

«Η επίδραση της διευρυμένης πρόσβασης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στη μείωση της χρήσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων»



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΜΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Η επίδραση της διευρυμένης πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στη μείωση της χρήσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων»

Συγγραφέας

Κωνσταντίνα – Νικολέτα Λαρεντζάκη

ΑΜ: 2111

Επιβλέπουσα

Καθηγήτρια κα. Α. Λάγιου

Αθήνα, Μάρτιος 2023



UNIVERSITY OF WEST ATTICA

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

DEPARTMENT OF PUBLIC AND COMMUNITY HEALTH

MSc IN EPIDEMIOLOGY AND HEALTH PROMOTION

Diploma Thesis

**«The effect of expanded access to Primary Health Care in reducing the use of hospital
Emergency Department Services»**

Konstantina – Nikoleta Larentzaki

Registration Number: 2111

Supervisor name and surname:

Professor A. Lagiou

Athens, March 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΜΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

«Η επίδραση της διευρυμένης πρόσβασης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στη μείωση της χρήσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

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

A/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Αρετή Λάγιου	Καθηγήτρια Επιδημιολογίας- Πρόληψης Νοσημάτων – Δημόσιας Υγείας Πρόεδρος Τμήματος	
2	Αναστασία Μπαρμπούνη	Παιδίατρος Καθηγήτρια Τμήματος Δημόσιας Υγείας	
3	Ελισσάβετ Ανδρή	Παιδίατρος Καθηγήτρια Τμήματος Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

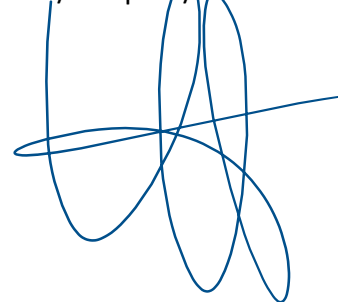
Η κάτωθι υπογεγραμμένη Κωνσταντίνα-Νικολέτα Λαρεντζάκη του Σταύρου-Αία με αριθμό μητρώου 2111 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΠΜΣ Επιδημιολογία και προαγωγής υγείας» του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«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 31/12/2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο/Η Δηλών/ούσα



*** Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

(Υπογραφή)

*** Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):**

https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος – Ευχαριστίες	6
Περίληψη.....	8
Abstract	9
Γενικό Μέρος.....	10
Ειδικό Μέρος.....	18
Μέθοδοι.....	18
PRISMA FLOWCHART.....	20
Αποτελέσματα	28
Συζήτηση	29
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	36

Πρόλογος – Ευχαριστίες

Η συγγραφή της Διπλωματικής αυτής εργασίας έγκειται στα πλαίσια ολοκλήρωσης του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «ΠΜΣ Επιδημιολογία και προαγωγής υγείας» που ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2021.

Παράλληλα εκπληρώνεται η επιθυμία μου να πραγματοποιήσω αυτό το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών και με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται σε σημαντικό βαθμό η περαιτέρω κατάρτισή μου.

Η πραγματοποίηση του Μεταπτυχιακού αυτού προγράμματος επιτελείται σε μια ιδιαίτερη χρονική περίοδο για μένα και την οικογένειά μου με δυσκολίες και ξεχωριστές παραμέτρους κι αυτό προσδίδει ακόμη περισσότερη αξία σε αυτή την προσπάθεια.

Είναι εξαιρετικά σημαντικό το γεγονός ότι σε αυτό το Πρόγραμμα υπήρξε ένας συνδυασμός παραγόντων που επέφεραν θετικό αποτέλεσμα και σε αυτούς περιλαμβάνονται οι ενέργειες των υπευθύνων του Επιστημονικού Προγράμματος, όπως είναι η σωστή επιστημονική καθοδήγηση και κατεύθυνση, η υποστήριξη καθ' όλη τη χρονική διάρκεια που αυτό διήρκεσε, η προαγωγή σωστής κι αгаστικής συνεργασίας, η προώθηση καινοτόμων μεθόδων εκπαίδευσης κι η σωστή αξιολόγηση.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά κατ' αρχήν την Διευθύντρια του ΠΜΣ κα Λάγιου Αρετή, Καθηγήτρια Επιδημιολογίας, Πρόληψης Νοσημάτων και Δημόσιας Υγείας, Διευθύντρια του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πρόεδρος του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας και Αναπλ. Κοσμήτορα της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Επιπροσθέτως θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα Επιστημονικό Συνεργάτη κ. Τσιλάκη Δημήτριο, ειδικό Καρδιολόγο, για την πολύ καλή συνεργασία που είχαμε όλο αυτό το διάστημα. Αποτέλεσε στήριγμα και καταλυτικό παράγοντα εξέλιξης και προόδου της εργασίας μου πάνω στο συγκεκριμένο αντικείμενο του Μεταπτυχιακού αυτού προγράμματος.

Είναι επίσης πολύ σημαντική η στήριξη που έλαβα από την οικογένειά μου όλο αυτό το χρονικό διάστημα ενασχόλησής μου με το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών κι ευχαριστώ θερμά το σύζυγό μου, Αντώνη και τα δύο μου τέκνα, Αφροδίτη και Παναγιώτη που με την κατανόησή τους, συμπαραστάθηκαν άμεσα κι έμμεσα στην προσπάθειά μου!

Στις ευχαριστίες μου περιλαμβάνονται αυτές προς τους γονείς μου, Αίαντα – Σταύρου κι Ελένης, καθώς και προς την γιαγιά μου Κωνσταντίνα των οποίων η διαχρονική στήριξη κι ενθάρρυνση αποτελεί σημαντικό παράγοντα και για την επιτέλεση αυτού του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών.

Περίληψη

Η διευρυμένη πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι προβληματική σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να επισκέπτονται το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) για μη επείγουσες καταστάσεις. Αυτό οδηγεί στην χρήση του τμήματος επειγόντων περιστατικών, για καταστάσεις που δυνητικά θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με την αξιοποίηση της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γεγονός που συντελεί στο συνωστισμό των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων. Αυτή η συστηματική ανασκόπηση εξετάζει τον αντίκτυπο διαφόρων πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της πρόσβασης στην «εκτός ωραρίου» πρωτοβάθμια περίθαλψη, στην προσέλευση των ασθενών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων. Η αναζήτηση μας πραγματοποιήθηκε στη βιβλιογραφική βάση PubMed. Εντοπίσαμε 19 μελέτες που εξέτασαν τον αντίκτυπο της βελτιωμένης πρόσβασης «εκτός ωραρίου» στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και το αποτέλεσμα αυτής στο συνωστισμό των ΤΕΠ. Η βελτιωμένη πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη «εκτός ωραρίου» συνδέθηκε με αυξημένη χρήση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά είχε ανάμεικτη επίδραση στη χρήση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων, με αμφιλεγόμενα αποτελέσματα στην επισκεψιμότητα σε αυτά. Αν και η πλειονότητα των μελετών παρουσίασε ότι η βελτιωμένη πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας «εκτός ωραρίου» μπορεί να περιορίσει τη χρήση του ΤΕΠ, μετατοπίζοντας την περίθαλψη των ασθενών από το τμήμα επειγόντων περιστατικών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, απαιτείται περαιτέρω έρευνα σε αυστηρό θεσμικό πλαίσιο πριν από την εισαγωγή οποιασδήποτε πρωτοβουλίας για τη βελτίωση της πρόσβασης στην «εκτός ωραρίου» πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Λέξεις κλειδιά:

Ελεύθερο κείμενο: εκτός ωραρίου, πρωτοβάθμια περίθαλψη, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οικογενειακός γιατρός, γενικός ιατρός, επείγουσα ανάγκη, τμήμα, μονάδα, δωμάτιο, υπηρεσία, θάλαμος, νοσοκομείο.

Abstract

Expanded access to primary care is problematic in many developed countries, resulting in patients visiting the emergency department for non-urgent conditions. This leads to the hospital use of the emergency department (ED), for situations that could potentially be treated by primary health care, which contributes to the overcrowding of hospital emergency departments. This systematic review examines the impact of various initiatives to improve access to 'out-of-hours' primary care on patients' attendance at hospital Emergency Departments. Our search was performed in the PubMed bibliographic database. We identified 19 studies that examined the impact of improved 'out of hours' access to primary care and its effect on ED overcrowding. Improved access to "out-of-hours" primary care was associated with increased use of primary care, but had a mixed effect on hospital Emergency Department use, with ambiguous results on hospital ED attendance. Although the majority of studies have shown that improved access to "out-of-hours" primary health care can reduce ED use by shifting patient care from the emergency department to primary care, further research is needed with rigorous methodology before the introduction of any initiative to improve access to 'out of hours' primary health care.

Keywords:

Free text search: after hour, out of hour, primary care, primary health care, family physician, family doctor, general practitioner, emergency, urgent, casualty, department, unit, room, service, ward, hospital.

Γενικό Μέρος

Μια από τις πλέον σημαντικές αλλά και στρεσογόνες επαφές των ασθενών με το σύστημα υγείας είναι αναμφίβολα το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Πρόκειται για τη στιγμή όπου ο ασθενής αντιμετωπίζει ένα σημαντικό και ενίοτε απειλητικό για τη ζωή του πρόβλημα υγείας, για το οποίο αισθάνεται ότι δεν μπορεί να περιμένει, αλλά προσδοκά στην άμεση αντιμετώπισή του. Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έγινε ευρέως χρησιμοποιούμενο όταν η ιατρική έκτακτης ανάγκης αναγνωρίστηκε ως ιατρική ειδικότητα και τα νοσοκομεία ανέπτυξαν τμήματα επείγουσας ιατρικής για την παροχή υπηρεσιών. Ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ED), επίσης γνωστό ως Τμήμα Ατυχημάτων Και Επειγόντων Περιστατικών (A&E Department), Τμήμα Έκτακτων Περιστατικών (ER), ή τμήμα ατυχημάτων , είναι μια μονάδα ιατρικής περίθαλψης που ειδικεύεται στην επείγουσα ιατρική , την οξεία φροντίδα ασθενών, χωρίς να έχει προηγηθεί ραντεβού, είτε με δικά τους μέσα είτε με ασθενοφόρο . Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών βρίσκεται συνήθως στο χώρο του νοσοκομείου ή άλλου κέντρου πρωτοβάθμιας φροντίδας (1).

Οι προσπάθειες παροχής επείγουσας περίθαλψης είναι αναμφισβήτητα τόσο παλιές όσο η ιατρική, ωστόσο η ιστορία της επείγουσας ιατρικής ως ειδικότητας, είναι μόλις 50 ετών. Μαζί με την Αγγλία, τον Καναδά και την Αυστραλία, οι Ηνωμένες Πολιτείες ήταν από τις πρώτες χώρες οι οποίες υιοθέτησαν τον όρο της επείγουσας ιατρικής (2). Η σύγχρονη ιστορία της επείγουσας ιατρικής ξεκίνησε ουσιαστικά τη δεκαετία του 1960. Η υλοποίηση αυτής έγινε με προσπάθειες πρωτοπόρων γιατρών σε όλο τον κόσμο, οι οποίοι συνειδητοποίησαν ανεξάρτητα, την ανάγκη για έναν ειδικό σε επείγοντα περιστατικά που θα ήταν διαθέσιμος στους ασθενείς ανά πάσα στιγμή, μέρα ή νύχτα (2).

