

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ORIGINAL PAPER

**Εκτίμηση των αναγκών του πρωτοβάθμιου
εθνικού δικτύου υγείας του Αιγάλεω
μέσω της ικανοποίησης των ασθενών
και του προσωπικού**

ΣΚΟΠΟΣ Η εκτίμηση των οργανωτικών, διοικητικών και χρηματοδοτικών αναγκών του πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου υγείας (ΠΕΔΥ) του Αιγάλεω, μέσω της μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας και του διοικητικού προσωπικού της μονάδας, καθώς και η συλλογή πληροφοριών από τους χρήστες και τους επαγγελματίες υγείας, ώστε να αναδειχθούν τυχόν προβλήματα που υπάρχουν στη μονάδα υγείας (ΜΥ) του ΠΕΔΥ Αιγάλεω Αττικής. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Η έρευνα απαρτιζόταν από δύο σκέλη. Στο πρώτο σκέλος συλλέχθηκαν 35 ερωτηματολόγια από τους επαγγελματίες υγείας και το διοικητικό προσωπικό της ΜΥ του ΠΕΔΥ Αιγάλεω, ενώ στο δεύτερο σκέλος συλλέχθηκαν 100 ερωτηματολόγια από τους ασθενείς-χρήστες. Η συλλογή δεδομένων έλαβε χώρα από 1.12.2016–15.12.2016. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Ο μέσος βαθμός ικανοποίησης για τους επαγγελματίες υγείας ήταν 5,51/10 (4,80/10 για τους ιατρούς, 5,50/10 για τους νοσηλευτές, 5,50/10 για το διοικητικό προσωπικό και 5,25/10 για το παραϊατρικό προσωπικό), ενώ ο μέσος βαθμός ικανοποίησης για τους ασθενείς-χρήστες ήταν 5,64/10. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας ο μέσος βαθμός ικανοποίησης ήταν μέτριος. Στη βελτίωση των παροχών και επομένως και στη βελτίωση της ικανοποίησης μπορεί να συμβάλλουν η οργάνωση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) σε δήμους-κοινότητες, η ενσωμάτωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, η αναβάθμιση του υλικοτεχνικού εξοπλισμού των μονάδων, αλλά και η δημιουργία ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου. Τα παραπάνω θεωρούνται ως οι κυριότεροι στόχοι για την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, αλλά και την παραγωγικότητα ενός αξιοπρεπούς συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, το οποίο κατ' αυτόν τον τρόπο προσαρμόζεται στις ανάγκες της κοινωνίας. Η οργάνωση του συστήματος ΠΦΥ σε τοπικό επίπεδο αναφέρεται στην Εθνική Στρατηγική Υγείας 2014–2020, όπου η συγκεκριμένη στρατηγική ξεκίνησε να υλοποιείται αρχές του 2018 με την ανάπτυξη 120 τοπικών μονάδων υγείας μέχρι το τέλος του έτους.

Η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης αποτελεί έναν ευαίσθητο τομέα, με πολλαπλές και ευμετάβλητες ανάγκες. Υπό αυτή την άποψη, το σύστημα υγείας καλείται να διατηρήσει και να προάγει την υγεία των πολιτών, παρέχοντας ισότιμα υπηρεσίες φροντίδας υγείας σύμφωνα με το επίπεδο και το είδος των αναγκών που υπάρχουν.¹⁻³ Η ορθή οργάνωση του συστήματος υγείας είναι απαραίτητη για την επίτευξη των παραπάνω.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) συνιστά τη βασική φροντίδα υγείας που βασίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά

ορθές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους.⁴ Συγκεκριμένα, είναι ο κλάδος του συστήματος υγείας που έχει ως στόχο τη φροντίδα και την αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας (πρωτοβάθμια περίθαλψη), αλλά και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού (πρωτοβάθμια φροντίδα).⁵ Σημειώνεται ότι η έννοια της φροντίδας είναι ευρύτερη της περίθαλψης, την οποία και εμπεριέχει.⁶ Η ΠΦΥ αποτελεί πλέον στις περισσότερες δυτικές χώρες τον σημαντικότερο κλάδο του συστήματος υγείας, ο οποίος «ελέγχει» τις εισροές στη δευτεροβάθμια και στην τριτοβάθμια περίθαλψη,⁷ όπου το κόστος για την υγεία των πολιτών, αλλά και για το κράτος, είναι μεγαλύτερο. Βέβαια, έχουν παρατηρηθεί αρνητικοί

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2019, 36(5):635–642
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2019, 36(5):635–642

**Σ. Σαραντίδου,
Σ. Μελά,
Α. Πιτσιλλίδης**

*Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων,
Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και
Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο
Δυτικής Αττικής, Αθήνα*

Assessment of needs in the
national primary health network
center in Egaleo: Measurement of
staff and patient satisfaction

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Εκτίμηση αναγκών
Ικανοποίηση ασθενών
Ικανοποίηση εργαζομένων
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

*Υποβλήθηκε 29.7.2018
Εγκρίθηκε 18.11.2018*

παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην υπολειτουργία του εν λόγω κλάδου.⁸⁻¹⁰ Συγκεκριμένα, οι γενικοί/οικογενειακοί ιατροί, καθώς και οι ιατροί της ΠΦΥ απασχολούνται σε μεγάλο βαθμό με τον τομέα της περίθαλψης και της συνταγογράφησης.⁸ Επί πλέον, υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες προτιμούν να μην παρεμβαίνουν στην πρόληψη χρόνιων νοσημάτων και στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.^{8,11}

