



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

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**«ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
"ΕΚΤΟΣ ΩΡΑΡΙΟΥ" ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19.»**

Συγγραφέας

Μαρία Βεντούρη

ΑΜ: 2104

Επιβλέπωντας

Καθηγήτρια Αρετή Λάγιου

Αθήνα, Φεβρουάριος 2023



UNIVERSITY OF WEST ATTICA SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
DEPARTMENT OF PUBLIC AND COMMUNITY HEALTH
MSc IN EPIDEMIOLOGY AND HEALTH PROMOTION

Diploma Thesis

**«USE OF "OUT-OF-HOURS" PRIMARY HEALTH CARE IN THE COVID-19
PANDEMIC»**

Student name

Maria Ventouri

Registration Number: 2104

Supervisor name and surname:

Professor Areti Lagiou

Athens, February 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Τίτλος εργασίας

«ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ «ΕΚΤΟΣ ΩΡΑΡΙΟΥ» ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19»

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
	ΑΡΕΤΗ ΛΑΓΙΟΥ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	
	ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΣΚΑΝΑΒΗ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	
	ΕΛΙΣΣΑΒΕΤ ΑΝΔΡΗ	ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗ ΥΠΟΤΡΟΦΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένη Μαρία Βεντούρη του Ιωάννου, με αριθμό μητρώου 2104 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 30/04/2023 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

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η πανδημία COVID-19 ήταν μια μεγάλη πρόκληση για τα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Η παρούσα εργασία αποτελεί μία συστηματική ανασκόπηση με θέμα τη χρήση των «εκτός ωραρίου» υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ) στην πανδημία COVID-19.

Μέθοδος: Συστηματική ανασκόπηση μελετών για την χρήση των «εκτός ωραρίου» υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας στην πανδημία COVID-19.

Αποτελέσματα: Τα θέματα που αναδείχθηκαν ήταν, ο σημαντικός ρόλος της πρωτοβάθμιας υγείας στην πανδημία COVID-19, και ιδιαίτερα των «εκτός ωραρίου» υπηρεσιών της.

Συμπέρασμα: Οι ερευνητικές προσπάθειες για τον ρόλο της «εκτός ωραρίου» πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι προς το παρόν λιγοστές, αλλά θα πρέπει να αυξηθούν. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει ανάγκη από ενίσχυση προσωπικού, να καλυφθούν οι ελλείψεις σε υγειονομικό υλικό και να φτιαχτούν οι κτιριακές ελλείψεις της. Έτσι θα μπορούσε να λειτουργήσει και η υπηρεσία «εκτός ωραρίου» με λιγότερα προβλήματα και ελλείψεις, και να αναπτυχθεί η τηλεϊατρική ώστε να αποσυμφορηθεί και η δευτεροβάθμια περίθαλψη. Οι μέθοδοι εξ αποστάσεως εξετάσεων θα πρέπει να υποστηριχθούν με τον κατάλληλο τεχνικό εξοπλισμό και το κατάλληλο προσωπικό, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σε περιόδους κρίσεων δημόσιας υγείας, όσο και για τη συνολική βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας π.χ. σε απομονωμένα γεωγραφικά μέρη.

Λέξεις κλειδιά: εκτός ωραρίου, πρωτοβάθμια περίθαλψη, γενικοί ιατροί, οικογενειακοί ιατροί, COVID-19, coronavirus.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ (ABSTRACT)

Introduction: The COVID-19 pandemic has been a major challenged health systems worldwide. This work is a systematic review on the use of "out of hours" Primary Health Care (PHC) services in the COVID-19 pandemic.

Method: Systematic review of studies concerning the use of "out-of-hours" Primary Health Care services in the COVID-19 pandemic.

Results: The themes that emerged were, the important role of primary health care in the COVID-19 pandemic, and especially it's "out of hours" services.

Conclusion: Research efforts on the role of "out of hours" primary care are currently scarce, but should be increased. Primary Health Care needs to be supported in terms of staff, shortages in material and equipment and in building deficiencies. In this way, the "out of hours" service could also operate with fewer problems and shortages, and with adequate support of telemedicine, it could help decongest the overcrowded secondary care. Remote consultations should be supported with the appropriate technical equipment and personnel so that they can be used both in times of public health crises and for the overall improvement of primary care, e.g. in places isolated geographically.

Keywords: out of hours, after hours, primary health care, general practice, family practice, family doctor, COVID-19, coronavirus.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτρια κα Λάγιου καθώς και όλο το προσωπικό του ΠΜΣ «Επιδημιολογία και Προαγωγή Υγείας», αλλά και τον Επιβλέποντα της Εργασίας μου, κ. Τσιλάκη Δημήτριο, για την πολύτιμη βοήθεια, καθοδήγηση, στήριξη και κατανόηση του, καθ' όλη την διάρκεια της Διπλωματικής εργασίας μου.

Επιπλέον, θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην οικογένειά μου, για την υποστήριξη που μου πρόσφεραν και την κατανόηση τους όλο αυτό τον καιρό.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ/ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ ΕΙΚΟΝΩΝ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗΣΗ ΣΕΛΙΔΩΝ.....	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή	12
1.1 Η πανδημία COVID-19	13
1.2 Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	15
1.3 Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην πανδημία COVID-19	17
1.4 Οι ανάγκες επείγουσας φροντίδας και οι «εκτός ωραρίου» υπηρεσίες Π.Φ.Υ.	22
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	28
Κεφάλαιο 2. Μεθοδολογία	28
2.1 Βιβλιογραφική αναζήτηση	28
2.2 Κριτήρια επιλογής ερευνών.	29
Κεφάλαιο 3. Επιλέξιμα άρθρα	30
3.1 Ανάλυση επιλεγέντων ερευνών.	33
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	39
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	44
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	47

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ/ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ ΕΙΚΟΝΩΝ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗΣΗ ΣΕΛΙΔΩΝ

Εικόνα 1. Διάγραμμα ροής PRISMA για την βιβλιογραφική αναζήτηση και επιλογή μελετών για τη συστηματική ανασκόπηση..... Σελ 29

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

- Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.)
- Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.)
- Out Of Hours – Primary Care (ΟΟΗ-ΡC)
- PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)
- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.)
- Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (Ε.Ο.Δ.Υ.)

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

Η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε ένα «κατακλυσμιαίο» γεγονός για το ανθρώπινο γένος. Είχε συνέπειες στην υγεία τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική των ανθρώπων όλων των ηλικιών, στην επαγγελματική ισορροπία τους, στην προσωπική ζωή τους, αλλά και σε κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο όλων των χωρών. (1)

Κατά τη διάρκεια της εξέλιξης της πανδημίας, διατυπώνονταν ολοένα και περισσότερο από πολιτικά πρόσωπα και αναπαράγονταν από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, απόψεις που υποστήριζαν ότι «ο ιός δεν κάνει διακρίσεις» και μπορεί να «προσβάλλει το ίδιο τόσο τους φτωχούς όσο και τους πλούσιους», χαρακτηρίζοντας την λοίμωξη COVID-19, μία κοινωνικά ουδέτερης ασθένειας (socially neutral disease).(2)

Φάνηκε ότι τα πληθυσμιακά στρώματα που ανήκουν σε χαμηλότερα κοινωνικό-οικονομικά επίπεδα είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα νόσησης, αλλά η σοβαρότητα της νόσου και η παρουσία επιπλοκών που μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα ακόμα και τον θάνατο, σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τις προϋπάρχουσες ανισότητες υγείας. (3)

Αξίζει να επισημανθεί ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας της Ισπανικής Γρίπης το 1918, αποδείχτηκε ότι υπήρχε σημαντική απόκλιση του δείκτη νοσηρότητας και θνησιμότητας ανάμεσα στις αστικές και αγροτικές περιοχές, ανάμεσα στα ανεπτυγμένα και μη κράτη, αλλά και ανάμεσα σε πληθυσμιακές ομάδες με διαφορετικό κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο. Το ποσοστό θνησιμότητας για παράδειγμα στην Ινδία παρατηρήθηκε ότι ήταν 40 φορές μεγαλύτερο συγκριτικά με τη Δανία, ενώ σε σχέση με την Ευρώπη στην Νότια Αμερική ήταν 20 φορές μεγαλύτερο. Ο υψηλότερος δείκτης θνησιμότητας στην Νορβηγία παρατηρήθηκε στην εργατική τάξη του Όσλο. Το 2009, κατά την πανδημία του ιού H1N1, παρατηρήθηκε το ίδιο φαινόμενο, και ένα από τα υψηλότερα επίπεδα θνησιμότητας παγκοσμίως το είχε το Μεξικό. Μία έρευνα στον Καναδά έδειξε ότι

υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ των νοσηλειών από H1N1 και του χαμηλού μορφωτικού και κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου.(4)

Οι κοινωνικά ευπαθείς ομάδες, χαρακτηρίζονται συνήθως από επιβαρυσμένη υγεία με την παρουσία διαφόρων χρόνιων νοσημάτων, όπως είναι η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, οι παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος, κ.α., όπου μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρή νόσηση, επικίνδυνες επιπλοκές αλλά και αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας. (3)

Η πανδημία ανέδειξε έντονα, και τις φυλετικές διακρίσεις εκτός από τις κοινωνικές ανισότητες, όπου χαρακτηρίζουν την κοινωνία. Μέχρι τον Απρίλιο του 2020 στο Σικάγο, στους Καυκάσιους ο δείκτης θνησιμότητας ανερχόταν σε 8,2 ανά 100.000 κατοίκους, ενώ ο δείκτης θνησιμότητας στους Αφρό-Αμερικανούς πολίτες ανερχόταν σε 34,8 ανά 100.000, και το 52,9% των θανάτων και μολύνσεων από COVID-19 αφορούσε Αφρό-Αμερικανούς πολίτες.(4)

Οι δομές υγείας και κυρίως τα νοσοκομεία αποτελούν εστίες υπερμετάδοσης, με αποτέλεσμα από την έναρξη σχεδόν της πανδημίας να επιβάλλονται ή να συστήνονται μέτρα για την ελαχιστοποίηση των επαφών των ασθενών με το υγειονομικό προσωπικό και την αναστολή των τακτικών ιατρικών. (5)

Πέρα από τα δευτεροβάθμια κέντρα περίθαλψης που δέχτηκαν έναν απρόσμενα μεγάλο όγκο περιστατικών σε ελάχιστο χρονικό διάστημα, ένας από τους τομείς που επιφορτίστηκαν ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ήταν η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ήταν ο πρώτος φορέας για αναζήτηση βοήθειας, και σε τέτοιες επείγουσες καταστάσεις η πρόσβαση των ασθενών σε υπηρεσίες υγείας δεν μπορεί να περιορίζεται μόνο στις ώρες και ημέρες του «τακτικού ωραρίου». Η φροντίδα πρέπει να παρέχεται 24 ώρες την ημέρα, επτά ημέρες την εβδομάδα, από μια ολοκληρωμένη ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.(1)

1.1 Η πανδημία COVID-19

Η έναρξη των κρουσμάτων λοίμωξης από τον κορονοϊό SARS-CoV-2 έγινε τον Δεκέμβριο του 2019 στην πόλη Γουχάν της επαρχίας Χουμπέι της Κίνας, με την εμφάνιση περιστατικών πνευμονίας από άγνωστο έως τότε αιτιολογικό παράγοντα. Τελικά στις 11 Μαρτίου του 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.)

ανακήρυξε σε πανδημία την λοίμωξη COVID-19 που προκαλεί ο ιός SARS-COV-2, όπου είχε πλέον εξαπλωθεί σε πολλές χώρες στον κόσμο. Μέχρι σήμερα τα επίσημα καταγεγραμμένα κρούσματα παγκοσμίως είναι πάνω από 670 εκατομμύρια, με πάνω από 6,5 εκατομμύρια θανάτους. Στην Ελλάδα έχουν καταγραφεί πάνω από 5.540.000 κρούσματα με πάνω από 35.000 θανάτους. (1)

Στις 26 Φεβρουαρίου του 2020 εντοπίστηκε στην Ελλάδα το πρώτο επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19, και μέχρι τις 02 Μαρτίου του 2020, υπήρχαν επτά επιβεβαιωμένα κρούσματα. (6)

Οι περισσότερες κυβερνήσεις στην Ευρώπη αντιμετώπισαν άμεσα την πανδημία της COVID-19, επιβάλλοντας περιορισμούς στις κοινωνικές επαφές και τα μέσα μαζικής μεταφοράς. Στην Ιταλία και στην Ισπανία τα περιοριστικά μέτρα καθυστέρησαν να εφαρμοστούν, και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα μεγάλο αριθμό θανάτων στο πρώτο κύμα της πανδημίας. Τα μέτρα περιορισμού στην Ελλάδα εφαρμόστηκαν από το πρώτο κρούσμα και ξεκίνησαν με την ακύρωση δημόσιων εορταστικών εκδηλώσεων και έπειτα το κλείσιμο των σχολείων και των πανεπιστημίων. Λίγες μέρες αργότερα επιβλήθηκε το κλείσιμο των εμπορικών κέντρων, και στα τέλη Μαρτίου του 2020 επιβλήθηκε πανελλαδικός ταξιδιωτικός περιορισμός. Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι η χώρα κήρυξε εθνικό lockdown όταν ο αριθμός των κρουσμάτων ήταν ιδιαίτερα χαμηλός (695 ασθενείς σε όλη τη χώρα). (7)

