



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Ανάπτυξη νέων υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο: Τμήμα Διατροφής,
Υπηρεσία Διαιτολογίας και ο ρόλος του Διαιτολόγου στο δημόσιο
νοσοκομείο**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

Μαρία Σ. Αλεξιάδου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Μαριάννα Χαραλάμπους

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Μάιος, 2020

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	4
Περίληψη	5
Abstract	6
Εισαγωγή	7
Κεφάλαιο 1, Η σημασία της διατροφής στη ζωή των ανθρώπων	9
1.1 Γενικά	9
1.2 Η συμβολή της διατροφής στην πρόληψη	10
1.3 Διατροφή και χρόνια νοσήματα	12
1.4 Βιβλιογραφία και διαδικτυακές πηγές	13
Κεφάλαιο 2, Η επιστήμη της διατροφής και διαιτολογίας	15
2.1 Γενικά	15
2.2 Το επάγγελμα του διαιτολόγου	16
2.3 Ο ρόλος του διαιτολόγου	18
2.3.1 Στα δημόσια νοσοκομεία	18
2.3.2 Στην κοινότητα	19
2.3.3 Στη δημόσια υγεία	20
2.4 Βιβλιογραφία και διαδικτυακές πηγές	21
Κεφάλαιο 3, Τμήμα διατροφής και διαιτολογίας στα δημόσια νοσοκομεία	22
3.1 Γενικά	22
3.2 Υφιστάμενη κατάσταση λειτουργίας του τμήματος διατροφής σε νοσοκομειακό επίπεδο και σε επίπεδο φροντίδας υγείας	23
3.3 Υφιστάμενη κατάσταση στελέχωσης τμημάτων διατροφής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	25
3.3.1 Υφιστάμενο νομικό πλαίσιο στην Κύπρο	27
3.4 Το σύστημα υγείας στην Κύπρο	28
3.5 Βιβλιογραφία και ηλεκτρονικές πηγές	31
Κεφάλαιο 4, Δημιουργία και οργάνωση τμήματος διατροφικής υποστήριξης και διαιτολογίας	32
4.1 Εισαγωγή	32
4.2 Τμήμα διατροφής	32
4.3 Οργάνωση και στελέχωση	34
4.3.1 Προσδιορισμός μεγέθους του ανθρώπινου δυναμικού	34
4.3.2 Ρόλοι και ευθύνες του ανθρώπινου δυναμικού	34

4.3.3	Εκτίμηση και αξιολόγηση επιπέδου παραγωγικότητας	36
4.3.4	Υπολογισμός προσωπικού πλήρους απασχόλησης και κάλυψη υπερωριών	38
4.4	Υπηρεσίες διατροφής και διαχείριση	39
4.4.1	Κλινικός διευθυντής	40
4.4.1.1	Προγραμματισμός των εργασιών	40
4.4.2	Οικονομικός προγραμματισμός	41
4.5	Παροχή υπηρεσιών διατροφής	42
4.6	Καταγραφή διατροφικής φροντίδας	44
4.6.1	Οικονομική απόδοση του τμήματος διατροφής	45
4.7	Κτηριακές υποδομές, προϋποθέσεις και εξοπλισμός	46
4.8	Βιβλιογραφία και διαδικτυακές πηγές	46
	Κεφάλαιο 5, Συμπεράσματα και προτάσεις	48
5.1	Συζήτηση, συμπεράσματα και προτάσεις	48
5.2	Βιβλιογραφία και διαδικτυακές πηγές	50

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέποντα καθηγήτρια κ. Χαραλάμπους για τη βοήθεια και τη στήριξη που μου παρείχε.

Επίσης να ευχαριστήσω όλους τους ιατρούς και επαγγελματίες υγείας που μου παρείχαν τις κατάλληλες πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργία του τμήματος διατροφής στα Κυπριακά νοσοκομεία.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω και το σύλλογο διαιτολόγων Κύπρου (CyDA), που πάντα υποστηρίζει την έρευνα και τα μέλη του με κάθε τρόπο.

Τέλος πολλές ευχαριστίες θέλω εκφράσω και στην οικογένεια μου και στους φίλους μου Ντάνιελ Λασσέλς και Άντρια Μιχαηλίδη για την ψυχολογική υποστήριξη που μου παρείχαν και την ενθάρρυνση κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περίληψη

Ο σκοπός της έρευνας αφορά σε ζητήματα του κλάδου των διαιτολόγων – διατροφολόγων σε ενδονοσοκομειακό επίπεδο αλλά και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μιας και σε πολλά επίπεδα εμφανίζεται η ελλιπής αναφορά της ειδικότητας του Διαιτολόγου – Διατροφολόγου (ΤΕ) στα σημεία σχεδίου νόμου ενώ αναφέρονται διάφορες άλλες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, η αποκλειστική εκχώρηση αρμοδιοτήτων που αφορά την παιδική παχυσαρκία, υπέρταση, διαβήτη τύπου ΙΙ, υπερχοληστερολαιμία, παχυσαρκία, απώλεια κιλών σε φυσιολογικές καταστάσεις σε κλινικούς/νοσοκομειακούς διαιτολόγους και η απουσία πρόβλεψης θέσεων εργασίας Διαιτολόγων – Διατροφολόγων (ΤΕ) σε κάθε βαθμίδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η έρευνα αυτή έχει γίνει με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσα από της διεθνή βιβλιογραφία όπου αναφέρεται ο ρόλος του διαιτολόγου στα δημόσια νοσοκομεία ως υποστηρικτικός και αφορά τη θρεπτική υποστήριξη των νοσηλευόμενων ασθενών αλλά και τη συνεργασία του με το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου και τονίζεται η συνεχής έλλειψη ανθρωπίνου δυναμικού για τη στελέχωση του τμήματος διατροφής, η ανεπαρκής εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα διατροφής και η έλλειψη ποιότητας παρεχόμενης διατροφικής φροντίδας. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη βιβλιογραφική ανασκόπηση ο ρόλος του διαιτολόγου δεν αναφέρεται καθόλου στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που αποτελεί τον πυλώνα του συστήματος υγείας.

Ακόμα είχε παρουσιαστεί πρόβλημα σχετικά με τη διαφάνεια παροχής πληροφοριών από τις ιστοσελίδες των κύριων νοσοκομείων της Κύπρου και του υπουργείου υγείας σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας του τμήματος διατροφής και τη δομή οργάνωσης αυτού με αποτέλεσμα να δημιουργείται η εντύπωση ενός μη εκσυγχρονισμένου συστήματος υγείας. Οι έρευνες και μελέτες που γίνονται σχετικά με την επίδραση των υπηρεσιών υγείας στη μακροζωία είναι ελάχιστες ωστόσο συνεχίζεται η αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού στην Ευρώπη με συνέπεια την αύξηση της νοσηρότητας από είδη καρκίνου και καρδιαγγειακών νοσημάτων. Μέσα λοιπόν από τις λιγοστές έρευνες επιβεβαιώνεται η θετική σχέση μεταξύ ποιότητας και ποσότητας υπηρεσιών υγείας και μακροζωίας όταν αυτές παρέχονται από μια ισχυρή δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τέλος γίνεται βιβλιογραφικά αποδεκτή η ενίσχυση των διατροφικών υπηρεσιών δια μέσου του συστήματος υγείας.

Abstract

The purpose of the research concerns issues related to the field of dieticians – nutritionists at an inpatient level, but also in Primary Healthcare. At many levels, there is a lack of consideration for the Dietician – Nutritionist specialty, in the points of a law plan, while other specialties of health professionals are being referred to. More specifically, there is the exclusive assignment of responsibilities that concern childhood obesity, hypertension, type II diabetes, hypercholesterolemia, obesity, weight loss in normal conditions, to clinical / hospital dieticians and there is no provision for Dietician / Nutritionist jobs in all Primary Healthcare levels.

This research was based on literature review, through the relevant international literature, where the dietician's role in public hospitals is referred to as supportive and concerns the nutritional support of hospitalized patients, as well as the collaboration with the rest of the hospital staff. It also emphasizes the continuous lack of human resources necessary for the staffing of the nutritional department, the inadequate training of the medical and nursing staff in nutritional matters and the lack of quality nutritional care. It is worth noting that in the literature review, the dietician's role is not taken into consideration at all in the Primary Healthcare, which constitutes the pillar of the health system.

Furthermore, there was a problem related to the transparency of the provided information on the websites of the main Cyprus hospitals and of the Ministry of Health regarding the health services of the nutrition department and its organizational structure, thus creating the impression of a non-modernized health system. The research and studies conducted to study the effect that health services have on longevity are very few, and at the same time, the European population continues to age. This has consequently led to the increase of morbidity from various forms of cancer and cardiovascular disease. Through these few studies, the positive relation between the quality and quantity of health services and longevity is proven, when these are provided by a solid primary healthcare. Finally, through the literature, the reinforcement of the nutritional services through the healthcare system is accepted.

Εισαγωγή

Η εκπόνηση της μελέτης αυτής είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τα τμήματα διατροφής των δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου αλλά και το ρόλο του διαιτολόγου στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σκοπός της μελέτης είναι να αποδείξει ότι μέσα από τη δημιουργία τμημάτων διατροφής στους δημόσιους οργανισμούς ή ακόμα και την αναβάθμιση των ήδη υφιστάμενων τμημάτων, μπορεί να γίνει αποσυμφόρηση του συστήματος υγείας και βελτίωση της οικονομικής απόδοσης εκάστου οργανισμού. Ακόμα η μελέτη αυτή εκπροσωπεί όχι μόνο τους κλινικούς διαιτολόγους αλλά και τους διαιτολόγους – διατροφολόγους (ΤΕ) που βάση γνώσεων, σπουδών, εμπειρίας και νομοθεσίας μπορούν να προσφέρουν στο δημόσιο τομέα αλλά απορρίπτονται.

Επιστημονικά επιβεβαιώνεται το θετικό αποτέλεσμα της πρόληψης που αφορά τη διατροφή του πληθυσμού καθώς και η σωστή σίτιση νοσηλευόμενων ασθενών σε σχέση με τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο. Ιστορικά η διατροφή και η ιατρική διατροφή είναι ένα θέμα που μας απασχολούσε μέσα από τους αιώνες και μας απασχολεί ακόμα επιβεβαιώνοντας έτσι τη σημαντικότητα της. Το θεσμικό πλαίσιο στη Κύπρο δυστυχώς παρουσιάζει ακόμα αρκετά κενά σχετικά με την οργάνωση και δομή των περισσότερων τμημάτων των νοσοκομείων. Παρουσιάστηκε μεγάλη δυσκολία στην άντληση στοιχείων από τους διάφορους οργανισμούς (ιστοσελίδες νοσοκομείων Κύπρου) και υπουργεία (Υπουργείο Υγείας και Υγειονομική Υπηρεσία). Ακόμα δεν υπάρχει κάποιο θεσμικό πλαίσιο που να καλύπτει τη στελέχωση των τμημάτων διατροφής και τη δημιουργία κοινών στόχων και πολιτικών. Ακόμα η παρουσία διαιτολόγων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ανύπαρκτη.

Η υφιστάμενη κατάσταση στη Κύπρο με την εφαρμογή του ΓεΣΥ έχει αρχίσει να βελτιώνει την κατάσταση σχετικά με την υποστελέχωση των τμημάτων διατροφής εντάσσοντας κλινικούς διαιτολόγους συμβεβλημένους με τον ΟΑΥ. Αυτό βέβαια δημιουργεί νέους προβληματισμούς, όπως το γεγονός ότι δεν συμπεριλαμβάνονται οι Διαιτολόγοι – Διατροφολόγοι (ΤΕ), αν οι κλινικοί διαιτολόγοι μόνο είναι αρκετοί για την αποσυμφόρηση του συστήματος υγείας, αν θα υπάρχει στελέχωση των Κέντρων Υγείας με την εισαγωγή νέων υπηρεσιών υγείας διατροφής και διαιτολογίας και αν τελικά οι 8 διαιτολόγοι που στελεχώνουν τα νοσοκομεία της Κύπρου είναι αρκετοί για τις ενδονοσοκομειακές διεργασίες. Το τμήμα διατροφής και διαιτολογίας στα δημόσια νοσοκομεία είναι ανύπαρκτο υπό την έννοια της προσφοράς υπηρεσιών υγείας σε όσους τις χρειάζονται. Υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής και ελλιπής ενημέρωση προς το κοινό.

Συμπερασματικά, παρουσιάζεται μεγάλη ανάγκη αναβάθμισης του τμήματος διατροφής και διαιτολογίας στα δημόσια νοσοκομεία, η δημιουργία θέσεων στα κέντρα υγείας, η στελέχωση του συστήματος υγείας από κλινικούς διαιτολόγους και διαιτολόγους (ΤΕ), η δημιουργία νέων υπηρεσιών υγείας που αφορούν τη διατροφή και την πρόληψη και η θεσμοθέτηση χρήσης κοινών

πρωτοκόλλων και στόχων για τους παρόχους των υπηρεσιών υγείας. Σαφώς και υπάρχουν περιορισμοί για την επιτυχία των αναφερόμενων προτάσεων κυρίως θεσμικής και οικονομικής φύσεως μιας και υπάρχουν χρονοβόρες και γραφειοκρατικές διαδικασίες για την υποβολή προτάσεων και ανασκόπησης από τη Βουλή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ

1.1 Γενικά

Η διατροφή είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κατάσταση της υγείας του ανθρώπου. Αποτελεί τον κύριο παράγοντα που συμβάλει στην ανάπτυξη του σώματος και τη διατήρηση της υγείας. Τα θρεπτικά συστατικά που λαμβάνονται μέσα από τη διατροφή είναι αυτά που συμβάλουν στην επιτέλεση των βιολογικών λειτουργιών συντήρησης και ανάπτυξης του οργανισμού. Η διατροφή του ανθρώπου είναι μια από τις τρεις υποκατηγορίες των επιστημών της ζωής και προσφέρεται περισσότερο για διεπιστημονικές προσεγγίσεις. Ο ρόλος της τροφής δεν απασχολεί μόνο τη βιολογική επιβίωση όπως έχει προαναφερθεί αλλά συνδέεται και με την κοινωνικότητα του ανθρώπου.

Ο κάθε άνθρωπος έχει την εμπειρία των βασικών στοιχείων του γνωστικού αντικειμένου της διατροφής, που προέρχονται από τις συνήθειες της διατροφής του τόπου τους, της οικογένειας τους και του περιβάλλοντος τους (εξωτερικό περιβάλλον π.χ. διαφημίσεις). Η επιλογή κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφίμων τη δεδομένη στιγμή, επηρεάζεται από πολλές διαφορετικές επιρροές και έρευνες έχουν δείξει ότι δεν είναι αποτέλεσμα ελεύθερης βούλησης αλλά από αλληλεπιδράσεις διαφόρων παραγόντων που επηρεάζουν τη διαθεσιμότητα και την προτίμηση των επιλεγμένων τροφίμων.

Δηλαδή, η ικανότητα επιλογής τροφής δεν κληρονομείται αλλά μπορεί να αποκτηθεί μέσω εκμάθησης. Η διαδικασία αυτή θεωρείται αρκετά εύκολη μιας βασίζεται σε μια σειρά βιολογικών καθορισμένων διεργασιών. Αρχικά, ο άνθρωπος μπορεί να αναγνωρίσει τις δυσάρεστες συνέπειες μετά από κατανάλωση συγκεκριμένης τροφής μέσα από την ικανότητα αξιοποίησης προηγούμενων εμπειριών. Επίσης το χαρακτηριστικό επιλογής προϊόντων με γλυκιά γεύση και μη επιλογής πικρών, θεωρείται έμφυτο μιας και στη φύση οι γεύσεις αυτές συνδέονται με την κατανάλωση θρεπτικής αξίας τροφών και τοξικών αντίστοιχα. Ακόμα, η εκμάθηση μπορεί να καθοριστεί από δυο χαρακτηριστικά του ανθρώπου, τη νεοφοβία και τη νεοφιλία. Οι δύο αυτοί πόλοι στη συμπεριφορά του ανθρώπου αφορούν την αποτροπή ή την τάση δοκιμής καινούριων τροφίμων. Τέλος οι έμφυτοι μηχανισμοί που διαθέτει ο άνθρωπος, όπως είναι τα αισθήματα πείνας και δίψας ωθούν στην αναζήτηση τροφής.

Πέρα από τους γενετικούς μηχανισμούς επιλογής της τροφής, υπάρχουν και οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που αποδεικνύουν τελικά ότι η επιλογή τροφής γίνεται εμπειρικά και όχι μέσω έμφυτου ή εξειδικευμένου μηχανισμού αναγνώρισης των αισθητηρίων οργάνων και ιδιοτήτων του τροφίμου. Οι έμφυτες προτιμήσεις ξεκινούν να τροποποιούνται με την πρώτη επαφή του ανθρώπου με την τροφή. Τα βρέφη που είχαν καταναλώσει νερό εμπλουτισμένο με σάκχαρα είχαν αναπτύξει

μεγαλύτερη έμφυτη προτίμηση στη γλυκιά γεύση από αυτά που δεν είχαν καταναλώσει το εμπλουτισμένο αυτό νερό. Μεγαλώνοντας, πολλές και διάφορες προτιμήσεις σε διαφορετικές γεύσεις αποκτώνται. Η διαδικασία αυτή χαρακτηρίζεται από την προσδοκία που έχει κάποιος μετά την κατανάλωση τροφίμων και που αυτή αφορά τις οργανοληπτικές ιδιότητες (χρώμα, οσμή, άρωμα, γεύση, υφή, εμφάνιση τροφίμου, μεταβολικές και φυσιολογικές επιπτώσεις μετά την κατανάλωση). Δηλαδή το αίσθημα δυσπεψίας ή κορεσμού έχει συσχετιστεί με τη γεύση της τροφής που καταναλώθηκε μερικές ώρες πριν.

Μέσα από τους αιώνες λοιπόν, με τη βοήθεια συγγραμμάτων που έχουν επιβιώσει στο πέρασμα των χρόνων, υπάρχει η αδιαμφισβήτητη ανάγκη επιστημονικής έρευνας που αφορά το συγκεκριμένο αντικείμενο. Από την αρχαιότητα είχε γίνει αντιληπτός ο ρόλος της διατροφής στη διατήρηση της υγείας και στην πρόληψη νοσημάτων αλλά και στη θεραπεία αυτών. Ακόμα και η λαϊκή παράδοση έχει αναφερθεί στις τροφές που πρέπει να καταναλώνονται ή να αποφεύγονται σε κάθε εποχή ανάλογα με τη θερμοκρασία και τις καιρικές συνθήκες. Ακόμα αναφέρεται και στα κατάλληλα τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται ή να αποφεύγονται κατά το διάστημα που κάποιος νοσεί.

1.2 Η συμβολή της διατροφής στην πρόληψη

Η συμβολή της διατροφής στην πρόληψη αλλά και αντιμετώπιση ασθενειών αποδεικνύεται μέσα από τη βιβλιογραφία ως σημαντική μιας και συνδέεται με την πτώση της θνησιμότητας παγκοσμίως. Η αναίρεση ή διακοπή του παθογενετικού μηχανισμού μιας διαδικασίας που εκθέτει τον οργανισμό σε παράγοντες κινδύνου αλλά και εκδήλωση συμπτωμάτων κάποιας νόσου αποτελεί τον κύριο στόχο της πρόληψης.