Το ελληνικό σύστημα υγείας παραπαίει μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού προγραμματισμού, χωρίς συγκεκριμένους κανόνες δράσης, ούτε για τον δημόσιο ούτε για τον ιδιωτικό τομέα.¹²

Όσον αφορά στις συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, σε μακροοικονομικό επίπεδο καλύπτονται χρηματοδοτικά κατά 60% από τους δημόσιους πόρους και κατά 40% από τους ιδιωτικούς.¹ Υπολογίζεται ότι η χρηματοδότηση των δημοσίων δαπανών προέρχεται κατά 70–75% από τη φορολογία μέσω άμεσων επιχορηγήσεων από την κεντρική κυβέρνηση και κατά 25–30% από την κοινωνική ασφάλιση.¹

Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή της γνώμης των ασθενών-χρηστών και του προσωπικού (επαγγελματίες υγείας, διοικητικό προσωπικό) σχετικά με τη λειτουργία της μονάδας. Επίσης, σημαντική είναι η καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται, καθώς και η μέτρηση της ικανοποίησης του προσωπικού από τον χώρο εργασίας του, έτσι ώστε να αναδειχθούν τυχόν προβλήματα που υπάρχουν στη μονάδα υγείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη περίπτωσης διεξήχθη στη ΜΥ του ΠΕΔΥ Αιγάλεω κατά το χρονικό διάστημα 1.12.2016–15.12.2016. Η οριοθέτηση του πληθυσμού χωρίστηκε σε δύο σκέλη. Ο πληθυσμός στο πρώτο σκέλος ήταν 40 επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό και διοικητικό προσωπικό) που εργάζονταν στη ΜΥ, την περίοδο 1.12.2016–15.12.2016, ενώ, αντίστοιχα, το δεύτερο σκέλος αφορούσε στον πληθυσμό των ασθενών-χρηστών που επισκέπτονταν τη ΜΥ την ίδια χρονική περίοδο.

Οι ερευνητές σχεδίασαν δύο διαφορετικά ερωτηματολόγια για την ομαλή διεξαγωγή της μελέτης. Σκοπός ήταν η διανομή των ερωτηματολογίων στο προσωπικό της μονάδας την πρώτη ημέρα και η συλλογή ανάλογα με τον φόρτο εργασίας τους, ενώ, ταυτόχρονα, συμπληρώνονταν και συλλέγονταν τα ερωτηματολόγια των ασθενών.

Το ερωτηματολόγιο του προσωπικού χωριζόταν σε τέσσερα τμήματα. Στο πρώτο τμήμα περιλαμβάνονταν τα δημογραφικά-γενικά στοιχεία του προσωπικού (φύλο, ηλικία, επάγγελμα, ειδικότητα). Στο δεύτερο τμήμα περιλαμβάνονταν ποσοτικές ερωτήσεις που αφορούσαν στην εξυπηρέτηση των ασθενών και

στον φόρτο εργασίας τους, ερωτήσεις δηλαδή για τη διερεύνηση της γνώμης-άποψης του προσωπικού. Στη συγκεκριμένη κατηγορία ερωτήσεων το προσωπικό είχε τη δυνατότητα να απαντήσει θετικά ή αρνητικά όσον αφορά στο σύστημα ΠΦΥ και τη ΜΥ του Αιγάλεω. Ακόμη, στο ίδιο τμήμα του ερωτηματολογίου υπήρχαν τρεις ερωτήσεις στις οποίες το προσωπικό απαντούσε θετικά ή αρνητικά βάσει συγκεκριμένων παραμέτρων στην κάθε ερώτηση. Τέλος, το ερωτηματολόγιο περιείχε ερώτηση σε δεκάβαθμη κλίμακα 1–10 σχετικά με το επίπεδο ικανοποίησης του προσωπικού από τη ΜΥ του Αιγάλεω.

Το ερωτηματολόγιο των ασθενών χωριζόταν εξ ίσου σε τέσσερα τμήματα. Τα δημογραφικά-γενικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, ασφαλιστικός φορέας), καθώς και κλίμακα (πολύ κακή–πολύ καλή) μέτρησης του επιπέδου υγείας που θεωρούσαν ότι έχουν, αποτελούσαν το πρώτο τμήμα. Στις ποσοτικές ερωτήσεις εντάσσονταν η συχνότητα επίσκεψης και η γνώμη των ασθενών-χρηστών για το χρονικό διάστημα προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, δηλαδή ερωτήσεις για τη διερεύνηση της γνώμης-άποψης των ασθενών-χρηστών σχετικά με το σύστημα ΠΦΥ και τη ΜΥ του Αιγάλεω. Για τη συμπλήρωση των συγκεκριμένων ερωτήσεων τα άτομα απαντούσαν είτε θετικά είτε αρνητικά. Ακόμη, η κατηγορία ερωτήσεων διερεύνηση γνώμης-άποψης συνοδεύονταν με παραμέτρους ανά ερώτηση για την ορθολογικότερη συλλογή δεδομένων. Τέλος, όπως στο ερωτηματολόγιο του προσωπικού έτσι και σε αυτό των ασθενών-χρηστών υπήρχε δεκάβαθμη κλίμακα 1–10 σχετικά με το επίπεδο ικανοποίησής τους από τη ΜΥ του Αιγάλεω.

