

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ  
ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

---

## Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας

**Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοδοκομειακή φροντίδα**

Συγγραφέας

**Τσέλα Κλοντιάνα-Σπυριδούλα**

**A.M: mschc20079**

Επιβλέπων:

**Πιερράκος Γεώργιος**

**Αθήνα, Φεβρουάριος 2022**

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT  
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL  
CARE MANAGEMENT

---

**Diploma Thesis**

**Title**

**The role of the nurse in post-hospital care**

**Student name and surname:**

**TSELA KLONTIANA- SPYRIDOULA**

**Registration Number:**

**mschc20079**

**Supervisor name and surname:**

**Pierrakos Giorge**

**Athens, February 2022**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ  
ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

---

Τίτλος εργασίας

## Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοσοκομειακή φροντίδα

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής	
2	Σωτήριος Σούλης	Καθηγητής	
3	Ασπασία Γούλα	Αναπληρώτρια καθηγήτρια	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Τσέλα Κλοντιάνα του Γκέργκη Τσέλα και της Ευθυμίας Χαρίτου, με αριθμό μητρώου msche20079 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Τμήματος Π.Μ.Σ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ της Σχολής ΣΔΟΚΕ. του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι ..... και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

**Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα**

Η Δηλούσα



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θεμελιώδη αρχή της ΠΦΥ είναι η θεώρηση της υγείας ως κοινωνικό δικαίωμα, βάση της οποίας προκύπτει ότι είναι βασική υποχρέωση του κράτους να παρέχει ενιαία και συνεχή κάλυψη των αναγκών περί της υγείας των πολιτών, χωρίς διακρίσεις λόγω κοινωνικών, οικονομικών, θρησκευτικών ή φυλετικών διαφορών. Στόχος μέσω της ΠΦΥ είναι η καταπολέμηση των ανισοτήτων σε θέματα υγείας, η οριζόντια και ορθά οργανωμένες υπηρεσίες υγείας όπου με τη συμμετοχή της κοινότητας θα λαμβάνονται αποφάσεις σχετικές με την υγεία. Στόχος των συστημάτων υγείας όλων των αναπτυγμένων χωρών είναι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, για να μπορούν να ανταποκρίνονται στις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες και προσδοκίες των χρηστών – πολιτών τους. Η μετανοσοκομειακή ιατρική συνδέεται με την μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Η Μετανοσοκομειακή περίθαλψη, αποτελεί συνέχεια της ιατρικής φροντίδας και έχει σε επαφή τον ασθενή με το ιατρικό σύστημα, ενώ παράλληλα δίνει ευελιξία στην αξιολόγηση και τη διαχείριση των συμπτωμάτων της ασθένειας, ενώ παρέχει την απαραίτητη ψυχοκοινωνική στήριξη που απαιτείται στον ασθενή. Πολλοί ασθενείς, μετά από νοσηλεία από ασθένεια ή από τραυματισμό, χρειάζονται να τους παρέχεται συνεχή ιατρική φροντίδα, είτε σε εξειδικευμένη εγκατάσταση, είτε στο σπίτι. Η μετα-οξεία φροντίδα αφορά ένα σύνολο από υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης που σχετίζονται με την ανάρρωση του ατόμου από την ασθένεια αλλά και την διαχείριση της χρόνιας ασθένειας ή της αναπηρίας.

Όσο αφορά την μετανοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα, παρατηρούμε ο ρόλος των φροντιστών υγείας έχει μεν αναγνωριστεί αλλά υπάρχουν ακόμα ελλείψεις ως προς την υποστήριξή τους, την κατάρτισή τους και τους παρέχεται ελλείψεις ενημέρωση για τις δυνατότητες που παρέχονται από διάφορες υπηρεσίες στήριξης, ενώ υπάρχουν σημαντικά προβλήματα ενημέρωσης και πρόσβασης και του πληθυσμού στη λήψη των υπηρεσιών αυτών. Χρειάζεται μια αναδιοργάνωση, νέα στοχοθεσία, κεντρικός σχεδιασμός υποστηριζόμενος από αποκεντρωμένες δομές όπου με την κατάλληλη στρατηγική θα υλοποιηθεί ένα πρόγραμμα μετανοσοκομειακής φροντίδας, σύμφωνα με το όραμα της ποιοτικής ολιστικής φροντίδας.

**Λέξεις Κλειδιά:** Μετανοσοκομειακή φροντίδα, μετα- οξεία φροντίδα, μακροχρόνια φροντίδα, κοινοτικοί νοσηλευτές, ανακουφιστική φροντίδα

## **ABSTRACT**

A fundamental principle of PHC is the view of health as a social right, based on which it appears that it is a basic obligation of the state to provide uniform and continuous coverage of citizens' health needs, without discrimination due to social, economic, religious or racial differences. The goal through the PHC is the fight against health inequalities, the horizontally and properly organized health services where with the participation of the community will be made decisions related to health. The goal of the health systems of all developed countries is to provide high quality health services, so that they can meet the ever-increasing needs and expectations of their users - citizens. Post-hospital medicine is linked to long-term health care. Post-hospital care refers to a wide range of services, which includes either the management of existing symptoms or the monitoring of a patient who has been discharged from the hospital, for a period or for the rest of his life. Outpatient care is a continuation of medical care and has the patient in contact with the medical system, while giving flexibility in the evaluation and management of the symptoms of the disease, while providing the necessary psychosocial support required of the patient. Many patients, after hospitalization due to illness or injury, need to be provided with ongoing medical care, either in a specialized facility or at home. Post-acute care refers to a set of medical care services related to the recovery of the person from the disease but also the management of the chronic disease or disability.

Regarding post-hospital care in Greece, we note that the role of health care providers has been recognized but there are still shortcomings in terms of their support, training and lack of information about the possibilities provided by various support services, while there are significant information problems. and access and the population to receive these services. We need a reorganization, new goal setting, central planning supported by decentralized structures where with the appropriate strategy a post-hospital care program will be implemented, according to the vision of quality holistic care

**Keywords:** Post-hospital care, post-acute care, long-term care, community nurses, palliative care

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να εκφράσω της ευχαριστίες μου στον επιβλέπων καθηγητή μου, κ. Πιεράκο, για την πολύτιμη βοήθειά για την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, την επιστημονική του καθοδήγηση και τις υποδείξεις του.

Τέλος, θα ήθελα εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην μητέρα μου και τους φίλους για όλη τη στήριξη, τη συμπαράσταση και την κατανόησή τους, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

*The love of Humanity is in our heart,  
we care with compassion.*



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	v
ABSTRACT.....	vi
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	3
ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	8
1.1. Η έννοια της Υγείας.....	8
1.2 Η Υγεία ως Αγαθό.....	9
1.3 Τα Συστήματα Υγείας.....	11
1.3.1 Δομή, λειτουργία και στόχοι των Συστημάτων Υγείας.....	12
1.3.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	16
1.3.3 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας.....	18
1.4 Η Νοσηλευτική Επιστήμη ως αναπόσπαστο μέρος του Συστήματος Υγείας.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	24
2.1 Βασικές Αρχές της Μετανοσοκομειακής Φροντίδας.....	24
2.2 Η Μετανοσοκομειακή Φροντίδα στην Ελλάδα .....	25
2.2.1 Επισκόπηση του θεσμικού πλαισίου της Μετανοσοκομειακής Φροντίδας στην Ελλάδα .....	28
2.2.2 Το Μοντέλο της Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Ελλάδα .....	30
2.2.3 Τα δίκτυα της Μετανοσοκομειακής Φροντίδας στην Ελλάδα.....	34
2.3 Δομές και Υπηρεσίες Μετανοσοκομειακής Φροντίδας στην Ελλάδα .....	35
2.3.1 Ο θεσμός της «Βοήθειας στο Σπίτι».....	35
2.3.2 Δομές Αποκατάστασης.....	37
2.3.2.1 ΚΕΦΙΑΠ Κέντρα Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης.....	37
2.3.3 Ο θεσμός τω ΤΟΜΥ.....	39
2.4. Μακροχρόνια φροντίδα για την Τρίτη Ηλικία.....	45
2.4.1 Οικοτροφεία.....	47
2.5 Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Μετανοσοκομειακής Φροντίδας στην Ελλάδα.....	51
2.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην Μετανοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ.....	55
3.1 Η Μετανοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας σε άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες.....	55
3.1.1 Κύπρος.....	55
3.1.2 Αγγλία.....	59

3.1.3 Ιταλία.....	60
3.1.4 Σουηδία.....	68
3.1.5 Γαλλία.....	69
3.1.6 Ισπανία.....	70
3.2 Αξιολόγηση της Μετανοσοκομειακής Φροντίδας στην Ε.Ε.....	72
3.3 Η Στρατηγική της Ε.Ε. ως προς την παρηγορητική φροντίδα.....	79
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID -19 .....</b>	<b>84</b>
4.1 Η πανδημία Covid 19.....	84
4.2 Το προτεινόμενο σύστημα Μετανοσοκομειακής Φροντίδας κατά την πανδημία στην Ελλάδα.....	86
4.3 Το προτεινόμενο σύστημα Μετανοσοκομειακής Φροντίδας κατά την πανδημία σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.....	88
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑ.....</b>	<b>96</b>
5.1 Σκοπός της έρευνας & ερευνητικά ερωτήματα.....	96
5.2 Μεθοδολογία της έρευνας.....	96
5.3 Δεοντολογικό πλαίσιο.....	97
5.4 Δεδομένα από την έρευνα.....	97
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ.....</b>	<b>107</b>
6.1 Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	107
6.2 Θέματα για περαιτέρω έρευνα.....	110
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ.....</b>	<b>111</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....</b>	<b>116</b>
<b>ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ .....</b>	<b>126</b>

## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

ΑΦ: Ανακουφιστική Φροντίδα

Γ.Ν.: Γενικό Νοσοκομείο

ΕΛΕΛΑΠ: Ελληνική Εταιρεία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Προσώπων

Ε.Ο.Δ.Υ.: Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΚΑΑ: Κέντρα Αποκατάστασης – Αποθεραπείας

ΚΑΦΚΑ: Κέντρα Αποθεραπείας, Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης

ΚΕΦΙΑΠ: Κέντρα Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης

ΚΗΦΗ: Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

ΜΦΗ: Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων

ΝΔΠ: Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΣΦΕΑΝ: Σχέδιο Φροντίδας για την Έξοδο του Ασθενή από το Νοσοκομείο

LTC : Long Term Care

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1.....	13
Εικόνα 2.....	15
Εικόνα 3.....	77
Εικόνα 4.....	79

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φροντίδα σαν έννοια είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο, που αποτελεί την «καρδιά» της νοσηλευτικής επιστήμης και της επιστημονικής έρευνας. Στη διεθνή βιβλιογραφία, δεν υπάρχει κάποιος κοινός ορισμός όσο αφορά την έννοια της φροντίδας, καθώς αλλού αναφέρεται ως «ανθρώπινο γνώρισμα», ή ως «ηθική υποχρέωση», ή «διαπροσωπική σχέση», ή «θεραπευτική παρέμβαση», η οποία εκφράζεται μέσα από διάφορες συμπεριφορές, σχέσεις και στάσεις των ατόμων. Η μόνη διάκριση είναι ο διαχωρισμός της φροντίδας σε τεχνική (λειτουργική) και σε συναισθηματική (διαπροσωπική) διάσταση. Οι περισσότεροι θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι η έννοια της φροντίδας, ταυτίζεται με τη Νοσηλευτική και συνδέεται άμεσα με αυτή. Η Watson, εισηγείται δέκα παράγοντες φροντίδας, οι οποίοι συνδυαστικά με την επιστημονική και κλινική επάρκεια των νοσηλευτών, συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη και την φροντίδα, με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου (Papastavrou et al 2010).

Παράλληλα ο όρος μετανοσοκομειακή ιατρική και μακροχρόνια φροντίδα υγείας, περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας, που έχουν ως στόχο να επαναφέρουν τον πρόσφατα νοσηλευθέντα ασθενή, στο καλύτερο δυνατό σωματικό και λειτουργικό επίπεδο, επιλέγοντας την κατάλληλη δομή φροντίδας, με στόχο την αποφυγή της επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Αυτό συμπεριλαμβάνει δομές υγείας που σχετίζονται με κέντρα αποκατάστασης, κλινικές χρόνιων πασχόντων, μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας, μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, αλλά και μονάδες βραχείας νοσηλείας και νοσηλείας στο σπίτι. Διεθνώς συναντώνται δύο μορφές μεταφροντίδας, η άμεση μετανοσοκομειακή φροντίδα και η μακροχρόνια φροντίδα, οι οποίες έχουν διαφορετικούς στόχους, καθώς η πρώτη, στοχεύει στην καλύτερη ανάρρωση του ασθενούς, λαμβάνοντας το μέγιστο της θεραπείας με στόχο την πλήρη αποκατάσταση, ενώ η δεύτερη έχει ως κύριο μέλημα, την διόρθωση λειτουργικών ελλειμμάτων του ασθενούς, με στόχο τη μείωση του ρυθμού της φθίνουσας πορείας που μπορεί να ακολουθήσει ο ασθενής, λόγω της ασθένειας, και την περαιτέρω υποστήριξη, των ασθενών, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως για παράδειγμα, η διατροφή, η προσωπική υγιεινή, η ένδυση, η μετακίνηση, το περπάτημα και η κίνηση (Μπετροσιάν 2018).

Παράλληλα, η χώρας μας, εμφανίζει ελλιπή παροχή ανακουφιστικής φροντίδας, τόσο όσο αφορά το εύρος της εφαρμογής της αλλά και τη χρηματοδότησή της, καθώς δεν χρηματοδοτείται πλήρως από το κράτος, και οι εξωνοσοκομειακές δομές και οι υπηρεσίες κατ' οίκον που παρέχονται είναι περιορισμένες, συγκριτικά με τον πληθυσμό της χώρας.

Η κατ' οίκον νοσηλεία, περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σπίτι, από επαγγελματίες υγείας αλλά και μη φροντιστές, με σκοπό την προαγωγή, αποκατάσταση και διατήρηση του μέγιστου βαθμού ευεξίας του ατόμου, της λειτουργικότητάς του και της υγείας του ατόμου, περιλαμβάνοντας ακόμα και την φροντίδα για έναν αξιοπρεπή θάνατο. (Τσέλας 2017) Οι περισσότεροι ασθενείς που χρειάζονται ανακουφιστική φροντίδα, εξυπηρετούνται μέσω της παροχής κατ' οίκον φροντίδας, καθώς επιτρέπει στους ασθενείς να αποφεύγουν την εισαγωγή στο νοσοκομείο με τις συνακόλουθες δαπάνες. (Υπουργείο Υγείας 2019) Επίσης, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΑΣΑ, η Ελλάδα, ξοδεύει μόλις το 1% της συνολικής δαπάνης για την υγεία, στην μακροχρόνια φροντίδα, όταν ο ευρωπαϊκός μέσος όρος φτάνει το 10,4% (Δήμος, Μαλλιάρου και Σαράφης 2020). Το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και παρεχόμενης φροντίδας, από τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, αυξάνεται καθώς το κόστος νοσηλείας της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης είναι αρκετά υψηλό, η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των χρόνιων ασθενειών, αυξάνει τη ζήτηση για κατ' οίκον υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, ενώ το μοντέλο της κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας, απαιτεί την παρουσία κάποιων επαγγελματιών υγείας και φροντιστών (Πιερράκος 2020).

Επίσης, οι πρωτόγνωρες συνθήκες που δημιούργησε η πανδημία covid-19 και η ανάγκη εύρεσης θεραπευτικών παρεμβάσεων, οδήγησαν στην διαδικασία εμφάνισης παρεμβάσεων που έχουν ως προτεραιότητα την μη νοσηλεία στο νοσοκομείο, αλλά την παραμονή και την ανάρρωση στο σπίτι. Επίσης ο νοσηλευόμενος ασθενής από covid, θα πρέπει να ενταχθεί πάλι στην κοινωνία για αυτό λειτουργούν εξειδικευμένα κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας για ασθενείς που νόσησαν από covid και νοσηλεύτηκαν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), καθώς το φάσμα των προβλημάτων υγείας που προκαλεί ο ιός είναι μεγάλο, με διαφορετικές επιπτώσεις στην υγεία του κάθε ασθενή, όπως κινητικά, προβλήματα καρδιολογικά ή νευρολογικά, κατάποσης ή ομιλίας κ.α με αποτέλεσμα αυτοί οι ασθενείς να χρειάζονται εντατική και εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα και ιατρική παρακολούθηση, από διαφορετικές ειδικότητες επιστημών, με σκοπό την δημιουργία ενός εξειδικευμένου προγράμματος αποκατάστασης (Σβώλου 2021).

Σκοπός η διερεύνηση του ρόλου το νοσηλευτή στη μετά νοσοκομειακή φροντίδα, σύμφωνα με έγκυρες πηγές, δημοσιευμένα άρθρα και βιβλιογραφία. Το θέμα προς μελέτη παραμένει επίκαιρο και ενδιαφέρον καθώς λόγω της πανδημίας, και της μετανοσοκομειακής φροντίδας που χρειάζονται οι ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί.

Η παρούσα έρευνα θα περιλαμβάνει έξι κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην υγεία και τη δομή των συστημάτων υγείας, αναφέροντας την έννοια της υγείας, την υγεία ως αγαθό, τα συστήματα υγείας, δομή, λειτουργία και στόχοι των συστημάτων υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην λειτουργία της μετανοσοκομειακής φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, θα επισκοπήσουμε το θεσμικό πλαίσιο της μετανοσοκομειακής φροντίδας, τα δίκτυα, τις μεταρρυθμίσεις, τις δομές και τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας, όπως τις δομές αποκατάστασης, το θεσμό των ΤΟΜΥ, το θεσμό «βοήθεια στο σπίτι», η μακροχρόνια φροντίδα για την Τρίτη ηλικία κ.α. Επίσης θα γίνει αξιολόγηση των υπηρεσιών της μετανοσοκομειακής φροντίδας την Ελλάδα και θα αναφερθούμε ειδικά στο ρόλο του νοσηλευτή.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα μιλήσουμε για την λειτουργία της μετανοσοκομειακής φροντίδας και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως την Κύπρο, την Αγγλία, την Ιταλία και τις κάτω χώρες, και συμπερασματικά θα αναφερθούμε στην αξιολόγηση της μετανοσοκομειακής φροντίδας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, θα αναφερθούμε στο ρόλο της μετανοσοκομειακής φροντίδας κατά την πανδημία covid-19, τόσο στην Ελλάδα, όσο και σε ευρωπαϊκές χώρες, το προτεινόμενο σύστημα μετανοσοκομειακής φροντίδας κατά την πανδημία και οι αλλαγές που έγιναν στο σύστημα μετανοσοκομειακής φροντίδας κατά την πανδημία.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, θα αναφερθούμε στο σκοπό και τη μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήσαμε, για τη συλλογή των δεδομένων από την έρευνα.

Στο έκτο κεφάλαιο, θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα από την έρευνα, η συμβολή της μετανοσοκομειακής φροντίδας, ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοσοκομειακή φροντίδα, καθώς επίσης θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα και οι προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1. Η έννοια της Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη όρισε την υγεία ως “την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνον την απουσία νόσου ή αναπηρίας.” Αυτός ο ορισμός υιοθετεί την ολιστική αντίληψη της υγείας και εμπεριέχει την θετική προσέγγιση της έννοια η οποία για πρώτη φορά δεν περιορίστηκε στην αντιμετώπιση ή στην πρόληψη της νόσου (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014). Επίσης αναγνωρίζει την ύπαρξη δύο παραμέτρων που συνθέτουν την υγεία, την παράμετρο της απουσία της αρρώστιας και την παράμετρο της ευεξίας , διακρίνοντας τρεις διαστάσεις στην υγεία, την σωματική, τη ψυχική και τη κοινωνική. Η έννοια της υγείας ξεφεύγει από την στείρα αντιδιαστολή ανάμεσα στην υγεία και την αρρώστια και προσεγγίζεται από μια πιο θετική πλευρά αυτή της ολική ευεξίας τους ατόμου. Η υγεία είναι πολυδιάστατη καθώς περιλαμβάνει την σωματική, ψυχική και συναισθηματική υγεία, την κοινωνική και πνευματική καθώς επίσης και την υγεία του κοινωνικού περιβάλλοντος (Πιερράκος 2015)

Η υγεία του ατόμου μπορεί να χαρακτηριστεί από τέσσερις εναλλακτικές καταστάσεις:

- α) αυτή στην οποία υπάρχει απουσία αρρώστιας αλλά και απουσία και ευεξία
- β) αυτή στην οποία υπάρχει απουσία αρρώστιας και ύπαρξη ευεξίας
- γ) από αυτή στην οποία υπάρχει παρουσία αρρώστιας και απουσία ευεξίας και
- δ) από αυτή που υπάρχει παρουσία αρρώστια και υπάρχει ευεξία.

Θα πρέπει λοιπόν να εκτιμηθεί η σωματική και η ψυχική και κοινωνική ευεξία ενός ατόμου, όπου αυτές οι έννοιες σχετίζονται με την υποκειμενική αντίληψη του ανθρώπου και ξεπερνούν την αξιολόγηση της υγείας με τη χρήση των καθιερωμένων επιδημιολογικών δεικτών. Η υγεία δεν μπορεί να μετρηθεί λοιπό έτσι απλά και άμεσα όπως μπορούν να μετρηθούν άλλα χαρακτηριστικά του ατόμου πχ ύψος ή βάρος και η μέτρησή της προϋποθέτει τη χρήση μιας συγκεκριμένης μεθοδολογίας που εισάγει την έννοια της ολιστικής προσέγγισης της υγείας. Καθώς η υγεία δεν μπορεί να προσδιοριστεί από μια μόνο μεταβλητή, η μέτρησή της θα μπορεί να προκύψει μέσα από τον προσδιορισμό ενός πλήθους μεταβλητών όπου η κάθε μια από αυτές τις μεταβλητές θα αντικατοπτρίζει μια παράμετρο την έννοιας της υγείας. Αυτές οι μεταβλητές αναφέρονται ως δείκτες της υγείας και προσδιορίζονται βάση μιας κλίμακας, δίνοντας σε κάθε παράμετρο της υγείας, ένα



μέγεθος μετρήσιμο και κατά επέκταση συγκρίσιμο. Ως νόσο μπορούμε να προσδιορίσουμε κάθε διαταραχή που εντοπίζεται σε οργανικό επίπεδο και προκαλεί κάποιες βλάβες στον οργανισμό. Αρχικά διαπιστώνεται με την ύπαρξη κάποιων υποκειμενικών συμπτωμάτων και στην συνέχεια με την ύπαρξη αντικειμενικών συμπτωμάτων που εντοπίζονται μετά από κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις (Τριανταφύλλου 2018).

Η νόσος αποτελεί μια εκτροπή από τη φυσιολογική λειτουργία με βάση κάποιες μετρήσιμες βιολογικές παραμέτρους ή εξαιτίας την παρουσίας κάποιων αλλοιώσεων παθολογικών στον οργανισμό για αυτό και η νόσος επιβεβαιώνεται με επιστημονικές αποδείξεις. Από την άλλη η αρρώστια είναι μια διαταραχή που εκφράζεται σε επίπεδο λειτουργικό και είναι μέρος της υποκειμενική έκφρασης της εμπειρίας του ατόμου για την υγεία και την απώλειά της ενώ η ασθένεια τοποθετείται σε ένα κοινωνικό επίπεδο και αναφέρεται στις καταστάσεις αυτές όπου το άτομο εμφανίζει μια κοινωνική δυσλειτουργία λόγω της αρρώστιας του (Boyd 2000).

Έτσι η θετική υγεία είναι μια κατάσταση όπου το άτομο βρίσκεται σε θέση να μπορεί να εκπληρώσει τις ρεαλιστικές επιλογές που έχει θέσει και οι οποίες είναι αντίστοιχες με τη βιολογική του δυνατότητα. (Nodernfelt 2007).

## **1.2 Η Υγεία ως Αγαθό**

Το αγαθό της υγείας θεωρείται ένα θεωρείται δικαίωμα καθολικό και αδιαπραγμάτευτο (Λοπατατζίδης 2010). Παράλληλα το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί ένα συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική του θέση. Επίσης σύμφωνα με το άρθρο 21 του Συντάγματος της Ελλάδας (παράγραφος 3) ορίζεται ότι το κράτος μεριμνά για την προστασία και την προαγωγή της στους πολίτες, ειδικά στις ευπαθείς ομάδες « *Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων*». (Σύνταγμα της Ελλάδας, 1986) Η υγεία λοιπόν θεωρείται ως δημόσιο αγαθό και εκ τούτου, το κράτος έχει άμεση υποχρέωση να λάβει τα κατάλληλα μέτρα για να εξασφαλίσει και να προστατεύσει τη υγεία κάθε πολίτη, ενώ δίνεται και η δυνατότητα να ληφθεί και ιδιωτική πρωτοβουλία για την παροχή υπηρεσιών υγείας, ώστε να αποκλειστεί ένα μοντέλο μονοπωλιακό μοντέλο (Στε 1347 1997)

Με οικονομικούς όρους, ένα δημόσιο αγαθό, είναι κάτι που δεν είναι ανταγωνιστικό και δεν αποκλείεται, δηλαδή, κανείς δεν μπορεί να αποκλειστεί από τη χρήση του και η χρήση του από ένα άτομο δεν μειώνει τη διαθεσιμότητά του σε άλλους. Ο καθαρός αέρας, το καθαρό νερό και η εθνική ασφάλεια είναι παραδείγματα δημόσιων αγαθών. Με αυστηρούς οικονομικούς όρους, η υγεία δεν θεωρείται συνήθως δημόσιο αγαθό, επειδή οι άνθρωποι πρέπει να ξοδεύουν χρήματα για να λάβουν ιατρική περίθαλψη. Αλλά υπάρχει ένα καλό επιχείρημα είναι δημόσιο αγαθό, γιατί κανείς δεν πρέπει να μένει χωρίς υγειονομική περίθαλψη και επίσης κάθε πολίτης αναλαμβάνει το κόστος των παροχών υγείας, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, ανεξάρτητα εάν λαμβάνει ή δεν λαμβάνει υπηρεσίες υγείας.

Ο αντίκτυπος της κακής υγείας γίνεται αισθητός όχι μόνο στην οικονομία του κράτους, αλλά και σε ανθρώπινο επίπεδο, στις οικογένειες των ασθενών. Σύμφωνα με τον Οργανισμό για την έρευνα και την Ποιότητα της Υγείας ( Agency for Healthcare Research and Quality) *«Η διαχείριση πολλαπλών χρόνιων παθήσεων μπορεί να απαιτεί πολύ χρόνο και προσπάθεια από την πλευρά των ασθενών και των οικογενειών. Τα άτομα με πολλαπλές χρόνιες παθήσεις πρέπει συχνά να λαμβάνουν πολλά διαφορετικά φάρμακα, το καθένα με τις δικές του ειδικές οδηγίες και πρέπει να παρακολουθούν πολλά ιατρικά ραντεβού με διάφορους παρόχους. Πολλοί άνθρωποι με πολλαπλές χρόνιες παθήσεις έχουν κάποιο είδος περιορισμού δραστηριότητας, συμπεριλαμβανομένης της δυσκολίας στο περπάτημα, στο ντύσιμο, στο μπάνιο ή στην προετοιμασία γευμάτων. Οι περιορισμοί δραστηριότητας μπορεί να απαιτήσουν την ανάγκη για βοήθεια φροντίδας από την οικογένεια, τους φίλους ή τους αμειβόμενους συνοδούς. Επιπλέον, όσο περισσότερες χρόνιες παθήσεις έχει ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερες είναι οι ιατρικές του δαπάνες, προσθέτοντας επιπλέον επιβάρυνση στους ασθενείς και τις οικογένειες»*. Αυτά τα κόστη μπορούν να μειωθούν μέσω της βελτιωμένης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, η οποία περιλαμβάνει όχι μόνο θεραπεία, αλλά πρόληψη και διαχείριση χρόνιων ασθενειών. Ένα άτομο που λαμβάνει τακτική ιατρική περίθαλψη για μια χρόνια ασθένεια, λαμβάνει τακτική φροντίδα, καθοδήγηση και φαρμακευτική αγωγή για τη διαχείρισή της, είναι πιο ικανό να διαχειριστεί ένα επεισόδιο και έτσι είναι λιγότερο πιθανό να χρειαστεί μια δαπανηρή επίσκεψη στην εντατική ή μπορεί έχει περισσότερες πιθανότητες να παραμείνει λειτουργικό και να εκτελεί τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Τέλος, πολλοί άνθρωποι που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη εξακολουθούν να λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη, όχι μέσω τακτικών επισκέψεων σε γιατρούς, ή της προληπτικής φροντίδας και χρήσης φαρμάκων, αλλά με επισκέψεις σε τμήματα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου. Στην

πραγματικότητα, οι ανασφάλιστοι ασθενείς λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. (<https://readcommonground.com>)

Άρα το κράτος μεριμνά για την προαγωγή της υγείας και οργανώνει τις υπηρεσίες, τις παράγει, τις χρηματοδοτεί και τις διανέμει, με τρόπο τέτοιο ώστε να δημιουργούνται τρία βασικά συστήματα υγείας: Το δημόσιο, το Ιδιωτικό και το Μεικτό.

Η υγεία ως αγαθό, έχει κάποιες ιδιαιτερότητες, καθώς η ζήτηση μιας υπηρεσίας υγείας δεν μπορεί να προβλεφθεί και οι πολίτες δεν μπορούν να προγραμματιστούν οικονομικά για να ανταπεξέλθουν σε ένα ξαφνικό γεγονός, που μπορεί να σημαίνει μια πολύ δαπανηρή θεραπεία. Για αυτό το λόγο προβλέπεται η ασφάλιση, όμως δεν είναι εφικτό να προϋπολογιστούν οι ανάγκες σε υγειονομική περίθαλψη ώστε να υπολογιστεί το ανάλογο ασφάλιστρο για αυτό και ορίζεται ένα ενιαίο ποσό ασφαλιστρών ανάλογα με τον μέσο κίνδυνο (Ματσαγγάνης 2006). Έτσι θεωρείται πιο ορθό να συμμετέχουν με εισφορές με ποσοστό επί του εισοδήματός τους (Κυριόπουλος 2007).

Παράλληλα η υγεία, εξαρτάται από τους παρόχους της, δηλαδή τους επαγγελματίες υγείας, καθώς αυτοί θα παρέχουν οδηγίες για την θεραπευτική αγωγή που θα πρέπει να ακολουθήσουν οι ασθενείς, ενώ θα πρέπει να αναλάβουν για λογαριασμό των ασθενών, την κατάλληλη θεραπεία (Μαλλιαρού et al 2011) Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να δείξει επαγγελματισμό παρέχοντας τη μέγιστη δυνατή φροντίδα σύμφωνα με την τεχνογνωσία την πρόοδο των επιστημών και τους διαθέσιμους πόρους σε υλικά και ανθρώπινο δυναμικό (Stordeur and Roderfroid, 2009). Αυτό εγκυμονεί τον κίνδυνο να προκληθεί μια τεχνική ζήτηση, καθώς οι γιατροί επιλέγουν την θεραπευτική αγωγή του ασθενούς, υπάρχει ο κίνδυνος να επιλέξει μια αγωγή, υψηλότερης ποσότητας και κόστους από ότι θα διάλεγε ο ίδιος ο ασθενείς εάν είχε πλήρη πληροφόρηση και μπορούσε να επιλέξει ο ίδιος της αγωγή του (Τούντας 2010).

Σε όλες τις Ε.Ε. έχει επικρατήσει το μοντέλο της διαχείρισης της υγείας ως κοινωνικό αγαθό, που σημαίνει ότι κανένας πολίτης δεν αποκλείεται από τη χρήση της. (Ιωακείμογλου 2011)

### **1.3 Τα Συστήματα Υγείας**

Τα συστήματα υγείας και τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, είναι οι πιο σύνθετες και αλληλοεξαρτώμενες οντότητες που γνωρίζει η κοινωνία (Charns and Tewksbury 1993). Το

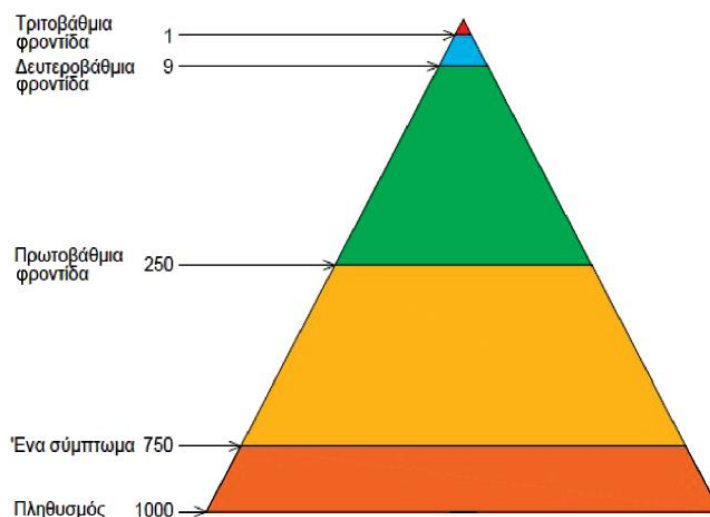
κάθε σύστημα υγείας έχει μια δομή η οποία εκφράζει την φιλοσοφία του γενικότερου συστήματος προστασίας σχετικά με τον τρόπο όπου η πολιτεία επιδιώκει να καλύψει τις κοινωνικές ανάγκες των πολιτών. Η δομή του προσδιορίζεται σύμφωνα με τον πως θα μπορέσει να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών απέναντι στον κοινωνικό κίνδυνο της ασθένειας, του ατυχήματος ή της ανικανότητας του ατόμου. Τα συστήματα κοινωνική ασφάλισης τύπου Bismark, έχουν σαν κύριο άξονα αναφοράς την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών σύμφωνα με την εργασία, ώστε δηλαδή να καλύπτονται κυρίως οι εργαζόμενοι. Ενώ το σύστημα υγείας τύπου Beveridge, έχει σαν άξονα αναφοράς της κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται με γνώμονα τη λογική δικαιωμάτων και υποχρεώσεων ανάμεσα στους πολίτες και το κράτος. Από την άλλη στο φιλελεύθερο σύστημα υγείας, ο ρόλος του κράτους αναφορικά με την κάλυψη των αναγκών των πολιτών βασίζεται στη παροχή υπηρεσιών υγείας μόνο στους πολίτες που δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας την αγορά και κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση (Goerke 2000)

Η ολοκλήρωση, βρίσκεται στο επίκεντρο της θεωρίας των συστημάτων και είναι κεντρική έννοια στο σχεδιασμό και την απόδοση του οργανισμού (Scot 1992). Όλα τα συστήματα και οι οργανισμοί, είναι σε κάποιο βαθμό ιεραρχικές δομές που αποτελούνται από ξεχωριστά αλλά και αλληλένδετα στοιχεία, τα οποία έχουν συμπληρωματικούς ρόλους ώστε να εκπληρώσουν τα κοινά καθήκοντα που έχουν (Pfeffer 1982). Για να μπορέσει να επιτευχθεί η εκπλήρωση των στόχων του συστήματος, απαιτείται η συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων του οργανισμού (Galbraith 1973).

### ***1.3.1 Δομή, λειτουργία και στόχοι των Συστημάτων Υγείας***

Για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, καθοριστική ήταν η δημοσίευση των White, Williams και Greenberg (1961), όπου οι μελετητές είχαν συγκεντρώσει δεδομένα από τις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο παράλληλα με τα αποτελέσματα της έρευνάς του στη Βόρεια Καρολίνα για την συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τον γενικό πληθυσμό. Η έρευνά τους κατέδειξε ότι σε ένα πλήθος 1000 ατόμων ενηλίκων στις ΗΠΑ και το ΗΒ, σε βάθος ενός μήνα ένα μεγάλο ποσοστό 750 ατόμων θα βιώσουν κάποιο επεισόδιο ασθένειας, από τους οποίους οι 250 θα απευθυνθούν σε έναν γιατρό, από αυτούς οι 9 θα εισαχθούν στο νοσοκομείο, 5 από αυτούς θα παραπεμφθούν σε ένα δεύτερο γιατρό και τέλος 1 άτομα θα παραπεμφθεί σε πανεπιστημιακό ιατρικό κέντρο. Οι εκφράσεις

πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα δεν αναφερόταν στην εργασία τους, αλλά αυτή αποτέλεσε τη βάση για την οργάνωση των δομών σε αυτές τις τρεις βαθμίδες.



Εικόνα 1

Η πυραμίδα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, των White, Williams και Greenberg (1961)

Πηγή: (Φιλαλήθης 2021a)

Η διακήρυξη τη Άλμα -Άτα, καθιέρωσε την ΠΦΥ ήδη από το 1978 ως το βασικό πυλώνας των υπηρεσιών υγείας. Αργότερα το 2018, η Διακήρυξη της Αστάνα, επιβεβαίωσε αυτές τις αρχές και επικαιροποίησε το περιεχόμενό της. (Φιλαλήθης, 2021a) Στόχος ήταν η επιβεβαίωση των πρακτικών της Άλμα-Άτα και η υιοθέτησή τους από το σύνολο των κρατών και να γίνει η κατάλληλη πρόληψη για τις προκλήσεις που παρουσιάζονται στο άμεσο μέλλον (Μαλαβάζος et al 2019; Chokshi and Cohen 2018).

Είναι κατανοητό ότι η χάρτα, θέτει την καθιέρωση μιας υγιούς δημόσιας πολιτικής ως θέμα προτεραιότητας το οποίο όμως απευθύνεται στις αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου, όπου οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας φέρουν την ευθύνη για τις παρεμβάσεις σε επίπεδο πληθυσμού και είναι ξεκάθαρα διακριτή υπηρεσία, κάτω από την εποπτεία, άμεση ή έμμεση του εκάστοτε Υπουργείου Υγείας της κάθε χώρας (Φιλαλήθης, Φωτόπουλος και Τρομπούκης 2020).

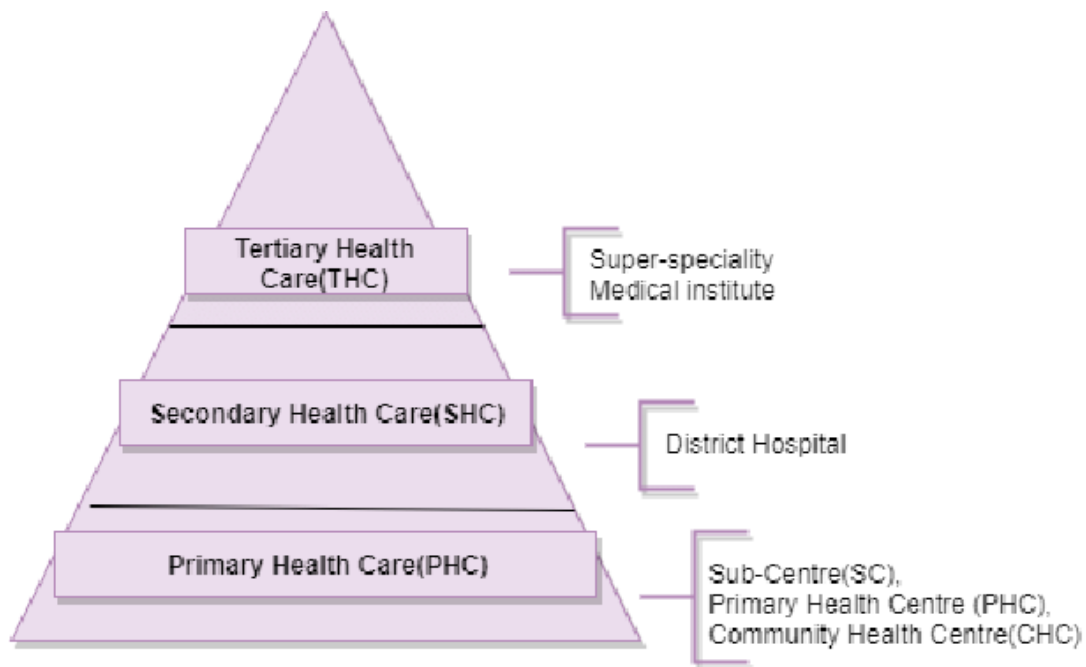
Θεμελιώδη αρχή της ΠΦΥ είναι η θεώρηση της υγείας ως κοινωνικό δικαίωμα, βάση της οποίας προκύπτει ότι είναι βασική υποχρέωση του κράτους να παρέχει ενιαία και συνεχή

κάλυψη των αναγκών περί της υγείας των πολιτών, χωρίς διακρίσεις λόγω κοινωνικών, οικονομικών, θρησκευτικών ή φυλετικών διαφορών. Στόχος μέσω της ΠΦΥ είναι η καταπολέμηση των ανισοτήτων σε θέματα υγείας, η οριζόντια και ορθά οργανωμένες υπηρεσίες υγείας όπου με τη συμμετοχή της κοινότητας θα λαμβάνονται αποφάσεις σχετικές με την υγεία. Προέκταση αυτή της θέση είναι και ο επαναπροσδιορισμός της έννοιας της ΠΦΥ το 2008 από τον ΠΟΥ, όπου τονίστηκε η σημασία του πλαισίου που δίνεται μέσω της ΠΦΥ για την προαγωγή και την πρόληψη της δημόσιας υγείας, όπου συνδυαστικά με τη θεραπεία και τη φροντίδα με τρόπο που είναι κοινωνικά αποδεκτός, ασφαλής και αποτελεσματικός, γίνεται φορέας της αλληλεπίδρασης μεταξύ του συστήματος υγείας και των πολιτών (WHO 2008)

Η ΠΦΥ, όπως ορίζεται από την παγκόσμια διακήρυξη, θα πρέπει να είναι προσιτή από όλους του πολίτες, ισότιμη χωρίς διακρίσεις, να είναι αποτελεσματική, άμεσα διαθέσιμη με προσιτό κόστος παρέχοντας υπηρεσίες υψηλής ποιότητας με υψηλό δείκτη ασφάλειας. (WHO 2018) Από την άλλη είναι μια πολύπλοκη διαδικασία καθώς οι πάροχοι ΠΦΥ, θα πρέπει αν μπορούν να ακολουθούν τις εξελίξεις και να ανταποκρίνονται στις αυξανόμενες ανάγκες και να προσαρμόζονται στις αλλαγές που συντελούν την κοινωνία (Hone, Macinko and Millett 2018).

Στόχος των συστημάτων υγείας όλων των αναπτυγμένων χωρών είναι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, για να μπορούν να ανταποκρίνονται στις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες και προσδοκίες των χρηστών – πολιτών τους. Η μέριμνα αυτή είναι πρωταρχικής προτεραιότητας για τις διοικήσεις των μονάδων αυτών, καθώς με αυτό το τρόπο μπορούν να υιοθετηθούν διάφορες πρακτικές ποιότητας κατά την λειτουργία των υγειονομικών δομών, οι οποίες ελαχιστοποιούν από τη μία τα ιατρικά λάθη, αυξάνουν την εμπιστοσύνη που νοιώθει ο ασθενής, ενώ από την άλλη περιορίζουν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και αυξάνουν την αποδοτικότητα των εργαζομένων (Μαλλιαρού, Σαράφης και Ζυγά 2009).

Η φροντίδα υγείας θα πρέπει να παρέχεται με τέτοιο τρόπο, όπου θα καλύπτει τις ειδικές ανάγκες του πληθυσμού και με τρόπο που να δημιουργεί, μεταξύ αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες και αυτών που τις δέχονται (Higgs, Bayne and Murphy 2001).



*Εικόνα 2*

#### Διάκριση των επιπέδων Υγείας

Πηγή: (Ganiga et al 2018)

Σε κάθε σύστημα υγείας, οι υπηρεσίες ταξινομούνται σε διαφορετικές κατηγορίες ανάλογα με το έργο που παράγουν. Στο παρελθόν, η ταξινόμηση αυτή αφορούσε 2 βασικές κατηγορίες: τη νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη & την εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή περίθαλψη. Τα τελευταία όμως έτη, με την ανάπτυξη της πρόληψης & της γενικότερης ιατροκοινωνικής φροντίδας, έχει καθιερωθεί διεθνώς διαφορετικός τρόπος ταξινόμησης σε 3 κατηγορίες ή επίπεδα υπηρεσιών υγείας: το πρωτοβάθμιο, το δευτεροβάθμιο & το τριτοβάθμιο επίπεδο. Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνει τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.). Οι υπηρεσίες αυτές, που αφορούν τόσο τον υγιή όσο, και τον άρρωστο πληθυσμό, σκοπεύουν στη θεραπεία, την πρόληψη και την φροντίδα για κάθε περίπτωση που δεν απαιτείται η νοσηλεία στο νοσοκομείο. Η Π.Φ.Υ. παρέχεται από υπηρεσίες, που καλύπτουν μικρές ομάδες του πληθυσμού. Συχνά στο Πρωτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνεται και η αυτοφροντίδα. Το δευτεροβάθμιο επίπεδο, περιλαμβάνει τη νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται από τοπικά, μικρού ή μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία. Στα νοσοκομεία αυτά συνήθως υπάρχουν οι βασικές

ειδικότητες(παθολογία, χειρουργική, παιδιατρική, γυναικολογία) & τα βασικά εργαστήρια(μικροβιολογικό, ακτινολογικό). Σε ορισμένες περιπτώσεις, λειτουργούν επιπρόσθετες ειδικότητες και εργαστήρια. Το τριτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνει τη νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται από μεγάλα γενικά νοσοκομεία. Η ύπαρξη στα νοσοκομεία αυτά όλων των ιατρικών ειδικοτήτων, καθώς & η δυνατότητα κάλυψης κάθε σπάνιας ή ειδικευμένης ανάγκης, καθιστά εφικτή την αντιμετώπιση κάθε οπουδήποτε θεραπευτικού προβλήματος

Γι' αυτό και τα τριτοβάθμια νοσοκομεία, είναι συνήθως τα περιφερειακά νοσοκομεία, που καλύπτουν το σύνολο του πληθυσμού μιας περιφέρειας. Στο τριτοβάθμιο επίπεδο υπάγονται επίσης πανεπιστημιακά νοσοκομεία, που αναπτύσσουν εξειδικευμένη εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα, καθώς και οι ειδικές μονάδες, όπως είναι τα καρδιοχειρουργικά κέντρα ή τα κέντρα μαστού κ.α Η σωστή οργάνωση ενός συστήματος υγείας, προϋποθέτει τη λειτουργική διασύνδεση των 3 επιπέδων. Η λειτουργική διασύνδεση επιτρέπει την καλύτερη δυνατή επιστημονική διαχείριση του ασθενούς αυξάνοντας την ικανοποίηση του & περιορίζοντας ταυτόχρονα το χρόνο και τις δαπάνες περίθαλψης. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της διασύνδεσης στον περιορισμό της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Σύγχρονες προνοσοκομειακές & μετανοσοκομειάκες υπηρεσίες είναι σε θέση να αποσυμφορήσουν δαπανηρή νοσοκομειακή λειτουργία, περιορίζοντας τον αριθμό εισαγωγών, καθώς & τη μέση διάρκεια νοσηλείας. Σημαντικό ρόλο σε κάθε περίπτωση, διαδραματίζει η ύπαρξη συστήματος παραπομπών για εισαγωγή στο νοσοκομείο. Σε πολλά συστήματα υγείας, τον έλεγχο για παραπομπή στα νοσοκομεία, τον ασκεί ο οικογενειακός ιατρός, που λειτουργεί ως «φίλτρο». Ήδη από τον περασμένο αιώνα νοσηλεύτριες εργάζονταν σε εργοστάσια, σχολεία, νοσήλευαν ασθενείς στο σπίτι τους. Από αυτές κατάγονται οι επισκέπτριες υγείας (Health Visitors), οι κοινοτικές νοσηλεύτριες (District Nurses), οι νοσηλεύτριες επαγγελματικής υγείας (Occupational Health Nurses), οι σχολικές νοσηλεύτριες (School Nurses). Με εξαίρεση τις επισκέπτριες υγείας, οι υπόλοιπες νοσηλεύτριες ασχολούνταν με τη φροντίδα του ασθενούς ανθρώπου (Mechanic and Rochefort, 1996).

