ταινίες κλπ)		
Όχι	1761	95,3
Ναι	86	4,7
Στην περίπτωση που ο/η ιατρός ή άλλος επαγγελματίας		

υγείας σας παρέπεμψε αλλού, η πληροφόρηση/καθοδήγηση που σας παρείχε ήταν επαρκής (π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)		
Διαφωνώ απόλυτα	11	2,2
Διαφωνώ	8	1,6
Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	39	7,9
Συμφωνώ	201	40,8
Συμφωνώ απόλυτα	234	47,5
Σήμερα σας είδε άλλος-η επαγγελματίας υγείας χωρίς να σας δει ιατρός σε αυτήν τη ΤοΜΥ;		
Όχι	2580	98,5
Ναι	40	1,5

Όσον αφορά στις εμπειρίες των συμμετεχόντων, δημιουργήσαμε έξι παράγοντες (που αντανakλούν τις διαστάσεις της φροντίδας) με βάση την προηγούμενη έρευνα, την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και την αντίστοιχη θεωρία (Πίνακας Β7). Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's alpha) για τα στοιχεία που αφορούσαν κάθε έναν από τους έξι παράγοντες (διαστάσεις της φροντίδας) κυμαίνονταν από 0,61 έως 0,88 και για τα στοιχεία που αφορούσαν τη συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών ήταν 0,92, γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου (Πίνακας Β7).

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις εμπειρίες τους, παρουσιάζονται στον Πίνακα Β8. *Όλες οι μέσες τιμές στις ερωτήσεις ήταν μεγαλύτερες από το μέσο της κλίμακας (=3), γεγονός που δείχνει θετικά επίπεδα εμπειριών.*

Πίνακας Β7. Οι έξι παράγοντες (διαστάσεις της φροντίδας) που δημιουργήθηκαν σύμφωνα με την προηγούμενη έρευνα, την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και την αντίστοιχη θεωρία

	Παράγοντας1	Παράγοντας2	Παράγοντας 3	Παράγοντας4	Παράγοντας5	Παράγοντας6
	Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας	Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας	Πληρότητα/ Περιεκτικότητα της φροντίδας	Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	Χαρακτηριστικά της δομής	Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	X					
Αυτή η ΤοΜΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	X					
Ήταν εύκολο να προγραμματίσω το ραντεβού	X					
Ο/η ιατρός με ρώτησε για το ιατρικό ιστορικό μου		X				
Ο/η ιατρός μου έδωσε φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι ιατροί		X				
Ο/η ιατρός με ρώτησε για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν		X				
Ο/η ιατρός, μου παρείχε συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη			X			

σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)						
Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου			X			
Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά τυχόν προτεινόμενους τρόπους θεραπείας			X			
Ο/η ιατρός ήταν ευγενικός-η μαζί μου				X		
Ο/η ιατρός με άκουσε προσεκτικά				X		
Ο/η ιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να με εξετάσει				X		
Ο/η ιατρός έλαβε υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου				X		
Ήταν εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτής της ΤοΜΥ					X	
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη					X	
Οι χώροι της ΤοΜΥ ήταν καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)					X	
Οι νοσηλευτές-τριες με άκουσαν προσεκτικά						X
Οι νοσηλευτές-τριες μου έδωσαν συμβουλές για την υγεία μου						X
Οι νοσηλευτές-τριες ήταν ευγενικοί-ές						X
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με άκουσαν προσεκτικά						
Συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha	0,61	0,73	0,88	0,88	0,81	0,82

Πίνακας Β8. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις εμπειρίες τους

Στοιχείο/Ερώτηση	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας											4,25	0,66
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	28	1,1	69	2,7	200	7,8	1151	44,6	1131	43,9	4,27	0,80
Αυτή η ΤοΜΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	51	2,0	149	5,8	288	11,2	987	38,4	1096	38,4	4,14	0,96
Ήταν εύκολο να προγραμματίσω το ραντεβού	28	1,1	61	2,4	174	6,9	1002	39,9	1248	49,7	4,35	0,80
Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας											4,37	0,69
Ο/η ιατρός με ρώτησε για το ιατρικό ιστορικό μου	28	1,1	35	1,4	84	3,4	835	33,7	1496	60,4	4,51	0,73
Ο/η ιατρός μου έδωσε φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι ιατροί	67	2,8	91	3,8	314	13,2	801	33,7	1102	46,4	4,17	0,99
Ο/η ιατρός με ρώτησε για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	27	1,1	72	2,9	127	5,1	853	34,5	1396	56,4	4,42	0,81
Πληρότητα/Περιεκτικότητα της φροντίδας											4,33	0,77
Ο/η ιατρός, μου παρείχε συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)	36	1,5	81	3,3	248	10,0	810	32,7	1301	52,5	4,32	0,88
Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	29	1,2	37	1,5	215	8,7	844	34,0	1358	54,7	4,40	0,80
Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά τυχόν προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	36	1,5	76	3,1	295	12,1	790	32,5	1233	50,7	4,28	0,90
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας											4,57	0,61

Ο/η ιατρός ήταν ευγενικός-η μαζί μου	16	0,6	8	0,3	26	1,0	624	24,5	1873	73,5	4,70	0,57
Ο/η ιατρός με άκουσε προσεκτικά	21	0,8	10	0,4	50	2,0	616	23,5	1830	69,8	4,67	0,62
Ο/η ιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	28	1,1	24	1,0	141	5,7	681	27,4	1609	64,8	4,54	0,75
Ο/η ιατρός έλαβε υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	25	1,0	43	1,8	230	9,4	807	33,0	1339	54,8	4,39	0,81
Χαρακτηριστικά της δομής											4,37	0,72
Ήταν εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτής της ΤοΜΥ	23	0,9	26	1,0	169	6,6	831	32,3	1525	59,2	4,48	0,74
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	60	2,3	102	4,0	285	11,1	848	33,0	1274	49,6	4,24	0,96
Οι χώροι της ΤοΜΥ ήταν καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	29	1,1	51	2,0	226	8,8	829	32,2	1443	56,0	4,40	0,82
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας											4,52	0,61
Οι νοσηλευτές-τριες με άκουσαν προσεκτικά	10	0,5	7	0,3	74	3,6	640	31,3	1316	64,3	4,59	0,62
Οι νοσηλευτές-τριες μου έδωσαν συμβουλές για την υγεία μου	15	0,8	47	2,4	263	13,2	631	31,7	1035	52,0	4,32	0,84
Οι νοσηλευτές-τριες ήταν ευγενικοί-ές	10	0,5	2	0,1	48	2,4	534	26,2	1442	70,8	4,67	0,58
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με άκουσαν προσεκτικά	10	0,5	22	1,1	129	6,4	607	30,2	1242	61,8	4,52	0,71

Η ταξινόμηση των ερωτήσεων για τις εμπειρίες των ασθενών/ληπτών των υπηρεσιών υγείας των ΤοΜΥ σύμφωνα με τις μέσες τιμές εμπειριών παρουσιάζονται στον Πίνακα Β9 και στο Γράφημα 3.

Σύμφωνα με τις μέσες τιμές, οι 5 μεταβλητές με τις υψηλότερες βαθμολογίες ήταν οι εξής:

- Ο/η ιατρός ήταν ευγενικός-η μαζί μου
- Ο/η ιατρός με άκουσε προσεκτικά
- Οι νοσηλευτές-τριες ήταν ευγενικοί-ές
- Οι νοσηλευτές-τριες με άκουσαν προσεκτικά
- Ο/η ιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να με εξετάσει

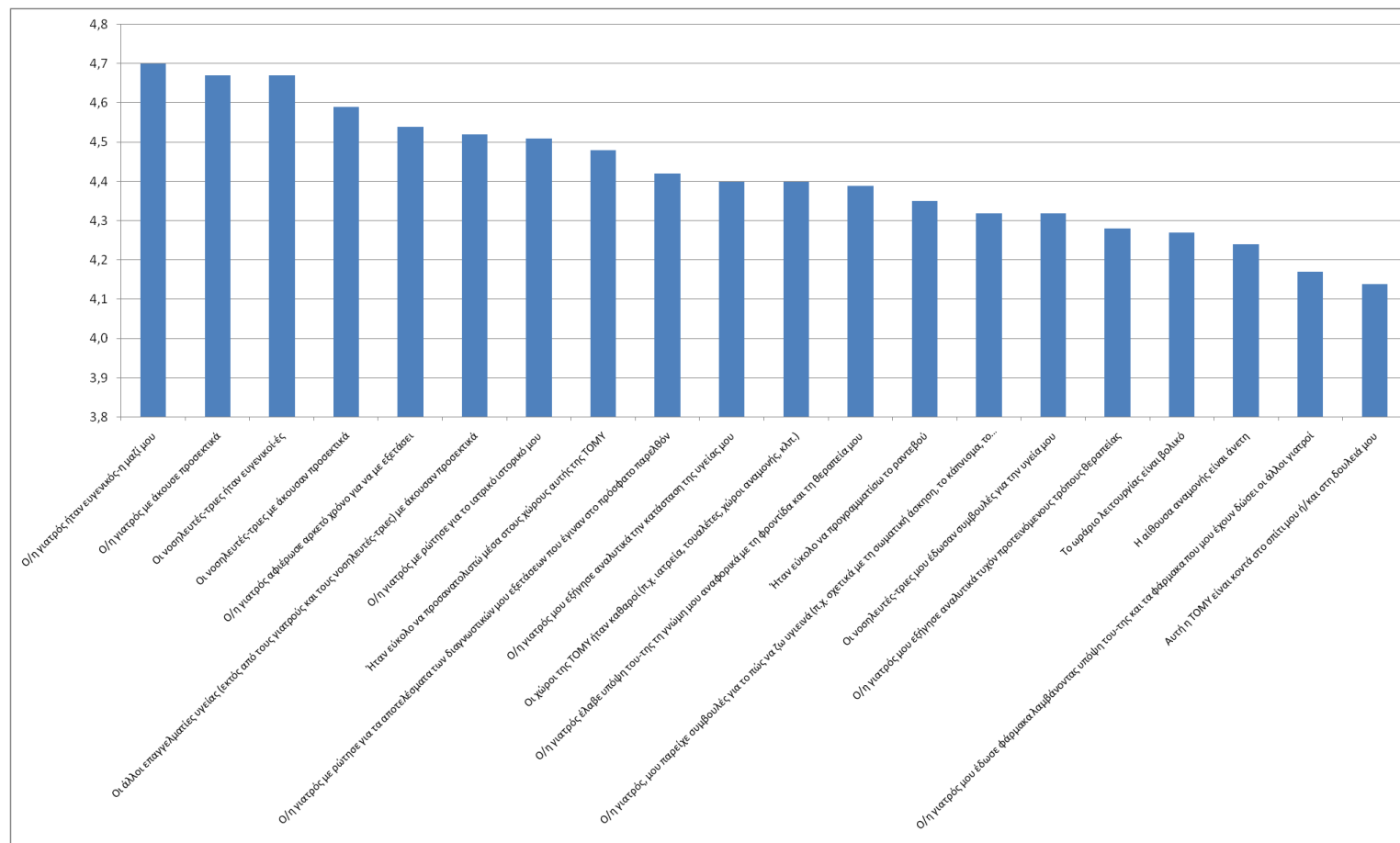
Σύμφωνα με τις μέσες τιμές, οι 5 μεταβλητές με τις χαμηλότερες βαθμολογίες, ήταν οι εξής:

- Αυτή η ΤοΜΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου
- Ο/η ιατρός μου έδωσε φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι ιατροί
- Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη
- Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό
- Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά τυχόν προτεινόμενους τρόπους θεραπείας

Πίνακας Β9. Ταξινόμηση των ερωτήσεων για τις εμπειρίες των ασθενών/ληπτών των υπηρεσιών υγείας των ΤοΜΥ σύμφωνα με τις μέσες τιμές εμπειρίας

Στοιχείο/Ερώτηση	Μέση τιμή
Ο/η ιατρός ήταν ευγενικός-η μαζί μου – Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	4,70
Ο/η ιατρός με άκουσε προσεκτικά - Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	4,67
Οι νοσηλευτές-τριες ήταν ευγενικοί-ές- Ποιότητα νοσηλευτικής	4,67

φροντίδας	
Οι νοσηλεύτριες-τριες με άκουσαν προσεκτικά - Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	4,59
Ο/η ιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να με εξετάσει - Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	4,54
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους ιατρούς και τους νοσηλεύτριες-τριες) με άκουσαν προσεκτικά - Ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας	4,52
Ο/η ιατρός με ρώτησε για το ιατρικό ιστορικό μου - Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας	4,51
Ήταν εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτής της ΤοΜΥ - Χαρακτηριστικά της δομής	4,48
Ο/η ιατρός με ρώτησε για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν - Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας	4,42
Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου – Πληρότητα/Περιεκτικότητα της φροντίδας	4,40
Οι χώροι της ΤοΜΥ ήταν καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.) - Χαρακτηριστικά της δομής	4,40
Ο/η ιατρός έλαβε υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου - Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	4,39
Ήταν εύκολο να προγραμματίσω το ραντεβού – Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας	4,35
Ο/η ιατρός, μου παρείχε συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.) – Πληρότητα/Περιεκτικότητα της φροντίδας	4,32
Οι νοσηλεύτριες-τριες μου έδωσαν συμβουλές για την υγεία μου- Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	4,32
Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά τυχόν προτεινόμενους τρόπους θεραπείας – Πληρότητα/Περιεκτικότητα της φροντίδας	4,28
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό- Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας	4,27
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη - Χαρακτηριστικά της δομής	4,24
Ο/η ιατρός μου έδωσε φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι ιατροί - Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας	4,17
Αυτή η ΤοΜΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου – Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας	4,14



Γράφημα 3. Ταξινόμηση των ερωτήσεων για τις εμπειρίες των ασθενών/ληπτών των υπηρεσιών υγείας των ΤοΜΥ σύμφωνα με τις μέσες τιμές της βαθμολογίας

Στη συνέχεια, υπολογίσαμε τη συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών, καθώς επίσης και τις βαθμολογίες θετικών εμπειριών από τους έξι παράγοντες (διαστάσεις της φροντίδας).

Η συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών υπολογίστηκε ως η μέση τιμή των τιμών/απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου εμπειριών. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για αυτές τις έξι διαστάσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα B10 και στο Γράφημα 4. **Όλες οι μέσες βαθμολογίες ήταν μεγαλύτερες από το μέσο της κλίμακας (=3), γεγονός που δείχνει θετικά επίπεδα εμπειριών.**

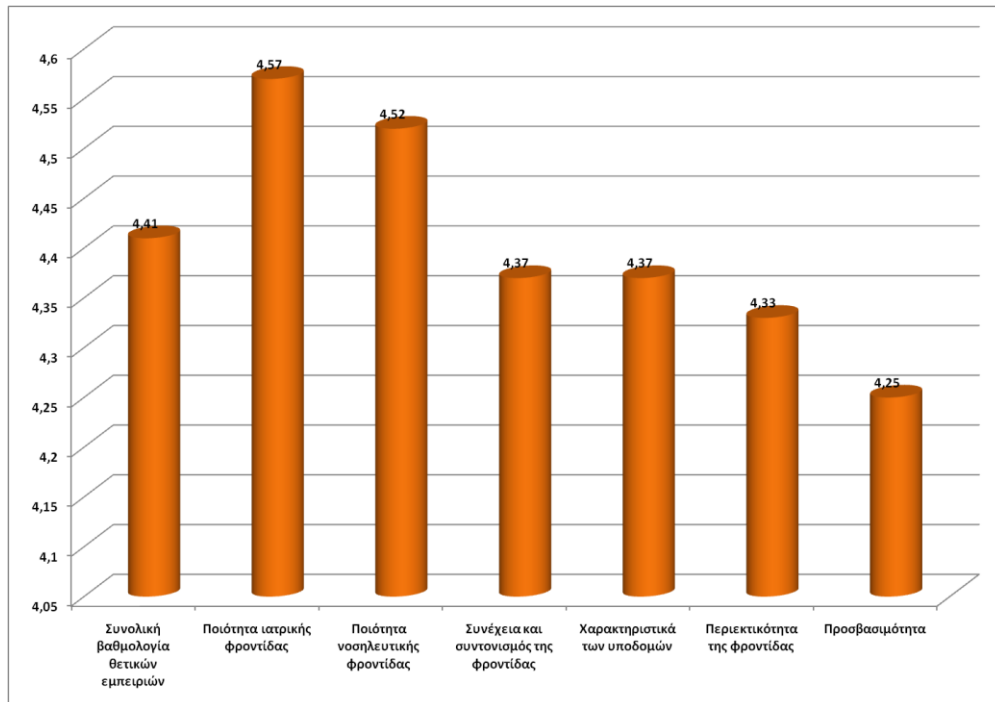
Η βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών από την ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας ήταν η υψηλότερη και ακολουθούσαν οι αντίστοιχες βαθμολογίες θετικών εμπειριών από τη συνέχεια/συντονισμό της φροντίδας, από την πληρότητα/περιεκτικότητα της φροντίδας και από την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Οι βαθμολογίες σύστασης του ιατρού και της ΤοΜΥ παρουσιάζονται στον Πίνακα B11 και ήταν εξαιρετικά υψηλές.

Πίνακας B10. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τη συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών και τη συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών από τις έξι διαστάσεις της φροντίδας (σε φθίνουσα σειρά)

Βαθμολογία	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	4,57	0,61	5,0	1	5
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	4,52	0,61	5,0	1	5
Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας	4,37	0,69	4,3	1	5
Χαρακτηριστικά της δομής	4,37	0,72	4,7	1	5
Πληρότητα/Περιεκτικότητα της φροντίδας	4,33	0,77	4,3	1	5
Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας	4,25	0,66	4,3	1	5
Συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών	4,41	0,52	4,5	1	5

Γράφημα 4. Η μέση συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών και οι μέσες τιμές των βαθμολογιών θετικών εμπειριών από τις έξι διαστάσεις της φροντίδας



Πίνακας B11. Βαθμολογία σύστασης του ιατρού και της ΤοΜΥ

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Βαθμολογία σύστασης του ιατρού	9,46	1,22	10	0	10
Βαθμολογία σύστασης της ΤοΜΥ	9,47	1,13	10	0	10

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη σημασία της κάθε ερώτησης, (ερωτηματολόγιο «αξιών») παρουσιάζονται στον Πίνακα B12. *Όλες οι μέσες τιμές στα επιμέρους στοιχεία/ερωτήσεις ήταν μεγαλύτερες από το μέσο της κλίμακας (=3), γεγονός που δείχνει υψηλά επίπεδα σημαντικότητας, όπως αποδίδεται από τους ασθενείς σε όλες τις διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.*

Πίνακας Β12. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη σημασία της κάθε ερώτησης (ερωτηματολόγιο «αξιών»)

Στοιχείο/Ερώτηση	Ασήμαντη		Λίγο σημαντική		Μέτρια σημαντική		Πολύ σημαντική		Πάρα πολύ σημαντική		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας												
Χρόνος που μεσολάβησε από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίησή της	154	6,1	100	4,0	235	9,4	924	36,9	1092	43,6	4,08	1,11
Χρόνος αναμονής από τη στιγμή που φτάσατε στη ΤοΜΥ μέχρι να σας δει ο/η ιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας	202	8,0	108	4,3	247	9,7	933	36,7	1049	41,3	3,99	1,18
Στην περίπτωση που ο/η ιατρός σας παραπέμψει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την ιατρό(π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)	66	2,8	40	1,7	206	8,9	944	40,8	1060	45,8	4,25	0,90
Το ωράριο λειτουργίας	22	0,9	40	1,6	189	7,5	986	39,1	1285	51,0	4,38	0,76
Η ΤοΜΥ να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	40	1,6	66	2,6	267	10,5	862	33,9	1311	51,5	4,31	0,88
Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού	21	0,8	14	0,6	71	2,8	830	32,7	1604	63,1	4,57	0,66
Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας												
Ο/η ιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	13	0,5	14	0,6	57	2,3	784	31,0	1658	65,6	4,61	0,62
Ο/η ιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του/της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι ιατροί	22	0,9	58	2,3	181	7,1	767	30,2	1508	59,5	4,45	0,79
Ο-η ιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	11	0,4	17	0,7	56	2,2	803	31,5	1662	65,2	4,60	0,61
Πληρότητα/Περιεκτικότητα της φροντίδας												
Ο-η ιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)	13	0,5	19	0,7	139	5,5	795	31,3	1572	61,9	4,53	0,68
Ο/η ιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	8	0,3	10	0,4	44	1,7	670	26,3	1817	71,3	4,68	0,56
Ο/η ιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	9	0,4	12	0,5	50	2,0	695	27,3	1781	69,9	4,66	0,58

Ποιότητα ιατρικής φροντίδας												
Ο/η ιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου	8	0,3	4	0,2	52	2,0	619	24,2	1879	73,3	4,70	0,55
Ο/η ιατρός να με ακούει προσεκτικά	7	0,3	3	0,1	14	0,5	587	22,9	1948	76,1	4,75	0,49
Ο/η ιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	6	0,2	7	0,3	52	2,1	630	24,9	1833	72,5	4,69	0,55
Ο/η ιατρός να λαμβάνει υπόψη του/της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	19	0,8	25	1,0	163	6,4	766	30,3	1555	61,5	4,51	0,73
Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί	8	0,3	12	0,5	93	3,6	840	32,9	1602	62,7	4,57	0,62
Χαρακτηριστικά της δομής												
Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους της ΤοΜΥ	19	0,7	36	1,4	298	11,7	887	34,7	1316	51,5	4,35	0,79
Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη	23	0,9	43	1,7	317	12,4	895	35,1	1273	49,9	4,31	0,82
Οι χώροι της ΤοΜΥ να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)	9	0,4	14	0,5	73	2,9	749	29,3	1713	67,0	4,62	0,61
Η ΤοΜΥ να είναι καλά εξοπλισμένη (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	11	0,4	16	0,6	72	2,8	637	25,1	1804	71,0	4,66	0,61
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας												
Οι νοσηλεύτριες να με ακούν προσεκτικά	9	0,4	14	0,6	80	3,1	847	33,3	1590	62,6	4,57	0,62
Οι νοσηλεύτριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	24	0,9	35	1,4	206	8,1	828	32,7	1442	56,9	4,43	0,78
Οι νοσηλεύτριες να είναι ευγενικοί-ές	10	0,4	12	0,5	65	2,6	774	30,5	1675	66,0	4,61	0,60
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές) να με ακούν προσεκτικά - Ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας	12	0,5	19	0,8	107	4,2	796	31,5	1590	63,0	4,56	0,66

Η ταξινόμηση των ερωτήσεων για τη **σημασία** της κάθε ερώτησης(ερωτηματολόγιο «αξιών») παρουσιάζεται στον Πίνακα Β13 και στο Γράφημα5.

Σύμφωνα με τις μέσες τιμές, οι 5 μεταβλητές με το υψηλότερο επίπεδο σημαντικότητας ήταν οι εξής:

- Ο/η ιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου
- Ο/η ιατρός να με ακούει προσεκτικά
- Οι νοσηλευτές-τριες να είναι ευγενικοί-ές
- Οι νοσηλευτές-τριες να με ακούν προσεκτικά
- Ο/η ιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει

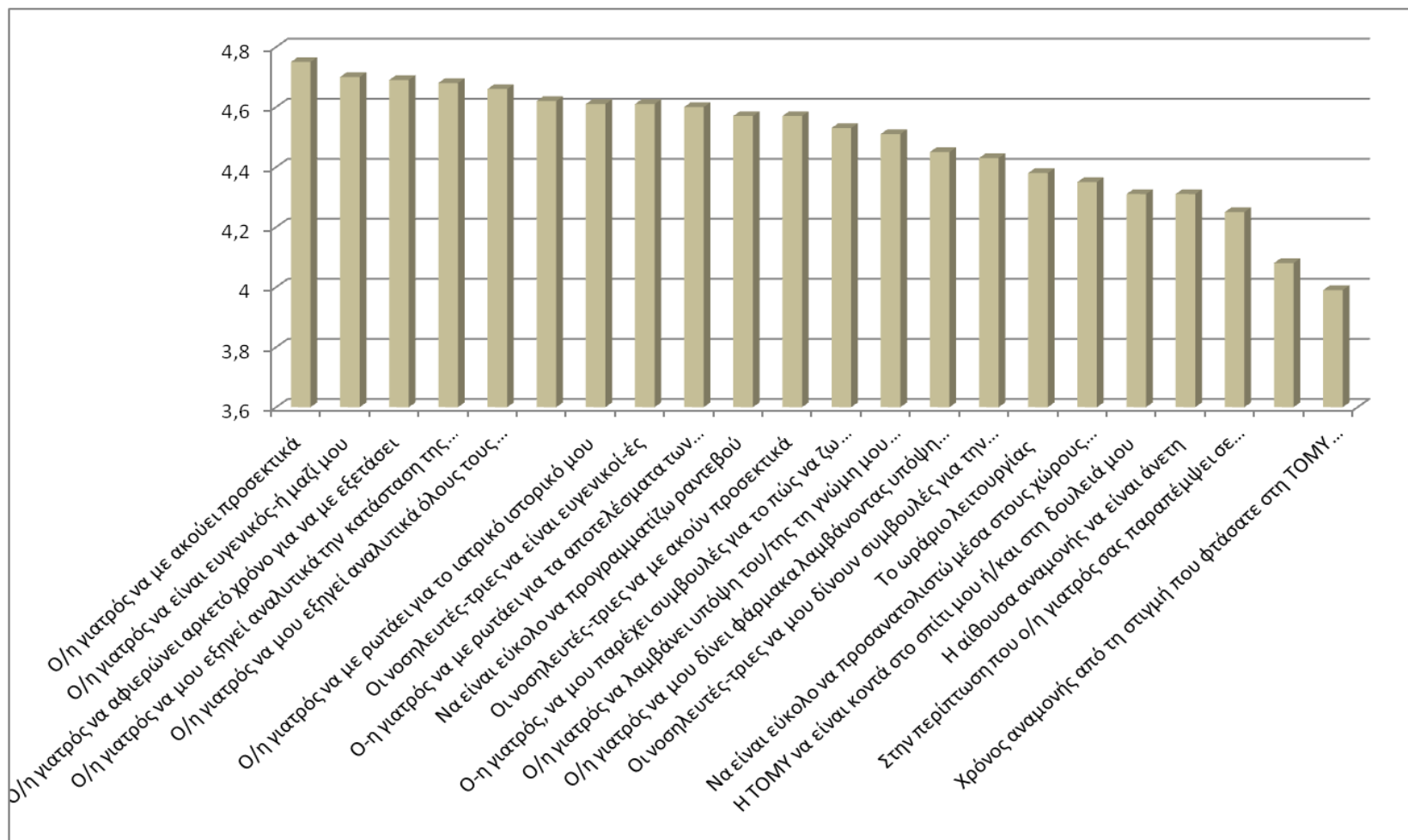
Σύμφωνα με τις μέσες τιμές, οι 5 μεταβλητές με το χαμηλότερο επίπεδο σημαντικότητας ήταν τα εξής:

- Η ΤοΜΥ να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου
- Ο/η ιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του/της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι ιατροί
- Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη
- Το ωράριο λειτουργίας
- Ο/η ιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας

Πίνακας Β13. Ταξινόμηση των ερωτήσεων για τη σημασία της κάθε ερώτησης(ερωτηματολόγιο «αξιών»)σύμφωνα με τις μέσες τιμές σημαντικότητας

Στοιχείο/Ερώτηση	Μέση τιμή
Ο/η ιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου - Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	4,70
Ο/η ιατρός να με ακούει προσεκτικά - Ποιότητα ιατρικής	4,67

φροντίδας	
Οι νοσηλευτές-τριες να είναι ευγενικοί-ές - Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	4,67
Οι νοσηλευτές-τριες να με ακούν προσεκτικά - Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	4,59
Ο/η ιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει- Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	4,54
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές) να με ακούν προσεκτικά - Ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας	4,52
Ο/η ιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου - Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας	4,51
Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους της ΤοΜΥ - Χαρακτηριστικά της δομής	4,48
Ο-η ιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν- Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας	4,42
Ο/η ιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου – Πληρότητα/Περιεκτικότητα της φροντίδας	4,40
Οι χώροι της ΤοΜΥ να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.) - Χαρακτηριστικά της δομής	4,40
Ο/η ιατρός να λαμβάνει υπόψη του/της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου - Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	4,39
Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού – Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας	4,35
Ο-η ιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.) – Πληρότητα/Περιεκτικότητα της φροντίδας	4,32
Οι νοσηλευτές-τριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου - Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	4,32
Ο/η ιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας – Πληρότητα/Περιεκτικότητα της φροντίδας	4,28
Το ωράριο λειτουργίας - Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας	4,27
Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη- Χαρακτηριστικά της δομής	4,24
Ο/η ιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του/της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι ιατροί- Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας	4,17
Η ΤοΜΥ να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου - Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας	4,14



Γράφημα 5. Ταξινόμηση των ερωτήσεων για τη σημασία της κάθε ερώτησης (ερωτηματολόγιο «αξιών») σύμφωνα με τις μέσες τιμές σημαντικότητας

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τις θετικές εντυπώσεις τους κατά τη διάρκεια της επίσκεψης τους στην ΤοΜΥ, οι διαστάσεις που ο ιατρός ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να βελτιώσουν ή και συνολικά θα μπορούσαν να βελτιωθούν σε αυτήν την ΤοΜΥ, παρουσιάζονται στον Πίνακα Β14 και στο Γράφημα 6.

Πίνακας Β14. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τις θετικές εντυπώσεις τους και τις διαστάσεις που θα μπορούσαν να βελτιώσουν

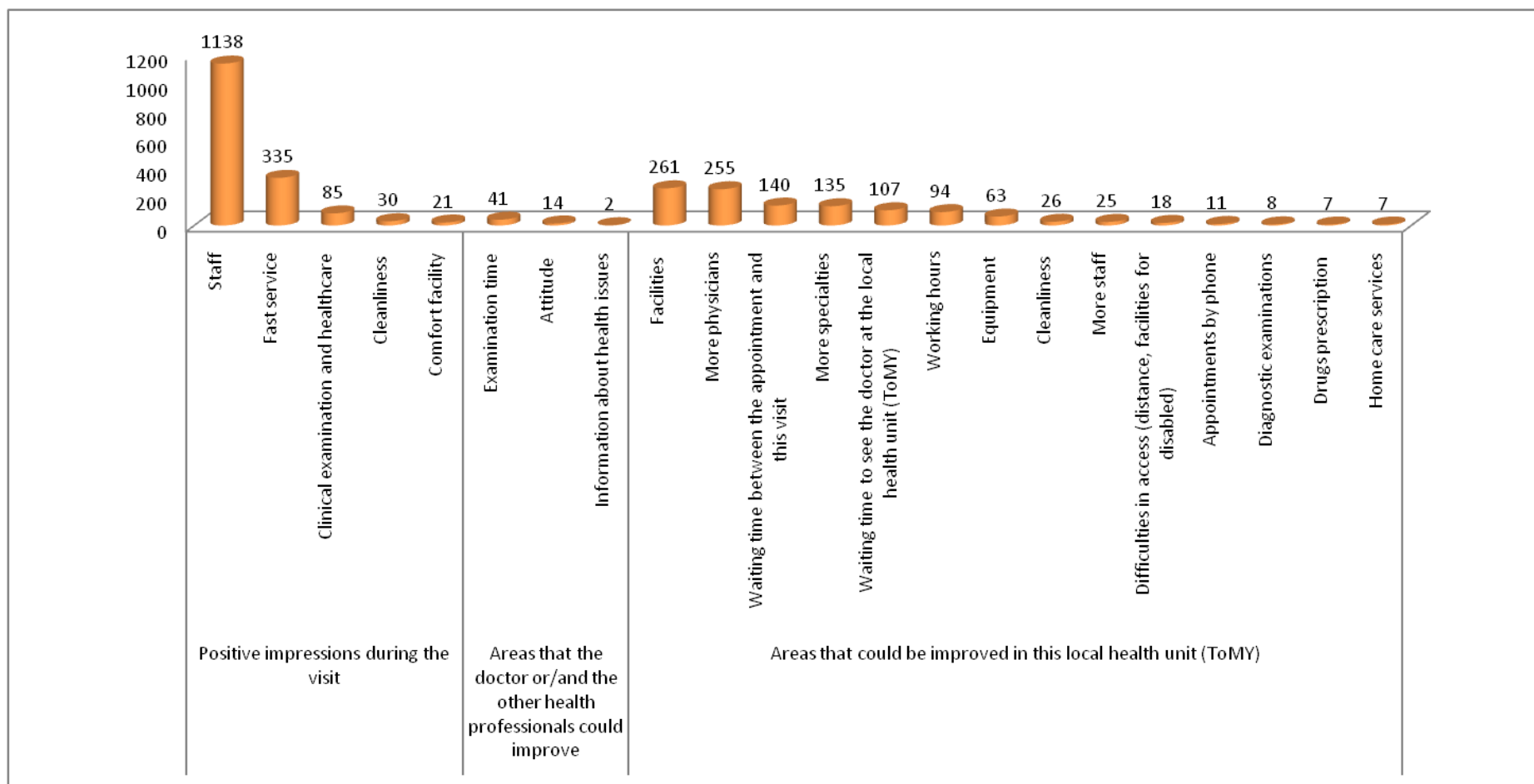
Χαρακτηριστικό	N	%
Θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στην ΤοΜΥ		
Το προσωπικό (ευγένεια, εξυπηρέτηση, προσοχή κ.λπ.)	1138	70,7
Γρήγορη εξυπηρέτηση	335	20,8
Κλινική εξέταση και ποιότητα φροντίδας	85	5,3
Καθαριότητα	30	1,9
Άνεση	21	1,3
Διαστάσεις που ο ιατρός ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να βελτιώσουν		
Χρόνος εξέτασης	41	71,9
Συμπεριφορά των ιατρών	14	24,6
Πληροφόρηση σχετικά με τα θέματα της υγείας	2	3,5
Διαστάσεις που θα μπορούσαν να βελτιωθούν σε αυτήν την ΤοΜΥ		
Υποδομές	261	22,6
Περισσότεροι ιατροί	255	22,0
Χρόνος αναμονής μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	140	12,1
Περισσότερες ειδικότητες	135	11,7
Χρόνος αναμονής μέχρι να εξεταστεί από τον ιατρό	107	9,2
Ωράριο εργασίας	94	8,1
Εξοπλισμός	63	5,4
Καθαριότητα	26	2,2
Περισσότερο προσωπικό	25	2,2
Δυσκολίες πρόσβασης (απόσταση, υποδομές για άτομα με ειδικές ανάγκες)	18	1,6
Ραντεβού τηλεφωνικά	11	1,0
Διαγνωστικές εξετάσεις	8	0,7
Συνταγή για ηρεμιστικά, οπιούχα κ.λπ.	7	0,6
Υπηρεσίες κατ 'οίκον φροντίδας	7	0,6

Σχετικά με τις θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στην ΤοΜΥ, το προσωπικό, η γρήγορη εξυπηρέτηση, η κλινική εξέταση και η παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα, η καθαριότητα και οι ανέσεις του χώρου της ΤοΜΥ ήταν από τις πιο συχνά αναφερόμενες πτυχές της φροντίδας.

Αναφορικά με τις διαστάσεις που ο ιατρός ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να βελτιώσουν, ο χρόνος εξέτασης, η στάση των ιατρών και η πληροφόρηση προς τους ασθενείς ήταν οι πιο συχνά αναφερόμενες απαντήσεις.

Τέλος, σε σχέση με τις παραμέτρους λειτουργίας των ΤοΜΥ που θα μπορούσαν να βελτιωθούν, οι πιο συχνά αναφερόμενες από τους ασθενείς/λήπτες ήταν η βελτίωση της υποδομής και του εξοπλισμού, η στελέχωση των ΤοΜΥ με την προσθήκη επιπλέον ειδικοτήτων², η μείωση των χρόνων αναμονής, η επέκταση του ωραρίου λειτουργίας (τόσο κατά τις πρωινές όσο και κατά τις απογευματινές ώρες), η καθαριότητα, η βελτίωση της προσβασιμότητας της δομής, η δυνατότητα τηλεφωνικής διευθέτησης ραντεβού, η διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, η συνταγογράφηση φαρμάκων και η παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας.

² Η συγκεκριμένη πρόταση αναδεικνύει την έλλειψη ενημέρωσης των πολιτών για τον ρόλο των ΤοΜΥ καθώς στη στελέχωσή τους δεν προβλέπεται η πρόσληψη ειδικών ιατρών.



Γράφημα 6. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τις θετικές εντυπώσεις τους κατά τη διάρκεια της επίσκεψης τους στην ΤοΜΥ και τις διαστάσεις που θα μπορούσαν να βελτιωθούν

2.2. Διμεταβλητή και Πολυμεταβλητή Ανάλυση

Συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών

Στον Πίνακα B15 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών.

Πίνακας B15. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Γονέας			0,04^a
Όχι	4,40	0,53	
Ναι	4,46	0,51	
Φύλο			0,3^a
Ανδρας	4,40	0,53	
Γυναίκα	4,42	0,52	
Ηλικία	0,09 ^b		<0,001^b
Εθνικότητα			0,007^a
Ελληνική	4,40	0,52	
Άλλη	4,52	0,56	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,05 ^γ		0,4 ^γ
Ασφαλισμένος/-η			0,15^a
Όχι	4,41	0,52	
Ναι	4,36	0,50	
Αναπηρία >67%			0,6^a
Όχι	4,41	0,52	
Ναι	4,38	0,49	
Αυτό-εκτίμηση της κατάστασης υγείας	0,02 ^γ		0,4 ^γ
Χρόνιο νόσημα			0,4^a
Όχι	4,41	0,50	
Ναι	4,40	0,55	
Προγραμματισμένο ραντεβού			0,5^a
Όχι	4,39	0,53	
Ναι	4,41	0,53	
Αριθμός επισκέψεων σε αυτήν την ΤοΜΥ τους τελευταίους 6 μήνες	0,05 ^γ		0,01^γ
Αριθμός ημερών μεταξύ του	-0,09 ^γ		<0,001^γ

προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης			
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,16 ^γ		<0,001 ^γ

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας θετικών εμπειριών των ασθενών και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα B16.

