
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Αραπαντώνη Ευγενία

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Αραπαντώνη Ευγενία, Α.Μ.: ΔΥ/1004

Επιβλέπων: Γιαννακόπουλος Διονύσης/ Καθηγητής / Τ.Ε.Ι. Πειραιά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**TOTAL QUALITY IN DENTAL PRACTICE AND
SATISFACTION MEASUREMENT**

Arapantoni Evgenia

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2014

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Στην οικογένεια μου...

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Γιαννακόπουλο Διονύσιο, για την ανάθεση της Διπλωματικής Εργασίας, την πολύτιμη καθοδήγηση του, την προθυμία και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσης εργασίας.

Επίσης τον κ. Τσότσολα Νίκο για την καθοριστική συνδρομή του στη βελτιστοποίηση της έρευνας μου.

Ευχαριστώ το σύνολο των καθηγητών του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» για την ανεκτίμητη γνώση που μου μετέδωσαν.

Ευχαριστώ την οικογένεια μου για την στήριξη που μου παρείχε σε όλο αυτό το διάστημα της προσπάθειας μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συμμετείχαν στην έρευνα και με βοήθησαν με τον τρόπο αυτό να ολοκληρώσω την Διπλωματική Εργασία μου.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ολική Ποιότητα Υπηρεσιών Οδοντιατρικής Περίθαλψης και Μέτρηση Ικανοποίησης

Σημαντικοί Όροι: Στοματική Υγείας, Υπηρεσίες Οδοντιατρικής Περίθαλψης, Ολική Ποιότητα, Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών, MUSA (MULTICRITERIA SATISFACTION ANALYSIS).

Περίληψη

Στις μέρες μας παρατηρείται ένα πλήθος αλλαγών σε όλους τους τομείς του κοινωνικοοικονομικού γίνεσθαι που όπως είναι φυσικό επηρεάζει και τα σύγχρονα συστήματα υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας που καλούνται να καλύψουν τις ανάγκες υγείας κάθε κοινωνίας επιβάλλεται να εξελίσσονται συνεχώς και να επαναπροσδιορίζουν τους στόχους τους με κύρια προτεραιότητα τους την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη μέσα από υπηρεσίες που στόχο έχουν την διασφάλιση της ποιότητας.

Οι υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης αποτελούν έναν από τους πλέον ευαίσθητους και απαιτητικούς χώρους και παρουσιάζουν μια ιδιάζουσα μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης-χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερο από ότι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία.

Στην παρούσα Διπλωματική Εργασία, επιχειρείται να αναλυθεί η έννοια της ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης καθώς και να ερευνηθεί μέσα από μέτρηση, η ικανοποίηση των ατόμων από τις υπηρεσίες που προσφέρει ο οδοντιατρικός κλάδος στην Ελλάδα.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της στοματικής υγείας και της σημασίας που διαδραματίζει στο επίπεδο της γενικής υγείας, της οικονομίας, της κοινωνίας και της ποιότητας ζωής των ατόμων. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης στην χώρα μας, δίνοντας έμφαση στην πρωτοβάθμια και τη νοσοκομειακή οδοντιατρική. Γίνεται προσπάθεια να γίνει αντιληπτή η σημασία της δημόσιας οδοντιατρικής υγείας και τονίζεται η σημαντικότητα που έχει η επικοινωνία μεταξύ του οδοντιάτρου και του ασθενή καθώς και η συνεχής επιμόρφωση των οδοντιάτρων. Τέλος, παρουσιάζεται μια SWOT ανάλυση, ώστε να γίνουν διακριτά τα πλεονεκτήματα, τα αδύνατα σημεία, οι ευκαιρίες και οι κίνδυνοι που εμφανίζει ο οδοντιατρικός κλάδος στην Ελλάδα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση του ορισμού της ολικής ποιότητας και πιο συγκεκριμένα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και οδοντιατρικής περίθαλψης. Συνεχίζοντας, παρουσιάζονται οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις συγκεκριμένες υπηρεσίες, ποιοι είναι οι χρήστες που την αναζητούν και ποιές είναι προσδοκίες τους. Ακόμη, αναφέρονται τα οφέλη από την βελτίωση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες και γίνεται μια μικρή αναφορά στη διεθνή πιστοποίηση της ποιότητας ISO.

Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης. Αρχικά, αναφέρονται οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί για την ικανοποίηση των ασθενών και τονίζεται η σημασία της ικανοποίησης σε σχέση με την ποιότητα που παρέχεται από τις υπηρεσίες. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση. Αναφέρεται η σημαντικότητα της μέτρησης της ικανοποίησης καθώς και τα οφέλη από την μέτρηση αυτή. Επιπλέον, στο κεφάλαιο αυτό, αναλύονται ορισμένα μοντέλα που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και η σημαντικότητα της πιλοτικής έρευνας πριν την έναρξη οποιοδήποτε εργασίας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο της Διπλωματικής Εργασίας, γίνεται αναφορά στον σκοπό της έρευνας, στην μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, στην κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση της ικανοποίησης και στον τρόπο που σχεδιάστηκε το ερωτηματολόγιο που βοήθησε στην διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι βασικές αρχές καθώς και τα αποτελέσματα που εξάγονται από την πολυκριτήρια μέθοδο MUSA (MULTICRITERIA SATISFACTION ANALYSIS), η οποία χρησιμοποιείται στη συνέχεια για την ανάλυση των αποτελεσμάτων από το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα μέτρησης ικανοποίησης. Απώτερος σκοπός του κεφαλαίου είναι να γίνουν διακριτά τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει η συγκεκριμένη μέθοδος σε σχέση με άλλα μοντέλα μέτρησης ικανοποίησης.

Στο έκτο κεφάλαιο, αναλύθηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας για την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης. Αρχικά εξετάστηκαν τα δημογραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου και στη συνέχεια αναλύθηκαν λεπτομερώς τα διαγράμματα που προέκυψαν από την πολυκριτήρια ανάλυση MUSA.

Τέλος, στο τελευταίο κεφάλαιο, αναφέρονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παρούσα Διπλωματική Εργασία, καθώς και ορισμένες προτάσεις για την βελτίωση των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης στην χώρας μας.

Total Quality in Dental Practice and Satisfaction Measurement

Keywords: Dental Health, Dental Care Services, Total Quality Services, Satisfaction Measurement, MUSA (MULTICRITERIA SATISFACTION ANALYSIS).

Abstract

Nowadays, there are a number of changes in all spheres of social and economic affairs which naturally affect the modern health systems. Health services that are required to cover the health needs of each society must constantly evolve and redefine their goals. Their main priority should be the health promotion and prevention and therefore, these services need to have the quality assurance as their basic characteristic.

The dental care is one of the most sensitive and demanding areas and presents a specific form of personal services, where the user expects a lot more than in any other personal service.

This Dissertation attempts to analyze the concept of total quality in dental care and measure the customer satisfaction with regards to the dental care services in Greece.

The first chapter introduces the concept of oral health and also describes how important this is in terms of general health, economy, society and life quality. Furthermore, we present the dental care system in Greece giving more emphasis to the primary and the hospital dentistry. At the same time, we are trying to understand the importance of the public health dentistry and highlight the significance of the communication between the dentist and the patient as well as the continuous training of dentists. Finally, we present a SWOT analysis that was developed by the Ministry of Health and Social Solidarity in the National Action Plan for Oral Health 2008-2012, so that we can identify the strengths, the weaknesses, the opportunities and the risks of the dental care system in Greece.

The second chapter analyzes the definition of total quality and more specific the definition of quality in health services and dental care. In addition, we explain what determines the quality of these services, who is asking for quality and what expectations these users have. Moreover, we present the benefits of the quality

improvement to these services and introduce the international quality certification of ISO.

The third chapter presents the concept of patients' satisfaction from the dental care. Primarily, we describe the theories that have been developed for patient satisfaction and also emphasize the importance of satisfaction with regards to the quality of services provided. Then, we present the factors that influence the customer satisfaction and we refer to the importance of measuring satisfaction and the benefits of this measurement. In addition, this chapter examines a number of models used to measure satisfaction from the services provided and the importance of the pilot survey before starting any research.

In the fourth chapter of the Dissertation, we discuss about the purpose of this research, the methodology that was followed, the scale used to measure satisfaction and the way the questionnaire was designed. In addition, indicate the scale used for measuring satisfaction of the dental care system users and described in detail how we designed the survey questionnaire.

The fifth chapter presents the basic principles and the results derived from the multicriteria method MUSA (MULTicriteria Satisfaction Analysis), which is used to analyze the results from the satisfaction measurement questionnaire. The ultimate purpose of this chapter is to point out the advantages of this method compared to other measuring satisfaction models.

The sixth chapter analyzes the results of satisfaction research of users on dental care. Initially we examine the demographic elements of the questionnaire and then we display the results of the multicriteria analysis MUSA in detailed diagrams.

Finally, the last chapter includes the conclusions from this Dissertation and at the same time recommendations on how to improve the dental care system in our country.

Περιεχόμενα

Περίληψη	xv
Abstract	xv
Κατάλογος Πινάκων	xv
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xv
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Υπηρεσίες Οδοντιατρικής Περίθαλψης	
1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Στοματική Υγεία	1
1.2.1.Εννοιολογική προσέγγιση και επιδημιολογικές τάσεις	1
1.2.2 Επιπτώσεις στην γενική υγεία, στην κοινωνία, οικονομία και ποιότητα ζωής	2
1.3 Οδοντιατρική Περίθαλψη	4
1.3.1 Υπηρεσίες Οδοντιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα	4
1.3.2 Ιδιαιτερότητες του Κλάδου	6
1.3.3 Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Περίθαλψη	7
1.3.4 Νοσοκομειακή Οδοντιατρική	9
1.3.4.1 Ορισμός	10
1.3.4.2 Αντικείμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής	11
1.3.4.3 Νοσοκομειακή Οδοντιατρική στην Ευρώπη	12
1.4 Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία	12
1.5 Σχέση Οδοντιάτρου – Ασθενούς	16
1.6 Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση Οδοντιώντων	18
1.7 SWOT Ανάλυση	20
1.8 Ανακεφαλαίωση	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Ποιότητα Υπηρεσιών Οδοντιατρικής Περίθαλψης	
2.1 Εισαγωγή	25

2.2 Διαφορά Προϊόντος – Υπηρεσίας	25
2.3 Τι είναι Ποιότητα/ Ολική Ποιότητα	26
2.4 Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας/ Οδοντιατρικής Περίθαλψης	28
2.4.1 Ορισμοί	30
2.4.2 Οδοντιατρική περίθαλψη και ποιότητα	32
2.5 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης	34
2.6 Ποιοί και πώς αναζητούν την ποιότητα στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης	35
2.7 Προσδοκία (χρηστών / ασθενών) για ποιότητα στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης	36
2.8 Οφέλη από την βελτίωση ποιότητας	39
2.9 Διεθνής πιστοποίηση ISO της ποιότητας στις παρεχόμενες Υπηρεσίες Οδοντιατρικής Περίθαλψης	41
2.10 Ανακεφαλαίωση	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Οδοντιατρικής Περίθαλψης	
3.1 Εισαγωγή	45
3.2 Θεωρίες για την ικανοποίηση των ασθενών	46
3.3 Ποιότητα και ικανοποίηση ασθενών	48
3.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών	51
3.5 Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών	52
3.6 Οφέλη από την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών	53
3.7 Μοντέλα μέτρησης ικανοποίησης	54
3.8 Πιλοτική Έρευνα	57
3.9 Ανακεφαλαίωση	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Ερευνητική Προσέγγιση	
4.1 Εισαγωγή	59
4.2 Ο σκοπός της έρευνας	59
4.3 Η μεθοδολογία της έρευνας	59
4.4 Κλίμακα ικανοποίησης	60
4.5 Σχεδιασμός ερωτηματολογίου έρευνας	63

4.6 Ανακεφαλαίωση	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Πολυκριτήρια Μέθοδος MUSA	
5.1 Εισαγωγή	67
5.2 Βασικές αρχές	68
5.3 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων	69
5.3.1 Συναρτήσεις και Βάρη Ικανοποίησης	70
5.3.2 Μέσοι Δείκτες Ικανοποίησης	71
5.3.3 Μέσοι Δείκτες Απαιτητικότητας	72
5.3.4 Διαγράμματα Δράσης	72
5.3.5 Διαγράμματα Βελτίωσης	74
5.4 Ανακεφαλαίωση	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : Μέτρηση της Ικανοποίησης των Χρηστών από τις Υπηρεσίες Οδοντιατρικής Περίθαλψης	
6.1 Εισαγωγή	77
6.2 Ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων και γενικών ερωτήσεων της έρευνας	77
6.3 Ανάλυση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης με τη μέθοδο MUSA	86
6.3.1 Συνολική ικανοποίηση	86
6.3.2 Ανάλυση υποκριτηρίων 1 ^{ου} κριτηρίου : Προσωπικό	98
6.3.3 Ανάλυση υποκριτηρίων 2 ^{ου} κριτηρίου : Περιβάλλον	108
6.3.4 Ανάλυση υποκριτηρίων 3 ^{ου} κριτηρίου : Πρόσβαση	116
6.4 Ανακεφαλαίωση	122
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : Τελικά Συμπεράσματα και Προτάσεις Βελτίωσης	
7.1 Εισαγωγή	125
7.2 Συμπεράσματα	125
7.3 Προτάσεις Βελτίωσης	127
7.4 Ανακεφαλαίωση	131
Παράρτημα	133

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.1 : Αριθμός Οδοντιάτρων ανά Πληθυσμό σε χώρες της Ευρώπης	6
Πίνακας 6.3 : Περιοχή / Πόλη κατοικίας των ερωτηθέντων	79

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Σχήμα 4.1 Ιεραρχική δομή κριτηρίων ικανοποίησης από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης	62
Σχήμα 5.1 Σύνθεση κριτηρίων των πελατών	69
Σχήμα 5.2: Βασικές Ομάδες Πελατών	71
Σχήμα 5.3 Διάγραμμα δράσης	73
Σχήμα 5.4 : Διάγραμμα βελτίωσης	75
Σχήμα 6.1: Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το φύλο – Πίτα	78
Σχήμα 6.2 : Ηλικιακή κατανομή του δείγματος – Πίτα	78
Σχήμα 6.4 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την πόλη κατοικίας – Πίτα	80
Σχήμα 6.5 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο – Πίτα	81
Σχήμα 6.6 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την οικονομική κατάσταση – Πίτα	81
Σχήμα 6.7 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την ύπαρξη ασφάλειας – Πίτα	82
Σχήμα 6.8 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με το ταμείο ασφάλειας – Πίτα	83
Σχήμα 6.9 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με το εάν θεωρούν ικανοποιητική την στοματική τους υγείας – Πίτα	83
Σχήμα 6.10 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με ποιο φορέα παροχής υπηρεσιών επισκέφτηκαν στην τελευταία οδοντιατρική τους επίσκεψη – Πίτα	84
Σχήμα 6.11 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την αιτία της τελευταίας οδοντιατρικής τους επίσκεψης – Πίτα	85
Σχήμα 6.12 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με το συνήθη αριθμό επισκέψεων για παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης – Πίτα	85
Σχήμα 6.13 : Ικανοποίηση από το κριτήριο Προσωπικό	86
Σχήμα 6.14 Ικανοποίηση από το κριτήριο Περιβάλλον	87
Σχήμα 6.15 : Ικανοποίηση από το κριτήριο Πρόσβαση	88
Σχήμα 6.16 : Ικανοποίηση από το κριτήριο Κόστος	88
Σχήμα 6.17 : Ικανοποίηση από το κριτήριο Αποτελεσματικότητα	89

Σχήμα 6.18 :Συνολική (Ολική) Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες Οδοντιατρικής περίθαλψης	90
Σχήμα 6.19 : Βάρη ολικών κριτηρίων	91
Σχήμα 6.20 : Βαθμός Ικανοποίησης Κριτηρίων	92
Σχήμα 6.21 : Συνάρτηση ολικής ικανοποίησης, δείκτης ικανοποίησης	93
Σχήμα 6.22: Διάγραμμα Απαιτητικότητας	94
Σχήμα 6.23 : Συνάρτηση ολικής ικανοποίησης, δείκτης απαιτητικότητας	95
Σχήμα 6.24 : Διάγραμμα Δράσης	96
Σχήμα 6.25 : Διάγραμμα Βελτίωσης	97
Σχήμα 6.26 : Ικανοποίηση από το υποκριτήριο Επαγγελματική Επάρκεια	98
Σχήμα 6.27 : Ικανοποίηση από το υποκριτήριο Προθυμία	99
Σχήμα 6.28 : Ικανοποίηση από το υποκριτήριο Ταχύτητα στην Εξυπηρέτηση	99
Σχήμα 6.29 : Ικανοποίηση από το υποκριτήριο Μετέπειτα Ενδιαφέρον	100
Σχήμα 6.30 : Συνολική ικανοποίηση από το Προσωπικό	101
Σχήμα 6.31 : Βάρη Υποκριτηρίων (Προσωπικό)	101
Σχήμα 6.32 : Βαθμός Ικανοποίησης Υποκριτηρίων (Προσωπικό)	102
Σχήμα 6.33 : Δείκτης Ικανοποίησης (Προσωπικό)	103
Σχήμα 6.34 : Διάγραμμα Απαιτητικότητας (Προσωπικό)	104
Σχήμα 6.35 : Δείκτης Απαιτητικότητας (Προσωπικό)	105
Σχήμα 6.36 : Διάγραμμα Δράσης (Προσωπικό)	106
Σχήμα 6.37 : Διάγραμμα Βελτίωσης (Προσωπικό)	107
Σχήμα 6.38 : Ικανοποίηση από υποκριτήριο Σύγχρονος Τεχνολογικός Εξοπλισμός	108
Σχήμα 6.39 : Ικανοποίηση από υποκριτήριο Επιμέλειας και Καθαριότητας	109
Σχήμα 6.40 : Ικανοποίηση από υποκριτήριο Διαρρύθμισης και Διακόσμησης	109
Σχήμα 6.41 : Συνολική ικανοποίηση από το κριτήριο Περιβάλλον	110
Σχήμα 6.42 : Βάρη Υποκριτηρίων (Περιβάλλον)	111
Σχήμα 6.43 : Βαθμός Ικανοποίησης Υποκριτηρίων (Περιβάλλον)	111
Σχήμα 6.44 : Δείκτης Ικανοποίησης (Περιβάλλον)	112
Σχήμα 6.45 : Διάγραμμα Απαιτητικότητας (Περιβάλλον)	113

Σχήμα 6.46 : Δείκτης Απαιτητικότητας (Περιβάλλον)	114
Σχήμα 6.47 : Διάγραμμα Δράσης (Περιβάλλον)	114
Σχήμα 6.48 : Διάγραμμα Βελτίωσης (Περιβάλλον)	115
Σχήμα 6.49 : Ικανοποίηση από το υποκριτήριο Ευκολία στην Πρόσβαση	116
Σχήμα 6.50 : Ικανοποίηση από υποκριτήριο Εμφάνιση Δυσλειτουργιών	117
Σχήμα 6.51 : Συνολική ικανοποίηση από το κριτήριο Πρόσβαση	117
Σχήμα 6.52 : Βάρη Υποκριτηρίων (Πρόσβαση)	118
Σχήμα 6.53 : Βαθμός Ικανοποίηση Υποκριτηρίων (Πρόσβαση)	119
Σχήμα 6.54 : Δείκτης Ικανοποίησης (Πρόσβαση)	119
Σχήμα 6.55 : Διάγραμμα Απαιτητικότητας (Πρόσβαση)	120
Σχήμα 6.56 : Δείκτης Απαιτητικότητας (Πρόσβαση)	121
Σχήμα 6.57 : Διάγραμμα Δράσης (Πρόσβαση)	121
Σχήμα 6.58 : Διάγραμμα Βελτίωσης (Πρόσβαση)	122

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

1.1 Εισαγωγή

Η σύγχρονη πραγματικότητα καταδεικνύει ότι η πλατωνική ρήση «Ιατρική του υγιεινού ούσα επιστήμη» είναι πιο επίκαιρη παρά ποτέ, καθώς, με την πάροδο των χρόνων, το πλήθος των αλλαγών που πραγματοποιούνται καθημερινά σε όλους τους τομείς του κοινωνικοοικονομικού γίνεσθαι, επηρεάζει και τα σύγχρονα συστήματα υγείας. Έτσι, οι υγειονομικές υπηρεσίες που καλύπτουν τις ανάγκες υγείας κάθε κοινωνίας εξελίσσονται συνεχώς, επαναπροσδιορίζουν τους στόχους τους με κύρια προτεραιότητα την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη.

Οι υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης αποτελούν έναν από τους πλέον ευαίσθητους και απαιτητικούς χώρους και παρουσιάζουν μια ιδιαίτερη μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης-χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερο από ότι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια να αναλυθεί η έννοια της στοματικής υγείας, να μελετηθούν οι υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης στην χώρα μας, να γίνει αντιληπτή η σημασία της δημόσιας οδοντιατρικής υγείας και να τονιστεί η σημαντικότητα που έχει η επικοινωνία μεταξύ του οδοντιάτρου και του ασθενή καθώς και η συνεχής επιμόρφωση των οδοντιάτρων.

1.2 Στοματική Υγεία

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

1.2.1. Εννοιολογική προσέγγιση και επιδημιολογικές τάσεις

Με τον όρο στοματική υγεία, λοιπόν, αναφερόμαστε στην λειτουργική επάρκεια των δοντιών και των ιστών, οι οποίοι έχουν σχέση με την μάσηση και το γναθοπροσωπικό σύστημα. Η έννοια της στοματικής υγείας είναι μια ευρύτερη

έννοια και δεν αναφέρεται μόνο στην οδοντική υγεία αλλά στην ευρύτερη υγεία της στοματικής κοιλότητας (Petersen, 2003).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στοματική υγεία, σύμφωνα με το Oral Health Report 2003 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, είναι οι ακόλουθοι:

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

Μελετώντας τις επιδημιολογικές τάσεις, συμπεραίνεται πως σύμφωνα με έρευνες η στοματική υγεία του ευρωπαϊκού πληθυσμού βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο. Τουλάχιστον στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) παρατηρήθηκε κατά το πρόσφατο παρελθόν σημαντική βελτίωση.

Στη χώρα μας παρατηρείται βελτίωση των δεικτών στοματικής υγείας την τελευταία εικοσαετία εάν και καταγράφεται ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά επισκέψεων στον οδοντίατρο ανάμεσα στα ευρωπαϊκά κράτη.

Από έρευνες αποδεικνύεται πως το 62% των Ελλήνων επισκέπτονται τον οδοντίατρο μόνο όταν υπάρχει πόνος ή για αποκατάσταση και όχι για πρόληψη, το 60% του πληθυσμού βουρτσίζουν τα δόντια τους σποραδικά και μια μόνο φορά την ημέρα, το 78% των παιδιών έχουν μέτρια ως κακή στοματική υγιεινή και πως το 91% των ενηλίκων έχουν ή είχαν προβλήματα με τα ούλα τους.

1.2.2 Επιπτώσεις στην γενική υγεία, στην κοινωνία, οικονομία και ποιότητα ζωής

Το κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα επιτελεί τις λειτουργίες της μάσησης, κατάποσης, ομιλίας, γεύσης, του χαμόγελου και του γέλιου και προστατεύει έναντι μικροβιακών μολύνσεων και περιβαλλοντικών κινδύνων.

Επομένως, χαρακτηρίζεται ως ένα σημαντικό όργανο για τη σωστή λειτουργία πολλών άλλων οργάνων στον ανθρώπινο οργανισμό καθώς είναι το μέσο εισόδου της τροφής αλλά αποτελεί και μέρος της εικόνας και της προσωπικότητας ενός ατόμου.

Πλέον, η στοματική υγεία του πληθυσμού αποτελεί παγκοσμίως έναν εξελισσόμενο τομέα έρευνας για πολλούς επιδημιολόγους, οικονομολόγους και κοινωνικούς αναλυτές. Διεθνείς οργανισμοί όπως ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), η Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία και το Council of European Chief Dental Officers, τα τελευταία χρόνια ενασχολούνται με την υγεία του στόματος και τις επιπτώσεις αυτής στην κοινωνία, την οικονομία και την ποιότητα ζωής των ατόμων.

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

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

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

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

Συμπερασματικά, είναι φανερό η σημαντικότητα μελέτης της στοματικής υγείας αλλά κυρίως η προώθηση πολιτικών δράσεων, οι οποίες θα πρέπει να εφαρμοστούν στα συστήματα υγείας των χωρών με σκοπό τη βελτίωση αυτής.

1.3 Οδοντιατρική Περίθαλψη

Γενικότερα, με τον όρο «Υπηρεσίες Υγείας» εννοείται το σύνολο των υπηρεσιών με τις οποίες παρέχονται ιατρικές και νοσηλευτικές φροντίδες (προληπτικές και θεραπευτικές), καθώς και το πλέγμα των δομών με τις οποίες ρυθμίζονται η παραγωγή και διανομή των ιατρικών φροντίδων και καλύπτονται οι ιατρικές ανάγκες. (Κυριόπουλος Γ., 1985)

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

Στις υπηρεσίες υγείας συμπεριλαμβάνονται και οι υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης.

1.3.1 Υπηρεσίες Οδοντιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα

Η παροχή υπηρεσιών που προλαμβάνουν τις νόσους του στόματος, τους τραυματισμούς, τις δυσλειτουργίες και παρέχουν σε μια μόνιμη βάση θεραπεία σε οξείες και χρόνιες στοματικές παθήσεις και αναπηρίες, είναι συστατικά στοιχεία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας.

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

Οι κυριότερες ειδικότητες της Οδοντιατρικής είναι:

- *Οδοντική Χειρουργική* : Ασχολείται με την θεραπεία και αποκατάσταση των σκληρών ουσιών των δοντιών (σφραγίσματα).
- *Προσθετική* : Ασχολείται με την αποκατάσταση ενός ή περισσότερων δοντιών που λείπουν και με την αποκατάσταση της λειτουργικότητας του στοματογναθικού συστήματος. Διακρίνεται σε ακίνητη προσθετική (γέφυρες, στεφάνες) και σε κινητή προσθετική (ολικές και μερικές οδοντοστοιχίες).
- *Ενδοδοντία* : Ασχολείται με την θεραπεία των νόσων του πολφού.

- *Περιοδοντολογία* : Ασχολείται με την διάγνωση και θεραπεία των νόσων του περιοδοντίου (δηλαδή των στηρικτικών ιστών των δοντιών).
- *Εμφυτευματολογία* : Ασχολείται με την τοποθέτηση ειδικών οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων από τιτάνιο για την αποκατάσταση ενός ή περισσότερων ελλειπόντων δοντιών και την αποκατάσταση της μασητικής ικανότητας του ασθενούς.
- *Ορθοδοντική* : Ασχολείται με την διάγνωση και θεραπεία των ανωμαλιών της θέσης και της σχέσης των δοντιών και των γνάθων και την αποκατάσταση της σύγκλεισης, της λειτουργικότητας του στοματογναθικού συστήματος, της αρμονίας και της αισθητικής των δοντιών, των γνάθων και όλου του γναθοπροσωπικού συμπλέγματος γενικότερα.
- *Γναθοπροσωπική Χειρουργική* : Ασχολείται με την χειρουργική των μαλακών και των σκληρών ιστών του γναθοπροσωπικού συμπλέγματος, την αποκατάσταση δυσμορφιών του προσώπου, την αντιμετώπιση σοβαρών τραυμάτων και ελλειμμάτων του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος και την χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση όγκων της στοματο-γναθο-τραχηλο-προσωπικής περιοχής .

Οι υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα παρέχονται είτε από ιδιώτες οδοντίατρους (ελεύθερους επαγγελματίες) είτε από το δημόσιο τομέα μέσω των Κέντρων Υγείας, των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών φορέων.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας η Ελλάδα το 2010 είχε 1,3 οδοντίατρους ανά 1.000 κατοίκους με αποτέλεσμα να έχει το μεγαλύτερο αριθμό οδοντιάτρων αναλογικά με τον πληθυσμό στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. η αναλογία διαμορφώνεται σε 1 οδοντίατρο ανά 775 κατοίκους ενώ η ιδανική αναλογία είναι 1/1.900. Το 48% των οδοντιάτρων δραστηριοποιείται στην Αττική, το 13% στη Θεσσαλονίκη και το υπόλοιπο 39% στην υπόλοιπη Ελλάδα. Ο συνολικός αριθμός των οδοντιάτρων το Δεκέμβριο του 2011 ανέρχονταν στους 13.919. Παρακάτω παρατίθεται πίνακας (Πίνακας 1.1) όπου παρουσιάζεται ενδεικτικά ο αριθμός των οδοντιάτρων σε χώρες της Ευρώπης.

Πίνακας 1.1

Αριθμός Οδοντιάτρων ανά Πληθυσμό σε χώρες της Ευρώπης

Χώρα	Αριθμός Οδοντιάτρων	Αριθμός Οδοντιάτρων ανά Πληθυσμό
Αυστρία	4206	1:1980
Βέλγιο	7576	1:1408
Κύπρος	728	1:1091
Ελλάδα	13919	1:775
Γαλλία	40 968	1:1 556
Γερμανία	65 929	1:1 247
Ιταλία	48 000	1:1 242
Ισπανία	24 000	1:1 886
Ελβετία	4 500	1:1 680
Ηνωμένο Βασίλειο	31 000	1:1 976
Δανία	4 800	1:1 141
Ιρλανδία	1 990	1:2 221

Πηγή : Oral Health Database –Oral Health Manpower in European countries
<http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles>

Όπως συμπεραίνεται από τα παραπάνω στοιχεία του Πίνακα 1.1 η Ελλάδα έχει αυξημένο αριθμό οδοντιάτρων σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης.

1.3.2 Ιδιαιτερότητες του Κλάδου

Η παροχή άριστων οδοντιατρικών υπηρεσιών αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκόμενων στον κλάδο. Η μοναδικότητα της ως υπηρεσία δημιουργεί ορισμένα χαρακτηριστικά που αξίζουν ιδιαίτερη αναφορά και είναι τα ακόλουθα :

- Η έντονη προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η υπηρεσία είναι αυστηρά ειδικευμένη. Ουσιαστικά σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική οδοντιατρική φροντίδα, ακριβώς λόγω της μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.
- Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσία με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Ο ασθενής παρουσιάζει αδυναμία στην εκτίμηση της ποιότητας της οδοντιατρικής υπηρεσίας που

έλαβε, όπως και κάθε υγειονομικής υπηρεσίας που λαμβάνει, λόγω έλλειψης γνώσεων.

- Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενούς, ο οποίος αδυνατεί να γνωρίζει τη σοβαρότητα ή μη της υγείας του καθιστά αυτόν αδύνατο να εκτιμήσει την αναγκαιότητα ή μη της κατάστασης του.
- Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε πιο ανθρώπινες υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης, όπου θα συναντούν την ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται.
- Η αναγκαιότητα για αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των διαταραχών της υγείας.
- Η αναγκαιότητα για αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας.
- Η αναγκαιότητα για γενικότερη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

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

1.3.3 Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Περίθαλψη

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο επίπεδο του συστήματος, εκεί δηλαδή που ο ασθενής έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με τις επίσημες υπηρεσίες υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει:

- Τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και τον σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας.
- Τον οικογενειακό προγραμματισμό.
- Τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και την διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού.
- Την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική.
- Τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης.

- Την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο.
- Τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Η οδοντιατρική φροντίδα και κυρίως η προληπτική οδοντιατρική αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Μέσω της οδοντιατρικής φροντίδας επιδιώκεται η επίτευξη ενός αποδεκτού επιπέδου στοματικής υγείας για όλα τα άτομα και περιλαμβάνει μεθόδους και στρατηγικές που θα βοηθήσουν κάθε άτομο να χρησιμοποιήσει όλες τις δυνατότητες του για καλή στοματική υγεία.

Στην Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Περίθαλψη περιλαμβάνεται :

- Η αρχική αξιολόγηση κατά την πρώτη επαφή του οδοντιάτρου με τον ασθενή και η προσπάθεια επίλυσης όσο το δυνατόν περισσότερων προβλημάτων υγείας αυτός αντιμετωπίζει.
- Ο συντονισμός των ενεργειών και των θεραπόντων άλλων ειδικοτήτων για ανεύρεση λύσεων σε πολύπλοκα προβλήματα.
- Η παραπομπή σε ειδικούς όταν χρειάζεται για την αντιμετώπιση προβλημάτων που άπτονται ειδικών παθήσεων.
- Η λειτουργία του οδοντιάτρου σαν συμβούλου και ατόμου εμπιστοσύνης του ασθενούς και της οικογένειάς του.
- Η υπευθυνότητα για την διατήρηση της υγείας του ασθενούς με την εφαρμογή της πρόληψης και της συνεχούς παρακολούθησης.

Η Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Περίθαλψη, που αποτελεί το 90% της οδοντιατρικής φροντίδας, στην Ελλάδα εξασφαλίζεται από :

- Τον δημόσιο τομέα :
 - Από τα Οδοντιατρικά Τμήματα Κέντρων Υγείας, τα οποία ασκούν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον πληθυσμό έως 18 ετών, αντιμετωπίζουν επείγοντα περιστατικά, καλύπτουν άλλες ανάγκες (θεωρήσεις βιβλιαρίων) και ασκούν και μη κλινικές δραστηριότητες, όπως ερευνητικές και διοικητικές. Γενικότερα, ο ρόλος που προβλέπεται να έχει το Οδοντιατρικό Τμήμα ενός Κέντρου Υγείας, απέναντι στους κατοίκους της περιοχής ευθύνης του, διαδραματίζεται σε δύο επίπεδα, το προληπτικό και το θεραπευτικό. Το προληπτικό αφορά την εποπτεία για τη διατήρηση της στοματικής υγείας του πληθυσμού ευθύνης και το θεραπευτικό την προστατευτική παρουσία για την περίθαλψη του

νεανικού πληθυσμού (ηλικίες 0-18) και την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών των ατόμων που αδυνατούν να λάβουν οδοντιατρική φροντίδα από άλλο φορέα, για οποιοδήποτε λόγο (οικονομικό, γεωγραφικό, υγείας ή άλλο).

- Από τους ασφαλιστικούς φορείς, όπου οδοντιατρικές παροχές προσφέρονται είτε από οδοντιατρεία που διαθέτουν οι ασφαλιστικοί φορείς είτε από τους ιδιώτες οδοντιάτρους που συνεργάζονται με τον ασφαλιστικό οργανισμό.

- Ιδιώτες οδοντιάτρους.

Συμπερασματικά, είναι πολύ σημαντικό να οριοθετείται η πρωτοβάθμια φροντίδα στοματικής υγείας και να συσχετίζεται με τη πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα. Μέσω αυτής της συσχέτισης συνδέεται η στοματική με τη γενική υγεία και προβάλλεται η αναγκαιότητα της οδοντιατρικής στο "ευ ζην" του ατόμου.

1.3.4 Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

Τα νοσοκομεία αποτελούν ιδιόμορφους οργανισμούς, με ιδιότυπα χαρακτηριστικά στην διοίκηση, οργάνωση και λειτουργία τους. Οι δραστηριότητες του νοσοκομείου είναι πολυάριθμες, πραγματοποιούνται από προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων και με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης, και χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερα συχνή διαφοροποίησης λόγω της συνεχούς προόδου που σημειώνεται τα τελευταία χρόνια τόσο στην ιατρική και στην τεχνολογία, όσο και στην εξέλιξη των αντιλήψεων για την υγεία.

Το νοσοκομείο αλληλεπιδρά με το εξωτερικό περιβάλλον, δέχεται εισροές και αποτελείται από υποσυστήματα (διευθύνσεις, τμήματα), με προσδιορισμένους επιχειρησιακούς πόρους (ανθρώπινοι πόροι, εξοπλισμός, υπηρεσίες και προμηθευτές), που συνεργάζονται για την επίτευξη ενός κοινού οράματος, σκοπού και επιχειρησιακών στόχων.

Η φροντίδα της υγείας του ατόμου σε νοσοκομειακό περιβάλλον, χαρακτηρίζεται ως δευτεροβάθμια περίθαλψη της υγείας. Η διαδικασία αυτή σχετίζεται με την εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται από ειδικούς επαγγελματίες στον τομέα της υγείας, οι οποίοι κατά κανόνα δεν έρχονται πρώτοι σε επαφή με τους ασθενείς.

Με το Ν. 1397 που ψηφίστηκε το καλοκαίρι του 1983, για πρώτη φορά στη χώρα θεσπίζονται οι προϋποθέσεις και δημιουργείται ενιαίο, οργανωμένο σε όλη τη χώρα, Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

Η ανάπτυξη της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής στην Ελλάδα, άρχισε ουσιαστικά να πραγματοποιείται από το 1986, με την είσοδο οδοντιάτρων και στοματογναθοπροσωπικών χειρουργών στο Ε.Σ.Υ., σε εφαρμογή του νόμου 1397/83.

Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο νόμο, τα οδοντιατρικά τμήματα των νοσοκομείων παρέχουν οδοντιατρική φροντίδα στους νοσηλευόμενους στα νοσοκομεία, αλλά και υπηρεσίες αντιμετώπισης έκτακτων και επειγόντων περιστατικών σε εξωτερικούς ασθενείς. Επίσης, ορίζεται η λειτουργία των οδοντιατρικών τμημάτων στα νοσοκομεία, τα οποία είναι ενταγμένα στο χειρουργικό τομέα με δυνατότητα να αποτελέσουν ανεξάρτητα τμήματα στα νοσοκομεία.

1.3.4.1 Ορισμός

Ως δευτεροβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη νοείται η φροντίδα που παρέχεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον, σε άτομα που για την οδοντιατρική τους αντιμετώπιση χρειάζεται η συνεργασία τουλάχιστον μιας ιατρικής ειδικότητας καθώς και σε εκείνα που χρήζουν νοσηλείας.

Με τον όρο «Νοσοκομειακή Οδοντιατρική» περιγράφεται η άσκηση της οδοντιατρικής στο νοσοκομείο από οργανωμένα τμήματα, τα οποία αξιοποιούν την υπάρχουσα υποδομή, αναπτύσσουν κλινικές, εκπαιδευτικές, ερευνητικές και διοικητικές δραστηριότητες και συνεργάζονται με τμήματα άλλων ιατρικών ειδικοτήτων με στόχο να συμβάλλουν στη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας των ειδικών και μη ειδικών ασθενών με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των οδοντικών και στοματικών παθήσεων. (Ζερβού – Βάλβη, 2009)

Αντίστοιχα, «Νοσοκομειακός Οδοντίατρος» είναι ο οδοντίατρος που έχει την απαραίτητη εκείνη θεωρητική και κλινική επιστημονική κατάρτιση που χρειάζεται για να καλύψει όλο το εύρος της άσκησης της οδοντιατρικής στο νοσοκομείο. (Ζερβού – Βάλβη, 2009)

Ο συνολικός αριθμός των οδοντιάτρων που απασχολούνται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) υπολογίζεται σε 561 άτομα. Στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. υπηρετούν συνολικά 252 οδοντίατροι και γναθοχειρουργοί και στα Κέντρα Υγείας υπηρετούν 309 οδοντίατροι. Τον τελευταίο καιρό όμως, παρατηρείται μείωση του αριθμού των

οδοντιάτρων γεγονός που μπορεί να οφείλεται σε μη αναπλήρωση όσων αποσύρθηκαν.

1.3.4.2 Αντικείμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής

Το κλινικό αντικείμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, συνοπτικά, περιλαμβάνει τα ακόλουθα (Ζερβού – Βάλβη, 2009) :

- Παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης σε ασθενείς με συστηματικά νοσήματα, γηριατρικούς ασθενείς και σε άτομα με νοητική υστέρηση ή φυσική αναπηρία.
- Υποστήριξη άλλων ειδικοτήτων στο νοσοκομείο (όπως συμβολή στην διάγνωση, αντιμετώπιση οδοντιατρικών περιστατικών σε νοσηλευόμενους άλλων κλινικών).
- Άμεση αντιμετώπιση των επειγόντων οδοντιατρικών περιστατικών.
- Αρχική εκτίμηση, αντιμετώπιση και παραπομπή των γναθοχειρουργικών περιστατικών.

Η άσκηση της οδοντιατρικής στο νοσοκομείο πραγματοποιείται από οργανωμένα τμήματα τα οποία αξιοποιούν την υπάρχουσα υποδομή, αναπτύσσουν κλινικές, εκπαιδευτικές, ερευνητικές και διοικητικές δραστηριότητες και συνεργάζονται με τμήματα άλλων ιατρικών ειδικοτήτων.

Τα Οδοντιατρικά Τμήματα υπάγονται στον χειρουργικό τομέα των νοσοκομείων και το αντικείμενο της νοσοκομειακής οδοντιατρικής υλοποιείται μέσω της ανάπτυξης των ακόλουθων δραστηριοτήτων :

- Λειτουργία εξωτερικών ιατρείων, όπου εφαρμόζονται προγράμματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ομάδες ασθενών και παρέχονται συμβουλευτικές και διαγνωστικές υπηρεσίες σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες κλινικές του νοσοκομείου (ιατρεία ασφαλιστικών φορέων, ιδιώτες ιατρούς/ οδοντιάτρους).
- Νοσηλεία οδοντιατρικών ασθενών, τόσο σε προγραμματισμένη βάση όσο και ως έκτακτα περιστατικά
- Αντιμετώπιση οδοντιατρικών ασθενών στο χειρουργείο, με γενική ή τοπική αναισθησία.
- Πραγματοποίησης εφημεριών, που διακρίνονται σε γενικές και σε εσωτερικές εφημερίες.

1.3.4.3 Νοσοκομειακή Οδοντιατρική στην Ευρώπη

Στις χώρες της Ευρώπης η νοσοκομειακή οδοντιατρική είναι παρούσα στη καθημία σε άλλοτε άλλο βαθμό. Συνολικά υπάρχουν περίπου 5100 νοσοκομειακοί οδοντίατροι. Οι παρακάτω παρατιθέμενες πληροφορίες αναφέρονται σε έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί το 2010. Τα αριθμητικά στοιχεία παρότι μπορεί να έχουν μεταβληθεί μέχρι σήμερα, αναφέρονται για συγκριτικούς λόγους (Φανδρίδης, 2009).

Στην Μεγάλη Βρετανία η παρουσία της νοσοκομειακής οδοντιατρικής είναι έντονη με 2000 υπηρετούντες νοσοκομειακούς οδοντιάτρους που κατέχουν θεραπευτικό και συμβουλευτικό ρόλο.

Στη Γαλλία και την Σουηδία ο αριθμός των νοσοκομειακών οδοντιάτρων είναι αρκετά μικρότερος με 250 και 200 αντίστοιχα. Στην Ιταλία υπηρετούν 300 νοσοκομειακοί οδοντίατροι ενώ στην Ισπανία 340.

Στην Γερμανία, την Ουγγαρία, την Τσεχία και τη Βουλγαρία υπάρχει ένας πολύ μικρός αριθμός νοσοκομειακών οδοντιάτρων, ενώ τέλος στην Ισλανδία και την Ολλανδία δεν υπάρχουν οργανωμένες νοσοκομειακές οδοντιατρικές υπηρεσίες.

1.4 Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία

Η αναγνώριση του ρόλου της δημόσιας υγείας ως καθοριστικού παράγοντα για την υγεία του πληθυσμού παρατηρείται ήδη από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα με την έναρξη της βιομηχανικής επανάστασης και τη μαζική αστικοποίηση του πληθυσμού, όπου και καταγράφονται οι πρώτες προσπάθειες για την ανάδειξη της συσχέτισης κοινωνικού και οικονομικού περιβάλλοντος και επιπέδου υγείας, ενώ στα μέσα του 19^{ου} αιώνα μελετάται το επίπεδο υγείας της εργατικής τάξης σε συνάρτηση με την επίδραση του περιβάλλοντος στην υγεία του πληθυσμού και την υγιεινή των αστικών και βιομηχανικών κέντρων.

Η αντιμετώπιση των επιδημιών, η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, ο έλεγχος της ποιότητας του νερού και των τροφίμων και άλλα σοβαρά ζητήματα, που αφορούσαν και επηρέαζαν την υγεία του κοινωνικού συνόλου, αποτέλεσαν το πρώτο πεδίο δράσης της δημόσιας υγείας.

Οι πρώτοι ορισμοί για την εννοιολογική προσέγγιση του όρου «δημόσια υγεία», αφορούσαν κυρίως τα μέτρα εξυγίανσης, την ανθυγιεινότητα του περιβάλλοντος, την μεταδοτικότητα των ασθενειών και γενικότερα την αντιμετώπιση κινδύνων υγείας τους οποίους το άτομο δεν ήταν σε θέση να αντιμετωπίσει μόνο του.

Όμως, τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα, ο συνδυασμός της ιατρικής επιστήμης με την κοινωνική και πολιτική εξέλιξη, οδήγησε τη δημόσια υγεία από τον τομέα της απλής εξυγίανσης του περιβάλλοντος σε νέα πεδία, όπως, η υγειονομική μηχανή, η προληπτική ιατρική, η φροντίδα για την κοινωνική συμπεριφορά, η αγωγή υγείας, η προαγωγή της υγείας και η εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας.

Η δημόσια υγεία, ως έννοια, είναι ευρύτερη της υγιεινής και της πρόληψης, απευθύνεται κυρίως σε πληθυσμούς και κοινότητες και περιλαμβάνει διατομεακές δραστηριότητες, οι οποίες εφαρμόζονται με διεπιστημονική μεθοδολογία και προσέγγιση. Ορίζεται, ως το σύνολο των δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής (Πάβη Ε., 2011).

Στον τομέα της περιλαμβάνεται ακόμη, ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, η αξιολόγηση υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων, οι δράσεις που σχετίζονται με την κοινωνική φροντίδα και τις ειδικές ανάγκες ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού όπως, επίσης, η άμβλυνση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία, που επιτείνονται από την φτώχεια, την ανεργία, το γήρας, την απουσία εισοδήματος και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Σήμερα, η νέα δημόσια υγεία αποτελεί νεότερο σύνθετο κοινωνικό, πολιτικό και διοικητικό εγχείρημα για τη διαχείριση και τον έλεγχο των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στη βάση επιστημονικής τεκμηρίωσης, η οποία αντλείται από τα επιστημονικά πεδία της επιδημιολογίας, της δημογραφίας, των συμπεριφορικών επιστημών, των επιστημών υγείας και του περιβάλλοντος, καθώς και άλλων συναφών επιστημονικών κατευθύνσεων.

Οι σύγχρονες προκλήσεις στον υγειονομικό τομέα απαιτούν δράσεις δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο που στοχεύουν στον έλεγχο των επιδημιών, τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, την ανάπτυξη στρατηγικών και διαδικασιών για την αγωγή και προαγωγή της υγείας με την ενημέρωση του κοινού σε θέματα διατροφής, τη διακοπή του καπνίσματος, την ανάπτυξη προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, τον έλεγχο των προσδιοριστών της υγείας και τέλος στη διαμόρφωση μέτρων, προγραμμάτων και δομών με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της υγείας, τη μείωση του φορτίου νοσηρότητας και την εξοικονόμηση πόρων.

Για την οδοντιατρική επιστήμη είναι δεδομένο ότι τα νοσήματα του στόματος αποτελούν σοβαρά ζητήματα δημόσιας υγείας. Όπως έχει αναφερθεί, η στοματική υγεία σημαίνει κάτι περισσότερο από καλή υγεία του στόματος και υγιή δόντια αφού σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα ζωής. Η σχέση της γενικής με τη στοματική υγεία είναι αναμφισβήτητη αφού είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο πως στη στοματική κοιλότητα εκδηλώνονται συμπτώματα γενικών νοσημάτων και υπάρχουν ενδείξεις συσχέτισης των νοσημάτων του περιοδοντίου με καρδιολογικές παθήσεις, πρόωρους τοκετούς και επιδείνωση του διαβήτη.