Λόγω του απρογραμμάτιστου χαρακτήρα της προσέλευσης ασθενών, το τμήμα πρέπει να παρέχει αρχική θεραπεία για ένα ευρύ φάσμα ασθενειών και τραυματισμών, μερικές από τις οποίες μπορεί να είναι ακόμη και απειλητικές για τη ζωή των ασθενών και να απαιτούν άμεση προσοχή. Σε ορισμένες χώρες, τα Τμήματα

Επειγόντων Περιστατικών έχουν γίνει σημαντικά σημεία εισόδου για όσους δεν έχουν άλλα μέσα πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη (3).

Το τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) ορίστηκε, από την National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS), ως μια νοσοκομειακή εγκατάσταση που στελεχώνεται 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα και παρέχει μη προγραμματισμένες υπηρεσίες σε εξωτερικούς ασθενείς των οποίων η κατάσταση απαιτεί άμεση φροντίδα (3). Το ΤΕΠ είναι ένα ανεξάρτητο τμήμα του νοσοκομείου, του οποίου προορισμός είναι η παροχή ολιστικής φροντίδας υγείας. Στόχος του είναι η «υποδοχή, αναζωογόνηση, διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενών με αδιαφοροποίητα επείγοντα και οξέα προβλήματα, που καλύπτουν το πλήρες φάσμα των νόσων, κακώσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς, καθώς και τη διαχείρισή τους ως τη στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο γιατρό», σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM) (4).

Η εξέλιξη των ΤΕΠ τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει γίνει με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να μην στοχεύουν μόνο στην παροχή φροντίδας, αλλά και να λειτουργούν ενίοτε ως «καταφύγιο» για ανθρώπους, οι οποίοι δεν έχουν ούτε την κοινωνική, ούτε την οικονομική δυνατότητα να αποτανθούν αλλού. Επιπλέον αποτελούν μια συστηματική δομή παρακολούθησης της δημόσιας υγείας, κέντρο ετοιμότητας για αντιμετώπιση καταστροφών, χώρο επιτέλεσης διαφόρων ιατρικών διαδικασιών (π.χ. μεταγγίσεις), ακόμη και χώρο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών στους εργαζόμενους και τέλος, σε πολλές περιπτώσεις, χώρο παροχής πρωτοβάθμιας υγείας (5).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για επείγουσα περίθαλψη είναι περίπλοκοι και πολύπλευροι. Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών βρίσκονται στην «πρώτη γραμμή» όσον αφορά τη διαχείριση οξέων εκτάκτων και επειγουσών καταστάσεων. Επιπλέον παρέχουν τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στο σύστημα υγείας (6). Ένα από τα μείζονα εμπόδια για την επίτευξη του πολλαπλού τους ρόλου είναι το πρόβλημα του συνωστισμού (5).

Η συνεχόμενη υπερπλήρωση των ΤΕΠ οφείλεται στη συνεχώς αυξανόμενη ζήτησή τους, στην πολυπαραγοντική δυνατότητα περίθαλψης των ασθενών και στην

πρόσβαση τους σε συνεχιζόμενη φροντίδα. Η συμφόρηση αυτή σταδιακά οδηγεί σε κλινικές και οργανωτικές επιπτώσεις (6).

Σε ερωτηματολόγιο που δόθηκε σε ιατρούς-μέλη του Αμερικανικού Κολεγίου Ιατρών Επείγουσας Ιατρικής, ο συνωστισμός αναφέρθηκε ως ο σημαντικότερος παράγοντας απειλής της ασφάλειας των ασθενών που προσέρχονται στα ΤΕΠ. Πανεθνική Αυστραλιανή μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς που προσέρχονταν στα ΤΕΠ με ελάσσονα προβλήματα υγείας αποζητούσαν αρχικά αντιμετώπιση έγκαιρη με μικρούς χρόνους αναμονής, υψηλή ποιότητα φροντίδας καθώς και ταυτόχρονη πρόσβαση σε πολλαπλές υπηρεσίες υγείας στον ίδιο χώρο (5).

Σύμφωνα με το Αμερικανικό Κολέγιο Ιατρών Επείγουσας Ιατρικής, ως συνωστισμός (“crowding” ή “overcrowding”) ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία «οι καθορισμένες ανάγκες για παροχή επείγουσών υπηρεσιών υγείας υπερβαίνουν τους διαθέσιμους πόρους αναφορικά με την κάλυψη των ασθενών στα ΤΕΠ» (5). Αυτό συμβαίνει καθώς η λειτουργία των ΤΕΠ παρεμποδίζεται κυρίως λόγω του υπερβολικού αριθμού ασθενών, οι οποίοι περιμένουν να εξεταστούν, να υποβληθούν σε αξιολόγηση και θεραπεία ή περιμένουν να πάρουν εξιτήριο και όλα τα ανωτέρω σε συνδυασμό με την επάρκεια του προσωπικού των ΤΕΠ. Η ασφάλεια και η προστασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών, ο εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών και η απογοήτευση του προσωπικού, αποτελούν παράγοντες οι οποίοι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη αναφορικά με το θεμελιώδες πρόβλημα του υπερπληθυσμού των ΤΕΠ (7).

Ο συνωστισμός στα ΤΕΠ έχει σοβαρές συνέπειες όπως η αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα, η τοποθέτηση ασθενών σε λανθασμένη πτέρυγα, καθυστερήσεις στην έναρξη περίθαλψης (όπως η χορήγηση αντιβιοτικών στη σήψη), αυξημένους χρόνους αναμονής και παραμονής στα ΤΕΠ, μειωμένη ασφάλεια ασθενών (αύξηση της συχνότητας εμφάνισης διαγνωστικών και θεραπευτικών λαθών), μικρή διαθεσιμότητα ελεύθερων κλινών για τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες των ΤΕΠ, μειωμένη ικανοποίηση ασθενών και προσωπικού, επιθετικότητα προς το προσωπικό και ασθενείς που φεύγουν χωρίς (να περιμένουν) να τους δει γιατρός “left-without-being-seen” (7)(8). Πολλαπλές ανασκοπήσεις έχουν δείξει τις επιβλαβείς επιπτώσεις του φαινομένου του συνωστισμού (8).

Δυστυχώς ο συνωστισμός στα ΤΕΠ είναι και ελληνικό φαινόμενο, μια συνήθης καθημερινή πραγματικότητα, η οποία παρουσιάζει ανησυχητική επίταση τα τελευταία χρόνια. Τα αίτια του συνωστισμού στη χώρα μας είναι πολλαπλά. Αρχικά σημειώνεται ανεπάρκεια δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιπλέον υπάρχει έλλειψη οργανωμένων ΤΕΠ κατά τα διεθνή πρότυπα (με λειτουργία ιατρείου διαλογής (triage)). Επιπροσθέτως παρουσιάζεται αύξηση της προσέλευσης ασθενών (με ή χωρίς ασφάλιση) εξαιτίας της πρόσφατης οικονομικής κρίσης και της επιλογής τους για μετακίνηση από τον ιδιωτικό προς το δημόσιο τομέα. Παρατηρείται επίσης το φαινόμενο συρροής ασθενών με προβλήματα υγείας, τα οποία δεν είναι αμιγώς επείγοντα (5). Στο συνωστισμό συμβάλει ακόμη η οξύτητα και η πολυπλοκότητα της κατάστασης των ασθενών, η γήρανση του πληθυσμού, η οικονομική κρίση, η παγκοσμιοποίηση, η ποσοτική ή και ποιοτική ανεπάρκεια στελέχωσης των ΤΕΠ. Σημαντική μπορεί να θεωρηθεί η προσέλευση των ειδικών ιατρών καθυστερημένα, η αργοπορία στη λήψη και διακίνηση των εργαστηριακών εξετάσεων καθώς και η εισαγωγή των ασθενών στις εκάστοτε κλινικές (bottle neck) με μεγάλη χρονική καθυστέρηση, λόγω της μη διαθεσιμότητας νοσοκομειακών κλινών, παράγοντες που αποτελούν, με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, τους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες εμφάνισης του φαινομένου του «συνωστισμού». Μέγιστης σημασίας συμβολή στο θεμελιώδες αυτό πρόβλημα, αποτελεί η ανεπάρκεια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.). Συνοψίζοντας, ο συνωστισμός των ΤΕΠ θα μπορούσε να θεωρηθεί συνέπεια της αναντιστοιχίας προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών υγείας (5)(9).

Αρκετές είναι οι μελέτες οι οποίες έχουν εντοπίσει τις αρνητικές συνέπειες του συνωστισμού στα ΤΕΠ των νοσοκομείων. Οι προσεγγίσεις που έχουν προταθεί στο πέρασμα των ετών διαχωρίζονται σε στρατηγικές και τακτικές. Η μείωση και η πρόληψη του συνωστισμού μπορούν να αντιμετωπιστούν με παρεμβάσεις σε επίπεδο οργάνωσης ή διαχείρισης, καθώς και σε επίπεδο λειτουργίας (9)(10).

Για την άμβλυνση του προβλήματος του συνωστισμού των ΤΕΠ των νοσοκομείων, προτείνονται διαφορετικές λύσεις από τους ερευνητές και απαιτούνται πολλαπλές ταυτόχρονες δράσεις.

