

Αθηνά Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου

Θεοδούλα Αδαμακίδου · Βενετία - Σοφία Βελονάκη · Βικτωρία Βιβιλάκη  
Ελένη Καπρέλη · Αναστάσιος Κριεμπάρδης · Αρετή Λάγιου  
Χρήστος Λιονής · Άντα Μαρκάκη · Πρόδρομος - Μερκούρης Μποδοσάκης  
Μαρία Παπαδακάκη · Ευανθία Σακελλάρη

# ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΑΛΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΟΜΑΔΑΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ



Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά  
Συγγράμματα και Βοηθήματα  
[www.kallipos.gr](http://www.kallipos.gr)

**HEALLINK**  
Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ  
επένδυση στην κοινωνία της γνώσης  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΣΠΑ  
2007-2013  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΑΘΗΝΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ-ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ

ΘΕΟΔΟΥΛΑ ΑΔΑΜΑΚΙΔΟΥ  
ΒΕΝΕΤΙΑ-ΣΟΦΙΑ ΒΕΛΟΝΑΚΗ  
ΒΙΚΤΩΡΙΑ ΒΙΒΙΛΑΚΗ  
ΕΛΕΝΗ ΚΑΠΡΕΛΗ  
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΚΡΙΕΜΠΑΡΔΗΣ  
ΑΡΕΤΗ ΛΑΓΙΟΥ  
ΧΡΗΣΤΟΣ ΛΙΟΝΗΣ  
ΑΝΤΑ ΜΑΡΚΑΚΗ  
ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ-ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ ΜΠΟΔΟΣΑΚΗΣ  
ΜΑΡΙΑ ΠΑΠΑΔΑΚΑΚΗ  
ΕΥΑΝΘΙΑ ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ

***Εφαρμογές Καλών Πρακτικών  
Ομάδας  
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας***

Ρόλοι, Δραστηριότητες, Δεξιότητες Μελών  
Ομάδας  
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας



Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά  
Συγγράμματα και Βοηθήματα  
[www.kallipos.gr](http://www.kallipos.gr)

# Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

## Συγγραφή

**Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου (Κύριος Συγγραφέας)**

Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τομέας Δημόσιας Υγείας, ΕΚΠΑ

**Θεοδούλα Αδαμακίδου**

Καθηγήτρια Εφαρμογών Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

**Βενετία-Σοφία Βελονάκη**

Νοσηλεύτρια, Νομικός, Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας στη Φροντίδα Υγείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο

Λωζάννης, Πανεπιστήμιο Λωζάννης, Ελβετία

**Βικτωρία Βιβιλάκη**

Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Μαιευτικής Φροντίδας, Τμήμα Μαιευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

**Ελένη Καπρέλη**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Στερεάς Ελλάδας

**Αναστάσιος Γ. Κριεμπάρδης**

Επίκουρος Καθηγητής Εργαστηριακής Αιματολογίας-Αιμοδοσίας Ιατρικών Εργαστηρίων, ΤΕΙ Αθήνας

**Αρετή Λάγιου**

Καθηγήτρια, Πρόεδρος Τμήματος Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Υγείας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Αθήνας

**Χρήστος Λιονής**

Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

**Αντα Μαρκάκη**

Κοινωνική Νοσηλεύτρια, ΕΕΔΙΠ Κλινικής Κοινωνικής Οικογενειακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

**Πρόδρομος-Μερκούρης Μποδοσάκης**

Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής

**Μαρία Παπαδακάκη**

Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ Κρήτης

**Ευανθία Σακελλάρη**

Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Υγείας, ΤΕΙ Αθήνας

**Κριτικός αναγνώστης**

Κωνσταντίνος Τσιλίδης

**Συντελεστές έκδοσης**

Γλωσσική Επιμέλεια: Ιωάννα Αγγελοπούλου

Τεχνική Επεξεργασία: Χρήστος Χαντζής

ISBN: 978-960-603-313-1

Copyright © ΣΕΑΒ, 2015



Το παρόν έργο αδειοδοτείται υπό τους όρους της άδειας Creative Commons Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Όχι Παράγωγα Έργα 3.0. Για να δείτε ένα αντίγραφο της άδειας αυτής επισκεφτείτε τον ιστότοπο <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/gr/>

ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΩΝ

Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο

Ηρώων Πολυτεχνείου 9, 15780 Ζωγράφου

[www.kallipos.gr](http://www.kallipos.gr)

*Στους επιστήμονες που εργάζονται  
στην ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
και στους φοιτητές μας*

