

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

## **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

---

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων  
ολοκληρωμένης φροντίδας.*

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

ΚΥΡΙΤΣΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΑΜ:18056

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΑΘΗΝΑ, ΜΑΪΟΣ 2023

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

UNIVERSITY OF WEST ATTICA



Department of Business  
Administration

DIVISION  
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE  
MANAGEMENT

---

## *Diploma Thesis*

**The Astana Declaration as a guide for the development of  
integrated care networks.**

*AUTHOR*

*KYRITSI AIKATERINI*

*Registration Number: 18056*

*SUPERVISOR*

*PIERRAKOS GEORGE*

*ATHENS, MAY 2023*

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

Τίτλος εργασίας:

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

ΜΕΛΗ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι

Εξεταστική Επιτροπή:

<b>A/a</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
1	ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
2	ΓΟΥΛΑ ΑΣΠΑΣΙΑ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
3	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΣΕΠΕΤΗΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη **Κυρίτση Αικατερίνη** του **Βασιλείου**, με αριθμό μητρώου **18056** φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών: «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών 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.

Η Δηλούσα  
ΚΥΡΙΤΣΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ



(Υπογραφή)

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Στην επέτειο των 40 ετών της Διακήρυξης της Άλμα Άτα πραγματοποιήθηκε μια καινούρια διακήρυξη στο Καζακστάν, αυτή τη φορά στην πόλη Ασάνα. Η διακήρυξη αυτή επικεντρώθηκε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στον ιδιαίτερης σημασίας ρόλο της παγκοσμίως. Ο βασικότερος στόχος ήταν η παροχή του υψηλότερου επιπέδου υγείας χωρίς διακρίσεις. Η μελέτη αυτή στοχεύει στην ανάλυση των αρχών της και στη σύνδεσή της με τις απαιτήσεις που είναι αναγκαίες στη δημιουργία ενός δικτύου υπηρεσιών ολοκληρωμένης φροντίδας. Η παρούσα έρευνα έχει στηριχθεί στη Βιβλιογραφική επισκόπηση προκειμένου να παρουσιάσει στον αναγνώστη, με δομημένο τρόπο, την επίδραση των αρχών της Διακήρυξης της Ασάνα στην διαμόρφωση δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας. Αναλυτικότερα θα αποτυπωθούν τα γενικά χαρακτηριστικά των αρχών της και οι προβληματισμοί πάνω στην υλοποίησή τους. Θα αναλυθούν τα επιμέρους στοιχεία και υποκεφάλαια που σχετίζονται με το θέμα και θα αναζητηθούν κρίσιμες εργασίες και έρευνες πάνω σε αυτό. Τέλος, θα συνδεθούν οι αρχές της διακήρυξης με την Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας.

## ABSTRACT

On the 40th anniversary of the Alma Ata Declaration, a new declaration was held in the city of Astana, Kazakhstan, emphasizing the crucial role of primary health care worldwide. Its goal was to ensure that everyone can enjoy the highest possible level of health. This study aims to analyze its principles and link it to the requirements that are necessary to create a network of integrated care services. The present research has been based on the Bibliographic review in order to present to the reader, in a structured way, the influence of the principles of the Astana Declaration on the formation of integrated care networks. Moreover, the general characteristics of the resulting principles and the reflections on their implementation will be presented. The individual elements and subchapters, critical papers and research that are related to the topic will be analyzed. Finally, the principles of the Declaration will be linked to Integrated Health Care.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η διπλωματική εργασία η οποία πραγματοποιήθηκε κατά τη συμμετοχή στο μεταπτυχιακό προγράμματα << Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας >> του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα και συνεργάστηκα μαζί τους και διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Καταρχάς θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου κ. Πιερράκο Γεώργιο ,ο οποίος επέβλεψε την παρούσα διπλωματική εργασία, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή του.

Επιπροσθέτως, τις ευχαριστίες μου εκφράζω στους: Γούλα Ασπασία και Σούλη Σωτήριο που αποτελούν μέλη της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω σε όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος για την πολύτιμη βοήθεια και αφοσίωσή τους και ιδιαίτερα τον Διευθυντή του μεταπτυχιακού τον κ. Σούλη Σωτήρη για την προσπάθειά του προκειμένου να ολοκληρωθεί ο κύκλος σπουδών με επιτυχία.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την οικογένεια και τους φίλους μου για την συμπαράσταση και την κατανόησή τους καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ : ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΛΜΑ ΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΣΤΑΝΑ</b>	12
1.1. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	12
1.2. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	14
1.3. ΤΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	14
1.3.1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	15
1.3.2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΒΑΣΕΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	17
1.4. Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΛΜΑ ΑΤΑ	19
1.5. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΑΝΕΔΕΙΞΕ Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΛΜΑ ΑΤΑ	20
1.6. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗΣ ΤΗΣ ΑΛΜΑ ΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	21
1.7. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΥΓΕΙΑΣ 1998	23
1.8. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΗΣ ΑΛΜΑ ΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΣΤΑΝΑ	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ</b>	26
2.1. Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ	26
2.2. ΤΟ ΟΡΑΜΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗΣ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ	27
2.3. ΟΙ ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗΣ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ	27
2.4. ΟΙ ΔΕΣΜΕΥΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗΣ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ	29
2.5. ΜΕΣΑ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΒΙΩΣΙΜΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	31



2.6. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	33
2.7. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	36
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ:</b>	<b>38</b>
3.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	38
3.2.ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	39
3.3.ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	41
3.4. ΒΑΣΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	42
3.5. ΣΤΟΧΟΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	43
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΟΝΤΕΛΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ</b>	<b>44</b>
4. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ	44
4.1. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	44
4.1.1. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	44
4.1.2 ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΑ ΣΧΕΔΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	45
4.1.3 ΑΣΘΕΝΟΚΕΝΤΡΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ	46
4.1.4.ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΙ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ ΥΓΕΙΑΣ	46
4.2. ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	47
4.2.1. ΜΟΝΤΕΛΟ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	47
4.2.2 ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ	52
4.2.3. ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	53
4.3 ΜΟΝΤΕΛΑ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΑ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ	53
4.3.1.ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΙΖΕΡ PERMANENTE	53
4.3.2. ΜΟΝΤΕΛΟ PFZIER	55
4.3.3. ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	55
4.3.4. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΒΕΤΕΡΑΝΩΝ	57
4.4. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	57

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ 59**  
**ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ**

**5.1. ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ 59**  
**ΑΣΤΑΝΑ**

**5.2. ΑΠΕΙΛΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ 60**  
**ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ**

**5.3. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΠΕΙΛΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ 62**  
**ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΡΧΕΣ**  
**ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ**

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 65**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 68**

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ**

**ΣΧΗΜΑ 1: Οπτικές Διαμόρφωσης Ολοκληρωμένης Φροντίδας 40**

**ΣΧΗΜΑ 2: Ολοκληρωμένο Μοντέλο Μακροχρόνιας Φροντίδας Ασθενών 48**

**ΣΧΗΜΑ 3: Τρίγωνο Kaiser 54**

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ανάλυση Ολοκληρωμένου Μοντέλου Μακροχρόνιας Φροντίδας 49**  
**Ασθενών**

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Βασικοί άξονες Μοντέλου Δημόσιας Υγείας 56**

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Τρόποι αντιμετώπισης των απειλών στην Ολοκληρωμένη 63**  
**Φροντίδα Υγείας σύμφωνα με την Αστάνα**

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η Διακήρυξη της Άλμα Άτα πραγματοποιήθηκε το 1978. Όλα τα κράτη μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της UNICEF έλαβαν υπόψη, μελέτησαν και έκαναν προσπάθειες ώστε να επιτευχούν οι στόχοι της για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) . Στη Διεθνή Διάσκεψη το σύνολο των εθνών που έλαβαν μέρος ήταν 134. Το «Υγεία για Όλους μέχρι το Έτος 2000» αποτέλεσε παγκόσμια στρατηγική γι' αυτά. Στο πλαίσιο της διάσκεψης αυτής διατυπώθηκε η Διακήρυξη η οποία στόχευε στην μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, την κατανόηση της σημασίας της πρόληψης, την ενίσχυση των μέσων θεραπείας, αποκατάστασης και ολοκληρωμένης φροντίδας ,καθώς και τον ενεργό ρόλο της κοινότητας στη διαδικασία λήψης των σχετικών με την υγεία αποφάσεων. (WHO, 1978)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτέλεσε το μέσο για την επίτευξη αυτού του στόχου, η οποία με έμφαση στην τοπική κοινωνία τίμησε την εφευρετικότητα του ανθρώπινου πνεύματος και έδωσε χώρο για λύσεις που δημιουργούνται, ανήκουν και διατηρούνται από τις κοινότητες. Η ΠΦΥ, ξεκινώντας από τα νοικοκυριά και φτάνοντας έως τα νοσοκομεία, τονίζει πως η πρόληψη είναι εξίσου σημαντική με τη θεραπεία. (WHO, 1978)

Ο στόχος της «υγείας για όλους» μέχρι το 2000 δεν επιτεύχθηκε. Όταν ρωτήθηκε για το νόημα του στόχου «υγεία για όλους», ο Halfdan Mahler ( Γενικός Διευθυντής ΠΟΥ) ανέφερε ότι «ο στόχος δεν ήταν να εξαλειφθούν όλες οι ασθένειες έως το 2000. Ξέραμε ότι θα ήταν αδύνατο. Στόχος μας ήταν να εστιάσουμε την προσοχή του κόσμου στις ανισότητες στην υγεία και να προσπαθήσουμε να επιτύχουμε ένα αποδεκτό επίπεδο υγείας κατανεμημένο ισότιμα σε όλο τον κόσμο » ( Mahler H , 2008). Αν και ο στόχος της «υγείας για όλους» παραμένει ανεκπλήρωτος σε μεγάλο μέρος του κόσμου, υπάρχουν χώρες με πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη εμπνευσμένη από την Άλμα Άτα με ισχυρές ενδείξεις για καλύτερα αποτελέσματα

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

υγείας του πληθυσμού και μειωμένες ανισότητες με χαμηλότερο κόστος. (Starfield B, Shi L, Macinko J.,2005).

Η διακήρυξη της Αστάνα πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο του 2018 προκειμένου να ανανεωθούν οι στόχοι της Άλμα Άτα. Το παρόν έδωσαν δύο χιλιάδες εκπρόσωποι από περισσότερες από εκατόν είκοσι χώρες προκειμένου να δεσμευτούν απέναντι στο θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ατόμου για την παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας χωρίς καμία απολύτως διάκριση . Η Διακήρυξη της Αστάνα αναγνωρίζει ότι είναι ανεπίτρεπτο το ότι η μη ύπαρξη ισότητας στον τομέα της υγείας παραμένει. (WHO,2018).

Βεβαιώνεται πως προτεραιότητα πρόκειται να δοθεί στην πρόληψη των ασθενειών καθώς επίσης και στην προώθηση της υγείας .Στόχος αποτελεί η κάλυψη των αναγκών που αφορούν την υγεία του συνόλου των ανθρώπων σε ολόκληρη τη ζωής τους. Κάποια από τα μέσα τα οποία θα βοηθήσουν στην υλοποίηση αυτού του στόχου είναι τα εξής: η ολοκληρωμένη και η παρηγορητική φροντίδα, οι προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες αλλά και οι υπηρεσίες αποκατάστασης (WHO,2018).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ**

### ***ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ : ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΛΜΑ ΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΣΤΑΝΑ***

#### **1.1. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Προτού προχωρήσουμε αναλυτικότερα στο περιεχόμενο και τους στόχους της παρούσας εργασίας είναι χρήσιμο να κατανοήσουμε πλήρως την έννοια της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως αυτή ορίζεται παρακάτω.

#### **ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η ΠΦΥ έχει κατά καιρούς ερμηνευτεί με πληθώρα ορισμών ως αποτέλεσμα των διαφορετικών κοινωνικών αρχών και αξιών αλλά και του διαφορετικού επιδημιολογικού προτύπου που καθορίζει τις υγειονομικές ανάγκες κάθε χώρας.

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Άλμα Άτα θα μπορούσαμε να δώσουμε συνοπτικά τον παρακάτω ορισμό:

Η ΠΦΥ είναι η βασική μορφή φροντίδας της οποίας τα μέσα ,οι μέθοδοι και η τεχνολογία που χρησιμοποιούνται είναι επιστημονικά τεκμηριωμένα και κοινωνικά αποδεκτά . Είναι διαθέσιμη στο σύνολο της κοινότητας με την πλήρη συμμετοχή των πολιτών και το κόστος ικανό να καλυφθεί από αυτή. Η ΠΦΥ η φροντίδα υγείας πλησιάζει περισσότερο τις περιοχές όπου οι άνθρωποι ζουν και δραστηριοποιούνται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μία συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.(Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ΠΦΥ δεν αφορά αποκλειστικά τη θεραπεία συγκεκριμένων ασθενειών ή καταστάσεων αλλά τη φροντίδα των ανθρώπων. Η Η Εισαγωγή στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πραγματοποιείται

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

σε πρώτη φάση με την ΠΦΥ. Παρέχει ολοκληρωμένη, προσιτή, κοινοτική φροντίδα που ικανοποιεί τις ανάγκες υγείας των ατόμων στο σύνολο της ζωής τους.

Έχει ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα και απαραίτητη προϋπόθεση για να συμβεί αυτό είναι οι άνθρωποι να έχουν την κατάλληλη γνώση και τα μέσα που είναι απαραίτητα για τη λήψη αποφάσεων και τη συμμετοχή στη φροντίδα τους. (WHO, πρόσβαση: Ιούνιος 2022)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελείται από :

- την προώθηση της υγείας
- την πρόληψη ασθενειών
- τη θεραπεία
- την αποκατάσταση
- την παρηγορητική φροντίδα

Η ΠΦΥ, επειδή αφορά τον καλύτερο τρόπο παροχής υγειονομικής περίθαλψης και υπηρεσιών σε όλους, παντού, είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για την επίτευξη της υγείας για όλους. (WHO, πρόσβαση: Ιούνιος 2022)

## 1.2. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### ΟΡΙΣΜΟΣ:

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί το πλήθος των υπηρεσιών που παρέχονται εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές είναι ολοκληρωμένες, καθώς προσφέρονται τόσο για την παρακολούθηση και διατήρηση της υγείας των ασθενών όσο και για την καλύτερησή της, και περιλαμβάνουν:

- την προαγωγή της υγείας
- την πρόληψη της νόσου
- τη διάγνωση
- τη θεραπεία
- την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχειά της

υπεύθυνο για την προσφορά των παραπάνω υπηρεσιών στο σύνολο του πληθυσμού είναι το Κράτος.

(άρθρο 1 παράγραφος 1 του νόμου 4486/2017)

## 1.3. ΤΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το πρώτο συστατικό της ΠΦΥ είναι η δυνατότητα να παρέχεται ποιοτική φροντίδα υγείας που έρχεται σε συμφωνία με τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς. Η φροντίδα αυτή καλύπτει στη συνολική πορεία από την προαγωγή της υγείας έως την παρηγορητική φροντίδα και παρέχεται σε επίπεδο ατόμου ή πληθυσμού, ανάλογα με την περίπτωση.

Οι βασισμένες στον πληθυσμό υπηρεσίες και οι προσωπικές υπηρεσίες είναι συμπληρωματικές (Landon B, 2012). Σε αρκετά συστήματα υγείας παρατηρείται πως βασικές λειτουργίες των πρώτων παρέχονται από ομάδες φροντίδας οι οποίες έχουν υπ' ευθύνη τους μεμονωμένες υπηρεσίες όπως είναι οι εξής: ( έλεγχος και αναφορά σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, προσυμπτωματικός έλεγχος καρκίνου,

*Η διακήρυξη της Ασάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

εκπαίδευση για την υγεία, προώθηση της υγείας και επικοινωνία αλλαγής συμπεριφοράς). (Tedros A, Henrietta H, 2018)

### 1.3.1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Οι προσωπικές υπηρεσίες υγείας αποτελούν βασικό συστατικό του συστήματος υγείας. Η ΠΦΥ η οποία διέπεται από καλή ποιότητα έχει συνδεθεί με πλήθος προσβάσιμων υπηρεσιών, ακριβέστερες διαγνώσεις αποφυγή νοσηλείας, καλύτερα αποτελέσματα υγείας, μείωση των διαφορών στη θνησιμότητα βάσει πλούτου, χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών και υψηλότερο προσδόκιμο ζωής (Starfield B, Shi, L. ,2008 ). Επιπροσθέτως, είναι διαθέσιμη σε κοινοτικό επίπεδο και επικεντρώνεται στο άτομο, παρέχει το σημείο της πρώτης επαφής ,τη συνέχεια, την ολοκλήρωση και το συντονισμό (Starfield B, 1998).

### **ΠΡΩΤΗ ΕΠΑΦΗ**

Πιο αναλυτικά, η πρωτοβάθμια περίθαλψη πρέπει να είναι το πρώτο σημείο επαφής για την πλειονότητα των δραστηριοτήτων πρόληψης ασθενειών, όπως επίσης και για οξεία και χρόνια προβλήματα υγείας. Η διαθεσιμότητα ποιοτικής ΠΦΥ, ιδιαίτερα στο επίπεδο της κοινότητας, συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας θεραπευτικής σχέσης (StangeK, 2009), αυξάνοντας τη βελτίωση της συνέχειας της περίθαλψης και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων με την πάροδο του χρόνου.

