

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

«Η Δημογραφική Γήρανση του Ελληνικού Πληθυσμού, ως Πρόκληση για τον Επαναπροσδιορισμό των Υπηρεσιών Υγείας και οι Δυνατότητες Ανάπτυξης Εναλλακτικών Δομών».

ΚΑΦΕΤΖΑΚΗ – ΣΩΜΑΡΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

**ΕΠΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Δρ ΜΩΡΑΪΤΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ, 2010

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

«Η Δημογραφική Γήρανση του Ελληνικού Πληθυσμού, ως Πρόκληση για τον Επαναπροσδιορισμό των Υπηρεσιών Υγείας και οι Δυνατότητες Ανάπτυξης Εναλλακτικών Δομών».

ΚΑΦΕΤΖΑΚΗ - ΣΩΜΑΡΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Δρ ΜΩΡΑΪΤΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ, 2010

Στην μνήμη του συζύγου μου, Ανδρέα Σωμαρά.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|-----------|
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ | 7 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 8 |
| ABSTRACT | 9 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 10 |
| A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 13 |
| 1. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ | 13 |
| 1.1 Ο ορισμός της έννοιας «Δημογραφική Γήρανση» | 13 |
| 1.2. Τι είναι η ενεργός γήρανση: | 14 |
| 1.3. Γήρανση, ένα βιολογικό/ιστορικό φαινόμενο | 15 |
| 1.4. Οικονομική Διάσταση – Θεωρητική Προσέγγιση | 16 |
| 2. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ | 21 |
| 2.1. Η περίπτωση της Ελλάδας | 21 |
| 2.2. Η περίπτωση της Ευρώπης | 23 |
| 2.3. Τα προβλήματα που προκύπτουν από τη γήρανση του πληθυσμού | 24 |
| 2.4. Θέσεις σχετικά με τη διαχείριση της ενεργού γήρανσης σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε Ευρωπαϊκή κλίμακα | 26 |
| 2.5. Η αντιμετώπιση των προκλήσεων | 29 |
| 3. Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ | 34 |
| 3.1. Ο επαναπροσδιορισμός των υπηρεσιών υγείας | 34 |
| 3.2. Ενέργειες σε επίπεδο εθνικής πολιτικής των κρατών για αλλαγές στα υγειονομικά συστήματα και τις υπηρεσίες που παρέχουν | 35 |
| 3.3. Τα μέτρα που απαιτούνται | 40 |
| B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 45 |
| 4. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΚΑΙ ΜΟΡΦΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ | 45 |
| 4.1. Σχεδιασμός Προγράμματος κατ' οίκον Νοσηλείας | 45 |
| 4.2. Σχεδιασμός Προγράμματος Νοσηλείας σε Διασύνδεση με το Νοσοκομείο | 46 |
| 4.3. Τηλειατρική | 52 |
| 4.4. Πρόγραμμα Τηλεψυχιατρικής | 56 |
| 4.5. Τηλεδιάσκεψη | 57 |
| 4.6. Υποστήριξη Διακομιστικών Σταθμών | 59 |
| 4.7. Κατ' οίκον περίθαλψη | 60 |
| 4.8 Μονάδες Υγείας της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.Π.Ε) Κρήτης | 60 |
| 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ | 65 |
| 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ | 68 |
| 6.1 Κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά | 68 |
| 6.2 Συχνότητα διαγνώσεων | 70 |
| 6.3 Συχνότητα συνταγογραφήσεων | 70 |

| | |
|---|----|
| 6.4 Στοιχεία της λειτουργίας της Τηλεψυχιατρικής συνδέσεως και ποσοστά αντιμετώπισης των περιστατικών | 71 |
| 6.5 Κατανομή των Περιστατικών | 72 |
| 6.6 Ομάδες Συζήτησης Ασθενών | 73 |
| 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... | 76 |
| 8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 80 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ | 84 |

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Ευάγγελο Μωραΐτη, Επιβλέποντα Καθηγητή στη μεταπτυχιακή μου εργασία. Τον ευχαριστώ από καρδιάς για την αμέριστη συμπαράσταση, βοήθεια και κατανόηση του, καθώς και για την επιλογή του. Είμαι πράγματι ευγνώμων και τον ευχαριστώ θερμά.

Πρέπει να ευχαριστήσω για την πολύτιμη και ουσιαστική βοήθειά και συμπαράσταση τους τα παιδιά μου Ιωάννη, Μαρία και Μιχάλη. Τα ευχαριστώ για την υπομονή τους και την αγάπη τους.

Επίσης το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου και τους Καθηγητές του για την δυνατότητα που μου έδωσαν, ανοίγοντας τον δρόμο προς την γνώση. Τους ευχαριστώ όλους θερμά.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης του φαινομένου της δημογραφικής γήρανσης του Ελληνικού πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας της χώρας, ως πρόκληση για τον επαναπροσδιορισμό τους.

Η ανάπτυξη εναλλακτικών δομών παροχής υπηρεσιών υγείας στους ηλικιωμένους, είτε αφορούν στη δημιουργία νέων δομών, είτε στην τροποποίηση της λειτουργίας δομών που ήδη λειτουργούν, θεωρείται ότι αποτελεί μια ρεαλιστική και βιώσιμη λύση για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η Τηλεϊατρική είναι μια ελκυστική λύση στο πρόβλημα της χιλιομετρικής απόστασης των αστικών κέντρων από τις αγροτικές περιοχές και αποτελεί μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας σε πραγματικό χρόνο χωρίς να απαιτείται μετακίνηση του ασθενή.

Η μελέτη βασίστηκε στην παρακολούθηση με την μέθοδο της Τηλεψυχιατρικής 53 ασθενών με ψυχιατρικά προβλήματα άνω των 15 ετών που παρακολουθούνται από το κέντρο υγείας στο οροπέδιο Λασιθίου και έχουν νοσηλευθεί για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα σε ψυχιατρικές δομές.

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για να αντληθούν συμπεράσματα είναι αυτή της σύστασης ομάδων ασθενών (Focus group) για συζήτηση και συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου ικανοποίησης από το πρόγραμμα, το οποίο ακολούθησαν κατά τη διάρκεια της μελέτης. Σε αυτές τις συναντήσεις ετίθεντο μια σειρά από ερωτήματα και σε καθένα από αυτά δινόταν ένα χρονικό περιθώριο για να απαντηθούν. Διανεμήθηκαν 53 ερωτηματολόγια, ένα σε κάθε ασθενή επιστράφηκαν συμπληρωμένα και τα 53. Οπότε το ποσοστό είναι 100%. Τα στοιχεία που μελετήθηκαν είναι κοινωνικά-δημογραφικά, η συχνότητα των διαγνώσεων, η συχνότητα των συνταγογραφήσεων, στοιχεία της λειτουργίας της Τηλεψυχιατρικής συνδέσεως και ποσοστά αντιμετώπισης των περιστατικών και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών.

Τα αποτελέσματα της μελέτης είναι ενθαρρυντικά για την χρήση της Τηλεϊατρικής και δίνουν ηχηρή απάντηση στο ερώτημα της ωφελιμότητας από την χρήση εναλλακτικών μορφών παροχής ιατρικής φροντίδας ως προς τον επαναπροσδιορισμό των υγειονομικών υπηρεσιών.

Λέξεις κλειδιά: Δημογραφική Γήρανση, επαναπροσδιορισμός υπηρεσιών υγείας, εναλλακτικές μορφές φροντίδας, Τηλεϊατρική, Τηλεψυχιατρική.

Abstract

The aim of the present study was to investigate into the consequence of the population ageing in medical services in Greece, so as to provoke its redefinition.

The development of alternative forms of medical services in elderly people, either this concerns the creation of new forms or the modification of the existing forms' application, is considered to be a realistic and viable solution to the problem.

Tele-medicine is an attractive solution to the problem of kilometric distance from the cities to rural areas and it is a kind of real time medical service without the need to transport the patient. 53 participants (aged 15+) were interviewed between the months of February 2010 – April 2010. The patients are from the health centre of Lasithi plateau. The criteria for this region selection were geographic and developmental.

The method used was the conduction of a focus group and conversation. During those meetings a series of questions were given and the participants replied in a specific time frame.

The results present a positive feedback on the use of tele-medicine and alternative forms of medical services in the course of redifining the medical services.

Key words: Population Ageing, redefinition of medical services, alternative care forms, Telemedicine, Tele-psychiatric.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δημογραφική γήρανση προβληματίζει έντονα τις σύγχρονες ανεπτυγμένες βιομηχανικές κοινωνίες. Στη χώρα μας η γήρανση και οι επιπτώσεις της βρίσκονται στο επίκεντρο συζητήσεων και προβληματισμών στη διάρκεια της τελευταίας δεκαπενταετίας, ενώ παράλληλα, η «οικονομική» προσέγγιση κυριαρχεί συνεπικουρούμενη από μια σύγχυση όσον αφορά την αιτιογένεια του φαινομένου και τον παράλληλο κοινωνικό «στιγματισμό» της ομάδας των ηλικιωμένων (Σουλιώτης, 2006).

Επίσης τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ραγδαία αύξηση των δαπανών υγείας συνεπεία της γήρανσης του πληθυσμού, της καθολικότητας στην ασφάλιση υγείας, της χρήσης ακριβών τεχνολογιών, των αλλαγών των υγειονομικών και επιδημιολογικών προτύπων, των αυξημένων απαιτήσεων των ασθενών αλλά και λόγω ατελειών που παρατηρούνται στην αγορά υπηρεσιών υγείας (φαινόμενα προκλητής ζήτησης, ηθικού κινδύνου κ.α).

Δυστυχώς παράλληλα έχει επισημανθεί και η ύπαρξη μεγάλων οργανωτικών και διοικητικών ελλειμμάτων στις υπηρεσίες υγείας που οδηγούν σε μείωση των παραγόμενων εκροών, περιορισμό των αναμενόμενων θετικών αποτελεσμάτων για την υγεία και σημαντική απώλεια πόρων. Τα ελλείμματα αφορούν τόσο το μακρο-επίπεδο του συστήματος υγείας (έλλειψη σχεδιασμού σε κεντρικό επίπεδο, απουσία διασύνδεσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη νοσοκομειακή περίθαλψη κ.α.) όσο και σε μικρο-επίπεδο μονάδων υγείας (γραφειοκρατία, απουσία εξειδικευμένου προσωπικού κ.α.), (Τούντας & Οικονόμου 2007).

Καθώς η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας για ένα σταδιακά γηραιότερο πληθυσμό αποτελεί σημαντικό ζήτημα για την Πολιτική της Υγείας είναι χρήσιμο να αναφερθούν ορισμένα στοιχεία και μεγέθη που αναλύουν και παρουσιάζουν το φαινόμενο της σταδιακής γήρανσης και των επιπτώσεων της στο τομέα της υγείας. Για παράδειγμα στο τελευταίο έτος της ζωής ενός ατόμου ξοδεύεται το 1/5 του συνόλου της δαπάνης υγείας (Fuchs, 1984) , ενώ ειδικότερα για τις ΗΠΑ το 26% των δαπανών υγείας του προγράμματος Medicare (Diaz et al, 2004). Επιπλέον έχει υπολογιστεί ότι το «κόστος» (για την παροχή φροντίδας υγείας) ενός ατόμου που πεθαίνει σε ηλικία μεγαλύτερη των 80 ετών ανέρχεται στο 80% του αντίστοιχου κόστους για άτομα που πεθαίνουν σε ηλικία 65-79 ετών (Scitovsky, 1988).

Στόχος της μελέτης:

Στόχος της έρευνας μας είναι να προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε το θέμα της Τηλεϊατρικής, και ειδικότερα των υπηρεσιών Τηλεψυχιατρικής, σε αγροτικές περιοχές της Κρήτης και συγκεκριμένα στο Οροπέδιο Λασιθίου, να υπολογίσουμε το βαθμό ικανοποίησης του ασθενή καθώς και την αποδοχή της παροχής υπηρεσιών υγείας από τον πληθυσμό που απευθύνεται.

Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας:

Η μελέτη των επιπτώσεων της δημογραφικής γήρανσης στις υπηρεσίες υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο αλλά και ιδιαίτερα της Ελλάδας βρίσκεται στο επίκεντρο συζητήσεων και προβληματισμών στη διάρκεια της τελευταίας δεκαπενταετίας, λόγω του ότι το οξύτατο δημογραφικό πρόβλημα της χώρας αναμένεται ότι θα επηρεάσει σημαντικά τη δημοσιονομική ισορροπία της χώρας.

Όσον αφορά τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας από τα άτομα της τρίτης ηλικίας το βασικό χαρακτηριστικό της είναι ότι στρέφεται σε υπηρεσίες περίθαλψης και θεραπείας παρά σε υπηρεσίες πρόληψης με αποτέλεσμα οι δαπάνες υγείας σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα δαπάνες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη.

Το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται από χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα που αυξάνουν την ανάγκη για ιατρική περίθαλψη και επομένως τη συχνότητα ιατρικών επισκέψεων ή ημερών νοσηλείας. Το πρόβλημα που δημιουργείται από τη μη δυνατότητα αντιμετώπισης του φαινομένου που σταδιακά θα επιδεινώνεται οδηγεί στον επαναπροσδιορισμό των υπηρεσιών υγείας και στην αναζήτηση λύσεων που να είναι ρεαλιστικές και βιώσιμες.

Η ανάπτυξη εναλλακτικών δομών παροχής υπηρεσιών υγείας ειδικότερα για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, είτε αφορούν στη δημιουργία νέων δομών, είτε στην τροποποίηση της λειτουργίας δομών που ήδη λειτουργούν, θεωρείται ότι αποτελεί μια ρεαλιστική και βιώσιμη λύση για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η Τηλεϊατρική είναι μια ελκυστική λύση στο πρόβλημα της χιλιομετρικής απόστασης των αστικών κέντρων από τις αγροτικές περιοχές και αποτελεί μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας σε πραγματικό χρόνο χωρίς να απαιτείται μετακίνηση του ασθενή.

Μια πιλοτική μελέτη στην Νότια Αυστραλία (D' Souza, 2000) έδειξε ότι υπήρχε μεγάλη ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας με την χρήση της Τηλεϊατρικής. Παρόμοια ήταν και τα στοιχεία της παρούσας έρευνας.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν θα αναλυθούν το φαινόμενο της Δημογραφικής Γήρανσης και οι επιπτώσεις του στις υπηρεσίες υγείας, θα αναφερθεί η κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα και την Ευρώπη και θα προταθούν λύσεις για τον επαναπροσδιορισμό του συστήματος υγείας ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες απαιτήσεις.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

1.1 Ο ορισμός της έννοιας «Δημογραφική Γήρανση»

Σύμφωνα με όλα τα διαθέσιμα δημογραφικά στοιχεία, ο μέσος όρος ηλικίας ανά την υφήλιο εμφανίζει ανοδικές τάσεις. Ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες, ο ρυθμός μεταβολής της πληθυσμιακής πυραμίδας είναι υψηλός και η διαδικασία γήρανσης του πληθυσμού επιταχύνεται διαρκώς. Οι τάσεις αυτές έχουν άμεσες επιπτώσεις στον παραγωγικό ιστό της παγκόσμιας οικονομίας με αποτέλεσμα να έχει αναδυθεί στην επιφάνεια μία σειρά ζητημάτων που απασχολούν τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Τα ζητήματα αυτά είναι :

- Γήρανση και υγειονομικές υπηρεσίες
- Γήρανση και επιπτώσεις σε βασικά μακροοικονομικά μεγέθη
- Γήρανση και κοινωνική πρόνοια

Όπως καταγράφεται η πραγματικότητα μέσα από τις στατιστικές των παγκόσμιων οργανισμών, η υφήλιος γερνάει. Το φαινόμενο έχει καθολική ισχύ αφού αφορά όλες τις ηπείρους, άνευ εξαιρέσεων. Η πίεση που ασκεί ένας διαρκώς γηράσκων πληθυσμός στο υγειονομικό, οικονομικό και κοινωνικό πλέγμα όπως αυτό έχει διαμορφωθεί μεταπολεμικά, είναι μεγάλη. Απαιτείται αναδιοργάνωση της πολιτικής με αναθεώρηση του επιχειρησιακού σχεδιασμού για την αναδιοργάνωση των συστημάτων υγείας και πρόνοιας, μέσα από διαδικασίες που θα εξασφαλίζουν την μεγαλύτερη δυνατή κοινωνική συναίνεση (Λώλης, 2001).

Η δημογραφική γήρανση προβληματίζει έντονα τις σύγχρονες ανεπτυγμένες βιομηχανικές κοινωνίες. Στη χώρα μας η γήρανση και οι επιπτώσεις της βρίσκονται στο επίκεντρο συζητήσεων και προβληματισμών στη διάρκεια της τελευταίας δεκαπενταετίας, με την οικονομική προσέγγιση να κυριαρχεί, συνεπικουρούμενη από μια σύγχυση όσον αφορά την αιτιογένεια του φαινομένου και τον παράλληλο κοινωνικό «στιγματισμό» της ομάδας των ηλικιωμένων.

Οι βιομηχανικές χώρες και ιδιαίτερα αυτές της Ευρωπαϊκής ηπείρου «γηράσκουν» και θα συνεχίσουν να «γηράσκουν» χωρίς αμφιβολία στη διάρκεια των επομένων δεκαετιών.

Ως δημογραφική γήρανση ορίζεται η συνεχής αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων (60, 65, 70, 75+) στο συνολικό πληθυσμό. Επομένως, η δημογραφική γήρανση συνιστάται στις δομικές μεταβολές των πληθυσμών και δεν ταυτίζεται ή ορίζεται απλά ως η αύξηση του συνολικού αριθμού των ηλικιωμένων.

Οι κοινωνίες συνειδητοποιούν αργά και προοδευτικά την «ποιοτική» αλλαγή, την τομή που συνιστά το πέρασμα από τη βιολογική γήρανση στη δημογραφική γήρανση, συλλογικό φαινόμενο που χαρακτηρίζεται και απορρέει από τις αλλαγές της δομής του πληθυσμού, την κατανομή του σε μεγάλες ηλικιακές ομάδες (Chesnais, 1986).

Σημαντικοί δημογράφοι απέδειξαν από τις αρχές της πρώτης μεταπολεμικής δεκαετίας (Sauvy 1966), ότι τα αίτια της δημογραφικής γήρανσης πρέπει να αναζητηθούν πρωταρχικά και κύρια στην πτώση της γεννητικότητας/γονιμότητας (δηλαδή στη μείωση του αριθμού των παιδιών που φέρνουμε στον κόσμο) και όχι στην αύξηση του μέσου όρου ζωής (στη μείωση δηλαδή της θνησιμότητας).

Έτσι, ενώ στο παρελθόν από τα κέρδη του αγώνα ενάντια στο θάνατο επωφελήθηκαν, οι μικρές ηλικίες (βρέφη, παιδιά), τις τελευταίες δεκαετίες όλο και περισσότερο επωφελούνται τα ώριμα-ηλικιωμένα άτομα που «κερδίζουν» σημαντικά χρόνια ζωής χάρη στις προόδους της ιατρικής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη ακόμα αύξηση του αριθμού τους και επομένως και του ειδικού τους βάρους (Κοτζαμάνης, 2000).

1.2. Τι είναι η ενεργός γήρανση:

Με τον όρο «ενεργός γήρανση» ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εννοεί τη διαδικασία βελτιστοποίησης των ευκαιριών στην υγεία, στη δραστηριότητα και στην ασφάλεια με γνώμονα την επαύξηση της ποιότητας της ζωής, καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν σε ηλικία.(World Health Organization, 2001)

Καθώς η αύξηση του ρυθμού των γεννήσεων παραμένει ένα πολύ σημαντικό θέμα για τη γήρανση του πληθυσμού, είναι επίσης σημαντική η αναμενόμενη ζωή χωρίς ανικανότητες. Υπάρχει μια στροφή από την καθιερωμένη θέση που βασίζεται στις ανάγκες η οποία θεωρεί τους ηλικιωμένους παθητικό στόχο, προς τη λογική που βασίζεται στα δικαιώματα, η οποία αναγνωρίζει τα δικαιώματα των ανθρώπων στις ίσες ευκαιρίες και στην ίδια μεταχείριση σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής τους, καθώς μεγαλώνουν.

Οι πιο βασικοί δείκτες που αποτυπώνουν /προσμετρούν άμεσα ή έμμεσα τη δημογραφική γήρανση παρατίθενται παρακάτω:

- Η αναλογία (%) των ατόμων άνω των 65 ετών επί του συνολικού πληθυσμού.
- Ο δείκτης εξάρτησης, ήτοι ο αναλογών αριθμός ατόμων των ομάδων 0-14 ετών και 65 και άνω, ως προς 100 άτομα ηλικίας 15-64 ετών.
- Ο δείκτης γήρανσης, ήτοι ο αναλογών αριθμός ατόμων άνω των 65 ετών ως προς 100 άτομα ηλικίας 0-14 ετών.
- Ο δείκτης αντικατάστασης ήτοι ο αναλογών αριθμός νέων 10-14 ετών ως προς ένα άτομο 60-64 ετών (ή προς 100 άτομα 60-64 ετών).
- Η αναλογία των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών σε σχέση με τα άτομα ηλικίας 15-64 ετών.

1.3. Γήρανση, ένα βιολογικό/ιστορικό φαινόμενο.

Δεν έχει ιδιαίτερο νόημα, η αναφορά γενικώς στη δημογραφική γήρανση: Τα δημογραφικά κριτήρια από μόνα τους δεν επιτρέπουν και θα πρέπει να συνδυασθούν με πολλαπλά κριτήρια για να είμαστε σε θέση να απαντήσουμε στη διττή ερώτηση: για ποιους μιλάμε και για ποιο λόγο (κάτω από ποια οπτική γωνία, έχοντας ποιο στόχο;) Ιδιαίτερα η παραδοχή ότι η ηλικία καθορίζει αποκλειστικά την κατάσταση υγείας και τις παραγωγικές ικανότητες των ατόμων, είναι καθ' όλα αμφισβητήσιμη.

Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων έχει υποστηριχθεί ότι, αφενός συνιστά μείωση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού και κατ' επέκταση του πληθυσμού που φορολογείται και καταβάλλει ασφαλιστικές εισφορές, και αφετέρου, συνεπάγεται αύξηση της ζήτησης για κοινωνικές υπηρεσίες, κυρίως λόγω των αυξημένων αναγκών υγείας του γηραιού αυτού πληθυσμού, και άρα αύξηση του κόστους λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής προστασίας.

Επιπλέον και με το δεδομένο του «κοινωνικού στοιχήματος» που αντιμετωπίζει η Ευρώπη για τη διασφάλιση της ευημερίας των πολιτών της με πραγματική και ουσιαστική ενίσχυση της κοινωνικής προστασίας, η πρόκληση που η σταδιακή γήρανση του πληθυσμού συνιστά για τις κοινωνικές δαπάνες καθίσταται ακόμα πιο αισθητή. Και αυτό γιατί οι κοινωνικές πιέσεις για σύγχρονες, ευέλικτες και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας με συνέχεια και συνέπεια σε βάθος χρόνου αυξάνονται και δημιουργούν κάποιες προϋποθέσεις. Οι προϋποθέσεις αυτές είναι η συνακόλουθη αύξηση των δημοσίων επενδύσεων στην παροχή των υπηρεσιών αυτών, οι ασφαλιστικές εισφορές (και άρα η δυνατότητα για κοινωνικές δαπάνες) σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες να συρρικνώνονται. Με αποτέλεσμα τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης να εμφανίζουν χαρακτηριστικά αμφίβολης βιωσιμότητας και να αποδίδουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην περιστολή των δαπανών υγείας και τον εξορθολογισμό της παροχής των υπηρεσιών στους πραγματικά χρήζοντες αυτές (Σουλιώτης, 2006).

Ο προβληματισμός γύρω από το φαινόμενο της σταδιακής γήρανσης του πληθυσμού στα συστήματα και τις υπηρεσίες υγείας, εστιάζεται σε δύο βασικές, αλληλοσυνδεόμενες, διαστάσεις του φαινομένου: α) την οικονομική / χρηματοδοτική διάσταση, που άπτεται αφενός της αύξησης του βαθμού εξάρτησης του ηλικιωμένου πληθυσμού, της ενίσχυσης του προβλήματος των ασφαλιστικών συντάξεων και άρα του οικονομικού βάρους που η υποστήριξη ενός γηραιού πληθυσμού τοποθετεί στα συστήματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας, και αφετέρου του πραγματικού κόστους των εκφυλιστικών και χρόνιων ασθενειών που οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν αλλά και της συνεπαγόμενης αναγκαίας ανακατανομής των κρίσιμων πόρων, υλικών και ανθρώπινων για την κάλυψη του κόστους και των αναγκών αυτών, και β) την κλινική και κοινωνική διάσταση, η οποία άπτεται της φύσης και της βαρύτητας των παθήσεων που οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν και των κοινωνικών συμπεριφορών που αναπτύσσονται στα όρια των παθήσεων αυτών από τους ηλικιωμένους, τις οικογένειές τους και την κοινότητα στο σύνολό της (Σουλιώτης, 2006).

1.4. Οικονομική Διάσταση – Θεωρητική Προσέγγιση

Η μεγάλη ανησυχία για το φαινόμενο της σταδιακής γήρανσης του πληθυσμού βασίζεται στην αναζήτηση για το αν η μελλοντική αύξηση της μακροβιότητας του πληθυσμού θα οδηγήσει στην επιμήκυνση μιας περιόδου αυξημένης εξάρτησης του γηραιού πληθυσμού (αύξηση δαπανών για την υγεία) ή στην αύξηση του «ενεργού» προσδόκιμου επιβίωσης, μέσω της συμπίεσης της νοσηρότητας στα τελευταία χρόνια της διάρκειας ζωής .

Ο Fries (1980) υποστήριξε ότι οι ανθρώπινοι οργανισμοί έχουν ένα προδιαγεγραμμένο εύρος ζωής, το οποίο βασίζεται σε μια συγκεκριμένη διαδικασία, ορισμένη για κάθε είδος γήρανσης. Η θεωρία του βασίζεται στο όριο του «Hayflick», το οποίο ορίζει ότι υπάρχει μόνο ένας περιορισμένος αριθμός δυνατής αναπαραγωγής των ιστών. Κατά συνέπεια το εύρος της ζωής είναι προσδιορισμένο από τη στιγμή της γέννησης. Το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται μόνο μέσα από την εξάλειψη των κινδύνων πρόωρου θανάτου (π.χ. τροχαίο δυστύχημα), ώστε το άτομο να επιβιώσει μέχρι το «φυσικό» του θάνατο. Η ανάλυση αυτή υποδηλώνει ότι όσο περισσότερο πλησιάζει η ιατρική επιστήμη στην εξάλειψη των θανάτων που σχετίζονται με ορισμένες ασθένειες, κυρίως χρόνιες, τόσο το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης δεν θα αλλάζει σημαντικά (Fries 1980. Σουλιώτης 2006).