Αρχικά έχει προταθεί η διεύρυνση των χώρων των ΤΕΠ των νοσοκομείων, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει στη δημιουργία περισσότερων κλινών με παράλληλη αύξηση του ιατρικού, νοσηλευτικού και προσωπικού δυναμικού των εκάστοτε νοσοκομείων με κρατική στήριξη (11). Σε μια άλλη προσπάθεια αντιμετώπισης του φαινομένου του συνωστισμού δημιουργήθηκαν τα «Ιατρεία Διακίνησης Περιστατικών Χαμηλής Επικινδυνότητας» (fast track) (5)(7)(9). Τα συγκεκριμένα ιατρεία εκτιμούν και διαχειρίζονται τους ασθενείς, που πάσχουν από μικροτραυματισμούς, ελάσσονα οξεία ή χρόνια προβλήματα, με τέτοιο τρόπο ώστε να μειώνεται ο χρόνος αναμονής καθώς και η διάρκεια παραμονής στον χώρο των ΤΕΠ στο ελάχιστο. Ωστόσο, η δημιουργία αυτών των ιατρείων απαιτεί τόσο οικονομικούς πόρους όσο και έναν ξεχωριστό χώρο εντός του ΤΕΠ (5)(12). Ένας άλλος τρόπος ο οποίος θα μπορούσε να βοηθήσει στην αποσυμφόρηση των ΤΕΠ είναι η διαλογή των ασθενών (triaging). Η διαλογή είναι μια σημαντική διαδικασία για την ιεράρχηση της φροντίδας των ασθενών. Αυτή θα πρέπει να γίνεται είτε από νοσηλεύτες είτε από άλλο προσωπικό που έχει τις γνώσεις για την διαδικασία αυτή. Θα πρέπει όμως επιπλέον να διερευνηθούν στρατηγικές εκτροπής ασθενοφόρων, δημιουργίας μονάδων σύντομης νοσηλείας καθώς και σύνθετες παρεμβάσεις σε όλο το σύστημα υγείας (4)(12)(13). Επιπλέον ίσως θα ήταν βοηθητική η θέσπιση κριτηρίων με σκοπό την προσεκτική και επιλεκτική παραπομπή των ασθενών για απεικονιστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, κατά τις οποίες μπορεί να δημιουργηθεί συμφόρηση στα εκάστοτε τμήματα (11). Η Μικτή Επιτροπή για τη Διαπίστευση των Οργανισμών Υγείας (JCAHO) έχει προσδιορίσει επίσης τη σημασία του στρατηγικού σχεδιασμού για την αποσυμφόρηση των ΤΕΠ. Η πρωτοβουλία αυτή έχει σκοπό να βοηθήσει τα νοσοκομεία να προβλέπουν και να προετοιμάζονται για το φαινόμενο του συνωστισμού στα ΤΕΠ (14). Άλλη μια πιθανή λύση για την μείωση του συνωστισμού θα ήταν η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης από μία ολοκληρωμένη ομάδα πρωτοβάθμιας υγείας, παράλληλα στον ίδιο ή διαφορετικό χώρο με το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, εντός ή εκτός του νοσοκομείου, για ασθενείς με μη επείγοντα προβλήματα (15). Παρατηρείται ακόμη ότι οι ασθενείς που χρειάζονται οξεία υγειονομική περίθαλψη δεν επικοινωνούν πάντα με τον καταλληλότερο πάροχο υπηρεσιών υγείας. Η επικοινωνία με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας «εκτός ωραρίου» (out-of-hours) για ένα επείγον πρόβλημα που απαιτεί επείγουσα

νοσοκομειακή αντιμετώπιση μπορεί να καθυστερήσει τη φροντίδα του, ενώ αντίθετα η επικοινωνία με τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης για ένα μη επείγον πρόβλημα θα μπορούσε τελικά να προσδώσει επιπλέον βάρος στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (16).

Σύμφωνα με ανασκόπηση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD), η ελλιπής πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η έλλειψη των «εκτός ωραρίου» (ΟΟΗ) υπηρεσιών υγείας είναι οι κύριες αιτίες που επηρεάζουν αυξητικά τη ζήτηση για επείγουσα περίθαλψη (17).

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών που σκοπό έχουν την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των νοσημάτων, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής (18).

Τα συστήματα υγείας με σωστά δομημένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συνδέονται με βελτιωμένα αποτελέσματα ως προς την υγεία των ασθενών, όπως μειωμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (19). Στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ) παρατηρήθηκε ότι η αυξημένη πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, συσχετίστηκε με αυξημένο προσδόκιμο ζωής και βελτιωμένη κατάσταση υγείας (20). Επιπλέον, οι ασθενείς που είχαν πρόσβαση σε συνεχή και ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα είχαν βελτιωμένη κατάσταση υγείας σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν τέτοια πρόσβαση. Επιπροσθέτως, έχει παρατηρηθεί διεθνώς, η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των αποτελεσμάτων στην υγεία των ασθενών (19). Για παράδειγμα, στην Ευρώπη, οι χώρες με πιο ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη συσχετίστηκαν με βελτιωμένη υγεία όλου του πληθυσμού, χαμηλότερα ποσοστά άσκοπης νοσηλείας και μείωση της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας (21). Αν και η παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον πληθυσμό είναι ζωτικής σημασίας για καλύτερα αποτελέσματα της υγείας του πληθυσμού, η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι προβληματική σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες (22).

Μία από τις λύσεις που έχουν προταθεί για την αντιμετώπιση του φαινομένου του συνωστισμού στα ΤΕΠ των νοσοκομείων, είναι η ανάπτυξη και διεύρυνση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που προσφέρουν πρόσβαση για εξέταση και αντιμετώπιση των ασθενών, εκτός του καθιερωμένου ωραρίου εργασίας (out-of-hours). Αξίζει να αναφερθεί ότι έχει δημιουργηθεί ένα Ευρωπαϊκό ερευνητικό δίκτυο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εκτός ωραρίου (EurOOHnet) (23). Αυτό στοχεύει στη μεταφορά γνώσης, την ανταλλαγή εμπειριών αλλά και τη διεξαγωγή έρευνας. Ο συνδυασμός ερευνητικών ικανοτήτων και η ενσωμάτωση των αποτελεσμάτων μπορεί να δημιουργήσει τη δυνατότητα διαρκούς συλλογής πληροφοριών σε Ευρωπαίους ερευνητές και υπεύθυνους λήψης αποφάσεων, οι οποίες αφορούν τη δημόσια υγεία, συμβάλλοντας, με τον τρόπο αυτό, σε μια εφικτή και υψηλής ποιότητας φροντίδα «εκτός ωραρίου» (23)(24).

Παραδοσιακά, στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, αυτοί που αποτελούσαν το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, «εκτός ωραρίου», περίθαλψης ήταν οι γενικοί ιατροί (GPs). Ωστόσο, τα τελευταία 20 χρόνια, έχει σημειωθεί ταχεία ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας «εκτός ωραρίου» φροντίδας υγείας και άλλων αντίστοιχων («εκτός ωραρίου») υπηρεσιών όπως η ίδρυση συμπράξεων, σε ευρωπαϊκές χώρες όπως η Ολλανδία, το Βέλγιο, η Δανία, η Νορβηγία, η Ισπανία και Ελβετία (24).

Προτείνονται διάφορα μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης για την υλοποίηση της «εκτός ωραρίου» πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Από αυτά διακρίνονται τα ακόλουθα: ανεξάρτητοι οικογενειακοί- γενικοί ιατροί, ομάδες γενικών ιατρών που εφημερεύουν εκ περιτροπής, Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, συνεταιρισμοί γενικών ιατρών, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης «εκτός ωραρίου» στο Ηνωμένο Βασίλειο, Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (A&E) καθώς και κέντρα «εκτός ωραρίου» πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενσωματωμένα σε νοσοκομεία (24).

Σημαντικά προβλήματα με τα οποία ερχόμαστε αντιμέτωποι όσον αφορά στην αναδιοργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας είναι αρχικά η έλλειψη τόσο γενικών ιατρών (ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές), όσο και του υπόλοιπου προσωπικού που απαιτείται για τη στελέχωση τέτοιων υπηρεσιών, ώστε να

συγκροτηθούν ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Είναι επίσης έντονη η ανησυχία για την ατομική ασφάλεια του προσωπικού στο απομονωμένο περιβάλλον πολλών υπηρεσιών ιδίως τις συγκεκριμένες ώρες, «εκτός ωραρίου». Η τρέχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των διαφορετικών μοντέλων «εκτός ωραρίου», αναφέρεται στην οικονομική αποδοτικότητα, στη μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών, στην τηλεφωνική διαλογή καθώς και στον τρόπο με τον οποίο οι γιατροί παίρνουν αποφάσεις που αφορούν τη διαχείριση των ασθενών (23)(24).

Οι μελλοντικοί τομείς έρευνας στον τομέα αυτόν, θα αφορούν στα οργανωτικά μοντέλα για την βελτίωση της «εκτός ωραρίου» φροντίδας υγείας. Θα πρέπει να διερευνηθούν επαρκώς: η σωστή διαχείριση των υπηρεσιών «out-of-hours», η ποιότητα της τηλεφωνικής διαλογής, η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης, ζητήματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, η κατάλληλη χρήση του βοηθητικού προσωπικού, η συνεργασία με τα ΤΕΠ των νοσοκομείων και τα ασθενοφόρα και τέλος ο ορθότερος τρόπος διαχείρισης των υπηρεσιών των γενικών ιατρών στην «εκτός ωραρίου» φροντίδα υγείας (23).

Η βελτίωση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα μετά το επίσημο ωράριο λειτουργίας (δηλαδή οι βραδινές ώρες εντός της εβδομάδας, τα Σαββατοκύριακα και οι αργίες) είναι μια σημαντική στρατηγική που εφαρμόζεται σε πολλές χώρες για τη μείωση της χρήσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών και τον έλεγχο του συνωστισμού αυτών. Ένα προηγούμενο άρθρο ανασκόπησης σχετικά με τις παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για τον περιορισμό της μη επείγουσας χρήσης των ΤΕΠ, όπως η εφαρμογή σύμπραξης γενικών ιατρών (GPC) που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα μετά το ωράριο, βρήκε αντικρουόμενα στοιχεία (25).

Σκοπός μας είναι να παρουσιάσουμε μια ενημερωμένη συστηματική ανασκόπηση σχετικά με τη διερεύνηση του ερωτήματος εάν η πρόσβαση σε υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας «εκτός ωραρίου», μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της επισκεψιμότητας (συνεπώς και του συνωστισμού) των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων.

Ειδικό Μέρος

Η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ) μετά το ωράριο είναι προβληματική σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να επισκέπτονται τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων για μη επείγουσες καταστάσεις. Ωστόσο, η χρήση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών για καταστάσεις που αντιμετωπίζονται σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορεί να συμβάλει στον συνωστισμό του ΤΕΠ (26). Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση του αντίκτυπου διαφόρων πρωτοβουλιών από ανεπτυγμένες χώρες για τη βελτίωση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη «εκτός ωραρίου» στο τμήμα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων και τη χρήση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

