

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

***ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ
ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ***

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ
ΧΑΤΖΗΚΟΥΚΟΥΤΣΗ ΒΑΪΤΣΑ**

ΑΘΗΝΑ 2018

Στην οικογένειά μου για την υπομονή και τη συμπαράστασή τους καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Ευχαριστίες

Η διπλωματική εργασία διεκπεραιώθηκε υπό την επίβλεψη της Κυρίας Ιακωβίδου, του Κυρίου Εκμεκτζόγλου και της τριμελούς επιτροπής που ευχαριστώ θερμά.

Ευχαριστώ, επίσης, και τη διοίκηση του νοσοκομείου για την άδεια που μου δόθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Περιεχόμενα

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ.....	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΜΕΡΟΣ 1 ^ο – ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	10
1.1 Προαγωγή της Υγείας.....	10
1.2 Αρχές της Προαγωγής Υγείας.....	12
1.3 Δραστηριότητες-προτεραιότητες της Προαγωγής Υγείας.....	13
1.4. Πολιτικά και ηθικά διλήμματα.....	14
1.5. Ελληνική Εταιρεία Προαγωγής Υγείας.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	16
2.1 Ορισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....	16
2.2 Η πολιτική στην Π.Φ.Υ. κατά την μεταπολιτευτική περίοδο στην Ελλάδα.	16
2.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα του σήμερα	18
2.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ευρώπη	21
2.5 Υπόδειγμα Bellagio.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	26
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ	26
3.1. Ορισμός των εννοιών πρόσφυγας-μετανάστης	26
3.2. CARE: Κοινή προσέγγιση για την υγεία των προσφύγων και μεταναστών.....	26
3.3. Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Υγεία των μεταναστών/προσφύγων.....	28
3.4. Δημόσια υγεία και μεταναστευτικό στην Ελλάδα.....	29
3.5. Ανοιχτά πολυϊατρεία.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	32

4. 1 Ορισμός των Τ.Ε.Π.....	32
4. 2 Στόχοι του Τ.Ε.Π.....	32
4. 3 Περιστατικά που εξυπηρετούνται στο Τ.Ε.Π.	32
4. 4 Αντιμετώπιση-Διαχείριση επειγόντων περιστατικών.....	33
στην Ελλάδα.....	33
ΜΕΡΟΣ 2 ^ο – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	32
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	32
ΣΚΟΠΟΣ	33
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	34
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	36
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	
52	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	56
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	57
ABSTRACT	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	59

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ

1. Α.Ε.Π. : Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
2. Δ.Ν.Τ. : Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
3. Ε.Ε.Π.Υ.: Ελληνική Εταιρεία Προαγωγής και Αγωγής Υγείας
4. Ε.Ε. : Ευρωπαϊκή Επιτροπή
5. Ε.Σ.Υ. : Εθνικό Σύστημα Υγείας
6. Κ.Ε.Π.Ε. : Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
7. Κ.Ε.Σ.Υ. : Κέντρο Εκπαιδευτικής και συμβουλευτικής Υποστήριξης
8. Κ.Ν.Σ. : Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
9. Μ.Ε.Θ.: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
10. Μ.Κ.Ο.: Μη Κυβερνητική Οργάνωση
11. Ο.Α.Α.: Οξεία Αναπνευστική Ανεπάρκεια
12. Ο.Ο.Σ.Α. : Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
13. Ο.Σ.Σ.: Οξύ στεφανιαίο Σύνδρομο
14. Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
15. Π.Φ.Υ.: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
16. Π.Ε.Σ.Υ.: Πανελλήνια Ένωση Συνταξιούχων Υγειονομικών
17. Τ.Ε.Ι.: Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
18. Τ.Ε.Π.: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
19. Τ.Ο.Μ.Υ.: Τοπικές Μονάδες Υγείας

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ο κορμός του συστήματος υγείας, λόγω του ότι σ' αυτήν γίνεται η πρώτη επαφή του κάθε πολίτη μιας χώρας, με τις μονάδες υγείας. Συμβάλει στο πρώτο στάδιο αντιμετώπισης και θεραπείας της ασθένειας, ενώ κατέχει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των ασθενειών. Η οργανωμένη λειτουργία της επικουρεί τόσο στην ορθολογική χρήση των υπηρεσιών υγείας όσο και στην ομαλή λειτουργία των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων μονάδων. Επίσης προλαμβάνει και αποτρέπει την εμφάνιση και εξάπλωση νέων κρουσμάτων λοιμώξεων και ασθενειών στο γενικό πληθυσμό. Από την βιβλιογραφία προκύπτει ότι ενώ σε χώρες της Ευρώπης αποτελεί τον πυλώνα των συστημάτων υγείας, στην Ελλάδα, διαχρονικά, αποτελεί το αντικείμενο των μεταρρυθμίσεων από τις εκάστοτε κυβερνήσεις. Έγιναν πολλές προσπάθειες για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών της, όμως, βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών αυτών, όπως η διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, η προαγωγή υγείας, η πρόληψη και η αποκατάσταση λείπουν από το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συνέπεια της έλλειψης ενός ολοκληρωμένου σχεδίου ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι ένας ιδιαίτερα μεγάλος αριθμός πολιτών να απευθύνεται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων.

Τις παθογένειες του συστήματος υγείας, γενικά, ήρθε να οξύνει και η μακροχρόνια οικονομική κρίση που εδραιώθηκε στη χώρα από το 2010. Οι μνημονιακές πολιτικές δομικής προσαρμογής, είχαν δραματικές επιπτώσεις στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την υγεία του πληθυσμού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πολιτική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), σύμφωνα με την Διακήρυξη της Alma Ata το 1978, μετέβαλε τον προσανατολισμό των στόχων του υγειονομικού τομέα με επίκεντρο την Π.Φ.Υ., η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέλος του συστήματος υγείας κάθε χώρας.^{1,2} Οι βασικές αρχές που προσδιορίζουν το ρόλο και τους σκοπούς της Π.Φ.Υ. είναι η ισότητα, η κοινωνική δικαιοσύνη, η προσπελασιμότητα, η προσβασιμότητα, η αποδοτικότητα, η ορθολογική χρήση των πόρων, η συμμετοχή του πληθυσμού και ο αυτοπροσδιορισμός αυτού.³ Η Π.Φ.Υ. είναι το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας, λειτουργώντας ως «πυλωρός» (gatekeeper) ή «φίλτρο» των περιστατικών που προσέρχονται σε αυτά, πριν αυτά προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα.⁴ Περιλαμβάνει όλο το εύρος των υπηρεσιών διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης κοντά στον τόπο διαμονής και εργασίας των ατόμων, καθώς και την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας στην αντιμετώπιση της νόσου και στη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας, μέσα από μια συντονισμένη διατομεακή δράση. Οι σύγχρονες προσεγγίσεις αποκαλύπτουν τον αποφασιστικό ρόλο της Π.Φ.Υ. και τη συσχέτιση αυτής με χαμηλές δαπάνες για την φροντίδα, υψηλή ικανοποίηση από τον πληθυσμό για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καλύτερο επίπεδο υγείας και χαμηλότερη χρήση φαρμάκων.^{1,5} Υπό το πρίσμα των τελευταίων στοιχείων του Π.Ο.Υ. για την επίτευξη των στόχων για την «Υγεία 2020» και της τρέχουσας οικονομικής ύφεσης και έλλειψης των πόρων, η Π.Φ.Υ. συνιστά πρώτη προτεραιότητα στη χάραξη των πολιτικών υγείας των χωρών και ιδιαίτερα για την Ελλάδα.⁶

Σκοπός της παρούσης διπλωματικής εργασίας είναι να αναδείξει το φαινόμενο του συνωστισμού στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.). Εδικά στην Ελλάδα το πρόβλημα επιτείνεται από την προσέλευση μεγάλου ποσοστού ασθενών λόγω ελασσόνων ιατρικών προβλημάτων. Για την καλύτερη διαχείριση των ασθενών αυτών είναι απαραίτητη η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ., ώστε να αποσυμφορηθούν οι μονάδες της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

ΜΕΡΟΣ 1^ο – ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

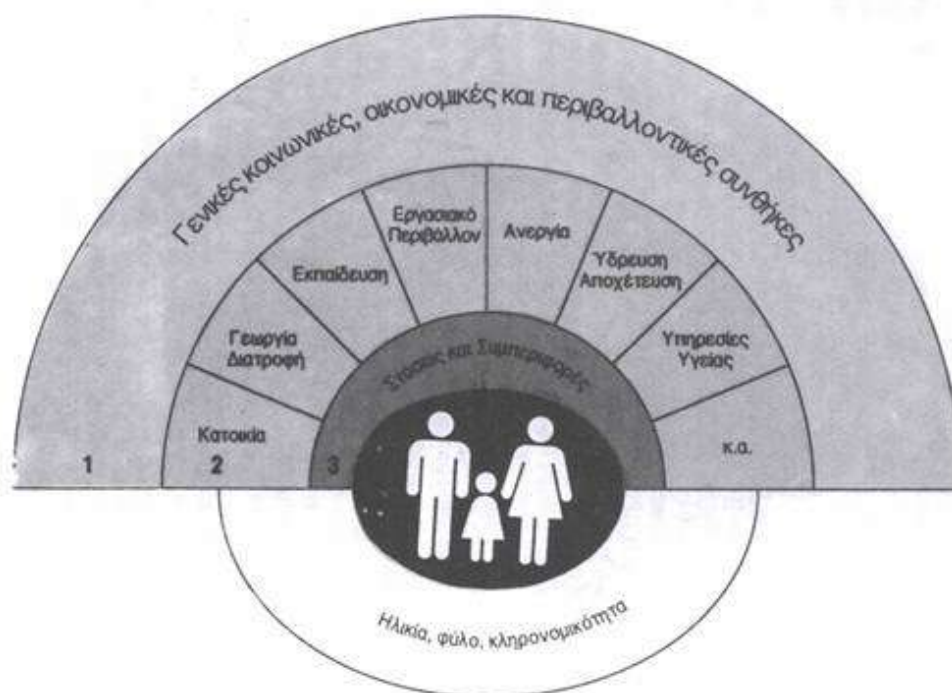
1.1 Προαγωγή της Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας και η ιατρική φροντίδα υπάρχουν για να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας κάθε κοινωνίας. Οι κοινωνίες όμως αλλάζουν και μαζί τους αλλάζουν οι ανάγκες υγείας και οι προσδοκίες του πληθυσμού για φροντίδα και περίθαλψη. Είναι δε φυσικό, αυτές οι αλλαγές να παρασύρουν προς νέους προσανατολισμούς και τα συστήματα υγείας, που έτσι και αλλιώς δεν παραμένουν σε ακινησία αλλά συνεχώς εξελίσσονται, υποχρεωμένα από ευρύτερες διεργασίες, όπως είναι η ανάπτυξη της οικονομίας και της τεχνολογίας ή από εσωτερικές δυνάμεις όπως είναι οι φωτεινές εμπνεύσεις και η άοκνη προσφορά ορισμένων λειτουργιών τους.⁷

Μία από τις σημαντικότερες πρόσφατες αλλαγές στο χώρο της υγείας διεθνώς, υπήρξε το αυξανόμενο ενδιαφέρον για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης. Οι κοινωνίες άρχισαν να συνειδητοποιούν τα όρια της σύγχρονης θεραπευτικής-νοσοκομειακής ιατρικής απέναντι στα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας, όπως είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα, το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS). Ταυτόχρονα, οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονται ή αδυνατούν ακόμα να ανταποκριθούν στις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία καταναλώνονται από το θεραπευτικό-νοσοκομειακό τομέα. Αυτά τα δύο φαινόμενα, των υψηλών δαπανών και της περιορισμένης αποτελεσματικότητας, που συνιστούν την πολυσυζητημένη κρίση της σύγχρονης Ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση νέων πολιτικών υγείας και στην αναβάθμιση άλλων, σε μια προσπάθεια να απαντηθούν αποτελεσματικά αλλά, και οικονομικά τα σύγχρονα προβλήματα υγείας. Και κυρίως έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη της Πρόληψης, μια που όλα σχεδόν τα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας είναι αιτιολογικά συνυφασμένα με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.⁸

Η 34^η γενική συνέλευση του Π.Ο.Υ που πραγματοποιήθηκε το 1981 έθεσε σαν στρατηγική επιδίωξη το «υγεία για όλους το έτος 2000» (Health for all by the year 2000). Η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ., θεωρήθηκε μοχλός αυτής της προσπάθειας, γι' αυτό και ένας από τους βασικούς στόχους που τέθηκε ήταν ο επαναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας. Οι άλλοι βασικοί στόχοι ήταν η πρόληψη νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, η αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και η διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών. Για την επίτευξη αυτών των στόχων ο Π.Ο.Υ. θεσμοθέτησε το 1986 με τη διακήρυξη της Οτάβα, την πολιτικής της προαγωγής υγείας (Health promotion) που αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και στην ενίσχυση των ευρύτερων παραγόντων που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία.⁹ (εικόνα 1)

ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ



Εικόνα 1. Γ.Κ.Τούντας : Αγωγή και Προαγωγή Υγείας

Προσανατολισμένη στην κοινότητα και στις ανάγκες του κάθε τοπικού πληθυσμού και διαποτισμένη από μια ουμανιστική αντίληψη για την υγεία και

την αρρώστια, η προαγωγή υγείας έρχεται να καλύψει ένα κενό που μεγάλωνε συνεχώς τα τελευταία χρόνια με την αύξηση του ειδικού βάρους της σύγχρονης νοσοκομειακής-θεραπευτικής Ιατρικής. Η προαγωγή Υγείας σύμφωνα με τη διακήρυξη του Π.Ο.Υ. είναι η διαδικασία μέσα στην οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν. Η άποψη αυτή απορρέει από μια ευρύτερη αντίληψη που ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα, να μπορεί από τη μία να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του και από την άλλη να μεταβάλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σ' αυτό. Συνακόλουθα, η υγεία θα πρέπει να θεωρείται σαν συντελεστής της καθημερινής ζωής και όχι σαν αυτοσκοπός. Είναι δηλαδή μια θετική έννοια που δίνει έμφαση στις κοινωνικές και προσωπικές δυνατότητες και ικανότητες. Σύμφωνα με την ίδια διακήρυξη, η προαγωγή της Υγείας χαρακτηρίζεται από αρχές, δραστηριότητες-προτεραιότητες και διλήμματα.¹⁰

1.2 Αρχές της Προαγωγής Υγείας

Η προαγωγή Υγείας επικεντρώνεται περισσότερο στο σύνολο του πληθυσμού μέσα στα πλαίσια της καθημερινής του ζωής, παρά στα μεμονωμένα άτομα που διατρέχουν κάποιο συγκεκριμένο κίνδυνο να αρρωστήσουν. Καθιστά τα άτομα ικανά να αναλαμβάνουν αυθόρμητα ή οργανωμένα υπεύθυνα δράση για την υγεία τους, και αυτό αποτελεί σημαντικό συντελεστή της καθημερινής τους ζωής. Η επιδίωξη αυτή αποτελεί πλήρη και συνεχή πρόσβαση στην πληροφόρηση για θέματα υγείας και τη μέγιστη δυνατή κοινοποίηση όλων των σχετικών πληροφοριών στο σύνολο του πληθυσμού. Η προαγωγή υγείας συνδυάζει διάφορες συμπληρωματικές μεθόδους ή τρόπους προσέγγισης, όπως την επικοινωνία, την εκπαίδευση, τη νομοθεσία, τα οικονομικά μέτρα, τις οργανωτικές αλλαγές, την ανάπτυξη της κοινότητας καθώς και αυτογενείς τοπικές δραστηριότητες κατά των κινδύνων της υγείας. Στοχεύει στην αποτελεσματική και ουσιαστική συμμετοχή του κοινού. Ο στόχος αυτός απαιτεί την ανάπτυξη επιδεξιότητων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο που διευκολύνουν την αποσαφήνιση των προβλημάτων και τη λήψη των σωστών αποφάσεων. Η προαγωγή υγείας είναι μια ευρύτερη δραστηριότητα στον χώρο της Υγείας και της κοινωνίας και όχι μια ιατρική

υπηρεσία. Γι' αυτό, όλοι οι επαγγελματίες της Υγείας και ιδιαίτερα όσοι ασχολούνται με την Π.Φ.Υ., διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της προαγωγής της Υγείας.¹¹

