



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Διερεύνηση των αιτιών της αυξημένης
επισκεψιμότητας των ασθενών προς το Τμήμα
Επειγόντων Περιστατικών.*

Μαρία Πάσσιου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Δρ. Όλγα Σίσκου

Οκτώβριος, 2013

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*Διερεύνηση των αιτιών της αυξημένης
επισκεψιμότητας των ασθενών προς το Τμήμα
Επειγόντων Περιστατικών.*

Μαρία Πάσιου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Δρ. Όλγα Σίσκου

Οκτώβριος, 2013

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	v
Ελληνική περίληψη	vi
Αγγλική περίληψη	vii
Ακρωνύμια	ix
Διαγράμματα	xi
Πίνακες	xii
1 Εισαγωγή	1
1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Εννοιολογικές προσεγγίσεις	6
1.2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) – Εξωνοσοκομειακές Δομές Υγείας	6
1.2.2 Δευτεροβάθμια & Τριτοβάθμια περίθαλψη	9
1.2.3 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών –ΤΕΠ	10
2 Διεθνής πραγματικότητα	12
3 Ελληνική πραγματικότητα αναφορικά με την οργάνωση του συστήματος υγείας	18
3.1 Σύντομη νομοθετική αναδρομή	18
3.2 Δομές παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας	20
3.3 Η κατάσταση σήμερα – Προβληματισμοί	23
4 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	30
4.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	30
4.2 Προβλήματα από την ακατάλληλη χρήση ΤΕΠ	36
4.3 Οφέλη από την ορθολογική χρήση των υπηρεσιών	38
4.4 Αντίλογος	40
4.5 Προβληματισμοί	42
5 Μεθοδολογία	46
5.1 Σκοπός και Στόχοι	46
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα	47

5.3 Σχεδιασμός έρευνας	47
5.4 Περιγραφή του πληθυσμού – Επιλογή του δείγματος	48
5.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	49
5.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	51
5.7 Ηθικές προεκτάσεις και περιορισμοί	53
5.8 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων	54
6 Αποτελέσματα μελέτης	55
6.1 Το Νοσοκομείο που υλοποιήθηκε μελέτη	55
6.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά υπό μελέτη πληθυσμού.....	56
6.3 Πρωτόκολλο κατάλληλης χρήσης ΤΕΠ	60
6.4 Ερωτηματολόγιο αιτιών ακατάλληλης χρήσης ΤΕΠ	66
7 Συζήτηση – Συμπεράσματα	78
8 Προτάσεις..	88
Ελληνική Βιβλιογραφία	93
Αγγλική Βιβλιογραφία	100
Ηλεκτρονικές Πηγές	107
Παραρτήματα	108
Παράρτημα 1	109
Παράρτημα 2	110

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής θα ήταν ακόμη πιο δύσκολη και επίπονη δίχως την αμέριστη υποστήριξη και καθοδήγηση της επιβλέπουσας καθηγήτριας μου, της κυρίας Όλγας Σίσκου στην οποία οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ για την υπομονή της και το ενδιαφέρον της όλο αυτό το διάστημα. Επίσης σημαντική ήταν και η βοήθεια των συναδέλφων του τμήματος των επειγόντων, που παρά το φόρτο εργασίας συνέβαλαν στην διεκπεραίωση του ερευνητικού μέρους και ιδιαίτερα η ομάδα της Διαλογής όπου ενώ η πληθώρα του κόσμου τους πίεζε για τάχιστα και ακριβή αξιολόγηση, αφιέρωσαν χρόνο και για την συμπλήρωση του Πρωτόκολλου Κατάλληλης Χρήσης. Ευχαριστώ οφείλω και στους ασθενείς που παρά τους φόβους τους για την περαιτέρω χρήση του ερωτηματολογίου δέχθηκαν να συμμετέχουν. Τελευταία άφησα την μικρή μου Ευηλία, που ενώ ήθελε και διεκδικούσε όλη την προσοχή μου, έδειξε αφάνταστη κατανόηση για την ηλικία της επιτρέποντας μου συνειδητά να της «κλέψω» από τον χρόνο μου μαζί της.

Ακρωνύμια

Ελληνικά Ακρωνύμια

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΕΚΑΒ: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

ΕΚΕΠΥ: Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας

ΕΛΣΤΑΤ: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

ΕΟΠΠΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Αγγλικά Ακρωνύμια

A & ED : Accident and Emergency Department

HUAP: Hospital Urgencies Appropriateness Protocol

SPSS: Statistical Package of Social Science

WHO: World Health Organization

Περίληψη

Εισαγωγή : Τα τελευταία χρόνια, υπό την πίεση των κοινωνικών και οικονομικών συγκυριών διεθνώς, η πολιτική υγείας έχει στρέψει την προσοχή της στην μείωση των δαπανών και στην συγκράτηση του υγειονομικού κόστους. Η αποσυμφόρηση του νοσοκομειακού τομέα και ο προσανατολισμός σε εξωνοσοκομειακές δομές με την ενίσχυση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελεί στόχο των περισσότερων κρατών. Ωστόσο, η αυξημένη χρήση του τμήματος των επειγόντων περιστατικών, που αποτελεί την ανοιχτή και εύκολη πρόσβαση στο νοσοκομείο, υποδηλώνει την ύπαρξη αδυναμιών στις υπόλοιπες υγειονομικές βαθμίδες.

Σκοπός: Σκοπός της μεταπτυχιακής διατριβής είναι να αναδειχθούν οι αιτίες που οδηγούν τους ασθενείς στην αδικαιολόγητη χρήση του τμήματος επειγόντων για προβλήματα υγείας που θα μπορούσαν να επιλυθούν εξωνοσοκομειακά. Μέσω αυτής της προσέγγισης πιθανόν να διευκρινιστούν και οι αδυναμίες ή οι ανεπάρκειες και ελλείψεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και του υγειονομικού συστήματος γενικότερα ως προς την οργανωτική και λειτουργική του δομή.

Μεθοδολογία: Η μελέτη έλαβε χώρα σε τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) δημόσιου πανεπιστημιακού νοσοκομείου σε διάστημα τριών μηνών (Μάρτιος ως Μάιος 2013) και κατά τις ώρες 8.00π.μ-8.00μ.μ σε δείγμα 1011 ασθενών, κατόπιν εξασφάλισης άδειας από το επιστημονικό συμβούλιο του εν λόγω νοσοκομείου. Οι προσερχόμενοι ασθενείς αξιολογήθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας της ομάδας Διαλογής, ως προς την αναγκαιότητα χρήσης της συγκεκριμένης δομής, με βάση τα κριτήρια του πρωτοκόλλου χρήσης των ΤΕΠ (Hospital Urgencies Appropriateness Protocol-HUAP). Στη συνέχεια, από τους ασθενείς που κρίθηκε ότι έκαναν ακατάλληλη χρήση του τμήματος επειγόντων περιστατικών, λήφθηκαν προσωπικές συνεντεύξεις από την ερευνήτρια με βάση δομημένο ερωτηματολόγιο (Β' μέρος του HUAP) προκειμένου να διερευνηθούν οι αιτίες που τους οδήγησαν στο ΤΕΠ. Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0 και πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις περιγραφικής στατιστικής και συσχετίσεων (δοκιμασία X^2). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Σε δείγμα 1.011 ατόμων, τα 365 κρίθηκε ότι προσήλθαν αδικαιολογήτως στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών εκ των οποίων 68 ασθενείς (19%) είχαν παραπομπή από εξωνοσοκομειακό γιατρό έναντι 297 ασθενών (81%) που προσήλθαν με δική τους πρωτοβουλία.

Οι κυριότερες αιτίες που οδήγησαν σε αυτό ήταν η ευκολία πρόσβασης στο ΤΕΠ (34%) , η έλλειψη εμπιστοσύνης στον γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας (27,9%) και γενικότερα η μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην νοσοκομειακή φροντίδα (21,1%), η απουσία ενημέρωσης για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (27,4%) καθώς και η μεγάλη αναμονή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (14,8%). Τέλος , βρέθηκε ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο, συνδέεται αντιστρόφως ανάλογα με το βαθμό εμπιστοσύνης στους γιατρούς των πρωτοβάθμιων δομών (π.χ. κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού 50%, $p = 0,001$).

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι αιτίες που ωθούν τους ασθενείς να κάνουν ακατάλληλη χρήση του ΤΕΠ αφορούν οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου εξωνοσοκομειακού δικτύου, εξοπλισμένου υλικοτεχνικά και στελεχωμένου με το κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, καθώς και η λειτουργική διασύνδεση μεταξύ των υγειονομικών βαθμίδων, πιθανόν να μετατοπίσουν το κέντρο βάρους από τον νοσοκομειακό χώρο προς την ΠΦΥ, κατευθύνοντας ανάλογα και τους ασθενείς στην αναζήτηση της κατάλληλης υγειονομικής δομής ανάλογα με το πρόβλημα υγείας τους.

Abstract

Introduction: Nowadays, due to the pressure of social and economic conjunction, policy makers focused on the reduction of health expenses and cost containment. Moreover, their intention is to achieve the augmentation of effectiveness in the structure and the services of public health . The decongestion of hospital domain, as well the orientation in outpatient structures and the support and expansion of primary care comprise the aspiration and the aim worldwide. However, the increasing use of the emergency department, which provides the easy way out, indicates the existence of weakness in the other health structures .

Purpose: The purpose of the thesis is to bring on light the causes patients' inappropriately use of the emergency department for health problems that normally could be solved in outpatient structures. Consequently, we will be possibly able to clarify the weaknesses and the deficiencies in the domain of primary health care, as well in the health system, generally, regarding its operational and functional structure.

Methodology: The study was conducted in the emergency department(A&ED) of a public university hospital for three months (March to May 2013) and during hours 8.00p.m-8.00m.m to a sample of 1011 patients, after ensuring the permission from the scientific council of the hospital. The patients were evaluated by healthcare professionals of Triage whether they used the structure appropriate based to the protocol of appropriateness of the use of A & E Department (Hospital Urgencies Appropriateness Protocol-HUAP) . Afterwards, the patients who were considered to have made inappropriate use of A & E department gave personal interview to the researcher based to questionnaire (part B' of HUAP) about the reasons that led them in the A&ED. The statistical package SPSS 17.0 was used for data analysis, with which were conducted descriptive statistics and correlations tests (X2) . The level of significance was set at $p<0,05$.

Results: In a sample of 1.011 persons, 365 of them found to use inappropriately the emergency department, 68 patients (19%) had a referral form directed from a primary

physician, while 297 of them (81%) reached this department based on their initiative. The main reasons of the inappropriate use were the ease of access in the A &E (34%), the lack of confidence to the primary care physician (27.9%), and in general, the greater confidence to hospital care units(21.1%). Other reasons that were report by patients included : the lack of information for the emergency outpatient services, (27.4%), and the long waiting times at the outpatient hospital clinics. Finally, was found that the educational level of patients was reversely correlated with the degree of confidence to the primary care physicians (e.g. Masters or PhD holders hadn't confidence 50%, $p<0,001$).

Conclusions: According to the results the causes that lead the patients to misuse A &E department mainly concern operational and functional weaknesses of primary health care, more specific, the development of an integrated outpatient network, while the functional link between health levels will possibly relocate the focus from the hospitals to the Primary Health Care, by directing the patients in seeking the proper health care structure according to their health problem.

Διαγράμματα

Διάγραμμα 6.1. : Αριθμητική αναλογία ασθενών με ακατάλληλη χρήση ΤΕΠ	56
Διάγραμμα 6.2: Ηλικιακή αριθμητική κατανομή των ασθενών	57
Διάγραμμα 6.3: Ποσοστιαία κατανομή ασθενών βάση του επιπέδου εκπαίδευσης	58
Διάγραμμα 6.4: Ποσοστιαία αναλογία ασθενών με δημόσια ασφάλεια	59
Διάγραμμα 6.5 : Ποσοστιαία αναλογία ασθενών με δημόσια & ιδιωτική ασφάλεια.....	59
Διάγραμμα 6.6: Ποσοστιαία αναλογία εργαζόμενων και μη ασθενών	59
Διάγραμμα 6.7: Ποσοστιαία αναλογία ασθενών με βάση την υπηκοότητα	60
Διάγραμμα 6.8: Αριθμητική αναλογία ασθενών σχετική με τις κατηγορίες κριτηρίων ...	61
Διάγραμμα 6.9: Αριθμητική αναλογία ασθενών στα επιμέρους κριτήρια της κατηγορίας Διάγνωση.....	61
Διάγραμμα 6.10: Αριθμητική κατανομή ασθενών ανά κριτήριο στην κατηγορία «Θεραπεία».....	62
Διάγραμμα 6.11: Ποσοστιαία αναλογία ασθενών σχετικά με τον αν παραπέμφθηκαν από εξωνοσοκομειακό γιατρό ή όχι	67
Διάγραμμα 6.12: Ποσοστιαία αναλογία αιτιών παραπομπής	68
Διάγραμμα 6.13: Αριθμητική κατανομή ασθενών στην κατηγορία αιτιών «Αναμονή σε άλλες υπηρεσίες»	70
Διάγραμμα 6.14: Ποσοστιαία κατανομή ασθενών στην κατηγορία αιτιών «Ανεπαρκής ή έλλειψη εξωνοσοκομειακής φροντίδας»	71
Διάγραμμα 6.15: Ποσοστιαία κατανομή ασθενών στην κατηγορία αιτιών «Δεν γνωρίζει ποιες υπηρεσίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν/ υπάρχουν εξωνοσοκομειακά»	71
Διάγραμμα 6.16: Ποσοστιαία κατανομή ασθενών στην κατηγορία αιτιών «Μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο νοσοκομείο από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας»	72
Διάγραμμα 6.17: Ποσοστιαία κατανομή ασθενών στην κατηγορία των λοιπών αιτιών....	73

Πίνακες

Πίνακας 6.1: Αριθμητική αναλογία ασθενών στα κριτήρια της κατηγορίας Σοβαρότητα .63	
Πίνακας 6.2 : Αριθμητική αναλογία των ασθενών ανά κριτήριο .στην κατηγορία Ιδία Πρωτοβουλία	65
Πίνακας 6.3: δημογραφικά & κοινωνικά χαρακτηριστικά ασθενών που προσήλθαν στο ΤΕΠ με δική τους πρωτοβουλία	68
Πίνακας 6.4 : Κυριότερες αιτίες για την ακατάλληλη χρήση του ΤΕΠ	74
Πίνακας 6.5: Αιτίες ακατάλληλης χρήσης σε σχέση με εργασιακή απασχόληση ή μη .75	
Πίνακας 6.6: Αιτίες ακατάλληλης χρήσης σε σχέση με την ύπαρξη ή μη δημόσιας ασφάλισης	75
Πίνακας 6.7: Αιτίες ακατάλληλης χρήσης σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο.....	76
Πίνακας 6.8: Αιτίες ακατάλληλης χρήσης σε σχέση με το φύλο.....	77

Κεφάλαιο Πρώτο

Εισαγωγή

Θέμα της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι οι αιτίες που προκαλούν αυξημένη και συχνά αδικαιολόγητη επίσκεψη¹ στο τμήμα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, δημιουργώντας έντονο φόρτο εργασίας με όλες τις δυσμενείς συνέπειες που μπορεί να έχει αυτό. Πιθανόν μέσω αυτής της προσέγγισης να είναι δυνατόν να φανεί η ανάγκη ανασχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας, και η μετατόπιση του κέντρου βάρους από το υπάρχον νοσοκομειοκεντρικό καθεστώς σε άλλες μορφές ή η ανάπτυξη νέων εξωνοσοκομειακών δομών, ώστε και η εξυπηρέτηση των ασθενών να είναι αποτελεσματική και να καταστεί δυνατή η πολυπόθητη συγκράτηση των δαπανών του υγειονομικού τομέα.

1.1 Εισαγωγή

Απώτερος στόχος των συστημάτων υγείας, ανεξάρτητα από τη μορφή χρηματοδότησης τους και την οργανωτική δομή τους, είναι η βελτίωση ή η διατήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε ένα καλό επίπεδο. Το υπόβαθρο της συγκεκριμένης πολιτικής είναι πολυδιάστατο, ορμώμενο τόσο από κοινωνικούς λόγους όσο και από οικονομικό-πολιτικούς, στηρίζοντας έτσι και την ανάπτυξη, εφόσον ο υγιής πληθυσμός καταναλώνει λιγότερες υπηρεσίες υγείας ενώ ταυτόχρονα παράγει περισσότερο (Κριτσωτάκης, Μαϊόβης, Κούτης, & Φιλαλήθης, 2009). Ίσως αυτό να αποτελεί την λογική βάση κατά την οποία οι περισσότερες χώρες δαπανούν ένα μεγάλο τμήμα του εγχώριου ΑΕΠ για τον τομέα της υγείας (Λιαρόπουλος, 2007).

¹ Με τον όρο «αδικαιολόγητη επίσκεψη» νοούνται τα περιστατικά που προσέρχονται στο ΤΕΠ δίχως να έχουν οξύ πρόβλημα υγείας (είτε γιατί αφορούν χρόνιες καταστάσεις είτε γιατί είναι ήσσονος σημασίας) και θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε εξωνοσοκομειακές υγειονομικές δομές. Εναλλακτικά στη ροή του κειμένου δύναται και η χρήση των όρων «ακατάλληλη» ή «άστοχη».

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, δίχως να έχει τροποποιηθεί η παραπάνω βάση, τα οικονομικά περιθώρια έχουν στενεύσει δραματικά ενώ οι ανάγκες έχουν πολλαπλασιαστεί. Η οικονομική ύφεση στην πλειοψηφία των κρατών, αλλά και διεθνώς ως το αποτέλεσμα του ντόμινο της παγκοσμιοποίησης, ωθούν την πολιτική υγείας στην ανεύρεση τρόπων συγκράτησης των δαπανών και στην ορθολογική χρήση των διαθέσιμων (σπάνιων πλέον) πόρων. Παράλληλα όμως οι πιέσεις για παροχή υπηρεσιών υγείας αυξάνονται, και σε κάποιες περιπτώσεις δραματικά. Η οικονομική κρίση τροποποιεί αρνητικά το επίπεδο υγείας των πολιτών μέσω της αύξησης της ανεργίας και της φτώχειας, διαταράσσοντας την ισορροπία των κοινωνικών συντελεστών, η αυξημένη νοσηρότητα οδηγεί σε μεγαλύτερη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, ειδικά από το δημόσιο σύστημα παροχής εφόσον δεν υπάρχει πλέον η δυνατότητα για ιδιωτικές δαπάνες, ενώ οι κρατικές εισφορές, είτε ως φόροι είτε ως καταβολή στα ασφαλιστικά ταμεία, μειώνονται λόγω της μη εργασίας, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο (Καραϊσκού, Μαλλιάρου, & Σαράφης, 2012, Κυριόπουλος, & Τσιάντου, 2010).

Επιπλέον, η αλλαγή του επιδημιολογικού προφίλ και η μετάβαση του προς τα χρόνια νοσήματα, τις νόσους του «πολιτισμού», και η γήρανση του πληθυσμού λόγω την υπογεννητικότητα και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, τουλάχιστον στο μεγαλύτερο μέρος του πλανήτη, αυξάνουν την κατανάλωση των πόρων της υγείας, κατανάλωση που δεν περιορίζεται σε μια μεμονωμένη επίσκεψη αλλά απαιτεί συστηματική παρακολούθηση λόγω της φύσης των πασχόντων, χρόνιοι ή ηλικιωμένοι, πιέζοντας περαιτέρω το σύστημα υγείας (Χαραλάμπους, & Ρούσου, 2010). Συνδυαστικά δε, με το γεγονός ότι οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των χρηστών έχουν μεγιστοποιηθεί ως αποτέλεσμα της καλύτερης ενημέρωσης και του υψηλότερου πλέον μορφωτικού επιπέδου η πίεση είναι μεγαλύτερη, εξαναγκάζοντας ίσως τους αποφασίζοντες στην ανεύρεση λύσεων, των οποίων οι παρεχόμενες υπηρεσίες δεν υπολείπονται σε ποιότητα (Κωσταγιόλας, Πλατής, & Ζήμερας, 2006). Άλλωστε, ένας από τους σημαντικούς άξονες στις περισσότερες μορφές συστημάτων υγείας αποτελεί η επάρκεια και η ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας όχι μόνο για την διατήρηση της ικανοποίησης των ασθενών και της

κοινωνικής ισορροπίας αλλά και ως ένα μέσο για την εξισορρόπηση του επιπέδου υγείας των πολιτών, ανεξάρτητα από οικονομικές και κοινωνικές μεταβλητές, αντιμετωπίζοντας το αγαθό της υγείας ως κοινωνικό αγαθό (Θεοδώρου, 1999). Αξίζει να σημειωθεί ότι η «ιστορία» αποδεικνύει ότι η θεαματική ανατροπή στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού παγκοσμίως (δυστυχώς εξαιρούνται ακόμη πολλές χώρες) βελτιώνοντας τους δείκτες υγείας και το προσδόκιμο επιβίωσης δεν επιτεύχθηκε μέσω της ίασης των μονάδων – ασθενών αλλά μέσω των καθολικών μέτρων της Δημόσιας Υγείας (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007). Ανάλογα αποτελέσματα δηλώνουν και μελέτες σε χώρες που αναπτύχθηκε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βελτιώνοντας το επίπεδο υγείας του πληθυσμού στο σύνολο του (Kruk, Porignon, Rockers, & Van Lerberghe, 2010).

Βασικός προσανατολισμός στη χάραξη της πολιτικής υγείας για την συγκράτηση του κόστους είναι μετακίνηση του κέντρου βάρους από τον δαπανηρό νοσοκομειακό τομέα, λόγω της εξειδικευμένης βιοϊατρικής τεχνολογίας, διαγνωστικής και θεραπευτικής, του κόστους των πάγιων δαπανών της νοσηλείας, της υψηλής εξειδίκευσης της εργασίας κτλ, σε διαφορετικές δομές υγείας, εξωνοσοκομειακές, και ιδιαίτερα στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας ως τον πυρήνα του συστήματος υγείας και ταυτόχρονα ηθμό προς το νοσοκομείο (Τσιάντου, Μαρκάκη, Δολγέρας, Λιονής, & Κυριόπουλος, 2007). Ήδη εδώ και πολλά χρόνια, τουλάχιστον σε ευρωπαϊκό επίπεδο, επιχειρείται περιορισμός της τριτοβάθμιας περίθαλψης με συγχωνεύσεις νοσοκομείων και μείωση κλινών, πρακτική που την τελευταία διετία άρχισε να υλοποιείται και στην Ελλάδα, εν μέσω πολλαπλών αντιστάσεων και προβλημάτων (Τσαβαλιάς, Σίσκου, Λιαρόπουλος, 2012).

Ωστόσο, παρά τις προσπάθειες διαπιστώνεται μέσα από τη διεθνή αρθρογραφία η σαφής προτίμηση των καταναλωτών στον νοσοκομειακό χώρο για την λύση των προβλημάτων υγείας τους. Το τμήμα του κάθε νοσοκομείου που είναι ελεύθερο πρόσβασης, αποτελώντας την κύρια και εύκολη πύλη εισόδου στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη είναι το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Ο έντονος συγχρωτισμός σε αυτό, ακόμη και χρόνιων

περιστατικών ή για θέματα ήσσονος σημασίας που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν επιτυχώς εκτός, καταδεικνύει την αστοχία του συστήματος υγείας ως προς την ενδεδειγμένη χρήση των διαφόρων βαθμίδων και πιθανόν τα υφιστάμενα οργανωτικά και λειτουργικά κενά (Λιαρόπουλος, 2007). Ο νοσοκομειακός συγκεντρωτισμός αυξάνει τις δαπάνες για την υγεία, έχοντας αμφιλεγόμενα αποτελέσματα για το τελικό αποτέλεσμα επί του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, εφόσον οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως μεμονωμένες περιστάσεις και προ βήματα, χάνοντας την πολύτιμη συνέχεια της παρακολούθησης, απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή αποκατάσταση και σταθεροποίηση τουλάχιστον των χρόνιων πασχόντων ή των ηλικιωμένων που αποτελούν και τους κυριότερες μοχλοίς πίεσης των υπηρεσιών υγείας (Σωτηριάδου, Μαλλιάρου, & Σαράφης, 2011). Η ικανοποίηση δε των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα είναι εξαιρετικά μειωμένη όταν οι συνθήκες ξεπερνούν τα όρια της αξιοπρεπούς περίθαλψης και η ποιότητα θυσιάζεται στον βωμό της ποσοτικής αντιμετώπισης της πληθώρας των περιστατικών (Boudreaux, & O' Hea, 2004).

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή θα εξετασθούν οι αιτίες της αυξημένης επισκεψιμότητας στο ΤΕΠ τριτοβάθμιου νοσοκομείου, οι λόγοι που ωθούν τους ασθενείς να καταφύγουν σε αυτό για αναζήτηση βοήθειας προβλημάτων που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικότερα σε άλλες δομές, όπως τα χρόνια νοσήματα ή καταστάσεις που χρονίζουν, ή ήσσονος σημασίας περιστατικά, η επίλυση των οποίων θα γινόταν ευκολότερα σε κάποια εξωνοσοκομειακή δομή, αποφεύγοντας την πολύωρη αναμονή και ταλαιπωρία, που συνήθως υπάρχει σε ένα «υπερφορτωμένο» ΤΕΠ και με μικρότερο, ίσως, οικονομικό κόστος για την πολιτεία. Κίνητρο για την επιλογή του θέματος υπήρξε η ελλιπής αρθρογραφία στην Ελλάδα σε αντίθεση με την πλούσια διεθνή αναφορά και έρευνα, παρά την ένταση του φαινομένου και των επακόλουθων προβλημάτων που προκύπτουν, όχι μόνο στο ΤΕΠ κατά την διάρκεια της εκάστοτε εφημερίας αλλά γενικότερα στην εύρυθμη λειτουργία όλης της νοσοκομειακής μονάδας, ακόμη και τις επόμενες ημέρες, προκαλώντας την έντονη δυσαρέσκεια πολιτών και προσωπικού.

Σκοπός της μελέτης είναι να αναδειχθούν οι παράγοντες και οι αιτίες που ωθούν τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο, είτε αφορούν προσωπικές προτιμήσεις είτε αδυναμίες εν γένει του υγειονομικού συστήματος. Επιμέρο υ στό χι είναι να απο αφηριστο ύ μεν οι τρό πι πο υ έχει διαμορφωθεί η συγκεκριμένη προτίμηση και αν συνδέεται με δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και από την άλλη να δειχθούν ελλείψεις, κενά και δυσλειτουργίες που τυχόν υπάρχουν στις υφιστάμενες εξωνοσοκομειακές δομές και γενικότερα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), τόσο σε επίπεδο λειτουργίας όσο και οργάνωσης ή υποδομών . Η αδρή αποσαφήνιση κάποιων παραγόντων, ίσως αποτελέσω δύο δο ανεύρεσης λύσεων για την διοχέτευση των ασθενών και σε άλλες δομές, τις κατάλληλες για το έκαστο πρό βλημα υγείας, αναβαθμίζο τας τό σι την πολυπό θητη πο ότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και την αποτελεσματικό τητα τους στην ίαση, αντιμετώπιση και διαχείριση των διαφόρων προβλημάτων υγείας. Η αλόγιστη χρήση των δομών όχι μόνο δεν επιλύει προβλήματα, αλλά ανεβάζει το κόστος, εκτοξεύοντας τις δαπάνες, δίχως το επιθυμητό αποτέλεσμα τελικά και ενίοτε προκαλώντας την επισφαλή λειτουργία του συστήματος, όπως στην περίπτωση ενός ΤΕΠ με υπερπληθώρα περιστατικών που διακυβεύεται η άμεση και ορθή αντιμετώπιση βαρέως πασχόντων. Σαφώς βασική προϋπόθεση για τον προσανατολισμό των ασθενών σε εξωνοσοκομειακές δομές είναι η ύπαρξη αυτών και η σωστή λειτουργία τους. Ο ανασχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες που ορίζει κάθε φορά η κοινωνική – οικονομική – ιστορική στιγμή (Starfield, Shi, & Macinko, 2005), η ορθολογική κατανομή των υπάρχοντων πόρων, η ευαισθητο π ήση και ενημέρωση τό σι των επαγγελματιών υγείας όσο και των πολιτών στη μη αλόγιστη χρήση και σπατάλη, ίσως κάποια στιγμή επιφέρει την ισορροπία στο σύστημα υγείας καθιστώντας το ικανό να επιβιώσει και να αναπτυχθεί, ώστε να είναι ικανό να ανταποκριθεί στο λόγο ύπαρξης τους, την υγεία του πληθυσμού, και να αποτελεί δίκτυ ασφαλείας προς όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα οικονομικών συγκυριών.

Στη συνέχεια της μεταπτυχιακής διατριβής, αρχικά θα γίνει προσέγγιση των βασικών εννοιών που πραγματεύονται, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας –

δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη- τμήμα επειγόντων περιστατικών- και ακολούθως στα επόμενα κεφάλαια θα παρουσιαστεί τόσο η ελληνική όσο και η διεθνής πραγματικότητα. Μέσω ανασκόπησης της αρθρογραφίας θα εξεταστεί η ύπαρξη του φαινομένου του συνωστισμού του ΤΕΠ και οι αιτίες που το προκαλούν, αναφέροντας τα προβλήματα και τα οφέλη από την ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών δομών καθώς και τους υπάρχοντες προβληματισμούς. Το ερευνητικό τμήμα υλοποιείται με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, αποτελούμενο από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος συνίστανται σε ένα κατάλογο κριτηρίων για τη σωστή ή μη χρήση/προσέλευση των ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών. Στους ασθενείς που κρίθηκαν ότι έκαναν αδικαιολόγητη χρήση του τμήματος συνεχίζει το δεύτερο μέρος για εξακρίβωση των αιτιών που τους οδήγησε σε αυτό. Τέλος μετά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων ακολουθεί η κατάθεση των συμπερασμάτων και προτάσεις αναφορικά με την προσέγγιση του θέματος της διατριβής.

1.2 Εννοιολογικές προσεγγίσεις

Ακολούθως, θα παρουσιαστούν οι κεντρικότερες έννοιες με τις οποίες ασχολείται η διατριβή, παρουσιάζοντας το γενικό θεωρητικό πλαίσιο από το οποίο υποστηρίζονται.

1.2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) – Εξωνοσοκομειακές Δομές Υγείας

Όπως αναφέρεται από το Λιαρόπουλο (2010), η ΠΦΥ στη Διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 κατά τη συνδιάσκεψη WHO-UNICEF ορίζεται ως «η βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία». Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών, της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμιστεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η ΠΦΥ αποτελεί ένα

βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μίας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού εποικοδομήματος. Η ΠΦΥ φέρνει την φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν κονύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας». Στον ορισμό είναι σαφές ότι η ΠΦΥ αποτελεί την πυρήνα του υγειονομικού συστήματος και ότι οφείλει να είναι το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με τις υπηρεσίες υγείας, μέσω της οποίας δίνονται οι λύσεις και οι απαιτούμενες κατευθύνσεις, όταν απαιτούνται, στις πιο εξειδικευμένες μορφές φροντίδας του νοσοκομειακού τομέα. Η παρουσία των πρωτοβάθμιων δομών στην κοινότητα ενισχύει την εύκολη πρόσβαση σε αυτές, εξασφαλίζοντας και την ισότητα στην παροχή, δρώντας αποτελεσματικά, εφόσον ένα από τα γνωρίσματα της τοπικότητας είναι η γνώση των ιδιαιτεροτήτων και προβλημάτων του πληθυσμού².

Ωστόσο, το 2008 στην Παγκόσμια Έκθεση Υγείας και κάτω από την αυξανόμενη πίεση, οικονομική – υγειονομική και κοινωνική, που ασκούσαν στα συστήματα υγείας, σε συνδυασμό με τα προβλήματα που δεν είχαν βρει τη λύση τους στο νοσοκομειοκεντρικό και ιατροκεντρικό υπάρχον σύστημα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ – WHO, World Health Organization) επανήλθε στην αναγκαιότητα της ΠΦΥ με το «Τώρα Περισσότερο από Ποτέ» (Now More Than Ever)³, καταδεικνύοντας σαφώς την ΠΦΥ ως την λύση στις αδυναμίες των συστημάτων υγείας, ως το μέσο που δύναται να αντιμετωπίσει άμεσα και αποτελεσματικά τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τοποθετώντας τον άνθρωπο στο επίκεντρο του υγειονομικού συστήματος, βάση των προσδοκιών και αναγκών του οποίου παίρνονται οι αποφάσεις και προσαρμόζονται οι υπηρεσίες και ο σχεδιασμός τους.

Ο προσανατολισμός της πολιτικής στην ανάπτυξη της ΠΦΥ ως κεντρικό συντονιστή των συστημάτων υγείας και η λειτουργική διασύνδεση της με τις λοιπές υγειονομικές βαθμίδες περίθαλψης δρα θετικά στο σύνολο του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, βελτιώνει τους δείκτες υγείας, (Αδαμακίδου,

² http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

³ <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>

& Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008) ενώ η παρεχόμενη ποιότητα αυξάνει την ικανοποίηση και την εμπιστοσύνη των ασθενών των ασθενών και κατά συνέπεια την συμμόρφωση τους στην θεραπευτική αγωγή, αποτρέποντας τους έμμεσα στην αναζήτηση «δεύτερων» γνώμων ή στο να καταφύγουν στον νοσοκομειακό τομέα (Zebiene, Svab, Sapoka, Kairys, & et al., 2008). Επιπρόσθετα, λειτουργώντας ως φίλτρο προς τις δευτεροβάθμιες ή τριτοβάθμιες δομές επιτυγχάνεται η αποσυμφόρηση των συστημάτων, επιτρέποντας στα νοσοκομεία να εκτελούν το έργο για το οποίο είναι υπεύθυνα ενώ έρευνες δείχνουν ότι μειώνεται ο αριθμός των εισαγωγών (Dusheiko, Gravelle, Martin, Rice, & Smith, 2011). Επακόλουθο όλων είναι η ορθολογική χρήση τόσο των πόρων όσο και των δομών, η συγκράτηση των δαπανών από την μειωμένη χρήση του ακριβού νοσοκομειακού εξοπλισμού και όλων των λοιπών παγίων εξόδων, προσφέροντας ταυτόχρονα ποιοτική φροντίδα, κοντά στην ζωή και την καθημερινότητα των ασθενών (Αδαμακίδου, & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

Το εύρος των υπηρεσιών που περικλείονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κατά συνέπεια οι δομές είναι μεγάλο. Στόχος της είναι η αντιμετώπιση νοσηρών καταστάσεων και ασθενών που δεν χρήζουν εισαγωγής σε νοσοκομείο και η διατήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (τοπικού ως επί το πλείστον ανά υγειονομική μονάδα) σε ένα καλό επίπεδο, παρεμβαίνοντας τόσο στο άτομο όσο και στο περιβάλλον. Ξεκινώντας από την προαγωγή και αγωγή υγείας, απευθυνόμενη στους υγιείς πολίτες πρωτίστως, στοχεύει στην διατήρηση της καλής υγείας και την υιοθέτηση ή αποφυγή συμπεριφορών, θέτοντας το άτομο συνεργό και συμμετοχό στο επίπεδο υγείας του. Με την πρόληψη και τις βαθμίδες αυτής (πρωτογενής, δευτερογενής, τριτογενής)⁴ επιδιώκεται όχι μόνο η διατήρηση της υγείας αλλά και η πρώιμη διάγνωση ασθενειών, ώστε να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικότερα έχοντας καλύτερη πρόγνωση και τις λιγότερες κοινωνικές, εργασιακές και οικονομικές συνέπειες για τον ασθενή καθώς και η αποκατάσταση ή αντιμετώπιση υποτροπών και χρόνιων καταστάσεων στο περιβάλλον του ανθρώπου (Λοπατατζίδης, 1999). Στο

⁴ Σύμφωνα με τον ΠΟΥ η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στη μείωση του αριθμού νέων κρουσμάτων μιας νόσου, η δευτερογενής εστιάζει στην πρώιμη διάγνωση και η τριτογενής αποσκοπεί στον έλεγχο των υποτροπών ή στην αποκατάσταση των συνεπειών από την ασθένεια.