Πίνακας B16. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,03	-0,05 to -0,02	<0,001
Ηλικία	0,004	0,002 to 0,005	<0,001
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,10	-0,12 to -0,07	<0,001

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

- Η μείωση του αριθμού των ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης σχετίζονταν με αύξηση της συνολικής βαθμολογίας θετικών εμπειριών των ασθενών.
- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της συνολικής βαθμολογίας θετικών εμπειριών των ασθενών.

- Η μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό σχετίζονταν με αύξηση της συνολικής βαθμολογίας θετικών εμπειριών των ασθενών.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 4% της μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας θετικών εμπειριών των ασθενών.

Βαθμολογία σύστασης του ιατρού

Στον Πίνακα B17 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης του ιατρού.

Πίνακας B17. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης του ιατρού

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία σύστασης του ιατρού	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Γονέας			0,08^a
Όχι	9,48	1,11	
Ναι	9,29	1,86	
Φύλο			0,2^a
Άνδρας	9,41	1,14	
Γυναίκα	9,48	1,28	
Ηλικία	0,15 ^b		<0,001^b
Εθνικότητα			0,4 ^a
Ελληνική	9,46	1,22	
Άλλη	9,54	1,33	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,14 ^γ		<0,001^γ
Ασφαλισμένος/-η			0,3 ^a
Όχι	9,47	1,23	
Ναι	9,38	1,16	
Αναπηρία >67%			0,06^a
Όχι	9,45	1,25	
Ναι	9,60	0,83	
Αυτό-εκτίμηση της κατάστασης υγείας	-0,03 ^γ		0,2^γ
Χρόνιο νόσημα			<0,001^a
Όχι	9,37	1,37	
Ναι	9,56	1,03	
Προγραμματισμένο ραντεβού			0,09^a

Όχι	9,33	1,52	
Ναι	9,48	1,18	
Αριθμός επισκέψεων σε αυτήν την ΤοΜΥ τους τελευταίους 6 μήνες	0,08 ^γ		<0,001 ^c
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,08 ^γ		<0,001 ^γ
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,14 ^γ		<0,001 ^γ

^a Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας σύστασης του ιατρού και 11 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα B18.

Πίνακας B18. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σύστασης του ιατρού

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,05	-0,09 to -0,007	0,023
Ηλικία	0,01	0,006 to 0,014	<0,001
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,24	-0,30 to -0,17	<0,001
Γυναίκες σε σχέση με άνδρες	0,16	0,05 to 0,27	0,004

Σύμφωνα με την ανάλυση της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, βρέθηκαν τα εξής:

- Η μείωση του αριθμού των ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης σχετιζόταν με την αύξηση της βαθμολογίας σύστασης του ιατρού.

- Η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας σύστασης του ιατρού.
- Η μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την επίσκεψη σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας σύστασης του ιατρού.
- Οι γυναίκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία σύστασης του ιατρού σε σχέση με τους άνδρες.

Οι παραπάνω μεταβλητές εξηγούσαν το 5% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σύστασης του ιατρού.

Βαθμολογία σύστασης της ΤοΜΥ

Στον Πίνακα Β19 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης της ΤοΜΥ.

Πίνακας Β19. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης της ΤοΜΥ

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία σύστασης της ΤοΜΥ	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Γονέας			0,5 ^α
Όχι	9,46	1,12	
Ναι	9,51	1,18	
Φύλο			0,3 ^α
Άνδρας	9,43	1,11	
Γυναίκα	9,49	1,14	
Ηλικία	0,10 ^β		<0,001 ^β
Εθνικότητα			0,05 ^α
Ελληνική	9,46	1,13	
Άλλη	9,63	1,00	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,14 ^γ		<0,001 ^γ
Ασφαλισμένος/-η			0,5 ^α
Όχι	9,47	1,14	
Ναι	9,41	1,00	
Αναπηρία >67%			0,7 ^α
Όχι	9,46	1,15	
Ναι	9,50	0,92	

Αυτό-εκτίμηση της κατάστασης υγείας	-0,01 ^γ		0,7 ^γ
Χρόνιο νόσημα			0,005^α
Όχι	9,41	1,19	
Ναι	9,54	1,05	
Προγραμματισμένο ραντεβού			0,8 ^α
Όχι	9,45	1,18	
Ναι	9,47	1,12	
Αριθμός επισκέψεων σε αυτήν την ΤοΜΥ τους τελευταίους 6 μήνες	0,06 ^γ		0,004^γ
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,11 ^γ		<0,001^γ
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,13 ^γ		<0,001^γ

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας σύστασης της ΤοΜΥ και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα Β20.

Πίνακας Β20. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σύστασης της ΤοΜΥ

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,09	-0,13 to -0,057	<0,001
Ηλικία	0,007	0,003 to 0,011	<0,001
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,23	-0,29 to -0,17	<0,001
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,03	-0,07 to -0,001	0,045

Σύμφωνα με την ανάλυση της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, βρέθηκαν τα εξής:

- Η μείωση του αριθμού των ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας σύστασης της ToMY.
- Η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας σύστασης της ToMY.
- Η μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την επίσκεψη σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας σύστασης της ToMY.
- Το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας σύστασης της ToMY.

Οι παραπάνω μεταβλητές εξηγούσαν το 5% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σύστασης της ToMY.

Βαθμολογία προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας

Στον Πίνακα B21 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία προσβασιμότητας.

Πίνακας B21. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία προσβασιμότητας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία προσβασιμότητας	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Γονέας			0,02^a
Όχι	4,24	0,66	
Ναι	4,32	0,57	
Φύλο			0,6^a
Ανδρας	4,26	0,64	
Γυναίκα	4,24	0,66	
Ηλικία	0,02 ^b		0,02β^b
Εθνικότητα			0,2^a
Ελληνική	4,24	0,65	

Άλλη	4,31	0,69	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,004 ^γ		0,8 ^γ
Ασφαλισμένος/-η			0,03^α
Όχι	4,26	0,65	
Ναι	4,15	0,69	
Αναπηρία >67%			0,2^α
Όχι	4,25	0,65	
Ναι	4,17	0,68	
Αυτό-εκτίμηση της κατάστασης υγείας	0,06 ^γ		0,004^γ
Χρόνιο νόσημα			0,009^α
Όχι	4,27	0,63	
Ναι	4,21	0,68	
Προγραμματισμένο ραντεβού			0,04^α
Όχι	4,18	0,67	
Ναι	4,26	0,65	
Αριθμός επισκέψεων σε αυτήν την ΤοΜΥ τους τελευταίους 6 μήνες	0,03 ^γ		0,2^γ
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,09 ^γ		<0,001^γ
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,16 ^γ		<0,001^γ

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας προσβασιμότητας και 11 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα B22.

Πίνακας B22. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία προσβασιμότητας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,06	-0,08 to -0,04	<0,001
Χρόνος αναμονής πριν	-0,16	-0,19 to -0,13	<0,001

από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό			
Ασφαλισμένοι σε σχέση με ανασφάλιστους	0,12	0,03 to 0,22	0,012

Σύμφωνα με την ανάλυση της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, βρέθηκαν τα εξής:

- Η μείωση του αριθμού των ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας προσβασιμότητας.
- Η μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την επίσκεψη σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας προσβασιμότητας.
- Οι ασφαλισμένοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία προσβασιμότητας σε σχέση με τους ανασφάλιστους.

Οι παραπάνω μεταβλητές εξηγούσαν το 6% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας προσβασιμότητας.

Βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας

Στον Πίνακα B23 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας.

Πίνακας B23. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Γονέας			0,3 ^a

Όχι	4,37	0,68	
Ναι	4,33	0,80	
Φύλο			0,9 ^a
Ανδρας	4,36	0,65	
Γυναίκα	4,37	0,71	
Ηλικία	0,11 ^b		<0,001 ^b
Εθνικότητα			0,01 ^a
Ελληνική	4,36	0,69	
Άλλη	4,51	0,69	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,06 ^γ		0,002 ^γ
Ασφαλισμένος/-η			0,9 ^a
Όχι	4,37	0,69	
Ναι	4,36	0,60	
Αναπηρία >67%			0,1 ^a
Όχι	4,36	0,69	
Ναι	4,46	0,58	
Αυτό-εκτίμηση της κατάστασης υγείας	-0,06 ^γ		0,002 ^γ
Χρόνιο νόσημα			0,003 ^a
Όχι	4,33	0,69	
Ναι	4,41	0,69	
Προγραμματισμένο ραντεβού			0,7 ^a
Όχι	4,35	0,71	
Ναι	4,37	0,69	
Αριθμός επισκέψεων σε αυτήν την ΤοΜΥ τους τελευταίους 6 μήνες	0,03 ^γ		0,1 ^γ
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,03 ^γ		0,1 ^γ
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,08 ^γ		<0,001 ^γ

^a Έλεγχος t

^b Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας και 9 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα Β24.

Πίνακας B24. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,08	-0,12 to -0,04	<0,001
Ηλικία	0,004	0,002 to 0,006	<0,001
Ύπαρξη χρόνιου νοσήματος (Κατηγορία αναφοράς = Όχι)	0,04	0,003 to 0,07	0,03

Σύμφωνα με την ανάλυση της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, βρέθηκαν τα εξής:

- Η μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την επίσκεψη σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας.
- Η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας.
- Οι συμμετέχοντες με χρόνιο νόσημα είχαν υψηλότερη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας σε σχέση με τους συμμετέχοντες χωρίς χρόνιο νόσημα.

Οι παραπάνω μεταβλητές εξηγούσαν το 2% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας.

Βαθμολογία πληρότητας/περιεκτικότητας της φροντίδας

Στον Πίνακα B25 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία πληρότητας/περιεκτικότητας της φροντίδας.

Πίνακας B25. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία πληρότητας/περιεκτικότητας της φροντίδας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία πληρότητας/ περιεκτικότητας της φροντίδας	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Γονέας			0,04^a
Όχι	4,32	0,76	
Ναι	4,41	0,84	
Φύλο			0,5 ^a
Άνδρας	4,31	0,78	
Γυναίκα	4,34	0,77	
Ηλικία	0,06 ^b		0,006^b
Εθνικότητα			0,009^a
Ελληνική	4,32	0,77	
Άλλη	4,49	0,81	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,04 ^γ		0,03^γ
Ασφαλισμένος/-η			0,9 ^a
Όχι	4,33	0,78	
Ναι	4,33	0,71	
Αναπηρία >67%			0,3 ^a
Όχι	4,33	0,77	
Ναι	4,25	0,85	
Αυτό-εκτίμηση της κατάστασης υγείας	0,01 ^γ		0,7 ^γ
Χρόνιο νόσημα			0,9 ^a
Όχι	4,33	0,77	
Ναι	4,32	0,78	
Προγραμματισμένο ραντεβού			0,3 ^a
Όχι	4,37	0,76	
Ναι	4,32	0,78	
Αριθμός επισκέψεων σε αυτήν την ΤοΜΥ τους τελευταίους 6 μήνες	0,07 ^γ		<0,001^γ
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,11 ^γ		<0,001^γ
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,07 ^γ		0,001^γ

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας πληρότητας/περιεκτικότητας της φροντίδας και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα B26.

Πίνακας B26. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία πληρότητας/περιεκτικότητας της φροντίδας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,07	-0,09 to -0,04	<0,001
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,06	-0,10 to -0,02	0,003
Αριθμός επισκέψεων σε αυτήν την ToMY τους τελευταίους 6 μήνες	0,09	0,04 to 0,14	<0,001
Ηλικία	0,003	0,001 to 0,006	0,003

Σύμφωνα με την ανάλυση της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, βρέθηκαν τα εξής:

- Η μείωση του αριθμού των ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας πληρότητας/περιεκτικότητας της φροντίδας.
- Η μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την επίσκεψη σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας πληρότητας/περιεκτικότητας της φροντίδας.
- Η αύξηση του αριθμού των επισκέψεων σε αυτήν την ToMY τους τελευταίους 6 μήνες σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας πληρότητας/περιεκτικότητας της φροντίδας.

- Η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας πληρότητας/περιεκτικότητας της φροντίδας.

Οι παραπάνω μεταβλητές εξηγούσαν το 2% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας πληρότητας/περιεκτικότητας της φροντίδας.

Βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας

Στον Πίνακα B27 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.

Πίνακας B27. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Γονέας			0,4 ^a
Όχι	4,57	0,59	
Ναι	4,60	0,70	
Φύλο			0,03^a
Ανδρας	4,54	0,60	
Γυναίκα	4,59	0,61	
Ηλικία	0,09 ^b		<0,001^b
Εθνικότητα			0,2^a
Ελληνική	4,57	0,60	
Άλλη	4,64	0,67	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,04 ^γ		0,03^γ
Ασφαλισμένος/-η			0,1^a
Όχι	4,58	0,59	
Ναι	4,52	0,59	
Αναπηρία >67%			0,8 ^a
Όχι	4,58	0,61	
Ναι	4,56	0,56	
Αυτό-εκτίμηση της κατάστασης υγείας	0,02 ^γ		0,4 ^γ
Χρόνιο νόσημα			0,5 ^a
Όχι	4,56	0,61	
Ναι	4,58	0,60	

Προγραμματισμένο ραντεβού			0,7 ^α
Όχι	4,56	0,65	
Ναι	4,57	0,60	
Αριθμός επισκέψεων σε αυτήν την ΤοΜΥ τους τελευταίους 6 μήνες	0,02 ^γ		0,3 ^γ
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,07 ^γ		0,001^γ
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,13 ^γ		<0,001^γ

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ποιότητας της ιατρικής φροντίδας και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα B28.

Πίνακας B28. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,03	-0,05 to -0,009	0,004
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,10	-0,13 to -0,07	<0,001
Γυναίκες σε σχέση με άνδρες	0,08	0,03 to 0,13	0,002
Ηλικία	0,005	0,003 to 0,006	<0,001

Σύμφωνα με την ανάλυση της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, βρέθηκαν τα εξής:

- Η μείωση του αριθμού των ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.
- Η μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την επίσκεψη σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.
- Οι γυναίκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας σε σχέση με τους άνδρες.
- Η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.

Οι παραπάνω μεταβλητές εξηγούσαν το 3% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.

Βαθμολογία των χαρακτηριστικών της δομής

Στον Πίνακα B29 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της δομής.

Πίνακας B29. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της δομής

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία των χαρακτηριστικών της δομής	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Γονέας			<0,001^a
Όχι	4,35	0,74	
Ναι	4,54	0,57	
Φύλο			0,06^a
Άνδρας	4,33	0,74	
Γυναίκα	4,39	0,71	
Ηλικία	0,09 ^b		<0,001^b
Εθνικότητα			0,3^a
Ελληνική	4,37	0,72	
Άλλη	4,32	0,77	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,06 ^γ		0,004^γ

Ασφαλισμένος/-η			0,1^a
Όχι	4,58	0,59	
Ναι	4,52	0,59	
Αναπηρία >67%			0,4^a
Όχι	4,37	0,72	
Ναι	4,32	0,74	
Αυτό-εκτίμηση της κατάστασης υγείας	0,006^γ		0,8^γ
Χρόνιο νόσημα			0,5^a
Όχι	4,38	0,69	
Ναι	4,36	0,75	
Προγραμματισμένο ραντεβού			0,02^a
Όχι	4,29	0,75	
Ναι	4,38	0,72	
Αριθμός επισκέψεων σε αυτήν την ΤοΜΥ τους τελευταίους 6 μήνες	0,04^γ		0,03^γ
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,05^γ		0,011^γ
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,18^γ		<0,001^γ

^a Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της δομής και 9 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα Β30.

Πίνακας Β30. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της δομής

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,04	-0,06 to -0,011	0,004
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,14	-0,18 to -0,11	<0,001
Ηλικία	0,007	0,005 to 0,009	<0,001
Γυναίκες σε σχέση με άνδρες	0,10	0,04 to 0,16	0,002

Σύμφωνα με την ανάλυση της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, βρέθηκαν τα εξής:

- Η μείωση του αριθμού των ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της δομής.
- Η μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την επίσκεψη σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της δομής.
- Η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της δομής.
- Οι γυναίκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία των χαρακτηριστικών της δομής σε σχέση τους άντρες.

Οι παραπάνω μεταβλητές εξηγούσαν το 5% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας των χαρακτηριστικών της δομής.

Βαθμολογία της ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας

Στον Πίνακα B31 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία της ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Πίνακας B31. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία της ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία της ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Γονέας			0,9 ^a
Όχι	4,52	0,61	
Ναι	4,52	0,57	
Φύλο			0,6 ^a
Άνδρας	4,54	0,59	
Γυναίκα	4,52	0,61	
Ηλικία	0,08 ^b		0,001^b

Εθνικότητα			0,05^α
Ελληνική	4,51	0,60	
Άλλη	4,63	0,66	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,02 ^γ		0,4 ^γ
Ασφαλισμένος/-η			0,4 ^α
Όχι	4,53	0,59	
Ναι	4,49	0,63	
Αναπηρία >67%			0,4 ^α
Όχι	4,52	0,61	
Ναι	4,47	0,58	
Αυτό-εκτίμηση της κατάστασης υγείας	0,01 ^γ		0,6 ^γ
Χρόνιο νόσημα			0,5 ^α
Όχι	4,52	0,60	
Ναι	4,53	0,62	
Προγραμματισμένο ραντεβού			0,2^α
Όχι	4,57	0,63	
Ναι	4,51	0,60	
Αριθμός επισκέψεων σε αυτήν την ΤοΜΥ τους τελευταίους 6 μήνες	0,00 ^γ		0,9 ^γ
Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης	-0,03 ^γ		0,3 ^γ
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,13 ^γ		<0,001^γ

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας της ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα B32.

Πίνακας B32. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	-0,09	-0,13 to -0,06	<0,001

Ηλικία	0,004	0,002 to 0,005	<0,001
---------------	-------	----------------	--------

Σύμφωνα με την ανάλυση της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, βρέθηκαν τα εξής:

- Η μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την επίσκεψη σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.
- Η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι παραπάνω μεταβλητές εξηγούσαν το 2% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας της ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Ένας συνοπτικός πίνακας των στατιστικά σημαντικών σχέσεων παρουσιάζεται παρακάτω:

Πίνακας B33. Συνοπτικός πίνακας των στατιστικά σημαντικών σχέσεων

ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΕΙΔΟΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ
Συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών	Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης Ηλικία Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό	Αρνητική Θετική Αρνητική
Βαθμολογία σύστασης του ιατρού	Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης Ηλικία Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό Γυναίκες σε σχέση με άνδρες	Αρνητική Θετική Αρνητική Θετική
Βαθμολογία σύστασης της ΤοΜΥ	Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης Ηλικία Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αρνητική Θετική Αρνητική Θετική
Βαθμολογία	Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του	Αρνητική

προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας	ραντεβού και της επίσκεψης Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό Ασφαλισμένοι σε σχέση με ανασφάλιστους	Αρνητική Θετική
Βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας	Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό Ηλικία Ύπαρξη χρόνιου νοσήματος (Κατηγορία αναφοράς = Όχι)	Αρνητική Θετική Θετική
Βαθμολογία πληρότητας/περιεκτικότητας της φροντίδας	Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό Αριθμός επισκέψεων σε αυτήν την ΤοΜΥ τους τελευταίους 6 μήνες Ηλικία	Αρνητική Αρνητική Θετική Θετική
Βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας	Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό Γυναίκες σε σχέση με άνδρες Ηλικία	Αρνητική Αρνητική Θετική Θετική
Βαθμολογία των χαρακτηριστικών της δομής	Αριθμός ημερών μεταξύ του προγραμματισμού του ραντεβού και της επίσκεψης Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό Ηλικία Γυναίκες σε σχέση με άνδρες	Αρνητική Αρνητική Θετική Θετική
Βαθμολογία της ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας	Χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη/εξέταση από τον ιατρό Ηλικία	Αρνητική Θετική

2.3. Πολυεπίπεδη Ανάλυση (Multilevel Analysis)

Επίσης, πραγματοποιήθηκε πολυεπίπεδη ανάλυση παλινδρόμησης (multilevel regression analysis) για τον εντοπισμό των μεταβλητών πρόβλεψης που συσχετίστηκαν με τις βαθμολογίες εμπειρίας καθώς τα δεδομένα δεν βασίστηκαν σε ανεξάρτητες παρατηρήσεις. Η πολυεπίπεδη ανάλυση λαμβάνει υπόψη πολλαπλά επίπεδα και η διακύμανση μπορεί να χωριστεί μεταξύ των επιπέδων. Ειδικότερα, οι ασθενείς (επίπεδο 1) «εμφωλεύονται» στις ΤοΜΥ (επίπεδο 2), που «εμφωλεύονται» στις ΥΠΕ (επίπεδο 3). Πριν από την πολυεπίπεδη ανάλυση πραγματοποιήθηκαν

διμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ όλων των προγνωστικών μεταβλητών, αλλά δεν βρέθηκαν υψηλές συσχετίσεις. Έτσι, όλες οι προγνωστικές μεταβλητές συμπεριλήφθηκαν στα τελικά μοντέλα. Πραγματοποιήθηκε πολυεπίπεδη ανάλυση με MLwiN 3.0 με τρία επίπεδα όπως περιγράφεται παραπάνω. Πρώτον, δημιουργήθηκε ένα μοντέλο μόνο με σταθερά μεταβλητή και χωρίς τις προγνωστικές μεταβλητές προκειμένου να διερευνήσουμε τη συμβολή κάθε επιπέδου στη διακύμανση των βαθμολογιών εμπειρίας. Στη συνέχεια, δημιουργήθηκε ένα δεύτερο μοντέλο με όλες τις προγνωστικές μεταβλητές. Οι διχότομες μεταβλητές μετασχηματίστηκαν σε ψευδομεταβλητές (dummy variables), ενώ οι διατάξιμες μεταβλητές αντιμετωπίστηκαν ως συνεχείς μεταβλητές. Υπολογίστηκε ο προσαρμοσμένος συντελεστής παλινδρόμησης (B) με το τυπικό σφάλμα (SE) και τις τιμές p ($\alpha=0,05$, δίπλευροι έλεγχοι). Οι απαντήσεις με ελλειπούσες/απούσες τιμές (missing values) εξαιρέθηκαν από τους υπολογισμούς.

Η κατανομή της διακύμανσης στις βαθμολογίες εμπειριών σύμφωνα με τα μοντέλα μόνο με σταθερά μεταβλητή παρουσιάζεται στον Πίνακα B34. Το μεγαλύτερο μέρος της διακύμανσης στις βαθμολογίες εμπειριών εντοπίστηκε μεταξύ των ασθενών (από 74,2% σε 86,8%). Από 11,1% έως 24,5% της συνολικής διακύμανσης εντοπίστηκε μεταξύ των ΤοΜΥ και από 0,9% έως 4,3% μεταξύ των ΥΠΕ. Όλες οι μέσες βαθμολογίες εμπειριών ήταν πολύ υψηλές (από 4,3 έως 4,6) υποδεικνύοντας πολύ θετικές εμπειρίες των ασθενών. Οι εμπειρίες των ασθενών από την ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας ήταν οι υψηλότερες και ακολούθησαν οι εμπειρίες από τα χαρακτηριστικά της δομής, τη συνέχεια/συντονισμό της φροντίδας, την πληρότητα της φροντίδας και την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες. Η κατανομή της διακύμανσης στις βαθμολογίες εμπειρίας σύμφωνα με τα μοντέλα με τις προγνωστικές μεταβλητές παρουσιάζεται στον Πίνακα B35. Τα αποτελέσματα από τα πλήρη μοντέλα με τις προγνωστικές μεταβλητές ήταν παρόμοια με τα μοντέλα μόνο με σταθερά μεταβλητή. Σε σύγκριση με τα αποτελέσματα των πολυμεταβλητών μοντέλων παλινδρόμησης, το ποσοστό προσαρμογής των επιμέρους μοντέλων αυξάνεται σημαντικά υποδεικνύοντας την ερμηνεία της μεταβλητότητας των βαθμολογιών εμπειριών από τα χαρακτηριστικά του δείγματος των ασθενών, δηλαδή στο επίπεδο των ασθενών και όχι στο επίπεδο των ΤοΜΥ ή των ΥΠΕ.

Οι πολυεπίπεδες αναλύσεις παλινδρόμησης των προγνωστικών παραγόντων σχετικά με τις βαθμολογίες εμπειριών παρουσιάζονται στον Πίνακα Β36:

- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά είχαν στατιστικά σημαντική σχέση με τις βαθμολογίες των εμπειριών από την ποιότητα της φροντίδας. Ειδικότερα:
 - ο Οι βαθμολογίες συνολικής εμπειρίας, από την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και από τα χαρακτηριστικά της δομής ήταν υψηλότερες για τις γυναίκες.
 - ο Η αυξημένη ηλικία σχετιζόταν με μεγαλύτερες βαθμολογίες εμπειριών σε όλες τις διαστάσεις εκτός από την προσβασιμότητα.
 - ο Η βαθμολογία εμπειριών από την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας ήταν υψηλότερη για τους συμμετέχοντες με ασφάλιση.
 - ο Η βαθμολογία εμπειριών από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ήταν χαμηλότερη για τα άτομα με αναπηρία.
 - ο Η βαθμολογία εμπειριών από τα χαρακτηριστικά της δομής ήταν υψηλότερη για τους συμμετέχοντες που επισκέφθηκαν τις ΤοΜΥ για τα παιδιά τους.
- Ο λιγότερος χρόνος αναμονής από την άφιξη στη δομή έως την επίσκεψη σχετιζόταν με περισσότερες θετικές εμπειρίες σε όλες τις διαστάσεις.
- Οι λιγότερες ημέρες μεταξύ του προγραμματισμού και την πραγματοποίηση της επίσκεψης σχετιζόταν με πιο θετική συνολική εμπειρία, αλλά και αναφορικά με την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες που παρέχονταν από τις ΤοΜΥ, την πληρότητα της φροντίδας και τα χαρακτηριστικά της δομής.
- Ο μεγαλύτερος αριθμός επισκέψεων τους τελευταίους 6 μήνες σχετιζόταν με πιο θετική εμπειρία από την πληρότητα της φροντίδας.
- Οι συμμετέχοντες με προγραμματισμένη επίσκεψη σχετιζόταν με πιο θετική εμπειρία από την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ.

Πίνακας Β34. Κατανομή της διακύμανσης της συνολικής βαθμολογίας εμπειριών των ασθενών και των βαθμολογιών εμπειριών στους έξι παράγοντες/διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων (ασθενείς, TOMY και ΥΠΕ) - Αποτελέσματα των μοντέλων μόνο με σταθερά μεταβλητή

	Βαθμολογίες εμπειριών ^a																				
	Συνολική βαθμολογία			Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ			Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας			Πληρότητα/Περιεκτικότητα της φροντίδας			Ποιότητα ιατρικής φροντίδας			Χαρακτηριστικά δομής			Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας		
		SE	%		SE	%		SE	%		SE	%		SE	%		SE	%		SE	%
Σταθερά	4,416	0,015		4,253	0,017		4,369	0,018		4,340	0,020		4,575	0,016		4,377	0,02		4,535	0,017	
Απόκλιση	3895			5081			5306			5797			4631			5462			3749		
Διακύμανση																					
ΥΠΕ	0,012	0,007	4,3	0,004	0,008	0,9	0,010	0,010	2,1	0,016	0,012	2,6	0,012	0,008	3,2	0,007	0,012	1,3	0,016	0,010	4,3
ΤοΜΥ	0,048	0,009	17,1	0,065	0,012	15,1	0,054	0,013	11,1	0,069	0,017	11,4	0,048	0,011	12,8	0,130	0,018	24,5	0,043	0,012	11,5
Ασθενείς	0,220	0,007	78,6	0,361	0,012	84	0,420	0,013	86,8	0,519	0,017	86	0,313	0,010	84	0,392	0,013	74,2	0,312	0,011	84,2
Σύνολο	0,280		100	0,43		100	0,484			0,604		100	0,373		100	0,529		100	0,371		100

^a p-value <0,001 για όλα τα μοντέλα πολυεπίπεδης ανάλυσης

Πίνακας B35. Κατανομή της διακύμανσης της συνολικής βαθμολογίας εμπειριών των ασθενών και των βαθμολογιών εμπειριών στους έξι παράγοντες/διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων (ασθενείς, TOMY και ΥΠΕ) - Αποτελέσματα των μοντέλων συμπεριλαμβανόμενων των προγνωστικών μεταβλητών

	Βαθμολογίες εμπειριών ^a																				
	Συνολική βαθμολογία			Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ			Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας			Πληρότητα/Περιεκτικότητα της φροντίδας			Ποιότητα ιατρικής φροντίδας			Χαρακτηριστικά δομής			Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας		
		SE	%		SE	%		SE	%		SE	%		SE	%		SE	%		SE	%
Σταθερά	4,383	0,111		4,480	0,122		4,480	0,122		4,479	0,138		4,602	0,103		4,554	0,121		4,617	0,115	
Απόκλιση	2817			3908			4195			4640			3483			4148			2817		
Διακύμανση																					
ΥΠΕ	0,010	0,006	4,3	0,000	0,000	0	0,001	0,008	0,2	0,016	0,012	2,8	0,012	0,007	3,7	0,010	0,012	2,2	0,010	0,008	3,1
ToMY	0,028	0,007	12	0,058	0,009	15	0,047	0,012	10,4	0,044	0,016	7,7	0,022	0,009	6,9	0,093	0,016	20,5	0,030	0,011	9,4
Ασθενείς	0,194	0,007	83,7	0,328	0,011	85	0,401	0,014	89,4	0,507	0,018	89,5	0,283	0,010	89,4	0,349	0,012	77,3	0,278	0,011	87,5
Σύνολο	0,232		100	0,386		100	0,449		100	0,567		100	0,317		100	0,452		100	0,318		100

Πίνακας Β36. Πολυεπίπεδη ανάλυση παλινδρόμησης των προγνωστικών παραγόντων/μεταβλητών της συνολικής βαθμολογίας εμπειριών και των συνολικών βαθμολογιών εμπειριών στους έξι παράγοντες/διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας

	Βαθμολογίες εμπειριών ^α																				
	Συνολική βαθμολογία			Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ			Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας			Πληρότητα/Περιεκτικότητα της φροντίδας			Ποιότητα ιατρικής φροντίδας			Χαρακτηριστικά δομής			Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας		
	B	SE	P-value	B	SE	P-value	B	SE	P-value	B	SE	P-value	B	SE	P-value	B	SE	P-value	B	SE	P-value
Σταθερά	4,522	0,087		4,383	0,111		4,480	0,122		4,479	0,138		4,602	0,103		4,554	0,121		4,617	0,115	
Γονείς Συνοδοί (Κατηγορία αναφοράς: όχι)	0,055	0,033	0,09	0,056	0,043	0,2	- 0,030	0,047	0,52	0,061	0,053	0,25	0,008	0,039	0,84	0,227	0,046	<0,001	0,013	0,044	0,76
Γυναικείο φύλο (Κατηγορία αναφοράς: άνδρες)	0,048	0,022	0,03	- 0,011	0,028	0,68	0,032	0,031	0,3	0,038	0,035	0,28	0,078	0,026	0,002	0,079	0,030	0,008	0,027	0,029	0,34
Ηλικία (σε έτη)	0,004	0,001	<0,001	0,001	0,001	0,32	0,004	0,001	<0,001	0,004	0,001	<0,001	0,004	0,001	<0,001	0,005	0,001	<0,001	0,004	0,001	<0,001
Μη ελληνική εθνικότητα (Κατηγορία αναφοράς: ελληνική)	0,093	0,049	0,06	0,084	0,063	0,18	0,128	0,067	0,056	0,122	0,076	0,11	0,061	0,057	0,28	0,007	0,068	0,92	0,094	0,063	0,12
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,001	0,008	0,88	- 0,006	0,01	0,54	0,018	0,011	0,1	- 0,010	0,012	0,4	0,006	0,009	0,5	- 0,019	0,010	0,058	0,011	0,010	0,26
Ασφαλισμένοι (Κατηγορία αναφοράς: μη ασφαλισμένοι)	0,045	0,036	0,21	0,07	0,047	0,14	0,017	0,052	0,74	0,004	0,058	0,94	0,087	0,043	0,044	0,050	0,049	0,3	0,032	0,048	0,5
Άτομα με αναπηρία (Κατηγορία αναφοράς: χωρίς)	- 0,083	0,048	0,08	- 0,094	0,063	0,14	0,008	0,069	0,9	- 0,135	0,078	0,08	- 0,059	0,058	0,3	- 0,106	0,066	0,11	- 0,144	0,064	0,024
Αυτοεκτίμηση	0,01	0,01	0,41	0,025	0,01	0,12	-	0,01	0,2	0,02	0,02	0,3	0,009	0,01	0,54	0,022	0,01	0,2	0,010	0,01	0,56

της κατάστασης της υγείας		2			6		0,023	8		1	0			5			7			7	
Υπαρξη χρόνιας πάθησης (Κατηγορία αναφοράς: μη ύπαρξη)	0,008	0,013	0,54	- 0,012	0,016	0,46	0,030	0,018	0,09	0,012	0,020	0,54	0,007	0,015	0,64	0,015	0,017	0,38	0,013	0,017	0,44
Προγραμματισμένη επίσκεψη (Κατηγορία αναφοράς: μη προγραμματισμένη)	- 0,008	0,046	0,86	0,121	0,06	0,04	- 0,013	0,066	0,83	- 0,006	0,075	0,94	- 0,015	0,056	0,8	- 0,003	0,063	0,96	- 0,104	0,063	0,1
Αριθμός επισκέψεων τους τελευταίους 6 μήνες	0,036	0,021	0,28	0,039	0,025	0,12	0,022	0,026	0,39	0,078	0,031	0,012	0,016	0,023	0,49	0,036	0,029	0,22	0,010	0,025	0,69
Αριθμός ημερών ανάμεσα στον προγραμματισμό και την πραγματοποίηση της επίσκεψης	- 0,031	0,012	0,01	- 0,064	0,015	<0,001	- 0,012	0,015	0,42	- 0,059	0,018	0,002	- 0,021	0,014	0,13	- 0,038	0,017	0,026	- 0,002	0,014	0,88
Χρόνος αναμονής από την άφιξη στην ΤοΜΥ έως την επίσκεψη	- 0,099	0,014	<0,001	- 0,143	0,018	<0,001	- 0,081	0,020	<0,001	- 0,069	0,022	0,002	- 0,092	0,017	<0,001	- 0,132	0,019	<0,001	- 0,083	0,018	<0,001

2.4. Κατάταξη των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ToMY)

Συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών

Τέλος, αναλύσαμε τα δεδομένα αναφορικά με τις βαθμολογίες εμπειριών ασθενών για κάθε ToMY με στόχο τη σύγκριση μεταξύ τους. Έτσι, η κατάταξη των 63 ToMY σύμφωνα με τη συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών παρουσιάζεται στον Πίνακα B37 και στο Γράφημα7.

Η συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών για όλες τις ToMY ήταν μεγαλύτερη από το μέσο σημείο ($=3$), γεγονός που δείχνει βαθμολογία θετικών εμπειριών υψηλότερη από τον μέσο όρο. Για να γίνει πιο ακριβής η σύγκριση μεταξύ των ToMY, διαιρέσαμε τη μέση συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών σε τρεις κατηγορίες όπως φαίνεται στον Πίνακα B38. Στην περίπτωση αυτή, οι ToMY κατατάχθηκαν σε τρία επίπεδα εμπειριών (υψηλή βαθμολογία, μέτρια βαθμολογία, συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία).

Αυτή η ανάλυση συγκρίνει τις ToMY μεταξύ τους αλλά δεν είναι ενδεικτική της εμπειρίας των ασθενών γενικά, όπως για παράδειγμα επιτυγχάνεται από τη μέση συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών η οποία κυμαίνεται στο εύρος από 1 έως 5. Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι συνολικές βαθμολογίες των εμπειριών ήταν ιδιαίτερα υψηλές ενώ ακόμη και οι χαμηλότερες συγκριτικά βαθμολογίες ήταν πάνω από το μέσο σημείο της κλίμακας (>3).