1.3 Δραστηριότητες-προτεραιότητες της Προαγωγής Υγείας

Η προαγωγή Υγείας επιδιώκει την αναβάθμιση των παραγόντων που την επηρεάζουν, όπως είναι οι οικονομικοί, οι περιβαλλοντικοί, οι κοινωνικοί. Με δεδομένο το εύρος αυτών των παραγόντων, θα μπορούσε να καταγραφεί ένας σχεδόν ατέλειωτος κατάλογος δραστηριοτήτων: διατροφική πολιτική, στέγαση, κάπνισμα, επιδεξιότητες προσαρμογής, κοινωνική υποστήριξη, κ.ά. Στο επίκεντρο της προαγωγής Υγείας είναι η εξασφάλιση της πρόσβασης στην Υγεία, δηλαδή η μείωση των ανισοτήτων και η αύξηση των ευκαιριών για τη βελτίωσή της. Η επιδίωξη αυτή συνεπάγεται αλλαγές στις σχετικές πολιτικές του κράτους και των υπεύθυνων φορέων, καθώς και επαναπροσανατολισμό των υπηρεσιών Υγείας. Η βελτίωση της Υγείας εξαρτάται από τη διαμόρφωση ενός υγιεινού περιβάλλοντος, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά στις συνθήκες εργασίας και κατοικίας. Επειδή και στις δύο περιπτώσεις πρόκειται για ένα δυναμικό περιβάλλον, η προαγωγή της Υγείας περιλαμβάνει μεθόδους για την εκτίμηση της δυναμικής αυτής μέσα από την αξιολόγηση των τεχνολογικών, πολιτιστικών και οικονομικών τάσεων και προοπτικών.¹² Η προαγωγή της Υγείας στηρίζεται στη συλλογική προσπάθεια για την προάσπισή της. Οι αρχές, με την άσκηση κοινωνικής πολιτικής, έχουν την ευθύνη στο να καταστήσουν και εξασφαλίσουν τις βασικές προϋποθέσεις μιας υγιούς ζωής. Οι δε υποστηρικτές της προαγωγής της Υγείας μέσα στα κέντρα αποφάσεων, πρέπει αφενός να έχουν συνείδηση της σημασίας της αυθόρμητης δραστηριότητας, όπως είναι τα κοινωνικά κινήματα και αφετέρου να αναγνωρίζουν την ανάγκη συνεχούς συνεργασίας με το κοινό πάνω σε όλα τα θέματα της προαγωγής της Υγείας. Κατά την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων της Προαγωγής Υγείας θα πρέπει να υπάρχει συνεχής διάλογος και ανταλλαγή απόψεων μεταξύ ατόμων ή ομάδων και ειδικών επαγγελματιών. Πρέπει, επίσης, να καθιερωθούν μηχανισμοί που θα εξασφαλίσουν ευκαιρίες για να εκφράζει το κοινό τις απόψεις του και για να καλλιεργείται το δημόσιο ενδιαφέρον για την Υγεία. Για την επιλογή των

τομέων προτεραιότητας, θα πρέπει να έχει προηγηθεί μια αξιολόγηση των δεικτών Υγείας, των γνώσεων, των ικανοτήτων και πρακτικών του πληθυσμού σε θέματα υγείας καθώς και της ισχύουσας εθνικής ή τοπικής νομοθεσίας και πολιτικής. Επιπλέον θα πρέπει να έχει εκτιμηθεί η προσδοκώμενη επίδραση στην Υγεία των σχεδιαζόμενων μέτρων και προγραμμάτων, οι οικονομικοί περιορισμοί και τα οικονομικά οφέλη, η κοινωνική και η πολιτιστική αποδοχή τους και η δυνατότητα ολοκληρωμένης πραγμάτωσής τους. Επίσης, η ερευνητική υποστήριξη είναι καθοριστική για την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων και για την αξιολόγησή τους. Υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθούν νέες μεθοδολογίες έρευνας για να επινοηθούν κατάλληλοι τρόποι αξιολόγησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα πρέπει να κοινοποιούνται ευρέως και να πραγματοποιούνται ενδοκρατικές και διεθνείς συγκρίσεις.¹³

1.4. Πολιτικά και ηθικά διλήμματα

Η κοινωνική πολιτική της Υγείας θα έρχεται πάντα αντιμέτωπη με βασικά πολιτικά και ηθικά διλήμματα. Όσοι ασχολούνται με την Προαγωγή της Υγείας θα πρέπει να έχουν επίγνωση των πιθανών συγκρούσεων συμφερόντων σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο. Πρώτα απ' όλα, υπάρχει ο κίνδυνος η Υγεία να θεωρηθεί σαν ο απόλυτος σκοπός που αγκαλιάζει όλες τις πτυχές της ζωής. Η ιδεολογία αυτή, που συχνά αποκαλείται υγιεινισμός (Healthism) θα μπορούσε να οδηγήσει στην κηδεμόνευση των ατόμων και στον έλεγχο της συμπεριφοράς, γεγονός που αντιστρατεύεται τις βασικές αρχές της Προαγωγής της Υγείας. Επίσης, ενδέχεται, προγράμματα προαγωγής της Υγείας να προσανατολίζονται, κυρίως, σε ατομικές λύσεις, αντί να στοχεύουν στην επίλυση των γενικότερων προβλημάτων του πληθυσμού. Αυτοί που αποφασίζουν, πολλές φορές, θεωρούν τα άτομα αποκλειστικά υπεύθυνα για την Υγεία τους. Συχνά, υπάρχει η εσφαλμένη εντύπωση ότι οι άνθρωποι έχουν τη δύναμη να σχεδιάζουν εξ ολοκλήρου τη ζωή τους, έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τους προβλέψιμους κινδύνους. Κατά συνέπεια, όταν αρρωσταίνουν, θεωρούνται υπεύθυνοι και στιγματίζονται ανάλογα (victim blaming). Ορισμένες φορές, οι μέθοδοι προαγωγής της Υγείας, δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες, πεποιθήσεις, προτιμήσεις ή ικανότητες του

κοινού. Το γεγονός αυτό μπορεί να αυξήσει τις κοινωνικές ανισότητες. Για παράδειγμα, η παροχή πληροφοριών, από μόνη της, είναι ανεπαρκής σαν μέτρο. Η ευαισθητοποίηση του κοινού γύρω από ένα πρόβλημα, χωρίς να παρέχονται οι δυνατότητες για την αντιμετώπισή του, θα μπορούσε να έχει σαν μοναδικό αποτέλεσμα τη δημιουργία ανησυχίας και αισθήματος ανασφάλειας.¹⁴

1.5. Ελληνική Εταιρεία Προαγωγής Υγείας

Η Ελληνική Εταιρεία Προαγωγής και Αγωγής Υγείας (Ε.Ε.Π.Α.Υ.) έχει ως στόχο την ενίσχυση και διάχυση της γνώσης στο αντικείμενο της προαγωγής της Υγείας, στη χώρα μας. Επιπλέον, αποσκοπεί στην προαγωγή και διατήρηση της Υγείας του ελληνικού πληθυσμού μέσω των παρεμβάσεων τόσο στο γενικό, όσο και σε ευάλωτους πληθυσμούς. Η Ε.Ε.Π.Α.Υ. λειτουργεί από το 1987 υπό τη μορφή επιστημονικού σωματείου και αριθμεί 350 μέλη, τα οποία είναι επαγγελματίες Υγείας που εργάζονται σε όλη τη χώρα.

Η Ε.Ε.Π.Α.Υ. διοργανώνει τακτικά το Πανελλήνιο Συνέδριο Προαγωγής και Αγωγής Υγείας. Μέσω των συνεδρίων της, επιδιώκει να παρέχει στους επαγγελματίες Υγείας και στο κοινό, έγκυρη και αξιόπιστη πληροφόρηση, για θέματα που σχετίζονται με την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της Υγείας του πληθυσμού, αλλά και να ενημερώσει κάθε ενδιαφερόμενο (επαγγελματίες Υγείας, ερευνητές κ.ά.) για τις τρέχουσες τάσεις και τις βέλτιστες πρακτικές στην υλοποίηση προγραμμάτων προαγωγής Υγείας σε τοπικό, εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ορισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Ως Π.Φ.Υ. ορίζεται το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας Υγείας, που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, στις υπηρεσίες της. Το σύστημα αυτό αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών, με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση και εφαρμογή κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης για τη δημόσια Υγεία.¹⁶

2.2 Η πολιτική στην Π.Φ.Υ. κατά την μεταπολιτευτική περίοδο στην Ελλάδα.

Η υγειονομική εξέλιξη του τόπου είναι στενά συνυφασμένη με τις πολιτικοοικονομικές εξελίξεις. Έτσι, το υγειονομικό μας σύστημα εισέρχεται σε αναπτυξιακή-μεταρρυθμιστική φάση μετά το 1974, αμέσως μετά την πτώση της δικτατορίας, οπότε καλλιεργείται πλέον σοβαρά και συνειδητά η ιδέα για μια ριζική παρέμβαση στον τρόπο παραγωγής, χρηματοδότησης και διανομής των υπηρεσιών υγείας, η οποία θα οδηγούσε τον υγειονομικό τομέα σε ένα ενιαίο σύστημα.

Το 1976, το Κέντρο Προγραμματισμού και Κοινωνικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) κατέληξε σε συγκεκριμένες προτάσεις για μεταρρύθμιση στην Υγεία.¹⁷ Τα κυριότερα προβλήματα που εντοπίστηκαν ήταν η απουσία ενιαίων κανόνων στη χρηματοδότηση και στις παροχές μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών, με αποτέλεσμα την αδυναμία εφαρμογής οποιασδήποτε πολιτικής και η ύπαρξη μεγάλων περιφερειακών ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών Υγείας. Λύσεις οι οποίες προτάθηκαν, μεταξύ άλλων, ήταν η δημιουργία εθνικής υπηρεσίας Υγείας, η ενοποίηση των ασφαλιστικών φορέων και η ανάπτυξη κέντρων Υγείας, στελεχωμένων με Γενικούς Ιατρούς. Η αντίθεση των πολιτικών δυνάμεων και μερίδας των γιατρών, όπως και η αδυναμία

εξασφάλισης των χρηματικών πόρων, δεν οδήγησαν στη συγκεκριμένη τροποποίηση στο χώρο της Υγείας.

Το 1980, ο υπουργός Υγείας κατέθεσε το νομοσχέδιο «Μέτρα προστασίας της Υγείας» στο οποίο ένας από τους κύριους άξονες ήταν η οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας με τον οικογενειακό γιατρό.¹⁸ Η αντίδραση που εκδηλώθηκε, τόσο στη Βουλή, όσο και στο εσωτερικό του κυβερνώντος κόμματος, απέτρεψε την ψήφιση του συγκεκριμένου νομοσχεδίου, η διαδικασία κατάρτισης του οποίου ξεκίνησε, ήδη, από το έτος 1977.¹⁹

Το 1983, ψηφίστηκε ο νόμος 1397, ο οποίος αποτελεί τη μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, όπου ένας εκ των στόχων του ήταν η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. Αποτέλεσμα του συγκεκριμένου νόμου υπήρξε η σημαντική βελτίωση των υποδομών. Η ζήτηση και η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας αυξήθηκε λόγω της βελτίωσης της προσπελασιμότητας, αλλά και της νοοτροπίας, που δημιούργησαν οι επαγγελματίες υγείας στον πληθυσμό. Τα στοιχεία του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ-1993) έδειξαν μείωση των διαπεριφερειακών ροών των ασθενών και αύξηση του πληθυσμού που επισκέπτονταν τα κέντρα Υγείας, χωρίς όμως να περιοριστούν σημαντικά οι υγειονομικές ανισότητες ή ο διαβιβαστικός τους ρόλος προς τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.²⁰

Κατά την περίοδο 1989-1990, εξαιτίας της πολιτικής αστάθειας, ο τομέας της Υγείας δεν αποτέλεσε κυβερνητική προτεραιότητα.

Το 1992, ψηφίστηκε ο νόμος 2071 ο οποίος δεν συμπεριέλαβε την Π.Φ.Υ. Η κυβερνητική αλλαγή που ακολούθησε το 1993 είχε σαν αποτέλεσμα την ανατροπή όλων των ρυθμίσεων του νόμου 2071 και την επαναφορά των αρχών και των στόχων του νόμου 1397/1983, με το νόμο 2194/94.

Το 1997 ψηφίστηκε ο νόμος 2519/1997, στον οποίο εισήχθη για πρώτη φορά η μορφή των δικτύων Π.Φ.Υ.

Σημαντική τομή αποτέλεσε ο νόμος 2889/2001 ο οποίος εισήγαγε την περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος υγείας. Η χώρα διαιρέθηκε σε 17 υγειονομικές περιφέρειες και τα Κέντρα Υγείας (όπως και τα νοσοκομεία) υπήχθησαν ως ανεξάρτητες διοικητικές και κλινικές ομάδες στο ΠΕΣΥ κάθε περιφέρειας. Στις προθέσεις του Υπουργείου Υγείας ήταν η άμεση, μέχρι το 2002, ψήφιση νόμου για την ΠΦΥ, κάτι που ωστόσο καθυστέρησε μέχρι το 2004, οπότε ψηφίστηκε ο Ν. 3235/2004. Οι επόμενες προσπάθειες να

ψηφιστεί νέος νόμος για την ΠΦΥ έμειναν στα λόγια, καθώς το πολυδιαφημισμένο σχετικό νομοσχέδιο πηγαινοέρχονταν μεταξύ Βουλής και Υπουργείου Υγείας για δύο περίπου χρόνια (2007-2009). Μάλιστα, το τελευταίο αυτό σχέδιο νόμου επέσυρε σφοδρή κριτική, αφού υπήρχαν διάφορα σκοτεινά σημεία, όπως π.χ. ότι οι ασφαλισμένοι θα έχουν ένα προεγκεκριμένο ποσό σε κάποια ηλεκτρονική κάρτα (εν είδει χρεωστικής κάρτας που εκδίδουν διάφορες τράπεζες για αγορές αγαθών) και εάν περάσει το όριο τότε θα του εγκρίνεται περαιτέρω πίστωση εάν το ταμείο κρίνει ότι υπάρχουν ανάγκες υγείας.²¹

2.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα του σήμερα

Στην Ελλάδα η Π.Φ.Υ. παρέχεται εδώ και χρόνια από τα Κέντρα Υγείας τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα (Πίνακας 1,2).

ΔΥΠΕ	Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων	Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας	Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Σύνολο
Α' Αττικής	17	–	–	–	17
Β' Αττικής	10	–	9	6	25
Γ' Αττικής	8	1	5	14	28
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	8	1	20	110	139
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	12	–	11	80	103
Ανατ. Μακεδονίας και Θράκης	6	–	14	119	139
Δυτικής Μακεδονίας	5	–	7	88	100
Ηπείρου	4	1	16	109	130
Θεσσαλίας	5	–	20	153	178
Ιονίων Νήσων	6	–	8	49	63
Δυτικής Ελλάδας	9	2	18	146	175
Στερεάς Ελλάδας	6	2	15	148	171
Πελοποννήσου	7	2	26	176	211
Βορείου Αιγαίου	3	2	7	65	77
Α' Νοτίου Αιγαίου	3	1	7	35	46
Β' Νοτίου Αιγαίου	1	3	4	40	48
Κρήτης	6	3	14	120	143
Σύνολο	114	18	201	1458	1791

Πίνακας 1. Δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ ανά ΔΥΠΕ (2005)
Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2007

ΔΥΠΕ	Διαγνωστικά κέντρα
Α' Αττικής	134
Β' Αττικής	100
Γ' Αττικής	44
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	19
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	4
Ανατ. Μακεδονίας και Θράκης	13
Δυτικής Μακεδονίας	6
Ηπείρου	5
Θεσσαλίας	14
Ιονίων Νήσων	1
Δυτικής Ελλάδας	19
Στερεάς Ελλάδας	15
Πελοποννήσου	7
Βορείου Αιγαίου	2
Α' Νοτίου Αιγαίου	4
Β' Νοτίου Αιγαίου	2
Κρήτης	613
Σύνολο	401

Πίνακας 2. Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα ανά ΔΥΠΕ (2005)
Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2007

Σε έκθεση εμπειρογνομώνων υπό τον καθηγητή Abel-Smith προς το Υπουργείο Υγείας για τις υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα, η οποία προκάλεσε ιδιαίτερο ενδιαφέρον και συζητήθηκε εκτενώς, επισημαίνεται ότι το σύστημα Υγείας στην Ελλάδα είναι νοσοκομειοκεντρικό και υπάρχει σοβαρή αδυναμία οργάνωσης της Π.Φ.Υ. Στην έκθεση επισημαίνεται ότι «οι ασθενείς

περιφέρονται μάλλον άσκοπα στο εσωτερικό του συστήματος» και το αποτέλεσμα είναι «η δυσφορία του κοινού με το σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, κατά πολύ μεγαλύτερη από ότι σε οποιοδήποτε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης». Προτάθηκε λοιπόν, ότι η «μεταρρύθμιση του Ελληνικού συστήματος φροντίδας θα πρέπει να προσανατολιστεί στη θέσπιση υπηρεσιών οικογενειακής Ιατρικής», με θεμέλιο του συστήματος τον οικογενειακό γιατρό ο οποίος «καλείται να λειτουργήσει ως συντονιστής, αλλά και ως φύλακας όλων των άλλων υγειονομικών υπηρεσιών».²²

Υπήρξαν πολλές άλλες μελέτες, εκθέσεις και συζητήσεις, όπως η έρευνα *Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers* των Σίμου και συν. το 2015, η οποία εστιάζει το ενδιαφέρον της στην κατάσταση που επικρατεί στην Π.Φ.Υ. μετά την εφαρμογή των μνημονιακών 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.

Μέχρι σήμερα, όμως, τίποτα ουσιαστικό δεν έχει γίνει με αποτέλεσμα οι περισσότερες επισημάνσεις των εκθέσεων των εμπειρογνομώνων να ισχύουν ακόμα.