Η πρόληψη αναπτύσσεται όλο και περισσότερο όσο υπάρχει βελτίωση του κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου μιας χώρας συνδυαστικά με την τεχνολογική υποδομή που διατίθεται. Τα νοσήματα του ‘πολιτισμού’, δηλαδή τα καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνος, έχουν τροποποιηθεί τα πεδία δράσης πρόληψης και προστασίας. Οι δείκτες θνησιμότητας της Eurostat (Πίνακες 1 και 2) παρουσιάζουν τη βελτίωση αυτή παράλληλα με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβολές εξέλιξης της θεραπευτικής ιατρικής και εφαρμογής μέτρων δημόσιας υγείας που περιλαμβάνουν και την πρόληψη. Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι η προτεραιότητα στην κατάκτηση και στη διατήρηση του ικανοποιητικού επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Πίνακας 1. Eurostat – Δείκτες Θνησιμότητας Ανδρών

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Κράτη μέλη ΕΕ - 28 χώρες (2013-2020)	71.4	71.6	71.6	72.0	72.2	72.2	73.1

Πίνακας 2. Eurostat – Δείκτες Θνησιμότητας Γυναϊκών

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Κράτη μέλη ΕΕ - 28 χώρες (2013-2020)	74.9	75.0	74.7	75.1	75.5	75.5	76.3

Η πρόληψη μπορεί να ερμηνευτεί μέσα από τρία επίπεδα.

Η πρωτογενής πρόληψη που αφορά στα μέτρα που έχουν σαν στόχο τη μείωση της επίπτωσης νόσου και τον περιορισμό εμφάνισης νέων περιστατικών σε πληθυσμιακό και ατομικό επίπεδο.

Η δευτερογενής πρόληψη σκοπεύει στη μείωση επιπολασμού ασθενειών σε πληθυσμιακό επίπεδο μέσω της πρώιμης διάγνωσης και θεραπείας σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο. Η έγκαιρη διάγνωση σε αυτό το σημείο είναι σημαντική. Η διαφορά που προκύπτει σε σχέση με την πρωτογενή πρόληψη είναι ότι σε αυτή την περίπτωση η νόσος υπάρχει ήδη.

Η τριτογενής πρόληψη έχει στόχο την πρόληψη της ανικανότητας, αποκατάστασης βλαβών και πρόληψη υποτροπών από τη νόσο που υπάρχει ήδη μέσα από προγράμματα αποκατάστασης και κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Συμπερασματικά, η διατροφή μαζί με άλλους παράγοντες όπως το κάπνισμα, η σωματική άσκηση, η παχυσαρκία και το στρες καθορίζουν το επίπεδο και την πορεία της υγείας και αποτελούν την πρωτογενή πρόληψη. Η εκπαίδευση καθίσταται δυνατή μέσα από την Αγωγή Υγείας – Αλλαγή Συμπεριφοράς. Το μέτρο αυτό απαιτεί τη συνεργασία των ατόμων που λαμβάνουν μέρος στην εκπαίδευση έτσι ώστε να υπάρχει η επιτυχία. Η σωστή επιλογή και χρησιμοποίηση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας είναι ένα από τα σημαντικά θέματα αγωγής υγείας.

Τέλος σε οικονομικό επίπεδο η έγκαιρη επένδυση στην πρόληψη περιορίζει τις μελλοντικές δαπάνες θεραπείας ασθενειών και συμβάλλει στον περιορισμό του κόστους συντήρησης των συστημάτων υγείας αλλά και στην ανάπτυξη ως αποτέλεσμα της διατήρησης της υγείας του πληθυσμού για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η σύνδεση που υπάρχει μεταξύ της αύξησης του προσδόκιμου ζωής (βλ. Πίνακες 1 και 2) και της αύξησης του ΑΕΠ είναι καθοριστική για την σημαντικότητα της επένδυσης στην υγεία του πληθυσμού.

Πίνακας 3. Eurostat – Δείκτες ΑΕΠ

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Κράτη Μέλη ΕΕ - 28 Χώρες (2013-2020)	13,217,461.47	13,484,171.14	13,596,777.25	14,072,023	14,828,288	14,958,253.49	15,383,0

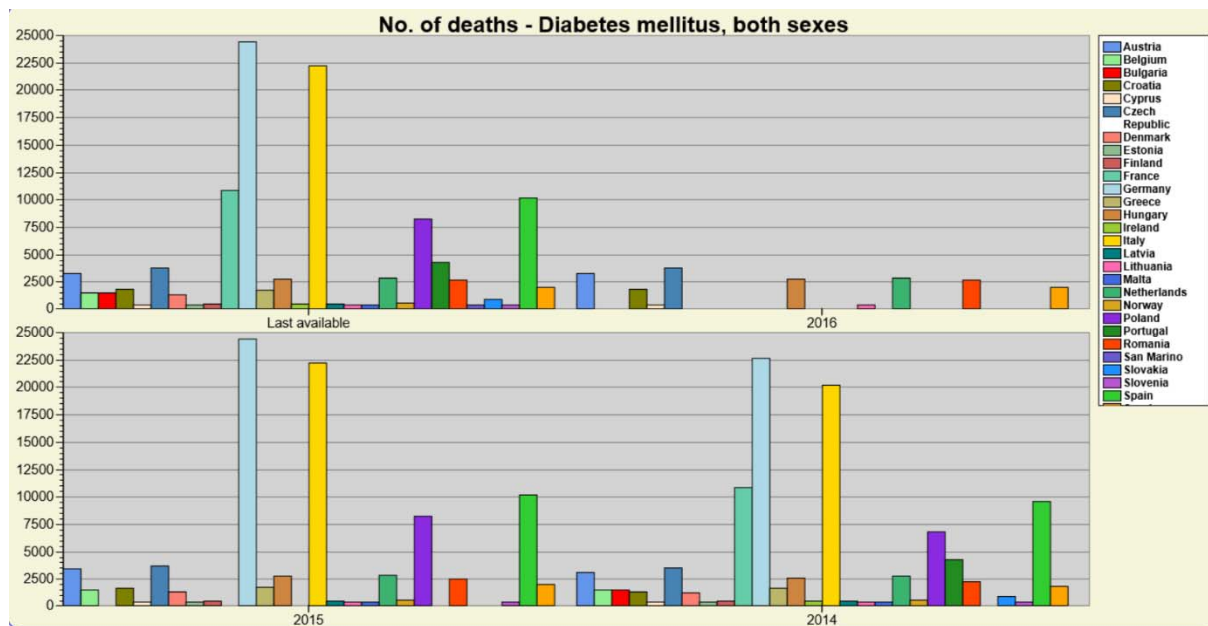
1.3 Διατροφή και Χρόνια Νοσήματα (ΣΧΑ)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την χρόνια νόσο ως «Νόσημα με μεγάλη διάρκεια και αργή εξέλιξη». Το κοινό και μόνο χαρακτηριστικό των χρόνιων νοσημάτων είναι η διάρκεια μιας και ανάλογα με το νόσημα καλύπτεται διαφορετικό εύρος ασθενειών στον οργανισμό. Οι τέσσερις κύριες κατηγορίες αυτών όπως έχει εγχειρηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι οι καρδιοπάθειες, καρκίνος, χρόνιες πνευμονοπάθειες και διαβήτης. Τα χρόνια νοσήματα αφορούν τις διάφορες λειτουργίες και όργανα του οργανισμού και προκαλούνται από διαφορετικές αιτίες. Μία από αυτές είναι η κακή διατροφή, οι εξαντλητικές δίαιτες, τα επεξεργασμένα τρόφιμα και ο κακός συνδυασμός τροφής.

Η κύρια αιτία θνητότητας και νοσηρότητας παγκοσμίως συνδέεται με τα χρόνια νοσήματα με αυξανόμενη επίπτωση σε όλο και μικρότερες ηλικίες. Η κατάσταση αυτή επιβαρύνει τις δομές υγείας και την ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας με αποτέλεσμα να εκδηλώνεται δυσαρέσκεια από τους ασθενείς. Η εξάπλωση των χρόνιων νοσημάτων είναι ταχύτερη με κύρια δεξαμενή πασχόντων τους ηλικιωμένους μέσα από το παγκόσμιο φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού. Οι βλάβες που μπορούν να προκληθούν από μία χρόνια νόσο είναι μη αποτρέψιμες αλλά και η βελτίωση ακόμα είναι πολύ δύσκολη. Αυτό οφείλεται στην αργή εξέλιξη της νόσου μιας και στα πρώτα στάδια πλειοψηφία ασθενών ζουν ομαλά.

Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα κάνουν συχνότερες επισκέψεις στις υγειονομικές δομές, έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής, νοσηλεύονται στα νοσοκομεία περισσότερο με αποτέλεσμα η φροντίδα που του παρέχεται να είναι υψηλότερου κόστους και ανήκουν στους απαιτητικούς χρήστες ενός υγειονομικού συστήματος. Αξιοσημείωτο δε είναι και το ποσοστό των θανάτων που παρουσιάζεται σε άτομα ηλικίας κάτω των 70 ετών και η σύνδεση με το χαμηλό ή μεσαίο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν μιας χώρας. (Πίνακας 3) (2). Ενδεικτικά παρατηρείται στον πίνακα 4 η αύξηση των θανάτων κατά έτος από σακχαρώδη διαβήτη με την Ιταλία να μετράει το 2014 20,813 θανάτους και το 2016 22,246 θανάτους. Επίσης η Γερμανία το 2014 μέτρησε 22,643 θανάτους και το 2015 24,400 θανάτους.

Πίνακας 4. WHO Database - Αριθμός θανάτων από Σακχαρώδη Διαβήτη (συνολικά όλα τα φύλα)



Η σωστή διατροφή φαίνεται να μειώνει το ποσοστό θνησιμότητας που αφορούν τις χρόνιες παθήσεις. Από τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα αυτό προκύπτει από διάφορους παράγοντες και κυρίως από μια διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες και πολυακόρεστες λιπαρές ουσίες, με ελάχιστα κορεσμένα λιπαρά που αυτά ευθύνονται για τα χρόνια νοσήματα και κυρίως τα καρδιαγγειακά και διαβήτη.

Αξίζει να αναφερθεί σαν σημείο αναφοράς των πιο πάνω η έρευνα που έχει δημοσιευτεί στο επιστημονικό περιοδικό The Lancet και αφορά τους θανάτους σε παγκόσμιο επίπεδο λόγω κακής διατροφής. Η έρευνα είχε διεξαχθεί σε 195 χώρες με συλλογή στοιχείων από το 1990 μέχρι το 2017 και είχε παρακολουθήσει την τάση κατανάλωσης 15 διαιτητικών παραγόντων. Η μελέτη αυτή λοιπόν εκτιμά ότι ένας στους 5 θανάτους παγκόσμια (11 εκατομμύρια θανάτων) συνδέεται με την κακή διατροφή και ότι η διατροφή συμβάλλει σε μια σειρά χρόνιων ασθενειών. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι τα ευρήματα αυτά δείχνουν την επείγουσα ανάγκη συντονισμένων προσπαθειών σε παγκόσμιο επίπεδο για τη βελτίωση της διατροφής μέσα από διεπιστημονικές συνεργασίες αλλά και μέσα από τις πολιτικές που οδηγού σε ισορροπημένη διατροφή.

1.4 Βιβλιογραφία και Διαδικτυακές πηγές

1. https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%B7%CE%B3%CE%BF%CF%81%CE%AF%CE%B1:%CE%95%CF%80%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%AE%CE%BC%CE%B5%CF%82_%CE%B6%CF%89%CE%AE%CF%82
2. Α. Ματάλα (2015) – Διατροφή και Πολιτισμός, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα
3. Α. Φούντα (2006) – Ο ρόλος της σωματικής άσκησης και της διατροφής στην προαγωγή της υγείας κατά την Ελληνική αρχαιότητα

4. Μ. Σιδηροπούλου – Η πρόληψη ως μέτρο προστασίας της δημόσιας υγείας – Η ιατρική Σήμερα Ι.Θ. – τεύχος 56
5. Ε. Στρέκλα – Η πρόληψη στην Ελλάδα – Πανεπιστήμιο Πειραιώς – Τμήμα Διοίκησης της Υγείας.
6. Π. Μπικούδης – Δαπάνες Υγείας και Οικονομική Ανάπτυξη – Πανεπιστήμιο Πειραιώς
7. Τσουκαλάς – Χρόνια Νοσήματα: Τι είναι και πώς αντιμετωπίζονται 26/07/2018 GJCC
8. Κ. Πάσχος – Η πρόκληση των χρόνιων νόσων: Προσδοκίες ασθενών και η ανταπόκριση ιατρών και σύγχρονων συστημάτων υγείας – Επιστημονικά χρονικά – www.exronika.com – Τόμος 23^{ος} – Τεύχος 2 – 2018
9. The Lancet: Globally, 1 in 5 deaths are associated with poor diet – Public Release: 03/04/2019 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30041-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30041-8/fulltext)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

2.1 Γενικά

Από την ανασκόπηση της Ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας και επιστημονικών περιοδικών δεν φαίνεται να υπάρχει ένας ακριβής ορισμός αναφορικά με την επιστήμη της Διατροφής. Η περιγραφή που προκύπτει αποδίδεται κυρίως στους επιμέρους κανόνες που καθορίζουν τη διατροφή του οργανισμού των ανθρώπων, στη διερεύνηση της σχέσης που προκύπτει κατά την πρόληψη τροφής και των φυσιολογικών λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού και ευρύτερα περιλαμβάνει μελέτες ανθρώπινης συμπεριφοράς και επιλογής τροφής. Οπότε θα μπορούσε να αναφερθεί ότι η επιστήμη της διατροφής ορίζεται ως «βιολογική επιστήμη που μελετά την επίδραση των βιομορίων και των ανόργανων συστατικών των τροφίμων στο μεταβολισμό και τη θρέψη των οργανισμών (διατροφή-θρέψη φυτικών οργανισμών, διατροφή ζωικών οργανισμών, διατροφή ανθρώπου)»;

Η επιστήμη της διατροφής είναι ένα πεδίο πολύπλευρο με βάσεις τη χημεία, τη βιολογία και τις κοινωνικές επιστήμες και με ποικίλους τομείς εξειδίκευσης όπως τρόφιμα και ευεξία, η διατροφή σε κοινοτικό επίπεδο, διατροφική εκπαίδευση, τις εφαρμογές της διατροφής. Περιλαμβάνει επίσης μελέτες που αφορούν τις απαιτήσεις του ανθρώπινου οργανισμού σε ενέργεια, θρεπτικά συστατικά, απέκκριση ουσιών και σύνθεσης μορίων για ανάπτυξη, αναπαραγωγή, συντήρηση και μελέτες που αφορούν διαιτητική πρόσληψη και τον προσδιορισμό βέλτιστων προσλήψεων σε θρεπτικά συστατικά.

Ενώ τα τρόφιμα και η διατροφή έχουν μελετηθεί αιώνες πριν η επιστήμη της διατροφής είναι μια σχετικά νέα επιστήμη μιας και η πρώτη βιταμίνη απομονώθηκε το 1926. Το εύρημα αυτό συνόδευσε τον επόμενο μισό αιώνα στην ανακάλυψη επικεντρωμένων θρεπτικών ανεπαρκειών που αφορούσαν πρόκληση ασθενειών. Οι έρευνες για το ρόλο της διατροφής στις μη μεταδοτικές χρόνιες ασθένειες είναι σχετικά πρόσφατες μιας και επιταχύνονται τις τελευταίες τρεις με τέσσερις δεκαετίες. Μέχρι και τη δεκαετία του '50 με πρόδρομο την ανακάλυψη της Θειαμίνης B1, ο μισός αυτός αιώνας είναι αναγνωριστικός για τη σύνθεση βιταμινών και ανόργανων συστατικών και την χρήση τους για πρόληψη και θεραπεία ασθενειών διατροφικής ανεπάρκειας όπως, πελάγρα, ραχίτιδα, σκορβούτο, beriberi, ξηροφθαλμία και αναιμίες.

Τα επόμενα 20 με 30 χρόνια μέχρι το 1970, είχαν μειωθεί οι ασθένειες διατροφικής ανεπάρκειας και ο υποσιτισμός σε χώρες υψηλού εισοδήματος, με την οικονομική ανάπτυξη και χαμηλού κόστους επεξεργασίας βασικών τροφίμων και των εμπλουτισμό τους με μέταλλα και βιταμίνες. Παράλληλα παρατηρήθηκε αύξηση σε μη μεταδοτικές ασθένειες σχετιζόμενες με τη διατροφή πυροδοτώντας καινούριες έρευνες που αφορούσαν δύο κύρια στοιχεία, το λίπος και τη ζάχαρη. Πρώιμες μελέτες με μικρές και βραχυπρόθεσμες παρεμβάσεις συνέβαλαν στη σήμερα διαδεδομένη πεποίθηση της

συνεισφοράς του λίπους στις καρδιαγγειακές παθήσεις, μια επιστημονική και πολιτική αποδοχή μέσα από το σύγγραμμα το 1977 «Διαιτητικοί στόχοι για τις Ηνωμένες Πολιτείες». Ταυτόχρονα η έρευνα που αφορά της υπερβολική πρόσληψη ζάχαρης συνδέεται με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου.

Μέχρι και σήμερα μεταξύ των σημαντικότερων επιστημονικών εξελίξεων μέσα από τις τελευταίες δεκαετίες ήταν ο σχεδιασμός και η ολοκλήρωση πολλών μεγάλων μελετών διατροφής μέσα από ομάδες παρατήρησης σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο με ευρήματα και εφαρμογές τρόπου διατροφής με τα ανάλογα αποτελέσματα στην υγεία, κλινικών δοκιμών που στοχεύουν σε υψηλού κινδύνου πληθυσμό με ευρήματα που συνεπάγονται με την ανάγκη υιοθέτησης ειδικών προτύπων διατροφής και γενετικών κοινοπραξιών που παρείχαν σημαντικά στοιχεία στις γενετικές επιδράσεις των διαιτητικών επιλογών και τις αλληλεπιδράσεις γονιδίου-διατροφής που επηρεάζουν τους παράγοντες κινδύνου.

Η επιστήμη της διατροφής αποτελεί τον πυρήνα της Διαιτολογίας, μιας επιστήμης που πραγματεύεται την ανθρώπινη διατροφή εξετάζοντας τους κανόνες σωστής διατροφής, της ουσίες και τον τρόπο πρόσληψης τροφής και τη συσχέτιση αυτών με τις λειτουργίες του οργανισμού σε φυσιολογικές καταστάσεις. Επίσης η επιστήμη της διαιτολογίας εφαρμόζεται για τη διόρθωση μεταβολικών δυσαναλογιών για τη διατήρηση και προώθηση της υγείας με ενδιαφέρον για τη διατροφή ασθενών και υγιών ατόμων σε αρχικό επίπεδο με επέκταση στην τριτογενή φροντίδα. Ακόμα απαιτείται η κατανόηση των ατόμων και με πιο τρόπο η αλλαγή επηρεάζει μια θεραπευτική έκβαση. Για να υπάρχει επιτυχία και ο χειρισμός της διατροφής να βελτιώσει την υγεία τότε θα πρέπει να υπάρχει συστηματικός κλινικός συλλογισμός, με προσέγγιση επίλυσης προβλημάτων και κατανόηση καθοριστικών περιστάσεων όπως ηλικία, φύλο, κοινωνικο-οικονομική θέση, είδος ασθένειας, διατροφικές συνήθειες και τρόπου ζωής.

2.2 Το Επάγγελμα του Διαιτολόγου

Κατά το αναθεωρημένο ορισμό του EFAD (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Συλλόγων Διαιτολόγων) το 2016, οι διαιτολόγοι στην Ευρώπη είναι αναγνωρισμένοι επαγγελματίες στον τομέα υγείας που είναι κάτοχοι τουλάχιστον ενός αναγνωρισμένου πτυχίου. Με βάση αποδεδειγμένες προσεγγίσεις εργάζονται αυτόνομα για την ενδυνάμωση ή υποστήριξη ατόμων, οικογενειών, ομάδων και πληθυσμούς σε ότι αφορά την επιλογή τροφίμων με διατροφική επάρκεια, ασφάλεια και βιωσιμότητα. Οι διαιτολόγοι αξιολογούν συγκεκριμένες διατροφικές απαιτήσεις όλων των ηλικιακών ομάδων και παρέχουν συμβουλές ή και θεραπεία που θα συμβάλει στη διατήρηση της υγείας, αποκατάσταση και στη μείωση κινδύνων. Πέρα από την υγειονομική περίθαλψη, οι διαιτολόγοι μέσα από τη δημόσια υγεία, κυβέρνηση, βιομηχανία, ακαδημαϊκών κύκλων και έρευνα, βελτιώνουν το διατροφικό περιβάλλον σε επίπεδο πληθυσμού.