Είναι αναγνωρισμένο παγκοσμίως πως οι κοινωνικές ομάδες που πλήττονται περισσότερο από τα νοσήματα του στόματος είναι τα περιθωριοποιημένα και μειονεκτούντα άτομα και οι πληθυσμοί που βιώνουν την ανέχεια και την φτώχεια.

Ο τρόπος και η έκταση που εκδηλώνονται τα νοσήματα του στόματος σε κάθε χώρα επηρεάζεται άμεσα από τις συνθήκες διαβίωσης, συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, το σύστημα παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών και την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης της στοματικής υγείας.

Γεγονός αποτελεί πως τα τέσσερα πιο συχνά εμφανιζόμενα μη μεταδιδόμενα νοσήματα στις μέρες μας είναι τα καρδιαγγειακά, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι διάφορες μορφές καρκίνου, όπου όλα έχουν κοινούς παράγοντες κινδύνου με τα νοσήματα του στόματος (δίαιτα, διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ, stress), παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής και οι οποίοι μπορούν να προληφθούν. Σε πολλές οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες, η εφαρμογή οδοντιατρικών προγραμμάτων πρόληψης οδήγησε, εκτός από την μείωση των δεικτών των ασθενειών του στόματος, και στην μείωση της εμφάνισης των συμπτωμάτων των παραπάνω αναφερόμενων ασθενειών.

Η Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία (Dental Public Health / Community Dental Health) ορίζεται ως η επιστήμη που ειδικεύεται στην πρόληψη και τον έλεγχο των νοσημάτων του στόματος καθώς και στην προαγωγή της στοματικής υγείας, διαμέσου οργανωμένων προσπαθειών της κοινότητας. Αποτελεί το είδος της οδοντιατρικής πρακτικής όπου ως ασθενής νοείται λιγότερο το άτομο και περισσότερο η κοινότητα. (Δημητριάδης, 2008)

Βασικές προτεραιότητες της δημόσιας οδοντιατρικής υγείας αποτελούν η εκπαίδευση του πληθυσμού σε ζητήματα σχετικά με την υγεία του στόματος, η εφαρμοσμένη οδοντιατρική έρευνα, η οργάνωση προγραμμάτων οδοντιατρικής

περίθαλψης, καθώς και η πρόληψη και ο έλεγχος των νοσημάτων του στόματος, σε επίπεδο κοινότητας.

Οι υπηρεσίες της Δημόσιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης έχουν ως στόχο την προαγωγή, την προστασία και την βελτίωση της στοματικής υγείας του πληθυσμού στον οποίο αναφέρονται. Συνήθως επικεντρώνονται σε ευαίσθητες πληθυσμιακά ομάδες όπως τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα, τους άπορους, τα άτομα με αναπτυξιακές δυσκολίες και όσους δεν έχουν κοινωνική ή άλλη ασφάλιση χωρίς φυλετικές ή πολιτισμικές διακρίσεις.

Κύρια πεδία ευθύνης της Δημόσιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης αποτελούν η παρακολούθηση και η εκτίμηση των αναγκών της στοματικής υγείας του πληθυσμού, η υιοθέτηση πολιτικών που προάγουν την στοματική υγεία και η αξιολόγηση των υπηρεσιών της στοματικής υγείας.

Ο χαρακτήρας της Δημόσιας Οδοντιατρικής Υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως διατομεακός και διεπιστημονικός διότι : (Δημητριάδης 2008)

- Επηρεάζεται από τον ευρύτερο τομέα της υγείας, ιδιαίτερα στα θέματα πολιτικής για την υγεία, όπως είναι ο καθορισμός στόχων, η στρατηγική και οι προτεραιότητες για την βελτίωση του επιπέδου της στοματικής υγείας, τόσο σε ζητήματα πρόληψης όσο και περίθαλψης.
- Σχετίζεται με την εκπαίδευση, καθώς το σχολικό περιβάλλον συμβάλλει στην δημιουργία θετικού ψυχοκοινωνικού υποστρώματος για την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών.
- Επηρεάζεται από τους τομείς της οικονομίας και της εργασίας οι οποίοι, μέσα από την κατανομή του εισοδήματος και το είδος της απασχόλησης, διαμορφώνουν το βιοτικό επίπεδο, που σχετίζεται άμεσα με συμπεριφορές που αφορούν την στοματική υγεία και την υγεία γενικότερα.
- Σχετίζονται με τον τομέα του εμπορίου ο οποίος διαμέσου της σήμανσης των προϊόντων διατροφής, της ύπαρξης και διανομής προϊόντων στοματικής υγιεινής, της προώθησης προϊόντων καπνού και αλκοόλ και του ελέγχου των διαφημίσεων, επηρεάζει καθοριστικά επιλογές και συμπεριφορές που σχετίζονται την στοματική υγεία.

Η Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία λοιπόν, είναι μέρος ενός πολύπλοκου, ταχέως μεταβαλλόμενου και ανταγωνιστικού συστήματος, που σχετίζεται με την υγεία του πληθυσμού και τις κάθε είδους υπηρεσίες που συνδέονται με αυτή. Βρίσκεται δε σε

δυναμική αλληλεπίδραση με όλους τους παράγοντες που προσδιορίζουν αυτό το σύστημα.

1.5 Σχέση Οδοντιάτρου – Ασθενούς

Το παραδοσιακό μοντέλο επικοινωνίας ιατρού - ασθενή θεωρεί τη γνώση του ιατρού δεδομένη και αντικειμενική και ότι αποτελεί βασικό στοιχείο για την σωστή επικοινωνία δίνοντας λιγότερη βαρύτητα στις πεποιθήσεις του ιατρού για την υγεία και την αρρώστια, στη συμμόρφωση ή όχι του ασθενή και στις πεποιθήσεις του ασθενή για την υγεία.

Στα πιο σύγχρονα, ανθρωποκεντρικά μοντέλα ο ιατρός αφιερώνει χρόνο, ακούει προσεκτικά τις ανησυχίες του ασθενή, τον βοηθά να κατανοήσει την αιτία της ασθένειας και τη διαδικασία της θεραπείας. Με ειδικές δεξιότητες προκαλεί τον ασθενή και τον ενθαρρύνει να εκφραστεί ενώ συγχρόνως του παρέχει την αίσθηση της κατανόησης και αποδοχής. Με αυτή τη διαδικασία, ο ασθενής συμμορφώνεται στις ιατρικές συμβουλές και η ιατρική ομάδα νιώθει ικανοποιημένη από την έκβαση της θεραπείας (Δημητριάδης Δ, 2008).

Στα τέλη του προηγούμενου αιώνα, το αίτημα για ποιοτική οδοντιατρική φροντίδα και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες έφερε στο προσκήνιο την ανάγκη διερεύνησης όλων εκείνων των χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την περιγραφή και τη βελτιστοποίηση της σχέσης μεταξύ οδοντιάτρου και ασθενούς (Δημητριάδης, 2008).

Επιπλέον, προέκυψαν νέοι παράγοντες, όπως η ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες, ο αναβαθμισμένος ρόλος των οδοντιάτρων στο πλαίσιο της φροντίδας της υγείας και η σημασία της αυτοφροντίδας για τη διατήρηση καλής στοματικής υγείας κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της θεραπευτικής αγωγής.

Σημαντικοί παράμετροι για την ανάπτυξη μιας καλής σχέσης μεταξύ του οδοντιάτρου και του ασθενούς είναι η επικοινωνία μεταξύ τους και η ικανοποίηση του ασθενούς από την εκάστοτε θεραπεία.

Ειδικότερα, ο οδοντίατρος πρέπει να προσφέρει την απαιτούμενη προσοχή, τις εξηγήσεις και το χρόνο που επιθυμεί κάθε ασθενής. Καθήκον του οδοντιάτρου είναι να εξατομικεύει τη συμπεριφορά του απέναντι σε κάθε ασθενή, ακούγοντας προσεκτικά την ιστορία του, διερευνώντας τις προσδοκίες του και χρησιμοποιώντας την κατανόηση της ιδιαιτερότητας του για την επίτευξη του καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος. Άλλωστε κάθε ασθενής έχει συγκεκριμένες και ιδιαίτερες

προσδοκίες καθώς και έναν τρόπο ζωής, που εάν δεν γίνουν σεβαστά, κάθε θεραπευτική προσέγγιση έχει αυξημένες πιθανότητες να αποτύχει.

Επομένως, ο οδοντίατρος οφείλει να έχει μια ανθρωποκεντρική συμπεριφορά, δηλαδή τη φιλική προσέγγιση, την επίδειξη προσωπικού ενδιαφέροντος, τη συναισθηματική υποστήριξη, τις ικανοποιητικές εξηγήσεις, την επικοινωνία σε κατανοητή γλώσσα, την επιβεβαίωση της κατανόησης και την παρότρυνση για ερωτήσεις, αλλά και προτάσεις για να ξεπεραστούν προβλήματα, τα οποία πιθανόν αντιμετωπίζει ο ασθενής.

Ακόμα, οφείλει να προσφέρει στους ασθενείς του θεραπευτικές επιλογές, τις οποίες η βιβλιογραφία και το διαδίκτυο αναδεικνύουν ως τις πλέον αποτελεσματικές (evidence-based patient choice).

Επιπρόσθετα, πρέπει ο οδοντίατρος να επιδιώκει την ενεργοποίηση της συμμετοχής των ασθενών στη λήψη αποφάσεων και όχι απλά να αποσκοπεί στην παθητική τους συγκατάθεση, που ενδέχεται να συμβαίνει και χωρίς να έχουν συχνά αντιληφθεί τι συνεπάγεται η κάθε απόφαση. Αν και είναι αναμενόμενο οι ασθενείς να μη γνωρίζουν λεπτομέρειες σχετικά με το είδος και τις διαφορές των θεραπευτικών μεθόδων που υιοθετεί ο οδοντίατρος, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ενημερώνονται αναλυτικά και να ζητείται η συγκατάθεση τους για ζητήματα που αφορούν στο χρόνο υλοποίησης της θεραπείας, τις εναλλακτικές προτάσεις σχετικά με το τελικό αποτέλεσμα, αλλά και το οικονομικό σκέλος της οδοντιατρικής φροντίδας.

Όταν ο οδοντίατρος αποτυγχάνει να πληροφορήσει επαρκώς τους ασθενείς του για τις πιθανότητες επιτυχίας και τις πιθανές επιπλοκές μιας οδοντιατρικής χειρουργικής επέμβασης ή μιας φαρμακευτικής αγωγής κινδυνεύει να δημιουργήσει μη ρεαλιστικές προσδοκίες.

Είναι φανερό ότι αν δεν ενημερωθεί ο ασθενής για τις πραγματικές διαστάσεις της κατάστασης και εάν δεν κληθεί να συναποφασίσει με τον ιατρό του για την καλύτερη γι' αυτόν θεραπευτική αντιμετώπιση, έχει αυξημένες πιθανότητες να καταλογίσει ευθύνες στον ιατρό για κάθε μη επιθυμητό αποτέλεσμα.

Η συγκατάθεση του ασθενούς δεν αρκεί να έχει τη μορφή μιας υπογραφής σε ένα έντυπο, αλλά επιβάλλεται να είναι η συνειδητή επιλογή του, μετά από πλήρη ενημέρωση του για προσδοκώμενα οφέλη, αλλά και τις πιθανές επιπλοκές από κάθε ιατρική πράξη.

Άλλωστε πρέπει να λαμβάνεται υπόψη πως στην οδοντιατρική ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να δοκιμάσει από πριν την θεραπεία που θα του παρασχεθεί. Έτσι,

κάθε φορά που του προτείνεται κάποιο θεραπευτικό σχήμα το αποδέχεται λόγω της εμπιστοσύνης που έχει στον οδοντίατρο.

Οι Ζ. Τσίμτσιου και Κ. Κάλτσος (2011), δίνουν κάποιες κατευθυντήριες οδηγίες που προτρέπουν τους οδοντιάτρους να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς ως ενεργά συμμετέχοντες στη φροντίδα της υγείας τους και τους συνιστούν :

- Να εμπλέκουν τους ασθενείς στη λήψη αποφάσεων.
- Να τους κρατούν ενήμερους για την εξέλιξη της νόσου και της θεραπείας που ακολουθούν.
- Να βελτιώσουν τις δεξιότητες επικοινωνίας τους.
- Να παρέχουν κατανοητές οδηγίες και να επιδεικνύουν τη συμπαράστασή τους.
- Να λαμβάνουν ουσιαστική συγκατάθεση για όλες τις οδοντιατρικές παρεμβάσεις.
- Να αναζητούν ανάδραση από τους ασθενείς και να αφουγκράζονται τις απόψεις τους.
- Να είναι ειλικρινείς όταν παρουσιάζονται επιπλοκές.

Γενικότερα, η επικοινωνία είναι απαραίτητο στοιχείο για την επιβίωση κάθε επιχείρησης, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παροχή υπηρεσιών υγείας. Η σχέση οδοντιάτρων - ασθενών περιγράφεται ως σχέση εκτίμησης και εμπιστοσύνης. Έρευνες έχουν δείξει πως οι ιατροί που αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στους ασθενείς τους έχουν περισσότερο ικανοποιημένους ασθενείς. Άλλωστε η επικοινωνία αυξάνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον ασθενή και μειώνει το επαγγελματικό στρες.

1.6 Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση Οδοντιάτρων

Στο σημερινό μεταβλητό περιβάλλον της οικονομίας και των επιστημών, δημιουργείται η ανάγκη μιας διαρκούς αναβάθμισης της γνώσης και κατά συνέπεια, της εργασίας. Η κοινωνία αναπτύσσεται με ραγδαίους και ανταγωνιστικούς ρυθμούς, επομένως, είναι επιβεβλημένη πλέον η ανάγκη οι εργαζόμενοι να κινούνται με τις ίδιες ταχύτητες σε ένα πλαίσιο που βασικό στόχο έχει τη διαρκή πνευματική εξέλιξη, την εργασιακή εξειδίκευση και την οργανωμένη επιστημονική έρευνα και μεθοδολογία.

Η οδοντιατρική είναι μια εκ των θετικών επιστημών που αναπτύσσεται και μεταβάλλεται με πολλαπλάσιο ρυθμό από ότι οι κλασικές επιστήμες. Τα επιστημονικά δεδομένα στην οδοντιατρική επιστήμη έχουν αυξηθεί τόσο πολύ τα τελευταία τριάντα χρόνια, που είναι αδύνατο ο νέος πτυχιούχος οδοντίατρος με την έναρξη της επαγγελματικής του καριέρας, να είναι απόλυτα προετοιμασμένος, ώστε να ασκεί αξιοπρεπώς την οδοντιατρική. Επίσης, ο ήδη επαγγελματίας οδοντίατρος, στερούμενος ουσιαστικά ελεύθερου χρόνου, δυσκολεύεται να παρακολουθήσει τις ραγδαίες αλλαγές, τις απαραίτητες για τον εμπλουτισμό των γνώσεων του, που επισυμβαίνουν στην οδοντιατρική. Ακόμα, ο μέσος πολίτης έχοντας σήμερα πολύ καλή ενημέρωση για το επίπεδο της οδοντιατρικής, αναζητά και απαιτεί ποιοτικότερη παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης. Οι παραπάνω λόγοι κατέστησαν αναγκαία την οργάνωση και λειτουργία, σε πολλές χώρες του αναπτυγμένου κόσμου, του θεσμού της συνεχούς επιμόρφωσης των οδοντιάτρων.

Η συνεχής επιμόρφωση δεν αποτελεί πλέον προσωπική επιλογή. Αποτελεί μια απαραίτητη και σημαντική συνιστώσα της επαγγελματικής ζωής του σύγχρονου οδοντιάτρου, που αναβαθμίζει την επιστημονική και πρακτική του επάρκεια και διασφαλίζει την αποτελεσματική περίθαλψη των ασθενών του.

Ως «Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση Οδοντιάτρων», ορίζεται το σύνολο των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων (μαθήματα, συνέδρια, μεταπτυχιακά προγράμματα, έρευνες) που σχεδιάζονται για να ανασκοπήσουν τις υπάρχουσες θεωρίες και τεχνικές, να παρουσιάσουν τις πέραν της βασικής εκπαίδευσης πληροφορίες και να φρεσκάρουν τις γνώσεις στις εξελίξεις της επιστήμης, καθώς και της κλινικής και εργαστηριακής πράξης, των βασισμένων στην απόδειξη (Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, 2010).

Η συνεχής επαγγελματική επιμόρφωση των οδοντιάτρων θεωρείται πλέον απαραίτητη καθώς παρατηρείται ότι (Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, 2010) :

- Οι καταγγελίες για ιατρικά σφάλματα αυξάνονται συνεχώς
- Υπάρχει ελεύθερη διακίνηση οδοντιάτρων μεταξύ της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με δεδομένη διαφοροποίηση μεταξύ των βασικών γνώσεων, αλλά και των γνώσεων που αποκτήθηκαν μέσω της συνεχούς επιμόρφωσης.
- Ο αριθμός των οδοντιάτρων αυξάνεται ραγδαία (ιδιαίτερα στην Ελλάδα) και είναι αναπόφευκτη η αύξηση του επαγγελματικού ανταγωνισμού.
- Τα τεχνολογικά επιτεύγματα εξελίσσονται ταχύτατα.

- Υπάρχει βομβαρδισμός των οδοντιάτρων (μέσα σε μια παγκοσμιοποιημένη διαδικτυακή κοινότητα) από πληθώρα νέων γνώσεων, τεχνικών, υλικών και εργαλείων.

Στόχος της συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης των οδοντιάτρων είναι ο συνεχής εκσυγχρονισμός των οδοντιάτρων σε επίπεδο :

- Επιστημονικών γνώσεων : Επιδιώκεται η διατήρηση και ανανέωση του επιπέδου γνώσης και δεξιοτήτων των οδοντιάτρων, με στόχο το υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό.
- Τεχνολογικών εξελίξεων : Στις μέρες μας η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας οδηγεί τον οδοντίατρο στην ηθική και επαγγελματική υποχρέωση της συνεχούς ενημέρωσης και διεύρυνσης των τεχνικών δεξιοτήτων του και παρακολούθησης των εξελίξεων που αφορούν στην επιστήμη του.
- Επαγγελματικής συμπεριφοράς : Ο κάθε οδοντίατρος επιβάλλεται να έχει την κατάλληλη επαγγελματική εμφάνιση και συμπεριφορά με σκοπό την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στου ασθενείς του.
- Κοινωνικό – οικονομικών συνθηκών : Οι κοινωνικές και οι οικονομικές συνθήκες μεταβάλλονται με γοργούς ρυθμούς. Ο οδοντίατρος οφείλει να ενημερώνεται για τις εκάστοτε αλλαγές και να προσαρμόζεται ανάλογα με αυτές.

Όπως συμπεραίνεται η συνεχής επιμόρφωση των οδοντιάτρων θεωρείται αναγκαία στην σημερινή εποχή ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

1.7 SWOT Ανάλυση

Παρακάτω παρατίθεται μια SWOT ανάλυση (ένα εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού το οποίο χρησιμοποιείται για την ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος ενός οργανισμού), όπως διαμορφώθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Στοματική Υγεία 2008-2012. Μέσα από την συγκεκριμένη ανάλυση επιχειρείται να γίνουν διακριτά τα πλεονεκτήματα και οι αδυναμίες του τομέα οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Ακόμα, παρουσιάζονται οι ευκαιρίες και οι κίνδυνοι που θα πρέπει να εντοπιστούν από τους υπεύθυνους των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης με σκοπό να προσαρμοστούν σε αυτούς.

Πλεονεκτήματα (Strengths)

- Ύπαρξη επαρκούς αριθμητικά εξειδικευμένου επιστημονικού δυναμικού.
- Ύπαρξη σύγχρονων υλικοτεχνολογικών υποδομών για τις παροχές οδοντιατρικής φροντίδας τόσο από το δημόσιο, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα.
- Παροχή ποιοτικής οδοντιατρικής φροντίδας στον εθνικό πληθυσμό.
- Οργάνωση του οδοντιατρικού δυναμικού σε κατά τόπους οδοντιατρικούς συλλόγους.
- Εκπαίδευση υψηλού επιπέδου από τις οδοντιατρικές σχολές της χώρας.
- Λειτουργία μεταπτυχιακών προγραμμάτων στις οδοντιατρικές σχολές της χώρας.
- Δραστηριοποίηση της Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία σε προγράμματα προαγωγής και καταγραφής της Στοματικής Υγείας.

Αδυναμίες (Weaknesses)

- Έλλειψη εθνικής πολιτικής για τη Στοματική Υγεία.
- Ανεπαρκής ασφαλιστική κάλυψη της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας.
- Ανισότητες στη Στοματική Υγεία και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας.
- Απουσία φορέων παροχής πιστοποίησης.
- Απουσία πρωτόκολλων για τη διενέργεια των οδοντιατρικών πράξεων.
- Απουσία αξιολόγησης των υπηρεσιών που προσφέρει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας.
- Έλλειψη μονάδων για την παροχή κατ' οίκον οδοντιατρικής φροντίδας.
- Μεγάλη συγκέντρωση οδοντιατρικού δυναμικού στα αστικά κέντρα, με πιθανή δημιουργία φαινομένων υπερβάλλουσας ζήτησης.
- Έλλειψη κέντρου για την αντιμετώπιση συγγενών κρανιοπροσωπικών ανωμαλιών.
- Έλλειψη συστήματος διαχείρισης οδοντιατρικών αποβλήτων.

Ευκαιρίες (Opportunities)

- Η έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με την ψήφιση του Νομοσχεδίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
- Η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και η ομογενοποίηση των παροχών προς τους ασφαλισμένους τους. (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)
- Η ανάπτυξη των νέων τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας, οι οποίες μπορούν να αποδειχτούν αποτελεσματικές στην αγωγή υγείας ομάδων του πληθυσμού, στη δια βίου εκπαίδευση και στην τηλεodontιατρική.
- Η ανάπτυξη της μοριακής βιολογίας-γενετικής, η οποία θα δώσει νέες θεραπείες σε ασθένειες του στόματος.

Κίνδυνοι (Threats)

- Η επιδείνωση των οικονομικών του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας.
- Η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση του αριθμού των ατόμων τρίτης ηλικίας, τα οποία έχουν αυξημένες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης.
- Η αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ.
- Το μεγάλο ποσοστό καπνιστών στη χώρα μας.
- Η επιδείνωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης μερίδας του πληθυσμού με αρνητικές επιπτώσεις, τόσο στη Στοματική Υγεία, όσο και στην πρόσβαση των ατόμων στις υπηρεσίες Οδοντιατρικής Φροντίδας.

Σύμφωνα με την παραπάνω ανάλυση οι υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα διαθέτουν το κατάλληλο εξειδικευμένο προσωπικό αλλά παρουσιάζουν έλλειψη όσον αφορά στην οργάνωση εθνικής πολιτικής για την στοματική υγεία. Σκόπιμο θα ήταν οι υπεύθυνοι να εκμεταλλευτούν τις ευκαιρίες που παρουσιάζονται μετά την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και τη ανάπτυξη της τεχνολογίας στον τομέα της οδοντιατρικής, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που δημιουργούνται λόγω της επιδείνωσης της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της γήρανσης του πληθυσμού.

1.8 Ανακεφαλαίωση

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση της έννοιας της στοματικής υγείας και της σημασίας που διαδραματίζει στο επίπεδο της γενικής υγείας, της οικονομίας, της κοινωνίας και της ποιότητας ζωής των ατόμων. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι

υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης, δίνοντας έμφαση στην πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη και τη νοσοκομειακή οδοντιατρική. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η σημαντικότητα της δημόσιας οδοντιατρικής υγείας.

Επιπλέον, τονίζεται η σημασία της σχέσης που δημιουργείται μεταξύ του οδοντιάτρου και του ασθενή και της συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης των οδοντιάτρων, ώστε να αυξάνεται η ικανοποίηση του ασθενή από τις υπηρεσίες που του προσφέρονται.

Τέλος, παρουσιάζεται μια SWOT ανάλυση, όπως έχει διαμορφωθεί από Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Στοματική Υγεία 2008-2012, ώστε να γίνουν διακριτά τα πλεονεκτήματα, τα αδύνατα σημεία, οι ευκαιρίες και οι κίνδυνοι που εμφανίζει ο οδοντιατρικός κλάδος στην Ελλάδα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

2.1 Εισαγωγή

Η ολική ποιότητα σήμερα, αποτελεί το βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτικής αλλά και επιχειρηματικής συμπεριφοράς, για όλα τα αγαθά και υπηρεσίες που μπορεί να διατίθενται στην αγορά. Ο όρος ολική ποιότητα βασίζεται σε τρεις σημαντικές αρχές :

- Έμφαση στην ικανοποίηση του πελάτη
- Συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού
- Συνεχή βελτίωση των διαδικασιών

Η ποιότητα στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης έχει πολύ μεγάλη σημασία αφού αποτελούν έναν από τους πλέον ευαίσθητους και απαιτητικούς χώρους και παρουσιάζουν μια ιδιάζουσα μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης-χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερο από ότι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ολική ποιότητα και πιο συγκεκριμένα στην ποιότητα από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης. Αναφέρονται οι παράγοντες που την επηρεάζουν, ποιοι την αποζητούν και τα οφέλη από την βελτίωση της. Τέλος, γίνεται αναφορά στην διεθνή πιστοποίηση ISO.

2.2 Διαφορά Προϊόντος – Υπηρεσίας

Ως προϊόν δεν ορίζεται μόνο το υλικό αγαθό, αλλά και η υπηρεσία. Ως υπηρεσία μπορεί να οριστεί η προσφορά άυλων αγαθών όπως η πληροφορία και η γνώση. Επίσης, μπορούν να συμπεριληφθούν και όλοι οι μη μεταποιητικοί οργανισμοί. Η κυβέρνηση των Η.Π.Α. ορίζει τους οργανισμούς υγείας ως αυτούς που ασχολούνται πρωταρχικά με την παροχή υπηρεσιών σε άτομα, σε επιχειρήσεις και σε άλλους οργανισμούς, περιλαμβάνοντας ξενοδοχεία και άλλα μέρη καταλυμάτων, υπηρεσίες υγείας, νομικές, μηχανικές και άλλες επαγγελματικές υπηρεσίες, εκπαίδευση, σωματεία και άλλες υπηρεσίες. (Azzoloni and Shillader, 1993).

Η παροχή υπηρεσιών διαφέρει αισθητά από την παραγωγή αγαθών. Οι σημαντικότερες διαφορές είναι οι ακόλουθες : (Skordi, 1998)

- Οι υπηρεσίες έχουν άυλη φύση. Δεν μπορούμε να τις πιάσουμε και να τις εκτιμήσουμε πριν τις καταναλώσουμε. Η έλλειψη υλικής υπόστασης έχει ως

αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εποπτεία στην παραγωγή τους, ο έλεγχος και η επιθεώρηση των διαδικασιών.

- Μεταξύ της παραγωγής και της διάθεσης των υπηρεσιών μεσολαβεί σχεδόν μηδενικός χρόνος. Καταναλώνονται αμέσως μόλις παραχθούν χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα αποθήκευσης τους καθώς και η δυνατότητα διόρθωσης λαθών.
- Οι υπηρεσίες είναι προϊόντα εντάσεως εργασίας και όχι κεφαλαίου. Δηλαδή, η επιτυχία της παραγωγής τους εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το ανθρώπινο δυναμικό που συμμετέχει σε αυτή.
- Οι υπηρεσίες θα πρέπει να προσαρμόζονται απόλυτα στον πελάτη και στις απαιτήσεις του. Συνεπώς, η αλληλεπίδραση πελάτη και εργαζομένου είναι απαραίτητη για την παραγωγή της βέλτιστης υπηρεσίας.
- Τέλος, οι υπηρεσίες είναι προϊόντα μοναδικά για κάθε πελάτη μιας και προσαρμόζονται απόλυτα στις διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες του.

Γενικότερα ως διαστάσεις του προϊόντος χαρακτηρίζονται η απόδοση (ανταπόκριση στη χρήση), η αξιοπιστία, η διάρκεια, η επισκευή, η αισθητική, η αντιληπτική ικανότητα, τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά (που προσελκύουν τον πελάτη) και η συμφωνία (με τα πρότυπα). Ως διαστάσεις υπηρεσιών χαρακτηρίζονται το φυσικό περιβάλλον (ευχάριστο, εμφάνιση εργαζομένων), η διασφάλιση (ικανότητα, ευγένεια, αξιοπιστία, ασφάλεια), η κατανόηση (πρόσβαση, επικοινωνία, ταύτιση με τον πελάτη), η ανταπόκριση (εξυπηρέτηση) και η επαγγελματική πίστη (εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια).

2.3 Τι είναι Ποιότητα/ Ολική Ποιότητα

Το σύγχρονο περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιούνται οι επιχειρήσεις παγκοσμίως είναι ιδιαίτερος ανταγωνιστικός. Ο καταναλωτής έχει στην διάθεση του μεγάλη ποικιλία αγαθών και υπηρεσιών για να επιλέξει. Οι επιχειρήσεις, που ανταγωνίζονται πλέον σε παγκόσμιο επίπεδο, πρέπει να διαφοροποιηθούν, ώστε να ξεχωρίσουν από τους ανταγωνιστές τους και να κατορθώσουν να προσελκύσουν τον καταναλωτή.

Ο σημερινός καταναλωτής φαίνεται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος στο θέμα της ποιότητας αφού πλέον την θεωρεί σημαντικό κριτήριο για τις επιλογές του. Το γεγονός αυτό οδήγησε πολλές επιχειρήσεις στην υιοθέτηση της ποιότητας, δεδομένου

ότι αποτελεί ένα ισχυρό εργαλείο για τη βελτίωση των παρεχόμενων προϊόντων και υπηρεσιών.

Οι επιχειρήσεις θέτοντας ως στόχο την ποιότητα, καταφέρνουν να ενισχύσουν την ανταγωνιστική θέση τους, με την αύξηση του μεριδίου τους στην αγορά, μειώνοντας το κόστος παραγωγής και συνεπώς αυξάνοντας την παραγωγικότητα, άρα και την αποτελεσματικότητά τους. Άλλωστε η ποιότητα αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους ανταγωνιστικούς παράγοντες για τη μακροπρόθεσμη ικανοποίηση των πελατών και είναι γενικά αποδεκτό πως η ικανοποίηση του πελάτη είναι το κλειδί για την επιβίωση και την ανάπτυξη κάθε επιχείρησης.

Ο σύγχρονος ορισμός της ποιότητας έχει επιχειρηθεί με πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις, άλλοτε συνοπτικές και σύντομες, όπως «ποιότητα είναι η συμμόρφωση με απαιτήσεις και προδιαγραφές» και άλλοτε πλέον σύνθετες και αναλυτικές, όπως της Αμερικανικής Ένωσης Ποιοτικού Ελέγχου, που ορίζει την ποιότητα ως «την ολότητα των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητα να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες».

Σύμφωνα με άλλους ορισμούς, ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας μπορούμε να ονομάσουμε : (Τσιότρας Γ., 1995)

- Τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας που ικανοποιούν πλήρως ή και ξεπερνούν τις προσδοκίες του πελάτη.
- Τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας που ικανοποιούν τις προδιαγραφές.
- Το σύνολο των ιδιοτήτων και στοιχείων του μάρκετινγκ, της κατασκευής, της παραγωγής και της συντήρησης, μέσω των οποίων ένα προϊόν ή υπηρεσία συμμορφώνεται με τις απαιτήσεις του πελάτη.

Ο ορισμός που περιέχεται στο πρότυπο ISO 9000 ορίζει την ποιότητα ως το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που αναφέρεται στην ικανότητα του να ικανοποιεί τόσο τις δεδομένες όσο και τις αναμενόμενες ανάγκες.

Επιπρόσθετα, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν πως η ποιότητα θα πρέπει να οριστεί σαν μια συνεχής προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού για την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών.

Αντίστοιχα ο Crosby καθορίζει την ποιότητα σύμφωνα με το βαθμό ικανοποίησης των απαιτήσεων του πελάτη, ενώ ο Juran θεωρεί ότι η έννοια της ποιότητας είναι συνυφασμένη με την «καταλληλότητα για χρήση».

Ο αμερικανός στατιστικός W. Edwards Deming θεωρεί την ποιότητα ως έναν ατελείωτο κύκλο συνεχούς βελτίωσης. Σύμφωνα με αυτή την μέθοδο, πριν εφαρμοστεί μια διαδικασία σχεδιάζεται, εκτελείται, μελετούνται τα αποτελέσματα και γίνονται οι ανάλογες ενέργειες για να προχωρήσουμε σε νέο κύκλο βελτίωσης.

Η Ολική Ποιότητα σαν νέος τρόπος οργάνωσης των επιχειρήσεων, ξεκίνησε να εφαρμόζεται στην πράξη από το 1949, από την Ένωση Ιαπώνων Επιστημόνων οι οποίοι είχαν άμεσο στόχο τη βελτίωση της παραγωγικότητας. Το εν λόγω εγχείρημα επιχειρήθηκε και στις Η.Π.Α., με χρονική υστέρηση 30 περίπου χρόνων και συγκεκριμένα στη δεκαετία του 1980. Λίγο αργότερα άρχισε να εφαρμόζεται και στην Ευρώπη.

Αποτελεί μια φιλοσοφία, ένα σύνολο αρχών που θεωρούνται ως η βάση της συνεχούς βελτίωσης της λειτουργίας ενός οργανισμού. Το σύνολο των δραστηριοτήτων και μεθόδων που εφαρμόζονται από τον οργανισμό, με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη και την ταυτόχρονη ενεργοποίηση όλου του δυναμικού (έμφυχου και άμφυχου) του οργανισμού με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Ευρωπαϊκού Μοντέλου Ολικής Ποιότητας, η Ολική Ποιότητα αφορά ουσιαστικά στη διοίκηση και βελτίωση των διαδικασιών του οργανισμού με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη, εργαζόμενου, κοινωνικού συνόλου μέσω βέλτιστης κατανομής πόρων, διοίκησης προσωπικού, αποτελεσματικής στρατηγικής, πολιτικής και ηγεσίας, ώστε τα επιχειρηματικά αποτελέσματα να είναι τα καλύτερα δυνατά.

Καλείται «Ολική» γιατί προτείνει την εμπλοκή όλων των συντελεστών της επιχείρησης και η ποιότητα αφορά όλους (ακόμη και τους προμηθευτές) και όλες τις δραστηριότητες του οργανισμού και «Ποιότητα», γιατί θέτει στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της επιχείρησης, όχι το κέρδος με τη στενή έννοια του όρου, αλλά την ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων και των παρεχόμενων υπηρεσιών, σεβόμενη ως εκ τούτου τον πελάτη.

2.4 Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας/ Οδοντιατρικής Περίθαλψης

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας συμβαδίζει με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας. Η αρχαιότερη καταγεγραμμένη αναφορά ανάγεται στην αρχαία Αίγυπτο. Τα πρώτα «κριτήρια αξιολόγησης της ιατρικής φροντίδας αποτυπώνονται σε ιερογλυφική γραφή, πάνω σε λίθινες πλάκες. Συγκεκριμένα, τα κριτήρια αυτά είναι η παρατήρηση ή η άρνηση της νοσηλείας.

Το 2000 π.Χ. γίνεται αναφορά στην ποιότητα της χειρουργικής πρακτικής από τον ποινικό κώδικα του βασιλέως Χαμουραμί και μάλιστα με προβλεπόμενη ποινή, βασιζόμενη στο μέγεθος της βλάβης που πιθανόν προκύπτει από κακή χειρουργική φροντίδα με ατυχή έκβαση. Αναφορά για την διασφάλιση της ποιότητας, συναντούμε και στους δεοντολογικούς κανόνες και τους κώδικες ηθικής στην εποχή του Ιπποκράτη. Ο ποιοτικός έλεγχος, ουσιαστικά, ξεκινάει από το 1858, όταν η Florence Nightingale, νοσηλεύτρια κατά τον Κριμαϊκό Πόλεμο, προσπάθησε να εφαρμόσει πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου, βασιζόμενη στους δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών.

Η ανάγκη ελέγχου των διαδικασιών και του κόστους οδήγησε σε επαναφορά της έννοιας της ποιότητας την δεκαετία του 1960. Οι προσπάθειες για διέξοδο από την κρίση αποτελεσματικότητας, που αντιμετωπίζει διεθνώς ο υγειονομικός τομέας από τη δεκαετία του 1970, η επίδραση των αντιλήψεων περί ηθικής, αλλά και οι πιέσεις των ασθενών τόσο για εξασφάλιση ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας όσο και για βελτίωση της συμπεριφοράς αυτών που τις παρέχουν, οδήγησαν σε αυξημένη κινητικότητα σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, αρχίζει η εκτενής ενασχόληση ακαδημαϊκών και επαγγελματιών με το θέμα της ποιότητας στην ιατρική περίθαλψη. Δημιουργήθηκαν πληθώρα εθνικών και διεθνών προτύπων για την διασφάλιση της ποιότητας και αρκετοί οργανισμοί για την προώθηση του ζητήματος.

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι περισσότερο σύνθετη υπόθεση απ' ό τι στο χώρο της βιομηχανίας. Γι' αυτό και η βασική της μεθοδολογία και τα αντίστοιχα εργαλεία της, που διαμορφώθηκαν κατά κύριο λόγο για τις ανάγκες της βιομηχανίας, θα πρέπει να τροποποιούνται κατάλληλα πριν από την εφαρμογή τους στην υγεία.

Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των τομέων της βιομηχανίας και της υγείας έγκειται στον προσδιορισμό της ποιότητας και, συνακόλουθα, στον τρόπο επίτευξης της. Στη βιομηχανία, η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος. Στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων και ελαττωμάτων στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα.

Στην υγεία, όμως, από τη στιγμή που οι ασθενείς μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπιση τους. Γι' αυτό και η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν

ανάγκη και που επιθυμούν. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων και των ελαττωμάτων στην υγεία, στην πράξη σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής». Η εξασφάλιση της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί ένα περισσότερο δύσκολο εγχείρημα από ότι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία.

Επιπρόσθετα, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν έναν από τους πλέον ευαίσθητους και απαιτητικούς χώρους και παρουσιάζουν μια ιδιάζουσα μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης-χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα από ότι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία. Εκτός από την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα και την αξιοπιστία, παράγοντες που σχετίζονται με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, την άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, την υψηλή τεχνολογία, τον άμεμπτο επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια του «πελάτη» αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελώντας άμεση προτεραιότητα.

2.4.1 Ορισμοί

Οι ορισμοί που έχουν προταθεί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι πολλοί. Ορισμένοι από αυτούς αναφέρονται παρακάτω.

Ο Avedis Donabedian (1980) ήταν πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Σύμφωνα με τον ίδιο «ποιότητα είναι το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενούς, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία». Η φροντίδα αυτή, σύμφωνα με τον ερευνητή, αφορά : α) το τεχνικό μέρος, την εφαρμογή δηλαδή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την θεραπεία του ασθενή, β) το διαπροσωπικό μέρος που επηρεάζεται από την συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας, την επαγγελματική του ηθική και δεοντολογία και τις προσδοκίες του ασθενή και της κοινωνίας γενικότερα και γ) την ξενοδοχειακή υποδομή ή αλλιώς τις συνθήκες στις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας.

Τον ίδιο χρόνο ο Thompson όρισε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως «το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή, είτε στη διάγνωση, είτε στην θεραπεία ή στην αποκατάσταση, στην αποφυγή ιατρικών λαθών και στην ευαισθητοποίηση και προσοχή για τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του

με ένα τρόπο που ενσωματώνει τόσο το κόστος όσο και την αποτελεσματικότητα και παράλληλα καταγράφει το σύνολο των αποτελεσμάτων.

Ο Maxwell το 1984 αξιολόγησε την ποιότητα στην υγεία με βάση την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό τόπο και χρόνο, την ισότητα στην υγεία, την αποτελεσματικότητα και καταλληλότητα των ιατρικών μεθόδων και την αποδοχή των μεθόδων αυτών από τους ασθενείς.

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

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1993), η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής.

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

Το 2000 η American Medical Association θεωρεί ότι «φροντίδα υψηλής ποιότητας είναι η ιατρική φροντίδα που συνεχώς και με συνέπεια συμβάλλει στην βελτίωση της διατήρησης της ποιότητας ή και της διάρκειας της ζωής. Τα χαρακτηριστικά αυτής της φροντίδας είναι η προώθηση της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών, η έγκαιρη παρέμβαση, η ενημέρωση και συμμετοχή των ασθενών, η προσοχή στην επιστημονική βάση της Ιατρικής και η αποτελεσματική χρήση των πόρων».

Από μια άλλη σκοπιά, η διασφάλιση της ποιότητας στο χώρο της υγείας, είναι «η συμφωνία σε ορισμένα πρότυπα φροντίδας και υπηρεσιών που παρέχονται καθώς και η διασφάλιση των προτύπων αυτών με τακτικές μετρήσεις επίδοσης και αλλαγών όπου κρίνεται σκόπιμο».

Ο Onretveit το 2004 προσπάθησε να προσδιορίζει τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και κατέληξε στα εξής :

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

Με βάση και άλλους ερευνητές μια υπηρεσία υγείας είναι απαραίτητο να διακατέχεται από τα παραπάνω χαρακτηριστικά ώστε να διασφαλίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών της προς τους ασθενείς-χρήστες.

2.4.2 Οδοντιατρική περίθαλψη και ποιότητα

Ο τομέας της ολικής ποιότητας δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως καινούργιος στον χώρο της υγείας, αφού εφαρμόζεται ήδη αρκετά χρόνια. Στην οδοντιατρική όμως, οι πληροφορίες σχετικά με την εφαρμογή της ολικής ποιότητας εξακολουθούν να είναι ανεπαρκής.

Η εκτίμηση της ποιότητας των οδοντιατρικών, όπως και γενικά των ιατρικών υπηρεσιών, είναι αυτονόητο ότι είναι πολύ δυσκολότερη από την αξιολόγηση της ποιότητας συγκεκριμένων αγαθών, αφού δεν πρόκειται για χειροπιαστά αγαθά, περιλαμβάνουν μια σειρά δραστηριοτήτων, η παραγωγή τους είναι αδιαχώριστη από την κατανάλωση τους και ο ασθενής συμμετέχει στην παροχή τους.

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

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

Για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών είναι απαραίτητες οι παρακάτω ενέργειες :

- Αναβάθμιση κτιριακής υποδομής των οργανισμών, ανανέωση παλαιών μηχανημάτων, δημιουργία άνετων και εργονομικών οδοντιάτρων, εξοπλισμένων με σύγχρονα μηχανήματα και υλικά.
- Συνεχής εκπαίδευση προσωπικού με βάση τις διαγνωσμένες ανάγκες μάθησης με στόχο η οδοντιατρική φροντίδα να παρέχεται σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση.
- Δημιουργία πρωτοκόλλων που θα καλύπτουν όλο το φάσμα της οδοντιατρικής εργασίας αλλά και όλες τις κατηγορίες ασθενών με γενικά νοσήματα που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας για την παροχή στοιχειοθετημένης οδοντιατρικής φροντίδας.

Η Υποεπιτροπή Νέων Τεχνολογιών και Διασφάλισης Ποιότητας στην Οδοντιατρική (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας - Υποεπιτροπή Νέων Τεχνολογιών και Διασφάλισης Ποιότητας στην Οδοντιατρική 2007) διαμόρφωσε τις ακόλουθες προτάσεις, για την ποιότητα στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης :

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

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

2.5 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης

Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, επισημαίνει δέκα καθοριστικούς παράγοντες που ορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας : καταλληλότητα (appropriateness), συνέχεια (continuity), διαθεσιμότητα (availability), αποτελεσματικότητα (effectiveness), δραστηκότητα (efficacy), αποδοτικότητα (efficiency), ασφάλεια (safety), σεβασμός (respect), φροντίδα (caring), και επικαιρότητα (timeliness).

Καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα μιας υπηρεσίας οδοντιατρικής περίθαλψης είναι η δυνατότητα άμεσης παροχής της, η ευκολία πρόσβασης των χρηστών σε αυτή, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, η αξιοποίηση της σύγχρονης

τεχνολογίας, καθώς και η φιλικότητα στην παροχή και η επαρκής υποστήριξη μετά τη διάθεση της.

Οι κυριότεροι παράγοντες που καθορίζουν τη ποιότητα των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης είναι οι ακόλουθοι :

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

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

2.6 Ποιοί και πώς αναζητούν την ποιότητα στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης

Είναι γνωστό ότι η Ολική Ποιότητα είναι μια συνεχής και διαμορφωτική διαδικασία η οποία εστιάζει την προσοχή της στη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς.

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, η ποιότητα στην οδοντιατρική περίθαλψη δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Γι' αυτό άλλωστε, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά όλων των «πελατών» των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης, στους οποίους περιλαμβάνονται, εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, ο κοινωνικός περίγυρος και άλλα. Οι εργαζόμενοι, επίσης, πρέπει να θεωρούνται ως «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών.

Είναι αποδεδειγμένο πως η αντίληψη που έχουν για την ποιότητα όσοι εμπλέκονται στην παραγωγή, παροχή και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης (θεσμικά όργανα, φορείς, επαγγελματίες υγείας, χρήστες) αλλά και τα κριτήρια με τα οποία την αποτιμούν ή τα κίνητρα με τα οποία την επιδιώκουν δεν είναι ενιαία.

Συγκεκριμένα :

- Οι χρήστες-καταναλωτές των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης επιδιώκουν τη γρήγορα και σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος στη στοματική τους υγεία, επιθυμούν τη χρήση για το σκοπό αυτό της σύγχρονης τεχνολογίας και συχνά έλκονται από τη φήμη των οργανισμών ή των οδοντιάτρων.
- Οι επαγγελματίες υγείας (οδοντίατροι) επιδιώκουν την ποιότητα κυρίως με την έννοια της αποτελεσματικότητας.
- Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης και τα ασφαλιστικά ταμεία αναζητούν την ποιότητα αφενός με την έννοια της καλής λειτουργίας, της «έξωθεν καλής μαρτυρίας» και αφετέρου με την έννοια του περιορισμού της σπατάλης των δυσλειτουργιών.
- Η κοινωνία αναζητά την ποιότητα με όλους τους δυνατούς τρόπους.

Επομένως, η πολιτεία πρέπει να συνδυάσει όλες τις παραμέτρους, να δεχτεί την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα ως καθολικές προσδοκίες και να συντονίσει τις λειτουργίες του συστήματος υγείας προγραμματισμένη και συστηματικά.

2.7 Προσδοκία (χρηστών-ασθενών) για ποιότητα στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης

Τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν τις τελευταίες δυο δεκαετίες τριπλή πρόκληση :

- Την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας, των οργανισμών αλλά και των κοινωνιών για ισότιμη παροχή φροντίδων υγείας και περίθαλψης σε όλους.
- Το διαρκώς αυξανόμενο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας και οδοντιατρικής περίθαλψης.
- Την ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής της νέας τεχνολογίας με κριτήριο την αποτελεσματικότητα.