Πίνακας B37. Κατάταξη των 63 ToMY σύμφωνα με τη μέση συνολική βαθμολογία εμπειριών των ασθενών

Τοπικές Μονάδες Υγείας (ToMY)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Επίπεδο εμπειριών* (Βαθμολογία εμπειριών)
34	4,74	0,18	4,75	4,23	5	Υψηλή βαθμολογία
18	4,71	0,42	5	3,88	5	Υψηλή βαθμολογία
25	4,69	0,35	4,85	3,81	5	Υψηλή βαθμολογία
38	4,68	0,31	4,72	4,1	5	Υψηλή βαθμολογία

55	4,68	0,28	4,7	4	5	Υψηλή βαθμολογία
40	4,68	0,63	4,85	1,25	5	Υψηλή βαθμολογία
52	4,66	0,37	4,8	3,84	5	Υψηλή βαθμολογία
26	4,66	0,35	4,78	3,9	5	Υψηλή βαθμολογία
13	4,65	0,39	4,79	3,95	5	Υψηλή βαθμολογία
59	4,64	0,37	4,77	3,63	5	Υψηλή βαθμολογία
7	4,63	0,36	4,75	3,85	5	Υψηλή βαθμολογία
45	4,61	0,34	4,65	4	5	Μέτρια βαθμολογία
1	4,61	0,33	4,67	3,65	5	Μέτρια βαθμολογία
60	4,59	0,64	4,8	1,19	5	Μέτρια βαθμολογία
8	4,58	0,31	4,69	3,95	5	Μέτρια βαθμολογία
30	4,57	0,41	4,73	3,75	5	Μέτρια βαθμολογία
35	4,56	0,33	4,65	3,85	5	Μέτρια βαθμολογία
6	4,55	0,54	4,7	2,17	5	Μέτρια βαθμολογία
46	4,53	0,38	4,65	3,75	5	Μέτρια βαθμολογία
32	4,52	0,34	4,55	3,63	5	Μέτρια βαθμολογία
62	4,5	0,41	4,63	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
42	4,5	0,42	4,6	3,65	5	Μέτρια βαθμολογία
28	4,49	0,31	4,45	3,8	5	Μέτρια βαθμολογία
19	4,49	0,55	4,56	1,88	5	Μέτρια βαθμολογία
3	4,48	0,45	4,6	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
17	4,47	0,48	4,62	2,9	5	Μέτρια βαθμολογία
37	4,47	0,82	4,81	1,5	5	Μέτρια βαθμολογία
9	4,46	0,55	4,65	3,24	5	Μέτρια βαθμολογία
31	4,45	0,48	4,55	3,4	5	Μέτρια βαθμολογία

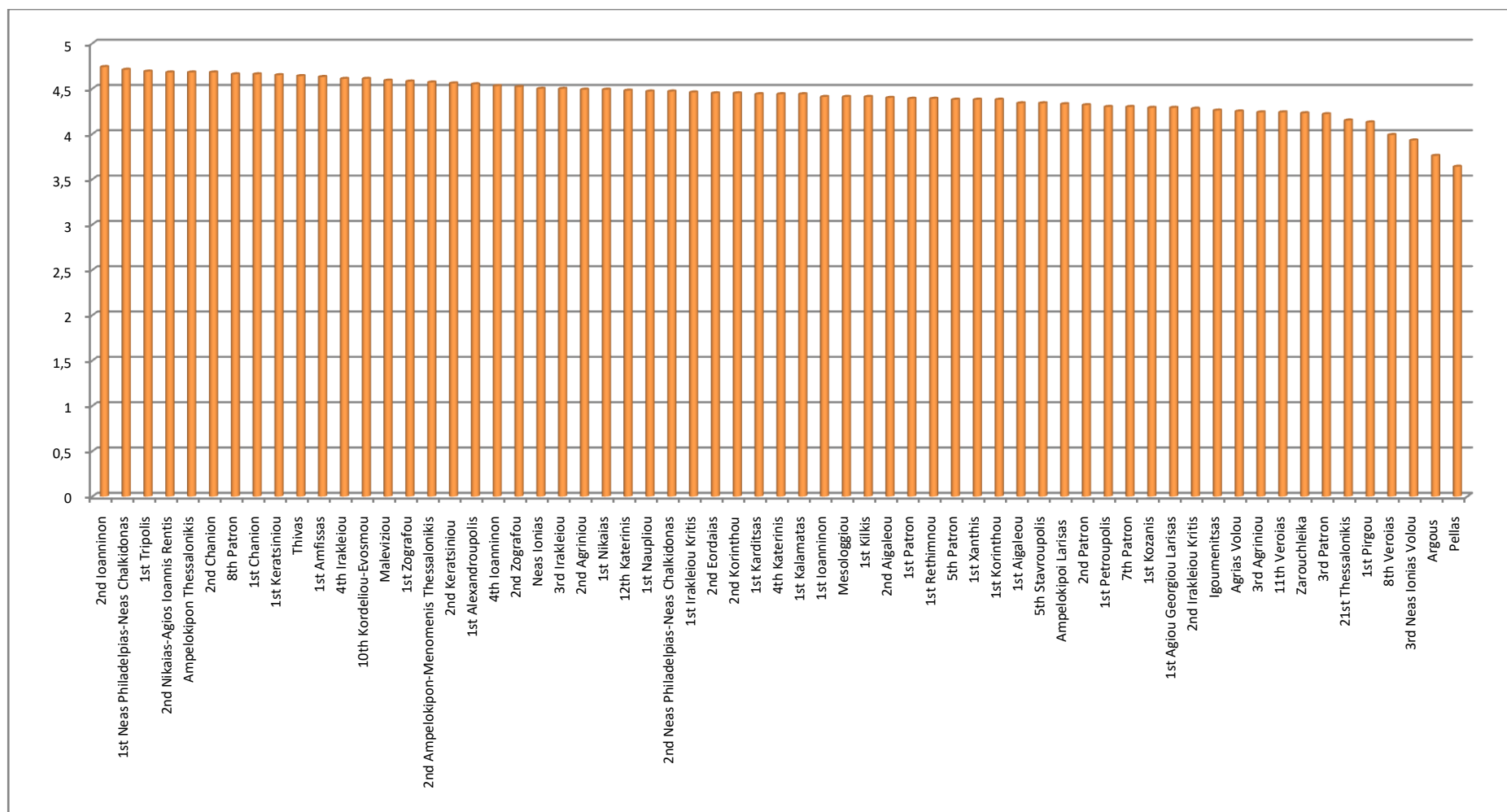
36	4,45	0,42	4,42	3,75	5	Μέτρια βαθμολογία
12	4,44	0,41	4,5	3,6	5	Μέτρια βαθμολογία
47	4,44	0,61	4,6	2,84	5	Μέτρια βαθμολογία
11	4,44	0,46	4,47	3	5	Μέτρια βαθμολογία
10	4,41	0,56	4,64	3,1	5	Μέτρια βαθμολογία
61	4,41	0,5	4,52	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
14	4,41	0,46	4,5	2,9	5	Μέτρια βαθμολογία
29	4,4	0,48	4,45	3,27	5	Μέτρια βαθμολογία
21	4,39	0,39	4,36	3,1	5	Μέτρια βαθμολογία
24	4,39	0,45	4,44	3,25	5	Μέτρια βαθμολογία
48	4,38	0,45	4,34	2,81	5	Μέτρια βαθμολογία
20	4,38	0,56	4,41	2,25	5	Μέτρια βαθμολογία
16	4,38	0,35	4,38	3,63	5	Μέτρια βαθμολογία
5	4,34	0,38	4,2	3,63	5	Μέτρια βαθμολογία
49	4,34	0,45	4,35	3,2	5	Μέτρια βαθμολογία
54	4,33	0,62	4,5	1,27	5	Μέτρια βαθμολογία
39	4,32	0,5	4,36	3,3	5	Μέτρια βαθμολογία
22	4,3	0,62	4,44	2,5	5	Μέτρια βαθμολογία
50	4,3	0,68	4,41	1,43	5	Μέτρια βαθμολογία
15	4,29	0,42	4,29	3,31	5	Μέτρια βαθμολογία
4	4,29	0,44	4,18	3,3	5	Μέτρια βαθμολογία
33	4,28	0,64	4,45	2,85	4,95	Μέτρια βαθμολογία
58	4,26	0,43	4,21	3,69	4,89	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
53	4,25	0,9	4,5	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία

41	4,24	0,43	4	3,4	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
2	4,24	0,39	4,18	3,64	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
57	4,23	0,45	4,13	3,45	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
44	4,22	0,42	4,18	3,4	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
27	4,15	0,75	4,35	1,81	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
23	4,13	0,51	4	3,21	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
51	3,99	0,32	3,95	3,35	4,85	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
43	3,93	0,79	3,93	1,21	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
56	3,76	0,27	3,8	3,11	4,61	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
63	3,64	0,53	3,6	2,69	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία

**Επίπεδο εμπειριών: 1=Υψηλή βαθμολογία 2=Μέτρια βαθμολογία 3=Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία*

Πίνακας Β38. Κατανομή της μέσης συνολικής βαθμολογίας εμπειριών των ασθενών (σε τρεις κατηγορίες)

Εκατοστημόρια	Μέσης συνολική βαθμολογία εμπειριών των ασθενών	Επίπεδο εμπειριών
0° to 20°	3,64 to 4,27	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
21° to 80°	4,28 to 4,61	Μέτρια βαθμολογία
81° to 100°	4,62 to 4,74	Υψηλή βαθμολογία



Γράφημα 7. Κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη μέση συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών

Η κατάταξη των ΤοΜΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) σύμφωνα με τη μέση συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών παρουσιάζεται στον Πίνακα Β39.

Πίνακας Β39. Κατάταξη των ΤοΜΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) σύμφωνα με τη μέση συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών

Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ)	ΤοΜΥ	Μέση συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών	Κατάταξη
1η ΥΠΕ (Αττικής)	18	4,71	1
	8	4,58	2
	32	4,52	3
	62	4,5	4
	37	4,47	5
2η ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου)	38	4,68	1
	13	4,65	2
	35	4,56	3
	19	4,49	4
	29	4,4	5
	5	4,34	6
	22	4,3	7
3η ΥΠΕ (Μακεδονίας)	55	4,68	1
	1	4,61	2
	30	4,57	3
	3	4,48	4
	31	4,45	5
	47	4,44	6
	49	4,34	7
	15	4,29	8
	2	4,24	9
	27	4,15	10
	51	3,99	11
	63	3,64	12
4η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης)	6	4,55	1
	14	4,41	2
	20	4,38	3
5η ΥΠΕ (Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας)	59	4,64	1
	7	4,63	2
	12	4,44	3
	54	4,33	4
	4	4,29	5
	53	4,25	6

	43	3,93	7
6η ΥΠΕ (ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ)	34	4,74	1
	25	4,69	2
	52	4,66	3
	46	4,53	4
	28	4,49	5
	17	4,47	6
	36	4,45	7
	11	4,44	8
	10	4,41	9
	61	4,41	10
	21	4,39	11
	48	4,38	12
	16	4,38	13
	39	4,32	14
	50	4,3	15
	58	4,26	16
	41	4,24	17
	57	4,23	18
	44	4,22	19
	23	4,13	20
	56	3,76	21
7η ΥΠΕ (Κρήτης)	40	4,68	1
	26	4,66	2
	45	4,61	3
	60	4,59	4
	42	4,5	5
	9	4,46	6
	24	4,39	7
	33	4,28	8

Βαθμολογία προσβασιμότητας

Η κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη βαθμολογία προσβασιμότητας παρουσιάζεται στον Πίνακα Β40 και στο Γράφημα8.

Η συνολική βαθμολογία προσβασιμότητας για όλες τις ΤοΜΥ ήταν μεγαλύτερη από το μέσο σημείο (=3), γεγονός που δείχνει βαθμολογία προσβασιμότητας υψηλότερη από τον μέσο όρο. Για να γίνει πιο ακριβής η σύγκριση μεταξύ των ΤοΜΥ, διαιρέσαμε τη μέση συνολική βαθμολογία προσβασιμότητας σε τρεις κατηγορίες όπως φαίνεται στον Πίνακα Β41. Στην περίπτωση αυτή, οι ΤοΜΥ κατατάχθηκαν σε τρία επίπεδα εμπειριών (υψηλή βαθμολογία, μέτρια βαθμολογία, συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία).

Αυτή η ανάλυση συγκρίνει τις ΤοΜΥ μεταξύ τους αλλά δεν είναι ενδεικτική της εμπειρίας των ασθενών γενικά, όπως για παράδειγμα επιτυγχάνεται από τη μέση συνολική βαθμολογία προσβασιμότητας η οποία κυμαίνεται στο εύρος από 1 έως 5. Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι συνολικές βαθμολογίες των εμπειριών ήταν ιδιαίτερα υψηλές ενώ ακόμη και οι χαμηλότερες συγκριτικά βαθμολογίες ήταν πάνω από το μέσο σημείο της κλίμακας (>3).

Πίνακας Β40. Κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία προσβασιμότητας

Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Επίπεδο εμπειριών* (Βαθμολογία εμπειριών)
1	4,58	0,49	4,67	2,33	5	Υψηλή βαθμολογία
10	4,55	0,45	4,67	3,33	5	Υψηλή βαθμολογία
8	4,53	0,44	4,67	3,33	5	Υψηλή βαθμολογία
18	4,53	0,68	5	2,67	5	Υψηλή βαθμολογία
35	4,51	0,51	4,67	3	5	Υψηλή βαθμολογία
38	4,5	0,67	5	3	5	Υψηλή βαθμολογία
29	4,5	0,49	4,67	3,67	5	Υψηλή

						βαθμολογία
52	4,49	0,55	4,67	3	5	Υψηλή βαθμολογία
7	4,48	0,43	4,33	3,67	5	Υψηλή βαθμολογία
26	4,48	0,58	4,67	2,67	5	Υψηλή βαθμολογία
40	4,48	0,77	4,67	1	5	Υψηλή βαθμολογία
42	4,48	0,52	4,67	3	5	Υψηλή βαθμολογία
25	4,45	0,67	5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
45	4,44	0,56	4,67	3	5	Μέτρια βαθμολογία
13	4,43	0,53	4,5	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
32	4,43	0,44	4,33	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
34	4,43	0,42	4,33	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
55	4,42	0,59	4,67	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
60	4,42	0,63	4,33	2	5	Μέτρια βαθμολογία
37	4,41	0,73	4,67	1,67	5	Μέτρια βαθμολογία
46	4,39	0,55	4,33	3	5	Μέτρια βαθμολογία
17	4,37	0,6	4,33	2	5	Μέτρια βαθμολογία
24	4,37	0,52	4,33	3	5	Μέτρια βαθμολογία
59	4,37	0,69	4,33	2	5	Μέτρια βαθμολογία
47	4,36	0,64	4,33	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
30	4,34	0,59	4,33	3	5	Μέτρια βαθμολογία
36	4,32	0,58	4	3	5	Μέτρια βαθμολογία
9	4,31	0,61	4,5	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
62	4,31	0,68	4,5	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
49	4,3	0,55	4,33	3	5	Μέτρια βαθμολογία
31	4,29	0,75	4,33	1	5	Μέτρια βαθμολογία

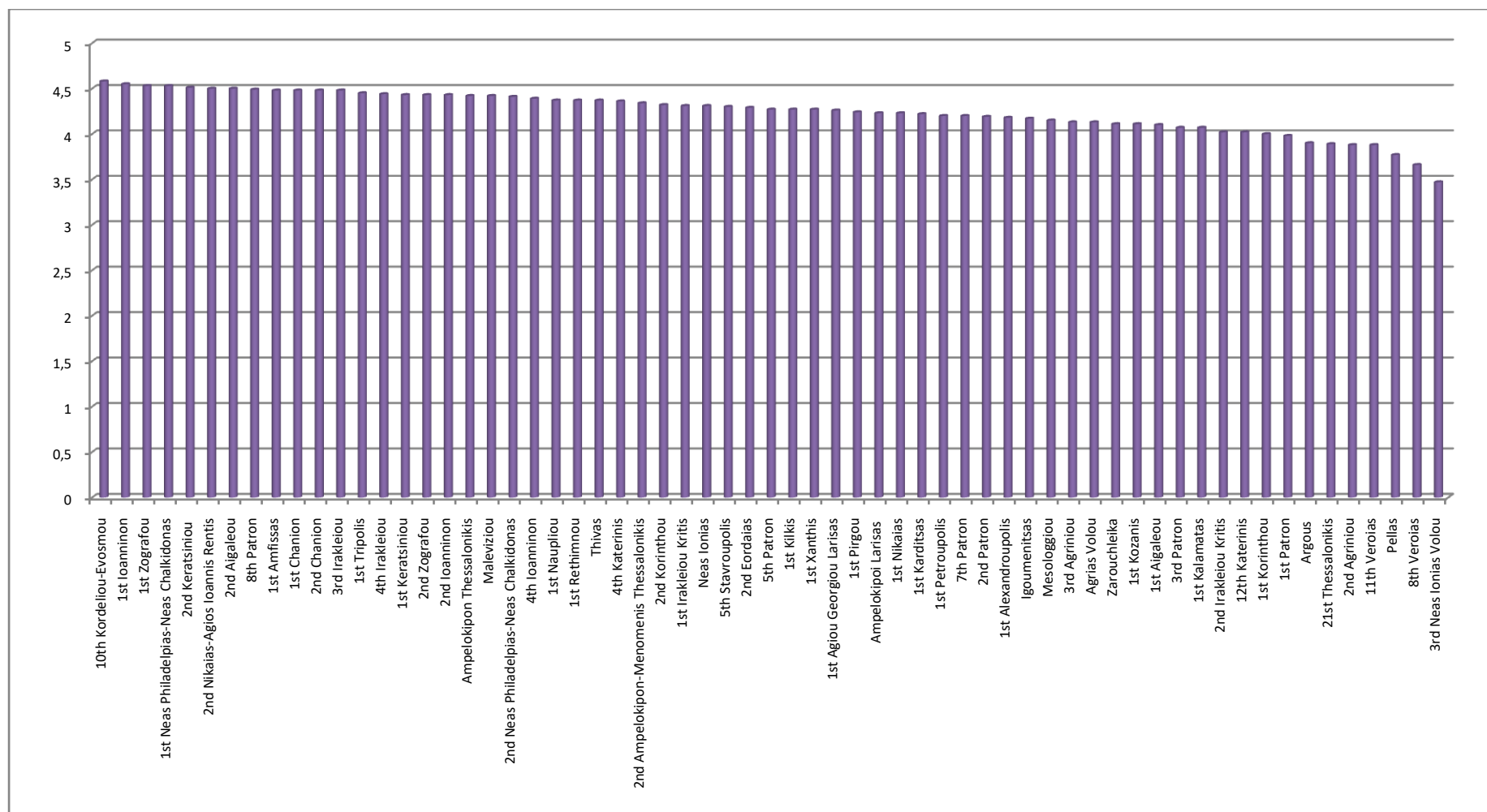
48	4,27	0,48	4	3	5	Μέτρια βαθμολογία
14	4,27	0,64	4	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
20	4,27	0,81	4,33	1,33	5	Μέτρια βαθμολογία
4	4,26	0,65	4	2,5	5	Μέτρια βαθμολογία
23	4,24	0,57	4	3	5	Μέτρια βαθμολογία
54	4,23	0,53	4,33	2,5	5	Μέτρια βαθμολογία
19	4,23	0,74	4,33	1	5	Μέτρια βαθμολογία
12	4,22	0,47	4	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
22	4,2	0,75	4,33	2	5	Μέτρια βαθμολογία
50	4,2	0,76	4,33	2	5	Μέτρια βαθμολογία
39	4,19	0,63	4	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
6	4,18	0,73	4	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
58	4,17	0,35	4,17	3,67	4,67	Μέτρια βαθμολογία
61	4,15	0,66	4	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
41	4,13	0,53	4	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
53	4,13	0,97	4,33	1	5	Μέτρια βαθμολογία
57	4,11	0,56	4	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
15	4,11	0,53	4	3	5	Μέτρια βαθμολογία
5	4,1	0,62	4	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
44	4,07	0,73	4	2	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
11	4,07	0,7	4	2,67	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
33	4,02	0,58	4	2,67	4,97	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
3	4,02	0,54	4	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη

						βαθμολογία
16	4	0,66	4	2,33	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
21	3,98	0,55	4	2,67	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
56	3,9	0,39	4	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
27	3,89	0,84	4	2	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
28	3,88	0,74	4	2,33	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
2	3,88	0,75	4	2	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
63	3,77	0,75	3,67	2,33	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
51	3,66	0,51	3,67	2,67	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
43	3,47	0,82	3,5	2	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία

**Επίπεδο εμπειριών: 1=Υψηλή βαθμολογία 2=Μέτρια βαθμολογία 3=Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία*

Πίνακας B41. Κατανομή της μέσης βαθμολογίας προσβασιμότητας(σε τρεις κατηγορίες)

Εκατοστημόρια	Μέσης συνολική βαθμολογία προσβασιμότητας	Επίπεδο εμπειριών
0° to 20°	3,47 to 4,07	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
21° to 80°	4,08 to 4,45	Μέτρια βαθμολογία
81° to 100°	4,46 to 4,58	Υψηλή βαθμολογία



Γράφημα 8. Κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία προσβασιμότητας

Η κατάταξη των ΤοΜΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία προσβασιμότητας παρουσιάζεται στον Πίνακα Β42.

Πίνακας Β42. Κατάταξη των ΤοΜΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία προσβασιμότητας

Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ)	ΤοΜΥ	Μέση συνολική βαθμολογία προσβασιμότητας	Κατάταξη
1η ΥΠΕ (Αττικής)	8	4,53	1
	18	4,53	2
	32	4,43	3
	37	4,41	4
	62	4,31	5
2η ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου)	35	4,51	1
	38	4,5	2
	29	4,5	3
	13	4,43	4
	19	4,23	5
	22	4,2	6
	5	4,1	7
3η ΥΠΕ (Μακεδονίας)	1	4,58	1
	55	4,42	2
	47	4,36	3
	30	4,34	4
	49	4,3	5
	31	4,29	6
	15	4,11	7
	3	4,02	8
	27	3,89	9
	2	3,88	10
	63	3,77	11
	51	3,66	12
4η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης)	14	4,27	1
	20	4,27	2
	6	4,18	3
5η ΥΠΕ (Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας)	7	4,48	1
	59	4,37	2
	4	4,26	3
	54	4,23	4
	12	4,22	5
	53	4,13	6
	43	3,47	7

6η ΥΠΕ (ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ)	10	4,55	1
	52	4,49	2
	25	4,45	3
	34	4,43	4
	46	4,39	5
	17	4,37	6
	36	4,32	7
	48	4,27	8
	23	4,24	9
	50	4,2	10
	39	4,19	11
	58	4,17	12
	61	4,15	13
	41	4,13	14
	57	4,11	15
	44	4,07	16
	11	4,07	17
	16	4	18
	21	3,98	19
	56	3,9	20
	28	3,88	21
7η ΥΠΕ (Κρήτης)	26	4,48	1
	40	4,48	2
	42	4,48	3
	45	4,44	4
	60	4,42	5
	24	4,37	6
	9	4,31	7
	33	4,02	8

Βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας

Η κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας παρουσιάζεται στον Πίνακα Β43 και στο Γράφημα9.

Η βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας για όλες τις ΤοΜΥ ήταν μεγαλύτερη από το μέσο σημείο (=3), γεγονός που δείχνει βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας υψηλότερη από τον μέσο όρο. Για να γίνει πιο ακριβής η σύγκριση μεταξύ των ΤοΜΥ, διαιρέσαμε τη μέση συνολική βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας σε τρεις κατηγορίες όπως φαίνεται στον Πίνακα Β44. Στην περίπτωση αυτή, οι ΤοΜΥ κατατάχθηκαν σε τρία επίπεδα εμπειριών (υψηλή βαθμολογία, μέτρια βαθμολογία, συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία).

Αυτή η ανάλυση συγκρίνει τις ΤοΜΥ μεταξύ τους αλλά δεν είναι ενδεικτική της εμπειρίας των ασθενών γενικά, όπως για παράδειγμα επιτυγχάνεται από τη μέση συνολική βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας η οποία κυμαίνεται στο εύρος από 1 έως 5. Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι συνολικές βαθμολογίες των εμπειριών ήταν ιδιαίτερα υψηλές ενώ ακόμη και οι χαμηλότερες συγκριτικά βαθμολογίες ήταν πάνω από το μέσο σημείο της κλίμακας (>3).

Πίνακας Β43. Κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας

Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Επίπεδο εμπειριών* (Βαθμολογία εμπειριών)
34	4,8	0,33	5	3,5	5	Υψηλή βαθμολογία
25	4,78	0,35	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
18	4,76	0,42	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
28	4,67	0,41	5	3,67	5	Υψηλή βαθμολογία
59	4,66	0,46	5	3,33	5	Υψηλή βαθμολογία
35	4,65	0,53	5	3	5	Υψηλή βαθμολογία
26	4,65	0,49	5	3,33	5	Υψηλή

						βαθμολογία
62	4,65	0,42	5	3,67	5	Υψηλή βαθμολογία
6	4,64	0,44	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
52	4,62	0,57	5	3	5	Υψηλή βαθμολογία
3	4,62	0,61	5	2,67	5	Υψηλή βαθμολογία
13	4,61	0,57	5	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
7	4,61	0,47	4,67	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
1	4,59	0,55	4,67	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
40	4,58	0,85	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
55	4,55	0,57	4,67	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
11	4,55	0,59	5	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
24	4,54	0,58	4,83	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
9	4,51	0,83	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
45	4,51	0,62	4,83	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
38	4,5	0,41	4,33	4	5	Μέτρια βαθμολογία
10	4,5	0,63	4,83	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
19	4,49	0,67	4,67	1,67	5	Μέτρια βαθμολογία
31	4,47	0,57	4,67	3	5	Μέτρια βαθμολογία
60	4,46	0,82	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
42	4,46	0,54	4,67	3	5	Μέτρια βαθμολογία
8	4,42	0,63	4,33	2	5	Μέτρια βαθμολογία
61	4,42	0,64	4,5	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
48	4,41	0,48	4,33	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
29	4,41	0,62	4,33	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
30	4,39	0,66	4,33	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία

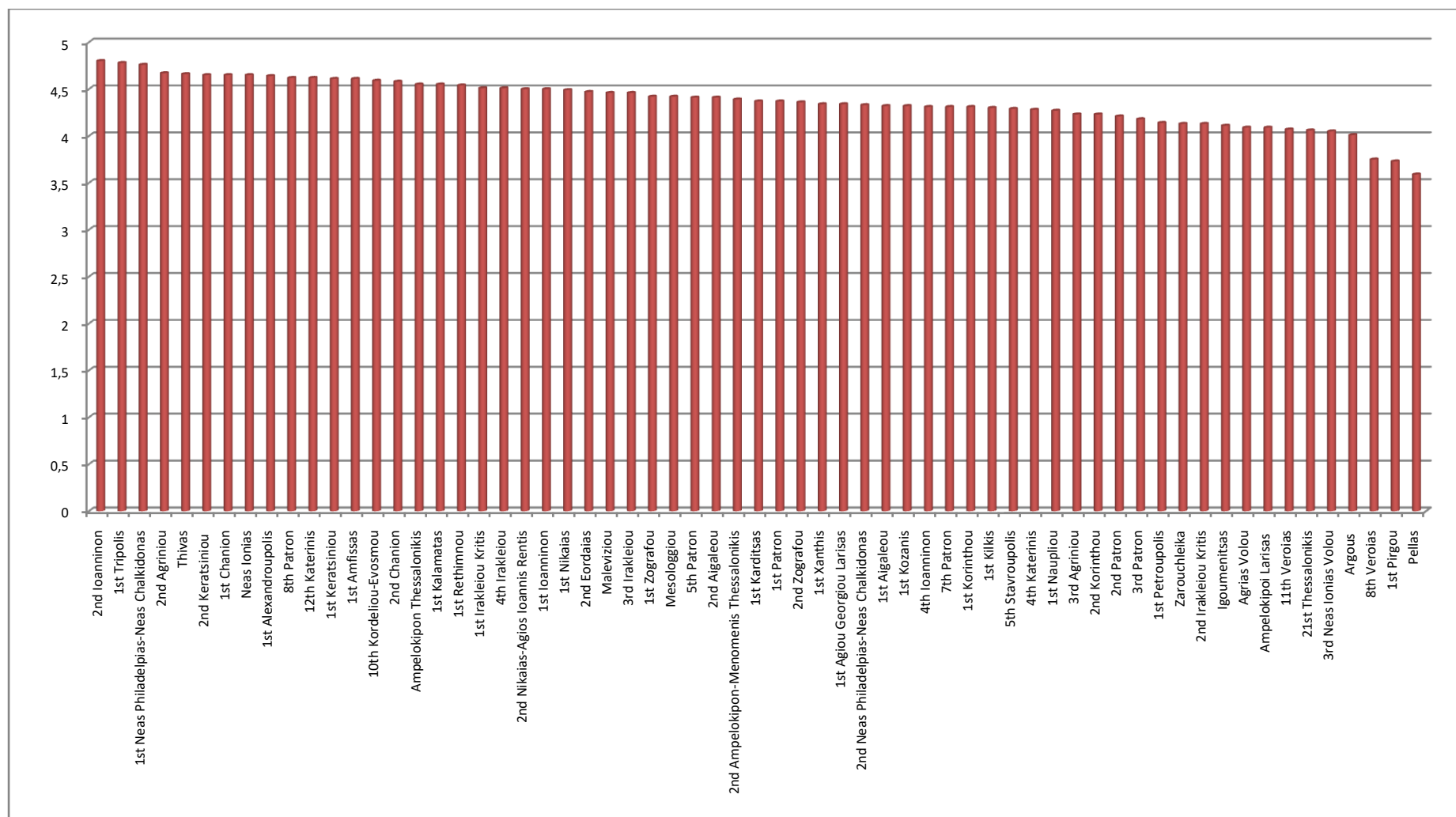
12	4,37	0,57	4,33	3	5	Μέτρια βαθμολογία
21	4,37	0,55	4,33	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
32	4,36	0,55	4,33	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
20	4,34	0,64	4,33	2,5	5	Μέτρια βαθμολογία
4	4,34	0,58	4,5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
37	4,33	1,11	4,83	1	5	Μέτρια βαθμολογία
5	4,32	0,59	4	3	5	Μέτρια βαθμολογία
15	4,32	0,56	4	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
46	4,31	0,51	4,33	3	5	Μέτρια βαθμολογία
50	4,31	0,58	4,33	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
16	4,31	0,66	4,33	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
14	4,3	0,62	4,33	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
49	4,29	0,66	4,33	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
47	4,28	0,95	4,67	1	5	Μέτρια βαθμολογία
17	4,27	0,71	4,33	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
41	4,23	0,53	4	3	5	Μέτρια βαθμολογία
36	4,23	0,67	4	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
39	4,21	0,66	4	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
44	4,18	0,55	4	3	5	Μέτρια βαθμολογία
22	4,14	1,09	4,33	1	5	Μέτρια βαθμολογία
57	4,13	0,65	4	2,67	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
33	4,13	0,81	4,17	2,33	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
58	4,11	0,55	4	3,5	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία

53	4,09	1,02	4,17	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
54	4,09	0,85	4	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
2	4,07	0,55	4	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
27	4,06	1,09	4,33	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
43	4,05	1,04	4	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
56	4,01	0,53	4	2	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
51	3,75	0,54	4	2	4,67	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
23	3,73	0,92	4	2	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
63	3,59	0,66	3,5	1,5	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία

**Επίπεδο εμπειριών: 1=Υψηλή βαθμολογία 2=Μέτρια βαθμολογία 3=Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία*

Πίνακας B44. Κατανομή της μέσης βαθμολογίας συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας (σε τρεις κατηγορίες)

Εκατοστημόρια	Μέση συνολική βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας	Επίπεδο εμπειριών
0° to 20°	3,59 to 4,13	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
21° to 80°	4,14 to 4,61	Μέτρια βαθμολογία
81° to 100°	4,62 to 4,80	Υψηλή βαθμολογία



Γράφημα 9. Κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας

Η κατάταξη των ΤοΜΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας παρουσιάζεται στον Πίνακα Β45.

Πίνακας Β45. Κατάταξη των ΤοΜΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας

Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ)	ΤοΜΥ	Μέση συνολική βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας	Κατάταξη
1η ΥΠΕ (Αττικής)	18	4,76	1
	62	4,65	2
	8	4,42	3
	32	4,36	4
	37	4,33	5
2η ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου)	35	4,65	1
	13	4,61	2
	38	4,5	3
	19	4,49	4
	29	4,41	5
	5	4,32	6
	22	4,14	7
3η ΥΠΕ (Μακεδονίας)	3	4,62	1
	1	4,59	2
	55	4,55	3
	31	4,47	4
	30	4,39	5
	15	4,32	6
	49	4,29	7
	47	4,28	8
	2	4,07	9
	27	4,06	10
	51	3,75	11
	63	3,59	12
4η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης)	6	4,64	1
	20	4,34	2
	14	4,3	3
5η ΥΠΕ (Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας)	59	4,66	1
	7	4,61	2
	12	4,37	3
	4	4,34	4
	54	4,09	5
	53	4,09	6

	43	4,05	7
6η ΥΠΕ (ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ)	34	4,8	1
	25	4,78	2
	28	4,67	3
	52	4,62	4
	11	4,55	5
	10	4,5	6
	61	4,42	7
	48	4,41	8
	21	4,37	9
	46	4,31	10
	50	4,31	11
	16	4,31	12
	17	4,27	13
	41	4,23	14
	36	4,23	15
	39	4,21	16
	44	4,18	17
	57	4,13	18
	58	4,11	19
	56	4,01	20
	23	3,73	21
7η ΥΠΕ (Κρήτης)	26	4,65	1
	40	4,58	2
	24	4,54	3
	9	4,51	4
	45	4,51	5
	60	4,46	6
	42	4,46	7
	33	4,13	8

Βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας

Η κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας παρουσιάζεται στον Πίνακα Β46 και στο Γράφημα10.

Η βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας για όλες τις ΤοΜΥ ήταν μεγαλύτερη από το μέσο σημείο (=3), γεγονός που δείχνει βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας υψηλότερη από τον μέσο όρο. Για να γίνει πιο ακριβής η σύγκριση μεταξύ των ΤοΜΥ, διαιρέσαμε τη μέση συνολική βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας σε τρεις κατηγορίες όπως φαίνεται στον Πίνακα Β47. Στην περίπτωση αυτή, οι ΤοΜΥ κατατάχθηκαν σε τρία επίπεδα εμπειριών (υψηλή βαθμολογία, μέτρια βαθμολογία, συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία).

Αυτή η ανάλυση συγκρίνει τις ΤοΜΥ μεταξύ τους αλλά δεν είναι ενδεικτική της εμπειρίας των ασθενών γενικά, όπως για παράδειγμα επιτυγχάνεται από τη μέση συνολική βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας η οποία κυμαίνεται στο εύρος από 1 έως 5. Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι συνολικές βαθμολογίες των εμπειριών ήταν ιδιαίτερα υψηλές ενώ ακόμη και οι χαμηλότερες συγκριτικά βαθμολογίες ήταν πάνω από το μέσο σημείο της κλίμακας (>3).