Για την πρωτοβάθμια φροντίδα, προκειμένου να επιτευχθεί αποτελεσματική παροχή συντονισμένης φροντίδας πρώτης επαφής, απαιτείται μια ολοκληρωμένη σειρά υπηρεσιών να είναι άμεσα διαθέσιμες. (Forrest C, Starfield B.,1998)

### **ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ**

Η ολοκλήρωση αναφέρεται στο εύρος και το βάθος της ΠΦΥ και περιλαμβάνει τη συνεχόμενη, για το σύνολο της ζωής του ατόμου, αντιμετώπιση ζητημάτων υγείας. Η ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να ανταποκριθεί σε οποιαδήποτε ανάγκη υγειονομικής περίθαλψης που μπορεί να έχει το άτομο, αυτό μπορεί να



*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

σημαίνει την παροχή υπηρεσιών φροντίδας με άμεσο τρόπο (αφορά το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενειών) αλλά και την παραπομπή σε επόμενα επίπεδα φροντίδας.

Η ολοκλήρωση μειώνει τις περιττές παραπομπές, υποστηρίζοντας έτσι την αποτελεσματική κατανομή των πόρων και των ευθυνών εντός του συστήματος υγείας και διευκολύνοντας τη συνέχεια της περίθαλψης.

Η επιλεκτική ΠΦΥ (περιορισμένος αριθμός υπηρεσιών υψηλού αντιτίμου που στοχεύουν στην αντιμετώπιση ορισμένων από τις πιο διαδεδομένες προκλήσεις για την υγεία στις αναπτυσσόμενες χώρες) δεν συμβαδίζει με την ανάγκη ολοκλήρωσης και έρχεται σε αντίθεση με την ανθρωποκεντρική περίθαλψη και τις προσανατολισμένες στη ζήτηση υπηρεσίες υγείας (Tedros A, Henrietta H, 2018)

## **ΣΥΝΕΧΕΙΑ**

Η συνέχεια της φροντίδας προκύπτει από την αδιάκοπη και με συνοχή φροντίδα που εστιάζει στο άτομο με την πάροδο του χρόνου (Gray D, 2016). Η ΠΦΥ βασίζεται σε μια δέσμευση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και μεμονωμένων ατόμων για μια μακροπρόθεσμη σχέση βασισμένη στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, η οποία διευκολύνει τη συνέχεια και υποστηρίζεται περαιτέρω από τεκμηριωμένες οδούς φροντίδας και ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα.

Η συνέχεια έχει συνδεθεί με χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας, λιγότερα τμήματα επειγόντων περιστατικών, μικρότερες διαμονές στο νοσοκομείο, χαμηλότερο κόστος υγειονομικής περίθαλψης και βελτιωμένα επίπεδα ικανοποίησης του ασθενούς (Gray D, 2018)

## **ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ**

Μια από τις βασικές λειτουργίες της ΠΦΥ είναι ο συντονισμός της παροχής υπηρεσιών σε ολόκληρο το φάσμα της υγείας και των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τη μακροχρόνια φροντίδα μέσω ολοκληρωμένων και λειτουργικών ρυθμίσεων για μετάβαση και ανταλλαγή πληροφοριών κατά τη διάρκεια της τεκμηριωμένης

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

φροντίδας. Ο συντονισμός μειώνει τους γνωστούς κινδύνους σε σημεία μετάβασης (π.χ. από το σπίτι στην κλινική). Θα πρέπει επίσης να διασφαλίζει τη μείωση των μη αναγκαίων μεταβάσεων μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα (WHO,2016).

## **ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΟΤΗΤΑ**

Η αποτελεσματική πρωτοβάθμια φροντίδα επικεντρώνεται σε ολόκληρο το άτομο, σε κατάσταση υγείας και σε κατάσταση ασθένειας, λαμβάνοντας υπόψη τις πλήρεις φυσικές, ψυχικές και κοινωνικές συνθήκες χωρίς διακρίσεις. Η ανθρωποκεντρική φύση της αποτελεσματικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ευθυγραμμίζεται με τον κεντρικό ρόλο των ανθρώπων σε αυτή και υποστηρίζει τη χρήση μέτρων που έχουν επίκεντρο τον ασθενή (Starfield B, 2012). Επειδή η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι περιεκτική, συντονισμένη και ανθρωποκεντρική, είναι ιδανική για να ανταποκρίνεται στις προκλήσεις της πολυμορφίας που επικρατεί.(Perry H., 2017)

### **1.3.2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΒΑΣΕΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**

Οι υπηρεσίες που βασίζονται στον πληθυσμό κάνουν χρήση σε μεγάλο βαθμό λειτουργιών δημόσιας υγείας για τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα στην υγεία και την ευεξία. Οι λειτουργίες αυτές ,οι οποίες αφορούν ιδιαίτερος την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, είναι η προστασία, η πρόληψη και προαγωγή της υγείας, η επιτήρηση, η ανταπόκριση και η ετοιμότητα σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (μέσω παροχής πληροφοριών) .(WHO.,2018).

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

## **ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η προστασία της υγείας περιλαμβάνει την εκτίμηση του κινδύνου, την εποπτεία και τον έλεγχο των δραστηριοτήτων για την ελαχιστοποίηση της έκθεσης σε κινδύνους και για την προστασία του πληθυσμού, διασφαλίζοντας περιβαλλοντική και φαρμακευτική ασφάλεια καθώς και ασφάλεια των τροφίμων. Η προστασία της υγείας διαμορφώνει το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον που επιτρέπει στους ανθρώπους να ζήσουν υγιείς ζωές. *(Tedros A, Henrietta H, 2018)*

## **ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ενώ η προστασία της υγείας προστατεύει από πιθανές απειλές για την καλή υγεία, η προαγωγή της υγείας επιτρέπει στους ανθρώπους να έχουν περισσότερο έλεγχο στη δική τους υγεία, μέσω βελτιωμένης ικανότητας παροχής αυτοφροντίδας και φροντίδας για τους άλλους. *(Tedros A, Henrietta H, 2018)*

## **ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ**

Η πρόληψη των ασθενειών παρέχεται και σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο πληθυσμού και σε πολλές περιπτώσεις συνδέεται με την προαγωγή της υγείας και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Η πρόληψη των ασθενειών έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί απαραίτητο βήμα προκειμένου να επιτευχθεί υγεία και ευεξία. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της καθολικής κάλυψης υγείας και πρέπει να προγραμματιστεί, να συντονισθεί και να αναζητηθεί ανάλογα. *(Tedros A, Henrietta H, 2018)*

## **ΕΠΙΒΛΕΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ**

Η επίβλεψη και η ανταπόκριση συνδυάζουν την παρακολούθηση και την πρόληψη και τονίζουν τη σημασία των εύχρηστων πληροφοριών για την υγεία στον πληθυσμό και σε κοινοτικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια φροντίδα. *(Tedros A, Henrietta H, 2018)*

## **ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ**

Η ετοιμότητα έκτακτης ανάγκης στοχεύει στην αντιμετώπιση απρόβλεπτων και καταστροφικών συνθηκών που δημιουργούν μια αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και καταπόνηση πόρων και υποδομών. Αυτή η λειτουργία είναι σημαντική τόσο στα καθιερωμένα συστήματα όσο και σε εκείνα που είναι επισφαλή ή είναι γνωστό ότι κινδυνεύουν να διαταραχθούν (π.χ. από περιβαλλοντικές καταστροφές). Απαιτείται ένα ισχυρό και καλά εκπαιδευμένο εργατικό δυναμικό ΠΦΥ κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης για να διασφαλιστεί ότι το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται και προσαρμόζεται. Επιπλέον είναι απαραίτητη η ύπαρξή του προκειμένου να βοηθά στον προγραμματισμό, συμβάλλοντας έτσι στην αποφυγή της ταχείας και ανεξέλεγκτης εξάντλησης των πόρων υγείας. (Tedros A, Henrietta H, 2018)

### **1.4. Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΛΜΑ ΑΤΑ**

Στις αρχές της δεκαετίας του 70 σημειώθηκε στο μεγαλύτερο ποσοστό των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης και της Ευρώπης οικονομική κρίση που επέφερε σημαντική μείωση στους ρυθμούς της οικονομικής ανάπτυξης (Πιερράκος Γ., 2008). Η οικονομική ύφεση δημιούργησε προβλήματα καθώς κατέληγαν στις υπηρεσίες πολλά χρήματα χωρίς να επιφέρουν αντίστοιχα αποτελέσματα στην ευημερία των ανθρώπων. (Θεοδώρου Μ. , Σαρρής Μ. , Σούλης Σ. , 2001)

Σημείο καμπής της μεταστροφής των αντιλήψεων μπορεί να θεωρηθεί η διακήρυξη της Άλμα Άτα όπου για πρώτη φορά εισάγεται η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε ένα πλαίσιο προγραμματισμού των υγειονομικών αναγκών μέσα στο οποίο εντάσσονται η Υγειονομική διάσταση, η Κοινωνική, η Κοινοτική και η Οικονομική. (Πιερράκος Γ., 2008). Η Διακήρυξη σε διεθνές επίπεδο για την ΠΦΥ, που πραγματοποιήθηκε στην Άλμα Άτα στις 12 Σεπτεμβρίου του 1978, μας γνωστοποίησε πόσο σημαντική είναι η επείγουσα δράση του συνόλου των κυβερνήσεων, του υγειονομικού προσωπικού και των πολιτών για την προστασία και την προώθηση της υγείας παγκοσμίως. (WHO, 1978)

## 1.5. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΑΝΕΔΕΙΞΕ Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΛΜΑ ΑΤΑ

Η Διακήρυξη της Άλμα Άτα προέκυψε από ανεπάρκειες του συστήματος υγείας που υπήρχαν τη δεκαετία του 1970, πολλές από τις οποίες παραμένουν έως σήμερα. Αυτές οι ανεπάρκειες περιελάμβαναν τις ακόλουθες προσεγγίσεις:

- Τεχνολογία προσανατολισμένη στις ασθένειες, η οποία ήταν ακριβή, προώθησε τον καταναλωτισμό και πραγματοποιήθηκε ελάχιστο όφελος του πληθυσμού.
- Υπερβολική εξειδίκευση και έλλειψη ανθρωποκεντρικών προσεγγίσεων μεταξύ πολλών επαγγελματιών υγείας και κακή κατανόηση της σημασίας της υγείας στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη.
- Ανεπαρκής δέσμευση για πρωτοβάθμια περίθαλψη ως ο πυρήνας των συστημάτων υγείας (Cueto M., 2004).

Όταν δεν υπάρχουν εθνικά σχέδια υγείας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που αφορούν ευρύτερα την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, χρειάζεται επείγοντως να βρεθούν κεφάλαια, εμπειρογνώμονες και να επενδυθεί χρόνος. Ακόμα πιο σημαντικό από τα εθνικά στρατηγικά σχέδια είναι συγκεκριμένες διαδικασίες σχεδιασμού και υλοποίησης, οι οποίες οδηγούν στην περιφερειακή δράση. Ο εθνικός και περιφερειακός σχεδιασμός και τα συστήματα διαχείρισης πρέπει να είναι συστηματικά και ανθρώπινα και οι υλικοί πόροι να ενισχυθούν σημαντικά. Η καλή διακυβέρνηση πρέπει να ενισχυθεί και, όπου υπάρχουν κεφάλαια από χορηγίες να αυξηθεί το ποσοστό τους. Δημόσιοι, μη κυβερνητικοί, ιδιωτικοί πάροχοι χρειάζεται να συνδεθούν με το σύστημα υγείας κάτω από την υπεύθυνη επίβλεψη της κυβέρνησης. Οι χώρες που υπάγονται σε αυτό το πλαίσιο έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα στον τομέα της υγείας παρά τις μεγάλες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν. (Rohde J, Cousens S, Chopra M., 2008)

*Η διακήρυξη της Ασάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

Πακέτα φροντίδας για μητέρες, νεογέννητα και γενικότερα πακέτα που αφορούν την υγεία των παιδιών μπορούν να επεκταθούν ώστε να περιλαμβάνουν παρεμβάσεις που αφορούν την ψυχική υγεία, την ανάπτυξη των παιδιών και άλλα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. (Kerber KJ., 2007). Μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στην αντιμετώπιση χρόνιων διαταραχών, ανεξάρτητα από την αιτία που τα προκαλεί, είναι αναγκαία εντός της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. (BeagleholeR., 2008)

Η εμπειρία και τα στοιχεία από τις επιτυχίες που προκύπτουν από την προσέγγιση αυτή πρέπει να εφαρμόζονται και σε άλλες ομάδες ασθενειών. Όλες οι καινοτομίες πρέπει να είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να υπάρχουν διαθέσιμοι πόροι, να είναι βιώσιμες, διαθέσιμες και ρεαλιστικά εφικτές από τον άνθρωπο σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο. (Walley J.,2007)

Για την επίτευξη ποιότητας και ασφάλειας στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι απαραίτητη η ύπαρξη υπηρεσιών, κατάλληλα εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας και σωστής επίβλεψης. Αξίζει να σημειωθεί πως υπάρχει πραγματικός κίνδυνος υπερφόρτωσης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας με πάρα πολλά καθήκοντα, ως εκ τούτου είναι σημαντική η προσεκτική και συστηματική προσαρμογή των καθηκόντων τους στην τοπική υγεία σύμφωνα με τις απαιτούμενες ανάγκες και τους διαθέσιμους πόρους. (Lawn JE.,2008)

## 1.6. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗΣ ΤΗΣ ΑΛΜΑ ΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καλούσε για επείγουσα και αποτελεσματική εθνική και διεθνή δράση προκειμένου να αναπτυχθεί και να εφαρμοστεί Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε όλον τον κόσμο και ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες σε ένα πνεύμα τεχνικής συνεργασίας και σε συμφωνία με μία νέα διεθνή οικονομική τάξη. Παρότρυνε τις κυβερνήσεις, τον ΠΟΥ, τη Unicef και άλλους διεθνείς οργανισμούς, καθώς επίσης Μ.Κ.Ο, οικονομικούς οργανισμούς, εργαζόμενους υγείας και όλη την παγκόσμια κοινότητα να στηρίξουν μία διεθνή και εθνική δέσμευση για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να παράσχουν αυξημένη τεχνική και οικονομική στήριξη σε αυτή, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

χώρες. Η διακήρυξη καλούσε όλους τους προαναφερθέντες να συνεργαστούν στην εισαγωγή, ανάπτυξη και διατήρηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε συμφωνία με το πνεύμα και το περιεχόμενο της Διακήρυξης. (WHO,1978)

Είναι σημαντικό ότι η Άλμα Άτα πρότεινε έναν ρόλο για την ΠΦΥ προκειμένου να εξαλειφτούν οι παράγοντες (κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί) που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία, έχοντας ως δεδομένο πως η αυτή αποτελεί αναπόσπαστο δικαίωμα του καθενός καθώς επίσης πως για μια κοινωνία, η οποία διέπεται από δικαιοσύνη, είναι απαραίτητες η ισότητα και η συμμετοχή της κοινότητας. (Starfield B.,2011, WHO, 1980)

Στην Άλμα Άτα έγινε λόγος για την «Υγεία για όλους», εκείνη αναγνώρισε πως κάθε τομέας ξεχωριστά (πχ. πολιτική, οικονομία) συμβάλλει στο σύνολο των ενεργειών που αποσκοπούν στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.. Είναι σημαντικό ότι η διακήρυξη της Άλμα Άτα τόνισε τις ευθύνες που έχουν οι κυβερνήσεις στη βελτίωση της υγείας των πληθυσμών τους. (WHO, 1978)

Σήμερα, αυτές οι αρχές παραμένουν περισσότερο από ποτέ σχετικές με τις σημαντικές παγκόσμιες προσπάθειες για την επίτευξη της προόδου στην ΠΦΥ. Ένα ευρύ φάσμα κινήσεων μπορεί να φιλοξενηθεί κάτω από την ομπρέλα της ΠΦΥ, ακόμα και εάν έχουν τους δικούς τους στόχους, ορολογίες και στρατηγικές εφαρμογής. Αρκεί αυτές οι κινήσεις να περιλαμβάνουν διατομεακή δράση για την υγεία, να προωθούν την υγεία για όλους και να στοχεύουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα που θα έχει επίκεντρο την κοινότητα και να είναι προσανατολισμένη στα άτομα. (Bacigalupe A., 2010)

## 1.7. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΥΓΕΙΑΣ 1998

Η δέσμευση που προέκυψε από τη διακήρυξη της Άλμα Άτα για τις βελτιώσεις στην υγεία διεθνώς, κυρίως σε ό,τι αφορά τους πληθυσμούς που βρίσκονται σε αδυναμία, ανανεώθηκε το 1998 από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας.