Ο στόχος της μελέτης για τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν η συλλογή 40 ερωτηματολογίων από το προσωπικό της μονάδας και 100 από τους ασθενείς-χρήστες. Από τα 40 άτομα που εργάζονταν στη μονάδα κατά το χρονικό διάστημα 1.12.2016–15.12.2016 συλλέχθηκαν 35 ερωτηματολόγια. Το ερευνητικό σκέλος που αφορούσε στους ασθενείς-χρήστες συνέχισε έως ότου συμπληρώθηκαν 100 ερωτηματολόγια και, συγκεκριμένα, μέχρι τις 15.12.2016. Για τη συλλογή των ερωτηματολογίων των ασθενών-χρηστών δεν τηρήθηκε κάποιο δημογραφικό κριτήριο. Έτσι, όλοι οι ασθενείς-χρήστες μπορούσαν να ενταχθούν στη μελέτη των 100 ατόμων.

Οι επαγγελματίες υγείας και το διοικητικό προσωπικό συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο εξ ολοκλήρου με τη μέθοδο της αυτο-αναφοράς, σε αντίθεση με τους ασθενείς-χρήστες, οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο είτε με τη μέθοδο της αυτο-αναφοράς είτε με τη βοήθεια του ερευνητή.

Τα δύο σκέλη της έρευνας διεξήχθησαν με σεβασμό σε κάθε συμμετέχοντα είτε ήταν ασθενής-χρήστης των υπηρεσιών είτε εργαζόμενος στη μονάδα. Αρχικά, τα ερωτηματολόγια ήταν προσαρμοσμένα έτσι ώστε να μην προσβάλλουν τα δικαιώματα ιδιωτικότητας και ανωνυμίας των ατόμων. Επίσης, τα ερωτηματολόγια του προσωπικού διανεμήθηκαν στα γραφεία τους σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή ανάλογα με τον φόρτο εργασίας τους. Ακόμη, υπήρχε ίση προσέγγιση των ασθενών-χρηστών ανάλογα με τον χρόνο αναμονής για την εξέταση ή ανάλογα με το χρονικό διάστημα που διέθεταν κατά την έξοδό τους από τη μονάδα. Όπως προαναφέρθηκε, οι ασθενείς-χρήστες απάντησαν και με τη βοήθεια του ερευνητή. Έτσι, όλη η διαδικασία συλλογής δεδομένων βασίστηκε στο δικαίωμα αυτο-απόφασης των ατόμων.

Γ' αυτό και σε συγκεκριμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου των ασθενών-χρηστών υπήρχαν παράμετροι, ώστε να απαντήσουν ορθολογικά και βασιζόμενοι στη δική τους κρίση.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δύο σκελών της έρευνας διενεργήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS), έκδοση 24. Με τη χρήση της συγκεκριμένης ανάλυσης κωδικοποιήθηκαν τα δύο ερωτηματολόγια και εφαρμόστηκε έλεγχος ορθότητας-πληρότητας των δεδομένων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πρώτο σκέλος

Ερωτηματολόγιο επαγγελματιών υγείας και διοικητικού προσωπικού

Στην πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου των επαγγελματιών υγείας και του διοικητικού προσωπικού ζητήθηκαν γενικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, επάγγελμα και ειδικότητα), όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Όσον αφορά στο αν υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας, το 51,4% απάντησε αρνητικά και το 48,6% θετικά. Τα άτομα του προσωπικού της ΜΥ που απάντησαν θετικά συμφώνησαν και ως προς τις εξής παραμέτρους: ελλιπής στελέχωση από επαγγελματίες υγείας, έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, έλλειψη σύγχρονου εξοπλισμού και αυξημένος αριθμός ασθενών.

Επίσης, το ερωτηματολόγιο του προσωπικού περι-

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία επαγγελματιών υγείας και διοικητικού προσωπικού.

Δημογραφικά στοιχεία	n	%
<i>Φύλο</i>		
Γυναίκες	23	65,7
Άνδρες	12	34,3
<i>Ηλικία (έτη)</i>		
25-34	5	14,3
35-44	15	42,9
45-54	7	20,0
55 και άνω	8	22,9
<i>Ειδικότητα</i>		
Ιατρός	11	31,4
Νοσηλεύτης	8	22,9
Διοικητικό προσωπικό	4	11,4
Παραϊατρικό προσωπικό	12	34,3

λάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν στη διερεύνηση της γνώμης-άποψής τους για το παρόν σύστημα ΠΦΥ (πίν. 2). Στη συγκεκριμένη περίπτωση, οι επαγγελματίες υγείας και το προσωπικό απάντησαν είτε θετικά είτε αρνητικά ανάλογα με την ερωτώμενη φράση.

Θεωρήθηκε απαραίτητη από πλευράς των ερευνητών η γνώμη του προσωπικού της μονάδας σε σχέση με την οργάνωση του συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα. Σε αυτή την περίπτωση, παρατηρήθηκε ότι το 100% του δείγματος, δηλαδή και τα 35 άτομα του προσωπικού της μονάδας, απάντησαν αρνητικά. Η συγκεκριμένη ερώτηση περιλάμβανε κάποιες παραμέτρους, οι οποίες είχαν σκοπό να βοηθήσουν τον ερωτώμενο να απαντήσει ορθολογικά και ολοκληρωμένα. Οι παράμετροι στην περίπτωση που ο ερωτώμενος απαντούσε αρνητικά ήταν «χρονοβόρες διαδικασίες», «πρόβλημα επικοινωνίας με τον ασθενή», «οι υπηρεσίες που παρέχονται δεν εξυπηρετούν τις ανάγκες του πληθυσμού», «μη ικανοποίηση από τον τρόπο που παρέχονται οι υπηρεσίες», «ελλιπής καθαριότητα» και «συντήρηση των εγκαταστάσεων», καθώς και «δύσκολη πρόσβαση στις εγκαταστάσεις».