Αυτή η γρήγορη δράση της Ελλάδας στην πανδημία κατά το πρώτο κύμα, είχε επιτυχή αποτελέσματα. Σημαντικό είναι ότι μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών με συγκρίσιμο πληθυσμό είχε το τρίτο χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας (5%), αλλά και τον χαμηλότερο πραγματικό αριθμό θανάτων. (7)

Τα επιδημιολογικά δεδομένα της COVID-19 στην Ελλάδα για το πρώτο εξάμηνο του 2020, θεωρήθηκαν ως μεγάλη επιτυχία και πρότυπο για τον κόσμο, σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκή Ένωσης. Η Ελλάδα μετά την έξοδο από το lockdown (5 Μαΐου 2020), εισήλθε στην επόμενη φάση ενός αναμενόμενου δεύτερου κύματος της πανδημίας. Όπως και σε πολλές άλλες χώρες στο βόρειο ημισφαίριο, επανεξετάστηκε η πρόκληση της βιωσιμότητας του εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και η εφαρμογή εκ νέου της κοινωνικής

απόστασης και άλλων προληπτικών στρατηγικών για τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού μέχρι τον εμβολιασμό του πληθυσμού.(7)

Οι μονάδες υγείας όλων των βαθμίδων, με την έναρξη της πανδημίας κλίθηκαν να ανταποκριθούν στις προκλήσεις των νέων απαιτήσεων και αναγκών στον τομέα της υγείας, και απαιτήθηκε να γίνουν σημαντικές προσαρμογές όλων των συστημάτων υγείας των χωρών, αλλάζοντας την οργάνωση και τις διαδικασίες τους με πολύ γρήγορους ρυθμούς. (8)

Η πανδημία COVID-19 έθεσε ένα φορτίο χωρίς προηγούμενο στην λειτουργία της υγειονομικής περίθαλψης. Η ζήτηση για ιατρική περίθαλψη σε πολλές χώρες, υπερβαίνει τους διαθέσιμους πόρους, καθιστώντας απαραίτητη την αναδιοργάνωση των δομών της υγείας, ενώ η μη επείγουσα περίθαλψη στα νοσοκομεία ανεστάλη σε μεγάλο βαθμό για να αυξηθεί η ικανότητα επείγουσας περίθαλψης. (9)

1.2 Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) έχει ερμηνευτεί και επαναπροσδιοριστεί πολλές φορές από το 1978, και αυτό έχει οδηγήσει σε σύγχυση σχετικά με τον ακριβή ορισμό και την πρακτική της. Γι αυτό τον λόγο αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ένας σαφής και απλός ορισμός σε παγκόσμιο, εθνικό και τοπικό επίπεδο: «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Primary Health Care PHC) είναι μια προσέγγιση ολόκληρης της κοινωνίας για την υγεία που στοχεύει στη διασφάλιση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας και ευημερίας και της δίκαιης κατανομής τους εστιάζοντας στις ανάγκες των ανθρώπων, όσο το δυνατόν πρωτιότερα σε όλο το φάσμα από την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών έως τη θεραπεία, αποκατάσταση και παρηγορητική φροντίδα, και όσο το δυνατόν πιο κοντά στο καθημερινό περιβάλλον των ανθρώπων». (1)

Σύμφωνα με το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, είναι το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών όπου έχουν ως σκοπό την παρακολούθηση, αλλά και την διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν την πρόληψη της νόσου, την προαγωγή της υγείας, τη διάγνωση, την θεραπεία, αλλά και την ολοκληρωμένη φροντίδα και

τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του.(10)

Οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αφορούν τις ανάγκες των πολιτών, όπου σε εκείνους με χρόνια νοσήματα μπορεί να τους παρέχεται τακτική παρακολούθηση, να εκτιμώνται οι ανάγκες για πρόληψη νοσημάτων, να υπάρχει η άμεση δυνατότητα παραπομπής στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα, να υλοποιούνται προγράμματα εμβολιασμού, να τους δίνεται η δυνατότητα της παροχής επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας όταν κρίνεται απαραίτητο, να παρέχεται οικογενειακός προγραμματισμός, υπηρεσίες μητέρας και παιδιού, αλλά και υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας, Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα με ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη και τέλος να μπορεί να γίνει διασύνδεση σε υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.(10)

Στις Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ανήκουν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.) και τα Κέντρα Υγείας.(10)

Οι υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. οργανώνονται, αναπτύσσονται, διαρθρώνονται, και λειτουργούν με βάση τις αρχές της δωρεάν καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της προσέγγισης ευπαθών κοινωνικά ομάδων αλλά και αποκλεισμένου πληθυσμού, της ασφάλειας των υπηρεσιών που παρέχονται, της διασφάλισης της ποιότητας, της συνέχειας της φροντίδας υγείας, της ευθύνης και λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών υγείας, της δημιουργίας ξεχωριστών τομέων, της ιατρικής, νοσηλευτικής ή άλλης επαγγελματικής δεοντολογίας, της διασύνδεσης με λοιπές υπηρεσίες υγείας, της εγγύτητας των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, διαμονής ή εργασίας, της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ή συμβεβλημένων παρόχων για διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία ή περαιτέρω φροντίδα, της διατομεακής συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς, καθώς και της αγωγής υγείας της κοινότητας και της ενεργούς συμμετοχής της στην ικανοποίηση των υγειονομικών της αναγκών.(10)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει τρία στοιχεία τα οποία είναι αλληλένδετα:

- τις ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας που περιλαμβάνουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη αλλά και τη δημόσια υγεία στο επίκεντρο, δράσεις σε πολλαπλούς τομείς για την αντιμετώπιση των πρωταρχικών και ευρύτερων καθοριστικών παραγόντων της υγείας,
- την ενδυνάμωση των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων με σκοπό την αυξημένη κοινωνική συμμετοχή τους, και τέλος
- την ενισχυμένη αυτοφροντίδα και αυτοδυναμία στον τομέα της υγείας.(10)

Είναι εξαιρετικά σημαντικό η Π.Φ.Υ. να κάνει τα συστήματα υγείας πιο αποδοτικά σε καταστάσεις κρίσης, έτοιμα να δράσουν έγκαιρα σε περιόδους μεγάλης αύξησης της ζήτησης για υπηρεσίες. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω της παρακολούθησης των ευπαθών ομάδων πληθυσμού και της αναγνώρισης και αντιμετώπισης των επιβαρυντικών παραγόντων. Αν και τα δεδομένα εξελίσσονται, αναγνωρίζεται ευρέως ότι η Π.Φ.Υ. είναι η «είσοδος» στο σύστημα υγείας και παρέχει τη βάση για την ενίσχυση των βασικών λειτουργιών της δημόσιας υγείας για την αντιμετώπιση κρίσεων, όπως η COVID-19.(1)

1.3 Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην πανδημία COVID-19

Ο ρόλος της Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης εν μέσω πανδημίας COVID-19 είναι πιο σημαντικός από ποτέ. Διότι περιλαμβάνει τη διαλογή των ασθενών, με στόχο την αποφόρτιση της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά έχει και ταυτόχρονα το καθήκον να προστατεύει το υγειονομικό προσωπικό όπου βρίσκεται στην πρώτη γραμμή άμυνας από το να μη μολυνθούν. Ούτως ώστε τα νοσοκομεία να μπορούν να επικεντρωθούν στην αντιμετώπιση σοβαρών ασθενειών, και η ανθρωποκεντρική πρωτοβάθμια υγεία να επικεντρωθεί στους ασθενείς αλλά και στην υγεία ολόκληρης της κοινότητας. (11)

Στη χώρα μας ελήφθησαν διάφορα μέτρα για την ενδυνάμωση του ρόλου της Π.Φ.Υ. έναντι στην πανδημία, και αυτός ο ανασχεδιασμός αποσκοπούσε:

- Στη λειτουργία Κέντρων Υγείας όπου ήταν αποκλειστικά για τη διαχείριση περιστατικών COVID-19 ούτως ώστε, να ελαχιστοποιηθεί όσο γίνεται ο κίνδυνος έκθεσης των πολιτών, του ιατρονοσηλευτικού και του λοιπού προσωπικού, στο

νέο κορονοϊό SARS-CoV-2, λόγω συνύπαρξης στον ίδιο χώρο ασθενών με λοίμωξη αναπνευστικού και ασθενών με άλλες νόσους τόσο σε δομές της Π.Φ.Υ., όσο και στα νοσοκομεία.

- Στην γρήγορη ανίχνευση και διαχείριση ενδεχόμενων κρουσμάτων νέου κορονοϊού SARS-CoV-2 σε δομές της ΠΦΥ.
- Στην παραπομπή σε νοσοκομεία, των περιστατικών που χρήζουν νοσηλείας.
- Στην καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών με χρόνια νοσήματα ή οξεία νόσο, που δεν αφορά σε λοίμωξη του αναπνευστικού, από τις υπόλοιπες δομές της Π.Φ.Υ. (εξαιρουμένων των COVID-19 ΚΥ).(6)

Υπήρξαν δύο σχέδια δράσης, ο πρώτος άξονας αφορούσε την λειτουργία Κέντρων Υγείας-COVID που είχαν ολοκληρώσει την προετοιμασία (εκπαίδευση προσωπικού, εφοδιασμός υλικών κλπ) και λειτούργησαν 24 ώρες το 24ωρο, αποκλειστικά για τη διαλογή/διερεύνηση/διαχείριση ασθενών με λοίμωξη αναπνευστικού, οι οποίοι δεν έχρηζαν παραπομπή σε νοσοκομείο. Τα συγκεκριμένα Κέντρα Υγείας λειτουργούσαν υποστηρικτικά στο δίκτυο των νοσοκομείων και αφορούν Κέντρα Υγείας στον αστικό ιστό μεγάλων πόλεων (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Λάρισα, Ηράκλειο). Επίσης, τέθηκε σε λειτουργία και τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης για τον πληθυσμό αναφοράς. Ο δεύτερος άξονας αφορούσε τα 24ωρα Κέντρα Υγείας που δεν εντάχθηκαν στο δίκτυο των Κέντρων Υγείας-COVID και εξυπηρέτούσαν ασθενείς με χρόνια νοσήματα, διαχειρίζονταν τις έκτακτες και επείγουσες περιπτώσεις και επικοινωνούσαν με τους πολίτες του πληθυσμού ευθύνης τους που είναι σε απομόνωση το σπίτι για την πορεία της υγείας τους.(6)

Έρευνες έχουν κάνει αναφορά ότι το υγειονομικό προσωπικό βιώνει φόβο και άγχος σχετικά με την ικανότητά τους να εκτελούν με ασφάλεια την καθημερινή τους εργασία, σε συνδυασμό με τις ραγδαίες αλλαγές στα συστήματα υγείας. Οι ακόλουθοι παράγοντες έχει δειχθεί ότι επηρεάζουν τη συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού κατά τη διάρκεια επιδημιών:

- φόβος μετάδοσης,
- ανησυχία για την οικογενειακή υγεία,

- διαπροσωπική απομόνωση,
- καραντίνα,
- εμπιστοσύνη και υποστήριξη από τον φορέα εργασίας τους,
- πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους και τι αναμένεται από αυτούς, και
- “στίγμα” εάν νοσήσουν. (12)

Ένα παράδειγμα των δύσκολων συνθηκών που βίωνε το υγειονομικό προσωπικό την εποχή της πανδημίας COVID-19, είναι δύο αυτοκτονίες νοσηλευτριών που καταγράφηκαν στην Ιταλία, οι οποίες αυτοκτόνησαν όταν διαγνώστηκαν με COVID-19, από τον φόβο της πιθανότητας ότι μπορεί να είχαν μεταδώσει τον ιό στους ασθενείς. (13) Παρόμοια περιστατικά σημειώθηκαν την περίοδο από τον Ιανουάριο έως τον Απρίλιο 2020 και στην Ινδία, όπου αναφέρθηκαν 34 αυτοκτονίες, από τις οποίες οι 18 αφορούσαν άτομα ηλικίας 18-35 ετών, εκ των οποίων οι 28 ήταν άνδρες, όπου οδηγήθηκαν στην αυτοκτονία εξαιτίας του φόβου μόλυνσης. Αξίζει να σημειωθεί το παράδειγμα της πρώτης επιβεβαιωμένης αυτοκτονίας στην Ινδία εξαιτίας του φόβου μόλυνσης από την COVID-19, όπου μας περιγράφει την ακραία κατάσταση που επικρατούσε, ειδικά στην αρχή της πανδημίας. Άλλο ένα παράδειγμα είναι ένας άνδρας που απομονώθηκε οικειοθελώς, όταν πίστεψε λανθασμένα βέβαια, ότι έπασχε από COVID-19, όταν τον ενημέρωσε ο ιατρός του ότι έπασχε από μία μολυσματική ασθένεια εξαιτίας του πυρετού που είχε εμφανίσει, και για να προστατέψει την οικογένεια του έβαλε τέλος στη ζωή του. (14)

Ορισμένες ποιοτικές μελέτες που διερεύνησαν τις εμπειρίες του υγειονομικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 επικεντρώθηκαν κατά βάση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, παρόλο που η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας. (8)

Σε μία ποιοτική έρευνα όπου διεξήχθη στο Ομάν, μελέτησαν τις εμπειρίες του υγειονομικού προσωπικού κατά την διάρκεια της πανδημίας, και αναφέρθηκε ότι όπως και σε πολλές άλλες χώρες παγκοσμίως το σύστημα υγείας του ακολούθησε τις συστάσεις του Π.Ο.Υ. Τονίστηκε η κλινική και φυσική αναδιάρθρωση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. όπως επίσης και η εφαρμογή των εθνικών σχεδίων με βάση

τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την διαχείριση της πανδημίας COVID-19.(15)

Στην μελέτη των Wanat et al., ανάμεσα σε οκτώ χώρες, όπου μέσα σε αυτές ήταν και η χώρα μας, διερευνήθηκαν οι εμπειρίες του υγειονομικού προσωπικού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, σε διαφορετικά συστήματα υγείας στο πρώτο κύμα της πανδημίας. Μας έδειξε ότι οι εργαζόμενοι έπρεπε να βασιστούν στη δική τους κρίση εξαιτίας της αβεβαιότητας γύρω από την διάγνωση της COVID-19, και έπρεπε να τροποποιήσουν τις υπηρεσίες για να προστατεύσουν τους ασθενείς και τους εαυτούς τους. Παρά το γεγονός ότι είχαν καθοδήγηση και πληροφόρηση συνεχώς, πολλές φορές οι πληροφορίες ήταν αντιφατικές και δεν υπήρχε πρόσβαση στην πρακτική εκπαίδευση. Όλο αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να στραφούν σε άλλους συναδέλφους για ηθική υποστήριξη και πληροφόρηση. Ωστόσο υπήρχαν ομοιότητες και διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι χώρες ανταποκρίθηκαν στον διαχωρισμό των ρόλων στην Π.Φ.Υ. κατά την διάρκεια της πανδημίας. Μία από τις βασικές διαφορές ήταν εάν οι χώρες δημιούργησαν ειδικούς χώρους στους οποίους θα μπορούσαν οι επαγγελματίες υγείας να εξετάσουν ύποπτα περιστατικά. (16)

Κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας στην ποιοτική μελέτη των Al Ghafri T. et al., όπου συμπεριλήφθηκαν οι επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή και την ψυχολογία του υγειονομικού προσωπικού, οι εργαζόμενοι εξέφρασαν την άποψη ότι η πανδημία COVID-19 ήταν υπεύθυνη για να την αναδιοργάνωση της Π.Φ.Υ., ότι ήταν μία ασθένεια όπου επέβαλε τη χρήση γνώσεων και δεξιοτήτων δημόσιας υγείας/επιδημιολογίας, προκάλεσε εξαντλητικές και δυσμενείς κοινωνικές, θρησκευτικές και πολιτιστικές επιπτώσεις και ήταν μία κατάσταση που αποκάλυψε την πραγματικότητα σχετικά με την πρόσβαση στην Π.Φ.Υ.. (15)

Οι έρευνες σε αυτά τα πλαίσια που αφορούν την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα κατά την πανδημία COVID-19 είναι ελάχιστες. Οι Smyrnakis et al. πραγματοποίησαν μία ποιοτική έρευνα κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, με θέμα τις εμπειρίες του υγειονομικού προσωπικού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ιδιωτικού και δημόσιου τομέα στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι όλες οι μονάδες της Π.Φ.Υ. έσπευσαν να επαναπροσδιορίσουν τις δυνατότητες τους στην πανδημία, και ο λόγος ήταν, ότι ήταν πολύ σημαντικό να δώσουν ιδιαίτερη έμφαση στην

συστηματική παρακολούθηση των ασθενών με COVID-19 στο σπίτι και να μπορούν να διαχειρίζονται χρόνιες παθήσεις σε περιόδους που κρίνονται απαραίτητα τα μέτρα κοινωνική απόστασης. (17)

Άλλες ποιοτικές μελέτες διερεύνησαν τον αντίκτυπο της φροντίδας των ασθενών στο πλαίσιο της COVID-19, και περιέχουν εμπειρίες εργαζομένων στα νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας και τις απόψεις των νοσοκομειακών νοσηλευτών για τις επιπτώσεις της εργασίας στην ψυχική τους υγεία. (18)

Σε ένα άρθρο ανασκόπησης όπου έγινε αναζήτηση για τον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. και οι επαγγελματίες οργανώθηκαν για να αντιμετωπίσουν την πανδημία, φάνηκε ότι στη Βραζιλία, το Βέλγιο, την Ισλανδία και τις ΗΠΑ, οι μονάδες υγείας προσαρμόστηκαν και υιοθέτησαν μέτρα κοινωνικής απόστασης και την άμεση αναγνώριση των περιπτώσεων με συμπτώματα στη υποδοχή, περιόρισαν τον αριθμό των συνοδών, χώρισαν σε δωμάτια τους συμπτωματικούς και ασυμπτωματικούς ασθενείς και οργάνωσαν ομάδες προτεραιότητας.(19)

Υπήρξαν χώρες που ήταν προετοιμασμένες για μία πανδημία, όπως η Σιγκαπούρη, η Ταιβάν, το Χονκ-Κόνγκ και η Νότια Κορέα, λόγω παλαιότερων επιδημιών που είχαν περάσει.(8) Η Π.Φ.Υ. της Νέας Ζηλανδίας και της Αυστραλίας είχαν την εικόνα ετοιμότητας. Ωστόσο η Νέα Ζηλανδία είχε επικαιροποιημένο σχέδιο και στην Αυστραλία τέθηκαν σε εφαρμογή οι κατευθυντήριες οδηγίες για τους γενικούς ιατρούς που είχαν δοθεί στον παρελθόν για την πανδημική γρίπη και για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της δημόσιας υγείας.(20). Σχεδόν όλες οι άλλες χώρες όμως, αντίθετα δεν ήταν προετοιμασμένες κατάλληλα όπως αναφέρουν στην μελέτη τους οι Rawaf et al., με τις κύριες προκλήσεις η μεγάλη μεταδοτικότητα του ιού, η έλλειψη θεραπείας του ή η ύπαρξη εμβολίου για να αποφευχθεί η εξάπλωση του ιού, αλλά και η έλλειψη απαραίτητου εξοπλισμού για να προστατευτεί το υγειονομικό προσωπικό. (8)

Στην Γερμανία σε μία μελέτη όπου συμμετείχαν γενικοί ιατροί ανέδειξαν ως κύριες προκλήσεις την έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού, την μη επαρκή πληροφόρηση, την ανάγκη αναδιάρθρωσης των κλινικών πρακτικών τους αλλά και την ανεπάρκεια στην ετοιμότητα για μία πανδημία. (21) Επίσης στην έρευνα των Wanat et al. οι γενικοί ιατροί συμφώνησαν στην έλλειψη προστατευτικού

εξοπλισμού αλλά και για την έλλειψη ξεκάθαρων οδηγιών για τον τρόπο χρήσης και εξοικονόμησης τους. (16)

Η Αγγλία δημιούργησε μονάδες φροντίδας για ασθενείς με COVID-19 και όσοι δεν μπορούσαν να προσέλθουν σε αυτές, παρακολουθούνταν στο σπίτι. Στην Αυστραλία, στην Ιταλία και στο Ηνωμένο Βασίλειο χρησιμοποιήθηκε η τηλεϊατρική. Σε κάποιες χώρες παρατηρήθηκε αύξηση των ατόμων που χρησιμοποιούσαν την τηλεϊατρική και στους ασθενείς με COVID-19 η «εξ αποστάσεως» παρακολούθηση γινόταν δυο φορές την ημέρα και με μέτρηση των ζωτικών σημείων μέσω έξυπνου κινητού τηλεφώνου (smartphone).(19)

1.4 Οι ανάγκες επείγουσας φροντίδας και οι «εκτός ωραρίου» υπηρεσίες Π.Φ.Υ.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα «εκτός ωραρίου» οργανώνεται συχνά σε οργανισμούς μεγάλης κλίμακας και η πρόσβαση των ασθενών παρέχεται μέσω τηλεφωνικής διαλογής. Την διαλογή μέσω τηλεφώνου στο Ηνωμένο Βασίλειο σύμφωνα με την μελέτη των Huibers L. et al. την διαχειρίζονταν κυρίως νοσηλευτές, ενώ στη Δανία οι γενικοί ιατροί. Μετά από την είσοδο των οικογενειακών ιατρών στη διαδικασία διαλογής το 1992, ο αριθμός των φυσικών επαφών μειώθηκε δραματικά και ιδιαίτερα οι κατ' οίκον επισκέψεις. (22)

Διαλογή είναι η διαδικασία εκτίμησης της επείγουσας ανάγκης και του είδους της υγειονομικής περίθαλψης που απαιτείται για το εκάστοτε πρόβλημα υγείας, καθώς και της διαχείρισης της ροής των ασθενών. (22)

Οι επείγουσες ιατρικές υπηρεσίες είναι πολύ σημαντικές γιατί αποτελούν την «πρώτη γραμμή» του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με την κριτική του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) η έλλειψη πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα και η έλλειψη υπηρεσιών «εκτός ωραρίου» (out-of-hours) είναι οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση για επείγουσα περίθαλψη. Η αύξηση των επισκέψεων σε δομές επείγουσας αντιμετώπισης έχουν να κάνουν άμεσα με τις ατομικές προτιμήσεις (εύκολη η πρόσβαση και ειδικά εκτός εργάσιμων ωρών), τις ανάγκες υγείας (γήρανση του πληθυσμού και αύξηση επιπολασμού χρόνιων νοσημάτων), και διάφορους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. (23)

Οι γενικοί γιατροί - οικογενειακοί γιατροί (General Practitioners – GP) επιβάλλεται να έχουν στα πλαίσια της εργασίας τους και την παροχή επείγουσας φροντίδας σε κανονικές (εργάσιμες) ώρες αλλά και εκτός ωραρίου. Η έκταση στην οποία τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών συνεισφέρουν στην «εκτός ωραρίου» παροχή υπηρεσιών υγείας ποικίλλει στις χώρες της Ευρώπης, αλλά σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι σε χώρες όπως η Κύπρος, η Εσθονία, η Λετονία και η Λιθουανία, τα Τ.Ε.Π. έχουν την αποκλειστική ευθύνη για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης «εκτός ωραρίου». Ωστόσο επειδή αυτή η υπηρεσία είναι δωρεάν, γίνεται υπερβολική χρήση της, και σύμφωνα με μια ανάλυση παραπομπών από μόνο ένα κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας εκτός ωραρίου, μόνο το ένα πέμπτο όλων των παραπομπών θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί.(23)

Σε μια έρευνα του 2009, μεταξύ 25 χωρών διαπιστώθηκε ότι οι περισσότερες χώρες είχαν σχέδια για να αλλάξουν την αντιμετώπιση στις μη εργάσιμες ημέρες και ώρες, με το να δημιουργήσουν οργανισμούς μεγαλύτερης κλίμακας, να ενσωματώσουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα την επείγουσα φροντίδα και να δημιουργηθεί ένας εθνικός τηλεφωνικός αριθμός με σκοπό να γίνεται διαλογή (triage). Οι κύριοι λόγοι για τις προτεινόμενες αλλαγές ήταν η δυσαρέσκεια των γενικών γιατρών και ο περιορισμένος αριθμός τους. (23)

Εδώ και πολλά χρόνια υπάρχει η τηλεϊατρική, αλλά η χρήση της ήταν σχετικά περιορισμένη στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η πανδημία COVID-19 όμως βοήθησε να γίνουν κάποιες αλλαγές σε όλα τα συστήματα υγείας και να μπει μέσα στην καθημερινότητα η χρήση της για να βοηθηθούν επαγγελματίες υγείας και ασθενείς.(20)

Η τηλεϊατρική ορίζεται ως τηλεπικοινωνία, τηλεδιάσκεψη ή άλλες λειτουργίες, και χρησιμοποιείται για την εξ αποστάσεως παροχή υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία ασθενών. Πριν από την πανδημία χρησιμοποιούνταν για να παρέχει ευκολία σε ασθενείς που ζούσαν σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές. Στην πανδημία όμως χρησιμοποιήθηκε σε πολλές ιατρικές ειδικότητες (νευρολογία, δερματολογία παιδιατρική, κ.α.).(24)

Μια έρευνα που διεξήχθη από το Βασιλικό Αυστραλιανό Κολλέγιο Γενικών Ιατρών (RACGP) στην οποία συμμετείχαν >420 Αυστραλοί γενικοί ιατροί, έδειξε ότι 1 στους

5 ερωτηθέντες ανέφεραν ότι το 61% έως το 80% των ασθενών τους ζητούσαν συμβουλευτική τηλεϊατρική κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Πολλοί ιατροί και ασθενείς έχουν ζητήσει την επέκταση χρήσης της, πέρα από την πανδημία, για παράδειγμα με την μορφή υβριδικών μοντέλων. Αρκετές χώρες, όπως Αυστραλία, Ηνωμένο Βασίλειο και Ηνωμένες Πολιτείες έχουν προωθήσει την μακροχρόνια χρηματοδότηση της τηλεϊατρικής στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. (24)

Επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η χρήση της τηλεϊατρικής έχει αυξηθεί τόσο δραματικά κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, ώστε η δουλειά μιας δεκαετίας έχει υιοθετηθεί κυριολεκτικά μέσα σε λίγες μέρες. Η υποστήριξη για την τηλεϊατρική υπήρξε τόσο εκτεταμένη ώστε τροποποιήθηκε και προωθήθηκε η χρήση της για την πρόληψη, τον έλεγχο και την αντιμετώπιση.(25)

Η έρευνα των Carrillo A. et al. για την αποτελεσματικότητα της τηλεϊατρικής στην Π.Φ.Υ. έδειξε ότι στην Ευρώπη η χρήση της έγινε ένας ευνοϊκά αντιμετωπιζόμενος τρόπος παροχής υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στην Ιταλία, το 20% της τηλεϊατρικής που πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας ήταν μέσω τηλεφώνου, το 38% μέσω συστημάτων που βασίζονται στο διαδίκτυο, το 29% σε συγκεκριμένες πλατφόρμες και το 13% μέσω εφαρμογών. Μέχρι τον Απρίλιο του 2020 η τηλεϊατρική στα εξωτερικά ιατρεία των ΗΠΑ αντιπροσώπευε το 65,4% των επισκέψεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι τηλεφωνικές συμβουλές στην Π.Φ.Υ. είναι οικίες και έχουν αξιόπιστη τεχνολογία, αλλά οι βιντεοκλήσεις είναι πιο κατάλληλες για ηλικιωμένους, ευπαθείς ομάδες, και σε εκείνους με υψηλά επίπεδα άγχους. Οι «συναντήσεις» αυτές μειώνουν το κόστος, την πιθανότητα μετάδοσης του ιού, αλλά διακυβεύεται η ποιότητα της περίθαλψης αν δεν εφαρμοστεί κατάλληλα. Επίσης αναφέρθηκε πως δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ αγροτικών και αστικών πληθυσμών, αν και οι ηλικιωμένοι και οι ευπαθείς ασθενείς που χρησιμοποιούσαν την τηλεϊατρική ήταν πιο πιθανό να επισκεφτούν «διαζώσης» έναν γιατρό που είχαν προηγουμένως «συναντήσει» διαδικτυακά.(26)

Στην Ελλάδα την περίοδο της πανδημίας η χρήση της άυλης συνταγογράφησης (εξ αποστάσεως συνταγογράφηση - χωρίς έντυπο παραπεμπτικό) βοήθησε ώστε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, οι οποίοι χρειάζονται επαναλαμβανόμενες συνταγές, να μην χρειάζεται να πηγαίνουν αυτοπροσώπως στους ιατρούς που τους

παρακολουθούν, και να γίνεται μέσω τηλεφώνου η συνεννόηση.(27) Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση της πιθανότητας μετάδοσης του ιού και την αποσυμφόρηση των ιατρών.

