

Συνέχεια στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η άποψη της τρίτης Ηλικίας στο Νομό Ηρακλείου

Α. Λασπίτη¹, Ι. Αποστολάκης^{1,2}, Αθ. Νικολέντζος¹, Π. Σαράφης^{1,3}

¹Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, ²Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ³Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η αξιολόγηση της συνέχειας της φροντίδας υγείας και των επιμέρους χαρακτηριστικών της, όπως αυτή βιώνεται από τους Έλληνες ηλικιωμένους ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις.

Υλικό και Μέθοδος: Διενεργήθηκε μια συγχρονική έρευνα. Το δείγμα 120 ατόμων προήλθε από πληθυσμό άνω των 65 ετών, διαμένοντες σε όλους τους δήμους του Νομού Ηρακλείου. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε μία κλίμακα μέτρησης της συνέχειας 23 ερωτήσεων με απαντήσεις σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert, καθώς επίσης και ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά και το βαθμό ικανοποίησης από τη φροντίδα. Έγινε έλεγχος εγκυρότητας όψεως και έλεγχος αξιοπιστίας-εσωτερικής συνοχής με το συντελεστή Cronbach alpha ($\alpha=0,702$). Για τον υπολογισμό των σκορ συνέχειας χρησιμοποιήθηκαν μέτρα κεντρικής τάσης, με τις τιμές να κυμαίνονται από 1 για τη χαμηλότερη συνέχεια έως 5 για την υψηλότερη.

Αποτελέσματα: Υψηλό βαθμό συνέχειας βιώνει μόνο το 0,8% των ερωτώμενων, το 60,4% βιώνει τη συνέχεια της φροντίδας του ως ικανοποιητική και το 38,8% ως επαρκή. Υψηλότερα σκορ καταγράφηκαν στις ερωτήσεις που αφορούν την καθοδήγηση του ασθενή στο σύστημα υγείας (4,22), την εμπιστοσύνη προς το γιατρό (4,15) και την ανάληψη ευθύνης για τον ασθενή (4,12). Οι ασθενείς του δείγματος προτιμούν την πρόσβαση έναντι της συνέχειας (2,66), δεν νιώθουν άνετα να συζητήσουν ένα προσωπικό πρόβλημα με το γιατρό τους (2,73), ενώ δηλώνουν ότι ο γιατρός τους δεν γνωρίζει τα οικογενειακά τους προβλήματα (2,68). Οι άνδρες ασθενείς βιώνουν υψηλότερη συνέχεια από τις γυναίκες (p -value=0,017), ενώ οι ασθενείς άνω των 80 ετών έχουν χαμηλότερα σκορ συγκριτικά με τους νεότερους (p -value=0,001). Υψηλότερα στη συνέχεια σκοράρουν οι ασθενείς που δηλώνουν πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη φροντίδα τους ($\mu.ο.=4,00$), καθώς και οι ασθενείς που δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από αυτή ($\mu.ο.=3,64$).

Συμπεράσματα: Υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης της συνέχειας στην ελληνική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Προτείνεται η βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η ενίσχυση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού, η εμβάθυνση της σχέσης γιατρού-ασθενή και η δημιουργία σαφών διαδρομών φροντίδας.

Λέξεις ευρετηρίου: Σχεσιακή συνέχεια, Πολυνοσηρότητα, Κατακερματισμός της φροντίδας, Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά

Παραπομπή

Α. Λασπίτη, Ι. Αποστολάκης, Αθ. Νικολέντζος, Π. Σαράφης. Συνέχεια στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η άποψη της τρίτης Ηλικίας στο Νομό Ηρακλείου. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(1): 154-173

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συνέχεια της φροντίδας υγείας θεωρείται ως μία από τις σημαντικότερες διαστάσεις των συστημάτων υγείας, διότι συνδέεται με βελτίωση της πρόληψης [1-4], συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή [5-7], μείωση των νοσηλειών στο νοσοκομείο [8-10], μείωση επισκέψεων σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών [8,11-13], μείωση κόστους [14-17] και αύξηση της ικανοποίησης ασθενών [18-19]. Ως συνέχεια ορίζεται η βίωση της φροντίδας από τον ασθενή ως μια καλοσυντονισμένη και ομαλή εμπειρία [20], με δύο συστατικά στοιχεία: την εμπειρία ενός ασθενή με το δικό του/δικούς του παρόχους υγείας και τη διάρκεια της φροντίδας στο χρόνο.

Τα τελευταία χρόνια η έννοια της συνέχειας τείνει να συμπυκνώνεται σε τρεις τύπους: α) την **πληροφοριακή**, η οποία αναφέρεται στη διαμοίραση της πληροφορίας στους διάφορους παρόχους υγείας, β) τη **σχεσιακή**, η οποία αναφέρεται στην ανάπτυξη μιας διαρκούς σχέσης γιατρού-ασθενή με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και γ) τη **διαχειριστική**, η οποία εστιάζει σε μία ή περισσότερες παθήσεις και περιλαμβάνει ένα κοινό πλάνο διαχείρισής τους μεταξύ των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας και ένα σύστημα μετάβασης από μία δομή σε μια άλλη ή από ένα επίπεδο περίθαλψης στο άλλο. Στην πραγματικότητα οι τρεις τύποι αλληλεπιδρούν

μεταξύ τους. Η σταθερή σχέση με τον πάροχο μειώνει την περιπλοκότητα της επικοινωνίας και αυξάνει τη συγκέντρωση ιατρικής και μη γνώσης, η οποία με τη σειρά της βελτιώνει τα πλάνα φροντίδας και υποστηρίζει την αμοιβαία κατανόηση [21].

Στην ΠΦΥ (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) έμφαση δίνεται κυρίως στη σχεσιακή συνέχεια, η οποία αναφέρεται κυρίως στην ύπαρξη σταθερής σχέσης με ένα πάροχο υγείας, με βασικά χαρακτηριστικά την οικειότητα, την εμπιστοσύνη, την αμοιβαία κατανόηση, την αποτελεσματική επικοινωνία, την αφοσίωση από την πλευρά του ασθενή και την υπευθυνότητα από την πλευρά του παρόχου υγείας. Τα χαρακτηριστικά αυτά πλαισιώνουν το βιοψυχοκοινωνικό τύπο αλληλεπίδρασης γιατρού-ασθενή, όπου τα ψυχοκοινωνικά θέματα συνυπολογίζονται στην εκτίμηση των αναγκών υγείας του ασθενούς. Προαπαιτούμενο για την ύπαρξη και διατήρηση της συνέχειας είναι η γρήγορη πρόσβαση, η άμεση επικοινωνία σε περίπτωση ανάγκης, ακόμα και εκτός ωρών εργασίας. Αποτέλεσμα της συνέχειας είναι ο καλύτερος συντονισμός της φροντίδας [22].

Η διασφάλιση της συνέχειας στην ΠΦΥ συνιστά μεγάλη πρόκληση, ειδικά σε μια εποχή όπου η διείσδυση των χρόνιων νοσημάτων ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικίες έχει αυξηθεί εξαιτίας της εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας [23]. Η

πολυνοσηρότητα συνδέεται με αυξημένη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα με αναζήτηση ιατρικής βοήθειας από πολυάριθμους επαγγελματίες υγείας σε διάφορα σημεία εξυπηρέτησης, με αποτέλεσμα τον κατακερματισμό της φροντίδας. Ο κατακερματισμός της φροντίδας με τη σειρά του οδηγεί στην έλλειψη αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του συστήματος υγείας, στην εμπορευματοποίηση της φροντίδας, στις ανισότητες στη διανομή της φροντίδας και στην έλλειψη ικανοποίησης του ασθενή [24].

