



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ,
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ



ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΜΣ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΔΙΚΤΥΩΝ
ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ
ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΟΝΤΟΓΟΝΗ Γ. ΜΑΡΘΑ

ΑΘΗΝΑ 2021

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

**Επιβλέπων
Καθηγητής**

Καθηγητής

**Γεώργιος
Πιερράκος**

Υπογραφή

Μέλος

**Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια**

**Ασπασία
Γούλα**

Υπογραφή

Μέλος

Καθηγητής

**Μάρκος
Σαρρής**

Υπογραφή

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Κοντογόννη Μάρθα του Γεωργίου, με αριθμό μητρώου 19052 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών <<Διοίκηση και διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας>>, του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

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

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

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30/06/2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνησή της και ιδιαίτερα τον επιβλέπων καθηγητή μου, κύριο Γεώργιο Πιερράκο, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε έξ' αρχής, αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές μου για την πολύτιμη συμβουλή τους στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Ακόμα θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένεια μου και κυρίως στον σύζυγο μου για όλη τη στήριξη, τη συμπαράσταση και την κατανόηση καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους μου , μεταπτυχιακούς φοιτητές για τις ανταλλαγές απόψεων, για το ειλικρινές ενδιαφέρον και για τη σημαντική βοήθειά τους σε όλα τα στάδια των σπουδών.

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

**Υγεία τίμιον αλλ' ευμετάστατον.
Πλούταρχος, 47-120 μ.Χ., Αρχαίος Έλληνας ιστορικός**

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

ΑΕΠ: ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΙΟΝ

ΕΕ: ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ

ΗΠΑ: ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

ΜΕΘ: ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**ΟΟΣΑ: ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΣΥΝΕΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ**

ΠΟΥ: ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΜΝ: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΧΑΠ: ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

CDC: CENTER OF DISEASE CONTROL

Κατάλογος περιεχομένων

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	2
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	21
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	21
1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	24
1.3 ΣΚΟΠΟΣ, ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΑΡΧΕΣ	26
1.4 ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	38
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	39
2.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	43
2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ	46
2.4 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ	53
2.5 Η ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	56
3.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	61
3.2 ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	68
3.3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	88
3.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	101
Ολοκληρωμένη φροντίδα για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις	101
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	108
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	114

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Σε πολλά συστήματα υγείας, η ολοκληρωμένη φροντίδα θεωρείται πιθανή λύση στην αυξανόμενη ζήτηση για καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών και καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία των ασθενών με πολυνοσηρότητα και με ανάγκες για μακροχρόνια φροντίδα ειδικά σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες. Κατά την τελευταία δεκαετία στην ολοκληρωμένη περίθαλψη έχουν εφαρμοστεί ευρέως διάφορα μοντέλα και στρατηγικές και έχουν τεκμηριωθεί μέσα από μια ποικιλία ρυθμίσεων, η οποία έχει οδηγήσει σε πολυμορφία ορισμών και εννοιολογικών πλαισίων.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη του περιεχομένου και της σημαντικότητας της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας στην χρόνια ασθένεια.

Υλικό -Μέθοδος: Η Μεθοδολογία που ακολουθήθηκε σε αυτή την εργασία αποτελεί την ανασκόπηση κάθε είδους δεδομένων σε ηλεκτρονικές βάσεις (Pubmed & Google Scholar) , κυρίως της τελευταίας δεκαετίας, με εξαίρεση κάποια σημεία – σταθμούς που κρίθηκαν απαραίτητα για την εκπόνηση της εργασίας. Στην εργασία αυτή θα περιλαμβάνονται οι ασθενείς κάθε ηλικίας που πάσχουν από κάποια χρόνια νόσο και τους παρέχεται η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας.

Συμπεράσματα: Οι στόχοι των δικτύων της ολοκληρωμένης φροντίδας σε ασθενείς με χρόνια ασθένεια, θα πρέπει να κατευθύνονται στη σταθεροποίηση όσο το δυνατόν περισσότερο ή στη βελτίωση των κλινικών καταστάσεων και της λειτουργικής τους κατάστασης, εστιάζοντας στην πρόληψη των αναπηριών και στη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών.

Λέξεις – Κλειδιά: ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, χρόνια ασθένεια, φροντίδα, πολυνοσηρότητα, υγεία περίθαλψη.

ABSTRACT

Introduction: In many health systems, integrated care is considered a possible solution to the growing demand for better patient care and better health outcomes for patients with multiple illnesses and long-term care needs, especially in patients with chronic diseases. Over the last decade, various models and strategies have been widely applied in integrated care and have been documented through a variety of settings, which has led to a diversity of definitions and conceptual frameworks.

Purpose: The purpose of this paper is to highlight the content and importance of integrated health care in chronic disease.

Material -Method: The Methodology followed in this work is the review of any kind of data in electronic databases (Pubmed & Google Scholar), mainly of the last decade, with the exception of some points - stations that were deemed necessary for the elaboration of the work. This work will include patients of all ages who suffer from a chronic disease and are provided with comprehensive health care.

Conclusions: The goals of integrated care networks in patients with chronic disease should be aimed at stabilizing as much as possible or improving their clinical and functional status, focusing on the prevention of disabilities and the maintenance of

patients' quality of life. of them.

Keywords: comprehensive health care, chronic illness, care, multi-disease, health care.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, που συχνά αναφέρεται ως διεπαγγελματική υγειονομική περίθαλψη, είναι μια προσέγγιση που χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας. Αυτό που κάνει την ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας μοναδική είναι η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μελών της ομάδας που σχετίζονται με τη φροντίδα των ασθενών και η κατάρτιση ενός ολοκληρωμένου σχεδίου θεραπείας για την αντιμετώπιση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών του ασθενούς. Η διεπαγγελματική ομάδα υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει μια διαφορετική ομάδα μελών (π.χ. γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας), ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς (Armitage et al., 2009).

Τα οφέλη μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης της φροντίδας υγείας επεκτείνονται σε ασθενείς, φροντιστές, παρόχους και το μεγαλύτερο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτά είναι τα εξής (Lyngso et al., 2012):

- Μειώνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Βελτιώνει την πρόσβαση σε υπηρεσίες.

Βελτιώνει την ποιότητα της φροντίδας. Μειώνει το συνολικό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

- Η ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας υγείας μπορεί να ωφελήσει τα άτομα σε ρυθμίσεις σε όλη τη διάρκεια ζωής:
- Πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ειδικές ιατρικές ρυθμίσεις (π.χ. μονάδες αποκατάστασης, καρδιολογία και χειρουργικά κέντρα). Ρυθμίσεις μακροχρόνιας περίθαλψης. Κέντρα υγείας με βάση την κοινότητα. Ιστότοποι κοινωνικής υπηρεσίας.

Τα ολοκληρωμένα συστήματα υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (2015) είναι η οργάνωση και η διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε οι άνθρωποι να λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται, όταν τη χρειάζονται, με τρόπους φιλικούς προς το χρήστη, να επιτύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα και παρέχουν αξία για τα χρήματα. Αυτή είναι μια πολύ σημαντική έννοια στη σημερινή εποχή, καθώς η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη έχει γίνει μια πρόκληση και ο πληθυσμός δεν ήταν ποτέ πιο άρρωστος (OECD, 2015).

Ο πρωταρχικός στόχος των ολοκληρωμένων συστημάτων και δικτύων υγείας είναι η παροχή απρόσκοπτης φροντίδας ή συντονισμένης φροντίδας για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η θεωρία είναι ότι θα οδηγήσει σε υψηλότερη ποιότητα φροντίδας καθώς και καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών, διασφαλίζοντας ότι ένας ασθενής μεταβαίνει σωστά μέσω του συστήματος και του δικτύου υγειονομικής περίθαλψης (Osborn et al., 2015).

Υπάρχουν πολλοί τύποι ολοκληρωμένων συστημάτων και δικτύων υγείας. Ωστόσο, πρώτα πρέπει να συζητήσουμε τους διάφορους τύπους ένταξης για να κατανοήσουμε καλύτερα πώς υπάρχουν ολοκληρωμένα συστήματα και δίκτυα φροντίδας υγείας (Singer et al., 2011).

Οι τύποι αυτών των δικτύων περιλαμβάνουν(Singer et al., 2011):

- **Λειτουργικό:** Υπάρχουν πολλές σχέσεις και συντονίζονται μεταξύ των διαφόρων μονάδων και τμημάτων ως τρόπος παροχής της καλύτερης αξίας και εξυπηρέτησης στους ασθενείς.

Αυτή η ιδέα κινείται πέρα από τη φροντίδα των ασθενών και αναφέρεται σε βοηθητικά τμήματα, καθώς και στα τμήματα πληροφορικής και τμήματα διασφάλισης ποιότητας. Η διασφάλιση της ισχυρής σύνδεσης μεταξύ των τμημάτων περίθαλψης μη ασθενών και των τμημάτων φροντίδας ασθενών επιτρέπει μια καλύτερη εμπειρία υγειονομικής περίθαλψης για τους ασθενείς, καθώς και μια πιο απρόσκοπτη μετάβαση σε όλες τις πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης(Van der Klaw et al., 2014).

- **Ιατρικό προσωπικό:** Οι γιατροί και η υπόλοιπη υγειονομική μονάδα με τον οποίο συνεργάζονται και / ή σχετίζονται με έχουν τις ίδιες αξίες, οράματα και στόχους με έναν τρόπο περιορισμού των διαφορών στην παρεχόμενη φροντίδα των ασθενών.

Ο γιατρός και η υπόλοιπη υγειονομική ομάδα θα πρέπει να βλέπουν ο ένας τον άλλον ως συμμάχους που εργάζονται μαζί για την ίδια αιτία επιτρέποντάς τους να παρέχουν πιο αποτελεσματική και καλύτερη εξυπηρέτηση, γεγονός που οδηγεί σε καλύτερα συνολικά αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών (Van der Klaw et al., 2014).

- Κλινικό: Οι υπηρεσίες που παρέχονται σε ασθενείς μπορούν να προέρχονται από πολλούς διαφορετικούς παρόχους και υγειονομικούς οργανισμούς.

Αυτές οι υπηρεσίες συντονίζονται μέσω ενός συντονιστή φροντίδας προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που λαμβάνει ο ασθενής καθώς και να παρέχεται η πιο αποτελεσματική και αποτελεσματική περίθαλψη.

Τα δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας προωθούνται σε πολλές χώρες ως απάντηση στην κατακερματισμένη παροχή φροντίδας παρέχοντας ένα συντονισμένο σύνολο υπηρεσιών σε έναν καθορισμένο πληθυσμό (Singer et al., 2011). Ωστόσο, τα στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την έκβασή τους είναι λιγοστά, λαμβάνοντας ιδίως υπόψη τη συνέχεια σε όλα τα επίπεδα φροντίδας. αυτή είναι η εμπειρία του ασθενούς σχετικά με τη συνδεδεμένη και συνεκτική φροντίδα που λαμβάνεται από επαγγελματίες των διαφόρων επιπέδων φροντίδας με την πάροδο του χρόνου (Van der Klaw et al., 2014).

Το παράδειγμα της μελέτης των Valentin et al., 2013 ήταν να αναλυθούν οι αντιλήψεις των ασθενών της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονικής νόσου (ΧΑΠ) σχετικά με τη συνέχεια της κλινικής διαχείρισης και των πληροφοριών σε όλα τα επίπεδα φροντίδας και τη συνέχεια της σχέσης του δικτύου της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας του συστήματος δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης της Καταλονίας. Πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη πολλαπλών περιπτώσεων, όπου οι περιπτώσεις ήταν ασθενείς με ΧΑΠ. Ένα θεωρητικό δείγμα επιλέχθηκε σε δύο στάδια: (1) πλαίσια μελέτης: δίκτυο ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας και (2) περιπτώσεις μελέτης που αποτελούσαν ασθενείς με ΧΑΠ. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ατομικών, ημι-δομημένων συνεντεύξεων με τους ασθενείς, τους γενικούς ιατρούς και τους πνευμονολόγους και

την ανασκόπηση των αρχείων. Πραγματοποιήθηκε μια θεματική ανάλυση περιεχομένου κατά τμηματοποίηση κατά ΙΗΝ και περιπτώσεις με τριγωνισμό πηγών και αναλυτών (Valentijn et al., 2013).

Οι ασθενείς με ΧΑΠ όλων των δικτύων αντιλήφθηκαν ότι υπήρχε συνέχεια της κλινικής διαχείρισης λόγω της σαφούς κατανομής των ρόλων για τη φροντίδα ΧΑΠ σε διάφορα επίπεδα, ταχεία πρόσβαση στη φροντίδα κατά τη διάρκεια παροξύνσεων και παραπομπές σε δευτεροβάθμια περίθαλψη όταν χρειαζόταν. παρ 'όλα αυτά, οι ασθενείς ορισμένων δικτύων επισήμαναν πολύ μεγάλους χρόνους αναμονής για μη επείγουσα δευτεροβάθμια περίθαλψη. Οι γιατροί συμφώνησαν γενικά με τους ασθενείς, ωστόσο, ανέφεραν επίσης ασαφή κατανομή ρόλων, κάποιες ανεπαρκείς παραπομπές και χρόνους αναμονής στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ορισμένα δίκτυα. Όσον αφορά τη συνέχεια των πληροφοριών, οι ασθενείς σε δίκτυα θεώρησαν ότι οι κλινικές τους πληροφορίες μεταφέρθηκαν σε διάφορα επίπεδα μέσω υπολογιστή και ότι οι γιατροί χρησιμοποίησαν επίσης μηχανισμούς άτυπης επικοινωνίας (e-mail, τηλέφωνο). λαμβάνοντας υπόψη ότι οι γιατροί επεσήμαναν πολλά προβλήματα του συστήματος πληροφοριών, συνεπώς την ανάγκη χρήσης άτυπων καναλιών επικοινωνίας (Valentijn et al., 2013).

Τέλος, όσον αφορά τη συνέχεια της σχέσης, οι ασθενείς ορισμένων δικτύων επεσήμαναν τον υψηλό κύκλο εργασιών του προσωπικού - το οποίο συχνά βλέπουν οι γιατροί της περιοχής ή ορίζονται σε νέους γιατρούς - που εμπόδισαν την ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Τα ευρήματα της μελέτης υποδηλώνουν μια γενικά αντιληπτή ικανοποιητική απόδοση ενός δικτύου ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας στη συνέχεια της φροντίδας, αλλά και την ύπαρξη μιας σειράς δυσκολιών που σχετίζονται με όλους τους τύπους συνέχειας. Τα αποτελέσματα μπορούν να προσφέρουν ευκαιρίες για τη βελτίωση της διαδικασίας φροντίδας των ασθενών ΧΑΠ, αλλά και των ασθενών με άλλες καταστάσεις που λαμβάνουν φροντίδα σε επίπεδο πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης όπως αποδεικνύουν παρόμοιες μελέτες (Valentijn et al.,

2013).

Το πλαίσιο της Καινοτόμης Φροντίδας για Χρόνιες Καταστάσεις έχει υιοθετηθεί από πολλές χώρες όπως και από την Ελλάδα για να αναλύσει την κατάσταση της ολοκληρωμένης φροντίδας στην Ελλάδα και να αναπτυχθεί ένα σχέδιο δράσης για μεταρρύθμιση για διάφορους λόγους. Πρώτον, το πλαίσιο της καινοτόμου περίθαλψης για χρόνιες καταστάσεις χρησιμοποιήθηκε ως οδικός χάρτης για τον επανασχεδιασμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης σε πολλές χώρες παγκοσμίως με διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικοοικονομικά πλαίσια. Δεύτερον, είχε προκαλέσει την έμπνευση ενός ευρέως φάσματος από παρεμβάσεις οι οποίες είχαν αντικείμενο ενδιαφέροντος το τοπικό πλαίσιο και τις ανάγκες. Τρίτον, είχε αναγνωριστεί ότι η μεταρρυθμιστική διαδικασία του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα και υπό την πίεση μιας σοβαρής οικονομικής κρίσης δεν μπορεί να αποτελέσει σχέδιο υιοθέτησης των εφαρμοσμένων μεταρρυθμίσεων σε άλλες χώρες (Tsasis et al., 2014).

Ο ΠΟΥ ανέφερε μια λίστα προκλήσεων σε μικρο-, μεσο- και μακρο-επίπεδο που αντιμετωπίζουν τα περισσότερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης για την αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών. Η λίστα αυτή έχει χρησιμοποιηθεί από τους διάφορους ερευνητές ως καθοδήγηση για να αναζητήσουν τη βιβλιογραφία σχετικά με τις αποτυχίες του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν δημοσιευμένες μελέτες και προσωπική εμπειρία για να παρασχεθούν επιτυχημένα παραδείγματα για κάθε δομικό στοιχείο του πλαισίου Καινοτόμος Φροντίδα για Χρόνιες Καταστάσεις από άλλες ευρωπαϊκές χώρες για την ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης (WHO, 2015).

Η έννοια της χρόνιας ασθένειας αφορά μια ασθένεια που επιμένει για μεγάλο χρονικό

διάστημα. Μια χρόνια ασθένεια διαρκεί 3 μήνες ή περισσότερο, με τον ορισμό του Εθνικού Κέντρου Στατιστικών Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (ΗΠΑ). Οι χρόνιες ασθένειες γενικά δεν μπορούν να προληφθούν με εμβόλια ή να θεραπευτούν με φάρμακα, ούτε εξαφανίζονται. Ογδόντα οκτώ τοις εκατό των Αμερικανών άνω των 65 ετών έχουν τουλάχιστον μία χρόνια κατάσταση υγείας (από το 1998). Οι βλαβερές για την υγεία συμπεριφορές - ιδιαίτερα η χρήση καπνού, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και οι κακές διατροφικές συνήθειες - συμβάλλουν σημαντικά στις κύριες χρόνιες ασθένειες (Divo et al., 2014).

Ωστόσο, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης παραμένει συμβατικό, με βάση την πυραμίδα και προσανατολισμένο στο νοσοκομείο, χωρίς διεπιστημονική συνεργασία στην κλινική πρακτική, ενώ η ολοκληρωμένη φροντίδα παραμένει ένα παραμελημένο θέμα στην τρέχουσα ατζέντα πολιτικής υγείας στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τις στατιστικές του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (2014), περίπου το 47% των ελληνικών δαπανών για την υγεία προορίζεται για νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ οι υπόλοιπες χώρες της Νότιας Ευρώπης ξόδεψαν το ήμισυ αυτού του ποσού. Ταυτόχρονα, η Ελλάδα είναι ο μοναδικός οργανισμός οικονομικής συνεργασίας και ανάπτυξης με το χαμηλότερο μερίδιο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Μόνο το 22% των ελληνικών δαπανών για την υγεία δαπανώνται για πρωτοβάθμια περίθαλψη και οι αντίστοιχες τιμές για την Ισπανία και την Πορτογαλία είναι 38% και 45%, αντίστοιχα (Tsasis et al., 2012).

Η σχεδιαστική διαδικασία και η επιτυχία του σχεδιασμού της μεταρρυθμιστικής διαδικασίας του υγειονομικού συστήματος για την δημιουργία ενός δικτύου για ολοκληρωμένη φροντίδα σε ένα μικρό χρονικό πλαίσιο σε μια δύσκολη και βαριά οικονομική ύφεση αποτελεί εξαιρετικό κατόρθωμα. Αυτό το κατόρθωμα θα πρέπει να περιέχει μια διεξοδική διαγνωστική διαδικασία του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης δεδομένων των προϋποθέσεων της ενσωμάτωσης της διαδικασίας της περίθαλψης στα πλαίσια μιας σαφούς και ακριβής κατανόησης του

μέσω επιτυχημένων παραδειγμάτων που αφορούν την ολοκληρωμένη φροντίδα στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών κρατών επί του τομέα αυτού (Nuno et al. 2012).

Οι χρόνια ασθένειες τείνουν να γίνονται πιο συχνές με την ηλικία. Οι κύριες χρόνια ασθένειες στις ανεπτυγμένες χώρες περιλαμβάνουν (με αλφαβητική σειρά) αρθρίτιδα, καρδιαγγειακές παθήσεις όπως καρδιακές προσβολές και εγκεφαλικό επεισόδιο, καρκίνος όπως καρκίνος του μαστού και του παχέος εντέρου, διαβήτη, επιληψία και επιληπτικές κρίσεις, παχυσαρκία και προβλήματα στοματικής υγείας. Κάθε μία από αυτές τις καταστάσεις πλήττει τους ηλικιωμένους ενήλικες στις ΗΠΑ και σε παγκόσμιο επίπεδο (σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες) (Divo et al., 2014)..

Ο γηράσκων πληθυσμός και η αύξηση του αριθμού των ατόμων που διαγιγνώσκονται με χρόνια παθήσεις αναγκάζουν τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους ηγέτες της δημόσιας υγείας να μεταρρυθμίσουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης με αυξανόμενη ταχύτητα. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) των 27, ο πληθυσμός άνω των 80 ετών αυξήθηκε από 5% το 2010 και αναμένεται στο 11,5% το 2050. Μεταξύ 20-40% των ασθενών ηλικίας 65 ετών και άνω χαρακτηρίζονται από πολυ-νοσηρότητα, που χαρακτηρίζεται από περισσότερες από πέντε χρόνια παθήσεις. Η Παγκόσμια Μελέτη Επιβαρύνσεων Νοσημάτων 2012 (GBD 2012) έδειξε ότι ο αριθμός των Προσαρμοσμένων Χρόνων Αναπηρίας (DALYs) αυξήθηκε για τις περισσότερες μη μεταδοτικές ασθένειες μεταξύ 2005 και 2012 (Nuno et al., 2012).

Η ανεργία επίσης έχει στενάς συνδεθεί με την υψηλότερη θνησιμότητα, την κακή ποιότητα ζωής και τη λειτουργική κατάσταση, και τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής στο νοσοκομείο έκτακτης

ανάγκης(ΡΑΗΟ, 2013).

Στην (Ευρωπαϊκή Ένωση) ΕΕ των 27, το ποσό των χρημάτων που δαπανώνται για ιατρική περίθαλψη αυξάνεται ταχύτερα από το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) στις περισσότερες χώρες. Ωστόσο, μια συνεχής αύξηση των υπηρεσιών ενδέχεται να μην είναι προσιτή, ούτε η αγορά εργασίας θα υποστηρίζει τη συνεχή επέκταση. Επιπλέον, η χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση και η εισαγωγή μέτρων λιτότητας σε πολλές χώρες της ΕΕ, συμβάλλουν σε ένα ανανεωμένο πλαίσιο για πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης που απευθύνονται σε άτομα με χρόνιες παθήσεις (ΡΑΗΟ, 2013).

Όλοι αυτοί οι μοχλοί αλλαγής απαιτούν τώρα σημαντική αλλαγή, και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να διαδραματίσουν καίριο ρόλο για την επιτυχή πρόοδο. Οποιοσδήποτε υπεύθυνος χάραξης πολιτικής στοχεύει στον τριπλό στόχο (που εγγυάται την δίκαιη παροχή υψηλής ποιότητας, τεκμηριωμένης περίθαλψης με λογικό κόστος), θα πρέπει να αναγνωρίσει ότι οι προκλήσεις για την υγεία δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν επιτυχώς από παράγοντες που εργάζονται μεμονωμένα ούτε από μειωτικές προσεγγίσεις που προτείνουν περιορισμένη σύνολο παρεμβάσεων (π.χ. οικονομικά κίνητρα) για τη βελτίωση της φροντίδας των ατόμων με χρόνιες παθήσεις. Η ολοκλήρωση συγκεντρώνει διάφορους παράγοντες και οργανισμούς σε μια συλλογική προσπάθεια να σχεδιάσει και να προσφέρει νέα μοντέλα υπηρεσιών που υποστηρίζονται από πολυεπιστημονική εργασία και γενικές πρακτικές (Van der Klaw et al., 2014).

Η ολοκληρωμένη διαχείριση των μη μεταδοτικών χρόνιων ασθενειών χαίρει έρευνας για τουλάχιστον τρεις σημαντικούς λόγους. Πρώτον, δεδομένου ότι τα περισσότερα άτομα έχουν περισσότερους από έναν παράγοντες κινδύνου και / ή χρόνια πάθηση / ασθένεια (π.χ. υπέρταση και παχυσαρκία), είναι λογικό να αντιμετωπίζονται οι παθήσεις τους σε ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο φροντίδας. Δεύτερον, οι περισσότερες χρόνιες ασθένειες θέτουν παρόμοιες απαιτήσεις για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας και τα συστήματα υγείας, και οι συγκρίσιμοι τρόποι οργάνωσης της περίθαλψης και διαχείρισης αυτών των παθήσεων είναι εξίσου αποτελεσματικοί ανεξάρτητα από την αιτιολογία. Τρίτον, οι περισσότερες χρόνιες ασθένειες έχουν κοινούς πρωτογενείς και δευτερογενείς παράγοντες κινδύνου. Εκτός από την ολοκληρωμένη διαχείριση χρόνιων παθήσεων, η γενική ενσωμάτωση αυτού του τύπου φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητη. Η χρόνια ασθένεια δεν πρέπει να εξετάζεται μεμονωμένα αλλά ως μέρος της υγειονομικής κατάστασης του ατόμου. Η υγεία σε αυτό το πλαίσιο σημαίνει «την ικανότητα προσαρμογής και αυτοδιαχείρισης ενόψει κοινωνικών, σωματικών και συναισθηματικών προκλήσεων» (Williams, 2012).

Οι καθοριστικές ερωτήσεις για το μέλλον δεν είναι εάν οι ολοκληρωμένες ή συνεργατικές πρακτικές έχουν το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Αντίθετα, το κεντρικό ερώτημα είναι πώς μπορούν να αλλαχθούν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και τα δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για να επιτευχθούν τα καλύτερα αποτελέσματα. Η πρωτοπορία στην πολυπλοκότητα απαιτεί από τους υπευθύνους να αποδεχτούν την πολυπλοκότητα, να δημιουργήσουν έναν προσαρμοστικό χώρο στον οποίο η καινοτομία και η δημιουργικότητα μπορούν να αναπτυχθούν και στη συνέχεια να ενσωματώσουν τις βέλτιστες πρακτικές που αναδύονται στην επίσημη οργανωτική δομή στον τομέα της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας και ειδικότερα στους ασθενείς με χρόνιες ασθένειες (Nuno et al., 2012).

Η εργασία αυτή αποτελείται από 3 κεφάλαια.

Το πρώτο κεφάλαιο αναλύει στοιχεία σχετικά με την ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας.

Το δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζει στοιχεία σχετικά με την χρόνια ασθένεια.

Το τρίτο κεφάλαιο άπτεται πληροφοριών και στοιχείων που αφορούν την ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας σε ασθενείς με χρόνια ασθένεια.

Ακολουθούν τα συμπεράσματα και οι βιβλιογραφικές αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη ή ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας περιγράφει ένα σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης το οποίο συνδυάζει όλες τις απαραίτητες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης των εσωτερικών και εξωτερικών

ασθενών με μια ασφάλιση υγείας για να παρέχει το πλήρες φάσμα της ιατρικής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους. Στην ιδανική περίπτωση, όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, όπως οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (γιατροί, νοσοκομεία κ.λπ.), οι δικαιούχοι (ασθενείς) και οι αγοραστές (ασφάλειες υγείας) έχουν ισορροπία που σημαίνει «ότι οι ιατρικοί πόροι ταιριάζουν με τις ανάγκες των ασθενών και των αγοραστών». Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η προσέγγιση της ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης σημαίνει βελτιωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας για οικογένειες και κοινότητες, εξασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας μέσω ενός αποτελεσματικού και οικονομικά αποδοτικού συστήματος δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσοκομειακής περίθαλψης (Gröne and Garcia - Barbero 2001).

Είναι γνωστό ότι η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας έχει λάβει πολλούς διαφορετικούς ορισμούς. Αυτή η ποικιλομορφία οφείλεται στους διαφορετικούς σκοπούς (όλοι νόμιμοι) που αποδίδουν διάφοροι ενδιαφερόμενοι στα συστήματα φροντίδας στον όρο. Για παράδειγμα, αυτό μπορεί να οφείλεται σε διαφορετικές επαγγελματικές απόψεις (π.χ. κλινική έναντι διευθυντικής · επαγγελματική έναντι ασθενή) ή από την πειθαρχική προοπτική του παρατηρητή (π.χ. δημόσια διοίκηση, δημόσια υγεία, κοινωνικές επιστήμες ή ψυχολογία) (Dary et al.,2015).

Μερικοί από τους πιο συχνά χρησιμοποιούμενους ορισμούς από αυτές τις διαφορετικές προοπτικές μπορεί να συνδυάζονται. Αυτά καταδεικνύουν δύο βασικά χαρακτηριστικά της ολοκληρωμένης φροντίδας ως έννοια. Πρώτον, πρέπει να περιλαμβάνει τη συγκέντρωση βασικών πτυχών στο σχεδιασμό και την παροχή συστημάτων φροντίδας που είναι κατακερματισμένα (δηλαδή «για ενσωμάτωση» έτσι ώστε τα μέρη να συνδυάζονται για να σχηματίσουν ένα σύνολο). Δεύτερον, ότι η

έννοια πρέπει να παρέχει «φροντίδα», η οποία σε αυτό το πλαίσιο θα αναφέρεται στην παροχή προσεκτικής βοήθειας ή θεραπείας σε άτομα που έχουν ανάγκη. Η ολοκληρωμένη φροντίδα, λοιπόν, προκύπτει όταν απαιτείται η πρώτη (ένταξη) για τη βελτιστοποίηση αυτής της τελευταίας (φροντίδα) (Frenk et al., 2010).