Σε μία έρευνα μεταξύ 6 χωρών η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία ήταν οι καλύτερα προετοιμασμένες. Είχαν σχεδόν καθολική κάλυψη υγείας, ενημερωμένα σχέδια αντιμετώπισης πανδημίας και γενικά καλό συντονισμό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των άλλων υπηρεσιών της δημόσιας υγείας. Ο Καναδάς, η Ολλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν καθολική κάλυψη υγείας, αλλά είχαν διαφόρους βαθμούς ετοιμότητας για πανδημία. Οι ΗΠΑ δεν έχουν καθολική κάλυψη υγείας, και αν και το σχέδιο πανδημίας είχε ενημερωθεί το 2017, η πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν είχε ξεκάθαρο ρόλο. Δυστυχώς η COVID-19 έδειξε το πόσο εύθραυστο είναι το σύστημα υγείας, όχι μόνο αναφορικά με τη δημόσια υγεία, και την οξεία και μακροχρόνια περίθαλψη αλλά και την πρωτοβάθμια φροντίδα. Σίγουρα ο αντίκτυπος ποικίλει από χώρα σε χώρα αλλά αυτές που τα κατάφεραν καλύτερα είναι εκείνες με την καθολική κάλυψη υγείας και με ενημερωμένα σχέδια πανδημίας. Σε όλες τις χώρες οι γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας (γενικοί και οικογενειακοί γιατροί) βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της πανδημίας. Τα μέτρα κοινωνικής απομόνωσης (lockdown) μείωσαν δραστικά την πρόσβαση στις υπηρεσίες, όμως με την χρήση τηλεϊατρικής για ασθενείς που δεν γνωρίζουν να χρησιμοποιούν την τεχνολογία, ή ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα η πρόσβαση τους σε αυτές τις υπηρεσίες είναι δυσχερής. (20)

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η παροχή προσβάσιμων και ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από κλινικούς ιατρούς που είναι υπεύθυνοι για την αντιμετώπιση της μεγάλης πλειοψηφίας των προσωπικών αναγκών υγείας, με την ανάπτυξη μιας σταθερής συνεργασίας με τους ασθενείς στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας. Τους πρώτους μήνες του 2020 παρατηρήθηκε τεράστια πίεση στα συστήματα επείγουσας υγειονομικής περίθαλψης ως αποτέλεσμα της πανδημίας, επειδή αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι το κλειδί για την καλή λειτουργία των συστημάτων υγείας και στο παρελθόν έχει διαδραματίσει

σημαντικό ρόλο στην διαχείριση των ασθενειών και στην εφαρμογή πολιτικών πανδημίας όπως το 2009 στη περίπτωση του H1N1. (28)

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στα οργανωτικά μοντέλα για τις «εκτός ωραρίου» υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Out Of Hours–Primary Care – ΟΟΗ-ΡC) μεταξύ των διαφόρων χωρών αλλά και εντός της ίδιας χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ πολλές φορές αρκετά μοντέλα μπορεί να συνυπάρχουν σε μία χώρα. Τα συχνότερα απαντώμενα μοντέλα είναι:

- Ατομικά (ο γενικός/οικογενειακός ιατρός φροντίζει τους δικούς του ασθενείς 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα),
- Ομάδες (μικρές ομάδες γενικών/οικογενειακών ιατρών με 4-15 μέλη που εργάζονται στην ίδια περιοχή και κάθε ιατρός εφημερεύει εκ περιτροπής σε ώρες «εκτός ωραρίου»),
- Συνεταιρισμοί γενικών/οικογενειακών ιατρών (ομάδες από 15 έως 250 μέλη, όπου εφημερεύουν εκ περιτροπής κατά τις ώρες «εκτός ωραρίου», για τον πληθυσμό ασθενών όλων των συμμετεχόντων ιατρών, και υποστηρίζονται από νοσηλευτές, διοίκηση, οδηγούς. κ.α.),
- Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Ο γενικός/οικογενειακός ιατρός δεν έχει κανένα ρόλο στη φροντίδα των ασθενών κατά τη διάρκεια του «εκτός ωραρίου». Τα Τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων φροντίζουν τους ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά τις ώρες «εκτός ωραρίου».),
- Ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη στα νοσοκομεία (Γενικοί Ιατροί που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου κατά τις ώρες «εκτός ωραρίου»),
- Αναπληρωματικές υπηρεσίες (locum services), (γραφεία προσλαμβάνουν γενικούς ιατρούς για να αναλάβουν τα καθήκοντα των γενικών ιατρών),
- Τηλεφωνικές υπηρεσίες διαλογής και συμβουλών (Οι ασθενείς μπορούν να επικοινωνήσουν με έναν ιατρικά εκπαιδευμένο επαγγελματία μέσω ενός εθνικού/περιφερειακού αριθμού τηλεφώνου. Αυτός ο επαγγελματίας δίνει συμβουλές ή παραπέμπει τον ασθενή στην κατάλληλη δομή υγείας),

- Κέντρα ελασσόνων προβλημάτων υγείας (walk-in centers), (μπορούν να τα επισκεφθούν οι ασθενείς χωρίς ραντεβού για μικροτραυματισμούς ή ελάσσονα προβλήματα υγείας, και να ζητήσουν από εκπαιδευμένη νοσοκόμα πληροφορίες υγείας, συμβουλές και θεραπεία).

Τα χαρακτηριστικά διέφεραν μεταξύ των μοντέλων αλλά και σε ένα μοντέλο σε διαφορετικές χώρες ή περιοχές. Οι συνεργατικές ομάδες των γενικών ιατρών (GP cooperatives) ήταν το κυρίαρχο μοντέλο στις περισσότερες χώρες, ακολουθούμενο από τα «κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας» (Primary Care Centers) και τις εναλλάξ εφημερίες ανά ομάδες (on-call rota). Τα τελευταία 10 χρόνια, οι περισσότερες χώρες πραγματοποίησαν αλλαγές, όπως η εφαρμογή ή η βελτίωση των υπηρεσιών διαλογής μέσω τηλεφώνου (telephone triage), η αλλαγή του οργανωτικού μοντέλου, η αναβάθμιση και η κεντρική διαχείριση της ΟΟΗ-PC. Τα προτεινόμενα σχέδια για το μέλλον αφορούν επίσης την αναβάθμιση και την κεντρική διαχείριση στις «εκτός ωραρίου» υπηρεσίες, καθώς και την συστηματοποίηση τους, για παράδειγμα, με την εφαρμογή ηλεκτρονικών συστημάτων καταγραφής ασθενών, πρωτοκόλλων περίθαλψης και περισσότερων διαγνωστικών επιλογών.(29)

Η στρατηγική αντιμετώπισης στην πανδημία COVID-19 περιλάμβανε έγκαιρη διάγνωση, παρακολούθηση των επαφών και των ύποπτων και επιβεβαιωμένων κρουσμάτων, απομόνωση ασθενών, αλλά και γενικευμένο περιορισμό μετακινήσεων (καραντίνα). Σε αυτό το πλαίσιο, η τηλεϊατρική, ιδίως οι τηλεδιασκέψεις μέσω διαδικτύου, είχαν προωθηθεί και γενικευθεί με στόχο τη μείωση των διαπροσωπικών επαφών και συνεπώς του κινδύνου μετάδοσης του ιού, ιδίως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το 2015 δημοσιεύτηκε το πρώτο εννοιολογικό πλαίσιο για την εφαρμογή της τηλεϊατρικής, με βάση μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, κατά τη διάρκεια επιδημιών. Ένα ενημερωμένο πλαίσιο για την τηλεϊατρική καθορίστηκε και στην πανδημία COVID-19. Αυτό το πλαίσιο θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε μεγάλη κλίμακα των παρεχόμενων υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ωστόσο, οι περισσότερες χώρες στερούνται το πλαίσιο για την εξουσιοδότηση, την ενσωμάτωση και την αποζημίωση υπηρεσιών τηλεϊατρικής, συμπεριλαμβανομένων των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης και επιδημιών. Η τηλεϊατρική αποδείχθηκε χρήσιμη σε

παλαιότερες περιπτώσεις, όπως ο SARS-CoV και ο MERS-CoV ή σε περιπτώσεις που σχετίζονται με τους ιούς Έμπολα και Ζίκα. Οι προϋπάρχοντες κανονισμοί της τηλεϊατρικής επέτρεψαν στους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αλλά και των νοσοκομείων να αλλάξουν τις προγραμματισμένες κατ' ιδίαν συναντήσεις με ασθενείς με γνωστά προβλήματα υγείας σε διαδικτυακές συναντήσεις μέσω τηλεϊατρικής με αποζημίωση, όταν αυτό ήταν εφικτό. Αυτό το μοντέλο ενεργοποιήθηκε στο μεγαλύτερο εθνικό δημόσιο ακαδημαϊκό νοσοκομείο στο Παρίσι, για να ενθαρρύνει τη μαζική χρήση τηλεϊατρικής για τους εξωτερικούς ασθενείς με σκοπό τη μείωση των επισκέψεων ασθενών στο νοσοκομείο. Η πρωτοβουλία αυτή ενισχύθηκε από το Ανώτατο Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, το οποίο συνέστησε την προτεραιοποίηση των υπηρεσιών τηλεϊατρικής για άτομα με παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. (30)

Αξίζει να σημειωθεί πως η Π.Φ.Υ. ανέλαβε σε μεγάλο βαθμό τον εμβολιασμό του πληθυσμού κατά της COVID-19, και σε ωράριο «εκτός ωραρίου», επειδή η στρατηγική για την αντιμετώπιση του ιού περιελάμβανε τον μαζικό εμβολιασμό για την δημιουργία ανοσίας. (31)

Ο στόχος της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι να διερευνήσει τη χρήση των «εκτός ωραρίου» υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), στην εποχή της πανδημίας COVID-19.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 2. Μεθοδολογία

Για τη διεξαγωγή αυτής της συστηματικής ανασκόπησης ακολουθήθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες για τις συστηματικές ανασκοπήσεις του PRISMA 2020. (32)

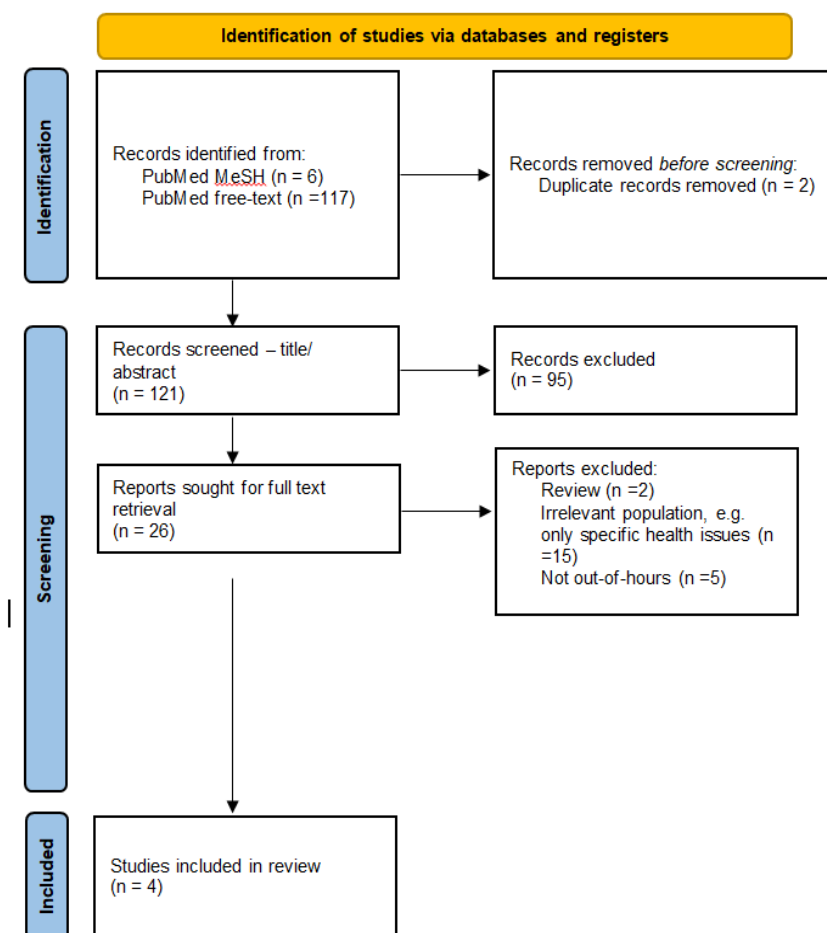
2.1 Βιβλιογραφική αναζήτηση

Για την παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων PubMed. Για την αρχική αναζήτηση των μελετών στο PubMed μέσω ελεύθερου κειμένου (free text searching) χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά: out-of-hours, after hours, primary health care, general practice, family practice, family doctor, COVID-19, coronavirus, χωρίς περιορισμό χρονολογίας ή γλώσσας, και προέκυψαν 117 άρθρα. Με κριτήρια αναζήτησης μέσω του Medical Subject Headings στο PubMed (MeSH search) με τις

