

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

# Εκτίμηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσους

**ΣΚΟΠΟΣ** Η μακροχρόνια κλινική πορεία των ιδιοπαθών φλεγμονωδών εντερικών νόσων (ΙΦΕΝ) και οι συχνές εξάρσεις συνεπάγονται αυξημένη «κατανάλωση» υπηρεσιών υγείας. Η εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας γίνεται με βάση την άποψη των επαγγελματιών υγείας, η οποία μπορεί να είναι τελείως διαφορετική από εκείνη του ασθενούς. Σκοπός της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας ήταν η καταγραφή των απόψεων των ασθενών με ΙΦΕΝ σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους παρέχονται. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Ογδόντα οκτώ ασθενείς [58 με ελκώδη κολίτιδα, ΕΚ (66%) και 30 με νόσο Crohn, CD (34%)] συμπλήρωσαν ένα ειδικό για τις ΙΦΕΝ (QUOTE-IBD) ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας περίθαλψης. Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από 23 ερωτήσεις, ταξινομημένες σε 8 κατηγορίες: επαγγελματική επάρκεια του επαγγελματία υγείας (competence), ευγένεια (courtesy), πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (accessibility), πληροφόρηση (information), συνέχεια στην παροχή περίθαλψης (continuity of care), υλικός εξοπλισμός του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας (accommodation), αυτονομία του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων (autonomy), κόστος (costs). **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Έλλειμμα ποιότητας παρατηρήθηκε στους τομείς της «αυτονομίας», της «πρόσβασης» και της «πληροφόρησης-ενημέρωσης» (μέσες τιμές: 8,85, 8,82, 8,91, αντίστοιχα). Στην ανάλυση υποομάδων που πραγματοποιήθηκε, διαφορές παρατηρήθηκαν ανάλογα με το είδος (ΕΚ έναντι CD) και τη διάρκεια της νόσου (>5 έτη έναντι ≤5 έτη), το επίπεδο εκπαίδευσης (κατώτερη έναντι ανώτερης) και την ηλικία κατά τη διάγνωση (>50 ετών έναντι ≤50 ετών). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Στον πληθυσμό που μελετήθηκε, έλλειμμα ποιότητας παρατηρήθηκε στους τομείς της «αυτονομίας», της «πρόσβασης» και της «ενημέρωσης-πληροφόρησης». Δημογραφικοί παράγοντες, όπως το είδος της νόσου, το επίπεδο εκπαίδευσης, η διάρκεια της νόσου και η ηλικία κατά τη διάγνωση, έχουν επίδραση στην άποψη του ασθενούς σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που του παρέχονται.

Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσοι (ΙΦΕΝ) είναι χρόνιες παθήσεις του πεπτικού σωλήνα, άγνωστης αιτιολογίας, οι οποίες καλύπτουν ένα ευρύ κλινικοπαθολογοανατομικό φάσμα και διακρίνονται σε δύο νοσολογικές οντότητες, την ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ, ulcerative colitis, UC) και τη νόσο του Crohn (Crohn's disease, CD). Η κλινική πορεία των ΙΦΕΝ χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις. Οι περισσότεροι ασθενείς χρήζουν μακροχρόνιας φαρμακευτικής αγωγής (θεραπεία συντήρησης) και η πιθανότητα να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση είναι αυξημένη. Η μακροχρόνια φυσική πορεία της νόσου,

καθώς και το γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς έχουν φυσιολογικό προσδόκιμο επιβίωσης, τους καθιστά συχνούς «καταναλωτές» υπηρεσιών υγείας.<sup>1</sup>

Η έννοια της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας δεν αποτελεί νέα έννοια, αλλά έχει μεταβληθεί σε αντικείμενο εξαιρετικά αυξημένου ενδιαφέροντος την τελευταία δεκαετία.<sup>2</sup> Οι προσπάθειες για διέξοδο από την κρίση αποτελεσματικότητας, που αντιμετωπίζει διεθνώς ο υγειονομικός τομέας από τη δεκαετία του 1970, η επίδραση των αντιλήψεων περί ηθικής, αλλά και οι πιέσεις των ασθενών τόσο για εξασφάλιση ποιότητας στις παρεχόμενες

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2007, 24(Συμπλ 1):58-65  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2007, 24(Suppl 1):58-65

Α.Γ. Πάλλης,<sup>1,2</sup>  
Ι.Α. Μουζάς,<sup>2</sup>  
Π.Α. Κωσταγιόλας,<sup>1,3</sup>  
Δ. Νιάκας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάτρα

<sup>2</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

<sup>3</sup>Ιόνιο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Αρχαιολογίας-Βιβλιοθηκονομίας, Κέρκυρα

Assessing quality of care in Greek patients with inflammatory bowel disease

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρετηρίου

Αντιλήψεις χρηστών  
Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσοι  
Ικανοποίηση χρηστών  
Ποιότητα της ζωής  
Υπηρεσίες υγείας

υπηρεσίες υγείας όσο και για βελτίωση της συμπεριφοράς αυτών που τις παρέχουν (ιατροί, νοσηλευτές κ.λπ.), έχουν οδηγήσει σε αυξημένη κινητικότητα σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας,<sup>3</sup> συμπεριλαμβανομένου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.<sup>4</sup>