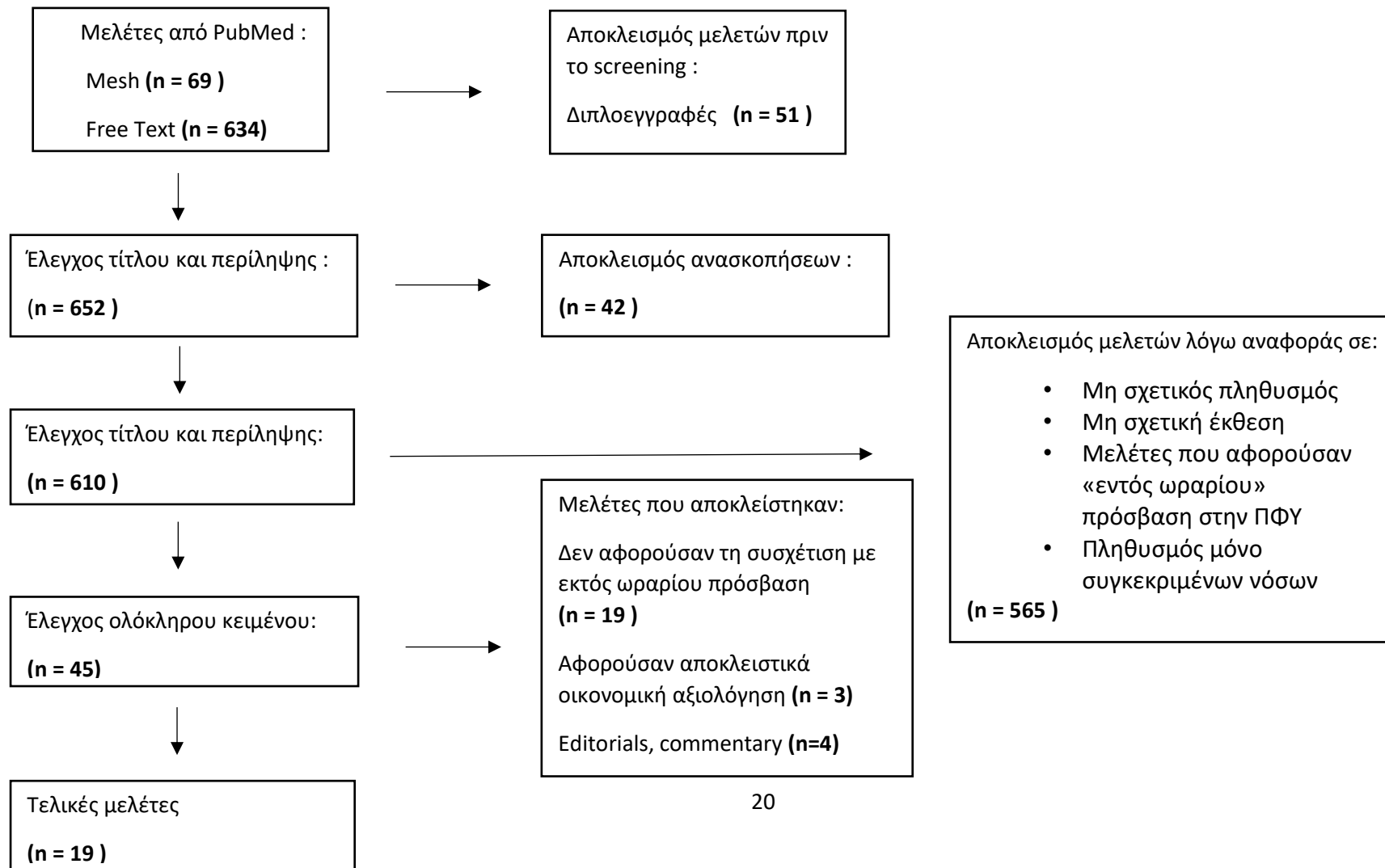
Μέθοδοι

Πραγματοποιήσαμε μια αναζήτηση βιβλιογραφίας που εξετάζει τη συσχέτιση μεταξύ της βελτιωμένης πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη «εκτός ωραρίου» και της επισκεψιμότητας των ΤΕΠ των νοσοκομείων. Αναζητήσαμε τις μελέτες στη βιβλιογραφική βάση PubMed. Η αναζήτηση στη βάση δεδομένων πραγματοποιήθηκε με συνδυασμό λέξεων-κλειδιών για την περιγραφή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης «εκτός ωραρίου» καθώς και επιπρόσθετων λέξεων για την περιγραφή των τμημάτων επειγόντων περιστατικών. Οι όροι που χρησιμοποιήθηκαν στην αναζήτηση στο MeSH (Medical Subject Headings) ήταν: ("Primary Health Care"[Mesh]) AND ("After-Hours Care"[Mesh]) AND ("Emergency Service, Hospital"[Mesh]), ενώ οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην αναζήτηση ελεύθερου κειμένου (free-text search) ήταν: ("after hour*" OR "out of hour*") AND ("primary care" OR "primary health care" OR "family physician*" OR "family doctor*" OR "general practitioner*") AND ("emergenc*" OR "urgent*" OR "casualt*") AND ("department*" OR "unit*" OR "room*" OR "service*" OR "ward*" OR "hospital*"). Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας μας

οδήγησε σε 69 άρθρα με αναζήτηση στο MeSH και 634 άρθρα με αναζήτηση Free-Text, και μετά την αφαίρεση των διπλότυπων καταλήξαμε σε 652 άρθρα. Από αυτά, αποκλείστηκαν 42 άρθρα ανασκόπησης, 33 άρθρα στα οποία ως Π.Φ.Υ. ορίζονταν οι υπηρεσίες των ασθενοφόρων, 456 άρθρα όπου η έκθεση δεν σχετιζόταν με την πρόσβαση στην Π.Φ.Υ. «εκτός ωραρίου», 42 άρθρα στα οποία εξεταζόταν η παραπομπή από την Π.Φ.Υ. που αφορούσε μόνο συγκεκριμένες νόσους, καθώς και επιπλέον 34 άρθρα των οποίων δεν ήταν σχετικός ο πληθυσμός αναφοράς, αφήνοντας 45 άρθρα για έλεγχο μέσω του πλήρους κειμένου. Μετά τον έλεγχο πλήρους κειμένου, αποκλείστηκαν 19 μελέτες οι οποίες δεν αφορούσαν τη συσχέτιση της επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ με την «εκτός ωραρίου» πρόσβαση στην ΠΦΥ, 3 άρθρα που αναφέρονταν αποκλειστικά σε οικονομική αξιολόγηση και τέλος 4 άρθρα που δεν ήταν πρωτογενείς μελέτες αλλά άρθρα σύνταξης (editorials) και σχολιασμού (commentary). Τελικά παρέμειναν ως κατάλληλες 19 μελέτες οι οποίες και αναλύθηκαν στα πλαίσια της ανασκόπησης. Η παραπάνω διεργασία διενεργήθηκε σύμφωνα με τις αρχές της μεθοδολογίας PRISMA και το σχετικό διάγραμμα φαίνεται στην εικόνα 1 (27).

Εικόνα 1. Prisma Flowchart

PRISMA FLOWCHART



Αν και η πρωτοβάθμια φροντίδα «εκτός ωραρίου» ορίζεται ευρέως ως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης που παρέχονται εκτός των κανονικών ωρών εργασίας, η ακριβής μέτρηση του ωραρίου που χρησιμοποιείται στη βιβλιογραφία ποικίλλει ανά χώρα και περιοχή. Τα άρθρα που όριζαν τις ώρες μετά το πέρας του ωραρίου στην περιοχή τους το όρισαν ως τα βράδια από Δευτέρα έως και Παρασκευή και τα Σαββατοκύριακα, και οι ώρες κυμαίνονται από τις 5:00 μ.μ. έως τις 9:00 π.μ., καθώς και οποιαδήποτε ώρα κατά τη διάρκεια των Σαββατοκύριακων και των αργιών. Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν ήταν: (i) οκτώ συγχρονικές (cross-sectional) μελέτες που συνέκριναν ασθενείς με και χωρίς πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μετά το ωράριο (26)(28)(29)(30)(31)(32)(33)(34), (ii) τέσσερις αναδρομικές μελέτες που αξιολογούσαν τον αντίκτυπο της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μετά το ωράριο, πριν και μετά την εφαρμογή κάποιας πρωτοβουλίας για τη βελτίωση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα μετά το ωράριο (35)(36)(37)(38), (iii) δύο παρεμβατικές μελέτες στις οποίες περιγραφόταν η ίδρυση συμπράξεων για την ενίσχυση της Π.Φ.Υ (39)(40), (iv) μία οικολογική μελέτη κατά την οποία εξετάστηκε η σχέση μεταξύ της επισκεψιμότητας των ΤΕΠ και της επαφής των ασθενών με την Π.Φ.Υ (13), (v) δύο μελέτες πριν και μετά (before-and-after study) στις οποίες εξετάστηκε ο αντίκτυπος της λειτουργίας κλινικών, ως πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στην αποσυμφόρηση των ΤΕΠ (41)(42) και τέλος (vi) δύο προοπτικές μελέτες παρελθόντος (43)(44).

Μελέτες που εξετάζουν τη συσχέτιση μεταξύ της βελτιωμένης πρόσβασης στην Π.Φ.Υ. «εκτός ωραρίου» και της επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ (n = 1) (32), Αυστραλία (n = 1) (34), Βέλγιο (n = 1) (40), Αγγλία (n = 1) (37), Ιρλανδία (n = 2) (35)(36), Ολλανδία (n = 3) (29)(30)(39), Καναδά (n = 5) (31)(42)(43)(44)(45), Ιταλία (n = 1) (38), Σκωτία (n = 1) (38), Ηνωμένο Βασίλειο (n = 1) (41), Δανία (n = 1) (13) και στη Γαλλία (n = 1) (33). Βασικά χαρακτηριστικά των μελετών παρουσιάζονται στον Πίνακα 1 που ακολουθεί:

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣ/ΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Novak T., et all	1983	Καναδάς	Συγχρονική μελέτη	Ασθενείς και ιατροί ΠΦΥ.	Έρευνα ερωτηματολογίου για την εκτίμηση της σημαντικότητας των κλήσεων «εκτός ωραρίου».	Με τη χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ, θα μπορούσε να μειωθεί η υπερβολική χρήση των ΤΕΠ.	Μείωση των ασθενών που επισκέπτονται τα ΤΕΠ καθώς και αύξηση χρήσης ΠΦΥ.
D Stoddart, et all	1999	Σκωτία	Συγχρονική μελέτη	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ «εκτός ωραρίου» μετά την ίδρυση ΠΦΥ.	Έρευνα ερωτηματολογίου ασθενών «εκτός ωραρίου» στα ΤΕΠ του Glasgow Royal Infirmary.	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ «εντός» και «εκτός» ωρών εργασίας.	Η υπηρεσία ΠΦΥ δεν είχε σημαντικό αντίκτυπο στον αριθμό ή τον τύπο των ασθενών που επισκέπτονται τα ΤΕΠ.
Vedsted P. et all	2001	Δανία	Οικολογική μελέτη	Πληθυσμιακά στοιχεία για άτομα που επισκέπτονται τα ΤΕΠ.	Εκτός ωραρίου τηλεφωνική διαλογή από GPs.	Μέσος αριθμός ετήσιων επαφών με τα ΤΕΠ.	Η αύξηση του ποσοστού προσέλευσης στα ΤΕΠ ήταν μη στατιστικά σημαντική.
CJT van Uden et all	2003	Ολλανδία	Συγχρονική μελέτη	Άτομα που επισκέπτονται τα ΤΕΠ.	Εκτός ωραρίου πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε δύο ολλανδικές πόλεις.	Επισκεψιμότητα ΤΕΠ.	Στη μια πόλη υπάρχει μεγαλύτερη διαφορά στην επισκεψιμότητα των ΤΕΠ «εκτός