Η ΠΦΥ στη χώρα μας αντιμετωπίζει διαχρονικά οργανωτικά και δομικά προβλήματα, κυριότερα από τα οποία είναι ο κατακερματισμός των δομών παροχής φροντίδας που χρηματοδοτούνται με διαφορετικό τρόπο η μία από την άλλη, η υπερβολική εξειδίκευση και η χαμηλή ζήτηση της ειδικότητας της γενικής ιατρικής που είναι η κατ' εξοχήν αρμόδια ειδικότητα για την ΠΦΥ (6,4% επί συνόλου του ιατρικού προσωπικού κατά τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης-ΟΟΣΑ [25]), και η απουσία τεχνολογικής υποδομής για την εφαρμογή του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου (ΗΙΦ), ο οποίος θα εξασφάλιζε τη διαμοίραση της πληροφορίας μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων στη φροντίδα. Αυτό το οργανωτικό περιβάλλον δεν δημιουργεί ευνοϊκές συνθήκες για τη βίωση της φροντίδας υγείας ως συνεκτική και οργανωμένη.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών που στην Ελλάδα εφαρμόζονται προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής, υφίστανται πιέσεις για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα

και αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η βελτίωση της συνέχειας της ΠΦΥ στην Ελλάδα μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη αυτών των στόχων. Παρόλα αυτά δεν έχει εντοπιστεί μέχρι σήμερα στην πρόσφατη επιστημονική βιβλιογραφία αναλυτική έρευνα για τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται από τους ασθενείς η συνέχεια της ΠΦΥ στην Ελλάδα, παρά μόνο στο πλαίσιο γενικότερων ερευνών για την ικανοποίηση από την ποιότητα της φροντίδας. Στις έρευνες αυτές δίνεται έμφαση κυρίως στην πληροφοριακή διάσταση, δηλαδή στη διαθεσιμότητα και στη γνώση του ιατρικού ιστορικού από τους γιατρούς. Πολύ φτωχά ήταν τα σκορ για τη συνέχεια της ΠΦΥ στη χώρα μας, όπως έδειξαν τα αποτελέσματα διεθνούς έρευνας για την ΠΦΥ σε 34 ευρωπαϊκές χώρες [26], ενώ μέτρια ήταν τα σκορ και σε πιο πρόσφατη έρευνα, παρόλο που η γνώση του ιατρικού ιστορικού βρισκόταν στην πρώτη πεντάδα των προτιμήσεων των ασθενών [27].

Η παρούσα έρευνα φιλοδοξεί να καλύψει το κενό της έλλειψης στοχευμένων ερευνών για τη συνέχεια της ΠΦΥ στον ελληνικό χώρο. Σκοπός της είναι η αξιολόγηση από πλευράς των Ελλήνων ασθενών, που πάσχουν από πολλές και διαφορετικές παθήσεις, του βαθμού στον οποίο η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που λαμβάνουν βιώνεται ως μια συνεκτική και οργανωμένη εμπειρία. Στο πλαίσιο αυτό, επιχειρήθηκε η διερεύνηση της συνολικής ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της ελληνικής ΠΦΥ ως προς τη συνέχεια της φροντίδας τους και τα επιμέρους στοιχεία που την απαρτίζουν, η εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς το ποια στοιχεία που συγκροτούν τη σχέση ασθενή-γιατρού επηρεάζουν τη βίωση της φροντίδας ως συνεχή και οργανωμένη και

η διερεύνηση των αιτιών της πιθανής έλλειψης ικανοποίησης των ασθενών από τη συνέχεια της φροντίδας τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη συγχρονική αυτή έρευνα συμμετείχαν 120 κάτοικοι του Νομού Ηρακλείου ηλικίας άνω των 65 ετών. Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, επειδή τα άτομα της τρίτης ηλικίας συνήθως πάσχουν από πολλές και διαφορετικές παθήσεις, χρησιμοποιούν πολλαπλές υπηρεσίες υγείας, επισκέπτονται επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων και εξυπηρετούνται σε διαφορετικές δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Για την υλοποίηση της έρευνας έγινε μη τυχαία δειγματοληψία από την οποία προέκυψε δείγμα ευκολίας. Η συγκεκριμένη μέθοδος δειγματοληψίας

κρίθηκε επαρκής για τη διεξαγωγή μιας πρώτης εξειδικευμένης ερευνητικής προσπάθειας για τη συνέχεια στη χώρα μας, δεδομένων και των περιορισμένων ερευνητικών πόρων.

Προκειμένου να αποφευχθεί η υποεκπροσώπηση ή μη εκπροσώπηση περιοχών και πληθυσμιακών ομάδων στο δείγμα, έγινε προσπάθεια η αναλογία των ερωτώμενων ως προς το φύλο και τον τόπο κατοικίας να προσεγγίζει την αναλογία στον πραγματικό πληθυσμό του Νομού Ηρακλείου (σύμφωνα με ΕΛΣΤΑΤ και Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας). Τα ποσοτικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ανά φύλο και Δήμο στο δείγμα της έρευνας μετά τη συλλογή των δεδομένων παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Αριθμός συμμετεχόντων στην έρευνα ανά φύλο και δήμο.

Δήμος	Πληθυσμός 65 και άνω		Δείγμα ανδρών	Δείγμα γυναικών
	Άνδρες	Γυναίκες		
Αρχανών-Αστερουσιών	1959	2407	4	6
Βιάννου	811	1021	2	2
Γόρτυνας	1926	2377	4	6
Ηρακλείου	10275	13091	24	30
Μαλεβιζίου	1586	1782	4	4
Μίνωα Πεδιάδος	2245	2820	5	7
Φαιστού	2208	2814	5	7
Χερσονήσου	2006	2204	5	5

Προκειμένου να ενισχυθεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος έγινε στάθμιση δεδομένων ως προς την ηλικία. Μετά τη στάθμιση των δεδομένων τα ποσοστά των ηλικιακών κατηγοριών 65-80 και 81+ στο δείγμα της έρευνας εξισώθηκαν με τα αντίστοιχα ποσοστά στον πληθυσμό του Νομού (71,44% και 28,56% αντίστοιχα). Το σταθμισμένο δείγμα χρησιμοποιήθηκε στη στατιστική επεξεργασία που έγινε. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά τη χρονική περίοδο Ιανουαρίου-Φεβρουαρίου 2018.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα **ερωτηματολόγιο με κλειστές απαντήσεις με τη μορφή της πενταβάθμιας κλίμακας Likert** (Συμφωνώ απόλυτα-Συμφωνώ-Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ-Διαφωνώ-Διαφωνώ απόλυτα), το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της συνέχειας των ασθενών σε μια δομή οικογενειακής ιατρικής στο Οχάιο των Ηνωμένων Πολιτειών (Patient Perception of Continuity Instrument -PC). Σχεδιάστηκε αποκλειστικά για τη μέτρηση της συνέχειας εντός της ΠΦΥ, εστιάζει κυρίως στη σχεσιακή συνέχεια αλλά όχι αποκλειστικά σε αυτή και στηρίζεται στην αξιολόγηση της εμπειρίας του χρήστη των υπηρεσιών χωρίς να προϋποθέτει ή να υπονοεί την ύπαρξη συγκεκριμένου οργανωτικού πλαισίου. Αποτελείται από 23 ερωτήσεις[28]. Για τη χρήση του εργαλείου δόθηκε γραπτή άδεια από το δημιουργό του.

Οι ερωτήσεις τέθηκαν και με θετική και με αρνητική διατύπωση, προκειμένου να μην προδιαθέτουν τους ερωτώμενους. Τα σκορ των ερωτήσεων που έχουν θετική διατύπωση αντιστρέφονται αφαιρώντας από το 6. Σκοπός

του εργαλείου ήταν η ανάδειξη ενός σκορ συνέχειας, το οποίο κυμαίνεται από 1 έως 5, όπου το 5 υποδηλώνει υψηλή συνέχεια και το 1 χαμηλή συνέχεια.