Παρόλο το θετικό βήμα της αποκέντρωσης και της περιφερειοποίησης της διοίκησης της υγείας, τα Κέντρα Υγείας παρέμειναν υποβαθμισμένα, χωρίς πόρους. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι, στο μεγαλύτερο, ποσοστό ανεκπαίδευτο, σε ρόλους παραδοσιακούς, περιορισμένους και χωρίς υποστήριξη.²³ Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ως πρώτο σημείο αναφοράς στις υγειονομικές υπηρεσίες, παραμένει ανύπαρκτος παρόλο που έχουν διατυπωθεί σοβαρές προτάσεις.^{24,25} Ανύπαρκτη είναι και η συμμετοχή της κοινότητας στο σύστημα, παρόλο που ο Π.Ο.Υ. τονίζει με ιδιαίτερη έμφαση το ρόλο της κοινότητας σε όλα τα επίπεδα αποφάσεων που έχουν σχέση με την υγεία.^{26,27}

Πρέπει, ωστόσο, στο σημείο αυτό να επισημανθεί η θετική συμβολή της επιστημονικής και ακαδημαϊκής κοινότητας, καθώς λειτουργούν στη χώρα μας

εξειδικευμένα μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών σχετικά με την Π.Φ.Υ. (για παράδειγμα στο τμήμα Ιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου στη Θεσσαλονίκη και στο τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας), με καλή υλικοτεχνική υποδομή και υψηλού επιπέδου διδακτικό προσωπικό. Παρόμοιες προσπάθειες κρατούν ζωντανό το όραμα της λειτουργίας ενός αξιόπιστου συστήματος Π.Φ.Υ. στη χώρα μας.

Επίσης, η αδυναμία οργάνωσης ενός αποτελεσματικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας έρχεται σε ευθεία αντίθεση με τα όσα υπαγορεύει η Ευρωπαϊκή στρατηγική για την Υγεία, στη Λευκή βίβλο με αρχή «Η υγεία είναι το μεγαλύτερο αγαθό». Σύμφωνα με την αρχή της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), οι δαπάνες για τη φροντίδα πρέπει να συνοδεύονται από επενδύσεις για την πρόληψη και τη βελτίωση της συνολικής σωματικής και ψυχικής Υγείας του πληθυσμού, οι οποίες σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) αντιστοιχούν κατά μέσο όρο στο 3% του συνολικού ετήσιου προϋπολογισμού των κρατών μελών για την Υγεία εν συγκρίσει με το 97% που δαπανάται για τη φροντίδα Υγείας και τη θεραπεία.^{28,29}

Βέβαια η απόσχιση του ελληνικού συστήματος Υγείας από τις αρχές της ισότητας, της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης δεν συνδέεται μόνο με την αδυναμία της ΠΦΥ, αλλά και με τη συνολική φιλοσοφία που επικράτησε στην οικονομία τις τελευταίες δεκαετίες. Η επικράτηση νεοφιλελεύθερων πολιτικών, υπό τις κατευθύνσεις οικονομολόγων σάρωσε, σχεδόν, κάθε έννοια ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης. Η αποθέωση των δυνάμεων της αγοράς είχε ως αποτέλεσμα την πλήρη επικράτηση του θεσμού της ιδιωτικής Υγείας.

Η κριτική που ασκείται επικεντρώνεται στο ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ) αυξήθηκαν δραματικά, ενώ στο χώρο της ΠΦΥ δεν έγινε τίποτα. Και βέβαια σήμερα, με την υπαγωγή της οικονομικής πολιτικής της χώρας στις οδηγίες και κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Ε.Ε.) και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (Δ.Ν.Τ.), είναι εξαιρετικά αβέβαιο όχι μόνο το μέλλον της Π.Φ.Υ., αλλά και συνολικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας.(Ε.Σ.Υ.).³⁰

2.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ευρώπη

Γενικά υπάρχει μια ετερογένεια στην Ευρώπη σχετικά με την ΠΦΥ. Στις περισσότερες χώρες, όμως, αναδεικνύεται η ύπαρξη οριοθετημένων πλαισίων ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, αλλά και μεταξύ της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας δομής. Επίσης στον πυρήνα της ΠΦΥ βρίσκεται ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού. Επιπρόσθετα σημαντικό ρόλο σε ορισμένα συστήματα, παίζουν οι νοσηλευτές, οι φυσιοθεραπευτές και άλλες ειδικότητες.³¹

Η Σουηδία στις αρχές της δεκαετίας του ενενήντα συγκέντρωσε τις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) στα μεγάλα νοσοκομειακά συγκροτήματα, ενώ τα μικρότερα νοσοκομεία τα μετέφερε σε κοινοτικές μονάδες ΠΦΥ, με τη δυνατότητα να παρέχουν βραχεία νοσηλεία και χειρουργεία, μέσω ενός δυναμικού τεσσάρων Γενικών Ιατρών.³² Η αρμοδιότητα της κατανομής των πόρων εδραζόταν, πλέον, στα κοινοτικά συμβούλια με τη λήψη περιορισμένων ενισχύσεων από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το 1994, θεσμοθετήθηκε η ύπαρξη του Οικογενειακού Ιατρού, το δικαίωμα στην επιλογή του γιατρού από τον πολίτη και η 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 τη Γηριατρική.³³

Στη Μεγάλη Βρετανία, η εθνική νομοθεσία με το διάταγμα 1946/1948 καθιέρωσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας, (National Health System, NHS), οι υπηρεσίες του οποίου κρατικοποιήθηκαν και την χρηματοδότησή τους ανέλαβε ο δημόσιος τομέας. Το σύστημα ΠΦΥ επικεντρώνεται στην ανάπτυξη της Προληπτικής Ιατρικής με στόχο την αποφυγή της κατάληξης των περιστατικών στα νοσοκομεία. Την ίδια φιλοσοφία ακολουθεί και ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού, ο οποίος παρέχει συμβουλές, αντιμετωπίζει απλά περιστατικά και τραυματισμούς, έχοντας την ευθύνη της καθοδήγησης των πολιτών στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές. Συμπληρωματικά με τον Οικογενειακό Ιατρό 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 και οι φυσικοθεραπευτές. Οι Γενικοί Ιατροί λειτουργούν εντός του συστήματος υγείας και της λίστας των ασθενών τους.³⁴

Στην Ολλανδία, το σύστημα της ΠΦΥ δίνει το δικαίωμα στους πολίτες να επιλέγουν τον Οικογενειακό τους Ιατρό. Ακόμη και κατά τη διάρκεια της νύχτας και των αργιών, υπάρχει κάλυψη από κέντρα Οικογενειακών Ιατρών. Χωρίς την παραπομπή του Οικογενειακού Ιατρού δεν μπορεί να υπάρξει περεταίρω παρακολούθηση του ασθενή. Από το 2000, μέρος των αρμοδιοτήτων των Οικογενειακών Ιατρών μεταβιβάστηκε σε άλλους τομείς υγείας όπως οι φυσικοθεραπευτές και οι νοσηλεύτες, οι οποίοι πλέον έχουν αναλάβει κομμάτι της πρόληψης και της συνταγογράφησης. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην παρακολούθηση 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 Ιατρών.³⁵

Στη Νορβηγία, κορμός της ΠΦΥ είναι ο Οικογενειακός Ιατρός. Την ευθύνη λειτουργίας και κατανομής των δομών της ΠΦΥ έχουν οι τοπικές κοινότητες, οι οποίες ανάλογα με τις ανάγκες τους, είτε προσλαμβάνουν Οικογενειακούς Ιατρούς είτε συνάπτουν συμβάσεις με ιδιώτες. Οι Οικογενειακοί Ιατροί είναι υπεύθυνοι για την παραπομπή των ασθενών στα νοσοκομεία και σε άλλες ειδικότητες, για την τηλεφωνική παροχή οδηγιών και την εξυπηρέτηση των έκτακτων περιστατικών.³⁶

Στη Γερμανία, η τακτική παρακολούθηση των πολιτών παρέχεται από γιατρούς της επιλογής τους. Το σύστημα της ΠΦΥ δεν βασίζεται στον Οικογενειακό Ιατρό, αλλά στην πρόληψη των ασθενειών. Τα επείγοντα περιστατικά καλύπτονται από τους Γενικούς Ιατρούς στις δομές υγείας, οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους μέσω τηλεφωνικών κέντρων και των ασθενοφόρων στα οποία είναι χρεωμένοι.³⁷

Στην Ιταλία, η ΠΦΥ είναι υπό την ευθύνη των υγειονομικών περιφερειών. Υπήρξε μια προσπάθεια εκσυγχρονισμού του συστήματος πρωτοβάθμιας και μετάβασης από το μοντέλο του Οικογενειακού Ιατρού σε ένα μοντέλο με μεγαλύτερη διασύνδεση μεταξύ των επαγγελματιών και υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα άμεσης πρόσβασης στον Οικογενειακό Ιατρό και σε περίπτωση που τον παρακάμψουν είναι

υποχρεωμένοι να καταβάλουν χρηματικό ποσό αξίας 20 Ευρώ. Το πιο σημαντικό πρόβλημα στο ιταλικό σύστημα πρωτοβάθμιας κάλυψης είναι η γεωγραφική ανισότητα μεταξύ βορρά και νότου, η οποία αντικατοπτρίζει τις κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες του Ιταλικού κράτους. Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες, με ή χωρίς νόμιμα έγγραφα έχουν πρόσβαση στο σύστημα της ΠΦΥ.³⁸

Στην Πορτογαλία, από το 2006, εκτός του θεσμού του Οικογενειακού Ιατρού έχει θεσπιστεί και μια σειρά προγραμμάτων με στόχο την ενημέρωση και ιδιαίτερα, την πρόληψη. Στο σύστημα υγείας υπάρχει ειδικότητα Δημόσιας Υγείας, η οποία αποκτάται μετά από τέσσερα χρόνια εργασίας στον τομέα, και ασχολείται με την επιδημιολογία και την καταγραφή περιστατικών που αφορούν τη δημόσια Υγεία. Επιπλέον, υπάρχουν δύο κρατικές διαδικτυακές σελίδες οι οποίες ενημερώνουν τους πολίτες με ασφαλή και επιστημονικά έγκυρο τρόπο. Επιπρόσθετα, υπάρχει πρόγραμμα δημόσιας εκπαίδευσης και ενημέρωσης πάνω στην ΠΦΥ. Ο Οικογενειακός Ιατρός έχει την ευθύνη κατανομής των ασθενών μέσα από ένα δίκτυο δομών που περιλαμβάνουν Κέντρα Υγείας, Αγροτικά και Περιφερειακά Ιατρεία.³⁹

Στη Λετονία, ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού περιλαμβάνει εξειδικευμένους Γενικούς Ιατρούς, Γυναικολόγους και Παιδιάτρους, οι οποίοι διανέμουν τους ασθενείς στις υπόλοιπες δομές του συστήματος Υγείας. Υπάρχει εκτεταμένο δίκτυο καταγραφής και παρακολούθησης λοιμώξεων και επιδημιών. Επίσης, μαζί με τον Οικογενειακό Ιατρό λειτουργεί και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο είναι επιφορτισμένο με τμήμα της ΠΦΥ στα Αγροτικά Ιατρεία. Υπάρχει, δε, συχνή αξιολόγηση και έλεγχος ποιότητας του συστήματος από το 2000 και μετά.⁴⁰

Η σύγκριση των χωρών της Ευρώπης ως προς τα διάφορα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ εμφανίζεται στον παρακάτω Πίνακα, όπου βλέπουμε ότι η Ελλάδα βρίσκεται σε αρκετές περιπτώσεις πίσω από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ακόμα και από χώρες με παρόμοιο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ανάπτυξης όπως η Πορτογαλία η οποία, με μια σοβαρή προσπάθεια, αναμόρφωσε το σύστημα ΠΦΥ.⁴¹

Χώρα	Μήνες επίθεσης από την πύρινη ομίχλη	συντάχισαν νοσηλεία με ορισμένους	αρχείο παλαιών δεδομένων ασθενών	ιατρικός εξοπλισμός	οικονομικοί προνοσοκομειακοί	ψυχολογικά, κοινωνικά προβλήματα
Αυστρία	2	3	2	2	2	2
Βέλγιο	2	4	2	2	1	1
Γαλλία	2	2	2	2	2	1
Γερμανία	3	2	1	1	2	2
Δανία	1	4	1	1	1	1
Ελβετία	2	2	1	1	1	2
Ελλάδα	3	4	4	3	3	3
Ιρλανδία	1	3	1	2	1	1
Ισλανδία	2	1	1	1	1	2
Ισπανία	1	4	3	3	3	2
Ιταλία	2	4	3	4	3	2
Λουξεμβούργο	3	3	1	2	2	3
Μεγάλη Βρετανία	1	1	1	2	1	1
Νορβηγία	1	3	1	1	1	2
Ολλανδία	1	3	1	1	1	1
Ουγγαρία	3	2	2	3	1	2
Πολωνία	3	1	2	4	4	3
Πορτογαλία	1	1	1	3	1	1
Σλοβακία	4	3	1	3	4	3
Σουηδία	3	1	2	1	3	2
Τουρκία	4	4	3	3	3	4
Τσεχία	3	3	1	4	4	3
Φιλανδία	2	1	1	1	2	3

Ταξινόμηση των χωρών
1 = χώρα με υψηλό βαθμό, 4 = χώρα με χαμηλό βαθμό, 2 και 3 = ενδιάμεσοι βαθμοί

Πίνακας 4. Διάφορα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ στην Ευρώπη
Πηγή: Boerma and Dubois, 2006

2.5 Υπόδειγμα Bellagio

Το μοντέλο Bellagio είναι ένα πληροφοριακό πλαίσιο, προσανατολισμένο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και αξιολόγηση της πρόσβασης ασθενών, ευάλωτων και υγείων ατόμων σ' αυτήν.

Το μοντέλο αναπτύχθηκε την άνοιξη του 2008 από μια πολυεπιστημονική ομάδα εικοσιπενσάρων εμπειρογνομόνων από εννέα χώρες. Θέμα της συνδιάσκεψης των επιστημόνων ήταν: "Improving primary care in Europe and the US: coordinated systems of care" (βελτιώνοντας την πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ προς ένα ασθενοκεντρικό, προληπτικό και συντονισμένο σύστημα φροντίδας). Στόχος της συγκέντρωσης ήταν να προσδιοριστούν οι συντελεστές επιτυχίας για την αποτελεσματική πρωτοβάθμια φροντίδα του 21^{ου} αιώνα με βάση τα σύγχρονα ερευνητικά ευρήματα, τα μοντέλα και την εμπειρία ώστε να βοηθηθεί η εφαρμογή τους στην πράξη, στη διαχείριση και στην υγιή πολιτική. Στα πλαίσια του κατακερματισμού των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και του

αυξανόμενου αριθμού χρόνιων ασθενειών, ή ευάλωτων ατόμων ή εκείνων που χρήζουν οποιασδήποτε άλλης περίθαλψης, τα σημερινά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης δεν παρέχουν το απαραίτητο πλαίσιο για συνεχή συντονισμό και συνδρομή πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από ένα επεισόδιο ασθένειας. Το μοντέλο Bellagio αποτελείται από δέκα βασικά στοιχεία, τα οποία μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στην πρωτοβάθμια περίθαλψη χρησιμοποιώντας μια προσέγγιση συνεργασίας. Αυτά τα στοιχεία περιλαμβάνουν κοινή ηγεσία, δημόσια εμπιστοσύνη, δικτύωση επαγγελματιών υγείας, τυποποιημένη μέτρηση, έρευνα και ανάπτυξη, υποδομές, προγράμματα για βελτίωση της πρακτικής και διαχείριση με γνώμονα τον πληθυσμό. Αυτά τα στοιχεία είναι απαραίτητα και ομοειδή, δεδομένου ότι περιλαμβάνουν όλους εκείνους που είναι ασυμβίβαστοι με την υγειονομική περίθαλψη: πάροχοι διευθυντές και υπεύθυνοι χάραξης της πολιτικής.⁴²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ

3.1. Ορισμός των εννοιών πρόσφυγας-μετανάστης

Πρόσφυγας είναι αυτός που δεν έχει άλλη επιλογή παρά να φύγει από την πατρίδα του, επειδή κινδυνεύει να υποστεί παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη χώρα του και εξαιτίας της ταυτότητάς του (της φυλής, της θρησκείας, της εθνικότητας) ή των πεποιθήσεών του, δεν μπορεί ή δεν θέλει να επιστρέψει επειδή η κυβέρνησή του δεν μπορεί ή δεν θέλει να τον προστατέψει.

Εξαιτίας της δίωξης που μπορεί να αντιμετωπίσει, ένας πρόσφυγας δικαιούται να προστατευθεί από μια εξαναγκαστική επιστροφή στη χώρα καταγωγής του (αρχή της μη επαναπροώθησης), την προστασία από δίωξη για παράνομη είσοδο. Επίσης, δικαιούται έγγραφα ταυτότητας και ταξιδιωτικά έγγραφα, καθώς και πρόσβαση σε μια μακροπρόθεσμη λύση.