### ***1.3.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας***

Το Σύστημα Υγείας διακρίνεται σε τρία επίπεδα, την Πρωτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας, την Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας



διακρίνεται στην παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και περιλαμβάνει τόσο διαγνωστικές, όσο και θεραπευτικές υπηρεσίες. (Ντάνου και Ντάνου 2008).

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata (1978) η οποία υιοθετήθηκε από τα κράτη μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και τη Unicef, η ΠΦΥ ορίζεται ως « η βασική φροντίδα της υγείας η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες, προσιτές από όλα τα άτομα της κοινότητας μέσω της ενεργού συμμετοχής τους και οικονομικά προσιτές από το κράτος ή την τοπική κοινωνία, μεθόδους και τεχνολογίες». Με τη διακήρυξη αυτή, αναδείχθηκε η σημασία της πρόληψης και της αγωγής υγείας και η συμμετοχή του πολίτη και της κοινότητας για την αντιμετώπιση της ασθένειας και την βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας μέσα από μια οργανωμένη διατομεακή δράση. (Καραθάνος και Τασιώνη 2015)

Οι δραστηριότητες της ΠΦΥ είναι αρκετά διευρυμένες πέρα από την πρόληψη και καταπολέμηση των ασθενειών, καθώς αφορούν γενικά την προώθηση της υγείας τον πληθυσμό. Αυτό περιλαμβάνει και την προώθηση της σωστής διατροφής, τη παροχή μέτρων βασικής υγιεινής, τη φροντίδα για τις μητέρες και τα παιδιά, τον εμβολιασμό, την κατάλληλη θεραπεία και ορθή χορήγηση φαρμάκων και την εκπαίδευση σχετικά με θέματα υγείας, καθώς και τα μέτρα πρόληψης ή θεραπείας ασθενειών. Αυτές οι δραστηριότητες συγκεντρώνονται 4 άξονες, με στόχο την προαγωγή της δημόσιας υγείας, της διατροφής της θεραπείας, της αποκατάστασης και τη προαγωγή γενικά του περιβάλλοντος. Η οργανωτική και λειτουργική θέση που κατέχει στο ευρύτερο Σύστημα υγείας, τη φέρει ως βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος, με διατομεακή δράση και ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας, όπου ο γενικός – οικογενειακός γιατρός κατέχει σημαντική θέση και έχει διευρυμένο ρόλο. Στόχος είναι η πρόληψη, η διάγνωση και η θεραπεία της υγείας, η αποκατάστασή της και η εκτίμηση των αναγκών υγείας, μειώνοντας τις ανισότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας παρακολουθώντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Πιερράκος 2015).

Τα άτομα στην κοινότητα στηρίζονται στην παροχή των υπηρεσιών που παρέχονται από τη ΠΦΥ και αφορούν την υγειονομική περίθαλψη (Loomis 1960). Οι πολίτες συμμετέχουν, ενημερώνονται και καθοδηγούνται από το προσωπικό που εργάζεται στις υπηρεσίες ΠΦΥ (Walsh and Warren 1980). Κατά την εφαρμογή του συστήματος υπηρεσιών που παρέχονται από την ΠΦΥ είναι σημαντικό η μέτρηση της απόδοσης και η αξιολόγηση των

αποτελεσμάτων, με στόχο την διατύπωση διορθωτικών κινήσεων και βελτιώσεων (Higg and Gustafsou 1985) Για να μπορεί αυτό να είναι εφικτό θα πρέπει να γίνεται μια ευρύτερη αξιολόγηση του επιπέδου Υγείας της τοπικής κοινωνίας, σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες της κοινωνίας αυτής, την οργάνωση και το επίπεδο υπηρεσιών του Συστήματος Υγείας και Περίθαλψης και τους παράγοντες που συμβάλλουν στον καταμερισμό των πόρων στις διάφορες υπηρεσίες (Klainberg et al 1998) Το κύριο κριτήριο όσο αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας, δεν θα πρέπει να είναι το εισόδημα του αλλά οι υγειονομικές ανάγκες του για αυτό θα πρέπει να ισχύει η αρχή της ισότητας και όχι του αποκλεισμού, όσο αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στη συνεδρίαση της Alma-Ata έκανε δεκτό ότι: *«Η Π.Φ.Υ είναι βασική φροντίδα υγείας, που στηρίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές, μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των ατόμων και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που ανταποκρίνεται στις οικονομικές δυνατότητες της κοινότητας και της χώρας σε κάθε στάδιο ανάπτυξης, σύμφωνα με το πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης»* (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008).

Από τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι η ΠΦΥ λειτουργεί και ως ρυθμιστής του συστήματος υγείας καθώς επιτρέπει ην είσοδο των πολιτών στο σύστημα, ελέγχει τη ροή των ασθενών προς τις λοιπές υπηρεσίες διάγνωσης, θεραπείας, νοσηλείας, εστιάζοντας στην ευρύτερη προαγωγή της υγείας, μέσω της συνεργασίας λοιπών επαγγελματικών υγείας. Έτσι λειτουργεί και ως μηχανισμός ελέγχου των δαπανών για την υγεία και ορθολογικού σχεδιασμού για τις νοσοκομειακές δομές (Πιερράκος 2015).

### ***1.3.3 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας***

Το ελληνικό σύστημα υγείας ξεκίνησε να δημιουργείται αρκετά μετά από τη δημιουργία των άλλων ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας, μόλις τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Οι αργοί αυτοί ρυθμοί ανάπτυξης οφείλονται σε πολιτικούς και οικονομικούς λόγους, καθώς τα χρήματα χρησιμοποιούνταν για στρατιωτικό εξοπλισμός λόγω των Παγκοσμίων Πολέμων, του Εμφυλίου Πολέμου, της Μικρασιατικής Καταστροφής και της δικτατορίας. Μόλις το 1836 δημιουργήθηκαν τα πρώτα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ το σύστημα υγείας στηρίχθηκε στη μίμηση μοντέλων υγείας άλλων χωρών, χωρίς να αξιολογηθούν οι ανάγκες της ελληνικής

κοινωνίας και να διαμορφωθεί ένα σύστημα υγείας που να καλύπτει τις ανάγκες των πολιτών (Θεοδώρου και Μητροσύλη 1999)

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μικτό διότι ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές των πολιτών και ένα άλλα μέρος από τη φορολογία, και βασίζεται κατά το πλείστον στην υποχρεωτική ασφάλιση. Διακρίνεται στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα ο οποίος συμμετέχει στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και στις παρέχει υπηρεσίες υγείας (Αδαμακίδου 2008).

Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, όσο αφορά την ΠΦΥ περιλαμβάνει τα Κέντρα Υγείας – Ιατρεία και Πολυϊατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία, τις κλινικές ημέρας, τα δημοτικά ιατρεία, τα ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια και την κατ'οίκον φροντίδα και αυτοφροντίδα. Τα εξωτερικά ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων επιβαρύνονται με την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ τα δημοτικά ιατρεία είναι μονάδες της τοπικής αυτοδιοίκησης που στεγάζονται σε κτίρια των Δήμων και χρηματοδοτούνται από αυτούς και παρέχουν σε τοπικό επίπεδο κυρίως διαγνωστικές υπηρεσίες, φροντίζουν τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και υποστηρίζουν τη λειτουργία βασικών ιατρικών ειδικοτήτων, όπως παθολόγου, ορθοπαιδικού, φυσικοθεραπευτή κλπ. Υποστηρίζονται από τα δημόσια νοσοκομεία για τις βασικές ιατρικές εξετάσεις και παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες. Τα ιδιωτικά ιατρεία και ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας, εισήλθε την αγορά, καλύπτοντας ελλείψεις του δημοσίου για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και διαγνωστικές εξετάσεις υψηλής τεχνολογίας. Η μακροχρόνια φροντίδα έρχεται να καλύψει τις ανάγκες που προκύπτουν από χρόνιες νόσους, που είναι η σημαντικότερη πρόκληση που αντιμετωπίζει το κάθε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι πάσχοντες από χρόνιες παθήσεις, επιβιώνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα αλλά χρειάζονται συνεχή φροντίδα. Σε αυτό το πλαίσιο αναπτύσσονται και οι υπηρεσίες φροντίδας ασθενών με μακροχρόνιες παθήσεις κατ'οίκον. Αυτές διακρίνονται σε Υπηρεσίες Υγείας του Συστήματος Υγείας και σε υπηρεσίες βοήθειας το σπίτι, που στηρίζονται από το Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας ή στις Υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας. Για να είναι πετυχημένο ένα σύστημα ΠΦΥ θα πρέπει να μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες που να είναι άμεσα διαθέσιμες και προσβάσιμες από τον πολίτη 24ώρες την ημέρα. Η ΠΦΥ είναι το πρώτο μέρος του Συστήματος Υγείας με το οποίο ο πολίτες έρχεται σε επαφή και λόγω του ότι δεν ξεπερνά τα 2.500 άτομα ανά κόμβο πρωτοβάθμιας φροντίδας, δίνεται η δυνατότητα να καταγραφεί ο πληθυσμός, να προσδιοριστεί η νοσηρότητα και να εκτιμηθούν ποιοτικοί και ποσοτικοί δείκτες υγείας. Έτσι αποτελεί την βάση για την ανάπτυξη της πολιτικής για την προληπτική ιατρική. Η

συμβολή της ΠΦΥ είναι πολύ σημαντική καθώς εκτιμώντας τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, μειώνει τις ανισότητες και επιτυγχάνει την παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών συμβάλλοντας στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των τοπικών κοινωνιών (Πιερράκος 2015).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται συγκεκριμένα από τους εξής φορείς:

α) το ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Εξωτερικά Ιατρεία στα νοσοκομεία (πρωϊνά ή απογευματινά). Αυτοί οι φορείς παρέχουν υπηρεσίες όπου μπορούν να έχει πρόσβαση κάθε πολίτης, ασφαλισμένος, αλλά και μη ασφαλισμένος, στη περίπτωση που υπάρχει έκτακτο περιστατικό.

β) τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία (Ζηλίδης 2005).

Κατά το 2020, υπολογίστηκε ότι στο ΕΣΥ υπάγονται 125 Νοσοκομεία, 201 Κ.Υ (ντρα Υγείας και 1487 Περιφερειακά Ιατρεία που λειτουργούν σε αγροτικές περιοχές στην περιφέρεια και περίπου 200 πρώην Πολυιατρεία του ΙΚΑ που λειτουργούν σε αστικές περιοχές. Αυτά, πρόσφατα, με τον αντίστοιχο νόμο, εντάχθηκαν στο ΕΣΥ και μαζί τους εντάχθηκαν και τα Κέντρα Υγείας, που πλέον αποτελούν το Π.Ε.Δ.Υ. (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας. Σε αυτό το δίκτυο θα πρέπει να συμπεριλάβουμε και τις 127 Το.Μ.Υ (Τοπικές Μονάδες Υγείας). Η χώρα διακρίνεται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες οι οποίες εντάσσονται και αυτές στο ΕΣΥ και ασκού ρόλο τόσο συντονιστικό όσο και εποπτικό και όχι τόσο διοικητικό, αφού το Υπουργείο Υγείας και οι Διοικητές και τα Διοικητικά Συμβούλια που ορίζονται από το αυτό, ασκούν τη διοίκηση στα νοσοκομεία και στα Κ.Υ, τα οποία διοικητικά και αυτά ανήκουν στις ΥΠΕ (<https://m.naftemporiki.gr>).

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία που επιβάλλεται κυρίως μέσω της μισθοδοσίας αλλά και από την κοινωνικής ασφάλιση που προσφέρεται για την αγορά των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται. Σημαντική αλλαγή που έχει γίνει στη δομή του συστήματος και αφορά την χρηματοδότηση, είναι η ενοποίηση των διαφόρων κλάδων υγείας ασφαλιστικών ταμείων και η δημιουργία ενός ενιαίου φορέα χρηματοδότησης του ΕΟΠΠΥ.

Ωστόσο οι μελετητές τονίζουν την ανάγκη ανασυγκρότησης του ΕΣΥ καθώς παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα υποχρηματοδότησης, υποστελέχωσης και κακής διοίκησης, μη ορθή κατανομή τόσο των υλικών όσο και των ανθρώπινων πόρων, γεγονός που προκαλεί άνιση κατανομή των υγειονομικών αναγκών, αλλά και μη κάλυψή τους.

#### **1.4 Η Νοσηλευτική Επιστήμη ως αναπόσπαστο μέρος του Συστήματος Υγείας**

Η νοσηλευτική επιστήμη, σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής (ICN – International Council of Nurses) ορίζεται ως μια επιστήμη υγείας, που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του Συστήματος Υγείας καθώς ενσωματώνει τόσο την προαγωγή της δημόσιας υγείας, όσο και την πρόληψη της ασθένειας, την νοσηλευτική φροντίδα ασθενών ή αναπήρων ή ατόμων στο τελικό στάδιο της ζωής του, σε όλα τα επίπεδα φροντίδας και σε κάθε δομή υγείας. *«Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη υγείας, αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγείας. Ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και τη νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων, των αναπήρων και των ατόμων στο τελικό στάδιο της ζωής τους ως βιοψυχοκοινωνικών ανθρωπίνων υπάρξεων όλων των ηλικιών, σε όλες τις δομές και τα επίπεδα φροντίδας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια φροντίδα, κέντρο υγείας, κοινότητα, σπίτι, χώρος εργασίας, σχολείο). Οι νοσηλευτικές πράξεις και παρεμβάσεις απευθύνονται στο άτομο, την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο, με έκδηλα ή επικείμενα προβλήματα υγείας. Η νοσηλευτική υπηρεσία εκτείνεται από την προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας μέχρι τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου και έως τη συμμετοχή σε προγράμματα βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού. Επίσης, έχει την πρωταρχική ευθύνη για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στους πολίτες»* Ο ορισμός αυτός προσδίδει με ένα τρόπο περιεκτικό, μέσω του ορισμού της νοσηλευτικής, τον πολυδιάστατο ρόλο που έχει ο νοσηλευτής (Ραγιά 1995).

Παράλληλα η νοσηλευτική περιλαμβάνει την αυτόνομη και συνεργατική φροντίδα ομάδων, οικογενειών, κοινοτήτων και ομάδων κάθε ηλικίας, ασθενών ή μη, σε όλα τα περιβάλλοντα. Περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και τη φροντίδα των ασθενών, αναπήρων και ετοιμοθάνατων. (ICN 2002) Βασική μέριμνα του νοσηλευτή είναι η συνηγορία και η προαγωγή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τον ασθενή, η συνεχή εκπαίδευσή του αλλά και η έρευνα και συμμετοχή στη διαμόρφωση των διαφόρων πολιτικών υγείας και η διαχείριση των διαφόρων συστημάτων υγείας. (ICN 1988).

Μέσα σε αυτό το τόσο διευρυμένο φάσμα αρμοδιοτήτων, σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών (American Nurses Association, ANA 1980) τα θέματα που κυρίως απασχολούν τους νοσηλευτές είναι οι ατομικές, ομαδικές ή οικογενειακές «ανταποκρίσεις σε πραγματικά ή πιθανά προβλήματα υγείας» (Lynn 2009) Οι δράσεις τους εστιάζονται στην αποκατάσταση της υγείας είτε σε ένα μεμονωμένο περιστατικό ως την ανάπτυξη

πολιτικής για την προώθηση της μακροπρόθεσμης υγείας ενός πληθυσμού. Επίσης μέσα στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή είναι η προαγωγής και της αυτοφροντίδας των ατόμων

Η μοναδική λειτουργία των νοσηλευτών όσο αφορά την φροντίδα των ατόμων, ασθενών και μη, είναι να αξιολογούν τις αντιδράσεις τους στην κατάσταση της υγείας τους και να τους βοηθούν στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συμβάλλουν στην υγεία ή την ανάρρωση ή τον αξιοπρεπή θάνατο και τους βοηθούν να εκτελέσουν τις δραστηριότητες αυτές που θα έκαναν χωρίς εξωτερική βοήθεια, εάν είχαν την απαραίτητη δύναμη, θέληση ή γνώση, και δρουν με τέτοιο τρόπο ώστε τους βοηθούν να αποκτήσουν πλήρη ή μερική ανεξαρτησία σε όσο το δυνατόν συντομότερο χρονικό διάστημα (Henderson 1977)

Για την επίτευξη του έργου του καλούνται να συνεργαστούν και με άλλους επαγγελματίες και υπηρεσίες υγείας. Εντός του συνολικού περιβάλλοντος υγειονομικής περίθαλψης, οι νοσηλευτές μοιράζονται με άλλους επαγγελματίες υγείας, σε άλλους τομείς της δημόσιας υπηρεσίας, τις λειτουργίες σχεδιασμού, υλοποίησης και αξιολόγησης για να διασφαλίσουν την επάρκεια του συστήματος υγείας για την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη από ασθένειες και τη φροντίδα των ασθενών και των ατόμων με ειδικές ανάγκες (ICN 1987)

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η νοσηλευτική αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ο νοσηλευτής είναι το άτομο που έχει ολοκληρώσει ένα πρόγραμμα βασικής γενικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης και ο οποίος είναι εξουσιοδοτημένο από την αρμόδια ρυθμιστική αρχή να ασκεί τη νοσηλευτική στη χώρα του. Η βασική νοσηλευτική εκπαίδευση είναι ένα επίσημα αναγνωρισμένο πρόγραμμα σπουδών που παρέχει μια ευρεία και υγιή βάση στις επιστήμες της συμπεριφοράς, της ζωής και της νοσηλευτικής για τη γενική πρακτική της νοσηλευτικής, για ηγετικό ρόλο και για μετα-βασική εκπαίδευση για ειδικότητα ή προχωρημένη νοσηλευτική πρακτική. Η νοσοκόμα είναι προετοιμασμένη και εξουσιοδοτημένη :

1) να ασχολείται με το γενικό πεδίο της νοσηλευτικής πρακτικής, συμπεριλαμβανομένης της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης ασθενειών και της φροντίδας σωματικά ασθενών, ψυχικά ασθενών και ατόμων με αναπηρία όλων των ηλικιών και σε κάθε υγειονομική περίθαλψη και άλλες ρυθμίσεις κοινότητας·

2) να πραγματοποιήσει τη διδασκαλία της υγειονομικής περίθαλψης

3) να συμμετέχει πλήρως ως μέλος της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης

4) να επιβλέπει και να εκπαιδεύει βοηθούς νοσηλευτικής και υγειονομικής περίθαλψης· και

5) να συμμετέχουν στην έρευνα. (ICN 1987)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.**

### **2.1 Βασικές Αρχές της Μετανοσοκομειακής Φροντίδας**

Η μετανοσοκομειακή ιατρική συνδέεται με την μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Η Μετανοσοκομειακή φροντίδα, περιλαμβάνει την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, η οποία μπορεί να λειτουργεί στα πλαίσια μιας αυτόνομης υπηρεσίας ή αποτελεί τμήμα μιας κλινικής. Η εξωνοσοκομειακή φροντίδα αφορά ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, που περιλαμβάνει είτε την διαχείριση υπαρχόντων συμπτωμάτων είτε την παρακολούθηση του ασθενή που έχει πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο, για ένα διάστημα ή για το υπόλοιπο της ζωής του. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αποτελεί συνέχεια της ιατρικής φροντίδας και έχει σε επαφή τον ασθενή με το ιατρικό σύστημα, ενώ παράλληλα δίνει ευελιξία στην αξιολόγηση και τη διαχείριση των συμπτωμάτων της ασθένειας, ενώ παρέχει την απαραίτητη ψυχοκοινωνική στήριξη που απαιτείται στον ασθενή. Παράλληλα, σύμφωνα με την EAPC (2009), αποτελεί σύνδεση του ασθενή με άλλες υπηρεσίες που προσφέρονται είτε στα πλαίσια της ιατρικής φροντίδας, είτε από την κοινότητα με στόχο την κοινωνική στήριξη του ασθενούς. Τέτοιες μπορεί να είναι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι, επαγγελματικές συμβουλές μέσω τηλεφώνου, περίθαλψη από κοινωνικές δομές κα. (Cherny and Radbrush, 2009))

Πολλοί ασθενείς, μετά από νοσηλεία από ασθένεια ή από τραυματισμό, χρειάζονται να τους παρέχεται συνεχή ιατρική φροντίδα, είτε σε εξειδικευμένη εγκατάσταση, είτε στο σπίτι. Η μετα-οξεία φροντίδα αφορά ένα σύνολο από υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης που σχετίζονται με την ανάρρωση του ατόμου από την ασθένεια αλλά και την διαχείριση της χρόνιας ασθένειας ή της αναπηρίας.

Η μετα-οξεία φροντίδα συμπεριλαμβάνει τόσο υπηρεσίες αποκατάστασης όσο και παρηγορητικής φροντίδας τις οποίες λαμβάνουν οι ασθενείς και σε πολλές περιπτώσεις αντικαθιστά την παραμονή που θα είχα σε ένα νοσοκομείο οξείας φροντίδας. Ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή και την ένταση της φροντίδας που αυτός χρειάζεται και τη θεραπεία, αυτή μπορεί να συμπεριλαμβάνει διαμονή του ασθενή σε μια εξειδικευμένη εγκατάσταση αποκατάστασης ή μια διαρκή θεραπεία που παρέχεται σε εξωτερικούς ασθενείς ή στην παροχή φροντίδας στο σπίτι (Μπερτοσιάν 2019).



Η ολοκληρωμένη φροντίδα, ορίζεται ως ένα συνεκτικό σύνολο από προϊόντα και υπηρεσίες, που παρέχονται από τοπικούς και περιφερειακού φορείς υγειονομικής περίθαλψης που συνεργάζονται (Hardy et al 1999).

## **2.2 Η Μετανοσοκομειακή Φροντίδα στην Ελλάδα**

Ανάλογα με το μοντέλο του συστήματος υγείας που έχει υιοθετήσει η κάθε χώρα προκύπτει και η μορφή και η έκταση των υπηρεσιών υγείας αλλά και κοινωνικής και οικιακής φροντίδας που προσφέρονται σε ηλικιωμένους ή άτομα με αναπηρία για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας μπορεί να παρέχεται σε πολλαπλά επίπεδα, αναλόγως των αναγκών του χρήστη της υπηρεσίας αλλά και των δυνατοτήτων της κάθε χώρας. Η Ελλάδα όσον αφορά τις υπηρεσίες αυτές, παρότι τα ποσοστά των ατόμων με περιορισμένη καθημερινή δραστηριότητα αλλά και των νοσούντων από άνοια είναι υψηλά, κατατάσσεται στις τελευταίες θέσεις των χωρών της Ευρώπης.

Τα προγράμματα που περιλαμβάνονται στο πλαίσιο της μετανοσοκομειακής φροντίδας στο πλαίσιο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, παρέχονται προς όλους τους πολίτες, είτε έχουν, είτε δεν έχουν κοινωνική ασφάλιση. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη συμπεριλαμβάνει ιατρικές επισκέψεις, παρακλινικές εξετάσεις αλλά και φυσικοθεραπείες και φάρμακα και γενικά οτιδήποτε ιατρική παρέμβαση που μπορεί να παρέχουν στον ασθενή, που κρίνεται απαραίτητη για την αποκατάσταση ή βελτίωση της υγείας του εκτός νοσοκομείου (Ιγνατιάδου, Αντωνίου και Κυπαρίση 2016)

Τα δίκτυα μετανοσοκομειακής φροντίδας εντάσσονται στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης φροντίδας που αφορά την οργάνωση και διαχείριση των υπηρεσιών που είναι σχετικές με τη διάγνωση, τη θεραπεία, την φροντίδα, την αποκατάσταση και γενικά τη προαγωγή της υγείας.

Ο θεσμός του γενικού ιατρού συμβάλλει σημαντικά στην επίτευξη των στόχων της ΠΦΥ, καθώς παρέχει ατομική φροντίδα στα πλαίσια της ΠΦΥ και συνεχή. Δεν υποκαθιστά την δευτεροβάθμια περίθαλψη αλλά συνεργάζεται με αυτή. Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού είναι και η παρακολούθηση του πληθυσμού με στόχο την πρόληψη κατά της ασθένειας και την ενημέρωσή του για θέματα σχετικά με τη δημόσια υγεία, αποτρέποντας την άμεση εισαγωγή σε κάποιο νοσοκομειακό ίδρυμα, συμβάλλει στον έλεγχο των ροών προς στο σύστημα υγείας, με παραπομπές προς άλλες ειδικότητες. Ο πολίτης λαμβάνει από τον οικογενειακό γιατρό από μια απλή συμβουλή μέχρι πλήρη καθοδήγηση για το πως θα

κινηθεί μέσα στο πολύπλοκο και σύγχρονο διευρυμένο σύστημα υγείας. (Φιλαλήθης και Κυριόπουλος 1996)

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ η χώρα ξοδεύει για μακροχρόνια φροντίδα μόλις το 1% της συνολικής δαπάνης για την υγεία, όταν το αντίστοιχο ποσοστό στην Ιταλία, μιας άλλης χώρας του ευρωπαϊκού νότου (κατά το μοντέλο Ferrera), ανέρχεται στο 10,2%, φτάνοντας πολύ κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο (10,4%). Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται από τον ιδιαίτερα χαμηλό αριθμό κλινών που είναι διαθέσιμες στην Ελλάδα (1,9 κλίνες /1000 κατοίκους έναντι του μέσου όρου των 45 κλινών/1000 κατοίκους της Ευρώπης) για την παροχή μακροχρόνιας φροντίδας υγείας (Μαλλιάρου και Σαράφης 2020)

Οι φροντιστές παρέχουν ουσιαστική υποστήριξη στο άτομο που χρήζει φροντίδας εκτελώντας τόσο απλές όσο και σύνθετες δραστηριότητες στην καθημερινότητα του. Η μακροχρόνια φροντίδα, για πολλά χρόνια, παρεχόταν αποκλειστικά από τις οικογένειές τους και τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Αυτό μπορεί να είχε κάποια πλεονεκτήματα για τις σχέσεις μεταξύ των εμπλεκόμενων προσώπων, δημιουργούσε όμως και πάρα πολλά προβλήματα με πιο σημαντικά τη σωματική και ψυχική κούραση από την πλευρά των ατόμων που παρείχαν την φροντίδα. Η σωματική και η ψυχολογική τους επιβάρυνση αποτελεί τα τελευταία χρόνια αντικείμενο έρευνας. Ωστόσο, η προετοιμασία τους και η παροχή στήριξης στο ρόλο τους δεν έχει καθιερωθεί στην κλινική πρακτική (Γκούβα και Κοτρώτσιου 2012)

Η μακροχρόνια φροντίδα δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού, ειδικά στην Ελλάδα, αποτελεί ένα πεδίο που πρέπει να προσεγγιστεί με κατάλληλη έμφαση και στοχοθεσία από τις αρχές και τους επαγγελματίες υγείας. Το έργο των τυπικών και άτυπων φροντιστών σαφώς είναι πολυσήμαντο με ιδιαιτερότητες και προκύπτουσες ανάγκες, που έχουν άμεση επίπτωση στην ποιότητα της μακροχρόνιας φροντίδας. Διεθνώς έχουν αναγνωριστεί από τους επιστήμονες και σε πολλές χώρες έχουν θεσπιστεί ήδη ποιοτικές υπηρεσίες για την υποστήριξή τους στα πλαίσια ενός οργανωμένου πλαισίου παροχής της φροντίδας. Οι φροντιστές υγείας, παρόλο που έχει αναγνωριστεί ο ρόλος και οι ανάγκες τους, εξακολουθούν να έχουν ελλιπή ενημέρωση για τις δυνατότητες και της υπηρεσίες υποστήριξης που έχουν θεσπιστεί για αυτούς ή ακόμη και αδυναμία προσβασιμότητας. Στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες και οι θεσμοί αυτοί βρίσκονται ακόμη σε πρώιμο στάδιο. Ωστόσο, τονίζεται ότι, στη χώρα μας η φροντίδα εκλαμβάνεται ως οικογενειακή υπόθεση. Οι άτυποι φροντιστές συνήθως μέλη της οικογένειας και αλλοδαπές γυναίκες

μετανάστριες, μάλλον υποκαθιστούν το έργο των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των νοσηλευτών, αποτελώντας καταλύτη της πορείας της υγείας των ασθενών, επηρεάζοντάς τη και συνάμα επηρεαζόμενοι από αυτήν. Μέσα από το βίωμα της ασθένειας επιβαρύνονται σωματικά και ψυχικά, ενώ καλούνται να αντιμετωπίσουν ποικίλες δυσκολίες σχετιζόμενες με ζητήματα επικοινωνίας, πληροφόρησης κι εκπαίδευσης. Αναδύεται η ανάγκη στήριξης της μακροχρόνιας τυπικής και άτυπης φροντίδας από κατάλληλες υπηρεσίες, εντασόμενη σε σαφή νομοθετικά πλαίσια. Η ανάπτυξη θεσμών υποστήριξης και συμβουλευτικής, τόσο των ατόμων που χρειάζονται φροντίδα, όσο και θεσμών υποστήριξης των φροντιστών είναι ιδιαίτερα σημαντική. Προϋπόθεση στην στήριξη των φροντιστών αποτελεί η εμπειριστατωμένη και ολοκληρωμένη ενημέρωση και εκπαίδευσή τους, ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του φροντιζόμενων και να αντιμετωπίσουν τη νέα πραγματικότητα για την οποία δεν ήταν αρχικά κατάλληλα προετοιμασμένοι. Παρόλα αυτά έχουν γίνει κάποια βήματα για την υποστήριξη ασθενών και φροντιστών. Έχουν θεσπιστεί δομές για υποστήριξη ασθενών στο σπίτι, έχουν αναπτυχθεί δίκτυα ενημέρωσης φροντιστών, ενώ υπάρχουν πλέον και αρκετά ιδιωτικά κέντρα παροχής υποστήριξης και φροντίδας. Τα τελευταία χρόνια έχουν επίσης αναπτυχθεί υπηρεσίες υποστήριξης και θεσμοί που αντικαθιστούν την άτυπη φροντίδα, αν και, σε πολλές περιπτώσεις, είναι οικονομικά απρόσιτες για πολλούς ασθενείς με αποτέλεσμα να προσφεύγουν ξανά στην άτυπη οικογενειακή φροντίδα. Παράλληλα απουσιάζει ο συνολικός σχεδιασμός και το όραμα παροχής μιας συνεχούς και ποιοτικής ολιστικής φροντίδας στα ανθρωποκεντρικά πρότυπα. Υπό αυτό το πρίσμα, ο νοσηλευτής με το σύνολο των αρχών και αξιών της νοσηλευτικής επιστήμης δύνανται να υποστηρίξει και να ενισχύει (Μπρέντα και Ρόμπολας 2019)

Στο πλαίσιο της μετανοσοκομειακής φροντίδας, εντάσσεται και η έννοια της αποκατάστασης. Ως αποκατάσταση ορίζεται η διαδικασία που ακολουθείται ώστε ένα άτομο να λάβει βοήθεια ώστε να μπορέσει να αναπτύξει στο μέγιστο, τόσο το φυσικό, ψυχικό και κοινωνικό δυναμικό του, όσο και το επαγγελματικό, εκπαιδευτικό και πολιτισμικό. Κατά την αποκατάσταση ενός ατόμου, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι περιορισμοί που τίθενται από την ίδια την φυσιολογία και την ανατομία της βλάβης, οι περιορισμοί από το ίδιο το περιβάλλον, των οικογενειακών και οικονομικών συνθηκών, αλλά και το πλάνο για τη ζωή του που έχει ορίσει το ίδιο το άτομο και οι επιθυμίες που έχει σχετικά με τη ζωή του. Σύμφωνα με την ΠΟΥ η αποκατάσταση είναι μια διαδικασία και μια πορεία, κατά την διάρκεια της οποίας γίνεται χρήση κάθε επαγγελματικής,

παιδαγωγικής, ιατρικής ή άλλης παρέμβαση με χρήση δημοσίων ή ιδιωτικών πόρων, με σκοπό να επανακτήσει το άτομο την ανεξαρτησία τους που έχασαν λόγω αρρώστιας, στέρησης ή τραυματισμού. Σκοπός της διαδικασίας είναι από τη μια να επισημάνει και από την άλλη να προβλέψει ή να ελαχιστοποιήσει τις ποικίλες αιτίες της ανικανότητας του ατόμου. Στόχος να χρησιμοποιήσει το άτομο τις ικανότητές του, να αποκτήσει ξανά την εμπιστοσύνη και την ορθή εκτίμηση για τον εαυτό του, αξιοποιώντας θετικές εμπειρίες μέσα από τους διάφορους κοινωνικούς ρόλους που αναλαμβάνει (Γαλατά, Ραπίδη και Πετροπούλου χχ).

### ***2.2.1 Επισκόπηση του θεσμικού πλαισίου της Μετανοσοκομειακής Φροντίδας στην Ελλάδα***

Αρχικά το Εθνικό Σύστημα Υγείας μεταπολεμικά, καθιερώθηκε με το Ν13987/1983 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας» καθώς με το νόμο αυτό έγινε μια προσπάθεια να ιδρυθεί και να αναπτυχθεί ένα κράτος πρόνοιας, που στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες είχε ήδη ξεκινήσει. Έτσι ιδρύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας και η ΠΦΥ. Δύο χρόνια αργότερα άρχισε η υλοποίηση των διατάξεων του νόμου για την ΠΦΥ με την ίδρυση των Κέντρων Υγείας με τη σύσταση μόνο κέντρων για την κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού και όχι και του αστικού, παρόλο που αυτό προβλεπόταν από το νόμο. Έκτοτε έχουν γίνει πλήθος μεταρρυθμίσεων. Δέκα χρόνια μετά, με το Ν 2071/1992, τα κέντρα υγείας απέκτησαν διοικητική και οικονομική ανεξαρτησία από τα νοσοκομεία και υπάχθηκαν κάτω από την διοίκηση της νομαρχίας, ενώ επιτράπηκε και η εισαγωγή ιδιωτικών φορέων στις παροχές υγείας. Με τον Ν.2194/1994, τα κέντρα υγείας συνδέθηκαν πάλι με τα νοσοκομεία ενώ δεν είχα τη δυνατότητα κατάρτισης αυτόνομου προϋπολογισμού. Με τον Ν. 2519/1997, αναπτύχθηκαν τα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τα περιφερειακά ιατρεία και τα πολυιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών. Επίσης ο Ν.2889/2001, εισήγαγε την συγκρότηση του συστήματος υγείας σε επίπεδο περιφέρειας, με τη διάκριση της χώρας σε 17 υγειονομικές περιφέρειες και τα Κέντρα Υγείας και τα Νοσοκομεία, εισήχθησαν ως ανεξάρτητες διοικητικές και υγειονομικές μονάδες στο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας. Ο νόμος για την ΠΦΥ ήρθε 3 χρόνια αργότερα Ν. 3235/2004 ενώ δέκα χρόνια μετά ψηφίστηκε ο Ν.4238/2014 όπου πλέον ορίζονται οι παροχές της ΠΦΥ μέσω των δομών του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), εισάγεται η έννοια του γενικού οικογενειακού γιατρού και καθορίζεται ο σχεδιασμός, η ανάπτυξης και η αξιολόγηση των υπηρεσιών της ΠΦΥ από τις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών.

Στο Ν.2889/2001, αναφέρεται η μετανοσοκομειακή φροντίδα στα πλαίσια οργάνωσης, διοίκησης και στελέχωσης των Πε.Σ.Υ. καθώς η παράγραφος α του άρθρου 3 ορίζει ότι σκοπός των Πε.Σ.Υ. είναι η « δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας, που θα εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία» (<https://www.e-nomothesia.gr>).

Ο Ν. 4486/ 2017 του Υπουργείου Υγείας, εισήγαγε σημαντικές μεταρρυθμίσεις με στόχο τη βελτίωση του Συστήματος Υγείας, ενώ είχε πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τη διακήρυξη της Astana, με γνώμονα την προώθηση της ισότητας, της δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης μέσω της καθολική κάλυψη των αναγκών για υπηρεσίες υγείας του πληθυσμού. Η ορθή διαχείριση της ΠΦΥ προσφέρει πολλαπλά οφέλη καθώς μειώνει το φόρτο εργασίας της δευτεροβάθμιας φροντίδας εξοικονομώντας πόρους είτε σε ανθρώπινο δυναμικό, είτε σε χρήματα (Μαλαβάζος et al 2019)

### Εθνική Νομοθεσία για το Εθνικό Σύστημα Υγείας

N. 4808/ 2001	ΦΕΚ 101/Α' 19.6.2021	Για την προστασία της εργασίας - Σύσταη της Ανεξάρτητης Αρχής "Επιθεώρησης Εργασίας" κύρωση σύμβασης 190 και 187 της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας -Ενσωμάτων οδηγίες Ε.Ε. 2019/1158 για την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και ιδιωτικής ζωής και άλλες επείγουσες ρυθμίσεις.
N. 4486/2017	ΦΕΚ 115/Α' 7.8.2017	Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις
N. 3868/2010	ΦΕΚ 129/Α' 3.8.2010	Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και κοινωνικής Αλληλεγγύης
N 3329/2005	ΦΕΚ 81/Α' 4.4.2005	Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις

N 292/2001	ΦΕΚ 131/A' 27.6.2001	Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π) και άλλες διατάξεις
N. 2889/2001	ΦΕΚ 37/A'2.3.200 1	Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
N. 2071/1992	ΦΕΚ 123/A'15.7.1 992	Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας
N. 1579/1985	ΦΕΚ 217/A'23.12. 1985	Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις

Η Εθνική Νομοθεσία για το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Πηγή: (<https://www.e-nomothesia.gr>)

### **2.2.2 Το Μοντέλο της Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Ελλάδα**

Η παροχή Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Ελλάδα παραμένει να μην είναι ολοκληρωμένο και να παρέχεται αποσπασματικά, τόσο ως προς το εύρος της εφαρμογής της, όσο και ως προς την χρηματοδότησή της γιατί δεν χρηματοδοτείται πλήρως από το κράτος. Η Ελλάδα δυστυχώς συμπεριλαμβάνεται στις χώρες που έχουν τόσο μικρό αριθμό ξενώνων όσο και περιορισμένες παροχές εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας. Αυτές παρέχονται συνήθως από Μη Κερδοσκοπικούς Οργανισμό, σε συνεργασία με εξωνοσοκομειακές δομές ή κατ' οίκον και κρίνονται περιορισμένες σε σχέση με τον πληθυσμό της Ελλάδας. (Lynch, Connor and Clark 2013)

Οι Μη Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες χρηματοδοτούνται συνήθως από χορηγούς. Έτσι η ανάπτυξη της ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα προχωρά με εμπόδια και αναπτύσσεται περιορισμένα. Ως εμπόδια αναγνωρίζεται η ελλιπής ενημέρωση, η μη ορθή αναγνώριση αυτού του είδους των υπηρεσιών από την νομοθεσία σε συνδυασμό με την απουσία ύπαρξης εξειδικευμένης νομοθεσίας ή οποία θα αναγνώριζε τις ανάγκες του πληθυσμού ως προς την παροχή Ανακουφιστικής Φροντίδας τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες, είτε εντός της κοινότητας είτε μέσα στις δομές και στα πλαίσια του Συστήματος Υγείας που παρέχεται από το δημόσιο. Επίσης η

περιορισμένη εκπαίδευση και κατάρτιση σε θέματα Ανακουφιστικής Φροντίδας, αλλά και μη επαρκή συμμετοχή σε αντίστοιχα εκπαιδευτικά και επιμορφωτικά σεμινάρια από τους επαγγελματίες υγείας του χώρου, που έχουν ως αποτέλεσμα να μην αναγνωρίζεται η Ανακουφιστική Αγωγή ως μέρος εξειδικευμένο μέρος της νοσηλευτικής ή της ιατρικής φροντίδας, ενώ σε συνδυασμό με την μειωμένη επιδότηση του κράτους προς τις δημόσιες δομές που υφίστανται και η έλλειψη κεντρικού συντονισμού των υπηρεσιών που λειτουργούν και αυτών που παρέχονται από τις ΜΚΟ και το περιορισμένο νομικό πλαίσιο σχετικά με την παροχή υπηρεσιών εθελοντικών στην Ελλάδα εντείνει τον περιορισμό της ενδυνάμωσης του θεσμού.

Οι πιο πολλοί φορές Ανακουφιστικής Φροντίδας στελεχώνονται από επαγγελματίες και εθελοντές και παρέχουν τις υπηρεσίες τους δωρεάν, σε πλήθος ασθενών με σοβαρές ή χρόνιες παθήσεις ή απειλητικές για την ζωή του ασθενούς, όπως ασθενείς με καρκίνο, ή νευρολογικές παθήσεις κλπ. Καθώς ο αριθμός των διαθέσιμων υπηρεσιών Εξειδικευμένης Ανακουφιστικής Φροντίδας, είναι περιορισμένος, η διαχείριση των προβλημάτων αυτών των ασθενών που πάσχουν από σοβαρές παθήσεις γίνεται κατά πλείστων από τα νοσοκομεία, ενώ επικεντρώνεται κυρίως στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ή του πόνου κατά το τελικό στάδιο της ασθένειας. Παράδειγμα είναι η φροντίδα που παρέχεται από τα ιατρεία πόνου που λειτουργούν σε διάφορα δημόσια νοσοκομεία, ενώ κάποια ιατρεία πόνου, παρέχουν επιπλέον υπηρεσίες που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως υπηρεσίες Γενικής Ανακουφιστικής Φροντίδας, ενώ στους περιπατητικούς ασθενείς παρέχουν υπηρεσίες και ψυχολογικής στήριξης. Διεθνώς τα ιατρεία πόνου, αναγνωρίζονται ως εξειδικευμένες δομές με στόχους διαφορετικούς από αυτούς που έχουν οι μονάδες Ανακουφιστικής Φροντίδας. Στην Ελλάδα κύριος σκοπός των ιατρείων πόνου, είναι αυτός αν αναφέρεται από το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας τους, όπου είναι «η εξειδικευμένη διάγνωση του αιτίου που προκαλεί τον πόνο και η αντιμετώπισή του». Η έννοια της αντιμετώπισης του πόνου, αποτελεί κύριο πεδίο μέριμνας της Ανακουφιστικής Φροντίδας αλλά αφορά το σύνολο της φιλοσοφίας που διέπει όλο το σύνολο των υπηρεσιών της καθώς αυτές συμπεριλαμβάνουν ένα πιο ευρύ φάσμα αντιμετώπισης τόσο οργανικών προβλημάτων και συμπτωμάτων όσο και ψυχοκοινωνικών και πνευματικών. Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα που ορίζονται εντοπίζονται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις μονάδες Ανακουφιστικής Φροντίδας και στα Ιατρεία Πόνου. Ως παράδειγμα μπορούμε να αναφέρουμε τα εξής:

1. Οι ασθενείς στους οποίους απευθύνονται ποικίλλουν, καθώς οι ασθενείς που βιώνουν μια σοβαρή νόσο, απειλητική για τη ζωή τους, δέχονται υπηρεσίες Ανακουφιστικής Φροντίδας αλλά υπάρχουν εξειδικευμένα ιατρεία πόνου που απευθύνονται ειδικά στη διαχείριση του πόνου και των συμπτωμάτων των ασθενών με καλοήθειες.
2. Στόχος της Ανακουφιστικής Φροντίδας είναι να παρέχεται από εξειδικευμένο προσωπικό σε νοσοκομεία, ή ξενώνες ή κατ' οίκον, παρέχοντας υπηρεσίες επί 24 ωρο, ενώ κάποια ιατρεία μπορούν να στελεχωθούν και από άλλους επαγγελματίες πλην του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, οι οποίοι συμβάλλουν στην παροχή υπηρεσιών διαχείρισης του πόνου του ασθενούς σωματικά και ψυχικά.
3. Διεθνώς η Ανακουφιστική Ιατρική αποτελεί μια ξεχωριστή ειδικότητα και αποτελεί εξειδίκευση του κλάδου της ιατρικής και λειτουργεί ανεξάρτητα χωρίς να υπάγεται κάτω από την διοίκηση άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Τα ιατρεία πόνου όμως στην Ελλάδα υπάγονται κάτω από τα Αναισθησιολογικά Τμήματα. Επίσης στην Ελλάδα τα περισσότερα ιατρεία πόνου, ακολουθώντας τις διατάξεις του θεσμικού πλαισίου που υπάγονται, στελεχώνονται κυρίως με προσωπικό που στόχος του είναι η διαχείριση του πόνου του ασθενούς από την νόσο και όχι η ολιστική προσέγγιση και υποστήριξή τους κατά την εξέλιξη της νόσου.

Πέρα από τα ιατρεία πόνου, μπορούμε στην Ελλάδα να εντοπίσουμε και άλλες δομές που ασχολούνται με την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών διεπιστημονικής φροντίδας σε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια νοσήματα. Τέτοιες δομές μπορούμε να εντοπίσουμε στο τομέα της Ψυχικής Υγείας όπως για παράδειγμα τα κέντρα που ασχολούνται με την φροντίδα ασθενών που πάσχουν από άνοια ή τη νόσο Αλτσχάιμερ. Αυτά παρέχουν εξειδικευμένα προγράμματα που χρηματοδοτούνται από το κράτος και υπάγονται σε σχετική νομοθεσία που διέπει την λειτουργία τους. Τόσο σε αυτούς τους ασθενείς όσο και σε άλλους που μπορεί να πάσχουν από διάφορες ψυχικές διαταραχές, τους παρέχεται φροντίδα μέσα από δομές όπως οι ξενώνες ή τα οικοτροφεία, ή μονάδες νοσηλευτικές βραχείας νοσηλείας ή από τα κέντρα ημέρας ή με υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας που παρέχεται από εξειδικευμένες ομάδες επαγγελματιών υγείας. Στην αποκατάσταση ατόμων με αναπηρίες συμβάλλουν τα εξειδικευμένα κέντρα αποκατάστασης που παρέχουν τόσο υποστήριξη στους ασθενείς, όσο και συμβάλλουν στη διάγνωση και την θεραπεία, παρέχοντας εξειδικευμένη φροντίδα ή εκπαιδευτικές υπηρεσίες σε παιδιά, νέους ή ενήλικες.