							ωραρίου» (≈51,7%), από την άλλη.
CJT van Uden, et all	2004	Ολλανδία	Συγχρονική μελέτη	Ασθενείς που έρχονται σε επαφή με GP και ΤΕΠ νοσοκομείων.	Αναδιοργάνωση ΠΦΥ και ανεξάρτητη λειτουργία GP. Ενημέρωση των ασθενών μέσω τηλεφωνητή ιατρών και αφισών στα επιμέρους ιατρεία.	Μετά την αναδιοργάνωση, οι ασθενείς που έρχονται σε επαφή με ΤΕΠ «εκτός ωραρίου».	Αναδιοργάνωση ΠΦΥ «εκτός ωραρίου», η οποία οδήγησε σε μείωση των επισκέψεων στα ΤΕΠ και αύξηση των επισκέψεων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (≈3,6%).
D M Pickin, et all	2004	Ηνωμένο Βασίλειο	Μελέτη πριν και μετά (before and after study)	Ασθενείς και GPs.	Στάθμιση ικανοποίησης ασθενών και GPs σχετικά με την ίδρυση συμπράξεων γενικών ιατρών στην ΠΦΥ.	Διαφοροποίηση στη χρήση των ΤΕΠ.	Βελτίωση του ηθικού των GPs (≈67%), χωρίς να επηρεάζονται η ικανοποίηση των ασθενών και η χρήση των ΤΕΠ.
Caro J T van Uden, et all	2005	Ολλανδία	Παρεμβατική μελέτη	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ και χαρακτηριστικά αυτών που επισκέπτονται τον GP «εκτός ωραρίου».	Αναδιοργάνωση και ίδρυση σύμπραξης PCP, εντός των ΤΕΠ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Μάαστριχτ.	Αριθμός ασθενών που χρησιμοποιούν φροντίδα «εκτός ωραρίου».	Η σύμπραξη PCP μείωσε τη χρήση των ΤΕΠ «εκτός ωραρίου» κατά 53% και αύξησε τη χρήση ΠΦΥ κατά 25%.

N. O'Keeffe	2008	Ιρλανδία	Αναδρομική μελέτη	Ασθενείς και GPs.	Ασθενείς που επισκέπτονται τη σύμπραξη Southdoc GP «εκτός ωραρίου».	Αντίκτυπος της επισκεψιμότητας στην ΠΦΥ, στην επισκεψιμότητα στα ΤΕΠ «εκτός ωραρίου».	Η εισαγωγή υπηρεσίας «εκτός ωραρίου» με τη σύμπραξη GP δεν οδήγησε σε αύξηση φόρτου εργασίας «εκτός ωραρίου» του τοπικού ΤΕΠ.
Wong W, et all	2009	Καναδάς	Συγχρονική μελέτη	Ασθενείς.	Αναζήτηση περίθαλψης των ασθενών, στα ΤΕΠ, «εκτός ωραρίου» και η προθυμία τους για επαφή με GP αν αυτοί ήταν διαθέσιμοι.	Αν οι ασθενείς επιλέγουν να απευθυνθούν στην ΠΦΥ αν αυτή είναι διαθέσιμη.	Οι περισσότεροι ασθενείς θα επέλεγαν την «εκτός ωραρίου» ΠΦΥ, αν η στελέχωσή της ήταν επαρκής, έναντι των ΤΕΠ.
O'Kelly F, et all	2010	Ιρλανδία	Αναδρομική μελέτη	Ασθενείς και «Dubdoc» στην ΠΦΥ.	«Dubdoc» υπηρεσία έκτακτης ανάγκης γενικού ιατρού «εκτός ωραρίου».	Επισκεψιμότητα στα ΤΕΠ κατά τη διάρκεια του ίδιου έτους, στο ίδιο νοσοκομείο.	Μικρή μείωση στην επισκεψιμότητα των ΤΕΠ.
Jones D., et all	2011	Καναδάς	Μελέτη πριν και μετά (before-and-after study)	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ.	Επίσκεψη ασθενών σε μια κλινική «εκτός ωραρίου» (AHC).	Επισκέψεις ασθενών ανά μήνα στα ΤΕΠ πριν και μετά την εφαρμογή του AHC.	Μείωση του συνόλου των ασθενών που επισκέφτηκαν τα ΤΕΠ μετά την επέμβαση AHC.

Villani J., et all	2013	ΗΠΑ	Συγχρονική μελέτη	Ασθενείς που επισκέπτονται την ΠΦΥ.	Πιθανότητα μη επείγουσας επίσκεψης στα ΤΕΠ.	Επέκταση υπηρεσιών ή η πρόσβαση ασθενούς-γιατρού σχετίζονται με τη συχνότητα της μη επείγουσας χρήσης των ΤΕΠ.	Η ενίσχυση της ΠΦΥ, μετά το ωράριο, μπορεί να μειώσει τη ζήτηση για μη επείγουσες υπηρεσίες των ΤΕΠ.
Whittaker W., et all	2016	Αγγλία	Αναδρομική μελέτη	Ασθενείς «εκτός ωραρίου» ΠΦΥ.	Χρήση ΠΦΥ 7 ημέρες την εβδομάδα.	Σύγκριση πρακτικών με και χωρίς πρόσβαση στα ΤΕΠ.	Η επέκταση της πρόσβασης στην ΠΦΥ, συσχετίστηκε με μείωση επισκέψεων στο ΤΕΠ.
Colliers A., et all	2017	Βέλγιο	Παραμβατική μελέτη πριν και μετά	Ιατρεία γενικής ιατρικής	Χρήση δυο Ιατρείων γενικής ιατρικής δίπλα και μακριά από τα ΤΕΠ του νοσοκομείου.	Αύξηση φόρτου εργασίας γενικών ιατρών κυρίως λόγω μικρών παιδιών.	Κατά την περίοδο της μελέτης έμεινε σταθερή η κίνηση στα ΤΕΠ, ενώ αυξήθηκε αυτή των GPs «εκτός ωραρίου».
Ifediora C., et all	2017	Αυστραλία	Συγχρονική μελέτη	Ασθενείς με πρόσβαση στα ΤΕΠ ή σε κλήσεις κατ' οίκον	Ασθενείς που είχαν υποστηριχθεί από ΑΗHC(ιατρικές υπηρεσίες κατ' οίκον τηλεφωνικών κλήσεων) την	Επισκεψιμότητα των ΤΕΠ ανάλογα με τη διαθεσιμότητα ΑΗHC.	Οι υπηρεσίες ΑΗHC φαίνεται να σχετίζονται με μείωση των επισκέψεων στα ΤΕΠ

					τελευταία εβδομάδα του Ιανουαρίου του 2016.		
Posocco A., et all	2018	Ιταλία	Αναδρομική μελέτη	Ασθενείς που παραπέμπονται στη «εκτός ωραρίου» ΠΦΥ (ΟΟΗ).	Παραπομπή σε «εκτός ωραρίου» ΠΦΥ.	Διερεύνηση των ασθενών που παραπέμπονται σε ΤΕΠ από την υπηρεσία ΟΟΗ.	Η υπηρεσία ΟΟΗ φαίνεται να βοηθά στον περιορισμό της προσέλευσης στα ΤΕΠ.
Morin C., et all	2018	Γαλλία	Συγχρονική μελέτη	Ασθενείς και ιατροί «εκτός ωραρίου»	Ασθενείς που απευθύνθηκαν σε ιατρείο εκτός ωραρίου (ΟΗΓΡ).	Ποσοστό ανακατεύθυνσης από το ΟΗΓΡ.	Το ΟΗΓΡ δεν έχει σημαντικά αποτελέσματα στην εισροή των ασθενών στα ΤΕΠ.
Kiran T., et all	2018	Καναδάς	Προοπτική μελέτη παρελθόντος	Ασθενείς σε ΠΦΥ «εκτός ωραρίου».	Ασθενείς που έχουν εγγραφεί σε ιατρικό κέντρο παροχής υπηρεσιών «εκτός ωραρίου».	Επισκέψεις στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.	Η εγγραφή ασθενών σε ιατρικό κέντρο ΠΦΥ «εκτός ωραρίου» δεν συσχετίστηκε με μείωση της χρήσης των ΤΕΠ.
Hong M., et all	2021	Καναδάς	Προοπτική μελέτη παρελθόντος	Ασθενείς και γιατροί ΠΦΥ.	Παροχή ασφαλιστρου ως κίνητρο για παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ.	Αριθμός μηνιαίων επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.	Η παροχή κινήτρων στους γιατρούς, μετά το ωράριο, μειώνει τις λιγότερο επείγουσες

							επισκέψεις στο ΤΕΠ.
--	--	--	--	--	--	--	------------------------

Πίνακας 1. Στοιχεία Μελετών

Αποτελέσματα

Από τις 19 μελέτες που εξέτασαν τη συσχέτιση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας «εκτός ωραρίου» με την επισκεψιμότητα στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων, οι τέσσερις συνέκριναν τη χρήση των ΤΕΠ μεταξύ ασθενών με πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μετά το κανονικό ωράριο, με αυτούς που δεν έχουν τέτοια πρόσβαση (29)(31)(33)(34). Επιπλέον τρεις μελέτες εξέτασαν τον αντίκτυπο της δημιουργίας κλινικής πρωτοβάθμιας φροντίδας «εκτός ωραρίου» κατά τη διάρκεια των απογευμάτων ή/και των Σαββατοκύριακων (28)(42)(45). Υπήρχε επίσης μελέτη που εξέτασε τον αντίκτυπο της παράτασης των ωρών («εκτός ωραρίου») των ιατρικών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο Ηνωμένο Βασίλειο, η οποία συνέκρινε διάφορες πρακτικές που παρέχει η επταήμερη εκτεταμένη πρόσβαση, το βράδυ και το Σαββατοκύριακο, και εξυπηρετούσε τόσο επείγοντα όσο και συνηθισμένα ραντεβού (37). Άλλη μια μελέτη ανέλυε την επίδραση της «εκτός ωραρίου» τηλεφωνικής διαλογής στον αριθμό των ασθενών που κατέληγαν στα ΤΕΠ (13). Πέντε μελέτες εξέτασαν τον αντίκτυπο της αναδιοργάνωσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης από μικρότερες ομάδες σε μεγαλύτερες συμπράξεις (GPC) στο Βέλγιο, την Ολλανδία και την Ιρλανδία, και τον αντίκτυπο του ανοίγματος αυτών των GPC στη χρήση των ΤΕΠ (30)(35)(36)(39)(40). Η αναδιοργάνωση σε μεγαλύτερα GPC επιτρέπει την ανακατανομή των ωρών που εργάζονται οι ιατροί με σκοπό την παροχή καλύτερης κάλυψης των υπηρεσιών μετά το ωράριο λειτουργίας και αυτές οι συμπράξεις μπορεί να βρίσκονται σε κάποια κεντρική τοποθεσία μεταξύ των τοπικών ΤΕΠ ή ακόμη και μέσα σε αυτά. Τέλος, τρεις μελέτες εξέτασαν την αναδιοργάνωση των γιατρών με την εισαγωγή πριμοδότησής τους για την παροχή υπηρεσιών «εκτός ωραρίου», καθώς και τη στάθμιση της ικανοποίησης των ασθενών σε ΗΠΑ, Ιταλία και Καναδά (32)(41)(46).

