



**ΠΑΝΤΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ**

**«Η αξιολόγηση υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τη
μέθοδο της Ρεαλιστικής Αξιολόγησης: Οι περιπτώσεις του Κέντρου
Υγείας και του Νοσοκομείου Αίγινας »**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Μπέρδου Κωνσταντίνα

(Α.Μ 5111Μ011)

Τριμελής Επιτροπή

Κ. Δημουλάς, Λέκτορας, Πάντειο Παν/μιο (Επιβλέπων)

Χ. Οικονόμου Επίκουρος Καθηγητής Πάντειο Παν/μιο

Μ. Κορασίδου Επίκουρη Καθηγήτρια Πάντειο Παν/μιο

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2013

Copyright © Κωνσταντίνα Μπέρδου, 2013.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

Στη μνήμη των αγαπημένων μου ανθρώπων
Νεκτάριου Μπέρδου &
Ντίνας Στρατηγού

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ένα ευχαριστώ θα ήταν πολύ λίγο για όσους συνέβαλαν για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Θα ήθελα πρωτίστως να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου Λέκτορα κ. Δημουλά Κωνσταντίνο, όχι μόνο για την καθοδήγηση του, αλλά και την όσα μου δίδαξε μέσα από τη συνεργασία μας, στην οποία κυριάρχησε η μεθοδικότητα και η ευγένεια. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα δύο ακόμη μέλη της επιτροπής, την Επίκουρη Καθηγήτρια και Κορασίδου Μαρία και τον Επίκουρο Καθηγητή Οικονόμου Χαράλαμπο για τη συμβουλευτική τους υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εργασίας.

Ξεχωριστά θα ήθελα να ευχαριστήσω την Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Μ.Β. Καρύδη για τη στήριξη στην προσπάθεια μου αυτή.

Εν συνεχεία θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό του Νοσοκομείου Αίγινας «Ο Άγιος Διονύσιος» και του Κέντρου Υγείας Αίγινας για τη συμμετοχή τους στη διεξαγωγή της μελέτης. Ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, τον Αρχιμανδρίτη Αμφιλόχιο Γελαδάκη, για τη πολύτιμη συνεργασία, εμπιστοσύνη που μου έδειξε για την πρόσβαση στα στοιχεία του Νοσοκομείου που ήταν απαραίτητα για τη διεξαγωγή της μελέτης.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους κατοίκους της Αίγινας, οι οποίοι δέχτηκαν να μοιραστούν τις απόψεις και εμπειρίες τους για τη διεξαγωγή της μελέτης.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στη μητέρα μου, Μπέρδου Άννα, για τη συνεχή υποστήριξη της σε αυτή την προσπάθεια μου.

Πίνακας περιεχομένων

Πίνακας περιεχομένων	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Ορισμοί- Έννοιες	15
1.1 Ορισμός της Υγείας	15
1.2 Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού	16
1.3 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	20
1.3.1.Τα τρία επίπεδα περίθαλψης στην Ελλάδα.....	22
1.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα	23
1.4.1 Π.Φ.Υ μέσω των Κέντρων Υγείας	26
1.4.2. Η ΠΦΥ μέσω του ΕΟΠΥΥ.....	27
1.4.3. Η ΠΦΥ μέσω του ιδιωτικού τομέα	28
1.4.4. Η Π.Φ.Υ μέσω της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.....	29
1.4.5. Η ΠΦΥ μέσω της Εκκλησίας	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Αξιολόγηση	32
2.1. Έννοια της αξιολόγησης- προσεγγίσεις	32
2.1.1 Τύποι Αξιολόγησης.....	34
2.2. Η έννοια του ρεαλισμού στις κοινωνικές επιστήμες	36
2.2.1. Η ρεαλιστική προσέγγιση στην αξιολόγηση	37
2.3. Η συγκριτική μέθοδος του Ragin	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Περιγραφή του πλαισίου της έρευνας.....	48
3.1 Το νησί της Αίγινας.....	48
3.2 Νοσοκομείο Αίγινας «Ο Άγιος Διονύσιος»	49
3.3. Κ.Υ Αίγινας.....	50
3.4 Η πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦΥ στην Αίγινα	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μεθοδολογία της έρευνας.....	51
4.1 Μελέτη Αρχειακού Υλικού	53
4.2 Συνεντεύξεις.....	53
4.3. Αποτελέσματα της έρευνας	55
4.3.1 Αποτελέσματα μελέτης αρχειακού υλικού.....	55
4.3.2 Αποτελέσματα Συνεντεύξεων	56

A. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΓΙΝΑΣ.....	56
B. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ.....	66
4.3.3 Αποτελέσματα τηλεφωνικών συνεντεύξεων.....	71
4.4 Προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας	72
4.5 Συμπεράσματα της έρευνας -Σύγκριση των αποτελεσμάτων	73
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	79
Βιβλιογραφία.....	81
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	84
Παράρτημα Α Δημογραφικά κατοίκων Αίγινας.....	85
Παράρτημα Β Οδηγός συνέντευξης.....	116
Παράρτημα Γ Αποτελέσματα μαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων.....	117
Παράρτημα Δ Βασικά συμπεράσματα συνεντεύξεων που δε δέχθηκαν τη χρήση μαγνητοφώνου	129
Παράρτημα Ε Οδηγός τηλεφωνικής συνέντευξης.....	136
Παράρτημα ΣΤ Διαγράμματα κατανομής αποτελεσμάτων των τηλεφωνικών συνεντεύξεων	137

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Η κατανομή της επισκεψιμότητας στο Κ.Υ. ή το Νοσοκομείο	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Η κατανομή της σημαντικότητας λειτουργίας του Νοσοκομείου	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Η κατανομή της σημαντικότητας λειτουργίας του Κ.Υ.	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Η κατανομή νοσοκομειακής περίθαλψης	72
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Η κατανομή της επάρκειας των παρεχόμενων υπηρεσιών	72
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Ποιοτική συγκριτική ανάλυση των δυο δομών υγείας	75
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Δημογραφικά στοιχεία των κατοίκων της Αίγινας	85

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Η κατανομή της επισκεψιμότητας στο Κ.Υ. ή το Νοσοκομείο	118
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Η κατανομή της σημαντικότητας λειτουργίας του Νοσοκομείου	118
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Η κατανομή της σημαντικότητας λειτουργίας του Κ.Υ.	119
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Η κατανομή νοσοκομειακής περίθαλψης	119
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 Η κατανομή της επάρκειας των παρεχόμενων υπηρεσιών	120

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αξιολόγηση στην Κοινωνική Πολιτική αποτελεί βασικό εργαλείο για την ανάδειξη της επίπτωσης και των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων. Ο όρος αξιολόγηση περιλαμβάνει την έννοια της επιστημονικής έρευνας που απαιτεί συστηματική, συνεχή, αντικειμενική συλλογή πληροφοριών για την επίδραση των παρεμβάσεων ενός προγράμματος κοινωνικής πολιτικής και τη μετατροπή των συμπερασμάτων σε διορθωτικές ενέργειες. Η διαδικασία της αξιολόγησης επιτρέπει στα στελέχη των προγραμμάτων, στους συμμετέχοντες και στους φορείς να προσαρμόσουν τις παρεμβάσεις, όταν δεν επιτυγχάνονται οι επιδιωκόμενοι στόχοι και να βελτιώσουν τις κοινωνικές τους παρεμβάσεις.

Η ρεαλιστική αξιολόγηση αποτελεί μέθοδο αξιολόγησης, που αναπτύχθηκε μετά το 1997 και παρουσιάζει ευρεία εφαρμογή σε πολλές χώρες, αλλά όχι στην Ελλάδα. Η μέθοδος αυτή αναπτύσσει μια ξεχωριστή άποψη για τη φύση των προγραμμάτων και πώς λειτουργούν, για τους εμπλεκόμενους, για τις ερευνητικές μεθόδους που χρειάζονται για την κατανόηση της λειτουργίας των προγραμμάτων και για τα αποτελέσματα της αξιολόγησης. Τα κύρια ερωτήματα που ερευνά η ρεαλιστική αξιολόγηση δεν περιορίζονται στο τι λειτουργεί ή αν λειτουργεί, αλλά για ποιους, κάτω από ποιες συνθήκες και πώς. Σύμφωνα με τη μέθοδο της ρεαλιστικής αξιολόγησης, υπάρχουν τέσσερις βασικές έννοιες για την κατανόηση ενός προγράμματος κοινωνικής πολιτικής και την αξιολόγηση του: ο μηχανισμός, το περιβάλλον, τα αποτελέσματα και η αλληλεπίδραση τους. Πιο συγκεκριμένα, η ρεαλιστική αξιολόγηση εστιάζει στην αλληλεπίδραση του περιβάλλοντος με το μηχανισμό του προγράμματος και πώς η αλληλεπίδραση αυτή αποτυπώνεται στα αποτελέσματα του προγράμματος.

Σκοπός της εργασίας είναι η εφαρμογή της ρεαλιστικής αξιολόγησης, όπως αυτή διατυπώθηκε από τον Ray Pawson στην περίπτωση του Κέντρου Υγείας και του Νοσοκομείου στην Αίγινα. Η προσέγγιση θα γίνει μέσω μελέτης αρχειακού υλικού και μέσω συνεντεύξεων με στελέχη και χρήστες των συγκεκριμένων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Η ρεαλιστική αξιολόγηση θα γίνει σύμφωνα με τη συγκριτική μέθοδο του Ragin την οποία ο Pawson πρότεινε ως καταλληλότερη μέθοδο για την εφαρμογή και γενίκευση των συμπερασμάτων που απορρέουν από την ρεαλιστική προσέγγιση των προγραμμάτων και των διαφορετικών σημείων εφαρμογής τους.

Λέξεις Κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Αξιολόγηση, Ρεαλιστική Αξιολόγηση, Συγκριτική Μέθοδος

ABSTRACT

Evaluation is a fundamental component of Social Politics and highlights the effects and results of the programs under implementation. The definition of evaluation comprises of the scientific research in terms of the systematic, continuous and objective compilation of information regarding the effects of implementing a social politics program, as well as of turning conclusions into corrective actions. Through the process of evaluation all implicated parties, i.e., programs' executives, participants and other participating entities, are able to adjust interventions, when goals are not achieved, and to ameliorate social interventions.

Realistic evaluation is an evaluation method, developed circa 1997 and which is widely used internationally, except from Greece. This method offers a new perspective about the programs and their operation, the participating parties, the research methods necessary for understanding how these programs operate, as well as the results of the evaluation process. The main focus of realistic evaluation is not merely whether a program is in full operation or not, but also to whom it addresses, under which conditions and how. According to the method of realistic evaluation, there are four basic factors for understanding and evaluating a program of social politics: the mechanism, the context, the results and the interaction between these factors. In other words, realistic evaluation focuses on the interaction of the setting and the mechanism of the program as well as on how this interaction can be reflected in the results of the program.

The main aim of this study is the implementation of realistic evaluation, as it was formulated by Ray Pawson, in the case of the Health Center and the Hospital of Aigina. Study of the archived files and interviews with the executives and users/consumers of the aforementioned primary health services will be applied in the research. Realistic evaluation will take place using the comparative method of Ragin, which was proposed by Pawson as the most efficient method for the implementation and generalization of the conclusions emerging from the realistic approach of the programs and their diverse points of implementation.

Key Words: Primary Health Care, Evaluation, Realistic Evaluation, Comparative Method

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια από τις σημαντικότερες πρόσφατες αλλαγές στο χώρο της υγείας διεθνώς υπήρξε το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτό διότι οι σύγχρονες αντιλήψεις συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι το σύστημα υγείας ως πρωταρχικός θεσμός του κράτους πρόνοιας δεν πρέπει να στοχεύει μόνο στην περίθαλψη, αλλά και στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και στην αναβάθμιση του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας του. Η έννοια της ΠΦΥ αναφέρεται στην παρέμβαση που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες στο άτομο. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης της υγείας περιλαμβανομένων όλων των δραστηριοτήτων για τη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντος και την ενίσχυση του υγιεινού τρόπου ζωής όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα.¹ Έτσι οι υπηρεσίες της ΠΦΥ περιλαμβάνουν τη διάγνωση και τη θεραπεία μη σοβαρών ασθενειών, τη διεξαγωγή μικρών χειρουργικών επεμβάσεων, την παροχή μαιευτικής φροντίδας τη φροντίδα υγιών παιδιών την παροχή συμβουλών καθώς και την παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες υγείας.² Με άλλα λόγια αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας και την πύλη εισόδου στη δευτεροβάθμια φροντίδα.³ Σήμερα η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει την αναγκαιότητα της ΠΦΥ ως επίκεντρο του όλου συστήματος υγείας μιας και αποτελεί κομβικό σημείο για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και την αμφίδρομη σχέση με τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας. Ο ρόλος των μονάδων ΠΦΥ είναι να αποτελούν ένα είδος «φίλτρου» των περιπτώσεων που προσέρχονται πριν αυτές προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ' επέκταση τον περιορισμό των δαπανών.⁴ Επιπλέον η ΠΦΥ αναγνωρίζεται καθολικά ως σημαντική παράμετρος που συμβάλει στη βελτίωση

¹ Αδαμακίδου Θεοδούλα, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Αθηνά, *Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*. Νοσηλευτική 2008, 47:320–333

² Taylor, Carol. Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής: Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. / Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla LeMone · επιμέλεια Χρυσούλα Λεμονίδου, Ελισάβετ Πατηράκη - Κουρμπάνη. 1η έκδ. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2006, 152-158

³ Κοντιάδης, Ξενοφών, Σουλιώτης, Κυριάκος, *Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας*, Αθήνα Σάκουλα, 2005

⁴ Δίκαιος Κων/νος Χλέτσος Μιχάλης, *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις: Πολιτική Υγείας / Κοινωνική Πολιτική* Τόμος Β', ΕΑΠ, Πάτρα 1999), 61-69

του επιπέδου υγείας και γενικότερα του βιοτικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού⁵. Εξάλλου σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata η ΠΦΥ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης μιας κοινότητας και ενεργοποιεί πέρα από τον τομέα της υγείας όλους τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης⁶.

Το 2010 η ελληνική οικονομία εισήλθε σε μια βαθιά δομική και πολύπλευρη κρίση, με κύρια χαρακτηριστικά το μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα, το τεράστιο δημόσιο χρέος, τη συρρίκνωση του ΑΕΠ, την αυξανόμενη ανεργία κ.α., με αποτέλεσμα το Μάιο του 2010, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο να ανακοινώσουν τη σύναψη συμφωνίας με την Ελλάδα για ένα τριετές πρόγραμμα αναδιάρθρωσης των οικονομικών και δημοσιονομικών πολιτικών της. Στο πλαίσιο των αναδιαρθρωτικών προσαρμογών, ο τομέας της υγείας και δη της ΠΦΥ, βρέθηκε στο επίκεντρο των αλλαγών. Αίτιο για την κατάσταση αυτή αποτελεί το γεγονός ότι, παρά το μεγάλο αριθμό των θεσμικών παρεμβάσεων που έγιναν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας κατά τις δύο προηγούμενες δεκαετίες με σκοπό την ανάπτυξη των υλικοτεχνικών υποδομών του και τον εκσυγχρονισμό των διοικητικών- διαχειριστικών μηχανισμών του, συνεχίστηκαν να αντιμετωπίζονται σοβαρά προβλήματα αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας, ισότητας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.⁷

Για την αποτελεσματικότητα του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας, κεντρική σημασία αποτελεί η αξιολόγηση. Μέσω της αξιολόγησης είναι σημαντική καθώς με τον τρόπο αυτό διατυπώνονται διαπιστώσεις που αφορούν το ύψος και η κατανομή των πόρων που διαθέτει η κοινωνία για την υγεία, καθώς και στοιχεία για την ποιότητα υγείας των πολιτών μιας χώρας. Ο όρος αξιολόγηση περιλαμβάνει την έννοια της επιστημονικής έρευνας που απαιτεί συστηματική, συνεχή, αντικειμενική συλλογή πληροφοριών για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων ενός προγράμματος

⁵ Παπαμίχος Αθανάσιος, Οικονομόπουλος Γεώργιος, Θηραίος, Ελευθέριος, Παπανικολάου Νικόλαος *Προς ένα καινοτόμο μοντέλο διαχείρισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Εταιρική σχέση Πολιτείας, Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Ιδιωτικού Τομέα*. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 19, τεύχος 4, 2007, 158-163

⁶ Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ευγενία, Ζηλίδης Χρήστος, Θεοδώρου Μάμας, Πολύζος Νικόλαος, Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 1995

⁷ Οικονόμου Χαράλαμπος «*Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*», Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012, 9

κοινωνικής πολιτικής και τη μετατροπή των συμπερασμάτων σε διορθωτικές ενέργειες. Η αξιολόγηση είναι μια συνεχής διαδικασία που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της εκάστοτε παρέμβασης.

Στην Ελλάδα, η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας γενικά αλλά και των υπηρεσιών ΠΦΥ βρίσκεται σε αρχικό στάδιο. Οι πρώτες μελέτες αξιολόγησης έχουν ως αφετηρία τους την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, η οποία υποστήριξε τη διεξαγωγή ερευνών εκτίμησης της κατάστασης υγείας του πληθυσμού και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες με τη χρήση ερωτηματολογίων γνώμης τα οποία συμπληρώνονται σε περιοδικά διαστήματα από απλό στρωματοποιημένο δείγμα νοικοκυριών. Βασική αδυναμία τέτοιου είδους ερευνών αποτελεί το γεγονός ότι ενώ επαναλαμβάνονται περιοδικά δεν έχουν σταθερό δειγματοληπτικό πλαίσιο και ο ερωτώμενος πληθυσμός, δε γνωρίζουμε, εάν συμμετέχει έστω και σε ένα μέρος του σε όλες τις παραπάνω έρευνες και συνεπώς δε μπορούν να αξιοποιηθούν για περισσότερο σύνθετες αναλύσεις που θα μας ανέδειχναν ενδεχόμενες μεταβολές στην κατάσταση υγείας τους ή και τη γνώμη που εκφράζουν για τις υπηρεσίες υγείας. Συνεπώς, τα αποτελέσματα τους εξαντλούνται στη χρονική στιγμή διεξαγωγής της έρευνας και δε μπορούν να αξιοποιηθούν περαιτέρω.⁸

Δεδομένης της κατάστασης αυτής, η παρούσα εργασία εξετάζει το ερώτημα εάν η αξιολόγηση συμβάλει να γίνουν πιο αποτελεσματικές οι υπηρεσίες υγείας. Για την απάντηση στο ερώτημα αυτό επιλέχθηκε η μέθοδος της ρεαλιστικής αξιολόγησης, όπως αυτή διατυπώθηκε από το Ray Pawson.

Κομβικό σημείο της ρεαλιστικής προσέγγισης είναι η μελέτη της αλληλεπίδρασης του μηχανισμού με το περιβάλλον ενός προγράμματος, τα οποία δεν είναι στατικά. Για το λόγο αυτό, η μέθοδος της ρεαλιστικής αξιολόγησης είναι κατάλληλη για την αξιολόγηση προγραμμάτων που αφορούν την υγεία, την παιδεία κ.ά.

Στην παρούσα εργασία, δοκιμάστηκε η χρήση εφαρμογής της ρεαλιστικής αξιολόγησης στην περιοχή της Αίγινας μέσω μελέτης περίπτωσης των υπηρεσιών υγείας του νησιού. Για τη μελέτη επιλέχθηκε η συγκριτική ανάλυση του Ragin καθώς αποτελεί τη μέθοδο που προτείνεται από το Pawson.

⁸ Δημιουλός Κ.ωνσταντίνος, Μιχαλοπούλου Καίτη., Οικονόμου Χαράλαμπος, *Αποτίμηση των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα: Μια Πιλοτική Διερεύνηση*, Αθήνα, 2013, υπο δημοσίευση.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί εάν η ρεαλιστική προσέγγιση επιτρέπει την εξαγωγή χρήσιμων αποτελεσμάτων σχετικά με τη λειτουργία των υπηρεσιών ΠΦΥ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Ορισμοί- Έννοιες

1.1 Ορισμός της Υγείας

Η υγεία θεωρείται σαν ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Η έννοια της υγείας στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, από τους περισσότερους όμως θεωρούνταν ολιστικά σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του.⁹

Ο όρος «υγεία» εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος, το 1948, στην ιδρυτική του διακήρυξη, όρισε την υγεία σαν «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας». Αυτό αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης ή ένα στόχο παρά μια απλή σύλληψη της υγείας. Με βάση τα παραπάνω, θα ορίζαμε την υγεία σαν μια κατάσταση όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβεί τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, διαμορφώνοντας νέους κανόνες συμπεριφοράς και νέες αξίες.¹⁰

Αν και ένας πλήρης ορισμός της «υγείας» είναι πιθανώς αδύνατος, εντούτοις μπορούμε να υποδείξουμε κάποιους παράγοντες, που φαίνονται να σχετίζονται με αυτόν τον ορισμό. Η κατάσταση της πλήρους υγείας μπορεί να γίνει αντιληπτή με όρους μιας δυναμικής ισορροπίας μεταξύ των ατομικών (π.χ. φυσιολογία, συμπεριφορά, ψυχολογικοί παράγοντες, στρες) και των περιβαλλοντικών συστημάτων (π.χ. πολιτισμός, οικονομία, συνθήκες κ.λπ.). Η ισορροπία χαρακτηρίζεται ως δυναμική, γιατί η υγεία δεν είναι μια σταθερή κατάσταση, αλλά μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Ακόμα και μετά από μια σημαντική μεταβολή της, συχνά υπάρχουν στοιχεία (όπως οι ικανότητες του ατόμου, η κοινωνική υποστήριξη, η ιατρική βοήθεια) που επαρκούν ώστε να επαναφέρουν την κατάσταση της ισορροπίας. Όμως, αυτό δεν είναι πάντα εφικτό. Κατά συνέπεια, ο βαθμός υγείας ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού μπορεί να προσδιοριστεί για μια συγκεκριμένη στιγμή και όχι μόνιμα. Η υγεία δεν αποτελεί το αντίθετο της ασθένειας, εφόσον συμπεριλαμβάνει έννοιες όπως η ευεξία και η ποιότητας ζωής. Για τον προσδιορισμό της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική η κατανόηση της αλληλεξάρτησης μεταξύ των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικο-

⁹ Σουρτζή Παναγιώτα, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 1998, 10(4):179-185

¹⁰ Καραδήμας Ευάγγελος, *Ψυχολογία της Υγείας, Θεωρία και κλινική Πράξη*, Τυπωθήτω, Αθήνα, 2005, 15-16

οικονομικών παραγόντων που δρουν κάθε στιγμή και σε συνεχή «αλληλεπίδραση». Η υγεία δεν είναι μόνο ένα ατομικό ζήτημα, αλλά και ένα πολιτισμικό ζητούμενο. Υπ' αυτή την έννοια, η υγεία σχετίζεται με την έννοια του βαθμού «πληρότητας», όπως αυτή την κατανοεί και την προσδιορίζει το άτομο ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις δυνατότητές του, καθώς και ανάλογα με τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες. Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι η έννοια «υγεία» μπορεί να έχει πολλούς «ορισμούς». Μπορεί να οριστεί ως απουσία συμπτωμάτων ή νόσου (αρνητικός ορισμός), ως σωματική ικανότητα (λειτουργικός ορισμός), ως ικανότητα άσκησης ρόλων (συναισθηματική λειτουργικότητα) ή, όπως ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ως μια θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας (θετικός ορισμός).¹¹

Κατά γενική ομολογία η υγεία αποτελεί σε όλες τις κοινωνίες ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά για το οποίο δαπανώνται ιδιαίτερα σημαντικοί δημόσιοι και ιδιωτικοί πόροι. Ειδικότερα στις ανεπτυγμένες κοινωνίες όπου τα συστήματα υγείας συνιστούν σύνθετες διοικητικές και κοινωνικές δομές, η διαθέσιμη τεχνογνωσία αναφορικά με το ύψος και την κατανομή των δαπανών είναι αρκετά προωθημένη και μπορούν να εκτιμηθούν με σχετικά μεγάλη ακρίβεια το ύψος και η κατανομή των πόρων που διαθέτει η κοινωνία για την υγεία. Έτσι για παράδειγμα γνωρίζουμε ότι στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες για την υγεία αντιστοιχούν σε περίπου 8-9% του ακαθάριστου προϊόντος, με την Ελλάδα να βρίσκεται στις τρεις πρώτες θέσεις από την άποψη των συνολικών δαπανών για την υγεία. Αυτή η δαπάνη δεν είναι αποκλειστικά δημόσια αλλά περιλαμβάνει και τις ιδιωτικές δαπάνες που στη χώρα μας αντιστοιχούν σε περίπου 40% των συνολικών δαπανών υγείας. Γίνεται έτσι αντιληπτό το μέγεθος των ανισοτήτων που χαρακτηρίζουν την πρόσβαση των συμπολιτών μας στις υπηρεσίες υγείας, με ότι αυτό συνεπάγεται στην καλή υγεία και την ευζωία τους.¹²

1.2 Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού

Η μελέτη του επιπέδου υγείας μιας χώρας έχει ιδιαίτερη σημασία λόγω του ότι αποτελεί βασικό παράγοντα της κοινωνικής και οικονομικής αναπτυξιακής κατάστασης και προοπτικής μιας χώρας, ένα αξιόπιστο εργαλείο για την άσκηση υγειονομικής πολιτικής,

¹¹ Ο.π. 17-21

¹² Δημουλάς Κωνσταντίνος, Διαρθρωτικά χαρακτηριστικά και τάσεις εξέλιξης στη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ: Μια απόπειρα αξιολόγησης Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 13

καθώς και έναν αδιαμφισβήτητο δείκτη υγειονομικών ανισοτήτων στο εσωτερικό της χώρας και μεταξύ των χωρών. Όσον αφορά στον τρόπο που η υγεία των πολιτών μιας χώρας επηρεάζει άμεσα και έμμεσα την οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας, χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι «η καλύτερη υγεία συμβάλει στην παραγωγικότητα μιας χώρας, στη συμμετοχή του εργατικού δυναμικού και στη βιώσιμη ανάπτυξη. Η κακή υγεία αυξάνει τις δαπάνες και επιβαρύνει την οικονομία».¹³ Ακόμη, αναφέρεται ότι «η καλή υγεία είναι η βάση πάνω στην οποία χτίζεται η κοινωνική πρόοδος. Ένα έθνος υγιών ανθρώπων μπορούν να κάνουν αυτά τα πράγματα που καθιστούν τη ζωή αξία και όσο αυξάνεται το επίπεδο υγείας τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα της ευτυχίας»¹⁴

Η αξιολόγηση της υγείας σε μια χώρα είναι σημαντική καθώς μέσω αυτής διατυπώνονται διαπιστώσεις που αφορούν το ύψος και η κατανομή των πόρων που διαθέτει η κοινωνία για την υγεία. Για τον ανωτέρω σκοπό υπάρχουν μέθοδοι και δείκτες αξιολόγησης της υγείας. Η συγκριτική μέθοδος του επιπέδου υγείας αποτελεί βασική μέθοδο κατά την οποία το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, αποτυπωμένο σε συγκεκριμένους δείκτες, συγκρίνεται με το επίπεδο υγείας σε άλλες χώρες κι έτσι εκτιμάται αντίκτυπος των εθνικών συστημάτων υγείας στην υγεία του πληθυσμού συνολικά, κα περιοχή ή κατά επάγγελμα. Αυτό το είδος έρευνας βοηθά στη διατύπωση των προτεραιοτήτων των εθνικών πολιτικών υγείας.¹⁵ Βασικό μειονέκτημα αυτής της μεθόδου αποτελεί το γεγονός ότι πρόκειται για έρευνα μεγάλης κλίμακας και απαιτεί τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων από μεγάλο δείγμα του πληθυσμού, προκειμένου τα αποτελέσματα που εξάγονται να είναι έγκυρα και αξιόπιστα.

Μια ακόμη μέθοδος αξιολόγησης της υγείας αποτελεί η οικονομική αξιολόγηση των πολιτικών υγείας η οποία εστιάζει σε διάφορες πλευρές των υπηρεσιών υγείας και πιο συγκεκριμένα στη σύγκριση της αποτελεσματικότητας των διαφορετικών επιλογών αναφορικά με συγκεκριμένες θεραπείες τόσο στο εθνικό όσο και στο περιφερειακό ή ακόμη και το επίπεδο των μονάδων υγείας. Η συγκεκριμένη μέθοδος αποτελεί βασική συνισταμένη της αποκαλούμενης ως «βασισμένης στα τεκμήρια πολιτικής», σύμφωνα με την οποία εκτιμούνται τα αποτελέσματα και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών

¹³ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *Καλύτερη Υγεία Μεγαλύτερη Ασφάλεια και Περισσότερη Εμπιστοσύνη Για Τους Πολίτες – μία Στρατηγική Για Την Υγεία Και Την Προστασία Των Καταναλωτών*, 2005 στο <http://eur-lex.europa.eu>

¹⁴ Lalonde Mark, «A new perspective on the Health of Canadians, a working document», Government of Canada, 1974: 11-12

¹⁵ Δημουλάς Κωνσταντίνος., Μιχαλοπούλου Καίτη, Οικονόμου Χαράλαμπος, *Αποτίμηση των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα: Μια Πιλοτική Διερεύνηση*, Αθήνα, 2013, υπο δημοσίευση.

υγείας κατά μονάδα υγείας και κατά είδος θεραπείας και συγκρίνονται τα αποτελέσματα που επιτυγχάνονται στις διαφορετικές υπηρεσίες προκειμένου να προωθηθεί η βέλτιστη πρακτική με βάση τα κριτήρια της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας.¹⁶

Σύμφωνα με τις ανωτέρω μεθόδους αξιολόγησης της υγείας, παρατηρούμε ότι υπάρχει επικέντρωση σε πολύ συγκεκριμένες πλευρές του συστήματος υγείας. Αυτό που ίσως θα ήταν χρήσιμο, είναι η εφαρμογή μιας μεθόδου αξιολόγησης που να εμβαθύνει περισσότερο στις συνιστώσες που αφορούν την υγεία. Ένα είδος τέτοιας αξιολόγησης αποτελεί η ρεαλιστική, η οποία εστιάζει στην άποψη των εμπλεκόμενων σχετικά με τη λειτουργία ενός προγράμματος.

Η μέτρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού προϋποθέτει το σαφή προσδιορισμό της έννοιας της υγείας. Έχουν αναπτυχθεί δύο βασικές κατηγορίες δεικτών υγείας: α) οι αρνητικοί δείκτες υγείας της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, οι οποίοι σχετίζονται με τις εκδηλώσεις αρνητικών βιολογικών συμπτωμάτων και β) οι θετικοί δείκτες υγείας, οι οποίοι εμπεριέχουν τη διάσταση της ποιότητας ζωής και της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας. Η προσπάθεια διεπιστημονικής προσέγγισης της μέτρησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, η οποία πηγάζει από την ολιστική προσέγγιση της υγείας, έχει ως αποτέλεσμα τις δύο τελευταίες δεκαετίες να επιχειρείται η ανάπτυξη σύνθετων δεικτών υγείας, τα ποιοτικά σταθμισμένα έτη ζωής (Quality Adjusted Life Years- QALYs) και τα σταθμισμένα σε σχέση με την ανικανότητα έτη ζωής (Disability Adjusted Life Years- DALYs) ή όπως αλλιώς αποκαλούνται, σταθμισμένα έτη ζωής με πλήρη υγεία (Health Adjusted Life Years- HALYs). Οι δείκτες αυτοί επιχειρούν να καλύψουν την ανεπάρκεια των κλασσικών δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας σε σχέση με τη μέτρηση της βαρύτητας των νόσων.

Το προσδόκιμο υγείας είναι ένας συνθετικός δείκτης, μια γενίκευση του προσδόκιμου επιβίωσης, για τον υπολογισμό του οποίου λαμβάνονται υπόψη πληροφορίες για την κατάσταση υγείας των ατόμων. Επικεντρώνεται περισσότερο στην ανάδειξη της ποιότητας ζωής –αφού αναφέρεται σε επιβίωση με καλή κατάσταση υγείας παρά στην ποσότητα, η οποία προσμετρείται από το προσδόκιμο επιβίωσης. Ο υπολογισμός του προσδόκιμου υγείας μπορεί να γίνει με γνώμονα την ποικιλία των διαφορετικών διαστάσεων της υγείας, αν και διαχρονικά τείνουν να επικρατήσουν τρεις συγκεκριμένοι τρόποι. Ο πρώτος βασίζεται στην υποκειμενική εκτίμηση των ατόμων για την κατάσταση

¹⁶ Ο.π.

της υγείας τους (πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή, πολύ κακή), ο δεύτερος στα χρόνια προβλήματα υγείας (ναι, όχι) και ο τρίτος στην περιορισμένη δραστηριότητα των ατόμων.¹⁷

Ερευνητικά προγράμματα για την υγεία έχουν διεξαχθεί στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες και έχουν συνεισφέρει στην ανάπτυξη μέσων για την πρόληψη ασθενειών και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Τονίζουν ιδιαίτερα τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου και την ανάγκη καταπολέμησης των παραγόντων αυτών.

Στην Ελλάδα, η έρευνα «Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό» διεξήχθη από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας το 2001 σε δείγμα 1.819 ατόμων, ηλικίας 18 ετών και άνω με την υποστήριξη και τη συνεργασία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Οι στόχοι της έρευνας ήταν να αξιολογήσει την απόδοση του συστήματος υγείας της Ελλάδας και να αποτελέσει ένα βασικό εργαλείο άσκησης πολιτικής υγείας, βοηθώντας τη λήψη αποφάσεων στην επιλογή προτεραιοτήτων με βάση τεκμηριωμένα ερευνητικά ευρήματα. Από την έρευνα διαπιστώνεται ότι γενικά οι Έλληνες αξιολογούν το επίπεδο της υγείας τους υψηλά και υπάρχει ισότιμη διάχυση του επιπέδου υγείας ανάμεσα στις περιφέρειες και ανάμεσα στα δύο φύλα. Η αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας και η χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών επηρεάζεται από τα κοινωνικο-οικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, ενώ είναι χαμηλή η ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα του δημόσιου τομέα στις προσδοκίες του πληθυσμού και άνιση κατανομή στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού της χώρας. Οι βασικότερες προτάσεις της έρευνας αφορούν την εφαρμογή πολιτικών καταπολέμησης της φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, τη μεταρρύθμιση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Γεγονός αποτελεί ότι η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και δη των υπηρεσιών ΠΦΥ, βρίσκεται σε εμβρυακό στάδιο. Όπως προαναφέρθηκε, οι ήδη τρόποι αξιολόγησης

¹⁷ Μπάγκαβος Χρήστος, *Η κατάσταση υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα Προσδόκιμο επιβίωσης και προσδόκιμο υγείας*, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012, 13-14.

της υγείας, δεν καλύπτουν όλες τις συνιστώσες για την κατανόηση σε βάθος της αποτελεσματικότητάς τους.

Για τους ως άνω περιορισμούς που αφορούν στις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της υγείας στην Ελλάδα, στην παρούσα εργασία γίνεται μια απόπειρα αξιολόγησης των υπηρεσιών ΠΦΥ στην περιοχή της Αίγινας, επιλέγοντας τη ρεαλιστική μέθοδο. Η συγκεκριμένη μέθοδος επισημαίνει ότι η κοινωνία είναι ένα ανοιχτό σύστημα με δομές και επίπεδα τα οποία αλληλεπιδρούν και σχηματίζουν μηχανισμούς και πλαίσια. Ως εκ τούτου, η ρεαλιστική αξιολόγηση ασχολείται με την αναγνώριση των αιτιωδών μηχανισμών και κάτω από ποιες συνθήκες λειτουργούν. Επειδή οι αιτιώδεις μηχανισμοί εμπεριέχονται σε συγκεκριμένα πλαίσια και κοινωνικές διαδικασίες, υπάρχει ανάγκη κατανόησης της πολύπλοκης σχέσης αυτών των μηχανισμών και της επίδραση που έχει το πλαίσιο, στη λειτουργία τους και την αποτελεσματικότητά τους. Στις τυπικές μεθόδους αξιολόγησης, το ερώτημα είναι τι λειτουργεί. Αντίθετα, η ρεαλιστική αξιολόγηση απαντά στα ερωτήματα τι λειτουργεί, για ποιους και κάτω από ποιες συνθήκες.

1.3 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα είναι παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του ίδιου του ελληνικού κράτους. Παρά τα σημαντικά βήματα που έγιναν, ιδιαίτερα κατά τη μεταπολεμική περίοδο, ο υγειονομικός τομέας παρέμεινε ένα από τα λιγότερο ανεπτυγμένα κοινωνικο-οικονομικά υποσυστήματα, τόσο από άποψη μεγέθους όσο και από άποψη πολιτικής προτεραιότητας.¹⁸

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, τα συστήματα υγείας μπήκαν στη φάση της ταχείας ανάπτυξης και ωρίμανσης αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, για να ακολουθήσει αργότερα η φάση των μεταρρυθμίσεων. Το ελληνικό κράτος αντίθετα, εμφανίζεται υποτονικό, απρόθυμο και οικονομικά αδύναμο να ακολουθήσει την περίοδο αυτή επεκτατική πολιτική στον τομέα της υγείας. Στην αναπτυξιακή- μεταρρυθμιστική φάση μπαίνει μόλις το 1974, αμέσως δηλαδή μετά την πτώση της δικτατορίας, όταν καλλιεργείται πλέον σοβαρά και συνειδητά η ιδέα για μια ριζική παρέμβαση στον τρόπο

¹⁸ Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης *Συστήματα υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση, 2001, 94-95

παραγωγής, χρηματοδότησης και διανομής των υπηρεσιών υγείας που θα οδηγούσε τον υγειονομικό τομέα σε ένα εθνικό σύστημα παρόμοιο με εκείνο άλλων ανεπτυγμένων χωρών.¹⁹

Με την ανάληψη της διακυβέρνησης της Ελλάδας από το ΠΑΣΟΚ το 1981, οι συνθήκες είναι πλέον ώριμες και το μεγάλο βήμα γίνεται με τη ψήφιση του νόμου 1397/83 που αποτελούσε την «πρώτη προσπάθεια εφαρμογής ενός καλά δομημένου συστήματος υγείας, που θα βασίζεται στις αρχές της ισότητας και στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού, εξασφαλίζοντας παράλληλα υψηλής ποιότητας φροντίδα». Αμέσως μετά σημειώνεται μια ταχεία και μεγάλη επέκταση του υγειονομικού τομέα, κυρίως σε έργα υποδομής, ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές.²⁰ Σύμφωνα με το νόμο, γίνεται η διάκριση τη περίθαλψης σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια

Στη συνέχεια ο Ν. 2071/1992, Ο Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», βοήθησε στην επέκταση της Π.Φ.Υ. Το άρθρο 12 η Π.Φ.Υ. αναφέρει την συγκρότηση ιατρικών και νοσηλευτικών καθώς και οδοντιατρικών πράξεων και φροντίδων που έχουν σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση βλαβών της Υγείας που δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Όσον αφορά στους παρόχους της πρωτοβάθμιας φροντίδας, διακρίνονται σε δημόσιους και ιδιωτικούς. Σύμφωνα με το άρθρο 13, η Π.Φ.Υ μπορεί να παρασχεθεί και από ιδιωτικά ιατρεία, πολυιατρεία, διαγνωστικά εργαστήρια, εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, καθώς και από κινητές μονάδες.

Ο Ν.2889/2001 εισήγαγε σημαντικές τροποποιήσεις στην οργανωτική διάρθρωση του συστήματος υγείας, καθώς αναφέρεται στην ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ), τα οποία αποτελούν αποκεντρωμένα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που εποπτεύουν όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ.

Ο Ν. 3235/2004 περί «Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», ορίζει την έννοια και το σκοπό της ΠΦΥ. Με το άρθρο 7, καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού για όλους τους πολίτες της χώρας, σύμφωνα με την τομεοποίηση του συστήματος ΠΦΥ.

Την πιο επίκαιρη νομοθεσία σχετικά με την ΠΦΥ αποτελεί ο νόμος 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις». Σύμφωνα με αυτόν συστήνεται ο «Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Ε.Ο.Π.Υ.Υ.», ο οποίος τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και

¹⁹ Ο.π.

²⁰ Ο.π

Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και η μεταφορά και ένταξη σε αυτόν των κλάδων υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, του ΟΓΑ, του ΟΑΕΕ και του ΟΠΑΔ, με κύριο σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους του ασφαλισμένους των ανωτέρω ταμείων βάσει ενιαίου κανονισμού παροχών.²¹

1.3.1. Τα τρία επίπεδα περίθαλψης στην Ελλάδα

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν σύνθετα και πολύπλοκα συστήματα, τα οποία για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά πρέπει να έχουν καλή οργάνωση. Αν και τα συστήματα αυτά παρουσιάζουν σημαντικές μεταξύ τους διαφορές στη μορφή και στον τρόπο χρηματοδότησης (ιδιωτικά, δημόσια ή μικτά), εμφανίζουν κάποια κοινά, οργανωτικά, λειτουργικά και δομικά χαρακτηριστικά.²²

Κατ' αρχάς σε όλα τα συστήματα υγείας μπορούμε να διακρίνουμε δύο μορφές περίθαλψης και τρία επίπεδα οργάνωσης. Οι μορφές αυτές είναι η εξωνοσοκομειακή ή ανοιχτή περίθαλψη και η νοσοκομειακή ή κλειστή. Την εξωνοσοκομειακή (ανοικτή) περίθαλψη αποτελούν οι υπηρεσίες εκείνες που παρέχονται κυρίως από τους γενικούς-οικογενειακούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές συνθέτουν το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης. Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο εντάσσονται όλες εκείνες οι υπηρεσίες που παρέχονται από ειδικευμένους ιατρούς μέσα στα νοσοκομεία.²³

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής των ασθενών στα οποία ο ασθενής έχει την πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας, δηλαδή με κάποιον επαγγελματία της υγείας, γιατρό, μαία, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό κ.ά. Ο τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ιατρείο, κέντρο υγείας, πολυκλινική ή πολυιατρείο) καθορίζει και το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται, το οποίο μπορεί να κυμαίνεται από 500 έως 50.000 άτομα.²⁴

Το δευτεροβάθμιο επίπεδο αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται από γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων οι οποίοι εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο της περιοχής

²¹ <http://static.diavgeia.gov.gr>

²² ²² Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης *Συστήματα υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση, 2001, 94

²³ Ο.π.

²⁴ Σχέδιο νόμου Γενικού Συστήματος Π.Φ.Υ, στο www.moh.gov.gr/articles/newspaper/.../194-isxyoyasa-nomothesia

(τοπικό ή νομαρχιακό).²⁵ Η δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από τρεις δομές: α) τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούν στο πλαίσιο του ΕΣΥ και την ευθύνη για τη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότηση την έχει το κράτος, β) τα δημόσια νοσοκομεία εκτός του ΕΣΥ, στα οποία συμπεριλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία, τα νοσοκομεία ορισμένων ασφαλιστικών φορέων, όπως του ΙΚΑ, και τα νοσοκομεία του υπουργείου Δικαιοσύνης και γ) τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές μονάδες.²⁶

Το τριτοβάθμιο επίπεδο αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας. Η περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς του περιφερειακού (πανεπιστημιακού) νοσοκομείου και καλύπτει από 500.000 έως 1,5 εκατομμύρια άτομα. Το περιφερειακό νοσοκομείο πρέπει να είναι στελεχωμένο με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και εξοπλισμένο με μηχανήματα σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας.²⁷

1.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Η συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην χώρα μας με την ψήφιση του Ν. 1397/1983, έθεσε ως θεμελιώδη στόχο, την περιφερειακή διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα βασίστηκε σε μεγάλο βαθμό στη διάκριση των περιοχών σε αστικές και μη αστικές (αγροτικές), με προτεραιότητα τις τελευταίες, αφενός όπως προαναφέρθηκε λόγω των σημαντικών προβλημάτων που αντιμετώπιζαν, και αφετέρου λόγω του ότι οι πληθυσμοί των αστικών περιοχών καλύπτονται από ένα εκτεταμένο δίκτυο υπηρεσιών το οποίο λειτουργεί κάτω από την διοικητική και λειτουργική ευθύνη του ΙΚΑ, και από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Έτσι ο προσανατολισμός του ΕΣΥ σε ότι αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας επικεντρώθηκε στις μη αστικές περιοχές, με τη λειτουργία 204 Κέντρων Υγείας και 1431 Περιφερειακών Ιατρείων, τα οποία αναπτύχθηκαν με τρόπο που θεωρείται ότι εξασφαλίζει ορθολογική χωροταξική

²⁵ Ο.π.