Η εκτίμηση της ποιότητας της προσφερόμενης περίθαλψης δεν είναι εύκολη υπόθεση, γεγονός που οφείλεται στην ιδιομορφία των υπηρεσιών αυτών (π.χ. άυλα αγαθά, συνεχής παροχή, μεγάλος όγκος, δυσκολία προσδιορισμού προτύπων απόδοσης καθώς κάθε περίπτωση είναι διαφορετική).<sup>3</sup> Οι ορισμοί που έχουν κατά καιρούς προταθεί για την ποιότητα, γενικά και ειδικά, στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι πολλοί και συχνά προκαλούν σύγχυση, καθώς η έννοια της «ποιότητας» λαμβάνει διαφορετικό περιεχόμενο και ερμηνεύεται διαφορετικά από τον παραγωγό και από τον καταναλωτή.<sup>2</sup> Το 1980, ο Donabedian χαρακτήρισε ως περίθαλψη υψηλής ποιότητας την περίθαλψη «η οποία αναμένεται να μεγιστοποιήσει τη βελτίωση που παρουσιάζεται συνολικά στην εικόνα του ασθενούς».<sup>5</sup> Το 1988, το Συμβούλιο Ιατρικών Υπηρεσιών της Αμερικανικής Ιατρικής Εταιρείας (American Medical Association) όρισε την ποιοτική περίθαλψη ως «αυτή που ουσιαστικά και σημαντικά συνεισφέρει στη βελτίωση ή και στη διατήρηση της ποιότητας και της διάρκειας της ζωής».<sup>6</sup> Παρά τις διαφορές που παρατηρούνται στους διάφορους ορισμούς, κοινό σημείο είναι η επίτευξη του «άριστου», του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος ως προς την περίθαλψη του ασθενούς, με βάση τις δεδομένες συνθήκες.

Οι προσπάθειες εκτίμησης και επιδίωξης της ποιότητας απευθύνονται και αφορούν πρωτίστως στους χρήστες, ενώ η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την ποιότητα των υπηρεσιών μπορεί να διαφοροποιείται από εκείνη του ασθενούς/καταναλωτή.<sup>7</sup> Συνολικά, η άποψη των ασθενών σχετικά με την ποιότητα στην περίθαλψη είναι τελείως διαφορετική από εκείνη των επαγγελματιών υγείας, όπως έχει αποδειχθεί από πολλές έρευνες.<sup>8-12</sup> Αρκετές μελέτες επίσης δείχνουν ότι η άποψη του ασθενούς είχε μεγαλύτερες τιμές συσχέτισης, γεγονός που καταδεικνύει την ανάγκη εκτίμησης της άποψης τόσο του επαγγελματία υγείας όσο και του ασθενούς για τη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης άποψης σχετικά με την παρεχόμενη περίθαλψη.<sup>7,13</sup> Σε μια πρόσφατη μελέτη, οι van der Eijk et al έδειξαν ότι η άποψη των ασθενών με ΙΦΕΝ και των ιατρών που τους παρακολουθούσαν διέφεραν σημαντικά.<sup>13</sup>

Στόχο της παρούσας έρευνας αποτέλεσε η εκτίμηση της άποψης των ασθενών με ΙΦΕΝ, με τη χρήση ενός νοσο-ειδικού ερωτηματολογίου (quality of care through the patient's eyes for IBD patients, QUOTE-IBD), το οποίο αφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν ως χρόνιοι ασθενείς.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

### Ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα

Στο δείγμα της έρευνας συμπεριλαμβάνονταν 92 ασθενείς με ΙΦΕΝ (διάγνωση με βάση τα κριτήρια Lennard-Jones<sup>15</sup>), οι οποίοι παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου ή νοσηλεύονταν στην Κλινική κατά το χρονικό διάστημα από τον Οκτώβριο του 2006 μέχρι και το Μάιο του 2007. Όλοι οι ασθενείς έπρεπε να είχαν έρθει σε επαφή με κάποιο γαστρεντερολόγο για την εντερική τους νόσο κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών, προκειμένου να συμπεριληφθούν στη μελέτη. Ασθενείς με ειλεοστομία αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Τα δημογραφικά δεδομένα που καταγράφηκαν αφορούσαν στο φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και τις συνήθειες καπνίσματος. Τα δεδομένα που καταγράφηκαν σχετικά με τη νόσο αφορούσαν στη διάρκεια της νόσου, τη βαρύτητα και την ηλικία κατά τη διάγνωση. Από τους 92 αρχικούς ασθενείς, 4 (4,3%) αποκλείστηκαν από την έρευνα επειδή είχαν απαντήσει σε <85% των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Έτσι, τελικά, στη μελέτη συμμετείχαν 88 ασθενείς, 58 με ΕΚ (66%) και 30 με CD (34%). Οι ασθενείς που αποκλείστηκαν συγκρίθηκαν με εκείνους που τελικά μετείχαν στην έρευνα και δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

### Το όργανο μέτρησης

Η καταγραφή των απόψεων των ασθενών έγινε με τη χρήση ενός νοσο-ειδικού ερωτηματολογίου (quality of care through the patient's eyes for IBD patients, QUOTE-IBD), το οποίο αυτο-συμπληρώθηκε από τους ασθενείς. Το όργανο έχει μεταφραστεί σταθμιστεί και εγκυροποιηθεί στην ελληνική γλώσσα.<sup>14</sup>

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 23 ερωτήσεις, 10 γενικές και 13 νοσο-ειδικές. Οι 23 ερωτήσεις μπορούν να ταξινομηθούν σε οκτώ κατηγορίες: επαγγελματική επάρκεια του επαγγελματία υγείας (competence, #1, 12, 16), ευγένεια (courtesy, #3, 4, 22, 23), πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (accessibility, #5, 8, 18, 21), πληροφόρηση-ενημέρωση (information, #6, 13, 15, 19), συνέχεια στην παροχή περίθαλψης (continuity of care, #9, 10, 14, 20), υλικός εξοπλισμός του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας (accommodation, #11, 17), αυτονομία του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων (autonomy, #2) και κόστος (costs, #7). Οι δέκα γενικές ερωτήσεις είναι ίδιες με ερωτήσεις που είχαν χρησιμοποιηθεί σε αντίστοιχα ερωτηματολόγια εκτίμησης της ποιότητας περίθαλψης και σε άλλες νόσους.<sup>16-18</sup>

Σχετικά με την εκτίμηση των αποτελεσμάτων, το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιεί τρεις παραμέτρους για την αξιολόγηση κάθε ερώτησης: (α) τη *σημαντικότητα* ( $\Sigma$ ) (*importance*), την οποία ο κάθε ασθενής αποδίδει σε κάθε ερώτηση (0=μη σημαντικό, 3=σημαντικό, 6=πολύ σημαντικό, 10=εξαιρετικά σημαντικό), (β) την *εμπειρία* ( $E$ ) (*experience*) (θετική ή αρνητική), που ο ασθενής είχε με την παροχή της συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας και η οποία

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ανά ομάδα νόσου.