Τα αποτελέσματα των συγχρονικών μελετών ήταν μεικτά. Οι ασθενείς με γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης που πρόσφερε εκτεταμένες υπηρεσίες τα Σαββατοκύριακα και τα βράδια είχαν λιγότερες πιθανότητες να επισκεφτούν τα ΤΕΠ των νοσοκομείων. Οι ασθενείς με πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα μετά το

ωράριο είχαν λιγότερες πιθανότητες να επισκεφθούν τα ΤΕΠ σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν τέτοια πρόσβαση. Επίσης, αρκετές μελέτες ανέφεραν ότι η βελτιωμένη πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μετά το ωράριο συσχετίστηκε με μειωμένη χρήση των ΤΕΠ. Αυτό το εύρημα δεν ήταν συνεπές σε όλες τις μελέτες, με δύο να αναφέρουν ότι οι ενέργειες ενίσχυσης της ΠΦΥ δεν είχαν αντίκτυπο στον αριθμό των ασθενών που χρησιμοποιούσαν τα ΤΕΠ για μη επείγουσες καταστάσεις.

Από τις εννέα συγχρονικές μελέτες, οι επτά βρήκαν σημαντική μείωση στη χρήση των ΤΕΠ που σχετίζεται με την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα μετά το κανονικό ωράριο. Από τις επτά αναδρομικές μελέτες, οι έξι δείχνουν από ελάχιστη έως ικανοποιητική μείωση της προσέλευσης στα ΤΕΠ των νοσοκομείων, μετά την ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας «εκτός ωραρίου», σε αντίθεση με μία έρευνα στην οποία δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση με μείωση του συνωστισμού των ΤΕΠ. Στις δύο παρεμβατικές μελέτες που εντοπίστηκαν τα αποτελέσματα είναι μεικτά. Η μία αναφέρει μείωση της χρήσης του ΤΕΠ, αλλά συγχρόνως αύξηση της κίνησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα, ενώ η άλλη αναφέρει σταθερότητα της επισκεψιμότητας σε αυτά. Τέλος, η οικολογική μελέτη η οποία συμπεριλαμβάνεται στην έρευνα, αναφέρει μη στατιστικά σημαντική αύξηση που αφορά την προσέλευση των ΤΕΠ.

Συζήτηση

Πραγματοποιήσαμε αναζήτηση στη βιβλιογραφική βάση PubMed. Εντοπίσαμε 19 μελέτες που εξέτασαν την επίδραση της «εκτός ωραρίου» πρόσβασης σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη μείωση της χρήσης των υπηρεσιών των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων. Η βελτιωμένη πρόσβαση στην Π.Φ.Υ. «εκτός ωραρίου», συνδέθηκε με αυξημένη χρήση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά είχε ανάμεικτη επίδραση στη χρήση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, με περιορισμένα στοιχεία μείωσης των μη επειγουσών επισκέψεων σε αυτό. Αν και η ανασκόπησή μας υποδηλώνει ότι η βελτιωμένη πρόσβαση στην «εκτός ωραρίου» Π.Φ.Υ. μπορεί να περιορίσει τη χρήση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, μετατοπίζοντας την περίθαλψη ασθενών από το ΤΕΠ στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, απαιτείται περαιτέρω έρευνα η οποία θα λαμβάνει υπόψη

τις τοπικές ιδιαιτερότητες κάθε συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, πριν από την εισαγωγή οποιασδήποτε πρωτοβουλίας, για τη βελτίωση της πρόσβασης σε «εκτός ωραρίου» υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Οι 19 μελέτες που εντοπίστηκαν εξετάζουν τη συσχέτιση μεταξύ της πρόσβασης σε υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας «εκτός ωραρίου» και την επίδραση αυτής στην επισκεψιμότητα των ΤΕΠ των νοσοκομείων. Διαπιστώθηκε, ότι η ενίσχυση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα «εκτός ωραρίου» δεν συσχετίστηκε πάντα με μείωση της χρήσης των ΤΕΠ των νοσοκομείων, όπως θα αναμενόταν (40)(43). Αυτό μπορεί να οφείλεται στη μη δυνατότητα κάλυψης του αρκετά μεγάλου όγκου περιστατικών που επισκέπτονταν την πρωτοβάθμια περίθαλψη ή στην αδυναμία αποτροπής των ασθενών από τη χρήση των ΤΕΠ. Η βελτιωμένη πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μετά το ωράριο συνδέθηκε με αύξηση της χρήσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά είχε ανάμεικτα αποτελέσματα σχετικά με τη χρήση των ΤΕΠ των νοσοκομείων. Εξετάστηκε ακόμη ο αντίκτυπος των γενικών ιατρών στην αποτροπή της χρήσης των επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, στο πλαίσιο των γενικών παρεμβάσεων των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και βρέθηκε ότι οι γενικοί γιατροί έχουν μια μικρή μόνο επίδραση στο αποτέλεσμα της χρήσης των ΤΕΠ (13)(40).

Ένας πιθανός μηχανισμός μείωσης της χρήσης των ΤΕΠ περιλαμβάνει τη βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη κι αυτό επιτυγχάνεται με τη δημιουργία ενός μηχανισμού ελέγχου των περιστατικών που καταφθάνουν στην εφημερία ενός Νοσοκομείου, ο οποίος θα έχει τη δυνατότητα με ασφαλή τρόπο να αξιολογεί ποια από αυτά τα περιστατικά χρήζουν έκτακτου ελέγχου στο ΤΕΠ και ποια από αυτά θα μπορούσαν να προωθηθούν για έλεγχο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Από τις 7 μελέτες που διαπίστωσαν ότι η βελτιωμένη πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη «εκτός ωραρίου» σχετίζεται με αυξημένη χρήση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (30)(32)(37)(39)(40)(44)(45), στις 6 παρατηρήθηκε μείωση της χρήσης των ΤΕΠ των νοσοκομείων (30)(32)(37)(39)(44)(45). Μόνο 2 μελέτες διαπίστωσαν ότι η βελτιωμένη πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα «εκτός ωραρίου», μέσω τηλεφωνικής ή φυσικής επαφής με τους ιατρούς, συνδέθηκε με μη στατιστικά σημαντική αύξηση της προσέλευσης στα ΤΕΠ (13)(35). Παρόλο που

δεν υπάρχει βιβλιογραφία που να προτείνει το χρόνο που απαιτείται για να είναι αποτελεσματική μια παρέμβαση για τη βελτίωση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα μετά το πέρας του ωραρίου, μελέτες διαπίστωσαν μείωση των επισκέψεων στα ΤΕΠ, που σχετίζεται με βελτιωμένη πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ακόμη και σε σύντομο χρονικό διάστημα μερικών μηνών (34)(37). Δεν υπήρξε συσχέτιση του χρόνου διεξαγωγής της μελέτης και της εύρεσης σημαντικής μείωσης στη χρήση των ΤΕΠ και βρέθηκαν ανάμεικτα αποτελέσματα ακόμη και μεταξύ μελετών με παρακολούθηση άνω των 6 ετών (42)(43). Προηγούμενη έρευνα έχει δείξει ότι οι ασθενείς θα επέλεγαν να χρησιμοποιήσουν την «εκτός ωραρίου» πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έναντι των ΤΕΠ, εάν αυτή ήταν επαρκώς στελεχωμένη (31). Για πολλές συμπεριλαμβανόμενες μελέτες, η προσπάθεια της εκάστοτε παρέμβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν ήταν ευρέως γνωστή στον πληθυσμό, για το λόγο αυτό είναι πιθανό οι ασθενείς που χρησιμοποίησαν τα ΤΕΠ απλώς να μη γνώριζαν τη διαθεσιμότητα της «εκτός ωραρίου» πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επιπρόσθετα, τα ετερογενή αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι ο χρόνος παρακολούθησης της μελέτης δεν είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας, αλλά μάλλον ότι η «εκτός ωραρίου» πρόσβασή έχει διαφορετική επίδραση ανάλογα με τον τρόπο οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η ανασκόπησή μας διαπίστωσε ότι τα αποτελέσματα της δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου προγράμματος στοιχειώδους λειτουργίας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που περιελάμβανε τη δημιουργία κλινικών ή συμπράξεων που ήταν διαθέσιμη σε οποιονδήποτε ασθενή σε «εκτός ωραρίου» λειτουργία, ήταν μεικτά (28)(33)(35)(36)(42). Αυτός ο τρόπος οργάνωσης της «εκτός ωραρίου» πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη δημιουργία κλινικών και συμπράξεων ήταν αποτελεσματικός στη μείωση της επισκεψιμότητας των ΤΕΠ (36)(42), γεγονός το οποίο μπορεί να σχετίζεται και με την προτίμηση των ασθενών για τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψής τους. Σε 3 μελέτες όπου υιοθετήθηκε η λειτουργία της δομής των συμπράξεων σε Βέλγιο και Ιρλανδία βρέθηκαν αντικρουόμενα στοιχεία όσον αφορά την αποτελεσματικότητά τους, στη χρήση των ΤΕΠ (35)(36)(40). Η προσβασιμότητα και η τοποθεσία των εγκαταστάσεων πρωτοβάθμιας περίθαλψης βρέθηκε ότι είναι παράγοντες που επηρεάζουν την «εκτός ωραρίου» επισκεψιμότητα στα ΤΕΠ (29). Τέλος σε 2 από τις μελέτες συσχετίστηκε η ικανοποίηση των ασθενών που έχουν κάνει χρήση της «εκτός

ωραρίου» πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την ενίσχυση και τη βελτίωση του ηθικού των παρόχων υγείας, ενώ βρέθηκε και θετική επίδραση στους ασθενείς καθώς και βελτίωση της επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ (41)(44). Απαιτείται περαιτέρω έρευνα πριν από την υιοθέτηση της δομής συμπράξεων γενικών γιατρών «εκτός ωραρίου» εντός ενός συγκεκριμένου θεσμικού πλαισίου (32). Καθώς οι μελέτες που εξέταζαν την αναδιοργάνωση σε συμπράξεις γενικών ιατρών έδωσαν ανάμεικτα αποτελέσματα, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η αποτελεσματικότητα μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τον πληθυσμό των ασθενών ή με τον συγκεκριμένο τρόπο λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η συνέχεια της φροντίδας των ασθενών και η παρακολούθησή τους από μια ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα υγείας και με μεγαλύτερη ικανοποίηση τους. Οι περισσότεροι ενήλικες ασθενείς προτιμούν να έρχονται σε επαφή μόνο με τη «δική» τους ομάδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, λόγω οικειότητας και ευκολίας, έτσι ανακαλύπτουν πόσο πιο άμεση γίνεται η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα έναντι αυτής στα ΤΕΠ των νοσοκομείων. Το μόνο μειονέκτημα που μπορεί να παρατηρηθεί είναι το χρονικό διάστημα που μπορεί ο ασθενής να περιμένει μέχρι ο θεράπων ιατρός του να είναι διαθέσιμος. Με την ενίσχυση όμως της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ιατρικό δυναμικό και ενισχύοντας την πρόσβαση των ασθενών σε αυτήν, μπορεί να οδηγηθούμε στη μείωση της εισροής των ασθενών στα ΤΕΠ (47)(48). Στις ΗΠΑ, οι μικρότεροι χρόνοι αναμονής και η καλύτερη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτά, είναι συνήθεις λόγοι για τη συχνότερη χρήση των ΤΕΠ αντί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ωστόσο, αυτοί οι λόγοι δεν είναι τόσο σημαντικοί στις Ευρωπαϊκές χώρες (49). Θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα όχι μόνο στα ζητήματα που αφορούν στην πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αλλά και στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης του πληθυσμού στις ικανότητες των παρόχων υγείας για την ολοκληρωμένη διαχείριση των καταστάσεων που είναι δυνητικά αντιμετωπίσιμες στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (50). Αναφέρεται επίσης ότι οι ασθενείς μπορεί να προτιμούν τα ΤΕΠ λόγω μεγαλύτερης εμπιστοσύνης, όπως προαναφέρθηκε, καθώς και λόγω ευκολίας, εξοικείωσης και ικανοποίησης τους σχετικά με προηγούμενη εμπειρία τους (49)(51). Τέλος πολύ σημαντικός παράγοντας για την προτίμηση των