Πιο συγκεκριμένα η Παγκόσμια Συνέλευση εξέταζε τα εξής:

- Πως θα είναι η ζωή στον 21ο αιώνα.
- Εάν θα συνέχιζε ο κόσμος να μεγαλώνει πιο υγιής, με ολοένα και περισσότερες ασθένειες να βρίσκουν ίαση από επιστημονικές εξελίξεις και εάν το προσδόκιμο ζωής θα επεκτεινόταν ακόμη περισσότερο ή εάν οι νέες ασθένειες και τα αποτυχημένα φάρμακα θα ακύρωναν αυτά τα επιτεύγματα.
- Εάν οι πληθυσμοί ζούσαν περισσότερο, θα ήταν αυτά τα επιπλέον χρόνια υγιή και παραγωγικά.
- Αν θα εξαλείφονταν ο υποσιτισμός, η παχυσαρκία, η κατάχρηση ναρκωτικών, η φτώχεια, η κατάθλιψη, οι θάνατοι από AIDS, καρδιακές παθήσεις και καρκίνο, το κοινό κρυολόγημα, η πολιομυελίτιδα, η λέπρα, η ιλαρά και άλλοι αρχαίοι εχθροί.
- Εάν θα αυξανόταν το χάσμα μεταξύ της υγείας των πλουσίων και των φτωχών.

Η έκθεση εξέταζε τις τάσεις της υγείας τις τελευταίες πέντε δεκαετίες, αξιολογούσε την τότε παγκόσμια κατάσταση και προέβλεπε πώς οι συνθήκες υγείας, οι ασθένειες και τα εργαλεία για τη διαχείρισή τους θα εξελιχθούν έως το έτος 2025. (The world health report, 1998)



## 1.8. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΗΣ ΑΛΜΑ ΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΣΤΑΝΑ

Το 2018, παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί στη διατήρηση ενός καλού ρυθμού η σχέση μεταξύ της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης αποτέλεσε θέμα προβληματισμού και αυτό είχε ως αποτέλεσμα να απαιτείται ακόμη εργασία προκειμένου να πραγματοποιηθούν όσα συζητήθηκαν στη διακήρυξή της Άλμα Άτα. (WHO, Πρόσβαση Ιούνιος 2022)

Κατά τη διάρκεια του 2018, μια σειρά από σημαντικές αναφορές έδωσαν στο προσκήνιο τις ελλείψεις στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί η μέτρηση του χάσματος μεταξύ της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης και της ποιότητας της φροντίδας που θα μπορούσε να παρασχεθεί με βάση τις βέλτιστες διαθέσιμες πρακτικές. Αυτό το χάσμα εκτιμάται ότι μπορεί να προκαλέσει από 5,7 έως 8,4 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (National Academies of Sciences, 2018). Αναφερόμαστε, δηλαδή, σε ένα ποσοστό θανάτων λίγο μεγαλύτερο από το άθροισμα των ποσοστών θανάτων παγκοσμίως που οφείλονται σε HIV, φυματίωση και η ελονοσία. Επαγωγικά διαπιστώνουμε πως η κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντικό μέσο ώθησης στην απώλεια ζωής και ευημερίας παγκοσμίως (National Academies of Sciences, 2018).

Προηγούμενες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στον Ευρωπαϊκό χώρο έχουν επίσης διαπιστώσει παρόμοιες ελλείψεις ποιότητας. Για παράδειγμα, μία από τις πιο σημαντικές διαπιστώσεις που προέκυψαν από αυτές τις μελέτες είναι πως οι περιπτώσεις για τις οποίες θα μπορούσε να αποφευχθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο με παρεμβάσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αγγίζουν το 40% έως 80% των περιστατικών που τελικά νοσηλεύτηκαν. (WHO, 2016)

Στην πορεία προς την επίτευξη της καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η ΠΦΥ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο σε ότι αφορά τους ασθενείς με πολλαπλές, χρόνιες ανάγκες φροντίδας όσο και άλλες ευπαθείς ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι, οι άστεγοι, οι πρόσφυγες και μετανάστες. Όσον αφορά

*Η διακήρυξη της Ασάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

τη χρηματοδότηση, απαιτείται περισσότερη προσπάθεια. Για παράδειγμα, μία πρόσφατη μελέτη σε 25 ευρωπαϊκές χώρες διαπίστωσε ότι το μερίδιο των νοικοκυριών που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στους φόρους για την υγεία κυμαίνεται από 0,3% έως 8,2%. Στην Ευρώπη, τα φάρμακα αποτελούν την κύρια αιτία οικονομικών δυσχερειών αλλά ταυτοχρόνως και αναπόσπαστο μέρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (WHO, 2018)

Τέλος, πέρα από αυτές τις προκλήσεις, υπήρχε ένα κοινό αίσθημα ότι οι προσπάθειες αναζωογόνησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν είχαν ποτέ πριν τόσες πιθανότητες να πετύχουν. Το αίσθημα αυτό λοιπόν οδήγησε στη διακήρυξη της Ασάνα. Κατά τη διάρκεια αυτής της επετείου μόνο, αριθμός ρεκόρ επιστημονικών περιοδικών αφιέρωσαν ειδικά άρθρα που αφορούσαν ζητήματα ΠΦΥ και οικογενειακής ιατρικής. (Kluge H, Kelley E, 2018)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### ***ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ***

#### **2.1. Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ**

Ενώ είχε σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στα αποτελέσματα της υγείας παγκοσμίως ύστερα από 40 χρόνια από τη Διακήρυξη της Άλμα Άτα του Καζακστάν, τα διάφορα συστήματα υγείας συνέχισαν να αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις. Στο Παγκόσμιο Συνέδριο που πραγματοποιήθηκε για την ΠΦΥ στο Καζακστάν και πιο συγκεκριμένα στην Αστάνα τον Οκτώβριο του 2018 εγκρίθηκε μια νέα διακήρυξη στην οποία επισημαίνεται το πόσο μεγάλη είναι η σημασία της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως. Στόχος της νέας διακήρυξης είναι να εστιάσει εκ νέου τις προσπάθειες στην ΠΦΥ προκειμένου να διασφαλίσει ότι μπορούν όλοι να έχουν πρόσβαση στην υγεία στο μέγιστο βαθμό που μπορεί να παρασχεθεί. (WHO, Πρόσβαση Ιούνιος 2022)

Μέσω της συγκεκριμένης διακήρυξης ανανεώθηκε η δέσμευση των κυβερνήσεων, επαγγελματικών οργανισμών, μη κυβερνητικών οργανώσεων και ακαδημαϊκών και παγκόσμιων οργανισμών υγείας και ανάπτυξης για παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Ήταν επίσης μια ευκαιρία για τον εορτασμό της Διακήρυξης της Άλμα Άτα του 1978 και μια ευκαιρία προβληματισμού σχετικά με το κατά πόσο είχαν επιτευχθεί οι στόχοι που είχαν τεθεί τότε. (WHO, Πρόσβαση Ιούνιος 2022)

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

## 2.2. ΤΟ ΟΡΑΜΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗΣ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ

Η Διακήρυξη της Αστάνα οραματίζεται:

- **Κυβερνήσεις και κοινωνίες** που θα παρέχουν συστήματα υγείας τα οποία θα είναι ισχυρά, προκειμένου να προωθούν και να εξασφαλίζουν την υγεία και την ευημερία τόσο ατομικά όσο και σε συλλογικά.
- **Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και υπηρεσίες υγείας** που θα παρέχονται με σεβασμό από κατάλληλα εξειδικευμένους και με προσήλωση επαγγελματίες υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές θα είναι ποιοτικές, ολοκληρωμένες, προσβάσιμες, διαθέσιμες και προσιτές χωρίς εξαιρέσεις..
- **Ευνοϊκά περιβάλλοντα για την υγεία** τα οποία θα διασφαλίζουν την προαγωγή της υγείας και της ευημερίας τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο.
- **Ενδιαφερόμενα μέρη** όπου θα παρέχουν αποτελεσματική υποστήριξη στην υγεία σε εθνικό επίπεδο καθώς επίσης πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια. (WHO&UNISEF,2018)

## 2.3. ΟΙ ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗΣ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ

Στην τεσσαρακοστή επέτειο για τη Διακήρυξη της Άλμα Άτα, επιβεβαιώθηκε η δέσμευση σε όλες τις αξίες και αρχές της, ιδιαίτερα στη απόδοση δικαιοσύνης αλλά και ύπαρξη αλληλεγγύης και υπογραμμίστηκε το πόσο σημαντική είναι η υγεία σαν αγαθό και μέσο για την ύπαρξη ειρήνης και ασφάλειας αλλά και πόσο σημαντική είναι η προσφορά της προκειμένου να υπάρξει ανάπτυξη σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. (WHO&UNISEF,2018)

Η διακήρυξη της Αστάνα :

1. επιβεβαιώνει σθεναρά την υποχρέωση για πρόσβαση στο αναφαίρετο δικαίωμα καθενός στην υγεία ,στον υψηλότερο βαθμό αυτής ,χωρίς την παραμικρή διάκριση.
2. ισχυρίζεται πως ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) είναι η πιο περιεκτική, αποτελεσματική και αποδοτική προσέγγιση για τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ανθρώπων, καθώς και της κοινωνικής ευημερίας, και ότι η ΠΦΥ αποτελεί βασικό παράγοντα για να υπάρχει ένα βιώσιμο σύστημα υγείας, για να μπορούν να επιτευχθούν στόχοι ανάπτυξης και για την Καθολική Κάλυψη Υγείας (Universal Health Coverage UHC) η οποία εξασφαλίζει ότι όλοι οι άνθρωποι λαμβάνουν δίκαιη πρόσβαση στην ποιοτική και αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη που έχουν ανάγκη χωρίς να εκτεθούν σε οικονομικές δυσκολίες.
3. Θεωρεί ηθικά, πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτο ότι, παρόλο που τα τελευταία 40 χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος, εξακολουθούν να υπάρχουν ανάγκες υγείας που δεν έχουν εκπληρωθεί σε παγκόσμιο επίπεδο. Αποτελεί σίγουρα πρόκληση το να μπορεί να διατηρηθεί η υγεία για μεγάλο μέρος του πληθυσμού, ιδιαιτέρως για άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Η μη ύπαρξη ισορροπίας σε επίπεδο υγείας εξακολουθεί να υφίστανται. (WHO&UNISEF,2018)

Επιπροσθέτως, η διακήρυξη δεσμεύεται πως θα συνεχιστεί η αντιμετώπιση του αυξανόμενου βάρους προς τις μη μεταδοτικές ασθένειες, οι οποίες ευθύνονται για την μη ικανοποιητική ποιότητα υγείας και για αιφνίδιους θανάτους εξαιτίας του ανθυγιεινού τρόπου ζωής, της ανεπαρκούς σωματικής δραστηριότητας, της ανθυγιεινής διατροφής και της χρήσης καπνού, αλκοόλ. (WHO&UNISEF,2018)

Άμεσες ενέργειες είναι απαραίτητες προκειμένου να μη συνεχίσουν να χάνονται ζωές πρόωρα λόγω πολέμων, βίας, επιδημιών, φυσικών και καιρικών καταστροφών και άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρξει άμεση

*Η Διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

εκμετάλλευση των ευκαιριών για να σταματήσουν οι ασθένειες οι οποίες αποτελούν παγκόσμιες απειλές για τη μη διατήρηση της υγείας. (WHO&UNISEF,2018)

Θα πρέπει όλοι να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης, στην προσφορά θεραπείας και αποκατάστασης αλλά και σε μέσα που προσφέρουν παρηγορητική φροντίδα. Είναι αναγκαίο να μπορέσουν να σωθούν εκατομμύρια άνθρωποι που ζουν κάτω από τα όρια της φτώχειας, ιδιαίτερα από τις ακραίες μορφές αυτής, φαινόμενο το οποίο προέρχεται από υπερβολικά έξοδα, που απαιτούνται για να μπορέσει ο ασθενής να έχει πρόσβαση στην υγεία, συγκριτικά με το εισόδημά του.

Επιπλέον, δε θα πρέπει να παραβλέπεται το πόσο μεγάλη σημασία έχει να προαχθεί η υγεία και η πρόληψη των διαφόρων ασθενειών και πόσο εξίσου σημαντικό είναι να μην υπάρχει ανοχή στην ελλιπή, μη ασφαλή και κακής ποιότητας φροντίδα. Η έλλειψη και η άνιση διανομή εργαζομένων στον τομέα της υγείας πρέπει να αντιμετωπισθεί και να υπάρξει άμεση δράση για τη συνεχή αύξηση του κόστους που απαιτείται για την κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και μέσω αντιστάθμισης ασθενειών όπως φάρμακα και εμβόλια. (WHO&UNISEF,2018)

#### 2.4. ΟΙ ΔΕΣΜΕΥΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗΣ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ

Η Διακήρυξη δεσμεύεται για:

- Ορθές επιλογές σε πολιτικό επίπεδο για την διατήρηση της υγεία σε όλους τους τομείς

Επαναβεβαιώνεται πως ο βασικός σκοπός των κυβερνήσεων είναι η προστασία του δικαιώματος του καθενός στην απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας και πρέπει να αποτελεί ευθύνη της κάθε κυβέρνησης. Σκοπός είναι να προωθήσουν την πολυτομεακή δράση και την Καθολική Κάλυψη Υγείας, με τη συμμετοχή των σχετικών ενδιαφερομένων και την ενδυνάμωση της ΠΦΥ των τοπικών κοινοτήτων. Προκειμένου να μη μείνει κανένας πίσω στην επίτευξη της Υγείας για Όλους, είναι απαραίτητο να αντιμετωπισθούν οι συγκρούσεις

συμφερόντων, να προαχθεί η διαφάνεια, να αποφευχθούν ή να μετριασθούν οι συγκρούσεις που υπονομεύουν τα συστήματα υγείας.

Σημαντικό, επίσης, είναι να επεκταθεί η ΠΦΥ ως πυλώνας της καθολικής κάλυψης υγείας σε απαιτητικές καταστάσεις, παρέχοντας αδιάκοπα περίθαλψη και βασικές υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με ανθρωπιστικές αρχές. Βασική προϋπόθεση αποτελεί το να είναι διαθέσιμοι και κατάλληλοι οποιασδήποτε μορφής πόροι, ανθρωπίνου και άλλοι, έτσι ώστε να ενισχυθεί η ΠΦΥ. Το παράδειγμα των Κυβερνήσεων που έχουν επιδείξει ισχυρή υποστήριξη στην ΠΦΥ, στόχος είναι να ακολουθηθεί από ακόμα περισσότερες. (WHO&UNISEF,2018)

➤ Τη δημιουργία βιώσιμης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η ΠΦΥ θα εφαρμοστεί με βάση το εκάστοτε νομοθετικό πλαίσιο κάθε χώρας και τις προτεραιότητες αυτής. Στόχος είναι να ενδυναμωθούν τα συστήματα υγείας επενδύοντας στην ΠΦΥ. Να ενισχυθούν δηλαδή η προσβασιμότητα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και οι υποδομές της και να ιεραρχηθούν οι βασικές λειτουργίες της δημόσιας υγείας.

Προκύπτει πως είναι αδήριτη ανάγκη, να υπάρξει πρόληψη των ασθενειών και προαγωγή της υγείας που θα στοχεύει στην κάλυψη των αναγκών υγείας στο σύνολο της ζωής των ανθρώπων, κάνοντας χρήση ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας (εμβολιασμός, πρόληψη, υπηρεσίες υποστήριξης της μητέρας και του παιδιού, της ψυχικής, σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας).(WHO&UNISEF,2018)

Τέλος , δεσμεύεται πως θα γίνουν προσπάθειες να αποφευχθεί ο κατακερματισμός και να διασφαλιστεί ένα λειτουργικό σύστημα παραπομπής μεταξύ πρωτοβάθμιας και λοιπών επιπέδων φροντίδας. (WHO&UNISEF,2018)

➤ Την ενδυνάμωση ατόμων και κοινοτήτων.

Σημαντικό ρόλο στην επίτευξη των στόχων της Διακήρυξης διαδραματίζει η συμμετοχή ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων και της κοινωνίας των πολιτών στην

*Η Διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών και σχεδίων που έχουν αντίκτυπο στην υγεία. Ένας επιπλέον στόχος προς υλοποίηση είναι να προωθηθεί ο αλφαριθμητισμός και η παροχή αξιόπιστων πληροφοριών υγείας, ώστε να ικανοποιούνται οι προσδοκίες τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο.. Ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζει η υποστήριξη των ανθρώπων προκειμένου να αποκτήσουν τους απαραίτητους πόρους, τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται για την υγείας τους ή την υγεία εκείνων τους οποίους φροντίζουν, με καθοδήγηση από επαγγελματίες υγείας. Δέσμευση αποτελεί η προώθηση της αλληλεγγύης, της ηθικής και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. (WHO&UNISEF,2018)

- Την ομαλή διάδραση των ενδιαφερομένων με τις εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια.

Η Διακήρυξη καλεί το σύνολο των μερών που ενδιαφέρονται (ασθενείς, φροντιστές, επαγγελματίες υγείας, ακαδημαϊκό κόσμο, πολίτες, φορείς, ταμεία, θρησκευτικούς οργανισμούς κ.α.) να προσαρμοστούν με τις εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια που έχουν ως επίκεντρο τον άνθρωπο και να δραστηριοποιηθούν συνολικά για την επίτευξη ισχυρότερης και βιώσιμης ΠΦΥ.