Στην Ευρώπη οι διαιτολόγοι εργάζονται σε τρεις κύριους τομείς αναγνωρισμένους από τον EFAD:

1. Διατροφικές υπηρεσίες τροφίμων, όπου ο διαιτολόγος επικεντρώνεται κυρίως στο πλαίσιο της διαχείρισης τροφίμων με ευθύνη να παρέχει ποιοτικά και επαρκή διατροφικά τρόφιμα σε ιδρύματα ή και στην κοινότητα
2. Κλινική διαιτολογία, όπου ο διαιτολόγος ευθύνεται για τον σχεδιασμό της διατροφής, την εκπαίδευση, την επίβλεψη και την αξιολόγηση ενός πελάτη/ασθενή για την αποκατάσταση του. Οι κλινικοί διαιτολόγοι μπορούν να εργαστούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα.
3. Δημόσια υγεία, όπου ο διαιτολόγος συμμετέχει άμεσα στην προαγωγή της υγείας και τη χάραξη πολιτικής με στόχο την προώθηση της επιλογής τροφίμων σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο για τη βελτίωση και διατήρηση της διατροφικής υγείας της κοινότητας και την ελαχιστοποίηση κινδύνων από χρόνια νοσήματα.

Ο διαχωρισμός μεταξύ κλινικού διαιτολόγου και διαιτολόγου-διατροφολόγου είναι σημαντικός να αναφερθεί μιας και καθορίζει το ρόλο και τα καθήκοντα των δύο στα νοσοκομεία, ιδρύματα και την κοινωνία. Ο κλινικός διαιτολόγος κατά τη διάρκεια του πτυχίου από πανεπιστήμιο ή άλλο ισότιμο ίδρυμα ή μετά από την ολοκλήρωση αυτού, έχει συμπληρώσει την απαιτούμενη ειδίκευση και πρακτική εξάσκηση και είναι κάτοχος τίτλου RD (Registered Dietitian¹) ή ισότιμου προσόντος και διατηρεί μέσα από συνεχιζόμενη εκπαίδευση τον ακαδημαϊκό του τίτλο ή είναι κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος στην κλινική διαιτολογία. Τα καθήκοντα του κλινικού διαιτολόγου είναι η θεραπεία και πρόληψη, μπορεί να εργαστεί με υγιή πληθυσμό και ασθενείς, παρέχει διαιτολόγια σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο και ανήκει στην ομάδα των επαγγελματιών υγείας ως μέλος παραϊατρικών επαγγελμάτων. Πέρα από τα καθήκοντα ως διαιτολόγος, βοηθάει μέσα από συγκεκριμένη διάγνωση τα άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα υγείας και αφορούν την κλινική διαιτολογία στη βελτίωση της κατάστασης τους με το σχεδιασμό κατάλληλης θεραπευτικής διατροφικής ή διαιτολογικής αγωγής, ασχολείται με την έρευνα, εκπαίδευση, νομοθεσία και πολιτική τροφίμων και διατροφής.

Ο διαιτολόγος-διατροφολόγος είναι κάτοχος πανεπιστημιακού διπλώματος σε επίπεδο πτυχίου ή ισότιμου στη διαιτολογία ή διαιτολογία και επιστήμη διατροφής. Έχει εκπαιδευτεί και έχει αποκτήσει την ειδικότητα στη διατροφή, στην επιστήμη τροφίμων και στο σχεδιασμό διαιτολογίων/σιτηρεσίων για συγκεκριμένες καταστάσεις υγείας. Τα καθήκοντα του διαιτολόγου-διατροφολόγου είναι η πρόληψη και η αντιμετώπιση συγκεκριμένων καταστάσεων υγείας, μπορεί να εργαστεί με υγιή άτομα και με περιστατικά που παρουσιάζουν συγκεκριμένες καταστάσεις υγείας, παρέχει διαιτολόγιο σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο και είναι μέλος των παραϊατρικών επαγγελμάτων. Μπορεί να έχει κατεύθυνση στην κοινοτική και διοικητική διαιτολογία. Αναγνωρίζεται επίσης ως ο υπεύθυνος για τη διατροφή του ατόμου και βοηθάει στην σωστή επιλογή ποσότητας και ποιότητας τροφίμων μέσα από το σχεδιασμό κατάλληλων διαιτολογίων έτσι ώστε να καλύπτονται όλες οι θρεπτικές ουσίες

¹ <https://www.cdnet.org/certifications/registered-dietitian-rd-certification>

ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε οργανισμού εξασφαλίζοντας μια υγιεινή ζωή, πρόληψη και αντιμετώπιση καταστάσεων σχετιζόμενων με τη διατροφή. Ασχολείται επίσης με την έρευνα, την εκπαίδευση, την νομοθεσία και την πολιτική τροφίμων και διατροφής όπως και ο κλινικός διαιτολόγος.

2.3 Ο ρόλος του διαιτολόγου

Ο διαιτολόγος κατέχει μεγάλο και σπουδαίο ρόλο στην εξέλιξη της ανθρώπινης ζωής ξεκινώντας από τη παιδική ηλικία μέχρι και την τρίτη ηλικία. Ένας από τους βασικότερους ρόλους και ο σημαντικότερος είναι πρόληψη. Η διατροφική αξιολόγηση του ατόμου μπορεί να γίνει μόνο από διαιτολόγο με σκοπό να αναδειχθούν οι χρόνιες διατροφικές συμπεριφορές των ατόμων σε περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών ή παχυσαρκίας. Επίσης η κατάρτιση εξατομικευμένων διαιτολογίων αποτελεί ένα από τα καθήκοντα του διαιτολόγου μετά από συνέντευξη που εστιάζει στις διατροφικές επιλογές και συνήθειες ή διατροφικού ημερήσιου σιτηρεσίου συνδυαστικά με τη συλλογή πληροφοριών από το ιατρικό ιστορικό. Η διαδικασία αυτή οδηγεί στην εκτίμηση της κατάστασης της θρέψης και το βαθμό που αυτή έχει επηρεάσει το άτομο σωματικά ή ψυχικά. Ακόμα ένας από τους ρόλους του διαιτολόγου είναι και η διατροφική αγωγή σε ατομικό επίπεδο. Αφού έχει ήδη σχηματιστεί μια πρώτη εικόνα τότε ακολουθεί η αποκάλυψη του προβλήματος ξεκινώντας από τη βάση αυτού, πως εξελίσσεται και με ποιο τρόπο μπορεί να αντιμετωπιστεί, γίνεται η σύνταξη ενός σωστού διατροφικού προγράμματος για την κάλυψη των αναγκών του ατόμου. Η διατροφική επιμόρφωση, καθοδήγηση, υποστήριξη, ενημέρωση αλλά και ευαισθητοποίηση σε πληθυσμιακό επίπεδο για προαγωγή της δημόσιας υγείας αποτελούν επίσης καθήκοντα του διαιτολόγου.

2.3.1 Στα δημόσια νοσοκομεία

Η σημαντικότητα της διατροφής στα δημόσια νοσοκομεία προκύπτει από διαφορετικούς τομείς και όχι μόνο σε ότι αφορά την υποστηρικτική σίτιση ασθενών. Μαζί όμως με τη παροχή υπηρεσιών διαιτολογίας μέσα από τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε προληπτικό επίπεδο μπορεί να μειώσει το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό. Σε νοσηλεύομενους ασθενείς έχει παρατηρηθεί ότι ενώ η θεραπεία που τους έχει επιβληθεί είναι επιτυχής, η γενικότερη έκβαση της υγείας τους κινδυνεύει όταν δεν υπάρχει παράλληλη σωστή θρεπτική υποστήριξη μιας και η σωστή θρεπτική κατάσταση του ασθενούς αποτελεί σημαντική παράμετρο. Η κακή θρέψη συνοδεύεται από θνητότητα και νοσηρότητα, καθυστερεί τον χρόνο ανάρρωσης με αποτέλεσμα να παραταθεί η παραμονή τους στο νοσοκομείο με συνέπεια της αύξησης του κόστους της νοσηλείας τους.

Η έρευνα επιπολασμού του BAPEN (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition) το 2008 από τους Russel και Elia σε ασθενείς 130 νοσοκομείων αποδεικνύει ακριβώς αυτό. Η αναλογία των ασθενών με κακή θρέψη κατά την εισαγωγή με την αναλογία των ασθενών με κακή θρέψη στους θαλάμους του νοσοκομείου ήταν διαφορετική. Το δεύτερο ποσοστό αναμενόταν μεγαλύτερο από

αυτών των ασθενών που είχαν εισαχθεί μιας και οι ασθενείς με κακή θρέψη μένουν περισσότερες μέρες στο νοσοκομείο. Έτσι τα ποσοστά παραμονής για τους εισαχθέντες ήταν 28% με 30% περισσότερες μέρες στο νοσοκομείο ενώ το ποσοστό παραμονής στους θαλάμους ήταν 33,6% περισσότερες μέρες παραμονής.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ο πυλώνας ενός συστήματος υγείας με στόχο την καταπολέμηση της ανισότητας στην υγεία, την ικανοποίηση αναγκών υγείας μέσα από την πρόληψη, τη θεραπεία και αποκατάσταση, την ολοκληρωμένη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία. Η Alma-Ata με τη διακήρυξη της μέσω του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1978 ανέδειξε τη σημασία της πρόληψης και της αγωγής υγείας συνδυαστικά με την ενεργή συμμετοχή των πολιτών σε επίπεδο κοινότητας για την αντιμετώπιση νόσων και στη βελτίωση ή διατήρηση της υγείας από μία συντονισμένη διατομεακή δράση. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2008 είχε προτείνει ξανά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως το πλαίσιο που μπορεί να συμβάλει στην προαγωγή της υγείας αλλά και στην πρόληψη συνδυαστικά με την θεραπεία και τη φροντίδα με αποτελεσματικό, ασφαλή και αποδεκτό κοινωνικά τρόπο και αποτελώντας το σύνδεσμο αλληλεπίδρασης μεταξύ πληθυσμού και συστήματος υγείας.

Οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν την αναγνώριση του κινδύνου, την παροχή κινήτρων μεταβολής συμπεριφοράς και ομαδική ή ατομική συμβουλευτική. Βασική αρμοδιότητας θα πρέπει να αποτελέσει η προώθηση της υγιεινής διατροφής και σωματικής άσκησης μιας και έχει σημαντικό ρόλο στην εξατομικευμένη παροχή υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των με μεταδοτικών ασθενειών {NCDs (Noncommunicable diseases)}. Ο τομέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχει διατροφική συμβουλευτική και φροντίδα. Σε αρκετές μελέτες φαίνεται η θετική συσχέτιση της συμβουλευτικής διατροφής με την αλλαγή συμπεριφοράς όπως και στην έρευνα που έγινε το 2012 για το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο από Ε Μ Μπιρμπίλη σε σπουδαστές του ΤΕΙ Σερρών μέσα από συνεδρίες των 15 λεπτών για 12 εβδομάδες, παρατηρήθηκαν σημαντική μείωση κατανάλωσης αλκοόλ, αύξηση στην κατανάλωση ψαριού, φρούτων, λαχανικών και οσπρίων, αύξηση στην κατανάλωση νερού και αύξηση αυτοπεποίθησης που αγορά τη γνώση και την ενημέρωση σε θέματα υγιεινής διατροφής. Συνεπώς η πιο αποτελεσματική παρέμβαση που περιλαμβάνει ατομική ή ομαδική συμβουλευτική παρέχεται από διατροφολόγο ή διαιτολόγο.

2.3.2 Στην κοινότητα

Ο κοινοτικός διαιτολόγος κατέχει εξίσου σημαντική θέση στο σύστημα υγείας μιας χώρας. Μπορεί να προσφέρει διατροφική υποστήριξη και παροχή διαιτολογικών και διατροφικών υπηρεσιών σε άτομα με χρόνιες παθήσεις που δε χρειάζονται νοσηλεία, μέσα από ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας (eHealth), μέσα από την υποστήριξη και λειτουργία κοινωνικών δομών όπως δημοτικούς παιδικούς σταθμούς και κέντρα προστασίας ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), σε άτομα χαμηλού οικογενειακού

εισοδήματος με προβλήματα διαβίωσης, άτομα τρίτης ηλικίας ή με ειδικές ανάγκες και σε επίπεδο κοινότητας με συμμετοχή στη διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας υπεύθυνη για την νοσηλεία στο σπίτι. Η σημαντικότητα του κοινοτικού διαιτολόγου κρίνεται στην αποφόρτιση της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, σε οικονομικό επίπεδο μειώνεται η φαρμακευτική δαπάνη και το κόστος εξετάσεων, σε επίπεδο πόρων μειώνεται η συνταγογράφηση και σε επίπεδο δομών μειώνονται οι λίστες αναμονής.

2.3.3 Στη δημόσια υγεία

Η δημόσια υγεία αποτελείται από δύο κατηγορίες, την περιορισμένη και την ευρεία. Το περιορισμένο μοντέλο προσέγγισης αποσκοπεί στην πρόληψη των ασθενειών και κατ' επέκταση στη μείωση του κόστους για την κάθε ασθένεια. Σε αυτή τη περίπτωση ορίζεται η υγεία ως η απουσία ασθένειας. Το μοντέλο ευρείας προσέγγισης είναι ο σύνδεσμος της δημόσιας υγείας με την πολιτική για την υγεία μιας και ως υγεία σε αυτή τη περίπτωση ορίζεται ως κάτι περισσότερο από απλή απουσία ασθένειας. Δηλαδή βασίζει την ευημερία σε νοητικό επίπεδο και στη φυσική κατάσταση. Το μοντέλο αυτό επικεντρώνεται στο γενικότερο περιβάλλον επιδιώκοντας την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις επιλογές του ατόμου. Οι δύο προσεγγίσεις αυτές προέρχονται από την επιστήμη της επιδημιολογίας.

Ο βασικός στόχος της δημόσιας υγείας είναι η διαχείριση των παραγόντων κινδύνου όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο επιπολασμός του καρκίνου και την επίπτωση των μεταδοτικών ασθενειών. Πιο συγκεκριμένα η Ευρωπαϊκή Στατιστική Καρδιαγγειακών Παθήσεων (EHN) το 2017 αναφέρει ότι κάθε χρόνο οι καρδιαγγειακές παθήσεις προκαλούν 3,9 εκατομμύρια θανάτους στην Ευρώπη και πάνω από 1,8 εκατομμύρια θανάτους στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Επίσης αναφέρεται ότι οι διαιτητικοί παράγοντες αυξάνουν τη πιθανότητα θνησιμότητας καρδιαγγειακών παθήσεων σε πληθυσμιακό επίπεδο σε όλη την Ευρώπη. Τέλος από το συνολικό κόστος των καρδιαγγειακών παθήσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 53% (111 δις. Ευρώ) είναι το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, το 26% (54 δις. Ευρώ) είναι το κόστος μείωσης ή απώλειας παραγωγικότητας και το 21% (45 δις. Ευρώ) είναι το κόστος άτυπης φροντίδας ατόμων με καρδιαγγειακά προβλήματα. Οι συνολικές δαπάνες της οικονομίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέρχονται στα 210 δις. Ευρώ ετησίως.

Ο διαιτολόγος Δημόσιας Υγείας στοχεύει στην πρόληψη με την εφαρμογή ευρύτερων προγραμμάτων αγωγής υγείας για όλες τις ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού όπως διατυπώνεται από τον Πανελλήνιο Σύλλογο διαιτολόγων - διατροφολόγων. Οργανώνει και έχει συμμετοχή σε μελέτες με θέμα τις διατροφικές ανάγκες στη διατροφή και δημόσια υγεία. Ακόμα η εκπαίδευση άλλων επιστημόνων υγείας όπως νοσηλευτών, αναλαμβάνεται από το διαιτολόγο Δημόσιας Υγείας. Τέλος προσφέρουν υπηρεσίες για τη διαμόρφωση και εφαρμογή εθνικής διατροφικής πολιτικής σε σχέση με την υγεία του πληθυσμού. Για την ολοκληρωμένη διατροφική φροντίδα, η συμβολή και συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας επαγγελματιών υγείας έχει επικρατήσει.

2.4 Βιβλιογραφία και Διαδικτυακές πηγές

1. Α. Ψαρουδάκη – Εισαγωγή στην επιστήμη της διατροφής και διαιτολογίας – Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο
2. Βικιπαίδεια, Η ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια – Ορισμός Διατροφολογίας και Διαιτολογίας
3. Thebmj – History of modern nutrition science-implications for current research, dietary guidelines, and food policy – BMJ 2018 ; 361, Published 13Jun2018
4. Κ. Σίττας, Α. Καμαρίτη – Σιατροφή και Διαιτολογία στα Δημόσια νοσοκομεία – ΤΕΙ Καλαμάτας, Σχολή διοίκησης οικονομίας, τμήμα μονάδων υγείας και πρόνοιας
5. EFAD – Definition of a dietitian (efad.org)
6. medNutrition – Το επάγγελμα του διαιτολόγου στην Κύπρο
7. ΕΚΕ Κύπρου, Κυπριακή Δημοκρατία – Άσκηση επαγγέλματος κλινικού διαιτολόγου ή/και του διαιτολόγου
8. Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας – Προεδρικό διάταγμα 133/2014 – ΦΕΚ 213/Α/1-10-2014 – Καθορισμός προϋποθέσεων άσκησης επαγγέλματος Διαιτολόγου – Διατροφολόγου
9. Νεστορή Β. – Διατροφολόγος: Ο ρόλος του διατροφολόγου ως σύμβουλος διατροφής – diaitologia.gr
10. Συνέντευξη Μ. Θεοδωρακόπουλου, Χ. Δημοσθενόπουλου στο medNutrition
11. Έρευνα BAPEN από C A Russek και M Elia
https://www.bapen.org.uk/pdfs/nsw/nsw_report2008-09.pdf
12. Β Καραθάνος και Α Τατσιώνη – Κεφάλαιο 1, Έννοιες και αρχές για τη γενική ιατρική - Αποθετήριο Κάλλιπος
13. Ε Μ Μπιρμπίλη – Αξιολόγηση προγράμματος προαγωγής υγείας σε Έλληνες φοιτητές: Ο ρόλος της υγιεινής διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας – Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
14. Θ Μαλαβάζος, Β Μαρκασιώτη, Μ Μαλλιαρού, Π Σαράφης – Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα από την Alma-Ata στην Astana – Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2019) Τόμος 11, Τεύχος 3, 39-56
15. Τοποθέτηση ΕΔΔΕ στο σχέδιο νόμου «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» 05/07/2017
16. Ευρωπαϊκή στατιστική καρδιαγγειακών παθήσεων 2017 <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>
17. Τ Στεφάνου – Παροχή διατροφικών και άλλων υγεινομικών υπηρεσιών και δείκτες καρδιαγγειακού κινδύνου σε ηλικιωμένους που διαμένουν στη νησιωτική Ελλάδα – Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

3.1 Γενικά

Το τμήμα διατροφής στα δημόσια νοσοκομεία αποτελεί σημαντικό και πολύπλευρο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας. Η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του τμήματος κρίνεται σημαντική μιας και υπάρχει ανάγκη περιορισμού σπατάλης και δυσλειτουργιών της νοσηλευτικής ομάδας. Πέρα από τη διατροφική υποστήριξη των νοσηλευόμενων ασθενών, οι υπηρεσίες σίτισης επιφέρουν την ικανοποίηση και ευχαρίστηση του ασθενή μέσα από την παροχή ασφαλών και ποιοτικών γευμάτων. Έτσι δημιουργείται μια πελατειακή σχέση ανάμεσα σε παραγωγό (νοσοκομείο, εργαζόμενοι) και καταναλωτή (ασθενείς). Σε γενικές γραμμές, η διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων ή ειδικής διαιτητικής αγωγής των ασθενών, η παροχή πληροφορίας και εκπαίδευσης του προσωπικού και των νοσηλευόμενων ασθενών και των ασθενών εξωτερικών ιατρείων είναι κάποιες από τις δραστηριότητες του τμήματος διατροφής.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τα τμήματα διατροφής των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου διαφέρουν μιας και δεν υπάρχει συγκεκριμένη νομοθεσία ή εγκύκλιος που να καθορίζει τους όρους και προϋποθέσεις λειτουργίας τμημάτων κλινικής διατροφής και γραφείων διατροφής νοσοκομείων όπως για παράδειγμα στην Ελλάδα². Επίσης ο καθορισμός δραστηριοτήτων του τμήματος κλινικής διατροφής, του συμβουλευτικού γραφείου διατροφής, της ομάδας υποστήριξης θρέψης και του γραφείου διαχείρισης τροφίμων και επισιτισμού είναι ελλιπής ή απουσιάζει εντελώς από τη νομοθεσία. Όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, η απασχόληση διαιτολόγων από τα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου προϋποθέτει κατοχύρωση του τίτλου RD/SRD, ενώ δεν υπάρχει διαχωρισμός τμημάτων κλινικής διαιτολογίας και συμβουλευτικού γραφείου.

