Ελληνική Ιατρική

Helliniki Iatriki

ISSN 2241-8253

Τόμος 84, Τεύχος 3-4, Ιούλιος – Δεκέμβριος 2018 • Περιοδικό της Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης

Volume 84, Issue 3-4, July – December 2018 • Official Journal of the Thessaloniki Medical Society

Helliniki Iatriki Ελληνικη Ιατρικη

Τριμηνιαία Ιατρική Έκδοση
Εκδίδεται από το 1927 - Ε΄ Περίοδος, Όργανο της Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης
Έπαινος Ακαδημίας Αθηνών

Ιδιοκτήτης — Εκδότης
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Δημοσθένους 4, 546 24 Θεσσαλονίκη
Ηλεκτρονική Έκδοση
UNIVERSITY STUDIO PRESS
Αρμενοπούλου 32, 546 35 Θεσσαλονίκη

Quarterly Publication
Official Journal of Thessaloniki Medical Society
First published in 1927 – Fith period
Correspondence should be addressed to the Medical Society of Thessaloniki,
4, Dimosthenous Street, 546 24 Thessaloniki, Greece

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Πρόεδρος Α. Καραγιάννης
Α΄ Αντιπρόεδρος Δ. Σωτηριάδης **Β΄ Αντιπρόεδρος** Ε. Ροηλίδης
Γεν. Γραμματέας Γ. Τσουλφάς
Ταμίας Κ. Τζιόμαλος **Ειδ. Γραμματέας** Δ. Παπακώστα
Έφορος Στέγης Ι. Τσινόπουλος **Έφορος Βιβλιοθήκης** Γ. Κούρτογλου
Μέλη Τ. Βυζαντιάδης, Δ. Καπουκρανίδου, Λ. Κοβάτση
Αναπλ. Μέλη Θ. Βασιλειάδης, Κ. Καραπαναγιώτης, Αικ. Παπαγιάννη

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διευθυντής Σύνταξης
Κ. Καλλαράς
Αναπλ. Διευθυντές Σύνταξης
Ε. Μανδαλά, Α. Καμπαρούδης
Μέλη
Μ. Αθανασίου-Μεταξά, Θ. Γερασιμίδης, Θ. Δαρδαβέσης, Δ. Δημητριάδης, Γ. Ηλονίδης, Δ. Καπουκρανίδου, Ν. Μαλισιόβας, Η. Ντεγιάννης, Π. Νικολαΐδης, Β. Παπανικολάου, Χ. Παπανικολάου, Α. Σαχινίδης, Π. Τέκκης, Μ. Χάιδιτς, Α. Χαριτάντη, Ε. Χολόγκιτας

Ιστοσελίδα: http://www.helliniki-iatriki.gr
Αλληλογραφία: info@helliniki-iatriki.gr

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, στη νέα της εκδοτική περίοδο, θα δημοσιεύει εργασίες στα ελληνικά και στα αγγλικά όλων των ειδικοτήτων όπως επίσης και αυτές που προέρχονται από τις βασικές βιολογικές επιστήμες και την ιατρική εκπαίδευση, με κύριο σκοπό την καλλίτερη και πληρέστερη ενημέρωση του γιατρού.

Κάθε εργασία ακολουθεί μια αυστηρή δομή και ανήκει σ' ένα τύπο άρθρου. Μεικτές κατηγορίες εργασιών δε γίνονται δεκτές.

Αναλυτικότερα το περιοδικό δημοσιεύει:

Ανασκοπήσεις: Γράφονται από ένα συγγραφέα, κατ' εξαίρεση από δύο όταν το θέμα απαιτεί συγγραφείς δύο διαφορετικών ειδικοτήτων. Ο συγγραφέας πρέπει να είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένος με το θέμα, ώστε η ενημέρωση του αναγνώστη να είναι πλήρης και ουσιαστική. Η ενημέρωση αυτή αφορά όλους τους σταθμούς που πέρασαν οι γνώσεις στο θέμα με κύρια έμφαση όμως στις σύγχρονες απόψεις, τεκμηριωμένες από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Η έκταση του άρθρου πρέπει να είναι 15 έως 25 δακτυλογραφημένες σελίδες στις οποίες περιλαμβάνονται η εικονογράφηση, η βιβλιογραφία και η περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Επίκαιρα θέματα - Ενημερωτικά άρθρα: Το αντικείμενο των άρθρων της κατηγορίας αυτής μπορεί να είναι διαγνωστικού ή θεραπευτικού περιεχομένου ή και να αφορά οποιοδήποτε τομέα της ιατρικής επιστήμης. Γράφονται για να κάνουν ευρύτερα γνωστό ένα πρόσφατο επίτευγμα στον τομέα που έχουν επιλέξει οι συγγραφείς. Τα άρθρα αυτά υποβάλλονται στο περιοδικό κατόπιν συνεννοήσεως με την Επιτροπή Συντάξεως.

Η έκταση του άρθρου πρέπει να περιορίζεται σε 5-10 περίπου δακτυλογραφημένες σελίδες με 8-10 βιβλιογραφικές παραπομπές και τον τίτλο στην αγγλική. Τα ενημερωτικά άρθρα πρέπει να συνοδεύονται από περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Ερευνητικές εργασίες: Έχουν κλινικό-εργαστηριακό περιεχόμενο. Το κείμενο περιλαμβάνει βραχεία εισαγωγή, όπου αναφέρεται ο σκοπός της εργασίας, περιγραφή του υλικού και των μεθόδων, έκθεση των αποτελεσμάτων, συζήτηση στην οποία περιλαμβάνονται και τα τελικά συμπεράσματα καθώς και περίληψη στα ελληνικά και αγγλικά και τη βιβλιογραφία. Η περίληψη πρέπει να είναι αυτοτελής και να περιέχει το σκοπό της εργασίας, τις βασικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν, τα κύρια ευρήματα και τα σημαντικότερα συμπεράσματα.

Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις: Σ' αυτές παρουσιάζονται σπάνιες περιπτώσεις με κλινικές εκδηλώσεις που περιγράφονται για πρώτη φορά, στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν νέες διαγνωστικές ή θεραπευτικές μέθοδοι ή διατυπώνονται νέες απόψεις για την παθογένειά τους.

Έχουν έκταση 2-4 δακτυλογραφημένες σελίδες και περιλαμβάνουν σύντομη εισαγωγή, περιγραφή της περιπτώσεως, πίνακες ή σχήματα (έως 4), τα κύρια εργαστηριακά ευρήματα, βραχύ σχόλιο-συζήτηση, περιορισμένη βιβλιογραφία (5-10 παραπομπές) και περίληψη στα ελληνικά και αγγλικά.

Γενικά θέματα: Εδώ υπάγονται ποικίλα θέματα που αφορούν την ιατρική εκπαίδευση και δεοντολογία, την οργάνωση και τον προγραμματισμό της υγείας σ' όλες τις βαθμίδες της καθώς και ιατρικά θέματα με ευρύτερο κοινωνικό ενδιαφέρον. Μπορούν να γραφούν κάτω από τον τίτλο "Ειδικό άρθρο", "Γενικά θέματα", "Πρόοδοι στην Ιατρική" κ.τ.λ.).

Το άρθρο της κατηγορίας αυτής δεν απαιτεί ειδική δομή κατά τη σύνταξή του.

Όλες οι εργασίες (μαζι με τις φωτογραφίες τους) που αποστέλλονται στο περιοδικό (ηλεκτρονικά μέσω της ιστοσελίδας http://www.helliniki-iatriki.gr) συνοδεύονται απαραίτητα από μια επιστολή προς τη Συντακτική Επιτροπή, όπου δηλώνεται ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευτεί σε άλλο περιοδικό και επίσης ότι έχει την έγκριση για δημοσίευση όλων των συγγραφέων που συμμετέχουν. Μετά τον έλεγχο και εφόσον η εργασία εκπληρώνει τις οδηγίες για τους συγγραφείς, στέλνεται για διπλή κρίση σε δύο αρμόδιους επιστημονικούς συμβούλους του περιοδικού.

Όταν επιστρέψει (ο χρόνος δεν μπορεί να προκαθοριστεί) συμπληρώνεται από τους συγγραφείς (αν χρειαστεί) σύμφωνα με τις υποδείξεις των συμβούλων και τελικά παίρνει σειρά δημοσιεύσεως.

Όταν η εργασία σελιδοποιηθεί ηλεκτρονικά αποστέλλεται στους συγγραφείς, για έλεγχο, δοκίμιο της α΄ διορθώσεως. Στο δοκίμιο αυτό δεν είναι δυνατή καμιά απολύτως προσθήκη, αλλαγή, βελτίωση κ.λ.π., παρά μόνον η διόρθωση λαθών του τυπογραφείου.

Οι εργασίες που δημοσιεύονται στην ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία του συγγραφέα και του περιοδικού. Η αναδημοσίευση μερική ή ολική επιτρέπεται μόνο ύστερα από έγγραφη άδεια του περιοδικού.

Η τήρηση των παραπάνω οδηγιών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημοσίευση της εργασίας.

Ανάτυπο με τις αναλυτικές οδηγίες προς τους συγγραφείς μπορείτε να αναζητήσετε στην ιστοσελίδα http://www.helliniki-iatriki.gr

Ελληνικη Ιατρικη

Τόμος 84 • Τεύχος 3-4
Ιούλιος – Δεκέμβριος 2018

Περιεχόμενα

Ενημερωτικά άρθρα

5 **Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρώπη**
Π. Χριστοδούλου

22 **Τύποι επικοινωνίας ιατρού-ασθενή και η από κοινού λήψη ιατρικής απόφασης: Ένας οδηγός επικοινωνίας για ειδικευόμενους ιατρούς**
Σ. Ναούμ

32 **Επιστροφή σε αθλητικές δραστηριότητες μετά από συρραφή μηνίσκου**
Τ. Τότλης, Γ. Καλίφης, Ν. Οτουντζίδης, Σ. Παπαδόπουλος, Ι. Τερζίδης, Κ. Νάτσης

40 **Θεραπεία της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους: Μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις**
Δ. Μπάκας

46 **Ψυχολογικά και ψυχιατρικά βεβαρημένοι ασθενείς από πλευράς ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού**
Α. Αλεξίου

Ερευνητικές εργασίες

55 **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Τι γνωρίζουν οι πολίτες για αυτή;**
Π. Χριστοδούλου

73 **Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της προώθησης, προβολής και δημοσιότητας υπηρεσιών/προϊόντων φροντίδας των ηλικιωμένων, με νέες τεχνολογίες, που προκύπτουν μέσα από ερευνητικά έργα**
Ε. Λουίζου, Α. Βλάσση, Π. Μπαμίδης, Θ.Ι. Δαρδαβέσης

Ειδικά άρθρα

85 **Η πολιτική Υγείας και το κοινωνικό κράτος σε συνθήκες κρίσης και αναπτυξιακή διέξοδος. Υγεία και οικονομική κρίση στην Ελλάδα**
Δ. Καλογερόπουλος, Γ. Χαραλάμπους

95 **Ποιότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας: Συστάσεις Π.Ο.Υ. και κριτική στον Ν.4461/2017**
Σ. Ναούμ

Helliniki Iatriki

Volume 84 • No 3-4
July – December 2018

Contents

Brief reviews

5 **Primary health care in Greece compared to Europe**
P. Christodoulou

22 **Types of doctor-patient communication and shared decision making: A communication guide for resident doctors**
S. Naoum

32 **Efficacy of meniscal preservation and return to pre-injury level of activity**
T. Totlis, G. Kalifis, N. Otountzidis, S. Papadopoulos, J. Terzidis, K. Natsis

40 **Treatment of depression in the elderly: Non pharmacological interventions**
D. Bakas

46 **Psychological and psychiatric patients in terms of medical and dental history**
A. Alexiou

Investigative papers

55 **Primary health care: What do citizens know about?**
P. Christodoulou

73 **Exploring the effectiveness of public promotion and awareness raising publicity activities of new technology enhanced social care services/products of research programmes for elderly people**
E. Louizou, A. Vlassi, P. Bamidis, Th. Dardavesis

Special articles

85 **Health policy and the social state in crisis conditions and a developmental strategy. Health and the Financial Crisis in Greece**
D. Kalogeropoulos, G. Charalambous

95 **Quality of mental health services: WHO recommendations and critique of Law 4461/2017**
S. Naoum

Ελληνική Ιατρική 2018, 84, 3-4: 5 - 21

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρώπης

Παναγιώτης Χριστοδούλου

Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα

Περίληψη. Η μελέτη στοχεύει στην ανασκόπηση των νομοθετικών παρεμβάσεων και του ερευνητικού έργου που αφορούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα και τις χώρες τις ΕΕ. Μέσα από αυτή την ανασκόπηση γίνεται η σύγκριση της ΠΦΥ στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Χρησιμοποιήθηκε η βιβλιογραφία που αφορά στο ερευνητικό έργο το σχετικό με την ΠΦΥ, και οι εκθέσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις χώρες της ΕΕ. Διαπιστώνεται ότι η Ελλάδα υπολείπεται τόσο στο ερευνητικό, όσο και στο νομοθετικό κομμάτι σχετικά με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ. Συμπερασματικά το νομοθετικό έργο στην Ελλάδα περιορίζεται σε επίπεδο εξαγγελιών, συμπαρασύροντας και το ερευνητικό κομμάτια.

Ελλην Ιατρ 2018, 84: 5 - 21.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί βασικό πυλώνα όλων των συστημάτων υγείας, καθώς συνιστά την πρώτη επαφή του πολίτη με τις μονάδες υγείας, παρέχει το πρώτο στάδιο αντιμετώπισης και θεραπείας, ενώ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη. Η σωστή λειτουργία της συμβάλλει τόσο στην ορθολογική χρήση των υπηρεσιών υγείας, όσο και στην ομαλή λειτουργία των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων μονάδων και στην αποτροπή εμφάνισης και επέκτασης νέων κρουσμάτων λοιμώξεων και ασθενειών στο γενικό πληθυσμό. Από την διεθνή βιβλιογραφία και από τη μελέτη των μοντέλων ΠΦΥ σε χώρες της Ευρώπης Ένωσης, προκύπτει ότι η ΠΦΥ είναι δομικό στοιχείο των συστημάτων υγείας, ενώ στην Ελλάδα αποτελεί διαχρονικά το βασικό αντικείμενο των μεταρρυθμίσεων που επιχειρούν οι κυβερνήσεις στην Ελλάδα.

Παρόλη τη σημασία και την εν δυνάμει συνεισφορά της στην υπόθεση της υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, στην Ελλάδα επί της ουσίας είναι απούσα από τη σφαίρα του δημόσιου και κρατικού μηχανισμού. Ιδιαίτερα ο τομέας της πρόληψης φαίνεται να παραλείπεται, αφού η νοοτροπία και η δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) επικεντρώνουν τα μέσα τους σε πολύ μεγάλο βαθμό στο θεραπεύειν και σε πολύ μικρότερο βαθμό στο προλαμβάνειν, σε αντίθεση με την κλασική ιπποκρατική παράδοση. Με αυτό τον τρόπο, έχει παγιωθεί, τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους πολίτες, η αντίληψη ότι η πρόληψη ταυτίζεται με την αντιμετώπιση μέσω φαρμακευτικών (ή προσφάτως και άλλων σκευασμάτων) για τα ήσσονος σημασίας νοσήματα και με τη νοσοκομειακή περίθαλψη για τα μείζονος σημασίας. Η μελέτη συστημάτων υγείας των υπολοίπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) αναδεικνύει την ύπαρξη οριοθετημένων πλαισίων ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, αλλά και μεταξύ

της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας δομής.

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ)

Ένα σύστημα περίθαλψης ορίζεται ως το σύνολο των παρεμβάσεων της πολιτείας μέσω των οποίων ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης, ο πληθυσμός που καλύπτεται, το ανθρώπινο δυναμικό και οι υλικοί πόροι (Ιωαννίδη και Μάντη, 1999). Στα στάδια της περίθαλψης το βασικότερο ρόλο διαδραματίζει η πρόληψη, και στην περίπτωση που αποτύχει ακολουθεί η έγκαιρη διάγνωση. Η παρεχόμενη φροντίδα κατατάσσεται σε τρία επίπεδα:

- το πρωτοβάθμιο επίπεδο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης το οποίο αποτελεί την πρώτη μορφή επικοινωνίας του ασθενή με το σύστημα υγείας, με σκοπό τη διάγνωση και θεραπεία νοσημάτων για τα οποία δεν κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία στο νοσοκομείο. Επίσης, συμπεριλαμβάνει την αγωγή υγείας, τις μεθόδους πρόληψης, όπως η εξασφάλιση σωστής διατροφής και ο οικογενειακός προγραμματισμός.
- το δευτεροβάθμιο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης στο οποίο δίνεται έμφαση στη θεραπεία και αποκατάσταση.
- το τριτοβάθμιο επίπεδο το οποίο παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες και έχει αναφορά σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία και εξειδικευμένα νοσηλευτικά κέντρα.

Η ΠΦΥ καθορίστηκε ως έννοια το 1978 στο συνέδριο της Άλμα Άτα στη Ρωσία με τον εξής τρόπο: «Η πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του υγειονομικού συστήματος της χώρας, του οποίου είναι κεντρικός μοχλός, αλλά και της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής της οικογένειας, της κοινότητας και του ατόμου με το εθνικό σύστημα υγείας αφού λειτουργεί στο σημείο όπου εργάζονται και ζουν οι άνθρωποι. Συνιστά το πρώτο στοιχείο ενός ολοκληρωμένου προγράμματος υγειονομικής φροντίδας. Η ΠΦΥ απαιτεί τη συνεχή εκπαίδευση σχετικά με τα προβλήματα υγείας που εμφανίζονται, τις μεθόδους πρόληψης, την προώθηση της ορθής διατροφής, την δυνατότητα παροχής τροφίμων και πόσιμου νερού, τα μέτρα υγιεινής, τη φροντίδα μητέρας παιδιού, τον οικογενειακό προγραμματισμό, τον εμβολιασμό, την πρόληψη και τον έλεγχο μεταδοτικών νοσημάτων και τοπικών επιδημιών και την πρόσβαση στα βασικά φάρμακα»[1]. Η ΠΦΥ ουσιαστικά ταυτίζεται με τους στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για πλήρη υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού.

Η ΠΦΥ λοιπόν, περικλείει την αντιμετώπιση τριών ειδών περιστατικών: τη διάγνωση και θεραπεία ασθενών, την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών και την άσκηση προληπτικής ιατρικής[2]. Είναι απαραίτητο σε αυτό το σημείο να διευκρινιστεί ότι η ΠΦΥ αφορά την άσκηση ιατρικής πράξης όχι μόνο προτού ο ασθενής οδηγηθεί στην εισαγωγή σε νοσοκομειακή μονάδα, αλλά κυρίως για να μην χρειαστεί να νοσηλευτεί. Η ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχεται μέσω των Κέντρων Υγείας (ΚΥ), των Περιφερειακών Ιατρείων (ΠΙ), των πολυϊατρείων του ΠΕΔΥ, των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και των ιδιωτών γιατρών. Στην ΠΦΥ συγκαταλέγονται επίσης, η πρωτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη, καθώς και η οδοντιατρική κάλυψη.

Ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός της κάθε μονάδας εντάσσεται στα πλαίσια του κεντρικού υγειονομικού σχεδιασμού, δηλαδή οι αντικειμενικοί σκοποί και στόχοι οφείλουν να είναι απόλυτα εναρμονισμένοι με τους σκοπούς και στόχους του κεντρικού υγειονομικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, να μη τους αντιστρατεύονται και να εντάσσονται στο ίδιο πλαίσιο της πολιτικής υγείας. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας είναι η διαθεσιμότητά τους στον πληθυσμό, η δυνατότητα προσπέλασης των πολιτών, η συνέχεια του έργου τους και η αποδοχή τους από τους πολίτες[3], σημεία που πρέπει να ακολουθούνται και από τις μονάδες ΠΦΥ. Παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση, η οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση διαμορφώνουν την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου και επηρεάζουν την επιλογή του στο κατά πόσο θα χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες ΠΦΥ (Τσελέπη, 1999). Έχει διαπιστωθεί ότι οι περισσότεροι χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ είναι ηλικιωμένοι και συνταξιούχοι με χρόνια προβλήματα υγείας, με το μεγαλύτερο ποσοστό να είναι γυναίκες, άτομα με υψηλά εισοδήματα και υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης[4,5,6,7].

Η αγωγή της υγείας ορίζεται ως το άθροισμα των επιρροών που καθορίζουν τη γνώση, τα πιστεύω και τη συμπεριφορά που έχουν σχέση με την προαγωγή, τη διατήρηση και τη φροντίδα υγείας των ατόμων και των κοινωνιών. Οι επιρροές αυτές

περιλαμβάνουν την οικογένεια, το σχολείο, και την κοινωνία εν γένει, καθώς επίσης και τις διάφορες μορφές των υπηρεσιών υγείας[8]. Η αγωγή της υγείας είναι μια διαδικασία επικοινωνίας με σκοπό την αύξηση της θετικής υγείας και την πρόληψη της κακής, τόσο των ατόμων όσο και των κοινωνικών ομάδων, μέσα από την επίδραση στις αντιλήψεις και στην κοινωνική συμπεριφορά της κάθε μορφής εξουσίας και της κοινωνίας[9]. Η αγωγή της υγείας, λοιπόν, δεν είναι ένα ζήτημα ούτε αποκλειστικά ατομικό ούτε αποκλειστικά κοινωνικό, είναι μια διαδικασία που διαμορφώνεται από πολιτιστικούς παράγοντες, πρότυπα, πολιτικές στο βαθμό που αλληλοεπιδρούν με το κάθε άτομο[10]. Γι αυτό το λόγο υπάρχουν τρεις μορφές αγωγής: η αγωγή σχετικά με το σώμα, η ενημέρωση για την πρόσβαση και την ορθή χρήση των υπηρεσιών υγείας και η αγωγή σχετικά με το εθνικό, και τοπικό επίπεδο δομών και διαδικασιών[11].

Η ΠΦΥ δεν περιλαμβάνει αποκλειστικά τη φροντίδα που απευθύνεται σε φτωχούς πληθυσμούς αναπτυσσόμενων χωρών ή τη φροντίδα αγροτικών πληθυσμών από νοσηλευτές και λειτουργούς παραϊατρικών επαγγελμάτων, ούτε αναφέρεται αποκλειστικά στο πρώτο βήμα επαφής του ατόμου με το σύστημα περίθαλψης[12]. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η ΠΦΥ αναλαμβάνει ζητήματα υγιεινής διαβίωσης και ένα συνολικότερο επίπεδο πρόληψης και αντιμετώπισης νοσημάτων ολόκληρου του πληθυσμού[13]. Όπως αναφέρει ο ΠΟΥ η ΠΦΥ ορίζεται ως η ουσιαστική φροντίδα που παρέχεται με βάση μεθόδους κοινωνικά και επιστημονικά αποδεκτές και προσβάσιμες σε όλους τους πολίτες[14].

Οι ασθενείς, όπως γίνεται αντιληπτό, δεν ανταποκρίνονται το ίδιο στα ερεθίσματα που αφορούν στην υγεία τους. Υπάρχουν πολλές διαφοροποιήσεις που αφορούν στο πώς ερμηνεύουν τα συμπτώματα, και πότε θεωρούν ότι χρειάζεται να απευθυνθούν σε κάποιον επαγγελματία υγείας. Οι παράγοντες αυτοί, επειδή αναφέρονται σε στοιχεία πολιτισμού και παράδοσης, επηρεάζονται από το κοινωνικό σύνολο και επιδέχονται παρέμβασης από την πολιτεία. Ο βαθμός στον οποίο η πολιτεία παρεμβαίνει στη διαμόρφωση των όρων και των προϋποθέσεων για την πρόσβαση του ασθενή στις δομές υγείας, καθορίζει και την ευκολία ή τη συχνότητα με την οποία τα άτομα θα χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες.

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Το θεμέλιο της κοινωνικής ιατρικής είναι η πρόληψη. Ως εκ τούτου το μέγεθος του πληθυσμού, τα χαρακτηριστικά του, τα οποία συνδέονται με την σύνθεση του κατά φύλο και ηλικία, η γεωγραφική κατανομή του και ο ρυθμός αναπαραγωγής του, πρέπει να είναι γνωστά ώστε να δομούνται λειτουργικά συστήματα υγείας[15]. Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή[16]:

- Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει τα μέτρα και τις δραστηριότητες που λαμβάνονται ώστε να αποτραπεί η ασθένεια. Μορφές πρωτογενούς πρόληψης είναι ο έλεγχος του περιβάλλοντος, οι εμβολιασμοί και η αγωγή υγείας. Στην αγωγή υγείας περιλαμβάνονται οι αντικαπνιστικές εκστρατείες, οι εκστρατείες κατά των ναρκωτικών ή του αλκοόλ καθώς και εκστρατείες ενημέρωσης για ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά. Ουσιαστικά, η πρωτογενής πρόληψη αφορά τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την αναθεώρηση κοινωνικών θεσμών.
- Η δευτερογενής πρόληψη σχετίζεται με την έγκαιρη διάγνωση μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου. Η δευτερογενής πρόληψη επιχειρεί να εμποδίσει την εξάπλωση μιας ασθένειας, χρονικά και ποσοτικά, στον πληθυσμό.
- Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει το σύνολο των διαδικασιών που συμβάλλουν στην αποκατάσταση και στην επανένταξη του ατόμου που πάσχει.

Η έννοια της πρόληψης βασίζεται σε παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας υγείας και διαβίωσης. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη θνησιμότητα του πληθυσμού: έχει υπολογιστεί ότι η θνησιμότητα των χαμηλότερων οικονομικά στρωμάτων είναι διπλάσια από των υπολοίπων[17]. Η πρόληψη, κυρίως η πρωτογενής, αφορά σε ένα πλαίσιο παρεμβάσεων που συνεπικουρούν στην επίτευξη μιας κατάστασης όχι απλώς αποφυγής ασθενειών, αλλά πλήρους σωματικής και ψυχικής ευεξίας. Εξάλλου, ο ορισμός της υγείας κατά τον ΠΟΥ δεν αναφέρεται απλώς στην αποτροπή ασθενειών, αλλά σε μια κατάσταση «εύ ζην». Αυτό μεταφράζεται στην υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών σε ορισμένες βασικές συνήθειες[18]:

- Μέτρα προστασίας και ασφάλειας: οι τραυματισμοί αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε άτομα κάτω των 35 ετών, εκ των οποίων πολλά από αυτά οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα.

Κύριο μέτρο πρόληψης αποτελεί η ζώνη ασφαλείας[19] και ο αερόσακος[20].

- Ανοσοποιήσεις: η χρήση εμβολίων είναι σωτήρια για την πρόληψη πολλών ασθενειών, παρόλο που πλέον σημαντικός αριθμός του πληθυσμού θεωρεί την αποφυγή σοβαρών ασθενειών δεδομένη, και ως εκ τούτου, αποφεύγει τα εμβόλια[21].
- Ασφαλείς σεξουαλικές επαφές: Η ενημέρωση γύρω από τη χρήση προφυλακτικού και τις επιπτώσεις των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων συμβάλλει στην αλλαγή των σεξουαλικών συμπεριφορών[22,23].
- Διατροφή και δίαιτα: το διαιτολόγιο, το οποίο καθορίζεται και από περιβαλλοντικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, συμβάλλει στη σωστή ή μη λειτουργία του οργανισμού (για παράδειγμα τα χαμηλά επίπεδα νατρίου μέσω αλατιού, και χοληστερόλης μέσω λιπαρών φαγητών, συμβάλλουν στην αποφυγή των καρδιαγγειακών παθήσεων)[24].
- Έλεγχος του σωματικού βάρους και της παχυσαρκίας: Η παχυσαρκία, η οποία εμφανίζεται στο 1/3 των ατόμων σήμερα[25], επηρεάζει την εμφάνιση καρδιακών νόσων, υπέρτασης, εγκεφαλικών επεισοδίων, ορισμένων μορφών καρκίνου, διαβήτη, οστεοαρθρίτιδας και χολολιθίασης. Η απλή υιοθέτηση κάποιου διαιτητικού προγράμματος δεν εξασφαλίζει τη διατήρηση του σωματικού βάρους στο επιθυμητό επίπεδο[26]. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται ένας συνδυασμός σωστών διατροφικών συνηθειών και τακτικής σωματικής άσκησης[27,28]. Επίσης, η σωματική άσκηση επιφέρει σημαντικά ψυχολογικά οφέλη όπως χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης[29].
- Ύπνος: Ο ύπνος συγκαταλέγεται στις πιο σημαντικές λειτουργίες που επηρεάζουν την υγεία. Η επαρκής τήρηση ωραρίου ύπνου (8 ώρες κατά μέσο όρο) συμβάλλει στη μακροζωία, στην πιο αποδοτική λειτουργία του οργανισμού και του ανοσοποιητικού συστήματος. Αντιθέτως, η μικρή διάρκεια ύπνου ενισχύει την αρνητική διάθεση[24].
- Αποφυγή του καπνίσματος: Το κάπνισμα έχει αποδειχτεί ως μια από τις πλέον επικίνδυνες συνήθειες, καθώς μειώνει το προσδόκιμο ζωής, λόγω των σοβαρών δυσλειτουργιών που επιφέρει στον οργανισμό: καρδιακά νοσήματα, εμφύσημα, καρκίνος, εγκεφαλικά επεισόδια[30]. Επίσης, στην περίοδο της εγκυμοσύνης, ευθύνεται για το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου[31].
- Αποφυγή της κατανάλωσης αλκοόλ και ουσιών: Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ εκτός από την αλκοολική τοξίκωση (γνωστή και ως μέθη), μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά επικίνδυνων για την υγεία καταστάσεων, όπως η κίρρωση του ήπατος και το αλκοολικό εμβρυικό σύνδρομο[32].

Εν γένει, λοιπόν, η εκδήλωση και η αντιμετώπιση μιας νόσου εξαρτάται από δύο διαστάσεις: μία που σχετίζεται με το άτομο και μία που σχετίζεται με το περιβάλλον[33,34]. Οι παρεμβάσεις που εντάσσονται στη δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, στοχεύουν στην αποτροπή εξέλιξης μιας ασθένειας και περιορισμού των συνεπειών της. Για να είναι αποτελεσματικές, οφείλουν να κινούνται και στις δύο διαστάσεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Η αξιοποίηση των σύγχρονων διαύλων επικοινωνίας (όπως τα μέσα μαζικής ενημέρωσης) δεν οδηγούν απαραίτητα σε καλύτερα αποτελέσματα[35]. Σε κάθε παρέμβαση, είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε πληθυσμού και του συστήματος υγείας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι, όταν εισακούονται οι απόψεις των πολιτών μιας κοινωνίας, τότε τα προγράμματα που αναπτύσσονται είναι πιο αποτελεσματικά[36]. Αντίθετα, οι απλές και μεμονωμένες εκστρατείες πληροφόρησης, χωρίς κατ' ιδίαν συζήτηση, φαίνεται ότι επιφέρουν βραχύβιες ή μηδενικές αλλαγές[37-,39]. Καταρχήν, το άτομο όταν βομβαρδίζεται με πληροφορίες και συμβουλές, τείνει να τις αποφεύγει ώστε να διατηρεί ήρεμο τον ψυχισμό του[40]. Επιπλέον, πολλές φορές τα μηνύματα φθάνουν δυσκολότερα στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα ή παρακάμπτουν τον πληθυσμό που έχει μεγαλύτερη ανάγκη ενημέρωσης[41].

Ένα ερώτημα που ανά περιόδους εγείρεται, είναι αν η όποια μορφή εξέτασης είναι υποχρέωση του πολίτη ή επιλογή του. Το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του σώματος σημαίνει ότι ο άνθρωπος είναι ελεύθερος να διαχειρίζεται το σώμα του σε κάθε τομέα της κοινωνικής ζωής, και, επομένως, και στον τομέα της πρόληψης. Με βάση τις σύγχρονες κοινωνικοπολιτικές αναλύσεις[42] το σώμα είναι στην αποκλειστική διάθεση του ατόμου, χωρίς να του επιβάλλονται έξωθεν παρεμβάσεις. Σε αυτό το

σημείο έχει αξία να αναφερθεί ότι στα κριτήρια της εφαρμογής προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου κατά τον Haggard[43], υπάρχει η πρόβλεψη ότι οι μέθοδοι διάγνωσης οφείλουν να είναι ηθικά και κοινωνικά αποδεκτές. Στα δικαιώματα του ασθενή υπάρχει η εξαίρεση του από την εκτέλεση των κοινωνικών ρόλων, ακόμα και αυτού του αρρώστου, και της απαλλαγής του από ευθύνες για την κατάσταση της υγείας του[44,45].

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ) ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ (ΕΕ)

Η μελέτη συστημάτων υγείας των υπολοίπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) αναδεικνύει την ύπαρξη οριοθετημένων πλαισίων ανάμεσα στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, αλλά και μεταξύ της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας δομής.

Η Σουηδία, στις αρχές της δεκαετίας του 90 μεταρρύθμισε το σύστημα υγείας της: οι μονάδες εντατικής θεραπείας συγκεντρώθηκαν στα μεγάλα νοσοκομειακά συγκροτήματα, ενώ τα μικρότερα νοσοκομειακά συγκροτήματα μετατράπηκαν σε κοινοτικές μονάδες ΠΦΥ, με τη δυνατότητα να παρέχουν βραχεία νοσηλεία και χειρουργεία, μέσω ενός δυναμικού τεσσάρων γενικών γιατρών[46]. Η αρμοδιότητα της κατανομής των πόρων εδραζόταν πλέον στα κοινοτικά συμβούλια (μέσω του τοπικού προϋπολογισμού), με τη λήψη περιορισμένων ενισχύσεων από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το 1994, ορισμένα από τα κοινοτικά συμβούλια θεσμοθέτησαν την ύπαρξη οικογενειακού γιατρού, το δικαίωμα στην επιλογή του γιατρού αυτού από τον πολίτη, και τη δυνατότητα πρόσβασης στον ιδιωτικό τομέα. Στις αρχές της δεκαετίας του 2000 διατέθηκαν κονδύλια από την κεντρική κυβέρνηση για την ανάπτυξη της ΠΦΥ, με το βάρος να δίνεται στην προληπτική ιατρική και την γηριατρική[47]. Παρ' ολ' αυτά, η άτακτη και περιορισμένη δομή της ΠΦΥ και οι συνεχείς νομοθετικές αλλαγές οδήγησαν σε διεύρυνση των ανισοτήτων μεταξύ του πληθυσμού[48].

Στη Μεγάλη Βρετανία, η εθνική νομοθεσία με το διάταγμα 1946/1948 καθιερώνει εθνικό σύστημα υγείας, οι υπηρεσίες του οποίου κρατικοποιήθηκαν και η χρηματοδότηση τους ανατέθηκε στο δημόσιο τομέα. Το σύστημα ΠΦΥ ακολουθεί τη φιλοσοφία της προληπτικής ιατρικής, με στόχο την αποτροπή της κατάληξης των περιστατικών στα νοσοκομεία. Την ίδια φιλοσοφία ακολουθεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, που παρέχει συμβουλές, αντιμετωπίζει απλά περιστατικά και τραυματισμούς, έχοντας την ευθύνη της κατανομής των ασθενών στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές[49]. Συμπληρωματικά με τον οικογενειακό γιατρό λειτουργούν μια σειρά επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένου του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο στη Μεγάλη Βρετανία (σε αντίθεση με την Ελλάδα), εγγράφεται στο δυναμικό της ΠΦΥ και καλύπτει, είτε το πεδίο της ενημέρωσης είτε της δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, με τη βοήθεια στο σπίτι. Στο ίδιο πεδίο συγκαταλέγονται οι φυσικοθεραπευτές. Οι γενικοί γιατροί λειτουργούν εντός του συστήματος υγείας και της λίστας των ασθενών του. Λόγω της υποστελέχωσης των τελευταίων ετών, οι ασθενείς μπορούν να επισκέπτονται τα τμήματα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου, χωρίς παραπομπή από τον γενικό γιατρό[50]. Το σύστημα υγείας φροντίζει να λαμβάνει υπόψη συχνά τη γνώμη των πολιτών, καταγράφοντας ετησίως τα ποσοστά ικανοποίησής τους με βάση το πόσο εύκολα και γρήγορα οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα να επισκεφθούν τον οικογενειακό γιατρό και κατά πόσο αποδίδουν οι φόροι που συνεισφέρουν για την υγεία[51].

Στην Ιρλανδία υπάρχει αντίστοιχο σύστημα ΠΦΥ με της Μεγάλης Βρετανίας, με τον οικογενειακό γιατρό στο επίκεντρο[52]. Μόνο το 47% όμως του πληθυσμού δικαιούται πρόσβασης στο σύστημα ΠΦΥ μέσω του δημοσίου. Για το υπόλοιπο 53% οι παροχές διαφέρουν, ανάλογα με το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης. Για ορισμένες ιδιωτικές συμβάσεις ο χρόνος αναμονής είναι ιδιαίτερα μεγάλος, με αποτέλεσμα πρακτικά να μην έχουν πρόσβαση στις δομές[53].

Η Ολλανδία διαθέτει ένα σύστημα ΠΦΥ, το οποίο παρέχει το δικαίωμα στον πολίτη να επιλέγει τον οικογενειακό γιατρό, στον οποίο υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης εντός 15 λεπτών κατά μέσο όρο. Κατά τη διάρκεια της νύχτας και των αργιών, υπάρχει η πρόβλεψη για κάλυψη από κέντρα οικογενειακών γιατρών. Το σύστημα ΠΦΥ λειτουργεί με επίκεντρο τον οικογενειακό γιατρό, χωρίς την παραπομπή του οποίου δε μπορεί να υπάρξει περαιτέρω παρακολούθηση του ασθενούς. Από το 2000, μέρος των αρμοδιοτήτων των οικογενειακών

γιατρών μεταβιβάστηκε σε μια σειρά άλλων κλάδων, όπως οι φυσιοθεραπευτές και οι νοσηλεύτριες, οι οποίες πλέον έχουν αναλάβει ένα μέρος της πρόληψης και της συνταγογράφησης. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην παρακολούθηση της εμφάνισης λοιμώξεων, τόσο στον παιδικό, όσο και στον ενήλικο πληθυσμό. Αντίστοιχη σημασία δίνεται στην αντιμετώπιση και κάλυψη χρόνιων νοσημάτων, όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου, από ένα εξειδικευμένο δίκτυο γενικών γιατρών[54]. Η χρηματοδότηση αντλείται από τρεις πυλώνες, με βασικό τον κρατικό προϋπολογισμό και από κει και πέρα ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες (οι οποίες δεν καλύπτονται από τη βασική υγειονομική κάλυψη) υπάρχει ένα είδος αναλογικής συμμετοχής ιδιωτών και ιδιωτικών ασφαλιστικών[55]. Η κάλυψη της ΠΦΥ εκτείνεται από τα παιδιά έως τους πρόσφυγες και τους μετανάστες. Η αποτελεσματικότητα του συστήματος ΠΦΥ αποτυπώνεται στην ορθολογική χρήση των νοσοκομειακών υποδομών, με την αποφυγή περιττών νοσηλειών[56].

Στη Νορβηγία, ο πυλώνας του συστήματος πρωτοβάθμιας κάλυψης είναι ο οικογενειακός γιατρός. Την ευθύνη λειτουργίας και κατανομής των δομών της ΠΦΥ έχουν οι τοπικές κοινότητες, οι οποίες ανάλογα με τις ανάγκες τους, είτε προσλαμβάνουν οικογενειακούς γιατρούς, είτε συνάπτουν συμβάσεις με ιδιώτες. Οι οικογενειακοί γιατροί είναι υπεύθυνοι για την παραπομπή στα νοσοκομεία και σε άλλες ειδικότητες, για την τηλεφωνική παροχή οδηγιών και την εξυπηρέτηση των έκτακτων περιστατικών[57]. Το 2010, πραγματοποιήθηκε έρευνα για την ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες ΠΦΥ, με βάση την οποία πραγματοποιήθηκαν το 2011 νομοθετικές παρεμβάσεις, καθώς σε μερικές περιπτώσεις ο χρόνος αναμονής για την επίσκεψη σε οικογενειακό γιατρό ήταν από δύο έως πέντε ημέρες[58].

Στη Δανία, η ΠΦΥ στηρίζεται στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Οι τελευταίες νομοθετικές παρεμβάσεις της κυβέρνησης προσπαθούν να δώσουν κίνητρα στους οικογενειακούς γιατρούς ώστε να λειτουργούν σε συνεταιρισμούς/ομάδες. Η λειτουργία των οικογενειακών γιατρών και των λοιπών ειδικοτήτων που ασχολούνται με την ΠΦΥ ανήκουν αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα. Η κεντρική προσπάθεια των κυβερνήσεων αφορά στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Στην κάλυψη της ΠΦΥ περιέχονται και οι μετανάστες, ενώ οι πρόσφυγες-αιτούντες άσυλο έχουν δικαίωμα πρόσβασης μόνο στα τμήματα επειγόντων περιστατικών[59].

Στη Γερμανία, η τακτική παρακολούθηση παρέχεται από γιατρούς της επιλογής του κάθε πολίτη. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών προκύπτει με βάση τις ασφαλιστικές εισφορές. Η βάση του ελέγχου και των υπηρεσιών πρόληψης ανήκει στα κρατίδια, παρά τις προσπάθειες της κεντρικής κυβέρνησης να αποκτήσει έλεγχο στις υπηρεσίες ΠΦΥ, προσπάθεια η οποία τελικά δεν τελεσφόρησε. Το σύστημα ΠΦΥ δε βασίζεται στον οικογενειακό γιατρό-gatekeeper, αλλά στηρίζεται στην εκτεταμένη πρόληψη και παρακολούθηση της εξέλιξης των ασθενειών. Τα επείγοντα περιστατικά καλύπτονται από τους γενικούς γιατρούς στις δομές υγείας, οι οποίοι λειτουργούν μέσω των τηλεφωνικών κέντρων και των ασθενοφόρων, στα οποία είναι χρεωμένοι[60].

Στην Ισπανία, το σύστημα ΠΦΥ βασίζεται στον οικογενειακό γιατρό και στις πολιτικές ελέγχου, καταγραφής και πρόληψης των νοσημάτων. Η πολιτική του συστήματος αυτού κινείται σε δύο επίπεδα: το ένα επίπεδο είναι η παρέμβαση στον τρόπο ζωής, ώστε να μειώνεται η επίδραση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση ασθενειών, και το δεύτερο επίπεδο είναι η επιμόρφωση διαφορετικών ομάδων πληθυσμού, ανάλογα με τις ανάγκες και τους κινδύνους που εμφανίζουν. Η μεγαλύτερη σύγκρουση στον τομέα της ΠΦΥ, είναι μεταξύ της κυβέρνησης και των περιφερειών για τον έλεγχο και τη χρηματοδότηση των τοπικών δομών. Οι τελευταίες νομοθετικές παρεμβάσεις προσπαθούν να εναρμονίσουν τις δομές ΠΦΥ με τους στόχους του Π.Ο.Υ.[61].

Στη Γαλλία, επικρατεί ένα ιδιότυπο καθεστώς στην ΠΦΥ: ο οικογενειακός γιατρός είναι υπεύθυνος για την κατανομή των ασθενών στις υπόλοιπες ειδικότητες και στα νοσοκομεία, αλλά ο ασθενής έχει το δικαίωμα να επισκέπτεται χωρίς παραπομπή κάποια άλλη ειδικότητα, εφόσον καλύψει μόνος του ένα μέρος των εξόδων (semi-gatekeeping). Οι τοπικοί δήμοι και κοινότητες είναι επιφορτισμένες με τη διαχείριση του κυρίως τμήματος της πολιτικής υγιεινής (τρόφιμα, νερό, περιβάλλον) και πρόληψης (εμβολιασμοί, καταγραφή μολύνσεων). Το 2004 ξεκίνησε μια προσπάθεια ενοποίησης των υπηρεσιών ΠΦΥ[62].

Στην Ιταλία, η ΠΦΥ είναι υπό την ευθύνη των υγειονομικών περιφερειών. Πρόσφατα υπήρξε προσπάθεια εκσυγχρονισμού του συστήματος πρωτοβάθμιας και μετάβασης από το μοντέλο του οικογενειακού γιατρού-gatekeeper, σε ένα μοντέλο με μεγαλύτερη διασύνδεση μεταξύ των επαγγελματιών και υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα άμεσης πρόσβασης στον οικογενειακό γιατρό, και σε περίπτωση που τον παρακάμψουν, είναι υποχρεωμένοι να καταβάλουν χρηματικό ποσό της τάξεως των 20 €. Το πιο σημαντικό πρόβλημα στο ιταλικό σύστημα πρωτοβάθμιας κάλυψης είναι η γεωγραφική ανισότητα μεταξύ Βορρά και Νότου, η οποία αντικατοπτρίζει κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες του ιταλικού κράτους. Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες, είτε με είτε χωρίς νόμιμα έγγραφα, εντάσσονται κανονικά στο σύστημα της ΠΦΥ[63].

Στη Μάλτα, το σύστημα ΠΦΥ αφορά κατά 70% τον ιδιωτικό τομέα, όπως δείχνει η ετήσια καταγραφή που οργανώνει το εθνικό ινστιτούτο υγείας. Με βάση τις ίδιες καταγραφές, γίνεται προσπάθεια να κατανέμονται οι πόροι από τον προϋπολογισμό προς τις επιθυμίες και τις ελλείψεις των πολιτών. Εκτός από τον ιδιωτικό τομέα, υπάρχουν οχτώ δημόσια κέντρα ΠΦΥ υπεύθυνα, τόσο για την καταγραφή, την πρόληψη και τα μέτρα υγιεινής, όσο και για την παροχή υπηρεσιών προς τους πολίτες. Υπεύθυνος για την κατανομή των πολιτών στο σύστημα είναι ο οικογενειακός γιατρός[64].

Στην Κύπρο, το σύστημα της πρωτοβάθμιας πάσχει από την έλλειψη σύνδεσης μεταξύ των δομών που την παρέχουν[65]. Το σύστημα είναι μεικτό, με συνύπαρξη τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Υπάρχει οικογενειακός γιατρός, χωρίς να υπάρχει διασύνδεση μεταξύ των δομών ή σύστημα παραπομπής (gatekeeping). Παρ' ολ' αυτά οι δομές του συστήματος υγείας είναι σύγχρονες και επαρκώς εξοπλισμένες, γεγονός που αντικατοπτριζόταν σε δύο έρευνες ικανοποίησης που πραγματοποιήθηκαν. Σε τελευταία έρευνα βέβαια ο βαθμός ικανοποίησης παρουσίασε μείωση[66]. Το ποσοστό των ασθενών που επισκέπτεται τουλάχιστον μια φορά το χρόνο κάποιον ειδικό γιατρό είναι 70%, εκ του οποίου μόλις το 11% είχε επισκεφθεί πρώτα έναν οικογενειακό γιατρό, γεγονός που αντικατοπτρίζει το έλλειμα διασύνδεσης[67].

Στο Βέλγιο, ο οικογενειακός γιατρός δεν έχει το ρόλο της κατανομής των ασθενών σε άλλες ειδικότητες ή στα νοσοκομεία (gatekeeper). Εν μέρει, η επιλογή αυτή έγκειται στο γεγονός ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τον οικογενειακό γιατρό δεν γίνεται μέσω του δημόσιου, αλλά μέσω του ιδιωτικού τομέα. Αποτέλεσμα αυτού είναι η υπερβολική χρήση των δευτεροβάθμιων δομών, ιδίως για χρόνια νοσήματα[68]. Οι οικογενειακοί γιατροί είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, όπως και οι διάφορες άλλες ειδικότητες, στις οποίες ο πολίτης έχει ελεύθερη πρόσβαση. Το πλαίσιο της ΠΦΥ δεν είναι ξεκάθαρο καθώς οι πολίτες μπορούν να αναφερθούν και στις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες, χωρίς τη μεσολάβηση του οικογενειακού γιατρού, για ζητήματα πρωτοβάθμιας κάλυψης. Πρόσφατα έχει λάβει χώρα μεταρρύθμιση για την επέκταση της ημερήσιας λειτουργίας των οικογενειακών γιατρών, με σύγχρονη καταγραφή από το κράτος της γνώμης των πολιτών[69].

Στην Πορτογαλία, η ΠΦΥ δεν περιορίζεται στον οικογενειακό γιατρό, καθώς υπάρχουν από το 2006 και μετά μια σειρά κρατικών προγραμμάτων με επίκεντρο την ενημέρωση και την πρόληψη. Καταρχήν υπάρχει ειδικότητα δημόσιας υγείας, η οποία αποκτάται μετά από 4 χρόνια εργασίας στον τομέα, και ασχολείται με την επιδημιολογία και την καταγραφή περιστατικών που αφορούν στη δημόσια υγεία. Στο ίδιο πλαίσιο κινείται και το παρατηρητήριο δημόσιας υγείας. Επιπρόσθετα, υπάρχουν δύο κρατικές διαδικτυακές σελίδες, μέσω των οποίων ο πολίτης έχει τη δυνατότητα να ενημερώνεται με ασφαλές και επιστημονικά έγκυρο τρόπο. Πέρα από τις διαδικτυακές σελίδες, υπάρχει συγκροτημένο πρόγραμμα δημόσιας εκπαίδευσης και ενημέρωσης πάνω στην ΠΦΥ. Κατά τα άλλα, ο οικογενειακός γιατρός έχει την ευθύνη κατανομής των ασθενών (gatekeeping) μέσα από ένα δίκτυο δομών που περιλαμβάνουν κέντρα υγείας, αγροτικά και περιφερειακά ιατρεία. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές απαντούσαν σε έρευνες που έδειχναν χαμηλό επίπεδο γνώσης γύρω από την πρόληψη[70].

Στην Αυστρία, δεν υπάρχει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα απεριόριστης πρόσβασης σε όλες τις δομές του εθνικού συστήματος υγείας. Το μεγαλύτερο πρόβλημα του αυστριακού συστήματος είναι η μικρή συμμετοχή του πληθυσμού στα προγράμματα εμβολια-

σμού. Σε αυτό το πρόβλημα το υπουργείο υγείας προσπάθησε να απαντήσει με ένα εκτεταμένο πρόγραμμα παρακολούθησης και καταγραφής των λοιμώξεων, της αντοχής στα αντιβιοτικά και της χρήσης εμβολίων και ακολούθως με ένα πρόγραμμα ενημέρωσης του πληθυσμού για τον κίνδυνο των λοιμώξεων και τα οφέλη του εμβολιασμού[71]. Ένα άλλο πρόβλημα είναι η υπερβολική χρήση των νοσοκομείων, λόγω της έλλειψης του οικογενειακού γιατρού και της δυνατότητας gatekeeping[72].

Στη Βουλγαρία, ο βασικός πάροχος υπηρεσιών ΠΦΥ είναι ο οικογενειακός γιατρός, ο οποίος κατανέμει τους ασθενείς στις υπόλοιπες δομές. Το βασικό πρόβλημα του συστήματος ΠΦΥ είναι η άνιση γεωγραφική κατανομή των οικογενειακών γιατρών και η δυσκολία της κατ' οίκον νοσηλείας, αποτέλεσμα του συνεχώς μειούμενου αριθμού οικογενειακών γιατρών[73]. Παρ' ολ' αυτά οι πολίτες αξιολογούν θετικά την ΠΦΥ[74].

Στην Κροατία, υπάρχει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού με κύριο ρόλο την παρακολούθηση και παρέμβαση σε οικογένειες. Στο συγκεκριμένο σύστημα ΠΦΥ, ο οικογενειακός γιατρός είναι θεωρητικά επιφορτισμένος με την κατανομή των ασθενών στις υπόλοιπες δομές, στην πράξη όμως οι περισσότεροι ασθενείς παρακάμπτουν αυτή τη διαδικασία, εφόσον άτυπα δεν εφαρμόζεται στον ιδιωτικό τομέα[75].

Στην Τσεχία, ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού υφίσταται, αλλά δεν έχει το ρόλο της κατανομής/διανομής στις υπόλοιπες δομές του συστήματος υγείας, καθώς οι ασθενείς είναι ελεύθεροι στο να απευθύνονται σε όποια ειδικότητα και δομή επιθυμούν. Η συντριπτική πλειονότητα των δομών και παρόχων ΠΦΥ είναι ιδιωτική[76]. Τα παραπάνω οδηγούν σε αυξημένο ποσοστό ιδιωτικών πληρωμών[77].

Στην Λετονία, ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού περιλαμβάνει εξειδικευμένους γενικούς γιατρούς, γυναικολόγους και παιδίατρους, οι οποίοι κατανέμουν και διανέμουν τους ασθενείς στις υπόλοιπες δομές του συστήματος υγείας. Υπάρχει εκτεταμένο δίκτυο καταγραφής και παρακολούθησης λοιμώξεων και επιδημιών. Βοηθητικά ως προς τον οικογενειακό γιατρό λειτουργεί και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο είναι επιφορτισμένο με τμήμα της ΠΦΥ στα αγροτικά ιατρεία. Υπάρχει συχνή αξιολόγηση και έλεγχος ποιότητας του συστήματος από το 2000 και μετά[78].

Στην Ουγγαρία, η διαχείριση της ΠΦΥ ανήκει στις τοπικές κοινότητες. Λόγω του συστήματος Shemanko (το σοβιετικό μοντέλο υγείας, με το όνομα του τότε Υπουργού Υγείας, υπήρξε πλήρως κρατικό, με ιδιαίτερη έμφαση στα αγροτικά ιατρεία και την ΠΦΥ) η δομή και η παιδεία στην πρόληψη και την πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι σε ιδιαίτερα καλά επίπεδα, σε αντίθεση με τη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων. Το σύστημα ΠΦΥ βασίζεται στον οικογενειακό γιατρό το οποίο μετά τις τελευταίες νομοθετικές αλλαγές έχει αυξανόμενο αριθμό επισκεπτών[79].

Στη Σλοβενία, το σύστημα ΠΦΥ βασίζεται στη διαχείριση από την εκάστοτε τοπική κοινότητα και περιλαμβάνει οικογενειακούς γιατρούς, παιδίατρους, γυναικολόγους, φυσιοθεραπευτές και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι μισοί περίπου (43%) από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας ανήκουν στις δομές των τοπικών κοινοτήτων, οι οποίες περιλαμβάνουν από νοσοκομεία (στα οποία από επαγγελματίες πρωτοβάθμιας δουλεύουν οι γυναικολόγοι), κέντρα υγείας και αγροτικά ιατρεία. Στην ΠΦΥ συγκαταλέγεται και η φροντίδα/διαχείριση χρόνιων νοσημάτων. Υπάρχει επίσης ένα εκτεταμένο σύστημα καταγραφής και πρόληψης μεταδοτικών ασθενειών[80]. Λόγω του εκτεταμένου φαινομένου της μετανάστευσης, υπάρχουν λίγοι γενικοί γιατροί και παιδίατροι για να καλύψουν τις υπηρεσίες ΠΦΥ και γι αυτό το λόγο υπάρχει άσκοπη χρήση των υπόλοιπων ειδικοτήτων[81].

Στη Σλοβακία, υπάρχει ένα ημιιδιωτικοποιημένο σύστημα ΠΦΥ: οι υποθέσεις δημόσιας υγιεινής, πρόληψης και καταγραφής νοσημάτων ανήκουν στο δημόσιο, ενώ οι δομές παροχής ΠΦΥ ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα. Κάθε ασφαλιστική εταιρία υποχρεούται να συνάπτει συμφωνία με έναν οικογενειακό γιατρό, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη κατανομή του ασθενούς στο σύστημα υγείας[82]. Παρ' ολ' αυτά, το 74% των ασθενών προσφεύγει στα επείγοντα, καθώς αδυνατεί να έχει πρόσβαση στην ΠΦΥ[83].

Στο Λουξεμβούργο, η δομή της ΠΦΥ βασίζεται κυρίως στο επίπεδο της πρόληψης. Αν και το βιοτικό επίπεδο του Λουξεμβούργου είναι ιδιαίτερα υψηλό και τα ποσοστά εμβολιασμού είναι υψηλά, παρουσιάστηκαν προβληματισμοί σχετικά με την

άνοδο των ποσοστών παχυσαρκίας και χρήσης καπνού. Σε αυτό το επίπεδο υπήρξαν μεταρρυθμίσεις που στόχευαν στην αύξηση της ενημέρωσης και της αντιμετώπισης χρόνιων νοσημάτων. Κατά τα άλλα, υπάρχει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, χωρίς τον περιορισμό της κατανομής από αυτόν στις υπόλοιπες δομές[84].

Στη Φινλανδία, η κεντρική αρχή είναι υπεύθυνη για το σχεδιασμό και την καταγραφή των ζητημάτων πρόληψης, ενώ οι τοπικές αρχές είναι υπεύθυνες για την προσαρμογή και εξειδίκευση των ζητημάτων αυτών στον τοπικό πληθυσμό. Στις αρμοδιότητες της κεντρικής αρχής βρίσκεται το εμβολιαστικό πλάνο, η παρακολούθηση των λοιμώξεων και τα μέτρα υγιεινής. Στις αρμοδιότητες των τοπικών κοινοτήτων είναι η εφαρμογή των πλάνων εμβολιασμού, ο οικογενειακός προγραμματισμός και ορισμένα μέτρα υγιεινής. Δεν υπάρχει οικογενειακός γιατρός, καθώς η χρέωση των ασθενών στις τοπικές κοινότητες δε γίνεται μεμονωμένα σε γιατρούς, αλλά στα κέντρα υγείας. Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα με γενικούς γιατρούς, παιδίατρους, γυναικολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και με εργαστηριακό εξοπλισμό που συμπεριλαμβάνει μικροβιολογικό και ακτινοδιαγνωστικό έλεγχο. Υπάρχει αλληλοκάλυψη των κέντρων υγείας και των νοσοκομείων σε επίπεδο διαχείρισης προσωπικού[85].

Στην Πολωνία, το σύστημα ΠΦΥ είναι επιφορτισμένο με την πολιτική υγιεινής και την πρόληψη. Ο στόχος που έχει τεθεί, και εν πολύς έχει επιτευχθεί στον τομέα της εμβολιαστικής κάλυψης και των λοιμωδών νοσημάτων, είναι η εναρμόνιση της Πολωνίας με τους στόχους του Π.Ο.Υ. Ο οικογενειακός γιατρός λειτουργεί ως διανομέας στο σύστημα υγείας[86].

Στην Εσθονία, υπήρξε, μετά την αυτονόμησή της, η μετάβαση από ένα πλήρως δημόσιο σύστημα υγείας, στο οποίο η έμφαση δινόταν στη δευτεροβάθμια κάλυψη, σε ένα μεικτό σύστημα δημόσιου και ιδιωτικού στο οποίο επιχειρείται πλέον να δοθεί έμφαση στην ΠΦΥ. Σε αυτό το πλαίσιο στο επίπεδο της πολιτικής υγείας, η έμφαση μεταφέρεται από τον έλεγχο και την καταγραφή, στην πρόληψη και τα μέτρα υγιεινής. Θεσμοθετήθηκε ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και της οικογενειακής νοσηλεύτριας, οι οποίοι εργάζονται ως ιδιώτες και με μερική δυνατότητα διανομής/κατανομής στο σύστημα υγείας[87].

Στη Λιθουανία, έχει αναπτυχθεί ένα σύστημα ΠΦΥ σε δύο επίπεδα: ένα το κεντρικό το οποίο αποτελείται από κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία που είναι στην περιοχή ευθύνης τους και ένα επίπεδο αποκεντρωμένο το οποίο λειτουργεί με ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς. Οι οικογενειακοί γιατροί λειτουργούν με την ευθύνη της κατανομής στο σύστημα υγείας[88].

Στη Ρουμανία, το σύστημα ΠΦΥ βασίζεται στους οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίοι κατανέμουν τους ασθενείς στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές υγείας[89]. Η μεγαλύτερη πρόκληση του συστήματος είναι η εναρμόνιση των δεικτών της Ρουμανίας με το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ, καθώς για παράδειγμα ο ρυθμός εμβολιασμών έχει μειωθεί[90].

Η ΠΦΥ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ

Νομοθετικό χρονικό της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τις υπόλοιπες δομές που συμπεριλαμβάνονται στις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), οι οποίες περιλαμβάνουν τα ιατρεία του ΕΟΠΥΥ και των πρώην ιατρείων των ασφαλιστικών ταμείων, καθώς και τους ιδιώτες γιατρούς. Ο οικογενειακός γιατρός συνιστά το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με το σύστημα υγείας (διαδραματίζοντας ένα είδος «τροχονόμου» του συστήματος) και κατευθύνει τον ασθενή σε περαιτέρω ενέργειες, αν αυτό απαιτείται[91]. Είναι διαθέσιμος σε συνεχή βάση, όλες τις ώρες, ακόμα αν χρειαστεί και στο σπίτι του ασθενούς και σε ένα συνολικό πλαίσιο που περιλαμβάνει την περίθαλψη, την αποκατάσταση και την υποστήριξη[92].

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στην έκδοση σχετικά με τη δημόσια υγεία στην Ευρώπη, επικεντρώνεται περισσότερο σε ζητήματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας για την αντιμετώπιση των ασθενειών που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, (όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος), παρά σε ζητήματα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα, διαχρονικά η ΠΦΥ μεταρρυθμίζεται με νομοσχέδια και ζητήματα οργάνωσης, χωρίς να προκύπτουν υλικά αποτελέσματα: έχουν νομοθετηθεί αρκετές φορές κέντρα υγείας αστικού τύπου, η κάρτα υγείας ασθενούς και ο οικογενειακός γιατρός, χωρίς να εμφανίζονται στην καθημερινή ζωή.

Λόγω αυτού, την παροχή της ΠΦΥ αναλάμβαναν κυρίως ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ιδιώτες γιατροί, με υψηλό κόστος για το δημόσιο και τα ταμεία ασφάλισης[93]. Η απουσία ελέγχου ροής εξετάσεων και φαρμακευτικής κάλυψης και η έλλειψη πρόληψης και οικογενειακού προγραμματισμού επιβαρύνει τη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων[94], πολλαπλασιάζοντας το κόστος[95].

Τα πρώτα νομοσχέδια που αφορούσαν στην ΠΦΥ ήταν το 2592/53 και το 3487/55, αφήνοντας παρακαταθήκη την ύπαρξη των κέντρων υγείας σε αγροτικές περιοχές και το θεσμό του αγροτικού γιατρού, αφού οι υπόλοιπες νομοθετικές πρωτοβουλίες αφορούσαν στην αντιστοίχιση σε συστήματα υγείας τα οποία ήταν προσαρμοσμένα σε άλλες περιόδους. Συγκεκριμένα, ο νόμος 2592/53 θεσμοθετεί για πρώτη φορά τους κοινοτικούς υγειονομικούς σταθμούς σε απομακρυσμένες υγειονομικές περιφέρειες, οι οποίοι περιλάμβαναν μικρό αριθμό κλινών. Εξαίρεση αποτελεί η πρόταση του Υπουργού Υγείας Πάτρα «Σχεδιασμός της κοινωνικής πολιτικής», που εισήγαγε το θεσμό του οικογενειακού γιατρού[96] και το προσχέδιο νόμου του Δοξιάδη το 1980[97] με το οποίο εισάγεται μια πρώιμη μορφή κέντρων υγείας αστικού τύπου.

Η πρώτη προσπάθεια για εναρμόνιση με σύγχρονα δεδομένα έγινε με το νόμο 1397/1983, παρόλο που περιορίζεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και αντιμετώπιση, χωρίς να επεκτείνεται στην ευρύτερη έννοια της πρόληψης. Η επιλογή αυτή ήταν πολιτική και συνειδητή, εφόσον με αυτό τον τρόπο οι τομείς αυτοί αφηνόταν εκτός του τότε νεοσύστατου ΕΣΥ, ώστε να καλύπτονται από τους παρόχους του ιδιωτικού τομέα (΄Ελληνας, 2005). Την περίοδο εκείνη το έδαφος ήταν πρόσφορο για πιο ριζοσπαστικές επιλογές με τη δημιουργία ενός κοινωνικοποιημένου δημόσιου συστήματος υγείας, το οποίο δε θα ταυτίζεται ούτε με το κράτος, ούτε με έναν αχανή και χωρίς όρια ιδιωτικό τομέα. Ο όρος κοινωνικοποίηση αναφέρεται σε μια μορφή εθνικοποίησης (μαζί με την κρατικοποίηση) και αναφέρεται σε ειδικό τρόπο αφαίρεσης της ιδιοκτησίας όταν ένα αγαθό ή υπηρεσία αποκτά χαρακτήρα δημόσιας υπηρεσίας[98], με τους πολίτες να ασκούν εξουσία μέσω των κοινωνικών φορέων[99]. Η κοινωνικοποίηση στον τομέα της υγείας ήταν συμβατή με το τότε Σύνταγμα στο βαθμό που οι υπηρεσίες και η κατανομή των μονάδων υγείας μπορούσαν να συνυπάρξουν με την ατομική ιδιοκτησία[100].

Αντ' αυτού, υιοθετήθηκε ένα μοντέλο λειτουργίας με επίκεντρο το νοσοκομείο. Η λειτουργία αυτού του μοντέλου κατέληξε στην υποβάθμιση του ρόλου των κέντρων υγείας, τα οποία ουσιαστικά έγιναν εξαρτημένες από το νοσοκομείο μονάδες, Το επίπεδο ικανοποίησης του ασθενούς ήταν από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη[101]. Ο τότε τύπος οργάνωσης έκρινε ότι η πρόληψη παρέχεται καλύτερα μέσω του φορέα στον οποίο ανήκουν τα κέντρα υγείας και επιτελείται βέλτιστα από υπηρεσίες που τοποθετούνται στο μεταίχμιο του συγκεντρωτικού συστήματος[102]. Στον ίδιο νόμο εμφανίζεται ο θεσμός του οικογενειακού/γενικού γιατρού, ο οποίος κρίνεται ως το βασικό προσωπικό για τη στελέχωση των κέντρων υγείας, χωρίς παρ'ολ'αυτά να ιδρύεται νέα ειδικότητα με βάση τα διεθνή δεδομένα.

Ο νόμος 1579/1985 έδρασε συμπληρωματικά προς τον προηγούμενο: ίδρυσε την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής, ενώ απαγόρευσε την χρήση της επωνυμίας «Κέντρο Υγείας-Ιατρικό κέντρο» από ιδιώτες. Επίσης ιδρύει το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) με κύριες αρμοδιότητες την παροχή άμεσης φροντίδας σε έκτακτα περιστατικά, την επείγουσα ιατρική αρωγή και τη διακομιδή/μεταφορά των επειγόντων περιστατικών στις μονάδες υγείας.

Ο νόμος 2701/1992 έδωσε τη δυνατότητα σε ιδιωτικούς φορείς να συνάπτουν συμβάσεις με ασφαλιστικούς οργανισμούς, για την κάλυψη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επίσης, διεύρυνε την έννοια της πρωτοβάθμιας υγείας, ώστε να περιλαμβάνει τις ενέργειες πρόληψης και περίθαλψης, ενώ εισήγαγε το θεσμό της κατ' οίκον νοσηλείας. Ο νόμος 2194/94 στην ουσία ακύρωσε τον παραπάνω νόμο. Ο νόμος 2519/1997α θεσμοθετεί πάλι τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, με τη μορφή των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και επανάφερε το θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Ο νόμος 3235/2004 εισάγει και πάλι τον οικογενειακό γιατρό, την ηλεκτρονική κάρτα υγείας και πλέον οι μονάδες ΠΦΥ υπάγονται στις υγειονομικές περιφέρειες. Με το νόμο 3370/2005 ιδρύεται το Κέντρο Ελέγχου Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ).

Με βάση το παραπάνω χρονικό γίνεται σαφές ότι κατατίθενται νομοσχέδια τα οποία, είτε μεταρρυθμίζουν τις ονομασίες των ήδη υπαρχόντων δομών, είτε εμφανίζουν ρυθμίσεις οι οποίες δεν εφαρμόζονται. Ενώ έχουν θεσμοθετηθεί ο οικογενεια-

κός γιατρός, τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, η πολιτική πρόληψης και η ηλεκτρονική κάρτα/φάκελος ασθενή πολλαπλές φορές, το μόνο που διαχρονικά απομένει είναι τα κέντρα υγείας μη αστικού ιστού, με την ύπαρξη του θεσμού του αγροτικού γιατρού.

Η οικονομική κρίση και οι πολιτικές που ακολουθήθηκαν είχαν τις ακόλουθες συνέπειες στο χώρο της υγείας:

- Την ενοποίηση των πολυϊατρείων του ΙΚΑ και των ασφαλιστικών φορέων υπό τον ΕΟΠΥΥ, μετέπειτα το ΠΕΔΥ και πλέον τα ΤΟΜΥ με το προσωπικό πλέον να βρίσκεται σε καθεστώς αποκλειστικής απασχόλησης.
- Τη θεσμοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία (και όχι την εμπορική ονομασία) και τη σύγχρονη υποχρεωτική αναγραφή ασθενειών με βάση το σύστημα ICD-10.
- Τη δυνατότητα χρήσης των γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων με αύξηση της συμμετοχής του ασφαλισμένου επί της αγοράς του σκευάσματος, σε περίπτωση επιλογής του πρωτότυπου.
- Τη θέσπιση των clawback (επιστροφή) και rebate (έκπτωση), δηλαδή η (με αναδρομική ισχύ από το 1991) επιστροφή των δαπανών που υπερέβαιναν ένα όριο με ταυτόχρονη οριζόντια περικοπή επί της αμοιβής.