Απάντηση στην τριπλή αυτή πρόκληση επιχειρείται να δοθεί τα τελευταία χρόνια με την εισαγωγή και εφαρμογή σειράς πολιτικών όπως με :

- Με την εφαρμογή κατάλληλης περιφερειακής πολιτικής με την υγεία, σε συνδυασμό με την προσπάθεια περιφερειακής ανάπτυξης.
- Την εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης των δαπανών και ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας και οδοντιατρικής περίθαλψης.
- Τη θέσπιση πιστοποιητικών αναγκαιότητας και ορίων για επενδύσεις βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Σημαντικό ρόλο στις εξελίξεις αυτές διαδραμάτισε και η επιδίωξη των οργανωμένων κοινωνιών να συμμορφωθούν με τον στόχο 31 της πολιτικής «Υγεία για όλους ως το 2000» που υιοθέτησε ο ΠΟΥ το 1980. Σύμφωνα με τον στόχο αυτό, όλα τα κράτη – μέλη όφειλαν, στο πλαίσιο των υγειονομικών συστημάτων, να είχαν εγκαταστήσει μέχρι το 1990 αποτελεσματικούς μηχανισμούς για την εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων υγείας.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας απασχολεί σήμερα όλο και πιο έντονα τους επαγγελματίες υγείας, τους οργανισμούς, τις κυβερνήσεις των χωρών αλλά και τους ίδιους τους χρήστες-καταναλωτές των υπηρεσιών. Το αίτημα για ποιότητα, πόσο μάλλον στις υπηρεσίες υγείας και οδοντιατρικής περίθαλψης, είναι διαχρονικό αλλά τόσο η διεκδίκηση-απόκτηση της όσο και η προσφορά της ήταν περιορισμένες γεωγραφικά, διαφοροποιούνταν ανάλογα με την κοινωνική τάξη στην οποία απευθυνόταν και σχετιζόνταν άμεσα με το επίπεδο κάθε χώρας (οικονομικό, τεχνολογικό και πολιτισμικό). Σήμερα, το αίτημα αυτό είναι καθολικό, καθώς διαπιστώνεται από όλες τις κοινωνικές τάξεις στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες γεγονός και τοποθετεί την ευθύνη για ποιότητα σε πέντε βασικές ομάδες :

- Τα κλινικά επίπεδα
- Το φυσικό περιβάλλον
- Την ικανοποίηση των χρηστών

- Την ανάπτυξη του προσωπικού
- Τις σχέσεις με τους χρήστες

Εύκολα διαπιστώνει κανείς ότι η ποιότητα επεκτείνεται σήμερα σε ολοένα και περισσότερους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας και το περιεχόμενο της διαρκώς αυξάνεται.

Οι ασθενείς και κατά επέκταση η κοινωνία, διατηρούν σήμερα βασικές προσδοκίες αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και οδοντιατρικής περίθαλψης, που εξελικτικά έχουν παγιωθεί ως αναγκαίες συνθήκες λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών. Έρευνες δείχνουν ότι ανεξάρτητα από τον τύπο της υπηρεσίας οι καταναλωτές χρησιμοποιούν βασικά κριτήρια αξιολόγησης των υπηρεσιών που αντιστοιχούν στα βασικά κριτήρια-παράγοντες της ποιότητας και δύναται να αντιστοιχίσουν στα ακόλουθα :

- Αξιοπιστία που αφορά τόσο την εκτέλεση της υπηρεσίας όσο και τη διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών.
- Ανταπόκριση που αφορά την προθυμία και ετοιμότητα των εργαζομένων, εκτέλεσης υπηρεσιών. Οι πολίτες θέλουν να βρίσκουν αποτελεσματική ανταπόκριση (διαγνωστική, θεραπευτική η συμβουλευτική) από τις μονάδες παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση του υγειονομικού προβλήματος και σύμφωνα πάντοτε με την πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας.
- Ικανότητα που αφορά τα προσόντα και τις δεξιότητες των εργαζομένων για να ακολουθηθεί η προβλεπόμενη διαδικασία.
- Πρόσβαση μιας και όλοι οι πολίτες θέλουν να έχουν άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες.
- Ευγένεια που φαίνεται σε όλες τις εκφράσεις της.
- Επικοινωνία και κατανοητοί τρόποι πληροφόρησης που θα τους εξασφαλίσουν δικαιώματα επιλογής.
- Επαγγελματική πίστη, εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη των παροχών υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης.
- Ασφάλεια όσο το δυνατό μικρότερο ρίσκο ή αμφιβολία.
- Κατανόηση που εξασφαλίζει ανθρώπινες συνθήκες μεταχείρισης στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων τους με τους επαγγελματίες υγείας,

καθώς και ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητας τους.

- Φυσικά χαρακτηριστικά που εξασφαλίζουν όμορφο και ζεστό κλίμα στους περιβάλλοντες χώρους των μονάδων παροχής υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης.

Όλα τα παραπάνω πρέπει να υπολογίζονται από τον εκάστοτε φορέα παροχής υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης, όπως και από το κράτος και την πολιτεία, ώστε να εξασφαλίζεται η ποιότητα των προσφερόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών.

2.8 Οφέλη από την βελτίωση ποιότητας

Σε ένα σύγχρονο οδοντιατρείο ο δρόμος για την υιοθέτηση της ολικής ποιότητας είναι πλέον μονόδρομος για να επιβιώσει σε ένα ολοένα αυξανόμενο ανταγωνιστικό περιβάλλον. Ακολουθώντας το δρόμο της ποιότητας, όχι μόνο θα καταφέρει να αποκτήσει νέους πελάτες αλλά διατηρεί και αυτούς που έχει ήδη κατακτήσει, ικανοποιώντας πλήρως τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες τους.

Η βελτιστοποίηση της ποιότητας καθώς και η διαρκής προσπάθεια για την επίτευξη αυτής συνεπάγεται ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη για το σύνολο των συμμετεχόντων στους φορείς των υγείας.

Τα οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας και τη διατήρησής της σε ένα επαρκές και υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα. Ακολουθώς αναφέρονται (Κυριόπουλος-Οικονόμου, 2000) :

1. Οφέλη για τον ασθενή

- Υγειονομικά οφέλη. Σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση της νόσου που αφορά τους ασθενείς καθώς και την επιλογή της απαιτούμενης θεραπευτικής παρέμβασης. Πρόσθετο όφελος είναι η αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής.
- Ψυχολογικά οφέλη. Αναμφισβήτητα, η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς επηρεάζει θετικά την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής στην οποία υπόκειται. Όσο λοιπόν περισσότερο διακρίνονται για την ποιότητα τους οι συνθήκες και το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών, τόσο εμφανέστερα είναι τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει ο ασθενής. Πρέπει να σημειωθεί ότι το ψυχολογικό υπόβαθρο προκύπτει ως

αποτέλεσμα της σωστής και γρήγορης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος.

- Οικονομικά οφέλη. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών θα συμβάλει ώστε το πρόβλημα υγείας του ασθενούς να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί, τόσο αποτελεσματικά όσο και σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι προφανές ότι στην περίπτωση αυτή, το κόστος υγείας που θα υποστεί ο ασθενής είτε άμεσα είτε έμμεσα θα είναι σημαντικά μικρότερο.

2. Οφέλη επαγγελματιών υγείας.

Τα οφέλη από την ύπαρξη ποιότητας στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης, για όλους τους επαγγελματίες υγείας (οδοντιάτρους, βοηθούς) συνίσταται κυρίως στα ακόλουθα:

- Στο σεβασμό και την εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους.
- Στην αποτελεσματικότητα του έργου τους.
- Στην απαλλαγή τους από τον καθημερινό εκνευρισμό και το άγχος.
- Στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους.
- Στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί η ποιότητα.

3. Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

- Οικονομικά οφέλη. Η μείωση του λειτουργικού κόστους, όπως αυτή επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση, συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, εξασφαλίζει σε σημαντικό βαθμό την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, οι οποίοι μπορούν με την σειρά τους να διατεθούν για την κάλυψη άλλων λειτουργικών αναγκών.
- Αναγνώριση και φήμη. Όταν στην μονάδα παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης γίνονται δραστηριότητες που εξασφαλίζουν την απώτερη βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, αυτό δύναται να προκαλέσει ακόμα και σε επίπεδο υστεροφημίας.

4. Οφέλη για τους ασφαλιστικούς φορείς

- Οικονομικά οφέλη. Αφορούν τη μείωση του ύψους των δαπανών υγείας δηλαδή των χρημάτων που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.
- Υγειονομικά οφέλη. Από την γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση ασθενών.
- Κοινωνικά οφέλη. Αφορούν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων απόρροια της υψηλού επιπέδου ποιότητας υγειονομικών υπηρεσιών.

5. Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο

- Οικονομικά οφέλη. Σχετίζονται με τον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, ως αποτέλεσμα της μείωσης του χρόνου παραμονής τους στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα ο περιορισμός των αδικαιολόγητων δαπανών, τόσο δημόσιων, όσο και ιδιωτικών, στον τομέα της υγείας οφελεί πάντα το κράτος.
- Υγειονομικά οφέλη. Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του υγειονομικού συστήματος, με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, την βελτιστοποίηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης.

Συμπερασματικά, τα οφέλη που μπορεί να απεικονίσει ένας οργανισμός από την εφαρμογή της Ολικής Ποιότητας είναι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει, η αύξηση της ικανοποίησης των εσωτερικών και εξωτερικών του πελατών, η αύξηση της ανταγωνιστικότητας των υπηρεσιών του, η αύξηση της παραγωγικότητας του, η μείωση του κόστους, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού και η αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων σε αυτόν.

2.9 Διεθνής πιστοποίηση ISO της ποιότητας στις παρεχόμενες Υπηρεσίες Οδοντιατρικής Περίθαλψης

Τον τελευταίο καιρό γίνεται πολύς λόγος για την ποιότητα, διαχείριση ποιότητας και διοίκηση ολικής ποιότητας. Επειδή η ποιότητα είναι μια έννοια που δε μπορεί να καθοριστεί εύκολα με ακρίβεια, εύλογη είναι η ερώτηση αν υπάρχουν συγκεκριμένα

πρότυπα που να καθορίζουν την έννοια της ποιότητας και της διαχείρισης της σε αντίστοιχους επαγγελματικούς κλάδους.

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Organization for Standardization-I.S.O.) εκπόνησε το 1987 μια σειρά τέτοιων προτύπων, τη σειρά ISO 9000. Το πρότυπο ISO 9001 αναθεωρήθηκε για πρώτη φορά το 1994, για δεύτερη το 2000 και πιο πρόσφατα στις 15.11.2008. Η έκδοση του 1994 ήταν περισσότερο προσανατολισμένη προς τη συμμόρφωση, τις προδιαγραφές και την τεκμηρίωση, ενώ οι εκδόσεις ISO 9001:2000 και ISO 9001:2008 στις διεργασίες και στην αυτοαξιολόγηση. Το ISO 9001:2008 δεν περιλαμβάνει νέες απαιτήσεις, αλλά αρκετές διευκρινίσεις, επεξηγήσεις και συμπληρωματικά σχόλια σε σχέση με το ISO 9001:2000.

Την ευθύνη για την εφαρμογή του θεσμού στη χώρα μας την έχει ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛ.Ο.Τ.), με περιορισμένες όμως εφαρμογές και ερμηνείες για τον τομέα των υπηρεσιών υγείας.

Το πρότυπο ISO 9001:2008 προδιαγράφει τις γενικές απαιτήσεις για την ανάπτυξη, εφαρμογή και βελτίωση ενός Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας μιας Επιχείρησης, για την επαύξηση της ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών, μέσω της ανταπόκρισης των αναγκών τους. Επιπλέον εστιάζεται στη συνεχή αξιολόγηση της απόδοσης του οργανισμού όσον αφορά την επίτευξη των ποιοτικών στόχων του στις υπηρεσίες. Το συγκεκριμένο πρότυπο, καθορίζει πως εφαρμόζεται ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας, το οποίο προλαβαίνει τα λάθη και επομένως διαμορφώνει τις προϋποθέσεις για ασφαλή παροχή υπηρεσιών.

Το διεθνές αυτό πρότυπο, προάγει την υιοθέτηση μιας προσέγγισης που στοχεύει στην ανάπτυξη, εφαρμογή και βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της επάρκειας ενός συστήματος, καθώς και στην ικανοποίηση των ενδιαφερόμενων μερών με το να καλύπτει τις απαιτήσεις τους.

Έχει ειπωθεί πως το νέο πρότυπο ISO δίνει ευρύτερη έννοια στη Διοίκηση Ποιότητας προσεγγίζοντας αρχές Ολικής Ποιότητας. Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω η Ολική Ποιότητα αφορά ουσιαστικά στη διοίκηση και βελτίωση των διαδικασιών του οργανισμού με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη, εργαζόμενου, κοινωνικού συνόλου μέσω βέλτιστης κατανομής πόρων, διοίκησης προσωπικού, αποτελεσματικής στρατηγικής, πολιτικής και ηγεσίας, ώστε τα επιχειρηματικά αποτελέσματα να είναι τα καλύτερα δυνατά (ορισμός του Ευρωπαϊκού Μοντέλου Ολικής Ποιότητας).

Τα οφέλη που αποκομίζει ένας οργανισμός υγείας από την εφαρμογή του προτύπου ISO 9001/2008 είναι τα εξής :

- Βελτιστοποίηση της επίδοσης και παραγωγικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Ελαχιστοποίηση πιθανότητας εμφάνισης δυσμενών περιστατικών.
- Μείωση λειτουργικού κόστους.
- Αύξησης της ικανοποίησης των ασθενών.
- Εντοπισμός και αξιοποίησης ευκαιριών για βελτίωση.
- Βελτίωση συνθηκών εργασίας.
- Ισχυροποίηση της θέσης αγοράς και αύξηση διαπραγματευτικής δύναμης.
- Βελτίωση της αξιοπιστίας και της επαγγελματικής φήμης οδοντιάτρου.

Για να υλοποιηθεί η πιστοποίηση της ποιότητας της παρεχόμενης οδοντιατρικής φροντίδας είναι απαραίτητη η ανάπτυξη συστήματος πιστοποίησης της ποιοτικής λειτουργίας και εποπτείας των μονάδων παροχής Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας. Καθοριστικούς στόχους αποτελούν :

- Η διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας που παρέχουν οι ιδιωτικοί και δημόσιοι φορείς.
- Η διασφάλιση της ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού που εμπλέκεται στην παροχή οδοντιατρικής φροντίδας.
- Η διασφάλιση της ποιότητας του τεχνολογικού εξοπλισμού.
- Η διασφάλιση της ποιότητας των οδοντιατρικών υλικών.

Οι ενέργειες που κρίνονται απαραίτητες για την υλοποίηση των παραπάνω στόχων είναι :

- Η καθιέρωση όρων και προϋποθέσεων ποιότητας των υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας που παρέχουν οι ιδιωτικοί και δημόσιοι φορείς.
- Η καθιέρωση ελάχιστων απαιτήσεων εκπαίδευσης για το βοηθητικό προσωπικό.
- Η καθιέρωση πρότυπων διαδικασιών λειτουργίας των οδοντιατρικών μονάδων.
- Η καθιέρωση προδιαγραφών ποιότητας του χρησιμοποιούμενου τεχνολογικού εξοπλισμού.
- Η καθιέρωση προδιαγραφών ποιότητας των χρησιμοποιούμενων οδοντιατρικών υλικών.

- Ο καθορισμός του συστήματος πιστοποίησης της οδοντιατρικής φροντίδας.

Εάν υλοποιηθούν οι παραπάνω ενέργειες τότε θα είναι δυνατή η πιστοποίηση των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης από διεθνείς οργανισμούς τυποποίησης.

2.10 Ανακεφαλαίωση

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο ξεκινάει διευκρινίζοντας την διαφορά που παρουσιάζει ένα προϊόν από μια υπηρεσία ώστε να μπορέσει παρακάτω να γίνει αντιληπτή και η δυσκολία του προσδιορισμού της ποιότητας σε μια υπηρεσία. Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση του ορισμού της ολικής ποιότητας και πιο συγκεκριμένα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και οδοντιατρικής περίθαλψης.

Στις επόμενες ενότητες του κεφαλαίου παρουσιάζονται οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις συγκεκριμένες υπηρεσίες, ποιοι την αναζητούν και ποιές είναι οι προσδοκίες έχουν.

Τέλος αναφέρονται τα οφέλη από την βελτίωση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες και γίνεται μια μικρή αναφορά στη διεθνή πιστοποίηση της ποιότητας ISO.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

3.1 Εισαγωγή

Ο αρχικός ρόλος των κλινικών ιατρών που ήταν η απλή παροχή βοήθειας στους ασθενείς, σύντομα μεταβλήθηκε σε ένα πιο σύνθετο, όπου ο κλινικός είχε την υποχρέωση είτε να θεραπεύσει τον ασθενή είτε να τον ανακουφίσει από τα συμπτώματα ενός χρόνιου νοσήματος.

Ανάμεσα στο 1850 και το 1950 υπήρξε μια θεμελιώδης διαφοροποίηση. Στην πρώτη περίπτωση, της απλής παροχής βοήθειας, ο καθοριστικότερος παράγοντας στην έκβαση μια νόσου ήταν η λειτουργία της φυσικής της εξέλιξης. Στη δεύτερη περίπτωση, της αναμενόμενης θεραπείας, οι καθοριστικοί παράγοντες της έκβασης ήταν πλέον η αποτελεσματικότητα της ιατρικής επέμβασης και η πείρα του κλινικού ιατρού (Porter, 1997).

Αυτή η αλλαγή στον αντιληπτό ρόλο του ιατρού, είχε σαν φυσικό επακόλουθο την ανάπτυξη της έννοιας της υπευθυνότητας, η οποία προκαθορίστηκε περίπου το 1900 ως η αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο αναπτύσσεται η αναζήτηση καλύτερων κλινικών αποτελεσμάτων μέσω βελτιωμένων επεμβάσεων και τεχνικών, η οποία με τη σειρά της, από τη δεκαετία του '60 και μετά, οδηγεί στην δημιουργία ενός κινήματος για τα δικαιώματα των ασθενών (Williams 1994). Το κίνημα προκαλεί άμεσα διοικητικές και πολιτικές ανησυχίες που σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών αλλά και με την αξιολόγηση τους από αυτούς που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας δηλαδή τους ίδιους τους ασθενείς ή καταναλωτές. Με αυτόν τον τρόπο γεννιέται η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών (Thomas et al, 2006)

Αρχικά η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών σχετιζόταν κυρίως με τη δυνατότητα πρόσβασης στην ιατρική υποδομή. Όμως, εστιάζοντας περισσότερο σε ποιοτικά χαρακτηριστικά, και επεκτείνοντας τον ορισμό συμπεριλαμβάνοντας τόσο την έκβαση της ιατρικής πράξης, όσο και την ποιότητα της διαδικασίας της περίθαλψης αυτής κάθε αυτής, με κυριότερο παράγοντα την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων μέσα στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι Wilson και Goldschmidt το 1995 διαχώρισαν την ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της

θεραπείας, στη βάση του ότι η ικανοποίηση εξαρτάται μόνο από τις διαπροσωπικές σχέσεις ιατρικού προσωπικού και ασθενή.

Η αυξανόμενη χρησιμοποίηση εργαλείων που προσδιορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών δικαιολογείται από την ανάγκη να κριθεί το αποτέλεσμα μιας θεραπείας. Παρά την έλλειψη στοιχείων που δείχνουν ότι αυτά τα εργαλεία επηρεάζουν πραγματικά την καθημερινή κλινική πρακτική, οι λόγοι για το συνυπολογισμό τους στην αξιολόγηση μιας θεραπείας είναι:

- Οι ιατρικές πράξεις που ικανοποιούν περισσότερο τους ασθενείς, είναι πιθανότερο να προτιμηθούν.
- Οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να επιδιώξουν την ιατρική φροντίδα.
- Οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι περισσότερο συνεργάσιμοι κατά την θεραπεία, η σχέση τους με το ιατρικό προσωπικό έχει μεγαλύτερη διάρκεια και τελικώς παρουσιάζουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν οι θεωρίες που έχουν διαμορφωθεί για την ικανοποίηση των ασθενών, θα αναλυθεί η έννοια της μέτρησης της ικανοποίησης καθώς και η άμεση σχέση που παρουσιάζει με την ποιότητα. Ακόμα, αναλύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση και τα οφέλη που έχει ένας οργανισμός από την μέτρηση της ικανοποίησης. Τέλος παρουσιάζονται ορισμένα μοντέλα μέτρησης ικανοποίησης.

3.2 Θεωρίες για την ικανοποίηση των ασθενών

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 δημοσιεύθηκαν οι σημαντικότερες θεωρίες για την ικανοποίηση των ασθενών. Οι περισσότερες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν μετέπειτα είναι βασισμένες σε αυτές τις θεωρίες.

Οι Fox και Storms διατύπωσαν την θεωρία τους το 1983. Η συγκεκριμένη θεωρία εστιάζει στο γεγονός πως αρκετές μελέτες δίνουν αντικρουόμενα αποτελέσματα για την σχέση μεταξύ των κοινωνικό-δημογραφικών μεταβλητών και του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών. Οι ερευνητές προκειμένου να εξηγήσουν αυτή την ασυμφωνία στηρίχτηκαν σε προγενέστερες απόψεις κατά τις οποίες οι πολιτισμικές διαφορές ερμηνεύουν τη διαφορετική συμπεριφορά απέναντι στην ασθένεια, την υγεία και τη σχέση με το ιατρικό προσωπικό. Ο προσανατολισμός ενός προσώπου

καθορίζει την ικανοποίηση και επομένως η δυσαρέσκεια εμφανίζεται όπου υπάρχει ασυμφωνία στη σχέση μεταξύ προσδοκίας και αποτελέσματος.

Σύμφωνα με την θεωρία των Linder-Pelz (1982), η ικανοποίηση ορίζεται ως η συμπεριφορά του ασθενούς απέναντι στη παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη. Η συγκεκριμένη θεωρία πρεσβεύει ότι κύριο ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών έχουν οι προσωπικές πεποιθήσεις και αξίες για την έννοια της περίθαλψης, καθώς επίσης και οι προγενέστερες εμπειρίες. Όταν οι θετικές προσδοκίες ακολουθούνται από μια αρνητική εμπειρία προκύπτει δυσαρέσκεια.

Η θεωρία που υποστήριξαν οι Ware et al το 1983, που έχει αρκετά κοινά σημεία με την προηγούμενη, υποστηρίζει πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα των υποκειμενικών αξιολογήσεων της παρεχόμενης ιατρικής περίθαλψης επηρεαζόμενο σαφώς από τις προσωπικές προτιμήσεις και προσδοκίες, οι οποίες ουσιαστικά διαμορφώνουν την συμπεριφορά του ασθενούς απέναντι στη παρεχόμενη φροντίδα. Επομένως, όπου υπάρχει δυσαρέσκεια είναι πιθανόν να εμπλέκεται είτε ο ίδιος ο ασθενής είτε η περίθαλψη αυτή κάθε αυτή. Ωστόσο υποστηρίζουν ότι τα χαρακτηριστικά του ασθενή παίζουν μικρότερο ρόλο στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης. Οι ίδιοι ερευνητές εισήγαγαν οκτώ παραμέτρους (διαπροσωπικές σχέσεις, ποιότητα τεχνικών μέσων, ευκολία-προσβασιμότητα, οικονομία, αποτελεσματικότητα θεραπείας, διάρκεια στη σχέση ιατρού-ασθενή, περιβάλλον και διαθεσιμότητα) για να προσδιορίσουν τη ποιότητα της περίθαλψης και υπέθεσαν ότι οι ασθενείς διαμορφώνουν τη συμπεριφορά τους ξεχωριστά απέναντι σε κάθε παράμετρο.

Στην θεωρία που διατύπωσε ο Fitzpatrick το 1984 υποστηρίζει την αναγκαιότητα ύπαρξης τριών μοντέλων, προκειμένου να προσδιοριστεί η ικανοποίηση του ασθενή. Η μέτρηση της ικανοποίησης με τη βοήθεια ενός μόνο μοντέλου μπορεί να οδηγήσει σε συγκεχυμένα αποτελέσματα, με δεδομένο ότι οι ασθενείς φαίνεται να έχουν πολλαπλές ανησυχίες σχετικά με την υγειονομική τους περίθαλψη. Το πρώτο μοντέλο σχετίζεται με τις προσδοκίες του ατόμου και τον τρόπο που αυτές επηρεάζονται από το κοινωνικό περιβάλλον. Το δεύτερο μοντέλο σχετίζεται με τους λόγους για τους οποίους ο ασθενής αναζητά περίθαλψη και το τρίτο μοντέλο σχετίζεται με την σπουδαιότητα της εκπλήρωσης των συναισθηματικών αναγκών.

Τέλος, ο Donabedian (1988) ως πρωτοπόρος σε θέματα ποιότητας και πατέρας της διασφάλισης ποιότητας στο χώρο της υγείας, θίγει το ζήτημα της ικανοποίησης των ασθενών η οποία όμως επικεντρώνεται στην αξιολόγηση της ποιότητας της

παρεχόμενης περίθαλψης. Επομένως, αυτομάτως συμπεριλαμβάνει την έννοια της ικανοποίησης στη δομή του υγειονομικού συστήματος. Υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση βασίζεται στις προσωπικές σχέσεις μέσα στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και στην έκβαση της θεραπείας, όπως αυτή επηρεάζεται από τις προσωπικές αξίες του ασθενή. Επιπρόσθετα, αναφέρει ότι η ικανοποίηση του πελάτη είναι θεμελιώδης σημασίας και αποτελεί το μέτρο της ποιότητας της φροντίδας γιατί παρέχει πληροφορίες σχετικές με την επιτυχία του προμηθευτή να ικανοποιήσει τις αξίες και τις προσδοκίες των πελατών του.

3.3 Ποιότητα και ικανοποίηση ασθενών

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

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

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

Το 1982, η Linder - Pelz όρισε την ικανοποίηση ως τη θετική αξιολόγηση διακριτών παραμέτρων του υγειονομικού συστήματος από τον ίδιο τον ασθενή. Η έννοια της ικανοποίησης μπορεί να γίνει κατανοητή μονό στο πλαίσιο του ότι αυτή συντίθεται από διαφορετικές παραμέτρους, καθεμία από τις οποίες μπορεί να ικανοποιεί ή να δυσαρεστεί τον ασθενή. Η ερευνήτρια όρισε πέντε βασικές διαστάσεις (προσδοκία, χρησιμότητα, δικαίωμα, συμβάν, συγκρίσεις) που πρέπει να συνυπολογίζονται προκειμένου να προσδιοριστεί η ικανοποίηση.

Ένας πιο σαφής ορισμός διατυπώθηκε από τον A. Donabedian (1980), που είναι από τους πρώτους που εργάστηκε για την ικανοποίηση του ασθενούς, και την όρισε ως τον δείκτη έκβασης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τον ίδιο, η ικανοποίηση του ασθενούς μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους επιθυμητούς στόχους της παροχής περίθαλψης, ή ακόμη και ένα δομικό στοιχείο του υγειονομικού συστήματος. Αποτύπωση της ικανοποίησης ή της δυσαρέσκειας μπορεί να αποτελεί επίσης η κρίση του ασθενή για την ποιότητα της περίθαλψης και όλων των παραμέτρων της.

Η ικανοποίηση του ασθενή, σύμφωνα με άλλον ορισμό, αποτελεί την επιβεβαίωση ή μη των επιδιώξεων σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών. Κατά τον Karydis et al (2001), η εκτίμηση των ασθενών για την ποιότητα στην υγεία είναι πιο περίπλοκη από την εκτίμηση αυτών για άλλες υπηρεσίες για τους ακόλουθους λόγους :

- Η χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα.
- Οι ασθενείς δεν μπορούν να προγραμματίσουν τις ανάγκες τους για αυτού του είδους τις υπηρεσίες.
- Οι ασθενείς δεν μπορούν να συγκρίνουν τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε σύγκριση με υπηρεσίες από ανταγωνιστικούς οργανισμούς. (Mosialos,1991).
- Συνήθως, ένας ασθενής δεν γνωρίζει ποτέ, που και πως πρέπει να θεραπευτεί. (Eastaugh,1987).
- Η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ανεπιθύμητη και δημιουργεί ανασφάλεια και άγχος.
- Το επάγγελμα του ιατρού θεωρείται από τα πιο προστατευμένα και ελεγχόμενα στην Ελλάδα, στο οποίο υπάρχουν περιορισμοί για την προστασία του κοινωνικού συνόλου.

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

Ευρέως αποδεκτός ορισμός, επίσης, είναι αυτός που δίνει ο Risser, σύμφωνα με τον οποίο, η ικανοποίηση των ασθενών από την υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης

είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψης τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται.

Κατά τον Pascoe (1983) η ικανοποίηση του ασθενούς ορίζεται ως γενική αντίδραση του σε παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη μέσα από τις εμφανείς πτυχές της εμπειρίας του στις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών.

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

Σύμφωνα με τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από τη φροντίδα υγείας.

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

- Τα ερεθίσματα και τη χρησιμότητα της κριτικής και τις αντιδράσεις. Ο ασθενής όταν εισέρχεται σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας έρχεται σε άμεση επαφή με πλήθος ερεθισμάτων στα οποία μπορεί να απαντά ή όχι ανάλογα με τους αισθητήριους υποδοχείς του. Καθώς παρατηρεί τα ερεθίσματα αυτά ανταποκρίνεται κάνοντας συνειδητές ή ασυνειδητες κρίσεις. Η χρησιμότητα των κρίσεων που αποδίδει στα ερεθίσματα αντιπροσωπεύει το πρώτο στοιχείο της ικανοποίησης που οι μελετητές επιθυμούν να μετρήσουν.
- Οι ατομικές διαφορές και τα αποτελέσματα. Οι χρήστες αντιλαμβάνονται μια υπηρεσία σε σχέση με το τι θα ήθελαν να λάβουν από την υπηρεσία καθώς και τι αισθάνονται ότι θα έπρεπε να λαμβάνουν υπό φυσιολογικές συνθήκες. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστούν οι διαφορές που προκύπτουν από άτομο σε άτομο μιας και οι απαιτήσεις και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά είναι ξεχωριστά για κάθε άτομο.

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

3.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών

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

Στην βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές αναφορές στους παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών και βοηθούν στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων των μετρήσεων. Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής :

- *Σχέση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς.* Η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή φαίνεται να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας για τη πρόγνωση της ικανοποίησης. Διαπιστώνεται πως όσο αυξάνεται ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός στην εξέταση και στην ενημέρωση του ασθενούς, τόσο αυξάνει η ικανοποίηση του δεύτερου. Ακόμα έρευνες αναφέρουν πως η ικανοποίηση είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς που έχουν αναπτύξει μια διαρκή σχέση εμπιστοσύνης με το θεράποντα ιατρό τους.
- *Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά.* Εάν και αρκετοί ερευνητές έχουν διαμορφώσει θεωρίες σύμφωνα με τις οποίες τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο και το εισόδημα, επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, δεν υπάρχει ομοφωνία στη βιβλιογραφία.
- *Προσδοκίες των ασθενών από τις υπηρεσίες.* Έρευνες αποδεικνύουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται άμεσα από το βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι προσδοκίες τους από την παροχή υπηρεσιών υγείας και αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούν και σε εκείνο που τελικά απολαμβάνουν. Η διαφορά μεταξύ πραγματικής αντίληψης και προσδοκίας των ασθενών οφείλεται σε τέσσερις συνήθεις αιτίες: Πρώτον, στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των υπηρεσιών που προσφέρονται. Δεύτερον, στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των προδιαγραφών. Τρίτον, στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που προσφέρει η υπηρεσία υγείας και των προτύπων παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης ασθενών που έχει θέσει. Τέταρτον, στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών τις οποίες υπόσχεται η υπηρεσία υγείας στους ασθενείς και των υπηρεσιών που προσφέρει τελικά.

- *Αποτελεσματικότητα θεραπείας.* Διαπιστώνεται πως η συσχέτιση μεταξύ αποτελέσματος της θεραπείας και του βαθμού ικανοποίησης είναι πολύ ισχυρή ειδικά όταν η έκβαση της θεραπείας δεν είναι πετυχημένη, οπότε συνήθως προκύπτει δυσαρέσκεια.
- *Περιβάλλον περίθαλψης.* Έχει αποδειχθεί πως όταν το περιβάλλον παροχής της ιατρικής περίθαλψης είναι καθαρό, άνετο και κατάλληλα διαμορφωμένο οι ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι.
- *Προσβασιμότητα.* Όσο πιο εύκολη θεωρείται η πρόσβαση στην υπηρεσία παροχής υγειονομικής περίθαλψης τόσο αυξάνεται ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών.

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

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

3.5 Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Τόσον ο ορισμός για την ικανοποίηση των ασθενών όσον και η μέτρηση της είναι αναμφισβήτητα δύσκολες και προβληματικές διαδικασίες. Η κυριότερη αιτία έγκειται στο γεγονός ότι μεταξύ των ανθρώπων υπάρχει ανομοιομορφία τόσο στη βασική τους εκπαίδευση και ενημέρωση για τον τομέα της υγείας, όσο και στον τρόπο με τον οποίο ο καθένας κρίνει ότι μια κατάσταση χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης (Suchman 1965). Επιπλέον, οι απαιτήσεις του καθενός από ένα υγειονομικό σύστημα αλλά και οι προσδοκίες του από τη συναναστροφή με το ιατρικό προσωπικό ποικίλλουν (Fox and Storms 1981).

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

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

Σύμφωνα με τον Donabedian, η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

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

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

3.6 Οφέλη από την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί σημαντικό παράγοντα προσδιορισμού της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας κάθε συστήματος. Συγκεκριμένα, η ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενούς σε ένα πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας, βελτιώνει το κλίμα στον οργανισμό, το ηθικό των εργαζομένων και συμβάλλει στην αναγνώριση των προσπαθειών που καταβάλλονται για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών.

Μερικά από τα σπουδαιότερα οφέλη των ποιοτικών φροντίδων και της ικανοποίησης του ασθενούς αναφέρονται παρακάτω :

- Υγειονομικά οφέλη, που προκύπτουν από την έγκαιρη διάγνωση, την μείωση του άλγους και την αποφυγή επιπλοκών που παρατείνουν την νοσηλεία και εκτοξεύουν το κόστος (Μερκούρης, 1996).
- Ψυχολογικά οφέλη από την ικανοποίηση του ασθενούς, η οποία οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση, μείωση του χρόνου νοσηλείας και σύμφωνα με

μερικούς ερευνητές, όχι μόνο είναι προϋπόθεση μιας επιτυχημένης θεραπείας, αλλά εξισώνεται με αυτοθεραπεία (Μερκούρης, 1996).

- Με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι δυνατόν να συλλεχθούν πληροφορίες, που σωστά αξιοποιούμενες, μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.
- Αποτελεί ευκαιρία εκτίμησης της αποδοτικότητας του προσωπικού και προάγει την υπευθυνότητα του εργαζόμενου ωθώντας την διοίκηση σε επιβράβευση ή εξάλειψη, διόρθωση των αντικινήτρων. Επιπρόσθετα και μόνο το γεγονός, ότι το προσωπικό γνωρίζει ότι οι υπηρεσίες του εκτιμώνται (ποιοτικά και ποσοτικά), συμβάλει στην ανάταση του ηθικού του και της αποδοτικότητας του. (Μερκούρης, 1996).
- Τέλος μπορεί να δώσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στον οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας, αφού ο συγκεκριμένος πλεονεκτεί έναντι των ομοίων του ανταγωνιστών του διότι :
 - Αναγνωρίζει τις απαιτήσεις και ανάγκες των καταναλωτών υπηρεσιών.
 - Εντοπίζει τυχόν κενά μεταξύ αυτών και του τι τελικά λαμβάνει ο καταναλωτής υπηρεσιών
 - Εντοπίζει και θέτει νέους στόχους για το προσωπικό και τους ασθενείς.

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

3.7 Μοντέλα μέτρησης ικανοποίησης

Ορισμένα από τα μοντέλα που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών-ασθενών είναι :

Το μοντέλο Servqual

Το μοντέλο Servqual, αποτελεί μια γενική μέθοδο μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών ως διαφορά μεταξύ της απόδοσης που αναμένεται από τους πελάτες και της απόδοσης που δίνεται πραγματικά. Αυτή η διαφορά μετράει την ικανοποίηση των πελατών και παράλληλα παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις προοπτικές της παρεχόμενης υπηρεσίας στους χρήστες, τα επίπεδα απόδοσης της επιχείρησης όπως

γίνονται αντιληπτά από τους πελάτες και τις προτάσεις πελατών. Η ιδιαιτερότητα του συγκεκριμένου μοντέλου έγκειται στο γεγονός ότι ο μοναδικός σχετικός παράγοντας για τον υπολογισμό της ποιότητας της υπηρεσίας είναι η αντίληψη των πελατών.

Το μοντέλο Oliver

Σύμφωνα με το μοντέλο του Oliver η ικανοποίηση μπορεί να οριστεί ως μια ευχάριστη μετά-αγοραστική εμπειρία από ένα προϊόν ή υπηρεσία, δεδομένης της προαγοραστικής προσδοκίας του πελάτη. Κυρίαρχο ρόλο στο συγκεκριμένο μοντέλο διαδραματίζει η διαδικασία σύγκρισης του πελάτη με βάση τις προσδοκίες του, για αυτό το συγκεκριμένο μοντέλο ονομάζεται και μοντέλο διάψευσης προσδοκίας. Η επιβεβαίωση ή διάψευση των προσδοκιών δημιουργεί ένα θετικό ή αρνητικό αίσθημα ικανοποίησης, το οποίο είναι υπεύθυνο για το τελικό αποτέλεσμα της διαδικασίας αυτής.

Το μοντέλο Kano

Η σημαντικότητα διαφορετικών χαρακτηριστικών ποιότητας του προσφερόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας είναι σε θέση να αναλύσει τη συμπεριφορά και να προσδιορίσει τον τρόπο αντίδρασης των πελατών. Η υπόθεση αυτή αποτελεί και τη βασική αρχή που προτάθηκε από τον Noriaki Kano, σύμφωνα με το οποίο είναι δυνατό να παρατηρηθούν διαφορετικά επίπεδα ή τύποι ποιότητας, ανάλογα με τις απόψεις των πελατών για τη σημαντικότητα συγκεκριμένων χαρακτηριστικών του προϊόντος.

Ο Kano προτείνει την ακόλουθη ιεραρχία σημαντικότητας, η οποία περιλαμβάνει τρία βασικά επίπεδα ποιότητας :

- Αναμενόμενη ποιότητα
- Επιθυμητή ποιότητα
- Ελκυστική ποιότητα

Το μοντέλο Fornell

Το μοντέλο ικανοποίησης του Fornell αποτελεί το βασικό εργαλείο μέτρησης και ανάλυσης που χρησιμοποιείται από τον Αμερικάνικο δείκτη ικανοποίηση και από το Σουηδικό βαρόμετρο. Η συγκεκριμένη προσέγγιση βασίζεται σε ένα οικονομετρικό μοντέλο το οποίο συσχετίζει διάφορα μέτρα της ικανοποίησης των πελατών με

συγκεκριμένες και προκαθορισμένες σχέσεις. Σε γενικές γραμμές, οι μεταβλητές του μοντέλου αναλύονται στις εξής κατηγορίες :

- Αιτίες ικανοποίηση
- Ικανοποίηση
- Αποτέλεσμα ικανοποίησης

Η μέθοδος MUSA

Η μέθοδος MUSA έχει αναπτυχθεί ειδικά για την μέτρηση της ικανοποίησης πελατών μιας επιχείρησης. Οι υπόλοιπες είναι στατιστικές μέθοδοι, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την μέτρηση ικανοποίησης των πελατών. Επομένως είναι λογικό η μέθοδος MUSA να μην παρουσιάζει τα μειονεκτήματα που έχουν οι άλλες μέθοδοι, όπως προβλήματα με την ποσοτικοποίηση των δεδομένων (πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης, παραγοντική ανάλυση, διακριτική ανάλυση), ή ύπαρξης πολλαπλής συγραμμικότητας ή δυσκολία κατανομής πελατών (Γρηγορούδης, Σίσκος, 2000).

Η μέθοδος MUSA παρουσιάζει ένα σημαντικό πλεονέκτημα έναντι των άλλων μεθόδων το οποίο είναι το ότι τα αποτελέσματα της μεθόδου αυτής μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη συνεχή βελτίωση του συστήματος ποιότητας. Οι υπόλοιπες μέθοδοι δίνουν απλώς μια ποσοτικοποιημένη εκτίμηση της συνολικής ικανοποίησης των πελατών και όχι ικανοποιητική πληροφόρηση για μια σε βάθος ανάλυση της ικανοποίησης των πελατών και συγκεκριμένα για κάθε διάσταση ικανοποίησης που έχει καθοριστεί. Αντίθετα η μέθοδος MUSA όχι μόνο προσδιορίζει, εκτός από την ολική και την μερική ικανοποίηση για κάθε διάσταση ικανοποίησης, αλλά με την κατασκευή των διαγραμμάτων δράσης και βελτίωσης υποδεικνύει τα σημεία στα οποία η επιχείρηση πρέπει να βελτιωθεί για να αύξηση την ικανοποίηση των πελατών της καθώς και την προτεραιότητα που πρέπει να δώσει στις ενέργειες βελτίωσης.

Ο σκοπός και ο στόχος της έρευνας θα καθορίσει την χρήση της καταλληλότερης μεθόδου για την πραγματοποίηση της έρευνας. Δεν υπάρχει η 'καλύτερη' ερευνητική μέθοδος, αν και μερικές τεχνικές ταιριάζουν καλύτερα σε κάποιους τύπους έρευνας. Οι ποσοτικές μέθοδοι οδηγούν πιο εύκολα σε αξιολογήσεις και συμπεράσματα. Οι ποιοτικές τεχνικές είναι καταλληλότερες για την εις βάθος κατανόηση των προσδοκιών και των προοπτικών και προάγουν το διάλογο μεταξύ των χρηστών των

υπηρεσιών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιηθεί ένα μίγμα μεθόδων προκειμένου να προσφερθούν πιο ενδελεχείς πληροφορίες.

Στην συγκεκριμένη έρευνα επιλέχτηκε το μοντέλο MUSA ως βάση της μελέτης. Πρόκειται για μια μέθοδο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών. Η αναλυτική-συνθετική προσέγγιση εστιάζεται στη συσχέτιση των πραγματικών δεδομένων και του μοντέλου απόφασης ώστε να επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη δυνατή συμβατότητα μοντέλου-πραγματικότητας. (Σίσκος, 1981 – Σπυριδάκος, 1996).

3.8 Πιλοτική Έρευνα

Η πιλοτική έρευνα αποτελεί το τελικό στάδιο της διαδικασίας σχεδιασμού μιας έρευνας ικανοποίησης. Η διενέργεια μιας δοκιμαστικής έρευνας εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς. Ο κυριότερος είναι η υποβολή του ερωτηματολογίου σε δοκιμή, προκειμένου να γίνουν τελικές διορθώσεις πριν από την έναρξη της κύριας έρευνας.

Συνήθως η πιλοτική έρευνα ικανοποίησης αποτελείται από μια σειρά προσωπικών συνεντεύξεων ώστε να δίνεται η δυνατότητα παρακολούθησης και καταγραφής της αντίδρασης των πελατών κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του πιλοτικού ερωτηματολογίου.

Μέσω της πιλοτικής έρευνας δίνεται έμφαση στα εξής σημεία (Nauman and Giel, 1995) :

- Στη συνολική εικόνα του ερωτηματολογίου (δομή, εμφάνιση, αλληλουχία ερωτήσεων).
- Στην πλήρη κατανόηση των ερωτήσεων από την πλευρά των πελατών.
- Στον προσδιορισμό πιθανών προβλημάτων που οφείλονται στις κλίμακες μέτρησης ικανοποίησης.

Με την ολοκλήρωση της πιλοτικής έρευνας γίνεται η σύνταξη και διατύπωση του οριστικού ερωτηματολογίου, το οποίο τελικά θα χρησιμοποιηθεί για τη συλλογή των στατιστικών στοιχείων.

3.9 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό, παρουσιάζεται η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης. Αρχικά, αναφέρονται οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί για την ικανοποίηση των ασθενών και τονίζεται η σημασία της ικανοποίησης σε σχέση με την ποιότητα που παρέχεται από τις υπηρεσίες. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση.

Αναφέρεται η σημαντικότητα της μέτρησης της ικανοποίησης καθώς και το οφέλι από την μέτρηση αυτή.

Τέλος, αναλύονται ορισμένα μοντέλα που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και η σημαντικότητα της πιλοτικής έρευνας πριν την έναρξη οποιοδήποτε εργασίας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

4.1 Εισαγωγή

Η ραγδαία και συνεχής εξέλιξη του τομέα της υγείας, και κατά συνέπεια και της οδοντιατρικής επιστήμης, έχει ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση του κέντρου βάρους του επιστημονικού προβληματισμού και της έρευνας στα συστήματα υγείας από την ποσότητα και την επάρκεια στην ποιότητα των υπηρεσιών.

Επίσης, αρκετές αλλαγές παρατηρούνται και στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας που στις μέρες μας με την ανάπτυξη της τεχνολογίας, έχουν καλύτερη πρόσβαση στη γνώση και στην πληροφορία και επομένως διατυπώνουν υψηλότερες προσδοκίες και αιτήματα τα οποία δεν περιορίζονται πλέον στην επάρκεια και την προσβασιμότητα των φροντίδων, αλλά επεκτείνονται στην ικανοποίηση, την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και κατά επέκταση και των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης.

Παρακάτω παρουσιάζονται ο σκοπός της έρευνας, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση της ικανοποίησης και ο τρόπος που σχεδιάστηκε το ερωτηματολόγιο που βοήθησε στην διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας.

4.2 Ο σκοπός της έρευνας

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει ως σκοπό να παρουσιάσει τον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζει η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης. Επιπλέον, γίνεται προσπάθεια να διερευνηθούν, στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό, τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης, και να αναδειχτούν οι παράμετροι που τα επηρεάζουν σημαντικά.

4.3 Η μεθοδολογία της έρευνας

Για να είναι εφικτή η πραγματοποίηση της έρευνας σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, με σκοπό να καταγραφούν σημαντικές παράμετροι αναφορικά με το συγκεκριμένο θέμα.

Το ερωτηματολόγιο, όπου παρατίθεται στο παράρτημα Α, είναι δομημένο και χωρισμένο σε δύο κατηγορίες, με σκοπό την διευκόλυνση των ερωτηθέντων αρχικά, και στην συνέχεια των μελετητών για την καλύτερη και ακριβέστερη καταγραφή των αποτελεσμάτων, την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν και τέλος την εξαγωγή συγκεντρωτικών συμπερασμάτων.

Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προηγήθηκε μια πιλοτική έρευνα με στόχο τη δοκιμή του ερωτηματολογίου ώστε να γίνουν διακριτές και να καταγραφούν οι αντιδράσεις των ατόμων κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του. Αφού εντοπίστηκαν τα αδύνατα σημεία του ερωτηματολογίου και έγιναν οι απαραίτητες διορθώσεις διαμορφώθηκε η τελική μορφή με σκοπό την διασφάλιση της εγκυρότητας των απαντήσεων.

Για να είναι ευκολότερη η καταγραφή και η επεξεργασία των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν μέσα από τα ερωτηματολόγια, δημιουργήθηκε ένα αρχείο στο πρόγραμμα excel του υπολογιστή, στο οποίο καταγράφηκαν σε ηλεκτρονική μορφή όλα τα δεδομένα και μέσα από το οποίο έγινε η επεξεργασία των αποτελεσμάτων για τα δημογραφικά στοιχεία και τις γενικές ερωτήσεις.

Επειδή όμως, το σύνολο των ερωτήσεων του δεύτερου μέρους του ερωτηματολογίου αναφέρονται σε ποιοτικά δεδομένα, και όχι σε ποσοτικά, πραγματοποιήθηκε η εφαρμογή της πολυκριτήριας μεθόδου μέτρησης της ικανοποίησης MUSA.