τελευταίο επικεντρώνεται και η νοσηλεία κατ'οίκον, στοχεύοντας στη μη αποκοπή του ασθενή από το περιβάλλον του και στην αποφυγή χρήσης των νοσοκομειακών δομών, ενεργοποιώντας παράλληλα τους άτυπους φροντιστές, οικογένεια, φίλους κτλ. (Αδαμακίδου, & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2007).

Οι δομές στις οποίες προσφέρεται η πρωτοβάθμια και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα⁵ ποικίλουν ανά κράτος, ανάλογα με την σύνθεση του υγειονομικού συστήματος και μπορεί ή να ελέγχονται απόλυτα από τον κρατικό μηχανισμό (κεντρικά ή σε επίπεδο τοπικής διοίκησης) ή να έχουν συνάψει συμφωνίες με τον ιδιωτικό τομέα, προσφέροντας θεραπευτικές και διαγνωστικές υπηρεσίες. Ωστόσο, βασικό κορμό σχεδόν σε όλες τις χώρες αποτελεί το δίκτυο εξωνοσοκομειακών ιατρών, ή ως ιδιώτες αμιγώς ή έχοντας συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία στην πλειοψηφία των περιπτώσεων (εκτός από την Αγγλία), και εργάζονται είτε μεμωμένα στο ιατρείο τους είτε ανά ομάδες. Ακολουθούν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, κέντρα υγείας που ανάλογα με τον εξοπλισμό και την στελέχωση προσωπικού καλύπτουν και επείγοντα περιστατικά, πολυϊατρεία, εθελοντές μη κυβερνητικών οργανώσεων. Επίσης σε πολλά κράτη για την αποσυμφόρηση του νοσοκομειακού τομέα έχουν δημιουργηθεί και πιο εξειδικευμένες δομές όπως χειρουργεία μιας ημέρας, μονάδες αιμοκάθαρσης, μονάδες μονοήμερης ημερήσιας νοσηλείας κτλ (Λιαρόπουλος, 2007).

1.2.2 Δευτεροβάθμια & Τριτοβάθμια Περίθαλψη

Αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη όπου απαραίτητη προϋπόθεση για τη φροντίδα του ασθενή είναι η εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Η διάκριση τους σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια προέρχεται από την γεωγραφική κάλυψη πληθυσμού που παρέχουν και τον βαθμό εξειδίκευσης τους. Έτσι τα δευτεροβάθμια νοσοκομεία διακρίνονται σε τοπικά με πληθυσμιακή εμβέλεια ως 50.000 και νομαρχιακά για 200.000 κατοίκους. Τα περιφερειακά είναι τριτοβάθμια έχοντας στην ευθύνη τους ως 1.000.000 πληθυσμό, για αυτό

⁵ Η έννοια της ΠΦΥ είναι ευρύτερη έννοια της εξωνοσοκομειακής, την οποία περικλείει. (Λιαρόπουλος, 2007).

άλλωστε βρίσκονται συνήθως σε αστικές ή ημιαστικές περιοχές, και παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες τόσο διαγνωστικά όσο και θεραπευτικά, υποστηριζόμενα από αντίστοιχα υψηλό εξειδικευμένο εξοπλισμό, άρα και δαπανηρό, γνώσεις και συνεργασία πολλαπλών ειδικοτήτων. Στα εξωτερικά ιατρεία του κάθε νοσοκομείου παρέχεται και πρωτοβάθμια φροντίδα, ωστόσο ο σκοπός της ύπαρξής τους δεν είναι αυτός αλλά η αντιμετώπιση ασθενών που χρήζουν νοσηλεία (Σιγάλας, 1999).

Οι τρεις βαθμίδες του υγειονομικού συστήματος δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους αλλά αποτελούν κρίκοις της ίδιας αλυσίδας και οφείλουν να συνδέονται όχι μόνο οργανωτικά και διοικητικά αλλά και λειτουργικά, εφόσον θεωρητικά τουλάχιστον εργάζονται έχοντας ως κοινό στόχο την διατήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε καλό επίπεδο (Σιγάλας, 1999). Άλλωστε, ο ορισμός του συστήματος όπως αναφέρεται στο Λιαρόπουλο, 2007 «...είναι η οποιαδήποτε ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών που συνδυάζονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό» και ειδικότερα για το υγειονομικό σύστημα σύμφωνα με τον ΠΟΥ «οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας» ή όπως αναφέρει ο Roemer «ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό». Βάσει των παραπάνω γίνεται σαφής η αναγκαιότητα της μεταξύ τους συνεργασίας και συντονισμού των παρεχόμενων υπηρεσιών και το γεγονός της ακατάλληλης χρήσης των διαφόρων βαθμίδων, και ιδιαίτερα της τριτοβάθμιας που εκτοξεύει το κόστος, οδηγεί όχι μόνο στη μη ορθολογική χρήση των πόρων αλλά εμποδίζει τον κάθε τομέα να ανταποκρίνεται στο ρόλο του και να είναι αποδοτικός μετατρέποντας το σύστημα υγείας σε μη αποτελεσματικό, με άμεσο αντίκτυπο στο τελικό προϊόν, την υγεία, και κατ' επέκταση την ικανοποίηση των χρηστών (Λιαρόπουλος, 2010).

1.2.3 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών - ΤΕΠ

Το ΤΕΠ είναι το τμήμα υποδοχής κάθε υγειονομικής ομάδας των προσερχόμενων ή προσκομιζόμενων μέσω ασθενοφόρων έκτακτων περιστατικών. Ειδικότερα στα νοσοκομεία αποτελεί το μεταίχμιο μεταξύ της προνοσοκομειακής και νοσοκομειακής φροντίδας, μέσω του οποίου κρίνεται ποιοι ασθενείς χρήζουν περαιτέρω νοσηλείας και εισαγωγής. (Λιαρόπουλος, 2007). Κατά μια έννοια αποτελεί το δεύτερο φίλτρο των εισαγωγών αν υποθεθεί ότι η πρωτοβάθμια παίζει τον ρόλο του πρώτου, της αρχικής αξιολόγησης.

Σκοπός της λειτουργίας τους είναι η άμεση αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή, τη στιγμή που αυτές εμφανίζονται, και σε χρόνο ανάλογο με την βαρύτητα του περιστατικού, τη μείωση της θνητότητας ή των σοβαρών επιπλοκών στις απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, την έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση καθώς και τη σωστή κατεύθυνση ή προσανατολισμό προς τις κατάλληλες, για το περιστατικό, υγειονομικές δομές (Λιαρόπουλος, 2007, Σαριβουγιούκας, Βαγγελάτος, Κατραβά, & Καλαμαρά, 2008).

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε πολλές χώρες έχει αλλάξει ο τίτλος «Τμήμα Επειγόντων» (Emergency Departments - EDs) σε Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων (Accident and Emergency Department – A & D) σε μια προσπάθεια «αποθάρρυνσης» του κοινού να το χρησιμοποιούν «ακατάλληλα» για θέματα υγείας που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε άλλη υγειονομική βαθμίδα, εκτός νοσοκομείου, στοχεύοντας στην μείωση του συνωστισμού. (Breen, & McCann, 2012). Σύμφωνα με το Αμερικανικό Κολέγιο των Ιατρών Έκτακτης Ανάγκης (American College of Emergency Physicians – ACEP) ο συνωστισμός ή η υπερφόρτωση στο ΤΕΠ έχει οραθεί ως η κατάσταση εκείνη όταν η ανάγκη για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης ξεπερνά τους διαθέσιμους πόρους του τμήματος επειγόντων, του νοσοκομείου ή και των δύο (Hoot, & Aronsky, 2008). Όταν η ζήτηση σε τμήματα που οφείλουν να λειτουργούν ταχέως και αποτελεσματικά ξεπερνά την προσφορά, τότε όχι μόνο δεν υπάρχει αποελεσματικό ητα, όχι μόνο μειώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης

φροντίδας και η ικανοποίηση των ασθενών, αλλά η όλη λειτουργία του τμήματος, και όχι μόνο, καθίσταται επισφαλής (Μαλλιάρου, Σαράφης, & Ζυγά, 2009).

Κεφάλαιο Δεύτερο

Διεθνής Πραγματικότητα

Παρά το γεγονός ότι στις διάφορες χώρες τα συστήματα υγείας διαφέρουν ως προς την οργάνωση και ενίοτε ως προς την χρηματοδότηση, οι πιέσεις που δέχονται, οι κοσμικές και κοινωνικές, είναι σχεδόν ίδιες και οι προβληματισμοί που αναπτύσσονται για την επίλυση των δυσχερειών μοιάζουν σε μεγάλο βαθμό. (Ruggie, 2001). Στο παρόν κεφάλαιο θα παρουσιαστούν στοιχεία για την παροχή της πρωτοβάθμιας και της επείγουσας φροντίδας. Τα στοιχεία που αφορούν τις ευρωπαϊκές χώρες, στην πλειοψηφία τους, έχουν αντληθεί από την ιστοσελίδα του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας⁶ (European Observatory on Health Systems and Policies – The Health System and Policy Monitor / HSPM) σε μια προσπάθεια να είναι όσο το δυνατόν πιο ακριβή και να ανταποκρίνονται στις συνεχόμενες τροποποιήσεις των τελευταίων ετών που γίνονται ή έχουν γίνει υπό την πίεση της οικονομικής κρίσης και εν έχουν προλάβει να αποτυπωθούν στην βιβλιογραφία.

Γαλλία : Το σύστημα υγείας θα μπορούσε να χαρακτηριστεί μάλλον μικτό εφόσον στη χρηματοδότηση συμμετέχουν τόσο το κράτος όσο και οι πολίτες, μέσω των ασφαλιστικών εισφορών, όπου σε μια προσπάθεια για καθολική κάλυψη του πληθυσμού σχεδόν το 100% των μόνιμων κατοίκων (συμπεριλαμβανομένων και των αλλοδαπών) είναι ασφαλισμένο. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται κατά το πλείστον από ιδιώτες γιατρούς που έχουν συνάψει σύμβαση με τους ασφαλιστικούς φορείς και σε πολύ λιγότερο βαθμό από κρατικά κέντρα υγείας και μισθωτούς επαγγελματίες υγείας ενώ ο πολίτης μπορεί να επιλέξει ελεύθερα τον οικογενειακό του γιατρό. Επίσης, μπορεί να απευθυνθεί άμεσα σε ειδικό, δίχως να χρειάζεται παραπομπή, αλλά

⁶ <http://www.hspm.org/mainpage.aspx>

στην περίπτωση αυτή η κάλυψη από τον ασφαλιστικό του φορέα «πέφτει» στο 30% έναντι του 70% αν είχε παραπεμπτικό. Η νοσηλεία κατ'οίκον στους έχοντες ανάγκη παρέχεται από γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους ειδικούς που επίσης έχουν συμβάσεις ενώ υπάρχει μέριμνα για χρηματοδότηση των άτυπων φροντιστών. Επειδή και στην Γαλλία υπάρχει γεωγραφική ανισοκατανομή των γιατρών της πρωτοβάθμιας τα τελευταία χρόνια έχουν δοθεί κίνητρα για την αποκέντρωση τους και την κάλυψη του πληθυσμού σε μη αστικές περιοχές. Για επείγοντα περιστατικά μπορεί κάποιος να καλέσει το αρμόδιο τηλεφωνικό κέντρο, το οποίο υποστηρίζεται από εκπαιδευμένο προσωπικό και εξειδικευμένους γιατρούς και ανάλογα το πρόβλημα μπορεί ή να σταλεί κινητή μονάδα αντιμετώπισης έκτακτων περιστατικών ή να σταλεί ο ιδιώτης γιατρός που εφημερεύει στην περιοχή ή να δοθούν οδηγίες στον ασθενή ή να σταλεί ασθενοφόρο για την μεταφορά σε τμήμα επειγόντων, τα οποία είναι είτε τα γενικά των δημόσιων νοσοκομείων, ικανά να αντιμετωπίσουν όλο το εύρος των περιστατικών και δεχόμενα το 55% των έκτακτων περιστατικών ή τα τοπικά (τα 2/3 ανήκουν σε δημόσιο) με λιγότερες δυνατότητες και τα εξειδικευμένα (παιδιατρικά, χειρουργική άκρας χείρας κτλ) που είναι αποδέκτες ενός ποσοστού 5%. Η πολιτεία σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσει την υπερφόρτωση του ΤΕΠ μετέφερε την ευθύνη στην περιφέρεια και στις τοπικές αρχές να συνάψουν συμφωνίες (με οικονομικά κίνητρα) με τους ιδιώτες γιατρούς για εφημερίες εκτός του ωραρίου εργασίας και κάλυψη νυχτερινών βαρδιών στα κατά τόπου τμήματα επειγόντων, χωρίς η όλη προσπάθεια να έχει αποδειχθεί πλήρως επιτυχής.

Λαβία : Το σύστημα θεωρείται αρκετά αποκεντρωμένο, με την κεντρική εξουσία να έχει τον κύριο ρόλο του ρυθμιστή και του συντονιστή ενώ οι Περιφέρειες είναι υπεύθυνες για τα νοσοκομεία και τους επαγγελματίες υγείας ενώ η πρόληψη, η αγωγή υγείας, η αποκατάσταση και η κατ'οίκον νοσηλεία είναι στην αρμοδιότητα των Δήμων και παρέχεται τόσο από γιατρούς όσο και από κοινοτικούς νοσηλευτές. Ασφαλιστική κάλυψη έχουν όλοι οι πολίτες με δωρεάν πρόσβαση σε πλήθος προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ιδιώτες Γενικούς γιατρούς οι οποίοι είναι και το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το

υγειονομικό σύστημα και μπορούν να εργάζονται ή μόνοι τους ή κατά ομάδες, κάτι που προωθείται από την πολιτεία, με επιπλέον αμοιβή για εργασία εκτός ωραρίου και κατ' οίκον επισκέψεις. Ο πολίτης έχει δικαίωμα να επιλέξει τον γιατρό του, αρκεί να είναι σε απόσταση μικρότερη των 15 χλμ από την οικία του (ή 5 χλμ στην Κοπεγχάγη) και ο γιατρός του δίνει εγγράφως την διαθεσιμότητα του για κάλυψη έκτακτων αναγκών και επισκέψεις στο σπίτι. Αλλαγή οικογενειακού γιατρού γίνεται μόνο με έγγραφη αίτηση του ασθενή προς τους αρμόδιους τοπικούς φορείς. Η πρόσβαση στα τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων είναι ελεύθερη εφόσον το περιστατικό έχει τις τελευταίες 24 ώρες, διαφορετικά χρειάζεται παραπεμπτικό από τον γενικό γιατρό, και αυτό αφορά μόνο τα αστικά κέντρα, ενώ η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών εκτός πόλεων καλύπτονται από τους οικογενειακούς γιατρούς. Προβληματισμός στην Δανία είναι η ασυνέχεια της παρακολούθησης του ασθενή μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας και οι προσπάθειες εστιάζονται στην ανεύρεση φόρμας για την μεταξύ τους επικοινωνία και συντονισμό.

Σουηδία: Η υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού είναι καθολική και το σύστημα υγείας θεωρείται αποκεντρωμένο δίνοντας την ευθύνη για τον συντονισμό και την κάλυψη των αναγκών στα νομαρχιακά συμβούλια και στους Δήμους (290 στον αριθμό) οι οποίοι υποχρεούνται από τον νόμο να καλύψουν τις ανάγκες υγείας και στέγασης των ατόμων με ειδικές ανάγκες και των ηλικιωμένων. Η πρωτοβάθμια παρέχεται από ένα εκτεταμένο δίκτυο γενικών ιατρών, των 1200 κέντρων υγείας και άλλων φορέων που διενεργούν εμβολιασμούς, τακτικούς διαγνωστικούς ελέγχους κτλ. Ο ασθενής είναι ελεύθερος να επιλέξει τον γιατρό του και το κέντρο υγείας που θα εξυπηρετηθεί ενώ δεν υπάρχει φραγμός για την επίσκεψη άμεσα σε ειδικό ή στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Ωστόσο, στην περίπτωση αυτή, χωρίς παραπεμπτικό από τον γιατρό της πρωτοβάθμιας ο χρόνος αναμονής είναι μεγαλύτερος ενώ η χρέωση στο νοσοκομείο είναι υψηλότερη από το κέντρο υγείας. (Γιανασμίδης, & Τσιαούση, 2012). Η νοσηλεία στο σπίτι υποστηρίζεται από γιατρούς και εκπαιδευμένους νοσηλευτές και διευκολύνεται από το κράτος αν είναι επιθυμία του ασθενή να παραμείνει στο σπίτι (Αδαμακίδου, & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2007). Η πρόβαση στο ΤΕΠ των

νοσοκομείων είναι ελεύθερη και τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει αυξητική τάση που γίνεται προσπάθεια μείωσης μέσω της εκπαίδευσης και της ενημέρωσης των πολιτών. Στο σημείο που εστιάζει του σουηδικό σύστημα υγείας είναι στον κανόνα «0-7-90-90» όπου η επαφή με το σύστημα είναι μηδενική, το ραντεβού με τον εξωνοσοκομειακό γιατρό εντός 7 ημερών, σε ειδικό γιατρό εντός 90 ημερών και από την διάγνωση ως την θεραπεία δεν μπορεί να μεσολαβούν άνω των 90 ημερών, σε μια προσπάθεια να μειωθούν οι λίστες αναμονής και να γίνεται ορθολογική χρήση των υπηρεσιών.

Ισπανία : Στην Ισπανία υπάρχει δωρεάν καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού μέσω της φορολογίας και αποκέντρωση του συστήματος σε 17 περιφέρειες που έχουν σχετική αυτονομία και έλεγχο στις υπηρεσίες υγείας, καλύπτοντας 200.000-250.000 κατοίκους με περαιτέρω διαίρεση τις «ζώνες υγείας» με πληθυσμιακή κάλυψη 5.000-25.000 άτομα. Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ανεπτυγμένη προσφέροντας όλες τις απαιτούμενες υπηρεσίες (πρόληψη, αποκατάσταση, κατ'οίκον επισκέψεις, εμβολιασμούς κτλ) και καλύπτεται από γενικούς γιατρούς και παιδίατρος καθώς και από δημόσια κέντρα υγείας τα οποία αντιμετωπίζουν και έκτακτα περιστατικά, τις καθημερινές 8.00π.μ-9.00μ.μ., συν ένα ανά τομέα υγείας που λειτουργεί 24ώρο όλες τις μέρες. Η πρόσβαση στο τμήμα επειγόντων είναι ελεύθερη ωστόσο προτεραιότητα δίνεται σε όσους έχουν παραπεμπτικό από τον οικογενειακό τους γιατρό. Αξίζει να σημειωθεί ότι το κέντρο λήψης έκτακτων κλήσεων αποτελεί συντονιστικό όργανο όλων των υπηρεσιών που παρέχουν επείγουσα κάλυψη, κέντρα υγείας – ΤΕΠ νοσοκομείων – κινητές μονάδες, όπου ανάλογα το περιστατικό δίνει κατευθύνσεις. Προτεραιότητα στην πολιτική της χώρας είναι ο συντονισμός των περιφερειών και η ομοιογένεια παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω κλινικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδών.

Αγγλία: Η Αγγλία αποτελεί το πρότυπο της καθολικής δωρεάν κάλυψης του πληθυσμού με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, πυρήνας του οποίου είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα και ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, διαχειριστής και φύλακας του υγειονομικού συστήματος. Η ΠΦΥ αποτελεί το επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων, περνώντας από διαφορετικά στάδια στοχεύοντας τόσο στην

εξοικονόμηση πόρων όσο και στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού ανάλογα με τις κοινωνικές επιταγές και τις προκύπτουσες προτεραιότητες (Αλετράς, Ζαχαράκη, & Νιάκας, 2007). Η τελευταία αλλαγή αφορά στη συγκρότηση και τη δημιουργία των PCTs (primary care trusts), έχοντας την ευθύνη της λειτουργίας όλων των ιατρείων καλύπτοντας πληθυσμιακά 170.000 κατοίκους. Διαχειριζόμενοι κονδύλια από το σύστημα υγείας μπορούν να αγοράζουν νοσοκομειακές υπηρεσίες για τους ασθενείς τους και να προωθούν διάφορα προγράμματα πρόληψης και πρωτοβάθμιας υγείας. Έκτακτες ανάγκες καλύπτονται είτε από τους γενικούς γιατρούς που εφημερεύουν ή στα κατά τόπους κέντρα υγείας (walk-in centers) στα οποία καθοριστικό ρόλο έχουν οι νοσηλεύτριες ή καλώντας στην τηλεφωνική γραμμή βοήθειας ή απευθείας στα ΤΕΠ των νοσοκομείων, όπου η πρόσβαση είναι ελεύθερη. Στόχος της πολιτείας είναι η διασφάλιση ισορροπημένης και ποιοτικής φροντίδας σε όλες τις περιοχές μέσω κατευθυντηρίων οδηγιών και πρωτοκόλλων, αξιολογούμενων από κεντρικά όργανα, η σύνδεση και η συνεργασία των οικογενειακών γιατρών και τους φορείς κοινωνικής φροντίδας για την αποφυγή ανισοτήτων και την καλύτερη διάχυση των υπηρεσιών στην κοινότητα (η κοινοτική φροντίδα, κοινωνικές παροχές, νοσηλεία στο σπίτι είναι συνδεδεμένες με το εισόδημα), οικονομικά κίνητρα στους γενικούς γιατρούς για την καλύτερη απόδοση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και τον έλεγχο και αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων και των ηλικιωμένων στην κοινότητα και το «πλαφόν» των 4 ωρών αναμονής των ασθενών στο ΤΕΠ καθώς και η μείωση της αναμονής των παραπομπών για ειδικό ή γιατρό ή (Dusheiko, Gravelle, Martin, , Rice, & Smith, 2011 - Weber, Mason, Freeman, & Coster, 2012 - Αλετράς, Ζαχαράκη, & Νιάκας, 2007). Πιθανή διαφορά της Αγγλίας με τις υπόλοιπες χώρες είναι ότι η αναγκαιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι στην συνείδηση τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των πολιτών, έχοντας αποδεχτεί ότι αποτελεί το πρώτο σημείο αναφορά με το υγειονομικό σύστημα.

ΗΠΑ: Στις ΗΠΑ η πλειοψηφία του πληθυσμού καλύπτεται υγειονομικά μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης ενώ κρατική μέριμνα υπάρχει για τους ηλικιωμένους και ανάπηρους μέσω του προγράμματος Medicare και του Medicaid για τους οικονομικά εύρωστους, έχοντας ωστόσο ένα μη αμελητέο ποσοστό

ανασφάλιστων που φτάνει στο 18%. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από εξωνοσοκομειακό ή γιατρού ενώ υπάρχει μια αυξανόμενη τάση στην δημιουργία δομών για την κάλυψη αναγκών μακριά από τον νοσοκομειακό χώρο, όπως κέντρα υγείας, κλινικές και χειρουργεία μιας ημέρας, ειδικά κέντρα κτλ(Τούντας, 2003). Το ΤΕΠ είναι ελεύθερα προσβάσιμο αντιμετωπίζοντας έντονα προβλήματα συνωστισμού και υπερπλήρωσης, αποδιδόμενα στην ανομοιογένεια της ασφαλιστικής και υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, της έντονης κοινωνικοοικονομικής διαστρωμάτωσης, των πολλών εθνικοτήτων που συνυπάρχουν κτλ.

Καναδάς : Στη χώρα υπάρχει Εθνικό Σύστημα Υγείας με καθολική δωρεάν κάλυψη του πληθυσμού. Η ΠΦΥ παρέχεται από γενικούς γιατρούς οι οποίοι στην πλειοψηφία τους εργάζονται κατά ομάδες σε κοινοκά κέντρα υγείας, έχοντας την ευθύνη της εργασίας τους και την παροχή τόσο προληπτικών δράσεων όσο και αποκατάστασης (Τούντας, 2003). Πολύ ανεπτυγμένη επίσης είναι η νοσηλεία στο σπίτι χρόνιων ή τελικού σταδίου ασθενών η οποία προσφέρεται συγκροτημένα και με όλα τα απαιτούμενα μέσα, υπό την εποπτεία του κράτους μέσω της Canada Health Act και της μη κερδοσκοπικής εταιρείας Canadian Home Care Association, ενισχύοντας πολύ και τον ρόλο των άτυπων φροντιστών (Αδαμακίδου, & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2007). Η αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών γίνεται είτε μέσω των οικογενειακών γιατρών, είτε μέσω των ομάδων άμεσης πρόφασης ή στο ΤΕΠ των νοσοκομείων με ελεύθερη πρόσβαση. Και στον Καναδά αντιμετωπίζεται το πρόβλημα της υπερφόρτωσης του τμήματος επειγόντων ως το αποτέλεσμα των αδυναμιών και των λειτουργικών κενών της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Κεφάλαιο Τρίτο

Ελληνική πραγματικότητα αναφορικά με την οργάνωση του συστήματος υγείας

Στην Ελλάδα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί την αιχμή του δόρατος πάνω από 30 χρόνια προσπαθώντας να βρει μια θέση στον σκληρό νοσοκομειοκεντρικό πυρήνα του συστήματος υγείας. Οι νόμοι πολλοί αλλά πιο πολλά όσα δεν έχουν εφαρμοστεί στην διάρκεια των χρόνων, με συνέπεια ούτε να έχει αναπτυχθεί όσο θα έπρεπε ούτε να έχει περάσει στην συνείδηση των πολιτών σας μια οδός επίλυσης προβλημάτων.

3.1 Σύντομη Νομοθετική αναδρομή

Από το 1983 όπου και ψηφίστηκε ο πρώτος νόμος για την ΠΦΥ (Νόμος 1397/1983- ΦΕΚ 143Α), βάσει του οποίου συστάθηκαν και Κέντρα Υγείας στα πλαίσια της δημιουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) οι νομοθετικές ρυθμίσεις και οι τροποποιήσεις που έχουν λάβει χώρα είναι πάρα πολλές, γεγονός που πιθανόν να δηλώνει από τη μια την ανησυχία του νομοθέτη για την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας αλλά και την ασάφεια που υπάρχει σε όλο το πεδίο.

Σε μια αδρή σύνοψη κυριότεροι σταθμοί είναι ο νόμος 1397/1983 στον οποίο οριζόταν σαφώς η ανάγκη για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού και η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, γι' αυτό άλλωστε ιδρύθηκαν και τα κέντρα υγείας ανά την Ελλάδα σε μια προσπάθεια εξισορρόπησης των γεωγραφικών ιδιομορφιών της χώρας μας, τα οποία θεωρούνται αποκεντρωμένες μονάδες κάποιου δευτεροβάθμιου ή τριτοβάθμιου νοσοκομείου και υπάγονται διοικητικά. Η στελέχωση τους γίνεται από Γενικούς Ιατρούς και σε έλλειψη αυτών δίνεται η δυνατότητα διορισμού γιατρών άνευ ειδικότητας εφόσον έχουν

ασκήσει τη Γενική Ιατρική για μια πενταετία και έχουν κάνει εκπαίδευση για έξι μήνες σε νοσοκομείο. Επίσης σημαντικός ήταν και ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού (παθολόγος ή παιδίατρος) ο οποίος αμειβόταν με μισθό και είχε υπό την «ευθύνη» του ένα συγκεκριμένο αριθμό πληθυσμού και συγκεκριμένα 1.800-2.500 άτομα ο παθολόγος και 1.200-2.000 ο παιδίατρος.

Με το νόμο 2071/1992 τα κέντρα υγείας ανατίθενται στην ευθύνη των νομαρχιών καλυπτόμενα από Γενικούς γιατρούς και σε έλλειψη αυτών από παθολόγους και δίνεται η δυνατότητα σε ιδιώτες ιατρούς κάνοντας σύμβαση με τα ασφαλιστικά ταμεία να παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας. Τα κέντρα υγείας υπάγονται εκ νέου στη διοικητική και οικονομική «υποτέλεια» των νοσοκομείων, εντάσσοντας πλέον σε αυτά και τα περιφερειακά ιατρεία ενώ εισάγεται για πρώτη φορά η έννοια της «κατ'οίκον νοσηλείας» για να νομοθετηθεί τελικά με τον νόμο 3106/2003. Με την έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Ξένων Εμπειρογνομόνων το 1994, δημιουργείται ο νόμος 2519/1997 όπου αναφέρεται σε ενοποίηση των πρωτοβάθμιων δομών και τη σύσταση ενός δικτύου καθώς και στην δυνατότητα του οικογενειακού ιατρού να διαχειρίζεται προϋπολογισμό για τους ασθενείς που έχει αναλάβει σε συνεργασία με την υγειονομική περιφέρεια. Τα κέντρα υγείας και γενικότερα θέσεις στην επαρχία στελεχώνονται από γενικούς ιατρούς, στους οποίους δίνεται η δυνατότητα να αποκτήσουν την ειδίκευση αν έχουν υπηρετήσει ως αγροτικοί για πέντε χρόνια και έχουν ανάλογη διετή εκπαίδευση. Σημαντικός είναι και ο νόμος 3235/2004 όπου επανατοποθετείται η σημασία και το περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Από την άλλη, ελλιπή νομοθεσία (ωστόσο, ακόμη και η υπάρχουσα δεν εφαρμόστηκε από όλες τις υγειονομικές δομές) υπήρχε στην λειτουργία των ΤΕΠ με αποτέλεσμα στο κάθε νοσοκομείο να λειτουργεί ένα διαφορετικό σύστημα, τόσο στην υποδοχή όσο και στην προτεραιότητα αντιμετώπισης των προσερχόμενων ασθενών. Μέχρι πρόσφατα ακόμη και μεγάλα αστικά τριτοβάθμια νοσοκομεία χρησιμοποιούσαν το χώρο των εξωτερικών ιατρείων την ημέρα της εφημερίας χωρίς να εφαρμόζεται σύστημα διάλογής και

αξιολόγησης της βαρύτητας των ασθενών, αλλά η προτεραιότητα να βασίζεται κατά κύριο λόγο στην ώρα προσέλευσης.

Ο τελευταίος νόμος (874B/2012) ορίζει σαφώς ότι στα νοσοκομεία με παραπάνω από 300 κλίνες το τμήμα των επείγουσων περιστατικών είναι αυτοτελές και στελεχώνεται από μόνιμο εκπαιδευμένο προσωπικό, ιατρικό και νοσηλευτικό και ηγείται σε αυτό ιατρός με βαθμό Διευθυντή με εμπειρία στην επείγουσα ή εντατική ιατρική. Προς αποφυγή της υπερφόρτωσης του τμήματος και ανάπτυξης επικουρικών κλινών στις κλινικές («φράντζα») δίνεται η δυνατότητα σε συνεργασία με το ΕΚΑΒ και υπό τον συντονισμό του ΕΚΕΠΥ (Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας) να παραπέμπονται οι ασθενείς, εφόσον εξετάζονται στο ΤΕΠ (κατά συνέπεια δε λύνεται η υπερφόρτωση της αναμονής για εξέταση) σε άλλο διασυνδεδεμένο νοσοκομείο κατά προτίμηση.

Ωστόσο, κοινό και διαχρονικό σημείο αποτελεί η ελεύθερη πρόσβαση των ασθενών, ανεξαρτήτως προβλήματος δίχως να χρειάζεται παραπομπή. Η εμπειρία δείχνει ότι σπάνια επίσης παραπέμπονται σε άλλες δομές κατάλληλες για το θέμα υγείας και ο συντονισμός ή η επικοινωνία με το ΕΚΑΒ για προώθηση των περιστατικών σε άλλα νοσοκομεία με χαμηλότερη κίνηση είναι ανεπαρκής.

3.2 Δομές παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας

Όπως αναφέρεται στο ΦΕΚ 3054B/2012 περί ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) η ΠΦΥ παρέχεται από :

- ✓ Τα εξωτερικά ιατρεία, πρωινά και απογευματινά, των νοσοκομείων
- ✓ Τις υπηρεσίες του ΕΚΑΒ
- ✓ Τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία
- ✓ Τα αγροτικά ιατρεία
- ✓ Τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ
- ✓ Τα κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης ημερήσιας νοσηλείας
- ✓ Τα εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών
- ✓ Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα (πολλά συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ)

- ✓ Ιδιώτες ιατρούς σε σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ
- ✓ Τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας
- ✓ Τις Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης
- ✓ Τις Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας του άρθρου 14 του Ν. 2071/1992 (Α', 123)
- ✓ τους Σταθμούς Προστασίας Μάνας, Παιδιού & Εφήβου, όπου διαθέτει ο Οργανισμός, καθώς επίσης και από μη κυβερνητικούς –κερδοσκοπικούς οργανισμούς πχ Ερυθρός Σταυρός, Γιατροί χωρίς Σύνορα κτλ και την Τοπική Αυτοδιοίκηση, μέσω των δημοτικών ιατρείων (Αδαμακίδου, & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

Όσον αφορά στην κατ' οίκον νοσηλεία παρά το γεγονός ότι ανήκει στην σφαίρα της πρωτοβάθμιας, η παροχή της δε θεωρείται δεδομένη και εμπλέκονται ακόμη περισσότεροι φορείς (Αδαμακίδου, & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2007), οι οποίοι είναι :

- ✓ Κρατικά νοσοκομεία, όταν η αντίστοιχη υπηρεσία υπάρχει στον οργανισμό όπως πχ του «Μεταξά», το «Αρεταίειο» κτλ
- ✓ Μη κυβερνητικές οργανώσεις, όπως ο Ερυθρός Σταυρός⁷ με σημαντική ανταπόκριση στις ανάγκες ηλικιωμένων και ανθρώπων που χρήζουν βοήθεια στο σπίτι. Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται από ιδίους πόρους του κινήματος υποστηρίζεται και από εθελοντές και οι υπεύθυνοι ειδοποιούνται μέσω ενός ειδικού τηλεχειριστηρίου. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι δράσεις του δεν σταματούν σε αυτό αλλά επεκτείνονται και σε ηλικιωμένους, πρόσφυγες, άνεργους κτλ προσφέροντας όχι μόνο ιατρική βοήθεια αλλά και κοινωνική υποστήριξη.
- ✓ Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός», κυρίως σε ψυχιατρικούς ασθενείς
- ✓ Ιδιωτικοί φορείς και
- ✓ Η Τοπική Αυτοδιοίκηση (με εξαιρετικά σπουδαία συμβολή) με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα «Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων», όπου στο πρώτο εκτός από

⁷ <http://www.redcross.gr/default.asp?pid=11&la=1>

ιατρονοσηλευτικές πράξεις προσφέρεται και κάθε άλλη βοήθεια, εντός σπιτιού (π.χ. καθαριότητα) ή εκτός (ψώνια, πληρωμή λογαριασμών, μετακινήσεις σε ιατρικά ραντεβού κτλ), ενώ στο δεύτερο φιλοξενούνται ηλικιωμένοι κάτω από την επίβλεψη εκπαιδευμένου προσωπικού (κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές κτλ) σε χώρους του Δήμου ώστε να διευκολύνεται η οικογένεια να εργαστεί. Και τα δύο προγράμματα ξεκίνησαν μέσω της χρηματοδότησης από τα Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα στο πλαίσιο του Γ΄ ΚΠΣ⁸.

Η χρηματοδότηση και ο τρόπος λειτουργίας των δομών παροχής της πρωτοβάθμιας φροντίδας εξαρτάται από τον φορέα που τη διαθέτει με λογικό επακόλουθο να διαφέρει και η οικονομική υποχρέωση των καταναλωτών και ο τρόπος πρόσβασης. Στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας ο ασθενής καταβάλλει πέντε ευρώ για την εξέταση ή την συνταγογράφηση (εξαιρούνται οι χρόνια πάσχοντες ορισμένων νόσων και οι έχοντες βιβλιário απορίας καθώς και όλες οι δράσεις πρόληψης πχ εμβολιασμός)⁹, κλείνοντας ραντεβού μέσω του τετραψήφιου αριθμού 1535 ενώ στα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ η πρόσβαση των ασφαλισμένων είναι δωρεάν κλείνοντας ραντεβού στην κατά τόπο υπηρεσία. Στους ιδιώτες ιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ υπάρχει ένα πλαφόν στους ασθενείς που εξετάζονται δωρεάν το οποίο όταν ξεπερνιέται, καταβάλλεται ένα μικρό οικονομικό αντίτιμο επίσκεψης, εκτός αν γίνουν επιπλέον εξετάσεις στο ιατρείο (πχ υπέρηχος καρδιάς) οπότε χρεώνεται επιπλέον σε τιμές καθορισμένες ανά πράξη (ΦΕΚ Β 2456-2011 & ΦΕΚ 3100-2011). Μέσω τοπικής αυτοδιοίκησης και μη κυβερνητικών οργανώσεων οι παροχές είναι δωρεάν, ενώ σαφώς οι υπηρεσίες των ιδιωτικών φορέων είτε πληρώνονται εξολοκλήρου είτε υπάρχει

⁸ Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων «Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης και Ελέγχου-Διαδικασία εφαρμογής της ενέργειας «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων» (ΚΗΦΗ), συγχρηματοδοτούμενης από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ), στο πλαίσιο των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (ΠΕΠ) του Γ΄ ΚΠΣ». <http://www.pepdym.gr/upload/nomoi/ya-1-270701.pdf>

⁹ ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ Υ3α.ΓΠ.10784.doc.: Διευκρινίσεις σχετικά με την αμοιβή κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών από τα Κέντρα Υγείας <http://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/monades-p-f-y-dhmosioy-tomea-tmhma-a/1428-egkyklioi>

ποσοστό συμμετοχής ανάλογα την πράξη ή την εξέταση και εφόσον ο οργανισμός έχει συνάψει σύμβαση με τους ασφαλιστικούς φορείς.