	Ελκώδης κολίτιδα	Νόσος Crohn	Τιμή P
Αριθμός ασθενών	<b>58 (66%)</b>	<b>30 (34%)</b>	
Διάμεση ηλικία (εύρος)	55 (25–84)	42 (27–63)	0,004†
Ηλικία κατά τη διάγνωση			
<50 ετών	23 (39,6%)	21 (70,0%)	0,034
≥50 ετών	35 (60,4%)	9 (30,0%)	
Φύλο			
Άνδρες	40 (68,9%)	8 (26,7%)	<0,001
Γυναίκες	18 (31,1%)	22 (73,3%)	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος	49 (84,4%)	25 (83,3%)	0,681
Άγαμος	6 (10,3%)	5 (16,7%)	
Χήρος (α)	3 (5,2%)	–	
Εκπαίδευση*			
Κατώτερη	28 (48,3%)	9 (30,0%)	0,004
Μέση	19 (32,7%)	4 (13,3%)	
Ανώτερη/ανώτατη	11 (19,0%)	17 (56,7%)	
Καπνισματικές συνήθειες**			
Καπνιστής	9 (15,5%)	20 (66,7%)	<0,001
Μη καπνιστής	36 (62,1%)	10 (33,3%)	
Πρώην καπνιστής	13 (22,4%)	–	
Βαρύτητα νόσου			
Ήπια	45 (77,5%)	21 (70,0%)	0,759
Μέτρια/σοβαρή	13 (22,5%)	9 (30,0%)	
Διάρκεια νόσου (έτη)			
Διάμεση (εύρος)	8 (5–33)	9 (3–24)	0,669†
≤5 έτη	4 (6,8%)	6 (20,0%)	0,072
>5 έτη	54 (93,2%)	24 (80,0%)	

Pearson's  $\chi^2$ -test

† Mann-Whitney U test

\* Κατώτερη-μέση έναντι ανώτερης-ανώτατης

\*\* Καπνιστής έναντι μη καπνιστής/πρώην καπνιστής

βαθμολογείται με 0 (ναι, είχα καλή εμπειρία ή σχετικά καλή εμπειρία) και με 1 (όχι, δεν είχα καλή εμπειρία), και (γ) τον παράγοντα που προέρχεται από το συνδυασμό των δύο παραπάνω παραγόντων, ο οποίος χαρακτηρίζεται ως *συντελεστής ποιότητας (ΣΠ) (quality impact)* και καθορίζεται με βάση τον τύπο:  $\Sigma \Pi = 10 - \Sigma \times E$

Σύμφωνα με την αρχική ομάδα που κατασκεύασε το ερωτηματολόγιο, εάν σε συγκεκριμένους πληθυσμούς μελέτης υπάρχουν ερωτήσεις στις οποίες ο ΣΠ είναι <9, τότε στο συγκεκριμένο τομέα παρατηρούνται ελλείμματα ποιότητας.<sup>19</sup>

## Στατιστική ανάλυση

Η περιγραφική στατιστική ανάλυση περιλαμβάνει μέση τιμή

(mean), σταθερή απόκλιση (standard deviation), διάμεση τιμή (median) και εύρος (range). Για την εκτίμηση αυτών των παραμέτρων χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω στατιστικές μέθοδοι: δοκιμασία t (Student's t-test for paired and for independent comparisons) για τη σύγκριση μέσων τιμών μεταξύ ομάδων, καθώς και οι αντίστοιχες, μη παραμετρικές μέθοδοι (Wilcoxon και Mann-Whitney U test) και η Pearson- $\chi^2$  για τη σύγκριση ποσοστών. Η ανεξάρτητη επίδραση που είχε στην ποιότητα περίθαλψης καθένας από τους κλινικούς και επιδημιολογικούς παράγοντες που μελετήθηκαν εκτιμήθηκε με τη χρήση της μεθόδου της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression analysis). Χρησιμοποιήθηκε βηματική εφαρμογή της μεθόδου με οπισθοδρομική αφαίρεση μεταβλητών (backward elimination of variables).<sup>20</sup>

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε ό,τι αφορά στα επιδημιολογικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν, σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των δύο νοσολογικών οντοτήτων (ΕΚ και CD) (πίν. 1). Έτσι, οι ασθενείς με CD ήταν νεότεροι ( $P=0,004$ ), η πρώτη διάγνωση στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με CD έγινε σε ηλικία <50 ετών ( $P=0,034$ ), ενώ στην ομάδα CD υπήρχε μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών ( $P<0,001$ ), ατόμων με ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση ( $P=0,004$ ) και καπνιστών ( $P<0,001$ ).

Η μέση τιμή για καθεμιά από τις οκτώ υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου αναφορικά με τις τρεις παραμέτρους (*σημαντικότητα, εμπειρία, συντελεστής ποιότητας*) παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Για τη *σημαντικότητα*, μολονότι όλες οι υποκατηγορίες θεωρούνταν σημαντικές από τους ασθενείς, με μέση τιμή για κάθε υποκατηγορία >6 («σημαντικό»), δεν θεωρήθηκαν όλες το ίδιο σημαντικές. Οι χαμηλότερες τιμές αναφορικά με τη σημαντικότητα παρατηρήθηκαν στις υποκατηγορίες της «αυτονομίας», του «κόστους» και της «πρόσβασης» (μέσες τιμές: 6,50, 7,27, 7,70, αντίστοιχα). Αντιθέτως, οι τρεις υποκατηγορίες που θεωρήθηκαν περισσότερο σημαντικές από τους ασθενείς ήταν η «συνέχεια στην περίθαλψη», η «πληροφόρηση-ενημέρωση» και ο «υλικός εξοπλισμός» (μέσες τιμές: 8,67, 7,99, 7,93, αντίστοιχα). Οι τιμές αναφορικά με την παράμετρο της εμπειρίας αντανakλούν την άποψη του ασθενούς σχετικά με την ποιότητα της παρασχεθείσας περίθαλψης. Με βάση την άποψη των ασθενών, χειρότερη εμπειρία είχαν στους τομείς της «πρόσβασης», του «υλικού εξοπλισμού», της «συνέχειας στην περίθαλψη» και της «αυτονομίας» (μέσες τιμές: 0,14, 0,14, 0,10, 0,10, αντίστοιχα). Κατά συνέπεια, οι χαμηλότερες τιμές σε ό,τι αφορά στο *συντελεστή ποιότητας* παρατηρήθηκαν στους τομείς της «αυτονομίας», της «πρόσβασης» και της «ενημέρωσης» (μέσες τιμές: 8,85, 8,82, 8,91, αντίστοιχα), ενώ οριακή ήταν και η τιμή αναφορικά με την ποιότητα του «υλικού εξοπλισμού». Η παρατήρηση