Η υποστήριξη των ενδιαφερομένων μπορεί να βοηθήσει τις χώρες να κατευθύνουν επαρκείς ανθρώπινους, τεχνολογικούς, οικονομικούς και πληροφοριακούς πόρους στην ΠΦΥ. Κατά την εφαρμογή της παρούσας Διακήρυξης, οι χώρες και τα ενδιαφερόμενα μέρη καλούνται να συνεργαστούν με πνεύμα συνεργασίας, να ανταλλάξουν γνώσεις και καλές πρακτικές με πλήρη σεβασμό στην εκάστοτε κυβέρνηση και τα ανθρώπινα δικαιώματα. (WHO&UNISEF,2018)



## 2.5. ΜΕΣΑ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΒΙΩΣΙΜΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη τα μέσα τα οποία θα οδηγήσουν στην επιτυχία της ΠΦΥ είναι:

- Γνώση και ανάπτυξη ικανοτήτων.

Είναι αναγκαία η χρήση επιστημονικών και εμπειρικών γνώσεων, για την ενίσχυση της ΠΦΥ, τη βελτίωση των αποτελεσμάτων και την εξασφάλιση πρόσβασης όλων των ατόμων στη σωστή φροντίδα την κατάλληλη στιγμή και στο καταλληλότερο επίπεδο φροντίδας. Επιπλέον η ανάπτυξη των γνώσεων και των ικανοτήτων είναι αναγκαία προκειμένου να εξασφαλιστεί ο σεβασμός των δικαιωμάτων και των αναγκών, η αξιοπρέπεια καθώς και η βελτίωση του συνόλου των παροχών υπηρεσιών υγείας και φροντίδας. (WHO&UNISEF,2018)

- Ανθρώπινο δυναμικό για την υγεία.

Κρίθηκε , επιπλέον, απαραίτητο να δημιουργηθούν αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας και κατάλληλη αποζημίωση για επαγγελματίες υγείας και λοιπό υγειονομικό προσωπικό, οι οποίοι εργάζονται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προκειμένου να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις εκάστοτε ανάγκες υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να συνεχιστεί η επένδυση στην εκπαίδευση, την κατάρτιση, τις προσλήψεις, τα κίνητρα, την ανάπτυξη των δεξιοτήτων και τη διατήρηση του κατάλληλου εργατικού δυναμικού της ΠΦΥ.

Εξίσου σημαντικό είναι να διατηρηθεί και να αυξηθεί , εφόσον είναι αναγκαίο, το εργατικό δυναμικό της ΠΦΥ σε απομακρυσμένες και λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές. (WHO&UNISEF,2018)

- Τεχνολογία.

Υποστηρίζεται η διεύρυνση και η επέκταση της πρόσβασης σε μια σειρά από υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που αφορούν τη χρήση ιατρικών μέσων τα

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

οποία είναι ποιοτικά, ασφαλή, αποτελεσματικά και οικονομικά, όπως κατάλληλα φάρμακα, εμβόλια, διαγνωστικά μέσα και άλλες τεχνολογίες.

Αναγκαία κρίνεται ακόμα η πλήρης προσβασιμότητά τους και η ορθολογική και ασφαλής χρήση τους καθώς επίσης και η προστασία των προσωπικών δεδομένων. Μέσω της προόδου στα πληροφοριακά συστήματα μπορεί να επιτευχθεί η συλλογή κατάλληλα ομαδοποιημένων και υψηλής ποιότητας δεδομένων και να βελτιωθεί η συνέχεια της ενημέρωσης, η διαφάνεια και παρακολούθηση της πορείας του συστήματος υγείας. Ένα πλήθος τεχνολογιών μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση στις ποιοτικές και ασφαλείς υπηρεσίες υγείας και να εμπλουτίσει την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Μέσω του συνόλου των παρεχόμενων τεχνολογιών, άτομα και κοινότητες μπορούν να εντοπίζουν τις ανάγκες υγείας τους, να λάβουν μέρος στον προγραμματισμό και την παροχή των υπηρεσιών και να διατηρήσουν τη δική τους υγεία και ευημερία. (WHO&UNISEF,2018)

- Χρηματοδότηση.

Η Διακήρυξη της Αστάνα κάλεσε το σύνολο των χωρών να μη σταματήσουν τις επενδύσεις που αφορούν στην ΠΦΥ. Αναφέρθηκε στην αναποτελεσματικότητα και τη μη ύπαρξη ισότητας που προκαλούν οικονομικές δυσκολίες κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Μέσω της διασφάλισης ορθότερης κατανομής των πόρων που αφορούν την υγεία, επαρκούς χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κατάλληλων συστημάτων αποζημίωσης μπορούν να επιτευχθούν καλύτερα αποτελέσματα.

Για την οικονομική βιωσιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την ανθεκτικότητα των εθνικών συστημάτων υγείας (συμπεριλαμβανομένων εκείνων που βρίσκονται σε εύθραυστες καταστάσεις ) σε όλη τη συνέχεια της φροντίδας είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί κατάλληλη κατανομή των πόρων για την ΠΦΥ με βάση το εκάστοτε εθνικό πλαίσιο. (WHO&UNISEF,2018)

## 2.6. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όλοι οι άνθρωποι παγκοσμίως πρέπει να έχουν το δικαίωμα της πρόσβασης στην ολοκληρωμένη και ορθή φροντίδα, ακριβώς στην κοινότητά τους. Αυτή αποτελεί τη βασικότερη προϋπόθεση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης.(WHO, πρόσβαση: Ιούνιος 2022)

Οι βασικές αρχές της ΠΦΥ, σύμφωνα με τα συμπεράσματα της Διακήρυξης της Ασάνα είναι:

- **Δίκαιη κατανομή**

Βασικός στόχος ο οποίος ανανεώθηκε σύμφωνα με τη διακήρυξη της Ασάνα ήταν να εστιάσουμε την παγκόσμια προσοχή μας για άλλη μια φορά στις ανισότητες στον τομέα της υγείας και στην προσπάθεια επίτευξης ενός αποδεκτού επιπέδου υγείας, ισότιμα κατανεμημένο σε όλο τον κόσμο. Αν και ο στόχος της «υγείας για όλους» παρέμενε ανεκπλήρωτος μέχρι τότε σε μεγάλο μέρος του κόσμου, υπήρχαν ήδη χώρες με πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εμπνευσμένες από την Άλμα Άτα με ισχυρές ενδείξεις για καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία του πληθυσμού και μειωμένες ανισότητες και με χαμηλότερο κόστος.. (WalravenG., 2019)

- **Συμμετοχή Τοπικής Κοινωνίας**

Ακόμα και σε χώρες με υψηλά εισοδήματα, η συμμετοχή της κοινότητας δεν θεωρείται ακόμη δεδομένη. (McEvoyR, TierneyE,2019)

Η κοινοτική συμμετοχή κατέχει εξέχοντα ρόλο στην παγκόσμια συζήτηση για την ΠΦΥ και οι περισσότεροι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής αποδέχτηκαν την έννοια ως σημαντικό στοιχείο για τον ορθό σχεδιασμό συστημάτων υγείας.(RifkinSB.,2014)

Ωστόσο, η θεσμοθέτηση της κοινοτικής συμμετοχής στην πράξη έχει αποδειχθεί πιο δύσκολη. Μια ανάλυση,η οποία είχε πραγματοποιηθεί στην Αυστραλία, των απόψεων των παρόχων υπηρεσιών ΠΦΥ αποκάλυψε ότι τα πιο συχνά αναφερόμενα εμπόδια στη συμμετοχή της κοινότητας ήταν ο προϋπολογισμός και έλλειψη ευελιξίας στην παροχή υπηρεσιών.(FreemanT, BaumFE, 2016)

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

- **Διατομεακός συντονισμός και επικοινωνία**

Ο διατομεακός συντονισμός της φροντίδας είναι η εμπλοκή με τις δραστηριότητες που προωθούν την παροχή εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης φροντίδας με στόχο τη συνέχεια της φροντίδας. Μερικές από τις προκλήσεις που προκύπτουν κατά την υλοποίησή του είναι ο μη ολοκληρωμένος ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, τα χαμηλά επαγγελματικά προσόντα, η άγνοια του ρόλου της ΠΦΥ τόσο από τους εργαζομένους όσο και από τους ασθενείς και τους φροντιστές τους αλλά και η την εύθραυστη επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων υπηρεσιών. Αυτός ο τρόπος οργάνωσης των συστημάτων μπορεί να αποφέρει οφέλη όσον αφορά την ισότητα, την προσβασιμότητα, την κλινική και υγειονομική αποτελεσματικότητα, την οικονομική αποδοτικότητα και να οδηγήσει σε ολοκληρωμένα δίκτυα φροντίδας. (PedreiraRibeiroS., TavaresCavalcantiM.,2020)

- **Κατάλληλη τεχνολογία**

Η Διακήρυξη της Αστάνα είχε ως στόχο να ενισχύσει τον ρόλο της τεχνολογίας ως βασικό εργαλείο για την επίτευξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας καλής ποιότητας. (HalderA, VijayselviR,2015)

Οι τεχνολογικές καινοτομίες βελτιώνουν τους τρόπους παρακολούθησης των διαδικασιών, τα πρότυπα συνταγογράφησης και την αντίληψη του κοινού. Οι διαγνωστικές εξετάσεις των οποίων τα αποτελέσματα βγαίνουν γρήγορα επιτρέπουν στους γιατρούς να συνταγογραφήσουν συγκεκριμένα αντιβιοτικά αντί για αντιβιοτικά ευρέου φάσματος και να γίνει διάκριση μεταξύ ιικών και βακτηριακών λοιμώξεων. (AxminarayanR, DuseA,2013)

Για τους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε απόσταση από θεραπευτικά κέντρα σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η τηλεϊατρική. Η παροχή ιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας μέσω της τηλεϊατρικής αποβλέπει :

-στην ανταλλαγή έγκυρης πληροφορίας για ιατρική διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία ασθενειών και τραυμάτων

-στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικού προσωπικού

*Η διακήρυξη της Ασάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

-στην έρευνα και αξιολόγηση κλινικών ευρημάτων

-στη βελτίωση της υγείας των ατόμων της κοινωνίας (Πιερράκος,2008)

Έχει ενδιαφέρον να αναφέρουμε πως σε απομακρυσμένες περιοχές, οι εφαρμογές για κινητά μπορούν να καλύψουν μια σειρά από σημαντικές ανάγκες υγείας. Το BugWise για παράδειγμα, μια εφαρμογή που κυκλοφόρησε στη Νότια Αφρική στα τέλη του 2017, παρέχει στους ασθενείς πληροφορίες για τη διάγνυσή τους, την κατάλληλη χρήση φαρμάκων και τη σωστή πρόληψη. Επιπλέον, οι γιατροί μπορούν να εισαγάγουν τα χαρακτηριστικά και τα συμπτώματα ενός ασθενούς για να λάβουν καθοδήγηση σχετικά με τη διάγνυσή τους και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. (WHO, 2018)

- **Αποκέντρωση**

Η αποκεντρωμένη περιφερειακή πολιτική ασκείται από τις περιφερειακές ή τοπικές αρχές και αναφέρεται σε συγκεκριμένες περιοχές ή περιφέρειες. Σε αντίθεση με την Κεντρική περιφερειακή πολιτική, που αποτελεί αποκλειστικά κρατική πολιτική και ασκείται στο σύνολο του εθνικού χώρου, η αποκεντρωμένη πολιτική είναι ικανή να αναλύσει καλύτερα τις τοπικές ιδιαιτερότητες και να οδηγήσει στον αποτελεσματικό χειρισμό των τοπικών προβλημάτων. Κατά την άσκησή της χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στα προβλήματα υποχώρησης των κοινωνικών πολιτικών και στις τάσεις δημιουργίας περιφερικών ανισοτήτων. (Πιερράκος,2008)

Αυτές οι εγκαταστάσεις υγείας είναι νομικά πρόσωπα με διοικητική και οικονομική αυτονομία και θα πρέπει να οργανωθούν σε λειτουργικές μονάδες ώστε να συνδέονται μεταξύ τους σύμφωνα με ένα δικτυωμένο μοντέλο εργασίας. Ο στόχος είναι να γίνει η διαχείριση πιο ευέλικτη, φέρνοντάς την πιο κοντά στους επαγγελματίες του τομέα και, ως εκ τούτου, να γνωρίσουν καλύτερα τις ανάγκες του πληθυσμού, όπως η ενίσχυση της σχέσης με τους χρήστες και η βελτίωση της πρόσβασης, καθώς επίσης και να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες συγκεκριμένων πληθυσμών. (Luis Pisco , Luiz Felipe Pinto,2019)

*Η διακήρυξη της Ασάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

## 2.7. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Για την εξασφάλιση της επιτυχίας της ΠΦΥ πρέπει να λάβουμε υπόψη τουλάχιστον πέντε παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση σε αυτή :

(α) Διαθεσιμότητα: Πρέπει να υπάρχει δυνατότητα παροχής ιατρικής περίθαλψης και φροντίδας προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ανθρώπων

(β) Επάρκεια και Συνέχεια: Η παροχή των διαθέσιμων υπηρεσιών πρέπει να είναι επαρκής και συνεχής ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες και οι απαιτήσεις μιας κοινότητας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής των ατόμων.

(γ) Προσβασιμότητα: Οι υπηρεσίες πρέπει να είναι αποτελεσματικά διαθέσιμες προς χρήση και εύχρηστες. Το σύνολο των υπηρεσιών δεν αρκεί μόνο να είναι προσβάσιμο γεωγραφικά αλλά και οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά.

(δ) Οικονομική Βιωσιμότητα: Η ύπαρξη συστημάτων χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη ώστε οι άνθρωποι να μην υποφέρουν από οικονομικές δυσκολίες κατά τη χρήση τους .

(ε) Καταλληλότητα: Οι διαθέσιμες υπηρεσίες πρέπει να σχετίζονται απόλυτα με τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού , ώστε να διασφαλίζεται ότι ο πληθυσμός αυτός θα έχει πρόσβαση σε θετικά αποτελέσματα υγείας. Με άλλα λόγια, οι διαθέσιμοι υγειονομικοί πόροι θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων. (SouliotisK., HasardzhievS., AgapidakiE., 2016)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ**

### ***ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ***

#### **3.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Σε πολλές χώρες, η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση των μακροχρόνιων ασθενειών και η συννοσηρότητα άλλων ασθενειών επιβαρύνουν σε μεγάλο βαθμό τα εκάστοτε συστήματα υγειονομικής περίθαλψης τα οποία καλούνται να αγωνιστούν και να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις αυξανόμενες απαιτήσεις για φροντίδα. Η συνολική επίδραση ενός αριθμού κοινωνικών, δημογραφικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών αλλαγών καθώς και οι αυξανόμενες προσδοκίες περίθαλψης έχουν θέσει νέες απαιτήσεις σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας

Η παροχή φροντίδας απαιτείται να είναι προληπτική, περιεκτική, συνεχής και επικεντρωμένη στη συγκεκριμένη ασθένεια και να βασίζεται στις ορθές σχέσεις μεταξύ ασθενών και παρόχων φροντίδας οι οποίες έχουν ως απώτερο σκοπό τη βελτίωση της αυτοφροντίδας των ασθενών αυτών.

Η «Ολοκληρωμένη φροντίδα» έχει ως επίκεντρο τον ασθενή, το οικογενειακό του περιβάλλον και την κοινότητα προσφέροντας συντονισμένα ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στο σύνολο της ζωής του ασθενούς. (Shaw S, Rosen R, Rumbold B., 2011).

Στόχος της είναι να αντιμετωπιστεί ο κατακερματισμός των υπηρεσιών και να εξασφαλιστεί η συνέχεια στην παρεχόμενη φροντίδα. Ο όρος αυτός αντικατοπτρίζει την ανησυχία για την καλύτερη εμπειρία κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και

*Η διακήρυξη της Ασάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

την επίτευξη μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας. (Shaw S, Rosen R, Rumbold B., 2011).

Ολοκληρωμένη φροντίδα σημαίνει διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικούς ανθρώπους. Προκειμένου να επιτευχθεί η ολοκληρωμένη φροντίδα απαιτείται όσοι ασχολούνται με το σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών να έχουν ως επίκεντρο τον ασθενή ο οποίος αποτελεί βασικό οργανωτή της παροχής υπηρεσιών. (Shaw S, Rosen R, Rumbold B.,2011)

### 3.2.ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ολοκληρωμένη φροντίδα δεν εξελίσσεται φυσικά - πρέπει να καλλιεργηθεί.

Η ολοκληρωμένη φροντίδα δεν φαίνεται να εξελίσσεται ως φυσική απάντηση στις αναδυόμενες ανάγκες φροντίδας σε οποιοδήποτε σύστημα φροντίδας.