Εκτός από τις ερωτήσεις του παραπάνω εργαλείου, στο ερωτηματολόγιο που δόθηκε προστέθηκε μια σειρά ερωτήσεων, οι οποίες αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας), πληροφοριακά στοιχεία για τον ασθενή (κατάσταση της υγείας του, χρήση υπηρεσιών υγείας) και την ικανοποίηση του/της από τη φροντίδα.

Το συνολικό ερωτηματολόγιο, πριν χρησιμοποιηθεί, ελέγχθηκε ως προς την εγκυρότητά του (εγκυρότητα όψεως). Συγκεκριμένα διεξήχθη ενδελεχής ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκειμένου να διαπιστωθεί ότι είναι κατάλληλο για πληθυσμούς ασθενών, αλλά διενεργήθηκε και πιλοτική εφαρμογή του σε ένα δείγμα 30 ατόμων άνω των 65 ετών, προκειμένου να αξιολογηθεί η κατανόηση του σκοπού της έρευνας από τους ερωτώμενους, η δομή του ερωτηματολογίου, η σαφήνεια στη διατύπωση των ερωτήσεων και η ικανότητα και η προθυμία των Ελλήνων ασθενών της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας να απαντήσουν στις ερωτήσεις.

Έγινε έλεγχος της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου (έλεγχος εσωτερικής συνοχής) με υπολογισμό του συντελεστή alpha του Cronbach, προκειμένου να εκτιμηθεί η συνέπεια των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα στοιχεία του ερωτηματολογίου. Η τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha ήταν 0,702, η οποία σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία

υποδηλώνει ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής.

Προσεγγίστηκαν ερωτώμενοι μεγαλύτερης ηλικίας σε δημόσιους χώρους στις πρωτεύουσες των Δήμων. Αφότου εξασφαλίστηκε το κριτήριο της ηλικίας, ενημερώθηκαν για την ταυτότητα της έρευνας και για τη διατήρηση της ανωνυμίας τους. Κατόπιν εξετάστηκε η προθυμία συμμετοχής τους. Ανάλογα με την ηλικία και τη διάθεση, άλλοι συμπλήρωναν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο, ενώ άλλοι επιθυμούσαν την ανάγνωσή του από την ερευνήτρια. Σε κάθε περίπτωση, η ερευνήτρια ήταν παρούσα για διευκρινίσεις.

Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου **IBM SPSS Statistics 25.0**. Ως όριο για την αποδοχή των στατιστικών υποθέσεων (επίπεδο σημαντικότητας) τέθηκε το 5%. Χρησιμοποιήθηκαν ονομαστικές (nominal), διατεταγμένες (ordinal) και ποσοτικές μεταβλητές (scale). Οι απαντήσεις εκφράστηκαν με τη μορφή απόλυτων συχνοτήτων και % συχνοτήτων. Τα σκορ των ερωτώμενων στην κλίμακα PC υπολογίστηκαν με βάση τη μέση τιμή και κατατάχθηκαν ως εξής: 4,5+ υψηλή, 3,5-4,49 ικανοποιητική, 2,5-3,49 επαρκής, 1,5-2,49 μέτρια και 0-1,49 χαμηλή[29]. Πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των σκορ των ερωτώμενων με τις υπόλοιπες μεταβλητές (δημογραφικά χαρακτηριστικά, την κατάσταση της υγείας, το πλήθος χρόνιων παθήσεων, τα χαρακτηριστικά της χρήσης υπηρεσιών υγείας, τη συχνότητα πληρωμής για επίσκεψη σε γιατρό και τη συνολική ικανοποίηση από τη φροντίδα), καθώς επίσης

και συσχέτιση των επιμέρους απαντήσεων μεταξύ τους.

Συγκεκριμένα, μεταξύ των ονομαστικών μεταβλητών, καθώς επίσης και μεταξύ ονομαστικών και διατεταγμένων μεταβλητών εφαρμόστηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 του Pearson. Για τον έλεγχο της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών (scale) εφαρμόστηκαν τα κριτήρια Kolmogorov-Smirnoff (για $N > 50$) και Shapiro-Wilk (για $N \leq 50$). Για την εύρεση των στατιστικά σημαντικών διαφορών ποσοτικών μεταβλητών (scale) μεταξύ των κατηγοριών-ομάδων που καθορίζονται από τις τιμές ονομαστικών (nominal) ή διατεταγμένων (ordinal) μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν τα παραμετρικά κριτήρια t-test για ανεξάρτητα δείγματα και one-way ANOVA, ανάλογα με τον αριθμό των υπο-ομάδων κάθε μεταβλητής. Στις περιπτώσεις όπου δεν ακολουθούσαν όλες οι υπο-ομάδες μιας μεταβλητής την κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκαν τα μη παραμετρικά τεστ Mann-Whitney και Kruskal-Wallis. Για τη συσχέτιση μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης rho Spearman.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων της έρευνας παρουσιάζονται στον πίνακα 2 και είναι περίπου τα ίδια με αυτά του πραγματικού πληθυσμού. Ως προς τη νοσηρότητα, η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος (71,7%) πάσχει από μία ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις. Η κατανομή αυτή είναι αναμενόμενη, καθώς φυσιολογικά

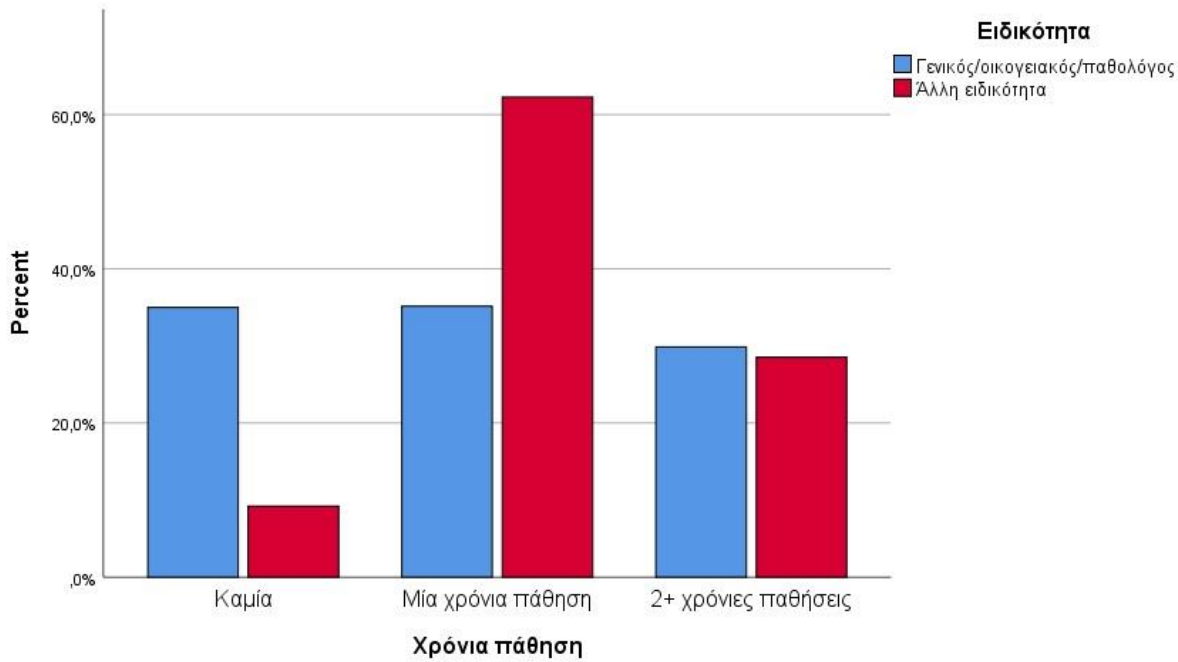
Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.