Παρά τη βασική απλότητα που παρουσιάζει αυτή η κατανόηση, είναι αλήθεια να πούμε ότι η εμπειρία αυτών που εφαρμόζουν προγράμματα ολοκληρωμένης φροντίδας χρειάζονται σημαντικό χρόνο για να καθορίσουν και να ερμηνεύσουν τι θα σημαίνει για αυτούς στα δικά τους περιβάλλοντα. Αυτό είναι σημαντικό καθώς κανένας από τους τυπικούς ορισμούς δεν λειτουργεί σε όλες τις περιστάσεις, οπότε είναι σημαντικό οι συνεργάτες που φροντίζουν να συμφωνήσουν για τις λεπτομέρειες της δικής τους έκδοσης και όχι να επιλέξουν ένα από τα ράφια. Παρ'όλα αυτά, είναι σημαντικό να αποφευχθεί η τάση της επικέντρωσης σε διαρθρωτικούς ή οργανωτικούς ορισμούς ή σε αυτούς που εστιάζουν αποκλειστικά στην ολοκλήρωση ως μέσο για τη δημιουργία αποδοτικότητας κόστους. Αντίθετα, παρέχοντας έναν «ανθρωποκεντρικό» ορισμό με τον βασικό σκοπό της «φροντίδας», τόσο ολοκληρωμένη φροντίδα δίνεται μια επιτακτική λογική ως προς τους στόχους της και πώς μπορεί να κριθεί η επιτυχία (Agren & Axelsson, 2005).

Τα τελευταία χρόνια, επίσης, έχουν προκύψει πολλές νέες ιδέες που έχουν κατανοήσει την ολοκληρωμένη φροντίδα σε διαφορετική πορεία. Οι δύο πιο θεμελιώδεις από αυτές περιλαμβάνουν: πρώτον, την αναγνώριση ότι η εμπλοκή και η ενδυνάμωση των ανθρώπων και των κοινοτήτων θα πρέπει να αποτελεί κεντρικό στοιχείο κάθε στρατηγικής ολοκληρωμένης φροντίδας. Και δεύτερον, ότι οι ολοκληρωμένες

στρατηγικές περίθαλψης μπορεί να είναι πιο ισχυρές όταν γίνονται προσανατολισμένες στον πληθυσμό και επικεντρώνονται στην προώθηση της υγείας, για παράδειγμα συνδυάζοντας την υγεία και την κοινωνική περίθαλψη με άλλους παίκτες όπως η στέγαση, τα σχολεία, οι κοινοτικές ομάδες, η βιομηχανία κ.ο.κ. Και οι δύο αυτές ιδέες βλέπουν το στοιχείο ένταξης ως έναν τρόπο συγκέντρωσης των περιουσιακών στοιχείων της κοινότητας για την προώθηση της υγείας και της ευεξίας στους πληθυσμούς, οπότε λαμβάνοντας υπόψη την πιθανή εστίαση της ολοκληρωμένης φροντίδας πέρα από συγκεκριμένα μοντέλα υπηρεσιών ή την τάση να εξατομικεύσετε την εστίαση γύρω από, για παράδειγμα, προγράμματα διαχείρισης ασθενειών και μονοπάτια φροντίδας. Στη συνέχεια δημιουργείται μια συζήτηση σχετικά με το κατά πόσον η ολοκληρωμένη περίθαλψη πρέπει να υποστηρίζεται από ένα σύνολο βασικών «αξιών», όπως η δικαιοσύνη ή η αλληλεγγύη, η οποία μας φέρνει έναν πλήρη κύκλο στη συζήτηση σχετικά με την έννοια της ολοκληρωμένης φροντίδας (Borgermans et al., 2017).

1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η ολοκληρωμένη φροντίδα χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα. Ωστόσο, έχουν αναπτυχθεί διάφορα διαφορετικά εννοιολογικά πλαίσια και ταξινομίες για να βοηθήσουν στη διαχείριση της κατανόησής μας. Συνήθως, αυτά έχουν εξετάσει (Coulter & Dixon, 2013):

- ο τύπος ολοκλήρωσης (δηλαδή οργανωτικός, επαγγελματικός, πολιτιστικός, τεχνολογικός) ·
- το επίπεδο στο οποίο λαμβάνει χώρα η ολοκλήρωση (δηλαδή μακρο-, μεσο- και μικρο-) ·
- τη διαδικασία ένταξης (δηλαδή τον τρόπο οργάνωσης και διαχείρισης της ολοκληρωμένης παροχής φροντίδας) ·
- το εύρος της ένταξης (δηλαδή σε μια ολόκληρη ομάδα πληθυσμού ή συγκεκριμένη ομάδα πελατών) · και
- ο βαθμός ή η ένταση της ένταξης (δηλαδή σε ένα συνεχές που εκτείνεται μεταξύ άτυπων συνδέσμων με πιο διαχειριζόμενο συντονισμό φροντίδας και πλήρως ολοκληρωμένων ομάδων ή οργανισμών)

Επιπλέον, η ολοκληρωμένη φροντίδα λαμβάνει διάφορες βασικές μορφές, όπως (OECD, 2015):

- Οριζόντια ολοκλήρωση.

- Καθετή ενσωμάτωση.
- Τομεακή ολοκλήρωση.
- Ανθρωποκεντρική ενσωμάτωση
- Ολοκληρωμένη περίθαλψη

Έχει προταθεί επιηλλειμμένως μια πιο ισχυρή μορφή που καλείται «πλήρως ενσωματωμένο» μοντέλο, ο χαρακτηρισμός του οποίου γίνεται από μια ολοκληρωμένη ομάδα η οποία εργάζεται σε οργανισμούς κάτω από κανόνες που αφορούν την διακυβέρνηση και την λογοδοσία τον κοινό προϋπολογισμό και κάθε κίνητρο. Πράγματι, υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι όσο πιο σοβαρή είναι η ανάγκη του ασθενούς, τόσο πιο κατάλληλο θα ήταν να αναπτυχθούν «πλήρως ενσωματωμένοι» οργανισμοί. Ωστόσο, αυτό που φαίνεται να έχει μεγαλύτερη σημασία δεν είναι η οργανωτική λύση αλλά αυτό που συμβαίνει σε επίπεδο εξυπηρέτησης και σε κλινικό επίπεδο. Η μετασχηματιστική αλλαγή μπορεί να συμβεί μόνο στη διεπαφή μεταξύ χρηστών υπηρεσιών και ομάδων επαγγελματιών φροντίδας που συνεργάζονται μαζί τους. Για άτομα με πολύπλοκες ανάγκες, αυτό συνεπάγεται μια πιο ευέλικτη και δικτυωμένη λύση όπου μια «βασική ομάδα» ενδυναμώνει τους χρήστες υπηρεσιών και υποστηρίζει τις καθημερινές ανάγκες τους, αλλά μπορεί να βασιστεί σε ένα δίκτυο ανταποκριτών όταν απαιτείται (WHO, 2015).

Στην απλούστερη, η ολοκληρωμένη περίθαλψη είναι μια προσέγγιση για να ξεπεραστούν οι κατακερματισμοί της φροντίδας, ειδικά όταν αυτό οδηγεί σε δυσμενείς επιπτώσεις στις εμπειρίες και τα αποτελέσματα της φροντίδας των ανθρώπων (Suter et al., 2009).

1.3 ΣΚΟΠΟΣ, ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΑΡΧΕΣ

Η ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη, μια διεθνής λέξη buzz, δεν είναι νέο φαινόμενο ή ιδέα. Για τους θεατές του συστήματος υγείας, η δραστηριότητα ολοκληρωμένης φροντίδας είναι πολύ εμφανής στα αναπτυγμένα έθνη, η οποία αντικατοπτρίζεται στην εκθετική αύξηση του επιστημονικού ενδιαφέροντος για το θέμα τα τελευταία 20 χρόνια. Για παράδειγμα, σχεδόν τα τρία τέταρτα των αποτελεσμάτων που προσδιορίστηκαν από τον Μελετητή Google για την ακριβή αντιστοίχιση για την «ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη» ήταν δημοσιεύσεις από τη χιλιετία (με τα δύο τρίτα από το 2010). Έχουν γίνει πολλές μελέτες που αφορούν την προοπτική για το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον της ολοκληρωμένης φροντίδας (Cohn, 2014).

Η κατανόηση και τα διδάγματα των ερευνών από την ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη έχουν μπερδευτεί από την έλλειψη οριστικής συμφωνίας. Η βιβλιογραφία αποτελείται από όρους όπως ολοκληρωμένη περίθαλψη, συντονισμένη περίθαλψη, ολοκληρωμένη περίθαλψη, απρόσκοπτη φροντίδα, διαχείριση χρόνιων παθήσεων ή συνδυασμένη φροντίδα, για να αναφέρουμε μόνο μερικά. Πάνω από 175 ορισμοί αναγνωρίζονται μερικές φορές διαμορφωμένες από προοπτικές διαφορετικών ενδιαφερομένων, για παράδειγμα, ασθενής, πάροχος, υπεύθυνος χάραξης πολιτικής και αξιολογητής (ΠΑΗΟ, 2013).

Μερικοί είναι συνώνυμα και άλλοι έχουν αλληλεπικαλυπτόμενες έννοιες, κατασκευές και ταξινομίες. Η ολοκληρωμένη φροντίδα συνδέεται στενά με άλλες έννοιες όπως η συνέχεια της φροντίδας. Ωστόσο, κοινό σε όλους τους ορισμούς είναι μια οργανωτική αρχή όπου οι ανάγκες του ασθενούς (ή του πληθυσμού) είναι κεντρικές. Αυτή η αρχή έχει ελκυστικότητα, ιδιαίτερα εάν η ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη θεωρείται

ως απάντηση στα δυσμενή αποτελέσματα και εμπειρίες της περίθαλψης που σχετίζονται με κατακερματισμένη περίθαλψη. Ο ορισμός της ένταξης που είναι προσανατολισμένος στον ασθενή είναι «ένα συνεκτικό σύνολο μεθόδων και μοντέλων σε επίπεδο χρηματοδότησης, διαχείρισης, οργάνωσης, παροχής υπηρεσιών και κλινικών για τη δημιουργία συνδεσιμότητας, ευθυγράμμισης και συνεργασίας εντός και μεταξύ τομέων θεραπείας και φροντίδας» (Borgermans et al., 2012).

Με την επιφύλαξη της επιλογής ορισμού, της προέλευσης της ένταξης, δηλαδή του συνόλου των «διαδικασιών, μεθόδων και εργαλείων που διευκολύνουν την ολοκληρωμένη φροντίδα», όπως αναφέρεται και στον Ιπποκράτη το 430 π.Χ. στη συγγραφική του συλλογή «το σώμα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σύνολο και όχι μόνο μια σειρά μερών», για παράδειγμα επιδιώκοντας να ενσωματώσουν τη συμπεριφορική υγεία και τη σωματική υγεία (ένα κοινό θέμα ένταξης, ιδιαίτερα στις ΗΠΑ) . Παραδείγματα λογοτεχνίας από τις αρχές του 20ού αιώνα θεωρούν ότι οι ιατροί αναδιοργανώνονται σε συλλογικές και συνεργατικές οργανωτικές μορφές για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας (ΡΑΗΟ, 2013).

Ωστόσο, πολλές από τις πρωτοβουλίες και τη βιβλιογραφία για την ολοκληρωμένη φροντίδα είναι πολύ πιο πρόσφατες. Για παράδειγμα, οι πρωτοβουλίες της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας τη δεκαετία του 1960 ασχολήθηκαν κυρίως με την πολυεπιστημονική περίθαλψη, με την εταιρική σχέση που λειτουργούσε στη δεκαετία του 1970 και με έμφαση στη διαχείριση ασθενειών και φροντίδας στις δεκαετίες του 1980 και του 1990. Οι πρώτες ολοκληρωμένες πρωτοβουλίες υγειονομικής

περίθαλψης ήταν μηχανιστικές και πήραν γραμμική προοπτική της παροχής φροντίδας με κυρίως πρωτοβουλίες από πάνω προς τα κάτω που καταδεικνύουν ελάχιστο αντίκτυπο.⁹ Η προοδευτική αναδυόμενη σκέψη διαμορφώθηκε από την αναγνώριση της υγειονομικής περίθαλψης και της ευημερίας ως συνάρτηση σύνθετων προσαρμοστικών συστημάτων. Η επακόλουθη αλλαγή παραδείγματος στην προσέγγιση της ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης ήταν μια από τη μάθηση με βάση τα συμφραζόμενα και τη λογική. Με την πάροδο του χρόνου, σημειώθηκαν θεμελιώδεις στρατηγικές αλλαγές στην ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη. Αυτές οι αλλαγές οδήγησαν στην τρέχουσα μορφή και μορφή των δραστηριοτήτων ολοκληρωμένης φροντίδας (Goodwin, 2013).

Οι λόγοι για την αναζήτηση καλύτερης ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης ήταν αρχικά οικονομικοί, με τους πληρωτές που αναζητούν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα ή παρόχους που αναζητούν υψηλότερα κέρδη. Οι λόγοι αυτοί αλληλεπικαλύπτονται ολοένα και περισσότερο για να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα, εστιάζοντας έτσι στρατηγικές για δραστηριότητες ένταξης σε άτομα που είναι πιθανότερο να επωφεληθούν τους, για παράδειγμα, τους ηλικιωμένους ή τους αδύναμους (PAHO, 2013).

Τέτοιες προσεγγίσεις που βασίζονται στον πληθυσμό για δραστηριότητες στόχευσης επιδιώκουν να εντοπίσουν και να χωρίσουν πληθυσμούς με παρόμοιες κλινικές και κοινωνικές ανάγκες. Αυτές οι προσεγγίσεις περιλαμβάνουν την ενδυνάμωση και την ενεργοποίηση των ατόμων και την ποικίλη ένταση των δραστηριοτήτων ένταξης ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού. Οι ολοκληρωμένες δραστηριότητες

υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να περιλαμβάνουν τη δημιουργία συνδέσμων, τον συντονισμό της φροντίδας ή τη διαχείριση συγκεκριμένων περιπτώσεων (Goodwin, 2013).

Σε πολλές επιτυχημένες πρωτοβουλίες ένταξης, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ενισχύεται σημαντικά. Μια μετάβαση από την οξεία φροντίδα και τις οργανωτικές προσεγγίσεις ένταξης στο ίδιο επίπεδο του συστήματος υγείας (οριζόντια ένταξη) σε αυτό που προσπαθεί να συγκεντρώσει διαφορετικά επίπεδα το σύστημα υγείας (κάθετη ενσωμάτωση) είναι όλο και πιο συχνό σε μια προσέγγιση ολόκληρου του συστήματος. Τέτοιες πρωτοβουλίες μπορεί να καθοδηγούνται από εταιρικές σχέσεις παρόχων (π.χ., ολοκληρωμένες συνεργασίες φροντίδας) που λειτουργούν για έναν κοινό σκοπό και υποστηρίζονται από ισχυρή ηγεσία, πλαίσια λογοδοσίας, σαφείς διαδρομές ροών φροντίδας και κλινικής πληροφόρησης (ένα παράδειγμα λειτουργικής ολοκλήρωσης) . Μπορούν εναλλακτικά να είναι δραστηριότητες με γνώμονα τη διασκέδαση σε περιβάλλον αγοράς, προσφέροντας κίνητρα για ποιότητα και αποτελέσματα, έγκαιρη πρόσβαση σε αξιόπιστα δεδομένα και κλινικές πληροφορίες (λειτουργική ολοκλήρωση) . Όποιος και να είναι ο λόγος, η ένταξη πρέπει πάντα να είναι μια συνεργατική προσπάθεια και απαιτεί μια πολιτιστική αλλαγή με έμφαση στον κανόνα ότι η ενεργητική ολοκλήρωση ενεργοποιήθηκε μέσω αποτελεσματικών σχέσεων που παρατηρήθηκαν σε μακροοικονομικά, μεσο και μικροϋπολογιστικά επίπεδα (Goodwin, 2013).

Η συνοδευτική κατακόρυφη και οριζόντια ενσωμάτωση της υγειονομικής περίθαλψης ήταν επίσης μια αλλαγή εστίασης για να εξεταστεί η διατομεακή ένταξη και μια κοινοτική εστίαση. Οι τομείς μπορεί να περιλαμβάνουν την κοινωνική περίθαλψη, την εκπαίδευση και τη στέγαση, εκτός από την υγειονομική περίθαλψη. Η αναγνώριση και η αποδοχή των ευρύτερων καθοριστικών παραγόντων της υγείας διευκολύνουν την εστίαση μακριά από τα νοσοκομεία, καθώς το κέντρο δείχνει ότι κάποιος αναζητά

ισχυρότερη πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και ένα ολοκληρωμένο πολυδιάστατο σύστημα παράδοσης που βασίζεται σε ομάδες και εστιασμένο στον πληθυσμό. να υποστηρίξει τη λειτουργία παράδοσης μέσω της χρήσης λειτουργικής, κλινικής και επαγγελματικής ολοκλήρωσης. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (Goodwin, 2013):

- Μητρώα για την υποστήριξη διαδικασιών φροντίδας (λειτουργική ενσωμάτωση).
- Πρωτόκολλα βάσει αποδεικτικών στοιχείων (κλινική και επαγγελματική ένταξη).
- Εξατομικευμένα σχέδια φροντίδας για ασθενείς που εξετάζονται τακτικά (κλινική ολοκλήρωση).
- Ενισχυμένη επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας που διευκολύνεται από τη διάσκεψη περίπτωσης (κλινική ολοκλήρωση).
- Ενσωμάτωση συστημάτων μάθησης (επαγγελματική και κανονιστική ένταξη) όπου η ομάδα φροντίδας εξετάζει τακτικά κρίσιμες μετρήσεις για μεμονωμένους ασθενείς αλλά και για τον πληθυσμό.

Πολλά χαρακτηριστικά θα διαμορφώσουν τη μελλοντική τάση της ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης. Τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν μια αλλαγή στις αξίες και τις ανάγκες των ανθρώπων και των πληθυσμών, περίπλοκες εξωτερικές επιρροές όπως η ψηφιοποίηση και η παγκοσμιοποίηση και μεγαλύτερη προβολή νέων προϊόντων και υπηρεσιών. Μια πρόσφατη έκθεση για το μέλλον της υγειονομικής

περίθαλψης στην Αυστραλία απεικονίζει μερικά φουτουριστικά ταξίδια υγειονομικής περίθαλψης. πτυχές που είναι εμφανείς στα ταξίδια περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (Goodwin, 2013):

- Εξουσιοδοτημένα άτομα που υποστηρίζονται από τη χρήση της τεχνολογίας - η τεχνολογία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση της υγείας τους ή για την υποστήριξη ανεξάρτητης διαβίωσης ή για τη διευκόλυνση της σύνδεσης ή για εξατομικευμένη υγειονομική περίθαλψη με έξυπνη χρήση συνδεδεμένων και περιεκτικών «μικρών» δεδομένων με βάση τα «μεγάλα» δεδομένα.
- Η αξία της συν-δημιουργίας υπηρεσιών και πολιτικών υγείας.
- Η δύναμη της ροής της τεχνολογίας, των δεδομένων και των πληροφοριών επιταχύνει τη μετάβαση προς μια πιο ολοκληρωμένη φροντίδα και υποστηρίζει τη μετατόπιση μοντέλων προς ένα παράδειγμα βασισμένο στην αξία.
- Λύσεις υγείας που επιτρέπουν πιο εξατομικευμένη φροντίδα και ακρίβεια, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε περίθαλψη χρησιμοποιώντας εναλλακτικούς τρόπους παράδοσης, όπως τηλεδιάσκεψη.

Οι μελλοντικές ανάγκες πληθυσμού και ατομικής φροντίδας θα απαιτήσουν μια ακόμη πιο ανταποκρινόμενη υπηρεσία. Η ανταπόκριση σε αυτές τις ανάγκες μπορεί να μεταφραστεί σε παγκοσμιοποιημένες συνεργασίες παροχής υπηρεσιών, αυξάνοντας την ανάγκη για ακόμη περισσότερη εικονική ολοκλήρωση. Το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης γίνεται αντιληπτό από το τι είναι δυνατό με τη σημερινή

ψηφιακή τεχνολογία. Δεδομένου του νόμου για την επιτάχυνση των εξελίξεων που είναι εμφανής στον τομέα της τεχνολογίας, η αυριανή ψηφιακή τεχνολογία θα είναι πιο ισχυρή και λειτουργική από ό, τι σήμερα. Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να είναι εξαιρετικά ευέλικτος για να διατηρήσει το ρυθμό των ταχέως εξελισσόμενων δυνατοτήτων της τεχνολογίας (Goodwin, 2013).

Αυτό που είναι γνωστό μέχρι σήμερα είναι ότι δεν υπάρχει κανένας τρόπος για την ολοκλήρωση και την επίτευξη ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης. Η ολοκλήρωση είναι μια λύση σε ένα περίπλοκο πρόβλημα και απαιτεί σκόπιμη ηγεσία. Η ανάγκη για βελτιωμένη ενσωμάτωση είναι πιο σημαντική από ποτέ. Ενώ το μέλλον προσφέρει ελπίδα, ο ρυθμός αλλαγής θα απαιτήσει τα συστήματα φροντίδας να είναι εξαιρετικά ευέλικτα. Τελικά, αυτό που θα έχει μεγαλύτερη σημασία από την πλευρά του ασθενούς είναι αυτό που συμβαίνει στις κλινικές και επαγγελματικές διαστάσεις της ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης. Η σύλληψη και η κοινή χρήση των διδαγμάτων από ολοκληρωμένες δραστηριότητες υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο θα είναι καθοριστικής σημασίας για την υποστήριξη μιας απαραίτητης συνδυασμένης και συνδεδεμένης προσέγγισης για το σχεδιασμό και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, στην οποία η πλειονότητα των ενδιαφερόμενων φορέων συγκεντρώνεται για να συνεργαστεί σε μια ενιαία και ολοκληρωμένη προσέγγιση. Το Integrated Healthcare Journal προσβλέπει στη διευκόλυνση αυτών των μαθημάτων (Goodwin, 2013).

Οι ελλείψεις προσωπικού, ο συνεχιζόμενος πληθωρισμός κόστους και η ζήτηση υπηρεσιών έχουν εντείνει την έκκληση για πιο αποτελεσματική και αποδοτική χρήση σπάνιων πόρων μέσω ολοκληρωμένων μοντέλων παροχής υπηρεσιών. Τα ολοκληρωμένα συστήματα υγείας θεωρούνται ευρέως ότι παρέχουν ανώτερη απόδοση από άποψη ποιότητας και ασφάλειας ως αποτέλεσμα αποτελεσματικής επικοινωνίας και τυποποιημένων πρωτοκόλλων, αν και αυτά τα αποτελέσματα δεν έχουν αποδειχθεί πλήρως. Παρά τον αυξανόμενο ενθουσιασμό για την ένταξη, οι πληροφορίες που

σχετίζονται με την υλοποίηση και την αξιολόγηση πρωτοβουλιών που σχετίζονται με την ένταξη διασκορπίζονται και δεν είναι εύκολα προσβάσιμες. Υπάρχει λίγη καθοδήγηση για τους σχεδιαστές και τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο σχεδιασμού και εφαρμογής ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας. Με τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων ως προσδοκίας στη διαχείριση και την πολιτική υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχει ανάγκη αναζήτησης και εφαρμογής των σημερινών γνώσεων σχετικά με την ενσωμάτωση συστημάτων υγείας για την προώθηση της αποτελεσματικής παροχής υπηρεσιών. Οι συστηματικές κριτικές μπορούν να χρησιμεύσουν ως εργαλείο για τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων για υπεύθυνους για την υγεία και υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής (Goodwin, 2013).

1.4 ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

Με την ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη-φροντίδα, οι μοναδικές ανάγκες ενός ασθενούς ικανοποιούνται με συντονισμένο τρόπο με μια ομαδική προσέγγιση για τη θεραπεία χρόνιων παθήσεων. Υποστηρίζοντας τον ασθενή με μια πολύπλευρη προσέγγιση, ο ασθενής έχει πρόσβαση σε διάφορους πόρους που είναι διαθέσιμοι στην κοινότητα υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν οτιδήποτε, από τη θεραπεία για διαβήτη έως θέματα κατάχρησης ουσιών. Η εστίαση

στο ολοκληρωμένο μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης είναι στη θεραπεία ολόκληρου του ατόμου με τεχνικές διαχείρισης περιπτώσεων, αντί να εστιάζεται σε μεμονωμένες ασθένειες ή σε θέματα υγείας συμπεριφοράς (Goodwin, 2013).

Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι μετασχηματισμοί προς την ολοκληρωμένη φροντίδα απαιτούν καλή κατανόηση των διαφόρων διαστάσεων της ένταξης, πράγμα που απαιτεί ουσιαστικά την ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης επισκόπησης. Με βάση τους ορισμούς που περιγράφηκαν παραπάνω, μπορούν να διακριθούν οι ταξινομίες της ολοκληρωμένης φροντίδας (Goodwin, 2013).

Οι Lewis et al. (12) διακρίνουν τέσσερις τύπους ολοκλήρωσης: οργανωτικές, λειτουργικές, υπηρεσίες και κλινικές. Η οργανωτική ενοποίηση μπορεί να περιγραφεί ως συγκέντρωση πολλών οργανισμών μέσω συντονισμένων δικτύων παρόχων και συγχωνεύσεων. Λειτουργική ολοκλήρωση σημαίνει ενσωμάτωση μη κλινικών και λειτουργιών back-office μέσω, για παράδειγμα, κοινόχρηστων ηλεκτρονικών αρχείων ασθενών. Η ενοποίηση υπηρεσιών αναφέρεται στην ολοκλήρωση διαφορετικών κλινικών υπηρεσιών σε οργανωτικό επίπεδο, για παράδειγμα, με τη δημιουργία πολυεπιστημονικών ομάδων (PAHO, 2013).

Η κλινική ενσωμάτωση είναι η ενσωμάτωση της φροντίδας σε μια ενιαία και συνεκτική διαδικασία εντός / ή μεταξύ των επαγγελματιών μέσω, μεταξύ άλλων, χρησιμοποιώντας κοινές οδηγίες και πρωτόκολλα. Κάθε ένας από αυτούς τους τύπους ολοκλήρωσης μπορεί να χαρακτηρίζεται περαιτέρω από τον μηχανισμό ολοκλήρωσης. Όταν η ολοκλήρωση βασίζεται σε κοινές αξίες για συντονισμό και συνεργασία που θεωρείται ως κανονιστική ολοκλήρωση. Η ολοκλήρωση που χαρακτηρίζεται από τη συνοχή των κανόνων και των πολιτικών σε διάφορα επίπεδα του οργανισμού είναι η συστημική ολοκλήρωση. Η ολοκλήρωση μπορεί επίσης να περιγραφεί ως οριζόντια ή κάθετη. Η οριζόντια ολοκλήρωση συμβαίνει όταν δραστηριότητες σε λειτουργικές

μονάδες ή / και οργανισμούς που βρίσκονται στο ίδιο στάδιο της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών ενώνονται.

Παραδείγματα οριζόντιας ολοκλήρωσης μπορεί να περιλαμβάνουν συγχωνεύσεις οξέων νοσοκομείων ή συγχωνεύσεις κοινωνικών και υγειονομικών οργανισμών. Η κάθετη ολοκλήρωση συνεπάγεται συντονισμό των υπηρεσιών μεταξύ λειτουργικών μονάδων που βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών. Η κάθετη ολοκλήρωση συγκεντρώνει οργανισμούς σε διαφορετικά επίπεδα της ιεραρχικής δομής κάτω από μια ομπρέλα διαχείρισης, για παράδειγμα, με την ενσωμάτωση πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης ή γενικής πρακτικής και κοινοτικής φροντίδας. Οποιαδήποτε από τις παραπάνω διαδικασίες ολοκλήρωσης μπορεί να συμβεί είτε ως πραγματική είτε ως εικονική ολοκλήρωση. Η πρώτη χαρακτηρίζεται από συγχωνεύσεις μεταξύ οργανισμών, για παράδειγμα, από κοινού χρήση φυσικών περιουσιακών στοιχείων και υποδομών, ενώ η δεύτερη απεικονίζει μάλλον τη δημιουργία συμμαχιών, δικτύων και συμβατικών ρυθμίσεων (Goodwin, 2015)

Ανάλογα με το εύρος της διαδικασίας ολοκλήρωσης, οι Nolte και McKee (6) διακρίνουν το εύρος της ολοκλήρωσης. Μπορεί να κυμαίνεται από την ένταξη της φροντίδας για συγκεκριμένα άτομα, την ένταξη της φροντίδας για συγκεκριμένες ασθένειες ή ομάδες πληθυσμού και την ένταξη της φροντίδας για ολόκληρο τον πληθυσμό. Παρόμοια με αυτό, οι Curry και Ham διακρίνουν τα επίπεδα στα οποία μπορεί να επιτευχθεί η ολοκλήρωση. Η ένταξη στο μικρο-επίπεδο στοχεύει στην επίτευξη μιας απρόσκοπτης εμπειρίας φροντίδας για το άτομο, η οποία κατέστη δυνατή, για παράδειγμα, μέσω εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας (PAHO, 2013).

Η ένταξη στο μεσο-επίπεδο στοχεύει στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας για μια συγκεκριμένη ομάδα φροντίδας ή πληθυσμούς με την ίδια ασθένεια ή καταστάσεις. Η ενσωμάτωση σε μακρο-επίπεδο μπορεί να περιγραφεί ως παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας σε ολόκληρο τον πληθυσμό μέσω διαστρωμάτωσης των αναγκών και προσαρμογής υπηρεσιών ανάλογα με αυτές τις ανάγκες. Κάποιος μπορεί επίσης να διακρίνει το χρονικό διάστημα που επικεντρώνεται η ολοκλήρωση. μπορεί να προσανατολιστεί προς ένα συγκεκριμένο επεισόδιο φροντίδας, π.χ. νοσηλεία και παρακολούθηση για οξεία χειρουργική κατάσταση, ή μπορεί να παρέχεται με την υιοθέτηση μιας προσέγγισης ζωής, π.χ. για χρόνιες παθήσεις (PAHO, 2013).