Στην συνέχεια έγινε η επεξεργασία και η ανάλυση των αποτελεσμάτων καθώς και η εξαγωγή συγκεντρωτικών συμπερασμάτων.

4.4 Κλίμακα ικανοποίησης

Ένα σημαντικό πεδίο συζήτησης ανάμεσα σε πολλούς ερευνητές αποτελεί η επιλογή του κατάλληλου αριθμού των επιπέδων σε μια κλίμακα ικανοποίησης. Κάθε έρευνα χρησιμοποιεί την κλίμακα εκείνη που της επιτρέπει να εξάγει σωστά και ακριβή αποτελέσματα ανάλογα με το μοντέλο επεξεργασίας των στοιχείων που χρησιμοποιεί.

Γενικά θα πρέπει οι ερωτήσεις ικανοποίηση να ελέγχονται κατά τη φάση της πιλοτικής έρευνας δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στα εξής : (Varva, 1997)

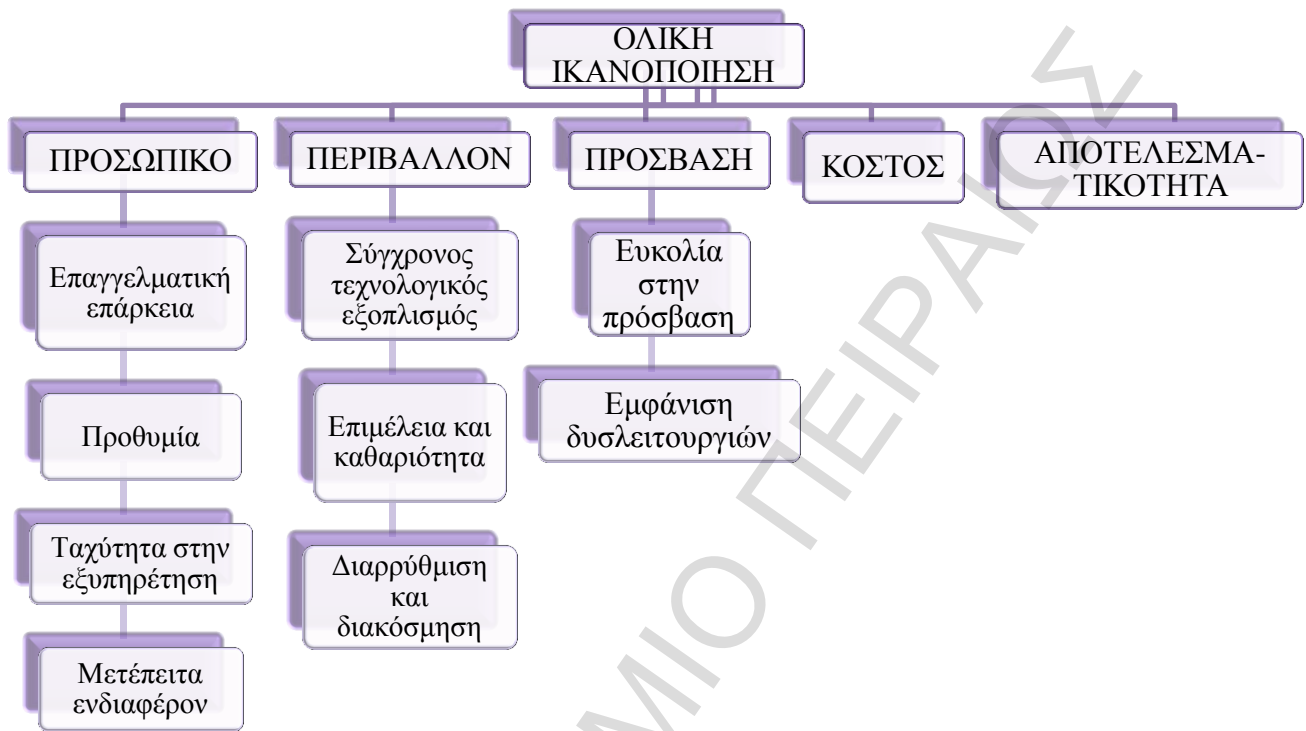
- Στην αλληλουχία των ερωτήσεων, ώστε να μην επηρεάζει τις απαντήσεις των πελατών.

- Στην κωδικοποίησης της κλίμακας ικανοποίησης, ώστε να γίνεται κατανοητή από τους πελάτες.
- Στην κατεύθυνση της κλίμακας ικανοποίησης, για να μην ωθούνται οι πελάτες να απαντούν με ένα συγκεκριμένο τρόπο.
- Οι διαφορετικές κλίμακες ικανοποίησης που χρησιμοποιούνται σε ένα ερωτηματολόγιο θα πρέπει να διέπονται από την αρχή της ομοιομορφίας διαφορετικά αυξάνει η προσπάθεια που χρειάζεται να καταβάλλει ο πελάτης για να απαντήσει.
- Το σύνολο των διαστάσεων ικανοποίησης ακόμη και στην περίπτωση ποσοτικών χαρακτηριστικών, είναι προτιμότερο να αξιολογείται με βάση ποιοτικές κλίμακες έτσι ώστε να είναι δυνατή η ακριβής έκφραση της αντίληψης των πελατών
- Σε κάποιες περιπτώσεις είναι προτιμότερο η κλίμακα ικανοποίησης να παρουσιάζει μια μικρή μετατόπιση προς τις θετικές εναλλακτικές απαντήσεις, δεδομένης είτε της δυσκολίας έκφρασης αρνητικών απόψεων από την πλευρά των πελατών, είτε της ύπαρξης μιας ισχυρά ανταγωνιστικής αγοράς.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε λεκτική κλίμακα 3 κυρίως βαθμίδων, όπου κατά την εφαρμογή της μεθόδου MUSA έγινε η κωδικοποίηση των αποτελεσμάτων, για να είναι πιο εύκολη η κωδικοποίηση τους σε αυτή, ως εξής :

ΚΛΙΜΑΚΑ	ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ
✓ Λίγο ικανοποιημένος	0
✓ Ικανοποιημένος	1
✓ Πολύ ικανοποιημένος	2

Για την διεξαγωγή της έρευνας έχουν επιλεγεί πέντε κριτήρια (προσωπικό, περιβάλλον, πρόσβαση, κόστος, αποτελεσματικότητα) και εννέα υποκριτήρια τα οποία καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος της ικανοποίησης πελατών και παρουσιάζονται στο παρακάτω διάγραμμα.



Σχήμα 4.1 Ιεραρχική δομή κριτηρίων ικανοποίησης από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης

4.5 Σχεδιασμός ερωτηματολογίου έρευνας

Σε κάθε έρευνα που διεξάγεται χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι για την έγκυρη έκβαση των αποτελεσμάτων. Οι πιο συνηθισμένοι τρόποι διεξαγωγής των ποσοτικών ερευνών ικανοποίησης είναι : οι ταχυδρομικές ή διαδικτυακές έρευνες, οι προσωπικές συνεντεύξεις και οι τηλεφωνικές έρευνες. Κάθε τρόπος διεξαγωγής ποσοτικών ερευνών παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και επιλέγεται ανάλογα με την έρευνα που πραγματοποιείται.

Είναι γενικά αποδεκτό πως το περιεχόμενο και η δομή του ερωτηματολογίου που δημιουργείται για την πραγματοποίηση μιας έρευνας ικανοποίησης αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα επιτυχίας της. Άλλωστε αποτελεί ένα κύριο εργαλείο αμφίδρομης επικοινωνίας μεταξύ της επιχείρησης (υπηρεσίας) που διεξάγει την συγκεκριμένη έρευνα και των πελατών-χρηστών της.

Σε γενικές γραμμές, για το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου μιας έρευνας, είναι απαραίτητο να ακολουθούνται κάποιες βασικές αρχές όπως (Fowler, 1993) :

- Το ερωτηματολόγιο να είναι απλό, ώστε να μην υπάρχουν προβλήματα κατανόησης από την πλευρά των πελατών.
- Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει πρέπει να είναι συγκεκριμένες ώστε να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα δημιουργίας σύγχυσης.
- Το ερωτηματολόγιο να έχει τέτοια δομή ώστε να είναι εύκολη η συμπλήρωσή του, ώστε αφενός να μεγιστοποιείται η ανταπόκριση των πελατών και αφετέρου να διασφαλίζεται η εγκυρότητα της συλλεγόμενης πληροφορίας.

Ένα ερωτηματολόγιο έρευνας ικανοποίησης, είναι δυνατόν να αποτελείται από τα ακόλουθα τμήματα :

- *Εισαγωγή* : όπου στο συγκεκριμένο μέρος του ερωτηματολογίου αιτιολογείται ο λόγος διεξαγωγής της έρευνας, τρόπος επιλογής του κάθε πελάτη, καθώς και ο λόγος συμμετοχής του πελάτη.
- *Δημογραφικά στοιχεία* : όπως το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, και άλλα, όπου μέσα από αυτές τις πληροφορίες είναι δυνατή η τμηματοποίηση και η περαιτέρω ανάλυση του δείγματος.
- *Ερωτήσεις ικανοποίησης* : όπου αποτελούν και το βασικό τμήμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνοντας ερωτήσεις που αναφέρονται στη

συνολική και στις επιμέρους μετρήσεις της ικανοποίησης των πελατών, με βάση τις διαστάσεις και τις κλίμακες μέτρησης που έχουν ορισθεί.

- *Ερωτήσεις συμπεριφοράς* : όπου αναφέρονται στη γενικότερη στάση και συμπεριφορά των πελατών-χρηστών, όσον αφορά στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την επιχείρηση (υπηρεσία).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία και παρατίθεται στο Παράρτημα Α, αποτελείται από τα ακόλουθα τμήματα :

- *Δημογραφικά στοιχεία* : το τμήμα αυτό του ερωτηματολογίου αποτελείται από ερωτήσεις γενικού περιεχομένου :
 - Φύλο
 - Ηλικία
 - Πόλη κατοικίας
 - Μορφωτικό επίπεδο
 - Οικονομική κατάσταση
- *Γενικές ερωτήσεις* : το συγκεκριμένο τμήμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις σε σχέση με συνήθειες των συμμετεχόντων στην έρευνα ως προς τις οδοντιατρικές υπηρεσίες :
 - Ύπαρξη ασφάλισης
 - Ταμείο ασφάλισης
 - Φορέας παροχής υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης που επισκέφτηκαν την τελευταία φορά
 - Αιτία της τελευταίας οδοντιατρικής περίθαλψης
 - Συνήθης αριθμός επισκέψεων για παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης.
- *Ερωτήσεις ικανοποίησης* : αποτελεί το βασικό τμήμα του ερωτηματολογίου και περιέχει ερωτήσεις για την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα σε επιμέρους κριτήρια αλλά και τη συνολική τους ικανοποίηση.
 - Κριτήριο 1 : Προσωπικό : όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν το προσωπικό των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης και προκύπτουν τα εξής υποκριτήρια :
 1. Επαγγελματική επάρκεια
 2. Προθυμία
 3. Ταχύτητα στην εξυπηρέτηση

4. Μετέπειτα ενδιαφέρον
 5. Συνολική ικανοποίηση από το οδοντιατρικό προσωπικό
- Κριτήριο 2 : Περιβάλλον : όπου εξετάζεται το περιβάλλον των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης και προκύπτουν τα εξής υποκριτήρια :
 1. Σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός
 2. Επιμέλεια και καθαριότητα
 3. Διαρρύθμιση και διακόσμηση
 4. Συνολική ικανοποίηση από το περιβάλλοντα χώρο των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης
 - Κριτήριο 3 : Πρόσβαση : όπου διαπιστώνεται η ευκολία της πρόσβασης στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης και προκύπτουν τα εξής υποκριτήρια :
 1. Ευκολία στην πρόσβαση
 2. Εμφάνιση δυσλειτουργιών
 3. Συνολική ικανοποίηση από την πρόσβαση στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης
 - Κριτήριο 4 : Κόστος : όπου οι ερωτηθέντες καλούνται να χαρακτηρίσουν το κόστος των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης :
 1. Συνολική ικανοποίηση από το κόστος των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης
 - Κριτήριο 5 : Αποτελεσματικότητα : όπου διαπιστώνεται η ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της εκάστοτε οδοντιατρικής θεραπείας :
 1. Συνολική ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της οδοντιατρικής θεραπείας
 - Συνολική Ικανοποίηση : Στο συγκεκριμένο τμήμα οι συμμετέχοντες στην έρευνα καλούνται να εκφράσουν την ολική ικανοποίηση από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης, όπως προκύπτει από τα παραπάνω κριτήρια.

4.6 Ανακεφαλαίωση

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο σκοπό και τη μεθοδολογία της παρούσας έρευνας. Επιπρόσθετα αναφέρεται η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης

και περιγράφεται αναλυτικά ο τρόπος που σχεδιάστηκε το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΟΛΥΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕΘΟΔΟΣ MUSA

5.1 Εισαγωγή

Η μέθοδος MUSA (MUlticriteria Satisfaction Analysis) αποτελεί την πολυκριτηριακή αναλυτική-συνθετική προσέγγιση για τη μέτρηση και την ανάλυση της ικανοποίησης. Η πρωτότυπη αυτή μέθοδος βασίζεται στην πολυκριτήρια ανάλυση αποφάσεων, υιοθετώντας τις βασικές αρχές της αναλυτικής-συνθετικής προσέγγισης και της θεωρίας των συστημάτων αξιών και χρησιμότητας (Γρηγορούδης Β., Σίσκος Γ., 2005).

Οι κύριες παραδοχές που αφορούν την ανάπτυξη της μεθόδου εστιάζονται στα παρακάτω τέσσερα σημεία :

Ορθολογικός καταναλωτής : Η συγκεκριμένη υπόθεση σχετίζεται με την ύπαρξη ορθολογικών πελατών και συναντάται στο σύνολο του χώρου της επιστήμης των αποφάσεων.

Κριτήρια ικανοποίησης : Η μέθοδος MUSA υποθέτει την ύπαρξη ενός συνόλου χαρακτηριστικών του εξεταζόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, σύμφωνα με τα οποία οι πελάτες αντιλαμβάνονται την ικανοποίησή τους. Το σύνολο των χαρακτηριστικών αυτών αποτελεί τα κριτήρια ικανοποίησης των πελατών και οφείλει να πληροί συγκεκριμένες ιδιότητες.

Προσθετικό μοντέλο σύνθεσης : Γίνεται η παραδοχή ύπαρξης ενός προσθετικού μοντέλου σύνθεσης του συνόλου των κριτηρίων ικανοποίησης και ειδικότερα μια προσθετική συνάρτηση αξιών, όπου οι συναρτήσεις αυτές πληρούν την ιδιότητα της μονοτονίας.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη μέθοδος βασίζεται σε πρωτογενή δεδομένα που προέρχονται από το σύνολο των πελατών-χρηστών μιας επιχείρησης (υπηρεσίας) και για αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η ενσωμάτωση της σε μια γενικότερη μεθοδολογία εφαρμογής προγραμμάτων μέτρησης ικανοποίησης.

Τα βασικά στάδια της μεθοδολογίας ερευνών ικανοποίησης, στα πλαίσια της οποίας εφαρμόζεται και το μοντέλο MUSA, περιλαμβάνουν :

Προκαταρκτική έρευνα : Το στάδιο αυτό αφορά τον καθορισμό των στόχων της έρευνας, οι οποίοι αποτελούν τη βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη

προγράμματος μέτρησης ικανοποίησης. Επιπλέον γίνεται μια προκαταρκτική έρευνα αγοράς και προκαταρκτική ανάλυση της συμπεριφοράς των πελατών με σκοπό τη συλλογή πληροφοριών για την ανάπτυξη συστήματος μέτρησης ικανοποίησης πελατών - χρηστών (καθορισμός διαστάσεων και κλιμάκων ικανοποίησης).

Διεξαγωγή έρευνας ικανοποίησης : Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει τη σύνταξη ερωτηματολογίου, την οργάνωση δικτύου διανομής (κατανομή δείγματος, τρόπος διάδοσης ερωτηματολογίου) και την πραγματοποίηση της έρευνας σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα πελατών.

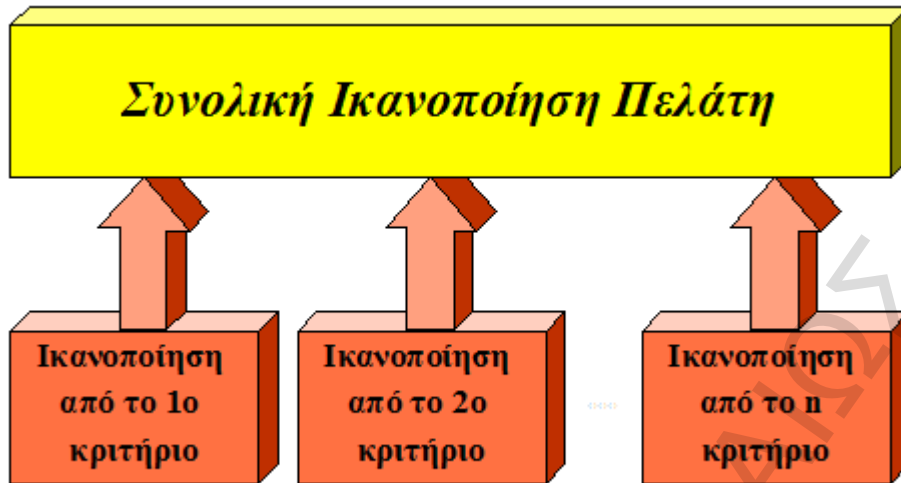
Αναλύσεις : Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων της έρευνας.

Αποτελέσματα : Στο τελικό αυτό στάδιο εκτιμάται η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας και μορφοποιούνται οι προτάσεις για τη διατήρηση ή τη βελτίωση του επιπέδου ικανοποίησης των πελατών.

5.2 Βασικές αρχές

Η πολυκριτήρια μέθοδος MUSA έχει ως βασικό σκοπό την σύνθεση των προτιμήσεων ενός συνόλου πελατών σε μια ποσοτική μαθηματική συνάρτηση αξιών. Η μέθοδος υποθέτει ότι η συνολική ικανοποίηση ενός μεμονωμένου πελάτη εξαρτάται από ένα σύνολο μεταβλητών, τα οποία αντιπροσωπεύουν τα χαρακτηριστικά του προσφερόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας.

Υποθέτοντας ότι η συνολική ικανοποίηση ενός πελάτη εξαρτάται από ένα σύνολο κριτηρίων ($X=X_1, X_2, \dots, X_n$), η εκτίμηση της ικανοποίησης ενός συνόλου πελατών μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα πρόβλημα στο επιστημονικό πεδίο της πολυκριτήριας ανάλυσης. Τα κριτήρια αυτά ονομάζονται διαστάσεις ικανοποίησης και αιτιολογούν την έννοια της αναλυτικής-συνθετικής προσέγγισης της μεθοδολογίας MUSA (Σχήμα 5.1).



Σχήμα 5.1 Σύνθεση κριτηρίων των πελατών

Τα απαιτούμενα δεδομένα της μεθόδου συλλέγονται από ένα απλό αλλά εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο, σύμφωνα με το οποίο ζητείται από κάθε πελάτη να αξιολογήσει τις υπηρεσίες που του προσφέρονται, δηλαδή να εκφράσει τόσο τη συνολική όσο και την επιμέρους ικανοποίηση για κάθε ένα από τα κριτήρια-χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας αυτής.

5.3 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα της μεθόδου MUSA περιλαμβάνουν:

- Τα βάρη που αποδίδονται σε κάθε διάσταση ικανοποίησης.
- Το μέσο δείκτη ικανοποίησης για κάθε διάσταση ικανοποίησης αλλά και τον ολικό.
- Το μέσο δείκτη απαιτητικότητας για κάθε διάσταση ικανοποίησης αλλά και τον ολικό.
- Το μέσο δείκτη αποτελεσματικότητας για κάθε διάσταση ικανοποίησης.
- Τη συνάρτηση της ολικής ικανοποίησης και τις συναρτήσεις μερικής ικανοποίησης για κάθε διάσταση ικανοποίησης.
- Το διάγραμμα δράσης.
- Το διάγραμμα βελτίωσης.

Αναφέρονται αναλυτικά στις επόμενες υποενότητες.

5.3.1 Συναρτήσεις και Βάρη Ικανοποίησης

Οι εκτιμώμενες συναρτήσεις ικανοποίησης αποτελούν τα σημαντικότερα αποτελέσματα της μεθόδου, δεδομένου ότι εκφράζουν την πραγματική αξία που προσδίδει το σύνολο των πελατών σε ένα καθορισμένο ποιοτικό επίπεδο ικανοποίησης.

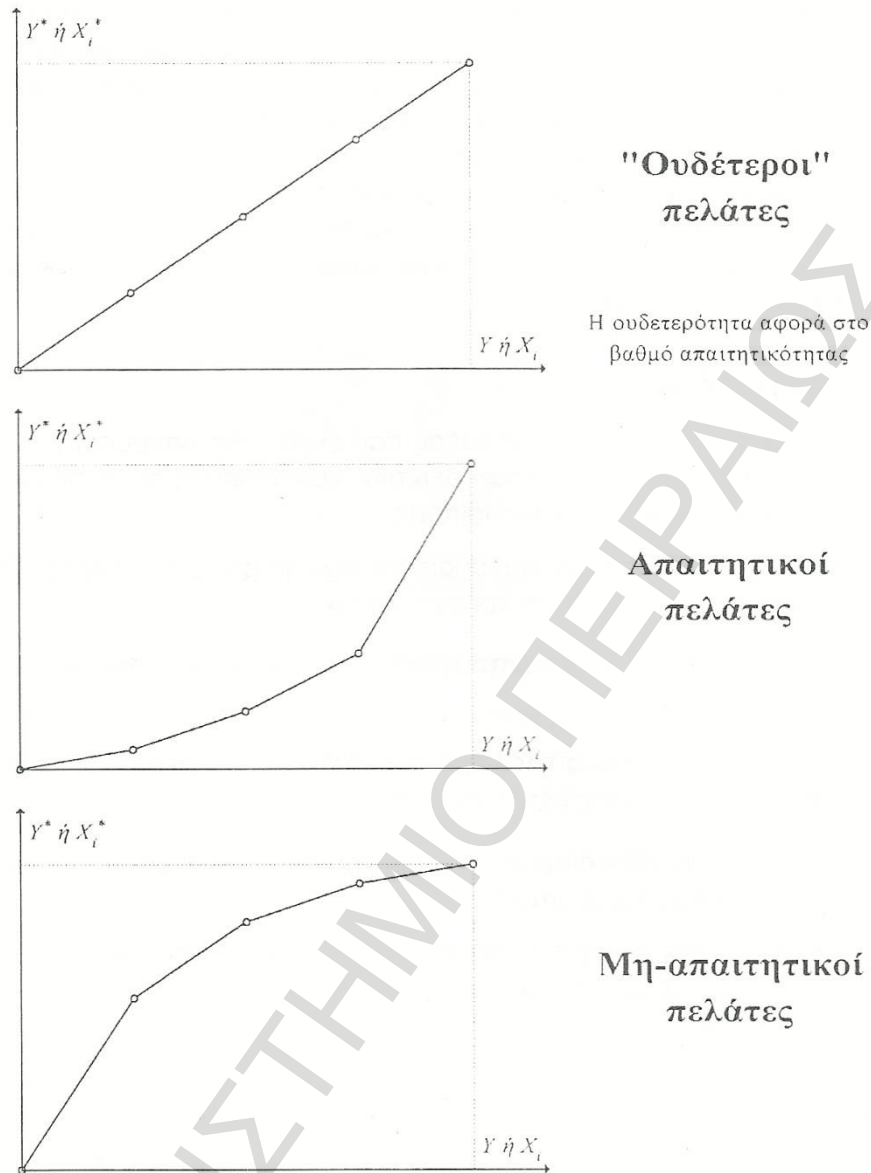
Η μορφή των συναρτήσεων αυτών είναι σε θέση να προσδιορίσει τον βαθμό απαιτητικότητας των πελατών. Στο σχήμα 5.2 παρουσιάζονται οι τρεις βασικές ομάδες πελατών με διαφορετικό βαθμό απαιτητικότητας:

«Ουδέτεροι» πελάτες : η συνάρτηση ικανοποίησης έχει γραμμική μορφή, γεγονός που σημαίνει ότι οι συγκεκριμένοι πελάτες όσο περισσότερο ικανοποιημένοι δηλώνουν ότι είναι, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των προσδοκιών τους που εκπληρώνεται.

«Απαιτητικοί» πελάτες : η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κυρτή μορφή, δεδομένου ότι η ομάδα αυτή των πελατών δεν είναι ικανοποιημένη, παρά μόνο αν τους προσφέρεται το βέλτιστο επίπεδο υπηρεσιών.

«Μη - απαιτητικοί» πελάτες : η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κοίλη μορφή, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συγκεκριμένοι πελάτες δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένοι παρόλο που μόνο ένα μικρό ποσοστό των προσδοκιών τους εκπληρώνεται.

Τα βάρη των κριτηρίων ικανοποίησης υποδηλώνουν το σχετικό βαθμό σπουδαιότητας που δίνει το σύνολο των πελατών στις αξίες των διαστάσεων ικανοποίησης που έχουν καθοριστεί. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η απόφαση για να θεωρηθεί κάποιο κριτήριο ως «σημαντικό», σε ένα βαθμό, εξαρτάται και από το πλήθος των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται.



Σχήμα 5.2: Βασικές Ομάδες Πελατών

5.3.2 Μέσοι Δείκτες Ικανοποίησης

Με βάση τα αποτελέσματα της μεθόδου, είναι δυνατός ο ορισμός ενός συνόλου μέσω δεικτών ικανοποίησης, τόσο ολικά, όσο και για κάθε ένα από τα κριτήρια ικανοποίησης.

Ο ορισμός των μέσων δεικτών ικανοποίησης συμπληρώνει τα αποτελέσματα της μεθοδολογίας MUSA και κρίνεται αναγκαίος διότι, παρουσιάζει με απλό και κατανοητό τρόπο την κατάσταση της ικανοποίησης ενός συνόλου πελατών, συνδυάζει τα αποτελέσματα της μεθόδου MUSA με την περιγραφική στατιστική

ανάλυση της έρευνας ικανοποίησης και δίνει τη δυνατότητα υλοποίησης ενός συστήματος αξιολόγησης της επιχείρησης.

5.3.3 Μέσοι Δείκτες Απαιτητικότητας

Η χρήση μέσων δεικτών απαιτητικότητας κρίνεται αναγκαία διότι με αυτό τον τρόπο:

- Ορίζεται μία ποσοτική μεταβλητή για την έννοια της απαιτητικότητας.
- Εκμεταλλεύεται πλήρως το σύνολο των πληροφοριών που δίνουν οι συναρτήσεις ικανοποίησης.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι συγκεκριμένοι δείκτες εκφράζουν τη μέση απόκλιση των συναρτήσεων ικανοποίησης από μία «κανονική» ή «ουδέτερη» (γραμμική) συνάρτηση αξιών, γεγονός που σημαίνει ότι οι δείκτες απαιτητικότητας μπορεί να έχουν διαφορετικές τιμές σε διαφορετικά επίπεδα της ποιοτικής κλίμακας ικανοποίησης.

Επίσης οι δείκτες απαιτητικότητας, εκτός από τον καθορισμό των προτιμήσεων και του τρόπου συμπεριφοράς των πελατών, μπορούν να υποδείξουν και το μέγεθος της προσπάθειας που πρέπει να καταβληθεί από την πλευρά της επιχείρησης για τη βελτίωση της συγκεκριμένης διάστασης ικανοποίησης.

5.3.4 Διαγράμματα Δράσης

Συνδυάζοντας τα βάρη των κριτηρίων ικανοποίησης με τους μέσους δείκτες ικανοποίησης είναι δυνατός ο υπολογισμός μίας σειράς διαγραμμάτων δράσης τα οποία μπορούν να προσδιορίσουν ποια είναι τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της ικανοποίησης των ατόμων που συμμετέχουν σε μία έρευνα (πελατών-χρηστών), καθώς και το που πρέπει να στραφούν οι προσπάθειες βελτίωσης.

Τα διαγράμματα αυτά είναι ουσιαστικά χάρτες απόδοσης-σημαντικότητας, ενώ αναφέρονται συχνά και ως στρατηγικοί χάρτες, χάρτες απόφασης ή αντιληπτικοί χάρτες στη διεθνή βιβλιογραφία.

Το διάγραμμα δράσης χωρίζεται σε τεταρτημόρια ανάλογα με την απόδοση (μέσοι δείκτες ικανοποίησης) και τη σημαντικότητα (βάρη) των κριτηρίων. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατός ο προσδιορισμός των απαιτούμενων ενεργειών για τη βελτίωση ή τη διατήρηση του επιπέδου ικανοποίησης των πελατών-χρηστών :

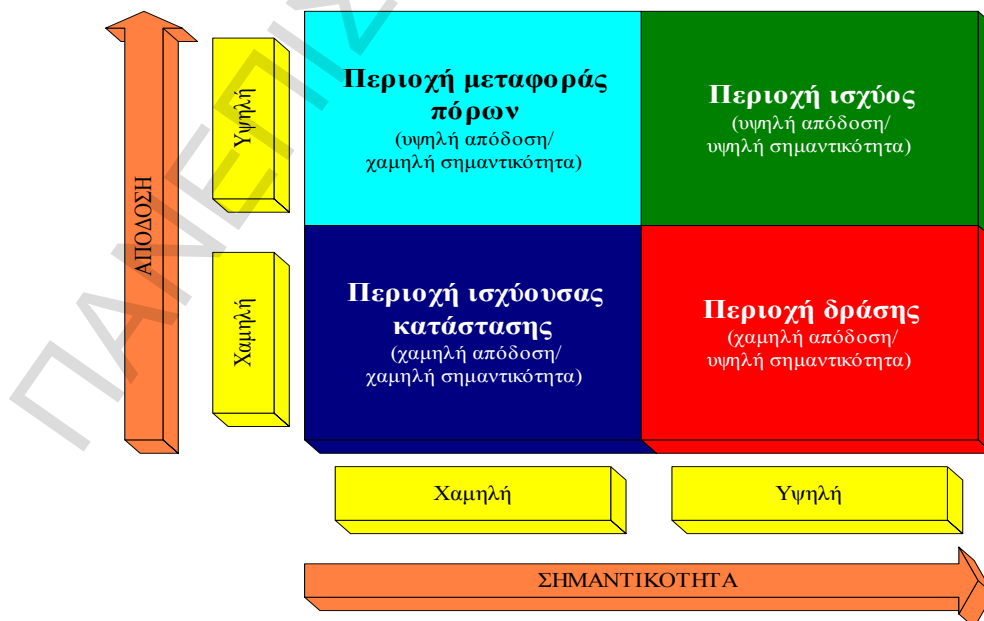
Περιοχή ισχύουσας κατάστασης – *status quo* (χαμηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα) : συνήθως δεν απαιτείται καμία πρόσθετη ενέργεια από την πλευρά της εταιρείας, δεδομένου ότι οι συγκεκριμένες διαστάσεις ικανοποίησης δεν θεωρούνται σημαντικές από τους πελάτες, για αυτό και αποτελεί την τρίτη κατά σειρά προτεραιότητα της επιχείρησης.

Περιοχή ισχύος (υψηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα) : τα χαρακτηριστικά που ανήκουν σε αυτό το τεταρτημόριο μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως το συγκριτικό πλεονέκτημα της εταιρείας απέναντι στον ανταγωνισμό, για αυτό και είναι η δεύτερη κατά σειρά προτεραιότητα της επιχείρησης. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι συγκεκριμένες διαστάσεις ικανοποίησης αποτελούν και τη βασική αιτία που έχει επιλεγεί η χρήση (αγορά) του εξεταζόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας.

Περιοχή δράσης (χαμηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα) : στο τεταρτημόριο αυτό ανήκουν τα πλέον κρίσιμα χαρακτηριστικά που πρέπει να βελτιωθούν οπωσδήποτε ώστε να αυξηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των πελατών. Αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα της επιχείρησης.

Περιοχή μεταφοράς πόρων (υψηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα) : οι πόροι και γενικότερα η προσπάθεια της επιχείρησης που αφορούν στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας μπορούν να χρησιμοποιηθούν με διαφορετικό τρόπο (όπως για την βελτίωση των διαστάσεων ικανοποίησης που ανήκουν στην περιοχή δράσης). Είναι η τελευταία προτεραιότητα της επιχείρησης.

Παρακάτω παρουσιάζεται το διάγραμμα δράσης :



Σχήμα 5.3 Διάγραμμα δράσης

5.3.5 Διαγράμματα Βελτίωσης

Προηγουμένως αναλύθηκε η χρησιμότητα των διαγραμμάτων δράσης, όπου διαπιστώθηκε πως μπορούν να υποδείξουν ποιές διαστάσεις ικανοποίησης πρέπει να βελτιωθούν. Όμως, δεν είναι σε θέση να προσδιορίσουν ποιό θα είναι το αποτέλεσμα των ενεργειών βελτίωσης, ούτε το μέγεθος της προσπάθειας που χρειάζεται για να επιτευχθεί η προσδοκώμενη βελτίωση.

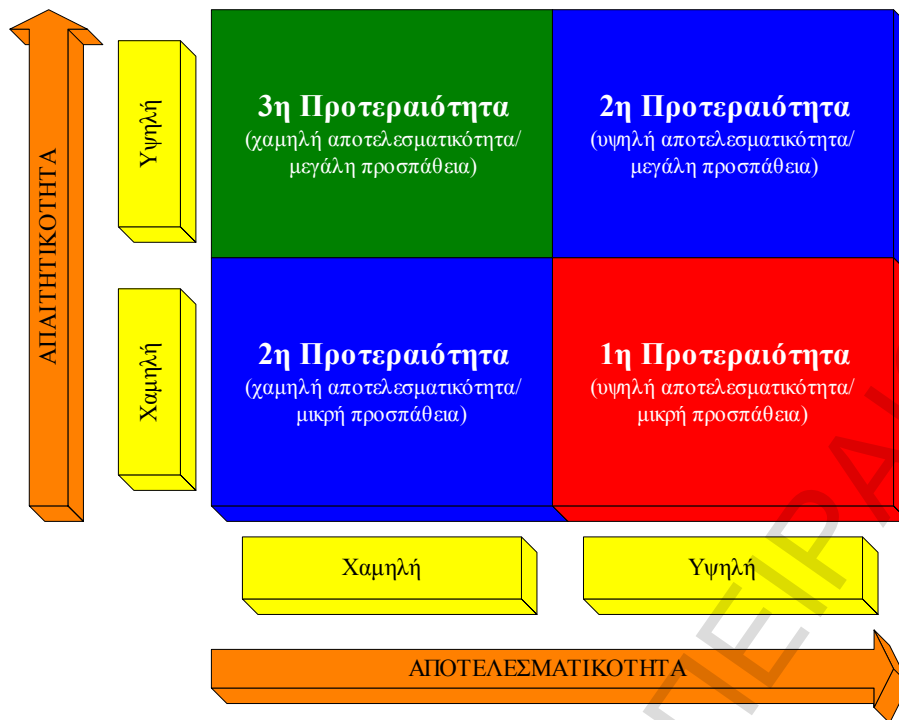
Το πρόβλημα αυτό μπορεί να επιλυθεί με την κατασκευή των διαγραμμάτων βελτίωσης όπου :

- Οι μέσοι δείκτες απαιτητικότητας δείχνουν το μέγεθος της προσπάθειας που καταβάλλεται για τη βελτίωση ενός χαρακτηριστικού, δεδομένου ότι όσο πιο απαιτητικοί είναι οι πελάτες, τόσο περισσότερο πρέπει να βελτιωθεί το επίπεδο ικανοποίησης για να εκπληρωθούν οι προσδοκίες τους.
- Το αποτέλεσμα των ενεργειών βελτίωσης εξαρτάται τόσο από τη σημαντικότητα του κριτηρίου, όσο και από τη συνεισφορά του στη μη-ικανοποίηση των πελατών.

Όπως ισχύει και στο διάγραμμα δράσης και το διάγραμμα βελτίωσης χωρίζεται σε τεταρτημόρια ανάλογα με την απαιτητικότητα και την αποτελεσματικότητα των διαστάσεων ικανοποίησης, με αποτέλεσμα τον προσδιορισμό των προτεραιοτήτων βελτίωσης :

- Η επιχείρηση / οργανισμός θα πρέπει να επικεντρώσει τις προσπάθειες βελτίωσης στις διαστάσεις ικανοποίησης που έχουν μεγάλη αποτελεσματικότητα ενώ οι πελάτες δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα απαιτητικοί.
- Τη δεύτερη προτεραιότητα των ενεργειών βελτίωσης αποτελούν τα κριτήρια που είτε παρουσιάζουν μεγάλη αποτελεσματικότητα και μεγάλο βαθμό απαιτητικότητας, είτε εμφανίζουν μικρή αποτελεσματικότητα, ενώ οι πελάτες δεν φαίνονται ιδιαίτερα απαιτητικοί.
- Τέλος, τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν μικρή αποτελεσματικότητα και μεγάλη απαιτητικότητα αποτελούν την τελευταία προτεραιότητα βελτίωσης.

Παρακάτω παρουσιάζεται το διάγραμμα βελτίωσης (Σχήμα 5.4).



Σχήμα 5.4 : Διάγραμμα βελτίωσης

5.4 Ανακεφαλαίωση

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο παρουσιάζεται η πολυκριτήρια μέθοδος MUSA (MULTICRITERIA SATISFACTION ANALYSIS), η οποία χρησιμοποιείται στη συνέχεια για την ανάλυση των αποτελεσμάτων από το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα μέτρησης ικανοποίησης.

Παρουσιάζονται οι βασικές της αρχές καθώς και τα αποτελέσματα που εξάγονται από την συγκεκριμένη μέθοδο (συναρτήσεις και βάρη ικανοποίησης, μέσοι δείκτες ικανοποίησης, μέσοι δείκτες απαιτητικότητας, διαγράμματα δράσης, διαγράμματα βελτίωσης).

Απώτερος σκοπός του κεφαλαίου είναι να γίνουν διακριτά τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει η συγκεκριμένη μέθοδος σε σχέση με άλλα μοντέλα μέτρησης ικανοποίησης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

6.1 Εισαγωγή

Είναι αποδεδειγμένο ότι η ποιότητα έχει άμεση συσχέτιση με την ικανοποίηση των χρηστών. Γενικά, συμπεραίνεται ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι σημαντικός δείκτης για την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών κάθε συστήματος και ιδιαίτερα για όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων ώστε να αξιοποιούνται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι πόροι για την υγεία τόσο για αυτούς που τους προσφέρουν όσο και για αυτούς που τους λαμβάνουν.

Η ικανοποίηση του ασθενούς από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης είναι έννοια πολυδιάστατη και πολύπλοκη διότι αποτελεί τη συνισταμένη πολλών παραμέτρων και επηρεάζεται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες.

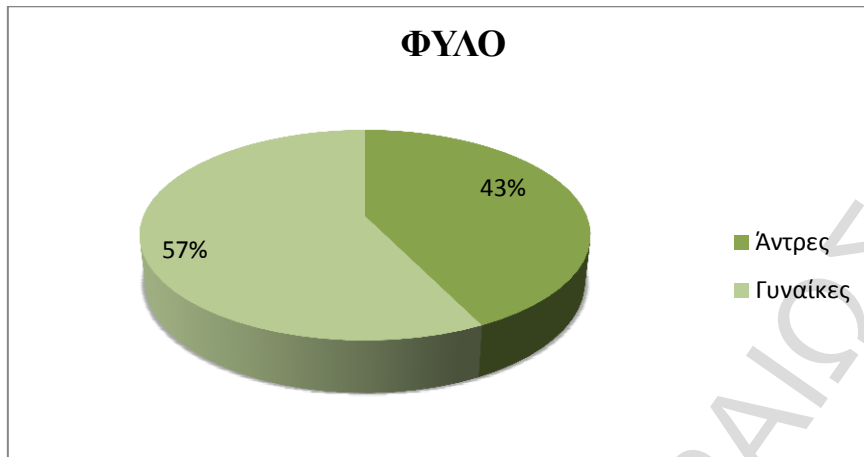
Στη συγκεκριμένη έρευνα γίνεται προσπάθεια να αναλυθεί η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης μέσω της πολυκριτήριας μεθόδου MUSA. Παρακάτω παρουσιάζονται και αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας.

6.2 Ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων και γενικών ερωτήσεων της έρευνας

Το δείγμα της παρούσας μελέτης-έρευνας που πραγματοποιήθηκε, αποτελείτο από τυχαία επιλογή 110 ατόμων ανεξάρτητα από το φύλο τους, την ηλικία τους, την περιοχή κατοικίας τους, το μορφωτικό τους επίπεδο ή την μηνιαία οικονομική τους κατάσταση. Αυτό έγινε αποσκοπώντας στην συγκέντρωση, όσο είναι αυτό δυνατό, βέλτιστων και αντικειμενικών δεδομένων, τα οποία να δίνουν ακριβή αποτελέσματα και συμπεράσματα, που να μπορούν να αξιολογηθούν και να παρουσιάσουν μια εικόνα σχετικά με την ικανοποίηση των πολιτών από τις Υπηρεσίες Οδοντιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα.

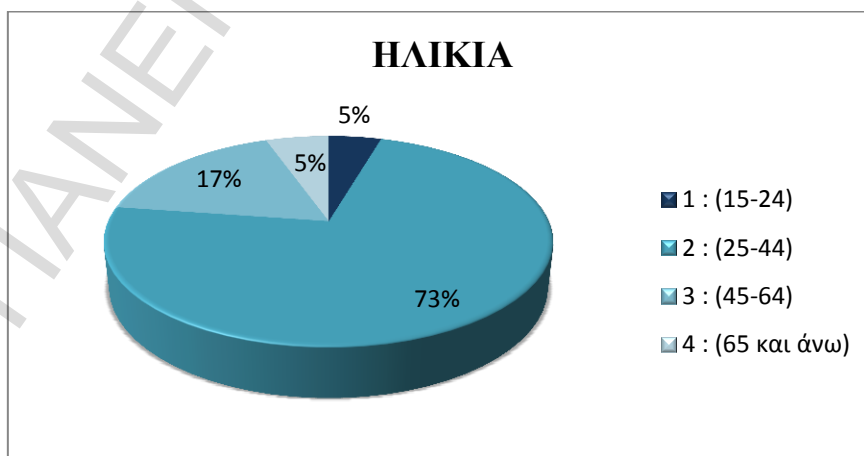
Από την ανάλυση των δεδομένων που πραγματοποιήθηκε, φαίνεται πως οι άντρες που απάντησαν στην έρευνα ήταν 47 άτομα (43%), ενώ ο αντίστοιχος αριθμός των γυναικών ήταν 63 άτομα (57%). Τα εν λόγω αποτελέσματα παρουσιάζονται και με διαγραμματικό τρόπο :

Σχήμα 6.1: Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το φύλο – Πίτα



Η επόμενη κατανομή του δείγματος, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο, γίνεται με βάση την ηλικία των ατόμων. Η μεταβλητή της ηλικίας έχει κατανεμηθεί σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία, η οποία συμβολίζεται με το «1», περιλαμβάνει τα άτομα ηλικίας από δεκαπέντε έως και είκοσι τεσσάρων ετών (15 – 24 ετών). Η δεύτερη κατηγορία, η οποία συμβολίζεται με το «2», περιλαμβάνει τα άτομα ηλικίας από εικοσιπέντε έως και σαράντα τεσσάρων ετών (25 – 44 ετών). Η τρίτη κατηγορία, που συμβολίζεται με το «3», περιλαμβάνει τα άτομα ηλικίας από σαράντα πέντε έως και εξήντα τεσσάρων ετών (45 – 64 ετών), ενώ, τέλος, η τέταρτη κατηγορία, η οποία συμβολίζεται με το «4», περιλαμβάνει τα άτομα ηλικίας από εξήντα πέντε ετών και άνω (65 ετών και άνω). Στην πίτα που παρατίθεται πιο κάτω, εμφανίζεται αναλυτικά η ακριβής κατανομή των τεσσάρων ηλικιακών ομάδων που προκύπτουν.

Σχήμα 6.2 : Ηλικιακή κατανομή του δείγματος – Πίτα



Από το γράφημα που παρουσιάζεται γίνεται φανερό πως στην πρώτη ηλικιακή κατηγορία («1») ανήκουν τα πέντε άτομα από τα 110 του συνολικού δείγματος με

ποσοστό 5%, στην δεύτερη ηλικιακή κατηγορία («2») ανήκουν τα ογδόντα άτομα του συνολικού δείγματος με ποσοστό 73%, στην τρίτη ηλικιακή κατηγορία («3») ανήκουν τα δέκα εννέα άτομα του συνολικού δείγματος με ποσοστό 17%, ενώ στην τέταρτη ηλικιακή κατηγορία («4») ανήκουν τα υπόλοιπα έξι άτομα του συνολικού δείγματος με ποσοστό 5%.

Από αυτά τα στοιχεία είναι εμφανές πως η δεύτερη ηλικιακή κατηγορία δηλαδή τα άτομα ηλικίας από εικοσιπέντε έως και σαράντα τεσσάρων ετών συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό (73%) του συνολικού δείγματος.

Εκτός από τον διαχωρισμό των μελετώμενων ατόμων με βάση το φύλο τους και την ηλικία τους η επόμενη διάκριση που έγινε στο δείγμα, ακολουθώντας πάντα την δομή του ερωτηματολογίου, ήταν σύμφωνα με την περιοχή ή την πόλη κατοικίας. Η συγκεκριμένη μεταβλητή για να είναι δυνατόν να καταγραφεί και να μετρηθεί, κωδικοποιήθηκε σύμφωνα με την τετραψήφια κωδικοποίηση των Δήμων που έχει δοθεί από τον νόμο «Καλλικράτη». Αναλυτικά τα δεδομένα με βάση την περιοχή διαμονής των 110 ερωτηθέντων του δείγματος εμφανίζονται στον πίνακα που ακολουθεί :

Πίνακας 6.3 : Περιοχή / Πόλη κατοικίας των ερωτηθέντων

ΑΤΤΙΚΗ		ΕΠΑΡΧΙΑ	
Δήμος	Αριθμός ατόμων	Δήμος	Αριθμός ατόμων
Αθηναίων	62	Βέροιας	2
Νέας Σμύρνης	7	Θεσσαλονίκης	2
Πεντέλης	5	Τρίπολης	1
Καλλιθέας	2	Ερέτριας	2
Ηλιούπολης	1	Σαντορίνης	8
Ριζούπολης	1		
Παλλήνης	2		
Κορυδαλλού	4		
Βριλησίων	1		
Πειραιώς	2		
Κηφισιάς	1		
Γλυφάδας	1		
Περάματος	1		
Αργυρούπολης	1		
Αλίμου	1		
Αιγάλεω	1		
Δραπετσώνας	2		
Σύνολο : 95		Σύνολο : 15	

Όπως προκύπτει και από τον παραπάνω πίνακα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων (95 άτομα) που συμμετείχαν στην συγκεκριμένη έρευνα διαμένει στον Νομό Αττικής. Ενώ τα άτομα τα οποία δήλωσαν ως τόπο κατοικίας τους κάποια πόλη της επαρχίας παρουσιάζονται σε πολύ μικρό ποσοστό στο δείγμα που μελετήθηκε (σύνολο 15 άτομα). Διαγραμματικά τα στοιχεία αυτά φαίνονται και στο σχήμα που ακολουθεί :

Σχήμα 6.4 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την πόλη κατοικίας – Πίτα



Από την ανάλυση που προηγήθηκε και την διαγραμματική αναπαράσταση των δεδομένων αναφορικά με την «πόλη κατοικίας», συμπεραίνεται πως η πλειοψηφία των ατόμων που συμμετείχαν στην μελέτη προέρχεται από περιοχές της Αττικής, κατά ποσοστό 86%, έναντι ποσοστού 14% που προέρχεται από κάποια περιοχή της επαρχίας.