Πίνακας Β46. Κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας

Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Επίπεδο εμπειριών* (Βαθμολογία εμπειριών)
34	4,87	0,37	5	3	5	Υψηλή βαθμολογία
28	4,8	0,35	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
55	4,76	0,41	5	3,33	5	Υψηλή βαθμολογία
38	4,73	0,38	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
6	4,73	0,4	5	3,67	5	Υψηλή βαθμολογία
18	4,73	0,45	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
25	4,72	0,41	5	3,67	5	Υψηλή

						βαθμολογία
40	4,69	0,48	5	3	5	Υψηλή βαθμολογία
59	4,69	0,47	5	3,33	5	Υψηλή βαθμολογία
52	4,64	0,51	5	3,33	5	Υψηλή βαθμολογία
11	4,63	0,54	5	3,33	5	Υψηλή βαθμολογία
45	4,61	0,53	5	3	5	Υψηλή βαθμολογία
7	4,6	0,53	5	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
13	4,59	0,62	5	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
19	4,54	0,71	5	1,67	5	Μέτρια βαθμολογία
35	4,52	0,55	4,5	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
26	4,51	0,63	5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
62	4,5	0,62	5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
4	4,49	0,55	4,83	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
3	4,49	0,77	5	2	5	Μέτρια βαθμολογία
47	4,48	0,9	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
60	4,48	0,78	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
46	4,47	0,65	4,67	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
61	4,47	0,56	4,67	3	5	Μέτρια βαθμολογία
36	4,45	0,51	4,33	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
31	4,44	0,61	4,67	3	5	Μέτρια βαθμολογία
10	4,44	0,76	5	2	5	Μέτρια βαθμολογία
37	4,4	0,93	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
54	4,39	0,76	4,58	1	5	Μέτρια βαθμολογία
30	4,39	0,76	4,83	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
21	4,38	0,58	4,33	3	5	Μέτρια βαθμολογία

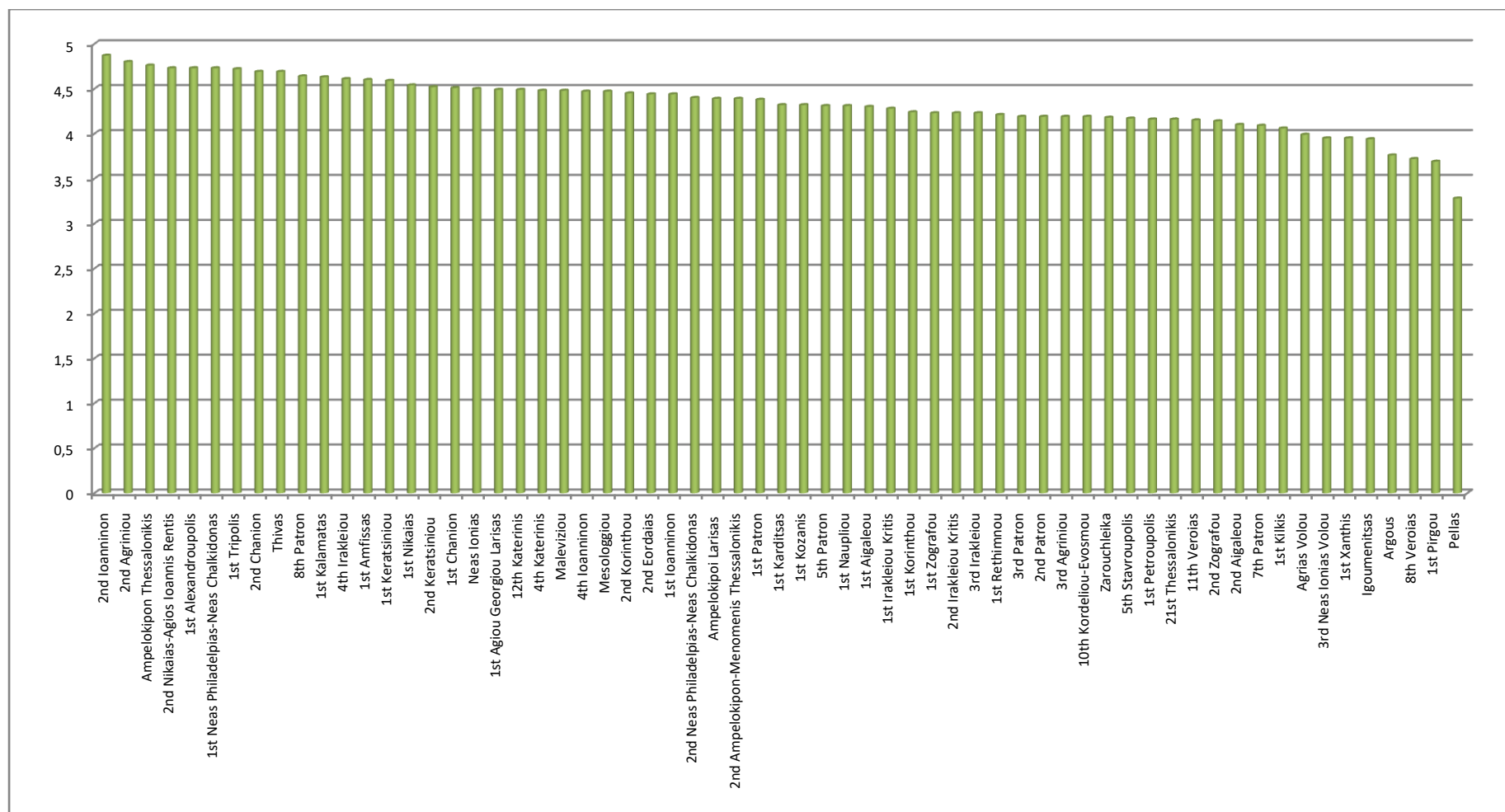
12	4,32	0,66	4,33	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
15	4,32	0,61	4	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
48	4,31	0,66	4	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
17	4,31	0,77	4,33	2	5	Μέτρια βαθμολογία
5	4,3	0,63	4	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
9	4,28	1,17	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
16	4,24	0,69	4,33	2	5	Μέτρια βαθμολογία
8	4,23	0,65	4,17	3	5	Μέτρια βαθμολογία
33	4,23	0,87	4,17	2	5	Μέτρια βαθμολογία
42	4,23	0,73	4,33	2,5	5	Μέτρια βαθμολογία
24	4,21	0,82	4,33	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
44	4,19	0,59	4	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
39	4,19	0,71	4	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
41	4,19	0,73	4	1	5	Μέτρια βαθμολογία
1	4,19	0,61	4,33	3	5	Μέτρια βαθμολογία
57	4,18	0,68	4	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
49	4,17	0,7	4	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
22	4,16	1,1	4,33	1	5	Μέτρια βαθμολογία
27	4,16	1,28	4,67	1	5	Μέτρια βαθμολογία
2	4,15	0,65	4	3	5	Μέτρια βαθμολογία
32	4,14	0,74	4,17	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
29	4,1	0,97	4,33	1,67	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
50	4,09	0,98	4	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία

14	4,06	0,84	4	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
53	3,99	1,24	4,33	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
43	3,95	0,96	4	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
20	3,95	0,98	4	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
58	3,94	0,65	4	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
56	3,76	0,45	4	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
51	3,72	0,71	4	2,33	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
23	3,69	0,91	3,67	2	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
63	3,28	0,88	3,33	1,33	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία

**Επίπεδο εμπειριών: 1=Υψηλή βαθμολογία 2=Μέτρια βαθμολογία 3=Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία*

Πίνακας B47. Κατανομή της μέσης βαθμολογίας περιεκτικότητας της φροντίδας (σε τρεις κατηγορίες)

Εκατοστημόρια	Μέση συνολική βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας	Επίπεδο εμπειριών
0° to 20°	3,28 to 4,14	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
21° to 80°	4,15 to 4,60	Μέτρια βαθμολογία
81° to 100°	4,61 to 4,87	Υψηλή βαθμολογία



Γράφημα 10. Κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας

Η κατάταξη των ΤοΜΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας παρουσιάζεται στον Πίνακα Β48.

Πίνακας Β48. Κατάταξη των ΤοΜΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας

Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ)	ΤοΜΥ	Μέση συνολική βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας	Κατάταξη
1η ΥΠΕ (Αττικής)	18	4,73	1
	62	4,5	2
	37	4,4	3
	8	4,23	4
	32	4,14	5
2η ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου)	38	4,73	1
	13	4,59	2
	19	4,54	3
	35	4,52	4
	5	4,3	5
	22	4,16	6
	29	4,1	7
3η ΥΠΕ (Μακεδονίας)	55	4,76	1
	3	4,49	2
	47	4,48	3
	31	4,44	4
	30	4,39	5
	15	4,32	6
	1	4,19	7
	49	4,17	8
	27	4,16	9
	2	4,15	10
	51	3,72	11
	63	3,28	12
4η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης)	6	4,73	1
	14	4,06	2
	20	3,95	3
5η ΥΠΕ (Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας)	59	4,69	1
	7	4,6	2
	4	4,49	3
	54	4,39	4
	12	4,32	5
	53	3,99	6
	43	3,95	7
6η ΥΠΕ (ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ,	34	4,87	1
	28	4,8	2

ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ)	25	4,72	3
	52	4,64	4
	11	4,63	5
	46	4,47	6
	61	4,47	7
	36	4,45	8
	10	4,44	9
	21	4,38	10
	48	4,31	11
	17	4,31	12
	16	4,24	13
	44	4,19	14
	39	4,19	15
	41	4,19	16
	57	4,18	17
	50	4,09	18
	58	3,94	19
	56	3,76	20
	23	3,69	21
7η ΥΠΕ (Κρήτης)	40	4,69	1
	45	4,61	2
	26	4,51	3
	60	4,48	4
	9	4,28	5
	33	4,23	6
	42	4,23	7
	24	4,21	8

Βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας

Η κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας παρουσιάζεται στον Πίνακα Β49 και στο Γράφημα 11.

Η βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας για όλες τις ΤοΜΥ ήταν μεγαλύτερη από το μέσο σημείο (=3), γεγονός που δείχνει βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας υψηλότερη από τον μέσο όρο. Για να γίνει πιο ακριβής η σύγκριση μεταξύ των ΤοΜΥ, διαιρέσαμε τη μέση συνολική βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας σε τρεις κατηγορίες όπως φαίνεται στον Πίνακα Β50. Στην περίπτωση αυτή, οι ΤοΜΥ κατατάχθηκαν σε τρία επίπεδα εμπειριών (υψηλή βαθμολογία, μέτρια βαθμολογία, συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία).

Αυτή η ανάλυση συγκρίνει τις ΤοΜΥ μεταξύ τους αλλά δεν είναι ενδεικτική της εμπειρίας των ασθενών γενικά, όπως για παράδειγμα επιτυγχάνεται από τη μέση συνολική βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας η οποία κυμαίνεται στο εύρος από 1 έως 5. Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι συνολικές βαθμολογίες των εμπειριών ήταν ιδιαίτερα υψηλές ενώ ακόμη και οι χαμηλότερες συγκριτικά βαθμολογίες ήταν πάνω από το μέσο σημείο της κλίμακας (>3).

Πίνακας Β49. Κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας

Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Επίπεδο εμπειριών* (Βαθμολογία εμπειριών)
38	4,88	0,21	5	4,33	5	Υψηλή βαθμολογία
34	4,88	0,2	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
52	4,85	0,34	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
25	4,85	0,31	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
6	4,84	0,34	5	3,75	5	Υψηλή βαθμολογία
13	4,83	0,31	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
59	4,81	0,39	5	3,5	5	Υψηλή

						βαθμολογία
45	4,8	0,35	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
32	4,8	0,35	5	3,75	5	Υψηλή βαθμολογία
28	4,78	0,37	5	3,5	5	Υψηλή βαθμολογία
40	4,77	0,67	5	1	5	Υψηλή βαθμολογία
35	4,75	0,42	5	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
26	4,75	0,39	5	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
55	4,75	0,33	5	4	5	Μέτρια βαθμολογία
8	4,74	0,44	5	3,25	5	Μέτρια βαθμολογία
18	4,74	0,43	5	4	5	Μέτρια βαθμολογία
62	4,73	0,4	5	3,75	5	Μέτρια βαθμολογία
60	4,72	0,68	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
3	4,72	0,46	5	3,75	5	Μέτρια βαθμολογία
1	4,71	0,4	4,75	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
30	4,7	0,42	5	3,75	5	Μέτρια βαθμολογία
9	4,69	0,48	5	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
7	4,68	0,41	5	4	5	Μέτρια βαθμολογία
10	4,68	0,54	5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
11	4,66	0,6	5	2,25	5	Μέτρια βαθμολογία
12	4,65	0,45	4,75	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
16	4,65	0,38	4,75	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
24	4,64	4,75	0,43	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
29	4,64	0,45	5	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
46	4,62	0,43	4,75	4	5	Μέτρια βαθμολογία
19	4,62	0,68	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία

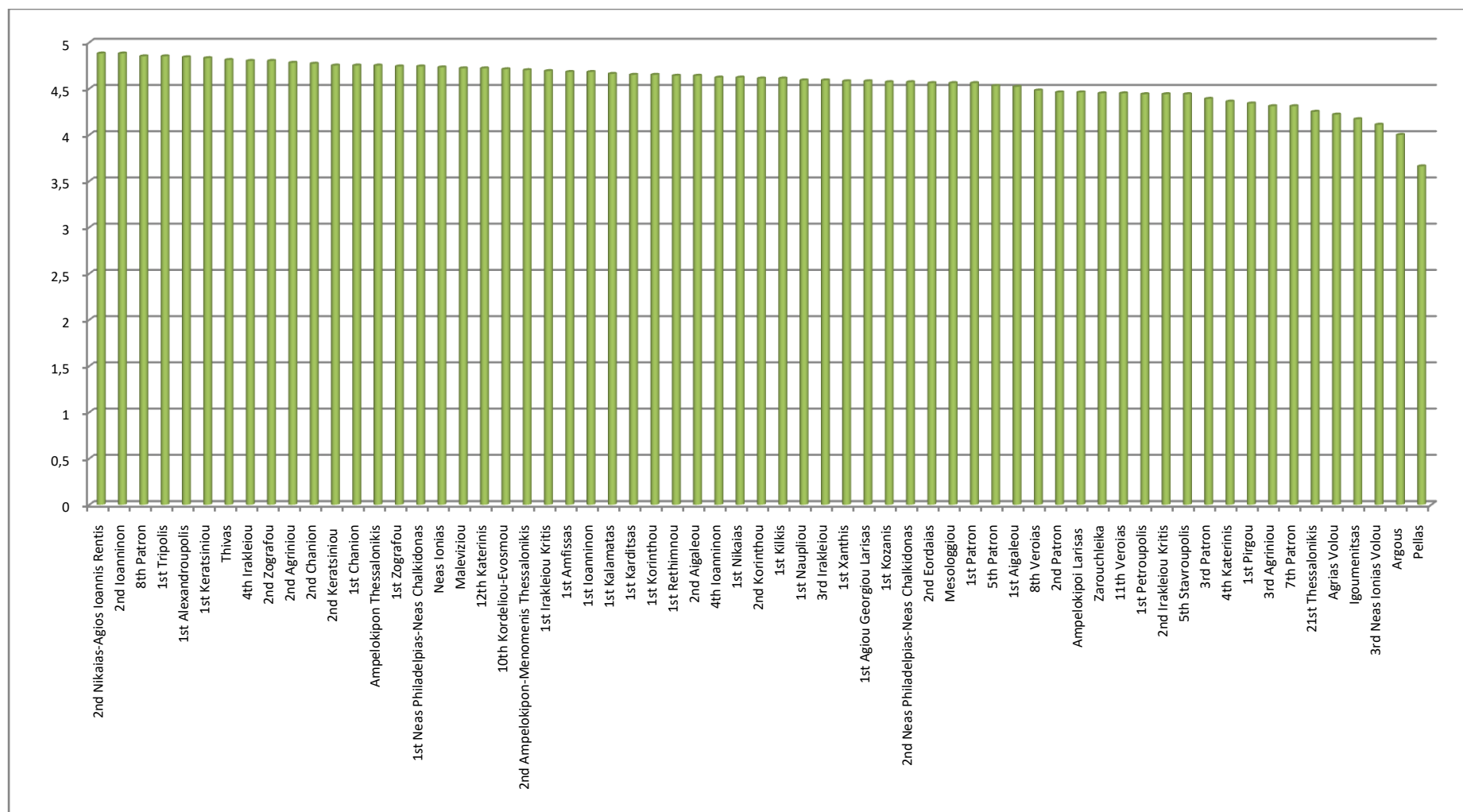
36	4,61	0,47	5	3,75	5	Μέτρια βαθμολογία
14	4,61	0,46	4,75	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
17	4,59	0,58	4,75	2	5	Μέτρια βαθμολογία
42	4,59	0,47	4,75	3,25	5	Μέτρια βαθμολογία
20	4,58	0,53	5	3,25	5	Μέτρια βαθμολογία
4	4,58	0,42	4,63	3,75	5	Μέτρια βαθμολογία
15	4,57	0,46	4,75	3,75	5	Μέτρια βαθμολογία
37	4,57	0,94	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
31	4,56	0,56	5	2,75	5	Μέτρια βαθμολογία
61	4,56	0,49	4,89	4	5	Μέτρια βαθμολογία
21	4,56	0,45	4,58	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
48	4,53	0,63	4,89	1,75	5	Μέτρια βαθμολογία
5	4,52	0,51	4,75	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
51	4,48	0,45	4,5	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
39	4,46	0,54	4,75	3,25	5	Μέτρια βαθμολογία
54	4,46	0,76	4,75	1	5	Μέτρια βαθμολογία
57	4,45	0,53	4,63	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
2	4,45	0,42	4,29	4	5	Μέτρια βαθμολογία
22	4,44	0,94	5	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
33	4,44	0,64	4,75	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
49	4,44	0,56	4,5	2,75	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
44	4,39	0,54	4,5	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
47	4,36	0,98	4,75	1	5	Συγκριτικά

						χαμηλότερη βαθμολογία
23	4,34	0,62	4,5	2,5	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
41	4,31	0,6	4	2,25	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
50	4,31	0,79	4,29	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
27	4,25	1,19	4,75	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
53	4,22	1,11	4,58	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
58	4,17	0,58	4,13	3,25	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
43	4,11	1,05	4,25	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
56	4	0,47	4	3,25	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
63	3,66	0,6	3,5	2,75	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία

**Επίπεδο εμπειριών: 1=Υψηλή βαθμολογία 2=Μέτρια βαθμολογία 3=Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία*

Πίνακας Β50. Κατανομή της μέσης βαθμολογίας ποιότητας της ιατρικής φροντίδας(σε τρεις κατηγορίες)

Εκατοστημόρια	Μέση συνολική βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας	Επίπεδο εμπειριών
0° to 20°	3,66 to 4,44	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
21° to 80°	4,45 to 4,75	Μέτρια βαθμολογία
81° to 100°	4,76 to 4,88	Υψηλή βαθμολογία



Γράφημα 11. Κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας

Η κατάταξη των ΤοΜΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας παρουσιάζεται στον Πίνακα Β51.

Πίνακας Β51. Κατάταξη των ΤοΜΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία ποιότητας της ιατρικής φροντίδας

Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ)	ΤοΜΥ	Μέση συνολική βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας της	Κατάταξη
1η ΥΠΕ (Αττικής)	32	4,8	1
	8	4,74	2
	18	4,74	3
	62	4,73	4
	37	4,57	5
2η ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου)	38	4,88	1
	13	4,83	2
	35	4,75	3
	29	4,64	4
	19	4,62	5
	5	4,52	6
	22	4,44	7
3η ΥΠΕ (Μακεδονίας)	55	4,75	1
	3	4,72	2
	1	4,71	3
	30	4,7	4
	15	4,57	5
	31	4,56	6
	51	4,48	7
	2	4,45	8
	49	4,44	9
	47	4,36	10
	27	4,25	11
	63	3,66	12
4η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης)	6	4,84	1
	14	4,61	2
	20	4,58	3
5η ΥΠΕ (Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας)	59	4,81	1
	7	4,68	2
	12	4,65	3
	4	4,58	4
	54	4,46	5
	53	4,22	6
	43	4,11	7

6η ΥΠΕ (ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ)	34	4,88	1
	52	4,85	2
	25	4,85	3
	28	4,78	4
	10	4,68	5
	11	4,66	6
	16	4,65	7
	46	4,62	8
	36	4,61	9
	17	4,59	10
	61	4,56	11
	21	4,56	12
	48	4,53	13
	39	4,46	14
	57	4,45	15
	44	4,39	16
	23	4,34	17
	41	4,31	18
	50	4,31	19
	58	4,17	20
	56	4	21
7η ΥΠΕ (Κρήτης)	45	4,8	1
	40	4,77	2
	26	4,75	3
	60	4,72	4
	9	4,69	5
	24	4,64	6
	42	4,59	7
	33	4,44	8

Βαθμολογία των χαρακτηριστικών των υποδομών

Η κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη βαθμολογία των χαρακτηριστικών των υποδομών παρουσιάζεται στον Πίνακα Β52 και στο Γράφημα 12.

Η βαθμολογία των χαρακτηριστικών των υποδομών για όλες τις ΤοΜΥ ήταν μεγαλύτερη από το μέσο σημείο (=3), γεγονός που δείχνει βαθμολογία των χαρακτηριστικών των υποδομών υψηλότερη από τον μέσο όρο. Για να γίνει πιο ακριβής η σύγκριση μεταξύ των ΤοΜΥ, διαιρέσαμε τη μέση συνολική βαθμολογία των χαρακτηριστικών των υποδομών σε τρεις κατηγορίες όπως φαίνεται στον Πίνακα Β53. Στην περίπτωση αυτή, οι ΤοΜΥ κατατάχθηκαν σε τρία επίπεδα εμπειριών (υψηλή βαθμολογία, μέτρια βαθμολογία, συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία).

Αυτή η ανάλυση συγκρίνει τις ΤοΜΥ μεταξύ τους αλλά δεν είναι ενδεικτική της εμπειρίας των ασθενών γενικά, όπως για παράδειγμα επιτυγχάνεται από τη μέση συνολική βαθμολογία των χαρακτηριστικών των υποδομών η οποία κυμαίνεται στο εύρος από 1 έως 5. Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι συνολικές βαθμολογίες των εμπειριών ήταν ιδιαίτερα υψηλές ενώ ακόμη και οι χαμηλότερες συγκριτικά βαθμολογίες ήταν πάνω από το μέσο σημείο της κλίμακας (>3).

Πίνακας Β52. Κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία των χαρακτηριστικών των υποδομών

Τοπικές Μονάδες Υγείας (ToMY)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Επίπεδο εμπειριών* (Βαθμολογία εμπειριών)
1	4,89	0,26	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
40	4,82	0,65	5	1	5	Υψηλή βαθμολογία
26	4,79	0,37	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
18	4,76	0,43	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
13	4,74	0,44	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
42	4,73	0,41	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
8	4,71	0,43	5	3	5	Υψηλή

						βαθμολογία
38	4,7	0,46	5	3,67	5	Υψηλή βαθμολογία
30	4,69	0,53	5	3	5	Υψηλή βαθμολογία
7	4,69	0,47	5	3,33	5	Υψηλή βαθμολογία
17	4,69	0,44	5	3,67	5	Υψηλή βαθμολογία
55	4,69	0,6	5	2,33	5	Υψηλή βαθμολογία
34	4,67	0,67	4,67	3	5	Μέτρια βαθμολογία
46	4,64	0,48	5	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
20	4,64	0,61	5	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
32	4,64	0,49	5	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
60	4,64	0,69	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
14	4,62	0,52	5	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
25	4,61	0,58	5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
37	4,6	0,96	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
59	4,6	0,47	5	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
58	4,56	0,5	4,67	4	5	Μέτρια βαθμολογία
47	4,56	0,63	5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
52	4,56	0,52	4,67	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
12	4,53	0,53	4,67	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
50	4,53	0,49	4,67	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
6	4,52	0,79	5	2	5	Μέτρια βαθμολογία
21	4,5	0,54	4,67	3	5	Μέτρια βαθμολογία
45	4,49	0,57	4,67	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
53	4,49	0,74	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
19	4,48	0,65	4,67	1,67	5	Μέτρια βαθμολογία

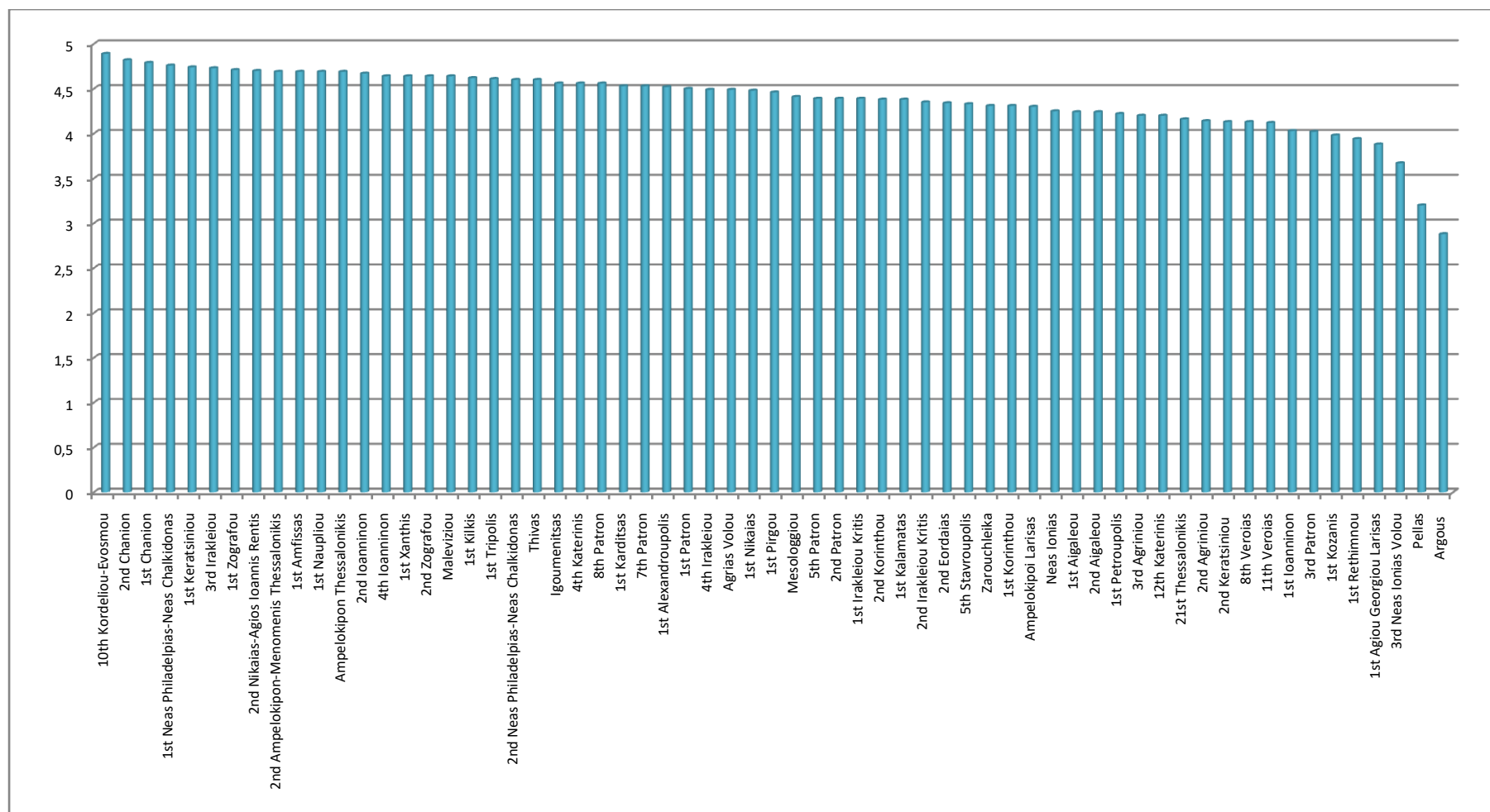
23	4,46	0,48	4,5	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
61	4,41	0,48	4,17	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
48	4,39	0,74	4,5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
39	4,39	0,56	4,33	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
9	4,39	0,61	4,5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
36	4,38	0,63	4,33	3	5	Μέτρια βαθμολογία
11	4,38	0,67	4,5	2	5	Μέτρια βαθμολογία
33	4,35	0,77	4,5	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
31	4,34	0,59	4	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
49	4,33	0,54	4,33	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
57	4,31	0,6	4	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
16	4,31	0,53	4,33	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
54	4,3	0,73	4,33	1	5	Μέτρια βαθμολογία
62	4,25	0,71	4,17	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
5	4,24	0,77	4,33	1,67	5	Μέτρια βαθμολογία
29	4,24	0,86	4,67	1,67	5	Μέτρια βαθμολογία
22	4,22	0,81	4,33	2,33	5	Μέτρια βαθμολογία
41	4,2	0,64	4	2	5	Μέτρια βαθμολογία
3	4,2	0,72	4	2,5	5	Μέτρια βαθμολογία
27	4,16	0,71	4,17	2,33	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
28	4,14	0,59	4	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
35	4,13	0,7	4	2	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
51	4,13	0,36	4	3,67	5	Συγκριτικά χαμηλότερη

						βαθμολογία
2	4,12	0,63	4	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
10	4,03	0,94	4	2	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
44	4,02	0,7	4	2,67	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
15	3,98	0,81	4	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
24	3,94	0,75	4	2,33	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
4	3,88	0,92	3,67	1,5	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
43	3,67	0,95	3,67	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
63	3,2	0,8	3,33	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
56	2,88	0,44	3	2	4	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία

**Επίπεδο εμπειριών: 1=Υψηλή βαθμολογία 2=Μέτρια βαθμολογία 3=Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία*

Πίνακας B53. Κατανομή της μέσης βαθμολογίας των χαρακτηριστικών των υποδομών(σε τρεις κατηγορίες)

Εκατοστημόρια	Μέση συνολική βαθμολογία των χαρακτηριστικών των υποδομών	Επίπεδο εμπειριών
0° to 20°	2,88 to 4,16	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
21° to 80°	4,17 to 4,67	Μέτρια βαθμολογία
81° to 100°	4,68 to 4,88	Υψηλή βαθμολογία



Γράφημα 12. Κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία των χαρακτηριστικών των υποδομών

Η κατάταξη των ΤοΜΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία των χαρακτηριστικών των υποδομών παρουσιάζεται στον Πίνακα Β54.

Πίνακας Β54. Κατάταξη των ΤοΜΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία των χαρακτηριστικών των υποδομών

Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ)	ΤοΜΥ	Μέση συνολική βαθμολογία των χαρακτηριστικών των υποδομών	Κατάταξη
1η ΥΠΕ (Αττικής)	18	4,76	1
	8	4,71	2
	32	4,64	3
	37	4,6	4
	62	4,25	5
2η ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου)	13	4,74	1
	38	4,7	2
	19	4,48	3
	5	4,24	4
	29	4,24	5
	22	4,22	6
	35	4,13	7
3η ΥΠΕ (Μακεδονίας)	1	4,89	1
	30	4,69	2
	55	4,69	3
	47	4,56	4
	31	4,34	5
	49	4,33	6
	3	4,2	7
	27	4,16	8
	51	4,13	9
	2	4,12	10
	15	3,98	11
	63	3,2	12
4η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης)	20	4,64	1
	14	4,62	2
	6	4,52	3
5η ΥΠΕ (Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας)	7	4,69	1
	59	4,6	2
	12	4,53	3
	53	4,49	4
	54	4,3	5
	4	3,88	6
	43	3,67	7
6η ΥΠΕ	17	4,69	1

(ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ)	34	4,67	2
	46	4,64	3
	25	4,61	4
	58	4,56	5
	52	4,56	6
	50	4,53	7
	21	4,5	8
	23	4,46	9
	61	4,41	10
	48	4,39	11
	39	4,39	12
	36	4,38	13
	11	4,38	14
	57	4,31	15
	16	4,31	16
	41	4,2	17
	28	4,14	18
	10	4,03	19
	44	4,02	20
	56	2,88	21
7η ΥΠΕ (Κρήτης)	40	4,82	1
	26	4,79	2
	42	4,73	3
	60	4,64	4
	45	4,49	5
	9	4,39	6
	33	4,35	7
	24	3,94	8

Βαθμολογία ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας

Η κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη βαθμολογία ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζεται στον Πίνακα Β55 και στο Γράφημα 13.

Η βαθμολογία ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας για όλες τις ΤοΜΥ ήταν μεγαλύτερη από το μέσο σημείο (=3), γεγονός που δείχνει βαθμολογία ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας υψηλότερη από τον μέσο όρο. Για να γίνει πιο ακριβής η σύγκριση μεταξύ των ΤοΜΥ, διαιρέσαμε τη μέση συνολική βαθμολογία ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας σε τρεις κατηγορίες όπως φαίνεται στον Πίνακα Β56. Στην περίπτωση αυτή, οι ΤοΜΥ κατατάχθηκαν σε τρία επίπεδα εμπειριών (υψηλή βαθμολογία, μέτρια βαθμολογία, συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία).

Αυτή η ανάλυση συγκρίνει τις ΤοΜΥ μεταξύ τους αλλά δεν είναι ενδεικτική της εμπειρίας των ασθενών γενικά, όπως για παράδειγμα επιτυγχάνεται από τη μέση συνολική βαθμολογία ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας η οποία κυμαίνεται στο εύρος από 1 έως 5. Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι συνολικές βαθμολογίες των εμπειριών ήταν ιδιαίτερα υψηλές ενώ ακόμη και οι χαμηλότερες συγκριτικά βαθμολογίες ήταν πάνω από το μέσο σημείο της κλίμακας (>3).

Πίνακας Β55. Κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας

Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Επίπεδο εμπειριών* (Βαθμολογία εμπειριών)
34	4,90	0,23	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
16	4,88	0,20	5	4,33	5	Υψηλή βαθμολογία
55	4,87	0,30	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
52	4,86	0,32	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
35	4,83	0,36	5	3,67	5	Υψηλή βαθμολογία
60	4,81	0,38	5	3,67	5	Υψηλή βαθμολογία
30	4,80	0,48	5	3	5	Υψηλή

						βαθμολογία
13	4,78	0,41	5	3,67	5	Υψηλή βαθμολογία
6	4,78	0,34	5	3,67	5	Υψηλή βαθμολογία
40	4,78	0,56	5	2	5	Υψηλή βαθμολογία
25	4,77	0,37	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
58	4,75	0,50	5	4	5	Υψηλή βαθμολογία
46	4,74	0,41	5	4	5	Μέτρια βαθμολογία
45	4,73	0,38	5	4	5	Μέτρια βαθμολογία
7	4,72	0,44	5	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
24	4,69	0,59	5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
1	4,69	0,32	4,67	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
59	4,69	0,46	5	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
32	4,68	0,44	5	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
26	4,66	0,46	5	3,5	5	Μέτρια βαθμολογία
38	4,65	0,63	5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
3	4,65	0,52	5	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
17	4,64	0,77	5	1,67	5	Μέτρια βαθμολογία
8	4,63	0,51	5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
48	4,63	0,62	5	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
18	4,62	0,51	5	4	5	Μέτρια βαθμολογία
47	4,61	0,45	4,67	4	5	Μέτρια βαθμολογία
19	4,61	0,56	5	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
31	4,56	0,47	4,67	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
9	4,56	0,64	5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
14	4,56	0,56	5	3	5	Μέτρια βαθμολογία

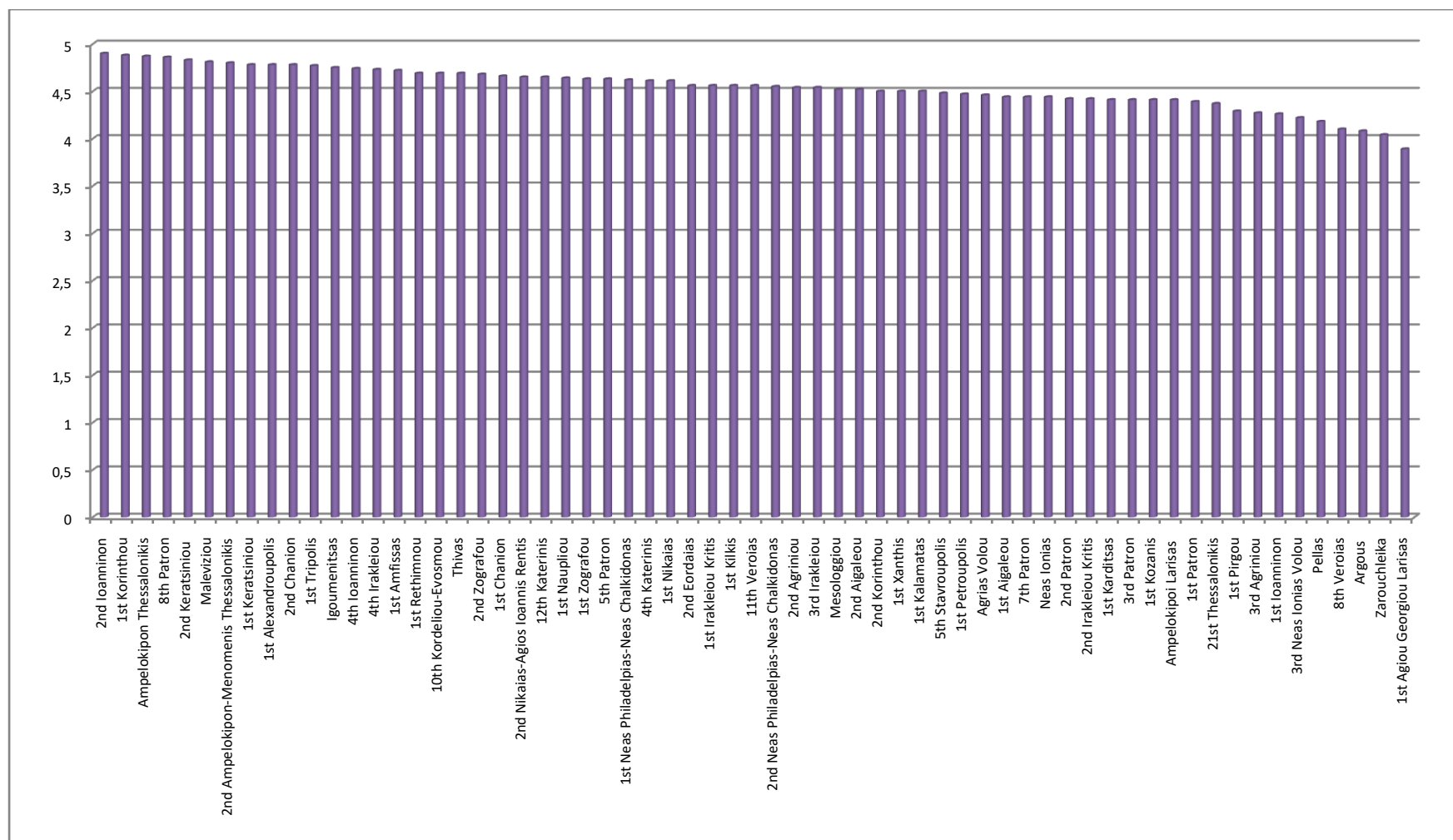
2	4,56	0,44	4,58	4	5	Μέτρια βαθμολογία
37	4,55	0,84	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
28	4,54	0,47	4,67	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
42	4,54	0,62	4,83	2	5	Μέτρια βαθμολογία
61	4,52	0,52	4,83	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
29	4,52	0,59	5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
36	4,50	0,80	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
20	4,50	0,49	4,33	3,67	5	Μέτρια βαθμολογία
11	4,5	0,63	5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
49	4,48	0,51	4,5	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
22	4,47	0,64	5	3	5	Μέτρια βαθμολογία
53	4,46	0,94	5	1	5	Μέτρια βαθμολογία
5	4,44	0,55	4,33	3	5	Μέτρια βαθμολογία
50	4,44	0,84	4,83	1	5	Μέτρια βαθμολογία
62	4,44	0,56	4,33	3,33	5	Μέτρια βαθμολογία
39	4,42	0,69	4,83	2,67	5	Μέτρια βαθμολογία
33	4,42	0,61	4,33	3	5	Μέτρια βαθμολογία
12	4,41	0,59	4,5	3,33	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
44	4,41	0,54	4,67	3,33	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
15	4,41	0,57	4,33	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
54	4,41	0,82	4,67	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
21	4,39	0,59	4,33	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία

27	4,37	0,54	4,33	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
23	4,29	0,51	4,33	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
41	4,27	0,69	4	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
10	4,26	0,74	4,5	2,67	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
43	4,22	1,01	4,33	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
63	4,18	0,55	4	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
51	4,10	0,55	4	3,33	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
56	4,08	0,45	4	3,33	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
57	4,04	0,76	4	1	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
4	3,89	0,63	4	3	5	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία

**Επίπεδο εμπειριών: 1=Υψηλή βαθμολογία 2=Μέτρια βαθμολογία 3=Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία*

Πίνακας B56. Κατανομή της μέσης βαθμολογίας ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας (σε τρεις κατηγορίες)

Εκατοστημόρια	Μέση συνολική βαθμολογία ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας	Επίπεδο εμπειριών
0° to 20°	3,89 to 4,41	Συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία
21° to 80°	4,42 to 4,74	Μέτρια βαθμολογία
81° to 100°	4,75 to 4,90	Υψηλή βαθμολογία



Γράφημα 13. Κατάταξη των 63 ΤοΜΥ σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας

Η κατάταξη των ΤοΜΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζεται στον Πίνακα Β57.