Ένα εξ ίσου σημαντικό ζήτημα είναι εάν το παρόν δημόσιο σύστημα ΠΦΥ κατευθύνει τους ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν διαπιστώθηκε ότι το 88,6% του προσωπικού απάντησε θετικά με βάση τις παραμέτρους: «Οι υπηρεσίες που παρέχονται δεν εξυπηρετούν τις ανάγκες των χρηστών», «οι χρήστες σπαταλούν αρκετό χρόνο στο δημόσιο σύστημα χωρίς να είναι ικανοποιημένοι», «ελλιπής καθαριότητα» και «κτηριακές εγκαταστάσεις» κ.ά., ενώ μόλις το 11,4% των ατόμων απάντησε αρνητικά.

Όσον αφορά στην άποψή τους για το «εάν η ενσωμάτωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού θα βελτιώσει το δημόσιο σύστημα ΠΦΥ», το 80% του δείγματος απάντησε

Πίνακας 2. Διερεύνηση γνώμης/άποψης του προσωπικού.

Διερεύνηση γνώμης/άποψης	Θετικά		Αρνητικά	
	n	%	n	%
Παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών	6	17,1	29	82,9
Μείωση των εισαγωγών στη δευτεροβάθμια/τρίτοβάθμια περίθαλψη	15	42,9	20	57,1
Βελτίωση του γενικού επιπέδου υγείας του πληθυσμού	12	34,3	23	65,7
Βελτίωση των δεικτών υγείας	8	22,9	27	77,1
Εξοικονόμηση πόρων στην ΠΦΥ	10	28,6	25	71,4
Μείωση της προκλητής ζήτησης	7	20,0	28	80,0

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

θετικά, όπου συμπεριλαμβάνονταν οι παράμετροι: «Κατ' οίκον εξυπηρέτηση του πληθυσμού», «έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των ασθενειών», «μείωση κατανάλωσης πόρων», «καλύτερη σχέση ιατρού-ασθενούς», «ευκολότερη και πληρέστερη καταγραφή του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς», «μείωση πιθανότητας λοίμωξης από ενδοκοκομιακές λοιμώξεις», «ευρύ φάσμα γνώσεων», ενώ το υπόλοιπο 20% του προσωπικού απάντησε αρνητικά.

Επίσης, όλοι οι επαγγελματίες υγείας και το διοικητικό προσωπικό της μονάδας, δηλαδή τα 35 άτομα του δείγματος, δήλωσαν ότι κατά τη γνώμη τους δεν ήταν επαρκής η χρηματοδότηση του ΠΕΔΥ της ΜΥ Αιγάλεω.

Ακόμη, ένα σημαντικό μέρος εξειδίκευσης στον τομέα της υγείας είναι η καταγραφή του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς σε ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο. Έτσι, το ερώτημα στη συγκεκριμένη περίπτωση ήταν «εάν η χρήση ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου θα διευκόλυνε τις διαδικασίες του συστήματος ΠΦΥ». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το μεγαλύτερο ποσοστό του προσωπικού ήταν δεκτικό στη σχετική αλλαγή, αφού το 85,7% απάντησε θετικά με τη βοήθεια των παραμέτρων «ευκολότερη πρόσβαση στο ιστορικό του ασθενούς», «ευκολότερη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας», «μείωση της γραφειοκρατίας», «μεγαλύτερη ασφάλεια των δεδομένων», σε αντίθεση με το 14,3% του δείγματος που απάντησε αρνητικά.

Τέλος, το προσωπικό της ΜΥ κλήθηκε να απαντήσει σε σχέση με την ικανοποίησή του από το σύστημα υπηρεσιών της ΠΦΥ που παρέχει η ΜΥ στο Αιγάλεω. Στη συγκεκριμένη ερώτηση χρησιμοποιήθηκε δεκάβαθμη κλίμακα, όπου η μέση τιμή ικανοποίησης του προσωπικού της μονάδας κυμαινόταν στο 5,51/10. Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχετίσεων μεταξύ επαγγέλματος και ικανοποίησης.

Δεύτερο σκέλος

Ερωτηματολόγιο ασθενών-χρηστών

Στην πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου, οι ασθενέ-

νείς-χρήστες κλήθηκαν να συμπληρώσουν κάποια γενικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης και ασφαλιστικό φορέα) (πίν. 4).

Ακόμη, θεωρήθηκε απαραίτητη η διερεύνηση της γνώμης-άποψης των ασθενών-χρηστών σε σχέση τόσο με τη ΜΥ του Αιγάλεω όσο και με το παρόν σύστημα ΠΦΥ. Αρχικά, το 52% των ασθενών-χρηστών πίστευε ότι δεν τους παρέχονταν ποιοτικές υπηρεσίες, όπου συμπεριλαμβάνονταν οι εξής παράμετροι ως βοήθημα για την ορθολογική και ολοκληρωμένη απάντησή τους: «Χρονοβόρες διαδικασίες», «πρόβλημα επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς», «οι υπηρεσίες

Πίνακας 4. Δημογραφικά στοιχεία ασθενών-χρηστών.