Ο Omran (1971) υποστήριξε ότι οι βασικοί κοινωνιολογικοί και επιδημιολογικοί παράγοντες διαμόρφωσης του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού έχουν ήδη σε μεγάλο βαθμό χρησιμοποιηθεί στο μεγαλύτερο δυνατό όριο στην κατεύθυνση της βελτίωσης των σχετικών δεικτών. Οι βελτιώσεις στη δημόσια υγιεινή, τη διατροφή και των παραγόντων δημόσιας υγείας γενικά και τα άλματα της

ιατρικής τεχνολογίας, έχουν εξαντλήσει τα περιθώρια περιοριστικής πίεσης επί των χρόνιων ή των μεταδιδόμενων ασθενειών.

Όπως και στο μοντέλο που χρησιμοποίησε ο Fries, το μοντέλο του Omran υποστήριξε ότι η ιατρική επιστήμη έχει πεπερασμένες δυνατότητες να αυξήσει το προσδόκιμο επιβίωσης μέσα από την θεραπεία των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων, ενώ δεν μπορεί να ελέγξει και την ενδεχόμενη αύξηση των «κοινωνικών» κινδύνων (Omran, 1971).

Και οι δύο παραπάνω εκφάνσεις της ίδιας βασικής ιδέας δέχθηκαν εντονότατη κριτική από τον Manton (1982), ο οποίος υποστήριξε ότι εάν το προφίλ μιας ασθένειας των ηλικιωμένων υποτεθεί σταθερό, τότε με δεδομένη την ενίσχυση της μακροβιότητας του πληθυσμού, το ποσοστό των ηλικιωμένων με το συγκεκριμένο προφίλ ασθένειας θα αυξηθεί με αποτέλεσμα να αυξηθούν και οι δαπάνες για την υγεία τους.

Καθώς η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας για ένα σταδιακά γηραιότερο πληθυσμό αποτελεί σημαντικό ζήτημα για την Πολιτική της Υγείας είναι χρήσιμο να αναφερθούν ορισμένα στοιχεία και μεγέθη που αναλύουν και παρουσιάζουν το φαινόμενο της σταδιακής γήρανσης και των επιπτώσεων της στο τομέα της υγείας.

Η Βασιλική Επιτροπή για την Μακροχρόνια Φροντίδα του Ηνωμένου Βασιλείου (Royal Commission on Long Term Care, 1999) υπολόγισε ότι η δαπάνη για τις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας θα αυξηθεί από £ 11 δισεκατομμύρια το 1995 σε £ 20 δισεκατομμύρια το 2020 (αύξηση της τάξης του 82%) και σε £ 45 δισεκατομμύρια το 2050 (125%), η οποία κυρίως αντικατοπτρίζει την αύξηση στον απόλυτο αριθμό των ηλικιωμένων (Σουλιώτης, 2006).

Στην Ολλανδία μια συγκεντρωτική μελέτη των δημογραφικών και επιδημιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν ή και διαμορφώνουν τη δαπάνη υγείας στη χώρα (Meerding et al, 1998) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η κατανομή της δαπάνης υγείας, είναι σημαντικά εξαρτώμενη από την ηλικία του πληθυσμού. Η ίδια μελέτη διαπίστωσε ότι οι δαπάνες υγείας είναι αυξημένες κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής, αντικατοπτρίζοντας το υψηλό κόστος της περιγεννητικής και βρεφικής φροντίδας, μειώνονται σημαντικά κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, προτού να αρχίσουν να αυξάνονται πάλι σταδιακά. Μετά το 50^ο έτος της ηλικίας τα κόστη αυτά αρχίζουν να αυξάνονται προοδευτικά, μέχρι το άτομο να φτάσει να ανήκει στην μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα (< 95 έτη). Επίσης υπολόγισαν ότι η μεγαλύτερη συμμετοχή των γυναικών (59%) στη συνολική δαπάνη υγείας οφείλεται, μεταξύ άλλων, και στο μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσής τους και τη σημαντικά μεγαλύτερη παρουσία τους σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας υγείας (Meerding et al, 1998).

Η χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας για τον γηραιό πληθυσμό προσεγγίζεται με διαφορετικό τρόπο από τις διάφορες χώρες. Υπάρχουν τουλάχιστον πέντε εναλλακτικά μοντέλα χρηματοδότησης (Knapp et al, 2002) τα οποία διαφοροποιούνται στη βάση της σχέσης ισορροπίας μεταξύ της δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης και της φύσης και του εύρους της συγκέντρωσης του κινδύνου (Σουλιώτης, 2006).

Ειδικότερα τα μοντέλα αναφέρονται σε:

- Χρηματοδότηση από ιδιώτες μερικές φορές και μέσα από ειδικούς αποταμιευτικούς λογαριασμούς
- Χρηματοδότηση από ιδιωτική ασφάλιση, η οποία αγοράζεται αποκλειστικά με ιδιωτική πρωτοβουλία και μπορεί να υφίσταται είτε αυτόνομα είτε σε συνδυασμό με άλλη συνταξιοδοτική ρύθμιση ή και ιδιωτική ασφάλιση ζωής
- Χρηματοδότηση από ιδιωτική ασφάλιση, η οποία οικονομικά υποστηρίζεται από το κράτος, με την έννοια της φορολογικής απαλλαγής ή και άλλων ειδικών απαλλακτικών, ευνοϊκών ρυθμίσεων και κινήτρων για την αγορά της ασφάλισης αυτής
- Χρηματοδότηση από τα γενικά φορολογικά έσοδα του κράτους, η οποία προσανατολίζεται είτε στην οικονομική κάλυψη παρεχόμενων υπηρεσιών είτε στην καταβολή επιδομάτων και άλλων σε είδος παροχών στη βάση της ανάγκης και ενδεχόμενα στη βάση του εισοδήματος ή του κεφαλαίου κάθε δικαιούχου
- Χρηματοδότηση από τη (δημόσια) κοινωνική ασφάλιση, στη βάση των ασφαλιστικών εισφορών των δικαιούχων και στην κατεύθυνση της οικονομικής κάλυψης παρεχόμενων υπηρεσιών ή της καταβολής επιδομάτων και άλλων σε είδος παροχών ανάλογα με την ανάγκη και το ύψος των εισφορών.

Στην πράξη οι περισσότερες χώρες, σε επίπεδο πολιτικής επιλογής, εφαρμόζουν μια σύνθεση των εναλλακτικών αυτών μοντέλων. Ο δημόσιος τομέας συνήθως διασφαλίζει την ύπαρξη ενός ελάχιστου δικτύου ασφαλείας, ώστε να προστατεύσει τις φτωχότερες γηραιές πληθυσμιακές του ομάδες, οι οποίες έχουν μεγαλύτερη ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας. Οι πιο ευκατάστατες κοινωνικές ομάδες αναμένονται από την άλλη να βασιστούν καταρχάς στον προσωπικό τους προϋπολογισμό ή να αγοράσουν ιδιωτική ασφάλιση η οποία και να τους καλύπτει σε ενδεχόμενη ανάγκη φροντίδας της υγείας τους (Knapp et al, 2002).

Με τη δημογραφική αλλαγή που η επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης και η μείωση της γεννητικότητας θα επιφέρει, οι περισσότερες χώρες απαιτείται να αναθεωρήσουν τις μεθόδους που επιλέγουν για τη χρηματοδότηση και την παροχή της φροντίδας στους ηλικιωμένους.

Η δημογραφική γήρανση αποτελεί τη σημαντικότερη ίσως πρόκληση για το μέλλον των συστημάτων υγείας. Και αυτό γιατί οι επιπτώσεις του φαινόμενου αγγίζουν και τις δύο διαστάσεις του. Την οργανωτική/ λειτουργική διάσταση η οποία σχετίζεται με τον όγκο και το είδος των υπηρεσιών που πρέπει να παραχθούν και διανεμηθούν. Και τη χρηματοδοτική/διαχειριστική διάσταση, η οποία αναφέρεται στην κάλυψη των δαπανών των υπηρεσιών αυτών, καθώς και στην ορθολογική κατανομή και χρήση των πόρων που απαιτούνται για την παραγωγή τους (Σουλιώτης, 2006).

Μπροστά στην πρόκληση αυτή, οι μηχανισμοί που διαθέτουν τα συστήματα υγείας για την αντιμετώπιση του φαινόμενου δεν φαίνονται να είναι επαρκείς, δεδομένου και των διλημάτων που προκύπτουν για την πολιτική υγείας σε ότι αφορά τη διαχείριση του ζητήματος της γήρανσης. Ως εκ τούτου, η πολιτική υγείας οφείλει να λάβει ορισμένες πολύ δύσκολες αποφάσεις αναφορικά με την ποιότητα και την ποσότητα της φροντίδας υγείας των ηλικιωμένων, ιδίως όσο η χρηματοδότηση της φροντίδας αυτής παραμένει βασικό στοιχείο των συστημάτων κοινωνικής προστασίας.

Ο σχετικά προβλέψιμος, σε μεσοπρόθεσμο ορίζοντα, χαρακτήρας των εξελίξεων όσον αφορά τα εθνικά δημογραφικά στοιχεία και, σε μικρότερο βαθμό, τα περιφερειακά ή τοπικά στοιχεία, συνεπάγεται ότι οι πολιτικοί ιθύνοντες φέρουν ιδιαίτερη ευθύνη. Στην πραγματικότητα, ενώ θα μπορούσαμε, μέχρι ενός σημείου, να συγχωρήσουμε την αδυναμία πρόβλεψης από τους πολιτικούς ιθύνοντες εξωτερικών οικονομικών κρίσεων (κρίση των ενυπόθηκων δανείων υψηλού κινδύνου ή αύξηση των τιμών της ενέργειας, λόγω χάρη) ή περιβαλλοντικών φαινομένων (πλημμύρες, θύελλες, σεισμοί κ.ο.κ.), είναι πολύ πιο δύσκολο να συγχωρηθεί η έλλειψη προετοιμασίας έναντι δημογραφικών φαινομένων των οποίων γνωρίζουμε, σε γενικές γραμμές, αρκετά ικανοποιητικά την προβλεπόμενη πορεία κατά τα επόμενα 20 ή 30 έτη.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελεί σήμερα, μαζί με τη Ρωσία και την Ιαπωνία, μία από τις περιοχές του κόσμου στις οποίες αναμένεται να καταγραφεί η μικρότερη δημογραφική αύξηση τα προσεχή έτη. Εάν δεν υπάρξουν νέες διευρύνσεις, ο πληθυσμός της ΕΕ αναμένεται να παραμείνει σχετικώς σταθερός στο επίπεδο των 500 εκατομμυρίων κατοίκων. Εντούτοις, σε πολλές από τις χώρες που την αποτελούν αναμένεται να παρουσιαστεί δημογραφική ύφεση, κυρίως στη Γερμανία, στην Ιταλία και στο σύνολο των νέων κρατών μελών με εξαίρεση την Κύπρο και τη Μάλτα. Αντίθετα, στις χώρες που βρίσκονται στα ανατολικά και νότια της Μεσογείου θα συνεχίσει να παρατηρείται ισχυρή δημογραφική αύξηση κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου και ο πληθυσμός της Τουρκίας θα

ξεπεράσει αυτόν της Γερμανίας μετά το 2015 (82 εκατομμύρια κάτοικοι), ενώ ο πληθυσμός του Μαρόκου θα ξεπεράσει τον πληθυσμό της Ισπανίας περί το 2035 (44 εκατομμύρια κάτοικοι). Οι εν λόγω εξελίξεις στον τομέα αυτό αποτελούν κοινή γνώση και εγείρουν διάφορα πολιτικά και γεωπολιτικά διλήμματα όσον αφορά τη συνέχιση της διεύρυνσης και το άνοιγμα ή κλείσιμο των συνόρων στη μετανάστευση.

2. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

2.1. Η περίπτωση της Ελλάδας

Η Ελλάδα δεν διαφοροποιείται από τις γενικότερες πληθυσμιακές τάσεις που επικρατούν στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αντίθετα, ανήκει στην ομάδα των χωρών για τις οποίες οι δημογραφικές προβλέψεις είναι ιδιαίτερα δυσόιωνες. Μέχρι το 2010, για όλες οι δημογραφικές ομάδες ατόμων ηλικίας μικρότερης των 39 ετών, αναμένεται μείωση του πληθυσμού τους. Εξάίρεση αποτελούν τα άτομα ηλικίας 0-14 ετών, των οποίων η μείωση του πληθυσμού είναι αρκετά μικρή, ώστε να γίνεται λόγος για στασιμότητα, καθώς η υποχώρηση κατά -0,02% δεν μπορεί να χαρακτηριστεί βαρύνουσα. Διαφορετική είναι η κατάσταση στα άτομα ηλικίας 15-29 ετών, όπου αναμένεται σημαντική μείωση του μεγέθους τους κατά -12,99%. Μείωση θα καταγράψει και ο πληθυσμός της ηλικιακής ομάδας των ατόμων 25-39 ετών, καθώς τα επίπεδα του 2010 θα είναι κατά -2,20% μικρότερα από τα αντίστοιχα του 2005.

Οι τάσεις γήρανσης δεν θα μεταβληθούν μέχρι το 2030, σύμφωνα πάντα με το βασικό σενάριο προβολών πληθυσμού που πραγματοποιήθηκε από την Eurostat. Για τις ηλικιακές ομάδες των ατόμων μέχρι και 39 ετών, αναμένεται να συνεχιστεί η μείωση του πληθυσμού τους με μοναδική εξαίρεση τις ηλικίες 0-14 ετών που θα παρουσιάσουν οριακή αύξηση 1,40%. Ο πληθυσμός των ατόμων 15-24 ετών θα παρουσιάσει περαιτέρω κάμψη της τάξεως του -5,56%, ενώ τη μεγαλύτερη πτώση θα παρουσιάσει ο πληθυσμός των ατόμων 25-39 ετών καθώς θα καταγράψει μείωση της τάξεως του -8,37%. Οι ανοδικές τάσεις των υπολοίπων ηλικιακών ομάδων θα διατηρηθούν μέχρι το 2030. Η ηλικιακή ομάδα των ατόμων 40-54 ετών θα αυξηθεί κατά 5,11%, των ατόμων 55-64 κατά 7,03% και τα άτομα ηλικίας 65-79 ετών κατά 1,77%. Τη μεγαλύτερη αύξηση κατά 25,5% θα παρουσιάσουν πάντως για ακόμα μια φορά οι υπερήλικες, γεγονός που εγείρει πολλούς προβληματισμούς σχετικά με τις κοινωνικές εξελίξεις που αυτό επιφέρει. (Δρεττάκης, 2001).

Όπως αναφέρουν οι Πορτοκαλάκη και Πολυκρέτη (2006), «Οι δημογραφικές τάσεις που επικρατούν στην Ελλάδα, αποτυπώνονται με σαφήνεια από τις τιμές του δείκτη πληθυσμιακής εξάρτησης, που όπως έχει αναφερθεί, υπολογίζεται ως το πηλίκο του μη ενεργού προς τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό. Υπενθυμίζεται ότι υψηλές τιμές του δείκτη αξιολογούνται αρνητικά καθώς σημαίνουν ότι η αναλογία των ατόμων που δεν μπορούν για αντικειμενικούς λόγους να εργαστούν προς το εργατικό δυναμικό της χώρας, τείνει σε επίπεδα που γεννούν κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, όπως η βιωσιμότητα των ασφαλιστικών ταμείων και η τωρινή ανεπάρκεια των συστημάτων υγείας (Πίνακας 2.1).»

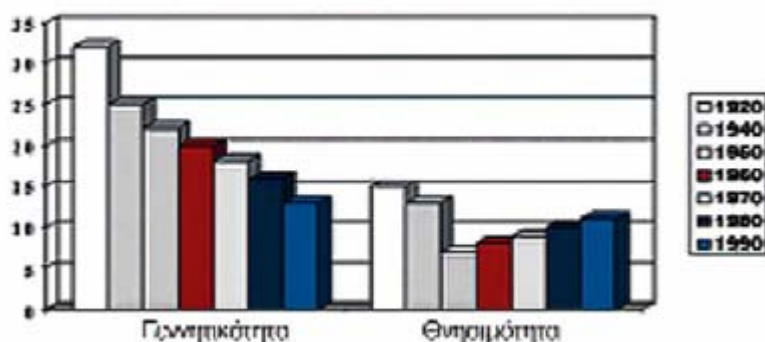
Πίνακας 2.1: Δείκτης πληθυσμιακής εξάρτησης για την ελληνική οικονομία

| Έτος | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Δείκτης Πληθυσμιακής Εξάρτησης | 48,14% | 49,12% | 51,86% | 54,13% | 56,39% | 59,20% |

Πηγή: Diaz F. et al., (2004)

«Ο εν λόγω δείκτης για την Ελλάδα, αναμένεται να εμφανίσει μια γνησίως αύξουσα ακολουθία τιμών, καθώς η τιμή του αναμένεται να εκτιναχθεί κατά 11,6 ποσοστιαίες μονάδες από 48,14% το 2005 στο 59,2% το 2030. Το γεγονός αυτό εγείρει αρκετούς προβληματισμούς σε όρους διαχείρισης του γηράσκοντος ελληνικού πληθυσμού, δεδομένης της υστέρησης έναντι άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε επίπεδο μέριμνας και σχεδιασμού αντιμετώπισης των προβλημάτων που ανακύπτουν. Άλλωστε, το ζήτημα της βιωσιμότητας των ασφαλιστικών ταμείων είναι πάγιο αίτημα όλων των κοινωνικών φορέων και ένα από τα πλέον δαιδαλώδη προβλήματα που κληρονομεί η εκάστοτε κυβέρνηση. Το γεγονός αυτό είναι απτή απόδειξη της πολυπλοκότητας του ζητήματος που προκύπτει από την γήρανση του ελληνικού πληθυσμού.» (Πορτοκαλάκη και Πολυκρέτη (2006),

Ο αριθμός των γεννήσεων και η γεννητικότητα είχαν στη χώρα μας, κατά την μεταπολεμική περίοδο, φθίνουσα πορεία (Σχήμα 2.1). Το 1996, για πρώτη φορά στη μεταπολεμική περίοδο, οι θάνατοι ξεπερνούσαν τις γεννήσεις και αντί για φυσική αύξηση σημειώθηκε φυσική μείωση του πληθυσμού της χώρας κατά 22 άτομα. Το 1998 η κατάσταση έχει αισθητά χειροτερεύσει, αφού οι γεννήσεις υπολείπονται των θανάτων κατά 1.774 άτομα (Δρεττάκης, 2001).



Σχήμα 2.1. Αδρός συντελεστής γεννητικότητας και θνησιμότητας στην Ελλάδα κατά τις δεκαετίες 1930 – 1990 (Δρεττάκης, 2001).

Η χαμηλή γεννητικότητα αυξάνει διαχρονικά τον αριθμό των ηλικιωμένων ατόμων στο σύνολο του πληθυσμού, επηρεάζοντας όλους τους τομείς της υγείας και της οικογενειακής και κοινωνικής ζωής, όπως επίσης και τη λειτουργία της αγοράς εργασίας. Κατά τις εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ, το έτος 2000, το 17,1% του πληθυσμού της Ελλάδας ήταν άνω των 65 ετών και το έτος 2030 θα είναι το 24,6%, υπερβαίνοντας το μέσο όρο των χωρών του οργανισμού αυτού (14,7 και 23,2% αντίστοιχα). (Γλυτσός, 2001).

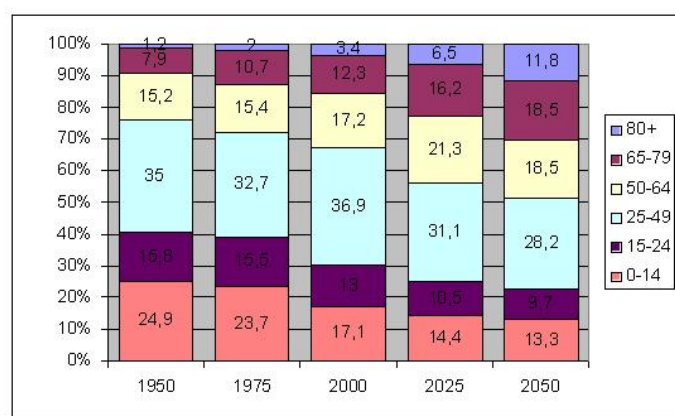
2.2. Η περίπτωση της Ευρώπης

Σε αντίθεση με άλλες περιοχές του κόσμου (Κίνα, Ινδονησία, κλπ.) στις οποίες εφαρμόζονται προγράμματα ελέγχου των γεννήσεων, προκειμένου να μειώσουν την αυξανόμενη τάση υπερπληθυσμού, η Ευρώπη χαρακτηρίζεται αντιμετωπίζει μια πρωτοφανή δημογραφική αλλαγή και έχει χαρακτηριστεί ως η «γκρίζα ήπειρος» ή η «ήπειρος που γερνά», λόγω της σημαντικής μείωσης της γεννητικότητας, λόγω κυρίως της αλλαγής της μορφής της παραδοσιακής οικογένειας, και της κοινωνικής οργάνωσης και κουλτούρας γενικότερα.

Κατά το τέλος της τελευταίας πολυτάραχης δεκαετίας στα Βαλκάνια (1990 και μετά), στην Ελλάδα, Βουλγαρία και Γιουγκοσλαβία, η γονιμότητα έπεσε σε επίπεδα χαμηλότερα των αναγκαίων για την αναπλήρωση των γενεών. Στην Αλβανία, η γονιμότητα, παρά τη μεγάλη μείωση που σημείωσε (45%), διατηρείται ακόμα σε σχετικά υψηλά επίπεδα (3,08 παιδιά ανά γυναίκα). Οι δημογραφικές διαφορές μεταξύ της Ελλάδας και των γειτονικών χωρών (ειδικά την Αλβανία, την Τουρκία και τις χώρες της Μέσης Ανατολής) θα δημιουργήσουν ακόμα μεγαλύτερο πρόβλημα λαθρομετανάστευσης προς τη χώρα μας και κατ' επέκταση, σε ολόκληρη την Ευρώπη (Τσίμπος, 2001).

Η προσδοκία της ανθρωπότητας για μακροβιότητα συντέλεσε και στην αύξηση της μέσης ηλικίας των πληθυσμών του οικονομικά ανεπτυγμένου κόσμου. Η αναλογία των ατόμων ηλικίας 60 και άνω στο σύνολο του πληθυσμού αναμένεται να υπερδιπλασιαστεί από το 2000 έως το 2050 (από 10% σε 21% του συνόλου του πληθυσμού), ενώ αναμένεται ταυτόχρονα μείωση του ποσοστού των παιδιών κατά 1/3 (από 30% θα γίνει 20% επί του συνόλου του πληθυσμού) (World Health Organisation, 2002).

Αυτή η δημογραφική αλλαγή είναι πολύ έντονη ιδιαίτερα στην Ευρώπη, η οποία ήδη υφίσταται την πληθυσμιακή γήρανση με έντονο ρυθμό, λόγω της κάθετης μείωσης του ρυθμού των γεννήσεων και της ταχείας αύξησης της μακροζωίας. Στο Διάγραμμα 2.1. μπορούμε να παρατηρήσουμε την αυξανόμενη τάση μεγέθυνσης των ηλικιακών ομάδων 65 – 80+, και τη σταδιακή συρρίκνωση του πληθυσμού των ηλικιών 15 – 24, και 0 – 14.



Διάγραμμα 2.1. Η πληθυσμιακή κατανομή της ΕΕ 25 ανά ηλικιακή ομάδα (1950 – 2050)

2.3. Τα προβλήματα που προκύπτουν από τη γήρανση του πληθυσμού

Η αλλαγή στη σύνθεση του πληθυσμού, άσκησε αρνητική επίδραση στα συστήματα υγείας και συνεπώς στις υπηρεσίες που παρέχουν. Οι ασφαλιστικοί φορείς δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στην συρρίκνωση των οικονομικών τους (μικρότερος όγκος εισφορών καθώς είναι μικρότερο το εργατικό δυναμικό προς περισσότερους συνταξιούχους με μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και η ταυτόχρονη ύπαρξη πρόωρων συνταξιοδοτήσεων) γεγονός που επιβαρύνει οικονομικά την δημοσιονομική πολιτική των κρατών που έχουν υποχρεωτική δημόσια ασφάλιση. Ο ενεργός πληθυσμός μειώνεται και αυξάνεται ο μη ενεργός ο οποίος και εξαρτάται και από τον προηγούμενο.

Η γήρανση του πληθυσμού ακολουθείται και από υψηλές απαιτήσεις στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και στην ποιότητα του περιβάλλοντος στο οποίο τα άτομα ζουν και εργάζονται. Καθώς αυξάνεται η ηλικία, αυξάνονται και οι ανάγκες για νοσηλεία και φαρμακευτική αγωγή, καθώς και η απαίτηση για ποιοτικές συνθήκες διαβίωσης και εργασίας που να μην επιβαρύνουν την υγεία. Τούτο όμως συνεπάγεται ένα επιπλέον κόστος, που επιβαρύνει όχι μόνο το δημόσιο σύστημα ασφάλισης, αλλά και τους εργοδότες.

Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι βιώνουν συχνά κοινωνικό και εργασιακό αποκλεισμό. Ο κοινωνικός αποκλεισμός έγκειται στην λανθασμένη αντίληψη ότι οι γηραιότεροι είναι φορείς αναχρονιστικών και ξεπερασμένων αντιλήψεων. Όσον αφορά την εργασία υπάρχει η πεποίθηση ότι είναι λιγότερο εκπαιδευσιμοι από τους νέους και ταυτόχρονα απολαμβάνουν υψηλούς μισθούς, λόγω της μεγάλης τους προϋπηρεσίας. Έτσι, αφενός μεν υφίστανται κοινωνική περιθωριοποίηση, αφετέρου δε απειλούνται από την ανεργία και από την οικονομική εξαθλίωση.