Επιπλέον για τα παιδιά ή τους έφηβους που πάσχουν από χρόνιες ή και σοβαρές παθήσεις, λειτουργούν πλήθος οργανώσεων ΜΚΟ που συμβάλλουν στην παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών φροντίδας. Ανάμεσα στις υπηρεσίες που παρέχουν είναι η ψυχολογική ή οικονομική στήριξη των ατόμων αυτών, με τη χρήση επαγγελματιών υγείας όπως ψυχολόγων ή κοινωνικών λειτουργών αλλά και με τη συμβολή επαγγελματιών υγείας αλλά και απλών πολιτών που δρουν εθελοντικά. Έτσι κάποιες οργανώσεις παρέχουν στους ασθενείς υπηρεσίες φροντίδας σε ιατρεία αλλά και δωρεάν κατ'οίκον φροντίδα από γιατρούς ή νοσηλευτές εθελοντές. Από μελέτη σκοπιμότητας που έγινε την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα (2019) εντοπίστηκε ότι τα ιατρεία πόνου που λειτουργούν στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία ή κλινικές στελεχώνονται από προσωπικό που δεν διαθέτει τις αρχές που διέπουν διεπιστημονικά την προσέγγιση και τον προσανατολισμό της Ανακουφιστικής Φροντίδας (Υπουργείο Υγείας 2019). Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, η μόνη οργάνωση στη χώρα όπου λειτουργεί αντίστοιχη υπηρεσία Παιδιατρικής Ανακουφιστικής Φροντίδας είναι η «Μέριμνα», η οποία στηρίζει τα παιδιά που χρήζουν Ανακουφιστικής Φροντίδας μέσω ενός πλήθους επαγγελματιών υγείας όπως παιδιάτρους, νοσηλευτές, ψυχολόγους, αλλά και κοινωνικούς λειτουργούς που προσφέρουν πλήθος υπηρεσιών όπως, ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας με στόχο την ανακούφιση του παιδιού από τα συμπτώματα της νόσου, αλλά και ψυχολογική στήριξη στο παιδί που νοσεί αλλά και την οικογένειά του, παρέχοντας και εξειδικευμένες συμβουλευτικές υπηρεσίες ακόμα και στα σχολεία με στόχο να διευκολύνουν την ένταξη του παιδιού και την υποστήριξη των υπολοίπων παιδιών και των εκπαιδευτικών που πλαισιώνουν το παιδί, ενώ στο τελικό στάδιο, παρέχουν υπηρεσίες στήριξης των οικογενειών που έχασαν το παιδί τους και πενθούν (Υπουργείο Υγείας 2019)

Σχετικά με τις κλίνες που διατίθενται για τους ασθενείς που χρήζουν Ανακουφιστικής Φροντίδας δεν υπάρχει συγκεκριμένο πλαίσιο που να ορίζεται για τις δημόσιες δομές. Παλιότερη έρευνα που είχε γίνει στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ευρώπη (2005) έδειξε ότι διατίθενται κάποιες κλίνες στις ογκολογικές μονάδες των δημόσιων νοσοκομείων οι οποίες χρησιμοποιούνται για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου, χωρίς να γνωρίζουμε εάν παρέχονται και αντίστοιχες υπηρεσίες Ανακουφιστικής Φροντίδας από εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα και στους οικείους του ασθενούς και την οικογένειά του. Στην Ελλάδα οι ξενώνες δεν έχουν αναπτυχθεί αρκετά καθώς το θεσμικό πλαίσιο δημιουργίας και λειτουργίας του ορίστηκε μόλις το 2003, με τον

N.3106/2003 για την Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας, ενώ το 2007 με αντίστοιχη Υπουργική Απόφαση ορίστηκαν οι προϋποθέσεις για την δημιουργία και οργάνωση αυτών των ξενώνων (Κοινή υπουργική απόφαση ΔΥ8/Β/οικ. 89126/1-2-2007 (Β 1534), ενώ ως το 2017 το πλαίσιο ίδρυσης και λειτουργίας των ξενώνων αυτών δεν είχε υλοποιηθεί.

Μέσα στους στόχους των μονάδων Ανακουφιστικής Φροντίδας είναι και η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών και της κοινής γνώμης σε θέματα σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα και την υποστήριξη ασθενών με χρόνιες ή και σοβαρές ασθένειες, αλλά την ενημέρωση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας. Μέσα από τη χρήση διαφορετικών ειδικοτήτων από επαγγελματίες υγείας αλλά και ενός ισχυρού δικτύου εθελοντών επαγγελματιών υγείας και μη, στοχεύουν στην υλοποίηση δράσεων που έχουν σαν στόχο την βελτίωση της ζωής των ασθενών και της υποστήριξης του οικείου περιβάλλοντος και της οικογένειάς τους είτε μέσω προγραμμάτων διαχείρισης της νόσου, ανακούφισης του πόνου και των υπολοίπων συμπτωμάτων της νόσου αλλά και μέσω της ψυχολογικής υποστήριξης τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών και των οικογενειών τους, αλλά και εξειδικευμένης υποστήριξης σε ασθενείς και οικείους τους κατά το τελικό στάδιο της νόσου (Υπουργείο Υγείας 2019).

### ***2.2.3 Τα δίκτυα της Μετανοσοκομειακής Φροντίδας στην Ελλάδα***

Η έννοια της μετανοσοκομειακής φροντίδας, συμπεριλαμβάνει την συνεχιζόμενη φροντίδα η οποία καλύπτει τόσο το είδος όσο και το επίπεδο της φροντίδας που έχει ανάγκη ο ασθενής, παρέχοντας ένα φάσμα υπηρεσιών, που σχετίζονται με την υιοθέτηση και εφαρμογή ενός κατάλληλου προγράμματος με κατεύθυνση την κάλυψη αυτών των αναγκών. Υπάγεται στις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες υγείας και συμπεριλαμβάνονται τα Κέντρα Υγείας, οι Υγειονομικοί Σταθμοί, τα Αγροτικά Ιατρεία, τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων, τα Ιατρεία των Ασφαλιστικών Ταμείων, τα Τμήματα των Επειγόντων Περιστατικών, οι ειδικές υπηρεσίες της κατ' οίκον Νοσηλείας, αλλά και άλλες ειδικές υπηρεσίες. Όσο αφορά την μακροχρόνια φροντίδα που παρέχεται ως προς τους ηλικιωμένους, αυτή συνίσταται από υπηρεσίες όπως:

α. Τα ίδια τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης, τα οποία στηρίζουν κατά βάση την νοσηλευτική φροντίδα σε χρονίως πάσχοντες από κλινικές δημόσιες ή ιδιωτικές

- β. Εξειδικευμένα προγράμματα που λειτουργούν για την φροντίδα των ηλικιωμένων όπως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» αλλά και τα «Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων» που λειτουργούν κάτω από την επίβλεψη των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και τη έγκριση και αξιοποίηση Προγραμμάτων Εθνικών ή Κοινοτικών και αφορούν άτομα ηλικιωμένα που έχουν ανάγκη βοήθειας καθώς δεν αυτοεξυπηρετούνται, ζουν μόνα τους ή έχουν περιορισμένους οικονομικούς πόρους να διαβιώσουν και συμβάλλουν στην υποστήριξη των ίδιων ή των οικογενειών τους με σκοπό να ενισχύσουν τον κοινωνικό τους ιστό και να τους διατηρήσουν στο οικείο φυσικό ή κοινωνικό τους περιβάλλον.
- γ. Υπηρεσίες φροντίδας από την ίδια την οικογένεια με αμειβόμενη ή μη άτυπη φροντίδα και
- δ. Δράσεις από Μη Κερδοσκοπικές ή Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) (INE 2015).

### **2.3 Δομές και Υπηρεσίες Μετανοσοκομειακής Φροντίδας στην Ελλάδα**

Λειτουργούν τρεις κατηγορίες κέντρων αποκατάστασης που παρέχουν εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες (τα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Αναπήρων, τα Κέντρα Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία [ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ], και τα Κέντρα Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης). Με το νόμο 4025 του 2011, τα κέντρα αυτά θεραπείας και αποκατάστασης περιήλθαν κάτω από τη διοίκηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Επίσης με το τρόπο λειτουργούσε το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» από τους ΟΤΑ μέχρι πρόσφατα, δεν απαιτούσε αυστηρό έλεγχο των πόρων, καθώς οι αποφάσεις για ένταξη ηλικιωμένων (ή ΑμΕΑ) σε αυτό στηρίζονταν κυρίως σε εκτίμηση των αναγκών από τους κοινωνικούς λειτουργούς (Πετμετζίδου και συν 2015)

#### **2.3.1 Ο θεσμός της «Βοήθειας στο Σπίτι»**

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» αποτελεί ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που έχει ως στόχο την παροχή οργανωμένης και συστηματικής Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας σε ηλικιωμένα άτομα και σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Ειδικά αφορά άτομα στην Τρίτη ηλικία που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν ή έχουν κινητικές δυσκολίες ή ειδικά προβλήματα υγείας. Δίνεται προτεραιότητα σε αυτούς που διαμένουν μόνοι τους,

που η οικογένεια δεν τους παρέχει την απαιτούμενη φροντίδα ή τα εισοδήματά τους είναι τόσο χαμηλά που δεν τους δίνει την δυνατότητα να έχουν πρόσβαση και να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες που είναι αναγκαίες λόγω της κατάστασής τους και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Παράλληλα στοχεύει στην υποστήριξη και ενίσχυση και του οικογενειακού περιβάλλοντος του ηλικιωμένου ώστε να υπάρχει βοήθεια που θα συμβάλλει στην αυτόνομη αλλά και αξιοπρεπή διαβίωση του ατόμου. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι τα κριτήρια επιλογής για να ενταχθεί ένα άτομο στο πρόγραμμα θα είναι είτε οικονομικά, με προτεραιότητα στα άτομα που έχουν χαμηλό εισόδημα, στην οικογενειακή κατάσταση, με προτεραιότητα σε όσους ζουν μόνοι και τέλος στην κατάσταση υγείας του ατόμου, καθώς δίνεται προτεραιότητα σε όσα άτομα δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Σύμφωνα με τους στόχους το προγράμματος παρέχονται πλήθος υπηρεσιών που ποικίλλουν από δομή σε δομή, όπως συμβουλευτική, ψυχολογική στήριξη, ιατρική φροντίδα με κατ' οίκον επισκέψεις, νοσηλευτική φροντίδα και μέριμνα, φυσικοθεραπεία, οικογενειακή ή οικιακή φροντίδα με την κάλυψη αναγκών διαβίωσης, πληρωμής λογαριασμών, ή συνοδεία στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες (<https://kodip.gr>).

Το πρόγραμμα « Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελεί μια παρέμβαση στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας, με στόχο από την μία τη δημιουργία ενός δικτύου κοινωνικής υποστήριξης και παροχής αλληλεγγύης και από την άλλη την αποφυγή και περιορισμού τους αποκλεισμού και του εγκλεισμού σε ιδρύματα ηλικιωμένων που έχουν χαμηλό εισόδημα ή που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας, και τα οποία συσχετίζονται είτε με την ίδια την αναπηρία τους, είτε με την απομόνωση και την μοναξιά που βιώνουν. Απώτερος σκοπός η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικία ή των ατόμων με κινητά ή ειδικά προβλήματα (ΑμεΑ) όπου πέρα από την βοήθεια που μπορεί να λάβει ο ωφελούμενος για την επίτευξη αυτόνομης και αξιοπρεπούς διαβίωσης, ενισχύεται και η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου, μέσα από τη προώθηση προγραμμάτων συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξη αλλά και νοσηλευτικής φροντίδας από εξειδικευμένο προσωπικό αλλά και οικογενειακής βοήθειας και συντροφιάς. Η λειτουργία του προγράμματος στηρίζεται στην δράση μιας ομάδας εξειδικευμένης και καλά οργανωμένης ομάδα δράσης η οποία συγκροτείται σε κάθε δομή και αποτελείται από νοσηλεύτρια/ νοσηλευτή, κοινωνική λειτουργό και μια οικιακή βοηθό. Η συνολική εποπτεία του προγράμματος γίνεται από την κοινωνική λειτουργό, που έχει και υπό την εποπτεία της τόσο τους επωφελούμενους, όπου αξιολογεί περιστατικά και τους παρέχει κοινωνική υποστήριξη, αλλά επικοινωνεί και με άλλους συναρμόδιους φορείς, στο

πλαίσιο της συνεργασίας ή της παραπομπής περιστατικών όπου κρίνεται αναγκαίο. Η νοσηλεύτρια του προγράμματος πραγματοποιεί κατ'οίκον επισκέψεις όπου κάνει έλεγχο μετρήσεων για τη λειτουργία ζωτικών οργάνων, ενώ ασχολείται με την συνταγογράφηση των φαρμάκων ή συνοδεύει τον ασθενή στο νοσοκομείο για προγραμματισμένες εξετάσεις. Παράλληλα η οικιακή – οικογενειακή βοηθός συμβάλλει αναλαμβάνοντας την διεκπεραίωση διαφόρων εξωτερικών εργασιών, αγορές βασικών ειδών ή άμεσης ανάγκης, ενώ μεριμνά και για την καθαριότητα του σπιτιού. Το πιο σημαντικό όμως που προσφέρουν είναι η συντροφιά στους μοναχικούς αυτούς ανθρώπους, δείχνοντας και τον ιδιαίτερο κοινωνικό χαρακτήρα που έχει το πρόγραμμα πέρα των τυπικών υπηρεσιών υγείας (<https://www.cityofathens.gr>).

### **2.3.2 Δομές Αποκατάστασης**

#### **2.3.2.1 ΚΕΦΙΑΠ Κέντρα Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης**

Τα Κέντρα Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) προέκυψαν μετά την από 1-1-2012, μετανομασία των Κέντρων Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία (ΚΕΚΥΚΑμεΑ) τα οποία και εντάχθηκαν στα κατά τόπους κεντρικά Νοσοκομεία της χώρας μας. Τα κέντρα βρίσκονται σε άμεση σύνδεση επιστημονική, λειτουργική, επιστημονική και νοσηλευτική με το νοσοκομείο το οποίο υπάγονται τόσο οργανικά όσο και διοικητικά. Σκοπός τους είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας και νοσηλείας, σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς ασθενείς που πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, κυκλοφορικού, νευρικού, αναπνευστικού και εριστικού συστήματος αλλά και σε άτομα κάθε ηλικίας που πάσχουν από κινητικά ή νοητικά προβλήματα. Καλύπτουν την νοσηλεία ασθενών με λειτουργικό ή οργανικό έλλειμα μετά από πάθηση συγγενή ή τραυματισμό ή επίκτητο έλλειμα. Η παροχή των υπηρεσιών τους αφορά άτομα Αμέα με νοητική στέρηση, αυτισμό, αισθητηριακές ή πολλαπλές αναπηρίες. Μέσα στο πλαίσιο δράσης του περιλαμβάνεται η ενίσχυση κάθε υπηρεσίας αποκατάστασης, με τη χρήση σύγχρονων παροχών σε επίπεδο είτε νοσηλείας, είτε διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών, νέων τεχνολογιών αλλά και έρευνας και εκπαίδευσης στο τομέα της φυσικής αλλά και της Ιατρικής Αποκατάστασης (<https://www.pgnp.gr>). Έτσι στις δράσεις τους εμπεριέχεται η πρόωμη διάγνωση αλλά και η λειτουργική αποκατάστασή τους. Επιπλέον παρέχεται ψυχολογική στήριξη, συμβουλευτική και κοινωνική ενίσχυση τόσο των ατόμων με αναπηρίες όσο και των οικογενειών τους, ενώ η δράσεις τους προεκτείνονται στην προεπαγγελματική και επαγγελματική κατάρτισή τους, και σε συνεργασία με υπηρεσίες

κοινωνικής φροντίδας, την στήριξη τους για ένταξη στον κοινωνικό ιστό (<http://www.hospitalchalkidiki.gr>). Αυτή τη στιγμή λειτουργούν τα εξής 31 κέντρα ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. ανά την επικράτεια:

1. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Έβρου
2. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Λαμίας
3. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Μυτιλήνης
4. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Χρυσούπολη Ξάνθης
5. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Πέλλας
6. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Σάμου
7. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Καβάλας
8. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Πάτρας
9. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Χαλκίδα Ευβοίας
10. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Άργος Ορεστικό Καστοριά
11. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Ρεθύμνου
12. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Αμυνταίου Φλώρινα
13. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Καλαμάτα
14. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Κομοτηνή
15. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Χίου
16. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Έδεσσας
17. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Νιγρίτας
18. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Καρδίτσας
19. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Αγρίνιο Αιτωλοακαρνανία
20. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Άρτα
21. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Κόρινθος
22. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Σύρου
23. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Χίου
24. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Θήβας
25. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Άμφισσας
26. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Μακροχώρι Ημαθίας
27. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Πολύγυρος Χαλκιδικής
28. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Πύργος Ηλείας
29. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Αμφιλοχίας
30. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Φιλιατρών

31. ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Μεσσηνίας (<https://autismap.gr>).

Οι δομές ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. λειτουργούν ως ανοικτής νοσηλείας, ενώ μόνο μια λειτουργεί ως δομή κλειστής νοσηλείας στο Αμύνταιο της Φλώρινας (<https://www.moh.gov.gr>).

Ο ρόλος τους είναι σημαντικός καθώς ένα παιδί με αναπηρία κάθε μορφής, νοητική υστέρηση, εγκεφαλική παράλυση, σύνδρομο Down, αυτισμό κ.α., χρειάζεται πρώιμη παρέμβαση και συνεχή μακροχρόνια εκπαίδευση από θεραπευτές για να φτάσει σε όσο γίνεται πιο υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας (<http://www.eoty.gr>).

Αλλά και ένας ενήλικας με κινητικά προβλήματα, σκλήρυνση κατά πλάκας, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, ακρωτηριασμό, εγκεφαλικό κ.α., χρειάζεται στις περισσότερες περιπτώσεις μακροχρόνιες θεραπείες όχι με στόχο την θεραπεία και την αποκατάσταση, αλλά την μείωση των υποτροπών της ασθένειας, με στόχο την συνεχιζόμενη στήριξή τους για τη βελτίωση της λειτουργικότητας, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους. Αυτό σημαίνει ότι στις δομές αυτές δεν εξυπηρετούνται περιστατικά όπου η αποκατάσταση και η εκπαίδευσή τους ολοκληρώνεται σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, όπως άτομα με συναισθηματική ανωριμότητα, διαταραχές άρθρωσης, δυσπραξία, μαθησιακές δυσκολίες, δυσγραφία, διάσπαση ελλειμματικής προσοχής, υπερκινητικότητα κ.α. (<https://www.hellenicparliament.gr>).

### **2.3.3 Ο θεσμός τω TOMY**

Με τον Ν 4486/2017, γίνεται μια πρώτη προσπάθεια για ενιαία ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στη χώρα, με την ενίσχυση των δικτύων πληθυσμιακών υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μας, με τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας και την εκ βάθρων ανασυγκρότηση της δημόσιας ΠΦΥ, με τη δημιουργία Τοπικών Μονάδων Υγείας (TOMY) στα πλαίσια ενός ανθρωποκεντρικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι TOMY μαζί με τον οικογενειακό γιατρό, γίνονται ρυθμιστές της ροής ασθενών στην ΠΦΥ.

Σύμφωνα με τον νόμο, σε πρώτο επίπεδο, παρέχονται οι υπηρεσίες της ΠΦΥ από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ToMY), τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία. Το επίπεδο αυτό συμπεριλαμβάνει και τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ στις

δομές αλλά και τους επαγγελματίες υγείας που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ. Οι ΤοΜΥ, είναι οι νέες αποκεντρωμένες δομές, που υπάγονται στο εκάστοτε Κέντρο Υγείας, αλλά με δική τους στελέχωση και λειτουργούν σύμφωνα με τον εγγεγραμμένο πληθυσμό αναφοράς τους, ενώ στελεχώνονται από μια διεπιστημονική ομάδα υγείας, όπου προεξέχουσα θέση έχει ο οικογενειακός γιατρός. Οι ΤοΜΥ αποτελούν μονάδες οικογενειακής ιατρικής που δίνουν έμφαση στην προληπτική ιατρική, αλλά και στη Δημόσια Υγεία, καθώς και στη διαχείριση των χρόνιων ασθενών, την κατ' οίκον φροντίδα και κατ' οίκον νοσηλεία και στη συνεχή και ολιστική φροντίδα της υγείας του πολίτη. Ο ρόλος τους είναι καθοριστικός καθώς αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το Εθνικό Σύστημα Υγείας ενώ έχουν την δυνατότητα να αναπτύξουν και δράσεις εξωστρεφείς με παρεμβάσεις κοινοτικού χαρακτήρα, όπως είναι οι εμβολιασμοί σε ευπαθείς ομάδες, συμμετοχή σε δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού, επισκέψεις σε σχολεία, χώρους εργασίας κλπ με στόχο την ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για θέματα πρόληψης αλλά και κατάρτισης των εργαζομένων. Κάθε ΤοΜΥ έχει υπό την ευθύνη της περίπου πληθυσμό 10.000 - 12.000 κατοίκων, ενώ σε κάποιες ειδικές περιπτώσεις, όπως είναι σε κάποιες περιοχές στη νησιωτική και την ορεινή Ελλάδα, ο πληθυσμός ευθύνης ποικίλει και μπορεί να είναι είτε μεγαλύτερος είτε μικρότερος. Κατά την πρώτη φάση, σχεδιάστηκε να αναπτυχθούν περίπου 239 ΤοΜΥ σε 65 διαφορετικές αστικές περιοχές με στόχο να λειτουργούν σε δύο βάρδιες, κατά τις καθημερινές και εργάσιμες μέρες, παρέχοντας απεριόριστη και δωρεάν πρόσβαση των πολιτών. Η χρηματοδότηση του προγράμματος έχει εξασφαλιστεί μέχρι το 2020 από πόρους του προγράμματος ΕΣΠΑ (Σταχτέας και Σταχτέας 2021)

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας «Οι Το.Μ.Υ. λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και έχουν ως σκοπό:

- α) την προαγωγή και αγωγή υγείας του πληθυσμού που καλύπτουν,
- β) την παρέμβαση και προαγωγή της υγείας στην οικογένεια, την εργασία, τα σχολεία και γενικά σε όλο το φάσμα των δομών κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης,
- γ) την πρόληψη, εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα σε ομάδες ή άτομα του πληθυσμού σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας,
- δ) τη συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους,
- ε) την αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και παραπομπή στα Κέντρα Υγείας ή στα Νοσοκομεία,



στ) την προγραμματισμένη φροντίδα ενηλίκων και παιδιών,  
ζ) την παρακολούθηση και διαχείριση χρόνιων νοσημάτων στη μονάδα και κατ' οίκον,  
θ) την κατ' οίκον φροντίδα υγείας,  
η) τη συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες,  
ι) την αναγνώριση και ανίχνευση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας και αντίστοιχα την αναγνώριση και ανίχνευση περιστατικών εξαρτήσεων και παραπομπή στους αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων,  
ια) την εκπαίδευση και καθοδήγηση ατόμων και οικογενειών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους και  
ιβ) τη συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης, σύμφωνα με το Διεθνή Υγειονομικό Κανονισμό σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας.»

Οι υπηρεσίες των ΤΟΜΥ παρέχονται σε βάρδιες, με τακτικό ωράριο, επτάωρο και πενήνήμερο (Δευτέρα έως Παρασκευή), από τις 8:00 το πρωί έως τις 21:00 το βράδυ σε δύο βάρδιες (8:00 -15:00 και 14:00 -21:00), ενώ το ωράριο μπορεί να τροποποιηθεί μετά από σχετική εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε. και με απόφαση του Κε.Σ.Υ.Πε., με κριτήρια που εξαρτώνται κυρίως από τη στελέχωση της Το.Μ.Υ., τον συνολικό αριθμό των Μονάδων Π.Φ.Υ. που λειτουργούν στην περιοχή και τη μεταξύ τους εγγύτητα, αλλά και τις ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετούν. (<http://www.opengov.gr>)

Ειδικά κατά την εμφάνιση της πανδημίας του Covid-19 και με στόχο την καλύτερη αντιμετώπισή της πανδημίας του Covid-19, το Υπουργείο Υγείας αποφάσισε να υποστηρίξει τις Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) να τις αναπτύξει και να τις χρηματοδοτήσει. Στο πλαίσιο αυτό στήριξης των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) του Ε.Σ.Υ., δημιουργεί τις ειδικές κινητές μονάδες υγείας ΚομΥ .

Έτσι ενώ τον Ιούνιο του 2018, περίπου 100 ΤΟΜΥ είχαν τεθεί σε λειτουργία (WHO, 2018) αποφασίστηκε η δημιουργία ενός δικτύου νοσηλευτών που θα μπορεί να στηρίξει τις κατ' οίκον υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας, το οποίο θα προβεί στη λήψη δειγμάτων βιολογικού υλικού από άτομα που κρίνονται πιθανά να είναι κρούσματα θετικά ως προς τον ιό. Ταυτόχρονα αποφασίστηκε η στελέχωση περίπου 500 κινητών συνεργειών τα οποία θα έκαναν λήψη των δειγμάτων προς ανάλυση και ανίχνευση του ιού, για να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις υψηλές απαιτήσεις που πρότασε η έκτακτη συνθήκη.

Επίσης ενισχύθηκε η στελέχωση με προσωπικό και υλικοτεχνικές υποδομές το τηλεφωνικό κέντρο του ΕΟΔΥ, καθώς ορίστηκε υπεύθυνο για να διαχειριστεί τις κλήσεις που θα γινόταν να λήψη βιολογικού υλικού των υπόπτων κρουσμάτων, αλλά και για την κα' οίκον διεξαγωγή ελέγχων πιθανών κρουσμάτων (<https://covid19.gov.gr>).

Για την ανάκτηση της πανδημίας, αποφασίστηκε η σύσταση 500 Κ.ο.Μ.Υ. ειδικού σκοπού (ΦΕΚ 1177/6-4-2020) οι οποίες θα λειτουργούν στα πλαίσια της ΠΦΥ και εντάσσονται λειτουργικά στον Ε.Ο.Δ.Υ. Οι περιοχές οι οποίες δραστηριοποιούνται, ορίζονται από τον ίδιο τον ΕΟΔΥ και απλώνονται στην επικράτεια, σύμφωνα με τις ΥΠΕ που έχουν δημιουργηθεί. Οι Κ.ο.Μ.Υ ήρθαν να υλοποιήσουν την στρατηγική για την εξάπλωση των ελέγχων για τον εντοπισμό πιθανών κρουσμάτων και τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού. Η πολιτική αυτή εντάσσεται στο πλαίσιο μιας ευρύτερης στρατηγικής για τον έλεγχο του ιού με κριτήριο τον επιτόπιο έλεγχο ανά συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές.

Οι Κ.ο.Μ.Υ έχουν ως επόπτη έναν γιατρό υγείας της οικείας Τ.ο.Μ.Υ αλλά εάν δεν υπάρχει τότε υπάγονται στον γιατρό της οικείας ΥΠΕ. Επίσης στόχος είναι η διασύνδεσή τους με τις λοιπές μονάδες παροχής υγείας, ενώ στελεγχώνεται τουλάχιστον από δύο ακόμα άτομα, έναν επαγγελματία υγείας, και συγκεκριμένα νοσηλεύτη και βοηθητικό προσωπικό και συγκεκριμένα έναν οδηγό (<https://eody.gov.gr>).

Οι κινητές ομάδες Κ.ο.Μ.Υ. έχουν ως στόχο να συμβάλλουν καθοριστικά τόσο στην ενίσχυση της επιδημιολογικής επιτήρησης αλλά και την ενίσχυση στην διάγνωση των κρουσμάτων. Οι ομάδες αυτές ευθύνονται κυρίως για την διεξαγωγή διαγνωστικών τεστ σε άτομα που διαμένουν σε κλειστές δομές αλλά και τεστ αντισωμάτων κυρίως σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού πχ τρίτη ηλικία, άτομα ΑΜΕΑ κλπ. Με επιτόπιες τακτικές επισκέψεις λαμβάνουν δείγματα τόσο από δομές φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων ή ατόμων με ειδικές ανάγκες σε μονάδες νοσηλευτικές, σε δομές με χρόνιους πάσχοντες, σε κέντρα αιμοκάθαρσης, σε ψυχιατρικές δομές αλλά και σε χώρους φιλοξενίας μεταναστών ή προσφύγων, με σκοπό τον έλεγχο για πιθανά θετικά κρούσματα στον ιό και την απομάκρυνση του κρούσματος από τη λοιπή κοινότητα και την εφαρμογή των υγειονομικών πρωτοκόλλων που ορίζονται σε κάθε περίπτωση. Ο ρόλος τους είναι πολύ σημαντικός όχι μόνο για τον έλεγχο της εξάπλωσης του ιού αλλά και για την αποσυμπίεση του ΕΣΥ και τη μη επιβάρυνση λοιπών δομών που χρειάζεται να έχουν διαθεσιμότητα σε

ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και κλίνες για να αντιμετωπίσουν τις έκτακτες συνθήκες λόγω πανδημίας (<https://eody.gov.gr>).

Σημαντική είναι η δράση των κινητών ομάδων νοσηλευτών όσο αφορά την κατ' οίκον φροντίδα, καθώς επισκέπτονται ασθενείς πέρα από τις δομές, που λαμβάνουν κατ' οίκον νοσηλεία, για λήψη δείγματος βιολογικού υλικού για έλεγχο πιθανών κρουσμάτων covid 19 και σύμφωνα με τις οδηγίες του ΕΟΔΥ. Επιπλέον μαζί με τη δημιουργία και λειτουργία των 500 αυτών Τ.ο.Μ.Υ, για την εξυπηρέτηση των δομών και την μετακίνηση του προσωπικού, μισθώθηκαν επίσης 500 οχήματα, ενώ εξασφαλίστηκε η χρηματοδότηση από ευρωπαϊκά κονδύλια (ΕΣΠΑ) για την επάνδρωσή τους, την προμήθεια καυσίμων, αλλά και εξοπλισμού τόσο ατομικής προστασίας όσο και υλικών για την λήψη των δειγμάτων του βιολογικού υλικού και τεχνολογική υποστήριξη για την πρόσβαση στο ηλεκτρονικό Εθνικό Μητρώο Ασθενών. Είναι αναμενόμενο ότι χρειάστηκε να οργανωθεί και σχετική εκπαίδευση για το προσωπικό που θα στελεχώνει τις Κ.ο.Μ.Υ. αλλά και επιπλέον των 2.000 επαγγελματιών υγείας που στελεχώνουν τα Κ.Υ., τα Γ.Σ., τα ΕΚΑΒ και των 1.000 επαγγελματιών που στελεχώνουν τις Κ.ο.Μ.Υ ειδικού σκοπού. Παράλληλα ενισχύθηκε η τηλεφωνική διαχείριση των κλήσεων με κατάλληλο υλικοτεχνικό εξοπλισμό και με την πρόσληψη νέου προσωπικού και εκπαίδευσή τους παράλληλα με το υφιστάμενο προσωπικό. Η δράση του Υπουργείου υλοποιείται με τη συνδρομή ενός τεχνικού συμβούλου που έχει προσληφθεί ακριβώς για να βοηθήσει τόσο κατά τη διαχείριση των προσλήψεων όσο και των δράσεων που υλοποιεί το προσωπικό.

Το προσωπικό που εργάζεται στις ΚΟΜΥ είναι με συμβάσεις εργασίας Ιδιωτικού Δικαίου, ορισμένου χρόνου διάρκειας τριών μηνών, με δυνατότητα παράτασής τους για ένα επιπλέον τρίμηνο. Οι δαπάνες υλοποίησης της δράσης καλύπτονται από την πράξη «Δημιουργία δικτύου νοσηλευτών για κατ' οίκον υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας και λήψη δειγμάτων βιολογικού υλικού από πρόσωπα πιθανά κρούσματα κορωνοϊού COVID-19» ενώ η εκτιμώμενη δαπάνη για τις αμοιβές του προσωπικού εκτιμάται στα 5.010.000€, για την πρώτη φάση της δράσης.

Παράλληλα τον Ιούλιο του 2020 παρουσιάστηκε η καινοτόμος εφαρμογή του ηλεκτρονικού συστήματος διαχείρισης συμβάντων του δικτύου των ΚΟΜΥ όπου χρηματοδοτείται εξ' ολοκλήρου από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Μεταρρύθμιση Δημοσίου Τομέα 2014-2020. Οι ΚΟΜΥ είχαν ολοκληρώσει μέχρι τότε πάνω 3900

αποστολές και 75.000 τεστ σε δομές πρόνοιας και Δήμους, ενώ η δυναμική τους αυξάνεται συνέχεια και ίσως ξεπεράσει και τα 500 οχήματα, παραμένοντας πιστοί στο στόχος τους, να βρίσκονται συνεχώς δίπλα στον πολίτη σε κάθε σημείο της ελληνικής επικράτειας. Με τη χρήση συστήματος διαχείρισης του στόλου του ΚΟΜΥ, ελέγχονται σε πραγματικό χρόνο που είναι οι ομάδες και έτσι σχεδιάζεται ποια περιστατικά πρέπει να ελεγχθούν. Ενώ το αντίστοιχο ηλεκτρονικό σύστημα διαχείρισης συμβάντων με ένα απλό σκανάρισμα να μειώνεται σημαντικά ο χρόνο κατά 90% που απαιτούνταν και παράλληλα καταχωρούνται στην κεντρική βάση τα δεδομένα που απαιτούνται για να λαμβάνει άμεση γνώση το Υπουργείο Υγείας και η Κυβέρνηση.

Ο ρόλος της χρησιμότητας και το σημαντικό έργο που διατελούν οι Κινητές Ομάδες Υγείας, φάνηκε από τον πρώτο μήνα λειτουργίας τους καθώς υλοποιήθηκαν πάνω από 1.000 αποστολές σε 30 Περιφερειακές Ενότητες ανά τη Χώρα και λάβανε 25.000 δείγματα προς εξέταση. Οι Κινητές Ομάδες, σύμφωνα με τον Εθνικό Σχεδιασμό για την ανίχνευση και αντιμετώπιση πιθανών κρουσμάτων του COVID-19, που ακολουθεί ο ΕΟΔΥ, πραγματοποιούν τακτικές επισκέψεις σε δομές, όπως:

- Στις Κοινωνικές Υπηρεσίες των 160 δήμων της χώρας
- Στους 220 Οίκους Φροντίδας που λειτουργούν για ευπαθείς ομάδες, όπως ηλικιωμένους, άτομα ΑΜΕΑ ή με ανίατες ασθένειες.
- Στα 100 Δημοτικά και Αγροτικά Ιατρεία και τις δομές Ημερήσιας Φροντίδας
- Στις 30 δομές φιλοξενίας προσφύγων / μεταναστών
- Σε 3 Πανεπιστημιακά Ιδρύματα για τον έλεγχο των αλλοδαπών φοιτητών (<https://eody.gov.gr>).

Τον Απρίλιο του 2021 ο Ε.Ο.Δ.Υ (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας) αποφάσισε την σύσταση πενήντα νέων Κ.Ο.Μ. (Κινητών Ομάδων Υγείας) ειδικού σκοπού για άμεση εκτέλεση δοκιμασιών ταχέων ελέγχων αντιγόνων SARS-CoV-2 (rapid test) για τον εντοπισμό κρουσμάτων του κορονοϊού μέσω της υλοποίησης και του σχεδιασμού της δράσης «*Δημιουργία δικτύου νοσηλευτών για τη λήψη δειγμάτων βιολογικού υλικού και νοσηλευτική βοήθεια στα ύποπτα κρούσματα κορονοϊού SARS-COV-2 κατ'οίκον*». Οι Κ.Ο.Μ.Υ λειτουργούν μέσα στα γεωγραφικά όρια της κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας και των αντίστοιχων τομέων ΠΦΥ όπου συνεργάζονται με το σύνολο όλων αυτών των φορέων που παρέχουν Υπηρεσίες Υγείας, στην κάθε περιοχή της δραστηριότητά τους.

#### **2.4.Μακροχρόνια φροντίδα για την Τρίτη Ηλικία**

Οι έρευνες καταδεικνύουν τις αλλαγές που συντελούνται καθώς επιμηκύνεται το προσδόκιμο ζωής, ενώ οι ασθένειες που προσβάλλουν τον άνθρωπο συνεχώς αυξάνονται, η δομή της κοινωνίας και ο θεσμός της οικογένειας αλλάζει, η πανδημία φέρνει στο προσκήνιο το πρόβλημα της δημόσιας υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες, ενώ οι άνθρωποι που χρήζουν βοήθειας κατά την αντιμετώπιση μιας χρόνιας ή σοβαρής ασθένειας και χρειάζονται στήριξη στα τελευταία στάδια της νόσου, συνεχώς αυξάνει, τόσο σε μέγεθος όσο και σε ηλικία και έτσι η ζήτηση για ύπαρξη μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων συνεχώς αυξάνει. Οι μονάδες αυτές που λειτουργούν ως υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα συμπεριλαμβάνουν, τα «Κ.Α.Π.Η.», δηλαδή υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» που αφορά υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων στο σπίτι, τα «κ.Η.Φ.Η.» ως υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας (κ.Η.Φ.Η.), αλλά και λοιπές υπηρεσίες που παρέχονται σε Μονάδες Αποκατάστασης, ή αποθεραπείας, καθώς και υπηρεσίες που παρέχονται σε ψυχικά ασθενείς σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που περιλαμβάνουν οικοτροφεία και ξενώνες, καθώς και Προστατευόμενα Διαμερίσματα, που χρησιμοποιούνται κατά την αποασυλοποίηση ατόμων με αναπηρίες αλλά και κλειστές δομές περίθαλψης, που περιλαμβάνουν είτε δομές ιδρυμάτων είτε νοσοκομειακές δομές περίθαλψη σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, και την περίθαλψη σε κλειστές μονάδες περίθαλψη ηλικιωμένων, Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων». Οι υπηρεσίες για τα άτομα της τρίτης ηλικίας στηρίζονται σε δράσεις από την μια υποστήριξης και από την άλλη φροντίδας και ενδυνάμωσης του ατόμου και ενίσχυσης του αισθήματος ασφάλειας που πρέπει να νοιώθουν τα άτομα τρίτης ηλικίας καθώς και αυτοπεποίθησης. Συμβάλλει σημαντική στην στήριξη ηλικιωμένων που μόνοι, ή αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα κινητικότητας ή πάσχουν από κάποια σοβαρή ασθένεια. Οι μηχανισμοί που αναπτύσσονται στο πλαίσιο της μετανοσοκομειακής και χρόνια φροντίδας, επιδιώκουν να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους πολίτες να μείνουν κοινωνικά ενεργοί, απολαμβάνοντας τη ζωή στην τρίτη ηλικία με αξιοπρέπεια και αυτονομία. Για αυτό παρέχουν υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, βοήθειας στο σπίτι, φυσιοθεραπευτική αγωγή, συντονισμένη ψυχαγωγία και άλλες υπηρεσίες που παρέχονται από τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Στα ΚΑΠΗ λειτουργούν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, όπου παρέχουν συμβουλευτικής και υπηρεσίες ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης και κοινωνικής φροντίδας, μέσα από ομάδες στήριξης, συζήτησης αλλά και ατομικές συνεδρίες. Έτσι στα

ΚΑΠΗ λειτουργούν, ομάδες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης όπου συμβάλλουν στην διαχείριση των απωλειών και του πένθους, που βιώνουν οι ηλικιωμένοι αλλά και ομάδες βιωματικές, ελεύθερης συζήτησης και έκφραση, αλλά και εμπύχωσης με σκοπό την ενίσχυση των ηλικιωμένων σε θέματα της καθημερινότητας. Στις ομάδες ελεύθερης συζήτησης και έκφρασης σκοπός είναι η ενίσχυση της συμμετοχικότητας των ηλικιωμένων ώστε να τους δοθεί η ευκαιρία να εκφράζουν τις απόψεις τους και να μοιράζονται κοινά συναισθήματα και εμπειρίες με τους συνομηλίκους τους. (<https://kodip.gr>). Στα ΚΑΠΗ λειτουργούν διάφορες υπηρεσίες όπως νοσηλευτικής υπηρεσία όπου είναι υπεύθυνη για τη λήψη ιστορικού για κάθε εγγεγραμμένο μέλος, ενημερώνει για θέματα πρώτων βοηθειών, ασχολείται με την εκπαίδευση των ασθενών-μελών για σωστή λήψη των φαρμάκων τους, προβαίνουν σε εμβολιασμό των μελών, ενώ κάνουν μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (Α.Π), του σακχάρου, περιποίηση τραυμάτων και ενεσοθεραπεία. Παράλληλα εκπαιδεύουν τα μέλη για θέματα ατομικής υγιεινής και συμβουλευτική για θέματα διατροφής, ενώ συνοδεύουν τα μέλη στο θερινό στέκι και σε εκδρομές ή σε άλλες δραστηριότητες όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο. Επίσης μπορεί να έχει και φυσικοθεραπευτήριο, παρέχοντας υπηρεσίες φυσικής αγωγής κατόπιν σχετικού παραπεμπτικού από τον θεράποντα ιατρό, ενώ βοηθούν τους ηλικιωμένους να αντιμετωπίζουν διάφορες παθήσεις της τρίτης ηλικίας, όπως αυχενικό σύνδρομο, οσφυαλγία, οσφυοισχιαλγία, οστεοαρθρίτιδα οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, οστεοαρθρίτιδα γόνατος, σύνδρομο υπακρωματικής προστριβής κ.α. Τέλος συμπεριλαμβάνουν ομάδες δημιουργικής απασχόλησης όπου συμπεριλαμβάνουν ομάδες χορού, ομάδες χορωδίας, εξοικείωσης με τις νέες τεχνολογίες, γυμναστικής, θεατρικές παραστάσεις κλπ. Μέσα από τις ομάδες χορού, σκοπός είναι εξοικείωση και η γνωριμία διαφορετικών ειδών χορών από όλη την Ελλάδα στο πλαίσιο ενίσχυση της πολιτιστικής ταυτότητας και της κινητικότητας και ήπιας άθλησης. Οι ομάδες χορωδίας, εστιάζουν στη μουσική για την πολιτισμική ανάπτυξη των μελών, ενώ οι ομάδες εξοικείωσης σε νέες τεχνολογίες στοχεύουν να παρέχουν γνώσεις για θέματα πρακτικά που σχετίζονται με τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή, την αναζήτηση στο διαδίκτυο και την επικοινωνία με τη χρήση σύγχρονων τεχνολογιών. Οι ομάδες γυμναστικής σκοπό έχουν την άσκηση των μελών και την διατήρηση της καλής φυσικής τους κατάστασης και υγείας με απώτερο στόχο την ευεξία και την επίτευξη ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής. Παράλληλα υπάρχει χώρος με υπολογιστές και ελεύθερη πρόσβαση στο internet, βιβλία και εφημερίδες για ενημέρωση, επιτραπέζια παιχνίδια αλλά χώρος που λειτουργεί ως αναψυκτήριο – καφενείο. Για τους θερινούς μήνες οργανώνονται προγράμματα μεταφοράς στην θάλασσα για μπάνια αλλά λειτουργούν και προγράμματα οργανωμένης

ψυχαγωγίας με την υλοποίηση στοχευμένου ετησίου προγράμματος εκδρομών και πολιτιστικών εκδηλώσεων ή επισκέψεων σε αρχαιολογικούς χώρους και μουσεία. Τέλος ανεβαίνουν θεατρικές παραστάσεις σε συνεργασία με τοπικού φορείς.

Η υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας και υποστήριξης, πραγματοποιεί κατ' οίκον επισκέψεις σε ηλικιωμένα άτομα που πληρούν κάποιες συγκεκριμένες προϋποθέσεις, όπως να είναι 65 ετών και άνω, δίνοντας προτεραιότητα σε άτομα που είναι μοναχικά ή συγκατοικούν με άτομο ίδια ηλικίας και σύμφωνα με συγκεκριμένα εισοδηματικά κριτήρια. Στο πλαίσιο αυτό παρέχονται υπηρεσίες, ψυχολογικής και συμβουλευτικής, ατομικής ή οικογενειακής, κοινωνικής δικτύωσης, διεκπεραίωση υποθέσεων, κατάθεση δικαιολογητικών σε διάφορες υπηρεσίες ή φορείς, παροχή Πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας, συνταγογράφηση φαρμάκων, λήψη μετρήσεων ζωτικών οργάνων, επίβλεψη φαρμακευτικής αγωγής, συνοδεία σε Διαγνωστικά Κέντρα ή Νοσοκομεία, καθαριότητα στο χώρο του σπιτιού, υπηρεσίες ατομικής υγιεινής, πληρωμής λογαριασμών και αγοράς ειδών πρώτης ανάγκης (<https://kodip.gr>).

#### **2.4.1 Οικοτροφεία**

Σύμφωνα με το πλαίσιο δράσης και σχεδιασμού και της δημιουργία μονάδων ψυχικής υγείας (επιχειρησιακό σχέδιο «Ψυχαργός Α' και Β' φάση» του ΥΥΚΑ), εντάσσεται και η δημιουργία ψυχογηριατρικών δομών. Αυτές συμπεριλαμβάνουν μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχογηριατρικών ασθενών όπως ξενώνες, οικοτροφεία και κέντρα ημέρας. Στόχος είναι η ένταξη των χρονίων ψυχικά πασχόντων στη κοινότητα και στο κοινωνικό σύνολο γενικά. Η μετάβαση από την ασυλική Ψυχιατρική, δηλαδή ιδρυματικού τύπου με κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία στην ανάπτυξη ανοικτών τύπων δομών με μια διαφορετική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, πιο ολιστική σύμφωνα με τις αρχές της Κοινωνικής – Κοινοτικής Ψυχιατρική και την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, αναπτύσσοντας εάν σύστημα Κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, είναι σήμερα ευρέως παραδεκτό στον χώρο της Ψυχικής Υγείας.

Η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, ξεκίνησε με τον νόμο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), ενώ με την αξιοποίηση της οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84) ξεκίνησε μια διαδικασία αποϊδρυματισμού των ψυχικά ασθενών και βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα

ιδρύματα. Έγιναν δράσεις μεταφοράς των ασθενών σε δομές προστατευμένες και σχετικά αυτόνομες ενώ δημιουργήθηκαν νέες κοινοτικά προσανατολισμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ο Ν. 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» αποτέλεσε και την νομική κάλυψη αυτών των αλλαγών κάνοντας της μεταρρύθμιση πιο δυναμική. Έτσι όταν μιλάμε για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, εννοούμε το σύνολο των παρεμβάσεων που δίνουν τη δυνατότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας του ατόμου, χωρίς να το εμποδίζουν να παραμένει ενεργός τόσο μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό ως ενεργός πολίτης, με αυτονομία, κοινωνική και οικονομική δράση. Στα πλαίσια της δράσης λειτουργούν δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ψυχογηριατρικών οικοτροφείων και προστατευόμενων διαμερισμάτων. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (Ψ.Κ.Α.) έχει ως στόχο το άτομο να αποκτήσει δεξιότητες και δυνατότητες για να μπορέσει να πετύχει το καλύτερο δυνατό επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας του στην κοινότητα. Επίσης στην ανάπτυξη της ολικής ύπαρξης του ψυχικά ασθενή, ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο ζει και λειτουργεί, την ανάπτυξη όλων των δυνατοτήτων με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας του και όχι μόνο την καταπολέμηση ή τον περιορισμό των συμπτωμάτων της αρρώστιας. Επίσης και στην ενεργό συμμετοχή του όσο είναι δυνατό ως ενεργό μέλος και όχι παθητικό ως προς την θεραπεία του, την πιθανή αλλαγή της και στο σχεδιασμό του πλάνου της ζωής του. Έτσι χρειάζεται να γίνει αναγνώριση αλλά και κατανόηση των αναγκών και επιθυμιών του ψυχικά πάσχοντος, ώστε να οργανωθεί η κατάλληλη θεραπευτική λύση, αναγνωρίζοντας τα ατομικά και πολιτικά του δικαιώματα και καθήκοντα, παρέχοντας ποιοτική αναβάθμιση της θεραπείας και της φροντίδας του. Αυτό επιτυγχάνεται με την κατάρτιση και της υλοποίησης εξατομικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων, μέσα από τα οποία αναγνωρίζεται τόσο η ιδιαιτερότητα των αναγκών του ασθενή όσο και η προσωπικότητά του. Επιπλέον ενισχύεται πέρα από την διαβίωση και η επαγγελματική του κατάρτιση για την αναζήτηση θέσεων εργασίας, μαθαίνει να αξιοποιεί δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο του, ενώ παρεμβαίνει στις σχέσεις με τα μέλη της οικογένειάς τους. Οι δράσεις αυτές βοηθούν να δημιουργεί ένα κοινωνικό πλαίσιο από σχέσεις, πόρους και κουλτούρα όπου υποστηρίζει τον ψυχικά πάσχοντα, και του συμπεριφέρεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια με στόχο την κοινωνική του ένταξη, αποδοχή και ενσωμάτωση (<https://www.nstr.gr>).