Μεταβλητή	Τιμές μεταβλητής	N (%)
Φύλο	Άνδρας	53 (44,1%)
	Γυναίκα	67 (55,9%)
Ηλικία	65-80	86 (71,4%)
	81 και άνω	34 (28,6%)
Τόπος κατοικίας (Δήμος)	Αρχανών-Αστερουσιών	10 (8,5%)
	Βιάννου	4 (3,3%)
	Γόρτυνας	10 (8,5%)
	Ηρακλείου	53 (44,3%)
	Μαλεβιζίου	8 (6,7%)
	Μίνωα Πεδιάδος	12 (10,1%)
	Φαιστού	12 (9,9%)
	Χερσονήσου	10 (8,7%)
Νοσηρότητα	Καμία χρόνια πάθηση	34 (28,2%)
	Μία χρόνια πάθηση	51 (42,2%)
	Δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις	35 (29,5%)

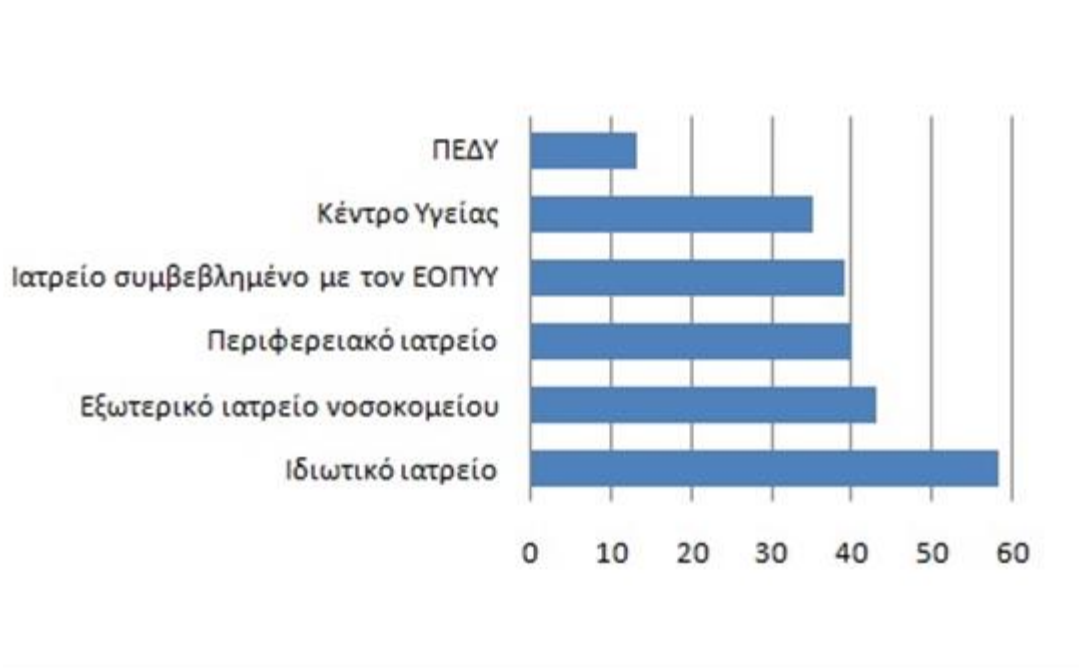
η νοσηρότητα είναι αυξημένη στην τρίτη ηλικία.

Η αυξημένη νοσηρότητα συνεπάγεται μεγαλύτερο βαθμό χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Το 73,8% των ασθενών δήλωσαν ότι παρακολουθούνται κυρίως από γενικό/οικογενειακό γιατρό ή παθολόγο, ενώ δεν είναι αμελητέο το ποσοστό εκείνων που παρακολουθούνται κυρίως από γιατρό ειδικότητας (26,2%). Όπως προκύπτει από την

Εικόνα 1, οι ασθενείς αυτοί πάσχουν από μια χρόνια πάθηση και κατά συνέπεια ένας γιατρός ειδικότητας μπορεί να συντονίσει την περίπτωσή τους. Εκείνοι που δεν έχουν χρόνιες παθήσεις επισκέπτονται συνήθως γενικό/οικογενειακό γιατρό ή παθολόγο. Το ίδιο συμβαίνει και για τους ασθενείς που πάσχουν από περισσότερες από δύο χρόνιες παθήσεις.



Εικόνα 1. Ειδικότητα ιατρού προς τον αριθμό χρόνιων παθήσεων των ασθενών του δείγματος.

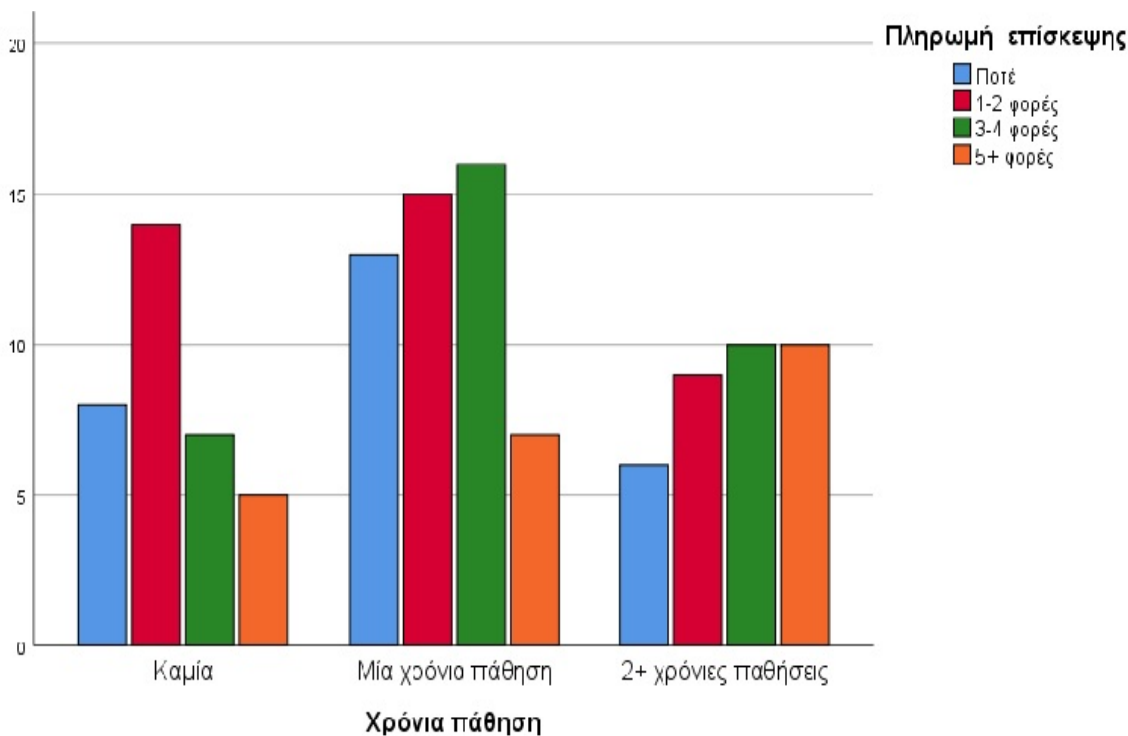


Εικόνα 2. Δομές υγείας στις οποίες εξυπηρετούνται οι ασθενείς του δείγματος.