Δημογραφικά στοιχεία	n	%
<i>Φύλο</i>		
Γυναίκες	66	66
Άνδρες	34	34
<i>Ηλικία (έτη)</i>		
18-37	26	26
38-57	30	30
58-77	36	36
78 και άνω	8	8
<i>Εκπαίδευση</i>		
Πρωτοβάθμια	19	19
Δευτεροβάθμια	51	51
Τριτοβάθμια	28	28
Μετα-τριτοβάθμια	2	2
<i>Ασφαλιστικός φορέας</i>		
ΙΚΑ	82	82
ΟΑΕΕ	4	4
ΟΠΑΔ	6	6
Άλλο	8	8

ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ΟΑΕΕ: Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών, ΟΠΑΔ: Οργανισμός Περιβαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

Πίνακας 3. Συσχέτιση επαγγέλματος-ικανοποίησης.

Επάγγελμα προσωπικού	Πόσο ικανοποιημένος είστε από το σύστημα υπηρεσιών παροχής ΠΦΥ που παρέχει η ΜΥ στο Αιγάλεω;					
	Μέσος όρος	n	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Διάμεσος
Ιατρός	5,82	11	2,228	1	8	6,00
Νοσηλεύτης	5,50	8	2,070	1	7	6,00
Διοικητικό προσωπικό	5,50	4	2,082	3	8	5,50
Παραϊατρικό προσωπικό	5,25	12	1,712	2	8	5,00
Σύνολο	5,51	35	1,931	1	8	6,00

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ΜΥ: Μονάδα υγείας

που παρέχονται δεν εξυπηρετούν τις ανάγκες τους», «μη ικανοποίηση από τον τρόπο που παρέχονται οι υπηρεσίες», «ελλιπής καθαριότητα και συντήρηση των εγκαταστάσεων», «δύσκολη πρόσβαση στις εγκαταστάσεις». Από την άλλη πλευρά, το 48% των ατόμων απάντησε θετικά, βασίζοντας τη γνώμη τους στις εξής παραμέτρους: «Ανταποκρίνονται οι υπηρεσίες στις ανάγκες τους», «ταχεία αντιμετώπιση του προβλήματός τους», «εύκολη επικοινωνία με το προσωπικό», «καθαριότητα και συντήρηση των εγκαταστάσεων», «εύκολη πρόσβαση στις εγκαταστάσεις», «επαρκές προσωπικό» κ.ά.

Επίσης, ζητήθηκε η γνώμη των ασθενών-χρηστών για την επιρροή του ιδιωτικού τομέα στο παρόν δημόσιο σύστημα ΠΦΥ. Συγκεκριμένα, το 60% των ατόμων πίστευε ότι το δημόσιο σύστημα ΠΦΥ τους κατεύθυνε στον ιδιωτικό τομέα, σύμφωνα με τις εξής παραμέτρους: «Οι υπηρεσίες που παρέχονται δεν εξυπηρετούν τις ανάγκες τους», «σπαταλούν αρκετό χρόνο στο δημόσιο σύστημα χωρίς να είναι ικανοποιημένοι», «απρεπής συμπεριφορά προσωπικού», «αβεβαιότητα για την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση» κ.ά. Σε αντίθεση με το παραπάνω ποσοστό, το υπόλοιπο 40% απάντησε αρνητικά, με σημείωση από τους περισσότερους ερωτώμενους ότι ο κύριος λόγος που απάντησαν αρνητικά ήταν αυτός της οικονομικής δυνατότητας.

Όπως και το προσωπικό της μονάδας, έτσι και οι ασθενείς-χρήστες κλήθηκαν να απαντήσουν για το πόσο ικανοποιημένοι ήταν από το σύστημα υπηρεσιών ΠΦΥ που παρείχε η ΜΥ στο Αιγάλεω. Στη συγκεκριμένη ερώτηση χρησιμοποιήθηκε δεκάβαθμη κλίμακα και το αποτέλεσμα ήταν ότι η μέση τιμή ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών κυμάνθηκε στο 5,64/10. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ ηλικίας-ικανοποίησης (πίν. 5) και εκπαίδευσης-ικανοποίησης (πίν. 6).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αρχικά, είναι αναγκαία η αναφορά κάποιων περιορισμών σχετικά με τη διεξαγωγή της μελέτης. Ο σημαντικότερος περιορισμός αφορούσε στο χρονικό διάστημα υλοποίησης των δύο σκελών της έρευνας, καθώς ήταν αναγκαία η συμμετοχή συγκεκριμένου αριθμού ατόμων ώστε να συλλεχθούν ≥ 35 στα 40 ερωτηματολόγια από το προσωπικό της μονάδας και 100 από τους ασθενείς-χρήστες. Επίσης, δεν ήταν χρονικά βέβαιη η συλλογή όλων των ερωτηματολογίων του προσωπικού λόγω του φόρτου εργασίας του. Ακόμη, δεν συμπληρωνόταν κάθε ημέρα ίσος αριθμός ερωτηματολογίων από τους ασθενείς-χρήστες. Για παράδειγμα, μπορεί την πρώτη ημέρα να συλλέγονταν 8 ερωτηματολόγια, ενώ

Πίνακας 5. Συσχέτιση ηλικίας-ικανοποίησης ασθενών.