²⁶ Οικονόμου Χαράλαμπος *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος 235-236

²⁷ Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης *Συστήματα υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση, 2001, 95

κατανομή, καλή πυκνότητα ιατρικού δυναμικού, και ικανοποιητικού επιπέδου τεχνολογία.²⁸

Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο επίπεδο του συστήματος, εκεί δηλαδή που ο ασθενής έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με τις επίσημες υπηρεσίες υγείας. Μέσα από την οργάνωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να διασφαλίζεται: α) υψηλή προσπελασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility), δηλαδή απουσία οργανωτικών, λειτουργικών, διοικητικών, γεωγραφικών και οικονομικών φραγμών και β) υψηλή διαθεσιμότητα (availability), δηλαδή πλήρης και συνεχής κάλυψη για όλο το 24ωρο και για 365 μέρες το χρόνο.²⁹

Η διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 αποτέλεσε τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης του συστήματος υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η ανάδειξη της σημασίας της Πρόληψης και της Αγωγής Υγείας σε συνδυασμό με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη για την αντιμετώπιση της ασθένειας και τη βελτίωση ή διατήρηση της υγείας του μέσα από συντονισμένη διατομεακή δράση, αναδείχθηκαν και αποτέλεσαν στη συνέχεια την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών.³⁰

Η Π.Φ.Υ (primary health care) όπως ορίζει η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα (1978), μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση ή τη διατήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στον οποίο και παρέχονται οι υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα ο ορισμός αναφέρει: *«Η Π.Φ.Υ. είναι βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμιστούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η Π.Φ.Υ. αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικό-οικονομικού οικοδομήματος. Η Π.Φ.Υ. φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι*

²⁸ Λέντζας Ιωάννης, Θεοδωροπούλου Α., Σιουρούνη Ε., Ανδρουτσοπούλου Χ., Μαντζουράνης Γ., Μητρόπουλος Ι. *«Ικανοποίηση ασθενών - χρηστών Κέντρων Υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας*, 9-21

²⁹ Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης *Συστήματα υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση, 2001, 103-104

³⁰ Αδαμακίδου Θεοδούλα, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Αθηνά, *Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*. Νοσηλευτική 2008, 47(3):325-328

ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας».³¹

Και συνεχίζεται στη Σύμβαση ότι «Η Π.Φ.Υ. αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το εθνικό σύστημα υγείας φέρνοντας την φροντίδα υγείας όσο πιο κοντά γίνεται και στο χώρο που ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι και αποτελεί το πρώτο βασικό στοιχείο μιας συνεχιζόμενης διαδικασίας της φροντίδας υγείας. Αυτή απευθύνεται στα κυρία προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης..»³²

Οι μονάδες ΠΦΥ βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της θέσης τους αποτελούν κομβικό σημείο για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και την αμφίδρομη σχέση-επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια). Ο ρόλος τους είναι να αποτελούν ένα είδος «φίλτρου» (gatekeeper) των περιπτώσεων που προσέχονται πριν αυτές προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ' επέκταση τον περιορισμό των δαπανών.³³

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχεται από τέσσερις βασικές δομές:

α) Το ΕΣΥ, μέσω: i) των κέντρων υγείας, των περιφερειακών ιατρείων, των πολυδύναμων περιφερειακών ιατρείων και ειδικών περιφερειακών ιατρείων, ii) των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένων των τμημάτων επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), των τακτικών ιατρείων (ΤΕΙ) και των απογευματινών ιατρείων καθώς και iii) των ΕΚΑΒ. Η χρηματοδότηση αυτών γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

β) τον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), στον οποίο συνενώθηκαν και συμπεριλαμβάνονται (Ν. 3918/2011,) τα ταμεία ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ

³¹ Διακήρυξη Alma Ata από το www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

³² Ο.π.

³³ Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης *Συστήματα υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση, 2001, 94-95

και ΟΓΑ, ΝΑΤ, ΤΑΥΤΕΚΩ. ³⁴Πριν τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αποτελούσαν φορείς ΠΦΥ, μέσω των πολυιατρείων που διαθέτουν και των συμβεβλημένων ιδιωτών προμηθευτών, όπως ιατρείων, εργαστηρίων, διαγνωστικών κέντρων. Οι δαπάνες στην περίπτωση αυτή καλύπτονταν από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. ³⁵ Πρόσβαση είχαν οι ασφαλισμένοι των ταμείων.

γ) την τακτική αυτοδιοίκηση με τα δημοτικά ιατρεία και τις διάφορες προνοιακές υπηρεσίες. ³⁶ Στη χώρα μας λειτουργούν ΚΑΠΗ, 791 προγράμματα «Βοήθειας στο σπίτι» και Δημοτικά Ιατρεία τα οποία παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα και περίθαλψη και άλλοτε μόνο προνοιακές υπηρεσίες ³⁷

δ) τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει ιδιώτες γιατρούς συμβεβλημένους και μη συμβεβλημένους με ασφαλιστικά ταμεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα, και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών. Η αμοιβή των συμβεβλημένων με τα ταμεία προμηθευτών βασίζεται στην κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση σε προκαθορισμένες από το κράτος τιμές και καλύπτεται από ασφαλιστικές εισφορές, ενώ οι υπόλοιποι αμείβονται είτε με άμεση καταβολή των χρηστών είτε από ιδιωτική ασφάλιση. ³⁸

ε) τις φιλανθρωπικές οργανώσεις και την εκκλησία μέσω νοσοκομείων, των οποίων έχουν την εποπτεία τους ή καλύπτουν μέσω δωρεών.

1.4.1 Π.Φ.Υ μέσω των Κέντρων Υγείας

Βασικός σκοπός των Κέντρων Υγείας σύμφωνα με Ν. 1397/83, ο οποίος αποτελεί ιδρυτικό τους νόμο, είναι η παροχή ισότιμης δωρεάν Α βάρμιας περίθαλψης σε όλους τους κατοίκους που διαμένουν μόνιμα ή προσωρινά στον τόπο λειτουργίας σε 24ωρη βάση. Με τις νέες μεταρρυθμίσεις οι πολίτες επιβαρύνονται με το οικονομικό αντίτιμο των πέντε ευρώ. Επιμέρους στόχοι είναι η νοσηλεία και παρακολούθηση ασθενών στο

³⁴ Σκρουμπέλος Αναστάσης, Καπάκη Βασιλική, Αθανασάκης Κώστας, Σουλιώτης Κυριάκος, Κυριόπουλος Γιάννης, *ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)*, Αθήνα: 2012, 5-6

³⁵ Οικονόμου Χαράλαμπος «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012, 50

³⁶ Οικονόμου Χαράλαμπος «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012, 50

³⁷ Αδαμακίδου Θεοδούλα, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Αθηνά, *Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*. Νοσηλευτική 2008, 47:320–333

³⁸ Οικονόμου Χαράλαμπος «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012, 50

στάδιο της ανάρρωσης, η παροχή πρώτων βοηθειών, η προσωρινή νοσηλεία έως των διακομιδή του ασθενούς σε νοσοκομείο, η οδοντιατρική περίθαλψη, η άσκηση προληπτικής ιατρικής, ή η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής, η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για θέματα υγείας, η επιδημιολογική έρευνα, η εκπαίδευση του προσωπικού.

Σήμερα, Η ΠΦΥ στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές της χώρας παρέχεται κυρίως από ένα δίκτυο 201 Κέντρων Υγείας, στελεχωμένων με πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης γενικούς ιατρούς και γιατρούς ειδικοτήτων (παθολόγους , παιδίατρους, οδοντίατρους, μικροβιολόγους, ακτινολόγους), καθώς επίσης και με νοσηλευτικό και μαιευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας και τραυματιοφορείς. Ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού ποικίλλει μεταξύ των Κ.Υ ανάλογα με το πληθυσμό αναφοράς τους, ο οποίος κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 10000 και 30000 κατοίκων.³⁹

Τα προβλήματα στη λειτουργία και την οργάνωση των Κέντρων Υγείας, όπως έχουν αποτυπωθεί στη βιβλιογραφία, αφορούν κυρίως στην ελλιπή χρηματοδότησή τους. Βασικό έλλειμμα αποτελεί η μη συμπλήρωση των προβλεπόμενων οργανικών θέσεων ιατρικού και λοιπού προσωπικού. Τέλος, υπάρχει απουσία επιδημιολογικών μελετών και εκδηλώσεων ευαισθητοποίησης που αφορούν την πρόληψη και προαγωγή υγείας.⁴⁰

1.4.2. Η ΠΦΥ μέσω του ΕΟΠΥΥ

Η συνένωση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ και ΟΓΑ) σε έναν ενιαίο οργανισμό, αποτελεί την βασική αλλαγή στην κοινωνική ασφάλιση και την αγορά υπηρεσιών υγείας στην πρόσφατη περίοδο. Ο νέος οργανισμός καλύπτει το 90% του πληθυσμού και κατ' επέκταση κατέχει θεωρητικά ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ απέναντι στους προμηθευτές υγείας. Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ αναμένεται – σύμφωνα τουλάχιστον με τον αρχικό σχεδιασμό - να αποτελέσει το βασικό μοχλό ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης δύναμη την οποία θεωρητικά κατέχει έχει ήδη ευρεία αποδοχή από την πλειοψηφία των εμπλεκόμενων εταίρων εξαιτίας του προσδοκώμενου οφέλους το οποίο δύναται να φέρει, στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Η διαπίστωση αυτή δικαιολογείται σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας της

³⁹ Οικονόμου Χαράλαμπος «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012, 50-51

⁴⁰ Ο.π.

οικονομικής συγκυρίας στην οποία βρίσκεται η χώρα και των πιέσεων οι οποίες ασκούνται προς περιστολή της δημόσιας δαπάνης και εξορθολογισμό του υγειονομικού συστήματος. Στην προοπτική αυτή, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης (πολυιατρεία ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών, συμβεβλημένοι γιατροί και άλλες υπηρεσίες με εξαίρεση τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ) συνιστούν το προνομιακό πεδίο εφαρμογής της πολιτικής του ΕΟΠΥΥ υπό τις παρούσες συνθήκες.

Παρά ταύτα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από πληθώρα στρεβλώσεων με κυριότερες το υψηλό κόστος χρήματος και χρόνου για τα νοικοκυριά, την δυσχέρεια στην πρόσβαση και κυρίως στη συνέχεια της φροντίδας, την μικρή ανταποκρισιμότητα στις προσδοκίες των πολιτών, τις εκτεταμένες ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές, την αδυναμία στην ανάσχεση του κύματος της ζήτησης προς τα νοσοκομεία και τις χαμηλές επιδόσεις σε κλινικές δραστηριότητες διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων και την υστέρηση στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης

Με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ επιδιώκεται να εξασφαλιστεί η άσημη πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που έχει σκοπό την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας των δικαιούχων. Πρέπει να αναφερθεί, όμως, ότι ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει τους ασφαλισμένους των προαναφερθέντων ταμείων, οι κλάδοι υγείας των οποίων εντάχθηκαν σε αυτόν και αφήνει εκτός ένα, όχι αμελητέο, ποσοστό του πληθυσμού (άποροι, μετανάστες, μειονεκτικές κοινωνικές ομάδες, ανασφάλιστοι).

Οι δικαιούχοι εξυπηρετούνται από συμβεβλημένους ιατρούς, με συμβεβλημένους άλλα πιστοποιημένους για συνταγογράφηση ιατρούς, πολυιατρεία και ιατρεία του Οργανισμού (Μονάδες Υγείας πρώην ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά και Αγροτικά Ιατρεία καθώς και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

1.4.3. Η ΠΦΥ μέσω του ιδιωτικού τομέα

Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τα πάσης φύσεως διαγνωστικά κέντρα, τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, τους ιδιώτες ιατρούς. Τα τελευταία χρόνια στον ελληνικό χώρο η δράση του ιδιωτικού τομέα και η συμβολή του στην Π.Φ.Υ. χαρακτηρίζεται από σημαντική αύξηση, γεγονός που αποτελεί έκφραση της δυσπιστίας του Έλληνα καταναλωτή υπηρεσιών υγείας στο ΕΣΥ.

1.4.4. Η Π.Φ.Υ μέσω της Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Η παροχή ΠΦΥ από την Τοπική Αυτοδιοίκηση γίνεται κυρίως μέσω των δημοτικών ιατρείων. Πρόκειται για ιατρεία, τα οποία υποστηρίζονται κυρίως εθελοντικά από βασικές ιατρικές ειδικότητες. Τα ιατρεία λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες, παρέχοντας δωρεάν υπηρεσίες πρόληψης, στιγμιογράφησης, παρακολούθησης χρόνιων πασχόντων για τους δημότες.

Στοιχεία για τη λειτουργία των δημοτικών ιατρείων, όσων αφορά τη λειτουργία, την οργάνωση, τις επισκέψεις, δεν υπάρχουν. Κατ' αυτόν τον τρόπο δεν είναι εφικτή η αποτίμηση των αποτελεσματικότητας και η προσφορά τους στο χώρο της υγείας.

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), αποτελούν έναν ακόμη θεσμό παροχής ΠΦΥ για τους δημότες της τρίτης ηλικίας. Τα ΚΑΠΗ αποτελούν την πρώτη παρέμβαση στον τομέα της ανοικτής υγείας. Ως θεσμός εγκαινιάστηκε το 1979 από εθελοντικούς φορείς. Συγκεκριμένα, στα ΚΑΠΗ πραγματοποιούνται ιατρικές εξετάσεις (μέτρηση σακχάρου και αρτηριακής πίεσης) αλλά και πράξεις προαγωγής της υγείας (εμβολιασμοί, φυσιοθεραπείες) καθώς και δράσεις ενημέρωσης της κοινότητας. Παράλληλα εκτελούνται προγράμματα παροχής κατ' οίκον βοήθειας, ενώ υπάρχει φροντίδα για ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Στόχοι της λειτουργίας τους είναι: α) Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου β) Η διαφώτιση και η συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων, γ) Η Πρωτογενής Πρόληψη (εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων), δ) Η Δευτερογενής Πρόληψη (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση). Υπηρεσίες που παρέχονται είναι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους, η οργάνωση διαλέξεων επιμορφωτικού χαρακτήρα κ.ά.

Ο θεσμός του Προγράμματος «Βοήθειας στο Σπίτι» που λειτουργεί σε αρκετούς δήμους, αποτελεί επιπλέον θεσμό παροχής ΠΦΥ από την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Πρόκειται για ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που λειτουργεί στο πλαίσιο των περιφερειακών προγραμμάτων του Γ' Κ.Π.Σ. και έχει σαν στόχο την παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες.

Προτεραιότητα δίνεται σε αυτούς που δεν εξυπηρετούνται πλήρως, που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας, που διαβιούν μοναχικά ή είναι εγκαταλειμμένοι και, τέλος, που δεν

διαθέτουν επαρκείς οικονομικούς πόρους. Απώτερο στόχο αποτελεί η παραμονή αυτών των ατόμων στο κοινωνικό τους περιβάλλον και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Ένας ακόμη θεσμός για την παροχής ΠΦΥ για την Τρίτη Ηλικία αποτελούν τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η). Τα Κ.Η.Φ.Η είναι σύγχρονες ανοικτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας αδυνατώντας να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει. Βασικοί σκοποί των ΚΗΦΗ είναι να παραμένουν τα ηλικιωμένα άτομα στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, έτσι ώστε να υπάρχει διατήρηση της συνοχής της οικογένειας. Επίσης επιδιώκεται η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και κοινωνικού αποκλεισμού και η υποστήριξη ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία τους, την κοινωνική συμμετοχή και το κοινωνικό τους περιβάλλον. Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι νοσηλευτική φροντίδα, προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης, προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων κ.ά.

1.4.5. Η ΠΦΥ μέσω της Εκκλησίας

Για την περίθαλψη των κληρικών και των οικογενειών τους, των μοναχών και των εκκλησιαστικών υπαλλήλων ιδρύθηκε, ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, το «Νοσηλευτικό Ίδρυμα της Εκκλησίας της Ελλάδας» (NIEE). Στο ίδρυμα, σύμφωνα με τον Οργανισμό¹⁸⁷ του, τελούσε υπό την εποπτεία των Υπουργείων Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας και διοικούνταν από 9 - μελές διοικητικό συμβούλιο, με πρόεδρο τον εκάστοτε Αρχιεπίσκοπο Αθηνών. Παράλληλα λειτουργούσε για την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού η «Ανωτέρα Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων Η Ολυμπιάς». Ακόμη στην Ύδρα λειτουργούσε το εκκλησιαστικό νοσοκομείο «Παναγία η Φανερωμένη» και στην Αίγινα το νοσοκομείο «ο Άγιος Διονύσιος» υπό την αιγίδα της Μητρόπολης Ύδρας.⁴¹

Από το 1983, με την ένταξη όλων των νοσοκομείων της χώρας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, η Εκκλησία δεν λειτουργεί κάποιο ίδρυμα δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Οι κληρικοί έχουν υπαχθεί στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη του

⁴¹ Τρωιάνος Σπυρίδων, Πούλης Γεώργιος: *Εκκλησιαστικό Δίκαιο*, Αθήνα: Σακκούλας, 2003, 344-5

Δημοσίου¹⁸⁸. Από την άλλη, κάποιοι ιεράρχες εξακολουθούν να προεδρεύουν τιμητικά στα διοικητικά συμβούλια κάποιων νοσοκομείων, με πνευματικές κυρίως αρμοδιότητες. Ειδικότερα, ο Αρχιεπίσκοπος Αθηνών προεδρεύει μεταξύ των άλλων ιδρυμάτων και στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών.

Κατά τόπους, σε ενοριακό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο Μητρόπολης, λειτουργούν κάποια ιατρεία, που ουσιαστικά αποτελούν μονάδες της *«πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας»*, με σκοπό να εξυπηρετήσουν τον ασθενή και να τον απαλλάξουν από άσκοπη επίσκεψη στο νοσοκομείο, που βρίσκεται συχνά πολλά χιλιόμετρα μακριά.

Σε τέτοιες προσπάθειες απαντώνται στην Αρχιεπισκοπή Αθηνών με το Κέντρο Ιατρικής Ανοικτών Θυρών, που λειτουργεί στα πλαίσια του ΚΕ.Π.Ο. Ακόμα στις Μητροπόλεις Θεσσαλονίκης, Ξάνθης, Σισανίου και Σιατίστης, Ρόδου και Σερρών που λειτουργούν ιατρεία, είτε στο κτήριο της Μητρόπολης είτε σε κάποιο ενοριακό ναό. Σα ιατρεία αυτά έχουν συνήθως χαρακτήρα ενοριακής πρωτοβουλίας, στα πλαίσια της οποίας συνεργάζονται εθελοντικά γιατροί, συνήθως ενορίτες, που εξυπηρετούν δωρεάν τις ανάγκες των απόρων. Πάντως, ακόμα και σε ενορίες που δεν έχει συσταθεί ξεχωριστό ιατρείο, οι ιερείς μεσολαβούν συχνά σε γνωστούς τους γιατρούς, ιδιώτες ή στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ., για την εξυπηρέτηση μεμονωμένων περιπτώσεων που χρειάζονται πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη.⁴²

⁴² Ο.π.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση στην Κοινωνική Πολιτική αποτελεί βασικό εργαλείο για την ανάδειξη της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων. Ο όρος αξιολόγηση περιλαμβάνει την έννοια της επιστημονικής έρευνας που απαιτεί συστηματική, συνεχή, αντικειμενική συλλογή πληροφοριών για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων ενός προγράμματος κοινωνικής πολιτικής και τη μετατροπή των συμπερασμάτων σε διορθωτικές ενέργειες. Η αξιολόγηση είναι μια συνεχής διαδικασία που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της παρέμβασης. Βασικοί στόχοι της αξιολόγησης στην Κοινωνική Πολιτική είναι να «μετρήσει» αποτελέσματα ή την αξία των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής, να προσδιορίσει το κόστος και το όφελος των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής, να αποτιμήσει την αποδοτικότητα των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής, να αναδείξει νέες μεθόδους άσκησης της κοινωνικής πολιτικής. Η διαδικασία της αξιολόγησης επιτρέπει στα στελέχη των προγραμμάτων, στους συμμετέχοντες και στους φορείς να προσαρμόσουν τις παρεμβάσεις, όταν δεν επιτυγχάνονται οι επιδιωκόμενοι στόχοι που έχουν οριστεί κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού του προγράμματος.

2.1. Έννοια της αξιολόγησης- προσεγγίσεις

Η αξιολόγηση είναι μια διαδικασία που με συστηματικό και αντικειμενικό τρόπο προσπαθεί να διαπιστώσει αν το πρόγραμμα όπως λειτούργησε, ανταποκρίθηκε στους σκοπούς και στόχους όπως αυτοί είχαν τεθεί κατά τη φάση του σχεδιασμού του προγράμματος. Κατά τη φάση της αξιολόγησης ο αξιολογητής προσπαθεί να εντοπίσει και να αιτιολογήσει τις αποκλίσεις που ενδεχομένως υπήρχαν και να διατυπώσει προτάσεις για την επίλυση ή βελτίωση αυτών.

Η αξιολόγηση, έχει πολλούς αποδέκτες, καθώς ως μια διαδικασία που στοχεύει να αποτιμήσει της αποτελεσματικότητα της κοινωνικής παρέμβασης, παρουσιάζει ενδιαφέρον τόσο για εκείνους που χαράσσουν πολιτικές και λαμβάνουν αποφάσεις όσο και για εκείνους που ασχολούνται με μεθοδολογικά και γνωσιολογικά ζητήματα. Σύμφωνα με τα παραπάνω από τη μια βρίσκεται «ο πελάτης», δηλαδή εκείνος που

επιζητά την αξιολόγηση, και από την άλλη ο αξιολογητής, ο οποίος λειτουργεί σε πολλαπλά επίπεδα σχετικά με την εφαρμογή της αξιολόγησης.⁴³

Σύμφωνα με τους, Stecher και Davis υπάρχουν πέντε προσεγγίσεις αξιολόγησης, σύμφωνα με την έμφαση που αποδίδεται τόσο από την πλευρά του «πελάτη», όσο και από την οπτική του αξιολογητή. Συγκεκριμένα: α) *πειραματική προσέγγιση*, η οποία είναι προσανατολισμένη στο σχεδιασμό της εμπειρικής έρευνας. Στόχος της είναι από τα αποτελέσματα της εκάστοτε συγκεκριμένης περίπτωσης να προκύψουν γενικεύσιμα συμπεράσματα ως προς τη συμπεριφορά των διαφόρων μεταβλητών στο πρόγραμμα της κοινωνικής παρέμβασης.⁴⁴ Η εφαρμογή των επιστημονικών μεθόδων και των μεθοδολογικών πρακτικών αποτελεί το κύριο μέλημα του αξιολογητή, προσπαθώντας να συμφιλιώσει τις πραγματικότητες του προγράμματος με τις απαιτήσεις του ερευνητικού μοντέλου. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής αφορούν την αντικειμενικότητα και τη δυνατότητα προσέγγισης των συμπερασμάτων που προκύπτουν από την έρευνα και τα οποία παρέχουν υψηλό βαθμό αξιοπιστίας. Τα μειονεκτήματα της προσέγγισης αφορούν στη δυσκολία που πρακτικά υπάρχει προκειμένου να εξασφαλιστούν συνθήκες ελέγχου των καταστάσεων του πραγματικού κόσμου, μέσα στον οποίο τα διάφορα προγράμματα λειτουργούν και στην έλλειψη ευαισθησίας στις πολύπλοκες αντιδράσεις των ατόμων. β) *αξιολόγηση προσανατολισμένη στους στόχους*. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, ο ερευνητής επικεντρώνεται στους στόχους του προγράμματος που έχουν τεθεί κατά τη διάρκεια σχεδιασμού του. Πιο συγκεκριμένα ενδιαφέρεται να διαπιστώσει το βαθμό επίτευξης των στόχων. Είναι γεγονός ότι στα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής, οι στόχοι των προγραμμάτων δεν είναι πάντα σαφείς και ως εκ τούτου δεν είναι εύκολο να καταλάβουν οι «πελάτες» τη σύνδεση των στόχων με τις δράσεις του εκάστοτε προγράμματος. Αποτέλεσμα αυτού αποτελεί το γεγονός ότι κάποια σημεία των προγραμμάτων υπάρχει πιθανότητα να μένουν χωρίς αποτίμηση, καθώς «οι πελάτες», αναφέρουν τα σημεία εκείνα που είναι σημαντικά για εκείνους. Αυτό αποτελεί κύρια αδυναμία της προσέγγισης αυτής. Επιπλέον, η ανεξαρτησία του ερευνητή, η οποία αποτελεί βασικό συστατικό για την πειραματική προσέγγιση, δεν εξασφαλίζεται στην προσέγγιση αυτή, καθώς ο ίδιος πρέπει να εμπλακεί ενεργά στο πρόγραμμα.

⁴³ Ιατρίδης Δ. *Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής Θεωρία και πράξη του Κοινωνικού Σχεδιασμού*, Αθήνα: Gutenberg, 2004, 169-179

⁴⁴ Κασιμάτη Κούλα, *Κοινωνικός Σχεδιασμός και Αξιολόγηση, Μέθοδοι και Πρακτικές*, Αθήνα: Gutenberg, 2004, 170-171

γ) *αξιολόγηση επικεντρωμένη στη λήψη αποφάσεων*, κατά την οποία ο αξιολογητής βρίσκεται ενώπιον σε ένα σύστημα πληροφόρησης που αφορά τη συγκέντρωση στοιχείων, την ανάλυση τους και την κατάρτιση της μελέτης με ορίζοντα δράσης τη λήψη αποφάσεων που θα αφορούν το πρόγραμμα. Ο ερευνητής πρέπει στο σημείο αυτό τα κύρια σημεία αποφάσεων σε κάθε πρόγραμμα και τα είδη της πληροφορίας που μπορούν να φωτίσουν καλύτερα κάθε απόφαση. Το κύριο πλεονέκτημα της προσέγγισης αυτής αφορά την προσοχή που δίνεται στις ειδικές ανάγκες όσων παίρνουν αποφάσεις και στην επίδραση που μπορεί να έχει σε αυτούς, ώστε οι αποφάσεις να είναι ρεαλιστικές και πραγματοποιήσιμες. Μειονέκτημα της προσέγγισης αυτής αποτελεί το γεγονός ότι πολλές αποφάσεις για το πρόγραμμα δε λαμβάνονται σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή, αλλά σε προοδευτικά σε όλη τη διάρκεια της δράσης με αποτέλεσμα να εμφανίζονται αποσπασματικές έως και αντιφατικές. δ) *αξιολόγηση επικεντρωμένη στους χρήστες*, σύμφωνα με την οποία δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αποτίμηση. Οι χρήστες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην προσέγγιση αυτή καθώς δίνουν πληροφορίες για τη χρησιμότητα του προγράμματος. Πληροφορίες οι οποίες διοχετεύονται στα κέντρα λήψης αποφάσεων. Ο ερευνητής στην προσέγγιση κατέχει ένα ξεχωριστό ρόλο καθώς σε μεγάλο βαθμό από αυτόν, την προσωπικότητα και τη γνώση, εξαρτώνται η χρησιμοποίηση και εκμετάλλευση των πορισμάτων της αξιολόγησης. Το πλεονέκτημα της προσέγγισης αυτής, αφορά στην αύξηση της πιθανότητας για χρησιμοποίηση των αποτελεσμάτων, ενώ η αλλαγή της σύνθεσης των χρηστών σε κάποιες περιπτώσεις, αποτελεί το μειονέκτημά της.⁴⁵

2.1.1 Τύποι Αξιολόγησης

Οι τύποι της αξιολόγησης διακρίνονται κυρίως σύμφωνα με τη χρονική στιγμή που πραγματοποιείται. Για το λόγο αυτό υπάρχουν κυρίως τρεις τύποι αξιολόγησης με βάση το χρόνο διεξαγωγής: α) εκ των προτέρων, β) κατά την εκτέλεση του προγράμματος, γ) μετά το πέρας του προγράμματος.⁴⁶ Πιο συγκεκριμένα:

Α) Εκ των προτέρων: Στον τύπο αυτό, ο αξιολογητής καλείται να κρίνει την όλη διαμόρφωση του προγράμματος, τους στόχους, το κόστος, το χρονοδιάγραμμα

⁴⁵ Ιατρίδης Δημήτρης *Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής Θεωρία και πράξη του Κοινωνικού Σχεδιασμού*, Αθήνα: Gutenberg, 2004, 171-173

⁴⁶ Κασσιμάτη Κ. *Κοινωνικός Σχεδιασμός και Αξιολόγηση, Μέθοδοι και Πρακτικές*, Αθήνα: Gutenberg, 2004, 240-243

Σπραγματοποίησης του προγράμματος, τους εμπλεκόμενους κ.α.. Στην εκ των προτέρων αξιολόγηση κρίνεται η πορεία του προγράμματος και ως εκ τούτου οι παρεμβάσεις που θα λάβουν χώρα, καθώς προτάσσονται τεχνικές και πολιτικές που πρόκειται να εφαρμοστούν. Κατ' αυτόν τον τρόπο γίνεται μια επιλογή των προτάσεων αυτών. Η επιλογή αυτή κρίνει και την όλη εφαρμογή του προγράμματος.

Β) Κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος: η αξιολόγηση αυτού του τύπου έχει ως στόχο την αξιολόγηση των διαδικασιών που εφαρμόζονται. Πιο συγκεκριμένα, ο αξιολογητής καλείται να συλλέξει όλες τις πληροφορίες που θα επιτρέψουν την παρακολούθηση εφαρμογής του προγράμματος και την επίτευξη των στόχων του. Κατ' αυτόν τον τρόπο, διακρίνει τυχόν αποκλίσεις και μεταβολές από την αρχικό σχεδιασμό του προγράμματος, οι οποίες πρέπει να βελτιωθούν. Αυτός ο τύπος αξιολόγησης θεωρείται χρονοβόρος, καθώς πρέπει να εξεταστεί η πορεία κάθε πτυχής εφαρμογής του προγράμματος. Ο αξιολογητής πρέπει να είναι βέβαιος ότι οι προτάσεις για τη βελτίωση του προγράμματος θα εφαρμοστούν.

Γ) Μετά το πέρας του προγράμματος: Στόχος αυτού του τύπου αξιολόγησης αποτελεί η συλλογή και η έκθεση των πληροφοριών που είναι απαραίτητες για τις ανακεφαλαιωτικές εκθέσεις του προγράμματος. Ο αξιολογητής πρέπει να αποτιμήσει τα αποτελέσματα του προγράμματος σε σχέση με τους στόχους που είχαν τεθεί, το κόστος, το χρονοδιάγραμμα. Η αξιολόγηση αυτού του τύπου αποτελεί μια σημαντική πληροφορία για όσους βρίσκονται στα κέντρα λήψης αποφάσεων, καθώς σύμφωνα με την τελική έκθεση, καλούνται να αποφασίσουν εάν θα εφαρμοστεί ή όχι, εάν θα επεκταθεί ή θα περιοριστεί ένα πρόγραμμα κοινωνικής παρέμβασης.⁴⁷

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της αντίληψης για αξιολόγηση αφορά τα κίνητρα υπέρ και κατά της διεξαγωγής της. Το κίνητρο υπέρ είναι η παράδοση ότι η αξιολόγηση αποτελεί καθήκον και υποχρέωση των στελεχών του σχεδιασμού Κοινωνικής Πολιτικής.

Δισταγμούς για αξιολόγηση εκφράζουν όσοι θεωρούν ότι η μεθοδολογία της αξιολόγησης είναι πολύπλοκη, σχολαστική, δαπανηρή και δύσκολη, ιδιαίτερα σε θέματα κοινωνικής αλλαγής. Η παραδοχή αυτή φέρνει στην επιφάνεια προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση των συμβατικών τρόπων αξιολόγησης, όπως αναφέρθηκαν ως άνω. Συγκεκριμένα, πολλές φορές το κόστος της αξιολόγησης είναι αρκετά υψηλό σε σχέση με τα αποτελέσματα που παράγει. Επιπλέον, συχνά παρατηρείται ότι τα

⁴⁷ Ο.π. 248-255

αποτελέσματα των αξιολογήσεων οδηγούν σε αντιφατικά αποτελέσματα αναφορικά με τα αποτελέσματα και τις επιπτώσεις των προγραμμάτων τόσο σε διαφορετικά προγράμματα όσο και σε διαφορετικά σημεία εφαρμογής του ίδιου προγράμματος. Σύμφωνα με τους Pawson και Tilley⁴⁸, αυτό συμβαίνει λόγω της μη καταλληλότητας των μεθόδων αξιολόγησης. Οι ίδιοι θεωρούν ότι οι συμβατικές μέθοδοι υιοθετούν ένα «πειραματικό» τρόπο αξιολόγησης κατά τον οποίο δεν εξηγείται η παρατηρούμενη αλλαγή. Το μόνο που εξηγείται είναι πώς μια χ κατάσταση (χωρίς την εφαρμογή προγράμματος) μετατρέπεται σε ψ (με την εφαρμογή προγράμματος). Για το λόγο αυτό είναι δύσκολο να διαπιστωθεί εάν η αλλαγή οφείλεται στην εφαρμογή του προγράμματος ή όχι. Η ρεαλιστική θεώρηση είναι βασισμένη σε μια «παραγωγική» θεωρία για την αιτιότητα: δεν είναι τα προγράμματα που ευθύνονται για την αλλαγή, αλλά οι άνθρωποι που εμπλέκονται στο πλαίσιο του προγράμματος, οι οποίοι με τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα ενεργοποιούν τους δεδομένους μηχανισμούς του πλαισίου.

Η θεώρηση αυτή δίνει μια διαφορετική μορφή αξιολόγησης, κατά την οποία ο αξιολογητής πρέπει να ανακαλύψει πώς θα μπορούσε να λειτουργεί ο μηχανισμός σε ένα δεδομένο πλαίσιο και ζητά από τους εμπλεκόμενους δώσουν στοιχεία για τη συμμετοχή τους σε αυτό.

2.2. Η έννοια του ρεαλισμού στις κοινωνικές επιστήμες

Ο ρεαλισμός έχει μακρά παράδοση στη φιλοσοφία των επιστημών, περιλαμβανομένων και των κοινωνικών επιστημών. Αν και οι πρώτες μορφές αυτής της προσέγγισης δέχθηκαν κριτική, οι πιο πρόσφατες διατυπώσεις κατέχουν πλέον ισχυρή θέση στη φιλοσοφία τόσο των φυσικών όσο και των κοινωνικών επιστημών. Ένας από τους εκπροσώπους είναι ο Ray Pawson, ο οποίος μέσα από τα κείμενα του προσφέρει ένα «μаниφέστο» για τη χρήση του ρεαλισμού στην κοινωνική έρευνα. Οι υποστηρικτές του ρεαλισμού, τονίζουν την ικανότητα στην ενσωμάτωση χαρακτηριστικών που προβάλλονται από την απελευθερωτική προσέγγιση, όπως π.χ. ότι λαμβάνει υπόψη τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων. Υπάρχει πλήθος εργασιών που συζητούν και υποστηρίζουν τη χρήση του ρεαλισμού σε πολλά επίπεδα, συμπεριλαμβανομένης της εγκληματολογίας, γλωσσολογίας, των οικονομικών, της εκπαίδευσης, της γεωγραφίας,

⁴⁸ Pawson Ray. and Tilley Nick, *Realistic Evaluation*. London: Sage, 1997, 32-34

των διεθνών σπουδών, της ιατρικής εκπαίδευσης, της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας κ.ά.

2.2.1. Η ρεαλιστική προσέγγιση στην αξιολόγηση

Η κοινωνία σε αντίθεση με ένα πειραματικό εργαστήριο είναι ένα «ανοιχτό» σύστημα. Αποτελείται από αξίες, νόρμες, κανόνες, συμπεριφορές. Η κοινωνία δεν είναι στατική, αλλάζει, εξελίσσεται. Για το λόγο αυτό, σύμφωνα με τη ρεαλιστική προσέγγιση, δεν είναι εύκολο να απομονώσουμε ένα τμήμα της κοινωνικής πραγματικότητας, ώστε να το μελετήσουμε.⁴⁹

Κομβικό σημείο της ρεαλιστικής προσέγγισης είναι η μελέτη της αλληλεπίδρασης του μηχανισμού με το περιβάλλον ενός προγράμματος, τα οποία δεν είναι στατικά. Για το λόγο αυτό, η μέθοδος της ρεαλιστικής αξιολόγησης είναι κατάλληλη για την αξιολόγηση προγραμμάτων που αφορούν την υγεία, την παιδεία κ.ά. Το περιβάλλον είναι καθοριστικό για κάθε πρόγραμμα.. Εμπερικλείει τη δομή, τις συνθήκες, τη συμπεριφορά, τα χαρακτηριστικά, την κουλτούρα, τις αξίες του προγράμματος και των εμπλεκομένων σε αυτό. Μέσα στο περιβάλλον, υπάρχουν οι μηχανισμοί οι οποίοι δεν είναι πάντα εμφανείς. Οι μηχανισμοί που λειτουργούν σε ένα πρόγραμμα είναι αλληλένδετοι με το περιβάλλον. Σύμφωνα με τον Pawson,⁵⁰ το περιβάλλον είναι το δεδομένο υπόβαθρο στο οποίο θα γίνουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις. Το περιβάλλον είναι αυτό το οποίο θα ενεργοποιήσει ή όχι τους μηχανισμούς του προγράμματος. Αξιολογώντας δύο προγράμματα, τα οποία λειτουργούν με τον ίδιο μηχανισμό, ίσως να μην καταλήγουν στο ίδιο αποτέλεσμα. Αυτό μπορεί να συμβεί γιατί τα δύο προγράμματα αποτελούνται από διαφορετικά περιβάλλοντα. Η διαφορά αυτή δε μπορεί να διαπιστωθεί ποσοτικά.. Ένα από τα βασικά σημεία της θεώρησης της ρεαλιστικής αξιολόγησης είναι ότι δεν είναι αρκετό να θεωρούνται τα προγράμματα μόνο ως αίτια κάποιων αποτελεσμάτων – πρέπει να αναγνωρίζονται και οι μηχανισμοί που επιδρούν. Επειδή αιτιώδεις μηχανισμοί είναι πάντοτε ενσωματωμένοι μέσα σε συγκεκριμένα πλαίσια και κοινωνικές διεργασίες, είναι ανάγκη να γίνει κατανοητή η σχέση μεταξύ αυτών των μηχανισμών και των επιπτώσεων για την λειτουργικότητα και την έκβαση των προγραμμάτων. Οι Pawson and Tilley συνοψίζουν και συμβολίζουν την ανωτέρω σχέση ως εξής: πλαίσιο (C) + Μηχανισμός (M) = αποτελέσματα (O). Επειδή όμως τα προγράμματα λειτουργούν

⁴⁹ Pawson Ray.& Tilley Nick “*Realostic Evaluation*”, 2000, 4-6

⁵⁰ O,p 70-73

διαφορετικά κάτω από διαφορετικές συνθήκες, η παραπάνω σχέση διαμορφώνεται ανάλογα με το κάθε πρόγραμμα. Έτσι, αντί για τον εντοπισμό σχέσεων αιτίου και αποτελέσματος, η ρεαλιστική αξιολόγηση πραγματοποιεί έλεγχο σχετικά με το τι μηχανισμούς, κάτω από ποιες συνθήκες, γιατί, παράγονται τα συγκεκριμένα αποτελέσματα.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Pawson, «τα προγράμματα λειτουργούν (έχουν επιτυχή αποτελέσματα), μόνο όταν εισάγουν κατάλληλες ιδέες και ευκαιρίες (μηχανισμούς) στους εμπλεκόμενους, στις κατάλληλες κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες (περιβάλλον)».⁵¹

Θέλοντας να αξιολογήσουμε ένα πρόγραμμα υγείας, σύμφωνα με τη μέθοδο της ρεαλιστικής αξιολόγησης, πρέπει ως αφετηρία να έχουμε τη θεώρηση ότι η πραγματικότητα αποτελείται από την σχέση των παραγόντων (δηλαδή των ασθενών, του προσωπικού, της διοίκησης) με τη δομή. Επιπλέον, οι παράγοντες, μέσω των συνειδητών ή μη συνειδητών κινήτρων τους, αποτελούν την παραγωγή, την αναπαραγωγή και την αλλαγή των ρεαλιστικών παραγόντων υγείας. Εξίσου σημαντική είναι η θεώρηση ότι η κοινωνική πραγματικότητα σε ένα τέτοιο πρόγραμμα, παράγεται και αλλάζει μέσα από τη ενεργοποίηση ή όχι των μηχανισμών του προγράμματος. Είναι εξ' ορισμού βασικό σε κάθε περιβάλλον να αναγνωρίζονται οι πιθανοί μηχανισμοί, οι οποίοι θα είναι το επίκεντρο για αλλαγή ή εδραίωση.

Η ρεαλιστική μέθοδος αναπτύσσει μια ξεχωριστή άποψη για τη φύση των προγραμμάτων και πώς λειτουργούν, για τους εμπλεκόμενους, για τις ερευνητικές μεθόδους που χρειάζονται για την κατανόηση της λειτουργίας των προγραμμάτων και για τα αποτελέσματα της αξιολόγησης. Τα κύρια ερωτήματα που ερευνά η ρεαλιστική αξιολόγηση δεν περιορίζονται στο τι λειτουργεί ή αν λειτουργεί, αλλά για **ποιους, κάτω από ποιες συνθήκες και πώς**. Η ρεαλιστική αξιολόγηση εστιάζει στην αλληλεπίδραση του περιβάλλοντος με το μηχανισμό του προγράμματος και πώς η αλληλεπίδραση αυτή αποτυπώνεται στα αποτελέσματα του προγράμματος.⁵²

Η ρεαλιστική αξιολόγηση δεν περιορίζεται σε ποσοτικές ή ποιοτικές μεθόδους. Στην πραγματικότητα, φαίνεται να χρησιμοποιεί πολλές μεθόδους, συνδυάζοντας ποιοτικές και ποσοτικές μεθόδους έτσι ώστε να μπορούν να διερευνηθούν οι διεργασίες και οι

⁵¹ Ο.π 78-79

⁵² Ray Pawson "Assessing the quality of evidence in evidence-based policy: why, how and when?", ESRC Research Methods, 4-6

επιπτώσεις του εκάστοτε προγράμματος. Ο τρόπος με τον οποίο επιλέγεται η μέθοδος εξαρτάται από την υπόθεση που πρέπει να ελεγχθεί και τα διαθέσιμα δεδομένα.⁵³

Η ρεαλιστική αξιολόγηση ξεκινά επισημαίνοντας **τη θεωρία του προγράμματος που πρέπει να ελεγχθεί**. Αυτό μπορεί να γίνει διερευνώντας διάφορες πηγές, όπως αρχεία, τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα, προηγούμενες εκθέσεις αξιολόγησης, κ.ά. Ως εκ τούτου, η ανάλυση εγγράφων, συνεντεύξεις και βιβλιογραφικές πηγές πρέπει να συμπεριλαμβάνονται. Οι συνεντεύξεις με τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα θεωρείται σημαντική, καθώς οι φαινομενική επιτυχία ή αποτυχία του προγράμματος, σύμφωνα με την άποψη τους, μπορεί να οδηγήσει σε μια αρχική υπόθεση για το τι λειτουργεί, για ποιον και κάτω από ποιες συνθήκες. Αυτό το στάδιο αποτελεί το αρχικό στάδιο της ρεαλιστικής αξιολόγησης, το οποίο θεωρείται το πιο βασικό.⁵⁴

Στη σύγχρονη πρακτική της αξιολόγησης, η θεωρία του προγράμματος «διαμορφώνεται» με διαφορετικούς τρόπους και χρησιμοποιείται για πολλούς σκοπούς. Η θεωρία του προγράμματος μπορεί να αναπτυχθεί πριν ή και κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος. Επιπλέον, ο τρόπος που θα χρησιμοποιηθεί η θεωρία του προγράμματος εξαρτάται από μια ποικιλία παραγόντων που συνιστούν οι ιδιαίτερες περιστάσεις της αξιολόγησης, π.χ. οι περιορισμένοι οικονομικοί και χρονικοί πόροι, το στάδιο του προγράμματος, οι μεθοδολογικές απαιτήσεις και οι ανάγκες των εμπλεκόμενων. Η ανάπτυξη της θεωρίας του προγράμματος μπορεί να είναι χρήσιμη κατά τη συμμετοχική αξιολόγηση για τη διευκόλυνση της εμπλοκής όλων των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα. Οι διαμορφωτές της πολιτικής μπορεί επίσης να επωφεληθούν από την αξιολόγηση της θεωρίας που διέπει το πρόγραμμα, ώστε να διευκρινίσουν το σχεδιασμό του προγράμματος πριν την εφαρμογή και να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο παρακολούθησης της απόδοσης του. Μία ακόμη εφαρμογή αξιολόγησης της θεωρίας του προγράμματος είναι η διευκόλυνση στην αναγνώριση των προτεραιοτήτων στα ερωτήματα της αξιολόγησης με σκοπό την επιλογή των κατάλληλων δεδομένων και τεχνικών ανάλυσης.⁵⁵

⁵³ Pawson Ray “*Evidence Based Policy:I. In Search of a Method*”, ESRC Centre for Evidence Based Policy Queen Mary University of London, 15-17

⁵⁴ Pawson R.& Tilley N. “*Realostic Evaluation*”, 2000, 22-23

⁵⁵ Brad Astbury and Frans L. Leeuw «*Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation*», Sage 364-367.