Η Εικόνα 2 απεικονίζει τις δομές στις οποίες εξυπηρετούνται συχνότερα οι ασθενείς για τις ανάγκες υγείας τους. Σημειώνεται ότι υπήρχε η δυνατότητα επιλογής περισσότερων των μία δομών. Οι ασθενείς του Νομού εξυπηρετούνται περισσότερο για τις ανάγκες υγείας τους σε ιδιωτικά ιατρεία με ίδια πληρωμή, ενώ η δομή για την οποία δείχνουν τη χαμηλότερη προτίμηση είναι το Κέντρο Υγείας Ηρακλείου. Στην ερώτηση «Πόσες φορές έχετε πληρώσει για επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο χρόνο», μόνο το 22,7% απάντησε «Ποτέ», 31,2% «1-2 φορές», ενώ πολύ υψηλό ποσοστό 46,1% έχει πληρώσει για επίσκεψη περισσότερες από τρεις φορές. Επιπλέον, όπως φαίνεται στην Εικόνα 3, οι ασθενείς που πάσχουν από δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις έχουν πληρώσει περισσότερες φορές για επίσκεψη σε γιατρό κατά το τελευταίο έτος συγκριτικά με εκείνους που πάσχουν από λιγότερες χρόνιες παθήσεις.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα ποσοστά ικανοποίησης των ερωτώμενων από τη φροντίδα υγείας τους συνολικά. Οι περισσότερες απαντήσεις κατανέμονται στην επιλογή «ούτε πολύ/ούτε λίγο», ενώ περίπου οι μισοί ερωτώμενοι δηλώνουν πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη συνολική φροντίδα υγείας που λαμβάνουν.

Όσον αφορά τα συνολικά σκορ στην κλίμακα της συνέχειας, το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών του δείγματος (60,4%) κατανέμεται στην κατηγορία ικανοποιητική συνέχεια (3,5-4,49), το 38% των ερωτώμενων βιώνει επαρκή συνέχεια (2,5 έως 3,49), ενώ υψηλή συνέχεια (4,5 και άνω) βιώνει μόνο το 0,8% των ερωτώμενων. Μέτρια (1,5 έως 2,49) και χαμηλά σκορ (0 έως 1,49) δεν σημείωσε κανένας από τους ερωτώμενους.



Εικόνα 3. Συχνότητα πληρωμής για επίσκεψη προς τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων.

Πίνακας 3. Ικανοποίηση των ασθενών του δείγματος από τη φροντίδα υγείας τους.

Μεταβλητή	Τιμές μεταβλητής	N (%)
Ικανοποίηση από τη φροντίδα υγείας	Πάρα πολύ	15 (12,4%)
	Πολύ	40 (33,2%)
	Ούτε πολύ/ούτε λίγο	45 (37,7%)
	Λίγο	17 (14,1%)
	Καθόλου	3 (2,6%)

Για την καλύτερη παρουσίαση των σκορ των ερωτώμενων για κάθε ερώτηση ξεχωριστά πραγματοποιήθηκε εννοιολογική κατηγοριοποίηση των ερωτήσεων σε δέκα (10) ομάδες, για καθεμιά από τις οποίες υπολογίστηκαν ξεχωριστά σκορ με βάση το μέσο όρο. Οι ομάδες αυτές είναι: 1) χρήση των υπηρεσιών, 2) αξιολόγηση της συνέχειας, 3) δεσμός με τον επαγγελματία υγείας, 4) γνώση του ασθενούς, 5) επικοινωνία με το γιατρό, 6) οικειότητα, 7) εμπιστοσύνη, 8) Εκτίμηση αναγκών, 9) Υπευθυνότητα, 10) Καθοδήγηση στο σύστημα υγείας. Οι πρώτες δύο ομάδες αφορούν τη χρήση των υπηρεσιών και την αξιολόγηση της σπουδαιότητας της συνέχειας από τους ερωτώμενους. Οι υπόλοιπες ομάδες αναφέρονται σε όλα εκείνα τα στοιχεία που εμπεριέχονται στην έννοια της σχεσιακής συνέχειας και περιγράφονται στο θεωρητικό μέρος της εργασίας. Τα σκορ των επιμέρους ερωτήσεων στην κλίμακα της συνέχειας παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Οι ερωτώμενοι σκοράρουν υψηλότερα μ.ο.>3,8 στις ερωτήσεις που αφορούν το δεσμό με το γιατρό τους, την επικοινωνία τους μαζί του, την εμπιστοσύνη προς το πρόσωπό του,

την υπευθυνότητα που επιδεικνύει και την ικανοποίησή τους από το πώς τους καθοδηγεί στο σύστημα υγείας. Μέτρια προς χαμηλά είναι τα σκορ των ερωτώμενων στις ερωτήσεις που αποτυπώνουν την ύπαρξη μιας σχέσης με το γιατρό, η οποία ξεπερνά τα στενά όρια της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι ασθενείς δεν θεωρούν ότι ο γιατρός τους μπορεί να τους παρέχει φροντίδα για κάθε πρόβλημα που αντιμετωπίζουν, δεν νιώθουν αρκετή οικειότητα ώστε να συζητήσουν με το γιατρό τους μη ιατρικά και προσωπικά τους προβλήματα, ενώ ο γιατρός τους, αν και έχει καλή γνώση των αμιγώς ιατρικών τους θεμάτων, δεν γνωρίζει αρκετά πράγματα για την οικογένειά τους και τα προβλήματά της.

Χαμηλά είναι τα σκορ και στις ερωτήσεις που αποτυπώνουν τη συνέχεια μέσα από την οργάνωση και τον τρόπο χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Ο γιατρός για τους περισσότερους ασθενείς είναι προσωπικός και όχι οικογενειακός, αφού τα μέλη της οικογένειάς τους φαίνονται να επισκέπτονται διαφορετικούς γιατρούς. Επιπλέον, οι ασθενείς επισκέπτονται περισσότερες από μία δομές για υπηρεσίες υγείας, γεγονός που

Πίνακας 4. Σκορ επιμέρους ερωτήσεων της κλίμακας της συνέχειας.

	Μέση τιμή
<i>Χρήση των υπηρεσιών (2,7)</i>	
Σε περίπτωση που αρρωστήσουν ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειάς μου, πηγαίνουμε σε διαφορετικούς γιατρούς	2,53
Χρησιμοποιώ υπηρεσίες υγείας από μία και μόνο δομή	2,86
<i>Αξιολόγηση της συνέχειας (3,21)</i>	
Η φροντίδα υγείας μου βελτιώνεται όταν επισκέπτομαι σταθερά τον ίδιο γιατρό	3,75
Θα προτιμούσα να δω ένα γιατρό αμέσως παρά να περιμένω μερικές μέρες για να δω το γιατρό που με παρακολουθεί	2,66
<i>Δεσμός με τον επαγγελματία υγείας (3,89)</i>	
Σπανίως επισκέπτομαι τον ίδιο γιατρό για τις ανάγκες της υγείας μου	3,66
Νιώθω ότι έχω μια σταθερή σχέση με το γιατρό μου	4,01
Ο γιατρός μου θα με αναγνωρίσει με το όνομά μου αν με συναντήσει στο δρόμο	4,01
<i>Γνώση του ασθενούς (3,60)</i>	
Ο γιατρός που με παρακολουθεί συχνά αναφέρεται σε προβλήματα υγείας ή θεραπείες που έχω αντιμετωπίσει στο παρελθόν	3,67
Ο γιατρός μου γνωρίζει τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνω αυτό τον καιρό	4,42
Αντιμετωπίζω ιατρικά προβλήματα που ο γιατρός μου δεν τα γνωρίζει	3,97
Ο γιατρός μου γνωρίζει αρκετά πράγματα για την οικογένειά μου	3,24
Ο γιατρός μου δεν γνωρίζει τα οικογενειακά μου προβλήματα	2,68
<i>Επικοινωνία με το γιατρό (3,94)</i>	
Νιώθω άνετα να κάνω ερωτήσεις στο γιατρό μου	4,02
Ο γιατρός μου δεν μου εξηγεί αρκετά τα προβλήματα της υγείας μου	3,86
<i>Οικειότητα (2,9)</i>	
Μου είναι δύσκολο να μιλήσω με το γιατρό μου για μη ιατρικά ζητήματα	3,06
Αισθάνομαι άνετα να συζητήσω ένα προσωπικό πρόβλημα με το γιατρό μου	2,73
<i>Εμπιστοσύνη (4,15)</i>	

Πίνακας 4. Σκορ επιμέρους ερωτήσεων της κλίμακας της συνέχειας (συνέχεια).