Τα σύγχρονα συστήματα κοινωνικής προστασίας, θεωρούνται κατά γενική ομολογία αδύναμα να αντιμετωπίσουν τη δημογραφική γήρανση. Στην πραγματικότητα, όλα τα συνταξιοδοτικά συστήματα, είτε πρόκειται για την σύνταξη με τη έξοδο από την απασχόληση (pay as you go), είτε για πρόωρη συνταξιοδότηση, είτε πάλι για ένα συνδυασμό των δύο, μιλάμε για μηχανισμούς οι οποίοι ουσιαστικά διαιρούν το τρέχον εθνικό εισόδημα σε ενεργούς και συνταξιούχους εργαζομένους. Εάν η αναλογία των συνταξιούχων σε σχέση με τους ενεργούς αυξάνει, η τροποποίηση των χρηματοδοτικών μηχανισμών δεν πρόκειται να λύσει το πρόβλημα του ολοένα και αυξανόμενου συνταξιοδοτικού κόστους.

Η πιο σημαντική απάντηση στη δημογραφική γήρανση είναι η μεταρρύθμιση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και υγείας. Παρόμοιες πολιτικές οι οποίες υλοποιήθηκαν και στο παρελθόν δεν έδωσαν την πρέπουσα σημασία σε κοινωνικές αναλύσεις, ούτε έλαβαν υπόψη τη διάκριση του φύλου.

Εκτιμάται ότι σε τουλάχιστον 75 αναπτυσσόμενες χώρες η αύξηση του αριθμού των μεγαλύτερης ηλικίας γυναικών τα επόμενα 25 χρόνια θα ξεπεράσει το 150%. Την ίδια περίοδο το ποσοστό των γηραιότερων γυναικών στις αναπτυσσόμενες χώρες θα τριπλασιαστεί.

Ωστόσο, αν δεν επέλθουν πρόσθετες μεταβολές στο θεσμικό πλαίσιο και στις ακολουθούμενες πολιτικές υγείας, οι δημογραφικές τάσεις αναμένεται να προκαλέσουν σημαντικές μεταβολές στις κοινωνίες μας, επηρεάζοντας την αλληλεγγύη μεταξύ γενεών και δημιουργώντας νέες απαιτήσεις στο χώρο για τις μελλοντικές γενιές. Οι τάσεις αυτές θα έχουν σοβαρές συνέπειες και θα οδηγήσουν σε έντονες πιέσεις για αύξηση των κρατικών δαπανών, όχι μόνο για συντάξεις και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, αλλά και στους τομείς των υποδομών και της στέγασης.

Εξαιτίας της δημογραφικής γήρανσης, θα αυξηθούν οι ανάγκες για την παροχή από το κράτος μεταβιβάσεων και υπηρεσιών σε συνάρτηση με τη γήρανση του πληθυσμού. Ο δημοσιονομικός αντίκτυπος της γήρανσης προβλέπεται, επομένως, να είναι σημαντικός σε σχεδόν όλα τα κράτη μέλη και να καταστεί εμφανής ήδη κατά τη διάρκεια της επόμενης δεκαετίας. Συνολικά, αν ληφθούν ως βάση οι τρέχουσες πολιτικές, οι κρατικές δαπάνες που σχετίζονται με τη δημογραφική γήρανση προβλέπεται να αυξηθούν κατά μέσο όρο κατά $4\frac{3}{4}$ ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ περίπου μέχρι το 2060 στην ΕΕ και κατά ποσοστό άνω των 5 ποσοστιαίων μονάδων στη ζώνη του ευρώ, ιδιαίτερα υπό την επίδραση των δαπανών για συντάξεις, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα.

Για την ΕΕ25, η προβλεπόμενη αύξηση είναι ελαφρώς μεγαλύτερη σε σύγκριση με τις προηγούμενες προβλέψεις που περιλαμβάνονταν στην έκθεση για τη δημογραφική γήρανση του 2006, κατά μισή

ποσοστιαία μονάδα του ΑΕΠ περίπου για το σύνολο της χρονικής περιόδου που καλύπτουν οι προβλέψεις.

Σε σύγκριση με την έκθεση για τη δημογραφική γήρανση του 2006, οι μεγαλύτερες αναθεωρήσεις προς τα κάτω του δημοσιονομικού αντίκτυπου της δημογραφικής γήρανσης αφορούν την Πορτογαλία, την Ουγγαρία και την Τσεχική Δημοκρατία (και αντανακλούν κυρίως την επίδραση των μεταρρυθμίσεων των συντάξεων), ενώ μεγάλες αναθεωρήσεις προς τα πάνω καταγράφονται στην Ελλάδα, το Λουξεμβούργο, τη Μάλτα, την Εσθονία, την Αυστρία, την Πολωνία και τη Λιθουανία (αντανακλώντας πρωτίστως τις αναθεωρημένες σχεδιαζόμενες αλλαγές στις δαπάνες για συντάξεις ως αποτέλεσμα της ανατροπής μεταρρυθμίσεων και της βελτίωσης των τεχνικών μοντελοποίησης) (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2009).

2.4. Θέσεις σχετικά με τη διαχείριση της ενεργού γήρανσης σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε Ευρωπαϊκή κλίμακα

Η ΕΕ έχοντας από πολύ νωρίς διαπιστώσει τις αρνητικές συνέπειες των μεταβολών στη σύσταση του πληθυσμού της, προωθεί την υιοθέτηση πολιτικών, σε ευρωπαϊκό αλλά και εθνικό επίπεδο, οι οποίες συνεκτιμούν τις δημογραφικές αυτές αλλαγές πάνω στα υγειονομικά συστήματα. Η ΕΕ δηλαδή, ακολουθώντας το πνεύμα των παγκόσμιων οργανισμών που ασχολούνται με τις επιπτώσεις της ενεργού γήρανσης στην υγεία των πολιτών, επικεντρώνεται στην προσπάθεια να αντισταθμίσει τη μείωση του ενεργού πληθυσμού και να αντιμετωπίσει τις απαραίτητες αλλαγές που θα πρέπει να συντελεστούν στον υγειονομικό τομέα, ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί με αποτελεσματικότητα στις νέες συνθήκες. Η κύρια λοιπόν πολιτική της δεν εστιάζεται μόνο στις υγειονομικές υπηρεσίες αλλά σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δράσης μιας και το φαινόμενο είναι πολύπλευρο.

Επιγραμματικά και με βάση τους στόχους και το πνεύμα της Ε.Ε. αναφέρονται οι κύριοι άξονες δράσης της κοινότητας:

- ❖ Δημογραφική αύξηση
- ❖ Αύξηση της απασχόλησης
- ❖ Μεταρρύθμιση των ασφαλιστικών συστημάτων, αύξηση της ηλικίας συνταξιοδότησης, συντονισμένη από το κράτος και πιο αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη.
- ❖ Καταπολέμηση των διακρίσεων στην εργασία και απάλειψη διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα καθώς και ενίσχυση της αλληλεγγύης προς τα γηραιά άτομα.

- ❖ Υιοθέτηση οικονομικών πολιτικών τέτοιων οι οποίες να ενισχύουν την ανάπτυξη, να μειώνουν το δημόσιο χρέος και να εξασφαλίζουν τη βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών.
- ❖ Συμβολή των επιστημών και της τεχνολογίας στην έρευνα για την αντιμετώπιση ασθενειών ώστε να συντελεστεί η αύξηση του βιοτικού επιπέδου στις γηραιότερες ηλικίες (Πορτοκαλάκη και Πολυκρέτη 2006)

Η δημογραφική γήρανση σε πολλές χώρες αποτελεί ένα φαινόμενο με σημαντική συνέπεια στα συνταξιοδοτικά συστήματα καθώς και στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

Με βάση ακριβώς τα παραπάνω δεδομένα, το Συμβούλιο ECOFIN ανέθεσε στην Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής και κάλεσε την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να επικαιροποιήσουν τις μακροπρόθεσμες δημοσιονομικές προβλέψεις μέχρι τα τέλη του 2009. Οι κοινές προβλέψεις οι οποίες στηρίζονται στην εφαρμογή νέων, αναβαθμισμένων μεθόδων, επιβεβαιώνουν εν πολλοίς τις προβλέψεις του 2006. Παρέχουν δε πρωταρχικής σημασίας πληροφόρηση για την ανάλυση των επιπτώσεων της δημογραφικής γήρανσης και αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του συστήματος πολυμερούς δημοσιονομικής εποπτείας της ΕΕ. Επίσης, οι εν λόγω προβλέψεις θα χρησιμεύσουν για την προετοιμασία των μεταρρυθμίσεων των συστημάτων συντάξεων και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από μέρους των ιθυνόντων.

Η γήρανση του πληθυσμού συνεπάγεται επίσης αύξηση των κρατικών δαπανών για μακροχρόνια φροντίδα. Με βάση τις τρέχουσες πολιτικές, οι κρατικές δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα προβλέπεται να αυξηθούν κατά 1¼% του ΑΕΠ μέχρι το 2060, λόγω του ότι τα άτομα πολύ μεγάλης ηλικίας (άνω των 80 ετών) θα αποτελούν στο μέλλον την πλέον ταχέως αυξανόμενη ηλικιακή κατηγορία πληθυσμού.

Οι παράγοντες που συντελούν στην κατάσταση αυτή δεν είναι μόνο δημογραφικοί. Σήμερα, η φροντίδα για ηλικιωμένους με εύθραυστη υγεία παρέχεται σε πολύ μεγάλο βαθμό άτυπα από συγγενικά πρόσωπα. Οι μεταβολές των οικογενειακών δομών, η υψηλότερη συμμετοχή των γυναικών στο εργατικό δυναμικό και η αυξημένη γεωγραφική κινητικότητα, ενδέχεται να περιορίσουν τη παροχή άτυπης φροντίδας. Για τις χώρες των οποίων τα επίσημα συστήματα φροντίδας είναι λιγότερο ανεπτυγμένα, η προβλεπόμενη αύξηση των κρατικών δαπανών για μακροχρόνια φροντίδα είναι πιθανό να μην αποτυπώνει στην πραγματική της έκταση τη μελλοντική πίεση επί των δημόσιων οικονομικών, λόγω της πιθανολογούμενης ανάγκης αύξησης της παρεχόμενης επίσημης φροντίδας.

Οι δημογραφικές τάσεις αναμένεται να οδηγήσουν σε πολύ σημαντική αύξηση των δαπανών για κρατικές συντάξεις σε όλα τα κράτη μέλη. Παρόλα αυτά, οι μεταρρυθμίσεις των συντάξεων που έχουν θεσπισθεί σε μια σειρά κρατών μελών ήδη παράγουν θετικά αποτελέσματα για τη διατηρησιμότητα των δημόσιων οικονομικών. Όλα σχεδόν τα κράτη μέλη έχουν αναθεωρήσει επί το αυστηρότερο τις προϋποθέσεις επιλεξιμότητας για τη λήψη κρατικής σύνταξης, ιδίως με την αύξηση του ορίου ηλικίας για συνταξιοδότηση και την περιστολή της πρόσβασης σε καθεστώτα πρόωρης συνταξιοδότησης. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές συνήθως τίθενται σταδιακά σε ισχύ εντός μεγάλης χρονικής περιόδου και εκτιμάται ότι θα οδηγήσουν σε αύξηση των ποσοστών συμμετοχής των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας, γεγονός που ενδέχεται επίσης να είναι απόρροια της καθιέρωσης στενότερης σχέσης μεταξύ συνταξιοδοτικών παροχών και συνταξιοδοτικών εισφορών και, κατ' επέκταση, της παροχής μεγαλύτερων κινήτρων για παραμονή στην αγορά εργασίας. Καίτοι τα ποσοστά απασχόλησης των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας καταγράφουν αύξηση κατά τα τελευταία έτη, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικά περιθώρια για περαιτέρω πρόοδο. Μόνο το 50% περίπου του πληθυσμού στην ΕΕ εξακολουθεί να εργάζεται στην ηλικία των 60 ετών (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2009) (Πίνακας 2.2).

Ένας πληθυσμός ο οποίος χαίρει καλύτερης υγείας θα μπορεί να εργάζεται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα προϊούσης της ηλικίας, γεγονός που επιτρέπει την αύξηση της παραγωγικότητας και της συμμετοχής στην αγορά εργασίας, ενώ συγχρόνως θα χρειάζεται λιγότερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, με απώτερη συνέπεια τη μείωση των πιέσεων επί των δημόσιων οικονομικών. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής με καλή υγεία θα αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα για την επίτευξη του στόχου της στρατηγικής της Λισαβόνας που συνίσταται στην προσέλκυση περισσότερων ανθρώπων στην απασχόληση και στην παραμονή τους στην αγορά εργασίας. Συγχρόνως, οι γηράσκουσες κοινωνίες αποτελούν μια ευκαιρία για ταχεία δημιουργία θέσεων εργασίας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, συγχρόνως δε απαιτούν μέτρα ενεργοποίησης και επαγγελματικής εκπαίδευσης.

Οι κοινωνίες στις οποίες οι άνθρωποι ζουν περισσότερο παρέχουν ευκαιρίες για την ανάπτυξη νέων προϊόντων και υπηρεσιών στον χώρο της υγείας. Επιπλέον, η έρευνα και ανάπτυξη πρέπει να είναι προσανατολισμένη στην επεξεργασία οικονομικότερων ιατρικών αγωγών και στρατηγικών πρόληψης. Επίσης πρέπει να συνδυάζεται με ισχυρότερα κίνητρα για την ορθολογική χρήση των πόρων, η οποία είναι ικανή να οδηγήσει σε μεγάλη μείωση των δαπανών

Η μεταβολή της σύνθεσης του ευρωπαϊκού πληθυσμού συνιστά επίσης ενδεχομένως μια ευκαιρία για την ανάπτυξη προϊόντων και υπηρεσιών προσανατολισμένων στις ανάγκες των ατόμων μεγαλύτερης

ηλικίας. Είναι δυνατή η ανάπτυξη νέων τεχνολογιών που θα επιτρέπουν στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να παραμένουν ανεξάρτητα και να ζουν επί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στα σπίτια τους, μετασχηματίζοντας την παροχή φροντίδας, μεταξύ άλλων με την εξατομίκευση των υπηρεσιών με γνώμονα τις προσωπικές ανάγκες και προτιμήσεις του κάθε ασθενή. Οι επενδύσεις στην παιδεία και στην έρευνα και ανάπτυξη θα αποφέρουν δυνητικά μεγάλες αποδόσεις στο μέλλον και γι' αυτό είναι σκόπιμο να μη μειωθούν κατά τη διάρκεια της κρίσης. Για τη διευκόλυνση της πρόσβασης όλων των πολιτών, θα απαιτηθούν ακόμη επενδύσεις για τον εκσυγχρονισμό των υποδομών μεταφορών, οι οποίες μπορούν να συμβάλουν στην τόνωση της ζήτησης κατά τη διάρκεια της κρίσης, συγχρόνως όμως απαιτείται ενίσχυση των δικαιωμάτων των επιβατών μειωμένης κινητικότητας

Σύμφωνα με τις τελευταίες προβλέψεις, η αύξηση των κρατικών δαπανών για την υγεία θα είναι πιθανότατα πολύ μεγάλη σε αρκετά κράτη μέλη (αν και σε ορισμένες περιπτώσεις η σύγκριση γίνεται με ένα μάλλον χαμηλό επίπεδο κρατικών δαπανών). Για τα κράτη μέλη με τον μεγαλύτερο αντίκτυπο για τα δημόσια οικονομικά, θα είναι αναγκαία η υλοποίηση μεταρρυθμίσεων των κοινωνικών συστημάτων, ιδίως στον τομέα των συντάξεων, αλλά και αναφορικά με άλλα προγράμματα, όπως είναι, ιδίως, η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, με σκοπό την ανάσχεση της μακροπρόθεσμης τάσης των δαπανών.

Υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης της αποτελεσματικότητας των συστημάτων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας. Η βελτίωση της σχέσης κόστους-ωφέλειας και η άμβλυνση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας είναι δυνατό να επιτευχθούν με την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας, καθώς και με τον καλύτερο συντονισμό και την ορθολογική αξιοποίηση των σχετικών πόρων. Παρόλα αυτά, σε ορισμένες χώρες, ο τομέας της υγείας εξακολουθεί να υποφέρει από ανεπάρκεια. (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2009).

2.5. Η αντιμετώπιση των προκλήσεων

Απαιτείται δράση σε ευρύ φάσμα τομέων πολιτικής. Ο συντονισμός σε ευρωπαϊκό επίπεδο μπορεί να διευκολύνει την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών, τη μεθόδευση συνεργιών και τη μείωση των αρνητικών δευτερογενών συνεπειών. Οι προκλήσεις της δημογραφικής γήρανσης στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να αντιμετωπισθούν με βάση τα πλαίσια πολιτικής που συγκροτήθηκαν κατά τα τελευταία έτη, με προεξάρχουσα τη στρατηγική της Λισαβόνας, που προβλέπει το συνολικό πλαίσιο δράσης.

Η συμβολή της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στην αντιμετώπιση των προκλήσεων περιλαμβάνει τα εξής:

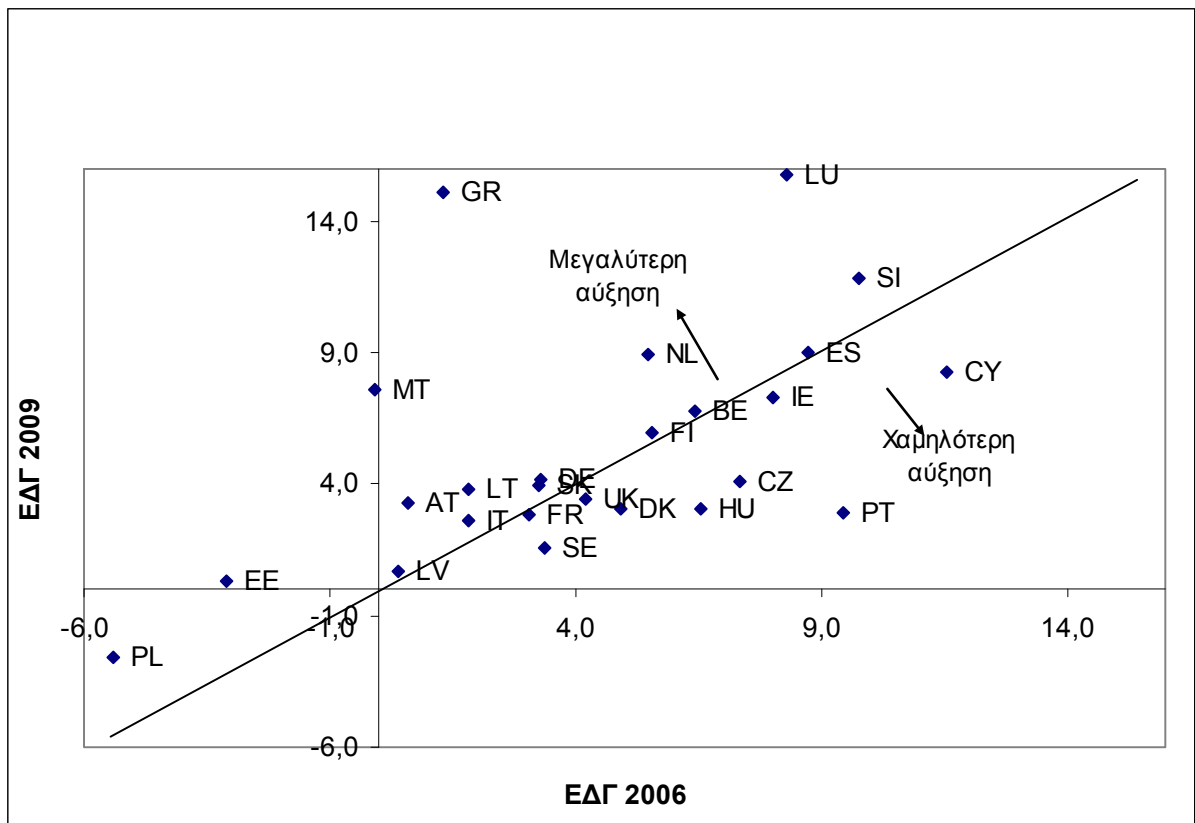
- Εμβάθυνση και διεύρυνση της εποπτείας πέραν της δημοσιονομικής πολιτικής, ούτως ώστε να υποβοηθηθεί η καλύτερη ενσωμάτωση των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στον συνολικό συντονισμό πολιτικής. Οι μεταρρυθμίσεις των προγραμμάτων κοινωνικών δαπανών που προσφέρουν καλύτερη προστασία των εισοδημάτων ενισχύοντας ταυτόχρονα τα κίνητρα προς εργασία - πρόκειται για την προσέγγιση που είναι γνωστή ως «ευελιξία με ασφάλεια» - θα συντελούσαν ομοίως κατά πολύ στη βελτίωση της διατηρησιμότητας και της ποιότητας των δημόσιων οικονομικών, διασφαλίζοντας συγχρόνως τη στήριξη της μακροοικονομικής σταθερότητας από τους προϋπολογισμούς
- Στους τομείς των συντάξεων, της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και της μακροχρόνιας φροντίδας, η Επιτροπή θα εξακολουθήσει να στηρίζει τα κράτη μέλη στην προσπάθειά τους για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών δαπανών, και θα εξακολουθήσει να παρακολουθεί τις κοινωνικές, οικονομικές και δημοσιονομικές συνέπειες της δημογραφικής γήρανσης για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη. Για να περισταλεί η αναμενόμενη αύξηση των κρατικών δαπανών, είναι αναγκαία η επεξεργασία μέτρων πολιτικής ικανών να περιορίσουν τις αναπηρίες, να μειώσουν την ανάγκη παροχής επίσημης φροντίδας σε ηλικιωμένους πολίτες με αναπηρία, να προάγουν την παροχή επίσημης φροντίδας κατ' οίκον και όχι σε ιδρύματα ή, γενικότερα, να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης μακροχρόνιας φροντίδας σε συνάρτηση με το κόστος της, π.χ. με την καθιέρωση ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας και τηλεπερίθαλψης.
- Η αποκατάσταση της ικανοποιητικής λειτουργίας των χρηματοπιστωτικών αγορών έχει καίρια σημασία για την υποστήριξη της οικονομικής ανάπτυξης και της απασχόλησης, αλλά και για να προστατευθούν τα χρηματοοικονομικά περιουσιακά στοιχεία του σήμερα και του αύριο, περιλαμβανομένων των καθεστώτων επικουρικών συντάξεων και της συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας.
- Στους τομείς της παιδείας, της επαγγελματικής κατάρτισης η Επιτροπή θα εξακολουθήσει να εργάζεται από κοινού με τα κράτη μέλη για την καλύτερη εκτίμηση των μελλοντικών αναγκών δεξιοτήτων και της αντιστοίχησης δεξιοτήτων και αναγκών σε επίπεδο ΕΕ, καθώς και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ανώτερης εκπαίδευσης. Η Επιτροπή θα προωθήσει την ανάπτυξη αποτελεσματικών και δίκαιων συστημάτων εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης, με σκοπό την τόνωση της παραγωγικότητας στο πλαίσιο της ανανεωμένης στρατηγικής της Λισαβόνας.

Η υπογράμμιση της ανάγκης για μεταρρυθμίσεις δεν αποτελεί απλώς χάραξη πολιτικής. Πρόκειται για οραματική πολιτική με σκοπό την προαγωγή της καλής υγείας, της καλής παιδείας και της καλής ποιότητας ζωής για τις σημερινές και τις μέλλουσες γενιές. Πρόκειται για χάραξη πολιτικής που θα επιτρέψει στην Ευρώπη να ατενίσει το μέλλον με αυτοπεποίθηση (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2009).