Οι αλλαγές αυτές δεν οδήγησαν στον εξορθολογισμό των οικονομικών, αφού η σχέση που αναπτύχθηκε στην πληρωμή ή στην αποπληρωμή των δαπανών από τους χρήστες, τους συμβεβλημένους και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς προκάλεσε σύγχυση και επιπρόσθετες επιβαρύνσεις[103]. Το τελικό αποτέλεσμα ήταν η επιβάρυνση με τον ένα ή άλλο τρόπο, των επαγγελματιών υγείας[104] και των πολιτών, με ταυτόχρονη έλλειψη δημόσιων υποδομών, η οποία εξηγεί την εμφάνιση και εξάπλωση δομών αλληλεγγύης σε όλη τη χώρα: η μείωση πόρων την περίοδο μετά το 2010 ενέτεινε την ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, η οποία οξύνθηκε λόγω της αδυναμίας σημαντικού τμήματος των πολιτών να διαθέσουν χρήματα για ιδιωτικές δαπάνες (out of pocket). Είναι αξιοσημείωτο ότι η ιδιωτική δαπάνη στην υγεία ιστορικά αποτελούσε ένα είδος «εισιτηρίου» εύκολης και άμεσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η αποσύνθεση του μηχανισμού αυτού κατέστησε αδύνατο στα πιο ευπαθή τμήματα του πληθυσμού να έχουν πρόσβαση στην ΠΦΥ[105]. Με αυτό τον τρόπο τα εμφανιζόμενα κοινωνικά ιατρεία και κοινωνικά φαρμακεία άρχισαν να αποτελούν μια άτυπη μορφή παροχής ΠΦΥ.

Η πρόσφατη νομοθετική μεταρρύθμιση της ΠΦΥ

Συνολικά εμφανίστηκαν 9 νομοθετικές πρωτοβουλίες που αφορούν στην ΠΦΥ, από τις οποίες καμία δεν εφαρμόστηκε πλήρως στην πράξη. Κύριο πρόβλημα που εμφανιζόταν ήταν η έλλειψη βούλησης της εκάστοτε κυβέρνησης να οριοθετήσει το ρόλο του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Στην πράξη, δεν υπάρχει οικογενειακός γιατρός ή η λογική της κατανομής των ασθενών μέσω της ΠΦΥ στις υπόλοιπες δομές του συστήματος. Η ΠΦΥ και κυρίως η πρόληψη δεν έχει αναπτυχθεί στην Ελλάδα, όπου ευνοείται η δευτεροβάθμια κάλυψη, όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενες ενότητες. Παρ' όλο που η Ελλάδα δαπανά 25% λιγότερα χρήματα από το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ, οι πολίτες δαπανούν τα υπερδιπλάσια λεφτά για την υγεία από αυτούς των άλλων χωρών της ΕΕ, ενώ το εισόδημά τους έχει μειωθεί σε σημαντικό βαθμό[106].

Με στοιχεία του 2006[107], μόλις το 2,6% εκ των γιατρών της χώρας, έχουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής. Στα 201 κέντρα υγείας, μόλις το 47% των ιατρικών θέσεων είναι καλυμμένες και μόλις το 54% του παραϊατρικού προσωπικού. Στα κέντρα υγείας κοντά σε αστικές περιοχές το ποσοστό κάλυψης για όλο το προσωπικό φθάνει το 71%, ενώ σε πιο απομακρυσμένες περιοχές μόλις το 31%. Την ίδια στιγμή, υπάρχουν 25000 ιδιωτικά ιατρεία και 400 διαγνωστικά/εργαστηριακά κέντρα. Το 50% των πολιτών επισκέπτεται δομές που ανήκουν ή είναι συμβεβλημένες με τα ταμεία του, το 25% δομές του ΕΣΥ και το 25% δομές ιδιωτικές. Στοιχεία του Υπουργείου Υγείας για την ΠΦΥ έδειξαν ότι το 12,5% επισκέπτεται αγροτικά ιατρεία, το 41,3% συμβεβλημένες με τα ταμεία δομές, το 34,4% ιδιώτες γιατρούς και το 11,2% ιδιωτικά εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα. Την ίδια στιγμή, στο διάστημα 2009-2015, περίπου 8000 γιατροί εγκατέλειψαν την Ελλάδα για το εξωτερικό. Η έλλειψη δομών ηλεκτρονικής καταγραφής (εκτός από λίγες πειραματικού χαρακτήρα περιπτώσεις στην Κρήτη) δυσχεραίνουν την ήδη ελλιπή προσπάθεια καταγραφής και μελέτης στοιχείων, όπως συμβαίνει στις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ[108].

Στο τελευταίο νομοσχέδιο του 2017 αναφέρεται στο πρώτο άρθρο ο ορισμός του Π.Ο.Υ. για την ΠΦΥ, αναφέρονται οι γενικές υπηρεσίες ΠΦΥ με αξιοσημείωτη την παράλειψη στην αναφορά για την παρακολούθηση των λοιμώξεων στον πληθυσμό. Αυτή τη φορά αναπτύσσονται οι ορισμοί που αφορούν την ΠΦΥ και εντάσσουν στην ομάδα υγείας τους Γενικούς Γιατρούς, τους Παθολόγους και τους Παιδίατρους.

Το νομοσχέδιο αυτό επανανομοθετεί το θεσμό του οικογενειακού γιατρού, χωρίς όμως να καθίσταται σαφές το αν θα είναι αποκλειστικά δημόσιος λειτουργός ή ιδιωτικός. Δημιουργείται μια υβριδική κατάσταση, στην οποία θα υπάρχουν πάλι και αποκλειστικά απασχολούμενοι στο δημόσιο και συμβεβλημένοι ιδιώτες, χωρίς να διαμορφώνεται μια κατάσταση οριοθετημένης λειτουργίας των δύο τομέων. Παράλληλα, η αμοιβή των συμβεβλημένων θα γίνεται κατά κεφαλή ή κατά πράξη, δηλαδή με τις πλέον ακριβές μεθόδους πληρωμών, οι οποίες έχουν αρχίσει να εγκαταλείπονται διεθνώς υπέρ της αμοιβής ανά περίπτωση (DRG), η οποία δεν συμπεριλαμβάνεται πουθενά στο νομοσχέδιο[109]. Από την άλλη πλευρά, γίνεται για πρώτη φορά η θέσπιση κεντρικών διαγνωστικών εργαστηρίων, χωρίς όμως να γίνεται σαφής αναφορά στην καταγραφή και στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων, στην παρακολούθηση της χρήσης φαρμάκων στον πληθυσμό μέσω αντιβιογραμμάτων και στην ενημέρωση σχετικά με την υγιεινή.

Αντιθέτως, αναφέρονται με γενικό τρόπο τα καθήκοντα των γιατρών των δομών: αναφέρεται η αντιμετώπιση της πολυφαρμακίας χωρίς να υπάρχει κάποια σύνδεση με τα νεοσύστατα κεντρικά διαγνωστικά κέντρα, γίνεται αναφορά στη φροντίδα ηλικιωμένων, χωρίς να υπάρχει αναφορά σε επιστήμονες υγείας με αντίστοιχη εξειδίκευση, υπάρχει αναφορά στους εμβολιασμούς χωρίς διασύνδεση με παιδίατρους, βιοπαθολόγους ή διαγνωστικά εργαστήρια και χωρίς την πρόνοια για παρακολούθηση ευπαθών πληθυσμών, επαναλαμβάνεται η διακήρυξη για αναβάθμιση του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού, χωρίς όμως τη σύνδεση με το εκπαιδευτικό πρόγραμμα των νοσηλευτικών σχολών. Ενώ υπάρχει αναφορά για τη συγκρότηση δικτύου μαιών με μια τελείως αποκομμένη αναφορά στην ενδεχόμενη επίσκεψη της ομάδας στα Κέντρα Φιλοξενίας προσφύγων, για τα οποία δε γίνεται άλλη αναφορά στο νομοσχέδιο. Με αυτό τον τρόπο η ΠΦΥ που αφορά στους πρόσφυγες και τους μετανάστες εκχωρείται στις ΜΚΟ, με το κράτος να αρνείται να αποκτά συμμετοχή στην υγειονομική κάλυψή τους, ασχέτως αν τις περισσότερες φορές οι άνθρωποι αυτοί καταλήγουν σε δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια ιδρύματα.

Μελέτες για την ΠΦΥ στην Ελλάδα

Στη συγκεκριμένη ενότητα θα γίνει παράθεση ερευνητικού έργου το οποίο πραγματεύεται τη γνώμη και τη γνώση των πολιτών στην Ελλάδα για την ΠΦΥ. Δε θα παρατεθούν όσες έρευνες (οι οποίες είναι αρκετές τόσο σε επίπεδο δημοσιεύσεων, όσο και σε επίπεδο διπλωματικών εργασιών στο ΕΑΠ) έχουν αναφορά στην ΠΦΥ μέσα από τη μελέτη της δομής λειτουργίας της, του ρόλου που έχουν οι επαγγελματίες υγείας στις δομές ΠΦΥ ή των πληροφοριακών συστημάτων. Θα γίνει στόχευση στις έρευνες μέσα από τις οποίες καθίσταται δυνατό να προκύψουν συμπεράσματα γύρω από την γνώση και τη γνώμη των πολιτών.

Η έρευνα των Mariolis et al., το 2008[110] ασχολείται με την σύγκριση των περιστατικών ενός κέντρου υγείας σε αγροτική περιοχή και (ενός από τα λίγα) κέντρα υγείας αστικού τύπου στο Βύρωνα. Από την έρευνα αυτή προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι λόγοι που οι κάτοικοι επισκέπτονται ένα κέντρο υγείας δεν αφορούν στη φιλοσοφία της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά είναι κυρίως σχετικοί με την εύκολη και γρήγορη πρόσβαση σε αυτή.

Η ανασκόπηση των Lionis et al., το 2009[111] πέρα από την επιβεβαίωση του προηγούμενου συμπεράσματος, επαληθεύει και τον ισχυρισμό περί περιορισμένης βιβλιογραφίας προερχόμενης από την Ελλάδα, σε σχέση με την ΠΦΥ. Η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών ασχολείται με την ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων και ένα μικρό μέρος, με το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην ΠΦΥ. Πέρα από λίγα άρθρα που αφορούν συγκροτημένες προτάσεις για την ΠΦΥ, δεν υπάρχει κάποια ποιοτική ή ποσοτική καταγραφή της αποδοτικότητας του συστήματος.

Η έρευνα του Sbarouni το 2012[112] εστίασε στην αντίληψη που διαμορφώνουν οι επαγγελματίες των κέντρων υγείας για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Η έρευνα αυτή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς καταγράφει την άποψη γενικών γιατρών από 21 κέντρα υγείας της Ηπείρου και της Κρήτης πάνω σε ζητήματα που αφορούν στις

δομές που εργάζονται. Οι απόψεις που εκφράζονται, εστιάζουν κυρίως στην έλλειψη προσωπικού και υποδομών, αλλά και στην ελλιπή γνώση του κόσμου για τον ρόλο των γενικών γιατρών.

Η έρευνα των Smirnakis et al., το 2013[113] ανέδειξε το έλλειμα των κέντρων υγείας στο να εκπαιδεύουν τους φοιτητές και τους νέους αγροτικούς γιατρούς σε μια ολιστική θεώρηση της ΠΦΥ, γεγονός που αποτυπώνεται στις υπηρεσίες που παρέχουν μετέπειτα, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο.

Η πρόταση προς το Υπουργείο Υγείας των Σουλιώτης et al., το 2013[114] είναι μια ολοκληρωμένη καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης των δομών ΠΦΥ, η οποία καταλήγει σε μια δέσμη προτάσεων. Οι ελλείψεις, όπως αναφέρθηκαν και προηγουμένως, σε συνάρτηση με τους στόχους του Π.Ο.Υ. βρίσκονται στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, στη συνέχεια της θεραπείας, στην κατ' οίκον φροντίδα, στη διασύνδεση με τις υπόλοιπες δομές του ΕΣΥ και στον τρόπο αποζημίωσης των ιατρικών πράξεων. Η μελέτη διαπιστώνει πως για το σύνολο των απαραίτητων αλλαγών, (εκτός από τη μέθοδο αποζημίωσης του προσωπικού), υπάρχει ήδη το αντίστοιχο νομικό πλαίσιο, το οποίο όμως δεν εφαρμόζεται, άρα η λύση δεν έγκειται στην επαννομοθέτηση μέτρων σχετικά με την ΠΦΥ, αλλά στην εκπόνηση ενός συγκροτημένου σχεδίου λειτουργίας της. Το σχέδιο αυτό στοχεύει στην ύπαρξη αυτόνομων δομών ΠΦΥ, οι οποίες θα έχουν αναφορά στις περιφέρειες, οι οποίες θα στελεχώνονται με οικογενειακούς γιατρούς (χωρίς η υποχρέωση να βαρύνει τους πολίτες αλλά το κράτος), και θα εκπονούν ένα σχέδιο προληπτικών μέτρων που θα απαντούν στα σύγχρονα προβλήματα του τρόπου ζωής. Οι δομές προτείνεται να έχουν 24ωρη λειτουργία, με μόνιμο προσωπικό και διασύνδεση με τις υπόλοιπες δομές του συστήματος με ταυτόχρονη θεμελίωση ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων και ηλεκτρονικής κάρτας ασθενούς.

Η έρευνα της Γαβριηλίδου το 2015[115] αναδεικνύει σε συγχρονική μελέτη χρηστών του ΚΥ Νιγρίτας του Νομού Σερρών, ότι οι χρήστες αυτοί έχουν χαμηλό βαθμό ικανοποίησης από τη δομή. Η Διπλωματική Εργασία της Σπανού το 2015[116] σε χρήστες υγείας τριών Κέντρων Υγείας της Αττικής, αναδεικνύει το μέτριο βαθμό ικανοποίησης των πολιτών από τις δομές.

Η έρευνα των Simou et al., το 2015[117] εστιάζει στην κατάσταση που επικρατεί στην ΠΦΥ μετά την εφαρμογή των δανειακών συμφωνιών το 2010. Η έρευνα συνέκρινε τα στοιχεία που έχει καταγράψει η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας για 202 Κέντρα Υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε επίπεδο δομών και προσωπικού υπάρχει σαφής μείωση του επιπέδου και του δυναμικού. Το πιο ενδιαφέρον είναι όμως ότι δεν παρατηρείται ιδιαίτερη μετάπτωση στο επίπεδο των αποτελεσμάτων και συνεπειών, καθώς ήδη υπήρχε λανθασμένη διοίκηση και χρήση των δομών.

Η έρευνα των Schäffer et al., το 2015[118] μελετά την αντίδραση των πολιτών απέναντι στο σύστημα ΠΦΥ, μέσα από τα σημεία στα οποία οι πολίτες κάθε χώρας θεωρούν ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν και πολίτες από την Ελλάδα, μέσω τυχαιοποιημένης επιλογής από γενικούς γιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα. Όσον αφορά στην Ελλάδα λοιπόν, αποτυπώνεται η ανάγκη βελτίωσης της συνέχειας της θεραπείας, η οποία είναι παρούσα σε ισχυρά συστήματα ΠΦΥ.

Στη μελέτη των Oikonomou et al., το 2016[119] γίνεται μέτρηση πάνω σε τυποποιημένα κριτήρια και ερωτηματολόγια της αποδοτικότητας 42 κέντρων υγείας στην Δυτική και Νότια Ελλάδα (από τα 42 κέντρα υγείας, είχε επιτευχθεί η συλλογή στοιχείων για τα 16). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η αποδοτικότητα των κέντρων υγείας διαφέρει, με κύριο υστέρημα τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και την λήψη προληπτικών μέτρων.

Με την έρευνα των Sifaki-Pistolla et al., το 2017[120] σε 22 Κέντρα Υγείας προέκυψε το συμπέρασμα ότι η έλλειψη ενός συνεχούς και ολοκληρωμένου συστήματος υγειονομικής κάλυψης (integrated model) δυσχεραίνει το έργο των επαγγελματιών υγείας και μειώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το πρόβλημα της ασυνέχειας της παρακολούθησης του ασθενούς ξεκινά από την ΠΦΥ με την έλλειψη ηλεκτρονικής κάρτας ασθενούς και συστημάτων καταγραφής.

Η έρευνα της Παπανικολάου το 2017[121] σε χρήστες του ΚΥ Βόνιτσας ανέδειξε ιδιαίτερα χαμηλή ικανοποίηση από τη δομή.

Η μελέτη των Lionis et al., το 2017[122] είναι η πρώτη μελέτη στον ελληνικό ερευνητικό χώρο που διερευνά το τι αξιολογούν οι πολίτες ως σημαντικό στην επαφή τους με τα κέντρα υγείας. Η μελέτη έχει αναφορά σε 1964 ασθενείς, μέσω της συνεργασίας 220 γενικών γιατρών από ισάριθμα κέντρα

υγείας. Το συμπέρασμα της έρευνας είναι ότι οι πολίτες είναι ικανοποιημένοι από τους γιατρούς τους, αλλά όχι από το δίκτυο κάλυψης.

Μέσα από τις μελέτες αυτές διαμορφώνεται μια τεκμηριωμένη βιβλιογραφική καταγραφή για το τι επιθυμούν οι πολίτες από την ΠΦΥ, αλλά όχι το τι γνωρίζουν σχετικά με το τι ακριβώς συνιστά η ΠΦΥ. Μέσα από το πεδίο των επιθυμιών των πολιτών για την ΠΦΥ, θα γίνει η προσπάθεια αντιστοίχισης των αποτελεσμάτων με ερωτήματα που αφορούν τη γνώση των πολιτών σε αυτούς τους τομείς. Εφόσον λοιπόν οι πολίτες επικεντρώνονται στα ζητήματα των παρόχων, της πρόληψης και των δικαιωμάτων, η παρούσα έρευνα διαμορφώνει ερωτήματα στα συγκεκριμένα ζητήματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύει όχι μόνο ότι η Ελλάδα υστερεί σημαντικά στον τομέα της ΠΦΥ σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, αλλά και ότι υπάρχει έλλειμμα στον τομέα της έρευνας γύρω από το συγκεκριμένο ζήτημα. Μια επιχειρούμενη έρευνα όμως δε θα μπορούσε να αποκτήσει τα χαρακτηριστικά των ερευνών που αναπτύσσονται στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αφού η ΠΦΥ εκεί βρίσκεται σε ένα τελείως διαφορετικό στάδιο. Οι έρευνες εκεί λοιπόν προσανατολίζονται στη βελτίωση και ανάπτυξη διαφόρων πλευρών της ΠΦΥ, όπως η τηλεϊατρική, η φροντίδα κατ' οίκον και η αποκέντρωση, ενώ στην Ελλάδα δεν υπάρχουν καν οι απαραίτητες δομές. Γι αυτό το λόγο χρειάζεται ένα ερευνητικό ερώτημα που να αφορά στις ελλείψεις που υπάρχουν, και τη νοοτροπία που έχει αναπτυχθεί όλα τα προηγούμενα χρόνια.

Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, οι νομοθετικές παρεμβάσεις στην Ελλάδα δε βασίζονται στη γνώμη, στη γνώση και την εμπειρία των πολιτών. Γι αυτό το λόγο στις χώρες αυτές διαμορφώνεται ένα σύστημα ΠΦΥ που συμβαδίζει με τις απαιτήσεις και τις ανάγκες των πολιτών, ενώ ταυτόχρονα κράτος και πολίτες επιχειρούν μαζί να πραγματοποιήσουν τα αναγκαία και για τους δυο βήματα προς το μέλλον. Αντίθετα, στην Ελλάδα οι νομοθετικές παρεμβάσεις συμβαδίζουν με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του εκάστοτε Υπουργού. Αρκεί διαχρονικά στις πολιτικές ηγεσίες του Υπουργείου Υγείας το τι γράφουν οι νόμοι και όχι το τι βιώνουν οι πολίτες. Δεν είναι τυχαίο λοιπόν που η πλειοψηφία των πολιτών δε γνωρίζει ότι υπάρχει νόμος που κατοχυρώνει τον οικογενειακό γιατρό ή την ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς. Και είναι λογικό, αφού κανένα από τα δύο δεν τα έχει δει στην καθημερινότητά του. Επίσης, ακόμα και οι πολίτες που γνωρίζουν για τις νομοθετικές πρωτοβουλίες, έχουν διαμορφωμένη αρνητική εμπειρία από την επαφή τους με τις δομές ΠΦΥ.

Η τάση αυτή αποτυπώνεται πλήρως στην ερευνητική συγγραφή «Primary care in the driver 's seat?»[122]. Η πολιτική ΠΦΥ στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών βρισκόταν στο επίπεδο που βρίσκεται σήμερα η Ελλάδα, τη δεκαετία του 70. Από τότε έχει αποτελέσει αντικείμενο αυτόνομο και πλέον συγκροτεί τη βάση της υγειονομικής πυραμίδας. Εκτός από το ιατρικό προσωπικό (ως οικογενειακοί γιατροί λειτουργούν γενικοί γιατροί, παθολόγοι και παιδίατροι), ενεργή συμμετοχή στον τομέα της πρόληψης και της διαχείρισης των ασθενειών έχει και το νοσηλευτικό προσωπικό. Η δυνατότητα συνεχιζόμενης περίθαλψης μέσω πληροφοριακών συστημάτων και η ύπαρξη κατανομής (gatekeeping), έχει αποδειχθεί ότι ελαττώνει το κόστος και αυξάνει την αποτελεσματικότητα των δομών[123-124]. Γενικά, η συντριπτική πλειοψηφία των χωρών της ΕΕ επένδυσε στην ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ με διασύνδεση, βάση δεδομένων και αποκεντρωμένη κατανομή, δίνοντας παράλληλα οικονομικά κίνητρα στους εργαζόμενους σε αυτή (ακριβώς το αντίθετο με την ελληνική πολιτική υγείας). Στον ευρωπαϊκό χώρο έχουν πραγματοποιηθεί τρία κύματα ποιοτικού ελέγχου της ΠΦΥ, στα οποία σε κανένα δε συμπεριλαμβάνεται η Ελλάδα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν συγκεκριμένα δεδομένα. Το ακόμα πιο σημαντικό είναι ότι καμία ερευνητική πρωτοβουλία στην Ελλάδα δεν προέρχεται από το κράτος, με αποτέλεσμα οι νομοθετικές παρεμβάσεις να γίνονται χωρίς υπόβαθρο.

Η αντίθεση όμως μεταξύ της Ελλάδας και των χωρών της ΕΕ, δεν έγκειται στο κατά πόσο το σύστημα είναι κυρίως δημόσιο ή ιδιωτικό, αλλά στο τι κατεύθυνση δίνει το υπουργείο υγείας, τη λεγόμενη πολιτική υγείας. Στις υπόλοιπες χώρες, η πολιτική υγείας διαμορφώνεται μέσα από τις εμπειρίες των πολιτών και δίνει μια ορισμένη κατεύθυνση προς ένα ορισμένο στόχο. Αντιθέτως, η πολιτική υγείας στην Ελλάδα είναι κυρίως διεκπεραιωτική, προσπαθώντας να συμβιβάσει αντικρουόμενα συμ-

φέροντα και να δημιουργήσει την αίσθηση ύπαρξης πλαισίου παροχής υπηρεσιών, και όχι την πραγματική ύπαρξη του. Σε αυτό το πλαίσιο δεν αξιοποιεί το όποιο επιστημονικό δυναμικό προς την έρευνα της πραγματικότητας, αλλά προς τον σχεδιασμό νομοσχεδίων και πρωτοσέλιδων εφημερίδων.

ABSTRACT

Christodoulou P. **Primary Health Care in Greece compared to Europe.** *Hell Iatr 2018; 84: 5-21.*

The study aims at reviewing the legislative interventions and the research work on Primary Health Care (PHC) in Greece and the EU countries. Through this review, a comparison of the PHC in Greece and Europe is made. The bibliography of the research work on the PHC and the World Health Organization reports for the EU countries was used. It is noted that Greece falls short in both the research and legislative parts compared to the rest of the EU countries. It is concluded that legislative work in Greece is limited to the level of announcements, conveying the research piece.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO, Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
2. *Σιγάλας Ι*. Οργανισμοί και υπηρεσίες Υγείας, εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα 1999.
3. *Δίκαιος Κ, Κουτουζής Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ*. Πολιτική Υγείας/ Κοινωνική πολιτική, εκδ. ΕΑΠ , Πάτρα 1999.
4. *Γεωργούση Ε, Γεννηματά Α, Δρίζη Λ, Κυριόπουλος Γ*. Η ικανοποίηση των χρηστών στις υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας υγείας, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994.
5. *Παπανικολάου Β, Σιγάλας Ι*. Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας, Θεσσαλονίκη 1994.
6. *Παυλίδου Μ*. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) στην 1η υγειονομική περιφέρεια. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών στη μονάδα υγείας Ζωγράφου, Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ 2016.
7. *Κατσαούνου Κ*. Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε Πρωτοβάθμια Μονάδα Υγείας της Πρέβεζας, Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ 2017.
8. *Smith RW*. More support for practice oriented education, N Eng J M, 1979, 301: 895.
9. *Downie RS, Tannahil C, Tannahil A*. Health promotion: models and values. Εκδ. Oxford University Press, Oxford 1996.
10. *Naidoo J, Wills J*. Foundations for Health Promotion, Elsevier 2016.
11. *Draper P, Griffiths J, Dennis J, Popay J*. Three types of health education, Br Med 1980, 281: 493-5.
12. *Κυριόπουλος Γ*. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα 1996.
13. *Σολωμός Γ*. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η γενική ιατρική στην Ελλάδα. Εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα 1996.
14. *Μπένος Α*. Ανταγωνισμός ή αλληλεγγύη: η πρόταση της πρωτοβάθμιας υγείας. Εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα 1995
15. *Κατσουγιαννόπουλος Β*. Κοινωνική Ιατρική. Εκδ. Κυριακίδης, Αθήνα 2004.
16. *Ioannidi E, Haeder M*. Attitudes towards people with HIV/AIDS. Εκδ. UCL Press, London 1998
17. *Ιωαννίδης Ε, Ασπατζίδης Δ*. Μάντη Υγεία: Οριοθετήσεις και προοπτικές. Εκδόσεις ΕΑΠ, Αθήνα 1999.
18. *DiMatteo M, DiNicola D*. Achieving Patient compliance: The psychology of the medical practitioners role, Pergamon Press, New York 1982.
19. *Evans E*. A psychological study of cancer, Mead and co, New York, 1996.
20. *Viano D*. Restraint effectiveness, availability and use in fatal crashes: implications to injury control. J Trauma, 1995, 38(4): 538-46.
21. *Rosenstock I*. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 1974.
22. *Cates J. And Cates W*. STD prevention in the Uunited States: lessons from history for the new millennium. Am J Prev Med, 1999.
23. *Diclemente R*. Preventing sexually transmitted infections among adolescants. J Am Med Ass, 1998.
24. *Κατσουγιαννόπουλος Β*. Υγιεινή. Εκδ. Κυριακίδης, Αθήνα 2004.
25. *Battle E. and Brownell K*. Confronting a risking attitude of eating dissorders and obesity: Treatment vs. prevention and policy. Addictive Behaviour, 1996.
26. *Straw M*. Coping with obesity. Academic Press, New York 1983.
27. *Brownel K and Stunkard A*. Exercise in the development and treatment of obesity. Obesity, Philadelphia 1980.
28. *Epstein L, Wing R*. Behavioural approaches to exercise habbits and athletic performance. Medical and Scientific Books, New York 1980.
29. *Harris M*. Runners perception of the benefits of running, Perceptual and motor skill, 1981.
30. National Center for Health Statistics, Healthy people 2000, review, Public Health Service, 1997.
31. *Harrison R*. The use of non essential drugs, alcohol and cigarettes during pregnacy. Ir Med J. 1986, 79(12):338-41.
32. *Finney J, Moos R*. The long term course of treated alcoholism. J Stud Alcohol 1991; 52(1): 44-54.
33. *Adler M, Matthews K*. Health and psychology: why do some people get sick and some stay well? Annu Rev Psychol 1994, 45: 229-59.
34. *Taylor S, Repetti R, Seeman T*. Health psychology: what is an unhealthy environment and how does it get under the skin. Annu Rev Psychol 1997, 48:411-47.
35. *Mullen PD, Simons Morton D, Ramirez G, Frankowski R, Green L, Mains D*. A meta analysis of trials and evaluation patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors, Patient Educ Couns 1997, 32(3): 157-73.
36. *Wang C, Abbott L*. Development of a community based diabetes and hypertension preventive program. Public Health Nursing, 1998, 15(6): 406-14.
37. *Cavil N*. National campaigns to promote physical activity: can they make a difference? Int J Obes Relat Metab Disord. 1998: 22 Suppl 2: S48-51.

38. *Del Mar C, Green A, Battistuta D*. Do public campaigns designed to increase skin cancer awareness result in increased excision rates? Aust N Z J Public Health. 1997, 21(7): 751-4.
39. *Lau R, Kane R, Berry S, Ware J*. Channeling health: a review of televised health campaigns. Health Education Quarterly, 1980, 7: 56-89.
40. *Fisher E, Rost K*. Smoking cessation: a practical guide for the physician. Clin Chest Med 1986, 7(4): 551-65.
41. *Klapper J*. The effects of mass communication, Glencoe, Il: The free press, 1960.
42. *Μπάτλερ Τ*. Λογοδοτώντας για τον εαυτό, μτφ. Μιχάλης Λαλιώτης, επίμετρο και επιστημονική επιμέλεια Αθηνά Αθανασίου. Εκδ Εκκρεμές, Αθήνα 2009.
43. *Haggard S, Kaufman R*. The Politics of Economic Adjustment International Constraints. Distributive Conflicts and the State, 1992.
44. *Parsons T*. The social system, εκδ Free Press. Glencoe 1951.
45. *Parsons T*. Patients, Physicians, Illness. Εκδ. Free Press, London 1958.
46. *Harrison MI, Calltorp J*. The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care. Health Policy 2000.
47. National Board of Health and Welfare, Kartläggning av närsjukvård [Survey of community care initiatives]. Εκδ. Socialstyrelsen, Stockholm 2003.
48. WHO, Country Health Profile: Sweden, WHO 2010.
49. *Boyle S*. United Kingdom Health System Review. Eur Observ on Health Systems and policies 2011.
50. *Coleman P, Irons R, Nicholl J*. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? Emerg Med J 2001, 18(6): 482-7.
51. *Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenowegen P*. Does general practitioners gatekeeping curb health care expenditures? J Health Serv Res Policy 2000, 5(1): 22-6.
52. *McDaid D, Willey M, Maresco A, Mossialos E*. Health Systems in Transition: Ireland, WHO 2009.
53. WHO, Country Health Profile: Ireland, WHO 2017.
54. *Schäffer W, Kroneman M, Boerma W, Westert G, Ginneken W*. Netherlands Report Eur Observ on Health Systems and policies 2010.
55. *Van de Ven WPMM, Schut FT*. Risk equalization in an individual health insurance market: the only escape from the trade-off between affordability, efficiency and selection. Εκδ. Erasmus University Rotterdam, Rotterdam 2007.
56. WHO, Country Health Profile: Netherlands, WHO 2017.
57. *Ringard A, Sagan A, Saunes I, Lindahl A*. Health systems in transition: Norway, WHO 2013.
58. *Skudal K*. Commonweath Fund 2010: results from a comparative survey among citizens in 11 countries, Oslo. Nationalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
59. *Olejaz M, Nielen A, Rudkjøbing A, Birk H, Krasnik A, Hernández C*. Health Systems in Transition: Denmark, WHO 2012.
60. *Busse R, Blumel M*. Germany Health Report, Eur Observ on Health Systems and policies, 2014.
61. *Armesto R, Abadia M, Duran A, Hernandez C, Bernal C*. Health Systems in transition, WHO 2010.
62. *Chevreul K, Berg K, Durand I, Hernandez C*. Health Systems in Transition: France, WHO 2010.
63. *Ferre F, De Belvis A, Valerio L, et al*. Health in transition: Italy, Who 2014.
64. *Azzopardi N, Buttigieg M, Calleja N, Merkur S*. Health Systems in Transition: Malta, WHO 2016.
65. WHO, Country Health Profile: Cyprus, WHO 2017.
66. *Theodorou M*. Patient satisfaction from services provided by outpatient departments of public hospitals in Cyprus: findings report, Nicosia, May 2009.
67. *Theodorou M, Charalambus C, Petrou C, Cylus J*. Health Systems in transition: Cyprus, WHO 2015.
68. WHO, Country Health Profile: Belgium , WHO 2017.
69. *Gerkems S, Merkur S*. Health Systems in Transition: Belgium, WHO, 2010.
70. *Simoes J, Augusto G, Fronteira I, Hernandez C*. Health Systems in Transition: Portugal, WHO 2017.
71. *Hofmarcher M*. Health systems in transition: Austria, WHO 2013.
72. WHO, Country Health Profile: Austria, WHO 2017.
73. *Dimova A, Popov M, Robova M*. The health care reform in Bulgaria: analysis, Sofia, Open Society Institute 2007.
74. *Dimova A, Robova M, Moutafova E, et al*. Health Systems in Transition: Bulgaria, WHO 2012.
75. *Džakula A, Sagan A, Pavic K, Loncarek K, Kauzlaric S*. Health Systems in Transition: Croatia, WHO 2014.
76. *Alexa J, Recka L, Votápková J, Ginneken E, Spranger A, Wittenbecher F*. Health Systems in Transition: Czech Republic, WHO 2015.
77. WHO, Country Health Profile: Czech Republic, WHO 2017.
78. *Mitenbergs U, Taube M, Misins J, et al*. Health Systems in Transition: Latvia, WHO 2012.
79. *Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D*. Health Systems in Transition:Hungary, WHO 2011.
80. *Albreht T, Brinovec R, Jošar D, et al*. Health Systems in Transition: Slovenia, WHO 2016.
81. WHO, Country Health Profile: Slovenia, WHO 2017.
82. *Smatana M, Pažitný P, Kandilaki D, et al*. Health Systems in Transition: Slovakia, WHO 2016.
83. WHO, Country Health Profile: Slovakia, WHO 2017.
84. *Berthet F*. Health Systems in Transition: Luxemburg, WHO 2015.
85. *Vuorenkoski L*. Health systems in transition: Finland, WHO 2008.
86. *Panteli D, Sagan A, Busse R*. Health Systems in Transition: Poland, WHO 2011.
87. *Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiivet R, van Ginneken M*, Health Systems in Transition: Estonia, WHO 2013.
88. *Murauskiene L, Janoniene M, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M*. Health Systems in Transition: Lithuania, WHO 2013.
89. *Vladescu C, Scîntee G, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A*. Health Systems in Transition: Romania, WHO 2016.
90. WHO, Country Health Profile: Romania, WHO 2017.
91. *Λιαρόπουλος, Λ*. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2007.
92. *Boerma WGW*. Coordination and integration in European primary care. Εκδ. Open University Press, UK 2006.

93. *Υφαντόπουλος Γ*. Τα Οικονομικά της Υγείας - Θεωρία και Πολιτική. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2005.
94. *Fortney, J.C, Ste¢ D.E, Burgess Jr J.F, Maciejewski, M.L, Petersen, L*. A,Are Primar Care Services a Substitute or Complement for Specialty and Inpatient Services. Health Serv Res 2005, 40 (5 Pt 1): 1422-42.
95. *Godager G, Iversen T, Albert M*. Competition, Gatekeeping, and Health Care Access, Working paper, HERO On line Working Paper Series, 2012.
96. *Πάτρας Λ*. Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής. Εκδ. Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός, Αθήνα 1969.
97. *Δοξιάδης Σ*. Μέτρα προστασίας για την υγεία, Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, Αθήνα 1981.
98. *Τάχος Λ*. Ελληνικό διοικητικό δίκαιο. Εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1993.
99. *Μητροσύλη Μ*. Νομικό πλαίσιο του Υγειονομικού συστήματος. Εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα 1999.
100. *Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η*. Κράτος πρόνοιας και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Εκδ. The European Institute of Social Security, Αθήνα 1990.
101. *Abel-Smith B, Calltorp J, Dixon M, et al*. Report on the Greek Health Services. Εκδ. Pharmetrica S.A, Athens 1994.
102. *Τάχος Λ*. Διοικητικό οικονομικό δίκαιο. Εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1992.
103. *Κυριόπουλος Γ, Μπεαζόγλου Τ*. Η επίδραση του ασφαλιστικού μονοπωλίου στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2000.
104. ΙΣΑ, http://www.aftodioikisi.gr/ergasiaka-ypallilwnota/isa-katoteros-ton-peristaseon-o-eopii-zita-tin-paraitisi-kontou, Ιούνιος 2014.
105. *Κυριόπουλος Γ*. Η πρωτοβάθμια φροντίδα ως πύλη εισόδου των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία. Εκδ. ΕΣΔΥ, Αθήνα 2013.
106. WHO, Country Health Profile: Greece, WHO 2017.
107. *Τούντας Ι*. Η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού 1986-2006. Εκδ. Νέα Υγεία, Αθήνα 2006.
108. *Economou C*. Health Systems In Transition: Greece, WHO 2010.
109. *Drummond M*. Methods for the economic evaluation of health care programmes, 2000.
110. *Mariolis A, Mihas C, Alevizos A, et al*. Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece. BMC Health Serv Res. 2008, 8: 124.
111. *Lionis C, Symvoulakis E, Markaki A, et al*. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. Int J Integr Care 2009, 9: e88.
112. *Sbarouni V, Tsimitsiou Z, Symvoulakis E, et al*. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. Rural Remote Health 2012, 12: 2156.
113. *Smyrnakis E, Gavana M, Kondilis E, et al*. Primary health care and general practice attachment: establishing an undergraduate teaching network in rural Greek health centers. Rural Remote Health 2013, 13(1): 1946-54.
114. *Σουλιώτης Κ, Θηραίος Ε, Καϊτελίδου Δ, και συν*. Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα 2013.
115. *Γαβρηλίδου ΠΣ*. Ο Βαθμός ικανοποίησης των πολιτών από την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας Νιγρίτας, Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ 2015.
116. *Σπανού Μ*. Αξιολόγηση της Παροχής Υπηρεσιών Υγείας σε τρία Κέντρα Υγείας της Ανατολικής Αττικής στο πλαίσιο της Π.Φ.Υ. (Κέντρο Υγείας Νέας Μάκρης, Κέντρο Υγείας Ραφήνας - Πικερμίου, Κέντρο Υγείας Σπάτων), από την οπτική γωνία των χρηστών Υγείας, Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ 2015.
117. *Simou E, Karamagioli E, Roumeliotou A*. Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers. Prim Health Care Res Dev 2015, 16(1): 5-13.
118. *Schäffer W, Boerma W, Murante A, Sixma H, Schellevisa F, Groenewegen P*. Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. Bull World Health Organ 2015; 93: 161-168.
119. *Oikonomou N, Tountas Y, Mariolis A, Souliotis K, Athanasakis K, Kyriopoulos J*. Measuring the efficiency of the Greek rural primary health care using a restricted DEA model; the case of Southern and Western Greece, Health Care Manag Sci 2016, 19(4): 313-25.
120. *Sifaki P, Chatzea V, Markaki A, Kritikos K, Petrelos E, Lionis C*. Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. BMC Health Serv Res 2017, 17: 788-97.
121. *Παπανικολάου Δ*. Μελέτη ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η μελέτη του κέντρου υγείας Βόνιτσας. Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ 2017.
122. *Lionis C, Papadaki S, Tatsi C, et al*. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). BMC Health Services Res 2017, 17(1): 255-67.
123. *Saltman R, Rico A, Boerma W*. Primary care in the driver 's seat. Open University Press, WHO 2006.
124. *Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenowegen P*. Does general practitioners gatekeeping curb health care expenditures? J Health Serv Res Policy 2000, 5(1): 22-6.

Αλληλογραφία:
Χριστοδούλου Παναγιώτης
ΓΝ Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα
e-mail: Christodp17@gmail.com

Corresponding author:
Christodoulou Panagiotis
GH of Ioannina G. Hatzikosta, Greece
e-mail: Christodp17@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2018, 84, 3-4: 22 - 31

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Τύποι επικοινωνίας ιατρού-ασθενή και η από κοινού λήψη ιατρικής απόφασης: Ένας οδηγός επικοινωνίας για ειδικευόμενους ιατρούς

Συμεών Ναούμ

Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

Περίληψη. Η επικοινωνία ιατρού-ασθενή αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην θεραπεία. Στη βιβλιογραφία, αναφέρονται 5 τύποι-πρότυπα σχέσεων επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς, με τους βιοψυχοκοινωνικούς τύπους να είναι περισσότερο συμμετοχικοί συγκριτικά με τους βιοϊατρικούς και να προτιμώνται περισσότερο από τους ασθενείς. Η εφαρμογή της από κοινού λήψης ιατρικής αποφάσης (ΚΛΙΑ) αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών και την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής διαδικασίας εξασφαλίζοντας τη συμμετοχή του ασθενή. Η ΚΛΙΑ εφαρμόζεται σε 4 βήματα και έχει αναγνωριστεί, ειδικότερα στην ογκολογία, ως βασικό στοιχείο της ασθενο-κεντρικής περίθαλψης. Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας ιατρού-ασθενή μειώνεται με τη χρήση της ιατρικής ορολογίας, με συνέπεια οι ασθενείς να αδυνατούν να τηρήσουν πιστά τις ιατρικές οδηγίες, να είναι δυσαρεστημένοι, ή να οδηγούνται ακόμα και σε διάσπαση της σχέσης τους με τον ιατρό. Ειδικότερα, στον καρκίνο μαστού, η χρησιμοποίηση κατάλληλου λεξιλογίου από τους ιατρούς είναι υψίστης σημασίας για την καλύτερη διαχείριση της νόσου, μειώνοντας την ανησυχία και βελτιώνοντας την ποιότητα της πληροφόρησης σχετικά με τις επιλογές φροντίδας. Τέλος, η βελτίωση της επικοινωνίας, κυρίως των ειδικευομένων ιατρών, με τους ασθενείς-ώστε οι τελευταίοι να θυμούνται ευκολότερα τις παρεχόμενες ιατρικές πληροφορίες-έχει αναφερθεί ότι επιτυγχάνεται με τη χρήση 6 τρόπων: 1) αργή ομιλία, 2) χρησιμοποίηση απλής, μη ιατρικής γλώσσας, 3) παρουσίαση-σχεδίαση εικόνων, 4) περιορισμός της ποσότητας των παρεχόμενων πληροφοριών και επανάληψη αυτών, 5) χρήση τεχνικών επαναδιδασκαλίας (teach-back) και 6) δημιουργία περιβάλλοντος χωρίς ντροπές με παράλληλη ενθάρρυνση για ερωτήσεις.

Ελλην Ιατρ 2018, 84: 22 - 31.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού-ασθενή διευκολύνει την επίλυση των προβλημάτων υγείας, ενώ σε μία ατελέσφορη επικοινωνία, ο ιατρός ενδέχεται να μην αναγνωρίσει ένα σημαντικό στοιχείο της κατάστασης του ασθενούς ή να του διαφύγει το πρόβλημα στο σύνολό του[1]. Πρόσφατες μελέτες, έδειξαν ότι περίπου τα 2/3 των ασθενών ένιωσαν έλλειψη σεβασμού από τον ιατρό, ενώ περίπου το 1/4 ανέφερε τη μη ανταπόκριση των ιατρών στα ερωτήματά τους, τη μη ενθάρρυνση για την ενεργό συμμετοχή τους στη λήψη των ιατρικών αποφάσεων, ότι οι ιατροί χρησιμοποιούν ιατρικούς όρους, που δεν κατανοούν και ότι δεν τους αφιερώνουν αρκετό χρόνο[2]. Ως σημαντικοί παράγοντες δυσαρέσκειας, αναγνωρίστηκαν η ασάφεια στην επικοινωνία ιατρού-ασθενή, ο σημαντικός χρόνος αναμονής και το ανακόλουθο των ιατρών σε προγραμματισμένες επισκέψεις[3]. Στην Ελλάδα, σημαντικοί λόγοι για την ικανοποίηση των ασθενών αποτέλεσαν η ευγένεια-σεβασμός του ιατρού, οι κατανοητές και σαφείς εξηγήσεις-οδηγίες με

αποφυγή χρησιμοποίησης δυσνόητων ιατρικών όρων, η σχολαστική ενασχόληση-χωρίς πίεση-χρόνου του ιατρού με το πρόβλημά τους και η «αντιμετώπιση του ασθενή ως πρόσωπο και όχι ως πρόβλημα»[4].

Τα τελευταία χρόνια συζητείται η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα(ασθενο-κεντρική), όπου οι έννοιες «αξίες», «προτιμήσεις», «ανάγκες», «αξιοπρέπεια», «σεβασμός» θεωρούνται βασικές στην αντιμετώπιση του ασθενή, ενώ οι όροι «ενεργός συμμετοχή», «συνεργασία του ασθενή», ως απαραίτητοι στη διαδικασία εφαρμογής της ασθενοκεντρικής φροντίδας[5-7]. Συνεπώς, η δημιουργία μιας περισσότερο προσωπικής σχέσης ιατρού-ασθενούς συντελεί στην αποτελεσματική επικοινωνία[8], ενώ η χρήση ενδεδειγμένων τεχνικών-εργαλείων επικοινωνίας βελτιώνει τη θεραπευτική σχέση, ωφελώντας τους ασθενείς, αλλά και τη λειτουργία των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Εξάλλου, οι δυσαρεστημένοι ασθενείς-συνήθως-επισκέπτονται και άλλο/ους ιατρούς για το ίδιο πρόβλημα, προκαλώντας αυξημένες δαπάνες και επιβαρύνοντας το σύστημα υγείας[9].

Στην παρούσα εργασία γίνεται αναφορά στις συμμετοχικές μορφές σχέσεων-τύπων επικοινωνίας βάσει των μοντέλων κατά Roter και ορίζεται η από κοινού λήψη ιατρικής απόφασης με παράλληλη αναφορά των βημάτων επίτευξής της, εστιάζοντας σε ογκολογικούς ασθενείς. Επιπρόσθετα, αναφέρονται οι συνέπειες από τη χρήση ιατρικής ορολογίας στην επικοινωνία ιατρού-ασθενούς με αναφορά στην περίπτωση διάγνωσης καρκίνου του μαστού. Τέλος, παρουσιάζεται ένας οδηγός-εργαλείο διαχείρισης επικοινωνίας, κυρίως των ειδικευομένων ιατρών, με ασθενείς, ώστε οι τελευταίοι να απομνημονεύουν καλύτερα τις ιατρικές πληροφορίες, στα πλαίσια της μεταξύ τους συνάντησης.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΣΧΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: ΜΟΝΤΕΛΑ-ΠΡΟΤΥΠΑ ΚΑΤΑ ROTER

Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς μπορεί να γίνει σύμφωνα με:

1) Το βιοϊατρικό μοντέλο: Η ασθένεια εξηγείται με βάση τις αποκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές των μετρήσιμων-αξιολογήσιμων βιολογικών παραμέτρων που αφορούν στον ασθενή και σχετίζονται με την ασθένεια[10]. Η αφοσίωση-εμμονή του γιατρού στα συμπτώματα που αναμένει, στερεί την δυνατότητα του ασθενή να περιγράψει την ασθένεια όπως τη βιώνει ο ίδιος, και απαντά όπως ο γιατρός θα ήθελε να ακούσει[11].

2) Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο: Συνίσταται σε μια προσέγγιση-επικοινωνία που λαμβάνει υπόψη της παραμέτρους όπως το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εξελίσσεται η ασθένεια, τα οικογενειακά πρότυπα του ασθενούς, την κουλτούρα και την ψυχολογία του. Η προσέγγιση αυτή, απαιτεί μια μορφή επικοινωνίας όπου ο γιατρός δε χρησιμοποιεί κλειστού τύπου ερωτηματολόγια, αλλά αφήνει τον ασθενή να εκφραστεί. Με τον τρόπο αυτό, αντιμετωπίζεται σφαιρικότερα το ιατρικό πρόβλημα και προσεγγίζεται καλύτερα ο ασθενής[12].

Σε έρευνα των Roter και συνεργατών, αποτυπώθηκαν πέντε τύποι επικοινωνίας ιατρού-ασθενή[13]:

1) Ο στενά (αμιγώς) βιοϊατρικός: Αναφέρεται σε ένα τύπο επικοινωνίας, όπου ο ιατρός αφιερώνει το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου της ιατρικής επίσκεψης, υποβάλλοντας ερωτήσεις που αφορούν σε ένα συγκεκριμένο γεγονός και απαιτούν σύντομες απαντήσεις ή ζητούν συγκεκριμένες πληροφορίες (κλειστού τύπου ερωτήσεις), χρησιμοποιώντας μία τεχνική-βιοϊατρική ορολογία, ενώ τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα συζητούνται ελάχιστα.

2) Ο διευρυμένος βιοϊατρικός: Περιλαμβάνει ιατρικές ερωτήσεις κλειστού τύπου, ενώ παράλληλα, παρέχεται και λίγος χρόνος για συζήτηση ψυχοκοινωνικών θεμάτων του ασθενούς.

3) Ο βιοψυχοκοινωνικός: Στον τύπο αυτό, ο χρόνος της ιατρικής επίσκεψης κατανέμεται ισορροπημένα μεταξύ βιοϊατρικών και ψυχοκοινωνικών θεμάτων. Ο ιατρός αφήνει τον ασθενή να περιγράψει την προσωπική του μαρτυρία, χρησιμοποιώντας περισσότερο ερωτήσεις ανοικτού τύπου.

4) Ο ψυχοκοινωνικός: Χαρακτηρίζεται από μονομερή σχεδόν ενασχόληση του ιατρού με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενή και γίνεται μια συζήτηση που ξεπερνά τα στενά όρια της νόσου. Ο ασθενής συνεργάζεται με τον ιατρό μέσα από μια σχέση ισότιμης ισχύος[14].

5) Ο καταναλωτικός: Αυτός ο τύπος επικοινωνίας μοιάζει με μια συναλλαγή μεταξύ ασθενή-πελάτη και ιατρού, όπου ο ιατρός απαντά στις ερωτήσεις που θέτει ο ασθενής-πελάτης.

Οι παραπάνω τύποι απηχούν σε δύο τάσεις άσκησης της ιατρικής: αυτήν που ο ιατρός παρατηρεί αντικειμενικά τα κλινικά σημεία έχοντας μια

ΤΥΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
Αμιγώς (στενά) βιοϊατρικός τύπος	Πολύ χαμηλό.	Ο ασθενής περιορίζεται σε σύντομες απαντήσεις που δίνονται σε ερωτήσεις κλειστού τύπου, ενώ χρησιμοποιείται και τεχνική βιοϊατρική ορολογία με ελλοχεύοντα τον κίνδυνο της μη κατανόησης και των παρερμηνειών.
Διευρυμένος βιοϊατρικός τύπος	Χαμηλό	Ο ιατρός έχει την δυνατότητα να συζητήσει , αλλά σε πολύ περιορισμένη έκταση ψυχοκοινωνικά θέματα του ασθενούς, αποκτώντας μια κάπως περισσότερο διευρυμένη αντίληψη για την κατάσταση της υγείας του. Τα μειονεκτήματα του προηγούμενου τύπου επικοινωνίας παραμένουν.
Βιοψυχοκοινωνικός τύπος	Ισορροπημένο	Ισορροπημένη κατανομή χρόνου ανάμεσα σε βιοϊατρικά και σε ψυχοκοινωνικά θέματα. Ο ασθενής μπορεί να περιγράψει την προσωπική μαρτυρία, κυρίως, μέσω ερωτήσεων ανοικτού τύπου.
Ψυχοκοινωνικός τύπος	Υψηλό	Η επικοινωνία δίνει έμφαση σε ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις, δίνεται χώρος στον ασθενή να μιλήσει για τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς του και δημιουργούνται προϋποθέσεις για την ανάπτυξη σχέσεως εμπιστοσύνης με τον ιατρό ενώ και ο τελευταίος μπορεί να διαμορφώσει, πληρέστερη εικόνα για το γενικότερο ψυχολογικό κοινωνικό προφίλ του ασθενούς και τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του.
Καταναλωτικός τύπος	Χαμηλό	Η επικοινωνία είναι πολύ περιορισμένη, αφού περιορίζει τον ιατρό σε ρόλο αποδέκτη ερωτήσεων που πρέπει να απαντά.

«απόσταση» από τον ασθενή και την άλλη, που ο ιατρός να προσπαθεί να προσεγγίσει τα βιώματα-συναισθήματα του ασθενή. Στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζεται ο βαθμός συμμετοχικότητας στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τους προαναφερθέντες τύπους επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς.

Στην ίδια έρευνα[13], διαπιστώθηκε ότι το 32% και 33% των επισκέψεων αφορούσαν στο στενά βιοϊατρικό και στο διευρυμένο βιοϊατρικό πρότυπο, αντίστοιχα, το 20% στο βιοψυχοκοινωνικό, ενώ τα άλλα δύο πρότυπα παρατηρήθηκαν σε 8%. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι, σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας χρησιμοποιήθηκαν περισσότερο τα βιοϊατρικά πρότυπα, ενώ σε νεότερους τα ψυχοκοινωνικά. Τα βιοϊατρικά πρότυπα κυριάρχησαν στους οικονομικά ασθενέστερους καθώς και στους αφρο-αμερικανικής καταγωγής ασθενείς, ενώ πρώτο στις προτιμήσεις των ασθενών ερχόταν το ψυχοκοινωνικό πρότυπο και ακολουθούσαν το βιοψυχοκοινωνικό και καταναλωτικό, με τα βιοϊατρικά να καταλαμβάνουν τις τελευταίες θέσεις[13].

ΑΠΟ ΚΟΙΝΟΥ ΛΗΨΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ-ΚΛΙΑ: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΒΗΜΑΤΑ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ. ΕΣΤΙΑΣΗ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Η ΚΛΙΑ έχει οριστεί ως «μια προσέγγιση όπου οι

κλινικοί ιατροί και οι ασθενείς παίρνουν αποφάσεις μαζί, χρησιμοποιώντας την καλύτερα διαθέσιμη τεκμηρίωση»[15] και περιλαμβάνει συνεργατικές συνομιλίες ασθενών-κλινικών ιατρών, κατά τη διάρκεια των οποίων οι ιατροί παρέχουν πληροφορίες βάσει της κλινικής τους εμπειρογνωμοσύνης, ενώ οι ασθενείς παρέχουν πληροφορίες βάσει των συμπτωμάτων-εμπειριών-προτιμήσεών τους, ώστε όλοι οι εμπλεκόμενοι να καταλήξουν σε ένα αμοιβαία συμφωνημένο σχέδιο αντιμετώπισης του προβλήματος του ασθενούς[16,17]. Η ΚΛΙΑ είναι το προτιμώμενο μοντέλο για τη συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με τη διάγνωση, θεραπεία ή παρακολούθηση, όταν υπάρχουν περισσότερες από μία ιατρικές επιλογές[18] και έχει συνδεθεί με τη βελτίωση των γνώσεων των ασθενών αναφορικά με τις επιλογές θεραπείας και την αυξημένη ικανοποίηση τους[19].

Στην ογκολογία, επειδή η αντιμετώπιση του καρκίνου είναι συχνά μία σύνθετη και συνεχιζόμενη θεραπευτική διαδικασία όπου εμπλέκονται πολλοί επαγγελματίες υγείας (ΕΥ), και επειδή η πλειονότητα των καρκινοπαθών επιθυμεί πλήρη-ενδελεχή πληροφόρηση σχετικά με τη νόσο τους[20,21], η εφαρμογή της ΚΛΙΑ καθίσταται ακόμα περισσότερο αναγκαία[22], έχοντας αναγνωριστεί βασικό στοιχείο στην ασθενο-κεντρική περίθαλψη, ενώ στις Η.Π.Α αποτελεί στοιχείο της σχετικής νομοθεσίας[23].

Έχουν διατυπωθεί διάφορες φάσεις-βήματα για την εφαρμογή της ΚΛΙΑ, ωστόσο προτιμώνται τα 4 βήματα που παρουσιάζονται παρακάτω[18]. Η αναφορά σε ΕΥ και όχι μόνο σε ιατρούς γίνεται, καθώς όλο και περισσότεροι ΕΥ συμμετέχουν στην ΚΛΙΑ, με αποτέλεσμα να παρέχεται περισσότερος χρόνος για ανταλλαγή πληροφοριών-ερωτήσεων και να αφαιρείται από τον ιατρό, μέρος της χρονικής πίεσης.

Βήμα-1. Ο ΕΥ ενημερώνει τον ασθενή ότι πρέπει να ληφθεί απόφαση και ότι η γνώμη του είναι σημαντική.

Συνήθως, οι ασθενείς περιμένουν από τον ΕΥ να είναι σαφής σχετικά με την προτιμητέα επιλογή, πιστεύοντας «ότι ο ιατρός ξέρει τι είναι καλό». Ωστόσο, ο ΕΥ πρέπει να καταστήσει σαφές, ότι η απόφαση είναι ευαίσθητη στις προτιμήσεις του ασθενούς, επειδή οι διαθέσιμες επιλογές για θεραπεία μπορεί να διαφέρουν ως προς τα αποτελέσματα τους και η τελική επιλογή να εξαρτάται από την εξισορρόπηση των πλεονεκτημάτων-μειονεκτημάτων, αλλά και από το τι είναι σημαντικό για τον ασθενή. Σημειώνεται ότι η επιλογή συνήθως σχετίζεται με προσωπικές αξίες των ασθενών και δεν είναι υπόθεση μόνο του ΕΥ. Η συμμετοχή των ογκολογικών ασθενών στην ΚΛΙΑ είναι ιδιαίτερα κρίσιμη επειδή οι προτιμήσεις των ιατρών μπορεί να επηρεάσουν ισχυρά τις αποφάσεις θεραπείας. Ως παράδειγμα, αναφέρεται, ότι μεταξύ γυναικών με καρκίνο μαστού, εκείνες που ο ογκολόγος τους προτιμούσε την χημειοθεραπεία, είχαν μεγάλη πιθανότητα να υποβληθούν σε αυτή, σε αντίθεση απ' εκείνες που ο ογκολόγος τους δεν ισχυρή προτίμηση σ' αυτή τη θεραπεία[24]. Επίσης, έχει αναφερθεί ότι σχετικά με τον καρκίνο του προστάτη, οι ουρολόγοι προτιμούν τη χειρουργική επέμβαση, ενώ οι ογκολόγοι την ακτινοθεραπεία[25].

Βήμα-2. Ο ΕΥ εξηγεί με ουδέτερο τρόπο τις διαθέσιμες επιλογές καθώς και τα πλεονεκτήματα-μειονεκτήματα κάθε επιλογής.

Είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη θέματα όπως: 1) ποιά πληροφόρηση είναι σχετική με την κατάσταση του ασθενούς, 2) ποιες είναι οι προηγούμενες γνώσεις του ασθενούς σχετικά με το προς συζήτηση θέμα και εάν η πληροφόρησή του είναι πλήρης, 3) πώς μεταφέρονται οι πληροφορίες σχετικά με τους υπάρχοντες κινδύνους και 4) εάν ο ασθενής έχει κατανοήσει την πληροφόρηση-τεκμηρίωση που έλαβε[26]. Στην επικοινωνία σχετικά με τον κίνδυνο, συνίσταται να αποφεύγεται η χρήση ποιοτικών χαρακτηριστικών κινδύνου, ενώ οι πιθανότητες κινδύνου θα πρέπει να παρουσιάζονται ως ποσοστά συμβάντων (ποσοστά ή φυσικές συχνότητες δηλαδή αριθμητής/παρονομαστής ως φυσικοί αριθμοί). Όταν χρησιμοποιούνται φυσικές συχνότητες, θα πρέπει ο παρανομαστής να αναφέρεται σε 1000 συμμετέχοντες στη σχετική έρευνα[27]. Μελέτες έδειξαν ότι η κατανόηση και η ικανοποίηση των ασθενών ήταν καλύτερη, κάνοντας χρήση των φυσικών συχνοτήτων αντί των ποσοστών, καθώς και της οπτικοποίησης της πληροφορίας με χρήση εικόνων-πινάκων, διαγραμμάτων-γραφημάτων, κλπ.[27] Ο αναγκαίος έλεγχος της κατανόησης των πληροφοριών από τον ασθενή παρουσιάζει δυσκολίες, καθώς μπορεί να εκληφθεί ως «εξέταση» του ασθενούς και να προκαλέσει, από μέρους του, αντιδράσεις-δυασαρέσκεια. Οι δυσκολίες αυτές θα μπορούσε να μειωθούν εάν είχε προηγηθεί μια δήλωση του ΕΥ, ότι θα ήθελε να

ελέγξει τη δική του ικανότητα σχετικά με το πόσο αποτελεσματικός ήταν στην καλή επικοινωνία-πληροφόρηση του ασθενή. Επίσης, η αναγνώριση των παρασχεθέντων πληροφοριών ως πολλών και σημαντικών, κάνει τον έλεγχο της κατανόησης πιο αποδεκτό από τον ασθενή.[22]

Βήμα-3. Ο ΕΥ συζητά με τον ασθενή τις προτιμήσεις του και τον υποστηρίζει στη διαβούλευση.

Οι προτιμήσεις των ασθενών συχνά διαμορφώνονται κατά τη διαδικασία της διαβούλευσης. Σε περιπτώσεις καρκίνου, οι ογκολόγοι και άλλοι ΕΥ θα πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς για την αβεβαιότητα και για όλες τις θεραπευτικές επιλογές, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που μπορεί να συνεπάγονται συμβιβασμούς μεταξύ δυνητικά χαμηλότερων επιπέδων θεραπείας/προσδόκιμου ζωής και βελτιωμένης ποιότητας ζωής, βοηθώντας τους να εξετάσουν ποιες επιλογές ταιριάζουν καλύτερα στους προσωπικούς τους στόχους-επιδιώξεις. Ο ΕΥ πρέπει να διερευνά τις αξίες του ασθενούς, αποσκοπώντας στην καλύτερη κατανόηση των φόβων-ενδοιασμών του. Άτομα από εθνικές, θρησκευτικές ή άλλες μειονότητες μπορεί να έχουν διαφορετικές πολιτιστικές αξίες για λήψη απόφασης[28]. Η σύγκριση των πλεονεκτημάτων-μειονεκτημάτων των επιλογών, διευκολύνεται από την παρουσίαση των διαθέσιμων επιλογών, τη μία δίπλα στην άλλη, σε μορφή πίνακα[29], καθώς με τον τρόπο αυτό οι ασθενείς βοηθούνται στη στάθμιση των επιλογών τους[30].

Βήμα-4. Οι ΕΥ-ασθενής συζητούν για την επιθυμία του ασθενούς να λάβει απόφαση, να αποφασίσει οριστικά και να συζητήσει τη συνέχεια.

Ο ΕΥ συνοψίζει ό,τι έχει αντιμετωπιστεί-συζητηθεί -μέχρι εκείνη τη στιγμή-και στη συνέχεια μπορεί να ζητήσει την γνώμη του ασθενή ή να αναφέρει τι αυτός έχει καταλάβει-μέχρι στιγμής-από τον ασθενή.

Σε περιπτώσεις ογκολογικών ασθενών, οι ΕΥ θα πρέπει να έχουν κατά νου, ότι θα απαιτηθεί χρόνος μέχρι τη λήψη απόφασης καθώς-συνήθως-και άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας ή μέλη της οικογένειας του ασθενούς θα εμπλακούν στην ΚΛΙΑ[31]. Επίσης, μερικές φορές οι ασθενείς χρειάζονται χρόνο για να σκεφτούν ή θέλουν να συζητήσουν και με άλλους, οπότε μπορεί να χρειαστεί δεύτερη επίσκεψη. Εάν αυτό δεν συμβεί, τότε η απόφαση μπορεί να ληφθεί και ΕΥ-ασθενής συναποφασίζουν πώς θα προχωρήσουν στο εξής. Αναφορικά με τη συμμετοχή των ασθενών στην ΚΛΙΑ, οι ηλικιωμένοι άνδρες και οι λιγότερο μορφωμένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να παίρνουν έναν παθητικό-συνεργατικό ρόλο[32,33], ενώ οι νεότεροι και καλύτερα-περισσότερο μορφωμένοι ασθενείς προτιμούν να είναι πιο ενεργοί[34]. Ιδιαίτερα, οι νεαρές γυναίκες με καρκίνο μαστού, έχουν την τάση να συμμετέχουν περισσότερο στην ΚΛΙΑ, ενώ και μεταξύ ηλικιωμένων, οι γυναίκες ήταν περισσότερο θετικές στην συμμετοχή[22].

Αν και πολλοί επαγγελματίες θεωρούν σημαντικό να μοιράζονται τις αποφάσεις με τους ασθενείς και πολλοί ασθενείς έχουν εκφράσει ικανοποίηση από την εφαρμογή της ΚΛΙΑ[35,36] εν τούτοις φαίνεται να εφαρμόζεται σε περιορισμένο μόνο βαθμό στην καθημερινή πρακτική[37,38].

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΟΡΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ: ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΥΠΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η χρήση ιατρικής ορολογίας από τους ιατρούς, κάποιες φορές, φαίνεται να γίνεται εσκεμμένα, καθώς η μη κατανόησή της από τους ασθενείς-συνήθως-συνεπάγεται τη μη υποβολή ερωτήσεων, με αποτέλεσμα ο ιατρός να μη χρειάζεται να απαντήσει χρονοτριβώντας[1], ενώ άλλοτε, επειδή οι ιατροί υπερεκτιμούν την παιδεία-γνώσεις των ασθενών[39]. Ως ορολογία ορίζεται «οποιαδήποτε λέξη-φράση, συμπεριλαμβανομένων συντμήσεων, ακρωνυμίων και άλλων παραγώγων κλινικής ορολογίας, που είναι αδιαφανής για τα άτομα που στερούνται ιατρικής εκπαίδευσης ή/και έκθεσης σε ιατρικές πρακτικές»[40]. Έχει διαπιστωθεί, ότι η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μειώνεται με τη χρήση ιατρικής ορολογίας, επειδή συχνά οδηγεί σε παράπονα ασθενών ότι οι γιατροί δεν επεξηγούν-αναλύουν τις ασθένειές τους, τις θεραπευτικές επιλογές τους ή ό,τι δεν μπορούν να κατανοήσουν[41], με συνέπεια τη μη πιστή τήρηση των ιατρικών οδηγιών, τη δημιουργία σύγχυσης-παρανοήσεων, άγχους-φόβου[42], δυσαρέσκειας, ακόμα και διάσπασης της σχέσης ιατρού-ασθενούς. Στην περίπτωση καρκίνου μαστού, έχει διαπιστωθεί ότι: 1) ο καρκίνος μαστού είναι η ασθένεια που πολλές γυναίκες φοβούνται περισσότερο δημιουργώντας τους άγχος-σύγχυση, που επηρεάζουν τις αποφάσεις για τη θεραπείας τους[43], 2) το 49,5% γυναικών με καρκίνο μαστού, ανέφεραν δυσκολία στην κατανόηση

των ιατρών τους[44], 3) οι ιατροί τείνουν να θεωρούν ότι οι ογκολογικοί ασθενείς τους, κατανοούν καλώς τις πληροφορίες που τους παρέχουν[45,46] και 4) οι γυναίκες αντιδρούν συναισθηματικά στον όρο «καρκίνωμα» και εξέφρασαν την προτίμησή τους για ορολογία που δεν εμπεριείχε τον όρο[47]. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι μια τέτοια προσέγγιση μειώνει τη σύγχυση-άγχος και μπορεί να επιτρέψει συζητήσεις για συντηρητικότερες θεραπευτικές επιλογές[47]. Στη θεραπεία του διηθητικού πορογενούς καρκινώματος του μαστού (ΔΠΚΜ) περιλαμβάνονται θεραπείες όπως μαστεκτομή, μερική μαστεκτομή, ακτινοβολία, ορμονικός χειρισμός και συνδυασμός των ανωτέρω[48]. Είναι απαραίτητο η τελική απόφαση για θεραπεία να συναποφασίζεται μετά την πλήρη και σαφή ενημέρωση της ασθενούς, με χρήση κατανοητής ορολογίας[49]. Από τα παραπάνω συνάγεται ότι οι ιατροί πρέπει να έχουν επίγνωση του χάσματος που υπάρχει μεταξύ τους και των ασθενών, να προσαρμόσουν τη γλώσσα-διάλεκτό τους ώστε να ταιριάζει στο επίπεδο γνώσεων του ασθενούς και να βεβαιώνονται ότι οι ασθενείς κατανοούν αυτό που τους λένε ώστε να αυξηθεί η συνεργασία-συμμετοχή των ασθενών[50]. Τέλος, φαίνεται πως η χρησιμοποίηση κατάλληλου λεξιλογίου από τους ιατρούς μειώνει την ανησυχία και βελτιώνει την ποιότητα πληροφόρησης των ασθενών σχετικά με τις επιλογές φροντίδας, έχοντας καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με τους λιγότερο καλά ενημερωμένους[51,52].