## Πίνακας περιεχομένων

|  |    |
|--|----|
| Ευρετήριο πινάκων  | 8  |
| Ευρετήριο εικόνων  | 9  |
| Πίνακας συντομεύσεων-ακρωνύμια   | 10 |
| Πίνακας αγγλοελληνικής ορολογίας   | 11 |
| <br>   |    |
| Πρόλογος   | 12 |
| Εισαγωγή   | 14 |
| <br>   |    |
| <b>Κεφάλαιο 1</b> Ολοκληρωμένη (απαρτιωμένη) και εστιασμένη στον άνθρωπο ΠΦΥ           | 16 |
| 1.1 Ολοκληρωμένη και εστιασμένη στον άνθρωπο ΠΦΥ: Η αναγκαιότητα                       | 16 |
| 1.2 Ολοκληρωμένη και εστιασμένη στον άνθρωπο ΠΦΥ: Εννοιολογική προσέγγιση – ορισμοί    | 16 |
| 1.3 Εφαρμογή στρατηγικής για την ολοκληρωμένη και εστιασμένη στο άτομο ΠΦΥ στην Ελλάδα | 19 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ   | 22 |
| <br>   |    |
| <b>Κεφάλαιο 2</b> Η ομάδα υγείας της ΠΦΥ: Ορισμός και έννοιες                          | 24 |
| 2.1 Εισαγωγή   | 24 |
| 2.2 Ομάδα υγείας στην ΠΦΥ και συνεργασία επαγγελματιών υγείας                          | 25 |
| 2.3 Ομάδα υγείας: Εννοιολογικές και ετυμολογικές προσεγγίσεις                          | 26 |
| 2.4 Η αναγκαιότητα για μια αποτελεσματική ομάδα υγείας                                 | 28 |
| 2.5 Ομάδα υγείας και ολοκληρωμένη (integrated) ΠΦΥ                                     | 30 |
| 2.6 Προϋποθέσεις βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της ομάδας ΠΦΥ   | 30 |
| 2.7 Σύνοψη   | 31 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ   | 33 |
| <br>   |    |
| <b>Κεφάλαιο 3</b> Η φροντίδα στην κοινότητα από την ομάδα της ΠΦΥ                      | 36 |
| 3.1 Εισαγωγή   | 36 |
| 3.2 Βασικές αρχές που διέπουν τη λειτουργία της ομάδας της ΠΦΥ                         | 36 |
| 3.3 Πλεονεκτήματα της ομάδας της ΠΦΥ   | 37 |
| 3.4 Προϋποθέσεις αποτελεσματικής λειτουργίας της ομάδας                                | 39 |
| 3.5 Εμπόδια στη λειτουργία της ομάδας της ΠΦΥ  | 40 |
| 3.6 Σύνοψη   | 41 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ   | 42 |
| <br>   |    |
| <b>Κεφάλαιο 4</b> Τομείς δράσης της ΠΦΥ  | 47 |
| 4.1 Εισαγωγή   | 47 |
| 4.2 Τομείς δράσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας                                    | 48 |
| 4.2.1 ΠΦΥ και πρόληψη  | 49 |
| 4.2.2 ΠΦΥ και αγωγή υγείας   | 49 |
| 4.2.3 ΠΦΥ και προαγωγή υγείας  | 50 |
| 4.2.4 ΠΦΥ και προσυμπτωματικός έλεγχος   | 51 |
| 4.2.5 ΠΦΥ και ψυχικά νοσήματα  | 52 |
| 4.2.6 ΠΦΥ, κατ' οίκον φροντίδα υγείας και κατ' οίκον νοσηλεία                          | 52 |
| 4.2.7 ΠΦΥ και αποκατάσταση   | 53 |
| 4.2.8 ΠΦΥ και θεραπεία   | 53 |
| 4.2.9 ΠΦΥ και σχολείο  | 53 |
| 4.2.10 ΠΦΥ και χώρος εργασίας  | 53 |
| 4.2.11 ΠΦΥ και υπηρεσίες δημόσιας υγείας   | 54 |
| 4.2.12 ΠΦΥ και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας  | 54 |
| 4.3 Σύνοψη   | 54 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ   | 55 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Κεφάλαιο 5</b> Ο ρόλος του γενικού/οικογενειακού ιατρού στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ        | 57  |
| 5.1 Η ΠΦΥ στη χώρα μας και η αναγκαιότητα του ιατρού γενικής ιατρικής                       | 57  |
| 5.2 Ο ρόλος του γενικού ιατρού στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ                                    | 58  |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>   | 60  |
| <br>  |     |
| <b>Κεφάλαιο 6</b> Ο ρόλος της μαίας στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ                               | 61  |
| 6.1 Εισαγωγή  | 61  |
| 6.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί   | 61  |
| 6.2.1 Δραστηριότητες  | 62  |
| 6.3 Το όραμα και οι στρατηγικοί στόχοι της μαίας στην κοινότητα                             | 62  |
| 6.4 Εκπαίδευση στην κοινοτική μαιευτική   | 63  |
| 6.5 Νομοθετικό πλαίσιο και επαγγελματικά δικαιώματα   | 66  |
| 6.6 Στελέχωση και ανθρώπινο δυναμικό  | 66  |
| 6.7 Ο ρόλος των μαιών και των μαιευτών στα πλαίσια της κοινότητας                           | 67  |
| 6.7.1 Προαγωγή υγείας στην κοινότητα  | 70  |
| 6.7.2 Τήρηση εγγράφων από την κοινοτική μαία  | 72  |
| 6.7.3 Συνταγογράφηση φαρμάκων   | 72  |
| 6.7.4 Κατ' οίκον φροντίδα στην κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία                              | 73  |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>   | 74  |
| <br>  |     |
| <b>Κεφάλαιο 7</b> Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ                           | 83  |
| 7.1 Εισαγωγή  | 83  |
| 7.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί   | 83  |
| 7.3 Εκπαίδευση στην κοινοτική νοσηλευτική   | 84  |
| 7.3.1. Η εκπαίδευση του κοινοτικού νοσηλευτή στην Ελλάδα                                    | 84  |
| 7.3.2 Η εκπαίδευση του κοινοτικού νοσηλευτή διεθνώς   | 86  |
| 7.4 Νομοθετικό πλαίσιο και επαγγελματικά δικαιώματα   | 87  |
| 7.5 Το όραμα και οι στρατηγικοί στόχοι του νοσηλευτή στην κοινότητα                         | 88  |
| 7.6 Ο πολυδιάστατος ρόλος των νοσηλευτών στην κοινότητα                                     | 89  |
| 7.6.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα  | 89  |
| 7.6.2 Η συνεισφορά του νοσηλευτή στην ομάδα της ΠΦΥ   | 93  |
| 7.6.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα της ΠΦΥ  | 94  |
| 7.7. Δεξιότητες των κοινοτικών νοσηλευτών   | 97  |
| 7.8 Κλινικά σενάρια συνεργασίας του νοσηλευτή με άλλους επαγγελματίες υγείας της ομάδας ΠΦΥ | 98  |
| 7.8.1 Σενάριο συνεργασίας μελών της ομάδας ΠΦΥ  | 98  |
| 7.8.2 Σενάριο διατομεακής συνεργασίας   | 100 |
| 7.9 Σύνοψη  | 100 |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>   | 101 |
| <br>  |     |
| <b>Κεφάλαιο 8</b> Ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ                    | 108 |
| 8.1 Εισαγωγή  | 108 |
| 8.2 Ιστορική αναδρομή   | 108 |
| 8.3 Ο επισκέπτης υγείας στην ΠΦΥ  | 110 |
| 8.4 Ικανότητες και δεξιότητες του επισκέπτη υγείας  | 116 |
| 8.5 Προκλήσεις για τον επισκέπτη υγείας στο πλαίσιο της ομάδας υγείας της ΠΦΥ               | 117 |
| 8.6 Σύνοψη  | 118 |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>   | 119 |
| <br>  |     |
| <b>Κεφάλαιο 9</b> Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ               | 122 |
| 9.1 Εισαγωγή  | 122 |
| 9.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί   | 123 |
| 9.2.1 Σκοπός και πεδίο δράσης της κοινωνικής εργασίας στην ΠΦΥ                              | 124 |
| 9.2.2 Ρόλοι του κοινωνικού λειτουργού στην ΠΦΥ  | 124 |
| 9.2.3 Δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού στην ΠΦΥ   | 126 |
| 9.3 Νομοθεσία   | 127 |