ΤΕΠ τείνει να είναι η 24ωρη καθημερινή λειτουργία τους, η δυνατότητα ολοκληρωμένης αξιολόγησης της κατάστασης καθώς και θεραπείας των ασθενών στο ίδιο περιβάλλον (52).

Η βελτιωμένη πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα «εκτός ωραρίου» θα μπορούσε να συσχετιστεί άμεσα με τη μείωση των επισκέψεων στα ΤΕΠ, για καταστάσεις που αντιμετωπίζονται σε χώρους πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αρχικά η αντίληψη της ανάγκης για άμεση περίθαλψη μπορεί να σχετίζεται με την ανεπιτυχή αναζήτηση βοήθειας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Από την άλλη μεριά, πολλοί ασθενείς ενώ αναγνωρίζουν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν είναι επείγουσα, επισκέπτονται τα ΤΕΠ για παθολογίες που θα μπορούσαν να ελεγχθούν σε τακτική βάση, με αποτέλεσμα την επιπλέον επιφόρτιση της λειτουργίας αυτών (53). Άλλοι ασθενείς είχαν την πεποίθηση ότι χρειαζόταν άμεση παραπομπή σε νοσοκομειακό περιβάλλον είτε λόγω της, κατά την άποψή τους, αυξημένης βαρύτητας ή πολυπλοκότητας της κατάστασής τους, είτε αντιλαμβανόμενοι ότι δεν θα ήταν δυνατή η αντιμετώπισή τους από έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης (54).

Η ενίσχυση της πρόσβασης σε μια ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να είναι ένας τρόπος για την αντιμετώπιση του συνωστισμού στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων. Ωστόσο προηγούμενες συστηματικές ανασκοπήσεις που έχουν δημοσιευθεί βρήκαν ανάμεικτα συμπεράσματα. Οι Ismail et al, βρήκαν μεικτά αποτελέσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα του συστήματος τηλεφωνικής διαλογής, της παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης εντός ή εκτός ωραρίου και των συμπράξεων γενικών ιατρών, των κοινοτικών κέντρων υγείας, των κλινικών πρωτοβάθμιας φροντίδας, των μονάδων μικροτραυματισμών και των κέντρων επείγουσας φροντίδας ως προς τη μείωση της χρήσης των ΤΕΠ (55). Στην μελέτη των Hong et al, βρέθηκαν επίσης ποικίλα αποτελέσματα, υποδηλώνοντας την πιθανότητα της μετατόπισης των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, εφόσον προηγηθεί επαρκής ενίσχυση σε επίπεδο οργάνωσης των συστημάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης «εκτός ωραρίου» (56).

Συνοψίζοντας στη συστηματική μας ανασκόπηση, έγινε αναζήτηση μελετών μόνο στη βιβλιογραφική βάση PubMed, χωρίς να επεκτείνουμε την αναζήτησή μας σε άλλες

βάσεις δεδομένων. Οι μελέτες, οι οποίες πληρούσαν τα κριτήριά που τέθηκαν, είχαν γεωγραφική ποικιλομορφία και αφορούσαν συγκριτικά μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες, αλλά στις περισσότερες το χρονικό διάστημα παρέμβασης ήταν περιορισμένο. Τα αποτελέσματά μας ήταν μεικτά με την πλειοψηφία των μελετών να βρίσκουν ότι η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αν γίνει συστηματικά, οργανωμένα και ολοκληρωμένα, μπορεί να οδηγήσει στην αποσυμφόρηση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων.

Εντοπίζοντας το πρόβλημα της υπερφόρτωσης των ΤΕΠ των Νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη χώρα μας, την Ελλάδα, θα πρέπει να αναγνωριστούν όλοι εκείνοι οι παράγοντες που συμβάλλουν στο γεγονός αυτό και πώς η μελέτη μας θα μπορούσε να έχει θετική εφαρμογή στην ελάφρυνση της λειτουργίας αυτών (57).

Το δεδομένο της αυξημένης προσέλευσης στο ΤΕΠ των Γενικών Νοσοκομείων, Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κυρίως των Αστικών Κέντρων της Ελλάδας έχει να κάνει με πολλούς αιτιολογικούς παράγοντες, έχοντας παράλληλα και σημαντικές επιπτώσεις. Οι βασικοί παράγοντες έχουν να κάνουν με τη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στις ημέρες μας, τη λειτουργία των Νοσοκομείων και κυρίως τη λειτουργία των ΤΕΠ, το νομικό πλαίσιο λειτουργίας καθώς και την αντίληψη και συμπεριφορά των ανθρώπων όσον αφορά τα θέματα της υγείας τους (58).

Η εν λόγω κατάσταση αφορά σε πολύ μεγάλο βαθμό τα Νοσοκομεία, στις περιοχές με μεγάλο αριθμό κατοίκων. Αναγνωρίζοντας τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, βλέπουμε πως σημαντικό επίσης ρόλο παίζει και η προσέλευση τα τελευταία χρόνια, μεγάλου αριθμού μεταναστών, μιας ομάδας ανθρώπων με αυξημένες ανάγκες και συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες (58).

Το πλέον σημαντικό αξιολογήσιμο στοιχείο είναι η σταδιακή αποδυνάμωση της λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η αποδόμηση των Μονάδων που την απαρτίζουν. Η αλλαγή αυτή συνέβη εν μέσω μιας πολύ ιδιαίτερης συγκυρίας, που αφορά την περίοδο της οικονομικής κρίσης που έζησε η χώρα μας τα τελευταία χρόνια και συμπεριλαμβάνει την ελαχιστοποίηση έως ακύρωση της «εκτός ωραρίου» λειτουργίας των Κέντρων Υγείας. Στην Ελλάδα η οργάνωση της ΠΦΥ ανήκει στο

Υπουργείο Υγείας, το οποίο την κατανέμει σε διάφορες ανεξάρτητες αρχές, όπως ο ΕΟΔΥ, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την καταγραφή και παρακολούθηση των λοιμώξεων και ο ΕΟΦ ο οποίος είναι υπεύθυνος για την κυκλοφορία των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Δεν υπάρχει στην πράξη οικογενειακός γιατρός ούτε η λογική της κατανομής των ασθενών μέσω της ΠΦΥ στις υπόλοιπες δομές του συστήματος. Ουσιαστικά, η ΠΦΥ δεν έχει αναπτυχθεί στην Ελλάδα. Παρόλο που η Ελλάδα δαπανά 25% λιγότερα χρήματα από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) για την υγεία, οι πολίτες δαπανούν τα υπερδιπλάσια χρήματα για την υγεία τους από αυτούς των άλλων χωρών της ΕΕ, ενώ το εισόδημά τους έχει μειωθεί σε σημαντικό βαθμό, μέσα στα χρόνια της οικονομικής κρίσης (58)(59)(60).

Αποτελεί επιτακτική ανάγκη να λάβει η ΠΦΥ τη θέση που της αναλογεί και της αξίζει στην Υγειονομική Πυραμίδα, κάτι που δεν υφίσταται στις μέρες μας. Αναμφισβήτητα απαιτούνται περισσότεροι πόροι, κυρίως οικονομικοί. Ο οικογενειακός ιατρός δεν έχει εφαρμοστεί ακόμη κι όταν αυτό μπορέσει να λειτουργήσει όπως πρέπει, θα μπορέσει να επιφέρει τεράστιες λύσεις στη σωστή πρώτη αξιολόγηση των περιστατικών και στην σωστή προώθησή τους δευτερευόντως στην «εκτός ωραρίου» λειτουργία. Η οργάνωση εκ νέου τμημάτων Πρώτων Βοηθειών με μονάδες Βραχείας Νοσηλείας, που δεν υφίστανται πλέον, θα μπορούσε ιδανικά να αντιμετωπίζει επιτυχημένα έκτακτα περιστατικά κι όποια από αυτά δεν δύναται να αντιμετωπιστούν και κρίνεται απαραίτητη η μεταφορά τους σε μεγαλύτερη Υγειονομική Μονάδα, να μεταφέρονται στο πλησιέστερο Δευτεροβάθμιο ή Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο. Η θέσπιση οικονομικών κινήτρων που δεν υφίστανται επί του παρόντος, θα μπορούσε να αποτελεί έναν σημαντικό μηχανισμό προσέλκυσης προσωπικού που θα στελεχώσει τις Υγειονομικές Μονάδες ΠΦΥ (58).