Πίνακας 2.2 – Κρατικές δαπάνες που συνδέονται με τη δημογραφική γήρανση, 2007-2060, ποσοστιαία μεταβολή επί του ΑΕΠ

| | Συντάξεις | | Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη | | Μακροχρόνια φροντίδα | | Επιδόματα ανεργίας | | Παιδεία | | Σύνολο | | |
|-------------|-----------|----------|-----------------------------|----------|----------------------|----------|--------------------|----------|---------|----------|--------|----------|-------------|
| | Ύψος | Μεταβολή | Ύψος | Μεταβολή | Ύψος | Μεταβολή | Ύψος | Μεταβολή | Ύψος | Μεταβολή | Ύψος | Μεταβολή | |
| | 2007 | 2060 | 2007 | 2060 | 2007 | 2060 | 2007 | 2060 | 2007 | 2060 | 2007 | 2060 | |
| BE | 10,0 | 4,8 | 7,6 | 1,2 | 1,5 | 1,4 | 1,9 | -0,4 | 5,5 | 0,0 | 26,5 | 6,9 | BE |
| BG | 8,3 | 3,0 | 4,7 | 0,7 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,0 | 3,3 | -0,2 | 16,6 | 3,7 | BG |
| CZ | 7,8 | 3,3 | 6,2 | 2,2 | 0,2 | 0,4 | 0,1 | 0,0 | 3,5 | -0,3 | 17,9 | 5,5 | CZ |
| DK | 9,1 | 0,1 | 5,9 | 1,0 | 1,7 | 1,5 | 1,0 | -0,2 | 7,1 | 0,2 | 24,8 | 2,6 | DK |
| DE | 10,4 | 2,3 | 7,4 | 1,8 | 0,9 | 1,4 | 0,9 | -0,3 | 3,9 | -0,4 | 23,6 | 4,8 | DE |
| EE | 5,6 | -0,7 | 4,9 | 1,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 3,7 | -0,2 | 14,3 | 0,4 | EE |
| IE | 5,2 | 6,1 | 5,8 | 1,8 | 0,8 | 1,3 | 0,8 | 0,1 | 4,5 | -0,3 | 17,2 | 8,9 | IE |
| GR | 11,7 | 12,4 | 5,0 | 1,4 | 1,4 | 2,2 | 0,3 | -0,1 | 3,7 | 0,0 | 22,1 | 15,9 | GR |
| ES | 8,4 | 6,7 | 5,5 | 1,6 | 0,5 | 0,9 | 1,3 | -0,4 | 3,5 | 0,1 | 19,3 | 9,0 | ES |
| FR | 13,0 | 1,0 | 8,1 | 1,2 | 1,4 | 0,8 | 1,2 | -0,3 | 4,7 | 0,0 | 28,4 | 2,7 | FR |
| IT | 14,0 | -0,4 | 5,9 | 1,1 | 1,7 | 1,3 | 0,4 | 0,0 | 4,1 | -0,3 | 26,0 | 1,6 | IT |
| CY | 6,3 | 11,4 | 2,7 | 0,6 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | -0,1 | 6,1 | -1,2 | 15,4 | 10,8 | CY |
| LV | 5,4 | -0,4 | 3,5 | 0,6 | 0,4 | 0,5 | 0,2 | 0,0 | 3,7 | -0,3 | 13,2 | 0,4 | LV |
| LT | 6,8 | 4,6 | 4,5 | 1,1 | 0,5 | 0,6 | 0,1 | 0,0 | 4,0 | -0,9 | 15,8 | 5,4 | LT |
| LU | 8,7 | 15,2 | 5,8 | 1,2 | 1,4 | 2,0 | 0,4 | 0,0 | 3,8 | -0,5 | 20,0 | 18,0 | LU |
| HU | 10,9 | 3,0 | 5,8 | 1,3 | 0,3 | 0,4 | 0,3 | -0,1 | 4,4 | -0,4 | 21,6 | 4,1 | HU |
| MT | 7,2 | 6,2 | 4,7 | 3,3 | 1,0 | 1,6 | 0,4 | 0,0 | 5,0 | -1,0 | 18,2 | 10,2 | MT |
| NL | 6,6 | 4,0 | 4,8 | 1,0 | 3,4 | 4,7 | 1,1 | -0,1 | 4,6 | -0,2 | 20,5 | 9,4 | NL |
| AT | 12,8 | 0,9 | 6,5 | 1,5 | 1,3 | 1,2 | 0,7 | 0,0 | 4,8 | -0,5 | 26,0 | 3,1 | AT |
| PL | 11,6 | -2,8 | 4,0 | 1,0 | 0,4 | 0,7 | 0,1 | -0,1 | 4,4 | -1,2 | 20,5 | -2,4 | PL |
| PT | 11,4 | 2,1 | 7,2 | 1,9 | 0,1 | 0,1 | 1,2 | -0,4 | 4,6 | -0,3 | 24,5 | 3,4 | PT |
| RO | 6,6 | 9,2 | 3,5 | 1,4 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 2,8 | -0,5 | 13,1 | 10,1 | RO |
| SI | 9,9 | 8,8 | 6,6 | 1,9 | 1,1 | 1,8 | 0,2 | 0,0 | 5,1 | 0,4 | 22,9 | 12,8 | SI |
| SK | 6,8 | 3,4 | 5,0 | 2,3 | 0,2 | 0,4 | 0,1 | -0,1 | 3,1 | -0,8 | 15,2 | 5,2 | SK |
| FI | 10,0 | 3,3 | 5,5 | 1,0 | 1,8 | 2,6 | 1,2 | -0,2 | 5,7 | -0,3 | 24,2 | 6,3 | FI |
| SE | 9,5 | -0,1 | 7,2 | 0,8 | 3,5 | 2,3 | 0,9 | -0,1 | 6,0 | -0,3 | 27,2 | 2,6 | SE |
| UK | 6,6 | 2,7 | 7,5 | 1,9 | 0,8 | 0,5 | 0,2 | 0,0 | 3,8 | -0,1 | 18,9 | 5,1 | UK |
| ZE | 11,1 | 2,8 | 6,7 | 1,4 | 1,3 | 1,4 | 1,0 | -0,2 | 4,2 | -0,2 | 24,3 | 5,2 | ZE |
| EE27 | 10,2 | 2,4 | 6,7 | 1,5 | 1,2 | 1,1 | 0,8 | -0,2 | 4,3 | -0,2 | 23,1 | 4,7 | EE27 |
| EE15 | 10,2 | 2,4 | 6,9 | 1,5 | 1,3 | 1,2 | 0,8 | -0,2 | 4,3 | -0,1 | 23,5 | 4,8 | EE15 |
| EE10 | 9,7 | 1,0 | 4,9 | 1,4 | 0,4 | 0,6 | 0,2 | 0,0 | 4,2 | -0,8 | 19,2 | 2,1 | EE10 |
| EE25 | 10,2 | 2,3 | 6,8 | 1,5 | 1,2 | 1,2 | 0,8 | -0,2 | 4,3 | -0,2 | 23,3 | 4,7 | EE25 |

Πηγή: «Έκθεση για τη δημογραφική γήρανση 2009: οικονομικές και δημοσιονομικές προβλέψεις για τα κράτη μέλη της ΕΕ-27 (2008-2060)», (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2009)



Γράφημα 2.1. Σύγκριση του κόστους της δημογραφικής γήρανσης το 2009 και το 2006, ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2007-2050

Πηγή: «Έκθεση για τη δημογραφική γήρανση 2009: οικονομικές και δημοσιονομικές προβλέψεις για τα κράτη μέλη της ΕΕ-27 (2008-2060) (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2009).

3. Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

3.1. Ο επαναπροσδιορισμός των υπηρεσιών υγείας

Η Ε. Ε έχοντας από πολύ νωρίς διαπιστώσει τις αρνητικές συνέπειες των μεταβολών στη σύσταση του πληθυσμού της και την επίδρασή τους στον υγειονομικό τομέα, προωθεί την υιοθέτηση πολιτικών, σε ευρωπαϊκό αλλά και εθνικό επίπεδο, οι οποίες συνεκτιμούν τις αλλαγές αυτές.

Επιγραμματικά και με βάση τους στόχους και το πνεύμα της Ε.Ε. αναφέρουμε τους κύριους άξονες δράσης της κοινότητας:

- ❖ Επαναπροσδιορισμός των υπηρεσιών υγείας και ανάπτυξη εναλλακτικών δομών. Αυτό μπορεί να γίνει με τον εντοπισμό, την καταγραφή και την αξιολόγηση των νέων δεδομένων για την φροντίδα υγείας, τη φροντίδα της υγείας των παιδιών, τη στήριξη των νέων, την υποστήριξη των νέων μητέρων και τη δημιουργία συνθηκών εργασίας που δε θα εμποδίζουν την οικογενειακή ζωή.
- ❖ Μεταρρύθμιση των ασφαλιστικών συστημάτων, αύξηση της ηλικίας συνταξιοδότησης, για να υπάρξει πιο συντονισμένη και πιο αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη από το κράτος, έτσι ώστε η μακρόχρονη φροντίδα των ηλικιωμένων να αποφέρει τους επιθυμητούς καρπούς από τη διαβίωση και απασχόλησή τους.
- ❖ Είναι απαραίτητο να υιοθετηθούν τέτοιες οικονομικές πολιτικές, οι οποίες να ενισχύουν την ανάπτυξη, να μειώνουν το δημόσιο χρέος και να εξασφαλίζουν τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.
- ❖ Τέλος είναι πολύ σημαντική η συμβολή των επιστημών και της τεχνολογίας στην έρευνα για την αντιμετώπιση ασθενειών ώστε να συντελεστεί η αύξηση του βιοτικού επιπέδου στις γηραιότερες ηλικίες.

Η δημογραφική γήρανση σε πολλές χώρες αποτελεί ένα φαινόμενο με σημαντική συνέπεια στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Τα σύγχρονα συστήματα υγείας και κοινωνικής προστασίας, θεωρούνται κατά γενική ομολογία αδύναμα να αντιμετωπίσουν τη δημογραφική γήρανση. Η πιο σημαντική απάντηση στη δημογραφική γήρανση είναι η μεταρρύθμιση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και υγείας, ο επαναπροσδιορισμός των ήδη υπαρχουσών υγειονομικών μονάδων και η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών και δομών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τους Πορτοκαλάκη και Πολυκρέτη (2006), οι πρακτικές που αφορούν στην διαχείριση της ενεργού γήρανσης και έχουν εφαρμοστεί επιτυχώς σε κάποιες χώρες της ΕΕ (π.χ. Φινλανδία, Τσεχία), οφείλουν την αποτελεσματικότητά τους στο γεγονός ότι δεν περιλαμβάνουν μέτρα μονοδιάστατα και επικεντρωμένα στους συγκεκριμένους τομείς που πλήττονται από τη γήρανση του πληθυσμού (υγεία, ασφαλιστικά ταμεία) αλλά αποτελούνται από δέσμες μέτρων που αλληλοσυμπληρώνονται και εφαρμόζονται σε όλους σχεδόν τους τομείς της κοινωνίας (απασχόληση, ασφάλειες, υγεία, παιδεία, κοινωνική πρόνοια, έρευνα κ.λ.π.). Μερικές από αυτές τις καλές πρακτικές που εφαρμόζονται σε κράτη – μέλη της ΕΕ παρουσιάζονται ακολούθως, ομαδοποιημένα ανά τομέα στον οποίο αναφέρονται.

Οι ηλικιωμένοι έχουν αυξημένες ανάγκες σε υπηρεσίες παροχής υγείας καθώς η γήρανση συνοδεύεται από ασθένειες που εκδηλώνονται με την πάροδο των χρόνων. Δια τούτο, το κράτος θα πρέπει να είναι θωρακισμένο με μια ισχυρή ιατροφαρμακευτική παροχή υπηρεσιών η οποία θα είναι σε θέση να παρέχει μακράς διάρκειας περίθαλψη ιδιαίτερος στα γηραιά άτομα, κινητές μονάδες υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους αλλά και ενημέρωση για ιατρικά θέματα που αφορούν τα άτομα τρίτης ηλικίας τόσο για προληπτικούς όσο και για διαγνωστικούς ελέγχους (Γερμανία, Τσεχία, Φινλανδία κ.α.).

3.2. Ενέργειες σε επίπεδο εθνικής πολιτικής των κρατών για αλλαγές στα υγειονομικά συστήματα και τις υπηρεσίες που παρέχουν

Οι συστάσεις και οι προτεινόμενες πολιτικές για την προσαρμογή των συστημάτων υγείας από τους παγκόσμιους οργανισμούς και την ΕΕ προς τα κράτη, δεν μπορούν να υιοθετηθούν αυτούσιες από τις ενδιαφερόμενες χώρες. Στην πραγματικότητα αυτό που αναμένεται να συμβεί είναι η προσαρμογή των προτεινόμενων πολιτικών στις συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες, ανάγκες, δυνατότητες και στη μοναδική κουλτούρα που διέπει την κάθε μία αυτές. Έτσι, σε ευρωπαϊκό επίπεδο παρατηρείται μια διαφοροποίηση στις επιμέρους χώρες ανάλογα με το μέγεθος του προβλήματος που αντιμετωπίζουν, τη χάραξη της πολιτικής τους για την ενεργό γήρανση, τις πρακτικές που εφαρμόζουν και την αποτελεσματικότητα των πρακτικών τους αυτών. Υπάρχει δηλαδή ένας κατακερματισμός στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση των μέτρων, λόγω του μεγάλου εύρους των πολιτικών και των κοινωνιών που καλούνται να τα εφαρμόσουν.

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να γίνουν βήματα για τη βελτίωση των παρεχόμενων φροντίδων στα άτομα της τρίτης ηλικίας, και να υπάρξουν αλλαγές στους πόρους από τις ιδρυματικές υπηρεσίες στις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας και νοσηλείας. Οι δημοτικές αρχές

είναι υποχρεωμένες από το νόμο να παράσχουν υγειονομική περίθαλψη σε αυτούς που χρίζουν ανάγκης, κατ' οίκον. Σημαντική συμβολή έχει σε αυτόν τον τομέα και η εθελοντική παροχή υπηρεσιών υγείας στους ηλικιωμένους από επιμέρους οργανώσεις. Επίσης πρέπει να αναπτυχθούν προγράμματα με γνώμονα την πρόληψη και την επιβράδυνση της ανικανότητας και των ασθενειών λόγω γήρατος.

Πολλά Ευρωπαϊκά κράτη (Burau & Kroger 2004) έχουν ενσωματώσει στις κεντρικές πολιτικές τους μέτρα για την παροχή επαρκών υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης, μερικά από τα οποία θα μπορούσε η χώρα μας να εφαρμόσει και τα οποία είναι:

- Δυνατότητα μεγάλης διάρκειας περίθαλψης που βοηθάει τους πολίτες να απολαμβάνουν υπηρεσίες υγείας της δικής τους προτίμησης. Η παροχή αυτή χρηματοδοτείται από το κράτος.
- Ανάπτυξη και εξάπλωση υπηρεσιών υγείας και για τους μη ασθενείς δηλαδή δημιουργία κινητών μονάδων υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών για ηλικιωμένους.
- Δημιουργία ενός καταλόγου με τις στοιχειώδεις πρότυπες παροχές για τους μη ασθενείς και με τις απαραίτητες παροχές για σταθερή φροντίδα προς τους ηλικιωμένους.
- Ανάπτυξη της προληπτικής ιατρικής, η οποία εστιάζει στην αύξηση της ενημέρωσης σχετικά με τους έγκαιρους διαγνωστικούς ελέγχους, τους προληπτικούς εμβολιασμούς καθώς και με τις αλλαγές στην οργάνωση της καθημερινότητας, δεδομένου ότι ο αριθμός των ατυχημάτων στο σπίτι αυξάνονται με την ηλικία.
- Βοήθεια στους ηλικιωμένους να εφαρμόζουν στην πράξη τις αρχές της ορθής χρήσης των φαρμάκων.
- Εισαγωγή κατάλληλων μεθόδων που θα αποτρέψουν την σπατάλη των πόρων από την άσκοπη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών και την προκλητή ζήτηση.
- Αλλαγή της συνείδησης των πολιτών για την ατομική τους υγεία.

Σχετικά με το σύστημα των κοινωνικών υπηρεσιών στην Ελλάδα είναι αντιληπτή η αναγκαιότητα από τους αρμόδιους υπεύθυνους της ύπαρξης κοινωνικών υπηρεσιών κοντά στον πολίτη, της στήριξης και της αξιοποίησης των κοινωνικών δραστηριοτήτων των ηλικιωμένων, καθώς και της συμμετοχής των ηλικιωμένων σε εθελοντικά προγράμματα, σε ομάδες αυτοβοήθειας και σε άλλες ιδιαιτέρως

ενδιαφέρουσες δραστηριότητες. Τα μέτρα τα οποία θα πρέπει, να ληφθούν για τον επαναπροσδιορισμό των υπηρεσιών υγείας, είναι:

- Δημιουργία Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων
- Συνέχιση και ανάπτυξη του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», το οποίο αποσκοπεί στην κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και διαβιών μοναχικά, καθώς και των ατόμων με αναπηρία
- Ανάπτυξη της Τηλεϊατρικής σε κάθε υγειονομική μονάδα, η οποία μέσω του προγράμματος «Τηλεβοήθεια στο Σπίτι», θα δίνει τη δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας των ηλικιωμένων ατόμων που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», με το συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον, καθώς και με συγκεκριμένες υπηρεσίες άμεσης παρέμβασης.
- Εξασφάλιση χρηματοδότησης και επέκταση του θεσμού «Βοήθεια στο Σπίτι» με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι, ιδίως για ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνα.
- Επαναξιολόγηση των πολιτικών για την τρίτη ηλικία δίδοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στις συνθήκες που επικρατούν στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων.
- Επαναπροσδιορισμός του συστήματος πρόωρων συνταξιοδοτήσεων.

Παρατηρείται ότι η ανάλυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα για τους ηλικιωμένους, καταδεικνύει την απουσία ενός οργανωμένου συστήματος σχεδιασμού, συντονισμού και ελέγχου των επιμέρους υπηρεσιών, που να ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) για περίθαλψη, πρόληψη και φροντίδα. Η παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών στην Ελλάδα πραγματοποιείται μέσω μιας πλειάδας οργανωτικών σχηματισμών και φορέων, καθένας εκ των οποίων συνιστά ένα ξεχωριστό υποσύστημα υγείας, με διαφορετικές συνθήκες εργασίας, χρηματοδοτικές πηγές και ξεχωριστό εποπτεύοντα φορέα, προσανατολισμένων κυρίως στην περίθαλψη.

Τα κύρια προβλήματα που αντιμετωπίζει η ΠΦΥ στη χώρα μας μπορούν να συνοψιστούν στα ακόλουθα (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2005).

1. Η απουσία συστηματικής έρευνας πάνω στην ΠΦΥ και στις επενδύσεις σε οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους που θα πρέπει να τη συνοδεύουν.
2. Η έλλειψη μηχανισμών αποτίμησης της αποδοτικότητας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και αξιοποίησης των συμπερασμάτων για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και μείωση του κόστους των υπηρεσιών αυτών.

3. Η έλλειψη μηχανοργάνωσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα και της κοινωνικής ασφάλισης και στην απουσία ηλεκτρονικού φακέλου υγείας του ασθενούς που να παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα για την κατάσταση της υγείας του.
4. Η συχνή έλλειψη πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση της υγείας του τοπικού πληθυσμού και στη μη χρησιμοποίησή τους, ακόμα και όταν είναι διαθέσιμες.
5. Η έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης για τη διαχείριση των κοινών νοσημάτων.
6. Η σχεδόν αποκλειστική απασχόληση των εργαζόμενων στην περίθαλψη και τη συνταγογράφηση. Με εξαίρεση τους εμβολιασμούς –κι αυτούς χωρίς συστηματική καταγραφή του ποσοστού κάλυψης– και την αποσπασματική διενέργεια της εξέτασης του τραχηλικού επιχρίσματος, απουσιάζουν άλλες συστηματικές και διαχρονικές παρεμβάσεις με στόχο την πρόληψη συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού γενικότερα. Η κατ' οίκον νοσηλεία και οι επισκέψεις στο σπίτι γίνονται αποσπασματικά. Παρουσιάζονται ακόμη σημαντικές ελλείψεις στις υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας. Οι ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού και στη γεωγραφική ανισοκατανομή του ιατρικού δυναμικού.
7. Η ύπαρξη μεγάλου αριθμού ειδικευμένων ιατρών και στην έλλειψη του αναγκαίου σημαντικού αριθμού γενικών ιατρών που θα μπορούν να διαδραματίσουν ρόλο του Οικογενειακού Ιατρού, που να έχει επίγνωση των προβλημάτων του ασθενούς στο σύνολό τους,
8. Η απουσία ακόμη και της έννοιας της «ομάδας υγείας» και κάθε μορφή συμμετοχής της κοινότητας στον καθορισμό των τοπικών υγειονομικών προτεραιοτήτων.
9. Οι σοβαρές ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή, που περιορίζουν το εύρος των προσφερόμενων υπηρεσιών από τον δημόσιο τομέα. Η κάλυψη από το ΕΣΥ και την κοινωνική ασφάλιση μόνο της βασικής οδοντιατρικής φροντίδας, με την πλειοψηφία των οδοντιατρικών εργασιών να παρέχεται από ιδιώτες οδοντιάτρους.
10. Οι ανισότητες που υπάρχουν μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, γεωγραφικών διαμερισμάτων και ασφαλισμένων διαφορετικών ταμείων στην πρόσβαση και την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών.
11. Η ανεπάρκεια των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και των πολυιατρείων της κοινωνικής ασφάλισης να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των πολιτών των αστικών κέντρων για δημόσιες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συχνά μεγάλες λίστες αναμονής που προκαλούν δυσφορία στους πολίτες.

12. Η σημαντική καθυστέρηση δημιουργίας των 220 αστικών Κέντρων Υγείας που προέβλεπε ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ το 1983 και ενσωμάτωσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών του ΙΚΑ στο ΕΣΥ.

13. Η ανυπαρξία διοικητικής και οικονομικής υποστήριξης των Κέντρων Υγείας και συστηματικής αξιολόγησης των υπηρεσιών που παρέχονται από αυτά. Η υπαγωγή των Κέντρων Υγείας στα Νοσοκομεία αποτέλεσε τροχοπέδη για τη λειτουργία τους, καθόσον τα νοσοκομεία θέτουν σε δεύτερη μοίρα τη λειτουργία των Κέντρων Υγείας εξαιτίας των δικών τους ελλείψεων και αναγκών.

14. Η ανεπαρκής στελέχωση των Κέντρων Υγείας με κατάλληλο ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό, η ελλιπής εκπαίδευση και επιμόρφωση των στελεχών τους, οι μεγάλες ελλείψεις τους σε διαγνωστικό εξοπλισμό, η υποχρηματοδότηση και η απουσία κάθε μορφής αξιολόγησης της λειτουργίας τους, που δεν συνάδουν με τις σύγχρονες τάσεις που διαμορφώνονται στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

15. Η μη πραγματοποίηση των προβλεπόμενων τακτικών επισκέψεων στα ΚΥ ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων από τα νοσοκομεία και η στελέχωση των περιφερειακών ιατρείων με ανειδίκευτους ιατρούς, χωρίς ουσιαστική κλινική εμπειρία και η κατακόρυφη μείωση των νοσηλευτών/τριών και μαιευτών/μιαίων που υπηρετούν σε αυτά με την πάροδο του χρόνου.

Στα παραπάνω προβλήματα θα πρέπει να προστεθούν η απουσία λειτουργικής διασύνδεσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, με αποτέλεσμα τη διάσπαση της συνέχειας της φροντίδας υγείας, αλλά και η αδυναμία συντονισμού και διασύνδεσης των προσπαθειών και προγραμμάτων άλλων φορέων, μη κυβερνητικών οργανώσεων κ.ά., όπως το πρόγραμμα “Βοήθεια στο Σπίτι” που υλοποιείται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, με το τοπικό δίκτυο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με συνέπεια να μειώνεται η αποτελεσματικότητά τους. Η έλλειψη.

Το αποτέλεσμα όλων των παραπάνω προβλημάτων είναι η διόγκωση των ιδιωτικών και δημοσιών δαπανών για παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, η έλλειψη αποτελεσματικότητας και ποιότητας και η μη ικανοποίηση των πολιτών-χρηστών των υπηρεσιών αυτών. Επιπλέον, η έλλειψη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επιδρά σε όλη την πορεία του ασθενούς στο σύστημα υγείας, η οποία χαρακτηρίζεται από επικαλύψεις μεταξύ των φροντίδων, απώλεια χρόνου και σπατάλη, την ίδια στιγμή που η έλλειψη ή η περιορισμένη διαθεσιμότητα κάποιων υπηρεσιών στερεί από τους πολίτες κρίσιμες υπηρεσίες (Τούντας, 2008).

Οι δυσκολίες που εμφανίζονται στη διατύπωση και υλοποίηση μέτρων για την αντιμετώπιση της κατάστασης επιβάλουν την ανάλυση της ακριβούς φύσης των προβλημάτων υγείας που παρουσιάζονται, έτσι ώστε τα μέτρα να στοχεύουν σε συγκεκριμένα προβλήματα. Οι περισσότερες ανάγκες υγείας εμπίπτουν σε :

- Χρόνια περιστατικά, που αποτελούν και την πλειοψηφία της νοσηρότητας που εκδηλώνεται σε ένα πληθυσμό, ιδιαίτερα με πολλά ηλικιωμένα άτομα, π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, κατάθλιψη.
- Χρόνια περιστατικά που συνοδεύονται με αναπηρία στη μετακίνησή ή στην κοινωνική ένταξη, π.χ. παραπληγία λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου, σωματική αναπηρία, νόσος Alzheimer, νοητική αναπηρία, χρόνιες ψυχώσεις.

3.3. Τα μέτρα που απαιτούνται

Τα μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της κατάστασης εμπίπτουν σε 7 βασικούς άξονες δράσης

α) Ο εκσυγχρονισμός των νοσοκομείων που παρέχουν δευτεροβάθμια φροντίδα

Η πλειοψηφία των περιστατικών που απαιτούν νοσοκομειακή φροντίδα χρειάζονται δευτεροβάθμια φροντίδα. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος απαιτείται ο εκσυγχρονισμός της κτηριακής υποδομής και της βιοϊατρικής τεχνολογίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Η προσαρμογή των οργανισμών των νοσοκομείων στα σύγχρονα ιατρικά δεδομένα και η πλήρης στελέχωση τους με το απαραίτητο ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό είναι απαραίτητα μέτρα για να παρέχουν τα νοσοκομεία υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας με πληρότητα, επάρκεια και ασφάλεια.

β) Η αναδιοργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η ΠΦΥ είναι το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη (ασθενή ή υγιή) με τις υπηρεσίες υγείας και, όπου λειτουργεί ικανοποιητικά, καλύπτει την πλειοψηφία των περιστατικών που προσέρχονται σ' αυτήν. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος απαιτείται καταρχάς η αναβάθμιση των Κέντρων Υγείας και των πολυδύναμων ιατρείων που ήδη λειτουργούν: με τη βελτίωση της στελέχωσης με ιατρούς Γενικής Ιατρικής, με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, με νοσηλευτικό προσωπικό και με άλλα επαγγέλματα υγείας και με τη συμπλήρωση του βιοϊατρικού εξοπλισμού. Παράλληλα, θα πρέπει να εφαρμοστεί ένα νέο πρότυπο για την λειτουργία των υπηρεσιών ΠΦΥ, έτσι που να εξασφαλίζεται η 24ωρη κάλυψη, η κατ' οίκον νοσηλεία, η πρόληψη και η συνέχεια στη φροντίδα των χρόνιων περιστατικών

(συνταγογραφία ρουτίνας). Το πρότυπο αυτό αποτυπώνεται στην πρόταση για δημιουργία **Μονάδων Οικογενειακής Ιατρικής**, στελεχωμένες με ιατρούς Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής, και με το απαραίτητο νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό.

Οι Μονάδες Οικογενειακής Ιατρικής θα πρέπει να λειτουργούν σε πλήρη σύνδεση με όλα τα Ταμεία Υγείας και να είναι προσβάσιμες από όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από το Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης στο οποίο ανήκουν. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη λειτουργία των Μονάδων Οικογενειακής Ιατρικής είναι η εφαρμογή ενιαίας **Κάρτας Υγείας** για το σύνολο των πολιτών, που θα αποτελεί το σημείο εισαγωγής στον ενιαίο ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο. Σε πρώτη φάση, τα στοιχεία που είναι απαραίτητα να καταγράφει ο φάκελος είναι τα προσωπικά (δημογραφικά) στοιχεία του ασφαλισμένου, η διάγνωση, τα φάρμακα και οι διαγνωστικές εξετάσεις. Η καταγραφή του πλήρους ιατρικού φακέλου μπορεί να γίνει σε δεύτερο χρόνο. Σημειώνεται ότι η τεχνολογία για την εφαρμογή αυτή είναι, με τα σημερινά δεδομένα της πληροφορικής, σχετικά απλή και απολύτως εφικτή.