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ: ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ

Η αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού-ασθενούς-μεταξύ των άλλων που προαναφέρθηκαν-έχει ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς να θυμούνται καλύτερα τις υποδείξεις που τους παρέχονται, στα πλαίσια της ιατρικής συνάντησης και να είναι περισσότερο συνεπείς κατά την εφαρμογή τους[53-55]. Είναι γενικά αποδεκτό, μεταξύ ειδικών σε θέματα υγείας και επικοινωνίας, ότι υπάρχουν έξι βασικοί τρόποι διαχείρισης της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς, για τη διασφάλιση ενός καλού επιπέδου ποιότητας της, αλλά και προκειμένου οι ασθενείς να κατανοούν-απομνημονεύουν ευκολότερα τις ιατρικές πληροφορίες[56,57]. Οι τρόποι αυτοί αναφέρονται στον παρακάτω οδηγό, ο οποίος μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο βοήθημα, ιδιαίτερα στους νέους ειδικευόμενους ιατρούς, των οποίων η εμπειρία σε θέματα σχέσεων-επικοινωνίας με τους ασθενείς τους, είναι ακόμα περιορισμένη[58].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται από την επικοινωνιακή δεξιότητα του ιατρού[59], με την ποιότητα στην επικοινωνία να είναι βασικό κριτήριο για την αξιολόγηση των επαγγελματιών υγείας, ενώ οι οποιεσδήποτε επικοινωνιακές συγκρούσεις έχουν αρνητικό αντίκτυπο-επιπτώσεις[60]. Στη μελέτη των Roter και των συνεργατών του, αναφέρονται 5 συμμετοχικοί τύποι σχέσεων ιατρού-ασθενούς, με τους βιοψυχοκοινωνικούς τύπους να είναι περισσότερο συμμετοχικοί από τους βιοιατρικούς και να προτιμώνται περισσότερο από τους ασθενείς, παρά το γεγονός ότι το 32% και 33% των ιατρικών επισκέψεων αφορούσαν στο στενά βιοϊατρικό και στο διευρυμένο βιοϊατρικό πρότυπο.

Η βελτίωση της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς και η αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών, επιτυγχάνονται με τη συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία ΚΛΙΑ σχετικά με τη διάγνωση, θεραπεία ή παρακολούθηση, όταν υπάρχουν περισσότερες από μία ιατρικές επιλογές. Η ΚΛΙΑ εφαρμόζεται σε 4 βήματα και έχει αναγνωριστεί, ειδικότερα στην ογκολογία, ως βασικό στοιχείο της ασθενο-κεντρικής περίθαλψης. Ωστόσο, η ΚΛΙΑ φαίνεται να έχει περιορισμένη εφαρμογή στην καθημερινή κλινική πράξη.

Η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας ιατρού-ασθενή μειώνεται με τη χρήση ιατρικής ορολογίας, με συνέπεια οι ασθενείς να μη τηρούν πιστά τις ιατρικές οδηγίες, να είναι δυσαρεστημένοι, ή να οδηγούνται σε διάσπαση της σχέσης τους με τον ιατρό. Ειδικότερα, στον καρκίνου μαστού, η χρησιμοποίηση κατάλληλου λεξιλογίου από τους ιατρούς είναι άκρως απαραίτητη για την καλύτερη διαχείριση της νόσου, μειώνοντας την ανησυχία και βελτιώνοντας την ποιότητα της πληροφόρησης σχετικά με τις επιλογές φροντίδας.

Για τη βελτίωση της επικοινωνία-κυρίως των ειδικευομένων ιατρών -με ασθενείς, έχουν αναφερθεί έξι τρόποι-κανόνες επικοινωνίας: η αργή ομιλία, η χρησιμοποίηση απλής, μη ιατρικής γλώσσας, η παρουσίαση-σχεδίαση εικόνων, ο περιορισμός της ποσότητας των παρεχόμενων πληροφοριών και επανάληψη αυτών, η χρήση τεχνικών επαναδιδασκαλίας (teach-back) και η δημιουργία

α/α	Κανόνες διαχείρισης της επικοινωνίας των νέων ειδικευομένων ιατρών με ασθενείς ώστε οι τελευταίοι να θυμούνται τις πληροφορίες που τους παρέχονται στα πλαίσια της ιατρικής συνάντησης.	Περιγραφή-Σχόλια
1	Αργή Ομιλία	Η επικοινωνία μπορεί να βελτιωθεί μιλώντας ο ιατρός αργά, και δαπανώντας λίγο επιπλέον χρόνο για κάθε ασθενή. Αυτό θα συμβάλει στην ανάπτυξη μιας ασθενο-κεντρικής προσέγγισης, στην επικοινωνία του ιατρού με τον ασθενή.
2	Χρησιμοποίηση απλής, μη ιατρικής γλώσσα	Ο ιατρός εξηγεί τα πράγματα με απλό και κατανοητό τρόπο, αποφεύγοντας τη χρήση ιατρικών όρων.
3	Παρουσίαση ή σχεδίαση εικόνων	Ο ιατρός χρησιμοποιεί -όπου και όταν χρειάζεται - εικόνες-σχέδια. Οι εικόνες-σχέδια βοηθούν στη κατανόηση εννοιών και βοηθούν τον ασθενή στην απομνημόνευση.
4	Περιορισμός της ποσότητας των παρεχόμενων πληροφοριών και επανάληψη αυτών	Ο ιατρός δεν θα πρέπει να κατακλύζει τον ασθενή με μεγάλο όγκο ιατρικών πληροφοριών, αλλά να του τις παρέχει σε μικρές ποσότητες και μετά από σύντομες παύσεις, ώστε να δίνεται χρόνος για ευκολότερη κατανόηση και απομνημόνευση τους. Η κατανόηση και απομνημόνευση διευκολύνεται ακόμα περισσότερο με την επανάληψη αυτών των πληροφοριών-οδηγιών.
5	Χρήση τεχνικών επαναδιδασκαλίας (teach-back)	Ο ιατρός πρέπει να επιβεβαιώνει ότι ο ασθενής έχει καταλάβει αυτά που έχουν ειπωθεί, θέτοντάς του ερωτήσεις και καλώντας τον -με ευγενικό και όχι τρόπο εξεταστή- να επαναλάβει τις οδηγίες. Παράδειγμα: Δεν χρησιμοποιείται η έκφραση "Καταλάβατε?", αλλά: "Επειδή θέλω να είμαι σίγουρος ότι οι οδηγίες μου ήταν σαφείς μπορείτε να μου δείξετε πως θα χρησιμοποιείτε τον εισπνευστήρα άσθματος;" Εάν αποδειχθεί οτι ο ασθενής δεν έχει ευχέρεια στις απαντήσεις του, τότε ο ιατρός θα πρέπει να επαναλάβει τις οδηγίες, στην ανάγκη χρησιμοποιώντας άλλο τρόπο εξήγησης.
6	Δημιουργία περιβάλλοντος χωρίς ντροπές: Ενθάρρυνση των ερωτήσεων	Πολλοί ασθενείς δεν αισθάνονται άνετα κατά την εξέταση και ντρέπονται να ρωτήσουν. Ο ιατρός πρέπει να κάνει στους ασθενείς να αισθάνονται άνετα ώστε να θέτουν ερωτήσεις. Εάν χρειαστεί,θα πρέπει να ζητήσει τη βοήθεια των συγγενών ή των φίλων του ασθενούς για την παροχή των ιατρικών πληροφοριών και οδηγιών.

περιβάλλοντος χωρίς ντροπές, με ενθάρρυνση για ερωτήσεις. Με τους κανόνες αυτούς, βελτιώνεται η επικοινωνία, διευκολύνεται η απομνημόνευση των ιατρικών οδηγιών από τους ασθενείς και αποφεύγονται τυχόν λάθη-παρερμηνείες-παραλείψεις, περιορίζοντας τις καθυστερήσεις, τα παράπονα αλλά

και περιττές (επιπλέον) δαπάνες στο σύστημα υγείας.

ABSTRACT

***Naoum S.* Types of Doctor-Patient Communication and Shared decision making: A communication guide for resident doctors.** *Hell Iatr 2018; 84: 22-31.*

Doctor-patient communication is an important factor in treatment. In literature, five types of doctor-patient communication relationships are reported, with the biopsychosocial type being more participative than biomedical type, but also being more preferred than patients. The implementation of the shared decision-making increases patient satisfaction and the effectiveness of treatment process by ensuring patient involvement. Shared decision-making is implemented in 4 steps and has been recognized, particularly in oncology, as a key element of patient-care. In addition, the effectiveness of doctor-to-patient communication is reduced by the use of medical terminology, having as a result the patients to be unable to faithfully adhere to the medical guidelines, to be dissatisfied, or even to dissociate their relationship with the physician. In particular, in breast cancer, the use of appropriate vocabulary by doctors is of the utmost importance for better management of the disease, reducing concern and improving the quality of information on care options. Finally, improving the communication with patients, especially the resident-junior doctors, so that the patients can more easily remember the medical information provided - has been reported to be achieved using 6 ways: 1) slow speech, 2) use of simple non-medical language, 3) presentation and drawing of images, 4) limitation of the amount of information provided and repetition, 5) use of teach-back techniques, and 6) creation of environment without shame while encouraging questions.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *DiMatteo RM, Leslie RM*. Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Πεδίο, Αθήνα, 2011: 98-99, 101-103.
2. Survey Sampling International and Opinionology, The Research Intelligence Group. Patients Around the World are Not Happy with Their Physicians, Feeling Disrespected, Hurried through Visits and Shut out of Treatment Decisions. PRNewswire, 2011. Διαθέσιμο στο http://www.prnewswire.com/news-releases/patients-around-the-world-are-not-happy-with-their-physicians-feeling-disrespected-hurried-through-visits-and-shut-out-of-treatment-decisions-125559353.html.
3. *Λιονής Χ, Πιτέλου Ε, Ιατράκη Ε, και συν.* Σχέση ιατρού-ασθενή: Θεωρητική και Πρακτική προσέγγιση (Σύγγραμα). Σύνδεσμος ελληνικών ακαδημαικών βιβλιοθηκών. 2015. Διαθέσιμο στο https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5809/1/00_master_document-KOY.pdf.
4. *Γεωργιάννος Ν, Ιατράκη Ε , Λιονής Χ*. Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ. Διαθέσιμο στο https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5814/1/02_chapter_05.pdf.
5. *Lionis C, Petelos E*. The patient-centered medical home model within an integrated primary care system: towards a European Model? In: O'Donohue, W, Maragakis A. Eds. Integrated Primary and Behavioral Care. Springer, 2015: 75-96.
6. *Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco T*. Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care. Jossey-Bass San Fransisco, 1993.
7. *Scholle SH, Torda P, Peikes, D, Han E, Genevro J*. Engaging patients and families in the medical home. AHRQ Publication, No. 10-0083-EF, Rockville, 2010.
8. *Βενιού Α, Τεντολούρης Ν*. Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. Αρχ Ελλ Ιατρ 2013, 30: 613-8.
9. *Παναγοπούλου Ε, Μπένος Α*. Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση. Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια; Αρχ Ελλ Ιατρ 2004, 21: 385-90.
10. *Engel GL*. The clinical application of the biopsychological model. Am J Psychiatry, 1980, 137: 535-44.
11. *Kleinman A*. The illness naratives: suffering, healing and the human condition. Basic Books, New York, 1988.
12. *Di Matteo MR, Di Nicola DD.* Achieving patient compliance: The Psychology of the medical practitioner role. Pergamon Press, Elmsford-NY, 1982.
13. *Roter DL, Stewart M, Putman SM, Lipkin M Jr, Stiles W, Inui TS*. Communication Patterns of primary care physicians. JAMA 1997, 277: 350-6.
14. *Τσιμτσίου Ζ*. Σχέση και επικοινωνία ιατρών–ασθενή: Καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών σε δείγμα ιατρών και ασθενών. ΑΠΘ Ιατρική Σχολή, Διδακτορική διατριβή. Θεσσαλονίκη, 2008: 31-32.
15. *Elwyn G, Coulter A, Laitner S, Walker E, Watson P, Thomson R*. Implementing shared decision making in the NHS. BMJ 2010; 341: 5146.
16. *Politi MC, Street RL*. The importance of communication in collaborative decision making: Facilitating shared mind and the management of uncertainty. J Eval Clin Pract 2011, 17: 579-84.
17. *Street RL Jr.* Aiding medical decision making: A communication perspective. Med Decis Making 2007, 27: 550-3.
18. *Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC*. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. Patient Educ Couns 2015, 98: 1172-9.
19. *Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, et al*. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2014, 1: CD001431.
20. *Cox A, Jenkins V, Catt S, et al.* Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. Eur J Oncol Nurs 2006, 10: 263-72.
21. *Jenkins V, Fallowfield L, Saul J.* Information needs of

patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. Br J Cancer 2001, 84: 48-51.

22. *Kane L, Michael T. Halpern MT, et al.* Implementing and evaluating shared decision making in oncology practice. CA Cancer J Clin 2014, 64: 377-88.

23. *Levit L, Balogh E, Nass S, Ganz PA*. Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a Systemin Crisis. National Academies Press, Washington DC, 2013.

24. *Mandelblatt JS, Faul LA, Luta G, et al*. Patient and physician decision styles and breast cancer chemotherapy use in older women: Cancer and Leukemia Group B protocol 369901. J Clin Oncol 2012, 30: 2609-14.

25. *Tariman JD, Berry DL, Cochrane B, Doorenbos A, Schepp KG*. Physician, patient, and contextual factors affecting treatment decisions in older adults with cancer and models of decision making: a literature review. Oncol Nurs Forum 2012, 39: 70-83.

26. *West HF, Baile WF*. Tell me what you understand: the importance of checking for patient understanding. J Support Oncol 2010 8: 216-8.

27. *Zipkin DA, Umscheid CA, Keating NL, et al.* Evidence-based risk communication a systematic review. Ann Intern Med 2014, 161: 270-80.

28. *Mead EL, Doorenbos AZ, Javid SH, et al*. Shared decision-making for cancer care among racial and ethnic minorities: a systematic review. Am J Public Health 2013, 103: 15-29.

29. *Feldman-Stewart D, Brundage MD, Van Manen L, Svenson O*. Patient-focussed decision-making in early-stage prostate cancer: insights from a cognitively based decision aid. Health Expect 2004, 7: 126-41.

30. *Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, et al*. Option Grids shared decision making made easier. Patient Educ Couns 2013, 90: 207-12.

31. *Katz SJ, Hawley S*. The value of sharing treatment decision making with patients: expecting too much? JAMA 2013, 310: 1559-60.

32. *Mandelblatt J, Kreling B, Figeuriedo M, Feng S*. What is the impact of shared decision making on treatment and outcomes for older women with breast cancer? J Clin Oncol 2006, 24: 4908-13.

33. *Deber RB, Kraetschmer H, Urowitz S, Sharpe N*. Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. Health Expect 2007, 10: 248-258.

34. *Wallberg B, Michelson H, Nystedt M, Bolund C, Degner LF, Wilking N*. Information needs and preferences for participation in treatment decisions among Swedish breast cancer patients. Acta Oncol 2000, 39: 467-76.

35. *Pieterse AH, Baas-Thijssen MC, Marijnen CA, Stiggelbout AM*. Clinician and cancer patient views on patient participation in treatment decision-making: a quantitative and qualitative exploration. Br J Cancer 2008, 99: 875-82.

36. *Snijders HS, Kunneman M, Bonsing BA, et al*. Preoperative risk information and patient involvement in surgical treatment for rectal and sigmoid cancer. Colorectal Dis 2014, 16: 43-9.

37. *Couët N, Desroches S, Robitaille H, et al.* Assessments of the extent to which health-care providersinvolve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. Health Expect 2015, 18: 542-61.

38. *Kunneman MA, Ten Hove L, Stiggelbout AM, et al.* Reason for encounter: a missed opportunity forshared decision making. Med Decis Making 2015, 98: 1172-9.

39. *Kelly PA, Haidet P*. Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities. Patient Educ Couns 2007, 66: 119-22.

40. *LeBlanc TW, Hesson A, Williams A, et al*. Patient understanding of medical jargon: A survey study of U.S medical students. Patient Educ Couns 2014, 95: 238-42.

41. *Mayeaux EJ Jr, Murphy PW, Arnold C, Davis TC, Jackson RH, Sentell T*. Improving patient education for patients with low literacy skills. Am Fam Physician 1996, 53: 205-11.

42. *Fisher S*. Doctor talk/patient talk: How treatment decisions are negotiated in doctor-patient communication. In: Fisher S & Todd A (Eds.) The social organization of doctor-patient communication. The Center for Applied Linguistics, Washington DC 1983: 135-55.

43. *Tracy GE*. Breast cancer-the disease many women fear the most. SDJ Med 2004, 57: 148.

44. *Lerman, C, Daly M, Sands C, et al*. Mammography adherence and psychological distress among women at risk for breast cancer. J Natl Cancer Inst 1993, 85: 1074-80.

45. Chaitchik S, Kreitler S, Shaked S, Schwartz I, Rosin R. Doctor-patient communication in a cancer ward. J Cancer Educ 1992, 7: 41-54.

46. *Gattellari M, Butow PN, Tattersall MHN, Dunn S M, MacLeod CA*. Misunderstanding in cancer patients: Why shoot the messenger? Ann Oncol 1999, 10: 39-46.

47. *Nickel B, Barratt A, Hersch J, Moynihan R, Irwig L, McCaffery K*. How different terminology for ductal carcinoma in situ (DCIS) impacts women's concern and management preferences: A qualitative study. The Breast 2015, 24: 673-9.

48. *Κρεατσά Γ*. Σύγχρονη Γυναικολογία & Μαιευτική. 2η εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009.

49. *Hobday TJ*. An overview of approaches to adjuvant therapy for colorectal cancer in the United States. Clin Colorectal Cancer 2005, 5:11-8.

50. *Falvo D, Tippy P*. Communicating information to patients: Patient satisfaction and adherence as associated with resident skill. The J Fam Pract 1988, 26: 643-7.

51. Fallowfield L, Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. Eur J Cancer 1999, 35: 1592-7.

52. *Siminoff LA*. Improving communication with cancer patients. Oncology 1992, 6: 83-7.

53. *Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M*. Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prev Control 1999, 3: 25-30.

54. *Svensson S, Kjellgren KI, Ahlner J, Saljo R*. Reasons for adherence with antihypertensive medication. Int J Cardiol 2000, 76: 157-63.

55. *Starfield B, Steinwachs D, Morris I, Bause G, Siebert S, Westin C*. Patient-doctor agreement about problems needing follow-up visit. JAMA 1979, 242: 344-6.

56. *Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD*. The role of health literacy in patient-physician communication. Fam Med 2002, 34: 383-9.

57. *Davis TC, Williams MV, Marin E, Parker RM, Glass J*. Health literacy and cancer communication. CA Cancer J Clin 2002, 52: 134-49.

58. *Barry DW*. Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians. 2nd Edition. American Medical Association Foundation and American Medical Association, 2007.

59. *Inoui TS, Carter WB, Kukull WA, Haigh VH*. Outcome-based doctor-patient interaction analysis: I. Comparison of techniques. Med Care 1982, 20: 535-49.

60. *Τσούνης Α, Σαράφης Π*. Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ 2014, 31: 534-40.

Αλληλογραφία:
Σ. Ναούμ
Ανδρέα Εμπειρίκου 37Α
263 35 Πάτρα
e-mail: naoumsimeon@gmail.com

Corresponding author:
S. Naoum
Andrea Empeirikou 37A street
263 35 Patra, Greece
e-mail: naoumsimeon@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2018, 84, 3-4: 32 - 39

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Επιστροφή σε αθλητικές δραστηριότητες μετά από συρραφή μηνίσκου

Τ. Τότλης[1,2], Γ. Καλίφης[1], Ν. Οτουντζίδης[2], Σ. Παπαδόπουλος[2], Ι. Τερζίδης[1], Κ. Νάτσης[2]

[1]Ορθοπαιδικό Κέντρο, Thessaloniki Minimal Invasive Surgery, Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη
[2]Εργαστήριο Ανατομικής και Χειρουργικής Ανατομικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Περίληψη. Η ρήξη μηνίσκου είναι μία από τις συχνότερες κακώσεις γόνατος σε αθλητές, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν μια εξαιρετικά απαιτητική ομάδα ασθενών και αυτό οφείλεται σε δύο βασικούς λόγους: έχουν υψηλές προσδοκίες σχετικά με την επιστροφή στο προ του τραυματισμού επίπεδο δραστηριότητας και καταπονούν σημαντικά την άρθρωση του γόνατος με αποτέλεσμα τη συγκέντρωση μέγιστων φορτίων στο μηνίσκο που έχει υποστεί συρραφή. Συνεπώς, κατά τη λήψη των αποφάσεων για το είδος της επέμβασης που θα υποβληθεί ένας αθλητής με ρήξη μηνίσκου (μηνισκεκτομή ή συρραφή), είναι πολύ σημαντικό ο χειρουργός, ο αθλητής και η οικογένειά του να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες όσον αφορά στις πιθανότητες επιτυχίας της συρραφής του μηνίσκου και επιστροφής στις αθλητικές δραστηριότητες. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει ισχυρή τεκμηρίωση υπέρ της διατήρησης του μηνίσκου στον αθλητικό πληθυσμό, λόγω της χονδροπροστατευτικής του δράσης, με συρραφή του τμήματος που έχει υποστεί ρήξη επί ενδείξεων. Στις περισσότερες έρευνες με μακροχρόνια μετεγχειρητική παρακολούθηση (follow up) των ασθενών έχουν καταγραφεί ικανοποιητικά ή εξαιρετικά κλινικά αποτελέσματα μετά από συρραφή μηνίσκου σε ποσοστό 59-100%. Σε μία συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση ερευνών με μετεγχειρητική παρακολούθηση άνω των 5 ετών, η σταθμισμένη επιτυχία όσον αφορά στα κλινικά αποτελέσματα των ασθενών ανέρχεται στο 76,9%. Το ποσοστό επιστροφής σε αθλητικές δραστηριότητες μετά από συρραφή μηνίσκου κυμαίνεται στο 80-92,3% και το μέσο χρονικό διάστημα που απαιτείται είναι από 4 έως 6 μήνες. Σε όλες τις μελέτες υπάρχει σημαντική αύξηση του επιπέδου δραστηριότητας μετά τη συρραφή με βάση την κλίμακα Tegner. Το ποσοστό επιστροφής στο προ του τραυματισμού επίπεδο είναι 60-100% και το μέσο μετεγχειρητικό Tegner σκορ είναι στο σύνολο της βιβλιογραφίας είτε ίσο είτε ελαττωμένο κατα μία μονάδα σε σύγκριση με αυτό προ του τραυματισμού.
Ελλην Ιατρ 2018, 84: 32 - 39.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

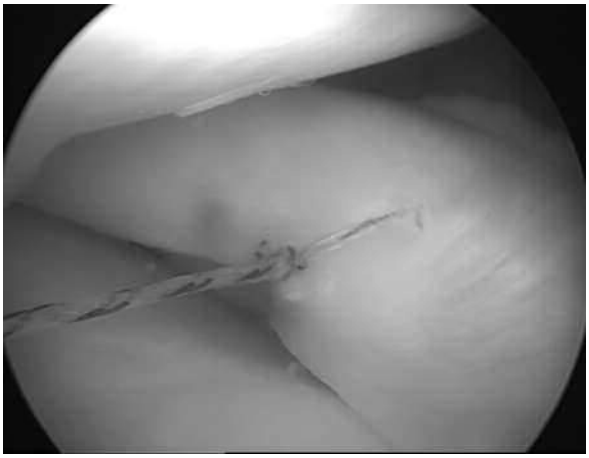
Η ρήξη μηνίσκου είναι μία από τις συχνότερες κακώσεις γόνατος σε αθλητές. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετά στοιχεία που υποστηρίζουν ότι η μηνισκεκτομή σε ασθενείς με ρήξη μηνίσκου συνδέεται μεσοπρόθεσμα με την εμφάνιση εκφυλιστικών αλλοιώσεων στην άρθρωση του γόνατος[1-5]. Ιδιαίτερα σε αθλητές υψηλού επιπέδου, έχει αναφερθεί εκφύλιση του αρθρικού χόνδρου σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά από μηνισκεκτομή[6,7]. Για αυτόν τον λόγο, η σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση των ρήξεων μηνίσκου εστιάζεται στη διατήρηση όσο το δυνατόν μεγαλύτερου τμήματος του μηνίσκου είναι εφικτό[8]. Έτσι, η μερική μηνισκεκτομή και η συρραφή των ρήξεων του μηνίσκου έχουν αντικαταστήσει την ολική μηνισκεκτομή[9-17].

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΡΡΑΦΗΣ ΜΗΝΙΣΚΟΥ

Έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες μέθοδοι για να αξιολογηθούν τα αποτελεσματα της συρραφής μηνίσκου. Σε αυτές συγκαταλέγονται, απλές μέθοδοι όπως το ιστορικό του ασθενή και η κλινική εξέταση, απεικονιστικές μέθοδοι όπως η αρθρογραφία και η μαγνητική τομογραφία (MRI) και τέλος, η αμιγώς επεμβατική, αρθροσκόπηση σε δεύτερο χρόνο (second look arthroscopy). Οι απεικονιστικές μέθοδοι, όπως η αρθρογραφία και η MRI, παρουσιάζουν κάποια μειονεκτήματα όσον αφορά στη χρήση τους για την εκτίμηση της μετεγχειρητικής κατάστασης του μηνίσκου. Αυτές οι τεχνικές έχουν περιορισμένη ευαισθησία στο να προσδιορίσουν με ακρίβεια ορισμένα χαρακτηριστικά που αφορούν τη συρραφή του μηνίσκου, όπως ο τύπος της ρήξης, το πραγματικό μέγεθος της ρήξης, το τμήμα του μηνίσκου που δεν επουλώθηκε ή την εκφύλιση του μηνίσκου μετά τη συρραφή[18-21]. Ανάμεσα στις δύο μεθόδους, η MRI υπερτερεί της αρθρογραφίας στην εκτίμηση της κατάστασης του συρραφέντος μηνίσκου[22,23].

Η αρθροσκόπηση σε δεύτερο χρόνο, παρά το γεγόνος ότι έχει ως μειονέκτημα ότι πρόκειται για μία επεμβατική μέθοδο, παρέχει τα πιο ασφαλή και αξιόπιστα συμπεράσματα για την αξιολόγηση του βαθμού επούλωσης μετά τη συρραφή μηνίσκου[19,24-26].

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το ποσοστό πλήρους επούλωσης του μηνίσκου έπειτα από συρραφή αγγίζει ποσοστά της τάξεως του 60%[27,28]. Ωστόσο, αν λάβει κανείς υπόψιν πως ασθενείς με ατελή επούλωση του μηνίσκου μπορεί να μην παρουσιάζουν συμπτώματα, φαίνεται πως η μετεγχειρητική κλινική εικόνα δεν έχει πλήρη συσχέτιση με το βαθμό επούλωσης του μηνίσκου[29]. Συγκεκριμένα, οι Ahn et al.[29] μελέτησαν 140 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ταυτόχρονη συνδεσμοπλαστική πρόσθιου χιαστού συνδέσμου (ΠΧΣ) και συρραφή μηνίσκου. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης καταδεικνύουν πλήρη επούλωση των μηνίσκων μετα από συρραφή σε ποσοστό 84,3% κατά την αρθροσκόπηση σε δεύτερο χρόνο. Το μεγαλύτερο ποσοστό επούλωσης σε σύγκριση με την υπόλοιπη βιβλιογραφία πιθανότατα εξηγείται από τον συνδυασμό της συρραφής του μηνίσκου με συνδεδμοπλαστική ΠΧΣ, η οποία ενισχύει την επουλωτική ικανότητα του μηνίσκου[24]. Αυτό που είναι σημαντικό στη μελέτη των Ahn et al.[29] είναι ότι ενώ η επούλωση του μηνίσκου επιτεύχθηκε σε 84,3% των ασθενών, όσον αφορά στη λειτουργική κατάσταση του μηνίσκου και συνεπώς του γόνατος των ασθενών, τα ποσοστά επιτυχίας ανέρχονταν στο 96,4%. Η δυσαναλογία αυτή μεταξύ βαθμού επούλωσης και λειτουργικότητας προκύπτει από το γεγονός ότι κάποιοι από τους ασθενείς με ατελή επούλωση του μηνίσκου δεν εμφάνισαν κάποιο σύμπτωμα σχετικό με τη συρραφή[29]. Έτσι, κατά την αξιολόγηση των μετεγχειρητικών αποτελεσμάτων ενός μηνίσκου που έχει υποστεί συρραφή, δίνεται περισσότερη βαρύτητα στα λειτουργικά αποτελέσματα σε σχέση με την αρθροσκοπική εικόνα ή την MRI. Οι Tenuta et al. παρατήρησαν 5 ασυμπτωματικούς μηνίσκους οι οποίοι, όπως διαπιστώθηκε κατά τη διάρκεια της αρθροσκόπησης σε δεύτερο χρόνο, δεν είχαν επουλωθεί πλήρως. Με σκοπό να περιγράψει τους μηνίσκους που παρέμεναν ασυμπτωματικοί μετα τη συρραφή, ανεξαρτήτως αν είχαν επουλωθεί πλήρως η όχι, εισήγαγε τον όρο «ικανοποιητικά επουλωμένος» ("satisfactory healed") μηνίσκος[30]. Παρά την επιτυχία που συνοδεύει βραχυπρόθεσμα τα αποτελέσματα των ατελώς επουλωμένων μηνίσκων μετά από συρραφή, είναι άγνωστο αν η επιτυχία αυτή διατηρείται σε βάθος χρόνου. Παράμετροι όπως η κατάσταση που βρίσκεται ο μηνίσκος που εχει συρραφεί αλλα δεν έχει επουλωθεί πλήρως και η ενδεχομένως αυξημένη πιθανότητα αποτυχίας του με την πάροδο του χρόνου, αλλά και η προστατευτικη επίδραση του ατελώς επουλωμένου μηνίσκου στον αρθρικό χόνδρο μακροπρόθεσμα δεν είναι αποσαφηνισμένα. Οι Pujol et al. μελετώντας τις παραπάνω παρα-



Εικ. 1. *Αρθροσκοπική εικόνα συρραφής περιφερικής αποκόλλησης του οπισθίου κέρατος του έξω μηνίσκου σε ασθενή μας ηλικίας 19 ετών.*

μέτρους σε ατελώς επουλωμένους μηνίσκους μετά από συρραφή, περιέγραψαν πως οι μηνίσκοι αυτοί, διατηρούν τη μηχανική τους λειτουργία προστατεύοντας τον αρθρικό χόνδρο από εκφυλιστικές αλλοιώσεις, ενώ παράλληλα, δεν παρατήρησαν μείωση του ποσοστού των ικανοποιητικών αποτελεσμάτων με την πάροδο του χρόνου[31].

Τα κλινικά κριτήρια για να θεωρηθεί η συρραφή του μηνίσκου επιτυχημένη είναι να μην υπάρχει μετεγχειρητικό άλγος που σχετίζεται με τη συρραφή, να απουσιάζουν τα μηχανικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της κίνησης του γόνατος σε πλήρες εύρος και φυσικά να μην απαιτούνται επακόλουθες χειρουργικές επεμβάσεις στο μηνίσκο πουέχει ήδη υποστεί συρραφή[32-34]. Στις περισσότερες έρευνες με μακροχρόνια μετεγχειρητική παρακολούθηση (follow up) των ασθενών έχουν καταγραφεί ικανοποιητικά ή εξαιρετικά κλινικά αποτελέσματα μετά από συρραφή μηνίσκου σε ποσοστό 59% εως 100%[33,35-46]. Σε μία συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση ερευνών με μετεγχειρητική παρακολούθηση άνω των 5 ετών, η σταθμισμένη επιτυχία όσον αφορά στα κλινικά αποτελέσματα των ασθενών ανέρχεται στο 76,9%[47].

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΡΡΑΦΗ ΜΗΝΙΣΚΟΥ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των ασθενών που υπόκεινται σε συρραφή ρήξης μηνίσκου ανήκουν στο κομμάτι του πληθυσμού που ασχολείται με τον αθλητισμό, είτε σε ερασιτεχνικό, είτε σε επαγγελματικό επίπεδο. Συνεπώς, οι απαιτήσεις αυτής της ομάδας ασθενών δεν περιορίζονται στα επιτυχημένα κλινικά αποτελέσματα, αλλά έχουν ως απώτερο μετεγχειρητικό στόχο την επιστροφή στις αθλητικές δραστηριότητες (return to play). Κατά τη διάρκεια της πρώιμης μετεγχειρητικής περιόδου, ο μηνίσκος που έχει υποστεί συρραφή, προστατεύεται με περιορισμό του εύρους κίνησης του γόνατος και αποφόρτιση του χειρουργημένου σκέλους προκειμένου να μη διαταραχθεί η πορεία της επούλωσης του μηνίσκου. Η περιορισμένη κίνηση και η μη χρήση του χειρουργημένου γόνατος κοστίζουν στη λειτουργικότητα και την αποκατάσταση του αθλητή. Όσο περισσότερο χρόνο μένει ανενεργό το σκέλος, επηρεάζονται τόσο ο νευρομυικός έλεγχος και η ιδιοδεκτικότητα του σκέλους, όσο και η αυτοπεποίθηση του αθλητή για τη χρήση του γόνατός του, δυσκολεύοντας και παρατείνοντας ενδεχομένως την αποκατάσταση και την επιστροφη στις αθλητικές δραστηριότητες[48]. Οι αθλητές αντιπροσωπεύουν μια εξαιρετικά απαιτητική υποομάδα ασθενών και αυτό οφείλεται σε δύο βασικούς λόγους: αφενός έχουν υψηλές προσδοκίες οι οποίες αφορούν συνήθως στην επιστροφή στο επίπεδο δραστηριότητας πριν τον τραυματισμό και αφετέρου, καταπονούν την άρθρωση του γόνατος πολύ περισσότερο συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό, με αποτέλεσμα τη συγκέντρωση μέγιστων φορτίων στο μηνίσκο που έχει υποστεί συρραφή[33]. Συνεπώς, κατά την λήψη των αποφάσεων για το είδος της επέμβασης που θα ακολουθήσει σε έναν αθλητή με ρήξη μηνίσκου, είναι πολύ σημαντικό ο χειρουργός, ο αθλητής και η οικογένειά του να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες όσον αφορά στις πιθανότητες επιτυχίας της συρραφής του μηνίσκου και επιστροφής στις αθλητικές δραστηριότητες[34].

Ποσοστό επιτυχίας επιστροφής σε αθλητικές δραστηριότητες (return to play)

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν τεκμηριωμένα στοιχεία υπέρ της διατήρησης του μηνίσκου, με συρραφή του τμήματος που έχει υποστεί ρήξη, στον αθλητικό πληθυσμό. Παρότι υπάρχουν διάφορες μεταβλητές που σχετίζονται με την επιστροφή στις αθλητικές δραστηριότητες, τα αποτελέσματα συνολικά είναι άκρως ενθαρρυντικά, καθώς η πλειοψηφία των ασθενών, ανεξάρτητα από το εάν το προ του τραυματισμού επίπεδο δραστηριότητας ήταν ερασιτεχνικό ή επαγγελματικό, επιτυγχάνει την επιστροφή στην άθληση έπειτα από συρραφή του μηνίσκου. Οι Logan et al.[33] σε μια μελέτη όπου το δείγμα αποτελούνταν από υψηλού επιπέδου αθλητές διαφόρων αθλημάτων, παρατήρησαν πως το 81% επέστρεψε στην άθληση, ενώ το υπόλοιπο 19% δεν επιθυμούσε να διακινδυνεύσει πιθανό δεύτερο τραυματισμό και εξαιτίας αυτού δεν επεδίωξε επιστροφή στο επίπεδο αθλητικής δραστηριότητας πριν τον τραυματισμό. Οι Tucciarone et al.[49] σε μια μελέτη σε επαγγελματίες αθλητές ποδοσφαίρου, αμερικανικού ποδοσφαίρου και καλαθοσφαίρισης, με τουλάχιστον 2 χρόνια μετεγχειρητικής παρακολούθησης μετά από συρραφή μηνίσκου, αξιολόγησαν τα αποτελέσματα παρατηρώντας πως το 90% των ασθενών κατάφερε να επιστρέψει στις αθλητικές δραστηριότητες. Σε μία άλλη έρευνα των

Mintzer et al., σε αθλητές σχολικών ομάδων έως 17 ετών, αναφέρεται πως, μετά από τουλάχιστον 2 χρόνια μετεγχειρητικής παρακολούθησης, το 92,3% των ασθενών επέστρεψε στην άθληση. Μόνο δύο ασθενείς δεν κατάφεραν να επιστρέψουν στο προηγούμενο επίπεδο αθλητικής δραστηριότητας, χωρίς ωστόσο η αδυναμία επιστροφής να σχετίζεται με τη χειρουργική επέμβαση στο μηνίσκο[34]. Σε μία μελέτη, σε ποδοσφαιριστές ανταγωνιστικού επιπέδου, οι Alvarez-Diaz et al.[50] κατέγραψαν 89,6% ποσοστό επιστροφής στις αθλητικές δραστηριότητες μετά από συρραφή του μηνίσκου.

Μετεγχειρητικά σκορ που σχετίζονται με την επιστροφή σε αθλητικές δραστηριότητες

Άλλοι ερευνητές αξιολόγησαν την επιστροφή στην άθληση μετά από συρραφή μηνίσκου, βάσει της βελτίωσης των σκορ που σχετίζονται με αθλητική δραστηριότητα, όπως το Tegner activity score. Η κλίμακα Tegner είναι η κλίμακα αξιολόγησης που χρησιμοποιείται διεθνώς για την εκτίμηση του επιπέδου αθλητικής και σωματικής δραστηριότητας των ασθενών. Συνεπώς, εκτός από την επιτυχία της επέμβασης σε κλινικό επίπεδο που ισοδυναμεί με την επίτευξη ενός ανώδυνου γόνατος στις καθημερινές δραστηριότητες, με πλήρες εύρος κίνησης και μυική ισχύ, από τη διαβάθμιση της κλίμακας Tegner φαίνεται το κατά πόσο το κλινικό αποτέλεσμα συνοδεύεται και από τη δυνατότητα εκτέλεσης φυσικής δραστηριότητας ή αθλοπαιδιών και σε τι επίπεδο.

Βάσει της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, μία επιτυχημένη συρραφή μηνίσκου σε συνδυασμό με ένα αποτελεσματικό μετεγχειρητικό πρόγραμμα αποκατάστασης συνοδεύεται από ένα υψηλό ποσοστό επιστροφής στην άθληση με υψηλό σκορ στην κλιμακα Tegner (Πίνακας 1). Σε μία μελέτη των Krych et al.[57], σε ασθενείς κάτω των 18 ετών που έχουν υποστεί συρραφή μηνίσκου, αναφέρεται υψηλό μετεγχειρητικό Tegner activity σκορ της τάξεως του 8, μετά από ένα χρονικό διάστημα μετεγχειρητικής παρακολούθησης 40,8 μηνών κατά μέσο όρο. Οι Ahn et al.[58] ανέφεραν μια σημαντική βελτίωση στη μέση τιμή του Tegner score από 3 προεγχειρητικά σε 7 μετά από 59 μήνες μέσης μετεγχειριτικής παρακολούθησης. Στην έρευνα των Barber et al.[60], το Tegner σκορ βελτιώθηκε από 3,4 προεγχειρητικά σε 7,2 ύστερα από ένα μέσο χρονικό διάστημα μετεχγειρητικής παρακολούθησης 30,7 μηνών. Σε μία άλλη μελέτη, μετά από μία 18-μηνη περίοδο μετεγχειρητικής παρακολούθησης, το Tegner σκορ ήταν 5,7, σημαντικά υψηλότερο από το 3,2 που παρατηρήθηκε προεγχειρητικά στους ίδιους ασθενείς[61]. Οι Tiftikci and Serbest[58] κατέγραψαν επίσης μία σημαντική βελτίωση στο Tegner σκορ από 3,7 προεγχειρητικά σε 6,4, έπειτα από μία μέση περίοδο παρακολούθησης 29 μηνών.

Πίνακας 1. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με το ποσοστό επιτυχημένης επιστροφής και το επίπεδο αθλητικής δραστηριότητες μετά από συρραφή μηνίσκου.

Συγγραφείς, Έτος	Επιστροφή σε αθλητικές δραστηριότητες	Tegner πριν την κάκωση	Tegner προ-εγχειρητικά	Tegner μετ-εγχειρητικά
MLogan et al. 2009[33]	81%			
Tucciarone et al. 2012[49]	90%			
Mintzer et al. 1998[34]	92,3%			
Alvarez-Diaz et al. 2014[50]	89,6%			
Griffin et al. 2015[51]	80%			
Vanderhave et al. 2011[52]	88,9%			8,0
Tsai et al. 2004[53]				8,0
Krych et al. 2008[54]				8,0
Lucas et al. 2015[55]			3,9	7,1
Tiftikci and Serbest 2016[56]			3,7	6,4
Krych et al. 2010[57]			1,9	6,2
Ahn et al. 2015[58]			3,0	7,0
Barber and Coons 2006[35]			2,8	6.1
Chiang et al. 2011[59]			3,5	6,2
Barber et al. 2008[60]			3,4	7,2
Kotsovolos et al. 2006[61]		6,42	3,21	5,7
Hetsroni et al. 2011[62]		8,0	4,0	7,0
Kraus et al. 2012[63]		7,6		7,0
Albrecht-Olsen and Bak 1993[64]		6,0		5,0
Gallacher et al. 2010[65]		6,0		6,0
Schmitt et al. 2016[66]		7,6		7,3
Stein et al. 2009[67]		6,3		5,9

Χρόνος επιστροφής σε αθλητικές δραστηριότητες μετά από συρραφή

Το χρονικό διάστημα που απαιτείται για επιστροφή στην άθληση μετά από συρραφή μηνίσκου, παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική προσέγγιση. Ιδιαίτερα όταν ο ασθενής στον οποίον απευθυνόμαστε είναι αθλητής, η παράμετρος αυτή αποτελεί ένα βασικό παράγοντα που λαμβάνεται υπόψιν τόσο από τον ιατρό όσο και από τον ασθενή. Ορισμένοι αθλητές προτιμούν τη μερική μηνισκεκτομή από τη συρραφή του μηνίσκου, εξαιτίας της προοπτικής που προσφέρει η πρώτη για ταχύτερη επιστροφή σε αθλητικές δραστηριότητες. Στη διεθνή βιβλιογραφία, ο μέσος χρόνος επιστροφής στην άθληση μετά από συρραφή μηνίσκου κυμαίνεται από 4 έως 6 μήνες. Κατά την ανάλυση της βιβλιογραφίας εντοπίσαμε μόνο τρεις μελέτες οι οποίες ανέφεραν τον ακριβή χρόνο που χρειάστηκαν οι ασθενείς για να επιστρέψουν στην άθληση μετά από συρραφή μηνίσκου. Οι Alvarez et al.[50] παρατήρησαν στους ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη πως ο μέσος όρος του χρόνου που μεσολάβησε από τη συρραφή του μηνίσκου έως την επιστροφή στην άθληση ήταν 4,3 μήνες. Το αντίστοιχο χρονικό διάστημα στις άλλες δύο ερευνες 5,6 μήνες[33,51]. Οι υπόλοιπες μελέτες δεν εστιάζουν στο χρόνο κατά τον οποίο οι αθλητές επέστρεψαν σε αθλητικές δραστηριότητες, αλλά αναφέρουν απλώς τη χρονική στιγμή που το πρόγραμμα αποκατάστασης επιτρέπει τη συμμετοχή σε αυτές, το οποίο κυμαινόταν μεταξύ 4 και 6 μηνών[56,68-72] (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Χρόνος που χρειάστηκε για να επιστρέψουν οι αθλητές σε αθλητικές δραστηριότητες μετά από μεμονωμένη συρραφή μηνίσκου και εκτιμώμενος χρόνος επιστροφής σε αθλητικές δραστηριότητες βάσει του προγράμματος αποκατάστασης.

Συγγραφείς, Έτος	Επιστροφή στις αθλητικές δραστηριότητες (μήνες)	Εκτιμώμενος χρόνος για επιστροφή σε αθλητικές δραστηριότητες βάσει του προγράμματος αποκατάστασης (μήνες)
Alvarez et al., 2014[50]	4,3	
Logan et al., 2009[33]	5,6	
Vanderhave et al., 2011[52]	5,56	4
Çetinkaya et al., 2016[69]		6
Kamimura et al., 2014[70]		6
Tiftikci et al., 2016[56]		6
Biedert RM, 2000[71]		4
Haklar et al., 2008[68]		4-5
Noyes et al., 2011[72]		6
Noyes et al., 2012[73]		5-7
Gallacher et al., 2010[65]		3
Majewski et al., 2006[40]		4
Krych AJ et al., 2008[54]		4-6
Lind et al., 2013[74]		4-6
Kotsovolos et al., 2006[61]		5
Bugonovic et al., 2014[75]		6
Chiang et al., 2011[59]		6
Choi et al., 2010[76]		6
Hetsroni et al., 2011[62]		6
Lucas et al., 2015[55]		6
Martin-Fuentes et al., 2015[77]		6

Επίπεδο αθλητικής δραστηριότητας μετά από συρραφή μηνίσκου

Μία ακόμη μεγάλη πρόκληση που έχει να αντιμετωπίσει ο ασθενής αλλά και ο θεράπων ιατρός μετά από συρραφή μηνίσκου είναι η επιστροφή στο προ του τραυματισμού επίπεδο δραστηριότητας. Στη διεθνή βιβλιογραφία, η συρραφή μηνίσκου ακολουθείται από πολύ υψηλό ποσοστό επιστροφής στο ίδιο ή τουλάχιστον παραπλήσιο επίπεδο αθλητικής δραστηριότητα με αυτό πριν τον τραυματισμό. Στη μελέτη των Alvarez et al.[50] το 89,6 % των ποδοσφαιριστών που υποβλήθηκαν σε συρραφή μηνίσκου, επέστρεψαν στο προ του τραυματισμού επίπεδο δραστηριότητας. Σε άλλη μελέτη, με μέσο χρονικό διάστημα μετεγχειρητικής παρακολούθησης 31 μήνες, τα αποτελέσματα ήταν εξίσου ενθαρρυντικά καθώς και οι 5 ασθενείς που συμμετείχαν κατάφεραν να γυρίσουν προ του τραυματισμού αγωνιστικό επίπεδο[68]. Οι Kamimura et al.[70] ανέφεραν πως το 60% του συνολικού αριθμού των ασθενών που μελέτησαν κατάφεραν να πετύχουν το προ του τραυματισμού τους σκορ στην κλίμακα Tegner, ενώ το υπόλοιπο 40% ήταν μία μονάδα κάτω. Ο μέσος χρόνος μετεγχειρητικής παρακολούθησης σε αυτή τη σειρά ασθενών ήταν 40,8 ± 5,4 μήνες. Οι περισσότερες μελέτες ανα τη βιβλιογραφία, επιβεβεβαιώνουν τα παραπάνω συμπεράσματα, αναδεικνύοντας πως η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών έπεστρεψαν στο προ του τραυματισμού επίπεδο αθλητικής δραστηριότητας και ότι το μέσο μετεγχειρητικό Tegner σκορ είναι είτε ίσο είτε ελαττωμένο κατα μία μονάδα σε σύγκριση με αυτό πριν τον τραυματισμό[61-67] (Πίνακας 1). Τα επιτυχημένα αποτελέσματα που προα-

ναφέρθηκαν, αναφορικά με το ποσοστό και το επίπεδο επιστροφής στις αθλητικές δραστηριότητες μετά τη συρραφή μηνίσκου, σε μελέτες που το διάστημα παρακολούθησης των ασθενών ξεπερνά την 5ετία μετά την επέμβαση, παρουσιάζουν φθίνουσα πορεία μακροπρόθεσμα. Ωστόσο, οι ασθενείς οι οποίοι μετά τη συρραφή αρχικά επέστρεψαν σε υψηλό επίπεδο δραστηριότητας και πλέον μετά από χρόνια είτε αθλούνται σε ερασιτεχνικό επίπεδο είτε εγκατέλειψαν τον αθλητισμό, δηλώνουν ότι η απόφαση αυτή δεν οφείλεται στην κατάσταση του χειρουργημένου γόνατος αλλά σχετίζεται με την επαγγελματική, προσωπική-οικογενειακή τους ζωή[50] (personal unpublished data).

ABSTRACT

***Totlis T, Kalifis G, Otountzidis N, Papadopoulos S, Terzidis J, Natsis K.* Efficacy of meniscal preservation and return to pre-injury level of activity.** *Hell Iatr 2018; 84: 32-39.*

Meniscal tears are a common spots injury. Athletes represent the most demanding subgroup of patients mainly for two reasons; they have high expectations which are usually equal to return to the pre-injury level of activity and also athletes place the most load on the menisci and, as a result, place maximum stress on any meniscal repair. Thus, during the preoperative decision - making it would be of help to the surgeon, patient, and family to know what they should expect regarding the success of meniscal repair and the possibility of return to play (RTP). In the literature, there is high evidence to support the concept of meniscal preservation in the athletic population by repair of torn tissue, when indicated, due to its protective effect on the articular cartilage. A good to excellent clinical success rate has been reported in most long-term follow-up studies with a range between 59 and 100%. In a systematic review and meta-analysis of studies with follow-up time more than 5 years, the overall clinical success rate was 76.9%. The percentage of RTP following meniscal repair is between 80-92.3% and the average time needed to RTP ranges between 4 to 6 months. In every study, there is a significant increase of the post-operative level of activity, based on the Tegner score, compared to the pre-operative score. The percentage of return to the pre-injury level of activity is 60-100%, and the average post-operative Tegner score is either equal or less than 1 point decreased from the pre-injury score.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Ishida K, Kuroda R, Sakai H, et al.* Rapid chondrolysis after arthroscopic partial lateral meniscectomy in athletes: a case report. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2006, 14: 1266-9.
2. *Mariani PP, Garofalo R, Margheritini F*. Chondrolysis after partial lateral meniscectomy in athletes. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2008, 16:574-80.
3. *Andrish JT*. Meniscal injuries in children and adolescents: Diagnosis and management. J Am Acad Orthop Surg 1996, 4: 231-7.
4. *Cassidy RE, Shaffer AJ*. Repair of peripheral meniscus tears. A preliminary report. Am J Sports Med 1981, 9: 209-14.
5. *DeHaven KE*. Meniscus repair in the athlete. Clin Orthop 1985, 198: 31-5.
6. *DeHaven KE, Black KP, Griffiths HJ*. Open meniscus repair. Technique and two to nine year results. Am J Sports Med 1989, 17: 788-95.
7. *DeHaven KE, Lohrer WA, Lovelock JE*. Long-term results of open meniscal repair. Am J Sports Med 1995, 23: 524-30.
8. *Eggli S, Wegmüller H, Kosina J, et al.* Long-term results of arthroscopic meniscal repair. An analysis of isolated tears. Am J Sports Med 1995, 23: 715-20.
9. *Hamberg P, Gillquist J, Lysholm J*. Suture of new and old peripheral meniscus tears. J Bone Joint Surg 1983, 65: 193-7.
10. *Jensen NC, Riis J, Robertsen K, et al*. Arthroscopic repair of the ruptured meniscus. One to 6.3 years follow up. Arthroscopy 1994, 10: 211-4.
11. *McGinty JB, Geuss LF, Marvin RA*. Partial or total meniscectomy. A comparative analysis. J Bone Joint Surg 1977, 59: 763-6.
12. *Valen B, Molster A*. Meniscal lesions treated with suture. A follow-up study using survival analysis. Arthroscopy 1994, 10: 654-8.
13. *Makris EA, Hadidi P, Athanasiou KA*. The knee meniscus: structure-function, pathophysiology, current repair techniques, and prospects for regeneration. Biomaterials 2011, 32: 7411-31.
14. *Fox AJS, Bedi A, Rodeo SA*. The Basic Science of Human Knee Menisci: Structure, Composition, and Function. Sports Health 2012, 4: 340-51.
15. *Thompson WO, Thaete FL, Fu FH, et al.* Tibial meniscal dynamics using three dimensional reconstruction of magnetic resonance images. Am J Sports Med 1991, 19: 214.
16. *Cole B, Ernlund L, Fu F*. Orthopaedic Surgery: The Essentials: Soft Tissue Problems of the knee, New York, Thieme Medical Publishers Inc, 1999, 567-74.
17. *Harner CD, Janaushek MA, Kanamori A, et al.* Biomechanical analysis of a double-bundle posterior cruciate ligament reconstruction. Am J Sports Med 2000, 28: 144-51.
18. *Bonamo JJ, Shulman G*. Double contrast arthrography of the knee. A comparison to clinical diagnosis and arthroscopic findings. Orthopedics 1988, 11: 1041-6.

19. *Bronstein R, Kirk P, Hurley J*. The usefulness of MRI in evaluating menisci after meniscus repair. Orthopedics 1992, 15: 149-52.

20. *Daniel D, Daniels E, Aronson D.* The diagnosis of meniscal pathology. Clin Orthop 1982, 163: 218-24.

21. *Manco LG, Berlow ME.* Meniscal tears-comparison of arthrography, CT, and MRI. Crit Rev Diagn Imaging 1989, 29: 151-79.

22. *Miao Y, Yu JK, Ao YF, et al*. Diagnostic values of 3 methods for evaluating meniscal healing status after meniscal repair: comparison among second-look arthroscopy, clinical assessment, and magnetic resonance imaging. Am J Sports Med 2011, 39: 735-42.

23. *van Trommel MF, Potter HG, Ernberg LA, et al*. The use of noncontrast magnetic resonance imaging in evaluating meniscal repair: comparison with conventional arthrography. Arthroscopy 1998, 14: 2-8.

24. *Cannon WD, Vittori JM*. The incidence of healing in arthroscopic meniscal repairs in anterior cruciate ligament-reconstructed knees versus stable knees. Am J Sports Med 1992, 20: 176-81.

25. *Gillies H, Seligson D*. Precision in the diagnosis of meniscal lesions: A comparison of clinical evaluation, arthrography, and arthroscopy. J Bone Joint Surg 1979, 61: 343-6.

26. *Scott GA, Jolly BL, Henning CE*. Combined posterior incision and arthroscopic intra-articular repair of the meniscus. J Bone Joint Surg 1986, 68: 847-61.

27. *Ahlback S, Rydberg J*. X-ray classification and examination technics in gonarthrosis. Lakartidningen 1980, 77: 2091-3, 6.

28. *van Trommel MF, Simonian PT, Potter HG, et al.* Different regional healing rates with the outside-in technique for meniscal repair. Am J Sports Med 1998, 26: 446-52.

29. *Ahn JH, Lee YS, Yoo JC, et al*. Clinical and second-look arthroscopic evaluation of repaired medial meniscus in anterior cruciate ligament-reconstructed knees. Am J Sports Med 2010, 38: 472-7.

30. *Tenuta JJ, Arciero RA*. Arthroscopic Evaluation of Meniscal Repairs Factors That Effect Healing. Am J Sports Med 1994, 22: 797-802.

31. *Pujol N, Tardy N, Boisrenoult P, et al*. Long-term outcomes of all-inside meniscal repair. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2015, 23: 219-24.

32. *Tengrootenhuysen M, Meermans G, Pittoors K, et al*. Long-term outcome after meniscal repair. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2011, 19: 236-41.

33. *Logan M, Watts M, Owen J*. Meniscal Repair in the Elite Athlete Results of 45 Repairs With a Minimum 5-Year Follow-up. Am J Sports Med 2009, 37: 1131-4.

34. *Mintzer CM, Richmond JC, Taylor J*. Meniscal repair in the young athlete. Am J Sports Med 1998, 26: 630-3.

35. *Barber FA, Coons D*. Midterm results of meniscal repair using the BioStinger meniscal repair device. Arthroscopy 2006, 22: 400-5.

36. *Gifstad T, Grontvedt T, Drogset JO*. Meniscal repair with biofix arrows. Am J Sports Med 2007, 35: 71-4.

37. *Hantes ME, Kotsovolos ES, Mastrokalos DS, et al*. Arthroscopic meniscal repair with a absorbable screw: results and surgical technique. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2005, 13: 273-9.

38. *Hantes M, Zachos V, Varitimidis S, et al*. Arthroscopic meniscal repair: a comparative study between three different surgical techniques. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2006, 14: 1232-7.

39. *Hürel C, Mertens F, Verdonk R*. Biofix resorbable meniscus arrow for meniscal ruptures: results of 1-year followup. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2000, 8: 46-52.

40. *Majewski M, Stoll R, Widmer H, et al*. Midterm and long-term results after arthroscopic suture repair of isolated, longitudinal, vertical meniscal tears in stable knees. Am J Sports Med 2006, 34:1072-6.

41. *Popescu D, Sastre S, Caballero M, et al*. Meniscal repair using the fast-fix device in patients with chronic meniscal lesions. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2010, 18: 546-50.

42. *Siebold R, Dehler C, Boes L, et al*. Arthroscopic all-inside repair using the meniscus arrow: long-term clinical follow up of 113 patients. Arthroscopy 2007, 23: 394-9.

43. *Steenbrugge F, Verdonk R, Hürel C, et al.* Arthroscopic meniscal repair: inside-out technique vs biofix meniscal arrow. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2004, 12: 43-9.

44. *Venkatachalam S, Godsiff SP, Harding ML.* Review of the clinical results of arthroscopic meniscal repair. Knee 2001, 8: 129-33.

45. *Keyhani S, Abbasian MR, Siatiri N, et al*. Arthroscopic Meniscal Repair: "Modified Outside-In Technique". Arch Bone Jt Surg 2015, 3: 104-8.

46. *Majeed H, Karuppiah S, Sigamoney KV, et al*. All-inside meniscal repair surgery: factors affecting the outcome. J Orthop Traumatol 2015, 16: 245-9.

47. *Nepple JJ, Dunn WR, Wright RW*. Meniscal repair outcomes at greater than five years: a systematic literature review and meta-analysis. J Bone Joint Surg Am 2012, 94: 2222-7.

48. *Kozlowski EJ, Barcia AM, Tokish JM*. Meniscus repair: the role of accelerated rehabilitation in return to sport. Sports Med Arthrosc 2012, 20: 121-6.

49. *Tucciarone A, Godente L, Fabbrini R, et al*. Meniscal tear repaired with Fast-Fix sutures: clinical results in stable versus ACL-deficient knees. Arch Orthop Trauma Surg 2012, 132: 349-56.

50. *Alvarez-Diaz P, Alentorn-Geli E, Llobet F, et al*. Return to play after all-inside meniscal repair in competitive football players: a minimum 5-year follow-up. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2014, 24: 1997-2001.

51. *Griffin JW, Hadeed MM, Werner BC, et al*. Platelet-rich plasma in meniscal repair: does augmentation improve surgical outcomes? Clin Orthop Relat Res 2015, 473: 1665-72.

52. *Vanderhave KL, Moravek JE, Sekiya JK, et al*. Meniscus tears in the young athlete: results of arthroscopic repair. J Pediatr Orthop 2011, 31: 496-500.

53. *Tsai AM, McAllister DR, Chow S, et al*. Results of meniscal repair using a bioabsorbable crew. Arthroscopy 2004, 20: 586-90.

54. *Krych AJ, McIntosh AL, Voll AE, et al*. Arthroscopic repair of isolated meniscal tears in patients 18 years and younger. Am J Sports Med 2008, 36: 1283-9.

55. *Lucas G, Accadbled F, Violas P, et al*. Isolated meniscal injuries in paediatric patients: outcomes after arthroscopic repair. Orthop Traumatol Surg Res 2015, 101: 173-7.

56. *Tiftikçi U, Serbest S*. Repair of isolated horizontal meniscal tears with all-inside suture materials using the overlock method: outcome study with a minimum 2-year follow-up. J Orthop Surg Res 2016, 11: 131.

57. *Krych AJ, Pitts RT, Dajani KA, et al.* Surgical repair of meniscal tears with concomitant anterior cruciate ligament reconstruction in patients 18 years and younger. Am J Sports Med 2010, 38: 976-82.

58. *Ahn JH, Kim KI, Wang JH, et al*. Arthroscopic repair of bucket-handle tears of the lateral meniscus. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2015, 23: 205-10.

59. *Chiang CW, Chang CH, Cheng CY, et al*. Clinical results of all-inside meniscal repair using the FasT-Fix meniscal repair system. Chang Gung Med J 2011, 34: 298-305.

60. *Barber FA, Schroeder FA, Oro FB, et al*. FasT-Fix meniscal repair: mid-term results. Arthroscopy 2008, 24: 1342-8.

61. *Kotsovolos ES, Hantes ME, Mastrokalos DS, et al*. Results of all-inside meniscal repair with the FasT-Fix meniscal repair system. Arthroscopy 2006, 22: 3-9.

62. *Hetsroni I, Lillemoe K, Marx RG*. Small medial meniscocapsular separations: a potential cause of chronic medial-side knee pain. Arthroscopy 2011, 27: 1536-42.

63. *Kraus T, Heidari N, Švehlík M, et al*. Outcome of repaired unstable meniscal tears in children and adolescents. Acta Orthop 2012, 83: 261-6.

64. *Albrecht-Olsen PM, Bak K*. Arthroscopic repair of the bucket-handle meniscus. 10 failures in 27 stable knees followed for 3 years. Acta Orthop Scand 1993, 64: 446-8.

65. *Gallacher PD, Gilbert RE, Kanes G, et al*. White on white meniscal tears to fix or not to fix? Knee 2010, 17: 270-3.

66. *Schmitt A, Batisse F, Bonnard C*. Results with all-inside meniscal suture in pediatrics. Orthop Traumatol Surg Res 2016, 102: 207-11.

67. *Stein T, Mehling AP, Jost K, et al.* Measurements of the quadriceps femoris function after meniscus refixation at the stable athlete's knee. Arch Orthop Trauma Surg 2009, 129: 1063-9.

68. *Haklar U, Kocaoglu B, Nalbantoglu U, et al.* Arthroscopic repair of radial lateral meniscus tear by double horizontal sutures with inside-outside technique. Knee 2008, 15: 355-9.

69. *Çetinkaya E, Kuyucu E, Gül M, et al*. A suture technique for easier reduction and repair of bucket-handle meniscal tears while using the all-inside devices. SICOT J 2016, 2: 42.

70. *Kamimura T, Kimura M*. Meniscal Repair of Degenerative Horizontal Cleavage Tears Using Fibrin Clots: Clinical and Arthroscopic Outcomes in 10 Cases. Orthop J Sports Med 2014, 2: 2325967114555678.

71. *Biedert RM*. Treatment of intrasubstance meniscal lesions: a randomized prospective study of four different methods. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2000, 8: 104-8.

72. *Noyes FR, Chen RC, Barber-Westin SD, et al*. Greater than 10-year results of red-white longitudinal meniscal repairs in patients 20 years of age or younger. Am J Sports Med 2011, 39: 1008-17.

73. *Noyes FR, Heckmann TP, Barber-Westin SD*. Meniscus repair and transplantation: a comprehensive update. J Orthop Sports Phys Ther 2012, 42: 274-90.

74. *Lind M, Nielsen T, Faunø P, et al*. Free rehabilitation is safe after isolated meniscus repair: a prospective randomized trial comparing free with restricted rehabilitation regimens. Am J Sports Med 2013, 41: 2753-8.

75. *Bogunovic L, Kruse LM, Haas AK, et al*. Outcome of All-Inside Second-Generation Meniscal Repair: Minimum Five-Year Follow-up. J Bone Joint Surg Am 2014, 6; 96: 1303-7.

76. *Choi NH, Kim TH, Son KM, et al*. Meniscal repair for radial tears of the midbody of the lateral meniscus. Am J Sports Med 2010, 38: 2472-6.

77. *Martin-Fuentes AM, Ojeda-Thies C, Vila-Rico J*. Clinical results following meniscal sutures: does concomitant ACL repair make a difference? Acta Orthop Belg 2015, 81: 690-7.

Αλληλογραφία:
Τότλης Τρύφων
Εργαστήριο Ανατομικής και Χειρουργικής Ανατομικής, Τμήμα Ιατρικής,
Σχολή Επιστημών Υγείας,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
e-mail: totlis@auth.gr

Corresponding author:
Totlis Trifon
Laboratory of Anatomy and Anatomy of Surgery,
School of Medicine, Faculty of Health Sciences,
Aristotle University of Thessaloniki, Greece
e-mail: totlis@auth.gr

Ελληνική Ιατρική 2018, 84, 3-4: 40-45

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Θεραπεία της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους: Μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις

Δημήτριος Μπάκας[1,2]

[1]Οφθαλμολογικό τμήμα Γ.Ν. Καστοριάς
[2]ΠΜΣ «Διαχείριση γήρανσης και χρονίων νοσημάτων», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Περίληψη. Η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις συχνότερες χρόνιες νόσους στους ηλικιωμένους. Έχει συσχετιστεί με διάφορες αρνητικές επιπτώσεις και η διάγνωσή της είναι δύσκολη, καθώς συχνά εμφανίζεται με άτυπα συμπτώματα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί η σημασία και η αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στη θεραπεία της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους ασθενείς. Αναζητήθηκαν δημοσιεύσεις στη βιβλιογραφική βάση δεδομένων PubMed. Επιλέχθηκαν και μελετήθηκαν άρθρα ανασκόπησης σχετικά με το θέμα στην αγγλική γλώσσα και προσφάτως δημοσιευμένα. Υπάρχει πληθώρα μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στους ηλικιωμένους, όπως βιολογικές-ιατρικές θεραπείες, η άσκηση, γνωστικές-συμπεριφορικές θεραπείες και άλλες ψυχολογικές θεραπείες, συμπληρωματικές-εναλλακτικές θεραπείες. Η ταυτόχρονη παροχή φαρμακολογικών και μη παρεμβάσεων έχει συνεργιστική δράση και επιτυγχάνει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.
Ελλην Ιατρ 2018, 84: 40 - 45.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις συχνότερες χρόνιες νόσους τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και στους ηλικιωμένους[1-4]. Θεωρείται ως βασική αιτία ανικανότητας και αναπηρίας παγκοσμίως από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) και υπολογίζεται ότι επηρεάζει περίπου 350 εκατομμύρια ασθενείς παγκοσμίως, με 1 στους 20 να έχουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο το προηγούμενο έτος[1-6]. Ο εφ' όρου ζωής επιπολασμός της υπολογίζεται στο 17% και ο ετήσιος επιπολασμός στο 10%[3,7]. Ο επιπολασμός στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται στο 3-10%, αυξάνει όμως σταθερά με την ηλικία και θεωρείται ότι είναι μεγαλύτερος στους άνω των 65 ετών στην κοινότητα και ακόμη μεγαλύτερος σε φιλοξενούμενους σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας (20-30%)[1,4,7-10]. Υπολογίζεται επίσης ότι έχει διπλάσια επίπτωση στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες[7,11].

Η κατάθλιψη έχει συσχετιστεί με διάφορες αρνητικές επιπτώσεις στους ηλικιωμένους: αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, αυξημένο κίνδυνο προβλημάτων υγείας (στεφανιαία νόσο, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, καρκίνο, άνοια), μειωμένη γνωστική και φυσική λειτουργικότητα, μειωμένη κοινωνικότητα, αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, αυξημένα ποσοστά μη συμμόρφωσης σε θεραπείες, αυξημένο κόστος για τους ηλικιωμένους και το σύστημα υγείας και γενικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής[1,3,5,7-10].

Η διάγνωση της κατάθλιψης είναι κυρίως κλινική και βασίζεται σε συμπτώματα όπως ανηδονία, διαταραχές του βάρους και των συνηθειών του ύπνου, μειωμένη ενεργητικότητα ή κόπωση, αισθήματα ενοχής και αναξιότητας κ.ά. Στους ηλικιωμένους όμως πολύ συχνά εμφανίζεται με άτυπα συ-

μπτώματα, μπορεί να συνυπάρχουν άλλα χρόνια προβλήματα υγείας, ευθραυστότητα (frailty), γνωστικά και λειτουργικά ελλείμματα, ειδικές κοινωνικές συνθήκες (π.χ. πένθος, έλλειψη άτυπων φροντιστών και υποστήριξης), αλλά και ξεχωριστοί παράγοντες κινδύνου σε σχέση με νεότερους πάσχοντες[1,5,8,10-12]. Συχνά επίσης στην κλινική εικόνα μπορεί να επικρατούν σωματικά συμπτώματα, όπως αυχεναλγία, αρθραλγίες, κεφαλαλγία, γαστρεντερικά συμπτώματα κ.ά. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται συχνά στην πράξη κλινικά σταθμισμένα ερωτηματολόγια διαλογής, όπως επί παραδείγματι τα Geriatric Depression Scale (GDS), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Patient Health Questionnaire 2 (PHQ2), παρ' όλ' αυτά στους ηλικιωμένους πολλές φορές η κατάθλιψη υποδιαγιγνώσκεται και αντιμετωπίζεται πλημμελώς[8,13]. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση νόσων DSM-V και στον πίνακα 2 οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους[9,14].