Αυτό το μοντέλο εφαρμόζεται σε όλα τα ψυχογηριατρικά πλαίσια από μια Πολυκλαδική Θεραπευτική ομάδα και την Επιστημονική ομάδα με μέλη τον κοινωνικό λειτουργό και άλλους επαγγελματίες υγείας όπως ψυχολόγο, νοσηλεύτη, εργοθεραπευτή κ.α.

Τα Ψυχογηριατρικά Οικοτροφεία, αποτελούν μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Ψ.Κ.Α.) με υψηλό βαθμό προστασίας, όπου διαμένουν άτομα με ψυχικές διαταραχές και τους παρέχεται φιλοξενία για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη, με στόχο την ενίσχυση των κοινωνικών τους δράσεων με τοπική κοινωνία. Στο οικοτροφείο φιλοξενείται πληθυσμός άνω των 65 ετών, διαφορετικής ηλικίας και φύλου, που πάσχει από ψυχιατρικά προβλήματα, έχει ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον. Ενώ στα ψυχογηριατρικά Οικοτροφεία φιλοξενούνται άτομα που χρειάζονται άμεση ψυχογηριατρική φροντίδα. Τα οικοτροφεία καθώς λειτουργούν ως μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, είναι ανοικτά στην κοινότητα και σκοπεύουν στην ουσιαστική αλληλεπίδραση του ασθενή με το σύνολο. Στο πλαίσιο αυτό επιδιώκεται η δημιουργία δεσμών με τη γειτονιά και την κοινωνική και πολιτιστική ζωή της πόλης, έτσι λειτουργούν ως εστία κοινωνικοποίησης και κοινωνικότητας. Υπό πρίσμα αυτό λειτουργούν, εξατομικευμένα προγράμματα αποκατάστασης με γνώμονα την ανάπτυξη των ικανοτήτων του ατόμου, ενίσχυση της όσο τον δυνατόν ανεξάρτητης διαβίωσης, με δράσεις για τον ελεύθερο χρόνο και την κοινωνικοποίησή του με συμμετοχή σε διάφορες δράσεις εντός κοινότητας, εκδηλώσεις και δράσεις ψυχαγωγικού περιεχομένου. Επιπλέον παρέχουν ιατρική, φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογική στήριξη, ατομικά ή ομαδικά με ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, με υποστήριξη για διάφορα θέματα ιατρικής φύσης και την παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής, στηρίζοντας τις οικογένειές τους και βοηθώντας στην ενίσχυση των σχέσεων μεταξύ των οικείων του. Το σημαντικότερο είναι η καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου και των προκαταλήψεων απέναντι στους ψυχικά ασθενείς (<https://www.nstr.gr>).

Έτσι τα οικοτροφεία αποτελούν στεγαστικές κοινοτικές δομές που δίνουν έμφαση σε ένα νέο μοντέλο προστατευόμενης διαβίωσης, που παράλληλα προωθεί την αυτονομία του ατόμου και τη βέλτιστη ποιότητα ζωής με την ενίσχυση των δυνατοτήτων του ατόμου. Το θεραπευτικό πρόγραμμα στις δομές όπως αναφέραμε, υλοποιείται από μια πολυκλαδική επιστημονική ομάδα, η οποία αποτελείται από εξειδικευμένο και επιστημονικά καταρτισμένο προσωπικό, όπως ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, εργοθεραπευτή, νοσηλεύτες, φυσικοθεραπευτή, εργαζόμενους με γενικά καθήκοντα κλπ.

Η θεραπευτική αυτή ομάδα συνεργάζεται με κάθε ένοικο χωριστά αλλά και όλους μαζί, δημιουργώντας ομαδικά και εξατομικευμένα θεραπευτικά σχέδια σύμφωνα με τις ανάγκες, τα αιτήματα και τις δυνατότητες που έχει το κάθε μέλος. Η θεραπεία έχει μια ολιστική προσέγγιση, ενώ οι θεραπευτικές πρακτικές που χρησιμοποιούνται, ξεκινούν από απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και εξοικείωση του ατόμου με την διαχείριση της καθημερινότητας και στη συνέχεια προχωρά και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Παράλληλα, ενισχύονται και οι σχέσεις με το συγγενικό περιβάλλον και το κοινωνικό με στόχο την προώθηση της κατάρτισης και της προεπαγγελματικής απασχόλησης. Ενισχύεται η δημιουργία σχέσεων με την τοπική κοινωνία παράλληλα με την ευαισθητοποίησή της ευρύτερης κοινότητας. Για αυτό χρησιμοποιούνται εναλλακτικά προγράμματα με τη χρήση των τεχνών και της φυσικής άσκησης ως θεραπευτικά μέσα, για την επίτευξη της προσωπικής εξέλιξης και της ψυχοσυναισθηματικής ισορροπίας του ατόμου που είναι ψυχικά ασθενείς.

Το Προστατευόμενο Διαμέρισμα (Π.Δ.) είναι μια εναλλακτική δομή διαμονής στα πλαίσια ενός ευρύτερου προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, με μικρό βαθμό υποστήριξης από πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα (ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη, κλπ.).

Προορίζεται για ανθρώπους, οι οποίοι θέλουν οικειοθελώς να συμμετέχουν σ' ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα αποκατάστασης, προερχόμενοι από θεραπευτικές μονάδες, που στο παρελθόν διαβιούσαν στα Οικοτροφεία του Φορέα μας (ή και σε άλλες Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, όπως Ξενώνες) και η λειτουργικότητά τους εξελίχθηκε τόσο, ώστε να μπορούν να ζήσουν πλέον σε ένα περιβάλλον με μεγαλύτερο βαθμό αυτόνομης διαβίωσης. Μπορεί να προορίζεται, επίσης, για άτομα που προέρχονται – διαμένουν στην κοινότητα, των οποίων τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα απαιτούν, ανάμεσα σε όλα τα άλλα, μια απάντηση στο ζήτημα της στέγης, την οποία στερούνται.

Το Προστατευόμενο Διαμέρισμα αντίστοιχα υλοποιεί ένα πλήθος από θεραπευτικές λειτουργίες, όπως, επανένταξη του ασθενούς στο χώρο της κοινότητας, ενισχύοντας την κοινωνικοποίηση και την ανάληψη σταδιακά όλο και περισσότερης ευθύνης από την μεριά των τροφίμων, για επίτευξη αυτόνομης διαβίωσης, ενίσχυση των σχέσεων με την οικογένεια όπου αυτό είναι εφικτό, εύρεση εργασίας μέσω ειδικών προγραμμάτων κατάρτισης, υπεράσπισης των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων, μείωση του κοινωνικού στίγματος και των διακρίσεων και τέλος συνεργασία με άλλες κοινωνικές και

ιατρικές υπηρεσίες και μονάδες τοπικής αυτοδιοίκησης ή εκπαίδευση ανάλογα με τις ανάγκες των ενοίκων και των στόχων που έχουν τεθεί. και εκπαίδευσης (ανάλογα με τις επιθυμίες και τα αιτήματα των ενοίκων) (<https://www.edra-coop.gr>).

## **2.5 Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Μετανοσοκομειακής Φροντίδας στην Ελλάδα**

Σκοπός κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση ενός επιπέδου υγείας και η βελτίωση του επιπέδου αυτού στον πληθυσμό, με απώτερο στόχο τη συμβολή του συστήματος υγείας ως ενός βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, ο οποίος θα διασφαλίσει και θα βελτιώσει το επίπεδο ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού (Λιαρόπουλος 2009). Έτσι η αποδοτικότητα στο χώρο της υγείας, αξιολογείται και αποτιμάται σε δυο επίπεδα διαφορετικά: στο επίπεδο των ιατρικών μέτρων και των προγραμμάτων υγείας, γνωστή ως οικονομική αποτελεσματικότητα του συστήματος και για την μέτρησή της χρησιμοποιούνται μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης (economic evaluation methods). Σε δεύτερο επίπεδο αξιολογείται μέσω των ιατρικών υπηρεσιών, όπου για τη μέτρησή τους χρησιμοποιούνται μέθοδοι συγκριτικής σύμφωνα με κάποια σημεία αναφοράς (benchmark analysis techniques) (Υφαντόπουλος 2006).

## **2.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην Μετανοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας**

Όπως είδαμε ο όρος μετανοσοκομειακή ιατρική φροντίδα και μακροχρόνια φροντίδα υγείας (μετα-φροντίδα) περιέχει ένα πολύ ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας που έχουν ως κοινό στόχο να επιλέξουν την κατάλληλα αγωγή υγείας και φροντίδας για τον ασθενή, αλλά και να βελτιώσουν όσο το δυνατό είναι εφικτό, το σωματικό και λειτουργικό επίπεδο του ασθενή, μειώνοντας ή αποτρέποντας τις επανεισαγωγές.

Έτσι δίνεται η δυνατότητα, πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας που περιλαμβάνουν τα κέντρα αποκατάστασης, σε τμήματα εντός των νοσοκομείων (inpatient rehabilitation facility), είτε αυτόνομα rehabilitation), κλινικές χρονίων πασχόντων (long term acute care), μονάδες παρηγορητικής-ανακουφιστικής φροντίδας (palliative care/hospice care), βραχείας νοσηλείας και νοσηλείας στο σπίτι (home care), καθώς και μονάδες φροντίδας υγείας ηλικιωμένων (skilled nursing home, nursing home). Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε αυτά τα κέντρα, είναι πολυεπίπεδες, και δυστυχώς συχνά ασυντόνιστες, ενώ

συμπεριλαμβάνουν πλήθος ιατρικών, νοσηλευτικών, φυσιο-λογο-εργοθεραπευτικών, ψυχολογικών, κοινωνικών υπηρεσιών αλλά και οικογενειακών, λόγω της σημαντικής εμπλοκής της οικογένειας στην φροντίδα και τη στήριξη του ασθενούς.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην Ελλάδα διαφέρει από τον ρόλο που έχουν πολλοί συνάδελφοί τους στο εξωτερικό, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι νοσηλευτές σε πολλές χώρες διεθνώς έχουν το δικαίωμα να συνταγογραφούν μετά από κατάλληλη εκπαίδευση (Courtenay, Stenner and Carey 2010). Μπορούμε να διακρίνουμε, νοσηλευτές που συνταγογραφούν, χωρίς περιορισμό αλλά και τους κοινοτικούς νοσηλευτές που συνταγογραφούν συμπληρωματικά από την κύρια συνταγογράφηση του γιατρού, και σύμφωνα με την διάγνωση του γιατρού (RCN 2012). Διαφορές εντοπίζονται και ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες ( Ισπανία, Ολλανδία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία) αλλά και σε σύγκριση με άλλες ηπείρους ή χώρες (Αυστραλία, Καναδάς, Νέα Ζηλανδία, Αμερική κλπ) όσον αφορά την εκπαίδευση των νοσηλευτών και την δυνατότητα που έχουν προς της συνταγογράφηση. Στη Νέα Ζηλανδία, για παράδειγμα, στην Αυστραλία, τον Καναδά, και την Ολλανδία, η εκπαίδευση παρέχεται με την απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών (Master), ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο η εκπαίδευση γίνεται σε επίπεδο προπτυχιακό. Σημαντικό για την ένταξη του νοσηλευτή σε ένα πρόγραμμα συνταγογράφησης είναι η εμπειρία που έχει στο χώρο (3-5 χρόνια) αλλά και οι αποδεδειγμένες του δεξιότητες όσο αφορά την κλινική αξιολόγηση και οι ικανότητες λήψης κλινικών αποφάσεων (Kroezzen et al 2011).

Διεθνώς μπορούμε να αναγνωρίσουμε δύο τύπους μετα-φροντίδας, την άμεση μετα-νοσοκομειακή (post acute care) και την μακροχρόνια φροντίδα υγείας (long term care). Φαινομενικά θα μπορούσε κάποιος να πει ότι αυτοί οι δύο τύποι φροντίδας μοιάζουν κυρίως ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες που έχουν, την εφαρμογή τους σε κοινά μέρη, αλλά έχουν μια τελείως διαφορετική θεώρηση και οπτική του θέματος της φροντίδας.

Στην άμεση νοσοκομειακή φροντίδα, οι ασθενείς έχουν ένα πιο καλό προσδόκιμο ανάρρωσης και για αυτό λαμβάνουν το μέγιστο της δυνατής θεραπείας με στόχο τη πλήρη αποκατάστασή τους. Στην μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα όμως, κύριος στόχος είναι η διόρθωση και ενίσχυση των λειτουργικών ελλειμμάτων που εμφανίζει ο ασθενής, με στόχο την μείωση του ρυθμού της φθίνουσας πορείας του και της υποστήριξης δράσεων στην καθημερινή ζωή (Adult Daily Living, ADL), όπως είναι η διατροφή του, η προσωπική υγιεινή του, η μετακίνηση, η χρήση τουαλέτα, η ένδυση, το περπάτημα και η κίνηση γενικότερα.

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν ασθενείς με αυξημένες ανάγκες μετανοσοκομειακής ιατρικής και μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, όπως ασθενείς με άνοια, Alzheimer's, χρόνιες παθήσεις, πολλαπλές παθήσεις, συμφορητική Καρδιακή Ανεπάρκεια, νευρολογικές παθήσεις, προχωρημένο Διαβήτη, αλλά και όσοι χρήζουν ανάγκης παρηγορητικής – ανακουφιστικής φροντίδας, όπως ασθενείς στο τελικό στάδιο της νόσου. Στη Ελλάδα, όπως εκτενώς αναφερθήκαμε πιο πάνω, υπάρχουν πλήθος δομών που μπορούν να δεχθούν ασθενείς με ανάγκες μακροχρόνια φροντίδα, όπως τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας (ΚΗΦΗ), τα κέντρα ανοικτής προστασίας (ΚΑΠΗ), τα κέντρα υποβοηθούμενης διαβίωσης, το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» και μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων (ΜΦΗ) όπως πλέον αναφέρονται οι οίκοι ευγηρίας και τα γεροκομεία.

Πολλές φορές έχει παρατηρηθεί σύγχυση, μεταξύ του όρου ΜΦΗ και τις υπηρεσίες παρέχονται στους χώρους αυτούς. Στη διεθνή βιβλιογραφία χρησιμοποιείται ο όρος Nursing Home για περιγράψει η δομή ενός οίκου ευγηρίας- ΜΦΗ και ο όρος Skilled Nursing Home για την εξειδικευμένη ΜΦΗ που στελεχώνεται από πιο εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, έχοντας επικεφαλής ιατρικό διευθυντή, υπεύθυνο για τη λειτουργία της (Μπετροσιάν 2019)

Στα πλαίσια της προαγωγής της αυτοφροντίδας των ατόμων, ο νοσηλευτής καλείται να συνεργαστεί και με άλλους επαγγελματίες υγείας αλλά και υπηρεσίες, είτε υγείας, είτε κοινωνικές υπηρεσίες (Ραγιά 1995). Στόχο η παροχή εξατομικευμένης όσο και ολιστικής φροντίδας τόσο στον υγιή πληθυσμό όσο και στους ασθενείς (Παπασταύρου και συν 2015).

Η εξειδίκευση που χαρακτηρίζει όλες τις επιστήμες σήμερα, χαρακτηρίζει και την νοσηλευτική και μάλιστα η ειδικότητα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής εκπαιδεύει σε θεωρητικό και πρακτικό πλαίσιο, τους νοσηλευτές να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις υψηλές απαιτήσεις της προαγωγής της δημόσιας υγείας και φροντίδας στους κατοίκους της κοινότητας και στην ΠΦΥ (Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου και Σουρτζή 2005).

Η κοινοτική νοσηλευτική ορίζεται ως ο συνδυασμός της άσκησης της νοσηλευτικής και της δημόσιας υγείας, όπου στο επίκεντρό της είναι το άτομα και η οικογένειά του και δρα με γνώμονα την προώθηση της καλής υγείας σε όλο τον πληθυσμό. Όλα αυτά εμπεριέχονται σε μια ολιστική προσέγγιση, όπου συνδυάζεται η προαγωγή της υγείας και η διατήρησή της, ο συντονισμός της φροντίδας και η διαχείριση της ασθένειας (ΑΝΑ, 1980, όπως αναφέρεται στο Nies and McEwen 2013).

Έτσι μπορούμε να πούμε ότι κοινοτική νοσηλευτική περιλαμβάνει την κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα, τη νοσηλευτική της οικογένειας ή τη σχολική νοσηλευτική, την νοσηλευτική επαγγελματικής υγείας αλλά και την διαπολιτισμική. Ανεξάρτητα του ότι η ειδικότητα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής έχει αναγνωριστεί στην Ελλάδα από το 1994 ως μια ξεχωριστή ειδικότητα από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), ο ρόλος τους νοσηλευτή γενικά παραμένει πολυδιάστατος και επιβάλλει την κατάκτηση γνώσεων τόσο σε μακροεπίπεδο όσο και σε μικροεπίπεδο, δεξιότητες πρακτικής εκπαίδευσης την κοινότητα, πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, κατ'οίκον φροντίδα υγείας, οργάνωση και διαχείριση περιστατικών, διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών, εμπιστευτικότητα και αγωγή υγείας (WHO 2001).

Οι αλλαγές στο δημογραφικό προφίλ του πληθυσμού των χωρών, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, η μείωση των γεννήσεων, οι αλλαγές στη στάση φροντίδας των ηλικιωμένων, μέσα στην οικογένεια τους και δεδομένου ότι η αύξηση του ποσοστού των ατόμων που χρήζουν ανάγκη αυξάνεται (Giles, Wang and Cai 2011). Αυτό επιβάλλει την ανάγκη αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών της κοινότητας για τη μπορεί να διασφαλίσει τη συνέχιση της φροντίδας, την μείωση των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο και τη δικτύωση και λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας για την προαγωγή της δημόσιας υγείας. (Αδαμακίδου 2012).

Κύρια προτεραιότητα είναι η εκπαίδευση και κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στις δομές αυτές και στην ευρύτερη κοινότητα. Έτσι σε επίπεδο εκπαίδευσης θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης, με στόχο την ανάπτυξη δεξιοτήτων ώστε να διασφαλιστεί ότι οι νοσηλευτές, θα έχουν τις κατάλληλες δεξιότητες που απαιτούνται για την παροχή και ανάπτυξης της ΠΦΥ (RCN 2014). Η ΠΦΥ ορίστηκε για πρώτη φορά το 1978 στην Άλμα-Άτα και έγινε αποδεκτή από το ICN και τα μέλη του ως μια προσέγγιση παροχής φροντίδας υγείας (ICN 1988), η οποία χαρακτηρίζεται και ως φιλοσοφία παροχής φροντίδας, μια στρατηγική για την επίτευξη του σκοπού «Υγεία για Όλους», αλλά συνάμα και ένας οδηγός για τη μεταρρύθμιση στη φροντίδα υγείας. Στην ομάδα της ΠΦΥ εμπλέκονται διάφοροι επαγγελματίες υγείας που συνεργάζονται για να αξιολογήσουν την υγεία του πολίτη, και χρειάζεται να αποφανθούν για την θεραπευτική προσέγγιση που θα ακολουθήσουν. Παρατηρούμε ότι αυτό το μοντέλο λειτουργίας της ομάδας στην ΠΦΥ αποτελεί ένα οριζόντιο μοντέλο ασθενοκεντρικό, που στηρίζεται στην συνεργασία και αντιτίθεται του παραδοσιακού μοντέλου, κάθετου μοντέλου ιατροκεντρικού. Το μοντέλο αυτό επιτρέπει την χρήση νέων τεχνολογιών καθώς η ομάδα

δεν χρειάζεται να έχει ταυτόχρονη φυσική παρουσία. Έτσι εξειδικευμένο προσωπικό μπορεί να ενταχθεί στην ομάδα και να καλύψει πιθανές ελλείψεις αλλά να ενισχύσει και την έλλειψη ιατρικού προσωπικού που εμφανίζεται σε πολλές απομακρυσμένες περιοχές στην ενδοχώρα ή σε νησιωτικές περιοχές, δίνοντας τη δυνατότητα να παρέχει μια αποδοτική και πολιτική φροντίδα υγείας (Laurant et al 2005).

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ**

#### **3.1 Η Μετανοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας σε άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες**

##### **3.1.1 Κύπρος**

Το κυπριακό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει υποστεί μια σειρά σημαντικών μετασχηματισμών από την εισαγωγή της Κυπριακής Δημοκρατίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση πριν από περισσότερα από 10 χρόνια. Επί του παρόντος, η Κύπρος υφίσταται μια σημαντική μεταρρύθμιση, δηλαδή την εισαγωγή ενός εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης με γνώμονα την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Το νέο εθνικό σύστημα υγείας εφαρμόστηκε στην Κύπρο τον Ιούνιο του 2019 γνωστό ως GeSY. Αυτό το καθολικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας στοχεύει να παρέχει οικονομικά προσιτή και αποτελεσματική ιατρική περίθαλψη στους κατοίκους της Κύπρου. Οι πολίτες έχουν πλέον το δικαίωμα να επιλέξουν τον προσωπικό τους γιατρό, νοσοκομείο ή οποιονδήποτε άλλο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης που σχετίζεται με το GeSY (<https://www.angloinfo.com>).

Το Σύστημα υγείας της Κύπρου στηρίζεται σε υπηρεσίες που παρέχονται από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας εκτιμάται ότι καλύπτουν το 43% περίπου από το σύνολο των δαπανών υγείας, ποσοστό που θεωρείται από τα πιο χαμηλά στην Ε.Ε.. Το 6,9% των δημόσιων δαπανών διοχετεύεται στην υγεία, ποσοστό που είναι πιο χαμηλό από τον αντίστοιχο μέσο όρο της ΕΕ που είναι 15,8%. Το ποσοστό των δαπανών υγείας που καλύπτεται κατά ένα σημαντικό μέρος από την συνεισφορά των ίδιων των πολιτών, που φτάνει στο 49,4% , ποσοστό πιο υψηλό επίσης από τον αντίστοιχο μέσο όρο της ΕΕ που κυμαίνεται περίπου στο 14%. Το Υπουργείο Υγείας είναι αρμόδιο για τη διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον προϋπολογισμό του κράτους. Αντίστοιχα οι ίδιοι οι ασθενείς χρηματοδοτούν την παροχή υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα, με εθελοντική ασφάλιση σε αυτούς. Οι υπηρεσίες

υγείας που παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα, παρέχονται μέσα από νοσηλευτήρια, κλινικές, πολυκλινικές, διαγνωστικά κέντρα, φαρμακεία και ανεξάρτητους επαγγελματίες υγείας που όμως υπάγονται στον έλεγχο και οι υπηρεσίες τους ρυθμίζονται από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο και τους αδειοδοτεί σχετικά με την παροχή των υπηρεσιών τους. Έτσι η παροχή φροντίδας δίδεται είτε από προσωπικούς γιατρούς εκτός του νοσοκομείου, από ειδικούς γιατρούς συμπεριλαμβανομένων και της ενδονοσοκομειακής φροντίδας και συμπεριλαμβάνει κλινικές εργαστηριακές εξετάσεις, εξειδικευμένες βιοιατρικές εργαστηριακές εξετάσεις, καθώς επίσης χορήγηση ιατροτεχνολογικών και φαρμακευτικών προϊόντων αλλά και υγειονομικών ειδών. Επίσης παρέχονται υπηρεσίες υγείας από νοσηλευτές και μαίες, αλλά και από άλλους επαγγελματίες υγείας, καθώς επίσης παρέχεται ανακουφιστική φροντίδα, επιπλέον από την ενδονοσοκομειακή φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων κατ' οίκον επισκέψεων, μεταφορά με ασθενοφόρο, ιατρική αποκατάσταση, φροντίδα σε περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών και χρόνια ψυχιατρική φροντίδα, σε αντίστοιχα ιδρύματα που ορίζονται από την σχετική νομοθεσία νομοθεσίας (<https://www.moh.gov.cy>).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας η οποία να είναι οικονομικά αποδοτική και συνεχής. Κύριος στόχος της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Υγείας είναι η διασφάλιση οικονομικά αποδοτικής και αποτελεσματικής χρησιμοποίησης των πόρων για την υγεία των πολιτών, με προτεραιότητες που καθορίζονται με βάση τις ανάγκες των ασθενών για την επίτευξη των καλύτερων αποτελεσμάτων στην υγεία. Λεπτομέρειες για τη δραστηριότητα περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

Διασφάλιση ομαλής λειτουργίας των Κέντρων Υγείας με ορθολογική διαχείριση και κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού (Γιατρούς, Νοσηλευτές, Επισκέπτες Υγείας κ.ά.), παροχή των αναγκαίων αναλωσίμων, μηχανημάτων, εργαλείων, επίπλων και κατάλληλου ιατρικού εξοπλισμού.

Παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας για θεραπεία, προαγωγή και πρόληψη, παραπομπή σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας και σε άλλες υπηρεσίες υγείας όπως η οδοντιατρική και ψυχιατρική φροντίδα κ.α..

Παροχή φροντίδας υγείας στις κοινότητες (επισκέψεις σε Στέγες και Λέσχες Ηλικιωμένων κ.α.).



Προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας, π.χ. κάπνισμα, οινόπνευμα, διατροφή, σωματική άσκηση κ.α. Επιπλέον, στα πλαίσια της παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών, οι Νοσηλευτές Γενικής Νοσηλευτικής, Κοινωνικής Νοσηλευτικής, οι Μαίες και οι Επισκέπτες/τριες Υγείας συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας μέσα από προγράμματα πρόληψης και αποκατάστασης στην Κοινότητα, αυτόνομα και σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται στα Αστικά και Αγροτικά Κέντρα Υγείας, στα Κέντρα Προστασίας Μητρότητας και Ευημερίας Παιδιού, στα Κέντρα Εμβολιασμού, στα Δημόσια σχολεία, από την Υπηρεσία Κατ' οίκον Νοσηλείας, την Υπηρεσία Κατ' οίκον Νοσηλείας Ατόμων με Μηχανική Υποστήριξη της Αναπνοής, στις Φυλακές και στα Αεροδρόμια. Η υπηρεσία της κοινωνικής νοσηλευτικής ως μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δραστηριοποιείται σε όλες τις πόλεις της Κύπρου. Σε κάποιες περιοχές είναι δεν έχει αρκετό προσωπικό και έτσι η δράση της περιορίζεται. Παρέχει υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας υγείας και αγωγή υγείας. Διενεργούν όλες τις κλινικές νοσηλευτικές πράξεις σύμφωνα με τη νομοθεσία. Συνεργάζονται όπου χρειάζεται και με άλλους επαγγελματίες υγείας. Επίσης υπάρχει και η υπηρεσία της σχολικής νοσηλευτικής όπου είναι και η πιο παλιά χρονικά ανεπτυγμένη υπηρεσία σχετικά με την κοινωνική νοσηλευτική. Ο στόχος της Σχολιατρικής Υπηρεσίας είναι να βελτιώσει το επίπεδο υγείας (σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και κοινωνικής), να προφυλάξει από ασθένειες και να προωθήσει τον υγιεινό τρόπο διαβίωσης των παιδιών στη σχολική ηλικία. Η Υπηρεσία στελεχώνεται με Επαγγελματίες Υγείας, όπως είναι οι Επισκέπτριες Υγείας και οι Ιατροί (Παιδίατροι, Γενικοί Ιατροί). Η Υπηρεσία καλύπτει όλα τα Δημόσια σχολεία (Δημοτικής και Μέσης Εκπαίδευσης) που είναι υπό τον έλεγχο της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Οι Υπηρεσίες της Σχολιατρικής Υπηρεσίας περιλαμβάνουν τα πιο κάτω:

I. Ιατρική εξέταση των παιδιών στις τάξεις Α' και Δ' Δημοτικού, Α' Γυμνασίου και Α' Λυκείου. II. Ετήσια ιατρική εξέταση των αθλητών της Μέσης Εκπαίδευσης και κάλυψη των αγώνων της Δημοτικής και Μέσης Εκπαίδευσης.

III. Παρακολούθηση όλων των παιδιών που παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα υγείας, όπως παχυσαρκία, φύσημα καρδιάς, σκολίωση, κύφωση, άγχος, εθισμό, κάπνισμα κλπ. Παραπομπή παιδιών σε άλλη ειδικότητα για διάγνωση, θεραπεία και παρακολούθηση εκεί και όπου κρίνεται αναγκαίο.

IV. Παροχή Συμβουλευτικών Υπηρεσιών σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο κατά την εξέταση ρουτίνας.

V. Προώθηση υγιεινού τρόπου διαβίωσης μέσω ενημερωτικών προγραμμάτων και διαλέξεων σε θέματα εφηβείας, AIDS, εθιστικών ουσιών, ατυχημάτων, υγιεινής διατροφής, άσκησης κ.λ.π.

VI. Εμβολιαστική κάλυψη του μαθητικού πληθυσμού.

Οι κατ' οίκον φροντίδα, καλύπτει τις ανάγκες των ατόμων που λόγω σωματικής αναπηρίας δεν έχουν εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας με τις πιο κάτω δράσεις:

- Παρεμβάσεις σε τομεοποιημένη περιοχή ευθύνης για διασφάλιση της θεραπευτικής συνέχειας με κατ' οίκον επισκέψεις.
- Εφαρμογή νοσηλευτικών διεργασιών με βάση τις Κατευθυντήριες Οδηγίες για πιο ποιοτικές παρεμβάσεις που αφορούν στη νοσηλευτική διάγνωση και πρακτική.
- Συμβουλευτική Εργασία: Συμβουλευτική Υγείας, Συμβουλευτική Διαβήτη, Αγωγή Υγείας, Παρεμβάσεις σε Κοινοτικές Στέγες Ηλικιωμένων, Κέντρα Ημέρας, Διασυνδεδετική/Συμβουλευτική Υπηρεσία κ.ά.
- Οι δράσεις είναι ανθρωποκεντρικές με στόχο την κινητοποίηση των ατόμων, κοινοτήτων με παρεμβάσεις όχι μόνο για θεραπεία, αλλά και για πρόληψη επιπλοκών με εκπαίδευση, καθοδήγηση και ενδυνάμωση των ατόμων ώστε να γίνουν ικανά: – Να αντιμετωπίζουν και να διαχειρίζονται τα προβλήματά τους. – Να ξεπερνούν τα εμπόδια για βελτίωση των συνθηκών ζωής τους. – Να μεγιστοποιήσουν τα επίπεδα της λειτουργικής τους αυτονομίας Συμβουλευτική/καθοδήγηση των ασθενών για αξιοποίηση άλλων υπηρεσιών και διευκόλυνση ώστε να εξασφαλίσουν τους αναγκαίους πόρους (π.χ. απαραίτητο εξοπλισμό, αναλώσιμα, σύνδεση με τις απαραίτητες υπηρεσίες όπως Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας, αξιολόγηση και οργάνωση, κ.ά.).
- Συμβουλευτική/καθοδήγηση των οικογενειών σε περιοχές που δεν καλύπτονται από την Υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας.
- Τηλεφωνική συμβουλευτική/καθοδήγηση ατόμων και οικογενειών που δεν καλύπτονται από την Υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας

### 3.1.2 Αγγλία

Οι εγκαταστάσεις μετά την περίθαλψη περιλαμβάνουν νοσοκομεία μακράς διάρκειας, εγκαταστάσεις αποκατάστασης εσωτερικών ασθενών, υπηρεσίες υγείας στο σπίτι και ειδικευμένες εγκαταστάσεις νοσηλευτικής. Τα τελευταία χρόνια, οι πάροχοι υγείας που καλύπτουν την νοσηλεία (πχ Medicare, ή οι εταιρείες ασφάλισης υγείας) έχουν μετατοπίσει περισσότερο κίνδυνο στα νοσοκομεία που περιθάλπουν ασθενείς. Στην πραγματικότητα, πολλές ασφαλιστικές εταιρείες δεν πληρώνουν πλέον για επανεισδοχές εντός ορισμένου χρονικού διαστήματος μετά το εξιτήριο. Αυτό σημαίνει ότι εάν ένας ασθενής πάρει εξιτήριο και καταλήξει πίσω στο νοσοκομείο σε κοντινή απόσταση από το εξιτήριο για το ίδιο ή σχετικό θέμα, το νοσοκομείο απορροφά το κόστος της δεύτερης νοσηλείας. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές έχουν σχεδιαστεί για να βελτιώσουν τη φροντίδα των ασθενών στα νοσοκομεία και να διασφαλίσουν ότι όλα τα ζητήματα αντιμετωπίζονται και αντιμετωπίζονται επαρκώς πριν ο ασθενής πάρει εξιτήριο. Τα νοσοκομεία για να διασφαλίζουν την ανάρρωση των ασθενών μετά από οξεία ασθένεια, έχουν αρχίσει να αναπτύσσουν στρατηγικές συνεργασίες με εγκαταστάσεις μετα-οξείας φροντίδας. Οι ασθενείς που δεν χρειάζονται πλέον ενδονοσοκομειακή νοσοκομειακή περίθαλψη για ένα οξύ πρόβλημα συχνά εξέρχονται σε νοσοκομείο μετά την οξεία φροντίδα για να διασφαλιστεί ότι λαμβάνουν την κατάλληλη μεταβατική φροντίδα ενώ αναρρώνουν. Η μεταβατική φροντίδα σε αυτές τις ρυθμίσεις μπορεί να περιλαμβάνει αλλαγές στο ντύσιμο, διαχείριση φαρμάκων, χορήγηση οξυγόνου, φυσικοθεραπεία, θεραπεία αποκατάστασης, διαχείριση πόνου, παρακολούθηση και άλλα. Τα οφέλη της μετα- νοσοκομειακής φροντίδας (post-acute) είναι πολλαπλά. Οι ασθενείς που λαμβάνουν εξιτήριο σε υγειονομική περίθαλψη μετά από οξεία νοσηλεία είναι λιγότερο πιθανό να εισαχθούν ξανά στο νοσοκομείο. Παρακολουθούνται στενά για επιπλοκές ή αλλαγές στην κατάσταση, γεγονός που βελτιώνει την πιθανότητα να εντοπιστούν έγκαιρα νέα ή επαναλαμβανόμενα προβλήματα και να αντιμετωπιστούν σε περιβάλλον εξωτερικών ασθενών (κλινική). Η μετά την οξεία φροντίδα είναι επίσης προς όφελος του ασθενούς, επειδή έμπειροι επαγγελματίες είναι διαθέσιμοι για να απαντήσουν σε ερωτήσεις και να βοηθήσουν σε εργασίες που μπορεί να είναι δύσκολες στην αρχή. Η μετά την οξεία νοσηλεία φροντίδα είναι επίσης ευνοϊκή σε σχέση με μια μακρά παραμονή οξείας φροντίδας. Οι ρυθμίσεις μετά την οξύτητα μοιάζουν περισσότερο με το σπίτι και προσφέρουν περισσότερες δραστηριότητες και υπηρεσίες για μακροχρόνιες διαμονές.

Υπάρχουν τέσσερις βασικοί τύποι εγκαταστάσεων μετα-οξείας φροντίδας, και εντός αυτών, τα επίπεδα μετα-οξείας φροντίδας ποικίλλουν. Ορισμένες εγκαταστάσεις δέχονται πιο εντατικές περιπτώσεις που απαιτούν μεγαλύτερη ιατρική ομάδα και πιο λεπτομερές σχέδιο θεραπείας. Αυτά τα τέσσερα είδη περιλαμβάνουν:

- Εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα (SNF): Όποιος έχει λάβει τουλάχιστον τρεις ημέρες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης κατά τη διάρκεια μιας οξείας νοσηλείας μπορεί να λάβει υπηρεσίες SNF. Τα SNF είναι επίσης γνωστά ως οίκοι ευγηρίας και ο πρωταρχικός τους σκοπός είναι να παρέχουν συνεχή φροντίδα σε ενήλικες που δεν μπορούν πλέον να ζήσουν ανεξάρτητα.
- Εγκατάσταση εσωτερικής αποκατάστασης (IRF): Τα IRF συνδυάζουν νοσοκομειακή φροντίδα με εντατική αποκατάσταση για τη θεραπεία ασθενών και τους βοηθούν να ανακτήσουν τη συνήθη λειτουργία τους.
- Οργανισμός υγείας στο σπίτι (HH): Τα HH είναι για ασθενείς που βρίσκονται στο σπίτι και λαμβάνουν διαλείπουσα νοσηλεία και θεραπεία.
- Νοσοκομείο μακροχρόνιας περίθαλψης (LTCH): Οι ασθενείς που υποφέρουν από σοβαρούς τραυματισμούς ή καταστάσεις με επίπεδο φροντίδας υψηλής έντασης τείνουν να μένουν σε LTCH. Η παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο τους παρέχει τη συγκεντρωμένη φροντίδα που χρειάζονται για να κάνουν επαρκή ανάρρωση (<https://www.preludeservices.com>).

### **3.1.3 Ιταλία**

Η Ιταλία αποτέλεσε μια από τις χώρες που πληγήκαν περισσότερο από την πανδημία Covid-19. Η χώρα αντιμετώπισε μια μοναδική πρόκληση στο τομέα της υγείας με διαφορετικά αποτελέσματα ανάλογα την γεωγραφική περιοχή. Στο Σύστημα Υγείας στηρίχθηκε την ΠΦΥ για να αντιμετωπίσει αυτή την πρόκληση. Το Ιταλικό Σύστημα Υγείας (SSN), δημιουργήθηκε πριν περίπου 40 χρόνια και βαθμολογείται σταθερά από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης μεταξύ των υψηλότερων χωρών για το προσδόκιμο ζωής και μεταξύ των χαμηλότερων σε δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (Ricciardi and Tarricone, 2021). Προσπαθώντας να αναλύσουμε την στρατηγική που ακολούθησε το Ιταλικό Ένκο

Σύστημα Υγείας (SSN) για την αντιμετώπιση των έκτακτων συνθηκών λόγων του Covid-19, είναι χρήσιμο να περιγράψουμε τη δομή του. Τόσο οι θεμελιώδεις αρχές, όσο και οι γενικοί στόχοι για την προστασία και την προαγωγή της υγείας ορίζονται από την κυβέρνηση, ενώ σε περιφερειακό επίπεδο, συντονίζεται η οργάνωση του συστήματος αλλά και η χρηματοδότηση των εκάστων δομών και υπηρεσιών υγείας (Toth, 2014). Καθώς η χορήγηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται σε περιφερειακή βάση αυτό επηρέασε την ανταπόκριση του συστήματος κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας. Φαίνεται ότι οι περιοχές που ήταν πιο κατάλληλα οργανωμένες με ισχυρή ΠΦΥ, και υπηρεσίες κοινοτικές που στήριζαν την ΠΦΥ, μπόρεσαν να διαχειριστούν καλύτερα την πανδημία, σε σχέση τις περιοχές που δεν ήταν τόσο κατάλληλα οργανωμένες και η περίθαλψη είχε ως επίκεντρο τις νοσοκομειακές δομές. Φαίνεται ότι η προσπάθεια ισορροπίας ανάμεσα στον συγκεντρωτικό κυβερνητικό έλεγχο έναντι του περιφερειακού ελέγχου έχει σε βάθος χρόνου να δημιουργήσει όχι ένα, αλλά 20 διαφορετικά συστήματα υγείας, επιδεινώνοντας τις διαφορές ως προς την πρόσβαση στην περίθαλψη μεταξύ των περιφερειών.

Αποτέλεσμα σε περιοχές όπου οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής ακολούθησαν μια διαφορετική προσέγγιση και αντί να συγκεντρώνουν πόρους σε εκτεταμένα ιατρικά συγκροτήματα, επένδυσαν σε ένα δίκτυο κλινικών και μικρών ιατρικών κέντρων που διασκορπίζονται στις πόλεις και τα χωριά της, τα οποία ονομάστηκαν «*case della salute*» (σπίτια υγείας) και χρησιμεύουν ως το πρώτο σημείο επαφής για τους ασθενείς, προσφέροντας τακτική φροντίδα από μια ομάδα γενικών γιατρών, ειδικών και νοσοκόμων. Μόνο οι πιο σοβαρές περιπτώσεις που απαιτούν εντατική θεραπεία και τεχνολογία παραπέμπονται στα νοσοκομεία. Καθώς η Ιταλία έχει έναν από τους γηραιότερους πληθυσμούς στον κόσμο και ένα μεγάλο μέρος του είναι κατανομημένο σε μικρές πόλεις και χωριά τα οποία δεν εξυπηρετούνται από κοντινές εγκαταστάσεις υγείας, δεν είναι πάντα αυτό αρκεί και ο πληθυσμός συχνά δυσκολεύεται να φτάσει στο πλησιέστερο νοσοκομείο. Έτσι οι γενικοί γιατροί εργάζονται σε ομάδες με νοσηλευτές και ειδικούς ασθενειών για να παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς που δεν χρειάζεται να νοσηλευτούν αλλά έχουν περίπλοκες ανάγκες υγείας. Ενώ ψυχολόγοι ή διαιτολόγοι είναι σε ετοιμότητα για να παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα. Οι οίκοι υγείας σε αυτές τις περιοχές, βοήθησαν στην οργάνωση του εντοπισμού επαφών καθώς και των δοκιμών PCR κατά την πανδημία, ενώ συμμετείχαν με την κίνηση εμβολιασμού όταν έφτασαν οι πρώτες δόσεις. Το πιο σημαντικό, ήταν ότι ορισμένοι οίκοι υγείας χαρακτηρίστηκαν ως απαλλαγμένοι από τον COVID-19 και αυτό εξασφάλισε ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να

συνεχίσουν να λαμβάνουν τακτική φροντίδα, ακόμη και όταν οι διακοπές στις τακτικές υπηρεσίες για χρόνια πάσχοντες ασθενείς έγιναν μια σημαντική ανησυχία για τους ειδικούς στον τομέα της υγείας σε άλλες περιοχές. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με το μεγαλύτερο μέρος της Ευρώπης, όπου η έλλειψη φροντίδας πιστεύεται ότι συνέβαλε σε περαιτέρω θανάτους που μπορούσαν να αποφευχθούν (Martuscelli 2021).

Για να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις των συνθηκών, δημιούργησαν τις Ειδικές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Covid-19 (USCA), μια νέα υπηρεσία που σαν στόχο της είχε την διαχείριση των κρουσμάτων Covid-19 μέσα στο πλαίσιο της κοινότητας και εκτός νοσοκομειακής δομής. Το USCA αποτελεί επέκταση του θεσμού των οικογενειακών γιατρών και είναι κατάλληλα επανδρωμένο για να υποστηρίζει ύποπτα κρούσματα μέσω τηλεφώνου. Ο γενικός ιατρός σε περίπτωση που εντοπίσει την ύπαρξη κάποιων συμπτωμάτων σε ασθενή ή ο ασθενής διαγνωστεί με Covid-19, επικοινωνεί με την υπηρεσία USCA και ενημερώνει τον γιατρό γενικής ιατρικής σχετικά με την υπόθεση.

Σε κάποιες πόλεις (πχ Μπολόνια λειτουργούν δύο USCA που βρίσκονται σε δύο διαφορετικά Κοινοτικά Κέντρα Υγείας, το καθένα με 4-5 γιατρούς που εργάζονται από τις 8 π.μ. έως τις 8 μ.μ. Τα κύρια καθήκοντα και λειτουργίες των Ειδικών Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Covid-19 είναι:

- Τηλεφωνική διαλογή και αξιολόγηση: Ο παραπέμποντας γιατρός καλεί την Υπηρεσία USC, όπου ο γιατρός της υπηρεσίας αξιολογεί το περιστατικό, ο οποίος μπορεί στη συνέχεια να κανονίσει μια επίσκεψη στο σπίτι ανάλογα με τη σοβαρότητα της περίπτωσης. Κάθε επίσκεψη υλοποιείται εντός 24 ωρών και για επείγουσες περιπτώσεις εντός 3-4 ωρών. Μετά την επίσκεψη, ο γιατρός επικοινωνεί με τον παραπέμποντα ιατρό για να δώσει άμεση ανατροφοδότηση και στέλνει μια ηλεκτρονική αναφορά.
- Φροντίδα στο σπίτι: αντιπροσωπεύει τη βασική δραστηριότητα της USCA. Για κάθε επίσκεψη, παρέχονται στον γιατρό δοχεία για καθαρά και μολυσμένα απόβλητα, Μέσα Ατομικής Προστασίας και ο κατάλληλος ιατρικός εξοπλισμός όπως ψηφιακό θερμόμετρο, οξύμετρο, στηθοσκόπιο κ.λπ. Ενώ σε κάθε επίσκεψη σε νέο ύποπτο περιστατικό, γίνεται στο σπίτι το αντίστοιχο τεστ και η εξέταση στέλνεται στο εργαστήριο.

- Τακτική ιατρική περίθαλψη σε ξενοδοχεία Covid-19: στην αρχή της πανδημίας, ορισμένα τουριστικά ξενοδοχεία μετατράπηκαν σε ξενοδοχεία Covid-19, για να φιλοξενήσουν άτομα με προβλήματα στέγασης, κοινωνικά εύάλωτους ασθενείς και να θέσουν σε καραντίνα άτομα που προέρχονται από χώρες υψηλού κινδύνου. Τα ξενοδοχεία Covid-19 είναι γενικά υπό τη διεύθυνση νοσηλευτών και οι γιατροί της USCA ενεργοποιούνται σε περίπτωση ανάγκης.

Καθώς στο σύστημα υγεία είναι αποκεντρωτικό, υπήρχαν ανισότητες μεταξύ των υπηρεσιών και την ανάπτυξή τους και λειτουργίας τους ανάμεσα στις διάφορες περιφέρειες, οι οποίες δυσκόλεψαν την διαχείριση της πανδημίας (Caruso and Dirindin 2012). Κάποιες περιοχές είχαν επιλέξει να ιδιωτικοποιήσουν το σύστημα υγείας, με τραγικές συνέπειες στη διαχείριση της πανδημίας, ενώ άλλες είχαν διατηρήσει τον κοινοτικό τους χαρακτήρα και ήταν πιο ενισχυμένες ως προς την οργάνωση και με τη τοπική κοινωνία, γεγονός που βοήθησε να ανταποκριθούν ταχύτερα (Usulli 2020). Επίσης ο εξοπλισμός που θα έπρεπε να έχουν μαζί τους οι ομάδες της USCA, προτεινόταν να συμπεριλαμβάνει και αναλυτές αερίων αίματος κλπ εξοπλισμό που θα μπορούσε εύκολα να χρησιμοποιηθεί και να υποστηρίξει τη διαγνωστική διαδικασία, ειδικά για περιστατικά μέτριας ή χαμηλής σοβαρότητας. Έτσι αποσυμφορίζονται οι νοσοκομειακές δομές, καθώς κάποια περιστατικά διαχειρίζονται κατ' οίκον και δεν χρειάζεται να διακομιστούν στο νοσοκομείο.