3.3 Η κατάσταση σήμερα – Προβληματισμοί

Κάνοντας κανείς «χαρτογράφηση» ανά την Ελλάδα των δομών και των υπηρεσιών που προσφέρουν (ή θα όφειλαν) πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα σκεπτόταν ότι η χώρα διαθέτει ένα εκτεταμένο δίκτυο, ικανό να υπερκαλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού. Σαφώς όμως στην πραγματικότητα δεν ισχύει κάτι ανάλογο. Έμμεση απόδειξη, εκτός της συγκεντρωτικής τάσης στο νοσοκομειακό τομέα που μπορεί να έχει και πολλές άλλες αιτίες, είναι το ύψος των ιδιωτικών δαπανών για «αγορά» υπηρεσιών υγείας και δη εξονοσοκομειακών όπου το 2011 έφτασε το 51% του συνόλου που δαπάνησαν τα νοικοκυριά (ΕΛΣΤΑΤ, 2013¹⁰ - Σίσκου, Καϊτελίδου, Θεοδώρου, & Λιαρόπουλος, 2008). Η μη κάλυψη των αναγκών από το δημόσιο σύστημα υγείας υποδηλώνει το κενό που υπάρχει, όχι από δομές, αλλά από την κατ' ουσία παροχή υπηρεσιών και τις υφιστάμενες δυσλειτουργίες. Οι λόγοι είναι πάρα πολλοί καθώς επίσης και οι συνέπειες:

- ✓ Ανάμεσα στις πολυάριθμες υπηρεσίες, οι οποίες τις περισσότερες φορές υπάγονται διοικητικά σε διαφορετικό φορέα και κατά συνέπεια έχουν και διαφορετική οργανωτική και λειτουργική δόμηση, δεν υπάρχει κανένας συντονισμός και επικοινωνία, ακόμη και αν ανήκουν στον ίδιο φορέα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία στα οποία υπάγονται (Αδαμακίδου, & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Αποτέλεσμα είναι να χάνεται η συνέχεια στην παρακολούθηση των ασθενών, στοιχεία του ιστορικού του και της θεραπευτικής του αγωγής οπότε χρειάζεται να γίνουν εκ νέου εξετάσεις διαγνωστικού ελέγχου ανεβάζοντας άσκοπα το κόστος (Βραχάτης, & Παπαδόπουλος, 2012).

¹⁰

http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103_SHE35_DT_A N_00_2011_01_F_GR.pdf

ΕΛΣΤΑΤ Δελτίο Τύπου : Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2011(Προσωρινές εκτιμήσεις)

- ✓ Διαφορετική κάλυψη ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή. Στην περιφέρεια της επαρχίας ο πληθυσμός καλύπτεται είτε από τα αγροτικά ιατρεία είτε από τα κέντρα υγείας, ενώ δεν υπάρχουν πολυιατρεία και πληθώρα ιδιωτών γιατρών, σε αντίθεση με τις μεγαλύτερες πόλεις ή τα αστικά κέντρα που υπερκαλύπτονται αλλά δεν διαθέτουν κέντρα υγείας (Βραχάτης, & Παπαδόπουλος, 2012). Οπότε σε περίπτωση κάποιου έκτακτου γεγονότος οι ασθενείς καταφεύγουν στο ΤΕΠ τριτοβάθμιου νοσοκομείου. Σε αυτό επίσης θα καταφύγουν αν το ωράριο λειτουργίας των εξωνοσοκομειακών ιατρείων δε συμπίπτει με το δικό τους εργασιακό ωράριο και δεν υπάρχει δυνατότητα να απουσιάσουν από την εργασία τους ή το ραντεβού που θα κλείσουν είναι πολύ μακριά χρονικά, καταστάσεις που τελικώς υπερφορτώνουν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, τα οποία λειτουργούν σε 24ωρη βάση και με ελεύθερη πρόσβαση, δίχως ραντεβού (Howard, Davis, Anderson, & e.t, 2005).
- ✓ Ελλιπή στελέχωση και υποβαθμισμένη υλικοτεχνική υποδομή των πρωτοβάθμιων δομών έχει ως αποτέλεσμα την υπολειτουργία των περισσότερων από αυτές και τη μη κάλυψη των αναγκών. Παρά το γεγονός ότι οι αγροτικές περιοχές καλύπτονται από ένα εκτεταμένο δίκτυο κέντρων υγείας, οι ελλείψεις τους οδηγούν τους ασθενείς στην αναζήτηση βοήθειας είτε στο πλησιέστερο νοσοκομείο ή σε ιδιώτες γιατρούς επιβαρύνοντας τις οικογενειακές δαπάνες (Siskou, Kateilidou, Parakonstantinou, & Liaropoulos, 2008). Σε πολλές περιπτώσεις δε, σε ό,τι αφορά τις αγροτικές περιοχές, η αναζήτηση ιατρικής γνώμης στα αστικά κέντρα είναι αποτέλεσμα της παραπομπής του γιατρού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ακόμη και για απλές περιπτώσεις όταν δεν υπάρχουν τα διαθέσιμα, κατά τόπους, διαγνωστικά μέσα (Πιερράκος, & Υφαντόπουλος, 2007). Η συγκέντρωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στα μεγάλα νοσοκομεία ενισχύει το νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του συστήματος υγείας ενώ η μη δυνατότητα διενέργειας πολλών ιατρικών πράξεων ή εξετάσεων ωθεί τους πολίτες σε άλλες δομές για την επίλυση των προβλημάτων τους (Πολύζος, & Υφαντόπουλος, 2000 - Αδαμακίδου, & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Αυτό είναι το αποτέλεσμα της ασκούμενης πολιτικής, όπου παρά τις πολυάριθμες

νομοθετικές ρυθμίσεις, η ΠΦΥ δεν αποτέλεσε προτεραιότητα, κάτι που φαίνεται και από την χρηματοδότηση. Παρά το γεγονός ότι η χώρα μας δαπανά ένα μεγάλο ποσό του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος στο τομέα της υγείας, ένα πολύ μικρό ποσοστό δίνεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Αδαμακίδου, & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009). Η έλλειψη δυνατότητας να βρεθεί η κατάλληλη ιατρική ειδικότητα στην πρωτοβάθμια ή να γίνει ο απαιτούμενος διαγνωστικός έλεγχος οδηγεί ή στην αναζήτηση της λύσης σε ιδιώτες και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα ή στο νοσοκομείο. Δεδομένης της οικονομικής κρίσης των τελευταίων χρόνων, η ευχέρεια της πλειοψηφίας των οικογενειών για επιπλέον ιδιωτικές δαπάνες, ιδιαίτερα όταν ένα μεγάλο ποσοστό αυτών είναι σε καθεστώς ανεργίας, είναι εξαιρετικά μειωμένη και ο εύκολος δρόμος για την αναζήτηση λύσης στο όποιο πρόβλημα υγείας είναι και πάλι το ΤΕΠ (Αδαμακίδου, & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

- ✓ Ακόμη και αυτή η στοιχειώδης στελέχωση της ΠΦΥ δε θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως υψηλής ποιότητας, εφόσον το προσωπικό δεν έχει την απαιτούμενη εκπαίδευση και κουλτούρα ή και τα κίνητρα για να ανταποκριθεί στις προσαγές και τις απαιτήσεις που ορίζει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Σωτηριάδου, Μαλλιάρου, & Σαράφης, 2011). Ενώ νομοθετικά η ΠΦΥ οφείλει να καλύπτεται από γενικούς γιατρούς, η έλλειψη τους είναι εμφανής αν αναλογιστεί κανείς ότι από τις 7000 θέσεων που είναι απαραίτητες για την κάλυψη των αναγκών της συγκεκριμένης ειδικότητας στην ΠΦΥ, ο αριθμός των γιατρών που διαθέτουν την εν λόγω ειδικότητα δεν ξεπερνά τους 1200, γεγονός που υποδεικνύει πόσο υποβαθμισμένη θεωρείται η εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας στην συνείδηση ακόμη και των επαγγελματιών υγείας, εφόσον δεν είναι και τόσο επιλέξιμη (Αδαμακίδου, & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Ακόμη και αυτοί που υπηρετούν σε αυτές τις θέσεις αναλώνονται στην συνταγογράφηση, ξεχνώντας όλες τις υπόλοιπες ουσιαστικές δράσεις επί του πληθυσμού (Σουλιώτης, & Λιονής, 2003). Η παρουσία γενικών γιατρών ακόμη και στο ΤΕΠ για την αντιμετώπιση και διεκπεραίωση των ασθενών με μη επείγοντα προβλήματα υγείας, δείχνει να βελτιώνει σημαντικά το κόστος, λόγω «συγκρατημένων» εξετάσεων

και μειώνοντας τους χρόνους αναμονής, όπως δείχνει μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο της Ολλανδίας (Boeke, Van Randwijck-Jacobze, Lange-Klerk, Grol, Kramer, & Van Er Horst, 2010). Η μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών από την προσφερόμενη φροντίδα δημιουργεί αίσθημα ανασφάλειας και αμφιβολίας για την ορθότητα των ιατρικών οδηγιών και αυτό με τη σειρά του τους ωθεί συνήθως σε αναζήτηση «δεύτερης γνώμης» κάνοντας κατάχρηση των υπηρεσιών υγείας και αύξηση των δαπανών ή σε μη συμμόρφωση στην θεραπευτική αγωγή και μη λύση του προβλήματος (Αδαμακίδου, & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Επιπλέον, η μη ανταπόκριση του προσωπικού στις απαιτήσεις της πρωτοβάθμιας πρόληψη-αγωγή υγείας- κατ' οίκον νοσηλεία, δεν αντιμετωπίζει τα προβλήματα της τοπικής κοινωνίας και προσανατολίζεται και πάλι, όπως το νοσοκομείο, στην αντιμετώπιση του «περιστατικού», δίχως να φέρει αποτέλεσμα στο γενικότερο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και δίχως να αναπτύσσει ανθρωποκεντρική και ολιστική κουλτούρα απέναντι στον ασθενή (Σωτηριάδου, Μαλλιάρου, & Σαράφης, 2011).

- ✓ Έλλειψη δομών 24 ωρης κάλυψης για επείγοντα περιστατικά ελάσσονος βαρύτητας, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, που θα μπορούσαν να καλυφθούν εξωνοσοκομειακά με συνέπεια όλα να φτάνουν στο ΤΕΠ κάποιου νοσοκομείου για να βρουν λύση. Βέβαια ακόμη και στις ώρες λειτουργίας η αντιμετώπιση κάποιου απρόοπτου συμβάντος δεν είναι απόλυτα σαφές ότι θα εξυπηρετηθεί, εφόσον η πλειοψηφία των υπάρχοντων πρωτοβάθμιων δομών λειτουργεί με προγραμματισμένα ραντεβού (Μερκούρης, Μ.Π., 2007).
- ✓ Η έλλειψη του οικογενειακού γιατρού ως θεσμός και δη του Γενικού γιατρού δεν επιτρέπει να υπάρχει «συνέχεια» στην παρακολούθηση των ασθενών, κάτι που αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της ορθής και αποτελεσματικής αντιμετώπισης ιδιαίτερα των χρόνιων πασχόντων, κατηγορία ασθενών που πλέον είναι η πλειοψηφία και συνήθως προστρέχουν στα εφημερεύοντα νοσοκομεία για αντιμετώπιση είτε επιπλοκών είτε υπορόπων της κατάστασης του (Αδαμακίδου, & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

Απόρροια όλων των παραπάνω είναι οι ασθενείς να «περιπλανούνται» μέσα στο σύστημα υγείας δίχως να γνωρίζουν σε ποια δομή θα βρουν λύση στο πρόβλημά τους και να καταλήγουν στην τριτοβάθμια περίθαλψη (Τσιάντου, Μαρκάκη, Δολγέρας, Λιονής, & Κυριόπουλος, 2007). Η μόνη ανοιχτή πύλη σε αυτή είναι το τμήμα επειγόντων περιστατιών, γιατί και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων η πρόσβαση γίνεται μέσω ραντεβού. Πρέπει να αναφερθεί ότι η πλειοψηφία των δομών της πρωτοβάθμιας, τουλάχιστον του αμιγώς κρατικού φορέα, αφορά τους ασφαλισμένους. Πολίτες μακροχρόνια άνεργοι ή ανασφάλιστοι δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν δίχως οικονομική επιβάρυνση (Βραχάτης, & Παπαδόπουλος, 2012). Εξαιρέση αποτελεί ο εμβολιασμός των ανασφάλιστων παιδιών, όπου πραγματοποιείται δωρεάν στις μονάδες του ΕΣΥ (εξωτερικά ιατρεία και κέντρα υγείας). Δυστυχώς πλέον το ποσοστό των ανασφάλιστων στην χώρα μας, λόγω της οικονομικής κρίσης, αυξάνεται συνεχώς, οπότε και αυτό το ποσοστό του πληθυσμού αναγκάζεται να καταφύγει στο ΤΕΠ όπου μπορεί να εξετασθεί και να κάνει εξετάσεις και το οικονομικό αντίτιμο από αυτό μπορεί να αποσταλεί μέσω της εφορίας. Ούτε εκεί είναι δωρεάν αλλά τουλάχιστον το οικονομικό εμπόδιο μπαίνει σε δεύτερο χρώμα ενώ η αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας γίνεται άμεσα. Επίσης, δεν υπάρχει μέριμνα και στην υγειονομική κάλυψη (ή έλεγχο) των αλλοδαπών και μεταναστών, οι οποίοι προς το παρόν έχουν ελεύθερη πρόσβαση μόνο σε μη κυβερνητικούς οργανισμούς ή στα τμήματα επειγόντων. Ωστόσο, πρέπει να αναφερθεί η υπουργική απόφαση¹¹ όπου έχει κοινοποιηθεί προς τους φορείς υγείας αλλά δεν έχει εφαρμοστεί ακόμη, δηλώνοντας παράλα αυτά την πρόθεση της πολιτείας για την προστασία των ευάλωτων ομάδων και την άμβλυνση των ανισοτήτων, βάση της οποίας οι ανασφάλιστοι πολίτες, έχοντας τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, αποκτούν δωρεάν πρόσβαση σε όλες τις πρωτοβάθμιες δομές του ΕΣΥ.

Υπό την πίεση της χρηματοοικονομικής κατάστασης της Ελλάδας και των ευρωπαϊκών εταίρων τα δύο τελευταία χρόνια γίνεται μια εξαιρετικά έντονη

¹¹ Αριθ. Πρωτ. : Υ4α/οικ.81034 29.08.2013 : Σχετικά με την εφαρμογή του Προγράμματος για την ελεύθερη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των πολιτών που έχουν απολέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα.ΑΔΑ: ΒΛ94Θ-ΣΩ6

προσπάθεια όχι μόνο συγκράτησης των δαπανών αλλά και ανεύρεσης πόρων με συνέπεια τον ανασχεδιασμό όλου του κράτους και σαφώς του πολυδάπανου τομέα υγείας. Οι εξαγγελίες περιλαμβάνουν συγχωνεύσεις νοσοκομείων και οργανισμών, μετατροπή νοσοκομειακών μονάδων σε άλλες δομές παροχής περίθαλψης και φροντίδας, σαφώς αναδιάρθρωση της πολυσυζητημένης πρωτοβάθμιας κτλ. Ωστόσο δύο σημαντικές αλλαγές που έγιναν ήταν η ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων η οποία εκτός του ελέγχου που ασκείται στο ιατρομηθευτές και καταναλωτές υγείας για κατάχρηση υπηρεσιών, αποτελεί και μια έμμεση επικοινωνία μεταξύ των γιατρών για τον ασθενή και δεύτερον η ενοποίηση των περισσότερων ασφαλιστικών φορέων σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών. Με τη δημοψήφια του ΕΟΠΥΥ (Νόμος 3918/2011) οι ασφαλισμένοι και των υπολοίπων ταμείων έχουν πρόσβαση στα (παλιά) πολυιατρεία του ΙΚΑ ενώ οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ έχουν δικαίωμα επίσκεψης στο ιατρείο ιδιώτες συμβεβλημένους γιατρούς και στα εργαστήρια ή ιατρεία του δημοσίου και των νοσοκομείων (Βραχάτης, & Παπαδόπουλος, 2012). Η κίνηση αυτή προδιαθέτει θετικά στην σκέψη ότι υπάρχει η βούληση να τροποποιηθούν οι ανισότητες που υπήρχαν μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και να διευρύνει τις επιλογές των πολιτών στην χρήση των υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη, ο έλεγχος από έναν φορέα των συναπτόμενων συμβάσεων, των ιατρομηθευτών και της παρεχόμενης φροντίδας δύναται να περιορίσει το κόστος (Γιανασμίδης, & Τσιαούση, 2012). Επιπλέον σκοπός της δημοψήφιας του είναι και ο λειτουργικός συντονισμός όλων των πρωτοβάθμιων δομών, κέντρων υγείας, περιφερειακών ιατρείων, δημοτικών ιατρείων κτλ με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία και την αποφυγή αλληλοεπικάλυψης υπηρεσιών.

Παρόλα αυτά η μέχρι τώρα λειτουργία του ΕΟΠΥΥ δεν φαίνεται να έχει αλλάξει το προφίλ της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα παλιά πολυιατρεία του ΙΚΑ συνεχίζουν να λειτουργούν με το ίδιο εργασιακό καθεστώς και μοτίβο και απλά έχει αυξηθεί ο αριθμός των προσερχόμενων. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες παραμένουν ίδιες και η ικανοποίηση των πολιτών μειωμένη (Μερκούρης, Μ.Π., 2007). Επιπρόσθετα, ενώ η διάθεση του νομοθέτη μπορεί να ήταν καλή, στην πραγματικότητα ο συντονισμός που αναμένεται είναι λίγο

δύσκολος λόγω διοικητικών και νομικών επικαλύψεων. Σύμφωνα με το Πρόγραμμα «Καλλικράτης» (Νόμος 3852/2010) η ΠΦΥ και ιδιαίτερα τα κέντρα υγείας διαμορφώνονται βάση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης αλλά υπάγονται διοικητικά στα νοσοκομεία που ελέγχονται από τις Υγειονομικές Περιφέρειες και συντονίζονται από τον ΕΟΠΥΥ με αποτέλεσμα ακόμη και σε οργανωτικό επίπεδο να υπάρχει πολυφωνία που μερικές φορές, δυστυχώς, μπορεί να καταλήξει σε «αφωνία» προς διατήρηση ισορροπιών (Βραχάτης, & Παπαδόπουλος, 2012). Όπως ήδη έχει αναφερθεί, το μωσαϊκό των πρωτοβάθμιων δομών δεν αφορά μόνο στην διοικητική κατανομή. Το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι στις διαφορές προσπέλασης των πολιτών προς αυτές, ενώ θα όφειλαν να ισχύουν όλα για όλους.

Κεφάλαιο Τέταρτο

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Από την αναζήτηση στην διεθνή αρθρογραφία βρέθηκε ότι η υπερφόρτωση του ΤΕΠ αποτελεί κοινό πρόβλημα στις περισσότερες χώρες ανεξάρτητα από το σύστημα υγείας που διαθέτουν και στην πλειοψηφία με κοινές αιτίες. Δυστυχώς παρόμοιες έρευνες δεν βρέθηκαν στον χώρο της Ελλάδας παρά την ένταση του φαινομένου και των οργανωτικών και λειτουργικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο τομέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας και όχι μόνο.

4.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Παρά τις διαφορές στα υγειονομικά συστήματα ανά τα κράτη, από την βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώνεται ότι το πρόβλημα της αδικαιολόγητης χρήσης του ΤΕΠ και της επακόλουθης υπερφόρτωσης είναι κοινό, καθώς και οι αιτίες που το προκαλούν, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Βραζιλία το 2006, χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο κατάλληλης χρήσης του ΤΕΠ (Hospital Urgencies Appropriateness Protocol-HUAP) το οποίο χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή (το κίνητρο χρήσης του θα αναφερθεί στο κεφάλαιο της Μεθοδολογίας της έρευνας) έδειξε ότι ένα ποσοστό 24,2% (δείγμα 1.647 άτομων άνω των 13 χρόνων) έκανε αδικαιολόγητη χρήση του τμήματος επειγόντων περιστατικών. Οι κυριότερες αιτίες αυτής της χρήσης στις ηλικίες κάτω των 50 ετών ήταν: α) μη γνώση άλλης υγειονομικής μονάδας για να απευθυνθεί β) μη αποδοχή του ιατρού της πρωτοβάθμιας να δεχθεί επίσκεψη ασθενή δίχως ραντεβού και γ) μη λειτουργία του ιατρού της πρωτοβάθμιας φροντίδας (ήταν πέρα του ωραρίου), ενώ στις ηλικίες άνω των 50 ετών και ειδικότερα σε αυτοίς με υψηλό επίπεδο μόρφωσης, οι λόγοι που τους οδήγησαν στο ΤΕΠ ήταν η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και η απουσία

αποτελεσματικής συνέχειας στην παρακολούθηση των χρόνιων ασθενειών τους από τον εξωνοσοκομειακό γιατρό (Pereira, Silva, Quintas, Almeida, & et al, 2001).

Με το ίδιο πρωτόκολλο καταλληλότητας (HUAP) το 2000 πραγματοποιήθηκε μελέτη στην Ισπανία, σε δείγμα 2.980 ασθενών στο ΤΕΠ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 29,6% έκανε αδικαιολόγητη χρήση του τμήματος ενώ από το υπόλοιπο ποσοστό οι λόγοι δικαιολογημένης επίσκεψης αφορούσαν σε μεγάλα ποσοστά διαγνωστικές εξετάσεις (63,5%) και συγκεκριμένα 52,6% ακτινογραφίες και 50,9% εξετάσεις αίματος. Ένα 16,1% παραπέμφθηκε από εξωνοσοκομειακό γιατρό ενώ το 35,9% προσήλθε κατευθείαν στο νοσοκομείο με κύρια αιτία (51,1%) την μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο τμήμα επειγόντων συγκριτικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα (Sempere-Selva, Peiró, Sendra – Pina, Martinez – Espin, & Lopez – Aguilera, 2001).

Στην Ιταλία, το 2006-2007, διενεργήθηκε ποιοτική μελέτη μεταξύ δύο ομάδων ασθενών από τους οποίους οι 155 αφορούσαν ασθενείς άνω των 15 ετών που επισκέφτηκαν το ΤΕΠ για μη επείγουσες καταστάσεις και 241 άτομα είχαν ζητήσει βοήθεια από τον ιατρό της πρωτοβάθμιας, με στόχο να εξετασθούν οι μεταξύ τους απόψεις που τους οδηγούν στην επιλογή τους. Όσοι έκαναν χρήση του τμήματος επειγόντων η πλειοψηφία ανέφερε ότι μόνο εκεί υπάρχει η δυνατότητα για διαγνωστικό έλεγχο, οπότε εξοικονομούν χρόνο (και με μειωμένο κόστος) και ένα μικρότερο ποσοστό ενώ μπορεί να μην είναι ευχαριστημένο από το εν λόγω τμήμα, το επιλέγει αναγκαστικά διότι έχει επίσης έντονη δυσαρέσκεια και για τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας. Η ομάδα που απευθύνθηκε στην ΠΦΥ εστιάζει στην σχέση που υπάρχει με τους θεράποντες, τη γνώση του ιστορικού τους και τις ανάγκες τους, στοιχεία που απουσιάζουν από τους ιατρούς των επειγόντων (Lega, & Mengoni, 2008). Παρόμοια σε μελέτη που αφορούσε 310 παιδιατρικούς ασθενείς, 0-14 ετών, που προσήλθαν με θέμα υγείας που μπορούσε εύκολα να αντιμετωπιστεί στην πρωτοβάθμια, οι γονείς ανέφεραν ότι σε ένα ποσοστό 65% ότι η αντιμετώπιση του προβλήματος θα γινόταν πολύ πιο γρήγορα στο ΤΕΠ ενώ μόνο ένα 20% ισχυρίστηκε την απουσία πρωτοβάθμιας κάλυψης στην περιοχή. Επίσης σημειώνεται ότι το 95% έχει ιατρική κάλυψη εξωνοσοκομειακά, ωστόσο το

70% πήγε με δική του πρωτοβουλία και μόλις ένα 26% παραπέμφθηκε προφορικά από τον γιατρό τους (Gawronski, & Cerulli, 2009).

Το 1996 στην Γαλλία έγινε ταυτόχρονη μελέτη σε δύο πανεπιστημιακά νοσοκομεία, το ένα στο Παρίσι και το άλλο σε μια πόλη εκτός σε δείγμα 594 και 614 ατόμων αντίστοιχα. Από αυτά, στο πρώτο έγινε ακατάλληλη χρήση του τμήματος επειγόντων κατά 35% και στο δεύτερο 29%. Κύριοι αντιπρόσωποι και στα δύο ποσοστά ήταν νέοι αλλοδαποί δίχως ασφάλιση υγείας, άνεργοι ή και άστεγοι (Lang, Davido, Diakite, Agav, & et al, 1996).

Στη Γερμανία το 2005 σε μελέτη στα επείγοντα γυναικολογικού νοσοκομειακού ιατρείου σε δείγμα 815 γυναικών, το 50 % σχεδόν των επισκέψεων κρίθηκαν ως μη επείγουσες. Στην πλειοψηφία η χρήση σχετιζόταν με την ηλικία και την χρονιότητα των καταστάσεων και σε ώρες που δε λειτουργούσε η πρωτοβάθμια φροντίδα. Η εθνικότητα δε σχετιζόταν με τη χρήση ενώ η ανάγκη για εισαγωγή αφορούσε τις μεγάλες ηλικίες (David, Schwartau, Anand, & Borde, 2006).

Στον Καναδά το 1997 έγινε μελέτη σε 948 ασθενείς 13 νοσοκομείων με μη επείγον πρόβλημα, όπως κρίθηκε από την διαλογή (Triage), δείχνοντας ότι οι αιτίες που τους οδήγησαν στο ΤΕΠ ήταν σε ένα ποσοστό 90 % η αμφιβολία αν θα μπορούσε ο γιατρός τους να διαχειριστεί το πρόβλημα τους, (παρά το γεγονός ότι θα προτιμούσαν να επισκεφτούν εκείνον) εφόσον το 54% αυτών των ασθενών δεν είχε ενημέρωση για το τι θα μπορούσε να αντιμετωπίσει ο γιατρός της πρωτοβάθμιας στον χώρο του και ένα 76% δεν γνώριζε ποιες καταστάσεις θεωρούνται επείγουσες. Ενώ ένα 44% προκάθησε να επικοινωνήσει με τον εξωνοσοκομειακό του γιατρό. Ωστόσο, ένα 55% προτίμησε το ΤΕΠ για λόγους ευκολίας και ένα 23% έκρινε ότι το πρόβλημα είναι επείγον. Σημειώνεται ότι το 93% είχε γιατρό που τους παρακολουθούσε εξωνοσοκομειακά (Boushy, & Dubinsky, 1999).

Το 2005 στις ΗΠΑ διενεργήθηκε ποιοτική μελέτη λαμβάνοντας συνέντευξη από 31 άτομα που είχαν προσέλθει δίχως σοβαρό λόγο στο ΤΕΠ. Οι κυριότερες

αιτίες για την ακατάλληλη χρήση σχετίζονταν με τη δυσκολία «πρόσβασης» στον ιατρό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είτε ως μη ανεύρεσης κοντινού ραντεβού είτε ως αμεσότητα εξυπηρέτησης στα επείγοντα, συγκριτικά με τον εξωτερικό ιατρό, είτε ως παραπομπή (εύκολη) από τους συνεργάτες του, δίχως να έχει προηγηθεί εξέταση (Howard, Davis, Anderson, Cherry, & et al, 2005). Ανάλογη μελέτη που έγινε το 2008 για παιδιατρικούς ασθενείς, όπου δόθηκε συνέντευξη από 31 γονείς καταδεικνύει ως σοβαρότερες αιτίες για τη μη επείγουσα προέλευση στο ΤΕΠ τη μεγάλη αναμονή για ραντεβού προβλήματα επικοινωνίας και δυσαρέσκεια από το γιατρό της πρωτοβάθμιας καθώς και την ευκολία πρόσβασης στα Επείγοντα με όλων των ειδών τις εξετάσεις διαθέσιμες (Berry, Brousseau, Brotanek, Tomany-Korman, & Flores, 2008). Επίσης, άλλη μελέτη το 2002 στην ίδια χώρα, σε δείγμα 975 ασθενών που προσήλθαν στο ΤΕΠ ως περιπατητικοί έδειξε ότι ενώ το 70,4% είχαν γιατρό που τους παρακολουθούσε εξωτερικά, μόνο το 38,1% προσπάθησε να επικοινωνήσει μαζί του εκ των οποίων το 62,8% δεν τα κατάφερε. Επιπλέον, ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών (90,9%) που εξετάστηκε από το γιατρό του παραπέμφθηκε στο ΤΕΠ για περαιτέρω αντιμετώπιση ή διαγνωστικό έλεγχο (Tranquada, Denninghoff, King, Davis, & Rosen, 2008).

Το 2003 στη Νότια Κορέα έγινε αναδρομική μελέτη σε δείγμα 280.104 ατόμων από 38 νοσοκομεία. Ένα ποσοστό 13,1% έκανε χρήση του τμήματος επείγοντων δίχως να υπάρχει οξύ πρόβλημα, έχοντας ως αιτίες τη γρήγορη αντιμετώπιση και την ευκολία πρόσβασης. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο εν λόγω κράτος υπάρχουν τριών ειδών τμήματα επείγοντων, τα περιφερειακά και τα τοπικά που είναι υπεύθυνα για την αντιμετώπιση βαρέως πασχόντων και οι τοπικές υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής για την διεκπεραίωση ασθενών με μη σοβαρά προβλήματα. Το σύνολο του πληθυσμού καλύπτεται από σύστημα ασφάλισης ενώ η χρήση των Επείγοντων επιβαρύνεται με ένα επιπλέον κόστος περίπου 20\$, τα οποία επιστρέφονται από τον ασφαλιστικό φορέα όταν η χρήση αφορά κάποια επείγουσα κατάσταση και η οποία κρίνεται και κατατάσσεται σύμφωνα με τον κορεάτικο νόμο της επείγουσας ιατρικής. Παρόλα αυτά ένα ποσοστό 56,8% έκανε χρήση των περιφερειακών και τοπικών επείγοντων δίχως να πληροί τα κριτήρια (Hwang, & Chang, 2010).

Εκτός από την ακατάλληλη χρήση του ΤΕΠ για μη επείγοντα περιστατικά, η αρθρογραφία δηλώνει και μια ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών που φέρει μερίδιο ευθύνης για την υπερφόρτωση του τμήματος, τους οποίους χαρακτηρίζει ως «συχνούς χρήστες», όταν σε ετήσια βάση οι επισκέψεις τους ξεπερνούν τις 4-5 φορές. Οι αιτίες που κάποιος ασθενής χρησιμοποιεί τόσο συχνά το τμήμα επειγόντων καταγράφονται στις παρακάτω μελέτες.

Στις ΗΠΑ αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε την περίοδο 2000-2001 μέσω ενός εθνικού οργανισμού παρακολούθησης των νοικοκυριών εξετάζοντας πληθυσμό 45.2 εκατομμυρίων άνω των 18 χρόνων, έδειξε ότι το 84% των «συχνών χρηστών» είχαν ασφάλιση υγείας και δυνατότητα να παρακολουθούνται από εξωτερικό γιατρό, ωστόσο η κατάσταση της υγείας τους, σωματικής ή ψυχικής, ήταν όντως βεβαρημένη και έχρηζαν ιατρικής φροντίδας, γεγονός που υποδηλώνει ότι μάλλον η εξωνοσοκομειακή βοήθεια ήταν πλημμελής και αναποτελεσματική, παρά το γεγονός ότι χρησιμοποιούσαν συχνά και τις υπόλοιπες υγειονομικές δομές. Και ενώ θα περίμενε κανείς οι μη έχοντας ασφάλεια υγείας να κάνουν μεγαλύτερη χρήση του ΤΕΠ δε διαπιστώθηκε κάτι ανάλογο από την έρευνα και μόνο ένα 33% των «συχνών χρηστών» ήταν κάτω από το όριο της φτώχειας, όπως αυτό ορίζεται στην συγκεκριμένη χώρα (Hunt, Weber, Showstack, Colby, & Callaham, 2006).

Στην Ιρλανδία το 2002 έρευνα με δείγμα 200 ασθενών, 100 «συχνοί χρήστες» και 100 με κανονικές επισκέψεις στο ΤΕΠ, έδειξε ότι επίσης η πρώτη ομάδα είχε απασχολήσει γενικότερα όλες τις υπηρεσίες υγείας περισσότερο (12 επισκέψεις έναντι των 3 της δεύτερης ομάδας), και θεωρείτο μια ευαίσθητη κατηγορία με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό και μειωμένη κοινωνική υποστήριξη. (Byrne, Murphy, Plunkett, Mcgee, & Murray, 2003).

Στη Σουηδία για δύο συνεχόμενα χρόνια (1987 – 1988) παρακολουθήθηκαν 232 άτομα Σουηδία θεωρούμενα ως «συχνοί χρήστες». Η κατάσταση της υγείας τους και το ψυχοκοινωνικό τους υπόβαθρο ήταν βεβαρημένα καθώς ζούσαν μόνοι τους με έντονο το αίσθημα της μοναξιάς. Μετά από ψυχιατρική και

κοινωνική παρέμβαση, ενώ στο πρώτο χρόνο παρακολούθησης η χρήση του ΤΕΠ ήταν 31%, το δεύτερο χρόνο μειώθηκε στο 19% λόγω της μεταβολής του κοινωνικού δικτύου στήριξης. Μεγαλύτερη αντίσταση στην αλλαγή είχαν οι ασθενείς με βρογχικό άσθμα (Andrén, & Rosenqvist, 1987). Ποιοτική μελέτη σε 10 ασθενείς που είχαν επισκεφτεί το τμήμα επειγόντων 6-17 φορές στη διάρκεια ενός έτους το 2000 στην ίδια χώρα δείχνει ότι ενώ δεν ήταν άστεγοι ή άποροι το κοινωνικό, οικογενειακό και ψυχολογικό προφίλ ήταν παθολογικό και η κατάχρηση ουσιών πολύ συχνή. Αρνητική συμπεριφορά αναπτυσσόταν κάθε φορά που το προσωπικό του ΤΕΠ το η αντιμετώπιζε ως «αδικαιολόγητους» χρήστες δίχως να τους δίνει την δέουσα προσοχή στα συμπτώματα ανάλογα με τη δική τους αξιολόγηση (Olsson, & Hansagi, 2001). Επίσης, σε μια αναδρομική μελέτη το 2001 που έγινε μέσω μιας ηλεκτρονικής βάσης σε όλα τα νοσοκομεία της Στοκχόλμης βρέθηκε ότι οι «συχνοί χρήστες» αντιπροσωπεύουν το 4% του συνόλου των ασθενών και το 18% του συνόλου των επισκέψεων στην διάρκεια ενός έτους. Σε αυτή την κατηγορία ασθενών μόνο το 13% έχει το ΤΕΠ ως μοναδική λύση αναζήτησης βοήθειας έναντι του 27% των «σπάνιων χρηστών» (μία ή καμία επίσκεψη σε ένα χρόνο) αλλά ένα 72% κάνει έντονη χρήση και των υπόλοιπων υγειονομικών βαθμίδων και δη της πρωτοβάθμιας σε αντίθεση του 57% της δεύτερης ομάδας. Η κατάσταση της υγείας τους χαρακτηρίζεται από βεβαρημένο ιστορικό χρόνιων νόσων, όπως προκύπτει από το 80% των εισαγωγών που γίνονται σε αυτούς τους ασθενείς σε αντίθεση με το 36% των υπόλοιπων χρηστών (Hansagi, Olsson, Sjöberg, Tomson, & Göransson, 2001).