Ακόμα μία σημαντική κατηγοριοποίηση των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν από τα ερωτηματολόγια είναι σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων. Η μεταβλητή του μορφωτικού επιπέδου έχει καταταχθεί σε πέντε μεγάλες κατηγορίες οι οποίες διαχωρίζουν τα 110 άτομα του συνολικού δείγματος σε απόφοιτους από το «Δημοτικό» όπου καταγράφονται πέντε άτομα, «Γυμνάσιο» όπου καταγράφονται τέσσερα άτομα, «Λύκειο» όπου καταγράφονται τριάντα δύο άτομα, «Α.Ε.Ι. – Τ.Ε.Ι.» όπου καταγράφονται πενήντα ένα άτομα και τέλος «Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό» όπου καταγράφονται δέκα οκτώ άτομα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και στο παρακάτω διάγραμμα :

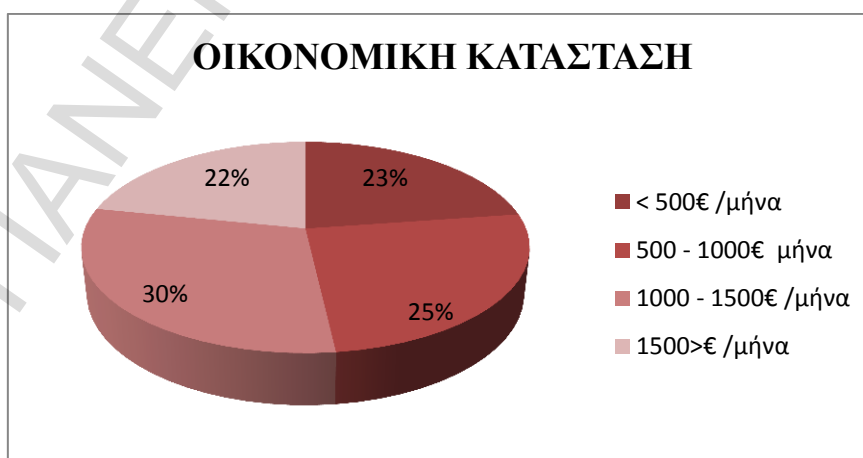
Σχήμα 6.5 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο – Πίτα



Με βάση τα συγκεκριμένα δεδομένα παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται στους απόφοιτους «Α.Ε.Ι. – Τ.Ε.Ι.» με 46% και το αμέσως επόμενο στους απόφοιτους «Λυκείου» με 29%. Ακολουθούν οι απόφοιτοι «Μεταπτυχιακού – Διδακτορικού» με ποσοστό 16% και οι απόφοιτοι «Δημοτικού» και «Γυμνασίου» με ποσοστό 5% και 4% αντίστοιχα.

Συνεχίζοντας τη δομή του ερωτηματολογίου το δείγμα των 110 ατόμων κατανεμήθηκε σε τέσσερις κατηγορίες σύμφωνα με την μηνιαία οικονομική κατάσταση (€/ μήνα) των συμμετεχόντων. Στην πρώτη κατηγορία « < 500€/ μήνα» ανήκουν 25 άτομα, στην δεύτερη «500 - 1000€/ μήνα» ανήκουν 28 άτομα, στην τρίτη «1000 - 1500€/ μήνα» ανήκουν 33 άτομα και στην τελευταία κατηγορία «1500 >€/ μήνα» ανήκουν 24 άτομα. Τα δεδομένα αναπαριστούνται διαγραμματικά στην συνέχεια :

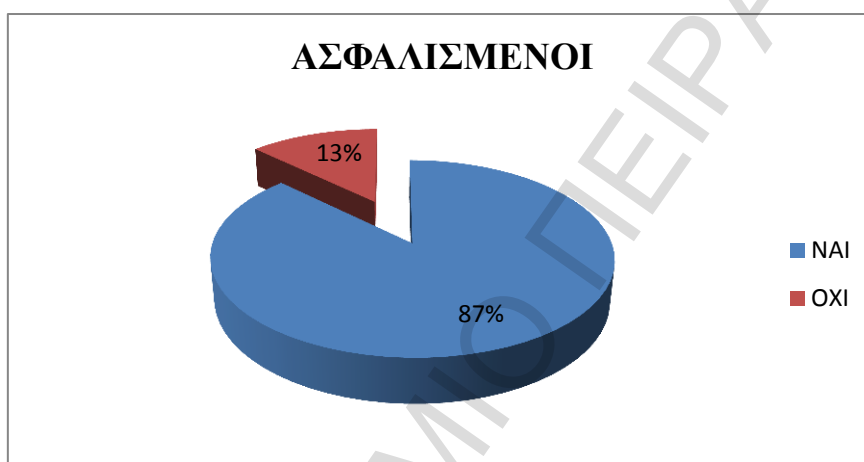
Σχήμα 6.6 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την οικονομική κατάσταση – Πίτα



Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει στην κατηγορία «1000 - 1500€/ μήνα» με ποσοστό 30%. Ακολουθεί η κατηγορία «500 - 1000€/ μήνα» με ποσοστό 25%, η κατηγορία « < 500€/ μήνα» με ποσοστό 23% και τέλος η κατηγορία «1500 >€/ μήνα» με ποσοστό ίσο με 22%.

Η επόμενη ερώτηση του ερωτηματολογίου κατανέμει τα άτομα του δείγματος σύμφωνα με το εάν είναι ασφαλισμένα ή όχι. Από τους 110 ερωτηθέντες οι 96 απάντησαν «Ναι» και οι 14 «Όχι». Ακολουθεί η διαγραμματική αναπαράσταση :

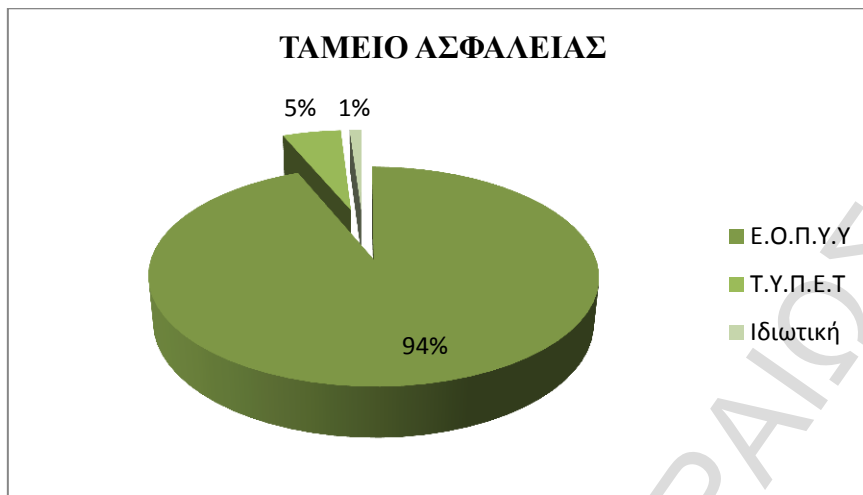
Σχήμα 6.7 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την ύπαρξη ασφάλειας – Πίτα



Όπως συμπεραίνεται, από το παραπάνω διάγραμμα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 87% είναι ασφαλισμένοι, ενώ τα άτομα που δεν έχουν κάποιου είδους ασφάλιση εμφανίζονται με ποσοστό 13%.

Στη συνέχεια τα άτομα που απάντησαν θετικά στην παραπάνω ερώτηση (εάν έχουν κάποιο είδος ασφάλισης) κλήθηκαν να δηλώσουν σε ποιο ταμείο ανήκουν. Τα 90 άτομα από τα 96 που δήλωσαν ότι είναι ασφαλισμένοι, υπάγονται σε ταμεία που ανήκουν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας). Από τα υπόλοιπα έξι, τα πέντε ανήκουν στο Τ.Υ.Π.Ε.Τ. (Ταμείο Υγείας Προσωπικού Εθνικής Τράπεζας) και το ένα έχει ιδιωτική ασφάλιση.

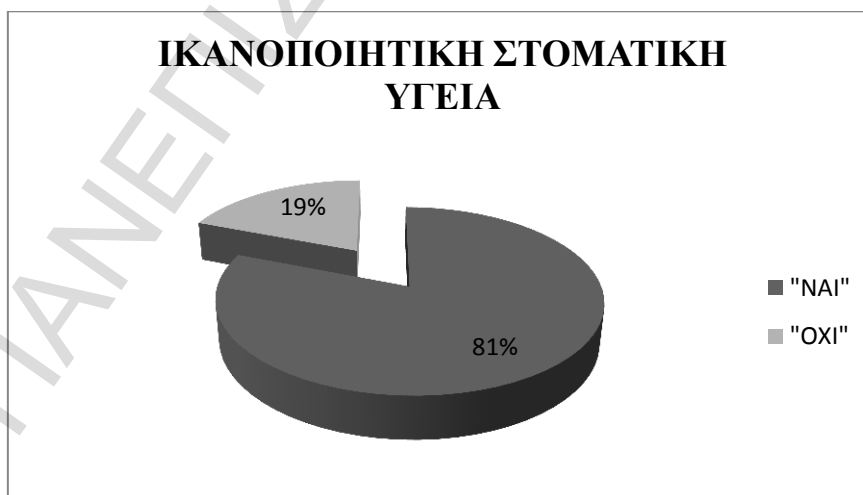
Σχήμα 6.8 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με το ταμείο ασφάλειας – Πίτα



Όπως, συμπεραίνεται η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανήκουν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με ποσοστό 94% και ακολουθούν με μικρά ποσοστά το Τ.Υ.Π.Ε.Τ. 5% και η ιδιωτική ασφάλεια 1%. Βέβαια τα συγκεκριμένα διαγράμματα δεν περιλαμβάνουν τα δεκατέσσερα άτομα που δήλωσαν πως δεν καλύπτονται από κανένα είδος ασφάλισης.

Στη συνέχεια τα 110 άτομα του δείγματος ερωτηθήκαν εάν θεωρούν ικανοποιητική την στοματική τους υγεία. Τα 89 άτομα απάντησαν «Ναι» και τα 21 «Όχι». Παρακάτω αναπαριστάται διαγραμματικά :

Σχήμα 6.9 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με το εάν θεωρούν ικανοποιητική την στοματική τους υγείας – Πίτα



Σύμφωνα με την διαγραμματική ανάλυση το 81% των συμμετεχόντων είναι ικανοποιημένοι από την στοματική τους υγεία ενώ το 19% δεν είναι ικανοποιημένοι από την στοματική τους υγεία.

Στην επόμενη ερώτηση του ερωτηματολογίου οι 110 συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν ποιο φορέα παροχής υπηρεσιών επισκέφτηκαν στην τελευταία οδοντιατρική τους επίσκεψη με τα 91 άτομα να απαντάνε τον ιδιωτικό τομέα και τα υπόλοιπα 19 άτομα τον δημόσιο.

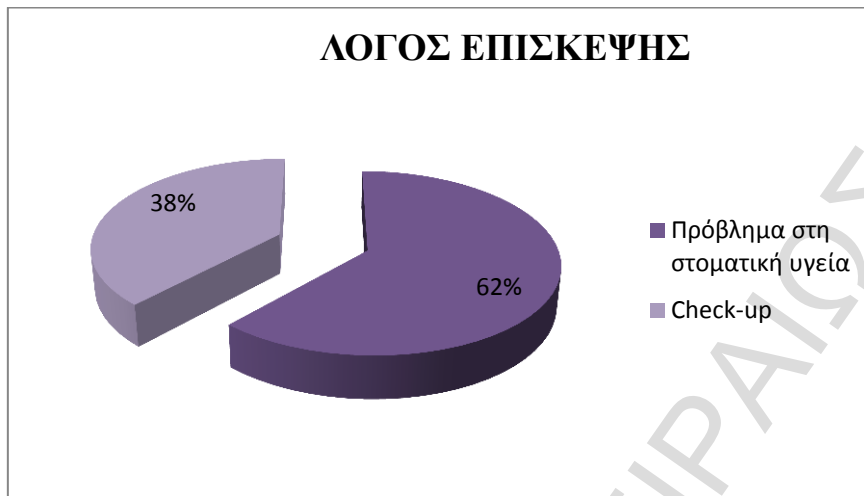
Σχήμα 6.10 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με ποιο φορέα παροχής υπηρεσιών επισκέφτηκαν στην τελευταία οδοντιατρική τους επίσκεψη – Πίτα



Σύμφωνα με την διαγραμματική ανάλυση το 83% των συμμετεχόντων στην τελευταία τους επίσκεψη στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης απευθύνθηκαν στον ιδιωτικό τομέα ενώ το υπόλοιπο 17% των ερωτηθέντων απευθύνθηκε στο δημόσιο τομέα.

Στην συνέχεια, στην επόμενη ερώτηση του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες έπρεπε να διευκρινίσουν ποια ήταν η αιτία της τελευταίας οδοντιατρικής τους επίσκεψης. Ανάμεσα στις δύο κατηγορίες που είχαν να επιλέξουν τα 68 άτομα από τα 110 του συνολικού δείγματος απάντησαν πως η τελευταία επίσκεψη τους στις υπηρεσίες παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης οφειλόταν σε πρόβλημα στη στοματική τους υγείας ενώ τα υπόλοιπα 42 άτομα απάντησαν πως τελευταία επισκέφτηκαν τις οδοντιατρικές υπηρεσίες για απλό προληπτικό έλεγχο (check – up).

Σχήμα 6.11 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την αιτία της τελευταίας οδοντιατρικής τους επίσκεψης – Πίτα



Όπως συμπεραίνεται το 62% των συμμετεχόντων είχαν ως αιτία της τελευταίας τους επίσκεψης στις υπηρεσίες παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης κάποιο πρόβλημα στην στοματική τους υγεία ενώ το 38% επισκέφτηκε τον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο (check – up).

Η τελευταία ερώτηση του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου είναι «Ποιος είναι ο συνήθης αριθμός επισκέψεων σας για παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης». Οι απαντήσεις διακρίθηκαν σε τέσσερις κατηγορίες : «Πάνω από 2 φορές το χρόνο» όπου ανήκουν 28 άτομα, «1 φορά το χρόνο» όπου ανήκουν 46 άτομα, «1 φορά στα 2 χρόνια» όπου ανήκουν 22 άτομα και τέλος «Λιγότερο από 1 φορά στα 2 χρόνια» όπου ανήκουν τα υπόλοιπα 14 άτομα. Διαγραμματικά αναπαριστάμε ως εξής :

Σχήμα 6.12 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα το συνήθη αριθμό επισκέψεων για παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης – Πίτα



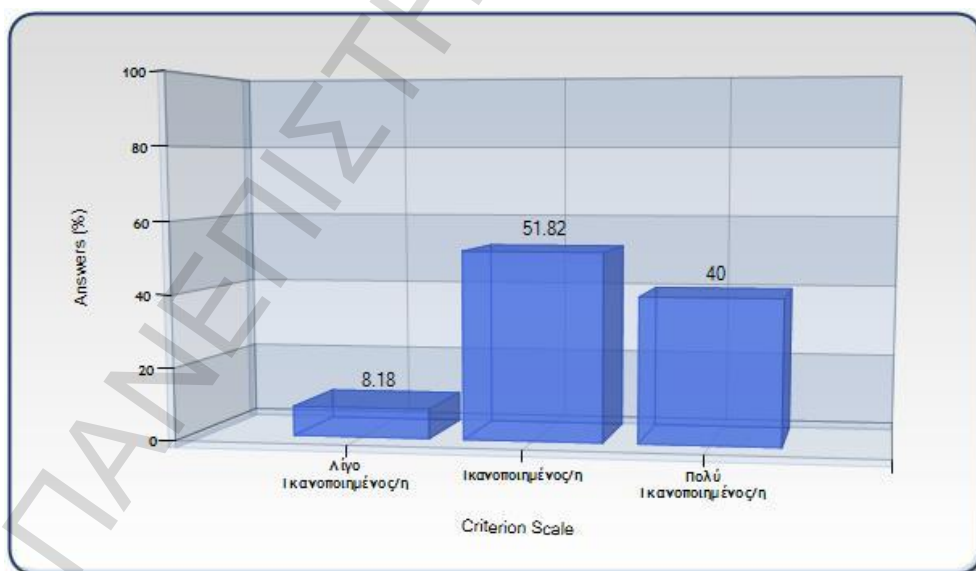
Από την παραπάνω διαγραμματική ανάλυση, συμπεραίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα (67%) επισκέπτονται τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης τουλάχιστον μια φορά το χρόνο, με το 25% να επισκέπτονται τον οδοντίατρο «Πάνω από 2 φορές το χρόνο» και το 42% «1 φορά το χρόνο». Το υπόλοιπο 33% των ερωτηθέντων επισκέπτονται τις οδοντιατρικές υπηρεσίες με συχνότητα μεγαλύτερη των δύο χρόνων, με το 20% να απευθύνεται στο οδοντίατρο «1 φορά στα 2 χρόνια» και το 13% «Λιγότερο από 1 φορά στα 2 χρόνια».

6.3 Ανάλυση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης με τη μέθοδο MUSA

Ακολουθεί η ανάλυση των αποτελεσμάτων για την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης με την μέθοδο MUSA, που όπως έχει αναφερθεί αποτελεί μια πολυκριτηριακή αναλυτική-συνθετική προσέγγιση για τη μέτρηση και την ανάλυση της ικανοποίησης.

6.3.1 Συνολική ικανοποίηση

Στα σχήματα που ακολουθούν παρουσιάζονται τα στατιστικά στοιχεία των απαντήσεων των χρηστών των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης, όπως αυτά πρόέκυψαν κατόπιν επεξεργασίας με την μέθοδο MUSA.



Σχήμα 6.13 : Ικανοποίηση από το κριτήριο Προσωπικό

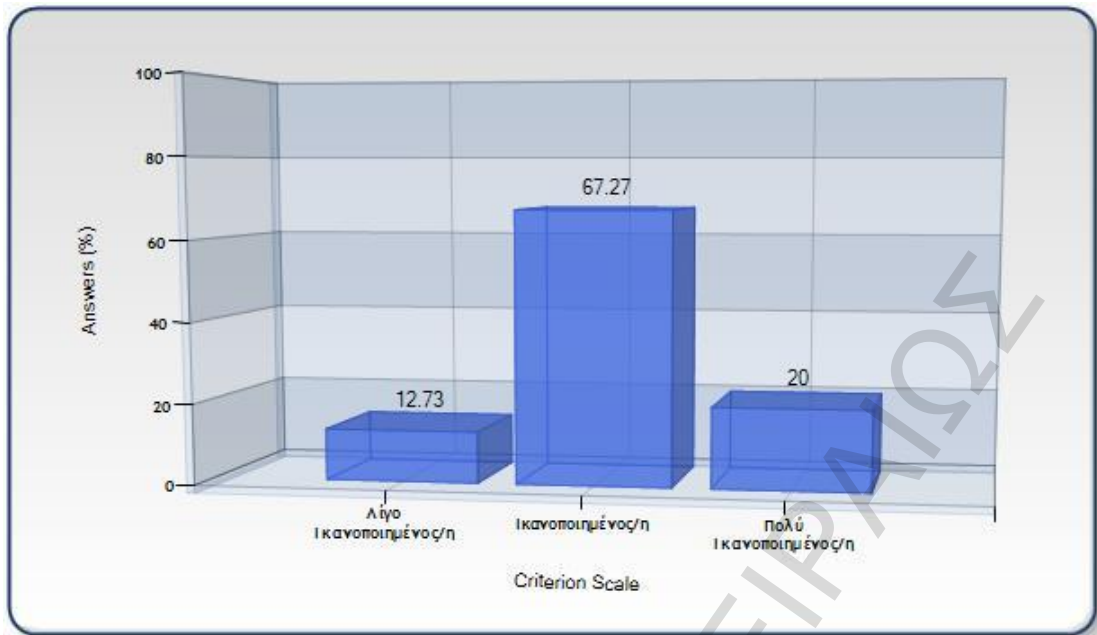
Κρίνοντας από τα παραπάνω ποσοστά, το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι εμφανώς ικανοποιημένοι από το προσωπικό παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης (οδοντιάτρους), αφού «Πολύ ικανοποιημένος/η» εμφανίζεται το 40% των

ερωτηθέντων και «Ικανοποιημένος/η» το 51,82%. Τέλος ένα σχετικά μικρό μέρος εμφανίζεται ως «Λίγο ικανοποιημένος/η», με ποσοστό 8,18%.



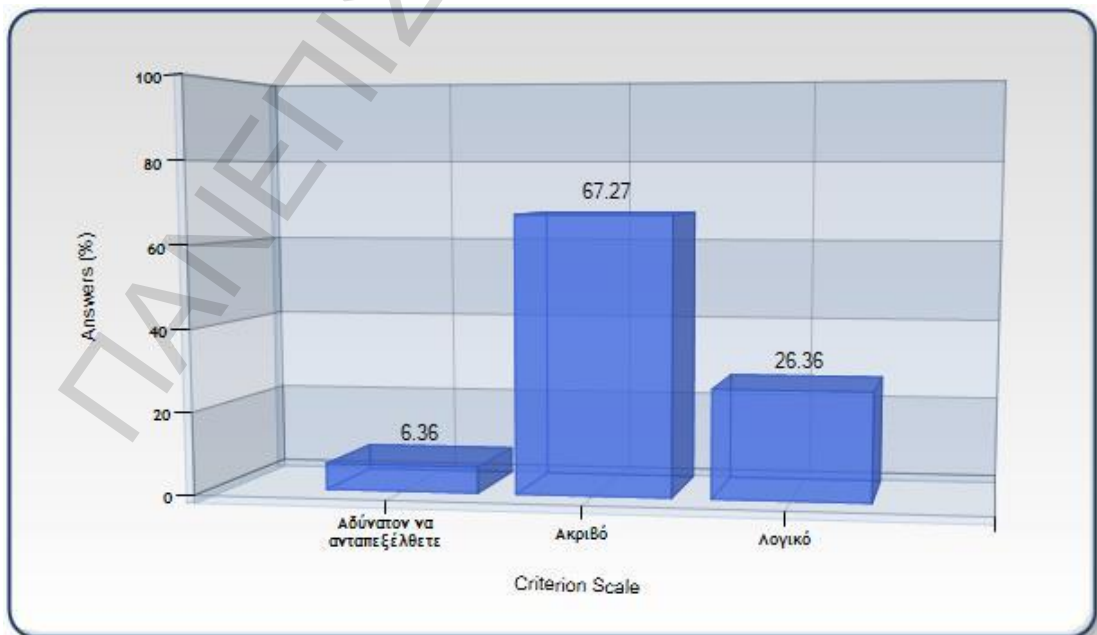
Σχήμα 6.14 Ικανοποίηση από το κριτήριο Περιβάλλον

Παρατηρώντας τα ποσοστά του παραπάνω διαγράμματος, το σύνολο των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα εμφανίζονται ικανοποιημένοι από το περιβάλλοντα χώρο των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης με ποσοστό 54,55%. «Πολύ ικανοποιημένος/η» εμφανίζονται το 32,73% των ερωτηθέντων ενώ το 12,73% των ατόμων δηλώνουν «Λίγο ικανοποιημένος/η» από το περιβάλλον των οδοντιατρικών υπηρεσιών που έχουν επισκεφτεί.



Σχήμα 6.15 : Ικανοποίηση από το κριτήριο Πρόσβαση

Σύμφωνα με τα ποσοστά που εμφανίζονται στο παραπάνω διάγραμμα, το 67,27% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνουν «Ικανοποιημένος/η» από τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης. «Πολύ ικανοποιημένος/η» εμφανίζονται το 20% των ερωτηθέντων. Τέλος «Λίγο ικανοποιημένος/η» είναι το 12,73% των συμμετεχόντων, δηλώνοντας ότι αντιμετώπισαν προβλήματα κατά την πρόσβαση τους σε κάποια υπηρεσία οδοντιατρικής περίθαλψης.



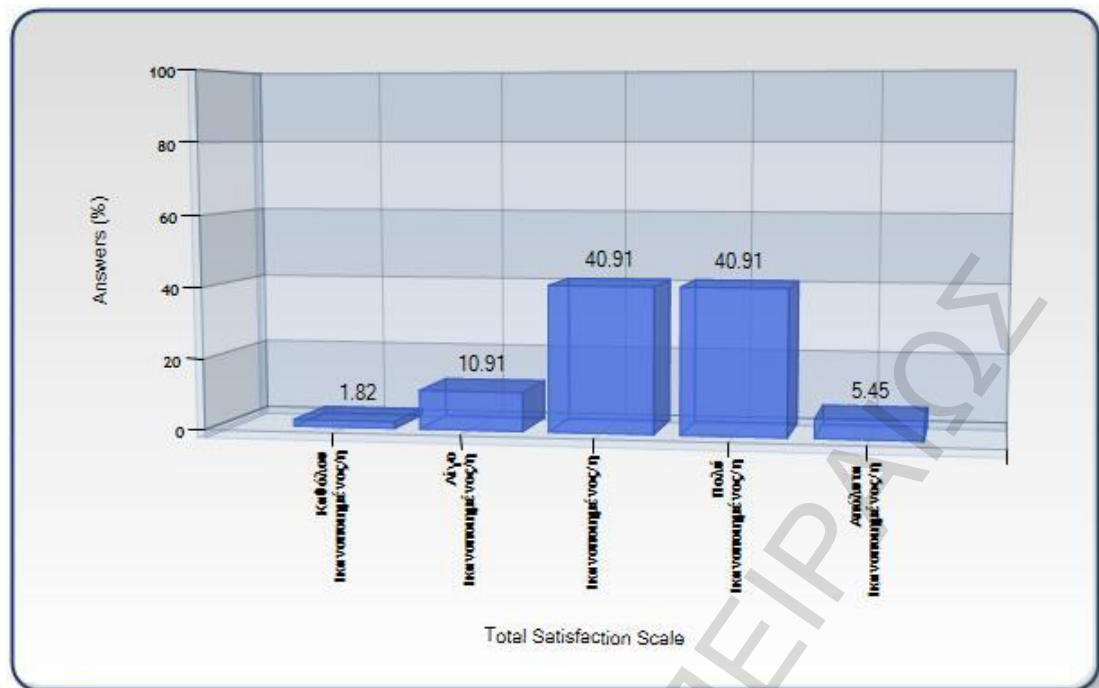
Σχήμα 6.16 : Ικανοποίηση από το κριτήριο Κόστος

Στην ερώτηση «Πώς θα χαρακτηρίζατε το οδοντιατρικό κόστος;», οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν με μεγάλο ποσοστό που αγγίζει το 67,27% πώς το οδοντιατρικό κόστος είναι «Ακριβό». Ακολουθεί με ποσοστό 26,36% η απάντηση «Λογικό». Τέλος το 6,36% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως είναι αδύνατο να ανταπεξέλθουν στο οδοντιατρικό κόστος. Επομένως, διαπιστώνεται πως το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων που ερωτήθηκαν θεωρούν σχετικά ακριβό το κόστος που καλούνται να καταβάλλουν κατά την οδοντιατρική τους επίσκεψη.



Σχήμα 6.17 : Ικανοποίηση από το κριτήριο Αποτελεσματικότητα

Στην ερώτηση «Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το αποτέλεσμα της οδοντιατρικής θεραπείας που σας παρέχεται;», οι ερωτηθέντες απάντησαν : το 35,45% «Πολύ ικανοποιημένος/η», το 53,64% «Ικανοποιημένος/η» και το 10,91% «Λίγο ικανοποιημένος/η». Από τα παραπάνω ποσοστά διαπιστώνεται πως το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα εμφανίζονται ικανοποιημένοι από το αποτέλεσμα της οδοντιατρικής τους θεραπείας.



Σχήμα 6.18 :Συνολική (Ολική) Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες Οδοντιατρικής περίθαλψης

Τα ποσοστά συνολικής (ολικής) ικανοποίησης των 110 συμμετεχόντων στην έρευνα παρουσιάζονται ως εξής :

«Απόλυτα ικανοποιημένος/η» δήλωσαν το 5,45%

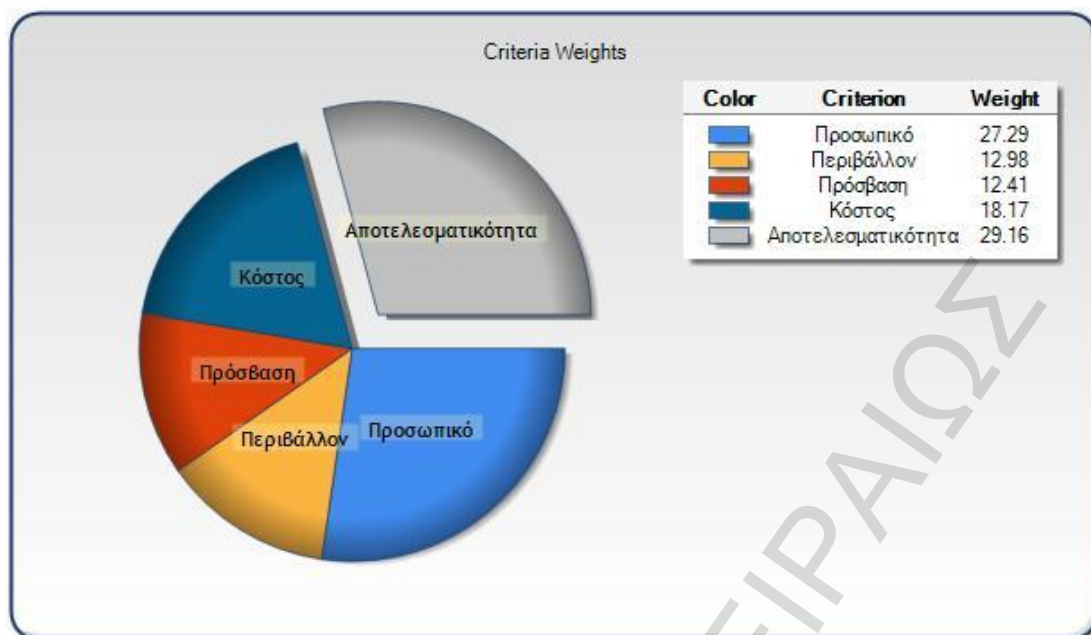
«Πολύ ικανοποιημένος/η» δήλωσαν ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 40,91%.

«Ίκανοποιημένος/η» δήλωσαν επίσης ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό που ταυτίζεται με το «πολύ ικανοποιημένος/η», 40,91%.

«Λίγο ικανοποιημένος/η» δήλωσαν οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 10,91%.

«Καθόλου ικανοποιημένος/η» δήλωσε ένα μικρό ποσοστό του 1,82%.

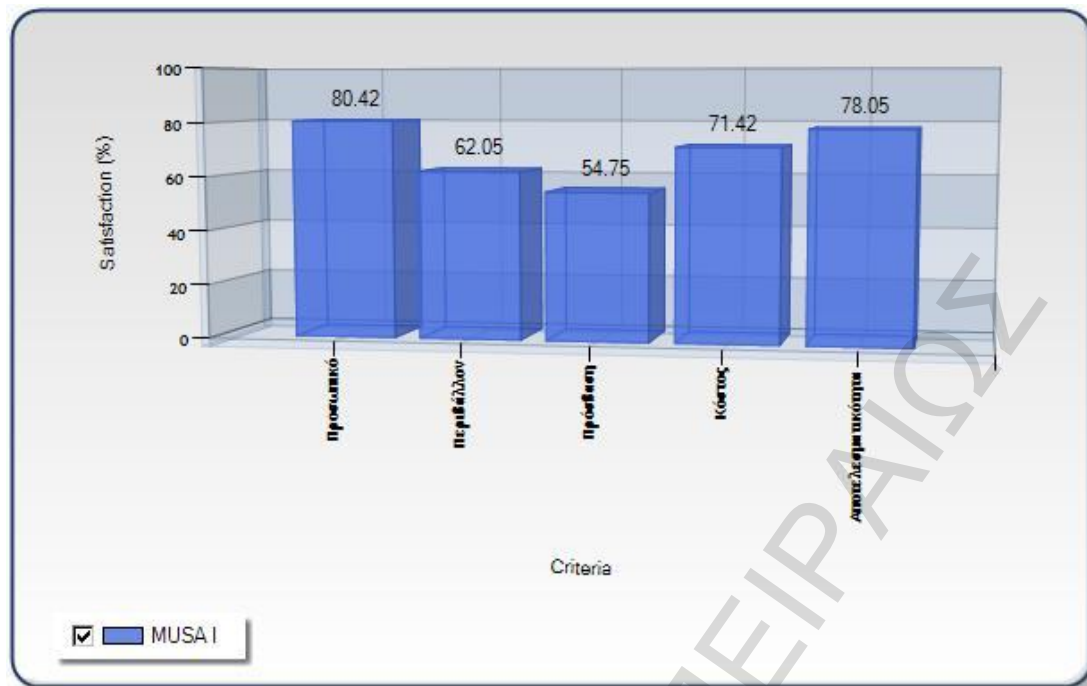
Επομένως, από τα ποσοστά του παραπάνω διαγράμματος, συμπεραίνεται πως ένα μεγάλο μέρος (87.27%) των χρηστών των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα εμφανίζονται ικανοποιημένοι από το σύνολο των υπηρεσιών που τους παρέχονται.



Σχήμα 6.19 : Βάρη ολικών κριτηρίων

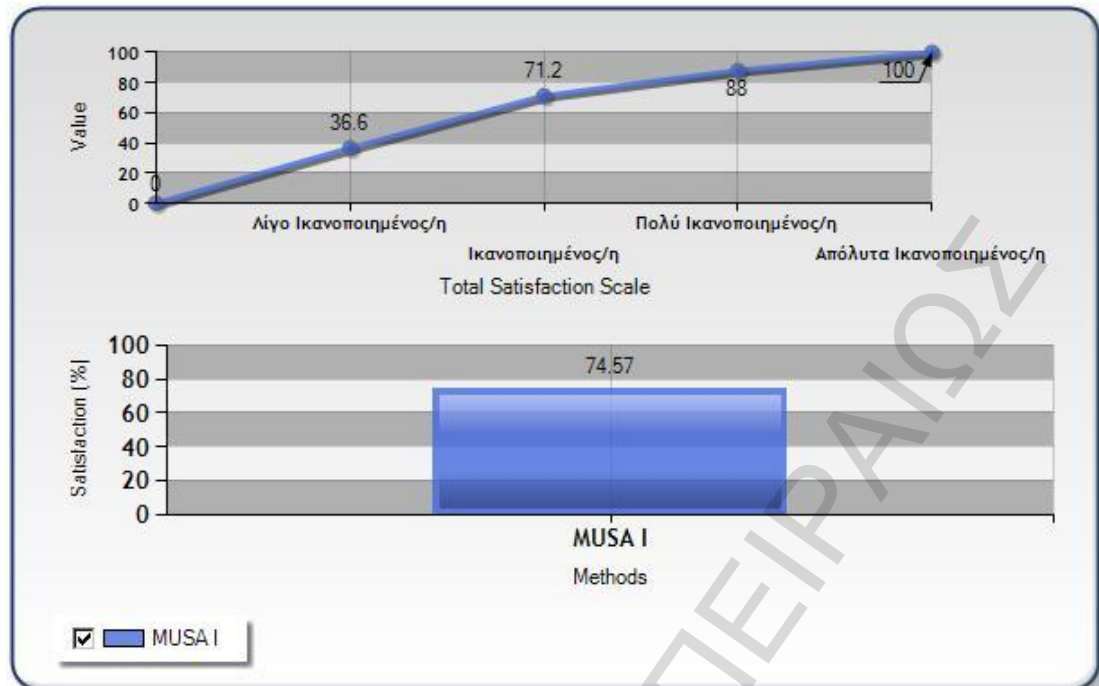
Στο παραπάνω διάγραμμα παρουσιάζεται το βάρος ή η σημαντικότητα των κριτηρίων, έτσι όπως έχει διαμορφωθεί από σύνολο των απαντήσεων των ερωτηθέντων.

Παρατηρείται πως το σημαντικότερο κριτήριο για τους συμμετέχοντες στην έρευνα είναι η αποτελεσματικότητα της οδοντιατρικής θεραπείας, δηλαδή το κατά πόσο αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά το πρόβλημα που παρουσιάστηκε στη στοματική υγιεινή των ατόμων, με ποσοστό 29,16%. Ακολουθεί με μικρή διαφορά η εξυπηρέτηση από το προσωπικό με ποσοστό 27,29%. Στη συνέχεια συναντάται το κόστος των οδοντιατρικών υπηρεσιών με ποσοστό 18,17%. Τέλος, τη μικρότερη βαρύτητα, εμφανίζουν με ελάχιστη διαφορά μεταξύ τους το περιβάλλον και η πρόσβαση στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης, με ποσοστά 12,98% και 12,41% αντίστοιχα



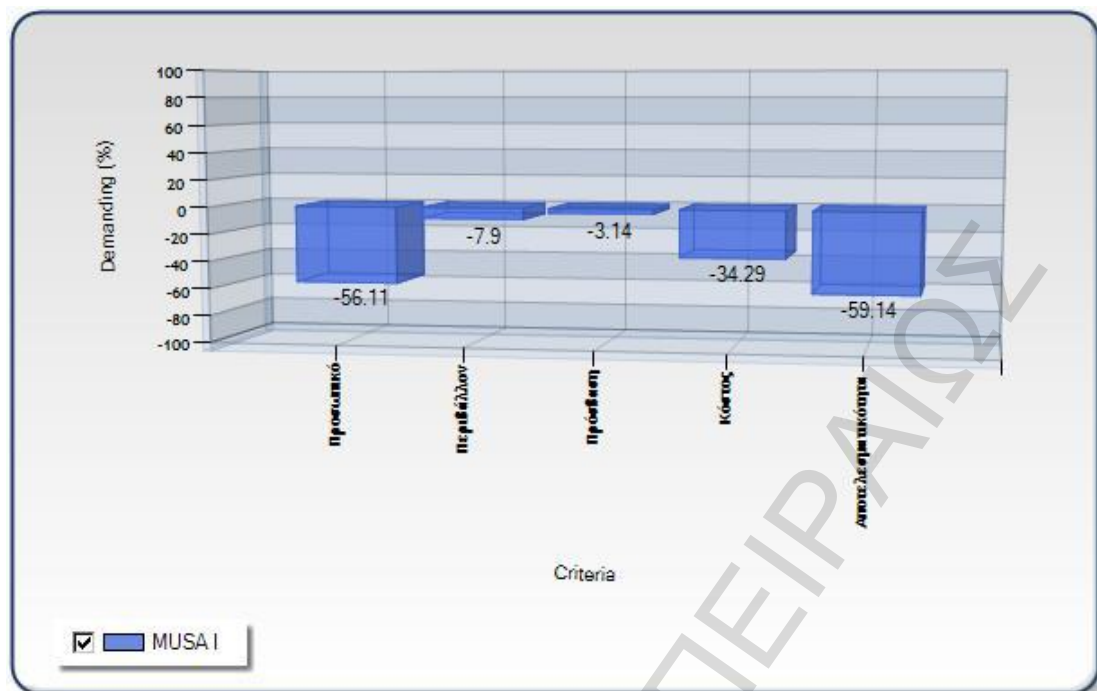
Σχήμα 6.20 : Βαθμός Ικανοποίησης Κριτηρίων

Από την μελέτη των πέντε κριτηρίων, διαπιστώνεται ότι το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο από το προσωπικό των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης. Ακολουθεί η ικανοποίηση από την αποτελεσματικότητα των οδοντιατρικών θεραπειών. Στην συνέχεια συναντάμε την ικανοποίηση από το κόστος που χρειάστηκε να δαπανήσουν για την οδοντιατρική τους περίθαλψη. Μικρότερη ικανοποίηση παρουσιάζουν το περιβάλλον και η πρόσβαση στις οδοντιατρικές υπηρεσίες.



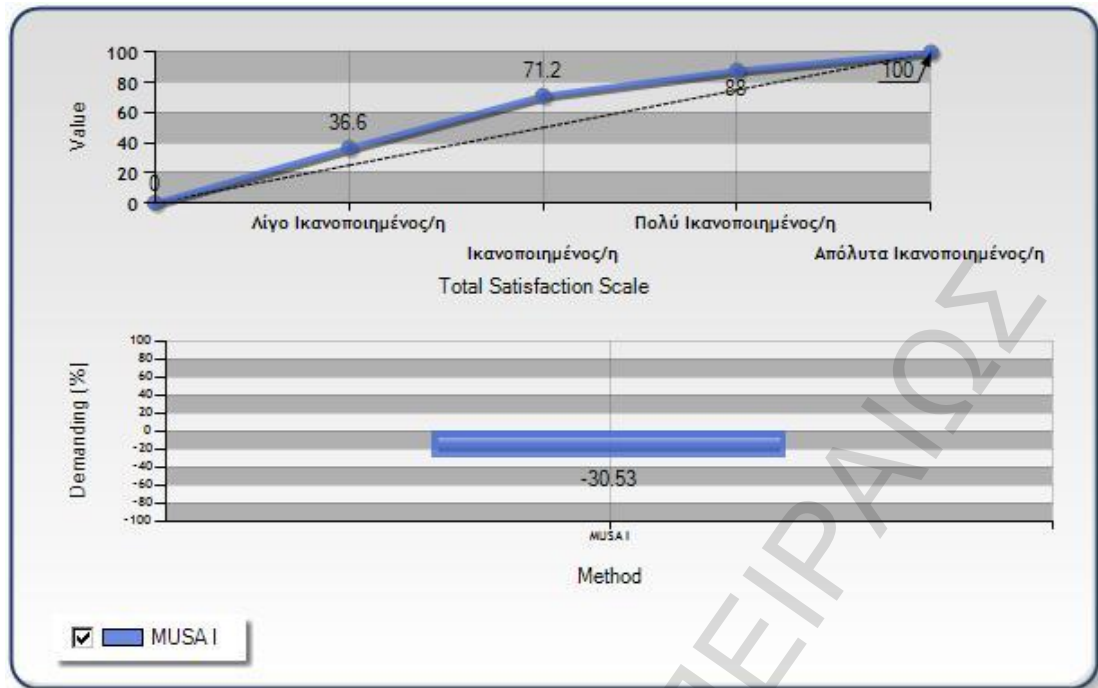
Σχήμα 6.21 : Συνάρτηση ολικής ικανοποίησης, δείκτης ικανοποίησης

Με μια πρώτη ανάλυση του δείγματος, με βάση την μέθοδο της περιγραφικής στατιστικής, προκύπτει ότι πολλοί ερωτηθέντες εμφανίζονται ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Με την εφαρμογή του μοντέλου προσδιορίζεται, πιο συγκεκριμένα, ότι ο δείκτης ολικής ικανοποίησης των ατόμων είναι 74,57, και η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κοίλη μορφή το οποίο σημαίνει ότι τα άτομα κατατάσσονται στην κατηγορία των «μη – απαιτητικών» πελατών - χρηστών, δηλαδή τα συγκεκριμένα άτομα δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένα παρόλο που μόνο ένα μικρό ποσοστό των προσδοκιών τους εκπληρώνεται.



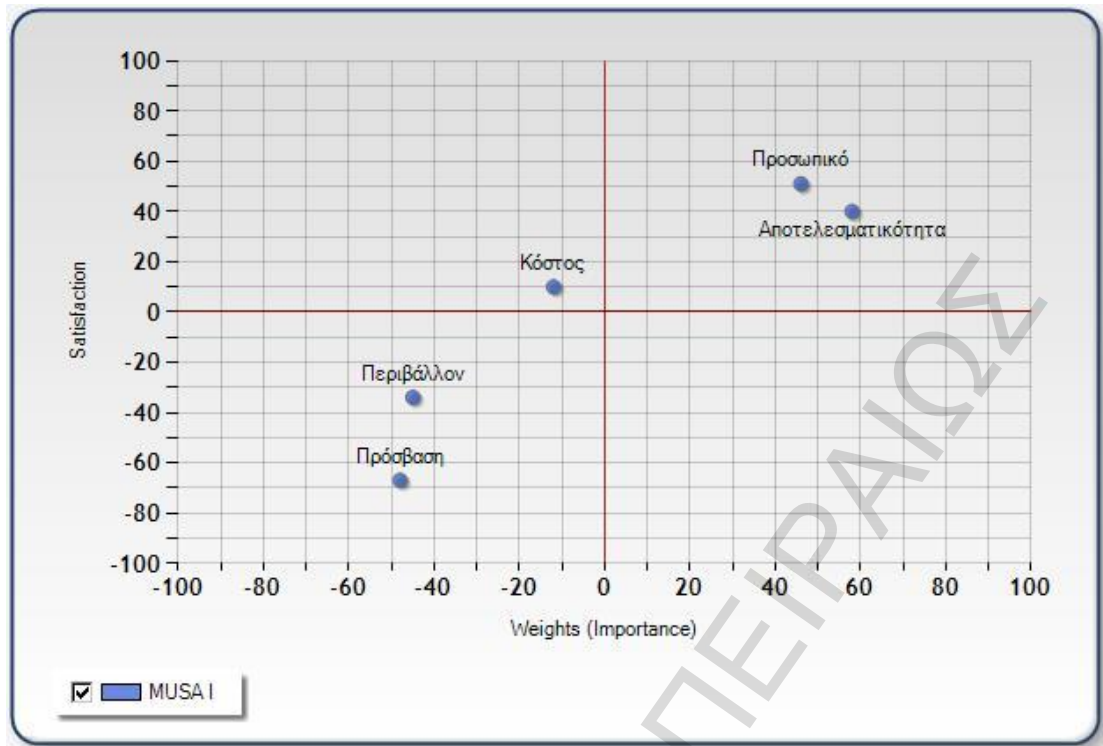
Σχήμα 6.22: Διάγραμμα Απαιτητικότητας

Μελετώντας το παραπάνω διάγραμμα συμπεραίνουμε πως στο κριτήριο αποτελεσματικότητα από την οδοντιατρική θεραπεία η απαιτητικότητα λαμβάνει αρνητική τιμή (-59,14), γεγονός που μας φανερώνει ότι η απαίτηση για περαιτέρω βελτίωση στο συγκεκριμένο κριτήριο είναι μικρή. Και για το επόμενο κριτήριο που είναι το προσωπικό ο δείκτης απαιτητικότητας έχει αρνητικό πρόσημο λαμβάνοντας την τιμή -56,11. Ακολουθεί το κριτήριο κόστος με τιμή -34,29, όπου παρουσιάζονται περισσότερες απαιτήσεις για βελτίωση. Τέλος, τα κριτήρια περιβάλλον και πρόσβαση παρουσιάζουν και αυτά αρνητικές τιμές -7,9 και -3,14 αντίστοιχα, γεγονός που σημαίνει πως τα άτομα του δείγματος εμφανίζονται έχουν μεγαλύτερη απαίτηση από ότι στα προηγούμενα κριτήρια και τα κριτήρια αυτά επιδέχονται περισσότερη βελτίωση.