Από τη δεκαετία του 1970 και μετά, έχουμε παρατηρήσει μια προοδευτική καθετοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, η οποία παραμένει εμφανής στην αντιμετώπιση της πανδημίας. Εάν θέλουμε πραγματικά να παρέχουμε υγεία σε όλους, να αντιμετωπίσουμε τους ευρύτερους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και να εξουδετερώσουμε τον νόμο της αντίστροφης περίθαλψης, χρειαζόμαστε πραγματικά μια στενή, τακτική, οριζόντια συνεργασία μεταξύ όλων των παραγόντων που εμπλέκονται στη σύνθετη διαδικασία της φροντίδας. Μια τέτοια προσέγγιση διαχείρισης δεν έχει τεθεί ακόμη σε ισχύ, αλλά πρέπει να αντιπροσωπεύει ένα θεμελιώδες χαρακτηριστικό του αυριανού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το 2017, μαζί με μια ομάδα νέων επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, ξεκίνησε μια δημόσια εκστρατεία για την ανανέωση της ιταλικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την ονομασία «2018 Primary Health Care: Now or Never» («2018 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Τώρα ή Ποτέ»), ενώ πριν από λίγους μήνες δημοσίευσε το «Libro Azzurro» (Το Μπλε Βιβλίο), ένα μανιφέστο

όπου υποστηρίζουν τις αλλαγές που θα πρέπει να γίνουν στο ιταλικό σύστημα υγείας, 12 συγκεκριμένες προτάσεις.

Έρευνα που έγινε στην Ελλάδα μετά το πρώτο κύμα της πανδημίας (Ιούνιος 2020) με στόχο την ποιοτική μελέτη τις εμπειρίες, τις πεποιθήσεις και ανησυχίες των επαγγελματιών ΠΦΥ σχετικά με την ετοιμότητα και την ανταπόκριση του συστήματος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης της χώρας, κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας. Η έρευνα στηρίχθηκε σε 33 τηλεφωνικές συνεντεύξεις από γενικούς γιατρούς, παιδίατρος και νοσηλευτές και τα δεδομένα αναλύθηκαν σύμφωνα με την θεματική ανάλυση αναπτύσσοντας ένα εννοιολογικό πλαίσιο (Smyrnakis et al 2021).

Η έρευνα προσδιόρισε τέσσερα κύρια θέματα:

- α) Τη προσαρμογή της ΠΦΥ και ζητήματα που αντιμετωπίστηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας.
- β) Διαχείριση των ύποπτων περιστατικών COVID-19.
- γ) Διαχείριση μη ύποπτων περιστατικών
- δ) Συνέπειες της πανδημίας.

Στην πρώτη φάση της πανδημίας, προτιμήθηκε η εξ αποστάσεως διαχείριση ύποπτων κρουσμάτων και η παραπομπή τους στο νοσοκομείο, λόγω έλλειψης ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού και αδυναμίας πρόσβασης σε τεστ κορωνοϊού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Λόγω της διακοπής των τακτικών ιατρικών υπηρεσιών και της περιορισμένης προσωπικής επαφής μεταξύ γιατρών και ασθενών, τα προγράμματα διαχείρισης και πρόληψης χρόνιων ασθενειών έμειναν πίσω. Κοινωνικές και συναισθηματικές συνέπειες της πανδημίας, όπως το στίγμα στο χώρο εργασίας, η απομόνωση και η κοινωνική απομόνωση, που προέρχονται από τον φόβο της μετάδοσης του ιού, καθώς και συμπτώματα εξουθένωσης και εξάντλησης εμφανίστηκαν συνήθως μεταξύ των επαγγελματιών ΠΦΥ (Baladubramanian et al 2020)

Οι πληροφορίες που συλλέγονται από το σύστημα δημόσιας υγείας είναι καθοριστικές για την λήψη πληροφοριών απαραίτητες για τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων (Desborough et al 2020) Η ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 κρίθηκε εξαρχής ζωτικής σημασίας και για αυτό οι χώρες έλαβαν σχετική καθοδήγηση σχετικά με τη λειτουργία των υπηρεσιών Η/Υ από τον Παγκόσμιο Οργανισμό



Υγείας (WHO 2021). Σύμφωνα με ένα πρόγραμμα παρακολούθησης που αναπτύχθηκε για την ανταπόκριση της ΠΦΥ των χωρών κατά την πανδημία, PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor for Europe) η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες με σχετικά αδύναμο σύστημα δημόσια υγείας (Kringos et al 2013). Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) είναι οργανωμένο γύρω από τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα (ΔΥ), με τις μονάδες Η/Υ να παραμένουν χωρίς συστηματική οργάνωση και χρηματοδότηση (Tomos et al 2020). Παρά τις οργανωτικές αδυναμίες της ΠΦΥ, η Ελλάδα θεωρήθηκε επιτυχημένο παράδειγμα για την καταπολέμηση του πρώτου κύματος της πανδημίας COVID-19. Ο πρώτος ασθενής σηματοδότησε την έναρξη της επιδημίας στις 26.2.2020 και ανακοινώθηκε lockdown (<https://covid19.gov.gr>) καθώς τα διαθέσιμα δεδομένα εκείνη την εποχή υπογράμμισαν την αποτελεσματικότητά του στη μείωση τόσο της μετάδοσης του ιού όσο και των ποσοστών θνησιμότητας (European Commission 2020). Με τον αριθμό των κρουσμάτων να παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, η Ελλάδα έκανε άρση των περιορισμών στις 4.5.2020 και από τις 9.6.2020 ο ΠΟΥ αξιολόγησε τη χώρα με Κατάσταση Επιπέδου 4 σε ετοιμότητα και ανταπόκριση για τον COVID-19 (WHO 2020)

Όλες οι μονάδες δημόσιας υγείας [εκτός από τα Περιφερειακά Ιατρεία (δηλ. μικρά ιατρεία γιατρών που εξυπηρετούσαν αγροτικές περιοχές) που διέκοψαν τη λειτουργία τους] ακολούθησαν ένα σύστημα διαλογής, διακρίνοντας τους ασθενείς χωρίς ύποπτα συμπτώματα από εκείνους με συμπτώματα COVID-19. Οι μονάδες με πολλαπλές εισόδους χρησιμοποιούσαν την κύρια είσοδο για διαλογή και μια δευτερεύουσα είσοδο για περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Η διαλογή διενεργήθηκε κυρίως από νοσηλευτικό προσωπικό σύμφωνα με τις οδηγίες και τα πρωτόκολλα του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), των Περιφερειακών Υγειονομικών Αρχών (ΥΠΕ) και του Υπουργείου Υγείας. Σε αρκετές δημόσιες μονάδες, δημιουργήθηκε ξεχωριστός ειδικός χώρος εξέτασης και απομόνωσης είτε εντός είτε εκτός της Μονάδας με την ανάπτυξη δομών απομόνωσης θαλάμων. Στον ιδιωτικό τομέα, όπου δεν υπήρχαν χωριστές αίθουσες εξετάσεων, τα ύποπτα κρούσματα COVID-19 εξετάστηκαν μέσω τηλεφώνου. Όταν αυτοί οι ασθενείς εξετάστηκαν πρόσωπο με πρόσωπο, υπήρχε μια λογική διαφορά ώρας από τα υπόλοιπα ραντεβού, που πραγματοποιούνταν είτε στην αρχή είτε στο τέλος της εργασιακής ημέρας, για να αποφευχθεί η συμφόρηση στην αίθουσα αναμονής και να δοθεί χρόνος για απολύμανση και αερισμός των χώρων. Οι μονάδες υγείας αντιμετώπισαν επιζήμιες ελλείψεις σε μέσα ατομικής προστασίας, όπως χειρουργικές και υψηλής προστασίας μάσκες FFP2/FFP3, γάντια, ασπίδες προσώπου, κορμάκια και προστασία ποδιών. Στον

δημόσιο τομέα η παροχή μέσων ατομικής προστασίας από τις ΥΠΕ αρχικά περιορίστηκε και στη συνέχεια αυξήθηκε σταδιακά στην πλειονότητα των μονάδων. Πολλοί γιατροί ανέφεραν ότι εξοπλίστηκαν με μάσκες και γάντια με δικά τους έξοδα, ενώ σημαντικές δωρεές από δημόσιες αρχές, ιδιωτικές εταιρείες, ενώσεις και ιδιώτες ήταν ευπρόσδεκτες. Στον ιδιωτικό τομέα, η απόκτηση μέσων ατομικής προστασίας έγινε σε βάρος των γιατρών, με τους Ιατρικούς Συλλόγους σε όλη τη χώρα να παρέχουν ανεπαρκείς ποσότητες, χωρίς κρατική βοήθεια. Επιπλέον, η παγκόσμια έλλειψη μέσω ατομικής προστασίας για τους πολίτες έκανε πιο δύσκολο τις προσπάθειες των γιατρών να εξασφαλίσουν επαρκή μέσα. Για τη διαχείριση υπόπτων κρουσμάτων, συμπτώματα όπως ο πυρετός, ο βήχας και η δύσπνοια ήταν τα κύρια που δημιούργησαν υποψίες για COVID-19. Ωστόσο, αναφέρθηκαν άλλα μη τυπικά συμπτώματα, όπως υποθερμία, απώλεια όσφρησης, γαστρεντερικές διαταραχές, παραλήρημα και πτώσεις. Στα παιδιά, η διάρροια θεωρήθηκε ως μη τυπικό σύμπτωμα. Η διαχείριση των ύποπτων περιπτώσεων γινόταν κυρίως μέσω τηλεφώνου, συμπεριλαμβανομένης της λήψης ιστορικού, της επιβεβαίωσης των συμπτωμάτων και της επαφής με το ΕΟΔΥ για καθοδήγηση και διαδικασίες ελέγχου. Σε ορισμένες μονάδες, υπήρχε ένα μητρώο τηλεφωνικών παρακολουθήσεων για ασθενείς στο σπίτι. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι γιατροί χρησιμοποίησαν τη δική τους προσωπική κρίση στη διαχείριση ύποπτων υποθέσεων. Ένας άλλος σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για τη διαχείριση ύποπτων περιπτώσεων περιλάμβανε την ατομική γνώση των γιατρών και τη διαχρονική σχέση τους με έναν ασθενή. Η τηλεφωνική διαχείριση δεν ίσχυε μόνο για ασθενείς με ύποπτα συμπτώματα αλλά και για εκείνους με άλλα συμπτώματα που δεν σχετίζονται με τον COVID-19. Οι βιντεοκλήσεις ή άλλες απομακρυσμένες τεχνολογίες δεν επιδοκιμάστηκαν ευρέως στο δημόσιο τομέα, παρά τις θετικές απόψεις των επαγγελματιών, κυρίως λόγω ελλείψεων εξοπλισμού και έλλειψης εμπειρίας. Αντίθετα, αυτές οι τεχνολογίες χρησιμοποιήθηκαν ευρέως από γιατρούς που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, και κυρίως από Παιδίατρους, οι οποίοι ανέφεραν παρόμοια χρήση τέτοιων μέσων και πριν από την πανδημία. Στο τέλος του πρώτου κύματος της πανδημίας, επαρκείς προμήθειες ΜΑΠ, επαναφορά της φυσικής εξέτασης πρόσωπο με πρόσωπο και αυξημένη εξοικείωση με τις διαδικασίες παραπομπής και την εξ αποστάσεως διαχείριση των ασθενών μέσω τηλεφώνου ήταν οι κύριες αλλαγές που παρατηρήθηκαν (Smyrnakis et al 2021)

Τα συστήματα υγείας συνεχίζουν να προσαρμόζονται για να αντιμετωπίσουν την πανδημία COVID-19. Η κρίση COVID-19 καταδεικνύει τη σημασία της τοποθέτησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον πυρήνα των συστημάτων υγείας, τόσο για τη

διαχείριση μιας απροσδόκητης αύξησης της ζήτησης όσο και για τη διατήρηση της συνέχειας της περίθαλψης για όλους. Ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας – οργανωμένη σε διεπιστημονικές ομάδες και με καινοτόμους ρόλους για επαγγελματίες υγείας, ενσωματωμένη με κοινοτικές υπηρεσίες υγείας, εξοπλισμένη με ψηφιακή τεχνολογία, και η εργασία με καλά σχεδιασμένα κίνητρα – συμβάλλει στην επίτευξη μιας επιτυχημένης απόκρισης του συστήματος υγείας. Οι καινοτομίες που εισήχθησαν ως απάντηση στην πανδημία πρέπει να διατηρηθούν για να καταστούν τα συστήματα υγείας πιο ανθεκτικά έναντι μελλοντικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία και ικανά να ανταποκριθούν στις προκλήσεις των γηράσκων κοινωνιών και στην αυξανόμενη επιβάρυνση των χρόνιων παθήσεων. (OECD 2021)

Παράλληλα, η χώρα ξεπερνώντας το πρώτο Lockdown που επέβαλε τον Μάρτιο του 2020, υιοθέτησε ακόμα πιο αυστηρούς κανόνες για την ενθάρρυνση του εμβολιασμού. Δημιούργησε το Πιστοποιητικό Υγείας, ενώ από τον Αύγουστο του 2021 έγινε επέκταση του Ψηφιακού Πιστοποιητικού Covid, σε Green Pass, το οποίο είναι απαραίτητο να έχουν οι πολίτες για να μπορούν να συμμετέχουν σε μεγάλες εκδηλώσεις ή να διασκεδάσουν σε κλειστούς χώρους, να μπουν στα γυμναστήρια κλπ. Είναι ένα «εμβολιαστικό διαβατήριο, στην ουσία ένα ψηφιακό ή έγγραφο έντυπο που βεβαιώνει ότι ο κάτοχός του έχει βγει αρνητικός στον ιό τις τελευταίες 48 ώρες ή έχει πλήρως εμβολιαστεί ή ότι ήταν κρούσμα του ιού και έχει αναρρώσει. Παράλληλα το Ιταλικό Υπουργείο Υγείας παρακολουθεί τις περιφερειακές δομές δημόσιας υγείας και εκτιμά την κατάσταση της πανδημίας στην κάθε περιοχή, δίνοντας ένα χρώμα, ανάλογα με τον αριθμό περιστατικών που έχει η περιοχή (λευκό, κίτρινο, πορτοκαλί ή κόκκινο). Μια περιοχή θεωρείται κόκκινη ζώνη όταν το εβδομαδιαίο ποσοστό μόλυνσης αυξάνεται με ρυθμό πάνω από 150 άτομα ανά 100.000 κατοίκους, ενώ το ποσοστό πληρότητας της εντατικής είναι 30% και το συνολικό ποσοστό νοσηλείας αγγίζει το 40%. Παράλληλη η χρήση μάσκας είναι υποχρεωτική, καθώς και η κοινωνική απόσταση σε εσωτερικούς και εξωτερικούς χώρους.

Η μάσκα είναι υποχρεωτική στους εσωτερικούς χώρους, αλλά και στους εξωτερικούς όταν δεν μπορούν να τηρηθούν οι αποστάσεις (παρακολούθηση αθλητικών εκδηλώσεων, ουρά κατά την είσοδο σε ένα μουσείο κλπ). Κατά την είσοδο στη χώρα οι ταξιδιώτες από ορισμένες χώρες και τις ΗΠΑ θα πρέπει να έχουν επίσημο αποδεικτικό εμβολιασμού ή αρνητικό τεστ covid-19 ή πιστοποιητικό ανάρρωσης υπογεγραμμένο από τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης της χώρας (Belligoni 2021).

### **3.1.4 Σουηδία**

Το Σύστημα Υγείας της Σουηδίας, είναι αναπόσπαστο μέρος του κράτους πρόνοιας. Βασίζεται στην αρχή ότι όλοι οι πολίτες, δικαιούνται ισότιμη κάλυψη των αναγκών τους ανεξάρτητα από την κοινωνική ή την οικονομική τους κατάσταση τους. Θεωρείται ότι η Σουηδία έχει ένα πολύ καλό αναπτυγμένο Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας, το οποίο μπορεί να χαρακτηριστεί ως προς την εγγύτητά του, την προσβασιμότητα, την συνοχή, την ασφάλεια και την ποιότητα (Anell, Rosen and Hjortsberg 1997). Το Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης, είναι αποκεντρωμένο, γεγονός που σημαίνει ότι διαχειρίζεται και διοικείται σε επίπεδο περιφέρειας, από την τοπική αρχή ή τον δήμο. Η υγεία, η ιατρική και η οδοντιατρική περίθαλψη χωρίζονται σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Έτσι κάθε νομαρχιακό συμβούλιο, τοπική αρχή ή δήμος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση και την ιεράρχηση των δικών του πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Ως αποτέλεσμα, ο τύπος των διαθέσιμων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να διαφέρει από περιφέρεια σε περιφέρεια. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποτελούνται από γενικούς ιατρούς που προσφέρουν ιατρικές εξετάσεις, φροντίδα και θεραπεία των πιο κοινών παθήσεων και ασθενειών. Ωστόσο, εάν κριθεί απαραίτητο, ο γιατρός θα παραπέμψει τον ασθενή σε άλλο ειδικό γιατρό, όπως χειρουργό ή ορθοπαιδικό. Επιπλέον, υγειονομική και ιατρική περίθαλψη προσφέρεται από ειδικευμένους νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και οδοντιάτρους (<https://www.socialstyrelsen.se>). Η ΠΦΥ όπως και σε άλλα συστήματα υγείας, αποτελεί μέρος του γενικότερου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, αποτελώντας την πύλη εισόδου στην ΠΦΥ για κάθε πολίτη, ενώ διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη διασφάλιση και την προαγωγή της υγείας στο γενικό πληθυσμό (Starfield, Shi and Macinko 2005). Η αστικοποίηση του πληθυσμού με την υπερσυγκέντρωση στα μεγάλα αστικά κέντρα, όπως συμβαίνει και σε άλλες χώρες, δημιουργεί διακρίσεις ανάμεσα στους κατοίκους των μεγάλων κέντρων που έχουν πιο άμεση πρόσβαση στο σύστημα, σε σχέση με τους κατοίκους στις πιο απομακρυσμένες περιοχές. Σημαντικό ρόλο έχουν και εδώ οι γενικοί ιατροί, όπου παρόλο που ο αριθμός τους είναι πιο αυξημένος από το 2000 φαίνεται να είναι ακόμη χαμηλός σε σχέση με τον μέσο όρο στην Ε.Ε., ενώ για κάποιους μελετητές, φαίνεται ότι ο θεσμός των γενικών γιατρών, να μην έχει ακόμα φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα και να μην έχει ανταποκριθεί στις προσδοκίες, χωρίς να έχει δώσει τα αναμενόμενα. Έτσι διατυπώνουν μια στάση επιφυλακτική ως προς την επιτυχία του έκβαση (Schoen et al 2006). Επίσης φαίνεται

ο ρόλος των γενικών γιατρών που λειτουργούν ως φύλακες και στις πύλες εισόδου προς τη ΠΦΥ, δεν έχει αποδώσει τα μέγιστα και η θέση του νοσοκομείου παραμένει καίρια (Davis et al 2011).

### **3.1.5 Γαλλία**

Η Γαλλία διαθέτει ένα υψηλής ποιότητας σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρει καθολική κάλυψη για όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως ηλικίας ή οικονομικής κατάστασης. Αποτελείται από ένα ολοκληρωμένο δίκτυο δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών που περιλαμβάνει γιατρούς, νοσοκομεία και εξειδικευμένους παρόχους. Οι κάτοικοι καλύπτονται μέσω υποχρεωτικών εισφορών ασφάλισης, (*sécurité sociale*) η οποία συνήθως κρατείται από το μισθό, ενώ είναι διαθέσιμη και προαιρετική ιδιωτική ασφάλιση για όσους θέλουν πρόσθετη κάλυψη.

Οι φορείς που χρηματοδοτούνται από την κυβέρνηση καλύπτουν περισσότερο από το 75% των δαπανών για την υγεία. Ενώ από τα τέλη του 2017, οι γιατροί και συγκεκριμένο ιατρικό προσωπικό δεν επιτρέπεται να χρεώνουν, αντίθετα, λαμβάνουν πληρωμή απευθείας από την κυβέρνηση ή την ασφαλιστική εταιρεία υγείας.

Το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας (Ministyre des Solidarites et de la Sante) διαχειρίζεται τη δημόσια υγειονομική περίθαλψη στη Γαλλία, με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης που παρέχονται από διάφορους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η Γαλλία προσφέρει υψηλό επίπεδο προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης, με διαθέσιμες υπηρεσίες όπως η πρόληψη του εθισμού, οι τακτικοί ιατρικοί έλεγχοι και η προώθηση της σωματικής δραστηριότητας και της υγιεινής διατροφής. Επίσης, η Γαλλία, σύμφωνα με τον δείκτη καταναλωτών υγείας στην Ευρώπη (Euro Health Consumer Index) κατά το 2018, κατατάσσεται στην 11η θέση και έχει επαινεθεί για την αποτελεσματικότητά της και τα αποτελέσματά της. Για παράδειγμα, η χώρα έχει τη χαμηλότερη θνησιμότητα από καρδιακές παθήσεις στην Ευρώπη, αν και έχει επικριθεί για την υπερβολική της εξάρτηση από συνταγογραφούμενα φάρμακα. Η δημόσια υγειονομική περίθαλψη στη Γαλλία είναι προσβάσιμη από όλους τους κατοίκους μέσω των αντίστοιχων εισφορών ασφάλισης. Από το 2016, ισχύει ένα νέο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για αλλοδαπούς, γνωστό ως Protection Universelle Maladie (PUMA), το οποίο επιτρέπει την πρόσβαση στην κρατική υγειονομική περίθαλψη μετά από τρεις μήνες διαμονής. Σύμφωνα με το νόμο, όλοι οι κάτοικοι πρέπει να έχουν κάποια ασφάλιση υγείας,

είτε κρατική είτε ιδιωτική. Εάν το οικογενειακό εισόδημα είναι κάτω από ένα ορισμένο όριο, μπορεί υπό προϋποθέσεις το άτομο να δικαιούται δωρεάν ασφαλιστική κάλυψη υγείας (CMU-C) ή βοήθεια για τη σύναψη συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ( Aide pour une Complémentaire Santé ή ACS).

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία, η Γαλλία διαθέτει τη μεγαλύτερη δαπάνη για την υγειονομική περίθαλψη ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ, ως προς ποσοστό του ΑΕΠ της (περίπου το 11,5% του ΑΕΠ) ενώ μόνο η Ελβετία διαθέτει περισσότερα (12,3%) ενώ όσο αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες, η Γαλλία κατατάσσεται στην 11η θέση (<https://www.expatica.com>).

### **3.1.6 Ισπανία**

Η Ισπανία διαθέτει ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας, που εγγυάται καθολική κάλυψη για όλους τους κατοίκους. Η υγειονομική περίθαλψη στην Ισπανία αποτελείται από ιδιωτική και δημόσια υγειονομική περίθαλψη, με ορισμένα νοσοκομεία και κέντρα υγείας που παρέχουν ιδιωτικές και δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Το 90% περίπου των Ισπανών χρησιμοποιούν το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο ονομάζεται Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ωστόσο, είναι πολύ αποκεντρωμένη με την παροχή υπηρεσιών οργανωμένες σε περιφερειακό επίπεδο. Το σύστημα εποπτεύεται από το ισπανικό Υπουργείο υγείας, το οποίο αναπτύσσει την πολιτική υγείας και επιβλέπει τον εθνικό προϋπολογισμό για την υγεία.

Η Ισπανία κατατάσσεται στην 19η θέση στον Ευρωπαϊκό Δείκτη Υγείας Καταναλωτών 2018 (Euro Consumer Health Index) και λαμβάνει επαίνους για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων του ως προς το επίπεδο υπηρεσιών υγείας που παρέχει. Από την άλλη πλευρά όμως, η κακή προσβασιμότητα και η υπερβολική εξάρτηση από τον ιδιωτικό τομέα παραμένουν κύρια προβλήματα. Η κρατική υγειονομική περίθαλψη είναι δωρεάν για οποιονδήποτε ζει και εργάζεται στην Ισπανία. Η Ισπανία έχει διμερείς συμφωνίες με ορισμένες χώρες, όπως η Ανδόρα, η Βραζιλία, η Χιλή, ο Ισημερινός και το Περού, που επιτρέπουν στους πολίτες από αυτές τις χώρες που επισκέπτονται την Ισπανία, για σύντομες χρονικές περιόδους, να λαμβάνουν δωρεάν επείγουσα ιατρική περίθαλψη.

Οι ισπανικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης αντιπροσωπεύουν περίπου το 9% του ετήσιου ΑΕΠ, καθιστώντας την Ισπανία στη 13η θέση με τις χώρες που έχουν τις

μεγαλύτερες δαπάνες στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Οι δαπάνες ξεπερνούν τα 2.000 € ανά άτομο. Ωστόσο, οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και έχει γίνει αυξηθεί και η εξάρτηση από τις παροχές του ιδιωτικού τομέα.

Παρόλα αυτά, το μεγαλύτερο μέρος της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ισπανία παραμένει δωρεάν. Οι κάτοικοι χρειάζεται να πληρώσουν μόνο ένα ποσοστό των χρεώσεων συνταγογράφησης εάν πραγματοποιούν τακτικές πληρωμές δημόσιας ασφάλισης. Πρέπει επίσης να πληρώσουν για ορισμένες εξειδικευμένες ιατρικές διαδικασίες και μπορεί να χρειαστούν πρόσθετη ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη.

Οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης χρηματοδοτούν το ισπανικό κρατικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Κάθε περιφέρεια της Ισπανίας αναλαμβάνει ατομική ευθύνη για έναν προϋπολογισμό για την υγεία, ο οποίος τελικά διατίθεται από την κεντρική κυβέρνηση. Η ασφάλιση υγείας στην Ισπανία καλύπτεται από ισπανικές πληρωμές κοινωνικής ασφάλισης, οι οποίες καταβάλλονται από όλους τους μισθωτούς και τους αυτοαπασχολούμενους. Οι σύζυγοι και τα παιδιά των εργαζομένων λαμβάνουν επίσης κάλυψη. Ορισμένες άλλες ομάδες, όπως οι συνταξιούχοι και όσοι λαμβάνουν επιδόματα μπορούν επίσης να εγγραφούν για υγειονομική περίθαλψη εάν είναι κάτοικοι. Μπορούν να το κάνουν αυτό ακόμα κι αν δεν έχουν πληρώσει στο πρόγραμμα ασφάλισης υγείας. Υπάρχει επίσης ένα καθεστώς κρατικών εισφορών με έκπτωση για άτομα με χαμηλά εισοδήματα και άτομα που δεν έχουν εργασία.

Η ιδιωτική παροχή υγειονομικής περίθαλψης στην Ισπανία λειτουργεί παράλληλα με το δημόσιο σύστημα, με ορισμένους παρόχους να προσφέρουν τόσο δημόσιες όσο και ιδιωτικές παροχές. Όποιος δεν είναι επιλέξιμος για κρατική υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να συνάψει ιδιωτική ασφάλιση υγείας ή να πληρώσει ολόκληρο το ποσό για τυχόν ιατρικές δαπάνες.

Πολλοί άνθρωποι επιλέγουν επίσης να καλυφθούν για ιδιωτική θεραπεία για να τους δώσουν πρόσβαση σε ευρύτερη και ταχύτερη θεραπεία. Περίπου το 19% του ισπανικού πληθυσμού έχει κάποια μορφή ιδιωτικής κάλυψης υγειονομικής περίθαλψης. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι επίσης δημοφιλής στους ομογενείς.

Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη στην Ισπανία παρέχεται μέσω ιατρείων των γενικών ιατρών και των Κ.Υ. Τα κέντρα υγείας βρίσκονται σε κάθε περιοχή και στελεχώνονται από διεπιστημονικές ομάδες που αποτελούνται από γενικούς ιατρούς,

παιδιάτρους, νοσηλευτές, γυναικολόγους και φυσιοθεραπευτές. Τα κέντρα υγείας στην Ισπανία τείνουν να έχουν περίπου έξι γενικούς γιατρούς. Ο ασθενής μπορεί να μην έχει τον ίδιο γιατρό κάθε φορά που επισκέπτεται το Κ.Υ. αλλά σε κάποιες περιπτώσεις, μπορεί να κρατήσει συνεχή επαφή με έναν ιατρό. Υπάρχουν επίσης μια σειρά από εξειδικευμένα κέντρα υγείας που παρέχουν υπηρεσίες εξειδικευμένης φροντίδας. Η παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας στην Ισπανία υπολείπεται των διαθέσιμων υπηρεσιών σωματικής υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με στοιχεία της Ε.Ε. αντιστοιχούν 8,1 ψυχίατροι, 5,7 ψυχολόγοι, 9,7 νοσηλευτές ψυχικής υγείας και 32,2 κλίνες ψυχιατρικών νοσοκομείων ανά 100.000 κατοίκους. Φαίνεται ότι παρουσιάζεται μια έλλειψη σε υγειονομικό προσωπικό και ειδικά γενικών γιατρών, καθώς στην ιατρική κοινότητα δεν έχει καλή φήμη η ιατρική ειδικότητα που συνδέεται με την ΠΦΥ και για αυτό δεν προτιμάτε από τους φοιτητές ιατρικής, ή επιλέγεται όταν δεν υπάρχει καλύτερη επιλογή καλύτερη επιλογή (Delgado-Bernal et al 2018).

Αυτοί οι δείκτες κατατάσσουν στην Ισπανία, κάτω από τον μέσο όρο των αντίστοιχων δεικτών στην ΕΕ. Η Συνομοσπονδία Ψυχικής Υγείας, συνεργάζεται στενά με το Υπουργείο Υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και την ενοποίηση των Αυτόνομων Κοινοτήτων. Αυτά τα στοιχεία αντικατοπτρίζουν το γενικό χάσμα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη νότια Ευρώπη, σε σύγκριση με άλλα μέρη της ηπείρου. Το 31% των χρηστών υπηρεσιών ΠΦΥ δηλώνει ότι εάν μπορούσε να επέλεγε τους ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας (MSSSI 2016). Πιθανόν εξαιτίας των αυξημένων χρόνων αναμονής που απαιτεί η επίσκεψη σε ένα γιατρό ΠΦΥ.

### **3.2 Αξιολόγηση της Μετανοσοκομειακής Φροντίδας στην Ε.Ε.**

Αξιολογώντας την μετανοσοκομειακή φροντίδα στην Ε.Ε. παρατηρούμε ότι οι δυτικές χώρες διατηρούν συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας (long Term Care) με υψηλό βαθμό φιλικότητας προς τους ασθενείς, ενώ σε επίπεδο οργάνωσης δεν μπορούμε να αναγνωρίσουμε σαφής διάκριση ανάμεσα στις χώρες της δυτικής και της ανατολικής Ευρώπης, εκτός την Λιθουανία, την Πολωνία, η Ρουμανία και σε λιγότερο βαθμό η Ουγγαρία. Σχετικά με την οικονομική στήριξη του συστήματος μακροχρόνια φροντίδας, παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές μεταξύ ανατολικής και δυτικής Ευρώπης. Οι χώρες που ανήκουν στα παλιά κράτη μέλη, φαίνεται ότι παρέχουν διαθέτουν περισσότερα χρήματα στον προϋπολογισμό τους για τις υπηρεσίες υγείας. Φαίνεται ότι οι δυτικές χώρες ξοδεύουν περίπου το 1,6% του ΑΕΠ σε LTC, ενώ οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, δαπανούν μόνο το 0,3% του ΑΕΠ.



Η Μακροχρόνια Φροντίδα (LTC) είναι ένας γενικός όρος που «συγκεντρώνει μια σειρά υπηρεσιών για άτομα που εξαρτώνται από βοήθεια σε βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής για εκτεταμένη χρονική περίοδο» (OECD 2005). Αυτή η σειρά περιλαμβάνει «ιατρικές και/ή κοινωνικές υπηρεσίες που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθούν άτομα που έχουν αναπηρίες ή χρόνιες ανάγκες φροντίδας. Οι υπηρεσίες μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες και μπορεί να παρέχονται στο σπίτι ενός ατόμου, στην κοινότητα ή σε εγκαταστάσεις κατοικίας» (Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ). Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι, επί του παρόντος, τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης χρησιμοποιούν διάφορους ορισμούς του LTC που δεν συμφωνούν πάντα (European Commissions 2008). Η σύγκριση των υπηρεσιών υγείας σε διάφορες χώρες είναι πολύ δύσκολη, ειδικά για υπηρεσίες που στοχεύουν στην παροχή Μακροχρόνιας Φροντίδας. Μέχρι στιγμής, η σύγκριση διεθνών υπηρεσιών έχει σε μεγάλο βαθμό αποτύχει να παράσχει ικανοποιητικές πληροφορίες για τον σχεδιασμό της υγείας σε τομείς τόσο διαφορετικούς όπως η ψυχική υγεία (Salvador -Carulla et al 2006), η γήρανση (Johri, Beland and Bergman 2003) ή οι υπηρεσίες για άτομα με αναπηρία στην Ευρώπη (Eurostat 2003). Αυτά τα προβλήματα σύγκρισης μπορούν να αποδοθούν σε παράγοντες που περιλαμβάνουν:

- 1) την επίδραση της τοπικής ιστορίας στην ανάπτυξη συγκεκριμένων μοντέλων υπηρεσιών.
- 2) διαφορές στην οργανωτική δομή.
- 3) αυξανόμενη πολυπλοκότητα των δικτύων υπηρεσιών (Fleury 2005).
- 4) ορολογικές ασυνέπειες (υπηρεσίες με το ίδιο όνομα εκτελούν διαφορετικές δραστηριότητες και αντίστροφα)
- 5) προβλήματα στον καθορισμό του πληθυσμού στόχου για τον οποίο έχουν σχεδιαστεί οι υπηρεσίες.
- 6) έλλειψη διεθνούς συστήματος ταξινόμησης για τη διευκόλυνση της τυπικής κωδικοποίησης των υπηρεσιών σε διαφορετικές ρυθμίσεις.

Η ορολογική μεταβλητότητα εντοπίζεται σε όλους τους τύπους υπηρεσιών υγείας, από τα ημερήσια νοσοκομεία έως τα κέντρα αποκατάστασης, και δεν έχουμε ακόμη και έναν λειτουργικό ορισμό της «υπηρεσίας» που μπορεί να εφαρμοστεί στη συγκριτική έρευνα

υπηρεσιών υγείας (Salvador- Carulla et al 2006). Η έννοια «Υπηρεσία» χρησιμοποιείται με διάφορες έννοιες στο Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (SHA 2.0) (OECD 2011).

Σε αυτό το πλαίσιο, ο όρος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει οργανισμούς παρόχων, μια συνδυασμένη διάταξη λειτουργιών, προγραμμάτων και αγαθών, μια φυσική εγκατάσταση ή μια οργανωτική μονάδα. Ακόμη και στην τελευταία περιορισμένη χρήση του όρου, ο όρος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει την οργάνωση των εισροών σε μικρο-επίπεδο (δηλ. σε μια μεμονωμένη τοπική εγκατάσταση), σε μεσο-επίπεδο (π.χ. ένα γενικό νοσοκομείο) ή σε μακρο-επίπεδο (π.χ. οργανισμός σχεδιασμού πολιτικής υγείας που εργάζεται σε περιφερειακό ή εθνικό επίπεδο ή ένα πρόγραμμα πρόληψης για τη δημόσια υγεία). Επιπλέον, η έλλειψη διεθνούς ταξινόμησης στην έρευνα των υπηρεσιών υγείας εμποδίζει τις συγκρίσεις. Έτσι, λίστες υπηρεσιών που βασίζονται σε επίσημα ονόματα ομαδοποιούν εξαιρετικά δομημένες «υπηρεσίες» μαζί με απλές «κλινικές μονάδες» ή ακόμη και με δραστηριότητες φροντίδας, σαν να ήταν συγκρίσιμες μονάδες ανάλυσης (Thomas and Kuhn 1982). Αποτελεί επίσης σημαντικό εμπόδιο στη διεθνή συγκρισιμότητα και στην πρακτική χρήση των δεδομένων των υπηρεσιών υγείας για την τεκμηριωμένη πολιτική.

Οι ευρωπαϊκοί φορείς υγείας χρειάζονται συγκρίσιμες περιγραφές περίθαλψης για να μετρήσουν την ισότητα στην υγεία και να επιτρέψουν την κινητικότητα των ασθενών εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2000) όρισε ότι «η πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας όταν και όπου χρειάζεται» είναι θεμελιώδες δικαίωμα κάθε Ευρωπαίου πολίτη. Ωστόσο, επί του παρόντος, η ισότητα πρόσβασης και η κινητικότητα μεταξύ των κατάλληλων υπηρεσιών είναι δύσκολο να αξιολογηθούν επειδή δεν διαθέτουμε εργαλεία για να εξακριβώσουμε ποιες υπηρεσίες θα μπορούσαν να θεωρηθούν ισοδύναμες (Hodgson 2009; Glinos et al 2012).

Ως εκ τούτου, η ανάπτυξη μιας κοινής κωδικοποίησης και ενός τυπικού συστήματος αξιολόγησης είναι επίσης σημαντική για την εναρμόνιση των υπηρεσιών και τη δίκαιη κατανομή της περίθαλψης (πόρων, προγραμμάτων και θεραπειών) μεταξύ των διαφορετικών ομάδων και ατόμων στην Ευρώπη, καθώς και για τη διευκόλυνση της σύνδεσης της ευρωπαϊκής υγείας (Roma-Ferri and Palomar 2008).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει επίσης ισχυριστεί ότι υπάρχουν συγκρίσεις διεθνών υπηρεσιών στην αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων της υγειονομικής περίθαλψης (WHO 1996). Η Συμβουλευτική Επιτροπή για την Έρευνα για την Υγεία του ΠΟΥ έχει υπογραμμίσει τη σημασία για την ανάπτυξη χρήσιμων και τεκμηριωμένων συστάσεων πολιτικής της χρήσης τοπικών στοιχείων σχετικά με τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών που λαμβάνονται από το συγκεκριμένο περιβάλλον ή περιοχή για την οποία γίνονται σχέδια (Oxman, Schünemann and Fretheim 2006).

Η κάλυψη της ανάγκης για συμπληρωματικές τοπικές (μεσο-επίπεδο) και παγκόσμιες/εθνικές/περιφερειακές πληροφορίες (μακροεπίπεδο) είναι ένα από τα στοιχεία του προγράμματος SUPPORT για τη βελτίωση της λήψης αποφάσεων σχετικά με τις πολιτικές και τα προγράμματα υγείας (Lewin et al 2009).

Ως σημείο εκκίνησης, η Ευρωπαϊκή Ομάδα Αξιολόγησης Ψυχιατρικής Φροντίδας (EPCAT) ξεκίνησε το 1994 την ανάπτυξη μιας κοινής ορολογίας και μιας τυπικής διαδικασίας για την αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο βασικός στόχος ήταν να διευκολυνθούν οι συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών, έτσι ώστε να δημιουργηθεί μια ισχυρή βάση αποδεικτικών στοιχείων για τον σχεδιασμό της υγείας και την κατανομή των πόρων. Ένας περαιτέρω στόχος ήταν η παροχή πληροφοριών για την υποστήριξη της ερμηνείας των ερευνητικών ευρημάτων. Η ομάδα EPCAT ανέπτυξε μια σειρά οργάνων για διεθνή σύγκριση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτή η μπαταρία περιελάμβανε ένα σύντομο σύνολο δεικτών χαρακτηριστικών μικρών περιοχών ψυχικής υγείας (Ευρωπαϊκό Κοινωνικο-Δημογραφικό Πρόγραμμα - ESDS) (Beecham & Johnson, 2000), μια τυπική αξιολόγηση των δραστηριοτήτων φροντίδας στο πλαίσιο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (International Classification of Mental Health Care - ICMHC) και ένα όργανο ή πρόγραμμα για την κωδικοποίηση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (European Service Mapping Schedule - ESMS) (Johnson and Kuhlmann 2000). Η βάση αυτού του μέσου ήταν η συναίνεση σχετικά με μια τυπική μέθοδο αξιολόγησης και σύγκρισης υπηρεσιών σε μικρούς τομείς υγείας. Τα επόμενα χρόνια αυτό το σύστημα χρησιμοποιήθηκε για να γίνουν συγκρίσεις της φροντίδας ψυχικής υγείας σε χώρες και κάποια κοινά, όπως για παράδειγμα Ιταλία (Munizza et al 2000), Ισπανία (Salvador-Carulla et al 2000), Πολωνία (Trypka, Adamowski and Kiejna 2002) ή Γερμανία (Böcker, Jeschke and Brieger 2001). Το σύστημα απέδειξε επίσης τη χρηστικότητά του για διεθνή έρευνα υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων συγκρίσεων των συστημάτων ψυχικής υγείας στην

Ισπανία, την Ιταλία και τη Χιλή (Salvador- Carulla et al 2008) και στη Νορβηγία και τη Ρωσία , καθώς και σε μια σειρά διεθνών μελετών που διεξήχθησαν κυρίως σε Ευρώπη (Becker et al 2002). Τα εργαλεία που αναπτύχθηκαν περιελάμβαναν εργαλεία για την αξιολόγηση των υπηρεσιών στην ψυχική υγεία (ESMS), στους ηλικιωμένους (DESDE) και στην αναπηρία (Cronbach 1972).

Το όργανο DESDE-LTC είναι συνεπές με τις αρχές της οντολογίας. Ως εκ τούτου, αντιπροσωπεύει μια σχετική συμβολή στη δημιουργία μιας κοινής ορολογίας, μιας ταξινόμησης και κωδικοποίησης των υπηρεσιών Μακροχρόνιας Φροντίδας στο ευρωπαϊκό πλαίσιο και μιας τυπικής διαδικασίας για τη συλλογή και σύγκριση δεδομένων. Παρόλο που αυτό το σύστημα είναι έτοιμο για χρήση, η συνολική του συνάφεια δεν έχει διαπιστωθεί έως ότου χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων πληροφοριών υγείας και για την αξιολόγηση της εναρμόνισης των υπηρεσιών και της κατανομής της περίθαλψης (πόρων, προγραμμάτων και παρεμβάσεων) μεταξύ διαφορετικών ομάδων και ατόμων στην Ευρώπη .

Δυστυχώς, είναι δύσκολο να βρεθούν ολοκληρωμένα δεδομένα μεταξύ των χωρών για το LTC, ειδικά όταν πρόκειται για άτυπη φροντίδα. Ο ΟΟΣΑ και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (ΟΟΣΑ/ΕΕ 2013; Lipszyc, Sail and Xavier 2012) παρέχουν εξαιρετικά συγκεντρωτικά δεδομένα για την επίσημη παροχή φροντίδας σε όλες τις χώρες, τόσο για οίκους ευγηρίας όσο και για επίσημη κατ' οίκον φροντίδα (δηλαδή αμειβόμενος φροντιστής στο σπίτι). Ωστόσο, αυτά τα σύνολα δεδομένων στερούνται πληροφοριών σχετικά με την άτυπη φροντίδα. Η ακαδημαϊκή βιβλιογραφία (που συζητείται παρακάτω) έχει χρησιμοποιήσει στοιχεία έρευνας για τη μελέτη πολλών ερωτήσεων σχετικά με την άτυπη φροντίδα, αλλά δεν παρέχει μια ολοκληρωμένη επισκόπηση της φροντίδας, επειδή αποκλείει ορισμένες μορφές φροντίδας, συνήθως την κατ' οίκον φροντίδα και τη συζυγική φροντίδα.

Γενικά, το LTC μπορεί να παρέχεται σε διαφορετικές ρυθμίσεις: ανεπίσημα από μέλη της οικογένειας ή φίλους (ανεπίσημη φροντίδα) ή επίσημα. Η επίσημη φροντίδα υποδιαιρείται και πάλι σε περίθαλψη που παρέχεται από αμειβόμενους βοηθούς στο σπίτι ηλικιωμένων (επίσημη κατ' οίκον φροντίδα) και φροντίδα που παρέχεται σε οίκους ευγηρίας. Για μια ολοκληρωμένη εξέταση του LTC σε χώρες, πρέπει να ληφθούν υπόψη όλες αυτές οι πηγές φροντίδας, κάτι που κάνουμε.

Χωρίζουμε τις χώρες σε τρεις ομάδες με βάση το πόσα ξοδεύουν οι κυβερνήσεις τους για LTC. Η περιοχή του «βορρά» περιλαμβάνει χώρες των οποίων οι δημόσιες δαπάνες για LTC υπερβαίνουν το 2% του ΑΕΠ (Σουηδία, Δανία, Ολλανδία, Βέλγιο). Ως «μεσαίες» χώρες ορίζονται εκείνες με δημόσιες δαπάνες LTC μεταξύ 1% και 2% του ΑΕΠ, οι οποίες βρίσκονται όλες στο κέντρο της Ευρώπης (Γαλλία, Γερμανία, Αυστρία). Οι υπόλοιπες χώρες αποτελούν την περιοχή «νότος» (Ισπανία, Ιταλία) και έχουν δημόσιες δαπάνες LTC κάτω του 1% του ΑΕΠ. Θεωρούμε τις ΗΠΑ, των οποίων η κυβέρνηση δαπανά το 0,5% του ΑΕΠ για την LTC, ως μια περιοχή ξεχωριστή, καθώς η πολιτική της LTC και άλλα χαρακτηριστικά τις κάνουν πολύ διαφορετικές από τις ευρωπαϊκές χώρες.

Ο πίνακας παρακάτω παρέχει μια ευρεία επισκόπηση των ρυθμίσεων περίθαλψης, ταξινομώντας τις χώρες με βάση τις δημόσιες δαπάνες τους για LTC. Η πρώτη αξιοσημείωτη παρατήρηση είναι ότι οι ρυθμίσεις περίθαλψης ποικίλλουν έντονα μεταξύ των περιφερειών. Η άτυπη περίθαλψη εμφανίζει μια απότομη κλίση Βορρά-Νότου στην Ευρώπη – όταν μετακινείται κάποιος προς τις βόρειες χώρες, οι δημόσιες δαπάνες για LTC αυξάνονται, ενώ η άτυπη φροντίδα εκτοπίζεται από την επίσημη φροντίδα. Είναι ενδιαφέρον ότι οι ΗΠΑ μοιάζουν περισσότερο με τη Νότια Ευρώπη όσον αφορά την εξάρτησή τους από την άτυπη περίθαλψη – έχουν ακόμη υψηλότερο ποσοστό αποδεκτών τέτοιας φροντίδας από το Νότο – ωστόσο, ο πληθυσμός των γηροκομείων τους είναι πιο συγκρίσιμος με τον μέσο όρο της Ε.Ε. .