Στη Νέα Ζηλανδία το 2004 έγινε αναδρομική μελέτη σε μεγάλο τριτοβάθμιο νοσοκομείο και για το έτος 1997 βρέθηκε ότι 77 άτομα είχαν επισκεφτεί τα επείγοντα πάνω από 10 φορές έκαστο. Από αυτά το 45% είχε μια χρόνια νόσο, το 29% ψυχιατρικό πρόβλημα, το 26% θέμα με κατάχρηση ουσιών και ένα 35% συνδυασμό των παραπάνω κατηγοριών. Η ομάδα παρακολουθήθηκε για 4 χρόνια με στόχο να διερευνηθεί η χρήση στην πάροδο του χρόνου, όπου διαπιστώθηκε ότι το σύνολο των «συχνών χρηστών» σε κάθε νοσοκομείο δεν είναι σταθερό αλλά, σύμφωνα με ενδείξεις, μεταβάλλεται είτε γιατί «αλλάζει»

προτίμηση νοσοκομείου ή αποβιώνει ή και ανανεώνεται με νέα άτομα (Kennedy, & Ardagh, 2004).

Μια άλλη αιτία συνωστισμού που αναφέρεται στη διεθνή αρθρογραφία, χωρίς πιθανόν να σχετίζεται άμεσα αλλά έμμεσα με το θέμα της εν λόγω διατριβής, είναι η πολύωρη αναμονή στο ΤΕΠ ασθενών που χρήζουν εισαγωγής έως ότου βρεθεί ή ελευθερωθεί κλίνη στο νοσοκομείο, λόγω της πληρότητας του (Sprivulis, Da Silva, & Jacobs, 2006 - Schneider, Gallery, Schafermeyer, & Zwemer, 2003 - Vilke, Brown, & Skogland, 2004). Έμμεσα υποδεικνύεται ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η συγκεντρωτική τάση που υπάρχει προς τον νοσοκομειακό χώρο, δημιουργώντας πλήθος προβλημάτων σε όλους τους τομείς, ενώ πιθανόν πολλά από τα συγκεκριμένα προβλήματα θα μπορούσαν να είχαν επιλυθεί εξωνοσοκομειακά, είτε ως σωστή παρακολούθηση των χρόνιων νοσημάτων είτε σε υγειονομικές δομές μίας ημέρας, είτε και ως πρόληψη νόσων μακροπρόθεσμα, πράξεις που θεωρητικά ανήκουν στην εμβέλεια της ΠΦΥ (Schneider, Gallery, Schafermeyer, & Zwemer, 2003).

4.2 Προβλήματα από την αδικαιολόγητη χρήση ΤΕΠ

Το τμήμα επειγόντων περιστατικών αναφέρεται από πολλούς ως το «δίχτυ ασφάλειας» του υγειονομικού συστήματος. (Howard, Davis, Anderson, Cherry, & et al, 2005). Γιατί όμως ένα οργανωμένο σύστημα υγείας σε μια ανεπτυγμένη χώρα να χρειάζεται «δίχτυ ασφάλειας»; Και τι γίνεται όταν αυτό το δίχτυ κινδυνεύει να σπάσει; Η ελεύθερη πρόσβαση στο ΤΕΠ μπορεί να αποτελεί την ασφαλιστική δικλείδα των αδυναμιών του τομέα της υγείας αλλά δεν αποτελεί πανάκεια. Η κατάχρηση και η άσκοπη υπερφόρτωση του τμήματος επιφέρει πλήθος προβλημάτων, η προσφερόμενη ποιότητα των υπηρεσιών τίθεται υπό αμφισβήτηση, η ικανοποίηση των ασθενών μειώνεται ενώ το κλίμα είναι εκρηκτικό και το προσωπικό εξουθενωμένο και τελικά είναι αμφίβολο κατά πόσο δίνει λύση στα προβλήματα κάποιων κατηγοριών ασθενών.

Όπως έχει προαναφερθεί στόχος του τμήματος είναι η άμεση αντιμετώπιση οξέων και κρίσιμων καταστάσεων υγείας. Η υπέρμετρη συγκέντρωση ασθενών δημιουργεί πολύωρη αναμονή που ενέχει τον κίνδυνο, ασθενείς που περιμένουν για εξέταση να επιδεινωθεί η κατάσταση τους χωρίς να γίνει άμεσα αντιληπτό ή να υπομένουν τα συμπτώματα και τον πόνο για αρκετές ώρες (Hong, Boumann, & Boudreaux, 2007). Ο χρόνος δε που αφιερώνεται στον κάθε ασθενή, αναγκαστικά λόγω φόρτου εργασίας συρρικνώνεται, με συνέπεια η επικοινωνία που αποπλεί και σημαντικό κομμάτι της επεξήγησης της κατάστασης, της κατανόησης των οδηγιών και της μετέπειτα συνέχειας να ελαχιστοποιείται και οι άρρωστοι να φεύγουν με ένα αίσθημα ανικανοποίητου και συχνά δίχως να έχουν καταλάβει τι έχει συμβεί (Boudreaux, & O' Hea, 2004). Επίσης ασθενείς που χρήζουν εισαγωγής πολλές φορές χρειάζεται να περιμένουν στο ΤΕΠ πολλές ώρες έως ότου ελευθερωθεί κρεβάτι στο νοσοκομείο, λόγω του αυξημένου όγκου ασθενών που προσέρχονται από την μη αποτελεσματική αντιμετώπιση τους εξωνοσοκομειακά, γεγονός που σε έρευνες συνδέεται με αυξημένη θνησιμότητα τις επόμενες ημέρες ή και την ίδια μέρα (Ιντας, Στεργάννης, Βασιλόπουλος, & Φίλντισης, 2011 - Γιακουμιδάκης, Μπαλτόπουλος, & Μπροκαλάκη- Παναουδάκη, 2010). Συγκεκριμένα στην Αγγλία για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος έχουν δοθεί οικονομικά κίνητρα στους γιατρούς των επειγόντων για να μην υπερβαίνει η αναμονή του κάθε ασθενή από την ώρα προσέλευσης του ως τη διεκπεραίωση του τις 4 ώρες συνολικά, ενώ στους εξωνοσοκομειακούς γιατρούς τα κίνητρα αφορούν την αποτελεσματική διαχείριση των ασθενών τους και ιδιαίτερα των χρόνιων πασχόντων (Weber, Mason, Freeman, & Coster, 2012 - Mason, Weber, Coster, Freeman, & Locker, 2012). Επιπρόσθετα, άτομα με χρόνια νοσήματα στο τμήμα επειγόντων, λόγω της φύσης του τμήματος και της λογικής άγνοιας του όλου ιστορικού και της «διαδρομής» στην νόσο του ασθενή, αντιμετωπίζονται περιστασιακά στο θέμα υγείας που έχει ανακύψει την δεδομένη στιγμή. Πολλές φορές τροποποιείται η θεραπευτική αγωγή δίχως να υπάρχει ευχέρεια για την μετέπειτα παρακολούθησης της εφόσον η επικοινωνία με τον εξωνοσοκομειακό γιατρό τις περισσότερες περιπτώσεις είναι ανύπαρκτη. Αποτέλεσμα είναι να «σπάει» η συνέχεια της παρακολούθησης με ό,τι μπορεί να συνεπάγεται για

μια χρόνια κατάσταση (Pantilat, Lindenauer, Katz, & Wachter, 2001- Greene, 2011).

Ο φόρτος εργασίας έχει συνέπειες και στο προσωπικό. Η ένταση εργασίας, η ασκούμενη πίεση και το άγχος δρουν αρνητικά στην ψυχολογία των εργαζομένων και στην απόδοσή τους. Συναισθηματική φόρτιση και κόπωση συνδέεται συχνά με λάθη και σε ένα τμήμα όπου οι ενέργειες οφείλουν να είναι άμεσες και οι αποφάσεις τάχιστες, συνήθως τα λάθη είναι μη αναστρέψιμα (Παππά, Αναγνωστόπουλος, & Νιάκας, 2008 - Δημητριάδου, Λαβδανίτη, Μηνασίδου, Τσαλογλίδου, & συν., 2009).

Όλα αυτά επηρεάζουν αρνητικά τους δείκτες ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στο ΤΕΠ (χρόνος αναμονής), η ικανοποίηση των ασθενών μειώνεται δραματικά και το κόστος αυξάνεται άσκοπα και ανεξέλεγκτα όταν είτε χρειάζεται να επαναληφθούν εξετάσεις για να διαπιστωθούν ήδη υπάρχουσες διαγνώσεις και χρόνια προβλήματα είτε έμμεσα όταν η καθυστέρηση σε ασθενείς με οξεία προβλήματα αυξάνει τις πιθανότητες για επιπλοκές, την νοσηρότητα ή και τη θνητότητα τους και η πρόγνωση πλέον καθίστανται δυσμενής, άρα πιο πολλές μέρες νοσηλείας με όλα τα επακόλουθα, πιο εξειδικευμένη θεραπεία, όταν σε διαφορετική περίπτωση η άμεση αντιμετώπιση και διεκπεραίωση θα είχαν αποφύγει την πλειοψηφία αυτών (Μαλλιάρου, Σαράφης, & Ζυγά, 2009).

4.3 Οφέλη από την ορθολογική χρήση των υπηρεσιών

Τα οφέλη της πρωτοβάθμιας φροντίδας που είναι σωστά ανεπτυγμένη και λειτουργεί εξυπηρετώντας τους στόχους έχουν ήδη αναφερθεί. Η πρόληψη των νόσων με την μείωση του επιπολασμού και της επίπτωσης τους, ο εμβολιασμός και η εξάλειψη λοιμωδών ασθενειών, η αγωγή και προαγωγή υγείας με την ενδυνάμωση του ατόμου και την συμμετοχή του στη διατήρηση της καλής υγείας ή στην αποφυγή υποφορών της νόσου, η γνώση των τοπικών προβλημάτων της κοινότητας και η παρέμβαση σε αυτά είναι μερικά

από τα οφέλη της ορθής προφοράς της ΠΦΥ, με τελικό αποτέλεσμα υψηλότερο επίπεδο υγείας του πληθυσμού γενικότερα. Πιθανό πρόβλημα στην πολιτική βούληση από την προτεραιότητα σε όλα αυτά είναι ότι αποδίδουν καρπούς μακροπρόθεσμα, σε βάθος χρόνου όταν η οικονομική πίεση και οι δυσλειτουργίες που προκύπτουν επιζητούν άμεση λύση και ορατά αποτελέσματα (Doran, Colucci, Hessler, Ngai, Williams, Wallach, et al., 2013- Kravet, Shore, Miller, Green, Kolodner, & Wright, 2008).

Ωστόσο, η ορθολογική χρήση των υπηρεσιών έχει και άμεσες συνέπειες. Η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων στις κατά τόπους υγειονομικές μονάδες ή αντιμετώπιση στο σπίτι των ασθενών που χρήζουν φροντίδα από επαγγελματίες υγείας ή μέσω της εκπαίδευσης και της ενίσχυσης των άτυπων φροντιστών συμβάλει στο συνεχές της θεραπευτικής προσέγγισης. Η γνώση του ιστορικού, των ιδιομορφιών, του κοινωνικού-οικονομικού και οικογενειακού υπόβαθρου του ατόμου διευκολύνει τον θεράποντα να πάρει τις σωστές αποφάσεις προσαρμοσμένες κατά περίπτωση, δίχως απαραίτητα να αποκλίνει από τις γενικές κατευθυντήριες οδούς. Η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και συνεργασίας επίσης υποβοηθά στην τήρηση των οδηγιών και στην συνεργασία των ασθενών και του περιβάλλοντος του (Leisen, & Hyman, 2004). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα διατήρηση καλύτερης υγείας, λιγότερες υποτροπές και κατά συνέπεια λιγότερες επισκέψεις για αναζήτηση βοήθειας σε νοσοκομειακές υγειονομικές μονάδες και εισαγωγές στο νοσοκομείο. Η μείωση του κόστους δεν γίνεται γιατί ακολουθείται υποδεέστερη θεραπεία στον ασθενή αλλά σαφώς το κόστος από την διαμονή στο νοσοκομείο είναι μεγαλύτερο, η θεραπεία των επιπλοκών πιο εξειδικευμένη και οι πιθανοί κίνδυνοι (πχ ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις) αυξημένοι (Foster, Earl, Haines, & Mitchell, 2010- Zebiene, Svab, Sapoka, Kairys, Dotsenko, Radic, & et al, 2008).

Επιπλέον, οι τοπικές μονάδες υγείας και οι ιδιώτες γιατροί γνωρίζουν καλύτερα τους κατά τόπους κοινωνικούς ή άλλους υποστηρικτικούς φορείς όποτε η προσέγγιση για συνεργασία είναι πιο εύκολη. Η επαφή είναι προσωπική, σαφώς είναι περισσότερο διευκολυντικό αν υποστηρίζεται και από νομοθετικό πλαίσιο, και η αναζήτηση για άλλης μορφής βοήθειας για τον ασθενή όταν

χρειάζεται, προωθεί την εξατομίκευση της θεραπευτικής παρέμβασης (Παπαμίχος, Οικονομόπουλος, Θηραΐος, & Παπανικολάου, 2007).

Η ακτινωτή εμβέλεια της ΠΦΥ ως πυρήνας του συστήματος υγείας δεν στοχεύει μόνο ως προς τις υπόλοιπες βαθμίδες του υγειονομικού οικοδομήματος αλλά επεκτείνεται σε όλες τις τοπικές δυνάμεις. Η γνώση και η αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων, ενίοτε και οικονομικών, η γνώση της τοπικής κοινότητας και της σύνθεσης του πληθυσμού, (αλλοδαποί μετανάστες, άνεργοι κτλ) καθώς και η ευκολία στην πρόσβαση στις κατά τόπους μονάδες υγείας εξυπηρετεί στην ανάπτυξη ισορροπίας και αντίληψη των αναγκών ώστε η διάχυση της παρέμβασης να είναι πιο εύκολη και να μην αναζητούνται προσωρινές λύσεις σε πρόσωπα περιβάλλοντα για προβλήματα που μπορούν εύκολα να αντιμετωπιστούν ή να προληφθούν.

4.4 Αντίλογος

Για την αντιμετώπιση της αδικαιολόγητης χρήσης του τμήματος επειγόντων κατά καιρούς σε διαφορές χώρες έχουν προταθεί ή και εφαρμοστεί ποικίλα μέτρα, στα οποία υπάρχει αντίλογος και μάλιστα από τους επαγγελματίες υγείας, πιθανόν λόγω επίγνωσης των κινδύνων που ενέχει η κατάργηση ή ο περιορισμός του «δίκτυ ασφαλείας».

Η σκέψη να πάψει η δωρεάν πρόσβαση στο ΤΕΠ ή να πληρώνει ο ασθενής εφόσον κριθεί ότι έκανε αδικαιολόγητη χρήση εγείρει ενστάσεις ότι αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να πληγούν οι ήδη ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, των οποίων το επίπεδο υγείας είναι ευαίσθητο, οι έχοντες χαμηλό εισόδημα και ιδιαίτερα οι άνεργοι και ανασφάλιστοι που δεν έχουν την δυνατότητα για πρόσβαση σε άλλη υγειονομική δομή. Αποτέλεσμα θα είναι η επιδείνωση των προβλημάτων υγείας του με συνέπεια την παραπάνω χρήση των υπηρεσιών υγείας με χειρότερη πλέον πρόγνωση, θεραπευτική προσέγγιση και κόστος εκτός όλων των λοιπών κοινωνικών και ηθικών ζητημάτων που προκύπτουν (Handel, McConnell, Wallace, & Gallia, 2008).

Κάποιοι υποστηρίζουν ότι αν κατά τη διαλογή και αξιολόγηση του ασθενή την στιγμή προσέλευσης του κριθεί ως μη επείγον θα πρέπει να παραπέμπεται άμεσα σε άλλη υγειονομική δομή και δη στην πρωτοβάθμια εξωνοσοκομειακή. Ωστόσο και σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν φόβοι για την ασφάλεια της απόφασης και του ασθενή κατ' επέκταση (Boushy, & Dubinsky, 1999). Τίθεται το ερώτημα του χρόνου που θα εξετασθεί από τον γιατρό της πρωτοβάθμιας και αν μέχρι εκείνη την στιγμή ο άρρωστος είναι ασφαλής να περιμένει και εφόσον αυτό συμβεί αν ο εξωνοσοκομειακός γιατρός έχει την δυνατότητα για πλήρη διαγνωστικό έλεγχο. Επιπλέον, κάποιοι ασθενείς και ιδιαίτερα η ειδική κατηγορία των «συχνών χρηστών» ίσως να χρειάζεται ιδιαίτερη μεταχείριση και προσέγγιση, κατά περίπτωση, σε άμεση συνεργασία με τους υπόλοιπους φορείς (Kumar, & Klein, 2012). Δεν είναι τυχαίο άλλωστε το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς μετά από λίγο διάστημα ξαναεπισκέπτονται το ΤΕΠ και μερικές φορές χρήζουν νοσηλεία λόγω επιδείνωσης της κατάστασης τους. Επιπρόσθετα και η τηλεφωνική αξιολόγηση και διαλογή και η ακόλουθη κατεύθυνση του ασθενή φέρει αρκετές επιφυλάξεις ως προς τους κινδύνους και τα ενδεχόμενα λάθη, όσο έμπειρο και να θεωρείται το προσωπικό (Young, & Lowe, 1997).

Όσον αφορά το ρόλο του «φύλακα» (gatekeeper) του εξωνοσοκομειακού γιατρού και του αριθμού ή το είδος των περιστατικών που παραπέμπονται στο νοσοκομείο επίσης υπάρχουν ενστάσεις από τους επαγγελματίες υγείας περί της ασφάλειας του ασθενή (και του ίδιου του γιατρού) να διακινδυνεύσει να «κρατήσει» έναν ασθενή μακριά από την τριτοβάθμια, όταν δεν διαθέτει είτε την απαραίτητη εκπαίδευση για αυτό είτε τα απαραίτητα διαγνωστικά μέσα για να κρίνει την ορθότητα της απόφασης του άμεσα (Tabenkin, & Gross, 2000). Επιπλέον, ακόμη και η παραπομπή σε ειδικό γιατρό αυστηρά μέσω του οικογενειακού σε πολλές περιπτώσεις έχει έντονες αντιδράσεις και αποτελεί θέμα επίλυσης για την πολιτική, όταν η αναμονή είναι πάρα πολύ μεγάλη και εκτός από την στέρηση της «ελευθερίας» του πολίτη για επιλογή δύναται να επιδεινώσει το πρόβλημα υγείας του, μετατρέποντας ένα αρχικά απλό θέμα υγείας σε δυσεπίλυτο με απρόβλεπτη πρόγνωση και επιπτώσεις.

Όπως φαίνεται τα περιοριστικά μέτρα χρήσης από τους ασθενείς ίσως να μην αποτελούν την ενδεδειγμένη οδό για την επίλυση της υπερφόρτωσης του ΤΕΠ, γι' αυτό άλλωστε παραμένει ελεύθερη η πρόσβαση του σχεδόν σε όλες τις χώρες, και πιθανόν η καταλυτική προσέγγιση για την ορθή χρήση του να βρίσκεται σε διαφορετική κατεύθυνση, ανεξάρτητα των δομών και της οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος της κάθε χώρας.

4.5 Προβληματισμοί

Όπως δείχνει η βιβλιογραφική ανασκόπηση η υπερφόρτωση του ΤΕΠ δεν σχετίζεται απαραίτητα με την έλλειψη γιατρού στην πρωτοβάθμια φροντίδα αλλά με παραμέτρο η της λειτοργίας και της οργάνωσης των εξωνοσοκομειακών δομών. Η πλειοψηφία των ατόμων που κάνουν ακατάλληλη χρήση του τμήματος επειγόντων έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε εξωνοσοκομειακό γιατρό, τον οποίο και «χρησιμοποιούν», ωστόσο στην περίπτωση που αλλάξει κάτι στη συνήθη κατάσταση καταφεύγουν στο νοσοκομείο. Η συνήθης χρήση των ιατρών της πρωτοβάθμιας είναι η συνταγογράφηση και η εξέταση ρουτίνας, ρόλοι που προωθούν τις περισσότερες φορές και οι ίδιοι οι προμηθευτές υπηρεσιών (Σουλιώτης, & Λιονής, 2003).

Η αδυναμία να συναντήσουν άμεσα τον γιατρό τους όταν προκύπτει κάτι που μπορεί να μην είναι οξύ, αλλά χρήζει μιας άμεσης εξέτασης και απάντησης, και η αναμονή για το πρώτο διαθέσιμο ραντεβού προκαλεί ανασφάλεια στους ασθενείς. Αν σε αυτό προστεθεί και η μη δυνατότητα διαγνωστικών εξετάσεων, για τη διεκπεραίωση των οποίων θα χρειαστεί πρώτα να γραφούν κατόπιν να κλειστεί ένα ραντεβού σε διαγνωστικό, ιδιωτικό συνήθως, να περάσουν μία ως δύο μέρες στην καλύτερη περίπτωση να βγουν τα αποτελέσματα και στην συνέχεια να ολοκληρωθεί η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή από τον γιατρό, συνεπάγεται μια αναμονή αρκετών ημερών και μια «ταλαιπωρία» για τον πολίτη που έχει τη δυνατότητα να την παρακάμψει άμεσα με μια επίσκεψη στο ΤΕΠ, ακόμη κι αν αυτό σημαίνει ότι θα περιμένει για πολλές ώρες. Επίσης προβληματική είναι και η επίσκεψη σε ειδικούς γιατρούς, όπου η αναμονή τουλάχιστον στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είναι

πάρα πολύ μεγάλη, οπότε και πάλι η πύλη των επειγόντων είναι μια δίοδος τουλάχιστον για μια πρώτη συνάντηση και γνώμη στην περίπτωση που δεν λυθεί άμεσα το πρόβλημα (Howard, Davis, Anderson, Cherry, Koller, & Shelton, 2005).

Δυσκολία στην πρόσβαση αποτελεί και ωράριο λειτουργία των πρωτοβάθμιων δομών και των ιδιωτών γιατρών. Εργαζόμενοι που πρέπει να απουσιάσουν από την εργασία τους για να πραγματοποιήσουν μια επίσκεψη καταφεύγουν στο νοσοκομείο. Επιπλέον αν συμβεί κάτι έκτακτο, ακόμη και ήσσονος σημασίας, δεν υπάρχει διαθέσιμη δομή ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, για να δοθεί λύση, ο γιατρός της πρωτοβάθμιας δεν είναι διαθέσιμος συνήθως ούτε και τηλεφωνικά, εφημερία μεμονωμένων γιατρών ανά περιοχή τουλάχιστον στις περισσότερες χώρες δεν υπάρχει και αν υπάρχει δεν έχει διαγνωστικά μέσα, οπότε για άλλη μια φορά ο δρόμος εύκολος και βολικός, οδηγεί στο ΤΕΠ είτε ως πρωτοβουλία του ασθενή είτε ως παραπομπή από τον εξωνοσοκομειακό γιατρό (Τσαχάκη, Κατσάπη, & Αντωνάκης, 2007).

Υποστηρίζεται από πολλούς ότι η αύξηση των γιατρών της πρωτοβάθμιας επιφέρει καλά αποτελέσματα ως προς τη χρήση των νοσοκομειακών δομών. Ο ισχυρισμός αυτός σαφώς ισχύει σε περιοχές με μειωμένο αριθμό επαγγελματιών υγείας ειδικά σε αγροτικές και ημι-αγροτικές περιοχές (Wright, & Rickets, 2010). Ωστόσο στα αστικά κέντρα ο αριθμός των διαθέσιμων προμηθευτών ξεπερνά τις ανάγκες ενίοτε και όχι μόνο δεν φαίνεται να επηρεάζει θετικά την χρήση των υπηρεσιών υγείας αλλά κάποιες φορές και ανάλογα με την μέθοδο αποζημίωσης (κατά πράξη, κατά κεφαλή κτλ) ενέχει τον κίνδυνο υπερκατανάλωσης υπηρεσιών υγείας και υπέρμετρη αύξηση του κόστους μέσω του μηχανισμού της προκλητής ζήτησης (Ματσαγγάνης, 1999). Τελικά σημασία δεν έχει ο απόλυτος αριθμός των διαθέσιμων επαγγελματιών υγείας αλλά ο τρόπος και το εργασιακό καθεστώς μέσω του οποίου διατίθενται οι υπηρεσίες καθώς και η επάρκεια σε διαγνωστικά μέσα και εξυπηρέτηση ή αντιμετώπιση των περιστατικών (Watson, & Mcgail, 2009). Χαρακτηριστικό παράδειγμα η Αγγλία όπου έχουν δοθεί οικονομικά κίνητρα στους οικογενειακούς γιατρούς για άσκηση προληπτικών δράσεων στον

πληθυσμό με στόχο την καλύτερη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων με στόχο τη μείωση των εισαγωγών στα νοσοκομεία (Dusheiko, Gravelle, Martin, Rice, & Smith, 2011).

Σε ανάλογα συμπεράσματα οδηγούν και οι μελέτες που έχουν γίνει στην Ελλάδα για την πρωτοβάθμια φροντίδα δηλώνοντας επίσης ότι οι πολίτες προτιμούν τη χρήση των υπηρεσιών εκτός νοσοκομείου και ότι τελικώς αναγκάζονται να καταφύγουν στο ΓΕΠ ως την εναλλακτική που επιλύει τις αδυναμίες των τοπικών μονάδων. Σε έρευνα που έγινε σε 1206 άτομα από διάφορα μέρη της Ελλάδας βρέθηκε ότι το 24,8% θα ήθελε οι επαγγελματίες υγείας να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο, το 64,7% θα προτιμούσε να χρησιμοποιεί τους τοπικούς φορείς υγείας και δη τα Δημοτικά ιατρεία ενώ το 80,1% είναι θετικό στην βοήθεια στο σπίτι (Καδδά, Μαρβάκη, Τζαβάρας, Μαζγάλη, Παληός, Κόντας, & Ανδρουλάκη, 2010). Επίσης σε μελέτη για την ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες σε πολυιατρείο του ΙΚΑ (νυν ΕΟΠΥΥ, εφόσον ουσιαστικά μόνο το όνομα έχει αλλάξει και ο αριθμός των εξυπηρετούμενων ασφαλισμένων αλλά όχι ο τρόπος λειτουργίας) ενώ το 76,1% των ασθενών δήλωσαν ότι προτιμούσαν να επισκέπτονται για το πρόβλημα υγείας τους αρχικά το δικό τους γιατρό, το 51,2% ήταν μέτρια ευχαριστημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες έναντι του 31,4% που ήταν πολύ ικανοποιημένο. (Τούντας, Λοπατατζίδης, & Χουλιάρη, 2003). Ο βαθμός ικανοποίησης είναι πολύ μεγαλύτερος (φτάνοντας το 90% από τις προσφερόμενες υπηρεσίες και τις σχέσεις με τους γιατρούς και το προσωπικό στα κέντρα υγείας της περιφέρειας ενώ μειώνεται σημαντικά στην επάρκεια του εξοπλισμού και της στελέχωσης του προσωπικού (Αναγνωστοπούλου, Σίσκου, & Γαλάνης, 2012 - Καμπάντα, & Νιάκας, 2004). Και η θετική τους άποψη για τα κέντρα υγείας αποτυπώνεται στην πρόθεση τους ακόμη και να καταβάλουν ένα επιπλέον οικονομικό ποσό ως έμμεση χρηματοδότηση της υγειονομικής μονάδας ώστε να καλυφθεί με το απαιτούμενο προσωπικό και την υλικοτεχνική υποδομή (Αναγνωστοπούλου, Σεμερτζιάδη, Σίσκου, Καϊτελίδου, & Τσουνίας, 2011). Ανάλογη εμπειρία δεν υπάρχει στα αστικά κέντρα λόγω έλλειψης κέντρων υγείας αστικού τύπου αλλά παρόλα αυτά η λειτουργία του ΚΥ Βύρωνα δείχνει ότι μπορεί να είναι ηθμός προς την τριτοβάθμια όταν από

τα έκτακτα περιστατικά που αντιμετώπισε μόνο το 2% διακομίσθηκε με ΕΚΑΒ σε εφημερεύοντα νοσοκομεία (Μερκούρης, 2007).

Ως αποτέλεσμα φαίνεται ότι ενώ οι ασθενείς, τουλάχιστον στην Ελλάδα, έχουν το δικαίωμα να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες κατά το δοκούν άνευ φραγμών και περιορισμών και ενώ θεωρητικά αυτό θα διευκόλυνε να βρουν ταχύτερα τις απαντήσεις για την αποκατάσταση της υγείας τους, φαίνεται να μην αποδίδει. Η εναλλαγή μεταξύ των γιατρών και των υπηρεσιών δεν φέρνει το επιθυμητό αποτέλεσμα διότι χάνεται η αρχή της θεραπευτικής συνέχειας, απαραίτητη προϋπόθεση για την αντιμετώπιση τουλάχιστον των χρόνιων νοσημάτων, και ως εκ τούτου ταλαιπωρούνται μεταξύ των ειδικών, των επαναλαμβανόμενων εξετάσεων και της κατανάλωσης ιδίων πόρων ή πολύτιμου χρόνου σε αναμονή.

Συνέπεια είναι η δημιουργία ενός φαύλου κύκλου στον οποίο περιστρέφονται τόσο οι πολίτες όσο και οι επαγγελματίες υγείας αλλά και οι αποφασίζοντες, δίχως να διαφαίνεται η έξοδος. Η ανάγκη για συγκράτηση του κόστους, η ορθολογική χρήση και κατανομή των λιγοστών πόρων, η αντιμετώπιση και η πρόωπη διάγνωση των χρόνιων νοσημάτων και του αυξανόμενου ποσοστού των ηλικιωμένων διεθνώς συγκλίνουν όπi η λύση βρίσκεται εκτός νοσοκομείου, στην ποιοτική πρωτοβάθμια φροντίδα, την άρτια εξοπλισμένη και στελεχωμένη, ικανή να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις των κοινωνικών συγκυριών και τις ανάγκες και απαιτήσεις των πολιτών (Starfield, 2012).

Κεφάλαιο Πέμπτο

Μεθοδολογία

Στο παρόν κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την πραγματοποίηση του ερευνητικού μέρους της μεταπτυχιακής διατριβής και εξηγούνται οι λόγοι που επιλέχθηκε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο.

5.1 Σκοπός και Στόχοι

Σκοπός της ερευνητικής μελέτης είναι να αναδειχθούν οι αιτίες που οι ασθενείς κάνουν ακατάλληλη χρήση του τμήματος των επείγων για προβλήματα που θα μπορούσαν και θα όφειλαν να αντιμετωπιστούν σε άλλες εξωνοσοκομειακές δομές.

Στόχοι της ερευνητικής μελέτης είναι:

- ✓ Να αναδειχθούν οι αδυναμίες ή οι ελλείψεις της εξωνοσοκομειακής και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εξαιτίας των οποίων οι ασθενείς επιλέγουν την προσέλευση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών μεγάλου νοσοκομείου για προβλήματα ελάσσονος σημασίας ή χρόνιων καταστάσεων.
- ✓ Οι απόψεις των ασθενών για τις παρεχόμενες εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις απόψεις τους για τον νοσοκομειακό χώρο.

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που θα γίνει προσπάθεια να απαντηθούν είναι τα εξής:

- ✓ Τα αίτια που οδήγησαν τους ασθενείς να κάνουν ακατάλληλη χρήση του ΤΕΠ, ενώ το πρόβλημα τους όφειλε ή θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί σε πρωτοβάθμια υγειονομική δομή
- ✓ Διερεύνηση πιθανής σχέσης μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και των αιτιών επίσκεψης τους στο τμήμα επειγόντων

Παράλληλα καταγράφονται τα γενικότερα στατιστικά του ΤΕΠ του νοσοκομείου και του αριθμού των εισαγωγών καθώς και τα κριτήρια καταλληλότητας όπως ορίζεται από το χρησιμοποιηθέν πρωτόκολλο.

5.3 Σχεδιασμός έρευνας

Το ερευνητικό κομμάτι της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι ποσοτική μελέτη και στηρίζεται στην περιγραφική στατιστική και μέσω ερωτηματολογίου γίνεται προσπάθεια να βρεθούν οι αιτίες που ωθούν τους ασθενείς να κάνουν ακατάλληλη χρήση υγειονομικής δομής ενώ έχω εναλλακτικές, έστω και θεωρητικά. Για την πραγματοποίηση της έρευνας επιλέχθηκε δημόσιο τριτοβάθμιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο μεγάλου αστικού κέντρου. Οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή του νοσοκομείου είναι ποικίλοι. Αρχικό έναυσμα ότι η πρώτη χρήση του ερωτηματολογίου είχε γίνει σε ανάλογη υγειονομική δομή. Μετά από κριτική σκέψης επί του ερευνητικού εργαλείου το νοσοκομείο πληρούσε τις προϋποθέσεις «ασφαλούς» συμπλήρωσης του πρωτόκολλου καταλληλότητας επίσκεψης στο ΤΕΠ ώστε να γίνει ο διαχωρισμός και να διανεμηθούν σε δεύτερο χρόνο τα ερωτηματολόγια στους ασθενείς που δεν είχαν προσέλθει δικαιολογημένα, εφόσον κατά την είσοδο του αρρώστου στο χώρο η πρώτη του επαφή γίνεται με την ομάδα διαλογής (γιατρούς και νοσηλεύτρια) από την οποία κρίνεται η βαρύτητα του περιστατικού (και κατά συνέπεια ο χρόνος αναμονής) και η ιατρική ειδικότητα που ενδείκνυται για την περίπτωση. Επιπλέον λόγος ήταν ότι στο εν λόγω νοσοκομείο υπάγεται διοικητικά νεοσύστατη πρωτοβάθμια υγειονομική δομή, κέντρο υγείας αστικού τύπου και σε απόσταση μικρότερη των πέντε χιλιομέτρων, καλύπτοντας σχεδόν την ίδια πληθυσμιακή ομάδα. Το κέντρο υγείας είναι πολύ καλά εξοπλισμένο υλικοτεχνικά, σχεδόν με όλες τις βασικές

ιατρικές ειδικότητες και εργαστηριακό τομέα (ακτινολογικό, τμήμα υπερήχων, αιματολογικό-βιοχημικό εργαστήριο) διαθέτοντας τμήμα επειγόντων, με δυνατότητα παροχής πρώτων βοηθειών ακόμη και σε βαριά περιστατικά (έως ότου διακομισθούν) υποστηριζόμενο από Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, δυναμικότητας δύο κλινών και λειτουργεί καθημερινά 12ωρο, 8.00π.μ.-8.00μ.μ.

Οι ώρες που πραγματοποιήθηκε η ερευνητική μελέτη ήταν 8 το πρωί ως 8 το απόγευμα καθημερινές, εκτός αργιών και σαββατοκύριακου, ώστε να βρίσκονται σε λειτουργία και διαθεσιμότητα όλες οι πρωτοβάθμιες υγειονομικές δομές και οι ιδιώτες γιατροί.

5.4 Περιγραφή του πληθυσμού- Επιλογή του δείγματος

Για την πραγματοποίηση της έρευνας έχουν χρησιμοποιηθεί δύο υπό μελέτη πληθυσμοί. Ο πρώτος αποτελείται από τους προσερχόμενους ασθενείς στο ΤΕΠ και η επιλογή τους έγινε τυχαία, ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού που επισκέπτεται το τμήμα επειγόντων. (Javeau, 2000). Έχουν αποκλειστεί τα άτομα κάτω των 16 χρόνων (παιδιατρικά περιστατικά) και οι ασθενείς που προσερχόμενοι πέρασαν άμεσα στην αίθουσα αναζωογόνησης λόγω της βαρύτητας της κατάστασης τους. Δεν έχουν αποκλειστεί τα άτομα που προσκομίσθηκαν μέσω ασθενοφόρου, λόγω του ότι η εμπειρία δείχνει ότι και στο συγκεκριμένο μέσο, πάρα πολλές φορές, γίνεται ακατάλληλη χρήση με συνέπεια να μεταφέρονται και ασθενείς δίχως οξύ πρόβλημα υγείας, παρά μόνο ως ευκολία προσπέλασης της πολύωρης αναμονής για εξέταση.