Πίνακας Β57. Κατάταξη των ΤοΜΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) σύμφωνα με τη μέση βαθμολογία ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας

Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ)	ΤοΜΥ	Μέση συνολική βαθμολογία των χαρακτηριστικών των υποδομών	Κατάταξη
1η ΥΠΕ (Αττικής)	32	4,68	1
	8	4,63	2
	18	4,62	3
	37	4,55	4
	62	4,44	5
2η ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου)	35	4,83	1
	13	4,78	2
	38	4,65	3
	19	4,61	4
	29	4,52	5
	22	4,47	6
	5	4,44	7
3η ΥΠΕ (Μακεδονίας)	55	4,87	1
	30	4,8	2
	1	4,69	3
	3	4,65	4
	47	4,61	5
	31	4,56	6
	2	4,56	7
	49	4,48	8
	15	4,41	9
	27	4,37	10
	63	4,18	11
	51	4,1	12
4η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης)	6	4,78	1
	14	4,56	2
	20	4,5	3
5η ΥΠΕ (Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας)	7	4,72	1
	59	4,69	2
	53	4,46	3
	54	4,41	4
	12	4,41	5
	43	4,22	6
	4	3,89	7
6η ΥΠΕ	34	4,9	1

(ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ)	16	4,88	2
	52	4,86	3
	25	4,77	4
	58	4,75	5
	46	4,74	6
	17	4,64	7
	48	4,63	8
	28	4,54	9
	61	4,52	10
	36	4,5	11
	11	4,5	12
	50	4,44	13
	39	4,42	14
	44	4,41	15
	21	4,39	16
	23	4,29	17
	41	4,27	18
	10	4,26	19
	56	4,08	20
	57	4,04	21
7η ΥΠΕ (Κρήτης)	9	4,56	1
	26	4,66	2
	24	4,69	3
	45	4,73	4
	33	4,42	5
	40	4,78	6
	60	4,81	7
	42	4,54	8

2.5. Βαθμός δυνητικής βελτίωσης (improvement potential)

Ο **βαθμός δυνητικής βελτίωσης (improvement potential)** εκφράστηκε με έναν ποσοτικό δείκτη που υπολογίστηκε πολλαπλασιάζοντας το ποσοστό των αρνητικών εμπειριών για κάθε ερώτηση με τη βαθμολογία σημαντικότητας/«αξίας» της αντίστοιχης ερώτησης^{3,4}. Η βαθμολογία σημαντικότητας/«αξίας» υπολογίστηκε λαμβάνοντας τη μέση τιμή για κάθε ερώτηση/διάσταση της φροντίδας σε κλίμακα από ένα (1) έως πέντε (5). Ως αποτέλεσμα, η βαθμολογία δυνητικής βελτίωσης υπολογίστηκε πολλαπλασιάζοντας το ποσοστό των αρνητικών εμπειριών του ασθενούς με τη μέση βαθμολογία σημαντικότητας. Η υψηλότερη βαθμολογία δυνητικής βελτίωσης αντανάκλα και μεγαλύτερη ανάγκη βελτίωσης.

Στην παρούσα μελέτη, όλες οι ερωτήσεις σημαντικότητας με βαθμολογία >3,00 θεωρήθηκαν σημαντικές και όλοι οι ερωτήσεις εμπειριών με αναλογία αρνητικών εμπειριών 0,032 ή υψηλότερη θεωρήθηκαν αρνητικές εμπειρίες (η μέση τιμή των μέσων αναλογιών αρνητικών εμπειριών).

Συνεπώς, η βαθμολογία δυνητικής βελτίωσης υπολογίστηκε πολλαπλασιάζοντας το ποσοστό των αρνητικών εμπειριών του ασθενούς με τη μέση βαθμολογία σημαντικότητας. Η υψηλότερη βαθμολογία δυνητικής βελτίωσης σημαίνει και μεγαλύτερη ανάγκη βελτίωσης (από 0=δεν χρειάζεται βελτίωση έως 5=υπάρχει μεγάλη ανάγκη βελτίωσης).

Ο βαθμός δυνητικής βελτίωσης υπολογίστηκε για τις ακόλουθες βασικές διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας: προσβασιμότητα (3 ερωτήσεις), συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας (3 ερωτήσεις), πληρότητα/περιεκτικότητα της φροντίδας (3 ερωτήσεις), ποιότητα της ιατρικής φροντίδας (4 ερωτήσεις), χαρακτηριστικά της δομής (3 ερωτήσεις) και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και της φροντίδας που παρέχονται από άλλους επαγγελματίες υγείας (4 ερωτήσεις). Για κάθε διάσταση,

³ Schäfer, W. L., Boerma, W. G., Murante, A. M., Sixma, H. J., Schellevis, F. G., & Groenewegen, P. P. (2015). Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(3), 161-168.

⁴ Damman, O. C., Hendriks, M., & Sixma, H. J. (2009). Towards more patient centred healthcare: A new Consumer Quality Index instrument to assess patients' experiences with breast care. *European Journal of Cancer*, 45(9), 1569-1577.

υπολογίστηκε βαθμολογία δυνητικής βελτίωσης από την οπτική του ασθενή. Με βάση το εύρος των βαθμολογιών που υπολογίστηκαν, για κάθε διάσταση φροντίδας αντίστοιχα, ο βαθμός της δυνητικής βελτίωσης προσδιορίστηκε ως σχετικά χαμηλός, μέτριος ή υψηλός.

Βαθμός δυνητικής βελτίωσης (improvement potential) για το σύνολο των 63 ΤοΜΥ

Οι βαθμολογίες δυνητικής βελτίωσης από την οπτική του ασθενή για το σύνολο των 63 ΤοΜΥ παρουσιάζονται στον Πίνακα Β58.

Πίνακας Β58. Βαθμολογίες δυνητικής βελτίωσης από την οπτική του ασθενή για το σύνολο των 63 ΤοΜΥ

Στοιχείο/Ερώτηση	Ποσοστό αρνητικών εμπειριών	Μέση βαθμολογία σημαντικότητας	Βαθμολογία δυνητικής βελτίωσης από την οπτική του ασθενή
Προσβασιμότητα			0,221
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	3,8%	4,38	0,166
Αυτή η ΤοΜΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	7,8%	4,31	0,336
Ήταν εύκολο να προγραμματίσω το ραντεβού	3,5%	4,57	0,159
Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας			0,197
Ο/η ιατρός με ρώτησε για το ιατρικό ιστορικό μου	2,5%	4,61	0,115
Ο/η ιατρός μου έδωσε φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι ιατροί	6,6%	4,45	0,293
Ο/η ιατρός με ρώτησε για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	4%	4,6	0,184
Περιεκτικότητα της φροντίδας			0,186
Ο/η ιατρός, μου παρείχε συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη	4,8%	4,53	0,217

σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)			
Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	2,7%	4,68	0,126
Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά τυχόν προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	4,6%	4,66	0,214
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας			0,081
Ο/η ιατρός ήταν ευγενικός-η μαζί μου	0,9%	4,7	0,042
Ο/η ιατρός με άκουσε προσεκτικά	1,2%	4,75	0,057
Ο/η ιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	2,1%	4,69	0,098
Ο/η ιατρός έλαβε υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	2,8%	4,51	0,126
Χαρακτηριστικά της δομής			0,165
Ήταν εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτής της ΤοΜΥ	1,9%	4,35	0,082
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	6,3%	4,31	0,271
Οι χώροι της ΤοΜΥ ήταν καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	3,1%	4,62	0,143
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας			0,069
Οι νοσηλεύτές-τριες με άκουσαν προσεκτικά	0,8%	4,57	0,036
Οι νοσηλεύτές-τριες μου έδωσαν συμβουλές για την υγεία μου	3,2%	4,43	0,141
Οι νοσηλεύτές-τριες ήταν ευγενικοί-ές	0,6%	4,61	0,027
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους ιατρούς και τους νοσηλεύτές-τριες) με άκουσαν προσεκτικά	1,6%	4,56	0,073

Η κατάταξη των διαστάσεων της φροντίδας και των επιμέρους στοιχείων τους ανάλογα με το βαθμό δυνητικής βελτίωσης παρουσιάζεται στους Πίνακες Β59 και Β60 (σε φθίνουσα σειρά). Οι βαθμολογίες δυνητικής βελτίωσης από την οπτική των

ασθενών ήταν χαμηλότερες από 0,34 (σε κλίμακα από 0 έως 5), γεγονός που δείχνει ότι ο βαθμός της δυνητικής βελτίωσης ήταν χαμηλός.

Συγκρίνοντας τις διαστάσεις της φροντίδας μεταξύ τους, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη ανάγκη βελτίωσης σε θέματα σχετικά με την προσβασιμότητα. Ο συντονισμός και η συνέχεια της φροντίδας, η περιεκτικότητα της φροντίδας και τα χαρακτηριστικά των υποδομών ακολουθούν, ενώ οι δύο διαστάσεις που παρουσιάζουν χαμηλό βαθμό δυνητικής βελτίωσης είναι η ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς οι ασθενείς ανέφεραν ιδιαίτερα υψηλές βαθμολογίες θετικών εμπειριών από αυτές τις διαστάσεις.

Πίνακας B59 Κατάταξη των διαστάσεων της φροντίδας ανάλογα με το βαθμό δυνητικής βελτίωσης (σε φθίνουσα σειρά)

Διάσταση φροντίδας	Βαθμολογία δυνητικής βελτίωσης από την οπτική του ασθενή
Προσβασιμότητα	0,221
Συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας	0,197
Περιεκτικότητα της φροντίδας	0,186
Χαρακτηριστικά των υποδομών	0,165
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	0,081
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	0,069

Πίνακας B60. Κατάταξη των επιμέρους ερωτήσεων των διαστάσεων της φροντίδας ανάλογα με το βαθμό δυνητικής βελτίωσης (σε φθίνουσα σειρά)

Στοιχείο/Ερώτηση	Βαθμολογία δυνητικής βελτίωσης από την οπτική του ασθενή
Αυτή η ΤοΜΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	0,336
Ο/η ιατρός μου έδωσε φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι ιατροί	0,293
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	0,271
Ο/η ιατρός, μου παρείχε συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη	0,217

φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)	
Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά τυχόν προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	0,214
Ο/η ιατρός με ρώτησε για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	0,184
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	0,166
Ήταν εύκολο να προγραμματίσω το ραντεβού	0,159
Οι χώροι της ΤοΜΥ ήταν καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	0,143
Οι νοσηλεύτές-τριες μου έδωσαν συμβουλές για την υγεία μου	0,141
Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	0,126
Ο/η ιατρός έλαβε υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	0,126
Ο/η ιατρός με ρώτησε για το ιατρικό ιστορικό μου	0,115
Ο/η ιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	0,098
Ήταν εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτής της ΤοΜΥ	0,082
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους ιατρούς και τους νοσηλεύτές-τριες) με άκουσαν προσεκτικά	0,073
Ο/η ιατρός με άκουσε προσεκτικά	0,057
Ο/η ιατρός ήταν ευγενικός-η μαζί μου	0,042
Οι νοσηλεύτές-τριες με άκουσαν προσεκτικά	0,036
Οι νοσηλεύτές-τριες ήταν ευγενικοί-ές	0,027

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

3.1. Τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 2.620 άτομα (ποσοστό απόκρισης=58.3%) που επισκέφτηκε 63 ΤοΜΥ από τον Ιανουάριο έως το Μάρτιο του 2019. Περισσότεροι από το ¼ των χρηστών των ΤοΜΥ (26,2%) ήταν άνω των 65 ετών και περίπου ένας στους δέκα χρήστες επισκέφτηκε την ΤοΜΥ για θέματα υγείας των παιδιών του. Η πλειονότητα των χρηστών (65,3%) ήταν γυναίκες, σχεδόν ένας στους τρεις διέθετε ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης, μόνο 6% ήταν αλλοδαποί/μετανάστες, και ήταν στην πλειονότητά τους ασφαλισμένοι (91,4%). Αναφορικά με την κατάσταση της υγείας τους την αυτό-αξιολόγησαν από μέτρια ως άριστη (92,4%). Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες υπέφεραν από κάποιο χρόνιο νόσημα(45,4%) και μόνο 4,7% ήταν ανάπηροι.

Σχεδόν ένας στους τρεις (31,5%) επισκέφτηκε για πρώτη φορά τη συγκεκριμένη ΤοΜΥ και περισσότεροι από δύο στους τρεις είχαν επισκεφτεί τη δομή τουλάχιστον μία φορά τους τελευταίους έξι μήνες. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (94%) είχαν ήδη εγγραφεί σε οικογενειακό ιατρό πριν από την επίσκεψή τους στη συγκεκριμένη ΤοΜΥ. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (85,1%) χρησιμοποίησαν υπηρεσίες Γενικού Ιατρού, ενώ 36,6% έλαβαν νοσηλευτικές υπηρεσίες, 13,6% υπηρεσίες επισκέπτη υγείας, 12,4% παιδίατρου και 12,4% κοινωνικού λειτουργού. Μόνο το 1,5% επισκέφθηκε νοσηλεύτη ή άλλο επαγγελματία υγείας χωρίς να επισκεφθεί ιατρό. Οι πιο συχνοί λόγοι επίσκεψης στις ΤοΜΥ ήταν η συνταγογράφηση φαρμάκων (38,1%), η συνταγογράφηση εργαστηριακών εξετάσεων (22,7%), η προγραμματισμένη επίσκεψη παρακολούθησης ή ο προσυμπτωματικός έλεγχος (27,4%), η αντιμετώπιση κάποιας ασθένειας (20,2%) και ο εμβολιασμός (9,1%).

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (86,3%) είχαν διευθετήσει προγραμματισμένο ραντεβού για την επίσκεψη στην ΤοΜΥ, για την οποία το 58,5%

ανέμενε λιγότερο από μία εβδομάδα και το 31,7% ανέμενε από μία εβδομάδα έως ένα μήνα. Επίσης, το 55,9% προγραμματίσει το ραντεβού μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με την ΤοΜΥ και το 36,9% μέσω επίσκεψης στην ΤοΜΥ. Περισσότεροι από τους μισούς από τους χρήστες ανέμεναν λιγότερο από 15 λεπτά (τη μέρα του προκαθορισμένου ραντεβού) μέχρι την επίσκεψη στον επαγγελματία υγείας (67,9%), ενώ 21,4% ανέμεναν από 15-30 λεπτά και το 9,7% για 31 έως 60 λεπτά. Ο ιατρός της ΤοΜΥ παρέπεμψε το 22,1% των συμμετεχόντων σε μία άλλη υπηρεσία υγείας εκ των οποίων, το 29,7% σε διαγνωστικό κέντρο, το 29,1% σε άλλον επαγγελματία υγείας στην ίδια ΤοΜΥ, το 24,5% σε άλλον ιατρό εκτός της ΤοΜΥ, το 11% σε νοσοκομείο και το 7,1% σε Κέντρο Υγείας. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (88,5%) ανέφερε ότι ο ιατρός τους παρείχε ικανοποιητική πληροφόρηση/καθοδήγηση για την υπηρεσία υγείας στην οποία τους παρέπεμψε. Ο ιατρός της ΤοΜΥ συνταγογράφησε στο 78,9% των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, συνταγογράφιση φαρμάκων διενεργήθηκε για το 58,2% των συμμετεχόντων, συνταγογράφιση διαγνωστικών εξετάσεων για το 49,9% και συνταγογράφιση αναλωσίμων για το 4,7%.

3.2. Οι εμπειρίες των ασθενών από τις διάφορες διαστάσεις της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ

Γενικά, οι χρήστες των 63 ΤοΜΥ που συμμετείχαν στη μελέτη ανέφεραν θετικές εμπειρίες για όλες τις υπό αξιολόγηση διαστάσεις της φροντίδας. Όλες οι μέσες βαθμολογίες των επιμέρους διαστάσεων σημείωσαν τιμές μεγαλύτερες της διάμεσης τιμής (=3) αντανakλώντας θετικά επίπεδα εμπειριών, με μέση συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών 4,41 (σε κλίμακα από 1 έως 5).

Η διάσταση της ποιότητας της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας (που αντανakλά την επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις) είχε την υψηλότερη μέση βαθμολογία (4,57 και 4,52, αντίστοιχα). Σε παρόμοιες μελέτες σε δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα έχει βρεθεί ότι η επιστημονική κατάρτιση, η καλή συμπεριφορά, η (ενθάρρυνση για) συμμετοχή των ασθενών και οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις συνδέονται με αυξημένο επίπεδο θετικών εμπειριών και ικανοποίησης των χρηστών από την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν (Lionis et al. 2017 , Pierrakos et al. 2013, Adamakidou 2009) και σε μια μελέτη μεταξύ επτά

ευρωπαϊκών χωρών για την ΠΦΥ το 2007 (Schoen et al. 2007), οι λήπτες υπηρεσιών ΠΦΥ βαθμολόγησαν θετικά τους γιατρούς τους και η πλειοψηφία ανέφερε ότι ο γιατρός τους άκουγε προσεκτικά και τους εξηγούσε αναλυτικά τη κατάστασή τους. Αυτές οι αυξημένες βαθμολογίες, που αποδίδονται στους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να υποδεικνύουν μια κατάσταση σχέσης «εξάρτησης» μεταξύ των ασθενών και του γιατρού τους (Beisecker 1990, Wiles & Higgins 1996, Roter 2000), όπως άλλωστε αναμένεται να συμβαίνει λόγω της ισχυρής θεραπευτικής σχέσης που αναπτύσσεται συχνά μεταξύ των ασθενών και των γιατρών τους. Επίσης, αξιοσημείωτες ήταν οι πολύ υψηλές βαθμολογίες που έλαβε η πρόθεση των χρηστών για σύσταση του ιατρού καθώς και η πρόθεση των χρηστών για σύσταση της ΤοΜΥ που επισκέφτηκαν (9,46 και 9,47, αντίστοιχα, σε κλίμακα από 1 έως 10).

Αναφορικά με την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ, αποτελεί ένα από τα βασικά ζητήματα για τη χώρα. Οι ΤοΜΥ αποτέλεσαν σταθμό για την αύξηση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες ΠΦΥ στη χώρα, λόγω του αριθμού και της διασποράς τους ανά την επικράτεια, κάτι που αντανακλάται και στις εμπειρίες των ασθενών, οι οποίοι όμως φαίνεται να μην θεωρούν τις παροχές τους ως τη συστηματική φροντίδα που απαιτείται για τις ανάγκες υγείας τους (αυτό φαίνεται από τους λόγους επίσκεψης και το βαθμό των παραπομπών σε υπηρεσίες εκτός των ΤοΜΥ). Διεθνώς, οι θετικές εμπειρίες στην πρόσβαση φαίνεται να σχετίζονται με τη δυνατότητα για άμεση πρόσβαση (ραντεβού αυθημερόν), την επίσκεψη χωρίς ραντεβού (Paré-Plante et al. 2018), τις υψηλότερες συγκεντρώσεις του πληθυσμού στις αστικές περιοχές, όπου βρίσκονται οι περισσότερες από τις δομές ΠΦΥ (Senn et al. 2019), τη μη ύπαρξη οικονομικών και γεωγραφικών εμποδίων (Senn et al. 2019) και τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Ammi et al. 2017). Αντίθετα, ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και ο διευρυμένος νοσηλευτικός ρόλος δεν βρέθηκε να σχετίζεται με βελτιωμένη προσβασιμότητα (Paré-Plante et al. 2018), ενώ οι δυσκολίες στην επαφή με το προσωπικό εκτός των ωρών λειτουργίας, οι τάσεις αγνόησης των οδηγιών των γιατρών και της επιλογής νοσοκομειακών υπηρεσιών ή των υπηρεσιών υγείας από ειδικούς γιατρούς αποτελούν παράγοντες μειωμένης πρόσβασης (Georgieva, et al, 2017).

Αναφορικά με τη συνέχεια της φροντίδας, ενώ στην παρούσα μελέτη μεταξύ των χρηστών των υπηρεσιών των ΤοΜΥ στη χώρα σημειώθηκαν υψηλές βαθμολογίες θετικών εμπειριών, μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν αναφορικά με το σύστημα ΠΦΥ στη χώρα, βρέθηκε ότι υπολείπεται κατά πολύ μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών (Pavlič et al 2018), μαζί με χώρες όπως η Τουρκία, η Κύπρος και η Μάλτα (Lionis et al. 2017, Pullicino et al. 2015) ενώ χώρες όπως η Νέα Ζηλανδία, η Αγγλία, η Γερμανία, η Αυστραλία, η Ελβετία, η Ολλανδία, η Τσεχία, η Δανία και η Νορβηγία καταλαμβάνουν τις υψηλότερες θέσεις (Calnan et al., 1994, Senn et al. 2019, Weinhold & Gurtner, 2018, Eide et al. 2018, Eide et al. 2016). Η συνέχεια της φροντίδας γίνεται αντιληπτή ως, ίσως, η πιο σημαντική διάσταση όσον αφορά τη δύναμη και την ανθεκτικότητα του συστήματος ΠΦΥ σε κάθε χώρα (Pavlič et al 2018). Σε αυτό σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο βαθμός ενσωμάτωσης των ηλεκτρονικών αρχείων για τον ασθενή, με τη τήρηση και διαρκή διαθεσιμότητα του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς ως εργαλείο στα χέρια του γενικού γιατρού και η διαθεσιμότητα των σχετικών υπηρεσιών με τη διασύνδεσή τους τόσο στο ίδιο το επίπεδο της φροντίδας (μεταξύ των δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ) όσο και μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων της φροντίδας (μεταξύ των δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, των νοσοκομειακών υπηρεσιών και των μετα-νοσοκομειακών υπηρεσιών - των υπηρεσιών αποκατάστασης και μακροχρόνιας φροντίδας της υγείας). Ειδικότερα και αναφορικά με τη συνέχεια της φροντίδας, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη και πρακτική εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου ρυθμιστικού πλαισίου για τη λειτουργική, διοικητική και επιστημονική διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας υπό το πρίσμα της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επίσης, η εγκαθίδρυση των διεπιστημονικών ομάδων, η θέσπιση των προβλέψεων για το διευρυνόμενο ρόλο του νοσηλευτή στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ αλλά και οι πολιτικές για την συγκράτηση της διαχείρισης των ασθενών στο πρωτοβάθμιο επίπεδο, με την αποφυγή των συχνών/μη απαραίτητων παραπομπών στο χώρο του Νοσοκομείου μπορούν να αποτελέσουν σημαντικές στρατηγικές επιλογές για τη διαμόρφωση ενός «δυνατού» και βιώσιμου/ανθεκτικού συστήματος ΠΦΥ για τη χώρα.

Αναφορικά με το συντονισμό της φροντίδας, τα αποτελέσματα της μελέτης συμφωνούν με τα ευρήματα σε παρόμοιες μελέτες, με την Ελλάδα να κατατάσσεται

στην 9^η θέση ανάμεσα σε χώρες της Ευρώπης μαζί με χώρες όπως η Ολλανδία, η Λιθουανία, η Σουηδία, η Φινλανδία, η Ισλανδία και η Αγγλία (Calnan et al., 1994, Lionis et al. 2017, Freilich, Wiking, Nilsson, & Olsson, 2019, Tolvanen et al. 2018). Ο συντονισμός της φροντίδας αφορά στη σκόπιμη οργάνωση των δραστηριοτήτων της φροντίδας των ασθενών μεταξύ δύο ή περισσότερων συμμετεχόντων (συμπεριλαμβανομένου του ασθενούς) που εμπλέκονται στη φροντίδα ενός ασθενούς για τη διευκόλυνση της κατάλληλης παροχής των υπηρεσιών υγείας. Καθώς στις ΤοΜΥ προβλέπεται και στην πράξη η διεπιστημονικότητα και η διεπαγγελματική συνεργασία, ένα τέτοιο εύρημα στηρίζεται λόγω της φύσης της οργάνωσης και λειτουργίας των τοπικών μονάδων υγείας, με αποτέλεσμα να συντονίζεται η φροντίδα του ασθενούς με συστηματικότητα και επικέντρωση στις ανάγκες του.

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι οι παράμετροι για τις οποίες οι χρήστες ανέφεραν τις περισσότερο αρνητικές εμπειρίες ήταν η εγγύτητα της ΤοΜΥ σε σχέση με την κατοικία τους, η ανεπαρκής προσοχή από το ιατρό της ΤοΜΥ για τη φαρμακευτική αγωγή που άλλοι ιατροί είχαν χορηγήσει, το άβολο (μη άνετο) περιβάλλον των χώρων αναμονής στην ΤοΜΥ, το ωράριο λειτουργίας της ΤοΜΥ (σε κάποιες περιπτώσεις) και η μη παροχή από τους ιατρούς επαρκούς πληροφόρησης για όλες τις πτυχές της προτεινόμενης θεραπευτικής αγωγής.

Τέλος, σχετικά με τις θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στην ΤοΜΥ, το προσωπικό, η γρήγορη εξυπηρέτηση, η κλινική εξέταση και η παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα, η καθαριότητα και οι ανέσεις του χώρου της ΤοΜΥ ήταν από τις πιο συχνά αναφερόμενες πτυχές της φροντίδας. Αναφορικά με τις πτυχές που ο ιατρός ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να βελτιώσουν, ο χρόνος εξέτασης, η στάση των ιατρών και η πληροφόρηση προς τους ασθενείς ήταν οι πιο συχνά αναφερόμενες. Σε σχέση με τις παραμέτρους λειτουργίας των ΤοΜΥ που θα μπορούσαν να βελτιωθούν οι πιο συχνά αναφερόμενες από τους χρήστες ήταν η βελτίωση της υποδομής και του εξοπλισμού, η στελέχωση των ΤοΜΥ με την προσθήκη επιπλέον ειδικοτήτων (παρότι το τελευταίο δεν συνάδει με τον ρόλο των ΤοΜΥ και πιθανόν αναδεικνύει την έλλειψη ενημέρωσης των πολιτών), η μείωση των χρόνων αναμονής, η επέκταση του ωραρίου λειτουργίας (τόσο κατά τις πρωινές όσο και κατά τις απογευματινές ώρες), η καθαριότητα, η βελτίωση της προσβασιμότητας της δομής, η δυνατότητα τηλεφωνικής διευθέτησης ραντεβού, η

διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, η συνταγογράφηση φαρμάκων και η παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας.

3.3. Η αξιολόγηση της σημαντικότητας της κάθε διάστασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας

Αναφορικά με τη σημαντικότητα των υπό αξιολόγηση διαστάσεων, οι χρήστες αξιολόγησαν όλες τις υπό διερεύνηση διαστάσεις ως πολύ σημαντικές καθώς η διάμεση τιμή όλων ήταν υψηλότερη από 3 (σε πενταβάθμια κλίμακα).

Η ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σημείωσαν τις υψηλότερες μέσες τιμές (4,66) πιθανόν αναδεικνύοντας και τη σχέση «εξάρτησης» μεταξύ ασθενών και ιατρών, με τη πληρότητα/περιεκτικότητα της φροντίδας να σημειώνουν το δεύτερο υψηλότερο σκορ (4,62). Τα χαρακτηριστικά της υποδομής των ΤοΜΥ ήταν η μεταβλητή με το χαμηλότερο βαθμό (4,42) ακολουθούμενη από την προσβασιμότητα (4,43) και τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας (4,55), διαστάσεις οι οποίες ωστόσο σημείωσαν βαθμολογία άνω της διάμεσης τιμής (3) κυμαινόμενη από 4 έως 5.

Πράγματι, σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε Σκανδιναβικές χώρες το 2020 και το 2021 (Eide et al. 2020, Eide et al. 2021), πάνω από το 90 % των ασθενών αξιολόγησαν την επικοινωνία με τον γενικό ιατρό, τη συμμετοχή των ασθενών και την πληρότητα/περιεκτικότητα της φροντίδας ως σημαντικές ή πολύ σημαντικές, ενώ κανένα στοιχείο σχετικά με την προσβασιμότητα δεν θεωρήθηκε εξίσου σημαντικό, τουλάχιστον όχι όσο η καλή επικοινωνία. Ενώ η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ κρίθηκε σημαντική, ήταν δευτερεύουσα σε σχέση με την καλή επικοινωνία. Μάλιστα, εκτιμούσαν την καλή επικοινωνία και τη συμμετοχή στις αποφάσεις υψηλότερα από την προσβασιμότητα στη φροντίδα. Αυτό σημαίνει ότι το οργανωτικό πλαίσιο για την ΠΦΥ πρέπει να επιτρέπει την βέλτιστη ποιότητα επικοινωνίας. Η προσέγγιση της μοναδικής εστίασης στην πρόσβαση στη φροντίδα κατά την ανάπτυξη των υπηρεσιών μπορεί να μην είναι πάντα προτεραιότητα από την οπτική των ασθενών.

3.4. Στατιστικά σημαντικές σχέσεις

Στη μελέτη αυτή, η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν θετικά με σχεδόν όλες τις βαθμολογίες των επιμέρους διαστάσεων των εμπειριών των χρηστών (εκτός από την προσβασιμότητα) ($p < 0,001$). Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με τα ευρήματα παρόμοιων μελετών στη χώρα (Frengidou et al. 2017, Anagnostopoulou, Siskou & Galanis 2012), και διεθνώς (Singh, Mustapha, & Haqq 1996, Premji et al. 2018, Tolvanen et al. 2018) οι οποίες συσχετίζουν την ηλικία με τα επίπεδα θετικών εμπειριών και ικανοποίησης των ασθενών. Στη βιβλιογραφία έχουν δοθεί αρκετές εξηγήσεις για αυτή τη συσχέτιση. Οι ηλικιωμένοι συνήθως έχουν λιγότερες απαιτήσεις και επομένως τείνουν αξιολογούν πιο θετικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Είναι επίσης ένα μάλλον αναμενόμενο εύρημα καθώς οι ηλικιωμένοι είναι και συχνότεροι χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Στην πραγματικότητα, η ηλικία έχει προγνωστική αξία για τις θετικές εμπειρίες και την ικανοποίηση των ασθενών, καθώς στην πλειονότητα των μελετών σχετικά με τις εμπειρίες και την ικανοποίηση που αναφέρθηκαν από τους ασθενείς, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς τείνουν να εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα θετικών εμπειριών και ικανοποίησης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις μειωμένες προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών ή στη διαφοροποιημένη στάση/αντιλήψεις τους (σε σύγκριση με αυτή των νεότερων ασθενών) ως προς την καθημερινή ρουτίνα και τις αξίες της ζωής τους. Μάλιστα, αναφορικά με τη διάσταση της προσβασιμότητας, σε καναδική πολυκεντρική μελέτη, οι υψηλότερες βαθμολογίες συσχετίστηκαν μεταξύ άλλων (την εντόπια καταγωγή/εθνικότητα, την καλύτερη αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας και την αυξημένη συχνότητα επισκέψεων σε γιατρό) και με την μεγαλύτερη ηλικία (Premji et al. 2018). Βέβαια, αντικρουόμενα αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται και σε χαρακτηριστικά που έχουν να κάνουν με τα ειδικά χαρακτηριστικά της κουλτούρας των διαφορετικών πολιτισμικών πλαισίων μέσα στα οποία τα άτομα διαβιούν και λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας (Tolvanen et al. 2018) ή το δευτεροβάθμιο/τριτοβάθμιο (νοσοκομειακό) επίπεδο της φροντίδας (Priporas et al. 2008).

Διαφοροποιήσεις με βάση το φύλο επίσης καταγράφηκαν: οι γυναίκες δήλωσαν συχνότερα ότι είχαν την πρόθεση να συστήσουν τους ιατρούς της ToMY ($p=0,004$) και βαθμολόγησαν υψηλότερα την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας ($p=0,002$) και των υποδομών σε σχέση με τους άνδρες ($p=0,001$), ένα εύρημα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με άλλες μελέτες καθώς οι άνδρες ασθενείς (όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία) είναι ελαφρώς πιο ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας σε σχέση με τις γυναίκες (Rahmqvist, 2001; Jenkinson et al., 2002), ενώ οι πάσχοντες από χρόνια νόσο και οι ανασφάλιστοι, σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες θετικών εμπειριών σε διαστάσεις όπως η συνέχεια/συντονισμός της φροντίδας ($p=0,030$) και η προσβασιμότητα ($p=0,012$). Αντίστοιχα, και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται με υψηλότερη βαθμολογία αναφορικά με τη σύσταση της ToMY ($p=0,045$).

Επίσης, ο μεγάλος χρόνος αναμονής μεταξύ της ημέρας διευθέτησης του ραντεβού και της ημέρας πραγματοποίησης της επίσκεψης στην ToMY σχετίζονταν με μειωμένες βαθμολογίες θετικών εμπειριών (εκτός από τη συνέχεια και συντονισμό της φροντίδας και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας) ($p<0,001$) ενώ ο αυξημένος χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη σχετιζόταν με μειωμένη βαθμολογία θετικών εμπειριών από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ($p<0,001$). Από τα παραπάνω είναι σαφές ότι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής σχετίζονται, όπως ήταν αναμενόμενο, αρνητικά με τις συνολικές αξιολογήσεις των εμπειριών των ασθενών. Καθώς οι χρόνοι αναμονής στην ΠΦΥ αποτελούν ισχυρούς και ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ (Kringos et al. 2013, Kringos et al. 2015), τέτοια προβλήματα έχουν ήδη εντοπιστεί στις επίσημες αξιολογήσεις των συστημάτων ΠΦΥ διεθνώς και σε εθνικό επίπεδο, υποδηλώνοντας βασικούς τομείς για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ. Ειδικότερα, η έλλειψη υποχρεωτικού συστήματος παραπομπής μπορεί να οδηγήσει σε φαινόμενα ηθικού κινδύνου και επομένως υπερ-χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας που δεν είναι αναγκαίες και επομένως σε αύξηση του χρόνου αναμονής και υπερφόρτωση του συστήματος υγείας. Προκειμένου να επιτευχθεί βιώσιμη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, πρέπει να επανεξεταστεί το αίτημα των ασθενών για ραντεβού σε σχέση με την ικανότητα των δομών να κλείνουν εγκαίρως ραντεβού και μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους. Τα αιτήματα των ασθενών για επισκέψεις στις δομές ΠΦΥ δεν μπορεί να είναι μόνιμα περισσότερα από την

ικανότητα των γιατρών να δέχονται αυτόν τον όγκο ασθενών (Murray & Berwick 2003). Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό οι γενικοί ιατροί να μπορούν να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τους ασθενείς εντός της κοινότητας και του συστήματος ΠΦΥ ώστε να μην μεταφέρονται σε νοσοκομειακό επίπεδο όταν αυτό δεν είναι αναγκαίο (Groenewegen & Jurgutis 2013). Τέλος, η αύξηση του αριθμού των επισκέψεων στην ΤοΜΥ κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας θετικών εμπειριών από την πληρότητα της φροντίδας που έλαβαν ($p<0,001$). Το τελευταίο εύρημα πιθανότατα σχετίζεται και με την ισχυρή «θεραπευτική σχέση» η οποία συνήθως αναπτύσσεται μεταξύ των ιατρών και των ασθενών.

4. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί της μελέτης που πρέπει να ληφθούν υπόψη.

Πρώτα απ' όλα, χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας για την πιλοτική μελέτη, το οποίο ενδέχεται να περιορίσει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων καθώς υπεισέρχεται συστηματικό σφάλμα λόγω της ύπαρξης α) μεροληψίας μη απόκρισης (non-response bias) λόγω της άρνησης των ατόμων να συμμετάσχουν στη μελέτη (τα άτομα αυτά μπορεί να διαφέρουν από τα άτομα που συμμετέχουν) και β) μεροληψίας απόκρισης (response bias) καθώς οι απαντήσεις αφορούσαν αυτοαναφορές των συμμετεχόντων (τα άτομα τείνουν να ενσωματώνουν ενεργά πολλαπλές πηγές πληροφοριών για να δώσουν μια απάντηση σε μια δεδομένη κατάσταση). Απαιτούνται μελλοντικές μελέτες για τον περαιτέρω έλεγχο των ερωτηματολογίων μεταξύ διαφόρων πληθυσμών για την παραγωγή πιο έγκυρων αποτελεσμάτων.

Επίσης, η συλλογή των δεδομένων έγινε στο χώρο παροχής των υπηρεσιών ΠΦΥ, μετά το τέλος της επίσκεψης του ασθενούς στον γιατρό ή άλλον επαγγελματία υγείας, εισάγοντας έτσι συστηματικά σφάλματα. Η συλλογή των δεδομένων με τη χρήση απομακρυσμένων μέσων π.χ. μέσω αποστολής sms με σύνδεσμο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ή μέσω αποστολής ηλεκτρονικού μηνύματος (e-mail) θα μπορούσε μελλοντικά να διερευνηθεί ως τρόπος συλλογής τέτοιων δεδομένων ώστε να αποκλειστεί μεγάλος βαθμός της μεροληψίας που μπορεί να σχετίζεται με τη σχέση του ασθενή και των παρόχων της φροντίδας.

Επιπρόσθετα, η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε στην αρχή της λειτουργίας των ΤοΜΥ, επομένως η καλή προσβασιμότητα και οι σύντομοι χρόνοι αναμονής έως ένα βαθμό μπορούν να θεωρηθούν αναμενόμενοι, καθώς και οι υψηλές βαθμολογίες θετικών εμπειριών σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ.

Τέλος, το κοινό δεν είχε την επαρκή πληροφόρηση για την ύπαρξή τους και τις παρεχόμενες υπηρεσίες και οι επαγγελματίες υγείας μπορούσαν να ασχοληθούν περισσότερο με κάθε ασθενή/χρήστη αποδέκτη ξεχωριστά, ένας λόγος που εξηγεί τις υψηλές βαθμολογίες σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί σημαντικό πυλώνα κάθε συστήματος υγείας, καθώς βασίζεται σε μεθόδους και τεχνολογίες που είναι προσβάσιμες σε όλα τα άτομα και τις οικογένειές τους μέσα στην κοινότητα και με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να αντέξουν οικονομικά. Ως εκ τούτου, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τόσο του συστήματος υγείας μιας χώρας όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας (WHO, 2018).