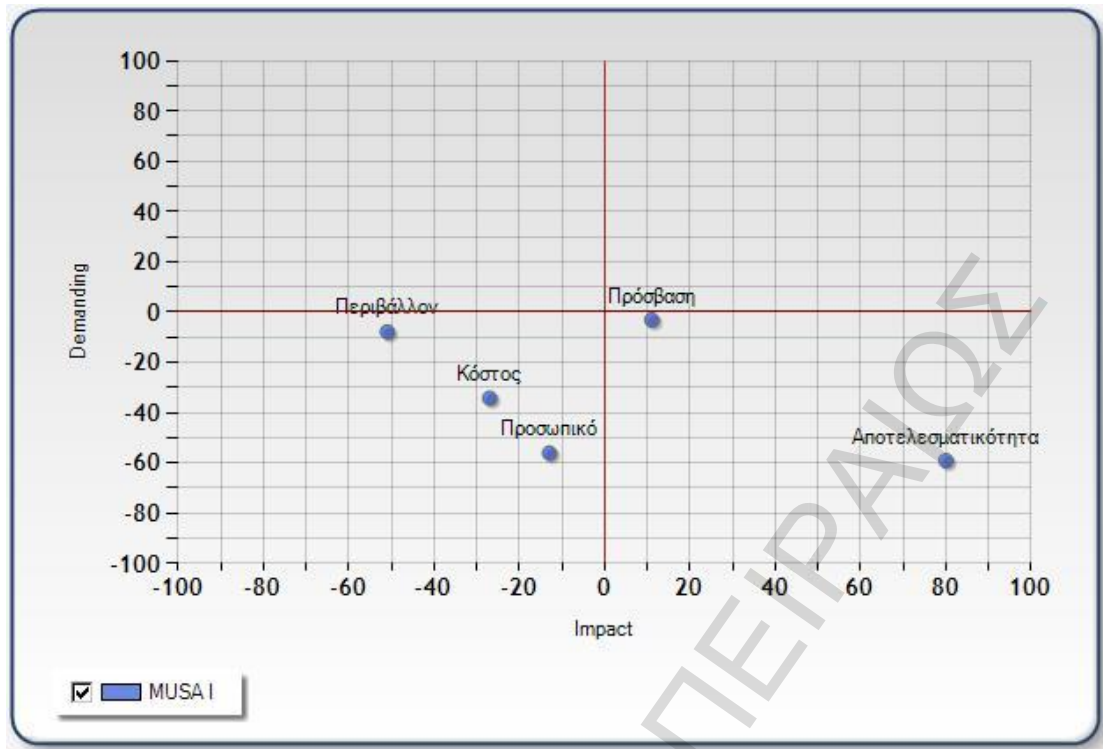
Σχήμα 6.23 : Συνάρτηση ολικής ικανοποίησης, δείκτης απαιτητικότητας

Παρατηρώντας το παραπάνω διάγραμμα, διαπιστώνουμε πως το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα εμφανίζονται ως «μη – απαιτητικοί» πελάτες – χρήστες, αφού η συνάρτηση απαιτητικότητας έχει κοίλη μορφή και ο μέσος δείκτης απαιτητικότητας είναι αρνητικός, με τιμή -30,53, γεγονός που αποδεικνύει πως το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων παρουσιάζουν μικρό βαθμό απαιτητικότητας.



Σχήμα 6.24 : Διάγραμμα Δράσης

Μελετώντας το διάγραμμα δράσης συμπεραίνουμε πως κανένα από τα κριτήρια δεν βρίσκεται στην περιοχή δράσης. Στην περιοχή ισχύος τοποθετείται το προσωπικό και η αποτελεσματικότητα, έχοντας υψηλό βαθμό απόδοσης και υψηλή σημαντικότητα, γεγονός που αποδεικνύει πως υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και πρέπει να δοθεί προτεραιότητα σε αυτά. Στη περιοχή ισχύουσας κατάστασης βρίσκεται το περιβάλλον και η πρόσβαση που παρουσιάζουν χαμηλή απόδοση και σημαντικότητα. Σε αυτό το τμήμα δεν απαιτείται καμία πρόσθετη ενέργεια αφού η συγκεκριμένη διάσταση ικανοποίησης δεν είναι κρίσιμη την περίοδο της ανάλυσης, όμως δεν πρέπει να λησμονείται πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι σχετικά χαμηλή για το συγκεκριμένο κριτήριο και αυτό ενδέχεται να δημιουργήσει κάποιο πρόβλημα στο μέλλον. Τέλος, στην περιοχή μεταφοράς πόρων βρίσκονται το κριτήριο κόστος που παρουσιάζει υψηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα επομένως δεν επηρεάζει αρκετά την ικανοποίηση των ερωτηθέντων και αποτελεί την τελευταία προτεραιότητα των υπηρεσιών.

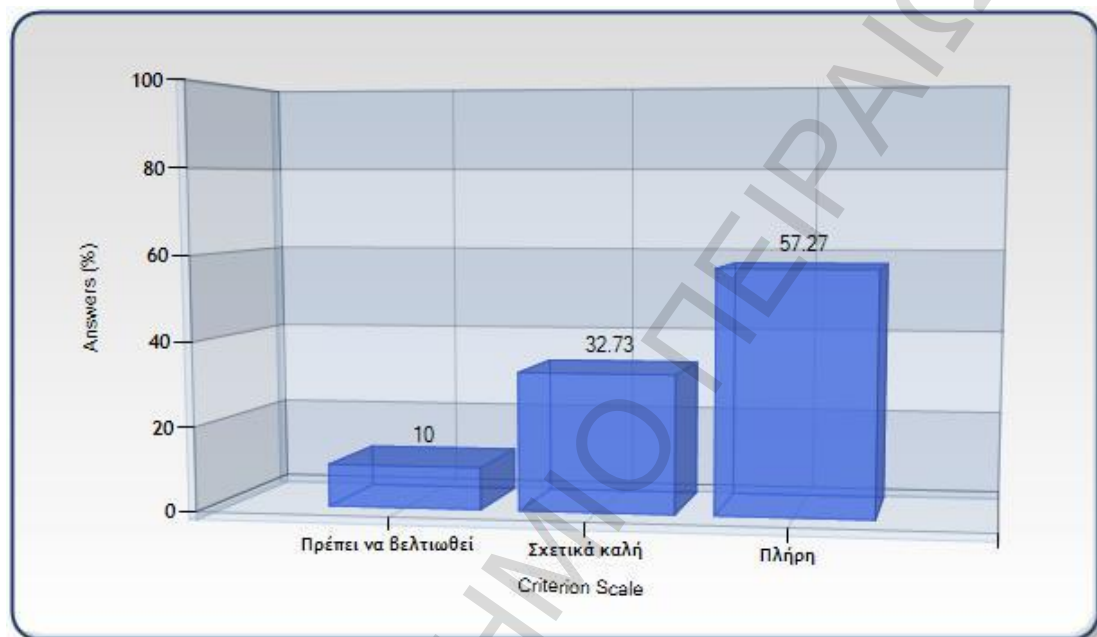


Σχήμα 6.25 : Διάγραμμα Βελτίωσης

Στο διάγραμμα βελτίωσης των κριτηρίων παρατηρείται ότι στην περιοχή 1^{ης} προτεραιότητας βρίσκονται τα κριτήρια αποτελεσματικότητα και πρόσβαση, όπου θα πρέπει να επικεντρωθούν και οι προσπάθειες βελτίωσης γιατί παρουσιάζουν υψηλή αποτελεσματικότητα και μικρή απαιτητικότητα. Δηλαδή, η απαίτηση των ατόμων για τα συγκεκριμένα κριτήρια είναι σχετικά μικρή γεγονός που σημαίνει ότι οι ενέργειες βελτίωσης θα έχουν άμεση αποτελεσματικότητα. Στην περιοχή 2^{ης} προτεραιότητας ενεργειών βελτίωσης βρίσκονται τα υπόλοιπα κριτήρια, περιβάλλον, κόστος και προσωπικό, που εμφανίζουν χαμηλή αποτελεσματικότητα και μικρή απαιτητικότητα. Τέλος στη περιοχή 3^{ης} προτεραιότητας ενεργειών βελτίωσης δεν βρίσκεται κανένα κριτήριο.

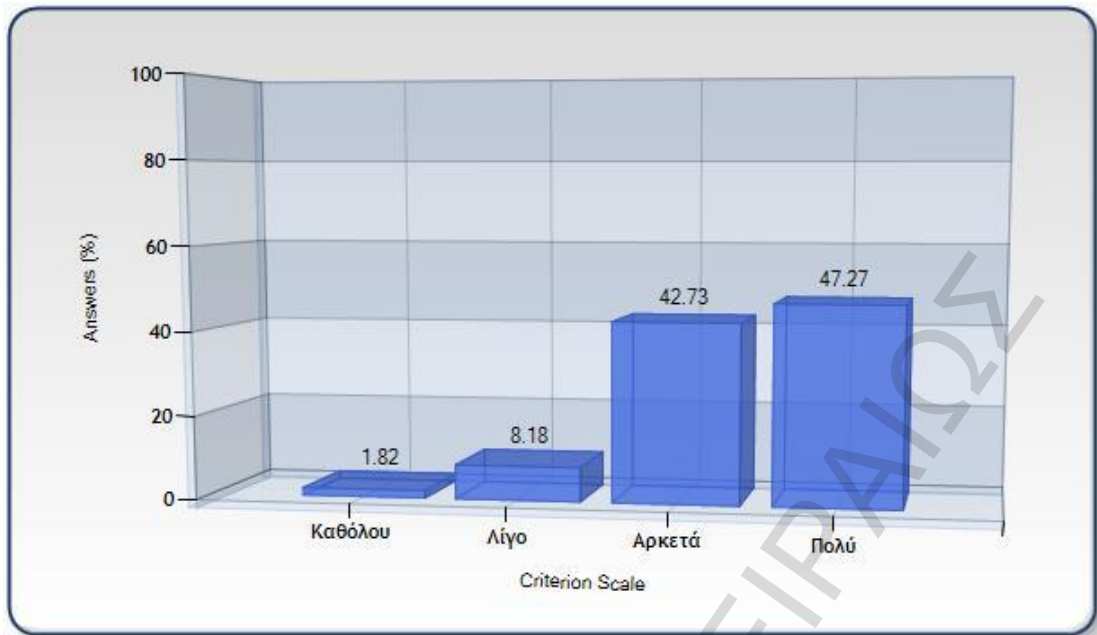
6.3.2 Ανάλυση υποκριτηρίων 1^{ου} κριτηρίου : Προσωπικό

Στα σχήματα που ακολουθούν παρουσιάζονται τα στατιστικά στοιχεία των απαντήσεων των χρηστών των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης, όπως αυτά πρόέκυψαν κατόπιν επεξεργασίας με την μέθοδο MUSA, η οποία αποτελεί την πολικριτηριακή αναλυτική – συνθετική προσέγγιση για το πρόβλημα της μέτρησης και της ανάλυσης της ικανοποίησης.



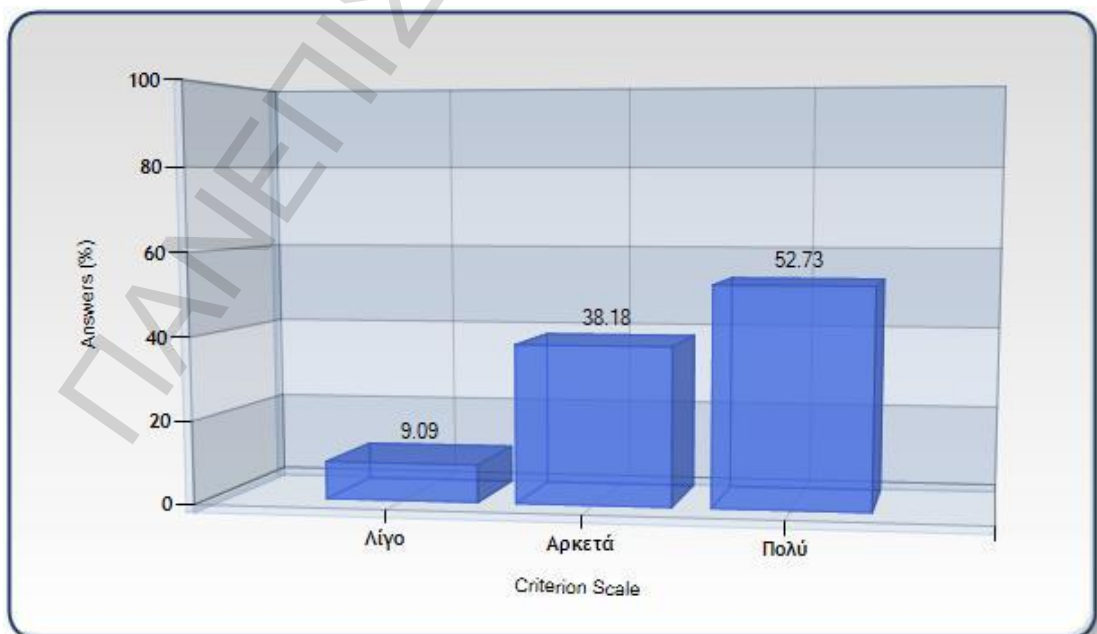
Σχήμα 6.26 : Ικανοποίηση από το υποκριτήριο Επαγγελματική Επάρκεια

Στην ερώτηση «Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική επάρκεια του οδοντιατρικού προσωπικού;», το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα (52,27%) απάντησαν «Πλήρη». Ακολουθεί με ποσοστό 32,73% η απάντηση «Σχετικά καλή», γεγονός που αποδεικνύει πως ένα αρκετά σημαντικό μέρος των ερωτηθέντων (90%) είναι ικανοποιημένοι από την επαγγελματική επάρκεια και γνώση του οδοντιατρικού προσωπικού. Τέλος το 10% των συμμετεχόντων πιστεύει πως «Πρέπει να βελτιωθεί».



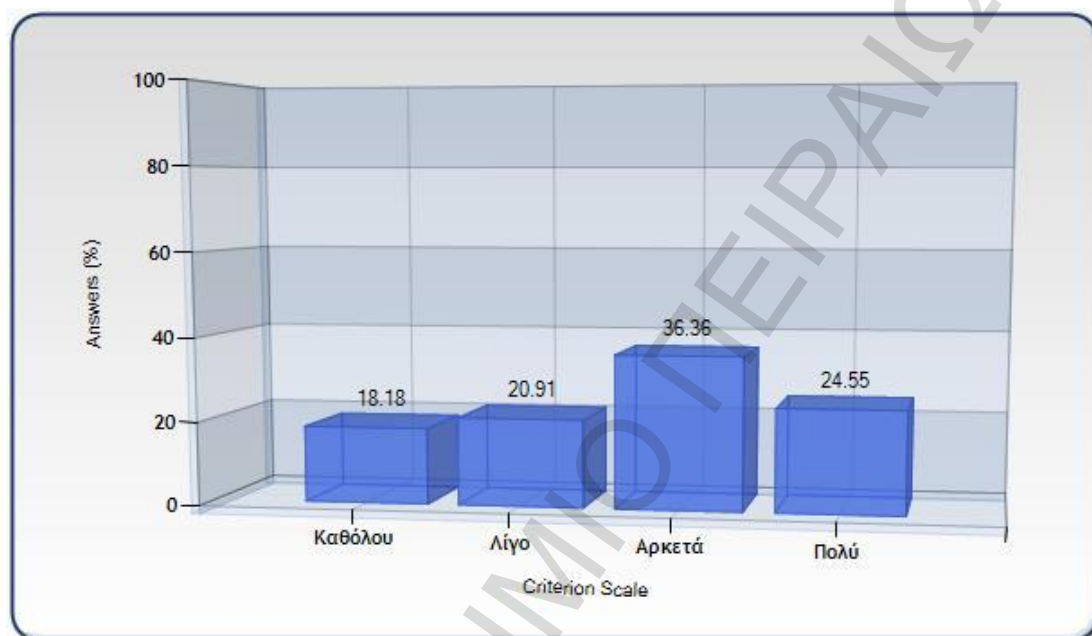
Σχήμα 6.27 : Ικανοποίηση από το υποκριτήριο Προθυμία

Στην ερώτηση «Πόσο πρόθυμο να σας ενημερώσει για την θεραπεία που θα χρειαστεί να ακολουθήσετε θεωρείτε το οδοντιατρικό προσωπικό;», το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων απάντησαν «Πολύ» και «Αρκετά» με ποσοστά 47,27% και 42,73% αντίστοιχα. Το 8,18% δήλωσαν «Λίγο» και μόνο το 1,82% «Καθόλου». Επομένως, συμπεραίνεται πως οι συμμετέχοντες στην έρευνα εμφανίζονται ικανοποιημένοι από την προθυμία του οδοντιατρικού προσωπικού να τους ενημερώσει για την εκάστοτε θεραπεία που χρειάζεται να ακολουθηθεί.



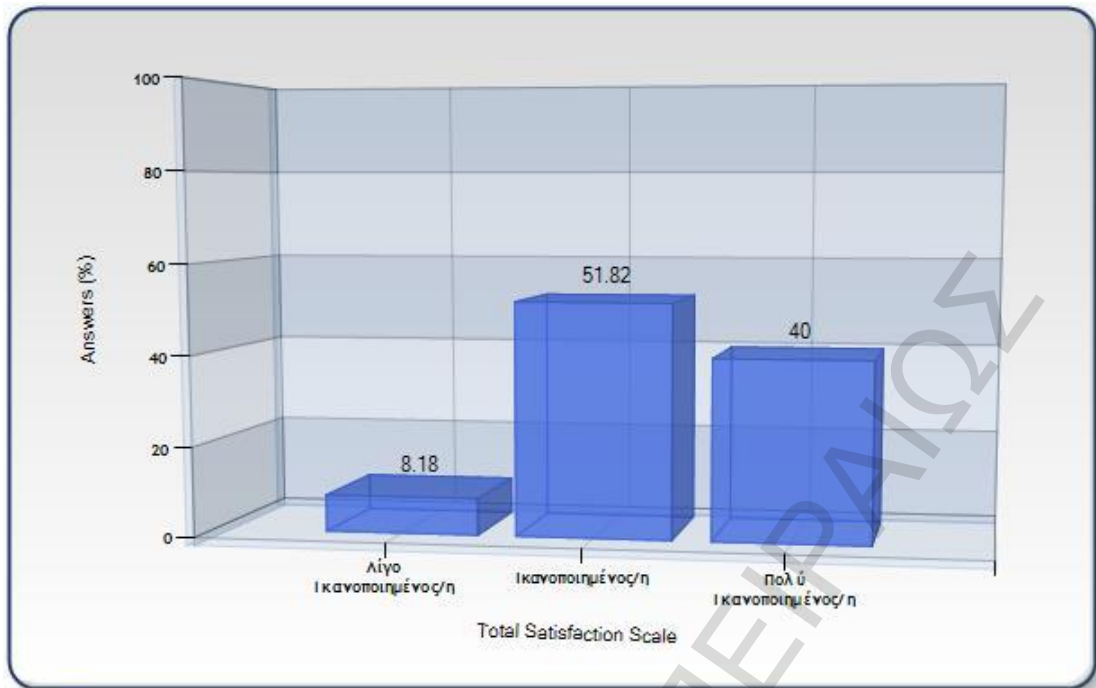
Σχήμα 6.28 : Ικανοποίηση από το υποκριτήριο Ταχύτητα στην Εξυπηρέτηση

Στην ερώτηση «Πόσο γρήγορη και άμεση ήταν η εξυπηρέτησή σας;», το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων δήλωσαν «Πολύ» (52,73%). «Αρκετά» απάντησαν το 38,18% των ερωτηθέντων, ενώ το 9,09% απάντησαν «Λίγο». Παρατηρώντας τα παραπάνω ποσοστά, διαπιστώνεται πως το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων είναι ικανοποιημένο από την ταχύτητα που εξυπηρετήθηκαν από το οδοντιατρικό προσωπικό.



Σχήμα 6.29 : Ικανοποίηση από το υποκριτήριο Μετέπειτα Ενδιαφέρον

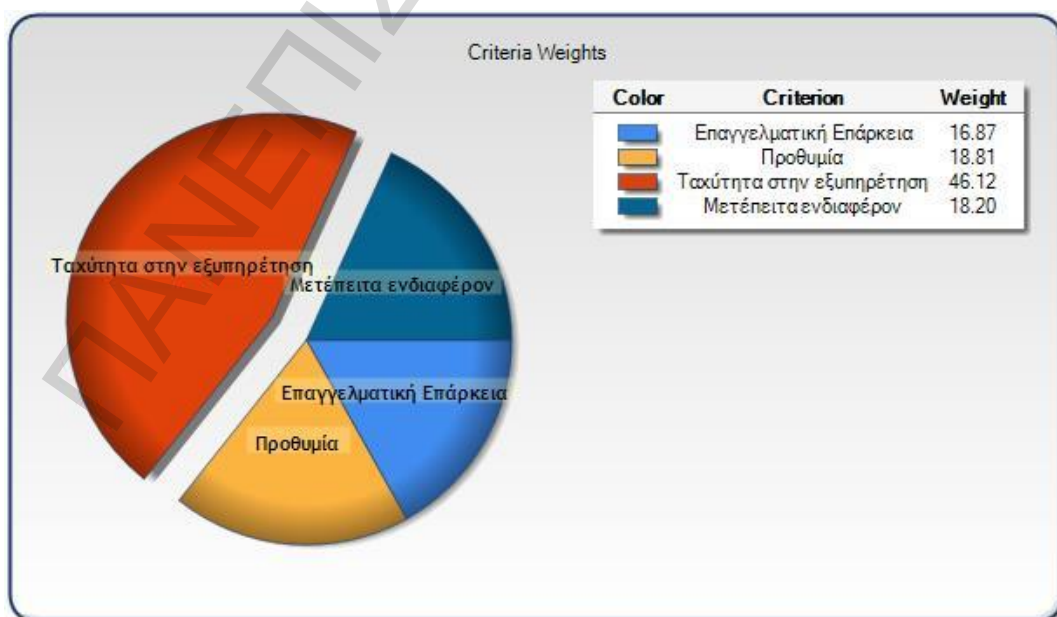
Στην ερώτηση «Κατά πόσο το οδοντιατρικό προσωπικό ενδιαφέρθηκε για την μετέπειτα εξέλιξη της στοματικής σας υγείας;», το 24,55% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν «Πολύ». «Αρκετά» απάντησαν το μεγαλύτερο ποσοστό (36,36%), «Λίγο» απάντησαν το 20,91% και «Καθόλου» το 18,18%. Μελετώντας τα παραπάνω ποσοστά δημιουργείται το συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες στην έρευνα εμφανίζονται ικανοποιημένοι από το μετέπειτα ενδιαφέρον που εκδήλωσε το οδοντιατρικό προσωπικό για την εξέλιξη της στοματικής τους υγείας.



Σχήμα 6.30 : Συνολική ικανοποίηση από το Προσωπικό

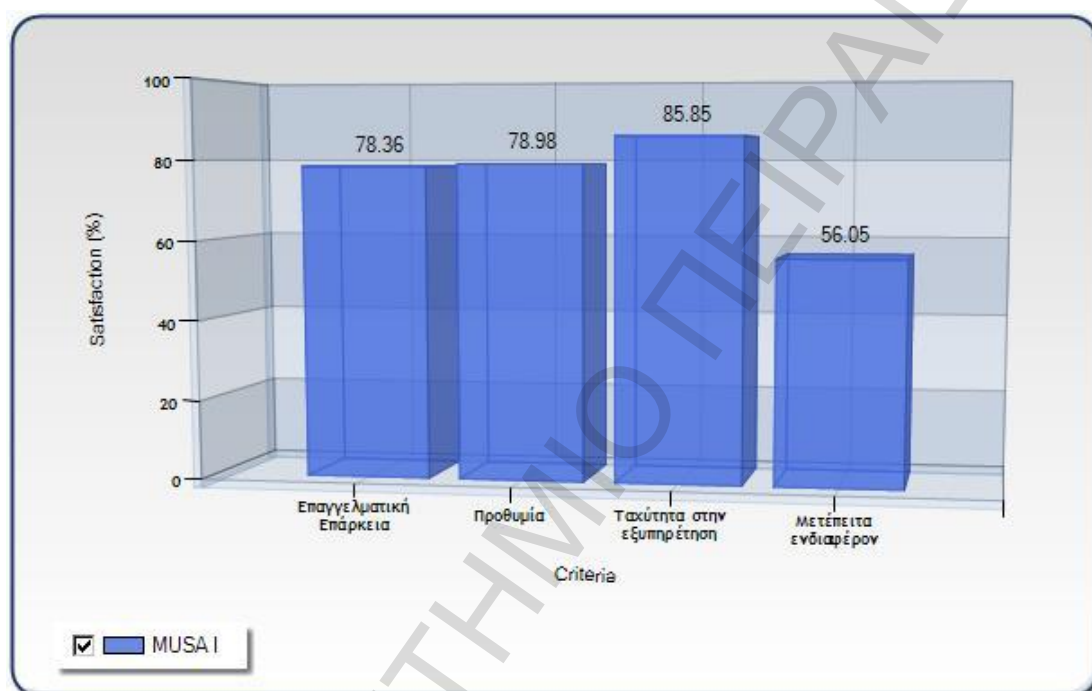
Στην ερώτηση πόσο ικανοποιημένοι είστε συνολικά από την εξυπηρέτησή σας από το οδοντιατρικό προσωπικό, το 40% απάντησαν «Πολύ ικανοποιημένος/η», το μεγαλύτερο ποσοστό (51,82%) δήλωσαν «Ικανοποιημένος/η» και μόνο το 8,18% απάντησαν «Λίγο ικανοποιημένος/η».

Συμπερασματικά, διαπιστώνεται πως το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων που ερωτήθηκαν δήλωσαν ικανοποιημένοι από την συνολική εικόνα του οδοντιατρικού προσωπικού.



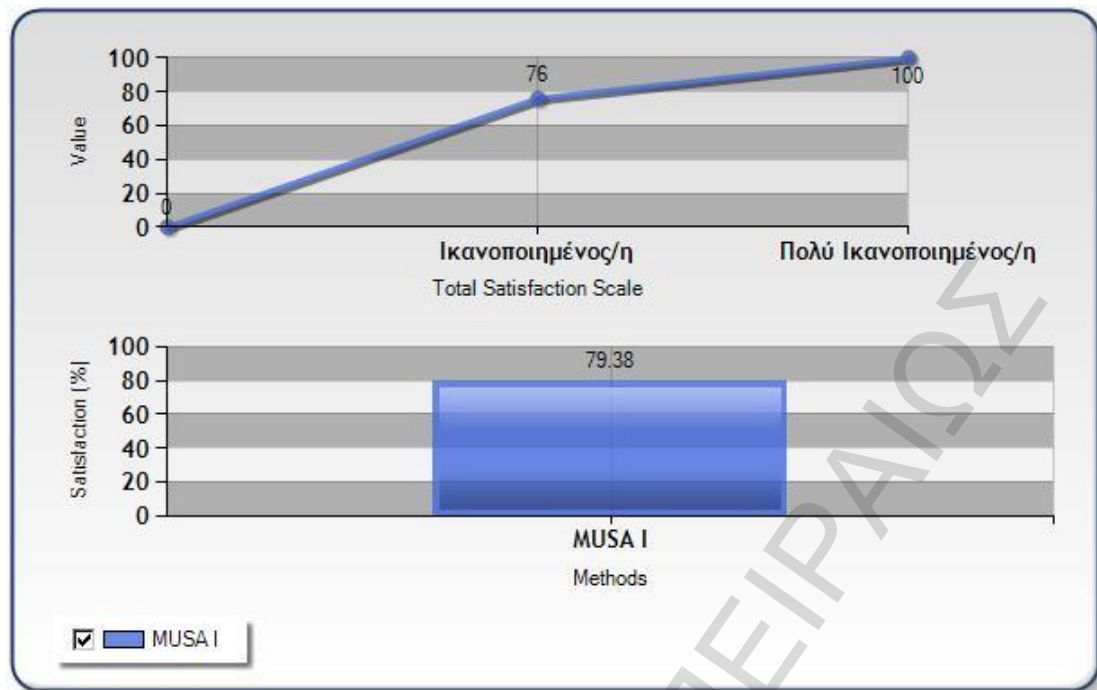
Σχήμα 6.31 : Βάρη Υποκριτηρίων (Προσωπικό)

Στα παραπάνω διαγράμματα παρουσιάζεται το βάρος ή η σημαντικότητα των υποκριτηρίων, έτσι όπως έχει διαμορφωθεί από σύνολο των ερωτηθέντων. Παρατηρείται πως πρώτο και με μεγάλη διαφορά έρχεται η ταχύτητα στην εξυπηρέτηση με ποσοστό 46,12%, ακολουθούν με ελάχιστη διαφορά μεταξύ τους η προθυμία και το μετέπειτα ενδιαφέρον με ποσοστά 18,81% και 18,20% αντίστοιχα. Τέλος, τη μικρότερη βαρύτητα, χωρίς όμως μεγάλη απόκλιση από τα προηγούμενα, παρουσιάζει η επαγγελματική επάρκεια με ποσοστό 16,87%.



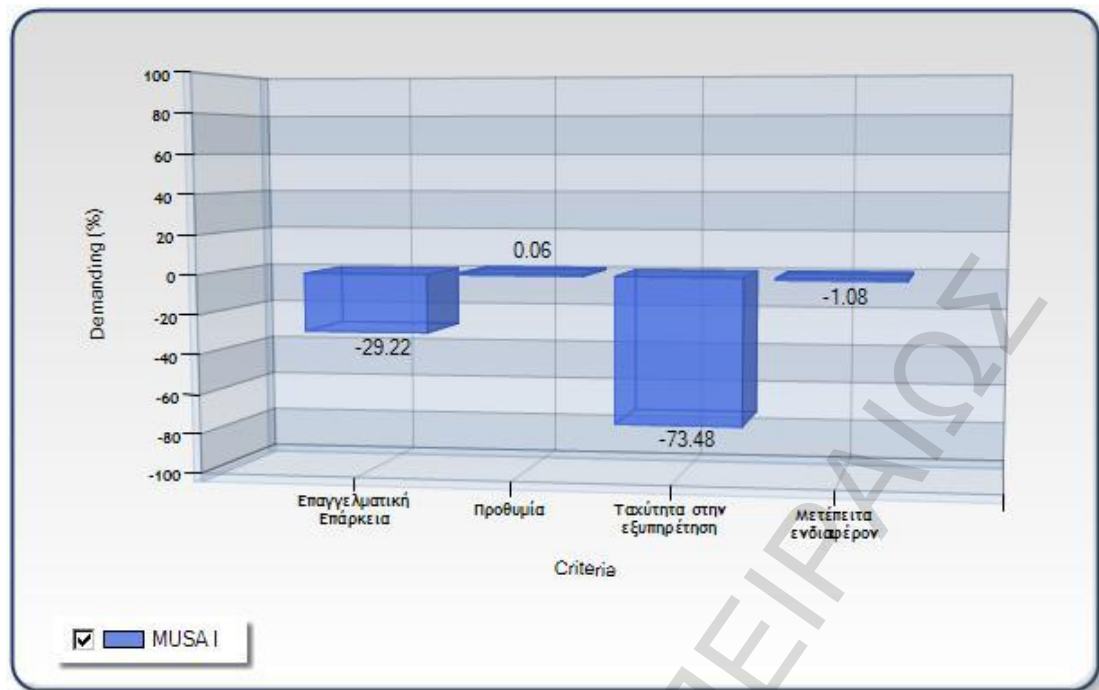
Σχήμα 6.32 : Βαθμός Ικανοποίηση Υποκριτηρίων (Προσωπικό)

Από την μελέτη των τεσσάρων υποκριτηρίων, διαπιστώνεται ότι το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνει ικανοποιημένο από την ταχύτητα στην εξυπηρέτηση από το οδοντιατρικό προσωπικό. Ακολουθούν με μικρή διαφορά μεταξύ τους, η ικανοποίηση από την προθυμία και την επαγγελματική επάρκεια των οδοντιάτρων. Τέλος, συναντάμε την ικανοποίηση από το μετέπειτα ενδιαφέρον που έδειξε το οδοντιατρικό προσωπικό για την εξέλιξη της στοματικής υγείας των ασθενών.



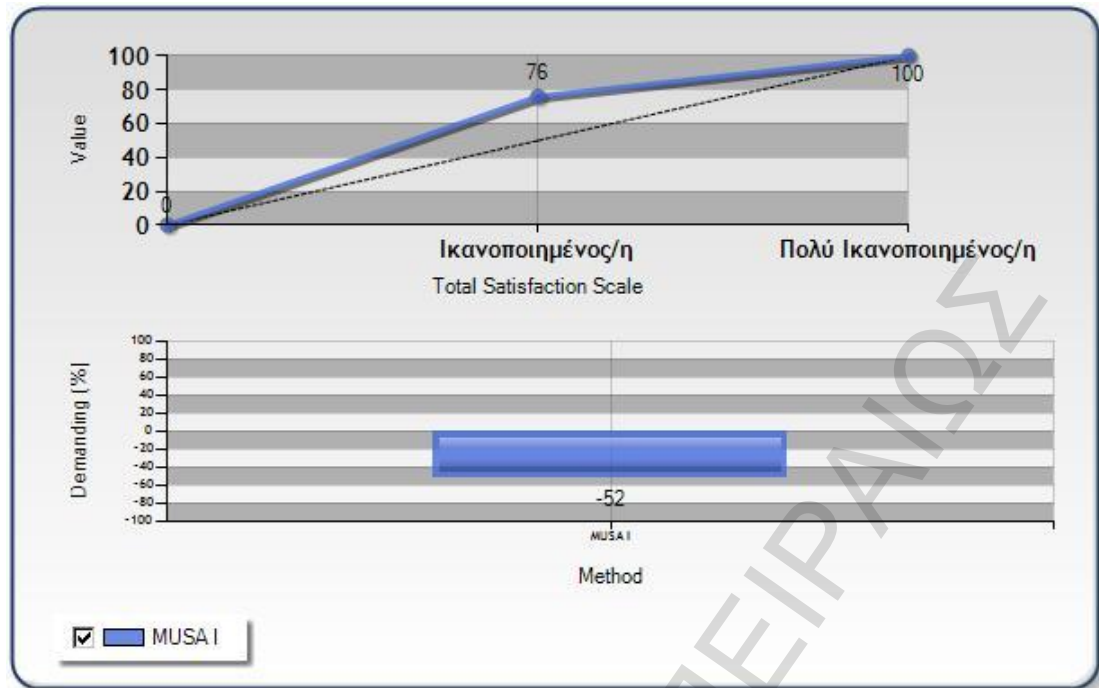
Σχήμα 6.33 : Δείκτης Ικανοποίησης (Προσωπικό)

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από την γενικότερη εικόνα του οδοντιατρικού προσωπικού. Η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κοίλη μορφή, το οποίο σημαίνει ότι τα άτομα κατατάσσονται στη κατηγορία των «μη – απαιτητικών» πελατών - χρηστών, δηλαδή τα συγκεκριμένα άτομα δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένα παρόλο που μπορεί μόνο ένα μικρό ποσοστό των προσδοκιών τους εκπληρώνεται. Ο μέσος δείκτης ικανοποίησης είναι στο 79,38%.



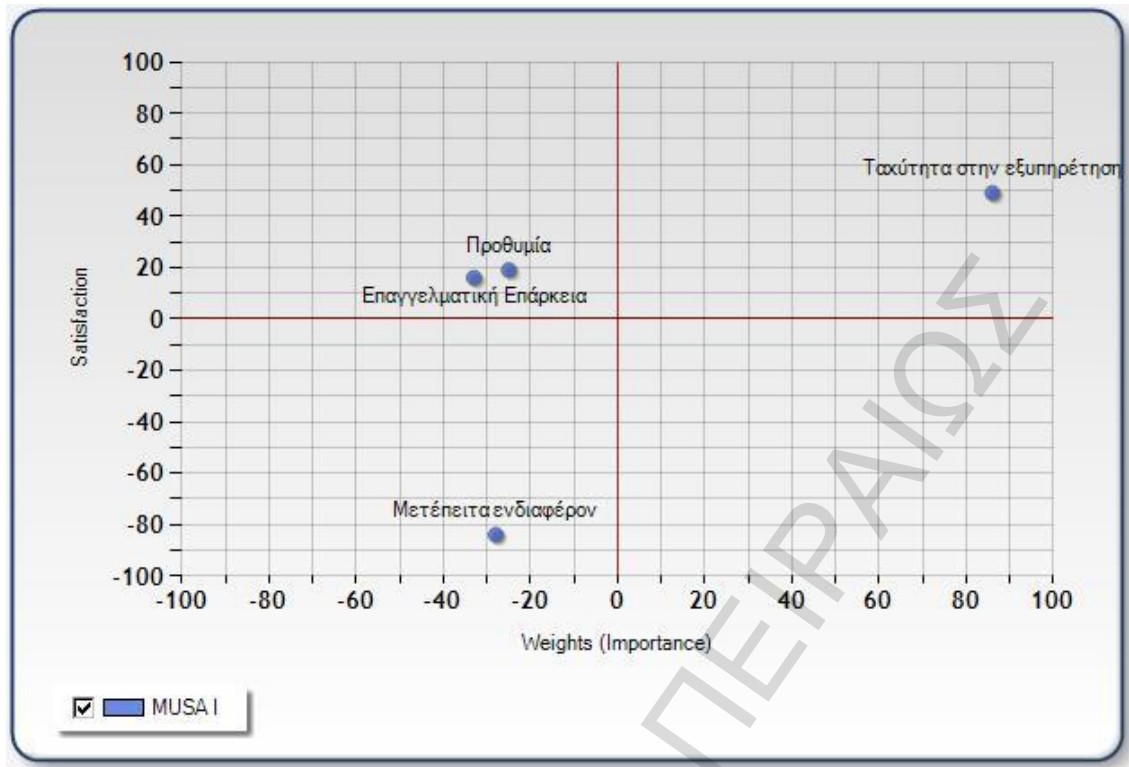
Σχήμα 6.34 : Διάγραμμα Απαιτητικότητας (Προσωπικό)

Μελετώντας το παραπάνω διάγραμμα συμπεραίνουμε πως στο υποκριτήριο ταχύτητα στην εξυπηρέτηση η απαιτητικότητα λαμβάνει αρνητική τιμή (-73,48), επομένως, η απαίτηση για περαιτέρω βελτίωση είναι μικρή. Και για το επόμενο υποκριτήριο που είναι η επαγγελματική επάρκεια ο δείκτης απαιτητικότητας έχει αρνητικό πρόσημο λαμβάνοντας την τιμή -29,22. Εδώ παρατηρείται ότι το περιθώριο βελτίωσης είναι μεγαλύτερο σε σχέση με το πρώτο υποκριτήριο. Ακολουθεί το υποκριτήριο μετέπειτα ενδιαφέρον με τιμή -1,08, όπου παρουσιάζονται περισσότερες απαιτήσεις για βελτίωση. Τέλος, το υποκριτήριο προθυμία έχει θετική τιμή (0,06), γεγονός που σημαίνει πως τα άτομα του δείγματος έχουν μεγαλύτερη απαίτηση για το συγκεκριμένο υποκριτήριο και αυτό επιδέχεται περισσότερη βελτίωση.



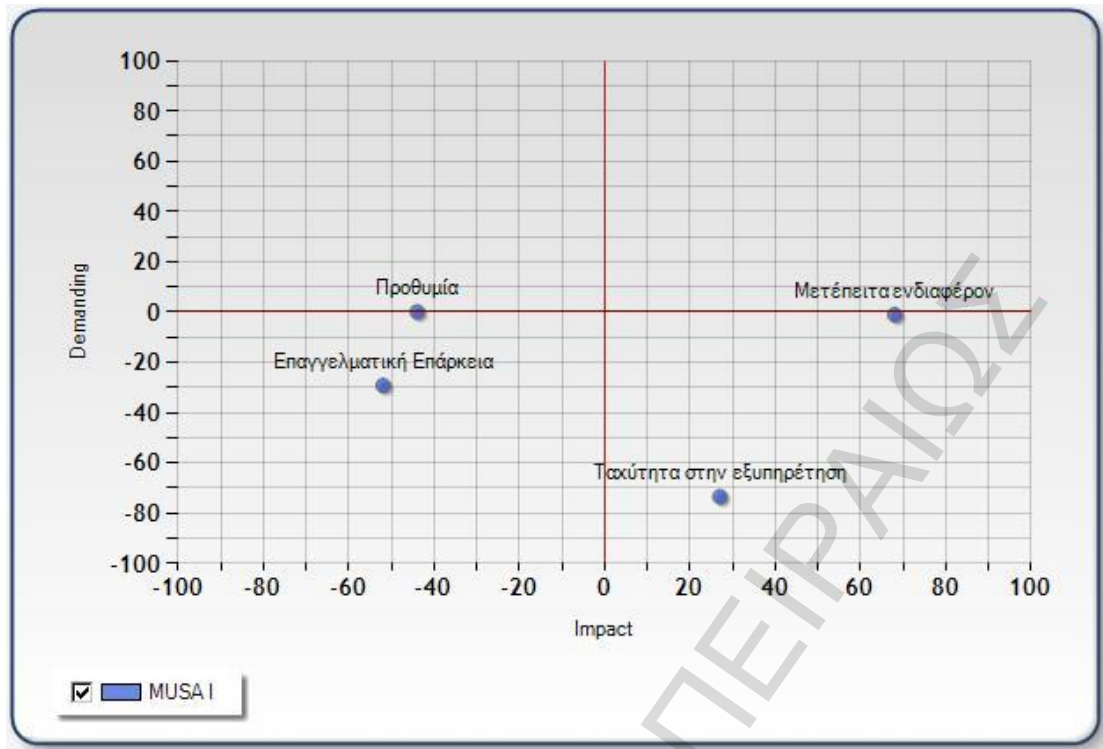
Σχήμα 6.35 : Δείκτης Απαιτητικότητας (Προσωπικό)

Παρατηρώντας το παραπάνω διάγραμμα, διαπιστώνουμε πως το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα εμφανίζονται ως «μη – απαιτητικοί» πελάτες – χρήστες, αφού η συνάρτηση απαιτητικότητας έχει κοίλη μορφή. Ακόμα συμπεραίνουμε πως ο μέσος δείκτης απαιτητικότητας είναι αρνητικός με τιμή -52, γεγονός που αποδεικνύει πως το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων παρουσιάζουν τον ελάχιστο βαθμό απαιτητικότητας.



Σχήμα 6.36 : Διάγραμμα Δράσης (Προσωπικό)

Παρατηρώντας το διάγραμμα δράσης συμπεραίνουμε πως κανένα από τα υποκριτήρια δεν βρίσκεται στην περιοχή δράσης. Στην περιοχή ισχύος τοποθετείται η ταχύτητα με την οποία εξυπηρετούνται τα άτομα από τους φορείς που παρέχουν οδοντιατρική περίθαλψη, έχοντας υψηλό βαθμό απόδοσης και υψηλή σημαντικότητα. Στη περιοχή ισχύουσας κατάστασης βρίσκεται το μετέπειτα ενδιαφέρον που εκδηλώνουν οι οδοντίατροι για την κατάσταση του ασθενούς, με χαμηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα. Σε αυτό το τμήμα δεν απαιτείται καμία πρόσθετη ενέργεια αφού η συγκεκριμένη διάσταση ικανοποίησης δεν είναι κρίσιμη την περίοδο της ανάλυσης, όμως δεν πρέπει να λησμονείται πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι χαμηλή για το συγκεκριμένο υποκριτήριο και αυτό ενδέχεται να δημιουργήσει κάποιο πρόβλημα στο μέλλον. Τέλος, στην περιοχή μεταφοράς πόρων βρίσκονται τα υποκριτήρια προθυμία και επαγγελματική επάρκεια του οδοντιατρικού προσωπικού. Τα δύο αυτά υποκριτήρια έχουν υψηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα, γεγονός που μας υποδεικνύει ότι έχουν περιθώρια βελτίωσης, αλλά τα υποκριτήρια αυτά δεν επηρεάζουν αρκετά την ικανοποίηση των ερωτηθέντων.

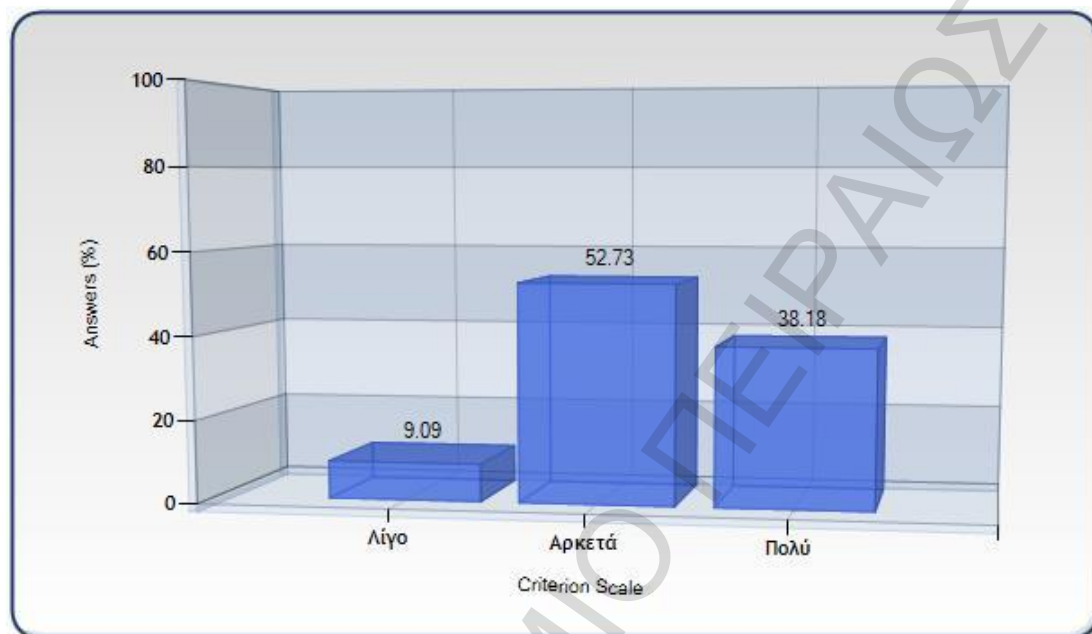


Σχήμα 6.37 : Διάγραμμα Βελτίωσης (Προσωπικό)

Στο διάγραμμα βελτίωσης των υποκριτηρίων παρατηρείται ότι στην περιοχή 1^{ης} προτεραιότητας βρίσκεται το υποκριτήριο ταχύτητα στην εξυπηρέτηση, όπου θα πρέπει να επικεντρωθούν και οι προσπάθειες βελτίωσης της ικανοποίησης γιατί παρουσιάζει υψηλή αποτελεσματικότητα και μικρή απαιτητικότητα - προσπάθεια. Δηλαδή, η απαιτητικότητα των ατόμων για το συγκεκριμένο υποκριτήριο είναι σχετικά μικρή γεγονός που σημαίνει ότι οι ενέργειες βελτίωσης θα έχουν άμεση αποτελεσματικότητα. Πάνω στον οριζόντιο άξονα που χωρίζει την περιοχή 1^{ης} προτεραιότητας από την περιοχή 2^{ης} προτεραιότητας βρίσκεται το υποκριτήριο μετέπειτα ενδιαφέρον, γεγονός που αποδεικνύει πως το συγκεκριμένο υποκριτήριο εμφανίζει περιθώρια βελτίωσης. Στην περιοχή 2^{ης} προτεραιότητας ενεργειών βελτίωσης βρίσκεται το υποκριτήριο επαγγελματική επάρκεια, έχοντας χαμηλή αποτελεσματικότητα και μικρή προσπάθεια. Τέλος, πάνω στον οριζόντιο άξονα που χωρίζει την περιοχή 2^{ης} προτεραιότητας από την περιοχή 3^{ης} προτεραιότητας βρίσκεται το υποκριτήριο προθυμία.

6.3.3 Ανάλυση υποκριτηρίων 2^{ου} κριτηρίου : Περιβάλλον

Στα σχήματα που ακολουθούν παρουσιάζονται τα στατιστικά στοιχεία των απαντήσεων των χρηστών των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης, όπως αυτά πρόεκυψαν κατόπιν επεξεργασίας με την μέθοδο MUSA.