Για τον πρώτο υπό μελέτη πληθυσμό κατά τη διαλογή και την αξιολόγηση του ασθενή από τους επαγγελματίες υγείας του χώρου (Triage) συμπληρώθηκε και το πρωτόκολλο δικαιολογημένης χρήσης του ΤΕΠ, ανάλογα με την βαρύτητα και την αιτία προσέλευσης. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο, με τις αιτίες ακατάλληλης χρήσης, δόθηκε στους ασθενείς που δεν πληρούσαν τα κριτήρια του πρωτοκόλλου και κρίθηκε ότι άστοχα προσήλθαν στο νοσοκομείο σε ημέρα εφημερίας για την επίλυση του προβλήματός τους.

Το πρωτόκολλο καταλληλότητας συμπληρώθηκε για 1.011 ασθενείς από την ομάδα Διαλογής κατά την προσέλευση και την αξιολόγηση στο χώρο της Υποδοχής του τμήματος επειγόντων. Από το δείγμα αυτό 365 άτομα κρίθηκε ότι δεν θα έπρεπε να είχαν προσέλθει στο τμήμα επειγόντων και σε αυτούς δόθηκε το κυρίως ερωτηματολόγιο των αιτιών αδικαιολόγητης προσέλευσης. Πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι ασθενείς ερωτήθηκαν αν θα ήθελαν να συμμετέχουν, εφόσον τους εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας και διαβεβαιωθήκαν ότι τηρείται η ανωνυμία τους και ότι οι ερευνητές δεν σχετίζονται με το νοσοκομείο ούτε οι απαντήσεις τους θα επηρεάσουν τον χρόνο αναμονής και την ανταπόκριση από τον προσωπικό του τμήματος.

5.5 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Πρόκειται για ποσοτική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου για τη συλλογή των δεδομένων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, ως ένα από τα πιο κατάλληλα μέσα για την αποτύπωση υποκειμενικών κρίσεων με τη λιγότερη δυνατή ενόχληση των ερωτηθέντων (Javeau, 2000). Το συγκεκριμένο εργαλείο επιλέχθηκε για ένα και μόνο συγκεκριμένο λόγο. Σε πολλές μελέτες το ποσοστό των περιστατικών που χαρακτηριζόντουσαν ως μη επείγοντα παρουσίαζε μεγάλη διακύμανση ως απο έλεσμα της υποκειμενικής κρίσης είτε των ερευνητών είτε των επαγγελματιών του ΤΕΠ. Η έλλειψη σαφών κριτηρίων για το τι ορίζεται «επείγον» και ποιος ασθενής τελικά προσήλθε καλώς στο νοσοκομείο δημιουργούσε ασάφεια πλαισίου και αδυναμία σύγκρισης αποτελεσμάτων όχι μόνο από χώρα σε χώρα, αλλά και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο της ίδιας χώρας ακόμη και διχογνωμία μεταξύ επαγγελματιών του ίδιου χώρου (Lega, & Mengoni, 2008- Breen, & McCann, 2012).

Το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο αποτελείται από δύο τμήματα. Το πρώτο είναι το πρωτόκολλο δικαιολογημένης χρήσης του ΤΕΠ (Hospital Urgencies Appropriateness Protocol-HUAP)¹² το οποίο αποτελείται από πέντε κατηγορίες

¹² Παράρτημα 2

κριτηρίων (25 συνολικά) που τελικώς ορίζουν αν ο ασθενής όφειλε ή όχι να αντιμετωπίσει το πρόβλημα υγείας του εξωνοσοκομειακά. Η πρώτη κατηγορία αφορά τη σοβαρότητα της κατάστασης και περιλαμβάνει οκτώ ευρείες νοσολογικές οντότητες, η δεύτερη περιέχει τέσσερις ευρείες θεραπευτικές παρεμβάσεις, η τρίτη περιλαμβάνει διαγνωστικά κριτήρια, η τέταρτη σχετίζεται με τρόπους διακομδής και προσέλευσης του ασθενή στα επείγοντα και η πέμπτη περιλαμβάνει απόψεις του ίδιου του ατόμου όσον αφορά την αντίληψη του για την κατάσταση, προηγούμενες εμπειρίες και ιστορικό κτλ.

Το δεύτερο τμήμα του ερευνητικού εργαλείου είναι το ερωτηματολόγιο που δίνεται στους ασθενείς που έχουν κάνει αδικαιολόγητη χρήση του ΤΕΠ και χωρίζεται σε δύο ενότητες, με 28 αιτίες, συνολικά, που δυνατόν να τους οδήγησαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Η πρώτη ενότητα-κατηγορία αφορά τις περιπτώσεις που παραπέμφθηκαν από τον εξωνοσοκομειακό γιατρό και τις αιτίες (τέσσερις) που τον οδήγησαν να πάρει την απόφαση παραπομπής του ασθενή στο νοσοκομείο. Η δεύτερη ενότητα, με πέντε υποκατηγορίες, σχετίζεται αμιγώς με τους ασθενείς που αποφάσισαν μόνοι τους να προσέλθουν στο νοσοκομείο. Η πρώτη υποκατηγορία αναφέρεται στην αναμονή των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών για ραντεβού, η δεύτερη στην δυνατότητα επικοινωνίας και «ανεύρεσης» των γιατρών και των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας από τους ασθενείς, η τρίτη στις γνώσεις του ασθενή για τις δομές που υπάρχουν εκτός νοσοκομείου στις οποίες πιθανόν να μπορούσε να εξυπηρετηθεί, η τέταρτη στην τοποθέτηση του απέναντι στις υγειονομικές δομές και τον βαθμό εμπιστοσύνης που έχει σε αυτές και η τελευταία αναφέρεται σε διάφορους λόγους που είτε αφορούν καθαρά τις προτιμήσεις του ασθενή και του περιβάλλοντος του ή υπάγονται σε εξωτερικούς παράγοντες π.χ. δικαστική εντολή εξέτασης.

Και στα δύο τμήματα του ερευνητικού εργαλείου οι ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου και απαντώνται με «ΝΑΙ-ΟΧΙ» και έχουν σταθμιστεί και δοκιμαστεί σε διάφορες χώρες (Ισπανία –Βραζιλία) (Pereira, Silva, Quintas, Almeida, & et al, 2001- Sempere-Selva, Peiró, Sendra – Pina, Martinez – Espin, & Lopez – Aguilera,

2001) και ελεγχτεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους (Γαλάνης, 2012).

Πριν την χρήση του ερευνητικού εργαλείου και τα δύο τμήματα του υπεβλήθησαν σε διαδικασία απλής αντίστροφης μετάφρασης (Μερκούρης, 2008). Αρχικά, μεταφράστηκε από επαγγελματία υγείας με άριστη γνώση της Αγγλικής γλώσσας, ώστε να προσαρμοστεί στην ελληνική κουλτούρα και δεδομένα ενώ στην συνέχεια η αντίστροφη μετάφραση (από ελληνικά στα αγγλικά) πραγματοποιήθηκε από δεύτερο ανεξάρτητο επαγγελματία υγείας, επίσης με άριστη γνώση της Αγγλικής γλώσσας δίχως να παρατηρηθούν διαφορές στην απόδοση των όρων και των εννοιών. Λόγω πίεσης χρόνου και εφόσον στην διαδικασία της μετάφρασης δεν παρουσιάστηκαν αποκλίσεις και διαφορές, το ερευνητικό εργαλείο δεν αποστάλθηκε στην συντακτική ομάδα δημιουργία του.

Στους συμμετέχοντες στην μελέτη δόθηκε εφόσον διαπιστώθηκε ότι το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο δεν απείχε από το πρωτότυπο (Γαλάνης, 2012).

5.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Πριν τη διεξαγωγή της κύριας έρευνας έγινε πιλοτική εφαρμογή, τον Φεβρουάριο του 2011 στην διάρκεια τριών εφημεριών, με σκοπό να διαπιστωθούν τυχόν ασάφειες και δυσνόητα σημεία στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και του πρωτοκόλλου, τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελματίες υγείας της ομάδας Διαλογής αντίστοιχα. Εφόσον, δεν σημειώθηκαν σημεία δυσκολίας στην κατανόηση και χρήση του δεν πραγματοποιήθηκε επαναδοκιμασία σε διάστημα τριών εβδομάδων, σύμφωνα με την ενδεδειγμένη τακτική, λόγω και της πίεσης χρόνου για την διεξαγωγή και ολοκλήρωση της μελέτης.

Επιπλέον, κρίθηκε απαραίτητο να καθοριστεί ο πλέον κατάλληλος τρόπος που θα προσεγγίζονταν οι ασθενείς που κρίθηκαν ότι έκαναν ακατάλληλη χρήση της υπηρεσίας. Αρχικά, η προσέγγιση τους έγινε στον χώρο του εξεταστηρίου από την Νοσηλεύτρια που κάλυπτε το χώρο, παρουσία της ερευνήτριας.

Διαπιστώθηκε ότι η οδός δεν λειτουργούσε καλά. Οφείλει να σημειωθεί ότι το τμήμα επειγόντων είναι εξαιρετικά ιδιόμορφο με υψηλές ταχύτητες κίνησης του προσωπικού τις περισσότερες φορές, πολύπλευρη ένταση και όταν υπάρχει υποστελέχωση και φόρτο εργασίας οι εργαζόμενοι δεν παραμένουν σταθεροί αλλά προσφέρουν τις υπηρεσίες τους όπου χρειάζεται ανά το χώρο. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, όταν ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια ή και η ερευνήτρια έθετε το ερώτημα της αιτίας για την ακατάλληλη χρήση ο ασθενής αντιδρούσε αρνητικά, δείχνοντας να πιστεύει ότι τον «μαλώνουν» που βρίσκεται εκεί, οπότε και δεν θα εξετασθεί όπως πρέπει ή απέφευγε να απαντήσει ευθέως προσπαθώντας να δικαιολογήσει την επιλογή του, μοιάζοντας περισσότερο ως απολογία. Στη διάρκεια της εξέτασης ήταν δύσκολο να δεσμευτεί το εξεταστήριο για να διερευνηθούν όλες οι αιτίες του ερωτηματολογίου, λόγω της αναμονής των υπολοίπων ασθενών. Μετά την εξέταση, λόγω του μη επείγοντος, αρκετοί ασθενείς αποχωρούσαν άμεσα, οπότε δεν υπήρχε ο χρόνος προσέγγισης.

Λόγω αυτών των δυσκολιών κρίθηκε απαραίτητο η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων να γίνεται μετά την αξιολόγηση του ασθενή από την ομάδα Διαλογής και κατά το χρονικό διάστημα της αναμονής για εξέταση. Εξ' αυτού, όπως και προαναφέρθηκε, δηλώνονταν στους υποψήφιους ερωτηθέντες ότι η έρευνα ήταν ανώνυμη και δεν σχετιζόταν με το νοσοκομείο και το προσωπικό του τμήματος, ούτε θα γινόντουσαν γνωστές οι απαντήσεις. Με τον τρόπο αυτό η αντίδραση ήταν πολύ πιο θετική (δεν υπήρχε καμιά άρνηση συμμετοχής) και υπήρχε ο χρόνος να απαντηθεί όλο το ερωτηματολόγιο. Στην πιλοτική φάση το πρωτόκολλο δινόταν μαζί με το έντυπο της Διαλογής μέσα στον χώρο των εξεταστηρίων και αν καλούσαν ταυτόχρονα δύο ασθενείς σε διαφορετικά εξεταστήρια ήταν δύσκολη και η παρακολούθηση τους συν των υπολοίπων προβλημάτων που προαναφέρθηκαν ενώ μεταγενέστερα η ερευνήτρια παρευρισκόμενη στον χώρο υποδοχής και αξιολόγησης παραλάμβανε άμεσα το έντυπο πρωτοκόλλου και προσέγγιζε την ασθενή σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα.

Η συμπλήρωση γινόταν από την ερευνήτρια μέσω δομημένης «συζήτησης» με βάση τις κατηγορίες αιτιών, παρουσία του ασθενή και του περιβάλλοντος όταν υπήρχε. Η έρευνα διενεργήθηκε από τον Μάρτιο ως και τον Μάιο του 2013, στις εφημερίες που δεν συνέπιπταν με αργίες και σαββατοκύριακο, στην διάρκεια των ωρών 8.00π.μ – 8.00μ.μ. Κάθε ερωτηματολόγιο με επισυναπτόμενο το έντυπο πρωτοκόλλου που του αντιστοιχούσε, μετά την συμπλήρωσή του, φυλασσόταν άμεσα σε φάκελο.

5.7 Ηθικές προεκτάσεις και περιορισμοί

Παρά το γεγονός ότι στο άρθρο παρουσίασης του επιλεγμένου ερευνητικού εργαλείου αναφερόταν σαφώς η ελευθερία της χρήσης του, ζητήθηκε, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, η άδεια για την χρησιμοποίησή του από τον υπεύθυνο επικοινωνίας της επιστημονικής ομάδας σύνταξης και δημιουργίας του, η οποία και εδόθη.

Για τη διενέργεια της έρευνας στο τριτοβάθμιο νοσοκομείο πρωτοκολλήθηκε αίτημα προς την Επιστημονική Επιτροπή και την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας, όπου μόνο μετά την θετική απόφαση άρχισε η πιλοτική εφαρμογή.

Πιθανοί περιορισμοί της ερευνητικής μελέτης να είναι οι φόβοι των ασθενών, παρά την προφορική διαβεβαίωση της ερευνήτριας, ότι μια παραδοχή εκ μέρους τους ως προς την «εκμετάλλευση» της υπηρεσίας των επειγόντων για θέματα υγείας που θα μπορούσαν να είχαν επιλυθεί εξωνοσοκομειακά, θα είχε επιπτώσεις στην μετέπειτα εξέταση τους και στην αντιμετώπιση τους από τους γιατρούς και τους εργαζόμενους στον χώρο. Κάποιοι δίσταζαν να απαντήσουν ευθέως, άλλοι έμοιαζαν να απολογούνται ενώ κάποιοι δήλωναν ευθέως τον θυμό τους για τις αδυναμίες και τα κενά του συστήματος υγείας, που ενώ τις οικονομικές εισφορές προς το κράτος συνεχίζουν να μη μπορούν να εξυπηρετηθούν. Επίσης πολλές απόψεις που αναφέρθηκαν δεν συμπεριλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο, ωστόσο καταγράφηκαν από την ερευνήτρια στην κατηγορία «άλλες αιτίες: περιγράψτε» και θα αναφερθούν,

χωρίς να υπάρχει ωστόσο δυνατότητα κωδικοποίησης τους στο σύνολο των απαντήσεων. Επιπλέον, αρκετοί ασθενείς, ειδικά οι νεαρές ηλικίες, επηρεαζόντουσαν από την γνώμη των συνοδών τους.

5.8 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων και η ποσοτικοποίηση τους έγινε με το λογισμικό στατιστικό πακέτο του SPSS version 17.0. Για την διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των αιτιών της ακατάλληλης προσέλευσης στο τμήμα επειγόντων χρησιμοποιήθηκε το test χ^2 και ο στατιστικός δείκτης Pearson Chi-Square. Το στατιστικά σημαντικό επίπεδο ορίστηκε το $p < 0.05$.

Κεφάλαιο Έκτο

Αποτελέσματα μελέτης

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται τόσο περιγραφικά όσο και μέσα από τη χρήση πινάκων και γραφημάτων. Αρχικά, δίνονται λίγα στοιχεία για τα γενικότερα στατιστικά της εφημερίας του νοσοκομείου που διενεργήθηκε η έρευνα και στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του πρωτοκόλλου, και κατόπιν του ερωτηματολογίου, ξεκινώντας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού.

6.1 Το Νοσοκομείο που υλοποιήθηκε η μελέτη

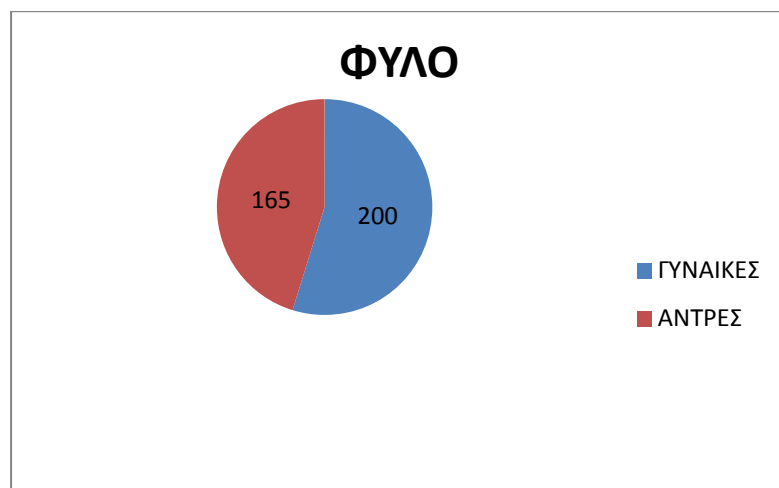
Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε τριτοβάθμιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο το οποίο εφημερεύει ανά τέσσερις ημέρες σε 24ωρη βάση. Συλλέχθηκαν οι προσερχόμενοι ασθενείς και οι αντίστοιχες εισαγωγές από τέσσερις διαφορετικούς μήνες (ένας σε κάθε εποχή: Ιούλιο, Νοέμβριο, Φεβρουάριο, Μάιο) προς αποφυγή του ενδεχόμενου ύπαρξης μεγαλύτερης προσέλευσης λόγω αυξημένης εποχικής νοσηρότητας ή μειωμένης λόγω καλοκαιρίας ή απουσίας του πληθυσμού λόγω διακοπών. Ωστόσο, το σύνολο των προσελεύσεων δε διαπιστώθηκε να μεταβάλλεται. Ο αριθμός των προσερχόμενων ασθενών μηνιαία κυμαίνεται από 6.500-7.000 άτομα εκ των οποίων το ποσοστό εισαγωγών είναι από 18-21%. Εύλογα θα μπορούσε να υποθέσει κανείς ότι το 80% θα μπορούσε να είχε αντιμετωπιστεί σε μια εξωνοσοκομειακή δομή και συγκεκριμένα αν το νοσοκομείο διασυνδεόταν λειτουργικά με το κέντρο υγείας (με την προϋπόθεση ότι θα το υποστήριζε με προσωπικό) το τμήμα επειγόντων θα είχε την δυνατότητα να λειτουργήσει σε αξιοπρεπείς ρυθμούς (και για το προσωπικό και για τους ασθενείς) αποδίδοντας τα μέγιστα στα περιστατικά που είχαν πραγματική ανάγκη για επείγουσα αντιμετώπιση.

Με ασθενοφόρο, στην πλειοψηφία των εφημεριών, προσήλθε το 8-10% των ασθενών εκ των οποίων το 40-44% χρειάστηκε να εισαχθεί στο νοσοκομείο, γεγονός που υποδηλώνει ότι πιθανόν να γίνεται κακή χρήση και στην συγκεκριμένη υπηρεσία, όπως έχει ήδη αναφερθεί. Αυτός ήταν ο λόγος που δεν απορρίφθηκαν αυτά τα περιστατικά από το δείγμα της έρευνας.

6.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά υπό μελέτη πληθυσμού

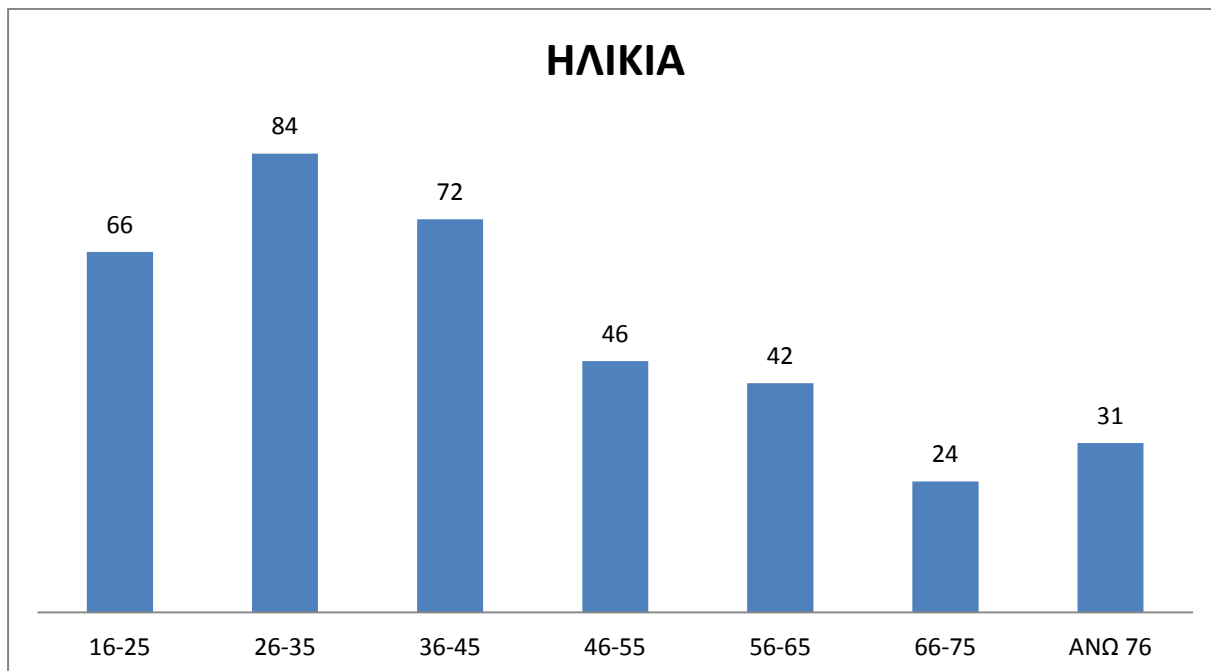
Αρχικά θα παρουσιαστούν τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος των 365 ατόμων (από το σύνολο των 1.011 ασθενών που αξιολογήθηκαν από την ομάδα Διαλογής, βάση του πρωτοκόλλου), τα οποία κρίθηκε ότι έκαναν αδικαιολόγητη χρήση του τμήματος των επειγόντων περιστατικών.

Από τους ασθενείς που έκαναν αδικαιολόγητη χρήση του τμήματος των επειγόντων οι 200 ήταν γυναίκες και οι 165 άντρες όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 6.1.



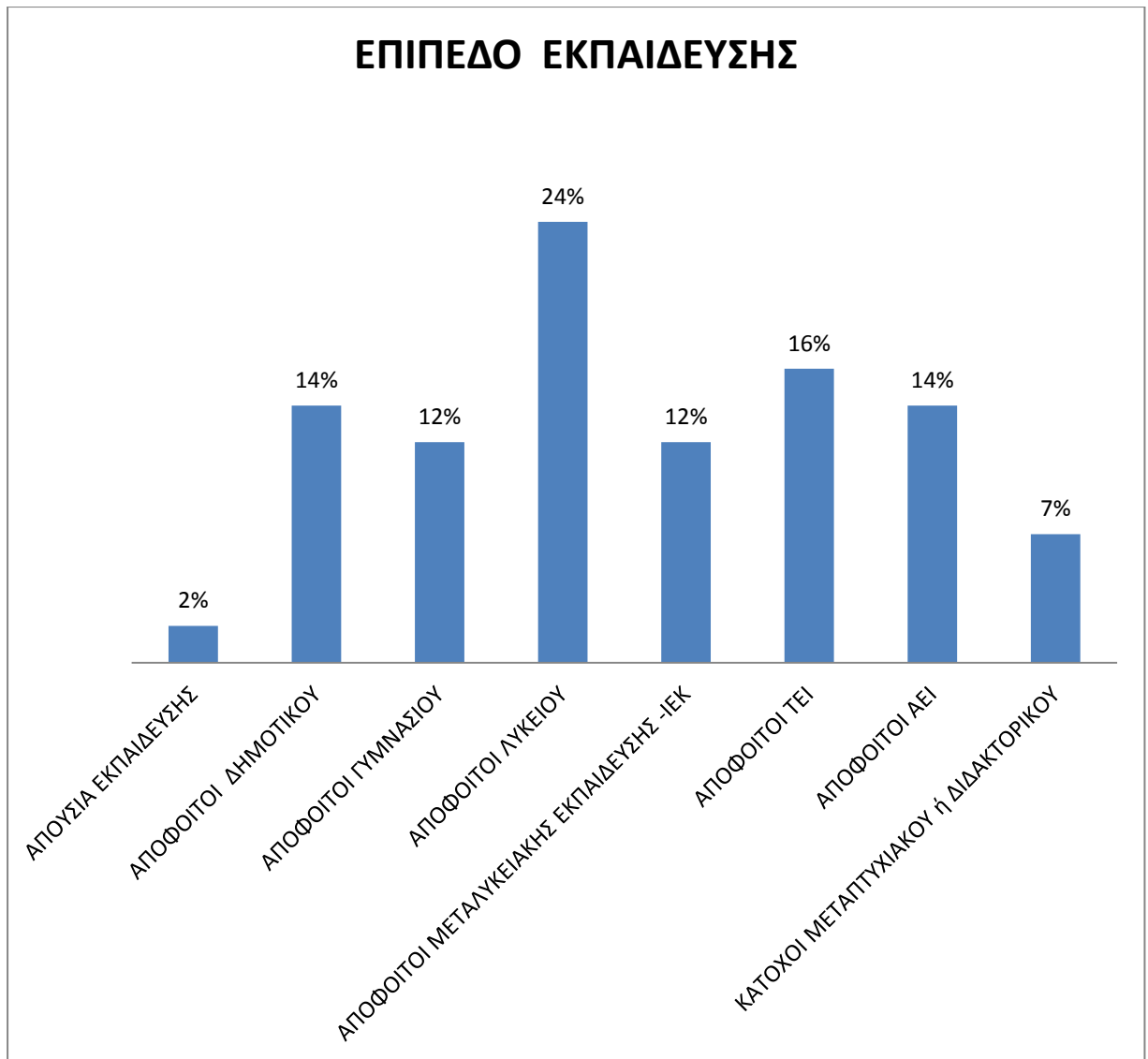
Διάγραμμα 6.1. : Αριθμητική αναλογία ασθενών με ακατάλληλη χρήση ΤΕΠ

Η αριθμητική κατανομή της ηλικίας των ασθενών φαίνεται στο Διάγραμμα 6.2 και τα αντίστοιχα ποσοστά είναι : 16-25 ετών 18%, 26-35 ετών 23%, 36-45 ετών 20% , 46-55 ετών 13% , 56-65 ετών 12% , 66-75 ετών 7% και άνω των 75 ετών 8% .



Διάγραμμα 6.2: Ηλικιακή αριθμητική κατανομή των ασθενών

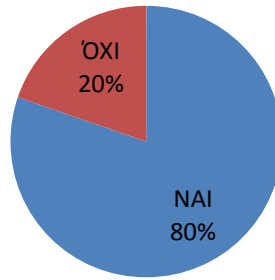
Στο επίπεδο εκπαίδευσης δεν υπάρχουν πληροφορίες για το επίπεδο εκπαίδευσης σε 10 ασθενείς, όλοι τους αλλοδαποί, όπου δεν κατέστη δυνατόν να απαντηθεί η ερώτηση με σαφήνεια. Στα υπόλοιπα 355 άτομα η κατανομή του εκπαιδευτικού επιπέδου φαίνεται στο Διάγραμμα 6.3.



Διάγραμμα 6.3: Ποσοστιαία κατανομή ασθενών βάση του επιπέδου εκπαίδευσης

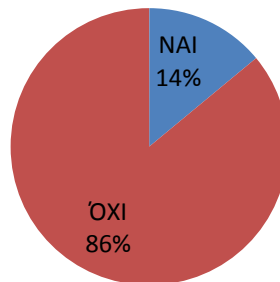
Όσο αφορά την ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης η πλειοψηφία των ασθενών έχουν δημόσια ασφάλεια (συμπεριλαμβανομένων και των έμμεσα ασφαλισμένων και των συνταξιούχων (293 άτομα, Διάγραμμα 6.4) ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό διαθέτει και ιδιωτική ασφάλεια (51 άτομα, Διάγραμμα 6.5).

ΔΗΜΟΣΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑ



Διάγραμμα 6.4: Ποσοστιαία αναλογία ασθενών με δημόσια ασφάλεια

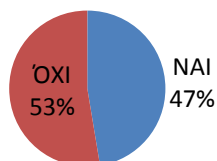
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ



Διάγραμμα 6.5 : Ποσοστιαία αναλογία ασθενών με δημόσια & ιδιωτική ασφάλεια.

Το 47,4 % (173 άτομα) του δείγματος εργάζεται έναντι του 52,6% (192 άτομα) που δεν εργάζονται (στο ποσοστό αυτό συμπεριλαμβάνονται και οι έμμεσα ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι) ενώ μόλις ένα 10% (36 άτομα) δεν έχει ελληνική υπηκοότητα –Διάγραμμα 6.6. και Διάγραμμα 6.7, αντίστοιχα.

ΕΡΓΑΣΙΑ



Διάγραμμα 6.6: Ποσοστιαία αναλογία εργαζόμενων και μη ασθενών



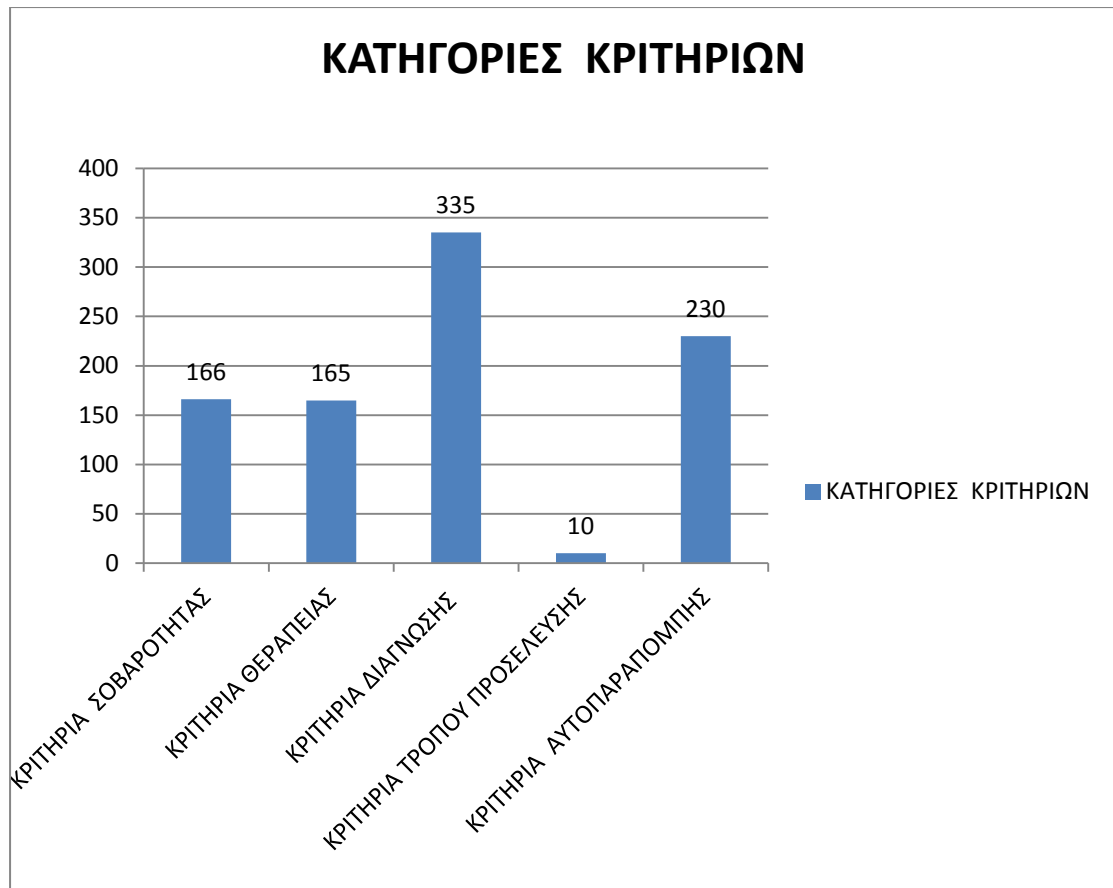
Διάγραμμα 6.7: Ποσοστιαία αναλογία ασθενών με βάση την υπηκοότητα

6.3 Πρωτόκολλο κατάλληλης χρήσης ΤΕΠ

Από τους 1011 ασθενείς, οι 365 κρίθηκαν μετά την αξιολόγηση από την ομάδα Διαλογής του νοσοκομείου, με βάση τα κριτήρια του πρωτοκόλλου, ότι άστοχα προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων για την επίλυση του προβλήματος υγείας που είχαν. Σημειώνεται ότι για να κριθεί δικαιολογημένη η χρήση του ΤΕΠ αρκούσε ο ασθενής να πληροί έστω και ένα κριτήριο από οποιαδήποτε των πέντε κατηγοριών του πρωτοκόλλου (τα κριτήρια παρουσιάζονται αμέσως στη συνέχεια).

Από τους 646 που προσήλθαν διακιολογημένα στο νοσοκομείο η κατανομή αναφορικά με τις κατηγορίες των κριτηρίων φαίνεται στο Διάγραμμα 6.8.

Πάνω από το 50% των ασθενών (335 άτομα) προσήλθαν στο ΤΕΠ για διαγνωστικές εξετάσεις π.χ. ακτινογραφίες, εξετάσεις αίματος και συγκεκριμένα το 54% για εξετάσεις απεικονιστικού τύπου ενώ το 26% για εργαστηριακές εξετάσεις αίματος. Η αριθμητική αναλογία των ασθενών στα επιμέρους κριτήρια της κατηγορίας απεικονίζεται στο Διάγραμμα 6.9.



Διάγραμμα 6.8: Αριθμητική αναλογία ασθενών σχετική με τις κατηγορίες κριτηρίων



Διάγραμμα 6.9: Αριθμητική αναλογία ασθενών στα επιμέρους κριτήρια της κατηγορίας Διάγνωση.

Όπως διαπιστώθηκε το 54% των ασθενών (335 στο σύνολο) που προσήλθαν για διαγνωστικό έλεγχο έχρηζε απεικονιστικού ελέγχου (ακτινογραφία, υπέρηχο,

ίσως αξιωματική) ενώ το 26% εξετάσεις αίματος (εξαιρούνται οι διαβητικοί ασθενείς που υφίστανται μέτρηση γλυκόζης). Ένα 16% χρειάζεται ηλεκτροκαρδιογράφημα για να διαπιστωθεί η αιτία του προβλήματος και στο ποσοστό αυτό δεν συμπεριλαμβάνονται ασθενείς με γνωστό καρδιολογικό πρόβλημα ενώ μόλις ένα 5% θα έπρεπε να παρακολουθείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα ως προς τα ζωτικά σημεία π.χ σε μια πρωτοεμφανιζόμενη ταχυκαρδία έως ότου αναταχθεί.

Η κατηγορία των Κριτηρίων Θεραπείας απεικονίζεται στο Διάγραμμα 6.10 και από τα 165 άτομα που προσήλθαν καλώς για αυτό το λόγο η αριθμητική κατανομή ανά κριτήριο είναι:



Διάγραμμα 6.10: Αριθμητική κατανομή ασθενών ανά κριτήριο στην κατηγορία «Θεραπεία»

Η πλειοψηφία των ασθενών (78 άτομα) προσήλθαν για χειρουργική αντιμετώπιση και αυτό μπορεί να αφορά συρραφή τραύματος διάνοξη αποστήματος, αφαίρεση ενσφηνωμένου ξένου σώματος στο φάρυγγα ή στον οφθαλμό κτλ (σε αυτό το κριτήριο δεν υπάρχουν ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο γιατί έχρηζαν χειρουργικής επέμβασης διότι αυτό προέκυπτε μεταγενέστερα από τις διαγνωστικές εξετάσεις ή ο ασθενής ερχόταν με

παραπομπή από γιατρό έχοντας ήδη εξετάσεις) ενώ 61 ασθενείς χρειαζόντουσαν υποστήριξη και αντιμετώπιση με ενδοφλέβιο φάρμακο και χορήγηση υγρών, όπως σε μια γαστρεντερίτιδα με μεγάλη απώλεια υγρών, χορήγηση κορτιζόνης και αντιισταμινικών σε αλλεργίες, καταπολέμηση υψηλού πυρετού, φαρμακευτική ανάταξη ταχυκαρδίας κτλ (Πίνακας 6.1).