|   |     |
|---|-----|
| 9.4 Εκπαίδευση  | 127 |
| 9.4.1 Εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ  | 129 |
| 9.5 Όραμα και στρατηγικοί στόχοι  | 131 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ  | 133 |
| <b>Κεφάλαιο 10</b> Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ                                    | 136 |
| 10.1 Εισαγωγή   | 136 |
| 10.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί  | 136 |
| 10.3 Η εκπαίδευση του φυσικοθεραπευτή και τα επαγγελματικά του δικαιώματα στην Ελλάδα                       | 137 |
| 10.4 Ο πολυδιάστατος ρόλος του φυσικοθεραπευτή στην ΠΦΥ   | 138 |
| 10.5 Οφέλη ένταξης φυσικοθεραπείας στην ΠΦΥ   | 142 |
| 10.6 Εκπαίδευση και δεξιότητες των φυσικοθεραπευτών που συμμετέχουν στην ΠΦΥ                                | 144 |
| 10.7 Σύνοψη   | 146 |
| ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ   | 147 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ  | 147 |
| <b>Κεφάλαιο 11</b> Ο ρόλος του ιατρικού εργαστηρίου στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ                               | 151 |
| 11.1 Εισαγωγή   | 151 |
| 11.2 Γενικά   | 152 |
| 11.3 Προαναλυτική φάση  | 152 |
| 11.4 Αναλυτική φάση   | 153 |
| 11.5 Μεταναλυτική φάση  | 153 |
| 11.6 Σύνοψη   | 154 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ  | 155 |
| <b>Κεφάλαιο 12</b> Ο ρόλος της ΠΦΥ στη διεπιστημονική ή διεπαγγελματική εκπαίδευση                          | 156 |
| 12.1 Εισαγωγή   | 156 |
| 12.2 Διεπιστημονική εκπαίδευση  | 157 |
| 12.3 Η ομάδα υγείας στην ΠΦΥ: Ο διπλός ρόλος στην εκπαίδευση  | 158 |
| 12.4 Από τη διεπιστημονική/διεπαγγελματική συνεργασία στη βελτίωση της φροντίδας υγείας                     | 159 |
| 12.5 Η απήχηση και η αποτελεσματικότητα της διεπιστημονικής/διεπαγγελματικής εκπαίδευσης                    | 160 |
| 12.6 Προτάσεις και δράσεις για την προώθηση της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης και της συνεργατικής πρακτικής | 161 |
| 12.7 Σύνοψη   | 162 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ  | 163 |
| <b>Κεφάλαιο 13</b> Ο ρόλος της ομάδας υγείας στην έρευνα στην ΠΦΥ   | 165 |
| 13.1 Το θεωρητικό υπόβαθρο της έρευνας στην ΠΦΥ   | 165 |
| 13.2 Η ανάγκη τεκμηρίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και η ερευνητική ικανότητα στην ΠΦΥ                   | 167 |
| 13.2.1 Ακαδημαϊκή και εφαρμοσμένη έρευνα στην ΠΦΥ   | 167 |
| 13.2.2 Μεθοδολογία της έρευνας στην ΠΦΥ   | 168 |
| 13.3 Άξονες και τομείς έρευνας στην ΠΦΥ   | 169 |
| 13.3.1 Ερευνητικά θεματικά πεδία στην ΠΦΥ   | 169 |
| 13.4 Σύνοψη   | 172 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ  | 173 |
| <b>Κεφάλαιο 14</b> Νομοθετικό πλαίσιο της ομάδας υγείας της ΠΦΥ στην Ελλάδα και στο διεθνές περιβάλλον      | 178 |
| 14.1 Εισαγωγή   | 178 |
| 14.2 Βασική νομοθεσία για την ΠΦΥ στην Ελλάδα   | 179 |
| 14.2.1 Η πρόσφατη νομοθεσία (2014-2015) για την ΠΦΥ   | 180 |
| 14.2.2 Ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας   | 181 |
| 14.3 Η ομάδα υγείας της ΠΦΥ στο διεθνές περιβάλλον: Διεπιστημονική ομάδα και συνεργασία                     | 182 |
| 14.4 Σύνοψη   | 183 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ  | 184 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Κεφάλαιο 15</b> Η ομάδα υγείας στην ΠΦΥ: Ο ρόλος της στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας                           | 186 |
| 15.1 Η έννοια της αξιολόγησης της υγείας του πληθυσμού και η συμβολή της ομάδας υγείας και των υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ: Ένα βασικό καθήκον της ομάδας υγείας | 186 |
| 15.2 Τα προσδιοριστικά της υψηλής ποιότητας στις υπηρεσίες ΠΦΥ   | 187 |
| 15.3 Η αποτελεσματικότητα της ομάδας της ΠΦΥ   | 188 |
| 15.4 Παράγοντες που ευνοούν ή και δυσχεραίνουν τη διεπαγγελματική συνεργασία στην ΠΦΥ  | 189 |
| 15.5 Σύνοψη  | 189 |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>  | 191 |