**Πίνακας 2.** Μέσες τιμές για τη συνολική και τις επιμέρους υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου σε ό,τι αφορά στη *σημαντικότητα* (Σ), την *εμπειρία* (Ε) και το *συντελεστή ποιότητας* (ΣΠ)\* σε 88 ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσους.

	Σ Μέση τιμή ±(SD)	Ε Μέση τιμή ±(SD)	ΣΠ Μέση τιμή ±(SD)
Πρόσβαση	7,70±(1,64)	0,14±(0,02)	8,82±(1,49)
Κόστος	7,27±(3,20)	0,07±(0,03)	9,74±(1,39)
Υλικός εξοπλισμός	7,93±(2,19)	0,14±(0,03)	9,07±(2,10)
Συνέχεια στην περίθαλψη	8,67±(7,12)	0,10±(0,02)	9,34±(1,03)
Ευγένεια	7,87±(1,72)	0,09±(0,02)	9,36±(1,25)
Πληροφόρηση	7,99±(1,79)	0,08±(0,02)	8,91±(1,26)
Επαγγελματική επάρκεια	7,84±(2,16)	0,09±(0,02)	9,50±(1,11)
Αυτονομία	6,50±(2,60)	0,10±(0,02)	8,85±(2,28)
Ποιότητα περίθαλψης			9,45±(0,81)

\* Τιμές για Σ: 0 (ελάχιστο σημαντικό) έως 10 (εξαιρετικά σημαντικό), Ε: 0 (καλή εμπειρία) έως 1 (κακή εμπειρία), ΣΠ: 0 (κακή) έως 10 (εξαιρετική)

αυτή υποδηλώνει ότι στους ανωτέρω τομείς παρατηρούνται ελλείμματα ποιότητας.

Οι μέσες τιμές σε ό,τι αφορά στη *σημαντικότητα*, την *εμπειρία* και το *συντελεστή ποιότητας*, στις οκτώ υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου, παρουσιάζονται με βάση το φύλο στον πίνακα 3. Όλες οι υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου θεωρήθηκαν σημαντικές από τους ασθενείς, με μέση τιμή σημαντικότητας >7, με χαμηλότερη την «αυτονομία», με μέση τιμή 6,63 και 6,35 για άνδρες και γυναίκες ασθενείς, αντίστοιχα. Παρομοίως, στις περισσότερες περιπτώσεις η μέση τιμή στην παράμετρο της *εμπειρίας* ήταν ≤10% (καλή εμπειρία), με την εξαίρεση της «πρόσβασης» και του «υλικού εξοπλισμού» στους άνδρες ασθενείς (16%). Καμιά από τις διαφορές που παρατηρήθηκαν ανάμεσα στα δύο φύλα δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Αντιθέτως, σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ ασθενών με ΕΚ και CD (πίν. 4) σχετικά με την παράμετρο της *σημαντικότητας* στις υποκατηγορίες της «ευγένειας» (P=0,025) και της «πληροφόρησης-ενημέρωσης» (P=0,048). Οι ασθενείς με CD είχαν σημαντικά μεγαλύτερες μέσες τιμές και στις δύο αυτές υποκατηγορίες συγκριτικά με τους ασθενείς με ΕΚ. Σε ό,τι αφορά στην *εμπειρία* και το *συντελεστή ποιότητας*, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών.

Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης: αυτούς με κατώτερη/μέση εκπαίδευση και εκείνους με ανώτερη/ανώτατη. Οι μέσες

**Πίνακας 3.** Μέσες τιμές για τη συνολική και τις επιμέρους υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου σε ό,τι αφορά στη *σημαντικότητα* (Σ), την *εμπειρία* (Ε) και το *συντελεστή ποιότητας* (ΣΠ)\* για 49 άνδρες (α) και 39 γυναίκες (γ) ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσους.

	Σ (α)	Σ (γ)	Ε (α)	Ε (γ)	ΣΠ (α)	ΣΠ (γ)
Ποιότητα περίθαλψης	7,89	7,57	0,08	0,07	9,28	9,45
Επαγγελματική επάρκεια	8,01	7,63	0,10	0,07	9,46	9,55
Ευγένεια	7,86	7,87	0,10	0,07	9,22	9,54
Πρόσβαση	7,74	7,65	0,16	0,11	9,00	8,96
Πληροφόρηση	8,17	7,79	0,09	0,06	9,36	9,50
Συνέχεια στην περίθαλψη	8,84	8,92	0,10	0,10	9,34	9,34
Υλικός εξοπλισμός	8,22	7,58	0,16	0,11	8,68	9,50
Αυτονομία	6,63	6,35	0,11	0,08	8,91	9,64
Κόστος	7,61	6,92	0,11	0,03	9,35	9,24

\* Τιμές για Σ: 0 (ελάχιστο σημαντικό) έως 10 (εξαιρετικά σημαντικό), Ε: 0 (καλή εμπειρία) έως 1 (κακή εμπειρία), ΣΠ: 0 (κακή) έως 10 (εξαιρετική)

**Πίνακας 4.** Μέσες τιμές για τη συνολική και τις επιμέρους υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου σε ό,τι αφορά στη *σημαντικότητα* (Σ), την *εμπειρία* (Ε) και το *συντελεστή ποιότητας* (ΣΠ)<sup>†</sup> για 58 ασθενείς με εκκώδη κολίτιδα (ΕΚ) και 30 ασθενείς με νόσο του Crohn (CD).