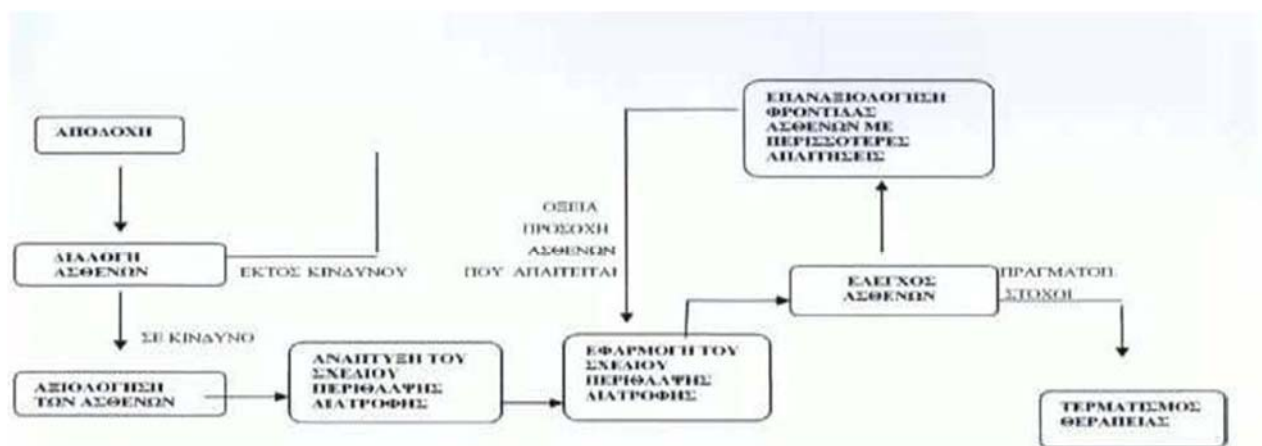
Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας επίσης δραστηριοποιείται σε αρκετά θέματα που αφορούν την διατροφή των ανθρώπων μέσα από την πρόληψη, την αγωγή υγείας, την προαγωγή υγείας και τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας στην Κύπρο παρέχονται μέσω δημόσιων εξωτερικών ιατρείων, αστικών κέντρων, αγροτικών κέντρων υγείας και μέσω ιατρείων, νοσηλευτηρίων, κλινικών ιδιωτικού τομέα. Μέχρι και σήμερα στην Κύπρο δεν υπάρχει η ειδικότητα του Διαιτολόγου Διατροφολόγου στα κέντρα παροχής φροντίδα υγείας, υπάρχει όμως η πρόβλεψη Κλινικού Διαιτολόγου στα πλαίσια του Γενικού Συστήματος Υγείας για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε εξωτερικούς ασθενείς.

² <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/upourgike-apophase-a3a-oik-6021-2016.html>

3.2 Υφιστάμενη Κατάσταση λειτουργίας του τμήματος διατροφής σε νοσοκομειακό επίπεδο και σε επίπεδο φροντίδας υγείας

Στην Κύπρο δεν ακολουθείτε ένα ίδιο ή κοινό πρωτόκολλο από τα δημόσια νοσοκομεία σχετικά με τη διατροφή του ασθενή. Οι οργανισμοί των νοσοκομείων ανάλογα με τις ανάγκες τους καθορίζουν τις αρμοδιότητες και το αντικείμενο έκαστων τμημάτων διατροφής. Επίσης οι βασικές ενέργειες στα περισσότερα νοσοκομεία διαφοροποιούνται από αυτές που αναφέρονται στη βιβλιογραφία (σχ. 1) λόγω έλλειψης προσωπικού. Όσο αφορά τον τομέα της Δημόσιας Υγείας που ανήκει στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας όπου υπάρχει ένα σημαντικό πεδίο δράσης των Διαιτολόγων Διατροφολόγων, δεν υπάρχει ακόμα θεσμοθέτηση με αποτέλεσμα το τμήμα αυτό να είναι υποστελεχωμένο και απαρτίζεται με μη εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό. Η νομοθετική πρωτοβουλία αναφορικά με την παροχή διαιτολογικών υπηρεσιών και πρόληψης διατροφικών νοσημάτων σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας κινείται σε θετική κατεύθυνση. Τέλος απουσιάζει το τμήμα διατροφής και διαιτολογίας από τις δομές του Υπουργείου Υγείας.

Σχήμα 1. Μ. Γιαννακούλια, Σημειώσεις: Εισαγωγή στην κλινική διατροφή, 2005



Ενδεικτικά αναφέρονται οι υπηρεσίες που παρέχονται από τα έξι κύρια περιφερειακά νοσηλευτήρια της Κύπρου:

Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος III:

1. Παρακολούθηση ασθενών και καθορισμός εξατομικευμένου διαιτολογίου μετά από παραπομπή από θεράποντα ιατρό εξωτερικών ιατρείων και εντερική παρεντερική σίτιση σε νοσηλευόμενους όλων των θαλάμων.
2. Υπηρεσία εφαρμογής αντλίας ινσουλίνης, εκπαίδευση και ρύθμιση αντλίας, διδασκαλία ανταλλαγής υδατανθράκων σε αντιστοιχία με την ινσουλίνη και συστηματική παρακολούθηση ασθενών με συχνές επισκέψεις αλλά και υποστήριξη μέσω τηλεφώνου.
3. Οργάνωση και διαχείριση διαιτολογικών υπηρεσιών

4. Συγγραφή πρωτοκόλλων, διαιτολογίων και φυλλαδίων για όλες τις παθήσεις
5. Καθορισμός μενού των εσωτερικών ασθενών σε συνεργασία με την οικονόμο, τον αρχιμάγειρα και το προσωπικό κουζίνας.
6. Επίβλεψη κουζίνας για την παροχή γευμάτων και ειδικών σιτηρεσιών ανάλογα με το φόρτο εργασίας
7. Επιμορφωτικές διαλέξεις σε ιατρούς ειδικοτήτων, νοσηλευτικό προσωπικό, προσωπικό κουζίνας, φοιτητές νοσηλευτικής και ειδικευμένους που αφορούν τη διατροφή.
8. Αιτήσεις στην επιτροπή Διατροφικών Σκευασμάτων για χορήγηση εντερικών σκευασμάτων σε εξωτερικούς ασθενείς όταν χρειάζεται. Συμμετοχή στη συγγραφή προδιαγραφών διατροφικών σκευασμάτων και περιστασιακή συμμετοχή στην επιτροπή αξιολόγησης προσφορών διατροφικών σκευασμάτων των φαρμακευτικών υπηρεσιών.
9. Συνεργασία με κλινικούς διαιτολόγους άλλων νοσοκομείων για συγγραφή μενού, εγχειριδίου διατροφής και συνταγών
10. Εξέταση εξωτερικών ασθενών καθημερινά εκτός Τετάρτης με παραπεμπτικό από γιατρό (5 ώρες) και με ραντεβού και εξέταση εσωτερικών ασθενών καθημερινά (2 ώρες)

Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού: Παρέχονται διατροφικές οδηγίες σε εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς με ιατρικό παραπεμπτικό σημείωμα για την αντιμετώπιση και θεραπεία προβλημάτων υγείας όπως παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμίες, αρτηριακή υπέρταση, νεφροπάθειες, γαστρεντερολογικές παθήσεις, απίσχναση και εντερική σίτιση.

Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου:

- Οδηγίες και συμβουλές διατροφής σε εξωτερικούς ασθενείς με παραπεμπτικό από θεράποντα ιατρό
- Οδηγίες και συμβουλές διατροφής σε εσωτερικούς ασθενείς με παραπεμπτικό από θεράποντα ιατρό
- Συνεργασία με θεράποντες ιατρούς για τον προσδιορισμό σίτισης εσωτερικών ασθενών ανάλογα με την πάθηση
- Συνεργασία με οικονόμο και υπεύθυνο κουζίνας για τα μενού των εσωτερικών ασθενών
- Συνεργασία με νοσηλευτές, βοηθούς θαλάμων και υπεύθυνους κουζίνας για τη σωστή εφαρμογή των μενού με επιλογή από τον ασθενή
- Οδηγίες και επεξήγηση για την ετοιμασία ειδικών/εξειδικευμένων σιτηρεσιών στο προσωπικό κουζίνας
- Παρακολούθηση σερβιρίσματος των εσωτερικών ασθενών σχεδόν καθημερινά

Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας: Καμία αναφορά

Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας: Καμία αναφορά

Γενικό Νοσοκομείο Πάφου: Καμία αναφορά

3.3 Υφιστάμενη κατάσταση στελέχωσης τμημάτων διατροφής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Σύμφωνα με τις διεθνείς στατιστικές (AAND, 2013) αντιστοιχούν 2,1 κλινικοί διαιτολόγοι (RD) ανά 100 κρεβάτια ή ασθενείς στο νοσοκομείο. Άλλοι διαιτολόγοι για τη σίτιση των ασθενών (διοικητικοί και γενικοί διαιτολόγοι) αντιστοιχούν σε 1,3 ανά 100 κρεβάτια. Σε όλη την Κύπρο σύμφωνα με τις στατιστικές υγείας και νοσοκομείων 2017 μέχρι και σήμερα στα δημόσια νοσοκομεία, συνολικά απασχολούνται οκτώ (8) διαιτολόγοι εκ των οποίων οι πέντε βρίσκονται στα δημόσια νοσηλευτήρια Λευκωσίας και ένας διαιτολόγος στις υπόλοιπες πόλεις. Κατά το 2018 τα ποσοστά των ασθενών που είχαν νοσηλευτεί και απολυθεί για το γενικό νοσοκομείο Λευκωσίας 31,9%, για το γενικό νοσοκομείο Αρχιεπισκόπου Μακαρίου Γ' Λευκωσίας 13,0%, για το γενικό Λάρνακας Μακάριος Γ' 11,1%, για το γενικό Αμμοχώστου 5,8%, για το γενικό Λεμεσού 27,6% και για το γενικό Πάφου 10,6%. (Πίνακες 5, 6 και 7). Ενώ οι επισκέψεις εξωτερικών ασθενών που αφορούν το διαιτολόγο για το 2017, για το γενικό Λευκωσίας ήταν 6,395 ασθενείς, για το Αρχιεπισκόπου Μακαρίου Γ Λευκωσίας ήταν 3,480 ασθενείς, για το γενικό Λάρνακας Μακάριος Φ' ήταν 2,452 ασθενείς, για το γενικό Αμμοχώστου ήταν 1,438 ασθενείς, για το γενικό Λεμεσού ήταν 2,726 ασθενείς και για το γενικό Πάφου 865 ασθενείς (Πίνακας 8). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα κέντρα υγείας της κάθε επαρχίας Κύπρου δεν στελεχώνονται από διαιτολόγους. Τέλος οι τρέχουσες δαπάνες υγείας μέχρι και το 2017 είναι σημαντικό να αναφερθούν μιας και η δημιουργία ή αναβάθμιση του υφιστάμενου τμήματος διατροφής μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη μείωση των τιμών (Πίνακας 9)

Πίνακας 5 – Απολυθέντες ασθενείς κατά νοσοκομείο, 2016-2018

Νοσοκομείο	2016		2017		2018	
	No.	%	No.	%	No.	%
ΣΥΝΟΛΟ	79.967	100,0	83.544	100,0	85.323	100,0
Γενικό Λευκωσίας	24.838	31,1	26.817	32,1	26.810	31,4
Αρχ. Μακαρίου Γ' Λευκωσία	10.027	12,5	10.245	12,3	10.920	12,8
Γενικό Λάρνακας Μακάριος Γ'	9.944	12,4	9.767	11,7	9.307	10,9
Γενικό Αμμοχώστου	4.448	5,6	4.771	5,7	4.893	5,7
Γενικό Λεμεσού	21.064	26,3	21.900	26,2	23.152	27,1
Γενικό Πάφου	8.165	10,2	8.488	10,2	8.855	10,4
ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	78.486	98,1	81.988	98,1	83.937	98,4
ΑΓΡΟΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	1.481	1,9	1.556	1,9	1.386	1,6

Πίνακας 6 – Ποσοστά κατάληψης κλινών και μέσος όρος παραμονής κατά νοσοκομείο, 2016-2018

Νοσοκομείο	Ποσοστό καταλήψιας κλινών (%)			Μέσος όρος παραμονής (ημέρες)		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	73,1	75,6	79,5	4,7	4,6	4,7
Γενικό Λευκωσίας	78,9	82,7	87,1	5,4	5,2	5,5
Αρχ. Μακαρίου Γ' Λευκωσία	61,2	63,2	65,4	4,5	4,6	4,4
Γενικό Λάρνακας Μακάριος Γ'	73,5	70,2	66,8	4,4	4,3	4,2
Γενικό Αμμοχώστου	58,7	62,7	71,8	3,6	3,6	4,0
Γενικό Λεμεσού	74,7	77,3	83,9	4,5	4,5	4,3
Γενικό Πάφου	74,8	78,9	83,8	4,2	4,3	4,4
ΑΓΡΟΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	46,9	51,8	49,9	5,9	6,2	6,7

Πίνακας 7 – Ποσοστό απολυθέντων ασθενών από τα γενικά νοσοκομεία κατά επιλεγμένη κατηγορία ασθενειών, 2016-2018

Κατηγορία ασθενειών	%		
	2016	2017	2018
ΟΛΕΣ ΟΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	100,0	100,0	100,0
Νεοπλασμάτα	13,3	14,5	13,4
Ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος	9,3	9,7	9,6
Ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος	8,0	8,5	8,1
Ασθένειες του πεπτικού συστήματος	8,4	8,9	9,2
Ασθένειες του ουροποιογεννητικού συστήματος	6,9	7,0	7,1
Κύηση, τοκετός και λοχεία	6,2	6,3	6,1
Τραύματα, δηλητηριάσεις και συγκεκριμένα άλλα επακόλουθα από εξωτερικές αιτίες	9,3	9,5	10,3
Άλλες ασθένειες	28,4	30,2	31,0
Λε δηλώθηκε	10,2	5,4	5,2

Πίνακας 8 – Επισκέψεις εξωτερικών ασθενών κατά ειδικότητα και νοσοκομείο, 2017

Τμήμα	Σύνολο	Γενικό Λευκωσίας (1)	Αρχιεπ. Μακαρίου Γ' Λευκωσία	Γενικό Λάρνακας Μακάριος Γ' (1)	Γενικό Αμμοχώστου	Γενικό Λεμεσού (1)	Γενικό Πάφου
Ογκολογία	10,030	2,408	n.a.	n.a.	n.a.	6,528	1,094
Στηθικών Νοσημάτων	45,255	17,624	n.a.	7,562	843	11,185	8,041
Δερματολογία	30,650	22,545	n.a.	n.a.	2,755	n.a.	5,350
Γενική Ιατρική	111,974	4,828	n.a.	4,156	32,246	n.a.	70,744
Ψυχιατρική	12,316	1,745	1,645	n.a.	1,466	593	6,867
Ενδοκρινολογία	14,137	n.a.	13,074	n.a.	n.a.	n.a.	1,063
Πλαστική Χειρουργική	7,663	7,663	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Γναθοπροσωποχειρουργική	4,177	4,177	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Μεταμοσχευτική	3,255	3,255	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ (Αρ.)	277,394	88,411	n.a.	52,501	28,518	64,597	43,367
Ποσοστό (%)	100.0%	31.9%	n.a.	18.9%	10.3%	23.3%	15.6%
ΑΙΜΟΔΙΑΛΥΣΗ (Αρ.)	68,498	30,489	n.a.	9,875	3,056	21,558	3,520
Ποσοστό (%)	100.0%	44.5%	n.a.	14.4%	4.5%	31.5%	5.1%
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (Αρ.)	174,714	70,722	5,820	23,369	17,650	35,814	21,339
Ποσοστό (%)	100.0%	40.5%	3.3%	13.4%	10.1%	20.5%	12.2%
ΕΠΙΔΕΞΕΙΣ ΠΛΗΓΩΝ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΞΕΙΣ (Αρ.)	31,253	n.a.	n.a.	6,334	6,090	9,570	9,259
Ποσοστό (%)	100.0%	n.a.	n.a.	20.3%	19.5%	30.6%	29.6%
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ (Αρ.)	17,356	6,395	3,480	2,452	1,438	2,726	865
Ποσοστό (%)	100.0%	36.8%	20.1%	14.1%	8.3%	15.7%	5.0%

Πίνακας 9 – Τρέχουσες δαπάνες υγείας κατά λειτουργία υγειονομικής περίθαλψης, 2010-2017

Λειτουργίες Υγειονομικής Περίθαλψης		2010	2011	2012	2013	2014	2015 ^b	2016	2017 ^p
AII HC	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ - ΣΥΝΟΛΟ	1,211.59	1,300.55	1,303.24	1,251.97	1,193.50	1,207.97	1,255.21	1,313.10
HC.1-HC.2	Αγωγή θεραπείας και αποκατάστασης	792.61	849.43	843.99	807.95	769.39	758.53	780.91	818.50
HC.1.1-HC.2.1	Ενδονοσοκομειακή αγωγή θεραπείας και αποκατάστασης	386.86	409.52	397.36	380.41	353.76	350.81	359.56	381.38
HC.1.2-HC.2.2	Ημερήσια αγωγή θεραπείας και αποκατάστασης	41.07	43.73	43.31	42.54	40.08	47.75	50.92	52.78
HC.1.3-HC.2.3	Εξωνοσοκομειακή αγωγή θεραπείας και αποκατάστασης	360.19	391.14	398.12	380.11	370.71	358.93	369.33	383.21
HC.1.4-HC.2.4	Αγωγή θεραπείας και αποκατάστασης κατ' οίκον	4.49	5.04	5.20	4.89	4.84	1.04	1.10	1.13
HC.3	Μακροχρόνια περίθαλψη (υγειονομική)	45.66	43.34	44.37	40.77	39.18	42.72	43.57	45.35
HC.4	Βοηθητικές υπηρεσίες (μη προσδιοριζόμενες κατά λειτουργία)	132.04	142.21	145.61	141.82	132.80	128.05	135.49	141.72
HC.5	Ιατρικά προϊόντα (μη προσδιοριζόμενα κατά λειτουργία)	215.42	237.30	240.79	233.15	226.53	244.04	258.05	265.42
HC5.1	Φαρμακευτικά προϊόντα και λοιπά ιατρικά αναλώσιμα (μη προσδιοριζόμενα κατά λειτουργία)	192.14	211.54	214.14	207.70	201.02	229.82	242.62	249.08
HC5.2	Θεραπευτικές συσκευές και λοιπά ιατρικά προϊόντα (μη προσδιοριζόμενα κατά λειτουργία)	23.28	25.76	26.65	25.45	25.51	14.22	15.43	16.34
HC.6	Προληπτική αγωγή	10.22	9.04	8.94	8.23	7.73	15.18	15.64	16.26
HC.7	Διαχείριση και χρηματοδότηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης	15.64	19.23	19.54	20.05	17.87	19.45	21.55	25.85

3.3.1 Υφιστάμενο νομικό πλαίσιο στην Κύπρο

Στην Κύπρο το επάγγελμα του διαιτολόγου είναι κατοχυρωμένο μετά από ψηφοφορία στη βουλή των αντιπροσώπων το 1996 με το νόμο N31(I)/96 ο οποίος στη συνέχεια έχει τροποποιηθεί με τον N42(I)/2001 όπου όλοι όσοι εξασκούν το επάγγελμα του διαιτολόγου είναι υποχρεωμένοι να εγγραφούν στο σχετικό μητρώο ως διαιτολόγοι, κλινικοί διαιτολόγοι, διατροφολόγοι και στον ειδικό κατάλογο ως διαιτολόγοι εξ επαγγέλματος. Ο διαιτολόγος/κλινικός διαιτολόγος σύμφωνα πάντα με την Κυπριακή νομοθεσία μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες σε δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, συμβουλευτική σε θέματα όπως διατροφή και δίαιτα στον ιδιωτικό τομέα σε προσωπική βάση, στη βιομηχανία τροφίμων, στη φαρμακευτική βιομηχανία, στην εκπαίδευση, στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, στη δημόσια υγεία, στην επιστημονική έρευνα, στην προώθηση τροφίμων σε αθλητικές οργανώσεις, ομάδες και σωματεία.