Η κατηγορία των κριτηρίων Σοβαρότητας (Πίνακας 5.1.) σχετίζεται με την κλινική εικόνα του ασθενή και τα αντικειμενικά σημεία και συμπτώματα που υποδηλώνουν είτε σοβαρή μεταβολή των ζωτικών σημείων είτε περιστατικά που χρήζω διερεύνησης και πιθανόν εισαγωγής στο νοσοκομείο λόγω σημαντικών διαταραχών σε λειτουργικά συστήματα.

Πίνακας 6.1: Αριθμητική αναλογία ασθενών στα κριτήρια της κατηγορίας Σοβαρότητα

Κριτήρια σοβαρότητας	Αριθμός ασθενών
Απώλεια συνείδησης, αποπροσανατολισμός, κόμα, αναισθησία (ξαφνική ή πολύ πρόσφατη)	50
Ξαφνική απώλεια όρασης ή ακοής	6
Αιφνίδια μεταβολή σφυγμού ή αρρυθμία (σφύξεις <50 ή >140 / λεπτό)	12
Ξαφνικές μεταβολές της αρτηριακής πίεσης (συστολική <90 ή >200 mmHg και διαστολική <60 ή >120 mmHg)	10
Μεταβολές ηλεκτρολυτών ή τιμών αερίων αίματος (δεν συμπεριλαμβάνονται οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις που επηρεάζουν αυτές τις παραμέτρους π.χ. χρόνια νεφρική ή αναπνευστική ανεπάρκεια)	0
Επίμονος πυρετός (>5 ημερών) όπου δεν έχει υποχωρήσει μετά από θεραπεία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη	16
Ενεργή αιμορραγία π.χ. αιματέμεση, μέλαινα κένωση (εξαιρούνται τα τραύματα)	40
Αιφνίδια απώλεια της λειτουργικής ικανότητας οποιουδήποτε μέρους του σώματος	32

Η απουσία προσέλευσης ασθενών με διαταραχή στους ηλεκτρολύτες και στα αέρια αίματος προέρχεται πιθανόν από το γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι έλεγχοι είναι εξειδικευμένοι και δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν από τον ίδιο τον ασθενή (όπως η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης), με αποτέλεσμα να προσέρχονται στο ΤΕΠ λόγω συνοδών συμπτωμάτων προφχόμενα από τις παραπάνω διαταραχές. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 6.1, στις περισσότερες περιπτώσεις η κλινική εικόνα και βαρύτητα του αρρώστου θα οδηγούσε σε εισαγωγή στο νοσοκομείο για περαιτέρω αντιμετώπιση και θεραπεία.

Στην κατηγορία «Άλλα Κριτήρια» υπάρχουν τα υποκριτήρια :

- Ασθενής που χρήζει παρακολούθηση στο ΤΕΠ >των 12 ωρών
- Νοσηλευόμενος ασθενής ή διακομιζόμενος από άλλο νοσοκομείο ή που πέθανε στο ΤΕΠ
- Ασθενείς που παραπέμπονται από γιατρό.

Το σύνολο των ασθενών που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία είναι 10 και όλοι υπάγονται στο δεύτερο κριτήριο, διακομιζόμενοι από άλλη υγειονομική δομή (νοσοκομείο ή πρωτοβάθμια).

Η τελευταία κατηγορία κριτηρίων αφορά ασθενείς που προσέρχονται με δική τους πρωτοβουλία και συμπεριλαμβάνει τα κριτήρια που φαίνονται στον Πίνακα 6.2, στον οποίο καταγράφεται και η αριθμητική αναλογία των ασθενών ανά κριτήριο .

Πίνακας 6.2 : Αριθμητική αναλογία των ασθενών ανά κριτήριο στην κατηγορία Ιδία Πρωτοβουλία .

Κριτήρια ασθενών που προσέρχονται με δική τους πρωτοβουλία	Αριθμός ασθενών
Μετά από ατύχημα σε δημόσιο χώρο και χρήζει εξέτασης (τροχαίο , εργατικό ατύχημα κτλ)	42
Συμπτώματα που υποδηλώνουν ζωτικής σημασίας έκτακτη ανάγκη (πόνος στο στήθος , αιφνίδια έναρξη δύσπνοιας , οξύ κοιλιακό άλγος κτλ)	106
Κατάσταση γνωστή στον ασθενή που οδηγεί συνήθως σε νοσηλεία	28
Σύσταση του γιατρού της πρωτοβάθμιας φροντίδας να επισκεφτεί το ΤΕΠ αν συνεχιστούν τα συμπτώματα	44
Έχρηξε άμεσης πρωτοβάθμιας φροντίδας και το νοσοκομείο ήταν η πλησιέστερη υπηρεσία υγείας	12
ΣΥΝΟΛΟ	232

Στην κατηγορία αυτή ένας μεγάλος αριθμός ασθενών (106 άτομα) που αξιολογώντας μόως του τα συμπτώματα κρίνει για την σοβαρότητα και το κρίσιμο της κατάστασης του αποφασίζοντας να φτάσει στο ΤΕΠ του νοσοκομείου παρακάμπτοντας τις υπόλοιπες υγειονομικές βαθμίδες. Ωστόσο, τα αναφερόμενα συμπτώματα χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης και αντιμετώπισης, ενίοτε άμεσης, και ίσως μέσω αυτής της πρωτοβουλίας κερδίζεται χρόνος υπέρ της υγείας του ασθενή. Επιπλέον, στο συγκεκριμένο σύνολο υπάγεται και η πλειοψηφία των περιστατικών που μετά της διαγνωστικής προσέγγισης κρίνεται απαραίτητη ή όχι μιας χειρουργικής επέμβασης ή η πόλυρη παρακολούθηση τους στο ΤΕΠ για πάνω από 12 ώρες, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

Την επομένη της εφημερίας έγινε έλεγχος ώστε να διαπιστωθεί το ποσοστό των εισαχθέντων στο νοσοκομείο ατόμων που είχαν προσέλθει καλώς στο ΤΕΠ. Από τα 646 άτομα παρέμειναν για νοσηλεία τα 480 (74,3%), εκ των οποίων σχεδόν όλοι από την κατηγορία των κριτηρίων σοβαρότητας και του κριτηρίου συμπτωμάτων που υποδηλώνουν οξύ πρόβλημα ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό που αποχώρησε από το νοσοκομείο είναι από την κατηγορία της διάγνωσης και της θεραπείας.

6.4 Ερωτηματολόγιο αιτιών αδικαιολόγητης χρήσης ΤΕΠ

Το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε για τους ασθενείς (365 στο σύνολο) που κρίθηκαν ότι έκαναν ακατάλληλη χρήση του τμήματος χωρίζεται σε δύο κύριες κατηγορίες, οι ασθενείς που παραπέμφθηκαν από γιατρό της πρωτοβάθμιας και αίτια της παραπομπής και οι ασθενείς που προσήλθαν με δικής τους πρωτοβουλία. Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι σε κάθε ερωτηματολόγιο και σε κάθε κατηγορία δεν δινόταν μόνο μία απάντηση αλλά αρκετές φορές οι αιτίες που οδήγησαν τους ασθενείς στο ΤΕΠ ήταν παραπάνω από μία οπότε και για την καλύτερη αποτύπωση των θέσεων τους σημειώθηκε ό,τι ίσχυε. Αυτό έχει ως συνέπεια το άθροισμα των απαντήσεων σε κάθε κατηγορία να μην ταυτίζεται αριθμητικά με το σύνολο των ατόμων. Π.χ στην κατηγορία των ατόμων που παραπέμφθηκαν από εξωνοσοκομειακό γιατρό το σύνολο των ασθενών είναι 68 αλλά το σύνολο των απαντήσεων 92 και αυτό γιατί δίνονταν παραπάνω απαντήσεις για να περιγραφεί ό,τι πραγματικά ίσχυε. Θεωρήθηκε σημαντικό να σκιαγραφηθεί η κάθε αιτία ξεχωριστά, ανεξάρτητα από ποια κατηγορία άνηκε και αν τελικώς υπήρχε ταύτιση αθροίσματος. Όλες οι ερωτήσεις απαντήθηκαν με ΝΑΙ – ΟΧΙ. Επίσης, σε κάθε υποκατηγορία αιτιών υπάρχει ερώτηση για το αν ισχύει κάτι διαφορετικό από αυτό που περιγράφεται στο ερωτηματολόγιο και ο ερευνητής σημειώνει περιγραφικά επιπλέον. Λόγω του ότι δεν μπορούσαν οι απαντήσεις να κωδικοποιηθούν και να αναλυθούν μέσω του στατιστικού πακέτου αναφέρονται όπως ειπώθηκαν από τους ασθενείς.

Οι ασθενείς που παραπέμφθηκαν από γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας ήταν 68 στο σύνολο έναντι των 297 που προσήλθαν με δική τους πρωτοβουλία (Διάγραμμα 6.11).



Διάγραμμα 6.11: Ποσοστιαία αναλογία ασθενών οι οποίοι παραπέμφθηκαν από εξωνοσοκομειακό γιατρό.

Η αιτιολογία παραπομπής από τον εξωνοσοκομειακό γιατρό κατανέμεται στο ότι το περιστατικό είναι επείγον (14 ασθενείς), δεν είναι επείγον αλλά συστήθηκε η επίσκεψη στο νοσοκομείο (32 ασθενείς), για να επιταχυνθεί η διάγνωση μέσω εξετάσεων (30 ασθενείς) ενώ δεν αναφέρεται καμία παραπομπή από λάθος (Διάγραμμα 6.12). Σύμφωνα με τα λεγόμενα των ασθενών το κριτήριο της επιτάχυνσης της διάγνωσης συνοδεύεται συχνά με τη σύσταση για νοσοκομείο, παρά το γεγονός ότι δεν κρινόταν επείγουσα η κατάσταση.



Διάγραμμα 6.12: Ποσοστιαία αναλογία αιτιών παραπομπής

Όσον αφορά τους ασθενείς που προσήλθαν αδικαιολόγητα στο ΤΕΠ με δική τους πρωτοβουλία στον Πίνακα 6.3 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους.

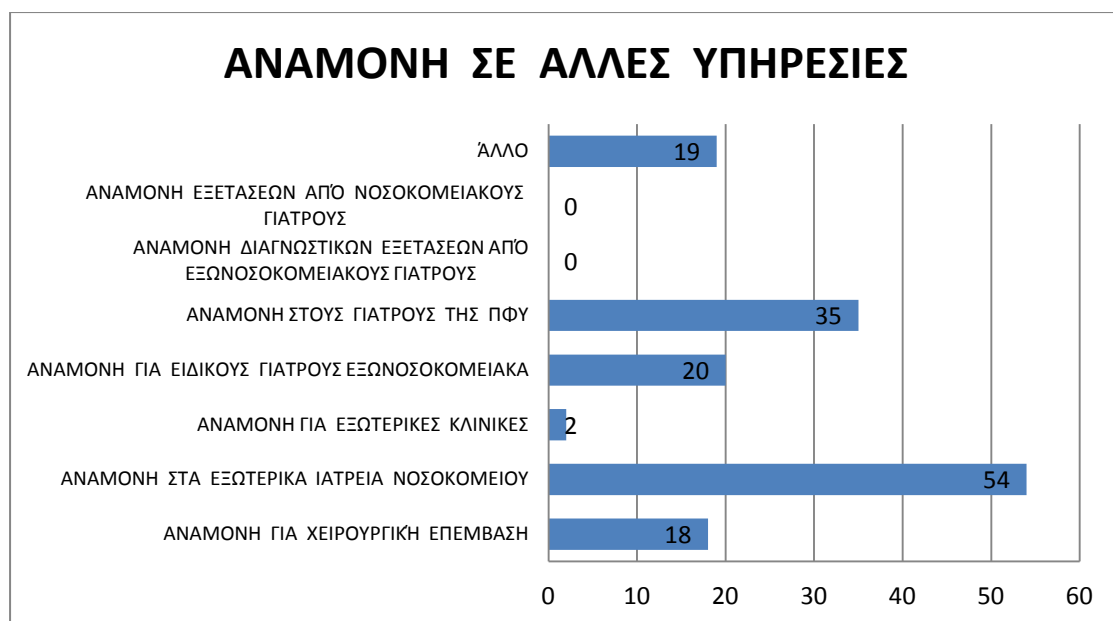
Πίνακας 6.3: Δημογραφικά & κοινωνικά χαρακτηριστικά ασθενών που προσήλθαν στο ΤΕΠ με δική τους πρωτοβουλία .

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
Άντρες	135
Γυναίκες	168
Ύπαρξη Δημόσιας ασφάλισης	233
Όχι δημόσια ασφάλιση	70
Ιδιωτική ασφάλεια	37
εργαζόμενοι	147
Μη εργαζόμενοι	156
Ελληνική υπηκοότητα	271
Αλλοδαποί	32
Απόφοιτοι Δημοτικού	34

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
Απόφοιτοι Γυμνασίου	34
Απόφοιτοι Λυκείου	72
Απόφοιτοι Μεταλυκειακής εκπαίδευσης –ΙΕΚ	33
Απόφοιτοι ΤΕΙ	50
Απόφοιτοι ΑΕΙ	42
Κάτοχοι Μεταπτυχιακού – Διδακτορικού	22

Σχετικά με την αναλογία των ασθενών σε κάθε αιτιολογική κατηγορία του ερωτηματολογίου τα ποσοστά και οι αριθμοί είναι επί του συνόλου του δείγματος των 365 ατόμων, γιατί όπως εξηγήθηκε και παραπάνω δόθηκε η ευκαιρία να επιλέξουν περισσότερες από μία αιτία με στόχο την πληρέστερη αποτύπωση των απόψεων τους .

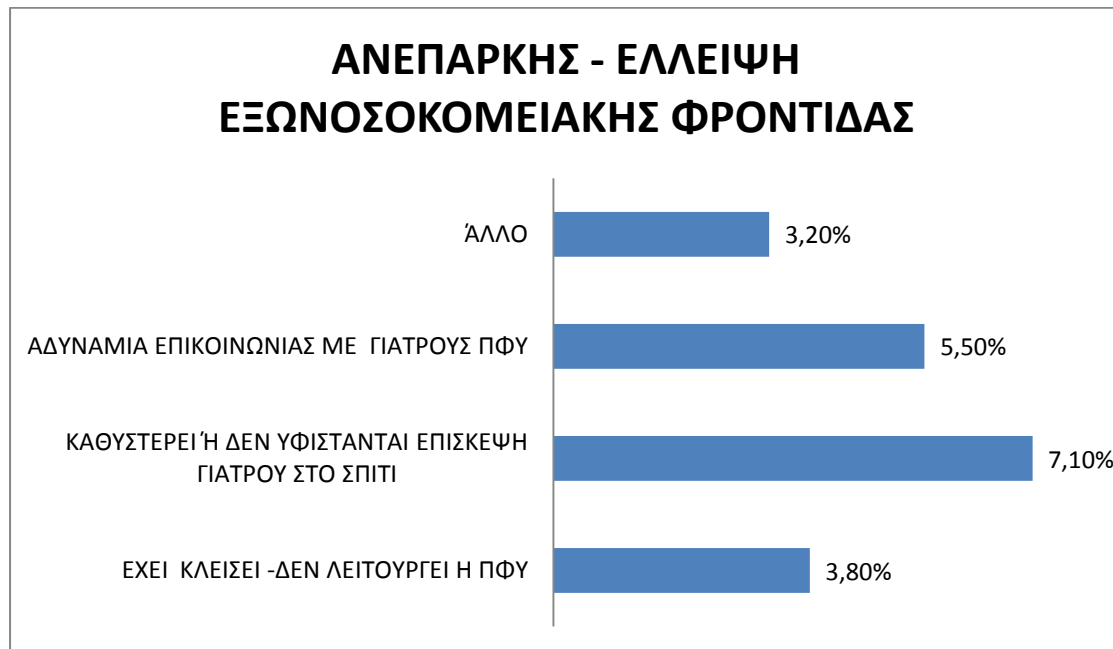
Στην κατηγορία «Αναμονή στις άλλες υπηρεσίες» οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους ασθενείς φαίνονται στο Διάγραμμα 6.13 και τα αντίστοιχα ποσοστά είναι αναμονή για χειρουργείο 4,9%, εξωτερικών ιατρείων 14,8%, εξωτερικών κλινικών 0,5%, σε ειδικούς γιατρούς εξωνοσοκομειακά 20% , αναμονή στους γιατρούς και στις δομές της εξωνοσοκομειακής ΠΦΥ 9,6% και άλλες αιτίες 5,2% .



Διάγραμμα 6.13: Αριθμητική κατανομή ασθενών στην κατηγορία αιτιών «Αναμονή σε άλλες υπηρεσίες»

Συγκεκριμένα στο ερώτημα για «άλλες αιτίες» 16 στους 19 ασθενείς απάντησαν ότι δεν προσπάθησαν καθόλου να κλείσουν ραντεβού, γνωρίζοντας εκ των προτέρων ότι η αναμονή είναι μεγάλη, παραπάνω από τους μισούς ασθενείς είχαν προσπαθήσει να κλείσουν και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και στους εξωνοσοκομειακούς γιατρούς των ταμείων τους ενώ 7 άτομα δήλωσαν ότι αδυνατούν να απουσιάσουν από την εργασία τους τις ώρες που λειτουργούν οι πρωτοβάθμιες δομές.

Στην κατηγορία «Ανεπαρκής ή έλλειψη εξωνοσοκομειακής φροντίδας» οι απαντήσεις που δόθηκαν παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 6.14. Παρά το γεγονός ότι υπήρξε μέριμνα η καταγραφή των ερωτηματολογίων να πραγματοποιηθεί ώρες που λειτουργούσαν οι εξωνοσοκομειακές δομές, υπήρχαν ασθενείς που απάντησαν το αντίθετο. Στην απάντηση «άλλο» 9 άτομα απάντησαν ότι ακόμη και αν δέχεται ο εξωτερικός γιατρός να επισκεφτεί τον ασθενή στο σπίτι, αυτό δεν συμβαίνει αφιλοκερδώς, γεγονός που δυσκολεύει οικονομικά την οικογένεια.



Διάγραμμα 6.14: Ποσοστιαία κατανομή ασθενών στην κατηγορία αιτιών «Ανεπαρκής ή έλλειψη εξωνοσοκομειακής φροντίδας»

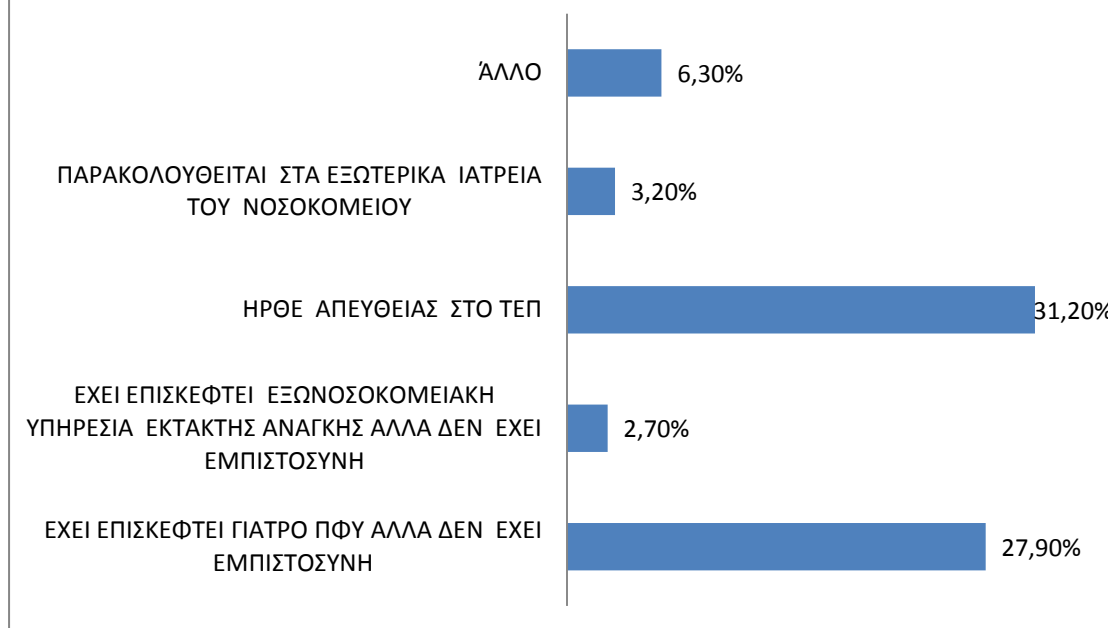
Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους ασθενείς στην κατηγορία «Δεν γνωρίζει ποιες υπηρεσίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν/ υπάρχουν εξωνοσοκομειακά» παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 6.15. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην απάντηση «δεν γνωρίζει αν έχει (ανατεθεί) σε εξωνοσοκομειακό ή οικογενειακό γιατρό του ασφαλιστικού ταμείου» ένα μεγάλο ποσοστό στις ηλικίες κάτω των 45 ετών απάντησε ότι «δεν γνωρίζει».



Διάγραμμα 6.15: Ποσοστιαία κατανομή ασθενών στην κατηγορία αιτιών «Δεν γνωρίζει ποιες υπηρεσίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν/ υπάρχουν εξωνοσοκομειακά»

Όσον αφορά στις απαντήσεις των ασθενών στην κατηγορία «Μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο νοσοκομείο από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (γιατρό ασφαλιστικού ταμείου, κέντρο υγείας κτλ.)» τα ποσοστά ανά αιτία φαίνονται στο Διάγραμμα 6.16.

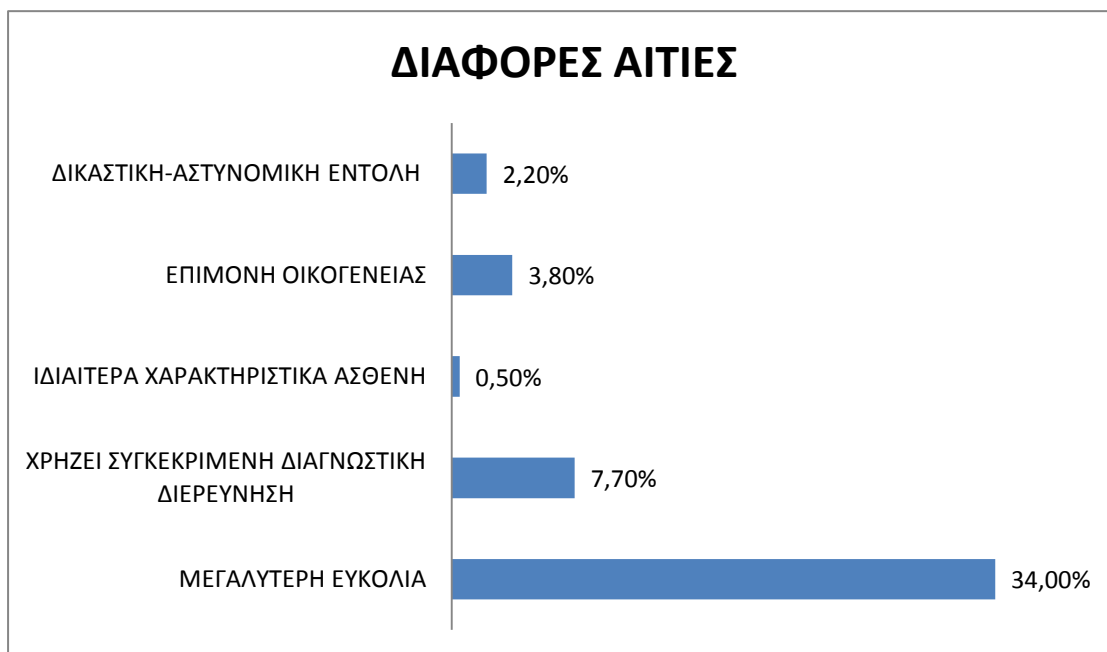
ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ



Διάγραμμα 6.16: Ποσοστιαία κατανομή ασθενών στην κατηγορία αιτιών «Μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο νοσοκομείο από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας»

Στην ερώτηση «Άλλο» της παραπάνω κατηγορίας αιτιών, 18 από τα 23 άτομα εξέφρασαν την άποψη ότι ο γιατρός του ασφαλιστικού τους ταμείου έχει «συνδεθεί» στο μυαλό τους μόνο για θέματα συνταγογράφησης φαρμάκων που λαμβάνονται συστηματικά και ενίοτε στη διάρκεια του χρόνου για εργαστηριακές εξετάσεις «ρουτίνας», εννοώντας μάλλον τις περιοδικές προληπτικές εξετάσεις. Επιπλέον, 14 ασθενείς απάντησαν ότι είναι «χάσιμο χρόνο» από την στιγμή που δεν υπάρχει η δυνατότητα στο εξωνοσοκομειακό ιατρείο ούτε και για τις πιο απλές εξετάσεις όπως και η δυνατότητα να τους χορηγηθεί ένα φάρμακο άμεσα, αν αυτό κριθεί απαραίτητο. Επίσης, σχεδόν όλα τα άτομα αναφέρθηκαν στην πιθανότητα να καταναλώσουν ολόκληρη την μέρα τους αν πρέπει να κάνουν και διαγνωστικές εξετάσεις εξωτερικά, γεγονός που τους δημιουργεί πρόβλημα στην εργασία και στις οικογενειακές υποχρεώσεις τους.

Τέλος στην κατηγορία που περιλαμβάνει όλες τις άλλες πιθανές αιτίες που οδηγούν τους ασθενείς με δική τους πρωτοβουλία στο ΤΕΠ, τα ποσοστά παρουσιάζονται στο παρακάτω Διάγραμμα 6.17. στο οποίο παρατηρείται ότι ένα μεγάλο ποσοστό (34%) προσέρχονται λόγω «ευκολίας» στο νοσοκομείο.



Διάγραμμα 6.17: Ποσοστιαία κατανομή ασθενών στην κατηγορία των λοιπών αιτιών.

Συνοπτικά, από όλες τις κατηγορίες αιτιών που ωθούν τους πολίτες να προσέλθουν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών για προβλήματα υγείας που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στις πρωτοβάθμιες δομές, στον Πίνακα 6.4 παρουσιάζονται οι κυριότερες αιτίες.

Πίνακας 6.4 : Κυριότερες αιτίες για την αδικαιολόγητη χρήση του ΤΕΠ

ΑΙΤΙΕΣ ΑΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
Ευκολία (μένει κοντά στο νοσοκομείο, θα υπάρχει ταχύτερη αντιμετώπιση/εξυπηρέτηση , είναι πιο βολικό...)	34%	124
Ήρθε απευθείας στο ΤΕΠ	31,2%	114
Έχει επισκεφτεί τον γιατρό της ΠΦΥ , αλλά δεν έχει εμπιστοσύνη	27,9%	102
Δεν γνωρίζει αν υπάρχει εξωνοσοκομειακή υπηρεσία έκτακτης ανάγκης	27,4%	100
Μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο νοσοκομείο από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες	21,1%	77
Μεγάλη αναμονή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων	14,8%	54

Για τον έλεγχο αν οι αιτίες που οδηγούν τους ασθενείς στο ΤΕΠ δίχως να υπάρχει σοβαρός και κατάλληλος λόγος σχετίζονται με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους χρησιμοποιήθηκε το test χ^2 και ο στατιστικό δείκτης Pearson Chi-square, ορίζοντας ως στατιστικά σημαντικό επίπεδο το $p < 0,005$.

Βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση κάποιων αιτιών με τα χαρακτηριστικά της «εργασίας» (εργαζόμενοι ή μη), της δημόσιας ασφάλειας (ασφαλισμένοι ή μη), το επίπεδο εκπαίδευσης και το φύλο.

Συγκεκριμένα, τα ποσοστά των αιτιών που ώθησαν τους ασθενείς να κάνουν αδικαιολόγητη χρήση του ΤΕΠ σε σχέση με την ύπαρξη ή μη εργασιακής απασχόλησης φαίνονται στον Πίνακα 6.5. όπου από τους εργαζόμενους ένα μεγάλο ποσοστό (73,5%) αναφέρει την μεγάλη αναμονή στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ως κύρια αιτία.

Πίνακας 6.5: Αιτίες αδικαιολόγητης χρήσης σε σχέση με εργασιακή απασχόληση ή μη

	Εργαζόμενοι	Μη εργαζόμενοι	Pearson Chi-square	
			Value	p
Δεν έχει εμπιστοσύνη στον γιατρό της ΠΦΥ	61,8%	41,8%	11,720	0,001
Μεγάλη αναμονή στους γιατρούς της ΠΦΥ	65,7%	34,3%	5,209	0,022
Μεγάλη αναμονή στις άλλες υπηρεσίες της ΠΦΥ	73,5%	26,5%	10,269	0,001

Από τους ασθενείς με δημόσια ασφάλεια (και κατά συνέπεια με απρόσκοπτη πρόσβαση στους εξωνοσοκομειακούς γιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων και στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες) οι αιτίες είναι από όλες σχεδόν τις κατηγορίες, ωστόσο η έλλειψη εμπιστοσύνης φαίνεται να είναι ο κυρίαρχος λόγος που τους οδηγεί στο ΤΕΠ (Πίνακας 6.6).

Πίνακας 6.6: Αιτίες αδικαιολόγητης χρήσης σε σχέση με την ύπαρξη ή μη δημόσιας ασφάλισης

	ΕΧΟΝΤΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΜΗ ΕΧΟΝΤΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑ	Pearson Chi-square	
			Value	p
Ευκολία στην χρήση του ΤΕΠ	74,2%	25,8%	4,385	0,036
Ήρθε απευθείας στο ΤΕΠ	69,3%	30,7%	12,612	0,000
Έχει επισκεφτεί γιατρό στην ΠΦΥ αλλά δεν έχει εμπιστοσύνη	90,2%	9,8%	8,801	0,003
Μεγαλύτερη	92,2%	7,8%	8,777	0,003

εμπιστοσύνη στο νοσοκομείο από τις υπηρεσίες ΠΦΥ				
Μεγάλη αναμονή στις άλλες υπηρεσίες της ΠΦΥ	97,1%	2,9%	6,957	0,008
Μεγάλη αναμονή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων	90,7%	9,3%	4,385	0,036

Επίσης, και σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο η έλλειψη εμπιστοσύνης στον γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελεί την αιτία για την αδικαιολόγητη χρήση των ΤΕΠ, όπου χαρακτηριστικά το 50% των κατόχων μεταπτυχιακού ή διδακτορικού ενώ έχει επισκεφτεί τον γιατρό της ΠΦΥ δεν έχει εμπιστοσύνη (Πίνακας 6.7).

Πίνακας 6.7: Αιτίες αδικαιολόγητης χρήσης σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο.

	Έχει επισκεφτεί γιατρό στην ΠΦΥ αλλά δεν έχει εμπιστοσύνη
Απόφοιτοι Δημοτικού	32%
Απόφοιτοι Γυμνασίου	9,1%
Απόφοιτοι Λυκείου	21,4%
Απόφοιτοι Μεταλυκειακής εκπαίδευσης - ΙΕΚ	24,4%
Απόφοιτοι ΤΕΙ	39,3%
Απόφοιτοι ΑΕΙ	38%
Κάτοχοι Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού	50%
Pearson Chi-square	
Value	p
24,108	0,001

Όσον αφορά στο φύλο , όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.8, από τους άντρες το 61,8% έχει πρόβλημα με την μεγάλη αναμονή στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ενώ η εύκολη πρόσβαση και χρήση του ΤΕΠ αποτελεί τον κυριότερο λόγο στο 64,5 των γυναικών (Πίνακας 6.8).

Πίνακας 6.8: Αιτίες αδικαιολόγητης χρήσης σε σχέση με το φύλο.

	Γυναίκες	Άντρες	Pearson Chi-square	
			Value	p
Ευκολία στη χρήση του ΤΕΠ	64,5%	35,5%	7,165	0,007
Έρθε απευθείας στο ΤΕΠ	46,5%	53,5%	4,614	0,032
Μεγάλη αναμονή στις άλλες υπηρεσίες της ΠΦΥ	38,2%	61,8%	4,150	0,042

Κεφάλαιο Έβδομο

Συζήτηση - Συμπεράσματα

Η παρούσα μεταπτυχιακή μελέτη φάνηκε να καταλήγει σε ανάλογα συμπεράσματα με αυτά των διεθνών μελετών όσον αφορά τις αιτίες υπερφόρτωσης του τμήματος επειγόντων, τις αδυναμίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας και τα οργανωτικά κενά στο υγειονομικό σύστημα.

Το ποσοστό της αδικαιολόγητης χρήσης στην παρούσα έρευνα (36%) συνάδει αρκετά με τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ισπανία και στη Βραζιλία χρησιμοποιώντας το ίδιο πρωτόκολλο καταλληλότητας ενώ πολύ περισσότερο μοιάζουν τα ποσοστά στις κατηγορίες κριτηρίων προσέλευσης (διαγνωστικοί λόγοι > 50%) καθώς και στις αιτίες της ακατάλληλης χρήσης λόγω ελλείψεως εμπιστοσύνης στο ιατρού και στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας καθώς και στην μη γνώση για το ποιες εξωνοσοκομειακές δομές είναι διαθέσιμες (Sempere-Selva, Peiró, Sendra – Pina, Martinez – Espin, & Lopez – Aguilera, 2001 - Pereira, Silva, Quintas, Almeida, & et al, 2001).

Βρέθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών χρησιμοποιεί το ΤΕΠ ως την άμεση εναλλακτική λύση και το δίκτυο ασφάλειας για την άμεση αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, ακόμη κι όταν αυτά δεν επείγουν, σε μια προσπάθεια να παρακάμψουν τις αδυναμίες των υπολοίπων βαθμίδων. Το 36% που προσήλθε αδικαιολογήτως στο τμήμα επειγόντων και το 25,7% των ατόμων από το ποσοστό που προσήλθε δικαιολογημένα βάσει των κριτηρίων του πρωτοκόλλου αλλά δεν χρειάστηκε να νοσηλευτεί και αποχώρησε δείχνει ότι πάνω από το 50% των ατόμων που φτάνουν στο νοσοκομείο θα μπορούσαν να είχαν αντιμετωπιστεί σε μια εξωνοσοκομειακή δομή. Συνδυαστικά με το ποσοστό που γίνεται εισαγωγή στο σύνολο της κάθε εφημερίας (19-25%) στο συγκεκριμένο νοσοκομείο που διενεργήθηκε η έρευνα διαπιστώνεται ότι το τμήμα των επειγόντων υφίστανται το βάρος από τις αδυναμίες όλου του

υγειονομικού συστήματος. Οι πλειοψηφία των αιτιών που οι ασθενείς έπρεπε να προσέλθουν στο ΤΕΠ αφορά διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπευτικές ολιγόωρες αγωγές που σαφώς δεν θα μπορούσαν μεν να αντιμετωπιστούν στις υπάρχουσες δομές αλλά δεν χρήζουν ούτε νοσηλεία ούτε εξειδικευμένη διερεύνηση και αντιμετώπιση, τα οποία είναι και οι δράσεις ενός τριτοβάθμιου πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Η αδυναμία άμεσης διεκπεραίωσης μιας ακτινογραφίας, η συρραφή ενός τραύματος, η αντιμετώπιση μιας αλλεργίας ή η υποστήριξη με υγρά μιας γαστρεντερίτιδας αδυνατεί να γίνει στα ιδιωτικά ιατρεία των συμβεβλημένων γιατρών ενώ στα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ ή θα πρέπει να υπάρχει ραντεβού ή να μην υπάρχει η υποδομή για αυτές τις ιατρικές πράξεις, ή ο ασθενής δε διαθέτει τη γνώση για το αν υπάρχουν αυτές οι δυνατότητες. Το γεγονός συνάδει και με έρευνες του εξωτερικού στις οποίες αναφέρεται ότι ο πολίτης δε γνωρίζει το εύρος των ιατρικών πράξεων που μπορεί να καλύψει ο εξωνοσοκομειακός γιατρός με αποτέλεσμα, όπως διαπιστώνεται σε μελέτη που διενεργήθηκε στον Καναδά, οι πολίτες, και σε συνδυασμό με το μη ευέλικτο ωράριο των οικογενειακών γιατρών να καταφεύγουν στο ΤΕΠ ως λύση ανάγκης. (Boushy, & Dubinsky, 1999). Έρευνα στην Ιταλία να καταλήγει στο συμπέρασμα ότι θα πρέπει να γίνει ευρεία ενημέρωση του κοινού από το επαγγελματίες υγείας για της εξωνοσοκομειακές δυνατότητες της πρωτοβάθμιας, παροτρύνοντας τους παρόχους να αλλάξουν την προσέγγιση τους στους ασθενείς (Lega, & Mengoni, 2008).