Μετανάστης είναι ένα άτομο που μετακινείται από έναν τόπο σε έναν άλλο τόπο, είτε προσωρινά είτε μόνιμα, συνήθως για να βρει εργασία. «Παράτυπος μετανάστης» είναι κάποιος που δεν έχει νόμιμη άδεια εισόδου και παραμονής σε κάποια χώρα. Η Διεθνής Αμνηστία δεν χρησιμοποιεί τον όρο «λαθρομετανάστης» γιατί πιστεύει ότι ο όρος «λαθραίος» δεν είναι δόκιμος για να χαρακτηρίσει έναν άνθρωπο.⁴³

3.2. CARE: Κοινή προσέγγιση για την υγεία των προσφύγων και μεταναστών

Το έργο CARE, ξεκίνησε τον Απρίλιο του 2016 και εφαρμόστηκε σε πέντε κράτη, που τα αφορά η έντονη μεταναστευτική πίεση, (Ιταλία, Ελλάδα, Σλοβενία, Κροατία και Μάλτα). Οι βασικές προκλήσεις της δημόσιας υγείας που σχετίζονται με τις μεταναστευτικές ροές προς την Ευρώπη αντιμετωπίστηκαν μέσω της στοχευμένης και κατάλληλης παροχής υγειονομικής περίθαλψης στους μετανάστες/πρόσφυγες, μέσω της παρακολούθησης των μεταδοτικών ασθενειών, της κατάρτισης σχετικών

επαγγελματιών, καθώς και της παραγωγής και διάδοσης πληροφοριών και υλικού ευαισθητοποίησης. Αξιοποιώντας την προσέγγισή του στη Δημόσια Υγεία, το έργο CARE εξέδωσε, επίσης, στοχευμένες συστάσεις.⁴⁴

Η συνεργασία αποτελείται από ένα ευρύ και υψηλά εξειδικευμένο φάσμα αρχών δημόσιας υγείας και οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών, κατέχοντας το απαιτούμενο επιστημονικό και πολιτικό υπόβαθρο στον τομέα της δημόσιας υγείας, ικανό να εξασφαλίσει την επίτευξη του γενικού στόχου του έργου που αφορά στην προώθηση και διατήρηση της καλής υγείας των μεταναστών και των προσφύγων στα κράτη μέλη της Ε.Ε. που αντιμετωπίζουν έντονη μεταναστευτική πίεση. Το έργο συντονίστηκε από το Ιταλικό Ινστιτούτο Υγείας, Μετανάστευσης και Φτώχειας με τη συμμετοχή του Ιταλικού Υπουργείου Υγείας, τον Ιταλικό Ερυθρό Σταυρό, το Istituto Superiore di Sanita (ISS), το παιδιατρικό Νοσοκομείο AOU Meyer, το παιδιατρικό Νοσοκομείο Bambino Gesù και την Oxford Italia. Επίσης, από την Ελλάδα συμμετείχαν οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί (ΜΚΟ) Praksis, η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, η ΜΚΟ Συνειρμός, η CMT Προοπτική και το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Επιπροσθέτως, συμμετείχαν το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας από τη Σλοβενία, το Υπουργείο Υγείας της Μάλτας και το Κροατικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας.⁴⁴

Το έργο χρηματοδοτήθηκε από το Τρίτο Πρόγραμμα της Ε.Ε. για την Υγεία (2014-2020). Συγκεκριμένα, οι διεπιστημονικές ομάδες του έργου CARE, που εργάστηκαν στα στοχευμένα hotspots και στα κέντρα υποδοχής μεταναστών/προσφύγων στην Ελλάδα και την Ιταλία, παρέιχαν με επιτυχία αποτελεσματικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στις ανάγκες των μεταναστών/προσφύγων, χρησιμοποιώντας τα κλινικά πρωτόκολλα που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο του έργου.

Επιπλέον, έχει αναπτυχθεί και εφαρμοστεί ένα ηλεκτρονικό σύστημα παρακολούθησης της υγείας των μεταναστών/προσφύγων, το οποίο αποτελείται από ένα τοπικό λειτουργικό σύστημα καταγραφής δεδομένων υγείας που έχουν εγκατασταθεί στους φορητούς υπολογιστές των διεπιστημονικών ομάδων στα συμμετέχοντα hotspots και μια συσκευή usb, που παρέχεται σε κάθε μετανάστη, στην οποία αποθηκεύονται τα σχετικά δεδομένα υγείας του για μελλοντικές δραστηριότητες παρακολούθησης. Αυτό

το εργαλείο επιτρέπει τη συνέχεια της υγειονομικής περίθαλψης του μετανάστη/πρόσφυγα στις μεταγενέστερες μεταφορές του.

Επιπλέον, το πρόγραμμα CARE, ανέπτυξε και εφάρμοσε πιλοτικά, ένα σύστημα συνδρομικής επιτήρησης το οποίο μπορεί να διευκολύνει την ανίχνευση επιδημιών, μολυσματικών ασθενειών και να συμβάλει στην έγκαιρη ανίχνευση έκτακτων περιστατικών δημόσιας υγείας στα κέντρα υποδοχής. Επίσης, να μπορεί να διεξαγάγει συνολική έρευνα σχετικά με τις πολιτικές εμβολιασμού σε εθνικό επίπεδο και να διαμορφώσει ένα μοντέλο διάδοσης ταξιδιωτικών πληροφοριών για τις ανάγκες πληροφόρησης των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στα κέντρα υποδοχής.

Σε κοινοτικό επίπεδο, το έργο CARE έχει αναπτύξει ενημερωτικό υλικό για το ευρύ κοινό, προκειμένου να καταπολεμήσει τα υφιστάμενα στερεότυπα σχετικά με την υγεία των μεταναστών και την απομυθοποίηση των υφιστάμενων μύθων, καθώς και υλικό για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, που επικεντρώνεται στο δικαίωμα πρόσβασής τους στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Τέλος, διενεργήθηκαν σεμινάρια κατάρτισης απευθυνόμενα σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με μετανάστες/πρόσφυγες και στις πέντε χώρες που συμμετείχαν στο έργο CARE.⁴⁴

3.3. Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Υγεία των μεταναστών/προσφύγων

Λόγω της σημερινής οικονομικής κρίσης και της πολιτικής αστάθειας στις γειτονικές χώρες της Ε.Ε., το θέμα υγείας των μεταναστών/προσφύγων και ορισμένων εθνοτικών μειονοτήτων ήρθε όλο και περισσότερο στο προσκήνιο. Η δημόσια συζήτηση γύρω από το θέμα αυτό επικεντρώθηκε σε προβλήματα, όπως ο φόβος για κατάχρηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, ο φόβος ότι οι πληθυσμιακές αυτές ομάδες επιβαρύνουν τα συστήματα υγείας και τέλος, ο φόβος για εξάπλωση μεταδοτικών ασθενειών.

Όπως είναι γνωστό, οι μετανάστες/πρόσφυγες λόγω του επίπονου και μακρινού ταξιδιού από τη χώρα προέλευσης (Συρία-Αφγανιστάν-Ιράν κ.ά.), προς τη χώρα προορισμού αλλά και λόγω των κακών συνθηκών υγιεινής στα κέντρα φιλοξενίας, εμφανίζουν νοσήματα λοιμώδη όπως η ηπατίτιδα, η

πολιομελίτιδα, ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), η φυματίωση.⁴⁵

Επιπρόσθετα, οι ομάδες αυτές των μεταναστών/προσφύγων είναι περισσότερο ευάλωτες στις ασθένειες, κυρίως λόγω της περιορισμένης πρόσβασής τους στην υγειονομική περίθαλψη, της έλλειψης γνώσεων γύρω από την πρόσβαση στις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας, αλλά και του κοινωνικού στίγματος και των διακρίσεων που υφίστανται.

Στα συμπεράσματα για την υγεία των μεταναστών/προσφύγων που εξέδωσε το 2007, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για θέματα δημόσιας υγείας, είχε υπογραμμίσει τη σύνδεση της υγείας αυτών των πληθυσμών με την υγεία όλων των πολιτών της Ε.Ε και τη στήριξη του Δεύτερου προγράμματος Κοινωνικής Δράσης στον Τομέα της Υγείας για την περίοδο 2008-2013. Το πρόγραμμα αυτό επέτρεψε τη χρηματοδότηση διαφόρων δράσεων συνεργασίας στον τομέα της υγείας των μεταναστών/προσφύγων, όπως η ανταλλαγή ορθών πρακτικών και η δημιουργία δεικτών για καλύτερη πληροφόρηση.

Η ανάγκη για περαιτέρω πρωτοβουλίες όσον αφορά την υγεία των μεταναστών/προσφύγων, περιλαμβανομένης της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και πρωτοβάθμιας Φροντίδας, χαρακτηρίστηκε προτεραιότητα στο πλαίσιο της ανακοίνωσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σχετικά με τις ανισότητες στον τομέα της υγείας-«Αλληλεγγύη για την υγεία».⁴⁶

3.4. Δημόσια υγεία και μεταναστευτικό στην Ελλάδα

Η Frontex είναι ένας οργανισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ιδρύθηκε το 2004 για να διαχειριστεί τη συνεργασία μεταξύ των εθνικών συνοριοφυλάκων για την ασφάλεια των εξωτερικών συνόρων της. Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται στα εξωτερικά σύνορα της Ευρώπης μια άνευ προηγουμένου αύξηση του αριθμού των μεταναστών και των προσφύγων που προσπαθούν να εισέλθουν στην ΕΕ.⁴⁷

Τα στατιστικά στοιχεία της Frontex σχετικά με την εισροή των μεταναστών/προσφύγων στη χώρα μας, μόνο για το έτος 2015 ανήλθαν στις 880.000.⁴⁸

Οι περισσότερες αφίξεις προσφύγων προέρχονται από τη Συρία, λόγω της εμπόλεμης κατάστασης που επικρατεί στη χώρα τους, ενώ ακολουθούν οι μετανάστες από το Αφγανιστάν και το Ιράκ. Ο αυξημένος αυτός αριθμός των προσφύγων και μεταναστών, επαληθεύεται και από τα στοιχεία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) για τους πρόσφυγες. Η αυξημένη νοσηρότητα των προσφύγων και μεταναστών σε συνδυασμό με τις δύσκολες συνθήκες διαβίωσης, ειδικά στα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου, και τα επιδημιολογικά δεδομένα των κρατών από τα οποία προέρχονται, καθιστούν επιτακτική την ανάγκη προάσπισης της δημόσιας υγείας και αποτελεσματικών στρατηγικών ανάπτυξης της ΠΦΥ κατά την άφιξη των μεταναστών/προσφύγων στο ελληνικό έδαφος. Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχει βαρύνουσα σημασία τόσο για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση κλινικών συνδρόμων σε μετανάστες και πρόσφυγες, όσο και για την πρόληψη της διασποράς μεταδοτικών νόσων στον πληθυσμό των μεταναστών/προσφύγων, καθώς και στο υγειονομικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό που τους εξυπηρετεί, αλλά και στην κοινότητα που τους φιλοξενεί στη χώρα υποδοχής.⁴⁹

Σύμφωνα με το άρθρο 1 και 2 του Ν.3370/2005, ως Δημόσια Υγεία ορίζεται το σύνολο οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Επίσης, τα ανωτέρω θεμελιώνονται και στο άρθρο 5 παράγραφος 1 και 5 του Συντάγματος, σύμφωνα με το οποίο, όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Επιπρόσθετα, καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας.⁵⁰

Με το νόμο 4386/2016 επανασυντάχθηκε η ισότιμη παροχή ΠΦΥ προς τους πρόσφυγες/μετανάστες, με την παροχή υγείας των Ελλήνων.⁵¹

Στην Ελλάδα, η στρατηγική του Υπουργείου Υγείας είναι η καθολική πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης, οι οποίες, θα είναι οργανωμένες γύρω από ένα

σύγχρονο σύστημα ΠΦΥ, το οποίο θα αποτελείται από τοπικές μονάδες υγείας στελεχωμένες από Οικογενειακούς Ιατρούς. Ωστόσο λόγω σοβαρών ελλείψεων σε νοσηλευτές, της μειωμένης χρηματοδότησης για την υγεία, αλλά και της αυξημένης ζήτησης των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, τόσο από τους Έλληνες πολίτες των οποίων τα έσοδα έχουν υποστεί σοβαρές μειώσεις, όσο και από την ραγδαία αύξηση των μεταναστών/προσφύγων, δυσχεραίνεται η αποτελεσματική και συντονισμένη παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας από τις υπάρχουσες δομές του Ε.Σ.Υ.⁵³ Επίσης, λόγω της ελλιπούς ενημέρωσης των εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ. για τις ιδιαιτερότητες κάθε ομάδας αλλοδαπών, αλλά και της μη σωστής επικοινωνίας μαζί τους, λόγω απουσίας διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών, προκύπτουν δυσλειτουργίες στην πρόσβαση των προσφύγων/μεταναστών στην ΠΦΥ.⁵⁴

Η παροχή Π.Φ.Υ. παρέχεται, ως επί το πλείστον, από τις ΜΚΟ, οι οποίες συμβάλλουν στην επίτευξη λύσης προβλημάτων που προκύπτουν από τη συνεχή αύξηση εισόδου των προσφύγων/μεταναστών, τη δύσκολη πρόσβασή τους στις δομές υγείας του κράτους, καθώς, επίσης και από τη μείωση δημόσιων δαπανών για την υγεία. Σημαντικές είναι και οι υπηρεσίες που παρέχουν οι Γιατροί του Κόσμου Ελλάδος, οι οποίοι βρίσκονται δίπλα σε κάθε άνθρωπο που χρειάζεται προστασία.

3.5. Ανοιχτά πολυϊατρεία

Τα ανοιχτά πολυϊατρεία των γιατρών του Κόσμου λειτουργούν με βασικό στόχο την παροχή πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης καθώς και κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης σε άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως μετανάστες χωρίς διοικητικά έγγραφα, πρόσφυγες, άποροι, ανασφάλιστοι, άστεγοι, καθώς και σε κάθε άλλο άτομο με περιορισμένη ή μηδενική πρόσβαση στο Ε.Σ.Υ.

Εθελοντές γιατροί όλων των ειδικοτήτων παρέχουν πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, ενώ δίνεται η δυνατότητα στους ασθενείς να πραγματοποιήσουν δωρεάν εργαστηριακές εξετάσεις, μέσω παραπομπών σε συνεργαζόμενους φορείς. Στο πλαίσιο λειτουργίας των Ανοιχτών Πολυϊατρείων, εντάσσονται η Κοινωνική υπηρεσία και το τμήμα Ψυχολογικής υποστήριξης.⁵⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

4. 1 Ορισμός των Τ.Ε.Π.

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) είναι το αυτόνομο τμήμα του νοσοκομείου, που έχει στόχο την υποδοχή, την αναζωογόνηση και τη διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση των προσερχόμενων ασθενών με οξεία προβλήματα υγείας. Παρέχει ταχύτητα αντιμετώπισης των ασθενών, λήψη άμεσων αποφάσεων και άριστη περίθαλψη σε απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή.⁵⁶

4. 2 Στόχοι του Τ.Ε.Π.

Οι κύριοι στόχοι των Τ. Ε.Π. είναι :

1. Αντιμετώπιση των βαρέως πασχόντων
2. Αντιμετώπιση των εκτάκτων περιστατικών
3. Αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών
4. Εκπαίδευση υγειονομικών και κοινού
5. Έρευνα και Συνδρομική επιτήρηση (επιδημίες και τραύμα).⁵⁷

4. 3 Περιστατικά που εξυπηρετούνται στο Τ.Ε.Π.

Τα Τ.Ε.Π. αντιμετωπίζουν περιστατικά όλων των ηλικιών με ποικίλα προβλήματα υγείας, ωστόσο η προτεραιότητά τους επικεντρώνεται στη γρήγορη εκτίμηση και αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών όπως είναι οι οξείες διαταραχές από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.), οι δηλητηριάσεις, η οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια (Ο.Α.Α.), ο πνευμοθώρακας, οι κρίσεις άσθματος, τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα (Ο.Σ.Σ.), οι αρρυθμίες, οι αιμορραγίες του γαστρεντερικού, το βαρύ τραύμα, η οξεία κυκλοφορική κατάρριψη, το υπογλυκαιμικό κώμα και η καρδιοαναπνευστική ανακοπή.⁵⁷

4. 4 Αντιμετώπιση-Διαχείριση επειγόντων περιστατικών

στην Ελλάδα

Το «Σύστημα» αντιμετώπισης των προσερχόμενων ασθενών στο Τ.Ε.Π., συμπλέκεται πάνω σε ένα χωροταξικό και επιστημονικό ιστό, μαζί με την πρωτοβάθμια φροντίδα που ασκείται στα νοσοκομεία, την εξειδικευμένη διαγνωστική συμβολή (consultation) και τα χρόνια περιστατικά.