Στην Ελλάδα, σε μια προσπάθεια βελτίωσης της παροχής των υπηρεσιών ΠΦΥ σε εθνικό επίπεδο, το Υπουργείο Υγείας ίδρυσε τις πρώτες Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY) τον Δεκέμβριο του 2017 (Ν. 4486/2017). Σήμερα λειτουργούν περισσότερες από 125 μονάδες σε όλη τη χώρα. Στόχος αυτών των μονάδων ήταν η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ υψηλής ποιότητας στους πληθυσμούς-στόχους/αναφοράς, δηλαδή η υλοποίηση παρεμβάσεων και δράσεων προαγωγής υγείας και πρόληψης ασθενειών σε επίπεδο κοινότητας (οικογένεια, χώρο εργασίας, σχολικές μονάδες κ.λπ.), η εκτίμηση του κινδύνου και η διαχείριση των χρόνιων ασθενειών σε συνεργασία με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και άλλους φορείς υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Παρόλο που το νομικό πλαίσιο παρείχε τις γενικές αρχές και τις κατευθυντήριες γραμμές που απαιτούνταν για την πραγματοποίηση αυτής της μεταρρύθμισης, δεν προέβλεπε την ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης, σε τεχνικό και οικονομικό επίπεδο (ανεπαρκείς υποδομές και χρηματοδότηση), ενώ η πλήρης εφαρμογή της συνάντησε σημαντικά εμπόδια όπως π. η αντίσταση των γιατρών στη συμμετοχή (χαμηλό ενδιαφέρον λόγω της μη ικανοποιητικής παρεχόμενης αμοιβής) και η μη ευρεία ενημέρωση του κοινού ώστε να ευαισθητοποιηθεί για την ύπαρξη και τις πρόνοιές του. Ως εκ τούτου, οι χρόνιες αδυναμίες του συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα (ανισότητες στην πρόσβαση λόγω κόστους, αναποτελεσματικότητα και γεωγραφικοί περιορισμοί, ανεπαρκής χρηματοδότηση, κατακερματισμός της παροχής υπηρεσιών, χαμηλή αποτελεσματικότητα και κακή ποιότητα ελέγχου των υπηρεσιών, έλλειψη αποτελεσματικού μηχανισμού παραπομπής, έλλειψη διατάξεων για τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών, ψυχική υγεία, κατ' οίκον φροντίδα, πρόληψη και προαγωγή της υγείας κ.λπ.) εξακολουθούν να υπάρχουν.

Με βάση προηγούμενες έρευνες που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες, σε ένα σύστημα υγείας προσανατολισμένο στην ΠΦΥ, οι δαπάνες για την υγεία περιορίζονται ευκολότερα λόγω της μειωμένης χρήσης των υπηρεσιών υγείας καθώς τα ποσοστά νοσηλείας στο νοσοκομείο είναι χαμηλότερα. Επίσης, δείκτες που σχετίζονται με την υγεία του πληθυσμού επηρεάζονται θετικά (Garrido, Zentner, Busse 2011, Starfield, Shi & Macinko 2005, Kringos et al. 2015, CORDIS 2015). Η περαιτέρω ανάπτυξη των ΤοΜΥ μπορεί να συμβάλει στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στους πολίτες, ενώ ταυτόχρονα ευνοεί το σύστημα υγείας βελτιώνοντας την υγεία του πληθυσμού και συμβάλλοντας στη μείωση των δαπανών για την υγεία. Ωστόσο, είναι επίσης σημαντικό για τους ασθενείς/λήπτες των υπηρεσιών ΠΦΥ να μπορούν να αξιολογήσουν τις εμπειρίες τους κατά τις επισκέψεις τους σε αυτές τις νέες δομές ΠΦΥ υγείας.

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι εμπειρίες των χρηστών και γενικότερα τα μέτρα που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της οπτικής των ληπτών των υπηρεσιών υγείας της φροντίδας τους, έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως από τους υπευθύνους της διοίκησης των μονάδων υγείας, της λήψης των αποφάσεων, των υπευθύνων χάραξης της πολιτικής για την υγεία σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας και των επαγγελματιών υγείας ως νέο εργαλείο αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η μέτρηση της οπτικής των ασθενών έχει αποδειχθεί πολύτιμο εργαλείο για την αξιολόγηση των διαφορετικών διαστάσεων της υγειονομικής φροντίδας (Ware et al. 1977, Linder - Pelz, 1982), για το σχεδιασμό αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης της υγειονομικής φροντίδας (Naidu, 2009) και τον επανασχεδιασμό των στόχων της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητάς των υπηρεσιών, οι εμπειρίες των ασθενών αποτελούν ένα από τα πιο ουσιαστικά συστατικά της αξιολόγησης της ποιότητας του συστήματος υγείας και των υπηρεσιών υγείας (Chow et al., 2009). Αυτοί είναι οι κύριοι λόγοι για τους οποίους η συντριπτική πλειονότητα των μελετών που διενεργούνται διεθνώς για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών έχουν επικεντρωθεί στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότερο, στην καταγραφή και αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών.

Η παρούσα μελέτη υπογραμμίζει τη σημασία της ποιότητας όσον αφορά στην ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα για τον ασθενή, τη συνέχεια της φροντίδας και την

προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ και τη σχέση τους με τις θετικές εμπειρίες των ασθενών στο επίπεδο της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Δεδομένων αυτών των ευρημάτων, οι υπεύθυνοι λήψης των αποφάσεων και χάραξης της πολιτικής για την υγεία πρέπει να εργαστούν για την ενίσχυση της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, στη διαμόρφωση και εφαρμογή στρατηγικών επιλογών και προτάσεων για τη διαθεσιμότητα των σχετικών υπηρεσιών και τη διασύνδεσή τους τόσο στο ίδιο το επίπεδο της φροντίδας (μεταξύ των δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ) όσο και μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων της φροντίδας (μεταξύ των δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, των νοσοκομειακών υπηρεσιών και των μετα-νοσοκομειακών υπηρεσιών - των υπηρεσιών αποκατάστασης και μακροχρόνιας φροντίδας της υγείας), με την ανάπτυξη και πρακτική εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου ρυθμιστικού πλαισίου για τη λειτουργική, διοικητική και επιστημονική διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας υπό το πρίσμα της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στη συνεχή επαγγελματική εκπαίδευση, στη διεπιστημονικότητα, στο διευρυνόμενο ρόλο του νοσηλευτή στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και στη συγκράτηση της διαχείρισης των ασθενών στο πρωτοβάθμιο επίπεδο, με την αποφυγή των συχνών/μη απαραίτητων παραπομπών στο χώρο του Νοσοκομείου.

Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα όσοι εργάζονται σε μονάδες ΠΦΥ, θα πρέπει να εργαστούν για την ενίσχυση της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, με την ενδυνάμωση των ασθενών για ενεργό συμμετοχή, όπως αποτυπώνεται στη συμμετοχή τους στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών με τη διερεύνηση των εμπειριών τους. Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει ότι οι ασθενείς με ενεργό συμμετοχή στη φροντίδα τους αναφέρουν συστηματικά περισσότερες θετικές εμπειρίες και παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας από ασθενείς με λιγότερο ενεργή συμμετοχή, χωρίς καν να λαμβάνεται υπόψη η μείωση των δαπανών για την υγεία που μπορεί να επιτευχθεί μέσω αυτής της θετικής διεπαφής, δεδομένου ότι η αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών φαίνεται να είναι ένα σημαντικό εργαλείο που σχετίζεται άμεσα με τα θέματα της ποιότητας και της βελτιστοποίησης της χρήσης των οικονομικών, υλικών και ανθρώπινων πόρων για το σύστημα υγείας και τις υπηρεσίες που παρέχονται στο επίπεδο της ΠΦΥ.

Τέλος, η αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών και η ενσωμάτωσή τους στις πολιτικές υγείας μπορεί να οδηγήσει σε ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας και να

επιτρέπει την σταδιακή μετάβαση από τις πολιτικές υγείας που στηρίζονται μόνο στα αποτελέσματα (evidence-based policy) σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας με βάση την αξία (Value based Healthcare). Το Σύστημα Υγείας με βάση την Αξία έχει ως προϋποθέσεις τον ασθενή στο επίκεντρο, την εκπαίδευση των στελεχών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, την ευρεία πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας, τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, την πληρότητα της φροντίδας καθώς και την εγκαθίδρυση συστήματος πληρωμών με βάση τις αξιολογήσεις των ασθενών ληπτών των υπηρεσιών ΠΦΥ και όχι την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abahussin, A. A., West, R. M., Wong, D. C., & Ziegler, L. E. (2019). PROMs for pain in adult cancer patients: A systematic review of measurement properties. *Pain Practice*, 19(1), 93-117.

Adamakidou, Th. A. (2009). Patient satisfaction at morning and afternoon outpatient clinics of Ag. Savvas Hospital. [Cd-rom]: [Diploma Thesis].

Adepoju, O. O., Opafunso, Z., & Ajayi, M. (2018). Primary Health Care in South West Nigeria: Evaluating service quality and patients' satisfaction. *African Journal of Science, Technology, Innovation and Development*, 10(1), 13–19. <https://doi.org/10.1080/20421338.2017.1380585>

Aletras, V. H., Papadopoulos, E. A. and Niakas, D.A. (2006). Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses. *BMC health services research*, 6(1), 66.

AlOmar, R. S., AlShamlan, N. A., AlAmer, N. A., AlThumairi, A. A., Almir, B. M., Aldawood, H. A., ... Al Shammari, M. A. (2021). Perceived Barriers to Primary Care Services Utilization and its Associations with Overall Satisfaction of Patients in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Questionnaire-Based Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 21501327211014064–21501327211014064. <https://doi.org/10.1177/21501327211014065>

Alrasheedi, K. F., AL-Mohaithef, M., Edrees, H. H., & Chandramohan, S. (2019). The Association Between Wait Times and Patient Satisfaction: Findings From Primary Health Centers in the Kingdom of Saudi Arabia. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 6, 2333392819861246–2333392819861246. <https://doi.org/10.1177/2333392819861246>

Al-Sakkak, M. A., Al-Nowaiser, N. A., Al-Khashan, H. I., Al-Abdrabulnabi, A. A., & Jaber, R. M. (2008). Patient satisfaction with primary health care services in Riyadh. *Saudi Medical Journal*, 29(3), 432–436. Retrieved from <https://europepmc.org/article/med/18327374>

Ammi, M., Ambrose, S., Hogg, B., & Wong, S. (2017). The influence of registered nurses and nurse practitioners on patient experience with primary care: results from the Canadian QUALICO-PC study. *Health Policy*, 121(12), 1215-1224.

Anagnostopoulos, F., Liolios, E., Persefonis, G., Slater, J., Kafetsios, K. and Niakas, D. (2012). Physician burnout and patient satisfaction with consultation in primary health care settings: evidence of relationships from a one-with-many design. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 19(4), 401-410.

Anagnostopoulou, I., Siskou, O., & Galanis, P. (2012). Assessment and Investigation of Factors Affecting Patient Satisfaction at the Atalantis Health Center. *Nosileftiki*, 51(2), 216-226.

Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., & Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), 5-13.

Barnett, M. L., Keating, N. L., Christakis, N. A., O'Malley, A. J., & Landon, B. E. (2012). Reasons for choice of referral physician among primary care and specialist physicians. *Journal of general internal medicine*, 27(5), 506-512.

Beatty, P., & Willis, G. (2007). Research synthesis: the practice of cognitive interviewing. *Public Opinion Quarterly*, 71(2), 287-311.

Beisecker, A. E. (1990). Patient power in doctor-patient communication: What do we know?. *Health communication*, 2(2), 105-122.

Berendsen, Annette J., et al. Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface—a qualitative study. *BMC health services research*, 2009, 9.1: 62.

Berwick, D. M., James, B., & Coye, M. J. (2003). Connections between quality measurement and improvement. *Medical care*, 41(1), I-30.

Birk HO, Henriksen LO. Which factors decided general practitioners' choice of hospital on behalf of their patients in an area with free choice of public hospital? A questionnaire study. *BMC Health ServRes*. 2012; 12: 126. doi: 10.1186/1472-6963-12-126 PMID: 22630354.

Borges, A. L. V., dos Santos, O. A., Araújo, K. S., Gonçalves, R. F. S., Rosa, P. L. F. S., & de Nascimento, N. C. (2017). Satisfaction with the use of contraceptive methods

among women from primary health care services in the city of São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 17(4), 749–756.
<https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400008>

Buttle, F. (1996). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*.

Calnan, M., Katsouyiannopoulos, V., Ovcharov, V. K., Prokhorskas, R., Ramic, H., & Willims, S. (1994). Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Family Practice*, 11(4), 468–478.

Chen, J. (2015). Integrated Care: Patient-Reported Outcome Measures and Patient-Reported Experience Measures: A Rapid Scoping Review. NSW Agency for Clinical Innovation, Sydney.

Chow, A., Mayer, E. K., Darzi, A. W., & Athanasiou, T. (2009). Patient-reported outcome measures: the importance of patient satisfaction in surgery. *Surgery*, 146(3), 435-443.

Chow, A., Mayer, E., Darzi, A.W., Athanasiou, T. (2009). Patient reported outcome measures: The importance of patient satisfaction in Surgery. *Clinical reviews. Journal Surgery*, vol.32 No.2 p.p.125-132

Collins, D. (2003). Pretesting survey instruments: an overview of cognitive methods. *Quality of Life Research*, 12, 229-238.

CORDIS, (2015). Final Report Summary - QUALICOPC (Quality and costs of primary care in Europe). Retrieved from: <https://cordis.europa.eu/project/rcn/103890/reporting/en> , (last accessed on 11 November 2019).

Coulter, A., Fitzpatrick, R., & Cornwell, J. (2009). *The Point of Care. Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses*. The King's Fund, London.

Coulter, Angela; Jenkinson, Crispin. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European journal of public health*, 2005, 15.4: 355-360.

Dillman, D. (2000). *Mail and internet surveys: the tailored design method*. (2nd ed.). New York: Wiley.

- Dimitrievska, V., & Tomovska Misoska, A. (2020). Factors associated with patients' satisfaction in the health care system in North Macedonia. *AICEI Proceedings*, 15(1), 121–132.
- Dimova, R., Stoyanova, R., & Keskinova, D. (2017). The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. *Croatian Medical Journal*, 58(1), 63. <https://doi.org/10.3325/CMJ.2017.58.63>
- Donovan, J. L., Hamdy, F. C., Lane, J., Mason, M., Metcalfe, C., Walsh, E., ... & Neal, D. E. (2016). Patient-reported outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for prostate cancer. *N Engl J Med*, 375, 1425-1437.
- Dourgnon P, Naiditch M. The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-Keeping. *Health Policy*. 2010; 94: 129–134. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.09.001 PMID:19819580.
- Drennan, J. (2003). Cognitive interviewing: Verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 57-63.
- Economou C., Bistaraki A., Galanis P., Konstantakopoulou O., Siskou O., Kaitelidou D. (2019). “A Qualitative Approach for the Development of a Patient Experiences Questionnaire in Primary Healthcare Settings”. *International Journal Of Caring Sciences* 12 (1), 124-131
- Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A. (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2017; 19(5):1–192.
- Eide TB, Straand J, Braend AM. (2021). Good communication was valued as more important than accessibility according to 707 Nordic primary care patients: a report from the QUALICOPC study. *Scand J Prim Health Care*. Sep;39(3):296-304. doi: 10.1080/02813432.2021.1928837. Epub 2021 May 27. PMID: 34041993; PMCID: PMC8475124.
- Eide TB, Straand J, Melbye H, Rortveit G, Hetlevik I, Rosvold EO. (2016). Patient experiences and the association with organizational factors in general practice: results from the Norwegian part of the international, multi-centre, cross-sectional QUALICOPC study. *BMC Health Serv Res*. 2016 Aug 24;16(1):428. doi: 10.1186/s12913-016-1684-z. PMID: 27553244; PMCID: PMC4995793.

Eide TB, Straand J, Rosvold EO. (2018). Patients' and GPs' expectations regarding healthcare-seeking behaviour: a Norwegian comparative study. *BJGP Open*. 2018 Nov 14;2(4):bjgpopen18X101615. doi: 10.3399/bjgpopen18X101615. PMID: 30723801; PMCID: PMC6348319.

Eide, T. B., Straand, J., & Brænd, A. M. (2020). Patients' Values in Nordic General Practice; A Report From the QUALICOPC Study.

Eurobarometer (2014). Patient safety and quality of care. European Commission: Conducted by TNS Opinion & Social at the request of the European Commission, Directorate-General for Health and Consumers (DG SANCO), 2014. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/ebs_411_en.pdf

Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public Reporting in Health Care: How Do Consumers Use Quality-of-Care Information? A Systematic Review. *Med Care*. 2009; 47: 1–8. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181808bb5 PMID: 19106724.

Fan, V. S., Burman, M., McDonell, M. B., & Fihn, S. D. (2005). Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3), 226–233. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40135.x>

Ferrua M, Sicotte C, Lalloué B, Minvielle E (2016) Comparative Quality Indicators for HospitalChoice: Do General Practitioners Care? *PLoS ONE*11(2): e0147296. doi:10.1371/journal.pone.0147296.

Freilich, J., Wiking, E., Nilsson, G. H., & Olsson, C. (2019). Patients' ideas, concerns, expectations and satisfaction in primary health care – a questionnaire study of patients and health care professionals' perspectives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 0(0), 1–8. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1684430>

Frengidou, E., Galanis, P., Zafeiropoulou, M., Diakoumis, G., Papadopoulos, R., Papagianni, A. and M. Theodorou. (2017). User satisfaction with the services provided by the PEDY health unit in Κιλκίς. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 34(2).

Frengidou, E.; Galanis, P. (2020). Patients' Satisfaction with the National Primary Health Care Net in Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 267–278.

Garrido, M. V., Zentner, A., & Busse, R. (2011). The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. *Scandinavian journal of primary health care*, 29(1), 28-38.

Georgieva, E. K., Zahariev, V. S., Kundurjiev, T. G., Pesheva, P. A., & Hristov, N. (2017). Patient access and quality of primary care in Bulgaria—lessons from the QUALICOPC study Nikolai Hristov. *European Journal of Public Health*, 27(suppl_3).

Giovvanis, A., Pierrakos, G. and Kyriakidou, N. (2014). Service quality asymmetric effect on patient satisfaction for primary healthcare services. 7^η Annual EuroMed Conference of the EuroMed Academy of Business. 669-683.

Grumbach, Kevin, et al. Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists. *Jama*, 1999, 282.3: 261-266.

Hamdy, F. C., Donovan, J. L., Lane, J., Mason, M., Metcalfe, C., Holding, P., ... & Neal, D. E. (2016). 10-year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for localized prostate cancer. *N Engl J Med*, 375, 1415-1424.

HCAHPS Fact Sheet. April 2015. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Baltimore, MD USA. <http://www.hcahpsonline.org/Facts.aspx>

Hermeling P, Geraedts M. Kennen und nutzen Ärzte den strukturierten Qualitätsbericht? Do Physicians Know and Use Mandatory Quality Reports? *Gesundheitswesen*. 2013; 75, 3: 155–159.

Himmel, Wolfgang; Dieterich, Anja; Kochen, Michael M. Will German patients accept their family physician as a gatekeeper?. *Journal of general internal medicine*, 2000, 15.7: 496-502.

Ikkersheim D, Koolman X. The use of quality information by general practitioners: does it alter choices? A randomized clustered study. *BMC Fam Pract*. 2013; 14: 95. doi: 10.1186/1471-2296-14-95 PMID:23834745.

Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S. (2002). The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(5):353-358.

Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and safety in health care*, 11(4), 335-339.

Kaitelidou D., Economou C., Galanis P., Konstantakopoulou O., Siskou, O., Domete S., de Boer D., Boerma W., Groenewegen P. (2019). Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary health care facilities in Greece: a mixed methods study. *BMC Family Practice* 20 (1), 49).

Kinchen, K. S., Cooper, L. A., Levine, D., Wang, N. Y., & Powe, N. R. (2004). Referral of patients to specialists: factors affecting choice of specialist by primary care physicians. *The Annals of Family Medicine*, 2(3), 245-252.

Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2015). Building primary care in a changing Europe. WHO Regional Office for Europe.

Kringos, D. S., Boerma, W., van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health affairs*, 32(4), 686-694.

Lester, H., Tritter, J. Q., & England, E. (2003). Satisfaction with primary care: the perspectives of people with schizophrenia. *Family Practice*, 20(5), 508–513. <https://doi.org/10.1093/FAMPRA/CMG502>

Levine, R., Fowler, F., & Brown, J. (2005). Role of cognitive testing in the development of the CAHPS hospital survey. *Health Services Research*, 40(6), 2037-2056.

Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social science & medicine*, 16(5), 577-582.

Lionis C, Papadakis S, Tatsi C, Bertsias A, Duijker G, Mekouris PB, Boerma W, Schäfer W; Greek QUALICOPC team. (2017). Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Serv Res*. Apr 5;17(1):255. doi: 10.1186/s12913-017-2189-0. PMID: 28381224; PMCID: PMC5382510.

Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C., Bertsias, A., Duijker, G., Mekouris, P. B., ... & Schäfer, W. (2017). Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC health services research*, 17(1), 255.

Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C., Bertsias, A., Duijker, G., Mekouris, P. B., Boerma, W and Schäfer, W. (2017). Informing primary care reform in Greece: patient

expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Services Research*, 17(1), 255.

Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 510-515.

Mannion R, Goddard M. Public disclosure of comparative clinical performance data: lessons from the Scottish experience. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2003; 9: 277–286. PMID: 12787191.

Matziou, V., Servitzoglou, M., Vlahioti, E., Deli, H., Matziou, T., Megapanou, E. and Perdikaris, P. (2013). The opinion of Greek parents on the advantages and disadvantages of the outpatient pediatric oncology setting. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 739-744.

Mayeye, F., Lewis, H., & Oguntibeju, O. (2010). An assessment of adolescent satisfaction with reproductive primary healthcare services in the Eastern Cape Province, South Africa. *West Indian Med. J*, 59(3), 274–279. Retrieved from http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0043-31442010000300009

Michael, M., Schaffer, S. D., Egan, P. L., Little, B. B., & Pritchard, P. S. (2013). Improving Wait Times and Patient Satisfaction in Primary Care. *Journal for Healthcare Quality*, 35(2), 50–60. <https://doi.org/10.1111/JHQ.12004>

Mitropoulos, P., Mastrogiannis, N., & Mitropoulos, I. (2014). Seeking interactions between patient satisfaction and efficiency in primary healthcare: cluster and DEA analysis. *International Journal of Multicriteria Decision Making*, 4(3), 234–251. Retrieved from <https://ideas.repec.org/a/ids/ijmcdm/v4y2014i3p234-251.html>

Mukamel DB, Haeder SF, Weimer DL. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Health Care Quality: The Impacts of Regulation and Report Cards. *Annu. Rev. Public Health*. 2014; 35: 477–497. doi: 10.1146/annurev-publhealth-082313-115826 PMID: 24159921.

Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International journal of health care quality assurance*, 22(4), 366-381.

Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International journal of health care quality assurance*, 22(4), 366-381.

Nánási A, Ungvári T, Kolozsvári LR, Harsányi S, Jancsó Z, Láncki LI, Mester L, Móczár C, Semanova C, Schmidt P, Szidor J, Torzsa P, Végh M, Rurik I. (2021). Expectations, values, preferences and experiences of Hungarian primary care population when accessing services: Evaluation of the patient's questionnaires of the international QUALICOPC study. *Prim Health Care Res Dev*. Jun 1;22:e23. doi: 10.1017/S1463423620000596. PMID: 34060439; PMCID: PMC8220346.

OECD, Health Care Quality Indicators Project, 2006 <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthcarequalityindicatorsproject-background.htm>

OECD. (2019). Realising the Full Potential of Primary Health Care. Retrieved February 1, 2022, from OECD website: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf>

Okeke, H. C., Bassey, P., Oduwale, O. A., Adindu, A., Okeke, H. C., Bassey, P., ... Adindu, A. (2020). Client characteristics and satisfaction with the quality of primary health-care services in Calabar, Nigeria. *Calabar Journal of Health Sciences*, 3(1), 1–8. https://doi.org/10.25259/CJHS_4_2019

Oleszczyk M, Krztoń-Królewiecka A, Schäfer WLA, Boerma WGW, Windak A. (2017). Experiences of adult patients using primary care services in Poland - a cross-sectional study in QUALICOPC study framework. *BMC Fam Pract*. Nov 22;18(1):93. doi: 10.1186/s12875-017-0665-6. PMID: 29166872; PMCID: PMC5700756.

Omar Owaidh, A., Abdullrahman Atiah, A., Saif Abadi, A., Mohammed Ali, A., Mohammed Abdullah, A., Abdulrahman Abdullah, A., & Mohammed Hassan, A. (2018). Patients' Satisfaction with Health Care Services in Southern Saudi Arabia. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 72(1), 3857–3860. <https://doi.org/10.12816/0047757>

Papanikolaou, V. and Zygiaris, S. (2014). Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health expectations*, 17(2), 197-207.

Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y. and Niakas, D. (2013). Investigating unmet health needs in primary health care services in a

representative sample of the Greek population. *International journal of environmental research and public health*, 10(5), 2017-2027.

Paré-Plante AA, Boivin A, Berbiche D, Breton M, Guay M. (2018). Primary health care organizational characteristics associated with better accessibility: data from the QUALICO-PC survey in Quebec. *BMC Fam Pract*. 2018 Dec 3;19(1):188. doi: 10.1186/s12875-018-0871-x. PMID: 30509205; PMCID: PMC6276215.

Pavlič, D. R., Sever, M., Klemenc-Ketiš, Z., Švab, I., Vainieri, M., Seghieri, C., & Maksuti, A. (2018). Strength of primary care service delivery: a comparative study of European countries, Australia, New Zealand, and Canada. *Primary health care research & development*, 19(3), 277–287. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000792>

Pierrakos G., Sarris M., Soulis S., Goula A., Latsou D., Pateras I., Vourliotou K., Giannoulatos P. (2013). Comparative analysis of two studies of outpatient satisfaction in primary medical care. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 30:316–324.

Pierrakos, G., Yiovannis, A., Latou, D., Goula, A., Pateras, J. and Sarris, M. (2015). Measurement of the Satisfaction in Greece Outpatients Departments of Public Hospitals. 4th International Conference in Quantitative and Qualitative Methodologies in the Economic and Administrative Sciences. Available at: <https://sites.google.com/site/icqqmeas> 2015

Pini, A., Sarafis, P., Malliarou, M., Tsounis, A., Igoumenidis, M., Bamidis, P. and Niakas, D. (2014). Assessment of patient satisfaction of the quality of health care provided by outpatient services of an oncology hospital. *Global journal of health science*, 6(5), 196.

Platis Ch. & Lianos S. (2021). Primary Healthcare in Greece in light of the principles of the Astana Declaration. *Νοσηλεία και Έρευνα*, 13(55) (ανακτήθηκε από <https://nursingcareresearch.gr/index.php/nursing-care-and-research/article/view/86>)

Premji K, Ryan BL, Hogg WE, Wodchis WP. (2018). Patients' perceptions of access to primary care: Analysis of the QUALICOPC Patient Experiences Survey. *Can Fam Physician*. 2018 Mar;64(3):212-220. PMID: 29540392; PMCID: PMC5851400.

- Priporas, C. V., Laspa, C., & Kamenidou, I. (2008). Patient satisfaction measurement for in-hospital services: a pilot study in Greece. *Journal of Medical Marketing*, 8(4), 325-340.
- Pullicino G, Sciortino P, Calleja N, Schäfer W, Boerma W, Groenewegen P. (2015). Comparison of patients' experiences in public and private primary care clinics in Malta. *Eur J Public Health*. Jun;25(3):399-401. doi: 10.1093/eurpub/cku188. Epub 2014 Nov 12. PMID: 25395398.
- Raftopoulos, V. (2010). Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 3(3), 110.
- Rahmqvist, M. (2001). Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(5), 385-390.
- Reibling N, Wendt C. Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems. *CurrSociol*. 2012; 60: 489–505.
- Robinowitz DL, Dudley RA. Public reporting of provider performance: Can its impact be made greater? *Annu. Rev. Public Health*. 2006; 27: 517–36. PMID: 16533128.
- Roblin, D. W., Becher, E. R., Adams, E. K., Howard, D. H., & Roberts, M. H. (2004). Patient satisfaction with primary care does type of practitioner matter? *Medical Care*, 42(6), 579–590. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000128005.27364.72>
- Roter, D. (2000). The medical visit context of treatment decision-making and the therapeutic relationship. *Health Expectations*, 3(1), 17-25.
- Sbarouni, V., Tsimtsiou, Z., Symvoulakis, E., Kamekis, A., Petelos, E., Saridaki, A., Papadakis, N. and Lionis, C. (2012). Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. *Rural Remote Health*, 12, 2156.
- Schafer W., Boerma, W., Kringos, D., De Maeseneer. J., Greb, S., Heinemann, S., et al. (2011). QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *Family Practice*, 12:115.

Schafer W., Boerma, W., Kringos, D., De Ryck, E., Greb, S., Heinemann, S., et al. (2013). Measures of quality, costs and equity in primary health care: instruments developed to analyse and compare primary health care in 35 countries. *Quality in Primary Care*, 21:61-79.

Schäfer, Willemijn, et al. *Health Systems in Transition*. The Netherlands, 2010, 12.1.

Schlesinger, Mark. Choice cuts: parsing policymakers' pursuit of patient empowerment from an individual perspective. *Health economics, policy and law*, 2010, 5.3: 365-387.

Schneider, U., Feldner, S. K., Hofmann, C., Schöpe, J., Wagenpfeil, S., Giebels, C., & Schäfers, H. J. (2017). Two decades of experience with root remodeling and valve repair for bicuspid aortic valves. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 153(4), S65-S71.

Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Bishop, M., Peugh, J., & Murukutla, N. (2007). Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences In Seven Countries, 2007: Actual experiences with health care systems bring to light, and to life, the systemwide problems in these countries. *Health Affairs*, 26 (Suppl2), w717-w734.

Senn N., Cohidon C., Breton M., Levesque Jean-Frédéric, Zuchuat Jean-Christophe, On behalf of the IMPACT-QUALICO-PC investigators group. (2019). Patterns of patient experience with primary care access in Australia, Canada, New Zealand and Switzerland: a comparative study, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 31, Issue 9, November 2019, Pages G126–G132, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz092>

Simonet D. The new public management theory and European health-care reforms. *Canadian Public Administration*. 2008; 51: 617–635.

Singh, H., Mustapha, N., & Haqq, E. D. (1996). Patient satisfaction at health centres in Trinidad and Tobago. *Public Health*, 110(4), 251–255. [https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(96\)80112-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3506(96)80112-0)

Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual review of public health*, 26.

Stange, K. C., & Ferrer, R. L. (2009). The paradox of primary care. *The Annals of Family Medicine*, Vol. 7, pp. 293–299. *Annals Family Med*.

Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet*, 344(8930), 1129–1133.

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502.

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., ... & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819.

Steine, S., Finset, A., Laerum E. (2000). A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Family Practice*, 18(4):410-418.

Szecsényi, J., Goetz, K., Campbell, S., Broge, B., Reuschenbach, B., & Wensing, M. (2011). Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ Quality and Safety*, 20(6), 508–514. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2009.038166>

Schäfer WLA, Boerma GW, van den Berg MJ, De Maeseneer J, De Rosis S, Detollenaere J, Greß S, Heinemann S, van Loenen T, Murante AM, Pavlič DR, Seghieri C, Vainieri M, Willems S, Groenewegen PP. Are people's health care needs better met when primary care is strong? (2019). A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries. *Prim Health Care Res Dev*. 20:e104. doi: 10.1017/S1463423619000434. PMID: 32800009; PMCID: PMC6609545.

Titsmane G., Ginter S., Bridia L., Kozlov L. Silina V., Kozlovska M., Viksna L., Krumina A. (2016), Quality And Availability Of Primary Medical Care In Latvia. *Qualicopc Research. OB/GYNECOLOGY*. N.5, P. 111-120. ISSN: 0300-9092e. ISSN: 2412-5679

Tolvanen E, Koskela TH, Mattila KJ, Kosunen E. (2018). Analysis of factors associated with waiting times for GP appointments in Finnish health centres: a QUALICOPC study. *BMC Res Notes*. Apr 3;11(1):220. doi: 10.1186/s13104-018-3316-7. PMID: 29615135; PMCID: PMC5883288.

Trzeciak, S., Gaughan, J. P., Bosire, J., & Mazzealli, A. J. (2016). Association between Medicare summary star ratings for patient experience and clinical outcomes in US hospitals. *Journal of Patient Experience*, 3(1), 6-9.

Turin, T. C., Haque, S., Chowdhury, N., Ferdous, M., Rumana, N., Rahman, A., ... Rashid, R. (2021). Overcoming the Challenges Faced by Immigrant Populations While Accessing Primary Care: Potential Solution-oriented Actions Advocated by the Bangladeshi-Canadian Community. *Journal of Primary Care and Community Health*, 12. <https://doi.org/10.1177/21501327211010165>

Turin, T. C., Rashid, R., Ferdous, M., Chowdhury, N., Naeem, I., Rumana, N., ... Lasker, M. (2020). Perceived Challenges and Unmet Primary Care Access Needs among Bangladeshi Immigrant Women in Canada. *Journal of Primary Care and Community Health*, 11. <https://doi.org/10.1177/2150132720952618>

Udonwa, N. E., Gyuse, A. N., Etokidem, A. J., & Ogaji, D. S. T. (2010). Client views, perception and satisfaction with immunisation services at Primary Health Care Facilities in Calabar, South-South Nigeria. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 3(4), 298–301.

van den Berg MJ, van Loenen T, Westert GP. (2016). Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Fam Pract*. 33(1):42-50. doi: 10.1093/fampra/cmz082. Epub 2015 Oct 28. PMID: 26511726.

Van Weel, C., & Kidd, M. R. (2018). Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 190(15), E463. <https://doi.org/10.1503/CMAJ.170784>

Victoor A, Delnoij DMJ, Friele RD, Rademakers J. Determinants of patient choice of healthcare providers:a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 272. doi: 10.1186/1472-6963-12-272 PMID:22913549.

Ware, J. E., Davies-Avery, A., & Stewart, A. L. (1977). The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of the literature.

Ware, J. E., Davies-Avery, A., and Stewart, A. L. (1977).The Measurement and Meaning of Patient Satisfaction: A Review of the Literature, Rand Corp., Santa Monica, Calif., p. 6036.

Weinhold, I., & Gurtner, S. (2018). Rural - urban differences in determinants of patient satisfaction with primary care. *Social Science & Medicine*, 212, 76–85. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2018.06.019>

Werner RM, Asch DA. The unintended consequences of publicly reporting quality information. *JAMA*.2005; 293: 1239–1244. PMID: 15755946.

WHO, (2018). Health Systems Strengthening Glossary. Retrieved from: https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html#12, (last accessed on 11 November 2019).

Wiles, R., & Higgins, J. (1996). Doctor-patient relationships in the private sector: patients' perceptions. *Sociology of Health & Illness*, 18(3), 341-356.

Willis, G. (1999). Cognitive interviewing a 'how to' guide. Reducing survey error through research on the cognitive and decision processes in surveys. Short course presented at the 1999 meeting of the American Statistical Association. Rockville: Research Triangle Institute.

Wolf PhD, C. P. X. P., & Jason, A. (2014). Defining patient experience. *Patient experience journal*, 1(1), 7-19.

Wong, C. H., Siah, K. W., & Lo, A. W. (2019). Estimation of clinical trial success rates and related parameters. *Biostatistics*, 20(2), 273-286.

World Health Organization. (2007). Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) (No. EUR/04/5064212). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals.

Zimlichman, E., Afek, A., Mandel, D., Shochat, T., Cohen-Rosenberg, G., Mimouni, F. B., ... Kreiss, Y. (2004). Army Personnel Satisfaction in Different Settings of Primary Health Care Clinics. *Military Medicine*, 169(5), 385–388. <https://doi.org/10.7205/MILMED.169.5.385>

Βραχάτης Δ., Παπαδόπουλος Α. (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές, *Νοσηλευτική* 2012 51(1): 10–17

Γιανασμίδης Α, Τσιαούση Μ. (2011). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της ΠΦΥ στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και σουηδικού μοντέλου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29(1):106-115

Νιάκας Δ. (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής 2014, 5 (1):3-7

Οικονόμου Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Παρατηρητήριο Οικονομικών Εξελίξεων, ΙΝΕ / ΓΕΣΕΕ.

Πετρέλης Μ., Δομάγερ Φ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το Βήμα του Ασκληπιού 2016, Τόμος 15, Τεύχος 4 (Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2016).