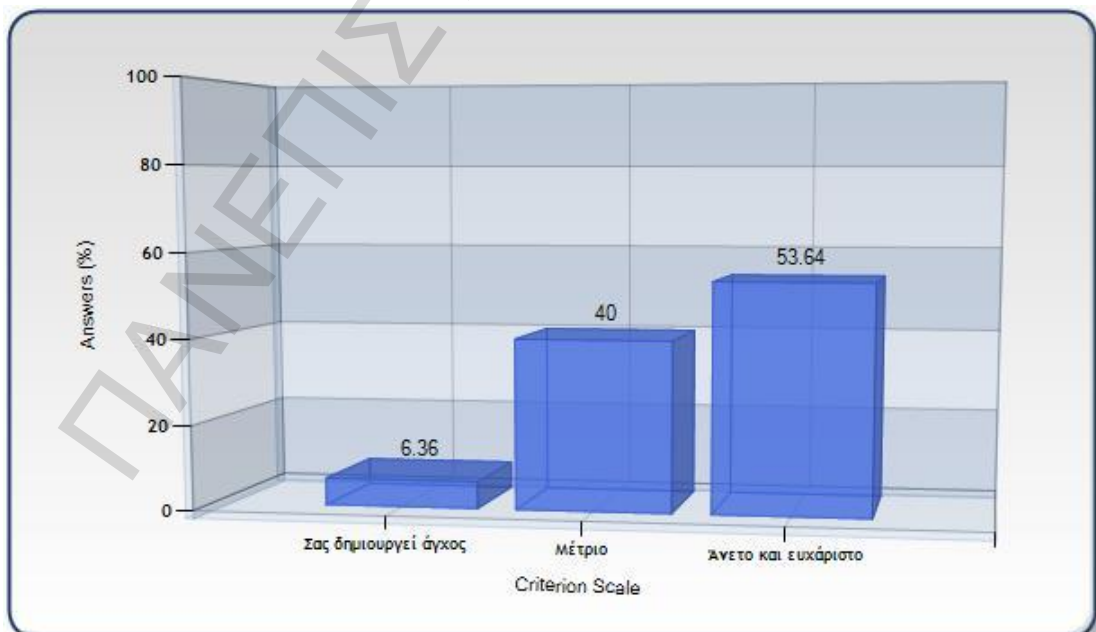
Σχήμα 6.38 : Ικανοποίηση από υποκριτήριο Σύγχρονος Τεχνολογικός Εξοπλισμός

Στην ερώτηση «Πόσο σύγχρονο θεωρείτε τον τεχνολογικό εξοπλισμό οδοντιατρικής θεραπείας;», το 38,18% απάντησαν «Πολύ», το 52,73% απάντησαν «Αρκετά» και το 9,09% δήλωσαν «Λίγο». Από τα παραπάνω ποσοστά διαπιστώνεται πως γενικότερα το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων στην έρευνα πιστεύουν πως ο οδοντιατρικός εξοπλισμός είναι σχετικά εξελιγμένος και σύγχρονος και εμφανίζονται ικανοποιημένοι ως προς το συγκεκριμένο υποκριτήριο.



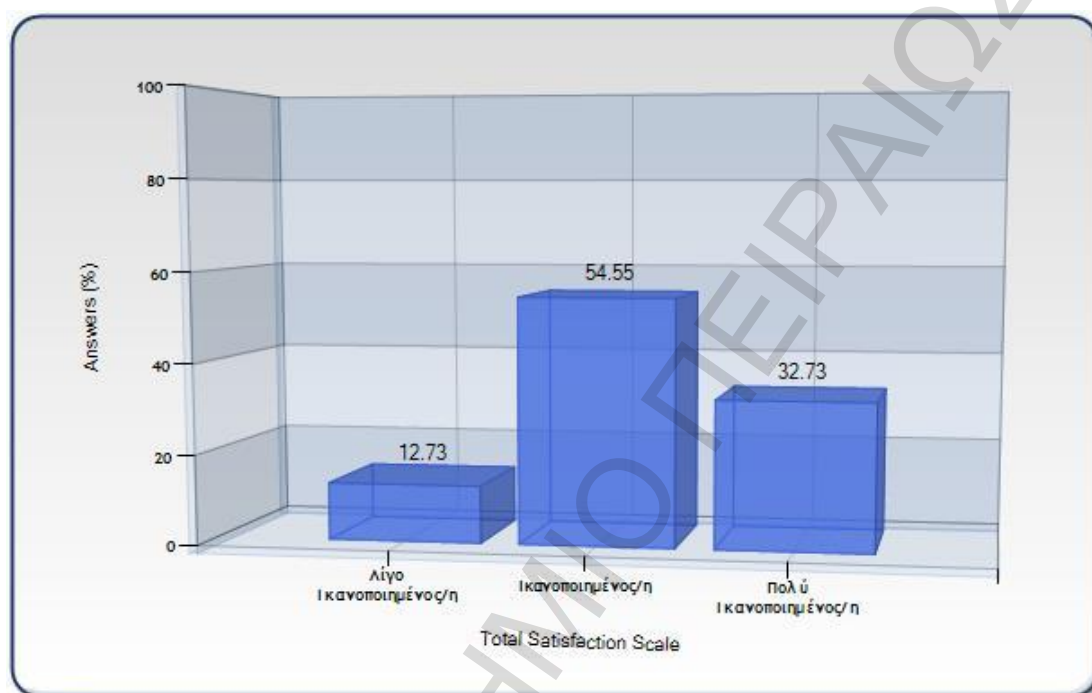
Σχήμα 6.39 : Ικανοποίηση από υποκριτήριο Επιμέλειας και Καθαριότητας

Στην ερώτηση «Πώς θα χαρακτηρίζατε το περιβάλλον του χώρου αναμονής σε θέματα : Επιμέλειας και καθαριότητας;» το 33,64% των ατόμων δήλωσαν «Άριστο», το 55,45% των ερωτηθέντων απάντησαν «Καλό», το 10% απάντησαν «Μέτριο» και μόνο το 0,91% δήλωσαν «Κακό». Μελετώντας τα προηγούμενα ποσοστά διαπιστώνουμε πως ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (89,09%) των ατόμων που ερωτήθηκαν δηλώνει ικανοποιημένο από την επιμέλεια και την καθαριότητα του περιβάλλοντα χώρου των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης.



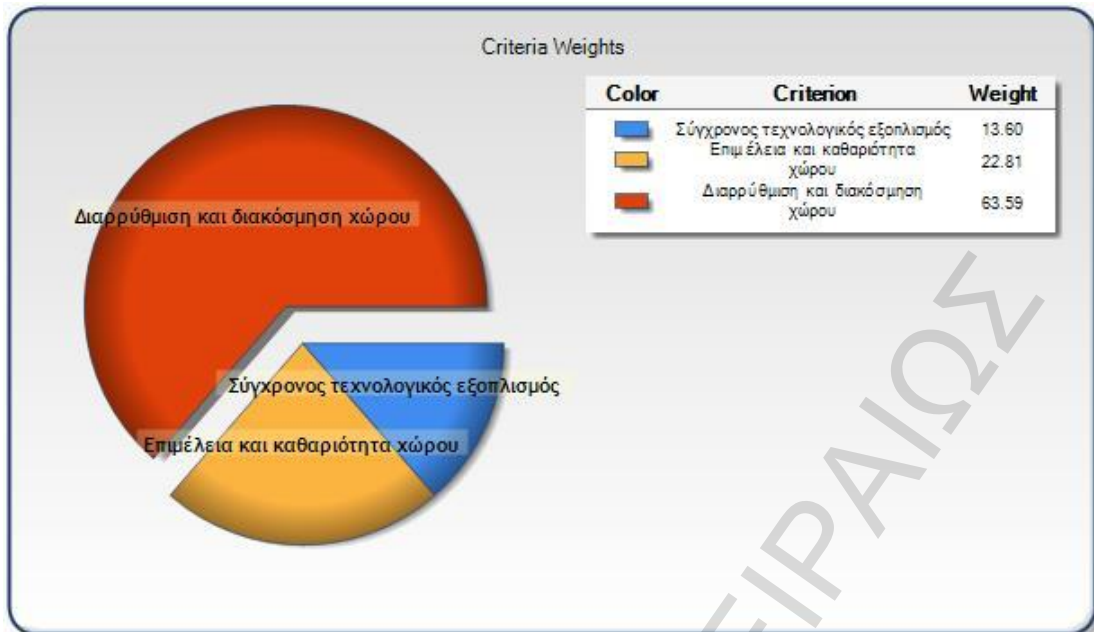
Σχήμα 6.40 : Ικανοποίηση από υποκριτήριο Διαρρύθμισης και Διακόσμησης

Στην ερώτηση «Πώς θα χαρακτηρίζατε το περιβάλλον του χώρου αναμονής σε θέματα : Διαρρύθμισης και διακόσμησης;» το 53,64% των ατόμων δήλωσαν «Άνετο και ευχάριστο», το 40% απάντησαν «Μέτριο» και μόνο το 6,36% δήλωσαν ότι τους δημιουργεί άγχος. Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα διαπιστώνεται πως το περιβάλλον των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται ως καλό και αφήνει την πλειοψηφία των συμμετεχόντων ικανοποιημένους.



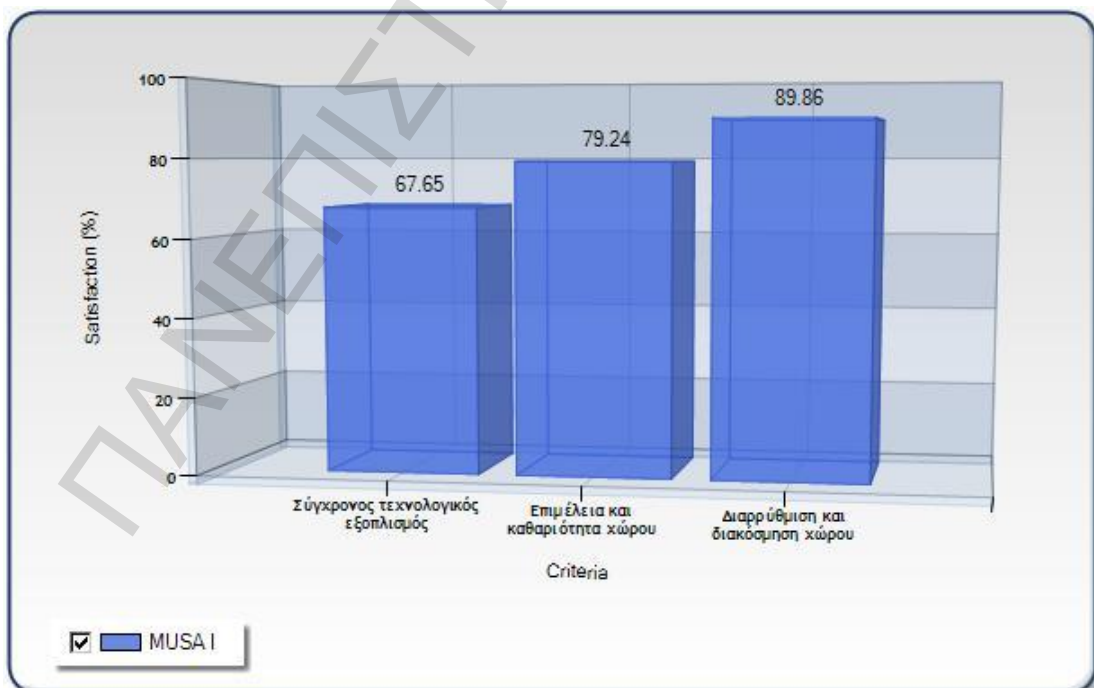
Σχήμα 6.41 : Συνολική ικανοποίηση από το κριτήριο Περιβάλλον

Παρατηρώντας, το παραπάνω διάγραμμα διαπιστώνεται πως το 32,73% των ατόμων που ερωτήθηκαν εμφανίζονται «Πολύ ικανοποιημένος/η» από τον περιβάλλοντα χώρο των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης. Το 54,55% εμφανίζονται «Ικανοποιημένος/η» και το 12,73% «Λίγο ικανοποιημένοι». Συμπερασματικά, το σύνολο των ερωτηθέντων με ποσοστό 87,28% είναι ικανοποιημένοι από τον περιβάλλοντα χώρο των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης.



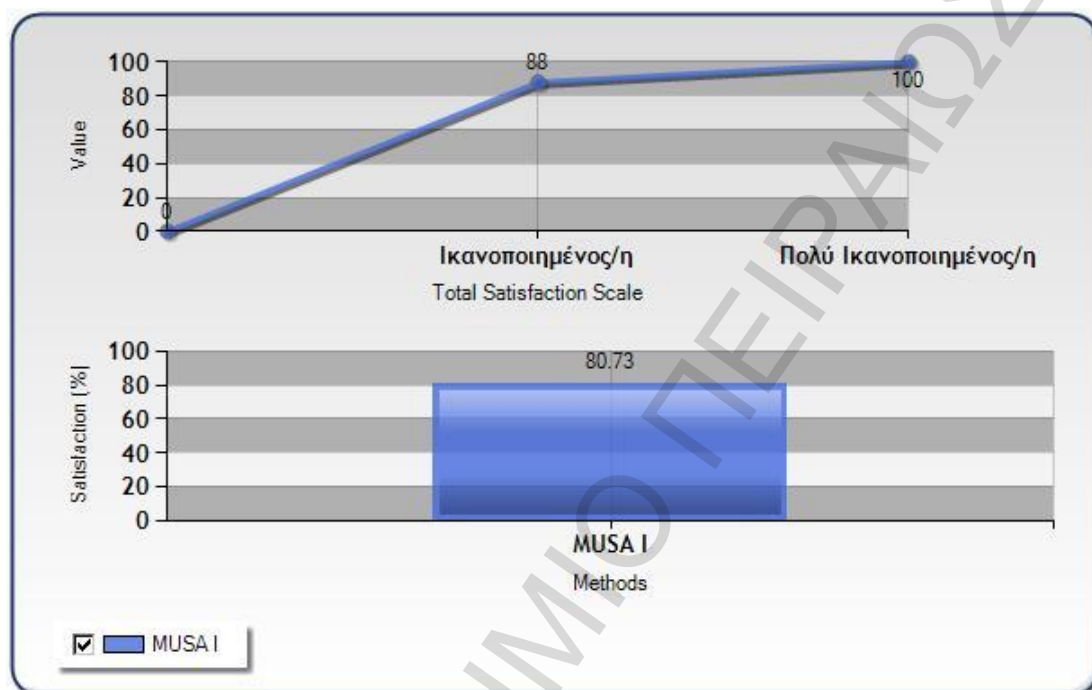
Σχήμα 6.42 : Βάρη Υποκριτηρίων (Περιβάλλον)

Στα παραπάνω διαγράμματα παρουσιάζεται το βάρος ή η σημαντικότητα των υποκριτηρίων, έτσι όπως έχει διαμορφωθεί από σύνολο των ερωτηθέντων. Παρατηρείται πως πρώτο και με αρκετή διαφορά έρχεται η διαρρύθμιση και διακόσμηση του χώρου των οδοντιάτρων με ποσοστό 63,59%, ακολουθούν η επιμέλεια και η καθαριότητα του χώρου και ο σύγχρονος εξοπλισμός με ποσοστά 22,81% και 13,60% αντίστοιχα.



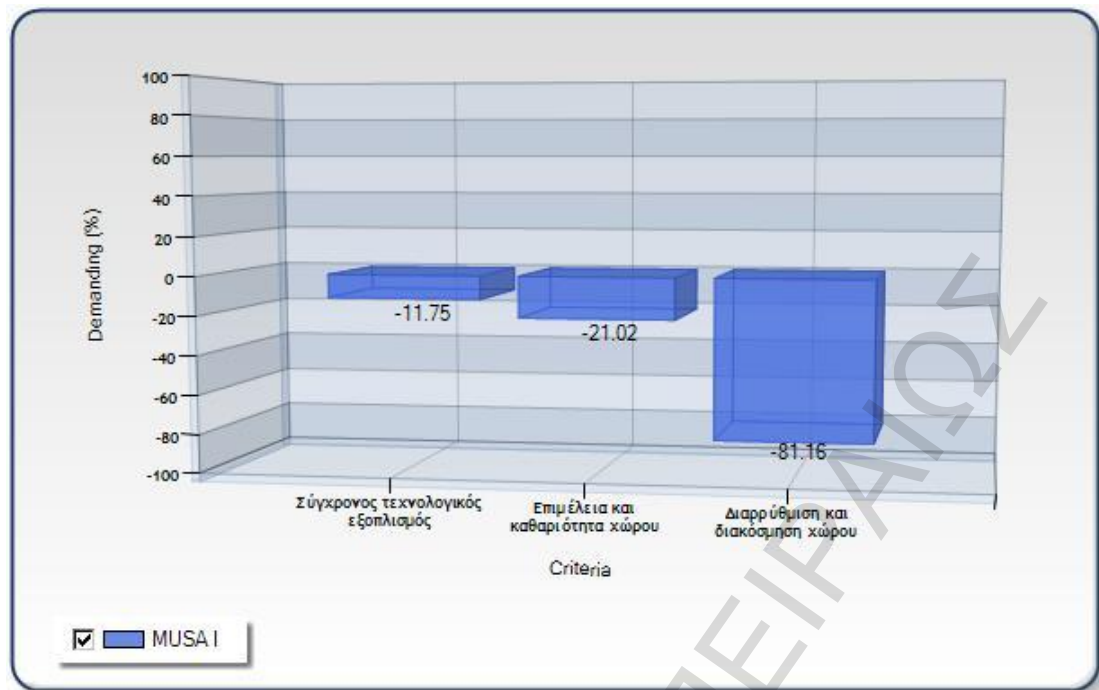
Σχήμα 6.43 : Βαθμός Ικανοποίησης Υποκριτηρίων (Περιβάλλον)

Από την μελέτη των τριών υποκριτηρίων, διαπιστώνεται ότι το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνει ικανοποιημένο από τη διαρρύθμιση και τη διακόσμηση του χώρου. Ακολουθεί, η ικανοποίηση από την επιμέλεια και καθαριότητα του χώρου. Τέλος, συναντάμε την ικανοποίηση από το σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό.



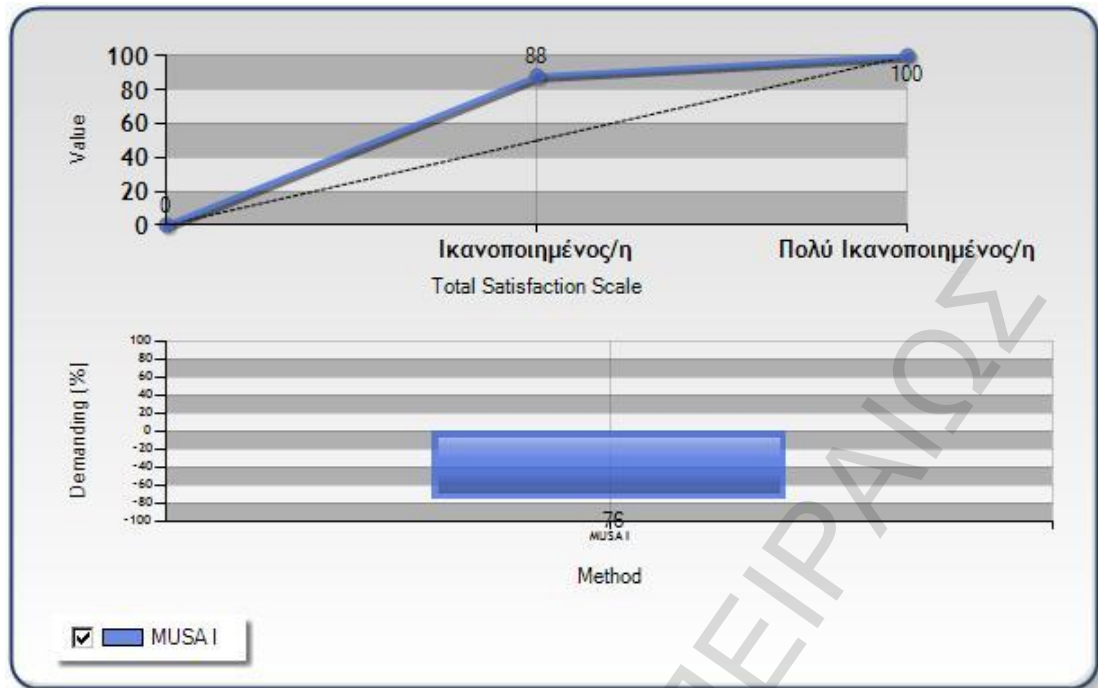
Σχήμα 6.44 : Δείκτης Ικανοποίησης (Περιβάλλον)

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από την γενικότερη εικόνα του περιβάλλοντα χώρου των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης. Η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κοίλη μορφή, το οποίο σημαίνει ότι τα άτομα κατατάσσονται στη κατηγορία των «μη – απαιτητικών» πελατών - χρηστών, δηλαδή τα συγκεκριμένα άτομα δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένα παρόλο που μπορεί μόνο ένα μικρό ποσοστό των προσδοκιών τους εκπληρώνεται. Ο μέσος δείκτης ικανοποίησης είναι στο 80,73%.



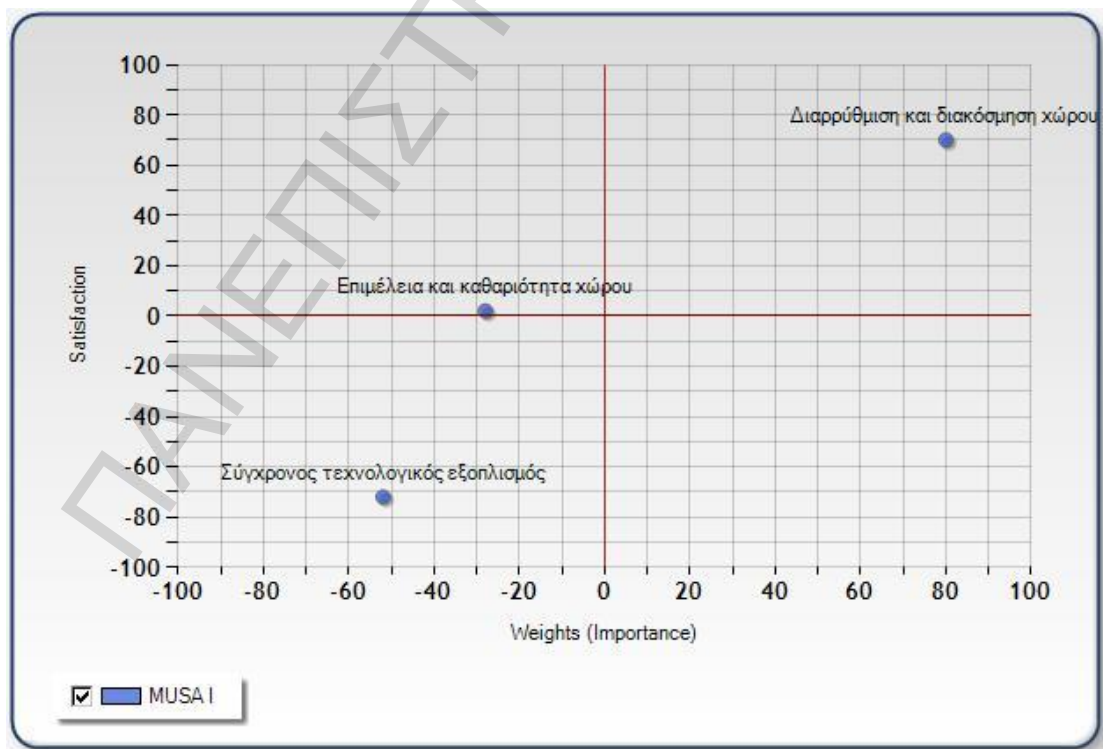
Σχήμα 6.45 : Διάγραμμα Απαιτητικότητας (Περιβάλλον)

Μελετώντας το παραπάνω διάγραμμα συμπεραίνουμε πως στο υποκριτήριο διαρρύθμιση και διακόσμηση χώρου λαμβάνει αρνητική τιμή (-81,16), επομένως η απαίτηση για περαιτέρω βελτίωση είναι μικρή. Και για το επόμενο υποκριτήριο που είναι η επιμέλεια και καθαριότητα του χώρου ο δείκτης απαιτητικότητας έχει αρνητικό πρόσημο λαμβάνοντας την τιμή -21,02. Εδώ παρατηρείται ότι το περιθώριο βελτίωσης είναι μεγαλύτερο σε σχέση με το πρώτο υποκριτήριο. Τέλος, το υποκριτήριο σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός λαμβάνει την τιμή - 11,75 όπου παρουσιάζονται περισσότερες απαιτήσεις για βελτίωση.



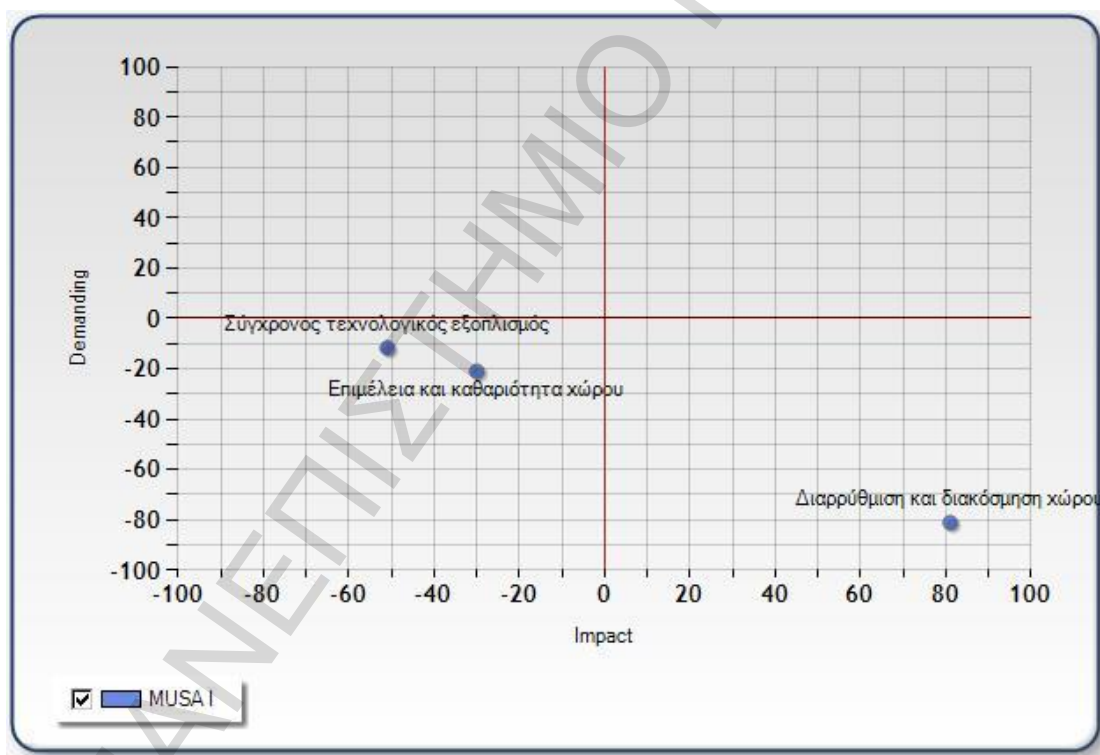
Σχήμα 6.46 : Δείκτης Απαιτητικότητας (Περιβάλλον)

Παρατηρώντας το παραπάνω διάγραμμα, διαπιστώνουμε πως το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα εμφανίζονται ως «μη – απαιτητικοί» πελάτες – χρήστες, αφού η συνάρτηση απαιτητικότητας έχει κοίλη μορφή. Επιπλέον, συμπεραίνεται πως ο μέσος δείκτης απαιτητικότητας λαμβάνει την τιμή 76.



Σχήμα 6.47 : Διάγραμμα Δράσης (Περιβάλλον)

Παρατηρώντας το διάγραμμα δράσης συμπεραίνουμε πως κανένα από τα υποκριτήρια δεν βρίσκεται στην περιοχή δράσης. Στην περιοχή ισχύος τοποθετείται η διαρρύθμιση και διακόσμηση του περιβάλλοντα χώρου των οδοντιατρικών υπηρεσιών, έχοντας υψηλό βαθμό απόδοσης και υψηλή σημαντικότητα. Στη περιοχή ισχύουσας κατάστασης βρίσκεται ο σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός. Σε αυτό το τμήμα δεν απαιτείται καμία πρόσθετη ενέργεια αφού η συγκεκριμένη διάσταση ικανοποίησης δεν είναι κρίσιμη την περίοδο της ανάλυσης, όμως δεν πρέπει να λησμονείται πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι χαμηλή για το συγκεκριμένο κριτήριο και αυτό ενδέχεται να δημιουργήσει κάποιο πρόβλημα στο μέλλον. Τέλος, στην περιοχή μεταφοράς πόρων βρίσκεται το υποκριτήριο επιμέλεια και καθαριότητα του χώρου, έχοντας υψηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα, γεγονός που μας υποδεικνύει ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης, αλλά το υποκριτήριο αυτό δεν επηρεάζουν αρκετά την ικανοποίηση των ερωτηθέντων.



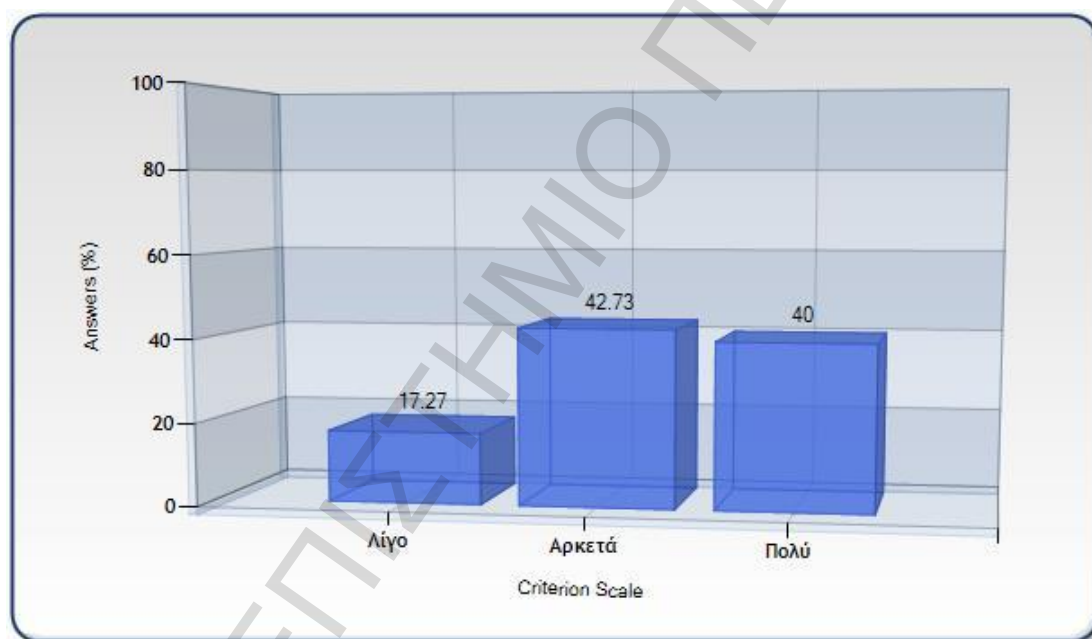
Σχήμα 6.48 : Διάγραμμα Βελτίωσης (Περιβάλλον)

Στο διάγραμμα βελτίωσης των υποκριτηρίων παρατηρείται ότι στην περιοχή 1^{ns} προτεραιότητας βρίσκεται το υποκριτήριο διαρρύθμιση και διακόσμηση χώρου, όπου θα πρέπει να επικεντρωθούν και οι προσπάθειες βελτίωσης της ικανοποίησης γιατί παρουσιάζει υψηλή αποτελεσματικότητα και μικρή προσπάθεια. Δηλαδή, η απαιτητικότητα των ατόμων για το συγκεκριμένο υποκριτήριο είναι σχετικά μικρή

γεγονός που σημαίνει ότι οι ενέργειες βελτίωσης θα έχουν άμεση αποτελεσματικότητα. Στη περιοχή 2^{ης} προτεραιότητας ενεργειών βελτίωσης βρίσκονται τα υποκριτήρια σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός και επιμέλεια και καθαριότητα χώρου, τα οποία παρουσιάζουν χαμηλή αποτελεσματικότητα και μικρή προσπάθεια.

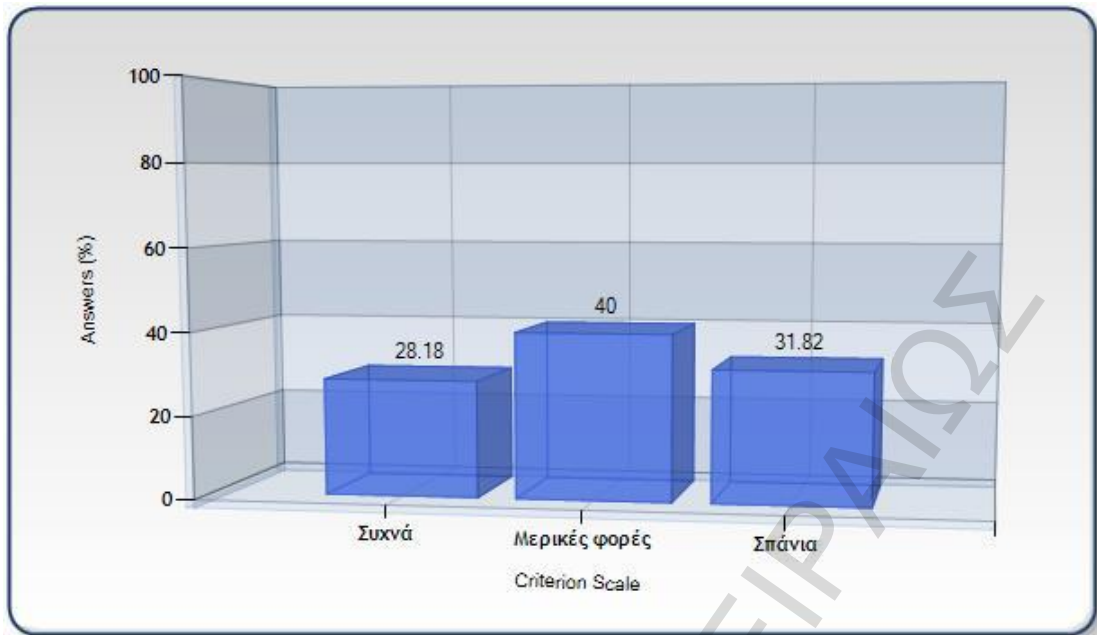
6.3.4 Ανάλυση υποκριτηρίων 3^{ου} κριτηρίου : Πρόσβαση

Στα σχήματα που ακολουθούν παρουσιάζονται τα στατιστικά στοιχεία των απαντήσεων των χρηστών των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης, όπως αυτά πρόεκυψαν κατόπιν επεξεργασίας με την μέθοδο MUSA, η οποία αποτελεί την πολικριτηριακή αναλυτική – συνθετική προσέγγιση για το πρόβλημα της μέτρησης και της ανάλυσης της ικανοποίησης.



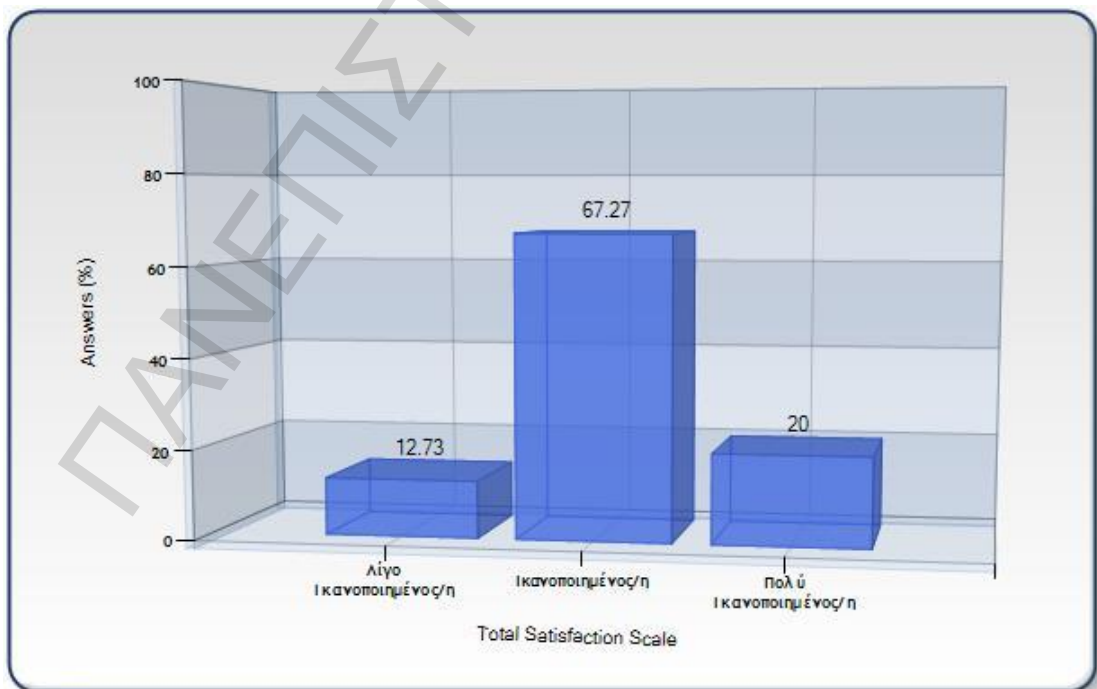
Σχήμα 6.49 : Ικανοποίηση από το υποκριτήριο Ευκολία στην Πρόσβαση

Στην ερώτηση «Θεωρείτε εύκολη την πρόσβαση σας στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης;» το 40% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα απάντησαν «Πολύ», το 42,73% «Αρκετά» και το 17,27% «Λίγο». Μελετώντας τα ποσοστά από το παραπάνω διάγραμμα συμπεραίνεται πως το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων στην έρευνα πιστεύει πως η πρόσβαση του στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψη είναι αρκετά εύκολη και επομένως εμφανίζεται ικανοποιημένο ως προς το υποκριτήριο αυτό.



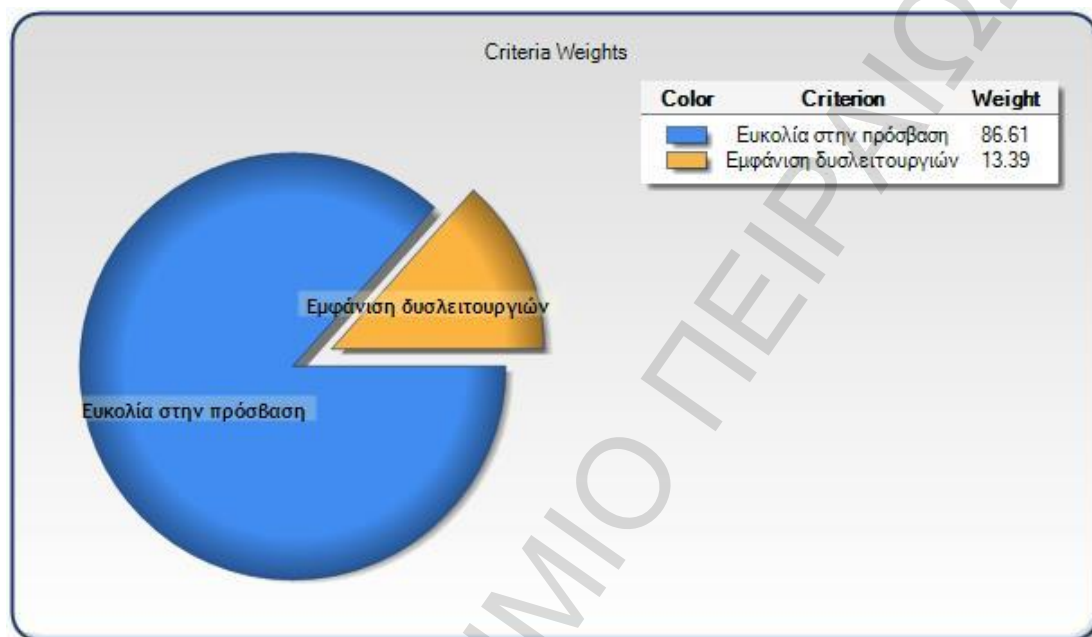
Σχήμα 6.50 : Ικανοποίηση από υποκριτήριο Εμφάνιση Δυσλειτουργιών

Στην ερώτηση «Πόσο συχνά παρουσιάζονται δυσλειτουργίες;» το 31,82% απάντησαν «Σπάνια», το 40% δήλωσαν «Μερικές φορές» και το 28,18% «Συχνά». Σύμφωνα με τα ποσοστά διαπιστώνεται πως το 71,82% των ατόμων που ερωτήθηκαν θεωρούν πως δεν εμφανίζονται συχνά δυσλειτουργίες, όπως απεργίες οδοντιάτρων, όσο αφορά στην πρόσβαση τους στις οδοντιατρικές υπηρεσίες, ενώ το υπόλοιπο 28,18% πιστεύει ότι παρουσιάζονται αρκετά συχνά.



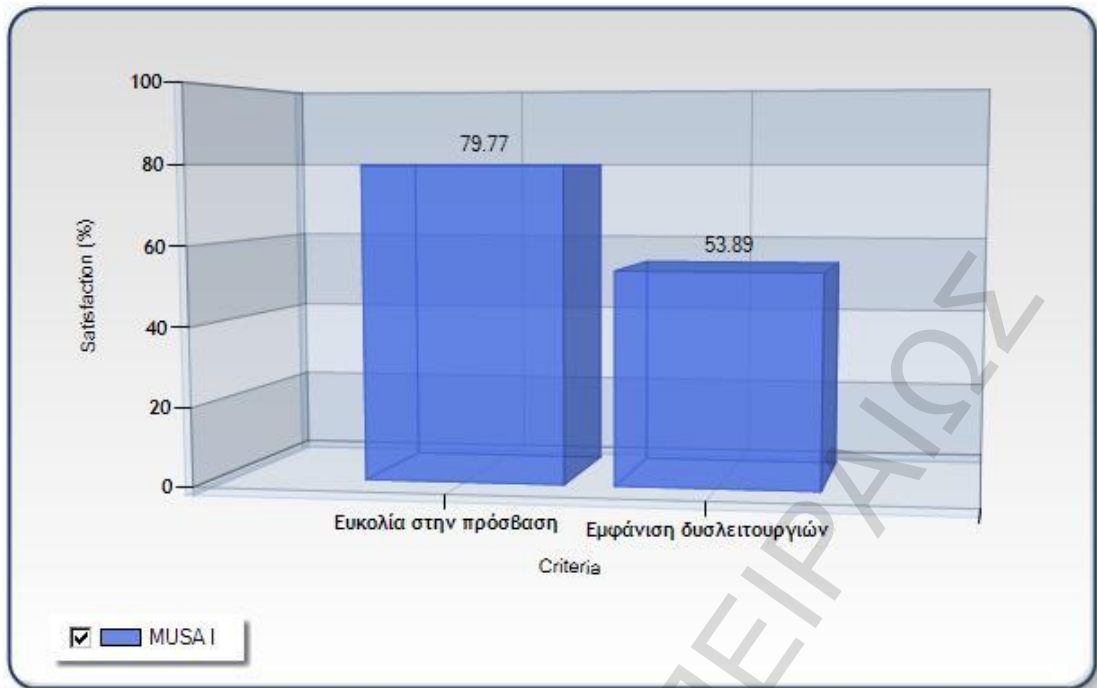
Σχήμα 6.51 : Συνολική ικανοποίηση από το κριτήριο Πρόσβαση

Παρατηρώντας το παραπάνω διάγραμμα, συμπεραίνεται πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνουν «Ικανοποιημένος/η» από την δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης. Ακολουθούν το «Πολύ ικανοποιημένος/η» και το «Λίγο ικανοποιημένος/η».



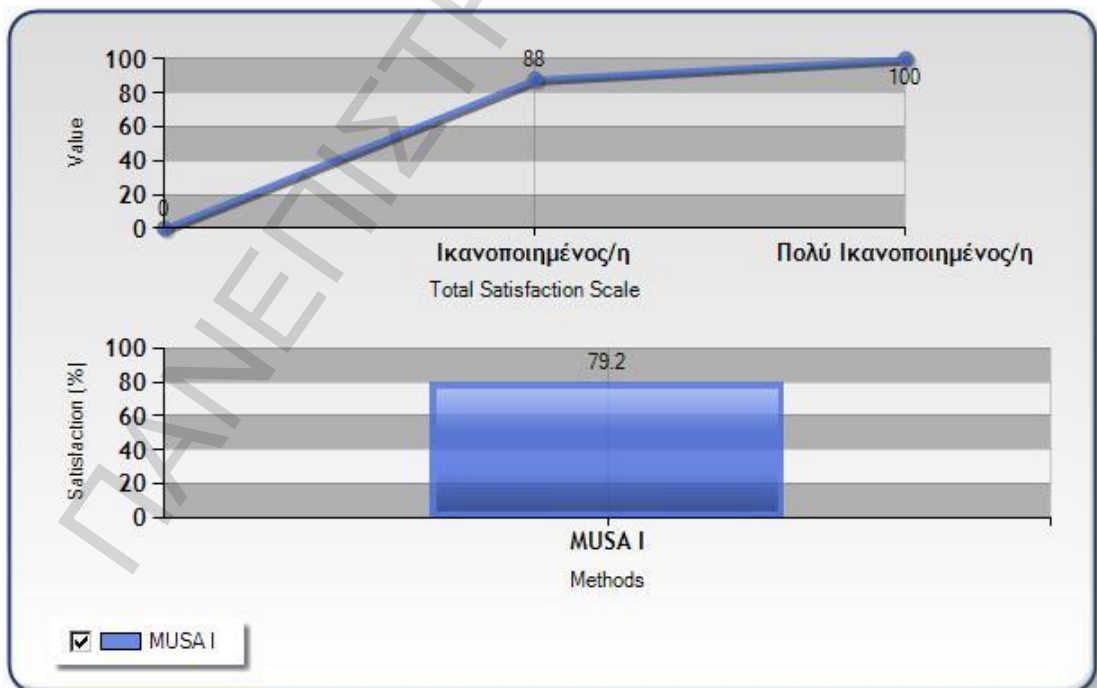
Σχήμα 6.52 : Βάρη Υποκριτηρίων (Πρόσβαση)

Στα παραπάνω διαγράμματα παρουσιάζεται το βάρος ή η σημαντικότητα των υποκριτηρίων, έτσι όπως έχει διαμορφωθεί από σύνολο των ερωτηθέντων. Παρατηρείται πως πρώτο και με μεγάλη διαφορά έρχεται η ευκολία στην πρόσβαση, με ποσοστό 86,61%. Ακολουθεί, με μικρότερη βαρύτητα, η εμφάνιση δυσλειτουργιών με ποσοστό 13,39%.



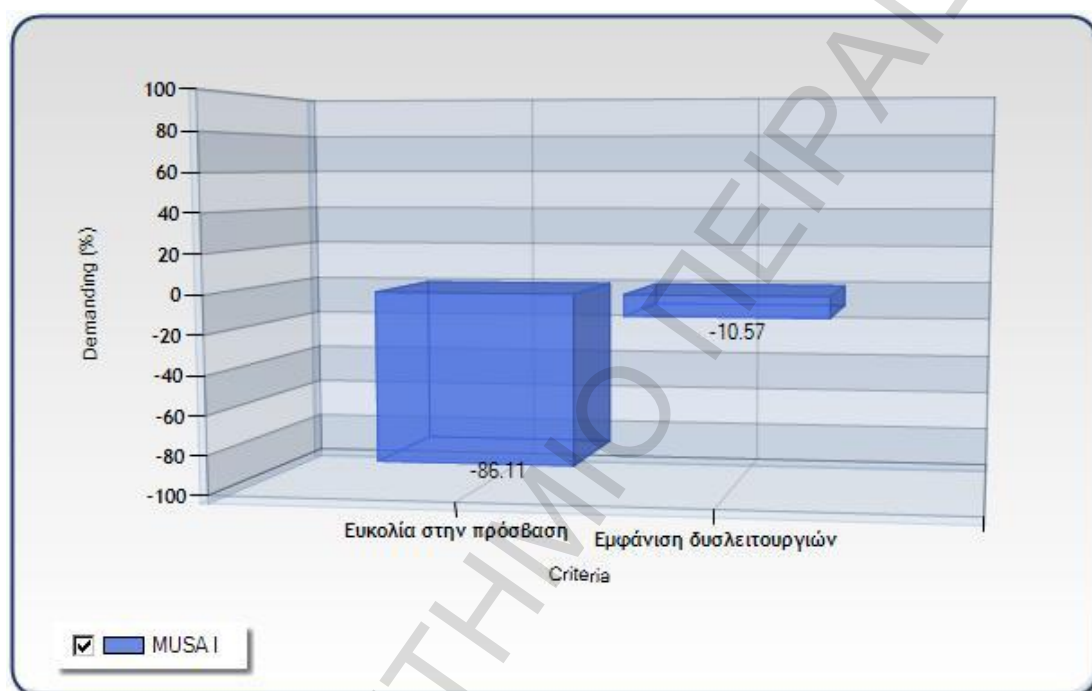
Σχήμα 6.53 : Βαθμός Ικανοποίηση Υποκριτηρίων (Πρόσβαση)

Από την μελέτη των δύο υποκριτηρίων, διαπιστώνεται ότι το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνει ικανοποιημένο από την ευκολία στην πρόσβαση. Ακολουθεί η ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την εμφάνιση δυσλειτουργιών.