γ) Η διασύνδεση με συγκεκριμένα τριτοβάθμια νοσοκομεία

Η δημιουργία και λειτουργία τριτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, με την κλασική έννοια του όρου στην περιφέρεια δεν είναι εφικτή, καθότι δεν υπάρχουν οι πληθυσμιακές προϋποθέσεις για να στηρίξουν αυτές τις υπηρεσίες. Η λύση στο πρόβλημα της εξειδικευμένης φροντίδας είναι η διασύνδεση με συγκεκριμένα τριτοβάθμια νοσοκομεία της επικράτειας, έτσι ώστε να υπάρχει μόνιμη συνεργασία και συντονισμός. Ας σημειωθεί πάντως ότι η σημερινή τεχνολογία αλλάζει τα δεδομένα ως προς το τι εμπίπτει στον ορισμό της τριτοβάθμιας φροντίδας. Αλλά αυτό το στοιχείο παραπέμπει στην αναγκαιότητα συνεχούς προσαρμογής όλων των υπηρεσιών στις προόδους της επιστήμης και της τεχνολογίας.

δ) Η αναδιοργάνωση των αερο-διακομιδών

Τα επείγοντα περιστατικά απαιτούν άμεση παραπομπή σε μονάδα υγείας που διαθέτει τόσο το κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όσο και τον απαραίτητο εξοπλισμό. Η μόνη ρεαλιστική λύση φαίνεται ότι είναι η συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας, με συγκεκριμένο οργανωτικό σχήμα, όρους και προϋποθέσεις. Ο στόχος είναι «να μην χάνεται καμία ζωή που μπορεί να σωθεί».

ε) Η εγκατάσταση υπηρεσίας τηλεϊατρικής σε μόνιμη σύνδεση με το ΕΚΑΒ

Παράλληλος στόχος με τον παραπάνω είναι η αποφυγή αεροδιακομιδών χωρίς ουσιαστικό λόγο. Αυτό συχνά εξαρτάται από τη δυνατότητα που παρέχεται στους ιατρούς που εργάζονται σε ένα νησί να συμβουλευθούν άμεσα και χωρίς καθυστέρηση έναν ειδικό στο αντικείμενο ή έναν πιο έμπειρο συνάδελφο. Η πλειοψηφία των μέχρι τώρα προσπαθειών τηλεϊατρικής ήταν πιλοτικές και αποσπασματικές και δεν έλυσαν το πρόβλημα και αυτό γιατί δεν εξασφάλισαν 24ωρη κάλυψη σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών που δυνητικά εμπλέκονται (καρδιολογία, ακτινολογία, νευροχειρουργική, κλπ).

Η μόνη βιώσιμη λύση είναι η ενίσχυση της υπηρεσίας τηλεϊατρικής στο ΕΚΑΒ που ήδη λειτουργεί σε 24ωρη βάση και διαθέτει έμπειρο ιατρικό προσωπικό, η οποία όμως θα χρειαστεί καλύτερη οργάνωση, και για κάποιες ειδικότητες τη συνεργασία με τους εφημερεύοντες ειδικούς του συνεργαζόμενου νοσοκομείου.

στ) Η συνέχιση και ενίσχυση της αποασυλοποίησης

Η πολιτική της αποασυλοποίησης που ξεκίνησε μαζί με την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ και που εκφράζεται σήμερα από το Πρόγραμμα «Ψυχαργός» άλλαξε το τοπίο σε σχέση με τη φροντίδα των χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών στη χώρα. Η εφαρμογή μέτρων για τη συνέχιση και ενίσχυση της πολιτικής αποασυλοποίησης και αποκατάστασης των ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας, τόσο σε σχέση με τα παλιά ψυχιατρικά νοσοκομεία όσο και σε σχέση με τις νέες ανάγκες που προκύπτουν, είναι απαραίτητη στο σύνολο της χώρας, αλλά έχει μια ιδιαίτερη αναφορά στην πολιτική υγείας στα νησιά.

ζ) Η δια βίου εκπαίδευση όλων των υγειονομικών

Η ιατρική εξελίσσεται με ραγδαίους ρυθμούς: η συνεχής ενημέρωση και η δια βίου εκπαίδευση και επανεκπαίδευση όλου του προσωπικού που υπηρετεί στην περιφέρεια (ιατροί, νοσηλευτές και άλλοι επιστήμονες υγείας, στελέχη της διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας) αποτελεί πεδίο όπου επιβάλλεται να εντατικοποιηθούν οι προσπάθειες της πολιτείας, καθότι η γεωγραφική απομόνωση δεν πρέπει να μετατρέπεται και σε επιστημονική απομόνωση. Βέβαια και άλλοι φορείς μπορούν να συνεισφέρουν σε αυτό το πεδίο, και ειδικά τα Πανεπιστήμια. Έτσι, το Πανεπιστήμιο Αιγαίου συνεργάζεται με το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, αλλά και μέλη ΔΕΠ άλλων Ιατρικών Σχολών, σε μια προσπάθεια δημιουργίας Σχολής Επιστημών Υγείας στο Αιγαίο, και ένας από τους στόχους της Σχολής θα είναι η οργάνωση προγραμμάτων για την δια βίου εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στα νησιά.

Οι προτάσεις για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας στην περιφέρεια περιέχουν πολλά κοινά στοιχεία με τις προτάσεις για την υγεία γενικότερα. Πρέπει όμως να τονιστεί πως, στην περίπτωση της πολιτικής υγείας για την περιφέρεια, μόνο ένα ισχυρό δημόσιο σύστημα υγείας μπορεί να εξασφαλίσει επαρκείς υπηρεσίες: Ο ιδιωτικός τομέας, που κινείται με βάση τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς, δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες, με τους μικρούς και διάσπαρτους πληθυσμούς. Επίσης, τα όποια μέτρα πολιτικής της υγείας προαπαιτούν διοικητική αποκέντρωση, με ισχυρούς και ικανούς θεσμούς που θα την διαχειριστούν.

Στο πλαίσιο αυτό, η ουσιαστική συνεργασία του ΕΣΥ με τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση και τους Δήμους μπορεί να εξασφαλίσει την άμεση ανταπόκριση στις εκάστοτε τοπικές συνθήκες, καθότι η Τοπική Αυτοδιοίκηση μπορεί να διαπιστώσει προβλήματα που η απόμακρη κεντρική διοίκηση αγνοεί. Χρειάζεται όμως ενίσχυση και στήριξη από ειδικούς επιστήμονες, που θα συμβάλουν στη λήψη των αποφάσεων που αναφέρονται στα θέματα υγείας, στα ιατρικά δεδομένα και στην ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Η προώθηση πολιτικών που θα αναβαθμίσουν τις υπηρεσίες υγείας θα συμβάλει στην προστασία και προαγωγή της υγείας των κατοίκων. Παράλληλα, θα αποκαταστήσει το αίσθημα ασφάλειας που δικαιούνται να έχουν οι κάτοικοι της περιφέρειας, όπως άλλωστε και οι κάτοικοι όλων των περιοχών της χώρας. Οι δαπάνες για την υγεία και για τις υπηρεσίες υγείας εντάσσονται στις επενδύσεις που απαιτούνται για την ανάπτυξη, και όχι στις δαπάνες που απλά αυξάνουν το δημόσιο χρέος.

Η ανασφάλεια που απορρέει από την ανεπάρκεια της φροντίδας υγείας στην περιφέρεια είναι, σε τελική ανάλυση, εμπόδιο στη συγκράτηση του πληθυσμού, στην οικονομική της ανάπτυξη και στη βιωσιμότητα της.

Η δημογραφική γήρανση συνδέεται με μεγαλύτερες ανάγκες υγείας και επομένως με αυξημένη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας κυρίως λόγω της ύπαρξης χρόνιων νοσημάτων. Δεδομένης της πολιτικής, κοινωνικής, οικονομικής και ηθικής κρίσης της υγείας σήμερα, οι προτάσεις για την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, με αναπτυγμένη την πρωτοβάθμια φροντίδα και πρόληψη, πρέπει να στηριχθούν στα εξής:

- Αξιολόγηση των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού μέσω επιδημιολογικών ερευνών και όχι άλογη χρήση εξειδικευμένης και δαπανηρής ιατρικής τεχνολογίας.
- Διασύνδεση και επικοινωνία των υπηρεσιών υγείας σε διεθνές επίπεδο για την καταγραφή και αξιολόγηση των διεθνών επιδημιολογικών δεδομένων.

- Αποδοτική διαχείριση των πόρων, με αποτελεσματική χρηματοδότηση και κατανομή.
- Μεταρρυθμιστικά πλάνα υπό κρατικό έλεγχο ώστε να διασφαλίζεται η καθολική και ισότιμη χρήση των υπηρεσιών πρόληψης από όλους τους πολίτες.
- Αποκατάσταση της ισορροπίας μεταξύ προληπτικής και θεραπευτικής ιατρικής.

Χρειάζεται παρέμβαση στον τομέα των υπηρεσιών υγείας για να οργανωθεί ο τρόπος που αναπτύσσονται. Από μερικούς υποστηρίζεται ως άμεση λύση, η καταγραφή των υγειονομικών αναγκών της κάθε χώρας σαν προσπάθεια σχεδιασμού υγειονομικής πολιτικής. Όμως στη σημερινή εποχή της παγκοσμιοποίησης η ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται κύρια από την ικανοποίηση της ζήτησης και όχι μόνο από τις πραγματικές ανάγκες (Pierson, 2001).

Χρειάζεται να σχεδιαστεί μια μακροχρόνια πολιτική για την ενσωμάτωση της νέας τεχνολογίας και των νέων συνθηκών λειτουργίας στο σύστημα υγείας της κάθε χώρας. Η πολιτική αυτή, θα πρέπει να απαντά στα προβλήματα των πολιτών και να βασίζεται στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Το σύγχρονο κοινωνικό κράτος δεν απευθύνεται πλέον, κατά τρόπο ευθύγραμμο, σε συγκεκριμένους πληθυσμούς-στόχους με την παραδοσιακή έννοια του όρου, στους οποίους αντιστοιχούν ειδικά δικαιώματα και επιδόματα, αλλά βρίσκεται αντιμέτωπο με το χειρισμό περιπτώσεων με ιδιαίτερα καθεμιά χαρακτηριστικά, αποκλίσεις και διαφορές, οι οποίες υπάγονται στην ευρύτερη κατηγορία του κοινωνικού αποκλεισμού που διέπεται από μια «μη τάξη». Στο πλαίσιο αυτό καθίσταται κατ' αρχάς απαραίτητη η αναδιοργάνωση των κατακερματισμένων και ασυντόνιστων υπηρεσιών και προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής και, περαιτέρω, η σταδιακή μεταφορά κρίσιμων αρμοδιοτήτων σε εκείνο ακριβώς το πεδίο όπου μορφοποιείται ο κοινωνικός αποκλεισμός, δηλαδή στις τοπικές κοινωνίες (Ρομπόλης και Χλέτσος, 1995).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΚΑΙ ΜΟΡΦΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Σχεδιασμός Προγράμματος κατ' οίκον Νοσηλείας

Οι υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας για τους πολίτες έχουν αλλάξει μορφή τα τελευταία χρόνια. Το φάσμα των υπηρεσιών έχει διευρυνθεί και συμπληρωθεί με υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας και φροντίδας στο σπίτι. Υπάρχει συνεχής απομάκρυνση από τη νοσοκομειακή ή την ιδρυματική φροντίδα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι και αυτές δεν εφαρμόζονται όταν πρέπει. Καταβάλλεται επίσης προσπάθεια για την εύκολη πρόσβαση σε εναλλακτικές υπηρεσίες, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τις επιθυμίες των ατόμων και διατηρούν την ανεξαρτησία των ασθενών ως βασική ιδέα (Alves & Valentini, 2002).

Ο νέος τρόπος αντιμετώπισης θεωρεί ως προτεραιότητα την επέκταση της θεραπείας και της πρόληψης των προβλημάτων της ασθένειας. Ο γενικός στόχος είναι η απομάκρυνση από το «κλινικό» μοντέλο και η υιοθέτηση του «κοινωνικού» μοντέλου, το οποίο αναπτύσσεται κυρίως σε τοπικό επίπεδο. Η επιτυχία του κοινωνικού και τοπικού προσανατολισμού βοηθά να περιοριστεί στο ελάχιστο η προσφυγή σε ιδρυματική ή νοσοκομειακή φροντίδα. Πέρα από την προσδοκώμενη εξοικονόμηση πόρων και την αποσυμφόρηση των νοσηλευτικών δομών, υπάρχει ένας άλλος πολύ σημαντικός λόγος για τον οποίο πρέπει να αποφεύγεται η νοσοκομειακή αντιμετώπιση. Και αυτός είναι η επιθυμία των πολιτών να παραμείνουν στο σπίτι τους, όταν διάφοροι εξωτερικοί παράγοντες ενεργούν αποτρεπτικά στην εκεί παραμονή τους.

Οι βασικοί άξονες ανάπτυξης των προγραμμάτων κοινοτικής φροντίδας είναι πρώτον η διασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης και η ενίσχυση των οικογενειακών πολιτικών (άτυπα δίκτυα φροντίδας). Η προώθηση της ενεργού συμμετοχής των πολιτών κάθε ηλικίας, όπως και η παροχή δυνατοτήτων για να αναπτύξουν τις ικανότητές τους. Η διασύνδεση των επιμέρους προνοιακών πολιτικών και προγραμμάτων. Η ενθάρρυνση της τοπικής, αποκεντρωμένης και μικρής κλίμακας λειτουργίας. Και τέλος η αναβάθμιση και ο εμπλουτισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας.

4.2. Σχεδιασμός Προγράμματος Νοσηλείας σε Διασύνδεση με το Νοσοκομείο

Στη συνέχεια θα καταγράψουμε τον σχεδιασμό και τις δράσεις που απαιτούνται για την ανάπτυξη ενός προγράμματος νοσηλείας για ηλικιωμένους σε διασύνδεση με το Νοσοκομείο και άλλους φορείς υγείας, ώστε να καταδείξουμε τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να σχεδιάζονται και να υλοποιούνται παρόμοια προγράμματα, που θα στηρίζουν μελλοντικά την υγειονομική περίθαλψη της χώρας σε σχέση με τις επιπτώσεις του φαινομένου της δημογραφικής γήρανσης (Reynold & Orrell, 2001).

Η επιλογή των παρεμβάσεων για την υλοποίηση του προγράμματος, πρέπει να βασίζεται σε πρακτικές τεκμηριωμένες με στοιχεία, δηλαδή σε πρακτικές οι οποίες γνωρίζουμε ότι έχουν αποτέλεσμα. Για την επιλογή πρέπει επίσης να λάβουμε υπόψη αφενός ότι είναι ήδη γνωστό για τις υπάρχουσες ανάγκες και αφετέρου την πείρα που έχει σωρευθεί από τις υπάρχουσες υπηρεσίες και άλλα πιλοτικά προγράμματα. Οι αξιολογήσεις που έχουν ήδη γίνει για τις υπάρχουσες υπηρεσίες και άλλα πιλοτικά προγράμματα αποτελούν εξαιρετικά πολύτιμα στοιχεία.

Σε κάθε επιμέρους δράση καταρτίζεται λεπτομερές σχέδιο υλοποίησης στο οποίο αναφέρονται:

- Οι στόχοι
- Τα μέσα για υλοποίηση των στόχων - οι συγκεκριμένες ενέργειες που πρέπει να πραγματοποιηθούν
- Ο χρόνος έναρξης κάθε ενέργειας
- Η χρονική διάρκεια
- Η σχέση με τις άλλες δράσεις
- Το άτομο που θα είναι υπεύθυνο για την υλοποίηση
- Ο αριθμός ατόμων που θα εργάζονται γι' αυτήν
- Λεπτομερής περιγραφή των καθηκόντων των μελών του προσωπικού της μονάδας που συμμετέχουν (ποιος, πού, πότε, τι)
- Τρόποι καταγραφής και αξιολόγησης της διαδικασίας, αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (βαθμός επίτευξης των στόχων)

Στο πλαίσιο της κοινοτικής εργασίας εντάσσεται και η οργάνωση ομάδων στην κοινότητα από το νοσοκομείο και άλλες υπηρεσίες υγείας με βασικούς στόχους:

- την πληροφόρηση
- συμβουλευτική σχετικά με τους καθημερινούς χειρισμούς και τη διαχείριση του πάσχοντος μέλους της οικογένειας

- ανάπτυξη αλληλεγγύης και συνέργειας μεταξύ των οικογενειών, συγκροτώντας μία άλλη κουλτούρα και στάση για τη διαχείριση της ασθένειας (ανάπτυξη Εθελοντικών Τοπικών Υποστηρικτικών Πυρήνων).
- ενίσχυση της συλλογικής αποτελεσματικότητας, του αισθήματος του ανήκειν στην κοινότητα, της συνοχής σε επίπεδο γειτονιάς, της ετοιμότητας της κοινότητας για ανταπόκριση.

Η επίτευξη των θεμελιωδών επιδιώξεων της ισότητας και της αποτελεσματικότητας, βασικές έννοιες για το σχεδιασμό και την οργάνωση ενός προγράμματος κατ'οίκον νοσηλείας, δε νοείται χωρίς πρωτότερη καταγραφή των αναγκών του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων στον οποίο απευθύνεται το πρόγραμμα.

Επομένως πρωταρχική επιδίωξη είναι η συστηματική καταγραφή δεδομένων σχετικά (World Health Organization, 2001) με τα ακόλουθα σημεία:

- ο Υπηρεσίες υγείας
- ο Δομές Πρόνοιας – Κοινωνικές Υπηρεσίες.
- ο Νοσηρότητα (μέσω επιδημιολογικών ερευνών και κοινωνικών συνεπειών των διαταραχών και νόσων στους ηλικιωμένους).
- ο Νοσηρότητα βασικών σωματικών ασθενειών που συνδράμουν στην επιβάρυνση της ασθένειας.
- ο Κοινωνικοοικονομικά στοιχεία (πληθυσμός, ηλικιακή διαστρωμάτωση, ετήσιο εισόδημα, κλπ) περιλαμβάνουν δράσεις ενημέρωσης-επιμόρφωσης τόσο των ηλικιωμένων γενικά όσο και επιλεγμένων ομάδων-στόχων, όπως ενδεικτικά στελέχη της τοπικής αυτοδιοίκησης, επαγγελματίες υγείας, τοπικοί σύλλογοι και λοιπές οργανωμένες ομάδες.

Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν ομιλίες, συζητήσεις, σεμινάρια, δημοσιεύσεις και εκπομπές στα τοπικά μέσα ενημέρωσης, παραγωγή και διανομή έντυπου υλικού, οργάνωση ομάδων εθελοντών, ομάδων οικογενειών ασθενών, ομάδων αυτοβοήθειας και ομάδων ασθενών. Οι δράσεις αυτές έχουν ως στόχο τη διαμόρφωση θετικής στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ασθένεια, στον ασθενή, στις κοινοτικές υπηρεσίες υγείας, στις δράσεις προαγωγής της υγείας. Ευρύτερα, οι δράσεις προαγωγής της υγείας μπορεί να γίνονται σε χώρους εργασίας, υπηρεσίες υγείας, κοινωνικές υπηρεσίες και να αφορούν συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, συμπεριφορές ή ειδικές διαταραχές.

Επιπρόσθετα το νοσοκομείο μέσω των δράσεων αυτών αναπτύσσει δίκτυο παραπομπών, οργανώνει κοινοτικά υποστηρικτικά συστήματα για ομάδες υψηλού κινδύνου και συνεργάζεται με υπηρεσίες

πρωτοβάθμιας περίθαλψης, κοινωνικούς φορείς ή άλλους δημόσιους φορείς. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον κατάλληλο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των δράσεων στον τομέα αυτό, προκειμένου να διασφαλιστεί η αποτελεσματικότητά τους (New Zealand Guidelines Group, 2001).

Η συγκρότηση δικτύων φορέων υγείας, τοπικής αυτοδιοίκησης, κοινωνικών υπηρεσιών αποτελεί βασική προϋπόθεση για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας για τους ηλικιωμένους. Συνοπτικά τα βήματα που ακολουθούνται για τη συγκρότηση ενός δικτύου είναι τα ακόλουθα:

1. Χαρτογράφηση φορέων, υπηρεσιών δομών
 - Αναζήτηση εν δυνάμει εταίρων/ διερεύνηση βούλησης
 - Άτυπη διερεύνηση αναγκών (επαφές-συνεντεύξεις)
2. Καθορισμός οργανωτικού-διοικητικού πλαισίου
3. Καθορισμός ρόλων εταίρων – Σεβασμός/ Συμπληρωματικότητα – Αξιοποίηση της διαφορετικότητας/ιδιαιτερότητας
4. Συγκρότηση Συντονιστικής Επιτροπής
 - Αποσαφήνιση αρμοδιοτήτων
 - Χρονοδιάγραμμα δράσεων
 - Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας
5. Επιλογή πεδίων/αντικειμένων παρέμβασης: οργανωμένες δράσεις (προαγωγή υγείας, ανάπτυξη κοινωνικών πολιτιστικών εκδηλώσεων, καταπολέμηση του στίγματος και του αποκλεισμού κ.α.)

Βασική μεθοδολογική προϋπόθεση για την συγκρότηση του δικτύου αποτελεί ο σεβασμός της διαφορετικότητας του κάθε εταίρου στο δίκτυο.

Τα στελέχη που διευθύνουν τον τομέα της υγείας στην υγειονομική περιφέρεια πρέπει να καταγράψουν τις κύριες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες παρέχονται από φορείς άλλων τομέων. Αυτές μπορεί να είναι παρεμβάσεις για την υγεία υπό την ευθύνη άλλων τομέων, δραστηριότητες των εργαζομένων στην υγεία οι οποίες αφορούν άλλους τομείς, δραστηριότητες που μπορούν να αναλάβουν οι εργαζόμενοι στην υγεία για να θεραπεύσουν ανάγκες τις οποίες διέκριναν άλλοι τομείς και βοήθεια που οι ηλικιωμένοι μπορούν να λάβουν από άλλους τομείς (Tansella, 2000).

Ο φορέας υλοποίησης θα έχει την υποχρέωση να παρέχει πληροφόρηση τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και τους άμεσα εξυπηρετούμενους γύρω από θέματα που συμπεριλαμβάνουν (Jenkins R & Melzer H, 2001):

- Περιγραφή του προγράμματος, του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών και των αναμενόμενων αποτελεσμάτων
- Το όνομα και στοιχεία επικοινωνίας του επιστ. υπεύθυνου (διευθυντή/ντριας, προϊσταμένου)
- Πληροφορίες αναφορικά με το ωράριο λειτουργίας
- Σχέδια φροντίδας
- Ειδικές πληροφορίες για τις νόσους και τις διαταραχές και τη χορηγούμενη θεραπεία (φαρμακευτική αγωγή, ειδικές θεραπείες, παρέμβαση στην οικογένεια, κλπ)
- Οδηγίες για τη διαχείριση κρίσεων και απρόοπτων καταστάσεων
- Τρόπους έκφρασης απόψεων και κρίσεων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες

Η πληροφόρηση αυτού του τύπου πρέπει να παρέχεται τόσο γραπτώς (μέσω σχετικών φυλλαδίων) όσο και με άμεση επαφή, ως μέρος της παρακίνησης του ασθενούς και της οικογένειάς του με σκοπό την ενεργή συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία

Η εφαρμογή της πολιτικής για την υγεία πρέπει να στηριχθεί σε μια ικανή ομάδα επαγγελματιών με ειδίκευση στη δημόσια και στην ψυχική υγεία. Η ομάδα αυτή θα πρέπει να έχει την ευθύνη της διεύθυνσης του σχεδίου δράσης και του προγράμματος. Θα πρέπει επίσης να έχει σκοπό να διευκολύνει την ενεργό συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών σε όλους τους τομείς του δικτύου της υγείας και να καθιερώσει τη διατομεακή συνεργασία με συγκεκριμένες δράσεις (World Health Organization, 2001).

Συνιστάται κάθε ομάδα να έχει ένα συντονιστή και για τα θέματα της ψυχικής υγείας (Reynold & Orrell, 2001).

Η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών θα πρέπει να αποτελεί βασική επιδίωξη με τη συνεχή διαμόρφωση και ανάπτυξη κριτηρίων βάσει των κατευθυντήριων γραμμών του υπουργείου, την ανάπτυξη, διασπορά και εφαρμογή κλινικών οδηγιών και πρωτοκόλλων, την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και τη συνεχή παρακολούθηση των εκβάσεων των περιστατικών που θα αντιμετωπίσουμε λαμβάνοντας υπόψη τη γνώμη των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών τους, την πραγματοποίηση βελτιωτικών παρεμβάσεων και τη συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού.

Βελτιωμένη ποιότητα σύμφωνα και με το New Zealand Guidelines Group (2001) σημαίνει ότι τα προγράμματα θα πρέπει να:

- i. προστατεύουν την αξιοπρέπεια των ατόμων που νοσούν
- ii. παρέχουν την κατάλληλη και επιστημονικά δόκιμη κλινική και μη κλινική φροντίδα με σκοπό να μειωθεί η επιβάρυνση που προκαλεί η νόσος και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων που νοσούν
- iii. χρησιμοποιούν παρεμβάσεις που βοηθούν τα άτομα να ανταπεξέλθουν μόνα τους από τις αναπηρίες τους,
- iv. κάνουν αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη χρήση των περιορισμένων πόρων,
- v. διασφαλίζουν ότι η ποιότητα της φροντίδας υγείας βελτιώνεται σε όλους τους τομείς, συμπεριλαμβανομένων της προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.

Η αξιολόγηση του προγράμματος είναι πολύ σημαντική διότι όχι μόνο εκτιμάται ο αντίκτυπος και το κόστος του προγράμματος, αλλά και γιατί συλλέγονται πληροφορίες για την ανάπτυξη μελλοντικών προγραμμάτων κατ' οίκον νοσηλείας. Οι μέθοδοι καταγραφής, ελέγχου και αξιολόγησης συμπεριλαμβάνουν:

1. Τη χρήση κριτηρίων για την εκτίμηση του προγράμματος.
2. Τη χρήση διαδικασιών πιστοποίησης.
3. Τη χρήση των συστημάτων πληροφόρησης που ήδη υπάρχουν.
4. Διαβουλεύσεις με ομάδες χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών.