## Ευρετήριο πινάκων

|  |     |
|--|-----|
| <b>Πίνακας 2.1</b> Ενδεικτικοί λόγοι συνεργασίας σε ομάδα διαφορετικών επιστημόνων.  | 25  |
| <b>Πίνακας 4.1</b> Στόχοι της μεταρρύθμισης στο σύστημα ΠΦΥ.   | 48  |
| <b>Πίνακας 4.2</b> Η αξία της ΠΦΥ για το άτομο.  | 48  |
| <b>Πίνακας 4.3</b> Ενδεικτικά μέτρα του προγράμματος προαγωγής υγείας «Δράσεις για τον έλεγχο του καπνίσματος».  | 50  |
| <b>Πίνακας 6.1</b> Δράσεις πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, κατ' οίκον φροντίδας και αποκατάστασης από την κοινοτική μαία.  | 67  |
| <b>Πίνακας 6.2</b> Αποτελεσματικές παρεμβάσεις από τη μαία στην κοινότητα (The Lancet Series, 2014).   | 68  |
| <b>Πίνακας 6.3</b> Φάρμακα συνταγογραφούμενα από τις μαίες.  | 72  |
| <b>Πίνακας 7.1</b> Περιεχόμενο εκπαίδευσης στην ειδικότητα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής σύμφωνα με τη σύσταση EEC No R(83)5.  | 85  |
| <b>Πίνακας 7.2</b> Μαθήματα Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Δημόσιας Υγείας, με ειδίκευση στην Κοινοτική Νοσηλευτική, του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ.             | 85  |
| <b>Πίνακας 7.3</b> Το πρόγραμμα εκπαίδευσης του νοσηλευτή γενικής νοσηλείας, σύμφωνα με την Οδηγία 2005/36/ΕΚ.   | 86  |
| <b>Πίνακας 7.4</b> Περιεχόμενο εκπαίδευσης στην ειδικότητα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής σύμφωνα με τον WHO.   | 87  |
| <b>Πίνακας 7.5</b> Σύνοψη δομών και υπηρεσιών που μπορούν να στελεχωθούν από τον κοινοτικό νοσηλευτή ως μέλος της ομάδας της ΠΦΥ.  | 90  |
| <b>Πίνακας 7.6</b> Σύνοψη ρόλων κοινοτικού νοσηλευτή.  | 91  |
| <b>Πίνακας 7.7</b> Ο νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας.   | 95  |
| <b>Πίνακας 7.8</b> Ο νοσηλευτής ως ηγέτης της ομάδας.  | 96  |
| <b>Πίνακας 10.1</b> Σύνοψη δομών και υπηρεσιών που μπορούν να στελεχωθούν από τον φυσικοθεραπευτή στα πλαίσια της ΠΦΥ.   | 138 |
| <b>Πίνακας 10.2</b> Τα οφέλη από τον πολυδιάστατο ρόλο της φυσικοθεραπείας στην ΠΦΥ.   | 143 |
| <b>Πίνακας 10.3</b> Τα χαρακτηριστικά της εκπαίδευσης των φυσικοθεραπευτών εκτεταμένου πεδίου εφαρμογής σε ερευνητικές μελέτες διαφόρων μοντέλων ΠΦΥ βάσει αρθρογραφίας. | 145 |

## Ευρετήριο εικόνων

|  |     |
|--|-----|
| <b>Εικόνα 2.1</b> Πολυεπιστημονική ομάδα.  | 26  |
| <b>Εικόνα 2.2</b> Διεπιστημονική ομάδα.  | 27  |
| <b>Εικόνα 2.3</b> Ενδοεπιστημονική ομάδα.  | 28  |
| <b>Εικόνα 6.1</b> Πλαίσιο της ποιότητας της μητρικής και νεογνικής φροντίδας για τη μαία στην κοινότητα (Renfrew et al., 2014).              | 69  |
| <b>Εικόνα 6.2</b> Πηγές προβλημάτων και προτεινόμενες λύσεις στη διασύνδεση πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμια μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα. | 70  |
| <b>Εικόνα 8.1</b> Η εξέλιξη του επισκέπτη υγείας στην Ελλάδα.  | 109 |
| <b>Εικόνα 8.2</b> Η Κοινοτική Υγεία. (Πηγή: <a href="http://www.teiath.gr/seyp/health_visit/">http://www.teiath.gr/seyp/health_visit/</a> ). | 110 |
| <b>Εικόνα 8.3</b> Βασικές αρχές των επισκεπτών υγείας (Cowley, 2007b).   | 112 |
| <b>Εικόνα 8.4</b> Τα χαρακτηριστικά των βασικών αρχών που ακολουθούν οι επισκέπτες υγείας κατά την αξιολόγηση των αναγκών.                   | 113 |
| <b>Εικόνα 8.5</b> Παρεμβάσεις επισκέπτη υγείας.  | 114 |
| <b>Εικόνα 10.1</b> Ο πολυδιάστατος ρόλος του φυσικοθεραπευτή στα διάφορα μοντέλα ΠΦΥ.  | 139 |

## Πίνακας συντομεύσεων-ακρωνύμια

|       |   |
|-------|---|
| ΑΕΙ   | Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα                         |
| ΑΤΕΙ  | Ανώτατα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα             |
| ΕΣΥ   | Εθνικό Σύστημα Υγείας                                 |
| ΚΕΣΥ  | Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας                             |
| ΝΠΔΔ  | Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου                       |
| ΝΠΙΔ  | Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου                      |
| ΠΔ    | Προεδρικό Διάταγμα                                    |
| ΠΟΥ   | Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας                          |
| ΠΦΥ   | Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας                           |
| ΑΑΝΡ  | American Association of Nurse Practitioners           |
| ΑΝΑ   | American Nurses Association                           |
| ΑΡΡ   | Advanced Practice Physiotherapists                    |
| CHNC  | Community Health Nurses of Canada                     |
| ΕΕΚ   | European Economic Community                           |
| ΕΓΡΝ  | European General Practice Research Network            |
| ΕΥΡΑ  | European Rural and Isolated Practitioners Association |
| FIGO  | International Federation of Gynecology and Obstetrics |
| ΓΡ    | General Practitioner                                  |
| ΗΗΚΚ  | Home Health Care Classification System                |
| ΙΑΣΣ  | International Association of Schools of Social Work   |
| ΙΚΜ   | International Confederation of Midwives               |
| ΙΚΝ   | International Council of Nurses                       |
| ΙΦΣ   | International Federation of Social Workers            |
| ΡΚΤ   | Primary Care Team                                     |
| ΡΚΝ   | Royal College of Nursing                              |
| WORLD | World Health Organization                             |