Η απουσία υπηρεσίας, στελεχωμένης με προσωπικό και εξοπλισμό, ικανή να αντιμετωπίσει ήσσονος σημασίας προβλήματα ή να δώσει τις πρώτες βοήθειες σε πιο οξείες και επείγουσες καταστάσεις οδηγεί στη λύση των ΤΕΠ. Ωστόσο, στη διοικητική εμβέλεια του νοσοκομείου και σε απόσταση μικρότερη των πέντε χιλιομέτρων λειτουργεί τα τελευταία δύο χρόνια κέντρο υγείας αστικού τύπου, πλήρως εξοπλισμένο αλλά χωρίς ικανοποιητική, αριθμητικά, στελέχωση. Η εν λόγω υγειονομική δομή υποστηρίζεται από τμήμα επειγόντων και μονάδα βραχείας νοσηλείας, όπου από τα περιστατικά που αντιμετωπίζει ως επείγοντα μόνο το 2% αυτών διακομίζεται μέσω ΕΚΑΒ σε τριτοβάθμια δομή για περαιτέρω αντιμετώπιση και νοσηλεία, ποσοστό που συνάδει με το ποσοστό

διακομδών του ΚΥ Βύρωνα (Μερκούρης, 2007). Παρόλα αυτά η έλλειψη λειτουργικής διασύνδεσης με το νοσοκομείο δεν επιτρέπει την υποστήριξη της εφημερίας, είτε ως παραπομπή προς αυτό των περιστατικών που θα μπορούσε να αντιμετωπίσει, είτε ως παραπομπή χρόνιων ασθενών για την συστηματική παρακολούθηση τους, ούτε για την διαχείριση των «συχνών χρηστών» του ΤΕΠ (case management) (Kumar, & Klein, 2012). Πιθανή αιτία να αποτελεί η απουσία της συνειδητοποίησης για την χρησιμότητα και την βαρύτητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας όταν, τουλάχιστον στην Ελλάδα, ο πυρήνας και το κέντρο του υγειονομικού συστήματος παραμένει το νοσοκομείο με τα προβλήματα του και τις δυσκολίες του.

Όσον αφορά τα κριτήρια του ασθενή, η δικαιολογημένη ή μη προσέλευση στο τμήμα επειγόντων έχει να κάνει με το πώς αντιλαμβάνεται και αξιολογεί την σοβαρότητα των συμπτωμάτων του. Στην παρούσα μελέτη, 232 ασθενείς βάσει των κριτηρίων του πρωτοκόλλου προσήλθαν δικαιολογημένα στο ΤΕΠ αξιολογώντας την κατάσταση τους ότι έρχοζε άμεσης αντιμετώπισης. Παρόλα αυτά μόνο οι 84 από αυτούς χρειάστηκε να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο. Η εκπαίδευση των ασθενών και η ενημέρωση από τους προσωπικούς τους γιατρούς (εφόσον υπάρχουν και με την προϋπόθεση ότι έχει αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης) για το ποιες καταστάσεις οφείλουν να φτάνουν στο νοσοκομείο αποτελεί ζητούμενο και σε άλλες χώρες όπως δείχνει μελέτη στον Καναδά όπου οι ασθενείς θα ήθελαν να γνώριζαν και να είχαν ενημέρωση από τους οικογενειακούς γιατρούς τους για το πότε θα πρέπει να οδηγηθούν στο νοσοκομείο για αναζήτηση βοήθειας. (Boushy, & Dubinsky, 1999).

Η άποψη ότι το τμήμα επειγόντων χρησιμοποιείται περισσότερο από τα άτομα που δεν έχουν αλλού υγειονομική πρόφραση λόγω έλλειψης ασφαλιστική κάλυψης ή οικονομικής ανέχειας λόγω ανεργίας ή λόγω εθνικότητας δεν αποδεικνύεται από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, όπως άλλωστε δείχνουν και μελέτες άλλων κρατών. Σε μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση που διενεργήθηκε στις ΗΠΑ μόνο το 15% των ατόμων που κάνουν αδιακαιολόγητη χρήση του τμήματος των επειγόντων δεν έχει ασφάλεια υγείας (Lacalle, & Rabin, 2010). Στο δείγμα της μελέτης της παρούσας

διπλωματικής εργασίας, το 80 % διαθέτει δημόσια ασφάλεια και κατά συνέπεια πρόσβαση στους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας και το 53% εργάζεται (μη εργαζόμενοι έχουν καταμετρηθεί και οι συνταξιούχοι και τα νεαρά άτομα που σπουδάζουν) ενώ μόνο ένα 10% δεν έχει ελληνική υπηκοότητα. Άλλωστε σε έρευνα που διενεργήθηκε στην Ελλάδα για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες βρέθηκε ότι το 52,9% του δείγματος δηλώνει δυσκολία πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες, ένα 60,2% έχει μέτρια γνώση συστήματος υγείας στην Ελλάδα (παρά το γεγονός ότι τα άτομα που επιλέχθηκαν ζούσαν στην χώρα άνω των 10 χρόνων) και μόλις ένα 28,3% έκανε χρήση του τμήματος των επειγόντων περιστατικών (Γαλάνης, Καϊτελίδου, Σουρτζή, Μπελλάλη, Σίσκου, Τσαβαλιάς, & συν., 2012). Τα ευρήματα δηλώνουν ότι δεν είναι η απουσία της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης που αναγκαστικά θα οδηγήσει τους πολίτες στην χρήση των επειγόντων αλλά οι λειτουργικές δυσκολίες καθώς η στάση και η άποψη που έχουν οι χρήστες για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Wellstood, Wilson, & Eyles, 2006).

Αξιοσημείωτο εύρημα είναι η χρήση του ΤΕΠ από τις διάφορες ηλικιακές ομάδες. Ενώ αναμενόταν μεγάλο ποσοστό από άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας, το 60,8% (222 άτομα) είναι μεταξύ 16 και 45 ετών. Ανάλογο εύρημα παρουσιάζεται σε έρευνα στις ΗΠΑ όπου η κατανομή της ηλικίας στα άτομα που χρησιμοποιούν συχνά και ακατάλληλα το ΤΕΠ είναι δίκορφη με πρώτη «κορυφή» τις ηλικίες ως 45 ετών και δεύτερη τα άτομα άνω των 65 ετών. Σε συνδυασμό ότι σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες έχει δηλωθεί ως αιτία της ακατάλληλης χρήσης του ΤΕΠ η απουσία γνώσης του ποιος είναι ο εξωνοσοκομειακός τους γιατρός (ή δεν έχουν «ανατεθεί» σε οικογενειακό γιατρό) και ότι δεν γνωρίζουν ποιες υπηρεσίες να χρησιμοποιήσουν να αποτελεί πιθανή εξήγηση το γεγονός ότι λόγω ηλικίας δεν υπάρχουν χρόνια ή συχνά προβλήματα υγείας, οπότε δεν χρειάστηκε να «ψάξουν» το σύστημα υγείας, σε αντίθεση με τις μεγαλύτερες ηλικίες που η παρουσία νόσων που απαιτούν μηνιαία συνταγογράφηση να τους κάνει γνώστες των εξωνοσοκομειακών πρωτοβάθμιων δυνατοτήτων (Lacalle, & Rabin, 2010).

Όσον αφορά στις αιτίες που οι ασθενείς έκαναν ακατάλληλη χρήση, το ποσοστό του 19% που παραπέμφθηκε από εξωνοσοκομειακό γιατρό δεν είναι εξαιρετικά μεγάλο αλλά δεν είναι και ευκαταφρόνητο όταν βάσει του πρωτοκόλλου δεν θα έπρεπε να φτάσει στα επείγοντα περιστατικά και η αντιμετώπιση του θα μπορούσε να γίνει στην πρωτοβάθμια βαθμίδα υγείας. Ιδιαίτερο προβληματισμό θα μπορούσε να εγείρει το γεγονός ότι συνεστήθη το νοσοκομείο ακόμη και όταν δεν κρινόταν επείγουσα η κατάσταση του ασθενή αλλά (σύμφωνα με τα σχόλια των ασθενών που έχω σημειωθεί) συνδυαζόταν με την άποψη του εξωνοσοκομειακού γιατρού ότι με αυτόν τον τρόπο θα επιταχυνόταν η διάγνωση, μάλλον λόγω της δυνατότητας άμεσης διενέργειάς τους. Και σε άλλες μελέτες δηλώνεται η παραπομπή των ασθενών στο ΤΕΠ δίχως καν να έχει προηγηθεί εξέταση ως την εύκολη λύση και από την μεριά των επαγγελματιών υγείας. Σε ποιοτική έρευνα στις ΗΠΑ για παιδιατρικούς ασθενείς οι γονείς αναφέρουν ότι η παραπομπή στο νοσοκομείο είναι πάρα πολύ συχνή ακόμη και για καταστάσεις που δεν είναι επείγουσες ενώ στον ίδιο άρθρο γίνεται αναφορά σε άλλη μελέτη στην οποία δηλώνεται ότι λόγω φόρτου εργασίας των εξωνοσοκομειακών ιατρών οι παραπομπές είναι μια λύση. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι στο ωράριο λειτουργίας τα περιστατικά χαρακτηρίζονται ως «επείγοντα» ενώ μετά το ωράριο πρέπει να πάνε στο ΤΕΠ για να μπορέσουν να εξυπηρετηθούν ή σε διαφορετική περίπτωση να κλειστεί ραντεβού (Berry, Brousseau, Brotanek, Tomany-Korman, & Flores, 2008). Δυστυχώς η συγκεκριμένη στάση, ούτε δηλώνει συνειδητοποίηση του ρόλου ως παρόχου πρωτοβάθμιας φροντίδας, αφήνοντας υποψίες για το αν πραγματοποιούνται και οι δράσεις που αρμόζουν στην ΠΦΥ έστω και στο ελάχιστο δυνατό, ούτε εμπνέει εμπιστοσύνη στον ασθενή ότι ο «γιατρός» του δύναται να αντιμετωπίσει και τοποθετηθεί διαγνωστικά απέναντι στο πρόβλημα (αφήνοντας μια νότα επιπολαιότητας) και σαφώς δεν καλλιεργείται στους πολίτες η αναγκαιότητα για την ορθολογική χρήση των υπηρεσιών, δίνοντας έμμεσα το μήνυμα ότι η αναζήτηση βοήθειας όπου «διευκολύνονται» είναι η ενδεδειγμένη πρακτική. Πιθανόν στο επόμενο πρόβλημα υγείας ο συγκεκριμένο ασθενής δεν θα μπει στον «κόπο» να επισκεφτεί τον εξωνοσοκομειακό γιατρό του αλλά θα μεταβεί απευθείας στο ΤΕΠ όπως δηλώνει το 31,2% των ασθενών στην παρούσα έρευνα. Σε ανάλογη μελέτη στις ΗΠΑ ενώ το 70,4%

είχε γιατρό στην πρωτοβάθμια φροντίδα μόνο το 38,1% είχε προσπαθήσει να επικοινωνήσει μαζί του ενώ το υπόλοιπο είχε επισκεφτεί απευθείας το τμήμα επειγόντων (Tranquada, Denninghoff, King, Davis, & Rosen, 2008).

Ωστόσο, θα πρέπει να αναφερθεί και η ανασφάλεια των πρωτοβάθμιων γιατρών να κρατήσουν μακριά τον ασθενή από το νοσοκομείο, με όλους τους πιθανούς κινδύνους, όταν τα διαθέσιμα διαγνωστικά μέσα λείπουν και το αρχικό πόρισμα οφείλουν να το εξάγουν από την εμπειρία τους μέσω της κλινικής εξέτασης. Μελέτη στο Ισραήλ, όταν ένα νομοσχέδιο όριζε τους εξωνοσοκομειακούς γιατρούς gatekeeper, δείχνει ότι οι αντιστάσεις των επαγγελματιών υγείας σε αυτό τον ρόλο οχυρώθηκαν πίσω από το επιχείρημα της ελλιπούς εκπαίδευσης για αυτόν τον σκοπό και των κινδύνων που δυνατόν να συνεπάγονται οι αποφάσεις τους για τον ασθενή και για εκείνους από νομικής πλευράς (Tabenkin, & Gross, 2000). Ανάλογο άρθρο στην Αυστραλία αναφέρεται στην αναγκαιότητα της κατάλληλης εκπαίδευσης των νοσηλευτών ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Betony, 2012).

Οι αιτίες του 81% των ασθενών που προσήλθαν στο νοσοκομείο με δικής του πρωτοβουλία εμφανίζονται σχεδόν σε όλες τις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν και σε άλλες χώρες. Το 34% της «ευκολίας» στη χρήση των ΤΕΠ από την άποψη ότι θα εξυπηρετηθούν εκείνη την ημέρα, ακόμη κι αν χρειαστεί να υποστούν πόνο ή αναμονή, ό,τι θα γίνει όλες οι απαιτούμενες εξετάσεις χωρίς να μπουν σε διαδικασία για κλείσιμο νέων ραντεβού για διαγνωστικό έλεγχο και μετά να επιστρέψουν στον γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας για εξαγωγή πορίσματος, σε συνδυασμό με το 73,5% των απαντήσεων που δόθηκαν για την μεγάλη αναμονή στις άλλες υπηρεσίες προέρχεται από εργαζόμενους ασθενείς, δείχνει ότι οι διαθέσιμες δομές με τον τρόπο που λειτουργούν δεν μπορούν να ικανοποιηθούν και να ανταποκριθούν στις ανάγκες των πολιτών. Η ανυπαρξία γιατρών που εφημερεύουν εκτός νοσοκομείου, η αδυναμία για άμεση διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων και η έλλειψη υπηρεσιών, όπως τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, για κάλυψη περιστατικών που δεν μπορούν να περιμένουν ένα

προγραμματισμένο ραντεβού αλλά απαιτούν άμεση αντιμετώπιση, ακόμη και αν δεν κινδυνεύει η ζωή τους, αναγκάζουν τους πολίτες να καταφύγουν στην λύση του νοσοκομείου ως έναν χώρο που μπορούν να βρουν τα πάντα και τους πάντες διαθέσιμους. Μελέτη στην Ιταλία δηλώνει ότι το 65% των γονιών που έφερε τα παιδιά τους στο ΤΕΠ για μη επείγον πρόβλημα υγείας αναφέρουν ότι ο λόγος που ενεργήσαν έτσι, παρά το γεγονός ότι είχαν οικογενειακό γιατρό, ήταν η άμεση διενέργεια εξετάσεων και κατά συνέπεια η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του θέματος (Gawronski, & Cerulli, 2009).

Επιπλέον, οι εργαζόμενοι ή έχοντες οικογενειακές υποχρεώσεις δεν διαθέτουν τον απαιτούμενο χρόνο να καταναλώσουν ή να απουσιάσουν από την εργασία τους για θέματα υγείας που ναι μεν τους ανησυχούν και τους ταλαιπωρούν (π.χ. μια οσφυαλγία αρκετών ημερών) αλλά αντιλαμβάνονται ότι δεν είναι μια επικίνδυνη κατάσταση που θα έπρεπε να διαταράξει την ισορροπία της καθημερινότητας και των υπολόγων, εξαρτώμενο από αυτό, ανθρώπους ή μέλη της οικογένειας. Κατά συνέπεια «είναι πιο βολικό» να μεταβούν κάποια στιγμή, ελαστική στο ημερήσιο πρόγραμμα, στο ΤΕΠ και να βρουν λύση στο πρόβλημα υγείας τους. Ανάλογες μελέτες έχουν δείξει παρόμοια αποτελέσματα. Στις ΗΠΑ σε μια ποσοτική έρευνα οι ασθενείς δήλωσαν ότι η εργασία τους και οι οικογενειακές υποχρεώσεις δεν τους επιτρέπουν να περιμένουν τον οικογενειακό τους γιατρό, για να μην τους δώσει τελικά λύση, ενώ στο τμήμα επειγόντων κατανάλωναν λιγότερο χρόνο (Howard, Davis, Anderson, Cherry, Koller, & Shelton, 2005).

Κι αν το παραπάνω πρόβλημα λύνεται με την δημιουργία εξωνοσοκομειακών δομών που θα παρέχουν πρώτες βοήθειες ή γιατρούς που θα εφημερεύουν, η «έλλειψη εμπιστοσύνης» στους γιατρούς και στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι εξαιρετικά ανησυχητικό και δύσκολο να λυθεί με νομοθεσίες και μέτρα. Όταν σχεδόν το 28% των πολιτών δηλώνει ότι έχει επισκεφτεί εξωτερικό γιατρό αλλά δεν του έχει εμπιστοσύνη (το 90,2% των απαντήσεων για έλλειψη εμπιστοσύνης στον γιατρό προέρχεται από τους έχοντες δημόσια ασφάλεια) και κατόπιν προσήλθε στο ΤΕΠ για αναζήτηση βοήθειας φαίνεται ότι το πρόβλημα εντοπίζεται στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην σχέση που

αναπτύσσεται μεταξύ ασθενή και εξωνοσοκομειακού επαγγελματία υγείας. Η έλλειψη εμπιστοσύνης και ικανοποίησης των πολιτών οδηγεί στην μη συνεργασία και συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες και στην αναζήτηση «δεύτερης γνώμης», γεγονός που οδηγεί στην μη επίλυση του προβλήματος τους, στη μη σωστή διαχείριση χρόνιων νόσων με επακόλουθο υποτροπές και συχνότερες επισκέψεις στο νοσοκομείο ή εισαγωγές και σαφώς στην ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών εφόσον κάθε επίσκεψη ισοδυναμεί με εκ νέου εξετάσεις (Leisen, & Hyman, 2004 - Ratanawongsa, Wright, Vargo, & Carrese, 2011). Ποιοτική μελέτη στην Ιταλία δείχνει ότι οι ασθενείς που έχουν καλή σχέση με τους θεράποντες προσπαθούν να αποφύγουν το πρόσωπο ΤΕΠ που δεν γνωρίζει το ιστορικό και τις ανάγκες υγείας τους (Lega, & Mengoni, 2008).

Όσον αφορά στην αίτια της ανεπάρκεια ή έλλειψης πρωτοβάθμιας υπηρεσίας, επειδή η έρευνα διενεργήθηκε μέρες και ώρες που οι εξωτερικές δομές λειτουργούσαν τα ποσοστά των αιτιών δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλα. Ωστόσο, στη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου φάνηκε έντονα η δυσαρέσκεια της έλλειψης της επίσκεψης στο σπίτι και του γεγονότος ότι όταν «βρίσκεται» κάποιος γιατρός πληρώνεται, ακόμη κι αν είναι συμβεβλημένος με το ασφαλιστικό ταμείο.

Αξιοσημείωτο επίσης είναι και το 27,4% των πολιτών που δεν γνωρίζει τις εξωνοσοκομειακές δομές που υπάρχουν και αν λειτουργεί υπηρεσία έκτακτης ανάγκης εκτός νοσοκομείου, ιδιαίτερα όταν υπάρχει σε κοντινή χιλιομετρική απόσταση κέντρο υγείας με τμήμα επειγόντων, που υπάγεται και διοικητικά στο εν λόγω νοσοκομείο. Πιθανόν να μπορεί να εξηγηθεί από την έλλειψη ενημέρωσης των ασθενών και από τους επαγγελματίες υγείας και μέσω δικής τους πρωτοβουλίας και ευαισθητοποίησης, σίγο φαόμως δηλώνει την «ανεξάρτητη» λειτουργία της μιας δομής με την άλλη, την έλλειψη συντονισμού και συγχρονισμού και την απουσία λειτουργικής διασύνδεσης της τριτοβάθμιας και πρωτοβάθμιας φροντίδας, προϋπόθεση απαραίτητα για την ολοκληρωμένη λειτουργία του συστήματος. Ωστόσο δεν αποτελεί ελληνικό πρόνομο, εφόσον έρευνα στις ΗΠΑ σε 279 ασθενών βρέθηκε ότι το 66% δεν

γνώριζε άλλο μέρος εκτός από το ΤΕΠ για να απευθυνθεί, παρά το γεγονός ότι το 56% είχε οικογενειακό γιατρό ενώ ένα 47% θεωρούσε ότι το τμήμα των επειγόντων είναι το καταλληλότερο για μια επίσκεψη μη προγραμματισμένη (Northington, Brice, & Zoy, 2005).

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, βρέθηκε ότι όσο υψηλότερο το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών τόσο αυξάνεται και το ποσοστό που δηλώνει ότι δεν έχει εμπιστοσύνη στον γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, μετά από επίσκεψη σε αυτόν, πιθανόν γιατί οι προσδοκίες είναι μεγαλύτερες και τα κριτήρια που θέτονται για την ποιοτική παροχή υπηρεσιών διαφοροποιούνται. Το αποτέλεσμα συνάδει και με άλλες έρευνες στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Συγκεκριμένα, μελέτη για την ικανοποίηση των χρηστών σε κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας ενώ σε γενικές γραμμές υπάρχει υψηλό ποσοστό ικανοποίησης στο σύνολο του δείγματος, αυτό μειώνεται στα άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (Καμπάντα, & Νιάκας, 2004). Εξαίρεση αποτελεί ένα μεγάλο ποσοστό (38%) των αποφοίτων δημοτικού που η πλειοψηφία τους αφορά άτομα άνω των 70 ετών. Ίσως η συχνή επαφή της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας με τους γιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων για συνταγογράφηση και περιοδικό έλεγχο να τους έχει ωθήσει στην διαμόρφωση της συγκεκριμένης άποψης.

Επίσης, οι περισσότερες αρνητικές απαντήσεις έχουν δοθεί από τα άτομα που έχουν ασφαλιστικό δημόσιο φορέα και θεωρητικά την δυνατότητα να κινούνται ευέλικτα στο υγειονομικό σύστημα, επιλέγοντας είτε γιατρό του ασφαλιστικού φορέα είτε ιδιώτη γιατρό συμβεβλημένο με τα ασφαλιστικά ταμεία. Παρόλα αυτά από τη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών η προσέλευση στο ΤΕΠ ως εύκολη λύση δίνεται σε ποσοστό 74,2% έναντι του 90,2% που έχει επισκεφτεί εξωνοσοκομειακό γιατρό και δεν έχει εμπιστοσύνη ώστε στο «απευθείας στο ΤΕΠ» να παίρνει ένα ποσοστό 69,3% και η αναμονή στις άλλες υπηρεσίες να λαμβάνει το 97,1% των ατόμων που τις χρησιμοποιούν. Στην Ιταλία σε έρευνα με 310 παιδιατρικούς ασθενείς παρά το υψηλό ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης (95%) οι γονείς προέβλεψαν το ΤΕΠ ως την πιο αξιόπιστη λύση για το πρόβλημα του παιδιού τους (Gawronski, & Cerulli, 2009).

Αν και τα αποτελέσματα της παρούσης ερευνητικής μελέτης συνάδουν με διεθνείς έρευνες, ίσως να θεωρείται παρακινδυνευμένη η πεποίθηση ότι τα πορίσματα αντιπροσωπεύουν την ισχύουσα πραγματικότητα στον ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Η έλλειψη παρόμοιας έρευνας στην χώρα για σύγκριση αποτελεσμάτων, το περιορισμένο δείγμα των ασθενών και το γεγονός ότι πραγματοποιήθηκε σε ένα νοσοκομείο μόνο περιορίζουν την καθολικότητα των πορισμάτων. Πιστεύεται ότι απλά σκιαγραφείται αδρά η κατάσταση δίνοντας ενδείξεις και τάσεις. Η επέκταση της μελέτης σε περισσότερα νοσοκομεία και τόπους της Ελλάδας πιθανόν να οδηγούσε στην εξαγωγή πιο αξιόπιστων δεδομένων, τα οποία θα υπήρχε η δυνατότητα να αξιολογηθούν και να αξιοποιηθούν από τους αποφασίζοντες. Ωστόσο, στη Διοίκηση του εν λόγω νοσοκομείου, το οποίο διαθέτει στην δικαιοδοσία του και ένα κέντρο υγείας αστικού τύπου, ενδεχομένως η μελέτη να είναι χρήσιμη ως μια κατευθυντήρια οδό αντιμετώπισης των αιτιών της υπερφόρτωσης του ΤΕΠ ώστε με απλές παρεμβάσεις να δινόταν λύσεις μέσω της «εκμετάλλευσης» της πρωτοβάθμιας εξωνοσοκομειακής δομής του και της μεταξύ τους λειτουργικής και ουσιαστικής διασύνδεσης τους.

Κεφάλαιο Όγδοο

Προτάσεις

Όπως φαίνεται από τα ερευνητικά αποτελέσματα και στην Ελλάδα όπως και στις υπόλοιπες χώρες το πρόβλημα της υπερφόρτωσης του τμήματος των επειγόντων και του νοσοκομειακού χώρου γενικότερα δεν προέρχεται από την έλλειψη της πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά από τις λειτουργικές και οργανωτικές αδυναμίες κατά πρώτον του υγειονομικού συστήματος και κατά δεύτερον της ίδιας της ΠΦΥ.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στην αρχή της μεταπτυχιακής εργασίας, κοιτώντας κάποιος τον υγειονομικό χάρτη της χώρας θα διαπίστωνε, τουλάχιστον χαρτογραφικά, ότι όχι μόνο υπάρχει επάρκεια πρωτοβάθμιων υγειονομικών δομών αλλά πιθανόν και υπερκάλυψη, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα. Η μη απόδοση του έργου που θα όφειλαν και η κατά συνέπεια μη κάλυψη των αναγκών των χρηστών οδηγεί στα προβλήματα που έχουν προαναφερθεί, τόσο σε επίπεδο λειτουργίας και απόδοσης του όλου συστήματος όσο και σε επίπεδο πληθυσμού (Οικονόμου, & Τούντας, 2007). Η πρόληψη, η αγωγή υγείας και η ενδυνάμωση του ατόμου για την προάσπιση της υγείας του, η διαχείριση και η συνέχεια στην φροντίδα των χρόνιων νοσημάτων με σύγχρονες προσπάθειες μείωσης του επιπολασμού και της επίπτωσης τους, η μείωση των υποτροπών και η ανάληψη της ευθύνης της αποκατάστασης, η φροντίδα των ηλικιωμένων και η μέριμνα για τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες όλα είναι μέρος του κοινωνικού και υγειονομικού μωσαϊκού προτεραιοτήτων που έχει σχηματιστεί τα τελευταία χρόνια. Η συμβολή της πρωτοβάθμιας φροντίδας καταλυτική, εν αντιθέσει με τον νοσοκομειακό χώρο που θεραπεύει κατά μονάδα ατόμου και κατά περίπτωση νόσου, δίχως να οφείλει η απόδοση του να διαχέεται σε όλον τον πληθυσμό. Η μη ανταπόκριση στο έργο, πέρα του γεγονότος ότι μειώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, κλονίζει και την εμπιστοσύνη των πολιτών με αποτέλεσμα την μη ικανοποίησή τους, την

μη συμμόρφωση και συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας και την ακόλουθη προσπάθεια ανεύρεσης εναλλακτικών λύσεων μέσω του υπόλοιπου υγειονομικού συστήματος με όλες τις επιπτώσεις, σαφώς και τις οικονομικές, με την εκτόξευση των δαπανών δίχως τελικά αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. Αποτέλεσμα είναι οι πολίτες στην προσπάθεια τους να επιλύσουν το όποιο πρόβλημα υγείας να ανατρέχουν στην μοναδική θύρα του συστήματος που είναι ανοιχτή δίχως περιορισμούς, ραντεβού-ασφαλιστική κάλυψη- ωράριο. Το τμήμα επειγόντων περιστατικών δέχεται όλο το φορτίο των ελλείψεων και των δυσλειτουργιών του λοιπού υγειονομικού συστήματος καθώς τις επιπτώσεις από τις μη καλά διαχειριζόμενες νόσους του εξωνοσοκομειακού τομέα.

Για να πραγματοποιηθούν ωστόσο όλα τα παραπάνω χρειάζονται προϋποθέσεις και όχι απλά προθέσεις. Η πλαισίωση της προσπάθειας σε ένα σαφές νομοθετικό πλαίσιο στο οποίο θα είναι ξεκάθαρο το πεδίο ευθύνης και δράσης καθώς και ο τρόπος διασύνδεσης της κάθε βαθμίδας με την άλλη είναι προαπαιτούμενο. Στην χώρα μας φαίνεται ότι η πρόθεση είναι να ενοποιηθούν οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες σε ένα φορέα, ώστε να επιτευχτεί ο συντονισμός τους. Ο συντονισμός όμως για να πραγματοποιηθεί θα πρέπει να υποστηρίζεται και από συγχρονισμό των επαγγελματιών υγείας, θέτοπας τους όλους, τουλάχιστον όσων εργάζονται σε κρατικούς φορείς, σε ένα ενιαίο εργασιακό καθεστώς με κοινές υποχρεώσεις και δικαιώματα, κάτι που δεν συμβαίνει την παρούσα στιγμή. Η ενοποίηση πιθανόν να ευνοήσει και την πρόσβαση των πολιτών αποτελεσματικότερα δίχως να υπάρχουν οι διαφοροποιήσεις, ιδιαίτερα για τους άνεργους ή ανασφάλιστους πολίτες, ως προς το μέρος που μπορούν να εξυπηρετηθούν και τις υπηρεσίες που μπορούν να λάβουν.

Επίσης σημαντική είναι και η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας όλων των βαθμίδων, με στόχο να αλλάξει η οπτική του νοσοκομειακού προσωπικού ως προς την σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας και η φιλοσοφία του νοσοκομειοκεντρικού καθεστώτος. Εκπαίδευση χρήζουν και οι απασχολούμενοι στην ΠΦΥ, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να καθίστανται ικανοί να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις που ορίζει ο χώρος και ταυτόχρονα να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες μέσα από την διαφορετική

προσέγγιση στους ασθενείς και τις καταστάσεις (Strandberg, Ovhed, Borgquist, & Wilhelmsson, 2007 - Holmboe, Kim, Cohen, Curry, Elwell, Petrillo, & συν.2005). Η εργασία βασισμένη σε πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες αποτελεί ενδεδειγμένη οδό σωστής πρακτικής δίχως να στερεί από τους επαγγελματίες υγείας την ευελιξία που απαιτεί η αντιμετώπιση του κάθε ασθενή ξεχωριστά (Τούντας, 2003). Η μετάθεση του κέντρου βάρους στην εξωνοσοκομειακή κουλτούρα δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο με νόμους και τροπολογίες ή δημιουργία δομών αλλά χρειάζεται συμμετοχούς και το υγειονομικό προσωπικό ώστε όλες οι προσπάθειες να οδηγούν σε έναν στόχο (Crampton, Davis, & Lay-Yee, 2005) Τροποπώντας την οπτική γωνία των παρόχων δύναται να τροποποιηθεί και η κουλτούρα των χρηστών σταδιακά, μέσω της εκπαίδευσης, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πολιτών ως προς την σημασία για την ορθολογική χρήση των υπηρεσιών και σε ποια δομή μπορεί το κάθε πρόβλημα να επιλυθεί αποτελεσματικότερα και ταχύτερα (Τσάπαλος, Πρεζεράκος, Κοτρώτσιου, Παπαθανασίου, & Γκούβα, 2011).

Σημαντικό κομμάτι στην ΠΦΥ είναι και ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Πιθανόν όχι όπως είναι στην συνείδηση του ευρύ κοινού, και όχι άδικα, αλλά με έναν ρόλο ουσιαστικό που αναλαμβάνει την υγεία της οικογένειας, γνωρίζει το ιστορικό, καθοδηγεί, συμβουλεύει και αποτελεί τον φύλακα τους και τον φύλακα του υγειονομικού συστήματος, όχι όμως με τον αποτρεπτικό ρόλο του gatekeeper, αλλά τον προφυλακτικό που αποτελεί και την ουσία σε θέματα υγείας. Σύμφωνα με την WONKA(2002) οι θέσεις αυτές οφείλουν να καταλαμβάνονται από γενικούς γιατρούς των οποίων η εκπαίδευση είναι προσανατολισμένη στην διατήρηση της υγείας και όχι στην θεραπεία της νόσου.

Τουλάχιστον στο ελληνικό σύστημα υγείας υπάρχει ένα κενό στην κάλυψη των οξέων περιστατικών, ανεξαρτήτου βαρύτητας. Αρχής γενομένης από το σύστημα εφημεριών στα μεγάλα αστικά κέντρα, όπου π.χ. στο σε όλο το λεκανοπέδιο της Αττικής εφημερεύουν δύο ή τρία νοσοκομεία καθημερινά για να καλύψουν τις ανάγκες 6.000.000 (το λιγότερο) ανθρώπων, χωρίς να υπάρχουν άλλες δομές για κάλυψη έκτακτων περιστατικών, έστω και ασήμαντης βαρύτητας π.χ. ένα

θλαστικό τραύμα, είναι φυσικό επακόλουθο να δημιουργείται υπερφόρτωση στα νοσοκομειακά ΤΕΠ. Πιθανόν ένα σύστημα εφημερίας των εξωνοσοκομειακών γιατρών, συμπεριλαμβανομένων και των ιδιωτών, αντίστοιχο σύστημα με αυτό των φαρμακείων, δίνοντας και επιπλέον κίνητρα για επισκέψεις κατ'οίκον να δημιουργούσε ένα αίσθημα ασφάλειας στους πολίτες ότι έχουν την δυνατότητα να απευθυνθούν σε έναν ειδικό, έστω και τηλεφωνικά παίρνοντας κατευθυντήριες οδηγίες.

Ωστόσο, καταλυτικό ρόλο θα έπαιζε η ανάπτυξη ενός δικτύου Κέντρων Υγείας αστικού τύπου να εφημερεύουν όλες τις μέρες 24 ώρες (πέρα της καθημερινής τους λειτουργίας με ραντεβού), επανδρωμένα και στελεχωμένα με εξοπλισμό και προσωπικό, ικανά να αντιμετωπίσουν μια ευρεία γκάμα περιστατικών και να προσφέρουν ολιγόωρη θεραπεία, αντιμετώπιση και παρακολούθηση σε όσους κρίνεται απαραίτητο. Η δυνατότητα διενέργειας διαγνωστικών εξετάσεων θα επίλυε πολλά διαφοροδιαγνωστικά διλήγματα, περιορίζοντας τις άσκοπες διακομιδές στα τριτοβάθμια νοσοκομεία. Επιπλέον, το κέντρο υγείας ως μια πιο οργανωμένη εξωνοσοκομειακή δομή δύναται να διαδραματίσει ουσιαστικό ρόλο και να μετατραπεί σε πυρήνα και άξονα αναφοράς των επιμέρους τοπικών υγειονομικών υπηρεσιών, πρωτοβάθμιων και τριτοβάθμιων, έχοντας την αποστολή του συνδετικού κρίκου και μεταξύ του συστήματος υγείας και των τοπικών και κοινωνικών φορέων καλύπτοντας και το υπάρχον κενό μεταξύ των υγειονομικών βαθμίδων (Σουλιώτης, 2007). Η γνώση των προβλημάτων αλλά και των δυνατοτήτων της τοπικής κοινωνίας είναι προϋπόθεση για την κινητοποίηση όλων των εν δυνάμει μηχανισμών καθώς και η ευελιξία από την προσαρμοστικότητα στις ανάγκες κάθε τόπου και των κατοίκων του ώστε η αντιμετώπιση να είναι πολύπλευρη και η πιο κατάλληλη για κάθε περίπτωση. Η συνέργεια των επιμέρους φορέων και των ατόμων για ένα κοινό στόχο είναι το ζητούμενο για μια ολοκληρωμένη φροντίδα (Glendinning, 2003-Grone, & Garcia-Barbero, 2001). Αναγκαιότητα ωστόσο θεωρείται και η μετατόπιση της χρηματοδότησης υπέρ της πρωτοβάθμιας φροντίδας ώστε να υπάρξει άρτια στελέχωση και εξοπλισμός και στα ήδη υπάρχοντα κέντρα υγείας, ιδιαίτερα της περιφέρειας και η ισότητα στην πρόσβαση να είναι ισοδύναμη της ουσιαστικής επάρκειας των δομών.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα η περίπτωση της Αγγλίας, η οποία έχοντας μακράν παράδοση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, τα τελευταία χρόνια ωθεί ακόμη περισσότερο τους οικογενειακούς γιατρούς, μέσω χρηματικών κινήτρων, να διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα τους ασθενείς τους και ιδιαίτερα τους χρόνιους πάσχοντες και ηλικιωμένους, στοχεύοντας στην μείωση των υποτροπών και του αριθμού των εισαγωγών στα νοσοκομεία. Επίσης, προωθείται η συνεργασία με τους τοπικούς κοινωνικούς φορείς για πληρέστερη αντιμετώπιση των προβλημάτων (Reeves, & Baker, 2004- Rummery, & Coleman, 2003).