Τσίγκου Β., Αποστολάκης Ι., Σαράφης Π. (2021). Η εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυση του ΕΣΥ έως σήμερα-Η διακήρυξη της Αστάνα και οι σύγχρονες προκλήσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού. Ειδικό Άρθρο, Τόμ. 20, Αρ. 3 (2021): Σελίδες 273-289. Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2021

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ
ΟΛΥΜΠΙΑ Κ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο τρόπος με τον οποίο τα ανώτερα στελέχη της διοίκησης των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, της λήψης των αποφάσεων και της χάραξης της πολιτικής υγείας αξιολογούν τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται, τόσο στο δευτεροβάθμιο όσο και στο πρωτοβάθμιο επίπεδο παροχής της φροντίδας, περιλαμβάνει κυρίως δείκτες που αφορούν την οργάνωση και τη λειτουργία των φορέων με έμφαση σε στοιχεία όπως η αποδοτικότητα, η επάρκεια των υποδομών/υλικών πόρων και ανθρωπίνων πόρων, ο βαθμός αξιοποίησης τους και η παραγωγικότητα του υγειονομικού προσωπικού. Πλέον, όλο και περισσότερο η αξιολόγηση της διάστασης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που αφορά στην ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες υγείας των ασθενών/χρηστών τους (responsiveness of care) και στην προσωπο/ασθενοκεντρική προσέγγιση (people/patient-centred care), όπως αντανakλάται και αξιολογείται από την αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) (μέσα από την αξιολόγηση του βαθμού της προσβασιμότητας, της συνέχειας, του συντονισμού, της πληρότητας της φροντίδας και της ποιότητας των διαπροσωπικών σχέσεων ανάμεσα στον ασθενή και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό), συνδέεται άμεσα με την αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων υγείας και τη βελτιστοποίηση της χρήσης των οικονομικών, υλικών και ανθρωπίνων πόρων, όπως φαίνεται από τα ευρέως

χρησιμοποιούμενα μοντέλα για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων και των μονάδων υγείας και τα αποτελέσματα των συναφών μελετών. Για αυτόν το λόγο, η αξιολόγηση αυτών των διαστάσεων αποτελούν ισχυρό διοικητικό και στρατηγικό εργαλείο στα χέρια των υπευθύνων/διοικητών/συντονιστών των δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ αλλά και των υπευθύνων λήψης αποφάσεων και χάραξης της πολιτικής υγείας για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός: Η ανάπτυξη ενός έγκυρου και αξιόπιστου εργαλείου μέτρησης για τη διεξαγωγή ερευνών αξιολόγησης των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών ΠΦΥ και η μέτρηση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα με τη διεξαγωγή συγχρονικής μελέτης ευρείας κλίμακας.

Υλικό και Μέθοδος: Για την ανάπτυξη και στάθμιση του εργαλείου εφαρμόστηκε μικτή μεθοδολογία. Πραγματοποιήθηκε α) ποιοτική μελέτη για την ανάπτυξη των στοιχείων του εργαλείου και τον έλεγχο της εγκυρότητας όψης (face validity-cognitive testing) - οργανώθηκαν δύο ομάδες εστίασης που περιελάμβαναν άτομα που είχαν λάβει υπηρεσίες ΠΦΥ σε κέντρα υγείας και σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων της χώρας - και β) ποσοτική μελέτη για τον έλεγχο της εγκυρότητας περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής (content validity and structure validity) και της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων/εργαλείων (internal consistency reliability). Ειδικότερα, σε δείγμα 733 χρηστών υπηρεσιών ΠΦΥ διανεμήθηκε η τελική έκδοση του ερωτηματολογίου που προέκυψε από την ποιοτική μελέτη που προηγήθη και πραγματοποιήθηκε διερευνητική και επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων (exploratory and confirmatory factor analysis) για τον έλεγχο της εγκυρότητας περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής, ενώ εκτιμήθηκαν οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach' s alpha για τον έλεγχο της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων/εργαλείων (internal consistency reliability). Τέλος, διεξήχθη μελέτη ευρείας κλίμακας σε δείγμα 2620 ατόμων (ποσοστό απόκρισης=58,3%) που επισκέφθηκαν 63 ΤοΜΥ της χώρας, από τον Ιανουάριο έως τον Μάρτιο του 2019. Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις συσχετίσεων σε διμεταβλητό και πολυμεταβλητό επίπεδο ($\alpha=0,05$) με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες εμπειριών ανά διάσταση της φροντίδας.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση παραγόντων επιβεβαίωσε σχεδόν τέλεια το θεωρητικό μοντέλο και προέκυψαν οι ακόλουθοι έξι παράγοντες/διαστάσεις της φροντίδας: (α)

προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας (τρία στοιχεία), (β) συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας (τρία στοιχεία), (γ) πληρότητα της φροντίδας (τρία στοιχεία), (δ) ποιότητα ιατρικής φροντίδας (τέσσερα στοιχεία), (ε) χαρακτηριστικά των δομών (τέσσερα στοιχεία) και (στ) ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας (τέσσερα στοιχεία). Αναφορικά με την μελέτη ευρείας κλίμακας, περισσότεροι από το ¼ των χρηστών των ΤοΜΥ (26,2%) ήταν άνω των 65 ετών και περίπου ένας στους δέκα χρήστες επισκέφτηκε την ΤοΜΥ για θέματα υγείας των παιδιών του. Η πλειονότητα των χρηστών (65,3%) ήταν γυναίκες, σχεδόν ένας στους τρεις διέθετε ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης, μόνο 6% ήταν αλλοδαποί/μετανάστες, και ήταν στην πλειονότητά τους ασφαλισμένοι (91,4%). Αναφορικά με την κατάσταση της υγείας τους την αυτό-αξιολόγησαν από μέτρια ως άριστη (92,4%). Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες υπέφεραν από κάποιο χρόνιο νόσημα (45,4%) και μόνο 4,7% ήταν ανάπηροι. Σχεδόν ένας στους τρεις (31,5%) επισκέφτηκε για πρώτη φορά τη συγκεκριμένη ΤοΜΥ και περισσότεροι από δύο στους τρεις είχαν επισκεφτεί τη δομή τουλάχιστον μία φορά τους τελευταίους έξι μήνες. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (86,3%) είχαν διευθετήσει προγραμματισμένο ραντεβού για την επίσκεψη στην ΤοΜΥ, για την οποία το 58,5% ανέμενε λιγότερο από μία εβδομάδα και το 31,7% ανέμενε από μία εβδομάδα έως ένα μήνα. Επίσης, το 55,9% προγραμμάτισε το ραντεβού μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με την ΤοΜΥ και το 36,9% μέσω επίσκεψης στην ΤοΜΥ. Περισσότεροι από τους μισούς από τους χρήστες ανέμεναν λιγότερο από 15 λεπτά (τη μέρα του προκαθορισμένου ραντεβού) μέχρι την επίσκεψη στον επαγγελματία υγείας (67,9%), ενώ 21,4% ανέμεναν από 15-30 λεπτά και το 9,7% για 31 έως 60 λεπτά. Ο ιατρός της ΤοΜΥ παρέπεμψε το 22,1% των συμμετεχόντων σε μία άλλη υπηρεσία υγείας εκ των οποίων, το 29,7% σε διαγνωστικό κέντρο, το 29,1% σε άλλον επαγγελματία υγείας στην ίδια ΤοΜΥ, το 24,5% σε άλλον ιατρό εκτός της ΤοΜΥ, το 11% σε νοσοκομείο και το 7,1% σε Κέντρο Υγείας. Γενικά, οι χρήστες των υπηρεσιών των 63 ΤοΜΥ ανέφεραν θετικές εμπειρίες για όλες τις υπό αξιολόγηση διαστάσεις της φροντίδας. Όλες οι μέσες βαθμολογίες των επιμέρους διαστάσεων σημείωσαν τιμές μεγαλύτερες της διάμεσης τιμής (=3) αντανakλώντας θετικά επίπεδα εμπειριών, με μέση συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών 4,41 (σε κλίμακα από 1 έως 5). Η διάσταση της ποιότητας της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας (που αντανakλά την επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις) είχε την υψηλότερη μέση βαθμολογία (4,57 και 4,52, αντίστοιχα). Επίσης, αξιοσημείωτες ήταν οι πολύ υψηλές βαθμολογίες που έλαβε η

πρόθεση των χρηστών για σύσταση του ιατρού καθώς και η πρόθεση των χρηστών για σύσταση της ToMY που επισκέφτηκαν (9,46 και 9,47, αντίστοιχα, σε κλίμακα από 1 έως 10). Αναφορικά με τη σημαντικότητα των υπό αξιολόγηση διαστάσεων, οι χρήστες αξιολόγησαν όλες τις υπό διερεύνηση διαστάσεις ως πολύ σημαντικές καθώς η διάμεση τιμή όλων ήταν υψηλότερη από 3 (σε πενταβάθμια κλίμακα). Η ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σημείωσαν τις υψηλότερες μέσες τιμές (4,57 και 4,52, αντίστοιχα) πιθανόν αναδεικνύοντας και τη σχέση «εξάρτησης» μεταξύ ασθενών και ιατρών, με τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας να σημειώνουν το δεύτερο υψηλότερο σκορ (4,37). Η προσβασιμότητα ήταν η μεταβλητή με το χαμηλότερο βαθμό (4,25) ακολουθούμενη από την πληρότητα/περιεκτικότητα της φροντίδας (4,33) και την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της υποδομής των ToMY (4,37), διαστάσεις οι οποίες ωστόσο σημείωσαν βαθμολογία άνω της διάμεσης τιμής (3) κυμαινόμενη από 4 έως 5. η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν θετικά με σχεδόν όλες τις βαθμολογίες των επιμέρους διαστάσεων των εμπειριών των χρηστών (εκτός από την προσβασιμότητα). Η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν θετικά με σχεδόν όλες τις βαθμολογίες των επιμέρους διαστάσεων των εμπειριών των χρηστών (εκτός από την προσβασιμότητα) ($p < 0,001$). Οι γυναίκες δήλωσαν συχνότερα ότι είχαν την πρόθεση να συστήσουν τους ιατρούς της ToMY ($p = 0,004$) και βαθμολόγησαν υψηλότερα την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας ($p = 0,002$) και των υποδομών σε σχέση με τους άνδρες ($p = 0,001$), οι πάσχοντες από χρόνια νόσο και οι ανασφάλιστοι, σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες θετικών εμπειριών σε διαστάσεις όπως η συνέχεια/συντονισμός της φροντίδας ($p = 0,030$) και η προσβασιμότητα ($p = 0,012$), αντίστοιχα, και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται με υψηλότερη βαθμολογία αναφορικά με τη σύσταση της ToMY ($p = 0,045$). Επίσης, ο μεγάλος χρόνος αναμονής μεταξύ της ημέρας διευθέτησης του ραντεβού και της ημέρας πραγματοποίησης της επίσκεψης στην ToMY σχετιζόταν με μειωμένες βαθμολογίες θετικών εμπειριών (εκτός από τη συνέχεια και συντονισμό της φροντίδας και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας) ($p < 0,001$) ενώ ο αυξημένος χρόνος αναμονής πριν από την επίσκεψη σχετιζόταν με μειωμένη βαθμολογία θετικών εμπειριών από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ($p < 0,001$). Τέλος, η αύξηση του αριθμού των επισκέψεων στην ToMY κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας θετικών εμπειριών από την πληρότητα της φροντίδας που έλαβαν ($p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί σημαντικό πυλώνα κάθε συστήματος υγείας, καθώς βασίζεται σε μεθόδους και τεχνολογίες που είναι προσβάσιμες σε όλα τα άτομα και τις οικογένειές τους μέσα στην κοινότητα και με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να αντέξουν οικονομικά. Η αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών φαίνεται να είναι ένα σημαντικό εργαλείο που σχετίζεται άμεσα με τα θέματα της ποιότητας και της βελτιστοποίησης της χρήσης των οικονομικών, υλικών και ανθρώπινων πόρων για το σύστημα υγείας και τις υπηρεσίες που παρέχονται στο επίπεδο της ΠΦΥ. Η παρούσα μελέτη υπογραμμίζει τη σημασία της ποιότητας όσον αφορά στην ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα για τον ασθενή, τη συνέχεια της φροντίδας και την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ και τη σχέση τους με τις θετικές εμπειρίες των ασθενών στο επίπεδο της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Δεδομένων αυτών των ευρημάτων, οι υπεύθυνοι λήψης των αποφάσεων και χάραξης της πολιτικής για την υγεία πρέπει να εργαστούν για την ενίσχυση της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, στη διαμόρφωση και εφαρμογή στρατηγικών επιλογών και προτάσεων για τη διαθεσιμότητα των σχετικών υπηρεσιών και τη διασύνδεσή τους τόσο στο ίδιο το επίπεδο της φροντίδας (μεταξύ των δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ) όσο και μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων της φροντίδας (μεταξύ των δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, των νοσοκομειακών υπηρεσιών και των μετα-νοσοκομειακών υπηρεσιών - των υπηρεσιών αποκατάστασης και μακροχρόνιας φροντίδας της υγείας), με την ανάπτυξη και πρακτική εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου ρυθμιστικού πλαισίου για τη λειτουργική, διοικητική και επιστημονική διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας υπό το πρίσμα της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στη συνεχή επαγγελματική εκπαίδευση, στη διεπιστημονικότητα, στο διευρυνόμενο ρόλο του νοσηλευτή στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και στη συγκράτηση της διαχείρισης των ασθενών στο πρωτοβάθμιο επίπεδο, με την αποφυγή των συχνών/μη απαραίτητων παραπομπών στο χώρο του Νοσοκομείου. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα όσοι εργάζονται σε μονάδες ΠΦΥ, θα πρέπει να εργαστούν για την ενίσχυση της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, με την ενδυνάμωση των ασθενών για ενεργό συμμετοχή, όπως αποτυπώνεται στη συμμετοχή τους στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών με τη διερεύνηση των εμπειριών τους. Τέλος, η αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών και η ενσωμάτωσή τους στις πολιτικές υγείας μπορεί να οδηγήσει σε ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας και να επιτρέψει την σταδιακή μετάβαση από τις πολιτικές υγείας που στηρίζονται μόνο στα

αποτελέσματα (evidence-based policy) σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας με βάση την αξία (Value based Healthcare). Το Σύστημα Υγείας με βάση την Αξία έχει ως προϋποθέσεις τον ασθενή στο επίκεντρο, την εκπαίδευση των στελεχών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, την ευρεία πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας, τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, την πληρότητα της φροντίδας καθώς και την εγκαθίδρυση συστήματος πληρωμών με βάση τις αξιολογήσεις των ασθενών ληπτών των υπηρεσιών ΠΦΥ και όχι την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS

DEPARTMENT OF NURSING

THE CONTRIBUTION OF ADMINISTRATIVE TOOLS TO THE DEVELOPMENT AND EVALUATION OF THE QUALITY OF NURSING SERVICES AND TO THE OPTIMIZATION OF THE USE OF FINANCIAL, MATERIAL AND HUMAN RESOURCES

DOCTORAL DISSERTATION

BY

OLYMPIA K. KONSTANTAKOPOULOU

ABSTRACT

Background: The way in which healthcare managers, decision-making and health policy-making executives evaluate the quality of health care services provided, both at the secondary and primary care level of the provision of care, includes mainly indicators related to the organization and operation of health units, with an emphasis on components such as efficiency, adequacy of infrastructure / material resources and human resources, their degree of utilization and human resources productivity. Increasingly, the assessment of the quality of health services' dimensions regarding responsiveness of care and people / patient-centered care), such as is reflected and evaluated by exploring PHC patients' experiences is directly related to the evaluation of the performance of health units and the optimization of the use of financial, material and human resources, as shown by the widely used models for the evaluation of the performance of health systems and units and the results of related studies. For this reason, the evaluation of these dimensions is a powerful administrative and strategic tool for PHC units' managers as well as the decision-makers and health policy-makers towards the improvement of the quality of the provided health services.

Methods: A mixed methods approach was applied. In particular, the methodology of developing and validating the tools included the establishment of the theoretical background, a qualitative study (development of the tools items and establishment of the face validity, using two patient focus groups), a quantitative study (pilot testing and establishment of the structural validity and estimation of the internal consistency of the tools - 733 Primary Health Care services' users/patients) and a cross-sectional study on a full-scale (2,620 recipients of ToMYs' PHC health services). Exploratory and confirmatory factor analysis was performed to check for structural validity of the tools, while Cronbach's alpha coefficients were estimated to check for reliability. Also, correlation analyses were conducted on a bivariate and multivariate level ($\alpha=0.05$).

Results: Confirmatory factor analysis confirmed almost perfectly the presumed theoretical model and the following six factors were identified through the tools: (a) accessibility (three items, e.g. opening hours), (b) continuity and coordination of care (three items, e.g. doctor asks for medical history), (c) comprehensiveness of care (three items, e.g. doctor provides advices for healthy life), (d) quality of medical care (four items, e.g. sufficient examination time), (e) facility (four items, e.g. comfortable waiting room) and (f) quality of care provided by nurses and other health professionals (four items, e.g. polite nurses). With regard to the full-scale cross-sectional study, Study population included 2620 participants (response rate=58.3%) who visited 63 local health units (ToMYs) from January to March 2019. Mean age of the participants was 53.1 years (standard deviation=15.1, median=54, minimum=19, maximum=96); 14% from 19 to 35, 27.9% from 36 to 49, 31.9% from 50 to 64 and 26.2% more than 65 years old. Twelve point two percent of the participants visited the local health units (ToMYs) for their children, while 87.8% visited for their problem. Sixty five point three percent of the participants were female, while 31.2% had higher education, 22.6% finished high school and 14.6% had after high school education. The majority of the participants was Greeks (94.0%) and insured (91.4%) and self-estimated their health status as moderate to excellent (92.4%). Almost half of the participants had a chronic disease (45.4%) and only 4.7% were disabled. Sixty-eight point five percent visited this facility at least one time over the last 6 months and 31.5% visited this facility for first time. Most of the participants (94%) have already registered for family physician before visited this facility. In this visit, most of the

participants (85.1%) had a contact with a GP, while 36.6% had a contact with a nurse, 13.6% had a contact with a health visitor, 12.4% had a contact with a pediatrician and 12.4% had a contact with a social worker. Only 1.5% visited a nurse or another health professional without visiting a doctor. The most frequent reasons for the visit were prescription of medications (38.1%), prescription of lab/diagnostic exams (22.7%), scheduled follow-up visit or medical check-up (27.4%), sickness (20.2%), and vaccination (9.1%). Most of the participants (86.3%) made an appointment for their visit and among them 58.5% waited less than a week and 31.7% waited from 1 week to 1 month. Also, 55.9% scheduled the appointment by phone at the reception and 36.9% by visiting the reception. More than half of the participants waited for <15 minutes for the consultation (67.9%), while 21.4% waited for 15-30 minutes and 9.7% waited for 31-60 minutes. The doctor referred 22.1% of the participants to another health service. In particular, the doctor referred 29.7% of the participants to a diagnostic center, 29.1% to another healthcare professional in this facility, 24.5% to another doctor outside the local health unit, 11% to a hospital and 7.1% to a health center. Most of the participants (88.5%) stated that the doctor offered adequate information/guidance for the referral. The doctor prescribed in the 78.9% of the participants. In particular, drug prescription was performed in 58.2% of the participants, prescription for diagnostic exams in 49.9% and prescription for consumables in 4.7%. Regarding participants' experiences, we created six factors based on previous research, the literature review and the respective theory Cronbach's alpha coefficients for the questionnaire in total was 0.92, while Cronbach's alpha for the six factors ranged from 0.61 to 0.88 indicating acceptable to very good reliability. All mean values in items were greater than the mid-point of the scale (=3) indicating positive experience levels. Increased age was positively related to almost all scores of the sub-dimensions of patient experiences (except accessibility) ($p < 0.001$). Women were more likely to state that they intended to recommend ToMY doctors ($p = 0.004$) and rated the quality of medical care ($p = 0.002$) and infrastructure higher than that of men ($p = 0.001$), patients with chronic diseases and the uninsured, had higher scores of positive experiences in dimensions such as continuity / coordination of care ($p = 0.030$) and accessibility ($p = 0.012$), respectively, and the low educational level of the participants was found to be associated with a higher score in terms of the recommendation of the ToMY ($p = 0.045$). Also, long waiting time between the day that the appointment was scheduled and the day of the visit to ToMY was associated

with decreased scores of positive experiences (except for the continuity and coordination of care and the quality of nursing care) ($p < 0.001$) while increased waiting time before the visit was associated with decreased score of positive patient experiences from the quality of nursing care ($p < 0.001$). Finally, an increase in the number of visits to ToMY during the last 6 months was associated with an increase in the score of positive patient experiences from the comprehensiveness of care ($p < 0.001$).

Conclusions: Primary Health Care (PHC) is an important pillar of any health system, as it is based on methods and technologies that are accessible to all individuals and their families within the community and at a cost that the community and the country can afford. The evaluation of patients' experiences seems to be an important tool that is directly related to the issues of quality and optimization of the use of financial, material and human resources for the health system and the services provided at the PHC level. This study emphasizes the importance of quality in terms of medical and nursing care for the patient, continuity of care and accessibility to PHC services and their relationship to patients' positive experiences at the level of PHC service delivery. Given these findings, health decision-makers and policymakers need to work to enhance patient-centered care, to formulate and implement strategic choices and proposals for the availability of relevant services and to link them to both the level of care itself (between PHC services) and between the different levels of care (between PHC services, hospital services and rehabilitation and long-term health care services), with the development and practical implementation of an integrated regulatory framework for the functional, administrative and scientific interconnection of health services at all levels of care in the light of improving the quality of health services provided, in continuing vocational training, in inter-disciplinarity, in the advanced nursing role and in maintaining patient management at the primary level, by avoiding frequent / unnecessary referrals to the hospital level. Also, health professionals, especially those working in PHC units, should work towards enhancing patient-centered care by empowering patients to actively participate, as reflected in their involvement in evaluating the services provided by evaluating their experiences.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Πίνακας Α. Αποτελέσματα συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης Για την αποτύπωση της διεθνούς εμπειρίας αναφορικά με την μέτρηση/αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Συγγραφείς	Χώρα	Σκοπός	Είδος μελέτης	Δείγμα	Εργαλεία συλλογής Δεδομένων	Βασικά Ευρήματα
Senn et al. 2019	Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία, Καναδάς	Η διερεύνηση της προσβασιμότητας των ασθενών σε υπηρεσίες ΠΦΥ	Συγχρονική μελέτη	Australia 1142, New Zealand 1106, Canada 6757	QUALICOPC	Αυστραλία: υψηλό ποσοστό ασθενών με θετική εμπειρία πρόσβασης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις υψηλότερες συγκεντρώσεις του πληθυσμού στις αστικές περιοχές, όπου οι περισσότερες από τις δομές ΠΦΥ βρίσκονταν, επομένως, λιγότερα άτομα συνολικά αντιμετώπισαν αυτό το πρόβλημα με κυρίως οικονομικά εμπόδια. Νέα Ζηλανδία: το υψηλό ποσοστό ασθενών με θετική εμπειρία πρόσβασης και παρατηρήθηκαν κυρίως οικονομικά εμπόδια. Καναδάς: Η εμπειρία πρόσβασης φαίνεται να είναι αρνητική και γεωγραφικά εμπόδια αναφέρθηκαν συχνότερα.
Georgieva, et al, 2017	Βουλγαρία	Η διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών	Συγχρονική μελέτη	1 999	QUALICOPC	Δυσκολίες στην επαφή με το προσωπικό εκτός των ωρών

		ΠΦΥ				λειτουργίας, τάσεις αγνόησης των συμβουλών των γιατρών και αυτό-παραπομπής σε νοσοκομεία και ειδικούς γιατρούς.
Thompson et al. 2016	Καναδάς	Η διερεύνηση των συμπεριφορικών χαρακτηριστικών των Καναδών ασθενών για τη λήψη υπηρεσιών ΠΦΥ για θέματα σωματικής και ψυχικής υγείας	Συγχρονική μελέτη	7260	QUALICOPC	Οι γυναίκες ανέφεραν ότι επισκέφτηκαν υπηρεσίες ΠΦΥ σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι άνδρες για προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας. Συνολικά, οι ασθενείς ήταν λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν φροντίδα για προβλήματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τα προβλήματα σωματικής υγείας. Τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες, τα αποτελέσματα των παλινδρομήσεων έδειξαν ότι η ηλικία, η πρόληψη των ασθενειών, η εμπιστοσύνη στους γιατρούς και η ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων ήταν σημαντικοί παράγοντες για την ερμηνεία των συμπεριφορών αναζήτησης υπηρεσιών ΠΦΥ για προβλήματα ψυχικής υγείας.
Premji et al. 2018.	Καναδάς	Η διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών σχετικά με την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες ΠΦΥ και η σχέση με τα χαρακτηριστικά των ασθενών.	Συγχρονική μελέτη	1698	QUALICOPC	Οι περισσότεροι ασθενείς (68%) περίμεναν περισσότερο από 1 ημέρα για το ραντεβού τους. Με μεγάλη διαφορά οι περισσότεροι (96%) δήλωσαν ότι ήταν εύκολο να

						προγραμματίσουν το ραντεβού τους και το προγραμμάτισαν για όταν το ήθελαν (87%). Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ της βαθμολογίας θετικών εμπειριών και του φύλου, της γλωσσικής ευχέρειας, του εισοδήματος, της εκπαίδευσης, της συχνότητας χρήσης του τμήματος επειγόντων περιστατικών ή της ύπαρξης χρόνιων νοσημάτων. Η υψηλότερη βαθμολογία συσχετίστηκε με την μεγαλύτερη ηλικία, την εντόπια καταγωγή/εθνικότητα, την καλύτερη αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας και την αυξημένη συχνότητα επισκέψεων σε γιατρό.
Paré-Plante et al. 2018	Καναδάς	Η διερεύνηση της προσβασιμότητας πρώτης επαφής με τις υπηρεσίες ΠΦΥ και η σχέση με τα χαρακτηριστικά των μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ	Συγχρονική μελέτη	1798	QUALICOPC	Τα χαρακτηριστικά των δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ που σχετίζονταν με την καλύτερη προσβασιμότητα πρώτης επαφής περιελάμβαναν τη δυνατότητα να έχουν ραντεβού αυθημερόν ή να επισκέπτονται την κλινική χωρίς ραντεβού, η μεγαλύτερη στελέχωση με ιατρικό προσωπικό και ο υψηλότερος αριθμός ωρών

						εργασίας από τον οικογενειακό γιατρό. Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και ο διευρυμένος νοσηλευτικός ρόλος δεν συσχετίστηκαν με βελτιωμένη προσβασιμότητα.
Ammi et al. 2017	Καναδάς	Η διερεύνηση των μηχανισμών με τους οποίους οι νοσηλευτές μπορούν να επηρεάσουν τις εμπειρίες των ασθενών με τις υπηρεσίες ΠΦΥ, εστιάζοντας στην προσβασιμότητα και την καταλληλότητα της φροντίδας	Συγχρονική μελέτη	1698	QUALICOPC	Οι πιο σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης των θετικών εμπειριών των ασθενών ήταν η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό είχε μικρότερη επιρροή από μόνο του. Οι διαφορετικοί τύποι νοσηλευτών επηρέαζαν διαφορετικές διαστάσεις προσβασιμότητας και η συσχέτιση μεταξύ των θετικών εμπειριών των ασθενών και της νοσηλευτικής στελέχωσης εξαρτιόταν από τον αριθμό των γιατρών στη δομή. Τα αποτελέσματά μας μπορούν να ενημερώσουν τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο ενίσχυσης της παροχής των υπηρεσιών ΠΦΥ, και ιδιαίτερα στο καναδικό πλαίσιο, την προσαρμογή των διεπαγγελματικών ομάδων ΠΦΥ.
Tolvanen et	Φινλανδία	Η διερεύνηση των εμπειριών των	Συγχρονική	988	QUALICOPC	Από τους 988 ασθενείς που είχαν

al. 2018		ασθενών σχετικά με την πρόσβαση σε υπηρεσίες ΠΦΥ και η ανάλυση των παραγόντων που σχετίζονται με τους χρόνους αναμονής για ραντεβού με τον γιατρό σε κέντρα υγείας της Φινλανδίας	μελέτη			κλείσει το ραντεβού τους εκ των προτέρων, το 84,9% θεώρησε ότι ήταν εύκολο να κλείσουν ραντεβού, με το 51,9% να έχει κλείσει ραντεβού μέσα σε 1 εβδομάδα. Η ηλικία και ο λόγος επαφής ήταν οι πιο σημαντικοί παράγοντες που επηρέασαν την εμπειρία των ασθενών από τον χρόνο αναμονής. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έτειναν να έχουν μεγαλύτερους χρόνους αναμονής από τους νεότερους, ακόμη και όταν ανέφεραν ασθένεια ως λόγο επαφής. Έτσι, οι χρόνοι αναμονής για ραντεβού έτειναν να παρατείνονται ιδιαίτερα για τους ηλικιωμένους και υπάρχει περιθώριο βελτίωσης στο μέλλον.
Lionis et al. 2017	Ελλάδα	Η διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα από την οπτική των ασθενών στις διάφορες διαστάσεις της	Συγχρονική μελέτη	1964	QUALICOPC	Οι ασθενείς συνολικά ανέφεραν θετικές εμπειρίες από τη δομή παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ που επισκέφτηκαν. Εντοπίστηκαν αρκετά κενά, ιδίως όσον αφορά τους χρόνους αναμονής για ραντεβού, την πρόσβαση του γενικού ιατρού στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, την παροχή προληπτικών υπηρεσιών και τη

						συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων. Οι ασθενείς με χρόνια νόσο ανέφεραν θετικότερες εμπειρίες από τη λήψη της φροντίδας σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς χρόνια πάθηση, ωστόσο αυτές οι ομάδες ασθενών αναφέρουν στον ίδιο βαθμό τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών ΠΦΥ που ήταν σημαντικά για αυτούς.
Nánási ET AL. 2021	Ουγγαρία	Η διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ουγγαρία	Συγχρονική μελέτη	2149	QUALICOPC	Οι ασθενείς χαμηλότερης εκπαιδευτικής βαθμίδας και οι γυναίκες επισκέπτονταν συχνότερα τις δομές ΠΦΥ και συμβουλευόνταν συχνότερα και άλλους γιατρούς. Οι άνδρες, τα ηλικιωμένα άτομα και τα άτομα δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ανέφεραν συχνότερα χρόνιες νοσηρότητες. Οι ασθενείς τριτοβάθμια εκπαίδευσης προτιμούσαν περισσότερες ώρες λειτουργίας.
Eide et al. 2020, Eide et al. 2021.	Ισλανδία Δανία, Νορβηγία, Φινλανδία, Σουηδία	Η διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών για τις διάφορες διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ	Συγχρονική μελέτη	707 - 209 Danish, 175 Norwegian, 129 Finnish, 112 Swedish	QUALICOPC	Το 90 % ή περισσότεροι των ασθενών σε κάθε χώρα αξιολόγησαν την επικοινωνία με τον γενικό ιατρό, τη συμμετοχή των ασθενών και την

				and 82 Icelandic patients		πληρότητα/περιεκτικότητα της φροντίδας ως σημαντικές ή πολύ σημαντικές. Κανένα στοιχείο σχετικά με την προσβασιμότητα ή τη συνέχεια της φροντίδας δεν ξεπέρασε το όριο του 90% σε όλες τις χώρες. Το στοιχείο που βαθμολογήθηκε πιο συχνά ως πολύ σημαντικό ήταν «Καταλαβαίνω τι εξηγεί ο γιατρός». Οι γυναίκες ασθενείς είχαν περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες (OR=2,9; 95%CI 1,5-5,5) να εκτιμήσουν θετικά ότι ο γιατρός τους αντιμετωπίζει ως άτομο και όχι απλώς ως ιατρικό πρόβλημα και επίσης ότι λαμβάνουν οδηγίες σχετικά με το τι πρέπει να κάνουν εάν τα πράγματα πήγαιναν στραβά (OR=1,7; 1,2-2,2). Οι ηλικιωμένοι ασθενείς >65 ετών έδιναν λιγότερη έμφαση από τους ασθενείς ηλικίας <35 για το εάν ο γιατρός τους παίρνει στα σοβαρά (OR=0,4; 0,3-0,5) και επίσης στη σημασία της λήψης οδηγιών για το τι πρέπει να κάνουν εάν κάτι πάει στραβά (OR=0,5; 0,4-0,7). Οι ασθενείς με χρόνια νόσο ανησυχούσαν λιγότερο (OR=0,6; 0,4-0,8) για τη λήψη
--	--	--	--	---------------------------	--	---

						οδηγιών, αλλά εκτιμούσαν θετικά ότι ο γιατρός γνωρίζει πότε πρέπει να τους παραπέμψει (OR=2,2; 1,5-3,3). Συμπέρασμα: Οι ασθενείς σε όλες τις χώρες απέδωσαν μεγάλη αξία στην καλή επικοινωνία. Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ κρίθηκε σημαντική, αλλά ήταν δευτερεύουσα σε σχέση με την καλή επικοινωνία - εκτιμούσαν την καλή επικοινωνία και τη συμμετοχή στις αποφάσεις υψηλότερα από την προσβασιμότητα στη φροντίδα. Συνέπειες: Το οργανωτικό πλαίσιο για την ΠΦΥ πρέπει να επιτρέπει την βέλτιστη ποιότητα επικοινωνίας καθώς και τη προσβασιμότητα των υπηρεσιών. Η προσέγγιση της μοναδικής εστίασης στην πρόσβαση στη φροντίδα κατά την ανάπτυξη των υπηρεσιών μπορεί να μην είναι σύμφωνη με τις προτιμήσεις των ασθενών.
Pullicino et al. 2015	Μάλτα	Η διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών σε σχέση με τις δημόσιες και ιδιωτικές δομές παροχής	Συγχρονική μελέτη	700	QUALICOPC	Οι ασθενείς που επισκέπτονταν ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ ήταν πιο πιθανό

		υπηρεσιών ΠΦΥ στη Μάλτα				να είναι γυναίκες με υψηλότερο μέσο εισόδημα. Οι φοιτητές, τα άτομα που ασχολούνταν με τα οικιακά και οι άνεργοι συνήθιζαν να χρησιμοποιούν τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Οι ασθενείς που είχαν επισκεφτεί τον ιδιωτικό ιατρό ανέφεραν θετικότερες εμπειρίες αναφορικά με τη «Συνέχεια της Φροντίδας» και την «Ολοκληρωμένη Φροντίδα» με πιο αρνητικές εμπειρίες αναφορικά με τη διάσταση της «Προσβασιμότητας». Η προσαρμογή για την ηλικία, το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο και τη γεωγραφική περιοχή, μείωσε τη διαφορά, αν και όσοι επισκέφτηκαν τις ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ εξακολουθούσαν να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες αναφορικά με την συνέχειας της φροντίδας, την εφαρμογή μιας βιο-ψυχοκοινωνικής προσέγγισης και σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες αναφορικά με τη διάσταση της «Προσβασιμότητας». Μετά την προσαρμογή για την
--	--	-------------------------	--	--	--	---

						ηλικία, το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο και τις γεωγραφικές περιοχές, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην αναφερόμενη βελτίωση της κατάστασης της υγείας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ.
Eide et al. 2018	Νορβηγία	Η διερεύνηση των εμπειριών και προσδοκιών των ασθενών από τις υπηρεσίες ΠΦΥ	Συγχρονική μελέτη	1529	QUALICOPC	Οι ηλικιωμένοι ασθενείς (ηλικίας >65 ετών) θεώρησαν πιο σημαντικό από τους νεότερους ασθενείς να επισκέπτονται γιατρό παρουσία ιατρικών συμπτωμάτων και, για πολλά κοινά προβλήματα υγείας, ήταν λιγότερο πιθανό για τους άνδρες να επισκεφτούν το γιατρό τους σε σχέση με τις γυναίκες.
Eide et al. 2016	Νορβηγία	Η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι οργανωτικοί παράγοντες των δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και τα χαρακτηριστικά του υγειονομικού προσωπικού σχετίζονται με τις εμπειρίες των ασθενών	Συγχρονική μελέτη	1529	QUALICOPC	Οι ασθενείς ανέφεραν γενικές θετικές εμπειρίες από την επίσκεψή τους σε δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και ειδικότερα αναφορικά με τη διάσταση της επικοινωνίας και των διαπροσωπικών σχέσεων όταν ο ιατρός είχε λίστα αναμονής ασθενών μεσαίου μεγέθους. Οι ασθενείς που έλαβαν φροντίδα από γενικό ιατρό με

						μικρή λίστα αναμονής είχαν λιγότερες πιθανότητες να θεωρήσουν τον γιατρό τους ως ευγενικό (OR=0,2; 0,1-0,7), να αναφέρουν ότι ο γιατρός τους έκανε ερωτήσεις σχετικά με τα προβλήματα της υγείας τους (OR=0,6; 0,4-1,0), ότι ο γιατρός τους αφιέρωσε αρκετό χρόνο (OR=0,5; 0,3-0,9), και μεγαλύτερες πιθανότητες να αισθάνονται ότι θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν καλύτερα το πρόβλημά τους μετά την επίσκεψη τους (OR=0,5; 0,3-0,9) και να αισθάνονται ότι ο γιατρός τους σχεδόν δεν τους κοίταζε ενώ μιλούσαν (OR 1,8; 1,0-3,0). Δεν βρέθηκε συσχέτιση της βαθμολογίας των εμπειριών με τη μέση χρονική διάρκεια των επισκέψεων, είτε ο γενικός ιατρός αμειβόταν με αμοιβή κατά πράξη ή κατά κεφαλήν.
Oleszczyk et al. 2017	Πολωνία	Η διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών και τα επίπεδα ικανοποίησής τους με τη διαδικασία και τα αποτελέσματα της φροντίδας που παρέχεται από δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στην Πολωνία και	Συγχρονική μελέτη	1980	QUALICOPC	Οι διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας που αξιολογήθηκαν ως περισσότερο σημαντικές ήταν η ισότητα και η προσβασιμότητα στη φροντίδα. Ο συντονισμός και η πληρότητα/περιεκτικότητα της