Εγγεγραμμένος διαιτολόγος/εγγεγραμμένος κλινικός διαιτολόγος στο μητρώο διαιτολόγων ορίζεται ως το άτομο που κατέχει πτυχίο ή δίπλωμα πανεπιστημίου ή άλλο ισότιμο προσόν στη διαιτολογία ή κλινική διαιτολογία και είναι μέλος του συνδέσμου διαιτολογίας της Μεγάλης Βρετανίας ή των ΗΠΑ ή του Commission on Dietetic Registration (CDR) των ΗΠΑ. Ενώ ο κλινικός διαιτολόγος είναι το άτομο που κατέχει πτυχίο στην κλινική διαιτολογία ή και τον τίτλο RD (registered dietitian), SRD (state registered dietitian) σε χώρα όπως στις ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο, Καναδάς, Νέα Ζηλανδία, Αυστραλία και Νότιος Αφρική ή εγγραφή άλλου αναγνωρισμένου συνδέσμου ή να είναι μέλος του Commission on Dietetic Registration των ΗΠΑ.

Ο διαιτολόγος ειδικού καταλόγου ορίζεται ως το άτομο που του έχει δοθεί άδεια ασκήσεως επαγγέλματος από το αρμόδιο συμβούλιο εγγραφής τεχνολόγων, επιστημόνων τροφίμων και διαιτολόγων, το οποίο ιδρύθηκε με βάση τον νόμο των περί εγγραφής επιστημόνων/τεχνολόγων τροφίμων και διαιτολόγων Ν31(Ι)/96 ο οποίος στη συνέχεια έχει τροποποιηθεί με τον Ν42(Ι)/2001 και που έχει επαρκείς γνώσεις στον κλάδο της διαιτολογίας που να ικανοποιούν το συμβούλιο εγγραφής ή κατέχει πτυχίο ή δίπλωμα μη πανεπιστημιακού επιπέδου, τουλάχιστον διετούς φοίτησης στη διαιτολογία ή επιστήμη τροφίμων ή στην τεχνολογία τροφίμων, ασκούσε το επάγγελμα του διαιτολόγου (και μόνο αυτό) σαν αυτοαπασχολούμενος για δύο τουλάχιστον χρόνια πριν από την ισχύ του εν λόγω νόμου και η προθεσμία για εγγραφή σαν διαιτολόγος εξ επαγγέλματος είχε λήξει στις 31/12/1998 σύμφωνα με την νομοθεσία και την επιπλέον προθεσμία που είχε θέσει το συμβούλιο εγγραφής.

Οι διαιτολόγοι χωρίς επαρκές επιστημονικό υπόβαθρο και κατάρτιση ή όποια άλλα άτομα που εξασκούν το επάγγελμα της διαιτολογίας ακόμα και αν χρησιμοποιούν άλλους χαρακτηρισμούς εκτός των ‘Διαιτολόγος’ και ‘Κλινικός Διαιτολόγος’ ή ‘Διαιτολόγος ειδικού καταλόγου’ σύμφωνα με τον περί εγγραφής νόμο Ν31(Ι)96 μπορούν να εκδιωχθούν ποινικά.

3.4 Το σύστημα υγείας στην Κύπρο

Η εφαρμογή του γενικού σχεδίου υγείας (ΓεΣΥ) είχε εγκριθεί το 2001 από τη βουλή των αντιπροσώπων με καθυστέρηση υλοποίησης μέχρι το 2019 λόγω αβεβαιοτήτων που υπήρχαν αναφορικά με το κόστος εφαρμογής, των ποσοστών εισφορών, την οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια των δημοσίων νοσοκομείων και την εμπλοκή των ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων. Στην πορεία υπήρχαν οι τροποποιήσεις Ν.134(1)/2002, Ν.101(1)/2004, Ν62(1)/2005 και Ν74(1)/2017, όπου η βουλή τον Ιούνιο, 2017 ενέκρινε τη σταδιακή οικονομική και διοικητική αυτονομία των νοσοκομείων και τη θεσμοθέτηση των ποσοστών εισφοράς και συμμετοχής εργαζομένων, συνταξιούχων, εργοδοτών, αυτοαπασχολούμενων και του προϋπολογισμού.

Βασικός στόχος είναι η δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος υγείας με την ενοποίηση των δημοσίων και ιδιωτικών φορέων. Κυρίαρχο ρόλο σήμερα έχει το Υπουργείο Υγείας και ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας είναι αυτός που αναλαμβάνει κεντρικό διοικητικό ρόλο. Το ΓεΣΥ είναι ένα σύγχρονο και ολοκληρωμένο σύστημα υγείας που προσφέρει καθολική και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας με τη δυνατότητα επιλογής ιδιωτικού ή δημόσιου παρόχου υγείας. Η πρώτη εφαρμογή είχε σαν ημερομηνία εκκίνησης την 1^η Ιουνίου 2019 και με πλήρη συνέπεια είχε εφαρμοστεί ακριβώς τότε. Η πλήρης εφαρμογή έχει σαν ημερομηνία εκκίνησης την 1^η Ιουνίου 2020.

Τα κύρια χαρακτηριστικά και οι βασικές αρχές του ΓεΣΥ είναι:

- ✚ Η καθολική κάλυψη του πληθυσμού
- ✚ Η ισότιμη μεταχείριση όλων των δικαιούχων
- ✚ Η παροχή ενός ολοκληρωμένου πακέτου υπηρεσιών φροντίδας υγείας

- ✚ Η ελεύθερη επιλογή παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας από το δικαιούχο
- ✚ Η κοινωνική αλληλεγγύη

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες του ΓεΣΥ από τους παρόχους δημοσίου και ιδιωτικού τομέα που θα συμβληθούν με τον ΟΑΥ είναι:

- Υπηρεσίες υγείας από προσωπικούς και εξειδικευμένους γιατρούς
- Έκδοση συνταγής από ενταγμένο γιατρό του συστήματος για την παροχή φαρμακευτικών σκευασμάτων
- Εργαστηριακές εξετάσεις
- Νοσηλεία σε νοσοκομεία ενταγμένα στο σύστημα υγείας
- Φροντίδα υγείας για επείγοντα περιστατικά και ατυχήματα
- Υπηρεσίες ασθενοφόρου
- Παροχή υγείας από νοσηλευτές, μαιές, κλινικούς ψυχολόγους, κλινικούς διαιτολόγους, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και λογοπαθολόγους.
- Παροχή προληπτικής οδοντιατρικής υγιεινής
- Ανακουφιστική φροντίδα και ιατρική αποκατάσταση

Οι δικαιούχοι ΓεΣΥ παρουσιάζονται ως εξής:

- Κύπριοι πολίτες
- Ευρωπαίοι πολίτες που εργάζονται ή έχουν αποκτήσει δικαίωμα μόνιμης διαμονής σύμφωνα με τις πρόνοιες της εθνικής νομοθεσίας
- Πολίτες τρίτης χώρας που εργάζονται ή έχουν αποκτήσει δικαίωμα ίσης μεταχείρισης σύμφωνα με τις πρόνοιες της εθνικής νομοθεσίας.
- Πρόσφυγες και πρόσωπα σε καθεστώς συμπληρωματικής προστασίας
- Τα μέλη της οικογένειας των πιο πάνω κατηγοριών σύμφωνα με τις πρόνοιες της εθνικής νομοθεσίας.

Για να ενεργοποιηθεί το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, οι δικαιούχοι θα πρέπει να εγγραφούν σε κατάλογο προσωπικού ιατρού της επιλογής τους όπου και θα απευθύνονται για έκδοση συνταγών φαρμάκων. Όταν ο προσωπικός ιατρός κρίνει ότι περαιτέρω παροχή φροντίδας είναι απαραίτητη τότε εκδίδει αντίστοιχο παραπεμπτικό σε ειδικό ιατρό, εργαστήριο, νοσηλεύτη, μαιά και άλλους επαγγελματίες υγείας. Ακόμα υπάρχει η δυνατότητα, οι δικαιούχοι να έχουν απευθείας πρόσβαση στις παρακάτω περιπτώσεις:

- ❖ Επίσκεψη σε γυναικολόγο και μαιευτήρα για γυναίκες που έχουν συμπληρώσει το 15^ο έτος ηλικίας
- ❖ Επίσκεψη σε οδοντίατρο για προληπτική οδοντιατρική φροντίδα

- ❖ Επίσκεψη σε τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών σε περίπτωση επείγουσας ιατρικής φροντίδας

Το ΓεΣΥ επίσης παρέχει υπηρεσίες που καλύπτουν τις ανάγκες των χρόνιων ασθενών άλλα και σε όσους πάσχουν από σοβαρές σπάνιες παθήσεις. Δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας θα έχουν οι δικαιούχοι και σε κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως προβλέπεται από τις πρόνοιες του Ευρωπαϊκού κανονισμού 883/2004 και του περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης νόμου. Η χρηματοδότηση του ΓεΣΥ προέρχεται από υποχρεωτικές εισφορές όπως φαίνεται στον πίνακα 10. Το ποσό εισφοράς υπολογίζεται επί των συνολικών αποδοχών κάθε φυσικού προσώπου με μέγιστο ετήσιο ποσό για κάθε φυσικό πρόσωπο τις 180,000.00 €

Πίνακας 10 – Εισφορές ΓεΣΥ για 1^η και 2^η φάση

Εισφορές	1^η Φάση	2^η Φάση
Του Κράτους	1,70%	2,65%
Των εργοδοτών	1,85%	2,90%
Των μισθωτών	1,65%	4,70%
Των αυτοτελώς εργαζομένων	2,55%	4,00%
Των συνταξιούχων	1,70%	2,65%
Εισοδηματίες	1,70%	2,65%
Αξιωματούχοι	1,70%	2,65%

Πέρα από τις εισφορές υπάρχει η καταβολή επιπλέον ποσού συμπληρωμής κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας από ειδικούς ιατρούς, εργαστήρια, φαρμακεία, νοσηλευτές, μαιές και άλλους επαγγελματίες υγείας σύμφωνα με τον πίνακα 11

Πίνακας 11 – Συμπληρωμές δικαιούχων ΓεΣΥ

Συμπληρωμές ανά κατηγορία παρόχου	Ποσό
Προσωπικός ιατρός (για κάθε επίσκεψη)	0 €
Ειδικός ιατρός (για κάθε επίσκεψη)	6 €
Πρώτες βοήθειες (επείγοντα για κάθε επίσκεψη)	10 €
Φαρμακεία (ανά φαρμακευτικό προϊόν)	1 €
Εργαστηριακή εξέταση (ανά εξέταση)	1 €

Σύμφωνα με τον ΟΑΥ, η πρόσβαση τις υπηρεσίες που παρέχονται μέσω του ΓεΣΥ, θα γίνεται σύμφωνα με τις ιατρικές ανάγκες και όχι σύμφωνα με την οικονομική δυνατότητα των πολιτών.

Οι ασθενείς χωρίς εισόδημα (άνεργοι, παιδιά, φοιτητές και στρατιώτες) θα έχουν ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Το Γενικό Σύστημα Υγείας είναι ένα σύγχρονο ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας που έχει ως κύριο στόχο την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας στους δικαιούχους.

3.5 Βιβλιογραφία και ηλεκτρονικές πηγές

1. Κ Σίττας και Α Καμαρίτη – Διατροφή και διαιτολογία στα δημόσια νοσοκομεία – Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας
2. Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ – Κλινικές/Τμήματα – Τμήμα Διαιτολογίας
3. Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού – Κλινικές/Τμήματα – Διαιτολογικό Τμήμα
4. Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας – Κλινικές/Τμήματα
5. Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας – Κλινικές/Τμήματα
6. Γενικό Νοσοκομείο Πάφου – Πληροφορίες
7. Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου – Πληροφορίες
8. ΣΥ.ΔΙ.ΚΥ - Υπόμνημα Συ.Δι.Κυ προς τη Βουλή ‘‘Η ανάγκη αύξησης του αριθμού των θέσεων κλινικών διαιτολόγων στα κρατικά νοσηλευτήρια’’, 14 Σεπ. 2017
9. Στατιστική Υπηρεσία ΥΣΤΑΤ – Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2018, Κυπριακή Δημοκρατία, Υπουργείο Οικονομικών
10. Στατιστική Υπηρεσία ΥΣΤΑΤ - Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων, 2017, Κυπριακή Δημοκρατία, Υπουργείο Οικονομικών
11. Σύνδεσμος Διαιτολόγων Κύπρου (ΣυΔιΚυ) cydadiet.org – Νομοθεσία
12. Ηλιόπουλος Ν – «Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης ασθενών και επαγγελματιών υγείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Η περίπτωση του Αρεταίειου νοσοκομείου Κύπρου» - Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
13. Ηλεκτρονική ιστοσελίδα ΓεΣΥ
https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=el_GR&lookuphost=/el-gr/&lookuppge=home

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

4.1 Εισαγωγή

Οι επενδύσεις στον τομέα της υγείας τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί με έμφαση στην τριτοβάθμια νοσηλεία και λιγότερη στην πρόληψη. Τα ευεργετικά αποτελέσματα των διατροφικών παρεμβάσεων, στην πρόληψη ασθενειών και στη γρηγορότερη θεραπεία είναι πλέον αναγνωρισμένα, έτσι η διατροφική υποστήριξη θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στο σύνολο της φροντίδας των ασθενών. Σήμερα υπάρχουν κάποιες βελτιώσεις που αφορούν το κομμάτι αυτό στον τομέα της νοσοκομειακής διατροφής μέσα από πιέσεις συλλογικών φορέων, διαιτολόγων και ΜΜΕ με δημοσιοποιήσεις που αφορούν τις κακές συνθήκες των χωρών και των υπηρεσιών. Υπάρχει βέβαια ακόμα μια μεγάλη διαδρομή για τη θεσμοθέτηση των τμημάτων διατροφής στην Κύπρο σε σχέση με άλλες χώρες που το έχουν ήδη πετύχει. Τα κενά είναι εμφανή και έχουν αναφερθεί ξανά στα προηγούμενα κεφάλαια και που αφορούν την οργάνωση αυτών των μονάδων στα δημόσια νοσοκομεία αλλά και των προδιαγραφών που θα πρέπει να τηρούνται.

Οι προτάσεις που θα παρατεθούν στα επόμενα υποκεφάλαια αφορούν στον τρόπο οργάνωσης ενός τμήματος διατροφικής υποστήριξης και διαιτολογίας για την επίτευξη της παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Ο σκοπός των προτάσεων είναι για προσδιορισμό του καλύτερου τρόπου οργάνωσης και στην ανεύρεση χαρακτηριστικών που καταστήσουν το τμήμα αποδοτικό. Θα γίνει αναφορά, υπολογισμός και προγραμματισμός στο προσωπικό στελέχωσης του τμήματος έτσι ώστε να καλύπτονται όλες οι απαραίτητες διαδικασίες. Επίσης θα υπάρξει αναφορά στη διαχείριση υπηρεσιών διατροφής ως προς την πολιτική και τις διαδικασίες, στην οργάνωση και τον ρόλο του διευθυντή τμήματος. Ακόμα θα παρουσιαστεί η χρησιμότητα λογισμικού και ηλεκτρονικών υπολογιστών στην παροχή διατροφικής φροντίδας. Τέλος θα παρουσιαστεί σε συντομία μια οικονομική αναφορά αποδοτικότητας του τμήματος στις απαιτούμενες κτηριακές εγκαταστάσεις, υποδομές και απαιτούμενο εξοπλισμό.

4.2 Τμήμα διατροφής

Στο τμήμα διατροφής θα πρέπει να εντάσσονται οι πιο κάτω δραστηριότητες:

- ✚ Διαμόρφωση εξειδικευμένων διατροφικών σχημάτων νοσηλευόμενων ασθενών
- ✚ Πληροφόρηση, εκπαίδευση και παρακολούθηση εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών
- ✚ Σίτιση προσωπικού
- ✚ Επιστημονικές, οργανωτικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες όλων των υπεύθυνων διακίνησης και διαχείρισης τροφίμων
- ✚ Η επιστημονική λειτουργία του τμήματος βρίσκεται κάτω από τις Ιατρικές Υπηρεσίες

- ✚ Η οικονομική λειτουργία του τμήματος βρίσκεται κάτω από τη Διοικητική Υπηρεσία

Η παροχή επαρκούς διατροφικής περίθαλψης προϋποθέτει τη διάθεση απαραίτητου προσωπικού και εξοπλισμού που θα καλύπτουν τους τομείς που παρατίθενται πιο κάτω:

- ✚ Διαιτητικές εντολές και θρεπτική κατάσταση ασθενών
- ✚ Διατροφική αξιολόγηση μετά από τις προτιμήσεις των ασθενών
- ✚ Επαναξιολόγηση της διατροφής των ασθενών
- ✚ Ανθρωπομετρικές μετρήσεις
- ✚ Προμήθεια εξοπλισμού διατροφής (σκεύη) και προσωπικού για τη διαδικασία παραγωγής τροφής των προγραμμάτων διατροφικής υποστήριξης
- ✚ Πρωτόκολλα καταγραφής πληροφοριών, απώλειας βάρους, δυσφαγίας και εκπαίδευσης σπουδαστών
- ✚ Οδηγίες και συμβουλευτική στους ασθενείς, στο οικογενειακό τους περιβάλλον και στην επιστημονική ομάδα που τους έχει αναλάβει
- ✚ Διατροφική αγωγή προσαρμοσμένη σε κάθε κατηγορία ασθενών
- ✚ Εξειδικευμένη θρεπτική υποστήριξη εντερικής και παρεντερικής διατροφής και πρωτόκολλα
- ✚ Ιατρικό αρχείο καταγραφής στοιχείων των ασθενών
- ✚ Υπολογισμός χρόνου παραμονής του ασθενή μέχρι και την έκδοση εξιτηρίου μέσα από σχετικά έγγραφα
- ✚ Διατροφική παρέμβαση σε ασθενής με ολική παρεντερική ή υδρική διατροφή για μεγάλα διαστήματα
- ✚ Πρότυπα διατροφικής φροντίδας
- ✚ Παροχή ενδιάμεσων μικρογευμάτων
- ✚ Εκπαίδευση για αλληλεπιδράσεις τροφής-φαρμάκων
- ✚ Εγκεκριμένο κλινικό εγχειρίδιο διατροφής και ενημερωτικό φυλλάδιο που αναφέρει τη διατροφή των νέων εισαγωγών
- ✚ Θρεπτική ανάλυση γευμάτων των ασθενών και μετρήσεις θερμιδικού περιεχομένου γευμάτων
- ✚ Κοινοτικά προγράμματα εκπαίδευσης
- ✚ Δημιουργία διεπιστημονικής ομάδας σύμφωνα με τα πρότυπα του νοσοκομείου και ηγετικός ρόλος
- ✚ Σύστημα διανομής δίσκων φαγητού ασθενών και σύστημα μενού
- ✚ Σύστημα ταυτοποίησης ασθενών και χαρτογράφησης
- ✚ Τρόφιμα από εξωτερικούς συνεργάτες εστίασης και τροφοδοσίας τύπου catering
- ✚ Συνεργασία νοσηλευτικού προσωπικού και φαρμακείου για την επιλογή φαρμάκου και διατροφικής φροντίδας.
- ✚ Δημιουργία ομάδας διατροφικής υποστήριξης και επιτροπής διατροφής
- ✚ Εκτίμηση ικανότητας προσωπικού και παραγωγικότητας

4.3 Οργάνωση και στελέχωση

Η δημιουργία δομών παροχής υπηρεσιών διατροφής, πρόληψης, διατήρησης και ανάπτυξη προσωπικού κρίνεται απαραίτητη. Η στελέχωση της διοικητικής μονάδας των τμημάτων διατροφής πρέπει να γίνει από ανθρώπινο δυναμικό που να μπορεί να προσαρμοστεί και να παρέχει ποιοτική φροντίδα υγείας μετά από εκπαίδευση. Τα διατροφικά τμήματα μπορούν είτε να απαρτίζονται από όλα τα μέλη του προσωπικού που θα παρουσιαστούν στις προτάσεις του Κεφαλαίου 4, είτε από ένα διαιτολόγο μόνο (για πιο μικρά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης) που θα συντονίζει τις διατροφικές υπηρεσίες. Στην ομάδα διατροφής ενός μεγάλου οργανισμού μπορούν να ενταχθούν διαιτολόγοι, βοηθοί διαιτολόγοι – οικονομοί, διευθυντής τμήματος και βοηθοί διατροφής.