Η μαζική και κατά τακτά χρονικά διαστήματα, προσέλευση επειγόντων περιστατικών για άμεση αντιμετώπιση και ιατρονοσηλευτική περίθαλψη στα νοσοκομεία, σε συνδυασμό με σημαντικό αριθμό προσερχόμενων ασθενών που έχουν ανάγκη πρωτοβάθμιας φροντίδας, οδηγεί στη δημιουργία αξεπέραστων αιχμών ζήτησης υπηρεσιών και μέσων με αποτέλεσμα να καθιστά τα ΤΕΠ ανεπαρκή.

Τα αίτια της δυσλειτουργίας και ανεπάρκειας των Τ.Ε.Π. οφείλονται κυρίως:

- 1.** Στην έλλειψη μιας τεκμηριωμένης μελέτης από τους κοινωνικού φορείς για ένα ολοκληρωμένο Σύστημα Υγείας.
 - 2.** Στην αναβάθμιση τμημάτων στα νοσοκομεία που δεν αφορούσαν την ανάπτυξη μεθόδων ή ιατρικών τεχνικών, αλλά κατάτμηση βασικών ιατρικών ειδικοτήτων για τη δημιουργία «ειδικών ιατρείων», για δημιουργία άλλων ιατρικών θέσεων.
 - 3.** Στην έλλειψη ζωτικών τμημάτων (Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας, ΜΕΘ, Νευροχειρουργικό).
- Τριτοβάθμια Νοσοκομεία, στα οποία προσέρχονται στα επείγοντα περιστατικά, τα διακομίζουν σε άλλο νοσοκομείο λόγω ελλείψεως ιατρικής ειδικότητας ή διότι δεν λειτουργεί ο αξονικός τομογράφος.
- 4.** Στην αδυναμία αποκατάστασης βλαβών σε μηχανήματα υψηλής τεχνολογικής και οικονομικής αξίας.
 - 5.** Στην αδυναμία πρόσληψης νοσηλευτών.⁵⁹

ΜΕΡΟΣ 2^ο – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πληθυσμός της γης γηράσκει. Έχει προβλεφθεί ότι ο αριθμός των ατόμων τρίτης ηλικίας από το 2015 έως το 2050 θα τριπλασιαστεί.⁶⁰ Με την αύξηση της ηλικίας των ανθρώπων, αναμένεται ότι θα αυξηθούν και οι επισκέψεις στα Τ.Ε.Π.⁶¹ Τα Τ.Ε.Π. σήμερα είναι συγχρωτισμένα, με αποτέλεσμα τη μειωμένη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αυξημένη δυσαρέσκεια των ασθενών, την αυξημένη θνητότητα και τα αυξημένα ποσοστά ιατρικών λαθών.⁶²⁻⁶⁴

Το Τ.Ε.Π. είναι το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας. Ανεξαρτήτου ηλικίας, φύλου, εθνικότητας και νοσήματος, οι ασθενείς όταν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα απευθύνονται στις υπηρεσίες εκτάκτου ανάγκης. Σκοπός των Τ.Ε.Π. είναι η πρόληψη, η διάγνωση και η θεραπεία των ασθενών με οποιοδήποτε νόσημα ή τραυματισμό.^{65,66}

Τα Τ.Ε.Π. αποτελούν μία σημαντική πηγή παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, διότι λειτουργούν 24 ώρες την ημέρα, 365 ημέρες το χρόνο, παρέχουν δωρεάν περίθαλψη και αντιμετωπίζουν πάσης φύσεως νοσήματα και τραυματισμούς. Ακόμη και στην περίπτωση που ένας ασθενής χρειαστεί να εξετασθεί από ειδικό ιατρό που δεν υπάρχει στο Τ.Ε.Π., διακομίζεται στο κοντινότερο σχηματισμό υγείας που έχει τη συγκεκριμένη ειδικότητα. Οι ασθενείς εμπιστεύονται περισσότερο τα Τ.Ε.Π. σε σχέση με τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. πρώτον επειδή είναι εύκολα προσβάσιμα και, δεύτερον, επειδή πλαισιώνονται από ένα μεγάλο αριθμό ιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας και λειτουργούν με αυξημένους υλικούς πόρους.⁶⁷

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει το ποσοστό των ασθενών που επισκέπτονται το Τ.Ε.Π. και δεν χρήζουν εισαγωγής.

Επιμέρους Στόχοι

Επιμέρους στόχοι της μελέτης αποτέλεσαν η διερεύνηση:

- του ποσοστού των ασθενών των οποίων το πρόβλημα υγείας, θα μπορούσε να αντιμετωπισθεί από κέντρα της Π.Φ.Υ.
- του προφίλ των ασθενών που εξετάζονται στο Τ.Ε.Π. αλλά δεν εισάγονται στο νοσοκομείο
- των παρεμβάσεων που γίνονται στους ασθενείς που εξετάζονται στο Τ.Ε.Π. αλλά δεν εισάγονται στο νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Είδος Μελέτης

Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη καταγραφής.

Πληθυσμός της Μελέτης

Το δείγμα της μελέτης ήταν τυχαίο. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν συνολικά 618 ασθενείς.

Κριτήρια Ένταξης

Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν:

- ενήλικες ασθενείς (ηλικία άνω των 16 ετών)
- ασθενείς οι οποίοι επισκέφθηκαν και εξετάστηκαν στο Τ.Ε.Π. του ΠΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας»
- ασθενείς οι οποίοι επισκέφθηκαν το Τ.Ε.Π. του υπό μελέτη νοσοκομείου τα έτη 2016 και 2017.

Κριτήρια αποκλεισμού

Από τη μελέτη αποκλείσθηκαν όσοι ασθενείς:

- ήταν ηλικίας κάτω των 16 ετών (ανήλικοι)
- δεν είχαν όλα τους τα στοιχεία συμπληρωμένα στο βιβλίο μητρώο του Τ.Ε.Π.
- έκαναν εισαγωγή στο νοσοκομείο
- διακομίσθηκαν νεκροί.

Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Η καταγραφή των προσερχομένων ασθενών διεξήχθη μέσα από τα βιβλία συμβάντων και σε συνεργασία με την ηλεκτρονική καταγραφή των προσερχομένων, που διατηρεί η Στατιστική Υπηρεσία του ΠΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας» για τα έτη 2016 και 2017, καθώς, επίσης, και από την πορεία του ασθενή μετά την ιατρική εξέταση.

Συγκεκριμένα, αρχικά ζητήθηκε από το τμήμα της Πληροφορικής του νοσοκομείου ο συνολικός αριθμός των ασθενών που εξετάστηκαν στο Τ.Ε.Π.,

ο συνολικός αριθμός των ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο από το Τ.Ε.Π., ο συνολικός αριθμός των αλλοδαπών ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο από το Τ.Ε.Π. και ο συνολικός αριθμός των ασθενών που διακομίσθηκαν σε άλλο νοσοκομείο ή παραπέμφθηκαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (Τ.Ε.Ι.) για τα έτη 2016 και 2017 χωριστά.

Η ερευνήτρια επέλεξε τυχαία από το βιβλίο καταγραφής του Τ.Ε.Π. 303 ασθενείς για το 2016 και 315 ασθενείς για το 2017. Καταγράφονταν το φύλο, η ηλικία, η συννοσηρότητα (ιατρικό ιστορικό), η ειδικότητα των ιατρών που εξέτασαν τον ασθενή, το αίτιο προσέλευσης στο Τ.Ε.Π. και η αντιμετώπιση που είχε ο ασθενής (αιματολογικός έλεγχος, βιοχημικός έλεγχος, ακτινολογικός έλεγχος, χορήγηση φαρμάκων, ηλεκτροκαρδιογράφημα, συρραφή τραύματος, περιποίηση τραύματος, περιποίηση κατάκλισης, τοποθέτηση ουροκαθετήρα, τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα, τοποθέτηση αυχενικού κολάρου, περίδεση άρθρωσης, καθαρτικός υποκλυσμός, κτλ.).

Ηθική και Δεοντολογία

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, συντάχθηκε ερευνητικό πρωτόκολλο και κατατέθηκε στο επιστημονικό συμβούλιο, το οποίο και γνωμοδότησε θετικά για τη διεξαγωγή της.

Για λόγους σεβασμού ιατρικού απορρήτου και διασφάλισης προσωπικών δεδομένων δεν καταγράφηκε το όνομα, το επώνυμο ή ο αριθμός μητρώου των ασθενών.

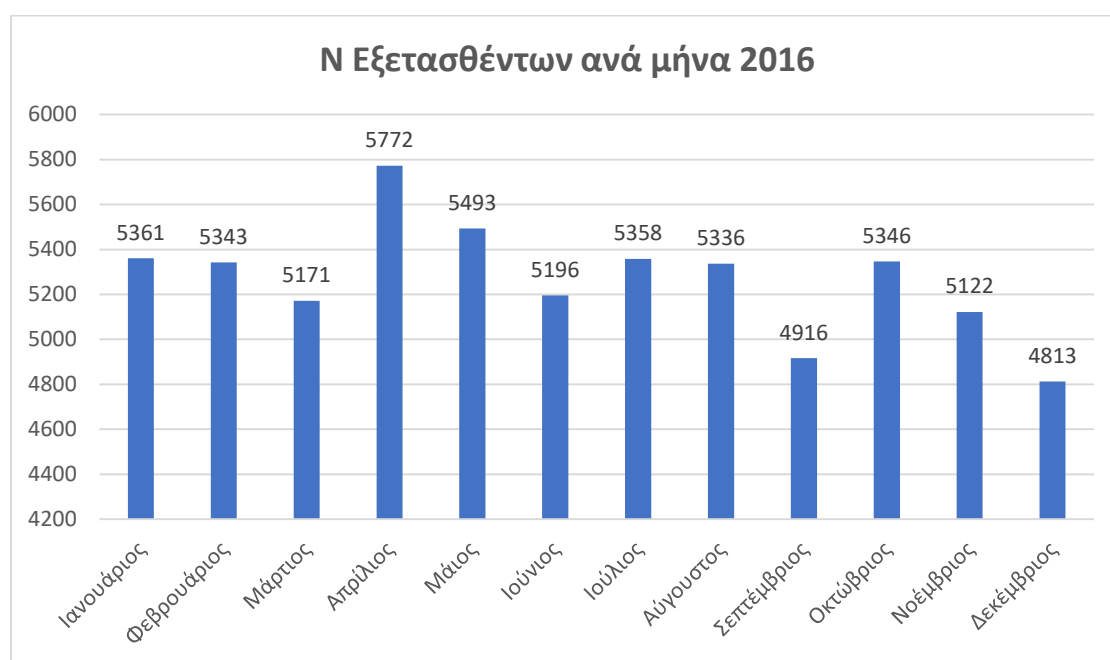
Στατιστική Ανάλυση

Έγινε περιγραφική στατιστική και υπολογίστηκαν τα ποσοστά σε κάθε κατηγορία που αντιστοιχούσαν σε ποιοτική μεταβλητή. Στις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι μέσοι και οι τυπικές αποκλίσεις ($mean \pm standard deviation$), όπως είναι η ηλικία των ασθενών. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS for Windows (version 21) statistical software (IBM Corp., Armonk, NY).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

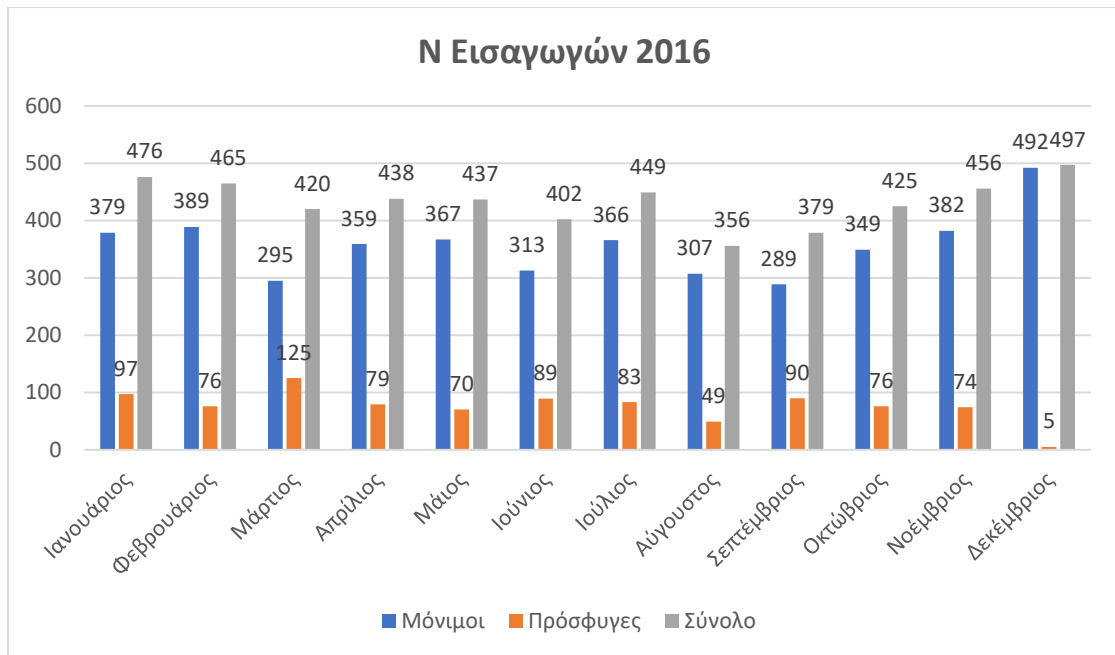
Έτος 2016

Στο Τ.Ε.Π. του υπό μελέτη νοσοκομείου το έτος 2016 εξετάστηκαν συνολικά 63,227 ασθενείς. Η κατανομή των εξετασθέντων ασθενών ανά μήνα απεικονίζεται στο Σχήμα 1.

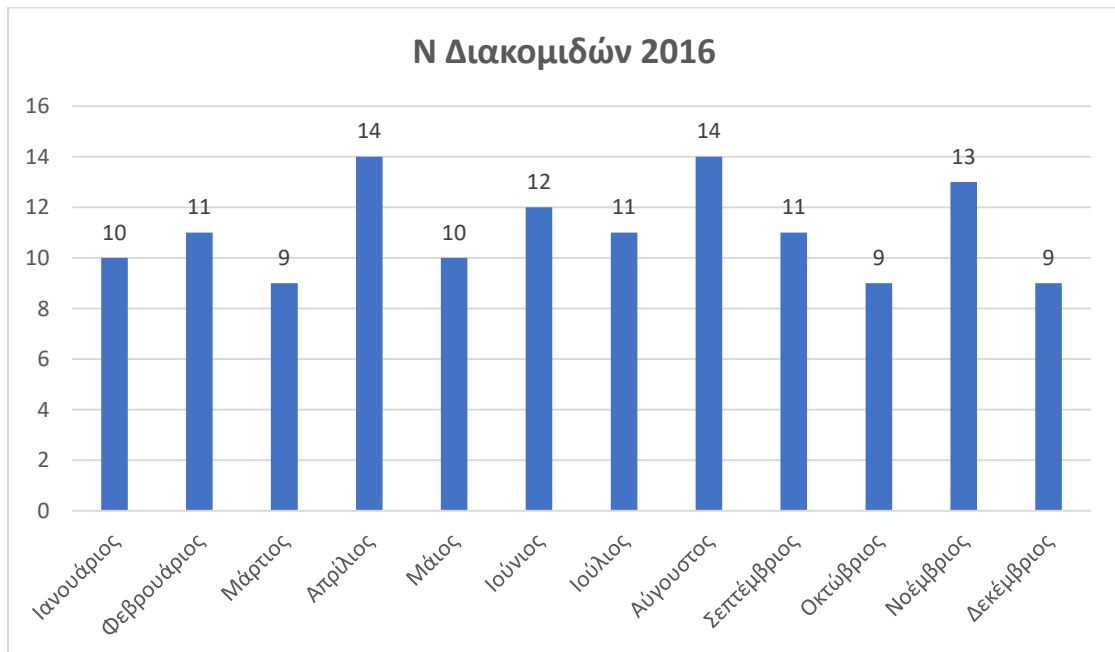


Σχήμα 1. Αριθμός εξετασθέντων ανά μήνα για το έτος 2016.

Από το σύνολο των ασθενών που εξετάστηκαν, εισήχθησαν 5,200 εκ των οποίων 4287 ασθενείς ήταν μόνιμοι πολίτες της Ελλάδας και 913 ήταν πρόσφυγες. Αυτό σημαίνει ότι εισαγωγή έκανε το 8,2% των ασθενών που εξετάστηκαν. Στο Σχήμα 2 απεικονίζεται ο αριθμός των εισαγωγών ανά μήνα για το έτος 2016. Επίσης, 133 ασθενείς διακομίσθηκαν σε άλλο νοσοκομείο, λόγω έλλειψης συγκεκριμένης ειδικότητας (Σχήμα 3).