Η ολοκληρωμένη φροντίδα μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διάφορα επίπεδα και ρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, π.χ. μεταξύ της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των νοσοκομείων ή ως ένταξη της υγείας και των κοινωνικών τομέων, π.χ. φροντίδα για μακροχρόνια ασθενείς. Από αυτήν την άποψη, η ένταξη μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ανάλογα με την έντασή της: η πλήρης ολοκλήρωση περιλαμβάνει τη διαδικασία ενσωμάτωσης των τομέων υγείας και κοινωνικών σε ένα νέο οργανωτικό μοντέλο, ενώ η μερική ολοκλήρωση δημιουργεί μη δεσμευτικούς δεσμούς ή δεσμούς που υποστηρίζουν την ολοκλήρωση μεταξύ δύο τομέων προκειμένου να βελτιωθεί ο συντονισμός μεταξύ τους. Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας των διαδικασιών ενσωμάτωσης δείχνει την πολυπλοκότητα της κατασκευής ολοκληρωμένων μοντέλων

φροντίδας, καθώς και την πολλαπλότητα δυνατοτήτων στο σχεδιασμό τους. Απεικονίζοντας αυτήν την πολυπλοκότητα, η ακόλουθη ενότητα εξετάζει επιλεγμένα μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας (Cash-Gibson & Rosennoller, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι χρόνιες ασθένειες / Οι μη μεταδοτικές ασθένειες είναι επί του παρόντος η κύρια αιτία θανάτου σε ενήλικες σχεδόν σε όλες τις χώρες και τα διόδια προβλέπεται να αυξηθούν κατά 17% τα επόμενα 10 χρόνια. Σε παγκόσμιο επίπεδο, περίπου ένας στους τρεις ενήλικες πάσχει από πολλαπλές χρόνιες παθήσεις. Έξι στους δέκα ενήλικες στις ΗΠΑ έχουν χρόνια ασθένεια και τέσσερις στους δέκα ενήλικες έχουν δύο ή περισσότερους. Υπολογίστηκε ότι, από τα 58 εκατομμύρια θανάτους το 2005, περίπου 35 εκατομμύρια θα οφείλονται σε χρόνιες ασθένειες. Οι συμπεριφορές που βλάπτουν

την υγεία - ιδιαίτερα η χρήση καπνού, η έλλειψη σωματικής άσκησης και οι κακές διατροφικές συνήθειες, η υπερβολική χρήση αλκοόλ - συμβάλλουν σημαντικά στις κύριες χρόνιες ασθένειες. Οι κύριες χρόνιες ασθένειες στις ανεπτυγμένες χώρες περιλαμβάνουν (με αλφαβητική σειρά) αρθρίτιδα, καρδιαγγειακές παθήσεις π.χ. καρδιακές προσβολές και εγκεφαλικό επεισόδιο, καρκίνο π.χ. καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου, διαβήτη, επιληψία και επιληπτικές κρίσεις, παχυσαρκία και προβλήματα υγείας του στόματος. Κάθε μία από αυτές τις καταστάσεις πλήττει τους ηλικιωμένους ενήλικες. Αυτή η αύξηση των χρόνιων ασθενειών είναι μια πολύ σοβαρή κατάσταση, τόσο για τη δημόσια υγεία όσο και για τις κοινωνίες και τις οικονομίες που πλήττονται. Μέχρι πρόσφατα, ο αντίκτυπος και το προφίλ των χρόνιων παθήσεων έχουν γενικά εκτιμηθεί ανεπαρκώς (Erping et al., 2004).

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Χρόνια ασθένεια: Μια ασθένεια που επιμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μια χρόνια ασθένεια διαρκεί 3 μήνες ή περισσότερο, σύμφωνα με τον ορισμό του Εθνικού Κέντρου Στατιστικής Υγείας των ΗΠΑ. Οι χρόνιες παθήσεις δεν μπορούν γενικά να προληφθούν με εμβόλια ή να θεραπευτούν με φάρμακα, ούτε να εξαλειφθούν. Το 80% των Αμερικανών ηλικίας άνω των 65 ετών πάσχει τουλάχιστον μια χρόνια κατάσταση υγείας (από το 1998). Οι επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές - ιδιαίτερα η χρήση καπνού, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και οι κακές διατροφικές συνήθειες - συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση χρόνιων παθήσεων (Rupert et al., 2011).

Οι χρόνιες παθήσεις τείνουν να γίνονται συχνότερες με την ηλικία. Οι χρόνιες

ασθένειες στις ανεπτυγμένες χώρες περιλαμβάνουν την αρθρίτιδα, καρδιαγγειακές παθήσεις όπως έμφραγμα και εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνο όπως καρκίνο μαστού, Διαβήτη, επιληψία και επιληπτικές κρίσεις, παχυσαρκία και προβλήματα στοματικής υγείας. Κάθε μία από αυτές πλήττει ηλικιωμένους ενήλικες σε παγκόσμιο επίπεδο (Rupert et al., 2011).

Ένα σημαντικό στοιχείο της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι η κοινή γλώσσα ή τουλάχιστον η κοινή κατανόηση της σημασίας των κεντρικών λέξεων που χρησιμοποιούνται σε μια συνομιλία. Ένας όρος που χρησιμοποιείται συχνά σε συζητήσεις μεταξύ ασθενών και ιατρικών παρόχων, στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία και σε συζητήσεις πολιτικής, είναι «χρόνια ασθένεια». Δεν υπάρχει μόνο τεράστια διακύμανση στις ασθένειες που περιλαμβάνονται στον ομπρέλα όρο «χρόνια ασθένεια», αλλά και διακύμανση στο χρόνο που πρέπει να υπάρχει μια ασθένεια για κάτι που πρέπει να αναφέρεται ως χρόνια. Επιπλέον, υπάρχει μια κίνηση να συμπεριληφθούν χρόνιες παθήσεις που δεν είναι δείκτες ασθένειας, αλλά μακροχρόνιες λειτουργικές αναπηρίες, συμπεριλαμβανομένων των αναπτυξιακών διαταραχών και της όρασης (Goldsmith & Burns, 2015).

Στις επαγγελματικές κοινότητες (δηλ. Ιατρική, δημόσια υγεία, ακαδημαϊκή και πολιτική), υπάρχει μεγάλος βαθμός διακύμανσης στη χρήση του όρου χρόνια ασθένεια. Για παράδειγμα, τα Κέντρα Ελέγχου Νόσων ταξινομούν τα ακόλουθα ως χρόνιες ασθένειες: καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλικό επεισόδιο, καρκίνος, διαβήτη τύπου 2, παχυσαρκία και αρθρίτιδα. Τα Κέντρα Medicare και Medicaid Services έχουν μια πιο εκτεταμένη λίστα με 19 χρόνιες παθήσεις που περιλαμβάνουν τη νόσο του Alzheimer, την κατάθλιψη και τον HIV, για να αναφέρουμε μερικές. Αυτή η διαφορά, μόνο στο Τμήμα Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών, αν και δεν προκαλεί έκπληξη σε όσους βρίσκονται στον τομέα, έχει τη δυνατότητα να δημιουργήσει σύγχυση και παρεξήγηση όταν μιλά σε γενικές γραμμές σχετικά με τις επιπτώσεις της χρόνιας

νόσου, το κόστος της χρόνιας νόσου και τα συνολικά μέτρα για τη μείωση της χρόνιας νόσου (Burns & Miller, 2008).

Η ακαδημαϊκή βιβλιογραφία δεν είναι απαλλαγμένη από το ίδιο είδος παραλλαγής ορολογίας. Οι διαφορές στον τρόπο χρήσης της «χρόνιας νόσου» εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται για την έρευνα και την πειθαρχία των επικεφαλής συγγραφέων (δηλ. Δημόσια υγεία και κοινωνιολογία). Για παράδειγμα, μια μελέτη, που συντάχθηκε από άτομα από την Ιατρική Σχολή του Χάρβαρντ, διερεύνησε τον επιπολασμό της χρόνιας νόσου χρησιμοποιώντας δεδομένα NHANES (1999-2004). Η μελέτη ταξινομεί τα ακόλουθα ως χρόνιες ασθένειες: καρδιαγγειακές παθήσεις, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, υπερχοληστερολαιμία, άσθμα, ΧΑΠ και προηγούμενο καρκίνο. Μια άλλη ακαδημαϊκή μελέτη για τη χρόνια ασθένεια, που γράφτηκε από έναν γηριατρικό, ταξινομεί τη χρόνια ασθένεια ως «καταστάσεις που διαρκούν ένα χρόνο ή περισσότερο και απαιτούν συνεχή ιατρική φροντίδα και / ή περιορίζουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής» (7). Η συνέπεια μιας μη ομοιόμορφης χρήσης του όρου είναι ότι απαιτείται μια λεπτομερής ανάγνωση κάθε μελέτης για την αποφυγή λανθασμένων συμπερασμάτων σχετικά με τις παρεμβάσεις που είναι απαραίτητες για τη μείωση της χρόνιας επιβάρυνσης της νόσου για το άτομο και την κοινωνία (Nuno et al., 2012).

Οι δημοφιλείς πηγές Διαδικτύου που χρησιμοποιούνται από το ευρύ κοινό για τη συλλογή ιατρικών πληροφοριών χρησιμοποιούν τους όρους «χρόνια ασθένεια» ή «χρόνια πάθηση» για να σημαίνουν ελαφρώς διαφορετικά πράγματα. Οι χρόνιες ασθένειες γενικά δεν μπορούν να προληφθούν με εμβόλια ή να θεραπευτούν με φάρμακα, ούτε εξαφανίζονται (Crone & Garcia, 2001).

Ο ΠΟΥ δηλώνει ότι οι χρόνιες ασθένειες, δεν μεταδίδονται από άτομο σε άτομο. Έχουν

μεγάλη διάρκεια και γενικά αργή εξέλιξη. Οι τέσσερις κύριοι τύποι... είναι καρδιαγγειακά νοσήματα (όπως καρδιακές προσβολές και εγκεφαλικό επεισόδιο), καρκίνοι, χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις (όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άσθμα) και διαβήτης (WHO, 2015).

Η επισκόπηση της χρόνιας νόσου του CDC (Center of Disease Control) παραλείπει τις χρόνιες αναπνευστικές καταστάσεις, όπως η ΧΑΠ και το άσθμα, και δεν αναφέρει τη διάρκεια της νόσου ή των συμπτωμάτων. Ο ορισμός του MedicineNet δεν περιλαμβάνει συγκεκριμένες ασθένειες, αλλά περιλαμβάνει τη φράση «δεν μπορεί να θεραπευτεί με φάρμακα». Παρόμοια με το MedicineNet, η Wikipedia χρησιμοποιεί το χρονικό διάστημα 3 μηνών ως δείκτη, αλλά απαριθμεί συγκεκριμένες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένου του HIV. Ο ορισμός του ΠΟΥ θα εξαλείψει τον HIV ως χρόνια ασθένεια καθώς ο ιός μεταδίδεται από άτομο σε άτομο (WHO, 2015).

Η διακύμανση της έννοιας ενισχύεται όταν προβάλλεται σε διεθνές πλαίσιο. Για παράδειγμα, το Αυστραλιανό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας περιλαμβάνει τα ακόλουθα ως κοινά χαρακτηριστικά της χρόνιας νόσου (Ferreu & Goodwin, 2014):

- σύνθετη αιτιότητα, με πολλούς παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωσή τους
- μια μακρά περίοδο ανάπτυξης, για την οποία μπορεί να μην υπάρχουν συμπτώματα
- μια παρατεταμένη πορεία ασθένειας, που μπορεί να οδηγήσει σε άλλες επιπλοκές στην υγεία
- σχετική λειτουργική δυσλειτουργία ή αναπηρία.

Επισημαίνεται στις πληροφορίες της αυστραλιανής κυβέρνησης σχετικά με τις χρόνιες ασθένειες είναι η επιβάρυνση της ψυχικής νόσου και η στοματική νόσος. Και οι δύο αυτές καταστάσεις συχνά αποκλείονται από τη συζήτηση για τις χρόνιες ασθένειες στις ΗΠΑ (Singer et al., 2011).

Δεδομένης της παγκόσμιας διάδοσης ιατρικών πληροφοριών, η διακύμανση των πληροφοριών του κοινού δεν προκαλεί σύγχυση μόνο στα χαρτιά, αλλά έχει και πραγματικές επιπτώσεις σε εκείνους που διαχειρίζονται χρόνιες ασθένειες ή καταστάσεις. Είναι πιθανό να λείπουν συστάσεις για τη διαχείριση της χρόνιας νόσου από άτομα που δεν γνωρίζουν ότι οι πληροφορίες ισχύουν γι' αυτά. Αντίθετα, τα άτομα μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη σύσταση όταν δεν είναι σκόπιμο να το πράξουν. Για παράδειγμα, το CDC απαριθμεί τον «καρκίνο» ως χρόνια ασθένεια όταν, στην πραγματικότητα, μόνο ορισμένοι τύποι καρκίνων (δηλ. Πολλαπλό μύελωμα) μπορούν να θεωρηθούν ως μια χρόνια ασθένεια. Άλλοι τύποι καρκίνου έχουν λίγες επιλογές θεραπείας και αποδεικνύονται θανατηφόροι στο εγγύς μέλλον (Evans et al., 2013).

2.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

Οι χρόνιες παθήσεις έχουν χρησιμοποιηθεί συχνά για να περιγράψουν τις διάφορες καταστάσεις που σχετίζονται με την υγεία του ανθρώπινου σώματος, όπως σύνδρομα, σωματικές βλάβες, αναπηρίες καθώς και ασθένειες. Οι επιδημιολόγοι έχουν βρει ενδιαφέρον για χρόνιες παθήσεις λόγω του γεγονότος ότι συμβάλλουν σε ασθένειες, αναπηρίες και μειωμένη σωματική και / ή διανοητική ικανότητα (IPC, 2013).

Για παράδειγμα, η υψηλή αρτηριακή πίεση ή η υπέρταση θεωρείται ότι δεν είναι μόνο μια χρόνια πάθηση, αλλά επίσης σχετίζεται με ασθένειες όπως καρδιακή προσβολή ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Επιπλέον, ορισμένοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

μπορούν να θεωρηθούν ως χρόνια πάθηση καθώς οδηγούν σε αναπηρία στην καθημερινή ζωή. Ένα σημαντικό που άρχισαν να τονίζουν οι αξιωματούχοι της δημόσιας υγείας στο κοινωνικό επιστημονικό περιβάλλον είναι η χρόνια φτώχεια. Οι ερευνητές, ιδίως εκείνοι που μελετούν τις Ηνωμένες Πολιτείες, χρησιμοποιούν τον δείκτη χρόνιας κατάστασης (CCI) που χαρτογραφεί τους κωδικούς ICD ως "χρόνιοι" ή μη χρόνιοι (Notle et al., 2016):

Το 2015, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνέταξε μια έκθεση για τις μη μεταδοτικές ασθένειες, αναφέροντας τους τέσσερις βασικούς τύπους ως (WHO, 2015):

Καρκίνοι

Καρδιαγγειακές παθήσεις, όπως εγκεφαλοαγγειακή νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια και ισχαιμική καρδιοπάθεια

Χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, όπως άσθμα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)

Σακχαρώδης διαβήτης (τύπος 1, τύπος 2, προ-διαβήτης, διαβήτης κύησης)

Άλλα παραδείγματα χρόνιων ασθενειών και καταστάσεων υγείας περιλαμβάνουν (WHO, 2015):

- Η ασθένεια Αλτσχάϊμερ
- Κολπική μαρμαρυγή
- Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας

- Αυτοάνοσες ασθένειες, όπως ελκώδης κολίτιδα, ερυθματώδης λύκος, νόσος Crohn, κοιλιοκάκη, θυρεοειδίτιδα του Hashimoto και υποτροπιάζουσα πολυχονδρίτιδα
- Ο αυτισμός ή το σύνδρομο Asperger
- Τύφλωση
- Εγκεφαλική παράλυση (όλων των τύπων)
- Χρόνια νόσος μοσχεύματος έναντι ξενιστή
- Χρόνια ηπατίτιδα
- Χρόνια νεφρική νόσος
- Χρόνιες οστεοαρθρικές παθήσεις, όπως οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Σύνδρομο χρόνιου πόνου, όπως σύνδρομο πόνου μετά την αγγειεκτομή και σύνδρομο σύνθετου περιφερειακού πόνου
- Δερματολογικές καταστάσεις όπως ατοπική δερματίτιδα και ψωρίαση
- Κώφωση και ακοή
- Σύνδρομο Ehlers – Danlos (διάφοροι τύποι)
- Ενδομητρίωση
- Επιληψία
- Διαταραχή φάσματος εμβρύου αλκοόλ
- Ινομυαλγία
- HIV / AIDS
- νόσος του Huntington
- Υπέρταση

- Νόσος του Lyme
- Ψυχική ασθένεια
- Ημικρανίες
- Πολλαπλή σκλήρυνση
- Μυαλγική εγκεφαλομυελίτιδα (γνωστό ως σύνδρομο χρόνιας κόπωσης)
- Ναρκοληψία
- Ευσαρκία
- Οστεοπόρωση
- Η νόσος του Πάρκινσον
- Περιοδοντική νόσος
- Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
- Σύνδρομο ορθοστατικής ταχυκαρδίας
- Αναιμία των δρεπανοκυττάρων και άλλες διαταραχές της αιμοσφαιρίνης
- Διαταραχές κατάχρησης ουσιών
- Απνοια ύπνου
- Ασθένεια που προκαλείται από κρότωνα
- Νόσοι του θυρεοειδούς

2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ

Ενώ οι παράγοντες κινδύνου ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία και το φύλο, οι περισσότερες από τις κοινές χρόνιες ασθένειες στις ΗΠΑ προκαλούνται από διατροφικούς, τρόπους ζωής και μεταβολικούς παράγοντες κινδύνου που είναι επίσης υπεύθυνοι για την προκύπτουσα θνησιμότητα. Επομένως, αυτές οι καταστάσεις

μπορεί να προληφθούν από αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως η διακοπή του καπνίσματος, η υιοθέτηση μιας υγιεινής διατροφής και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας. Οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για χρόνιες ασθένειες. Οι κοινωνικοί παράγοντες, π.χ. η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και η φυλή / εθνικότητα, είναι μια σημαντική αιτία για τις ανισότητες που παρατηρούνται στη φροντίδα της χρόνιας νόσου. Η έλλειψη πρόσβασης και η καθυστέρηση στη λήψη περίθαλψης οδηγούν σε χειρότερα αποτελέσματα για ασθενείς από μειονότητες και πληθυσμούς που δεν διαθέτουν επαρκή εξυπηρέτηση. Αυτά τα εμπόδια στην ιατρική περίθαλψη περιπλέκουν την παρακολούθηση των ασθενών και τη συνέχεια της θεραπείας (Cohn, 2004).

Στις ΗΠΑ, οι μειονότητες και οι πληθυσμοί χαμηλού εισοδήματος είναι λιγότερο πιθανό να έχουν πρόσβαση και να λαμβάνουν προληπτικές υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για τον εντοπισμό καταστάσεων σε πρώιμο στάδιο (OECD, 2015).

Η πλειονότητα των αμερικανικών υπηρεσιών υγείας και οικονομικών δαπανών που σχετίζονται με ιατρικές παθήσεις αφορούν το κόστος χρόνιων ασθενειών και παθήσεων και συναφών συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία. Ογδόντα τέσσερα τοις εκατό όλων των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης το 2006 αφορούσαν το 50% του πληθυσμού που έχουν μία ή περισσότερες χρόνιες ιατρικές παθήσεις (OECD, 2015).

Υπάρχουν διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου και αντίστασης μεταξύ των παιδιών με χρόνια ασθένεια και των μελών της οικογένειάς τους. Οι ενήλικες με χρόνια ασθένεια είχαν πολύ περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν τη δυσαρέσκεια της ζωής από εκείνους χωρίς χρόνια ασθένεια. Σε σύγκριση με τους υγιείς συνομηλίκους τους, τα παιδιά με χρόνια ασθένεια έχουν περίπου διπλάσια αύξηση στις ψυχιατρικές

διαταραχές. Η υψηλότερη γονική κατάθλιψη και άλλοι οικογενειακοί στρεσογόνοι πρόβλεψαν περισσότερα προβλήματα στους ασθενείς. Επιπλέον, τα προβλήματα των αδελφών μαζί με το βάρος της ασθένειας στην οικογένεια συνολικά οδήγησαν σε περισσότερη ψυχολογική πίεση στους ασθενείς και τις οικογένειές τους (Suter et al., 2005):

Οι χρόνιες ασθένειες χαρακτηρίζονται κυρίως από (Goodwin, 2015):

- Σύνθετες αιτίες
- Πολλοί παράγοντες κινδύνου
- Μακροχρόνιες περίοδοι καθυστέρησης (χρόνος μεταξύ της εμφάνισης της ασθένειας και της αίσθησης των επιπτώσεών της)
- Μια μακρά ασθένεια
- Λειτουργική βλάβη ή αναπηρία.
- Οι περισσότερες χρόνιες ασθένειες δεν αντιμετωπίζονται και γενικά δεν θεραπεύονται πλήρως.
- Μερικές μπορεί να είναι άμεσα απειλητικά για τη ζωή, όπως καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Άλλοι παραμένουν με την πάροδο του χρόνου και χρειάζονται εντατική αντιμετώπιση, όπως ο διαβήτης.
- Οι περισσότερες χρόνιες ασθένειες επιμένουν σε όλη τη ζωή ενός ατόμου, αλλά δεν είναι πάντα η αιτία θανάτου, όπως η αρθρίτιδα

Για τη δημόσια υγεία και την ιατρική κοινότητα, οι μεταβάσεις σε καταστάσεις ασθενειών - από την τελική διάγνωση σε χρόνια ασθένεια ή από οξεία σε χρόνια - δεν είναι απροσδόκητες. Για παράδειγμα, περίπου 1,2 εκατομμύρια άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες ζουν με HIV, με 50.000 νέες περιπτώσεις να επιβεβαιώνονται κάθε χρόνο. Σήμερα, τα άτομα με HIV αντιμετωπίζονται συχνότερα με χάπια σταθερής δόσης μία φορά την ημέρα, τα οποία λαμβάνονται για το υπόλοιπο της ζωής τους (PAHO, 2013).

Είναι μια τεράστια βελτίωση από την πρώιμη θεραπεία του HIV που περιλάμβανε ένα πολύ περίπλοκο σχήμα χάπια, με δυσκολίες στη διαχείριση παρενεργειών. Οι εξελίξεις στη θεραπεία του HIV έχουν αλλάξει την πορεία της ζωής για ένα νεοδιαγνωσμένο HIV-θετικό άτομο. Από το 2014, η διάρκεια ζωής ενός ατόμου που ζούσε με HIV ήταν περίπου η ίδια με ένα άτομο που δεν είχε διαγνωστεί με HIV (Eppring et al., 2014)

Ωστόσο, μια αναζήτηση ειδησεογραφικών άρθρων από δύο εθνικές πηγές ειδήσεων (New York Times και Washington Post) από 1/1/2015 έως 5/1/2016 δημιούργησε μηδενικά άρθρα ειδήσεων που περιέχουν τις λέξεις «HIV, χρόνια και ασθένεια / κατάσταση». Εάν το ευρύ κοινό βασίζεται σε αυτούς τους τύπους πηγών ειδήσεων για να κατανοήσει τη μεταβαλλόμενη φύση της χρόνιας νόσου, είναι κατανοητό ότι ο HIV δεν θεωρείται συνήθως στην ίδια κατηγορία με τον διαβήτη ή τη ΧΑΠ και το στίγμα του HIV ως «θανατική ποινή Παραμένει. Είναι λογικό να υποθέσουμε ότι το ευρύ κοινό δεν γνωρίζει ότι τα άτομα με θετική HIV λοίμωξη έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής από κάποιον που έχει διαγνωστεί με διαβήτη (Singer et al., 2017).

Με την πρόοδο στη θεραπεία του HIV, ο HIV αποτελεί πλέον παράγοντα κινδύνου για άλλες χρόνιες ασθένειες, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ο διαβήτης. Οι

ασθενείς, οι κλινικοί γιατροί, οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας και άλλοι που ενδιαφέρονται για τη μείωση της δημόσιας υγείας και των οικονομικών επιβαρύνσεων της χρόνιας νόσου μπορεί να ωφεληθούν από το να βλέπουν τον HIV όχι ως μία μόνο χρόνια ασθένεια, αλλά ως πρόδρομο άλλων χρόνιων ασθενειών(PAHO, 2013).

Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας αναφέρει ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες φέρουν ένα σωρευτικό ετήσιο οικονομικό βάρος ύψους 1,3 τρισεκατομμυρίων δολαρίων από τις επτά πιο διαδεδομένες χρόνιες παθήσεις - καρκίνος, διαβήτης, υπέρταση, εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακές παθήσεις, πνευμονικές παθήσεις και ψυχικές ασθένειες. Αυτός ο αριθμός δεν περιλαμβάνει ολόκληρο πλήθος άλλων χρόνιων παθήσεων και ασθενειών, όπως ο HIV. Εάν θέλουμε να μειώσουμε τις επιπτώσεις στην υγεία και τη δημοσιονομική επιβάρυνση της χρόνιας νόσου, η συνομιλία πρέπει να αλλάξει. Φυσικά, πρέπει να προωθήσουμε τις αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις ιατρικές ανακαλύψεις για να μειώσουμε τις χρόνιες ασθένειες, αλλά επίσης χρειαζόμαστε ασθενείς, παρόχους, υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και εκείνους που προωθούν τον δημόσιο λόγο, ώστε να είναι ακριβείς με τις λέξεις που χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε την υγεία, τις ασθένειες και τις ασθένειες (Goodwin, 2015).

Αντί να ακολουθηθεί ένας συγκεκριμένος κατάλογος ασθενειών και μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, υποστηρίζεται μια απλούστερη προσέγγιση. Σύμφωνα με τη Merriam Webster, το «χρόνιο» είναι κάτι που «συνεχίζεται ή συμβαίνει ξανά και ξανά για μεγάλο χρονικό διάστημα». Χρησιμοποιώντας αυτήν την απλούστερη άποψη, θα αποκλείσουμε κάτι σαν σπασμένο πόδι ως χρόνια πάθηση, αλλά θα συμπεριλάβουμε για παράδειγμα τον επαναλαμβανόμενο πόνο στην πλάτη ή τους πονοκεφάλους που σχετίζονται με διαταραχές των ορμονών. Ασθένειες, παθήσεις και σύνδρομα που δεν

περιλαμβάνονται στην πρώτη επτά λίστα, αλλά όταν λαμβάνονται μαζί επηρεάζουν μεγάλο αριθμό ατόμων που μπορεί να είναι αρκετά δαπανηρό να διαχειριστούν και δικαιολογημένα συναισθηματικά και σωματικά φορολογούν τους ασθενείς και τους φροντιστές τους (Goodwin, 2013).

Κάθε χρόνια και σοβαρή για τη ζωή ασθένεια διακρίνεται από διάφορες φάσεις. Σύμφωνα με τον Doka(1993), κάθε φάση χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες «προκλήσεις» που εμφανίζονται σε οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο, και απαιτούν διευθέτηση, ώστε ο άρρωστος και η οικογένεια του να προσαρμοστούν στην νόσο και στην θεραπεία της. Οι πιθανές φάσεις του μοντέλου του Doka είναι η : η φάση πριν από την διάγνωση, η οξεία φάση που περιλαμβάνει και τη διάγνωση, η χρόνια και η τελική φάση, η οποία καταλήγει ορισμένες φορές στο θάνατο του ασθενούς (Sergi et al., 2011).

Στην προ της διάγνωσης φάση το άτομο αρχίζει να αναγνωρίζει κάποια συμπτώματα τα οποία ίσως αποτελούν ενδείξεις οργανικής διαταραχής και χρησιμοποιεί ορισμένες στρατηγικές, είτε για να την αντιμετωπίσει, είτε να την αποφύγει. Καλείται δηλαδή να αναγνωρίσει ότι η υγεία του έχει διαταραχθεί, να αντιμετωπίσει το άγχος του και να αναζητήσει τη κατάλληλη βοήθεια. Η οξεία φάση συνδέεται με τη διάγνωση. Πρόκειται για μια δύσκολη περίοδο που χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ριζικές αλλαγές στη ζωή του αρρώστου και σημαντικές αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ίδιος και η οικογένεια του. Ο ασθενής καλείται να κατανοήσει την νόσο του και ανάλογα με την κατανόηση και την ερμηνεία που αποδίδει σε αυτή, θα ενεργοποιήσει στρατηγικές για να την αντιμετωπίσει και να προσαρμοστεί στα καινούρια δεδομένα σχετικά με την κατάσταση της υγείας του (Sergi et al., 2011).

Μερικές από τις αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ασθενής αφορούν: για το αν θα ανακοινώσει την κατάσταση της υγείας του και σε ποιον, αν θα αναζητήσει περισσότερες ιατρικές γνώμες, τι είδους θεραπεία θα επιλέξει κτλ. Κάθε άτομο αντιδρά όπως αναφέρθηκε με τον δικό του τρόπο στην διάγνωση και οι αντιδράσεις ποικίλουν. Όταν αποξενώνεται και αρνείται τους φόβους του, βιώνει μια εσωτερική υπερένταση με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται να προσαρμοστεί(Sergi et al., 2011).