4.3.1 Προσδιορισμός μεγέθους του ανθρώπινου δυναμικού

Ο καθορισμός του είδους και του όγκου των εργασιών του τμήματος ημερησίως καθορίζει το μέγεθος του ανθρώπινου δυναμικού που θα στελεχώσει το τμήμα διατροφής. Υπάρχουν οι πιο κάτω μεταβλητές που μετά από την εκτίμησή τους εξασφαλίζεται το απαραίτητο προσωπικό.

- Ο χρόνος που απαιτείται για την προετοιμασία και διανομή των γευμάτων
- Ανάλογα με το σύστημα διανομής περιφερικό ή κεντρικό γίνεται χρήση επιπλέον προσωπικού
- Επάρκεια εξοπλισμού
- Ο τύπος συστήματος των δίσκων και πιάτων σερβιρίσματος μπορεί να μειώσει αρκετά το χρόνο που χρειάζεται για αυτή τη διεργασία
- Η ποιότητα εργασίας που αναμένεται από το προσωπικό

4.3.2 Ρόλοι και ευθύνες του ανθρώπινου δυναμικού

Για να γίνει ο καθορισμός του προσωπικού, θα πρέπει πρωτίτερα να έχει εκτιμηθεί η παραγωγικότητα του τμήματος

Προϊστάμενος:

1. Κλινικός διαιτολόγος, υπεύθυνος για την ομαλή λειτουργία του τμήματος
2. Προγραμματισμός, καταμερισμός και συντονισμός των εργασιών όλων των ειδικοτήτων του τμήματος
3. Εισηγήσεις στη διοίκηση για όλα τα θέματα που αφορούν το τμήμα
4. Αξιολόγηση εργαζομένων
5. Προγραμματισμός, εκπόνηση και υλοποίηση ενδονοσοκομειακής εκπαίδευσης των εργαζομένων του τμήματος
6. Σύνταξη προγραμμάτων εκπαίδευσης εκπαιδευόμενων φοιτητών διαιτολογίας
7. Εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων

Διαιτολόγος:

1. Σύνταξη εξειδικευμένων και εξατομικευμένων διατροφικών σχημάτων για κάθε νόσο και την πορεία αυτής
2. Διατήρηση διατροφικού ιστορικού ασθενών
3. Εκπαίδευση και πληροφόρηση ασθενών εξωτερικών και εσωτερικών ιατρείων με χρόνια νοσήματα
4. Παρακολούθηση ιατρικής επίσκεψης στους θαλάμους και συνεργασία με γιατρό και νοσηλευτικό προσωπικό για παροχή διατροφικής φροντίδας
5. Συμμετοχή σε επιστημονικές δραστηριότητες του οργανισμού που αφορούν τη διατροφή, σε ομάδα εκπαίδευσης φοιτητών, στην επιτροπή ελέγχου ποιότητας τροφίμων και στην επιτροπή διαγωνισμών προμήθειας

Γραφείο διαχείρισης τροφίμων

1. Συνδέεται άμεσα με το γραφείο διαιτολόγων και σε αυτό εντάσσονται διοικητικοί υπάλληλοι
2. Εξασφαλίζει την καλή λειτουργία και απόδοση του τμήματος που ασχολείται με τη διαδικασία προμήθειας, διακίνησης, συντήρησης, παρασκευής τροφίμων και τη διαχείριση του μη αναλώσιμου υλικού του τμήματος
3. Ενημέρωση προγράμματος με τιμές σύμβασης ή εμπορίου για τα διάφορα είδη
4. Λογιστικές διεργασίες και γραμματειακή υποστήριξη του τμήματος
5. Σύνταξη συγκεντρωτικών και αναλυτικών καταστάσεων που αφορούν τα προγράμματα διατροφής που έχουν εκτελεστεί
6. Παραγγελίες τροφίμων και μη αναλώσιμων υλικών
7. Συμμετοχή στην ενδονοσοκομειακή επιμόρφωση ανάλογα με το αντικείμενο του

Αποθήκη τροφίμων:

1. Ποσοτική παραλαβή τροφίμων, σύνταξη πρωτοκόλλου εσωτερικής διακίνησης και ιχνηλασιμότητα
2. Τοποθέτηση τροφίμων και άλλων προϊόντων που αφορούν τη διατροφή στις αποθήκες
3. Μεταφορά τροφίμων και άλλων σχετιζόμενων με τη διατροφή προϊόντων στην κουζίνα
4. Εξασφάλιση και διατήρηση καθαριότητας, τάξης και επικράτηση υγειονομικών συνθηκών αποθήκευσης
5. Στο τμήμα αυτό εντάσσονται ο αποθηκάριος και ο εργάτης αποθήκης

Κουζίνα/Μαγειρείο: Στο τμήμα αυτό εντάσσονται οι Α και Β αρχιμάγειρες, οι Α', Β' και Γ' μάγειροι, μάγειροι ειδικών διαιτολογίων, γαλακτοκόμοι, καθαριστές και άτομα υπεύθυνα για την πλύση των σκευών

Υπεύθυνος τραπεζοκόμων:

1. Διαμόρφωση του προγράμματος εργασίας σε συνεργασία με τον προϊστάμενο του τμήματος διατροφής
2. Τήρηση του προγράμματος εργασίας τραπεζοκόμων, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού
3. Τήρηση της στολής όλου του προσωπικού και σωστή λειτουργία του χώρου διανομής κλινών
4. Εξασφάλιση καλής λειτουργίας τραπεζαρίας του προσωπικού

Προσωπικό εστίασης:

1. Οι τραπεζοκόμοι προσωπικού έχουν στην ευθύνη τους την καλή λειτουργία της τραπεζαρίας
2. Οι τραπεζοκόμοι νοσηλευτικών τμημάτων έχουν στην ευθύνη τους την παραλαβή και μεταφορά του τελικού προϊόντος στους ασθενείς, τον καθαρισμό και φύλαξη σκευών διανομής και την τήρηση όλων των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας τροφίμων

Επόπτης δημόσιας υγείας:

1. Υγειονομικός έλεγχος και ποιοτική παραλαβή τροφίμων
2. Εξασφάλιση εφαρμογών υγειονομικών κανονισμών στους χώρους σίτισης
3. Δειγματοληψίες νερού και υγιεινή αποχέτευσης
4. Εκπαίδευση προσωπικού που αφορά την υγιεινή και υγειονομική συμπεριφορά αλλά και την πρόληψη ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων

Τεχνολόγος τροφίμων:

1. Σύνταξη προδιαγραφών προμήθειας και ποιοτικός έλεγχος παραλαβής τροφίμων
2. Εξασφάλιση εφαρμογής υγειονομικών κανονισμών στους χώρους σίτισης
3. Επίβλεψη συστήματος παραλαβής, παρασκευής, συντήρησης και διακίνησης τροφίμων
4. Δειγματοληψία τροφίμων

4.3.3 Εκτίμηση και αξιολόγηση επιπέδου παραγωγικότητας

Η μέγιστη δυνατή παραγωγικότητα ενός τμήματος μπορεί να προκύψει από την πλήρη εκμετάλλευση των δυνατοτήτων του προσωπικού μέσα από μια διαδικασία συγκράτησης δαπανών του ανθρωπίνου δυναμικού. Ο έλεγχος της παραγωγικότητας θα πρέπει να γίνει μέσα από τον προσδιορισμό του χρόνου παροχής υπηρεσιών που έχει χρησιμοποιηθεί και από την αξιολόγηση των ικανοτήτων και γνώσεων του διαιτολόγου και τα οφέλη της παροχής διατροφικής υποστήριξης. Ο καθορισμός του χρόνου που αφιερώνει η διατροφική ομάδα για κάθε στόχο επιτυγχάνεται μην καταγραφεί στοιχείων του ασθενή που παρακολουθείται, ο χρόνος που έχει αφιερωθεί από τον επαγγελματία υγείας και ο τύπος δραστηριότητας που έχει ολοκληρωθεί. Έτσι με αυτή τη διαδικασία διευκολύνεται η δημιουργία εγγράφων του τμήματος που αναφέρει κοινούς στόχους για την αξιοποίηση από το διευθυντή σε ότι αφορά το χρόνο που έχει χρησιμοποιηθεί για την ολοκλήρωση των διαφόρων στόχων.

Όσο αφορά τα οφέλη της παροχής διατροφικής υποστήριξης, αυτά θα πρέπει να καθοριστούν από την οικονομική πλευρά κυρίως μιας και έχει ήδη αναφερθεί η θετική επίδραση στην έκβαση της θεραπείας και της υγείας του ασθενή. Επίσης θα πρέπει να διασφαλίσει η διαδικασία αυτή οι ευθύνες που μοιράζονται, αντιστοιχούν στο επίπεδο ικανότητας των ατόμων της ομάδας. Ο κλινικός διαιτολόγος δηλαδή εκτελεί τις σύνθετες δραστηριότητες διατροφικής παρέμβασης και η αξιολόγηση συμπεριφοράς των ασθενών και παροχή διατροφικής αγωγής να γίνεται από τους διαιτολόγους. Ο στόχος που αφορά την αρχική αξιολόγηση του ασθενή για πιθανό ή υπάρχων διατροφικό κίνδυνο μπορεί να γίνει από το νοσηλευτικό προσωπικό μέσα από το καθορισμένο πρωτόκολλο αξιολόγησης.

Η αξιολόγηση της σχέσης αποδοτικότητας – δαπανών ανήκει στα καθήκοντα του διευθυντή τμήματος διατροφής και αφορά την αξιοποίηση του προσωπικού και τα οφέλη από την παρεχόμενη διατροφική παρέμβαση. Η αξιολόγηση της ποιότητας των διατροφικών παρεμβάσεων που παρέχονται γίνεται έτσι ώστε να καθοριστεί αν υπάρχει βελτίωση στην πορεία της υγείας του ασθενή. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται για τα οφέλη της χρήσης ενός προϊόντος ή για την εφαρμογή ενός διατροφικού προγράμματος είναι η σύγκριση κόστους – κέρδους παρά το γεγονός ότι η μέθοδος αυτή είναι πιο αποτελεσματική όταν η δαπάνη των υπηρεσιών υγείας είναι άμεση. Πιο αποτελεσματική κρίνεται η σύγκριση απόδοσης – κόστους στην περίπτωση αυτή μιας και προσδιορίζεται το κόστος των υπηρεσιών ή του προγράμματος για την κάθε χρονική στιγμή. Για τον ασθενή και το νοσοκομείο τα οφέλη είναι ο μειωμένος χρόνος παραμονής, η βελτιωμένη ποιότητα ζωής των ασθενών και η αποτροπή χρήσης του συστήματος υγείας χωρίς λόγο.

Η επάρκεια προσωπικού μπορεί να επιφέρει την επιθυμητή παραγωγή έργου, το τελικό δηλαδή αποτέλεσμα μιας εργασίας ενός τμήματος. Στο τμήμα διατροφής, η παραγωγή έργου περιλαμβάνει την παραγωγή ποικίλων γευμάτων και τις υπηρεσίες που σχετίζονται με τη διατροφή. Η παραγωγικότητα του τμήματος εξαρτάται από τον αριθμό του απαραίτητου προσωπικού έτσι ώστε η πρώτη ύλη να ελεγχθεί και να μετατραπεί στο τελικό προϊόν όπως για παράδειγμα, γεύμα ή διαιτολόγιο. Το προσωπικό που απαιτείται για την παραγωγή συγκεκριμένου αριθμού γευμάτων προκύπτει μέσα από τον υπολογισμό της μέσης παραγωγικότητας. Για να γίνει εφικτή η αξιολόγηση της παραγωγικότητας ενός εργαζομένου σε ένα από τα τμήματα διατροφής που έχει σαν κύρια ενασχόληση τα γεύματα ασθενών, συνοδών, ενδιάμεσα μικρογεύματα, διατροφή νεογνών και διακίνηση τροφοδοσίας μέσω εξωτερικού συνεργάτη, θα πρέπει να οριστεί μια πρότυπη μονάδα υπηρεσίας (1 γεύμα = 1 μονάδα).

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι προσδιορισμού μέσου κόστους γευμάτων που χρησιμοποιούνται από τις διάφορες επιχειρήσεις εστίασης. Για ένα νοσοκομείο η πιο ακριβής μέθοδος είναι μέσω του προσδιορισμού του μαθηματικού τύπου των κατειλημμένων κλινών και σε αυτόν περιλαμβάνονται η περίθαλψη των ασθενών που αναγνωρίζονται επίσημα και έχουν νοσηλευτεί τουλάχιστον για 24 ώρες. Κάθε μήνα το τμήμα αποδοχών ή το λογιστήριο παρέχει την κατάσταση των κατειλημμένων

κλινών. Μιας και οι υπηρεσίες του τμήματος διατροφής που αφορά τη σίτιση μοιάζουν με αυτές των επιχειρήσεων εστίασης, χρησιμοποιείται η ίδια μέθοδος υπολογισμού περιθωρίου κέρδους.

Για το μέσο κόστος των γευμάτων υπολογίζονται οι εξής παράμετροι:

1. A: Αριθμός ατόμων που θα σιτιστούν
2. B: Κόστος σίτισης (€)
3. Μέσο κόστος σίτισης ανά άτομο = B/A (€)

Για παράδειγμα: $A = 200$, $B = 550$ ευρώ τότε το μέσο κόστος σίτισης ανά άτομο είναι 2,75 ευρώ

Ο υπολογισμός του αριθμού των παραγόμενων γευμάτων προκύπτει από τον πιο κάτω λόγο:

- Κόστος σίτισης εστίας για την συγκεκριμένη χρονική περίοδο (€)/μέσο κόστος γεύματος (€)

Για παράδειγμα: $2,75$ ευρώ / $45,000$ ευρώ = $16,364$ παραγόμενα γεύματα

Ο αριθμός των παραγόμενων γευμάτων χρησιμοποιείται στη συνέχεια για τον υπολογισμό της παραγωγικότητας:

- Γεύματα ανά ώρα εργασίας/ώρες εργασίας
- Ώρες εργασίας ανά γεύμα = αριθμός ωρών εργασίας ανά γεύμα/αριθμός ωρών εργασίας

Για παράδειγμα: $16,364/2,975 = 5,5$ γεύματα ανά ώρα και $2,975/16,363 = 0,19$ ώρες εργασίας ανά γεύμα

4.3.4 Υπολογισμός προσωπικού πλήρης απασχόλησης και κάλυψη υπερωριών

Η πλήρης απασχόληση αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη περίοδο που καλύπτει 8 ώρες εργασίας ημερησίως, 40 ώρες εβδομαδιαίως και 173,33 ώρες μηνιαίως. Ο υπολογισμός του αριθμού προσωπικού πλήρης απασχόλησης προκύπτει από το λόγο των μηνιαίων ωρών εργασίας/μηνιαίες ώρες προσωπικού πλήρης απασχόλησης.

Για παράδειγμα: $2,975/173,33 = 17,2$ προσωπικό πλήρης απασχόλησης

Ο αριθμός που προκύπτει από την εξίσωση προσωπικού πλήρης απασχόλησης του τμήματος δεν αντιστοιχεί απαραίτητα στο αριθμό του προσωπικού που απασχολείται από το τμήμα. Όποτε αν υπολογιστεί ότι ετησίως απαιτείται 10,5 προσωπικό πλήρης απασχόλησης τότε θα πρέπει να απασχολούνται συνολικά 13 υπάλληλοι όπου οι 9 είναι πλήρης απασχόλησης και οι 4 υπάλληλοι να εργάζονται με σύμβαση ημισπασχόλησης.

Πέρα από τον υπολογισμό που έχει αναφερθεί πιο πάνω, θα πρέπει να υπολογίζεται και ο αριθμός υπερωριών, διαλειμμάτων και μη παραγωγικών ωρών που πληρώνονται από το τμήμα διατροφής. Ο αριθμός υπερωριών εξαρτάται από τις διακυμάνσεις των απαιτήσεων, την ανεπάρκεια εκπλήρωσης καθηκόντων από το προσωπικό, την ανεπάρκεια εξοπλισμού εργασίας, τους τραυματισμούς υπαλλήλων, τη διαθεσιμότητα των εργαζομένων και το μέγεθος του νοσοκομείου. Τα περισσότερα

νοσοκομεία καθορίζουν τα ποσοστά υπερωριών μέσα από ιστορικά στοιχεία και από το περιβάλλον του τμήματος πριν την ολοκλήρωση του ετήσιου προϋπολογισμού που αφορά τη λειτουργία του. Ο αριθμός του προσωπικού πλήρης απασχόλησης υπερωριών ισούται με τον συνολικό αριθμό προσωπικού πλήρης απασχόλησης επί το ποσοστό υπερωριών.

4.4 Υπηρεσίες διατροφής και διαχείριση

Η επίτευξη των στόχων του τμήματος διατροφής πέρα από το σχεδιασμό, έλεγχο, αξιολόγηση παραγωγικότητας και ικανότητας του ανθρωπίνου δυναμικού, γίνεται και μέσω προγραμμάτων μάρκετινγκ μιας και είναι εμφανής η συνεχής αύξηση των απαιτήσεων της υγειονομικής περίθαλψης. Η έγκαιρη διατροφική παρέμβαση για ομάδες υψηλού κινδύνου είναι το προτεινόμενο προληπτικό μέτρο. Ειδικότερα, η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας μπορεί να επιφέρει την ελαχιστοποίηση της ανάγκης για συνεχή υγειονομική περίθαλψη ενισχύοντας το ρόλο του διαιτολόγου. Ακόμα, η ενημέρωση του πληθυσμού για την επίδραση της διατροφής στην υγεία και στην ποιότητα ζωής που επιφέρει είναι μια τάση του μάρκετινγκ που αφορά τους διαιτολόγους.