Σχήμα 2. Αριθμός εισαγωγών (μόνιμοι, πρόσφυγες και σύνολο) ανά μήνα για το έτος 2016

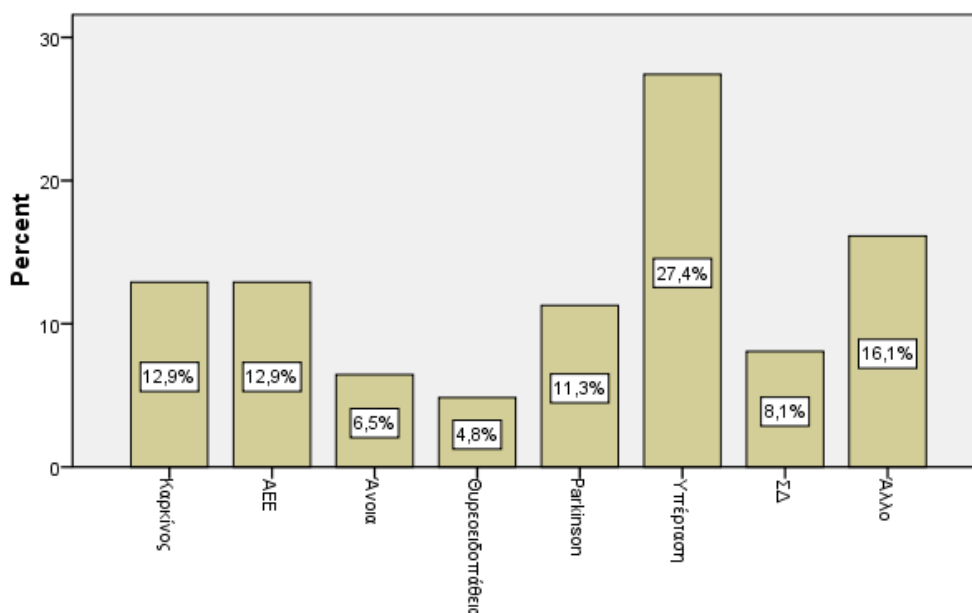


Σχήμα 3. Αριθμός ατόμων που διακομίστηκαν από το Τ.Ε.Π. σε άλλο νοσοκομείο ανά μήνα το έτος 2016.

Τυχαία, από το βιβλίο μητρώου του Τ.Ε.Π. επιλέχθηκαν 303 ασθενείς ηλικίας $50,1 \pm 19,9$ έτη, εκ των οποίων 167 (55,1%) ήταν άνδρες ηλικίας

49,9±19,8 έτη και 136 (44,9%) γυναίκες ηλικίας 50,2±20,1 έτη. Συνολικά, 223 (73,6%) ασθενείς ήταν Έλληνες και 80 (26,4%) αλλοδαποί.

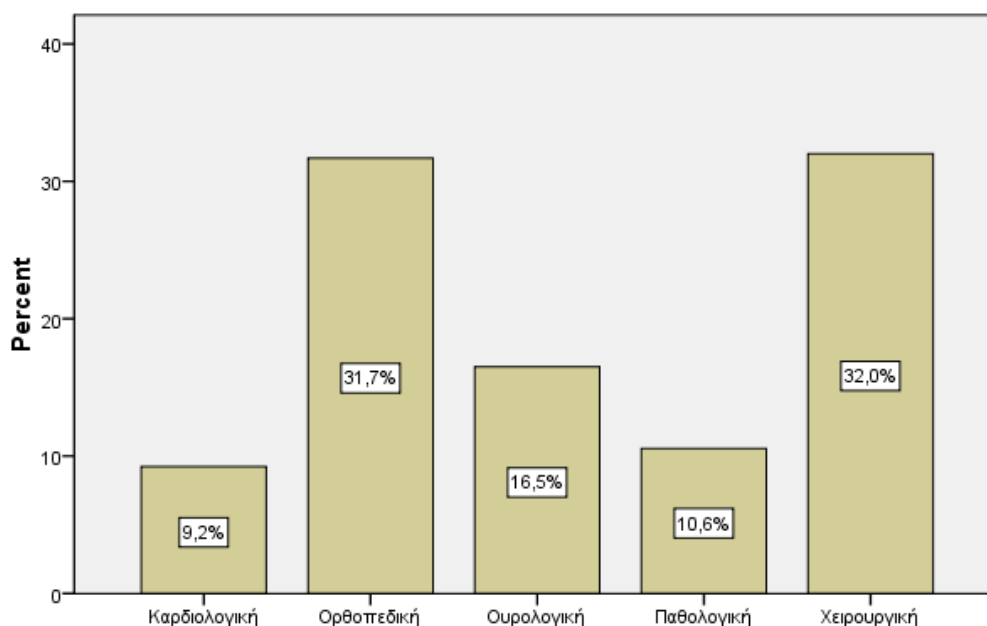
Συννοσηρότητα



Σχήμα 4. Συννοσηρότητα ασθενών που εξετάστηκαν το 2016.

Η συννοσηρότητα των ασθενών (N=62) απεικονίζεται στο Σχήμα 4 με κύρια νόσο την αρτηριακή υπέρταση (27,4%). Στο σχήμα 5 απεικονίζονται οι ειδικότητες των ιατρών που εξέτασαν τους ασθενείς.

Ιατρική Ειδικότητα



Σχήμα 5. Ιατροί ανά ειδικότητα που εξέτασαν τους ασθενείς το 2016.

Η αιτία προσέλευσης των ασθενών συνοψίζεται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Αιτία προσέλευσης ασθενών στο Τ.Ε.Π. το 2016

Αιτία	N	%
Θλαστικό τραύμα	42	13,9
Κοιλιακό άλγος ή γαστρεντερίτιδα	41	13,5
Άλγος αρθρώσεων	33	10,9
Άλγος νεφρού	30	9,9
Κάκωση άρθρωσης	30	9,9
Οσφυαλγία	17	5,6
Άλλη αιτία	17	5,6
Πτώση	13	4,3
Αυχεναλγία	11	3,6
Αλλαγή καθετήρα-στομίας	10	3,3
Άλγος θώρακα	8	2,6
Αίσθημα παλμών	7	2,3
Εμπύρετο ή βήχας	7	2,3
Δήγμα κυνός	6	2
Ουρολοίμωξη	6	2
Επίσχεση κοπράνων ή ούρων	6	2
Διάνοιξη αποστήματος	6	2
Αρτηριακή υπέρταση	5	1,7
Περιποίηση ελκών πίεσης	5	1,7
Αδυναμία και καταβολή	3	1

Στο Τ.Ε.Π., 84 (27,7%) ασθενείς υπεβλήθησαν σε αιματολογικό έλεγχο και 34 (11,2%) σε ακτινολογικό έλεγχο.

Όσον αφορά τις παρεμβάσεις που έγιναν στο Τ.Ε.Π., στους περισσότερους ασθενείς χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή (53,8%). Οι υπόλοιπες παρεμβάσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

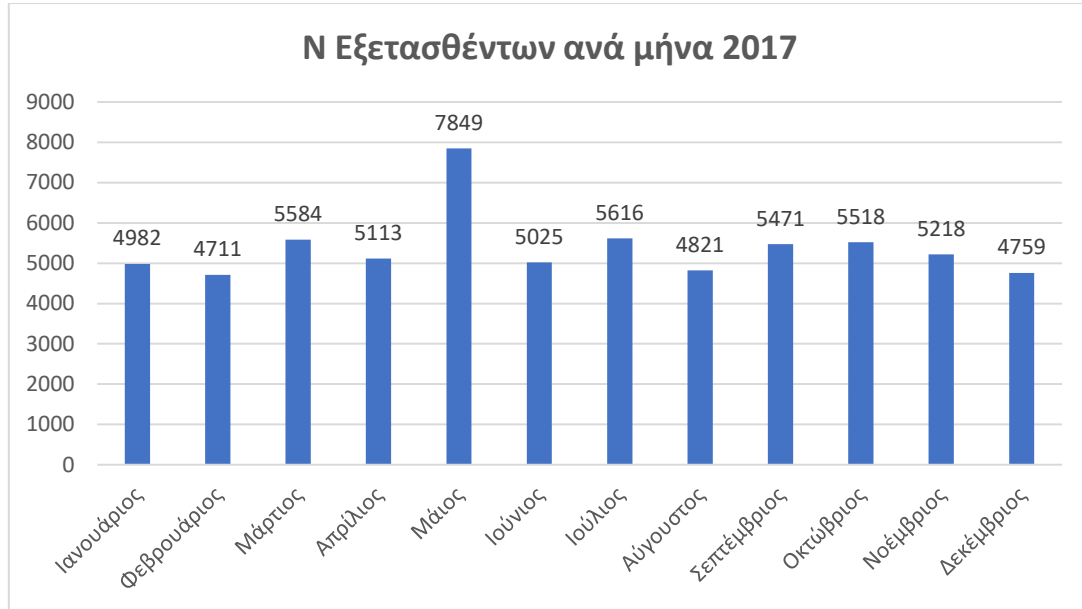
Πίνακας 2. Παρεμβάσεις που έγιναν στους ασθενείς που εξετάστηκαν στο Τ.Ε.Π. το 2016

Παρέμβαση	N	%
Φαρμακευτική Αγωγή	163	53,8
Περίδεση	51	16,8
Συρραφή	47	15,5
Ηλεκτροκαρδιογράφημα	28	9,2
Καθαρτικός Υποκλυσμός	10	3,3
Περιποίηση Τραύματος-Κατάκλισης	18	5,9
Τοποθέτηση Κολάρου	13	4,3
Τοποθέτηση Καθετήρα	9	3
Διάνοιξη αποστήματος	6	2

Από το σύνολο των εξετασθέντων ασθενών 5 (1,7%) ασθενείς διακομίσθηκαν σε άλλο νοσοκομείο λόγω έλλειψης ειδικότητας ή παραπέμφθηκαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία.

Έτος 2017

Αντίστοιχα, το έτος 2017 εξετάστηκαν συνολικά 62,667 ασθενείς. Η κατανομή των εξετασθέντων ασθενών ανά μήνα απεικονίζεται στο Σχήμα 6.

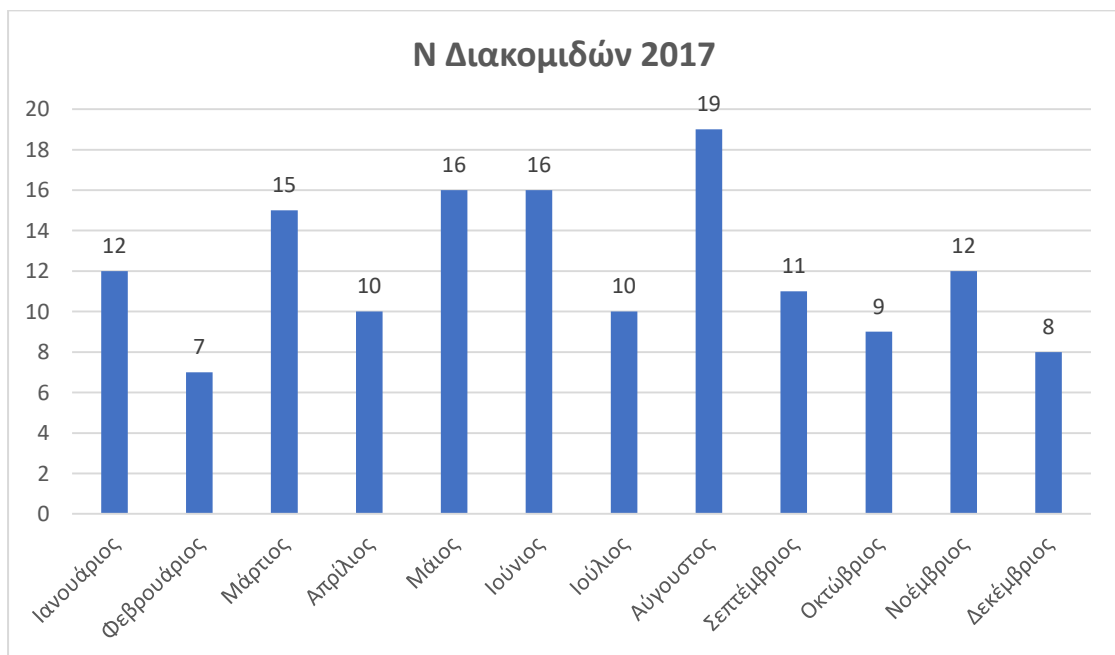


Σχήμα 6. Αριθμός εξετασθέντων ανά μήνα για το έτος 2017.

Από το σύνολο των ασθενών που εξετάστηκαν, εισήχθησαν 5,809 εκ των οποίων 5449 ασθενείς ήταν μόνιμοι πολίτες της Ελλάδας και 360 ήταν πρόσφυγες. Οπότε, εισαγωγή έκανε το 9,3% των ασθενών που εξετάστηκαν. Στο Σχήμα 7 απεικονίζεται ο αριθμός των εισαγωγών ανά μήνα για το έτος 2017. Επίσης, 145 ασθενείς διακομίσθηκαν σε άλλο νοσοκομείο, λόγω έλλειψης συγκεκριμένης ειδικότητας (Σχήμα 8).



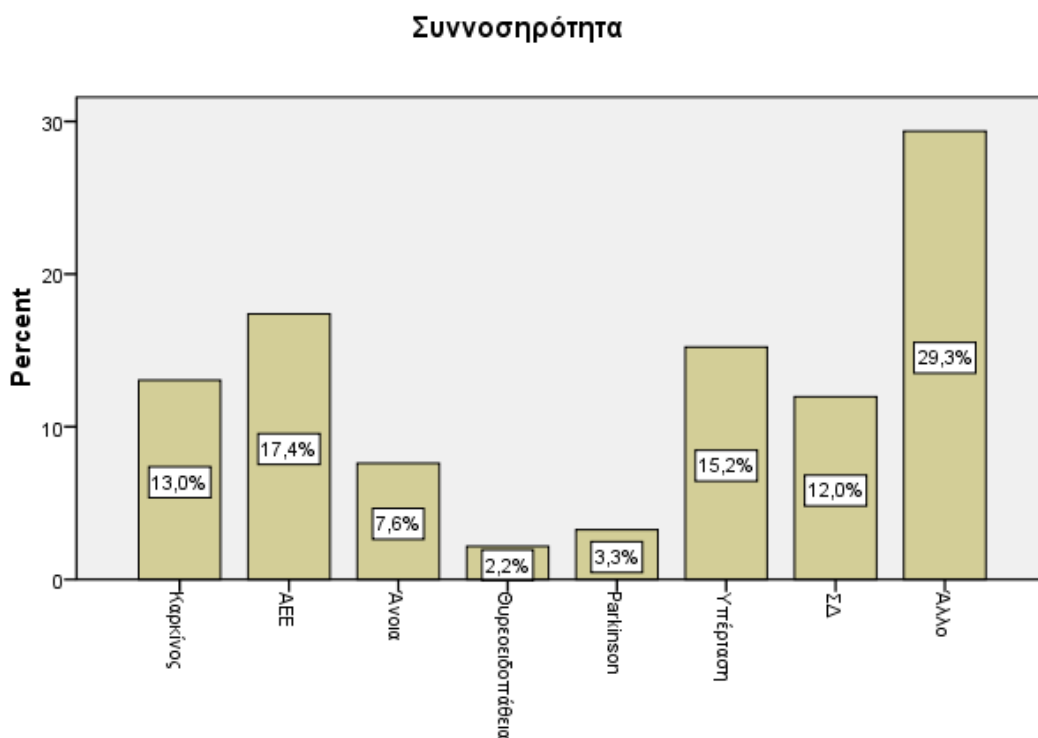
Σχήμα 7. Αριθμός εισαγωγών (μόνιμοι, πρόσφυγες και σύνολο) ανά μήνα για το έτος 2017



Σχήμα 8. Αριθμός ατόμων που διακομίσθηκαν από το Τ.Ε.Π. σε άλλο νοσοκομείο ανά μήνα το έτος 2017.

Τυχαία, από το βιβλίο μητρώου του Τ.Ε.Π. επιλέχθηκαν 315 ασθενείς ηλικίας $52,7 \pm 23,4$ έτη, εκ των οποίων 183 (58,1%) ήταν άνδρες ηλικίας $52,5 \pm 22,8$ έτη και 132 (41,9%) γυναίκες ηλικίας $52,9 \pm 24,4$ έτη.

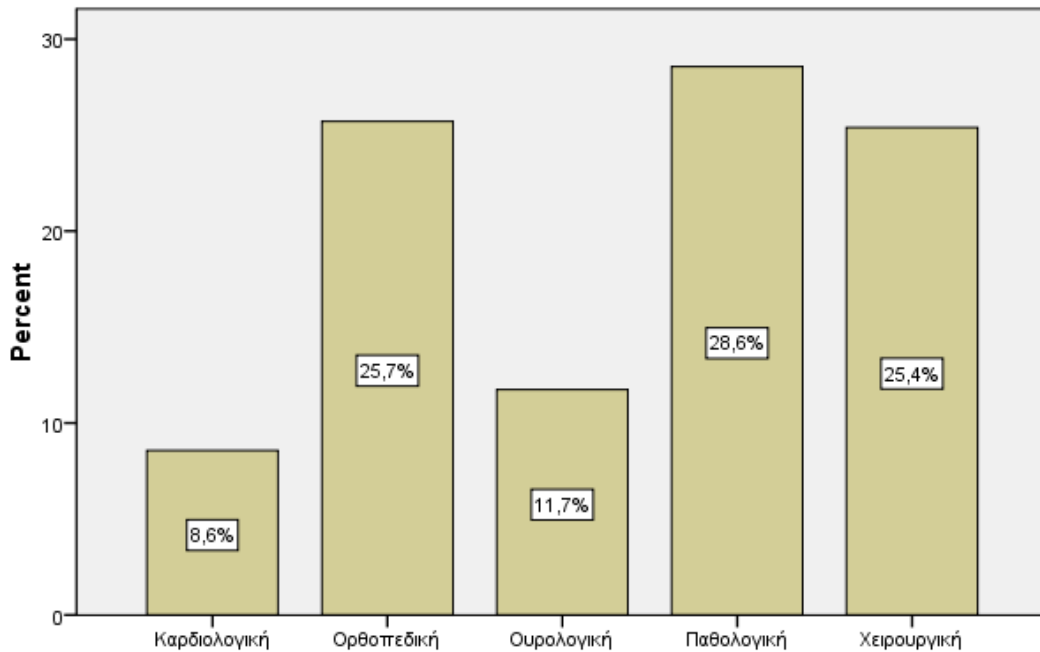
Συνολικά, 258 (81,9%) ασθενείς ήταν Έλληνες και 57 (18,1%) αλλοδαποί. Η κύρια συννοσηρότητα (N=92) των ασθενών ήταν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (17,4%) και αρτηριακή υπέρταση (15,2%). Η συννοσηρότητα των ασθενών απεικονίζεται στο Σχήμα 9.