Region	Country	Informal care (IC)	Mix IC-FHC	Formal home care (FHC)	Nursing home (NH)	Government LTC spending/GDP
<b>North:</b>	Netherlands	14	28	17	42	3.7
	Sweden	27	27	11	35	3.2
	Denmark	21	37	15	27	2.5
	Belgium	20	35	14	31	2.3
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>32</b>	<b>14</b>	<b>34</b>	
<b>Middle:</b>	France	24	42	14	20	1.7
	Germany	36	35	7	21	1.3
	Austria	36	38	12	15	1.2
	<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>38</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	
<b>South</b>	Spain	57	26	8	8	0.8
	Italy	62	22	8	7	0.7
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>24</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	
<b>U.S.</b>	U.S.	64	12	5	19	0.5

*Εικόνα 3*

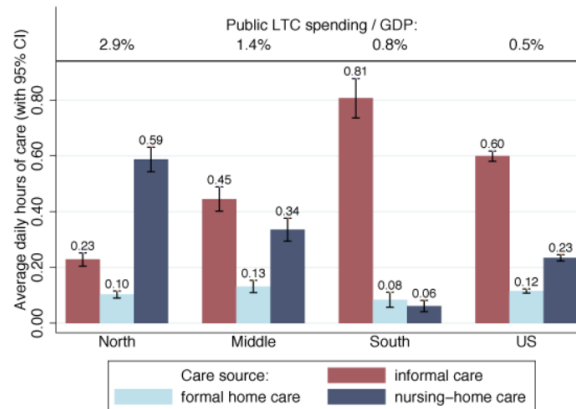
Αριθμός περιπτώσεων διαφορετικών μορφών φροντίδας, ανά χώρα (σε %)

Πηγή: (Barczyk and Kredler 2018)

Η μεγάλη κλίση άτυπης φροντίδας σε όλες τις περιοχές υποδηλώνει έντονα ότι οι γενναιόδωρες πολιτικές LTC παραγκωνίζουν την φροντίδα που παρέχεται από την οικογένεια. Εντός της Ευρώπης, πολιτιστικά παρόμοιες χώρες όπως η Ολλανδία και η Γερμανία εμφανίζουν πολύ διαφορετικές ρυθμίσεις περίθαλψης και πάλι τα αποτελέσματα είναι ακριβώς σύμφωνα με το πόσο οι κυβερνήσεις τους επιδοτούν την επίσημη φροντίδα. Δεδομένων αυτών των παρατηρήσεων, δεν μπορεί κανείς να μην συμπεράνει ότι οι οικογένειες ανταποκρίνονται έντονα στα κίνητρα πολιτικής όταν αποφασίζουν για ρυθμίσεις περίθαλψης.

Ένα δεύτερο εντυπωσιακό χαρακτηριστικό που προκύπτει από τον Πίνακα 1 είναι ότι ένας σημαντικός αριθμός ευπαθών ηλικιωμένων που ζουν στο σπίτι λαμβάνουν ένα μείγμα φροντίδας από άτυπες και επίσημες πηγές. Αυτό το εύρημα αρχικά φαίνεται να έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες (π.χ. Bonsang 2009) που διαπίστωσαν ότι η άτυπη φροντίδα και η επίσημη φροντίδα στο σπίτι είναι υποκατάστατα. Όσο αφορά την ένταση της φροντίδας, η συντριπτική πλειονότητα των ατόμων που συνδυάζουν άτυπη φροντίδα και επίσημη κατ' οίκον φροντίδα λαμβάνουν στην πραγματικότητα φροντίδα από μία κύρια πηγή - περίπου το 90% αυτών των ατόμων λαμβάνουν 80% ή περισσότερες ώρες φροντίδας από την κυρίαρχη πηγή σε όλες τις περιοχές.

Σε γενικές γραμμές, οι μετρήσεις περιπτώσεων μπορεί να είναι παραπλανητικές, καθώς αποτυγχάνουν να λάβουν υπόψη την ένταση της περίθαλψης - ένα άτομο που χρειάζεται περιστασιακή βοήθεια, ας πούμε, με ψώνια μετράει το ίδιο με έναν κάτοικο γηροκομείου με σοβαρή άνοια που χρειάζεται φροντίδα όλο το εικοσιτετράωρο. Το σχήμα πιο κάτω το διορθώνει αυτό αναφέροντας τις μέσες ημερήσιες ώρες φροντίδας που αναφέρουν άτομα άνω των 65 ετών από διαφορετικές πηγές. Όπως είναι αναμενόμενο, η σημασία των γηροκομείων αυξάνεται δραματικά, καθώς εξυπηρετούν δυσανάλογα τα άτομα με τις υψηλότερες ανάγκες φροντίδας. Η επίσημη φροντίδα στο σπίτι χάνει τη σημασία της, καθώς τείνει να χρησιμοποιείται σε πιο ήπιες περιπτώσεις αναπηρίας. Η άτυπη φροντίδα, από την άλλη πλευρά, παραμένει πολύ σημαντική. Τέλος, σημειώνουμε ότι η κλίση άτυπης φροντίδας Βορρά-Νότου γίνεται, ισχυρότερη όταν ληφθεί υπόψη η ένταση της.



Εικόνα 4

Μέσες ώρες φροντίδας που ελήφθησαν από διαφορετικές πηγές για άτομα >65 ετών

Πηγή: (Barczyk and Kredler 2018)

Η συντριπτική πλειονότητα της άτυπης φροντίδας παρέχεται από έναν σχετικά μικρό αριθμό βοηθών που παρέχουν φροντίδα σε ηλικιωμένους με σοβαρή αναπηρία. Μεταξύ των ζευγαριών, ο κύριος πάροχος φροντίδας είναι σχεδόν πάντα ο σύζυγος. Για τους ανύπαντρους ηλικιωμένους που χρειάζονται φροντίδα, συνήθως αυτό το ρόλο αναλαμβάνει ένα παιδί. Αυτά τα παιδιά που φροντίζουν είναι συνήθως γυναίκες, σε ηλικία εργασίας και συχνά συγκατοικούν με τον γονέα. Ως εκ τούτου, αντιμετωπίζουν δυνητικά σημαντικούς συμβιβασμούς μεταξύ της εργασίας στην αγορά και της παροχής φροντίδας (Bolin, Lindgren and Lundborg 2008; Crespo and Mira 2014).

### 3.3 Η Στρατηγική της Ε.Ε. ως προς την παρηγορητική φροντίδα.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η Ανακουφιστική Φροντίδα (PC) στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών που αντιμετωπίζουν απειλητική για τη ζωή ασθένεια, παρέχοντας ανακούφιση από τον πόνο και τα συμπτώματα, πνευματική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τη διάγνωση έως το τέλος της ζωής. φροντίδα και πένθος. Επιπλέον, ο ΠΟΥ συνιστά ο υπολογιστής να γίνει αναπόσπαστο μέρος της υγειονομικής περίθαλψης και ότι όλοι οι ασθενείς που πλήττονται από μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες Η/Υ (WHO, 2012). Αυτή η δήλωση υποστηρίζεται περαιτέρω από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ανακουφιστικής Φροντίδας (Radbruch and Payne 2009) και συμφωνεί επίσης με τις

κατευθυντήριες γραμμές του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου προς τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EE) (Council of Europe 2003).

Αυτή η συναίνεση υπέρ της ενσωμάτωσης του PC στην τακτική θεραπεία που προσφέρεται σε ασθενείς με απειλητική για τη ζωή νόσο υποστηρίζεται από έναν αυξανόμενο αριθμό στοιχείων που υποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του PC στη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών (Temel et al 2010; Bakitas et al 2015).

Η εφαρμογή ολοκληρωμένων στρατηγικών H/Y βασίζεται συχνά σε μοντέλα. Τα μοντέλα περίθαλψης είναι τυποποιημένα σχέδια που παρέχουν πλαίσια για την οργάνωση της φροντίδας για άτομα με προοδευτική απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή/και για τους (ανεπίσημους) φροντιστές τους. Ως εκ τούτου, τα μοντέλα καθορίζουν τους κανόνες της πρακτικής των H/Y και προσφέρουν αξίες και αρχές που οι επαγγελματίες μπορούν να χρησιμοποιήσουν ως οδηγούς και μπορούν έτσι να παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για την κατανόηση των ολοκληρωμένων πρακτικών H/Y και την αξιολόγηση των σχετικών δυνατών και αδυναμιών τους.

Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει μονοσήμαντα αποδεκτό μοντέλο παράδοσης και ενσωμάτωσης H/Y, ακόμα κι αν περιοριζόμαστε στον καρκίνο ή σε μια σημαντική χρόνια ασθένεια. Ωστόσο, υπάρχουν εκκλήσεις για ανάπτυξη γενικών μοντέλων H/Y που θα ενσωματώνουν πρόσφατα ευρήματα σχετικά με την έγκαιρη αναγνώριση ασθενών με ανάγκες για υπηρεσίες H/Y και θα ενθαρρύνουν την ενσωμάτωση του H/Y από νωρίς στο σχέδιο περίθαλψης και σε όλη την πορεία της νόσου (Partridge et al 2014).

Τώρα μεταβαίνουμε στην ανάπτυξη ενός πλαισίου ολοκληρωμένου υπολογιστή που θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως ένα πρώτο βήμα προς την ανάπτυξη ενός γενικού μοντέλου τόσο για κακοήθεις όσο και για μη κακοήθεις νόσους. Παρόλο που οι συμπεριλαμβανόμενες μελέτες προτείνουν πρακτικές που συμφωνούν με τις υπάρχουσες συστάσεις και τα εμπειρικά ευρήματα, καμία μελέτη δεν παρουσιάζει μια παρέμβαση που να είναι βέλτιστη από όλες τις απόψεις. Κατά συνέπεια, το γενικό πλαίσιο που προτείνεται βασίζεται σε έναν επιλεκτικό συνδυασμό των δυνατών σημείων των παρεμβάσεων που περιλαμβάνονται σε συνδυασμό με μια κριτική αξιολόγηση των αδυναμιών και των ελλείψεών τους. Αρχικά, οι πτυχές του γενικού πλαισίου για την παρηγορητική φροντίδα, περιλαμβάνουν τα εξής: .

Εστίαση της παρέμβασης: Το επίκεντρο της παρέμβασης θα δοθεί στη συμπτωματική θεραπεία, τη διαβούλευση με ασθενείς/οικογένεια και την εκπαίδευση του προσωπικού.



**Ρύθμιση:** Ο σχεδιασμός του πλαισίου είναι τέτοιος ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε περιβάλλον φροντίδας.

**Χρόνος παρέμβασης:** Η παρέμβαση μπορεί να ξεκινήσει σε όλη την πορεία της νόσου είτε ταυτόχρονα είτε στο τέλος της ζωής.

**Σύνθεση ομάδας:** Το πλαίσιο απαιτεί μια διεπιστημονική ομάδα με μέλη που είναι εκπαιδευμένα στην παράδοση Η/Υ. Αυτή η ομάδα μπορεί να αποτελείται από γενικούς ιατρούς, ειδικούς γιατρούς, νοσηλευτές και ειδικευμένους νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και διοικητικούς βοηθούς.

**Στρατηγική συνεργασίας:** Η στρατηγική συνεργασίας, η οποία αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους οι αντιπροσωπευόμενοι κλάδοι συνεργάζονται και αξιολογούν τα αναδυόμενα ζητήματα, θα πρέπει να βασίζεται στη συμμετοχή της διεπιστημονικής ομάδας και των συναντήσεών της και στη χρήση πρωτοκόλλων.

Το προτεινόμενο πλαίσιο εστιάζεται σε τρεις πτυχές: θεραπεία, συμβουλευτική και εκπαίδευση. Στο πλαίσιο του ενσωματωμένου Η/Υ, η θεραπεία αντιστοιχεί στην ανακούφιση των σωματικών (δύσπνοια, πόνος, δυσκοιλιότητα, ναυτία, έμετος, διάρροια) και ψυχολογικών συμπτωμάτων (διέγερση, σύγχυση, φόβος, παραλήρημα). Από την άλλη πλευρά, η συμβουλευτική αναφέρεται σε συζητήσεις και επικοινωνίες σχετικά με τις επιλογές θεραπείας και σε μεταγενέστερο στάδιο σε αποφάσεις περίθαλψης στο τέλος της ζωής. Επιπλέον, οι επιθυμίες, οι επιθυμίες και οι ανάγκες των ασθενών μπορούν να ληφθούν υπόψη ως μέρος αυτού του εκ των προτέρων σχεδιασμού φροντίδας. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει την εκπαίδευση νοσηλευτών, ιατρών και άλλων σχετικών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που εμπλέκονται στις παρεμβάσεις. Τα προγράμματα κατάρτισης μπορεί να είναι πολύ διαφορετικά, ωστόσο, η κύρια εστίασή τους θα πρέπει να είναι στον υπολογιστή, στα οφέλη του και στην παροχή του.

Τα οφέλη από την εστίαση στη θεραπεία είναι προφανή, ωστόσο, τα οφέλη από τις υπόλοιπες δύο πτυχές είναι επίσης καλά τεκμηριωμένα. Όσον αφορά τη συμβουλευτική, ο Η/Υ, συνήθως περιλαμβάνει δύσκολη λήψη ιατρικών και ηθικών αποφάσεων για τους ασθενείς και τους (ανεπίσημους) φροντιστές τους. Είναι σημαντικό ότι οι ίδιες μελέτες υποστηρίζουν ότι το βάρος που συνδέεται με αυτή τη λήψη αποφάσεων μπορεί να βελτιωθεί με τη βοήθεια εκπαιδευμένου προσωπικού Η/Υ μέσω συστηματικών συμβουλευτικών και ενημερωτικών συζητήσεων.

Η μελέτη των Siouta et al (2016) είναι η πρώτη ποιοτική συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση μοντέλων για την ολοκληρωμένη Ανακουφιστική Φροντίδα (PC) σε ασθενείς με κακοήθη και μη κακοήθη νόσο στην Ευρώπη. Αντιπροσωπεύει τη συνδυασμένη προσπάθεια μιας διεθνούς κοινοπραξίας έξι εταιρών σε έξι διαφορετικές ευρωπαϊκές χώρες (Βέλγιο, Γερμανία, Ουγγαρία, Ισπανία, Ολλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο).

Με βάση τα αποτελέσματα, προτείνουν ένα γενικό πλαίσιο για ενσωματωμένο Η/Υ σε ασθενείς με καρκίνο και χρόνιες παθήσεις. Το προτεινόμενο πρόγραμμα προσδιορίζει τη σημασία της χρησιμοποίησης μιας διεπιστημονικής ομάδας εκπαιδευμένης σε Η/Υ και της εστίασης σε τρεις πτυχές: στη θεραπεία, τη συμβουλευτική και την εκπαίδευση.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) πρωτοστάτησε στη δημιουργία μιας Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία η οποία να ενσωματώνει την παρηγορητική φροντίδα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μιας χώρας. Η Στρατηγική Δημόσιας Υγείας προσφέρει την καλύτερη προσέγγιση για τη μετάφραση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων σε παρεμβάσεις βασισμένες σε στοιχεία, οικονομικά αποδοτικές που μπορούν να φτάσουν σε όλους στον πληθυσμό. Για να είναι αποτελεσματική αυτή η στρατηγική θα πρέπει να ενσωματωθεί από τις κυβερνήσεις σε όλα τα επίπεδα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψής τους. Αυτή η στρατηγική θα είναι πιο αποτελεσματική εάν εμπλέκει και η κοινωνία μέσω των κοινωνικών δικτύων συλλογικής και κοινωνικής δράσης. Η στρατηγική περιλαμβάνει συμβουλές και οδηγίες προς τις κυβερνήσεις σχετικά με τις προτεραιότητες και τον τρόπο εφαρμογής τόσο των εθνικών προγραμμάτων παρηγορητικής φροντίδας όσο και των εθνικών προγραμμάτων ελέγχου του καρκίνου όπου η παρηγορητική φροντίδα θα είναι ένας από τους τέσσερις βασικούς πυλώνες του ολοκληρωμένου ελέγχου του καρκίνου.

Η Στρατηγική του ΠΟΥ για την Δημόσια Υγείας, συμπεριλαμβάνει:

- 1) ότι θα πρέπει να ασκηθούν οι κατάλληλες πολιτικές.
- 2) να υπάρχει επαρκής διαθεσιμότητα φαρμάκων.
- 3) να υπάρξει εκπαίδευση των υπευθύνων χάραξης πολιτικής, αλλά και των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, αλλά και των πολιτών.
- 4) την εφαρμογή υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας σε όλα τα επίπεδα σε όλο το εύρος της κοινωνίας. Αυτή η προσέγγιση έχει δείξει ότι παρέχει μια αποτελεσματική στρατηγική

για την ενσωμάτωση/καθιέρωση της παρηγορητικής φροντίδας σε μια χώρα (Stjernward, Foley and Ferris 2007).

Η έρευνα των Arias-Casais et al (2020) ανέλυσε τις τάσεις των εξειδικευμένων υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας σε 51 χώρες της Ε.Ε. του ΠΟΥ σε βάθος 14 ετών (2005-2019). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 42 χώρες (82%) αύξησαν τον αριθμό των εξειδικευμένων υπηρεσιών μεταξύ 2005 και 2019 με αλλαγές για τις ομάδες κατ' οίκον φροντίδας (ποσοστό αύξησης 104%), τις υπηρεσίες εσωτερικού νοσηλευτικού ιδρύματος (82%) και τις ομάδες νοσοκομειακής υποστήριξης (48%). Οι χώρες υψηλού εισοδήματος παρουσίασαν σημαντική αύξηση σε όλους τους τύπους υπηρεσιών, ενώ οι χώρες χαμηλού έως μεσαίου εισοδήματος παρουσίασαν σημαντική αύξηση μόνο για τις υπηρεσίες εσωτερικού νοσηλευτικού ιδρύματος. Οι χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης εμφάνισαν σημαντική βελτίωση στις ομάδες κατ' οίκον φροντίδας και στις υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, ενώ οι δυτικές χώρες παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στις ομάδες νοσοκομειακής υποστήριξης και κατ' οίκον φροντίδας. Η φροντίδα στο σπίτι ήταν η πιο σημαντική υπηρεσία στη Δυτική Ευρώπη. Η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών αυξήθηκε σε όλη την Ευρώπη, ωστόσο οι αναλογίες ανά 100.000 κατοίκους έπεσαν κάτω από τις συστάσεις της EAPC. Οι αναλογίες της Δυτικής Ευρώπης πέτυχαν τις μισές από τις προτεινόμενες υπηρεσίες, ενώ οι χώρες της Κεντρικής και Ανατολής πέτυχαν μόνο το ένα τέταρτο. Οι χώρες υψηλού εισοδήματος και οι χώρες της Δυτικής Ευρώπης αντιπροσωπεύουν τη μεγαλύτερη αύξηση. Η Κεντρική-Ανατολική Ευρώπη και οι χώρες χαμηλού έως μεσαίου εισοδήματος ανέφεραν μικρή αύξηση στην παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID -19**

### **4.1 Η πανδημία Covid 19**

Το πρόβλημα ξεκινάει τέλη του 2019, όπου στην πόλη Wuhan, επαρχία Hubei, στην Κίνα, εμφανίστηκε στον πληθυσμό συρροή κρουσμάτων πνευμονίας. Στις 9 Ιανουαρίου 2020 οι υγειονομικές αρχές της Κίνας ανακοίνωσαν ότι πρόκειται για νέο στέλεχος κορωνοϊού (2019-nCoV). Οι κορωνοϊοί είναι μία ομάδα ιών που συνήθως προκαλούν αναπνευστικές λοιμώξεις με ποικίλη σοβαρότητα στον άνθρωπο και στα ζώα. Εκτιμάται ότι περίπου το ένα τρίτο των λοιμώξεων ανώτερου αναπνευστικού στον άνθρωπο μπορεί να προκαλείται από κορωνοϊούς. Υπάρχουν όμως διαφορές καθώς αυτό ο ιός, πρόκειται για ένα νέο στέλεχος κοροναϊού που διαφέρει από τον SARS-CoV, τον κοροναϊό που προκάλεσε την επιδημία SARS το 2003, αλλά και από τους υπόλοιπους κοροναϊούς που έχουν απομονωθεί μέχρι σήμερα από τον άνθρωπο. Ο νέος κοροναϊός (MERS-CoV) απομονώθηκε για πρώτη φορά από ασθενείς με σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο, στην Αραβική Χερσόνησο, το Σεπτέμβριο του 2012. Ακόμα δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες όσον αφορά την πιθανή πηγή έκθεσης, τον τρόπο μετάδοσης, το κλινικό φάσμα της λοίμωξης και τη διάρκεια της περιόδου επώασης. Με βάση την υπάρχουσα κλινική εμπειρία, η λοίμωξη από τον νέο κοροναϊό εκδηλώνεται συνήθως ως πνευμονία, με εμφάνιση οξείας, σοβαρής νόσου του αναπνευστικού, με πυρετό, βήχα, δύσπνοια και αναπνευστική δυσχέρεια. Σε αρκετές περιπτώσεις η λοίμωξη έχει οδηγήσει σε εμφάνιση επιλοκών (Οξύ Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας (ARDS), νεφρική ανεπάρκεια, πολυοργανική ανεπάρκεια, διαταραχές της πήξης, περικαρδίτιδα) ή και θάνατο. Ο ακριβής τρόπος μετάδοσης δεν είναι ακόμα γνωστός. Υπάρχουν πάντως σαφείς ενδείξεις περιορισμένης μετάδοσης από άνθρωπο σε άνθρωπο. Συνιστώνται τα μέτρα προφύλαξης που ισχύουν και για τις άλλες ιογενείς λοιμώξεις του αναπνευστικού, δηλαδή η αποφυγή στενής επαφής με άτομο που παρουσιάζει τα συμπτώματα της νόσου (βήχας, φτέρνισμα) και έχει πρόσφατα ταξιδέψει σε περιοχή υψηλού κινδύνου. Σε περιπτώσεις χειρισμών που ενέχουν αυξημένο κίνδυνο δημιουργίας αερολύματος, στις βασικές προφυλάξεις και προφυλάξεις σταγονιδίων προστίθενται και προφυλάξεις για πρόληψη μετάδοσης αερογενώς μεταδιδόμενου νοσήματος.

## **Οι έξι φάσεις μιας πανδημίας γρίπης**

Το σχέδιο δράσης παρουσιάζει μια πρόταση αντίδρασης της Ένωσης για καθεμία από τις φάσεις πανδημίας γρίπης όπως ορίζονται από την ΠΟΥ:

**Φάση 1 - Περίοδος μεταξύ των πανδημιών:** Σε αυτή τη φάση δεν έχουν ανιχνευθεί νέοι υποτύποι του ιού της γρίπης στον άνθρωπο.

**Φάση 2 - Περίοδος μεταξύ των πανδημιών:** Δεν έχουν ανιχνευθεί νέοι υποτύποι του ιού της γρίπης στον άνθρωπο. Ωστόσο, ένας κυκλοφορών υποτύπος του ιού της γρίπης σε ζώα εγκυμονεί ουσιώδη κίνδυνο νόσησης του ανθρώπου.

**Φάση 3 - Περίοδος εγρήγορσης για πανδημία:** Λοίμωξη του ανθρώπου από νέο υποτύπο, αλλά όχι μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο.

**Φάση 4 - Περίοδος εγρήγορσης για πανδημία:** Μικρή συρροή με περιορισμένη μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο, αλλά εξάπλωση με έντονα τοπικό χαρακτήρα, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο ιός δεν είναι επαρκώς προσαρμοσμένος στους ανθρώπους.

**Φάση 5 - Περίοδος εγρήγορσης για πανδημία:** Μεγαλύτερη συρροή αλλά με μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο που εξακολουθεί να παρουσιάζει τοπικό χαρακτήρα, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο ιός προσαρμόζεται διαρκώς περισσότερο στους ανθρώπους, αλλά μπορεί να μην είναι ακόμη πλήρως μεταδόσιμος (ουσιαστικός κίνδυνος πανδημίας)

**Φάση 6 - Περίοδος πανδημίας:** Αυξημένη και συνεχιζόμενη μετάδοση στο γενικό πληθυσμό. Αρκετές επιδημικές εκρήξεις σε τουλάχιστον μία χώρα εκτός Ε.Ε. με συνεχιζόμενη μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο και διασπορά σε άλλες χώρες (<https://eur-lex.europa.eu>)

#### **4.2 Το προτεινόμενο σύστημα Μετανοσοκομειακής Φροντίδας κατά την πανδημία στην Ελλάδα.**

Είναι πολύ σημαντικό για κάθε προηγμένη χώρα, να έχει ένα Σύστημα Υγείας, ικανό να αντιμετωπίσει τις υγειονομικές προκλήσεις και έκτακτες ανάγκες που προκύπτουν τόσο από αλλαγές των συνθηκών ζωής, όσο και αυτές που προκύπτουν έκτακτα από μία πανδημία, όπως αυτή του covid-19. Η πρόκληση που αντιμετωπίζουν όλα τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο, είναι να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις ανάγκες που προκύπτουν από το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον και έχουν άμεση συσχέτιση με την κοινωνική πολιτική που ασκεί κάθε κράτος στο τομέα τόσο της υγείας, όσο και της πρόληψης, αλλά και τις δαπάνες για την υγεία που χρηματοδοτεί. Η εμπιστοσύνη επίσης που δείχνουν οι πολίτες είναι ένας πολύ σημαντικό παράγοντας καθώς οι πολίτες ανησυχούν εξίσου για το αγαθό της υγείας, όσο και για την ποιότητα, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας (Κουρής 2004). Εκ τούτου ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να μπορεί να ανταποκριθεί τόσο στην παροχή ίσων ευκαιριών φροντίδας για όλους τους πολίτες χωρίς εξαιρέσεις αλλά να προσφέρει και το αίσθημα ασφάλειας των πολιτών προς αυτό (Πιερράκος και συν 2013).

Η πανδημία που αντιμετωπίζει ο πλανήτης εδώ πάνω από ενάμιση χρόνο, πίεσε όλα τα Εθνικά Συστήματα Υγείας των χωρών ανά το κόσμο, αναδεικνύοντας προβλήματα, ελλείψεις και ατέλειες, καθώς όπως προκύπτει από τη μία δεν είχαν τον κατάλληλο σχεδιασμό για να αντιμετωπίσουν με τρόπο αποτελεσματικό την πανδημία και από την άλλη έπρεπε να λάβουν έκτακτα μέτρα λόγω της φύσης της πανδημίας. Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, δοκιμάστηκε περισσότερο από ποτέ και συνεχίζει να δοκιμάζεται καθώς το κύμα της πανδημίας εξελίσσεται και απαιτείται χρόνος για να βγει η ανθρωπότητα από τις τραγικές συνέπειες, τόσο σε επίπεδο υγειονομικό, όσο και κοινωνικό και οικονομικό.

Έρευνα που έγινε στην Ελλάδα μετά το πρώτο κύμα της πανδημίας (Ιούνιος 2020) με στόχο την ποιοτική μελέτη τις εμπειρίες, τις πεποιθήσεις και ανησυχίες των επαγγελματιών ΠΦΥ σχετικά με την ετοιμότητα και την ανταπόκριση του συστήματος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης της χώρας, κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας. Η έρευνα στηρίχθηκε σε 33 τηλεφωνικές συνεντεύξεις από γενικούς γιατρούς, παιδίατρος και νοσηλευτές και τα δεδομένα αναλύθηκαν σύμφωνα με την θεματική ανάλυση αναπτύσσοντας ένα εννοιολογικό πλαίσιο (Smyrnakis et al 2021).

Η έρευνα προσδιόρισε τέσσερα κύρια θέματα:

α) Τη προσαρμογή της ΠΦΥ και ζητήματα που αντιμετωπίστηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

β) Διαχείριση των ύποπτων περιστατικών COVID-19.

γ) Διαχείριση μη ύποπτων περιστατικών

δ) Συνέπειες της πανδημίας.

Στην πρώτη φάση της πανδημίας, προτιμήθηκε η εξ αποστάσεως διαχείριση ύποπτων κρουσμάτων και η παραπομπή τους στο νοσοκομείο, λόγω έλλειψης ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού και αδυναμίας πρόσβασης σε τεστ κορωνοϊού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Λόγω της διακοπής των τακτικών ιατρικών υπηρεσιών και της περιορισμένης προσωπικής επαφής μεταξύ γιατρών και ασθενών, τα προγράμματα διαχείρισης και πρόληψης χρόνιων ασθενειών έμειναν πίσω. Κοινωνικές και συναισθηματικές συνέπειες της πανδημίας, όπως το στίγμα στο χώρο εργασίας, η απομόνωση και η κοινωνική απομόνωση, που προέρχονται από τον φόβο της μετάδοσης του ιού, καθώς και συμπτώματα εξουθένωσης και εξάντλησης εμφανίστηκαν συνήθως μεταξύ των επαγγελματιών ΠΦΥ (Baladubramanian et al 2020).

Οι πληροφορίες που συλλέγονται από το σύστημα δημόσιας υγείας είναι καθοριστικές για την λήψη πληροφοριών απαραίτητες για τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων (Desborough et al 2020). Η ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 κρίθηκε εξαρχής ζωτικής σημασίας και για αυτό οι χώρες έλαβαν σχετική καθοδήγηση σχετικά με τη λειτουργία των υπηρεσιών Η/Υ από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO,2021). Σύμφωνα με ένα πρόγραμμα παρακολούθησης που αναπτύχθηκε για την ανταπόκριση της ΠΦΥ των χωρών κατά την πανδημία, PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor for Europe) η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες με σχετικά αδύναμο σύστημα δημόσιας υγείας (Kringos et al 2013). Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) είναι οργανωμένο γύρω από τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα (ΔΥ), με τις μονάδες Η/Υ να παραμένουν χωρίς συστηματική οργάνωση και χρηματοδότηση (Tomos et al 2020). Παρά τις οργανωτικές αδυναμίες της ΠΦΥ, η Ελλάδα θεωρήθηκε επιτυχημένο παράδειγμα για την καταπολέμηση του πρώτου κύματος της πανδημίας COVID-19. Ο πρώτος ασθενής σηματοδότησε την έναρξη της επιδημίας στις 26.2.2020 και ανακοινώθηκε lockdown (<https://covid19.gov.gr>) καθώς τα διαθέσιμα δεδομένα εκείνη την εποχή υπογράμμισαν την αποτελεσματικότητά του στη μείωση τόσο της μετάδοσης του ιού όσο και των ποσοστών θνησιμότητας (European Commission 2020). Με τον αριθμό

των κρουσμάτων να παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, η Ελλάδα έκανε άρση των περιορισμών στις 4.5.2020 και από τις 9.6.2020 ο ΠΟΥ αξιολόγησε τη χώρα με Κατάσταση Επιπέδου 4 σε ετοιμότητα και ανταπόκριση για τον COVID-19 (WHO 2020)

#### **4.3 Το προτεινόμενο σύστημα Μετανοσοκομειακής Φροντίδας κατά την πανδημία σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες**

Η Ιταλία είναι μια από τις χώρες που έχουν πληγεί περισσότερο από την πανδημία Covid-19. Με πληθυσμό 60 εκατομμυρίων, η χώρα αντιμετώπισε μια άνευ προηγουμένου πρόκληση για την υγεία, η οποία είχε ως αποτέλεσμα ποικίλα αποτελέσματα ανάλογα με τις διάφορες περιοχές. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν το κλειδί στην προσπάθεια αντιμετώπισης αυτής της πρόκλησης. Για να κατανοήσουμε καλύτερα τη στρατηγική πρωτοβάθμιας περίθαλψης που εκπονήθηκε για τη διαχείριση της έκτακτης ανάγκης Covid-19 σε εθνικό επίπεδο πρέπει να αναφέρουμε ότι σύμφωνα με το Ιταλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (SSN) οι γενικοί στόχοι και οι θεμελιώδεις αρχές της προστασίας και προαγωγής της υγείας καθαρίζονται σε κυβερνητικό επίπεδο, ενώ η οργάνωση, η χρηματοδότηση και η παροχή υπηρεσιών υγείας πραγματοποιούνται σε περιφερειακό επίπεδο (Toth 2014). Με λίγα λόγια, η υγεία χορηγείται κυρίως σε περιφερειακή βάση και αυτό είχε σημαντικό αντίκτυπο στην ετοιμότητα και την ανταπόκριση στον Covid-19. Οι περιφέρειες που είχαν ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη και κοινοτικές υπηρεσίες, έδειξαν ταχύτερη και καλύτερα δομημένη ανταπόκριση στην έκτακτη ανάγκη του Covid-19, σε σύγκριση με άλλες περιοχές δεν είχαν επενδύσει τόσο στις κοινοτικές υπηρεσίες, καθώς ήταν πιο μιας πιο νοσοκομειακής προσέγγισης για την περίθαλψη. Δημιούργησαν μια νέα υπηρεσία, τις Ειδικές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Covid-19 (USCA), όπου η δημιουργία αυτής της νέας υπηρεσίας βελτίωσε τη διαχείριση των περιπτώσεων Covid-19 στην κοινότητα και έξω από το νοσοκομείο. Το USCA είναι η επιχειρησιακή επέκταση των οικογενειακών γιατρών που μάχονται με τον Covid-19 και υποστηρίζουν ύποπτους ασθενείς Covid-19 τηλεφωνικά. Δηλαδή εάν ο γενικός ιατρός εντοπίσει την παρουσία πυρετού ή άλλων συμβατών συμπτωμάτων ή εάν ένας ασθενής που έχει ήδη διαγνωσθεί με Covid-19 χρειάζεται επίσκεψη, μπορεί να καλέσει την υπηρεσία USCA, όπου του απαντά ένας γιατρός, πιθανότατα ειδικός οικογενειακής ιατρικής, για να χειριστεί την υπόθεση. Τα πλεονεκτήματα αυτή της υπηρεσίας ήταν:



1. Έγκαιρη παραπομπή στο νοσοκομείο για ύποπτους και επιβεβαιωμένους ασθενείς με Covid-19, γιατί κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης της πανδημίας, παρουσιάστηκαν εξαιρετικά καθυστερημένες προσαγωγές περιστατικών σε τμήματα έκτακτης ανάγκης σε πολύ προχωρημένο στάδιο, λόγω του φόβο του πληθυσμού σχετικά με τις εισαγωγές στο νοσοκομείο και τη δυσκολία απόκτησης της κατάλληλης φροντίδας στην κοινότητα.
2. Διασφάλισε ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν επαρκή μέσα ατομικής προστασίας, καθώς κατά τη πρώτη φάση της πανδημίας παρουσιάστηκε χάος σχετικά με την παροχή ή έλλειψη τους.
3. Ένας ακόμα στόχος της υπηρεσίας αυτής ήταν η διατήρηση του θεσμού και προστασία των γενικών ιατρών, ενός πληθυσμού (40.000) που αποτελείται σε μεγάλο βαθμό από επαγγελματίες πάνω από 55 ετών (43%). Με αυτό το τρόπο από την μία προωθήθηκαν νέοι επαγγελματίες στο χώρο και από την άλλη ενισχύθηκε ο κλάδος των γενικών γιατρών ο οποίος παρουσίασε υψηλή θνησιμότητα λόγω Covid-19 (Burki 2020).

Σε κάποιες πόλεις (πχ Μπολόνια) λειτουργούν δύο USCA που βρίσκονται σε δύο διαφορετικά Κοινοτικά Κέντρα Υγείας, το καθένα με 4-5 γιατρούς που εργάζονται από τις 8 π.μ. έως τις 8 μ.μ. Τα κύρια καθήκοντα και λειτουργίες των Ειδικών Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Covid-19 είναι:

- Τηλεφωνική διαλογή και αξιολόγηση: Ο παραπέμποντας γιατρός καλεί την Υπηρεσία USC, όπου ο γιατρός της υπηρεσίας αξιολογεί το περιστατικό, ο οποίος μπορεί στη συνέχεια να κανονίσει μια επίσκεψη στο σπίτι ανάλογα με τη σοβαρότητα της περίπτωσης. Κάθε επίσκεψη υλοποιείται εντός 24 ωρών και για επείγουσες περιπτώσεις εντός 3-4 ωρών. Μετά την επίσκεψη, ο γιατρός επικοινωνεί με τον παραπέμποντα ιατρό για να δώσει άμεση ανατροφοδότηση και στέλνει μια ηλεκτρονική αναφορά.
- Φροντίδα στο σπίτι: αντιπροσωπεύει τη βασική δραστηριότητα της USCA. Για κάθε επίσκεψη, παρέχονται στον γιατρό δοχεία για καθαρά και μολυσμένα απόβλητα, Μέσα Ατομικής Προστασίας και ο κατάλληλος ιατρικός εξοπλισμός όπως ψηφιακό θερμόμετρο, οξύμετρο, στηθοσκόπιο κ.λπ. Ενώ σε κάθε επίσκεψη σε νέο ύποπτο περιστατικό, γίνεται στο σπίτι το αντίστοιχο τεστ και η εξέταση στέλνεται στο εργαστήριο.

- Τακτική ιατρική περίθαλψη σε ξενοδοχεία Covid-19: στην αρχή της πανδημίας, ορισμένα τουριστικά ξενοδοχεία μετατράπηκαν σε ξενοδοχεία Covid-19, για να φιλοξενήσουν άτομα με προβλήματα στέγασης, κοινωνικά ευάλωτους ασθενείς και να θέσουν σε καραντίνα άτομα που προέρχονται από χώρες υψηλού κινδύνου. Τα ξενοδοχεία Covid-19 είναι γενικά υπό τη διεύθυνση νοσηλευτών και οι γιατροί της USCA ενεργοποιούνται σε περίπτωση ανάγκης.

Οι δυσκολίες που εντοπίστηκαν για την υλοποίηση της υπηρεσίας ήταν η σημαντικά χρονική διαφορά έναρξης της υπηρεσίας από πόλη σε πόλη (Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari 2020). λόγω του ότι η διαχείριση της υγείας γίνεται σε μεγάλο βαθμό σε περιφερειακό επίπεδο ως μέρος μιας στρατηγικής αποκέντρωσης της ιταλικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, και επομένως παρουσιάστηκαν οι προϋπάρχουσες ανισότητες μεταξύ των περιφερειών (Caruso and Dirindin 2012).

Επίσης κάποιες περιφέρειες που είχαν επιλέξει την διαδικασία ιδιωτικοποίησης του περιφερειακού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που οδήγησε σε παράλληλη αποεπένδυση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, αντιμετώπισε σοβαρές και δραματικές ελλείψεις στην αντιμετώπιση της πανδημίας (Usuelli 2020). Σε αντίθεση με περιοχές όπου ήταν πιο ενισχυμένη η εφαρμογή των κοινοτικών υπηρεσιών και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μπόρεσαν καλύτερα και ταχύτερα να ανταποκριθούν. Για να παρέχεται άριστη περίθαλψη, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας πρέπει να είναι εξοπλισμένες, στελεχωμένες και να διαχειρίζονται με κατάλληλους πόρους (Macinko Starfield and Erinosh 2009; Kim and Jang 2018).

Οι ιατρικές ομάδες της USCA είχαν ζητήσει να συμπεριληφθούν υπερήχοι και αναλυτές αερίων αίματος στα κιτ εξοπλισμού οικιακής φροντίδας, καθώς αυτά τα εργαλεία μπορούν εύκολα να χρησιμοποιηθούν σε αξιολογήσεις στο σπίτι και μπορούν να παρέχουν χρήσιμη διαγνωστική υποστήριξη, ειδικά για περιπτώσεις μέτριας σοβαρότητας. Με τέτοια εργαλεία, κάποιες παραπομπές στο νοσοκομείο θα μπορούσαν ενδεχομένως να αποφευχθούν.

Ο τρόπος με τον οποίο η Ιταλία διαχειρίστηκε τον Covid-19 μας δείχνει πόσο διασυνδεδεμένο και αλληλεξαρτώμενο πρέπει να είναι ένα καλό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η επίπονη εργασία των οικογενειακών γιατρών και των νοσηλευτών δεν μπορεί να είναι πλήρως αποτελεσματική εάν δεν συνδέεται με το ευρύτερο έργο των ειδικών στη

δημόσια υγεία, των κοινωνικών υπηρεσιών και των κοινοτικών οργανώσεων, για να αναφέρουμε μόνο μερικούς βασικούς παράγοντες. Από τη δεκαετία του 1970 και μετά, έχουμε παρατηρήσει μια προοδευτική καθετοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, η οποία παραμένει εμφανής στην αντιμετώπιση της πανδημίας. Εάν θέλουμε πραγματικά να παρέχουμε υγεία σε όλους, να αντιμετωπίσουμε τους ευρύτερους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και να εξουδετερώσουμε τον νόμο της αντίστροφης περίθαλψης, χρειαζόμαστε πραγματικά μια στενή, τακτική, οριζόντια συνεργασία μεταξύ όλων των παραγόντων που εμπλέκονται στη σύνθετη διαδικασία της φροντίδας. Μια τέτοια προσέγγιση διαχείρισης δεν έχει τεθεί ακόμη σε ισχύ, αλλά πρέπει να αντιπροσωπεύει ένα θεμελιώδες χαρακτηριστικό του αυριανού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το 2017, μαζί με μια ομάδα νέων επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, ξεκίνησε μια δημόσια εκστρατεία για την ανανέωση της ιταλικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την ονομασία «2018 Primary Health Care: Now or Never» («2018 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Τώρα ή Ποτέ»), ενώ πριν από λίγους μήνες δημοσίευσε το «Libro Azzurro» (Το Μπλε Βιβλίο), ένα μανιφέστο όπου υποστηρίζουν τις αλλαγές που θα πρέπει να γίνουν στο ιταλικό σύστημα υγείας, 12 συγκεκριμένες προτάσεις. (The Book Azzurro 2020)

Έρευνα που έγινε στην Ελλάδα μετά το πρώτο κύμα της πανδημίας (Ιούνιος 2020) με στόχο την ποιοτική μελέτη τις εμπειρίες, τις πεποιθήσεις και ανησυχίες των επαγγελματιών ΠΦΥ σχετικά με την ετοιμότητα και την ανταπόκριση του συστήματος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης της χώρας, κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας. Η έρευνα στηρίχθηκε σε 33 τηλεφωνικές συνεντεύξεις από γενικούς γιατρούς, παιδίατρος και νοσηλευτές και τα δεδομένα αναλύθηκαν σύμφωνα με την θεματική ανάλυση αναπτύσσοντας ένα εννοιολογικό πλαίσιο (Smyrnakis et al 2021).

Η έρευνα προσδιόρισε τέσσερα κύρια θέματα:

- α) Τη προσαρμογή της ΠΦΥ και ζητήματα που αντιμετωπίστηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας.
- β) Διαχείριση των ύποπτων περιστατικών COVID-19.
- γ) Διαχείριση μη ύποπτων περιστατικών
- δ) Συνέπειες της πανδημίας.

Στην πρώτη φάση της πανδημίας, προτιμήθηκε η εξ αποστάσεως διαχείριση ύποπτων κρουσμάτων και η παραπομπή τους στο νοσοκομείο, λόγω έλλειψης ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού και αδυναμίας πρόσβασης σε τεστ κορωνοϊού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Λόγω της διακοπής των τακτικών ιατρικών υπηρεσιών και της περιορισμένης προσωπικής επαφής μεταξύ γιατρών και ασθενών, τα προγράμματα διαχείρισης και πρόληψης χρόνιων ασθενειών έμειναν πίσω. Κοινωνικές και συναισθηματικές συνέπειες της πανδημίας, όπως το στίγμα στο χώρο εργασίας, η απομόνωση και η κοινωνική απομόνωση, που προέρχονται από τον φόβο της μετάδοσης του ιού, καθώς και συμπτώματα εξουθένωσης και εξάντλησης εμφανίστηκαν συνήθως μεταξύ των επαγγελματιών ΠΦΥ (Baladubramanian et al 2020).

Οι πληροφορίες που συλλέγονται από το σύστημα δημόσιας υγείας είναι καθοριστικές για την λήψη πληροφοριών απαραίτητες για τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων (Desborough et al 2020) Η ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 κρίθηκε εξαρχής ζωτικής σημασίας και για αυτό οι χώρες έλαβαν σχετική καθοδήγηση σχετικά με τη λειτουργία των υπηρεσιών Η/Υ από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2021). Σύμφωνα με ένα πρόγραμμα παρακολούθησης που αναπτύχθηκε για την ανταπόκριση της ΠΦΥ των χωρών κατά την πανδημία, PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor for Europe) η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες με σχετικά αδύναμο σύστημα δημόσιας υγείας (Kringos et al 2013). Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) είναι οργανωμένο γύρω από τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα (ΔΥ), με τις μονάδες Η/Υ να παραμένουν χωρίς συστηματική οργάνωση και χρηματοδότηση (Tomos et al 2020). Παρά τις οργανωτικές αδυναμίες της ΠΦΥ, η Ελλάδα θεωρήθηκε επιτυχημένο παράδειγμα για την καταπολέμηση του πρώτου κύματος της πανδημίας COVID-19. Ο πρώτος ασθενής σηματοδότησε την έναρξη της επιδημίας στις 26.2.2020 και ανακοινώθηκε lockdown (<https://covid19.gov.gr>) καθώς τα διαθέσιμα δεδομένα εκείνη την εποχή υπογράμμισαν την αποτελεσματικότητά του στη μείωση τόσο της μετάδοσης του ιού όσο και των ποσοστών θνησιμότητας (European Commission 2020). Με τον αριθμό των κρουσμάτων να παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, η Ελλάδα έκανε άρση των περιορισμών στις 4.5.2020 και από τις 9.6.2020 ο ΠΟΥ αξιολόγησε τη χώρα με Κατάσταση Επιπέδου 4 σε ετοιμότητα και ανταπόκριση για τον COVID-19 (WHO 2020)

Όλες οι μονάδες δημόσιας υγείας, εκτός από τα Περιφερειακά Ιατρεία (δηλ. μικρά ιατρεία γιατρών που εξυπηρετούσαν αγροτικές περιοχές) που διέκοψαν τη λειτουργία τους

ακολούθησαν ένα σύστημα διαλογής, διακρίνοντας τους ασθενείς χωρίς ύποπτα συμπτώματα από εκείνους με συμπτώματα COVID-19. Οι μονάδες με πολλαπλές εισόδους χρησιμοποιούσαν την κύρια είσοδο για διαλογή και μια δευτερεύουσα είσοδο για περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Η διαλογή διενεργήθηκε κυρίως από νοσηλευτικό προσωπικό σύμφωνα με τις οδηγίες και τα πρωτόκολλα του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), των Περιφερειακών Υγειονομικών Αρχών (ΥΠΕ) και του Υπουργείου Υγείας. Σε αρκετές δημόσιες μονάδες, δημιουργήθηκε ξεχωριστός ειδικός χώρος εξέτασης και απομόνωσης είτε εντός είτε εκτός της Μονάδας με την ανάπτυξη δομών απομόνωσης θαλάμων. Στον ιδιωτικό τομέα, όπου δεν υπήρχαν χωριστές αίθουσες εξετάσεων, τα ύποπτα κρούσματα COVID-19 εξετάστηκαν μέσω τηλεφώνου. Όταν αυτοί οι ασθενείς εξετάστηκαν πρόσωπο με πρόσωπο, υπήρχε μια λογική διαφορά ώρας από τα υπόλοιπα ραντεβού, που πραγματοποιούνταν είτε στην αρχή είτε στο τέλος της εργάσιμης ημέρας, για να αποφευχθεί η συμφόρηση στην αίθουσα αναμονής και να δοθεί χρόνος για απολύμανση και αερισμός των χώρων. Οι μονάδες υγείας αντιμετώπισαν επιζήμιες ελλείψεις σε μέσα ατομικής προστασίας, όπως χειρουργικές και υψηλής προστασίας μάσκες FFP2/FFP3, γάντια, ασπίδες προσώπου, κορμάκια και προστασία ποδιών. Στον δημόσιο τομέα η παροχή μέσων ατομικής προστασίας από τις ΥΠΕ αρχικά περιορίστηκε και στη συνέχεια αυξήθηκε σταδιακά στην πλειονότητα των μονάδων. Πολλοί γιατροί ανέφεραν ότι εξοπλίστηκαν με μάσκες και γάντια με δικά τους έξοδα, ενώ σημαντικές δωρεές από δημόσιες αρχές, ιδιωτικές εταιρείες, ενώσεις και ιδιώτες ήταν ευπρόσδεκτες. Στον ιδιωτικό τομέα, η απόκτηση μέσων ατομικής προστασίας έγινε σε βάρος των γιατρών, με τους Ιατρικούς Συλλόγους σε όλη τη χώρα να παρέχουν ανεπαρκείς ποσότητες, χωρίς κρατική βοήθεια. Επιπλέον, η παγκόσμια έλλειψη μέσω ατομικής προστασίας για τους πολίτες έκανε πιο δύσκολο τις προσπάθειες των γιατρών να εξασφαλίσουν επαρκή μέσα. Για τη διαχείριση υπόπτων κρουσμάτων, συμπτώματα όπως ο πυρετός, ο βήχας και η δύσπνοια ήταν τα κύρια που δημιούργησαν υποψίες για COVID-19. Ωστόσο, αναφέρθηκαν άλλα μη τυπικά συμπτώματα, όπως υποθερμία, απώλεια όσφρησης, γαστρεντερικές διαταραχές, παραλήρημα και πτώσεις. Στα παιδιά, η διάρροια θεωρήθηκε ως μη τυπικό σύμπτωμα. Η διαχείριση των ύποπτων περιπτώσεων γινόταν κυρίως μέσω τηλεφώνου, συμπεριλαμβανομένης της λήψης ιστορικού, της επιβεβαίωσης των συμπτωμάτων και της επαφής με το ΕΟΔΥ για καθοδήγηση και διαδικασίες ελέγχου. Σε ορισμένες μονάδες, υπήρχε ένα μητρώο τηλεφωνικών παρακολουθήσεων για ασθενείς στο σπίτι. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι γιατροί χρησιμοποίησαν τη δική τους προσωπική κρίση στη διαχείριση ύποπτων υποθέσεων. Ένας άλλος σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για τη

διαχείριση ύποπτων περιπτώσεων περιλάμβανε την ατομική γνώση των γιατρών και τη διαχρονική σχέση τους με έναν ασθενή. Η τηλεφωνική διαχείριση δεν ίσχυε μόνο για ασθενείς με ύποπτα συμπτώματα αλλά και για εκείνους με άλλα συμπτώματα που δεν σχετίζονται με τον COVID-19. Οι βιντεοκλήσεις ή άλλες απομακρυσμένες τεχνολογίες δεν επιδοκιμάστηκαν ευρέως στο δημόσιο τομέα, παρά τις θετικές απόψεις των επαγγελματιών, κυρίως λόγω ελλείψεων εξοπλισμού και έλλειψης εμπειρίας. Αντίθετα, αυτές οι τεχνολογίες χρησιμοποιήθηκαν ευρέως από γιατρούς που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, και κυρίως από Παιδίατρος, οι οποίοι ανέφεραν παρόμοια χρήση τέτοιων μέσων και πριν από την πανδημία. Στο τέλος του πρώτου κύματος της πανδημίας, επαρκείς προμήθειες ΜΑΠ, επαναφορά της φυσικής εξέτασης πρόσωπο με πρόσωπο και αυξημένη εξοικείωση με τις διαδικασίες παραπομπής και την εξ αποστάσεως διαχείριση των ασθενών μέσω τηλεφώνου ήταν οι κύριες αλλαγές που παρατηρήθηκαν (Smyrnakis et al 2021).