Μια από τις κυριότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία είναι η διατήρηση της παρεχόμενης φροντίδας και την παράλληλη επιδίωξη της παροχής, αποδοτικής οικονομικά και με κέντρο τον ασθενή περίθαλψης. Οι ιδιωτικοί φορείς ασφάλισης μαζί με τα δημόσια ταμεία ασφάλισης καθορίζουν την τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας βασισμένοι στο πιθανό κόστος της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας από όπου και προκύπτει η αμοιβή των νοσοκομείων. Οι έρευνες αγοράς από τον οργανισμό στοχεύουν στην καλύτερη εξυπηρέτηση ασθενών μιας και προσδιορίζονται οι προτιμήσεις τους για υγειονομική περίθαλψη. Οι έρευνες αγοράς για να γίνουν προϋποθέτουν τα τμήματα δημοσίων σχέσεων, προγραμματισμού και ανάπτυξης και μάρκετινγκ όπου εντοπίζονται οι καινούριες αγορές προϊόντων και παραγόμενων υπηρεσιών αλλά και προτείνουν προγράμματα προσφοράς υπηρεσιών υγείας στοχεύοντας συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού.

Το εξειδικευμένο προσωπικό και οι μονάδες αποκατάστασης του νοσοκομείου έχουν σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό προώθησης υπηρεσιών και παροχών τόσο για τον ασθενή αλλά και για τους ασφαλιστικούς φορείς μιας και υπάρχει η δυνατότητα, ο ασθενής να παραμείνει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο λαμβάνοντας συνεχή φροντίδα από τα ίδια άτομα, ενώ το νοσοκομείο λαμβάνει μεγαλύτερες απολαβές από τους φορείς ασφάλισης. Επίσης η ενίσχυση της φήμης του νοσοκομείου για το τμήμα διατροφής προωθεί μια καλή δημόσια εικόνα του ιδρύματος σε τοπικό και πληθυσμιακό επίπεδο. Στο τμήμα διατροφής τα νέα προγράμματα που θα μπορούσαν να αναπτυχθούν μαζί με τις νέες προσφερόμενες υπηρεσίες εντός και εκτός νοσοκομείου έχουν ως εξής:

- Κτηριακές εγκαταστάσεις αποκλειστικά για τη διατροφική αξιολόγηση
- Προώθηση προγραμμάτων μείωσης βάρους, αγωγής υγείας και φυσικής αγωγής εξωτερικών ασθενών

- Εξατομίκευση διατροφικών σχημάτων, ανθρωπομετρικές μετρήσεις και συμβουλευτική για εξωτερικούς ασθενείς
- Δημοσιεύσεις και προγράμματα διατροφικής αγωγής
- Γαστρονομική κουζίνα για ασθενείς
- Αρτοποιείο στο χώρο του νοσοκομείου για ασθενείς, επισκέπτες και προσωπικό
- Συνεργασία με άλλους φορείς όπως σχολεία, οίκοι ευγηρίας και νηπιαγωγεία για την προώθηση της υγείας και διατροφικής αγωγής
- Ανάπτυξη στρατηγικών για αύξηση της ικανοποίησης ασθενών

4.4.1 Κλινικός Διευθυντής

Ηγετικός ρόλος που απαιτεί επικοινωνιακές δεξιότητες, οργάνωση και εργασιακή εμπειρία. Επίσης η δημιουργία εμπιστοσύνης μεταξύ διευθυντή και προσωπικού διευκολύνει τη σωστή διαχείριση χρόνου στην άμεση επίβλεψη του ανθρωπίνου δυναμικού μαζί με τον προγραμματισμό μελλοντικών στόχων. Οι αρμοδιότητες του διευθυντή τμήματος διατροφής ποικίλουν ανάλογα με το νοσοκομείο. Σε πολλά νοσοκομεία, τα καθήκοντα περιλαμβάνουν την παροχή κατευθύνσεων για την πρακτική άσκηση φοιτητών (ένα σημαντικό πλεονέκτημα του νοσοκομείου), ενώ σε μεγαλύτερα νοσοκομεία τα καθήκοντα περιλαμβάνουν ενασχόληση με την ενδονοσοκομειακή έρευνα μέσα από επίβλεψη και συντονισμό της ερευνητικής ομάδας. Ο κλινικός διευθυντής είναι αρμόδιος για την αξιολόγηση και τον έλεγχο του προσωπικού για τη σωστή εφαρμογή προτύπων, πολιτικών, διαδικασιών και προϋπολογισμών. Επίσης στα καθήκοντα του αναφέρεται και ο έλεγχος της απόδοσης του τμήματος σε οικονομικό επίπεδο βελτιώνοντας την οικονομική κατάσταση του τμήματος με τη δημιουργία καινοτόμων προγραμμάτων που θα αποφέρουν επιπλέον έσοδα στον οργανισμό.

4.4.1.1 Προγραμματισμός των εργασιών

Για την ομαλή λειτουργία του τμήματος κρίνεται απαραίτητος ο σχεδιασμός του ωρολογίου προγράμματος προσωπικού. Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα εργασίας που απεικονίζει τις 40 ώρες εργασίας (πενθήμερο) είναι το δημοφιλέστερο. Πραγματικά όμως, ο παραγωγικός χρόνος απασχόλησης εργαζομένων είναι οι 35 ώρες με την προϋπόθεση του πληρωμένου δεκαπεντάλεπτου διαλείμματος για κάθε 4 ώρες και του τριαντάλεπτου διαλείμματος για φαγητό το οποίο δεν περιλαμβάνεται στις μισθολογικές απολαβές. Παρόλα αυτά, έχουν αναπτυχθεί καινοτόμα ωρολόγια προγράμματα με ημερήσιο χρόνο απασχόλησης 10 ½ ωρών για 4 μέρες με αποτέλεσμα τη βελτίωση της αποδοτικότητας και αύξηση της ικανοποίησης των υπαλλήλων. Η ευελιξία του ωρολογίου προγράμματος είναι σημαντική για την εργασιακή ικανοποίηση. Έτσι μπορεί να παρέχεται το δικαίωμα στους υπαλλήλους του τμήματος διατροφής και με βάση τις ώρες αιχμής του νοσοκομείου, να επιλέγουν τον τύπο ωρολογίου προγράμματος που τους εξυπηρετεί καλύτερα. Ακόμα μέσα από την εκπαίδευση του προσωπικού και του σχεδίου διεύρυνσης εργασίας μπορεί να εκτελεστεί από ένα

άτομο μια σειρά καθηκόντων έτσι ώστε να μειώνεται σημαντικά ο συνολικός αριθμός υπαλληλικού προσωπικού που απαιτείται για την ολοκλήρωση των εργασιών.

Πέρα από το ωρολόγιο πρόγραμμα εργασίας, θα πρέπει να παρέχεται και ένα πρόγραμμα αρμοδιοτήτων σε καθημερινή βάση με την περιγραφή των καθηκόντων των εργαζομένων έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η γραπτή οδηγία χωρίς περιθώρια λάθους αντίληψης, η τήρηση της προθεσμίας για τον καθορισμό στόχων και η συνεχής και ομαλή εργασία χωρίς το προσωπικό να έχει κενά περιμένοντας οδηγίες. Μιας και ο σχεδιασμός του προγράμματος αρμοδιοτήτων είναι μια σύνθετη και χρονοβόρα διαδικασία, τότε χρησιμοποιούνται διάφορα λογισμικά προγράμματα που απαιτούν την επαρκή εκπαίδευση του χρήστη, έτσι ώστε να υπάρχουν διαθέσιμες εκθέσεις και για τα άλλα τμήματα σε ότι αφορά το σύνολο των ωρών εργασίας. Η χρήση λογισμικού βοηθάει και στην εξοικονόμηση χρόνου από την μεριά του διευθυντή τμήματος. Η ανάλυση της καταγραφής των εργασιών και δραστηριοτήτων του είναι χρήσιμη ως προς τον καθορισμό της επιτυχίας ή αποτυχίας των εβδομαδιαίων στόχων.

Για την αποφυγή απώλειας χρόνου κατά τη διάρκεια της ημέρας υπάρχουν συγκεκριμένες ενέργειες που πρέπει να παρατηρηθούν, όπως τα υπερβολικά τηλεφωνήματα, οι αδικαιολόγητες μακροχρόνιες συνεδριάσεις, οι απρογραμμάτιστες επισκέψεις, η γραφειακή εργασία. Κάποιες τεχνικές προτείνονται πιο κάτω:

- Η διάρκεια των τηλεφωνικών κλήσεων να μη υπερβαίνει τη μια ώρα ημερησίως
- Ορισμός χρονικής διάρκειας των συνεδριάσεων όποτε είναι εφικτό
- Οι επισκέψεις να επιτρέπονται αυστηρά κατόπιν ραντεβού
- Μείωση γραφειακής εργασίας μέσω της ανάθεσης σε άλλους υπαλλήλους
- Ανάθεση συγκεκριμένων δραστηριοτήτων στο προσωπικό
- Χρονοδιάγραμμα απαντήσεων μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου
- Παρακολούθηση σεμιναρίων τεχνικών διαχείρισης χρόνου

4.4.2 Οικονομικός προγραμματισμός

Οι οικονομικοί στόχοι ενός τμήματος του νοσοκομείου θα πρέπει να συμφωνούν με τους συνολικούς στόχους του οργανισμού. Έτσι για να καλυφθούν οι διατροφικές ανάγκες και διατροφική περίθαλψη των ασθενών στο μέλλον, να προσδιοριστεί η ανάγκη σε προσωπικό, ο οικονομικός προγραμματισμός και ο προγραμματισμός διατροφικής περίθαλψης είναι απαραίτητος. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι ο προγραμματισμός συγκεκριμένα της διατροφικής περίθαλψης δεν αξιολογεί μόνο την τρέχουσα παροχή διατροφικής φροντίδας αλλά και τις ανάγκες που δημιουργούνται μέσα από εξελισσόμενα πρότυπα διατροφικής υποστήριξης για αλλαγή της παρεχόμενης φροντίδας. Σε ότι αφορά τις οικονομικές υποχρεώσεις του τμήματος διατροφής, μια πρόταση που θα μπορούσε να εξεταστεί είναι η αξιολόγηση ασθενών από τους διαιτολόγους να γίνεται εκτός νοσοκομείου, δημιουργώντας εκπαιδευτικά διατροφικά προγράμματα για την Τρίτη ηλικία και ενημερώνοντας τους

καταναλωτές σχετικά με την ασφάλεια, ποιότητα και διατροφική αξία των τροφίμων που καταναλώνονται.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες έναντι αμοιβής του τμήματος διατροφής και υπηρεσιών τροφίμων εμπεριέχουν μια αυτοματοποιημένη ανάλυση αναγκών σε θρεπτικά συστατικά, αυτοματοποιημένο προγραμματισμό μενού, διατροφική αγωγή εξωτερικών και νοσηλευόμενων ασθενών, προγράμματα απώλειας βάρους, προγράμματα διατροφής και άσκησης και εξειδικευμένα διατροφικά προγράμματα. Οι υπηρεσίες αυτές για να προωθηθούν και να υπολογιστεί η οικονομική τους απόδοση αλλά και ο χρόνος που θα δαπανηθεί από το προσωπικό τότε θα πρέπει να γίνει μια έρευνα αγοράς από τον κλινικό διευθυντή, όπου θα παρουσιαστούν τα ποσοστά προθυμίας πληρωμής των υπηρεσιών από τους ασθενείς ή και τις ασφαλιστικές υπηρεσίες και θα πρέπει να γίνει η κοστολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών θέτοντας ρεαλιστικούς στόχους. Το κόστος που σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών του τμήματος θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο συνολικό κόστος ανά μονάδα υπηρεσίας. Απαραίτητη είναι επίσης η πρόβλεψη χρεών και οι συμπερίληψη αυτών στο συνολικό κόστος.

Τα έσοδα του τμήματος διατροφής καταγράφονται σε μορφή αποζημίωσης, με το πρότυπο αμοιβής για την υπηρεσία όπου γίνεται ένας έλεγχος της αξίας της υπηρεσίας από τον πληρωτή και καθορίζονται οι κατάλληλες υπηρεσίες για τους ασφαλισμένους και με το πρότυπο της κάλυψης των εξόδων των ασφαλισμένων από τους ασφαλιστικούς φορείς μέσα από καθορισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών. Λαμβάνοντας υπόψη τη σύγκριση κόστους – κέρδους, θα πρέπει ο κλινικός διευθυντής να αποδείξει ότι η διατροφική παρέμβαση δε συμπεριλαμβάνεται στο πρόσθετο κόστος και μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί άλλων παρεμβάσεων που είναι πιο δαπανηρές. Όσο το κόστος της υγειονομικής ασφάλισης αυξάνεται τόσο πιο δύσκολη γίνεται η κάλυψη υπηρεσιών διατροφής από τους ασφαλιστικούς φορείς. Αντιθέτως αν η επαρκής διατροφικής αντιμετώπιση δεν είναι εμφανής τότε δημιουργείται ρυθμιστικό ζήτημα από τον ασφαλιστικό φορέα.

4.5 Παροχή υπηρεσιών διατροφής

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες διατροφής περιλαμβάνουν αξιολόγηση διατροφικού κινδύνου και διατροφικής κατάστασης, σύνταξη διατροφικού προγράμματος, επαναξιολόγηση, συμβουλευτική και αξιολόγηση διατροφικής επάρκειας ασθενών. Οι κλινικοί διαιτολόγοι συμβάλλουν σημαντικά στην αντιμετώπιση του υποσιτισμού, μία κατάσταση ασθενών που προσελκύει την προσοχή των ιατρών και επαγγελματιών υγείας, και άλλων προβλημάτων που σχετίζονται με τη διατροφή μέσα από οικονομικά αποδοτικές υπηρεσίες. Οι δραστηριότητες είναι οι εξής:

- ✚ Συνεργασία ομάδας διατροφικής υποστήριξης για την παροχή ολικής παρεντερικής ή εντερικής διατροφής σε ασθενείς που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου διατροφικής ανεπάρκειας
- ✚ Προσδιορισμός υποσιτισμού (δευτεροβάθμια διάγνωση ή παράγοντας νοσηρότητας)

- ✚ Προσδιορισμός ασθενών με επιπλοκές που τους αναγκάζουν να επιστρέφουν στο νοσοκομείο
- ✚ Έρευνα μέσου χρονικού διαστήματος νοσηλείας για ασθενείς που νοσούν από ασθένειες που ανήκουν στις δέκα πιο συχνές διαγνώσεις. Μέσα από αυτό καθορίζεται η αποτελεσματικότητα της διατροφικής παρέμβασης σε σχέση με τη μειωμένη διάρκεια νοσηλείας
- ✚ Εφαρμογή ICD που σχετίζονται με τη διατροφή³
- ✚ Αποζημίωση από του ασθενείς ή ασφαλιστικούς φορείς για τις προσφερόμενες υπηρεσίες

Για την αξιολόγηση διατροφικών αναγκών των ασθενών κατά την εισαγωγή τους αρχικά συμπληρώνεται το έντυπο διατροφικής αξιολόγησης που έχει σχεδιαστεί από το τμήμα διατροφής. Το έντυπο αυτό διασφαλίζει την ύπαρξη διατροφικού κινδύνου. Ο βοηθός διαιτολόγου είναι υπεύθυνος για τη συνέντευξη και τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη διατροφική πρόσληψη του ασθενή πριν από την εισαγωγή, τις διατροφικές προτιμήσεις και δυσανεξίες ή αλλεργίες σε συγκεκριμένες ουσίες που περιέχονται στα τρόφιμα. Η διατροφική αξιολόγηση παρουσιάζει το μέγεθος της επάρκειας της διατροφικής πρόσληψης του ασθενή μέσα από συνέντευξη και συμπλήρωση ερωτηματολογίων συνήθους διατροφικής πρόσληψης. Οι ασθενείς που σύμφωνα με την αξιολόγηση παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά διατροφικού κινδύνου θα πρέπει να αξιολογούνται από τον κλινικό διαιτολόγο αντί για τον βοηθό. Μαζί με τα πιο πάνω θα πρέπει να συνεκτιμηθούν και η διάγνωση ιατρού με τα αποτελέσματα εργαστηριακών και φυσικών εξετάσεων.

Η αξιολόγηση θα πρέπει να πραγματοποιείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και συχνότητα εξαρτάται από τη διατροφική κατάσταση των ασθενών και το ιατρικό ιστορικό. Στις μονάδες εντατικής θεραπείας η αξιολόγηση αποτελεί χρονοβόρα διαδικασία για τους διαιτολόγους μιας και οι ασθενείς παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα που αφορούν την πρόσληψη τροφής, κατάποση, πέψη και δυσκολία ανοχής του οργανισμού σε συγκεκριμένα τρόφιμα. Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται ένας αριθμός συνεδριών της διεπιστημονικής ομάδας διατροφικής υποστήριξης που περιλαμβάνει ιατρό, φαρμακοποιό, νοσηλευτικό προσωπικό και διαιτολόγο, έτσι ώστε να γίνεται η σωστή επιλογή του βέλτιστου διατροφικού σχήματος, αλλά και συνεδρίες ενημέρωσης του ασθενή και του οικογενειακού περιβάλλοντος από το διαιτολόγο σχετικά με τη διατροφική του κατάσταση και το σχέδιο περίθαλψης.

Στην περίπτωση που ο ασθενής δε διατρέχει κάποιο διατροφικό κίνδυνο μετά από την αξιολόγηση της διατροφικής υποστήριξης, τότε ο διαιτολόγος αποφασίζει το σχήμα διατροφικής υποστήριξης και τον τρόπο εφαρμογής. Τα αποτελέσματα της διατροφικής παρέμβασης και διατροφικής αξιολόγησης θεωρούνται προσωπικά δεδομένα του ασθενή και σύμφωνα με τον γενικό κανονισμό προστασίας δεδομένων (GDPR) που αφορά τον τομέα και τις υπηρεσίες της υγείας θα πρέπει να καταγράφονται στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Ασθενούς που εξυπηρετεί:

³ Διεθνής κατηγοριοποίηση ασθενειών [Clinical International Classification of Diseases (ICD)]. Σήμερα χρησιμοποιείται η έκδοση 10

- ❖ Μια μορφή επικοινωνίας και ενημέρωσης των μελών της διεπιστημονικής ομάδας διατροφικής υποστήριξης
- ❖ Στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου μέσα από αρχείο καταγραφής δεδομένων
- ❖ Στην συνεχή παροχή υγειονομικής περίθαλψης από διαφορετικά νοσηλευτικά ιδρύματα
- ❖ Στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών
- ❖ Στην παροχή πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς
- ❖ Στην απόδειξη των παρεχόμενων υπηρεσιών για τον ασφαλιστικό φορέα
- ❖ Στην κατοχύρωση νομικών δικαιωμάτων τόσο του ασθενή όσο και των υπαλλήλων του νοσηλευτικού ιδρύματος

Ο καθορισμός των κρίσιμων σημείων και η χρήση τους είναι απαραίτητα για το σχεδιασμό ενός σχήματος διατροφικής υποστήριξης μιας και επιτρέπουν στην διεπιστημονική ομάδα περίθαλψης την προετοιμασία της για την εξυπηρέτηση του ασθενή κατά τη νοσηλεία και να προλαμβάνει τις ανάγκες του νοσηλευόμενου. Με τη χρήση των κρίσιμων σημείων ως κατώτερα όρια ανταπόκρισης του θεραπευτικού σχήματος, προσδιορίζεται η ικανοποιητική ανταπόκριση του ασθενή και αντλούνται οι απαραίτητες πληροφορίες σε ερευνητικό επίπεδο για εύρεση νέων μεθόδων αντιμετώπισης του προβλήματος αν δεν υπάρχει ανταπόκριση στο διατροφικό σχήμα. Ακόμα η χρήση των κρίσιμων σημείων συμβάλλει στην αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης που έχει παρασχεθεί.