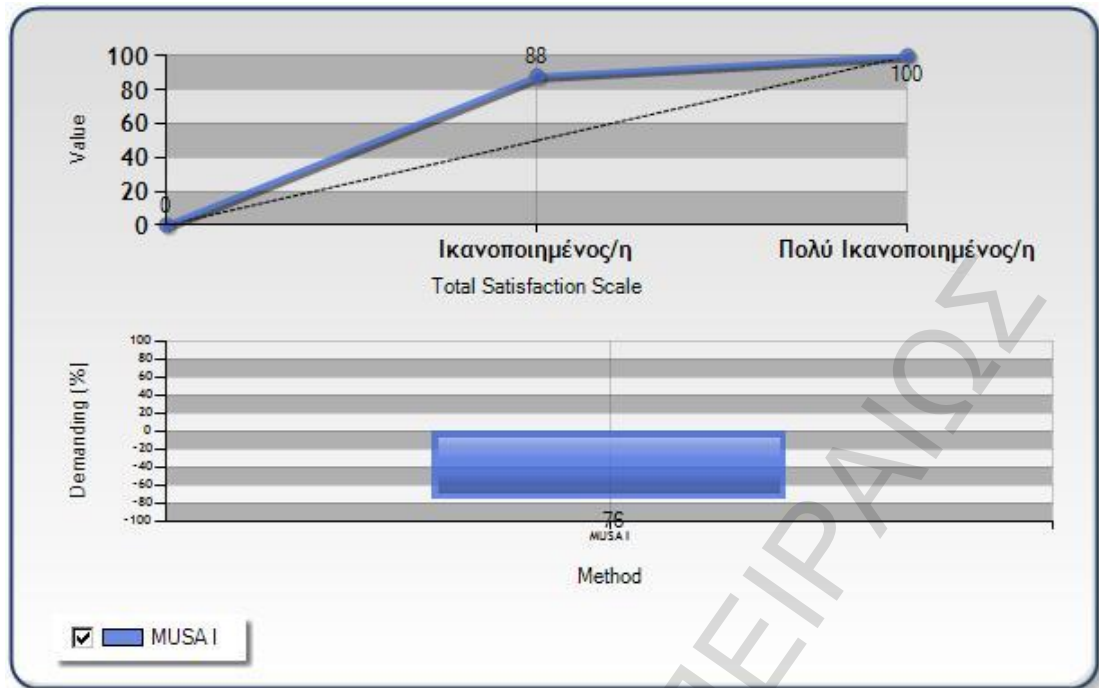
Σχήμα 6.54 : Δείκτης Ικανοποίησης (Πρόσβαση)

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από την πρόσβαση στις υπηρεσίες παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης. Η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κοίλη μορφή, το οποίο σημαίνει ότι τα άτομα κατατάσσονται στη κατηγορία των «μη – απαιτητικών» πελατών - χρηστών, δηλαδή τα συγκεκριμένα άτομα δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένα παρόλο που μπορεί μόνο ένα μικρό ποσοστό των προσδοκιών τους εκπληρώνεται. Ο μέσος δείκτης ικανοποίησης είναι στο 79,20%.



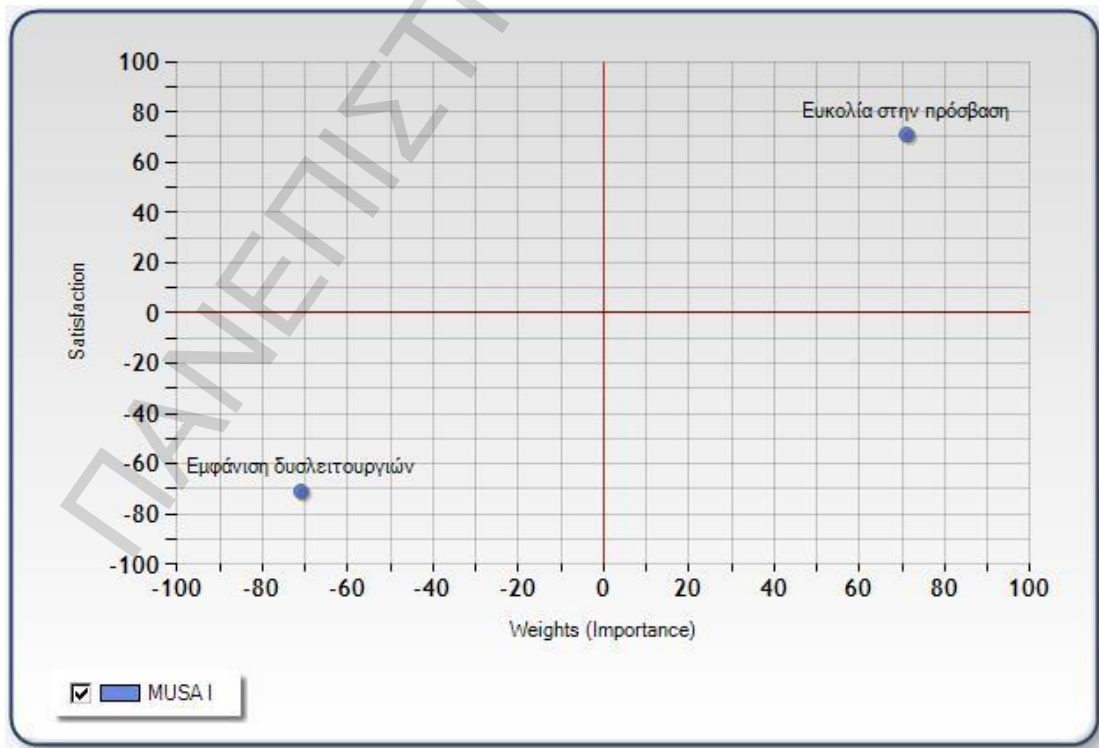
Σχήμα 6.55 : Διάγραμμα Απαιτητικότητας (Πρόσβαση)

Μελετώντας το παραπάνω διάγραμμα συμπεραίνουμε πως στο υποκριτήριο ευκολία στην πρόσβαση η απαιτητικότητα λαμβάνει αρνητική τιμή (-86,11), γεγονός που μας φανερώνει ότι η απαίτηση για περαιτέρω βελτίωση είναι μικρή. Και για το επόμενο υποκριτήριο που είναι η εμφάνιση δυσλειτουργιών ο δείκτης απαιτητικότητας έχει αρνητικό πρόσημο λαμβάνοντας την τιμή -10,57. Εδώ παρατηρείται ότι το περιθώριο βελτίωσης είναι μεγαλύτερο σε σχέση με το πρώτο υποκριτήριο.



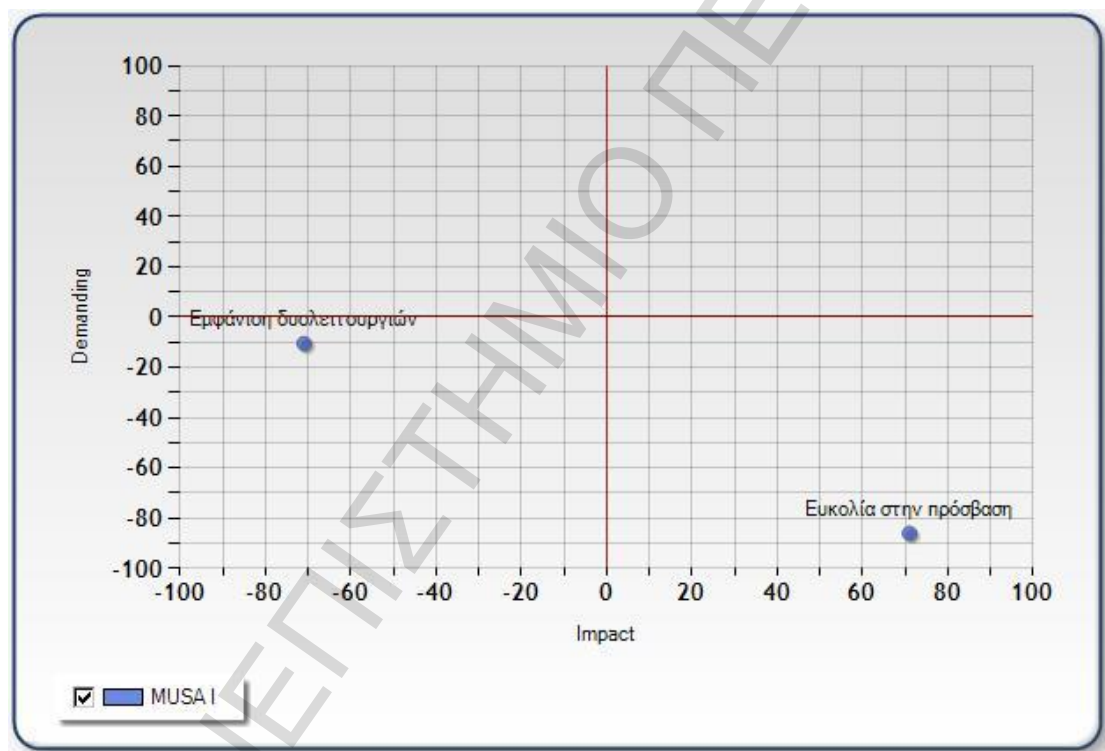
Σχήμα 6.56 : Δείκτης Απαιτητικότητας (Πρόσβαση)

Παρατηρώντας το παραπάνω διάγραμμα, διαπιστώνουμε πως το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα εμφανίζονται ως «μη – απαιτητικοί» πελάτες – χρήστες, αφού η συνάρτηση απαιτητικότητας έχει κοίλη μορφή. _Ακόμα συμπεραίνουμε πως ο μέσος δείκτης απαιτητικότητας λαμβάνει την τιμή 76.



Σχήμα 6.57 : Διάγραμμα Δράσης (Πρόσβαση)

Παρατηρώντας το διάγραμμα δράσης συμπεραίνουμε πως κανένα από τα υποκριτήρια δεν βρίσκεται στην περιοχή δράσης. Στην περιοχή ισχύος τοποθετείται το υποκριτήριο ευκολία στην πρόσβαση, έχοντας υψηλό βαθμό απόδοσης και υψηλή σημαντικότητα. Στη περιοχή ισχύουσας κατάστασης βρίσκεται το υποκριτήριο εμφάνιση δυσλειτουργιών. Σε αυτό το τμήμα δεν απαιτείται καμία πρόσθετη ενέργεια αφού η συγκεκριμένη διάσταση ικανοποίησης δεν είναι κρίσιμη την περίοδο της ανάλυσης, όμως δεν πρέπει να λησμονείται πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι χαμηλή για το συγκεκριμένο υποκριτήριο και αυτό ενδέχεται να δημιουργήσει κάποιο πρόβλημα στο μέλλον. Τέλος, στην περιοχή μεταφοράς πόρων δεν βρίσκεται κανένα υποκριτήριο.



Σχήμα 6.58 : Διάγραμμα Βελτίωσης (Πρόσβαση)

Στο διάγραμμα βελτίωσης των υποκριτηρίων παρατηρείται ότι στην περιοχή 1^{ης} προτεραιότητας βρίσκεται το κριτήριο ευκολία στην πρόσβαση, το οποίο παρουσιάζει υψηλή αποτελεσματικότητα και μικρή προσπάθεια. Εδώ θα πρέπει να επικεντρωθούν οι προσπάθειες για βελτίωση αφού θα υπάρξει μεγάλη αποτελεσματικότητα ενώ τα άτομα δεν εμφανίζονται ιδιαίτερα απαιτητικά. Στη περιοχή 2^{ης} προτεραιότητας ενεργειών βελτίωσης βρίσκεται το υποκριτήριο εμφάνιση δυσλειτουργιών, το οποίο παρουσιάζει χαμηλή αποτελεσματικότητα και μικρή προσπάθεια. Το υποκριτήριο

αυτό έρχεται δεύτερο στις προτεραιότητες για τη βελτίωση της ικανοποίησης των υπηρεσιών.

6.4 Ανακεφαλαίωση

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο αναλύθηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας για την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης. Αρχικά εξετάστηκαν τα δημογραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου και στη συνέχεια αναλύθηκαν λεπτομερώς τα διαγράμματα που προέκυψαν από την πολυκριτήρια ανάλυση MUSA.

Μετά από την πλήρη επεξεργασία των ερωτηματολογίων, συμπεραίνεται πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης που τους παρέχονται. Αναλυτικά τα αποτελέσματα αναφέρονται στο Κεφάλαιο 7, όπου παρουσιάζονται τα συμπεράσματα από την συγκεκριμένη έρευνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΤΕΛΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ

7.1 Εισαγωγή

Στο συγκεκριμένο, τελευταίο κεφάλαιο της Διπλωματικής Εργασίας, επιχειρείται να διεξαχθούν συμπεράσματα από το ερευνητικό τμήμα της εργασίας και να προταθούν κάποιες προτάσεις με σκοπό την βελτίωση των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης.

7.2 Συμπεράσματα

Είναι γενικά αποδεκτό πως η ραγδαία και συνεχής εξέλιξη του τομέα της υγείας, και κατά συνέπεια και της οδοντιατρικής επιστήμης, έχει ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση του κέντρου βάρους του επιστημονικού προβληματισμού και της έρευνας στα συστήματα υγείας από την ποσότητα και την επάρκεια στην ποιότητα των υπηρεσιών.

Επιπλέον, αρκετές αλλαγές παρατηρούνται και στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας που στις μέρες μας με την ανάπτυξη της τεχνολογίας, έχουν καλύτερη πρόσβαση στη γνώση και στην πληροφορία και επομένως διατυπώνουν υψηλότερες προσδοκίες και αιτήματα τα οποία δεν περιορίζονται πλέον στην επάρκεια και την προσβασιμότητα των φροντίδων, αλλά επεκτείνονται στην ικανοποίηση, την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και κατά επέκταση και των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης.

Στις μέρες μας, είναι αποδεδειγμένο ότι η ποιότητα έχει άμεση συσχέτιση με την ικανοποίηση των χρηστών. Γενικά, συμπεραίνεται ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι σημαντικός δείκτης για την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών κάθε συστήματος και ιδιαίτερα για όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων ώστε να αξιοποιούνται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι πόροι για την υγεία τόσο για αυτούς που τους προσφέρουν όσο και για αυτούς που τους λαμβάνουν.

Η ικανοποίηση του ασθενούς από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης είναι έννοια πολυδιάστατη και πολύπλοκη διότι αποτελεί τη συνισταμένη πολλών παραμέτρων και επηρεάζεται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες.

Ο σκοπός της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας ήταν να καταγραφεί και να μελετηθεί η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, μέσω της πολυκριτήριας μεθόδου MUSA.

Οι διαστάσεις που προσβέεται ότι επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών και μελετήθηκαν είναι η εξυπηρέτηση που παρέχεται από το υγειονομικό προσωπικό (οδοντίατροι, βοηθοί), το περιβάλλον των μονάδων παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης, η πρόσβαση στις υπηρεσίες, το κόστος που χρειάστηκε να δαπανηθεί για την εκάστοτε θεραπεία και τέλος το κατά πόσο κρίνεται αποτελεσματική η θεραπεία που ακολουθήθηκε (αποτελεσματικότητα).

Σύμφωνα με την έρευνα που διεξάγει, το σύνολο των χρηστών των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης εμφανίζεται ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες δεδομένου ότι και ο δείκτης ολικής ικανοποίησης άγγιξε την τιμή 74,57. Επιπρόσθετα, κρίνοντας από την συνάρτηση ολικής ικανοποίησης των ερωτηθέντων, όπου παρουσιάζει κοίλη μορφή και από τους επιμέρους δείκτες απαιτητικότητας, όπου όλοι έχουν αρνητικές τιμές (αποτελεσματικότητα : -59,14, προσωπικό : -56,11, κόστος, : -34,29, περιβάλλον : -7,9 και πρόσβαση : -3,14), τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα δεν εμφανίζονται ιδιαίτερα απαιτητικά από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Πιο αναλυτικά, τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα εμφανίζονται ικανοποιημένα από τα κριτήρια προσωπικό, περιβάλλον, πρόσβαση και αποτελεσματικότητα, ενώ η ικανοποίηση τους από το κριτήριο κόστος δεν είναι μεγάλη αφού χαρακτηρίζουν ως ακριβό το κόστος που χρειάζεται να καταβάλλουν κατά την οδοντιατρική επίσκεψη.

Οι χρήστες δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στα κριτήρια που αφορούν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας που έχουν ακολουθήσει και την εξυπηρέτηση τους από το οδοντιατρικό προσωπικό. Μετά ακολουθούν το κόστος, το περιβάλλον και η πρόσβαση στις υπηρεσίες. Επίσης, περισσότερο ικανοποιημένοι δηλώνουν από το προσωπικό και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης.

Στη συνέχεια εξετάστηκαν τα βάρη και οι βαθμοί ικανοποίησης για τα υποκριτήρια που περιλάμβαναν τα παραπάνω κριτήρια. Πρέπει να σημειωθεί πως οι τιμές ικανοποίησης των υποκριτηρίων συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση της ολικής ικανοποίησης.

Τα υποκριτήρια του πρώτου κριτηρίου που αφορούσε το προσωπικό των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης είναι η επαγγελματική επάρκεια, η προθυμία, η

ταχύτητα στην εξυπηρέτηση και το μετέπειτα ενδιαφέρον των οδοντιάτρων. Στο σύνολο τους οι χρήστες των υπηρεσιών εμφανίζονται ικανοποιημένοι από όλα τα υποκριτήρια. Μεγαλύτερο βάρος δίνουν στην ταχύτητα εξυπηρέτησης τους από το προσωπικό, όπου όμως και εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι.

Το δεύτερο κριτήριο, που αναφερόταν στον περιβάλλοντα χώρο των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης είχε τα υποκριτήρια, σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός, επιμέλεια και καθαριότητα, και διαρρύθμιση και διακόσμηση. Και εδώ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εμφανίζονται ικανοποιημένοι. Μεγαλύτερος βάρος δίνεται από τους ερωτηθέντες, με μεγάλη διαφορά από τα υπόλοιπα στην διαρρύθμιση και στην διακόσμηση του χώρου, αφού έχει αποδειχθεί και μέσα από έρευνες πως ένα ευχάριστο και χαρούμενο περιβάλλον επιδράει σημαντικά στην ψυχολογία του ασθενή.

Στο τελευταίο κριτήριο, που έχει αναλυθεί σε υποκριτήρια, την πρόσβαση στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης, μελετήθηκε το πόσο εύκολη είναι και εάν εμφανίζονται δυσλειτουργίες, όπως απεργίες οδοντιάτρων. Οι χρήστες δηλώνουν ικανοποιημένοι και από τα συγκεκριμένα υποκριτήρια δίνοντας μεγαλύτερη βαρύτητα στην ευκολία στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες.

Γενικά, συμπεραίνεται πως οι χρήστες των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης που συμμετείχαν στην έρευνα εμφανίζονται ικανοποιημένοι από το σύνολο των υπηρεσιών που τους παρέχονται. Πρέπει όμως να σημειωθεί πως με την πάροδο του χρόνου η ικανοποίηση του πελάτη μεταβάλλεται, και επειδή τα παρόντα μοντέλα δεν είναι σε θέση να παρέχουν ουσιαστικά αποτελέσματα για το μέλλον, είναι απαραίτητο να γίνονται έρευνες ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Αξιοποιώντας τα αποτελέσματα των ερευνών οι υπεύθυνοι των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης, θα οδηγηθούν στην σωστή λήψη αποφάσεων για την περαιτέρω βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών των υπηρεσιών του οδοντιατρικού κλάδου.

7.3 Προτάσεις Βελτίωσης

Είναι πλέον αποδεδειγμένο πως η στοματική υγεία θεωρείται συνιστώσα της συνολικής υγείας και της ποιότητας ζωής του κάθε ατόμου. Στην Ελλάδα εάν και τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται βελτίωση των δεικτών στοματικής υγείας, καταγράφεται ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά επισκέψεων στον οδοντίατρο ανάμεσα στα ευρωπαϊκά κράτη. Όπως συμπεραίνεται και από τα αποτελέσματα της έρευνας της Διπλωματικής Εργασίας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων

(62%), επισκέπτονται κάποια μονάδα οδοντιατρικής περίθαλψης μόνο εάν παρουσιάσουν πρόβλημα στη στοματική τους υγεία. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι δεν υπάρχει σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση για την αξία της στοματικής υγείας και τη σημασία της για τη γενική υγεία των ατόμων.

Επιπρόσθετα παρατηρείται πως ένα μεγάλο ποσοστό των οδοντιατρικών υπηρεσιών στον Ελληνικό πληθυσμό παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα (83%) και μόνο το 17% από το δημόσιο τομέα, με τη χαμηλή ποιότητα, το εύρος των υπηρεσιών, τη γραφειοκρατία και την ανεπαρκή ασφαλιστική κάλυψη να είναι οι σημαντικότεροι λόγοι για τη μη χρήση τους. Για αυτό το λόγο είναι αναγκαίο να ληφθούν πρόσθετα μέτρα που θα διευκολύνουν τον πληθυσμό και ιδιαίτερα τις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, να προσεγγίσουν τις δημόσιες υπηρεσίες στοματικής υγείας.

Για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης προτείνεται :

- Η επένδυση, από τους υπευθύνους, στην στοματική υγεία με στόχο την αποτελεσματικότητα.
- Η καταγραφή των αναγκών του πληθυσμού, όσον αφορά τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης.
- Η μείωση των ανισοτήτων όσον αφορά την στοματική υγεία.
- Η ποιοτική και ποσοτική αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας (που αποτελεί το 90% της οδοντιατρικής φροντίδας) για την πρόληψη της τερηδόνας, των περιοδοντικών παθήσεων και του καρκίνου της στοματικής κοιλότητας.
- Η αναβάθμιση και η αναδιοργάνωση της Δευτεροβάθμιας (νοσοκομειακής) και Τριτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας σε όλα τα επαρχιακά νοσοκομεία, αστικά και αγροτικά κέντρα υγείας.
- Η δυνατότητα άμεσης προσπελασιμότητας στις υπηρεσίες του οδοντιατρείου με την διευκόλυνση του ασθενή για ραντεβού όποτε το επιθυμεί και μείωση του απαιτούμενου χρόνου παραμονής στο οδοντιατρείο.
- Η ενημέρωση από τον οδοντίατρο σχετικά με το πρόβλημα της στοματικής υγείας του ασθενή, την απαιτούμενη θεραπευτική αγωγή, τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, των επιπλοκών και του τρόπου αντιμετώπισής τους.

- Η ετοιμασία κλινικών και διοικητικών πρωτοκόλλων για την παροχή στοιχειοθετημένης οδοντιατρικής φροντίδας.
- Η ενδυνάμωση των προγραμμάτων επιμόρφωσης του προσωπικού των οδοντιατρικών υπηρεσιών για να προσφέρουν οδοντιατρική φροντίδα σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση.
- Η δημιουργία πλήρους ηλεκτρονικού συστήματος καταγραφής και ελέγχου των στοματικών παθήσεων για όλες τις ομάδες πληθυσμού.
- Να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση του πληθυσμού, για να μπορεί να λαμβάνει κάθε άτομο όλα τα απαραίτητα προστατευτικά μέτρα σαν την πιο αποδοτική μορφή παροχής οδοντιατρικής φροντίδας.
- Να δοθεί έμφαση στην Δημόσια Οδοντιατρική Περίθαλψη που ως στόχο έχει την προαγωγή, την προστασία και την βελτίωση της στοματικής υγείας του πληθυσμού στον οποίο αναφέρονται.

Παρακάτω αναφέρονται οι παγκόσμιοι σκοποί και στόχοι για τη στοματική υγεία έως το 2020 όπως διαμορφώθηκαν από κοινού από την Παγκόσμια Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Π.Ο.Ο.) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), οι οποίοι εάν επιτευχθούν θα μπορέσουν να οδηγήσουν σε βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης στην χώρα μας.

- Πόνος : Μείωση σε επεισόδια πόνου στοματικής και κρανιοπροσωπικής προέλευσης και στις επιπτώσεις του πόνου στην εργασία και στη λειτουργικότητα των ατόμων.
- Δυσλειτουργίες : Μείωση στον αριθμό των ατόμων που εμφανίζουν δυσκολίες σε μάσηση, κατάποση και ομιλία.
- Μεταδοτικές νόσοι : Αύξηση του αριθμού των υπευθύνων φροντίδας υγείας, που είναι αρμόδιοι να διαγιγνώσκουν και να αντιμετωπίζουν τους κινδύνους μετάδοσης μολυσματικών νόσων, στο περιβάλλον της στοματικής φροντίδας υγείας.
- Καρκίνος του στοματοφάρυγγα : Μείωση της εξάπλωσης του καρκίνου του στοματοφάρυγγα, βελτίωση της 5ετούς επιβίωσης, αύξηση της έγκαιρης διάγνωσης και της άμεσης αναφοράς, μείωση στην έκθεση σε παράγοντες κινδύνου με ειδικές αναφορές στο κάπνισμα, στο αλκοόλ και στη διατροφή, αύξηση του αριθμού των προσβεβλημένων ατόμων που λαμβάνουν φροντίδα από ειδικούς σε διάφορα επίπεδα.

- Στοματικές εκδηλώσεις του HIV : Ελάττωση της εξάπλωσης ευκαιριακών στοματοπροσωπικών λοιμώξεων, αύξηση του αριθμού των παροχέων υγείας που είναι αρμόδιοι για τη διάγνωση και αντιμετώπιση των στοματικών εκδηλώσεων του HIV, αύξηση του αριθμού των υπεύθυνων πολιτικής οι οποίοι είναι ενημερωμένοι για τις στοματικές εκδηλώσεις της HIV λοίμωξης.
- Γάγγραινα προσώπου : Αύξηση των δεδομένων για τη γάγγραινα προσώπου από πληθυσμιακές ομάδες κινδύνου, αύξηση της έγκαιρης διάγνωσης και μείωση της έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου.
- Τραύμα : Αύξηση της έγκαιρης διάγνωσης, της άμεσης αναφοράς, του αριθμού των παροχέων υγείας που είναι αρμόδιοι για τη διάγνωση και παροχή επείγουσας φροντίδας, του αριθμού των προσβεβλημένων ατόμων που λαμβάνουν φροντίδα από ειδικούς σε διάφορα επίπεδα, όταν αυτό κριθεί αναγκαίο.
- Κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες : Μείωση στην έκθεση σε παράγοντες κινδύνου, με ειδική αναφορά στο κάπνισμα, στο αλκοόλ, στις αιτίες τερατογένεσης και στη βελτιωμένη διατροφή, αύξηση στο γενετικό έλεγχο, αύξηση της έγκαιρης διάγνωσης, της άμεσης αναφοράς, του αριθμού των προσβεβλημένων ατόμων που λαμβάνουν φροντίδα από ειδικούς σε διάφορα επίπεδα και της έγκαιρης διάγνωσης σοβαρών αναπηρικών δυσλειτουργιών και των αναφορών τους.
- Οδοντική τερηδόνα : Μείωση των δοντιών που εξάγονται λόγω τερηδονικής προσβολής στις ηλικίες των 18, 35-44 και 65-74 ετών.
- Ανωμαλίες ανάπτυξης των δοντιών : Μείωση της εμφάνισης φθορίασης της αδαμαντίνης, μείωση της διάδοσης επίκτητων ανωμαλιών των δοντιών, αύξηση της έγκαιρης διάγνωσης τόσο για κληρονομικές, όσο και για επίκτητες ανωμαλίες, αύξηση της άμεσης αναφοράς τόσο για κληρονομικές, όσο και για επίκτητες ανωμαλίες.
- Περιοδοντικές νόσοι : Μείωση των δοντιών που χάνονται λόγω περιοδοντικής νόσου στις ηλικίες των 18, 35-44 και 65-74 ετών, με ειδικές αναφορές στο κάπνισμα, στη φτωχή στοματική υγιεινή, στο στρες και στις διαδραστικές συστημικές νόσους. Μείωση της εξάπλωσης των νεκρωτικών μορφών των περιοδοντικών νόσων με ελάττωση στην έκθεση σε παράγοντες κινδύνου, όπως η φτωχή διατροφή, το στρες και ανοσοκαταστολή. Μείωση

της εξάπλωσης της ενεργούς περιοδοντικής νόσου (με ή χωρίς απώλεια πρόσφυσης) σε όλες τις ηλικίες. Αύξηση της αναλογίας των ατόμων, όλων των ηλικιών, με υγιές περιοδόντιο (ούλα και υποστηρικτικό οστό).

- Νόσοι στοματικού βλεννογόνου : Αύξηση του αριθμού των παροχέων φροντίδας υγείας που είναι αρμόδιοι για τη διάγνωση και την επείγουσα αντιμετώπιση, αύξηση της έγκαιρης διάγνωσης και αύξηση της άμεσης αναφοράς.
- Δυσλειτουργίες των σιελογόνων αδένων : Αύξηση του αριθμού των παροχέων φροντίδας υγείας που είναι αρμόδιοι για τη διάγνωση και την επείγουσα αντιμετώπιση, αύξηση της έγκαιρης διάγνωσης και αύξηση της άμεσης αναφοράς.
- Απώλεια δοντιών : Μείωση των νωδών ατόμων στις ηλικίες των 35-44 και 65-74 ετών, αύξηση των υπαρχόντων φυσικών δοντιών στις ηλικίες των 18, 35-44 και 65-74 ετών, αύξηση των ατόμων με λειτουργικές οδοντοστοιχίες (που έχουν από 21 φυσικά δόντια και άνω) στις ηλικίες των 35-44 και 65-74 ετών.
- Υπηρεσίες φροντίδας υγείας : Καθιέρωση τεκμηριωμένων σχεδίων για τη δημιουργία ανθρώπινων πόρων που μπορούν να παρέχουν φροντίδα κατάλληλη και ανάλογη με τα μορφωτικά, κοινωνικά, οικονομικά προφίλ, όλων των γκρουπ μέσα στον πληθυσμό. Αύξηση της αναλογίας του πληθυσμού με πρόσβαση σε επαρκή φροντίδα Στοματικής Υγείας.
- Πληροφοριακά συστήματα φροντίδας υγείας : Αύξηση της αναλογίας του πληθυσμού που καλύπτεται από ικανοποιητικά πληροφοριακά συστήματα.

Γενικότερα, οι υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης αποτελούν κομμάτι ενός οργανωμένου συστήματος υγείας και προάγουν την στοματική υγεία του πληθυσμού. Είναι σημαντικό να γίνουν προσπάθειες για την βελτίωση τους ώστε να καλύπτουν τις προσδοκίες των χρηστών τους. Άλλωστε, η παροχή άριστων και ποιοτικών οδοντιατρικών υπηρεσιών αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκόμενων στον κλάδο.

7.4 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό, αναφέρονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυση της έρευνας για την μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών από τις

υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης, έτσι όπως προκύπτουν από την πολυκριτήρια μέθοδο MUSA.

Στη συνέχεια, αναφέρονται κάποιες προτάσεις βελτίωσης της οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα. Τέλος, παρατίθενται οι παγκόσμιοι σκοποί και στόχοι για τη στοματική υγεία έως το 2020 όπως διαμορφώθηκαν από την Παγκόσμια Οδοντιατρική Ομοσπονδία και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Παρακαλούμε να μας εκφράσετε την άποψη σας για τις Υπηρεσίες Οδοντιατρικής Περίθαλψης, συμπληρώνοντας το παρακάτω ανώνυμο ερωτηματολόγιο.

ΜΕΡΟΣ Α- ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A.1 ΦΥΛΟ : ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

A.2 ΗΛΙΚΙΑ : _____

A.3 ΠΟΛΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : _____

A.4 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ :

- ΔΗΜΟΤΙΚΟ
- ΓΥΜΝΑΣΙΟ
- ΛΥΚΕΙΟ
- Α.Ε.Ι. – Α.Τ.Ε.Ι.
- ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ – ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

A.5 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΕΥΡΩ/ΜΗΝΑ) :

- < 500
- 500-1000
- 1000-1500
- 1500 >

A.6 ΕΙΣΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

A.7 ΕΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ; _____

A.8 ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΤΗΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΣΑΣ ΥΓΕΙΑ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

**A.9 ΠΟΙΟ ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ ΣΤΗΝ
ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΑΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ;**

- ΙΔΙΩΤΙΚΟ
- ΔΗΜΟΣΙΟ

**A.10 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΑΣ
ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ;**

- ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΣΑΣ ΥΓΕΙΑ
- CHECK UP

A.11 ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΥΝΗΘΗΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΑΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ;

- ΠΑΝΩ ΑΠΟ 2 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ
- 1 ΦΟΡΑ ΣΤΑ 2 ΧΡΟΝΙΑ
- ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 1 ΦΟΡΑ ΣΤΑ 2 ΧΡΟΝΙΑ

ΜΕΡΟΣ Β-ΒΑΣΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

B.1 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

B.1.1 ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ;

- ΠΛΗΡΗ
- ΣΧΕΤΙΚΑ ΚΑΛΗ
- ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΒΕΛΤΙΩΘΕΙ

B.1.2 ΠΟΣΟ ΠΡΟΘΥΜΟ ΝΑ ΣΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΥ ΘΑ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ ΝΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΤΕ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ;

- ΠΟΛΥ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΛΙΓΟ
- ΚΑΘΟΛΟΥ

B.1.3 ΠΟΣΟ ΓΡΗΓΟΡΗ ΚΑΙ ΑΜΕΣΗ ΗΤΑΝ Η ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΣΑΣ ;

- ΠΟΛΥ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΛΙΓΟ

B.1.4 ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΕΠΕΙΤΑ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΣΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ;

- ΠΟΛΥ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΛΙΓΟ
- ΚΑΘΟΛΟΥ

B.1.5 ΣΥΝΟΛΙΚΑ, ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ;

- ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η
- ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η
- ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η

B.2 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

B.2.1 ΠΟΣΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΤΟΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ;

- ΠΟΛΥ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΛΙΓΟ

B.2.2 ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ : ΕΠΙΜΕΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ

- ΑΡΙΣΤΟ
- ΚΑΛΟ
- ΜΕΤΡΙΟ
- ΚΑΚΟ

B.2.3 ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ : ΔΙΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΣΜΗΣΗΣ

- ΑΝΕΤΟ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟ
- ΜΕΤΡΙΟ
- ΣΑΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΑΓΧΟΣ

B.2.3 ΣΥΝΟΛΙΚΑ, ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΑ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ;

- ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η
- ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η
- ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η

B.3 ΠΡΟΣΒΑΣΗ

B.3.1 ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΕΥΚΟΛΗ ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ;

- ΠΟΛΥ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΛΙΓΟ

B.3.2 ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ (ΜΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΣΑΣ ΓΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ - ΑΠΕΡΓΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ) ;

- ΣΠΑΝΙΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΥΧΝΑ

B.3.3 ΣΥΝΟΛΙΚΑ, ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ;

- ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η
- ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
- ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η

B.4 ΚΟΣΤΟΣ

B.4.1 ΣΥΝΟΛΙΚΑ, ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ;

- ΛΟΓΙΚΟ
- ΑΚΡΙΒΟ
- ΑΔΥΝΑΤΟΝ ΝΑ ΑΝΤΑΠΕΞΕΛΘΕΤΕ

B.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

B.5.1 ΣΥΝΟΛΙΚΑ, ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ;

- ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η
- ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η
- ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η

B.6 ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

B.6.1 ΣΥΝΟΛΙΚΑ, ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ;

- ΑΠΟΛΥΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η
- ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η
- ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η
- ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η
- ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η

Σας ευχαριστούμε θερμά που διαθέσατε το χρόνο σας για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αδαμαντίδου Τ. (2004), «Παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας», Επιθεώρηση Υγείας, σελ 29-31.
- Αλετράς Β., Ζαχαράκη Φ., Νιάκας Δ., «Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 24, Τεύχος 1, σελίδες 89–96.
- Βλασιάδης Κ., Κουτσαμάνη Μ. (2012), «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σε Οδοντιατρικές Μονάδες», Ελληνική Νοσοκομειακή οδοντιατρική 5: 55-59.
- Βλασιάδης Κ., Κουτσαμάνη Μ., «Οδηγός επικοινωνίας για οδοντιατρεία», Ελληνικά στοματολογικά χρονικά, Τεύχος 5, σελίδες 89-96.
- Βλασιάδης Κωνσταντίνος, Κουτσαμάνη Μαρία, «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σε Οδοντιατρικές Μονάδες», Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, 5 : 55-59, 2012.
- Γρηγορούδης Ε., Σίσκος Γ, «Ποιότητα Υπηρεσιών και Μέτρηση Ικανοποίησης : το σύστημα MUSA», Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, 2005.
- Δημητριάδης Δ., Κωνσταντινίδης Ρ., Σαραφίδου Γ., Κοντος Δ., Αγραφιωτης Δ., Petersen P. E. (2008), «Σχέση οδοντιάτρου - ασθενούς. Αντιλήψεις και στάσεις ασθενών ιδιωτικών οδοντιατρείων ενός δήμου της Αθήνας», Στοματολογία, Τόμος 65, Τεύχος 2, σελίδες 46- 54.
- Δημητριάδης Δημήτρης, Κωνσταντινίδης Ρήγας, Ντόκος Ελευθέριος (2008), «Προσεγγίζοντας την Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία», Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, Πρώτο τεύχος, σελίδες 13 – 18.
- Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής: Ειδικά Θέματα της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Αθήνα. Ειδική έκδοση. 2006.
- Ελληνική Ομοσπονδία Οδοντιάτρων (2010), «Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση Οδοντιάτρων», Αθήνα.
- Ζερβού - Βάλβη Φλώρα, Δημητριάδης Δημήτρης, Κωνσταντινίδης Ρήγας (2009), «Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική στο Εθνικό σύστημα της Ελλάδας :

καταγραφές και προβληματισμοί», Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, Δεύτερο τεύχος, 2009, σελίδες 9 – 14.

- Καλογεροπούλου Μ., «Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών - Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 28, Τεύχος 5, σελίδες 667 – 673.
- Καμπάντα Μ., Νιάκας Δ., «Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου ψυχικής Υγείας στη βόρεια Ελλάδα», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 21, Τεύχος 4, σελίδες 354 – 362.
- Καρκαζής Ηρακλής, «Δημόσια οδοντιατρική εκπαίδευση και ελεύθερη αγορά», Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, Δεύτερο τεύχος, 2009, σελίδες 67 – 69.
- Κομπόλη - Κοντοβαζαϊνίτη Μ., Καρύδης Α., Χατζηγεωργίου Δ., Πανής Β., «Αντιλήψεις και απαιτήσεις νοσοκομειακών γιατρών διάφορων ειδικοτήτων του λεκανοπεδίου Αττικής για την ποιότητα παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2004, Τόμος 21, Τεύχος 5, σελίδες 437 – 444.
- Κυριόπουλος Γ. (1985), Σημειώσεις Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ. και συν. (2003), «Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και τη φροντίδα υγείας», Casus Sanitatis, Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα, εκδ. Παπαζήση.
- Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Πολίτος Ν., Σισσούρας Α. (2000), «Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας», Αθήνα, εκδ. Θεμέλιο.
- Κωσταγιόλας Π.Α., Πλατής Χ. Γ, Ζήμερας Στ., «Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 23, Τεύχος 6, σελίδες 603-614.
- Μαρινάκης Γ: «Εισαγωγή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας». Στο: Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ, Μπεαζόγλου Τ. (επιμ.). «Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία». Εκδ. θεμέλιο, Αθήνα, 2000, σελ. 115.
- Μερκούρης Α. (1996) «Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών», διδακτορική διατριβή, Αθήνα.

- Μπακάλης Νικόλαος, Θεοδωρακοπούλου Γεωργία, «Ποιότητα Σημαντικός παράγοντας για τη Νοσηλευτική», ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2006, 45(3):352–358
- Μπουλουχου Ουρανία Ι, «Οργάνωση οδοντιατρείου σε Πρωτοβάθμια μονάδα υγείας», Πανεπιστήμιο Πειραιά / Τ.Ε.Ι. Πειραιά /Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών Διοίκηση της υγείας, 2009.
- Πάβη Ε., Σκρουμπέλος Α., Κουλιεράκης Γ., Βελονάκης Ε., Κυριόπουλος Γ. (2011), «Προτεραιότητες για τη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.
- Πάλλης Γ., Μουζάς Ι.Α., Κωσταγιόλας Π.Α., Νιάκας, Δ. «Εκτίμηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσους», Αρχεία Ελληνική Ιατρικής 2007, Τόμος 24 (Συμπλ 1) :58-65.
- Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ. «Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 25, Τεύχος 1, σελίδες 73 – 82.
- Παπανικολάου Β. «Ποιότητα Υπηρεσιών υγείας και Ικανοποίηση Χρηστών», 2006, Εκδόσεις Θεμέλιο.
- Ρόκα Βασιλική, Καλοκαιρινού Αναγνωστοπούλου Αθηνά, «Στοματική Υγεία και Προγράμματα Προαγωγής Στοματικής Υγείας στο Γενικό Πληθυσμό και τις Ένοπλες Δυνάμεις», Νοσηλευτική, Τόμος 48, Τεύχος 4, 2009, σελίδες 388–395.
- Σκαλκίδης Ι., Παπαδόπουλος Φ., Σκαλκίδης Η., «Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με τη συνεπικουρία αναφορών περίθαλψης των ασθενών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, Τόμος 27 Τεύχος 3, σελ 487-497
- Σταμαδιάνος, Β., Αλεξιάς Γ., Αναγνωστόπουλος Φ. (2009), «Στοματική υγεία και ποιότητα ζωής των οδοντιατρικών ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Καλύμνου», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 26, Τεύχος 4, σελίδες 503 – 516.
- Σταυροπούλου Αρετή, Ροβίθης Μιχαήλ, «Εισάγοντας την αλλαγή στους οργανισμούς υγείας – το κρίσιμο σημείο για την επίτευξη της ποιότητας», Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, Πρώτο τεύχος, 2008, σελίδες 93-98.

- Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ., Χουλιάρα Λ., «Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 20, Τεύχος 5, σελίδες 497 – 503.
- Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α. «Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, Τόμος 24 Σελ 7-21.
- Τσίμτσιου Ζ., Κάλτσος Κ. (2011), «Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και ιατρικά λάθη. Ο ρόλος της ανθρωποκεντρικής Ιατρικής στη μείωση των αντιδικιών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 28, Τεύχος 2, σελίδες 272 – 276.
- Τσιότρας, Γ. (1995), Βελτίωση της Ποιότητας, Εκδόσεις Ε.Μπένου.
- Τσιριντάνη Μαρία, Γιοβάνης Απόστολος, Μπινιώρης Σπυρίδων, Γούλα Ασπασία, «Μια Νέα Προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της Σχέσης μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Ασθενών», ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2010, 49(1): 40–52
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Στοματική Υγεία 2008-2012.
- Υφαντόπουλος Ιωάννης, Ουλής Κωνσταντίνος (2011), «Ανισότητες και Ικανοποίηση από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες και Σχέση της Στοματικής Υγείας με την Ποιότητα Ζωής των Ελλήνων», Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία
- Φανδρίδης Ιωάννης, «Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική στο εξωτερικό», Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, Δεύτερο τεύχος, 2009, σελίδες 15 – 21.
- Φραγκάκης Μ, Μικρούλης Σ: Η αναβάθμιση του ρόλου της νοσοκομειακής οδοντιατρικής στο Ε.Σ.Υ. Ελλ Στομ Χρον 1995; 39:154-158.
- Χασάπης Στράτος «Η Οδοντιατρική στο ΕΣΥ», Στόμα 2004 : 32 : 71-72.

Ξενογλώσση

- Azzolini M., Shillader J. (1993), “Internal service quality : winning from the inside out”.
- Donabedian A. (1980), Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol I. The Definition of Quality and the Approaches to its Assessment. Health Administration Press.
- Donabedian A. (1988), The quality of care: how can it be assessed? J Am Med Assoc ; 260:1743-1748.
- Eastaugh S (1987), Financing Health Care, Auburn House. Dover, MA.
- Fitzpatrick R, Hinton J, Newman S, Scambler G, Thompson J. (1984), The Experience of Illness, Tavistock.
- Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. Sociol Health Illn 1983; 5: 297-311.
- Fowler F. J. Jr (1993), Survey research methods, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- Fox JG, Storms DM. (1981) A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. Soc Sci Med; 15: 557-564.
- Harvey Gill (1996), “Quality in Health Care : Traditions, Influences and Future”, Directions International Journal for Quality in Health Care 8:341-350, International Society for Quality in Health Care.
- Karydis A., Komboli-Kodovazeniti M., Hatzigeorgiou D., Panis V. (2001), “Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care”, International Journal for Quality in Health Care 13:409-416.
- Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. Soc Sci Med 1982; 16: 583-589.
- Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med 1982; 16: 577-582.
- Locker D, Dunt D. (1978), Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Soc Sci Med; 12: 283-92.

- Mosialos H. “the economic behavior of the hospital”, Iatriko Vima, 1991, pp.63-70.
- Overtvei J. (2004), “Formulating a health quality improvement strategy for a developing country”, International Journal of Health Care quality Assurance.
- Pascoe GC, “Patient satisfaction in primary helath care : a literature review and analysis”, Eval Program Plann, 1983;6 (3-4) Q 185-210.
- Petersen P.E. “The World Oral Health Report 2003 : continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme.”
- Petersen Poul Erik (2003), «The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme».
- Porter R. The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Mankind.Norton & Co 1997.
- Skordi, A., Tsiotras G., Bochoris, G., Skordi, A. (1998) “*Quality and Health – Basic Significances and Historic Retrospection for Greece*”, Conference „Quality in the field of Health““, February 20th & 21st , Athens.
- Suchman EA. Social patterns of illness and medical care. J Health Hum Behav 1965; 106: 2-16.
- Thomas S, Nay R, Moore K, Fonda D, Hawthorne G, Marosszeky N, Sansoni J. (2006), Continenence Outcomes Measurement Suite Project (Final Report).Australian Government Department of Health and Ageing.
- Thompson R.E. (1980), “Next Steps in Implementing Quality Appraisal Action Plans inHospital” Thompson, Mohr and Associates Inc
- Vavra G. Terry (1997), “Improving your measurement of customer satisfaction: A guide to creating, conducting, analyzing, and reporting customer satisfaction measurement programs”, ASQC Quality Press, Milwaukee.
- Ware Je, Snyder Mk, Wright Wr, Davies Ar. (1983), Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning; 6: 247-263.
- WHO, Oral Health Report (2003).

- Williams B. (1994), Patient satisfaction: a valid concept Soc Sci Med; 38: 509- 516.
- Wilson W., Goldschmidt P. (1995), Quality Management in Healthcare. McGraw-Hill Book Company.
- Yucelt U. “An Investigation of Causes of Patient Satisfaction / Dissatisfaction with Physician Services”, Health Marketing Quarterly, 1994, 12(2). 11-28.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Διαδικτυακές Πηγές

- <http://www.endodontic.org/default.asp?pID=42&la=1>
- <http://www.health.in.gr>
- <http://www.endodontic.org/default.asp?pID=42&la=1> 23 Μαΐ 2012

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