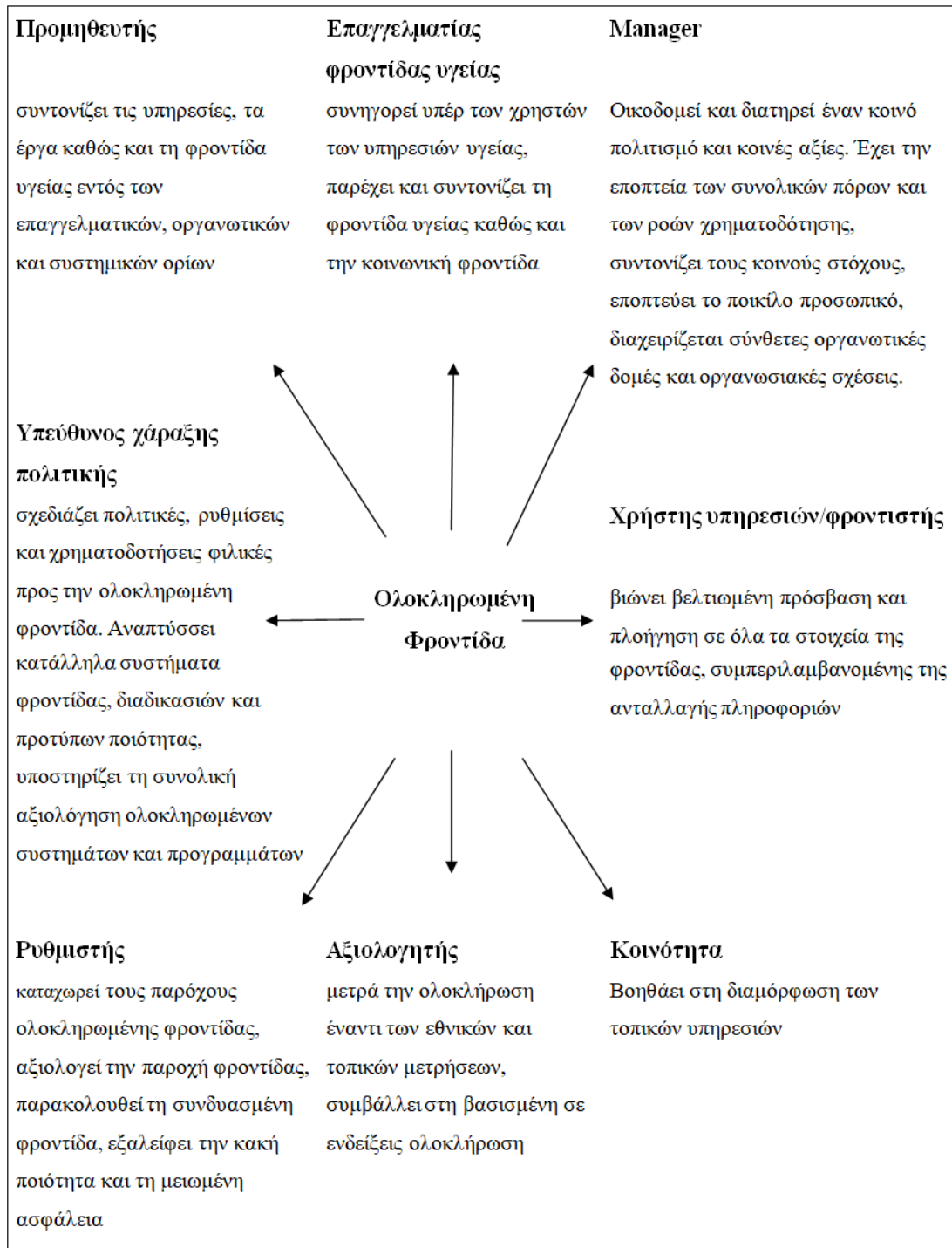
Η επίτευξη των πλεονεκτημάτων της ολοκληρωμένης φροντίδας απαιτεί ισχυρή ηγεσία, επαγγελματική δέσμευση και καλή διαχείριση. Τα συστημικά εμπόδια στην ολοκληρωμένη φροντίδα πρέπει να αντιμετωπιστούν προκειμένου αυτή να γίνει πραγματικότητα. (Ham C., 2011)

Στο σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι οπτικές διαμόρφωσης της ολοκληρωμένης φροντίδας.



Η διακήρυξη της Ασάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.

ΣΧΗΜΑ 1: Οπτικές Διαμόρφωσης Ολοκληρωμένης Φροντίδας



Πηγή: Shaw S, Rosen R, Rumbold B.,2011

*Η διακήρυξη της Ασάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

### 3.3. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η Ολοκληρωμένη Φροντίδα σύμφωνα με τον ΠΟΥ είναι:

- **Περιεκτική** - η παροχή φροντίδας είναι ολοκληρωμένη και προσαρμοσμένη στις εξελισσόμενες ανάγκες υγείας και τις προσδοκίες των ανθρώπων, με δέσμευση για καθολική κάλυψη υγείας
- **Δίκαιη** - η παροχή φροντίδας που είναι προσβάσιμη και διαθέσιμη σε όλους.
- **Αειφόρος** - η παροχή όταν είναι αποτελεσματική, συμβάλλει στην αειφόρο ανάπτυξη.
- **Συντονισμένη** - προκειμένου να διασφαλιστεί ότι η φροντίδα ενσωματώνεται στις ανάγκες των ανθρώπων.
- **Συνεχής** - προκειμένου να παρέχει φροντίδα και υπηρεσίες σε όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου.
- **Ολιστική** – διασφαλίζει ότι η φροντίδα λαμβάνει υπόψη τη σωματική, ψυχική και συναισθηματική ευημερία των ανθρώπων, καθώς και την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση
- **Προληπτική** – αντιμετωπίζει τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της “κακής” υγείας μέσω δράσης εντός και μεταξύ τομέων που προωθούν τη δημόσια υγεία
- **Ενδυναμωτική** - υποστηρίζει τους ανθρώπους προκειμένου να διαχειριστούν τη δική τους υγεία και να πάρουν την ευθύνη για αυτή.
- **Προσανατολισμένη στο στόχο** - για να διασφαλιστεί ότι η φροντίδα είναι προσανατολισμένη στο στόχο σε ότι αφορά τη λήψη αποφάσεων από τους ανθρώπους σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
- **Με Σεβασμό** – προκειμένου να παρέχει φροντίδα η οποία σέβεται την αξιοπρέπεια των ανθρώπων, τις κοινωνικές περιστάσεις και τον πολιτισμό
- **Βασισμένη στη Συνεργασία** - προκειμένου να παρέχει φροντίδα η οποία υποστηρίζει την οικοδόμηση σχέσεων, την ομαδική εργασία και τη συνεργατική πρακτική σε όλες τις υπηρεσίες και τους τομείς

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

- **Βασισμένη στη Διακυβέρνηση μέσω κοινής λογοδοσίας** - για να διασφαλιστεί ότι θα πραγματοποιείται έκθεση στην κοινότητα για την ποιότητα των αποτελεσμάτων της περίθαλψης και της υγείας
- **Βασισμένη σε Τεκμηριωμένα στοιχεία** - για να διασφαλιστεί ότι οι πολιτικές και οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται προέρχονται από στοιχεία τα οποία έχουν αξιολογηθεί και έχουν επιφέρει αποτελέσματα.
- **Ηθική**-σέβεται το δικαίωμα του ατόμου να λάβει αποφάσεις, να προστατευτεί το απόρρητο και να διασφαλίζει τη δίκαιη κατανομή των πόρων. (WHO, 2018)

### 3.4. ΒΑΣΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Ολοκληρωμένη περίθαλψη μεταξύ υπηρεσιών υγείας, κοινωνικών υπηρεσιών και άλλων παρόχων φροντίδας (οριζόντια ολοκλήρωση)
- Ολοκληρωμένη περίθαλψη σε πρωτοβάθμια, κοινότητα, νοσοκομείο και υπηρεσίες τριτοβάθμιας φροντίδας (κάθετη ολοκλήρωση)
- Ολοκληρωμένη περίθαλψη σε έναν τομέα (π.χ., στην ψυχική υγεία μέσω πολυεπαγγελματικών ομάδων ή δικτύων)
- Ολοκληρωμένη φροντίδα μέσω προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών
- Ολοκληρωμένη φροντίδα μεταξύ παρόχων και ασθενών προς υποστήριξη της κοινής λήψης αποφάσεων και της αυτοδιαχείρισης.
- Ολοκληρωμένη περίθαλψη μεταξύ δημόσιας υγείας, προσεγγίσεων βάσει πληθυσμού και επικεντρωμένων στον ασθενή προσεγγίσεων στην υγειονομική περίθαλψη (Goodwin N., Smith J., 2011)

Αυτές αποτελούν τις πιο φιλόδοξες μορφές της ολοκληρωμένης φροντίδας, δεδομένου ότι επικεντρώνονται στις πολλαπλές ανάγκες ολόκληρων πληθυσμών και όχι μόνο σε ομάδες φροντίδας ή ασθένειες.

### 3.5. ΣΤΟΧΟΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Η ολοκληρωμένη φροντίδα έχει ως στόχο να διασφαλίσει κάθε άτομο όπου τα κενά στη φροντίδα, ή ο κακός συντονισμός της, το οδηγούν σε αρνητικές επιπτώσεις στις εμπειρίες φροντίδας και σε λάθος αποτελέσματα αυτής.
- Η ολοκληρωμένη φροντίδα έχει ως στόχο να διασφαλίσει αδύναμους ηλικιωμένους, όσους ζουν με μακροχρόνιες και ψυχικές ασθένειες αλλά και όσους έχουν ιατρικά περίπλοκες ανάγκες ή ανάγκες που απαιτούν επείγουσα φροντίδα.
- Η ολοκληρωμένη φροντίδα έχει ως στόχο να διασφαλίσει το σύνολο του πληθυσμού που τη χρειάζεται λαμβάνοντας υπόψη τις ολιστικές ανάγκες των ασθενών. (Goodwin N., Smith J., 2011)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ**

### ***ΜΟΝΤΕΛΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ***

#### **4.ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ**

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά στα διάφορα μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας που αφορούν:

(α) εξατομικευμένες περιπτώσεις, (β) μοντέλα για συγκεκριμένες ομάδες και ασθένειες, (γ) μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας που βασίζονται στον πληθυσμό.

Πιο συγκεκριμένα:

#### **4.1. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Τα μοντέλα αυτά ασχολούνται με τον συντονισμό της φροντίδας για κάθε ασθενή ξεχωριστά καθώς και με τα άτομα τα οποία έχουν αναλάβει τη φροντίδα τους. Η κατάσταση της υγείας των ασθενών αυτών, χαρακτηρίζεται υψηλού κινδύνου και με πολλαπλές συννοσηρότητες. Τα εξατομικευμένα μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας αποσκοπούν στη διευκόλυνση της κατάλληλης παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και στην εξάλειψη του κατακερματισμού μεταξύ των διαφόρων παρόχων, καθώς αυτοί συντονίζονται μεταξύ τους ,προκειμένου η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας να είναι παρούσα στο σύνολο της ζωής των ασθενών (Bodenheimer T,2008). Παρακάτω περιγράφονται κάποια από τα πιο σημαντικά παραδείγματα της κατηγορίας αυτής.

##### **4.1.1. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

Σκοπός της διαχείρισης των περιπτώσεων είναι να οριστεί ένας διαχειριστής περιπτώσεων προκειμένου να επιτευχθεί ο συντονισμός της φροντίδας του εκάστοτε ασθενούς . (Boaden R, Dusheiko M,2006). Τα βασικά στοιχεία της διαχείρισης περιπτώσεων περιλαμβάνουν:

*Η διακήρυξη της Ασάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

- την επιλογή ασθενών που ταιριάζουν σε αυτό το μοντέλο φροντίδας (π.χ. με συννοσηρότητα , με τακτικές εισαγωγές στο νοσοκομείο κα.)
- τον καθορισμό εξατομικευμένης φροντίδας
- την συστηματική παρακολούθηση της υγείας των ασθενών
- την αναπροσαρμογή των σχεδίων φροντίδας εάν χρειάζεται.

(Singh D, Ham C, 2006).

Στόχος:

- μείωση του αριθμού των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο
- αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών (Curry N, Ham C, 2010).

#### 4.1.2. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΑ ΣΧΕΔΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Στόχος του μοντέλου αυτού είναι η διαμόρφωση πιο εξατομικευμένης ολοκληρωμένης φροντίδας η οποία θα διέπεται από στόχους.

Βασικά χαρακτηριστικά του αποτελούν:

- Τα κοινά σχέδια φροντίδας όπου οι ρόλοι επαγγελματιών υγείας και ασθενών θα διατυπώνονται με ακρίβεια.
- Η διατήρηση πληροφοριών που θα μπορέσουν να χρησιμοποιηθούν μελλοντικά για τη φροντίδα ενός συγκεκριμένου ασθενούς. (Goodwin N, Lawton-Smith S., 2010).

Μέσα επίτευξης αποτελούν:

- Η χρήση της πληροφορικής τόσο στην ανάπτυξης των σχεδίων όσο και στην απόκτηση πρόσβασης σε αυτά από τους ενδιαφερόμενους.
- Οι αξιολογήσεις και αναθεωρήσεις κατά την ανάπτυξη των σχεδίων προκειμένου αυτά να επιφέρουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Ακριβώς όπως στη διαχείριση των περιπτώσεων, έτσι και εδώ, απαιτείται κόπος και το σύνολο των απαιτούμενων δαπανών των σχεδίων αυτών είναι μεγάλο. Επομένως, χρειάζονται σαφή κριτήρια επιλογής των ασθενών οι οποίοι, μαζί με τους φροντιστές

*Η διακήρυξη της Ασάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

και τους παρόχους, θα πρέπει να κατέχουν και να κατανοούν το σχέδιο πλήρως.  
(Curry N, Ham C, 2010)

#### 4.1.3. ΑΣΘΕΝΟΚΕΝΤΡΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

Τα ασθενοκεντρικά ιατρικά ιδρύματα γνωστά και ως κέντρα ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουν δημιουργηθεί στις ΗΠΑ ως μέσο για την ανανέωση του τρόπου που οργανώνεται και παρέχεται η ΠΦΥ. Τα ιδρύματα αυτά αποτελούν μια ιατρο - κατευθυνόμενη ομαδική πρακτική, που έχει ως στόχο την παροχή φροντίδας η οποία: είναι εύκολα προσβάσιμη, ολοκληρωμένη, επικεντρωμένη στον ασθενή, ποιοτική, ασφαλής, διέπεται από συνέχεια, είναι διαθέσιμη τόσο σε επίπεδο οικογένειας όσο και σε κοινοτικό επίπεδο και αναθέτει τους ασθενείς σε συγκεκριμένα ιατρικά κέντρα και γιατρούς (Curry N, Ham C, 2010).

Επομένως, τα κέντρα αυτά πρέπει να θεωρούνται ως ένα περιβάλλον ολοκληρωμένου μοντέλου οργάνωσης, όπου παρέχονται οι βασικές λειτουργίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. (Agency for Healthcare Research and Quality)

#### 4.1.4. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΙ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ ΥΓΕΙΑΣ

Οι προσωπικοί προϋπολογισμοί είναι βασισμένοι στην πεποίθηση πως ο συντονισμός της φροντίδας είναι εύκολο να επιτευχθεί πιο αποτελεσματικά από τον ίδιο τον ασθενή, παρέχοντας σε αυτόν, σε ό, τι αφορά τη διαχείριση της φροντίδας του, περισσότερη αυτονομία. Συνεπώς, αποτελεί πρότυπο ολοκληρωμένης φροντίδας. Τα μοντέλα αυτά έχουν ήδη εφαρμοσθεί στις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο στον τομέα των μακροχρόνιων κατ' οίκον και κοινοτικών υπηρεσιών (Alakeson V, 2008) ενώ τα τελευταία χρόνια εφαρμόζονται επίσης σε χώρες όπως η Αυστρία, η Γερμανία και η Νορβηγία (Curry N, Ham C, 2010).

Το μοντέλο βασίζεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς αναλαμβάνουν οι ίδιοι τη διαδικασία του προϋπολογισμού, συντονίζοντας με αυτόν τον τρόπο πιο αποτελεσματικά τη φροντίδα τους σύμφωνα με τις ανάγκες και τους διαθέσιμους πόρους τους (Glasby J, Littlechild R., 2016). Τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων του μοντέλου αυτού παρουσιάζουν πολύ υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των

ενδιαφερομένων, ιδίως μεταξύ των νεότερων ασθενών με αναπηρίες (Carlson BL, Foster L, Dale SB, Brown R., 2007).

Επιπροσθέτως, λόγω της καλύτερης συνέχειας στη φροντίδα, έχει παρατηρηθεί μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην παρεχόμενη φροντίδα. Παρόλα αυτά, ένα σημαντικό πρόβλημα το οποίο προκύπτει είναι πως οι ασθενείς και οι φροντιστές τους επιβαρύνονται με ένα πλήθος διοικητικών υποχρεώσεων και κινδύνου και απαιτείται από αυτούς η ικανότητα να διαχειριστούν και να αξιολογήσουν επαρκώς την κατάσταση αυτή (Jones K, 2010).

## 4.2. ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Κάποια από τα σημαντικότερα μοντέλα για ειδικές ομάδες ασθενών και ασθένειες παγκοσμίως είναι τα εξής:

### 4.2.1. ΜΟΝΤΕΛΟ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Είναι γενικά παραδεκτό πως τα τελευταία χρόνια καταγράφεται έξαρση των χρόνιων ασθενειών. Παρόλα αυτά φαίνεται πως οι άνθρωποι που νοσούν από αυτές τείνουν να ζουν περισσότερο από ό, τι στο παρελθόν. Γι αυτό ευθύνονται σε σημαντικό βαθμό οι εξελίξεις στον τομέα της υγείας και της τεχνολογίας.