Για να δημιουργηθεί ένα πρόγραμμα είναι απαραίτητο να υπάρχει ένας λεπτομερής προϋπολογισμός, με ακριβή στοιχεία εσόδων και εξόδων. Ένα από τα πλεονεκτήματα της ανάπτυξης ενός τέτοιου προγράμματος είναι ότι διευκολύνει τον ακριβή υπολογισμό των ανθρώπινων, υλικών και αναλώσιμων πόρων. Τα δεδομένα που απαιτούνται για την δημιουργία του εν λόγω προϋπολογισμού για ένα έτος περιλαμβάνουν τον αριθμό των ατόμων ανά έτος υπέρ των οποίων γίνονται οι παρεμβάσεις και το μέσο κόστος κατά άτομο σε ανθρώπινους πόρους, φάρμακα και εργαστηριακούς και υλικούς πόρους (εξοπλισμός, οχήματα κ.α.). Κατά περίπτωση ο προϋπολογισμός του προγράμματος θα πρέπει να προσαρμόζεται με τους διαθέσιμους πόρους. Η εφαρμογή του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας εξαρτάται ουσιαστικά από τους πόρους που θα έχουμε

διαθέσιμους . Οι τρεις κύριοι πόροι, οι οποίοι θα χρειαστούν είναι οι ανθρώπινοι πόροι, οι υλικοί πόροι και τα αναλώσιμα. Για να εξασφαλιστούν, μπορεί να χρειαστεί μια αρχική επένδυση ή μια συνεχής ροή κεφαλαίων.

Η χρηματοδότηση θα είναι κυρίως κρατική (μέσω του ετήσιου προϋπολογισμού του νοσοκομείου) αλλά θα πρέπει να αντληθούν πόροι και από προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από τους Οργανισμούς Κοινωνική Ασφάλισης, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, καθώς και από δωρεές. Είναι σημαντικό να λαμβάνουμε υπόψη ότι η υγεία απαιτεί δαπάνες από διάφορους κυβερνητικούς τομείς (εκπαίδευση, απασχόληση, δικαιοσύνη, στέγαση κ.α.) όπως και από μη κυβερνητικούς οργανισμούς και οργανώσεις των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών (Tansella, 2000).

Τα περισσότερα προγράμματα εφαρμόζονται με πόρους που δεν είναι δυνατόν να καλύψουν όλες τις ανάγκες που θα προκύψουν. Επίσης κάποιες παρεμβάσεις που προβλέπονται από το πρόγραμμα μπορεί να μην υλοποιηθούν. Επομένως, ένα χρονοδιάγραμμα που να καθορίζει την προοδευτική υλοποίηση του προγράμματος είναι απόλυτα αναγκαίο.

Η θεραπευτική ομάδα που θα αναλάβει την υλοποίηση του προγράμματος θα απαρτίζεται από επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων και με διαφορετικό επίπεδο γνώσεων, δεξιοτήτων και κλινικής εμπειρίας. Ως εκ τούτου το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στοχεύει στην ενημέρωση για διαφορετικά θέματα κλινικής και κοινοτικής παρέμβασης, κοινωνικής εργασίας και παρέμβασης σε οικογένειες, έτσι ώστε να υπάρχει διαμόρφωση κοινής αντίληψης και φιλοσοφίας ανάμεσα στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

Η ανάπτυξη προγραμμάτων κατ' οίκον νοσηλείας είναι βέβαιο ότι θα έχει θετικές εκβάσεις όχι μόνο για την υγεία του ηλικιωμένου πληθυσμού της περιοχής στην οποία θα υλοποιηθεί το πρόγραμμα, αλλά και για τις υπηρεσίες υγείας (Knapp et al, 1997).

Τα οφέλη των ηλικιωμένων της περιοχής θα είναι τα ακόλουθα.

- Ανακούφιση από τα συμπτώματα.
- Βελτίωση της λειτουργικότητας σε διάφορους τομείς (π.χ. οικογένεια, κοινωνία κ. α).
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ίδιων των ατόμων αλλά και των οικογενειών τους.
- Πρόληψη παθολογικής και κοινωνικής ανικανότητας.
- Μείωση της θνησιμότητας.

Παράλληλά τα οφέλη που θα αποκομίσουν οι υγειονομικές υπηρεσίες (Knapp et al, 1997) είναι:

- Αποσυμφόρηση των μονάδων νοσηλείας (Νοσοκομεία)
- Αποσυμφόρηση των εξωτερικών ιατρείων των Νοσοκομείων
- Μείωση του κόστους από μια ενδεχόμενη νοσηλεία
- Ποιοτική προσφορά υπηρεσιών υγείας στους ηλικιωμένους
- Διασύνδεση και συνεργασία ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας της περιοχής
- Διαβούλευση με άλλους φορείς κ.α

Η διεργασία είναι περίπλοκη και παρουσιάζονται πολλά προβλήματα. Εντούτοις, η βελτίωση της υγείας, της ευημερίας, της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων αποτελούν επαρκή κίνητρα για την ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών, σχεδίων δράσης και προγραμμάτων για την υγεία.

4.3. Τηλειατρική

Η λέξη Τηλειατρική είναι σύνθετη και αποτελείται από το πρόθεμα Τηλε- που σημαίνει «εξ αποστάσεως» και τη λέξη ιατρική. Στα Αγγλικά ο ίδιος όρος είναι «Telemedicine».

Το υπουργείο Υγείας ορίζει την τηλειατρική ως το σύστημα που επιτρέπει στους φορείς υγείας τη χρήση ειδικευμένων διασυνδεδεμένων ιατρικών συσκευών, ούτως ώστε να αναλύσουν, να διαγνώσουν και να θεραπεύσουν αυτούς που είναι σε διαφορετικές γεωγραφικές τοποθεσίες. (Λύτρα, 2006).

Η ανάπτυξη της Τηλειατρικής είναι προφανές ότι θα αποτελέσει «επανάσταση» στην μέθοδο παροχής υπηρεσιών υγείας και για τους ηλικιωμένους της περιφέρειας στη χώρα μας, όπως ήδη έχει συμβεί σε χώρες που η τηλειατρική έχει εφαρμοστεί σε ευρεία κλίμακα. .

Με βάση τη χρήση τηλεπικοινωνιακών και πληροφοριακών συστημάτων και τη μετατροπή της ιατρικής πληροφορίας σε ηλεκτρονική μορφή, διακρίνονται οι παρακάτω κύριες κατευθύνσεις υπηρεσιών και εφαρμογών:

- Τηλεκπαίδευση, που καλύπτει τις ανάγκες του ενεργού ιατρικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού για συνεχή ενημέρωση σε διάφορους τομείς της ιατρικής. Επιπλέον εξασφαλίζεται εκπαίδευση του υγιούς πληθυσμού μέσω προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, με σκοπό να διαμορφωθούν νέοι τρόποι συμπεριφοράς, όχι μόνο για την πρόληψη των νοσημάτων, αλλά και για την προστασία και προαγωγή της υγείας

- Τηλεδιάγνωση, που καλύπτει την από απόσταση μελέτη από ειδικούς των αποτελεσμάτων των ιατρικών εξετάσεων (ακτινογραφίες, εργαστηριακά ευρήματα κλπ) και τη σύνταξη σχετικών αναφορών και οδηγιών που αποστέλλονται στον αρχικό πομπό των δεδομένων αυτών (τον αποστέλλαντα ιατρό ή υγειονομική μονάδα).
- Τηλεθεραπεία, που καλύπτει την από απόσταση παρακολούθηση ασθενών, όπου ο ασθενής επισκεπτόμενος την πλησιέστερη προς τον τόπο διαμονής του ιατρική μονάδα μπορεί να τυγχάνει ιατρικής φροντίδας από απομακρυσμένο εξειδικευμένο ιατρικό κέντρο για το συγκεκριμένο νόσημα από το οποίο πάσχει.
- Τηλεσυμβουλευτική, που καλύπτει την ανάγκη ανταλλαγής απόψεων καθώς και την οργάνωση συμβουλίων ειδικών ιατρών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων σύνθετων καταστάσεων όπου απαιτείται η ταυτόχρονη μελέτη της κατάστασης του ασθενούς από ειδικούς διαφορετικών ειδικοτήτων, οι οποίοι δεν ευρίσκονται στον ίδιο χώρο.

Στο σύστημα Τηλεϊατρικής εφαρμόζεται εκτεταμένα η ιατρική τηλεσυνδιάσκεψη. Οι ιατροί, το νοσηλευτικό και λοιπό υγειονομικό προσωπικό μιας υγειονομικής υπηρεσίας, μπορούν να βρίσκονται σε άμεση, «πρόσωπο με πρόσωπο», συνεχή επαφή με τους ιατρούς κάθε ειδικότητας ενός νοσοκομείου. Έτσι καταρχήν είναι δυνατή η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση αντιμετώπιση κάθε προβλήματος υγείας κυρίως των ηλικιωμένων, χωρίς άσκοπες διακομιδές. Παράλληλα, είναι δυνατή η ηλεκτρονική ανταλλαγή ιατρικών στοιχείων, ενώ έχει γίνει πρόβλεψη για τη μεταφορά ιατρικών εξετάσεων με χρήση εξειδικευμένων ψηφιακών ιατρικών οργάνων (π.χ. ακτινογραφιών, καρδιογραφήματων, κ.λ.π.) μεταξύ των ιατρείων ή του νοσοκομείου. Τέλος είναι δυνατή η τήρηση του «ιατρικού φακέλου», στον οποίο θα μπορεί να ανατρέξει ο θεράπων ιατρός του κάθε πολίτη.

Η Τηλεϊατρική έχει ιδιαίτερη σημασία για την πατρίδα μας, λόγω της γεωγραφικής ιδιομορφίας της χώρας (ορεινά χωριά, πολυάριθμα και απομονωμένα νησιά) και της άνισης κατανομής του πληθυσμού των ηλικιωμένων στα μεγάλα αστικά κέντρα και την περιφέρεια.

Δεδομένου ότι η αξία της ανθρώπινης ζωής είναι ανεκτίμητη διαπιστώνεται η αναγκαιότητα εφαρμογής της Τηλεϊατρικής για την καλύτερη παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε εθνικό και παγκόσμιο.

Η Τηλεϊατρική απευθύνεται σε πλειάδα φορέων , όπως :

- Νοσοκομεία
- Κέντρα Υγείας
- Ιδιωτικά Ιατρικά Κέντρα

- Ιατρούς
- Νοσηλευτικό προσωπικό
- Ασφαλιστικούς φορείς
- Ασθενείς
- Εταιρείες πώλησης ιατρικού εξοπλισμού
- Φοιτητές (Πανεπιστημίων και άλλων τριτοβάθμιου χαρακτήρα Ιδρυμάτων και Σχολών)

και προσφέρει ουσιαστικά τόσο στον θεράποντα ιατρό όσο και στον πάσχοντα ηλικιωμένο, αλλά και στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα:

α. Οφέλη που προσφέρει η τηλεϊατρική στον θεράποντα ιατρό:

- Δυνατότητα διάγνωσης ηλικιωμένου ασθενή που βρίσκεται σε απομακρυσμένο χωριό.
- Δυνατότητα διασφάλισης γνώμης εξειδικευμένου συναδέλφου του για να είναι βέβαιος για την ορθότητα της διάγνωσης και ειδικότερα της διαφορικής διάγνωσης.
- Άμεση πρόσβαση στο αρχείο ασθενών (patient record) και τον ιατρικό φάκελο του εξεταζομένου ασθενούς.
- Μείωση του χρόνου ολοκλήρωσης της διάγνωσης.
- Άμεση πληροφόρηση και ενημέρωση.
- Άμεση επικοινωνία με τους συναδέλφους του μέσω δικτύου.

Από τις βασικότερες υπηρεσίες της Τηλεϊατρικής, όπως προαναφέρθηκε, είναι η τηλεδιάσκεψη. Η τηλεδιάσκεψη παρέχει τη δυνατότητα για οπτικοακουστική επαφή μεταξύ απομακρυσμένων σημείων χρησιμοποιώντας κάμερες και μικρόφωνα καθώς και δικτυακό εξοπλισμό. Έτσι οι γιατροί μπορούν να πραγματοποιήσουν:

- Ιατρικά συμβούλια μεταξύ των νοσοκομείων της περιοχής.
- Διάγνωση νοσημάτων ασθενών που νοσηλεύονται σε άλλο νοσοκομείο, το οποίο μπορεί να απέχει δεκάδες ή και εκατοντάδες χιλιόμετρα από το νοσοκομείο αναφοράς.
- Παροχή συμβουλών σε μη ειδικευμένους ιατρούς ή σε ιατρούς άλλης ειδικότητας. Αυτό αποκτά καίρια σημασία στην περίπτωση των κέντρων υγείας, ειδικά στην περίπτωση απομακρυσμένων περιοχών καθώς και στην αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών.

β. Οφέλη που προσφέρει η τηλεϊατρική στον πάσχοντα ηλικιωμένο.

- Δυνατότητα άμεσης επαφής με τον θεράποντα ιατρό, ακόμη και αν εκείνος βρίσκεται για κάποιο λόγο πολύ μακριά από το σημείο στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής.
- Άμεση εξυπηρέτηση και αύξηση της ποιότητας περίθαλψης, λόγω κυρίως αποφυγής επαναλήψεων, καθυστερήσεων και κυρίως λαθών.
- Άμεση ενημέρωση για θέματα δημόσιας υγείας (π. χ. επιδημίες) πρόληψη και προαγωγή της υγείας.
- Μείωση του κόστους περίθαλψης, λόγω της αποφυγής άσκοπων μετακινήσεων και των αντίστοιχων δαπανών που συνεπάγονται.

γ. Οφέλη που προσφέρει η τηλεϊατρική στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας.

- Διασφάλιση της κάλυψης των αναγκών σε περιοχές ιδιαίτερα δυσπρόσιτες, οι οποίες κατά κανόνα έχουν και σημαντικές ελλείψεις υποδομής και στελέχωσης των μονάδων υγείας.
- Καλύτερη κατανομή του έργου και απόδοση του ανθρώπινου δυναμικού στην παροχή των φροντίδων υγείας
- Καλύτερη και αποδοτικότερη οργάνωση των δεδομένων του συστήματος προς όφελος του πάσχοντα χρήστη των υπηρεσιών, αλλά και του προσφέροντος την φροντίδα υγεία προσωπικού.

Τα τελευταία χρόνια, με την πρόοδο των επιστημών της πληροφορικής, των τηλεπικοινωνιών και της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η τηλεϊατρική γνωρίζει αλματώδη ανάπτυξη. Τα απαγορευτικά κόστη στην τεχνολογία των δεκαετιών του 1960 και 1970 βελτιώνονται, επιτρέποντας σε όλο και περισσότερους όχι μόνο να πειραματιστούν αλλά και να εφαρμόσουν σε ευρεία κλίμακα ολοκληρωμένα συστήματα τηλεϊατρικής.

Η ανάπτυξη της Τηλεϊατρικής παρά τον αρχικό ενθουσιασμό της δεκαετίας του 1990, καθυστέρησε πέραν του αναμενόμενου σε όλες σχεδόν τις χώρες. Η Ελλάδα υπήρξε από τους πρωτοπόρους τη περίοδο 1989-1993, αλλά στη συνέχεια οι προσπάθειες ατόνησαν. Άλλες χώρες έχουν σήμερα προχωρήσει σημαντικά και οι τηλεματικές υποδομές έχουν αναπτυχθεί σε μεγάλη έκταση. Αντίθετα στην Ελλάδα, παρόλο που ο αριθμός των προγραμμάτων και εφαρμογών τηλεϊατρικής την τελευταία εικοσαετία είναι αρκετά υψηλός (άνω των 50) και με υψηλό ποσοστό συμμετοχής στη διεθνή βιβλιογραφία οι υποδομές τόσο στο δημόσιο αλλά και τον ιδιωτικό τομέα της υγείας, με ελάχιστες σπάνιες εξαιρέσεις, βρίσκονται σε «πρωτόγονο» στάδιο. Ιδιαίτερο επίσης χαρακτηριστικό της τηλεϊατρικής στη χώρα μας είναι η πολύ περιορισμένη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας.

Επειδή, όπως προαναφέρθηκε, η αξία της ανθρώπινης ζωής είναι ανεκτίμητη είναι προφανής η αναγκαιότητα εφαρμογής της Τηλεϊατρικής για την καλύτερη παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε εθνικό επίπεδο. Η συστηματική ανάπτυξη της Τηλεϊατρικής αποτελεί μια συνεχή πρόκληση, στην οποία θα πρέπει να απαντάμε με γνώση, σύγχρονο σχεδιασμό και προγραμματισμένες δράσεις. Όμως, ο σύγχρονος αυτός σχεδιασμός είναι ευθύνη και υποχρέωση όλων των φορέων που λειτουργούν στο χώρο της ιατρικής και της τεχνολογίας, των οποίων η εμπειρία και οι προτάσεις θα αποτελέσουν θεμέλιους λίθους των αλλαγών που πρέπει να γίνουν.

Επιπλέον, είναι ευθύνη και υποχρέωση οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, να συνεργαστούν αποδοτικά συνεισφέροντας στην ευρεία εφαρμογή αποτελεσματικών και αποδοτικών τηλεϊατρικών δικτύων και στη χώρα μας.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η ανάπτυξη συστημάτων τηλεϊατρικής δεν υποκαθιστά σε καμιά περίπτωση τον καθιερωμένο τρόπο παροχής ιατρικών φροντίδων και δεν διαφοροποιεί την αναντικατάστατη ιδιαιτερότητα της αμεσότητας στη σχέση γιατρού – ασθενούς.

4. 4. Πρόγραμμα Τηλεψυχιατρικής

Η μελέτη των επιπτώσεων της δημογραφικής γήρανσης στις υπηρεσίες υγείας της Ελλάδας βρίσκεται στο επίκεντρο συζητήσεων και προβληματισμών στη διάρκεια της τελευταίας δεκαπενταετίας, όπου η «οικονομική» προσέγγιση κυριαρχεί συνεπικουρούμενη από μια σύγχυση όσον αφορά την αιτιογένεια του φαινομένου.

Όσον αφορά τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας από την τρίτη ηλικία το βασικό χαρακτηριστικό της είναι ότι στρέφεται σε υπηρεσίες περίθαλψης και θεραπείας παρά σε υπηρεσίες πρόληψης με αποτέλεσμα οι δαπάνες υγείας να είναι δαπάνες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη.

Η ανάπτυξη εναλλακτικών δομών παροχής υπηρεσιών υγείας στους ηλικιωμένους, είτε αφορούν στη δημιουργία νέων δομών, είτε στην τροποποίηση της λειτουργίας δομών που ήδη λειτουργούν, θεωρούμε ότι αποτελεί μια ρεαλιστική και βιώσιμη λύση για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η Τηλεϊατρική και πιο συγκεκριμένα η Τηλεψυχιατρική είναι μια ελκυστική λύση στο πρόβλημα της χιλιομετρικής απόστασης των αστικών κέντρων από τις αγροτικές περιοχές και αποτελεί μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας σε πραγματικό χρόνο χωρίς να απαιτείται μετακίνηση του ασθενή.

Η Τηλεψυχιατρική ορίζεται ως η παροχή υπηρεσιών στο χώρο της ψυχικής υγείας από απόσταση, μέσω τηλεπικοινωνιακής τεχνολογίας (Εικόνα 4.1 & 4.2).

Οι γενικές κατηγορίες υπηρεσιών που εφαρμόζεται η Τηλεψυχιατρική, είναι κυρίως:

- Υπηρεσίες που απαιτούν την άμεση επικοινωνία του χρήστη
- Υπηρεσίες που απαιτούν τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών της ψυχικής υγείας
- Υπηρεσίες παροχής πληροφοριών προς τους χρήστες
- Υπηρεσίες τηλε-εκπαίδευσης
- Υπηρεσίες τηλε-διοίκησης

4.5. Τηλεδιάσκεψη

Η Τηλεδιάσκεψη είναι η διαδικασία επικοινωνίας σε πραγματικό χρόνο, η οποία κυρίως χρησιμοποιείται στην Τηλεψυχιατρική. Για να πραγματοποιηθεί χρειάζεται καλό δίκτυο Internet σε χαμηλή ή πολύ υψηλή συχνότητα και ο απαραίτητος τεχνολογικός εξοπλισμός

- Low bandwidth / High bandwidth
- Βιντεοδιάσκεψη



Εικόνα 4.1: Βιντεοδιάσκεψη



Εικόνα 4.2: Η κάμερα

Οι κύριες εφαρμογές της Τηλεδιάσκεψης στον Ψυχιατρικό Τομέα συνοψίζονται σε:

- Συνεδρίες εκτίμησης ασθενών
- Τακτική παρακολούθηση
- Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις
- Εκτίμηση ασθενών
- Ειδική συμβουλευτική και εποπτεία
- Κατάρτιση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση
- Διοικητικές δραστηριότητες

Η αναγκαιότητα για την ανάπτυξη προγραμμάτων Τηλεψυχιατρικής στην Ελληνική περιφέρεια αφορά:

- Στην αυξανόμενη ανάγκη για παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που συχνά υπερβαίνει το ανθρώπινο δυναμικό που διατίθεται και
- Στη σύγχρονη ανάγκη κάλυψης της περιφέρειας με υγειονομικές υπηρεσίες και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης

Στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας το εργαλείο της επαφής – διαγνωστικής και θεραπευτικής – με τον χρήστη συνίσταται αποκλειστικά στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία. Το γεγονός αυτό καθιστά τα σύγχρονα συστήματα Τηλεψυχιατρικής ικανά να διευκολύνουν την πλήρη διεκπεραίωση μεγάλου μέρους των εργασιών κατά την παροχή υπηρεσιών.

Πέραν όμως των ωφελημάτων της τηλεψυχιατρικής, υπάρχουν και κάποια μειονεκτήματα/περιορισμοί, όπως αντίστοιχα και στην περίπτωση της τηλεϊατρικής, αλλά και προβληματισμοί, όπως:

Περιορισμοί:

- Μη φυσική επαφή
- Είδος περιστατικών – Συνεργατικότητα (κρίση, παρανοϊκός ιδεασμός, μικρή αντιληπτική ικανότητα κ.ά.)
- Τεχνικοί όροι (εξοπλισμός, δίκτυο, συμβατότητα)
- Κόστος εφαρμογής
- Εξειδίκευση

Προβληματισμοί:

- Ζητήματα ηθικής – δεοντολογίας
- Ασφάλεια δεδομένων
- Κλινική αποτελεσματικότητα
- Οικονομική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (- Cost – Benefit και - Cost – Effectiveness)

4.6. Υποστήριξη Διακομιστικών Σταθμών

Στον Ελλαδικό χώρο σήμερα, οι υπηρεσίες άμεσης βοήθειας σε ψυχιατρικούς ασθενείς που βρίσκονται σε υποτροπή της ασθένειάς τους και σε οξεία φάση (διέγερση) παρέχονται από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.). Οι υπηρεσίες αυτές συνίστανται τόσο στην παροχή άμεσης βοήθειας για την προσωρινή αντιμετώπιση του προβλήματος, όσο και στην κατά το δυνατόν υποστηριγμένη μεταφορά των ασθενών σε οργανωμένο χώρο επείγουσας ψυχιατρικής φροντίδας, όπως είναι τα εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία επειγόντων περιστατικών των Νοσοκομείων

Από το χαρακτήρα της πρώτης φροντίδας, οι υπηρεσίες άμεσης βοήθειας αποτελούν αντικείμενο της επείγουσας ιατρικής. Τα προβλήματα επείγουσας ιατρικής στη χώρα μας εντείνονται από τη γεωγραφική ιδιαιτερότητα της Ελλάδας (ορεινά χωριά, μεγάλος αριθμός νησιών) και από την ανομοιόμορφη πληθυσμιακή κατανομή.

Η ποιότητα της περίθαλψης πρώτης φροντίδας του ψυχιατρικού ασθενούς, κατά τη διαδικασία της διακομιδής του σε χώρο επείγουσας ιατρικής, εξαρτάται κυρίως από το είδος της ασθένειάς του σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό, την αρχική αντιμετώπιση του περιστατικού και τις πρωτοβουλίες που λαμβάνει το προσωπικό του διακομιστικού σταθμού. Στην πλειονότητα των περιστατικών, η αντιμετώπιση αυτή αφορά εξειδικευμένης μορφής περίθαλψη. Σε ορισμένα περιστατικά, η αντιμετώπιση αυτή αφορά σύνθετης μορφής περίθαλψη και επιβάλλεται η συνεργασία περισσότερων της μιας ιατρικών ειδικοτήτων (π. χ Νευρολόγου ή Παθολόγου). Βεβαίως, σε κάθε περίπτωση, είναι

αναγκαία η γνώση του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς κατά τη διαδικασία της παροχής πρώτης βοήθειας.

Όμως, όπως είναι γνωστό, οι ιατρικού περιεχομένου πληροφορίες βρίσκονται διασκορπισμένες σε διάφορες μορφές όπως επί παραδείγματι σε έντυπα, βιβλιοθήκες, αρχεία συνοικιακών ιατρών, αρχεία κλινικών, αρχεία Νοσοκομείων κλπ. Επίσης, το ιστορικό υγείας ενός ασθενή εξαρτάται από τη χρονική περίοδο και το φορέα υγείας που αντιμετώπισε το πρόβλημά του. Δυστυχώς, με την πάροδο του χρόνου και κυρίως από την έλλειψη βοηθητικών χώρων τα αρχεία αυτά καταστρέφονται, με αποτέλεσμα το νοσηλευτικό σύστημα σήμερα καθόλου ή σπάνια να χρησιμοποιεί το ιστορικό υγείας του ασθενή. Είναι προφανές ότι η εφαρμογή συγχρόνων τεχνολογιών στην ιατρική και ειδικότερα η τηλεψυχιατρική μπορεί να επιλύσει αυτά τα προβλήματα.

Επίσης, έχει διαπιστωθεί η ανάγκη καταγραφής του ιατρικού ιστορικού του ασθενή (υποχρεωτική κάρτα υγείας με τον αντίστοιχο κωδικό αριθμό), ώστε κατά τη διάρκεια της διακομιδής του σε οργανωμένο χώρο επείγουσας ιατρικής να δίνεται η δυνατότητα παροχής σημαντικής και ουσιαστικής βοήθειας για τη μετέπειτα εξέλιξη της υγείας του από το προσωπικό του διακομιστικού σταθμού.

Με τον τρόπο αυτό μπορεί να δοθεί η δυνατότητα συνεργασίας με τη μονάδα που θα υποδεχθεί τον ασθενή (Νοσοκομείο κλπ.), ώστε να είναι κατάλληλα προετοιμασμένη για την άμεση αντιμετώπιση του περιστατικού, ή στη χειρότερη περίπτωση να έχει προετοιμαστεί η αναγκαία τεχνική υποστήριξη, χωρίς απώλεια πολύτιμου χρόνου.