Στη βιβλιογραφία, συναντάται συχνά η έννοια του «μαύρου κουτιού» (black box)⁵⁶. Ο όρος αυτός αναφέρεται στην ερμηνεία της «απόστασης» των εισροών ενός προγράμματος και των αναμενόμενων αποτελεσμάτων.

Σύμφωνα με τους Chen και Rossi⁵⁷, η δόμηση της θεωρίας των προγραμμάτων μπορεί να λειτουργήσει ως λύση στο πρόβλημα αυτό. Η θεωρία πρέπει να είναι σαφής και η αξιολόγηση πρέπει να «χτιστεί» γύρω της, με τη διαμόρφωση υποθέσεων, ανακαλύπτοντας τις αλυσίδες αιτιότητας και επιδιώκοντας τη συμμετοχή όλων των ενδιαφερόμενων σε αυτή τη διαδικασία. Με αυτόν τον τρόπο η αξιολόγηση βοηθά το δημόσιο τομέα και το κοινό να αναπτύξουν τις ικανότητες και να εκπαιδευτούν, ώστε να έχουν μια καλύτερη κατανόηση και γνώση της πολιτικής διαδικασίας, στο πλαίσιο της οποίας λειτουργούν τα προγράμματα. Σύμφωνα με τους ίδιους, το πρόβλημα του «μαύρου κουτιού», οφείλεται στην ελλιπή θεωρία των προγραμμάτων. Το «μαύρο κουτί» είναι «άδαιο κουτί». Στα προγράμματα αυτά, «η αξιολόγηση καθοδηγούμενη στη θεωρία» (theory- driven evaluation), πρέπει να παρέχει μια τεκμηριωμένη κοινωνική θεωρία. Αυτό μπορεί να γίνει ακολουθώντας βήματα που πρέπει να πραγματοποιηθούν κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης, όπως μελέτη των παρεμβάσεων, άποψη των εμπλεκόμενων για τα αποτελέσματα του προγράμματος, εξέταση του τρόπου και των αιτιών λειτουργίας ενός προγράμματος.

Οι Chen και Rossi, ήταν ανάμεσα στους πρώτους αξιολογητές που εισήγαγαν την έννοια του «μηχανισμού», ως συστατικό της θεωρίας. Σύμφωνα με τους ίδιους, ο όρος μηχανισμός παρέχει καλύτερη κατανόηση των αιτιωδών μηχανισμών υπογραμμίζοντας τη σχέση μεταξύ παρέμβασης και αποτελέσματος.

Σύμφωνα με τη Weiss⁵⁸, οι στόχοι των προγραμμάτων δεν είναι ξεκάθαροι λόγω του τρόπου με τον οποίο λαμβάνονται αποφάσεις. Οι αξιολογητές πρέπει να συμφιλιωθούν με τον τρόπο αυτό και να προσπαθούν να επηρεάσουν τη διαδικασία αυτή με έμμεσο τρόπο.

Σύμφωνα με την ίδια, «καλή» θεωρία για ένα πρόγραμμα δεν αποτελεί εκείνη που είναι ανεπηρέαστη από την πολιτική, αλλά μια «καλή» θεωρία πρέπει να εξηγεί πώς η

⁵⁶ Stame Nicoletta, “Theory-based Evaluation and Types of Complexity”, Sage:2004, 58-59

⁵⁷ Chen, Huey. and Rossi Peter ‘Issues in the Theory-driven Perspective’, *Evaluation and Program Planning*, 1989, 95-103,

⁵⁸ Weiss Carol ‘Theory-based Evaluation: Past, Present and Future’, *New directions for evaluation*, .San Francisco, 1997

πολιτική λειτουργεί στην πράξη. Ως εκ τούτου η αξιολόγηση είναι μια λογική δραστηριότητα σε ένα πολιτικό περιβάλλον.

Συμπληρωματικά με τους Chen και Rossi, τα προγράμματα διέπονται από θεωρίες και το «μαύρο κουτί» περιέχει πολλές θεωρίες, τις οποίες ονομάζει «θεωρίες αλλαγής». Οι απόψεις των φορέων που υλοποιούν τα προγράμματα και των εμπλεκόμενων σε αυτά σχετικά με το πώς λειτουργούν τα προγράμματα αποτελούν «θεωρίες», οι οποίες πρέπει να αναδυθούν. Οι θεωρίες της αλλαγής έχουν δύο συνιστώσες, «τη θεωρία υλοποίησης» και «την προγραμματική θεωρία». Η πρώτη θεωρία περιγράφει με περιγραφικό τρόπο τα βήματα που πρέπει να γίνουν κατά την εφαρμογή του προγράμματος ενώ η δεύτερη αναφέρεται στους μηχανισμούς που κάνουν τα προγράμματα να λειτουργούν. Η θεωρία της αλλαγής ενός προγράμματος, δεν αποτελείται από τους μηχανισμούς ενός προγράμματος αλλά ο λόγος που κάνει τους μηχανισμούς αυτούς να λειτουργούν. Η «αξιολόγηση βασισμένη στη θεωρία», (theory- based evaluation), πρέπει να καθιστά τους μηχανισμούς αυτούς σαφείς για την ενεργοποίηση νέων θεωριών.

Οι Pawson, και Tilley, υποστηρίζουν ότι μια «καλή θεωρία» ενός προγράμματος θα πρέπει να περιλαμβάνει τρεις συνιστώσες, το πλαίσιο, το μηχανισμό και τα αποτελέσματα. Μια από τις εκδοχές της ρεαλιστικής προσέγγισης είναι ότι δεν είναι αρκετό να αναφέρονται τα προγράμματα ως αίτια των αποτελεσμάτων, αλλά πρέπει να αναγνωρίζονται οι μηχανισμοί που συνδέουν τα αίτια και τα αποτελέσματα.⁵⁹

Συνοψίζοντας σύμφωνα με πολλούς θεωρητικούς της αξιολόγησης (Chen, Weiss, Pawson, Tilley κ.α.), εάν οι αξιολογητές «δουν» προσεκτικά μέσα στη θεωρία του προγράμματος, θα ανακαλύψουν ένα μηχανισμό συσχετίσεων «μηχανισμών- πλαισίου- αποτελεσμάτων».

Το επόμενο στάδιο είναι η **συλλογή δεδομένων** κατά την οποία θα διερευνηθούν τα ερωτήματα που θέτει η αρχική υπόθεση. Οι προκαταρκτικές θεωρίες για το πρόγραμμα συμπεριλαμβάνουν πληροφορίες για το μηχανισμό, το πλαίσιο και τα αποτελέσματα του προγράμματος και ως εκ τούτου η μέθοδος της συλλογής πληροφοριών πρέπει να είναι ποιοτική και ποσοτική. Ο αξιολογητής, έχοντας μελετήσει τη βιβλιογραφία, μπορεί να καθορίσει την κατάλληλη μέθοδο συλλογής δεδομένων.⁶⁰

⁵⁹ Pawson, Ray and Tilley Nick (1997) *Realistic Evaluation*. London: Sage, 123-124

⁶⁰ Pawson Ray “*Evidence Based Policy:I. In Search of a Method*”, ESRC Centre for Evidence Based Policy Queen Mary University of London, 8-10

Το επόμενο στάδιο αφορά στο συστηματικό **έλεγχο υποθέσεων** χρησιμοποιώντας τη βάση δεδομένων. Ο σκοπός της ανάλυσης είναι να διαπιστώσει εάν το μοντέλο εξηγεί τη σύνθεση των αποτελεσμάτων του προγράμματος. Οι αρχικές προσδοκίες της αξιολόγησης είναι ότι μέσα από τις παρεμβάσεις που γίνονται κατά τη διάρκεια του προγράμματος, θα μπορέσουμε να διακρίνουμε τα αποτελέσματα είτε αφορούν την επιτυχία είτε όχι του προγράμματος. Η αρχική τακτική είναι κατ' αυτόν τον τρόπο να ανακρίνει αυτές τις υποθέσεις, κάνοντας συγκρίσεις στις υποομάδες. Συγκεκριμένα, η επεξηγηματική θεωρία ερευνάται με τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων αναγνωρίζοντας τους ωφελημένους ή όχι και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα από την υλοποίηση του προγράμματος.

Το τελευταίο στάδιο είναι η **εκτίμηση και η ερμηνεία της ανάλυσης**. Οι θεωρίες σχετικά με το πώς λειτουργεί το πρόγραμμα υποστηρίζονται ή διαψεύδονται κατά τη διαδικασία της ανάλυσης; Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα δεν είναι πάντα ξεκάθαρη, καθώς υπάρχουν εκροές και αποτελέσματα διακριτά ενώ άλλα παραμένουν μη διακριτά.⁶¹

Για την ανάλυση των δεδομένων ο Pawson πρότεινε ως κατάλληλη μέθοδο για την εφαρμογή της ρεαλιστικής αξιολόγησης τη συγκριτική μέθοδο του Ragin. Η συγκριτική μέθοδος χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση προβλημάτων που δημιουργούνται όταν υπάρχει μικρός αριθμός περιπτώσεων, μεγιστοποιώντας τις συγκρίσεις που μπορούν να πραγματοποιηθούν.

2.3. Η συγκριτική μέθοδος του Ragin

Οι ερευνητές συχνά ορίζουν την ποιοτική έρευνα συγκρίνοντας την με την ποσοτική. Ο Ragin (1987) επισήμανε μία βασική διαφορά μεταξύ των δύο τύπων έρευνας, όταν ανέφερε ότι οι ποσοτικοί ερευνητές δουλεύουν με μικρό αριθμό μεταβλητών και χρησιμοποιούν πολλές περιπτώσεις, ενώ οι ποιοτικοί ερευνητές βασίζονται στη μελέτη μελετών περίπτωσης και πολλών μεταβλητών

Οι ποσοτικές προσεγγίσεις έρευνας επεξεργάζονται ένα πλήθος από ποσότητες/αριθμούς που θα πρέπει να συγκεντρωθούν, να περιγραφούν και να

⁶¹ Ο.π 11-12

αναλυθούν. Τα χαρακτηριστικά των ποσοτικών δεδομένων περιγράφονται και αναλύονται με ποσοτικά μεγέθη (π.χ. διαγράμματα, ιστογράμματα, πίνακες κ.α.).⁶²

Τα ποσοτικά δεδομένα δομούν τη γνώση από τον όγκο των παρατηρούμενων φαινομένων ενώ η ποιοτική έρευνα μπορεί να προσεγγίσει φαινόμενα που δεν έχουν παρατηρηθεί. Επίσης τα ποιοτικά δεδομένα μπορεί να εμβαθύνουν στο τι πράγματι συμβαίνει και το τι αλλάζει⁶³

Μία πιο σημαντική διαφορά μεταξύ των διαδικασιών ποιοτικής και ποσοτικής ανάλυσης είναι ότι ο 'ερευνητής, μιας συμμετοχικής διαδικασίας που παράγει ποιοτικά δεδομένα δεν επιδιώκει να μειώσει ή να συμπυκνώσει τα δεδομένα, για παράδειγμα, σε περιλήψεις ή σε στατιστικά στοιχεία (παρόλο που στο τελικό στάδιο της σύνταξης της έκθεσης, ο αναλυτής μπορεί να χρησιμοποιήσει περιλήψεις και παραδείγματα από τα δεδομένα).⁶⁴

Η ποιοτική ανάλυση συχνά επιδιώκει να ενισχύει τα δεδομένα, να αυξάνει τον όγκο τους, την πυκνότητα και την πολυπλοκότητα τους. Η διάκριση αυτή μπορεί να φανεί στους διαφορετικούς ρόλους της 'κωδικοποίησης' στην ποιοτική αλλά και στην ποσοτική ανάλυση.

Όπως πολύ χαρακτηριστικά παρατηρεί ο Ragin, οι ποιοτικές μέθοδοι λειτουργούν ως «μεγεθυντικοί φακοί» για τα ερευνώμενα στοιχεία, επειδή επιδιώκουν την όσο το δυνατόν πιο λεπτομερή και ολοκληρωμένη περιγραφή των περιπτώσεων.

Ενώ σχεδόν όλες οι κοινωνικές επιστημονικές μέθοδοι είναι συγκριτικές, στην κοινωνική επιστήμη ο όρος *συγκριτική μέθοδος* τυπικά αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο είδος σύγκρισης, τη σύγκριση μεγάλων μακρο-κοινωνικών μονάδων. Στην πραγματικότητα, η συγκριτική μέθοδος έχει χρησιμοποιηθεί ως πυρήνας στη συγκριτική κοινωνική επιστήμη λαμβάνοντας υπόψη τις ομοιότητες και διαφορές των διαστάσεων των κοινωνικών φαινομένων. Η σύγκριση είναι κεντρικής σημασίας στην εμπειρική κοινωνική έρευνα, καθώς όλες οι εμπειρικές κοινωνικές έρευνες περιέχουν την έννοια της σύγκρισης. Οι ερευνητές συγκρίνουν περιπτώσεις μεταξύ τους, χρησιμοποιούν στατιστικές μεθόδους για να κατασκευάσουν ποσοτικές συγκρίσεις. Η σύγκριση παρέχει

⁶² Ragin Charles "The comparative Method Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies", London: 1989, 13-14

⁶³ O.p. 19-22

⁶⁴ Ragin Charles, *How to lure analytic social science out of the doldrums: some lessons from comparative research*. International Sociology, 2006, 21(5):633-635

τη βάση για τον εντοπισμό των εμπειρικών «κανονικотήτων» και για την αξιολόγηση και ερμηνεία περιπτώσεων σχετικά με τα θεωρητικά κριτήρια που έχουμε θέσει.⁶⁵

Η συγκριτική μέθοδος αποτελεί μια στρατηγική βασισμένη στις περιπτώσεις (case oriented). Επικεντρώνεται και εξετάζει τις περιπτώσεις σαν σύνολα, σαν συνδιασμούς πολλών χαρακτηριστικών. Μια επιπλέον στρατηγική της συγκριτικής μεθόδου αποτελεί η στρατηγική, η οποία είναι βασισμένη στις μεταβλητές (variables oriented). Στην περίπτωση αυτή, στόχος της σύγκρισης είναι η παραγωγή γενικεύσεων που αφορούν τη σχέση των μεταβλητών. Η πρώτη στρατηγική (case oriented) χρησιμοποιείται κυρίως στις ποιοτικές έρευνες ενώ η δεύτερη (variables oriented) στις ποσοτικές. Η κύρια διαφορά των δύο στρατηγικών έγκειται στο γεγονός ότι στην case oriented στρατηγική, ο ερευνητής εξετάζει και προσπαθεί να ερμηνεύσει την κάθε περίπτωση ως σύνολο, συμπεριλαμβανομένων όλων των παραμέτρων του κοινωνικού φαινομένου που ερευνά. Αντίθετά η variables oriented στρατηγική δεν εμβαθύνει στη βαθύτερη δομή ενός κοινωνικού φαινομένου.⁶⁶

Η Ποιοτική Συγκριτική Ανάλυση (QCA), ανήκει στην κατηγορία των συγκριτικών τεχνικών και έχει σα στόχο να εξηγήσει μακρο-κοινωνικά φαινόμενα και παράλληλα επεξεργάζεται μικρού έως μεσαίου μεγέθους σύνολα δεδομένων (5 έως 50 περιπτώσεις). Η Ποιοτική Συγκριτική Ανάλυση αποκτά ολοένα μεγαλύτερο έδαφος στις κοινωνικές επιστήμες ως μια συγκριτική τεχνική που είναι σε θέση να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων. Η QCA αναπτύχθηκε αρχικά από τον Charles Ragin (1987) με βάση την λογική Boolean, σύμφωνα με την οποία οι δύο παράγοντες που εξηγούν («συνθήκες») ένα φαινόμενο διχοτομούνται σε συνθήκες με τιμές 0 και 1. Αυτό ήταν που αργότερα ονομάστηκε «ευκρινή σύνολα» (crisp-set). Αυτές οι συνθήκες (0 και 1) είναι ποιοτικής φύσεως και εξετάζουν μόνο τις διαφορές σε είδος, και όχι σε διαφορές στο βαθμό. Αργότερα, όμως, Ragin αναπτύζει τη θεωρία των «ασαφών συνόλων» «fuzzy-set», μία εναλλακτική τεχνική που δεν προσπαθεί να ταιριάζει τις περιπτώσεις σε μία από τις δύο συνθήκες, αλλά επιτρέπει την κλιμάκωση των βαθμολογιών των μελών του (π.χ. 0,1, 0,2, 0,3 κ.λπ.).

⁶⁵ Ragin C. *“The comparative Method Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies”*, London: 1989, 22-24

⁶⁶ Rihoux Benoit, Ragin Charles *“Qualitative Comparative Analysis (QCA) as an approach. (with Benoit Rihoux) Configurational Comparative Methods: Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Techniques*. Thousand Oaks: Sage, 14-15

Στην παρούσα εργασία επιλέχθηκε η μελέτη μόνο δύο περιπτώσεων (Νοσοκομείο και Κ.Υ) και όχι περισσότερων επειδή αυτή οριοθετήθηκε στην περίπτωση της Αίγινας που είναι μία συγκεκριμένη κοινωνία κι επειδή δεν το επέτρεπαν τα χρονικά περιθώρια διεξαγωγής της έρευνας.

Σύμφωνα με την άποψη του Mill⁶⁷, όταν το αντικείμενο της έρευνας αφορά μελέτες χωρών, συνίσταται η επιλογή της μεθόδου που περιλαμβάνει λίγες περιπτώσεις (Small' N Cases). Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών, ιδίως στον τομέα της συγκριτικής και ιστορικής έρευνας, χρησιμοποιούν τη μέθοδο του Mill, για να καταλήξουμε σε συμπεράσματα βασιζόμενοι σε ένα μικρό αριθμό περιπτώσεων.

Η μέθοδος αυτή (Small' N Cases) λειτουργεί με ένα ντετερμινιστικό τρόπο, αποφεύγοντας τον πιθανολογικό τρόπο σκέψης, είτε στη θεωρία ή στην εμπειρική της εφαρμογή. Σε αντίθεση με τις πιθανολογικές τεχνικές της στατιστικής ανάλυσης - τεχνικές που χρησιμοποιούνται όταν υπάρχει πολύ μεγάλος αριθμός περιπτώσεων και ποσοτικές μεταβλητές για την ανάλυση, η συγκριτική ανάλυση βασιζόμενη σε μικρό αριθμό περιπτώσεων, προσπαθεί να εντοπίσει αμετάβλητες αιτιώδεις διαμορφώσεις που σίγουρα (και όχι πιθανότατα) συνδυάζονται για τη διαμόρφωση συμπερασμάτων.

Για την επιλογή των περιπτώσεων μελέτης της παρούσας εργασίας, επιλέχθηκε η μέθοδος των διαφορετικών περιπτώσεων. Σύμφωνα με τους Gerring και Seawright⁶⁸ υπάρχουν έξι είδη τεχνικών που επιλέγονται βάσει των περιπτώσεων που έχουμε για ανάλυση. Συγκεκριμένα, η *τυπική περίπτωση* επικεντρώνεται στη σταθερή σχέση μεταξύ (cross- case) των υπό έρευνα περιπτώσεων. Το ενδιαφέρον για τον ερευνητή βρίσκεται εντός της εν λόγω περίπτωσης. Συγκεκριμένα, προσπαθεί να βρει μια τυπική υπόθεση έτσι ώστε να διερευνήσει τους αιτιώδεις μηχανισμούς που λειτουργούν στη σχέση των περιπτώσεων. Αυτή η διερεύνηση των αιτιακών μηχανισμών μπορεί να οδηγήσει σε διάφορα συμπεράσματα.

Η δεύτερη τεχνική αναφέρεται στις *διαφορετικές περιπτώσεις*, οι οποίες πρέπει τουλάχιστον να είναι άνω των δύο. Η τεχνική αυτή αποσκοπεί στην ανάδειξη του πλήρους φάσματος των τιμών που χαρακτηρίζουν τις υποθέσεις χ και ψ ή κάποια συγκεκριμένη σχέση αυτών. Οι έρευνες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο αυτή, μπορεί να

⁶⁷ Lieberman Stanley, *Small N's and Big Conclusions: An Examination of the Reasoning in Comparative Studies Based on a Small Number of Cases*, Social Forces, 1991, 308-311

⁶⁸ Seawright Jason, Gerring John, *Case Selection Techniques in Case Study Research: A Menu of Qualitative and Quantitative Options*, Sage, 2008, 297-306

χρησιμοποιηθούν για διερεύνηση (αναζητώντας τις υποθέσεις) όταν ο ερευνητής εστιάζει στις μεταβλητές X και Ψ ή επιβεβαίωση (ελέγχοντας τις υποθέσεις), επικεντρώνεται σε μια ιδιαίτερη σχέση των μεταβλητών αυτών. Όταν η μεταβλητή είναι ονομαστικού επιπέδου, η αναγνώριση της διαφορετικότητας είναι εμφανής. Ο ερευνητής πρέπει να επιλέξει μία περίπτωση από κάθε κατηγορία. Τα αποτελέσματα αυτής της μεθόδου παρέχουν μικρή αντιπροσωπευτικότητα.

Μια Τρίτη μέθοδος είναι εκείνη των *ακραίων περιπτώσεων*. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέγει μια περίπτωση λόγω της ακραίας τιμής των μεταβλητών της. Η ακραία τιμή εξηγείται ως μια περίπτωση ασυνήθιστη, δηλαδή που απέχει από τη μέση κατανομή. Αν οι περισσότερες περιπτώσεις, κατά μια δεδομένη διάσταση, είναι θετικές, τότε μια αρνητική περίπτωση θεωρείται ακραία. Χρησιμοποιώντας αυτή την τεχνική, δε μπορεί να επιτευχθεί αντιπροσωπευτικότητα, εκτός εάν χρησιμοποιηθεί μεγάλο δείγμα (Large N's cases).

Η τέταρτη μέθοδος αναφέρεται στην *αποκλίνουσα περίπτωση*. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, επιλέγονται περιπτώσεις που αποδεικνύουν μια «αναπάντεχη» τιμή, αναφέροντας αναδεικνύοντας μια γενική σχέση μεταξύ των περιπτώσεων. Η απόκλιση μπορεί να αξιολογηθεί μόνο σε σχέση με γενικότερο μοντέλο που χρησιμοποιείται. Αυτό σημαίνει ότι η απόκλιση είναι πιθανό να αλλάζει κάθε φορά που αλλάζει το γενικό μοντέλο. Η συγκεκριμένη μέθοδος υστερεί σε θέματα αντιπροσωπευτικότητας.

Η πέμπτη μέθοδος αναφέρεται στην τεχνική των *περιπτώσεων με επιρροή* (influential cases). Στόχος αυτής της μελέτης περίπτωσης είναι να διερευνήσει τις περιπτώσεις που μπορεί να έχουν επιρροή σε ορισμένες σημαντικές δια-περιπτωσιακές (cross cases) θεωρίες και όχι να προτείνει νέες θεωρητικές διατυπώσεις. Η μέθοδος αυτή δεν επιτρέπει την αντιπροσωπευτικότητα των αποτελεσμάτων.

Οι δύο τελευταίες μέθοδοι αφορούν τις «*παρόμοιες*» (most similar) και «*τις διαφορετικές*» (most different) περιπτώσεις. Η μέθοδος των διαφορετικών περιπτώσεων επιλέχθηκε για τη συγκριτική ανάλυση της παρούσας εργασίας. Σύμφωνα με την τεχνική αυτή, οι περιπτώσεις επιλέγονται βάσει μίας τουλάχιστον διαφορετικής μεταβλητής. Η παρουσίαση των στοιχείων μπορούν να διατυπωθούν με τη δυαδική μέθοδο (του Boolean). Βασικό κριτήριο για την επιλογή αυτής της μεθόδου (για την εργασία), αποτέλεσε το γεγονός ότι τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυση μπορούν

να βασιστούν σε μικρό αριθμό περιπτώσεων (Small N' s cases) και μπορούν να είναι αντιπροσωπευτικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Περιγραφή του πλαισίου της έρευνας

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η εφαρμογή της ρεαλιστικής αξιολόγησης, όπως αυτή διατυπώθηκε από τον Ray Pawson. Συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκε μελέτη περίπτωσης στους δύο φορείς ΠΦΥ που διαθέτει τα νησί, το Νοσοκομείου Αίγινας «Ο Άγιος Διονύσιος» και το Κ.Υ. Στη συνέχεια, τα αποτελέσματα της έρευνας αποτυπώθηκαν σύμφωνα με τη συγκριτική μέθοδο ανάλυσης όπως αυτή διαμορφώθηκε από τον Charles Ragin.

3.1 Το νησί της Αίγινας

Η Αίγινα είναι νησί του Σαρωνικού Κόλπου. Με το αυτό όνομα φέρεται η πρωτεύουσα και ο κύριος λιμένας της νήσου. Κατά την αρχαιότητα αποτελούσε εποικιστικό κέντρο Πελοποννήσιων, Αιγαιατών και Μυρμιδόνων. Αργότερα υπάγεται μαζί με άλλες ναυτιλιακές πόλεις στο θεσμό της Αμφικτυονίας της Καλαυρίας, συμμετέχει στη ναυμαχία της Σαλαμίνας ενάντια στους Πέρσες και κατά την κλασική εποχή αποτελεί πόλη της Αχαϊκής Συμπολιτείας.⁶⁹ Σήμερα είναι το δεύτερο μεγαλύτερο σε έκταση, πληθυσμό και ανάπτυξη νησί του Αργοσαρωνικού και νησιωτικό προάστιο του Πειραιά. Βρίσκεται στο κέντρο του Σαρωνικού Κόλπου, περιβαλλόμενη από το Αγκίστρι, τη Σαλαμίνα, τα Μέθανα, την Τροιζήνα, τον Πόρο και τον Πειραιά. Η κομβική θέση της μεταξύ Πελοποννήσου και Αττικής, δύο ιστορικά κέντρα του ελληνικού και πανευρωπαϊκού πολιτισμού την κατέστησαν από πολύ νωρίς σημαντικό εμπορικό και διαμετακομιστικό κέντρο, συναγωνιζόμενο τις εμπορικές πόλεις της Μικράς Ασίας, ενώ φαίνεται να είναι παρούσα σε κάθε πτυχή της παγκόσμιας ιστορίας.⁷⁰ Σήμερα, η θέση αυτή την έχει αναγάγει σε αναπτυσσόμενη πόλη-προάστιο του Πειραιά και των Αθηνών και δημοφιλές παραθεριστικό κέντρο. Το νησί καλύπτει έκταση 87.410 στρεμμάτων και παρουσιάζει μεγάλη γεωμορφολογική ποικιλία. Κατά την απογραφή του 2001 εμφανίζει πληθυσμό 13.552 κατοίκων, από τους οποίους 7.783 κατοικούν στην πόλη της Αίγινας και οι υπόλοιποι στους οικισμούς Βαθέος, Κυψέλης, Μεσαγρού και Πέρδικας. Ο Δήμος Αίγινας περιλαμβάνει το νησί της Αίγινας και τις κοντινές του νησίδες. Συστάθηκε το 1997 με εφαρμογή του σχεδίου Καποδίστριας από την συνένωση των προϋπαρχόντων

⁶⁹ Σφυρόερα Σοφία *Η Αίγινα - Η πρώτη πρωτεύουσα της Νεότερης Ελλάδας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2002, 21-23

⁷⁰ Ο.π., 52-53

δήμου Αίγινας και κοινοτήτων Μεσαγρού, Κυψέλης, Πέρδικας και Βαθέος. Ο δήμος παρέμεινε αμετάβλητος με την εφαρμογή του σχεδίου Καλλικράτης το 2010. Ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 47,5% σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Δήμου ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 50 και άνω. Τέλος, κύριοι τομείς απασχόλησης αποτελούν η αλιεία και η ναυτιλία (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α)⁷¹

Όσον αφορά στην παροχή ΠΦΥ στο νησί, λειτουργεί το Νοσοκομείο «Ο Άγιος Διονύσιος» και το Κ.Υ. Επιπλέον, από το 2008 ξεκίνησε τη λειτουργία για πρώτη φορά το Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι, το οποίο σήμερα υπολειτουργεί.

3.2 Νοσοκομείο Αίγινας «Ο Άγιος Διονύσιος»

Το Νοσοκομείο Αίγινας ιδρύθηκε το 1921 από τον Ορθόδοξο Χριστιανικό Σύλλογο Κυριών που αποτελούσαν γυναίκες της Αίγινας. Ο σύλλογος υπό την καθοδήγηση του Αρχιμανδρίτη Παντελεήμονα Φωστήνη, έστησαν το Νοσοκομειακό Άσυλο «Ο Άγιος Διονύσιος». Αποτελεί ΝΠΔ μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα Φιλανθρωπικό Ίδρυμα και εποπτεύεται από τον εκάστοτε Μητροπολίτη Ύδρας Σπετσών Αιγίνης, ο οποίος διορίζει το 7μελές Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο προσφέρει τις υπηρεσίες του εθελοντικά. Το Νοσοκομείο λειτουργεί νόμιμα βάσει του άρθρου 42 του Ν. 3200/2003 «Περί τροποποίησης και συμπλήρωσης της νομοθεσίας για το Ε.Σ.Υ. κ.λπ.» (ΦΕΚ 296/Α). Νοσηλεύει κάθε πολίτη που προσφεύγει σε αυτό και ιδιαίτερα περιθάλπει του υπερήλικες και άπορους συμπολίτες. Καλύπτει τις ανάγκες πρωτοβάθμια φροντίδας υγειονομικής περίθαλψης. Με το σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό διευκολύνει τους κατοίκους του νησιού αλλά και των όμορων περιοχών στη διάγνωση και την αντιμετώπιση διαφόρων ασθενειών. Οι ιατρικές υπηρεσίες προσφέρονται από την Παθολογική Κλινική, το Μικροβιολογικό Εργαστήριο και από το Ακτινολογικό Τμήμα που διαθέτει πέντε υποομάδες, ήτοι Ακτινολογικό, Υπερήχων, Μαστογραφία, Οστεοπόρωση, Αξονικού Τομογράφου, Επίσης λειτουργούν σε τακτές ημέρες και ώρες Εξωτερικά Ιατρεία διαφόρων ειδικοτήτων (Παθολόγο, Οφθαλμίατρο, Χειρουργό, Πνευμονολόγο).

⁷¹ Αρχείο Excel με στοιχεία του Δήμου

3.3. Κ.Υ Αίγινας

Το Κέντρο Υγείας Αίγινας είναι ΝΠΔΔ , λειτουργεί από το 1986 (ΦΕΚ 218/86) και υπάγεται στο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά- ΤΖΑΝΕΙΟ. Τέσσερις γενικοί γιατροί απασχολούνται στο Κέντρο Υγείας, ενώ, είναι επιπλέον διαθέσιμοι δύο παθολόγοι, ένας παιδίατρος, δύο οδοντίατροι, έξι νοσοκόμες, μαία, κοινωνική λειτουργός και επισκέπτρια υγείας. Μέχρι πρόσφατα λειτουργούσε μικροβιολογικό και ακτινολογικό των οποίων η λειτουργία διεκόπη. Το Κ.Υ διαθέτει ασθενοφόρο, το οποίο στελεχώνουν δύο οδηγοί.

3.4 Η πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦΥ στην Αίγινα

Πολλές είναι οι δυσκολίες που χαρακτηρίζουν την πρόσβαση στις ΠΦΥ στην Αίγινα. Οι δύο δομές (Κ.Υ και Νοσοκομείο) παρουσιάζουν βασικές ελλείψεις στον εξοπλισμό, αλλά και στο ιατρικό, νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό. Όσον αφορά το Κ.Υ, οι οικονομικές συνθήκες δεν επιτρέπουν την αναπλήρωση οργανικών θέσεων σε περίπτωση συνταξιοδότησης του προσωπικού. Αυτό δημιουργεί σοβαρά προβλήματα καθώς χωρίς βασικές ειδικότητες (αιματολόγων, ακτινολόγων, παθολόγων), το Κ.Υ υπολειτουργεί. Βασικό έλλειμμα κυρίως του Κ.Υ αποτελεί το γεγονός ότι δεν επαρκούν οι οδηγοί των ασθενοφόρων. Υπάρχουν κάποιες ώρες μες στην ημέρα, που η βάρδια των οδηγών δεν καλύπτεται, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει δυνατότητα μεταφοράς ασθενών στο Κ.Υ. Στο παρελθόν αυτό έχει αποβεί μοιραίο, καθώς πολλοί άνθρωποι έχουν χάσει τη ζωή τους. Αντίστοιχα προβλήματα έλλειψης βασικών ειδικοτήτων παρατηρούνται και στο Νοσοκομείο. Τροχοπέδη στη λειτουργία του Νοσοκομείου αποτελεί το γεγονός ότι ο ΕΟΠΥΥ χρωστάει υπέρογκα ποσά. Ένα κοινό βασικό πρόβλημα των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Αίγινα αφορά τη διακομιδή των ασθενών στα νοσοκομεία της Περιφέρειας, καθώς δε μπορούν να αντιμετωπιστούν σοβαρά περιστατικά στο νησί, λόγω των μη επαρκού εξοπλισμού. Κατά τους χειμερινούς μήνες, τα δρομολόγια των πλοίων από το λιμάνι της Αίγινας προς τον Πειραιά είναι περιορισμένα με αποτέλεσμα να μην είναι εφικτή πάντα η μεταφορά των ασθενών. Το ίδιο συμβαίνει όταν τα καιρικά φαινόμενα δεν επιτρέπουν την πραγματοποίηση των δρομολογίων. Τον τελευταίο χρόνο, ο Δήμος της Αίγινας προσπαθεί για τη δημιουργία ελικοδρομίου, ώστε να υπάρξει λύση στην μεταφορά των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μεθοδολογία της έρευνας

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας ήταν η ποιοτική με α) τη λήψη ημιδομημένων συνεντεύξεων σε βάθος, β) την τηλεφωνικής συνέντευξης και γ) την τεχνική της παρατήρησης. Σκοπός της έρευνας κατά την ποιοτική προσέγγιση δεν είναι ο έλεγχος προδιατυπωμένων υποθέσεων, αλλά η ανακάλυψη νέων πτυχών και διαστάσεων του εξεταζόμενου αντικειμένου και η σε βάθος κατανόησή του. Για τον λόγο αυτό οι ποιοτικές έρευνες υιοθετούν ευέλικτα ερευνητικά σχέδια, τα οποία δύνανται να επαναπροσδιορίζονται σε όλες τους τις πτυχές κατά τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας και βάσει ερευνητικών ευρημάτων που προκύπτουν ήδη από τα αρχικά στάδια της έρευνας.⁷² Σύμφωνα με την ποιοτική προσέγγιση, η θεωρητική επεξεργασία και η εμπειρική διερεύνηση δεν διαχωρίζονται ως δύο διακριτά στάδια του ερευνητικού έργου, αλλά διαπλέκονται διαλεκτικά τροφοδοτώντας η μία την άλλη. Η εμπλοκή του ερευνητή στο πεδίο της έρευνας και η επικοινωνία του με τα υποκείμενα της έρευνας θεωρείται, σύμφωνα με την ποιοτική προσέγγιση, επιβεβλημένη και δεν εκλαμβάνεται ως διαστρεβλωτικός παράγοντας. Ο αναστοχασμός του ερευνητή σχετικά με την παρουσία του στο πεδίο, οι παρατηρήσεις, οι εντυπώσεις του, τα συναισθήματά του καταγράφονται στο ημερολόγιο της έρευνας και αξιοποιούνται κατά την ερμηνεία των δεδομένων. Η συνέντευξη αποτελεί ίσως την πιο διαδεδομένη μέθοδο άντλησης ποιοτικού υλικού και πληροφοριών στις κοινωνικές επιστήμες. Η συνέντευξη ως ερευνητικό εργαλείο παίρνει πολλές μορφές: μπορεί να είναι αυστηρά δομημένη (structured interview) δηλαδή βασισμένη σε ένα δομημένο σχέδιο συνέντευξης ή ερωτηματολόγιο, μπορεί να είναι συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο (face to face interview), τηλεφωνική συνέντευξη κτλ.

Η δομημένη συνέντευξη βασίζεται σε ένα αυστηρά προκαθορισμένο σύνολο ερωτήσεων το οποίο τίθεται με τον ίδιο ενιαίο τρόπο σε όλους τους ερωτώμενους. Οι ερωτήσεις είναι προκαθορισμένες τόσο ως προς το περιεχόμενο τους, όσο και ως προς την σειρά με την οποία ακολουθεί η μια τη άλλη.⁷³ Η ημιδομημένη συνέντευξη χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων αλλά παρουσιάζει πολύ περισσότερη ευελιξία ως προς την σειρά των ερωτήσεων, ως προς τη τροποποίηση του

⁷² Russell Bernard, *Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches*. Second Edition. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994

⁷³ Dunn Kevin, *Interviewing*, στο Hay, I. *Qualitative Research Methods in Human Geography*. South Melbourne: Oxford University Press, 2000

περιεχομένου των ερωτήσεων ανάλογα με τον ερωτώμενο και ως προς την προσθαφαίρεση ερωτήσεων και θεμάτων για συζήτηση. Η μη δομημένη συνέντευξη χαρακτηρίζεται από την απουσία προκαθορισμένων ερωτήσεων και βασίζεται σε θεματικές περιοχές πάνω στις οποίες αναπτύσσεται η αλληλεπίδραση μεταξύ του ερευνητή και του ερωτώμενου⁷⁴ Στην ποιοτική κοινωνική έρευνα χρησιμοποιούνται κυρίως οι δυο τελευταίοι τύποι συνέντευξης καθώς επιτρέπουν την άντληση πληροφορίας και δεδομένων σε βάθος ή την ανάδειξη θεμάτων που δεν είχαν προκαθοριστεί από τον ερευνητή.

Η παρατήρηση (observation) είναι ίσως η «απλούστερη» μέθοδος συλλογής δεδομένων ποιοτικού χαρακτήρα. Συνίσταται στην οργανωμένη και συστηματική παρατήρηση κοινωνικών συμπεριφορών, κοινωνικής αλληλεπίδρασης και διαντίδρασης, κοινωνικής επικοινωνίας (λεκτικής και μη), κοινωνικών διαδικασιών και κοινωνικών πλαισίων. Τα βασικότερα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι η άμεση άντληση πληροφορίας για ατομικές ή κοινωνικές συμπεριφορές, η κατανόηση του κοινωνικού πλαισίου εντός του οποίου λαμβάνει χώρα κάποιο φαινόμενο ή κοινωνική διαδικασία και η δυνατότητα διεξαγωγής ερευνητικής δουλειάς σε φυσικά (μη τεχνητά) περιβάλλοντα (δηλαδή στα πραγματικά περιβάλλοντα εντός των οποίων λαμβάνει χώρα η κοινωνική δράση). Παρόλα αυτά η παρατήρηση παρουσιάζει και μια σειρά από μειονεκτήματα. Είναι επίπονη, χρονοβόρα και από την φύση της «δύσκολη» διαδικασία. Απαιτεί έμπειρους και απόλυτα συγκεντρωμένους παρατηρητές. Πολλές φορές η παρουσία του ερευνητή-παρατηρητή αλλάζει τις κοινωνικές συμπεριφορές και διαστρέφει το ποιοτικό υλικό που συλλέγεται. Τέλος αν η παρατήρηση είναι μη συστηματική υπάρχει ο κίνδυνος καταγραφής συμπεριφορών και διαδικασιών που να είναι αποκλειστικά μη τυπικές.⁷⁵

Σε πολλές περιπτώσεις η συστηματική παρατήρηση προϋποθέτει ένα καλά οργανωμένο ερευνητικό πλαίσιο – ερευνητικές κατηγορίες ή ερωτήματα. Σε άλλες περιπτώσεις το πλαίσιο αυτό μπορεί να μην υπάρχει αρχικά ή να αναδιαμορφώνεται καθώς η έρευνα ωριμάζει και προχωρά. Συνήθως η παρατήρηση προϋποθέτει την συναίνεση των παρατηρούμενων, και στο σημείο αυτό κεντρικό ρόλο παίζουν ζητήματα

⁷⁴ Robson Colin *Η έρευνα του πραγματικού Κόσμου. Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*, Αθήνα, Gutenberg, 2007, 321-323

⁷⁵ Ο.π. 370-371

⁷⁵ Ο.π.

ερευνητικής ηθικής και δεοντολογίας. Τα δεδομένα που συλλέγονται μέσω της παρατήρησης έχουν συνήθως την μορφή σημειώσεων χωρισμένων και οργανωμένων ανά θεματικές κατηγορίες.

4.1 Μελέτη Αρχειακού Υλικού

Τα Δεκέμβριο του 2012, ύστερα από έγκριση από το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου για τη διεξαγωγή εμπειρικής έρευνας, πραγματοποιήθηκε η μελέτη αρχειακού υλικού και συγκεκριμένα των πρακτικών Δ.Σ από το έτος ίδρυσης του φορέα έως σήμερα. Το μήνα Απρίλιο, κατατέθηκε στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Τζανείου Νοσοκομείου αίτηση για τη διεξαγωγή της μελέτης στο Κέντρο Υγείας της Αίγινας. Παράλληλα, ενημερώθηκε ο Διευθυντής του Κέντρου Υγείας. Την ίδια περίοδο, ξεκίνησε η συλλογή δεδομένων και στους δύο φορείς. Συγκεκριμένα, παραχωρήθηκαν από το Νοσοκομείο σε έντυπη μορφή, οι μηνιαίες αναφορές που περιγράφουν αναλυτικά το μηνιαίο προϋπολογισμό των τελευταίων 4 μηνών, καθώς και την κίνηση ασθενών των τελευταίων 6 μηνών. Επιπλέον στοιχεία συλλέχθηκαν για τις εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν το τελευταίο εξάμηνο από το μικροβιολογικό εργαστήριο του Νοσοκομείου, καθώς και ο ετήσιος αριθμός ατόμων που επισκέφθηκε τα ακτινολογικά εργαστήρια

Στο Κ.Υ η καταγραφή της κίνησης ασθενών αφορά μόνο ένα μήνα (Δεκέμβριο). Όσον αφορά τον προϋπολογισμό του Κ.Υ, ζητήθηκε από το λογιστήριο του Τζανείου Νοσοκομείου. Ενημερώθηκα ότι δεν υπάρχει μηνιαίος προϋπολογισμός, καθώς δε συμπληρώνονται οι ειδικές φόρμες που αφορούν τα οικονομικά στοιχεία των Κέντρων Υγείας που εποπτεύονται από το Νοσοκομείο.

4.2 Συνεντεύξεις

Για να έχουμε μια εκτίμηση των απόψεων των εμπλεκόμενων στο θέμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο νησί της Αίγινας, αποφασίστηκε η διενέργεια συνεντεύξεων βάθους με στελέχη του Νοσοκομείου Αίγινας και του Κέντρου Υγείας, από προσωπικό των δομών, από κατοίκους που έχουν εξυπηρετηθεί, από εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης και από εκπροσώπους του τοπικού Συλλόγου γυναικών της Αίγινας. Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις από τον Πρόεδρο του

Νοσοκομείου και ενός άλλου μέλους του Διοικητικού Προσωπικού, από την παθολόγο του Νοσοκομείου και από μία νοσηλεύτρια. Αντίστοιχα οι συνεντεύξεις στο Κ.Υ πραγματοποιήθηκαν με το Διευθυντή και 2 γιατρούς. Το υπόλοιπο προσωπικό του Κ.Υ αρνήθηκε να συμμετέχει στη διαδικασία λήψης συνεντεύξεων.⁷⁶ Όσον αφορά τους κατοίκους της Αίγινας πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις με 13 άτομα, 8 γυναίκες και 5 άνδρες οι οποίοι είχαν επισκεφθεί μία από τις δύο ή και τις 2 δομές υγείας. Όσον αφορά το Δήμο πραγματοποιήθηκε συνέντευξη με το Δήμαρχο της Αίγινας και τέλος με την Πρόεδρο του Συλλόγου Γυναικών.