Πίνακας 1. Διαγνωστικά κριτήρια κατάθλιψης.
Προσαρμοσμένο από «American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®) American Psychiatric Publishing; Washington, DC: 2013».

Α. Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου 2 εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση ή (2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.

Σημείωση: Δεν συμπεριλαμβάνονται συμπτώματα που αποδίδονται σαφώς σε μια άλλη ιατρική κατάσταση.

1. Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως υποδεικνύεται είτε από υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθάνεται λυπημένος, άδειος, απελπισμένος) ή παρατηρήσεις που έγιναν από άλλους (π.χ. φαίνεται δακρυσμένος). *(Σημείωση: σε παιδιά και εφήβους, μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση)*.
2. Χαρακτηριστικά μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες, ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (όπως υποδεικνύεται είτε με υποκειμενική αναφορά είτε με παρατήρηση.)
3. Σημαντική απώλεια βάρους όταν δεν γίνεται δίαιτα ή αύξηση βάρους (π.χ. αλλαγή πάνω από 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα), ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.
(Σημείωση: Σε παιδιά, υπολογίζεται και η αποτυχία επίτευξης της αναμενόμενης αύξηση βάρους.)
4. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.
5. Ψυχοκινητική αναταραχή ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα (παρατηρήσιμη από άλλους, όχι μόνο υποκειμενική αίσθηση ανησυχίας ή επιβράδυνσης).
6. Κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα.
7. Συναισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή ακατάλληλης ενοχής (που μπορεί να είναι παραληρητική) σχεδόν κάθε μέρα (όχι απλώς αυτομεμψία ή ενοχή για την ασθένεια).
8. Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης, ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν κάθε μέρα (είτε με υποκειμενική δήλωση ή όπως παρατηρούνται από άλλους).
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις για το θάνατο (όχι μόνο ο φόβος για το θάνατο), επαναλαμβανόμενη αυτοκτονική ιδέα χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο, ή μια απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία.

Β. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή δυσλειτουργία σε κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλο επίπεδο σε σημαντικούς τομείς λειτουργίας.

Γ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας ή σε άλλη ιατρική κατάσταση.

Σημείωση: Τα κριτήρια Α-Γ αντιπροσωπεύουν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.

Σημείωση: Οι απαντήσεις σε σημαντική απώλεια (π.χ. πένθος, οικονομική καταστροφή, απώλειες από φυσική καταστροφή, σοβαρή ιατρική ασθένεια ή αναπηρία) μπορεί να περιλαμβάνουν τα συναισθήματα της έντονης λύπης, συλλογισμό για την απώλεια, αϋπνία, κακή όρεξη και απώλεια βάρους που σημειώνεται στο Κριτήριο Α, το οποίο μπορεί να μοιάζει με ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Αν και αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι κατανοητά ή θεωρούνται κατάλληλα για την απώλεια, η παρουσία ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου εκτός από τη φυσιολογική ανταπόκριση σε σημαντική απώλεια θα πρέπει επίσης να εξεταστεί προσεκτικά. Η απόφαση αυτή απαιτεί αναπόφευκτα την άσκηση κλινικής κρίσης με βάση το άτομο, το ιστορικό και τα πολιτιστικά πρότυπα για την έκφραση της δυσφορίας στο πλαίσιο της απώλειας.

Δ. Η εμφάνιση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου δεν εξηγείται καλύτερα από τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, παραληρητική διαταραχή ή άλλες καθορισμένες και μη καθορισμένες διαταραχές στο φάσμα της σχιζοφρένειας και της ψύχωσης.

Ε. Δεν έχει υπάρξει ποτέ μανιακό επεισόδιο ή υπομανιακό επεισόδιο.

Σημείωση: Αυτή η εξαίρεση δεν ισχύει αν όλα τα μανιακά ή τα υπομανιακά επεισόδια οφείλονται σε ουσίες ή στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας άλλης ιατρικής κατάστασης

Πίνακας 2. Παράγοντες κινδύνου κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.
Προσαρμοσμένο από «Aziz R, Steffens DC. What Are the Causes of Late-Life Depression? The Psychiatric clinics of North America. 2013;36(4):497-516».

Βιολογικοί παράγοντες	
Αγγειακοί	• Έμφραγμα μυοκαρδίου • Στεφανιαία νόσος • Υπερομοκυστεϊναιμία • Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο • Σιωπηλό εγκεφαλικό έμφρακτο και περιοχές υπερβολικής έντασης λευκής ουσίας
Γενικής υγείας	• Παχυσαρκία • Νέα ιατρική νόσος • Κακή κατάσταση υγείας • Κακή αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία
Γενετικοί πολυμορφισμοί / μεταλλάξεις	• CADASIL (εγκεφαλική αυτοσωμική επικρατής αρτηριοπάθεια με υποφλοιώδη έμφρακτα και λευκοεγκεφαλοπάθεια) • CBS (βητασυνθετάση της κυσταθειονίνης) • MTHFR (μεθυλτετραϋδροφυλλική ρεδουκτάση)
Άνοια	• Νόσος Alzheimer • Αγγειακή άνοια
Σακχαρώδης διαβήτης	
Νόσος Parkinson	
Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	
Χαρακτηριστικά προσωπικότητας	• Διαταραχή προσωπικότητας • Νευρωτικότητα • Χαμηλό επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας • Ιδεοληπτικά χαρακτηριστικά
Στρεσογόνοι παράγοντες της ζωής	• Αγχωτικά γεγονότα της ζωής και καθημερινές ταλαιπωρίες • Ιατρικές ασθένειες και αναπηρίες • Κακή λειτουργική κατάσταση • Τραύμα • Χαμηλότερο εισόδημα • Χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης
Δυσπροσαρμοστικές σκέψεις και συμπεριφορές	• Γνωστικές στρεβλώσεις • Ελαττωματική επεξεργασία πληροφοριών
Κοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες	• Αντιληπτή κοινωνική στήριξη • Μειωμένη κοινωνική υποστήριξη • Μοναξιά
Μαθημένη ανικανότητα (η ιδέα ότι η αιτία της κατάθλιψης είναι η προσδοκία ότι η έναρξη της δράσης σε ένα περιβάλλον που είναι συνεχώς αγχωτικό είναι μάταιη)	
Πένθος	

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί η σημασία και η αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στη θεραπεία της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Έγινε αναζήτηση στη βιβλιογραφική βάση δεδομένων Pubmed για δημοσιεύσεις ανασκόπησης πλήρους ελεύθερου κειμένου και προσφάτως δημοσιευμένες στην αγγλική γλώσσα, τουλάχιστον της τελευταίας 5ετίας, με τη χρήση των όρων αναζήτησης «non-pharmacological AND depression» και «depression AND elderly». Εκ του συνόλου των ευρεθέντων άρθρων έγινε ανάγνωση των περιλήψεων και επελέγησαν τα σχετικότερα με το θέμα.

Η κύρια και συνηθέστερη θεραπευτική προσέγγιση της κατάθλιψης συνίσταται στη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης, εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης) ενώ τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά όπως τα τρικυκλικά δε συνιστώνται λόγω αυξημένης πιθανότητας δυσάρεστων παρενεργειών[3,6,11]. Στους ηλικιωμένους όμως, οι φυσιολογικές αλλαγές του ορ-

γανισμού που επέρχονται με τη γήρανση επηρεάζουν τη φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική των αντικαταθλιπτικών ουσιών. Ταυτόχρονα οι συχνά συνυπάρχουσες χρόνιες παθήσεις, η πολυφαρμακία αλλά και η λειτουργική έκπτωση βασικών συστημάτων (νεφροί, ήπαρ) προδιαθέτουν σε αλλαγές στο μεταβολισμό και την απέκκριση των ουσιών, αυξημένη πιθανότητα αλληλεπιδράσεων και μεγαλύτερη συχνότητα και ένταση παρενεργειών. Όλα αυτά συντελούν στην ανάγκη προσεκτικής αναπροσαρμογής της δοσολογίας σε ηλικιωμένους, ενώ πολλές φορές η φαρμακευτική θεραπεία αντενδείκνυται ή είναι αναποτελεσματική και ανεπαρκής[4,8]. Για τους λόγους αυτούς έχουν αναπτυχθεί και διερευνηθεί διάφορες εναλλακτικές μη φαρμακολογικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, τις βασικές εκ των οποίων θα αναλύσουμε στη συνέχεια.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Οι θεραπείες αυτές στοχεύουν στην εξωτερική διέγερση των εγκεφαλικών νευρώνων. Η παλαιότερη και αποτελεσματικότερη εξ αυτών είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (electroconvulsive therapy) η οποία έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική, ειδικά σε δυσίατες περιπτώσεις κατάθλιψης και ηλικιωμένους. Άλλες θεραπείες με παρόμοια προσέγγιση είναι η μαγνητική σπασμοθεραπεία (magnetic seizure therapy), η διακρανιακή διέγερση συνεχούς ρεύματος (transcranial direct current stimulation), η επαναληπτική διακρανιακή μαγνητική διέγερση (repetitive transcranial magnetic stimulation), η φωτοθεραπεία (bright light therapy), η στέρηση ύπνου (wake therapy ή sleep deprivation), αλλά και νευροχειρουργικές τεχνικές, όπως η διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου (vagus nerve stimulation) και η εν τω βάθει εγκεφαλική διέγερση (deep brain stimulation), ενώ υπό έρευνα είναι νέες τεχνικές που χρησιμοποιούν χαμηλής έντασης μαγνητικά πεδία, χαμηλής έντασης υπερήχους ή επισκληρίδια ηλεκτρόδια[2,7,12,15,16].

ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Η άσκηση, κυρίως υπό τη μορφή της αεροβικής άσκησης μόνης ή σε συνδυασμό με ασκήσεις αντίστασης-ενδυνάμωσης, έχει αποδειχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματική για τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η άσκηση αποδεδειγμένα βελτιώνει τη συνολική σωματική λειτουργία (καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα, μυοσκελετικό σύστημα, ανοσολογική απόκριση, οξυγόνωση ιστών), βελτιώνει τη νευρωνική και συναπτική πλαστικότητα στον εγκέφαλο (ιδίως στην περιοχή του ιππόκαμπου), βελτιώνει τη σωματική, ψυχική, συναισθηματική και γνωστική λειτουργικότητα, αυξάνει τα επίπεδα των ενδορφινών και των ενδογενών νευροδιαβιβαστών (ντοπαμίνη, σεροτονίνη, νοραδρεναλίνη) στον εγκέφαλο, και γενικότερα βελτιώνει τη σωματική και ψυχολογική ευεξία[2,3,5,7,8,12,17]. Έχουν δοκιμαστεί επίσης κάποιες μορφές ήπιας άσκησης σε συνδυασμό με χαλάρωση και διαλογισμό (γιόγκα, τάι-τσι, ασκήσεις με βαθιές αναπνοές-qigong, περίπατοι σε κήπους) χωρίς όμως ιδιαίτερα αποτελέσματα[5,6,8].

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Ο κύριος εκπρόσωπος αυτού του τύπου των θεραπειών είναι η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (cognitive behavioral therapy), η οποία είναι αρκετά διαδεδομένη και αποτελεσματική. Μπορεί να εφαρμοστεί σε ατομικές, ομαδικές ή οικογενειακές συνεδρίες ή ακόμη και μέσω διαδικτύου ή με τη μορφή βιβλίων αυτοβοήθειας. Στοχεύει στη διερεύνηση των πεποιθήσεων του ασθενούς περί των αρνητικών συνεπειών της πτωχής ψυχικής και σωματικής υγείας και των αντιλήψεών τους για τον εαυτό τους, τον κόσμο, το μέλλον τους, και την τροποποίηση των δυσλειτουργικών σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών[2-5,7,8,12,15,18]. Άλλες παρόμοιας λογικής παρεμβάσεις που έχουν εφαρμοστεί με αρκετή επιτυχία αποτελούν η θεραπεία αναπόλησης (reminiscence therapy), η θεραπεία ανασκόπησης ζωής (life review therapy), η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων (problem solving therapy), η συμπεριφορική ενεργοποίηση (behavioral activation), η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης (acceptance and commitment therapy), καθώς και διάφορες παραλλαγές τους[2-8,12,15,18,19].

Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές καθώς μέσω της εκπαίδευσης για τη φύση της νόσου της κατάθλιψης, της βελτίωσης της αυτοεκτίμησης και της αποδοχής της παρούσας κατάστασης συμβάλλουν στην εξάλειψη των αισθημάτων μοναξιάς, άγχους και κατάθλιψης σε ηλικιωμένους. Μπορούν να είναι ατομικές ή ομαδικές και δομημένες ή ελεύθερης μορφής. Συγκεκριμένοι τύποι τέτοιων θεραπειών αποτελούν η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (interpersonal psychotherapy), η ψυ-

χοδυναμική ψυχοθεραπεία (psychodynamic psychotherapy), η ανθρωπιστική ψυχοθεραπεία (humanistic psychotherapy), η ολιστική ψυχοθεραπεία (integrative psychotherapy), η υποστηρικτική θεραπεία (supportive therapy)[2,3,5,6-8,12,18].

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ-ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Σε πολλές έρευνες έχει ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα κάποιων παρεμβάσεων φυσιοπαθητικής ή εναλλακτικής ιατρικής. Παραδείγματα αυτών είναι η χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής (βιταμίνες, ω-3 λιπαρά οξέα), φυτικών σκευασμάτων-βοτάνων (Ginkgo biloba, St John's wort, Ginseng), ύπνωση (υπνοθεραπεία), μουσικοθεραπεία, υδροθεραπεία, αρωματοθεραπεία, τεχνικές παραδοσιακής κινεζικής ή ινδικής ιατρικής (βελονισμός, αγιουρβέδα, ρέικι, ρεφλεξολογία), ομοιοπαθητική, μασάζ, χοροθεραπεία ή κινησιοθεραπεία. Τα αποτελέσματα των ερευνών όμως ως προς την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων είναι αντικρουόμενα και δε χρησιμοποιούνται συχνά στην κλινική πράξη[3,7,8,12,15].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπευτικής αντιμετώπισης της κατάθλιψης είναι η φαρμακευτική αγωγή. Συχνά όμως στους ηλικιωμένους η αντικαταθλιπτική αγωγή δεν προτιμάται ή είναι αδύνατη. Σε αυτές τις περιπτώσεις έχουν θέση οι μη φαρμακευτικές θεραπείες που αναφέρθηκαν. Οι διεθνείς οδηγίες βέλτιστης κλινικής πρακτικής συνιστούν για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της κατάθλιψης μια διεπιστημονική-συνεργατική προσέγγιση των ασθενών με την ταυτόχρονη εφαρμογή τόσο φαρμακολογικών όσο και μη φαρμακολογικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, ώστε να επιτυγχάνεται όχι μόνο βελτίωση των συμπτωμάτων αλλά και μείωση των επανεμφανίσεων ή αναζωπυρώσεων της κατάθλιψης. Η ταυτόχρονη παροχή και των δύο τύπων θεραπείας έχει συνεργιστική δράση ώστε να επιτυγχάνει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα με χαμηλότερες δόσεις των φαρμακευτικών ουσιών[8,10,17].

ABSTRACT

Bakas D. **Treatment of depression in the elderly: Non pharmacological interventions.** *Hell Iatr 2018; 84: 40-45.*

Depression is one of the most common chronic diseases in the elderly. It has been associated with various adverse effects and its diagnosis is difficult, as it often occurs with atypical symptoms. The aim of this paper is to investigate the importance and effectiveness of non-pharmaceutical interventions in the treatment of depression in elderly patients. PubMed bibliographic database was searched for publications. English review articles recently published on the subject were selected and studied. There are a number of non-pharmacological interventions that have proven effective in the elderly, such as biological-medical treatments, exercise, cognitive-behavioral therapies and other psychological treatments, complementary-alternative therapies. The simultaneous provision of pharmacological and non-pharmacological interventions has a synergistic effect and achieves better therapeutic results.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *McCall WV, Kintziger KW*. Late Life Depression: A Global Problem with Few Resources. Psychiatr Clin North Am 2013, 36(4): 475-81.
2. *Crowe M, Beaglehole B, Wells H, Porter R*. Non-pharmacological strategies for treatment of inpatient depression. Aust N Z J Psychiatry 2015, 49(3): 215-26.
3. *Farah WH, Alsawas M, Mainou M, et al*. Non-pharmacological treatment of depression: a systematic review and evidence map. Evid Based Med 2016, 21(6): 214-221.
4. *Jonsson U, Bertilsson G, Allard P, et al*. Psychological Treatment of Depression in People Aged 65 Years and Over: A Systematic Review of Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness. Branchi I, ed. PLoS ONE 2016, 11(8): e0160859.
5. *Sukhato K, Lotrakul M, Dellow A, Ittasakul P, Thakkinstian A, Anothaisintawee T*. Efficacy of home-based non-pharmacological interventions for treating depression: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ Open 2017, 7(7): e014499.
6. *Baune BT, Renger L*. Pharmacological and non-pharmacological interventions to improve cognitive dysfunction and functional ability in clinical depression-a systematic review. Psychiatry Res 2014, 219(1): 25-50.
7. *Velehorschi C, Bleau P, Vermani M, Furtado M, Klassen LJ*. Understanding the role of adjunctive nonpharmacological therapies in management of the multiple pathways to depression. Psychiatry Res. 2014, 220 Suppl 1: S34-44.
8. *Apóstolo J, Bobrowicz-Campos E, Rodrigues M, Castro I, Cardoso D*. The effectiveness of non-pharmacological interventions in older adults with depressive disorders: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2016, 58: 59-70.
9. *Aziz R, Steffens DC*. What Are the Causes of Late-Life Depression? Psychiatr Clin North Am 2013, 36(4): 497-516.

10. *Hall CA, Reynolds CF*. Late-life depression in the primary care setting: Challenges, collaborative care, and prevention. Maturitas 2014, 79(2): 147-152.

11. *Chen H, Chang A, Landefeld C, Williams B, Ahalt C, & Conant R*. Current diagnosis and treatment: Geriatric (2nd ed.). United States of America: McGraw-Hill Education/ Medical 2014.

12. *Gertler P, Tate RL, Cameron ID*. Non-pharmacological interventions for depression in adults and children with traumatic brain injury. Cochrane Database Syst Rev 2015, (12): CD009871.

13. *Van Damme A, Declercq T, Lemey L, Tandt H, Petrovic M*. Late-life depression: issues for the general practitioner. Int J Gen Med 2018, 11: 113-120.

14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®) American Psychiatric Publishing; Washington, DC: 2013.

15. *Gartlehner G, Wagner G, Matyas N, et al*. Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: review of systematic reviews. BMJ Open 2017, 7(6): e014912.

16. *Fitzgerald PB*. Non-pharmacological biological treatment approaches to difficult-to-treat depression. Med J Aust 2013, 199 (6 Suppl): S48-51.

17. *Kandola A, Hendrikse J, Lucassen PJ, Yücel M*. Aerobic Exercise as a Tool to Improve Hippocampal Plasticity and Function in Humans: Practical Implications for Mental Health Treatment. Front Hum Neurosci 2016, 10: 373.

18. *Clarke K, Mayo-Wilson E, Kenny J, Pilling S*. Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Clin Psychol Rev 2015, 39: 58-70.

19. *Syed Elias SM, Neville C, Scott T*. The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: a systematic review. Geriatr Nurs 2015, 36(5): 372-80.

Αλληλογραφία:
Μπάκας Δημήτριος
Οδός Βασιλείου Δόικου,
Περιοχή Χλόη,
521 00 Καστοριά
e-mail: mitsos205@gmail.com

Corresponding author:
Bakas Dimitrios
Vasileiou Doikou Street, Chloi,
521 00 Kastoria, Greece
e-mail: mitsos205@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2018, 84, 3-4: 46 - 54

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Ψυχολογικά και ψυχιατρικά βεβαρημένοι ασθενείς από πλευράς ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού

Αντιγόνη Αλεξίου

Πτυχιούχος Οδοντιατρικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Περίληψη. Στον γενικό πληθυσμό είναι συχνό φαινόμενο η εμφάνιση ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών. Τέτοιου τύπου διαταραχές αφορούν νευρώσεις, ψυχώσεις, διαταραχές προσωπικότητας, μαθησιακές δυσκολίες καθώς και άλλα νοσήματα. Οι παθήσεις αυτές χαρακτηρίζονται από συγκεκριμένη συμπτωματολογία, κλινικά στοματικά ευρήματα και ειδική φαρμακευτική αγωγή. Όλα τα παραπάνω οφείλει να τα αναγνωρίζει ο γενικός οδοντίατρος και να είναι άρτια καταρτισμένος, ώστε να διακρίνει την ασθένεια σε περίπτωση που ο ασθενής δεν την αποκαλύπτει. Έτσι θα μπορέσει να διαχειριστεί τους ασθενείς αυτούς προσαρμόζοντας την συμπεριφορά του και καταστρώνοντας κατάλληλα το σχέδιο θεραπείας, πάντοτε σε συνεργασία και διαρκή επικοινωνία με τους θεράποντες ιατρούς τους.
Ελλην Ιατρ 2018, 84: 46 - 54.

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι η καταγραφή των ψυχιατρικών ασθενειών, της σημειολογίας τους και των φαρμάκων που χορηγούνται και πως αυτά επηρεάζουν την οδοντιατρική πράξη. Το υλικό της εργασίας αποτέλεσαν 8 επιστημονικά συγγράμματα και 16 άρθρα δημοσιευμένα σε επιστημονικά περιοδικά με κριτές. Η αναζήτηση των άρθρων έγινε από τις βάσεις δεδομένων Pub Med και Google Scholar, χρησιμοποιώντας ως λέξεις κλειδιά: Psychological disorders dental treatment/care, Mental illnesses dental treatment/care, central nervous system medication dentistry dental treatment, anxiety dentistry/dental treatment, dental phobia. Τα κριτήρια επιλογής των άρθρων ήταν η γλώσσα (αγγλική) και των βιβλίων (αγγλική, ελληνική), η χρονολογία δημοσίευσης (1993 έως 2015) και το είδος των ερευνών (κλινικές και απεικονιστικές μελέτες, αναφορές περιστατικών και συστηματικές ανασκοπήσεις). Το κριτήριο αποκλεισμού είναι γενικότερα το αντικείμενο μελέτης (σε συμφωνία με το θέμα μελέτης).

Η λήψη του οδοντιατρικού ιστορικού είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την έναρξη οποιασδήποτε οδοντιατρικής παρέμβασης. Το προσωπικό ιστορικό κάθε ασθενή πρέπει να λαμβάνεται στην πρώτη συνεδρία και ο κλινικός μπορεί να εκμαιεύει πληροφορίες και στις επόμενες συνεδρίες. Για να χαρακτηριστεί ένα ιστορικό ολοκληρωμένο πρέπει να περιλαμβάνει το ιατρικό και οδοντιατρικό παρελθόν καθώς και την παρούσα κατάσταση. Ακόμα την αιτία προσέλευσης, τις προσδοκίες του ασθενούς για την αντιμετώπιση του προβλήματος του και τέλος τους παράγοντες από το περιβάλλον του, οι οποίοι επηρεάζουν τη στάση και τη συμπεριφορά του π.χ. υπερπροστατευτικοί γονείς. Εξίσου σημαντικό είναι να αποκτήσει ο οδοντίατρος ένα γενικό περίγραμμα της οικογενειακής, επαγγελματικής και κοινωνικής ζωής του. Όλα τα παραπάνω συντελούν στη διαμόρφωση ενός κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς-οδοντιάτρου και φανερώνουν αληθινό και υπεύθυνο ενδιαφέρον από τον κλινικό[1]. Οι πληροφορίες που αντλούμε

από το ιστορικό είναι πάρα πολλές όπως η ύπαρξη ψυχολογικών-ψυχιατρικών ασθενειών. Η ύπαρξη αυτή είτε αναφέρεται από τους ασθενείς, είτε γίνεται αντιληπτή από τον κλινικό αναγνωρίζοντας την φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν, είτε με τη βοήθεια κάποιων εξειδικευμένων τεστ. Οι νοητικές-ψυχιατρικές ασθένειες κατηγοριοποιούνται αδρά σε πέντε κατηγορίες: 1) νευρώσεις, 2) ψυχώσεις, 3) διαταραχές προσωπικότητας, 4) μαθησιακές δυσκολίες και 5) άλλα νοσήματα[2,3].

Με βάση την παραπάνω κατηγοριοποίηση θα αναλύσουμε την κάθε ασθένεια και πως αντιμετωπίζεται από οδοντιατρικής πλευράς.

ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ

Η *κατάθλιψη* είναι μια διαταραχή που επηρεάζει την διάθεση και τις σκέψεις και μειώνει το ενδιαφέρον για το φαγητό, τον ύπνο, την εργασία και τις κοινωνικές επαφές[2-5]. Η διαταραχή αυτή μπορεί οφείλεται σε κάποιο δυσάρεστο γεγονός στη ζωή του ασθενούς (π.χ. απώλεια προσώπου, οικονομικά προβλήματα, χωρισμοί), στη χρήση διάφορων φαρμάκων όπως η ιβουπροφαίνη, βενζοδιαζεπίνες, πρεδνιζόνη, κορτικοστεροειδή και αντισυλληπτικά και μπορεί να εκδηλώνεται σε συνδυασμό με άλλα συστηματικά νοσήματα όπως το Parkinson, HIV/AIDS, διαβήτης, καρκινοπάθειες και ιογενείς ηπατίτιδες. Στις γυναίκες παρουσιάζεται πιο συχνά από ότι στους άνδρες και αυτό οφείλεται σε ορμονικές διαταραχές λόγω εγκυμοσύνης, αποβολής και εμμηνόπαυσης. Οι κύριες επιδράσεις της κατάθλιψης σχετίζονται με αλλαγές στον υποθάλαμο, ο οποίος ρυθμίζει το αίσθημα της πείνας, την σεξουαλική διάθεση και τους κιρκάδιους ρυθμούς και μείωση των εγκεφαλικών αμινών κυρίως της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης. Τα κλινικά συμπτώματα είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα, η μείωση της ευχαρίστησης ή του ενδιαφέροντος για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, η σημαντική απώλεια ή αύξηση βάρους, η αϋπνία ή υπερυπνία, η ψυχοκινητική υπερδιέγερση ή επιβράδυνση, η κόπωση ή απώλεια ενέργειας, η μειωμένη συγκέντρωση/αναποφασιστικότητα, οι ιδέες αναξιότητας ή έντονης ενοχής και ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Η διάγνωση προκύπτει όταν ο ασθενής εμφανίζει τουλάχιστον πέντε από τα παραπάνω κλινικά σημεία καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας για διάστημα δυο εβδομάδων ή και περισσότερο. Πιο συγκεκριμένα τα στοματικά ευρήματα είναι η ξηροστομία (λόγω λήψης φαρμακευτικής αγωγής όπως το λίθιο και τα τρικυκλικά), καντιντίαση, τερηδονισμοί, μειωμένη αίσθηση γεύσης, εμπυώδη παρωτίτιδα, δυσκινησία προσώπου, άτυπη προσωπαλγία και κρανιογναθικές διαταραχές[2-3,6].

Μια ακόμη νεύρωση είναι εκείνη που σχετίζεται με το σύμπτωμα του *άγχους*. Το άγχος χαρακτηρίζεται ως ένα δυσάρεστο συναίσθημα ανησυχίας, ανεξέλεγκτου φόβου και τρόμου για το μέλλον[4,5]. Η αιτιοπαθογένεια του άγχους πιθανότατα σχετίζεται με τον νευροδιαβιβαστή γαμμα-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) και σε αυτό οδηγούμαστε από το γεγονός ότι οι βενζοδιαζεπίνες αναστέλλουν τη δράση του GABA και μειώνουν τα επίπεδα του άγχους[4]. Το άγχος εμφανίζεται με δυο μορφές, η πρώτη είναι το φυσιολογικό άγχος που προκαλείται λόγω στρεσογόνων καταστάσεων και η δεύτερη είναι το νευρωτικό άγχος που είναι γενικευμένο. Ειδικότερα σε άτομα που παρουσιάζουν φυσιολογικό άγχος και χρόνια λήψη κορτικοστεροειδών εκδηλώνεται η επινεφριδιακή ανεπάρκεια που μπορεί να οδηγήσει σε καταπληξία. Τα κλινικά σημεία είναι αδυναμία, κόπωση, ανορεξία, ναυτία, κοιλιακός πόνος πυρετός, υπονατριαιμία, υποχλωριαιμία και υπερκαλιαιμία. Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να λαμβάνουν συμπληρωματική χορήγηση γλυκοκορτικοστεροειδών όταν υποβάλλονται σε στρεσογόνες οδοντιατρικές πράξεις και όχι σε επεμβάσεις ρουτίνας. Ακόμα μπορεί να κριθεί απαραίτητη η επιπλέον δόση στεροειδών κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά το πέρας αυτής[7]. Η διάγνωση πραγματοποιείται με τη μέτρηση της κορτιζόλης του πλάσματος που στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι <10 μ/gdl[8]. Υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά που είναι κοινά και στις δυο μορφές άγχους όπως η έντονη εφίδρωση, οι διεσταλμένες κόρες των οφθαλμών, η αύξηση του μυϊκού τόνου, η αϋπνία, διάρροια και πολυουρία. Ειδικότερα τα κλινικά σημεία του πρώτου είδους είναι αλλαγές στη διάθεση, αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης, αύξηση του ρυθμού αναπνοής, ελαφριά ξηροστομία, αύξηση της κινητικότητας του εντέρου, ανδρική ανικανότητα και διαταραχές στην έμμηνο ρύση. Από την άλλη πλευρά, στο νευρωτικό άγχος εντοπίζονται αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και τρόμου, κούραση, ημικρανίες, υπέρταση, στηθάγχη, βήχας και άσθμα, ξηροστομία, σύγκρυο, δυσκαταποσία, αίσθημα πνιγμού, έλκος στομάχου, σύνδρο-

μο ευερέθιστου εντέρου (σπαστική κολίτιδα), ανδρική ανικανότητα και αμηνόρροια. Στα στοματικά ευρήματα ανήκουν η αρθρομυαλγία του προσώπου, άτυπη προσωπαλγία, αίσθημα καύσου, ξηροστομία, βρουξισμός, δήξη χειλέων, άφθες, γεωγραφική γλώσσα, ομαλός λειχήνας, δυσλειτουργία της ΚΦΓΔ και φόβος για τον καρκίνο. Η διάγνωση βασίζεται στην ύπαρξη φοβισμένου προσώπου, ταραχής, έντονης κίνησης των ματιών και των χεριών, τρόμου και έντονη ομιλητικότητα σε συνδυασμό με πολλές ερωτήσεις[2-4]. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους ασθενείς με νοητική υστέρηση οι οποίοι εμφανίζουν περισσότερο άγχος κατά την επίσκεψη στον οδοντίατρο και κυρίως στον χώρο αναμονής. Στα άτομα αυτά ορισμένοι προτείνουν την καταστολή και άλλοι υποστηρίζουν ότι η γενική αναισθησία και οι συνοδοί-κηδεμόνες παίζουν σημαντικό ρολό στον έλεγχο του άγχους[9,10].

Η *φοβία* είναι οποιαδήποτε μορφή επίμονου και ξαφνικού άγχους ενός συγκεκριμένου αντικειμένου ή κατάστασης που οδηγεί στο έντονο αίσθημα φυγής[5] και εμφανίζεται με διάφορες μορφές όπως αγοραφοβία, κλειστοφοβία, κοινωνική φοβία και οδοντιατρική φοβία. Η τελευταία συνήθως προκαλείται από τον ήχο της οδοντιατρικής χειρολαβής, από τη θέα της βελόνης κατά την αναισθησία, την οδοντιατρική έδρα και από προηγούμενες δυσάρεστες οδοντιατρικές εμπειρίες. Προσοχή θα πρέπει να δίνεται στη νευρωτική φοβία, η οποία διαφέρει από το νευρωτικό άγχος που είναι συνεχές. Τα κλινικά σημεία είναι η έντονη εφίδρωση, ο τρόμος, η ναυτία, η δυσκολία στην ομιλία, η αύξηση του μυϊκού τόνου, η αύξηση του καρδιακού παλμού, ο αυξημένος ρυθμός αναπνοής και οι κράμπες στο στόμαχο. Σε αυτά τα άτομα παρατηρείται παραμελημένη στοματική υγιεινή εξαιτίας του φόβου της επαφής με τον οδοντίατρο, ξηροστομία και αυξημένος δείκτης τερηδόνας λόγω των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που λαμβάνουν.

Κάποιες άλλες διαταραχές αφορούν τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, όπως η νευρική ανορεξία και η βουλιμία. Οι διαταραχές αυτές εμφανίζονται κυρίως κατά την εφηβεία, πλήττουν κυρίως το γυναικείο φύλλο, έχουν γενετικό, κοινωνικό και ψυχιατρικό υπόβαθρο και συνήθως συνυπάρχουν με την κατάθλιψη, τον εθισμό και το άγχος. Ορισμένοι υποστηρίζουν την εμπλοκή του λεμφικού συστήματος στον υποθάλαμο, τη δράση της σεροτονίνης, της λεπτίνης και τον αναστολέα του νευροπεπτιδίου Y[2,4,5].

Οι ασθενείς που πάσχουν από *νευρική ανορεξία* υποβάλλουν τον εαυτό τους στην διαδικασία αποχής από το φαγητό, χάνοντας με αυτό τον τρόπο περισσότερο από το 15% του φυσιολογικού σωματικού τους βάρους. Η ασθένεια αυτή χαρακτηρίζεται από φόβο απόκτησης περιττών κιλών, παρόλο που οι ασθενείς είναι λιποβαρείς. Η αντίληψη για το σώμα τους είναι διαστρεβλωμένη και έτσι αποκτούν εμμονές, αποφεύγοντας το φαγητό και μετρώντας συνεχώς το βάρος. Προσπαθούν να ελέγχουν το βάρος τους με υπερβολική σωματική άσκηση, πρόκληση εμέτου και με τη χρήση καθαρκτικών, διουρητικών και θυρεοειδικών ορμονών. Επίσης εμφανίζουν αναιμία, ενδοκρινικές διαταραχές, περιφερικό οίδημα, υποκαλιαιμία, διαταραχές στην έμμηνο ρύση, περιφερική κυάνωση, υποθερμία, βραδυκαρδία, αλωπεκία, υπερτρίχωση, ξηροδερμία, έλλειψη βιταμίνης Α, εύθραυστους όνυχες και κατάθλιψη[2,4].

Αντίθετα στη *βουλιμία* οι ασθενείς λαμβάνουν τεράστιες ποσότητες φαγητού ενώ ταυτόχρονα λαμβάνουν καθαρκτικά και προκαλούν εμετό. Το σωματικό τους βάρος είναι φυσιολογικό, παρόλα αυτά έχουν έντονη την επιθυμία απώλειας βάρους. Οι ασθενείς αυτοί αισθάνονται ντροπή και ενοχές γι αυτά που καταναλώνουν και εμφανίζουν σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Ακόμα έχουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, υποκαλιαιμία, καρδιακές αρρυθμίες, παγκρεατίτιδα και καρδιομυοπάθεια[2,4]. Οι ασθενείς αυτοί επιθυμούν αισθητικές αποκαταστάσεις λόγω των έντονων διαβρώσεων. Ανθεκτικά οδοντιατρικά υλικά σε αυτές τις αποκαταστάσεις είναι το αμάλγαμα και τα κεραμικά[4].

Οι ασθενείς και των δυο παραπάνω κατηγοριών εμφανίζουν αυτοκτονικές τάσεις και συγκεκριμένα στοματικά ευρήματα. Σε αυτά περιλαμβάνονται η διάβρωση των δοντιών ως αίτιο επαναλαμβανόμενων εμετών και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υπερευαισθησία της οδοντίνης, παρωτιδική διόγκωση (σιαλαδενίτιδα), συγχειλίτιδα, πετέχειες και έλκη από τη χρήση του δακτύλου για την πρόκληση εμέτου, ξηροστομία, πονόλαιμο, δυσκαταποσία και τέλος φτωχή στοματική υγιεινή, τερηδονικές και περιοδοντικές νόσους κυρίως σε βουλιμικούς[2,4]. Επίσης , σύμφωνα με μία έρευνα το 32,5% του δείγματος βουρτσίζει τα δόντια του αμέσως μετά τον έμετο κάτι το οποίο δεν ενδείκνυται. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει οδοντιατρικά προβλήματα τα οποία δεν αναγνωρίζει και

δεν κατανοεί τη συσχέτιση μεταξύ της βουλιμίας και των προβλημάτων αυτών. Αντίθετα ένα πολύ μικρό ποσοστό επικοινωνεί με τον οδοντίατρο για να αντιμετωπιστεί η κατάσταση αυτή[11].

ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Η *σχιζοφρένεια* είναι μία από τις συνηθέστερες ψυχώσεις και επηρεάζει ένα μεγάλο εύρος των εγκεφαλικών λειτουργιών προκαλώντας σοβαρές διαταραχές στη διάθεση, στον τρόπο σκέψης και στη συμπεριφορά. Περίπου το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού έχει διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια και κυρίως μεταξύ των ηλικιών 28-34[2,4,5]. Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας δεν έχει προσδιοριστεί επακριβώς. Παρόλα αυτά στο 10% των περιπτώσεων έχει βρεθεί συσχέτιση της ασθένειας αυτής και των χρωμοσωμάτων 5 και 10. Για να τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας θα πρέπει για τουλάχιστον ένα μήνα να υπάρχουν το λιγότερο δύο από τα παρακάτω συμπτώματα, όσον αφορά την οξεία φάση. Αυτά είναι: α) οι παραληρητικές ιδέες, β) οι ψευδαισθήσεις, γ) ο αποδιοργανωμένος λόγος, δ) η κατατονική ή αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, ε) τα αρνητικά συμπτώματα όπως αλογία, αβουλία, συναισθηματική επιπέδωση. Επίσης η συμπτωματολογία θα πρέπει να προκαλεί επαγγελματική ή κοινωνική δυσλειτουργικότητα. Επειδή η διαταραχή μπορεί να ξεκινήσει μόνο με πρόδρομα συμπτώματα (π.χ. αρνητικά) καθώς και μετά την οξεία φάση να καταλήξει σε υπολειμματική συμπτωματολογία ή «εξασθενημένα» συμπτώματα από τα αναφερόμενα στην οξεία φάση (π.χ. όχι παραληρητικές ιδέες αλλά παράξενες πεποιθήσεις), η συνολική διάρκεια της νόσου για να τεθεί η διάγνωση είναι τουλάχιστον έξι μήνες με τον ένα μήνα να αφορά την οξεία φάση.

Η σχιζοφρένεια έχει διάφορους τύπους όπως: 1) ο παρανοϊκός, στον οποίο προεξάρχουν οι παραληρητικές ιδέες και οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, 2) ο ηβηφρενικός ή αποδιοργανωμένος, ο οποίος χαρακτηρίζεται κυρίως από αποδιοργανωμένο λόγο και συμπεριφορά καθώς και από επιπέδωση ή απροσφορότητα συναισθήματος, 3) ο κατατονικός του οποίου τα συμπτώματα αντανακλούν διαταραχή βούλησης και ψυχοκινητικότητας. Τέτοιου είδους συμπτώματα ο αρνητισμός, οι ιδιορρυθμίες στις εκούσιες κινήσεις, η ηχολαλία ή ηχοπραξία, οι περίεργες στάσεις και θέσεις του σώματος και η υπερβολική και άσκοπη κινητική δραστηριότητα, η οποία μπορεί να καταστεί επικίνδυνη. Σε ακραίες καταστάσεις ο ασθενής μπορεί να φθάσει σε εμβροντησία (stupor), κατάσταση επικίνδυνη για την ζωή του, 4) ο αδιαφοροποίητος τύπος με διάσπαρτα χαρακτηριστικά από τους προηγούμενους τύπους και 5) ο υπολειμματικός, ο οποίος μπορεί να είναι η κατάληξη όλων των προηγούμενων τύπων και ο οποίος χαρακτηρίζεται από την υπεροχή των αρνητικών συμπτωμάτων ή από άλλα συμπτώματα της οξείας φάσης σε «εξασθενημένη» ωστόσο μορφή. Οι γνωστικές διαταραχές και η έλλειψη κοινωνικών σχέσεων, σε συνδυασμό με την έλλειψη ενδιαφέροντος για την στοματική υγιεινή, την ανθυγιεινή διατροφή και το κάπνισμα δρουν αρνητικά στη στοματική τους υγεία. Τα στοματικά ευρήματα είναι αυξημένος δείκτης τερηδόνας και περιοδοντίτιδας, χρωστικές στα δόντια εξαιτίας του καπνίσματος. Τα νευροληπτικά φάρμακα προκαλούν μειωμένη εκροή σιέλου, χρωστικές σε ολόκληρη τη στοματική κοιλότητα, μυϊκή ακαμψία ή τονικούς σπασμούς στο πρόσωπο και στον αυχένα, υπερσιαλόρροια και βρουξισμό[4,12-14].

Μια άλλη κατηγορία ψυχιατρικών διαταραχών είναι οι *εξαρτήσεις*, όπως ο αλκοολισμός και η εξάρτηση από ναρκωτικά. Ο πρώτος είναι παθολογική και συνεχής κατανάλωση αλκοόλ, η οποία επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (απώλεια μνήμης), το ήπαρ (λιπώδες ήπαρ, αλκοολική ηπατίτιδα, κίρρωση), το γαστρεντερικό (γαστρίτιδα, παγκρετίτιδα, έλκος) και το καρδιαγγειακό (υπέρταση, καρδιομυοπάθεια). Οι αλκοολικοί χαρακτηρίζονται από παραμελημένη στοματική υγιεινή (τερηδόνες και περιοδοντική νόσος), οδοντικές διαβρώσεις, βρουξισμό, πόνο στο στόμα, άφθες, γλωσσίτιδα, δυσγευσία και συγχειλίτιδα λόγω έλλειψης βιταμίνης Β, αμφοτερόπλευρη και ανώδυνη διόγκωση της παρωτίδας και σιαλαδενίτιδα λόγω της κίρρωσης του ήπατος και ρινόφυμα (διογκωμένη, ερυθρή και αγγειώδης μύτη)[4,5]. Στους αλκοολικούς η ασπιρίνη πρέπει να αποφεύγεται διότι μπορεί να προκαλέσει γαστρική διάβρωση και αιμορραγία, η ακεταμινοφένη/παρακεταμόλη πρέπει να χορηγείται σε χαμηλότερες δόσεις σε αυτούς τους ασθενείς γιατί ενισχύεται η ηπατοτοξική δράση των φαρμάκων αυτών και η μετρονιδαζόλη και οι κεφαλοσπορίνες αντιδρούν με το αλκοόλ και προκαλούν γενικευμένη αγγειοδιαστολή, ναυτία, έμετο, εφίδρωση και πονοκεφάλους. Το ήπαρ των

ασθενών αυτών είναι παθολογικό, γι' αυτό και εμφανίζονται διαταραχές στην επούλωση και στον αιμοπηκτικό μηχανισμό και τέλος, δεν πρέπει ο οδοντίατρος να τους συστήνει στοματικά διαλύματα που περιέχουν αλκοόλη γιατί εθίζονται[4]. Η εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες προκαλεί υπέρταση, διαταραχές στην όραση, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, αύξηση της όρεξης, ψυχώσεις, ψευδαισθήσεις και αυταπάτες και μείωση της άμυνας του οργανισμού. Η ταξινόμηση τους είναι η εξής: 1. Η Αμφεταμίνη, το LSD και η έκσταση δρουν στους α και β αδρενεργικούς υποδοχείς, αυξάνοντας την επινεφρίνη και την ντοπαμίνη, με αποτέλεσμα τη διέγερση του κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος. Επίσης στη στοματική κοιλότητα παρατηρούνται ευρήματα βρουξισμού, κροταφογναθικών διαταραχών, ξηροστομίας, αποτριβών διαβρώσεων, άφθες, ελκώσεις και περιοδοντίτιδα. 2. Η κοκαΐνη είναι ισχυρό ναρκωτικό με ισχυρή αναισθητική και αγγειοσυσπαστική δράση, η οποία παρατηρείται στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Τα κύρια στοματικά ευρήματα είναι ο βρουξισμός και η ξηροστομία. Επιπρόσθετα, παρατηρούνται τερηδόνα, περιοδοντίτιδα, νεκρωτική ουλίτιδα, υπαισθησία χείλους και γλώσσας, έλκος στην υπερώα και σφηνοειδή κολπίτιδα. Σε γυναίκες που κυοφορούσαν και ταυτόχρονα έκαναν χρήση κοκαΐνης τα παιδιά τους έχουν αγκυλογλωσσία. Η αμφεταμίνη ένα υποκατάστατο της κοκαΐνης ενισχύει την συμπαθητικομιμητική δράση της επινεφρίνης, δηλαδή την πρόκληση αγγειοσυστολής και οδηγεί σε υπέρταση και καδιοτοξικότητα. 3. Η ηρωίνη και τα οπιοειδή είναι ισχυρά αναλγητικά, των οποίων η δράση προσομοιάζει με αυτή των εγκεφαλινών και των ενδορφινών, γι' αυτό προκαλεί ευφορία. Τα στοματικά ευρήματα είναι φτωχή στοματική υγιεινή, περιοδοντίτιδα και τερηδόνα, τα οποία μπορεί να μην ενοχλήσουν το χρήστη εξαιτίας της αυξημένης ανοχής του στον πόνο λόγω της χρήσης ναρκωτικών. 4. Η μαριχουάνα περιέχει μια δραστική ουσία (THC), η οποία συνδέεται σε υποδοχείς του εγκεφάλου που σχετίζονται με το αίσθημα ευφορίας, τη μνήμη, την σκέψη, τη συγκέντρωση, την αισθητικότητα, την αίσθηση του χρόνου και το συντονισμό των κινήσεων. Τα μοναδικά στοματικά ευρήματα είναι ξηροστομία και καρκίνος[4].

Στις ψυχιατρικές διαταραχές ανήκει και η *μανία*, η οποία κατατάσσεται στις διαταραχές της διάθεσης ή αλλιώς τις συναισθηματικές διαταραχές. Η μανία αναφέρεται ως σύνδρομο με χαρακτηριστικά έξαρσης, ευφορίας, εξωστρέφιας και υπερδραστηριότητας. Κάποιες φορές μπορεί να συνυπάρχει με την κατάθλιψη, τότε ονομάζεται διπολική διαταραχή. Ο παθογενετικός μηχανισμός σχετίζεται με τα αυξημένα επίπεδα νορεπινεφρίνης και μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης και ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Η μανία επίσης χαρακτηρίζεται από αισθήματα ευφορίας, από ομιλητικότητα, αποπροσανατολισμό, πολλή ενέργεια, αϋπνίες, χρήση εθιστικών ουσιών, ανάρμοστη συμπεριφορά και έντονη σεξουαλική επιθυμία. Τα στοματικά ευρήματα είναι αφυδάτωση, ξηροστομία και διαταραχές της γεύσης και τερηδόνα ως απόρροια της λήψης λιθίου. Τέλος η καρβαμαζεπίνη (Tegretol) μειώνει τη δραστηριότητα του μυελού των οστών προκαλώντας ακοκκιοκυτταραιμία και έλλειψη φολικού οξέος που δευτερογενώς προκαλούν έλκη στο στόμα[2,4,5].

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΝΟΣΟ

Η *νόσος Alzheimer* είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική πάθηση η οποία προκαλεί απώλεια μνήμης και κινητικές δυσλειτουργίες και εμφανίζεται σε ασθενείς άνω των 65 ετών. Η πάθηση αυτή είναι η κυριότερη αιτία άνοιας. Η άνοια είναι μια χρόνια ασθένεια του εγκεφάλου και χαρακτηρίζεται από αμνησία, ανικανότητα συγκέντρωσης, αποπροσανατολισμό και διανοητική αναπηρία. Η αιτιοπαθογένεια της νόσου Alzheimer βασίζεται στην ατροφία της φλοιώδους μοίρας του εγκεφάλου και τη διόγκωση της εγκεφαλικής κοιλίας σε συνδυασμό με ανεπάρκεια της ακετυλοχολίνης. Οι παράγοντες κινδύνου της ασθένειας είναι το γενετικό υπόβαθρο, η απολιποπρωτεΐνη Ε4, η αντίσταση στην ινσουλίνη, η μόλυνση από τον ιό του έρπητα και η ισχαιμία του εγκεφάλου. Κλινικά η νόσος Alzheimer διακρίνεται σε τρία στάδια. Το πρώτο περιλαμβάνει απώλεια μνήμης, αποπροσανατολισμό και μειωμένη κριτική ικανότητα, το δεύτερο στάδιο αφασία, ανικανότητα ένδυσης και σίτισης, μειωμένη πνευματική ικανότητα και διαταραχές στην όραση. Στο τρίτο παρατηρούνται απάθεια, αλαλία, άγχος, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, ανικανότητα επικοινωνίας και υπεραντανακλαστικότητα. Τα στοματικά ευρήματα είναι φτωχή στοματική υγιεινή, περιοδοντίτιδα, κακοσμία, απώλεια γεύ-

σης, αίσθημα καύσου, σχισμοειδής γλώσσα, στοματικό εύρος, απολεσθέντα ή σπασμένα δόντια, αποτριβές, απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας και ξηροστομία λόγω φαρμάκων. Η τελευταία προκαλεί καντιντίαση, τερηδόνα και μειωμένη ανοχή στις προσθετικές αποκαταστάσεις[2,4,5]. Παρόλα αυτά, υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι η υγιεινή των οδοντοστοιχιών, η αιμορραγία των ούλων, η στοματίτιδα και το έλκος του στόματος δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις σε σχέση με τους ψυχικά υγιείς[15,16].

Στις παραπάνω διαταραχές ανήκει και η νόσος του *Parkinson* που είναι νευρολογική διαταραχή και εμφανίζεται σε ηλικία άνω των πενήντα ετών. Αυτή οφείλεται σε εκφυλισμό των ντοπαμινικών νευρώνων στα βασικά γάγγλια του εγκεφάλου, σε χρήση ναρκωτικών ουσιών που μπλοκάρουν την ντοπαμίνη, δευτερογενώς από τραύμα στον εγκέφαλο, τοξίνες, εγκεφαλίτιδα και φυτοφάρμακα. Τα γενικά χαρακτηριστικά της ασθένειας είναι τρόμος, δυσκολία στη βάδιση, ακαμψία, βραδυκινησία, αργή μονότονη ομιλία, ανέκφραστο πρόσωπο και κατάθλιψη σε ποσοστό 50-60%. Στα στοματικά ευρήματα ανήκουν η διαρροή σιέλου από το στόμα, δυσκολία στη μάσηση και κατάποση, περιοδοντική νόσος, δυσκινησία και ξηροστομία λόγω φαρμάκων[4,5]. Τέλος, όλα τα παραπάνω προβλήματα οδηγούν σε πρώιμη απώλεια δοντιών η οποία καθιστά αναγκαία την υποκατάσταση των δοντιών από τεχνητές οδοντοστοιχίες, πράγμα αδύνατο εξαιτίας της έλλειψης μυϊκού ελέγχου του στοματογναθικού συστήματος[17].

Μια άλλη ψυχιατρική διαταραχή είναι ο *αυτισμός*, ο οποίος ορίζεται ως ένα φάσμα αναπτυξιακών διαταραχών, το οποίο εμφανίζεται στους πρώτους τριάντα μήνες της ζωής και προκαλεί μειωμένες κοινωνικές ικανότητες, έλλειψη διαπροσωπικών σχέσεων, διαταραχές στην ομιλία και επαναλαμβανόμενες στερεότυπες κινήσεις. Εκτός από τον κλασσικό αυτισμό υπάρχει και το σύνδρομο Asperger, το οποίο εμφανίζεται αργότερα στην παιδική ηλικία και τα άτομα που πάσχουν έχουν υψηλό δείκτη IQ. Η αιτιοπαθογένεια παραμένει αδιευκρίνιστη, παρόλα αυτά παρατηρείται τέσσερις φορές περισσότερο στα αγόρια και φαίνεται να συσχετίζεται με το χρωμόσωμα 15. Κλινικά στους ασθενείς παρατηρείται τάση απομόνωσης, μαθησιακές δυσκολίες στην παιδική ηλικία, επαναληψιμότητα στις κινήσεις, αδιαφορία ή ενόχληση σε κάποια ηχητικά ερεθίσματα. Τα στοματικά ευρήματα είναι ανεπαρκής στοματική υγιεινή, περιοδοντική νόσος, τερηδόνα, βρουξισμός, στοματικές κακώσεις εξαιτίας της δήξης αντικειμένων ή των δακτύλων τους, αυτό-επιθετικότητας ή σπασμωδικών κρίσεων[1,2,8]. Ιδιαίτερα σε παιδιά με αυτισμό υποστηρίζεται ότι η χρήση ηλεκτρονικών οθονών και μέσων τεχνολογίας κατά την οδοντιατρική πράξη μπορούν να μειώσουν τον φόβο και να αυξήσουν την συνεργασία των παιδιών αυτών με τον οδοντίατρο[18].

Το *σύνδρομο έλλειψης προσοχής και υπερκινητικότητας (ADHD)* εμφανίζεται σε ποσοστό 3-5% των παιδιών και σε διπλάσιο αριθμό στα αγόρια και οφείλεται σε τραύματα του εγκεφάλου, σε υπερβολική κατανάλωση ζάχαρης και σε διαταραγμένη σχέση γονέα-παιδιού. Τα γενικά χαρακτηριστικά είναι υπερκινητικότητα, αυθόρμητη ενέργεια, δυσκολία συγκέντρωσης και νευρικότητα. Οι ασθενείς αυτοί είναι πιθανό να εμφανίσουν τερηδόνα ή/και βρουξισμό[4,5]. Ακόμα σύμφωνα με μια έρευνα μέσω ερωτηματολογίου σε παιδιά με αυτό το σύνδρομο προέκυψε ότι οι οδοντίατροι δεν ήταν καλά ενημερωμένοι επί του συνδρόμου και ότι τα κάποια παιδιά πόνεσαν με την τοπική αναισθησία και άλλα δεν ένιωθαν άνετα. Τα παιδιά αυτά καταναλώνουν ποτά που περιέχουν ζάχαρη όταν διψούν και έχουν παραμελημένη στοματική υγιεινή[19]. Τέλος η επίσκεψή τους στον οδοντίατρο εντείνει τα συμπτώματα της ασθένειάς τους, γι' αυτό τον λόγο πρέπει να αντιμετωπίζονται με φάρμακα και συμπληρωματική στρατηγική συμπεριφορά[20].

Όλες οι μορφές *θεραπείας* πρέπει να ξεκινούν με μια αναλυτική εκτίμηση του ασθενούς. Η σωστή διάγνωση είναι το πρώτο βήμα για τη διαχείριση των ψυχολογικά βεβαρημένων ασθενών. Αυτό επιτυγχάνεται με τη λήψη του ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού και τη διεξοδική κλινική εξέταση, σε συνδυασμό με άλλες εξετάσεις που κρίνονται αναγκαίες. Έτσι ο οδοντίατρος θα ενημερωθεί για την κατάσταση του ασθενή και θα μπορέσει να οργανώσει ανάλογα το σχέδιο θεραπείας. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν οι ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα οι παραπάνω ασθενείς λαμβάνουν ψυχοτρόπα φάρμακα για να ελέγξουν τη συμπτωματολογία και διακρίνονται στα αγχολυτικά, αντιψυχωτικά, αντικαταθλιπτικά, τονωτικά, αντιπαρκινσονιακά, αντιεμετικά (βουλιμία).

Τα *αγχολυτικά* χορηγούνται σε μικρές δόσεις για τη μείωση του άγχους και της έντασης και σε μεγαλύτερες δόσεις προκαλούν υπνηλία. Σε αυτά ανήκουν οι βενζοδιαζεπίνες (π.χ. διαζεπάμη), οι αναστολείς των β-αδρενεργικών υποδοχέων οποίοι χορηγούνται σε ασθενείς με τρόμο και ο μεταβολισμός τους διαταράσσεται από αντιμυκητιασικά αζόλης και από μακρολιδικά αντιβιοτικά όπως η ερυθρομυκίνη και η κλαριθρομυκίνη, οι φαινοθειαζίνες, οι οποίες χορηγούνται σε μικρές δόσεις σε ασθενείς με επιθετική συμπεριφορά ή εθισμό στα αγχολυτικά. Σε κρίσεις πανικού χορηγούνται τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οποία θα αναλυθούν παρακάτω, καθώς και νεότερα αντικαταθλιπτικά. Δεν έχει παρατηρηθεί παρενέργεια όσον αφορά τις τοπικές αναισθησίες, αλλά μειωμένη ανοχή στον πόνο[3,4,6].

Τα *αντιψυχωτικά*, ελέγχουν τα ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις και έχουν μια γενικότερη δράση καταστολής, χωρίς όμως να προκαλούν υπνηλία και σύγχυση. Σε αυτά ανήκουν οι φαινοθειαζίνες και οι θειοξανθίνες, οι οποίες χορηγούνται σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και αναστέλλουν τους α-αδρενεργικούς υποδοχείς και έτσι προκαλούν αντίστροφη δράση της επινεφρίνης σε ασθενείς που χορηγείται τοπικό αναισθητικό με επινεφρίνη. Ουσιαστικά παρατηρείται αγγειοδιαστολή αντί για αγγειοσυστολή. Μια ακόμη κατηγορία αντιψυχωσικών είναι οι βουτυροφαινόνες και πιπεριδίνες , στην οποία ανήκει η αλοπεριδόλη η οποία χορηγείται σε ασθενείς με μανία, έχει αντιντοπαμινική, αντιαδρενεργική και αντιχολινεργική δράση και εμποδίζει την αγγειοσυστολική δράση της επινεφρίνης. Οι φαινοθειαζίνες και η αλοπεριδόλη μπορεί να προκαλέσουν ορθοστατική υπόταση, ενώ η αλοπεριδόλη έντονα εξωπυραμιδικά συμπτώματα. Ένα καινούριο φάρμακο που χορηγείται για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (αντιψυχωσικό δεύτερης γενιάς) είναι κλοζαπίνη, η οποία μπορεί να προκαλέσει ακοκκιοκυτατταραιμία. Αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς είναι η ολανζαπίνη, η ρισπεριδόνη, η κουετιεπίνη, η αμισουλπρίδη, η παλιμπεριδόνη, η ζιπρασιδόνη, η αριπιπραζόλη και η κλοζαπίνη. Αξιοσημείωτες παρενέργειές τους είναι το μεταβολικό σύνδρομο κυρίως από την ολανζαπίνη και κλοζαπίνη, η υπερπρολακτιναιμία από τη ρισπεριδόνη, αμισουλπρίδη. Οι κυριότερες παρενέργειες με οδοντιατρική σημασία είναι δυστονία και δυσκινησία στους μυς του προσώπου[3,4].

Ακόμα τα *αντικαταθλιπτικά*, τα οποία χορηγούνται σε παθήσεις που σχετίζονται με την κατάθλιψη, αν και δεν έχουν τόσο ταχεία δράση στη ρύθμιση της διάθεσης όσο η αμφεταμίνη. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν 1. Οι αναστολείς της μονοαμινικής οξειδάσης, οι οποίοι εμποδίζουν τον καταβολισμό της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης (δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα), προκαλούν υπόταση, ξηροστομία, ανορεξία, ναυτία και μειωμένη σεξουαλική διάθεση και αντιδρούν με φαγητά που περιέχουν τυραμίνη (π.χ. τυρί, σοκολάτα, μπανάνα, μαγιά) και με φάρμακα οπιοειδή και τρικυκλικά. 2. Τα τρικυκλικά δεν επιτρέπουν στη σεροτονίνη και την νορεπινεφρίνη να επιστρέψουν στα νευρικά κύτταρα, η δράση τους είναι δοσοεξαρτώμενη και οι παρενέργειές τους είναι ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, διαταραχές στην όραση, ίλιγγος και υπνηλία. Τα τρικυκλικά σε συνδυασμό με την τοπική αναισθησία με επινεφρίνη δεν έχει αποδειχτεί ότι προκαλούν καρδιακές δυσλειτουργίες, ωστόσο η δόση της επινεφρίνης δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα 0,05 mg. Τέλος τα τρικυκλικά προκαλούν καντιντίαση, ξηροστομία και στοματικές λοιμώξεις[21]. 3. Οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης αυξάνουν τα επίπεδα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο, έχουν αντιχολινεργική δράση και δεν επηρεάζουν την καρδιακή λειτουργία. Οι παρενέργειές τους είναι ανορεξία, ναυτία, άγχος, διάρροια, σεξουαλική δυσλειτουργία και μανία/παράνοια. Σημαντικό αναφοράς είναι επίσης ότι η ακεταμινοφένη/παρακεταμόλη αναστέλλουν το μεταβολισμό τους[4]. Προσοχή θα πρέπει να δίνεται στη χορήγηση τους, καθώς σε συνδυασμό με τους αναστολείς της μονοαμινικής οξειδάσης, τρικυκλικά και λίθιο μπορεί να οδηγήσουν στο σύνδρομο της σεροτονίνης του κεντρικού νευρικού συστήματος, το οποίο χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα και υπεραντανακλαστικότητα και αναστέλλει το κυτόχρωμα p450, το οποίο χρησιμοποιείται για το μεταβολισμό των φαρμάκων[3,4]. 4. Το λίθιο είναι αποτελεσματικό σε ασθενείς με διπολική διαταραχή αλλά και ως ενισχυτική θεραπεία στη μονοπολική κατάθλιψη, επίσης χορηγείται κάποιες φορές σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Μια λεπτή γραμμή χωρίζει τα θεραπευτικά από τα τοξικά επίπεδα του, σε ασθενείς με φυσιολογικές αιματολογικές εξετάσεις[3]. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη πρέπει να αποφεύγονται διότι μπορεί να ενισχύσουν την

τοξικότητα του λιθίου, ενώ η ακεταμινοφένη/παρακεταμόλη ή κωδεΐνη είναι ασφαλέστερες λύσεις. Τα αντιμικροβιακά όπως η μετρονιδαζόλη και οι τετρακυκλίνες είναι εξίσου επικίνδυνες στην αύξηση της τοξικότητας του λιθίου[4]. Τέλος η θεραπεία με λίθιο προκαλεί στοματικά ξηροστομία, σιαλόρροια, εξελκώσεις και λοιμώξεις[21].

Επιπρόσθετα, στα *ψυχοδιεγερτικά* ανήκουν η καφεΐνη και η πιο ισχυρή αμφεταμίνη χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο ως θεραπεία στη λήψη ναρκωτικών ουσιών και του συνδρόμου ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικής διαταραχής και δεν πρέπει να χορηγούνται στην κατάθλιψη[3]. Η μεθαμφεταμίνη, ένα άλλο ισχυρό διεγερτικό του κεντρικού νευρικού συστήματος με περιορισμένη θεραπευτική δράση, παράγει παρατεταμένη ευφορία. Ωστόσο, προκαλεί νευροτοξικότητα και νευροεκφυλισμό όταν χρησιμοποιείται μακροχρόνια, καθώς μεταποιεί τη δράση κάποιων νευροδιαβιβαστών. Από στοματικής πλευράς προκαλεί ένα «διακριτικό μοτίβο» τερηδόνας και γενικότερα είναι επιβλαβής για τη στοματική υγεία[22]. Οι παρενέργειές τους είναι αϋπνία, ίλιγγος, καρδιακές αρρυθμίες και μειωμένη όρεξη. Σε πολύ υψηλές δόσεις έχουν τοξικές επιδράσεις όπως αποπροσανατολισμό, ψευδαισθήσεις και κώμα. Η χρόνια λήψη τους μπορεί να οδηγήσει σε παράνοια παρόμοια με την σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου[3]. Τέλος τα φάρμακα αυτά μπορεί να προκαλέσουν τριγμό, οδοντική διάβρωση, εξελκώσεις, υπερπλασία ούλων και ρινικές βλάβες[21].

Τα *αντιπαρκινσονιακά* φάρμακα δρουν αντισταθμίζοντας την ανεπάρκεια της ντοπαμίνης στα βασικά γάγγλια ή αποκλείοντας τους μουσκαρινικούς υποδοχείς. Κανένα από τα διαθέσιμα φάρμακα δεν επιδρά στην υποκείμενη νευροεκφύλιση και χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Στην πρώτη ανήκουν η λεβοντόπα σε συνδυασμό με έναν αναστολέα της ντοπα-αποκαρβοξυλάσης, οι οποίες έχουν ως παρενέργειες δυσκινησία, ξαφνικές διακυμάνσεις της κλινικής κατάστασης, ναυτία, ανορεξία, υπόταση και ψυχολογικές επιδράσεις. Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν η βρωμοκρυπτίνη και η ροπινιρόλη, οι οποίες είναι παράγωγα της εργοταμίνης, δρουν στους D1και D2 υποδοχείς αναστέλλοντας την απελευθέρωση της προλακτίνης από την πρόσθια υπόφυση και προκαλούν παραισθήσεις, ναυτία, έμετο, υπνηλία και υπερφαγία. Στην τρίτη ανήκουν οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης Β όπως η σελεγιλίνη, οι οποίες δρουν νευροπροστατευτικά και επειδή η σελεγιλίνη μεταβολίζεται σε αμφεταμίνη προκαλεί διέγερση, άγχος και αϋπνία. Τέλος υπάρχει ένας συμπληρωματικό φάρμακο της παραπάνω φαρμακευτικής αγωγής, η εντακαπόνη η οποία είναι αναστολέας της κατεχολ-Ο-μεθυλικής τρανσφεράσης. Στην τοπική αναισθησία η εντακαπόνη μπορεί να αντιδράσει με την επινεφρίνη και να προκαλέσει ταχυκαρδία, αρρυθμία και υπέρταση. Η ερυθρομυκίνη και άλλες μακρολίδες αυξάνουν τα επίπεδα των παραγώγων της εργοταμίνης[23].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα ψυχιατρικά προβλήματα είναι πάρα πολλά και διακρίνονται από πληθώρα στοματικών ευρημάτων. Τα κυριότερα από αυτά είναι η ξηροστομία εξαιτίας των φαρμάκων και η παραμελημένη στοματική υγιεινή και ως απόρροια αυτών τερηδόνα και περιοδοντικές νόσοι[12,24]. Επιπρόσθετα, ο οδοντίατρος πρέπει να είναι γνώστης των ασθενειών αυτών και της σημειολογίας τους, καθώς και να διακρίνεται από υπομονή και κατανόηση. Πιο συγκεκριμένα, οι συνεδρίες πρέπει να είναι σύντομες χρονικά και επειδή οι περισσότεροι ασθενείς έχουν μειωμένη ανοχή στον πόνο, ο οδοντίατρος πρέπει να ολοκληρώνει την εργασία του πριν το πέρας της αναισθησίας. Στο σχέδιο θεραπείας δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται αποκαταστάσεις που απαιτούν καλή στοματική υγιεινή όπως τα εμφυτεύματα και τεχνητές οδοντοστοιχίες καθώς από κάποιους δεν γίνονται ανεκτές. Για την ασφαλή και κατάλληλη οδοντιατρική περίθαλψη και τη βελτίωση της στοματικής υγείας των ασθενών αυτών πρέπει να καθοριστούν προληπτικά μέτρα, πρωτόκολλα αντιμετώπισης και ειδικά προγράμματα αποκατάστασης[4,24].