Η χρόνια φάση εκτείνεται ως την τελική έκβαση(ίαση ή θάνατος). Είναι μια δύσκολη περίοδος, ιδιαίτερα όταν η έκβαση είναι αβέβαιη και συνοδεύεται από χρόνια άγχος. Στην διάρκεια αυτής της περιόδου το άτομο επιδιώκει να εξασφαλίσει «ποιότητα ζωής» μέσα σε συνθήκες που επιβάλλει η νόσος και η θεραπεία της. Μερικές ασθένειες έχουν ταχύτατη εξέλιξη(πχ κάποιες μορφές καρκίνου), άλλες χαρακτηρίζονται από μία αργή, προοδευτική επιδείνωση της υγείας(νόσος του Alzheimer), άλλες συνοδεύονται από υποτροπές και υφέσεις(όπως καρδιαγγειακές παθήσεις), ενώ άλλες έχουν πιο ήπια εξέλιξη(όπως η υπέρταση)(Sergi et al., 2011).

Μερικές από τις σημαντικότερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο ασθενής στη χρόνια φάση είναι να εξασφαλίσει «ένα φυσιολογικό ρυθμό» και «ποιότητα ζωής» και να τηρήσει τις απαραίτητες ιατροσηλευτικές οδηγίες για να μπορέσει να προσαρμοστεί. Επίσης η ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου το οποίο είναι ικανό να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, θα το βοηθήσει να αποφύγει την μοναξιά και την απομόνωση. Η φάση της ανάρρωσης και της αποθεραπείας συχνά προκαλεί θετικά συναισθήματα και ανακούφιση. Εντούτοις πολλά άτομα στην αποθεραπεία βιώνουν άγχος, θυμό και ανασφάλεια γιατί ίσως φοβούνται μια πιθανή υποτροπή και ίσως επειδή διακόπτεται η μακρόχρονη σχέση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που τους παρείχε ην μέχρι τώρα εμπιστοσύνη και φροντίδα (Song et al., 2010).

Η τελική φάση χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση της υγείας του αρρώστου και έτσι

τώρα ο στόχος της παρέμβασης δεν επικεντρώνεται στη θεραπεία αλλά στο πως θα ανακουφιστεί ο άρρωστος εν όψει του επικείμενου θανάτου. Ο θάνατος λοιπόν και η απειλή του θανάτου είναι ένα θέμα που αναπόφευκτα σχετίζεται με τις χρόνιες ασθένειες (Song et al., 2010).

2.4 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Πολλοί ασθενείς με χρόνιες ασθένειες βιώνουν ένα είδος σωματικής εξασθένισης. Η σωματική εξασθένιση εξαρτάται βέβαια από το είδος της ασθένειας, αλλά μπορεί να συμπεριλάβει συμπτώματα όπως πόνο, παράλυση, ακράτεια κτλ. Ασθενείς με χρόνιες ασθένειες συχνά παρουσιάζουν ανησυχίες σχετικά με την εικόνα του σώματος τους ειδικά όταν η ασθένεια τους ή η θεραπεία τους προκαλεί σημαντικές σωματικές αλλαγές στην λειτουργικότητα τους (Morandi et al., 2013).

Μια από τις δύσκολες πτυχές που ένα άτομο με χρόνια ασθένεια έχει να αντιμετωπίσει είναι η επίδραση στις διαπροσωπικές σχέσεις. Πολλά άτομα με χρόνιες ασθένειες μερικές φορές επιλέγουν να κρύψουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται από τους άλλους, επειδή ανησυχούν μήπως γίνουν αξιολύπητοι και αποσυρθούν από πολλές κοινωνικές σχέσεις. Αυτή η προσέγγιση ισχύει για άτομα με ασθένειες που συνοδεύονται από κοινωνικό στιγματισμό όπως η επιληψία και το AIDS (Calderon et al., 2012).

Παρόλα τα πλεονεκτήματα που έχει ένας ασθενής στο να παραδεχτεί την αρρώστια του στους άλλους (προσφορά κοινωνικής υποστήριξης) εντούτοις υπάρχουν και κάποια προβλήματα. Οι φίλοι μπορεί να αποσυρθούν, είτε επειδή φοβούνται μήπως τους μεταδοθεί η νόσος, είτε επειδή δεν μπορούν να αντέξουν τις φυσικές αλλαγές των ασθενών-φίλων τους. Μερικά άτομα παρουσιάζουν αρνητικές αντιλήψεις και προκαταλήψεις για άτομα με χρόνιες ασθένειες και τους αντιλαμβάνονται σαν καταθλιπτικούς. Επομένως πολλά άτομα με χρόνιες ασθένειες αναφέρουν ότι

αισθάνονται απομονωμένοι από τους άλλους και δέχονται μειωμένη κοινωνική υποστήριξη ιδιαίτερα την χρονική στιγμή που την έχουν τόσο ανάγκη. Ακόμα και όταν τα μέλη της οικογένειας ή οι φίλοι θέλουν να βοηθήσουν τις περισσότερες φορές δεν έχουν πραγματική ιδέα τι περνούν οι ασθενείς. Σε μερικές περιπτώσεις οι οικογένειες των ασθενών έχουν μη πραγματικές υψηλές προσδοκίες σχετικά με το πώς οι ασθενείς πρέπει να διαχειριστούν την νόσο τους (Cooper et al., 2015).

Τα μέλη της οικογένειας των χρόνιων ασθενών βιώνουν και αυτά αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις. Η εξαρτημένη σχέση που αναπτύσσουν οι ασθενείς με τους οικείους τους , μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική αναστάτωση και άγχος στα άτομα που τους φροντίζουν. Αυτά τα συναισθήματα εκδηλώνονται όταν οι ασθενείς έχουν υψηλά επίπεδα λειτουργικής εξασθένησης όπου οι συγγενείς τους χρειάζεται να είναι διαρκώς δίπλα τους και να τους φροντίζουν. Τα μέλη της οικογένειας των χρόνιων ασθενών έχουν επίσης μειωμένες κοινωνικές δραστηριότητες αφού τον περισσότερο χρόνο τους ασχολούνται με την φροντίδα του αρρώστου και πολλές φορές εγκαταλείπουν τα δικά τους σχέδια για την ζωή. Άτομα με χρόνιες ασθένειες επίσης υποφέρουν από οικονομικά προβλήματα αφού η ασθένεια τους ή η θεραπεία τους επηρεάζει την επαγγελματική τους απασχόληση (Clyne et al., 2016).

Κατά την διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, τα άτομα βιώνουν όπως αναφέρθηκε μια αρχική αίσθηση κλονισμού, δυσπιστίας, άρνησης και θυμού. Αυτές οι αντιδράσεις είναι ιδιαίτερα συνηθισμένες σε άτομα νεαρής ηλικίας ,ίσως επειδή αναμένουν ότι οι ασθένειες αναπτύσσονται με την ηλικία και ως εκ τούτου λαμβάνοντας μια τέτοια διάγνωση σε νεαρή ηλικία είναι περισσότερο ανησυχητική παρά όταν κάποιος βρίσκεται σε μεγάλη ηλικία. Πολλά άτομα με χρόνιες ασθένειες βιώνουν κατάθλιψη, η οποία προκαλείται από την αίσθηση απώλειας ελέγχου της ζωής τους. Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι το 40% των ατόμων με χρόνιες ασθένειες υποφέρουν από κατάθλιψη .Στην πραγματικότητα, αυτά τα μεγάλα ποσοστά κατάθλιψης είναι κοινά στην αρχή της διάγνωσης και στην συνέχεια τείνουν να μειώνονται(Clyne et al., 2016).

2.5 Η ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Κάθε χρόνια ασθένεια έχει τις ιδιαιτερότητες της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο κάθε άτομο και την οικογένειά του. Οι αντιδράσεις ποικίλουν και εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, οι σημαντικότεροι των οποίων μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες: (α)τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την ασθένεια (όπως φύση, σοβαρότητα, την προβλεψιμότητα της πορείας της, το είδος της θεραπείας και πιθανές κοινωνικές προκαταλήψεις), (β) τους παράγοντες που συνδέονται με την χρονική στιγμή που εμφανίζεται η ασθένεια (βρεφική ή νηπιακή ηλικία, εφηβεία, μέση ηλικία, τρίτη ηλικία) και (γ)τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (όπως ηλικία, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, προσωπικότητα, κοινωνική υποστήριξη κτλ.)(Rupert et al., 2011).

Η διάγνωση μιας σοβαρής χρόνιας ασθένειας μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε κρίση. Η κρίση είναι μια μεταβατική περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας η βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου απειλείται ή διαταράσσεται προσωρινά. Η κρίση δεν οφείλεται σε ένα εξωτερικό γεγονός, αλλά στην ερμηνεία που αποδίδει το άτομο στο γεγονός το οποίο γίνεται αντιληπτό ως καταστροφικό ή απειλητικό, ενώ ταυτόχρονα υπερβαίνει τα αποθέματα που το άτομο διαθέτει για να το αντιμετωπίσει(Rupert et al., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Περίπου 1 εκατομμύριο άνθρωποι σήμερα παγκοσμίως πάσχουν από διαβήτη, άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο (ΧΑΠ) ή καρδιαγγειακή νόσο. Η διαχρονική μελέτη των ειδικών από διάφορες χώρες για τη γήρανση, αναφέρει ότι το 64,8% του πληθυσμού της γης άνω των 65 ετών ζει με συννοσηρότητα. Αυτό ορίζεται ως η παρουσία δύο ή περισσότερων χρόνιων παθήσεων. Ο τρέχων και ο προβλεπόμενος αντίκτυπος της χρόνιας νόσου αντιπροσωπεύει μια σημαντική πρόκληση όχι μόνο για τις υπηρεσίες υγείας, αλλά και για την κοινωνία και την οικονομία. Υπάρχει αυτή η πλειοψηφία των ατόμων που ζουν με χρόνια ασθένεια και πολλαπλή συννοσηρότητα, ζουν περισσότερο με την ασθένεια, και ενώ είναι καλό το εύρος των διαθέσιμων θεραπειών να αυξάνεται και να βελτιώνεται, αυτό έρχεται επίσης με κόστος. Αν δεν σχεδιαστούν προγράμματα και στρατηγικές, η ανθρωπότητα θα αντιμετωπίσει σημαντικές δυσκολίες σε δέκα χρόνια. Στην πραγματικότητα, η ανθρωπότητα αντιμετωπίζει ήδη αυτές τις δυσκολίες, όπως μπορεί να παρατηρηθεί η αύξηση κατά 5% έως 6% στις επισκέψεις στα τμήματα έκτακτης ανάγκης μας κάθε χρόνο και τον αντίκτυπο που έχει αυτό στα συστήματα υγείας και, ιδίως, στη διάθεση κλινών και την χωρητικότητα των νοσομείων και των κλινικών. Επιπλέον, η χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση και η εισαγωγή μέτρων λιτότητας σε πολλές χώρες της ΕΕ, συμβάλλουν σε ένα ανανεωμένο πλαίσιο για πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης που απευθύνονται σε άτομα με χρόνιες παθήσεις (Plochg et al., 2009)

Οποιοσδήποτε υπεύθυνος χάραξης πολιτικής που στοχεύει στον τριπλό στόχο (που εγγυάται την δίκαιη παροχή υψηλής ποιότητας, τεκμηριωμένης περίθαλψης με λογικό κόστος), θα πρέπει να αναγνωρίσει ότι οι προκλήσεις για την υγεία δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν επιτυχώς από παράγοντες που εργάζονται μεμονωμένα ούτε από μειωτικές προσεγγίσεις που προτείνουν περιορισμένη σύνολο παρεμβάσεων (π.χ. οικονομικά κίνητρα) για τη βελτίωση της φροντίδας των ατόμων με χρόνιες παθήσεις. Η ολοκληρωμένη διαχείριση των μη μεταδοτικών ασθενειών έχει νόημα για τουλάχιστον τρεις σημαντικούς λόγους. Πρώτον, δεδομένου ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν περισσότερους από έναν παράγοντες κινδύνου ή / και χρόνια πάθηση / ασθένεια (π.χ. υπέρταση και παχυσαρκία), είναι λογικό να αντιμετωπίζονται οι παθήσεις τους σε ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο φροντίδας. Δεύτερον, οι περισσότερες χρόνιες ασθένειες θέτουν παρόμοιες απαιτήσεις στους εργαζομένους στον τομέα της υγείας και στα συστήματα υγείας, και συγκρίσιμοι τρόποι οργάνωσης της φροντίδας και διαχείρισης αυτών των παθήσεων είναι εξίσου αποτελεσματικοί ανεξάρτητα από την αιτιολογία. Τρίτον, οι περισσότερες χρόνιες ασθένειες έχουν κοινούς πρωταρχικούς και δευτερογενείς παράγοντες κινδύνου. Εκτός από την ολοκληρωμένη διαχείριση χρόνιων παθήσεων, η γενική ενσωμάτωση αυτού του τύπου φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητη (Coulter et al., 2013).

Μια ομάδα φροντίδας ασθενών είναι μια ομάδα διαφορετικών κλινικών που επικοινωνούν μεταξύ τους τακτικά σχετικά με τη φροντίδα μιας καθορισμένης ομάδας ασθενών και συμμετέχουν σε αυτού του είδους τη φροντίδα. Τα τυπικά μέλη του προσωπικού σε μια χειρουργική επέμβαση - νοσοκόμα, ιατρικός βοηθός και ρεσεψιονίστ - αποτελούν μια ομάδα φροντίδας; Η απάντηση εξαρτάται από το πώς λειτουργούν ως ομάδα - αν συναντώνται, αν καθορίζουν ρητά τους κλινικούς ρόλους και τι είδους κλινικούς ρόλους έχουν. Το Starfield προσδιόρισε τρεις κατηγορίες λειτουργιών που εκτελούνται από μη ιατρικό προσωπικό: συμπληρωματικές λειτουργίες (λειτουργίες που θα μπορούσαν να γίνουν, αν και αναποτελεσματικά, από τον γιατρό - όπως η ένεση) συμπληρωματικές λειτουργίες (αυτές που οι γιατροί συχνά δεν έχουν ούτε τις δεξιότητες ούτε το χρόνο να κάνουν καλά, όπως συμβουλευτική για αλλαγή συμπεριφοράς). και υποκατάστατες λειτουργίες (εκείνες που παραδοσιακά εκτελούνται από τον γιατρό, όπως διάγνωση και θεραπεία ασθένειας). Το πραγματικό δυναμικό της ομαδικής φροντίδας για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας και τη μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης είναι η ικανότητα αύξησης του αριθμού και της ποιότητας των διαθέσιμων υπηρεσιών (Ahgren & Axelson, 2005).

Η αποτελεσματική ομαδική φροντίδα για χρόνια ασθένεια περιλαμβάνει συχνά επαγγελματίες εκτός της ομάδας ατόμων που εργάζονται σε μία μόνο πρακτική. Μπορεί να περιλαμβάνει πολλαπλές πρακτικές - για παράδειγμα, πρωτοβάθμια και εξειδικευμένη φροντίδα - ή μπορεί να περιλαμβάνει πολλούς οργανισμούς, όπως μια γενική πρακτική και μια κοινοτική υπηρεσία. Οι ομάδες που διασχίζουν τα όρια πρακτικής ή οργάνωσης μπορεί να δημιουργήσουν εφιάλτες επικοινωνίας και διοίκησης, αλλά είναι απαραίτητες για τη βελτιστοποίηση της φροντίδας για πολλούς ασθενείς (Raleigh et al., 2014).

Οι πιο επιτυχημένες παρεμβάσεις στη διαχείριση χρόνιων ασθενειών συνεπάγονται την ανάθεση ευθύνης από τον γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα μέλη της ομάδας για τη διασφάλιση ότι οι ασθενείς λαμβάνουν αποδεδειγμένες κλινικές και αυτοδιαχειριζόμενες υπηρεσίες υποστήριξης. Συχνά η ομάδα είναι πιο αποτελεσματική με την προσθήκη νέων επιστημονικών κλάδων, όπως η κλινική φαρμακευτική αγωγή ή η διαχείριση περιπτώσεων νοσηλευτικής.⁸ Τα αποτελεσματικά προγράμματα χρόνιας ασθένειας τείνουν να εκμεταλλεύονται τις ποικίλες δεξιότητες της ομάδας χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες στρατηγικές (Lyngso et al., 2014).

Φροντίδα βάσει πληθυσμού - Η φροντίδα βάσει πληθυσμού είναι μια προσέγγιση για τον προγραμματισμό και την παροχή φροντίδας σε καθορισμένους πληθυσμούς ασθενών που προσπαθεί να διασφαλίσει ότι οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις φτάνουν σε όλους τους ασθενείς που τους χρειάζονται. Ξεκινά με ένα πρωτόκολλο ή μια οδηγία που καθορίζει τα συστατικά (αξιολογήσεις και θεραπείες) υψηλής ποιότητας φροντίδας. Τα βήματα που απαιτούνται για την πραγματοποίηση των παρεμβάσεων καθορίζονται και ανατίθενται σε μέλη της ομάδας. Ο Tarlin και οι συνεργάτες του έχουν περιγράψει τον προγραμματισμό και την ανάθεση καθηκόντων φροντίδας με βάση τον πληθυσμό σε μια ενιαία πρακτική πρωτοβάθμιας φροντίδας

Σχεδιασμός θεραπείας - Τα σχέδια θεραπείας για κάθε ασθενή φαίνεται να είναι βασικά χαρακτηριστικά αποτελεσματικών προγραμμάτων χρόνιας ασθένειας και πιο επίσημα, γραπτά σχέδια βοηθούν στην οργάνωση του έργου των ομάδων και βοηθούν τους ασθενείς να περιηγηθούν στις πολυπλοκότητες της διεπιστημονικής περίθαλψης. Τα σχέδια που περιλαμβάνουν τις προτιμήσεις θεραπείας των ασθενών είναι πιο πιθανό να οδηγήσουν σε ικανοποιημένους, συμμορφούμενους ασθενείς (Di Gioia et al., 2013).

Κλινική διαχείριση βάσει στοιχείων - Οι εξελίξεις στην ιατρική έχουν αυξήσει τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων που μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία αλλά έχουν επίσης αυξήσει την πολυπλοκότητα των θεραπειών. Ο προσδιορισμός ή η προσθήκη μελών της ομάδας για την επίτευξη μεγαλύτερης συμβατότητας με σύνθετα πρωτόκολλα θεραπείας από παρόχους και ασθενείς έχει βελτιώσει σημαντικά τα αποτελέσματα σε αρκετές χρόνιες παθήσεις. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα του μη ιατρικού προσωπικού μπορεί να είναι ότι οι νομικοί περιορισμοί που τίθενται στη λήψη αποφάσεών τους (Rycnoft – Malone et al., 2004).

Υποστήριξη αυτοδιαχείρισης - Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι εκπαιδευτικές και υποστηρικτικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στο να βοηθήσουν τους ασθενείς να αλλάξουν επικίνδυνες συμπεριφορές ή να γίνουν καλύτεροι αυτοδιαχειριστές βελτιώνουν τα αποτελέσματα σε ένα φάσμα χρόνιων ασθενειών. Οι περισσότεροι γιατροί δεν έχουν ούτε την κατάρτιση ούτε το χρόνο να συμμετάσχουν σε συμβουλές σχετικά με την αλλαγή συμπεριφοράς ή να παρέχουν υποστήριξη αυτοδιαχείρισης. Τα πλεονεκτήματα της ομάδας που έχει ένας νοσηλευτής εκπαιδευμένος σε συμβουλευτική συμπεριφοράς ή άλλους επαγγελματίες, απεικονίζονται από διάφορες μελέτες (DorrGoold & Liplan, 1999).

Αποτελεσματικότερες διαβουλεύσεις - Οι περιορισμοί μιας σύντομης διαβούλευσης με έναν ασθενή με χρόνια χρόνια, ο οποίος θα έχει πολλαπλές ανάγκες, είναι προφανείς. Οι κλινικές λειτουργούν για ασθενείς με παρόμοιες ανάγκες - για παράδειγμα, άσθμα ή διαβητικές κλινικές - αποτελούν μέρος ιατρικής πρακτικής στο Ηνωμένο Βασίλειο (PAHO, 2013).

Ο Beck και οι συνεργάτες του μελέτησαν «ομαδικές διαβουλεύσεις» (διαβουλεύσεις

με αρκετούς ασθενείς ταυτόχρονα) για ηλικιωμένους ασθενείς σε μια τυχαιοποιημένη δοκιμή και διαπίστωσε ότι αυτοί οι ασθενείς ήταν πιο ικανοποιημένοι, πιο ενημερωμένοι στην προληπτική τους φροντίδα και χρησιμοποιούσαν υπηρεσίες υγείας λιγότερο συχνά από τους ασθενείς σύγκρισης. Οι ομαδικές διαβουλεύσεις μπορεί να παρέχουν ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό μέσο για τις συμπληρωματικές λειτουργίες της ομαδικής φροντίδας (Waner et al., 2005).

Παρατεταμένη παρακολούθηση - Η στενή παρακολούθηση διασφαλίζει την έγκαιρη ανίχνευση των ανεπιθύμητων ενεργειών της αγωγής, τα προβλήματα συμμόρφωσης, τη μη ανταπόκριση στη θεραπεία και την υποτροπή των συμπτωμάτων. Παρέχει ευκαιρίες για επίλυση προβλημάτων και αποδεικνύει την ανησυχία της ομάδας φροντίδας. Πολλές από τις επιτυχημένες παρεμβάσεις που περιγράφονται παραπάνω βασίζονται σε μια πρακτική που ξεκινά την παρακολούθηση των ασθενών. Τυχαιοποιημένες δοκιμές έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα της τηλεφωνικής παρακολούθησης από νοσοκόμες ή άλλο προσωπικό στη φροντίδα χρόνιων ασθενειών (Benzer et al., 2015).

3.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Ο γηράσκων πληθυσμός και η αύξηση του αριθμού των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με χρόνιες παθήσεις αναγκάζουν τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους ηγέτες της δημόσιας υγείας να μεταρρυθμίσουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης με αυξανόμενη ταχύτητα. Στην ΕΕ των 27, ο πληθυσμός άνω των 80 ετών αναμένεται να αυξηθεί από 5% το 2010 σε 11,5% το 2050. Μεταξύ 20-40% των ασθενών ηλικίας 65 ετών και άνω έχουν πολυ-νοσηρότητα, που χαρακτηρίζεται από περισσότερες από πέντε χρόνιες παθήσεις (PAHO, 2013).

Η Παγκόσμια Μελέτη Επιβαρύνσεων Νόσων 2013 (GBD 2013) έδειξε ότι ο αριθμός

των Προσαρμοσμένων Χρόνων Αναπηρίας (DALY) αυξήθηκε για τις περισσότερες μη μεταδοτικές ασθένειες μεταξύ 2005 και 2013. Η υγρασία συνδέεται στενά με την υψηλότερη θνησιμότητα, την κακή ποιότητα ζωής και τη λειτουργική κατάσταση, και τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής στο νοσοκομείο έκτακτης ανάγκης. Στην ΕΕ των 27, το ποσό των χρημάτων που δαπανώνται για ιατρική περίθαλψη αυξάνεται ταχύτερα από το ΑΕΠ στις περισσότερες χώρες. Ωστόσο, μια συνεχής αύξηση των υπηρεσιών ενδέχεται να μην είναι προσιτή, ούτε η αγορά εργασίας θα υποστηρίζει τη συνεχή επέκταση. Επιπλέον, η χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση και η εισαγωγή μέτρων λιτότητας σε πολλές χώρες της ΕΕ, συμβάλλουν σε ένα ανανεωμένο πλαίσιο για πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης που απευθύνονται σε άτομα με χρόνιες παθήσεις (Dons et al., 2018).

Η χρόνια ασθένεια δεν πρέπει να εξετάζεται μεμονωμένα αλλά ως μέρος της υγειονομικής κατάστασης του ατόμου. Η υγεία σε αυτό το πλαίσιο σημαίνει «την ικανότητα προσαρμογής και αυτοδιαχείρισης ενόψει κοινωνικών, σωματικών και συναισθηματικών προκλήσεων» (Tsasis et al., 2012).

Υπάρχουν πολλά διδάγματα κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας στη χάραξη πολιτικής σχετικά με την ολοκληρωμένη περίθαλψη, όπως προσδιορίζεται από το EU FP-7 Project INTEGRATE (www.projectintegrate.eu) και ορισμένες άλλες πηγές. Το Project Integrate αποσκοπούσε στην απόκτηση πληροφοριών σχετικά με την ηγεσία, τη διαχείριση και την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας για την υποστήριξη ευρωπαϊκών συστημάτων φροντίδας για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της γήρανσης του πληθυσμού και της αύξησης των ατόμων που ζουν με μακροχρόνιες συνθήκες (PAHO, 2013).

Το έργο πραγματοποιήθηκε για μια τετραετή περίοδο και περιελάμβανε εταίρους από

εννέα ευρωπαϊκές χώρες. Έχουν εντοπιστεί επτά μεγάλα θέματα που μπορούν να συνοψισθούν ως εξής: 1) «αφορά τη συμπονετική και ικανή φροντίδα», 2) «αφορά τη διαταραχή της καινοτομίας», 3) «αφορά τις ικανότητες», 4) «αφορά το ευρύτερη εικόνα της ευημερίας », 5)« αφορά αποτελεσματικές στρατηγικές υλοποίησης »6)« αφορά το πλαίσιο », 7)« αφορά τα αποτελέσματα » (Frenk et al., 2010).

Θέματα 1: «Πρόκειται για συμπονετική και ικανή φροντίδα»

Πολλές από τις τρέχουσες στρατηγικές περίθαλψης χρόνιων ασθενειών προέρχονται από το μοντέλο Wagner Chronic Care (CCM) και από το Πλαίσιο Καινοτομικής Φροντίδας για Χρόνιες Καταστάσεις (ICCC). Διαφορετικές ερμηνείες του CCM και του ICCC έχουν οδηγήσει στον πολλαπλασιασμό διαφορετικών ολοκληρωμένων προγραμμάτων φροντίδας / παρεμβάσεων στο σύνολο του φάσματος χρόνιων ασθενειών. Η αυξανόμενη πολυπλοκότητα που αποδίδεται στην έννοια της ολοκληρωμένης περίθαλψης, από θεωρητική, λειτουργική και υλοποιητική προοπτική έχει οδηγήσει σε αυξανόμενη σύγχυση ως προς τη σημασία και τα αποτελέσματά της. Τα επιτεύγματα που περιγράφονται συνήθως στη βιβλιογραφία του περιοδικού περιλαμβάνουν τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, το συντονισμό της φροντίδας, τη συνέχεια της φροντίδας, τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών, την ολοκληρωμένη παροχή υγειονομικής περίθαλψης, μεταξύ άλλων (Plochg et al., 2009).

Αυτό που είναι απαραίτητο για την παρηγορητική και ικανή φροντίδα είναι ότι εστιάζει σε εκείνες τις πτυχές της φροντίδας που είναι άμεσα και εγγενώς σημαντικές για τους ανθρώπους, παρά τις εισροές και τα αποτελέσματα που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη αυτών των αποτελεσμάτων. Η ερώτηση για τους ασθενείς: «Αυτό που έχει μεγαλύτερη σημασία για εσάς» πρέπει να οδηγήσει στον τρόπο λειτουργίας της «συμπονετικής και ικανής φροντίδας» (Plochg et al., 2009).

Θέμα 2: «Πρόκειται για αναστατωτική καινοτομία»

Το Project Integrate έχει δείξει ότι οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να λάβουν υπόψη την «αναστατωτική καινοτομία» κατά το σχεδιασμό πολιτικών που στοχεύουν βελτιώσεις στη φροντίδα για άτομα με χρόνιες παθήσεις. Αυτός ο τύπος καινοτομίας δεν αποκλείει τη χρήση μιας σταδιακής προσέγγισης για αλλαγή. Υπάρχουν δύο βασικές προσεγγίσεις για την ανάπτυξη τέτοιων πολιτικών για την υγεία. Η πρώτη, η οποία είναι προσεκτική και προσεκτική (μια μικρή ιδέα και μια μικρή παρέμβαση ή ακόμη και μια μεγάλη ιδέα και μια μικρή παρέμβαση), είναι πιο πιθανό να δοκιμαστεί και να εφαρμοστεί επειδή τα ιδρύματα και οι επαγγελματίες δεν θα απειληθούν από το μέγεθος της αλλαγής (Tsasis et al., 2012).

Οι τομείς με κύριο επίκεντρο τις ενοχλητικές καινοτομίες στην υγειονομική περίθαλψη είναι νέα μοντέλα και παρεμβάσεις παροχής προσωπικής υγείας με επίκεντρο την κοινότητα, που επιτρέπουν την αποκέντρωση από παραδοσιακούς χώρους υγειονομικής περίθαλψης, όπως νοσοκομεία, σε μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας (π.χ. κινητές πολυεπιστημονικές ομάδες που παρέχουν ψυχική υγεία στο σπίτι) (Dary et al., 2015).

Θέμα 3: «Αφορά τις ικανότητες»

Το Project Integrate έχει δείξει ότι η επιτυχημένη ανάπτυξη ολοκληρωμένης φροντίδας απαιτεί νέους τύπους ικανοτήτων. Η διαδικασία αντιστοίχισης των ικανοτήτων του εργατικού δυναμικού για την υγεία με τις ανάγκες των ασθενών περιλαμβάνει κάτι περισσότερο από την εξασφάλιση ενός υγειονομικού εργατικού δυναμικού που έχει τις θεωρητικές γνώσεις και δεξιότητες ώστε να εργάζεται πιο αποτελεσματικά και αποτελεσματικά.