Σχήμα 9. Συννοσηρότητα ασθενών που εξετάστηκαν το 2017.

Στο Σχήμα 10 απεικονίζονται οι ειδικότητες των ιατρών που εξέτασαν τους ασθενείς. Η αιτία προσέλευσης των ασθενών το 2017 συνοψίζεται στον Πίνακα 3.

Ιατρική Ειδικότητα



Σχήμα 10. Ιατροί ανά ειδικότητα που εξέτασαν τους ασθενείς το 2017.

Πίνακας 3. Αιτία προσέλευσης ασθενών στο Τ.Ε.Π. το 2017

Αιτία	N	%
Θλαστικό τραύμα	42	13,3
Αλλαγή καθετήρα-στομίας	41	13
Εμπύρετο ή βήχας	36	11,4
Άλλη αιτία	29	9,2
Κοιλιακό άλγος ή γαστρεντερίτιδα	28	8,9
Άλγος αρθρώσεων	22	7
Κάκωση άρθρωσης	22	7
Αφαίρεση Ραμμάτων	18	5,7
Οσφυαλγία	16	5,1
Άλγος νεφρού	10	3,2

Διάνοιξη αποστήματος	9	2,9
Δήγμα κυνός	7	2,2
Περιποίηση ελκών πίεσης	7	2,2
Αυχεναλγία	6	1,9
Άλγος θώρακα	6	1,9
Επίσχεση κοπράνων ή ούρων	5	1,6
Πτώση	3	1
Αίσθημα παλμών	3	1
Ουρολοίμωξη	3	1
Αρτηριακή υπέρταση	2	0,6

Στο Τ.Ε.Π., 101 (32%) ασθενείς υπεβλήθησαν σε αιματολογικό έλεγχο και 75 (23,8%) σε ακτινολογικό έλεγχο.

Όσον αφορά τις παρεμβάσεις που έγιναν στο Τ.Ε.Π., στους περισσότερους ασθενείς χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή (49,8%). Οι υπόλοιπες παρεμβάσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4. Παρεμβάσεις που έγιναν στους ασθενείς που εξετάστηκαν στο Τ.Ε.Π. το 2017

Παρέμβαση	N	%
Φαρμακευτική Αγωγή	157	49,8
Περίδεση	41	13
Συρραφή	42	13,3
Ηλεκτροκαρδιογράφημα	27	8,6
Καθαρτικός Υποκλυσμός	3	1

Περιποίηση Τραύματος-Κατάκλισης	22	7
Τοποθέτηση Κολάρου	6	1,9
Τοποθέτηση Καθετήρα	38	12,1
Διάνοιξη αποστήματος	10	3,2

Από το σύνολο των εξετασθέντων ασθενών 31 (9,8%) ασθενείς διακομίσθηκαν σε άλλο νοσοκομείο λόγω έλλειψης ειδικότητας ή παραπέμφθηκαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα Τ.Ε.Π. στην Ελλάδα είναι συγχρωτισμένα. Σε συνδυασμό με την περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι πολίτες αναζητούν υπηρεσίες υγείας κυρίως στα Τ.Ε.Π., ακόμη και εάν αυτές δεν είναι επείγουσες. Το πλεονέκτημα του Τ.Ε.Π. είναι η προσβασιμότητά του καθόλη τη διάρκεια της ημέρας και όλες τις ημέρες του έτους. Έτσι, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει το ποσοστό των ασθενών που επισκέπτονται το Τ.Ε.Π. και δεν χρήζουν εισαγωγής σε μία προσπάθεια να ανιχνευθεί το ποσοστό των ασθενών που τελικά δεν έπρεπε να επισκεφθούν το Τ.Ε.Π. για το πρόβλημα υγείας τους, αλλά μία πρωτοβάθμια μονάδα υγείας.

Το νοσοκομείο στο οποίο διεξήχθη η παρούσα μελέτη είναι ένα νοσοκομείο, το οποίο βρίσκεται σε αστική περιοχή και εφημερεύει κάθε 4 ημέρες. Δεν είναι Πανεπιστημιακό νοσοκομείο ή κέντρο τραύματος και δέχεται όλους τους ασθενείς, ανεξαρτήτου φύσης νόσου ή τραύματος. Η ετήσια κίνηση του Τ.Ε.Π. ήταν 63,227 ασθενείς το 2016 και 62,667 ασθενείς το 2017. Από αυτούς εισαγωγή έκανε το 8,2% το 2016 και το 9,3% το 2017, ενώ διακομίσθηκαν σε άλλο νοσοκομείο το 0,22% και 0,23% αντίστοιχα. Μεγαλύτερα ποσοστά εισαγωγών, περίπου διπλάσια, αναφέρθηκαν σε μία μελέτη που διεξήχθη στα Τ.Ε.Π. δύο μεγάλων νοσοκομείων στην Ελλάδα, ένα στην Αθήνα και ένα στην Κρήτη.⁶⁸ Η διαφορά αυτή πιθανό να οφείλεται στο γεγονός ότι βρίσκεται σε απομακρυσμένη περιοχή και όχι στο κέντρο της Αθήνας, όπου δεν είναι εύκολη η πρόσβαση με αποτέλεσμα οι ασθενείς να προτιμούν να κάνουν εισαγωγή σε κεντρικότερο νοσοκομείο και όχι σε αυτό που διεξήχθη η μελέτη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, το 90% περίπου των ασθενών που επισκέφθηκαν το Τ.Ε.Π. πήρε εξιτήριο που σημαίνει ότι θα μπορούσε μην είχε εξετασθεί εκεί, αλλά σε κάποια άλλη δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στη βιβλιογραφία έχει αναφερθεί ότι υπάρχει αλληλοεπικάλυψη κατά 90% των συμπτωμάτων των ασθενών που επισκέπτονται το Τ.Ε.Π. και εκείνων που επισκέπτονται δομές Π.Φ.Υ. Αυτό έχει ως συνέπεια να προκαλείται σύγχυση στους ασθενείς και, παράλληλα,

αποτελεί έναν παράγοντα για τον οποίο οι ασθενείς προτιμούν να επισκέπτονται κατευθείαν το Τ.Ε.Π.⁶⁹ Για παράδειγμα, ένας πόνος στο στήθος που αντανακλάει στην πλάτη μπορεί να είναι μία επείγουσα κατάσταση που χρήζει αντιμετώπισης στο Τ.Ε.Π. (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου), μπορεί όμως να είναι και ένας απλός μυοσκελετικός πόνος.

Οι ασθενείς οι οποίοι θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά και με ασφάλεια σε δομές Π.Φ.Υ. και δεν χρήζουν ανάγκης εισαγωγής και παραμονής στο νοσοκομείο αναφέρονται με τον όρο Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC).⁷⁰ Χρησιμοποιείται ως δείκτης για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, της κάλυψης και της ποιότητας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.⁷¹ Στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας, οι ασθενείς που επισκέπτονται το Τ.Ε.Π. και βρέθηκαν να είναι ACSC ήταν από 15,9% έως και 28,5%.⁷²⁻⁷⁴ Σε μία πολυκεντρική μελέτη που συμπεριέλαβε όλα τα Τ.Ε.Π. της Γαλλίας (734/736) αναδείχθηκε ότι εισαγωγή έκανε το 29% των ασθενών, ενώ το 71% έπαιρνε εξιτήριο μετά από παρεμβάσεις που γινόντουσαν.⁷⁵ Οι λόγοι που οι ασθενείς επισκέπτονται απευθείας τα Τ.Ε.Π. και όχι τις δομές Π.Φ.Υ είναι η αντιληπτή βαρύτητα, η περιορισμένη πρόσβαση και η έλλειψη εμπιστοσύνης για την πρωτοβάθμια φροντίδα, το άγχος και η ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης λόγω της διαθεσιμότητάς τους όλο το 24ωρο.^{67,76,77}

Είναι γεγονός ότι η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα δεν είναι ανεπτυγμένη, παρόλο τις προσπάθειες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια. Οι περισσότερες μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας υπολειτουργούν. Έτσι, οι πολίτες της χώρας αναζητούν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στα Τ.Ε.Π., γεγονός το οποίο δικαιολογεί τον τεράστιο αριθμό επισκέψεων στο Τ.Ε.Π. και τον αναντίστοιχο μικρό αριθμό εισαγωγών.

Μία μελέτη που διεξήχθη στην Αμερική ανέφερε ότι οι δομές που δέχονται ασθενείς χαμηλής οξύτητας οι οποίες δημιουργήθηκαν το 2008 κατάφεραν να μειώσουν την επισκεψιμότητα των Τ.Ε.Π. κατά 36% μέσα σε 7 έτη λειτουργίας, δείχνοντας μία σαφή στροφή των ασθενών σε αυτές τις δομές.⁷⁸ Έχει υπολογισθεί ότι το μόνο το 2-3% αυτών των ασθενών παραπέμπονται τελικά στο Τ.Ε.Π. λόγω αδυναμίας αντιμετώπισής τους σε αυτές τις δομές.⁷⁹

Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών της μελέτης μας ήταν 50 έτη το 2016 και 53 έτη το 2017. Σε μία αντίστοιχη μελέτη που διεξήχθη στην Πενσυλβάνια των ΗΠΑ, ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών που επισκέφθηκαν το Τ.Ε.Π. ήταν 46 έτη.⁸⁰ Σε άλλη μελέτη στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας, η επικρατούσα ηλικιακή ομάδα ήταν 20 έως 39 ετών.⁷³ Οι ασθενείς που επισκέπτονται το Τ.Ε.Π. και δεν κάνουν εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι < 13 ετών και > 40 ετών.⁸¹

Το 2016, αντιμετώπιστηκαν στο Τ.Ε.Π. 73,6% Έλληνες και 26,4% αλλοδαποί, ενώ το 2017 τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 81,9% και 18,1%. Μικρότερα ποσοστά αλλοδαπών έχουν αναφερθεί και σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε άλλες χώρες. Συγκεκριμένα, στην Πενσυλβάνια των ΗΠΑ οι αλλοδαποί ασθενείς αποτελούσαν το 11,4% του συνόλου των ασθενών στο Τ.Ε.Π.⁸⁰ Η αδυναμία της συσχέτισης είναι ότι στην Πενσυλβάνια στους αλλοδαπούς ασθενείς περιλαμβάνονται ασθενείς οι οποίοι δεν είναι Αμερικανοί πολίτες, ενώ στην παρούσα μελέτη οι αλλοδαποί ασθενείς περιλαμβάνουν τους μετανάστες και τους πρόσφυγες και όχι εκείνους που μένουν νόμιμα στην Ελλάδα και είναι άλλης Εθνικότητας.

Οι κύριες αιτίες προσέλευσης των ασθενών στην παρούσα μελέτη ήταν θλαστικό τραύμα, κοιλιακό άλγος, γαστρεντερίτιδα, άλγη σε αρθρώσεις, νεφρά, κάκωση άρθρωση, οσφυαλγία, αυχεναλγία, αλλαγή καθετήρα-στομίας, εμπύρετο, βήχα, διάνοιξη αποστήματος, περιποίηση ελκών πίεσης και πτώσεις. Σε μία μελέτη στην Πενσυλβάνια των ΗΠΑ, τα κυριότερα συμπτώματα των ασθενών που επισκέφθηκαν το Τ.Ε.Π. ήταν παρόμοια. Συγκεκριμένα τα πιο συνήθη ήταν κοιλιακό άλγος, πόνος στο στήθος, δυσκολία στην αναπνοή, πόνος/τραυματισμός των ματιών, πόνος/πρήξιμο στα πόδια, πόνος/τραυματισμός δακτύλου, πονοκέφαλος και πτώσεις.⁸⁰ Παρόμοια συμπτώματα έχουν αναφερθεί και σε άλλες μελέτες.^{82, 83}

Στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας, οι πιο συνήθεις αιτίες των ασθενών που εξετάστηκαν στο Τ.Ε.Π. και δεν εισήχθησαν στο νοσοκομείο ήταν λοιμώξεις αυτιών, μύτης και λαιμού, άσθμα και βρογχίτιδα, γαστρεντερίτιδα, αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης.⁷³ Στη βιβλιογραφία, υπάρχει σχετική συμφωνία των αιτιών επίσκεψης των ασθενών στο Τ.Ε.Π., αλλά δεν υπάρχει γραμμικότητα ως προς τα ποσοστά εμφάνισης. Μία αναδρομική μελέτη που

συνέλεξε και ανέλυσε δεδομένα από το μητρώο όλων των Τ.Ε.Π. των ΗΠΑ ανέφερε ότι τα 5 πιο συνήθη συμπτώματα με τα οποία επισκέπτονται οι ασθενείς τα Τ.Ε.Π. είναι το κοιλιακό άλγος, λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού, κατάγματα, επιφανειακά τραύματα και μη ειδικό άλγος στο στήθος.⁸⁴ Στη Γαλλία, οι πιο συνήθεις αιτίες επισκεψιμότητας των ασθενών στα Τ.Ε.Π. είναι το τραύμα, οι καρδιαγγειακές διαταραχές, οι γαστρεντερικές και νευρολογικές διαταραχές.⁷⁵

Σε αιματολογικό έλεγχο υποβλήθηκε το 18,5% των ασθενών, σε βιοχημικό το 9,2% σε ακτινολογικό έλεγχο το 11,2% των ασθενών. Το 2017, τα αναφερόμενα ποσοστά αυξήθηκαν σε 22,2%, 9,8% και 23,8% αντίστοιχα. Τα ποσοστά των ασθενών που υπεβλήθησαν σε εργαστηριακό και διαγνωστικό έλεγχο ήταν μικρά. Σε αντίστοιχη μελέτη στις ΗΠΑ, σε εργαστηριακό έλεγχο υπεβλήθη το 68% των ασθενών και σε ακτινολογικό το 69%.⁸⁰

Στην παρούσα μελέτη φαρμακευτική αγωγή χορηγήθηκε περίπου στους μισούς ασθενείς. Σε αντίστοιχη μελέτη στις ΗΠΑ, φαρμακευτική αγωγή χορηγήθηκε στο 73% των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν στο Τ.Ε.Π.⁸⁰

Στην παρούσα μελέτη, οι πιο συνήθεις παρεμβάσεις που έγιναν στους ασθενείς ήταν περίδεση, συρραφή τραύματος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, καθαρτικός υποκλυσμός, περιποίηση τραύματος – κατάκλισης, τοποθέτηση αυχενικού κολάρου, τοποθέτηση καθετήρα και διάνοιξη αποστήματος. Σε αντίστοιχη μελέτη στις ΗΠΑ, παρεμβάσεις έγιναν στο 76,3% των ασθενών και οι πιο συχνές παρεμβάσεις αφορούσαν ηλεκτροκαρδιογράφημα, συρραφή τραύματος, αφαίρεση ξένου σώματος, τοποθέτηση νάρθηκα ή περίδεση και παροχέτευση τραύματος.⁸⁰

Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη έχει αρκετούς περιορισμούς. Επειδή τα δεδομένα προέρχονται από ένα μόνο Τ.Ε.Π., τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν για όλα τα Τ.Ε.Π. της Ελλάδας. Άλλος περιορισμός είναι ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχουν θεσμοθετημένα πρωτόκολλα ή μονοπάτια αντιμετώπισης ασθενών, με αποτέλεσμα η παρεχόμενη φροντίδα να ποικίλλει

μεταξύ των Τ.Ε.Π. Τα ποσοστά των ασθενών που υπεβλήθησαν σε εργαστηριακές εξετάσεις είναι μικρά. Δεν ήταν γνωστό και δεν καταγράφηκε αν και ποιοι ασθενείς παραπέμφθηκαν στο Τ.Ε.Π. μετά από επίσκεψή τους σε άλλη δομή υγείας. Ένας περιορισμός ακόμη, είναι ότι τα δεδομένα είναι δευτερογενή και όχι πρωτογενή και σχετίζονται με τις καταγραφές από τα βιβλία του μητρώου του Τ.Ε.Π., τις οποίες κάνουν οι ιατροί που εργάζονται στο Τ.Ε.Π. και μπορεί να αμφισβητηθεί η ποιότητά τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι το 9% περίπου των ασθενών που εξετάσθηκε στο Τ.Ε.Π. εισήχθη στο νοσοκομείο, ενώ το 91% έλαβε εξιτήριο αφού πρώτα έγιναν ορισμένες παρεμβάσεις. Στο Τ.Ε.Π. του υπό μελέτη νοσοκομείου δεν παρέχονται μόνο υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, όπως θα έπρεπε, αλλά και υπηρεσίες Π.Φ.Υ.