Στο Μοντέλο Μακροχρόνιας Φροντίδας δίνεται έμφαση στη:

1. Σύνδεση ενημερωμένων και δραστήριων ανθρώπων σε μακροχρόνιες συνθήκες με ενεργές ομάδες επαγγελματιών.
2. Παροχή συντονισμένης διατομεακής φροντίδας.
3. Κάλυψη των αναγκών των ασθενών χρησιμοποιώντας τρέχοντα δεδομένα της ασθένειάς τους.
4. Άμεση ενημέρωση ενδιαφερομένων.
5. Καταγραφή δεικτών.
6. Αποτελεσματική εφαρμογή θεραπευτικών στρατηγικών στη διαχείριση της φροντίδας. (Πιερράκος Γ.,2013)



Η διακήρυξη της Ασάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.

Το μοντέλο μακροχρόνιας φροντίδας αποτελείται από τους εξής βασικούς παράγοντες:

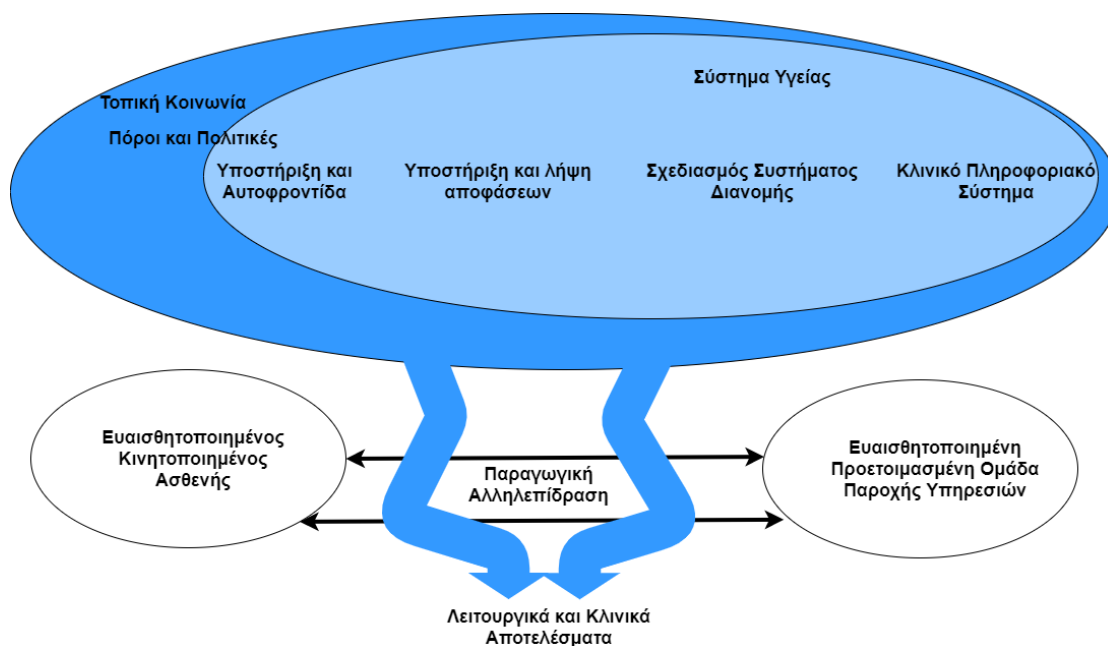
Εξωτερικοί:

1. Τοπική κοινωνία
2. Πόροι και πολιτικές του συστήματος

Εσωτερικοί:

3. Υποστήριξη της αυτοφροντίδας
4. Υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων
5. Σχεδιασμός συστήματος διανομής
7. Κλινικό πληροφοριακό σύστημα (Πιερράκος Γ.,2013)

ΣΧΗΜΑ 2: Ολοκληρωμένο Μοντέλο Μακροχρόνιας Φροντίδας Ασθενών



Πηγή : (Wagner EH., 1999)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ανάλυση Ολοκληρωμένου Μοντέλου Μακροχρόνιας Φροντίδας Ασθενών

<u>Τομέας</u>	<u>Σκοπός/Περιγραφή</u>	<u>Στρατηγικές</u>
Τοπική κοινωνία	Συμμετοχή κοινωνικών μέσων για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών	<ul style="list-style-type: none"><li>• Προτροπή των ασθενών για συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα</li><li>• Συνεργασίες με κοινοτικές ομάδες για κάλυψη σημαντικών κενών στις απαραίτητες υπηρεσίες</li><li>• Ανεύρεση πολιτικών για την βελτίωση των υπηρεσιών που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών</li></ul>
Πόροι και πολιτικές του συστήματος	Στρατηγική υποστήριξη του συστήματος για την ενίσχυση της ΠΦΥ	<ul style="list-style-type: none"><li>• Προτροπή των ασθενών για συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα</li><li>• Συνεργασίες με κοινοτικές ομάδες για κάλυψη σημαντικών κενών στις απαραίτητες υπηρεσίες</li><li>• Ανεύρεση πολιτικών για την βελτίωση των υπηρεσιών που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών</li></ul>

<p>Σύστημα υγείας</p>	<p>Σχεδιασμός μηχανισμών για την βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενίσχυση της υποστήριξης ξεκινώντας από το ανώτερο στην ιεραρχία επίπεδο του οργανισμού.</li> <li>• Προώθηση αποτελεσματικών στρατηγικών που έχουν ως στόχο την πλήρη βελτίωση του συστήματος</li> <li>• Παροχή κινήτρων που βασίζονται στην ποιότητα της φροντίδας</li> <li>• Σύναψη συμφωνιών προς διευκόλυνση του συντονισμού της φροντίδας εντός και μεταξύ των οργανισμών</li> </ul>
<p>Υποστήριξη της Αυτοφροντίδας.</p>	<p>Παροχή οδηγιών και καθοδήγηση των ασθενών για την διαχείριση της κατάστασής τους</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διαρκής υποστήριξη των ασθενών μέσω διαχείρισης κοινοτικών πόρων</li> <li>• Εύρεση τρόπων για την υποστήριξη των ασθενών, καθορισμό στόχων, αξιολόγησης, παρακολούθησης και επίλυση προβλημάτων</li> <li>• Κατανόηση και εφαρμογή της προσωπικής φροντίδας από πλευράς ασθενούς</li> </ul>
<p>Υποστήριξη στην λήψη αποφάσεων</p>	<p>Επιλογή τρόπου φροντίδας με βάση επιστημονικά δεδομένα και προτιμήσεων των ασθενών</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενσωμάτωση και διαμοίραση κατευθυντηρίων γραμμών βασισμένων σε ενδείξεις στους ασθενείς, προκειμένου να ενθαρρυνθεί η συμμετοχή τους στην φροντίδα τους</li> <li>• Εκπαίδευση των παρόχων με τη χρήση αποδεκτών μεθόδων εκπαίδευσης</li> <li>• Ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με την ενσωμάτωση εξειδικευμένης γνώσης</li> </ul>

<p>Σχεδιασμός Διανομής</p>	<p>Καθορισμός αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την υποστήριξη της αυτοφροντίδας ασθενών</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ανάθεση καθηκόντων και καθορισμός αρμοδιοτήτων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας</li> <li>• Παροχή υπηρεσιών κλινικής διαχείρισης περιστατικών που αφορούν πολύπλοκες περιπτώσεις</li> <li>• Τακτική παρακολούθηση του εκάστοτε περιστατικού από την αντίστοιχη ομάδα φροντίδας</li> <li>• Έμφαση σε ό,τι μπορούν να αντιληφτούν οι ασθενείς βάσει των αντιλήψεών τους και των αρχών τους</li> </ul>
<p>Κλινικά πληροφοριακά συστήματα</p>	<p>Συγκέντρωση και οργάνωση των πληροφοριών και δεδομένων των ασθενών για την καλύτερη και πιο άμεση υποστήριξή τους</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παροχή έγκαιρων πληροφοριών και υπενθυμίσεων τόσο για τους παρόχους όσο και για τους ασθενείς.</li> <li>• Ενίσχυση της προληπτικής φροντίδας σε ασθενείς με καταγεγραμμένο ιστορικό στα πληροφοριακά συστήματα</li> <li>• Παρακολούθηση της απόδοσης των επαγγελματιών υγείας για την υποστήριξη των ασθενών και του συστήματος φροντίδας</li> </ul>

Μελετώντας προσεκτικά το μοντέλο αυτό , επιγραμματικά διακρίνουμε τους παρακάτω στόχους:

- Η παραγωγική αλληλεπίδραση μεταξύ των ομάδων εργασίας και των ασθενών
- Η υποστήριξη στη λήψη απόφασης
- Η φροντίδα και η συνεργασία της ομάδας
- Η ενίσχυση των σχέσεων μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας
- Η συστηματοποίηση της παροχής υπηρεσιών και ενίσχυσης της πληροφόρησης
- Η ενδυνάμωση των ασθενών
- Η βελτίωση της εικόνας τους
- Η τήρηση της παροχής φροντίδας με βάση συγκεκριμένα πρωτόκολλα και διαδικασίες (Πιερράκος Γ.,2013)

#### 4.2.2. ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ

Το «Πρόγραμμα Ολοκληρωμένης Φροντίδας για Ηλικιωμένους – PACE» είναι ένα μοντέλο παροχής υπηρεσιών που αποσκοπεί στο να ελαττωθούν οι περιπτώσεις όπου οι άνθρωποι λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι ή νοσηλεύονται σε νοσοκομεία. Απευθύνεται κυρίως σε άτομα της τρίτης ηλικίας στα οποία δίνεται ευκολότερη και άμεση πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη μέσω μιας υπηρεσίας που θα εξυπηρετεί όλες τους τις ανάγκες καθώς το μοντέλο ενσωματώνει την οξεία νοσηλεία και τις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. (Πιερράκος Γ.,2013)

Τα πολλά παραδείγματα της χρήσης του συγκεκριμένου μοντέλου από διάφορα προγράμματα περίθαλψης, αποδεικνύουν εμπράκτως την συνεισφορά του μοντέλου.

Το πρόγραμμα αυτό έχει ως κύριο μέλημα την ενίσχυση της αυτοφροντίδας και της αυτονομίας των ατόμων. (Curry N, Ham C, 2010). Μελέτες έδειξαν ότι τέτοια μοντέλα μείωσαν τον κίνδυνο επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, τις ανεκπλήρωτες ανάγκες, το βάρος των φροντιστών (Hébert R, Raïche M, 2010)

#### 4.2.3. ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Ορισμένες χώρες ,εξαιτίας κάποιων μακροχρόνιων ασθενειών (π.χ. διαβήτης , καρδιαγγειακά νοσήματα, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια) οδηγήθηκαν στη δημιουργία αντίστοιχων μοντέλων για την επίτευξη της καλύτερης δυνατής ολοκληρωμένης φροντίδας. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιου μοντέλου αποτελεί το παράδειγμα της Σκωτίας.

Στη Σκωτία αναπτύχθηκαν τα *διαχειριζόμενα κλινικά δίκτυα*. Σε αυτά τα δίκτυα υπάρχει άριστη σύνδεση και συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των οργανισμών του συνόλου των βαθμών φροντίδας υγείας. Παρατηρείται πως, προκειμένου η παροχή ισότιμων υπηρεσιών υγείας να υφίσταται, εργάζονται όλοι συντονισμένα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή αποτελεσμάτων υψηλής ποιότητας καθώς επίσης και να μην προκύπτουν εμπόδια από τα υπάρχοντα επαγγελματικά και υγειονομικά συμβούλια.

Το μοντέλο αυτό θέτει τους ασθενείς στο κέντρο ενισχύοντας με αυτόν τον τρόπο την πρόσβαση στις ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας. Η διαχείριση αυτή των ασθενών υφίσταται ,κατά κύριο λόγο, λόγω της αποτελεσματικότερης χρήσης του ανθρωπίνων πόρων. (WHO, 2016)

#### 4.3 ΜΟΝΤΕΛΑ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΑ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ

Κάποια από τα σημαντικότερα – βασισμένα σε πληθυσμούς-μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας παγκοσμίως είναι τα εξής:

##### 4.3.1.ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΙΖΕΡ PERMANENTE

Το μοντέλο Kaiser υποστηρίζει ασθενείς με μακροχρόνιες ασθένειες, βασίζεται στην πρόληψη και επικεντρώνεται στην ενσωμάτωση των υπηρεσιών. Το μοντέλο αυτό διευκολύνει τη συνδυαστική αντιμετώπιση μακροχρόνιων ασθενειών σε επίπεδα

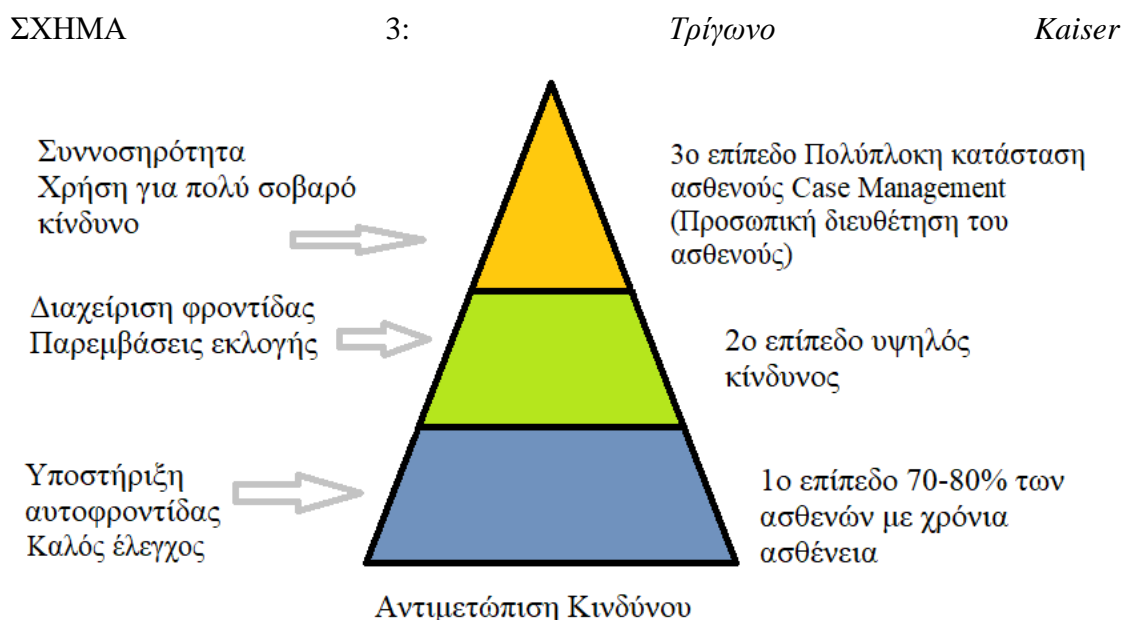
Η διακήρυξη της Ασάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.

φροντίδας αγωγής υγείας και ενδυνάμωσης των ασθενών κατηγοριοποιώντας τους στις εξής τρεις κατηγορίες:

(α) Υποστήριξη της αυτοφροντίδας για τους μακροχρόνιους ασθενείς που δεν αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο εισαγωγών και επιπλοκών.

(β) Διαχείριση της νόσου για τους ασθενείς που χρήζουν τακτικής παρακολούθησης και βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο κινδύνου.

(γ) Διαχείριση των υποθέσεων ασθενών με σύνθετες ανάγκες που γίνονται χρήστες δευτεροβάθμιας περίθαλψης απρογραμμάτιστα. ( Πιερράκος, 2013)



Πηγή :(Singh D.,2005)

Αν και η νοσοκομειακή εισαγωγή στις μακροχρόνιες ασθένειες χωρίς προγραμματισμό αποτελεί ένδειξη προβληματικής λειτουργίας του συστήματος υγείας, το μοντέλο υποστηρίζει πως προγραμματίζοντας και αξιολογώντας τις καταστάσεις η πρωτοβάθμια και η δευτεροβάθμια φροντίδα μπορούν να εναλλάσσονται ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες. (Πιερράκος, 2013)

Βασικά χαρακτηριστικά της λειτουργίας του αποτελούν: (α) η εκπαίδευση των ασθενών μέσω διαδικτύου, (β) οι ομάδες στόχου οι οποίες αξιολογούν τους κινδύνους, (γ) η πρόληψη και ενθάρρυνση της συνδυαστικής αντιμετώπισης, (δ) ο ηγετικός ρόλος του ιατρού συνήθως της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, (ε) τα

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

ηλεκτρονικά συστήματα πληροφοριών, (στ) ο εμπλουτισμός του Ιατρικού φακέλου κατά την έξοδο από το νοσοκομείο. (Πιερράκος, 2013)

#### 4.3.2. ΜΟΝΤΕΛΟ PFZIER

Το μοντέλο αυτό, σε αντίθεση με το Kaiser Permanente, απευθύνεται σε ασθενείς που διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο και στοχεύει στην αποφυγή των επανεισαγωγών. Λειτουργεί συμπληρωματικά στις υφιστάμενες υπηρεσίες και στοχεύει στην αυτό φροντίδα, την εκπαίδευση και την αξιολόγηση.