Θα εμπιστευόμουν ένα γιατρό άλλης ειδικότητας εάν μου τον είχε συστήσει ο γιατρός μου	3,93
Εμπιστεύομαι το γιατρό μου	4,37
<i>Εκτίμηση αναγκών (3,16)</i>	
Ο γιατρός μου παρέχει φροντίδα για κάθε είδους πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπίζω	3,16
<i>Υπευθυνότητα (4,12)</i>	
Σε περίπτωση ανάγκης θέλω να επικοινωνήσω με το γιατρό που με παρακολουθεί	4,29
Ο γιατρός μου θα μου παρείχε φροντίδα σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης	3,95
<i>Καθοδήγηση στο σύστημα υγείας (4,22)</i>	
Ο γιατρός μου με καθοδηγεί σωστά ως προς το αν χρειάζεται να με δει γιατρός άλλης ειδικότητας	4,19
Ο γιατρός μου θα το κανόνιζε αν χρειαζόταν να πάω στο Νοσοκομείο	4,25

υποδηλώνει τον κατακερματισμό της φροντίδας τους. Τέλος, παρόλο που θεωρούν ότι η υγεία τους βελτιώνεται όταν βλέπουν τον ίδιο γιατρό, θα προτιμούσαν να δουν ένα γιατρό αμέσως παρά να περιμένουν μερικές μέρες για να δουν το γιατρό που τους παρακολουθεί.

Από τους ελέγχους των δημογραφικών χαρακτηριστικών, των πληροφοριακών στοιχείων ασθενή και της ικανοποίησης από τη φροντίδα, σε συνδυασμό με τις συγκρίσεις μέσω των όρων των σκορ συνέχειας, προέκυψαν διάφορα συμπεράσματα. Κατ' αρχήν, οι άνδρες (μ.ο.=3,68) βιώνουν υψηλότερο βαθμό συνέχειας στη φροντίδα τους συγκριτικά με τις γυναίκες (μ.ο.=3,57) p -value=0,017 (κριτήριο Mann-Whitney). Επιπλέον, οι ερωτώμενοι ηλικίας 65-80 ετών (μ.ο.=3,68) βιώνουν μεγαλύτερη συνέχεια στη φροντίδα τους

συγκριτικά με τους πιο ηλικιωμένους (μ.ο.=3,46) p -value=0,001 (t-test για ανεξάρτητα δείγματα).

Όσον αφορά τυχόν διαφορές του σκορ συνέχειας ανάλογα με το Δήμο κατοικίας, πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις στο σκορ όλων των Δήμων μεταξύ τους ανά δύο (t-test για ανεξάρτητα δείγματα και έλεγχοι ανά δύο Mann-Whitney), από τις οποίες βρέθηκαν κάποιες στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ κάποιων από αυτούς. Μικρότερο βαθμό συνέχειας βιώνουν όσοι επισκέπτονται Κέντρα Υγείας (μ.ο.=3,49), συγκριτικά με εκείνους που δεν επισκέπτονται Κέντρα Υγείας (μ.ο.=3,66) p -value=0,011 (t-test για ανεξάρτητα δείγματα).

Τέλος, εφαρμόστηκε το κριτήριο Kruskal-Wallis και εντοπίστηκαν διαφορές του σκορ

συνέχειας και του βαθμού ικανοποίησης από τη φροντίδα (p -value=0,000) και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις ως προς το σκορ της συνέχειας όλων των βαθμών ικανοποίησης μεταξύ τους ανά δύο (t-test για ανεξάρτητα δείγματα και έλεγχοι ανά δύο Mann-Whitney). Έγιναν δέκα έλεγχοι, από τους οποίους προέκυψαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, εκείνοι που δηλώνουν “πάρα πολύ” ικανοποιημένοι από τη φροντίδα τους ($\mu.o.=4,0019$) σκοράρουν υψηλότερα στην κλίμακα της συνέχειας συγκριτικά με α) αυτούς που δηλώνουν “πολύ” ικανοποιημένοι ($\mu.o.=3,64$) με p -value=0,000 (t-test), β) αυτούς που δηλώνουν “ούτε πολύ/ούτε λίγο” ικανοποιημένοι ($\mu.o.=3,47$) με p -value=0,000 (t-test), γ) αυτούς που δηλώνουν “λίγο” ικανοποιημένοι ($\mu.o.=3,63$) με p -value=0,003 (t-test), και δ) αυτούς που δηλώνουν “καθόλου” ικανοποιημένοι ($\mu.o.=3,36$) με p -value=0,01 (Mann-Whitney). Εκείνοι που δηλώνουν “πολύ” ικανοποιημένοι ($\mu.o.=3,64$) σκοράρουν υψηλότερα στην κλίμακα της συνέχειας συγκριτικά με αυτούς που δηλώνουν “ούτε πολύ/ούτε λίγο” ικανοποιημένοι ($\mu.o.=3,47$) με p -value=0,011 (t-test).

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 του Pearson για τη συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών, των πληροφοριακών στοιχείων ασθενή και της ικανοποίησης από τη φροντίδα με τις επιμέρους ερωτήσεις της κλίμακας συνέχειας. Οι απαντήσεις στις επιμέρους ερωτήσεις της κλίμακας δεν επηρεάζονται από το φύλο, την ηλικία, τον τόπο κατοικίας, την ειδικότητα που επισκέπτονται συχνότερα οι ασθενείς, τη δομή από την οποία εξυπηρετούνται και τη

συχνότητα πληρωμής για επίσκεψη σε γιατρό. Οι ασθενείς που πάσχουν από περισσότερες χρόνιες παθήσεις φαίνονται να επισκέπτονται διαφορετικό γιατρό από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους ($p=0,003$), ενώ ο γιατρός τους αναφέρεται συχνότερα σε προβλήματα υγείας ή θεραπείες που έχουν αντιμετωπίσει στο παρελθόν ($p=0,007$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την έρευνα προέκυψε ότι οι ασθενείς βιώνουν ικανοποιητική συνέχεια στο πλαίσιο της ΠΦΥ. Αυτό είναι άλλωστε αναμενόμενο, δεδομένου ότι οι άνθρωποι αυτής της ηλικίας λόγω αυξημένης νοσηρότητας έχουν μια σταθερή επαφή με το σύστημα υγείας. Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε αφορά κυρίως τη σχέση των ασθενών με τον προσωπικό τους γιατρό, τον οποίο έχουν ελεύθερα επιλέξει και ο οποίος, όπως δηλώνουν γνωρίζει αρκετά καλά το ιστορικό τους, την κατάσταση της υγείας τους και την αγωγή που ακολουθούν. Παρόλα αυτά, ο δεσμός γιατρού-ασθενή, που αποτελεί το σημαντικότερο χαρακτηριστικό της σχεσιακής συνέχειας, δεν είναι αρκετά ισχυρός ώστε ο ασθενής να συζητά μαζί του περισσότερο προσωπικά ή οικογενειακά προβλήματα ή ευρύτερα ζητήματα που τον απασχολούν. Κατά συνέπεια, ο γιατρός δεν μπορεί να εκτιμήσει με ολιστικό τρόπο τις ανάγκες και την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Τρεις ερμηνείες μπορούν να δοθούν όσον αφορά την έλλειψη εμβάθυνσης της σχέσης μεταξύ γιατρού-ασθενή. Η πρώτη έγκειται στο ότι η εμβάθυνση αυτή ενδεχομένως δεν

αποτελεί προτεραιότητα είτε του γιατρού, είτε του ασθενή, είτε και των δύο. Οι γιατροί πολλές φορές υποτιμούν τη μεγάλη σημασία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, ενώ οι ασθενείς ίσως να μην επιδιώκουν αυτή την εμφάνιση, αγνοώντας τις ευεργετικές της επιπτώσεις για την υγεία τους. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σε πρόσφατη έρευνα σε ελληνικό πληθυσμό, μόνο το 28,4% των ασθενών δήλωσε ότι θεωρεί σημαντικό να γνωρίζει ο γιατρός τους θέματα που αφορούν τις ευρύτερες συνθήκες της ζωής τους [27]. Η δεύτερη ερμηνεία έγκειται στο γεγονός ότι η δημιουργία προσωπικού δεσμού απαιτεί χρόνο, δηλαδή ικανοποιητικής διάρκειας επισκέψεις, αλλά κυρίως επαναλαμβανόμενες επισκέψεις στον ίδιο γιατρό σε βάθος πολλών ετών. Η τρίτη ερμηνεία, η οποία είναι απόρροια της δεύτερης, είναι ότι η ελλιπής οργάνωση των υπηρεσιών της ελληνικής ΠΦΥ, και κατ' επέκταση ο αναποτελεσματικός τρόπος χρήσης των υπηρεσιών από τους ασθενείς, δεν ευνοεί τη χρονολογική διάσταση της συνέχειας.