ABSTRACT

***Alexiou A.* Psychological and psychiatric patients in terms of medical and dental history.** *Hell Iatr 2018; 84: 46-54.*

In the general population, the occurrence of psychological and psychiatric disorders is frequent. Such disorders include neurosis, psychosis, personality disorders, learning difficulties as well as other disorders. These conditions are characterized by specific symptomatology, clinical oral findings and specific medica-

tion. All of the above must be recognized by the general dentist and be fully trained to distinguish the disease in case the patient does not reveal it. He/She will be able to manage these patients by adjusting his/her behavior and by properly designing the treatment plan, always in co-operation and ongoing communication with their attending physicians.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Αντωνακάκη Σοφία*. Από το σύμπτωμα στο βίωμα, ψυχολογικές οπτικές στην οδοντιατρική. Ανθρώπων πολύτροπον σχέσεις; 2007, 177-178.
2. *Scully C, Cawson RA*. Medical Problems in Dentistry. Wright; 1998, 376-385, 386-393.
3. *David Enoch, Robert Jagger*. Pshychiatric disorders in dental practice. Wright; 1994, 8, 9, 17-44, 93-101.
4. *Crispian Scully CBE, Pedro Diz Dios, Navdeep Kumar.* Special Care in Dentistry, Handbook of oral healthcare. Churchill livingstone; 2007, 33-46, 54-56, 65-71, 108-112, 130-135, 152-156, 214-218, 308-313, 354-356, 393-397.
5. *Davis F.A. Company, Dena Ramras Vardara*. Taber's cyclopedic medical dictionary. Philadelphia; 1993, 64, 76, 113, 128-129, 173, 177-178, 279, 520, 1164, 1439, 1497, 1759-1760.
6. *David A. Mitchell, Laura Mitchell, Lorna McCaul*. Oxford Handbook of Clinical Dentistry. Oxford University Press; 2014, 584, 586, 587.
7. *Gibson N, Ferguson JW*. Steroid cover for dental patients on long-term steroid medication: proposed clinical guidelines based upon a critical review of the literature. Br Dent J 2004, 197(11): 681-5.
8. *Αντωνιάδης Κώστας*. Χειρουργική Παθολογία και Εγχειρητική στην Οδοντιατρική. Αιβαζη; 2011, 74.
9. *Heaton LJ, Hyatt HA, Huggins KH, Milgrom P*. United States Dental Professional's Perceptions of Dental Anxiety and Need for Sedation in Patients with Mental Illness. SAAD Dig 2012, 28: 23-30.
10. *McKelvey VA, Morgaine KC, Thomson WM*. Adults with intellectual disability: a mixed-methods investigation of their experiences of dental treatment under general anaesthetic. N Z Dent J 2014, 110(2): 58-64.
11. *Conviser JH, Fisher SD, Mitchell KB*. Oral care behavior after purging in a sample of women with bulimia nervosa. J Am Dent Assoc 2014, 145(4): 352-4.
12. *Matevosyan NR*. Oral health of adults with serious mental illnesses: a review. Community Ment Health J 2010, 46(6): 553-62.
13. *Piccoli L, Besharat LK, Cassetta M, Migliau G, Di Carlo S, Pompa G*. Tooth wear among patients suffering from mental disorders. Ann Stomatol (Roma) 2014, 5(2): 52-60.
14. *Danuto Maria*. Saliva secretion disorder in a schizophrenic patient - a problem in dental and psychiatric treatment: a case report. Ann Gen Psychiatry 2015, (14): 14.
15. *Kossioni A1, Kossionis GE, Polychronopoulou A*. Variation in oral health parameters between older people with and without mental disorders. Spec Care Dentist 2013, 33(5): 232-8.
16. *Zenthöfer A, Schröder J, Cabrera T, Rammelsberg P, Hassel AJ*. Comparison of oral health among older people with and without dementia.Community Dent Health 2014, 31(1): 27-31.
17. *Satheesh B*. Clinical strategies for complete denture rehabilitation in a patient with Parkinson disease and reduced neuromuscular control. Case Rep Dent 2015.
18. *Isong IA, Rao SR, Holifield C, Iannuzzi D, Hanson E, Ware J, Nelson LP*. Addressing dental fear in children with autism spectrum disorders: a randomized controlled pilot study using electronic screen media. Clin Pediatr (Phila) 2014, 53(3): 230-7.
19. *Staberg M, Norén JG, Johnson M, Kopp S, Robertson A*. Parental attitudes and experiences of dental care in children and adolescents with ADHD--a questionnaire study. Swed Dent J 2014, 38(2): 93-100.
20. *Efron LA, Sherman JA*. Tips for managing children with attention deficit hyperactivity disorder in the dental setting. N Y State Dent J 2005, 71(3): 18-20.
21. *Fratto G, Manzon L1*. Use of psychotropic drugs and associated dental diseases. Int J Psychiatry Med 2014, 48(3): 185-97.
22. *Klasser GD, Epstein J*. Methamphetamine and its impact on dental care. J Can Dent Assoc 2005, 71(10): 759-62.
23. *Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ, Henderson G.* Φαρμακολογία, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού; 2013, 535-537.
24. *Bertaud-Gounot V1, Kovess-Masfety V, Perrus C, Trohel G, Richard F*. Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France: a cross-sectional study. BMC Psychiatry 2013, 13: 227.

Αλληλογραφία:
Αλεξίου Αντιγόνη
Καπετάν Γιάγλη 24, Πανόραμα
55 236 Θεσσαλονίκη
e-mail: alexiou.antigoni@gmail.com

Corresponding author:
Alexiou Antigoni
24, Kapetan Giagli Panorama,
Thessaloniki, 55 236, Greece
e-mail: alexiou.antigoni@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2018, 84, 3-4: 55 - 72

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Τι γνωρίζουν οι πολίτες για αυτή;

Παναγιώτης Χριστοδούλου

Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα

Περίληψη. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί βασικό πυλώνα όλων των συστημάτων υγείας, καθώς συνιστά την πρώτη επαφή του πολίτη με τις μονάδες υγείας, παρέχει το πρώτο στάδιο αντιμετώπισης και θεραπείας, ενώ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη. Η σωστή λειτουργία της συμβάλλει, τόσο στην ορθολογική χρήση των υπηρεσιών υγείας, όσο και στην ομαλή λειτουργία των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων μονάδων και στην αποτροπή εμφάνισης και επέκτασης νέων κρουσμάτων λοιμώξεων και ασθενειών στο γενικό πληθυσμό. Αν και η ΠΦΥ είναι δομικό στοιχείο των συστημάτων υγείας, στην Ελλάδα αποτελεί διαχρονικά αντικείμενο κυβερνητικών μεταρρυθμίσεων. Η παρούσα εργασία έχει σκοπό να διερευνήσει τις γνώσεις των πολιτών αστική, ημιαστικής και αγροτικής περιοχής της χώρας για την ΠΦΥ. Τα ερευνητικά ερωτήματα αφορούν στη γνώση των πολιτών για την έννοια της ΠΦΥ και την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, στη γνώση των πολιτών για τα δικαιώματα τους στην πρόσβαση και χρήση αυτών των υπηρεσιών, στις γνώσεις τους για την έννοια και την εφαρμογή της πρόληψης, στις γνώσεις τους για το νομικό καθεστώς που διέπει τις υπηρεσίες ΠΦΥ. Επιπλέον στόχος της μελέτης είναι να αποτυπωθεί η εμπειρία των πολιτών από τις δομές ΠΦΥ. Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης δομήθηκε ερωτηματολόγιο με πέντε υποκατηγορίες και απαντήσεις πολλαπλής επιλογής, το οποίο διανεμήθηκε σε ενήλικα πληθυσμό αστικής, ημιαστικής και αγροτικής περιοχής σε δείγμα ευκολίας. Ο πληθυσμός της μελέτης επιλέχθηκε τυχαία σε δομές υγείας και δομές της κοινότητας. Το επίπεδο γνώσης κατηγοριοποιήθηκε ως ελλιπές, μέτριο, καλό. Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Microsoft Excel και το στατιστικό πακέτο SPSS vol.19. Η γνώση των πολιτών για την ΠΦΥ κινείται σε μέτρια (50%) και ελλιπή επίπεδα (29%) στην αγροτική, στην ημιαστική (48% και 30% αντίστοιχα) και στην αστική περιοχή (66% και 16% αντίστοιχα), αν και παρουσιάζεται βελτίωση του επιπέδου γνώσης από την αγροτική προς την αστική περιοχή ($p<0,05$). Αναλυτικά, στην αστική περιοχή καταγράφονται μέτριο επίπεδο γνώσης για την πρόληψη (p-value = 0,0012), ελλιπές επίπεδο γνώσης των νομοθετικών ρυθμίσεων (p-value <0,001) και συνολικό μέτριο επίπεδο γνώσης (p-value <0,001), στην ημιαστική περιοχή καταγράφονται μέτριο επίπεδο γνώσης των δικαιωμάτων (p-value = 0,0004), ελλιπές επίπεδο γνώσης των νομοθετικών πρωτοβουλιών (p-value <0,001) και συνολικό μέτριο επίπεδο γνώσης (p-value <0,001),όπως και στην αγροτική περιοχή (p-value< 0,001/p-value <0,001/p-value <0,001). Παράλληλα στην αστική περιοχή οι υπηρεσίες αξιολογούνται από μέτριες (58%) έως κακές (40%), ενώ η πλειοψηφία των ερωτώμενων (64%) επισκέπτεται ιδιώτες γιατρούς. Στην ημιαστική περιοχή η συντριπτική πλειοψηφία (92%) επιλέγει τα ιδιωτικά ιατρεία σαν αποκλειστικό σημείο πρώτης επαφής, ενώ αξιολογεί από κακές (36%) έως μέτριες (46%) τις υπηρεσίες. Στην αγροτική περιοχή η πλειοψηφία θεωρεί μέτριες τις υπηρεσίας υγείας (48%), επισκέπτεται κυρίως το νοσοκομείο (52%) και τα ιδιωτικά ιατρεία (68%). Οι συμμετέχοντες στην μελέτη δε γνωρίζουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ, τους νόμους που διέπουν τη λειτουργία της, την έννοια της πρόληψης μέσω της ΠΦΥ και δεν εμπιστεύονται τις δημόσιες δομές ΠΦΥ ενώ αξιολογούν ως κακές και μέτριες της δημόσιες δομές ΠΦΥ και επιλέγουν ιδιωτικές δομές ή απευθείας πρόσβαση σε νοσοκομείο. Είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν περαιτέρω μελέτες σε μεγαλύτερο πληθυσμό με εμπλουτισμένο ερωτηματολόγιο, ώστε να εντοπισθούν τα ακριβή σημεία στα οποία χρειάζεται να υπάρξει παρέμβαση.

Ελλην Ιατρ 2018, 84: 55 - 72.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί το θεμέλιο κάθε οργανωμένου συστήματος υγείας: ενημερώνει τον πληθυσμό για τη διατήρηση καλής υγείας και τα αντίστοιχα μέτρα πρόληψης, καταγράφει τόσο τις ασθένειες που εμφανίζονται στον πληθυσμό όσο και τους παράγοντες κινδύνου, αντιμετωπίζει σε πρώτο χρόνο τις συνέπειες τους και συγκροτεί σχέδιο για την λήψη μέτρων ενάντια στην επανεμφάνισή τους. Συνοπτικά, η ΠΦΥ συνιστά το πλαίσιο που περιέχει την πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα υγείας αφενός και την πρόληψη αφετέρου.

Η μη ύπαρξη κέντρων υγείας αστικού τύπου και η ελλειμματική λειτουργία των αγροτικών και περιφερειακών ιατρείων, οδήγησαν στη μονοπώληση του τομέα της πρωτοβάθμιας κάλυψης από τον ιδιωτικό τομέα, είτε μέσω ιδιωτικών εργαστηρίων και ιατρείων, είτε μέσω ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και πολυκλινικών. Η υπόθεση της αντιμετώπισης των πρωτοβάθμιων περιστατικών εντάχθηκε σε μεγάλο βαθμό στον ιδιωτικό τομέα, με αποτέλεσμα σε βάθος χρόνου να ζημιώνεται τόσο το δημόσιο, μέσω της υπερσυνταγογράφησης φαρμακευτικών σκευασμάτων και διαγνωστικών εξετάσεων, όσο και ο πολίτης. Ο υπερκαταναλωτισμός αυτός μείωσε το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και μακροπρόθεσμα δημιούργησε σοβαρά κενά στην ενημέρωση των πολιτών για θέματα πρόληψης και υγιεινής.

Η μη υλοποίηση ψηφισμένων νομοσχεδίων στο κοντινό παρελθόν και σε καλύτερες οικονομικές συνθήκες καθιστά δυσοίωνες τις προσδοκίες για το μέλλον, ενώ ακόμα και σχετικά μη κοστοβόρες μεταρρυθμίσεις, όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος και η ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς, δεν τίθενται σε εφαρμογή. Η απουσία ακόμα και αυτών των στοιχειωδών μεταρρυθμίσεων δημιουργεί μια ασυνέχεια στα θεραπευτικά πλάνα και στην αντιμετώπιση των ασθενών.

Προσφάτως, επιχειρήθηκε άλλη μια νομοθετική παρέμβαση που αφορά την ΠΦΥ, η οποία επαναφέρει για πολλοστή φορά το ζήτημα του οικογενειακού γιατρού και των κέντρων υγείας αστικού τύπου. Άλλη μια νομοθετική μεταρρύθμιση που αφορά την συντριπτική πλειοψηφία των πολιτών, αλλά και το σύνολο των επιστημόνων υγείας σε επαγγελματικό επίπεδο. Έχει μεγάλο ενδιαφέρον λοιπόν να μελετηθεί το τι γνωρίζουν οι ίδιοι οι πολίτες για την ΠΦΥ και μια ακόμα μεταρρύθμιση που χρηματοδοτείται από τη φορολογία τους (ή δεσμεύει πόρους από ΕΣΠΑ) και αφορά δικές τους ανάγκες. Με αφορμή λοιπόν την αρχική αυτή σκέψη, θα επιχειρηθεί να μελετηθεί μέσα από τη διανομή ερωτηματολογίου η γενικότερη αντίληψη και στάση των πολιτών σε σχέση με ζητήματα της πρωτοβάθμιας κάλυψης και της πρόληψης. Η κατηγοριοποίηση του δείγματος σε αστική, ημιαστική και αγροτική περιοχή γίνεται ώστε να διευκολυνθεί η εξαγωγή και σύγκριση συμπερασμάτων.

Μελέτες για την ΠΦΥ στην Ελλάδα

Στη συγκεκριμένη ενότητα θα γίνει παράθεση ερευνητικού έργου το οποίο πραγματεύεται τη γνώμη και τη γνώση των πολιτών στην Ελλάδα για την ΠΦΥ. Δε θα παρατεθούν όσες έρευνες (οι οποίες είναι αρκετές τόσο σε επίπεδο δημοσιεύσεων, όσο και σε επίπεδο διπλωματικών εργασιών στο ΕΑΠ) έχουν αναφορά στην ΠΦΥ μέσα από τη μελέτη της δομής λειτουργίας της, του ρόλου που έχουν οι επαγγελματίες υγείας στις δομές ΠΦΥ ή των πληροφοριακών συστημάτων. Θα γίνει στόχευση στις έρευνες μέσα από τις οποίες καθίσταται δυνατό να προκύψουν συμπεράσματα γύρω από την γνώση και τη γνώμη των πολιτών.

Η έρευνα των Mariolis et al. το 2008[1] ασχολείται με την σύγκριση των περιστατικών ενός κέντρου υγείας σε αγροτική περιοχή και (ενός από τα λίγα) κέντρα υγείας αστικού τύπου στο Βύρωνα. Από την έρευνα αυτή προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι λόγοι που οι κάτοικοι επισκέπτονται ένα κέντρο υγείας δεν αφορούν τη φιλοσοφία της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά είναι κυρίως σχετικοί με την εύκολη και γρήγορη πρόσβαση σε αυτή.

Η ανασκόπηση των Lionis et al. το 2009[2] πέρα από την επιβεβαίωση του προηγούμενου συμπεράσματος, επαληθεύει και τον ισχυρισμό περί περιορισμένης βιβλιογραφίας προερχόμενης από την Ελλάδα, σε σχέση με την ΠΦΥ. Η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών ασχολείται με την ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων και ένα μικρό κομμάτι με το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην ΠΦΥ. Πέρα από λίγα άρθρα που αφορούν συγκροτημένες προτάσεις για την ΠΦΥ, δεν υπάρχει κάποια ποιοτική ή ποσοτική καταγραφή της αποδοτικότητας του συστήματος.

Η έρευνα του Sbarouni το 2012[3] εστίασε στην αντίληψη που διαμορφώνουν οι επαγγελματίες των

κέντρων υγείας για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Η έρευνα αυτή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς καταγράφει την άποψη γενικών γιατρών από 21 κέντρα υγείας της Ηπείρου και της Κρήτης πάνω σε ζητήματα που αφορούν τις δομές που εργάζονται. Οι απόψεις που εκφράζονται εστιάζουν κυρίως στην έλλειψη προσωπικού και υποδομών, αλλά και στην ελλιπή γνώση του κόσμου για τον ρόλο των γενικών γιατρών.

Η έρευνα των Smirnakis et al. το 2013[4] ανέδειξε το έλλειμα των κέντρων υγείας στο να εκπαιδεύουν τους φοιτητές και τους νέους αγροτικούς γιατρούς σε μια ολιστική θεώρηση της ΠΦΥ, γεγονός που αποτυπώνεται στις υπηρεσίες που παρέχουν μετέπειτα, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο.

Η πρόταση προς το Υπουργείο Υγείας των Σουλιώτης et al. το 2013[5] είναι μια ολοκληρωμένη καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης των δομών ΠΦΥ, η οποία καταλήγει σε μια δέσμη προτάσεων. Οι ελλείψεις, όπως αναφέρθηκαν και προηγουμένως, σε συνάρτηση με τους στόχους του ΠΟΥ βρίσκονται στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, στη συνέχεια της θεραπείας, στην κατ' οίκον φροντίδα, στη διασύνδεση με τις υπόλοιπες δομές του ΕΣΥ και στον τρόπο αποζημίωσης των ιατρικών πράξεων. Η μελέτη διαπιστώνει πως για το σύνολο των απαραίτητων αλλαγών (εκτός από τη μέθοδο αποζημίωσης του προσωπικού) υπάρχει ήδη το αντίστοιχο νομικό πλαίσιο, το οποίο όμως δεν εφαρμόζεται, άρα η λύση δεν έγκειται στην επανομοθέτηση μέτρων σχετικά με την ΠΦΥ, αλλά στην εκπόνηση ενός συγκροτημένου σχεδίου λειτουργίας της. Το σχέδιο αυτό στοχεύει στην ύπαρξη αυτόνομων δομών ΠΦΥ οι οποίες θα έχουν αναφορά στις περιφέρειες, οι οποίες θα στελεχώνονται με οικογενειακούς γιατρούς (χωρίς η υποχρέωση να βαρύνει τους πολίτες αλλά το κράτος) και θα εκπονούν ένα σχέδιο προληπτικών μέτρων που θα απαντούν στα σύγχρονα προβλήματα του τρόπου ζωής. Οι δομές προτείνεται να έχουν 24ωρη λειτουργία, με μόνιμο προσωπικό και διασύνδεση με τις υπόλοιπες δομές του συστήματος με ταυτόχρονη θεμελίωση ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων και ηλεκτρονικής κάρτας ασθενούς.

Η έρευνα της Γαβριηλίδου το 2015[6] αναδεικνύει σε συγχρονική μελέτη χρηστών του ΚΥ Νιγρίτας του Νομού Σερρών, ότι οι χρήστες αυτοί έχουν χαμηλό βαθμό ικανοποίησης από τη δομή. Η Διπλωματική Εργασία της Σπανού το 2015[7] σε χρήστες υγείας τριών κέντρων υγείας της Αττικής αναδεικνύει το μέτριο βαθμό ικανοποίησης των πολιτών από τις δομές.

Η έρευνα των Simou et al. το 2015[8] εστιάζει στην κατάσταση που επικρατεί στην ΠΦΥ μετά την εφαρμογή των δανειακών συμφωνιών το 2010. Η έρευνα συνέκρινε τα στοιχεία που έχει καταγράψει η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας για 202 Κέντρα Υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε επίπεδο δομών και προσωπικού υπάρχει σαφής μείωση του επιπέδου και του δυναμικού. Το πιο ενδιαφέρον είναι όμως ότι δεν παρατηρείται ιδιαίτερη μετάπτωση στο επίπεδο των αποτελεσμάτων και συνεπειών, καθώς ήδη υπήρχε λανθασμένη διοίκηση και χρήση των δομών.

Η έρευνα των Schäffer et al. το 2015[9] μελετά την αντίδραση των πολιτών απέναντι στο σύστημα ΠΦΥ, μέσα από τα σημεία στα οποία οι πολίτες κάθε χώρας θεωρούν ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν και πολίτες από την Ελλάδα, μέσω τυχαιοποιημένης επιλογής από γενικούς γιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα. Όσον αφορά στην Ελλάδα, λοιπόν, αποτυπώνεται η ανάγκη βελτίωσης της συνέχειας της θεραπείας, η οποία είναι παρούσα σε ισχυρά συστήματα ΠΦΥ.

Στη μελέτη των Oikonomou et al. το 2016[10] γίνεται μέτρηση πάνω σε τυποποιημένα κριτήρια και ερωτηματολόγια της αποδοτικότητας 42 κέντρων υγείας στην Δυτική και Νότια Ελλάδα (από τα 42 κέντρα υγείας, είχε επιτευχθεί η συλλογή στοιχείων για τα 16). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η αποδοτικότητα των κέντρων υγείας διαφέρει, με κύριο υστέρημα τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και την λήψη προληπτικών μέτρων.

Με την έρευνα των Sifaki-Pistolla et al. το 2017[11] σε 22 κέντρα υγείας προέκυψε το συμπέρασμα ότι η έλλειψη ενός συνεχούς και ολοκληρωμένου συστήματος υγειονομικής κάλυψης (integrated model) δυσχεραίνει το έργο των επαγγελματιών υγείας και μειώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το πρόβλημα της ασυνέχειας της παρακολούθησης του ασθενούς ξεκινά από την ΠΦΥ με την έλλειψη ηλεκτρονικής κάρτας ασθενούς και συστημάτων καταγραφής.

Η έρευνα της Παπανικολάου το 2017[12] σε χρήστες του ΚΥ Βόνιτσας ανέδειξε ιδιαίτερα χαμηλή ικανοποίηση από τη δομή.

Η μελέτη των Lionis et al. το 2017[13] είναι η

πρώτη μελέτη στον ελληνικό ερευνητικό χώρο που διερευνά το τι αξιολογούν οι πολίτες ως σημαντικό στην επαφή τους με τα κέντρα υγείας. Η μελέτη έχει αναφορά σε 1964 ασθενείς, μέσω της συνεργασίας 220 γενικών γιατρών από ισάριθμα κέντρα υγείας. Το συμπέρασμα της έρευνας είναι ότι οι πολίτες είναι ικανοποιημένοι από τους γιατρούς τους, αλλά όχι από το δίκτυο κάλυψης.

Μέσα από τις μελέτες αυτές διαμορφώνεται μια τεκμηριωμένη βιβλιογραφική καταγραφή για το τι επιθυμούν οι πολίτες από την ΠΦΥ, αλλά όχι το τι γνωρίζουν σχετικά με το τι ακριβώς συνιστά η ΠΦΥ. Μέσα από το πεδίο των επιθυμιών των πολιτών για την ΠΦΥ, θα γίνει η προσπάθεια αντιστοίχισης των αποτελεσμάτων με ερωτήματα που αφορούν τη γνώση των πολιτών σε αυτούς τους τομείς. Εφόσον λοιπόν οι πολίτες επικεντρώνονται στα ζητήματα των παρόχων, της πρόληψης και των δικαιωμάτων, η παρούσα έρευνα διαμορφώνει ερωτήματα στα συγκεκριμένα ζητήματα.

Σκοπός της έρευνας

Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, η ΠΦΥ αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ενός εθνικού συστήματος υγείας. Γι' αυτό το λόγο είναι αναγκαία η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση των πολιτών για την βελτίωση της αντίληψής τους σε θέματα υγείας και φροντίδας εαυτού. Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι η καταγραφή της γνώσης των πολιτών γύρω από τα θέματα της ΠΦΥ (πρόσβαση, παροχή, πρόληψη, νομοθεσία, δικαιώματα) και μια αδρή καταγραφή της αξιολόγησης της εμπειρίας των πολιτών που επισκέπτονται δομές υγείας από τις δομές αυτές, ώστε να είναι δυνατή η κινητοποίηση για την προαναφερθείσα ενημέρωση. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύει ότι η Ελλάδα υστερεί σημαντικά στον τομέα της ΠΦΥ σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, αλλά και ότι υπάρχει έλλειμμα στον τομέα της έρευνας γύρω από το συγκεκριμένο ζήτημα. Η προηγούμενη ενότητα έδειξε ότι ενώ υπάρχει ένα μεγάλο τμήμα της επιστημονικής μελέτης που ασχολείται με τη μορφή και την οργάνωση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας και τα αντίστοιχα νομοθετικά εγχειρήματα, δεν υπάρχει ικανός αριθμός μελετών για τις απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ, αν και έχουν εμφανισθεί ορισμένες καταγραφές ικανοποίησης σε διπλωματικές εργασίες του ΕΑΠ.

Διαμορφώνονται λοιπόν τέσσερα ερευνητικά ερωτήματα:

- Τι γνωρίζουν οι πολίτες για το ποιοι και που παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ.
- Τι γνωρίζουν οι πολίτες σχετικά με τα δικαιώματα πρόσβασής τους στις δομές ΠΦΥ.
- Τι γνωρίζουν οι πολίτες σχετικά με την πρόληψη.
- Τι γνωρίζουν οι πολίτες σχετικά με τις νομοθετικές πρωτοβουλίες που αφορούν την ΠΦΥ.
- Επηρεάζει το επίπεδο γνώσης το επίπεδο ικανοποίησης;
- Σχετίζεται το επίπεδο γνώσης με το γεωγραφικό τόπο;

Επίσης χρειάζεται να ληφθεί υπόψη η αξιολόγηση της εμπειρίας των πολιτών στην επαφή τους με τις δομές ΠΦΥ και αν αυτή συνδέεται με τα ερωτήματα γνώσης, και γι αυτό το λόγο διαμορφώνονται ανάλογα ερωτήματα.

Οι ερευνητικές υποθέσεις είναι ότι:

- υπάρχει συσχέτιση του επιπέδου γνώσης των πολιτών με τον γεωγραφικό τόπο
- δεν υπάρχει σύνδεση του επιπέδου γνώσης με την αξιολόγηση των πολιτών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Πληθυσμός της έρευνας

Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε ενήλικο πληθυσμό του Νομού Άρτας και του Νομού Λευκάδας (δείγμα ευκολίας), ο οποίος είναι επισκέπτης των δομών υγείας, διαχωρισμένο σε κατοίκους αστικής, ημιαστικής και αγροτικής περιοχής: μιας αστικής (Άρτα), μιας ημιαστικής (Λευκάδα) και μιας αγροτικής (Κομμένο του Νομού Άρτας). Ο αποκλεισμός των ανήλικων γίνεται καθώς έχουν αναφορά τις περισσότερες φορές στον παιδιατρικό τομέα της ΠΦΥ, ενώ επιπλέον η επαφή αυτή είναι πολλές φορές έμμεση, μέσω των γονέων τους. Στην κάθε περιοχή διανεμήθηκαν 50 ερωτηματολόγια.

Εργαλείο της έρευνας

Ένα πρόβλημα που παρουσιάστηκε στην αρχή της έρευνας ήταν η έλλειψη σταθμισμένου ερωτηματολογίου από την ελληνική βιβλιογραφία. Στην Ελλάδα, σε αντίθεση με την Ευρώπη, οι περισσότερες έρευνες είναι ποσοτικού και όχι ποιοτικού χαρακτήρα. Ποιοτικές έρευνες στην Ελλάδα στο αντικείμενο της ΠΦΥ είναι δύο όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα, αλλά σε διαφορετικό ερευνητικό επίπεδο από την παρούσα. Για τις ανά-

γκες της παρούσας μελέτης διαμορφώθηκε εκ νέου ερωτηματολόγιο με συγκεκριμένα ερωτήματα.

Για αυτό το σκοπό αναπτύχθηκαν πέντε ομάδες ερωτήσεων κλειστού τύπου πολλαπλής επιλογής:

- Η Α ομάδα αφορά τη γνώση των πολιτών σε σχέση με το που παρέχεται και από ποιους η ΠΦΥ (ερωτήσεις Α1-Α3).
- Η Β ομάδα αφορά τη γνώση των πολιτών σε σχέση με τα δικαιώματά τους στην πρόσβαση και στη χρήση των υπηρεσιών (ερωτήσεις Β1-Β4).
- Η Γ ομάδα αφορά τις γνώσεις των πολιτών σε σχέση με την πρόληψη (ερωτήσεις Γ1-Γ7).
- Η Δ ομάδα αφορά τις γνώσεις των πολιτών σε σχέση με τις νομοθετικές ρυθμίσεις που αφορούν την ΠΦΥ (ερωτήσεις Δ1-Δ2).
- Η Ε ομάδα αφορά την αξιολόγηση της εμπειρίας των πολιτών από τις υπηρεσίες και τις υπάρχουσες δομές ΠΦΥ (ερωτήσεις Ε1-Ε4).

Έγινε πιλοτική χρήση σε 22 επαγγελματίες υγείας, ώστε να ερευνηθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του. Σε πρώτο επίπεδο υπολογίστηκε ο δείκτης Cronbach a για τις ομάδες ερωτήσεων ο οποίος ήταν άνω του 0,7 (0,73) άρα το ερωτηματολόγιο κρίνεται αξιόπιστο. Δείκτες εγκυρότητας δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν σε ποιοτική έρευνα. Γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της φαινομενικής εγκυρότητας (face validity) όπου ένα ερωτηματολόγιο χαρακτηρίζεται από φαινομενική εγκυρότητα, όταν δείγμα ατόμων από τον πληθυσμό στόχο εκτιμά πως αποτελείται από ερωτήματα που συνάδουν με το προς μέτρηση χαρακτηριστικό. Έτσι, δόθηκαν τα ερωτηματολόγια σε επαγγελματίες υγείας, ώστε να γίνει έλεγχος των ερωτήσεων και των απαντήσεων από άτομα σχετικά με το αντικείμενο. Μετά από διάστημα μιας εβδομάδας τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους ίδιους ανθρώπους, ώστε να ελεγχθεί αν οι απαντήσεις ταυτίζονται με την πρώτη φορά. Η χρήση του ερωτηματολογίου έδειξε ότι οι έννοιες και τα ερωτήματα που χρησιμοποιούνται είναι απλά και ευκόλως κατανοητά, ενώ το ερωτηματολόγιο συμπληρωνόταν με άνεση, χωρίς να κουράζει τον συμμετέχοντα. Μετά τη διαδικασία αυτή, το ερωτηματολόγιο κρίθηκε έγκυρο και αξιόπιστο. Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα.

Μετά τη συλλογή των δεδομένων, υπάρχει βαθμονόμηση των ερωτήσεων της εκάστοτε κατηγορίας, ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα για τη γνώση των πολιτών στην κάθε ομάδα (ελλιπής, μέτρια, καλή). Για τη βαθμονόμηση αυτή κάθε σωστή απάντηση λαμβάνει 1 μονάδα. Σε κάθε ερώτηση υπάρχουν από μία έως περισσότερες σωστές απαντήσεις. Σε αυτές τις ερωτήσεις δεν βαθμολογείται το σύνολο των σωστών απαντήσεων, αλλά κάθε απάντηση μεμονωμένα, ώστε να λαμβάνεται υπόψη και η μερική γνώση των πολιτών (αναλυτικά οι σωστές απαντήσεις αναφέρονται στο παράρτημα).

Για την ανάλυση των απαντήσεων, θα γίνει υπολογισμός της κάθε ομάδας μεμονωμένα, αφού οι ομάδες αφορούν σε διαφορετικού τύπου πλευρές της ΠΦΥ. Με αυτόν τον τρόπο, η κατανομή στις ομάδες γίνεται με ισόποσο (όσο το δυνατόν γίνεται ανά περίπτωση) αριθμό σωστό ερωτήσεων. Έτσι, με αυτόν τον τρόπο, στην Α ομάδα διαμορφώνονται τρία αποτελέσματα: ελλιπής γνώση με 1 έως 4 σωστές επιλογές, με 5 έως 8 σωστές επιλογές μέτρια και με 9 έως 11 σωστές επιλογές καλή. Για την ομάδα Β, διαμορφώνονται δύο αποτελέσματα: ελλιπής γνώση με 0 έως 1 σωστές επιλογές, μέτρια με 2 έως 3 και καλή με 4 σωστές επιλογές. Στην ομάδα Γ διαμορφώνονται τρία αποτελέσματα: ελλιπής γνώση με 1 έως 8 σωστές επιλογές, μέτρια με 9 έως 16 σωστές επιλογές, και καλή με 17 έως 23 σωστές επιλογές. Στην ομάδα Δ διαμορφώνονται δύο αποτελέσματα: ελλιπής γνώση με 0 έως 1 σωστές επιλογές και καλή 2 σωστές επιλογές. Στο τέλος, πραγματοποιείται μια συνολική καταμέτρηση των σωστών επιλογών σε ολόκληρο το ερωτηματολόγιο με σκοπό να προκύψει και μια γενική εικόνα για το σύνολο των απαντήσεων, ώστε να διευκολυνθεί η εξαγωγή συμπερασμάτων. Συνολικά υπάρχουν 41 σωστές επιλογές και διαμορφώνονται τέσσερα αποτελέσματα: ελλιπής γνώση με 1 έως 13 σωστές επιλογές, μέτρια γνώση με 14 έως 28 σωστές επιλογές και καλή γνώση με 29 έως 41 σωστές επιλογές.

Σχεδιασμός της έρευνας

Η μελέτη είναι περιγραφική και συγχρονική.

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε αρχικά σε 22 άτομα.

Στη συνέχεια, διανεμήθηκαν 50 ερωτηματολόγια στην περιοχή της Άρτας (αστική περιοχή), εντός και εκτός δομών Υγείας, 50 στην περιοχή της Λευκάδας (ημιαστική περιοχή), εντός και εκτός δομών Υγείας και 50 στην περιοχή του Κομμένου (αγροτική περιοχή), σε δομές της δημοτικής ενότητας (Π.Ι. Κομμένου και Κ.Υ. Καλεντίνης). Η διανομή έγινε από εργαζόμενους των δομών μαζί με

συνοδευτική επιστολή, όπου αναφέρονταν οι σκοποί της έρευνας και η ιδιότητα του ερευνητή. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια στάλθηκαν ταχυδρομικά στον ερευνητή.

Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, ενώ ελήφθησαν οι απαραίτητες εγκρίσεις / άδειες από την 6η Υγειονομική Περιφέρεια (6η Υ.Π.Ε.) στην οποία ανήκουν οι δομές Υγείας, στις οποίες διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο (Αριθμός Πρωτοκόλλου 13481).

Στατιστική ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας χρησιμοποιούνται οι ακόλουθες μέθοδοι:

- Για τη διερεύνηση της ανεξαρτησίας μεταξύ του του επιπέδου γνώσης ανά ομάδα ερωτηματολογίου, καθώς και ανά επίπεδο γνώσης με τις ομάδες ερωτηματολογίων, όσο και στο σύνολο των απαντήσεων, χρησιμοποιείται το χ^2 test (chi-square test). Το στατιστικό κριτήριο χ^2 μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως στατιστικό κριτήριο για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί, δηλαδή, για να εξετάσουμε αν δύο μεταβλητές που διασταυρώνονται σε έναν πίνακα διπλής εισόδου είναι ανεξάρτητες ή εξαρτημένες, και αν οι συχνότητες των διαφόρων κατηγοριών μπορούν να προκύψουν τυχαία ή είναι συστηματικές, αντίστοιχα. Σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$ (διάστημα εμπιστοσύνης 95%) όταν η τιμή του p-value είναι μικρότερη του 0,05 τότε διαπιστώνεται ότι το επίπεδο γνώσης εξαρτάται από την ομάδα ερωτήσεων. Στην αντίθετη περίπτωση δεν μπορούμε να απορρίψουμε την υπόθεση της ανεξαρτησίας μεταξύ των δυο ποιοτικών μεταβλητών (Πίνακες 1, 3 και 5).
- Για την διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ του επιπέδου γνώσης της μίας ομάδας με την άλλη, χρησιμοποιείται ο συντελεστής συσχέτισης Kendall (w), ο οποίος αποτελεί μέτρο συσχέτισης μεταξύ διατάξιμων μεταβλητών. Στη συγκεκριμένη έρευνα, χρησιμοποιείται αντί του συντελεστή συσχέτισης Spearman, γιατί αφορά στη διαβάθμιση (rank, ordinal μεταβλητές) στις μεταβλητές της έρευνας και με μικρές τιμές (1-5) ενώ ο δείκτης Spearman χρησιμοποιείται για μεγαλύτερες διαβαθμίσεις. Αν $w = \pm 1$ υπάρχει τέλεια γραμμική συσχέτιση, αν $w=0$, δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση. Αν $-0,5 < w \leq -0,3$ ή $0,3 \leq w < 0,5$, τότε υπάρχει ασθενής γραμμική συσχέτιση. Αν $-0,7 < w \leq -0,5$ ή $0,5 \leq r < 0,7$ υπάρχει μέση γραμμική συσχέτιση. Αν $0,8 < w \leq -0,7$ ή $0,7 \leq w < 0,8$, υπάρχει ισχυρή γραμμική συσχέτιση. Αν $-1 < w \leq -0,8$ ή $0,8 \leq w < 1$, υπάρχει πολύ ισχυρή γραμμική συσχέτιση (Πίνακες 2, 4, 6 και 13).
- Για τη διερεύνηση της σχέσης ανεξαρτησίας ανά επίπεδο ενημέρωσης, με το γεωγραφικό τόπο που προέρχεται ο ασθενής, χρησιμοποιήθηκε και πάλι το στατιστικό κριτήριο χ^2. Σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$ (διάστημα εμπιστοσύνης 95%), όταν η τιμή του p-value είναι μικρότερη του 0,05, τότε διαπιστώνεται ότι το επίπεδο γνώσης εξαρτάται με τον τόπο προέλευσης του ασθενή (Πίνακας 7). Για την επιβεβαίωση της μεθόδου αυτής χρησιμοποιείται η μέθοδος Pearson r. Όσο ο δείκτης r πλησιάζει προς τη μονάδα, τόσο αυξάνεται η συσχέτιση (Πίνακες 8, 9, 10, 11, 12).
- Για τη διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ του επιπέδου ενημέρωσης ανά ομάδα ερωτήσεων, χρησιμοποιείται ο συντελεστής συσχέτισης Kendall (w) (Πίνακες 14, 15, 16, 17, 18).
- Για τη διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ του επιπέδου ενημέρωσης των κατηγοριών Α, Β, Γ, Δ με τις ερωτήσεις της κατηγορίας Ε, χρησιμοποιείται ο συντελεστής συσχέτισης Kendall (w) (Πίνακες 19, 20, 21, 22).

Για τον υπολογισμό χρησιμοποιήθηκαν τα προγράμματα Microsoft Excel και SPSS vol.19.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για την καταγραφή των αποτελεσμάτων έγινε συλλογή 50 ερωτηματολογίων από αστική περιοχή, 50 ερωτηματολογίων από ημιαστική περιοχή και 50 ερωτηματολογίων από αγροτική περιοχή. Ο δείκτης Cronbach a στις ομάδες ερωτήσεων σε κάθε περίπτωση είναι άνω του 0,7, άρα τα ερωτηματολόγια κρίνονται αξιόπιστα (0,71 για την κάθε ομάδα ερωτήσεων στην αστική περιοχή, 0,74 για την κάθε ομάδα ερωτήσεων στην ημιαστική, 0,72 για την κάθε ομάδα ερωτήσεων στην αγροτική και 0,73 για την κάθε ομάδα ερωτήσεων στο σύνολο), και έγκυρα μέσα από τη διαδικασία της φαινομενικής εγκυρότητας.

Αστική περιοχή

Στην αστική περιοχή έγινε συλλογή και επεξεργασία 50 ερωτηματολογίων, από τα οποία διαμορφώνονται τα ακόλουθα αποτελέσματα (πίνακας 1):

Πίνακας 1. Αποτελέσματα αστικής περιοχής.

	Ομάδα Α	Ομάδα Β	Ομάδα Γ	Ομάδα Δ	Σύνολο	p value
Ελλιπές επίπεδο	14% (n=7)	16% (n=8)	10% (n=5)	**84% (n=42)**	16% (n=8)	**<0,001**
Μέτριο επίπεδο	**62% (n=31)**	66% (n=33)	**70% (n=35)**		**66% (n=33)**	**<0,001**
Καλό επίπεδο	24% (n=12)	18% (n=9)	20% (n=10)	16% (n=8)	18% (n=9)	0,3829
p value	**0,0113**	0,1343	**0,0012**	**<0,001**	**<0,001**	

Από τον πίνακα 1 συμπεραίνεται ότι το ελλιπές επίπεδο γνώσης (p-value <0,001) και το μέτριο επίπεδο γνώσης (p-value <0,001) είναι εξάρτηση των ομάδων ερωτήσεων, δηλαδή το επίπεδο ενημέρωσης διαφέρει ανά ομάδα ερωτήσεων, το οποίο αναδεικνύεται και από το ποσοστό 84% του ελλιπούς επίπεδου γνώσης της ομάδας Δ. Στην αστική περιοχή, στατιστικά σημαντικά ευρήματα είναι το ελλιπές επίπεδο γνώσεων σχετικά με τη νομοθεσία (p-value <0,001), το μέτριο επίπεδο γνώσης για την ΠΦΥ (p-value <0,001), το μέτριο επίπεδο γνώσης για την παροχή ΠΦΥ (p-value = 0,0113) και το μέτριο επίπεδο για την πρόληψη (p-value = 0,012). Συνολικά, το p-value που προκύπτει στο σύνολο (<0,001) δείχνει ότι το επίπεδο ενημέρωσης συνολικά διαφέρει ανά ομάδα ερωτήσεων (p-value<0,001).

Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτουν οι ακόλουθες τιμές, με βάση τη μέθοδο Kendall των κατηγοριών:

Πίνακας 2. Kendall συσχέτιση ερωτήσεων αστικής περιοχής.

	Ομάδα Α	Ομάδα Β	Ομάδα Γ	Ομάδα Δ
Ομάδα Α	1	0,306	0,612	0,549
Ομάδα Β	0,306	1	0,348	0,306
Ομάδα Γ	**0,612**	0,348	1	0,330
Ομάδα Δ	**0,549**	0,306	0,330	1

Παρατηρείται λοιπόν μια σχετικά ισχυρή θετική συσχέτιση του επιπέδου γνώσης για τις παροχές ΠΦΥ με το επίπεδο γνώσης γύρω από την πρόληψη (w=0.612) καθώς και μεταξύ του επιπέδου γνώσης για τα νομοθετήματα και του επιπέδου γνώσης για την παροχή ΠΦΥ (w = 0.549).

Ημιαστική περιοχή

Για την ημιαστική περιοχή προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα (πίνακας 3):

Πίνακας 3. Αποτελέσματα ημιαστικής περιοχής.

	Ομάδα Α	Ομάδα Β	Ομάδα Γ	Ομάδα Δ	Σύνολο	p value
Ελλιπές επίπεδο	34% (n=17)	22% (n=11)	28% (n=14)	**84% (n=42)**	30% (n=15)	**<0,001**
Μέτριο επίπεδο	42% (n=21)	**68% (n=34)**	52% (n=26)		**48% (n=24)**	**<0,001**
Καλό επίπεδο	24% (n=12)	10% (n=5)	20% (n=10)	16% (n=8)	22% (n=11)	0,3829
p value	0,3865	**0,0004**	0,1259	**<0,001**	**<0,001**	

Από τον πίνακα 3 συμπεραίνεται ότι το ελλιπές επίπεδο γνώσης (p-value<0,001) και το μέτριο επίπεδο γνώσης (p-value<0,001) είναι εξάρτηση των ομάδων ερωτήσεων, δηλαδή το επίπεδο ενημέρωσης διαφέρει ανά ομάδα ενημέρωσης, το οποίο αναδεικνύεται και από το ποσοστό 84% του ελλιπούς επίπεδου γνώσης της ομάδας Δ. Στην ημιαστική περιοχή, στατιστικά σημαντικά ευρήματα είναι το μέτριο επίπεδο γνώσης για τα δικαιώματα (p-value=0,0004), το ελλιπές επίπεδο γνώσης γύρω από τις νομοθετικές πρωτοβουλίες (p-value<0,001) και το μέτριο συνολικό επίπεδο γνώσης (p-value<0,001). Συνολικά, το p-value που προκύπτει στο σύνολο (<0,001), δείχνει ότι το επίπεδο ενημέρωσης συνολικά διαφέρει ανά ομάδα ερωτήσεων (p-value<0,001).

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, δομείται ο ακόλουθος πίνακας συσχέτισης με βάση τη μέθοδο Kendall:

Πίνακας 4. Kendall συσχέτιση ερωτήσεων ημιαστικής περιοχής.

	Ομάδα Α	Ομάδα Β	Ομάδα Γ	Ομάδα Δ
Ομάδα Α	**1**	**0,426**	**0,556**	0,256
Ομάδα Β	**0,426**	**1**	0,257	0,368
Ομάδα Γ	**0,556**	0,257	**1**	0,268
Ομάδα Δ	0,256	0,368	0,268	**1**

Προκύπτει λοιπόν σχετικά ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της γνώσης για τις παροχές ΠΦΥ με την γνώση γύρω από την πρόληψη (w=0,556), ενώ

ασθενής θετική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ της γνώσης για τις παροχές ΠΦΥ και της γνώσης των δικαιωμάτων πρόσβασης σε αυτή (w=0,426).

Αγροτική περιοχή

Για την αγροτική περιοχή προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα (πίνακας 5):

Πίνακας 5. Αποτελέσματα αγροτικής περιοχής.

	Ομάδα Α	Ομάδα Β	Ομάδα Γ	Ομάδα Δ	Σύνολο	p value
Ελλιπές επίπεδο	52% (n=26)	22% (n=11)	52% (n=26)	**88% (n=44)**	44% (n=22	**<0,001**
Μέτριο επίπεδο	42% (n=21)	**72% (n=36)**	40% (n=20)		**48% (n=24)**	**<0,001**
Καλό επίπεδο	6% (n=3)	6% (n=3)	8% (n=4)	12% (n=6)	8% (n=4)	0,682
p value	0,8473	**<0,001**	0,9972	**<0,001**	**<0,001**	<0,001

Από τον πίνακα 5, συμπεραίνεται ότι το ελλιπές επίπεδο γνώσης (p-value<0,001) και το μέτριο επίπεδο γνώσης (p-value<0.001) είναι εξάρτηση των ομάδων ερωτήσεων, δηλαδή το επίπεδο ενημέρωσης διαφέρει ανά ομάδα ενημέρωσης, το οποίο αναδεικνύεται και από το ποσοστό 88% του ελλιπούς επίπεδου γνώσης της ομάδας Δ. Στην αγροτική περιοχή στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα είναι το μέτριο επίπεδο γνώσης για τα δικαιώματα προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες (p-value<0,001), το ελλιπές επίπεδο γνώσης για τις νομοθετικές ρυθμίσεις επίσης (p-value<0,001) και το συνολικό μέτριο επίπεδο γνώσης (p-value<0,001). Συνολικά το p-value που προκύπτει στο σύνολο (<0,001) δείχνει ότι το επίπεδο ενημέρωσης συνολικά διαφέρει ανά ομάδα ερωτήσεων (p-value<0,001).

Με βάση τα παραπάνω διαμορφώνεται ο ακόλουθος πίνακας συσχέτισης με βάση τη μέθοδο Kendall:

Πίνακας 6. Kendall συσχέτιση ερωτήσεων αγροτικής περιοχής.

	Ομάδα Α	Ομάδα Β	Ομάδα Γ	Ομάδα Δ
Ομάδα Α	**1**	0,277	0,653	0,344
Ομάδα Β	0,277	**1**	0,236	0,433
Ομάδα Γ	**0,653**	0,236	**1**	0,279
Ομάδα Δ	0,344	**0,433**	0,279	**1**

Προκύπτει λοιπόν σχετικά ισχυρή θετική συσχέτιση της γνώσης των κατοίκων για την παροχή ΠΦΥ, με τη γνώση τους γύρω από το ζήτημα της πρόληψης (w=0,653). Επίσης, θετική συσχέτιση προκύπτει και μεταξύ της γνώσης των πολιτών για τα δικαιώματά τους με τη γνώση τους για τις νομοθετικές πρωτοβουλίες (w=0,433).

Συνολικά αποτελέσματα

Συνολικά, οι πολίτες, όπως φαίνεται στον πίνακα 7, στο ζήτημα της πρόσβασης και της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ παρουσιάζουν μέτριο (53%) επίπεδο γνώσης, με την πλειοψηφία να συγχέει τη συνταγογράφηση φαρμάκων με την πρόληψη. Στο ζήτημα των δικαιωμάτων πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες ΠΦΥ, το μέτριο επίπεδο γνώσης πλειοψηφεί με 69%, με την πλειοψηφία να αγνοεί τις νομοθετικές διατάξεις που κατοχυρώνουν την ύπαρξη οικογενειακού γιατρού και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας. Στο ζήτημα της πρόληψης,

Πίνακας 7. Συνολικά περιγραφικά στατιστικά δεδομένα και σχέση ανεξαρτησίας.

	Αστική περιοχή	Ημιαστική περιοχή	Αγροτική περιοχή	Συνολικά	p-value
Ομάδα Α					**0,0006**
Ελλιπής	14% (n=7)	34% (n=17)	32% (n=16)	30% (n=40)	
Μέτρια	62% (n=31)	42% (n=21)	42% (n=21)	53% (n=73)	
Καλή	24% (n=12)	24% (n=12)	6% (n=3)	17% (n=37)	
Ομάδα Β					**0,4**
Ελλιπής	16%(n=8)	22% (n=11)	22% (n=11)	20% (n=30)	
Μέτρια	66% (n=33)	68% (n=34)	72% (n=36)	69% (n=103)	
Καλή	18% (n=9)	10% (n=5)	6% (n=3)	11% (n=17)	
Ομάδα Γ					**0,0001**
Ελλιπής	10% (n=5)	28% (n=14)	52% (n=26)	27% (n=45)	
Μέτρια	70% (n=35)	52% (n=26)	40% (n=20)	52% (n=81)	
Καλή	10% (n=5)	10% (n=5)	8% (n=4)	21% (n=14)	
Ομάδα Δ					**0,35**
Ελλιπής	88% (n=44)	80% (n=40)	84% (n=42)	86% (n=126)	
Καλή	12% (n=6)	20% (n=10)	16% (n=8)	14% (n=24)	
Συνολικά					**0,01**
Ελλιπής	16% (n=8)	30% (n=15)	44% (n=22)	29% (n=45)	
Μέτριο	66% (n=33)	48% (n=24)	48% (n=24)	50% (n=81)	
Καλό	18% (n=9)	22% (n=11)	8% (n=4)	21% (n=24)	

υπάρχει μέτριο επίπεδο γνώσης (52%): οι πολίτες δεν φαίνεται να μπορούν να διαχωρίσουν ποια πράξη αντιστοιχεί σε ποιο επίπεδο πρόληψης, ενώ δεν υπάρχει πλήρης και επαρκής γνώση των μέτρων πρόληψης. Στο ζήτημα της γνώση του νομοθετικού πλαισίου, κυριαρχεί το ελλιπές επίπεδο με 86%. Στο σύνολο των απαντήσεων κυριαρχεί το μέτριο επίπεδο γνώσεων (40%).

Από τον πίνακα 7 προκύπτει σχέση εξάρτησης μεταξύ του επιπέδου γνώσης γύρω από τις παροχές ΠΦΥ και της γεωγραφικής περιοχής (p-value=0,006) καθώς και μεταξύ του επιπέδου γνώσης για την πρόληψη και της γεωγραφικής περιοχής (p-value=0,0001). Όσον αφορά στην σχέση εξάρτησης του συνόλου των απαντήσεων προκύπτει ότι το επίπεδο γνώσης είναι συνάρτηση του γεωγραφικού χώρου (p-value=0,01).

Για πιο αναλυτική μελέτη των παραπάνω χρησιμοποιήθηκαν οι πίνακες 8 έως 12 για τον υπολογισμό των σχέσεων εξάρτησης των ομάδων ερωτήσεων με το γεωγραφικό τόπο:

Πίνακας 8. Pearson r για την ομάδα Α σε σχέση με το γεωγραφικό τόπο.

	Αστική	Ημιαστική	Αγροτική
Αστική	1		
Ημιαστική	0,706	1	0,785
Αγροτική	0,116		1

Πίνακας 9. Pearson r για την ομάδα Β σε σχέση με το γεωγραφικό τόπο.

	Αστική	Ημιαστική	Αγροτική
Αστική	1		
Ημιαστική	0,973	1	0,999
Αγροτική	0,963		1

Πίνακας 10. Pearson r για την ομάδα Γ σε σχέση με το γεωγραφικό τόπο.

	Αστική	Ημιαστική	Αγροτική
Αστική	1		
Ημιαστική	0,921	1	0,478
Αγροτική	0,100		1

Πίνακας 11. Pearson r για την ομάδα Δ σε σχέση με το γεωγραφικό τόπο.

	Αστική	Ημιαστική	Αγροτική
Αστική	1		
Ημιαστική	1	1	0,996
Αγροτική	0,996		1

Πίνακας 12. Pearson r του συνόλου των απαντήσεων σε σχέση με το γεωγραφικό τόπο.

	Αστική	Ημιαστική	Αγροτική
Αστική	1		
Ημιαστική	0,942	1	0,795
Αγροτική	0,547		1

Από τους πίνακες 8 έως 12, ως προς τη γνώση για τις παροχές ΠΦΥ εμφανίζεται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ημιαστικής και αστικής (r=0,7) και ημιαστικής και αγροτικής (r=0,7). Ως προς τη γνώση για την πρόληψη εμφανίζεται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ αστικής και ημιαστικής περιοχής (r=0,9). Ως προς τη συνολική γνώση για την ΠΦΥ εμφανίζεται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ αστικής και ημιαστικής (r=0,94) και αγροτικής και ημιαστικής (r=0,79).

Με βάση τα αποτελέσματα αυτά διαμορφώνονται οι ακόλουθοι πίνακες συσχέτισης με βάση τη μέθοδο Kendall:

Πίνακας 13. Kendall συσχέτιση ομάδων ερωτήσεων στο σύνολο του πληθυσμού της έρευνας.

	Ομάδα Α	Ομάδα Β	Ομάδα Γ	Ομάδα Δ
Ομάδα Α	**1**	0,302	**0,652**	0,333
Ομάδα Β	0,302	**1**	0,245	0,363
Ομάδα Γ	**0,652**	0,245	**1**	0,261
Ομάδα Δ	0,333	0,363	0,261	**1**

Στο σύνολο των ερωτηματολογίων η πιο ισχυρή θετική συσχέτιση που διαμορφώνεται είναι μεταξύ της γνώσης των πολιτών για το ποιοι και που παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και της γνώσης των πολιτών για την πρόληψη (w=0,652).

Ο Πίνακας 14 του επιπέδου απαντήσεων για την ομάδα ερωτήσεων που αφορά στην παροχή ΠΦΥ με τον γεωγραφικό τόπο δείχνουν ότι το ελ-

Πίνακας 14. χ^2 του εκάστοτε επιπέδου γνώσης της ομάδας Α με τον γεωγραφικό τόπο.

Ομάδα Α χ^2	Αστική	Ημιαστική	Αγροτική	Σύνολο	p value
Ελλιπής	7	17	26	50	**0,004**
Μέτρια	31	21	21	73	0,251
Καλή	12	12	3	27	**0,049**
Σύνολο	50	50	50	150	
p value	0,0147	0,481	0,007		**0,0006**

λιπές (p-value=0,004) και το καλό επίπεδο γνώσης (p-value=0,049) σχετίζονται με το γεωγραφικό τόπο. Το συνολικό επίπεδο γνώσης είναι συνάρτηση του γεωγραφικού τόπου (p-value=0,0006).

Πίνακας 15. χ^2 του εκάστοτε επιπέδου γνώσης της ομάδας Β με τον γεωγραφικό τόπο.

Ομάδα Β χ^2	Αστική	Ημιαστική	Αγροτική	Σύνολο	p value
Ελλιπής	8	11	11	30	0,740
Μέτρια	33	34	36	103	0,934
Καλή	9	5	3	17	0,192
Σύνολο	50	50	50	150	
p value	0,299	0,913	0,487		0,401

Ο πίνακας 15 δείχνει ότι δεν παρατηρείται κάποια συσχέτιση οποιουδήποτε επιπέδου γνώσης με τον γεωγραφικό τόπο με το επίπεδο γνώσης γύρω από τα δικαιώματα πρόσβασης.

Πίνακας 16. χ^2 του εκάστοτε επιπέδου γνώσης της ομάδας Γ με τον γεωγραφικό τόπο.

Ομάδα Γ χ^2	Αστική	Ημιαστική	Αγροτική	Σύνολο	p value
Ελλιπής	5	14	26	45	**0,001**
Μέτρια	35	26	20	81	0,121
Καλή	10	10	4	24	0,223
Σύνολο	50	50	50	150	
p value	0,008	0,739	0,003		**<0,001**

Ο πίνακας 16 δείχνει ότι το ελλιπές επίπεδο (p-value=0,001) και το επίπεδο γνώσης ως σύνολο (p-value<0,001), παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με τη γεωγραφική περιοχή, σε αντίθεση με το μέτριο και καλό επίπεδο γνώσης.

Πίνακας 17. χ^2 του εκάστοτε επιπέδου γνώσης της ομάδας Δ με τον γεωγραφικό τόπο.

Ομάδα Δ χ^2	Αστική	Ημιαστική	Αγροτική	Σύνολο	p value
Ελλιπής	42	42	42	126	1,000
Μέτρια	0	0	2	2	0,135
Καλή	8	8	6	22	0,834
Σύνολο	50	50	50	150	
p value	0,695	0,695	0,234		0,359

Οι πίνακας 17 συσχέτισης για το επίπεδο γνώσης για τις νομοθετικές παρεμβάσεις δείχνουν ότι δεν παρουσιάζεται κάποια συσχέτιση με το γεωγραφικό τόπο.

Πίνακας 18. χ^2 του εκάστοτε επιπέδου γνώσης του συνόλου με τον γεωγραφικό τόπο.

Σύνολο χ^2	Αστική	Ημιαστική	Αγροτική	Σύνολο	p value
Ελλιπής	8	15	22	45	**0,038**
Μέτρια	33	24	24	81	0,368
Καλή	9	11	4	24	0,197
Σύνολο	50	50	50	150	
p value	0,094	0,482	0,061		**0,019**

Από τον πίνακα 18 προκύπτει ότι το ελλιπές επίπεδο γνώσης (p-value=0,038) και το επίπεδο γνώσης ως σύνολο (p-value=0,019) παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με τον γεωγραφικό τόπο.

Αξιολόγηση της εμπειρίας των πολιτών

Τα αποτελέσματα στην κάθε περιοχή και στο σύνολο για τις ερωτήσεις της ομάδας Ε είναι τα εξής:

Στην αστική περιοχή η πλειοψηφία αξιολογεί από μέτριες (58%) έως κακές (40%) τις υπηρεσίες υγείας, πιστεύει ότι δεν εφαρμόζονται νομοσχέδια, επισκέπτεται κυρίως το νοσοκομείο και προσφεύγει σπάνια σε πρωτοβάθμιες δομές. 52% των ερωτηθέντων επισκέπτονται το νοσοκομείο όταν έχουν πρόβλημα υγείας και 64% τους ιδιώτες γιατρούς. Στην ημιαστική περιοχή αποτυπώνεται έντονη δυσαρέσκεια των πολιτών για τις δομές ΠΦΥ, γεγονός που επιβεβαιώνεται από το ότι η συντριπτική πλειοψηφία (92%) επιλέγει τα ιδιωτι-

Πίνακας 19. Αποτελέσματα ερωτήσεων αξιολόγησης.

	Αστική περιοχή	Ημιαστική περιοχή	Αγροτική περιοχή	Σύνολο
Ομάδα Ε Ε.1, Αξιολόγηση παροχών ΠΦΥ				
Κακή	40% (n=20)	36% (n=18)	16% (n=8)	28% (n=46)
Μέτρια	**58% (n=29)**	**46% (n=23)**	**48% (n=24)**	**46% (n=76)**
Καλή	2% (n=1)	18% (n=9)	32% (n=16)	15% (n=26)
Άριστη	0% (n=0)	0% (n=0)	4% (n=2)	1% (n=2)
Ε.2, Μη εφαρμοζόμενη νομοθεσία				
Ναι	**96% (n=48)**	**92% (n=46)**	**68% (n=34)**	**80% (n=128)**
Όχι	4% (n=2)	8% (n=4)	32% (n=16)	20% (n=22)
Ε.3, Πρώτη επαφή				
Ιδιώτης γιατρός	64% (n=32)	92% (n=46)	68% (n=34)	67% (n=112)
Ιατρείο ΠΕΔΥ	14% (n=7)	14% (n=7)	12% (n=6)	12% (n=20)
Κέντρο Υγείας	20% (n=10)	0% (n=0)	26% (n=13)	14% (n=23)
Νοσοκομείο	52% (n=27)	26% (n=13)	52% (n=27)	40% (n=67)
Ιδιωτική κλινική	0% (n=0)	0% (n=0)	2% (n=1)	0,5% (n=1)
Περιφερειακό ιατρείο	4% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	1% (n=1)
Ε.4, Συχνότητα χρήσης				
Σπάνια	74% (n=37)	84% (n=42)	50% (n=25)	62% (n=104)
Συχνά	24% (n=12)	12% (n=6)	30% (n=15)	22% (n=33)
Πολύ Συχνά	2% (n=1)	4% (n=2)	20% (n=10)	16% (n=13)

κά ιατρεία σαν αποκλειστικό σημείο πρώτης επαφής. Η πλειοψηφία και εδώ αξιολογεί από κακές (36%) έως μέτριες (46%) τις υπηρεσίες ΠΦΥ και θεωρεί ότι δεν εφαρμόζονται ψηφισμένα νομοσχέδια. Στην αγροτική περιοχή η πλειοψηφία θεωρεί μέτριες τις υπηρεσίας υγείας (48%), επισκέπτεται κυρίως το νοσοκομείο (52%) και τα ιδιωτικά ιατρεία (68%) και πιστεύει ότι δεν εφαρμόζονται νομοσχέδια και επισκέπτεται σπάνια δομές ΠΦΥ. Συνολικά, 46% του δείγματος κρίνει ως μέτριες τις υπηρεσίες ΠΦΥ, 28% ως κακές, 15% ως καλές και μόλις 1% ως άριστες. 80% του δείγματος θεωρεί ότι δεν εφαρμόζονται νομοθετήματα ενώ 62% σπάνια χρησιμοποιεί δομές ΠΦΥ. Η πλειονότητα των πολιτών επιλέγει τους ιδιώτες γιατρούς (67%) όταν αντιμετωπίζει πρόβλημα υγείας και μια μεγάλη μερίδα το νοσοκομείο (40%). Με βάση τα προηγούμενα αποτελέσματα διαμορφώνεται ο ακόλουθος πίνακας συσχέτισης των απαντήσεων της κατηγορίας Ε με τις υπόλοιπες τέσσερις ομάδες:

Πίνακας 20. Kendall συσχέτιση ομάδων γνώσεως με ικανοποίηση στην αστική περιοχή.

Αστική	Ε.1	Ε.2	Ε.4
Α	0,301	0,039	-0,003
Β	0,104	-0,072	0,019
Γ	0,060	0,213	0,158
Δ	0,224	-0,189	-0,135
Ε.1	**1**	-0,277	-0,129
Ε.2	-0,277	**1**	-0,106
Ε.4	-0,129	-0,106	**1**

Πίνακας 21. Kendall συσχέτιση ομάδων γνώσεως με ικανοποίηση στην ημιαστική περιοχή.

Ημιαστική περιοχή	Ε.1	Ε.2	Ε.4
Α	0,103	-0,039	0,207
Β	0,147	0,063	0,011
Γ	0,030	-0,032	0,260
Δ	0,047	0,129	-0,187
Ε.1	**1**	-0,088	-0,089
Ε.2	-0,088	**1**	-0,285
Ε.4	-0,089	-0,285	**1**

Πίνακας 22. Kendall συσχέτιση ομάδων γνώσεως με ικανοποίηση στην αγροτική περιοχή.

Αγροτική περιοχή	Ε.1	Ε.2	Ε.4
Α	-0,341	0,397	-0,082
Β	-0,016	-0,063	0,180
Γ	-0,090	0,323	-0,179
Δ	-0,021	0,092	0,094
Ε.1	**1**	-0,238	0,054
Ε.2	-0,238	**1**	-0,431
Ε.4	0,054	-0,431	**1**

Με βάση λοιπόν τους πίνακες 20 έως 22 δεν εμφανίζεται κάποια σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του επίπεδου γνώσης σε όλες τις κατηγορίες και οποιασδήποτε εκ των απαντήσεων στις

ερωτήσεις Ε.1, Ε.2, Ε.4 σε καμία από τις τρεις περιοχές. Διαμορφώνεται βέβαια μια τάση αρνητικής συσχέτισης μεταξύ των απαντήσεων στις κατηγορίες ανά περιοχές, χωρίς όμως σημαντική στατιστική σημασία. Αυτό σημαίνει πως το επίπεδο γνώσης των πολιτών δεν επηρεάζει την αξιολόγηση της εμπειρίας τους στην επαφή τους με τις δομές ΠΦΥ.

Μέσα από την παρούσα ενότητα, επαληθεύονται και οι δύο ερευνητικές:

- υπάρχει συσχέτιση του επιπέδου γνώσης των πολιτών με τον γεωγραφικό τόπο
- δεν υπάρχει σύνδεση του επιπέδου γνώσης με την αξιολόγηση των πολιτών

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ΠΦΥ είναι ίσως ο πιο κρίσιμος και σημαντικός πυλώνας ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας, αποτελεί τη βάση στην οποία οικοδομούνται οι υπόλοιπες δομές. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της γνώσης των πολιτών για την ΠΦΥ. Αναφορικά με την παρούσα μελέτη προκύπτουν ενδιαφέροντα αποτελέσματα:

Από τη μελέτη των απαντήσεων στην αστική περιοχή προκύπτει μια περιορισμένη σύγχυση στην εμπλοκή της φαρμακευτικής αγωγής και των διαγνωστικών εξετάσεων. Ένα μικρό αλλά σημαντικό κομμάτι των ερωτηθέντων δε γνωρίζει σε ποιο σημείο της πρόληψης εντάσσονται οι διαγνωστικές εξετάσεις και σε ποιο επίπεδο θεραπείας η φαρμακευτική αγωγή. Αυτό φανερώνει το φαινόμενο της υπερκατανάλωσης διαγνωστικών εξετάσεων που είχε προηγηθεί τις προηγούμενες δεκαετίες (WHO, 2015). Εντύπωση προκαλεί επίσης και η κυριαρχία της επιλογής των ιδιωτικών ιατρείων έναντι του νοσοκομείου και των ιατρείων του ΠΕΔΥ, παρά την οικονομική κρίση. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί με την απουσία κέντρων υγείας αστικού τύπου και την αντικατάστασή τους από την πληθώρα ιδιωτικών ιατρείων και εργαστηρίων, κάτι που διαπιστώνεται και από την κυριαρχία της απάντησης 1 στην ερώτηση Ε.3. Για τον ίδιο πιθανό λόγο όμως οι πολίτες υστερούν στη γνώση των δικαιωμάτων και των νομοθετικών πλαισίων όπου κυριαρχεί το ελλιπές και μέτριο επίπεδο γνώσης. Το ίδιο συμβαίνει και στο επίπεδο γνώσης για την πρόληψη όπου κυριαρχεί το μέτριο, το οποίο συνεπάγεται ότι ο ιδιωτικός τομέας κάλυψε ποσοτικά και όχι ποιοτικά το ζήτημα της πρόληψης. Συνολικά, επικρατεί το μέτριο επίπεδο γνώσης με 66%. Οι πολίτες θεωρούν μαζικά (98%) μέτριες και κακές τις υπηρεσίες ΠΦΥ, ενώ το 96% πιστεύει ότι δεν εφαρμόζονται ψηφισμένοι νόμοι.

Από τη μελέτη των απαντήσεων των κατοίκων της ημιαστικής περιοχής το πιο ενδιαφέρον συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία των κατοίκων επιλέγει τους ιδιώτες γιατρούς, όταν αντιμετωπίζει πρόβλημα υγείας, με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες δομές, ενώ το νοσοκομείο επιλέγεται αρκετά σπάνια. Η διαπίστωση αυτή αντικατοπτρίζει σε ένα βαθμό την απαξίωση και την υποβάθμιση που αντιμετωπίζουν οι νοσοκομειακές δομές στις ημιαστικές περιοχές, γεγονός που συμβαδίζει με τα αποτελέσματα σε διαφορετικές περιοχές και αποτυπώθηκαν σε άλλες διπλωματικές του ΕΑΠ (Γαβριηλίδου, 2015, Σπανού, 2015, Παπανικολάου, 2017).

Από τη μελέτη των απαντήσεων των κατοίκων της αγροτικής περιοχής, παρατηρείται κυρίως μια σύγχυση στο επίπεδο του περιεχομένου της ΠΦΥ: η πλειοψηφία των απαντήσεων φανερώνει ελλιπή και μέτρια γνώση των απαραίτητων μέτρων πρόληψης, συμπεριλαμβάνοντας κυρίως στην πρωτοβάθμια και την πρόληψη, τη συνταγογράφηση και την χορήγηση φαρμάκων. Σε μικρότερο βαθμό υπάρχει η εντύπωση ότι η χειρουργική αντιμετώπιση εντάσσεται στο πλαίσιο της πρόληψης. Τα παραπάνω αναδεικνύουν πως σε μια περιοχή που διαθέτει περιφερειακό ιατρείο που λειτουργεί τακτικά, οι κάτοικοι ταυτίζουν την πρόσβαση τους σε αυτό με την συνταγογράφηση και την όποια άλλη πράξη με τα ιδιωτικά ιατρεία και το νοσοκομείο. Σαφώς, καλύτερο είναι το επίπεδο των απαντήσεων όσον αφορά στη γνώση του ποιος δικαιούται πρόσβαση στην ΠΦΥ, παρόλο που υπάρχει σημαντικά ελλιπής γνώση για τις νομοθετικές πρωτοβουλίες και την εφαρμογή τους. Όσον αφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η συντριπτική πλειοψηφία (64%) τις αξιολογεί ως μέτριες ή κακές, ενώ ταυτόχρονα 68% πιστεύουν ότι υπάρχουν νόμοι που δεν εφαρμόζονται, αποτελέσματα που ταυτίζονται με έρευνα διπλωματικής εργασίας του ΕΑΠ (Χατζοπούλου, 2016). Οι κάτοικοι του χωριού επισκέπτονται κυρίως ιδιώτες γιατρούς και νοσοκομεία, ενώ οι μισοί δε χρησιμοποιούν συχνά τις δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Εντύπωση προκαλεί πως δεν υπάρχει καμία απάντηση στην ερώτηση, πού απευθύνεστε όταν έχετε πρό-

βλημα υγείας, καθώς οι κάτοικοι έχουν συνδυάσει το περιφερειακό ιατρείο με τη συνταγογράφηση φαρμάκων και όχι την παροχή άλλων υπηρεσιών.