	Σ (ΕΚ)	Σ (CD)	Ε (ΕΚ)	Ε (CD)	ΣΠ (ΕΚ)	ΣΠ (CD)
Ποιότητα περίθαλψης	7,72	7,78	0,15	0,13	9,21	9,35
Επαγγελματική επάρκεια	7,73	8,06	0,10	0,06	9,42	9,65
Ευγένεια	7,57	8,72*	0,09	0,08	9,35	9,38
Πρόσβαση	7,53	8,00	0,13	0,16	9,22	8,82
Πληροφόρηση	7,86	8,25*	0,09	0,06	9,39	9,48
Συνέχεια στην περίθαλψη	9,11	7,77	0,12	0,06	9,27	9,48
Υλικός εξοπλισμός	7,95	7,90	0,12	0,17	9,09	9,03
Αυτονομία	6,34	6,81	0,11	0,07	8,97	9,59
Κόστος	7,45	7,00	0,08	0,07	8,49	9,26

<sup>†</sup> Τιμές για Σ: 0 (ελάχιστο σημαντικό) έως 10 (εξαιρετικά σημαντικό), Ε: 0 (καλή εμπειρία) έως 1 (κακή εμπειρία), ΣΠ: 0 (κακή) έως 10 (εξαιρετική)

\* Τιμή P<0,05

τιμές για τη συνολική και τις επιμέρους υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου αναφορικά με τη *σημαντικότητα* (Σ), την *εμπειρία* (Ε) και το *συντελεστή ποιότητας* (ΣΠ) παρουσιάζονται στον πίνακα 5. Διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών, σε ό,τι αφορά στην παράμετρο της *σημαντικότητας*, παρατηρήθηκαν στις υποκατηγορίες της «πληροφόρησης-ενημέρωσης» (P=0,024), της «επαγγελματικής επάρκειας» (P=0,015) και της «συνέχειας στην περίθαλψη» (P=0,008). Οι ασθενείς με ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση είχαν σημαντικά μεγαλύτερες μέσες τιμές συγκριτικά με τους ασθενείς με κατώτερη/μέση εκπαίδευση.

**Πίνακας 5.** Μέσες τιμές για τη συνολική και τις επιμέρους υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου σε ό,τι αφορά στη *σημαντικότητα* (Σ), την *εμπειρία* (Ε) και το *συντελεστή ποιότητας* (ΣΠ)<sup>†</sup> για 61 ασθενείς με κατώτερη/μέση (ΚΜ) και 27 με ανώτερη/ανώτατη (ΑΑ) εκπαίδευση.

	Σ (ΚΜ)	Σ (ΑΑ)	Ε (ΚΜ)	Ε (ΑΑ)	ΣΠ (ΚΜ)	ΣΠ (ΑΑ)
Ποιότητα περιθαλψής	7,65	7,96	0,12	0,15	9,17	9,56
Επαγγελματική επάρκεια	7,75*	9,02	0,05	0,08	9,60	9,63
Ευγένεια	7,69	8,38	0,10	0,05	9,24	9,71
Πρόσβαση	7,43	8,24	0,14	0,11	9,12	9,13
Πληροφόρηση	7,96*	8,73	0,09	0,06	9,35	9,50
Συνέχεια στην περίθαλψη	7,11*	8,51	0,11	0,05	9,27	9,56
Υλικός εξοπλισμός	8,03	8,15	0,10	0,15	9,16	9,25
Αυτονομία	6,21	6,78	0,20*	0,02	8,94*	10,00
Κόστος	7,67	6,25	0,02	0,10	8,54	9,63

<sup>†</sup> Τιμές για Σ: 0 (ελάχιστο σημαντικό) έως 10 (εξαιρετικά σημαντικό), Ε: 0 (καλή εμπειρία) έως 1 (κακή εμπειρία), ΣΠ: 0 (κακή) έως 10 (εξαιρετική)

\* Τιμή P<0,05

Σε ό,τι αφορά στην παράμετρο της *εμπειρίας*, οι ασθενείς με κατώτερη/μέση εκπαίδευση παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερη μέση τιμή (χειρότερη εμπειρία) στην υποκατηγορία της «αυτονομίας», συγκριτικά με τους ασθενείς με ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (P=0,004). Κατά συνέπεια, ο *συντελεστής ποιότητας* ήταν σημαντικά χαμηλότερος στους ασθενείς με κατώτερη/μέση εκπαίδευση στην κατηγορία της «αυτονομίας» (P=0,007).

Με βάση τη διάρκεια της νόσου, οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο ομάδες: αυτούς με διάρκεια νόσου >5 έτη και εκείνους με διάρκεια νόσου ≤5 έτη.<sup>21</sup> Οι δύο ομάδες εμφάνιζαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην παράμετρο της *σημαντικότητας* σε ό,τι αφορά στις υποκατηγορίες της «ευγένειας» (P=0,001) και της «πρόσβασης» (P=0,026). Οι ασθενείς με διάρκεια νόσου ≤5 έτη θεωρούσαν τις ανωτέρω κατηγορίες ως περισσότερο σημαντικά ζητήματα αναφορικά με την ποιότητα στην περίθαλψη, συγκριτικά με εκείνους με διάρκεια νόσου >5 έτη (πίν. 6).