Το σύνολο των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα Απρίλιος- Μάιος 2013. Όλες οι συνεντεύξεις έγιναν έπειτα από τηλεφωνική επικοινωνία κατά την οποία ο συνεντευξιαζόμενος ενημερώνονταν για το στόχο της έρευνας και τους λόγους για τους οποίους επιλέχθηκε για τη συνέντευξη. Επίσης, οι συνεντευξιαζόμενοι ενημερώνονταν για την επιλογή χρήσης μαγνητοφώνου. Το προσωπικό του Κ. Υ εξέφρασε αντίρρηση για τη χρήση του. Για το λόγο αυτό, τα όσα λέχθηκαν κατά τη συνέντευξη, «κρατήθηκαν» σε γραπτές σημειώσεις. Οι συνεντεύξεις με το προσωπικό και τη Διοίκηση πραγματοποιήθηκαν στο χώρο εργασίας τους, ενώ οι υπόλοιπες συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο του σπιτιού των συνεντευξιαζόμενων και σε χώρους συνεστίασης. Για το περιεχόμενο της συνέντευξης τηρήθηκε ειδικός οδηγός συνέντευξης, ο οποίος αναφέρεται στους παρακάτω άξονες ερωτημάτων:

Ο *πρώτος άξονας* αναφέρεται στη γενική άποψη του φορέα τον οποίο αντιπροσωπεύουν. Ο *δεύτερος άξονας* αναφέρεται στην άποψη για το επίπεδο των υπηρεσιών που προσφέρει ο φορέας. Πιο συγκεκριμένα την άποψη για την ποιότητα υπηρεσιών, την προσβασιμότητα, το εύρος υπηρεσιών, το κόστος, την ποιοτική και ποσοτική επάρκεια προσωπικού και στο βαθμό ανταπόκριση των προσφερόμενων υπηρεσιών στις ανάγκες του πληθυσμού. Ο *трίτος άξονας* αναφέρεται σε θέματα αξιολόγησης και καταγραφής των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ο *τέταρτος άξονας* αφορά απόψεις των πληροφοριοδοτών- κλειδιά για τη διοίκηση του εκάστοτε φορέα που αντιπροσωπεύουν. Ο *πέμπτος άξονας* αναφέρεται στην ύπαρξη φορέων ή οργανώσεων που δραστηριοποιούνται προς όφελος του εκάστοτε φορέα. Ο *έκτος άξονας* αντιπροσωπεύει τις απόψεις που αφορούν για τη σχέση του Νοσοκομείου και του Κέντρου Υγείας με την τοπική αυτοδιοίκηση. Ο *έβδομος άξονας* αναφέρεται στα

⁷⁶ Πιθανοί λόγοι για την άρνηση τους ήταν ο φόβος του προσωπικού για πιθανή δημοσίευση των όσων αναφέρουν στη συνέντευξη και το γεγονός ότι δεν είχαν πάρει οι ίδιοι άδεια από το Διευθυντή του Κ.Υ

προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φορείς ΠΦΥ της Αίγινας και τι μπορεί να γίνει για την αντιμετώπιση τους. Στον *όγδοο άξονα* οι ερωτώμενοι καλούνται να διατυπώσουν προτάσεις άμεσης εφαρμογής και τέλος ο *ένατος άξονας* περιεχομένου αναφέρεται στη σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών εγκαλεί τους ερωτώμενους να συμπληρώσουν σημεία που οι ίδιοι θεωρούν ότι πρέπει να αναφερθούν και παραλήφθηκαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

Για το σκοπό της εργασίας επιλέχθηκε μία ακόμη τεχνική ποιοτικής έρευνας, η τηλεφωνική συνέντευξη. Γι' αυτό το σκοπό επιλέχθηκαν 150 ερωτώμενοι με συστηματική δειγματοληψία (ανά δέκα κατοίκους) από τον τηλεφωνικό κατάλογο του νησιού. Στις περιπτώσεις που οι αποδέκτες του τηλεφωνήματος δεν δεχόταν να συμμετάσχουν στην έρευνα γινόταν κλήση του επόμενου αριθμού. Συνολικά έγιναν 194 Τηλεφωνήματα και πραγματοποιηθήκαν 150 τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε κατοίκους του νησιού, οι οποίες διερευνούσαν την άποψη τους για τους φορείς παροχής ΠΦΥ στο νησί, ενώ δεν διενεργήθηκε ανάλυση των λόγων άρνησης συμμετοχής στην έρευνα. Οι συνεντεύξεις ήταν δομημένες και περιείχαν 4 βασικά ερωτήματα. Συγκεκριμένα αρχικά οι πληροφοριοδότες καλούνταν να απαντήσουν στο ερώτημα εάν έχουν επισκεφθεί το Κ.Υ ή το Νοσοκομείο. Στο δεύτερο και τρίτο ερώτημα διερευνάται η άποψη των πληροφοριοδοτών για τη σημασία λειτουργία του Νοσοκομείου και του Κ.Υ αντίστοιχα. Στη συνέχεια, οι πληροφοριοδότες απαντούσαν στο ερώτημα εάν έχουν χρειαστεί νοσοκομειακή περίθαλψη και όσοι εξ αυτών απαντούσαν θετικά, καλούνταν να απαντήσουν στο τελευταίο ερώτημα που αφορά το βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι ως άνω τηλεφωνικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν τον Ιούνιο μήνα και διήρκησαν μία εβδομάδα. Επειδή η δειγματοληψία δεν τηρεί όλες της προδιαγραφές της τυχαιότητας (αρνήσεις και ασαφές δειγματοληπτικό πλαίσιο τα συμπεράσματα εκλαμβάνονται μόνο ως ενδεικτικά) Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι πολλοί από τους κατοίκους που κλήθηκαν να απαντήσουν στα ερωτήματα, δε δέχθηκαν.

4.3. Αποτελέσματα της έρευνας

4.3.1 Αποτελέσματα μελέτης αρχειακού υλικού

Όσον αφορά στο Νοσοκομείο της Αίγινας, το μήνα Νοέμβριο εξυπηρετήθηκαν από τα εξωτερικά ιατρεία 220 ασθενείς (56 άνδρες, 164 γυναίκες). Το μήνα Δεκέμβριο οι

εξυπηρετούμενοι ήταν 166 (40 άνδρες, 126 γυναίκες), τον μήνα Ιανουάριο 314 (61 άνδρες, 253 γυναίκες), το Φεβρουάριο 383, το Μάρτιο 304 και το μήνα Απρίλιο 292 ασθενείς. Η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων αφορά παθολογικά αίτια. Όσον αφορά το μηνιαίο προϋπολογισμό του Νοσοκομείου, παρατηρείται ότι τα έσοδα διακρίνονται σε οργανικά τα οποία προέρχονται κυρίως από εξετάσεις μέσω του ΕΟΠΥΥ και σε μη οργανικά, τα οποία αφορούν δωρεές και ενοίκια από κτίρια που ανήκουν στο Νοσοκομείο. Αντίστοιχα τα οργανικά έξοδα αφορούν τις γενικές δαπάνες και τη μισθοδοσία. Τα μη οργανικά αφορούν κυρίως έξοδα για τη συντήρηση των ακινήτων που ενοικιάζονται. Αυτό που κυρίως διακρίνεται συγκρίνοντας τα έξοδα και τα έσοδα του Νοσοκομείου, είναι ότι τα έξοδα είναι περισσότερα από τα έσοδα. Σε κάποιους μήνες η διαφορά αυτή είναι διπλάσια. Μια επιπλέον διαπίστωση αφορά τα μη οργανικά έσοδα, τα οποία φαίνεται ότι αποτελούν σημαντική πηγή εσόδων για τη λειτουργία του Νοσοκομείου.

Όσον αφορά στο Κέντρο Υγείας, η κίνηση των ασθενών κατά το μήνα Δεκέμβριο ανέρχεται στα 196 άτομα, τα οποία επισκέφθηκαν το Κ.Υ κυρίως για παθολογικά αίτια (108 γυναίκες, 86 άνδρες). Για τις δυσκολίες που προαναφέρθηκαν στη συλλογή των πληροφοριών δεν ήταν εφικτή η καταμέτρηση και άλλων μηνών. Ύστερα από συνάντηση με το λογιστήριο του Τζανείου Νοσοκομείου, ο προϋπολογισμός του Κ.Υ των μηνών Ιανουάριου έως Μάρτιο ανέρχεται 329.700 ευρώ σε σχέση με το συνολικό προϋπολογισμό του Τζανείου που ανέρχεται στα 28.420.000 ευρώ.

4.3.2 Αποτελέσματα Συνεντεύξεων

A. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΓΙΝΑΣ

1. Γενική άποψη για το φορέα

Το σύνολο των πληροφοριοδοτών- κλειδιά επισημαίνει ότι η οικονομικές συνθήκες που επικρατούν έχουν επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τη λειτουργία του Νοσοκομείου. Κοινή άποψη όλων είναι ο σκοπός ίδρυσης του Νοσοκομείου δεν είναι εφάμιλλος με το σκοπό λειτουργίας σήμερα. Το γεγονός αυτό οφείλεται σύμφωνα με την άποψη των συνεντευξιαζόμενων στη δεινή οικονομική κατάσταση του φορέα. Συγκεκριμένα όπως αναφέρει ένας πληροφορητής-κλειδί, *«το νοσοκομείο είναι ένα επαρχιακό Νοσοκομείο, για την ακρίβεια Κλινική καθώς διαφέρει από τα Νοσοκομεία των πόλεων. Πρόκειται*

για ένα εκκλησιαστικό κοινωφελές ίδρυμα, που στόχο έχει την εξυπηρέτηση των κατοίκων της Αίγινας. Δυστυχώς υπάρχει ο βασικός παράγοντας των οικονομικών δυσκολιών που δεν επιτρέπει την επίτευξη των στόχων έτσι όπως αρχικά ορίζεται από την ίδρυση του. Θα θέλαμε οι υπηρεσίες να παρέχονται δωρεάν, αλλά αυτό είναι αδύνατο. Χρειαζόμαστε έσοδα. Αυτή τη στιγμή ο ΕΟΠΥΥ χρωστάει στο Νοσοκομείο ένα υπέρογκο ποσό».

Παρά τις οικονομικές δυσκολίες του Νοσοκομείου, η προσφορά του στο κομμάτι της ΠΦΥ και γενικά της υγείας θεωρείται σημαντική. Η διακομιδή των ασθενών σε νοσοκομεία της περιφέρειας δεν είναι πάντα εύκολη κυρίως για οικονομικούς λόγους. Επιπλέον, η αραιή συχνότητα των δρομολογίων προς το λιμάνι του Πειραιά, ειδικά κατά τους χειμερινούς μήνες αποτελούν ένα ακόμη λόγο για τη δυσκολία πρόσβασης σε νοσοκομεία της Αθήνας. Συγκεκριμένα ένας πληροφοριοδότης- κλειδί προσθέτει για το θέμα αυτό «το νοσηλευτικό τμήμα αυτή τη στιγμή έχει τη δυνατότητα να εξυπηρετεί παθολογικά περιστατικά, αλλά και σοβαρά περιστατικά που έρχονται. για αποθεραπεία, τα οποία αντιμετωπίζονται έως να διακομιστούν σε νοσοκομεία της περιφέρειας. Βέβαια, πολλές φορές η διακομιδή δεν είναι εύκολη. Το κόστος είναι αρκετά υψηλό με αποτέλεσμα να υπογράφει ο ασθενής για τη μη συναίνεση του για μεταφορά. Όπως καταλαβαίνετε το νοσοκομείο με τις δυνατότητες που έχει προσπαθεί να εξυπηρετήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις ανάγκες των κατοίκων και γι' αυτό το λόγο θα είναι μεγάλο πλήγμα για το νησί η διακοπή λειτουργίας του».

Ένας ακόμη πληροφοριοδότης- κλειδί τονίζει τη σημασία λειτουργία του Νοσοκομείου της Αίγινας ως εξής: «Παρακολουθούμε από την παθολόγο του νοσοκομείου στα εξωτερικά ιατρεία, λόγω χρόνιου σοβαρού παθολογικού προβλήματος που αντιμετωπίζω. Παλαιότερα για το ίδιο πρόβλημα, παρακολουθούμουν από τα εξωτερικά ιατρεία του Τζανείου. Σταμάτησα να πηγαίνω και λογικό αν αναλογιστείς την ταλαιπωρία και το κόστος μετακίνησης».

- 2. Αποψη για το επίπεδο υπηρεσιών που προσφέρει ο φορέας (ποιότητα υπηρεσιών, προσβασιμότητα, εύρος υπηρεσιών, κόστος, ποιοτική και ποσοτική επάρκεια προσωπικού, βαθμός ανταπόκρισης προσφερόμενων υπηρεσιών στις ανάγκες του πληθυσμού)**

Το σύνολο των συνεντευξιαζόμενων εκφράζει θετική άποψη για το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο της Αίγινας. Παρ' όλα αυτά, η ανεπάρκεια (κυρίως ποσοτική) του προσωπικού δυσχεράνει τη λειτουργία του. Συγκεκριμένα, ένας πληροφοριοδότης- κλειδί αναφέρει *Έχουμε έλλειψη σε κάποιους γιατρούς, που βέβαια δεν είμαστε αναγκασμένοι σαν κλινική να διαθέτουμε, όπως ενδοκρινολόγο. Ήδη με ένα απλό εισιτήριο βλέπεις οφθαλμίατρο»* και συνεχίζει αναφέροντας *«Ποιοτικά το προσωπικό κάνει το βέλτιστο που μπορεί. Παρ' όλα αυτά, η αναλογία ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού είναι δυσανάλογη. Εκ των πραγμάτων είναι αδύνατο να εξυπηρετηθούν οι ασθενείς σε όλες τις βασικές του ανάγκες. Δεν είναι εφικτό να αφιερωθεί ο προβλεπόμενος χρόνος»*. Σχετικά με την ανεπάρκεια του προσωπικού, ένας ακόμη πληροφοριοδότης αναφέρει *«Υπάρχει και ποιοτική και ποσοτική ανεπάρκεια. Η ποιοτική ανεπάρκεια οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχει έλλειψη γιατρών, για παράδειγμα υπάρχει μόνο μία παθολόγος. Επιπλέον υπάρχει έλλειψη βασικών υλών. Επιπλέον το νοσηλευτικό προσωπικό απαρτίζεται κυρίως από απόφοιτους Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, με εμπειρία μεν, αλλά χωρίς εξειδίκευση»*.

Κοινή άποψη των συνεντευξιαζόμενων είναι ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι αρκετά ικανοποιητικές, σε σχέση με τα σοβαρά οικονομικά προβλήματα του φορέα. Σχετικά με το θέμα αυτό ένας πληροφοριοδότης αναφέρει *«Το επίπεδο υπηρεσιών που προσφέρει το Νοσοκομείο είναι αρκετά αξιοπρεπές, εάν αναλογιστεί κανείς τις δυσκολίες που υπάρχουν. Το προσωπικό ανάλογα με τα προβλήματα του, προσφέρει ό,τι καλύτερο μπορεί. Είναι γεγονός ότι υπάρχει συλλογική δουλειά. Έχουμε κάποια στάνταρ που προσπαθούμε να ακολουθήσουμε, σύμφωνα με τα νοσοκομεία της περιφέρειας. Όλοι προσφέρουν έργο. Δεν επαναπαυόμαστε, προσπαθούμε για το καλύτερο. Το νοσοκομείο προσπαθεί να μειώσει τα λειτουργικά χωρίς να επηρεαστεί η ποιότητα παροχής υπηρεσιών»*. Ένας από τους κατοίκους του νησιού προσθέτει *«Νοσηλεύτηκα στο νοσοκομείο πριν 1 χρόνο για υπέρταση. Η γιατρός επέμενε ότι έπρεπε να νοσηλευτώ. Έμεινα 4 μέρες. Παρ' όλο που είμαι 54 χρονών δεν είχα επισκεφθεί ποτέ το νοσοκομείο. Έμεινα πολύ ευχαριστημένη. Ξέρω ότι υπάρχουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα, ότι το προσωπικό είναι απλήρωτο, αλλά παρ' όλα αυτά με αντιμετώπισαν πολύ καλά »*.

Ένα από τα «δυνατά» προσόντα του Νοσοκομείου θεωρείται ο σύγχρονος βιοχαρτικός εξοπλισμός που διαθέτει το ακτινολογικό εργαστήριο, το οποίο εξυπηρετεί καθημερινά τις ανάγκες των ασθενών. Ένας από τους πληροφοριοδότες κλειδί αναφέρει *«Το νοσοκομείο διαθέτει κάτι, που δεν έχουν πολλά νοσοκομεία, έχουμε αξονικό τομογράφο. Δεν έχουμε βάσει*

στον ΕΟΠΥΥ το ακτινολογικό αλλά δεν γίνεται αλλιώς, γιατί αυτό αποτελεί βασικό έσοδο για το νοσοκομείο. Σε αστικά κέντρα μπορεί να μη βρεις αξονικό τομογράφο ή μαστογράφο. Επιπλέον το προσωπικό που στελεχώνει το εργαστήριο είναι άρτια εκπαιδευμένο».

Για το προσωπικό του νοσοκομείου, ένδειξη για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρεται αποτελεί η αύξηση της επισκεψιμότητας στα εξωτερικά ιατρεία. Μέλος του Δ.Σ αναφέρει ότι «μια ένδειξη της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών αποτελεί το γεγονός ότι παλαιότερα οι κάτοικοι του νησιού προτιμούσαν να επισκέπτονται τα νοσοκομεία της Αθήνας. Τα τελευταία χρόνια οι κάτοικοι δείχνουν εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες που προσφέρει το Νοσοκομείο μας». Επιπρόσθετα, ένας πληροφοριοδότης κλειδί αναφέρει «Είναι πολύ βασικό για το νησί μας να συνεχίσει να λειτουργεί αυτό το νοσοκομείο. Δεν έχουμε πάντα τη δυνατότητα να πηγαίνουμε στην Αθήνα για εξετάσεις. Αυτό βλέπω και από τον εαυτό μου. Δεν έχω πλέον το κουράγιο να μετακινούμαι συχνά. Πηγαίνω για χημειοθεραπεία στο Μεταξά ανά 15 ημέρες περίπου. Δεν έχω τη δυνατότητα να μένω στην Αθήνα. Πρέπει να κάνω συχνά αιματολογικές εξετάσεις και πάω στο νοσοκομείο γι' αυτές. Δεν έχω παράπονο. Είναι πολύ καλό ότι πλέον μπορώ να κάνω αξονική άνω και κάτω κοιλίας στο νοσοκομείο. Παλιά δεν ήταν έτσι. Έπρεπε να πάμε στην Αθήνα».

Όσον αφορά το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, στα τακτικά ιατρεία οι ασθενείς πρέπει να καταβάλουν το εισιτήριο ύψους των είκοσι ευρώ για την εξέταση τους. Γεγονός αποτελεί ότι ένα μέρος του πληθυσμού αδυνατεί να καταβάλει το ποσό αυτό και γι' αυτό το λόγο η διοίκηση του νοσοκομείου καλείται να αξιολογήσει τις περιπτώσεις αυτές. Η αξιολόγηση γίνεται άτυπα από τις ενορίες του νησιού. Σχετικά με το θέμα αυτό ένας πληροφοριοδότης κλειδί επισημαίνει «η πολιτική του νοσοκομείου είναι να εξυπηρετεί σ' ένα μεγάλο βαθμό τους οικονομικά αδύναμους κατοίκους του νησιού δωρεάν χωρίς να το ανακοινώνουμε. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι πρόκειται για μια κλειστή κοινωνία, στην οποία γνωριζόμαστε μεταξύ μα και έτσι ξέρουμε την οικονομική δυνατότητα των συνανθρώπων μας. Σε αυτό σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η εκκλησία και συγκεκριμένα η κάθε ενορία. Ο ιερέας της ενορίας γνωρίζει ποιοι συνάνθρωποι δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα. Στόχος μας είναι η κάλυψη και προστασία αυτών των ανθρώπων γιατί δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο χαρακτήρα του νοσοκομείου είναι φιλανθρωπικός». Επιπρόσθετα, ένας κάτοικος αναφέρει «Αντιμετωπίζω χρόνιο πρόβλημα με το λαβύρινθο. Η διάγνωση έγινε από τη γιατρό του νοσοκομείου. Δεν έχω ασφάλιση και η οικονομική μου κατάσταση είναι

πολύ άσχημη. Όσες φορές χρειάστηκε να εξεταστώ, δεν πλήρωσα τίποτα. Ήξεραν ότι αδυνατώ να δώσω έστω και ένα ευρώ».

Αρνητική άποψη σχετικά με την ποιότητα και το κόστος των προσφερόμενων υπηρεσιών αποτυπώνεται από δύο πληροφοριοδότες κλειδιά ως εξής: «Ζούσα χρόνια στην Αθήνα. Τα τελευταία 5 χρόνια, μένω μόνιμα εδώ. Όσες φορές έχω επισκεφθεί το νοσοκομείο για δική μου ανάγκη ή συγγενούς, καταλαβαίνω ότι δεν έχει καμία σχέση με τα νοσοκομεία της Αθήνας. Το προσωπικό δεν είναι εκπαιδευμένο, το κτίριο είναι προς κατάρρευση. Δεν είμαι σίγουρη ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν ένα σοβαρό περιστατικό»...«υποτίθεται ότι το νοσοκομείο χρηματοδοτείται από την εκκλησία. Ποιος είναι ο φιλανθρωπικός του χαρακτήρας, όταν πρέπει να πληρώσω είκοσι ευρώ για να με εξετάσει οφθαλμίατρος; Η εκκλησία έχει λεφτά. Γιατί να μην είναι δωρεάν οι εξετάσεις;»

3. Καταγραφή και αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται

Όσον αφορά στην καταγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών, υπάρχει ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής των περιστατικών που αντιμετωπίζονται. Η data των δεδομένων δεν τηρούνταν πάντα. Από τον Ιανουάριο του 2013, η Διοίκηση του Νοσοκομείου άλλαξε και εκ τότε τηρούνται αυστηρά τα δεδομένα αυτά. Σχετικά με το θέμα αυτό ένας πληροφοριοδότης αναφέρει «Για κάθε μήνα υπάρχει αναλυτική καταγραφή στη βάση δεδομένων, των περιστατικών που αντιμετωπίζονται καθημερινά, καθώς και των περιστατικών που χρήζουν διακομιδή σε νοσοκομεία της περιφέρειας. Παράλληλα, αυτός είναι και ένας άτυπος τρόπος αξιολόγησης, καθώς παρακολουθούμε τα ποσοστά έκβασης, τα ποσοστά θανάτων, κ.ά.»

Η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από το Υπουργείο Υγείας θεωρείται υποτυπώδης καθώς σύμφωνα με την άποψη της διοίκησης «Ανά 2 χρόνια αξιολογούμαστε από επιτροπή του υπουργείου υγείας, αλλά δεν είναι αρκετό. Το θέμα αυτό μας έχει απασχολήσει αρκετά. Εμείς θέλουμε την αξιολόγηση γιατί πιστεύουμε ότι μα βοηθά παράλληλα στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για το λόγο αυτό αποφασίσαμε και σύντομα θα εφαρμοστεί η σύσταση ενός παράλληλου συμβούλιου, Επιστημονικού Συμβούλιου το οποίο θα αξιολογεί τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Το συμβούλιο αυτό θα απαρτίζεται από επαγγελματίες υγείας του νησιού».

4. Απόψεις για τη διοίκηση του φορέα (εφαρμογή σχεδίου δράσης)

Κοινή άποψη των πληροφοριοδοτών είναι ότι με το καινούριο σχήμα του Δ.Σ (Ιανουάριος 2013- σήμερα), οι αποφάσεις λαμβάνονται συλλογικά. Παρά τις οικονομικές δυσκολίες, υπάρχει προγραμματισμός και η λειτουργία θεωρείται πιο οργανωμένη. *«Οι αποφάσεις που λαμβάνονται είναι συλλογικές. Τίθενται υπόψη ολόκληρου του Δ.Σ από το πιο απλό θέμα έως το πιο σοβαρό. Παλαιότερα οι αποφάσεις λαμβάνονταν από ένα ή δύο άτομα, πλέον αποφασίζουμε όλοι μαζί. Κάθε βδομάδα γίνεται ΔΣ. Βέβαια υπάρχει κατανομή ρόλων. Φυσικά για όλες τις αποφάσεις που λαμβάνονται ενημερώνεται και ο επόπτης που είναι ο Σεβασμιότατος Δεσπότης Ύδρας Σπετσών Αιγίνης π. Εφραίμ.»*

Την άποψη αυτή επιβεβαιώνει και ακόμη ένας πληροφοριοδότης αναφέροντας ότι «Το Δ.Σ. του Νοσοκομείου, άλλαξε τον Ιανουάριου του 2013. Έκτοτε η λειτουργία του Νοσοκομείου είναι πιο οργανωμένη. Αυτό που είναι πολύ σημαντικό είναι ότι λαμβάνεται πλέον υπόψη και η άποψη του προσωπικού. Η νέα διοίκηση ζητά τη γνώμη μας, για πολλά θέματα και δε λαμβάνει αποφάσεις χωρίς τη σύμφωνη γνώμη μας».

5. Άλλοι φορείς ή οργανώσεις που δραστηριοποιούνται προς όφελος του φορέα (εθελοντικές οργανώσεις)

Όπως προαναφέρθηκε, το Νοσοκομείο της Αίγινας εποπτεύεται από την Εκκλησία. Σύμφωνα με την άποψη των πληροφοριοδοτών η εκκλησία αποτελεί πυρήνα εθελοντικής προσφοράς. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις των κατοίκων της Αίγινας οι οποίοι προσφέρουν σε τακτή βάση οικονομική βοήθεια στο νοσοκομείο. Αρκετά σημαντική θεωρείται και η υποστήριξη από το Σύλλογο Γυναικών της Αίγινας, μέσω της οργάνωσης λαχειοφόρων ή ψυχαγωγικών εκδηλώσεων προς όφελος του Νοσοκομείου. *«Βασικό κομμάτι λειτουργίας του Νοσοκομείου είναι το γεγονός ότι πρόκειται για εκκλησιαστικό φιλανθρωπικό ίδρυμα. Η εκκλησία εμπνέει τους ανθρώπους για να προσφέρουν εθελοντικά. Έτσι, υπάρχει ο σύλλογος γυναικών, ο οποίος οργανώνει λαχειοφόρους, συναυλίες και άλλες εκδηλώσεις των οποίων τα έσοδα διατίθενται υπέρ του νοσοκομείου. Κάποιες φορές έχει υποστηρίξει ο σύλλογος γονέων και κηδεμόνων δημοτικού σχολείου διοργανώνοντας μπαζάρ. Όλα αυτά είναι πολύ σημαντικά και πολλές φορές μας συγκινεί το ενδιαφέρον των κατοίκων για το νοσοκομείο. Θα ήταν βέβαια πολύ σημαντικό εάν δεν είχαμε τόσο ανάγκη αυτή την υποστήριξη και μπορούσα να λειτουργήσουμε χωρίς αυτά».*

Ένας ακόμη πληροφοριοδότης αναφέρει «Για το νοσοκομείο μας αποτελεί βασικό συστατικό η προσφορά της Εκκλησίας, των εθελοντικών ομάδων και της ιδιωτικής προσφοράς. Κάποιοι μπορεί να είναι βέβαιοι καχύποπτοι με το γεγονός ότι το νοσοκομείο υποστηρίζεται από την εκκλησία. Κάποιοι το μάχονται. Υπάρχουν κάποια ακίνητα τα οποία έχουν δωριθεί από κατοίκους λόγω της πίστης. Ο εθελοντισμός έχει καλλιεργηθεί από την εκκλησία. Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι και η Αρχιεπισκοπή βοηθάει ετησίως, προσφέροντας κάποια χρήματα».

Την άποψη της για τη συμβολή στο νοσοκομείο καταθέτει και η Πρόεδρος του Συλλόγου αναφέροντας ότι: «Είναι χρέος μας να προσφέρουμε στο νοσοκομείο. Κανείς δε θέλει να κλείσει, γι' αυτό πρέπει να συμβάλλουμε. Ο σύλλογος γυναικών, προσπαθεί να προσφέρει το μέγιστο που μπορεί, οργανώνοντας εράνους και όχι μόνο. Στον τελευταίο έρανο που κάναμε, πέρσι, συγκεντρώσαμε ένα ποσό άνω των 10.000 ευρώ. Απευθυνθήκαμε σε όλους τους κατοίκους. Χτυπήσαμε όσες περισσότερες πόρτες μπορούσαμε. Φέτος, τα πράγματα έχουν αλλάξει. Οι κάτοικοι αδυνατούν πλέον να δώσουν το ελάχιστο».

6. Απόψεις για τη σχέση του φορέα με την τοπική αυτοδιοίκηση

Γεγονός αποτελεί ότι κατά κοινή ομολογία η Τοπική Αυτοδιοίκηση της Αίγινας αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Αυτό που αποτυπώνεται και από τις απόψεις των πληροφοριοδοτών είναι ότι η Τοπική Αυτοδιοίκηση, έχοντας να αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα, δε δύναται να υποστηρίξει τη λειτουργία του νοσοκομείου, Συγκεκριμένα, «Τα οικονομικά του Δήμου τα γνωρίζουμε. Δεν έχουν καν βενζίνη για το τα απορριμματοφόρα. Έχει βοηθήσει σε πρακτικά ζητήματα, π.χ. μας βοήθησαν για τη δημιουργία χώρου στάθμευσης για ΑΜΕΑ, σε περιόδους απεργιών των υπαλλήλων του Δήμου, μάζεψαν τα απορρίμματα έξω από το νοσοκομείο, ύστερα από αίτηση μας. Δε μπορούν να προσφέρουν κάτι άλλο. Ίσως θα μπορούσαν να κάνουν κάτι για το λογαριασμό του νερού. Εδώ στην Αίγινα ο λογαριασμός του νερού εκδίδεται και πληρώνεται στο Δήμο. Ίσως θα μπορούσαν να μας βοηθήσουν, μέσω κάποιας έκπτωσης». Άποψη που διατυπώνεται από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου είναι ότι ο Δήμος δε μπορεί να υποστηρίξει το νοσοκομείο, ως αποτέλεσμα του γεγονότος ότι το νοσοκομείο είναι ιδιωτικός και όχι δημόσιος φορέας. Συγκεκριμένα «Δεν υπάρχει καμία συμμετοχή

της τοπικής αυτοδιοίκησης. Βέβαια το νοσοκομείο δεν είναι δημοτικό και δεν ανακατεύεται κανείς. Και ίσως είναι καλύτερα έτσι».

Αντίστοιχα, η άποψη πληροφοριοδότη-κλειδί που αντιπροσωπεύει την Τοπική Αυτοδιοίκηση του νησιού διατυπώνεται ως εξής: «Είναι μια κρίσιμη στιγμή για τα οικονομικά του Δήμου. Παρ' όλα αυτά είναι χρέος μας η εξασφάλιση της υγείας του πληθυσμού της Αίγινας. Το νοσοκομείο της Αίγινας, όσες φορές έχει χρειαστεί την υποστήριξη του Δήμου, βρισκόμαστε δίπλα. Δυστυχώς δε μπορούμε να προσφέρουμε πολλά, ειδικά σε ότι αφορά την οικονομική ενίσχυση».

7. Προβλήματα και τι μπορεί να γίνει για την αντιμετώπιση τους

Τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει το νοσοκομείο, είναι το κυρίαρχο πρόβλημα που αναδύθηκε από τις συνεντεύξεις. Πιο συγκεκριμένα δύο τομείς είναι αυτοί που αποτελούν τα κύρια αποτελέσματα των δυσχερής οικονομικής κατάστασης, α) η έλλειψη επαρκούς προσωπικού και β) η κτιριακή υποδομή. Λύση για προβλήματα αυτά, κατά κοινή ομολογία αποτελεί η εξόφληση των χρωστούμενων από τον ΕΟΠΥΥ. Σχετικά με τους τομείς αυτούς οι πληροφοριοδότες αναφέρουν τα κάτωθι: «Τα προβλήματα του νοσοκομείου αφορούν κυρίως την έλλειψη προσωπικού. Υπάρχει μία μόνη παθολόγος για όλους τους ασθενείς. Βέβαια, όταν κάποια από τα περιστατικά δεν άπτονται της ειδικότητας της, ζητούμε τη συνεργασία άλλων γιατρών του νησιού που μπορεί να παρακολουθεί το περιστατικό ενώ νοσηλεύεται στο νοσοκομείο. Πέραν του ιατρικού προσωπικού χρειαζόμαστε και νοσηλευτικό ».

«Αυτή τη στιγμή είμαστε πέντε νοσηλεύτριες. Όπως καταλαβαίνετε είναι αδύνατο να καταφέρουμε να εξυπηρετήσουμε όλους τους ασθενείς»

«Αποτελεί πρόβλημα το γεγονός ότι το σαββατοκύριακο δε λειτουργεί το μικροβιολογικό εργαστήριο και την Κυριακή δε γίνονται υπέρηχοι και ακτινογραφίες».

«Το κτίριο που στεγάζεται το νοσοκομείο έχει υποστεί πολλές φθορές λόγω παλαιότητας. Μπορεί δυνητικά να είναι επικίνδυνο. Βασικό πρόβλημα αποτελεί και η μη φύλαξη του νοσοκομείου κατά τη νύχτα. Χρειαζόμαστε νυχτοφύλακα».

«Δυστυχώς πέραν της παθολόγου που εξυπηρετεί τους κατοίκους, οι υπόλοιποι γιατροί άλλων ειδικοτήτων εξυπηρετούν τους ασθενείς όχι σε καθημερινή βάση. Για παράδειγμα, ο πνευμονολόγος έρχεται στο νοσοκομείο κάθε 15 ημέρες».

«Χρειαζόμαστε περισσότερο προσωπικό, πρέπει να βελτιώσουμε την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, των νοσηλείων. Πώς θα γίνει αυτό, όταν το ΕΟΠΥΥ αυτή τη στιγμή χρωστά ένα τεράστιο ποσό στο νοσοκομείο; Αυτή τη στιγμή καλύπτουμε το ελάχιστο από τις ανάγκες του νοσοκομείου, μέσω του νοσηλίου, ύψους 58 ευρώ και των εσόδων από το ακτινολογικό εργαστήριο. Το μόνο που μπορεί να γίνει αρχικά είναι η εξόφληση των χρωστούμενων από τον ΕΟΠΥΥ».

8. Προτάσεις άμεσης εφαρμογής

Βασικός στόχος των στελεχών του Νοσοκομείου αποτελεί η ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Όπως προκύπτει από τις συνεντεύξεις, ο εκσυγχρονισμός της υλικοτεχνικής υποδομής και των υπηρεσιών αποτελεί προτεραιότητα. *«Οι θάλαμοι πρέπει να εκσυγχρονιστούν. Να μπορούν να υπάρχουν ξεχωριστοί θάλαμοι π.χ. για τους νέους. Ετοιμάζουμε ένα χώρο μικρής εντατικής μονάδας. Θα γίνει ένα δωμάτιο για έκτακτα περιστατικά, ώστε να μη χρειάζεται η άμεση διακομιδή στην Αθήνα τα πρώτα 24ώρα». Ένας ακόμη πληροφοριοδότης προσθέτει «Πρέπει να γίνει ανάταξη της οικονομικής κατάστασης. Να δούμε ποιοι χρωστάνε. Να ξεχρεώσουμε το προσωπικό, ώστε να επικεντρωθούμε στην ποιότητα των υπηρεσιών».*

Σημαντικό στοιχείο του εκσυγχρονισμού του Νοσοκομείου αποτελεί η εφαρμογή του ενιαίου συστήματος νοσηλίων. Πιο συγκεκριμένα: *«Έχουμε κάνει αρκετά βήματα για τον εκσυγχρονισμό του νοσοκομείου. Άμεσα θα εφαρμοστεί για πρώτη φορά το σύστημα των ενιαίων νοσηλίων. Κατ' αυτόν τον τρόπο θα στέλνεται κατ' ευθείαν στον ΕΟΠΥΥ τα στοιχεία των ανθρώπων που νοσηλεύονται, δηλαδή το εισιτήριο και εξιτήριο όταν βγαίνει. Θα γλιτώσουμε από τη γραφειοκρατία και αυτό το θεωρώ πολύ σημαντικό βήμα».*

9. Προσθήκη οποιασδήποτε πληροφορίας είναι σημαντική

Σύμφωνα με την άποψη της διοίκησης του Νοσοκομείου, ο σκοπός αρχικός σκοπός λειτουργίας του ήταν φιλανθρωπικός και αυτόν τον χαρακτήρα προσπαθούν να διατηρήσουν. Τα οικονομικά προβλήματα, αποτελούν τροχοπέδη στη επίτευξη του στόχου αυτού. Σχετικά με τις φιλοδοξίες για τη λειτουργία του νοσοκομείου ένας πληροφοριοδότης- κλειδί αναφέρει *«Εάν η οικονομική δυνατότητα του νοσοκομείου ήταν διαφορετική, θα μπορούσε να προσφέρει περισσότερα στους κατοίκους του νησιού. Μακάρι*

να μπορούσαμε να προσφέρουμε τις υπηρεσίες δωρεάν σε όλους. Αυτός ήταν και ο σκοπός ίδρυσης. Υπάρχουν πολλοί κάτοικοι , άποροι ,οι οποίοι ζουν απομονωμένοι στα χωριά, χωρίς κανένα υποστηρικτικό σύστημα. Όνειρο μου είναι να μπορούσαμε να περιθάλπουμε τους ανθρώπους αυτούς δωρεάν και να έχουν μια τακτική ιατρική παρακολούθηση. Αυτός είναι ο σκοπός του νοσοκομείου, η φροντίδα και προστασία των συνανθρώπων μας ».

Μια επιπλέον δυσκολία στον ως άνω σκοπό αποτελεί η στάση ορισμένων ιδιωτών γιατρών του νησιού, οι οποίοι δε συμφωνούν στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας. Τέλος, σημαντική πληροφορία αποτελεί η άποψη που διατυπώνεται για το Κ.Υ της Αίγινας. Πιο συγκεκριμένα: «Είναι βασικό να καταλάβουν όλοι στο νησί το χαρακτήρα του νοσοκομείου και να μην το αντιμάχονται. Χρειαζόμαστε τη συνεργασία των ιδιωτών ιατρών της Αίγινας, αλλά όχι με στόχο την κερδοσκοπία, αλλά τη σωστή παροχή υπηρεσιών. Τα πράγματα θα ήταν καλύτερα εάν μπορούσε με κάποιο τρόπο να συνεργαστεί το Νοσοκομείο με το Κέντρο Υγείας. Ούτως ή άλλως δεν είναι λίγες οι φορές που το Κ.Υ ζητά την υποστήριξη και διευκόλυνση στην παροχή υπηρεσιών, από το προσωπικό του νοσοκομείου. Πρέπει να σκεφτούμε το ενδεχόμενο να μην υπάρχουν δύο δομές παροχής υπηρεσιών υγείας που υπολειτουργούν, αλλά μία σωστά οργανωμένη δομή».

B. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ

1. Γενική άποψη για το φορέα

Η γενικότερη άποψη για τη λειτουργία του Κ.Υ έτσι όπως αποτυπώνεται από τις συνεντεύξεις επικεντρώνεται στις υπάρχουσες οικονομικές συνθήκες. Συγκεκριμένα *«ανήκουμε στο Τζάνειο Νοσοκομείο. Εργάζομαι εδώ 23 χρόνια, τα τέσσερα τελευταία χρόνια είμαι διευθυντής. Η λειτουργία του Κ.Υ. σήμερα δεν έχει καμία σχέση με τον τρόπο που λειτουργούσε παλαιότερα. Βρίσκεται σε παρακμή. Το προσωπικό προσπαθεί να κάνει ότι καλύτερο μπορεί αλλά δεν είναι εύκολο. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε με ανάγκασαν να συνταξιοδοτηθώ πρόωρα». Ένας ακόμη πληροφοριοδότης προσθέτει «η λειτουργία του Κ.Υ πάσχει τα τελευταία χρόνια. Ποτέ δεν παρείχε τις δέουσες υπηρεσίες, αλλά τα τελευταία χρόνια η κατάσταση είναι ανεξέλεγκτη. Το προσωπικό έχει κουραστεί από τις εργασιακές συνθήκες ...»*

Παρ' όλα αυτά το Κ.Υ λειτουργεί και παρέχει τις υπηρεσίες που του επιτρέπονται *«Πρόκειται για ένα φορέα ο οποίος παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα στο νησί, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, εάν κανείς αναλογιστεί τις δυσκολίες». «Το Κ.Υ Αίγινας ειδικά τα 2 τελευταία χρόνια αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα οικονομικά. Έχουμε έλλειψη σε βασικά πράγματα, φάρμακα, γάζες, ορούς κ.α. Παρ' όλα αυτά, οι υπηρεσίες παρέχονται».*

2. Άποψη για το επίπεδο υπηρεσιών που προσφέρει ο φορέας (ποιότητα υπηρεσιών, προσβασιμότητα, εύρος υπηρεσιών, κόστος, ποιοτική και ποσοτική επάρκεια προσωπικού, βαθμός ανταπόκρισης προσφερόμενων υπηρεσιών στις ανάγκες του πληθυσμού)

Κοινή πεποίθηση των συνεντευξιαζόμενων αποτελεί η άποψη ότι η ποιότητα των υπηρεσιών είναι αρκετά χαμηλή, καθώς το προσωπικό (ιατρικό και κυρίως νοσηλευτικό) δεν επαρκεί. *«Η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει το Κ.Υ είναι δυστυχώς ανάλογη με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν έξι παθολόγοι, έξι νοσοκόμες, μία παιδίατρος, δύο οδοντίατροι, μία μαία, μία κοινωνική λειτουργός και δύο οδηγοί ασθενοφόρων. Όπως καταλαβαίνεται εάν αναλογιστείτε τον πληθυσμό της Αίγινας, ο οποίος τους καλοκαιρινούς μήνες ξεπερνά τις 20.000, το προσωπικό δεν είναι επαρκές.*

Εμπόδιο για την ομαλή παροχή ΠΦΥ αποτελεί το γεγονός οι οργανικές θέσεις των υπαλλήλων που συνταξιοδοτούνται, δεν αναπληρώνονται. Σχετικά με το θέμα αυτό, ένας

πληροφοριοδότης κλειδί αναφέρει: *«Παλιά λειτουργούσε το ακτινολογικό εργαστήριο και μικροβιολογικό. Λόγω συνταξιοδότησης του αντίστοιχου προσωπικού δε λειτουργούν πια, καθώς δεν αναπληρώνονται οι θέσεις. Αυτό θεωρείται μεγάλο πλήγμα για τη λειτουργία του Κ.Υ».*

Τα περιστατικά που αντιμετωπίζονται αφορούν παθολογικά, καρδιολογικά, οφθαλμολογικά, ορθοπεδικά προβλήματα. Από τις συνεντεύξεις προκύπτει ότι τα δύσκολα περιστατικά διακομίζονται στα νοσοκομεία της περιφέρειας *«Τα περιστατικά που αντιμετωπίζουμε κυρίως είναι παθολογικά, καρδιολογικά και διαφόρων ειδών τραύματα, από απλά έως και σοβαρά τροχαία. Βέβαια τα πολύ σοβαρά περιστατικά διακομίζονται στα νοσοκομεία της Αθήνας».*

Επανερχόμενοι σε ζητήματα ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η έλλειψη επαρκούς (ποιοτικά και ποσοτικά) προσωπικού, η έλλειψη πρώτων υλών καθιστούν, σύμφωνα με τις απόψεις των πληροφοριοδοτών, τη λειτουργία του Κ.Υ ανεπαρκή για την κάλυψη αναγκών των κατοίκων του νησιού. Συγκεκριμένα, παρατίθενται οι κάτωθι μαρτυρίες από πληροφοριοδότες- κλειδιά *«Ευτυχώς δεν έχει χρειαστεί να επισκεφθώ το Κ.Υ για κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας. Κάθε χρόνο πήγαινα τα παιδιά μου για την προγραμματισμένη εξέταση που έπρεπε να κάνουν ή για τα εμβόλια. Μία φορά χρειάστηκε να πάω για μένα λόγω τροφικής δηλητηρίασης. Εύχομαι ποτέ να μην τύχει κάτι σοβαρό και να χρειαστώ ιατρική βοήθεια, γιατί ξέρω ότι δε θα την έχω. Ίσως δε φταίει το προσωπικό, απλά πιστεύω ότι είναι ένα ξεχασμένο Κ.Υ από το κράτος. Υπάρχει για να υπάρχει». «Έχω χρειαστεί κάποιες φορές να απευθυνθώ στην παιδίατρο του Κ.Υ. για το παιδί μου. Τελευταία φορά πριν ένα μήνα χρειάστηκε να πάμε με το παιδί μου. Η παιδίατρος έλειπε με άδεια. Δε θα έπρεπε να υπάρχουν τουλάχιστον δύο παιδίατροι? Αυτή η κατάσταση σε αναγκάζει να απευθυνθείς στους ιδιώτες γιατρούς. Εγώ μπορεί να έχω την οικονομική δυνατότητα να το κάνω. Άλλοι άνθρωποι δε μπορούν. Τι γίνεται τότε;». Ένας ακόμη πληροφοριοδότης υποστηρίζει *«Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δεν επαρκεί. Το ήδη υπάρχον προσωπικό είναι πολύ απογοητευμένο. Βασικό πρόβλημα είναι το μορφωτικό επίπεδο κυρίως των νοσηλευτών, καθώς η πλειονότητα είναι απόφοιτοι ΔΕ».**

Σημαντική πληροφορία για την έλλειψη προσωπικού αποτελεί η κάτωθι *«Είναι αδιανόητο να υπάρχουν μόνο δύο οδηγοί ασθενοφόρων για το Κ.Υ. Πρόσφατα ήρθαμε αντιμέτωποι με ένα τραγικό συμβάν, το οποίο δε συμβαίνει για πρώτη φορά. Δύο σοβαρά τραυματισμένοι από τροχαίο περίμεναν στην ασφαλτο σαράντα λεπτά το ασθενοφόρο, γιατί*

εκείνη την ώρα, δεν υπήρχε βάρδια κάποιου από τους δύο οδηγούς. Τελικά τα περιστατικά μεταφέρθηκαν με ταξί και το περιπολικό όχημα, φυσικά με μεγάλη επικινδυνότητα».