Τα συστήματα υγείας συνεχίζουν να προσαρμόζονται για να αντιμετωπίσουν την πανδημία COVID-19. Η κρίση COVID-19 καταδεικνύει τη σημασία της τοποθέτησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον πυρήνα των συστημάτων υγείας, τόσο για τη διαχείριση μιας απροσδόκητης αύξησης της ζήτησης όσο και για τη διατήρηση της συνέχειας της περίθαλψης για όλους. Ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας – οργανωμένη σε διεπιστημονικές ομάδες και με καινοτόμους ρόλους για επαγγελματίες υγείας, ενσωματωμένη με κοινοτικές υπηρεσίες υγείας, εξοπλισμένη με ψηφιακή τεχνολογία, και η εργασία με καλά σχεδιασμένα κίνητρα – συμβάλλει στην επίτευξη μιας επιτυχημένης απόκρισης του συστήματος υγείας. Οι καινοτομίες που εισήχθησαν ως απάντηση στην πανδημία πρέπει να διατηρηθούν για να καταστούν τα συστήματα υγείας πιο ανθεκτικά έναντι μελλοντικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία και ικανά να ανταποκριθούν στις προκλήσεις των γηράσκων κοινωνιών και στην αυξανόμενη επιβάρυνση των χρόνιων παθήσεων (OECD 2021).

Παράλληλα, η χώρα ξεπερνώντας το πρώτο Lockdown που επέβαλε τον Μάρτιο του 2020, υιοθέτησε ακόμα πιο αυστηρούς κανόνες για την ενθάρρυνση του εμβολιασμού. Δημιούργησε το Πιστοποιητικό Υγείας, ενώ από τον Αύγουστο του 2021 έγινε επέκταση του Ψηφιακού Πιστοποιητικού Covid, σε Green Pass, το οποίο είναι απαραίτητο να έχουν οι πολίτες για να μπορούν να συμμετέχουν σε μεγάλες εκδηλώσεις ή να διασκεδάσουν σε κλειστούς χώρους, να μπουν στα γυμναστήρια κλπ. Είναι ένα «εμβολιαστικό διαβατήριο, στην ουσία ένα ψηφιακό ή έγγραφο έντυπο που βεβαιώνει ότι ο κάτοχός του έχει βγει αρνητικός στον ιό τις τελευταίες 48 ώρες ή έχει πλήρως εμβολιαστεί ή ότι ήταν κρούσμα

του ιού και έχει αναρρώσει. Παράλληλα το Ιταλικό Υπουργείο Υγείας παρακολουθεί τις περιφερειακές δομές δημόσιας υγείας και εκτιμά την κατάσταση της πανδημίας στην κάθε περιοχή, δίνοντας ένα χρώμα, ανάλογα με τον αριθμό περιστατικών που έχει η περιοχή (λευκό, κίτρινο, πορτοκαλί ή κόκκινο). Μια περιοχή θεωρείται κόκκινη ζώνη όταν το εβδομαδιαίο ποσοστό μόλυνσης αυξάνεται με ρυθμό πάνω από 150 άτομα ανά 100.000 κατοίκους, ενώ το ποσοστό πληρότητας της εντατικής είναι 30% και το συνολικό ποσοστό νοσηλείας αγγίζει το 40%. Παράλληλη η χρήση μάσκας είναι υποχρεωτική, καθώς και η κοινωνική απόσταση σε εσωτερικούς και εξωτερικούς χώρους. Η μάσκα είναι υποχρεωτική στους εσωτερικούς χώρους, αλλά και στους εξωτερικούς όταν δεν μπορούν να τηρηθούν οι αποστάσεις (παρακολούθηση αθλητικών εκδηλώσεων, ουρά κατά την είσοδο σε ένα μουσείο κλπ). Κατά την είσοδο στη χώρα οι ταξιδιώτες από ορισμένες χώρες και τις ΗΠΑ θα πρέπει να έχουν επίσημο αποδεικτικό εμβολιασμού ή αρνητικό τεστ covid-19 ή πιστοποιητικό ανάρρωσης υπογεγραμμένο από τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης της χώρας (Belligoni 2021).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑ**

### **5.1 Σκοπός της έρευνας & ερευνητικά ερωτήματα**

Σκοπός η διερεύνηση του ρόλου το νοσηλευτή στη μετά νοσοκομειακή φροντίδα, σύμφωνα με έγκυρες πηγές, δημοσιευμένα άρθρα και βιβλιογραφία. Το θέμα προς μελέτη παραμένει επίκαιρο και ενδιαφέρον καθώς λόγω της πανδημίας, και της μετανοσοκομειακής φροντίδας που χρειάζονται οι ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί.

Σύμφωνα με την δευτερογενή έρευνα προκύπτουν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα προς διερεύνηση:

1. Ποιος είναι ο ρόλος της μετανοσοκομειακής φροντίδας υγείας στην Ελλάδα;
2. Ποια είναι τα δίκτυα της μετανοσοκομειακής φροντίδας της Ελλάδας;
3. Πως αξιολογείται η Μετανοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας;
4. Ποιος ο ρόλος του νοσηλευτή στην Μετανοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας;
5. Ποιο σύστημα μετανοσοκομειακής φροντίδας εφαρμόστηκε κατά την πανδημία στη Ελλάδα και ποιο σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες;
6. Πως αξιολογείται η Μετανοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας κατά την πανδημία;

### **5.2 Μεθοδολογία της έρευνας**

Στόχος της έρευνας είναι η βιβλιογραφική διερεύνηση του ρόλου της Μετανοσοκομειακής Φροντίδας και ειδικά του ρόλου του νοσηλευτή σε αυτή, ειδικά εν μέσω της πανδημίας, συγκρίνοντας το ελληνικό Σύστημα Υγείας με το Σύστημα Υγείας άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Σκοπός είναι μέσα από την βιβλιογραφική έρευνα άρθρων σε δημοσιευμένα ελληνικά και ξένα περιοδικά να γίνει αναλυτική μελέτη για το ρόλο των νοσηλευτών. Μέσα από την επισκόπηση των πολιτικών που έχουν υιοθετηθεί στο τομέα της υγείας και εν μέσω της πανδημίας, θα μπορέσουμε να δούμε κατά πόσο σπουδαίος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή, τι χρειάζεται να γίνει για να ενισχυθεί ο ρόλος του αλλά και τι αλλαγές θα πρέπει να γίνουν ώστε η μετανοσοκομειακή περίθαλψη να διαδραματίζει το ρόλο φαίνεται ότι έχει στη ΠΦΥ σύμφωνα με τη βιβλιογραφία.



### **5.3 Δεοντολογικό πλαίσιο**

Η έρευνα είναι βιβλιογραφική και στηρίζεται στην μελέτη δημοσιευμένων άρθρων σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά, οπότε δεν προκύπτει κάποιο άμεσο ηθικό ζήτημα, καθώς δεν θα χρησιμοποιηθούν προσωπικά δεδομένα. Η ερευνήτρια θα ακολουθήσει τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που ορίζονται κατά τη μεθοδολογία μιας επιστημονικής έρευνας ώστε η συλλογή των δεδομένων να γίνει με τρόπο αξιόπιστο οδηγώντας σε μια έγκυρη έρευνα με αξιόπιστα και χρήσιμα αποτελέσματα για την επιστημονική κοινότητα.

### **5.4 Δεδομένα από την έρευνα**

Η πανδημία που αντιμετωπίζει ο πλανήτης εδώ πάνω από ενάμιση χρόνο, πίεσε όλα τα Εθνικά Συστήματα Υγείας των χωρών ανά το κόσμο, αναδεικνύοντας προβλήματα, ελλείψεις και ατέλειες, καθώς όπως προκύπτει από τη μία δεν είχαν τον κατάλληλο σχεδιασμό για να αντιμετωπίσουν με τρόπο αποτελεσματικό την πανδημία και από την άλλη έπρεπε να λάβουν έκτακτα μέτρα λόγω της φύσης της πανδημίας.

Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, δοκιμάστηκε περισσότερο από ποτέ και συνεχίζει να δοκιμάζεται καθώς το κύμα της πανδημίας εξελίσσεται και απαιτείται χρόνος για να βγει η ανθρωπότητα από τις τραγικές συνέπειες, τόσο σε επίπεδο υγειονομικό, όσο και κοινωνικό και οικονομικό.

Προσπαθώντας να ερευνήσουμε την αντοχή του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην πίεση που δέχεται λόγω της πανδημίας, είναι πολύ σημαντικό στις αδυναμίες του του Εθνικού Συστήματος Υγείας, να προσθέσουμε και το ζήτημα των προμηθειών των αναλωσίμων. Σε σχετική ενημέρωση διαπιστευμένων συντακτών υγείας, κατά την πρώτη φάση της πανδημίας, αναφέρεται η ύπαρξη προβλήματος, για την προμήθεια των αναγκαίων μέσω ατομικής προστασίας, των αναλωσίμων και των λοιπών υλικών που χρειάζονται οι υγειονομικές μονάδες. Στο πρόβλημα δίνεται και η διάσταση της έλλειψης διαθεσιμότητας των υλικών, καθώς παγκόσμια έχει αυξηθεί η ζήτηση υλικών άμεσης ανάγκης. Δεν θα πρέπει επίσης να παραλείψουμε την αναφορά στην μνημονιακή εποχή που πέρασε η χώρα, όπου δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην μείωση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και του χρέους, με κύριο στόχο οι δαπάνες υγείας να παραμείνουν κάτω του 6% του ΑΕΠ.

Η μείωση των δαπανών στο χώρο της υγείας επηρέασε αρνητικά την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, ενώ στάθηκε εμπόδιο στην ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης που ξεκίνησε να γίνεται στο χώρο.

Σημαντικά επίσης είναι τα αποτελέσματα από την πρόσφατη έρευνα που δημοσιεύθηκε τον Αύγουστο του 2020 και χρηματοδοτήθηκε από το Τμήμα Διεθνούς Ανάπτυξης του Ηνωμένου Βασιλείου, η έρευνα για τις παγκόσμιες, περιφερειακές και εθνικές εκτιμήσεις του πληθυσμού με αυξημένο κίνδυνο ως προς τον covid-19 λόγω υποκειμενικών συνθηκών υγείας. Η έρευνα κατέδειξε ότι ο κίνδυνος για την μόλυνση από τον covid-19 ναί μεν είναι υψηλότερος σε ηλικιωμένα άτομα με υποκείμενα νοσήματα, αλλά είναι σημαντικό να κατανοήσουμε το ποσοστό των ατόμων σε αναλογία του παγκόσμιου πληθυσμού που διατρέχουν αυτόν τον κίνδυνο και πως ο κίνδυνος αυτός διαφοροποιείται μεταξύ των χωρών, ώστε να σχεδιαστούν οι κατάλληλες στρατηγικές για την προστασία ή τον εμβολιασμό αυτών που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο. Η έρευνα στηρίχθηκε στην υπόθεση ότι οι άντρες έχουν διπλάσιες πιθανότητες από τις γυναίκες και ότι ηλικίες που θα μπορούσαν να θεωρηθούν με αυξημένο κίνδυνο χωρίς υποκείμενα νοσήματα είναι οι ηλικίες μεταξύ 50 ως 70 ετών. Επίσης εκτιμήθηκε ότι 1,7 δισεκατομμύρια άτομα, που αντιστοιχούν στο 22% του παγκόσμιου πληθυσμού, έχουν τουλάχιστον ένα υποκείμενο νόσημα που τους θέτει σε ομάδα αυξημένου κινδύνου. Εκτιμάται ότι λιγότερο από το 5% είναι ηλικίας κάτω των 20 ετών, και περισσότερο του 66% για τα άτομα ηλικίας 70 ετών και άνω, ενώ περίπου 349 εκατομμύρια άτομα που αντιστοιχεί στο 4% του παγκόσμιου πληθυσμού, διατρέχουν υψηλό κίνδυνο λόγω covid-19 και θα πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο εάν μολυνθούν. Επίσης η έρευνα καταδεικνύει ότι ο κίνδυνός είναι πιο αυξημένος σε χώρες με ηλικιωμένους πληθυσμούς, στις αφρικανικές χώρες με υψηλό επιπολασμό HIV/AIDS και σε μικρά νησιωτικά έθνη με υψηλό επιπολασμό στο διαβήτη. Επίσης αυξημένο κίνδυνο διατρέχουν τα άτομα με χρόνια νεφρική νόσο, διαβήτη, καρδιαγγειακές παθήσεις και χρόνια αναπνευστική νόσο. Περίπου 1 στα 5 άτομα παγκοσμίως μπορεί να διατρέχει αυξημένο κίνδυνο από τον covid-19 εάν προσληφθεί, σύμφωνα με εκτιμήσεις σε υποκείμενες συνθήκες, ενώ άλλοι παράγοντες κινδύνου, όπως η εθνικότητα, η οικονομική στενότητα, η παχυσαρκία κλπ δεν μπορούν ακόμα να εκτιμηθούν (Clark et al 2020).

Είναι σημαντικό να μελετήσουμε πως ήταν η ΠΦΥ στην Ελλάδα όταν εμφανίστηκε η πανδημία. Έρευνα των Γιανασμίδης και Τσιαούση (2012) διαχρονικά για το θεσμικό πλαίσιο στις ΠΦΥ στην Ελλάδα από το 1980 ως το 2008 κατέδειξε ότι η Ελλάδα, σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες ανάλογων Συστημάτων Υγείας, έχει ένα σύστημα κατακερματισμένο και αδύναμο να ικανοποιήσει αποτελεσματικά τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Αντίστοιχη έρευνα των Καρακόλιας, Μπαρτζώκας και Πολύζος (2021) έδειξε

ότι ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού στην Ελλάδα υπολειπόταν, ενώ παρουσιαζόταν ανεπάρκεια ιατρών, υπήρχε η ορθή γεωγραφική κατανομή και απαιτούνταν μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις ώστε να δοθούν κίνητρα στους οικογενειακούς ιατρούς αλλά και να ενοποιηθούν και να οργανωθούν οι δομές ΠΦΥ, εκμεταλλευόμενες τις παροχές των σύγχρονων τεχνολογιών Πληροφορικής.

Στα ίδια συμπεράσματα οδηγείται και έρευνα που δείχνει ότι παρόλο που ο διάλογος για την ΠΦΥ ξεκίνησε από το 1978, κατά τη Διακήρυξη της Άλμα -Άτα, οι προσπάθειες για τη δημιουργία ενός ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ βασισμένο στις υπηρεσίες των γιατρών γενικής ή οικογενειακής ιατρικής απέβηκαν άκαρπες καθώς το 1987 ανακόπηκε η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και υπήρξαν τρεις τρόποι οργάνωσης της ΠΦΥ (Φιλαλήθης 2021b).

Οι ανάγκες που προέκυψαν λόγω της πανδημίας φέραν στο προσκήνιο θέματα αναδιοργάνωσης του ελληνικού συστήματος υγείας, όπως το e-health και το m-health, που μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες υποστήριξης και κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας χρήσιμες για την υγειονομική επιτήρηση και την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών, ειδικά σε πληθυσμούς μη εύκολα προσβάσιμων περιοχών, υποστηρίζοντας τόσο το προσωπικό όσο και τη διοίκηση. (Τζαναβάρης και Αποστολάκης 2014)

Επίσης η οργάνωση, η διοίκηση και η χρηματοδότηση των κέντρων φροντίδας για την αντιμετώπιση του ιού ποικίλλει από χώρα σε χώρα και χρειάζεται περαιτέρω επανεξέταση των πλαισίων αυτών για να μπορέσουν να προκύψουν χρήσιμα συμπεράσματα για τις στρατηγικές που θα πρέπει να ακολουθηθούν στο μέλλον (Langins et al 2020).

Μέσω του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, η πολιτεία προσπαθεί να εφαρμόσει το σχέδιο δράσης της απέναντι την πανδημία. Σκοπός του ΕΟΔΥ είναι η προστασία της δημόσιας υγείας και η ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Ο ΕΟΔΥ επανασυστάθηκε τον Οκτώβριο του 2009, σε συνέχεια του ΚΕΕΛΠΝΟ, με στόχο να δομήσει την εμπιστοσύνη των πολιτών. Στο έργο του συμπεριλαμβάνεται η ανάλυση και ερμηνεία των στοιχείων σχετικά με 52 μεταδοτικές νόσους και παθήσεις, η έκδοση οδηγιών και πρωτοκόλλων για την διαχείριση και αντιμετώπιση της πανδημίας αλλά και τον εντοπισμό και ανάλυση νεοεμφανιζόμενων ασθενειών όπως τη νόσο των πτηνών, τον ιό του δυτικού Νείλου, τον SARS-Cov-2 κλπ. Επίσης διενεργεί την διερεύνηση των

κρουσμάτων, την σύνταξη των σχετικών δράσεων με στόχο την προαγωγή της δημόσιας υγείας και την πρόληψη. Για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της πανδημίας, δημιούργησε τηλεφωνικό κέντρο όπου εξυπηρετεί το σύνολο της ελληνικής επικράτειας και θάλαμο επιχειρήσεων. Εξασφάλισε την απαιτούμενη χρηματοδότηση από τα ευρωπαϊκά προγράμματα ΕΣΠΑ 2014-2020 με τα οποία δημιούργησε τις Κινητές Ομάδες Υγείας (ΚΟμΥ). Επίσης δημιουργήθηκε ειδικό λογισμικό του ΕΟΔΥ για την διαχείριση των ΚΟμΥ, (eody app) και για την διασύνδεση των αποτελεσμάτων των τεστ με το εθνικό μητρώο covid. Επίσης ενισχύθηκε το προσωπικό που εργάζεται στο χώρο της υγείας με τις προσλήψεις 947 γιατρών, νοσηλευτών, διοικητικών υπαλλήλων, οδηγών και αναμένεται η πρόσληψη άλλων 200 υπαλλήλων. Παράλληλα θεσμοθετήθηκε η ίδρυση 500 ΚΟμΥ που διαφοροποιεί την Ελλάδα και συγκεκριμένα τον ΕΟΔΥ από άλλους διεθνείς αντίστοιχους οργανισμούς δημόσιας υγείας καθώς δίνει τη δυνατότητα στο σύστημα να ανταποκριθεί άμεσα και να παρέμβει όπου υπάρχει πρόβλημα δημόσιας υγείας. Επίσης έχει αναβαθμιστεί το κεντρικό εργαστήριο της δημόσιας υγείας του ΕΟΔΥ, και έχει υλοποιήσει πάνω από 70.000 εξετάσεις για τον covid-19, ενώ με την χρηματοδότηση που έχει εξασφαλιστεί από τα ΠΕΠ Αττικής, ύψους 12 εκατομμυρίων ευρώ, υπάρχει πρόγραμμα για εξοπλιστεί πλήρως και να γίνει ένα από τα πιο σύγχρονα εργαστήρια της Ευρώπης. Επίσης έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία στις κλειστές δομές, όπως οι μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων για τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού (<https://www.amna.gr>).

Τα κέντρα φροντίδας αποτελούν επίκεντρο για τα μέτρα προστασίας που θα πρέπει να ληφθούν καθώς σε αυτά διαμένουν άτομα ευάλωτα στην υγεία τους και επίσης ζουν πολύ κοντά ο ένας στον άλλο. Παρόλο που οι θάνατοι από covid-19 στα διάφορα κέντρα φροντίδας μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. ποικίλουν αλλά και παγκοσμίως κυμαίνονται από 24% ως 82% (Herrena et al 2020). Τα στοιχεία που υπάρχουν διαθέσιμα για τα μέτρα που λήφθηκαν, τη παροχή καθοδήγησης και ενίσχυσης της ιατρικής υποστήριξης για τις προσπάθειες πρόληψης και ελαχιστοποίησης του κινδύνου εξάπλωσης του ιού, είναι στοιχεία που συλλέχθηκαν από το COVID-19 Health Systems Response Monitor (HSRM) ως τις 25 Μαΐου 2020. Δυστυχώς τα δεδομένα παραμένουν να είναι περιορισμένα και δεν υπάρχουν στοιχεία για κάποιες χώρες, παρόλο αυτό όμως είναι σημαντική η σύγκριση των αποκλίσεων και ομοιοτήτων που παρουσιάζουν οι χώρες, ώστε να μπορέσουν να συνοψιστούν οι στρατηγικές που ακολουθήθηκαν και να σχεδιαστούν οι προσεγγίσεις για τα μελλοντικά κύματα της μόλυνσης.

Παρατηρείται ότι οι προσεγγίσεις για την ανταπόκριση του τομέα της υγείας απέναντι στις προκλήσεις που δημιουργεί ο ιός, ποικίλλουν από χώρα σε χώρα αλλά είναι κοινό ότι όλες οι χώρες παρέχουν εθνική καθοδήγηση για τα μέτρα που θα ληφθούν, αλλά η εφαρμογή και η επιβολή τους συχνά ανατίθεται σε τοπικό επίπεδο, μέσω της τοπικής διοίκησης ή αυτοδιοίκησης. Στη Αγγλία τα μέτρα που εφαρμόστηκαν στηρίχθηκαν στην μεμονωμένη ανάληψη ευθύνης για τα μέτρα πρόληψης στα κέντρα φροντίδας ή των τοπικών αρχών για τα προγράμματα που αφορούν την μακροχρόνια φροντίδα. Στην Γερμανία έχει υιοθετηθεί μεγαλύτερος βαθμός αυτονομίας των δομών με αποκλίσεις στο χρονοδιάγραμμα υλοποίησης αλλά και στο τύπο καθοδήγησης που υιοθετείται από την κάθε δομή.

Χώρες όπως η Εσθονία, η Γερμανία, η Ισλανδία και η Μάλτα, λόγω της πανδημίας, έχουν μετατοπίσει τις δομές διακυβέρνησης για να μπορέσει να υλοποιηθεί κεντρικά η προμήθεια του απαραίτητα εξοπλισμού, ενώ χώρες όπως η Ελλάδα, η Ουγγαρία, η Ισλανδία και η Γερμανία έχουν δημιουργήσει ομάδες εργασίας μακροχρόνιας φροντίδας. Σε κάποιες χώρες, όπως η Ουγγαρία και η Ιρλανδία τα κέντρα φροντίδας υποχρεώθηκαν να ορίσουν έναν επικεφαλής covid, ώστε να διαχειριστούν την κατάσταση σε περίπτωση μόλυνσης. Επίσης υπάρχει μεγάλη έλλειψη δεδομένων λόγω της απόκλισης στην αναφορά και την παρακολούθηση των ποσοστών της λοίμωξης και των θανάτων που αναφέρει η κάθε χώρα στα κέντρα φροντίδας της. Παράδειγμα αποτελεί η Ιρλανδία όπου από την αρχή δηλώθηκαν δεδομένα θνησιμότητας από σπίτια φροντίδας, ενώ πολλές χώρες ανέφεραν του θανάτους πολύ αργότερα, όπως η Γαλλία και η Ουγγαρία που δήλωσαν από τις αρχές Απριλίου 2020, η Φιλανδία στα μέσα του μήνα και η Αγγλία στο τέλος του μήνα. Η Νορβηγία μέχρι και τον Μάιο δεν έχει δημοσιεύσει καμία εθνική αναφορά για θανάτους στα κέντρα φροντίδας τους. Επίσης η Ισλανδία και το Ισραήλ δεν ξεχωρίζουν τους θανάτους που δηλώθηκαν στο σπίτι εάν είναι από κέντρα φιλοξενίας ή όχι, αλλά στην Ισλανδία οι θάνατοι από covid που δηλώθηκαν είναι μόνο 10 άτομα.

Επίσης τα μέτρα που λαμβάνει η κάθε χώρα ποικίλουν. Όταν ένα κέντρο φροντίδας έχει εντοπίσει ένα θετικό κρούσμα, η γενική προσέγγιση είναι να προσπαθήσουν να απομονώσουν αυτό το άτομο και να το κρατήσουν σε καραντίνα. Στην Αγγλία, μια δομή που δεν έχει την δυνατότητα να εφαρμόσει καραντίνα στο άτομο, η τοπική αρχή έχει την ευθύνη να βρει εναλλακτική, κατάλληλη στέγαση και να μετακινήσει το άτομο. Όμοια και στο Ισραήλ άτομα που είχαν ήπια συμπτώματα και δεν μπορούσαν να φιλοξενηθούν με περιορισμό στις δομές ημερήσιας φροντίδας, μεταφέρθηκαν σε ειδικά ξενοδοχεία. Όμοια

και στην Ιρλανδία οι δομές συνεργάστηκαν με ξενοδοχεία για την φιλοξενία εργαζόμενων που απομακρύνθηκαν από νοσοκομεία που υπήρχαν στις εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης, μέχρι να προετοιμαστούν οι εγκαταστάσεις και να ελεγχθούν οι ασθενείς ότι δεν είναι θετικοί ως προς τον ιό. Οι δομές μακροχρόνιας φιλοξενίας στο Ισραήλ ιδρύσαν ειδικές μονάδες φροντίδας για τον ιό, ενώ στην Τσεχική Δημοκρατία οι αντίστοιχες μονάδες προσαρμόστηκαν ώστε να μπορούν να διατηρήσουν ποσοστό 10% της δυναμικής τους για τη φιλοξενία ύποπτων ή θετικών κρουσμάτων.

Επίσης ένα άλλο ζήτημα είναι η ιατρική περίθαλψη στα κέντρα αυτά, καθώς σε κάποιες χώρες έχει απαγορευτεί η μεταφορά των κρουσμάτων στο νοσοκομείο, όπως στην Ιταλία, την Αγγλία, τη Γαλλία, την Νορβηγία και την Ολλανδία. Για αυτό χώρες όπως η Ιταλία και το Λουξεμβούργο θέσπισαν τα σπίτια φιλοξενίας να έχουν ιατρική παρουσία επί 24ωρου βάση, 7 ημέρες την εβδομάδα και στην Γαλλία ενθαρρύνθηκαν οι επισκέψεις των γιατρών στα σπίτια φιλοξενίας προσφέροντας μεγαλύτερη αμοιβή, ενώ στην Αυστρία τα νοσοκομεία υποχρεώθηκαν να προσφέρουν στήριξη στις δομές, είτε με την παροχή προσωπικού, είτε εξοπλισμού είτε εμπειρογνωμοσύνης.

Επίσης ένα άλλο μέτρο που λήφθηκε είναι οι περιορισμοί των επισκέψεων στα σπίτια φιλοξενίας, μόνο στις απαραίτητες επισκέψεις πχ στο τέλος της ζωής του φιλοξενούμενο στις δομές. Παρόλα αυτά υπήρξε και σε αυτή την οδηγία διαφορετικός χρόνος που υιοθετήθηκε από κάθε κράτος. Η Τσεχική Δημοκρατία και η Ισλανδία ήταν οι πρώτες που εφάρμοσαν τον κανονισμό από τις 2 και 6 Μαρτίου 2020, και μάλιστα η Τσεχική Δημοκρατία έδρασε καίρια μετά την αναγνώριση του πρώτου κρούσματος στη χώρα. Η Γαλλία, η Νορβηγία, η Φιλανδία και το Ισραήλ ακολούθησαν το ίδιο χρονοδιάγραμμα ενώ ακολούθησαν η Σουηδία από τις 30 Μάρτιου 2020, ενώ η Αγγλία, η Ουγγαρία και η Ελλάδα το εφάρμοσαν αρχές Απριλίου. Υπάρχουν βέβαια στοιχεία από δομές στην Αγγλία ότι είχαν επιβάλλει το μέτρο της απαγόρευσης των επισκέψεων πολλές εβδομάδες πριν αυτό οριστεί από την κυβέρνηση.

Σε άλλες χώρες που εκτιμήθηκε ότι η απαγόρευση της επίσκεψης θα επηρέαζε την ποιότητα ζωής αυτών των ανθρώπων, επιλέχθηκαν άλλες επιλογές. Παράδειγμα στην Αυστρία μπορούν οι επισκέπτες να κλείσουν ραντεβού και να συναντηθούν με τον φιλοξενούμενο σε μια περιοχή έξω από τη δομή, τηρώντας τα μέτρα προστασίας και τη χρήση μάσκας. Στην Γαλλία επιτρέπονται οι επισκέψεις σε δομές μετά τις 20 Απριλίου

2020, πάντα με τήρηση αυστηρών μέτρων προστασίας, ενώ δομές στην Γερμανία και στις Κάτω Χώρες, δημιούργησαν χώρους όπως υπόστεγα κήπου, τηλεφωνικούς θαλάμους κ.α. για να μπορούν οι ένοικοι να βλέπουν και να μιλούν με τους συγγενείς τους.

Αντίστοιχα ποικίλες προσπάθειες γίνονται για την προστασία του εργατικού δυναμικού των δομών από την μόλυνση. Το Βέλγιο και η Γαλλία, προβήκαν στην επιπλέον εκπαίδευση του προσωπικού, ενώ το κύριο μέλημα στις περισσότερες χώρες, Καναδάς, Γερμανία, Βέλγιο, Ιρλανδία, Ελβετία, Ισραήλ, ήταν η ενίσχυση του προσωπικού. Παράδειγμα η Ισλανδία πήρε ειδικά μέτρα και έβαλε σε καραντίνα το προσωπικό μακροχρόνιας φροντίδας στις περιοχές που πληγήκαν, ενώ προσέλαβε άλλο προσωπικό από άλλες περιοχές της χώρας προς αντικατάσταση. Επίσης χώρες όπως η Γερμανία, η Ισλανδία, η Αυστρία και η Ελβετία, χρησιμοποίησαν τις ένοπλες δυνάμεις για να συνδράμουν στις ανάγκες των δομών, όπως για παράδειγμα την παράδοση των γευμάτων, την προμήθεια εξοπλισμού κλπ. Για την ενίσχυση του προσωπικού, η Αγγλία ξεκίνησε εκστρατεία για νέες προσλήψεις προσωπικού ή την επιστροφή προσωπικού από τον κλάδο της υγείας που είχε αποχωρήσει, η Γαλλία, προσέφερε βοηθητικό προσωπικό και εθελοντές, ενώ το Ισραήλ ενίσχυσε τις δομές με φοιτητές νοσηλευτικής και άνεργους γιατρούς. Η Νορβηγία απαγόρευσε την έξοδο από τη χώρα του προσωπικού υγείας για να ενισχύσει το σύστημα υγείας της, ενώ άλλες χώρες περιόρισαν την μετακίνηση του προσωπικού από δομή σε δομή, όπως ο Καναδάς, η Γερμανία, η Ιρλανδία, το Ισραήλ, Εσθονία, η Αγγλία και η Κύπρος.

Ένα άλλο ζήτημα είναι τα τεστ στους ενοίκους. Τα προγράμματα αυτά επεκτάθηκαν καθώς η κρίση εξαπλώθηκε και προβλήματα χωρητικότητα, υλικοτεχνικών υποδομών για την διεξαγωγή των τεστ οδήγησε σε καθυστερήσεις σε πολλές χώρες. Η αρχική προσέγγιση ήταν επικεντρωμένη στα άτομα που είχαν συμπτώματα ή είχαν συμπτώματα και υποκείμενα νοσήματα όπως στην Γαλλία. Καθώς ο καιρός περνάει και έχει γίνει σαφές ότι ο ιός μπορεί να εξαπλωθεί ακόμα και ένα άτομο είναι ασυμπτωματικό, τα τεστ γενικεύονται. Στην Δανία γίνονται τεστ σε όλους του ενοίκους ανεξάρτητα τα συμπτώματα από τις 27 Απριλίου 2020, ενώ στην Αγγλία που πήγε να υιοθετηθεί κάτι τέτοιο, υπήρξαν προβλήματα υλικοτεχνικά και ευθύνης για το ποιος οργανισμός είναι υπεύθυνος για την επίβλεψη της διαδικασίας. Στην Ισπανία και την Ελβετία γίνονται τεστ ανεξάρτητα εάν υπάρχει υποψία ή όχι, στην Τσεχική Δημοκρατία και την Αγγλία όλοι οι νέοι ένοικοι των

δομών υποβάλλονται υποχρεωτικά σε τεστ, ενώ όσοι βρίσκονται θετικοί στο τεστ απομακρύνονται από το Νοσοκομείο στα κέντρα φροντίδας.

Αντίστοιχα είναι και τα τεστ που γίνονται στο προσωπικό. Στην Αγγλία τα τεστ για το προσωπικό των κέντρων φροντίδας ξεκίνησαν μετά τις 24 Απριλίου, όπου μέχρι τότε το προσωπικό που είχε συμπτώματα απλά αυτό-απομονώνονταν. Από τις 3 Μαΐου όλο το προσωπικό ακόμα και το ασυμπτωματικό υποβάλλεται σε τεστ. Στην Τσεχική Δημοκρατία θεωρήθηκε σημαντική η επανεξέταση σε τακτά χρονικά διαστήματα, κάθε 7 ως 14 ημέρες, με τεστ ακόμα και σε άτομα που ήταν ασυμπτωματικά ή είχαν αρνητικό τεστ, ενώ στην Ιρλανδία το προσωπικό εξετάζεται για συμπτώματα δύο φορές την ημέρα.

Παράλληλα και η οικονομική στήριξη των δομών ποικίλει, καθώς στην Ιρλανδία δόθηκε απευθείας στις δομές, αλλά στην Αγγλία και τη Σουηδία δόθηκε μέσω των τοπικών αρχών οι οποίες θα καθορίσουν την κατανομή των κονδυλίων όπου κρίνονται απαραίτητα. Η Γερμανία ενισχύει με αποζημίωση τις δομές που έχουν χαμηλή πληρότητα αλλά το επιπλέον κόστος του υλικού κλπ καλύπτεται από το σύστημα ασφάλισης, ενώ στις Κάτω Χώρες αναμένεται ένα πακέτο στήριξης.

Παρατηρούμε ότι η οργάνωση, η διοίκηση και η χρηματοδότηση των κέντρων φροντίδας για την αντιμετώπιση του ιού ποικίλλει από χώρα σε χώρα σε πολύ μεγάλο βαθμό, και είναι σημαντική η επανεξέταση των πλαισίων αυτών για τον προσδιορισμό στρατηγικών για το μέλλον (Curry and Langins 2020).

Η ποιότητα του LTC είναι το κλειδί για τη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των αδύναμων ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, τόσο σε κατοικίες όσο και σε δομές φροντίδας. Ωστόσο, οι απαιτήσεις ποικίλλουν ουσιαστικά ανάλογα με το είδος της περίθαλψης, δηλαδή η οικιακή περίθαλψη ή κατ'οίκον φροντίδα. Ενώ ο κλάδος της κατ'οίκον φροντίδας παραμένει ως επί το πλείστον άναρχος, η οικιστική η φροντίδα διέπεται από αυστηρότερες απαιτήσεις. Αυτά τα μέτρα ποιοτικού ελέγχου φαίνονται να είναι το πρώτο βήμα για τη διασφάλιση της ποιότητας δέσμευση, αλλά σε ορισμένες χώρες είναι προβλήματα στην εφαρμογή λόγω των περιορισμών στους πόρους, έλλειψη ειδικευμένων επιθεωρητών ή και έλλειψη διαφάνειας. Και πάλι, όσον αφορά τα πρότυπα ποιότητας, υπάρχει ένα σαφές χάσμα μεταξύ των σκανδιναβικών χωρών και των χωρών στη νότια και ανατολική Ευρώπη. Στις πρώτες έχουν αναπτυχθεί δείκτες για τη μέτρηση της γενική



ικανοποίησης για την ποιότητα της περίθαλψης, ενώ σε χώρες της νότιας και ανατολικής Ευρώπης, δεν έχουν καλά αναπτυγμένα μοντέλα και εργαλεία μέτρησης για την ποιότητα της φροντίδας, ενώ πολλές πτυχές της ποιότητας δεν καλύπτονται από τους υφιστάμενους εθνικούς δείκτες. Η ποιότητα των θέσεων εργασίας και οι συνθήκες εργασίας στον τομέα της περίθαλψης παίζουν επίσης πολύ σημαντικό ρόλο σε αυτό. Η ελκυστικότητα του κλάδου παραμένει χαμηλά, ενώ συχνά απεικονίζεται αρνητικά, λόγω κακών συνθηκών εργασίας και εργασιακής επισφάλειας (όπως χαμηλό εισόδημα, έλλειψη εκπαίδευση, υψηλό φόρτο εργασίας και υψηλά επίπεδα άγχους). Αυτό οδηγεί σε σοβαρή έλλειψη καταρτισμένων επαγγελματιών. Η ανάπτυξη οικιακών υπηρεσιών θα πρέπει να συμβαδίζει με δυναμικά με τις πολιτικές πρόληψης και αποκατάστασης, ώστε να εξασφαλιστεί ότι οι άνθρωποι μπορούν να συνεχίσουν να ζουν για όσο το δυνατόν περισσότερο στο σπίτι τους, εάν το επιθυμούν. Η φροντίδα στο σπίτι πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όλα τα άτομα με ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας και όχι μόνο στα πιο εξαρτώμενα άτομα όπως οι ηλικιωμένοι. Οι χώρες δίνουν προτεραιότητα στην κατ' οίκον περίθαλψη σε σχέση με την κατ' οίκον φροντίδα, και για αυτό θα πρέπει να αποφεύγουν πολιτικές που μειώνουν την προσφορά οικιστικών ιδρυμάτων χωρίς να παρέχουν επαρκείς υπηρεσίες που βασίζονται στο σπίτι. Θα πρέπει να υπάρχει κατάλληλος συνδυασμός εθνικών πολιτικών ο οποίος παρέχει επαρκείς εγκαταστάσεις φροντίδας. Ο σχεδιασμός του αριθμός των θέσεων φροντίδας θα πρέπει να βασίζεται σε μια αντικειμενική αξιολόγηση των αναγκών του πληθυσμού, προσαρμοσμένες στην περιφερειακή κατάσταση.

Οι χώρες θα πρέπει να εφαρμόζουν αυστηρότερα πρότυπα στους διάφορους παρόχους και όλοι θα πρέπει να επεκτείνουν το πεδίο των προσφερόμενων υπηρεσιών για να καλύπτουν την κατ' οίκον φροντίδα. Ενώ οι έλεγχοι και η εποπτεία της ποιότητας της περίθαλψης θα πρέπει να ενισχυθούν. Τα κράτη μέλη θα πρέπει να συμφωνήσουν σε ένα κοινό σύνολο δεικτών για την αξιολόγηση της μακροχρόνια φροντίδας υγείας. Για να γίνει αυτό, ένα σημαντικό βήμα προς τα εμπρός θα ήταν η επίτευξη συμφωνίας για έναν κοινό ορισμό της ΕΕ για την ποιότητα της περίθαλψης. Οι διατάξεις για την μακροχρόνια φροντίδα υπόκεινται σε μεταρρυθμίσεις στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες τα τελευταία δέκα χρόνια (2008 – 2018), ενώ μπορούν να εντοπιστούν τρεις γενικές τάσεις. Πρώτον η αναπροσαρμογή της πολιτικής για την μακροχρόνια φροντίδα, η οποία χρειάζεται ενίσχυση για να συσχετιστεί και να μετασχηματιστεί από την οικιακή φροντίδα προς κατ' οίκον φροντίδα και την κοινοτική φροντίδα. Επίσης χρειάζονται να ληφθούν μέτρα για την αντιμετώπιση της οικονομικής βιωσιμότητας (με στόχο την εισαγωγή δημοσιονομικών

περιορισμών). Επίσης, χρειάζονται μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση της πρόσβασης αλλά και τις προσιτές τιμές των παροχών, συμπεριλαμβανομένου της αυξημένη χρηματοδότηση για την μακροχρόνια φροντίδα, βελτίωση προϋποθέσεων επιλεξιμότητας και επίπεδα παροχών, αντιμετώπιση διοργανωτικού και εδαφικού κατακερματισμού της μακροχρόνια φροντίδας, αναγνώριση και βελτίωση του καθεστώτος των άτυπων φροντιστών (Spasova et al 2018).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

### 6.1 Συμπεράσματα – Προτάσεις

Οι ρίζες της ΠΦΥ βρίσκονται σε πρακτικές που ξεκίνησαν στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, με της διακήρυξη της Άλτα-Άτα το 1978 και την επικαιροποίησή της το 2018 με τη Διακήρυξη της Αστάνα, διατηρώντας τις βασικές της αρχές. Η αξιολόγηση των αρχών αυτών πάνω στην αποδοτικότητα του υγειονομικού συστήματος είναι αρκετά σύνθετη καθώς η τρέχουσα πανδημία του covid-19 είχε σημαντικές κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνέπειες που ακόμα δεν έχει αποτιμηθεί πως έχει επηρεάσει τα συστήματα υγείας. Η πανδημία έφερε στο προσκήνιο την σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας καθώς επίσης και το θέμα της μετανοσοκομειακής φροντίδας για τα άτομα που νόσησαν και χρειάστηκε να νοσηλευτούν για μακρύ χρονικό διάστημα στις μονάδες εντατικής θεραπείας διασωληνωμένοι.

Η μετανοσοκομειακή (μετα-οξεία) φροντίδα (PAC) συμπεριλαμβάνει υπηρεσίες που χρειάζονται συνήθως οι πολίτες κατά το στάδιο της ανάρρωσή τους είτε από κάποιο τραυματισμό, είτε από ασθένεια ή ακόμα και από χειρουργική επέμβαση. Το πλαίσιο της φροντίδας αυτής, μπορεί να είναι είτε σε βραχυπρόθεσμη, είτε σε μακροπρόθεσμη βάση, αλλά διαφέρει από την έννοια της μακροχρόνιας φροντίδας όπως της διαπραγματευόμαστε στην μελέτη αυτή. Κύριος σκοπός είναι να συμβάλλει ώστε οι άνθρωποι να ανακτήσουν τις αρχικές τους δυνάμεις και να επανέλθουν στην αρχική τους λειτουργία. Οι εγκαταστάσεις της μετά οξείας φροντίδας, μπορεί να είναι είτε αυτόνομες είτε μέρος μιας μεγαλύτερης μονάδας. Πολλές από αυτές είναι εγκαταστάσεις εξωτερικών ιατρείων, ενώ ορισμένα προγράμματα αφορούν ασθενείς που βρίσκονται στο σπίτι. Η μετα-οξεία φροντίδα μπορεί να περιλαμβάνει οποιονδήποτε και οποιασδήποτε ηλικίας πολίτη, που χρειάζεται υπηρεσίες αποκατάστασης, ενώ η μακροχρόνια φροντίδα σχετίζεται κυρίως με ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Πολλά νοσοκομεία οξείας νοσηλείας έχουν δημιουργήσει συνεργασίες με εγκαταστάσεις μετα-νοσοκομειακής φροντίδας για την παρακολούθηση ασθενών μετά τη μετάβασή τους στη PAC. Αυτές οι συμφωνίες διασφαλίζουν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν την κατάλληλη μεταβατική φροντίδα για ταχύτερη ανάρρωση. Υπάρχουν τέσσερις βασικοί τύποι εγκαταστάσεων μετα-οξείας φροντίδας, και εντός αυτών, τα επίπεδα μετα-οξείας φροντίδας ποικίλλουν. Ορισμένες εγκαταστάσεις δέχονται πιο εντατικές περιπτώσεις που απαιτούν μεγαλύτερη ιατρική ομάδα και πιο λεπτομερές σχέδιο θεραπείας (Mangold 2020).

Η μετά- νοσοκομειακή φροντίδα, είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς (Serra et al 2015). Όσον αφορά το περιεχόμενο της μετά-νοσοκομειακής φροντίδας, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, πρόκειται για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, τη θεραπεία και την ταχύτερη αποκατάσταση, τη συμβουλευτική και την εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του, καθώς και την προαγωγή της αυτό- φροντίδας και αυτό- διαχείρισης (Vozikis, Panagiotou and Karakolias (2021).

Οι υπηρεσίες μετα-οξείας περίθαλψης παρέχουν ένα πολύ επιπλέον επίπεδο βοήθειας σε άτομα που εξέρχονται από τα νοσοκομεία οξέων νοσημάτων. Είναι πιο εύκολο να λάβουν την βοήθεια που χρειάζονται, εάν αντιμετωπίσουν κάποια επιπλοκή, πριν επιδεινωθεί το πρόβλημα. Επίσης συμβάλουν στην μείωση ή την αποφυγή της επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, κάτι που βοηθά την γρηγορότερη ανάρρωση. Η επιστροφή του ατόμου στο πρόγραμμα της κανονικής τους ζωής, όσο πιο γρήγορα γίνεται τους βοηθά να επανέλθουν στις καθημερινές τους λειτουργίες. Οι εγκαταστάσεις λειτουργούν πιο οικεία από τις δομές των νοσοκομείων, που και αυτό συμβάλλει στην ανάρρωση και την άνεση των ασθενών. Η ανάρρωση του ασθενούς μπορεί να βελτιωθεί εάν ένα άτομο αισθάνεται ότι λαμβάνει επαρκή περίθαλψη ακόμη και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Στη συζήτηση για τη μακροχρόνια οξεία φροντίδα έναντι των εξειδικευμένων νοσηλευτικών εγκαταστάσεων, ένα SNF είναι πιο κατάλληλο για θεραπεία και οικιακή διαβίωση (Κουλλιάς, Αποστολάκης και Σαράφης 2020).