Βασικά χαρακτηριστικά του αποτελούν: (α) η εκπαίδευση των ασθενών κυρίως στην ορθή χρήση του τηλεφώνου, (β) οι ασθενείς υψηλού κινδύνου, (γ) η αναζήτηση και επιλογή ασθενών μέσω αξιολόγησης, (δ) τηλεφωνικό κέντρο στελεχωμένο από νοσηλευτές, (ε) κατάλληλο λογισμικό τηλεφωνικών κλήσεων, (στ) απουσία νοσοκομειακής φροντίδας. (Πιερράκος, 2013)

#### 4.3.3. ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση:

- ❖ Στην πρόληψη
- ❖ Στην αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων μέσω της ιατρικής παρέμβασης και θεραπείας
- ❖ Στην αποκατάσταση και την παρηγορητική φροντίδα. (Πιερράκος Γ.2013)

Προκειμένου να επιτευχούν τα καλύτερα αποτελέσματα (π.χ. ασφάλεια υγείας της τοπικής κοινωνίας και των επαγγελματιών υγείας, παροχή υπηρεσιών χαμηλού κόστους και υψηλής ποιότητας ) το μοντέλο αυτό βασίζεται στους εξής άξονες:



ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Βασικοί άξονες Μοντέλου Δημόσιας Υγείας

Έγκαιρη ανίχνευση και αξιολόγηση	Κρίνεται αναγκαία η λεπτομερής λήψη ατομικού ιατρικού ιστορικού προκειμένου να αξιολογηθεί ορθά η περίπτωση και να υπάρξει καλύτερη εφαρμογή του μοντέλου και αντίστοιχη υποστήριξη από το οικογενειακό και το εργασιακό περιβάλλον.
Φροντίδα	Αναγκαία αποτελεί η ύπαρξη φαρμακείου για τη φροντίδα σε τοπικό επίπεδο, η λειτουργία συστήματος τηλεφωνικών κλήσεων αξιολόγησης και η πενήμερη εισαγωγή σε κλινική προκειμένου να εκπαιδευτεί ο ασθενής.
Πρόληψη	Αφορά στην εκπαίδευση για αποφυγή μολυσματικών νόσων και οδηγίες προς διαχείριση και αποφυγή χρόνιων παθήσεων
Αγωγή Υγείας	Αφορά στην ένταξη των ασθενών στην κοινωνία με περισσότερες γνώσεις για την ασθένεια.
Συνέχεια της Φροντίδας μετά τη Νοσοκομειακή περίθαλψη	Αφορά ιατρικές πληροφορίες αλλά και πληροφορίες που σχετίζονται με κοινωνικές καταστάσεις(στέγαση, επαγγελματική κατάρτιση, επανένταξη, οικονομική βοήθεια)

(Πιερράκος Γ.2013)

#### 4.3.4. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΒΕΤΕΡΑΝΩΝ

Η Διαχείριση της Υγείας των Βετεράνων αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας των ΗΠΑ το οποίο αφορά άτομα της τρίτης ηλικίας, τα οποία ταλαιπωρούνται από χρόνιες ασθένειες, και απαρτίζεται από δίκτυα ολοκληρωμένων υπηρεσιών σε 21 περιφέρειες.

Το μοντέλο αποσκοπεί στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας μέσω:

- ❖ του πιο αποτελεσματικού συντονισμού μεταξύ των εμπλεκόμενων δομών,
- ❖ της διάθεσης των πόρων που λαμβάνονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση σε αλλά σε δίκτυα (όχι εγκαταστάσεις), τα οποία αποσκοπούν στην ολοκληρωμένη φροντίδα και την από κοινού λογοδοσία η οποία βασίζεται στην ανάπτυξη κουλτούρας μετρήσεων και εκθέσεων αναφορών,
- ❖ επενδύσεων σε υποστηρικτικές τεχνολογίες πληροφορικής. (Perlin J, Kolodner R, 2004).

#### 4.4. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

##### ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

Στην Ελλάδα παρατηρείται τη δεκαετία του 80 μία προσπάθεια της Τοπικής Αυτοδιοίκησης για:

(α) προστασία της Δημόσιας Υγείας και του περιβάλλοντος και (β) δημιουργία και συντήρηση Κέντρων Υγείας και νοσοκομείων. Στο πλαίσιο της προσπάθειας αυτής δημιουργούνται δομές όπως είναι τα ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων) και δημόσιοι βρεφονηπιακοί σταθμοί.

Το 2005 με το σχέδιο Καλλικράτη παρατηρείται πρόοδος. Η άμεση αναγνώριση των προβλημάτων των ασθενών και η καλύτερη αξιολόγηση της κατάστασης τους σε τοπικό επίπεδο μειώνει τις μεταναστεύσεις για υπηρεσίες υγείας. Στόχος είναι η βελτίωση τομέων όπως η αυτοφροντίδα, η βοήθεια στο σπίτι, η κατ' οίκον νοσηλεία, η ενημέρωση, η πρόληψη και η ανάπτυξη κοινωνικής δημοτικής αυτοδιοίκησης. Δίνεται η δυνατότητα στους Δήμους να δημιουργήσουν Δημοτικά Ιατρεία, Κέντρα

*Η διακήρυξη της Ασάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

Ψυχοκινητικής Υποστήριξης Ξενώνας Κακοποιημένων Γυναικών και Παιδιών,  
Δημοτική τράπεζα αίματος κα. (Πιερράκος,2013)

### ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στην Ελλάδα η πιο σημαντική δράση για τις μακροχρόνιες ασθένειες είναι το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι". Το πρόγραμμα αυτό απευθύνεται σε ηλικιωμένους (κυρίως εκείνους οι οποίοι κατοικούν μόνοι τους ή ζουν με μειωμένους πόρους) και σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Η διαχείριση τους ανήκει στην τοπική αυτοδιοίκηση και παρέχεται από διεπιστημονική ομάδα με ελάχιστο προσωπικό δύο άτομα, όπου ένας είναι υποχρεωτικά νοσηλευτής. (Πιερράκος,2013)

Μία εξίσου σημαντική δράση είναι και η κατ 'οίκον φροντίδα η οποία δυστυχώς υπολειπεται. Στόχος της είναι η ανακούφιση κυρίως ασθενών με νεοπλασίες τελικού σταδίου οι οποίοι δεν μπορούν να απευθυνθούν στις κλινικές ημέρας των αντικαρκινικών νοσοκομείων. Οι υπηρεσίες αυτές αποτελούν υπηρεσίες ΠΦΥ οι οποίες όμως, κυρίως λόγω μη αυτόνομης χρηματοδότησης λειτουργούν συνήθως ως υποβαθμισμένες μονάδες νοσοκομείων (π. χ. Μεταξά και Άγιοι Ανάργυροι).

Αξίζει να αναφερθεί πως σημαντικό έργο προσφέρουν και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και κάποιοι φορείς που παρέχουν περιστασιακή φροντίδα όπως είναι: ο Ερυθρός Σταυρός με τη "Νοσηλεία στο Σπίτι", το Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων για ασθενείς με AIDS και η Μονάδα Ανακούφισης Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής του Αρεταίειου Νοσοκομείου Αθηνών. (Πιερράκος,2013)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ**

### ***ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΙΣ ΑΣΤΑΝΑ***

#### **5.1. ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ**

Η 40ή επέτειος της Διακήρυξης της Άλμα Άτα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Αστάνα μας διδάσκει πως για την επίτευξη των στόχων της θα πρέπει να συνεχιστεί αυτό που επιδιώκεται τις τελευταίες δεκαετίες.

Η υπεράσπιση, δηλαδή, της ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας για τα άτομα και τις κοινότητες ως τη βασική λειτουργία στα συστήματα υγείας.

Κάποιες από τις βασικές προκλήσεις που προκύπτουν, για την επιτυχία ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο, είναι η διαθεσιμότητα οικογενειακών γιατρών, τεχνολογίας, πληροφοριών και επικοινωνιών, η πρόληψη και διαχείριση των χρόνιων ασθενειών και η προσπάθεια βελτίωσης της υγείας των μεταναστών και των προσφύγων. (Lionis C, Symvoulakis E, 2019 )

Για να κατανοήσουμε τις σημερινές πιθανότητες επιτυχίας της Διακήρυξης της Αστάνα θα εξετάσουμε παρακάτω απειλές που γνωρίζει η Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας καθώς επίσης και τους τρόπους αντιμετώπισής τους. Αξίζει να αναφερθεί πως, σε αντίθεση με τις συνθήκες του 1978, η παγκόσμια κοινότητα υγείας σήμερα έχει λύσεις και μεγάλο αριθμό αποδεικτικών στοιχείων για την κατάλληλη αντιμετώπιση των προβλημάτων που απειλούν την Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας και στοιχείων ώστε να τα μετατρέψουν σε ευκαιρία.

## 5.2. ΑΠΕΙΛΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ

Η Διακήρυξη της Ασάνα παρέχει μια ανάλυση των τρεχουσών απειλών για την ενίσχυση της Ολοκληρωμένης Φροντίδας σε παγκόσμιο, εθνικό και κοινοτικό επίπεδο.

Πιο συγκεκριμένα:

- **Η ανασφάλεια, οι συγκρούσεις και οι εστίες ασθενειών** απειλούν την υγειονομική περίθαλψη σε όλο τον κόσμο. (The Lancet 2018). Ειδικότερα, δομές ΠΦΥ όπως κοινοτικά κέντρα υγείας και τα μικρά νοσοκομεία είναι συχνά τα πιο ευάλωτα στη βία, στις εσωτερικές συγκρούσεις και τους πολέμους. (Atallah DG, Djalali A, 2018) Συγκεκριμένες ασθένειες (π.χ. ελονοσία, Έμπολα) οδηγούν σε επιβάρυνση των δομών της ΠΦΥ που ήδη υπάρχουν. Η σύγκρουση στη Συρία, για παράδειγμα, έχει ως αποτέλεσμα τη μετανάστευση έως και του 70% του εργατικού δυναμικού της υγείας, την καταστροφή του 38% των εγκαταστάσεων ΠΦΥ, την επανεμφάνιση της πολιομυελίτιδας, την απότομη αύξηση των ψυχικών ασθενειών καθώς επίσης το 5% των παιδιών που πάσχουν από σοβαρό υποσιτισμό. (The Lancet 2018 )
- Η Διακήρυξη της Ασάνα έχει δώσει έμφαση στην τρέχουσα πολιτική δέσμευσης για την ΠΦΥ. Ωστόσο, η διατήρηση των υφιστάμενων δομών και η βελτίωση της παροχής ΠΦΥ απειλείται λόγω **έλλειψης σταθερής πολιτικής δέσμευσης, βιώσιμων μοντέλων χρηματοδότησης, ακατάλληλων δομών παρακολούθησης και αξιολόγησης.** (SDG Indicators, Πρόσβαση: Ιούνιος 2022).  
Εάν δεν υπάρχουν κατάλληλα και βιώσιμα μοντέλα χρηματοδότησης, η Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας δε μπορεί να εφαρμοστεί, η ΠΦΥ δεν μπορεί να είναι δίκαιη και θα αποτύχει. Το 50% του παγκόσμιου πληθυσμού δεν καλύπτεται από δωρεάν ή με πολύ χαμηλό κόστος φροντίδα υγείας. Αυτό έχει ως συνέπεια 100 εκατομμύρια άνθρωποι να ωθούνται ετησίως στη φτώχεια λόγω ασθένειας. ( Kraef C, Kallestrup P., 2019 )

- Οι δομές ολοκληρωμένης φροντίδας απειλούνται από **ανεπαρκή πρόσληψη, απασχόληση και διατήρηση εργατικού δυναμικού**. Όχι μόνο ο αριθμός των επαγγελματιών αλλά και η ποιότητα και οι δεξιότητες αυτών των επαγγελματιών είναι υψίστης σημασίας. (Cometto G, Witter S., 2013 ) Περίπου το ήμισυ των κρατών μελών του ΟΗΕ έχουν λιγότερους από έναν ιατρό ανά 1000 κατοίκους. (Kraef C, Kallestrup P., 2019 ) . Παγκοσμίως, έως και 18 εκατομμύρια επιπλέον γιατροί, νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας είναι που απαιτούνται για την στελέχωση των επιθυμητών συστημάτων ΠΦΥ όπως προβλέπεται από την Επιτροπή Υψηλού Επιπέδου για την Απασχόληση στην Υγεία και την Οικονομική Ανάπτυξη. (WHO, Πρόσβαση: Ιούνιος 2022 )

Κάθε κατηγορία εργατικού δυναμικού υγείας (π.χ. γιατροί, νοσηλευτές/μαίες και λοιποί εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας) πρέπει να εξετάζονται μεμονωμένα. Για τους γιατρούς μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις είναι η ανάπτυξη, η πρόσληψη και η διατήρηση των ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα μέρη που χρειάζονται περισσότερο. (Anyangwe SCE, Mtonga C., 2007) Νοσηλευτές και οι μαίες συχνά δεν καταφέρνουν να αναπτύξουν το πλήρες εύρος των δυνατοτήτων τους εξαιτίας συγκεκριμένων κανονισμών και της γραφειοκρατίας. (Crisp N, Iro E., 2018 )

Η δυσκολία στην υποστήριξη των εργαζομένων στον τομέα της υγείας της κοινότητας και η αποτυχία ενσωμάτωσής τους στα υπάρχοντα συστήματα υγείας έχουν εμποδίσει την αξιοποίησή τους στην Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας. (Tulenko K, Møgedal S., 2013 )

- Η Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας δεν θα είναι επιτυχής εάν παρατηρείται **έλλειψη της υποστήριξης των γιατρών και των επαγγελματιών τους οργανώσεων**. Στις περισσότερες χώρες, οι γιατροί έχουν λόγω του αριθμού τους, κεντρικό ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη και σε ισχυρές επαγγελματικές οργανώσεις μεγάλης έκτασης. Επηρεάζουν το σχεδιασμό των συστημάτων υγείας και την οργάνωση της περίθαλψης. Ήδη το 1984, ο υπεύθυνος του ΠΟΥ για την ΠΦΥ είχε προειδοποιήσει ότι «οι γενικοί ιατροί

μπορούν είτε να είναι ένας ισχυρός σύμμαχος είτε ένα σημαντικό εμπόδιο στην ανάπτυξη της ΠΦΥ στο πνεύμα της Διακήρυξης της Άλμα Άτα». (Vuori H.,1984 )

- **Η ανισότητα των φύλων** που παρατηρείται σε πολλές κοινωνίες αποτελεί απειλή για την παγκόσμια υγεία με δύο τρόπους. (Pederson A, Greaves L., 2015 ) Πρώτον, υπάρχει δυσαναλογία μεταξύ των δυο φύλων στις απαιτήσεις για Ολοκληρωμένη Φροντίδα καθώς παγκοσμίως οι άνδρες πάσχουν από υψηλότερη νοσηρότητα και έχουν στατιστικά μικρότερη διάρκεια ζωής από τις γυναίκες. Από την άλλη οι κοινοτικές δομές εξουσίας σχετικών νομοθεσιών σε πολλά μέρη σε όλο τον κόσμο ενισχύουν την ευαλωτότητα των γυναικών και των τρανς ατόμων (Hawkes S, Buse K., 2013 ). Στην Ινδία, για παράδειγμα, μόνο πέντε άτομα ανά οικογένεια είναι επιλέξιμα για κάλυψη στο πλαίσιο του κυρίου συστήματος κοινωνικής προστασίας που συχνά αφήνει κορίτσια και ηλικιωμένες γυναίκες χωρίς οικονομική κάλυψη. (Shaw S, Rosen R, Rumbold B., Integrated care explained,2011 )

### 5.3. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΠΕΙΛΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ

Σε αντίθεση με το πλαίσιο πολιτικής που επικρατούσε και των αποδεικτικών στοιχείων που υπήρχαν το 1978, όταν πραγματοποιήθηκε η διακήρυξη της Άλμα Άτα, 40 χρόνια μετά ήταν διαθέσιμες λύσεις πολιτικής και μεγάλος όγκος αποδεικτικών στοιχείων για την κατάλληλη αντιμετώπιση των απειλών για την Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι τρόποι αντιμετώπισής τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Τρόποι αντιμετώπισης των απειλών στην Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας σύμφωνα με την Ασάνα

ΑΠΕΙΛΕΣ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
Ανασφάλεια, συγκρούσεις και εστίες ασθενειών	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός ανθεκτικών συστημάτων υγείας στις συγκρούσεις και ως μέρος της πρόληψης, της έγκαιρης ανίχνευσης και του μετριασμού των εστιών μόλυνσης.</li> <li>▶ Ύστερα από μια σύγκρουση είναι αναγκαία η ανοικοδόμηση του τομέα της υγείας ως μια ευκαιρία να διορθωθούν οι αποτυχίες σε αυτόν.</li> </ul>
Έλλειψη διαρκούς πολιτικής δέσμευσης, κατάλληλης παρακολούθησης και δομών αξιολόγησης	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Είναι χρήσιμη η δημιουργία πολιτικής υποστήριξης για την ευρεία εφαρμογή Δεικτών επίδοσης σε εθνικό επίπεδο.</li> <li>▶ Πρέπει να αξιολογηθεί η διαχείριση, η χρηματοδότηση, η δημιουργία πόρων και η παροχή υπηρεσιών.</li> </ul>
Ανεπάρκεια προσλήψεων και απασχόλησης προσωπικού υγείας	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Χρειάζεται να δοθεί προτεραιότητα στην κατάρτιση νέων παρόχων κατάλληλα ειδικευμένων και ικανών στην ΠΦΥ.</li> <li>▶ Χρειάζεται επίσης να δημιουργηθεί ένα θετικό περιβάλλον σε τοπικό επίπεδο ώστε το ανθρώπινο δυναμικό να προσαρμόζεται αποτελεσματικά στην κοινότητα.</li> <li>▶ Χρήσιμη θεωρείται και η δημιουργία πολυεπαγγελματικών ομάδων υγειονομικής περίθαλψης, απαρτιζόμενες από ιατρούς, μαίες, νοσηλευτές και λοιπούς εργαζομένους στον τομέα της υγείας της κοινότητας η οποία θα αναλάβει την καλύτερη χρήση των δεξιοτήτων και των πόρων.</li> <li>▶ Απαραίτητο κρίνεται να επιτραπούν οι βάρδιες εργασίας, ιδιαίτερα σε υγιή περιβάλλοντα όπου υπάρχει έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού.</li> </ul>
Ελλιπής παροχή υποστήριξης από τον ιατρικό κλάδο	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Η συμμετοχή των ιατρών στη λήψη αποφάσεων ανάλογα με τη δική τους τεχνογνωσία και τον ρόλο τους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης κρίνεται απαραίτητη.</li> <li>▶ Σημαντική είναι και η περαιτέρω καθιέρωση του οικογενειακού ιατρού.</li> </ul>
Ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών της κοινότητας	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Είναι επιτακτική ανάγκη να υποστηριχθεί ο αλφαριθμητισμός στον τομέα της υγείας για να διασφαλισθεί ότι οι ασθενείς μπορούν να πλοηγηθούν στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αποτελεσματικά και να λάβουν κατάλληλες αποφάσεις για την υγεία τους.</li> <li>▶ Η συμμετοχή ασθενών και κοινοτήτων είναι αναγκαία στο σχεδιασμό των συστημάτων υγείας και των τοπικών λύσεων.</li> </ul>
Ανισότητα φύλων	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Χρειάζεται να γίνουν η Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας και το εργατικό δυναμικό της πρότυπα προς μίμηση στην ισότητα των φύλων ενσωματώνοντάς την σε όλες τις πολιτικές και τα πρόγραμμα υγείας.</li> </ul>

( Πηγή: Kraef C, Kallestrup P. BMJ Global Health 2019)



## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προκειμένου να επιτύχει τον Στόχο Βιώσιμης Ανάπτυξης και πάλι, 40 χρόνια μετά τη διακήρυξη της Άλμα Άτα, ανακηρύχθηκε προτεραιότητα της παγκόσμιας κοινότητας υγείας.