Τέλος, με βάση την ηλικία κατά τη διάγνωση της νόσου, οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες: αυτούς με ηλικία κατά τη διάγνωση >50 έτη και εκείνους με ηλικία ≤50 έτη. Οι μεγαλύτεροι ασθενείς θεώρησαν την «επαγγελματική επάρκεια» μικρότερης σημασίας (P=0,016) και το κόστος μεγαλύτερης σημασίας (P=0,002), συγκριτικά με τους νεότερους ασθενείς.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατά την τελευταία δεκαετία υπάρχει έντονο ερευνη-

**Πίνακας 6.** Μέσες τιμές για τη συνολική και τις επιμέρους υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου σε ό,τι αφορά στη *σημαντικότητα* (Σ), την *εμπειρία* (Ε) και το *συντελεστή ποιότητας* (ΣΠ)<sup>†</sup> για 78 ασθενείς με διάρκεια νόσου >5 έτη και 10 με διάρκεια νόσου ≤5 έτη.

	Σ (≤5)	Σ (>5)	Ε (≤5)	Ε (>5)	ΣΠ (≤5)	ΣΠ (>5)
Ποιότητα περιθαλψής	8,60	7,61	0,15	0,14	9,04	9,36
Επαγγελματική επάρκεια	9,19	7,92	0,09	0,06	9,42	9,61
Ευγένεια	9,48*	7,69	0,07	0,09	9,29	9,39
Πρόσβαση	8,94*	7,51	0,21	0,12	8,42	9,21
Πληροφόρηση	8,78	8,10	0,07	0,08	9,49	9,38
Συνέχεια στην περίθαλψη	8,71	8,21	0,14	0,09	8,89	9,39
Υλικός εξοπλισμός	8,14	8,04	0,14	0,12	10,00	9,04
Αυτονομία	7,00	6,20	0,29	0,10	8,43	9,34
Κόστος	8,50	7,00	0,01	0,05	8,57	9,35

<sup>†</sup> Τιμές για Σ: 0 (ελάχιστο σημαντικό) έως 10 (εξαιρετικά σημαντικό), Ε: 0 (καλή εμπειρία) έως 1 (κακή εμπειρία), ΣΠ: 0 (κακή) έως 10 (εξαιρετική)

\* Τιμή P<0,05

τικό ενδιαφέρον σχετικά με την εκτίμηση της ποιότητας περιθαλψής στις υπηρεσίες υγείας. Το ερωτηματολόγιο QUOTE-IBD παρουσίασε ικανοποιητική ευαισθησία και αξιοπιστία (στο αρχικό περιβάλλον που κατασκευάστηκε),<sup>19</sup> ενώ με παρόμοιο τρόπο, η ελληνική μετάφρασή του επέδειξε επίσης ικανοποιητική αξιοπιστία (reliability) και εγκυρότητα (validity).<sup>14</sup> Η αρχική ομάδα που κατασκεύασε το ερωτηματολόγιο<sup>19</sup> υποστήριξε ότι, στους πληθυσμούς που μελετήθηκαν, μέσες τιμές του *συντελεστή ποιότητας* <9, σε κάποια υποκατηγορία του ερωτηματολογίου, αντανακλούν ένα έλλειμμα ποιότητας στη συγκεκριμένη υποκατηγορία. Η παρατήρηση αυτή βασίστηκε στην παραδοχή ότι, με βάση μετρήσεις, ένα ποσοστό περίπου 10% του πληθυσμού δεν είναι ευχαριστημένο με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Με βάση την εξίσωση υπολογισμού του *συντελεστή ποιότητας* (ΣΠ=10 - Σ x Ε) εξάγεται ότι αν ο *συντελεστής* είναι <9, τότε ποσοστό >10% του πληθυσμού μελέτης είναι δυσαρεστημένο με την ποιότητα της παρεχόμενης περιθαλψής και συνεπώς υπάρχει περιθώριο βελτίωσης στο συγκεκριμένο τομέα. Στηριζόμενοι στην παραπάνω υπόθεση, διαπιστώσαμε ότι ελλείμματα ποιότητας παρατηρήθηκαν στους τομείς της «αυτονομίας», της «πρόσβασης» και της «ενημέρωσης-πληροφόρησης». Αξίζει να σημειωθεί ότι και από άλλες μελέτες έχει ήδη τονιστεί ότι οι ασθενείς με ΙΦΕΝ θεωρούν τα ελλείμματα πληροφόρησης ως ένα βασικό πρόβλημα σχετικά με την ποιότητα της περιθαλψής που τους παρέχεται.<sup>22,23</sup> Αυτή η καταγραφή αποτελεί, τουλάχιστον απ' όσο είναι γνωστό, την πρώτη συστηματική προσπάθεια καταγραφής της

άποψης των ασθενών με ΙΦΕΝ σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης σ' αυτούς περίθαλψης.

Η αρχική μελέτη από τους van der Eijk et al<sup>19</sup> ανέφερε ότι δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο νοσολογικών οντοτήτων των ΙΦΕΝ, της ΕΚ και της CD, κατά την εκτίμηση της άποψης του ασθενούς σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, στη δική μας μελέτη παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκατηγορίες της «ευγένειας» και της «πληροφόρησης-ενημέρωσης». Οι ασθενείς με CD θεωρούσαν τις δύο αυτές κατηγορίες ως σημαντικές παραμέτρους της ποιότητας στην περίθαλψη, σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι οι ασθενείς με ΕΚ. Οι διαφορές αυτές θα μπορούσαν να οφείλονται στο γεγονός ότι οι ασθενείς με CD είχαν σημαντικά μικρότερη ηλικία και επιζητούσαν περισσότερη πληροφόρηση. Επιπρόσθετα, ένα άλλο αίτιο για τη διαφορά αυτή μπορεί να αποτελεί το γεγονός ότι η CD έχει περισσότερο περίπλοκη φυσική ιστορία, με συχνότερες υποτροπές, νοσηλείες και μεγαλύτερη πιθανότητα για χειρουργική επέμβαση συγκριτικά με την ΕΚ και, συνεπώς, οι ασθενείς αυτοί αναζητούν περισσότερη ενημέρωση και καλύτερη συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας.