λέξεις-κλειδιά (“Primary Health Care”[Mesh]) AND “After-Hours Care”[Mesh]) AND “COVID-19”[Mesh] προέκυψαν 6 άρθρα. Έγινε εισαγωγή των άρθρων στο λογισμικό διαχείρισης βιβλιογραφίας Mendeley. Αφαιρέθηκαν τα άρθρα που εμφανίζονται δύο φορές και στο τέλος παρέμειναν 121 άρθρα στα οποία έγινε διαλογή, με προκαθορισμένα κριτήρια, αρχικά με βάση τον τίτλο/περίληψη (title/abstract). Έμειναν 26 άρθρα στα οποία έγινε διαλογή με βάση με το πλήρες κείμενο (full-text). Αφαιρέθηκαν 2 άρθρα γιατί ήταν άρθρα ανασκόπησης, 15 άρθρα γιατί είχαν ακατάλληλο πληθυσμό, π.χ. με ειδικά προβλήματα υγείας, και 5 άρθρα γιατί δεν πληρούσαν το κριτήριο της εκτός ωραρίου παροχής υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. Τελικά παρέμειναν 4 άρθρα, από την μελέτη των βιβλιογραφικών αναφορών των οποίων δεν προέκυψαν άλλες έρευνες σχετικές με το θέμα. Η όλη διαδικασία συνοψίζεται στην εικόνα 1 (PRISMA flow diagram).

2.2 Κριτήρια επιλογής ερευνών.

- Έρευνες που ασχολούνται με τις «εκτός ωραρίου» υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19,
- Όλοι οι τύποι μελετών (παρεμβατικές και μη).



Εικόνα 1. Διάγραμμα ροής PRISMA για την βιβλιογραφική αναζήτηση και επιλογή μελετών για τη συστηματική ανασκόπηση.

Κεφάλαιο 3. Επιλέξιμα άρθρα

Τα βασικά χαρακτηριστικά των τεσσάρων άρθρων που επιλέχθηκαν παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Ακολουθεί αναλυτική παρουσίαση των ευρημάτων τους. Ο διαφορετικός σχεδιασμός, τόπος και χρόνος διεξαγωγής και κυρίως ο μικρός αριθμός τους δεν επιτρέπει ποσοτική σύνθεση των αποτελεσμάτων τους, παρά μόνο μια ποιοτική περιγραφή και αναζήτηση κοινών σημείων και διαφορών, για την εξαγωγή συμπερασμάτων αλλά και προτάσεων για περαιτέρω έρευνα στον τομέα της συμβολής των «εκτός ωραρίου» υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην παρούσα πανδημία.

Πίνακας 1. Βασικά χαρακτηριστικά των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση

Άρθρο (συγγραφέας/τίτλος)	Έτος δημοσίευσης	Χώρα	Τύπος έρευνας	Πληθυσμός έρευνας	Δείκτες μέτρησης αποτελέσματος	Αποτελέσματα
Ramerman R et al. The use of out-of-hours primary care during the first year of the COVID-19 pandemic. (33)	2022	Ολλανδία	Περιγραφική μελέτη	Ασθενείς που έκαναν χρήση της πρωτοβάθμιας φροντίδας εκτός ωραρίου (Out-of-hours).	Σύγκριση αριθμού επισκέψεων, ποσοστού εξέτασης από απόσταση (remote consultation), και ποσοστού μη επειγόντων προβλημάτων, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, «εκτός ωραρίου», το 2020, σε σύγκριση με την αντίστοιχη περίοδο του 2019.	1 ^ο Παροδική αύξηση επισκέψεων ασθενών με συμπτώματα COVID-19 και μείωση για άλλα προβλήματα υγείας. 2 ^ο Αύξηση στις εξ αποστάσεως επισκέψεις για όλα τα προβλήματα υγείας, ενώ το ποσοστό των μη επειγόντων προβλημάτων υγείας αυξήθηκε.
Morreel S, et al. Organisation and characteristics of out-of-hours primary care during a COVID-19 outbreak: A real-time observational study. (34)	2020	Βέλγιο	Περιγραφική μελέτη.	Ασθενείς με κάθε είδους ιατρική επίσκεψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα εκτός ωραρίου (με φυσική παρουσία, δια τηλεφώνου και κατ' οίκον). Κατά την διάρκεια 5 σαββατοκύριακων και μιας αργίας το 2020 και	Αριθμός επισκέψεων κατά την πανδημία COVID-19 στην πρωτοβάθμια φροντίδα (τηλεφωνικές, κατ' οίκον, με φυσική παρουσία), ποσοστό τηλεφωνικών επισκέψεων, φόρτος εργασίας.	Σε σύγκριση με το 2019, ο φόρτος εργασίας αρχικά αυξήθηκε λόγω αύξησης των επισκέψεων μέσω τηλεφώνου, αλλά στη συνέχεια μειώθηκε. Το ποσοστό επισκέψεων με φυσική παρουσία μειώθηκε σημαντικά ιδίως στις διαγνώσεις

				σύγκριση με το 2019.		που δεν σχετίζονται με την COVID-19.
Farah Islam et al. Organisation and characteristics of out-of-hours primary care during a COVID-19 outbreak: A real-time observational study.(35)	2022	Βέλγιο	Περιγραφική μελέτη.	Ασθενείς που ζήτησαν τηλεφωνική συμβουλή για μη επείγοντα προβλήματα εκτός ωραρίου σε περιοχή της Φλάνδρας στο Βέλγιο, κατά το πρώτο έτος της πανδημίας (2020) και ένα έτος πριν (2019).	Αριθμός και ποσοστά κλήσεων, διερεύνηση συσχετίσεων με την ηλικία, την περίοδο της κλήσης, και το βαθμό παραπομπής σε υψηλότερο επίπεδο.	1° Υπήρχε σημαντική διαφορά στις κλήσεις μεταξύ των περιόδων πριν και κατά την πανδημία, ανάλογα με τη ηλικία. 2° Οι κλήσεις που πραγματοποιήθηκαν στην υπηρεσία τηλεφωνικής διαλογής ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό να παραπεμφθούν σε υψηλότερο επίπεδο κατά τη διάρκεια της πανδημίας, σε σύγκριση με τις κλήσεις που έγιναν πριν από αυτήν. 3° Οι κλήσεις των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας ήταν σημαντικά πιο πιθανό να παραπεμφθούν σε υψηλότερο επίπεδο σε σύγκριση με νεότερους ενήλικες.
Inokuchi R, et al. Changes in the proportion and severity of patients with fever or common cold symptoms utilizing an after-hours house call medical service	2021	Ιαπωνία	Αναδρομική μελέτη κοορτής.	Ασθενείς με πυρετό ή συμπτώματα κοινού κρυολογήματος, οι οποίοι χρησιμοποίησαν μια ιατρική υπηρεσία εκτός ωραρίου,	Ποσοστό χρήσης της υπηρεσίας κατ' οίκον επίσκεψης εκτός ωραρίου (πριν και κατά την πανδημία), ασθενών με πυρετό ή	1° Κατά την περίοδο ελέγχου πριν την πανδημία και στην πανδημία COVID-19 υπήρξε αύξηση στους ασθενείς που συμβουλευτήκαν την ιατρική

during the COVID-19 pandemic in Tokyo, Japan: a retrospective cohort study(36)				πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας.	συμπτώματα κοινού κρυολογήματος, χαρακτηριστικά των ασθενών, συννοσηρότητες, διάγνωση, σοβαρότητα νόσου.	υπηρεσία ΑΗΗC. 2° Κατά την διάρκεια της πανδημίας το ποσοστό των ασθενών με πυρετό ή συμπτώματα κοινού κρυολογήματος, ως προς το σύνολο των ασθενών, ήταν χαμηλότερο από αυτό της περιόδου ελέγχου, αλλά η σοβαρότητα της νόσου ήταν σημαντικά υψηλότερη. 3° . Η κατανομή της σοβαρότητας της νόσου διέφερε μεταξύ των ομάδων, με τη σοβαρή νόσο να αυξάνεται από 0,2% σε 0,9%, και τη μέτριας βαρύτητας νόσο να αυξάνεται από 28,7% σε 56,7%.
--------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.1 Ανάλυση επιλεγέντων ερευνών.

1. Ramerman R et al. The use of out-of-hours primary care during the first year of the COVID-19 pandemic.

Η μελέτη αυτή διεξήχθη στην Ολλανδία το 2022. Χρησιμοποιήθηκαν τα αρχεία της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων (Nivel Primary Care Database) από το 2019 και το 2020, τα οποία κάλυπταν έναν πληθυσμό περίπου 12 εκατομμυρίων κατοίκων, που αντιστοιχεί στο 60% των χρηστών των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας «εκτός ωραρίου», και στο 70% του πληθυσμού της Ολλανδίας. Τα δεδομένα ήταν αντιπροσωπευτικά του Ολλανδικού πληθυσμού ως προς το φύλο, την ηλικία και την

περιοχή. Συγκρίθηκαν τα ποσοστά επισκέψεων ανά εβδομάδα, ανά 100.000 άτομα, για συμπτώματα συμβατά με την COVID-19 και για άλλα προβλήματα υγείας (π.χ. μικρά τραύματα, ουρολοιμώξεις), σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, το ποσοστό των εξ αποστάσεως επισκέψεων και τα διαφορετικά επίπεδα επείγουσας ανάγκης, κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της πανδημίας (2020) με την ίδια περίοδο του 2019. Πρέπει να σημειωθεί πως δεν υπήρχαν δεδομένα για την επιβεβαίωση των κρουσμάτων της COVID-19, κι έτσι οι ερευνητές δημιούργησαν μία λίστα συμπτωμάτων συμβατών με την COVID-19, για αξιολογήσουν τα ποσοστά των επισκέψεων το 2019 και το 2020, ώστε να μπορούν να αξιολογήσουν την πιθανή αύξηση των επισκέψεων για αυτά τα συμπτώματα. Σκοπός της μελέτης ήταν η επίδραση της πανδημίας στη χρήση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας «εκτός ωραρίου».

Τα αποτελέσματα ήταν:

- Φάση 1 (εβδομάδες 9-24, πρώτο κύμα λοιμώξεων): Κατά την έναρξη της πανδημίας (μετά την εμφάνιση του πρώτου κρούσματος στην Ολλανδία) ο αριθμός των επισκέψεων για συμπτώματα συμβατά με COVID-19 αυξήθηκε γρήγορα αλλά προσωρινά, με αποτέλεσμα να μην παρατηρείται διαφορά ανάμεσα στο 2019 και το 2020. Ενώ οι επισκέψεις για άλλα προβλήματα υγείας μειώθηκαν σε σχέση με το 2019, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p < 0.001$).
- Φάση 2 (εβδομάδες 25-37): Σε μία περίοδο με πιο λίγες μολύνσεις (καλοκαίρι του 2020) δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις επισκέψεις, είτε για συμπτώματα συμβατά με COVID-19 είτε για άλλα προβλήματα υγείας, σε σχέση με το 2019 (αντίστοιχα $p = 0.119$ $p = 0.133$).
- Φάση 3 (εβδομάδες 38-52, δεύτερο κύμα λοιμώξεων): Περίοδος κατά την οποία αυξήθηκαν ξανά τα κρούσματα COVID-19. Ο αριθμός των επισκέψεων για άλλα προβλήματα υγείας μειώθηκε σημαντικά ($p = 0.006$) σε σχέση με το 2019. Ενώ οι επισκέψεις για συμπτώματα συμβατά με COVID-19 δεν αυξήθηκαν σημαντικά ($p = 0.685$), σε σύγκριση με το 2019.