Οι ομάδες ικανοτήτων για ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν

διακυβέρνηση, υποστήριξη ασθενών, αποτελεσματική επικοινωνία, ομαδική εργασία, ανθρωποκεντρική φροντίδα, διασφάλιση ποιότητας και προθυμία για συνεχή μάθηση. Η ανάγκη προετοιμασίας του υγειονομικού δυναμικού για αυτήν την αλλαγή παραδείγματος είναι επείγουσα. Ειδικά οι επαγγελματίες υγείας του μέλλοντος θα πρέπει να συνεργαστούν με τον ασθενή για τη διευκόλυνση της φροντίδας και τη διατήρηση της υγείας. Όταν οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται με ασθενείς και οικογένειες, οι ασθενείς κάνουν πιο ενημερωμένες επιλογές για τη φροντίδα τους, χρησιμοποιούν φάρμακα με μεγαλύτερη ασφάλεια, εξασκούν αποτελεσματικότερη αυτοδιαχείριση, συμβάλλουν σε πρωτοβουλίες ελέγχου των λοιμώξεων και συμβάλλουν στη μείωση των ιατρικών σφαλμάτων - όλα μεταφράζονται σε μετρήσιμες βελτιώσεις στο ποιότητα και ασφάλεια της περίθαλψης. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορούν επίσης να αναλάβουν τις ικανότητες για ολοκληρωμένη φροντίδα.

Συγκεκριμένα, οι ικανότητες των ασθενών περιλαμβάνουν τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων, τον ενεργό ρόλο στον καθορισμό του σχεδίου φροντίδας τους, τη συμμόρφωση με συμφωνημένες θεραπείες και, γενικά, την ευθύνη για τη δική τους υγεία και ευεξία. Η αυτο-φροντίδα ορίζεται ως: «Τι κάνουν τα άτομα, οι οικογένειες και οι κοινότητες με την πρόθεση να προωθήσουν, να διατηρήσουν ή να αποκαταστήσουν την υγεία και να αντιμετωπίσουν ασθένειες και αναπηρίες με ή χωρίς την υποστήριξη επαγγελματιών υγείας όπως φαρμακοποιοί, γιατροί, οδοντίατροι και νοσηλευτές ». Η ηγεσία παίρνει πολλές μορφές και ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με το έργο και το πλαίσιο (Lyngso et al., 2014).

Θέμα 4: «Πρόκειται για μια ευρύτερη εικόνα της ευημερίας»

Το Project Integrate έχει δείξει ότι για να βελτιωθεί ουσιαστικά η φροντίδα για άτομα με χρόνιες παθήσεις, είναι πρωταρχικής σημασίας να ληφθούν υπόψη οι ευρύτεροι καθοριστικοί παράγοντες και συνεπώς η «μεγάλη εικόνα» της ευημερίας. Ενώ οι ίδιες οι υπηρεσίες υγείας είναι σημαντικές για την υγεία, δεν είναι οι μόνες σχετικές υπηρεσίες - απαραίτητες για την καλή υγεία είναι η καλή διατροφή, η οικιακή και προσωπική υγιεινή, η πρόσβαση σε τεχνικά βοηθήματα, η ασφαλής στέγαση και η κοινωνικοποίηση (Rycnoft-Malone et al., 2004).

Θέμα 5: «Αφορά αποτελεσματικές στρατηγικές εφαρμογής»

Το Project Integrate έχει δείξει ότι φαινομενικά καλές ιδέες για την προώθηση της ολοκληρωμένης φροντίδας δεν οδηγούν πάντα σε αλλαγές στην πράξη. Η χρήση κεντρικών στρατηγικών από πάνω προς τα κάτω, συμπεριλαμβανομένων οι συμβατικές ρυθμίσεις και τα ρυθμιστικά πλαίσια συχνά δεν καταδεικνύουν βελτιωμένα αποτελέσματα. Οι ολοκληρωμένες δομές δεν αρκούν από μόνες τους για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών, ούτε επηρεάζει απαραίτητα τη μορφή ολοκλήρωσης της αποτελεσματικότητας της υπηρεσίας. Οι ολοκληρωμένες δομές χωρίς να επιτρέπουν στρατηγικές εφαρμογής ενδέχεται να μην μεταφράζονται σε βελτίωση της απόδοσης. Για αυτόν τον λόγο, είναι σημαντικό να κατανοηθεί πώς οι νέοι τρόποι εργασίας εισάγονται, διατηρούνται και καθιερώνονται στην καθημερινή πρακτική (DiGioia et al., 2013).

Θέμα 6: «Πρόκειται για το πλαίσιο»

Οι εμπειρίες από το Project Integrate έχουν δείξει ότι οποιαδήποτε βιώσιμη πολιτική υγείας πρέπει να είναι συμβατή με το σύστημα αξιών του έθνους, όπως ισχύει σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Σε αυτό το πλαίσιο, είναι απαραίτητη η συζήτηση σχετικά με τους αντίστοιχους ρόλους των εθνικών πολιτικών και των τοπικών κυβερνητικών μονάδων (Dary et al., 2015).

Θέμα 7: «Αφορά τα αποτελέσματα»

Τα ευρήματα από το Project Integrate έχουν δείξει ότι πολλές χώρες αγωνίζονται με το τι να μετρήσουν σχετικά με την εκτέλεση της κεντρικής και ολοκληρωμένης περίθαλψης ασθενών. Ορισμένες χώρες έχουν αναπτύξει ένα σύνολο δεικτών ποιότητας που συνοδεύουν την εισαγωγή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας. Ένα πολύ γνωστό παράδειγμα προέρχεται από το Ηνωμένο Βασίλειο όπου έχει αναπτυχθεί μια σειρά από γενικούς δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας της ολοκληρωμένης φροντίδας (δηλαδή 35 δείκτες σε έξι βασικούς τομείς ποιότητας) (Coulter et al., 2013).

3.2 ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Οι πιο επιτυχημένες παρεμβάσεις χρόνιας νόσου στη βιβλιογραφία περιλαμβάνουν μια νοσηλεύτρια με επιπλέον εμπειρία ή εκπαίδευση στην κλινική και συμπεριφορική θεραπεία μιας χρόνιας νόσου. Οι νοσηλευτές «διαχειρίζονται» προσωπικά τους ασθενείς με πρωτόκολλο, προσθέτοντας κλινικές και αυτοδιαχειριζόμενες δεξιότητες καθώς και μεγαλύτερη ένταση φροντίδας. Οι περισσότερες από αυτές τις καινοτομίες που περιγράφονται στη βιβλιογραφία περιλαμβάνουν έναν κεντρικό διευθυντή περιπτώσεων νοσοκόμων που εργάζεται με διάφορες πρακτικές ή έναν κάπως ανεξάρτητο πάροχο υπηρεσιών που βασίζεται σε σχετικό ίδρυμα, όπως ένα «κέντρο ηλικιωμένων» (κέντρο ημέρας ηλικιωμένων) ή νοσοκομείο. Πολλές ρυθμίσεις, ωστόσο, ο σκοπός της διαχείρισης περιπτώσεων είναι ο σχεδιασμός απαλλαγής ή η μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, όχι η κλινική βελτίωση. Η τακτοποίηση των μεταφορών χωρίς τη διαχείριση της κατάστασης μπορεί να μην ωφελήσει τους ασθενείς (Dons et al., 2018).

Ένα κρίσιμο ερώτημα που αντιμετωπίζουν εκείνοι που επιδιώκουν να επαναλάβουν τέτοια προγράμματα είναι εάν ένας νοσηλευτής ή φαρμακοποιός μπορεί ή θα διαχειρίζεται το γλυκαιμικό έλεγχο ενός ασθενούς ή ένα σχήμα καρδιακής ανεπάρκειας, όπως και οι πιο εξειδικευμένοι νοσηλευτές σε αυτές τις μελέτες. Είναι σαφές ότι η απάντηση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εκπαίδευση των διαχειριστών περιπτώσεων και την υποστήριξη τους από τους γιατρούς της ομάδας. Σε αποτελεσματικές παρεμβάσεις διαχείρισης περιπτώσεων, ένας καλά εκπαιδευμένος νοσηλευτής επικοινωνεί τακτικά τόσο με τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης όσο και με έναν υποστηρικτικό ιατρό-για παράδειγμα, έναν ενδοκρινολόγο ή καρδιολόγο (Raleigh et al., 2014).

Ένα ενδιαφέρον χαρακτηριστικό πολλών αποτελεσματικών προγραμμάτων διαχείρισης χρόνιας νόσου στις ΗΠΑ στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι η συμμετοχή σχετικών ιατρικών ειδικών πέρα από τους συνηθισμένους ρόλους τους ως συμβούλων μέσω παραπομπής. Η εμπλοκή μπορεί να είναι άμεση, όπως αναφέρεται στην εργασία του Katon και των συναδέλφων της με καταθλιπτικούς ασθενείς, όπου οι ψυχίατροι εναλλάξ επισκέψεις με τον γιατρό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. πρόγραμμα διαχείρισης. Ακόμα ένα άλλο μοντέλο είναι η ομάδα εμπειρογνομόνων που βασίζεται στον πληθυσμό που αναπτύχθηκε στο Group Health Cooperative, όπου ένας διαβητολόγος και εκπαιδευτικός νοσοκόμων επισκέπτονται πρακτικές πρωτοβάθμιας φροντίδας κατόπιν πρόσκλησης για να δουν ασθενείς με την ομάδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και να δημιουργήσουν ένα μοντέλο για καλή φροντίδα του διαβήτη. Το κατά πόσον η συμμετοχή ειδικών είναι κρίσιμη για την επιτυχία ή απλώς ένα χαρακτηριστικό των προγραμμάτων που τείνουν να αξιολογούνται και να δημοσιεύονται είναι ασαφές (Plochg et al., 2009).

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετίζεται με την αξιολόγησή τους σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στη νοσοκομειακή μονάδα τους. Η ικανοποίηση από την εργασία μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός στον οποίο οι εργαζόμενοι αρέσουν στη δουλειά τους. Είναι μια συναισθηματική κατάσταση που ενισχύεται με την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην εργασία και την αίσθηση ότι ανήκετε σε μια αποτελεσματικά λειτουργούσα κοινότητα εργασίας. Η ικανοποίηση από την εργασία εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως η αναλογία ασθενών προς προσωπικό, η ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος, η επαγγελματική αυτονομία των νοσοκόμων, ο σεβασμός των νοσοκόμων, οι σχέσεις μεταξύ των μελών του προσωπικού και των ηγετών, η δέσμευση για την οργάνωση και το άγχος που αντιμετωπίζει (PAHO, 2013).

Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία και τις αξιολογήσεις των νοσηλευτών σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται σε επίπεδο μονάδας είναι το περιβάλλον πρακτικής και η διαθεσιμότητα επαρκών πόρων. Εάν οι νοσηλευτές δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν παρεμβάσεις σύμφωνα με το κατάλληλο επίπεδο, δεν θα είναι ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους/ Αυτό υποδηλώνει ότι η ποιότητα της περίθαλψης μπορεί να βελτιωθεί προσαρμόζοντας παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία (Frenk et al., 2010).

Ενώ αρκετές πρόσφατες μελέτες έχουν περιγράψει τη σχέση μεταξύ της ικανοποίησης από την εργασία των νοσηλευτών και των αντιλήψεών τους για το περιβάλλον της πρακτικής και την ποιότητα της περίθαλψης, θα ήταν ενδιαφέρον και χρήσιμο να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των αξιολογήσεων των νοσηλευτών για την ικανοποίηση από την εργασία τους σε σχέση με τις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας τους. Προηγουμένως, σχετικές φινλανδικές μελέτες αποκάλυψαν ότι οι ασθενείς ήταν πολύ ικανοποιημένοι με τη φροντίδα τους γενικά. Οι παράγοντες «τιμές» και «εργασία» εξήγησαν σημαντικά την ποιότητα φροντίδας που αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής και το ποσοστό τους, της αναλογίας ασθενών προς αυτούς και της εργασιακής εμπειρίας τους συσχετίστηκαν σε μεγάλο βαθμό με την ικανοποίηση του ασθενούς (PAHO, 2013).

Οι αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα της περίθαλψης βρέθηκε να διαφέρουν σημαντικά σε διαφορετικά νοσοκομεία και οι ηλικιωμένοι ασθενείς θεωρούν ότι η ποιότητα της περίθαλψης είναι υψηλότερη από ό, τι οι νεότεροι ασθενείς. Είναι σημαντικό να μελετηθούν οι αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα της περίθαλψης, διότι μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας, η οποία τείνει να είναι υψηλότερη σε καλά οργανωμένα νοσοκομεία με χαμηλή αναλογία ασθενών προς το νοσηλευτή. Πρόσφατα, ο Boen έδειξε ότι οι ρόλοι των διευθυντών νοσηλευτών ως μέρος του εργασιακού περιβάλλοντος σχετίζονται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών (Tsasis et al., 2012).

Η νοσηλεία είναι μια δυσάρεστη κατάσταση που απαιτεί από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να ελαχιστοποιήσουν τον πόνο των παιδιών καθώς και των οικογενειών τους, στοιχείο που καθίσταται απαραίτητο στην ολοκληρωμένη φροντίδα. Επειδή οι νοσηλευτές είναι οι επαγγελματίες που περνούν τον περισσότερο χρόνο παρακολούθησης του ασθενούς, έχουν καθοριστικό ρόλο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και η φροντίδα που παρέχουν πρέπει να γίνεται με τη μέγιστη δέσμευση για τη μείωση του κινδύνου διακοπής μεταξύ εκείνων που εμπλέκονται στη διαδικασία (Dary et al., 2015).

Η συμπερίληψη της οικογένειας στη φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή με χρόνια ασθένεια είναι ένας τρόπος εξανθρωπισμού του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, βοηθώντας τους ασθενείς να δεχτούν και να προσαρμοστούν στη νοσηλεία, να μειώσουν το αίσθημα εγκατάλειψης τους και να διευκολύνουν τις σχέσεις μεταξύ των ασθενών και του προσωπικού υγείας (Raleigh et al., 2014).

Η παρουσία ενός μέλους της οικογένειας στο νοσοκομείο πρέπει να θεωρείται φυσικά και όχι ως παράξενο στοιχείο στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Η οικογένεια δεν πρέπει να θεωρηθεί ως «επισκέπτης» αλλά ενσωματωμένη στη διαδικασία φροντίδας. Η οικογένεια είναι μέρος του κόσμου ασθενούς με χρόνια ασθένεια και οι επαγγελματίες πρέπει να είναι ευαίσθητοι και να κατανοούν την οικογένεια από αυτήν την οπτική γωνία. Η οικογενειακή φροντίδα έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία ως προσέγγιση συνεργασίας για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης και λήψης αποφάσεων. Από αυτή την προοπτική, οι επαγγελματίες μοιράζονται με την οικογένεια τον εντοπισμό των διαθέσιμων προβλημάτων και πόρων και επινοούν ένα σχέδιο δράσης με βάση τους στόχους που ορίζουν μαζί. Όλα τα μέλη λαμβάνουν τις αποφάσεις και η ευθύνη μοιράζεται εξίσου μεταξύ του προσωπικού και της οικογένειας. Επομένως, οι επαγγελματίες νοσηλευτικής θα πρέπει να εργάζονται ως διαμεσολαβητές, να εντοπίζουν ελλείψεις, να μοιράζονται γνώσεις και να επιτρέπουν στην οικογένεια να παρέχει φροντίδα χωρίς, ωστόσο, να αναθέτει λειτουργίες (Lyngso et al., 2014).

Καθώς το μέλος της οικογένειας παραμένει για ολόένα και μεγαλύτερες περιόδους

στην εγκατάσταση ή ο ασθενής επανεισέρχεται συχνά, κάτι που είναι συνηθισμένο σε περιπτώσεις ασθενών με χρόνιες παθήσεις, αυτός / η ιδιοκτήτρια νοσοκομειακή κουλτούρα και αποκτά γνώσεις σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και τους κανόνες λειτουργίας της εγκατάστασης, γίνεται όλο και πιο απαιτητικό και περίεργο.

Ο φροντιστής καταλήγει να μάθει πώς να διακρίνει τους επαγγελματίες που έχουν καλές διαπροσωπικές σχέσεις και εκείνους που έχουν την ικανότητα να φροντίζουν το παιδί, επισημαίνοντας το δικαίωμα φροντίδας που κατέχουν τόσο το παιδί όσο και η οικογένεια (Lyngso et al., 2014).

Υπό αυτήν την έννοια, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, η σχέση μεταξύ παιδιού / οικογένειας / επαγγελματιών υγείας συχνά διαπερνάται από μια κατάσταση ευπάθειας για την οικογένεια, που προκαλείται από αποξένωση μεταξύ του προσωπικού και της οικογένειας, από την αντίληψη ότι το προσωπικό είναι εχθρικό και από μια αίσθηση αποκλείεται και αγνοείται από το προσωπικό (Lyngso et al., 2014)

Για την ελαχιστοποίηση της ψυχολογικής δυσφορίας, η οικογένεια πρέπει να εκτιμάται και να γίνεται σεβαστή στις σχέσεις εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Η σημασία της παρουσίας της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, τόσο για τον ασθενή όσο και για το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι αδιαμφισβήτητη. Υπάρχουν, ωστόσο, δυσκολίες στη σχέση μεταξύ του προσωπικού και των οικογενειών, διότι κανένας δεν έχει σαφή εικόνα για τους νέους ρόλους που πρέπει να διαδραματίσουν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Αυτό δεν ήταν εύκολο για τους νοσηλευτές και τα άλλα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, που δεν έχουν κατανοήσει πλήρως τον ρόλο τους στη διαδικασία, ούτε για τις μητέρες, καθώς ούτε γνωρίζουν τι αναμένεται από αυτές στις μονάδες παιδιατρικής νοσηλείας (Lyngso et al., 2014) .

Σύμφωνα με το πλαίσιο που συζητήθηκε προηγουμένως, παρατηρείται τι διαφοροποιεί αυτή τη μελέτη από τις άλλες είναι ότι αντιμετωπίζει την άποψη των μελών της οικογένειας του ασθενούς με χρόνιες ασθένειες, τα οποία λόγω της φύσης της παθολογίας της χρόνιας νόσου, είναι υπεύθυνα για την παροχή συνεχούς και παρατεταμένης φροντίδας και γίνονται περισσότερο απαιτητικό και, κατά συνέπεια, πιο ευαίσθητο στη φροντίδα που παρέχεται από το προσωπικό, έχοντας συνεπώς περισσότερες προϋποθέσεις που είναι επεξηγηματικές σε σχέση με την καθημερινή σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό. Λαμβάνοντας υπόψη τις υπάρχουσες δυσκολίες σε αυτήν τη σχέση, στόχος πληθώρας σχετικών μελετών ήταν να διερευνήσουν την αλληλεπίδραση μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των οικογενειών των νοσηλευόμενων ασθενών με χρόνια πάθηση από την άποψη των οικογενειακών φροντιστών που συμμετέχουν στην ολοκληρωμένη φροντίδα που παρέχεται στο νοσοκομείο (Coulter et al., 2013).

Το 1960, οι Safford και Schlotfeldt ανέφεραν ότι τα αποτελέσματα του πειράματός τους υποστήριξαν την υπόθεση: «η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας θα μειωνόταν καθώς οι ευθύνες των νοσηλευτών αυξήθηκαν μέσω της ανάθεσης επιπλέον ασθενών». Οι Aydelotte και Tener (1960) δεν βρήκαν αύξηση στην ευημερία των ασθενών, γενικά, όταν ο αριθμός των επαγγελματιών νοσηλευτών αυξήθηκε, αν και διαπίστωσαν μικρή μείωση των παραπόνων των ασθενών. Οι Abdellah και Levine (1958) διαπίστωσαν ότι η ικανοποίηση του ασθενούς ήταν υψηλότερη όταν οι ώρες επαγγελματικής νοσηλευτικής ήταν υψηλότερες, αλλά η ικανοποίηση του ασθενούς ήταν χαμηλότερη όταν οι συνολικές ώρες νοσηλευτικής ήταν υψηλότερες αλλά οι επαγγελματικές ώρες ήταν χαμηλότερες (PAHO, 2013).

Σαράντα χρόνια αργότερα, οι νοσηλευτές συνεχίζουν να ανησυχούν για τα βέλτιστα επίπεδα στελέχωσης. Σε απάντηση στην ανησυχία για τον έλεγχο του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχει μια τάση να χρησιμοποιούνται λιγότερα άτομα ή

προσωπικό νοσηλευτικής περίθαλψης με λιγότερη εκπαίδευση (που κοστίζουν λιγότερο). Το κύριο επιχείρημα κατά αυτής της προσέγγισης είναι ότι η ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών θα μειωθεί εάν μειωθεί ο αριθμός και η εκπαίδευση των νοσηλευτικών φροντιστών(PAHO, 2013).

Ο Prescott (1993) κατέληξε στο συμπέρασμα μετά από μια εκτενή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ότι τα μέτρα μείωσης του κόστους δεν πρέπει να στοχεύουν το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο βελτιώνει την ποιότητα, αλλά και άλλες πηγές υψηλού κόστους, όπως η υπερβολική χρήση της τεχνολογίας. Άλλες κριτικές της βιβλιογραφίας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι αλλαγές στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας επηρεάζουν τα αποτελέσματα του προσωπικού και της οργάνωσης, αλλά ότι οι επιπτώσεις στα αποτελέσματα των πελατών δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς και ότι οι επιπτώσεις στο κόστος είναι διαφορούμενες. Η επιτροπή του Ινστιτούτου Ιατρικής για την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού κατέληξε πρόσφατα, αφού ζήτησε μαρτυρία, ανέθεσε εκθέσεις από εμπειρογνώμονες και εξέτασε την τρέχουσα έρευνα, ότι: .Η βιβλιογραφία σχετικά με την επίδραση των [εγγεγραμμένων νοσηλευτών (RNs)] στη θνησιμότητα και για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη διατήρηση των RN είναι διαθέσιμη. Ωστόσο, υπάρχει μια σοβαρή έλλειψη πρόσφατης έρευνας σχετικά με τα οριστικά αποτελέσματα των διαρθρωτικών μέτρων, όπως συγκεκριμένες αναλογίες στελέχωσης, στην ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών όσον αφορά τα αποτελέσματα των ασθενών κατά τον έλεγχο για όλες τις άλλες πιθανές επεξηγηματικές ή συγκεχυμένες μεταβλητές(PAHO, 2013).

Η νοσηλευτική φροντίδα είναι ένας βασικός παράγοντας στα αποτελέσματα των νοσοκομειακών ασθενών, αλλά τα αποτελέσματα των ασθενών επηρεάζονται επίσης από τη φροντίδα από άλλους κλάδους, τη σοβαρότητα και την πολυπλοκότητα της

κατάστασης του ασθενούς, άλλα χαρακτηριστικά των ασθενών και το εργασιακό περιβάλλον. Έχει διεξαχθεί συστηματική έρευνα για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων, αλλά πάσχει από πολλές αδυναμίες όσον αφορά τη σχέση της νοσηλευτικής φροντίδας με τα αποτελέσματα των ασθενών. Οι σχέσεις μεταξύ του προσωπικού των νοσοκόμων και των αποτελεσμάτων των ασθενών που βρέθηκαν σε μεγάλες πολυ-θεσμικές μελέτες ήταν σχετικά χαμηλές, μερικές φορές φθάνοντας στο επίπεδο στατιστικής σημασίας και μερικές φορές όχι. Πολλές από τις μελέτες χρησιμοποίησαν δεδομένα που συλλέχθηκαν από την Υπηρεσία Χρηματοδότησης Υγείας (HCFA) και την Αμερικανική Ένωση Νοσοκομείων (AHA). βρήκε μια αρνητική και στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της έντασης της νοσηλευτικής φροντίδας και των ποσοστών θνησιμότητας των ασθενών. Δηλαδή, όσο υψηλότερο είναι το προσωπικό νοσοκόμων, τόσο χαμηλότερο είναι το ποσοστό θνησιμότητας(PAHO, 2013).

Οι Aiken et al. στην μελέτη τους χρησιμοποίησαν δεδομένα HCFA και AHA 1988 για 39 νοσοκομεία μάρτυρες και 45 νοσοκομεία ελέγχου. Τα νοσοκομεία μάρτυρες είχαν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και υψηλότερο συνδυασμό δεξιοτήτων από τα νοσοκομεία ελέγχου. Η μελέτη Hartz εξέτασε τα ποσοστά θνησιμότητας 30 ημερών από 3.100 νοσοκομεία και ανέφερε ότι τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σχετίζονται με διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου ενός υψηλότερου συνδυασμού δεξιοτήτων για το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι χειρουργικοί ασθενείς από 17 νοσοκομεία συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη των Scott et al. 2009 και τόσο η θνησιμότητα όσο και η σοβαρή νοσηρότητα συμπεριλήφθηκαν ως ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Τόσο ο υψηλότερος λόγος νοσηλευτών όσο και η μακρύτερη θητεία τους συσχετίστηκαν με καλύτερα αποτελέσματα(Lyngso et al., 2014).

Τρεις μελέτες για τα αποτελέσματα των ασθενών σε όλα τα ιδρύματα δεν βρήκαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις για το επίπεδο στελέχωσης των νοσηλευτών. Οι Al-Haider και Wan (1991) και Shortell και Hughes (1988) χρησιμοποίησαν δεδομένα

HCFA για να μελετήσουν τα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου που σχετίζονται με τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών. Και οι δύο διαπίστωσαν ότι το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού που ήταν νοσηλευτές δεν σχετίζεται με τη θνησιμότητα των ασθενών. Σε αντίθεση με τις προηγούμενες μελέτες, ο Shortell και οι συνάδελφοί του (1994) συγκέντρωσαν δεδομένα σχετικά με την απόδοση 42 μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Περιλάμβαναν μια ποικιλία μέτρων για την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών και τα χαρακτηριστικά της διαχείρισης της μονάδας. Η μέση αναλογία νοσηλευτή προς ασθενή δεν σχετίζεται με τα αποτελέσματα των ασθενών. Συνολικά, αυτές οι πολυ-θεσμικές μελέτες παρέχουν μόνο αδύναμη υποστήριξη για την ιδέα ότι περισσότεροι επαγγελματίες νοσηλευτές οδηγούν σε καλύτερα αποτελέσματα των ασθενών (Lyngso et al., 2014).

Άλλες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν κατά την τελευταία δεκαετία συνέβαλαν έμμεσα στοιχεία για τη σημασία της επαγγελματικής νοσηλευτικής φροντίδας στα αποτελέσματα των ασθενών. Δύο μελέτες των (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) ΜΕΘ έδειξαν ότι η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών ήταν κρίσιμη για την έκβαση των ασθενών σε ΜΕΘ. Μια εκτεταμένη μελέτη που συγκρίνει μοντέλα νοσηλευτικής ομαδικής συνεργασίας και πρωτοβάθμιας φροντίδας έδειξε ότι η ποιότητα ήταν καλύτερη και ότι το κόστος μειώθηκε με την πρωτοβάθμια φροντίδα. Η μείωση του συνδυασμού δεξιοτήτων ήταν ένα χαρακτηριστικό σε αρκετές πρόσφατες μελέτες χρησιμοποιώντας δείγματα 1 έως 3 μονάδων νοσηλευτικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, γενικά, είτε τα θετικά αποτελέσματα των ασθενών δεν αυξήθηκαν όπως αναμενόταν είτε τα αρνητικά αποτελέσματα των ασθενών αυξήθηκαν (Lyngso et al., 2014).

Αυτές οι μικρές μελέτες προτείνουν αλλά δεν παρέχουν ισχυρή υποστήριξη για την ιδέα ότι η διατήρηση ενός ισχυρού συνδυασμού επαγγελματιών νοσηλευτών σε άμεση περίθαλψη θα έχει θετική επίδραση στα αποτελέσματα των ασθενών. Σε μια μελέτη

μείωσης μεγέθους σε 281 νοσοκομεία, ο Murphy (1993) ανέφερε ότι όσοι είχαν περικοπές προσωπικού 7,5% ή περισσότερο και εκείνοι με 3,35 ή λιγότερα ισοδύναμα πλήρους απασχόλησης ανά προσαρμοσμένο κατελιημμένο κρεβάτι είχαν υψηλότερα επίπεδα θνησιμότητας. Αυτή η μελέτη επέκτεινε τις τρέχουσες γνώσεις σχετικά με τη σχέση μεταξύ του προσωπικού των νοσηλευτών και των αποτελεσμάτων των ασθενών συγκρίνοντας δύο διαφορετικά μέτρα του νοσηλευτικού προσωπικού που υπολογίστηκαν στο επίπεδο της μονάδας νοσηλευτικής περίθαλψης, χρησιμοποιώντας ένα ευρύτερο φάσμα δεικτών αποτελεσμάτων ασθενών και ελέγχοντας τη σοβαρότητα του ασθενούς στη νοσηλευτική επίπεδο μονάδας φροντίδας. Συγκεκριμένα, ο σκοπός αυτών των μελετών ήταν να περιγράψουν τη σχέση μεταξύ (α) ποσοστών επίπτωσης έξι συχνά συλλεγόμενων ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων του ασθενούς, (β) των ωρών φροντίδας που παρέχονται από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό και (γ) του ποσοστού αυτών των ωρών φροντίδας δίνεται από τους νοσηλευτές, ελέγχοντας την πνευματική οξύτητα των ασθενών στη μονάδα. Τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα των ασθενών ήταν σφάλματα φαρμάκων, πτώσεις ασθενών, λοιμώξεις του ουροποιητικού και αναπνευστικού συστήματος, βλάβη του δέρματος (decubiti), παράπονα ασθενών και θνησιμότητα (Lyngso et al., 2014).

Η σχέση γιατρού-ασθενούς (DPR) θεωρείται το βασικό στοιχείο των ηθικών αρχών της ιατρικής. Η DPR αναπτύσσεται συνήθως όταν ένας γιατρός φροντίζει τις ιατρικές ανάγκες ενός ασθενούς μέσω του ελέγχου, της διάγνωσης και της θεραπείας με

ευχάριστο τρόπο. Λόγω της σχέσης, ο γιατρός οφείλει ευθύνη στον ασθενή να προχωρήσει προς την ασθένεια ή να ολοκληρώσει με επιτυχία τη σχέση. Συγκεκριμένα, είναι απαραίτητο οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης να αναπτύξουν ικανοποιητικό DPR προκειμένου να παρέχουν άριστη υγειονομική περίθαλψη στους ασθενείς (Frenk et al., 2010).