Παρόλα αυτά, κανένα νομοθετικό σχέδιο δεν ευδοκμεί όταν δεν υφίστανται ουσιαστική επικοινωνία και σύνδεση μεταξύ των επαγγελματιών της κάθε υγειονομικής βαθμίδας. Η έλλειψη ενημέρωσης των νοσοκομειακών γιατρών για το ιστορικό και τις ανάγκες κάθε ασθενή που νοσηλεύεται και αντίστροφα η άγνοια των πρωτοβάθμιων γιατρών για την εισαγωγή, τα νέα ευρήματα και τις πιθανές τροποποιήσεις της θεραπευτικής αγωγής σπάνε το συνεχές της σωστής αντιμετώπισης και αυξάνουν το κόστος εφόσον συνήθως επαναλαμβάνονται εξετάσεις για να εξακριβωθούν στο χείρα γνωστά στο εξωτερικό οι ίδιοι ασθενείς. Επιπλέον και οι ασθενείς νιώθουν πιο ασφαλείς όταν ξέρουν ότι ο γιατρός που τους παρακολουθούσε εκτός νοσοκομείου είναι ενήμερος και επικοινωνεί με τους νέους (και άγνωστους) θεραπευτές, ελαχιστοποιώντας τα περιθώρια λάθους λόγω μη γνώσης της όλης διαδρομής τους (Hruby, Pantilat, & Lo, 2001). Αν και εφόσον η γνωστή σε όλους επικοινωνία είναι ανέφικτη λόγω φόρτου εργασίας ή αμέλειας, η δημιουργία ηλεκτρονικού αρχείου-φακέλλου για κάθε ασθενή που θα ενημερώνεται για οτιδήποτε συμβαίνει και αλλάζει στο ιστορικό του θα επίλυε πολλά προβλήματα όχι μόνο στην μεταξύ των υγειονομικών βαθμίδων σύνδεση αλλά και ως σημείο αναφοράς και ενημέρωσης όταν ο ασθενής αδυνατεί να εξηγήσει το ιστορικό του ή τα φάρμακα που παίρνει και ταυτόχρονα ως μέσο ελέγχου για την χρήση των υπηρεσιών υγείας και τις ιατρικές δράσεις και πρακτικές (Chan, Killeen, Castillo, Vilke, Guss, Feinberg, & Friedman, 2009).

Εν κατακλείδι, κανένα σύστημα δεν μπορεί να λειτουργήσει επιτυχώς ως ολότητα και να φέρει εις πέρας τον στρατηγικό του στόχο, και προκειμένου του υγειονομικού συστήματος είναι το βέλτιστο επίπεδο υγείας όλου του πληθυσμού, όταν τα υποσύνολα του λειτουργούν αυτόνομα και ανεξάρτητα μεταξύ τους, σαν κρίκοι μιας σπασμένης αλυσίδας, έχοντας διαφορετικούς στόχους, επιδιώξεις και προτεραιότητες. Το τμήμα επειγόντων περιστατικών έκαστου τριτοβάθμιου νοσοκομείου θα αποσυμφοριστεί όταν οι λοιπές δομές ανταποκριθούν στον ρόλο τους επιτυχώς και η επικοινωνία και λειτουργική διασύνδεση μεταξύ των βαθμίδων θα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο του συστήματος, έχοντας σαφώς ως στόχο την αποελεσματική και ποιοτική αντιμετώπιση του ασθενή.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αδαμακίδου, Θ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2007). Η κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα σε διαφορετικά συστήματα υγείας. *Νοσηλευτική*, 46(4), 501-513

Αδαμακίδου, Θ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 47(3), 320-333

Αδαμακίδου, Θ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2009). Οι μέθοδοι χρηματοδότησης της νοσοκομειακής και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 48(1), 37-49

Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ., & Νιάκας, Δ. (2007). Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιαρειών οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), 89-96

Αναγνωστοπούλου, Ι., Σεμερτζιάδη, Μ., Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., & Τσουνίας, Β. (2011). Διερεύνηση της πρόθεσης συμμετοχής στο κόστος των ασθενών του Κέντρου Υγείας Αταλάντης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(6), 777-784

Αναγνωστοπούλου, Ι., Σίσκου, Ο., & Γαλάνης, Π. (2012). Αξιολόγηση και διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από το κέντρο υγείας Αταλάντης. *Νοσηλευτική*, 51(2), 216-226

Βραχάτης, Δ.Α., & Παπαδόπουλος, Α. (2012). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: δεδομένα και προοπτικές. *Νοσηλευτική*, 51(1), 10-17

Γαλάνης, Π. (2012). Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 29(6), 744-755

Γαλάνης, Π., Καϊτελίδου, Δ., Σουρτζή, Π., Μπελλάλη, Θ., Σίσκου, Ο., Τσαβαλιάς, Κ., Καραμήτρη, Ι., & Βελονάκης, Ε. (2012). Γνώση και χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από μετανάστες. *Νοσηλευτική*, 51(4), 421-429

Γιακουμιδάκης, Κ., Μπαλτόπουλος, Γ., & Μπροκαλάκη- Παναουδάκη, Η. (2010). Η συσχέτιση του φόρτου νοσηλευτικής εργασίας με την θνησιμότητα ασθενών. *Νοσηλευτική*, 49(3), 225-235

Γιανασμίδης, Α., & Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σοβιετικού μοντέλου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1), 106-115

Δημητριάδου, Α., Λαβδανίτη, Μ., Μηνασίδου, Μ., Τσαλογλίδου, Α., Καυκιά, Θ., & Σαπουντζή – Κρέπια Δ. (2009). Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(3), 222-239

ΕΛΣΤΑΤ, 2013. Δελτίο Τύπου: Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2011(Προσωρινές εκτιμήσεις), Αθήνα, 24/4/2013

Θεοδώρου, Μ.(1999). Διεθνής εμπειρία και ελληνική πραγματικότητα, in Θεοδώρου, Μ. & Μητροσύλη, Μ.(eds), *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις*, τόμος Γ', ΕΑΠ, Πάτρα, σ.11-100

Ίντας, Γ., Στεργάννης, Π., Βασιλόπουλος, Γ., & Φίλντισης, Γ. (2011). Έκβαση βαριά πασχόντων σε σχέση με το χρόνο παραμονής τους στο ΤΕΠ. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(3), 417-436

Καδδά, Ο., Μαρβάκη, Α., Τζαβάρας, Α., Μαζγάλη, Κ., Παληός, Θ., Κόντας, Ν., & Ανδρουλάκη, Ζ. (2010). Οι ανάγκες των πολιτών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(1), 61-75

Καλογεροπούλου, Μ. (2011). Εκτίμηση αποδοτικότητας ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(6), 794-803

Καμπάνταη, Μ., & Νιάκας, Δ. (2004). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός κοινοτικού κέντρου ψυχικής στη βόρεια Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(4), 354-362

Καραϊσκού , Α., Μαλλιάρου, Μ., & Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική κρίση : επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* , 4(2), 49-54

Κουρέα-Κρεμαστινού Τ. (2007), Δημόσια Υγεία – Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές. Εκδ. Τεχνόγραμμα, Αθήνα.

Κριτσωτάκης, Γ., Μαϊόβης, Π., Κούτης, Α., & Φιλαλήθης, Α.Ε. (2009). Ατομική και οικολογική επίδραση κοινωνικών παραγόντων στους δείκτες υγείας. Η περίπτωση του κοινωνικού κεφαλαίου. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 26(4), 523-535

Κυριόπουλος, Γ., & Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5), 834-840

Κωσταγιόλας, Π.Α., Πλατής, Χ.Γ. , & Ζήμερας, Στ. (2006). Διοίκηση συστημάτων υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(6), 603-614

Λιαρόπουλος, Λ. (2007). Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Τόμος Α, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Λιαρόπουλος, Λ. (2010). Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Διεθνή συστήματα υγείας . Τόμος Β, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Λοπατατζίδης, Α., (1999). Δημόσια Υγεία-Επιδημιολογία(θέματα και στοιχεία) . in Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., & Μάντη, Π. (eds), *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις* . Υγεία : οριοθετήσεις και προοπτικές , τόμος Α΄, ΕΑΠ , Πάτρα , σ.59-135

Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., & Ζυγά , Σ., (2009). Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων . *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(1), 25-40

Ματσαγγάνης , Μ.(1999). Η δημόσια παράμβαση στον τομέα υγείας, in Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., & Νιάκας, Δ. (eds), *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας . Θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας* , τόμος Α΄, ΕΑΠ, Πάτρα, σ. 15-43

Μερκούρης, Α.(2008). *Μεθοδολογία νοσηλευτικής έρευνας*, Εκδόσεις ΙΩΝ-ΕΛΛΗΝ, Αθήνα

Μερκούρης, Μ.Π.(2007). Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας στις πόλεις: πολλές υποσχέσεις που αθετήθηκαν , ένα σύστημα που δεν ολοκληρώθηκε. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* , 19(4), 152-157

Νόμος 2519 : ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ. (ΦΕΚ 165 - 21.08.1997)

Νόμος 3106 : ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ (ΦΕΚ 30 - 10.02.2003)

Νόμος 3235: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΦΕΚ 53-18.02.2004)

Νόμος 2071: ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΦΕΚ 123 -15.07.1992)

Νόμος 1397/1983: ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΦΕΚ 143 - 07.10.1983)

Νόμος 3918 : ΔΙΑΦΘΩΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ (ΦΕΚ 31 - 02.03.2011)

Νόμος 3852: ΝΕΑ ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗΣ (ΦΕΚ 87 - 07.06.2010)

Οικονόμου, Ν.Α., & Τούντας, Γ. (2007). Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), 34-47

Παπαμίχος, Α., Οικονομόπουλος, Γ., Θηραίος, Ε., & Παπανικολάου, Ν. (2007). Προς ένα καινοτόμο νέο διαχείρισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: εταιρική σχέση πολιτείας , τοπικής αυτοδιοίκησης και ιδιωτικού τομέα. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 19(4), 158-163

Παππά, Ε.Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., & Νιάκας, Δ. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1), 94-101

Πιερράκος, Γ., & Υφαντόπουλος, Ι.(2007). Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(6), 578-582

Πολύζος, Ν., & Υφαντόπουλος, Ι. (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(6), 627-639

Σαριβουγιούκας, Ι., Βαγγελάτος, Α., Κατραβά, Α., & Καλαμαρά, Χ. (2008). Τμήμα επειγόντων περιστατικών και πληροφοριακή υποστήριξη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1), 102-110

Σαχίνη – Καρδάση Α. (1997). *Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας*. Τρίτη Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Σιγάλας, Ι., (1999). Οργανισμοί και υπηρεσίες υγείας, in Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., & Χλέτσος, Μ. (eds), *Βασικές Αρχές Διοίκησης , Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας* ,ΕΑΠ, Πάτρα, 57-112

Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., & Λιαρόπουλος, Λ. (2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα Το ελληνικό παράδοξο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5) , 663-672

Σουλιώτης, Κ. (2007). Η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από την τοπική αυτοδιοίκηση: πολυτέλεια ή αναγκαίοτητα . *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 19(4), 170-177

Σουλιώτης, Κ., & Λιονής, Χ. (2003). Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας . Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5),466-476

Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιάρου, Μ., & Σαράφης, Π. (2011). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα- κατάσταση και προοπτικές . *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3(4), 140-148

Τούντας, Γ. (2003.) Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας . *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5), 532-546

Τούντας, Γ. (2003.) Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(1), 76-87

Τούντας, Γ., Λοπατατζίδης, Θ., & Χουλιάρη, Α. (2003). Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5), 497-503

Τούντας, Γ., & Οικονόμου, Ν.Α. (2007) . αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας και συστημάτων υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), 7-21

Τσαβαλιάς, Κ., Σίσκου, Ο., Λιαρόπουλος, Α. (2012) . Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη . διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(2), 233-239

Τσάπαλος, Γ., Πρεζεράκος, Π., Κοτρώτσιου, Ε., Παπαθανασίου, Ι., & Γκούβα Μ. (2011). Μέθοδοι της μετασχηματίζουσας μάθησης στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Νοσηλευτική* , 50(2), 194-202

Τσαχάκη, Γ., Κατσάπη, Χ., & Αντωνάκης, Ν. (2007). Ποια προβλήματα θα αντιμετωπίσει η ανάπτυξη ιατρικών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις πόλεις; Η εμπειρία από την λειτουργία Περιφερειακού Ιατρείου σε αστική περιοχή. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* , 19(2), 79-84

Τσιάντου, Β., Μαρκάκη, Α., Δολγέρας, Α., Λιονής, Χ., & Κυριόπουλος, Γ. (2007). Ανοκτά δίκτυα προσασίας της υγείας : μια πρόταση για τη θέση της αυτοδιοίκησης στην εθνική υγειονομική πολιτική. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 19(4) , 178-186

ΦΕΚ Β 3054-2012: ΕΝΙΑΙΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΦΕΚ 3100-2011: Κοστολόγηση Ιατρικών Πράξεων.pdf

ΦΕΚ Β 2456-2011 : Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.)

ΦΕΚ Β 874B-2012: Οργάνωση, τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. (Αριθμ. Υ4δ/Γ.Π.οικ. 22869 (1))

Χαραλάμπους, Α., & Ρούσου, Ε. (2010). Οι παράγοντες που συνέβαλαν στην «επιδημιολογική μετάβαση» και οι επιπτώσεις της παραπάνω τάσης στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(6), 976-983

Αγγλική Βιβλιογραφία

- Andrén, K.G., & Rosenqvist, U., (1987). Heavy users of an emergency department – a two year follow-up study. *Social Science & Medicine*, 25(7), 825-831
- Berry, A., Brousseau, D., Brotanek, J., Tomany-Korman, S., & Flores, G. (2008). Why do parents bring children to the emergency department or nonurgent conditions? A qualitative study. *Academic Pediatrics*, 8(6), 360-367
- Betony, K. (2012). Clinical practice placements in the community : A survey to determine if they reflect the shift in healthcare delivery from secondary to primary care settings . *Nurse Education Today*, 32(1), 21-26
- Boeke, J., Van Randwijck-Jacobze, M., Lange-Klerk, E., Grol, S., Kramer, M., & Van Er Horst, H. (2010). Effectiveness of GPs in accident and emergency departments. *The British Journal of General Practice*, 60(579), 378-384
- Boudreaux, E., & O' Hea, E. (2004). Patient satisfaction in the emergency department : A review of the literature and implications for practice. *The Journal Of Emergency Medicine*, 26(1), 13-26
- Boushy, D., & Dubinsky, I. (1999). Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective. *The Journal of Emergency Medicine*, 17(3), 405-412
- Breen, B., & McCann, M. (2012). Healthcare providers attitudes and perceptions of “inappropriate attendance” in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 32(2), 1-6
- Byrne, M., Murphy, A.W., Plunkett, P., Mcgee, H., & Murray, G. (2003). Frequent attenders to an emergency department : a study of primary health care use , medical profile and psychosocial characteristics. *Annals of Emergency Medicine*, 41(3), 309-318
- Chan, T., Killeen, J., Castillo, E., Vilke, G., Guss, D., Feinberg, R., & Friedman, L. (2009). Impact of an internet-based emergency department appointment system to access primary care at safety net community clinics. *Annals of Emergency Medicine* , 54(2), 279-284

- Crampton, P., Davis, P., & Lay-Yee, R. (2005). Primary care teams: New Zealand's experience with community-governed non-profit care. *Health Policy*, 70(2), 233-243
- David, M., Schwartz, I., Anand P. H., & Borde, T. (2006). Emergency outpatient services in the city of Berlin: factors for appropriate use and predictors for hospital admission. *European Journal of Emergency Medicine*, 13(6), 352-357
- Doran, K., Colucci, A., Hessler, R., Ngai, C., Williams, N., Wallach, A., Tanner, M., Allen, M., Goldfrank, L., & Wall, S. (2013). An intervention connecting low-acuity emergency department patients with primary care : Effect on future primary care linkage . *Annals of Emergency Medicine* , 61(3), 312-321
- Dusheiko, M., Gravelle, H., Martin, S., Rice, N., & Smith, P. (2011). Does better disease management in primary care reduce hospital costs? Evidence from English primary care. *Journal Of Health Economics*, 30(5), 919-932
- Foster, M., Earl, P., Haines, T., & Mitchell, G. (2010). Unraveling the concept of consumer preference : implications for health policy and optimal planning in primary care . *Health Policy* , 97(2-3), 105-112
- Gawronski, O., & Cerulli, C. (2009). Non-urgent use of the emergency department of the bambino gesu hospital: a cross sectional survey of parents' motivations. *Pediatrics and Child Health*, 19(s1), s90-s93
- Glendinning, C. (2003). Breaking down barriers : integrating health and care services for older people in England. *Health Policy* , 65(2), 139-151
- Greene, J. (2011). The barriers to care coordination : Study probes why emergency physicians and primary care physicians don't talk to one another. *Annals of Emergency Medicine*, 58(1), A15-18
- Grone, O., & Garcia-Barbero, M.(2001). Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*.
Επισκέψιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525335/>
(4/5/2013)
- Grumbach, K., Keane, D., & Bindman, A.(1993)Primary care and public emergency department

overcrowding. *Am Journal Public Health*, 83(3), 372-378

Handel, D., McConnell, K.J., Wallace, N., & Gallia, C. (2008). How much does emergency department use affect the cost of Medicaid programs?. *Annals of Emergency Medicine*, 51(5), 614-621

Hansagi, H., Olsson, M., Sjöberg, S., Tomson, Y., & Göransson, S. (2001). Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 561-567

Holmboe, E., Kim, N., Cohen, S., Curry, M., Elwell, A., Petrillo, M., & Meehan, T. (2005). Primary care physicians, office-based practice, and the meaning of quality improvement. *The American Journal of Medicine*, 118(8), 917-922

Hong, R., Boumann, B., & Boudreaux, E. (2007). The emergency department for routine healthcare: race/ethnicity, socioeconomic status and perceptual factors. *The Journal of Emergency Medicine*, 32(2), 149-158

Hoot, N., & Aronsky, D. (2008). Systematic review of emergency department crowding: causes, effects and solutions. *Annals Of Emergency Medicine*, 52(2), 126-136

Howard, M., Davis, B., Anderson, C., Cherry, D., Koller, P., & Shelton, D. (2005). Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. *Journal of Emergency Nursing*, 31(5), 429-435

Hruby, M., Pantilat, S., & Lo, B. (2001). How do patients view the role of the primary care physician in inpatient care?. *The American Journal of Medicine*, 111(9), 21-25

Hunt, K., Weber, E., Showstack, J., Colby, D., & Callahan, M. (2006). Characteristics of frequent users of emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 48(1), 1-8

Hwang, J-I., & Chang, H. (2010). Understanding non-emergency patients admitted to hospitals through the emergency department for efficient ED functions. *Journal of Emergency Nursing*, 36(3), 196-202

Javeau, C., (2000). *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή*. Εκδόσεις

Τυπωθήτω , Αθήνα.

Kennedy, D., & Ardagh, M. (2004). Frequent attenders at Christchurch Hospital's emergency department. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 117, no 1193

Kravet, S., Shore, A., Miller, R., Green, G., Kolodner, K., & Wright, S. (2008). Health care utilization and the proportion of primary care physicians. *The American Journal of medicine*, 121(2), 142-148

Kruk, M. E., Porignon, D., Rockers, P., Van Lerberghe, W. (2010). The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle – income countries : A critical review of major primary care initiatives. *Social Science & Medicine*, 70(6), 904-911

Kumar, S. G., & Klein, R. (2012). Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systemic review. *The Journal of Emergency Medicine* , 8(35), 1-13

Lacalle, E., & Rabin, E.(2010). Frequent users of emergency department : the myths, the data, and the policy implications. *Annals of Emergency Medicine*, 56(1),42-48

Lang, T., Davido, A., Diakite, B., Agav, E., Viel, J.F., & Flicoteaux. (1996). Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect?. *Journal Epidemiol Community Health* , 50(2), 456-462

Lega, F., & Mengoni, A. (2008). Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*, 88(2-3), 326-338

Leisen, B., & Hyman, M. (2004). Antecedents and consequences of trust in a service provider : The case of primary care physicians. *Journal of Business Research* , 57(9), 990-999

Mason, S., Weber, E., Coster, J., Freeman, J., & Locker, T. (2012). Time patients spend in the emergency department : England ' s 4-hour rule - a case of hitting the target but missing the point? . *Annals of Emergency Medicine* , 59(5) , 341-349

Northington, W., Brice, J., & Zoy, B. (2005). Use of an emergency department by nonurgent patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 23(2), 131-137

Olsson, M., & Hansagi, H. (2001). Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *Emergency Medicine Journal*, 18(1), 430-434

Pantilat, S., Lindenauer, P., Katz, P., & Wachter, R. (2001). Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists. *The American Journal of Medicine*, 111(9), 15-20

Pereira, S. Silva, A.O. Quintas, M. Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., Angelico, V., Fonseca, L., Loureiro, ., Barroso, ., Machado, A., Soares, M., Brada de Costa, a., & Freitas, A.F. (2001). Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 580-586

Ratanawongsa, N., Wright, S., Vargo, E., & Carrese, J. (2011). Challenges in primary care relationships: Seeing it from both sides. *Patient Education And Counseling*, 85(1), 40-45

Reeves, D., & Baker, D. (2004). Investigating relationships between health need, primary care and social care using routine statistics. *Health & Place*, 10(2), 129-140

Ruggie, M. (2001). Health care systems: Comparative. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, p.p. 6537-6544

Rummery, K., & Coleman, A. (2003). Primary health and social care services in the UK: progress towards partnership?. *Social Science & Medicine*, 56(8), 1773-1782

Schneider, M., Gallery, M., Schafermeyer, R., & Zwemer, F. (2003). Emergency department crowding: A point in time. *Annals of Emergency Department*, 42(2), 167-172

Sempere-Selva, T., Peiró, S., Sendra – Pina, P., Martinez – Espin, C., & Lopez – Aguilera, I. (2001). Inappropriate use of an accident and emergency department:

Magnitude, associated factors and reasons – An approach with explicit criteria. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 568-579

Siskou, O., Kateilidou, D., Papakonstantinou, V., & Liaropoylos, L. (2008). Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myths begin. *Health Policy*, 88(2-3), 282-293

Sprivulis, P.C., Da Silva, J.A., & Jacobs, I.G. (2006). The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Medicine Journal Australian*, 184(2), 208-212

Starfield, B. (2012). Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. SESPAS REPORT 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 20-26

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502

Strandberg, E., Ovhed, I., Borgquist, L., & Wilhelmsson, S. (2007). The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 8(8), επισκέψιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/8/8> (9/4/2013)

Tabenkin, H., & Gross, R. (2000). The role of the primary care physician in the Israeli health care system as a “gatekeeper”-the viewpoint of health care policy makers. *Health Policy*, 52(2), 73-85

Tranquada, K., Denninghoff, K., King, M., Davis, S., & Rosen, P. (2008). Emergency department workload increase: dependence on primary care?. *The Journal of Emergency Medicine*, 38(3), 279-285

Vilke, G.M., Brown, L., & Skogland, P. (2004). Approach to decreasing emergency department ambulance diversion hours. *Journal Emergency Medicine*, 26(2), 189-192

Watson, D., & Mcgail, K. (2009). More doctors or better care. *Healthcare Policy* , 5(1),26-31

Weber, E., Mason, S., Freeman, J., & Coster, J. (2012). Implications of England 's four-hour target for quality of care and resource use in the emergency department . *Annals of Emergency Medicine* ,60(6) , 699-706

Wellstood, K., Wilson, K., & Eyles, J. (2006) . “Reasonable access” to primary care: assessing the role of individual and system characteristics . *Health & Place*, 12(2), 121-130

WONCA. (2002). WONCA . Οικογενειακοί ιατροί σε όλο τον κόσμο. Φροντίζοντας για τον άνθρωπο. Ο ευρωπαϊκός ορισμός της γενικής/οικογενειακής ιατρικής. WONCA , Ευρώπη

Wright, D.B., & Ricketts, T. (2010). The road to efficiency? Re-examining the impact of the primary care physician workforce on health care utilization rates. *Social Science & Medicine*, 70(12), 2006-2010

Young, G., & Lowe, R. (1997). Adverse outcomes of managed care gatekeeping. *Academic Emergency Medicine*, 4(1), 1129-1136

Zebiene, E., Svab, I., Sapoka, V., Kairys, J., Dotsenko, M., Radic, S., & Miholic, M. (2008). Agreement in patient- physician communication in primary care: A study from Central and Eastern Europe. *Patient Education And Counseling* , 73(2), 246-250

Ηλεκτρονικές πηγές

<http://www.who.int/en/>

<http://www.redcross.gr/default.asp?pid=11&la=1>

<http://www.hspm.org/mainpage.aspx>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

Dear Ms. Passiou,

The HUAP Questionnaires were registered under an open license and can be used (or modified if it thinks fit) freely. Do not require permission from the authors or any institution. However, I will be happy to read your thesis when finished.

I attach you some papers on this issue that perhaps can be useful for your work.

Regards,

Salvador Peiró

Àrea d'investigació en serveis de salut

Centre Superior d'Investigació en Salut Pública (CSISP)

Av. Catalunya 21. 46020 València.

Tel: +34 961-925916; Fax: +34 961-925703; email: peiro_bor@gva.es

<http://www.csisp.gva.es/>

El 29/11/12 21:14, "Μαρία Πάσιου" <marpas@hol.gr> escribió:

Παράρτημα 2: Ερευνητικό εργαλείο

A. Πρωτόκολλο Κατάλληλης Χρήσης ΤΕΠ

1. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ

- 1.1. Απώλεια συνείδησης , αποπροσανατολισμός , κώμα , αναισθησία (ξαφνική ή πολύ πρόσφατη)
- 1.2. Ξαφνική απώλεια όρασης ή ακοής
- 1.3. Μεταβολές του σφυγμού (<50 /> 140 σφύξεις / λεπτό) ή αρρυθμία
- 1.4 Μεταβολές της αρτηριακής πίεσης (συστολική <90 /> 200 mm Hg , διαστολική <60 /> 120 mm Hg)
- 1.5. Μεταβολές ηλεκτρολυτών ή αερίων αίματος (δεν πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς με χρόνιες αλλοιώσεις αυτών των παραμέτρων: χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, χρόνια αναπνευστική νόσο, κλπ)
- 1.6. Επίμονος πυρετός (5 μέρες) όπου δεν ελέγχεται μετά από θεραπεία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη
- 1.7. Ενεργή αιμορραγία (π.χ., αιματέμεση, μέλαινα), εκτός από επιφανειακές πληγές που απαιτούν μόνο ράμμα
- 1.8 Αιφνίδια απώλεια της λειτουργικής ικανότητας οποιουδήποτε μέρους του σώματος

2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- 2.1 Χορήγηση φαρμάκου ή υγρών ενδοφλεβίως (εκτός από το να διατηρηθεί η οδός)
- 2.2. Διαχείριση οξυγόνου
- 2.3. Τοποθέτηση γύψου (εκτός επίδεσης)
- 2.4. Χειρουργική επέμβαση ή άλλη διαδικασία

3. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- 3.1. Παρακολούθηση ζωτικών σημείων ή μέτρηση κάθε 2 ώρες
- 3.2. Απεικονιστικές εξετάσεις
- 3.3. Εργαστηριακές εξετάσεις (εκτός από γλυκόζη αίματος σε διαβητικούς ασθενείς οι οποίοι αναζητούν φροντίδα για λόγους άλλους από τον διαβήτη και μέτρηση γλυκόζης αίματος με ταινίες μέτρησης γλυκόζης)
- 3.4. ΗΚΓ (εκτός ασθενών με χρόνια καρδιοπάθεια που παρουσιάζουν μη σχετιζόμενα προβλήματα)

4. ΑΛΛΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

- 4.1. Ασθενής που χρήζει παρακολούθησης στο ΤΕΠ > 12 ώρες
- 4.2. Νοσηλευόμενος ασθενής ή διακομιζόμενος από άλλο νοσοκομείο ή ασθενής που πέθανε στο ΤΕΠ
- 4.9. Ασθενείς που παραπέμπονται από γιατρό (να προσδιοριστεί)

5 . ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΜΟΝΟΙ ΤΟΥΣ

- 5.1 Είχε ένα ατύχημα (τροχαίο , εργατικό ατύχημα , σε δημόσιο χώρο κτλ) και πρέπει να εξεταστεί
- 5.2 Συμπτώματα που υποδηλώνουν ζωτικής σημασίας έκτακτη ανάγκη: πόνος στο στήθος, δύσπνοια με αιφνίδια έναρξη, δυσχέρεια αναπνοής , οξύ κοιλιακό άλγος
- 5.3 Κατάσταση γνωστή στον ασθενή που συνήθως οδηγεί σε νοσηλεία
- 5.4 Προτροπή από τον εξωνοσοκομειακό γιατρό να επισκεφτεί το ΤΕΠ αν εξελιχθούν τα συμπτώματα
- 5.5 Απαιτεί άμεση πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα και το Νοσοκομείο είναι η πιο κοντινή υπηρεσία υγείας .
- 5.9 Άλλες συνθήκες σε ασθενείς που προσέρχονται με δική τους πρωτοβουλία (προσδιορίστε)

B. Ερωτηματολόγιο ασθενών που κρίθηκε ότι έκαναν ακατάλληλη χρήση του ΤΕΠ

Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι ασθενείς ενημερώνονταν, υποδεικνύοντας το κάτωθι έγγραφο σημείωμα, για τον σκοπό της έρευνας και τις δεσμεύσεις ως προς την εχεμύθεια και την ανωνυμία των απαντήσεων τους.



ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί πραγματοποιείται στα πλαίσια μεταπτυχιακής διατριβής και η συμμετοχή σε αυτό είναι εθελοντική.

Οι απαντήσεις που θα δοθούν είναι ανώνυμες και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τον συγκεκριμένο σκοπό, δίχως να κοινοποιηθούν στο προσωπικό του νοσοκομείου και του τμήματος των επειγόντων, εφόσον η συλλογή των εντύπων γίνεται άμεσα από την ερευνήτρια και εσωκλείονται σε φάκελο.

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των αιτιών που σας οδήγησαν στο τμήμα επειγόντων ώστε να διευκρινιστούν πιθανές αδυναμίες και ελλείψεις των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών.

Μαρία Πάσσιου : Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σας ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας.

ΑΙΤΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ

(Κυκλώστε ό,τι ισχύει)

Ασθενείς που παραπέμπονται από εξωνοσοκομειακό ιατρό.

- 1.1. Δεν το έκρινε επείγον αλλά συνέστησε το Νοσοκομείο
- 1.2. Έκρινε ότι είναι επείγον
- 1.3. Έγινε παραπομπή για να επιταχυνθεί η διάγνωση
- 1.4. Έγινε παραπομπή από λάθος
- 1.9. Άλλος λόγος

Ασθενείς που προσέρχονται με δική τους πρωτοβουλία .

2. υπερβολική αναμονή σε άλλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης:

- 2.1. Λίστα αναμονής για χειρουργική επέμβαση
- 2.2. Λίστα αναμονής για ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων
- 2.3. Λίστα αναμονής για ραντεβού εξωτερικές κλινικές (μονοήμερες νοσηλείες ;)
- 2.4. Λίστα αναμονής για ραντεβού με ειδικούς ιατρούς εκτός νοσοκομείου
- 2.5 Λίστα αναμονής των ραντεβού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη(ιατρός ταμείου , κέντρα υγείας κτλ)
- 2.6. Λίστα αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις που έχουν ζητηθεί από τον ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας(ιατρός ταμείου , κέντρα υγείας κτλ) ή ειδικούς εξωνοσοκομειακούς ιατρούς γενικότερα
- 2.7. Λίστα αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις που ζητήθηκαν από ιατρούς του νοσοκομείου

2.9. Άλλο

.....
.....

3. Ανεπαρκής ή έλλειψη εξωνοσοκομειακής φροντίδας

3.1. Η πρωτοβάθμια φροντίδα(ιατρός ταμείου , κέντρα υγείας κτλ) δεν λειτουργεί (έχει τελείωσε το ωράριο λειτουργίας ή είναι αργία / σαββατοκύριακο)

3.2. Καθυστερεί η επίσκεψη του ιατρού (της πρωτοβάθμιας φροντίδας) στο σπίτι ή δεν υφίστανται αυτή η δυνατότητα από το δημόσιο σύστημα .

3.3. Αδυναμία επικοινωνίας με τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας(ιατρός ταμείου , κέντρα υγείας κτλ)

3.9

Άλλο:.....
.....

4. Ο ασθενής δεν γνωρίζει τι υπηρεσίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιηθούν/ υπάρχουν εκτός Νοσοκομείου

4.1. Ο ασθενής δεν έχει («ανατεθεί») σε ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας (π.χ οικογενειακός ιατρός, ιατρός ασφαλιστικού ταμείου)

4.2. Ο ασθενής δεν γνωρίζει την διεύθυνση ή τον αριθμό τηλεφώνου του ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας (ιατρός ασφαλιστικού ταμείου)

4.3. Ο ασθενής δεν γνωρίζει αν υπάρχει εξω-νοσοκομειακή υπηρεσία έκτακτης ανάγκης(ιατρός ασφαλιστικού ταμείου , κέντρα υγείας κτλ) /ή δεν γνωρίζει αριθμό τηλεφώνου ή διεύθυνση

4.9. Άλλο:

5. Ο ασθενής έχει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο Νοσοκομείο από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ιατρός ταμείου, κέντρα υγείας κτλ)

5.1. Έχει επισκεφτεί ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας(ιατρός ασφαλιστικού ταμείου, κέντρα υγείας κτλ), αλλά δεν έχετε "εμπιστοσύνη"

5.2. Έχει επισκεφτεί την εξω-νοσοκομειακή υπηρεσία έκτακτης ανάγκης, αλλά δεν έχει "εμπιστοσύνη"

5.3. Ήρθε απευθείας στο τμήμα επειγόντων του Νοσοκομείου

5.4. Παρακολουθείται στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου και πιστεύει ότι θα λάβει καλύτερη φροντίδα στο τμήμα επειγόντων

5.9.

Άλλο:.....

.....

6. Διάφορες αιτίες

6.1. Διαμένει κοντά στο νοσοκομείο /ή θεωρεί ότι θα έχει ταχύτερη αντιμετώπιση – εξυπηρέτηση / είναι πιο βολικό ...

6.2. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ασθενή : νοητική στέρηση, υποχόνδριος κτλ

6.3. Χρειάζεται συγκεκριμένη διερεύνηση (ακτινογραφίες, εργαστηριακές εξετάσεις, ...)

6.4. Επέμενε η οικογένεια να επισκεφτεί το ΤΕΠ

6.5. Έχει δικαστική ή αστυνομική εντολή

6.9. Άλλο:

.....

.....

9. Άλλες αιτίες

.....

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Γυναίκα : Άνδρας :

Ηλικία (σε έτη):

Εκπαιδευτικό επίπεδο :

Απουσία εκπαίδευσης

Απόφοιτος(η) δημοτικού

Απόφοιτος(η) γυμνασίου

Απόφοιτος(η) λυκείου

Απόφοιτος(η) μεταλυκειακής σχολής π.χ.ΙΕΚ

Απόφοιτος(η) ΤΕΙ/ΚΑΤΕΕ

Απόφοιτος(η) ΑΕΙ

Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου

Κάτοχος διδακτορικού τίτλου

Υπάρχει ασφάλιση υγείας ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Δημόσια ; ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ΝΑΙ , ποια ;

Υπάρχει ιδιωτική ασφάλιση ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εργάζεστε ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπηκοότητα : ελληνική άλλη