Επιπρόσθετα, η εργασία των der Eijk et al<sup>19</sup> ανέφερε διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ασθενών, ενώ η δική μας μελέτη δεν παρουσίασε διαφορές. Η ασυμφωνία αυτή θα μπορούσε να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως μεθοδολογικές διαφορές (π.χ. διαφορετικοί πληθυσμοί ασθενών) ή διαφορετικές συνθήκες κάτω από τις οποίες συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο. Επιπλέον, πολιτισμικές διαφορές και διαφορές ως προς τις προτεραιότητες, που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ των Ελλήνων και των Ολλανδών ασθενών, ενδέχεται να αποτελούν ένα άλλο αίτιο. Τα δεδομένα της βιβλιογραφίας σχετικά με την επίδραση του φύλου στην άποψη του ασθενούς σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης που του παρέχεται είναι περιορισμένα και αντικρουόμενα.<sup>24-26</sup>

Σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ ασθενών με κατώτερη/μέση εκπαίδευση και εκείνων με ανώτερη/ανώτατη. Οι διαφορές αυτές εντοπίστηκαν στις υποκατηγορίες της «πληροφόρησης-ενημέρωσης», της «επαγγελματικής επάρκειας» και της «συνέχειας στην περίθαλψη». Οι ασθενείς με ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση είχαν σημαντικά μεγαλύτερες μέσες τιμές συγκριτικά με τους ασθενείς με κατώτερη/μέση εκπαίδευση. Αυτή είναι μια σημαντική παρατήρηση, η οποία οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το επίπεδο εκπαίδευσης παίζει βασικό ρόλο στη διαμόρφωση των προσδοκιών των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Με παρόμοιο τρόπο, οι ασθενείς με κατώτερη/μέση εκπαίδευση θεωρούσαν ότι είχαν χειρότερη εμπειρία, κατά την επαφή τους με τις

υπηρεσίες υγείας, στον τομέα της «αυτονομίας», συγκριτικά με τους ασθενείς με ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση. Μια πιθανή εξήγηση για την παρατήρηση αυτή θα μπορούσε να αποτελέσει το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι μπορούν να έχουν καλύτερη επικοινωνία με τα άτομα υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης και, συνεπώς, παραχωρούν σε αυτά μεγαλύτερο περιθώριο συμμετοχής στις αποφάσεις.

Η σύγκριση με βάση τη διάρκεια της νόσου (>5 έτη, ≤5 έτη) ανέδειξε σημαντικές διαφορές στην παράμετρο της *σημαντικότητας*, στις υποκατηγορίες της «ευγένειας» και της «πρόσβασης». Οι ασθενείς με νόσο ≤5 έτη θεωρούσαν τις κατηγορίες αυτές ως περισσότερο σημαντικά ζητήματα σε ό,τι αφορά στην ποιότητα στην περίθαλψη, συγκριτικά με εκείνους με διάρκεια νόσου >5 έτη. Οι διαφορές αυτές μπορεί να οφείλονται στις περισσότερες ανησυχίες και άγχη που παρουσιάζουν οι ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση ΙΦΕΝ, συγκριτικά με εκείνους που πάσχουν από τη νόσο για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι τελευταίοι αυτοί ασθενείς αναπτύσσουν προοδευτικά τρόπους για να αντιμετωπίζουν καλύτερα τα άγχη και τις ανησυχίες που τους προκαλεί η νόσος.<sup>27</sup> Έτσι, οι απαιτήσεις τους για «ευγένεια» και ευκολίες «πρόσβασης» μπορεί να είναι περιορισμένες. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να έχουν εξασφαλίσει υψηλού επιπέδου περίθαλψη ή να μη βιώνουν συχνές υποτροπές και, συνεπώς, οι παραπάνω κατηγορίες να μην είναι μεγάλης σημασίας γι' αυτούς. Η αναζήτηση στη βιβλιογραφία μελετών που να συσχετίζουν την άποψη του ασθενούς σχετικά με την ποιότητα περίθαλψης με το διάστημα από τη διάγνωση της νόσου απέβη αρνητική.

Παρά την εγκυρότητα και την προγενέστερη χρήση του ερευνητικού εργαλείου, λόγω της ιδιαιτερότητας της έρευνας, η οποία αφενός αφορά σε μία μόνο κλινική, σε μια γεωγραφική περιοχή στην Ελλάδα, και σε περιορισμένο γενικά μέγεθος δείγματος, τα αποτελέσματα δεν είναι άμεσα γενικεύσιμα. Μελλοντικές προσπάθειες μπορούν να παράσχουν επιπρόσθετα αποτελέσματα και να ενισχύσουν τη δυνατότητα γενικεύσεων.

Συμπερασματικά, ο πληθυσμός που μελετήθηκε θεωρούσε την ποιότητα της περίθαλψης που του παρασχέθηκε ως ικανοποιητική, με εξαίρεση τους τομείς της «αυτονομίας», της «πρόσβασης» και της «ενημέρωσης-πληροφόρησης». Αρκετοί δημογραφικοί παράγοντες, όπως το είδος της νόσου, το επίπεδο εκπαίδευσης, η διάρκεια της νόσου και η ηλικία κατά τη διάγνωση, έχουν επίδραση στην άποψη του ασθενούς σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που του παρέχονται.

## ABSTRACT

**Assessing quality of care in Greek patients with inflammatory bowel disease**A.G. PALLIS,<sup>1,2</sup> I.A. MOUZAS,<sup>2</sup> P.A. KOSTAGIOLAS,<sup>1,3</sup> D. NIAKAS<sup>1</sup><sup>1</sup>Faculty of Social Sciences, Management of Healthcare Services, Hellenic Open University, Patras, <sup>2</sup>Department of Gastroenterology, General Hospital of Heraklion, Crete, <sup>3</sup>Ionian University, Department of Archive-Library Science, Corfu, Greece*Archives of Hellenic Medicine 2007, 24(Suppl 1):58–65*