Μία μεγάλη πολυκεντρική μελέτη θα βοηθούσε στην ανάδειξη του συγκεκριμένου προβλήματος και θα τόνιζε την ανάγκη βασισμένη σε αποδεικτικά στοιχεία δημιουργίας δομών στα πλαίσια της Π.Φ.Υ που θα αντιμετώπιζε όλους τους ασθενείς χαμηλής οξύτητας. Άμεση λύση στο πρόβλημα μπορεί να δώσει η πλήρης λειτουργία των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.), οι οποίες μπορούν και πρέπει να λειτουργήσουν ως «gatekeepers» των Τ.Ε.Π.. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω προγραμμάτων προαγωγής της υγείας πρέπει να ενημερώσει τους ασθενείς για τη μείωση της σύγχυσης που επικρατεί σχετικά με το ποιο είναι το κατάλληλο περιβάλλον για να αναζητήσουν ιατρική περίθαλψη με βάση τα σημεία και τα συμπτώματά τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π.) είναι συγχρωτισμένα, με αποτέλεσμα τη μειωμένη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αυξημένη δυσαρέσκεια των ασθενών, την αυξημένη θνητότητα και τα αυξημένα ποσοστά ιατρικών λαθών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει το ποσοστό των ασθενών που επισκέπτονται το Τ.Ε.Π. και δεν χρήζουν εισαγωγής.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη καταγραφής. Το δείγμα της μελέτης ήταν τυχαίο και αποτελούταν συνολικά από 618 ασθενείς. Αποκλείστηκαν όσοι ασθενείς ήταν ηλικίας κάτω των 16 ετών, έκαναν εισαγωγή στο νοσοκομείο και διακομίσθηκαν νεκροί.

Αποτελέσματα: Η ετήσια κίνηση του Τ.Ε.Π. ήταν 63,227 ασθενείς το 2016 και 62,667 ασθενείς το 2017. Εισαγωγή έγινε στο 8,2% των ασθενών το 2016 και στο 9,3% το 2017, ενώ διακομίσθηκαν σε άλλο νοσοκομείο το 0,22% και 0,23% αντίστοιχα. Οι ασθενείς εξετάστηκαν από χειρουργούς, ορθοπαιδικούς, ουρολόγους, παθολόγους και καρδιολόγους. Τα πιο συνήθη αίτια προσέλευση ήταν θλαστικό τραύμα, κοιλιακό άλγος, γαστρεντερίτιδα, άλγος αρθρώσεων, άλγος νεφρού, κάκωση άρθρωση, οσφυαλγία, πτώση, αυχενάλγια, μη ειδικό άλγος θώρακα, αίσθημα παλμών, εμπύρετο, βήχας, ουρολοίμωξη και αρτηριακή υπέρταση. Το 20% των ασθενών υπεβλήθη σε αιματολογικό έλεγχο και το 11,2% σε ακτινολογικό έλεγχο. Οι κύριες παρεμβάσεις που έγιναν αφορούσαν χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (53,8%), συρραφή τραύματος (15,5%), ηλεκτροκαρδιογράφημα (9,2%) και περιποίηση τραύματος – κατάκλισης (5,9%).

Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι το 9% περίπου των ασθενών που εξετάστηκε στο Τ.Ε.Π. εισήχθη στο νοσοκομείο, ενώ το 91% έλαβε εξιτήριο αφού πρώτα έγιναν ορισμένες παρεμβάσεις. Στο Τ.Ε.Π. του υπό μελέτη νοσοκομείου δεν παρέχονται μόνο υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, όπως θα έπρεπε, αλλά και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Λέξεις κλειδιά: τμήμα επειγόντων περιστατικών, ασθενείς, εισαγωγή, εξιτήριο, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

ABSTRACT

Introduction: The emergency department (ED) is overcrowded, resulting in reduced quality of service, increased patient dissatisfaction, increased mortality and high rates of medical errors.

Aim: The aim of this study was to investigate the percentage of patients visiting the ED and were not need admitted to.

Methodology: This was a retrospective recording study. The sample was randomized and consisted of 618 patients. All patients under the age of 16, those who admitted and died were excluded.

Results: The annual visits of ED were 63.227 patients in 2016 and 62.667 patients in 2017. Totally, 8.2% of patients in 2016 and 9.3% in 2017 admitted to hospital, while the other transferred to another hospital 0.22% and 0.23% respectively. Patients were examined by surgeons, orthopedists, urologists, physicians and cardiologists. The most common causes of visit to ED were traumatic injuries, abdominal pain, gastroenteritis, arthritis, pain of the kidney, joint injury, back pain, fall, neck pain, no specific chest pain, pulse sensation, fever, urinary tract infection and arterial hypertension. About 20% of patients underwent hematologic testing and 11.2% radiological testing. The main interventions made concerning administration of medication (53.8%), suture wounds (15.5%), electrocardiogram (9.2%), and wound care (5.9%).

Conclusions: In the present study, approximately 9% of the patients examined in ED was admitted to the hospital, while 91% discharged after some interventions. The ED does not provide only emergency services, as should, but also provides primary health care services.

Keywords: Emergency department, patients, admission, discharge, primary health care

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lawn JE, Rohde j, Rifk S, Were M, Vinod KP, chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. The Lancet 2008 ; 372: 917-927.
2. Σουλιώτης Κ. Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων. 2014 ; 31 (Συμπλήρ.1): 13-18.
3. Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού Α. Το οργανωτικό πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική 2008 ; 47: 320-323.
4. Βραχάτης Δ, Παπαδόπουλος Α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. Νοσηλευτική 2012 ; 51: 10-17.
5. Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. D.S. Kringos (Ed). World Health organization, European Observatory on Health Systems and Policies 2015: 1-172.
6. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/288645/European-health-report-2015-Targets-beyondreaching-new-frontiers-evidence-full-book-en.pdf?ua=1,2015: 1-131.
7. Tountas Y., Garanis T., Dalla-Vorgia P.(1993): Health Promotion, Society and Health Care Ethics, Gillon R.(ed), John Willey and Sons, Chichester.
8. David K. and Williams T. (1987):Health Education in schools. Harper and Row, London.
9. <https://www.pfy.gr/forum/index.php?>
10. Ewles L. and Simnett. (1992): Promoting Health: A Practical Guide. Scutari Press, Harrow.
11. Kelly P.J. and Lewis J.L. (1987): Education and Health. Pergamon Press, Oxford.
12. MC Partland P.A. (1991): Promoting Health in the workplace. Harwood Academic. Chur.
13. Nutbeam D. (ed) (1987): Health promotion: Concept and principles in Action.
14. Doxiadis S. (1987): Ethical Dilemmas in Health Promotion. John Wiley and Sons, Chichester.

15. <https://neaygeia.gr/foris/elliniki-eteria-proagogis-agogis-ygias>.
16. www.moh.gov/articles/newspaper/nomothesia
17. Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικής Ανάπτυξης, Υγεία: Μελέτη ομάδας εργασίας, Κ.Ε.Π.Ε., 1994 Αθήνα.
18. Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών. Το νομοσχέδιο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», Αθήνα, 1981.
19. Λιαρόπουλος Λ. Πολιτική Υγείας: Το νομοσχέδιο Δοξιάδη, Ιατρική, Τεύχος 61, 1992, σελ.367-371.
20. Μωραΐτης Ε. Συστήματα Υγείας, Σημειώσεις ΤΕΙ Αθήνας, 1985.
21. Ζδούκος, Θ. (2008), “Σχέδιο νόμου για την ΠΦΥ: Η ολοκλήρωση της ιδιωτικοποίησης και εμπορευματοποίησης της περίθαλψης”, Ιατρικά θέματα, Τ. 51:29-30, Θεσσαλονίκη.
22. Abel-Smith, B., J. Calltrop, M Dixon, A. Dunning, R. Evans, W. Holland, B. Jarman and E. Mossialos (1994), Report on the Greek Health services, Ministry of Health and social Welfare of Greece, Pharmatica S.A., Athens.
23. Markaki A., N. Antonakakis, A. Philalithis and C. Lionis (2006), “Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile”, Nursing Review, 53: 16-18.
24. Λιαρόπουλος Λ. (2007), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
25. Σουλιώτης Κ. και Υ. Λιονής (2003), “Λειτουργική ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου” Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5): 466-476.
26. ΠΟΥ-Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2002), Υγεία 21 – Υγεία για όλους τον 21ο αιώνα, ΠΟΥ – Γραφείο περιοχής Ευρώπης, μετάφραση – επιμέλεια: Γιάννης Δημαλιάτης, εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα.
27. WHO (2008), Primary Health care: Now More than Ever, the world Health report 2008, Geneva.
28. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2007), Λευκή Βίβλος. Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013, com (2007) 630 τελικό Βρυξέλλες.
29. OECD Health Data 2006, statistics and indicators for 30 countries. CDROM, Παρίσι 2006.

30. Τούντας Γ. (2002), Πολιτική Υγείας, εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα.
31. Boerma, W.G.W (2006), "Coordination and integration in European primary care", in: Primary Care in the drivers seat? Organizational reform in European primary care edited by Richard B. Saltman, Anna Rico and Wienke G. W. Boema, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, UK.
32. Harrison MI, Calltrop J., The reorientation of market – oriented reforms in Swedish health care. Health Policy 2000.
33. National Board of Health and Welfare, Kartläggning av narsjukvård [Survey of Community Care initiatives], εκδ. socialstyrelsen Stockholm 2003 α.
34. Boyle S., United Kingdom Health System Review, European Observatory on Health Systems and policies, 2011.
35. Schaffer W., Kroneman M. Boerma W., Westert G., Ginneken W., Netherlands Report, European Observatory on health systems and policies 2010.
36. Ringard A., Segan A., Saunes I., Lindahl A., Health systems in transition: Norway, WHO 2013.
37. Busse R., Blumel M., Germany Health Report, European Observatory on health systems and policies, 2014.
38. Ferre F., De Belvis A., Valerio L., Longhi S. Lazare A., Fattore G., Ricardi W., Maresso A., Health in transition: Italy, WHO 2014.
39. Simoes J., Augusto G., Fonteira I., Hernandez C., Health Systems in Transition: Portugal, WHO 2017.
40. Mitenbergs U., Taube M. Misins J., Mikitis E., Martinsons A., Rurane A., Quentin A., Health Systems in Transition: Latvia, WHO 2012.
41. Οικονομίδου Ε. "Μεταρρύθμιση στην υγεία: Το παράδειγμα της αναμόρφωσης της ΠΦΥ στην Πορτογαλία", Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 20(2): 91-94 (2008).
42. [https:// www.Zefa – Journal.org](https://www.Zefa – Journal.org).2009.
43. [https:// www.amnesty.gr/wp_content/uploads/2010/AMN edipo FINAL. pdf](https:// www.amnesty.gr/wp_content/uploads/2010/AMN_edipo_FINAL.pdf).
44. Care for migrants.eu/WP - content /uploads/2017.
45. www.keelpno.gr/Portals0/newsletter/2015

46. https://eur-lex.europa.eu/legal_content/EL/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac10611.
47. <https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/frontex-el>
48. FRONTEX. Greece and Italy continued to face unprecedented number of migrants in December. Frontex. 2016
49. <https://www2.keelpno.gr/blog/?p=6655>.
50. Χαράλαμπος Χρυσανθάκης, Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών – Σύνταγμα. Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Άρθρο 5 – σελ.8.
51. Νόμος 4368/2016. Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ.21Α΄, 2016.
52. Socialpolicy.gr/2016/06/εθνική στρατηγική υγείας – και δράσης. html.
53. Καραϊσκού Α. Μαλλιάρου Μ. Σαράφης Π. οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2012. 4:49-54.
54. <http://www.antigone.gr/files/gr/library/selected-publications-on-migration-and-asylum/greece/Ekthesi-ugeias-metanaston-gr-03-2009>.
55. mdmgreece.gr/app/.../EL-Concept-Note-Refugees-Crisis-MdM-Greece-Febr-2016.
56. EUSEM. (2007). Policy statement.
57. www.hesem.gr/wp-content/uploads/2011/01/EDdevelopment.
58. Παναγιώτα Γ. Λάμπρου, (2005) «Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, οργάνωση και λειτουργία».
59. library.tee.gr/digital/m2150/m2150-Karabinis.
60. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Ageing 2015 (ST/ESA/SER.A/390).
61. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. Ann Emerg Med. 2002;39(3):238–47.
62. Wittenberg R, Sharpin L, McCormick B, Hurst J. Understanding emergency hospital admission of older people. Report, 6. Oxford: Centre for Health Service Economics and Organisation; 2014.
63. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication

- errors. *Am J Emerg Med.* 2010; 28:304-9.
64. Jo S, Jin YH, Lee JB, Jeong T, Yoon J, Park B. Emergency department occupancy ratio is associated with increased early mortality. *J Emerg Med.* 2014; 46:241-9.
65. Definition of Emergency Medicine. *Ann Emerg Med.* 2016; 68:142-3.
66. Tang N, Stein J, Hsia RY, Maselli JH, Gonzales R. Trends and characteristics of US emergency department visits, 1997±2007. *JAMA.* 2010; 304:664-70.
67. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis. *Acad Emerg Med* 2017;24:1137–49.
68. Koutserimpas C, Agouridakis P, Velimezis G, Papagiannakis G, Keramidis I, Ioannidis A, Samonis G. The burden on public emergency departments during the economic crisis years in Greece: a two-center comparative study. *Public Health.* 2019 Feb;167:16-20.p4
69. Raven MC, Lowe RA, Maselli J, Hsia RY. Comparison of presenting complaint vs discharge diagnosis for identifying " nonemergency" emergency department visits. *JAMA.* 2013 Mar 20;309(11):1145-53.
70. Hodgson K, Deeny SR, Steventon A. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Qual Saf.* 2019 Feb 28. pii: bmjqs-2018-008820.
71. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Lindner SR, Peres MA. Reduction of Ambulatory Care Sensitive Conditions in Brazil between 1998 and 2009. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2), 1-7.
72. Alfradique ME, Bonolo Pde F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, Sampaio LF, Simoni CD, Turci MA. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP--Brazil). *Cad Saude Publica.* 2009 Jun;25(6):1337-49.
73. Lima ACMG, Nichiata LYI, Bonfim D. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. *Rev Esc Enferm USP.* 2019 Jan 31;53:e03414.

74. Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4755-4766.
75. Naouri D, El Khoury C, Vincent-Cassy C, Vuagnat A, Schmidt J, Yordanov Y; French Society of Emergency Medicine Evaluation and Quality Committee. The French Emergency National Survey: A description of emergency departments and patients in France. *PLoS One*. 2018 Jun 14;13(6):e0198474.
76. Adaji A, Melin GJ, Campbell RL, Lohse CM, Westphal JJ, Katzelnick DJ. Patient-centered medical home membership is associated with decreased hospital admissions for emergency department behavioral health patients. *Popul Health Manag* 2018;21:172–9.
77. Gindi RM, Black LI, Cohen RA. Reasons for emergency room use among US adults aged 18-64: National Health Interview Survey, 2013 and 2014. *Natl Health Stat Rep* 2016;90:1–16.
78. Poon SJ, Schuur JD, Mehrotra A. Trends in Visits to Acute Care Venues for Treatment of Low-Acuity Conditions in the United States from 2008 to 2015. *JAMA Intern Med*. 2018 Oct 1;178(10):1342-1349.
79. Weinick RM, Burns RM, Mehrotra A. Many emergency department visits could be managed at urgent care centers and retail clinics. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(9):1630-6.
80. Siegfried I, Jacobs J, Olympia RP. Adult emergency department referrals from urgent care centers. *Am J Emerg Med*. 2019 Jan 17. pii: S0735-6757(19)30029-4.
81. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF, Abrantes R, Oliveira CD. Contribution of hospitalizations for primary care-sensitive conditions to the profile of admissions in the public health care system. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 Oct;34(4):227-34.
82. Diesburg-Stanwood A, Scott J, Oman K, Whitehill C. Nonemergent ED patients referred to community resources after medical screening examination: characteristics, medical condition after 72 hours, and use of follow-up services. *J Emerg Nurs*. 2004;30(4):312-7.
83. Zitek T, Tanone I, Ramos A, Fama K, Ali AS. Most Transfers from Urgent

Care Centers to Emergency Departments Are Discharged and Many Are Unnecessary. *J Emerg Med.* 2018 Jun;54(6):882-888.

84. Hooker EA, Mallow PJ, Oglesby MM. Characteristics and Trends of Emergency Department Visits in the United States (2010-2014). *J Emerg Med.* 2019 Jan 28. pii: S0736-4679(18)31217-4.