## Πίνακας αγγλοελληνικής ορολογίας

|  |  |
|--|--|
| Advance nurse practitioners              | Εξειδικευμένοι νοσηλευτές                  |
| Community nurse                          | Κοινοτικός νοσηλευτής                      |
| General Practitioner                     | Γενικός ιατρός                             |
| Health visitor                           | Επισκέπτης υγείας                          |
| Horizontal integration                   | Οριζόντια ολοκλήρωση                       |
| Integrated care                          | Ολοκληρωμένη (απαρτιωμένη) φροντίδα υγείας |
| Interagency corporation                  | Διυπηρεσιακή συνεργασία και πρακτική       |
| Interdisciplinary team                   | Διεπιστημονική ομάδα                       |
| Interprofessional corporation            | Διεπαγγελματική συνεργασία και πρακτική    |
| Interprofessional education              | Διεπαγγελματική εκπαίδευση                 |
| Interprofessional team                   | Διεπαγγελματική ομάδα                      |
| Intersectoral corporation                | Διατομεακή συνεργασία και πρακτική         |
| Multidisciplinary team                   | Πολυεπιστημονική ομάδα                     |
| Multiprofessional team                   | Πολυεπαγγελματική ομάδα                    |
| Patient-centered care                    | Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα            |
| People-centered care                     | Εστιασμένη στον άνθρωπο φροντίδα υγείας    |
| Transdisciplinary/transprofessional team | Υπερεπιστημονική ή μεταεπιστημονική ομάδα  |
| Vertical integration                     | Κάθετη ολοκλήρωση                          |

## Πρόλογος

Τα τελευταία 35 χρόνια στην Ελλάδα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτέλεσε αντικείμενο πολλών επιστημονικών συναντήσεων,πραγματοποιητών πολιτικών εξαγγελιών, ακόμη και μη εφαρμοσμένων νόμων. Η ανάγκη σχεδιασμού και εφαρμογής ολοκληρωμένων πολιτικών ΠΦΥ δεν υπαγορεύθηκε απλά και μόνο ως υποχρέωση συμμόρφωσης της χώρας με τις κατευθύνσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αλλά προέκυψε και ως ανάγκη αποτελεσματικότερης και ορθολογικότερης χρήσης των διαθέσιμων πόρων για την προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Η στρατηγική για ολιστικό σχεδιασμό για την υγεία, με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, αναδείχτηκε από τη συνειδητοποίηση ότι τόσο η επίπτωση, όσο και η διαχείριση των σύγχρονων προβλημάτων υγείας προσδιορίζονται από την ατομική συμπεριφορά και από κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η συνταγματική επιταγή για ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει την ανάπτυξη υποδομών ΠΦΥ που θα καλύπτουν όλη την επικράτεια, αλλά και ειδικές κατηγορίες πολιτών. Με την κορύφωση της οικονομικής κρίσης, την αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων, την αυστηρή δημοσιονομική πειθαρχία, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας καθίσταται όχι μόνο υγειονομική αλλά και κοινωνική και οικονομική προτεραιότητα.

Η δημιουργία των κέντρων υγείας αγροτικού τύπου αποτέλεσε τη θεαματικότερη ίσως πολιτική εφαρμογή στην κατεύθυνση της ανάπτυξης της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Ταυτόχρονα, το εγχείρημα αυτό αποτελεί ένα κλασικό παράδειγμα ατελούς και, ως εκ τούτου, αναποτελεσματικού σχεδιασμού. Η ανάπτυξη υποδομών χωρίς επαρκή στελέχωση, χωρίς λειτουργίες προσδιοριζόμενες από δεδομένα επιστημονικά κριτήρια, χωρίς προκαθορισμένη στόχευση σύμφωνη με τις εκάστοτε υγειονομικές ανάγκες, χωρίς ποιοτική αξιολόγηση, συνιστά κατ'επίφαση και μόνο πολιτική πρωτοβάθμιας υγείας. Θα μπορούσε κανείς να αναφέρει πολλούς λόγους για τις ατελέσφορες προσπάθειες των 35 τελευταίων ετών. Ασφαλώς βαρύνει η διαχρονική έλλειψη πολιτικής βούλησης για τομές στο ασφαλιστικό σύστημα και για ανασχεδιασμό των υγειονομικών υποδομών. Ωστόσο, κατά την άποψή μου, το σημαντικότερο που θα μπορούσε να επισημανθεί είναι η έλλειψη επαρκούς γνώσης και κουλτούρας από όλους όσους εμπλέκονται στον σχεδιασμό και την υλοποίηση των δράσεων ΠΦΥ. Και, βέβαια, αυτή η διαπίστωση αφορά στο ακέραιο τους επαγγελματίες υγείας. Όλοι μας έχουμε ένα μεγαλύτερο ή μικρότερο μερίδιο ευθύνης για την έλλειψη ολιστικής προσέγγισης στην πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση, για την απροθυμία διεπιστημονικής ομαδικής διαχείρισης, για επιλογές που δεν υπαγορεύονται πάντοτε από αμιγώς επιστημονικά κριτήρια, για την υπακοή σε συντεχνιακά κελεύσματα.

Με βάση τις πιο πάνω σκέψεις, η έκδοση του βιβλίου *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας* αποτέλεσε μια εξαιρετικά ευχάριστη έκπληξη. Δύο εξέχουσες επιστημονικές προσωπικότητες, σκαπανείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η καθηγήτρια κα Αθηνά Καλοκαιρινού και ο καθηγητής κος Χρήστος Λιονής, με τη συνεργασία άξιων ειδικών συνεργατών που διακρίνονται τόσο για την επιστημονική όσο και για την επαγγελματική ενασχόλησή τους με το θέμα, παρουσιάζουν αυτό το εξαιρετικό πόνημα. Με την έκδοση αυτή αναδεικνύουν έμπρακτα τη σημασία της ομαδικής διεπιστημονικής εργασίας, που αποτελεί προϋπόθεση για την ΠΦΥ. Η αυξημένη εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας καθιστά αδύνατη την εξωνοσοκομειακή ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών από έναν μόνο επαγγελματία υγείας. Η διεπιστημονική ομάδα δεν είναι άθροισμα διαφορετικών ειδικοτήτων, αλλά ένα συλλογικό υποκείμενο που μπορεί, αξιοποιώντας τα επιμέρους μέλη του, να διερευνά και να διαχειρίζεται τις σύνθετες ανάγκες του ατόμου σε πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση, και να συμβάλλει στην προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού με εύστοχες δράσεις στην κοινότητα. Η ανάγκη ολοκληρωμένης (απαρτιωμένης), ολιστικής, με επίκεντρο τον άνθρωπο πρωτοβάθμιας φροντίδας αναδεικνύεται άλλωστε σε κάθε κεφάλαιο του βιβλίου. Τονίζεται επίσης η σημασία της εκπαίδευσης, της έρευνας και της καθιέρωσης διαδικασιών ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Η εκπαίδευση είναι αναγκαία για την απόκτηση συλλογικής συνείδησης στη διεπιστημονική ομάδα της ΠΦΥ.