Η διατροφική αγωγή αφορά όχι μόνο τον ασθενή αλλά και το οικογενειακό του περιβάλλον και προσαρμόζεται στην καθημερινότητα του ασθενή, στον τρόπο ζωής και στις διατροφικές του συνήθειες όπου αυτό είναι εφικτό. Οι διατροφικές οδηγίες συχνά δεν ακολουθούνται άμεσα και πιστά, παρουσιάζεται μικρή συμμόρφωση των ασθενών και χρειάζεται μια περίοδος προσαρμογής στις νέες διατροφικές συνήθειες που προτείνονται. Υπάρχει η δυνατότητα επίσκεψης του ασθενή στα εξωτερικά ιατρεία για να συνεχίσει να λαμβάνει εξατομικευμένες διατροφικές οδηγίες. Η σημαντικότητα της εξατομικευμένης διατροφικής αγωγής είναι αναγνωρισμένη πλέον και ειδικότερα πιο αποδοτική όταν προσαρμόζεται στις ανάγκες, το μορφωτικό επίπεδο, τη διάγνωση και τον τρόπο ζωής. Τέλος ο προγραμματισμός της ημερομηνίας εξιτηρίου προϋποθέτει την αξιολόγηση διατροφικής κατάστασης του ασθενή, τον προσδιορισμό των αναγκών του σε θρεπτικά συστατικά και την εξασφάλιση επαρκούς διατροφικής παρέμβασης για την κάλυψη των αναγκών του. Επίσης παρέχονται γραπτές οδηγίες για τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον σε περίπτωση που η εντερική ή ολική παρεντερική διατροφή συνεχίζεται και μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο. Υπάρχει δυνατότητα επίσκεψης του ασθενή στα εξωτερικά ιατρεία για επανεξέταση και ανατροφοδότηση της έκβασης της υγείας του.

4.6 Καταγραφή διατροφικής φροντίδας

Μεγάλης σημασίας κρίνεται η καταγραφή στο σύστημα του νοσοκομείου, των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας για τη διαχείριση, τον ποιοτικό έλεγχο, την αξιολόγηση και αποζημίωση. Επίσης

ένα αρχείο διατροφικής φροντίδας συμβάλλει στη βελτιστοποίηση της παρεχόμενης διατροφικής φροντίδας, στην νομική κατοχύρωση των εργαζομένων, στην έρευνα μέσα από την καταγραφή και ανάλυση δεδομένων και στην καλύτερη διαχείριση του τμήματος. Η πολιτική των νοσοκομείων ποικίλει, παρόλα αυτά η καταγραφή πληροφοριών θα πρέπει να είναι λεπτομερής και χωρίς παραλείψεις μιας και τα ιατρικά λάθη μπορούν να αποτελέσουν αιτία θανάτου.

Σύμφωνα με το πρόγραμμα της κοινής επιτροπής διαπίστευσης οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (JCAHO) τα πρότυπα φροντίδας περιλαμβάνουν τρία σημεία, την αξιολόγηση, τον προγραμματισμό φροντίδας και την παροχή φροντίδας. Τα πρότυπα φροντίδας ορίζουν τα πιο κάτω:

- Ο χρόνος αρχικής αξιολόγησης
- Η αρχική αξιολόγηση θα πρέπει να γίνεται για ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο διατροφικών προβλημάτων και να αναφέρονται σε διαιτολόγους για περαιτέρω αξιολόγηση
- Καταγραφή διατροφικής παρέμβασης σύμφωνα με τους στόχους
- Παρακολούθηση προόδου, αξιολόγηση και καταγραφή αποτελεσμάτων
- Προετοιμασία και διανομή κατάλληλων τροφίμων για τη φροντίδα και περίθαλψη ασθενών
- Σεβασμός πολιτιστικών, θρησκευτικών και εθνικών προτιμήσεων διατροφής

Τα πρωτόκολλα αξιολόγησης σχεδιάζονται για την βελτίωση της περίθαλψης, την έκβαση της υγείας και ποιότητα ζωής των ασθενών. Υπάρχει συγκεκριμένος αριθμός πρωτοκόλλων αξιολόγησης που συσχετίζονται με τη διατροφή και αυτά είναι τα πρωτόκολλα θρεπτικής κατάστασης, σωλήνες σίτισης και διατήρηση υγρών. Τα βήματα χωρίζονται σε τέσσερα σημεία, το πρόβλημα που εξετάζεται σύμφωνα με τα πρωτόκολλα, την ώθηση που αποτελεί ένα κατάλογο στοιχείων ενεργοποίησης πρωτοκόλλων αξιολόγησης κατά τον έλεγχο και προσδιορίζουν το πραγματικό πιθανό πρόβλημα, οι οδηγίες για παροχή πλαισίου για τον διαιτολόγο και κλινικό διευθυντή έτσι ώστε να αξιολογηθεί ο ασθενής και να προσδιοριστούν το πρόβλημα, η αιτία και οι επιπλοκές και τέλος το κλειδί όπου είναι το τελικό στάδιο που συνοψίζει τον κατάλογο ώθησης και τις οδηγίες.

4.6.1 Οικονομική απόδοση του τμήματος διατροφής

Έχουν ήδη γίνει αρκετές μελέτες στην οικονομική απόδοση του τμήματος διατροφής αλλά και τη σημαντικότητα της συμβολής του τμήματος αυτού σχετικά με τη μείωση χρόνου νοσηλείας και την αποτελεσματικότητα της ομάδας διατροφικής παρέμβασης για τη μείωση κόστους νοσηλείας. Συγκεκριμένα μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε έχοντας αυτό το στόχο παρουσιάζει τη σημαντική μείωση του ποσοστού θνησιμότητας (23%), τη διάρκεια εισαγωγής (11,6%) και του ποσοστού επανεισαγωγής (43%). Η ανάλυση κόστους – κέρδους της επένδυσης του τμήματος διατροφής παρουσίασε την επιστροφή \$4,20 για κάθε \$1,00 που ξοδεύτηκε από τη διατροφική ομάδα υποστήριξης.

4.7 Κτηριακές υποδομές, προϋποθέσεις και εξοπλισμός

Το τμήμα διαιτολογίας στεγάζεται εντός και εκτός του νοσοκομείου με εύκολη πρόσβαση στο κτήριο. Το μέγεθος του διαιτολογικού γραφείου εξαρτάται πρωτίστως από το μέγεθος του νοσοκομείου και μετά από τον αριθμό διαιτολόγων που απασχολούνται. Ο χώρος αναμονής των ασθενών είναι ακόμα ένα κομμάτι που πρέπει να συνυπολογίζεται. Ο προϊστάμενος του τμήματος βρίσκεται σε διαφορετικό χώρο από τους διαιτολόγους, σε διαφορετικό γραφείο για την ομαλή λειτουργία του τμήματος. Το κτήριο πρέπει να πληρή όλες τις προϋποθέσεις σχετικά με την ασφάλεια των εργαζομένων όπως ορίζει η νομοθεσία και να συνδέεται με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου και με τους ορόφους μέσω συστήματος ενδοεπικοινωνίας. Επίσης θα πρέπει να διαθέτει τηλεφωνικό δίκτυο για εξυπηρέτηση του κοινού, διαδικτυακή κάλυψη και ηλεκτρικές εγκαταστάσεις που επιτρέπουν την αδιάκοπη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών. Τέλος ο εξοπλισμός που διατεθείτε είναι ο εξής:

- Ζυγός ακριβείας και υψομετρητής
- Μηχανήματα βιοηλεκτρικής εμπέδησης
- Πιεσόμετρο
- Δερματοπτυχόμετρο
- Μεζούρες
- Προπλάσματα τροφίμων
- Ηλεκτρονικούς υπολογιστές και εκτυπωτή
- Λογισμικό
- Χώρους αποθήκευσης εγγράφων
- Γραφεία των διαιτολόγων και γραφική ύλη
- Τηλεφωνικές συσκευές και συσκευές ενδοεπικοινωνίας
- Σύνδεση νοσοκομείου και διαδικτυακή
- Κατάλογο με εγκεκριμένες συστάσεις για διατροφική υποστήριξη αναφοράς και σχετικά βιβλία
- Λίστα διαθέσιμου μενού για τη χρήση διαιτολογικών σχημάτων
- Εργαστηριακές στολές
- Ενημερωτικό υλικό για διάφορες παθήσεις και τη διατροφική τους αντιμετώπιση

4.8 Βιβλιογραφία και διαδικτυακές πηγές

1. Σκουρολιάκου Μ, Πολυχρονόπουλος Ε, Κυριάκου Α – Οργάνωση κέντρου διατροφικής υποστήριξης και διαιτολογίας – Χαροκόπειο πανεπιστήμιο
2. Κουτσούρης Δ – Ευρωπαϊκά και διεθνή πρότυπα και κανονισμοί e-health. Πολιτική συμμόρφωσης και κόστος – Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
3. Health winesino – JCAHO Συνιστάμενα πρότυπα

4. Hassel JT, Games AD, Shaffer B, Harkins LE. Nutrition support team management of enterally fed patients in a community hospital is cost-beneficial. *J Am Diet Assoc.* 1994; 94:993-998
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8071497/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.1 Συζήτηση και συμπεράσματα και προτάσεις

Η σημασία της διατροφής στη ζωή των ανθρώπων, στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων και νοσηλευόμενων ασθενών που χρειάζονται διατροφική υποστήριξη, είναι ευρέως αποδεχτή από την επιστημονική κοινότητα και τους πολίτες. Είναι ο τομέας αυτό που έχει ξεκινήσει να μας απασχολεί από την αρχαιότητα. Οι επιστημονικές έρευνες είναι συνεχείς και πλέον έχει αρχίσει να δίνεται η απαραίτητη προσοχή στα οφέλη της διατροφής τόσο στον οικονομικό τομέα, όσο και στη διατήρηση της υγείας μέσω της πρόληψης και στην καλή έκβαση της θεραπείας. Η βιβλιογραφία σχετικά με τη διατροφή και την αντιμετώπιση ασθενειών είναι μεγάλη και η σύνδεση της με την μείωση της θνησιμότητας αδιαμφισβήτητη. Η πρόληψη τους αφορά όλους, είναι τρόπος ζωής, είναι οι ενέργειες που μπορεί κανείς να κάνει για να βελτιώσει τις συνθήκες ζωής του. Τα τελευταία χρόνια τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις στον τομέα της πρόληψης δεδομένων των πιέσεων στους προϋπολογισμούς και δαπάνες δημόσιας υγείας που υφίστανται.

Τα τελευταία 20 χρόνια το Κυπριακό δημόσιο δεν έχει προχωρήσει σε καμία πρόσληψη διαιτολόγων για τα νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία και για τα τμήματα διατροφικών διαταραχών, με αποτέλεσμα οι ανάγκες του υπουργείου Υγείας να καλύπτονται μόνο από 8 άτομα όπως αναφέρεται και σε προηγούμενο κεφάλαιο. Αυτό συνεπάγεται με αδυναμία παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και με ένα ανύπαρκτο και υποβαθμισμένο ουσιαστικά Διαιτολογικό τμήμα, με τους διαιτολόγους να μην έχουν άμεση επαφή με τους ασθενείς και το πρόγραμμα διατροφικής υποστήριξης να σχεδιάζεται εκ του μακρόθεν μόνο με βάση τη διάγνωση του θεράποντα ιατρού. Ακόμα οι δομές και η ιεραρχία στην υπηρεσία είναι ανύπαρκτες μαζί με τις εκστρατείες πρόληψης. Τέλος, όπως θα ήταν επόμενο έχει αυξηθεί το φορτίο εργασίας στις νέες ιατρικές ειδικότητες και υποειδικότητες.

Στα κυπριακά νοσοκομεία οι προσλήψεις που έχουν γίνει μέχρι τώρα αφορούν μόνο κλινικούς διαιτολόγους, ενώ υπάρχει σύσταση απασχόλησης στα δημόσια νοσοκομεία και των διαιτολόγων όχι μόνο των κλινικών. Οι απασχολούμενοι στα δημόσια νοσοκομεία συνεπώς είναι επιφορτισμένοι με τα κλινικά και διοικητικά καθήκοντα τους μαζί με ένα πλήθος άλλων ευθυνών όπως τα εξωτερικά ιατρεία, τις επιτροπές προδιαγραφών κ.λπ. (βλ. Κεφάλαιο 2). Σημαντικό είναι να γίνει η αποσυμφόρηση της λειτουργίας των νοσοκομείων έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων διαιτολογικών υπηρεσιών. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε άλλα συστήματα υγείας απασχολούνται διαιτολόγοι και στα κέντρα υγείας / εξωτερικά ιατρεία, αυτό στην Κύπρο δεν ισχύει.

Πέρα από την υποστελέχωση των τμημάτων διατροφής, ο προϋπολογισμός του τμήματος καταλαμβάνει ένα πολύ μικρό ποσοστό και το μισό περίπου διατίθεται για μισθούς και αμοιβές, με

συνέπεια ο εξοπλισμός να μην είναι επαρκής και να δυσχεραίνει το έργο των διαιτολόγων. Για τη σύσταση ενός διαιτολογικού τμήματος η διαδικασία είναι χρονοβόρα και πολύπλοκη. Ακόμα ο υποσιτισμός ασθενών επιβαρύνει το σύστημα υγείας οικονομικά μιας και αυξάνουν οι πιθανότητες για χειρουργικές επιπλοκές, θνησιμότητα και μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας νοσοκομειακή παραμονή. Τα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου δεν έχουν κοινά πρωτόκολλα και κοινές εγκεκριμένες συστάσεις διαιτητικών εντολών από μεγάλους οργανισμούς αλλά το κάθε νοσοκομείο ακολουθεί ότι θεωρεί πιο κατάλληλο.

Στα πλαίσια λειτουργίας του ΓεΣΥ, θα παρέχονται υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε εξωτερικούς ασθενείς από κλινικούς διαιτολόγους συμβεβλημένους με τον ΟΑΥ. Η αναλογία κλινικών διαιτολόγων και διαιτολόγων είναι αρκετά μεγάλη με τους κλινικούς διαιτολόγους να είναι πολύ λιγότεροι. Αυτό ίσως δημιουργήσει και πάλι προβλήματα φόρτου εργασίας, υπερβολικούς αριθμούς εξεταζόμενων, λίστες αναμονής με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη βελτίωσης και αναβάθμισης της δομής και οργάνωσης της ΠΦΥ και της ένταξης όχι μόνο των κλινικών διαιτολόγων αλλά και των διαιτολόγων. Πιο κάτω παρατίθενται κάποιες προτάσεις με σκοπό την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της προσβασιμότητας.

Υπάρχει επιτακτική ανάγκη για τη δημιουργία ενός τμήματος διατροφής στα δημόσια νοσοκομεία με συγκεκριμένη δομή και οργάνωση όπως παρουσιάζει η πρόταση στο Κεφάλαιο 4, με κοινούς στόχους και πρωτόκολλα. Η διαφάνεια των πληροφοριών που προσφέρονται από τις δημόσιες ιστοσελίδες των νοσοκομείων είναι ανύπαρκτη μιας και δεν αναφέρουν όλα τα νοσοκομεία τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και τη δομή του τμήματος. Επίσης η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που δε προσφέρει την υπηρεσία διαιτολογίας μέσα από τα κέντρα υγείας θα πρέπει να λάβει σοβαρά τις προτάσεις για τροποποιήσεις ενός σχεδίου νόμου που σαν βασικό άξονα θα έχει την αποκέντρωση των λειτουργιών και την αποσυμφόρηση των λειτουργιών των νοσοκομείων.

Η αναφορά της ειδικότητας των διαιτολόγων – διατροφολόγων δεν υπάρχει σε κανένα σημείο του σχεδίου νόμου όπως στα Κέντρα Υγείας των επαρχιών σε αντίθεση με άλλες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας. Θα πρέπει να δημιουργηθεί νομοθεσία σχετικά με την άσκηση του επαγγέλματος των διαιτολόγων – διατροφολόγων. Επίσης η πρόβλεψη θέσεων διαιτολόγων – διατροφολόγων σε κάθε βαθμίδα ΠΦΥ θα πρέπει να είναι προτεραιότητα. Ένας μεγάλος αριθμός κλινικών διαιτολόγων προβλέπεται να βρίσκεται στα δημόσια νοσοκομεία αλλά και συμβεβλημένοι με τον ΟΑΥ, όμως ο αριθμός αυτός είναι σημαντικά μικρότερος σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες του συστήματος υγείας. Οι οργανικές θέσεις σε μεγάλο ποσοστό δεν έχουν συμπληρωθεί.

Η ανάγκη για εκσυγχρονισμό είναι απαραίτητη και η συμμετοχή των διαιτολόγων θα εξασφαλίσει την καλύτερη πρόληψη και πιο ποιοτικές και αποτελεσματικές παροχές υγείας με μεγάλο όφελος για το σύστημα υγείας σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα και την εμπειρία από άλλα συστήματα υγείας

της Ευρώπης. Η προσθήκη Διαιτολόγων – Διατροφολόγων (TE) και τα καθήκοντα τους στις ομάδες υγείας όπως παρουσιάζονται πιο κάτω θα είναι καταλυτικά για την επίτευξη όλων των πιο πάνω.

1. Υλοποίηση δράσεων προαγωγής υγείας
2. Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας
3. Παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης σε παιδιά, εφήβους και στο οικογενειακό τους περιβάλλον σε ότι αφορά τη διατροφική αγωγή και αντιμετώπιση παχυσαρκίας
4. Υποστήριξη κατά το θηλασμό και βρεφική διατροφή μαζί με τη συνεργασία με παιδίατρο για τη συμπλήρωση βιβλιαρίου υγείας παιδιού και παρακολούθησης ανάπτυξης παιδιού
5. Υποστήριξη λειτουργία δομών σε τοπικό επίπεδο (δημοτικά και παιδικούς σταθμούς)
6. Συνεργασία με της κοινωνικές υπηρεσίες υποστήριξης οικονομικά ευπαθών ατόμων και ομάδων

Σημαντική είναι επίσης η συμμετοχή Διαιτολόγου – Διατροφολόγου στην υποστήριξη κύησης, μητρικού θηλασμού και διατροφικής εξοικείωσης μεταναστών και προσφύγων με την Ελληνοκυπριακή πραγματικότητα. Τέλος θα πρέπει να παρέχεται από τον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας έντυπο διατροφικού ιστορικού και στοιχεία της διατροφικής παρέμβασης που πραγματοποιήθηκε, όπως διαιτολόγιο και συνταγογράφηση ειδικών σκευασμάτων διατροφής.

Σε ότι αφορά τους στόχους προαγωγής δημόσιας υγείας, ενημέρωσης και προάσπισης των δικαιωμάτων των καταναλωτών αλλά και η διασφάλιση της εύρυθμης προσφοράς διαιτολογικών υπηρεσιών προτείνεται η θεσμοθέτηση ενός εθνικού σχεδιασμού για προγράμματα υγείας στο γενικό πληθυσμό και μια σειρά από διοικητικές αλλαγές που υποστηρίζουν τα προγράμματα αυτά. Οι βασικές προϋποθέσεις που θέτονται είναι η θεσμοθέτηση μιας ανεξάρτητης αρχής στο υπουργείο υγείας που αποτελεί κοινό τόπο διεπιστημονικής συνεργασίας, κάλυψη κενών οργανικών θέσεων Διαιτολόγων – Διατροφολόγων στις δομές παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και τη δημιουργία θέσεων Διαιτολόγων – Διατροφολόγων σε Κέντρα Υγείας σε όλες τις επαρχίες της Κύπρου.

5.2 Βιβλιογραφία και διαδικτυακές πηγές

1. Χαριστού Ε – Η σημασία της πρόληψης στον τομέα της υγείας – Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
2. Filenews – Η (ανύπαρκτη) Υπηρεσία Διαιτολογίας και οι λίστες αναμονής – Ημ. Έκδοσης 15/09/2017
3. EThe Magazine – Πώς τα δημόσια νοσοκομεία μπορούν να σε βοηθήσουν να χάσεις βάρος – Ημ. Έκδοσης 21/01/2017
4. Ιστοσελίδα ΓεΣΥ – www.gesy.org.cy
5. Ιστοσελίδα ΕΔΔΕ – www.ed-de-gr