- Αυτές οι μεταβολές στην επίπτωση των ιατρικών επισκέψεων διέφεραν μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, δηλαδή η ηλικία δρούσε ως τροποποιητικός παράγοντας (effect modifier), στην επίδραση της χρονικής περιόδου στον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων. Στην κατηγορία των συμπτωμάτων συμβατών με COVID-19, στους ενήλικες ασθενείς ≥ 18 ετών αυξήθηκαν οι επισκέψεις στην φάση 1 ($p < 0.02$) σε σχέση με το 2019, ενώ αντίθετα σε μωρά και παιδιά ηλικίας 0-4 ετών δεν αυξηθήκανε στη φάση 1 και φάση 2, ενώ φάση 3 σημειώθηκαν σημαντικά λιγότερες επισκέψεις για συμπτώματα ($p = 0.006$). Στην κατηγορία των υπόλοιπων προβλημάτων υγείας, οι ασθενείς 0-4 ετών εμφάνισαν λιγότερες επισκέψεις το 2020 σε σχέση με το 2019. Οι ασθενείς ηλικίας 5-44 ετών εμφάνισαν σημαντική μείωση κατά την φάση 1 και φάση 3 ($p < 0.002$) σε σχέση με το 2019, ενώ κατά την φάση 2 που ήταν η πιο ήρεμη περίοδος, δεν υπήρχε σημαντική διαφορά. Σε ασθενείς ηλικίας ≥ 45 δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ του 2020 και του 2019.
- Αυξήθηκαν οι εξ αποστάσεως επισκέψεις (remote consultations) για όλα τα προβλήματα υγείας, ενώ το ποσοστό των μη επειγόντων προβλημάτων υγείας αυξήθηκε. Συγκεκριμένα στην φάση 1 παρατηρήθηκε απότομη αύξηση των επισκέψεων εξ αποστάσεως, τόσο για συμπτώματα συμβατά με την COVID-19, όσο και για άλλα προβλήματα υγείας σε σύγκριση με το 2019. Παρότι στη φάση 3 υπήρξε το δεύτερο κύμα λοιμώξεων από SARS-CoV-2 δεν παρατηρήθηκε παρόμοιου μεγέθους αύξηση των εξ αποστάσεως επισκέψεων.

2. Morreel S. et al. Organisation and characteristics of out-of-hours primary care during a COVID-19 outbreak: A real-time observational study.

Η μελέτη αυτή διεξήχθη το 2020 στο Βέλγιο και ήταν μελέτη παρατήρησης επισκέψεων «εκτός ωραρίου» στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κατά τη διάρκεια 5 σαββατοκύριακων συν μίας αργίας (Δευτέρα του Πάσχα), και περιλάμβανε σύγκριση με μια παρόμοια περίοδο το 2019. Οι συγγραφείς ήθελαν να μελετήσουν την αναδιοργάνωση των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας COVID-19. Τα δεδομένα αντλήθηκαν από μια βάση δεδομένων που περιέχει τα στοιχεία των «εκτός ωραρίου» επισκέψεων των

ασθενών σε Συνεργατικά Κέντρα Γενικών Ιατρών (General Practitioners Cooperatives). Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν στοιχεία από 9 σε σύνολο 13 κέντρων που συμμετείχαν στη βάση δεδομένων (1 απορρίφθηκε εξαιτίας άμεσης εργασίας σε τμήμα Επειγόντων περιστατικών νοσοκομείου και 3 εξαιτίας ανεπαρκούς ποιότητας των δεδομένων), καλύπτοντας έναν πληθυσμό αν του ενάμιση εκατομμυρίου κατοίκων. Τα δεδομένα αφορούσαν σε επισκέψεις ασθενών είτε κατ' οίκον, είτε διά τηλεφώνου, καθώς και επισκέψεις με φυσική παρουσία κατά την διάρκεια 5 σαββατοκύριακων και μιας αργίας το 2020 και το 2019.

Τα αποτελέσματα έδειξαν:

- ο συνολικός αριθμός επισκέψεων αυξήθηκε από 7.571 το 2019 σε 15.655 το 2020.
- Πάνω από τις μισές επισκέψεις (57%) διενεργήθηκαν μέσω τηλεφώνου.
- Ο μέσος ρυθμός επίπτωσης των επισκέψεων ήταν 222/ 100.000 πολίτες ανά σαββατοκύριακο, όπου από αυτές το 40% (N = 6.293) ήταν μόνο μέσω τηλεφώνου και τα ύποπτα κρούσματα COVID-19 ήταν 6.692 (43%).
- Από τις 5.311 φυσικές επισκέψεις, οι 1.460 ήταν σε κίνδυνο για COVID-19, εκ των οποίων οι 443 (30%) δεν είχαν λάβει προηγούμενη τηλεφωνική συμβουλή για την εκτίμηση αυτού του κινδύνου.
- Σε σύγκριση με το 2019, ο φόρτος εργασίας αρχικά αυξήθηκε λόγω τηλεφωνικών συμβουλών αλλά στη συνέχεια μειώθηκε δραστικά. Συγκεκριμένα η αύξηση των συνολικών επισκέψεων το 2020 υπολογίστηκε στο 40% και αποδόθηκε στην αύξηση των επισκέψεων μέσω τηλεφώνου.
- Το ποσοστό επισκέψεων με φυσική παρουσία μειώθηκε κατά 45% με σημαντική μείωση στις διαγνώσεις που δεν σχετίζονται με την COVID-19. Το γεγονός αυτό εγείρει ερωτηματικά για τη μελλοντική κατάσταση της υγείας των ασθενών. (34)

3. Islam F. et al. Changes in the use and uptake of a national out-of-hours telephone triage service by younger and older patients seeking non-urgent unplanned care surrounding the COVID-19 pandemic in Flanders (Belgium).

Η έρευνα αυτή διεξήχθη στο Βέλγιο το 2022, και σκοπός της ήταν να μελετηθεί το εάν και κατά πόσο η πανδημία COVID-19 έχει προκαλέσει αλλαγές στη χρήση μιας εθνικής υπηρεσίας τηλεφωνικής διαλογής «εκτός ωραρίου», από νεότερους και μεγαλύτερους ηλικίας ασθενείς στην περιοχή της Φλάνδρας (Βέλγιο). Τα δεδομένα προήλθαν από το μητρώο καταγραφής (registry) ασθενών, στην συγκεκριμένη υπηρεσία τηλεφωνικής διαλογής, που αναζητούσαν συμβουλές για μη επείγοντα προβλήματα υγείας εκτός ωραρίου (βράδια, σαββατοκύριακα και επίσημες αργίες) κατά την περίοδο 01/01/2019 έως 31/12/2020.

Έγινε κατηγοριοποίηση των κλήσεων βάσει της χρονικής περιόδου, από 01/01/2019 έως 31/1/2019 σε περίοδο προ COVID-19 και από 01/01/2020 έως 31/12/2020 σε περίοδο κατά την διάρκεια COVID-19, αλλά και κατηγοριοποίηση βάσει της ηλικίας σε ασθενείς από 0-14 ετών (παιδιά), και από 15-64 ετών (νεότεροι ενήλικες). Έπειτα δημιουργήθηκαν υποκατηγορίες για τους ενήλικες, 65-74 ετών (νεαροί ενήλικες), 75-84 ετών (μέσοι ενήλικες) και 85 ετών και άνω (ηλικιωμένοι ενήλικες). Με βάση την τοποθεσία η διάκριση έγινε ανάμεσα σε κλήσεις από αγροτικές περιοχές και από αστικές περιοχές, και τέλος με βάση τον αριθμό κλήσης, ανάλογα με το αν ήταν από σταθερό ή από κινητό τηλέφωνο.

Τα αποτελέσματα έδειξαν:

- Οι κλήσεις στο εθνικό κέντρο βοήθειας ήταν περισσότερες κατά τη διάρκεια της πανδημίας (31.531 έναντι 25.235).
- Βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας του ασθενούς και της χρονικής περιόδου κλήσης ($X = 594,54$, $p < 0,001$). Συγκεκριμένα, για παιδιά (0-14ετών) ήταν 27,1% έναντι 23,1%, για νέους ενήλικες (15-64 ετών) ήταν 50,6% έναντι 60,1%, ενώ για τους ηλικιωμένους (άνω των 65ετών) ήταν 22,2% έναντι 16,7%, πριν και κατά την πανδημία, αντίστοιχα.
- Οι κλήσεις που πραγματοποιήθηκαν στην υπηρεσία τηλεφωνικής διαλογής, ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό να κατευθυνθούν σε υψηλότερο επίπεδο επείγουσας ανάγκης από τους χειριστές, σε σύγκριση με τις κλήσεις που έγιναν πριν από την περίοδο της COVID-19 (OR = 0,80, 95% CI [0,74-0,85]).
- Οι κλήσεις ατόμων που είχαν ανάγκη από υψηλότερο επίπεδο επείγουσας ανάγκης ήταν 54,8% έναντι 45,2% πριν και τη διάρκεια της πανδημίας.

- Οι κλήσεις των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας ήταν σημαντικά πιο πιθανό να κατευθυνθούν σε υψηλότερο επίπεδο από τους χειριστές σε σύγκριση με νεότερους ενήλικες (ανεξαρτήτως περιόδου κλήσης) (65 έως 74 ετών: OR = 5,75, 95% CI [4,86-6,80]. 75 έως 84 ετών: OR = 15,21, 95% CI [13,18-17,56]. ≥ 85 ετών: OR = 28,77, 95% CI [25,01-33,09]).
- Μόλις το 6,7% των κλήσεων που αφορούσαν στην COVID-19 έγιναν από άτομα άνω των 65 ετών.
- Οι περισσότερες κλήσεις με υψηλότερο επίπεδο επείγουσας ανάγκης, ήταν από αγροτικές περιοχές. (35)

4. Inokuchi R. et al. Changes in the proportion and severity of patients with fever or common cold symptoms utilizing an after-hours house call medical service during the COVID-19 pandemic in Tokyo, Japan: a retrospective cohort study.

Η μελέτη αυτή ήταν μια αναδρομική μελέτη κοορτής, όπου διεξήχθη το 2021 στο Τόκιο και μελέτησαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών, σοβαρότητα νόσου, ποσοστό χρήσης της υπηρεσίας κατ' οίκον επίσκεψης εκτός ωραρίου (πριν και στην πανδημία), σε ασθενείς με πυρετό ή συμπτώματα κοινού κρυολογήματος που συμβουλευτήκαν την υπηρεσία «after-hours house call (AHHC)».

Τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής:

- Κατά την περίοδο ελέγχου (01/12/2018 έως 30/04/2019) πριν την πανδημία και στην πανδημία COVID-19 (01/12/2019 έως 30/04/2020), συνολικά 6.462 και 10.003 ασθενείς συμβουλευτήκαν την ιατρική υπηρεσία AHHC, αντίστοιχα. Από αυτούς, 5.335 (82,6%) και 7.423 (74,2%) ασθενείς είχαν συμπτώματα πυρετού και κοινού κρυολογήματος, αντίστοιχα, πριν και κατά την πανδημία COVID-19 ($P < 0,001$).
- Η κατανομή της σοβαρότητας της νόσου διέφερε μεταξύ των ομάδων. Τα ποσοστά των ασθενών με ήπια, μέτρια και σοβαρή νόσο ήταν 71,1% , 28,7% και 0,2% στην περίοδο ελέγχου και 42,3 , 56,7 και 0,9% στην περίοδο της πανδημίας COVID-19, αντίστοιχα ($P < 0,001$). Παρατηρείται σχεδόν διπλασιασμός των περιστατικών μέτριας νόσου κατά την περίοδο της πανδημίας σε σχέση με πριν από αυτή.

- Συνεπώς κατά την διάρκεια της πανδημίας το ποσοστό των ασθενών με πυρετό ή συμπτώματα κοινού κρυολογήματος ήταν χαμηλότερο από αυτό της περιόδου ελέγχου αλλά η σοβαρότητα της νόσου ήταν σημαντικά υψηλότερη.
- Η διάμεση ηλικία των ασθενών στην περίοδο έκθεσης ελέγχου και πανδημίας ήταν 8 (3-11) ετών και 10 (4-33) αντίστοιχα. Οι ασθενείς ηλικίας <15 ετών και οι ασθενείς ηλικίας 15 – 64 αποτελούν την πλειοψηφία των χρηστών της υπηρεσίας «after-hours house call (ΑΗΗC)» τόσο στην περίοδο της πανδημίας όσο και στην περίοδο ελέγχου. Το ποσοστό των ασθενών ηλικίας ≥65 ετών με πυρετό ή συμπτώματα κοινού κρυολογήματος ήταν υψηλότερο κατά την περίοδο της πανδημίας σε σχέση με την περίοδο ελέγχου.(36)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε αυτήν τη συστηματική ανασκόπηση διερευνήθηκε ο ρόλος των «εκτός ωραρίου» υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. στην αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19. Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες προς το παρόν, αλλά ούτε και ομοιογένεια στις ήδη υπάρχουσες, συνεπώς δεν μπορεί να γίνει ομαδοποίηση και σύγκριση πολλών στοιχείων.

Στην μελέτη της Ολλανδίας (Ramerman et al.) και του Βελγίου (Morreel et al.) παρατηρήθηκε αύξηση στις επισκέψεις για συμπτώματα που παρέπεμπαν σε COVID-19, πιθανόν λόγω του φόβου και της αβεβαιότητας του άγνωστου ιού, ωστόσο μειώθηκαν τα ποσοστά επισκέψεων για άλλα προβλήματα υγείας. Αυτό πιθανόν οφείλεται στον φόβο της πιθανής μόλυνσης στους χώρους υγείας από COVID-19. Επιπλέον, με την υποχρεωτική χρήση μάσκας δεν υπήρχαν πολλές λοιμώξεις αναπνευστικού όπως άλλες χρονιές, και με τον περιορισμό της κυκλοφορίας μειώθηκαν τα ατυχήματα. Ωστόσο αυξήθηκαν οι «εξ αποστάσεως» (remote consultations) επισκέψεις, επειδή προωθούνταν όσο αυτό ήταν δυνατόν ως πιο ασφαλείς. Και στις δύο έρευνες υπήρξε μείωση των επισκέψεων για άλλα προβλήματα υγείας.(33)(34)

Επιπλέον όλες οι μελέτες αφορούσαν στην αρχή της πανδημίας (1ο έτος) κι έτσι τα συμπεράσματά τους δεν μπορούν να γενικευθούν. Μόνο η μελέτη της Ολλανδίας (Ramerman et al.) περιλαμβάνει 4 μήνες από το δεύτερο κύμα της πανδημίας.