Παρ' όλα αυτά ένας ακόμη πληροφοριοδότης προσθέτει *«Παρά τις δυσκολίες κυρίως στην έλλειψη υλικών, οι γιατροί προσπαθούν για το καλύτερο».*

3. Καταγραφή και αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται

Η απουσία αξιολόγησης από το κράτος οδηγεί στην κακή οργάνωση του Κ.Υ. Σε μεγάλο βαθμό, τα περιστατικά που εξυπηρετούνται δεν καταγράφονται, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει μια σαφής εικόνα για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από τις εξής απόψεις πληροφοριοδοτών *«Δυστυχώς πολλές φορές δεν προλαβαίνουμε να καταγράψουμε όλα τα περιστατικά που εξυπηρετούμε, ειδικά τα επείγοντα».*

«Αξιολόγηση δεν υπάρχει. Μας έχουν ζητήσει κάποιες φορές από το Τζάνειο Νοσοκομείο να τους ενημερώσουμε κατά προσέγγιση για τον αριθμό των περιστατικών που αντιμετωπίζουμε».

4. Απόψεις για τη διοίκηση των φορέων.

Αξιοσημείωτο θεωρείται ότι γεγονός ότι το προσωπικό του Κ.Υ δεν εκφράζει ουσιαστική άποψη για τη διοίκηση του φορέα. Οι απόψεις περιορίζονται σε δύο πληροφοριοδότες *«Δικαίωμα για τη θέση του Διευθυντή έχει πάντα γιατρός»* και ένας ακόμη προσθέτει *«Η διοίκηση του Τζανείου Νοσοκομείου είναι πρακτικά απύσχα. Εμείς στέλνουμε εγγράφως τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε, αλλά δε γίνεται τίποτα».*

5. Άλλοι φορείς ή οργανώσεις που δραστηριοποιούνται προς όφελος του φορέα

Η συνεισφορά των κατοίκων του νησιού και του Συλλόγου γυναικών αποτελεί τις μόνη υποστήριξη που δέχεται το Κ.Υ. Συγκεκριμένα, όπως αναφέρει ένας πληροφοριοδότης, *«Στο Κ.Υ υπάρχει το κοινωνικό φαρμακείο. Οι κάτοικοι δωρίζουν φάρμακα ή άλλα υλικά τα οποία δε χρειάζονται».*

Η Πρόεδρος του Συλλόγου Γυναικών αναφέρει σχετικά με το θέμα: *«Έχουμε οργανώσει παιδικές παραστάσεις, στις οποίες αντί εισιτηρίου οι κάτοικοι έδιναν φάρμακα ή παραϊατρικά υλικά, γάζες βαμβάκι, σύριγγες κ.ά.».*

6. Απόψεις για τη σχέση του φορέα με την τοπική αυτοδιοίκηση

Από τη βιβλιογραφία είναι γνωστό ότι για την παροχή ΠΦΥ, η τοπική αυτοδιοίκηση παίζει σημαντικό ρόλο. Στην περίπτωση του Κ.Υ, από τις μαρτυρίες των πληροφοριοδοτών κλειδιά διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει καμία συμμετοχή. Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι *«Υπάρχει πλήρης απουσία της τοπικής αυτοδιοίκησης. Θα μπορούσε να καλύψει θέσεις οδηγών ασθενοφόρου». «Θα μπορούσε να μεριμνήσει για τη διακομιδή των απόρων ασθενών στην Αθήνα». «Είναι υποχρέωση του Δήμου να βρει λύσεις».*

Αντίθετα εκπρόσωπος του Δήμου αναφέρει *«ο Δήμος στέκεται δίπλα στο Κ.Υ, γιατί αποτελεί τον επίσημο φορέα παροχής ΠΦΥ στο νησί. Γνωρίζουμε για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει και γι' αυτό το λόγο έχουμε ζητήσει επανειλημμένα την υποστήριξη της πολιτείας. Πρόσφατα, εκπρόσωπος του Δήμου, συναντήθηκε με τον Υπουργό Υγείας για την αναζήτηση μόνιμων λύσεων»*

7. Προβλήματα και τι μπορεί να γίνει για την αντιμετώπιση τους

Τα προβλήματα, όπως αυτά προκύπτουν από τις συνεντεύξεις αφορούν δύο θέματα: α) τον έλλειψη βασικών υλών και β) το ανεπαρκές (ποιοτικά και ποσοτικά) προσωπικό, ειδικά των οδηγών ασθενοφόρου. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει γιατρός του Κ.Υ, *«εκτός του ότι οι οδηγοί δεν επαρκούν ποσοτικά, δε διαθέτουν καμία γνώση στην αντιμετώπιση των περιστατικών, είναι απόφοιτοι λυκείου».*

Χαρακτηριστική είναι η άποψη των κατοίκων της Αίγινας για την έλλειψη των πρώτων υλών. Συγκεκριμένα: *«επισκέπτομαι το Κ.Υ για τις προγραμματισμένες ενέσεις ινσουλίνης. Τους τελευταίους μήνες, αγοράζω από το φαρμακείο τις σύριγγες γιατί ξέρω ότι δεν έχουν».* Άλλος κάτοικος προσθέτει *«είχα ένα όχι σοβαρό ατύχημα. Πήγα στο Κ.Υ και προς μεγάλη μου έκπληξη δεν είχαν καν Betadine και αναγκάστηκε να αγοράσει μια νοσοκόμα από το πλησιέστερο φαρμακείο».* Η άποψη γιατρού του Κ.Υ για την έλλειψη των υλικών είναι *«ήδη λειτουργεί κοινωνικό φαρμακείο στο Κ.Υ για την κάλυψη των βασικών υλικών. Εφόσον το κράτος δεν πρόκειται να μεριμνήσει, τουλάχιστον καλό είναι να προσπαθούμε μεταξύ μας για την καλύτερη λειτουργία του Κ.Υ».* Άλλος γιατρός συμπληρώνει: *«Πρέπει επιτέλους η Τοπική Αυτοδιοίκηση να πάρει θέση στα προβλήματα*

του Κ.Υ. Να πιέσει για τη διατήρηση της λειτουργίας. Εξ άλλου δεν είναι μέσα στα καθήκοντά τους;»

8. Προτάσεις άμεσης εφαρμογής

Προτεραιότητα σύμφωνα με τους συνεντευξιαζόμενους είναι η αντιμετώπιση του προβλήματος διακομιδής των ασθενών. Συγκεκριμένα σύμφωνα με το διευθυντή του Κ.Υ *«πρέπει να εφαρμοστούν τα κονδύλια ειδικά για τα Κ.Υ των νησιωτικών περιοχών»* *«Χρειαζόμαστε κινητή μονάδα του ΕΚΑΒ για τη διακομιδή των ασθενών από και προς το Κ.Υ»*

9. Προσθήκη οποιασδήποτε πληροφορίας είναι σημαντική

Στο σημείο αυτό οι κάτοικοι του νησιού προσέθεσαν σχόλια τα οποία αφορούσαν το προσωπικό που στελεχώνει το Κ.Υ. Συγκεκριμένα: *«Απορώ εάν υπάρχει αξιολόγηση για τους γιατρούς οι οποίοι εργάζονται στο Κ.Υ. Η συμπεριφορά τους είναι ανάρμοστη. Εκτός απ' αυτό δεν έχουν καμία υπευθυνότητα. Δεν είναι λίγες οι φορές που στέλνουν περιστατικά για εξέταση στο Νοσοκομείο, γιατί καταλαβαίνουν την ανεπάρκεια τους. Ένας ακόμη συνεντευξιαζόμενος αναφέρει ότι «αυτή είναι η δημόσια υγεία? Απορώ αν τα νοσοκομεία της Αθήνας βρίσκονται σε αυτή την κατάσταση. Εάν είναι τόσο κουρασμένοι οι γιατροί του Κ.Υ γιατί δε συνταξιοδοτούνται. Είναι καλύτερα να μείνουν σπίτι τους από το να προσφέρουν τις υπηρεσίες αυτές. Ευτυχώς που υπάρχουν και οι νοσοκόμες που εξυπηρετούν όπως μπορούν τα περιστατικά. Δυστυχώς όμως δεν επαρκούν».*

«Στο Κ.Υ υπάρχει Κοινωνική Υπηρεσία. Τι κάνει ακριβώς κανείς δεν ξέρει. Χρειάστηκε να ζητήσω τη βοήθεια της για να βγω σε πρόωρη σύνταξη, λόγω σωματικής αναπηρίας, αλλά δε με εξυπηρέτησε και με έστειλε. Με παρέπεμψε σε υπηρεσίες του Πειραιά».

4.3.3 Αποτελέσματα τηλεφωνικών συνεντεύξεων

Από τις τηλεφωνικές συνεντεύξεις προέκυψαν τα εξής δεδομένα:

Α) Σχετικά με την επισκεψιμότητα στους φορείς ΠΦΥ του νησιού, η πλειονότητα έχει επισκεφθεί έναν από τους δύο ή και τους δύο φορείς. (ΠΙΝΑΚΑΣ 1)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Η κατανομή της επισκεψιμότητας στο Κ. Υ ή το Νοσοκομείο*

Έχετε επισκεφθεί το Κ.Υ
ή το Νοσοκομείο Αίγινας

Ποσοστό ερωτώμενων (%)

ΝΑΙ 94,7

ΟΧΙ 5,3

ΣΥΝΟΛΟ 100,0

* N=150.

Πηγή: Αρχείο SPSS, Τηλεφωνική Έρευνα.

Β) όσον αφορά την άποψη των πληροφοριοδοτών για την σημασία λειτουργία του Νοσοκομείου και του Κ.Υ. διαπιστώθηκε ότι η συντριπτική πλειονότητα θεωρεί τη λειτουργία του Νοσοκομείου πολύ σημαντική έναντι της άποψης για τη σημαντικότητα λειτουργία του Κ.Υ.(ΠΙΝΑΚΑΣ 2, 3)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Η κατανομή της σημαντικότητας λειτουργίας του Νοσοκομείου*

Πόσο σημαντική θεωρείτε
τη λειτουργία του
Νοσοκομείου

Ποσοστό
Ερωτώμενων (%)

Πολύ 68,7

Λίγο 27,3

Καθόλου 4,0

Σύνολο 100,0

* N=150.

Πηγή: Αρχείο SPSS, Τηλεφωνική Έρευνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Η κατανομή της σημαντικότητας λειτουργίας του Κ.Υ.*

Πόσο σημαντική θεωρείτε
τη λειτουργία του Κ.Υ.

Ποσοστό
Ερωτώμενων (%)

Πολύ 34,7

Λίγο 40,0

Καθόλου 25,3

Σύνολο 100,0

* N=150.

Πηγή: Αρχείο SPSS, Τηλεφωνική Έρευνα.

Γ) όπως φαίνεται στον Πίνακα 4, η πλειονότητα των πληροφοριοδοτών έχουν χρειαστεί νοσοκομειακή περίθαλψη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Η κατανομή νοσοκομειακής περίθαλψης*

Χρειαστήκατε νοσοκομειακή Περίθαλψη	Ποσοστό ερωτώμενων(%)
Ναι	87,3
Όχι	12,7
Σύνολο	100,0

* N=150.

Πηγή: Αρχείο SPSS, Τηλεφωνική Έρευνα.

Δ) Όσον αφορά την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες η πλειονότητα συμφωνεί μάλλον συμφωνεί ότι παρασχέθηκαν οι αναγκαίες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων για το οποίο απευθύνθηκαν (ΠΙΝΑΚΑΣ 5)

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Η κατανομή της επάρκειας των παρεχόμενων υπηρεσιών*

Μου παρασχέθηκαν όλες οι αναγκαίες υπηρεσίες για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα μου	Ποσοστό Ερωτώμενων(%)	Ποσοστό αποκρινόμενων(%)
Συμφωνώ απόλυτα	25,3	28,8
Μάλλον συμφωνώ	26,7	30,3
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	14,7	16,7
Μάλλον διαφωνώ	18,7	21,2
διαφωνώ απόλυτα	2,7	3,0
Δεν αφορά	12,0	-
Σύνολο	100,0	100,0

* N=150.

Πηγή: Αρχείο SPSS, Τηλεφωνική Έρευνα.

4.4 Προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας

Κατά τη διάρκεια της έρευνας αντιμετωπίστηκαν προβλήματα, τα οποία αφορούσαν κυρίως το Κ.Υ. Στο Κ.Υ η μη καταγραφή της κίνησης των ασθενών σε Η/Υ, δυσχέραινε τη διαδικασία συλλογής των πληροφοριών. Για το λόγο αυτό, έπρεπε η καταγραφή να γίνει από τα χειρόγραφα βιβλία κίνησης ασθενών, αντιμετωπίζοντας αρκετές πρακτικές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, τα στοιχεία δεν ήταν ευανάγνωστα, ο χώρος που υπεδείχθη από το ιατρικό προσωπικό για τη συλλογή των δεδομένων ήταν το εξεταστήριο, στο οποίο κατά τακτά διαστήματα, εξετάζονταν τα επείγοντα περιστατικά τα οποία κατέφθαναν στο Κ.Υ. Λόγω των ανωτέρων δυσκολιών, η καταγραφή της κίνησης

ασθενών αφορά μόνο ένα μήνα (Δεκέμβριο). Όσον αφορά τον προϋπολογισμό του Κ.Υ, ζητήθηκε από το λογιστήριο του Τζανείου Νοσοκομείου. Ενημερώθηκα ότι δεν υπάρχει μηνιαίος προϋπολογισμός, καθώς δε συμπληρώνονται οι ειδικές φόρμες που αφορούν τα οικονομικά στοιχεία των Κέντρων Υγείας που εποπτεύονται από το Νοσοκομείο. Μια επιπλέον δυσκολία αφορούσε την καχυποψία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για την εκπόνηση της έρευνας. Αφενός, μέρος του προσωπικού δεν επιθυμούσε να λάβει μέρος στις συνεντεύξεις, λόγω φόβου δημοσίευσης των αποτελεσμάτων και αφετέρου οι εργαζόμενοι που έλαβαν τελικώς μέρος, δεν επιθυμούσαν τη χρήση μαγνητοφώνου κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων και δεν ήταν πρόθυμοι στην διάθεση επαρκών πληροφοριών. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι κάποια από τα αποσπάσματα των συνεντεύξεων που καταγράφηκαν σε προηγούμενο υποκεφάλαιο, αφορούν πληροφορίες που ελήφθησαν με τη μορφή άτυπων συνεντεύξεων με το προσωπικό του Κ.Υ

Όσον αφορά στην έρευνα πεδίου στο Νοσοκομείο, η μόνη δυσκολία έγκειται στο γεγονός ότι οι πληροφορίες που αφορούν την κίνηση ασθενών ήταν διαθέσιμες μόνο για το διάστημα Ιανουάριο έως Απρίλη του 2013, καθώς με το παλαιό σχήμα του Δ.Σ (πριν το 2013), δεν καταγράφονταν σε ηλεκτρονική μορφή.

4.5 Συμπεράσματα της έρευνας -Σύγκριση των αποτελεσμάτων

Όλοι οι πληροφορητές-κλειδιά επισημαίνουν τη δύσκολη κατάσταση στην οποία βρίσκεται σήμερα το σύστημα υγείας της Αίγινας και αναδεικνύουν τα μακροχρόνια προβλήματα που αντιμετωπίζει ως προς την οικονομική αποδοτικότητα, την κλινική αποτελεσματικότητα, την πρόσβαση, τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών και την ανταποκρισιμότητα αυτών στις ανάγκες των πολιτών.

Κατά γενική ομολογία το σύστημα της πρωτοβάθμιας υγείας στην Αίγινα (δημόσιο και ιδιωτικό), βρίσκεται σε οριακό σημείο και κινδυνεύει να καταρρεύσει, γεγονός το οποίο θα αποτελέσει σημαντικό πλήγμα για τους κατοίκους της Αίγινας, καθώς σε μια τέτοια περίπτωση, θα πρέπει να εξυπηρετούνται από τα νοσοκομεία της περιφέρειας.

Ειδικότερα, κοινή ομολογία αποτελεί το γεγονός ότι η επάρκεια του ιατρικού και δη του νοσηλευτικού προσωπικού και στις δύο δομές, αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην επάρκεια και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιπλέον, η υποστήριξη των δομών από την τοπική αυτοδιοίκηση, κρίνεται σύμφωνα με την άποψη των πληροφοριοδοτών κλειδιά ανύπαρκτη.

Όσον αφορά στην ανταποκρισιμότητα, και στις δύο δομές αποτελεί κοινή παραδοχή ότι υπάρχουν κάποιες ιατρικές ειδικότητες οι οποίες δεν καλύπτονται, όπως αυτή του ενδοκρινολόγου.

Διαφορές για την προσβασιμότητα, το εύρος, το κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών διακρίνεται ανάμεσα στους δύο φορείς. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τη προσβασιμότητα, παρατηρείται ότι το νοσοκομείο είναι περισσότερο προσβάσιμο χωροταξικά σε σχέση με το Κ.Υ, καθώς το πρώτο βρίσκεται στο κέντρο της πόλεως ενώ το δεύτερο απέχει αρκετά από το κέντρο, γεγονός το οποίο δυσχεραίνει την πρόσβαση χωρίς τη χρήση μεταφορικού μέσου.

Όσον αφορά το εύρος των υπηρεσιών, λόγω του πιο σύγχρονου βιοιατρικού εξοπλισμού που διαθέτει το Νοσοκομείο (ακτινολογικό τμήμα) καλύπτει ένα μεγάλο αριθμό απεικονίσεων ετησίως, σε αντίθεση με το ακτινολογικό εργαστήριο του Κ.Υ, το οποίο δε λειτουργεί.

Αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών, οι πληροφοριοδότες επισημαίνουν τη διαφορά ανάμεσα στους δύο φορείς. Κοινή άποψη αποτελεί το γεγονός ότι το Νοσοκομείο υπερέχει ποιοτικά στην παροχή υπηρεσιών σε σχέση με το Κ.Υ. Η συγκεκριμένη πεποίθηση φέρνει στην επιφάνεια ζητήματα που αφορούν τη σύγκριση της ποιότητας των ιδιωτικών φορέων σε σχέση με το δημόσιο.

Ένα επιπλέον ζήτημα το οποίο αφορά την ποιότητα έγκειται στα προσόντα του προσωπικού που στελεχώνουν το Νοσοκομείο και το Κ.Υ. Ενώ δε διαπιστώνονται διαφορές στα τυπικά προσόντα του προσωπικού, η άποψη των πληροφοριοδοτών είναι ότι στο νοσοκομείο το προσωπικό που στελεχώνει το Νοσοκομείο υπερέχει ποιοτικά συγκριτικά με το προσωπικό του Κ.Υ.

Όσον αφορά το κόστος των υπηρεσιών, όπως είναι γνωστό το ποσό που πρέπει να καταβάλει ο ασθενής στο Κ.Υ ανέρχεται στα πέντε ευρώ. Αντίθετα, στο Νοσοκομείο το κόστος ανέρχεται στα είκοσι ευρώ. Παρά τη μεγάλη χρηματική διαφορά που υπάρχει, οι κάτοικοι προτιμούν να πληρώσουν το τετραπλάσιο ποσό για την εξέταση τους στο νοσοκομείο.

Ένα ακόμη ζήτημα, το οποίο εμφανίζει διαφοροποιήσεις αποτελεί η άποψη για τη διοίκηση του εκάστοτε φορέα. Στο Νοσοκομείο, οι αποφάσεις λαμβάνονται συλλογικά,

καθώς το προσωπικό (διοικητικό, νοσηλευτικό, ιατρικό) συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων. Επιπλέον εφαρμόζεται συγκεκριμένο σχέδιο δράσης. Αντιθέτως, στο Κ.Υ, ο Διευθυντής δεν έχει σαφείς αρμοδιότητες και δε συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων.

Όσον αφορά την υποστήριξη των δύο δομών από εθελοντικές οργάνωσης του νησιού, παρατηρείται ενεργός εμπλοκή του Συλλόγου Γυναικών που λειτουργεί στο νησί, κυρίως προς όφελος του Νοσοκομείου. Σημαντικό στοιχείο που προέκυψε κατά την έρευνα αποτελεί το γεγονός ότι στο Νοσοκομείο, υπάρχει ενεργός οικονομική προσφορά των κατοίκων. Κατά τη διάρκεια συλλογής αρχειακού υλικού διαπιστώθηκε ότι υπήρξαν κάτοικοι, οι οποίοι είχαν δωρίσει ακίνητη περιουσία στην εποπτεύουσα αρχή (Εκκλησία), με στόχο τη διάθεση τους στο Νοσοκομείο. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και την άποψη των πληροφοριοδοτών κλειδιά η Εκκλησία ενισχύει το αίσθημα του προσφέρει και κατ' επέκταση της εθελοντικής προσφοράς.

Οι προτάσεις των στελεχών για τη βελτίωση των υπαρχουσών δυσχερών συνθηκών αφορούν την οικονομική εξυγίανση. Στο Νοσοκομείο, αυτό μπορεί να επιτευχθεί κυρίως μέσω της αποπληρωμής των οφειλών από τον ΕΟΠΥΥ. Στο Κ.Υ, βασικό έλλειμμα αποτελεί η έλλειψη Κινητής Μονάδας, η οποία θα μπορεί να εξυπηρετεί σε σοβαρές περιπτώσεις, όπως σε τροχαία, που είναι συνήθη περιστατικά που αντιμετωπίζονται κυρίως τους καλοκαιρινούς μήνες.

Συμπερασματικά, υποκειμενική άποψη αποτελεί η διαπίστωση ότι στο Νοσοκομείο της Αίγινας, το προσωπικό και η διοίκηση, παρά τα οικονομικά προβλήματα, καταβάλλουν προσπάθειες για την αναβάθμιση των υπηρεσιών που παρέχονται. Αντίθετα, το προσωπικό του Κ.Υ θεωρείται εξουθενωμένο και απογοητευμένο από τις οικονομικές συνθήκες. Το γεγονός αυτό επηρεάζει την ποιότητα των υπηρεσιών και κατ' επέκταση την προσβασιμότητα των ασθενών.

Στη συνέχεια παραθέτεται ένας συγκριτικός πίνακας των δύο δομών υγείας, συγκρίνοντας κομβικά δεδομένα σύμφωνα με το πρότυπο του Ragin.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Ποιοτική Συγκριτική ανάλυση των δύο δομών υγείας

Μεταβλητές Σύγκρισης	Νοσοκομείο	ΚΥ
Δημόσιος Φορέας	ΟΧΙ	ΝΑΙ
Φιλανθρωπικός Φορέας	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αυτοδιοικούμενος	ΝΑΙ	ΟΧΙ

Ανεξάρτητος προϋπολογισμός	NAI	OXI
Υπηρεσίες κρίνονται ικανοποιητικές από επισκέπτες	NAI	OXI
Δωρεάν Παροχή υπηρεσιών	OXI	NAI
Υποστήριξη από εθελοντές	NAI	NAI
Στενή σχέση με ΤΑ	OXI	OXI
Διαθέτει επαρκή εργαστήρια	NAI	OXI
Διαθέτει επαρκή εξωτερικά Ιατρεία	OXI	OXI
Μεγάλη επισκεψιμότητα	NAI	OXI

Ο παραπάνω πίνακας βασίζεται στη διχοτομική ποιοτική ανάλυση του Boolean, όπως αυτή έχει διατυπωθεί από το Ragin. Σύμφωνα με την άλγεβρα του Boolean ο πίνακας παρουσιάζει τα δεδομένα με δυαδικό τρόπο. Υπάρχουν δύο συνθήκες, η αληθής (NAI) και η μη αληθής (OXI). Η τυπική συγκριτική ανάλυση σύμφωνα με τον ίδιο, θέτει τις αληθείς ή μη αληθείς συνθήκες σε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα που επιτυγχάνεται. Σε μια τέτοιου τύπου ανάλυση κοινωνικών δεδομένων, είναι απαραίτητο, όλες οι μεταβλητές να είναι ονομαστικού επιπέδου. Αυτός ο περιορισμός δεν αποτελεί εμπόδιο στη σύγκριση κοινωνικών φαινομένων, καθώς ως επί το πλείστο τα κοινωνικά φαινόμενα μετρώνται σε ονομαστικές κλίμακες.⁷⁷

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να γίνει μια σύντομη επεξήγηση των συμβόλων που χρησιμοποιούνται για την ανάλυση της συγκριτικής μεθόδου, βασισμένη στη αλγεβρική θεώρηση του Boolean. Συγκεκριμένα, τα κεφαλαία γράμματα αντιπροσωπεύουν τη μεταβλητή που θεωρείται αληθής (NAI). Αντιθέτως, με μικρά γράμματα παρουσιάζονται οι μεταβλητές οι οποίες δεν είναι αληθείς (OXI). Το σύμβολο της παύλα (-), αντιπροσωπεύει μια κατάσταση που δεν αφορά τις μεταβλητές ή το γεγονός ότι γνωρίζουμε για την τιμή. Το σύμβολο * αντιπροσωπεύει τη σύζευξη (KAI) των μεταβλητών μεταξύ τους, ενώ το σύμβολο της πρόσθεσης (+), αντιπροσωπεύει τη

⁷⁷ Ragin Charles “*The comparative Method Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*”, London: 1989, 86-87

διάζευξη (ή). Τέλος, για να αναπαραστήσουμε τη σύνδεση μεταξύ των αποτελεσμάτων και των συνθηκών χρησιμοποιείται το σύμβολο $\rightarrow$ ⁷⁸.

Για να αναλύσει της ως άνω πίνακα θα εφαρμόσουμε την ανάλυση διχοτομιών, όπως αυτή αναπτύχθηκε από το Ragin. Από τον πίνακα 6, παρατηρούμε ότι οι μεταβλητές «Υποστήριξη από εθελοντές, Στενή σχέση με ΟΤΑ, Διάθεση επαρκών εξωτερικών ιατρείων έχουν ίδιες απαντήσεις και στις δύο περιπτώσεις οπότε δεν λαμβάνονται υπόψη στη σύγκριση των δύο περιπτώσεων.

Στην περίπτωση του Νοσοκομείου έχουμε: ΜΕΓΑΛΗ ΕΠΙΣΚΕΨΙΜΟΤΗΤΑ,*ΕΠΑΡΚΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ* δωρεάν παροχή υπηρεσιών* ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΟΥΜΕΝΟ ΦΟΡΕΑ*ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΟ ΦΟΡΕΑ, ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ $\rightarrow$ ΜΕΓΑΛΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Στην Κέντρου Υγείας αντίστοιχα έχουμε: ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΦΟΡΕΑΣ* Φιλανθρωπικός Φορέας* αυτοδιοικούμενος φορέας* ανεξάρτητος προϋπολογισμός* ΔΩΡΕΑΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ* διάθεση επαρκών εργαστηρίων* μεγάλη επισκεψιμότητα * Ανεξάρτητος προϋπολογισμός $\rightarrow$ Μικρή ικανοποίηση ασθενών.

Συνεπώς η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται κυρίως από την παρουσία επαρκών εργαστηρίων διότι παρέχονται οι δυνατότητες πραγματοποίησης εξετάσεων, χωρίς να χρειάζεται η μετάβαση σε Νοσοκομεία της Περιφέρειας, τον αυτοδιοίκητο χαρακτήρα του νοσοκομείου που του παρέχει ευελιξία στη λήψη αποφάσεων, την καταβολή αμοιβής από τους ασθενείς διότι ενδεχομένως να κάνει το προσωπικό περισσότερο ευαίσθητο στις προσδοκίες των ασθενών, το φιλικό χαρακτήρα του φορέα, καλλιεργώντας στους ασθενείς το συναίσθημα του «προσφέρειν» και καλύπτοντας τις ανάγκες όσων δεν έχουν τη δυνατότητα πληρωμής των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τα ως άνω αποτελέσματα, στην περίπτωση των δύο φορέων της Αίγινας μπορούμε να καταλήξουμε στο μηχανισμό που επιδρά στην ικανοποίηση των ασθενών. Συγκεκριμένα, το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι βασική συνιστώσα. Το επίπεδο των υπηρεσιών αναφέρεται στην ποιότητα, την προσβασιμότητα, το εύρος των υπηρεσιών, το κόστος, την ποιοτική και ποσοτική επάρκεια του προσωπικού και στο βαθμό ανταπόκρισης των προσφερόμενων υπηρεσιών στις ανάγκες του πληθυσμού.

Ο τρόπος διοίκησης των δομών υγείας θεωρείται ένας επιπλέον παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών. Ένας αυτοδιοικούμενος φορέας επηρεάζει

⁷⁸ Ο.π.

θετικά την ικανοποίηση των ασθενών, καθώς με αυτόν τον τρόπο υπάρχει μεγαλύτερη ευελιξία στον τρόπο λήψης αποφάσεων. Επιπλέον, η συμμετοχή του προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού) στη διαδικασία λήψης αποφάσεων μπορεί να θεωρηθεί ένας παράγοντας που επηρεάζει θετικά την εργασιακή απόδοση του προσωπικού.

Την ίδια επίδραση έχει και ο παράγοντας που αφορά τον προϋπολογισμό. Οι κρατικοί πόροι μπορεί να μην είναι αρκετοί για την κάλυψη των αναγκών των φορέων υγείας, ενώ οι φορείς των οποίων ο προϋπολογισμός είναι ανεξάρτητος από τα κρατικά κονδύλια μπορεί να καλύπτονται οι ανάγκες πιο άμεσα.

Ένας τελευταίος παράγοντας, αλλά μεγίστης σημασίας, αποτελεί ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός των φορέων. Η ύπαρξη επαρκούς εξοπλισμού είναι σημαντική για την ικανοποίηση των ασθενών.

Δεδομένης της κατάστασης κατά την οποία στο νησί της Αίγινας δεν υπάρχουν δομές ανεπτυγμένες, ο παράγοντας του εθελοντισμού μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση της πρόσβασης και της ικανοποίησης των πολιτών, εφόσον στηρίζεται στην αυτοτελή διαχείριση του προϋπολογισμού στο τοπικό επίπεδο και χωρίς «σφικτό» έλεγχο από το κράτος, χάρις στην οποία μπορούν να αναπτυχθούν δομές και υπηρεσίες προσαρμοσμένες στις τοπικές ανάγκες.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από ένα σύνθετο νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο είναι ανενεργό σε μεγάλο τμήμα του. Στην πράξη, οι δομές και οι υπηρεσίες ΠΦΥ χαρακτηρίζονται από ανομοιογένεια και κατακερματισμό και εκεί οφείλεται μεγάλο τμήμα των προβλημάτων. Οι πρόσφατες νομοθετικές ρυθμίσεις στοχεύουν αφενός στην ενοποίηση των κεντρικών φορέων και αφετέρου στην αποκέντρωση των τελικών μονάδων παροχής ΠΦΥ. Το κατά πόσο θα βελτιώσουν το τελικό αποτέλεσμα αποτελεί σήμερα αντικείμενο συζήτησης. Ωστόσο, είναι σαφές ότι πρώτη προτεραιότητα θα πρέπει να είναι η εφαρμογή του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου και κατ' επέκταση η συνεχής αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ, η αξιοποίηση των πληροφοριών από τον υγειονομικό χάρτη της χώρας, η αποτελεσματική διασύνδεση της ΠΦΥ με τις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας, η ανάπτυξη προγραμμάτων κινήτρων και συνεχούς εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ και, τέλος, η αποτελεσματική ενημέρωση των πολιτών για τις δυνατότητες της ΠΦΥ.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, μπορούμε να καταλήξουμε στα ως κάτωθι συμπεράσματα. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες των δύο δομών σχετίζονται με τις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Στην περίπτωση του Νοσοκομείου, οι οφειλές μέσω ΕΟΠΥΥ δυσχεραίνουν το έργο, καθώς οι ελλείψεις σε βασικά υλικά, οι οφειλές στο προσωπικό, στους προμηθευτές, είναι βασικοί παράγοντες για τη λειτουργία του. Στην περίπτωση του Κ.Υ, η μειωμένη χρηματοδότηση από το κράτος και η κατάργηση οργανικών θέσεων, το καθιστούν μη επαρκές ως προς τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Οι ειδικότητες που στελεχώνουν τα εξωτερικά ιατρεία και των δύο δομών θεωρούνται ανεπαρκείς, σύμφωνα με την άποψη των ερωτώμενων. Και στις δύο περιπτώσεις η συμβολή της τοπικής αυτοδιοίκησης φαίνεται απύσχα. Η μόνη υποστήριξη φαίνεται να υπάρχει μόνο σε πρακτικά ζητήματα, όπως π.χ. στη διευκόλυνση των διαδικασιών για δημιουργία θέσεων στάθμευσης για ΑμεΑ. Σε αντιπαράθεση, η συμβολή του τοπικού Συλλόγου Γυναικών, είναι αρκετά δυναμική στην υποστήριξη λειτουργίας των δύο δομών. Παρά τις προαναφερθείσες ομοιότητες των δύο δομών, υπάρχουν διαφορές ως προς τη λειτουργία τους, την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν και την επισκεψιμότητα σε αυτές. Πιο συγκεκριμένα, όπως προαναφέρθηκε το Νοσοκομείο της Αίγινας είναι ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού – φιλανθρωπικού χαρακτήρα. Ως εκ τούτου, μέρος των προσφερόμενων υπηρεσιών αμείβονται από τα

ασφαλιστικά ταμεία των επισκεπτών. Μεγάλο μέρος των υπηρεσιών αμείβεται από τους ίδιους τους κατοίκους. Εξαίρεση σε αυτό αποτελεί το γεγονός ότι υπάρχει μέριμνα για τις ευπαθείς ομάδες, άποροι κ.ά., καθώς η εκκλησία προσφέρει οικονομική υποστήριξη. Εν αντιθέσει στο Κ.Υ, το ποσό που αντιστοιχεί για την παρακολούθηση στα εξωτερικά ιατρεία, αντιστοιχεί στα πέντε ευρώ. Η χρηματοδότηση του Κ.Υ γίνεται από το Υπουργείο Υγείας. Βασικό ζήτημα που διαφοροποιείται ανάμεσα στις δύο δομές, είναι η δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων. Στο Νοσοκομείο, όλοι οι εμπλεκόμενοι σε αυτό, έχουν δικαίωμα να προτείνουν και να συμμετέχουν στο σχεδιασμό ενός σχεδίου δράσης. Αντιθέτως, στο Κ.Υ, οι αποφάσεις λαμβάνονται από τη διοίκηση του Τζανείου Νοσοκομείου, χωρίς να μπορούν να μετέχουν στη διαδικασία αυτή οι άμεσα εμπλεκόμενοι του Κ.Υ (ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό). Όσον αφορά τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό των δύο δομών, παρά τις τρέχουσες δυσκολίες, το Νοσοκομείο διαθέτει σύγχρονα μηχανήματα, σε αντίθεση με τον αντίστοιχο εξοπλισμό του Κ.Υ. Η επισκεψιμότητα στις δύο δομές φαίνεται να διαφοροποιείται. Ενώ για το Κ.Υ, το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι χαμηλό, σε σχέση με το αντίστοιχο ποσό του Νοσοκομείου, οι κάτοικοι του νησιού, προτιμούν να εξυπηρετηθούν από το Νοσοκομείο. Σύμφωνα με τις ως άνω απόψεις για την παροχή των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις δύο δομές, καταλήγουμε στο συμπέρασμα για το μηχανισμό που επιδρά στην ικανοποίηση των ασθενών. Συγκεκριμένα, ο επαρκής εργαστηριακός εξοπλισμός, ο ανεξάρτητος οικονομικός προϋπολογισμός, ο αυτοδιοικούμενος χαρακτήρας του Νοσοκομείου είναι τα στοιχεία αυτά που επιδρούν για τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας επιτρέπουν να καταλήξουμε ότι η εφαρμογή της ρεαλιστικής αξιολόγησης μπορεί να εξάγει σημαντικά αποτελέσματα ως προς τον τρόπο λειτουργίας των δομών ΠΦΥ και μια βαθύτερη κατανόηση των μηχανισμών και του περιβάλλοντος αυτών.

Βιβλιογραφία

Αδαμακίδου Θεοδούλα, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Αθηνά, *Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*. Νοσηλευτική 2008, 47:320–333

Δημουλάς Κωνσταντίνος, Διαρθρωτικά χαρακτηριστικά και τάσεις εξέλιξης στη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ: Μια απόπειρα αξιολόγησης Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2011

Δημουλάς Κωνσταντίνος, Μιχαλοπούλου Καίτη, Οικονόμου Χαράλαμπος, *Αποτίμηση των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα: Μια Πιλοτική Διερεύνηση*, Αθήνα, 2013, υπο δημοσίευση

Δίκαιος Κων/νος Χλέτσος Μιχάλης, *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις: Πολιτική Υγείας / Κοινωνική Πολιτική Τόμος Β΄*, ΕΑΠ, Πάτρα 1999

Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης *Συστήματα υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση, 2001

Ιατρίδης Δημήτρης *Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής Θεωρία και πράξη του Κοινωνικού Σχεδιασμού*, Αθήνα: Gutenberg, 2004

Καραδήμας Ευάγγελος, *Ψυχολογία της Υγείας, Θεωρία και κλινική Πράξη*, Τυπωθήτω, Αθήνα, 2005

1 Κασιμάτη Κ. *Κοινωνικός Σχεδιασμός και Αξιολόγηση, Μέθοδοι και Πρακτικές*, Αθήνα: Gutenberg, 2004

Λέντζας Ιωάννης, Θεοδωροπούλου Α., Σιουρούνη Ε., Ανδρουτσοπούλου Χ., Μαντζουράνης Γ., Μητρόπουλος Ι. *Ικανοποίηση ασθενών - χρηστών Κέντρων Υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας*, στο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμος 22, τεύχος 1, Ιανουάριος -Μάρτιος 2010

Μπάγκαβος Χρήστος, *Η κατάσταση υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα Προσδόκιμο επιβίωσης και προσδόκιμο υγείας*, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012

Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ευγενία, Ζηλίδης Χρήστος, Θεοδώρου Μάμας, Πολύζος Νικόλαος, Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 1995

Οικονόμου Χαράλαμπος *«Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας»*, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012

Οικονόμου Χαράλαμπος *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος, 2004

Παπαμίχος Αθανάσιος, Οικονομόπουλος Γεώργιος, Θηραίος, Ελευθέριος, Παπανικολάου Νικόλαος *Προς ένα καινοτόμο μοντέλο διαχείρισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Εταιρική σχέση Πολιτείας, Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Ιδιωτικού Τομέα*. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 19, τεύχος 4, 2007

Σφυρόερα Σοφία *Η Αίγινα - Η πρώτη πρωτεύουσα της Νεότερης Ελλάδας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2002

Τρωιάνος Σπυρίδων, Πούλης Γεώργιος: *Εκκλησιαστικό Δίκαιο*, Αθήνα: Σακκούλας, 2003

Brad Astbury and Frans Leeuw «*Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation*», American Journal of Evaluation September 2010 vol. 31 no. 3

Chen, Huey. and Rossi Peter ‘Issues in the Theory-driven Perspective’, *Evaluation and Program Planning*, 1989

Dunn Kevin, *Interviewing*, στο Hay, I. Qualitative Research Methods in Human Geography. South Melbourne: Oxford University Press, 2000

Lalonde Mark, «A new perspective on the Health of Canadians, a working document», Government of Canada, 1974

Lieberson Stanley, *Small N's and Big Conclusions: An Examination of the Reasoning in Comparative Studies Based on a Small Number of Cases*, Social Forces, 1991

Taylor, Carol. Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής: Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. / Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla LeMone · επιμέλεια Χρυσούλα Λεμονίδου, Ελισάβετ Πατηράκη - Κουρμπάνη. 1η έκδ. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2006

Pawson Ray. and Tilley Nick, *Realistic Evaluation*. London: Sage, 1997

Pawson Ray.& Tilley Nick “*Realistic Evaluation*”, 2000

Pawson Ray “Assessing the quality of evidence in evidence-based policy: why, how and when?”, ESRC Research Methods

Pawson Ray “*Evidence Based Policy: I. In Search of a Method*”, ESRC Centre for Evidence Based Policy Queen Mary University of London

Ragin Charles “*The comparative Method Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*”, London: 1989

Ragin Charles, *How to lure analytic social science out of the doldrums: some lessons from comparative research*. International Sociology, 2006, 21(5)

Rihoux Benoit, Ragin Charles “*Qualitative Comparative Analysis (QCA) as an approach. (with Benoit Rihoux) Configurational Comparative Methods: Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Techniques*. Thousand Oaks: Sage

Russell Bernard, *Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches*. Second Edition. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994

Stame Nicoletta, “*Theory-based Evaluation and Types of Complexity*”, Sage:2004, 58-59

Seawright Jason, Gerring John, *Case Selection Techniques in Case Study Research: A Menu of Qualitative and Quantitative Options*, Sage, 2008

Weiss Carol ‘*Theory-based Evaluation: Past, Present and Future*’, New directions for evaluation, .San Francisco, 1997

Ηλεκτρονικές Πηγές

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων , «Καλύτερη Υγεία Μεγαλύτερη Ασφάλεια και Περισσότερη Εμπιστοσύνη Για Τους Πολίτες μία Στρατηγική Για Την Υγεία Και Την Προστασία Των Καταναλωτών», 2005 στο <http://eur-lex.europa.eu>

Σχέδιο νόμου Γενικού Συστήματος Π.Φ.Υ, στο www.moh.gov.gr/articles/newspaper/.../194-isxyoysa-nomothesia

www.static.diavgeia.gov.gr

Σχέδιο νόμου Γενικού Συστήματος Π.Φ.Υ, στο www.moh.gov.gr/articles/newspaper/.../194-isxyoysa-nomothesia

Διακήρυξη Alma Ata από το www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Δημογραφικά στοιχεία των κατοίκων της Αίγινας

Φύλο	Επάγγελμα	Ημ. Γέννησης	Οικογ. Κατάσταση
Θήλυ	Οικιακά	1975	Εγγαμη
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1957	Εγγαμος
Άρρεν	Μηχανικός	1948	Εγγαμος
Άρρεν	Συν/χος	1925	Χήρος
Άρρεν	Ξυλουργός	1962	Διαζευγμένος
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1971	Διαζευγμένος
Θήλυ	Οικιακά	1979	Εγγαμη
Θήλυ	Τραπεζικός Υπάλληλος	1974	Εγγαμη
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1970	Εγγαμος
Θήλυ	Υπάλληλος ΕΛΤΑ	1969	Εγγαμη
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1975	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1973	Εγγαμη
Θήλυ	Συν/χος	1963	Εγγαμη
Θήλυ	Κομμώτρια	1989	άγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1978	Αγαμη
Θήλυ	Ιδ. Υπάλληλος	1973	Εγγαμη
Θήλυ	συμβολαιογράφος	1974	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1974	Εγγαμη
Άρρεν	Συν/χος	1929	Χήρος
Θήλυ	Συν/χος	1936	Χήρος
Άρρεν	Οδηγός	1975	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1976	Εγγαμη
Θήλυ	Κομμώτρια	1973	Εγγαμος
Άρρεν	Εμπορος	1963	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1933	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1971	Εγγαμος
Θήλυ	Φιλόλογος	1973	Εγγαμη
Άρρεν	Εμπορος	1970	Εγγαμος
Θήλυ	Καθηγήτρια	1974	Εγγαμη
Θήλυ	Μαθήτρια	2002	Αγαμη
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1946	Εγγαμος
Άρρεν	Ναυτικός	1972	
Άρρεν	Συν/χος	1937	
Θήλυ	Οικιακά	1946	Εγγαμη
Άρρεν	Συν/χος	1948	
Θήλυ	Συν/χος	1954	
Άρρεν	Λογιστής	1965	
Άρρεν	Φοιτητής	1971	
Θήλυ	Δικηγόρος	1967	
Θήλυ	Οικιακά	1944	
Θήλυ	Οικιακά	1931	
Άρρεν	Αλιεύς	1982	Αγαμος
Θήλυ	Δασκάλα	1964	
Θήλυ	Καθηγήτρια	1972	Εγγαμη