Αρκετές ιατρικές ανασκοπήσεις έχουν καλύψει τρόπους σχηματισμού σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά είναι σημαντικά για τη διατήρηση ενός υγιούς DPR καλύπτονται με περισσότερες λεπτομέρειες παρακάτω (Lyngso et al., 2014):

- **Επικοινωνία:** Οι καλές δεξιότητες επικοινωνίας είναι απαραίτητες για τη δημιουργία DPR. Μελέτες έχουν δείξει ότι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς έχει οδηγήσει σε πολλαπλές επιπτώσεις σε διάφορες πτυχές των συνεπειών στην υγεία, όπως:
- βελτιωμένη ιατρική, λειτουργική και συναισθηματική κατάσταση των ασθενών.
- καλύτερη συμμόρφωση του ασθενούς με την ιατρική περίθαλψη ·
- ενισχυμένη ικανοποίηση των ασθενών προς υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ·
- λιγότεροι κίνδυνοι ιατρικού παραπτώματος.
- **Ενσυναίσθηση γιατρού:** Η ενσυναίσθηση είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της ποιότητας του DPR. Αυτό επιτρέπει στον ιατρό να κατανοήσει τις συμπτωματικές εμπειρίες και τις ανάγκες των μεμονωμένων ασθενών.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η ενσυναίσθηση του γιατρού βελτιώνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

- **Εμπιστοσύνη:** Η εμπιστοσύνη στους γιατρούς επιτρέπει στους ασθενείς να συζητούν αποτελεσματικά τα θέματα υγείας τους. Η ανάπτυξη της εμπιστοσύνης επιτρέπει στον ασθενή να συμμορφώνεται με τις οδηγίες του

γιατρού, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της υγείας.

- Ενημερωμένη συγκατάθεση: Βασίζεται στα ηθικά και νομικά επιχειρήματα της αυτονομίας του ασθενούς (ανεξαρτησία στη λήψη αποφάσεων). Σε σχέση με την εμπιστοσύνη, ο γιατρός πρέπει να είναι ειλικρινής με τον ασθενή και την οικογένειά του για να παρέχει μια πραγματική αξιολόγηση των ευνοϊκών και δυσμενών πιθανοτήτων έκβασης, μαζί με την προτεινόμενη θεραπεία.
- Επαγγελματικά όρια: Αυτό αφορά οποιαδήποτε συμπεριφορά εκ μέρους του γιατρού που υπερβαίνει τα όρια της επαγγελματικής σχέσης ή παραβιάσεις των ορίων. Για παράδειγμα, οι ακόλουθες συμπεριφορές πρέπει να αποφεύγονται για να σέβονται τα επαγγελματικά όρια μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς:
 - παρατήρηση του ασθενούς για ανούσια πράγματα
 - επιβάρυνση του ασθενή με προσωπικά στοιχεία.
 - Οι ασθενείς, με τη σειρά τους, πρέπει να αποφεύγουν συχνές τηλεφωνικές κλήσεις και μη προγραμματισμένες επισκέψεις στους γιατρούς τους, ως ένδειξη σεβασμού για το χρόνο τους.

Υπάρχουν τέσσερα μοντέλα για την προσέγγιση του DPR (Benzer et al., 2005):

- Πατερναλιστική προσέγγιση: Σε αυτό το μοντέλο, ο γιατρός κυριαρχεί γενικά στην συνάντηση και ο ασθενής αναμένεται να συμμορφωθεί χωρίς αμφισβήτηση. Εδώ, ο γιατρός ενεργεί ως κηδεμόνας, επειδή προάγει ανεξάρτητα την κατάσταση υγείας του ασθενούς χωρίς τη συγκατάθεση του τελευταίου. Αυτό το αυταρχικό μοντέλο DPR υποστηρίζεται συνήθως σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, καθώς η λήψη συγκατάθεσης από τον ασθενή σε μια τέτοια κατάσταση μπορεί να αλλάξει την ιατρική του κατάσταση.
- Πληροφοριακό μοντέλο: Αυτό ονομάζεται επίσης μοντέλο καταναλωτή. Εδώ, ο γιατρός ενεργεί ως ικανός τεχνικός εμπειρογνώμονας καθορίζοντας κατάλληλες πραγματικές πληροφορίες για πιθανές θεραπείες που παρέχονται για τον ασθενή και εφαρμόζοντας την επιλεγμένη παρέμβαση του ασθενούς. Σε αυτό το

μοντέλο, ο ασθενής είναι υπεύθυνος για τη λήψη αποφάσεων για την ιατρική του κατάσταση. Αυτό το είδος μοντέλου δικαιολογείται σε ιατρική τοποθεσία με επίκεντρο τον ασθενή.

- Ερμηνευτικό μοντέλο: Σε αυτό το μοντέλο, ο γιατρός παίζει έναν σύμβουλο εξηγώντας και ερμηνεύοντας την κατάλληλη ιατρική κατάσταση του ασθενούς. Ο γιατρός αποκτά τη συγκατάθεση από τον ασθενή και χρησιμοποιεί την αποφασιστική παρέμβαση του ασθενούς.
- Σκόπιμο μοντέλο: Στη σκόπιμη προσέγγιση του DPR, ο γιατρός είναι δάσκαλος ή φίλος προς τον ασθενή του. Ο γιατρός προφέρει τα θεραπευτικά μέτρα και πείθει τον ασθενή του για τα πιο πολύτιμα ιατρικά μέτρα. Η συγκατάθεση του ασθενούς είναι επίσης σημαντική για την εφαρμογή της θεραπείας.

Τερματισμός της DPR

Αναρίθμητες καταστάσεις μπορεί να επιφέρουν την απόρριψη ασθενών από ιατρό και το τέλος του DPR. Η σχέση μπορεί να τελειώσει όταν (Lyngso et al., 2014):

- ο γιατρός καταλήγει στο συμπέρασμα ότι ο ασθενής χρειάζεται τη φροντίδα διαφορετικών ειδικών.
- διαδοχικές ελλείψεις ραντεβού από τον ασθενή ·
- ο γιατρός αρνείται τη θεραπεία λόγω εθνικότητας, θρησκείας και άλλων αιτιών ·
- παραμέληση ενός ασθενούς από την άμεση επαγγελματική φροντίδα χωρίς να προβεί σε πρακτικές για τη συνέχιση αυτής της φροντίδας (εγκατάλειψη του ασθενούς).

Αντίκτυπος της DPR στην ιατρική ειδικότητα (Lyngso et al., 2014):

- Χρόνια ασθένεια: Οι γιατροί που επικοινωνούν καλά και αντιμετωπίζουν ασθενείς με χρόνιες ασθένειες βελτιώνουν αρκετά την ικανότητα του ασθενούς

να διαχειρίζεται την ασθένειά του ανεξάρτητα με την τήρηση των συμβουλών των γιατρών. Για παράδειγμα, οι ασθενείς παρακολουθούν την αρτηριακή τους πίεση και τηρούν ιατρικά σχήματα σύμφωνα με τις συμβουλές του γιατρού για τη διαχείριση διαταραχών υγείας όπως η υπέρταση και ο διαβήτης.

- Ψυχιατρική ασθένεια: Η DPR βοηθά σε καλά θεραπευτικά αποτελέσματα στον τομέα της ψυχιατρικής. Η σχέση ψυχιάτρου-ασθενούς επιτρέπει στους ψυχοσωματικούς ασθενείς να ξεπεράσουν τα ψυχικά συμπτώματα μέσω καλύτερης σχέσης μαζί τους. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα ψυχιατρικά συμπτώματα σε ασθενείς με HIV αντιμετωπίζονται διατηρώντας την ελπίδα του ασθενούς και δίνοντας επαρκή δεδομένα σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία.
- Σήμερα, σε ορισμένα μέρη, πρακτικές όπως η διαφθορά στον κλάδο της διαχείρισης της υγείας, η ανισότητα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και της ασφάλισης υγείας έχουν αλλάξει τη σχέση μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς. Η υπέρβαση αυτών των παραγόντων θα βοηθήσει στην αποκατάσταση αυτής της αποσυντιθέμενης σχέσης.
- Ένας οργανισμός διαχειριζόμενης φροντίδας εξυπηρετεί έναν καθορισμένο πληθυσμό με περιορισμένους πόρους σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας. Έτσι, ένας μεμονωμένος οργανισμός μπορεί να παρέχει και να πληρώνει για φροντίδα. Οι οργανισμοί ως πάροχοι έχουν καθήκοντα όπως η ικανότητα, η ικανότητα και η πίστη στα άρρωστα μέλη. Οι οργανισμοί ως πληρωτές έχουν καθήκοντα επιμέλειας και δικαιοσύνης που μπορούν να συγκρούονται με τα καθήκοντα του παρόχου. Οι οργανώσεις διαχειριζόμενης φροντίδας έχουν επομένως αντικρουόμενους ρόλους και αντικρουόμενες ευθύνες.

Η ευθύνη ενός οργανισμού στον πληθυσμό των μελών του και στα μεμονωμένα μέλη του έχει μια σειρά εγγενών συγκρούσεων. Είναι η πρωταρχική ευθύνη του οργανισμού στους ιδιοκτήτες του, στους αγοραστές του εργοδότη, στον πληθυσμό των μελών του

ή σε μεμονωμένα, άρρωστα μέλη; Εάν αυτοί οι γιατροί μοιράζονται με κάποιο τρόπο την ευθύνη, πώς επιλύονται ή ισορροπούνται τα συγκρουόμενα συμφέροντα; Για παράδειγμα, η χρήση του γιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης για το συντονισμό ή τον περιορισμό της πρόσβασης σε άλλες υπηρεσίες συνεπάγεται ότι ο γιατρός πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι υπεύθυνος για τη χρήση πόρων καθώς και για τη φροντίδα μεμονωμένων ασθενών. Αν και η απεριόριστη συνηγορία για όλους τους ασθενείς δεν είναι ποτέ πραγματικά εφικτή, η σωστή ισορροπία και οι αρχές της εξισορρόπησης μεταξύ λογοδοσίας σε μεμονωμένους ασθενείς, πληθυσμού ασθενών ή οργανισμού πρέπει να καταστούν σαφείς και να διαπραγματευτούν με νέους τρόπους (Lyngso et al., 2014).

Η πληρωμή των ιατρών με μισθό, περιορισμό, παρακράτηση κινδύνου ή μπόνους, με ποικίλα κίνητρα για να χορηγήσει (περισσότερο ή λιγότερο) την απαραίτητη φροντίδα από τους ασθενείς, αποτελεί σύγκρουση συμφερόντων για τους γιατρούς και παραβιάζει την εμπιστευτική φύση της σχέσης; Όλοι οι μηχανισμοί για τους ιατρούς που πληρώνουν, συμπεριλαμβανομένης της αποζημίωσης για υπηρεσίες, δημιουργούν οικονομικά κίνητρα για την πρακτική ιατρικής με ορισμένους τρόπους. Υπάρχει ακόμη έλλειψη λογισμού για να ελαχιστοποιηθεί ή ακόμη και να περιγραφεί με λεπτομέρεια πώς τέτοιες συγκρούσεις επηρεάζουν την ικανότητά των τρίτων να δικαιολογούν σχέσεις εμπιστοσύνης. Η ομοιόμορφη κοινωνική προσοχή φαίνεται κατάλληλη για όλους τους διαφορετικούς μηχανισμούς πληρωμής (Lyngso et al., 2014).

Η ισορροπημένη αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο οι λεπτομέρειες των συστημάτων αμοιβών επηρεάζουν την προθυμία του γιατρού να ενεργεί για λογαριασμό των ασθενών θα προστατεύει καλύτερα τόσο την υγεία του κοινού όσο και την υγεία των σχέσεων ιατρού-ασθενούς. Αυτή είναι μια προτεραιότητα για μια νέα μορφή εμπειρικής, ηθικής έρευνας (Waner et al., 2005).

«Ποιος είναι ο γιατρός ούτως ή άλλως;» εκφράζει ένα από τα πιο κρίσιμα προβλήματα

που συνδέονται με τη διαχειριζόμενη περίθαλψη για τη σχέση γιατρού-ασθενούς. Οι ασθενείς αναρωτιούνται σωστά εάν οι γιατροί τα φροντίζουν, το πρόγραμμα ή τις δικές τους δουλειές ή εισοδήματα (το τελευταίο είναι εξίσου προβληματικό στη φροντίδα με χρέωση). Αυτή η ασάφεια διαβρώνει την εμπιστοσύνη, προάγει τις εχθρικές σχέσεις και αναστέλλει τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή. Η πρόσφατη διαμάχη σχετικά με τους κανόνες του παιχνιδιού των ευθυνών των γιατρών και των νοσηλευτών επιβεβαίωσε μόνο αυτό το σύνολο φόβων στο μυαλό του κοινού που επιδιώκει τώρα τη ρύθμιση της βιομηχανίας διαχειριζόμενης φροντίδας μέσω της πολιτικής διαδικασίας. Τα συμφέροντα των ασθενών, των σχεδίων και των γιατρών μπορούν να αλληλεπικαλύπτονται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Η επαγγελματική ηθική υπαγορεύει ότι οι γιατροί προσπαθούν, ως άτομα και ως επάγγελμα, να διασφαλίσουν ότι τα ενδιαφέροντά τους και τα συμφέροντα των ασθενών τους είναι συμβατά στην κλινική πρακτική. Το ενδιαφέρον των σχεδίων, ωστόσο, μπορεί να απομακρύνει τους γιατρούς από αυτόν τον στόχο, καθώς οι αξίες του οργανισμού και η εφαρμογή τους επηρεάζουν αναπόφευκτα στάσεις, συμπεριφορές και εμπειρίες (Lyngso et al., 2014).

Εναλλακτικά, τα σχέδια θα μπορούσαν να προωθήσουν τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή προσπαθώντας να μεγιστοποιήσουν το βαθμό στον οποίο αλληλεπικαλύπτονται τα ενδιαφέροντα του ασθενούς, του γιατρού και του σχεδίου. Για παράδειγμα, η προώθηση της συνέχειας, η επικοινωνία και η πρόληψη μπορούν να προωθήσουν και τα τρία ενδιαφέροντα, αρκεί η αξία (και όχι μόνο το κόστος) να θεωρείται προϊόν του σχεδίου. Ομοίως, η διαχείριση των πόρων μπορεί να προωθηθεί με ειλικρίνεια ως τρόπος διασφάλισης ότι η ποιοτική φροντίδα είναι διαθέσιμη για μελλοντικούς ασθενείς (Lyngso et al., 2014).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των των οργανωμένων δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας ειδικά στις χρόνιες ασθένειες είναι η έμφασή τους, καταρχήν, στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Συχνά βασίζονται σε ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης για τη διαχείριση, τον συντονισμό ή τον περιορισμό της πρόσβασης σε άλλες υπηρεσίες. Τα μέλη πρέπει να επιλέξουν ή να τους ανατεθεί ιατρός πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Με την πρωτοβάθμια φροντίδα δίνεται έμφαση σε μια ευκαιρία για την ανάπτυξη ισχυρών σχέσεων μεταξύ των γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των ασθενών τους. Επιπλέον, οι νέες σχέσεις με ασθενείς που στο παρελθόν δεν ζήτησαν ποτέ φροντίδα και σπάνια συνάφθηκαν με σχέση γιατρού-ασθενούς μπορεί να είναι πιο πιθανό σε ένα σύστημα που δίνει έμφαση στην ευεξία και την πρωτοβάθμια φροντίδα, αν και αυτό μπορεί να είναι πιο εμφανές από το πραγματικό. Δεν είναι σαφές προς το παρόν πώς πρέπει να χαρακτηριστεί μια «σχέση» μεταξύ ενός γιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ενός μέλους της ομάδας του ιατρού, που δεν έχουν συναντηθεί ποτέ, ή ποιες ευθύνες συνδέονται με αυτήν. Δεν έχει ακόμη αποδειχθεί ότι μια έμφαση, κατ' αρχήν, στην πρωτοβάθμια περίθαλψη οδηγεί σε ισχυρότερες σχέσεις και σε ποιο βαθμό αντισταθμιστικές δυνάμεις όπως η έλλειψη συνέχειας αντισταθμίζουν αυτό (Tsasis et al., 2012).

Ολοκληρωμένα συστήματα, χαρακτηριστικά των περισσότερων διαχειριζόμενων σχεδίων φροντίδας, εισάγουν ευκαιρίες βελτίωσης στη συνέχεια σε όλο το φάσμα της περίθαλψης. Για παράδειγμα, προκύπτουν ευκαιρίες για διαχείριση περιπτώσεων ή για συντονισμό της φροντίδας μεταξύ γραφείων γιατρών, νοσοκομείων, γηροκομείων και φροντίδας στο σπίτι, έτσι ώστε τα άτομα να μην πέσουν στις ρωγμές ενός κατακεραματισμένου συστήματος. Με την ένταξη έρχονται νέες ευθύνες για τους γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας για την επικοινωνία, την ομαδική εργασία και μια πιο διαχρονική προσέγγιση στην περίθαλψη των ασθενών. Αυτή η συνέχεια μπορεί να παρεμποδιστεί, ωστόσο, από τον κύκλο εργασιών του προσωπικού ή των

μελών(Lyngso et al., 2014).

Η τυποποίηση της πρακτικής, μερικές φορές στηριζόμενη σε «τεκμηριωμένο φάρμακο», χρησιμοποιείται συχνά από τη διαχειριζόμενη φροντίδα για την ελαχιστοποίηση του κόστους ή τη μεγιστοποίηση ή διασφάλιση της ποιότητας της περίθαλψης. Η τυποποίηση συχνά χαρακτηρίζεται ως προώθηση της δικαιοσύνης με τη μεταχείριση ομοίων ατόμων με παρόμοιο τρόπο. Τόσο η τυποποίηση όσο και η εφαρμογή βασισμένων σε τεκμήρια αρχών στην επιλογή προτύπων περίθαλψης, ωστόσο, βασίζονται σε εκτιμήσεις αξίας σχετικά με το τι θεωρείται ως καλή απόδειξη και πώς αυτά τα αποδεικτικά στοιχεία πρέπει να ερμηνεύονται και να εφαρμόζονται. Ο κίνδυνος για τη σχέση ιατρού-ασθενούς σε αυτές τις κινήσεις είναι ότι οι μεμονωμένοι ασθενείς με τις ατομικές ανάγκες και προτιμήσεις τους μπορούν να θεωρηθούν δευτερεύοντες από την τήρηση των οδηγιών πρακτικής, η τήρηση των οποίων μπορεί να αποτελεί μέρος μέτρου αξιολόγησης της απόδοσης του ιατρού(Lyngso et al., 2014).

Χρησιμοποιώντας τις οδηγίες πρακτικής και το «πρότυπο φροντίδας» για να προσδιορίσετε ποια οφέλη καλύπτονται και για ποιον, αγνοεί την απίστευτη διακύμανση των προτιμήσεων και των χαρακτηριστικών των ασθενών. Αυτή η προσέγγιση αντιμετωπίζει την ασθένεια χωρίς αναφορά στην ασθένεια. Αντί να αντιμετωπίζει άτομα με παρόμοιες ασθένειες με παρόμοιο τρόπο, το αποτέλεσμα είναι ότι τα άτομα που έχουν απλώς την ίδια ασθένεια αντιμετωπίζονται με παρόμοιο τρόπο. Η δικαιοσύνη θυσιάζεται στην ομοιομορφία του συστήματος. Η εμπιστοσύνη στα

«δεδομένα» μπορεί να μειώσει την ιστορία του ασθενούς, μειώνοντας έτσι συγκεκριμένες ενδείξεις σχετικά με τις προσωπικές πτυχές της νόσου και τη σημασία και την αξία της. Προφανώς, η έκπτωση του ατόμου υποτιμά τη σχέση (Dary et al., 2015).

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας και η συνολική διαχείριση της ποιότητας είναι βιομηχανικές στρατηγικές που εφαρμόζονται τελευταία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλο που οι προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας δεν είναι καθόλου μοναδικές για τους οργανισμούς διαχειριζόμενης περίθαλψης στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης, μερικοί μεμονωμένοι οργανισμοί περίθαλψης και η Αμερικανική Ένωση Υγείας έχουν ηγετικό ρόλο στην προώθηση πρωτοβουλιών ποιότητας και τις συμπεριλαμβάνουν στη διαδικασία διαπίστευσης. Η εφαρμογή συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας μπορεί να λειτουργήσει για τη σχέση γιατρού-ασθενούς με την ενίσχυση της ικανότητας και της αντίληψης της ικανότητας ή μπορεί να λειτουργήσει ενάντια στη σχέση γιατρού-ασθενούς εάν μειώνει την ευελιξία ή την υπευθυνότητα του ασκούμενου ή εάν γίνεται αντιληπτό από τους επαγγελματίες ως εκδήλωση δυσπιστία από τον οργανισμό(Lyngso et al., 2014).

Η προσπάθεια μείωσης του κόστους για αύξηση της ανταγωνιστικότητας ή του κέρδους σημαίνει ότι οι γιατροί είναι πιο «παραγωγικοί» βλέποντας τους ασθενείς να αναρρώνουν πιο γρήγορα. Το πρώτο πράγμα που μειώθηκε καθώς η διάρκεια της επίσκεψης μειώνεται είναι η ψυχοκοινωνική συζήτηση. Μέχρι στιγμής, η μέση διάρκεια των επισκέψεων στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν φαίνεται να έχει μειωθεί σημαντικά, πιθανώς λόγω των εγγενών αναποτελεσματικών στον προγραμματισμό και των ικανοτήτων των ιατρών να αντιμετωπίσουν τον χρόνο ώστε να ταιριάζει ανάγκες των ασθενών. Ωστόσο, τόσο οι ασθενείς όσο και οι γιατροί αισθάνονται αυξημένη αίσθηση της χρονικής πίεσης και οι ασθενείς ανησυχούν για το να χρησιμοποιούν

μεταφορική ταινία με έναν γιατρό προσανατολισμένο στη γραμμή παραγωγής. Καθώς οι εταιρείες προσπαθούν να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα των παρόχων, αυτοί οι φόβοι θα πραγματοποιηθούν, εκτός εάν αποστασιοποιηθούν από καταναλωτές, επαγγελματίες ή περισσότερους οραματιστές οργανισμούς. Σε αντίθετη περίπτωση, λιγότερος χρόνος θα σημαίνει λιγότερο σχετικό χρόνο και ζημιά στη φροντίδα: λιγότερο ακριβή και ελλιπή δεδομένα. δυσκολία στον εντοπισμό των πραγματικών προβλημάτων · λιγότερη αποτελεσματικότητα στις επιλογές δοκιμών και θεραπείας με βάση τη γνώση του κάθε ασθενούς · λιγότερη εμπιστοσύνη λιγότερη επούλωση περισσότερα λάθη και περισσότερα σπατάλη (Lyngso et al., 2014).

Πιστεύεται ότι μακροπρόθεσμα στην εμπιστοσύνη του κοινού ο γιατρός κάνει το απόλυτο καλύτερο δυνατό για τον ασθενή διότι πρέπει να διατηρηθεί η σχέση γιατρού-ασθενούς διατηρώντας τις θεραπευτικές του λειτουργίες. Προς το παρόν, η ορμή του ελέγχου είναι τέτοια που οι ηγέτες της βιομηχανίας και των εταιρειών έχουν το πάνω χέρι και η φροντίδα είναι ή θα υποφέρει ως αποτέλεσμα (Rageigh et al., 2014).

3.3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Ο σχετικά μικρός αριθμός παραγόντων κινδύνου που αντιπροσωπεύουν μεγάλο μέρος της επιβάρυνσης της νόσου δείχνει την ανάγκη να επωφεληθούμε από το σχεδιασμό στρατηγικών που μειώνουν ή εξαλείφουν τους κύριους κινδύνους που απειλούν την υγεία όπως η χρόνια ασθένεια. Στη διάρκεια της ζωής, σχεδόν κάθε άτομο υποκύπτει σε κάποιο είδος χρόνιας νόσου και πολλά αναπτύσσουν περίπλοκες χρόνιες ασθένειες. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη μια πειστική προσέγγιση που να αναγνωρίζει την πραγματικότητα και τον αντίκτυπο της χρόνιας νόσου, να την αποτρέπει και να την ελέγχει καθ 'όλη τη διάρκεια της ζωής και να διατηρεί υγιή τρόπο ζωής. Είναι σημαντικό να επιλέξετε παρεμβάσεις που είναι οικονομικά αποδοτικές και μπορούν να παράγουν τις μέγιστες δυνατές βελτιώσεις υγείας με περιορισμένους πόρους. Επομένως, τόσο οι συμπτωματικοί όσο και οι ασυμπτωματικοί ασθενείς που αναζητούν υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να αξιολογούνται για την ανάγκη

προώθησης της υγείας και προληπτικών υπηρεσιών κατά τη διάρκεια ρουτίνας επισκέψεων ιατρικής περίθαλψης στην κλινική. Όλες οι επαφές της κλινικής, είτε για οξείους, χρόνιους είτε προληπτικούς λόγους, αποτελούν πολύτιμες ευκαιρίες για την προώθηση της υγείας και την πρόληψη ασθενειών. Επιπλέον, θα ήταν απώλεια ευκαιρίας για τη μείωση του φόρτου των ασθενειών που μπορούν να προληφθούν και για τη μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης εάν δεν παρέχονται προληπτικές υπηρεσίες σε ασθενείς. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τις περισσότερες χρόνιες ασθένειες (Lyngso et al., 2014).

Ο έλεγχος είναι ο εντοπισμός μη αναγνωρισμένων ασθενειών ή παραγόντων κινδύνου μέσω της λήψης ιστορικού (π.χ., ρωτώντας εάν ο ασθενής καπνίζει), φυσική εξέταση (π.χ. μέτρηση της αρτηριακής πίεσης), εργαστηριακός έλεγχος (π.χ. έλεγχος για πρωτεϊνουρία σε διαβητικό) ή οποιοδήποτε άλλο άλλη σχετική διαδικασία (π.χ. εξέταση οστικής πυκνότητας) που μπορεί να εφαρμοστεί αρκετά γρήγορα σε ασυμπτωματικά άτομα. Οι εξετάσεις διαλογής διαφοροποιούν μεταξύ των φαινομενικά καλά ατόμων (για την κατάσταση ενδιαφέροντος) που έχουν αυξημένη πιθανότητα να πάσχουν από μια ασθένεια ή έναν παράγοντα κινδύνου για μια ασθένεια από άτομα που έχουν χαμηλή πιθανότητα. Οι εξετάσεις διαλογής αποτελούν μέρος όλων των δευτερογενών, ορισμένων πρωτογενών και τριτογενών προληπτικών δραστηριοτήτων. Οι συστάσεις για τους τύπους ασθενειών και το χρονοδιάγραμμα για τον έλεγχο διαφέρουν από χώρα σε χώρα, με βάση το πλαίσιο και τα ευρήματα που βασίζονται σε στοιχεία. Για παράδειγμα, ενώ το βέλτιστο διάστημα για τον έλεγχο

ενήλικων για υπέρταση δεν καθορίζεται σύμφωνα με την οδηγία USPSTF , η Μικτή Εθνική Επιτροπή για την Πρόληψη, την Ανίχνευση, την Αξιολόγηση και τη Θεραπεία της Υψηλής Πίεσης συνιστά τον έλεγχο κάθε 2 χρόνια με BP <120/80 και έλεγχος κάθε χρόνο με συστολική αρτηριακή πίεση (SBP) 120–139 mmHg ή διαστολική αρτηριακή πίεση 80–90 mmHg (Dary et al., 2015).

Η προσέγγιση εύρεσης περιπτώσεων κατά τη διάρκεια των επισκέψεων νοσοκομείου και κλινικής ρουτίνας των ασθενών είναι το παράδειγμα της παρακολούθησης των αναγκών υγείας των ασθενών πέρα από την παρουσίαση της ασθένειάς τους. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας πρέπει να αξιολογούν τον ασθενή και να εφαρμόζουν τις απαραίτητες προληπτικές υπηρεσίες που απαιτούνται από κάθε ασθενή, όπως προσδιορίζεται κατά τη διάρκεια της ρουτίνας ιατρικής περίθαλψης. Η προληπτική ιατρική απαιτεί από τον πάροχο υγειονομικών υπηρεσιών να είναι προληπτικός, υποκινητής ερωτήσεων, διαλογή και θεραπεία (Lyngso et al., 2014).

Η στρατηγική περιοδικών εξετάσεων υγείας είναι μια άλλη προσέγγιση για την προώθηση της υγείας και την πρόληψη ασθενειών. Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν περιοδικές εξετάσεις υγείας πιθανότατα λαμβάνουν τις υποστηριζόμενες προληπτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης από τους ασθενείς που λαμβάνουν υπηρεσίες κατά τη διάρκεια συνήθων επισκέψεων κλινικής φροντίδας. Οι περιοδικές εξετάσεις υγείας συμβάλλουν στη βελτίωση της σχέσης ιατρού-ασθενούς και παρέχουν χρόνο για παροχή συμβουλών, αντιμετώπιση των προσδοκιών των ασθενών και ενίσχυση της έγκαιρης ανίχνευσης ασθενειών. Οι ασθενείς ελπίζουν να υποβληθούν σε συμβουλές σχετικά με τις συνήθειες υγείας και τους παράγοντες κινδύνου για χρόνια νόσο κατά τη διάρκεια μιας στρατηγικής περιοδικών εξετάσεων υγείας, μαζί με μια φυσική εξέταση και διάφορες εξετάσεις ελέγχου υγείας. Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα περιοδικών εξετάσεων μπορεί επίσης να είναι μια ευκαιρία για τον εντοπισμό πολλών βασικών διαγνώσεων ή παραγόντων κινδύνου που δεν μπορούν να αναγνωριστούν

μέσω του συνηθισμένου ελέγχου. Το πρόγραμμα αυτό αποτελείται από ένα ολοκληρωμένο ιατρικό ιστορικό, φυσική εξέταση και εξέταση είναι μια πολύτιμη πρακτική στο τμήμα εξωτερικών ασθενών (Coulter et al., 2015).