Και στις δύο μελέτες που προαναφέρθηκαν, παρατηρήθηκε αύξηση των επισκέψεων μέσω τηλεφώνου αλλά δεν παρέχονται δεδομένα για την αποτελεσματικότητα ή της ασφάλειας για τους ασθενείς, μιας τέτοιας απότομης μεταβολής. Στη μελέτη των Morreel et al. δεν δίνονται στοιχεία για την διάρκεια κλήσης όπως και ούτε αν τελικά ακολουθήθηκε από κατ' οίκον επίσκεψη προσωπικό. Παρόλ' αυτά, η υιοθέτηση του εργαλείου της «εξ αποστάσεως» επίσκεψης μέσω τηλεφώνου ανοίγει νέες προοπτικές, οι οποίες χρήζουν περαιτέρω μελέτης ειδικά όσον αφορά την ασφάλεια του ασθενή.(34)(33)

Σε αυτή την δύσκολη κατάσταση για την ανθρωπότητα η καθυστέρηση, ή η αποφυγή αναζήτησης φροντίδας υγείας επηρεάζει και τις υπηρεσίες «εκτός ωραρίου», οπότε απαιτούνται περαιτέρω αναλύσεις για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών.(33)

Στη μελέτη των Islam et al., αναφέρεται μία ήδη υπάρχουσα από το 2016 υπηρεσία τηλεφωνικής διαλογής επείγουσας ιατρικής περίθαλψης που λειτουργεί αργίες , βράδια και σαββατοκύριακα. Επίσης φαίνεται ότι υπάρχει χρήση αυτής της υπηρεσίας από τους ηλικιωμένους, αν και τα στοιχεία είναι λιγοστά. Ίσως αυτή η ομάδα του πληθυσμού να προτιμά την απλή τηλεφωνική επικοινωνία αντί για άλλες νεότερες μεθόδους π.χ. βιντεοκλήση ή χρήση μηνυμάτων. Στην ίδια μελέτη επισημαίνεται η ανάγκη για μακροχρόνια παρακολούθηση των υπηρεσιών τηλεφωνικής διαλογής με σκοπό την καταγραφή των αποτελεσμάτων της για τους ασθενείς.

Ο διαχωρισμός των κλήσεων κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19 έγινε από 01/01/2020, ενώ ο Π.Ο.Υ. ανακήρυξε επίσημα την πανδημία από 11/03/2020. Τα ευρήματα έδειξαν ότι υπήρξε μείωση στον αριθμό κλήσεων που είχαν ανάγκη από υψηλότερο επίπεδο φροντίδας κατά την διάρκεια της πανδημίας, αλλά υπήρχαν βασικές διαφορές στην χρήση και αποδοχή αυτών των υπηρεσιών από τα νεότερα και τα μεγαλύτερα σε ηλικία τμήματα του πληθυσμού. Επίσης, οι ηλικιωμένοι

ενήλικες ήταν πιο πιθανό να έχουν ανάγκη από υψηλότερο επίπεδο επείγουσας ανάγκης ανεξάρτητα από την περίοδο κλήσης. (35)

Στην μελέτη των Islam et al. και σε εκείνη των Ramerman et al. γίνεται συσχέτιση των υπηρεσιών εκτός ωραρίου με την ηλικία των ασθενών, έτσι στην πρώτη μελέτη η συσχέτιση γίνεται μεταξύ της ηλικίας του ασθενή και της περιόδου κλήσης στην τηλεφωνική υπηρεσία.

Στην δεύτερη μελέτη, γίνεται συσχέτιση της ηλικιακή κατηγορία (0-4, 5-17, 18-44, 46-69, ≥70 ετών), και της χρήσης των υπηρεσιών «εκτός ωραρίου».

Στις μελέτες Islam et al., Morreel et al., και Inokuchi et al. γίνεται σύγκριση ανάμεσα στο 2019, δηλαδή του έτους που προηγήθηκε της πανδημίας και στο 2020, όπου ξεκίνησε η πανδημία.

Η ιαπωνική μελέτη των Inokuchi et al. διαφέρει σημαντικά από τις υπόλοιπες, ως προς το ότι πρόκειται για ιδιωτικό και όχι κρατικό φορέα παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Επιπλέον πάνω από τους μισούς ασθενείς που έκαναν χρήση αυτών των υπηρεσιών είναι παιδιατρικοί ασθενείς, συνεπώς τα αποτελέσματα δεν είναι συγκρίσιμα με των υπολοίπων τριών μελετών της ανασκόπησης. Ωστόσο τα ποσοστά που χρησιμοποιούσαν την υπηρεσία αυτή μειώθηκαν κατά την περίοδο της πανδημίας, και ο λόγος για αυτό το αποτέλεσμα είναι ασαφής.(36)

Στα άρθρα που εντοπίστηκαν αναφέρεται η χρήση της τηλεϊατρικής, έτσι ώστε να αποφεύγεται ο συνωστισμός στην Π.Φ.Υ. και να γίνεται η διαλογή πριν ακόμα φτάσει ο ασθενής εκεί. Σίγουρα η εφαρμογή της τηλεϊατρικής δεν είναι κατάλληλη για όλους τους ασθενείς, και υπάρχουν μειονεκτήματα, όπως τα τεχνικά εμπόδια, το απρόσωπο των απομακρυσμένων συνομιλιών και το γεγονός ότι δεν μπορεί να υπάρξει επιβεβαιωμένη διάγνωση COVID-19 από τις τηλεφωνικές επικοινωνίες.

Σε ορισμένες μελέτες αναδείχθηκε ο περιορισμένος ρόλος της Π.Φ.Υ. κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας για τον λόγο ότι δεν υπήρχε η ετοιμότητα του συστήματος υγείας, όπως υπήρχε στη Νέα Ζηλανδία, την Αυστραλία και την Ισλανδία. (20)(11)

Στην την μελέτη των Delinasios et al. επιβεβαιώνεται ότι κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας στην Ελλάδα, στους ιατρούς της Π.Φ.Υ. δεν δινόταν η δυνατότητα να διενεργήσουν κλινική εξέταση σε περίπτωση ύποπτου κρούσματος με ασφάλεια,

αλλά ούτε και να κάνουν εργαστηριακό έλεγχο για την διάγνωση του ιού, διότι τα διαθέσιμα μέσα ήταν λιγοστά.(7) Στην Ισλανδία όμως από αρχές Μαρτίου 2020, όλοι οι ασθενείς με συμπτωματολογία μπορούσαν να κάνουν τεστ. (11) Η έλλειψη αντιδραστηρίων είχε ως αποτέλεσμα όλα τα ύποπτα εμπύρετα κρούσματα να παραπέμπονται σε νοσοκομείο για να γίνει η διάγνωση και η διερεύνηση τους. Συνεπώς η Π.Φ.Υ. δεν μπορούσε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του ρόλου της και η δευτεροβάθμια επιβαρύνθηκε ακόμα περισσότερο. (17)

Αξίζει να σημειωθεί ότι έγιναν μετακινήσεις προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε νοσοκομεία προκειμένου να καλύψουν ελλείψεις κατά την διάρκεια της πανδημίας.

Με την έναρξη της πανδημίας, μια από τις πρώτες αλλαγές που έγιναν ήταν η μετάβαση από την εξέταση του ασθενή με φυσική παρουσία, στην τηλεφωνική διαχείριση των περιστατικών, ώστε να προστατευτεί το Κέντρο Υγείας και οι εργαζόμενοι σε αυτό.

Σε έρευνα όπου έγινε σε υγειονομικό προσωπικό από 29 χώρες, καταδείχθηκε ότι όταν είναι απαραίτητο προσαρμόζονται ταχύτατα και οι κατευθυντήριες οδηγίες αλλά και οι νόμοι, ώστε να ξεπεραστούν τα εμπόδια εφαρμογής της τηλεϊατρικής, στην προσπάθεια να μειωθεί η μετάδοση του ιού που σχετίζεται με την υγειονομική περίθαλψη και να προστατευτεί το υγειονομικό προσωπικό. (8)

Οι οδηγίες για την πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα εκδίδονταν από τον Ε.Ο.Δ.Υ. μετά από ενημέρωση για τα κρούσματα, και ανέφεραν ότι οι ασθενείς θα έπρεπε να περιμένουν για εξέταση εξωτερικά του κέντρου και να μην εισέρχονται στο χώρο. (6)

Η καθυστέρηση που υπήρξε στο να αναλάβει ενεργό ρόλο η Π.Φ.Υ. στην πανδημία οφείλεται στις ελλείψεις με τις οποίες βρέθηκε αντιμέτωπη. Τους πρώτους μήνες της πανδημίας δεν υπήρχε ατομικός εξοπλισμός προστασίας ή ήταν αρκετά περιορισμένος. Αυτή η έλλειψη απασχόλησε το υγειονομικό προσωπικό όπως φαίνεται σε πολλές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν. (21)(16) Αυτό όμως δεν συνέβαινε μόνο στην Ελλάδα, αλλά σε παγκόσμιο επίπεδο. (8)

Στην χώρα μας τα κτήρια δεν επέτρεπαν την απομόνωση ύποπτων κρουσμάτων. Αλλά με πρωτοβουλία του κάθε Κέντρου Υγείας αναζητούνταν ένας αυτοσχέδιος χώρος στην άκρη του κτιρίου, χωρίς όμως να εξασφαλίζεται η απαραίτητη προστασία, με αποτέλεσμα μέχρι την έλευση ενδεδειγμένου μεταφερόμενου θαλάμου (isobox) να μην υπάρχει η κατάλληλη εξυπηρέτηση των ασθενών. (17)

Στην ψυχολογική αλλά και στη σωματική επιβάρυνσή οδηγήθηκε το υγειονομικό προσωπικό, από την κατάσταση της πανδημίας και την αλλαγή αυτή της εργασιακής και όχι μόνο καθημερινότητάς τους. Εξέφρασαν ότι κυρίαρχο συναίσθημα τους ήταν ο φόβος, ο οποίος κυρίως αφορούσε τον κίνδυνο να μεταδώσουν τον ιό στους οικείους τους και στους ασθενείς τους. (17)

Όλο αυτό πήγαζε από την έλλειψη του προστατευτικού εξοπλισμού κυρίως, ώστε να εξασφαλιστεί ότι δεν θα γίνουν φορείς του ιού από το χώρο του Κέντρου Υγείας, κάτι το οποίο αναδείχθηκε και σε έρευνα στην Γερμανία που διεξάχθηκε στο υγειονομικό προσωπικό. (21)

Οι Smyrnakis et al. στην μελέτη τους, επιβεβαίωσαν χαρακτηριστικά την εργασιακή εξουθένωση (burnout) στους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που ενώ ήταν ήδη εξουθενωμένοι ήρθαν αντιμέτωποι με περαιτέρω αύξηση του φόρτου εργασίας, με την έναρξη των εμβολιασμών.(17)

Επιπρόσθετα, αναδείχθηκε και το ζήτημα του «στιγματισμού» εξαιτίας της φύσης του επαγγέλματος, όπου απομάκρυναν τους ιατρούς από κοντά τους καθώς πίστευαν ασθενείς και κοινωνικός περίγυρος, ότι είναι φορείς του ιού, συνεπώς και «επικίνδυνοι» για την μετάδοση του. Η έρευνα των Schubert et al. ανέδειξε τις συνέπειες της κατάστασης αυτής, καθώς αναφέρθηκε ότι μπορεί να οδηγήσει σε επιπλέον υψηλό ψυχολογικό στρες για τους εργαζόμενους. (37)

Η συστηματική ανασκόπηση που έγινε για την συγγραφή αυτής της εργασίας παρουσιάζει μερικά μειονεκτήματα, όπως, το ότι η αναζήτηση έγινε μόνο σε μία βάση δεδομένων, στο PubMed και όχι σε περισσότερες. Επίσης τα άρθρα που έχουν δημοσιευτεί είναι σχετικά λιγοστά, γεγονός αναμενόμενο εφόσον το αντικείμενο με το οποίο ασχοληθήκαμε είναι καινούριο. Συνεπώς τα όποια συμπεράσματα πρέπει να αντιμετωπιστούν με επιφύλαξη, έως ότου επιβεβαιωθούν από περαιτέρω

μελέτες. Τα πλεονεκτήματα ωστόσο της έρευνας, είναι ότι αναλύσαμε ενδελεχώς τα επιλέξιμα άρθρα ώστε να μπορέσουμε να βγάλουμε κάποια αποτελέσματα. Επίσης, δεν περιορίσαμε την αναζήτηση μας σε ηλικία, ούτε σε γλώσσα. Επίσης στο PubMed ψάξαμε με όρους του λεξικού MeSH αλλά και με ελεύθερο κείμενο (Free Text), αλλά και με πολλούς συνδυασμούς στις λέξεις κλειδιά και με διάφορες παραλλαγές της κάθε λέξης. Και τέλος ψάξαμε και την βιβλιογραφία των επιλέξιμων άρθρων, ώστε να περιορίσουμε κατά το δυνατόν την πιθανότητα να χαθεί κάποιο άρθρο που έχει να κάνει με το θέμα της έρευνας μας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όλες οι μελέτες της συστηματικής μας ανασκόπησης, τόνισαν τη σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και το πόσο καθοριστικό ρόλο παίζει σε ένα σύστημα υγείας, καθώς αποτελεί πυλώνα της προστασίας της δημόσιας υγείας, κατά τη διάρκεια της πανδημίας αλλά και πέρα από αυτή.