Ενδιαφέροντα στοιχεία προέκυψαν και από τα αποτελέσματα που αφορούν στη χρήση των υπηρεσιών. Υψηλό ποσοστό ασθενών εξυπηρετείται, εν μέρει τουλάχιστον, σε ιδιωτικά ιατρεία με ιδιωτική πληρωμή, παρά τη δυσμενή οικονομική συγκυρία, που είναι ενδεικτικό του υψηλού ποσοστού ίδιων πληρωμών στο ελληνικό σύστημα υγείας. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, κατά τα οποία το 2015 οι ίδιες πληρωμές αποτελούσαν το 35% των συνολικών δαπανών για την υγεία [25]. Πάντως, οι ασθενείς που επισκέπτονται συχνότερα ιδιώτες μη συμβεβλημένους με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών

Υγείας γιατρούς δεν βιώνουν υψηλότερη συνέχεια από εκείνους που επισκέπτονται γιατρούς σε δημόσιες δομές. Επιπλέον, οι περισσότεροι χρησιμοποιούν υπηρεσίες από πληθώρα δομών, ενώ αρκετοί επισκέπτονται κυρίως γιατρούς ειδικότητας. Αυτά ενδεχομένως σχετίζονται με την έλλειψη συστήματος υποχρεωτικής παραπομπής, τον κατακερματισμό των υπηρεσιών και την έλλειψη σαφών διαδρομών φροντίδας της ελληνικής ΠΦΥ.

Οι Έλληνες ηλικιωμένοι ασθενείς αξιολογούν ως αρκετά σημαντική τη συνέχεια της φροντίδας τους, αφού δηλώνουν ότι η υγεία τους βελτιώνεται όταν επισκέπτονται τον ίδιο γιατρό. Οι ηλικιωμένοι και οι πάσχοντες από χρόνιες παθήσεις εκτιμούν περισσότερο τη συνέχεια [30-32]. Παρόλα αυτά, μπαίνει σε «δεύτερη μοίρα» όταν τίθενται ζητήματα πρόσβασης. Οι ασθενείς προτιμούν να δουν ένα γιατρό αμέσως, παρά να περιμένουν λίγες μέρες προκειμένου να δουν τον προσωπικό τους γιατρό. Σε πρώτη ανάγνωση, η προτίμηση αυτή μπορεί να αποδοθεί σε δυσκολίες πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Στην πραγματικότητα όμως, αυτή η διαφαινόμενη «σύγκρουση» μεταξύ πρόσβασης και της συνέχειας έχει προκύψει ως αποτέλεσμα και άλλων ερευνών σε διεθνές επίπεδο. Εκείνοι που αντιμετωπίζουν νέα, χαμηλής σπουδαιότητας προβλήματα προτιμούν την άμεση πρόσβαση, ενώ εκείνοι που επιθυμούν ένα τσεκ-απ ή αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα που τους προκαλεί αβεβαιότητα προτιμούν τη συνέχεια [19,33]. Η καλή πρόσβαση αποτελεί προαπαιτούμενο προκειμένου να διατηρηθεί η συνέχεια, επομένως τα συστήματα υγείας οφείλουν να

ισοροπήσουν ανάμεσα σε αυτούς τους δύο στόχους [34].

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ συνέχειας και δημογραφικών χαρακτηριστικών, από την έρευνα προέκυψε ότι το φύλο, η ηλικιακή ομάδα και η ικανοποίηση από τη φροντίδα αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες της σχεσιακής συνέχειας. Συγκεκριμένα, οι άνδρες βιώνουν υψηλότερη συνέχεια από τις γυναίκες, τα άτομα της πληθυσμιακής ομάδας 65-80 ετών σημειώνουν μεγαλύτερα σκορ συγκριτικά με την πληθυσμιακή ομάδα 80 και άνω, ενώ υψηλότερα στη συνέχεια σκοράρουν οι ασθενείς που δηλώνουν πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη φροντίδα τους. Ο αριθμός των χρόνιων παθήσεων από τις οποίες πάσχουν οι ασθενείς, η δομή ή οι δομές στις οποίες τους παρέχονται υπηρεσίες ΠΦΥ και η συχνότητα ίδιας πληρωμής των επαγγελματιών υγείας δεν συνιστούν προβλεπτικούς παράγοντες της συνέχειας.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται λόγος για τον κυρίαρχο ρόλο των ομάδων φροντίδας στο συντονισμό της φροντίδας ασθενών που έχουν πολλές χρόνιες παθήσεις. Ακόμα κι αν υπάρχει μια ομάδα φροντίδας που θα συνεργάζεται για τη χάραξη μονοπατιών φροντίδας (care pathways), οι ασθενείς που έχουν χρόνιες παθήσεις έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι υπάρχει ένας επαγγελματίας υγείας, με το διακριτό ρόλο του συντονιστή της περίπτωσης τους. Στην ελληνική ΠΦΥ ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να παίζει το ρόλο του εγγυητή της συνέχειας της φροντίδας. Η κατάλληλη εκπαίδευση των οικογενειακών γιατρών, η εφαρμογή του υποχρεωτικού συστήματος παραπομπών, η δημιουργία τεχνολογικής υποδομής Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου

(ΗΠΦ) και η υποχρέωση της καθολικής τήρησής του θα ενισχύσει αυτό το ρόλο.

Είναι αναγκαία η αναφορά κάποιων περιορισμών σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας. Δεν έχουν ακόμη αναπτυχθεί κοινώς αποδεκτά εργαλεία για τη μέτρηση της συνέχειας. Η συνέχεια επηρεάζεται ιδιαίτερω από τη δομή των συστημάτων υγείας, γι' αυτό και τα εργαλεία που έχουν δημιουργηθεί δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν διεθνώς. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε δεν έχει σταθμιστεί στον ελληνικό χώρο, ούτε έχει χρησιμοποιηθεί ξανά στην Ελλάδα για τη εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς τη συνέχεια της ΠΦΥ. Παρόλα αυτά, προέκυψαν συμπεράσματα, τα οποία μπορούν να αξιοποιηθούν προκειμένου να δημιουργηθεί ένα κατάλληλο εργαλείο για τη μέτρηση της συνέχειας της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Ένα τέτοιο εργαλείο εκτιμάται ότι θα πρέπει να διερευνά τη συνέχεια από την πλευρά του ασθενή, να μετρά όλα τα είδη της συνέχειας, να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όλα τα είδη των ασθενειών και για όλα τα είδη εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, να εντοπίζει εκείνα τα σημεία στα οποία διακόπτεται η συνοχή της διαδρομής της φροντίδας και να αναδεικνύει την επίδραση των παθογενών χαρακτηριστικών της ελληνικής ΠΦΥ στη συνέχεια, τα οποία τείνουν να γίνουν δομικά, όπως οι δυσκολίες πρόσβασης και οι ίδιες πληρωμές.

Τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από τμήματα στρατηγικού σχεδιασμού και εφαρμογής πολιτικών υγείας, καθώς επίσης και από τμήματα αξιολόγησης υπηρεσιών και προγραμμάτων υγείας του Υπουργείου Υγείας και των υπαγόμενων σε αυτό φορέων.

Επιπλέον, θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα που είναι αρμόδια για την εκπαίδευση του

ιατρικού προσωπικού, και ιδίως των οικογενειακών γιατρών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ettner SL. The timing of preventive services for women and children: the effect of having a usual source of care. *Am J Public Health*. 1996; 86:1748-1754.
2. Ettner SL. The relationship between continuity of care and the health behavior of patients. *Med Care*. 1999; 37:547-555.
3. O' Malley AS, Mandelblatt J, Gold K, Cagney KA, Kerner J. Continuity of care and the use of breast and cervical cancer screening services in a multiethnic community. *Arch Intern Med*. 1997; 157(13):1462-1470.
4. Christakis DA, Mell L, Wright JA, Davis R, Connell FA. The association between greater continuity of care and timely measles-mumps-rubella vaccination. *Am J Public Health*. 2000; 90(6):962-965.
5. Kerse N, Buetow S, Mainous AG, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Annals Family Med*. 2004; 2:455-461.
6. Uijen AA, Bosch M, Van Den Bosch WJ, Bor H, Wensing M, Schers H. Heart failure patients' experiences with continuity of care and its relation to medication adherence: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2012; 13:86.
7. Chen CC, Tseng CH, Cheng SH. Continuity of care, medication adherence, and health care outcomes among patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a longitudinal analysis. *Med Care*. 2013; 51:231-237.
8. Gill J, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998; 7:352-357.
9. Mainous AG, Gill J. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: Is site of care equivalent to a primary clinician? *Am J Public Health*. 1998; 88(10):1539-1541.
10. Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JPW, Strawderman R, Weeks W, Casalino L, et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *JAMA Intern Med*. 2013; 173(20):1879-1885.
11. Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, Larouche D, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ*. 2007; 177(11):1362-1368.
12. Christakis DA, Wright JA, Koepsell TD, Emerson S, Connell FA. Is greater continuity of care associated with less emergency department utilization? *Pediatrics*. 1999; 103(4):738-742.
13. Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zimmerman FJ, Connell FA. Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. *Pediatrics*. 2001; 107(3):524-529.

14. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health*. 1996; 86(12):1742-1747.
15. Raddish M, Horn S, Sharkey PH. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care*. 1999; 5:727-734.
16. De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyrick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals Family Med*. 2003; 1(3):144-148.
17. Chen CC, Cheng SH. Better Continuity of Care Reduces Costs for Diabetic Patients. *Am J Manag Care*. 2011; 17(6):420-427.
18. Morgan ED, Pasquarella M, Holaman JR. Continuity of care and patient satisfaction in a family practice clinic. *J Am Board Fam Pract*. 2004; 17(5):341-346.
19. Baker R, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Bankart J, Freeman G. Interpersonal continuity of care: a cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences. *Br J Gen Pract*. 2007; 57(537):283-290.
20. Freeman G, Shepperd S, Robinson I, Ehrich K, Richards S. Continuity of care: report of a scoping exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R&D (NCCSDO). London, UK: NCCSDO, 2000. Available from: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_ES_08-1009-002_V01.pdf [Accessed 20th January 2020].
21. Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vazquez ML. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Health Care*. 2012; 24(1):39-48.
22. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CF, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review, *BMJ*. 2004; 327:1219-1221.
23. Randall H. *Epidemiology of Chronic Disease: Global Perspectives*. 1st ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2013.
24. Stange K. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Annals Family Med*. 2009; 7(2):100-103.
25. OECD. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2017. Available from: <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart> [Accessed 20th January 2020].
26. Schafer WL, Boerma WG, Murante AM, Sixma HJ, Schellevis FG, Groenewegen PP. Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015; 93(3):161-168.
27. Lionis CH, Papadakis S, Tatsi CH, Bertsiyas A, Duijker G, Bodosakis Merkouris P, et al. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Serv Res*. 2017; 17:255.
28. Chao J. Continuity of care: incorporating patient perceptions. *Fam Med*. 1988; 20(5):333-337.

29. Hill KM, House AO, Hewison J. Continuity of care in stroke and its relation to outcomes. London: NCCSDO, 2008, Available from: www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/13c-final-report.pdf [Accessed 20th January 2020].
30. Pandhi N, Saultz JW. Patients' perceptions of Interpersonal continuity of care. *Am Board Family Med.* 2006; 19(4):390-397.
31. Nutting P, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom it matters and when? *Annals Family Med.* 2003; 1(3):149-155.
32. Pini A, Sarafis P, Malliarou M, Tsounis A, Igoymenidis M, Bamidis P, et al. Assessment of patient satisfaction of the quality of health care provided by outpatient services of an oncology hospital. *Global Journal of Health Science.* 2014; 6(5): 196-203.
33. Turner D, Tarrant C, Windridge K, Bryan S, Boulton M, Freeman G, et al. Do patients value continuity of care in general practice? An investigation using stated preference discrete choice experiments. *Journal of Health Services Research and Policy.* 2007; 12(3):132-137.
34. Haggerty J, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary care. *Annals Family Med.* 2008; 6(2):116-123.

Continuity of primary healthcare of elder people in the Prefecture of Herakleion: The patient's perspective

A.Laspiti¹, I.Apostolakis^{1,2}, Ath.Nikolentzos¹, P.Sarafis^{1,3}

¹School of Social Sciences, Hellenic Open University, Greece, ²Medical Physics Laboratory, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece, ³Department of Nursing, School of Health Sciences, Cyprus University of Technology, Nicosia, Cyprus

ABSTRACT

Aim-Background: The evaluation of health care continuity and its individual characteristics, as experienced by Greeks elder patients suffering from chronic diseases.

Material-Method: This is a cross-sectional study. The sample of 120 people came from a population of residents in all municipalities of the prefecture of Herakleion, aged over 65 years old. Data was collected by using an anonymous questionnaire, comprising of a 23 question Likert scale and a number of questions, capturing demographic characteristics and satisfaction from healthcare. A face-validity process was conducted and internal consistency reliability was tested using Cronbach alpha reliability coefficient ($\alpha=0.702$). Measures of central tendency were used to calculate continuity scores. Scores ranged from 1 for lower continuity to 5 for highest.

Results: Only 0.8% of the subjects experiences high level of continuity, whereas 60.4% thinks of continuity as satisfactory and 38.8% as adequate. Higher scores were marked in questions concerning patients' guidance through the health system (4.22), trust for the health provider (4.15) and doctor's accountability (4.12). Nonetheless, sample patients seem to prefer access to continuity (2.66), feel uncomfortable to discuss a personal problem with the doctor (2.73) and confirm that their doctor does not know about their family problems (2.68). Male patients experience higher continuity than female (p -value=0.017) and patients over 80 years old experience lower continuity than the younger (p -value=0.001). Finally, continuity scores are higher for patients who are very much satisfied from the healthcare they receive (4.00), and the same goes for patients who are simply satisfied with it (3.64).

Conclusions: There is plenty of room for improvement as for continuity of Greek primary healthcare. To this end, improving access to health services, deepening the doctor-patient relationship, boosting the role of the family doctor and creating clear care paths are suggested.

Keywords: Relational continuity, Multimorbidity, Fragmentation of care, Psychosocial characteristics

Citation

A.Laspiti, I.Apostolakis, Ath.Nikolentzos, P.Sarafis. Continuity of primary healthcare of elder people in the Prefecture of Herakleion: The patient's perspective. Scientific Chronicles 2020; 25(1): 154-173