Ηλικία ασθενών-χρηστών (έτη)	Πόσο ικανοποιημένος είστε από το σύστημα υπηρεσιών παροχής της ΠΦΥ που παρέχει η ΜΥ στο Αιγάλεω;					
	Μέσος όρος	n	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Διάμεσος
18-37	4,58	26	2,369	1	8	4,50
38-57	5,57	30	1,977	1	10	5,00
58-77	6,44	36	1,904	2	10	6,00
78+	5,75	8	3,105	1	9	6,50
Σύνολο	5,64	100	2,250	1	10	5,00

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ΜΥ: Μονάδα υγείας

Πίνακας 6. Συσχέτιση εκπαίδευσης-ικανοποίησης ασθενών.

Επίπεδο εκπαίδευσης ασθενών-χρηστών	Πόσο ικανοποιημένος είστε από το σύστημα υπηρεσιών παροχής ΠΦΥ που παρέχει η ΜΥ στο Αιγάλεω;					
	Μέσος όρος	n	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Διάμεσος
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	5,63	19	2,499	1	10	5,00
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	5,75	51	2,058	1	10	5,00
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	5,57	28	2,501	1	10	5,50
Μετα-τριτοβάθμια εκπαίδευση	4,00	2	1,414	3	5	4,00
Σύνολο	5,64	100	2,250	1	10	5,00

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ΜΥ: Μονάδα υγείας

την επόμενη ημέρα μόνο 5 ερωτηματολόγια. Ο συγκεκριμένος περιορισμός αφορούσε στη διάθεση των ασθενών να συμμετάσχουν στην έρευνα και στη χρονική στιγμή κατά την οποία οι ερευνητές αποφάσιζαν να προσεγγίσουν τους ασθενείς-χρήστες (η ώρα του ραντεβού στο γραφείο του επαγγελματία υγείας).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας στη μονάδα ΠΦΥ στο Αιγάλεω, τα οποία παρουσιάστηκαν παραπάνω, διαπιστώθηκε ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών που επισκέπτονταν τον φορέα, και των επαγγελματιών υγείας του φορέα, κυμαίνονταν στη δεκάβαθμη κλίμακα στο 5,64 και 5,51, αντίστοιχα, γεγονός που καθιστούσε εμφανές ότι ο βαθμός ικανοποίησης υπήρξε μέτριος. Επίσης, τόσο οι επαγγελματίες όσο και οι ασθενείς-χρήστες συμφώνησαν ως προς τις χρονοβόρες διαδικασίες κλεισίματος των ραντεβού, την ύπαρξη γραφειοκρατίας, την έλλειψη προσωπικού, την έλλειψη χρηματοδότησης και, συνολικά, τη μη ορθολογική οργάνωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 1 του νόμου 4238/2014,¹³ οι υπηρεσίες της ΠΦΥ παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, την κοινωνική, την επαγγελματική, την ασφαλιστική του κατάσταση, και τον τόπο κατοικίας του, μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο ΠΕΔΥ. Ο συγκεκριμένος νόμος συμπληρώνεται με τον νόμο 4486/2017 για τις τοπικές μονάδες υγείας (ΤοΜΥ). Σε συνέχεια, το σύστημα υγείας οφείλει να προσαρμόζεται στις σύγχρονες ανάγκες του πληθυσμού, να τηρεί τις βασικές αρχές της ΠΦΥ (την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την αγωγή υγείας) και να αναγνωρίζει την υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα.¹⁴ Είναι λοιπόν αναγκαία η ανακατανομή προτεραιοτήτων και πόρων του συστήματος.¹⁵

Ως εκ τούτου, για να είναι ορθολογικά οργανωμένο το δημόσιο σύστημα ΠΦΥ οφείλει να εξασφαλίζει τις παρακάτω αρχές:

- Επάρκεια ανταπόκρισης των παραγωγικών πόρων του συστήματος υγείας στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, χωρίς εμπόδια και χρονικούς περιορισμούς^{2,16}
- Αποτελεσματικότητα του συστήματος, δηλαδή επίτευξη των στόχων και εφαρμογή των κατάλληλων προγραμμάτων και διαδικασιών¹⁶
- Αποδοτικότητα του συστήματος, σχέση μεταξύ εισροών-εκροών, δηλαδή των πόρων που καταναλώθηκαν για την επίτευξη των στόχων.¹⁶

Τα παραπάνω είναι δυνατόν να επιτευχθούν μέσω της σωστής δομής και οργάνωσης του συστήματος ΠΦΥ.¹⁷

Συγκεκριμένα, είναι απαραίτητη η οργάνωση της ΠΦΥ σε τοπικό επίπεδο, όπως αυτό αναφέρεται στην Εθνική Στρατηγική Υγείας 2014–2020, όπου και αναπτύχθηκαν οι ΤοΜΥ.³