Τόσο η εύρεση περιπτώσεων όσο και η περιοδική προσέγγιση της υγειονομικής εξέτασης είναι κρίσιμες για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης χρόνιων ασθενειών. Οι τέσσερις συνήθεις παράγοντες κινδύνου σε χρόνιες ασθένειες είναι η χρήση καπνού, η επιβλαβής χρήση αλκοόλ, μια ανθυγιεινή διατροφή και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας. Εάν αυτοί οι παράγοντες κινδύνου εντοπιστούν νωρίς σε πάσχοντες ασθενείς και αντιμετωπίζονται σωστά, τότε η θνησιμότητα και η νοσηρότητα από χρόνιες ασθένειες μπορούν να μειωθούν. Είναι σημαντικό για την εθνική δράση να αντιμετωπίσει τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και να αποτρέψει τους παράγοντες κινδύνου για τις τέσσερις κοινές μη μεταδοτικές ασθένειες. καρκίνος, καρδιαγγειακές παθήσεις, χρόνιες αποφρακτικές ασθένειες και διαβήτη. Οι τρεις παρεμβάσεις υψηλής προτεραιότητας για αυτές τις ασθένειες, ο έλεγχος του καπνού, η μείωση του αλατιού και η διαχείριση ατόμων με υψηλό κίνδυνο καρδιακής προσβολής ή εγκεφαλικού επεισοδίου αναμένεται να μειώσουν κατά 25% το πρόωρο ποσοστό θνησιμότητας των χρόνιων ασθενειών έως το 2025 (Lyngso et al., 2014).

Δεδομένου του γεγονότος ότι οι χρόνιες ασθένειες προκαλούν ασθένεια για μεγάλο χρονικό διάστημα και σχετίζονται με μολυσματικές ασθένειες, απαιτείται μια ολοκληρωμένη και συντονισμένη προσέγγιση υγειονομικής περίθαλψης. Σήμερα, επιστήμονες και γιατροί αναγνωρίζουν ευρέως ότι ο μολυσματικός παράγοντας προκαλεί ορισμένες χρόνιες ασθένειες, όπως ο ιός της ηπατίτιδας που σχετίζεται με χρόνιες ηπατικές παθήσεις και τον καρκίνο του ήπατος. Η ταυτόχρονη εμφάνιση μολυσματικών και χρόνιων ασθενειών απαιτεί ολοκληρωμένη πρόληψη και διαχείριση ασθενειών που θα έπρεπε να προέρχονται από τους επαγγελματίες του τομέα της

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο Matheson et al. υπογραμμίζει ότι η έλλειψη κοινοτικών κέντρων πρόληψης ασθενειών δεν γίνει την δυνατότητα σε όποιον επιθυμεί να φροντίσει ή να βελτιώσει την υγεία του. Παρά τις υπάρχουσες εγκαταστάσεις αποκατάστασης και τις μονάδες τρόπου ζωής σε κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δεν υπάρχουν προγράμματα σε κλίμακα πληθυσμού που στοχεύουν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς που περιλαμβάνει σωματική δραστηριότητα, άσκηση ή εναλλακτικές επιλογές τρόπου ζωής (Lyngso et al., 2014).

Παρ' όλα αυτά, κάθε ελπιδοφόρες αλλαγές στους παράγοντες κινδύνου και επίσης η εισαγωγή της θεραπείας συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας από χρόνιες ασθένειες. Επιπλέον, τα στοιχεία από τις προσπάθειες μοντελοποίησης πολιτικής συμβουλεύουν έντονα ότι οποιαδήποτε μείωση της θνησιμότητας από χρόνιες ασθένειες μπορεί να πραγματοποιηθεί εάν επιτευχθούν πιο επιθετικοί στόχοι για την εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου εντός του πληθυσμού και εφαρμοστεί θεραπεία βάσει τεκμηρίων. Μια τέτοια κλήση απαιτεί την ανάπτυξη μιας προσέγγισης ολοκληρωμένης υπηρεσίας υγείας (που ενσωματώνει την προώθηση της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και τις θεραπευτικές υπηρεσίες (Frenk et al., 2010).

Λαμβάνοντας υπόψη το συγκεκριμένο πλαίσιο της χώρας, μια ολοκληρωμένη

προσέγγιση επιδιώκει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα υγείας μέσω της παροχής κατά περίπτωση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης με έναν πολύ ολοκληρωμένο και ολοκληρωμένο τρόπο. Κατά συνέπεια, υπάρχει μια αναπτυσσόμενη προτίμηση για μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για την πρόληψη των χρόνιων ασθενειών, των μολυσματικών και των διατροφικών ασθενειών που μπορούν να εφαρμοστούν κατάλληλα σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Το Ολοκληρωμένο Πλαίσιο Υπηρεσιών Υγείας, τροποποιήθηκε από το γραμμικό «πλαίσιο αιτιότητας» από τον ερευνητή, θεωρείται ως ένα ολοκληρωμένο και επιθυμητό θεωρητικό πλαίσιο για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών. Το «πλαίσιο αιτιότητας» εξηγεί με επιτυχία τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και την επίδρασή τους στην χρόνια ασθένεια (Lyngso et al., 2014).

Το «πλαίσιο αιτιότητας» περιγράφει τη γραμμική σχέση των χρόνιων ασθενειών με ενδιάμεσους παράγοντες κινδύνου, τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου και τους κοινωνικοοικονομικούς, πολιτιστικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Παρ' όλα αυτά, αυτό το μοντέλο δεν αποκαλύπτει τη συνεχή σχέση των προδιαθετικών παραγόντων και ασθενειών καθώς και τις προσεγγίσεις παρέμβασης που είναι απαραίτητες για την αποφυγή των παραγόντων κινδύνου και τη θεραπεία των ασθενειών. Επιπλέον, το μοντέλο δεν περιλαμβάνει ασθένειες εκτός των χρόνιων ασθενειών όπως μολυσματικές και σχετιζόμενες με τη διατροφή ασθένειες. Επομένως, υπάρχει ανάγκη για ένα πλαίσιο δικτύων Ολοκληρωμένης Υπηρεσίας Υγείας (τροποποιημένο από τον ερευνητή) το οποίο μπορεί να αντιμετωπίσει τις σχέσεις μεταξύ των προδιαθετικών παραγόντων μαζί με τον τύπο των παρεμβάσεων που απαιτούνται σε κάθε βήμα. Το πλαίσιο αυτό ισχύει τόσο για μεταδοτικές όσο και για μη μεταδοτικές ασθένειες, καθώς και για οξείες και χρόνιες ασθένειες (Coulter et al., 2013).

Το πλαίσιο αυτό περιελάμβανε τους κοινούς τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου

σε χρόνιες ασθένειες, όπως η χρήση καπνού, η κατάχρηση αλκοόλ, η ανθυγιεινή διατροφή και η σωματική αδράνεια, που προδιαθέτουν σε ενδιάμεσους παράγοντες κινδύνου όπως αυξημένη αρτηριακή πίεση, αυξημένη γλυκόζη στο αίμα, ανώμαλο επίπεδο λιπιδίων και υπέρβαρο. Οι αποδιδόμενοι παγκόσμιοι θάνατοι από τους κορυφαίους παράγοντες κινδύνου για χρόνια ασθένεια είναι: 13% από αυξημένη αρτηριακή πίεση, 9% από χρήση καπνού, 6% από αυξημένη γλυκόζη στο αίμα, 6% από σωματική αδράνεια και 5% από υπέρβαρο και παχυσαρκία. Το πλαίσιο αυτό εξέτασε τις τέσσερις συγκεκριμένες συμπεριφορές, τη χρήση καπνού, τη σωματική αδράνεια, την ανθυγιεινή διατροφή και την επιβλαβή χρήση αλκοόλ που οδηγούν σε τέσσερις βασικές μεταβολικές (φυσιολογικές) αλλαγές: αυξημένη αρτηριακή πίεση, υπέρβαρο / παχυσαρκία, υπεργλυκαιμία και υπερλιπιδαιμία, που αποτελούν τον ενδιάμεσο κίνδυνο παράγοντες για χρόνιες ασθένειες. Οι ενδιάμεσοι παράγοντες κινδύνου είναι η αιτία κοινών χρόνιων παθήσεων όπως η υπέρταση, ο διαβήτης, οι καρδιακές και αναπνευστικές παθήσεις (Lyngso et al., 2014).

Τα οργανωμένα δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας εριλαμβάνουν τις κύριες αιτίες επιβάρυνσης εμφάνισης χρόνιων ασθενειών σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος που περιλαμβάνουν παράγοντες κινδύνου που επικρατούν στους φτωχούς και σχετίζονται με υποσιτισμό, ανασφαλές νερό, υγιεινή και υγιεινή, καπνό εσωτερικού χώρου από οικιακή χρήση στερεών καυσίμων και μη ασφαλή ερωτική επαφή. Το πλαίσιο περιλαμβάνει την ανθρώπινη συμπεριφορά, που συχνά υπαγορεύεται από κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους που μπορούν να επηρεάσουν τον κίνδυνο μολυσματικών ασθενειών (όπως ελονοσία, HIV καιφυματίωση) για άτομα και κοινότητες. Για την ελονοσία, οι κύριοι λόγοι για αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ελονοσίας περιλαμβάνουν το κόστος πρόληψης, την ταλαιπωρία στη χρήση φαρμάκων ή εντομοαπωθητικών ή την έλλειψη γνώσεων. Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV, όπως η ερωτική επαφή χωρίς προστασία με

πολλαπλούς συντρόφους και τα άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία για σεξουαλική μετάδοση, εξετάζονται στο πλαίσιο αυτό. Οι δύο παράγοντες κινδύνου για τον υποσιτισμό ταξινομούνται ως παράγοντες που σχετίζονται με ασθένειες (που μειώνουν την πρόσληψη παρά τη διαθεσιμότητα τροφίμων) και η ανεπαρκής διαθεσιμότητα τροφής (ποιότητα ή παρουσίαση τροφής) που μειώνει την πρόσληψη περιλαμβάνονται στο πλαίσιο (Plochg et al., 2009)

Η υγεία και η ευεξία επηρεάζονται από κοινωνικοοικονομικούς, πολιτιστικούς, πολιτικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ένα υγιές περιβάλλον δίνει στους ανθρώπους την ευκαιρία να κάνουν υγιεινές επιλογές και μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιακών παθήσεων, καρκίνου, παχυσαρκίας, διαβήτη, αναπνευστικών παθήσεων όπως το άσθμα και τραυματισμούς. Το πλαίσιο των δικτύων αυτών καταδεικνύει σαφώς τη σχέση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών, πολιτιστικών, πολιτικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως η παγκοσμιοποίηση και η αύξηση του πληθυσμού με τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου και πώς οι ασθένειες οδηγούν σε κακές οικονομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες που ολοκληρώνουν τον φαύλο κύκλο. Ο υψηλός επιπολασμός χρόνιων ασθενειών όπως ο ιός HIV, η ελονοσία, ο υποσιτισμός και οι ασθένειες που μπορούν να προληφθούν από εμβόλιο με τη σειρά τους προδιαθέτουν σε αδύναμες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες (Lyngso et al., 2014).

Το πλαίσιο αυτών των δικτύων δείχνει επίσης πώς πρέπει να ενσωματωθούν στην προαγωγή υγείας, η πρόληψη ασθενειών και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για να μετριαστούν οι συνεχείς σχέσεις των προδιαθετικών παραγόντων. Η αύξηση των παρεμβάσεων κατά των κοινών παραγόντων κινδύνου για τις χρόνιες ασθένειες και κατά μιας μείζονος μολυσματικής ασθένειας μέσω της καταπολέμησης του υποσιτισμού, της χρήσης καπνού και αλκοόλ είναι προτεραιότητα. Η πρόληψη κοινών τύπων καρκίνου με ανοσοποίηση έναντι του ιού που τους φέρνει είναι μια άλλη

προτεραιότητα. Η έγκαιρη ανίχνευση ατόμων με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης χρόνιας νόσου μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της προσέγγισης διαγνωστικών δοκιμών προσέγγισης της κοινότητας. Ομοίως, οι υπηρεσίες θεραπείας και πρόληψης μπορούν να πραγματοποιηθούν στην κοινότητα μέσω του νοσηλευτικού κυρίως προσωπικού και άλλων εργαζομένων στο σύστημα υγείας με ελάχιστη εξάρτηση από το κλινικό προσωπικό, ιδίως τους κλινικούς, το οποίο μπορεί να κλιμακωθεί γρήγορα (Lyngso et al., 2014)

Το πλαίσιο των δικτύων αυτών υποστηρίζει ότι ο φαύλος κύκλος συνεχίζεται εκτός εάν οι υπηρεσίες προώθησης της υγείας και πρόληψης ασθενειών ενσωματωθούν στον θεραπευτικό τομέα για να σταματήσουν τη συνέχισή του. Ο στόχος πολλών μελετών ήταν να διερευνήσουν την καταλληλότητα της χρήσης ενός πλαισίου ολοκληρωμένης υπηρεσίας υγείας σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας για την παροχή ολοκληρωμένων προωθητικών, προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε ασθενείς που αναζητούν ιατρική βοήθεια. Μια πρωτοβάθμια προσέγγιση υγειονομικής περίθαλψης για την αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών ενθαρρύνει τις μακροπρόθεσμες επενδύσεις σε συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που εστιάζονται στην πρόληψη και δίνει έμφαση στις απαντήσεις που δίνουν προτεραιότητα σε οικονομικά αποδοτικές παρεμβάσεις βασισμένες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η στρατηγική αυτών των δικτύων, η οποία ευθυγραμμίζεται με την πολιτική υγείας ανά χώρα, εφαρμόζεται για υπάρχουσες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με μια αποτελεσματική και τοπικά εφικτή προσέγγιση. Περιλαμβάνει την ανάπτυξη και αναθεώρηση των υφιστάμενων πρωτοκόλλων υγειονομικής περίθαλψης με τέτοιο τρόπο ώστε τόσο η προωθητική όσο και η προληπτική υγειονομική περίθαλψη να περιλαμβάνονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Πρέπει να αναπτυχθεί μια νοοτροπία παροχής ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης αντί να εστιάζεται μόνο σε συγκεκριμένη θεραπεία ασθενειών. Σύμφωνα με τους Maher et al. 2007, η διασυνδεδεμένη παροχή προληπτικής και θεραπευτικής

υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντική καθώς η παροχή θεραπευτικής περίθαλψης χωρίς πρόληψη και αντιστρόφως αντιπροσωπεύει χαμένες ευκαιρίες και για τις δύο μεθόδους. Η παροχή θεραπείας και η αποφυγή των προωθητικών και προληπτικών αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών οδηγεί σε ελλιπή υγειονομική περίθαλψη. Προκειμένου να αντιμετωπιστούν πλήρως οι ανάγκες υγείας των ασθενών, υπάρχει ανάγκη για ένα εννοιολογικό πλαίσιο που να δείχνει τις σχέσεις μεταξύ των προδιαθετικών παραγόντων και ασθενειών, και το οποίο καθοδηγεί τον τύπο παρέμβασης που απαιτείται από τους επαγγελματίες υγείας σε συγκεκριμένα στάδια. Το πλαίσιο της Ολοκληρωμένης Υπηρεσίας Υγείας παρουσιάστηκε στους εμπειρογνώμονες για εξέταση ως μέσο αντιμετώπισης των παραλείψεων των εγκαταστάσεων υγείας όσον αφορά την παροχή ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς τους(Lyngso et al., 2014) .

Οι ειδικοί πρότειναν ότι η εύρεση θεραπευτικών επιλογών τόσο για την υπέρταση όσο και για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας θα μπορούσε εύλογα να αναζητηθεί σε ασθενείς που παρακολούθησαν ιατρική περίθαλψη σε συγκεκριμένες μονάδες υγείας. Επιτεύχθηκε επίσης συναίνεση για την εύρεση περιπτώσεων υπέρτασης, διαβήτη, καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καρκίνου του μαστού, HIV, φυματίωσης και για ασθενείς με υψηλό κίνδυνο για ΣΜΝ (Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα). Οι εμπειρογνώμονες δεν συμφώνησαν να έχουν διαγνωστικούς ελέγχους για την παχυσαρκία, τους καπνιστές, τη σωματική αδράνεια, τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και την επιβλαβή χρήση αλκοόλ. Οι εμπειρογνώμονες συμφώνησαν να διεξάγουν περιοδική εξέταση υγείας για ασθενείς που προφανώς δεν είναι άρρωστοι και συμβουλευθήκαν να συμπεριλάβουν τους περιοδικούς ελέγχους υγείας στην κοινότητα ή σε ατομικό σύστημα ασφάλισης. Οι εμπειρογνώμονες συνέστησαν οι

εστιακοί τομείς για περιοδικούς ελέγχους υγείας να εξετάζουν υπέρταση και επιπλοκές. εξέταση διαβήτη για ασθενείς με υπέρταση η μέτρηση του επιπέδου χοληστερόλης στο αίμα και παροχή συμβουλών για υγιεινή διατροφή και παχυσαρκία. Προσχέδιο Pap smear κάθε 3 χρόνια ξεκινώντας από την ηλικία των 21 ετών. κλινική εξέταση μαστού κάθε 1-2 χρόνια για γυναίκες άνω των 50 ετών. Διαλογή και συμβουλευτική STI. έλεγχος οπτικής οξύτητας χρησιμοποιώντας διάγραμμα όρασης Snellen και παροχή συμβουλών για τη σωματική δραστηριότητα (Waner et al., 2005).

Οι ειδικοί αποδέχτηκαν το πλαίσιο της Ολοκληρωμένης Υπηρεσίας Υγείας ως ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο που δείχνει την αιτία και την επίδραση της εξέλιξης της χρόνιας νόσου και τις κατάλληλες παρεμβάσεις που πρέπει να εφαρμοστούν. Ερωτηθείς εάν το πλαίσιο της Ολοκληρωμένης Υπηρεσίας Υγείας για αιτιώδεις σχέσεις ασθενειών και τις προσεγγίσεις παρέμβασης ήταν εύλογο για το Αιθιοπικό πλαίσιο, η πλειοψηφία (90%; n = 18) των εμπειρογνομόνων συμφώνησε, τεκμηριώνοντας την εφαρμογή του πλαισίου αυτού για χρόνια μη- μεταδοτικές, μεταδοτικές και διατροφικές ασθένειες. Επιπλέον, οι εμπειρογνώμονες συμφώνησαν ομόφωνα (100%; n = 20) ότι μια προσέγγιση αυτού του πλαισίου στην προώθηση της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και τη θεραπευτική περίθαλψη ήταν το κατάλληλο μέσο για τη διαχείριση κοινών τροποποιήσιμων παραγόντων (π.χ. χρήση καπνού και αλκοόλ), αποτρέποντας τους έτσι να προκαλέσουν ενδιάμεσοι παράγοντες κινδύνου (Lyngso et al., 2014).

Το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να κάνει χρήση της ευκαιρίας όταν τα άτομα βρίσκονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για να εντοπίσουν και να αντιμετωπίσουν τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Η παρουσία των ασθενών σε δομές υγείας για θεραπευτικούς και προληπτικούς σκοπούς υγειονομικής περίθαλψης είναι δικαιολογημένη στο Αιθιοπικό πλαίσιο για διάφορους λόγους. Πρώτον, από τη μελέτη φάσης 1, των ασθενών, το 88,8% (n = 739) επισκέφθηκε συχνά εγκαταστάσεις υγείας

για θεραπεία οξέων ή χρόνιων ασθενειών, επομένως, θα ήταν συνετό να αναγνωρίσουν τις προωθητικές και προληπτικές τους ανάγκες υγείας όταν έρχονται για θεραπευτική υγεία Φροντίδα. Για παράδειγμα, από τους ασθενείς, το 96,5% (n = 796) έδειξε ότι δεν είχαν ζητηθεί ή δοκιμαστεί για χοληστερόλη, ενώ το 2,0% (n = 17) έδειξε ότι το επίπεδο χοληστερόλης στο αίμα τους δοκιμάστηκε ενώ παρακολούθησε το κέντρο υγείας. Αυτό δείχνει ότι η ευκαιρία για προληπτικό έλεγχο σε επίπεδο χοληστερόλης αυτών των ασθενών θα μπορούσε να είχε χαθεί εάν οι επαγγελματίες υγείας δεν είχαν ρωτήσει για προηγούμενες δοκιμές (Frenk et al., 2010).

Η πρακτική της οικοδόμησης ενός υγιεινού τρόπου ζωής, όπως η άσκηση η υγιεινή διατροφή και η αποφυγή της επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ και το κάπνισμα, δεν υιοθετείται ευρέως στην κουλτούρα του πληθυσμού. Σε αυτό το πλαίσιο, το 95% (n = 19) των εμπειρογνομόνων συμβούλεψε ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συνδέουν τακτικά την προώθηση της υγείας και την πρόληψη ασθενειών με θεραπευτικές υπηρεσίες (όπως συμβουλές για υγιεινή διατροφή, σωματική άσκηση και ούτω καθεξής). Ως εκ τούτου, για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, η επαφή με τους ασθενείς θα ήταν μια χρυσή ευκαιρία για παροχή υποστήριξης μέσω της εκπαίδευσης και της παροχής συμβουλών για έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Από τους εμπειρογνώμονες, το 95% (n = 19) συμφώνησε ότι υπήρχε ανάγκη αναπροσανατολισμού της τρέχουσας προσέγγισης για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών με τέτοιο τρόπο ώστε να ενισχυθεί το σύστημα παρακολούθησης και να διασφαλιστεί η ευθύνη και η υπευθυνότητα των επαγγελματιών υγείας σε όλα τα επίπεδα. Με αυτόν τον τρόπο, η μόνη εστίαση των επαγγελματιών υγείας στην πτυχή της θεραπείας των ασθενών αντί να παρέχει μια ολοκληρωμένη υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης θα αλλάξει με την πάροδο του χρόνου και μια καλύτερη κατανόηση των στόχων μιας ολοκληρωμένης υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης μέσω αποτελεσματικής ενδοϋπηρεσιακής κατάρτισης θα οδηγήσει στη βέλτιστη φροντίδα των ασθενών (Lyngso et al., 2014).

Από τους εμπειρογνώμονες, το 95% (n = 19) συμφώνησε περαιτέρω ότι το πλαίσιο αυτό ήταν ένα κατάλληλο πλαίσιο παρέμβασης για τη διαχείριση των ενδιάμεσων παραγόντων κινδύνου μέσω μιας ολοκληρωμένης προωθητικής, προληπτικής και θεραπευτικής διαδικασίας, αποτρέποντας έτσι την εξέλιξη των ενδιάμεσων παραγόντων κινδύνου σε πλήρεις ασθένειες . Οι εμπειρογνώμονες (90%; n = 18) κατέληξαν επίσης σε συναίνεση σχετικά με την ανάγκη για πολύ ευρύτερες παρεμβάσεις για αποτελεσματικούς τρόπους για να σταματήσει η προδιάθεση των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων για την υγεία, όπως η αύξηση του πληθυσμού, το χαμηλό εισόδημα, η γήρανση του πληθυσμού και η περιβαλλοντική υγιεινή, σε κοινό τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου όπως επιβλαβής χρήση καπνού και αλκοόλ . Οι ειδικοί (90%; n = 18) αναγνώρισαν το πλαίσιο αυτό ως μια ιδανική προσέγγιση για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού της Αιθιοπίας (Cohn, 2014).

Η προωθητική και προληπτική υγειονομική περίθαλψη είναι πιο οικονομικά αποδοτική από εκείνη της θεραπευτικής θεραπείας και, συνεπώς, το κόστος της μη χρήσης των συνιστώμενων κλινικών προληπτικών υπηρεσιών που σχετίζεται με την υγεία είναι σημαντικό. Η αύξηση της χρήσης επιλεγμένων (εννέα) κλινικών προληπτικών υπηρεσιών σε πιο βέλτιστα επίπεδα (δηλαδή, επίπεδα που επιτυγχάνονται με σχέδια υψηλής απόδοσης για την υγεία) θα μπορούσε να αποτρέψει περίπου 50.000-100.000 θανάτους κάθε χρόνο σε ενήλικες ηλικίας <80 ετών. Το σχέδιο μετασχηματισμού του τομέα της υγείας σε πολλές χώρες δίνει υψηλή προτεραιότητα στην πρόληψη της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά τα ευρήματα από τη φάση 1 αυτής της μελέτης έδειξαν ότι η αναζήτηση της κυβέρνησης για παροχή ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης δεν έχει ακόμη επιτευχθεί στο λειτουργικό επίπεδο των εγκαταστάσεων υγείας. Το τρέχον κόστος υγειονομικής περίθαλψης της χώρας μπορεί να μειωθεί σημαντικά και οι θάνατοι των ασθενών μπορούν να αποφευχθούν εάν εφαρμοστεί επιτυχώς η ολοκληρωμένη προσέγγιση υγειονομικής περίθαλψης (Dons et al., 2018).

3.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Ολοκληρωμένη φροντίδα για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις

Μετά την αξιολόγηση του Προγράμματος Διαχείρισης Χρόνιων Νοσημάτων το 2014, έχει αναληφθεί διαδικασία επανασχεδιασμού για την ευθυγράμμιση του Προγράμματος Διαχείρισης Χρόνιας Νόσου με τη Στρατηγική Ολοκληρωμένης Φροντίδας της ΝΝΟ. Το νέο μοντέλο, Ολοκληρωμένη Φροντίδα για Ασθενείς με Χρόνιες Καταστάσεις αντικατοπτρίζει τις μεταρρυθμίσεις της Κοινοπολιτείας και υποστηρίζει δίκαιη πρόσβαση, ολοκληρωμένη αξιολόγηση και τοπική ευελιξία για να εξασφαλίσει ότι μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες των μεμονωμένων ασθενών (Lyngso et al., 2014).

Το μοντέλο Ολοκληρωμένης Φροντίδας για Ασθενείς με Χρόνιες Καταστάσεις ενισχύει και τονίζει (Lyngso et al., 2014):

- την επολογή των σωστών ατόμων και ταιριάζοντας τα με τη σωστή παρέμβαση
- τη σημασία της συμμετοχής των ασθενών και των φροντιστών και της συλλογής των μέτρων που έχουν αναφερθεί από τους ασθενείς
- την ανάγκη για συνεργατικές σχέσεις με δίκτυα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και γενικούς ιατρούς, και υποστήριξη ικανότητας και ανάπτυξης ικανοτήτων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη
- την ανάγκη τεχνολογίας για την υποστήριξη του κοινού σχεδιασμού φροντίδας, της ανταλλαγής πληροφοριών και της συλλογής δεδομένων.

Το μοντέλο έχει εισαχθεί στις υπηρεσίες υγείας σταδιακά κατά τους τελευταίους 12-18 μήνες και θα συνεχίσει να προσαρμόζεται και να τελειοποιείται καθώς η νέα κοινή μάθηση αναπτύσσεται υπερωρίες. Αυτό το μοντέλο ευθυγραμμίζεται με τις μεταρρυθμίσεις της υγειονομικής περίθαλψης που βρίσκονται σε εξέλιξη στην

πρωτοβάθμια περίθαλψη και την εφαρμογή του μοντέλου Κοινοπολιτείας Health Care Homes, που υποστηρίζεται από τις συστάσεις της έκθεσης της συμβουλευτικής ομάδας πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης:

- Καλύτερα αποτελέσματα για άτομα με χρόνια και σύνθετες συνθήκες υγείας
- Προσδιορισμός και επιλογή ολοκληρωμένης φροντίδας για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις

Η ολοκληρωμένη φροντίδα για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις (Dary et al., 2015):

- επικεντρώνεται στον εντοπισμό ατόμων με μία ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις που κινδυνεύουν να επανεισαχθούν στο νοσοκομείο τους επόμενους 15 μήνες
- εστιάζει σε εκείνους που είναι πιο πιθανό να επωφεληθούν από μία ή περισσότερες από τις ολοκληρωμένες παρεμβάσεις φροντίδας
- υποστηρίζεται από ένα τεκμηριωμένο βασισμένο εργαλείο αξιολόγησης κλινικού κινδύνου για την επιλογή ασθενών στη σωστή παρέμβαση υποστήριξης.

Ολοκληρωμένες παρεμβάσεις φροντίδας

Οι πληροφορίες που συλλέγονται στα βήματα αναγνώρισης και επιλογής του ασθενούς θα βοηθήσουν στην ενημέρωση των επόμενων βημάτων για υποστήριξη παρέμβασης. Η κατάλληλη παρέμβαση βασίζεται στην κλινική κρίση και στους στόχους του ασθενούς και είναι πάντα σε συνεργασία με τον ασθενή. Η NSW έχει ορίσει τρεις ολοκληρωμένες παρεμβάσεις φροντίδας (Rychoft-Malone et al., 2004):

- Καθοδήγηση για την υγεία

Μια προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή για τον καθορισμό στόχων, την ενεργή μάθηση και την αυτοδιαχείριση που καθοδηγεί, ενδυναμώνει και παρακινεί ένα άτομο να αλλάξει τη συμπεριφορά του. Τα προγράμματα καθοδήγησης για την υγεία

υποστηρίζουν τους ασθενείς να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους, να αυτοδιαχειρίζονται και να παρακολουθούν τις χρόνιες παθήσεις και τα φάρμακά τους.