Το βιβλίο αυτό χαρακτηρίζεται τόσο από υψηλή ακαδημαϊκή αρτιότητα, όσο και από πολύτιμη χρηστικότητα. Αλλά δεν πρόκειται ακριβώς για βιβλίο, πρόκειται για ένα σύγχρονο εκπαιδευτικό εργαλείο, με ελεύθερη χρήση, που επιτρέπει πρόσβαση σε πλούσιο εποπτικό υλικό, καθώς και σε υποστηρικτικούς ιστότοπους αξιοποιώντας τη σύγχρονη τεχνολογία. Το έργο αυτό θα συμβάλλει όχι μόνο στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αλλά επιπρόσθετα στην ανάπτυξη μιας νέας κουλτούρας που θα βασίζεται στον σεβασμό, στη διεπιστημονικότητα, στην ομαδικότητα και στη συμμόρφωση σε κανόνες λειτουργίας

δομημένους με κριτήρια επιστημονικά, ηθικά και βέλτιστης διαχείρισης των πολύτιμων πόρων.

Βελονάκης Εμμανουήλ

Καθηγητής Πρόληψης και Υγιεινής Περιβάλλοντος, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

## Εισαγωγή

Η αναγκαιότητα ανάπτυξης κοινής γλώσσας μεταξύ των επαγγελματιών για την αντίληψη των εννοιών και την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της ομάδας προϋποθέτει τον εννοιολογικό προσδιορισμό των όρων. Στο παρόν σύγγραμμα γίνεται μία προσπάθεια ανάλυσης τόσο των όρων αυτών, όσο και των βασικών προϋποθέσεων και των χαρακτηριστικών των μελών της ομάδας με σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η ομαδική εργασία μπορεί να γίνει κατανοητή ως μία δυναμική διαδικασία των επαγγελματιών υγείας που έχουν διαφορετικό επιστημονικό υπόβαθρο και επαγγελματικές δεξιότητες, συμπληρώνοντας ο ένας τον άλλο. Ωστόσο, μοιράζονται κοινούς στόχους για την υγεία και ενεργούν με συντονισμένες προσπάθειες στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας βασιζόμενοι στην αλληλοεξαρτώμενη συνεργασία, την ανοιχτή επικοινωνία και την από κοινού λήψη αποφάσεων. Οι στόχοι της ομάδας της ΠΦΥ καθορίζονται από την αρχή, λαμβάνοντας ωστόσο υπόψη ότι υπάρχει η δυνατότητα αναθεώρησής τους με την πάροδο του χρόνου και καθώς το στρατηγικό σχέδιο εξελίσσεται, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες της κοινότητας. Κάθε ομάδα ΠΦΥ είναι μοναδική και διαθέτει τις εξής πέντε αρχές που θα πρέπει να τη διέπουν: κοινούς στόχους, διακριτούς ρόλους, αμοιβαία εμπιστοσύνη, αποτελεσματική επικοινωνία, μετρήσιμες διαδικασίες και αποτελέσματα.

Λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία της ομαδικής εργασίας, στο παρόν σύγγραμμα γίνεται αναφορά στους τομείς δράσης της ΠΦΥ και αναπτύσσονται οι επιμέρους ρόλοι του γενικού/οικογενειακού ιατρού, της μαίας και του μαιευτή, του κοινοτικού νοσηλευτή, του επισκέπτη υγείας, του κοινωνικού λειτουργού, του φυσικοθεραπευτή και του ιατρικού εργαστηρίου, που αποτελούν αναπόσπαστα μέρη της ομάδας υγείας της ΠΦΥ. Η ομάδα της ΠΦΥ είναι το κλειδί για καλύτερα αποτελέσματα υγείας για την κοινότητα και τα μέλη της. Τα καλύτερα αποτελέσματα μπορούν να επιτευχθούν μόνο εάν τα μέλη της ομάδας (οι επαγγελματίες υγείας) συνεργαστούν γόνιμα μεταξύ τους και με την κοινότητα. Στο πλαίσιο της διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων, η πολυπλοκότητα της φροντίδας συχνά απαιτεί τη συμμετοχή περισσότερων επαγγελματιών. Η ολοκληρωμένη (απαρτιωμένη) ΠΦΥ είναι η φροντίδα που προσφέρει μία ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας συνεργαζόμενη με άλλους επαγγελματίες υγείας, καθώς και με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, με τη χρήση μιας συστηματικής και αποδοτικής προσέγγισης φροντίδας υγείας εστιασμένης στον άνθρωπο ως ολοκληρωμένη οντότητα.

Η συνεργατική προσέγγιση ενισχύει τον αυτοπροσδιορισμό των επαγγελματιών και την αυτοδυναμία τους, ενώ παράλληλα βασικοί αποδέκτες με πολλαπλά οφέλη από τη λειτουργία της είναι ο ίδιος ο χρήστης αλλά και το σύστημα υγείας. Η δημιουργία και διατήρηση αποτελεσματικών ομάδων στην ΠΦΥ προάγεται από την κατάλληλη διεπιστημονική και διεπαγγελματική εκπαίδευση των μελών τους και τη μεγιστοποίηση των δεξιοτήτων τους για τη λειτουργία τους εντός της ομάδας. Η ιδιότητα του μέλους σε μία διεπιστημονική ομάδα είναι πολυδιάστατη, ευνοεί τη συμμετοχικότητα περισσότερο από την ατομικότητα και απαιτεί την επίλυση των ζητημάτων σχετικά με τον ρόλο του κάθε μέλους. Η διεπαγγελματική εκπαίδευση επηρεάζει τις μεταβολές στις διαδικασίες της φροντίδας υγείας και στα αποτελέσματα υγείας των αποδεκτών των υπηρεσιών ΠΦΥ.