Με την οργάνωση του συστήματος ΠΦΥ σε δήμους-κοινότητες καθίσταται αποτελεσματικότερο το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς αυτές προσαρμόζονται στις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του.^{5,18,19} Παράλληλα, είναι αναγκαία η καταγραφή των δεικτών υγείας του τοπικού πληθυσμού, επειδή η πλήρης εικόνα του επιπέδου υγείας του οδηγεί στη λήψη αποφάσεων.²⁰ Επίσης, το σύστημα ΠΦΥ οφείλει να προάγει την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση προβλημάτων υγείας χωρίς νοσηλεία στο νοσοκομείο.²¹ Την περίπτωση αυτή προσεγγίζει το σουηδικό σύστημα υγείας²² και η ΠΦΥ,^{23,24} όπου οι τοπικές κοινότητες-νομαρχίες διαχειρίζονται σχεδόν αυτόνομα τα θέματα που αφορούν στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας, με τη διαφορά ότι τα έσοδα των κοινοτήτων τα οποία προορίζονται για την υγεία προέρχονται από φόρους που επιβάλλουν τα νομαρχιακά συμβούλια, ξεχωριστά για τις ανάγκες κάθε νομαρχίας.^{23,24} Επομένως, το σουηδικό σύστημα υγείας ασκεί υψηλό επίπεδο πολιτική υγείας, καθώς πρόκειται για ένα κράτος με πολιτισμό, ευημερία και ανεπτυγμένο κράτος πρόνοιας.²⁵

Ακόμη, αρκετά σημαντική είναι η άμεση διασύνδεση της ΠΦΥ με τη δευτεροβάθμια,¹² όπου χρειάζεται, έτσι ώστε να αντιμετωπίζονται γρήγορα οι πιο σοβαρές περιπτώσεις. Επίσης, είναι αναγκαία η εφαρμογή συστημάτων διασφάλισης ποιότητας, ώστε να εξασφαλίζεται ένα υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης ότι οι υπηρεσίες ικανοποιούν προσδιορισμένες απαιτήσεις,²⁶ διότι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και η ανάπτυξη των μέσων για την αξιολόγησή της αποτελούν πρωταρχικό στόχο στη διαμόρφωση πολιτικής στον τομέα της υγείας.²⁷ Συγκεκριμένα, ο ΠΟΥ, οι εθνικές πολιτικές για την ποιότητα στην υγεία και οι οδηγίες των επιστημονικών και των επαγγελματικών φορέων δίνουν έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών.²⁸ Ακόμη, η καθιέρωση της Τηλεϊατρικής,²⁹ με την οποία καθίσταται δυνατή η άμεση βοήθεια στα άτομα που διαμένουν σε απομακρυσμένες περιοχές, του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου³⁰ και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας,⁵ παρ'ότι τα ανωτέρω απαιτούν αναβάθμιση του ηλεκτρονικού εξοπλισμού, εγκατάσταση πληροφοριακών συστημάτων, συνεχιζόμενη εκπαίδευση και εντατικό έλεγχο,²⁶ θα αποφέρουν αρκετά οφέλη. Αυτά αφορούν τη μείωση των πολύπλοκων διαδικασιών τόσο από πλευράς των επαγγελματιών όσο και των ασθενών, την πληρέστερη εικόνα για την κατάσταση του ασθενούς και τη μείωση της γραφειοκρατίας.

Όλα τα παραπάνω, εκτός από τη συμβολή τους στη βελτίωση των υπηρεσιών και την ορθή διαχείριση και κατανομή των πόρων, συμβάλλουν και στην ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών που τους παρέχονται.³¹ Επίσης, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από τις προσδοκίες, καθώς και από τα κοινωνικοοικονομικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους.^{21,32} Οπότε και ο ιατρός οφείλει να διαμορφώνει τη σχέση του με τους ασθενείς, λαμβάνοντας υπ' όψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και την ψυχική τους υγεία,³³ συμβάλλοντας έτσι ουσιαστικά στην κάλυψη των ατομικών τους αναγκών.

Τέλος, από τις παραπάνω προτάσεις μπορεί να επωφεληθούν και οι επαγγελματίες υγείας, καθώς τούς παρέχεται η

δυνατότητα αξιοποίησης των γνώσεών τους και προσφοράς ενός υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας. Συμπληρωματικά, σε μεγάλο βαθμό, η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται από την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, επειδή για τον ασθενή πρωτεύον είναι η σύνδεσή του με τον επαγγελματία υγείας ώστε να διαμορφώνεται μια σχέση εμπιστοσύνης.³⁴

Συνοψίζοντας, είναι αναγκαία η διευθέτηση των στόχων, των τεχνικών και της έλλειψης προσφοράς σ' ό,τι αφορά στον χώρο της υγείας.³⁵ Για να διαπιστωθεί μια πληρέστερη εικόνα για το σύστημα ΠΦΥ της χώρας και να επιτευχθούν οι απαραίτητες αλλαγές απαιτείται η διεξαγωγή της έρευνας σε μεγαλύτερο φάσμα με κρατική χρηματοδότηση και συνεργασία των κρατικών φορέων με επιστήμονες των κλάδων της κοινωνικής επιστήμης.

ABSTRACT

Assessment of needs in the national primary health network center in Egaleo: Measurement of staff and patient satisfaction

S. SARANTIDOU, S. MELA, A. PITSILLIDES

*Department of Business Administration, Faculty of Administrative, Economic and Social Sciences,
University of West Attica, Egaleo, Attika, Greece*