Οι μελέτες ότι που συμπεριλήφθηκαν κατέδειξαν ότι αυξήθηκαν οι «εξ αποστάσεως» επισκέψεις στη Π.Φ.Υ., ενώ παρατηρήθηκε και καθυστερημένη ή και αποφυγή αναζήτησης φροντίδας λόγω φόβου μόλυνσης. Επίσης σε ορισμένες μελέτες υπήρξε αύξηση στις επισκέψεις στην Π.Φ.Υ κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, με συμπτώματα συμβατά με την COVID-19, λόγω της αβεβαιότητας του άγνωστου ιού που εμφανίστηκε τόσο ξαφνικά στην ζωή μας.

Μειώθηκαν οι δια ζώσης επισκέψεις σε ιατρούς, όπου αυτό ήταν εφικτό και αυξήθηκαν οι «εξ αποστάσεως» επισκέψεις. Επίσης μειώθηκαν και οι επισκέψεις για άλλες ασθένειες, γεγονός το οποίο πιθανόν αποδίδεται στην καραντίνα.

Έγινε επίσης χρήση της υπηρεσίας τηλεφωνικής διαλογής για όλες τις ηλικίες, και βρέθηκε ότι οι ηλικιωμένοι ήταν πιθανότερο να έχουν ανάγκη από υψηλότερο επίπεδο επείγουσας ανάγκης σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Επίσης, τονίστηκε η ανάγκη της σωστής οργάνωσης μιας Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τόσο για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς, όσο και για την υποστήριξη της δευτεροβάθμιας περίθαλψης και της τριτοβάθμιας

περίθαλψης και αυτό ήταν ιδιαίτερος εμφανής στο πρώτο κύμα της πανδημίας, στον οποίο ο ρόλος της πρωτοβάθμιας δεν ήταν ιδιαίτερα έντονος.

Οι υπηρεσίες «εκτός ωραρίου» θα πρέπει να εδραιωθούν με περισσότερο προσωπικό, να λειτουργούν 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα, και να είναι προσβάσιμες και δωρεάν σε όλους τους πολίτες μίας χώρας, ώστε να αποσυμφορηθεί η δευτεροβάθμια περίθαλψη. Επίσης η τηλεϊατρική θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί από περισσότερες χώρες, με την προϋπόθεση πως υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός, ώστε να γίνεται η πρώτη διαλογή και εκτίμηση του ασθενούς μέσω τηλεφώνου και αν αυτό κρίνεται απαραίτητο να γίνεται και η εκάστοτε παραπομπή.

Στις μελέτες που εξετάστηκαν δόθηκε έμφαση στις προσκλήσεις με τις οποίες ήρθε αντιμέτωπο το προσωπικό της Π.Φ.Υ., όπως οι ελλείψεις σε ατομικό προστατευτικό εξοπλισμό, αξιόπιστες πληροφορίες και συγκεκριμένα πρωτόκολλα, γεγονός που προκαλούσε επιπλέον ανασφάλεια σε μία πρωτοεμφανιζόμενη λοίμωξη και η - επιτακτική μερικές φορές - αλλαγή του τρόπου επαφής των ιατρών με τους ασθενείς.

Επίσης, διερευνήθηκε η επίδραση της πανδημίας στην προσωπική ζωή του υγειονομικού προσωπικού και γι' αυτό οι γενικοί/οικογενειακοί ιατροί και το λοιπό υγειονομικό προσωπικό, οι οποίοι στελεχώνουν τις υπηρεσίες «εκτός ωραρίου», καλό θα ήταν να υποστηρίζονται κοινωνικά και ψυχολογικά, ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες ανάγκες εργασίας και ισορροπίας στην προσωπική τους ζωή, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια μίας πανδημίας.

Όσον αφορά τους γενικούς/οικογενειακούς ιατρούς της Π.Φ.Υ., θα πρέπει να τεθούν όρια στο τακτικό τους ωράριο ώστε να μπορούν να εργαστούν στην υπηρεσία «εκτός ωραρίου», ή να επανδρωθεί γενικά με περισσότερο προσωπικό η Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ώστε να μπορέσουν να λειτουργήσουν όλες οι υπηρεσίες της ομαλά χωρίς την καταπόνηση του προσωπικού.

Η COVID-19 αύξησε τον επιπολασμό του άγχους, της κατάθλιψης και της διαταραχής στρες και στον γενικό πληθυσμό και η υποστήριξη της ψυχικής υγείας

μέσω την πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει αναγνωριστεί ως κορυφαία προτεραιότητα υγειονομικής περίθαλψης. (26)

Οι πολίτες όλης της γης έζησαν για πρώτη φορά μία κατάσταση πρωτόγνωρη εξαιτίας της νόσου COVID-19, αλλά και όλων των περιοριστικών μέτρων που επιβλήθηκαν σε κάθε χώρα ξεχωριστά για τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού. Έπρεπε όλοι οι πολίτες να απομονωθούν, και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να βιώνουν συναισθήματα μοναξιάς, και ιδιαίτερα όσοι νοσούσαν όπου ήταν υποχρεωμένοι να μπου σε συνθήκη καραντίνας, με διαθέσιμα μέσα επικοινωνίας μόνο το τηλέφωνο και το διαδίκτυο.

Με την πανδημία COVID-19 καταγράφηκε η μη ετοιμότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να την αντιμετωπίσει, καθώς υπήρξαν πολλές ελλείψεις και μη οργανωμένο πλάνο. Ωστόσο η προσοχή επικεντρώθηκε σε νέα μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης με αποφυγή των πρόσωπο με πρόσωπο επαφών μεταξύ ιατρών και ασθενών και η τηλεϊατρική έγινε αποδεκτή ως τρόπος παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια των «εξ αποστάσεως» συναντήσεων ιατρού-ασθενούς σε αυτό το πλαίσιο παραμένει ασαφής.

Η πανδημία, δημιούργησε αναμφίβολα νέες προοπτικές για το πώς οι κυβερνήσεις και οι επιστήμονες αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν θέματα δημόσιας υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization [Internet]. [cited 2023 Jan 17]. Available from: <https://www.who.int/>
2. Abrams EM, Szeffler SJ. COVID-19 and the impact of social determinants of health. *Lancet Respir Med*. 2020 Jul;8(7):659–61.
3. Stachteas P, Stachteas F. Η πανδημία Covid-19 ως παράγοντας επιδείνωσης των ανισοτήτων υγείας. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*. 2020;154:129.
4. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2020 Nov;74(11):964–8.
5. Leong DP, Eikelboom JW, Yusuf S. The Indirect Consequences of the Response to the COVID-19 Pandemic. Vol. 77, *Journal of the American College of Cardiology*. United States; 2021. p. 186–8.
6. ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΟΔΥ. 2023 [cited 2023 Jan 17]; Available from: <https://eody.gov.gr/>
7. Delinasios GJ, Fragkou PC, Gkirmipa AM, Tsangaris G, Hoffman RM, Anagnostopoulos AK. The Experience of Greece as a Model to Contain COVID-19 Infection Spread. *In Vivo*. 2021;35(2):1285–94.
8. Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada Yamamoto H, van Weel C. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *Eur J Gen Pract*. 2020 Dec;26(1):129–33.
9. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open*. 2020 Jun;10(6):e039674.
10. Υπουργείο Υγείας. 2023 [cited 2023 Jan 17]; Available from: <http://www.opengov.gr>
11. Sigurdsson EL, Blondal AB, Jonsson JS, Tomasdottir MO, Hrafnkelsson H, Linnet K, et al. How primary healthcare in Iceland swiftly changed its strategy in

- response to the COVID-19 pandemic. *BMJ Open*. 2020;10(12).
12. Vindrola-Padros C, Andrews L, Dowrick A, Djellouli N, Fillmore H, Bautista Gonzalez E, et al. Perceptions and experiences of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK. *BMJ Open*. 2020 Nov;10(11):e040503.
 13. Montemurro N. The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people. Vol. 87, *Brain, behavior, and immunity*. Netherlands; 2020. p. 23–4.
 14. Goyal K, Chauhan P, Chhikara K, Gupta P, Singh MP. Fear of COVID 2019: First suicidal case in India ! Vol. 49, *Asian journal of psychiatry*. Netherlands; 2020. p. 101989.
 15. Al Ghafri T, Al Ajmi F, Anwar H, Al Balushi L, Al Balushi Z, Al Fahdi F, et al. The Experiences and Perceptions of Health-Care Workers During the COVID-19 Pandemic in Muscat, Oman: A Qualitative Study. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720967514.
 16. Wanat M, Hoste M, Gobat N, Anastasaki M, Böhmer F, Chlabicz S, et al. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2021 Aug;71(709):e634–42.
 17. Smyrnakis E, Symintiridou D, Andreou M, Dandoulakis M, Theodoropoulos E, Kokkali S, et al. Primary care professionals' experiences during the first wave of the COVID-19 pandemic in Greece: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2021 Sep;22(1):174.
 18. Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control*. 2020 Jun;48(6):592–8.
 19. Silva BRG da, Corrêa AP de V, Uehara SC da SA. Primary health care organization in the Covid-19 pandemic: scoping review. *Rev Saude Publica*. 2022;56:94.
 20. Huston P, Campbell J, Russell G, Goodyear-Smith F, Phillips RLJ, van Weel C, et

- al. COVID-19 and primary care in six countries. *BJGP open*. 2020 Oct;4(4).
21. Eisele M, Pohontsch NJ, Scherer M. Strategies in Primary Care to Face the SARS-CoV-2 / COVID-19 Pandemic: An Online Survey. *Front Med*. 2021;8:613537.
 22. Huibers L, Moth G, Carlsen AH, Christensen MB, Vedsted P. Telephone triage by GPS in out-of-hours primary care in Denmark: A prospective observational study of efficiency and relevance. *Br J Gen Pract*. 2016 Sep 1;66(650):e667–73.
 23. Policies EO on HS and, Sagan A, Richardson E. Out-of-hours primary care and demand for emergency medical services. *Eurohealth (Lond)* [Internet]. 2015;21(4):6–9. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332740>
 24. Ward K, Vagholkar S, Sakur F, Khatri NN, Lau AYS. Visit Types in Primary Care With Telehealth Use During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review. *JMIR Med informatics*. 2022 Nov;10(11):e40469.
 25. Shirey MR, Bruck M, Patton E, Bowers D, Watts PI. COVID-19 Telehealth Fair Partnership for Capacity Building in Primary Care Nursing. *Nurs Adm Q*. 2022;46(2):113–24.
 26. Carrillo de Albornoz S, Sia K-L, Harris A. The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review. *Fam Pract*. 2022 Jan;39(1):168–82.
 27. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ [Internet]. [cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://www.secdigital.gov.gr/project/ayli-syntagografisi/>
 28. Haldane V, Zhang Z, Abbas RF, Dodd W, Lau LL, Kidd MR, et al. National primary care responses to COVID-19: a rapid review of the literature. *BMJ Open*. 2020 Dec;10(12):e041622.
 29. Steeman L, Uijen M, Plat E, Huibers L, Smits M, Giesen P. Out-of-hours primary care in 26 European countries: an overview of organizational models. *Fam Pract*. 2020 Nov;37(6):744–50.
 30. Ohannessian R, Duong TA, Odone A. Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to

- Action. *JMIR public Heal Surveill.* 2020 Apr;6(2):e18810.
31. Holzmann-Littig C, Braunisch MC, Kranke P, Popp M, Seeber C, Fichtner F, et al. COVID-19 Vaccination Acceptance and Hesitancy among Healthcare Workers in Germany. *Vol. 9, Vaccines.* 2021.
 32. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews [Internet]. *Vol. 372, The BMJ.* 2021. p. n71. Available from: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>
 33. Ramerman L, Rijpkema C, Bos N, Flinterman LE, Verheij RA. The use of out-of-hours primary care during the first year of the COVID-19 pandemic. *BMC Health Serv Res.* 2022 Dec 21;22(1):679.
 34. Morreel S, Philips H, Verhoeven V. Organisation and characteristics of out-ofhours primary care during a COVID-19 outbreak: A real-time observational study. *PLoS One.* 2020 Aug 1;15(8 August).
 35. Islam F, Milisen K, Gellens M, Enckels J, Kocot E, Sowada C, et al. Changes in the use and uptake of a national out-of-hours telephone triage service by younger and older patients seeking non-urgent unplanned care surrounding the COVID-19 pandemic in Flanders (Belgium). *Acta Clin Belg.* 2022 May 3;1–9.
 36. Inokuchi R, Morita K, Iwagami M, Watanabe T, Ishikawa M, Tamiya N. Changes in the proportion and severity of patients with fever or common cold symptoms utilizing an after-hours house call medical service during the COVID-19 pandemic in Tokyo, Japan: a retrospective cohort study. *BMC Emerg Med.* 2021 Dec 1;21(1).
 37. Schubert M, Ludwig J, Freiberg A, Hahne TM, Romero Starke K, Girbig M, et al. Stigmatization from Work-Related COVID-19 Exposure: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jun;18(12).