Όσο αφορά την μετανοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα, παρατηρούμε την ανάγκη δημιουργία και ενίσχυσης των υφιστάμενων υπηρεσιών και φροντίδας υγείας. Οι εποχές αλλάζουν καθώς και οι ανάγκες της κάθε κοινωνίας και μαζί οι ανάγκες υγείας και οι προσδοκίες του πληθυσμού όσο αφορά την έννοια της φροντίδας και της περίθαλψης. Μετά την πανδημία του covid-19, δόθηκε πάλι έμφαση στην ανάγκη στήριξης της ΠΦΥ και ειδικά στην πρόληψη και υποστήριξη των νοσησέντων με την παροχή μετανοσοκομειακής φροντίδας με γνώμονα την αποκατάσταση του ατόμου και την επανένταξή του στον κοινωνικό ιστό.

Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να ακολουθούν τις ανάγκες των πολιτών αλλά και να λειτουργούν και σύμφωνα με τους κανόνες της αγοράς, σύμφωνα με τις αρχές της προσφοράς και της ζήτησης, αξιολόγησης εσόδων και εξόδων ανεξάρτητα εάν είναι ιδιωτικοί ή δημόσιοι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, χάραξης στρατηγικού σχεδιασμού και αξιολόγησης τόσο της αποδοτικότητας, όσο και της αποτελεσματικότητας και της

επαρκούς διαχείρισης μέσω της ικανοποίησης εργαζομένων και ασθενών, αλλά και παραγωγικότητας. Σκοπός μας πρέπει να είναι η λειτουργία ενός σύγχρονου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με την αξιοποίηση της νέας τεχνολογίας και την ενίσχυση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.

Παρατηρούμε ότι λόγω της δεδομένης γήρανσης του πληθυσμού, ειδικά στην Ελλάδα, η μακροχρόνια φροντίδα αποτελεί ένα σημαντικό πεδίο στον τομέα της υγείας που θα πρέπει να προσεγγιστεί εκ νέου με την κατάλληλη έμφαση στις αρχές που διέπουν την μετανοσοκομειακή φροντίδα και με νέου στόχους που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών σήμερα. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την μετανοσοκομειακή φροντίδα καθώς και των τυπικών και άτυπων φροντιστών είναι πολύ σημαντικός και θα πρέπει να επαναπροσδιοριστεί έμμεσα σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες των συνθηκών. Διεθνώς έχουν αναγνωριστεί από τους επιστήμονες και έχουν θεσπιστεί σε πολλές χώρες προγράμματα παροχής ποιοτικής φροντίδας, μέσα από κατάλληλες υπηρεσίες που υποστηρίζονται από εάν ενιαίο σύστημα παροχής φροντίδας ενταγμένο στο ευρύτερο πλαίσιο της δομής και της οργάνωσης του συστήματος υγείας του κράτους.

Ο ρόλος των φροντιστών υγείας έχει μεν αναγνωριστεί αλλά υπάρχουν ακόμα ελλείψεις ως προς την υποστήριξή τους, την κατάρτισή τους και τους παρέχεται ελλείψεις ενημέρωση για τις δυνατότητες που παρέχονται από διάφορες υπηρεσίες στήριξης, ενώ υπάρχουν σημαντικά προβλήματα ενημέρωσης και πρόσβασης και του πληθυσμού στη λήψη των υπηρεσιών αυτών.

Παρόλο τα έτη που μετρά η θέσπιση του θεσμού και των δομών της μετανοσοκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα, βρισκόμαστε ακόμα σε πρώιμο στάδιο, και συχνά η φροντίδα των ασθενών αυτών, θεωρείται ότι θα πρέπει να την αναλάβει η οικογένεια του ασθενούς, ή άτυποι φροντιστές, χωρίς την κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση, υποκαθιστώντας το εξειδικευμένο έργο των ειδικών νοσηλευτών επιβραδύνοντας τελικά την θεραπευτική διαδικασία και μειώνουν την ποιότητα ζωής του ασθενή.

Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν ένα χρόνιο νόσημα, ένα σοβαρό νόσημα ή μια ψυχική ασθένεια, επιβαρύνονται σημαντικά τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά από την ασθένεια, τον πόνο και τα συμπτώματα. Επίσης αντιμετωπίζουν αντικειμενικές δυσκολίες όσο αφορά την επικοινωνία, την πληροφόρηση και την εκπαίδευσή τους. ΣΕ αυτό το πλαίσιο φαίνεται να αναδύεται η ανάγκη στήριξη της μακροχρόνιας και της μετανοσοκομειακής φροντίδας, τυπικής ή άτυπης, με κατάλληλες δομές, εξειδικευμένες

υπηρεσίες και κατάλληλες για να καλύψουν τις ανάγκες τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών τους. Ειδικά για τους φροντιστές, νοσηλευτικό προσωπικό ή μη χρειάζεται η συνεχή ενημέρωση, κατάρτιση και εκπαίδευσή τους, ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις νέες συνθήκες που επιτάσσει η κάθε νόσος και οι διαφορετικές ανάγκες του κάθε ασθενή.

Δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε ότι έχουν θεσπιστεί νόμοι και λειτουργούν δομές υποστήριξης των ασθενών, ενώ το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» έχει πραγματικά βοηθήσει να αναπτυχθούν δίκτυα υποστήριξης και φροντίδας συνδεδεμένα με την κοινωνία, αλλά πλέον δεν αρκεί αυτό. Χρειάζεται μια αναδιοργάνωση, νέα στοχοθεσία, κεντρικός σχεδιασμός υποστηριζόμενος από αποκεντρωμένες δομές όπου με την κατάλληλη στρατηγική θα υλοποιηθεί ένα πρόγραμμα μετανοσοκομειακής φροντίδας, σύμφωνα με το όραμα της ποιοτικής ολιστικής φροντίδας. Υπό αυτή την προοπτική η νοσηλευτική υποστηρίζει και υποστηρίζεται από το σύστημα για την ολοκλήρωσή του και την επιτυχή έκβαση, παρέχοντας υπηρεσίες με ποιότητα, ασθενοκεντρικές που σέβονται τα ατομικά δικαιώματα, την ατομική ελευθερία και την αυτονομία του ατόμου και προάγουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

## **6.2 Θέματα για περαιτέρω έρευνα**

Είναι χρήσιμο να μελετηθεί περαιτέρω το θέμα της μετανοσοκομειακής φροντίδας κατά το δεύτερο και τρίτο κύμα της πανδημίας με συγκριτική μελέτη ανάμεσα στα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης. Επίσης η περαιτέρω μελέτη και σε άλλες ευρωπαϊκές και μη χώρες επιπλέον αυτών που μελετήθηκαν στη παρούσα εργασία, θεωρείται χρήσιμο για την προαγωγή της υγείας, την αναγνώριση σφαλμάτων και παραλείψεων στη οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας και ειδικά ως προς την ΠΦΥ που έφερε στο προσκήνιο η πανδημία του covid -19

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Α. (2008) *Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*. Νοσηλευτική 47(3):320–333
2. Αδαμακίδου, Θ. (2012). *Εργασία με δίκτυα στην κοινότητα - Νέες υπηρεσίες στην κοινότητα. Κατάρτιση νοσηλευτών της 1ης, 2ης & 6ης υγειονομικής περιφέρειας στον σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αθήνα: ΕΝΕ & ΚΕΚ Δήμητρα.
3. Αντεριώτη, Π. και Αντωνίου Γ. (2014) *Ικανοποίηση Ασθενών από τη Φροντίδα Υγείας*. Περιεχειρητική Νοσηλευτική, τόμος 1, τεύχος 1
4. Γαλατά, Α., Ραπίδη Χ. και Πετροπούλου Κ. (χ.χ) *Νοσοκομειακή και Μετανοσοκομειακή Αποκατάσταση σε ασθενείς με τραυματική βλάβη εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, Β' Κλινική Αποκατάστασης*. Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης. ΕΙΑΑ.
5. Γιανασμίδης, Α. και Τσιαούση Μ. (2012) *Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1): 106-115
6. Γκούβα, Μ. και Κοτρώτσιου Ε. (2012) *Ψυχολογικά ζητήματα σε ιστορίες φροντίδας*. 2η Έκδοση. Εκδ., Λαγός, Αθήνα.
7. Δήμος, Β., Μαλλιαρού Μ. και Σαράφης Π. (2020) *Η Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας ως δείκτης κοινωνικής πολιτικής του Εθνικού Συστήματος Υγείας μιας χώρας: Η θέση της Ελλάδας σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, τόμος 12, τεύχος 2, 43-54
8. Ζηλίδης, Χ. (2005) *Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας: η μεταρρύθμιση 2000–2004*. Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα
9. Θεοδώρου, Μ. και Μητροσύλη, Μ. (1999) *Υπηρεσίες υγείας/ Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Δομή και λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας, Διοικητικές και νομικές διαστάσεις*. Τόμος Γ. Πάτρα: ΕΑΠ
10. Ιγνατιάδου, Μ., Αντωνίου, Μ. και Κυπαρίση, Γ. (2016) *Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα*. 4<sup>η</sup> Διημερίδα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ιπποκρατείου Γ.Ν.Θ.
11. ΙΝΕ (2015) *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα. Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων*. Αθήνα

12. INE (2015) *Ετήσια Έκθεση 2015- Η ελληνική Οικονομία και η απασχόληση*.  
 Ινστιτούτο Εργασίας -Κέντρο Κατάρτισης Γ.Σ.Ε.Ε. <https://www.inegsee.gr/etisia-ekthesi-2015-i-elliniki-ikonomia-ke-i-apascholisi>
13. Ιωακείμογλου, Η. (2011) *Υπηρεσίες Υγείας. Από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα*. [online] <http://www.inegsee.gr/ereynesmeletes/meletes/Yphresies-ygeias-aro-todhmosio-agatho-sto-emporeυμα.html> (προσβάσιμη στις 10-09-2021)
14. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. και Σουρτζή, Π. (2005) *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
15. Καραθάνος, Β. και Ταστιώνη, Α. (2015) *Έννοιες και αρχές για τη γενική ιατρική*. [online] [https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3809/3/02\\_chapter\\_1.pdf](https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3809/3/02_chapter_1.pdf), (προσβάσιμη στις 10-08-2021)
16. Καρακόλιας, Σ., Μπαρτζώκας, Δ. και Πολύζος, Ν. (2021) *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Η ελληνική περίπτωση ενόψει μεταρρύθμισης*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 38(4):524-530
17. Κουλλιάς, Ε., Αποστολάκης, Ι. και Σαράφης, Π. (2020) *Τυπολογία Συστημάτων Κοινωνικής Πρόνοιας και Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας. Η θέση της Ελλάδας σε σχέση με την Ευρώπη*. Επιστημονικά Χρονικά, τόμος 25<sup>ος</sup>, τεύχος 2.
18. Κουρής Γ. (2004) *Προκλήσεις για τα Συστήματα Υγείας*. Επιθεώρηση Υγείας, (15) 86: 12-14
19. Κυριόπουλος, Γ. (2007) *Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι*. Εκδ Παπαζήση, Αθήνα.
20. Λιαρόπουλος, Λ. (2009) *Διεθνή συστήματα υγείας*. Πανεπιστημιακές Σημειώσεις. Διαπανεπιστημιακό-Διατμηματικό μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών.
21. Λοπατατζίδης, Α. (2010) *Μέτρα Αναδιοργάνωσης & Εξορθολογισμού Συστήματος Ασφάλισης Υγείας Ζήτηση – Προσφορά & Χρηματοδότηση Ασφάλισης Υγείας*. [online] [www.yrakr.gr/uploads/docs/3605.pdf](http://www.yrakr.gr/uploads/docs/3605.pdf)ΣΕΛ9 (προσβάσιμη στις 10-8-2021)
22. Μαλαβάζος, Θ., Μαρκασιώτη, Β., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2019) *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα από την Alma-Ata στην Astana*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, τόμος 11, τεύχος 3, 39-56
23. Μαλλιαρού, Δ. και Σαράφης, Π. (2020) *Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας ως δείκτης κοινωνικής πολιτικής του εθνικού συστήματος υγείας μιας χώρα: Η θέση*



- της Ελλάδας σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη. Διεπιστημονική Φροντίδα υγείας, τόμος 12, τεύχος 2, 46-54
24. Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. και Ζυγά, Σ. (2009) Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων. Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμος 8, τεύχος 1, 25:4
25. Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης Π., Καραθανάση Κ., Σωτηριάδου Κ. (2011) Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, τεύχος 2, τόμος 3, 38-43
26. Ματσαγγάνης, Μ. (2006) Δημόσιος τομέας και δημόσιες πολιτικές. Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών οικονομικών σπουδών. Διδακτικές σημειώσεις
27. Μπετροσιάν, Α.Π. (2019) Μετανοσοκομειακή Ιατρικής & Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, [on line]:  
<https://kallistocare.com/2019/07/18/%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AE-%CF%86%CF%81%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%AF%CE%B4%CE%B1/>  
(προσβάσιμη στις 10-12-2021)
28. Μπρέντα, Γ. και Ρόμπολας, Π. (2019) Μακροχρόνια Φροντίδα υγείας: Η ελληνική πραγματικότητα. Περιεγχειρητική νοσηλευτική, τόμος 8, τεύχος 4
29. Ντάνου, Α. και Ντάνου, Σ. (2008). Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Διοικητική Ενημέρωση, pp. [http://www.special-edition.gr/pdf\\_dioik\\_enim/pdf\\_de\\_51/ntanos%20ntanos.pdf](http://www.special-edition.gr/pdf_dioik_enim/pdf_de_51/ntanos%20ntanos.pdf).
30. Παπασταύρου, Ε., Ανδρέου, Χ., Προδρόμου, Μ., Ευσταθίου Γ., Χαρίτου Α., Δημητριάδου Μ., Αθηνή Ε., Βρυωνίδης Σ., Μερκούρης Α. (2015) RN4CAST-Cyprus: Αποτελέσματα πιλοτικής μελέτης. Rationing of Nursing Care -Missed Nursing Care.
31. Πετμετζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., Πολυζωίδης, Π. (2015) Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα. Μελέτες /35 Ερευνητική Μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής, Φτώχειας και Ανισοτήτων
32. Πιερράκος, Γ. (2015) Οργάνωση & Διοίκηση Πρωτοβάθμιας, Η Δημόσια Υγεία στην ΠΦΥ. Άνοιχτά Ακαδημαϊκά Μαθήματα στο ΤΕΙ Αθήνας, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων

33. Πιερράκος, Γ. (2020) *Οργάνωση και Διοίκηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, [on line]  
[https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/file.php/KST\\_BEID\\_PDYY127/%CE%A0%CF%81%CF%89%CF%84%CE%BF%CE%B2%CE%AC%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CE%B5%CF%82%20%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B5%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%28%CE%9A%CE%B1%CE%B8%CE%B7%CE%B3.%20%CE%A0%CE%B9%CE%B5%CF%81%CF%81%CE%AC%CE%BA%CE%BF%CF%82%20%CE%93%CE%B5%CF%8E%CF%81%CE%B3%CE%B9%CE%BF%CF%82%29/%CE%A0%CE%B9%CE%B5%CF%81%CF%81%CE%AC%CE%BA%CE%BF%CF%82%20%CE%93.%20-%20%CE%A0%CF%81%CF%89%CF%84%CE%BF%CE%B2%CE%AC%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CE%B5%CF%82%20%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B5%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82.pdf](https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/file.php/KST_BEID_PDYY127/%CE%A0%CF%81%CF%89%CF%84%CE%BF%CE%B2%CE%AC%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CE%B5%CF%82%20%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B5%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%28%CE%9A%CE%B1%CE%B8%CE%B7%CE%B3.%20%CE%A0%CE%B9%CE%B5%CF%81%CF%81%CE%AC%CE%BA%CE%BF%CF%82%20%CE%93%CE%B5%CF%8E%CF%81%CE%B3%CE%B9%CE%BF%CF%82%29/%CE%A0%CE%B9%CE%B5%CF%81%CF%81%CE%AC%CE%BA%CE%BF%CF%82%20%CE%93.%20-%20%CE%A0%CF%81%CF%89%CF%84%CE%BF%CE%B2%CE%AC%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CE%B5%CF%82%20%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B5%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82.pdf), (προσβάσιμο στις 05-09-2021)
34. Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Πατέρας, Ι., Βουρλιώτου, Κ., Γιαννουλάτος, Π. (2013) *Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30 (3):316-324
35. Ραγιά, Α. (1995) *Βασική Νοσηλευτική Θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές*. Αθήνα
36. Σβώλου, Α. (2021) *Η ένα εποχή στην αποκατάσταση covid και non-covid ασθενών*, [online] <https://www.lifo.gr/tropos-zois/health-fitness/i-nea-epohi-stin-apokatastasi-covid-kai-non-covid-asthenon>, (προσβάσιμη στις 15-09-2021)
37. Σταχτέας, Π. και Σταχτέας, Χ. (2021) *Καταγραφή και Αξιολόγηση των Δομικών Αλλαγών του Ελληνικού Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Επιστημονικά Χρονικά, τόμος 26<sup>ος</sup>, τεύχος 1
38. Συμβούλιο της Επικρατείας (1997) ΣτΕ 1374/1997, Ελλ.Δνη 1997.1383 επ, [online]  
[http://www.adjustice.gr/webcenter/portal/ste/pageste/epikairotitita/apofaseis?\\_afriLoop=18560801437785200#!%40%40%3F\\_afrLoop%3D18560801437785200%26centerWidth%3D65%2525%26contentID%3D%26leftWidth%3D0%2525%26rightWidth%3D35%2525%26showFooter%3Dfalse%26showHeader%3Dtrue%26\\_adf.ctrl-state%3Dr28p17\\_29](http://www.adjustice.gr/webcenter/portal/ste/pageste/epikairotitita/apofaseis?_afriLoop=18560801437785200#!%40%40%3F_afrLoop%3D18560801437785200%26centerWidth%3D65%2525%26contentID%3D%26leftWidth%3D0%2525%26rightWidth%3D35%2525%26showFooter%3Dfalse%26showHeader%3Dtrue%26_adf.ctrl-state%3Dr28p17_29)

39. Σύνταγμα της Ελλάδας (1986) Όπως μεταφέρθηκε στη δημοτική γλώσσα με το Β΄ Ψήφισμα της 6ης Μαρτίου 1986 της ΣΤ΄ Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων και όπως αναθεωρήθηκε με το Ψήφισμα της 6ης Απριλίου 2001 της Ζ΄ Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων, το Ψήφισμα της 27ης Μαΐου 2008 της Η΄ Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων και το Ψήφισμα της 25ης Νοεμβρίου 2019 της Θ΄ Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων, που δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. 187/Α΄/28.11.2019)
40. Τζαναβάρης, Δ. και Αποστολάκης, Ι. (2014) *m-Health και Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας- Η ελληνική και διεθνής πραγματικότητα*. Ιατρική, 103(3):186-201
41. Τούντας, Γ.Κ. (2010) *Προκλητή ζήτηση και αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας*. <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=813>
42. Τριανταφύλλου, Δ. (2018) *Εισαγωγή στην Προαγωγή Υγείας*. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, [online] [https://eclass.upatras.gr/modules/document/file.php/MED1053/%CE%95%CE%99%CE%A3%CE%91%CE%93%CE%A9%CE%93%CE%97%20%CE%A3%CE%A4%CE%97%CE%9D%20%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%91%CE%93%CE%A9%CE%93%CE%97%20%CE%A5%CE%93%CE%95%CE%99%CE%91%CE%A3%20%CE%A4%CF%81%CE%B9%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B1%CF%86%CF%8D%CE%BB%CE%BB%CE%BF%CF%85%202018\\_2.pdf](https://eclass.upatras.gr/modules/document/file.php/MED1053/%CE%95%CE%99%CE%A3%CE%91%CE%93%CE%A9%CE%93%CE%97%20%CE%A3%CE%A4%CE%97%CE%9D%20%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%91%CE%93%CE%A9%CE%93%CE%97%20%CE%A5%CE%93%CE%95%CE%99%CE%91%CE%A3%20%CE%A4%CF%81%CE%B9%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B1%CF%86%CF%8D%CE%BB%CE%BB%CE%BF%CF%85%202018_2.pdf)
43. Τσέλας, Σ. (2017) *Κατ' Οίκον Φροντίδα Υγείας- Πλαίσιο Λειτουργίας & Παρεχόμενες Υπηρεσίες της ΥΚΟΝ του ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»*, 5<sup>ο</sup> Συμπόσιο Νοσηλευτικής Ογκολογίας, [online] [http://www.uhl.gr/files/depository/5\\_oncology\\_symposium/tselas.pdf](http://www.uhl.gr/files/depository/5_oncology_symposium/tselas.pdf), (προσβάσιμη στις 10-08=2021)
44. Υπουργείο Υγείας (2019) *Μελέτη Σκοπιμότητας για την Ανακουφιστική Υγεία στην Ελλάδα* [online] [https://www.snf.org/media/13543883/meleti-skopimotitas\\_teliko.pdf](https://www.snf.org/media/13543883/meleti-skopimotitas_teliko.pdf), (προσβάσιμη στις 10-08=2021)
45. Υφαντόπουλος, Γ. (2006) *Τα οικονομικά της υγείας Θεωρία και πολιτική*. Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδάνο
46. Φιλαλήθης, Α. (2021a) *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας στην Ελλάδα- Χαμένη στον Λαβύρινθο*. Αρχεία Ελληνική Ιατρικής, 38(4): 548-556
47. Φιλαλήθης, Α. (2021b) *Ορόσημα στην Εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 38(5): 675-682

48. Φιλαλήθης, Α., Φωτόπουλος, Α. και Τρομπούκης, Κ. (2020) *Δημόσια Υγείας – Κοινωνική Ιατρική: Η ιστορία και η σημειολογία του όρου*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 37:395-405
49. Φιλαλήθης, Τ. και Κυριόπουλος, Γ. (1996) *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*. Θεμέλιο

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

50. Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (2020) *Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19*. Instant REPORT#17.
51. Anell, A., Rosen, P. and Hjortsberg, C. (1997). *Choice and participation in the health services: a survey of preferences among Swedish residents*. Health Policy, 40(2), 157-168(<https://www.socialstyrelsen.se>).
52. Arias-Casais N, Amuthavalli, Thiyagarajan J., Rodrigues, Perracini, M., et al. (2020) *What long-term care interventions have been published between 2010 and 2020? Results of a WHO scoping review identifying long-term care interventions for older people around the world.*, BMJ Open 2022;12:e054492. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054492
53. Bakitas, MA., Tosteson, TD., Li Z, et al. (2015) *Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial*. J Clin Oncol.;33(13):1438–1445. doi: 10.1200/JCO.2014.58.6362
54. Baladubramanian A., MRCS, MMED, Paleri, V., Bennett, R., Paleri, V. (2020) *Impact of Covid-19 on the mental health of surgeons and coping strategies*. Head Neck, doi: 10.1002/hed.26291
55. Barczyk, D. and Kredler, M. (2018) *Long-term care across the Atlantic: How policy shapes care arrangements*. Vox, Cepr, [online] <https://voxeu.org/article/how-policy-shapes-long-term-care-arrangements>
56. Becker, T. Hülsmann, S., Knudsen, HC., Martiny, K., Amaddeo, F., Herran, A., Knapp, M., et. al. (2002) *Provision of services for people with schizophrenia in five European regions*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol., 37: 465-474. 10.1007/s00127-002-0591-2.

57. Beecham, J. and Johnson, S. (2000) *EPCAT Group: The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles and development*. Acta Psychiat Scand 102 (Suppl. 405): 33-46.
58. Belligoni, A. (2021) *Italy once overwhelmed by Covid -19 turns to a health pass and stricter measures to contain virus*, The Conversation, Academic rigour, journalist flair. [online] <https://theconversation.com/italy-once-overwhelmed-by-covid-19-turns-to-a-health-pass-and-stricter-measures-to-contain-virus-165457>
59. Böcker, FM, Jeschke, F. and Brieger, P. (2001) *Psychiatric care in Sachsen-Anhalt: a survey of institutions and services with the "European Services Mapping Schedule" ESMS*. Psychiatr Prax. 2001, 28: 393-401. 10.1055/s-2001-18616.
60. Bolin, K. Lindgren, B. and Lundborg, P. (2008) *Informal and Formal Care among Single-living Elderly in Europe*. Econstor. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/86288/1/07-031.pdf>
61. Bonsang, E. (2009) *Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe?* Journal of Health Economics. (28), 1 :143-154
62. Boyd, K. M. (2000) *Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts*. Med Humanities 26:9-17
63. Burki, T. (2020) *Global shortage of personal protective equipment*. Lancet Infect Dis.;20(7):785-786. doi:10.1016/S1473-3099(20)30501-6
64. Caruso, E. and Dirindin N. (2012) *Health Care and Fiscal Federalism: Paradoxes of Recent Reforms in Italy*. Politica Economica 28 (2): 169-96.
65. Charns, M. and Tewksbury, L. (1993) *Collaborative management in health care: implementing the integrative organization*. San Francisco: Jossey-Bass.
66. Cherny, N. and Radbrush, L. (2009) *European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care*. Palliat Med. 23(7):581-93. doi: 10.1177/0269216309107024.
67. Chokshi, D. and Cohen L. (2018) *Progress in Primary Care-From Alma-Ata to Astana*. Jama 20;320(19):1965-1966.
68. Clark, C., Cavila, A., Regis, M., Kraus, S. (2020) *Predictors of COVID-19 voluntary compliance behaviors: An international investigation*. Glob Transit; 2:76-82. doi: 10.1016/j.glt.2020.06.003

69. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. [online]  
<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=3KJ5U3BQLVY%3d&tabid=1709>
70. Courtenay, M., Stenner, K. and Carey N. (2010) *The view of patients with diabetes about nurse prescribing*. Wiley Online Library.  
<https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2010.03051.x>
71. Crespo, L. and Mira, R. (2014) *Caregiving to Elderly Parents and Employment Status of European Mature Women*. The Review of Economics and Statistics. (96) 4:693-709
72. Cronbach, L. J. (1972) *The Dependability of Behavioral Measurements. Theory of Generalizability for Scores and Profiles*. στο Lee J. Cronbach, Goldine C. Gleser, Harinder Nanda, and Nageswari Rajaratnam. Wiley, New York, xx, 410 pp. Science. 1972, 178: 1275-1275A. 10.1126/science.178.4067.1275.
73. Curry, N. and Langins, M. (2020) *What measures have been taken to protect care homes during the COVID-19 crisis? COVID-19 Health System Response Monitor – Cross-Country Analysis*. WHO, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies, [online]  
<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hcrm/analyses/hcrm/what-measures-have-been-taken-to-protect-care-homes-during-the-covid-19-crisis>.  
 (προσβάσιμη στις 10-01-2022)
74. Davis, K., Abrams, M. and Stremikis, K. (2011). *How the Affordable Care Act will strengthen the nation's primary care foundation*. J Gen Intern Med, 26(10), 1201-1203. doi: 10.1007/s11606-011-1720-
75. Delgado-Bernal, Armesto-Garcia S., Oliva J., Matines S.I.G., Repullo E.J., et. al (2018) *Spain Health system review*. Health Systems in Transition, vol. 20, No.2, [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf)
76. Desborough, J. Hall Dykgraaf, S., de Toca L., et al. (2020) *Australia's national COVID-19 primary care response*. Med J Aust;213(3):104-106.e1.
77. EAPC (1998) *Definition of Palliative Care*. European Association for PalliativeCare, <https://www.eapcnet.eu>
78. European Commission (2008) *Long-Term Care in the European Union*. European Commission. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Dg, (cited

- 2009, January the 22nd); 46 (26). [online]  
 στο: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_inclusion/docs/evaluation\\_full\\_text\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/evaluation_full_text_en.pdf)
79. European Commission (2020) *Joint European Roadmap towards lifting COVID-19 containment measures*, [online] p. 1–11.,  
[https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication\\_-\\_a\\_european\\_roadmap\\_to\\_lifting\\_coronavirus\\_containment\\_measures\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication_-_a_european_roadmap_to_lifting_coronavirus_containment_measures_0.pdf).
80. Eurostat (2003) *Feasibility Study –Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the EU*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
81. Fleury, MJ. (2005) *Quebec mental health services networks: models and implementation*. Int J Integr Care., 5: e07-Epub 2005 Jun 1
82. Galbraith, R.J. (1973) *Organization Design: An Information Processing View*. Interfaces Vol. 4, No. 3 (May, 1974), pp. 28-36
83. Ganiga, R., Pai, M.R., Pai, MM., Sinha, K.R.(2018) *Private cloud solution for Securing and Managing Patient Data in Rural Healthcare System*. Procedia Computer Science 135:688-699, doi:10.1016/j.procs.2018.08.217
84. Giles, J., Wang, D., Cai, W. (2011). *The labor supply and retirement behavior of China's older workers and elderly in comparative perspective*. World Bank Policy Research Working paper series. Washington DC: World Bank.
85. Glinos, IA, Doering, N., Maarse, H. (2012) *Travelling home for treatment and EU patients' rights to care abroad: results of a survey among German students at Maastricht University*. Health Policy., 105 (1): 38-45. 10.1016/j.healthpol
86. Goerke, L. (2000) *Bismarck versus Beveridge. Flat- and Earnings-Related Unemployment Insurance in an Efficiency Wage Framework*. FinanzArchiv 57, 243–260
87. Hardy, B., Mur-Veeman, I., Steenbergen, M., Wistow, G. (1999) *Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery*. Health Policy; 48:87-105, doi: 10.1016/s0168-8510(99)00037-8
88. Henderson, V. (1977) *The concept of nursing*. J Adv Nurs. 2006 Jan;53(1):21-31; discussion 32-4. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x.

89. Higg, Z.R. and Gustafsson, D.D. (1985) *Community as client: assessment and diagnosis*. Philadelphia: E.A. Davis
90. Higgs, Z.R, Bayne, T. and Murphy, D. (2001) *Health Care Access: a consumer perspective*. Public Health Nursing, 18(1):3-12.
91. Hodgson, G. (2009) *Towards an alternative economics of health care*. Health Econ Policy Law. 4(Pt 1):99-114. doi: 10.1017/S1744133108004581.
92. Hone, T., Macinko, J. and Millett, C. (2018) *Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the sustainable Development Goals?* Lancet 2018;392(10156):1461-1472
93. ICN (1987) *International Council of Nurses Framework of Competencies for the Nurse Specialist*. [online] [https://sigafsia.ch/files/user\\_upload/08\\_ICN\\_Framework\\_for\\_the\\_nurse\\_specialist.pdf](https://sigafsia.ch/files/user_upload/08_ICN_Framework_for_the_nurse_specialist.pdf)
94. ICN (1988) *ICN and WHO: a history of mutual cooperation and action*. Int Nurs Rev.; 35(3):59-62.
95. ICN (2002) *Nursing Definitions* [online] <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
96. Johnson, S. and Kuhlmann, R. (2000) *EPCAT Group. European Psychiatric Assessment Team: The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services*. Acta Psychiatr Scand Suppl., 14-23
97. Johri, M., Beland, F. and Bergman, H. (2003) *International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence*. Int J Geriatr Psychiatry 18: 222-235. 10.1002/gps.819.
98. Kim-O, C. and Jang, N.S. (2018) *Home-Based Primary Care for Homebound Older Adults: Literature Review*. Annals of Geriatric Medicine and Research 22(2):62-72 doi:10.4235/agmr.2018.22.2.62
99. Klainberg, M. Holzemer, S., Leonard, M., Arnold, J. (1998) *Community health nursing: An alliance for health*. New York: McGraw-Hill
100. Kringos, D. Boerma, W., Bourgueil, Y., et al. (2013) *The strength of primary care in Europe: an international comparative study*. Br J Gen Pract., 63(616):e742–50.
101. Kroezen, M., Van Dijk, L., Groenewegen, P., Francke, L.A. (2011) *Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a*



- systematic review of the literature*. BMC Health Serv Res.;11:127. doi: 10.1186/1472-6963-11-127.
102. Langins, M., Curry, N., Lorenz-Dant, K., Comas-Herrera, A., Rajan, S. (2020) *The COVID-19 pandemic and long-term care: what can we learn from the first wave about how to protect care homes?* Eurohealth, vol.2
  103. Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., Sibbald, B. (2005) *Substitution of doctors by nurses in primary care (Review)*. The Cochrane Collaboration.
  104. Lewin, S. Glenton, C., Oxman A.D. (2009) *Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study*. BMJ 2009; 339 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.b3496>
  105. Lipszyc, B., Sail, E. and Xavier, A. (2012) *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*. European Economy - Economic Papers 2008 - 2015 469, Directorate General Economic and Financial Affairs (DG ECFIN), European Commission.
  106. Loomis, C.P. (1960) *Social systems: essay on their persistence and change*. Princeton N.J., Van Nostrand
  107. Lynch, T., Connor, S. and Clark D. (2013) *Mapping levels of palliative care development: A global update*. Journal of Pain and Symptom Management; 45(6): 1094-1106.
  108. Lynn J.H. (2009) *Defining Nursing Practice- The ANA Social Policy Statement, 1980 -1983*. Advances in Nursing Science. Issue 1 - p 3-18. doi:10.1097/01.ANS.0000346283.29730.d1
  109. Macinko, J., Starfield B. and Erinosh E. (2009) *The impact of primary health care on population health in low-and middle-income countries*. J Ambul Care Manage, 32, pp. 150-171
  110. Mangold, D. (2020) *The Differences Between Post- Acute and Long Tern Care*, Prelude Services [ online] <https://www.preludeservices.com/Blog/the-differences-between-post-acute-and-long-term-care-1>

111. Martuscelli, C. (2021) *When smaller is better: Italian health care goes local after pandemic*. Politico. [online] <https://www.politico.eu/article/italy-health-care-hospital-local-coronavirus-pandemic/>
112. Mechanic, D. and Rochefort, D.A. (1996) *Comparative Medical Systems*. Annu. Rev. Sociol. 22; 239-70. <https://www.jstor.org/stable/2083431>
113. MSSSI (2016). *National primary health care information system – SIAP [Sistema de información de atención primaria – SIAP]*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad , <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
114. MSSSI (2017). *National Health System Key Indicators*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://inclasns.msssi.es/main.html>)
115. Munizza, C., Tibaldi, G., Cesano, S., Dazzi, R., Fantini, G., Palazzi, C., Scala, E., Zuccolin, M. (2000) *Mental health care in Piedmont: a description of its structure and components using a new technology for service assessment*. Acta Psychiatr Scand., 102: 47-58.
116. Nodernfelt, L. (2007) *The concepts of health and illness revisited*. Med Health Care Philos. ;10(1):5-10. doi: 10.1007/s11019-006-9017-3.\
117. OECD (2005) *The OECD Health Project: Long Term Care for Older People*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development Publishing
118. OECD (2016) *OECD Health Data, Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development*. [online] <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data>. Htm
119. OECD (2021) *Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic*. [online] <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/>
120. Oxman, AD., Schünemann, HJ. and Fretheim, A. (2006) *Improving the use of research evidence in guideline development: 7. Deciding what evidence to include*. Health Res Policy Syst. 4: 19-10.1186/1478-4505-4-19.

121. Papastavrou, E., Lambrinou, E., Tsangari, H., Saarikoski, M., Leino-Kilpi, H. (2010). *Student nurses experience of learning in the clinical environment*. *Nurse education in practice*, 10, 176- 182
122. Partridge, A., Seah, D., King, T., Leighl, NB., Hauke, R., Von Roenn, JH. WD. (2014) *Developing a service model that integrates palliative care throughout cancer care: the time is now*. *J Clin Oncol.*;32:3330.  
doi: 10.1200/JCO.2013.54.8149
123. Pfeffer, J. (1982) *Organizations and organizational theory*. Boston, MA: Pitman
124. Radbruch, L. and Payne, S. (2009). *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 Recommendations from the European Association for Palliative Care*. *Eur J Palliat Care*. ;16(6):278–89
125. RCN (2012) *Public Health RCN Position Statement, RCN Nursing Department*. Royal College of Nursing.
126. RCN (2014) *Annual report: Combined group annual report and consolidated accounts for the year ended 31 December 2014*. [online] <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-004906>.
127. Ricciardi, W. and Tarricone, R. (2021) *The evolution of the Italian National Health Service*. *Lancet*, 11;398(10317):2193-2206. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01733-5.
128. Roma-Ferri, MT. and Palomar, M. (2008) *Analysis of health terminologies for use as ontologies in healthcare information systems*. *Gac Sanit.*, 22: 421-433. 10.1157/13126923.
129. Salvador-Carulla, L., Poole, M., Gonzalez-Caballero, JL., Romero, C., Salinas, JA., et al (2006) *Development and usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities (DESDE)*. PSICOST Group: DESDE Consensus Panel *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 19-28. 432
130. Salvador-Carulla, L., Romero, C., Martinez, A., Haro, JM., Bustillo, G., Ferreira, A., et al (2000) *Assessment instruments: standardization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain*. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 405: 24-32.

131. Salvador-Carulla, L., Saldivia, S., Martinez-Leal, R., Vicente, B., Garcia-Alonso, C., et al (2008) *Meso-level comparison of mental health service availability and use in Chile and Spain*. *Psychiatr Serv.* 2008, 59: 421-428. doi: 10.1176/appi.ps.59.4.421.
132. Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P. T., Doty, M., Peugh, J., Zapert, K. (2006) *On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries*. *Health Aff (Millwood)*, 25(6), w555-571. doi: 10.1377/hlthaff.25.w555
133. Scott, R. (1992) *Organizations: Rational, natural and open systems*. 5th edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
134. Serra, A., Aparesida, M., Filho, F., Albuquerque, A., Andrade, A., Freire, J. et al (2015) *Nursing Care in the Immediate Postoperative Period: A Crosssectional Study*. *Online Brazilian journal of nursing*, 14 (2), 161
135. Siouta N., Van Beek K., Van der Eerde, Preston N., et al (2016) *Integrated palliative care in Europe: a qualitative systematic literature review of empirically-tested models in cancer and chronic disease*. *BMC Palliat Care*; 15: 56, doi: 10.1186/s12904-016-0130-7
136. Smyrnakis, E., Symintradou, D., Andreou, A., Dandoulakis, M., Theodoropoulos, E., Kokkali, S., Manolaki, C., et. al. (2021) *Primary care professionals' experiences during the first wave of the covid -19 pandemic in Greece: a qualitative study*. *BMC Family Practice*, <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01522-9>
137. Spasova et al. (2018) *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN)*. European Commission. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1135&newsId=9185&furtherNews=yes>
138. Starfield, B., Shi, L. and Macinko, J. (2005) *Contribution of primary care to health systems and health*. *Milbank Q*, 83(3), 457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
139. Stjernward, J., Foley, M.K. and Ferris, D.F. (2007) *The public health strategy for palliative care*. *J Pain Symptom Manage*, 33(5): 486-93, doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.02.016

140. Stordeur, L. and Roberfroid, D. (2009) *Association between physician density and health care consumption: a systematic review of the evidence*. Health policy,91:121-134.
141. Temel, J.S., Greer JA, Muzikansky, A., Gallagher, ER., Admane, S., Jackson, VA., Dahlin, CM., et. al. (2010) *Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer*. N Engl J Med;14(8):733–42. doi: 10.1056/NEJMoal000678
142. Thomas, S. and Kuhn, PSA. (1982) *Proceedings of the Biennial Meeting of the Philosophy of Science Association Vol. II. Symposia and Invited Papers*. Chicago: The University of Chicago Press, 669-688.
143. Tomos, I., Kostikas, K., Hillas, G., Bakakos, P., Loukides, S. (2020) *Primary care and COVID-19: cutting the Gordian knot - the Greek experience and algorithm*. ERJ Open Res.;6(3):00468–2020.
144. Toth, F. (2014) *Health Care Regionalization in Italy. Conference Paper: 23rd World Congress of Political Science Montréal*. Panel: Comparative Health Care Federalism: Competition and Collaboration in Multistate Systems.
145. Trypka, E., Adamowski, T. and Kiejna, A. (2002) *Presentation of the cost-effectiveness technique questionnaire --the possibility of the Polish adaptation*. Psychiatr Pol, 36: 389-396.
146. Usuelli, M. (2020) *The Lombardy region of Italy launches the first investigative COVID-19 commission*. Lancet;396(10262):e86-e87. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32154-1
147. Vozikis, A., Panagiotou, A., and Karakolias, S. (2021). *A Tool for Litigation Risk Analysis for Medical Liability Cases*. HAPSc Policy Briefs Series, 2(2), 268–277. <https://doi.org/10.12681/hapscpbs.29514>
148. Walsh, A.J. and Warren, S.K. (1980) *Selective Primary Health Care: An interim strategy for disease control in developing countries*. Social Science & Med. Vol 14C., pp.145 to 163 Pergamon Press Ltd.
149. White, L.K., Williams, T.F. και Greenberg, B. G. (1961) *The ecology of medical care*. N. Engl. J. Med;265:885-92. doi: 10.1056/NEJM196111022651805.
150. WHO (1996) *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Copenhagen: World Health Organization: Regional Office for Europe

151. WHO (2008), *The World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever*. World Health Organization. [online]  
[https://reliefweb.int/report/world/world-health-report-2008-primary-health-care-now-more-ever?gclid=CjwKCAiAh\\_GNBhAHEiwAjOh3ZFgxkAgaMKXZCmVQVjt5OrXMfcUrRsGuwITkY13b62OgS3tAnH8-8xoC5lsQAvD\\_BwE](https://reliefweb.int/report/world/world-health-report-2008-primary-health-care-now-more-ever?gclid=CjwKCAiAh_GNBhAHEiwAjOh3ZFgxkAgaMKXZCmVQVjt5OrXMfcUrRsGuwITkY13b62OgS3tAnH8-8xoC5lsQAvD_BwE)
152. WHO (2018) *From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future, interim report from the WHO European Regio*. World Health Organization, Astana, Kazakhstan
153. WHO (2020) *COVID-19 strategic preparedness and response plan, country preparedness and response status for COVID-19*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
154. WHO (2020) *Role of primary care in the COVID-19*. Regional Office for the Western Pacific, World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921>.

## ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

155. Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών – Υπουργείο Υγείας  
[http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/All/F584360C65871FE2C2257A1E00273631/\\$file/%CE%9D%CE](http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/All/F584360C65871FE2C2257A1E00273631/$file/%CE%9D%CE)
156. Το νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας αλλάζει κατά τα σύγχρονα νοσολογικά πρότυπα, <https://m.naftemporiki.gr/story/1620134>
157. The Book Azzurro (2020) <https://2018phc.wordpress.com/verso-il-libro-azzurro/>
158. World Health Organization. World Health Organization Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
159. Κ.Ο.ΔΗ.Π. (Κοινωνικός Οργανισμός Δήμου Πατρέων).  
<https://kodip.gr/men-triti-ilikia>
160. Νομοθεσία για τον covid-19. <https://covid19.gov.gr/nomothesia-gia-ton-covid-19/>

161. Ετοιμότητα για την πανδημία γρίπης και άλλες απειλές για την υγεία, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:c11541a>
162. Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι", <https://www.cityofathens.gr/node/406>
163. ΚΕΦΙΑΠ, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής, <http://www.hospitalchalkidiki.gr/ypiresies-monades/kefiap>
164. The French healthcare system, <https://www.expatica.com/fr/healthcare/healthcare-basics/a-guide-to-the-french-healthcare-system-101166/>
165. About the Swedish healthcare system, <https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/healthcare-for-visitors-to-sweden/about-the-swedish-healthcare-system/>
166. Νομοθεσία για τον covid-19, <https://covid19.gov.gr/nomothesia-gia-ton-covid-19/>
167. Σύνταγμα, Βουλή των Ελλήνων, <https://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-21>
168. Β. Κικίλιας: Αυτό το χειμώνα η Ελλάδα θα σωθεί με γενναίες αποφάσεις και μεγάλες πράξεις, Αθηναϊκό Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων, <https://www.amna.gr/health/article/508970/B-Kikilias-Auto-to-cheimona-i-Ellada-tha-sothei-me-gennaies-apofaseis-kai-megales-praxeis>
169. Το Σύστημα Υγείας, <http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/ccf5c2a1caa98ce6873d3fd8b187228.pdf>
170. Nursing Definitions, <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
171. Νόμος 2889/2001/ ΦΕΚ 37/Α/2-3-2011 Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις, <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2889-2001.html?q=%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AE%20%CF%86%CF%81%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%AF%CE%B4%CE%B1>
172. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Φυσική Ιατρική, την Αποκατάσταση και τη φροντίδα χρονίως πασχόντων, <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio->

- typou/press-releases/6024-ethniko-sxedio-drashs-gia-th-fysikh-iatrikh-thn-  
apokatastash-kai-th-frontida-xroniws-pasxontwn
173. Εθνική Ομοσπονδία Τυφλών, <http://www.eoty.gr/main/text.asp>
174. Η λειτουργεί του Κέντρου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης Χίου, <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/c0d5184d-7550-4265-8e0b-078e1bc7375a/9073979.pdf>
175. Τοπικές Μονάδες Υγείας, <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2046>
176. Ειδικές Κινητές Μονάδες Υγείας (ΚΟΜΥ Νοσηλευτών) για την υποστήριξη των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) του Ε.Σ.Υ., <https://covid19.gov.gr/idikes-kinites-monades-ygias-komy-nosilefton-gia-tin-ypostirixi-ton-domon-tis-protovathmias-frontidas-ygias-pfy-tou-e-s-y/>
177. Παρουσίαση καινοτόμου εφαρμογής ηλεκτρονικού συστήματος διαχείρισης συμβάντων του Δικτύου των ΚΟΜΥ, <https://eody.gov.gr/paroyiasiakainotomoy-efarmogis-ilektronikoy-systimatos-diacheirisis-symvanton-toy-diktyoy-ton-komy/?print=print>
178. Κοινωνικός Οργανισμός Δήμου Πατρέων (Κ.Ο.ΔΗ.Π), Τρίτη Ηλικία, <https://kodip.gr/men-triti-ilikia/>
179. Ψυχογηριατρική Εταιρεία Νέστωρ, <https://www.nstr.gr/%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B9%CE%B5%CE%AF%CF%82-%CE%B7%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%B9%CF%89%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%BF%CF%85%CF%82/>
180. Μονάδες Ψυχικής Υγείας, Οικοτροφεία, <https://www.edra-coop.gr/el/draseis/monades-psixikis-ugeias>
181. The General Healthcare System in Cyprus – GeSY, <https://www.angloinfo.com/how-to/cyprus/healthcare/health-system>
182. [https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/index\\_gr/index\\_gr?OpenDocument](https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/index_gr/index_gr?OpenDocument)
183. Υπουργείο Υγείας Κύπρου, <https://santecares.com/2016/09/28/what-is-post-acute-care-its-benefits>
184. Κέντρα Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ), <https://autismap.gr/kefiap>
185. Health Care is a Public Good, <https://readcommonground.com/topic/health-care-is-a-public-good>



186. Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) Πατρών,  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, «Παναγία η Βοήθεια»,  
[https://www.pgnp.gr/?section=3674&language=el\\_GR](https://www.pgnp.gr/?section=3674&language=el_GR)