Ανάμεσα στις δράσεις που απαιτούνται για την προώθηση της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης με στόχο τη βελτίωση των εκβάσεων υγείας, η πιο βασική είναι αυτή της σύλληψης ενός σχεδίου με συγκεκριμένο σκοπό και στόχους, που θα ενστερνιστούν όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς (βασικοί ενδιαφερόμενοι, οργανισμοί και πανεπιστήμια).

Ιδιαίτερης σημασίας ζήτημα καθίσταται και η ανάπτυξη της ερευνητικής ικανότητας στην ΠΦΥ μέσω της ενεργού ενίσχυσης διεξαγωγής συστηματικής και στοχευμένης έρευνας, που να διέπεται από θεωρήσεις και μεθοδολογίες κατάλληλες και προσαρμοσμένες στη φιλοσοφία και τα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ.

Αναφορά γίνεται επίσης και στη διαδικασία παροχής και την τεκμηρίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών της ΠΦΥ, που σχετίζεται με την οργάνωση και τον συντονισμό τους αλλά και με το σύνολο των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των χρηστών/αποδεκτών των υπηρεσιών. Η ποιότητα της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών εξαρτάται κατά πολύ από την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων, την ορθή διαχείριση αλλά και την εποικοδομητική επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών (χρήστες/αποδέκτες των υπηρεσιών, επαγγελματίες υγείας, κοινωνικά δίκτυα, συνεργαζόμενοι φορείς παροχής υπηρεσιών).

Τέλος, δεδομένου του πλούτου της ελληνικής γλώσσας και των ευκαιριών που δίνει στη δημιουργία σύνθετων λέξεων με τη χρήση προθέσεων αλλάζοντας το νόημα και το περιεχόμενό τους και προσδίδοντάς τους συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, η συγγραφική ομάδα του βιβλίου θεωρεί ότι απέδωσε πιο σωστά τη συνεργασία των διαφορετικών επιστημόνων στη φροντίδα υγείας χρησιμοποιώντας όλη τη σύγχρονη ορολογία.

Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου  
Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ



## Κεφάλαιο 1

# Ολοκληρωμένη (απαρτιωμένη) και εστιασμένη στον άνθρωπο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Εισαγωγικά σχόλια και ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας

**Χ. Λιονής, Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. Λάγιου, Β. Βιβιλάκη**

### Στόχοι κεφαλαίου

Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να κατανοεί την έννοια της προσέγγισης που βασίζεται στην ολοκληρωμένη (απαρτιωμένη) και εστιασμένη στον άνθρωπο φροντίδα, να τεκμηριώνει την αναγκαιότητά της στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), να συνδέει την προσέγγιση αυτή με την έννοια της διεπιστημονικής ομάδας υγείας και να σκιαγραφεί τον ρόλο της.

### Περίληψη κεφαλαίου

Ο όρος «ολοκληρωμένη φροντίδα» (*integrated care*) δεν έχει συζητηθεί ευρύτερα στην Ελλάδα και πολύ περισσότερο στην ΠΦΥ. Στην ενότητα αυτή γίνεται αναφορά σε έναν ευρέως αποδεκτό ορισμό της ολοκληρωμένης φροντίδας, «ένα συνεκτικό πλαίσιο μεθόδων και υποδειγμάτων σε σχέση με τη χρηματοδότηση, τη διοίκηση, την οργάνωση, την παροχή υπηρεσιών και τα επίπεδα της κλινικής φροντίδας, που σχεδιάζεται για να προωθήσει τη σύνδεση, ευθυγράμμιση και συνεργασία τόσο εντός των διαφορετικών τομέων περίθαλψης και φροντίδας, όσο και ανάμεσα σε αυτούς». Το κεφάλαιο αυτό ασχολείται με την ολοκληρωμένη (απαρτιωμένη) ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα και γι' αυτό θα υπάρξει ιδιαίτερη αναφορά και εστίαση στην πολυεπιστημονική (*multidisciplinary*) συνεργασία στην ΠΦΥ και στον ρόλο της ομάδας υγείας.

### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

Εστιασμένη στον άνθρωπο φροντίδα υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), ομάδα υγείας, πολυεπιστημονική συνεργασία.

## 1.1 Ολοκληρωμένη και εστιασμένη στον άνθρωπο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Η αναγκαιότητα

Αρκετή συζήτηση στη βιβλιογραφία γίνεται για την ολοκληρωμένη και την εστιασμένη στον άνθρωπο (people-centered) φροντίδα υγείας. Στη χώρα μας, δυστυχώς, και οι δύο αυτοί όροι δεν έχουν επαρκώς συζητηθεί ακόμη και σήμερα που η ανάγκη για μεταρρύθμιση του συστήματος ΠΦΥ δεν είναι μόνο εμφανής αλλά και επιτακτική. Η σχέση των δύο αυτών όρων με την ομάδα υγείας και τη διεπιστημονική/διεπαγγελματική συνεργασία στην ΠΦΥ είναι επίσης προφανής, και η ολοκληρωμένη και η εστιασμένη φροντίδα μπορούν να θεωρηθούν ως προϋποθέσεις και μέσα για την επίτευξη των στόχων της. Για τον σκοπό αυτό, το βιβλίο αυτό αφιερώνει το εισαγωγικό του κεφάλαιο στην ολοκληρωμένη και εστιασμένη φροντίδα, μέσω του οποίου θα πραγματευθούμε τόσο τις θεμελιώδεις έννοιες των όρων αυτών (ενότητα 1.2), όσο και την αναγκαιότητα και τη σημασία της ομάδας υγείας στην υλοποίησή τους (ενότητα 1.3).