4.7. Κατ' οίκον περίθαλψη

Η κατ' οίκον περίθαλψη με την βοήθεια τηλεπικοινωνιακών συστημάτων σε ψυχικά ασθενείς μπορεί να λάβει πολλές μορφές. Ένα παράδειγμα είναι η ηλεκτρονική υπενθύμιση προς τους ασθενείς των δοσολογιών και των ωρών στις οποίες πρέπει να λαμβάνουν τα φάρμακα τους. Αυτό το σύστημα μπορεί να υλοποιηθεί με την εγκατάσταση ενός τηλεφωνητή στο σπίτι του ασθενή και η μεταφορά των αντίστοιχων μηνυμάτων αυτόματα από τον Η/Υ του θεράποντος ιατρού ή της κλινικής που παρακολουθεί τον ασθενή. Η χρήση βιντεοτηλεφωνίας ή συστημάτων Η/Υ με δυνατότητες πολυμέσων, μπορεί επίσης να συμβάλει στην αποφυγή επισκέψεων στο ιατρείο ή στην κλινική.

4.8 Μονάδες Υγείας της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.Π.Ε) Κρήτης

Η Υγειονομική Περιφέρεια της Κρήτης έχει επιδείξει, την τελευταία εικοσαετία, μια ιδιαίτερη σημασία στην τηλεϊατρική και τις εφαρμογές της, η οποία και την διαφοροποιεί από όλες τις

υπόλοιπες Υγειονομικές Περιφέρειες. Σήμερα στην Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης κατατάσσονται σχεδόν όλες οι μονάδες υγείας, οι οποίες προσφέρουν εφαρμογές τηλεϊατρικής (Εικόνα 4.3):



Εικόνα 4.3: Μονάδες Υγείας της 7^{ης} Υ.Π.Ε Κρήτης που λειτουργεί η Τηλεϊατρική.

ΠΗΓΗ: Τμήμα Πληροφορικής Πα.Γ.Ν.Η.

4.8.1 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου ΠΑ.Γ.Ν.Η (Νομού Ηρακλείου)

Διαθέτει σύστημα Τηλεδιάσκεψης (Tandberg 6000) το οποίο εγκαταστάθηκε με επιτυχία στο Νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η πριν από μερικά χρόνια. Με την νέα αυτή τεχνολογία είναι πλέον εφικτή η υλοποίηση εφαρμογών για τηλεϊατρική, τηλε-εκπαίδευση, video-conferences κ.α.. Συγκεκριμένα, υπάρχει η δυνατότητα πολλαπλής ταυτόχρονης επικοινωνίας με άλλα νοσοκομεία με εικόνα και ήχο, η ανταλλαγή πληροφοριών με τη μορφή εγγράφων, σχεδίων, αρχείων, slides, η προβολή βιντεοταινίας, η εγγραφή video-conferencing, κτλ. Έτσι πλέον υπάρχει η δυνατότητα ταυτόχρονης σύνδεσης όλων των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας (όσα παρέχουν τον κατάλληλο εξοπλισμό) της περιφέρειας Κρήτης μεταξύ τους αλλά και με τη διοίκηση της Υγειονομικής Περιφέρειας της Κρήτης. Το συγκεκριμένο σύστημα τηλεδιάσκεψης (Tandberg 6000 με 2 οθόνες) το οποίο χρησιμοποιείται σήμερα στο ΠΑ.Γ.Ν.Η., διαθέτει:

- Tandberg 6000 (Multipoint Control Unit)
- Εύρος ζώνης λειτουργίας 768 kbps ISDN
- Πρωτόκολλα Υποστήριξης (ITU Standards) H320, H323, H281, H231, H243, H331
- Το σύστημα διαθέτει συνολικά 5 εξόδους και θύρα επικοινωνίας RS-232

Είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι υπάρχει ζεύξη τηλεπικοινωνιών του ΠΑ.Γ.Ν.Η (σύνδεση με οπτικές ίνες) με Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και Σχολές της Κρήτης, όπως το Πανεπιστήμιο Κρήτης (με έδρα το Ρέθυμνο) και το Πανεπιστήμιο (στο Ηράκλειο), καθώς επίσης και με την Ιατρική Σχολή του Ηρακλείου. Επίσης είναι συνδεδεμένο με το Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας (Ι.Τ.Ε) Ηρακλείου και με το Βιολογικό τμήμα που βρίσκεται στις Βούτες Ηρακλείου.

4.8.2 Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Κρήτης

Είναι συνδεδεμένο με όλα τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα υγείας του Νησιού. Είναι εξοπλισμένο με σύστημα τηλεδιάσκεψης Tandberg 6000 (2 οθόνες) με 6 γραμμές ISDN (δηλαδή μπορεί ταυτόχρονα να συνδεθεί με 16 σημεία) και ενσωματωμένη μονάδα πολυδιάσκεψης.

4.8.3 Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο» (Νομού Ηρακλείου)

Στο πλαίσιο προγράμματος Τηλεϊατρικής, που αναπτύχθηκε για να εγκαταστήσει τηλεματικές υπηρεσίες στα Νοσοκομεία της Κρήτης, το ΙΤΕ ανέλαβε να διασυνδέσει το Κέντρο Τηλεματικής του Γ. Ν. Βενιζελείου Κρήτης με τα Κέντρα Υγείας της Σαντορίνης, Φολέγανδρου, Σίκινου, Ανάφης (έτος 2003). Όμως είναι συνδεδεμένο και με όλα τα νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας (όσα διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό) της Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης αλλά και με την ίδια την Υγειονομική Περιφέρεια. Και αυτό είναι εξοπλισμένο με σύστημα τηλεδιάσκεψης Tandberg 6000 (2 οθόνες) με 6 γραμμές ISDN.

4.8.4 Γενικό Νοσοκομείο Χανίων Αγ. Γεώργιος (Νομού Χανίων)

Συνδεδεμένο με όλα τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας (όσα διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό) της Υγειονομικής Περιφέρειας της Κρήτης αλλά και με την ίδια την Υγειονομική Περιφέρεια. Είναι εξοπλισμένο με σύστημα τηλεδιάσκεψης Tandberg 2500 (2 οθόνες) με 3 γραμμές ISDN (δηλαδή μπορεί ταυτόχρονα να συνδεθεί με 8 σημεία) και ενσωματωμένη μονάδα πολυδιάσκεψης.

4.8.5 Γενικό Νοσοκομείο Αγ. Νικολάου (Νομού Λασιθίου)

Συνδεδεμένο με όλα τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας (όσα διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό) της Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης αλλά και με την ίδια την Υγειονομική Περιφέρεια. Και αυτό είναι εξοπλισμένο με σύστημα τηλεδιάσκεψης Tandberg 2500 με 3 γραμμές ISDN.

4.8.6 Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου (Νομού Ρεθύμνου)

Συνδεδεμένο με όλα τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας (όσα διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό) την Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης αλλά και με την ίδια την Υγειονομική Περιφέρεια. Είναι εξοπλισμένο με σύστημα τηλεδιάσκεψης Tandberg 880 με 3 γραμμές ISDN και ενσωματωμένη μονάδα πολυδιάσκεψης.

4.8.7 Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων (Νομού Χανίων)

Συνδεδεμένο με όλα τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας (όσα διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό) της Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης αλλά και με την ίδια την Υγειονομική Περιφέρεια. Εξοπλισμένο και αυτό με σύστημα τηλεδιάσκεψης Tandberg 880 με 3 γραμμές ISDN και ενσωματωμένη μονάδα πολυδιάσκεψης.

4.8.8 Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας (Νομού Λασιθίου)

Συνδεδεμένο με όλα τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας (όσα διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό) της Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης αλλά και με την ίδια την Υγειονομική Περιφέρεια. Εξοπλισμένο και αυτό με σύστημα τηλεδιάσκεψης Tandberg 880 με 3 γραμμές ISDN και ενσωματωμένη μονάδα πολυδιάσκεψης.

4.8.9 Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας (Νομού Λασιθίου)

Συνδεδεμένο με όλα τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας (όσα διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό) της Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης αλλά και με την ίδια την Υγειονομική Περιφέρεια. Εξοπλισμένο και αυτό με σύστημα τηλεδιάσκεψης Tandberg 880 με 3 γραμμές ISDN και ενσωματωμένη μονάδα πολυδιάσκεψης.

4.8.10 Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης (Νομού Λασιθίου)

Συνδεδεμένο με όλα τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας (όσα παρέχουν τον κατάλληλο εξοπλισμό) της Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης αλλά και με την ίδια την Υγειονομική Περιφέρεια. Εξοπλισμένο και αυτό με σύστημα τηλεδιάσκεψης Tandberg 880 με 3 γραμμές ISDN και ενσωματωμένη μονάδα πολυδιάσκεψης.

4.8. 11 Κ.Υ. Γαύδου (Νομού Χανίων)

Συνδεδεμένο με όλα τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας (όσα διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό) της Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης αλλά και με την ίδια την Υγειονομική Περιφέρεια. Εξοπλισμένο με Η/Υ και κάρτα τηλεδιάσκεψης VCON.

4.8.12 Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Αγ. Νικολάου (Νομού Λασιθίου)

Συνδεδεμένο με όλα τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας (όσα διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό) της Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης αλλά και με την ίδια την Υγειονομική Περιφέρεια. Είναι εξοπλισμένο με σύστημα τηλεδιάσκεψης Tandberg 2500 (2 οθόνες) με 3 γραμμές ISDN και ενσωματωμένη μονάδα πολυδιάσκεψης.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι Συστήματα τηλεϊατρικής διαθέτουν πλέον και εταιρίες ναυσιπλοΐας όπως για παράδειγμα οι Μινωικές Γραμμές (MINOAN LINES). Η εταιρεία, με γνώμονα την παροχή υψηλού επιπέδου πρωτοποριακών υπηρεσιών στο επιβατικό κοινό, καινοτόμησε και εγκατέστησε σε όλα τα πλοία της σύστημα παροχής τηλεϊατρικών υπηρεσιών. Το σύστημα αυτό επικοινωνεί, μέσω των δορυφορικών επικοινωνιακών συστημάτων του πλοίου, με το κέντρο παροχής τηλεϊατρικών υπηρεσιών TELEHEART, που λειτουργεί επί 24ώρου βάσεως και παρέχει τις κατάλληλες οδηγίες σε ειδικά προς τούτο εκπαιδευμένο προσωπικό των πλοίων, για την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών, όταν συμβαίνουν, κατά τη διάρκεια του ταξιδιού.

Από τη μέχρι σήμερα λειτουργία του συστήματος έχει αποδειχθεί ότι σε όσες περιπτώσεις έχουν συμβεί έκτακτα περιστατικά, επείγοντα χαρακτήρα, έχουν αντιμετωπισθεί με απόλυτη επιτυχία και κυριολεκτικά μπορεί να λεχθεί ότι λόγω της ύπαρξης εξαιτίας της Τηλεϊατρικής έχουν σωθεί ανθρώπινες ζωές.

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στόχος της έρευνας μας είναι να προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε το θέμα της Τηλεϊατρικής σε αγροτικές περιοχές της Κρήτης και συγκεκριμένα στο Οροπέδιο Λασιθίου, να υπολογίσουμε το βαθμό ικανοποίησης του ασθενή καθώς και την αποδοχή της παροχής υπηρεσιών υγείας από τον πληθυσμό που απευθύνεται. Μετρήθηκε η ικανοποίηση 53 ανθρώπων που εξυπηρετούνται από το Πρόγραμμα Τηλεψυχιατρικής που υλοποιείται από το Κέντρο Υγείας της αγροτικής περιοχής του οροπέδιου Λασιθίου.

Το Κέντρο Υγείας έχει αναπτύξει το πρόγραμμα Τηλεψυχιατρικής σε συνεργασία με τον ψυχιατρικό τομέα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης (ΠΑ.Γ.Ν.Η). Οι άνθρωποι που εξυπηρετούνται από το Πρόγραμμα είναι άντρες και γυναίκες άνω των 15 ετών.

Το σύστημα εγκαταστάθηκε για πρώτη φορά στο Κέντρο Υγείας του Τζερμιάδου στις 18 Οκτωβρίου 2009. Αφιερώθηκε ένας μήνας σε δοκιμές για τη διαπίστωση της δυνατότητας επικοινωνίας και αποστολής εικόνων μεταξύ των δύο τερματικών του συστήματος, μέσω του επιλεγόμενου δημόσιου τηλεφωνικού δικτύου και την εξοικείωση του προσωπικού με τη λειτουργία και τις δυνατότητες του συστήματος. Ταυτόχρονα πιστοποιήθηκε από τον ΟΤΕ η λειτουργία και δόθηκε η έγκριση εγκαταστάσεως των κωδικοποιητών /αποκωδικοποιητών (modems).

Επιλέξαμε αυτήν την περιοχή για τις ιδιαιτερότητες που έχει γεωγραφικά και αναπτυξιακά και τα στοιχεία μας αφορούν τους τρεις πρώτους μήνες λειτουργίας της υπηρεσίας. Η περιοχή είναι ορεινή, σε μεγάλο υψόμετρο, αποτελεί κοινοτικό σχηματισμό από μόνη της και γίνονται προσπάθειες ανάπτυξης της από όλες τις Αρχές του Νομού τα τελευταία 5 χρόνια.

1. **Δείγμα:** 53 Ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα (κωδικοποίηση DSM –IV) από αγροτικές περιοχές του οροπέδιου Λασιθίου της Κρήτης, οι οποίοι έχουν νοσηλευθεί για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα σε ψυχιατρικές δομές.
2. **Μέθοδος:** Εξετάστηκε το αν μπορεί να γίνει αποδεκτή η εφαρμογή ενός προγράμματος τηλεψυχιατρικής σε μια κοινωνία που η τεχνολογία δεν έχει μπει στην καθημερινή ζωή του πολίτη της υπαίθρου, με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η μέθοδος άντλησης συμπερασμάτων είναι αυτή της σύστασης ομάδων ασθενών (Focus group) για συζήτηση. Σε αυτές τις συναντήσεις ετίθεντο μια σειρά από ερωτήματα και σε καθένα από αυτά δίνονταν ένα χρονικό περιθώριο για να απαντηθούν. Ο παραπάνω τρόπος επαφής είχε το πλεονέκτημα ότι η μέθοδος γίνεται με την μορφή συζήτησης που σημαίνει ότι οι ασθενείς κουράζονταν λιγότερο και λειτουργούσαν καλύτερα, εφόσον λειτουργούσαν ως ομάδα. Πιθανόν εάν οι ερωτήσεις δίνονταν από πριν π. χ μια εβδομάδα πριν τη συνάντηση να είχαμε καλύτερα

αποτελέσματα. Έγινε προσπάθεια από το προσωπικό να ομαδοποιηθούν τα θέματα προς συζήτηση για να είναι δυνατή η καταγραφή τους και στη συνέχεια η κοινωνική λειτουργός δημιούργησε ένα απλό ερωτηματολόγιο με 5 ερωτήματα κλειστού τύπου. Πριν από την έναρξη του προγράμματος Τηλεψυχιατρικής και τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε ενημέρωση όσων συμμετείχαν στο πρόγραμμα, με τη μορφή συζήτησης, την οποία ανέλαβε ο αγροτικός ιατρός με σκοπό την ενημέρωση των ασθενών και την ανάπτυξη των πλεονεκτημάτων της μεθόδου (εκμηδενισμός της απόστασης, παροχή εχεμύθειας και αμεσότητας στον ασθενή κτλ.).

3. **Στατιστική Δοκιμασία Ελέγχου Αποτελεσμάτων:** Χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικές δοκιμασίες sign test και X τεστ αρχικά και κατόπιν διακριτική ανάλυση για να ερευνηθούν οι παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση ή μη των ασθενών
4. **Κόστος και Χρηματοδότηση της μελέτης:** Το κόστος της μελέτης ήταν μικρό και καλύφθηκε από προσωπικά έξοδα.
5. **Χρόνος Ολοκλήρωσης της Μελέτης:** Ο προβλεπόμενος χρόνος ολοκλήρωσης της μελέτης ήταν ένας μήνας.

Περιγραφή Περιοχής και Υποδομής

Το κέντρο υγείας Τζερμιάδου βρίσκεται στο οροπέδιο Λασιθίου, σε υψόμετρο 950m, καλύπτει 17 χωριά και σύμφωνα με την τελευταία απογραφή έχει 3.100 μόνιμους κατοίκους τους καλοκαιρινούς μήνες, ενώ τον χειμώνα κατοικούν μόνο 800 κάτοικοι. Απέχει 65 χιλιόμετρα από την πόλη του Ηρακλείου και 45 χιλιόμετρα από την πόλη του Αγίου Νικολάου, όπου και υπάγεται διοικητικά.

Το προσωπικό που εργάζεται στο κέντρο υγείας είναι 1 αγροτικός ιατρός, 1 Νοσηλεύτρια ΤΕ, 1 Κοινωνική Λειτουργός, 1 Οδοντίατρος με μερική απασχόληση και 2 Οδηγοί ασθενοφόρου, λόγω του ότι υπάρχει και σταθμός του ΕΚΑΒ με 1 ασθενοφόρο για τις επείγουσες μεταφορές.

Το πρόγραμμα Τηλεψυχιατρικής υλοποιήθηκε με τηλεπικοινωνιακή σύνδεση μέσω οπτικής μεταφοράς δεδομένων, επιτρέποντας έτσι την αποτελεσματική διάγνωση των περιστατικών, την παροχή εκπαίδευσης για το υπάρχον προσωπικό, την παροχή υπηρεσιών άμεσης περίθαλψης, τη χρήση της Συμβουλευτικής, την μεταφορά ιατρικών δεδομένων κ.α.

Το Κέντρο Υγείας είχε ήδη τον απαιτούμενο εξοπλισμό από ένα πρόγραμμα ανάπτυξης τηλεματικών υπηρεσιών που είχε αναπτυχθεί στην Κρήτη τα προηγούμενα 5 χρόνια και η έρευνά μας βοήθησε στην ενίσχυση της προσπάθειας για εγκατάσταση μόνιμης μονάδας τηλεϊατρικής σε κάθε χωριό του

οροπεδίου Λασιθίου, στο οποίο θα πρέπει να ανευρεθεί ο κατάλληλος χώρος καθώς και η εύκολη πρόσβαση των ασθενών σε αυτόν.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα. Μετρήθηκε η ικανοποίηση 53 ανθρώπων που εξυπηρετούνται από το Πρόγραμμα Τηλεψυχιατρικής που υλοποιείται από το Κέντρο Υγείας της αγροτικής περιοχής του οροπέδιου Λασιθίου.

6.1 Κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 6.1. καταγράφονται τα κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ασθενών. Στη μελέτη μας συμμετείχαν 53 άτομα, με μέσο όρο ηλικίας τα 77,2 έτη ($SD=\pm 6,9$ έτη). Από αυτά, 29 ήταν γυναίκες (54,7%) και 24 άνδρες (45,3%). Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή, 15 άτομα (28,3 %) είχαν ηλικία από 65 έως 74 ετών και 38 άτομα (71,7%) ήταν μεγαλύτερη ή ίση από 75 έτη.

Όλοι οι κάτοικοι που ερωτήθηκαν ήταν Κρητικοί και συνταξιούχοι. Ως εργασία πριν τη συνταξιοδότηση δηλώθηκε από 46 κατοίκους η αγροτική εργασία (86,79%) και τα οικιακά (4,3%). Ως ασχολία μετά τη συνταξιοδότηση δηλώθηκε από 50 κατοίκους η αγροτική εργασία (94,3%). Από τους 53 κατοίκους οι 39 ήταν έγγαμοι (73,5%).

Πίνακας 6.1: Κοινωνικά- δημογραφικά χαρακτηριστικά των υπερηλίκων ασθενών

| | Αριθμός | Ποσοστό% |
|--------------------------------|----------------|-----------------|
| Ηλικία | | |
| 65-74 | 15 | 28,3 |
| ≥75 | 38 | 71,7 |
| Φύλο | | |
| Άντρας | 24 | 45,3 |
| Γυναίκα | 29 | 54,7 |
| Οικογενειακή Κατάσταση | | |
| Έγγαμος/η | 39 | 73,6 |
| Χήρος/α | 14 | 26,4 |
| Είδος Εργασίας | | |
| Συνταξιούχος/α | 53 | 100 |
| Καταγωγή | | |
| Κρητικός/ιά | 53 | 100 |
| Εργασία πριν τη Σύνταξη | | |
| Αγροτική εργασία | 46 | 86,79 |
| Οικιακά | 4 | 13,21 |
| | | |
| Εργασία μετά τη Σύνταξη | | |
| Αγροτική εργασία | 50 | 94,3 |
| Οικιακά | 3 | 5,7 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 53 | 100 |

6.2 Συχνότητα διαγνώσεων

Στον πίνακα 6.2. καταγράφεται η συχνότητα των διαγνώσεων που έγινε τον πρώτο μήνα της έρευνάς μας στο Κέντρο Υγείας του Τζερμιάδο και διαπιστώνουμε ότι τα περιστατικά με χρόνια ψυχοσύνδρομα (ΨΣ) αποτελούν περίπου το 20,75 % των συνολικών περιστατικών, ποσοστό που είναι μεγάλο για μια αγροτική περιοχή. Όλα τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί:

Πίνακας 6.2: Συχνότητα Διαγνώσεων τον μήνα Ιανουάριο 2010 στο Κέντρο Υγείας

| Οι 10 συχνότερες διαγνώσεις στο Κέντρο Υγείας | | |
|--|------------------|------------|
| Διάγνωση | Συχνότητα | % |
| Υπέρταση | 30 | 56,61 |
| Λοίμωξη Αναπνευστικού | 2 | 3,77 |
| Στεφανιαία νόσος | 5 | 9,43 |
| Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια | 1 | 1,89 |
| Χρόνια Ψυχοσύνδρομα | 11 | 20,75 |
| Γαστρίτιδα | 1 | 1,89 |
| Γλαύκωμα | 0 | 0 |
| Καρκίνος Παχέος Εντέρου | 0 | 0 |
| Καρκίνος Νεφρού | 1 | 1,89 |
| Οσφυαλγία | 2 | 3,77 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 53 | 100 |

6.3 Συχνότητα συνταγογραφήσεων

Στον πίνακα 6.3 καταγράφεται η συχνότητα συνταγογραφήσεων φαρμακευτικών σκευασμάτων που έγινε τον πρώτο μήνα της έρευνάς μας στο Κέντρο Υγείας του Τζερμιάδο και διαπιστώνουμε ότι από τα ψυχιατρικά φάρμακα αυτά που συνταγογραφούνται περισσότερο είναι τα αντικαταθλιπτικά (φουροσεμίδα).

Πίνακας 6.3: Συχνότητα Συνταγογραφήσεων τον Ιανουάριο 2010

| Τα 10 συχνότερα συνταγογραφούμενα φάρμακα στο Κέντρο Υγείας | | |
|--|------------------|------------|
| Δραστική ουσία | Συχνότητα | % |
| Αμπικιλίνη με κλαβουλανικό | 2 | 3,77 |
| Παρακεταμόλη | 3 | 5,66 |
| Φουροσεμίδα | 11 | 20,75 |
| Σαλβουταμόλη | 1 | 1,89 |
| Κλαριθρομυκίνη | 0 | 0 |
| Ακετυλοσουλκό Οξύ (ως αντιθρομβωτικό) | 30 | 56,61 |
| Αλλοπουρινόλη | 1 | 1,89 |
| Κεφακλόρη | 1 | 1,89 |
| Παρακεταμόλη με Κωδεΐνη | 2 | 3,77 |
| Παντιδίνη | 2 | 3,77 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 53 | 100 |

6.4 Στοιχεία της λειτουργίας της Τηλεψυχιατρικής συνδέσεως και ποσοστά αντιμετώπισης των περιστατικών

Στον πίνακα 6.4. καταγράφονται τα στοιχεία λειτουργίας της σύνδεσης και ο βαθμός αντιμετώπισης των περιστατικών τους τρεις πρώτους μήνες λειτουργίας της υπηρεσίας στο Κέντρο Υγείας του Τζερμιάδο και διαπιστώνουμε ότι σε διάστημα 90 ημερών πραγματοποιήθηκαν 60 επικοινωνίες κατά τις οποίες οι Γενικοί γιατροί του ΚΥ και οι Ψυχίατροι του ΠΙΑΓΝΗ συνεργάστηκαν στην αντιμετώπιση 53 περιπτώσεων ασθενών.

Ο συνολικός χρόνος λειτουργίας του συστήματος ήταν 80 ώρες, δηλαδή κατά μέσο όρο 90 λεπτά ανά ασθενή. Σε 44 από τις 53 περιπτώσεις (ποσοστό 83%) ετέθη διάγνωση και ολοκληρώθηκε η θεραπευτική αντιμετώπιση στο ΚΥ.

Σε 6 περιπτώσεις (11.3%) κρίθηκε σκόπιμος ο περαιτέρω έλεγχος στο συνεργαζόμενο νοσοκομείο. Σε 3 περιπτώσεις (5.7%) κρίθηκε αναγκαία η άμεση μεταφορά του ασθενούς λόγω υποτροπής και οξείας φάσης της ασθένειας.