**OBJECTIVE** Due to the chronic and recurrent nature of their disease and their normal life expectancy, patients with inflammatory bowel disease (IBD) may need considerable health care. Health care systems should therefore aim that the provided care to these patients remains of a high quality standard at all times. Most of the existing approaches in evaluating quality of health care are still based on the perception of the health care provider, which may be different from that of the health care user. The purpose of this study was to assess IBD patients' satisfaction, as an indicator of health care quality, with the use of a validated instrument (QUOTE-IBD). **METHOD** Eighty-eight patients [58 ulcerative colitis, UC (66%), 30 Crohn's disease, CD (34%)] with IBD completed a disease-specific questionnaire for the assessment of patient's perception, regarding the quality of the perceived care. It consisted of 23 questions, assigned to eight dimensions: accessibility, costs, accommodation, continuity of care, courtesy, information, competence, autonomy. According to this evaluation suboptimal care was observed in the dimensions of autonomy, accessibility and information (mean values: 8.85, 8.82, 8.91, respectively). **RESULTS** In the subgroup analysis significant differences were observed between UC and CD patients, between patients of higher and lower education, patients older and younger than 50 years and patients with disease duration longer and shorter than 5 years. **CONCLUSIONS** The assessment of the quality of health care, based on patients' perception, revealed quality problems in the dimensions of accommodation, accessibility and information. According to subgroup analysis, disease type, educational status, age, and disease duration play an important role in the formation of patients' expectations from healthcare system.

**Key words:** Health care, Inflammatory bowel disease, Patient perceptions, Quality of care, Satisfaction

**Βιβλιογραφία**

1. VERHOEF MJ, SUTHERLAND LR. Outpatient health care utilization of patients with inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci* 1990, 35:1276–1280
2. ΚΩΣΤΑΓΙΟΛΑΣ ΠΑ, ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ Δ, ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΥ Μ. Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Παπασωτηρίου (έτος ? ? ?)
3. ΣΙΓΑΛΑΣ Ι. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας-νοσοκομείων, εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές. Στο: *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιωτικές και προκλήσεις*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Πάτρα, 1999:15–97
4. WHO. Health for all by the year 2000. Δικτυακός τόπος: www.who.org
5. DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988, 260:1743–1748
6. DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med* 1997, 121:1145–1150
7. LEBOW JL. Consumer assessments of the quality of medical care. *Med Care* 1974, 12:328–337
8. WILLIAMS JG, CHEUNG WY, RUSSELL IT, COHEN DR, LONGO M, LERVY B. Open access follow up for inflammatory bowel disease: Pragmatic randomised trial and cost effectiveness study. *Br Med J* 2000, 320:544–548
9. SIXMA HJ, KERSSSENS JJ, CAMPEN CV, PETERS L. Quality of care from the patients' perspective: From theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect* 1998, 1:82–95
10. BORGIEL A, O'NEIL JJ. Assessing quality in primary care. Can we ask the right questions? *Can Fam Physician* 1997, 43:1699–1704
11. JUN M, PETERSON RT, ZSIDISIN GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: Focus group interview results. *Health Care Manage Rev* 1998, 23:81–96
12. FAGERSTROM L, ENGBERG IB, ERIKSSON K. A comparison between patients' experiences of how their caring needs have been met and the nurses' patient classification – an explorative study. *J Nurs Manag* 1998, 6:369–377
13. VAN DER EIJK, VERHEGGEN F, RUSSEL M, BUCKLEY M, KATSANOS K, MUNKHOLM P ET AL. Best practice in inflammatory bowel disease: an international survey and audit. *Eur J Int Med* 2004, 15:113–120
14. PALLIS AG, VLACHONIKOLIS IG, MOUZAS IA. Validation of a reliable instrument (QUOTE-IBD) for assessing the quality of health care in Greek patients with inflammatory bowel disease. *Digestion* 2003, 68:153–160
15. LENNARD-JONES JE. Classification of inflammatory bowel dis-

- ease. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1989, 170:2–6
16. SIXMA HJ, VAN CAMPEN C, KERSSSENS JJ, PETERS L. Quality of care from the perspective of elderly people: The QUOTE-elderly instrument. *Age Ageing* 2000, 29:173–178
  17. VAN CAMPEN C, SIXMA HJ, KERSSSENS JJ, PETERS L, RASKER JJ. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: The development of the QUOTE-rheumatic-patients instrument. *Br J Rheumatol* 1998, 37:362–368
  18. VAN CAMPEN C, SIXMA HJ, KERSSSENS JJ, PETERS L. Assessing non-institutionalized asthma and COPD patients' priorities and perceptions of quality of health care: The development of the QUOTE-CNSLD instrument. *J Asthma* 1997, 34:531–538
  19. VAN DE I, SIXMA H, SMEETS T, VELOSO FT, ODES S, MONTAGUE S ET AL. Quality of health care in inflammatory bowel disease: Development of a reliable questionnaire (QUOTE-IBD) and first results. *Am J Gastroenterol* 2001, 96:3329–3336
  20. ARMITAGE P, BERRY G. *Statistical methods in medical research*. Blackwell Scientific, Oxford, UK, 1994
  21. HJORTSWANG H, STROM M, ALMER S. Health-related quality of life in Swedish patients with ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 1998, 93:2203–2211
  22. SMART H, MAYBERRY J, CALCRAFT B, MORRIS JS, RHODES J. Effect of information booklet on patients' anxiety levels and consultation rates in Crohn's disease. *Public Health* 1986, 100:184–186
  23. JONES SC, GALLACHER B, LOBO AJ, AXON AT. A patient knowledge questionnaire in inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol* 1993, 17:21–24
  24. LARSSON BW. Patients' views on quality of care: Age effects and identification of patient profiles. *J Clin Nurs* 1999, 8:693–700
  25. LARSSON BW, LARSSON G, STARRIN B. Patients' views on quality of care: A comparison of men and women. *J Nurs Manag* 1999, 7:133–139
  26. AYANIAN JZ, WEISSMAN JS, CHASAN-TABER S, EPSTEIN AM. Quality of care by race and gender for congestive heart failure and pneumonia. *Med Care* 1999, 37:1260–1269

*Corresponding author:*

P.A. Kostagiolas, Ionian University, 72 Ioannou Theotoki street, GR-491 00 Corfu, Greece  
e-mail: pkostagiolas@ionio.gr