Σε μια συγκριτική απεικόνιση των αποτελεσμάτων της κάθε περιοχής, αποτυπώνεται ότι οι κάτοικοι της αστικής περιοχής παρουσιάζουν καλύτερο επίπεδο γνώσεων σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από ότι οι κάτοικοι της αγροτικής περιοχής. Ιδιαίτερα στο επίπεδο των μέτρων πρόληψης, η διαφορά στο επίπεδο γνώσης είναι εμφανής. Ουσιαστικά, αποτυπώνεται η νοοτροπία και η κατεύθυνση που δημιουργούσε ο καταναλωτισμός στις υπηρεσίες υγείας τις προηγούμενες δεκαετίες: στο αστικό κέντρο στο οποίο υπήρχε πληθώρα εργαστηρίων και ιδιωτικών ιατρείων οι πολίτες συγχέουν το που χρειάζονται οι εργαστηριακές εξετάσεις και επισκέπτονται κυρίως τους ιδιώτες, ενώ στην αγροτική περιοχή όπου δεν υπάρχουν οι κατάλληλες δομές, οι πολίτες έχουν συνηθίσει να απευθύνονται στις δημόσιες δομές και να στηρίζονται στη λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων. Στις κατηγορίες που αφορούν στο επίπεδο γνώσης των δικαιωμάτων και των νομοθετικών παρεμβάσεων, δεν προκύπτουν ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ των περιοχών αυτών, όπως και δεν παρατηρείται διαφορά στο ποιες δομές επιλέγουν σε περίπτωση προβλήματος υγείας. Σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στις κατηγορίες που αφορούν την παροχή ΠΦΥ και την πρόληψη, όπου η ύπαρξη περιφερειακού ιατρείου δε φαίνεται να προάγει την πρόληψη. Οι κάτοικοι της αστικής επίσης είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την κρατική πολιτική για την υγεία, ενώ επισκέπτονται λιγότερο συχνά δομές ΠΦΥ. Σε γενικές γραμμές, οι απαντήσεις των πολιτών στην ημιαστική περιοχή βρίσκεται στο ενδιάμεσο των απαντήσεων αυτών της αστικής περιοχής και της αγροτικής, καθώς φαίνεται πως η περιοχή επηρεάζεται τόσο από τα στοιχεία ενός αστικού όσο και ενός αγροτικού περιβάλλοντος. Στις επιλογές των πολιτών στην ημιαστική περιοχή, ξεχωρίζει η σχεδόν αποκλειστική επιλογή σε ιδιωτικά ιατρεία. Ένα συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι η αύξηση του πληθυσμού και της αστικοποίησης μιας περιοχής, με την ταυτόχρονη ύπαρξη μεγαλύτερων δομών υγείας (από το περιφερειακό ιατρείο, στο κέντρο υγείας ή το μικρό νοσοκομείο ισοδύναμο του κέντρου υγείας αστικού τύπου, στο δευτεροβάθμιο νοσοκομείο), επιφέρει και βελτίωση του επιπέδου γνώσης των πολιτών για την ΠΦΥ, τις δομές της, τα δικαιώματα και την πρόληψη. Αυτό που δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη διακύμανση είναι η αρνητική γνώμη των πολιτών για τις παροχές ΠΦΥ. Το κυριότερο όμως που διαφαίνεται είναι πως η μέθοδος άσκησης ΠΦΥ τα τελευταία χρόνια, αποκρυσταλλώνεται στη συνείδηση και την αντίληψη που έχουν διαμορφώσει οι πολίτες.

Ανακεφαλαιώνοντας οι μελέτες και οι έρευνες που αφορούν την ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι πολύ λιγότερες και περιορισμένες από τις αντίστοιχες των υπολοίπων χωρών της ΕΕ. Πέρα από ένα μεγάλο κομμάτι που έχει αναφορά στη χρήση πληροφοριακών συστημάτων και στο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού, οι υπόλοιπες κυρίως πραγματεύονται τη θεωρητική συγκρότηση των δομών ΠΦΥ.

Υπάρχουν δύο μελέτες οι οποίες ερευνούν με κάποιο τρόπο τη γνώμη των πολιτών για την ΠΦΥ: η έρευνα των Shäffer et al., το 2015 και η μελέτη των Lionis et al., το 2017.

Η πρώτη από αυτές οδηγεί στην αποτύπωση της έλλειψης συνεχιζόμενης θεραπείας, δηλαδή αδυναμίας στο επίπεδο της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, γεγονός που συμβαδίζει με την έλλειψη γνώσης γύρω από την πρόληψη που αποτυπώνεται στην παρούσα έρευνα.

Τα αποτελέσματα της δεύτερης συμπίπτουν με την παρούσα μελέτη στο επίπεδο της συχνότητας επίσκεψης, το οποίο είναι χαμηλό. Τα αποτελέσματά της ενισχύουν την παρούσα έρευνα στο ζήτημα των συμπερασμάτων για την πρόληψη: αποτυπώνεται ότι ο βασικός λόγος επίσκεψης των κέντρων υγείας αγροτικού τύπου είναι η συνταγογράφηση φαρμάκων, ενώ ταυτόχρονα οι μη χρόνιοι ασθενείς δεν λαμβάνουν συμβουλές για τον τρόπο ζωής τους. Οι ασθενείς βέβαια, που δέχονται συμβουλές, στον τρόπο ζωής τους είναι πιο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας.

Τα αποτελέσματα αυτά σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, αναδεικνύουν ότι το σημαντικότερο κενό στο ελληνικό σύστημα υγείας είναι οι μέθοδοι παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, και, κυρίως, η πρόληψη, γεγονός που συνιστά απαραίτητη την παρέμβαση σε αυτούς τους τομείς. Δυστυχώς, η έλλειψη άλλων αντίστοιχων ερευνητικών εγχειρημάτων καθιστά αδύνατη την περαιτέρω σύγκριση δεδομένων. Η έλλειψη αυτή δυσχεραίνει τη δυνατότητα απόκτησης μιας πλήρους εικόνας της κατάστασης των δομών στην Ελ-

λάδα, των ελλείψεων που υπάρχουν και μιας επιστημονικά ορθής σύγκρισης τους με τις υπόλοιπες χώρες μέλη της ΕΕ, τάση αυτή αποτυπώνεται στην ερευνητική συγγραφή των Saltman et al., του 2006. Η δυνατότητα συνεχιζόμενης περίθαλψης μέσω πληροφοριακών συστημάτων και η ύπαρξη κατανομής (gatekeeping), έχει αποδειχθεί ότι ελαττώνει το κόστος και αυξάνει την αποτελεσματικότητα των δομών[14]. Γενικά, η συντριπτική πλειοψηφία των χωρών της ΕΕ επένδυσε στην ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ με διασύνδεση, βάση δεδομένων και αποκεντρωμένη κατανομή, δίνοντας παράλληλα οικονομικά κίνητρα στους εργαζόμενους σε αυτή (ακριβώς το αντίθετο με την ελληνική πολιτική υγείας).

Συμπερασματικά, το σύνολο των πολιτών φαίνεται να μην έχει επαρκή γνώση σχετικά με την ΠΦΥ και ταυτόχρονα να αξιολογεί αρνητικά την επαφή του μαζί της. Το αποτέλεσμα αυτό προκύπτει από τη νοοτροπία που αποτύπωσαν οι πολιτικές υγείας από ιδρύσεως της ΠΦΥ στην Ελλάδα έως σήμερα.

Η επίλυση του ζητήματος χρειάζεται να κινηθεί σε τρεις διαστάσεις:

- Την εκπαίδευση και ενίσχυση των εργαζομένων στις δομές ΠΦΥ και κυρίως τα ΠΙ. Η αύξηση του κύρους τους θα διευκολύνει την επικοινωνία με τους ασθενείς, ώστε οι τελευταίοι να ακολουθούν τις συμβουλές των πρώτων[15]. Με αυτό τον τρόπο αναβαθμίζεται ο ρόλος της πρόληψης.
- Την αναδιαμόρφωση της άσκησης ιατρικής και της σχέσης γιατρού ασθενή με τόνωση της κατεύθυνσης της πρόληψης, κυρίως στα περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία με ενημέρωση και εκπαίδευση των αγροτικών γιατρών. Η διαφορετική σχέση οικογενειακού γιατρού με τον ασθενή και την κοινότητα, μπορεί να βελτιώσει το επίπεδο κατανόησης των ασθενών για την ΠΦΥ, με αποτέλεσμα να απαιτούν συγκεκριμένες βελτιώσεις στις υπηρεσίες[16].
- Την ενίσχυση των δομών ΠΦΥ, τόσο του ΠΙ όσο και των ΚΥ, ώστε να δοθεί η δυνατότητα βέλτιστης λειτουργίας των νοσοκομειακών δομών των νομών. Σε αυτό συμβάλλει η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών[17].

Η παρούσα έρευνα προσπάθησε να μελετήσει τη γνώμη που έχουν οι πολίτες για τις παροχές της ΠΦΥ στην Ελλάδα, δημιουργώντας μια σειρά από νέα δεδομένα. Υπάρχει η δυνατότητα αυτά τα δεδομένα να εξελιχθούν τόσο σε παρεμβάσεις, όσο και σε νέα ερευνητικά ερωτήματα.

Στο επίπεδο των παρεμβάσεων μπορεί να συνεχιστεί η μελέτη του πληθυσμού των ίδιων περιοχών με επίκεντρο την ενημέρωση και δραστηριοποίηση στα κενά που παρατηρήθηκαν. Αφενός καταρχήν στο επίπεδο της αναλυτικής ενημέρωσης για το που ακριβώς παρέχονται οι υπηρεσίες ΠΦΥ, τι συμπεριλαμβάνουν οι παροχές και ποιοι είναι υπεύθυνοι και αφετέρου τι συνιστά η πρόληψη. Χρειάζεται λοιπόν μια μελέτη η οποία θα αναπτύξει ένα πλαίσιο ενημέρωσης και εκπαίδευσης στα παραπάνω ζητήματα. Το ίδιο θα μπορούσε να εφαρμοστεί και στον γενικό πληθυσμό, αφού όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως τα αποτελέσματα μπορούν να γενικευθούν.

Στο επίπεδο των νέων ερευνητικών ερωτημάτων το πεδίο είναι επίσης μεγάλο. Καταρχήν, το δοκιμαστικό ερωτηματολόγιο δείχνει ότι μια ενδεχόμενη έρευνα με το αντίστοιχο ερώτημα στο χώρο των επαγγελματιών υγείας θα παρουσίαζε ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Ως προς τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτουν τέσσερις άξονες πάνω στους οποίους εμφανίζεται δυνατότητα προοπτικής για εξέλιξη της έρευνας:

- Στο επίπεδο του που παρέχεται η ΠΦΥ, τι περιλαμβάνει και ποιοι είναι οι υπεύθυνοι για την παροχή των υπηρεσιών, είναι δυνατόν να διευρυνθεί η έρευνα και σε άλλους χώρους εργασίας και γεωγραφικές ενότητες, ώστε να υπάρχει μια χαρτογράφηση του συνόλου του ελληνικού πληθυσμού. Επίσης, μπορεί να υπάρξει σύγκριση των απαντήσεων μεταξύ ηλικιακών, οικονομικών, γεωγραφικών και οικονομικών ομάδων.
- Η διανομή του παρόντος ερωτηματολογίου (με τις ανάλογες προσαρμογές) θα ήταν σημαντική πρόκληση, να διανεμηθεί σε προσφυγικούς καταυλισμούς ώστε να αξιολογηθεί και η εμπειρία αυτών των ανθρώπων στην επαφή τους με το σύστημα υγείας στην Ελλάδα.
- Η διανομή του ερωτηματολογίου σε κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία τα οποία καλύπτονται με γενικούς γιατρούς και σε αντίστοιχα που καλύπτονται με αγροτικούς, ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει διαφορά στα αποτελέσματα.

Συμπερασματικά, ανοίγονται αρκετές προοπτικές για συνέχιση του ερευνητικού ερωτήματος, αλλά και της μετουσίωσής του σε προτάσεις παρέμβασης για την επίλυση των προβλημάτων και

των κενών που παρουσιάζει η ΠΦΥ στην Ελλάδα. Χρειάζεται συνολική αλλαγή κατεύθυνσης στην υγεία και συνεχής έρευνα, ώστε να προκύψει μια νέα κατάσταση.

ABSTRACT

Christodoulou P. **Primary Health Care: What do citizens know about?** *Hell Iatr 2018; 84: 55-72.*

Primary Health Care (PHC) is the key pillar of health systems, as it represents the first contact of the citizen with the health system, it provides the first line of treatment while having an important role in prevention. Its proper functioning contributes to the rational use of health services as well as to a better function of secondary and tertiary units, while it helps to prevent infectious diseases among the general population. Although PHC is a structural component of health systems, in Greece it is the main point of government reforms over time. The present research aims to study the knowledge of citizens of an urban, a suburban and a rural area about PHC. The research questions concern citizens' knowledge of the concept of PHC and the provision of PHC services, citizens' knowledge of their rights to access and use of these services, their knowledge of the meaning and application of prevention, their knowledge on the legal status of the PHC services. Another objective of the research is to capture the experience of citizens from the PHC structures. For the purposes of the present study, a questionnaire with five subcategories and multiple choice responses was structured, distributed to an adult population of urban, semi-urban and rural areas in a sample of convenience. The study population was randomly selected from community health structures and structures. The level of knowledge was categorized as poor, moderate and good. For the statistical analysis of the results, the Microsoft Excel program and the SPSS vol.19 statistical package were used. According to the study, citizens' knowledge is of moderate and poor levels at the rural, semi-urban and urban areas, although there is an improvement in the level of knowledge from rural to urban areas (50%/29% vs 48%/30% vs. 66%/16% respectively, p <0.05). More specifically, there is a moderate level of knowledge about prevention, a poor level of legislative knowledge and an overall moderate knowledge level at the urban area (p-value = 0.0012/p-value <0.001/p-value <0.001), whereas average knowledge of the rights, poor knowledge of legislation and an overall moderate level of knowledge were observed at the semi urban and the rural area (p-value = 0,0004/p-value <0,001/p-value <0,001 and p-value <0.001/p-value <0.001/p-value <0.001 consequently). Furthermore, services at the urban area are rated from moderate (58%) to poor (40%), while the majority visits private physicians (64%). In the semi-urban area, the overwhelming majority (92%) opts for private doctors as an exclusive point of first contact, and evaluates from poor (36%) to moderate (46%) the PHC services. In the rural area, the majority considers health services to be moderate (48%), while it mainly visits hospital services (52%) and private doctors (68%). The population of the research seems not to trust public PHC structures, while at the same time their level of knowledge about PHC ranges from moderate to poor, especially in terms of prevention. Extensive surveys need to be conducted using an enriched questionnaire in order to identify the exact points of future interventions.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Mariolis A, Mihas C, Alevizos A, et al*. Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece. BMC Health Serv Res 2008, 8: 124-36.
2. *Lionis C, Symvoulakis E, Markaki A, et al*. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. Int J Integr Care 2009, 9: e88.
3. *Sbarouni V, Tsimitsiou Z, Symvoulakis E, et al*. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. Rural Remote Health 2012, 12: 2156-69.
4. *Smyrnakis E, Gavana M, Kondilis E, et al*. Primary health care and general practice attachment: establishing an undergraduate teaching network in rural Greek health centers, Rural Remote Health 2013, 13 (1): 1946-54.
5. *Σουλιώτης Κ, Θηραίος Ε, Καϊτελίδου Δ, και συν*. Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα 2013.
6. *Γαβρηλίδου ΠΣ*. Ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών από την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας Νιγρίτας. Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ 2015.
7. *Σπανού Μ*. Αξιολόγηση της Παροχής Υπηρεσιών Υγείας σε τρία Κέντρα Υγείας της Ανατολικής Αττικής στο πλαίσιο της Π.Φ.Υ. (Κέντρο Υγείας Νέας Μάκρης, Κέντρο Υγείας Ραφήνας - Πικερμίου, Κέντρο Υγείας Σπάτων), από την οπτική γωνία των χρηστών Υγείας. Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ 2015.
8. *Simou E, Karamagioli E, Roumeliotou A*. Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers. Prim Health Care Res Dev 2015, 16 (1): 5-13.
9. *Schäffer W, Boerma W, Murante A, Sixma H, Schellevisa F, Groenewegen P*. Assessing the potential for improve-

ment of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. Bull World Health Organ 2015, 93: 161-8.

10. *Oikonomou N, Tountas Y, Mariolis A, Souliotis K, Athanasakis K, Kyriopoulos J*. Measuring the efficiency of the Greek rural primary health care using a restricted DEA model; the case of southern and western Greece. Health Care Manag Sci 2016, 19 (4): 313-25.

11. *Sifaki P, Chatzea V, Markaki A, Kritikos K, Petrelos E, Lionis C*. Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. BMC Health Serv Res 2017, 17: 788-97.

12. *Παπανικολάου Δ*. Μελέτη ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η μελέτη του κέντρου υγείας Βόνιτσας, Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ 2017.

13. *Lionis C, Papadaki S, Tatsi C, et al*. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). BMC Health Serv Res 2017, 17: 255-67.

14. *Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenowegen P*. Does general practitioners gatekeeping curb health care expenditures? J Health Serv Res Policy 2000, 5 (1): 22-6.

15. *Cleary S, Molyneux S, Gilson L*. Resources, attitudes and culture: an understanding of the factors that influence the functioning of accountability mechanisms in primary health care settings. BMC Health Serv Res 2013, 13: 320-30.

16. *Howrey B, Thompson B, Borkan J, et al*. Partnering With Patients, Families and Communities. Fam Med 2015, 47 (8): 604-11.

17. *Πιερράκος Γ, Υφαντόπουλος Ι*. Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αρχ Ελλ Ιατρ 2007, 24 (6): 578-82.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

Σε κάθε ερώτηση συμπληρώνετε μία ή περισσότερες απαντήσεις

Α.1. *Τι συνιστά η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ);*

1. Συνταγογράφηση φαρμάκων
2. Νοσηλεία
3. Χειρουργική Επέμβαση
4. Εξέταση
5. Πρόληψη

Α.2. *Που παρέχεται η ΠΦΥ;*

1. Κέντρα Υγείας
2. Ιατρεία ΠΕΔΥ
3. Αγροτικά Ιατρεία
4. Εξωτερικά (Τακτικά) Ιατρεία Νοσοκομείου
5. Έκτακτα Ιατρεία Νοσοκομείου
6. Κλινικές Νοσοκομείου
7. Ιδιωτικά Ιατρεία
8. Διαγνωστικά Κέντρα

Α.3. *Ποιοι είναι κυρίως υπεύθυνοι για την παροχή της ΠΦΥ;*

1. Γενικοί Γιατροί
2. Νοσηλευτικό Προσωπικό
3. Παθολόγοι
4. Χειρούργοι

Β.1. *Ποιοι έχουν δικαίωμα πρόσβασης στις δημόσιες δομές ΠΦΥ;*

1. Ασφαλισμένοι
2. Συγκεκριμένα ταμεία
3. Όλοι

Β.2. *Υπάρχει οικογενειακός γιατρός στην Ελλάδα;*

1. Ναι
2. Όχι

Β.3. *Υπάρχει ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς στην Ελλάδα;*

1. Ναι
2. Όχι

Β.4. *Έχετε το δικαίωμα να μην επιθυμείτε να πραγματοποιήσετε εξετάσεις;*

1. Ναι
2. Όχι

Γ.1. *Τι συνιστά η πρόληψη;*

1. Μέτρα ώστε να μην αρρωστήσει κάποιος
2. Πρώτες Βοήθειες
3. Άσκηση
4. Διατροφή

5. Αρχική διάγνωση και θεραπεία
6. Αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών

Γ.2. *Που παρέχονται υπηρεσίες πρόληψης;*

1. Κέντρα υγείας
2. Νοσοκομεία
3. Ιατρεία ΠΕΔΥ
4. Ιδιωτικά ιατρεία
5. Διαγνωστικά Κέντρα

Γ.3. *Τι περιλαμβάνει η πρωτογενής πρόληψη;*

1. Φάρμακα
2. Παρέμβαση ώστε να μην εμφανισθεί μια ασθένεια
3. Χειρουργικές επεμβάσεις
4. Διαγνωστικές εξετάσεις
5. Ενημέρωση

Γ.4. *Τι περιλαμβάνει η δευτερογενής πρόληψη;*

1. Φάρμακα
2. Παρέμβαση ώστε να μην εμφανισθεί μια ασθένεια
3. Χειρουργικές επεμβάσεις
4. Διαγνωστικές εξετάσεις
5. Ενημέρωση

Γ.5. *Τι περιλαμβάνει η τριτογενής πρόληψη;*

1. Φάρμακα
2. Παρέμβαση ώστε να μην εξελιχθεί μια ασθένεια
3. Χειρουργικές επεμβάσεις
4. Διαγνωστικές εξετάσεις
5. Ενημέρωση

Γ.6. *Ποιο από τα παρακάτω αποτελούν μέτρα πρόληψης;*

1. Λήψη φαρμάκων
2. Εμβόλια
3. Ζώνη ασφαλείας
4. Προφυλακτικό
5. Βελτίωση ύπνου
6. Αποφυγή αλκοόλ, καπνίσματος, ναρκωτικών
7. Δίαιτα και έλεγχος σωματικού βάρους

Γ.7. *Τι θεωρείτε ότι κοστίζει περισσότερο;*

1. Η πρόληψη ώστε να μην εμφανισθεί μια ασθένεια
2. Οι εξετάσεις για τη διάγνωση μιας ασθένειας
3. Η θεραπεία μιας ασθένειας

Δ.1. *Πόσες νομοθετικές παρεμβάσεις θεωρείται ότι έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την ΠΦΥ στην Ελλάδα;*

1. Καμία
2. 1-5
3. 5-10
4. 11-15
5. 16-20

Δ.2. *Έχει νομοθετήσει η παρούσα κυβέρνηση νόμο σχετικά με την ΠΦΥ;*

1. Ναι
2. Όχι

Ε.1. *Πως αξιολογείτε τις παροχές ΠΦΥ στην Ελλάδα;*

1. Κακές
2. Μέτριες
3. Καλές
4. Άριστες

Ε.2. *Πιστεύετε ότι υπάρχουν νομοθεσίες σχετικά με την ΠΦΥ που δεν εφαρμόζονται;*

1. Ναι
2. Όχι

Ε.3. *Που απευθύνεστε τη στιγμή που αντιλαμβάνεστε ένα πρόβλημα στην υγεία σας;*

1. Ιδιώτη γιατρό
2. Ιατρείο ΠΕΔΥ
3. Κέντρο υγείας
4. Νοσοκομείο
5. Ιδιωτική Κλινική
6. Περιφερικό ιατρείο

Ε.4. *Πόσο συχνά επισκέπτεστε δομές ΠΦΥ;*

1. Σπάνια
2. Συχνά
3. Πολύ συχνά

Στην Α ομάδα υπάρχουν έντεκα σωστές επιλογές: στην ερώτηση Α.1 οι 4, 5, στην ερώτηση Α.2 οι 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 στην ερώτηση Α3 οι 1, 3.

Στην ομάδα Β υπάρχουν τέσσερις σωστές επιλογές: στην ερώτηση Β.1 η 3, στην ερώτηση Β.2 η 1, στην ερώτηση Β.3 η 1 και στην ερώτηση Β.4 η 2.

Στην ομάδα Γ υπάρχουν 23 σωστές επιλογές: στην ερώτηση Γ.1 οι 1, 2, 3, 4, 5, 6, στην ερώτηση Γ.2 οι

1, 3, 4, 5, στην ερώτηση Γ.3 οι 2, 5 και στην ερώτηση Γ.4 οι 4, 5 και στην ερώτηση Γ.5 οι 2, 3 και στην Γ.6 οι 2, 3, 4, 5, 6, 7 και στη Γ.7 η 3.

Στην ομάδα Δ υπάρχουν δύο σωστές επιλογές: στην ερώτηση Δ.1 η 3, στην ερώτηση Δ.2 η 1. Στις ερωτήσεις της ομάδας Ε δεν υπάρχει σωστή και λάθος απάντηση και απλά καταγράφεται η άποψη και η εμπειρία των πολιτών.

Αλληλογραφία:
Χριστοδούλου Παναγιώτης
ΓΝ Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα
e-mail: Christodp17@gmail.com

Corresponding author:
Christodoulou Panagiotis
GH of Ioannina G. Hatzikosta, Greece
e-mail: Christodp17@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2018, 84, 3-4: 73 - 84

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της προώθησης, προβολής και δημοσιότητας υπηρεσιών/προϊόντων φροντίδας των ηλικιωμένων, με νέες τεχνολογίες, που προκύπτουν μέσα από ερευνητικά έργα

Ε. Λουίζου[1], Α. Βλάσση[1], Π. Μπαμίδης[2], Θ.Ι. Δαρδαβέσης[1]

[1] Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής - Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο
[2] Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Περίληψη. Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των ενδεδειγμένων τρόπων διάχυσης και δημοσιότητας για την προώθηση των προϊόντων/υπηρεσιών που προκύπτουν μέσα από ερευνητικά έργα και έχουν ως αποδέκτες άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, λαμβάνοντας υπ' όψιν τα εμπόδια του ακαδημαϊκού περιβάλλοντος και τη δυσμενή οικονομική συγκυρία. Πραγματοποιήθηκαν 10 «ποιοτικές συνεντεύξεις» σε βάθος. Επιλέχτηκε η μέθοδος της ημιδομημένης συνέντευξης που χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων, αλλά παρουσιάζει πολύ περισσότερη ευελιξία. Εφαρμόστηκε η στρατηγική της σκόπιμης δειγματοληψίας, καθώς επιλέχθηκαν 10 ερευνητές που έχουν δραστηριοποιηθεί σε ερευνητικά έργα από τα οποία προκύπτουν προϊόντα/υπηρεσίες για άτομα μεγάλης ηλικίας. Οι ερευνητές αν και έχουν προβεί σε ενέργειες διάχυσης και δημοσιότητας στο σύνολό τους αντιμετώπισαν σοβαρά προβλήματα στην αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνάς τους κυρίως λόγω των διαδικασιών, της έλλειψης στρατηγικής μάρκετινγκ, αλλά και της επικρατούσας νοοτροπίας, τόσο εντός όσο και εκτός του ακαδημαϊκού χώρου. Επιτακτική ανάγκη, που προέκυψε από όλες σχεδόν τις συνεντεύξεις είναι ότι πρέπει να δοθούν άμεσα όλες εκείνες οι δυνατότητες που χρειάζονται οι ερευνητές για να αξιοποιήσουν τα ερευνητικά τους αποτελέσματα. Διαπιστώθηκε, ότι πρέπει να απλουστευθούν οι διαδικασίες, να δημιουργηθούν ή/και να ενισχυθούν οι δομές εντός των ελληνικών πανεπιστημίων που έχουν επωμιστεί τις συγκεκριμένες αρμοδιότητες και να αλλάξουν στάση οι ίδιοι οι ερευνητές συνειδητοποιώντας τα οφέλη που έχουν να αποκομίσουν εφόσον κινηθούν προς αυτήν την κατεύθυνση.
Ελλην Ιατρ 2018, 84: 73 - 84.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων στον παγκόσμιο πληθυσμό αυξάνεται σταθερά προκαλώντας, μεταξύ άλλων, μεγάλη επιβάρυνση στα οικονομικά κόστη της υγειονομικής περίθαλψης[1]. Επιπλέον, το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται από την επικράτηση χρόνιων και εκφυλιστικών παθήσεων που απαιτούν σύγχρονες και δαπανηρές μεθόδους θεραπείας και την υποστήριξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Σε πολλές περιπτώσεις, καθίσταται επιτακτική ανάγκη η επέκταση της φροντίδας περίθαλψης από το νοσοκομείο στο σπίτι. Αναμένεται ότι μέχρι το έτος 2050, η δημογραφική γήρανση θα απαιτήσει πρόσθετους πόρους ακόμη και με την προϋπόθεση ότι οι παροχές θα παραμείνουν σταθερές[2].

Η εφαρμογή νέων τεχνολογιών μπορεί να βοηθήσει στην παροχή μιας πιο οικονομικής υγειονομικής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους. Υπάρχουν πολλές τεχνολογικές εφαρμογές που προκύπτουν μέσα από τα ερευνητικά έργα των πανεπιστημίων και μπορούν να δώσουν τη δυνατότητα σε ηλικιωμένα άτομα να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους[3-4]. Τα νέα ερευνητικά δεδομένα προσφέρουν μια σειρά τεχνολογικών εφαρμογών που παρέχουν δυνατότητες σε ποικίλους τομείς. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται η αντιμετώπιση περιπτώσεων άνοιας, με την εφαρμογή Long Lasting Memories[5-6], η υποστήριξη των ηλικιωμένων να διατηρήσουν την επαρκή λειτουργία του εγκεφάλου[7-8], η ταυτόχρονη εκπαίδευση σώματος και εγκεφαλικής λειτουργίας των ηλικιωμένων[9], η χρήση εργαλείων διαχείρισης ασθενειών (όπως π.χ. μέτρηση γλυκόζης)[10], υπηρεσίες τουρισμού ευεξίας για την Τρίτη Ηλικία με τη χρήση φιλικών και προσβάσιμων τεχνολογιών, κ.ά. Άλλωστε, η εκπαίδευση του εγκεφάλου αποτελεί μία μορφή πρόληψης της άνοιας που πρέπει να αρχίζει έγκαιρα, καθώς οι νευρογνωστικές διαταραχές θεωρούνται «ύπουλα» φαινόμενα που ξεκινούν δεκαετίες πριν από τη διάγνωσή τους[11] και δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμες στους ηλικιωμένους[12].

Μέχρι σήμερα, δεν έχει καταγραφεί η κατάσταση στην ελληνική πραγματικότητα και δεν έχουν γίνει εκτεταμένες έρευνες στον χώρο για το αν και με ποιον τρόπο γνωστοποιούνται τα ερευνητικά αποτελέσματα στον ενδιαφερόμενο πληθυσμό, τις λεγόμενες ομάδες-στόχους, για να ωφεληθεί από αυτά. Για να είναι οι ηλικιωμένοι διατεθειμένοι να υιοθετήσουν τις νέες τεχνολογίες θα πρέπει, άλλωστε, να τους έχει γνωστοποιηθεί αυτή η δυνατότητα.

Για τους προαναφερόμενους λόγους θεωρήθηκε σκόπιμο να αποτυπωθεί αρχικά η υπάρχουσα κατάσταση και στη συνέχεια να συγκριθεί με την κατάσταση που επικρατεί στα πανεπιστημιακά ιδρύματα του εξωτερικού.

Στη συγκεκριμένη έρευνα δε θα μπορούσε να μη ληφθεί υπ' όψιν ο παράγοντας της οικονομικής κρίσης και αν και κατά πόσο έχει επηρεάσει ή/και διαμορφώσει θετικά ή αρνητικά την παρούσα κατάσταση.

Προηγούμενες έρευνες έδειξαν, ότι ο πληθυσμός των ηλικιωμένων υστερεί στην υιοθέτηση των νέων τεχνολογιών και παρά το γεγονός ότι υπάρχει συναίνεση μεταξύ των ερευνητών ως προς την επίδραση της ηλικίας στη χρήση των τεχνολογιών, ορισμένοι υποστηρίζουν ότι αυτό είναι μια προσωρινή κατάσταση που θα αλλάξει σημαντικά τα επόμενα χρόνια[1]. Οι προοπτικές χρήσης των τεχνολογιών για τους ηλικιωμένους είναι καλύτερες σε σχέση με το παρελθόν, από τη στιγμή που παράγοντες όπως είναι η μόρφωση και η υγεία συμβάλουν καθοριστικά προς αυτήν την κατεύθυνση. Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού ενδέχεται να καθιστά τους ηλικιωμένους ένα νέο τύπο καταναλωτή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι επιμέρους στόχοι της ερευνητικής μελέτης ήταν:

- Να διερευνηθεί ο τρόπος που χρησιμοποίησαν οι ερευνητές τα ΜΜΕ για να δώσουν δημοσιότητα στα ερευνητικά τους έργα.
- Να διερευνηθεί ο τρόπος διάχυσης που χρησιμοποίησαν οι ερευνητές για να φτάσουν στις προκαθορισμένες ομάδες-στόχους που ήταν αποδέκτες των προϊόντων/υπηρεσιών τους.
- Να διερευνηθούν οι ενέργειες που έγιναν από την πλευρά των ερευνητών για την προώθηση και εκμετάλλευση αυτών των προϊόντων/υπηρεσιών.
- Να αξιολογήσουν οι ίδιοι το τελικό αποτέλεσμα των ενεργειών τους για όσα έργα ολοκληρώθηκαν και για την πορεία εκείνων που είναι σε εξέλιξη.
- Να διερευνηθούν τα εμπόδια που συνάντησαν οι ερευνητές στην αξιοποίηση των προϊόντων/υπηρεσιών τους.
- Να καταθέσουν τις δικές τους προτάσεις για το τι θα πρέπει να γίνει στο μέλλον για την προώθηση και την εκμετάλλευση αυτών των προϊόντων/υπηρεσιών.

Πραγματοποιήθηκαν 10 «ποιοτικές συνεντεύξεις» σε βάθος (in-depth interviews) μία μέθοδο που έχει στόχο τη συλλογή/παραγωγή ποιοτικών ερευνητικών δεδομένων στη ψυχολογική, κοινωνική και εκπαιδευτική έρευνα[13]. Επιλέχτηκε η μέθοδος της ημιδομημένης συνέντευξης που χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων αλλά παρουσιάζει πολύ περισσότερη ευελιξία, ως προς την τροποποίηση του περιεχομένου των ερωτήσεων ανάλογα με τον ερωτώμενο και ως προς την προσθαφαίρεση ερωτήσεων και θεμάτων για συζήτηση[14].

Οι τύπου των ερωτήσεων αφορούσαν σε:

- Περιγραφικές ερωτήσεις (descriptive questions) σχετικά με τα χαρακτηριστικά του ερευνητικού έργου.
- Ανοικτές ερωτήσεις (open questions), οι οποίες αφήνουν τον ερωτώμενο ελεύθερο να αναπτύξει την απάντηση του, δίχως προκαθορισμούς.
- Ερωτήσεις γνώμης (opinion questions) που στοχεύουν στην διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των ερωτώμενων για όσα έπραξαν, όσα θα ήθε-

λαν να κάνουν και για το τι θα πρέπει να γίνει από εδώ και πέρα.

Εφαρμόστηκε η στρατηγική της σκόπιμης δειγματοληψίας (purposeful sampling)[13]. Οι συνεντεύξεις έγιναν κυρίως με ερευνητές που έχουν δραστηριοποιηθεί σε ερευνητικά έργα από τα οποία προκύπτουν προϊόντα/υπηρεσίες για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Για την προσέγγιση του θέματος πραγματοποιήθηκαν δέκα (10) συνεντεύξεις με επιστημονικούς υπεύθυνους και συνεργάτες τους, από τα οποία προκύπτουν προϊόντα/υπηρεσίες που απευθύνονται σε ηλικιωμένους. Για την τήρηση της ανωνυμίας της έρευνας οι συνεντευξιαζόμενοι αναφέρονται στην παρούσα εργασία ως Ε1, Ε2... Ε10. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε όλες τις περιπτώσεις, εκτός εκείνης του Ε10, πρόκειται για ερευνητικά έργα όπου ο συνεντευξιαζόμενος ήταν μέλος επιστημονικής ομάδας ελληνικού δημόσιου πανεπιστημίου που συμμετείχε ως εταίρος η/και συντονιστής στο έργο. Στην περίπτωση Ε10 πρόκειται για εκπρόσωπο μεγάλης ελληνικής Εταιρείας που συμμετείχε ως εταίρος σε ανάλογο ερευνητικό πρόγραμμα. Συγκεκριμένα, τη συνέντευξη δίνει η Προϊσταμένη του Τμήματος Marketing της ελληνικής εταιρείας.

Αρχικά, τέθηκε ορισμένος αριθμός περιγραφικών ερωτήσεων (descriptive questions) προς τους συνεντευξιαζόμενους, σχετικά με τα χαρακτηριστικά του ερευνητικού έργου. Συγκεκριμένα, δόθηκε μία σύντομη περιγραφή του έργου και της σκοπιμότητάς του, τη χρονική διάρκειά του (έναρξη, λήξη και τυχόν επέκταση) και το πλαίσιο χρηματοδότησης του. Στη συνέχεια, έγινε μία καταγραφή των δράσεων που έχουν κάνει οι ερευνητές, με στόχο τη δημοσιοποίηση του προϊόντος/υπηρεσίας στα ΜΜΕ.

Συγκεκριμένα, οι προκαθορισμένες ερωτήσεις που εντάχθηκαν στην ενότητα για τη δημοσιοποίηση του προϊόντος/υπηρεσίας στα ΜΜΕ ήταν οι εξής:

1. Έγινε δημοσιοποίηση του προϊόντος στα ΜΜΕ;

2. Αν ναι, η δημοσιοποίηση στα ΜΜΕ έγινε σταδιακά (π.χ. στην έναρξη, κατά τη διάρκεια του έργου ή μόνο στην ολοκλήρωση του;);

3. Μέσω ποιου έγινε η δημοσιοποίηση (π.χ. μέσω Γραφείου Τύπου, πρόσληψη επικοινωνιολόγου, δημοσιογράφου, μέσω κάποιου γνωστού κ.α.);

4. Πως έγινε η δημοσιοποίηση στα έντυπα και ηλεκτρονικά ΜΜΕ, με ποια εργαλεία (π.χ. δελτία τύπου, social media, συνεντεύξεις τύπου, ίντερνετ κ.α.);

5. Πως επιλέχθηκαν τα εργαλεία δημοσιότητας (κριτήρια, αν υπάρχουν);

6. Αν όχι, γιατί δεν έγινε δημοσιοποίηση στα ΜΜΕ;

Η δεύτερη ενότητα ερωτήσεων αφορούσε στη διάχυση προς το κοινό και προς προκαθορισμένες ομάδες-στόχους χωρίς τη χρήση ΜΜΕ. Συγκεκριμένα, οι προκαθορισμένες ερωτήσεις που έγιναν ήταν οι εξής:

1. Έγινε διάχυση προς το κοινό ή/και μόνο προς προκαθορισμένες ομάδες-στόχους;

2. Αν έγινε διάχυση με ποιον τρόπο πραγματοποιήθηκε, τι εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν (π.χ. ενημερωτικά έντυπα, Ημερίδες κ.ά.);

3. Αν έγινε διάχυση προς προκαθορισμένες ομάδες-στόχους, πως τις εντοπίσατε; πως έγινε η πρόσβαση σε αυτές;

- Είχατε επαφές με τους ίδιους τους ηλικιωμένους; πως τους εντοπίσατε;
- Υπήρχε δίαυλος επικοινωνίας (π.χ. σύλλογος/ΚΑΠΗ);
- Είχατε επαφή με συγγενείς ηλικιωμένων;

4. Έγινε απ' ευθείας διάχυση/ενημέρωση; Αν έγινε διάχυση προς προκαθορισμένες ομάδες-στόχους, με ποιον τρόπο έγινε;

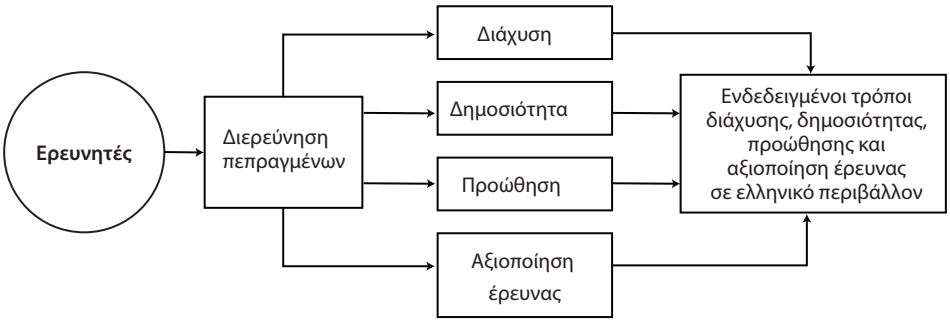
- Τι εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν (π.χ. ενημερωτικά έντυπα, εκδηλώσεις);

Η τρίτη ενότητα ερωτήσεων αφορούσε στην αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας για τα έργα που είχαν ολοκληρωθεί αλλά και διερεύνηση της πρόθεσης των ερευνητών αγιοποιήσουν τα έργα που δεν είχαν ολοκληρωθεί και ήταν σε εξέλιξη. Συγκεκριμένα, οι συνεντευξιαζόμενοι ρωτήθηκαν αν έχουν χρησιμοποιήσει (ή αν προτίθενται να το κάνουν) κάποιον από τους παρακάτω τρόπους αξιοποίησης:

- Ανάπτυξη της βιομηχανικής έρευνας (της έρευνας σε συνεργασία με τη βιομηχανία/επιχειρήσεις)
- Εφάπαξ εκχώρηση του ερευνητικού αποτελέσματος (πώληση): είτε α) αφού έχει προηγηθεί κατοχύρωση με Δ.Ε. είτε β) χωρίς προηγούμενη κατοχύρωση
- Εκχώρηση άδειας χρήσης δικαιωμάτων (licensing) έναντι royalties, η οποία μπορεί να είναι αποκλειστική ή μη
- Έναρξη ιδιωτικού ερευνητικού έργου για την αξιοποίηση του αποτελέσματος μέσω της Επιτροπής Ερευνών, α) έργο «ομπρέλα» β) έναρξη ξεχωριστών ερευνητικών έργων
- Ίδρυση επιχείρησης Τεχνοβλαστού

Τέθηκε το ερώτημα αν τους ενδιαφέρει η εμπορική εκμετάλλευση του προϊόντος/υπηρεσίας τους, αν συνάντησαν εμπόδια προς αυτήν την κατεύθυνση και ποια είναι αυτά. Επίσης, ρωτήθηκαν αν είναι ικανοποιημένοι από το τελικό αποτέλεσμα ή από όσα έκαναν μέχρι τώρα, για τα έργα που είναι σε εξέλιξη. Εκτός από τα οικονομικά οφέλη οι συνεντευξιαζόμενοι ρωτήθηκαν για τα επιστημονικά οφέλη που ενδεχομένως προκύπτουν για εκείνους από την υλοποίηση του έργου τους.

Στην εικόνα 1 αποτυπώνεται η ερευνητική στρατηγική προσέγγισης του θέματος.



Εικ. 1. *Ερευνητική στρατηγική προσέγγισης του θέματος.*

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ενότητα Ερωτήσεων για τη δημοσιοποίηση στα ΜΜΕ (Πίνακας 1)

Από τον πίνακα 1 προκύπτει ότι σχεδόν όλοι οι συντελεστές των έργων κατέβαλαν προσπάθειες δημοσιοποίησης των αποτελεσμάτων τους στα ΜΜΕ, ανεξάρτητα αν αυτές ήταν πετυχημένες ή όχι. Σχετικά με τη χρονική διάρκεια της δημοσιοποίησης, παρατηρείται ότι όπου ο εταίρος είναι σε συνεργασία με ένα γραφείο τύπου, ενδεχομένως του φορέα που ανήκει, η δημοσιοποίηση γίνεται σταδιακά, όπως είναι και το ιδανικό, χρησιμοποιώντας πληθώρα εργαλείων (δελτία τύπου, συνεντεύξεις τύπου, μέσα κοινωνικής δικτύωσης, κ.ά.). Βέβαια, για να γίνει αυτό θα πρέπει να υπάρχει συνεχής συνεργασία και ενημέρωση για την πορεία του έργου μεταξύ της ερευνητικής ομάδας-εταίρου του έργου και του γραφείου τύπου. Αν όντως υπάρχει, επιλέγονται από κοινού τα εργαλεία δημοσιότητας και η χρονική στιγμή της δημοσιοποίησης.

Πίνακας 1. Δημοσιοποίηση του προϊόντος/υπηρεσίας στα ΜΜΕ.

Ερωτήσεις	Απαντήσεις δείγματος ερευνητών									
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Έγινε δημοσιοποίηση στα ΜΜΕ;	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Εν μέρει ναι	Όχι	Ναι	Όχι (μελλοντικά ναι)
Πότε έγινε η δημοσιοποίηση;	Σταδιακά	Έναρξη & ενδιάμεσα αποτελέσματα	Έναρξη (είναι σε εξέλιξη)	Έναρξη (είναι σε εξέλιξη)	Μεμονωμένα	Σταδιακά με έμφαση στην ολοκλήρωση του έργου	Σταδιακά	–	Σταδιακά	–
Ποιος έκανε τη δημοσιοποίηση;	Γραφείο Τύπου	Γραφείο Τύπου	Γραφείο Τύπου	Γραφείο Τύπου	Προσωπικές επαφές	Γραφείο Τύπου & Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών	Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών	–	Με ίδια μέσα	–
Εργαλεία δημοσιοποίησης	Δελτία Τύπου, Συνεντεύξεις Τύπου, Ιστοσελίδες	Δελτία Τύπου, Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης	Δελτία Τύπου, Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης, Ιστοσελίδες	Συνέντευξη Τύπου, Δελτία Τύπου, Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης, Ιστοσελίδες	Δελτία Τύπου	Δελτία Τύπου, Ιστοσελίδες	–	–	Δελτία Τύπου, Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης, Ιστοσελίδες	Ιστοσελίδα
Υπήρξαν κριτήρια επιλογής εργαλείων	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	–	Ναι	–

Όταν η δημοσιοποίηση γίνεται με την εμπλοκή της Ελληνικής Εταιρείας Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών πραγματοποιείται με περιορισμένες επιλογές, και συγκεκριμένα μέσα από συνέδρια και δράσεις.

Ο λόγος που οι συνεντευξιαζόμενοι Ε1και Ε5 δεν έκαναν χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης είναι γιατί, όπως ανέφεραν, δεν υπήρχαν ή ήταν σε αρχικό στάδιο όταν υλοποιούνταν το ερευνητικό έργο.

Σχεδόν όλοι ανάφεραν ότι είναι ικανοποιημένοι από τη δημοσιότητα που είχαν σχετικά με τα ερευνητικά τους έργα. Ο Ε7 ανέφερε ότι δεν έγινε χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης γιατί όπως ανέφερε δεν χρησιμοποιούνται από ηλικιωμένα άτομα.

Ενότητα Ερωτήσεων για τη διάχυση χωρίς χρήση ΜΜΕ (Πίνακας 2)

Από τον Πίνακα 2 προκύπτει ότι όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα απευθύνθηκαν και συνεργάστηκαν με ομάδες-στόχους για τη διάχυση των αποτελεσμάτων τους. Στις περιπτώσεις όπου υπήρχε προηγούμενη εμπειρία η σύνδεση με την ομάδα-στόχο ήταν πιο εύκολη.

Οι ομάδες στόχοι ήταν ηλικιωμένοι, επαγγελματίες υγείας, προγραμματιστές, προσωπικό φορέων κ.ά., ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε έργου. Πολλές φορές, οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιήθηκαν ως ενδιάμεσοι για να φτάσουν στους ηλικιωμένους. Για μόνο δύο ερευνητές το προϊόν/υπηρεσία χαρακτηρίζεται ως B2B και ομάδα στόχος είναι, μεταξύ άλλων, οι επιχειρήσεις.

Τα ΚΑΠΗ ήταν από τους κατ' εξοχήν χώρους επιλογής των ερευνητών για να προσεγγίσουν ηλικιωμένους, καθώς αποτελεί χώρο συγκέντρωσης και κοινωνικοποίησης. Η επιλογή των ΚΑΠΗ έγινε με διάφορους τρόπους, κυρίως όμως με γεωγραφικό κριτήριο, δηλαδή το πλησιέστερο.

Αντίστοιχα, ο Ε9 συμπεριέλαβε στην κοινοπραξία φορέα του Δήμου που απευθύνεται σε ηλικιωμένους. Ο Ε3 όχι απλά επισκέφθηκε το ΚΑΠΗ αλλά διοργάνωσε εκεί μία εκδήλωση, με τίτλο «Information Day», όπου μεταξύ άλλων διένειμε και ενημερωτικά έντυπα με τους στόχους της δράσης.

Πίνακας 2. Διάχυση προς το κοινό και ομάδες-στόχους χωρίς χρήση ΜΜΕ.

Ερωτήσεις	Απαντήσεις δείγματος ερευνητών									
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Ομάδες-στόχους	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
Ηλικιωμένοι	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Ως ασθενείς	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
Επαγγελματίας υγείας ή/και άλλη επαγγ. ομάδα	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
Συγγενείς ηλικιωμένων	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Εν μέρει ναι	Όχι
Κοινό	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι	–	Όχι	Ναι	–
Εργαλεία διάχυσης	Σεμινάρια Workshops Δρώμενα Φυλλάδια αφίσες	Συμμετοχή σε Εκδηλώσεις, Εκθέσεις	Ημερίδες φυλλάδια	Εκδηλώσεις Συνέδρια Sms Έντυπα Promo video Newsletter	Ημερίδες Συμπόσια φυλλάδια	Ημερίδα Φυλλάδιο	Ημερίδα	–	Φυλλάδια Συμμετοχή σε Εκθέσεις, Φεστιβάλ, εκδηλώσεις	Event σε Νοσοκομείο (μελλοντικά) & διεκδίκηση Βραβείου
Πρόσβαση/δίαυλος επικοινωνίας	Σύλλογος Τυφλών κ.α.	ΚΑΠΗ	ΚΑΠΗ ΠΚΜ	Σύλλογος Πάρκινσον, συναφείς χώροι	Κλινικές Σύλλογοι ασθενών ΚΑΠΗ Δήμος	Εταιρεία Αλτσχάιμερ ΚΑΠΗ	Εταιρεία Αλτσχάιμερ ΚΑΠΗ Κέντρα Ημέρας Ετ. Αλτσχάιμερ		Άμεσα & μέσω Φροντίδας Ζωής και σε σπίτια ηλικιωμένων, Δήμος	Νοσοκομεία, ΚΑΠΗ, ΟΤΑ (μελλοντικά)

Η επιλογή των εταίρων ενός προγράμματος είναι ιδιαίτερα σημαντική για την επίτευξη των στόχων. Ενδεικτική, είναι η συνεισφορά μεγάλης εταιρείας κινητής τηλεφωνίας που ως εταίρος του προγράμματος έστειλε περίπου 200.000 sms σε συνδρομητές της προκειμένου να συμμετάσχουν στο ερευνητικό πρόγραμμα που συμμετείχε ο Ε4 αλλά και να τους επιβραβεύσει για τη συμμετοχή τους σε αυτό, γεγονός που αποτελεί σημαντικό κίνητρο για τη συμμετοχή τους. Οι Σύλλογοι και οι Κοινότητες (Αλτσχάιμερ, Νεφροπαθών, Πάρκινσον, κ.ά.) αποτέλεσαν σημαντικό δίαυλο επικοινωνίας με τους ηλικιωμένους για τους περισσότερους ερευνητές. Ένας ερευνητής επέλεξε συγκεντρώσεις σε ομάδες ασθενών, μέσω πανεπιστημιακών κλινικών, όπου προσέγγισε ασθενείς έναν προς έναν, και όπως ανέφερε ήταν ιδιαίτερα αποδοτικό.

Η διοργάνωση Ημερίδων αποτέλεσε δημοφιλή επιλογή, ως προς τη διάχυση προς το κοινό, αφού σχεδόν όλοι διοργάνωσαν ανάλογες εκδηλώσεις. Η συμμετοχή σε εκδηλώσεις, εκθέσεις, φεστιβάλ, event σε νοσοκομεία, είτε με στοχευμένο κοινό είτε ανοικτές προς κάθε ενδιαφερόμενο, ήταν ορισμένοι από τους τρόπους που επέλεξαν οι ερευνητές προκειμένου να προσεγγίσουν τις ομάδες-στόχους. Ο Ε4 επέλεξε την παγκόσμια ημέρα κατά της συγκεκριμένης νόσου που αφορά στο πρόγραμμα του, ως χρονική στιγμή για την πρώτη ταυτόχρονη διάχυση σε όλες τις χώρες των εταίρων του έργου, μέσα από τη διοργάνωση εκδηλώσεων. Γεγονός που αποτελεί μια έξυπνη κίνηση, καθώς εκείνη την ημέρα τα ΜΜΕ είναι πιο ευαισθητοποιημένα ως προς το να παραχωρήσουν περισσότερο χώρο και χρόνο για τη διάχυση της είδησης. Επίσης, επέλεξε η διάχυση να μην είναι μεμονωμένη, αλλά να γίνεται σταδιακά μέσα σε μία χρονική διάρκεια 4 ετών και ένα προδιαγεγραμμένο πρόγραμμα διάχυσης.

Δημοφιλές εργαλείο διάχυσης αποτέλεσαν και τα ενημερωτικά έντυπα (φυλλάδια), όπως καταγράφεται στον πίνακα. Ο Ε3 κατέστησε πιο ενεργό τον ρόλο των ηλικιωμένων στο πρόγραμμά του, καθώς θα συμμετάσχουν σε εκπαιδευτικό σεμινάριο, διάρκειας 3 ωρών, σε υπολογιστές και tablets και παράλληλα θα συσχεδιάζει μαζί τους πρακτικές και εύχρηστες για εκείνους εφαρμογές.

Ο Ε7 χρησιμοποίησε με επιτυχία το παραδοσιακό κανάλι επικοινωνίας στόμα με στόμα (word of mouth). Ως τρόπο διάχυσης ο Ε10 επέλεξε τη διεκδίκηση βραβείου σε διαγωνισμό καινοτομίας γεγονός που αν το πετύχει θα του φέρει, όπως ανέφερε, ανάλογη δημοσιότητα.

Οι συγγενείς των ηλικιωμένων αποτέλεσαν μία από τις ομάδες-στόχους των ερευνητών, ειδικά σε εκείνες τις περιπτώσεις που η επικοινωνία με τους ηλικιωμένους ήταν δύσκολη (λόγω νοητικής υστέρησης, άνοιας, κ.ά.). Σε γενικές γραμμές, ακόμα και εκεί που οι συγγενείς/συνοδοί ηλικιωμένων δεν αποτελούσαν ομάδα-στόχο, δεν αποκλείστηκε η συνεργασία μαζί τους προκειμένου να ολοκληρωθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η έρευνα.

Ενότητα Ερωτήσεων για την αξιοποίηση των προϊόντων/υπηρεσιών (Πίνακας 3)

Τα έργα που έχουν ολοκληρωθεί είναι των ερευνητών Ε1, Ε2, Ε5, Ε6, Ε7 και Ε10, ενώ τα έργα των Ε3, Ε4, Ε8 και Ε9 είναι σε εξέλιξη ή/και σε αρχικό στάδιο. Η διευκρίνιση αυτή δίνεται για να αποσαφηνιστεί ότι η απάντηση στα ερωτήματα για την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων (εμπορική, επιστημονική, κ.ά.) αφορά την πρόθεση των ερευνητών να προβούν σε συγκεκριμένες ενέργειες όταν ολοκληρωθούν τα έργα.

Για τα έξι έργα που έχουν ολοκληρωθεί, μόλις τα δύο προχωρούν σε αξιοποίηση των προϊόντων/υπηρεσιών που προέκυψαν από αυτά. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ένα από αυτά, το Ε10, είναι ελληνικής Εταιρείας που έχει στόχο μόνο το οικονομικό όφελος. Το έργο ολοκληρώθηκε το 2013 και η εταιρεία υποστήριξε ότι μέχρι τον Ιούλιο του 2017 θα το έχει λανσάρει ως προϊόν. Το δεύτερο είναι το Ε2 το οποίο ολοκληρώθηκε στις 31/1/2017 και ο Επιστημονικός Υπεύθυνος του έργου προτίθεται να το αξιοποιήσει. Τα υπόλοιπα τέσσερα έργα που ολοκληρώθηκαν εδώ και καιρό και θα μπορούσαν να έχουν δώσει προϊόντα/υπηρεσίες προς αξιοποίηση, δεν τα κατέφεραν. Οι λόγοι είναι κυρίως οι διαδικασίες που πρέπει να ακολουθήσει κάποιος που θέλει να αξιοποιήσει το προϊόν του, ο μη διαθέσιμος χρόνος, η μη ανταπόκριση έως και αδιαφορία των φορέων (Δήμος, αρμόδιο Υπουργείο) που θα μπορούσαν να πάρουν έτοιμο το προϊόν/υπηρεσία και να το αξιοποιήσουν, η χρηματοδότηση αλλά και η νοοτροπία. Αξίζει να αναφερθεί, ότι οι διαδικασίες ως εμπόδιο στην αξιοποίηση του προϊόντος/υπηρεσίες αναφέρθηκαν σχεδόν από όλους τους συνεντευξιαζόμενους.

Πίνακας 3. Αξιοποίηση των προϊόντων/υπηρεσιών.

Ερωτήσεις	Απαντήσεις δείγματος ερευνητών									
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Open source	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι
Αξιοποίηση αποτελεσμάτων		Ναι	Ναι	Ναι	Όχι στην Ελλάδα	Όχι στην Ελλάδα			Ναι	Ναι
Πατέντα		Ναι		Μάλλον						
Εμπορική εκμετάλλευση		Ναι		Ναι					Ναι	Ναι
Εμπόδια	Μη ανταπόκριση φορέων	Διαδικασίες-Χρηματοδότησης	Διαδικασίες-Χρηματοδότησης	Διαδικασίες στην Ελλάδα	Διαδικασίες Ελληνικό περιβάλλον	Άγνοια Νοοτροπία Μη κατανοητές διαδικασίες	Έλλειψη χρόνου & ενημέρωσης	Άγνοια Έλλειψη Χρόνου	Έλλειψη χρόνου Διαδικασίες Χρηματοδότηση	–
Επιστημονικό όφελος	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι
Ικανοποιημένοι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι

Αρκετοί ερευνητές ανέφεραν ότι ο λόγος που δεν αξιοποίησαν το ερευνητικό αποτέλεσμα ήταν γιατί ήταν «open source», ενώ μόνο ένας συνεντευξιαζόμενους γνώριζε ότι αυτό δεν αναιρεί τις δυνατότητες αξιοποίησής του.

Ένα σημαντικό εύρημα που προέκυψε από την έρευνα ήταν ενώ γίνεται αξιοποίηση των αποτελεσμάτων του έργου από τους εταίρους στο εξωτερικό, στην Ελλάδα δε γίνεται καμία απολύτως προσπάθεια προς αυτήν την κατεύθυνση. Ενδεικτικό της νοοτροπίας αποτελεί το σκεπτικό που ανέπτυξε ένας συνεντευξιαζόμενος αναφέροντας ότι στόχος του πανεπιστήμιου δεν είναι να βγάζει προϊόντα καθώς δεν πρόκειται για ένα ίδρυμα κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Η έλλειψη χρόνου αναφέρθηκε ως βασικό εμπόδιο (Ε7) για έναν Καθηγητή που εργάζεται σε τέσσερις βασικούς πυλώνες: το διδακτικό έργο, το διοικητικό, το ερευνητικό και το συγγραφικό. Ως εκ τούτου, η επέκταση των δραστηριοτήτων του και σε εκείνον τον χώρο που χαρακτηρίζεται ως επιχειρηματικός αξιολογείται από τους συνεντευξιαζόμενους ως αδύνατο. Σε αυτό το σημείο αναδείχθηκε η ανάγκη καθοδήγησης από επαγγελματία του μάνατζμεντ.

Τα πράγματα είναι πολύ πιο ξεκάθαρα για την ιδιωτική Εταιρεία που προχώρησε στην εμπορευματοποίηση του προϊόντος, καθώς ήταν αποκλειστικά προσανατολισμένη, σε αντίθεση με τους άλλους ερευνητές, στο οικονομικό όφελος και αντίθετη ως προς το επιστημονικό όφελος που θα μπορούσε να προκύψει μέσα από τη συμμετοχή της σε συνέδρια, κ.ά. Όλοι οι υπόλοιποι συνεντευξιαζόμενοι αποκόμισαν επιστημονικό όφελος μέσα από τη συμμετοχή τους σε Συνέδρια, επιστημονικά περιοδικά αλλά και εύρεση δεδομένων που τους επέτρεψαν την περαιτέρω συνέχιση της έρευνας.

Από την έρευνα προέκυψε ότι η άγνοια των διαδικασιών και οι έλλειψη χρόνου αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για κάθε μορφής δράση και αξιοποίηση ενώ η εμπειρία και η καλή οργάνωση αν και αποτελούν σημαντικά εφόδια δεν μπορούν να ξεπεράσουν τα εμπόδια που θέτει το ελληνικό περιβάλλον και οι διαδικασίες. Επίσης, ως εμπόδιο αναφέρθηκε η χρηματοδότηση και ως διέξοδος προτάθηκαν χρηματοδοτικά εργαλεία όπως είναι τα Innovation Action (Horizon 2020 – Types of Action For Researchers- produce plans & arrangements or designsfor new, altered or improved products, processes or services) τα οποία μπορούν να επιτρέψουν στα νέα προϊόντα να φύγουν από τα ράφια του εργαστηρίου. Η ίδρυση επιχείρησης τεχνοβλαστού συναντά αντίξοες συνθήκες στο ελληνικό περιβάλλον ακόμα κι αν υπάρχει προηγούμενη εμπειρία λόγω της ιδιαιτερότητας του ελληνικού περιβάλλοντος και τις οικονομικής κρίσης.

Εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι, ανεξάρτητα από την υπερπήδηση ή όχι των εμποδίων, όλοι

οι συνεντευξιαζόμενοι δήλωσαν ικανοποιημένοι από όσα έκαναν για την προώθηση του προϊόντος/υπηρεσίας τους και μόνο ένας ερευνητής άσκησε αυτοκριτική για τα πράγματα που θεωρεί ότι έπρεπε να έχουν γίνει και δεν έγιναν.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την έρευνα προέκυψαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ερευνητών για όσα έπραξαν και θα πράξουν (για τα έργα που είναι σε εξέλιξη) για την προώθηση και διάχυση των προϊόντων/υπηρεσιών που προκύπτουν από τα ερευνητικά τους έργα.

Οι ηλικιωμένοι είναι μία ιδιαίτερη κατηγορία χρηστών. Αυτό που είναι σημαντικό για τους ηλικιωμένους είναι ότι όσο μεγαλώνουν μειώνεται η κινητικότητα και ο κοινωνικός τους κύκλος. Η έννοια της «γειτονιάς» στενεύει επικίνδυνα, γιατί, μεταξύ άλλων, περιορίζεται η κινητικότητά τους ενώ όσο μεγαλώνουν νιώθουν έλλειψη συντροφικότητας και απαρνούνται κάποιες δραστηριότητές τους. Επίσης, η σχέση τους με την τεχνολογία είναι ιδιαίτερη. Οι ηλικιωμένοι είναι αποκομμένοι από τις λεγόμενες έξυπνες συσκευές, π.χ. τα tablets, κινητά με αναβαθμισμένο λογισμικό, γιατί δε μπορούν να ακολουθήσουν τη λογική πλοήγησης σε επίπεδο κινητής τηλεφωνίας. Στην ιδιαιτερότητα αυτή στάθηκε ένας ερευνητής αναφερόμενος στην προσέγγιση των ηλικιωμένων στα ΚΑΠΗ υποστηρίζοντας ότι επέλεξε να πλαισιώνονται από ψυχολόγους. Η προσέγγιση αυτή είναι σύμφωνη με τους Heart & Kalderon[1] που αναφέρουν ότι η διαθεσιμότητα βοήθειας ενός κοντινού υποστηρικτή είναι σημαντικός παράγοντας.

Αξίζει να αναφερθεί ότι το φαινόμενο δεν περιορίζεται στους ηλικιωμένους, καθώς πολλά προβλήματα παρατηρήθηκαν με τους περιθάλποντες που έκαναν εξ αποστάσεως συμβουλευτική ψυχολογική υποστήριξη και εκπαίδευση.

Από τις συνεντεύξεις με τους ερευνητές προέκυψε το στοιχείο ότι σχεδόν κανένα από τα ερευνητικά έργα δεν καταφέρνουν να εμπορευματοποιηθούν και να βγουν στην ελληνική αγορά ως προϊόντα/υπηρεσίες. Μάλιστα αναφέρθηκε ότι για μία επιστημονική ομάδα είναι ευκολότερο να διεκδικήσει την ανάθεση ενός ερευνητικού έργου από το να δημιουργήσει ένα εμπορικό προϊόν. Για τον λόγο αυτό, οι επιστημονικές ομάδες επενδύουν περισσότερο στη συγγραφή προτάσεων.

Επίσης, παρατηρήθηκε το φαινόμενο ότι ενώ στο ίδιο έργο οι εταίροι του εξωτερικού προχωρούν σε αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, οι Έλληνες εταίροι παραμένουν απαθείς σε μία τέτοια προοπτική. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η Έλληνες εταίροι δεν θέτουν κανέναν όρο εξ αρχής, ή έστω στη συνέχεια, για να εκμεταλλευτούν τα αποτελέσματα της έρευνάς τους.

Σε αντίθεση, ο Ε10 που όπως έχει προαναφερθεί είναι ελληνική εταιρεία προσανατολισμένη στο οικονομικό όφελος, αφού ολοκληρώθηκε το έργο αποφάσισε να το μετατρέψει σε εμπορικό προϊόν. Έτσι καταγράφεται μία εντελώς διαφορετική προσέγγιση και όπως θα αναδειχθεί στην πορεία, και νοοτροπία στο θέμα της εμπορευματοποίησης των προϊόντων.

Κοινός παρανομαστής σε όλες ανεξαρτήτως τις συνεντεύξεις ήταν, ως εμπόδιο, το δυσμενές ελληνικό περιβάλλον. Οι ερευνητές παρουσιάστηκαν επιφυλακτικοί στο να αναλάβουν πρωτοβουλίες, όπως π.χ. η ίδρυση επιχείρησης τεχνοβλαστού, υποστηρίζοντας ότι δεν υπάρχει στήριξη από το κράτος το οποίο δημιουργεί συνθήκες ασφυξίας στις εταιρείες και αποχωρούν από τις κοινοπραξίες για γραφειοκρατικούς, κυρίως, λόγους.

Επίσης, ορισμένοι ερευνητές ανέφεραν ότι τα προβλήματα προϋπήρχαν από την οικονομική κρίση η οποία απλά τα επιδείνωσε.

Αν η αποτύπωση της κατάστασης, όπως προκύπτει στην παρούσα έρευνα, είναι τόσο δυσμενής, μήπως θα έπρεπε το πανεπιστήμιο να επαναπροσδιορίσει τον ρόλο του; Εκτός από το επιστημονικό όφελος τα πανεπιστήμια θα μπορούσαν να επωφεληθούν και από ένα οικονομικό. Αυτό άλλωστε υποστηρίζουν και οι ερευνητές επισημαίνοντας ότι το οικονομικό όφελος δεν θα έχει χαρακτήρα προσωπικό αλλά εθνικό, καθώς θα παράγεται μία προστιθέμενη αξία η οποία θα φέρει θεωρητικά κάποια έσοδα και θα ωφελήσει το ίδρυμα. Επίσης, θα δημιουργηθούν νέες θέσεις εργασίας για τους ερευνητές. Τα οφέλη θα είναι πολλαπλά. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τα πανεπιστήμια που παρέχουν υψηλότερα μερίδια δικαιωμάτων στους επιστήμονες των σχολών τους φαίνεται να δημιουργούν μεγαλύτερα εισοδήματα από τις άδειες χρήσης δικαιωμάτων, ελέγχοντας το μέγεθος του πανεπιστημίου, την ακαδημαϊκή ποιότητα, τη χρηματοδότηση της έρευνας και άλλους παράγοντες[15].

Όμως οι περισσότεροι ερευνητές ανέφεραν

ότι δεν έχουν υποστήριξη από τα ιδρύματά τους για να προχωρήσουν στην αξιοποίηση της έρευνάς τους ή/και στην εμπορευματοποίηση των προϊόντων τους. Άλλωστε, τα ελληνικά πανεπιστήμια δεν χαρακτηρίζονται από επιχειρηματική κουλτούρα και νοοτροπία υπέρ της εμπορευματοποίησης των προϊόντων τους. Χαρακτηριστική ήταν η στάση νέου ερευνητή/συνεντευξιαζόμενου που υποστήριξε ότι δεν μπορεί να προχωρήσει προς αυτήν την κατεύθυνση γιατί το πανεπιστήμιο του δεν έχει κερδοσκοπικό χαρακτήρα.