Πίνακας 6.4: Στοιχεία της λειτουργίας της Τηλεψυχιατρικής συνδέσεως και ποσοστά αντιμετώπισης των περιστατικών

| Στοιχεία της λειτουργίας της Τηλεψυχιατρικής συνδέσεως Κ.Υ Τζερμιάδου - ΠΑΓΝΗ | |
|--|---------------------------------------|
| Χρόνος λειτουργίας σε ημέρες | 90 |
| Αριθμός επικοινωνιών | 60 |
| Ασθενείς | 53 |
| Χρόνος Επικοινωνίας | 80 ώρες (περίπου 1,5 ώρα ανά ασθενή) |
| Ολοκλήρωση της αντιμετώπισης στο Κ.Υ. | 44 ασθενείς (83%) |
| Σύσταση για περαιτέρω έλεγχο | 6 ασθενείς (11.3%) |
| Άμεση μεταφορά στο ΠΑΓΝΗ | 3 ασθενείς σε οξεία φάση (5.7 %) |

6.5 Κατανομή των Περιστατικών

Στον πίνακα 6.5. καταγράφεται η κατανομή των περιστατικών που παρακολουθήθηκαν και αντιμετωπίστηκαν τους τρεις πρώτους μήνες λειτουργίας της υπηρεσίας στο Κέντρο Υγείας του Τζερμιάδο και διαπιστώνουμε ότι η κατανομή των περιστατικών ήταν:

- Κατάθλιψη : 25 άτομα, ποσοστό 41,6%
- Σχιζοφρένεια :12 άτομα, ποσοστό 25 %
- Μανιοκατάθλιψη : 5 άτομα, ποσοστό 13,8%
- Διαταραχή προσωπικότητας: 3 άτομα, ποσοστό 8,3%
- Διαταραχή πανικού: 5 άτομα, ποσοστό 5,5%
- Ιδιοψυχαναγκασμός : 3 άτομα, ποσοστό 5,5%

Πίνακας 6.5: Κατανομή των περιστατικών

| Κατανομή των Περιστατικών | | |
|----------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Ασθένεια | Αριθμός περιστατικών | Ποσοστό (%) |
| Κατάθλιψη | 25 | 47.16 |
| Σχιζοφρένεια | 12 | 22.64 |
| Μανιοκατάθλιψη | 5 | 9.43 |
| Διαταραχή πανικού | 5 | 9.43 |
| Ιδεοψυχαναγκασμός | 3 | 5.7 |
| Διαταραχή προσωπικότητας | 3 | 5.7 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 53 | 100 |

6.6 Ομάδες Συζήτησης Ασθενών

Όπως αναφέρθηκε, μια μέθοδος για να αντλήσουμε συμπεράσματα από αγροτικές απομακρυσμένες κοινωνίες είναι και αυτή της σύστασης ομάδων ασθενών (Focus group) για συζήτηση. Σε αυτές τις συναντήσεις έμπαιναν μια σειρά από ερωτήματα και σε καθένα από αυτά δινόταν ένα χρονικό περιθώριο για να απαντηθούν, λαμβάνοντας υπόψη ότι το μορφωτικό επίπεδο των κατοίκων των εν λόγω περιοχών είναι περιορισμένο.

Γίνονταν ομάδες συζήτησης με τους ασθενείς κάθε μήνα από το προσωπικό του Κέντρου Υγείας όπου τα θέματα προς συζήτηση ήταν η ικανοποίηση και τα οφέλη που είχαν οι ασθενείς καθώς και οι δυσκολίες και τα προβλήματα από το πρόγραμμα. Έγινε προσπάθεια από το προσωπικό να ομαδοποιηθούν τα θέματα προς συζήτηση για να είναι δυνατή η καταγραφή τους και δημιουργήσαμε ένα απλό ερωτηματολόγιο με 5 ερωτήματα που δόθηκε σε όλους τους ασθενείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα και απαντήθηκε και από τους 53 συνολικά ασθενείς.

Στον πίνακα 6.6. καταγράφεται η ικανοποίηση των ασθενών που συμμετείχαν τους τρεις πρώτους μήνες λειτουργίας του προγράμματος στο Κέντρο Υγείας του Τζερμιάδο και διαπιστώνουμε ότι:

- Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από το Πρόγραμμα Τηλεψυχιατρικής είναι ικανοποιητικός (75,47%) με τους περισσότερους ασθενείς να αναφέρουν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι (49,05%) και πάρα πολύ ικανοποιημένοι (26,42%).
- Στο ερώτημα για τον βαθμό δυσκολίας ως προς τη χρήση των μηχανημάτων του προγράμματος, το 74,2 % έδειξε ότι όντως υπάρχει ένας σημαντικός βαθμός δυσκολίας (11,27 % Πάρα πολύ, 32,1% Πολύ και 32,1% Αρκετά). Το γεγονός αυτό δημιουργεί την ανάγκη της μελλοντικής απλούστευσης των διαδικασιών της χρήσης των μηχανημάτων.
- Στο ερώτημα για το βαθμό ενόχλησης από την μη ύπαρξης πραγματικής επαφής μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (62,26 %) ανέφερε ότι δεν υπήρξε καθόλου ενόχληση.
- Στον ερώτημα για το βαθμό διευκόλυνσης από το πρόγραμμα είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακή η καθολική αποδοχή του συστήματος από τους ασθενείς (83% Πάρα πολύ μεγάλο βαθμό διευκόλυνσης και 17% Πολύ μεγάλο βαθμό διευκόλυνσης).
- Ως προς τις κατηγορίες που διευκολύνθηκε το σύνολο των ασθενών απάντησε ότι διευκολύνθηκε και στην εύρεση ιατρού και στην αποφυγή μετακίνησης σε κάποιο αστικό κέντρο, και ως προς τη συνέχεια της παρακολούθησης καθώς και στην συνταγογράφηση της φαρμακευτικής αγωγής.

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι το Πρόγραμμα Τηλεψυχιατρικής καλύπτει τις ανάγκες των κατοίκων στην παροχή ψυχιατρικής φροντίδας και αυξάνει την προσβασιμότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Τα σημεία που θα πρέπει να ερευνηθούν περαιτέρω είναι η δυσκολία στην χρήση των μηχανημάτων του προγράμματος και η δυσκολία που αναφέρουν ορισμένοι ασθενείς από την έλλειψη πραγματικής επαφής με τους Επαγγελματίες Υγείας.

Πίνακας 6.6: Βαθμός ικανοποίησης ασθενών από το πρόγραμμα Τηλεψυχιατρικής

| A/a | Ερώτημα/θέμα | Καθόλου | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ | Σύνολο n / % |
|---------------|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| | | | | | | |
| 1. | Ικανοποίηση από την παροχή Ψυχιατρικής φροντίδας με την μέθοδο της Τηλεψυχιατρικής | 0 (%) | 13 (24,53 %) | 26 (49,05 %) | 14 (26,42 %) | 53 (100%) |
| 2. | Βαθμός δυσκολίας με την χρήση των μηχανημάτων που χρησιμοποιήθηκαν | 13 (24,53 %) | 17 (32,1 %) | 17 (32,1%) | 5 (11,27 %) | 53 (100%) |
| 3. | Ενόχληση από τη μη πραγματική επαφή ως προς το επίπεδο της επικοινωνίας και αν ναι ποια ήταν ακριβώς η δυσκολία | 33 (62,26 %) | 20 (37,74 %) | 0 (%) | 0 (%) | 53 (100%) |
| 4. | Βαθμός διευκόλυνσης με αυτή τη διαδικασία | 0 (%) | 0 (%) | 9 (17 %) | 44 (83 %) | 53 (100%) |
| 5. | Κατηγορίες διευκόλυνσης | Εύρεση ιατρού 53(100%) | Μη μετακίνηση 53(100%) | Παρακο- Λούθηση 53(100%) | Συνταγο Γράφηση 53(100%) | 53 (100%) |
| ΣΥΝΟΛΟ | | | | | | 53 (100%) |

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως καταγράφεται η πραγματικότητα μέσα από τις στατιστικές των παγκόσμιων οργανισμών, η υφήλιος γερνάει. Το φαινόμενο έχει καθολική ισχύ αφού αφορά όλες τις ηπείρους, άνευ εξαιρέσεων. Η πίεση που ασκεί ένας διαρκώς γηράσκων πληθυσμός στο υγειονομικό, οικονομικό και κοινωνικό πλέγμα όπως αυτό έχει διαμορφωθεί μεταπολεμικά, είναι μεγάλη. Απαιτείται αναδιοργάνωση της πολιτικής με αναθεώρηση του επιχειρησιακού σχεδιασμού για την αναδιοργάνωση των συστημάτων υγείας και πρόνοιας, μέσα από διαδικασίες που θα εξασφαλίζουν την μεγαλύτερη δυνατή κοινωνική συναίνεση.

Η δημογραφική γήρανση προβληματίζει έντονα τις σύγχρονες ανεπτυγμένες βιομηχανικές κοινωνίες. Στη χώρα μας η γήρανση και οι επιπτώσεις της βρίσκονται στο επίκεντρο συζητήσεων και προβληματισμών στη διάρκεια της τελευταίας δεκαπενταετίας.

Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων έχει υποστηριχθεί ότι, αφενός συνιστά μείωση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού και κατ' επέκταση του πληθυσμού που φορολογείται και καταβάλλει ασφαλιστικές εισφορές, και αφετέρου, συνεπάγεται αύξηση της ζήτησης για κοινωνικές υπηρεσίες, κυρίως λόγω των αυξημένων αναγκών υγείας του γηραιού αυτού πληθυσμού, και άρα αύξηση του κόστους λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής προστασίας.

Ο προβληματισμός γύρω από το φαινόμενο της σταδιακής γήρανσης του πληθυσμού στα συστήματα και τις υπηρεσίες υγείας, εστιάζεται σε δύο βασικές, αλληλοσυνδεόμενες, διαστάσεις του φαινομένου: **α) την οικονομική / χρηματοδοτική διάσταση**, που άπτεται αφενός της αύξησης του βαθμού εξάρτησης του ηλικιωμένου πληθυσμού, της ενίσχυσης του προβλήματος του οικονομικού βάρους που η υποστήριξη ενός γηραιού πληθυσμού τοποθετεί στα συστήματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας, και αφετέρου **β) την κλινική και κοινωνική διάσταση**, η οποία άπτεται της φύσης και της βαρύτητας των παθήσεων που οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν και των κοινωνικών συμπεριφορών που αναπτύσσονται στα όρια των παθήσεων αυτών από τους ηλικιωμένους, τις οικογένειές τους και την κοινότητα στο σύνολό της.

Όσον αφορά την χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας από την τρίτη ηλικία το βασικό χαρακτηριστικό της είναι ότι στρέφεται σε υπηρεσίες περίθαλψης και θεραπείας παρά σε υπηρεσίες πρόληψης με αποτέλεσμα οι δαπάνες υγείας να αφορούν κυρίως στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται από χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα που αυξάνουν την ανάγκη για ιατρική περίθαλψη και επομένως την συχνότητα ιατρικών επισκέψεων ή ημερών νοσηλείας.

Μπροστά στην πρόκληση αυτή, οι μηχανισμοί που διαθέτουν τα συστήματα υγείας για την αντιμετώπιση του φαινομένου δεν φαίνονται να είναι επαρκείς, δεδομένων και των διλημάτων που προκύπτουν για την πολιτική υγείας σε ότι αφορά τη διαχείριση του ζητήματος της γήρανσης. Ως εκ τούτου, η πολιτική υγείας οφείλει να λάβει ορισμένες πολύ δύσκολες αποφάσεις αναφορικά με την ποιότητα και την ποσότητα της φροντίδας υγείας των ηλικιωμένων, ιδίως όσο η χρηματοδότηση της φροντίδας αυτής παραμένει βασικό στοίχημα των συστημάτων κοινωνικής προστασίας.

Ο σχετικά προβλέψιμος, σε μεσοπρόθεσμο ορίζοντα, χαρακτήρας των εξελίξεων όσον αφορά τα εθνικά δημογραφικά στοιχεία και, σε μικρότερο βαθμό, τα περιφερειακά ή τοπικά στοιχεία, συνεπάγεται ότι οι πολιτικοί ιθύνοντες φέρουν ιδιαίτερη ευθύνη.

Ωστόσο, αν δεν επέλθουν πρόσθετες μεταβολές στο θεσμικό πλαίσιο και στις ακολουθούμενες πολιτικές υγείας, οι δημογραφικές τάσεις αναμένεται να προκαλέσουν σημαντικές μεταβολές στις κοινωνίες μας, επηρεάζοντας την αλληλεγγύη μεταξύ γενεών και δημιουργώντας νέες απαιτήσεις στο χώρο για τις μελλοντικές γενιές. Οι τάσεις αυτές θα έχουν σοβαρές συνέπειες και θα οδηγήσουν σε έντονες πιέσεις για αύξηση των κρατικών δαπανών, όχι μόνο για συντάξεις και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, αλλά και στους τομείς των υποδομών και της στέγασης.

Η μέθοδος της Τηλεψυχιατρικής και γενικότερα των Τηλεματικών υπηρεσιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας προτείνεται και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν λύση για την παροχή υπηρεσιών υγείας στις απομακρυσμένες περιοχές (περιφέρεια, νησιά), οι οποίες υστερούν σε εξειδικευμένο και πολλές φορές σε βασικό προσωπικό των διαφόρων επαγγελματιών υγείας.

Η χρήση της Τηλεϊατρικής επίσης βοηθάει στην εξισορρόπηση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων μεταξύ του πληθυσμού της χώρας, όσον αφορά την υγειονομική κάλυψη και προσβασιμότητα όλων των πολιτών σε αυτές.

Οι κάτοικοι που συμμετείχαν στην μελέτη εξέφρασαν μεγάλο βαθμό ικανοποίησης από το πρόγραμμα γεγονός που ενισχύει την σημαντικότητα της μελέτης μας για το μέλλον των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και την συνεχόμενη εναλλαγή στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων πολιτών.

Στο Κεντάκι από έρευνες που έγιναν όλοι οι ανταποκριθέντες ήταν πολύ ικανοποιημένοι με την Τηλεϊατρική υποστήριξη. Σχεδόν όλοι ανέφεραν ότι μπορούσαν να προσδιορίσουν το πρόβλημά τους με τους ιατρούς χωρίς δυσκολία. Μερικοί ανέφεραν συναισθήματα άγχους και νευρικότητα σχετικά με τον χειρισμό του Ηλεκτρονικού Υπολογιστή. Τα παιδιά κυρίως σε αγροτικές περιοχές στερούνται

από εξειδικευμένη φροντίδα. Η Τηλεϊατρική έχει τη δυνατότητα να λύσει αυτό το πρόβλημα (Blackmon, 19997)

Η ανάπτυξη εναλλακτικών δομών παροχής υπηρεσιών υγείας στους ηλικιωμένους, είτε αφορούν στη δημιουργία νέων δομών, είτε στην τροποποίηση της λειτουργίας δομών που ήδη λειτουργούν, θεωρούμε ότι αποτελεί μια ρεαλιστική και βιώσιμη λύση για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να γίνουν βήματα προς την αύξηση και τη βελτίωση της μακράς διάρκειας περίθαλψης για τα άτομα της τρίτης ηλικίας και κυρίως στη διαφοροποίησή της από το παραδοσιακό πρότυπο «κλειστού τύπου». Πρέπει να υπάρξει μια ουσιαστική αλλαγή στις χρησιμοποιούμενες σήμερα δομές και στην κατανομή των πόρων με άμεση μετακίνηση από τις ιδρυματικού τύπου υπηρεσίες στις υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας και νοσηλείας. Και θα πρέπει οι τοπικές κοινωνίες, με πρωτεργάτες τους τοπικούς άρχοντες (Τοπική Αυτοδιοίκηση) να αναλάβουν την ευθύνη παροχής της ποιοτικά ανώτερου επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης στους υπερήλικες που θα βασίζεται στην κατ' οίκον φροντίδα. Σημαντική συμβολή έχει σε αυτόν τον τομέα και η εθελοντική παροχή υπηρεσιών υγείας στους ηλικιωμένους από επιμέρους οργανώσεις. Επίσης πρέπει να αναπτυχθούν προγράμματα με γνώμονα την πρόληψη και την επιβράδυνση της ανικανότητας και των ασθενειών λόγω γήρατος.

Ο γενικός στόχος θα πρέπει να είναι η απομάκρυνση από το «κλινικό» μοντέλο και η υιοθέτηση του «κοινωνικού» μοντέλου, το οποίο αναπτύσσεται κυρίως σε τοπικό επίπεδο. Η επιτυχία του κοινωνικού και τοπικού προσανατολισμού βοηθά να περιοριστεί στο ελάχιστο η προσφυγή σε ιδρυματική ή νοσοκομειακή φροντίδα. Πέρα από την προσδοκώμενη εξοικονόμηση πόρων και την αποσυμφόρηση των νοσηλευτικών δομών, υπάρχει ένας άλλος πολύ σημαντικός λόγος για τον οποίο πρέπει να αποφεύγεται η νοσοκομειακή αντιμετώπιση: η επιθυμία των πολιτών να παραμείνουν στο σπίτι τους, όταν διάφοροι εξωτερικοί παράγοντες ενεργούν αποτρεπτικά στην εκεί παραμονή τους.

Η Τηλεϊατρική έχει ιδιαίτερη σημασία για την πατρίδα μας, λόγω της γεωγραφικής ιδιομορφίας της χώρας (ορεινά χωριά, πολυάριθμα και απομονωμένα νησιά) και της άνισης κατανομής του πληθυσμού των ηλικιωμένων στα μεγάλα αστικά κέντρα και την περιφέρεια.

Δεδομένου ότι η αξία της ανθρώπινης ζωής είναι ανεκτίμητη διαπιστώνεται η αναγκαιότητα εφαρμογής της Τηλεϊατρικής για την καλύτερη παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο.

Η πρόταση μας είναι ότι τα προγράμματα τηλεματικών υπηρεσιών και γενικά η χρήση εναλλακτικών υπηρεσιών υγείας που διευκολύνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας και μειώνει το κόστος για

τον τομέα της υγείας είναι μια λύση υλοποιήσιμη και οικονομικά αποδεκτή για τον επαναπροσδιορισμό των υπηρεσιών υγείας της χώρας μας, ώστε να ανταποκριθεί σε κάθε είδους άμεσης και μελλοντικής πρόκλησης, όπως είναι και το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης.

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Alves DN, Valentini W (2002) Mental health policy in Brazil. In: Hazelton M, Morral P, eds. *Mental Health: Global Perspectives and Human Rights*. London: Whurr Ed. 2003.
2. Burau V. & Kroger T.,(2004). «The Local and the National in Community Care: Exploring Policy and Politics in Finland and Britain», *Social Policy and Administration*, Vol 38, No 7. pp. 793–810.
3. Blackmon L., (1997). Consumer satisfaction, psychiatric services, p: 1464-1466.
4. Chesnais J.C. (1981). *Les enseignements de l'histoire sur le vieillissement démographique*, : Congrès International de la Population, IUSSP,vol.3. 19-23.
5. Chesnais J.C. (1986). *La transition démographique: étapes, formes, implications économiques*, INDE, Paris,
6. Clark R.L., Spengler H.J (1980). *The economics of Individual and Population Ageing*, Cambridge University Press, Cambridge.
7. Demographic Developments in Europe (1991-2001). Council of Europe. *Recent demographic developments in Europe*, Strasbourg. Publishing, Strasbourg 2001.
8. Diaz F. et al., (2004). End of Life: An Opportunity for Re-ordering the Health Care Culture. *Journal of Immigrant Health*. 2004 Jan;6(1):29-39.
9. D'Souza R., (2000).Telemedicine for intensive support of psychiatric inpatients admitted to local hospitals. *J Telemed Telecare*;6:26-28. Royal Society of Medicine Press, North Australia.
10. Fries JF, (1980). «Aging, natural death and compression of morbidity», *New England Journal of Medicine*, 303: 130-135.
11. Fuchs V, (1983). How we live. *An economic perspective on Americans from birth to death*, Harvard University Press.
12. Jenkins R and & Melzer H (2001). Population Surveys of morbidity and need. In: Thornicroft G. (ed.) *Measuring Mental Health Needs* (2nd edition). Gaskell, Royal College of Psychiatrist, London.
13. Knapp M et al. (1997) The cost consequences of changing the hospital-community balance, *Psychological Medicine*, 27:681-92.
14. Knapp M., Wittenberg R., Sandhu B., (2002). Funding long term care: the public and private options, in Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J (eds), *Funding health care: options for Europe*, European Observatory on Health Care Systems, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.

15. Manton KG (1982) Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Quarterly – Health and Society*, 60(2):183– 244.
16. Meerding W.J. et al., (1998). Demographic and epidemiological determinant of healthcare costs in Netherlands: a cost of illness study, *BMJ*, 317: 111-115.
17. New Zealand Guidelines Group (2001) *Handbook for the Preparation of Explicit Evidence-based Clinical Practice Guidelines*, New Zealand Guidelines Group, Wellington, New Zealand
18. OCDE (1988). *Le vieillissement démographique, Conséquences pour une politique sociale*, OCDE, Paris.
19. Omran A. R., (1971). The epidemiological transition, a theory of the epidemiology of population change, *Milbank Memorial Fund Q.* October, 49 (4): 509-538.
20. P. Pierson (ed.) (2001) *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.
21. Reynold T & Orrell M (2001). *Needs assessment in mental health care for older people*. In: Thornicroft G. (ed.) *Measuring Mental Health Needs* (2nd edition). Gaskell, Royal College of Psychiatrist, London.
22. Royal Commission on Long Term Care. (1999) *With respect to old age: Long term care rights and responsibilities. Research volume 1, The context of long-term care policy*. Cm 4192-II/1, The Stationery Office, London
23. Scitovsky A.A., (1988). Medical care in the last twenty months of life: the relation between age, functional status and medical care expenditures, *Milbank Q*, 66 (4): 640-660.
24. Sauvy A. (1966). *Théorie générale de la population*, vol. II : *Biologie Sociale*, Paris, PUF.
25. Tansella M (2000) Making health services work at the primary level. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4):501-502.
26. World Health Organization (2001) *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*, World Health Organization, Geneva
27. World Health Organization (2002). Non Communicable Disease Prevention and Health Protection, Ageing and Life Course. *Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8–12 April.2002*. Sales No. E.02.IV.4. New York.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Βεντούρας Ερ., (2002), Σημειώσεις για το μάθημα “Τηλεϊατρική”, Τ.Ε.Ι. Αθηνών, Τμήμα Τεχνολογίας Ιατρικών Οργάνων, Αθήνα.
2. Γλυτσός Ν., (1998). Δημογραφικό πρόβλημα και αγορά εργασίας. Στο Λώλης Δ. (επιμ). *Υπογεννητικότητα*. Εκδ. Μ. Παρισιάνου, Αθήνα.
3. Δρεττάκης Μ., (2001). Η μεγάλη μείωση των γεννήσεων από το 1981 και μετά, κατέληξε σε φυσική μείωση του πληθυσμού το 1996 και το 1998 (μία ανάλυση για το σύνολο και τους νομούς της χώρας). Στο Λώλης Δ. (επιμ). *Υπογεννητικότητα*. Εκδ. Μ. Παρισιάνου, Αθήνα (σελ. 261-268).
4. Έμκε–Πουλοπούλου, Η. (1983). Η δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα, *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών* σελίδες 35-51, Αθήνα.
5. Έμκε–Πουλοπούλου Ή., (1985). «Η δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα», στο «Η δημογραφική κρίση στην Ελλάδα: Εθνικές, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις». Τόμος Πρακτικών Δημογραφικής Ημερίδας ΕΔΗΜ, Αθήνα.
6. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2009). Η αντιμετώπιση των επιπτώσεων της δημογραφικής γήρανσης στην ΕΕ (Έκθεση για τη δημογραφική γήρανση 2009) (COM(2009) 180 τελικό, της 29/4/2009) διαθέσιμο στο

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0180:FIN:EL:PDF>

ημερομηνία επίσκεψης 13/04/2010

7. Θεοδώρου Μ. ,Σαρρής, Μ. ,Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
8. Κοτζαμάνης, Β., (2000). *Οι δημογραφικές εξελίξεις κατά την μεταπολεμική περίοδο στις χώρες της ανατολικής Ευρώπης και στην Ελλάδα, μια πρώτη προσέγγιση*, Αθήνα, ΕΚΚΕ.
9. Λύτρα Ι., (2006). Οι δορυφορικές Επικοινωνίες στην Υπηρεσία της Τηλεϊατρικής. Διπλωματική Εργασία. Αθήνα.
10. Λώλης Δ.,(2001). *Υπογεννητικότητα*. Εκδ. Μ. Παρισιάνου, Αθήνα.
11. Μάος Β. (1983). «Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού παραγωγικών ηλικιών στην Ελλάδα» , *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 49. Σελ. 3-34.
12. Πολύζος, Ν., (1981). *Δημογραφική πρόκληση*, Αθήνα, Εξάντας.
13. Πορτοκαλάκη Α., Πολυκρέτη Μ.Χ, (2006), «Οργάνωση της Εργασίας και Διαχείρισης της Ενεργού Γήρανσης από τις επιχειρήσεις στον πρωτογενή δευτερογενή και τριτογενή τομέα» Αθήνα, διαθέσιμο στο http://www.empeiria-dp.gr/stud/1_2el.pdf ημερομηνία επίσκεψης 15/03/2010
14. Ρομπόλης Σ. - Χλέτσος Μ., (1995). *Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας*, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.
15. Σιάμπος, Γ., (1989). *Η δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα*, Επιλογή (ετήσια έκδοση). Επιστημονική Επετηρίδα της ΑΣΟΕ. Αθήνα.

16. Σουλιώτης Ν. Κ., (2006). *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
17. Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α. (2007): Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. *Αρχαία Ελλ. Ιατρικής*, 24(1), 7-21.
18. Τούντας Γ., (2008). *Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996-2006*. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστήριου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα.
19. Τριχόπουλος Δ. (1981). *Επιδημιολογία*. Παρισιάνος, Αθήνα,.
20. Τσίμπος Κ., (2001). Η γονιμότητα στις βαλκανικές χώρες κατά το δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα. Στο Λώλης Δ. (επιμ). *Υπογεννητικότητα*. Εκδ. Μ. Παρισιάνου, Αθήνα.
21. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2007) Γ' ΚΠΣ (2000-2006) *Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία Πρόνοια»*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.
22. Υφαντόπουλος, Γ., (1985). *Η επίδραση των δημογραφικών εξελίξεων στις δαπάνες υγείας*. Στο Κοτζαμάνης Β., Μαράτου-Αλιπραντή Λ., Τεπέρογλου Α., Τζωρτζωπούλου Μ., (επιμ), (1996). «Γήρανση και Κοινωνία», εκδ.:Πρακτικά του Πανελληνίου Συνεδρίου του ΕΚΚΕ Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

1. Σε ποιο βαθμό σας ικανοποίησε η παροχή ψυχιατρικής φροντίδας με την μέθοδο της Τηλεψυχιατρικής;

- Καθόλου
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

2. Σε πιο βαθμό δυσκολευτήκατε με την χρήση των μηχανημάτων που χρησιμοποιήθηκαν για την Τηλεσυνδιάσκεψη;

- Καθόλου
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

3. Σας ενόχλησε η μη πραγματική επαφή με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως προς το επίπεδο της επικοινωνίας σας μαζί τους και αν ναι ποια ήταν ακριβώς η δυσκολία σας;

- Καθόλου
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

4. Πιστεύετε ότι διευκολυνθήκατε ως ασθενής με αυτή τη διαδικασία;

- Καθόλου
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

5. Η διευκόλυνσή σας αφορούσε:

- a) Την εύρεση ιατρού
- b) Την μη μετακίνηση
- c) Την παρακολούθηση
- d) Την συνταγογράφηση
- e) Όλα τα παραπάνω