Archives of Hellenic Medicine 2019, 36(5):635–642

OBJECTIVE Assessment of the managerial, administrative and financing needs of the national primary health network (PEDY) urban primary health care (PHC) unit in Egaleo, Athens, Greece, by measurement of the satisfaction of patients, health care professionals and administrative staff. Identification of specific problems in the unit, by collection of information from patients and health care professionals. **METHOD** The study was conducted in two parts. For the first part, questionnaires were completed by 35 health care professionals and administrative staff working in the unit. For the second part, questionnaires were completed by 100 patients-healthcare users. **RESULTS** The mean satisfaction rate reported by the staff of the unit was 5.51/10 (4.8/10 for doctors, 5.5/10 for nursing staff, 5.5/10 for administrative staff and 5.25/10 for paramedical personnel). The average satisfaction rate recorded by the patients was 5.64/10. **CONCLUSIONS** These findings show that the satisfaction of both the health care providers and the health care users at this urban health center was only moderate. The organization of PHC at the local level, with the establishment of the family doctor in the central role, introduction of the electronic medical record (EMR) and upgrade of equipment will help to solve or reduce several problems that have been identified in the PHC system in Greece. Addressing these targets can be expected to lead to increased effectiveness, efficiency and productivity in PEDY, adjusted to the health care needs of the local population. The reorganization of PHC at the local level was announced in the National Health Strategy 2014–2020, according to which 120 local PHC units were created at the beginning of 2018.

Key words: Needs assessment, Patient satisfaction, Primary health care, Staff satisfaction

Βιβλιογραφία

1. ΣΟΥΛΗΣ Σ. *Εφαρμοσμένη κοινωνική πολιτική*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2015:640–642, 661–664
2. ΣΑΡΡΗΣ Μ. *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001:36, 121
3. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ. Εθνική στρατηγική υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014–2020. Υπουργείο Υγείας, Επιτελική δομή ΕΣΠΑ, 2016
4. HALL JJ, TAYLOR R. Health for all beyond 2000: The demise of

- the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Med J Aust* 2003, 178:17–20
5. ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ. *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2008:33–34, 125–127, 158
 6. ΜΗΤΡΟΣΥΛΗ Μ. *Δίκαιο της υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2009:122
 7. ΑΔΑΜΑΚΙΔΟΥ ΤΗ, ΚΑΛΟΚΕΡΙΝΟΥ Α. New health policies on primary health care in Greece. *Health Science Journal* 2001, 4:15–23
 8. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΛΙΟΝΗΣ Χ. Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2003, 20:466–476
 9. ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ ΜΠ. Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000, 12:7–9
 10. ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και γενική Ιατρική: Η ασφαλιστική δικλείδα για την υψηλή ποιότητα στη φροντίδα υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000, 12:167–168
 11. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΔΗΜΟΛΙΑΤΗΣ Γ, ΤΣΑΚΟΣ Γ, ΑΝΤΩΝΑΚΗΣ Ν, ΒΑΣΙΛΙΚΙΩΤΗΣ Ν ΚΑΙ ΣΥΝ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000, 12:169–188
 12. ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ, ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΣΟΥΛΗΣ Σ. *Συστήματα υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001:120–122, 209, 210
 13. ΝΟΜΟΣ 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 38/Α/17.2.2014
 14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma-Ata. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978
 15. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Τ. *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1996:25
 16. ΣΟΥΛΗΣ Σ. *Οικονομική της υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1999:317–318
 17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intersectoral action for health. The role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all. Background document for the technical discussions. WHO, 39th World Assembly, Geneva, 1986
 18. ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2007, 24:578–582
 19. WRIGHT NM, TOMPKINS CN. How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *Br J Gen Pract* 2006, 56:286–293
 20. COWLEY S, MITCHESON J, HOUSTON AM. Structuring health needs assessments: The medicalisation of health visiting. *Sociol Health Illn* 2004, 26:503–526
 21. ΑΔΑΜΑΚΙΔΟΥ Θ, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ-ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Α. Το οργανωτικό πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2008, 47:320–333
 22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health care systems in transition: Sweden. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2005
 23. ΓΙΑΝΑΣΜΙΔΗΣ Α, ΤΣΙΑΟΥΣΗ Μ. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2012, 29:106–115
 24. ΠΕΤΡΕΛΗΣ Μ, ΔΟΜΑΓΕΡ ΦΡ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2016, 15:365–379
 25. ΓΑΡΔΙΚΑΣ ΚΔ. *Εθνικά συστήματα υγείας διαφόρων χωρών*. Επισημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ, Αθήνα, 2000:224–232
 26. ΚΕΦΗΣ ΒΝ. *Διοίκηση ολικής ποιότητας*. 2η έκδοση. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 2014:176
 27. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ε, ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2012, 29:614–622
 28. ΠΟΛΥΖΟΣ Ν, ΜΠΑΡΤΣΩΚΑΣ Δ, ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ, ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ι, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2005, 22:284–295
 29. ΤΣΙΡΙΝΤΑΝΗ ΜΓ. *Βάσεις δεδομένων και πολυμέσα στην υγεία*. Ιατρικές Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης, Αθήνα, 2012:288
 30. MENACHEMI N, COLLUMTH. Benefits and drawbacks of electronic health record systems. *Risk Manag Healthc Policy* 2011, 4:47–55
 31. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Β, ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ, ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2008, 25:73–82
 32. ΑΝΤΕΡΙΩΤΗ Π, ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΓΑ. Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* 2014, 3:62–68
 33. HARRISON SE, WATSON EK, WARD AM, KHAN NF, TURNER D, ADAMS E ET AL. Primary health and supportive care needs of long-term cancer survivors: A questionnaire survey. *J Clin Oncol* 2011, 29:2091–2098
 34. ΒΕΝΙΟΥ Α, ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν. Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2013, 30:613–618
 35. CUETO M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004, 94:1864–1874

Corresponding author:

S. Sarantidou, 4 Efxinou Pontou street, 171 24 Nea Smyrni, Greece
e-mail: sofia.sar@outlook.com.gr