Η νοοτροπία Καθηγητών και φοιτητών, όπως αναδείχθηκε, αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην αξιοποίηση των προϊόντων. Στο διεθνές περιβάλλον απουσιάζει αυτή η μορφή νοοτροπίας. Υπάρχουν όμως και εκεί διαφορές στη δραστηριότητα μεταφοράς τεχνολογίας από πανεπιστήμιο σε πανεπιστήμιο που οφείλονται στην ιστορική εμπειρία, την ερευνητική κουλτούρα και τη νοοτροπία που έχει το κάθε ίδρυμα. Τα άτομα που εκπαιδεύονται σε ιδρύματα που έχουν καθιερωθεί εδώ και πολύ καιρό σχετικά με τις διαδικασίες μεταφοράς τεχνολογίας είναι πιο πιθανό να αξιοποιήσουν τις εφευρέσεις τους[16].

Επιπλέον, οι συνεντευξιαζόμενοι επιθυμούν να δοθούν κίνητρα και να αλλάξουν κάποια πράγματα στις δομές του ελληνικού δημόσιου πανεπιστημίου που θα είναι προς όφελος της προώθησης του προϊόντος και της οικονομικής εκμετάλλευσης αυτών των προϊόντων/υπηρεσιών. Αυτό προκύπτει και από το διεθνές περιβάλλον όπου τα κίνητρα φαίνεται να είναι μεγαλύτερα στα ιδιωτικά πανεπιστήμια από ό,τι στα δημόσια. Το κίνητρα που δίνονται στο επηρεάζονται από τις οικονομικές διαφοροποιήσεις, τους περιορισμούς που προέρχονται από το κράτος και είναι σε συνάφεια με τους στόχους για την ανάπτυξη που έχει η κάθε περιοχή όπου εδρεύει ένα πανεπιστήμιο[15].

Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί στο εξωτερικό αναγνωρίζουν γενικά την ανάγκη για μάρκετινγκ, αλλά συχνά όχι τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να το εφαρμόσουν. Επίσης, συχνά δε διακρίνουν τη διαφορά μεταξύ του μάρκετινγκ και των δημοσίων σχέσεων ενώ έχει καταγραφεί η μη χρήση του διαδικτυακού μάρκετινγκ. Όταν ρωτήθηκαν στις συνεντεύξεις εκπρόσωποι από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς για τους περιορισμούς και τα εμπόδια στις προσπάθειες τους για δράσεις μάρκετινγκ απάντησαν σχεδόν όλοι το ίδιο: τα χρήματα, ο χρόνος ή/και οι πόροι (ανθρώπινο δυναμικό)[17]. Σχεδόν οι ίδιες απαντήσεις δόθηκαν και από τους Έλληνες ερευνητές.

Υπάρχει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα γι αυτά τα προϊόντα/υπηρεσίες σε σχέση με τα υπόλοιπα της αγοράς και αν ναι ποιο είναι αυτό; Η ύπαρξη ενός πανεπιστημιακού ιδρύματος στην ομάδα δημιουργίας ενός προϊόντος ή υπηρεσίας, αυτόματα αυξάνει το κύρος και την αξιοπιστία του. Αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο στην περίπτωση προϊόντων και υπηρεσιών, που απευθύνονται σε ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού, όπως οι ηλικιωμένοι, καθώς σε τέτοιες περιπτώσεις οι ασφαλιστικές δικλείδες που ζητά ο καταναλωτής είναι περισσότερες και ενισχυμένες. Άλλωστε, σύμφωνα με τους Macias & McMillan[18], οι ηλικιωμένοι καταναλωτές έδειξαν ότι προτιμούν ιστοσελίδες από ουδέτερα μέρη, όπως τα εκπαιδευτικά ιδρύματα.

Ο Ε3 πιστεύει ακράδαντα στη δυναμική αυτών των προϊόντων και ότι οι ηλικιωμένοι γενικότερα έχουν ένα σεβασμό στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και λόγω κουλτούρας και λόγω φιλοσοφίας ζωής. Επίσης, υποστήριξε ότι η έννοια του καθηγητή έχει μεγαλύτερη βαρύτητα σε έναν ηλικιωμένο άνθρωπο από έναν νέο ηλικίας 15-20 χρονών.

Βάσει του επιχειρήματος της μη αντιπροσωπευτικότητας των δειγμάτων, η πληροφόρηση που προκύπτει από τέτοιες τεχνικές θεωρείται συχνά μεροληπτική[19]. Επίσης, στην εργασία καταγράφονται μόνο οι διαστάσεις (αντιλήψεις, εμπειρίες, ερμηνείες) που οι συμμετέχοντες επιλέγουν να αποκαλύψουν, στο πλαίσιο μιας ποιοτικής συνέντευξης, γεγονός που συνιστά έναν επιστημολογικό περιορισμό της συνέντευξης[13].

Βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας διαπιστώνεται ότι οι ερευνητές, αν και έχουν προβεί σε ενέργειες διάχυσης και δημοσιότητας, αντιμετώπισαν όλοι σοβαρά προβλήματα στην αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνάς τους λόγω, κυρίως, των διαδικασιών, της έλλειψης στρατηγικής μάρκετινγκ, αλλά και της επικρατούσας νοοτροπίας, τόσο εντός όσο και εκτός του ακαδημαϊκού χώρου. Κατά συνέπεια διαπιστώνεται ότι είναι απαραίτητη μία αναδιοργάνωση του τρόπου αξιοποίησης των προϊόντων/υπηρεσιών που προκύπτουν μέσα από τα ερευνητικά έργα των πανεπιστημίων. Θα πρέπει να δοθούν άμεσα όλες εκείνες οι δυνατότητες που χρειάζονται οι ερευνητές για να αξιοποιήσουν τα ερευνητικά τους απο-

τελέσματα, όπως η απλοποίηση των διαδικασιών, η δημιουργία ή/και ενίσχυση των δομών εντός των ελληνικών πανεπιστημίων που έχουν επωμιστεί τις συγκεκριμένες αρμοδιότητες.

Η ουσιαστική πρόκληση που προκύπτει από την παρούσα μελέτη είναι να γίνει ένας στρατηγικός σχεδιασμός για την αξιοποίηση της έρευνας στα εκπαιδευτικά ιδρύματα της χώρας ενώ παράλληλα θα πρέπει να γίνουν βήματα από όλες τις πλευρές για να ωριμάσει τόσο η πανεπιστημιακή κοινότητα όσο και ο επιχειρηματικός κόσμος και να αντιληφθούν την αξιοποίηση της έρευνας σαν μία αμοιβαία ανάγκη όπου μόνο οφέλη έχουν να αποκομίσουν και οι δύο από αυτό.

Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού και το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας που χαρακτηρίζεται από την επικράτηση χρόνιων και εκφυλιστικών παθήσεων προκαλεί, μεταξύ άλλων, μεγάλη επιβάρυνση στα οικονομικά κόστη της υγειονομικής περίθαλψης. Η εφαρμογή νέων τεχνολογιών μπορεί να βοηθήσει στην παροχή μιας πιο οικονομικής υγειονομικής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους και, ταυτόχρονα, να δώσει τη δυνατότητα σε ηλικιωμένα άτομα να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους.

Η μελέτη αναδεικνύει το γεγονός ότι, μέχρι στιγμής, η τεχνολογία που παράγεται στα ελληνικά πανεπιστήμια παραμένει ανεκμετάλλευτη λόγω, μεταξύ άλλων, της ενοχοποίησης της επιχειρηματικότητας εντός του ακαδημαϊκού περιβάλλοντος αλλά και της αδύναμης σχέσης μεταξύ των πανεπιστημίων και του επιχειρηματικού τομέα. Ταυτόχρονα, αναδεικνύει την έλλειψη στρατηγικής μάρκετινγκ. Όλα αυτά, αν ληφθούν υπ' όψιν, μπορούν να δώσουν πολύτιμες πληροφορίες στον χειρισμό των ερευνητικών δεδομένων για έναν καλύτερο στρατηγικό σχεδιασμό και αξιοποίησή τους στις πολιτικές για την υγεία. Η αναστροφή της οικονομικής ύφεσης του συστήματος υγείας μπορεί να επιτευχθεί, μεταξύ άλλων, μετουσιώνοντας τα ερευνητικά αποτελέσματα των ελληνικών πανεπιστημίων σε προϊόντα και υπηρεσίες.

Επίσης, η μελέτη αναδεικνύει την ανάγκη για την εφαρμογή του κοινωνικού μάρκετινγκ σε μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που αν συμπεριληφθεί στον σχεδιασμό τους μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο που θα συμβάλλει στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, μεγιστοποιώντας το κοινωνικό όφελος.

Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού ενδέχεται να καθιστά τους ηλικιωμένους ένα νέο τύπο «καταναλωτή». Οι επικοινωνιολόγοι της υγείας θα πρέπει να συμπεριλάβουν στον σχεδιασμό τους, τους παράγοντες εκείνους που αναδεικνύονται στην παρούσα μελέτη και μπορούν να καταστήσουν αποτελεσματικές τις παρεμβάσεις τους στον χώρο της υγείας.

Μέσα από την μελέτη δίνονται σημαντικές πληροφορίες για τους ενδεδειγμένους τρόπους διάχυσης και δημοσιοποίησης των ερευνητικών αποτελεσμάτων, λαμβάνοντας υπ' όψιν το ελληνικό περιβάλλον, που αν αξιοποιηθούν μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά στην εξωστρέφεια των υπηρεσιών/δομών και να μετατραπούν στο μέτρο του δυνατού, σε προσφορά για την ελληνική κοινωνία. Η δημοσιότητα και η διάχυση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην οργάνωση και στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας γιατί συμβάλουν στην ενημέρωση των πολιτών, στη διαφάνεια και κυρίως στην οικοδόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τους ασθενείς-καταναλωτές.

Η παρούσα έρευνα αναδεικνύει μια υπάρχουσα κατάσταση που υπολείπεται των διεθνών δρώμενων, έχει όμως περιθώρια βελτίωσης. Είναι σημαντικό να επέλθει βελτίωση σε αυτόν τον χώρο γιατί είναι σημαντικό να αναβαθμιστεί η δημόσια υγεία μέσω την αξιοποίησης αυτών των προϊόντων/υπηρεσιών που προκύπτουν μέσα από τα ελληνικά δημόσια πανεπιστήμια. Προς αυτήν την κατεύθυνση, επιτακτική ανάγκη, που διαπιστώθηκε από όλους σχεδόν τους συνεντευξιαζόμενους, είναι η απλοποίηση των διαδικασιών που δίνουν τη δυνατότητα σε έναν ερευνητή να αξιοποιήσει το προϊόν/υπηρεσία που προκύπτει μέσα από το ερευνητικό του έργο. Παράλληλα, θα πρέπει δημιουργηθούν ή/και να ενισχυθούν οι δομές εντός των ελληνικών πανεπιστημίων που έχουν επωμιστεί τις συγκεκριμένες αρμοδιότητες.

Η ενίσχυση με εξειδικευμένο προσωπικό των Γραφείων Μεταφοράς Τεχνογνωσίας και Μάρκετινγκ είναι σημαντική. Πρωτίστως το Γραφείο θα πρέπει να ενημερώσει όλους τους ερευνητές-που όπως διαπιστώθηκε ελάχιστοι γνώριζαν τις διαδικασίες- για τις δυνατότητες αξιοποίησης της έρευνάς τους τόσο πριν την κατάθεση μιας πρότασης όσο και μετά. Η συμβουλευτική προς τους ερευνητές θα πρέπει να ξεκινάει από την αρχή, πριν από τις διαπραγματεύσεις μιας κοινοπραξίας, για το

πώς να οριοθετήσουν τη διανοητική τους περιουσία. Άλλωστε, υπάρχουν πανεπιστήμια που έχουν ήδη κινηθεί προς αυτήν την κατεύθυνση. Όμως θα πρέπει και οι ίδιοι οι ερευνητές να αλλάξουν στάση, όπως συμβαίνει σε πανεπιστήμια του εξωτερικού, στο θέμα της εμπορευματοποίησης των προϊόντων τους, καθώς όπως διαπιστώθηκε μόνο οφέλη θα έχουν να αποκομίσουν από αυτό.

Το παράδειγμα ιδρυμάτων του εξωτερικού που έχουν πολύ καλά οργανωμένες δομές ανέφεραν πολλοί συνεντευξιαζόμενοι. Υπάρχουν φορείς με τους οποίους συμπράττουν, σε μία περιοχή, τα πανεπιστήμια, ο δήμος και τα επιμελητήρια. Μέσω αυτών των συνεργειών, αφού εντοπιστούν προϊόντα που μπορούν να αξιοποιηθούν θα μπορούν να έχουν ένα ολοκληρωμένο «πακέτο» της υποστήριξης που χρειάζονται. Αν και υπάρχουν τέτοιες δομές στην Ελλάδα δεν λειτουργούν αποδοτικά. Στοχευμένα σε μία μεγάλη περιοχή θα μπορούσε το κράτος, μέσω και των πανεπιστημίων, να δημιουργήσει τις γέφυρες αυτές και να δώσει αυτό που λείπει στις επιχειρήσεις και στα πανεπιστήμια.

Σε πολλές συνεντεύξεις όταν οι ερευνητές ρωτήθηκαν για το αν έχουν την υποστήριξη του κράτους στις ερευνητικές του προσπάθειες όλοι το αρνήθηκαν κατηγορηματικά. Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι ερευνητές έχουν εναποθέσει μεγαλύτερες ελπίδες στην ανάληψη πρωτοβουλίας από το ελληνικό κράτος.

Λόγω της δυσμενούς οικονομικής συγκυρίας που έχει πλήξει δραματικά τα πανεπιστημιακά ιδρύματα της Ελλάδας, με αποτέλεσμα πολλά από αυτά να αδυνατούν να πληρώσουν ακόμα και τις ανελαστικές τους δαπάνες, θα πρέπει άμεσα να δοθούν όλες εκείνες οι δυνατότητες που χρειάζονται οι ερευνητές για να αξιοποιήσουν τα ερευνητικά τους αποτελέσματα αφού πρωτίστως αλλάξουν και οι ίδιοι στάση στο συγκεκριμένο θέμα. Θα πρέπει να αλλάξει η νοοτροπία των ερευνητών και να σταματήσει η ενοχοποίηση της επιχειρηματικότητας στα ελληνικά πανεπιστήμια ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να ενισχυθούν οι αδύναμες σχέσεις των πανεπιστημίων με τον επιχειρηματικό τομέα. Η δημιουργία ή/και η ενίσχυση των αρμόδιων γραφείων εντός των πανεπιστήμιων θα πρέπει να καταστεί άμεση προτεραιότητα για τις πρυτανικές αρχές των ιδρυμάτων.

Η αξιοποίηση των συγκεκριμένων εφαρμογών από τους ηλικιωμένους μπορεί να προσδώσει πολλαπλά οφέλη και να συμβάλει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την αξιοποίηση αυτών των εφαρμογών που προκύπτουν μέσα από τα ερευνητικά έργα των ελληνικών πανεπιστημίων είναι η γνωστοποίηση τους στους ηλικιωμένους. Τα νέα ερευνητικά δεδομένα θα πρέπει να διαχυθούν και να εφαρμοστούν στην κοινωνία ώστε να αξιοποιηθούν.

ABSTRACT

***Louizou E, Vlassi A, Bamidis P, Dardavesis Th.I.* Exploring the effectiveness of public promotion and awareness raising publicity activities of new technology enhanced social care services/products of research programmes for elderly people.** *Hell Iatr 2018; 84: 73-84.*

This thesis aims at exploring the (appropriate) ways of disseminating and publicizing the promotion of products/services from research centers addressed to older people (65+), taking into account the obstacles arising from the academic environment and the adverse economic circumstances. There were 15 in-depth interviews with qualitative features. The Semi-structure Interview method, which is characterized by a set of predefined questions, is chosen as it is more flexible. The strategy of purposeful sampling was implemented. Interviews have been conducted with 10 researchers who have collaborated with research centers active in product/service research and development for older people. All researchers encountered serious problems in capitalizing on their research results, although they had carried out dissemination and publicity actions. The main causes of the problems were the lack of marketing strategy, the applicable procedures and the prevailing mentality both within and outside the academic sphere. Researchers should be given all the possibilities required to exploit their research results. This is an imperative that has emerged from almost all interviews. It was also found that Greek universities should simplify their processes, create structures where they do not exist and enhance existing ones. The researchers themselves should change their attitudes and realize the benefits they have to gain if they move in that direction.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Heart T, Kalderon E*. Older adults: Are they ready to adopt health-related ICT? Inter J Med Informatics 2013, 82: 209-31.
2. *Κυριόπουλος Ι*. Τα Βιολογικά Αίτια της Γήρανσης και τα

Προβλήματα της «Τρίτης Ηλικίας» Στο: Σειρά Επιστημονικές Επιμορφωτικές Διαλέξεις, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα, 1998: 23-9.

3. *Bamidis P*. Building neuroscientific evidence and creating best practices for Active and Healthy Aging through ubiquitous exergaming and Living Labs In: Engineering in Medicine and Biology Society, 37th Annual Inter national Conference of the IEEE; 2015 Aug 25-9; Milan 2015, Available from: http://ieeexplore.ieee.org/document/7320190/?reload=true Accessed April 15, 2017.

4. *Konstantinidis E, Billis A, Mouzakidis C, Zilidou V, Antoniou P, Bamidis P*. Design, implementation, and wide pilot deployment of FitForAll: An easy to use exergaming platform improving physical fitness and life quality of senior citizens, IEEE J Biomed Health Inform 2016, 20 (1): 189-200.

5. *Bamidis P, et al*. A Web services-based exergaming platform for senior citizens: The long lasting memories project approach to e-health care. In: Engineering in Medicine and Biology Society, Annual International Conference of the IEEE, 2015 30 Aug.-3 Sept., Boston 2015, Available from: http://ieeexplore.ieee.org/document/6090694/ Accessed April 23, 2017

6. *Konstantinidis E, Billis A, Hlauschek W, Panek P, Bamidis P*. Integration of cognitive and physical training in a smart home environment for the elderly people. Stud Health Technol Inform 2010, 160: 58-62.

7. *Styliadis C, Kartsidis P, Paraskevopoulos E, Ioannides A, Bamidis P*. Neuroplastic effects of combined computerized physical and cognitive training in elderly individuals at risk for dementia: An eLORETA Controlled Study on Resting States. Neural Plasticity 2015, Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4405298/pdf/NP2015-172192.pdf Accessed March 2, 2017.

8. *González-Palau F, et al*. The effects of a computer-based cognitive and physical training program in a healthy and mildly cognitive impaired aging sample, Aging Ment Health 2014, 18: 838-46.

9. *Konstantinidis E, Bamparopoulos G, Bamidis P*. Moving real exergaming engines on the web: The webFitForAll case study in an active and healthy ageing living lab environment, IEEE J Biomed Health Inform 2017, 21 (3): 859-66.

10. *Konstantinidis E, Bamparopoulos G, Billis A, Bamidis P*. Internet of Things For an Age-Friendly Healthcare, Stud Health Technol Inform 2015, 210: 587-91.

11. *Bamidis P, et al*. Gains in cognition through combined cognitive and physical training: the role of training dosage and severity of neurocognitive disorder. Front Aging Neurosci 2015, 7: 152-66.

12. *Billis A, Papageorgiou E, Frantzidis C, Tsatali M, Tsolaki A, Bamidis P*. A decision-support framework for promoting independent living and ageing well, IEEE J Biomed Health Inform 2015, 19(1): 199-209.

13. *Ίσαρη Φ, Πουρκός Μ*. Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στην Ψυχολογία και στην Εκπαίδευση, Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Αθήνα 2015, Διαθέσιμο από: https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5826/4/15327_Isari-KOY.pdf Πρόσβαση: 11 Μαρτίου 2017.

14. *Ιωσηφίδης Θ*. Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες. Κριτική. Αθήνα, 2008.

15. *Lach S, Schankerman M*. Incentives and Invention in Universities. The RAND Journal of Economics 2008, 39(2): 403-33.

16. *Bercovitz J, Feldman M*. Academic Entrepreneurs: Social Learning and Participation in University Technology Transfer, Duke University 2005, Available from: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.473.6568&rep=rep1&type=pdf Accessed March 25, 2017.

17. *Pope J, Isely E, Asamoa-Tutu F*. Developing a marketing strategy for nonprofit organizations: An Exploratory Study. J Nonprofit & Public Sector Marketing 2009, 21(2): 184-201.

18. *Macias W, McMillan S*. The Return of the House Call: The role of internet-based interactivity in bringing health information home to older adults. Health Commun 2008, 23(1): 34-44.

19. *Κωνσταντινίδης Γ, Μυλωνά Ι, Τσαντόπουλος Γ*. Μεθοδολογικός πλουραλισμός στη σύγχρονη οικονομική και κοινωνική έρευνα. Επιθεώρηση Οικονομικών Επιστημών 2009, 16: 137-48.

Αλληλογραφία:
Λουίζου Ελένη
Μαυροκορδάτου 8
546 45 Θεσσαλονίκη
e-mail: louizoulena@gmail.com

Corresponding author:
Louizou Eleni
Mavrokordatou 8 Street
546 45 Thessaloniki, Greece
e-mail: louizoulena@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2018, 84, 3-4: 85 - 94

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Η πολιτική Υγείας και το Κοινωνικό Κράτος σε συνθήκες κρίσης και αναπτυξιακή διέξοδος

Υγεία και Οικονομική Κρίση στην Ελλάδα

Δ. Καλογερόπουλος[1,2], Γ. Χαραλάμπους[3,4]

[1]Birmingham and Midland Eye Centre, Birmingham, Ηνωμένο Βασίλειο
[2]Τμήμα Οφθαλμολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα
[3]Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Γ.Ν. «Ιπποκράτειο» Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα
[4]Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Frederick, Κύπρος

Περίληψη. Προσέγγιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών και στο ελληνικό σύστημα υγείας και ανάλυση των πολιτικών αντιμετώπισης της κρίσης στην σύγχρονη υγεία. *Μέθοδοι*: Η μελέτη στηρίζεται στην αναζήτηση και ανάλυση της σχετικής βιβλιογραφίας από το 1974 μέχρι το 2017, τόσο από διεθνή όσο από ελληνικά συγγράμματα, καθώς και την αναζήτηση από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Medline, PubMed, Scopus, ResearchGate). Διαπιστώνεται ότι η οικονομική κρίση έχει επιφέρει επώδυνες επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, καθώς η μείωση του εισοδήματος ωθεί σταδιακά στην φτώχεια και την μείωση της ευημερίας. Η ανεργία σε συνδυασμό με την απώλεια εισοδήματος και την ανασφάλεια στην εργασία έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία. Ειδικότερα, η απώλεια της εργασίας έχει συνδεθεί με ψυχικές διαταραχές, μη υγιεινό τρόπο ζωής, προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, καθώς και ελλιπούς διαχείρισης των ασθενειών από τις επιβαρυμένες υγειονομικές δομές και υπηρεσίες. Εξίσου σοβαρές είναι και οι επιδράσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η δυσαρέσκεια των ασθενών αποδίδεται κυρίως στις αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες, στην μεγάλη αναμονή, στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και την παραοικονομία. Συμπεραίνεται ότι η οικονομική κατάσταση έχει άμεσο αντίκτυπο στους δείκτες υγείας (π.χ. το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα αλλά και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας). Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων απαιτείται μία οργανωμένη πολιτική αντιμετώπισης της κρίσης στην Υγεία με ένα σύνολο δραστικών μέτρων και αλλαγών σε διοικητικό επίπεδο, καθώς και σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας.
Ελλην Ιατρ 2018, 84: 85 - 94.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κρίση του χρηματοπιστωτικού συστήματος, η οποία εμφανίσθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες, επεκτάθηκε σε αρκετές από τις ανεπτυγμένες χώρες, με σφοδρές επιπτώσεις στο τραπεζικό σύστημα και τις επιχειρήσεις, φτάνοντας και στην Ελλάδα, σε μία περίοδο όπου η ελληνική κυβέρνηση δεν ήταν σε θέση να διεκδικήσει δάνεια με «λογικά επιτόκια» ώστε να ανταπεξέλθει στις οικονομικές της υποχρεώσεις[1]. Η κρίση έχει άμεσο αντίκτυπο στην οικονομία, οδηγώντας στην ύφεση και την μείωση της απασχόλησης. Η αντίδραση των ανεπτυγμένων χωρών ήταν άμεση και παρ' όλο που τα μέτρα κάθε χώρας διέφεραν μεταξύ τους, είχαν ως βασικούς στόχους την αύξηση της ρευστότητας και την κινητοποίηση των επενδύσεων[2].

Οι Ηνωμένες πολιτείες και εν μέρει το Ηνωμένο Βασίλειο, επεδίωξαν την τόνωση της οικονομίας μέσω αύξησης των δημόσιων δαπανών (για να αντισταθμίσουν μέρος του ελλείματος της ζήτησης), επιφέροντας όμως διόγκωση των ελλειμάτων και του δημοσίου χρέους[1]. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), η κατάθεση σχεδίου για την αντιμετώπιση της κρίσης και την οικονομική ανάκαμψη έγινε το 2008. Το κύριο γνώρισμα του σχεδίου για την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της Ευρώπης ήταν η ανάπτυξη κοινής στρατηγικής και η προώθηση μακροπρόθεσμων πλάνων της Ε.Ε., στο πλαίσιο πάντα των περιορισμών του Συμφώνου Σταθερότητας, το οποίο επικεντρώνεται στη νομισματική σταθερότητα και τη δημοσιονομική πειθαρχεία[3]. Εν αντιθέσει, οι χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης – ειδικά εκείνες που δεν διαθέτουν ανεπτυγμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας – διατρέχουν υψηλό κίνδυνο, καθώς υπολογίζεται ότι μέσα στα επόμενα χρόνια θα χρειαστούν ένα τρισεκατομμύριο δολάρια για την αποπληρωμή τραπεζικών χρεών και την διασφάλιση του ελαχίστου ασφαλούς επιπέδου κοινωνικής προστασίας[4].

Στην Ελλάδα, για την αποφυγή της πτώχευσης και της στάσης πληρωμών, αποφασίσθηκε η λήψη δύο μεγάλων δανείων (ένα 110 δις ευρώ το 2010, και ένα δεύτερο 130 δις το 2011) με χαμηλό επιτόκιο από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, την Ευρωπαϊκή Τράπεζα και τις χώρες της Ε.Ε. (Τρόικα)[5]. Μέρος της συμφωνίας υποδεικνύει των περιορισμό των δημοσίων δαπανών και των ανάλογων μεταρρυθμίσεων, ενώ οι συγκεκριμένες υποχρεώσεις έχουν καταγραφεί στα μνημόνια Ι και ΙΙ[5]. Ωστόσο, η επιθυμητή ανάπτυξη δεν επετεύχθη γεγονός που οδήγησε στην ψήφιση του μνημονίου ΙΙΙ στις 14 Αυγούστου του 2017.

Σχετικά με το σύστημα υγείας, οι μνημονιακές υποχρεώσεις περιελάμβαναν:

1) τη μείωση των δημοσίων δαπανών ώστε φτάσουν στο 6% του Ακαθαρίστου Εγχωρίου Προϊόντος από το 7% που ήταν το 2009, και

2) μεταρρυθμίσεις (π.χ. εκσυγχρονισμός του λογιστικού συστήματος των νοσοκομείων, μείωση των εργαζόμενων στα δημόσια νοσοκομεία, μειώσεις μισθών και κατάργηση επιδομάτων, ιδιωτικοποίηση υπηρεσιών υγείας, αύξηση της μετατόπισης του κόστους στο άτομο, αλλαγές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αλλαγή της πολιτικής για τα φάρμακα)[6,7] του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ώστε να καταστεί περισσότερο αποδοτικό.

Δυστυχώς, οι επιδράσεις της κρίσης και των μέτρων λιτότητας στο σύστημα υγείας και την υγεία των πολιτών διαφαίνεται πως είναι τουλάχιστον ανησυχητικές[8-10], ενώ κρίνεται αναγκαίο να διερευνηθούν ενδελεχώς στο κοντινό μέλλον.

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ

Η οικονομική κρίση έχει επιφέρει επώδυνες επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, καθώς η μείωση του εισοδήματος ωθεί σταδιακά στην φτώχεια και την μείωση της ευημερίας[11]. Το εμπόριο σε διεθνές επίπεδο, η απασχόληση και οι ρυθμοί κοινωνικής ανάπτυξης είναι ενδεικτικά της κατάστασης της διεθνούς οικονομίας. Οι επιπτώσεις αυτές διαφοροποιούνται όχι μόνο ανά χώρα, αλλά και σε εσωτερικό επίπεδο όπου η εργατική τάξη και τα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό/εκπαιδευτικό επίπεδο πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό. Η κατάσταση αυτή, απειλεί πρωτίστως τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, αναδεικνύοντας τρία βασικά ζητήματα που αλληλοσυνδέονται μεταξύ τους[1]:

1) Την ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας

2) Την αυξανόμενη τάση των ανισοτήτων

3) Τα μείζονα ζητήματα της κλιματικής αλλαγής και της γενικότερης οικολογικής υποβάθμισης

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η απασχόληση αποτελεί ένας από τους τομείς που υφίστανται πλήγμα σε μία περίοδο οικονομικής κρίσης. Το ποσοστό ανεργίας είναι ενδεικτικό των διακυμάνσεων και της πορείας της οικονομίας. Η ανεργία, σε συνδυασμό με την απώλεια εισοδήματος και την ανασφάλεια στην εργασία έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία. Ειδικότερα, η απώλεια της εργασίας έχει συνδεθεί με ψυχικές διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές κ.α.), μη υγιεινό τρόπο ζωής (κακή διατροφή, κατανάλωση αλκοόλ και καπνού), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, καθώς και ελλιπούς διαχείρισης των ασθενειών από τις επιβαρυμένες υγειονομικές δομές και υπηρεσίες[12,13].

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα[12], σε 26 χώρες της Ε.Ε., η αύξηση της ανεργίας κατά 1% σχετίζεται με αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Η ίδια μελέτη αναφέρει μείωση των θανάτων από

τροχαία ατυχήματα κατά 1,39%, ενώ δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά συμβάματα και νοσήματα ή με άλλα αίτια θνησιμότητας. Η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες επί παρατεταμένης χρονικά αύξησης του δείκτη ανεργίας πάνω από 3% υπολογίζεται σε 4-4,5%. Υψηλή θνησιμότητα παρατηρείται επίσης λόγω της κατάχρησης οινοπνεύματος, επιβεβαιώνοντας τη συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και ψυχολογικών διαταραχών. Η αύξηση της ανεργίας φαίνεται να επάγει αύξηση της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια και αυτοκτονία στους νέους άνδρες, ενώ δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία >60 ετών.

Τα ανωτέρω ευρήματα έρχονται σε συμφωνία με την μελέτη των Economou et al.[14], που ανέδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ανεργίας και της θνησιμότητας, καθώς και θετική συσχέτιση με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά μία ποσοστιαία μονάδα οδηγεί σε αύξηση της θνησιμότητας κατά 2,18% ή αλλιώς 2,18 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.

Η οικονομική κρίση και η ανεργία, λοιπόν, φαίνεται να σχετίζονται τόσο με υψηλή νοσηρότητα όσο και με αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα, ιδίως σε άτομα που ανήκουν σε ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες ή μειονότητες (π.χ. χρονίως πάσχοντες, μετανάστες κ.ά.)[15,16].

Ωστόσο, παρουσιάζει ενδιαφέρον το γεγονός ότι σε ορισμένες βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση μικρής διάρκειας επηρέασε τα καταναλωτικά πρότυπα οδηγώντας στην υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής και κατ' επέκταση σε μείωση της θνησιμότητας. Επιπλέον, η θνησιμότητα, με εξαίρεση της αυτοκτονίες, μειώνεται κατά την διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Οι επιπτώσεις αυτές διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και τα υποκείμενα αίτια, ενώ έχουν διαφορετική ευαισθησία ως προς τους χρησιμοποιούμενους δείκτες (π.χ. επίπεδο απασχόλησης, ΑΕΠ, κλπ.)[17,18].

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία εμφανίζουν διακυμάνσεις σε σχέση με την κοινωνική διαστρωμάτωση. Τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερες θέσεις και πλήττονται περισσότερο από τα σχετιζόμενα με την οικονομική του κατάσταση προβλήματα (π.χ. χαμηλό εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο, ιατρική περίθαλψη, κ.ά.) διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο αυξημένης νοσηρότητας[19,20].

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στην Ελλάδα, αναμένεται η αύξηση της ζήτησης και χρήσης υπηρεσιών υγείας προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, λόγω της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος, δημιουργώντας ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας[1]. Η δυσαρέσκεια των ασθενών αποδίδεται κυρίως στις αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες, στην μεγάλη αναμονή, στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας) και την παραοικονομία[21,22].

1. Μείωση των δαπανών και περιορισμός του κόστους

Για την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου έγινε λήψη διαφόρων μέτρων, ένα εκ των οποίων ήταν η μείωση των αποδοχών των δημοσίων υπαλλήλων, συμπεριλαμβανομένων των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας[5]. Ακολούθησαν σημαντικές περικοπές στον προϋπολογισμό όλων των δημόσιων υγειονομικών δομών, καθώς και η αναστολή όλων των προσλήψεων μέχρι και η μη αντικατάσταση των αποχωρούντων με απώτερο στόχο την μείωση του εργασιακού κόστους. Το γεγονός ό,τι στο ίδιο χρονικό διάστημα αυξήθηκε η δραστηριότητα σε πολλών μονάδων υπηρεσιών υγείας οδήγησε σε επιβάρυνση του προσωπικού. Από την άλλη πλευρά, σε αρκετά νοσοκομεία μέρος του τεχνολογικού εξοπλισμού και σημαντικός αριθμός κλινών παραμένουν αναξιοποίητα[5]. Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκε μία τάση αύξησης της συμμετοχής των χρηστών/ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, στοχεύοντας περισσότερο στη μείωση των δημοσίων δαπανών ή ακόμα και τη βελτίωση των εσόδων των δημοσίων υγειονομικών δομών (Νοσοκομεία και ΕΟΠΥΥ), παρά τον περιορισμό της υπέρμετρης χρήσης των υπηρεσιών. Αξίζει, ωστόσο, να σημειωθεί, ότι οι συγκεκριμένες επιβαρύνσεις δεν επέφεραν ουσιώδη αποτελέσματα[5]. Αντιθέτως, η στρατηγική που εφαρμόσθηκε σχετικά με την τιμολογιακή πολιτική του φαρμάκου και την φαρμακευτική κατανάλωση σε συνδυασμό με την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είχαν σημαντικά αποτελέσματα στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Ενδεικτικά, η δημόσια φαρμακευτική δαπά-

νη μειώθηκε από 6,05 δις το 2009 σε 3,5 δις το 2012, ενώ οι δαπάνες για την νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μειώθηκαν από 7,88 σε 7,05 δις και από 2,17 σε 1,44 δις, αντιστοίχως[23]. Τα στοιχεία αυτά φανερώνουν πως η μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ήταν ορθή και αναγκαία, αφού η Ελλάδα αφού η χώρα μας ξόδευε υπέρογκα ποσά ανά κεφαλή για φαρμακευτικές δαπάνες, σε σύγκριση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ[5].

2. Μεταρρυθμίσεις

Ο ασαφής προσανατολισμός και έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού του μεταρρυθμιστικού πλαισίου για την υγεία οδηγεί σε ακόμη μεγαλύτερη τάση ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας και αποκλεισμού των ανασφαλίστων. Χαρακτηριστικά, το 2009 το 1/3 του συνόλου των δαπανών (2,9% του ΑΕΠ) ήταν ιδιωτικές, με την χώρα να κατατάσσεται στις πρώτες θέσεις της Ε.Ε. ως προς τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, συνεχίζοντας να κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα το 2012. Παράλληλα οι δημόσιες δαπάνες παρά την μείωσή τους κατά 4,1 δις δεν έφτασαν τον στόχο του 6% του ΑΕΠ. Η έλλειψη οργάνωσης επιβεβαιώθηκε από την σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ως μία προσπάθεια συγχώνευσης και αντικατάστασης των κύριων ταμείων υγειονομικής ασφάλισης (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΟΓΑ και Κοινής Ωφέλειας-Ιδιωτικών Τραπεζών). Ο ΕΟΠΥΥ δεν μπόρεσε να λειτουργήσει ως μεγάλος οργανισμός με λειτουργίες κλίμακας ελέγχοντας τις δαπάνες. Αυτό οφείλεται: (1) στο γεγονός ότι τα ταμεία υγείας (ή οι κλάδοι τους) εξακολουθούν να υπάρχουν έστω και μερικώς, (2) στην αδυναμία του ΕΟΠΥΥ να αποτελέσει τον κύριο φορέα ασφάλισης υγείας όλων των πολιτών και (3) στην έλλειψη πρόβλεψης για όσους έχασαν ή χάνουν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα[5].

Η προσπάθεια αναδιάρθρωσης των νοσοκομείων ή/και κλινικών του ΕΣΥ δεν είχε τα επιθυμητά αποτελέσματα με εξαίρεση ελάχιστα νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, των οποίων οι υπηρεσίες εντάχθηκαν σε μεγαλύτερα νοσοκομεία καταργώντας τις διοικήσεις τους. Πολλά από τα σχέδια του Υπουργείο Υγείας σχετικά με μεγαλύτερες παρεμβάσεις, ανακατανομή κλινικών και συγχώνευση νοσηλευτικών μονάδων δεν υλοποιήθηκαν κυρίως, λόγω των έντονων πολιτικών αντιδράσεων μελών του κοινοβουλίου[5].

Δύο χρόνια μετά την λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ελλειμματικός οργανισμός λόγω έλλειψης των αναγκαίων εσόδων, καθώς και της έλλειψης ποιοτικής και ποσοτικής αξιολόγησης, η κυβέρνηση παρουσίασε μια νέα μεταρρύθμιση. Πιο συγκεκριμένα, ο ΕΟΠΥΥ μετατράπηκε σε αποκλειστικό χρηματοδότη χωρίς προσφορά υπηρεσιών υγείας, μεταφέροντας τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στο δημόσιο και στο Υπουργείο Υγείας και δημιουργώντας το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)[5,24]. Έτσι, οι δομές του ΕΟΠΥΥ μεταφέρθηκαν στην ευθύνη του ΕΣΥ και εντάχθηκαν στην ευθύνη της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας (ΥΠΕ). Για τους ιατρούς επιλέχθηκε θεσμικά η αλλαγή των υφιστάμενων εργασιακών σχέσεων και η προσωρινή ένταξη, όσων αποδεχτούν την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στο ΠΕΔΥ. Η μεταρρύθμιση αυτή προκάλεσε πολλές αντιδράσεις ένας σημαντικός αριθμός ιατρών αποφάσισε την μη ένταξη του. Μακροπρόθεσμα, είναι πιθανό διαχωρισμός της ζήτησης (ΕΟΠΥΥ) από την προσφορά (ΕΣΥ και ιδιωτικός τομέας) θα οδηγήσει σε αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας, αφού είναι πιθανό ότι οι δομές του νέου ΠΕΔΥ θα υπολειτουργούν λόγω της μείωσης του προσωπικού, αναγκάζοντας τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ να χρησιμοποιούν υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα και όσων ιατρών είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΠΥ[5,24].

3. Η αλλαγή του τρόπου χρηματοδότησης των νοσοκομείων

Το 2011, η κυβέρνηση, λόγω της οικονομικής αδυναμίας του ΕΟΠΥΥ να αποζημιώνει τα νοσοκομεία του ΕΣΥ (τα οποία δεν έχουν ουσιαστικά έσοδα και ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την βασική πηγή χρηματοδότησης), αποφάσισε με έναν βιαστικό και αποσπασματικό τρόπο να εφαρμόσει μία προοπτική μέθοδο αποζημίωσης στηριζόμενη στις διαγνωστικές κατηγορίες των νοσημάτων στα διεθνώς καθιερωμένα (DRGs) ή Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ), χωρίς όμως να υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις (π.χ. τεκμηριωμένη μελέτη, άδεια χρήσης του συγκεκριμένου εργαλείου, η προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα και τον τρόπο παροχής υπηρεσιών, η ορθολογική αποτίμηση του κόστους κ.ά.). Η συγκεκριμένη αλλαγή φαίνεται να ωφέλησε μόνο τα ιδιωτικά νοσοκομεία στα οποία παρατηρήθηκε βελτίωση των

εσόδων, γεγονός που οδήγησε σε μείωση των αρχικών τιμών αποζημίωσης κατά 30%[5].

4. Αύξηση των ανισοτήτων στις παροχές υπηρεσιών υγείας

Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματά τους φαίνεται να εντείνονται σταδιακά τα τελευταία χρόνια. Σχετικές έρευνες δείχνουν ότι στην Ελλάδα επικρατεί ισχυρή συσχέτιση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου της υγείας ως προς το εισόδημα[25,26], γεγονός που επιβεβαιώνεται από στοιχεία της Εθνική Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας (ΕΣΥΕ)[27]. Τα κοινωνικά επιδόματα και οι κοινωνικές μεταβιβάσεις (π.χ. τα επιδόματα αναπηρίας-ανικανότητας, τα οικογενειακά επιδόματα, τα βοηθήματα ανεργίας και ασθένειας, κ.ά.) ενδέχεται να μειώσουν ουσιαστικά το ποσοστό της φτώχειας[27], αναδεικνύοντας την ανάγκη στήριξης των νοικοκυριών που έχουν υποστεί σφοδρές για την υγεία δαπάνες (>40% του εισοδήματος), λόγω δαπανηρού χρόνιου νοσήματος ή αιφνίδιου συμβάντος[28].

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Α) ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

1. Βελτίωση και υλοποίηση του σχεδιασμού στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία

Στην Ελλάδα, πέρα από τα δημόσια νοσοκομεία, λειτουργούν και τα λεγόμενα ιδιωτικά νοσηλευτήρια αυξάνοντας τις δυνατότητες των πολιτών για την επιλογή των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας και την γρήγορη πρόσβαση σε αυτές[29]. Θεωρητικά, ο κοινός τους στόχος είναι η προστασία της υγείας των πολιτών, καλύπτοντας τις ανάγκες τους και καταπολεμώντας την νοσηρότητα. Η διαφορά τους έγκειται στο ό,τι τα δημόσια νοσοκομεία θέτουν ως προτεραιότητα την κάλυψη των αναγκών στο πλαίσιο μιας κοινωνικής πολιτικής πλήρους ισότητας. Από την άλλη πλευρά, τα ιδιωτικά νοσοκομεία στοχεύουν στο κέρδος μέσω ευνοϊκών όρων σύναψης συμβάσεων με τα ασφαλιστικά ταμεία και της ελαχιστοποίησης του κόστους[30]. Η αρμονική συνύπαρξη του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα είναι θεμελιώδης ως προς την γενικότερη βελτίωση όσον αφορά την ορθή και ποιοτική προσφορά υπηρεσιών υγείας και αυτό θα επιτευχθεί με την διαμόρφωση σαφούς νομοθεσίας που θα προστατεύουν τόσο τους ασθενείς, όσο και τους εργαζόμενου (ιατροί, νοσηλευτές, κλπ.). Απώτερος στόχος θα πρέπει να είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου, με τους ασθενείς να μπορούν να επιλέξουν ελεύθερα την υπηρεσία υγείας που επιθυμούν, ενώ βασικός σκοπός η διασφάλιση της υγείας των πολιτών σε ένα πλαίσιο δικαιοσύνης και σεβασμού.

2. Επεξεργασία πρωτογενών στοιχείων και αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης

Για την αξιολόγηση των αδυναμιών ενός νοσοκομείου είναι απαραίτητη η συλλογή και επεξεργασία στοιχείων σχετικά με την ζήτηση υπηρεσιών υγείας, των αδυναμιών παροχής συγκεκριμένων υπηρεσιών, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την κάλυψη της ζήτησης, κλπ.[31]. Στην ανάπτυξη ενός ιδιωτικού νοσηλευτηρίου αποφασίζεται η απόδοση της επένδυσης, ο σχεδιασμός χωροταξικής υποδομής, καθώς και οι δομές επικοινωνίας με τους ασφαλιστικούς φορείς για την κάλυψη των εξόδων και την κάλυψη των μελλοντικών συμβαμάτων[32]. Παράλληλα, γίνεται αξιολόγηση άλλων παραμέτρων, όπως οι χρόνοι συγκοινωνίας, η προσβασιμότητα, κ.ά.[33]. Όλα αυτά τα στοιχεία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο στα ιδιωτικά, αλλά και στα δημόσια νοσοκομεία, ώστε να επιτευχθεί σταδιακά η μείωση των εξόδων. Τέλος, η εν λόγω διαδικασία θα συμβάλει καθοριστικά στον καθορισμό στόχων και μεθόδων προσέγγισης, ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα.

3. Εκπόνηση τεχνικο-οικονομικών μελετών

Η εκτίμηση της επάρκειας του ανθρώπινου δυναμικού και των υλικών, ως προς τους στόχους που έχουν τεθεί, μπορεί να επιτευχθεί μέσω εκπόνησης μελετών που θα αναλύουν τα αντίστοιχα δεδομένα. Ο σχεδιασμός των δημόσιων νοσοκομείων έχει γίνει βάσει των αναγκών του μόνιμου πληθυσμού, χωρίς όμως να λαμβάνεται υπόψη η κινητικότητά του (π.χ. καλοκαιρινή περίοδος σε τουριστικές περιοχές) για μεγάλα χρονικά διαστήματα, και οι σχετικές ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό (π.χ. ιατροί, νοσηλευτές, κλπ.)[34]. Όσον αφορά στο προσωπικό, οι προσλήψεις εργαζομένων ή ακόμα και συμβασιούχων είναι χρονοβόρες, χωρίς ουσια-

στική πρόβλεψη και συνήθως δεν βασίζονται σε διαδικασίες επιλογής του κατάλληλου προσωπικού μέσω «ανάλυσης εργασίας» (χρήση βιογραφικού, συνέντευξης, κλπ.)[35]. Επίσης, είναι πιθανό σε επίπεδο κτιριακής υποδομής να απαιτείται η διαμόρφωση χώρων, ενώ το σύστημα προμηθειών είναι εκτεταμένο και πολύπλοκο[36].

4. Εφαρμογή και αξιολόγηση του προγραμματισμού

Στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχει χρονική απόσταση ανάμεσα στην απόφαση για υλοποίηση και της υλοποίησης (Υπουργείο - ΔΥΠΕ - Νοσοκομείο). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα επιχειρησιακά σχέδια επί μέρους υγειονομικών μονάδων του Α′ και Β′ ΠΕΣΥ Κεντρικής Μακεδονίας που αν και εγκρίθηκαν, δεν υλοποιήθηκαν ή δεν υπήρξε ποτέ αξιολόγηση και έλεγχος των αποτελεσμάτων[37]. Οι αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται από ένα διοικητικό συμβούλιο σε σύντομο χρονικό διάστημα και οι απαραίτητες εργασίας να ξεκινούν άμεσα. Οι δομές που θα οργανωθούν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο είναι αναγκαίο να λειτουργούν εύρυθμα σε βάθος χρόνου, και να είναι ευέλικτες σε αλλαγές και επανασχεδιασμό, ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν. Παράλληλα, με υπολογισμό του κόστους και του οφέλους μπορεί να επιτευχθεί συγκέντρωση στοιχείων, κινήσεων πληρωμών και αποζημιώσεων. Το λογιστικό σύστημα ενός νοσοκομείου δεν μπορεί να βασίζεται σε απλή καταγραφή εσόδων και εξόδων, αλλά σε ανάλυση με βάση την χρονική περίοδο των εσόδων και των εξόδων.

5. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Στο πλαίσιο του ευρύτερου προβληματισμού για το αποδοτικότερο μοντέλο νοσοκομειακής διοίκησης θεωρείται πως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management - TQM) είναι μια φιλοσοφία που ενδεχομένως να συνεισφέρει ουσιαστικά στο αίτημα ορθολογικότερης διαχείρισης. Κύριος γνώμονας είναι η εφαρμογή ποσοτικών μεθόδων και διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων με στόχο την βελτίωση των υπηρεσιών και των υπόλοιπων διαδικασιών[38]. Η Επιτροπή Πιστοποίησης Φορέων Υγειονομικής Περίθαλψης [Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)] προτρέπει την κατεύθυνση ενός συστήματος νοσοκομειακού μάνατζμεντ από το πρότυπο "Διοίκηση Ολικής Ποιότητας", προσδιορίζοντας τις ανάγκες των ασθενών, με έμφαση στην ποιότητα[39]. Ειδικότερα, η Διοίκηση Ολικής ποιότητας στοχεύει στα ακόλουθα:

- Αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών
- Βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Διασφάλιση μεγάλης αποτελεσματικότητας σε σχέση με το κόστος
- Καινοτομία και ευελιξία
- Συμπίεση του χρόνου ικανοποίησης των αιτημάτων των ασθενών και της περίθαλψης
- Αξιοποίηση και αύξηση της αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού
- Αξιοποίηση της τεχνολογίας

6. Ενίσχυση της χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ.

Ενίσχυση της χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ., ώστε οι δημόσιες δαπάνες υγείας να αντιστοιχούν τουλάχιστον στο 6% του Α.Ε.Π. (από 5%, που είναι σήμερα). Για το σκοπό αυτό θα πρέπει να επιτευχθεί[40]:

- Σταθερή δέσμευση για χρηματοδότηση του της υγείας στα επίπεδα του 6% του Α.Ε.Π.
- Διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης με διαρθρωτικές αλλαγές, καθώς και εναλλακτικές πηγές
- Εκλογίκευση του χρηματοδοτικού μοντέλου με την επιτάχυνση των χρηματοδοτικών ροών (από το Υπουργείο Οικονομικών προς τους κύριους φορείς του Υπουργείου Υγείας, δηλ. τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ και το Ε.Σ.Υ.) και τη σταδιακή μετάβαση σε ένα μοντέλο με βασική πηγή χρηματοδότησης τη φορολογία.
- Μακροοικονομική πολιτική του «κοινωνικού Φ.Π.Α.», σε περιορισμένη έκταση για να αποφευχθεί περαιτέρω η φορολόγηση της κατανάλωσης, γεγονός που παρεμποδίζει την ανάπτυξη της οικονομίας.
- Αύξηση φόρου σε ανθυγιεινά προϊόντα (αλκοόλ, καπνός και «μη υγιεινές τροφές»), ο οποίος θα διατίθεται για τις δημόσιες δαπάνες υγείας.
- Διαμόρφωση σφαιρικών-κλειστών προϋπολογισμών ανά περιοχή ευθύνης (περιφέρεια, νομός, δήμος) και κατανομή των πόρων ανά περιοχή, ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του κάθε πληθυσμού.
- Αποζημίωση των μονάδων με βάση την αξία - ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και όχι μόνο της ποσότητας - όγκου.

7. Περαιτέρω προτάσεις σε επίπεδο οργάνωσης, διοίκησης και σχεδιασμού[40]:

- Κεντρικό όργανο σχεδιασμού, συντονισμού, ελέγχου και αξιολόγησης του Ε.Σ.Υ. και θεσμοθέτηση θέσης Γενικού Διευθυντή Ε.Σ.Υ.
- Επιλογή διοικητών στα νοσοκομεία, με βάση σαφή επιστημονικά και τεχνοκρατικά προσόντα management, ώστε να μετατραπούν τα νοσοκομεία σε αποτελεσματικές επιχειρησιακές μονάδες.
- Σύνταξη νέων Οργανισμών ανά υγειονομική περιφέρεια.
- Αναδιαμόρφωση των νοσοκομειακών κλινικών και εργαστηρίων (π.χ. για εξειδικευμένα νοσήματα), ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού κάθε περιφέρειας.
- Ενίσχυση του επιτελικού ρόλου των Υ.Π.Ε. στο σχεδιασμό, συντονισμό, έλεγχο, αξιολόγηση και κατανομή προϋπολογισμού σε κάθε υγειονομική περιφέρεια.
- Ενίσχυση του ρόλου των γιατρών στη λήψη αποφάσεων.
- Εξέλιξη της ηλεκτρονικής υγείας (e-health) και δημιουργία ηλεκτρονικής κάρτας υγείας για κάθε πολίτη, που θα στηρίζεται στον ενιαίο Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας.
- Διαμόρφωση ενός βασικού πακέτου παροχών (βασισμένο σε πρωτόκολλα), που θα περιλαμβάνει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγειάς, τη Νοσοκομειακή περίθαλψη και την Πρόληψη.
- Ένταξη του ιδιωτικού τομέα στον ευρύτερο σχεδιασμό με διαμόρφωση κοινών κανόνων και θεσμικών ρυθμίσεων.

Β) ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1. Αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας

- Οι εργαζόμενοι πρέπει να ενθαρρύνονται για την ομαδική συμμετοχή επίλυσης των προβλημάτων σε όλα τα επίπεδα, καθώς και την **ανάληψη πρωτοβουλιών**[41,42]. Η προσφορά του εργαζομένου πρέπει να αναγνωρίζεται δημιουργώντας αίσθηση της σπουδαιότητας του έργου του, γεγονός που θα οδηγήσει σε μία μακροπρόθεσμη αναβάθμιση της ποιότητας εργασίας μέσω πολιτικής κινήτρων. Κύριος στόχος της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι η βελτίωση της επιχειρησιακής φιλοσοφίας του νοσοκομείου, συμπεριλαμβάνοντας όλους τους διαθέσιμους πόρους.
- Η συνεχής **βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών** θα πρέπει να είναι μία από τις βασικότερες προτεραιότητες. Οι στόχοι του οργανισμού πρέπει να συμβαδίζουν με τους στόχους των εργαζομένων όσον αφορά την απόδοση ποιοτικού έργου. Για το λόγο αυτό κρίνεται αναγκαία η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού στον τομέα πάντα της αρμοδιότητάς τους, μέσω μιας διαδικασίας που θα ωφελεί τόσο τους εργαζόμενους, όσο και την υπηρεσία[43,44].
- Μία ακόμη βασική παράμετρος είναι η **ικανοποίηση των πελατών**. Στις νοσοκομειακές μονάδες, ο όρος «πελάτες» δεν αναφέρεται μόνο στους ασθενείς, αλλά και στους εργαζόμενους που αποτελούν μέρος της αλληλεπίδρασης παραγωγού και χρήστη. Η κατανόηση των αναγκών των εσωτερικών πελατών (π.χ. οι ανάγκες του νοσηλευτικού προσωπικού για καθαριότητα και ιματισμό), διευκολύνει τη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών[45].

2. Η Ελλάδα ως πόλος έλξης για την παροχή υπηρεσιών υγείας

Αξίζει να τονισθεί ότι όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας, υπάρχει εμφανής απουσία «οράματος». Πέρα από την εσωτερική βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών προς τον μόνιμο πληθυσμό, που πρέπει να αποτελεί και την βασική προτεραιότητα, η Ελλάδα αξιοποιώντας την γεωγραφική της θέση και το δυσανάλογα μεγάλο - σε σχέση με τον πληθυσμό της - ανθρώπινο δυναμικό (ιατροί, νοσηλευτές, κλπ.) θα μπορούσε να αποτελέσει πόλο έλξης για τον ευρύτερο πληθυσμό των Βαλκανίων. Με τον τρόπο αυτό η χώρα θα μπορούσε να αξιοποιήσει τον μεγάλο αριθμό επαγγελματιών υγείας και να αυξήσει σημαντικά τα έσοδά της στηριζόμενη στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους γειτονικών χωρών, πολλοί εκ των οποίων αναζητούν υπηρεσίες υγείας, καλύτερες από αυτές που μπορεί να προσφέρει η χώρα τους.

3. Επιπλέον προτάσεις για την βελτίωση των παροχών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα[46]:

- Πλήρης ανάπτυξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Ανάπτυξη και ουσιαστική θεμελίωση του θεσμού οικογενειακού γιατρού ή γενικού γιατρού

- Συνεχής παρακολούθηση των επιπέδων και δεικτών υγείας
- Ενημέρωση - εκπαίδευση και ενδυνάμωση του πληθυσμού (ειδικά των ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων), σχετικά με θέματα υγείας
- Κινητοποίηση κοινωνικών ομάδων για δημιουργία εθελοντικού δικτύου κοινωνικής προστασίας
- Ανακατανομή των πόρων και προώθηση-βελτίωση της πρόληψης σε σχέση με την θεραπεία
- Αξιολόγηση της διαθέσιμης τεχνολογίας υγείας
- Συνεργασία μεταξύ των φορέων υγείας ΙΚΑ, Δημοσίου για την αποφυγή αλληλοκάλυψης υπηρεσιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Προκειμένου να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα και η ανάπτυξη του συστήματος υγείας, απαιτούνται μέτρα που απευθύνονται τόσο στην προσφορά όσο και στην ζήτηση. Η βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων και η αύξηση της αποδοτικότητας αποτελούν βασικές παραμέτρους για την επίτευξη των στόχων ως προς την αναβάθμιση της υγείας στην Ελλάδα. Επιπλέον, κρίνεται αναγκαία η επαρκής χρηματοδότηση του δημοσίου συστήματος υγείας, η πρόβλεψη των μελλοντικών αναγκών, η ενίσχυση της καινοτομίας, και, φυσικά, η αποδέσμευση από στρατηγικές που οδήγησαν σε ανισότητες και επιδείνωση της κρίσης. Η βέλτιστη φροντίδα των ασθενών θα πρέπει να είναι ο βασικότερος γνώμονας στην λήψη οποιασδήποτε απόφασης, ενώ πρέπει να γίνει αντιληπτό πως δεν μπορεί να υπάρξει βελτίωση της ποιότητας, χωρίς μέτρηση της απόδοσης. Ενδεχομένως, η οικονομική κρίση να επιφέρει εν τέλει θετικά αποτελέσματα, οδηγώντας σε ουσιαστικές αλλαγές στον χώρο της υγείας, με ευνοϊκά αποτελέσματα για την χώρα μας.

ABSTRACT

Kalogeropoulos D, Charalambous G. **Health policy and the Social State in crisis conditions and a developmental strategy. Health and the Financial Crisis in Greece.** Hell Iatr 2018; 84: 85-94.

The aim of this study is to identify the impact of financial crisis on the public health and the Hellenic National Health System and analyze the strategies of the crisis management in modern Health. This study consists a review of the current greek and international literature and the relative research in the electronic databases (Medline, PubMed, Scopus, and ResearchGate) from 1974 to 2017. Economic recession has dramatic consequences on social life due to the curtailment of the net income that gradually leads to poverty and the reduction of prosperity and well-being. Unemployment together with the low incomes and the job insecurity do also affect the public health. In particular, unemployment has been correlated with mental disorders, non-healthy lifestyle, addictions and drug-abuse, and inadequate management of diseases by the suffering health services. The negative effect on the efficiency and the effectiveness of the health system is equally crucial. The disgruntlement of the patients is mainly attributed to the increased costs and contributions, the long waiting, the quality of health care and the black economy. In conclusions the current financial status quo seems to affect the health indicators (e.g. life expectancy, morbidity, mortality, and access to the available health services). Consequently, this situation calls for a concrete and strategic plan for the improvement of Health through a number of measures and changes at the level of management and supply of health services.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Kyriopoulos J, Tsiantou V.* The financial crisis and its impact on health and medical care. Arch Hellen Med 2010, 27: 834-40.
2. INTERNATIONAL MONETARY FUND. Global Economic Slump Challenges policies, 2009. Available at: http://www.imf.org/ external/pubs/ft/weo/2009/update/01/pdf/0109.pdf (retrieved 01.10.2009).
3. EUROPEAN COMMISSION. Economic and Financial Affairs. Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses. European Economy 2009: 7. Available at: http://ec.europa. eu/economy_finance/publications/publication15887_en.pdf (retrieved 01.10.2009).
4. *Birdsall N*. How to unlock the $1 trillion that developing countries urgently need to cope with the crisis. Center for Global development, 2009. Available at: http://www.cgdev.org/content/ general/detail/1421143/ (retrieved 01.10.2009).
5. *Νιάκας Δ*. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής 2014, 5: 3-7.
6. *Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A*. Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case. Am J Public Health 2013, 103: 973-9.
7. Ministry of Finance, Hellenic Republic. The economic adjustment programme for Greece Ministry of Finance, Hellenic Republic. Athens: Ministry of Finance, 2010.

8. *Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN*. Major depression in the era of economic crisis: a replication of across-sectional study across Greece. J Affect Disord 2013, 145(3): 308-14.

9. *Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J*. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. Eur J Public Health 2013, 23: 206-10.

10. *Branas CC, et al.* The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. BMJ Open 2015; 5:e005619 doi:10.1136/bmjopen-2014-005619.

11. *Marmot MG, Bell R*. How the financial crisis affect health? BMJ 2009, 338: b1314.

12. *Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M*. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. Lancet 2009, 374: 315-23.

13. *Burchell B*. The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health. In: Gallie D, Marsh C, Vogler C (eds) Social change and the experience of unemployment. Oxford University Press, Oxford, 1994: 188-212.

14. *Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I*. Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. Centre for European Labour Market Research. University of Aberdeen, UK, Business School Working Paper Series, 2007-182007. Available at: http://auraserv.abdn.ac.uk:9080/ aura/bitstream/2164/ 129/1/ISSN+0143-07-18.pdf (retrieved 10.10.2009).

15. *Van Doorslaer E, Wagstaff A, Bleichrodt H, et al*. Income related inequalities in health: some international comparisons. J Health Econ 1997, 16: 93-112.

16. *Wilkinson RG*. Unhealthy societies: The afflictions of inequalities. Ed 1. Routledge, London, 1996.

17. *Ruhm CJ*. Are recessions good for your health? Quarterly J Econ 2000, 115: 617-50.

18. *Gerdtham UG, Ruhm CJ*. Deaths rise in good economic times: Evidence from the OECD. Econ Hum Biol 2006, 4:298-316.

19. *Bartely M, Blane D, Montgomery S*. Health and the life course: Why safety nets matter. Br Med J 1997, 314:1194-6.

20. *Blane D, Bartely M, Davey Smith G*. Disease etiology and materialistic explanations of socioeconomic mortality differentials. Eur J Public Health 1997, 7:385-91.

21. *Bjonberg A, Garrofe BC, Lindblad S*. Euro health consumer index 2009. Health Consumer Powerhouse.

22. *Economou C, Giorno C*. Improving the performance of the public health care system in Greece. OECD Economics Department Working Paper, No 722. OECD Publishing, Paris, France, 2009.

23. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2012 (προσωρινές εκτιμήσεις), 31-3-2014.

24. *Kontodimopoulos N, Moschovakis G, Aletras VH, Niakas D*. The effect of environmental factors on technical and scale efficiency of primary health care providers in Greece. Cost Eff Resour Alloc 2007, 5: 14-25.

25. *Daniilidou NV, Gregory S, Kyriopoulos JH, Zavras DJ*. Factors associated with self-rated health in Greece. A population based postal survey. Eur J Public Health 2004, 14: 209-11.

26. *Geitona M, Zavras D, Kyriopoulos J*. Determinants of healthcare utilization in Greece: Implications for decision-making. Eur J Gen Pract 2007, 13:144-50.

27. ΕΣΥΕ. Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών 2007. Δελτίο τύπου 16.04.2009. Διαθέσιμο: http:// www.statistics.gr/portal/page/portal/ ESYE/BUCKET/A0802/ PressReleases/A0802_SFA10_ DT_AN_00_2007_02_F_GR.pdf (πρόσβαση 04.10.2009).

28. *Κυριόπουλος Γ, Γκρέγκορυ Σ, Οικονόμου Χ*. Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2003.

29. *Γείτονα Μ*. Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα. Περιφερειακές ανισότητες στην υγεία. Ιατρική 2001, 79: 259-67.

30. *Τούντας Γ*. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ 2006, 23: 72-83.

31. *Καριώτης Π*. Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοιατρική Τεχνολογία. Αθήνα, Euroclinica, 1992.

32. *Ellencweig AY*. Analyzing health systems: A modular approach. Oxford, Oxford University Press, 1992.

33. *Ζηλίδης Χ*. Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Θεσ/νίκη, University Studio Press, 1995.

34. *Μπουρσανίδης Χ, Μπαλασοπούλου Α, Κυριόπουλος Γ*. Το σύστημα χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα ως κύκλωμα Ροών, Λειτουργικών Διαδικασιών, Προϋπολογισμού. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία 1992, 1: 23-42.

35. *Μπαϊρακτάρης Κ, Κωσταγιόλας Π, Πλατής Χ*. Πτυχές και ζητήματα για τον Προγραμματισμό στον Τομέα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα. Επιθεώρηση Υγείας 2006, 17: 16-20.

36. *Mc Cormick, F*. Job task analysis. In Dunnette, MD (ed.), Handbook of organizational psychology, pp. 23-48. Chicago, Rand & McNally, 1974.

37. *Calvert JR*. Relative Performance. In Billing, D (ed.), Indicators of Performance. Surrey society for research into higher education pp. 38-59. Surrey, University of Surrey, Guilford, 1980.

38. *Mellum M*. TQM: steps to success. Hospitals 1990, 64: 42-4.

39. *Yesdi H, Johnson J, Godiwalla S*. Managing hospitals in dynamic environments. Int J Health Care Quality Assurance 1997, 10: 202-7.

40. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Μάρτιος 2016.

41. *Οικονομάκης Μ, Παπαδόπουλος Α, Φρυδάς*. Είναι αναγκαία μια πολιτική Ανθρωπίνων Πόρων για το Νοσηλευτικό Προσωπικό των Νοσοκομείων στη Βάση των Θεωριών Υποκίνησης. Στο Νιάκας Δ. (ed.), Υπηρεσίες Υγείας, Management και Τεχνολογία, σελ. 11-125. Αθήνα, Mediforce, 2004.

42. *Ξυροτύρη-Κουφίδου Σ*. Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, Αθήνα, Εκδ. Ανίκουλα, 2001.

43. *Druker P*. Το Management στην πράξη. Αθήνα, Κλειδάριθμος, 1996.

44. *Fleming S, Bopp K, Anderson K*. Spreading the good news of TQM. Faith, conversion and commitment. Healthcare Management Review 1996, 18: 29-33.

45. *Zouko V*. Η διαδικασία του στρατηγικού management στα νοσοκομεία. Επιθεώρηση Υγείας 2001, 12: 17-21.

46. *Maliarou M, Sarafis P*. Financial crisis. How it affects the public health and health systems. Rostrum of Asclepius 11th Volume, 1st Issue, January-March 2012.

Αλληλογραφία:
Καλογερόπουλος Δημήτριος
Birmingham and Midland Eye Centre,
City Hospital NHS Trust,
Dudley Rd, Birmingham B18 7QH
e-mail: dkalog1990@gmail.com

Corresponding author:
Kalogeropoulos Dimitrios
Birmingham and Midland Eye Centre,
City Hospital NHS Trust,
Dudley Rd, Birmingham B18 7QH
e-mail: dkalog1990@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2018, 84, 3-4: 95 - 107

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Ποιότητα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας: Συστάσεις Π.Ο.Υ και κριτική στον Ν.4461/2017

Συμεών Ναούμ

Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

Περίληψη. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Υ.Υ.) δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο, αλλά και στο σύνολο των Υ.Υ., και, μάλιστα, σε όλες τις διαστάσεις της προσφοράς τους. Οι διαφορετικοί ορισμοί-απόψεις για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας οδηγούν και σε διαφορετικές προσεγγίσεις για την αξιολόγηση και βελτίωσή της. Η αξιολόγηση της ποιότητας των Υ.Υ. γίνεται βάσει των δεδομένων και χαρακτηριστικών του συστήματος παραγωγής-διάθεσής τους. Απαραίτητο εργαλείο της αξιολόγησης αποτελούν τα προκαθορισμένα από τους αρμόδιους φορείς κριτήρια, ενώ και οι δείκτες συνιστούν ένα εύχρηστο εργαλείο, μετρώντας-αποτυπώνοντας την ποιότητα με έγκυρο, αξιόπιστο και συγκρίσιμο τρόπο. Ο Π.Ο.Υ. γνωρίζοντας τη μεγάλη επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών παγκοσμίως, καθώς και την επίδρασή τους στην υγεία του ατόμου, διατύπωσε βήματα-συστάσεις για τη χάραξη πολιτικών σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας της ψυχικής υγείας (Ψ.Υ.). Στην Ελλάδα, ψηφίστηκε πρόσφατα ο Ν.4461/2017, ο οποίος εμπεριέχει θετικά στοιχεία για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών Ψ.Υ. Επίσης, οι προτάσεις του νόμου βρίσκονται σε συμφωνία με τα βήματα-συστάσεις του Π.Ο.Υ., ενώ η υποστήριξη των προτεινόμενων οργάνων με διοικητικούς υπαλλήλους με την παράλληλη δυνατότητα πραγματοποίησης τηλεδιασκέψεων, διευκολύνει το έργο τους. Παρά τα δυνητικά οφέλη από την επιχειρούμενη περιφερειοποίηση των προβλεπομένων οργάνων, εκφράζονται επιφυλάξεις για το κατά πόσον η πολυεπίπεδη δομή-διάρθρωση της λειτουργίας τους, θα συμβάλει στην ευελιξία και ταχύτητα που απαιτείται για τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων.
Ελλην Ιατρ 2018, 84: 95 - 107.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό (1946) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), η υγεία είναι «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»[1]. Συνεπώς, η έννοια της υγείας δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική σκοπιά, αλλά και από παράγοντες όπως: περιβάλλον, οικονομία, εργασία, κ.ά. Η ψυχική υγεία είναι αναπόσπαστο μέρος αυτού του ορισμού, σχετιζόμενη με τη συναισθηματική, πνευματική και ψυχολογική ευεξία του ανθρώπου και πρέπει να αντιμετωπίζεται με την ίδια βαρύτητα όπως η σωματική υγεία[2]. Μολονότι οι διαφορές στις αξίες μεταξύ χωρών, πολιτισμών, κοινωνικών τάξεων, φύλων, κλπ έχουν σαν αποτέλεσμα τη μη ύπαρξη ενός κοινά αποδεκτού ορισμού για την ψυχική υγεία (Ψ.Υ.), ο Π.Ο.Υ. πρόσφατα πρότεινε τον ακόλουθο ορισμό: «Η ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση ευεξίας, στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη της ζωής, να εργαστεί παραγωγικά-γόνιμα και είναι σε θέση να συμβάλει στην κοινότητά του»[2].

Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Υ.Υ.) περιλαμβάνεται ανάμεσα στις προτεραιότητες-προσανατολισμούς των συστημάτων υγείας και των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών, που βρίσκονται σε εξέλιξη στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες[3]. Επιπρόσθετα, στον χώρο της υγείας εισάγονται συστήματα ποιότητας, ενώ οι

οργανισμοί στρέφονται στη χρήση εργαλείων ποιότητας και στην εφαρμογή μοντέλων αξιολόγησης για την επίτευξη μεγιστοποίησης της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας τους[4]. Στο παρόν άρθρο γίνεται αναφορά στην έννοια της ποιότητας των Υ.Υ. και παρουσιάζονται παραδείγματα δεικτών ανά κριτήριο αξιολόγησης των. Επίσης, αναλύεται η επίδραση και η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών (Ψ.Δ.) στην υγεία του ατόμου παγκοσμίως, σχολιάζονται παράγοντες-εκτός του τομέα υγείας-που επηρεάζουν την Ψ.Υ., ενώ αναφέρονται οι συστάσεις του Π.Ο.Υ. για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών Ψ.Υ. Τέλος, αναφέρονται οι αλλαγές που προβλέπονται στον πρόσφατα ψηφισμένο Ν.4461/2017 για την Ψ.Υ. και εξετάζεται η συμβατότητα των αλλαγών με τα προτεινόμενα βήματα-συστάσεις από τον Π.Ο.Υ. για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών της καθώς και η συνεισφορά του στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών για τη Ψ.Υ. στη χώρα μας.

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ Υ.Υ.: ΚΡΙΤΗΡΙΑ-ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ

Η έννοια της ποιότητας στην υγεία είναι πολύπλοκη και μπορεί να οριστεί ως[5]:

- Ποιότητα από την πλευρά του χρήστη: Το σύστημα υπηρεσιών υγείας παρέχει στο χρήστη τις υπηρεσίες που έχει ανάγκη και προσδοκά τη δεδομένη χρονική στιγμή, στο χαμηλότερο δυνατό κόστος.
- Ποιότητα από την πλευρά του επαγγελματία υγείας: 1) Η αντίληψη του επαγγελματία υγείας αναφορικά με το βαθμό ικανοποίησης του χρήστη των Υ.Υ. 2) Ο βαθμός συμμετοχής του προσωπικού στην ανάπτυξη και εφαρμογή των διαδικασιών που θεωρούνται αναγκαίες για το σκοπό αυτό.
- Ποιότητα από την πλευρά της διοίκησης: Ο αποτελεσματικός-αποδοτικός τρόπος χρήσης των διαθέσιμων πόρων για ικανοποίηση των πραγματικών αναγκών του χρήστη των Υ.Υ.

Είναι φανερό, ότι η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των χρηστών, την παροχή αναγκαίων-αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο του κόστους. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η υψηλής ποιότητας περίθαλψη διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά: α) υψηλό επίπεδο επαγγελματικής υπεροχής, β) αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων, γ) μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς, δ) ικανοποίηση του ασθενή, ε) τελική θετική επίδραση στην υγεία του ασθενή[6].

Από τους διάφορους ορισμούς, που έχουν-κατά καιρούς-δοθεί, οι συχνότερα αναφερόμενοι, είναι: 1) Ο Donabedian, όρισε την ποιότητα φροντίδας ως τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών και απωλειών που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης[3,7]. 2) Ο Thompson, ορίζει την ποιότητα ως το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, που εστιάζει στην ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας, στις ανάγκες του (και της οικογένειάς του), έτσι ώστε να ενσωματώνει την αποτελεσματικότητα και το κόστος των υπηρεσιών[3,8]. 3) Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών, ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επιστημονική γνώση[3,9]. Τέλος, για την έννοια της ποιότητας Υ.Υ. συνυπάρχουν δύο αντιλήψεις: 1) η τεχνική διάσταση της φροντίδας, αναφερόμενη στην επάρκεια της προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας, 2) η τέχνη της φροντίδας, αναφερόμενη στο περιβάλλον των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, τη στάση και συμπεριφορά των παρόχων υπηρεσιών υγείας[3]. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, μπορεί να επιτευχθεί είτε με βελτιώσεις στο επίπεδο της τεχνικής, είτε στο επίπεδο της τέχνης της φροντίδας είτε και στους δύο αυτούς τομείς[3]. Με τον όρο αξιολόγηση νοείται η εκτίμηση-σε συστηματική βάση-του βαθμού επίτευξης προσχεδιασμένων-προκαθορισμένων σκοπών-στόχων, σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, ενώ η ποιότητα αξιολογείται βάσει του βαθμού ανταπόκρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών σε προκαθορισμένα κριτήρια[3]. Οι δείκτες αποτελούν ένα εύχρηστο εργαλείο, που δίνουν μια ένδειξη της ποιότητας Υ.Υ. και πρέπει να μετρούν την ποιότητα με έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο, έτσι ώστε να προσφέρονται για σύγκριση μεταξύ επαγγελματιών υγείας, νοσοκομείων-τμημάτων, οργανισμών και συστημάτων υγείας. Η ανάπτυξη-χρήση δεικτών ποιότητας είναι σημαντικά βήματα στην προσπάθεια βελτίωσης των Υ.Υ., χωρίς όμως να είναι κάτι στατικό, καθώς η βελτίωση της ποιότητας αποτελεί μια διαρκή διαδικασία. Τα χρησιμοποιούμενα πρότυπα, οι δείκτες

και οι διαδικασίες-μηχανισμοί υπόκεινται σε επαναξιολόγηση και τροποποίηση, σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση[10,11].

Σύμφωνα με τη θεωρία του Donebedian και ανάλογα με τους στόχους της αξιολόγησης, οι κατηγορίες κριτηρίων μπορεί να είναι[3,12,13]:

Πίνακας 1. Παραδείγματα δεικτών ανά κριτήριο αξιολόγησης.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Δείκτες δομής (εγκαταστάσεις, στελέχωση, πόροι)	Καταλληλότητα εγκαταστάσεων (έκταση, θωράκιση, λειτουργικότητα, υγιεινή, ασφάλεια, προσβασιμότητα, αισθητική χώρων, κλπ.) Προδιαγραφές και επάρκεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού Αριθμός έκτακτων συμβάντων που έθεσαν τα μηχανήματα εκτός λειτουργίας/έτος Βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού Οργάνωση τμημάτων-κλινικών, διευθύνσεων, διοίκηση προσωπικού, συστήματα αμοιβών, κλπ Αναλογία προσωπικού/ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία/έτος, κλπ.	Οι δείκτες δομής αντιπροσωπεύουν αναγκαίες συνθήκες για την παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά δεν αποτελούν ταυτόχρονα και ικανές συνθήκες για τη διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων.
Δείκτες διαδικασιών	Διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί κάποιο μηχάνημα εκτός λειτουργίας/έτος Κατάσταση αναμονής (π.χ: για θεραπεία καρκίνου, χειρουργείων κλπ.) Πληρότητα ιατρικού φακέλου ασθενούς και ακρίβεια της κάρτας θεραπείας του Αναλογία κλινικών περιπτώσεων που αντιμετωπίστηκαν στο πλαίσιο ενός ογκολογικού συμβουλίου (multidisciplinary approach)/σύνολο ασθενών/έτος Αριθμός πλάνων ακτινοθεραπείας που βασίστηκαν στο σύστημα σχεδιασμού με CT/συνολικό αριθμό θεραπειών κατ' έτος Αριθμός των σύμμορφων (conformed) πεδίων ανά συνεδρία ακτινοθεραπείας στο σύνολο των θεραπειών Αριθμός θεραπειών στις οποίες επιτελείται έλεγχος και επιβεβαίωση της ακρίβειας με εντοπιστικά (portal) films Αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία/ώρα Αναμονή των ασθενών στους χώρους του τμήματος Εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας (quality assurance), κλπ.	Παρ' ότι οι δείκτες διαδικασίας μπορεί να είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ορισμένοι είναι δύσκολα μετρήσιμοι, ενώ η ελλιπής ή η προβληματική καταγραφή των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε αμφίβολα συμπεράσματα.
Δείκτες αποτελέσματος-έκβασης	Ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου Διάστημα ελεύθερο νόσου Διάστημα ελεύθερο υποτροπής νόσου Τοξικότητα (πρώιμη, όψιμη) Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών Ικανοποίηση των ασθενών, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων, κλπ.	Οι δείκτες εκβάσεως-αποτελέσματος επιτρέπουν την αντικειμενική και αξιόπιστη αξιολόγηση των διαφορών της κατάστασης υγείας των ασθενών, πριν και μετά την επέμβαση ή τη θεραπεία στην οποία υποβάλλοντα. Συχνά, ένας δείκτης έκβασης-αποτελέσματος μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες εκτός από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για παράδειγμα, η επιβίωση εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, όπως: η ηλικία, η συννοσηρότητα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, κλπ.

Παρατήρηση: Η βελτίωση της ποιότητας των Υ.Υ. μπορεί να γίνει είτε και στις τρεις κατηγορίες κριτηρίων ή σε μία ή σε δύο απ' αυτές.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ-ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ. ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ Π.Ο.Υ. ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Ψ.Υ.

Η Ψ.Υ. επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα στην οικογένεια, στο σχολείο, στους χώρους εργασίας και στην κοινωνία. Η υψηλή-καλή Ψ.Υ. συμβάλλει στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και στην ευημερία του ανθρώπου, ενώ η χαμηλή μπορεί να υποβαθμίσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Η επιβάρυνση των Ψ.Δ. παγκοσμίως είναι μεγάλη, καθώς σ'όλο το κόσμο 121 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από κατάθλιψη, 70 εκατομμύρια από προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ, 24 εκατομμύρια από σχιζοφρένεια, 37 εκατομμύρια από άνοια. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, οι ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές ευθύνονται για το 31% των ετών ζωής με ανικανότητα, αποτελώντας 6 από τις 20 κυριότερες αιτίες ανικανότητας παγκοσμίως[14].

Στον παρακάτω πίνακα 2 συνοψίζεται ο ετήσιος επιπολάσομε των «Νόσων του Εγκεφάλου» σε 30 ευρωπαϊκές χώρες: (7 χώρες της ΕΕ, Ελβετία, Νορβηγία, Ισλανδία)[15].

Πίνακας 2. Επιπολασμός 12 μηνών των «Νόσων του Εγκεφάλου» σε 30 χώρες της Ευρώπης (7 χώρες της ΕΕ, Ελβετία, Νορβηγία, Ισλανδία)

Ψυχικές διαταραχές των ενηλίκων	27,10%
Ψυχικές διαταραχές των παιδιών και των εφήβων	2,6% (9,6%*)
Σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας	1,30%
Διαταραχές ύπνου	4,60%
Άνοιες	1,20% (5,40%**)
Όλες οι «Νόσοι του Εγκεφάλου»	38,20%
Συνολικός Πληθυσμός στις 30 χώρες	164.800.000 άτομα

Παρατηρήσεις:
*Στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό
** Στον πληθυσμό άνω των 65 ετών

Εκτιμάται ότι η επιβάρυνση των Ψ.Δ. θα αυξηθεί στις επόμενες δεκαετίας, ενώ επίσης υπολογίζεται ότι-μέχρι το 2020-θα ευθύνονται για το 15% των απολεσθέντων ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα και η κατάθλιψη αναμένεται να γίνει η δεύτερη αιτία ανικανότητας παγκοσμίως[16].

Το οικονομικό-κοινωνικό κόστος των Ψ.Δ. επιβαρύνει: κοινωνίες, κυβερνήσεις, ασθενείς, φροντιστές Ατόμων με Ψ.Δ.-(ΑμεΨΔ) και τις οικογένειές τους. Οι Ψ.Δ. στο σύνολό τους αποτελούν κύρια αιτία για πρόωρη ή αναπηρική συνταξιοδότηση, δημιουργούν σημαντικές δαπάνες, επιβαρύνοντας την κοινωνία, το οικονομικό, εκπαιδευτικό, ασφαλιστικό, ποινικό και δικαστικό σύστημα ενώ το κοινωνικό κόστος (διάλυση οικογενειών, απώλεια εργασίας, ανεργία, αυτοκτονίες, πράξεις βίας, κλπ.) είναι ανυπολόγιστο[17]. Στις Η.Π.Α, το ετήσιο άμεσο κόστος θεραπείας υπολογίζεται στο 2,5% του ΑΕΠ (περίπου 148 δις δολάρια)[18], ενώ το άμεσο κόστος θεραπείας της κατάθλιψης υπολογίστηκε στα 12 δις δολάρια[19]. Στο Σαντιάγκο-Χιλή (≈3.200.000 κάτοικοι) το κόστος θεραπείας των κοινών Ψ.Δ., υπολογίστηκε σε 74 εκατομμύρια δολάρια, αποτελώντας το μισό περίπου του προϋπολογισμού για την ψυχική υγεία ολόκληρης της χώρας[20]. Το έμμεσο κόστος των Ψ.Δ. (απώλεια εργασίας, μειωμένη παραγωγικότητα των ασθενών, των φροντιστών τους, των οικογενειών τους) φαίνεται να είναι ψηλότερο από το άμεσο. Στις χώρες με αναπτυγμένη οικονομία της αγοράς, το έμμεσο ξεπερνά το άμεσο κατά δύο έως έξι φορές ενώ η αναλογία αυτή εκτιμάται μεγαλύτερη στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το άμεσο τείνει να είναι χαμηλό λόγω έλλειψης θεραπείας[14]. Στις περισσότερες χώρες, οι οικογένειες υφίστανται μεγάλο μέρος αυτού του κόστους, λόγω απουσίας δικτύων υπηρεσιών Ψ.Υ., καθώς επίσης κοινωνικό-συναισθηματικό κόστος, που προκαλεί η φροντίδα των αναπήρων μελών τους (έκπτωση ποιότητας ζωής, κοινωνικό αποκλεισμό, στίγμα και απώλεια ευκαιριών βελτίωσης της ζωής τους). Οι ασθενείς, που βρίσκονται σε δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές συνθήκες αντιμετωπίζουν τη μέγιστη επιβάρυνση που προκαλεί η ψυχική τους ασθένεια[14].

Τα άτομα με Ψ.Δ. εκτός από την επιβάρυνση του στίγματος και των κοινωνικών διακρίσεων-προκαταλήψεων, που οδηγούν στην περιθωριοποίησή τους, υφίστανται συχνά παραβιάσεις βασικών δικαιωμάτων και ελευθεριών τους στα ιδρύματα και στην κοινότητα, ενώ συχνά πέφτουν θύματα σωματικής, σεξουαλικής και ψυχολογικής κακομεταχείρισης. Ωστόσο, μεγάλο μέρος όλων αυτών των γεγονότων, δεν δηλώνεται και συνεπώς η επιβάρυνση αυτή δεν ποσοτικοποιείται[14].

Η σχέση μεταξύ των Ψ.Δ. και των σωματικών νόσων είναι σύνθετη και αμφίδρομη. Οι Ψ.Δ. οδηγούν σε κακή σωματική υγεία, όπως δείχνει το πολύ μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης σε άτομα με σχιζοφρένεια[21,22], αλλά και λόγω ότι τα άτομα με

Ψ.Δ.: 1) δίνουν λιγότερη προσοχή στα συμπτώματα σωματικής ασθένειας και καθυστερούν να απευθυνθούν για θεραπεία, 2) αντιμετωπίζουν προβλήματα στην έναρξη θεραπείας λόγω στίγματος-διακρίσεων, 3) συχνά δε συμμορφώνονται με την θεραπευτική αγωγή, 4) είναι περισσότερο ευάλωτα σε σωματικά νοσήματα (π.χ. η κατάθλιψη σχετίζεται με μειωμένη λειτουργία του ανοσοποιητικού)[14,22].

Αντίστροφα, άτομα με χρόνια νοσήματα παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης Ψ.Δ. (π.χ. κατάθλιψη) και αυτή η αυξημένη ευπάθεια συχνά οφείλεται στα κοινωνικά επακόλουθα της σωματικής ανικανότητας. Επίσης, φάρμακα που χρησιμοποιούνται για θεραπεία πολλών σωματικών νοσημάτων, έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην Ψ.Υ., λόγω παρενεργειών, όπως κατάθλιψη, άγχος, κλπ., σε ήδη ευπαθή άτομα. Οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν έναν μέσο όρο θνησιμότητας ο οποίος είναι 2-3 φορές μεγαλύτερος από το γενικό πληθυσμό. Οι Ψ.Δ. ευθύνονται για επιπτώσεις στην έκβαση καταστάσεων συννοσηρότητας, όπως: Καρκίνος[23], παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη και καρδιαγγειακές νόσους[24,25], HIV, ηπατίτιδα Β και C, που είναι αυξημένες σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό γεγονός που σχετίζεται και με παράγοντες όπως την χρήση ουσιών και την ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων αυτών[26]. Επίσης, αυξημένη είναι η συννοσηρότητα με τις νευρολογικές νόσους, όπως την επιληψία, τη νόσο Αλτσχάιμερ ή τη νόσο του Πάρκινσον[27].

Επιπρόσθετα, υπάρχουν αρκετοί παράγοντες-εκτός του τομέα υγείας-που επηρεάζουν την Ψ.Υ., οι οποίοι είναι: 1) Τα ανεπαρκώς ανεπτυγμένα συστήματα φροντίδας Ψ.Υ.-κυρίως σε αναπτυσσόμενες χώρες που πιθανόν να έχουν μεγαλύτερες αυξήσεις στην επιβάρυνση των Ψ.Δ. 2) Στις ανεπτυγμένες χώρες, η μείωση των ποσοστών βρεφικής θνησιμότητας και των μολυσματικών νόσων αυξάνει τον αριθμό ατόμων που φθάνουν στις ευπαθείς-για εμφάνιση Ψ.Δ.-ηλικίες. 3) Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής ατόμων με Ψ.Δ. αλλά και του γενικού πληθυσμού αναμένεται να αυξήσει τον αριθμό ηλικιωμένων με κατάθλιψη, άνοια. 4) Η ταχεία αστικοποίηση, που ακολουθείται συνήθως από έλλειψη στέγης-ζωτικού χώρου, φτώχεια, υψηλά επίπεδα μόλυνσης, διάλυση οικογένειας, απώλεια κοινωνικής στήριξης, αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης Ψ.Δ.[28]. 5) Οι συγκρούσεις-κοινωνικές αναταραχές αλλά και 6) οι καταστροφές, συνήθως οδηγούν σε εκτοπίσεις, φτώχεια, έλλειψη στέγης, ενώ άτομα που εκτίθενται σε βία είναι πιθανότερο να υποφέρουν από Ψ.Δ. (στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία, κατάθλιψη, κατάχρηση αλκοόλ-ουσιών, αυξημένο ποσοστό αυτοκτονιών[14]. 7) Οι δυσμενείς μακροοικονομικές αλλαγές, συνήθως, επιφέρουν μαζική και ξαφνική αύξηση της ανεργίας, που είναι παράγοντας κινδύνου για Ψ.Δ., όπως κατάθλιψη, αυτοκτονίες[29-31]. 8) Οι κακές συνθήκες εργασίας και τα ατελή συστήματα κοινωνικής ασφάλισης επηρεάζουν αρνητικά την Ψ.Υ., καθώς δημιουργούν στρες, ανασφάλεια, κλπ. 9) Το σχολείο καθορίζει σημαντικά την μελλοντική Ψ.Υ. καθόσον σ' αυτό μπορεί να παρατηρηθούν έγκαιρα συμπεριφορικές-συναισθηματικές διαταραχές, πριν την εμφάνιση μείζονων Ψ.Δ., ενώ μπορεί να εφαρμοστούν προγράμματα, που προάγουν τις ικανότητες επίλυσης προβλημάτων, τις διαπροσωπικές δεξιότητες, την πρόληψη χρήσης αλκοόλ-ουσιών από τους εφήβους. 10) Η άστοχη φυλάκιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές, επιβαρύνοντας την κατάσταση των ατόμων αυτών γι' αυτό πρέπει να διευκολύνεται η μεταγωγή τους σε εγκαταστάσεις που προσφέρεται θεραπεία[14].

Ο Π.Ο.Υ. προτείνει 10 προτάσεις-βήματα για τη χάραξη πολιτικών από τα κράτη, σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών Ψ.Υ. που περιλαμβάνονται στον πίνακα 3[22].

Ν.4461/2017: ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΒΗΜΑΤΑ-ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ Π.Ο.Υ.: ΚΡΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

Στον πίνακα 4 αναφέρονται τα κυριότερα άρθρα και παράγραφοι του πρόσφατα ψηφισμένου Ν.4461/2017[32], για την Ψ.Υ. και επισημαίνεται η συμμόρφωσή τους με τα 10 βήματα-συστάσεις του Π.Ο.Υ για τη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών Ψ.Υ.

Πίνακας 3. Βήματα-Συστάσεις Π.Ο.Υ. για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Βήματα-Συστάσεις Π.Ο.Υ. για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Α/Α	Βήμα-Σύσταση	Σχόλια
1	Παροχή θεραπείας για Ψ.Δ. στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.)	Επιτυγχάνεται ευκολότερα, ταχύτερα και καλύτερη παροχή φροντίδας σε μεγαλύτερο αριθμό Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (ΑμΨΔ), περιορίζεται η δαπάνη, ενώ μέσω της έγκαιρης αντιμετώπισης-πρόληψης, αντιμετωπίζεται η δυσμενής εξέλιξη της ασθένειας. Το προσωπικό της Π.Φ.Υ. πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο γι' αυτό πρέπει να προβλέπονται κατάλληλα επιμορφωτικά προγράμματα.
2	Εξασφάλιση ευρύτερης προσβασιμότητας σε βασικά ψυχοτρόπα φάρμακα	Τα ψυχοτρόπα φάρμακα έχουν θετικά αποτελέσματα, πρέπει να διατίθενται σ' όλα τα επίπεδα περίθαλψης, να συμπεριλαμβάνονται στη λίστα των συνταγογραφούμενων φαρμάκων κάθε χώρας, ενώ θα πρέπει να διατίθενται τα καλύτερα κατά περίπτωση.
3	Παροχή φροντίδας στην κοινότητα	Είναι κοινά αποδεκτό ότι η παροχή φροντίδας μέσα στη κοινότητα, περιορίζει τη δαπάνη, έχει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα ζωής στον ασθενή, απ' ότι η παραμονή του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Επομένως, θα πρέπει την φροντίδα των ΑμΨΔ να αναλάβουν δομές στην κοινότητα που θα υποστηρίζονται από τα ψυχιατρικά τμήματα των νοσοκομείων της περιοχής και από υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι. Προς τούτο θα πρέπει να μετακινηθεί κατάλληλα επιμορφωμένο προσωπικό, από τα άσυλα στις νέες δομές.
4	Εκπαίδευση του κοινού	Το κοινό θα πρέπει μέσω δράσεων ενημέρωσης-εκπαίδευσης, να γνωρίζει τη συχνότητα εμφάνισης των Ψ.Δ., τις θεραπευτικές δυνατότητες, τα δικαιώματα των ασθενών, κλπ. Αυτό θα βοηθήσει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να αναζητήσουν γρηγορότερα βοήθεια σε περίπτωση υποψίας συμπτωμάτων, αλλά και θα βοηθήσει να μειωθεί το στίγμα και οι διακρίσεις.
5	Συνεργασία κοινοτήτων, οικογενειών και Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Λ.Υ.Ψ.Υ.)	Αυτοί οι παράγοντες είναι ανάγκη να συμμετέχουν στην ανάπτυξη πολιτικών και προγραμμάτων και στη λήψη αποφάσεων, ώστε οι υπηρεσίες να είναι περισσότερες φιλικές και αποτελεσματικές για το Λ.Υ.Ψ.Υ.
6	Ύπαρξη εθνικών πολιτικών, προγραμμάτων και νομοθεσίας για την ψυχική υγεία	Η ύπαρξη αυτών και η αύξηση της χρηματοδότησης, είναι απαραίτητα για την βελτίωση της ψυχικής υγείας, ενώ τα ασφαλιστικά προγράμματα δεν θα πρέπει να αποκλείουν τα Άτομα με Ψυχικές Διαταραχές (ΑμΨΔ).
7	Ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων	Οι δομές Ψ.Υ. πρέπει να στελεχώνονται από επαρκές προσωπικό, συστηματικά εκπαιδευόμενο-επιμορφωμένο. Για την αύξηση της λειτουργικότητας των δομών αυτών, θα πρέπει να στελεχώνονται με ομάδες ειδικών: ψυχιάτρους, κλινικούς ψυχολόγους, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές. Σκοπός είναι η επίτευξη ολοκληρωμένης περίθαλψης και η ενσωμάτωση των ασθενών στην κοινότητα.
8	Σύνδεση με άλλους τομείς	Η διατομεακή συνεργασία με τομείς όπως: η δικαιοσύνη, η εκπαίδευση, η εργασία, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, είναι απαραίτητη για την καταπολέμηση του στίγματος και την προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού.
9	Καταγραφή Ψ.Υ. σε κοινοτικό επίπεδο	Η κατάσταση της Ψ.Υ. πρέπει να αποτυπώνεται με δείκτες που θα μετρούν τον αριθμό Ψυχικών Διαταραχών (Ψ.Δ.) και τη παρεχομένη περίθαλψη, ώστε να καταγράφονται οι τάσεις στην Ψ.Υ, να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα παροχής φροντίδας και να εκτιμηθούν ανάγκες. Για την καταγραφή των στοιχείων είναι αναγκαία η ανάπτυξη ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων και μεθόδων-εργαλείων διοίκησης.
10	Υποστήριξη της έρευνας	Η έρευνα στις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές πλευρές της ψυχικής υγείας θα βοηθήσει στη καλύτερη κατανόηση των Ψ.Δ και των εκάστοτε διαμορφούμενων συνθηκών.

Πίνακας 4. Κυριότερα άρθρα και παράγραφοι του Ν.4461/2017 και συμμόρφωση με τα 10 βήματα-συστάσεις του Π.Ο.Υ. για τη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών Ψ.Υ.

ΑΡΘΡΑ - ΣΧΟΛΙΑ	ΠΑΡΑΓΡΑΦΟΙ - ΣΧΟΛΙΑ	ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΒΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ Π.Ο.Υ. ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Άρθρο 1: Σύσταση Τομεακών Επιστημονικών Επιτροπών. Σύμφωνα με τους νόμους 2716/1999(Α'96) και 4272/2014(Α'145) η διοικητική οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας βασιζόταν στη λειτουργία των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ) και των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (ΤΕΨΥΠΕ), χωρίς όμως να αποδώσουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα[33]. Οι κυριότεροι λόγοι ήταν: 1) Οι Τομεακές Επιτροπές είχαν γνωμοδοτικό κυρίως ρόλο προς Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, που λάμβανε και την τελική απόφαση με αποτέλεσμα η Διεύθυνση να κατακλύζεται από αιτήματα και γνωμοδοτήσεις από όλες τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας της επικράτειας, δυσχεραίνοντας σημαντικά το έργο της, που είναι ο επιτελικός έλεγχος και εποπτεία του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. 2) Δεν προβλέπεται μόνιμη και αποκλειστική γραμματειακή υποστήριξη των Τομεακών Επιτροπών παρά το ότι ο φόρτος της γραμματείας, είναι ιδιαίτερα μεγάλος. Με το άρθρο αυτό, σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) συστήνεται Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων (Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Ε.), ενώ σε κάθε περιοχή ευθύνης των υφιστάμενων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Τ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.) και των αντίστοιχων Τομέων Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Το.Ψ.Υ.Π.Ε.), όπου υφίστανται, συστήνεται Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Τ.ΕπΕ.Ψ.Υ.Π.Ε.), που συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας. Προβλέπεται η διοικητική υποστήριξη των επιτροπών από υπαλλήλους των Δ.ΥΠε.	**Παρ. 7.α:** Η Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Ε συγκροτείται από 11 μέλη, μεταξύ των οποίων: – Ένας εκπρόσωπος των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Λ.Υ.Ψ.Υ.), με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι κληρώνονται μεταξύ των εκπροσώπων που προτείνουν η Ομοσπονδία, οι Σύλλογοι και οι Ενώσεις Λ.Υ.Ψ.Υ, που έχουν την έδρα τους στο συγκεκριμένο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) – Ένας εκπρόσωπος δευτεροβάθμιου οργάνου των συλλόγων οικογενειών ατόμων με ψυχικές διαταραχές που έχουν την έδρα τους στο συγκεκριμένο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.). **Παρ. 7.β:** Η Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε συγκροτείται από 10 μέλη, μεταξύ των οποίων: – Ένας εκπρόσωπος των Γονέων ή Κηδεμόνων των Παιδιών και Εφήβων Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι κληρώνονται μεταξύ των εκπροσώπων που προτείνουν τα δευτεροβάθμια όργανα συλλόγων οικογενειών ή αδελφών ατόμων με ψυχικές διαταραχές. – Ένας εκπρόσωπος της Πρωτοβάθμιας ή Δευτεροβάθμιας Διεύθυνσης Εκπαίδευσης με τον αναπληρωτή του, ο οποίος ορίζεται από την αντίστοιχη Διεύθυνση της περιοχής ευθύνης της Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. Σημειώνεται ότι και στις δύο Επιστημονικές Επιτροπές συμμετέχει και ένας εκπρόσωπος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με τον αναπληρωτή του, ο οποίος ορίζεται από το μεγαλύτερο Δήμο της περιοχής ευθύνης του Τομέα Ψυχικής Υγείας ή της Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε, ανάλογα.	Στις επιτροπές συμμετέχουν εκπρόσωποι των ληπτών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (περίπτωση ενηλίκων), των οικογενειών τους, της Πρωτοβάθμιας ή Δευτεροβάθμιας Διεύθυνσης Εκπαίδευσης (περίπτωση ανηλίκων) και της Αυτοδιοίκησης, που είναι σε συμφωνία με την 5η σύσταση του Π.Ο.Υ «Συνεργασία κοινοτήτων, οικογενειών και Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας-Λ.Υ.Ψ.Υ.».
Άρθρο 2: Αρμοδιότητες των Τομεακών Επιστημονικών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας.	**Παρ. β:** Προώθηση της συνεργασίας με τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τις οικογένειες και τους φροντιστές τους και γενικότερα προαγωγή της συνηγορίας και της καταπολέμησης του στίγματος εντός της περιοχής ευθύνης των. **Παρ. γ:** Υποστήριξη της έρευνας και εποπτείας της συλλογής επιδημιολογικών στοιχείων χρήσης των Μ.Ψ.Υ. του Το.Ψ.Υ. και του Το.Ψ.Υ.Π.Ε. **Παρ. ε:** Μέριμνα για την ανάπτυξη δικτύου υπηρεσιών των Μ.Ψ.Υ. του Το.Ψ.Υ. και του Το.Ψ.Υ.Π.Ε. με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), τις υπηρεσίες Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τη Δικαιοσύνη, ιδιαίτερα όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών στα καταστήματα κράτησης του Το.Ψ.Υ., όπου υπάρχουν, και στην παρακολούθηση της συνέχειας στη φροντίδα των αποφυλακισμένων ασθενών, καθώς και άλλες αρχές ή φορείς στην περιοχή ευθύνης τους.	5η σύσταση-βήμα του Π.Ο.Υ. "Συνεργασία κοινοτήτων, οικογενειών και Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Λ.Υ.Ψ.Υ.)". 9η και 10η σύσταση-βήμα του Π.Ο.Υ. "Καταγραφή της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο" και "Υποστήριξη της έρευνας", αντίστοιχα. 1η σύσταση-βήμα του Π.Ο.Υ. "Παροχή θεραπείας για ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.)", σε συνδυασμό με την 8η σύσταση-βήμα "Σύνδεση με άλλους τομείς".

Πίνακας 4. *(Συνέχεια)*

ΑΡΘΡΑ - ΣΧΟΛΙΑ	ΠΑΡΑΓΡΑΦΟΙ - ΣΧΟΛΙΑ	ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΒΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ Π.Ο.Υ. ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Άρθρο 2: Αρμοδιότητες των Τομεακών Επιστημονικών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας. *(Συνέχεια)*	**Παρ. ι:** Εισήγηση στο Περιφερειακό Διατομεακό Συμβούλιο την υλοποίηση προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης του προσωπικού στην κοινοτική ψυχιατρική και στην αποϊδρυματοποίηση σε συνεργασία με άλλους φορείς τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, εθνικούς, διακρατικούς και ευρωπαϊκούς ή διεθνείς οργανισμούς.	7η σύσταση-βήμα του Π.Ο.Υ. για «Ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων».
	Παρ. ιδ: Μέριμνα για την ανάπτυξη της συνεργατικής φροντίδας με την ανάπτυξη μονάδων Συμβουλευτικής-Διασυνδετικής Ψυχιατρικής στα Γενικά Νοσοκομεία και την ανάπτυξη συνεργασιών και συλλειτουργίας μεταξύ των ψυχιατρικών υπηρεσιών του Το.Ψ.Υ. και του Το.Ψ.Υ.Π.Ε. και των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.	1η σύσταση-βήμα του Π.Ο.Υ. "Παροχή θεραπείας για ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.)", σε συνδυασμό με την 3η σύσταση του Π.Ο.Υ. «Παροχή φροντίδας στην κοινότητα»
	Παρ. ιη: Δυνατότητα πρόσκλησης σε συνεδριάσεις των επιτροπών φορείς της κοινότητας, των προγραμμάτων Βοήθειας στο Σπίτι, των Αστυνομικών και Δικαστικών αρχών, της Ομοσπονδίας και των συλλόγων ή των ενώσεων των Λ.Υ.Ψ.Υ., των δευτεροβάθμιων οργάνων των συλλόγων οικογενειών ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή όποιων άλλων εκπροσώπων φορέων κρίνουν απαραίτητο για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων που ανακύπτουν στο έδαφος της εφαρμογής των αρχών της κοινοτικής ψυχιατρικής.	8η σύσταση-βήμα Π.Ο.Υ. "Σύνδεση με άλλους τομείς".
Άρθρο 4: Σύνθεση των Περιφερειακών Διατομεακών Συμβουλίων	Η σύνθεση των Περιφερειακών Διατομεακών Συμβουλίων είναι επταμελής και συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από γνώμη του Κε.Σ.Υ και αποτελείται από: Τον Διοικητή της Υ.Πε., ως Πρόεδρο, έναν (1) ψυχίατρο, συντονιστή Διευθυντή Ε.Σ.Υ. ή διευθυντή Ε.Σ.Υ. ή καθηγητή ή αναπληρωτή καθηγητή ή επιστημονικά υπεύθυνο ενός Κ.Ψ.Υ. ή άλλων Μ.Ψ.Υ. ενηλίκων, έναν (1) παιδοψυχίατρο, συντονιστή διευθυντή Ε.Σ.Υ. ή Διευθυντή Ε.Σ.Υ. ή καθηγητή ή αναπληρωτή καθηγητή ή επιστημονικά υπεύθυνο ενός Κέντρου Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων ή άλλων Μ.Ψ.Υ. για παιδιά και εφήβους, έναν (1) επαγγελματία, που παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό ή λογοθεραπευτή ή ειδικό παιδαγωγό ή εργοθεραπευτή ή επισκέπτη υγείας ή νοσηλευτή με ψυχιατρική ειδικότητα και σε περίπτωση έλλειψης αυτού νοσηλευτή, ή φυσικοθεραπευτή), ο οποίος υπηρετεί στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, έναν (1) ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο ή άλλο επαγγελματία ψυχικής υγείας, ο οποίος υπηρετεί σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, έναν (1) από τους Προέδρους των Τομεακών Επιστημονικών Επιτροπών Ενηλίκων, Παιδιών και Εφήβων, ο οποίος ορίζεται από τους Προέδρους των Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Ε. και Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. και συμμετέχει στο Περιφερειακό Διατομεακό Συμβούλιο με ετήσια θητεία, έναν (1) εκπρόσωπο των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Λ.Υ.Ψ.Υ.) με αναπληρωτή του έναν (1) εκπρόσωπο δευτεροβάθμιου οργάνου συλλόγων οικογενειών ατόμων με ψυχικές διαταραχές που έχουν την έδρα τους στο συγκεκριμένο Πε.Δι.Το.Ψ.Υ. και ορίζονται από αυτούς.	Στα Πε.Δι.Το.Ψ.Υ. συμμετέχουν εκπρόσωποι των ληπτών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας με αναπληρωτές τους εκπροσώπους του δευτεροβάθμιου οργάνου συλλόγων οικογενειών ατόμων με ψυχικές διαταραχές που έχουν την έδρα τους στο συγκεκριμένο Πε.Δι.Το.Ψ.Υ, που είναι σε συμφωνία με την 5η σύσταση του Π.Ο.Υ «Συνεργασία κοινοτήτων, οικογενειών και Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας-Λ.Υ.Ψ.Υ.».

Πίνακας 4. *(Συνέχεια)*

ΑΡΘΡΑ - ΣΧΟΛΙΑ	ΠΑΡΑΓΡΑΦΟΙ - ΣΧΟΛΙΑ	ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΒΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ Π.Ο.Υ. ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Άρθρο 6: Αρμοδιότητες των Περιφερειακών Διατομεακών Συμβουλίων	**Παρ. ιβ:** Έγκριση προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης για την ενημέρωση των ψυχιάτρων, παιδοψυχιάτρων ή άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας ή διοικητικών ή άλλων εργαζομένων στην κοινοτική ψυχιατρική, που εισηγούνται οι Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Ε. και Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε	7η σύσταση-βήμα του Π.Ο.Υ. για «Ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων».
	Παρ. κβ: Εποπτεία της ομαλής διεξαγωγής των εκπαιδευτικών προγραμμάτων εντός του κάθε Το.Ψ.Υ	
	Παρ. η: Εισήγηση στον Υπουργό Υγείας μετά από εισήγηση των Τ.Επ.Ψ.Υ.Ε. και Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. για την ανάπτυξη και οργάνωση Μ.Ψ.Υ. στην κοινότητα, σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2716/1999 με σκοπό την αποϊδρυματοποίηση, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς και κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή άλλες Μ.Ψ.Υ	3η σύσταση-βήμα του Π.Ο.Υ. «Παροχή φροντίδας στην κοινότητα».
	Παρ. ιθ: Προώθηση και εποπτεία της ανάπτυξης δικτύου συνεργατικής φροντίδας μέσα στα Γενικά Νοσοκομεία (Μονάδες Συμβουλευτικής-Διασυνδετικής Ψυχιατρικής) και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Κέντρα Υγείας, Π.Ε.Δ.Υ, υπηρεσίες των Δήμων-Βοήθεια στο Σπίτι κ.α.), σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Υπουργού Υγείας.	3η σύσταση-βήμα του Π.Ο.Υ., «Παροχή φροντίδας στην κοινότητα» σε συνδυασμό με την 1ησύσταση-βήμα του Π.Ο.Υ. "Παροχή θεραπείας για ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.)"
	Παρ. κ: Διασφάλιση και εγκατάσταση και ομαλή λειτουργία του συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης της πορείας των ασθενών μέσα στο δίκτυο υπηρεσιών κάθε Το.Ψ.Υ. και Το.Ψ.Υ.Π.Ε. και έλγχος τήρησης του αρχείου από κάθε Μ.Ψ.Υ.	
	Παρ. κγ: Ετήσια αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παρέχονται από τις Μ.Ψ.Υ(Ν.Π.Δ.Δ, Ν.Π.Ι.Δ κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα των νόμων 2716/1999 και 4272/2014) στην περιοχή αρμοδιότητάς τους, σύμφωνα με ποσοτικά και ποιοτικά κριτήρια που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας.	9η σύσταση-βήμα του Π.Ο.Υ «Καταγραφή της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο»

Στο χώρο της Ψ.Υ. υπάρχουν ουσιαστικά και χρονίζοντα προβλήματα. Τα Κέντρα Ψ.Υ. είναι ελάχιστα, οι Κινητές Μονάδες ολιγάριθμες, οι υλικοτεχνικές υποδομές υποβαθμισμένες, κλπ. Στην πράξη, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ψ.Υ. ασκείται κυρίως από τους ψυχιατρικούς τομείς των Νοσοκομείων-τα Κ.Υ. έχουν ελάχιστα αξιοποιηθεί στο συγκεκριμένο τομέα-ενώ οι ελλείψεις σε προσωπικό επιβαρύνουν περαιτέρω τους υπόλοιπους επαγγελματίες Ψ.Υ., που οδηγούνται σε σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out)[34]. Τα προβλήματα αυτά περιμένουν λύση και το έργο των επιτροπών-συμβουλίων που προβλέπονται-από το Νόμο-καθίσταται δύσκολο και επίπονο. Ο πρόσφατος Ν.4461/2017 προβλέπει: α) συγκρότηση επιστημονικών επιτροπών στους Τομείς Ψυχικής Υγείας, β) σύσταση Περιφερειακών Διοικήσεων Τομέων Ψυχικής Υγείας (Πε.Δι.Το.Ψυ), γ) συγκρότηση Περιφερειακών Διατομεακών Συμβουλίων, Δ) συγκρότηση συντονιστικού οργάνου των Πε.Δι.Το.Ψυ, ενώ δ) σε κάθε Πε.Δι.Το.Ψυ συγκροτούνται Επιτροπές Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Οι προβλεπόμενες παραπάνω επιτροπές-συμβούλια διαρθρώνονται σε μια πολυεπίπεδη δομή.

Τα θετικά στοιχεία του Ν.4461/2017 είναι: 1) Η επιχειρούμενη αποκέντρωση, με τη συγκρότηση Τομεακών Επιστημονικών Επιτροπών Ψυχι-

Πίνακας 5. Σχολιασμός οργανωτικών-λειτουργικών αλλαγών κατά άρθρο.

Άρθρο 1, Παρ.7.β.γγγ

Οι Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Ε. και Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. υποστηρίζονται από διοικητικό υπάλληλο της οικείας Δ.Υ.Πε δημιουργώντας προϋποθέσεις για καλής λειτουργίας των επιτροπών.

Άρθρο 3: Σύσταση Περιφερειακών Διοικήσεων Τομέων Ψυχικής Υγείας (Πε.Δι.Το.Ψ.Υ)

Στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) συστήνονται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Περιφερειακές Διοικήσεις Τομέων Ψυχικής Υγείας (Πε.Δι.Το.Ψ.Υ.). Σε κάθε Δ.Υ.Πε. υπάγονται δύο Πε.Δι.Το.Ψ.Υ. με την εξαίρεση της 5ης και της 7ης Δ.Υ.Πε. σε κάθε μία από τις οποίες υπάγεται μια Πε.Δι.Το.Ψ.Υ Στις Πε.Δι.Το.Ψ.Υ., εντάσσονται οι Τομείς Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων (Το.Ψ.Υ.) και οι Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Το.Ψ.Υ.Π.Ε.).

Άρθρο 4, Παρ. 1

Οι Περιφερειακές Διοικήσεις Τομέων Ψυχικής Υγείας (Πε.Δι.Το.Ψ.Υ.) διοικούνται από Περιφερειακά Διατομεακά Συμβούλια, τα οποία συνιστώνται σε αυτές. Η θητεία των μελών των Περιφερειακών Διατομεακών Συμβουλίων είναι τριετής και μπορεί να ανανεωθεί για μια επιπλέον τριετία. Τα μέλη των Περιφερειακών Διατομεακών Συμβουλίων μπορεί να παυθούν και να αντικατασταθούν πριν τη λήξη της θητείας τους για σπουδαίο λόγο.

Άρθρο 4, Παρ. 5&6

Οι θέσεις των μελών στο Περιφερειακό Διατομεακό Συμβούλιο είναι τιμητικές και άμισθες. Τα μέλη του Περιφερειακού Διατομεακού Συμβουλίου και των Τομεακών Επιστημονικών Επιτροπών προσφέρουν τις υπηρεσίες τους παράλληλα με τα κύρια καθήκοντά τους. Τα Περιφερειακά Διατομεακά Συμβούλια συνεδριάζουν στην έδρα της αντίστοιχης Δ.Υ.Πε. ή στην Περιφερειακή της έδρα κατά περίπτωση. Στα πρακτικά των συνεδριάσεων αναφέρεται αναλυτικά η απόφαση της πλειοψηφίας και η γνώμη της μειοψηφίας, ενώ οι συνεδριάσεις μπορεί να πραγματοποιούνται και με τηλεδιάσκεψη.

Άρθρο 4, Παρ. 6

Για την εύρυθμη για απρόσκοπτη λειτουργία των Περιφερειακών Διατομεακών Συμβουλίων, προβλέπεται ότι οι συνεδριάσεις των μπορεί να πραγματοποιούνται και με τηλεδιάσκεψη.

Άρθρο 4, Παρ. 10

Η Διοικητική Υποστήριξη των Τομεακών Επιστημονικών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας και των Περιφερειακών Διατομεακών Συμβουλίων παρέχεται από υπαλλήλους των Δ.Υ.Πε., που ορίζονται με απόφαση του Διοικητή των Υ.Πε. και απασχολούνται αποκλειστικά με τον τομέα της ψυχικής υγείας.

Άρθρο 5, Συντονιστικό Όργανο των Πε.Δι.Το.Ψυ.

Συνιστάται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, τριμελές Συντονιστικό Όργανο των Περιφερειακών Διοικήσεων Τομέων Ψυχικής Υγείας. Τα μέλη του εκλέγονται από τα μέλη των Περιφερειακών Συμβουλίων των Πε.Δι.Το.Ψυ. Το Συντονιστικό Όργανο των Πε.Δι.Το.Ψυ. εκπροσωπεί τις Πε.Δι.Το.Ψυ. και συμμετέχει σε υπουργικές και διυπουργικές επιτροπές ή όπου κληθεί για το σχεδιασμό της κεντρικής στρατηγικής για θέματα ψυχικής υγείας.

Άρθρο 6, Αρμοδιότητες των Περιφερειακών Διατομεακών Συμβουλίων

Ορίζονται οι αρμοδιότητες των Περιφερειακών Διατομεακών Συμβουλίων, όπου μεταξύ άλλων είναι: α) Η διαμόρφωση και έγκριση της εφαρμογής της διατομεακής ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής, επιστημονικής, εκπαιδευτικής και λειτουργικής διασύνδεσης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Πε.Δι.Το.Ψ.Υ. με κριτήριο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με βάση τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής, της συνέχειας της φροντίδας και του σεβασμού των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της κεντρικής υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας. β) Ο συντονισμός και παρακολούθηση της εφαρμογής και εκτέλεσης των αποφάσεων του Υπουργείου Υγείας σε θέματα αρμοδιότητάς τους. γ) Η ετήσια γνωμοδότηση προς το Υπουργείο Υγείας για τη στρατηγική και το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης σχετικά με την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας της Πε.Δι.Το.Ψ.Υ. και η έγκριση, παρακολούθηση και εκτέλεση του επιχειρησιακού σχεδίου δράσης της Πε.Δι.Το.Ψ.Υ. δ) Η εισήγηση μέτρων ψυχικής υγείας στα αρμόδια όργανα για το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης κρίσεων, εκτάκτων αναγκών και μαζικών καταστροφών και διαχειρίζονται τις τοπικές κρίσεις σε επίπεδο ψυχικής υγείας. ε) Έγκριση του ετήσιου προϋπολογισμό προμηθειών των Μ.Ψ.Υ. της Πε.Δι.Το.Ψ.Υ., κ.ά.

Άρθρο 7

Επιτροπές ελέγχους προστασίας των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές συστήθηκε στο Υπουργείο Υγείας με το ν. 2716/1999 (Α'96) και έχει συνεισφέρει σημαντικά στην προστασία και προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές ωστόσο και εδώ όλα τα αιτήματα από το σύνολο της επικράτειας καταλήγουν στην κεντρική Επιτροπή στο Υπουργείο Υγείας, δυσχεραίνοντας συχνά το έργο της, ενώ ζητήματα προάσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών, ιδιαίτερα στην περιφέρεια, συχνά δεν εκφράζονται λόγω της μεγάλης απόστασης από το κέντρο. Παράλληλα, διαπιστώθηκε αύξηση στην προσφυγή σε διαδικασίες ακούσιας νοσηλείας, αύξηση η οποία εκτιμάται ότι σχετίζεται και με την οικονομική και ανθρωπιστική κρίση που διέρχεται η χώρα, με αποτέλεσμα τη αύξηση των ακούσιων νοσηλειών[33]. Με το άρθρο αυτό επιχειρείται περιφερειοποίηση-αποκέντρωση των υπηρεσιών ελέγχου και προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές συγκροτώντας σε κάθε Περιφερειακή Διοίκηση Τομέων Ψυχικής Υγείας (Πε.Δι.Το.Ψ.Υ.) επταμελή Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που διοικητικά υπάγεται στην Πε.Δι.Το.Ψ.Υ. και διασυνδέεται με την Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, η οποία έχει συσταθεί στο Υπουργείο Υγείας την οποία ενημερώνει σε τακτά χρονικά διαστήματα και στην οποία υποβάλλει ετήσια έκθεση. Η συγκρότηση του σώματος αυτού επιτρέπει την αποσυμφόρηση της Κεντρικής Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, ενώ, όπως συμβαίνει και με τις Τομεακές Επιτροπές, η Επιτροπή είναι περισσότερο διαθέσιμη τοπικά, η λειτουργία της είναι περισσότερο άμεση και φυσικά είναι περισσότερο ενήμερη για τα τεκταινόμενα εντός του Τομέα.

Άρθρο 8

Προβλέπεται και διευκρινίζεται η μεταφορά του συνόλου των θέσεων καλυμμένων και κενών και όχι μόνο του υπηρετούντος ιατρικού, διοικητικού και τεχνικού προσωπικού των καταργούμενων σύμφωνα με το άρθρο 30 του νόμου 4052/2012 ψυχιατρικών νοσοκομείων, στα αντίστοιχα Γενικά Νοσοκομεία.

κής Υγείας, Περιφερειακών Διατομεακών Συμβουλίων και Επιτροπών ελέγχου-προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με Ψ.Δ. σε κάθε Πε.Δι.Το.Ψ.Υ., δίνει τη δυνατότητα καλύτερης ενημέρωσης των προβλημάτων σε τομεακό-περιφερειακό επίπεδο και αμεσότερης λειτουργίας της διοίκησης, επιτρέποντας στη Κεντρική Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας να επικεντρώνεται στον επιτελικό ρόλο που της αναλογεί[33]. 2) Η προβλεπόμενη διοικητική υποστήριξη των συγκροτούμενων Επιτροπών-Συμβουλίων από διοικητικούς υπαλλήλους της οικείας Δ.Υ.Πε, διευκολύνει το έργο τους, ενώ η δυνατότητα πραγματοποίησης τηλεδιασκέψεων, μειώνει τις πιθανότητες αναβολών των συνεδριάσεων, που συνήθως έχουν επακόλουθο την καθυστερημένη λήψη αποφάσεων.

Ωστόσο, τα προβλεπόμενα συμβούλια-επιτροπές δημιουργούν ένα πολυπρόσωπο και πολυεπίπεδο σύστημα διοίκησης-διαχείρισης, που δημιουργούν επιφυλάξεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα, ιδιαίτερα στη λήψη σημαντικών-επείγουσων αποφάσεων. Παρολ'αυτά, είναι νωρίς για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, σχετικά με το κατά πόσο οι αλλαγές θα συνεισφέρουν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών Ψ.Υ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έννοια της ποιότητας των Υ.Υ. είναι πολύπλοκη, κάτι που διαφαίνεται από το γεγονός ότι έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί, καθώς εξαρτάται από τη σχέση που έχει ο διατυπώνων τον ορισμό με το σύστημα υγείας και από το είδος-έκταση των ευθυνών του. Οι διαφορετικοί ορισμοί-απόψεις για την ποιότητα στις Υ.Υ. οδηγούν, επίσης, και σε διαφορετικές προσεγγίσεις της αξιολόγησης-βελτίωσης της.

Με τον όρο αξιολόγηση νοείται η εκτίμηση, σε συστηματική βάση, του βαθμού επίτευξης προσχεδιασμένων-προκαθορισμένων σκοπών-στόχων, σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Απαραίτητο εργαλείο της αξιολόγησης αποτελούν τα διάφορα κριτήρια που θέτονται εκ των προτέρων από τον αρμόδιο φορέα σε συνεργασία με το εμπλεκόμενο προσωπικό, ενώ με βάση αυτά, προσδιορίζεται το επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και επίσης καθορίζονται τα πρότυπα με τα οποία συγκρίνεται-αξιολογείται η επικρατούσα κατάσταση. Επιπρόσθετα, εύχρηστο εργαλείο συνιστούν και οι διάφοροι δείκτες, αποτελώντας μια ένδειξη της ποιότητας Υ.Υ. Ο Π.Ο.Υ., αντιλαμβανόμενος τη μεγάλη σημασία-επιβάρυνση των Ψ.Δ. παγκοσμίως και την επίδραση τους στην υγεία, διατύπωσε 10 βήματα-συστάσεις για τη χάραξη πολιτικών βελτίωσης στην ποιότητα της Ψ.Υ. στα διάφορα κράτη.

Όσον αφορά στην ελληνική πραγματικότητα, ο πρόσφατος Ν.4461/2017 προβλέπει τη συγκρότηση οργάνων (επιτροπών-συμβουλίων) σε μια πολυεπίπεδη διάρθρωση-δομή, με πολλές από τις αρμοδιότητες των οργάνων αυτών να βρίσκονται σε συμφωνία με τα βήματα-συστάσεις του Π.Ο.Υ. Επίσης, παρέχεται η διοικητική υποστήριξη των παραπάνω οργάνων από υπαλλήλους της αρμόδιας Δ.Υπε με δυνατότητα πραγματοποίησης τηλεδιασκέψεων, επιδρώντας ευνοϊκά στο έργο τους. Ωστόσο, εκφράζονται επιφυλάξεις για το κατά πόσο η πολυεπίπεδη δομή-διάρθρωση των προβλεπόμενων επιτροπών-συμβουλίων θα συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα που απαιτείται για τη λήψη σημαντικών-επειγουσών αποφάσεων. Τέλος, παρά τα θετικά στοιχεία του Ν.4461/2017, κρίνεται ότι είναι νωρίς για εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που θα επιφέρουν οι προβλεπόμενες από το νόμο αλλαγές.

ABSTRACT

Naoum S. **Quality of Mental Health Services: WHO Recommendations and critique of Law 4461/2017.** *Hell Iatr 2018; 84: 95-107.*

The quality of health services (HS) is not only related to medical work, but also to all HS and to all dimensions of their offer. All the different definitions-aspects of quality in HS also lead to different approaches about their evaluation and improvement. The quality assessment of HS is based on the data and characteristics of their production and distribution system. The criteria that are predefined by the competent institutions are necessary assessment tools, and also the so called "health indicators" can be a handy tool, measuring-capturing quality in a valid, reliable and comparable way. World Health Organization (WHO), being aware of the high burden of mental disorders worldwide and their impact on the health of the individual, has made recommendations for policy-making on improving mental health quality. In Greece, the law 4461/2017 has been recently adopted, which contains positive elements that are set up to supervise, coordinate and

propose measures for the better provision of mental health services. Moreover, the proposals of the law are in line with recommendations of WHO, while the additional support of the proposed institutions with administrative staff and the simultaneous teleconferencing, facilitates their work. Despite the potential benefits of the attempted regionalization of the institutions envisaged, concerns are expressed in relation to whether the multi-level structure of their operation will contribute to the flexibility and speed that is needed for critical decisions.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Constitution of WHO: Principles. Available at: http://www.who.int/about/mission/en/.
2. WHO. Mental health: a state of well-being. Available at: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.
3. *Αλεξιάδης ΑΔ, Σιγάλας Ι*. Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Διοίκηση Μονάδων Υγείας-Τόμος Δ. ΕΑΠ, ΠΑΤΡΑ, 1999.
4. *Σταυρόπουλος Ν*. Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας Μελέτη ικανοποίησης ασθενών Δημοσίου Νοσοκομείου. Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία. ΜΙΠΣ: Διοίκηση Επιχειρήσεων-Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Πανεπιστήμιο Πειραιά. Πειραιάς, 2009. Διαθέσιμο στο: http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/3461/Stauropoulos.pdf?sequence=2.
5. *Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ*. Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδ. Παπασωτηρίου. Αθήνα, 2008. Διαθέσιμο στο: https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/16027/3/PechtelidouAnastasiaMsc2014.pdf.
6. WHO. The World Health Report. Health systems: improving performance, Ed. World Health Organization, Geneva, 2000.
7. *Donabedian A*. Definition of quality and approaches to its assessment, Michigan. Ed. Health Administration Press, Chicago, 1980.
8. *Thompson RE*. Next Steps in Implementing Quality Appraisal/ Action Plans in Hospitals. Ed. Thompson, Mohr and Associates Inc. Florida, 1980.
9. *Nelson AR*. Measuring performance and improving quality, Sterling, London, 1996.
10. *Marshal MN, Roland MO*. Can health care quality indicators be transferred between countries? Quality and Safety in Health Care 2003, 12: 8-12.
11. *Dale BG*. Sustaining a process of continuous improvement: Definition and key factors, The TQM Magazine 1996, 8: 49-51.
12. *Donabedian A*. Assessment and measurement of quality assurance in healthcare. Milbank Memorial Fund Quarterly 1966, 44:194-6.
13. *Παπακωστίδη Α, Τσουκαλάς Ν*. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. Αρχ Ελλ Ιατρ 2012, 29: 480-8.
14. Υπουργείο Υγείας. Το πλαίσιο της ψυχικής υγείας. Π.Ο.Υ 2003. Διαθέσιμο στο http://www.who.int/mental_health/policy/mh_context_greek.pdf.
15. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γæ (2011-2020). Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2011 Διαθέσιμο στο: http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/%CE%9D%CE%95%CE%91/%CE%A8%CE%A5%CE%A7%CE%91%CE%A1%CE%93%CE%A9%CE%A3%20%CE%93'%20(2011-2020).pdf.
16. *Murray CJL, Lopez, Alan D.* World Health Organization, World Bank & Harvard School of Public Health. The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary / edited by Christopher JL Murray, Alan D. Lopez. 1996 Geneva, World Health Organization.
17. World Health Days. Αίτια, επιπτώσεις και αντιμετώπιση. Διαθέσιμο στο: http://www.worldhealthdays.gr/psixiki/aitia-epiptoseis-kai-antimetopisi.
18. *Rice ML, Huston AC, Truglio R, Wright JC*. Words from Sesame street: Learning vocabulary while viewing. Development Psychology, 1990, 26: 421-8.
19. *Greenberg LS, Rice LN, Elliot R*. Facilitating emotional change: The moment-by-moment process. New York: The Guilford Press. 1993.
20. *Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G*. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry 2001, 178: 228-33.
21. *Brown*. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997, 171: 502-8.
22. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001. Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα 2001. Διαθέσιμη στο: http://www.who.int/mental_health/resources/worldhealth_report2001_greek.pdf.
23. *McGinty EE, Zhang Y, Guallar E, et al*. Cancer incidence in a sample of Maryland residents with serious mental illness. Psychiatr Serv 2012, 63: 714-717.
24. *De Hert M, Correll CU, Bobes J, et al*. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011, 10: 52-77.
25. *De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Möller HJ*. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). Eur Psychiatry 2009, 24: 412-24.
26. *Goodkin K*. Assessing the prevalence of HIV, HBV, and HCV infection among people with severe mental illness. Lancet Psychiatry 2016, 3: 4-6.
27. *Hesdorffer DC*. Comorbidity between neurological illness and psychiatric disorders. CNS Spectr 2016, 21: 230-8.
28. *Desjarlais R, Eisenberg L, Good B*. World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries. Kleinman A (eds): Oxford University Press, Oxford, UK, 1995.

29. *Platt S*. Parasuicide and unemployment. Br J Psychiatry 1986, 149: 401-5.

30. *Gunnell D, Lopatatzidis A, Dorling D, Wehner H, Southall H, Frankel S*. Suicide and unemployment in young people. Analysis of Trends in England and Wales, 1921-1995. Br J Psychiatry 1999, 175: 263-70.

31. *Preti A, Miotto P*. Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994. J Epidemiol and Community Health, 1999, 53: 694-701.

32. Νόμος 4461/2017 - ΦΕΚ 38/Α/28-3-2017. Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις. Διαθέσιμο στο: http://www.einap.gr/images/nomika/psihiki-ygeia.pdf.

33. Αιτιολογική έκθεση Ν.4461/2017 Διαθέσιμη στο: http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/%20%20m-psyhonoseis-sunolo.pdf.

34. *Κυλούδης Π, Τανανάκη Μ, Ρεκλείτη Μ.* Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 2012, 4: 1-8.

Αλληλογραφία:
Σ. Ναούμ
Ανδρέα Εμπειρίκου 37Α
263 35 Πάτρα
e-mail: naoumsimeon@gmail.com

Corresponding author:
S. Naoum
Andrea Empeirikou 37A street
263 35 Patra, Greece
e-mail: naoumsimeon@gmail.com

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΘΕΜΑΤΩΝ

ΤΟΜΟΣ 84, 3-4, 2018

(ΕΑ) ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ
(ΕΕ) ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
(ΕΔΑ) ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ
(ΣΑ) ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Αθλητικές δραστηριότητες μετά από συρραφή μηνίσκου (ΕΑ), 32
Αλκοόλ χρήσης διαταραχή και χρησιμότητα της Ναλμεφένης (ΣΑ), 5
Αναιμία στους ηλικιωμένους (ΕΑ), 29
Αναπαραγωγικής ηλικίας γυναικών ψυχική υγεία και επιπτώσεις αυτοανόσων νοσημάτων (ΕΑ), 15
Ασθενείς βεβαρημένοι ψυχολογικά και ψυχιατρικά από πλευράς ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού (ΕΑ), 46
Ασθενή-ιατρού τύποι επικοινωνίας και η από κοινού λήψη ιατρικής απόφασης (ΕΑ), 22
Άσκησης επίδραση στην πήξη του αίματος (Α), 23
Αυτοάνοσα νοσήματα και ψυχική υγεία γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας (ΕΑ), 15

Δικτύωσης κοινωνικής μέσα στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας (ΕΔΑ), 72

Ηλικιωμένων αναιμία (ΕΑ), 29
Ηλικιωμένων θεραπεία κατάθλιψης με μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις (ΕΑ), 40
Ηλικιωμένων υπηρεσίες/προϊόντα φροντίδας και αποτελεσματικότητα της προώθησης, προβολής και δημοσιότητάς τους (ΕΕ), 73

Ιατρού οικογενειακού θεσμός στην Ελλάδα (ΕΔΑ), 60
Ιατρού-ασθενή τύποι επικοινωνίας και η από κοινού λήψη ιατρικής απόφασης (ΕΑ), 22
Ιατρών ειδικευομένων οδηγός επικοινωνίας (ΕΑ), 95
Ιστορικό ιατρικό και οδοντιατρικό σε ψυχολογικά και ψυχιατρικά βεβαρημένους ασθενείς (ΕΑ), 46

Κατάθλιψης θεραπεία στους ηλικιωμένους με μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις (ΕΑ), 40
Κράτος κοινωνικό και πολιτική υγείας σε συνθήκες κρίσης και αναπτυξιακή διέξοδος ((ΕΔΑ), 85
Κράτους πρόνοιας Ευρωπαϊκού σύγχρονες προκλήσεις και συστήματα κοινωνικής προστασίας (ΕΔΑ), 50

Μέσα κοινωνικής δικτύωσης στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας (ΕΔΑ), 72
Μετάλλων βαρέων σιδήρου, μολύβδου, μαγγανίου, και αρσενικού επιδημιολογία στο πόσιμο νερό νομού Θεσσαλονίκης (ΕΕ), 34
Μηνίσκου συρραφή και επιστροφή σε αθλητικές δραστηριότητες (ΕΑ), 32

Ναμελφένης χρησιμότητα στη θεραπεία διαταραχής χρήσης αλκοόλ (ΣΑ), 5
Νερού πόσιμου υγιεινή και δημόσια υγεία (ΕΕ), 34

Οικογενειακού ιατρού θεσμός στην Ελλάδα (ΕΔΑ), 60

Οσχέου επωδύνου παραμελημένου διαγνωστική προσπέλαση με την αξιοποίηση του σημείου Prehn (ΕΕ), 44

Πήξη αίματος και επίδραση της άσκησης (ΕΑ), 23
Π.Ο.Υ. συστάσεις και κριτική στον Ν. 4461/2017 Prehn σημείου αξιοποίηση στη διαγνωστική προσπέλαση του επωδύνου παραμελημένου οσχέου (ΕΕ), 44
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και γνώση πολιτών για αυτήν (ΕΕ), 55
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρώπη (ΕΑ), 5

Συστήματα κοινωνικής προστασίας και σύγχρονες προκλήσεις του ευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας (ΕΔΑ), 50

Υγεία δημόσια και υγιεινή του πόσιμου νερού (ΕΕ), 34
Υγεία ψυχική γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας και επιπτώσεις αυτοανόσων νοσημάτων (ΕΑ), 15
Υγείας πρόληψη και προαγωγή και μέσα κοινωνικής δικτύωσης (ΕΔΑ), 72
Υγείας πρωτοβάθμια φροντίδα και γνώση πολιτών για αυτήν (ΕΑ), 55
Υγείας πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρώπη (ΕΑ), 5
Υγείας ψυχικής ποιότητα υπηρεσιών (ΕΔΑ), 95

Ψυχολογικά και ψυχιατρικά βεβαρημένοι ασθενείς από πλευράς ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού (ΕΑ), 46

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΤΟΜΟΣ 84, 3-4, 2018

ΑΛΕΞΙΟΥ Α., 46

ΒΛΑΣΣΗ Α., 72, 73

ΓΕΡΑΣΙΜΟΥ Μ., 29

ΔΑΡΔΑΒΕΣΗΣ Θ.Ι., 72, 73
ΔΙΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ Ι., 5

ΖΕΡΒΑΣ Ι., 15

ΚΑΛΙΦΗΣ Γ., 32
ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Δ., 85
ΚΟΓΙΑ Ε., 44

ΛΟΥΪΖΟΥ Ε., 72, 73

ΜΑΝΤΖΟΥΚΗΣ Σ., 29
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΣ Γ., 15
ΜΗΤΡΟΥΔΗ Μ., 44
ΜΠΑΚΑΣ Δ., 40
ΜΠΑΜΙΔΗΣ Π., 73

ΝΑΟΥΜ Σ., 60, 22, 95

ΝΑΤΣΗΣ Κ., 32
ΝΙΚΗΤΙΔΗΣ Ν., 23
ΝΙΚΗΤΙΔΗΣ Ν., 34

ΟΤΟΥΝΤΖΙΔΗΣ Ν., 32

ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΟΥ Φ., 34
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ., 32
ΠΑΤΟΥΛΙΑΣ Δ., 44
ΠΑΤΟΥΛΙΑΣ Ι., 44

ΡΑΝΤΗΣ Κ., 5

ΣΑΛΙΩΝΗ Α-Μ., 15

ΤΕΡΖΙΔΗΣ Ι., 32
ΤΟΤΛΗΣ Τ., 32
ΤΣΕΛΕΓΓΙΔΗΣ Α., 34

ΦΕΙΔΑΝΤΣΗΣ Θ., 44

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Γ., 85
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Π., 5, 55
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Π., 15

Ευχαριστίες

Στην επιλογή των εργασιών που δημοσιεύθηκαν στα τεύχη του 2018 βοήθησαν ουσιαστικά (πλην ορισμένων μελών της συντακτικής επιτροπής) και οι ακόλουθοι κριτές:

Ι. Ιεροδιακόνου
Η. Τυροδήμος
Ν. Λαλιώτης
Δ. Κουτσονικόλας
Γ. Γαρύφαλλος

Η Επιτροπή Συντάξεως τους ευχαριστεί θερμά.