Παρά το αρχικό όραμα της Άλμα Άτα για την υγεία για όλους έως το έτος 2000, ο στόχος αυτός δεν πραγματοποιήθηκε.

Το πιο σημαντικό που προέκυψε, ωστόσο, είναι ο θησαυρός των ιστορικών μαθημάτων από τα περασμένα 40 χρόνια, η αυξημένη προσοχή δηλαδή στους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία.

Η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας είναι απαραίτητο να είναι βασισμένη σε τεκμηριωμένα στοιχεία. Σε αντίθεση με το πλαίσιο πολιτικής και των αποδεικτικών στοιχείων που ήταν διαθέσιμα τότε, στη διακήρυξη της Αστάνα υπήρχαν συστάσεις πολιτικής και μεγάλος όγκος αποδεικτικών στοιχείων για την επαρκή αντιμετώπιση των απειλών της Ολοκληρωμένης Φροντίδας.

Εξετάζοντας προσεκτικά εάν η Διακήρυξη της Αστάνα μπορεί να αποτελέσει οδηγό για την επίτευξη δικτύων Ολοκληρωμένης Φροντίδας Υγείας ,καταλήγουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Η διακήρυξη δεσμεύεται για τη συνέχεια της φροντίδας η οποία προκύπτει από την αδιάκοπη και με συνοχή φροντίδα που εστιάζει στο άτομο με την πάροδο του χρόνου.(Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας) . Η συνέχεια έχει συνδεθεί με χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας, μικρότερες και λιγότερες διαμονές στο νοσοκομείο, χαμηλότερο κόστος υγειονομικής περίθαλψης και βελτιωμένα επίπεδα ικανοποίησης του ασθενούς
- Η διακήρυξη δεσμεύεται για την ενδυνάμωση των ατόμων και των κοινοτήτων. Η Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας επενδύει στη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και μεμονωμένων ατόμων για μια μακροπρόθεσμη σχέση βασισμένη στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, η οποία

διευκολύνει τη συνέχεια και υποστηρίζεται περαιτέρω από τεκμηριωμένες οδούς φροντίδας (π.χ. αυτοφροντίδα) και ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα .

- Τόσο η Ολοκληρωμένη Φροντίδα όσο και η Διακήρυξη της Αστάνα αποσκοπούν στην ύπαρξη αξιοπρέπειας και ηθικής. Ο ασθενής έχει δικαίωμα να λάβει αποφάσεις , να προστατευτεί το απόρρητό του και να διασφαλίζει τη δίκαιη κατανομή των πόρων.
- Στόχος της Διακήρυξης είναι να υπάρξει πρόληψη των ασθενειών και προαγωγή της υγείας που θα έχει ως στόχο την ικανοποίηση του πλήθους των αναγκών σε επίπεδο υγείας σε όλη της ζωής των ατόμων. Για να επιτευχθεί αυτό είναι αναγκαία μια σειρά από ολοκληρωμένες υπηρεσίες (πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση, παρηγορητική φροντίδα).
- Η παγκόσμια οικονομική ανάπτυξη και οι νέες τεχνολογίες στην Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας έχουν τη δυνατότητα να φέρουν επανάσταση στην κοινότητα και αποτελούν σημαντικές ευκαιρίες για την επιτυχία της διακήρυξης της Αστάνα.
- Η Διακήρυξη δεσμεύεται πως θα πραγματοποιηθούν προσπάθειες ώστε να αποφευχθεί ο κατακερματισμός. Η ολοκληρωμένη φροντίδα έχει ως στόχο να διασφαλίσει κάθε άτομο όπου τα κενά στη φροντίδα, ή ο κακός συντονισμός της, το οδηγούν σε αρνητικές επιπτώσεις στις εμπειρίες φροντίδας και σε λάθος αποτελέσματα αυτής.

Υπάρχει, ωστόσο, ένας σημαντικός αριθμός απειλών όπως είναι η ανασφάλεια, οι συγκρούσεις και εστίες ασθενειών, η έλλειψη διαρκούς πολιτικής δέσμευσης, η ακατάλληλη παρακολούθηση και οι ακατάλληλες δομές, η έλλειψη αξιολόγησης, τα μη βιώσιμα μοντέλα χρηματοδότησης, η ανεπαρκής πρόσληψη, απασχόληση και διατήρηση εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, η απουσία υποστήριξης στις ανάγκες της κοινότητας των γιατρών και των επαγγελματιών τους οργανώσεων· και η ανισότητα των φύλων.

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

Αυτό που χρήζει άμεσης διόρθωσης είναι η αντιμετώπιση των απειλών και η ανάπτυξη βιώσιμης ΠΦΥ προκειμένου να εξασφαλίσει ανθρωποκεντρική και προσανατολισμένη στον πληθυσμό ολοκληρωμένη φροντίδα.

Για να επιτευχθεί αυτό είναι απαραίτητη η μεταφορά του βάρους από το κλασικό μοντέλο «ιατρός- ασθένεια -ασθενής» στη διατομεακή συνεργασία και στη διεπιστημονική ομαδική εργασία η οποία θα παρέχει τις απαραίτητες δεξιότητες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας.

Επαγωγικά λοιπόν σκεπτόμενοι, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως με την εξασφάλιση της διόρθωσης όσων προαναφέραμε, μπορούν να αναπτυχθούν δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας Υγείας, τα οποία με οικονομικά αποδοτικό και δίκαιο τρόπο μπορούν να θέσουν ορθές προτεραιότητες υγείας και να βελτιώσουν τα αποτελέσματά της, κάνοντας πραγματικότητα τους στόχους της Διακήρυξης της Αστάνα.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Åhgren B., (2003), Chain of care development in Sweden: results of a national study. Int J Integrated Care.
2. Alakeson V., (2008), Let patients control the purse strings. BMJ.
3. Anyangwe SCE, Mtonga C., (2007), Inequities in the global health workforce: the greatest impediment to health in sub-Saharan Africa. Int J Environ Res Public Health.
4. Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. ., (2016), WHO Regional Office for Europe
5. Atallah DG, Djalali A, Fredricks K, et al., (2018), Developing equitable primary health care in conflict-affected settings: expert perspectives from the Frontlines. Qual Health Res.
6. Axminarayan R, Duse A, Wattal C, Zaidi AKM, Wertheim HFL, Sumpradit N, et al., (2013), Antibiotic resistance--the need for global solutions. Lancet Infect Dis.
7. Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U, Zuazagoitia J., (2010), Learning lessons from past mistakes: how can Health in All Policies fulfil its promises? J Epidemiol Community Health.
8. Beaglehole R, Epping-Jordan JA, Patel V, et al., (2008), Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. Lancet.
9. Boaden R, Dusheiko M, Gravelle H, Parker S, Pickard S, Roland M, et al., (2006), Evercare: Evaluation of the Evercare approach to case management: final report. University of Manchester: National Primary Care Research and Development Centre.
10. Bodenheimer T., (2008), Coordinating care--a perilous journey through the health care system. N Engl J Med.
11. Carlson BL, Foster L, Dale SB, Brown R. ., (2007), Effects of Cash and Counseling on Personal Care and Well-Being. Health Serv Res.
12. Cometto G, Witter S., (2013), Tackling health workforce challenges to universal health coverage: setting targets and measuring progress. World Health Org.
13. Crisp N, Iro E., (2018), Putting nursing and midwifery at the heart of the Alma-Ata vision. Lancet.
14. Cueto M. ., (2004), The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health.
15. Curry N, Ham C., (2010), Clinical and service integration. The route to improved outcomes. The King's Fund.
16. Declaration of Astana , (2018), Global Conference on Primary Health Care, From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, WHO & UNISEF
17. Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action., (2018), Geneva: World Health Organization.
18. Forrest CB, Starfield B., (1998), Entry into primary care and continuity: the effect of access. Am J Public Health.
19. Freeman T, Baum FE, Jolley GM, et al., (2016), Service providers' views of community participation at six Australian primary health care services: scope for empowerment and challenges to implementation. Int J Health Plann Management

20. Glasby J, Littlechild R., (2016), Direct payments and personal budgets: Putting personalization into practice. Policy Press.
21. Goodwin N, Lawton-Smith S. Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. Integrated Care. ,2010
22. Goodwin N., Smith J., The Evidence Base for Integrated Care, 2011
23. Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open.*, 2018
24. Halder A, Vijayselvi R, Jose R. Changing perspectives of infectious causes of maternal mortality. *J Turkish Ger Gynecol Assoc.*, 2015
25. Ham C, Glasby J, Parker H, Smith J. Altogether now? Policy options for integrating care. Health Services Management Centre., 2008
26. Ham C. Working together for health achievements and challenges in the Kaiser NHS beacon sites programme. Birmingham: University of Birmingham., 2010
27. Hawkes S, Buse K. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. *Lancet*, 2013
28. Hébert R, Raïche M, Dubois M-F, Gueye NR, Dubuc N, Tousignant M, et al. Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, 2010
29. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr. Psychiatry.*, 2003
30. Jones K, Caiels J, Forder J, Windle K, Welch E, Dolan P, et al. Early Experiences of Implementing Personal Health Budgets. First interim report., 2010
31. Kerber KJ., **Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery**, 2007
32. Kluge H, Kelley E, Barkley S, Theodorakis PN, Yamamoto N, Tsoy A et al. How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all. *Lancet*, 2018
33. Kraef C, Kallestrup P. *BMJ Global Health*, 2019
34. Landon BE, Grumbach K, Wallace PJ. Integrating public health and primary care systems: potential strategies from an IOM Report. *JAMA.*, 2012
35. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet* 2008
36. Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Petelos E, Papadakis S, SifakiPistolla D, Papadakis M, Souliotis K, Tziraki C. (2019) Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne’s thread. *Primary Health Care Research & Development*, 2019
37. Luis Pisco , Luiz Felipe Pinto, From Alma-Ata to Astana: the path of Primary Health Care in Portugal, 1978-2018 and the genesis of Family Medicine, 2019
38. Mahler H. Primary health care comes full circle. *Bull World Health Organ*, 2008
39. McEvoy R, Tierney E, MacFarlane A. ‘Participation is integral’: understanding the levers and barriers to the implementation of community participation in primary health care: a qualitative study using normalisation process theory. *BMC Health Serv. Res.* ,2019
40. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC): The National Academies Press, 2018

41. Nolte E, Knai C, Hofmarcher M, Conklin A, Erler A, Elissen A, et al. Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and The Netherlands. Health Econ Policy Law., 2012
42. Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions. Experience in eight countries., 2008
43. Parka G et al Patient-centric quality assessment framework for healthcare services Technological Forecasting and Social Change Vol 113, Part B, 2016
44. Pederson A, Greaves L, Poole N., (2015), Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. Health Promot Int.
45. Pedreira Ribeiro S., Tavares Cavalcanti M., (2020), Primary Health Care and Coordination of Care: device to increase access and improve quality, Ciênc. saúde coletiva.
46. Perlin J, Kolodner R, Roswell R., (2004), The Veterans Health Administration: Quality, Value, Accountability, and Information as Transforming Strategies for Patient-Centered Care. Am J Manag Care.
47. Perry HB, Rassekh BM, Gupta S, Wilhelm J, Freeman PA., (2017), Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health. 1. Rationale, methods and database description. Journal of Global Health.
48. Redaelli M, Meuser S, Stock S., (2012), Ambulatory care trends in Germany: a road toward more integration of care? J Ambulatory Care Manage.,
49. Rifkin SB., (2014), Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. Health Policy Plan.,
50. Rohde J, Cousens S, Chopra M, et al., (2008), 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? Lancet.
51. Shaw S, Rosen R, Rumbold B., (2011), Integrated care explained.
52. Siering U., (2008), Germany. Managing chronic conditions: experience in eight countries.
53. Singh D, Ham C., (2006), Improving Care for People with Long term Conditions: A Review of UK and International Frameworks. Health Services Management Centre: Birmingham and NHS Institute for Innovation and Improvement.
54. Singh D., (2005), Transforming chronic Care Evidence about improving care for people with long – term conditions. HSMC University of Birmingham .
55. Souliotis K., Hasardzhiev S., Agapidaki E., (2016), A Conceptual Framework of Mapping Access to Health Care across EU Countries: The Patient Access Initiative, Public Health Genomics.
56. Starfield B, Shi L, Macinko J., (2005), Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q.
57. Starfield B., (2011), Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? J Epidemiol Community Health.
58. Starfield B., (2012), Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit.
59. Starfield B., (1998), Primary Health Care: balancing health needs, services and technology. New York. Oxford University Press, 1998
60. Tedros A., Henrietta H., (2018), A VISION FOR PRIMARY HEALTH CARE IN THE 21ST CENTURY, Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, 2018
61. The Lancet. Health care in conflict: war still has rules. Lancet.
62. The Lancet, (2018), The Astana declaration: the future of primary health care? The Lancet.

63. Ved R, Sheikh K, George AS, et al., (2018), Village health sanitation and nutrition committees: reflections on strengthening community health governance at scale in India. *BMJ Glob Health* .
64. Vuori H. ., (1984), General practitioners: allies or enemies of primary health care. *Scand J Prim Health Care*.
65. Wagner EH., (1999), Care of older people with chronic illness. *Older People Build Syst Ased Evid*.
66. Walley J, Khan MA, Shah SK, Witter S, Wei X., (2007), How to get research into practice: first get practice into research. *World Health Organisation* .
67. Walraven G., (2019), The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it useful?, *J Glob Health*.
68. WHO, Primary Health Care. , (1978), International Conference on Primary Health Care . Alma Ata , USSR
69. WHO ., (2018), Antimicrobial resistance and primary health care, Technical series on Primary Health Care.
70. WHO ., (2016), Integrated care models: an overview.
71. WHO., (1998), The world health report 1998: life in the 21st century A vision for all
72. World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF)., (2018), Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization
73. World Health Organization and UNICEF ., (2018), Primary health care: transforming vision into action. Operational framework. Draft for consultation. Geneva.
74. Tulenko K, Møgedal S, Afzal MM, et al., (2014), Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. *Bull World Health Organisation*.

## **ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ**

75. Θεοδώρου Μ, Σαρρή Μ. , Σούλης Σ., (2001), Συστήματα Υγείας, Εκδ. Παπαζήση
76. Πιερράκος Γ., (2013), Μοντέλα Διοίκησης Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας στην Τοπική Κοινωνία, Εκδ. Παπαζήση
77. Πιερράκος Γ., (2018), Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας & Τοπική Κοινωνία, Εκδ. Παπαζήση
78. Νόμος 4486/2017 Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.

## **ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ**

79. Agency for Healthcare Research and Quality. Defining the PCMH | PCMH Resource Center , <https://pcmh.ahrq.gov/page/defining-pcmh>), Πρόσβαση Ιούνιος 2022
80. Gijis Walraven (2019), The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it useful?, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6445497/>, Πρόσβαση Ιούνιος 2022
81. WHO. Final report of the expert group to the High-Level Commission on Health Employment and Economic, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511285>, Πρόσβαση Ιούνιος 2022

*Η διακήρυξη της Αστάνα ως οδηγός για την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας.*

82. WHO. Primary care, <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>, Πρόσβαση Ιούνιος 2022
83. WHO. Primary health care, [https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1), Πρόσβαση Ιούνιος 2022
84. WHO. WHO called to return to the Declaration of Alma Ata, <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>, Πρόσβαση Ιούνιος 2022