Το κρίσιμο είναι να προαχθεί μια πολιτική υγείας εναρμονισμένη με τις ανάγκες της εποχής και με την προοπτική να αναπτυχθεί η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με τελικό στόχο την αποσυμφόρηση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων (1).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δομή & Λειτουργία Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ 2002. Available from: https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/399.pdf .
2. Suter RE. Emergency medicine in the United States: a systemic review. *World J Emerg Med* [Internet]. 2012 [cited 2023 Jan 13];3(1):5. Available from: </pmc/articles/PMC4129827/>
3. ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΙΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΔΠΜΣ Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» ΣΧΕΔΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΟ ΔΙΚΟΦΤΣΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ-ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΛΟΓΟΥ Επιβλέπων καθηγητής: κ. Ταγαράκης Γεώργιος ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2022.
4. ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.
5. Λυδάκης Χ, Πατραμάνης Ι, Λαυρεντάκη Κ, Καραβιτάκη Μ, Νεοφώτιστος Γ. Crowding in emergency departments: The role of a fast track clinic. [cited 2023 Jan 14]; Available from: www.mednet.gr/archives
6. He J, Hou X, Toloo S, Patrick JR, Gerald GF. Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding. *World J Emerg Med* [Internet]. 2011 [cited 2023 Jan 13];2(4):253. Available from: </pmc/articles/PMC4129725/>
7. Yarmohammadian MH, Rezaei F, Haghshenas A, Tavakoli N. Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. *J Res Med Sci* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 13];22(1). Available from: </pmc/articles/PMC5377968/>
8. Παναγιώτης Α, Καθηγητής Α, Κρήτης Π, Γεώργιος Ν, Καθηγητής Ε, Αλεξία Π, et al. ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ.
9. Άρθρα – Cyprus Nursing Chronicles [Internet]. [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://cncjournal.cyna.org/publications/>
10. Rasouli HR, Aliakbar Esfahani A, Abbasi Farajzadeh M. Challenges, consequences, and lessons for way-outs to emergencies at hospitals: a systematic review study. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2019 Oct 30 [cited 2023 Jan 17];19(1):62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31666023/>
11. Ten solutions for emergency department crowding - PubMed [Internet]. [cited

- 2023 Jan 13]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19561699/>
12. Emergency department overcrowding in Canada: What are the issues and what can be done? | CADTH [Internet]. [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://www.cadth.ca/emergency-department-overcrowding-canada-what-are-issues-and-what-can-be-done>
 13. Vedsted P, Christensen MB. The effect of an out-of-hours reform on attendance at casualty wards. The Danish example. *Scand J Prim Health Care*. 2001;19(2):95–8.
 14. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J* [Internet]. 2003 [cited 2023 Jan 17];20(5):402. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1726173/>
 15. Gonçalves-Bradley D, Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 Feb 13 [cited 2023 Jan 18];2018(2). Available from: </pmc/articles/PMC6491134/>
 16. Huibers L, Carlsen AH, Moth G, Christensen HC, Riddervold IS, Christensen MB. Patient motives for contacting out-of-hours care in Denmark: A cross-sectional study. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2020 Mar 17 [cited 2023 Jan 19];20(1):1–11. Available from: <https://bmccemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12873-020-00312-3>
 17. Sagan A, Richardson E. OUT-OF-HOURS PRIMARY CARE AND DEMAND FOR EMERGENCY MEDICAL SERVICES. *Eurohealth Obs Eurohealth Inc Euro Obs*. 2015;21(4).
 18. Άρθρο 01 – Γενικές Αρχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας | Υπουργείο Υγείας [Internet]. [cited 2023 Jan 17]. Available from: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2049>
 19. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* [Internet]. 2005 [cited 2023 Jan 26];83(3):457–502. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202000/>
 20. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience - PubMed [Internet]. [cited 2023 Jan 26]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9722797/>
 21. Kringos DS, Boerma W, Van Der Zee J, Groenewegen P. Europe’s Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. <https://doi.org/101377/hlthaff20121242>. 2017 Aug 2;32(4):686–94.
 22. International Profiles of Health Care Systems, 2015 | Commonwealth Fund [Internet]. [cited 2023 Jan 26]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund->

- reports/2016/jan/international-profiles-health-care-systems-2015
23. Huibers L, Philips H, Giesen P, Remmen R, Christensen MB, Bondevik GT. EurOOHnet-the European research network for out-of-hours primary health care. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2014 [cited 2023 Jan 23];20(3):229–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24219341/>
 24. Leutgeb R, Walker N, Remmen R, Klemenc-Ketis Z, Szecsenyi J, Laux G. On a European collaboration to identify organizational models, potential shortcomings and improvement options in out-of-hours primary health care. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2014 [cited 2023 Jan 23];20(3):233–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24654834/>
 25. Ismail SA, Gibbons DC, Gnani S. Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: A systematic review of primary care service interventions. *Br J Gen Pract*. 2013 Dec;63(617).
 26. Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health* [Internet]. 1993 [cited 2023 Jan 26];83(3):372–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8438975/>
 27. PRISMA 2020 - Creating a PRISMA flow diagram - LibGuides at University of North Carolina at Chapel Hill [Internet]. [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://guides.lib.unc.edu/prisma>
 28. Stoddart D, Ireland AJ, Crawford R, Kelly B. Impact on an accident and emergency department of Glasgow’s new primary care emergency service. *Health Bull (Raleigh)* [Internet]. 1999 May [cited 2022 Dec 9];57(3):186–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12811894>
 29. Van Uden CJT, Winkens RAG, Wesseling GJ, Crebolder HFJM, Van Schayck CP. Use of out of hours services: A comparison between two organisations. *Emerg Med J*. 2003;20(2):184–7.
 30. van Uden CJT, Crebolder HFJM. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emerg Med J*. 2004 Nov;21(6):722–3.
 31. Wong W Ben, Edgar G, Liddy C, Vaillancourt C. Can after-hours family medicine clinics represent an alternative to emergency departments? Survey of ambulatory patients seeking after-hours care. *Can Fam Physician*. 2009 Nov;55(11).
 32. Villani J, Mortensen K. Nonemergent emergency department use among patients with a usual source of care. *J Am Board Fam Med*. 2013 Nov;26(6):680–91.
 33. Morin C, Choukroun J, Callahan JC. Safety and efficiency of a redirection procedure toward an out of hours general practice before admission to an emergency department, an observational study. *BMC Emerg Med*. 2018 Aug 22;18(1).
 34. Ifediora CO, Rogers GD. Patient-reported impact of after-hours housecall

- services on the utilization of emergency department services in Australia. *Fam Pract*. 2017 Oct 1;34(5):593–8.
35. O’Keeffe N. The effect of a new general practice out-of-hours co-operative on a county hospital accident and emergency department. *Ir J Med Sci*. 2008 Dec;177(4):367–70.
 36. O’Kelly FD, Teljeur C, Carter I, Plunkett PK. Impact of a GP cooperative on lower acuity emergency department attendances. *Emerg Med J*. 2010 Oct;27(10):770–3.
 37. Whittaker W, Anselmi L, Kristensen SR, Lau YS, Bailey S, Bower P, et al. Associations between Extending Access to Primary Care and Emergency Department Visits: A Difference-In-Differences Analysis. *PLoS Med*. 2016 Sep 1;13(9).
 38. Posocco A, Scapinello MP, De Ronch I, Castrogiovanni F, Lollo G, Sergi G, et al. Role of out of hours primary care service in limiting inappropriate access to emergency department. *Intern Emerg Med*. 2018 Jun 1;13(4):549–55.
 39. Van Uden CJT, Winkens RAG, Wesseling G, Fiolet HFBM, Van Schayck OCP, Crebolder HFJM. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: The Maastricht integrated out-of-hours service. *J Gen Intern Med*. 2005 Jul;20(7):612–7.
 40. Colliers A, Remmen R, Streffer ML, Michiels B, Bartholomeeusen S, Monsieurs KG, et al. Implementation of a general practitioner cooperative adjacent to the emergency department of a hospital increases the caseload for the GPC but not for the emergency department. *Acta Clin Belgica Int J Clin Lab Med*. 2017 Jan 2;72(1):49–54.
 41. Pickin DM, O’Cathain A, Fall M, Morgan AB, Howe A, Nicholl JP. The impact of a general practice co-operative on accident and emergency services, patient satisfaction and GP satisfaction. *Fam Pract*. 2004 Apr;21(2):180–2.
 42. Jones D, Carroll L, Frank L. After-hours care in suburban Canada: influencing emergency department utilization. *J Prim Care Community Health [Internet]*. 2011 Oct 1 [cited 2022 Dec 9];2(4):250–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23804843>
 43. Kiran T, Moineddin R, Kopp A, Frymire E, Glazier RH. Emergency department use and enrollment in a medical home providing after-hours care. *Ann Fam Med*. 2018 Sep 1;16(5):419–27.
 44. Hong M, Thind A, Zaric GS, Sarma S. Emergency department use following incentives to provide after-hours primary care: A retrospective cohort study. *CMAJ*. 2021 Jan 18;193(3):E85–93.
 45. Novak T, Pross H. The role of deputizing agencies in the delivery of primary health care services. *Can Med Assoc J*. 1983;128(9):1079–82.
 46. Posocco A, Scapinello MP, De Ronch I, Castrogiovanni F, Lollo G, Sergi G, et al. Role of out of hours primary care service in limiting inappropriate access to

- emergency department. *Intern Emerg Med*. 2018 Jun 1;13(4):549–55.
47. Murphy AW. “Inappropriate” attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. *Fam Pract* [Internet]. 1998 Feb [cited 2023 Feb 2];15(1):23–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9527294/>
 48. Commitment to a regular physician: how long will patients wait to see their own physician for acute illness? - PubMed [Internet]. [cited 2023 Feb 3]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10086763/>
 49. Lega F, Mengoni A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy (New York)*. 2008 Dec 1;88(2–3):326–38.
 50. Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2002 Sep [cited 2023 Feb 3];9(9):916–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12208681/>
 51. Ragin DF, Hwang U, Cydulka RK, Holson D, Haley LL, Richards CF, et al. Reasons for using the emergency department: results of the EMPATH Study. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2005 Dec [cited 2023 Feb 3];12(12):1158–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16282515/>
 52. Tsai JCH, Liang YW, Pearson WS. Utilization of Emergency Department in Patients With Non-urgent Medical Problems: Patient Preference and Emergency Department Convenience. *J Formos Med Assoc*. 2010 Jul 1;109(7):533–42.
 53. Delia D, Cantor JC, Brownlee S, Nova J, Gaboda D. Patient preference for emergency care: Can and should it be changed? *Med Care Res Rev* [Internet]. 2012 Jun [cited 2023 Feb 3];69(3):277–93. Available from: <http://mcr.sagepub.com>
 54. Lobachova L, Brown DFM, Sinclair J, Chang Y, Thielker KZ, Nagurney JT. Patient and Provider Perceptions of Why Patients Seek Care in Emergency Departments. *J Emerg Med*. 2014 Jan 1;46(1):104–12.
 55. Ismail SA, Gibbons DC, Gnani S. Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: a systematic review of primary care service interventions. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2013 Dec [cited 2023 Feb 6];63(617). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24351497/>
 56. Hong M, Thind A, Zaric GS, Sarma S. The impact of improved access to after-hours primary care on emergency department and primary care utilization: A systematic review. *Health Policy* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2023 Feb 6];124(8):812–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32513447/>
 57. (PDF) The overcrowding phenomenon and their effect on the smooth and efficient operation of the emergency Department [Internet]. [cited 2023 Feb 7]. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/336071437_The_overcrowding_phenomenon_and_their_effect_on_the_smooth_and_efficient_operation_of_the_emergency_Department

58. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ :
ΠΑΡΕΛΘΟΝ, ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ.
59. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και την Ευρώπη - Υγεία | RED
LINE [Internet]. [cited 2023 Feb 7]. Available from:
<https://redlineagrinio.gr/greece/health/61429-protovathmia-frontida-ygeias-ellada-europi>
60. Οι κοινωνικές δαπάνες στην Ελλάδα και την Ευρώπη [Internet]. [cited 2023
Feb 7]. Available from: <https://iskra.gr/oi-koινωνikes-dapanes-stin-ellada-kai/>