Άρρεν	Αλιεύς	1979	
Άρρεν	Συν/χος	1933	
Θήλυ	Οικιακά	1946	
Άρρεν	Ναυτικός	1971	
Άρρεν	Συν/χος	1939	
Άρρεν	Εμπορος	1926	
Άρρεν	Συν/χος	1925	
Θήλυ	Οικιακά	1931	
Θήλυ	Οικιακά	1945	
Άρρεν	Μηχ/γος Ηλεκτρολόγος	1946	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1951	Εγγαμη
Άρρεν	Άνεργος	1989	
Άρρεν	Συν/χος	1934	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1941	
Άρρεν	Αλιεύς	1985	Άγαμος
Άρρεν	Αλιεύς	1971	Εγγαμος
Άρρεν	Συν/χος	1947	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1963	
Θήλυ	Οικιακά	1959	Διαζευγμένη
Άρρεν	Εμπορος	1965	
Θήλυ	Οικιακά	1969	
Άρρεν	Αγρότης	1938	Εγγαμος
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1980	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1982	Εγγαμη
Άρρεν	Συν/χος	1935	
Άρρεν	Οικονομολόγος	1964	Εγγαμος
Άρρεν	Δημόσιος Υπάλληλος	1974	Εγγαμος
Άρρεν	Ελεύθερος επαγγελματίας	1966	
Θήλυ	Οικιακά	1972	Εγγαμη
Άρρεν	Υδραυλικός	1967	
Άρρεν	Συν/χος	1932	
Άρρεν	Συν/χος	1931	
Θήλυ	Δασκάλα	1938	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1946	
Θήλυ	Οικιακά	1951	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1974	Εγγαμος
Άρρεν	ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΑΣ	1942	
Άρρεν	Αρχιτέκτων	1957	
Άρρεν	Συν/χος	1926	
Άρρεν	Συν/χος	1945	
Θήλυ	Οικιακά	1936	
Άρρεν	Ιδιωτική υπάλληλος	1968	Εγγαμος
Θήλυ	Κομμώτρια	1990	Άγαμη
Άρρεν	Εμπορος	1968	
Άρρεν	Αλιεύς	1994	
Θήλυ	Αισθητικός	1976	Εγγαμη
Άρρεν	Αγρότης	1972	
Θήλυ	Οικιακά	1975	
Άρρεν	Δικηγόρος	1961	
Άρρεν	Ναυτικός	1954	

Άρρεν	Ναυτικός	1961	
Άρρεν	Οδηγός	1976	Εγγαμος
Άρρεν	Συν/χος	1935	
Άρρεν	Υδραυλικός	1965	
Θήλυ	Οικιακά	1967	Εγγαμη
Θήλυ	Ιδ. Υπάλληλος	1990	
Θήλυ	Ανεργη	1998	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1961	
Θήλυ	Οικιακά	1947	Διαζευγμένη
Άρρεν	Συν/χος	1945	
Θήλυ	Οικιακά	1944	
Θήλυ	Οικιακά	1936	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1928	
Θήλυ	Μαθήτρια	1984	
Θήλυ	Οικιακά	1986	
Θήλυ	Οικιακά	1959	Διαζευγμένη
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1969	
Θήλυ	Οικιακά	1966	Διαζευγμένη
Άρρεν	Εμπορος	1970	
Άρρεν	Ναυτικός	1994	Άγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1977	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1980	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1974	
Θήλυ	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1983	Εγγαμη
Θήλυ	Συν/χος	1935	
Θήλυ	Οικιακά	1940	
Θήλυ	Οικιακά	1961	
Άρρεν	ΠΛΟΙΑΡΧΟΣ ΕΝ	1940	
Θήλυ	Οικιακά	1950	
Θήλυ	Οικιακά	1966	Εγγαμη
Άρρεν	ιδιωτ. υπάλληλος	1968	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1968	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1948	
Άρρεν	Αλιεύς	1974	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1974	Εγγαμη
Άρρεν	Μαθητής	2002	
Άρρεν	Ναυτικός	1989	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1967	Εγγαμος
Άρρεν	Μαθητής	2001	Άγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1947	
Θήλυ	Οικιακά	1974	Εγγαμη
Άρρεν	Υδραυλικός	1986	Άγαμος
Άρρεν	Ψυκτικός	1988	Άγαμος
Θήλυ	Μαθήτρια	1997	Άγαμη
Άρρεν	Συν/χος	1933	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1936	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1957	
Άρρεν	Συν/χος	1927	
Θήλυ	Οικιακά	1934	
Άρρεν	Ναυτικός πράκτωρ	1952	Εγγαμος

Θήλυ	Καθηγήτρια	1956	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1930	
Άρρεν	Συν/χος	1948	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1963	
Θήλυ		1940	
Άρρεν	Τραπ/κός υπ/λος	1968	Εγγαμος
Θήλυ		1967	
Άρρεν		1960	Εγγαμος
Άρρεν		1938	
Άρρεν	Μαθηματικός	1964	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1970	
Θήλυ	Εμπορος	1964	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1981	
Άρρεν	Μηχανικός	1973	
Άρρεν	Ηλεκτρονικός	1975	
Άρρεν	Μηχανικός	1944	
Θήλυ	Οικιακά	1951	
Θήλυ	Οικιακά	1929	Εν χηρεία
Άρρεν	Επιχ/τίας	1948	
Θήλυ	Λογίστρια	1939	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1960	
Θήλυ	Οικιακά	1972	Εγγαμη
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1976	Εγγαμη
Θήλυ	οικιακά	1971	
Άρρεν	Αλιεύς	1977	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1981	Εγγαμη
Άρρεν	Αλιεύς	1976	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1973	Εγγαμη
Θήλυ	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1969	
Άρρεν	Ιατρός	1966	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1963	Εγγαμη
Άρρεν	Δικηγόρος	1972	
Θήλυ	Οικιακά	1924	
Θήλυ	Συν/χος	1927	
Θήλυ	Κομμώτρια	1981	Εγγαμη
Άρρεν	Αλιεύς	1959	
Θήλυ	Οικιακά	1978	Εγγαμη
Άρρεν	Επιχειρηματίας	1952	Εγγαμος
Άρρεν	Τραπεζικός Υπάλληλος	1963	Εγγαμος
Άρρεν	Πλοίαρχος	1950	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1934	
Άρρεν	Εμπορος	1953	Διαζευγμένος
Άρρεν		1962	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1971	Εγγαμος
Άρρεν	Συν/χος	1949	
Θήλυ	Οικιακά	1948	Εγγαμη
Άρρεν	Συν/χος	1929	
Θήλυ	Συν/χος	1934	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1973	
Θήλυ	Οικιακά	1969	Εγγαμη

Άρρεν	Μαθητής	1999	
Άρρεν	Μαθητής	2001	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1971	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1978	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1980	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1974	Εγγαμη
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1968	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1966	
Άρρεν	Εμπορος	1943	
Θήλυ	Συν/χος	1945	
Άρρεν	Ξενοδόχος	1939	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδ. Υπάλληλος	1976	
Άρρεν	Εργάτης	1947	
Θήλυ	Συν/χος	1923	
Θήλυ	Συν/χος	1913	
Άρρεν	Συν/χος	1923	
Θήλυ	Οικιακά	1927	
Άρρεν	Πολιτικός Μηχανικός	1945	Εγγαμος
Θήλυ	Συν/χος	1943	
Άρρεν	Ναυτικός	1976	
Άρρεν	Εμπορος	1946	
Θήλυ	Οικιακά	1940	
Άρρεν	Επιχ/τίας	1952	
Θήλυ	Οικιακά	1946	
Άρρεν	ΜΕΤΑΦΟΡΕΑΣ	1975	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1979	Εγγαμη
Άρρεν	Μαθητής	2002	
Θήλυ	Οικιακά	1975	
Θήλυ	Μαθητής	1998	
Θήλυ	Μαθητρία	2000	
Άρρεν	Μαθητής	2002	
Θήλυ	Οικιακά	1943	Εγγαμη
Άρρεν	Εκπαιδευτικός	1980	Εγγαμος
Άρρεν	Δάσκαλος	1955	Εγγαμος
Θήλυ	Μαθήτρια	2002	Αγαμη
Άρρεν	Δικηγόρος	1967	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1981	Εγγαμη
Θήλυ	Μαθήτρια	2002	
Άρρεν	Επιχειρηματίας	1968	
Θήλυ	Εμπορος	1976	
Άρρεν	Μαθητής	2003	Αγαμος
Άρρεν	Επαγγελματίας	1976	Εγγαμος
Άρρεν	Δημόσιος Υπάλληλος	1960	Εγγαμος
Άρρεν	Εμπορος	1986	Αγαμος
Θήλυ	Εμπορος	1960	Διαζευγμένη
Θήλυ	Οικιακά	1980	
Θήλυ	Οικιακά		
Θήλυ	Οικιακά	1951	
Άρρεν	Κρεοπώλης	1964	
Θήλυ	Οικιακά	1962	

Θήλυ	Μαθήτρια	2000	
Άρρεν	Ναυτικός	1930	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1944	Εγγαμη
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1963	Εγγαμος
Άρρεν	Υδραυλικός	1974	
Θήλυ	Οικιακά	1978	Εγγαμη
Άρρεν	Οικοδόμος	1972	
Θήλυ	Οικιακά	1971	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1972	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1973	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1976	Εγγαμη
Θήλυ	Μαθήτρια	2002	
Άρρεν	Δάσκαλος	1966	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1974	Εγγαμη
Άρρεν	Μαθητής	2001	Άγαμος
Άρρεν	Συν/χος	1950	
Θήλυ	Ελεύθερος επαγγελματίας	1956	
Άρρεν	Ναυτικός	1969	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1978	
Άρρεν	Επιχ/τίας	1971	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1944	Εγγαμος
Θήλυ	Κομμώτρια	1940	Εγγαμη
Άρρεν	Επιχ/τίας	1960	
Άρρεν	Αλιεύς	1987	
Άρρεν	Ηλεκτρολόγος	1959	Άγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1938	Εγγαμη
Άρρεν	Αλιεύς	1988	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1978	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1979	Εγγαμη
Άρρεν	Εμπορος	1960	
Θήλυ	Εμπορος	1969	
Άρρεν	Μαθητής	2002	
Θήλυ	Οικιακά	1956	
Θήλυ	Οικιακά	1933	
Άρρεν	Μαθητής	2000	Άγαμος
Άρρεν	Οδηγός	1951	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1956	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1971	
Άρρεν	χειριστής σκαπτικού μηχ/τος	1974	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1978	Εγγαμη
Άρρεν	Ναυτικός	1966	Εγγαμος
Θήλυ	Καθηγήτρια Αγγλικών	1967	Εγγαμη
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1964	
Θήλυ	Οικιακά	1970	
Θήλυ	Οικιακά	1934	
Άρρεν	Ναυτικός	1970	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1974	Εγγαμη
Άρρεν	Ξυλουργός	1958	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1986	
Άρρεν	Δημοτικός Υπάλληλος	1962	

Θήλυ	Οικιακά	1956	
Θήλυ	Καλλιτέχνης	1951	Διαζευγμένη
Άρρεν		1997	
Άρρεν	Επιχ/τίας	1962	Εγγαμος
Θήλυ	Τεχν.Πολιτ.Μηχ/κός	1970	Εγγαμη
Άρρεν	Επιχ/τίας	1974	Εγγαμος
Άρρεν		1991	Άγαμος
Άρρεν	Σερβιτόρος	1961	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1969	
Θήλυ		2000	
Θήλυ		2001	Άγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1965	
Θήλυ		1965	
Άρρεν	Εμπορος	1971	Εγγαμος
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1974	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1974	
Άρρεν	Αστυνομικός	1973	
Άρρεν	Επιχ/τίας	1939	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1944	Εγγαμη
Άρρεν	Μαθηματικός	1950	
Άρρεν	Επιχειρηματίας	1961	Εγγαμος
Θήλυ		1973	
Άρρεν		2002	
Άρρεν		1958	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1965	
Θήλυ		1976	Εγγαμη
Άρρεν	Ναυτικός	1960	
Θήλυ		2001	Άγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1952	
Άρρεν	Ναυτικός	1975	
Θήλυ	Οικιακά	1972	Εγγαμη
Θήλυ		2003	
Άρρεν	Συν/χος	1933	
Θήλυ	Συν/χος	1941	
Άρρεν	Δημόσιος Υπάλληλος	1948	Εγγαμος
Άρρεν	Ναυτικός	1936	Εγγαμος
Θήλυ		1948	Εγγαμη
Άρρεν	Συν/χος	1943	
Θήλυ	Οικιακά	1951	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1976	
Άρρεν	Οικοδόμος	1959	
Θήλυ	διακοσμήτρια	1974	Εγγαμη
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1971	Εγγαμος
Θήλυ		2003	
Άρρεν	Οικοδόμος	1977	Διαζευγμένος
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1973	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1974	
Άρρεν	Οικοδόμος	1952	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1967	Εγγαμη
Άρρεν	Αυτοκινητιστής	1973	

Θήλυ		1967	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1975	Εγγαμη
Άρρεν	Οικοδόμος	1978	
Άρρεν	Ιερέας	1952	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1960	Εγγαμη
Άρρεν		1987	
Θήλυ	Φοιτήτρια	1984	Εγγαμη
Άρρεν	Μηχανουργός	1939	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1974	
Θήλυ	Οικιακά	1928	
Άρρεν		1957	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπάλληλος	1976	
Άρρεν	Αρχιτέκτων	1948	Εγγαμος
Άρρεν		1946	
Άρρεν	Συν/χος		
Θήλυ	Οικιακά	1926	
Άρρεν	Συν/χος	1937	
Άρρεν	Συν/χος	1931	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1936	
Άρρεν		1972	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1969	
Άρρεν		2002	Αγαμος
Άρρεν	Συν/χος	1949	
Θήλυ	Οικιακά	1959	Εγγαμη
Άρρεν	Ναυτικός	1951	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1948	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1933	Εγγαμη
Άρρεν		1987	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1969	Εγγαμος
Άρρεν	Τεχνίτης	1969	
Θήλυ		1997	Αγαμη
Άρρεν	Βιοτέχνης	1941	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1949	Εγγαμη
Άρρεν	Εμπορος	1946	
Θήλυ	Συν/χος	1938	
Άρρεν	Εμπορος	1964	Εγγαμος
Άρρεν	Ναυτικός	1964	Εγγαμος
Θήλυ	Καθηγήτρια Μουσικής	1937	Εν χηρεία
Θήλυ		1982	Εγγαμη
Άρρεν	Σπουδαστής	1980	
Άρρεν	Συν/χος	1921	
Άρρεν	Μαρμαράς	1952	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1926	
Άρρεν	Οικονομολόγος	1960	
Θήλυ		1988	
Άρρεν		1963	
Άρρεν	Επιχ/τίας	1955	
Άρρεν	Επιχ/τίας	1954	
Θήλυ	Οικιακά	1958	
Θήλυ	Οικιακά	1953	

Άρρεν	Τραπεζικός υπ/λος	1964	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1963	Εγγαμη
Άρρεν		1991	Άγαμος
Θήλυ		1992	Άγαμη
Θήλυ		1999	
Άρρεν		1959	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1957	
Θήλυ	Οικιακά	1967	
Θήλυ	Οικιακά	1956	
Θήλυ	Οικιακά	1935	
Θήλυ	Αισθητικός	1975	
Θήλυ	Οικιακά	1922	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά		
Άρρεν	Δημόσιος Υπάλληλος	1958	Διαζευγμένος
Άρρεν		1971	
Άρρεν	Συν/χος	1933	
Θήλυ		1944	Εγγαμη
Άρρεν		1975	
Θήλυ	Οικιακά	1977	
Θήλυ		2002	
Άρρεν	Συνταξιούχος	1943	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1946	
Θήλυ	Οικιακά	1974	
Άρρεν		2002	Άγαμος
Θήλυ	Οικιακά		
Άρρεν	Συν/χος ΔΕΗ	1947	
Θήλυ	Οικιακά	1948	
Θήλυ	Επιγ/τίας	1959	
Θήλυ	Φοιτήτρια	1979	
Άρρεν	Συν/χος	1924	
Άρρεν	Οικονομολόγος	1954	
Θήλυ	Ηθοποιός	1949	Εγγαμη
Άρρεν	Μεταφραστής	1976	
Άρρεν	Συν/χος	1942	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1944	Εγγαμη
Άρρεν		1958	Εγγαμος
Θήλυ		1947	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1943	
Άρρεν	Ηλεκτρονικός	1947	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1927	
Άρρεν	Συν/χος	1953	
Άρρεν		1960	Εγγαμος
Θήλυ		1975	Εγγαμη
Άρρεν		1999	
Θήλυ	Επιγ/τίας	1958	Εν χηρεία
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1974	
Άρρεν		1951	
Θήλυ		1989	
Άρρεν	Παντοπώλης	1936	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1938	Εγγαμη

Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1945	
Άρρεν	Συν/χος	1932	Εγγαμος
Θήλυ	Συν/χος	1944	Εγγαμη
Άρρεν		1984	Άγαμος
Άρρεν	Εμπορος	1960	
Θήλυ		1990	
Θήλυ		1998	Άγαμη
Άρρεν	Επιχ/τίας	1955	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1961	
Θήλυ		1989	
Άρρεν	Οικονομολόγος	1951	
Θήλυ	Ψυχολόγος	1955	
Θήλυ	Φοιτήτρια	1978	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1966	
Θήλυ	ιδ/κή υπ/λος	1977	Άγαμη
Θήλυ	Τραπ/κός υπ/λος	1956	
Άρρεν	Ιατρός	1943	Εγγαμος
Άρρεν		1944	Εγγαμος
Θήλυ		1992	Άγαμη
Άρρεν		1994	Άγαμος
Άρρεν		1997	Άγαμος
Θήλυ	Συν/χος	1946	Εν χηρεία
Άρρεν	Συν/χος	1934	
Θήλυ	Οικιακά	1946	Εγγαμη
Άρρεν	Μηχ/κός αυτ/των	1945	
Θήλυ	Οικιακά	1951	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1929	
Άρρεν	Ηλεκτρολόγος	1956	Εγγαμος
Άρρεν	Συν/χος	1948	Εγγαμος
Άρρεν	Επιχ/τίας	1952	
Άρρεν	Συν/χος	1944	
Άρρεν	Βιοτέχνης	1946	
Θήλυ	Οικιακά	1949	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1974	Εγγαμος
Άρρεν	Ηθοποιός	1947	Εγγαμος
Άρρεν	Φοιτητής	1981	
Θήλυ	Οικιακά	1959	Εγγαμη
Άρρεν	Αστυνομικός	1973	
Θήλυ	Αστυνομικός	1979	Εγγαμη
Άρρεν	Συν/χος NAT	1942	
Άρρεν		1943	Διαζευγμένος
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1984	Εγγαμος
Άρρεν	Συν/χος	1930	
Θήλυ	Οικιακά		
Άρρεν	Συν/χος	1935	
Θήλυ	Οικιακά	1939	
Θήλυ	Μαθήτρια	1984	
Άρρεν	Σπουδαστής	1983	
Θήλυ	Οικιακά	1948	
Θήλυ	Καθηγήτρια φιλόλογος μέσης εκπ.	1983	Εγγαμη

Άρρεν		1956	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1958	Εγγαμη
Θήλυ		1979	
Άρρεν	Μαθητής	1982	Άγαμος
Άρρεν		1981	
Θήλυ	Συν/χος	1949	Εν χηρεία
Θήλυ	Οικιακά	1957	
Άρρεν	Προγραμματιστής	1958	Εγγαμος
Θήλυ	Καθηγήτρια Αγγλικών	1960	
Άρρεν		1943	
Θήλυ		1948	
Άρρεν	Συν/χος	1950	Διαζευγμένος
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1967	
Θήλυ		1950	
Άρρεν		1951	
Θήλυ		1997	Άγαμη
Άρρεν		1927	
Θήλυ	Οικιακά	1938	
Θήλυ	Δικηγόρος	1971	
Άρρεν		1988	Άγαμος
Θήλυ	Φοιτήτρια	1983	
Θήλυ	Συν/χος	1923	Διαζευγμένη
Θήλυ	Συν/χος	1953	
Θήλυ	Αγρότισσα	1947	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1944	
Θήλυ		1952	Εγγαμη
Άρρεν	Συν/χος	1944	
Θήλυ		1944	
Άρρεν	Οικονομολόγος	1973	
Θήλυ	Εμπορος	1979	
Άρρεν	Συν/χος Δημοσίου	1939	Εγγαμος
Θήλυ	Συν/χος Δημοσίου	1946	Εγγαμη
Άρρεν	Συν/χος	1924	
Άρρεν		1932	Διαζευγμένος
Θήλυ	Οικιακά	1945	
Θήλυ	Οικιακά	1973	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1954	
Άρρεν	Επιχ/τίας	1937	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1977	
Άρρεν	Εστιάτορας	1951	
Θήλυ	Ξενοδοχοϋπάλληλος	1963	
Θήλυ		1990	
Θήλυ	Συν/χος	1952	Εν χηρεία
Άρρεν	Συν/χος	1933	
Θήλυ	Οικιακά	1938	
Θήλυ	Οικιακά	1945	
Θήλυ	Οικιακά	1956	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1949	Εγγαμος
Άρρεν	Εμπορος	1965	Εγγαμος
Θήλυ	Εμπορος	1961	Εγγαμη

Θήλυ		1995	
Θήλυ	Οικιακά	1948	Εγγαμη
Άρρεν		1973	Εγγαμος
Άρρεν	Ξυλουργός	1940	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1979	
Θήλυ	Οικιακά	1922	
Άρρεν	Μουσικός	1947	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1964	
Θήλυ	Συν/χος	1935	
Θήλυ	Συν/χος	1933	
Άρρεν		1952	
Θήλυ	Οικιακά	1953	Εγγαμη
Θήλυ	Αγρότισσα	1938	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1962	
Άρρεν		1987	Άγαμος
Άρρεν	Φαρμακοποιός	1940	
Θήλυ	Φαρμακοποιός	1950	Εγγαμη
Άρρεν	Ιατρός	1945	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά		
Άρρεν	Ναυτικός	1942	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1946	Εγγαμη
Άρρεν	Συν/χος	1934	Διαζευγμένος
Άρρεν	Οδηγός	1975	
Άρρεν	Σπουδαστής	1980	
Άρρεν		1936	
Θήλυ	Επιχειρηματίας	1975	
Άρρεν		2003	
Θήλυ		1975	
Θήλυ	Οικιακά	1936	
Θήλυ	Οικιακά	1913	
Θήλυ	Καθηγήτρια	1957	Άγαμη
Θήλυ	Καθηγήτρια	1970	Εγγαμη
Θήλυ		1965	
Θήλυ	Νοσοκόμα	1944	
Άρρεν	Συν/χος	1926	
Θήλυ		1933	
Άρρεν		1950	
Άρρεν	λογιστής	1980	Εγγαμος
Θήλυ	Φοιτήτρια	1981	
Θήλυ	ιδ/κή υπ/λος	1971	
Θήλυ	Συν/χος ΔΕΗ	1951	
Άρρεν		1955	
Άρρεν	Συν/χος	1931	
Θήλυ	Οικιακά	1936	
Θήλυ	ιδ/κή υπ/λος	1968	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1940	
Θήλυ	Συν/χος	1946	
Άρρεν	Ναυτικός	1977	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1974	Εγγαμη
Άρρεν	Ελεύθερος επαγγελματίας	1970	Άγαμος

Άρρεν		2002	Άγαμος
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1974	Εγγαμος
Θήλυ	Καθηγήτρια	1973	Εγγαμη
Άρρεν	Ελεύθερος επαγγελματίας	1933	
Θήλυ	Οικιακά	1938	
Θήλυ	Οικιακά	1943	Εγγαμη
Άρρεν	Ελαιοχρωματιστής	1972	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1972	Εγγαμη
Άρρεν	Ναυτικός	1951	Εγγαμος
Άρρεν	Λογιστής	1954	
Άρρεν	Δημοσιογράφος	1946	
Άρρεν		1995	
Άρρεν	Ιατρός	1958	Εγγαμος
Θήλυ	Ιατρός	1959	Εγγαμη
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1973	
Θήλυ		1974	Εγγαμη
Άρρεν		2002	
Άρρεν	Αλιεύς	1975	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1978	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1929	
Άρρεν	Δικηγόρος	1964	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1973	
Θήλυ	Οικιακά	1978	
Άρρεν		2002	
Θήλυ		2003	
Θήλυ	Σπουδάστρια	1979	
Θήλυ		1954	
Άρρεν	Συν/χος	1942	
Θήλυ		1944	
Άρρεν	Συν/χος	1927	
Θήλυ	Συν/χος	1932	
Άρρεν		1974	
Θήλυ	Ιδιωτικός υπ/λος	1974	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1963	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1978	
Άρρεν	Συν/χος	1934	
Θήλυ	Οικιακά	1944	
Θήλυ		1993	
Άρρεν	Φοιτητής	1979	
Άρρεν		1951	
Θήλυ		1958	
Θήλυ		1985	
Θήλυ	Φοιτήτρια	1981	
Θήλυ	Οικιακά		
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1963	
Άρρεν		2000	
Θήλυ	Πολιτικός Μηχανικός	1968	Εγγαμη
Θήλυ		2003	Άγαμη
Θήλυ		1940	
Άρρεν	Συν/χος	1937	

Θήλυ	Οικιακά	1946	
Άρρεν	Εμπορος	1973	
Θήλυ	Φοιτήτρια	1977	
Άρρεν	Εκπαιδευτικός θεολόγος	1969	Εγγαμος
Άρρεν	Δημοτικός Υπάλληλος	1971	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1971	Εγγαμη
Άρρεν	Οικοδόμος	1978	
Θήλυ	Οικιακά	1978	
Άρρεν		2002	
Άρρεν	Οικοδόμος	1973	Εγγαμος
Θήλυ	ιδ/κή υπ/λος	1973	Εγγαμη
Θήλυ	ιδ/κή υπ/λος	1974	
Θήλυ	Οικιακά	1947	
Άρρεν		1950	Εγγαμος
Θήλυ		1960	Εγγαμη
Άρρεν		1989	
Θήλυ	Οικιακά	1936	
Θήλυ	Διακοσμήτρια	1964	
Άρρεν	Επιπλοποιός	1946	
Θήλυ	Συν/χος	1947	
Άρρεν	Υπάλληλος	1949	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1952	
Άρρεν	Επιχειρηματίας	1962	Εγγαμος
Άρρεν	Λογιστής	1942	Εγγαμος
Θήλυ	Ξενοδόχος	1969	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπάλληλος	1962	
Θήλυ	Οικιακά	1973	
Θήλυ		2002	Αγαμη
Άρρεν	Ιδιωτ. υπάλληλος	1968	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1978	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1975	Εγγαμη
Άρρεν		2002	
Θήλυ		2002	
Άρρεν	Συν/χος	1938	
Θήλυ	Οικιακά	1947	
Θήλυ	Οικιακά	1936	
Άρρεν	Συν/χος	1946	
Θήλυ	Οικιακά	1944	
Θήλυ	Τραπεζικός Υπάλληλος	1964	
Άρρεν		1992	
Θήλυ	Ψυχολόγος	1938	
Άρρεν	Εμπορος	1961	
Θήλυ		1957	
Άρρεν	Συν/χος	1929	Εγγαμος
Άρρεν	Επιχ/τίας	1969	
Θήλυ	Οικιακά	1942	
Θήλυ	Ζωγράφος	1960	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1948	
Άρρεν	Συν/χος	1935	
Θήλυ	Οικιακά	1937	Εγγαμη

Θήλυ	Συν/χος	1939	
Άρρεν		1963	
Θήλυ	Εκπαιδευτικός	1958	Εγγαμη
Άρρεν		1966	
Θήλυ	Φοιτήτρια	1972	
Άρρεν	Μηχανικός	1935	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1946	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1971	
Άρρεν	Συν/χος	1937	
Θήλυ	Οικιακά	1955	
Άρρεν	Ηλεκτρονικός	1951	
Θήλυ		1949	
Θήλυ	Συν/χος	1938	
Θήλυ	Οικιακά	1940	
Άρρεν	Συν/χος	1937	
Θήλυ	Οικιακά	1941	
Θήλυ		1959	
Άρρεν	Ναυτικός	1978	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1980	Εγγαμη
Θήλυ		2001	
Άρρεν	Εμπορος	1946	
Άρρεν	Τραπεζικός Υπάλληλος	1968	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτ. υπάλληλος	1954	
Θήλυ	Οικιακά	1963	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1952	Εγγαμη
Άρρεν	Συν/χος	1936	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1974	Εγγαμη
Θήλυ		2001	Αγαμη
Άρρεν		1970	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1974	
Άρρεν		2001	
Άρρεν	Συν/χος ΤΕΒΕ.	1934	
Άρρεν	Ναυτικός	1970	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1969	Εγγαμη
Άρρεν		2001	Αγαμος
Άρρεν		1971	Εγγαμος
Θήλυ		1975	Εγγαμη
Θήλυ		2002	
Άρρεν	Οικοδόμος	1972	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1977	
Άρρεν		2002	
Άρρεν	Ναυτικός	1970	Εγγαμος
Άρρεν		2000	
Θήλυ		2002	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1973	
Θήλυ		1973	
Θήλυ	Οικιακά	1948	
Άρρεν		1974	Εγγαμος
Άρρεν		1950	Εγγαμος
Θήλυ		1950	Εγγαμη

Άρρεν	Εμπορος	1969	Εγγαμος
Θήλυ		2002	Άγαμη
Θήλυ	Συνταξιούχος	1946	
Θήλυ		1966	Εγγαμη
Θήλυ		1945	
Άρρεν	Πολιτικός Μηχανικός	1939	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1951	Εγγαμη
Θήλυ		1992	Άγαμη
Άρρεν	Δημόσιος Υπάλληλος	1964	Διαζευγμένος
Θήλυ	Οικιακά	1957	
Θήλυ	Δημοσιογράφος	1936	
Άρρεν		1942	
Θήλυ		1952	
Άρρεν		1977	
Θήλυ		1982	
Θήλυ	Οικιακά	1978	Εγγαμη
Θήλυ	Ναυτικός	1968	Εγγαμη
Θήλυ		1934	
Άρρεν	Ηλεκτρ/γος-Μηχ/κός	1944	
Θήλυ	Οικιακά	1950	Εγγαμη
Άρρεν	Ιερέυς	1966	Εγγαμος
Άρρεν	Δημόσιος Υπάλληλος	1970	
Θήλυ	Εμπορος	1952	Εγγαμη
Άρρεν	Οικοδόμος	1972	
Θήλυ	Οικιακά	1970	
Άρρεν	Δημοσιογράφος	1937	
Θήλυ	Εμπορος	1945	Εγγαμη
Άρρεν	Ιδιωτ. υπάλληλος	1969	
Θήλυ	Οικιακά	1933	
Άρρεν		1974	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1976	Εγγαμη
Άρρεν	Εμπορος	1954	Εγγαμος
Θήλυ		2001	Άγαμη
Άρρεν		1992	
Θήλυ		1997	
Άρρεν	Οικοδόμος	1970	
Θήλυ		1959	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1971	
Άρρεν	Συν/χος	1946	
Θήλυ	Οικιακά	1946	
Θήλυ	Οικιακά	1936	
Θήλυ		2002	
Άρρεν		1954	
Θήλυ		1957	
Θήλυ		2001	
Άρρεν	Συν/χος	1929	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1939	Εγγαμη
Άρρεν		1946	
Θήλυ	Οικιακά	1977	Εγγαμη
Άρρεν		2002	Άγαμος

Άρρεν	ναυπηγός	1967	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1969	Εγγαμη
Άρρεν	Επιχ/τίας	1969	Εγγαμος
Θήλυ	ιδ/κή υπ/λος	1975	
Άρρεν		2000	Αγαμος
Άρρεν	Επιχ/τίας	1938	Εγγαμος
Άρρεν	Οδηγός	1973	Εγγαμος
Άρρεν	Σερβιτόρος	1971	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1972	Εγγαμη
Άρρεν	Συν/χος ΤΕΒΕ.	1931	Εγγαμος
Άρρεν		1984	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1969	Εγγαμη
Άρρεν	Ηλεκτρολόγος	1945	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1952	
Άρρεν	Ταπετσήρης	1943	Εγγαμος
Άρρεν	Ιατρός	1949	
Θήλυ	Οικιακά	1935	
Άρρεν	Επιχειρηματίας	1944	
Θήλυ		1986	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1976	
Θήλυ		1999	Αγαμη
Θήλυ	Δασκάλα	1960	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπάλληλος	1964	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1965	
Θήλυ		1987	
Θήλυ		1994	
Άρρεν	Εστιάτορας	1957	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1941	
Άρρεν	Μάγειρας	1979	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1957	Εγγαμη
Άρρεν	Συν/χος ΙΚΑ	1927	
Θήλυ	Οικιακά	1961	
Άρρεν	Εμπορος	1972	
Άρρεν	Συν/χος	1939	
Θήλυ	Οικιακά	1943	
Άρρεν	Συν/χος	1925	Εγγαμος
Θήλυ	Επιχειρηματίας	1939	
Άρρεν	Συν/χος	1940	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1947	
Άρρεν	Βιοτέχνης	1939	
Άρρεν	Συν/χος NAT	1943	Διαζευγμένος
Θήλυ		1946	
Άρρεν	Εργάτης	1976	Εγγαμος
Θήλυ		1953	
Θήλυ	Οικιακά	1981	Εγγαμη
Θήλυ		2001	
Άρρεν	Εμπορος	1971	
Άρρεν		1951	Εγγαμος
Θήλυ	Δημόσιος Υπάλληλος	1953	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1947	

Θήλυ	Οικιακά	1949	
Άρρεν	Βιοτέχνης	1943	
Θήλυ	Νοσοκόμα	1952	
Άρρεν	Δημόσιος Υπάλληλος	1932	Εγγαμος
Άρρεν		1968	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1966	Εγγαμη
Άρρεν		2001	
Άρρεν	Στρατιωτικός	1976	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1978	
Άρρεν		1972	
Θήλυ		1963	
Άρρεν	Ιδιωτική υπάλληλος	1969	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1972	Εγγαμη
Άρρεν		1966	Εγγαμος
Άρρεν		2001	Άγαμος
Άρρεν		1946	
Θήλυ		1947	Εγγαμη
Θήλυ	Φοιτήτρια	1973	
Άρρεν	Συν/χος	1930	
Θήλυ	Οικιακά	1935	
Άρρεν	Αστυνομικός	1963	
Θήλυ	Αλιεύς	1965	Εγγαμη
Θήλυ		1986	
Θήλυ		1987	
Άρρεν		1995	Άγαμος
Άρρεν		1997	Άγαμος
Άρρεν	Εμπορος	1970	Εγγαμος
Θήλυ		1980	Εγγαμη
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1979	Εγγαμος
Άρρεν		2002	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1972	
Άρρεν	Φοιτητής	1981	
Άρρεν	Εκπαιδευτικός	1969	Διαζευγμένος
Άρρεν	Λιμενικός	1971	
Θήλυ	Οικιακά	1975	
Άρρεν		2001	
Άρρεν		1956	Εγγαμος
Θήλυ		1976	
Άρρεν	Ναυτικός	1978	Εγγαμος
Θήλυ	Τραπεζικός Υπάλληλος	1958	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1963	
Θήλυ		1966	
Άρρεν		2001	
Άρρεν		1972	
Θήλυ		1970	
Άρρεν		1974	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1976	
Άρρεν		1952	
Άρρεν		1967	Διαζευγμένος
Άρρεν	Συν/χος	1932	

Θήλυ	Οικιακά	1938	Εγγαμη
Άρρεν		1951	Εγγαμος
Θήλυ		1967	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1969	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1982	
Άρρεν	Οδηγός	1954	Εγγαμος
Θήλυ		1966	Εγγαμη
Άρρεν		1997	
Άρρεν	Ψυκτικός	1973	
Θήλυ	Νοσηλεύτρια	1963	Διαζευγμένη
Άρρεν	Δημόσιος Υπάλληλος	1962	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1958	Εγγαμη
Άρρεν		1986	
Άρρεν		1988	
Θήλυ		1993	Άγαμη
Θήλυ		1970	
Θήλυ		1956	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά		
Άρρεν	Συν/χος	1935	Εγγαμος
Θήλυ	Δημόσιος Υπάλληλος	1944	Εγγαμη
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1976	Εγγαμη
Άρρεν	Ναυτικός	1974	Εγγαμος
Θήλυ		2002	
Άρρεν	Τραπεζιτικός Υπάλλ.	1970	
Θήλυ	Νηπιαγωγός	1973	
Άρρεν		2001	Άγαμος
Άρρεν	Επιχειρηματίας	1967	
Θήλυ	Επιχειρηματίας	1969	
Θήλυ	Οικιακά	1946	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1973	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1974	Εγγαμη
Άρρεν	Ιατρός	1956	Εγγαμος
Άρρεν	Αρχιτέκτων	1966	
Θήλυ		1997	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1972	
Θήλυ		1972	
Θήλυ		1973	
Άρρεν		1926	
Θήλυ	Τραπ/κός υπ/λος	1963	
Θήλυ	Ναυτικός πράκτωρ	1972	
Άρρεν		1975	Εγγαμος
Θήλυ		1977	Εγγαμη
Θήλυ	Ελεύθερος επαγγελματίας	1975	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1960	Εγγαμη
Άρρεν	Μαθητής	1991	Άγαμος
Άρρεν		1968	
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1963	
Άρρεν		2002	
Άρρεν	ΠΛΟΙΑΡΧΟΣ ΕΝ	1942	Διαζευγμένος
Θήλυ	ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	1974	Εγγαμη

Θήλυ		1974	
Άρρεν		2002	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1962	Εγγαμος
Θήλυ		1974	Εγγαμη
Θήλυ		2002	Άγαμη
Θήλυ		1936	Εγγαμη
Θήλυ	Νηπιαγωγός	1965	Εγγαμη
Άρρεν		2001	Άγαμος
Άρρεν	Καθηγητής	1964	
Θήλυ		1973	
Άρρεν	Οικοδόμος	1966	
Θήλυ	Οικιακά	1970	
Θήλυ		2002	
Άρρεν	Ψαράς	1958	
Θήλυ		1963	
Άρρεν		1989	Άγαμος
Θήλυ		1992	
Άρρεν	Ψαράς	1951	Εγγαμος
Άρρεν	Ψαράς	1969	Διαζευγμένος
Άρρεν	Μαθητής	2002	Άγαμος
Άρρεν	Εμπορος	1971	
Άρρεν	Συν/χος NAT	1952	
Θήλυ	Οικιακά	1973	
Άρρεν	Αλιεύς	1967	
Θήλυ	Οικιακά	1970	
Άρρεν	Συν/χος NAT	1935	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1939	Εγγαμη
Άρρεν	Συν/χος		
Θήλυ		1962	Εγγαμη
Θήλυ	Καθηγήτρια	1971	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1982	
Άρρεν	Ναυτικός	1972	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1975	Εγγαμη
Άρρεν	Φοιτητής	1980	
Άρρεν		1944	
Θήλυ		1997	
Άρρεν	Ηλεκτρολόγος	1975	Εγγαμος
Θήλυ		1975	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1946	
Άρρεν	Φανοποιός	1976	
Άρρεν	Ταπετσήρης	1969	Εγγαμος
Άρρεν	Οικοδόμος	1963	Εγγαμος
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1972	
Θήλυ		1986	
Άρρεν		2001	Άγαμος
Άρρεν	Συν/χος ΙΚΑ	1938	
Θήλυ	Συν/χος ΙΚΑ	1942	Εγγαμη
Άρρεν		1965	
Άρρεν	Ναυτικός	1971	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1972	Εγγαμη

Άρρεν		1970	Άγαμος
Θήλυ		1956	
Άρρεν		1936	Εγγαμος
Θήλυ		1936	Εγγαμη
Θήλυ	Ιδιωτικός υπ/λος	1950	
Άρρεν	Επιχειρηματίας	1950	
Άρρεν	Εμπορος	1974	
Θήλυ	Εμπορος	1981	
Θήλυ		2002	
Άρρεν		1970	
Θήλυ	Οικιακά	1964	
Άρρεν	Επιχειρηματίας	1967	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτική υπάλληλος	1975	Εγγαμη
Άρρεν		2002	
Θήλυ		1932	
Άρρεν		1978	
Θήλυ	Συν/χος Δημοσίου	1934	
Άρρεν		1953	
Άρρεν		1978	Εγγαμος
Θήλυ		1976	
Άρρεν		1971	Εγγαμος
Άρρεν	Επιλοποιός	1976	Εγγαμος
Θήλυ	Καθηγήτρια	1975	Εγγαμη
Θήλυ	Νοσηλεύτρια	1966	Εγγαμη
Θήλυ		1949	
Άρρεν	Καθηγητής	1955	
Άρρεν	Συν/χος	1943	
Θήλυ	Οικιακά	1950	
Άρρεν	Συν/χος	1930	
Θήλυ	Οικιακά	1942	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1946	
Άρρεν		1945	
Θήλυ	Οικιακά	1955	
Άρρεν		1971	Εγγαμος
Θήλυ		1982	Εγγαμη
Άρρεν		2001	
Άρρεν		1925	
Άρρεν		1983	
Άρρεν		1924	
Άρρεν	Εμπορος	1976	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1980	
Άρρεν		2003	Άγαμος
Θήλυ		1975	
Άρρεν		2001	Άγαμος
Άρρεν	Επιχειρηματίας	1945	Εγγαμος
Θήλυ		1948	Εγγαμη
Θήλυ		1995	
Θήλυ		1996	
Άρρεν		1967	
Άρρεν		1969	Εγγαμος

Άρρεν		1960	
Άρρεν		1967	Εγγαμος
Θήλυ		1968	Εγγαμη
Άρρεν		1996	
Θήλυ		1997	
Θήλυ		1948	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1971	
Άρρεν	Συν/χος ΙΚΑ	1945	
Άρρεν	Εμπορος	1968	Διαζευγμένος
Θήλυ	Οικιακά	1937	
Άρρεν		1932	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1974	Εγγαμη
Θήλυ	Εμπορος	1961	
Θήλυ	Καθηγήτρια	1946	Εγγαμη
Άρρεν		1969	
Θήλυ		1971	
Άρρεν		2000	
Άρρεν	Οδηγός	1958	
Άρρεν		2000	
Άρρεν		1963	
Θήλυ		1965	
Θήλυ		1996	Αγαμη
Άρρεν		1970	Διαζευγμένος
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1967	Εγγαμος
Θήλυ		1998	Αγαμη
Άρρεν		1950	Εγγαμος
Θήλυ		1954	Εγγαμη
Άρρεν	Ναυτικός	1969	Εγγαμος
Άρρεν	Ναυτικός	1958	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1959	Εγγαμη
Άρρεν		1984	
Άρρεν		1990	
Άρρεν	Γραφικές Τέχνες	1969	
Θήλυ	Λογίστρια	1966	Εγγαμη
Άρρεν		2000	Αγαμος
Άρρεν		1984	
Άρρεν	Αλιεύς	1972	
Θήλυ	Οικιακά	1974	
Άρρεν		1999	
Θήλυ		2001	Αγαμη
Άρρεν		1937	
Θήλυ		1947	
Άρρεν	Μαρμαρογλύπτης	1949	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1960	Εγγαμη
Άρρεν	Μαθητής	1982	Αγαμος
Άρρεν		1988	
Άρρεν	Ναυτικός	1977	
Θήλυ		1974	Εγγαμη
Άρρεν		2002	Αγαμος
Άρρεν	Εμπορος	1967	Εγγαμος

Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1972	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1971	
Θήλυ		2001	
Άρρεν	Λιμενικός	1965	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1974	Εγγαμη
Θήλυ		2002	
Θήλυ		1977	
Θήλυ	Δασκάλα	1965	Εγγαμη
Άρρεν	Ναυτικός	1971	Εγγαμος
Θήλυ		1930	
Άρρεν	Δικηγόρος	1955	Εγγαμος
Θήλυ	Καθηγήτρια	1959	Εγγαμη
Άρρεν		1938	Εγγαμος
Θήλυ		1946	
Άρρεν		2010	
Άρρεν		1986	
Άρρεν	Ελεύθερος επαγγελματίας	1951	
Θήλυ	τραπεζική υπ/λος	1955	
Άρρεν	Φοιτητής	1978	Εγγαμος
Άρρεν	Φοιτητής	1978	Εγγαμος
Άρρεν	Συν/χος	1929	
Θήλυ	Δικηγόρος	1974	
Άρρεν	Συν/χος Ιατρός	1931	
Άρρεν	Στρατιωτικός	1966	
Θήλυ		1972	
Άρρεν	Ηλεκτρονικός	1968	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1973	
Άρρεν	Νοσηλεύτης	1974	Εγγαμος
Θήλυ	νοσηλεύτρια	1970	Εγγαμη
Θήλυ		2000	
Άρρεν	Πρακτορείο ΠΡΟ.ΠΟ.	1972	
Άρρεν		1998	
Άρρεν		1974	
Θήλυ		1970	
Άρρεν	Αυτοκινητιστής	1960	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1972	Εγγαμη
Άρρεν		2002	Αγαμος
Άρρεν	Οικοδόμος	1975	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1974	Εγγαμη
Θήλυ		2001	
Θήλυ		1927	Εγγαμη
Θήλυ		1942	
Θήλυ			
Άρρεν			
Θήλυ		1951	
Θήλυ		1976	
Θήλυ		1926	Εγγαμη
Άρρεν		1953	
Θήλυ		1968	
Θήλυ		1999	

Θήλυ		2000	Άγαμη
Θήλυ		1937	Εγγαμη
Θήλυ		1953	
Άρρεν	Ηλεκτρολόγος	1943	
Θήλυ		2002	
Άρρεν	Αστυνομικός	1968	
Άρρεν	Υδραυλικός	1972	
Θήλυ	Οικιακά	1976	
Άρρεν		2000	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1973	
Άρρεν	Οικονομολόγος	1962	
Θήλυ		1994	Άγαμη
Άρρεν		1943	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1952	Εγγαμη
Θήλυ		1955	Εγγαμη
Άρρεν		1964	
Θήλυ		1974	Εγγαμη
Άρρεν		2000	
Άρρεν	Ναυτικός	1954	
Θήλυ	Οικιακά	1943	Εν χηρεία
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1972	
Άρρεν		1978	Άγαμος
Άρρεν	Επιχειρηματίας	1956	Εγγαμος
Άρρεν		1991	Άγαμος
Άρρεν		2000	Άγαμος
Άρρεν	Ηλεκτρολόγος	1974	
Θήλυ	Τραπεζικός Υπάλληλος	1962	
Θήλυ	Εμπορος	1981	
Άρρεν		2000	
Άρρεν		2002	
Άρρεν	Μαρμαράς	1969	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1975	Εγγαμη
Άρρεν		1966	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1970	
Άρρεν		1974	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1955	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1964	
Θήλυ	Αισθητικός	1969	
Άρρεν	Σιδηρουργός	1968	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1973	Εγγαμη
Άρρεν		2000	Άγαμος
Άρρεν	Συν/χος ΙΚΑ	1928	
Θήλυ	Οικιακά	1933	
Άρρεν	Τραπ/κός υπ/λος	1960	
Θήλυ	Οικιακά	1975	
Άρρεν		2001	
Άρρεν	Συν/χος ΔΕΗ		
Θήλυ	Επιχειρηματίας	1937	
Άρρεν		2001	
Άρρεν	Οικοδόμος	1971	

Θήλυ		1973	
Θήλυ		1997	
Άρρεν	Καθηγητής	1952	
Άρρεν	Επιχειρηματίας	1966	
Άρρεν	Σπουδαστής	1982	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1967	Εγγαμος
Θήλυ		1930	
Άρρεν		1944	Εγγαμος
Άρρεν		1956	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1965	Εγγαμη
Άρρεν	Ανθοπώλης	1971	
Θήλυ	Οικιακά	1965	
Θήλυ		2000	
Θήλυ	Οικιακά	1947	Εγγαμη
Άρρεν	Μηχανικός	1969	Εγγαμος
Θήλυ		1999	
Άρρεν		2001	
Άρρεν	Συν/χος ΙΚΑ	1939	
Άρρεν	Ναυτικός	1965	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1976	
Άρρεν		2000	
Άρρεν	Εμπορος	1971	
Θήλυ	Οικιακά	1970	Εγγαμη
Άρρεν		2000	
Άρρεν		2003	Άγαμος
Θήλυ		2008	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1964	Διαζευγμένη
Άρρεν	Συν/χος ΙΚΑ	1938	
Θήλυ	Δημόσ. υπ/λος	1944	Εγγαμη
Θήλυ	Οικιακά		
Άρρεν	Εμπορος	1969	
Θήλυ	Δημ. υπ/λος	1972	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1971	
Θήλυ		1975	
Άρρεν		1940	
Θήλυ	Οικιακά	1954	Διαζευγμένη
Θήλυ	Νοσοκόμος	1962	Διαζευγμένη
Άρρεν	Ελαιοχρωματιστής	1941	
Θήλυ	Οικιακά	1943	
Άρρεν	Οικοδόμος	1974	
Θήλυ	Οικιακά	1976	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1972	Εγγαμος
Θήλυ		2000	Άγαμη
Άρρεν		1964	
Θήλυ	Εμπορος	1969	
Άρρεν	Συν/χος	1926	
Άρρεν		1953	Εγγαμος
Θήλυ		1956	
Άρρεν	Συν/χος ΙΚΑ	1936	Εγγαμος
Άρρεν		1980	Άγαμος

Θήλυ	Οικιακά	1972	Εγγαμη
Θήλυ		1994	Άγαμη
Άρρεν		1996	Άγαμος
Άρρεν		2002	Άγαμος
Άρρεν	Εμπορος	1970	Εγγαμος
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1974	Εγγαμη
Θήλυ		2001	Άγαμη
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1970	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1970	Εγγαμη
Άρρεν		2001	
Θήλυ		2002	Άγαμη
Άρρεν		1980	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1972	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1979	Εγγαμη
Θήλυ		2000	
Άρρεν	Συν/χος ΙΚΑ	1931	
Άρρεν		1953	
Θήλυ		1952	
Θήλυ		1990	
Θήλυ		2003	
Θήλυ	Οικιακά	1946	
Άρρεν		1957	
Άρρεν	Ελαιοχρωματιστής	1965	
Θήλυ		1966	
Θήλυ		2003	
Θήλυ		1944	
Θήλυ	Λογίστρια	1968	
Άρρεν	ΣΥΝ/ΧΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ	1943	
Θήλυ	Δασκάλα	1953	Εγγαμη
Θήλυ	Φοιτήτρια	1978	
Άρρεν	Φοιτητής	1981	Άγαμος
Άρρεν	Ναυτικός	1978	Εγγαμος
Θήλυ		2001	
Θήλυ	Οικιακά	1939	
Άρρεν	Σιδηρουργός	1952	
Θήλυ		1956	Εγγαμη
Άρρεν		1999	
Θήλυ	Σχεδιάστρια μόδας	1972	
Θήλυ	Αισθητικός	1971	
Άρρεν	Αυτοκινητιστής	1948	Εγγαμος
Άρρεν	Επιχειρηματίας	1968	Εγγαμος
Θήλυ		1999	Άγαμη
Άρρεν		1999	Άγαμος
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1974	Εγγαμη
Άρρεν		2000	Άγαμος
Θήλυ	Ιατρός	1961	
Θήλυ		1995	
Άρρεν	Σπουδαστής	1977	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1966	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1976	Εγγαμη

Θήλυ		2000	
Θήλυ		2001	
Άρρεν	Συν/χος	1933	
Άρρεν		1965	Εγγαμος
Θήλυ		1967	Εγγαμη
Θήλυ		1994	
Άρρεν		1995	
Άρρεν		1971	
Θήλυ		1973	Εγγαμη
Άρρεν		2001	Άγαμος
Άρρεν		2002	Άγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1946	
Θήλυ		2001	
Άρρεν	Ναυτικός	1971	Εγγαμος
Θήλυ		1999	Άγαμη
Θήλυ		2002	Άγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1936	
Άρρεν	Εργάτης	1968	
Θήλυ		1968	
Θήλυ	Οικιακά	1982	Εγγαμη
Άρρεν	Εμπορος	1959	Εγγαμος
Άρρεν		2000	Άγαμος
Άρρεν	Επιχειρηματίας	1959	Εγγαμος
Άρρεν		2001	Άγαμος
Άρρεν		2001	
Άρρεν		1939	Εν χηρεία
Θήλυ	Καθηγήτρια Αγγλικών	1966	Διαζευγμένη
Θήλυ		1930	
Θήλυ	Συν/χος ΙΚΑ	1933	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1963	
Άρρεν		1997	Άγαμος
Άρρεν	Οικοδόμος	1977	
Θήλυ	Οικιακά	1980	Εγγαμη
Άρρεν		1999	
Θήλυ		2001	Άγαμη
Άρρεν		1972	
Θήλυ		1961	
Άρρεν	Ναυτικός πράκτωρ	1970	
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1973	
Θήλυ		1999	Άγαμη
Άρρεν	Δημόσιος Υπάλληλος	1967	Εγγαμος
Άρρεν	Οδοντίατρος	1954	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1960	Εγγαμη
Θήλυ	Μαθήτρια	1983	
Θήλυ	Μαθήτρια	1986	
Θήλυ	Μαθήτρια	1986	
Άρρεν	Υπ/λος ΔΕΗ	1959	
Θήλυ	Οικιακά	1969	
Άρρεν	Συνταξιούχος	1926	Εν χηρεία
Άρρεν		1967	Εγγαμος

Θήλυ	Γραφίστας	1973	Εγγαμη
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1953	
Θήλυ	Φιλόλογος	1975	
Άρρεν	Κοινων. Λειτουργός	1968	
Άρρεν	Οδηγός	1970	
Θήλυ		1996	
Άρρεν	Αστυνομικός	1958	
Άρρεν	Δάσκαλος	1966	Εγγαμος
Άρρεν	Υπ/λος ΙΚΑ	1960	
Θήλυ	Καθηγήτρια Αγγλικών	1962	
Θήλυ	Οικιακά	1974	
Θήλυ	Οικιακά	1971	Εγγαμη
Άρρεν		2000	
Θήλυ		2002	
Άρρεν		1952	
Θήλυ		1955	
Άρρεν		1978	
Άρρεν		1964	Εγγαμος
Θήλυ		1967	Εγγαμη
Άρρεν		2000	
Θήλυ		1964	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1968	Εγγαμος
Θήλυ	Κομμώτρια	1975	Εγγαμη
Άρρεν	Ηλεκτρολόγος	1963	
Θήλυ	Οικιακά	1934	
Θήλυ	Συν/χος	1930	
Άρρεν	Εφαπ/λος	1973	
Θήλυ		1969	
Άρρεν	Ελαιοχρωματιστής	1973	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1982	Εγγαμη
Θήλυ		1981	Εγγαμη
Άρρεν		2000	
Θήλυ	Οικιακά	1944	
Άρρεν	Επιχειρηματίας	1973	
Θήλυ		1999	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1974	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1979	Εγγαμη
Θήλυ		1999	
Θήλυ		2003	Άγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1925	
Άρρεν	Συν/χος	1940	
Θήλυ	Οικιακά	1943	
Θήλυ		2002	
Άρρεν		1973	
Θήλυ		1972	
Άρρεν		1972	
Θήλυ		1950	
Άρρεν	Δημοτικός υπ/λος	1973	Εγγαμος
Άρρεν		1971	
Θήλυ	Οικιακά	1974	

Θήλυ		2001	
Άρρεν	Καθ/τής Φυσ. Αγωγής	1968	Εγγαμος
Θήλυ		1934	
Άρρεν	Υδραυλικός	1972	Άγαμος
Άρρεν		1974	Άγαμος
Άρρεν	Γυμναστής	1968	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1976	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1981	Εγγαμη
Θήλυ		2000	
Άρρεν		1955	Εγγαμος
Θήλυ		1963	
Άρρεν		1946	
Θήλυ		1947	
Άρρεν	Οδηγός	1969	Εγγαμος
Θήλυ		2000	Άγαμη
Θήλυ	Οικιακά	1927	Εγγαμη
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1974	Εγγαμη
Άρρεν		2000	
Θήλυ	Οικιακά	1954	Εγγαμη
Θήλυ		1988	
Θήλυ		1925	
Άρρεν	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1970	
Θήλυ	Οικιακά	1943	Εν χηρεία
Θήλυ		1997	Άγαμη
Θήλυ		1931	
Άρρεν		1967	Εγγαμος
Θήλυ		2001	
Άρρεν	Ναυπηγός	1966	
Θήλυ	Οικιακά	1954	
Άρρεν		1982	
Άρρεν		1991	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1969	Εγγαμος
Άρρεν	ιατρός	1971	Εγγαμος
Θήλυ	Αρχαιολόγος	1971	Εγγαμη
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1971	Εγγαμη
Θήλυ	Ιδιωτ. υπ/λος	1972	
Θήλυ		1975	Εγγαμη
Θήλυ		1938	Εγγαμη
Άρρεν	Συν/χος	1938	
Θήλυ	Οικιακά	1940	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1972	Διαζευγμένος
Θήλυ	Καθηγήτρια	1974	
Άρρεν		2001	
Άρρεν	Επιχ/τίας	1971	Εγγαμος
Θήλυ		1975	Εγγαμη
Άρρεν		2000	Άγαμος
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1964	
Άρρεν		1925	Εγγαμος
Θήλυ		1964	Εγγαμη
Θήλυ		1978	

Άρρεν		1961	
Θήλυ		1973	
Άρρεν		1972	Εγγαμος
Θήλυ		1962	Εγγαμη
Άρρεν	Φαρμακοποιός	1954	Εγγαμος
Άρρεν		1990	Άγαμος
Άρρεν	Ναυπηγός Μηχ/γος	1954	
Άρρεν	Ναύαρχος ε.α.	1935	Εγγαμος
Θήλυ	Συν/χος	1936	
Θήλυ		1980	Άγαμη
Άρρεν		1939	Εγγαμος
Θήλυ		1947	Εγγαμη
Θήλυ		2001	Άγαμη
Άρρεν		1947	
Θήλυ		1953	
Θήλυ	Συν/χος Δημοσίου	1954	
Θήλυ	Οικιακά	1971	Εγγαμη
Άρρεν	Υδραυλικός	1941	
Θήλυ	Οικιακά	1948	
Άρρεν	Μαθητής	1985	
Άρρεν	Σπουδαστής	1976	
Άρρεν	Οικοδόμος	1972	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1979	
Θήλυ		2001	Άγαμη
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1968	
Θήλυ	Οικιακά	1973	
Άρρεν		2001	
Άρρεν		1966	
Άρρεν	Οικονομολόγος	1961	Εγγαμος
Άρρεν	Οικοδόμος	1968	Εγγαμος
Άρρεν		1998	Άγαμος
Άρρεν		1963	
Θήλυ	Ιδιωτικός Υπάλληλος	1960	
Άρρεν		1997	
Θήλυ		2000	
Άρρεν	Οικοδόμος	1972	
Θήλυ	Μηχαν/γος Μηχ/κός	1967	Εγγαμη
Άρρεν		2001	
Θήλυ		2003	Άγαμη
Άρρεν		1936	Εγγαμος
Θήλυ		1940	
Άρρεν	Ιδιωτ. υπ/λος	1961	Εγγαμος
Θήλυ	Οικιακά	1966	
Θήλυ		1993	
Άρρεν	Ναυτικός	1943	
Άρρεν		1931	
Άρρεν	Συν/χος ΙΚΑ	1948	
Θήλυ		1987	
Άρρεν	Τυπογράφος	1945	
Άρρεν	Οικοδόμος	1963	Εγγαμος

Θήλυ	Επιχειρηματίας	1970	Εγγαμη
Άρρεν		1997	Άγαμος
Άρρεν	Ναυτικός	1935	
Θήλυ	Οικιακά	1948	Εγγαμη
Άρρεν	Ηλεκτρ/γος-Μηχ/κός	1968	
Άρρεν	Ναυτικός	1953	Εγγαμος
Θήλυ	Δασκάλα	1954	Εγγαμη
Άρρεν		1918	
Άρρεν		1956	
Θήλυ		1963	Εγγαμη
Θήλυ		1996	

Παράρτημα Β Οδηγός συνέντευξης

1. Γενική άποψη για το φορέα που αντιπροσωπεύουν
2. Άποψη για το επίπεδο υπηρεσιών που προσφέρει ο φορέας (ποιότητα υπηρεσιών, προσβασιμότητα, εύρος υπηρεσιών, κόστος, ποιοτική και ποσοτική επάρκεια προσωπικού, βαθμός ανταπόκρισης προσφερόμενων υπηρεσιών στις ανάγκες του πληθυσμού)
3. Καταγραφή και αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται
4. Απόψεις για τη διοίκηση των φορέων (εφαρμογή σχεδίου δράσης)
5. Άλλοι φορείς ή οργανώσεις που δραστηριοποιούνται προς όφελος του φορέα (εθελοντικές οργανώσεις)
6. Απόψεις για τη σχέση του φορέα με την τοπική αυτοδιοίκηση
7. Προβλήματα και τι μπορεί να γίνει για την αντιμετώπιση τους
8. Προτάσεις άμεσης εφαρμογής
9. Προσθήκη οποιασδήποτε πληροφορίας είναι σημαντική

Παράρτημα Γ Αποτελέσματα μαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων

Προσωπικό του Νοσοκομείου

Συνέντευξη 1: Πρόεδρος του Νοσοκομείου

Συνεντευκτής (Σ)

Πληροφοριοδότης (Π)

Σ: Θα θέλατε να μου πείτε λίγα λόγια για το Νοσοκομείο της Αίγινας?

Π: Βεβαίως. Το Νοσοκομείο της Αίγινας αποτελεί ΝΠΙΔ και είναι Φιλανθρωπικό Ίδρυμα. Προσωπικά εμπλέκομαι με το Νοσοκομείο από παιδί. Στο προηγούμενο Δ.Σ. ήμουν μέλος και τώρα Πρόεδρος. Μέσα σε αυτά τα χρόνια έχω δει την εξέλιξη του Νοσοκομείου. Δυστυχώς τον τελευταίο χρόνο «παρακμάζει» λόγω των οικονομικών δυσκολιών. Το χρέος του ΕΟΠΥΥ, ξεπερνά τις εκατό χιλιάδες ευρώ. Όπως καταλαβαίνετε, αυτό και μόνο αρκεί για να καταλάβαιτε τι εννοώ με την έννοια παρακμάζει. Χρωστάμε πολλά χρήματα στους προμηθευτές και το προσωπικό μένει απλήρωτο για αρκετούς μήνες. Παρ' όλα αυτά προσπαθούμε να σταθούμε και να ξεπεράσουμε τις δυσκολίες, πάντα με τη βοήθεια των κατοίκων της Αίγινας και της εκκλησίας.

Σ: Ποια είναι η άποψη σας σχετικά με το επίπεδο των υπηρεσιών που προσφέρει το Νοσοκομείο?

Π: Κοιτάζετε, σε σχέση με τις οικονομικές συνθήκες που επικρατούν, το Νοσοκομείο λειτουργεί ακόμη και αυτό είναι πολύ σημαντικό. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι το Νοσοκομείο είναι Κλινική, δηλαδή, δεν είμαστε αναγκασμένοι σαν κλινική να διαθέτουμε κάποιες ειδικότητες, όπως ενδοκρινολόγο. Θεωρώ ότι σε μεγάλο βαθμό παρέχουμε υπηρεσίες που καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος των αναγκών του νησιού. Η αλήθεια όμως είναι ότι έχουμε ελλειψεις σε προσωπικό. Η παθολόγος μας είναι μία. Καταλαβαίνετε ότι είναι αδύνατο να εξυπηρετήσει όλους τους ασθενείς. Κι όμως, αυτό κάνει. Θα ήταν περισσότερο ποιοτικές οι υπηρεσίες εάν είχαμε περισσότερο προσωπικό και με πραπάνω προσόντα. Αυτό το οποίο μας επιφέρει κέρδη αυτή τη στιγμή είναι ο σύγχρονος βιοιατρικός εξοπλισμός που διαθέτει το Νοσοκομείο. Δεν είναι μόνο το οικονομικό κέρδος, αλλά και οι υπηρεσίες που παρέχονται. Ο αξονικός τομογράφος είναι τελευταίας τεχνολογίας. Ξέρετε πόσα προβλήματα έχουν λυθεί με τη δημιουργία του ακτινολογικού? Πλέον οι κάτοικοι της Αίγινας δε χρειάζεται να προσφεύγουν σε Νοσοκομεία του Πειραιά για τέτοιου είδους εξετάσεις. Βέβαια, θα ήταν ευχής έργο εάν

τέτοιου είδους εξετάσεις μπορούσαν να συμπεριληφθούν στον ΕΟΠΥΥ, αλλά δεδομένης της οικονομικής κατάστασης του Νοσοκομείου, αυτή τη στιγμή είναι ασύμφορο.

Σ: Θεωρείτε ότι το προσωπικό που επανδρώνει είναι επαρκές?

Π: Όχι, δεν είναι επαρκές ποσοτικά, αλλά και ποιοτικά. Βλέπετε, δε μπορούμε να προσλάβουμε επαγγελματίες με πολλά προσόντα. Δεν περίμενα ποτέ να το έλεγα αυτό, αλλά δε συμφέρει. Το ξέρετε καλύτερα εσείς, ότι όσο πιο πολλά προσόντα έχεις, τόσο περισσότερο μισθό διεκδικείς. Δε μπορώ να πω ότι το προσωπικό δεν είναι καλό, άλλωστε διαθέτει μεγάλη πείρα. Απλά, δεν είναι εξειδικευμένο. Όσον αφορά την ποσοτική ανεπάρκεια καταλαβαίνετε ότι όπως σας είπα και πριν οι ασθενείς είναι πολλοί και το προσωπικό λίγο. Βέβαια, υπάρχουν και οι εξωτερικοί ιατροί, όπως οφθαλμίατρος καρδιολόγος, πνευμονολόγος που βλέπουν τους ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία. Σε γενικές γραμμές πάντως, το προσωπικό απαρτίζεται από ανθρώπους που νοιάζονται για το συνάνθρωπο τους και εργάζονται γι' αυτόν.

Σ: Όπως είπατε και πριν, πρόκειται για έναν Ιδιωτικό φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό αποτελεί πρόβλημα στη προσβασιμότητα? Και τι γίνεται με τους κατοίκους που δεν έχουν ασφάλιση?

Π: Όπως σας είπα και πριν το Νοσοκομείο είναι Φιλανθρωπικό Ίδρυμα. Η πολιτική του νοσοκομείου είναι να εξυπηρετεί σ' ένα μεγάλο βαθμό τους οικονομικά αδύναμους κατοίκους του νησιού δωρεάν χωρίς να το ανακοινώνουμε. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι πρόκειται για μια κλειστή κοινωνία, στην οποία γνωρίζομαστε μεταξύ μας και έτσι ξέρουμε την οικονομική δυνατότητα των συνανθρώπων μας. Σε αυτό σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η εκκλησία και συγκεκριμένα η κάθε ενορία. Ο ιερέας της ενορίας γνωρίζει ποιοι συνάνθρωποι δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα. Στόχος μας είναι η κάλυψη και προστασία αυτών των ανθρώπων γιατί δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο χαρακτήρα του νοσοκομείου είναι φιλανθρωπικός. Μακάρι αυτό να μπορούσε να γίνει για όλους τους κατοίκους και όχι για τους οικονομικά αδυνάτους. Παρ' όλη την οικονομική επιβάρυνση, παρατηρούμε ότι τους τελευταίους 6 μήνες, η επισκεψιμότητα έχει αυξηθεί. Μας εμπιστεύονται παραπάνω. Αυτό βέβαια μπορεί να συμβαίνει γιατί στο αντίθετο άκρο βρίσκεται το Κ.Υ, το οποίο αδυνατεί να εξυπηρετήσει τους ασθενείς.

Σ: Οι υπηρεσίες που προσφέρει το Νοσοκομείο καταγράφονται με κάποιο τρόπο και αξιολογούνται?

Π: Όπως είδατε, το τελευταίο εξάμηνο, κρατούμε αυστηρό αρχείο με τα πάντα. Πόσους ασθενείς είδε η παθολόγος, πόσοι έκαναν εξετάσεις στο μικροβιολογικό, πόσοι στο ακτινολογικό, τα έσοδα του νοσοκομείου, τα έξοδα, τα πάντα. Θέλουμε, ως νέο Δ.Σ να κρατείται πλήρη διαφάνεια. Κατ' υτόν τον τρόπο υπάρχει και η εμπιστοσύνη του κόσμου. Τώρα, όσον αφορά την αξιολόγηση, ανά 2 χρόνια αξιολογούμαστε από επιτροπή του Υπουργείου Υγείας, αλλά δεν είναι αρκετό. Το θέμα αυτό μας έχει απασχολήσει αρκετά. Εμείς θέλουμε την αξιολόγηση γιατί πεsteύουμε ότι μα βοηθά παράλληλα στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεόμενων υπηρεσιών. Για το λόγο αυτό αποφασίσαμε και σύντομα θα εφαρμοστεί η σύσταση ενός παράλληλου συμβούλιο, Επιστημονικού Συμβούλιου το οποίο θα αξιολογεί τις παρεόμενες υπηρεσίες. Το συμβούλιο αυτό θα απαρτίζεται από επαγγελματίες υγείας του νησιού.

Σ: Θα θέλατε να μου πείτε κάποια πράγματα για τον τρόπο διοίκησης του Νοσοκομείου?

Π: Η Διοίκηση του Νοσοκομείου άλλαξε από τον Ιανουάριο του 2013 και μαζί με τη διοίκηση άλλαξαν πολλά πράγματα. Πλέον, οι αποφάσεις που λαμβάνονται είναι συλλογικές. Τίθενται υπόψη ολόκληρου του Δ.Σ από το πιο απλό θέμα έως το πιο σοβαρό. Παλαιότερα οι αποφάσεις λαμβάνονταν από ένα ή δύο άτομα, πλέον αποφασίζουμε όλοι μαζί. Κάθε βδομάδα γίνεται ΔΣ. Βέβαια υπάρχει κατανομή ρόλων. Φυσικά για όλες τις αποφάσεις που λαμβάνονται ενημερώνεται και ο επόπτης που είναι ο Σεβασμιότατος Δεσπότης Ύδρας Σπετσών Αιγίνης π. Εφραίμ.

Σ: Υπάρχουν φορείς ή άλλες οργανώσεις που υποστηρίζουν με κάποιο τρόπο τη λειτουργία του Νοσοκομείου?

Π: Φυσικά. Για το νοσοκομείο μας αποτελεί βασικό συστατικό η προσφορά της Εκκλησίας, των εθελοντικών ομάδων και της ιδιωτικής προσφοράς. Κάποιοι μπορεί να είναι βέβαια καχύποπτοι με το γεγονός ότι το νοσοκομείο υποστηρίζεται από την εκκλησία. Κάποιοι το μάχονται. Υπάρχουν κάποια ακίνητα τα οποία έχουν δωριθεί από κατοίκους λόγω της πίστης. Ο εθελοντισμός έχει καλλιεργηθεί από την εκκλησία. Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι και η Αρχιεπισκοπή βοηθάει ετησίως, προσφέροντας κάποια χρήματα. Ο Σύλλογος Γυναικών επίσης είναι αρκετά δραστήριος και κατά καιρούς μας έχει υποστηρίξει με τη διοργάνωση λαχειοφόρων προς όφελος του Νοσοκομείου.

Σ: Θα θέλατε να μου πείτε την άποψη σας για τη σχέση που έχει το Νοσοκομείο με την Τοπική Αυτοδιοίκηση?

Π: Φυσικά. Δεν έχω να πω και πολλά πράγματα. Δεν υπάρχει καμία συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης. Βέβαια το νοσοκομείο δεν είναι δημοτικό και δεν ανακατεύεται κανείς. Και ίσως είναι καλύτερα έτσι. Το μόνο που έχουμε αιτηθεί είναι η έκπτωση στο λογαριασμό της ΕΥΔΑΠ. Θεωρώ ότι αυτό είναι το μέγιστο που μπορούν να προσφέρουν.

Σ: Σε γενικές γραμμές ποια είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το Νοσοκομείο και τι μπορεί να γίνει γι' αυτά?

Π: Όπως σας είπα και πριν το πρόβλημα του Νοσοκομείου είναι η οικονομική δυσχαίρεια. Τα προβλήματα του νοσοκομείου αφορούν κυρίως την έλλειψη προσωπικού. Υπάρχει μία μόνη παθολόγος για όλους τους ασθενείς. Βέβαια, όταν κάποια από τα περιστατικά δεν άπτοντα της ειδικότητας της, ζητούμε τη συνεργασία άλλων γιατρών του νησιού που μπορεί να παρακολουθεί το περιστατικό ενώ νοσηλεύεται στο νοσοκομείο. Πέραν του ιατρικού προσωπικού χρειαζόμαστε και νοσηλευτικό. Επιπλέον, το κτίριο που στεγάζεται το νοσοκομείο έχει υποστεί πολλές φθορές λόγω παλαιότητας. Μπορεί δυνητικά να είναι επικίνδυνο. Βασικό πρόβλημα αποτελεί και η μη φύλαξη του νοσοκομείου κατά τη νύχτα. Χρειαζόμαστε νυχτοφύλακα. Μια καλή αρχή για την επίλυση των προβλημάτων.

Σ: Ποιες είναι οι δικές προτάσεις άμεσης εφαρμογής για την καλύτερευση των συνθηκών που επικρατούν στο Νοσοκομείο?

Π: Πρέπει να γίνει ανάταξη της οικονομικής κατάστασης. Να δούμε ποιοι χρωστάνε. Να ξεχρεώσουμε το προσωπικό, ώστε να επικεντρωθούμε στην ποιότητα των υπηρεσιών. Έχουμε κάνει αρκετά βήματα για τον εκσυγχρονισμό του νοσοκομείου. Άμεσα θα εφαρμοστεί για πρώτη φορά το σύστημα των ενιαίων νοσηλίων. Κατ' αυτόν τον τρόπο θα στέλνεται κατ' ευθείαν στον ΕΟΠΥΥ τα στοιχεία των ανθρώπων που νοσηλεύονται, δηλαδή το εισιτήριο και εξιτήριο όταν βγαίνει. Θα γλιτώσουμε από τη γραφειοκρατία και αυτό το θεωρώ πολύ σημαντικό βήμα. Αυτά για αρχή. Σαν νέα διοίκηση, ξεκινούμε με αυτούς τους στόχους.

Σ: Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να πείτε για το Νοσοκομείο?

Π: *Ναι, θα ήθενα να προσθέσω* ότι εάν η οικονομική δυνατότητα του νοσοκομείου ήταν διαφορετική, θα μπορούσε να προσφέρει περισσότερα στους κατοίκους του νησιού. Μακάρι να μπορούσαμε να προσφέρουμε τις υπηρεσίες δωρεάν σε όλους. Αυτός ήταν και ο σκοπός ίδρυσης. Υπάρχουν πολλοί κάτοικοι, άποροι, οι οποίοι ζουν απομονωμένοι στα χωριά, χωρίς κανένα υποστηρικτικό σύστημα. Όνειρο μου είναι να μπορούσαμε να περιθάλπουμε τους ανθρώπους αυτούς δωρεάν και να έχουν μια τακτική ιατρική παρακολούθηση. Αυτός

είναι ο σκοπός του νοσοκομείου, η φροντίδα και προστασία των συνανθρώπων μας. Επιπλέον, είναι βασικό να καταλάβουν όλοι στο νησί το χαρακτήρα του νοσοκομείου και να μην το αντιμάχονται. Χρειαζόμαστε τη συνεργασία των ιδιωτών ιατρών της Αίγινας, αλλά όχι με στόχο την κερδοσκοπία, αλλά τη σωστή παροχή υπηρεσιών. Τα πράγματα θα ήταν καλύτερα εάν μπορούσε με κάποιο τρόπο να συνεργαστεί το Νοσοκομείο με το Κέντρο Υγείας. Ούτως ή άλλως δεν είναι λίγες οι φορές που το Κ.Υ ζητά την υποστήριξη και διευκόλυνση στην παροχή υπηρεσιών, από το προσωπικό του νοσοκομείου. Πρέπει να σκεφτούμε το ενδεχόμενο να μην υπάρχουν δύο δομές παροχής υπηρεσιών υγείας που υπολειτουργούν, αλλά μία σωστά οργανωμένη δομή.

Συνέντευξη 2: Μέλος Δ.Σ

Σ: Θα θέλατε να μου πείτε λίγα λόγια για το Νοσοκομείο της Αίγινας?

Π: Το νοσοκομείο είναι ένα επαρχιακό Νοσοκομείο, για την ακρίβεια Κλινική καθώς διαφέρει από τα Νοσοκομεία των πόλεων. Πρόκειται για ένα εκκλησιαστικό κοινωφελές ίδρυμα, που στόχο έχει την εξυπηρέτηση των κατοίκων της Αίγινας. Δυστυχώς υπάρχει ο βασικός παράγοντας των οικονομικών δυσκολιών που δεν επιτρέπει την επίτευξη των στόχων έτσι όπως αρχικά ορίζεται από την ίδρυση του. Θα θέλαμε οι υπηρεσίες να παρέχονται δωρεάν, αλλά αυτό είναι αδύνατο Χρειαζόμαστε έσοδα. Αυτή τη στιγμή ο ΕΟΠΥΥ χρωστάει στο Νοσοκομείο ένα υπέρογκο ποσό.

Σ: Ποια είναι η άποψη σας σχετικά με το επίπεδο των υπηρεσιών που προσφέρει το Νοσοκομείο?

Το επίπεδο υπηρεσιών που προσφέρει το Νοσοκομείο είναι αρκετά αξιοπρεπές, εάν αναλογιστεί κανείς τις δυσκολίες που υπάρχουν. Το προσωπικό ανάλογα με τα προβλήματα του, προσφέρει ό,τι καλύτερο μπορεί. Είναι γεγονός ότι υπάρχει συλλογική δουλειά. Έχουμε κάποια στάνταρ που προσπαθούμε να ακολουθήσουμε, σύμφωνα με τα νοσοκομεία της περιφέρειας. Όλοι προσφέρουν έργο. Δεν επαναπαυόμαστε, προσπαθούμε για το καλύτερο. Το νοσοκομείο προσπαθεί να μειώσει τα λειτουργικά χωρίς να επηρεαστεί η ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Το νοσοκομείο διαθέτει κάτι, που δεν έχουν πολλά νοσοκομεία, έχουμε αξονικό τομογράφο. Δεν έχουμε βάλει στον ΕΟΠΥΥ το ακτινολογικό αλλά δεν γίνεται αλλιώς, γιατί αυτό αποτελεί βασικό έσοδο για το νοσοκομείο. Σε αστικά κέντρα μπορεί να μη βρεις αξονικό τομογράφο ή μαστογράφο. Επιπλέον το προσωπικό που στελεχώνει το εργαστήριο είναι άρτια εκπαιδευμένο. Μια ένδειξη της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών αποτελεί το γεγονός ότι παλαιότερα οι κάτοικοι του νησιού

προτιμούσαν να επισκέπτονται τα νοσοκομεία της Αθήνας. Τα τελευταία χρόνια οι κάτοικοι δείχνουν εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες που προσφέρει το Νοσοκομείο μας. Μακάρι να μπορούσαμε να πρέχουμε δωρεάν εξετάσεις και περίθαλψη, αλλά αυτό είναι δύνατο. Υπάρχουν κάποιοι κ'τοικοι του νησιού που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα. Σε αυτές τις περιπτώσεις ενημερώνουμε τον Πρόεδρο, πατέρα Αμφιλόχιο και εκείνος προβαίνει στις κατάλληλες ενέργειες για την υποστήριξη των ανθρώπων αυτών.

Σ: Οι υπηρεσίες που προσφέρει το Νοσοκομείο καταγράφονται με κάποιο τρόπο και αξιολογούνται?

Π: Ναι, πλέον καταγράφονται τα πάντα. Αν δεν κάνω λάθος έρχεται επιτροπή από το Υπουργείο Υγείας για να αξιολογήσει τη λειτουργία μας. Αυτό το γνωρίζει καλύτερα ο Πρόεδρος.

Σ: Θα θέλατε να μου πείτε κάποια πράγματα για τον τρόπο διοίκησης του Νοσοκομείου?

Π: Φυσικά. Λειτουργούμε επί ίσοις όροις. Βέβαια, υπάρχουν κάποια βασικ'προβλήματα, όπως το γεγονός ότι κάποια μέλη του Δ.Σ δε μπορούν να χρησιμοποιήσουν Η/Υ. Δεν έχουν τις γνώσεις. Για το λόγο αυτό ο καθένας προσφέρει ανάλογα με τις δυνατότητες και τις γνώσεις τους. Το Δ.Σ απαρτίζεται από ανθρώπους που έχουν μεράκι και αγαπούν το Νοσοκομείο. Τα πάντα τίθενται υπόψιν όλων. Φυσικά, την τελική απόφαση γι βασικά θέματα την παίρνει ο Δεσπότης, ο οποίος είναι γενικός επόπτης του Νοσοκομείου.

Σ: Όσον αφορά τη σχέση του Νοσοκομείου με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, ποια είναι η γνώμη σας;

Π: Τα οικονομικά του Δήμου τα γνωρίζουμε. Δεν έχουν καν βενζίνη για το τα απορριμματοφόρα. Έχει βοηθήσει σε πρακτικά ζητήματα, π.χ. μας βοήθησαν για τη δημιουργία χώρου στάθμευσης για ΑΜΕΑ, σε περιόδους απεργιών των υπαλλήλων του Δήμου, μάζεψαν τα απορρίματα έξω από το νοσοκομείο, ύστερα από αίτηση μας. Δε μπορούν να προσφέρουν κάτι άλλο. Ίσως θα μπορούσαν να κάνουν κάτι για το λογαριασμό του νερού. Εδώ στην Αίγινα ο λογαριασμός του νερού εκδίδεται και πληρώνεται στο Δήμο. Ίσως θα μπορούσαν να μας βοηθήσουν, μέσω κάποιας έκπτωσης.

Σ: Υπάρχουν εθελοντικές οργανώσεις που δρουν υπέρ του Νοσοκομείου;

Π: Εκτός της Εκκλησίας;

Σ: Ναι.

Π: Βασικό κομμάτι λειτουργίας του Νοσοκομείου είναι το γεγονός ότι πρόκειται για εκκλησιαστικό φιλανθρωπικό ίδρυμα. Η εκκλησία εμπνέει τους ανθρώπους για να προσφέρουν εθελοντικά. Έτσι, υπάρχει ο σύλλογος γυναικών, ο οποίος οργανώνει λαχειοφόρους, συναυλίες και άλλες εκδηλώσεις των οποίων τα έσοδα διατίθενται υπέρ του νοσοκομείου. Κάποιες φορές έχει υποστηρίξει ο σύλλογος γονέων και κηδεμόνων δημοτικού σχολείου διοργανώνοντας μπαζάρ. Όλα αυτά είναι πολύ σημαντικά και πολλές φορές μας συγκινεί το ενδιαφέρον των κατοίκων για το νοσοκομείο. Θα ήταν βέβαια πολύ σημαντικό εάν δεν είχαμε τόσο ανάγκη αυτή την υποστήριξη και μπορούσα να λειτουργήσουμε χωρίς αυτά.

Σ: Ποια θεωρείται ότι είναι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει το Νοσοκομείο και τι πιστεύετε ότι μπορεί να γίνει γι' αυτά;

Π: Φυσικά τα οικονομικά προβλήματα είναι αυτά που προκαλούν δυσκολίες στη λειτουργία του Νοσοκομείου. Έχουμε βασικές ελλείψεις σε προσωπικό και πρώτες ύλες. Χρειαζόμαστε περισσότερο προσωπικό, πρέπει να βελτιώσουμε την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, των νοσηλείων. Πώς θα γίνει αυτό, όταν το ΕΟΠΥΥ αυτή τη στιγμή χρωστά ένα τεράστιο ποσό στο νοσοκομείο? Αυτή τη στιγμή καλύπτουμε το ελάχιστο από τις ανάγκες του νοσοκομείου, μέσω του νοσηλίου, ύψους 58 ευρώ και των εσόδων από το ακτινολογικό εργαστήριο. Το μόνο που μπορεί να γίνει αρχικά είναι η εξόφληση των χρωστούμενων από τον ΕΟΠΥΥ.

Σ: Έχετε κάποιες προτάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν άμεσα για την καλύτερευση της λειτουργίας του Νοσοκομείου;

Π: Βασικός στόχος μας του αποτελεί η ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Οι θάλαμοι πρέπει να εκσυγχρονιστούν. Να μπορούν να υπάρχουν ξεχωριστοί θάλαμοι π.χ. για τους νέους. Ετοιμάζουμε ένα χώρο μικρής εντατικής μονάδας. Θα γίνει ένα δωμάτιο για έκτακτα περιστατικά, ώστε να μη χρειάζεται η άμεση διακομιδή στην Αθήνα τα πρώτα 24ώρα. Πρέπει να γίνει ανάταξη της οικονομικής κατάστασης. Να δούμε ποιοι χρωστάνε. Να ξεχρεώσουμε το προσωπικό, ώστε να επικεντρωθούμε στην ποιότητα των υπηρεσιών.

Σ: Έχετε να προσθέσετε κάποια παραπάνω πληροφορία για το Νοσοκομείο;

Π: Θα ήθελα να προσθέσω ότι το Νοσοκομείο της Αίγινας παρέχει υπηρεσίες υγείας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Θα είναι μεγάλο πλήγμα για το νησί εάν τελικά αναγκαστούμε να το κλείσουμε. Χρειαζόμαστε την υποστήριξη των κατοίκων και του κράτους. Στην περίπτωση διακοπής της λειτουργίας του, δε μπορώ να φανταστώ τις συνέπειες που θα έχει.

Υπάρχουν άνθρωποι που αντιμάχονται το Νοσοκομείο. Αυτοί δε σκέφτονται τις συνέπειες; Θα πρέπει όλοι να αναλογιστούμε τι προσφέρει το Νοσοκομείο στην τοπική κοινωνία και πως μπορούμε να βοηθήσουμε.

Συνέντευξη 3: Γιατρός του Νοσοκομείου

Σ: Γιατρέ, θα θέλατε να μου πείτε την άποψη σας για το Νοσοκομείο;

Π: Πρόκειται για ένα επαρχιακό Νοσοκομείο, με ο,τι αυτό συνεπάγεται. Εγώ εργάζομαι τα τελευταία 6 χρόνια εδώ ως παθολόγος. Η προηγούμενη εμπερία μου προέρχεται από Νοσοκομεία της Αθήνας. Δε μπορώ φυσικά να συγκρίνω τα νοσοκομεία της Περιφέρειας με αυτό. Διαφέρουν σε πολλά πράγματα. Από τον τρόπο λειτουργίας έως και τις σχέσεις προσωπικού και ασθενούς. Είναι αλήθεια ότι υπάρχουν πάρα πολλές δυσκολίες, κυρίως οικονομικές. Είμαστε απλήρωτοι για 3 μήνες. Αυτό δε συμβαίνει πρώτη φορά, αλλά έχουμε κατανόηση. Ξέρουμε την οικονομική κατάσταση του Νοσοκομείου.

Σ: Ποια είναι η άποψη σας για επίπεσο παροχής υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο;

Π: Είναι αρκετά αξιοπρεπές το επίπεδο, εάν αναλογιστείς τα προβλήματα που αντιμετωπίζουμε. Συγκεκριμένα, υπάρχουν πολλές ελλειψεις σε πρώτες ύλες, αλλά ακόμη περισσότερες ελλείψεις σε προσωπικό. Είναι άμεση ανάγκη να υπάρχει ακόμη ένας παθολόγος. Εγώ είμαι η μόνη παθολόγος. Όπως καταλαβαίνεις, δουλεύω χωρίς ωράριο. Το τηλέφωνο μου χτυπά 7 μέρες την εβδομάδα και όλο το 24ωρο. Και να θέλεις να είσαι αποτελεσματικός στη δουλειά σου, δε μπορείς με τόσο φόρτο εργασίας.

Σ: Και όσον αφορά τις υπόλοιπες ειδικότητες;

Π: Αυτή τη στιγμή σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων υπάρχει πνευμονολόγος, χειρουργός, καρδιολόγος και οφθαλμίατρος. Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, αποτελείται από πέντε νοσοκόμες. Μόνο η μία είναι απόφοιτη ΤΕ. Αυτό δημιουργεί προβλήματα, καθώς, όπως καταλαβαίνεις δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για την αντιμετώπιση των περιστατικών. Βέβαια, είναι πολύ εργατικές και καλές στην επαφή με τον ασθενή. Αυτό όμως αρκεί;

Σ: Οι υπηρεσίες που προσφέρετε καταγράφονται και πώς αξιολογούνται;

Π: Το τελευταίο εξάμηνο, καταγράφουμε με ακρίβεια τα περιστατικά που εξυπηρετούμε. Για κάθε μήνα υπάρχει αναλυτική καταγραφή στη βάση δεδομένων, των περιστατικών που αντιμετωπίζονται καθημερινά, καθώς και των περιστατικών που χρήζουν διακομίδης σε

νοσοκομεία της περιφέρειας. Παράλληλα, αυτός είναι και ένας άτυπος τρόπος αξιολόγησης, καθώς παρακολουθούμε τα ποσοστά έκβασης, τα ποσοστά θανάτων, κ.α.