		των χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών				φροντίδας αξιολογήθηκαν σχετικά χειρότερα. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών και των γιατρών τους είχαν περιορισμένη επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών και στη βελτίωση των εμπειριών τους από τη λήψη υπηρεσιών ΠΦΥ.
Zimlichman et al., 2004	Ισραήλ	Η διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών σε δομές ΠΦΥ των ενόπλων δυνάμεων.	Συγχρονική μελέτη	5103	Ερωτηματολόγιο	Οι ασθενείς ανέφεραν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των υποδομών και χαμηλά αναφορικά με την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες. Η προσβασιμότητα ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας για την ικανοποίηση των ασθενών.
Singh, Mustapha, & Haqq, 1996	Τρινιντάντ και Τομπάγκο	Ο προσδιορισμός των βασικών χαρακτηριστικών των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ και των αντιλήψεων τους για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.	Συγχρονική μελέτη	1451	Δομημένες συνεντεύξεις	Οι χρήστες περιελάμβαναν έναν δυσανάλογα υψηλό αριθμό ατόμων από τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές κατηγορίες του πληθυσμού. Η αυξημένη βαθμολογία θετικών εμπειριών σχετίζονταν με την μεγάλη ηλικία. Η βαθμολογία θετικών εμπειριών από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ήταν υψηλότερη σε σχέση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.
Calnan et al., 1994	Αγγλία, Ελλάδα,	Η διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών από τις διάφορες	Συγχρονική μελέτη	2489	Ερωτηματολόγιο	Οι ασθενείς ανέφεραν θετικές εμπειρίες από την ποιότητα της

	Γιουγκοσλαβία, ΕΣΣΔ	διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ.				σχέσης γιατρού-ασθενούς και τις δεξιότητες του γιατρού.
Omar Owaidh et al., 2018	Σαουδική Αραβία	Η διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών από τις διάφορες διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ.	Συγχρονική μελέτη	303	Ερωτηματολόγιο, συνεντεύξεις από αναλφάβητα άτομα	Οι άνδρες και το ανώτερο μορφωτικό επίπεδο συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Οι ασθενείς ανέφεραν αρνητικές εμπειρίες από τη διάσταση της επικοινωνίας.
Freilich, Wiking, Nilsson, & Olsson, 2019	Σουηδία	Η διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών από τις διάφορες διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ.	Συγχρονική μελέτη	298	Ερωτηματολόγιο	Αναφέρθηκαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από όλες τις διαστάσεις
Alrasheedi, AL-Mohaithef, Edrees, & Chandramohan, 2019	Σαουδική Αραβία	Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των χρόνων αναμονής και της ικανοποίησης των ασθενών	Συγχρονική μελέτη	850	Ερωτηματολόγιο	Ανάγκη για σύγχρονη τεχνολογία, επάρκεια προσωπικού και φιλικές προς τον ασθενή μεθόδους για τη μείωση του χρόνου αναμονής.
AlOmar et al., 2021	Σαουδική Αραβία	Η διερεύνηση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τις δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ.	Συγχρονική μελέτη	403	Ερωτηματολόγιο	Αναφέρθηκαν συχνότερα οργανωτικά κοινωνικοοικονομικά εμπόδια. Το γυναικείο φύλο, η υψηλή μόρφωση, και οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ασθενούς-γιατρού ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για τη χαμηλή συνολική ικανοποίηση.
Fan, Burman,	ΗΠΑ	Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών	Συγχρονική μελέτη	21689	SOSQ	Η συνέχεια της φροντίδας σχετιζόταν θετικά με την

McDonell, & Fihn, 2005		ΠΦΥ.				μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών.
Weinhold & Gurtner, 2018	Γερμανία	Ο εντοπισμός των ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦΥ μεταξύ της περιφέρειας και των αστικών κέντρων.	Συγχρονική μελέτη	Κάτοικοι αστικών περιοχών με διαθεσιμότητα υπηρεσιών και φτωχών αγροτικών περιοχών	Ερωτηματολόγιο	Οι ισχυρότεροι καθοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης σχετίζονταν με δομικές πτυχές αλλά και με την ποιότητα της σχέσης γιατρού-ασθενούς. Η έλλειψη διαθεσιμότητας των υπηρεσιών και οι μεγαλύτερες γεωγραφικές αποστάσεις παρέχουν πιθανές εξηγήσεις για τα αποτελέσματα.
Dimitrievska & Tomovska Misoska, 2020	Σκόπια	Η διερεύνηση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών και η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ.	Συγχρονική μελέτη	451	Ερωτηματολόγιο	Χαμηλή συνολική ικανοποίηση, μειωμένη προσβασιμότητα
Adepoju, Opafunso, & Ajayi, 2018	Νιγηρία	Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών και της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες ΠΦΥ	Συγχρονική μελέτη	239	SERVQUAL	Οι χρήστες υπηρεσιών ΠΦΥ δεν είχαν θετικές εμπειρίες αναφορικά με τις διαστάσεις που αξιολογήθηκαν (σιγουριά, αξιοπιστία, απτά στοιχεία, ενσυναίσθηση και ανταποκρισιμότητα). Η διοίκηση των δομών ΠΦΥ θα πρέπει να εργαστεί για τη μείωση του χρόνου που περνούν οι ασθενείς στις εγκαταστάσεις τους και για την απόκτηση σύγχρονου εξοπλισμού.
Okeke et al.,	Νιγηρία	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ	Συγχρονική	500	Ερωτηματολόγιο	Χαρακτηριστικά των ασθενών

2020		των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και της ικανοποίησης των πελατών από τις υπηρεσίες ΠΦΥ.	μελέτη		ο	όπως το χαμηλό εισόδημα και το υψηλό επίπεδο αλφαριθμητισμού είχαν μια σημαντική αρνητική σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ.
Udonwa, Gyuse, Etokidem, & Ogaji, 2010	Νιγηρία	Η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες εμβολιασμού σε δομές ΠΦΥ.	Συγχρονική μελέτη	402	Ημι-δομημένο ερωτηματολόγι ο	Η ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών εμβολιασμού ήταν χαμηλή λόγω της κακής στάση των παρόχων της φροντίδας, του μεγάλου χρόνου αναμονής και της έλλειψης σεβασμός στα δικαιώματα των ασθενών

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Πίνακας Β. Αποτελέσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τις διαστάσεις της φροντίδας στην ΠΦΥ υπό το πρίσμα της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας (Ελληνικά δεδομένα)

Συγγραφείς	Σκοπός μελέτης	Δείγμα μελέτης	Παράμετροι φροντίδας σχετικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας	Αποτελέσματα
Aletras et al. 2006	Ανάπτυξη ερωτηματολογίου διερεύνησης της ικανοποίησης των ασθενών	385 εξωνοσοκομειακοί ασθενείς	Διάρκεια εξέτασης, Σεβασμός στην ιδιωτικότητα του ασθενούς, Σεβασμός - στάση απέναντι στον ασθενή, Προθυμία ακρόασης των αναγκών του ασθενούς από τον ιατρό, Πληροφόρηση σχετικά με την υγεία, Επιδεξιότητα ιατρού, Παροχή διευκρινήσεων για τη θεραπεία, Ευχέρεια προγραμματισμού ραντεβού, Συμπεριφορά του ατόμου έναντι χρήσης της εφαρμογής, Εξωτερική σήμανση, Καθαριότητα χώρου αναμονής, Άνετοι χώροι αναμονής, Άνετη αίθουσα εξέτασης, Επιλογή χρόνου ραντεβού, Χρόνος αναμονής για επίσκεψη στην κλινική	Το μέσο συνολικό σκορ ικανοποίησης των ασθενών ήταν ίσο με 75,5 δηλ. οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι, αλλά όχι πολύ ικανοποιημένοι με τις παρεχόμενες εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες των νοσοκομείων Υψηλότερα σκορ (επίπεδο ικανοποίησης) για: ιατρική εξέταση από τον ιατρό (80,53), το νοσοκομειακό περιβάλλον (80,27) και τη συνολική εμπειρία κατά τη διάρκεια των ακτινολογικών και εργαστηριακών εξετάσεων (78,41). Χαμηλότερα σκορ (επίπεδο ικανοποίησης) για: την άνεση των χώρων (70,24), τη χρονική διάσταση της διαδικασίας κράτησης ραντεβού για τις εξωτερικές κλινικές (67,82) και τις ακτινολογικές-εργαστηριακές εξετάσεις (68,35) Η ηλικία συσχετίστηκε θετικά με τη διάσταση της άνεσης. Καλύτερο επίπεδο υγείας σχετίστηκε με

				υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης για όλες τις παραμέτρους.
Anagnostopoulos et al. 2012	Διερεύνηση της επίδρασης της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρού στην ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με την παρεχόμενη συμβουλευτική σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.	30 ιατροί και 300 ασθενείς σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.	Η αντιλαμβανόμενη διάρκεια του χρόνου παροχής συμβουλευτικής, το επίπεδο εμπάθνσης της σχέσης και η ποιότητα της παρεχόμενης επαγγελματικής φροντίδας	Ασθενείς που παρακολουθούνταν από θεράποντες ιατρούς με υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης και απο-προσωποποίησης είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης (χαμηλότερα σκορ), συγκριτικά με τους ασθενείς των ιατρών με χαμηλότερα σχετικά σκορ, αντίστοιχα. Η ικανοποίηση των ασθενών σχετίστηκε σημαντικά με τη βιούμενη συναισθηματική εξάντληση του ιατρού ($r=-0,636$, $p<0,01$) και το αίσθημα απώλειας της προσωπικής ταυτότητας του ιατρού ($r=-0,541$, $p<0,01$). Ποσοστό 34,4% εκ της συνολικής μεταβλητότητας της ικανοποίησης των ασθενών προέκυψε στο επίπεδο του ιατρού, έπειτα από σχετική προσαρμογή για τα χαρακτηριστικά των ασθενών.
Lionis et al. 2017	Εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.	220 γενικοί ιατροί και 2.183 ασθενείς	Προσβασιμότητα, συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας, περιεκτικότητα, κινητοποίηση των ασθενών και επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή.	Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η κράτηση ραντεβού ήταν εύκολη και ένιωσαν ότι ο ιατρός τους αφιέρωσε αρκετό χρόνο, ενώ περίπου 1 στους 4 ανέφερε ότι το γραφείο του ιατρού δεν ήταν προσβάσιμο το απόγευμα ή το Σαββατοκύριακο Σχεδόν το 50% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ο γενικός ιατρός είχε διαθέσιμο το

				ιατρικό τους ιστορικό, έτσι ώστε να υπάρξει δυνατότητα παραπομπής σε ειδικό ιατρό, όταν αυτό ήταν σκόπιμο μέσω του γενικού ιατρού και ότι έλαβαν συμβουλές σχετικά με τον τρόπο ζωής. Διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών με κάποιο χρόνιο νόσημα και των ασθενών άνευ χρόνιας νόσου, δηλαδή οι ασθενείς με χρόνια νόσο είχαν περισσότερες πιθανότητες να λαμβάνουν συμβουλές σχετικά με παραμέτρους διατήρησης καλής κατάστασης της υγείας τους, σε σύγκριση με τους ασθενείς άνευ χρόνιας νόσου ($p<0,0001$). Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ότι ο γενικός ιατρός ήταν ευγενικός και οι ασθενείς άκουγε με προσοχή καθ' όλη τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης. Περίπου 3 στους 4 ερωτηθέντες ανέφεραν ότι ο γενικός ιατρός τους ρώτησε σχετικά με άλλα προβλήματα πέραν από αυτά για τα οποία προσήλθαν στην κλινική, ενώ παράλληλα έλαβε υπ' όψιν τη γνώμη τους στην τελική εκλογή του θεραπευτικού σχήματος, ενώ 81% δήλωσαν ότι ο γενικός ιατρός ήταν αρκετά υποστηρικτικός στη συζήτηση των προσωπικών τους προβλημάτων και ανησυχιών.
--	--	--	--	--

Pini et al. 2014	Εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με τις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από δομές εξω νοσοκομειακής φροντίδας.	189 ασθενείς (εκ των οποίων 100 επισκέφθηκαν πρωινό τμήμα και οι 89 απογευματινό τμήμα)	Προγραμματισμός των ραντεβού, προσβασιμότητα, αναμονή για εξέταση και ποιότητα ιατρικής εξέτασης.	Οι εξωτερικοί ασθενείς που επισκέφθηκαν το απόγευμα την κλινική είχαν σημαντικά υψηλότερα σκορ ικανοποίησης, συγκριτικά με τους εξωτερικούς ασθενείς που επισκέφθηκαν το πρωί την κλινική. Το 94,4% χρειάστηκε να περιμένει λιγότερο κατά 1 μήνα για το ραντεβού, έπειτα από την αρχική κράτηση ραντεβού, σε σύγκριση με το πρωινό τμήμα της κλινικής, όπου η λίστα αναμονής των εξωτερικών ασθενών ήταν σημαντικά υψηλότερη - ικανοποίηση ασθενών αντιστοιχούσε στο 58%. Σημαντικό ποσοστό των ασθενών περίμενε στις πρωινές κλινικές για διάστημα 30-59 λεπτών ή περισσότερο από μία ώρα (22,0% και 18,0%, αντίστοιχα) για να εξεταστούν, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τις απογευματινές κλινικές ήταν 15,6% και 4,4%. Η χρονική διάρκεια εξέτασης κυμαινόταν συνήθως από 11 έως 20 λεπτά (34,4%) ή από 21 έως 30 λεπτά (33,3%). Ενώ, ο συνήθης χρόνος εξέτασης στις πρωινές κλινικές κυμάνθηκε από 6 έως 10 λεπτά (48,0%) ή από 11 έως 20 λεπτά (36,0%). Το σκορ ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με την καθαριότητα των χώρων ήταν σημαντικά
------------------	---	---	---	--

				υψηλότερο για τους ασθενείς που προσήλθαν στα απογευματινά ιατρεία, συγκριτικά με τους ασθενείς που προσήλθαν στις πρωινές κλινικές. Αναφορικά με την εμπιστοσύνη των ασθενών στις δομές εξωνοσοκομειακής φροντίδας, την παρεχόμενη φροντίδα από τους ιατρούς, τις δεξιότητες των ιατρών και την επιστημονική τους συνάφεια, η μελέτη έδειξε υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης στις απογευματινές κλινικές (αλλά όχι σημαντικά διαφορετικά).
Pierrakos et al. 2015	Εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε εξωτερικά τμήματα Ελληνικών νοσημάτων νοσοκομείων.	437 ασθενείς	Διαπροσωπική ποιότητα και τεχνική ποιότητα (ικανοποίηση από την παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας), περιβαλλοντική και διοικητική ποιότητα (εγκαταστάσεις, χρόνοι αναμονής και χρόνοι εξέτασης, κόστος υπηρεσιών), συνολική ικανοποίηση των ασθενών, πρόθεση για μελλοντική χρήση.	Στατιστικά σημαντική διαφορά ($p \leq 0,001$) βρέθηκε μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών μετά την εξέταση ($3,6 \pm 0,9$) σε σύγκριση με την ικανοποίησή τους πριν από αυτήν ($3,4 \pm 0,9$). Ο μέσος βαθμός ικανοποίησης για την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα ήταν $3,8 \pm 0,8$ και για την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ήταν $3,4 \pm 0,9$. Τα αποτελέσματα για τις διοικητικές υπηρεσίες ($3,3 \pm 0,8$) και για το περιβάλλον του νοσοκομείου ήταν όμοια ($3,4 \pm 0,9$). Η γενική ικανοποίηση των ασθενών με τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται είτε στις πρωινές ($3,6 \pm 0,9$) είτε στις απογευματινές κλινικές ($3,7 \pm 0,9$) δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,225$).

				Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που επισκέφθηκαν τόσο πρωινές, όσο και απογευματινές κλινικές ικανοποιήθηκαν στον ίδιο βαθμό με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα που έλαβαν (δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά δηλ. $p = 0,677$ και $p = 0,193$, αντίστοιχα). Το δείγμα, στο σύνολό του, βίωσε αναμονή 30 ημερών από τη στιγμή του προγραμματισμού του ραντεβού μέχρι την ημέρα του ραντεβού με τον ιατρό. Ο χρόνος αναμονής σε κλινικές εξωτερικών ασθενών για ολόκληρο το δείγμα ήταν 45 λεπτά από τον προκαθορισμένο χρόνο έως ότου ο ασθενής επισκεφθεί τον ιατρό. Ωστόσο, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του χρόνου αναμονής μεταξύ των ασθενών που προσήλθαν στις πρωινές εξωτερικές κλινικές (50 λεπτά), σε σύγκριση με εκείνους που προσήλθαν στις απογευματινές κλινικές (35 λεπτά) ($p \leq 0.05$).
Frengidou et al. 2017	Διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες από την επαρχιακή δομή εξωνοσοκομειακής	181 ασθενείς ηλικίας ≥ 18 ετών	Αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με το χρόνο αναμονής για προγραμματισμό ραντεβού και ιατρική εξέταση, αντιλήψεις ασθενών για την ιατρική εξέταση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας	Το συνολικό σκορ ικανοποίησης ήταν σχετικά χαμηλό (48,6%). Η έγγαμη κατάσταση συσχετίστηκε σημαντικά με το σκορ ικανοποίησης αναφορικά με το χρόνο αναμονής για προγραμματισμό ραντεβού και κλινική

	φροντίδας			εξέταση. Οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ανέφεραν χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ιατρών. Η σύντομη διάρκεια της συμβουλευτικής θεωρήθηκε ως ένα από τα πιο βασικά προβληματικά ζητήματα, σχετικά με την ποιότητα των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών που παρέχονται από τη μονάδα πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας του ΠΕΔΥ στο Κιλκίς.
--	-----------	--	--	---

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Πίνακας Γ. Βιβλιογραφική ανασκόπηση των εργαλείων μέτρησης των εμπειριών των ασθενών σε διεθνές επίπεδο

Συγγραφείς	Χώρα/-ες	Δομές	Δείγμα μελέτης	Ερωτηματολόγια	Αριθμός ερωτήσεων	Διαστάσεις
Steine et al. 2001	Νορβηγία	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	1.752	Patient Experience Questionnaire (PEQ)	18	5 διαστάσεις -Επικοινωνία -Συναισθήματα -Βραχυπρόθεσμη έκβαση -Εμπόδια -Σχέσεις με βοηθητικό προσωπικό
Schafer et al. 2013 Schafer et al. 2011	31 Ευρωπαϊκές χώρες	Εμπειρίες σχετικά με γενικούς ιατρούς σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας	75.000 (περίπου)	Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC)	41	5 διαστάσεις -Προσβασιμότητα -Συνέχεια και συντονισμός -Περιεκτικότητα της φροντίδας -Κινητοποίηση του ασθενούς -Επικοινωνία μεταξύ ιατρού - ασθενούς
NIVEL	Ολλανδία	Εμπειρίες σχετικά με γενικούς ιατρούς σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας		Patient Reported Experience Measure (PREM), Primary care	13	Καμία διάσταση <i>10 ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες από τους γενικούς ιατρούς σε μια κλίμακα Likert 1 γενικά βαθμολογούμενη ερώτηση (απάντηση: 0 έως 10)</i> -Θα συνιστούσατε τον συγκεκριμένο γενικό ιατρό σε άτομα της γειτονιάς σας;
NIVEL	Ολλανδία	Μακροχρόνια φροντίδα		Patient Reported Experience Measure (PREM), Chronic	19	Καμία διάσταση <i>12 ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες από την παρεχόμενη φροντίδα σε μια κλίμακα Likert</i>

				care		4 ερωτήσεις σχετικά με τις συνέπειες των χρόνιων νοσημάτων 1 γενικά βαθμολογούμενη ερώτηση (απάντηση: 0 έως 10) - Θα συνιστούσατε τον συγκεκριμένο πάροχο φροντίδας σε άλλα άτομα με χρόνια νόσο;
NIVEL	Ολλανδία	Εμπειρίες σχετικά με γενικούς/οικογενειακούς ιατρούς σε δομές παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας		Primary care evaluation tool P3	19	Καμία διάσταση 2 ερωτήσεις με 17 διαστάσεις σχετικά με κέντρο υγείας (απαντήσεις σε μια κλίμακα Likert) 2 ερωτήσεις με 15 διαστάσεις σχετικά με κέντρο υγείας (απαντήσεις σε μια κλίμακα Likert)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

Έντυπο Ενημερωμένης Συναίνεσης/Συγκατάθεσης (Ομάδες Εστίασης)

«Συμμετοχή σε ομάδα εστίασης για τη διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών/χρηστών των με υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών»

1. Επιβεβαιώνω ότι έχω κατανοήσει τον στόχο της μελέτης. ☐
2. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος να αποσυρθώ ανά πάσα στιγμή. ☐
3. Συμφωνώ να λάβω μέρος στην μελέτη αυτή. ☐
4. Συμφωνώ να ηχογραφηθεί η ομάδα εστίασης. ☐
5. Κατανοώ ότι τα προσωπικά μου δεδομένα είναι εμπιστευτικά. ☐

Όνομα Συμμετέχοντος.....

Υπογραφή Συμμετέχοντος.....

Ημερομηνία.....

Όνομα του ατόμου που συναινεί.....

Υπογραφή του ατόμου που συναινεί.....

Ημερομηνία.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε

Έντυπο Ενημερωμένης Συναίνεσης/Συγκατάθεσης (πilotική μελέτη και μελέτη ευρείας κλίμακας)

Έντυπο Ενημερωμένης Συναίνεσης/Συγκατάθεσης

Τίτλος της έρευνας: «Διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών/χρηστών των με υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών»

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Επιβεβαιώνω ότι κατάλαβα τον σκοπό αυτής της έρευνας. | ☐ |
| 2. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου σε αυτήν την έρευνα είναι εθελοντική. | ☐ |
| 3. Συμφωνώ να συμμετάσχω στην παραπάνω έρευνα. | ☐ |
| 4. Κατανοώ ότι τηρείται η πλήρης εμπιστευτικότητα των δεδομένων μου. | ☐ |

Πληροφορίες Συμμετέχοντος:

Όνομα:

Υπογραφή:..... Ημερομηνία:

Επαγγελματίας Υγείας υπεύθυνος για την έρευνα/Υπεύθυνος της δομής

Όνομα:

Υπογραφή:..... Ημερομηνία:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ

Ενημερωτική Επιστολή

Αγαπητέ χρήστη των υπηρεσιών υγείας,

Συμπληρώνοντας αυτό το ερωτηματολόγιο θα καταγραφούν οι εμπειρίες σας από τη χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή αυτές που λαμβάνετε από τις μονάδες υγείας TOMY, τα Κέντρα Υγείας και τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων. Σκοπός είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών από τη συγκεκριμένη μονάδα υγείας και η εξαγωγή τεκμηριωμένων πληροφοριών σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών προς τη διοίκησή της. Οι εμπειρίες σας είναι σημαντικές για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών από την πλευρά των ασθενών.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη. Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Τα δεδομένα θα ομαδοποιηθούν και δεν θα είναι δυνατό να αποκαλυφθεί η ταυτότητά σας σε κανένα από τα εμπλεκόμενα μέρη, ακόμη και στους ίδιους τους ερευνητές.

Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση αυτής της μελέτης. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζετε ότι συμπληρώνετε αυτό το ερωτηματολόγιο μόνο αφού ολοκληρώσετε την επίσκεψή σας σε αυτήν τη μονάδα ΠΦΥ, εάν είστε ενήλικας (άνω των 18 ετών) και χρήστης των υπηρεσιών που παρέχει αυτή η μονάδα. Τέλος, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις σύμφωνα με τις οδηγίες που καθορίζονται κάθε φορά. Χρειάζονται περίπου δεκαπέντε (15) λεπτά για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

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

Υπεύθυνος δομής ΠΦΥ

Όνομα:

(Υπογραφή)

Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο και τη συνεργασία σας!

Μονάδα Υγείας: (ΔΕΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ)

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Η

Ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση των εμπειριών των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ToMY)

Αν απαντάτε σε αυτό το ερωτηματολόγιο ως γονέας παιδιού για το οποίο επισκεφτήκατε σήμερα την ΤοMY, παρακαλώ επιλέξτε το διπλανό κουτάκι βάζοντας ένα ✓

Γονέας

☐

Επιλέξτε την απάντηση που θέλετε βάζοντας ένα ✓ μέσα στο κουτάκι

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

☐ Άνδρας

☐ Γυναίκα

2. Ποιο είναι το έτος γέννησής σας;

--	--	--	--

3. Ποια είναι η εθνικότητά σας;

☐ Ελληνική

☐ Άλλη (Παρακαλώ προσδιορίστε:)

4. Ποιό είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

☐ Μερικές τάξεις του Δημοτικού

☐ Απόφοιτος-η Δημοτικού

☐ Απόφοιτος-η Γυμνασίου

☐ Απόφοιτος-η Λυκείου

☐ Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (IEK, ΔIEK, Τεχνική σχολή κ.λπ.)

☐ Απόφοιτος-η AEI/TEI

☐ Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού

5. Αναφορικά με την ασφάλισή σας: (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

☐ Είμαι ασφαλισμένος-η στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης

☐ Έχω ιδιωτική ασφάλιση

☐ Είμαι ανασφάλιστος-η

6. Έχετε πιστοποιημένη αναπηρία άνω του 67%;

☐ Ναι

☐ Όχι

7. Πως θα περιγράφατε τη γενική κατάσταση της υγείας σας;
- ☐ Πολύ κακή
- ☐ Κακή
- ☐ Μέτρια
- ☐ Καλή
- ☐ Πολύ καλή
8. Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα,(νόσημα που το έχετε για περισσότερο από ένα χρόνο)
- ☐ Όχι
- ☐ Ναι, από ένα
- ☐ Ναι, από δύο
- ☐ Ναι, από τρία ή περισσότερα
- ☐ Δεν γνωρίζω
9. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, πόσο συχνά επισκεφτήκατε αυτήν την ΤοΜΥ;
- ☐ Αυτή είναι η πρώτη φορά
- ☐ 2 έως 4 φορές
- ☐ 5 φορές ή περισσότερες
- ☐ Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι
10. Έχετε εγγραφεί σε Οικογενειακό ιατρό;
- ☐ Ναι, σε αυτήν την ΤοΜΥ
- ☐ Ναι, σε άλλη δημόσια δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (π.χ. Κέντρο Υγείας κλπ)
- ☐ Ναι, σε συμβεβλημένο ιδιώτη ιατρό
- ☐ Όχι
11. Με ποιούς από τους παρακάτω επαγγελματίες υγείας ήρθατε σε επαφή σήμερα; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερους από έναν)

Γενικό ιατρό/Παθολόγο	
Παιδίατρο	
Κοινωνική/ό Λειτουργό	
Νοσηλεύτρια/ή	
Επισκέπτρια/η υγείας	

12. Ποιός είναι ο λόγος της σημερινής σας επίσκεψής στην ΤοΜΥ; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερους από έναν)

- ☐ Ασθένεια/αδιαθεσία
- ☐ Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)
- ☐ Συνταγογράφηση φαρμάκων
- ☐ Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις
- ☐ Παραπομπή από άλλον ιατρό/άλλη μονάδα υγείας/άλλη υπηρεσία (πχ σχολείο, εργασιακό χώρο κτλ.)
- ☐ Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση
- ☐ Συμβουλευτική υποστήριξη (π.χ. διατροφή, διακοπή καπνίσματος)
- ☐ Εμβολιασμός
- ☐ Χρήση Κοινωνικών Υπηρεσιών
- ☐ Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε:.....)

13. Προγραμματίσατε ραντεβού για αυτή την επίσκεψη;

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

14. Πώς προγραμματίσατε το ραντεβού;

- ☐ Με επίσκεψη στην ΤοΜΥ
- ☐ Τηλεφωνικά στην ΤοΜΥ
- ☐ Απευθείας με τον/την ιατρό
- ☐ Μέσω του διαδικτύου (rdv.healthnet.gr)
- ☐ Δεν ξέρω, κάποιος άλλος μου το προγραμμάτισε

15. Πόσες ημέρες μεσολάβησαν από τη δημιουργία ανάγκης επίσκεψής έως την πραγματοποίησή της;

- ☐ Καμία, εξυπηρετήθηκα αυθημερόν
- ☐ Μία (1) ημέρα
- ☐ Από 2 έως 7 ημέρες
- ☐ Από 8 έως 30 ημέρες
- ☐ Περισσότερες από 30 ημέρες
- ☐ Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

16. Πόση ώρα μεσολάβησε από την προγραμματισμένη ώρα επίσκεψης μέχρι να σας δει ο/η ιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας;

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

17. Ο/η ιατρός σας παρέπεμψε αλλού; (σε περίπτωση που επιλέξατε «Όχι», παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 19)

- ☐ Ναι
☐ Όχι

18. Ο/η ιατρός σας παρέπεμψε σε:

- ☐ Άλλο επαγγελματία υγείας στην ΤοΜΥ
☐ Ιατρό ειδικότητας
☐ Κέντρο Υγείας
☐ Διαγνωστικό Κέντρο
☐ Νοσοκομείο

19. Ο/η ιατρός σας συνταγογράφησε:

- ☐ Ναι
☐ Όχι

20. Αν ναι, σας συνταγογράφησε (μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απαντήσεις):

- ☐ Φαρμακευτική Αγωγή
☐ Διαγνωστικές Εξετάσεις
☐ Αναλώσιμο Υγειονομικό Υλικό (π.χ. επιθέματα, σύριγγες-συσκευές χορήγησης ινσουλίνης, ταινίες κλπ)

21. Στην περίπτωση που ο/η ιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας σας παρέπεμψε αλλού, η πληροφόρηση/καθοδήγηση που σας παρείχε ήταν επαρκής (π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής).

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

22. Σήμερα σας είδε άλλος-η επαγγελματίας υγείας χωρίς να σας δει ιατρός σε αυτήν τη ΤοΜΥ;

- ☐ Ναι
☐ Όχι

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

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

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	1	2	3	4	5
23. Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό					
24. Αυτή η ΤοΜΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου					
25. Ήταν εύκολο να προγραμματίσω το ραντεβού					
26. Ο/η ιατρός με ρώτησε για το ιατρικό ιστορικό μου					
27. Ο/η ιατρός μου έδωσε φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι ιατροί					
28. Ο/η ιατρός με ρώτησε για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν					
29. Ο/η ιατρός, μου παρείχε συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)					
30. Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου					
31. Ο/η ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά τυχόν προτεινόμενους τρόπους θεραπείας					
32. Ο/η ιατρός ήταν ευγενικός-η μαζί μου					
33. Ο/η ιατρός με άκουσε προσεκτικά					
34. Ο/η ιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να με εξετάσει					
35. Ο/η ιατρός έλαβε υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου					
36. Ήταν εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτής της ΤοΜΥ					
37. Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη					
38. Οι χώροι της ΤοΜΥ ήταν καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)					

Εάν σήμερα, ΔΕΝ είδατε νοσηλευτές/-τριες ή άλλους επαγγελματίες υγείας, τότε παρακαλώ προχωρήστε στην ερώτηση 43					
	Διαφωνώ απόλυτα 1	Διαφωνώ 2	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ 3	Συμφωνώ 4	Συμφωνώ απόλυτα 5
39. Οι νοσηλευτές-τριες με άκουσαν προσεκτικά					
40. Οι νοσηλευτές-τριες μου έδωσαν συμβουλές για την υγεία μου					
41. Οι νοσηλευτές-τριες ήταν ευγενικοί-ές					
42. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με άκουσαν προσεκτικά					

43. Προσδιόρισε ο-η ιατρός το χρόνο επανεξέτασής σας;

☐ Ναι

☐ Όχι

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

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

45. Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τι βαθμό θα συνιστούσατε αυτήν τη ΤοΜΥ στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Οι ερωτήσεις του παρακάτω πίνακα είναι πολύ
σημαντικές προκειμένου να βελτιωθεί η λειτουργία
των ΤοΜΥ**

**Πόσο σημαντικά θεωρείτε τα παρακάτω για την καλή λειτουργία αυτής της
ΤοΜΥ;**

Διαστάσεις	Ασήμαντη 1	Λίγο σημαντική 2	Μέτρια σημαντική 3	Πολύ σημαντική 4	Πάρα πολύ σημαντική 5
46. Χρόνος που μεσολάβησε από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίησή της					
47. Χρόνος αναμονής από τη στιγμή που φτάσατε στη ΤοΜΥ μέχρι να σας δει ο/η ιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας					
48. Στην περίπτωση που ο/η ιατρός σας παραπέμπει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την ιατρό(π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)					
49. Το ωράριο λειτουργίας					
50. Η ΤοΜΥ να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου					
51. Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού					
52. Ο/η ιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου					
53. Ο/η ιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του/της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι ιατροί					
54. Ο-η ιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν					
55. Ο-η ιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)					
56. Ο/η ιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου					
57. Ο/η ιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας					
58. Ο/η ιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου					
59. Ο/η ιατρός να με ακούει προσεκτικά					
60. Ο/η ιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει					
61. Ο/η ιατρός να λαμβάνει υπόψη του/της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου					

	Ασήμαντη 1	Λίγο σημαντική 2	Μέτρια σημαντική 3	Πολύ σημαντική 4	Πάρα πολύ σημαντική 5
62. Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί					
63. Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους της ΤοΜΥ					
64. Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη					
65. Οι χώροι της ΤοΜΥ να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)					
66. Η ΤοΜΥ να είναι καλά εξοπλισμένη (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)					
67. Οι νοσηλευτές-τριες να με ακούν προσεκτικά					
68. Οι νοσηλευτές-τριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου					
69. Οι νοσηλευτές-τριες να είναι ευγενικοί-ές					
70. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές) να με ακούν προσεκτικά					

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

72. Τί θα μπορούσε να βελτιώσει ο γενικός ιατρός/παθολόγος ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που είδατε σήμερα;

73. Τί θα μπορούσε να βελτιωθεί σε αυτήν τη ΤοΜΥ;

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Θ

No	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤοΜΥ
1	1	1η Αγίου Δημητρίου
2	1	1η Νέας Ιωνίας
3	1	1η Αθηναίων
4	1	1η Νέας Φιλαδέλφειας -Νέας Χαλκηδόνας
5	1	1η Ζωγράφου
6	1	2η Νέας Φιλαδέλφειας -Νέας Χαλκηδόνας
7	1	2η Ζωγράφου
8	1	2η Αθήνας
9	1	2η Αγίου Δημητρίου
10	2	1η Κερατσινίου - Δραπετσώνας
11	2	1η Νίκαιας
12	2	1η Πειραιά
13	2	1η Περιστερίου
14	2	1η Αιγάλεω
15	2	1η Πετρούπολης
16	2	2η Αιγάλεω
17	2	2η Νίκαιας - Αγ. Ιωάννη Ρέντη
18	2	2η Περιστερίου
19	2	2η Πετρούπολης
20	2	2η Κερατσινίου - Δραπετσώνας
21	3	2η Αμπελοκήπων
22	3	3η Κορδελιού Ευόσμου
23	3	1η Παύλου Μελά (Νικόπολης)
24	3	4η Κατερίνης
25	3	7η Ευκαρπίας
26	3	6η Πολίχνης
27	3	5η Σταυρούπολης
28	3	8η Βέροιας
29	3	Κοζάνης (1η Δ.Μ.)
30	3	2η Εορδαίας (2η Δ.Μ.)
31	3	11η Βέροιας
32	3	3η (Δ.Μ.) Κοζάνης
33	3	12η Κατερίνης
34	3	14η Δενδροποτάμου
35	3	13 Πέλλας
36	3	9η Κορδελιού - Ευόσμου
37	3	10η Κορδελιού - Ευόσμου
38	4	1η Καβάλας
39	4	1η Αλεξανδρούπολης
40	4	1η Κομοτηνής

41	4	2η Κομοτηνής
42	4	1η Ξάνθης
43	4	1η Κιλκίς
44	4	2η Θεσσαλονίκης
45	4	1η Θεσσαλονίκης
46	4	3η Θεσσαλονίκης
47	4	4η Θεσσαλονίκης
48	4	5η Θεσσαλονίκης
49	5	1η Αγίου Γεωργίου Λάρισας
50	5	3η Ν. Ιωνίας Βόλου
51	5	2η Αγριάς Βόλου
52	5	1η Άμφισσας
53	5	3η Θήβας
54	5	2η Έκθεσης Λαμίας
55	5	4η Βασιλικό Χαλκίδας
56	5	5η Δροσιάς Χαλκίδας
57	5	5η Θεσσαλίας -1η Καρδίτσας
58	5	4η Θεσσαλίας Αμπελοκήπων Λάρισας
59	6	1η Κέντρου Ναυπλίου
60	6	1η Κέντρου Ιωαννίνων
61	6	Ζακύνθου
62	6	1η Πάτρας (Τριών Ναυάρχων)
63	6	2η Πάτρας (Εγλυκάδας)
64	6	3η Πάτρας (Αγίου Αλεξίου)
65	6	4η Πάτρας (Ζαρουχλέϊκα)
66	6	2η Κέντρου Ιωαννίνων
67	6	1η Κορίνθου
68	6	1η Σπάρτης
69	6	1η Άρτας
70	6	1η Ηγουμενίτσας
71	6	5η Πάτρας (Άνω Πόλης)
72	6	1η Αγρινίου
73	6	1η Καλαμάτας
74	6	Μεσολογγίου
75	6	2η Κορίνθου
76	6	6η Πάτρας (Παραλίας)
77	6	3η Ιωαννίνων (Ανατολής)
78	6	4η Ιωαννίνων (Κουραμπά)
79	6	2η Αγρινίου (Γαβαλούς)
80	6	3η Αγρινίου
81	6	1η Πρέβεζας
82	6	1η Τρίπολης
83	6	1η Άργους
84	6	7η Πάτρας (ΜΕΣΣΑΤΙΔΑΣ)
85	6	8η Πάτρας-ΤοΜΥ ΑΓΥΙΑΣ

86	6	1η Πύργου–ΚΥ Πύργου
87	7	1η Ηρακλείου
88	7	2η Ηρακλείου
89	7	Μαλεβιζίου
90	7	Χερσονήσου
91	7	1η Ρεθύμνου
92	7	1η Χανίων
93	7	2η Χανίων
94	7	3η Ηρακλείου
95	7	4η Ηρακλείου
96	7	Σητείας