- Φροντίδα πλοήγησης

Ο ρόλος της πλοήγησης φροντίδας είναι να διευκολύνει την πρόσβαση σε υπηρεσίες για τη φροντίδα ενός ασθενούς, των φροντιστών και της οικογένειάς τους για ένα καθορισμένο επεισόδιο φροντίδας. Ο στόχος της πλοήγησης φροντίδας είναι (Tsasis et al., 2012):

- βελτίωση της επικαιρότητας και της καταλληλότητας της φροντίδας
- μείωση των εμποδίων στην πρόσβαση στη φροντίδα
- μείωση της αποτυχίας παρακολούθησης
- υποστήριξη των ασθενών για πλοήγηση στο σύστημα υγείας
- μείωση της μη προγραμματισμένης εισαγωγής στο νοσοκομείο.
- Συντονισμός φροντίδας

Σκόπιμη ανθρωποκεντρική οργάνωση δραστηριοτήτων φροντίδας ασθενών μεταξύ παρόχων για τη διευκόλυνση της αυτοδιαχείρισης, της κατάλληλης φροντίδας, των αποτελεσμάτων της υγείας και της μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας. Οι ασθενείς που εγγράφονται στο ολοκληρωμένο πρόγραμμα φροντίδας παρακολουθούνται και υποστηρίζονται κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Ένας βασικός στόχος είναι να δοθεί η δυνατότητα στους ασθενείς να αυτοδιαχειρίζονται, να κατανοούν την ασθένειά τους και να αναζητούν πρόσθετη υποστήριξη και παρέμβαση όταν απαιτείται.

Προσδιορίστηκαν επτά βασικοί παράγοντες επιτυχίας στη χάραξη πολιτικής για την ολοκληρωμένη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της πολιτικής ηγεσίας, της χρήσης ενός ενοποιητικού πλαισίου, μιας σταδιακής προσέγγισης και μιας σαφούς στρατηγικής κλιμάκωσης, της ανάγκης δημιουργίας διατομεακής δράσης, οργανικών

και μετασχηματιστικών εταιρικών σχέσεων και η ανάπτυξη μια τεκμηριωμένη αφήγηση σχετικά με την ολοκληρωμένη περίθαλψη.

- Βασικός παράγοντας επιτυχίας 1: Επίδειξη πολιτικής και κλινικής ηγεσίας

Ο εκάστοτε Υπουργός Υγείας, οι περιφερειακοί και τοπικοί διαχειριστές υγείας και οι επαγγελματίες υγείας έχουν ρόλο τόσο ως συνήγορος των ασθενών, όσο και για τα συμφέροντα των υγειονομικών εγκαταστάσεων και των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και ως αρμόδιος οργανισμός για την εξασφάλιση της επίτευξης των στόχων του κυβερνητικού συστήματος υγείας. Η πολιτική ηγεσία χαρακτηρίζεται από πολλαπλά χαρακτηριστικά και η διαχείριση προορίζεται ως η ικανότητα του Υπουργείου Υγείας να ξεκινήσει και να οδηγήσει τις απαραίτητες παρεμβάσεις και να ξεπεράσει την «αδράνεια του συστήματος». Πολλά έγγραφα πολιτικής και ακαδημαϊκές συνεισφορές σε μια σειρά χωρών υπογραμμίζουν επίσης τη σημασία της κλινικής ηγεσίας στη μεταρρύθμιση της χρόνιας περίθαλψης. Η κλινική (ιατρός) ηγεσία μπορεί να διαδραματίσει ρόλο στην τόνωση της βελτίωσης της ποιότητας και των νέων καινοτομιών στο σχεδιασμό υπηρεσιών, με θετικές συνέπειες για την ασφάλεια και την ικανοποίηση των ασθενών. Τα προβλήματα του συστήματος δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται μόνο από πολιτικούς, οι οποίοι είναι σχεδόν ανίκανοι να επιφέρουν ουσιαστική αλλαγή στην υγειονομική περίθαλψη έως ότου οι γιατροί διορθώσουν τον τρόπο παροχής της φροντίδας. Οι γιατροί πρέπει να γίνουν μια εποικοδομητική φωνή για να αποφασίσουν πώς το κόστος που αποδίδεται στην ολοκληρωμένη και χρόνια φροντίδα μπορεί να αντικατοπτρίζει καταλληλότερα τις αξίες και τις ανάγκες της κοινωνίας. Ο προγραμματισμός για αυτό το ενδεχόμενο θα πρέπει να ξεκινήσει τώρα, αλλά δεν μπορεί να καθοδηγηθεί από έναν μόνο οργανισμό εξειδίκευσης, δεν μπορεί να επιδεινώσει τη χωριστή πόλη / φόρεμα στην ιατρική, δεν μπορεί να καταλήξει με την προστασία των μισθών των ιατρών σε σχέση με τους μισθούς άλλων επαγγελματιών υγείας και δεν μπορεί να εκτελεστεί με τρόπο που παραβιάζει τον

ιπποκρατικό όρκο (Frenk et al., 2010).

Σημαντικά εργαλεία για τη δημιουργία μετασχηματιστικών συνεργασιών είναι, μεταξύ άλλων, τα Δίκτυα Εφαρμοσμένων Ερευνών για την Υγεία της Κοινότητας, τα Κέντρα Έρευνας για τη Χρόνια Ασθένεια και τα Υγεία (WHO, 2015).

- Βασικός παράγοντας επιτυχίας 2: Χρησιμοποίηση ενός ενοποιητικού πλαισίου

Είναι σημαντικό για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να κάνουν χρήση ενός ενοποιητικού πλαισίου για ολοκληρωμένη φροντίδα, ώστε να διασφαλιστεί ότι οι δράσεις σε όλα τα επίπεδα και από όλους τους τομείς αλληλοϋποστηρίζονται.

- Βασικός παράγοντας επιτυχίας 3: Χρησιμοποίηση μιας σταδιακής προσέγγισης

Αν και οι πολιτικές υγείας ποικίλλουν πολύ στο κόστος, θα είναι αναπόφευκτα ευκολότερο για τις πλούσιες χώρες από τις φτωχές να εισάγουν πολλές πολιτικές, ειδικά εκείνες που βασίζονται στην παροχή υπηρεσιών.

- Βασικός παράγοντας επιτυχίας 4: Χρησιμοποίηση μιας σαφούς στρατηγικής κλιμάκωσης

Υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι σκέψης σχετικά με την αναβάθμιση του μοντέλου και των προγραμμάτων ολοκληρωμένης φροντίδας. Μια προσέγγιση είναι απλώς να διευρυνθούν τα μοντέλα ώστε να καλύπτει μια ευρύτερη λεκάνη απορροής ή πληθυσμό.

- Βασικός παράγοντας επιτυχίας 5: Καθιέρωση διατομεακής δράσης (HiAP)

Είναι σημαντικό για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να αναπτύξουν πολυτομεακές πολιτικές και εταιρικές σχέσεις για την ανάπτυξη ολοκληρωμένης φροντίδας με στόχο την πρόληψη και τον έλεγχο χρόνιων ασθενειών.

- Βασικός παράγοντας επιτυχίας 6: Δημιουργία οργανικών και μετασχηματιστικών συνεργασιών

Είναι σημαντικό για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να δημιουργήσουν οργανικές και μετασχηματιστικές συνεργασίες με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, την κοινωνία των πολιτών, τους επαγγελματίες φροντιστές, τον ιδιωτικό τομέα, τα πανεπιστήμια και τους διεθνείς οργανισμούς.

Ειδικά η συμμετοχή των ασθενών και των οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών στη χάραξη πολιτικής για ολοκληρωμένη περίθαλψη είναι απαραίτητη. Αυτό θα επιτρέψει να προκαλέσει τις απόψεις των ασθενών, όχι μόνο για το «τι λειτουργεί» για τους ασθενείς, αλλά και για την ανάγκη παρέμβασης και για παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή συγκεκριμένων τεχνολογιών υγείας, την καταλληλότητα και την αποδοχή τους. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής συχνά δεν εμπλέκουν τα ίδια τα άτομα που χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης: ασθενείς, τις οικογένειές τους και τα μέλη της κοινότητας. Οι πρόσφατες ευρωπαϊκές στρατηγικές και προγράμματα υγείας δηλώνουν ότι η συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών είναι

απαραίτητη για την ανάπτυξη και την αξιολόγηση της πολιτικής και των υπηρεσιών. Τονίζεται ότι η ανατροφοδότηση από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους θα πρέπει να είναι πιο αυστηρή και να χρησιμοποιείται για την ενημέρωση της πρακτικής, όχι απλώς να συγκεντρώνεται για έρευνα (Dons et al., 2018).

- Βασικός παράγοντας επιτυχίας 7: Ανάπτυξη τεκμηριωμένου μοντέλου για αξιολόγηση χρόνιας φροντίδας

Προκειμένου να αναπτυχθεί ένα τεκμηριωμένο μοντέλο για την αξιολόγηση της χρόνιας περίθαλψης, είναι σημαντικό για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να ενισχύσουν την ικανότητα της χώρας για παρακολούθηση και έρευνα για χρόνιες ασθένειες, τους παράγοντες κινδύνου τους και τους καθοριστικούς παράγοντες τους και να χρησιμοποιήσουν τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας για να υποστηρίξουν στοιχεία- βασισμένα στην ανάπτυξη πολιτικής και προγραμμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μετάβαση από οξεία σε χρόνια ασθένεια ως η κύρια πηγή πρόωρου θανάτου τόσο σε διεθνές αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο και οι πρόσφατες εξελίξεις στην υγειονομική περίθαλψη, όπως οι πληρωμές που βασίζονται σε αποτελέσματα και όχι μόνο στον όγκο των ασθενών, οδηγούν σε θεμελιώδεις αλλαγές στη δημόσια υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Οι χρόνιες ασθένειες αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης σε παγκόσμιο επίπεδο.

Οι παράγοντες κινδύνου για χρόνια ασθένεια είναι πολλαπλοί και αλληλένδετοι. Βασίζονται στο ατομικό ιστορικό, τις οικογένειες και τις κοινότητες, και απαιτούν συντονισμένες στρατηγικές σε πολλά επίπεδα και τομείς για βελτίωση. Αυτά τα ζητήματα οδηγούν σε ουσιαστική αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, η δημόσια υγεία και άλλοι τομείς αντιμετωπίζουν την επιδημία χρόνιας νόσου. Οι εξελισσόμενες προσεγγίσεις περιλαμβάνουν το συντονισμό της φροντίδας για άτομα με πολύπλοκες ασθένειες, επέκταση του πεδίου εφαρμογής των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης σε νέες ρυθμίσεις, αντιμετώπιση των συμπεριφορών υγείας και των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας σε περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης και σε συνεργασίες

με κοινοτικούς οργανισμούς · χρήση των κοινωνικών μέσων για γρήγορη δοκιμή και διάδοση μηνυμάτων υγείας. παροχή οικονομικών κινήτρων και ανατροφοδότησης για την παρακίνηση της συμπεριφοράς · και οικοδόμηση μεγαλύτερων συνεργασιών μεταξύ δημόσιας υγείας, υγειονομικής περίθαλψης και άλλων τομέων. Αν και δεν υπάρχουν ακόμη βέλτιστες πρακτικές, υπάρχουν «καλύτερες πρακτικές».

Ειδικά στην Ελλάδα, η οποία υπέφερε από τη μεγαλύτερη και τη βαθύτερη κρίση σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες «μνημόνιο και περιφερειακές» ζώνες της Ευρωζώνης, τα μέτρα λιτότητας επηρέασαν κυρίως άτομα με χρόνιες ασθένειες.

Αυτό σημαίνει ότι ο αρνητικός αντίκτυπος των χρόνιων ασθενειών στην υγεία του πληθυσμού, στην υγεία, στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και στις προοπτικές μακροοικονομικής ανάπτυξης επιταχύνθηκε στην Ελλάδα. Τα στοιχεία του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου δείχνουν ότι κατά την τελευταία πενταετία η ελληνική ακαθάριστη εγχώρια ανάπτυξη μειώθηκε σημαντικά κατά 29,5%, οι μισθοί μειώθηκαν κατά 35-45%, η ιδιωτική κατανάλωση μειώθηκε κατά 30% και οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 41% , ενώ η ανεργία αυξήθηκε κατά 253%.

Μια ουσιαστική πρόκληση που αφορά την διαχείριση της χρόνιας νόσου είναι η ανάγκη για συλλογικό σχεδιασμό και δράση, ιδίως δεδομένου ότι η δημόσια υγεία και η υγειονομική περίθαλψη έχουν λίγη ιστορία συνεργασίας μαζί με συνεχείς, συντονισμένους τρόπους. Όμως, τα αυξανόμενα ποσοστά χρόνιων ασθενειών, οι προκλήσεις χρηματοδότησης στη δημόσια υγεία και η μετατόπιση της αποζημίωσης υγειονομικής περίθαλψης από μοντέλα με βάση τον όγκο σε νέα μοντέλα με βάση την αξία παρείχαν κίνητρα για την υγειονομική περίθαλψη να κινηθεί προς τα πάνω σε

πολλές χώρες. Αυτό δημιούργησε επίσης μια ευκαιρία για τη δημιουργία τοπικών συνασπισμών που περιλαμβάνουν δημόσια υγεία και υγειονομική περίθαλψη και άλλες κρίσιμες ομάδες με κοινό στόχο τη βελτίωση της υγείας στις κοινότητές τους.

Οι χρόνια παθήσεις αντιπροσωπεύουν σήμερα περισσότερο από το 50% της παγκόσμιας επιβάρυνσης των ασθενειών και ο αριθμός αυτός προβλέπεται να συνεχίσει να αυξάνεται. Ωστόσο, σε όλο τον κόσμο, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι οργανωμένα για να παρέχουν αποτελεσματική και αποδοτική φροντίδα για χρόνια προβλήματα υγείας. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν εξελιχθεί γύρω από την έννοια της οξείας, μολυσματικής νόσου και αποδίδουν καλύτερα όταν αντιμετωπίζουν τα οξεία και επείγοντα συμπτώματα των ασθενών. Χωρίς αλλαγή, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα αναπτυχθούν όλο και περισσότερο αναποτελεσματικά και αναποτελεσματικά. Η αποτελεσματική πρόληψη, διαχείριση και αποκατάσταση χρόνιων παθήσεων απαιτεί εξέλιξη της υγειονομικής περίθαλψης, μακριά από ένα μοντέλο που επικεντρώνεται σε οξεία συμπτώματα προς ένα συντονισμένο, ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας. Τα αποτελέσματα αυτής της αλλαγής περιλαμβάνουν λιγότερα απόβλητα και βελτιωμένη απόδοση. Ολοκληρωμένα μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης που υπερβαίνουν συγκεκριμένες ασθένειες παρέχουν μια εφικτή λύση. Το Πλαίσιο Καινοτομικής Φροντίδας για Χρόνιες Καταστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας παρέχει ένα ευέλικτο αλλά ολοκληρωμένο μοντέλο για την κατασκευή ή τον επανασχεδιασμό συστημάτων υγείας σύμφωνα με τους τοπικούς πόρους και απαιτήσεις.

Η ολοκληρωμένη φροντίδα είναι η πιο πολλά υποσχόμενη ιδέα στον επανασχεδιασμό της φροντίδας για την αντιμετώπιση της αυξανόμενης απειλής χρόνιων ασθενειών. Αναφέρεται σε ένα «φάσμα προσεγγίσεων που αναπτύσσονται για την αύξηση του συντονισμού, της συνεργασίας, της συνέχειας, της συνεργασίας και της δικτύωσης σε διάφορα στοιχεία της παροχής υπηρεσιών υγείας». Βάζει τον ασθενή και τις ατομικές του ανάγκες στο κέντρο και οργανώνει τη φροντίδα γύρω από τον ασθενή, επιδιώκοντας έτσι να μειώσει τις απολύσεις και τον κατακερματισμό στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης .

Ο Busse κ.ά. (2008) δήλωσε ότι η ολοκληρωμένη περίθαλψη – φροντίδα υγείας στοχεύει: (1) στη βελτίωση της ποιότητας της παροχής φροντίδας, (2) στη διασφάλιση της επαγγελματικής συμμόρφωσης με πρωτόκολλα και οδηγίες για συγκεκριμένες ασθένειες, (3) μείωση της περιττής χρήσης του νοσοκομείου ενισχύοντας τον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας με μοίρασμα της οικονομικής ευθύνης με άλλους ενδιαφερόμενους, και μακροπρόθεσμα, (5) περιορισμός των αυξανόμενων χρόνιων δαπανών φροντίδας.

Τα πρώτα μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας για χρόνιες ασθένειες αναπτύχθηκαν στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1980. Αν και δεν επεκτείνεται σε διαφορετικούς τομείς φροντίδας, το μοντέλο «πυραμίδα φροντίδας» της Kaiser Permanente στην Καλιφόρνια και το μοντέλο «Evercare» στη Μινεσότα είναι τα πιο γνωστά και επιδραστικά . Η αμερικανική εμπειρία με τον εντοπισμό της χρόνιας νόσου και την παροχή περίθαλψης σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών υπήρξε σημαντική στην Ευρώπη και αλλού. Ήταν η βάση της εισαγωγής της διαχείρισης περιπτώσεων σε όλα τα Trusts της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου το 2007, η οποία στόχευε στη βελτίωση της ποιότητας και της προσβασιμότητας της περίθαλψης για άτομα με χρόνιες παθήσεις και τον περιορισμό του σχετικού κόστους. Στη Σουηδία, πολλά νομαρχιακά συμβούλια προσφέρουν

αλυσίδες φροντίδας για διαβήτη, άνοια και ρευματοειδή αρθρίτιδα. Στη Γαλλία, ο σχηματισμός τοπικών δικτύων παρόχων για περιπατητικούς ασθενείς υποκινήθηκε μέσω του νόμου για τα δικαιώματα και την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών του 2002.

Παρά τη σημαντική ετερογένεια στις παρεμβάσεις, τους πληθυσμούς των ασθενών και τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της περίθαλψης, οι βιβλιογραφικές κριτικές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο συντονισμός της φροντίδας βελτιώνει την ποιότητα της φροντίδας, την ποιότητα ζωής του ασθενούς και τη σωματική άσκηση, την αυτοδιαχείριση του ασθενούς και μειώνει τη νοσηλεία. Δεδομένου ότι η διαδικασία αποτελεσματικού συντονισμού της περίθαλψης γύρω από τις ανάγκες των ατόμων με πολύπλοκες ανάγκες σε κλινικό επίπεδο και επίπεδο υπηρεσίας είναι το πιο ουσιαστικό συστατικό για την ολοκληρωμένη περίθαλψη (σε αντίθεση, για παράδειγμα, με τις οργανωτικές συγχωνεύσεις ή νέες μορφές κοινής διακυβέρνησης που θα μπορούσαν να την υποστηρίξουν), το επίκεντρο των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων πρέπει να έχει αντίκτυπο σε αυτό το επίπεδο. Ωστόσο, υπάρχει μεγάλη διακύμανση στις παρεμβάσεις που παρέχονται από ολοκληρωμένα προγράμματα φροντίδας και τον συμμετέχοντα πληθυσμό, γεγονός που προκαλεί μεγάλη διακύμανση στην αποτελεσματικότητά τους. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι επικεντρώνονται σε διαρθρωτικά και οικονομικά προβλήματα και όχι σε συντονισμένη δραστηριότητα γύρω από τις ανάγκες των ανθρώπων ή εστίαση στην ενεργοποίηση των ασθενών.

Οι στόχοι των δικτύων της ολοκληρωμένης φροντίδας σε ασθενείς με χρόνια ασθένεια, θα πρέπει να κατευθύνονται στη σταθεροποίηση όσο το δυνατόν περισσότερο ή στη

βελτίωση των κλινικών καταστάσεων και της λειτουργικής τους κατάστασης, εστιάζοντας στην πρόληψη των αναπηριών και στη διατήρηση της ποιότητας ζωής.

Για να επιτευχθεί αυτό, απαιτείται ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας πολλαπλών επαγγελματικών και ολοκληρωμένων οδών ολοκληρωμένης φροντίδας προκειμένου να καταστεί δυνατή η μακροχρόνια βοήθεια αυτών των χρόνιων ασθενών στα σπίτια τους με ενεργή συμμετοχή τόσο των ίδιων των ασθενών όσο και των φροντιστών τους, διασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας και την καλύτερη ενσωμάτωση των κοινωνικών και υγειονομικών παρεμβάσεων.

Το πλαίσιο της Ολοκληρωμένης Υπηρεσίας Υγείας για την χρόνια ασθένεια (IHS), προσαρμοσμένο από τον ερευνητή από το γραμμικό «πλαίσιο αιτιώδους συνάφειας», που προτάθηκε σε αυτή τη μελέτη συμφωνήθηκε από τους ειδικούς να είναι μια εύλογη μέθοδος για την περιγραφή της αιτιώδους σχέσης της χρόνιας μη μεταδοτικής, της επικοινωνίας και της διατροφής- σχετικές ασθένειες. Το πλαίσιο IHS μπορεί να είναι μια αποτελεσματική και αποτελεσματική προσέγγιση παρέμβασης στην αντιμετώπιση ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο για ασθένειες, ενθαρρύνοντας έναν υγιεινό τρόπο ζωής, αποτρέποντας την εμφάνιση νόσων και προλαμβάνοντας την εξέλιξη της νόσου και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής σε ασθενείς που είναι ήδη άρρωστοι. Ως εκ τούτου, το πλαίσιο μπορεί να διαδραματίσει ζωτικό ρόλο για τη χώρα, ως προς στη μείωση του συνολικού βάρους των ασθενειών με την πρόληψη της απόκτησης, της εξέλιξης, της ταλαιπωρίας ή του θανάτου από ασθένειες μέσω της συγκράτησης του φαύλου κύκλου χρόνιων ασθενειών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ahgren, B. & Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International journal of integrated care* 5: e01. discussion e3, e9.

Anderson, G. (2010). *Chronic care: making the case for ongoing care*. Princeton (NJ): Robert Wood Johnson Foundation.

Armitage, GD, Suter, E, Oelke, ND. & Adair, CE. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *International journal of integrated care*, 9, p. 82.

Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, (380), pp. 37–43.

Benzer, J. K., Cramer, I. E., Burgess, J. J., Mohr, D. C., Sullivan, J. L., & Charns, M. P. (2015). How personal and standardized coordination impact implementation of integrated care. *BMC Health Services Research*, 15448

Borgermans. L. (2012). *Background paper on integrated health care delivery*. Part 1. Commissioned by WHO Regional Office.

Borgermans, L, Marchal, Y. & Busetto, L, et al. (2017). How to Improve Integrated

Care for People with Chronic Conditions: Key Findings from EU FP-7 Project INTEGRATE and Beyond. *Int J Integr Care*, 17(4), p. 7.

Boyd, C.M. & Fortin, M. (2010). Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design?, *Public Health Reviews*, (32), pp. 451-474.

Burns, LR. & Muller, RW. (2008). Hospital-physician collaboration: landscape of economic integration and impact on clinical integration. *The Milbank quarterly*, 86(3), pp. 375–434.

Cash-Gibson L, Rosenmoller M. (2014). Project INTEGRATE – a common methodological approach to understand integrated health care in Europe. *International journal of integrated care*, 14, p. 35.

Cohn. J. (2014). Leading healthcare in complexity. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 27(4), pp. 52–64.

Coulter, ARS. & Dixon A. (2013). *Building the house of care*. London: The King's Fund; Delivering better services for people with long-term conditions.

Coulter, ARS. & Dixon, A (2013). Delivering better services for people with long-term conditions In: *Building the house of care*. London: The King's Fund.

Clyne, B, Fitzgerald, C, Quinlan, A, Hardy, C, Galvin, R. & Fahey, T, et al. (2016). Interventions to address potentially inappropriate prescribing in community-dwelling older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc*,

(64), pp. 1210–22.

Davis, M. M., Gunn, R., Gowen, L. K., Miller, B. F., Green, L. A., & Cohen, D. J. (2018). A qualitative study of patient experiences of care in integrated behavioral health and primary care settings: more similar than different. *Translational Behavioral Medicine*

Davy, C, Bleasel, J, Liu, H, Tchan, M, Ponniah, S. & Brown, A (2015). Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review. *BMC family practice* 16: 102.

Divo, MJ, Martinez, CH. & Mannino, DM. (2014). Ageing and the epidemiology of multimorbidity. *The European respiratory journal.*;44(4), pp. 1055–68.

DiGioia, AM 3rd, Fann, MN, Lou, F. & Greenhouse, PK (2013). Integrating patient- and family-centered care with health policy: four proposed policy approaches. *Quality management in health care* 22(2), pp. 137–45,

DorrGoold, S. & Lipkin, M Jr.(1999). The doctor-patient relationship: challenges, opportunities, and strategies. *J Gen Intern Med.* 1999;14 Suppl 1(Suppl 1), pp. 26-S33.

Evans, JM, Baker, GR, Berta, W. & Barnsley, J.(2013). The evolution of integrated health care strategies. *Advances in health care management*, 15, pp.125–61.

Epping-Jordan, JE, Pruitt, SD, Bengoa, R. & Wagner, EH. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality & safety in health care*, 13(4), pp.

299–305.

Ferrer, L. & Goodwin, N. (2014). What are the principles that underpin integrated care? *International journal of integrated care*, 14, p. 37.

Frenk, J Chen, L Bhutta, ZA Cohen, J Crisp, N. & Evans, T *et al.* (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 376(9756), pp. 1923–58,

Institute of Public Care . Oxford Brookes University; 2013. Evidence review – Integrated health and social care: A skills for care Discussion paper.

Glasgow, R.E., Strycker, L.A., Toobert, D.J., & Eakin, E. (2000). A social- ecologic approach to assessing support for disease self- management: The chronic illness resources survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, (6). pp. 123-125.

Goldsmith, J. & Burns, LR. (2015). Integrated delivery networks: is the whole less than sum of the parts? *Modern healthcare*, 45(10), p. 25.

Goodwin, N. (2013). How do you build programmes of integrated care? The need to broaden our conceptual and empirical understanding. *International journal of integrated care*, 13, p. 40.

Goodwin, N. (2013). Taking integrated care forward: the need for shared values. *International journal of integrated care*, (13), p. 26.

Goodwin. N. (2013). Understanding integrated care: a complex process, a fundamental principle. *International journal of integrated care*, 13, p.11.

Goodwin, N. (2015). How should integrated care address the challenge of people with

complex health and social care needs? Emerging lessons from international case studies. *International journal of integrated care*, 15, p.37.

Grone, O. & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International journal of integrated care*, 1, p. 21

Lyngso, AM, Godtfredsen, NS, Host, D. & Frolich, A. (2014). Instruments to assess integrated care: a systematic review. *International journal of integrated care*, 14, p. 27.

Nolte, E, Frolich, A, Hildebrandt, H. & Pimperl, A, et al. (2016). Implementing integrated care: A synthesis of experiences in three European countries. *Int J Care Coordination*, pp. 1–15.

Nuno, R, Coleman, K, Bengoa, R. & Sauto, R. (2012). Integrated care for chronic conditions: the contribution of the ICCF Framework. *Health Policy*;105(1), pp. 55–64.

OECD . Paris: OECD; (2015). *Delivering person-centred integrated care: Synthesis of case studies from OECD health systems*.

Osborn, R, Moulds, D, Schneider, EC, Doty, MM, Squires, D. & Sarnak, DO. (2015). Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs. *Health Aff (Millwood)*, 34(12), pp. 2104–12.

Pan American Health Organization . Washington DC: PAHA; (2013). *Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas*.

Plochg, T, Klazinga, NS. & Starfield, B (2009). Transforming medical professionalism to fit changing health needs. *BMC medicine* 7, p. 64.

Raleigh, V Bardsley, M Smith, P Wistow, G *et al.* (2014). Integrated care and support pioneers: indicators for measuring the quality of integrated care In: *final report*. London: Policy Innovation Research Unit

Rycroft-Malone, J Wilkinson, JE Burton, CR Andrews, G Ariss, S. & Baker, R *et al.* (2011). Implementing health research through academic and clinical partnerships: a realistic evaluation of the Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care (CLAHRC). *Implementation science: IS* 6: 74.

Singer, SJ, Burgers, J, Friedberg, M, Rosenthal, MB, Leape, L. & Schneider, E. (2011). Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. *Medical care research and review: MCRR*.68(1), pp.112–27.

Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. (2009). Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q*13(Spec No), pp. 16–23.

Tsasis, P, Evans, JM. & Owen, S (2012). Reframing the challenges to integrated care: a complex-adaptive systems perspective. *International journal of integrated care* 12, p. 190.

Unhino, B.N. (2006). Social support and Health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, (4), pp. 377-387.

van der Klauw, D, Molema, H, Grooten, L. & Vrijhoef, H. (2014). Identification of

mechanisms enabling integrated care for patients with chronic diseases: a literature review. *International journal of integrated care*.14, p. 24.

Van Houdt, S, Heyrman, J, Vanhaecht, K, Sermeus, W. & De Lepeleire, J. (2013). An in-depth analysis of theoretical frameworks for the study of care coordination. *International journal of integrated care*, 13, p. 24.

Valentijn, PP, Schepman, SM, Opheij, W. & Bruijnzeels, MA. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13, p. 10.

Wagner, EH, Davis, C, Schaefer, J, Von Korff, M. & Austin, B (1999). A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?. *Managed care quarterly* 7(3), pp. 56–66.

Weiner, S. J., Barnet, B., Cheng, T. L., & Daaleman, T. P. (2005). Processes for effective communication in primary care. *Annals Of Internal Medicine*, 142(8), pp. 709-714.

Williams, PM. (2012). Integration of health and social care: a case of learning and knowledge management. *Health & social care in the community*. 20(5), pp. 550–60.

WHO Regional Office for Europe . *Walking the talk on people-centredness*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. Priorities for health system strengthening in the WHO European Region 2015–202.

WHO global strategy on people-centred and integrated health services . Geneva: World Health Organization; 2015

Ελληνική

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2014). Χρόνιες ασθένειες, *Η υγειονομική πρόκληση της εποχής μας*. Ευρωπαϊκή Ένωση.

Λιαρόπουλος, Α. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Α΄ Τόμος. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Οικονομοπούλου, Χ. (2012). *Η ποιότητα των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας*. Στέλεχος Υπηρεσιών Υγείας.

Παπακωστίδη, Α. και Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), σσ. 480-488.