Σ: Ποια είναι η άποψη σας για τη Διοίκηση του Νοσοκομείου.

Π: Για να είμαι ειλικρινής, αυτό που παρατηρώ είναι ότι με την αλλαγή του Δ.Σ από τον Ιανουάριο και μετά, τα πράγματα έχουν αλλάξει προς το καλύτερο. Η νέα διοίκηση συζητά και μοιράζεται τους προβληματισμούς με το προσωπικό. Αυτό δε γινόταν παλαιότερα. Επιπλέον, είναι πιο εύκολη πλέον η πρόσβαση στα μέλη του Δ.Σ, καθώς μπορούμε να συζητήσουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζει κάθε κλάδος.

Σ: Γνωρίζετε εάν υπάρχουν άλλοι φορείς ή οργανώσεις που να δραστηριοποιούνται υπέρ του Νοσοκομείου;

Π: Ναι, ξέρω ότι ο Σύλλογος Γυναικών διοργανώνει κάποιες εκδηλώσεις προς όφελος του Νοσοκομείου. Δεν είμαι σίγουρη ότι αυτές οι δραστηριότητες μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες του Νοσοκομείου. Είναι βέβαια κάποια υποστήριξη και δεν πρέπει να την παραβλέπουμε.

Σ: Ποια είναι η γνώμη για τη σχέση του Νοσοκομείου με την τοπική αυτοδιοίκηση.

Π: Σε αυτό θα σας βοηθήσουν περισσότερο οι πληροφορίες που θα σας δώσει ο Πρόεδρος. Απ' ότι γνωρίζω, ο Δήμος δεν υποστηρίζει το Νοσοκομείο. Πώς άλλωστε θα μπορούσε να γίνει αυτό με τις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο Δήμος;

Σ: Κατά τη γνώμη σας ποια είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το Νοσοκομείο.

Π: Σας είπα και πριν ότι τα οικονομικά προβλήματα είναι αυτά που δεν επιτρέπουν την ομαλή λειτουργία του Νοσοκομείου. Χρειαζόμαστε επείγοντως και άλλον έναν παθολόγο, αλλά και νοσηλευτικό προσωπικό. Μεγάλο πρόβλημα αποτελεί το θέμα του μικροβιολογικού εργαστηρίου. Εάν υπήρχε περισσότερο προσωπικό θα μπορούσε να λειτουργεί και το Σαββατοκύριακο. Είναι σημαντικό, κυρίως για τους ασθενείς που νοσηλεύονται.

Σ: Ποιες είναι οι προτάσεις σας για την επίλυση των ανωτέρω προβλημάτων.

Π: Μία είναι η λύση. Η οικονομική εξυγίανση. Δεν υπάρχει κάτι παραπάνω που μπορεί να γίνει.

Σ: Έχετε να προσθέσετε κάτι παραπάνω;

Π: Το μόνο που έχω να πω είναι ότι το νοσοκομείο προσπαθεί να καλύψει όσον το δυνατό τις ανάγκες του πληθυσμού της Αίγινας. Οι κάτοικοι αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες και για

το λόγο αυτό βοηθούν με κάθε τρόπο κυρίως μέσω δωρεών. Το υπάρχον προσωπικό προσπαθεί για το καλύτερο.

Συνέντευξη 4: Νοσηλεύτρια

Σ: Θα θέλατε να μου πείτε την άποψη σας για το Νοσοκομείο;

Π: Αυτό που μπορώ να πώ είναι για το νοσηλευτικό τμήμα. Το νοσηλευτικό τμήμα αυτή τη στιγμή έχει τη δυνατότητα να εξυπηρετεί παθολογικά περιστατικά, αλλά και σοβαρά περιστατικά που έρχονται. για αποθεραπεία, τα οποία αντιμετωπίζονται έως να διακομιστούν σε νοσοκομεία της περιφέρειας. Βέβαια, πολλές φορές η διακομιδή δεν είναι εύκολη. Το κόστος είναι αρκετά υψηλό με αποτέλεσμα να υπογράφει ο ασθενής για τη μη συναίνεση του για μεταφορά. Όπως καταλαβαίνετε το νοσοκομείο με τις δυνατότητες που έχει προσπαθεί να εξυπηρετήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις ανάγκες των κατοίκων και γι' αυτό το λόγο θα είναι μεγάλο πλήγμα για το νησί η διακοπή λειτουργίας του.

Σ: Ποια είναι η άποψη σας για το επίπεδο υπηρεσιών που προσφέρονται στο Νοσοκομείο;

Π: Προσφέρουμε το βέλτιστο που μπορούμε. Παρ' όλα αυτά, η αναλογία ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού είναι δυσανάλογη. Εκ των πραγμάτων είναι αδύνατο να εξυπηρετηθούν οι ασθενείς σε όλες τις βασικές του ανάγκες. Δεν είναι εφικτό να αφιερωθεί ο προβλεπόμενος χρόνος. Παρόλα αυτά τα καθήκοντα μας είναι να εξυπηρετούμε τους ασθενείς και αυτό κάνουμε. Οι ασθενείς μας κατά κύριο λόγο αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες και γι' αυτό το λόγο μετριάζουν τις απαιτήσεις τους.

Σ: Οι υπηρεσίες που προσφέρετε, καταγράφονται; Αξιολογούνται με κάποιον τρόπο;

Π: Σύμφωνα με τη γραμμή της διοίκησης, καταγράφουμε όλα τα περιστατικά που εξυπηρετούμε και σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων και τους νοσηλευόμενους. Δε γνωρίζω εάν υπάρχει αξιολόγηση.

Σ: Ποια είναι η γνώμη σας για τον τρόπο διοίκησης του Νοσοκομείου;

Π: Το Δ.Σ. του Νοσοκομείου, άλλαξε τον Ιανουάριο του 2013. Έκτοτε η λειτουργία του Νοσοκομείου είναι πιο οργανωμένη. Αυτό που είναι πολύ σημαντικό είναι ότι λαμβάνεται πλέον υπόψη και η άποψη του προσωπικού. Η νέα διοίκηση ζητά τη γνώμη μας, για πολλά θέματα και δε λαμβάνει αποφάσεις χωρίς τη σύμφωνη γνώμη μας. Φυσικά αυτό σημαίνει πολλά για μας. Είναι σημαντικό ότι μετρά η γνώμη μας.

Σ: Γνωρίζετε άλλες οργανώσεις ή φορείς που λειτουργούν για την υποστήριξη του Νοσομείου;

Π: Η Εκκλησία και συγκεκριμένα η Μονή του Αγίου Νεκταρίου καλύπτει πολλά από τα έξοδα του Νοσοκομείου. Επιπλέον, γίνονται κάποιες εκδηλώσεις από το Σύλλογο Γυναικών.

Σ: Κατά τη γνώμη σας ποια είναι η σχέση του Νοσοκομείου με την Τοπική Αυτοδιοίκηση;

Π: Δεν είμαι σίγουρη γι' αυτό. Ξέρω ότι πριν λίγο καιρό ,σε περίοδο απεργίας των εργαζομένων του Δήμου, μας εξυπηρέτησαν στη διακομιδή των απορριμάτων του Νοσοκομείου. Δεν ξέρω αν έχει γίνει κάτι παραπάνω.

Σ: Κατά τη γνώμη σας ποια είναι τα κύρια προβλήματα του Νοσοκομείου;

Π: Αυτή τη στιγμή είμαστε πέντε νοσηλεύτριες. Όπως καταλαβαίνετε είναι αδύνατο να καταφέρουμε να εξυπηρετήσουμε όλους τους ασθενείς. Αυτό είναι ένα βασικό πρόβλημα. Επιπλέον έχουμε μεγάλη έλλειψη σε γάζες, σύριγγες, φάρμακα, 'δηλαδή σε βασική ύλη για τη σωστή λειτουργία. Ένα πρόβλημα ακόμη αποτελεί το ότι δεν υπάρχει φύλαξη το βράδυ και αυτό είναι επικίνδυνο. Το βασικότερο πρόβλημα για μένα βέβαια είναι ότι οι μισθοί μας έχουν περικοπεί και αργούμε να πληρωθούμε.

Σ: Τι θεωρείται ότι μπορεί να γίνει για τα προβλήματα αυτά;

Π: Τι να σας πω; Ξέρω ότι ο ΕΟΠΥΥ χρωστάει μεγάλα ποσά στο Νοσοκομείο. Ίσως πρέπει να ξεκινήσουμε από αυτό.

Σ: Ποιες είναι οι προτάσεις σας που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν άμεσα;

Π: Το οικονομικό ζήτημα θεωρώ ότι δε θα λυθεί άμεσα. Αυτό που μπορεί να γίνει είναι γη βελτίωση των κτιριακών υποδομών, με κάποιο τρόπο, ίσως με κάποιες χορηγίες. Πρέπει να επισκευαστούν κάποιες ζημιές, όπως η οροφή, οι τοίχοι, τα κρεβάτια, κ.α..

Σ: Θα θέλατε να προσθέσετε κάτι άλλο;

Π: Όχι, ευχαριστώ πολύ.

Παράρτημα Δ Βασικά συμπεράσματα συνεντεύξεων που δε δέχθηκαν τη χρήση μαγνητοφώνου

Α. Προσωπικό του Νοσοκομείου

Συνέντευξη 1 Διευθυντής του Κ.Υ

Ο κ. Κ.Κ. είναι Διευθυντής του Κ.Υ τα τελευταία τέσσερα χρόνια. Είναι παθολόγος και εργάζεται 23 χρόνια στο Κ.Υ. Σύμφωνα με τη άποψη του, το Κ.Υ αντιμετωπίζει πολύ σοβαρά οικονομικά προβλήματα που καθιστούν τη λειτουργία του μη επαρκή. Αυτός είναι και ο λόγος που θα οδηγηθεί, σύμφωνα με τον ίδιο σε πρόωρη σύνταξη. Συγκεκριμένα αναφέρει «*ανήκουμε στο Τζάνειο Νοσοκομείο. Εργάζομαι εδώ 23 χρόνια, τα τέσσερα τελευταία χρόνια είμαι διευθυντής. Η λειτουργία του Κ.Υ. σήμερα δεν έχει καμία σχέση με τον τρόπο που λειτουργούσε παλαιότερα. Βρίσκεται σε παρακμή. Το προσωπικό προσπαθεί να κάνει ότι καλύτερο μπορεί αλλά δεν είναι εύκολο. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε με ανάγκασαν να συνταξιοδοτηθώ πρόωρα*». Το επίπεδο παροχής υπηρεσιών είναι πολύ χαμηλό σύμφωνα με τον ίδιο. Οι λόγοι είναι οικονομικοί. Ήδη η λειτουργία του μικροβιολογικού εργαστηρίου έχει διακοπεί, λόγω συνταξιοδότησης του εργαζόμενου εκεί. Επιπλέον, το ήδη υπάρχον προσωπικό δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού της Αίγινας, ειδικά κατά τους καλοκαιρινούς μήνες. Ο κ. Κ.Κ. αναφέρει χαρακτηριστικά: «*Η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει το Κ.Υ είναι δυστυχώς ανάλογη με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν έξι παθολόγοι, έξι νοσοκόμες, μία παιδίατρος, δύο οδοντίατροι, μία μαία, μία κοινωνική λειτουργός και δύο οδηγοί ασθενοφόρων και εάν αναλογιστείτε τον πληθυσμό της Αίγινας, ο οποίος τους καλοκαιρινούς μήνες ξεπερνά τις 20.000, το προσωπικό δεν είναι επαρκές*». Όσον αφορά την αξιολόγηση και καταγραφή των υπηρεσιών, αυτό που μας αναφέρει ο Διευθυντής του Νοσοκομείου είναι ότι πολλές φορές λόγω μεγάλης επισκεψιμότητας δεν προλαβαίνουν την καταγραφή όλων των περιστατικών. Δεν υπάρχει συστηματικός έλεγχος και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με το Διευθυντή. Ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις που το Τζάνειο Νοσοκομείο ζητά από το Διευθυντή τον ετήσιο αριθμό ασθενών που εξυπηρετήθηκαν κατά προσέγγιση.

Όσον αφορά το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι ασθενείς καταβάλλουν το ποσό των 5 ευρώ για την εξέταση σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων. Για τους ασθενείς οι

οποίοι είναι ασφαλισμένοι στην Πρόνοια ή δεν έχουν ασφάλεια, λειτουργεί το κοινωνικό φαρμακείο. Ο θεσμός αυτός έχει ξεκινήσει με την πρωτοβουλία των εργαζομένων του Κ.Υ. Οι κάτοικοι της Αίγινας δωρίζουν φάρμακα ή πρώτες ύλες που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία του Κ.Υ.

Όσον αφορά τη σχέση του Κ.Υ με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, ο κ. Κ.Κ. τονίζει την έλλειψη υποστήριξης. Το σοβαρότερο πρόβλημα, για το οποίο μπορεί να μεριμνήσει ο Δήμος αφορά τη διακομιδή των ασθενών από το Κ.Υ στα Νοσοκομεία της Περιφέρειας, ειδικά κατά τους χειμερινούς μήνες, καθώς δεν υπάρχουν συχνά δρομολόγια πλοίων ή πολλές φορές οι καιρικές συνθήκες δεν επιτρέπουν τη διακομιδή. Επιπλέον, οι οδηγοί των ασθενοφόρων δε μπορούν να καλύψουν όλες τις βάρδιες με αποτέλεσμα τα σοβαρά περιστατικά να μη μπορούν να μεταφερθούν στο Κ.Υ. Σύμφωνα με τον κ. Κ.Κ., ο Δήμος θα μπορούσε να προσλάβει οδηγούς ή να παραχωρήσει υπαλλήλους του Δήμου για να λυθεί το πρόβλημα αυτό.

Σχετικά με τη διοίκηση του Κ.Υ, ο Διευθυντής τονίζει την απουσία στα προβλήματα που αντιμετωπίζει το Κ.Υ. Το Τζάνειο Νοσοκομείο είναι πλήρως ενημέρωμένο για τις ελλείψεις που υπάρχουν, αλλά δεν προβαίνουν σε καμία ενέργεια.

Όσον αφορά την εθελοντική προσφορά άλλων φορέων για τη λειτουργία του Κ.Υ, ο κ. Κ.Κ αναφέρει ότι πέραν της προσφοράς των κατοίκων (Κοινωνικό Φαρμακείο), ο τοπικός σύλλογος Γυναικών έχει οργανώσει διαφορες θεατρικές παραστασεις προς όφελος του ΚΥ.

Σύμφωνα με το Διευθυντή του Κ.Υ, για τη βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών, πρέπει να λάβει ενεργό ρόλο η Τοπική Αυτοδιοίκη.

Συνέντευξη 2 Ιατρός του Κ.Υ

Ο κ. Κ.Ι είναι παθολόγος και εργάζεται στο Κ.Υ από το 2009. Σύμφωνα με τον ίδιο, το Κ.Υ αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα, τα οποία επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργία του. Ο ίδιος θεωρεί ότι υπάρχει μεγάλη έλλειψη προσωπικού και το ήδη υπάρχον προσωπικό είναι εξουθενωμένο. Σοβαρό πρόβλημα κατά τον ίδιο αποτελεί η διακοπή λειτουργίας του μικροβιολογικού εργαστηρίου. Παρ' όλα αυτά παρέχονται οι κατά το δυνατό βέλτιστες υπηρεσίες. Ο ίδιος αναφέρει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει τα κατάλληλα προσόντα για την αντιμετώπιση των περιστατικών. Σοβαρό πρόβλημα αποτελεί η δυσκολία διακομιδής των ασθενών στα Νοσοκομεία της

Περιφέρειας, λόγω έλλειψης οδηγών, ακόμη και βενζίνης των ασθενοφόρων. Η υποστήριξη του Δήμου δεν είναι αρκετή, καθώς θα έπρεπε, σύμφωνα με τον ίδιο, να μεριμνήσει για το πρόβλημα αυτό.

Συνέντευξη 3 Ιατρός του Κ.Υ

Ο κ. Π.Κ είναι παθολόγος στο Κ.Υ τα τελευταία 2 χρόνια. Ο ίδιος δεν ήθελε να δώσει πληροφορίες για το Κ.Υ. Παρ' όλα αυτά, μετά από προτροπή του Διευθυντή, δέχθηκε να συμμετάσχει στην έρευνα.

Ο κ Π.Κ. συμφωνεί με τους ανωτέρω ιατρούς για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το Κ.Υ

Η κα Χ.Μ είναι 52 ετών. Αντιμετωπίζει χρόνιο αναπνευστικό πρόβλημα. Για αρκετά χρόνια παρακολουθείτο στα εξωτερικά ιατρεία του Τζανείου Νοσοκομείου. Τα τελευταία 2 χρόνια, παρακολουθείται σταθερά από τον πνευμονολόγο του Νοσοκομείου της Αίγινας. Σύμφωνα με την ίδια, το κόστος της μετακίνησης ήταν ο κυριότερος λόγος που σταμάτησε να επισκέπτεται το Τζάνειο. Η ταλαιπωρία επίσης ήταν ένας παράγοντας που τη δυσκόλευε. Η άποψη για το επίπεδο υπηρεσιών που προσφέρονται στο Νοσοκομείο συνοψίζεται ως εξής *«Ξέρω ότι αντιμετωπίζουν πολλά οικονομικά προβλήματα αυτή τη στιγμή. Σε εμάς, τους κατοίκους της Αίγινας, προσφέρει μια λύση για την υγεία μας. Ακούγεται ότι μπορεί να κλείσει. Αυτό θα είναι μεγάλο πλήγμα για το νησί. Τι θα κάνουμε; Εξυπηρετούν πολύ κόσμο. Που θα βγάζουμε ακτινογραφίες; Στο Κ.Υ; Αν είναι δυνατόν. Το Κ.Υ δεν προσφέρει τίποτα στο νησί. Οι γιατροί το μόνο που ξέρουν είναι να αποφεύγουν την ευθύνη και να μας παραπέμπουν σε Νοσοκομεία της Αθήνας. Δε φταίνε αυτοί. Έτσι έμαθαν τόσα χρόνια»*. Όσον αφορά το προσωπικό του Νοσοκομείου χαρακτηριστικά αναφέρει *«Δεν ξέρω το επίπεδο σπουδών των νοσηλευτών, αλλά αυτό που έχω διαπιστώσει είναι ότι έχουν εμπειρία. Πώς αλλιώς θα μπορούσα να φέρουν εις πέρας τόσους ασθενείς;»*.

Ο κ. Κ.Α είναι 61 ετών και πάσχει από καρκίνο. Εδώ και έξι μήνες κάνει χημειοθεραπεία στο Μεταξά δύο φορές το μήνα. Εκτός από τη χημειοθεραπεία χρειάζεται να κάνει επαναλαμβανόμενες αιματολογικές εξετάσεις, τις οποίες κάνει στο Νοσοκομείο της Αίγινας. Η άποψη του για το Νοσοκομείο συνοψίζεται ως εξής: *«Είναι πολύ βασικό για το νησί μας να συνεχίσει να λειτουργεί αυτό το νοσοκομείο. Δεν έχουμε πάντα τη δυνατότητα να πηγαίνουμε στην Αθήνα για εξετάσεις. Αυτό βλέπω και από τον εαυτό μου. Δεν έχω πλέον το κουράγιο να μετακινούμαι συχνά. Πηγαίνω για χημειοθεραπεία στο Μεταξά ανά 15 ημέρες περίπου. Δεν έχω τη δυνατότητα να μένω στην Αθήνα. Πρέπει να κάνω συχνά αιματολογικές εξετάσεις και πάω στο νοσοκομείο γι' αυτές. Δεν έχω παράπονο. Είναι πολύ καλό ότι πλέον μπορώ να κάνω αξονική άνω και κάτω κοιλίας στο νοσοκομείο. Παλιά δεν ήταν έτσι. Έπρεπε να πάμε στην Αθήνα»*.

Η κα Ε.Μ είναι 54 ετών. Δεν είχε επισκεφθεί το Νοσοκομείο της Αίγινας μέχρι πριν ένα χρόνο. Παρουσιάστηκε πρόβλημα με την αρτηριακή πίεση και για το λόγο αυτό η παθολόγος του Νοσοκομείου πρότεινε τη νοσηλεία της για λίγες μέρες, ώστε να έχει μια συχνή παρακολούθηση. Χαρακτηριστικά αναφέρει: *«Νοσηλεύτηκα στο νοσοκομείο πριν 1*

χρόνο για υπέρταση. Η γιατρός επέμενε ότι έπρεπε να νοσηλευτώ. Έμεινα 4 μέρες. Παρ' όλο που είμαι 54 χρονών δεν είχα επισκεφθεί ποτέ το νοσοκομείο. Έμεινα πολύ ευχαριστημένη. Ξέρω ότι υπάρχουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα, ότι το προσωπικό είναι απλήρωτο, αλλά παρ' όλα αυτά με αντιμετώπισαν πολύ καλά ».

Ο κ. Δ.Γ είναι 30 ετών. Πριν δύο χρόνια παρουσίασε συμπτώματα όπως δύσπνοια, ζαλάδες, αδυναμία. Επισκέφθηκε το Κ.Υ της Αίγινας. Ο γιατρός που τον εξέτασε του είπε να μην ανησυχεί, διότι τα συμπτώματα αυτά οφείλονται σε άγχος. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει: «Χωρίς να με εξετάσει ο γιατρός έβγαλε τη διάγνωση του. Κρίση πανικού. » Τα συμπτώματα δεν υποχωρούσαν και γι' αυτό το λόγο επισκέφθηκε και το Νοσοκομείο. «Μου έκαναν triplex καρδιάς. Τελικά τα συμπτώματα μου δεν οφείλονταν σε άγχος ή πίεση, αλλά σε πρόβλημα καρδιάς. Ύστερα από μια σειρά εξετάσεων διαπιστώθηκαν δύο βουλωμένες αρτηρίες. Η γιατρός του Νοσοκομείου με ενημέρωσε ότι πρέπει άμεσα να χειρουργηθώ (σε νοσοκομείο της Αθήνας). Έτσι κι έγινε. Δε μπορώ να φανταστώ τι κατάληξη θα είχα εάν είχα εφησυχαστεί στα λεγόμενα του γιατρού του Κ.Υ»

Η Κ.Κ, είναι 48 ετών, άνεργη. Αντιμετωπίζει πρόβλημα με το λαβύρινθο και παρακολουθείται από τα Ε.Ι. του Νοσοκομείου. Λόγω της άσχημης οικονομικής της κατάστασης, δε μπορεί να πληρώσει την επίσκεψη. Ο, τι εξετάσεις έχει χρειαστεί να κάνει, παρέχονται δωρεάν. Συγκεκριμένα αναφέρει: αναφέρει «Αντιμετωπίζω χρόνιο πρόβλημα με το λαβύρινθο. Η διάγνωση έγινε από τη γιατρό του νοσοκομείου. Δεν έχω ασφάλιση και η οικονομική μου κατάσταση είναι πολύ άσχημη. Όσες φορές χρειάστηκε να εξεταστώ, δεν πλήρωσα τίποτα. Ήξεραν ότι αδυνατώ να δώσω έστω και ένα ευρώ, Δεν είμαι η μόνη που αντιμετωπίζω οικονομικά προβλήματα. Πολλοί συνάνθρωποι βρίσκονται στην ίδια κατάσταση. Το Νοσοκομείο μας προσφέρει φροντίδα και πρέπει να το αναγνωρίσουμε»

Η κα Μ.Π είναι 67 ετών. Κατάγεται από την Αθήνα. Ζει στην Αίγινα τα τελευταία 5 χρόνια, λόγω συνταξιοδότησης. Η ίδια, εκφράζει αρνητική άποψη για το επίπεδο παροχής υπηρεσιών από το Νοσοκομείο και για το κόστος των υπηρεσιών. Χαρακτηριστικά αναφέρει : «Ζούσα χρόνια στην Αθήνα. Τα τελευταία 5 χρόνια, μένω μόνιμα εδώ. Όσες φορές έχω επισκεφθεί το νοσοκομείο για δική μου ανάγκη ή συγγενούς, καταλαβαίνω ότι δεν έχει καμία σχέση με τα νοσοκομεία της Αθήνας. Το προσωπικό δεν είναι εκπαιδευμένο, το κτίριο είναι προς κατάρρευση. Δεν είμαι σίγουρη ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν ένα σοβαρό περιστατικό. Υποτίθεται ότι το νοσοκομείο χρηματοδοτείται

από την εκκλησία. Ποιος είναι ο φιλανθρωπικός του χαρακτήρας, όταν πρέπει να πληρώσω είκοσι ευρώ για να με εξετάσει οφθαλμίατρος; Η εκκλησία έχει λεφτά. Γιατί να μην είναι δωρεάν οι εξετάσεις;»

Η κα Μ.Α είναι 37 ετών. Επισκέπτεται το Κ.Υ για τις προκαθορισμένες προληπτικές εξετάσεις των παιδιών της. Η ίδια χρειάστηκε να επισκεφθεί το Κ.Υ για τροφική δηλητηρίαση. Η άποψη της για τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι αρνητική και την τρομάζει το γεγονός ότι μπορεί να συμβεί κάτι σοβαρό στην οικογένεια της και να χρειαστεί να επισκεφθεί το Κ.Υ. Χαρακτηριστικά αναφέρει κλειδιά *«Ευτυχώς δεν έχει χρειαστεί να επισκεφθώ το Κ.Υ για κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας. Κάθε χρόνο πήγαινα τα παιδιά μου για την προγραμματισμένη εξέταση που έπρεπε να κάνουν ή για τα εμβόλια. Μία φορά χρειάστηκε να πάω για μένα λόγω τροφικής δηλητηρίασης. Εύχομαι ποτέ να μην τύχει κάτι σοβαρό και να χρειαστώ ιατρική βοήθεια, γιατί ξέρω ότι δε θα την έχω. Ίσως δε φταίει το προσωπικό, απλά πιστεύω ότι είναι ένα ξεχασμένο Κ.Υ από το κράτος. Υπάρχει για να υπάρχει».*

Η κα Χ.Κ. είναι 29 ετών. Είναι μητέρα ενός παιδιού, 7 μηνών. Η παιδιάτρος του Κ.Υ. παρακολουθεί το παιδί για προληπτικούς ελέγχους. Πρόσφατα λόγω υψηλού πυρετού, χρειάστηκε να επικοινωνήσει με την παιδιάτρο, η οποία έλειπε με άδεια. Απευθύνθηκε σε ιδιώτη γιατρό. Γι την ίδια, το σημαντικότερο πρόβλημα είναι η έλλειψη προσωπικού. Χαρακτηριστικά αναφέρει *«Έχω χρειαστεί κάποιες φορές να απευθυνθώ στην παιδιάτρο του Κ.Υ. για το παιδί μου. Τελευταία φορά πριν ένα μήνα χρειάστηκε να πάμε με το παιδί μου. Η παιδιάτρος έλειπε με άδεια. Δε θα έπρεπε να υπάρχουν τουλάχιστον δύο παιδιάτροι; Αυτή η κατάσταση σε αναγκάζει να απευθυνθείς στους ιδιώτες γιατρούς. Εγώ μπορεί να έχω την οικονομική δυνατότητα να το κάνω. Άλλοι άνθρωποι δε μπορούν. Τι γίνεται τότε?».*

Ο κ. Λ.Γ, φαρμακοποιός είναι 34 ετών. Έχει επισκεφθεί το Κ.Υ., λόγω αλλεργικού σοκ. Αυτό το οποίο ο ίδιος περιγράφει είναι ένα τροχαίο ατύχημα στο οποίο ήταν αυτόπτης μάρτυρας και έσπευσε να βοηθήσει. Ο λόγος αναφοράς του ατυχήματος έγινε για να τονίσει την έλλειψη προσωπικού του Κ.Υ και συγκεκριμένα των οδηγών ασθενοφόρου. Χαρακτηριστικά αναφέρει: *«Είναι αδιανόητο να υπάρχουν μόνο δύο οδηγοί ασθενοφόρων για το Κ.Υ. Πρόσφατα ήρθαμε αντιμέτωποι με ένα τραγικό συμβάν, το οποίο δε συμβαίνει για πρώτη φορά. Δύο σοβαρά τραυματισμένοι από τροχαίο περίμεναν στην ασφαλτο σαράντα λεπτά το ασθενοφόρο, γιατί εκείνη την ώρα, δεν υπήρχε*

βάρδια κάποιου από τους δύο οδηγούς. Τελικά τα περιστατικά μεταφέρθηκαν με ταξί και το περιπολικό όχημα, φυσικά με μεγάλη επικινδυνότητα».

Ο κ. Κ.Μ. συνταξιούχος είναι 63 ετών. Επισκέπτεται σε σταθερή βάση το Κ.Υ. για συνταγογράφηση. Για τον ίδιο, τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει το Κ.Υ. είναι πολύ σοβαρά. Το προσωπικό, σύμφωνα με τον ίδιο, προσφέρει ο, τι καλύτερο μπορεί. Χαρακτηριστικά αναφέρει: *«Παρά τις δυσκολίες κυρίως στην έλλειψη υλικών, οι γιατροί προσπαθούν για το καλύτερο».*

Η κα Κ.Β, 61 ετών, άνεργη. Πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Επισκέπτεται το Κ.Υ. για τις ενέσεις ινσουλίνης που πρέπει να κάνει. Επισημαίνει την έλλειψη βασικών υλικών αναφέροντας τα εξής: *επισκέπτομαι το Κ.Υ. για τις προγραμματισμένες ενέσεις ινσουλίνης. Τους τελευταίους μήνες, αγοράζω από το φαρμακείο τις σύριγγες γιατί ξέρω ότι δεν έχουν».*

Ο κ. Μ.Μ. είναι 25 ετών, άνεργος. Πριν λίγο καιρό, είχε ένα ατύχημα με το μηχανάκι. Επισκέφθηκε το Κ.Υ. για προληπτικούς κυρίως λόγους. Σύμφωνα με τον ίδιο, το σημαντικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το Κ.Υ. έγκειται στην έλλειψη πρώτων υλών. Σχετικά με αυτό αναφέρει: *είχα ένα όχι σοβαρό ατύχημα. Πήγα στο Κ.Υ. και προς μεγάλη μου έκπληξη δεν είχαν καν Betadine και αναγκάστηκε να αγοράσει μια νοσοκόμα από το πλησιέστερο φαρμακείο».*

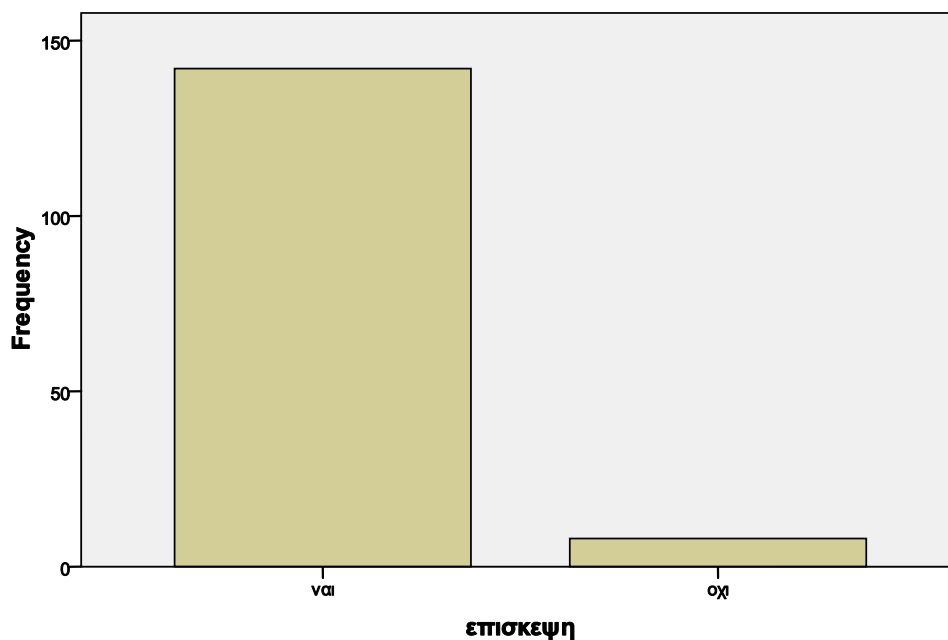
Η κα Κ.Μ είναι 58 ετών και αντιμετωπίζει σοβαρή σωματική αναπηρία. Παρ' όλα αυτά εργάζεται ως Ιδιωτική Υπάλληλος. Επισκέφθηκε το Κ.Υ. και συγκεκριμένα την Κοινωνική Υπηρεσία γιατί ήθελε να βγάλει αναπηρική σύνταξη και χρειαζόταν καθοδήγηση σχετικά με τη διαδικασία. Δεν εξυπηρετήθηκε διότι σύμφωνα με τα λεγόμενα της η Κ.Λ δε γνώριζε τη διαδικασία. *«Στο Κ.Υ. υπάρχει Κοινωνική Υπηρεσία. Τι κάνει ακριβώς κανείς δεν ξέρει. Χρειάστηκε να ζητήσω τη βοήθεια της για να βγώ σε πρόωρη σύνταξη, λόγω σωματικής αναπηρίας, αλλά δε με εξυπηρέτησε και με έστειλε. Με παρέπεμψε σε υπηρεσίες του Πειραιά ».* Η κα Κ.Μ θεωρεί ότι το προσωπικό του Κ.Υ. είναι ανεπαρκές, όχι μόνο ποσοτικά αλλά και ποιοτικά.

Παράρτημα Ε Οδηγός τηλεφωνικής συνέντευξης

- 1) Έχετε επισκεφθεί το Κ.Υ ή το Νοσοκομείο της Αίγινας; (ΝΑΙ, ΟΧΙ)
- 2) Πόσο σημαντική θεωρείτε τη λειτουργία του Νοσοκομείου;
(Πολύ, λίγο, καθόλου)
- 3) Πόσο σημαντική θεωρείτε τη λειτουργία του Κ.Υ.;
(Πολύ, λίγο, καθόλου)
- 4) Χρειαστήκατε νοσοκομειακή περίθαλψη; ΝΑΙ-ΟΧΙ
 - Σε περίπτωση που χρειαστήκατε νοσοκομειακή περίθαλψη απαντήστε στην παρακάτω ερώτηση
- 5) Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με την παρακάτω πρόταση:
Μου παρασχέθηκαν όλες οι αναγκαίες υπηρεσίες για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημά μου.
1(Συμφωνώ απόλυτα) 2(Μάλλον Συμφωνώ) 3(Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ),
4(Μάλλον διαφωνώ) 5(Διαφωνώ Απόλυτα)

Παράρτημα ΣΤ Διαγράμματα κατανομής αποτελεσμάτων των τηλεφωνικών συνεντεύξεων

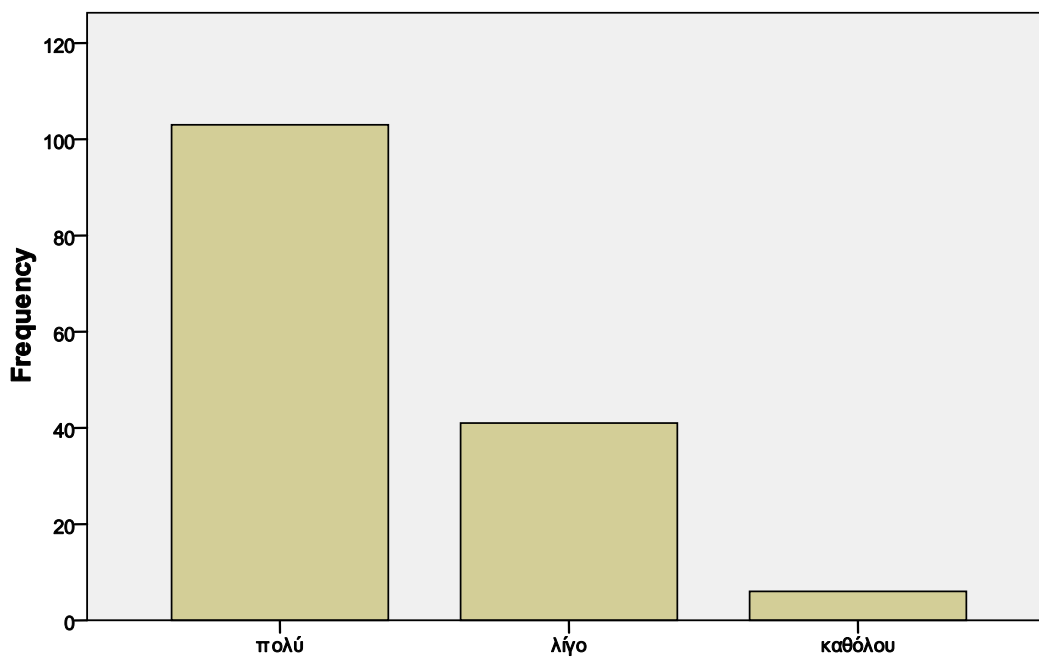
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Η κατανομή της επισκεψιμότητας στο Κ. Υ. ή το Νοσοκομείο*



* N=150.

Πηγή: Αρχείο SPSS, Τηλεφωνική Έρευνα.

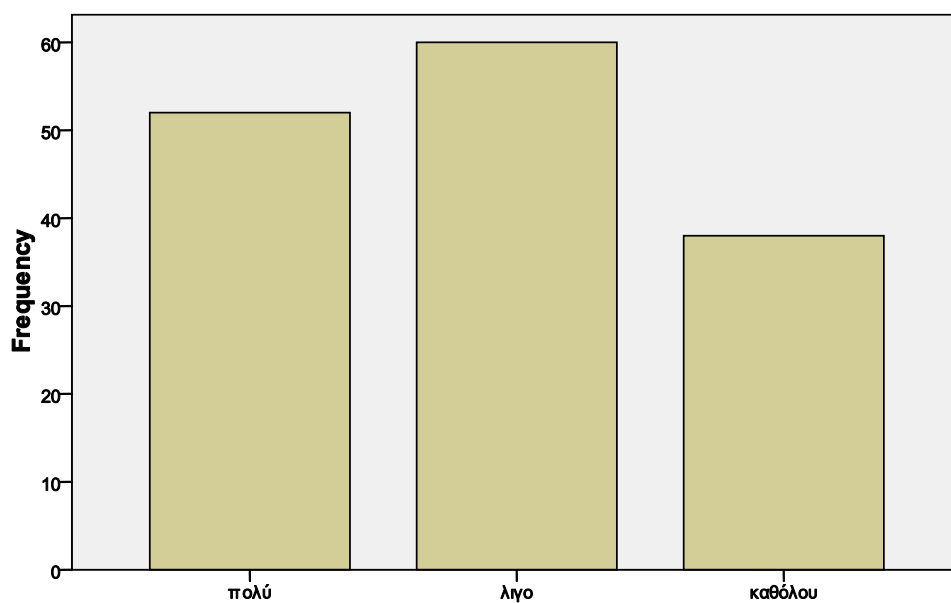
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Η κατανομή της σημαντικότητας λειτουργίας του Νοσοκομείου*



* N=150.

Πηγή: Αρχείο SPSS, Τηλεφωνική Έρευνα.

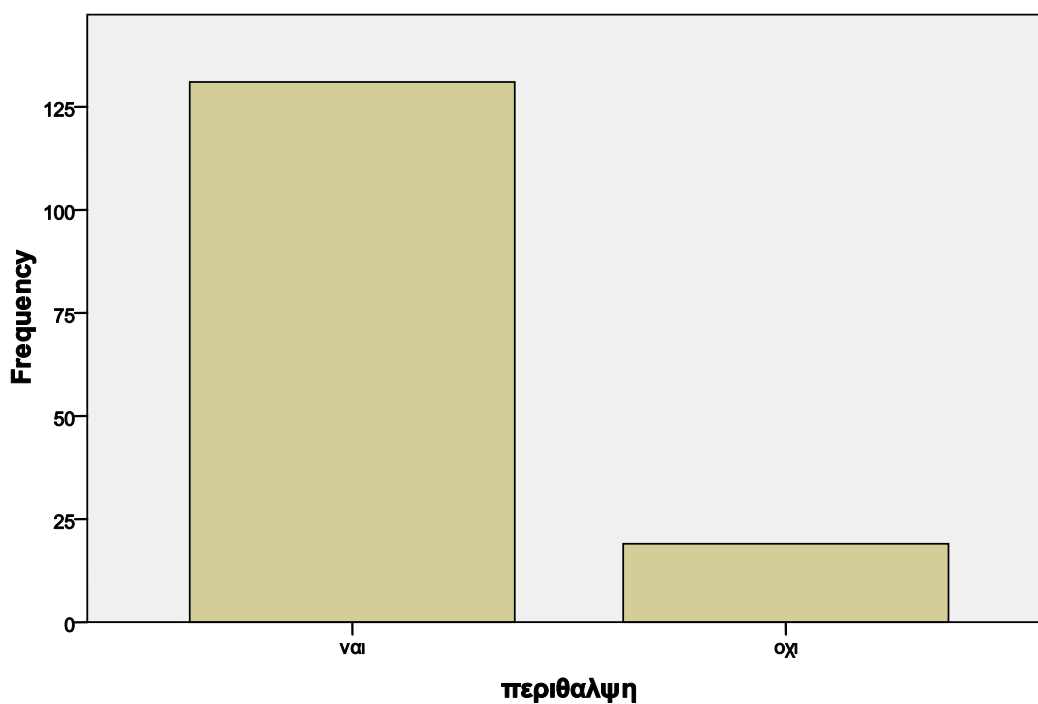
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Η κατανομή της σημαντικότητας λειτουργίας του Κ.Υ.*



* N=150.

Πηγή: Αρχείο SPSS, Τηλεφωνική Έρευνα.

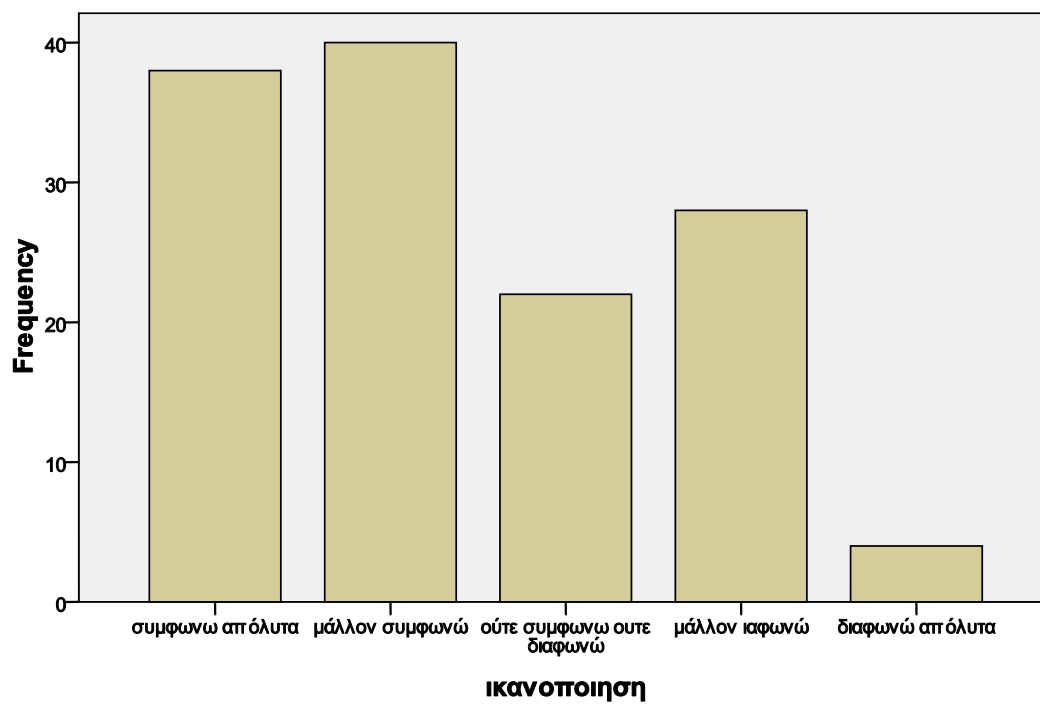
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Η κατανομή νοσοκομειακής περίθαλψης*



* N=150.

Πηγή: Αρχείο SPSS, Τηλεφωνική Έρευνα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 Η κατανομή της επάρκειας των παρεχόμενων υπηρεσιών*



* N=150.

Πηγή: Αρχείο SPSS, Τηλεφωνική Έρευνα.