## 1.2 Ολοκληρωμένη και εστιασμένη στον άνθρωπο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Εννοιολογική προσέγγιση – ορισμοί

Αναζητώντας τις ρίζες των εννοιών ολοκληρωμένη και εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα, αξίζει να αναφερθούμε στον ορισμό της ΠΦΥ όπως τον έδωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) στην ιστορική συνέλευση της Άλμα-Άτα ([www.who.int](http://www.who.int)). Σύμφωνα με αυτόν, η φροντίδα υγείας αντικατοπτρίζει τα οικονομικά, πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά κάθε χώρας, παρέχει προληπτικές, θεραπευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες αποκατάστασης σε επίπεδο κοινότητας, περιλαμβάνει εκπαίδευση σε βασικά θέματα

υγείας, προωθεί την ενεργό συμμετοχή της κοινότητας και του ατόμου στον σχεδιασμό, την οργάνωση και τη λειτουργία της ΠΦΥ, πρέπει να υποστηρίζεται από ολοκληρωμένα συστήματα για την εξέλιξή της σε ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, να είναι προσβάσιμη από όλους και να παρέχεται από άρτια εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Μια πρόσφατη συζήτηση και κριτική προσέγγιση του ορισμού αυτού, που δημοσιεύτηκε στην αναφορά του ΠΟΥ το 2008 ([www.who.int](http://www.who.int)), καθόρισε τέσσερις ουσιαστικούς πυλώνες της ΠΦΥ: καθολική κάλυψη, υπηρεσίες εστιασμένες στον άνθρωπο και στον αποδέκτη των υπηρεσιών φροντίδας, επιτυχημένη ηγεσία και δημόσιες υπηρεσίες.

Η επίτευξη της ολοκληρωμένης ΠΦΥ είναι μια εξαιρετικά σύνθετη διαδικασία και απαιτείται τόσο η οριζόντια (horizontal) όσο και η κάθετη (vertical) ολοκλήρωση για να αποφεύγεται ο κατακερματισμός και η ασυνέχεια στις εκβάσεις υγείας. Η οριζόντια ολοκλήρωση αφορά την πλήρη ολοκλήρωση της ΠΦΥ (διασύνδεση όμοιων επιπέδων φροντίδας, π.χ. διεπιστημονικές ομάδες), ενώ η κάθετη ολοκλήρωση αφορά στοχευμένη ολοκλήρωση της ΠΦΥ σε περιπτώσεις υψηλής προτεραιότητας (διασύνδεση διαφορετικών επιπέδων φροντίδας, π.χ. διασύνδεση πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας). Καθοριστικής σημασίας είναι και η απαρτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ, θέμα που απασχολεί συχνά τη βιβλιογραφία (WHO, 2008)

Ένας γενικά αποδεκτός ορισμός που έχει υιοθετηθεί και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας είναι: «Η διαχείριση και η παροχή υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε τα άτομα να απολαμβάνουν ένα συνεχές προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες τους στη διάρκεια του χρόνου και ανεξαρτήτως επιπέδου του συστήματος υγείας στο οποίο απευθύνονται» (WHO, 2008). Ανάμεσα στους βασικούς στόχους της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας συμπεριλαμβάνονται η σύνδεση των φορέων ΠΦΥ, η βελτίωση της προσβασιμότητας και του επιπέδου της υγείας του πληθυσμού, η βελτίωση της κατανομής του υγειονομικού προσωπικού και η καλύτερη επικοινωνία και κατανομή των πόρων (Brown, Oliver-Baxter & Bywood, 2013). Στη μελέτη των Valentijn και συν. (2015) γίνεται αναφορά στην ολοκληρωμένη ΠΦΥ που κατανοείται ως το πλαίσιο φροντίδας υγείας στο οποίο ένα δίκτυο πολλών επαγγελματιών υγείας και οργανισμών υγείας και κοινωνικής φροντίδας παρέχουν προσβάσιμες, ολοκληρωμένες και συντονισμένες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας σε έναν πληθυσμό.

Η ολοκλήρωση των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας γίνεται κατανοητή στα παρακάτω επίπεδα (Delnoij, Klazinga & Glasgow 2002, Lloyd & Wait, 2006):

- Λειτουργική ολοκλήρωση σε μακροοικονομικό επίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας (χρηματοδότηση και θεσμοθέτηση φροντίδας, θεραπείας, πρόληψης και κοινωνικών υπηρεσιών).
- Οργανωσιακή ολοκλήρωση σε μεσοεπίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας (στρατηγικές συμμαχίες μεταξύ φορέων υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας).
- Επαγγελματική ολοκλήρωση σε μεσοεπίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας (στρατηγικές συμμαχίες μεταξύ επαγγελματιών υγείας).
- Κλινική ολοκλήρωση σε μικροοικονομικό επίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας (συνέχεια, συνεργασία και συνοχή στη διαδικασία παροχής ΠΦΥ).

Η ολοκληρωμένη ΠΦΥ βρίσκεται σήμερα στο επίκεντρο της προσοχής τόσο από τα μέσα ενημέρωσης στο Ηνωμένο Βασίλειο, όσο και από κυβερνητικούς φορείς σε παγκόσμιο επίπεδο (συμπεριλαμβάνονται περιοχές όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς, οι ΗΠΑ και χώρες της Βόρειας Ευρώπης), αλλά δυστυχώς δεν φαίνεται να αποτελεί προτεραιότητα για το ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Η συζήτηση για την ολοκληρωμένη φροντίδα εν γένει δεν έχει τύχει της προσοχής ούτε των σχεδιαστών των υπηρεσιών υγείας αλλά ούτε και της προπτυχιακής εκπαίδευσης, και απαιτεί επαγγέλματα υγείας ευαισθητοποιημένα αλλά και εκπαιδευμένα στην άσκηση της (Lionis et al., 2009). Η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, σε συνδυασμό με την εστιασμένη στον άνθρωπο φροντίδα υγείας, έχει απασχολήσει πρόσφατα και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, που κυκλοφόρησε δύο σχετικές εκδόσεις (WHO, 2015a, 2015b).

Άρρηκτα δεμένη με την έννοια της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας είναι και η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (patient-centered care) (Lionis & Petelos, 2015). Πρόκειται για έναν όρο θεμελιωμένο από παλιά, που όμως επιστρέφει με προσθήκες στις παραδοσιακές αξίες και διαστάσεις που τον συνοδεύουν. Η αναφορά στον ασθενή νοείται με τον ευρύτερο όρο της αναφοράς στον άνθρωπο ή στο άτομο και την οικογένειά του (παρακάτω διατηρήθηκε η πιστή απόδοση του όρου «patient»).

Το Institute of Medicine ορίζει την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα ως την παροχή φροντίδας που σέβεται και ανταποκρίνεται στις ατομικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες, διασφαλίζοντας την καθοδήγηση όλων των αποφάσεων από αυτές. Ανάμεσα στα έξι βασικά χαρακτηριστικά της υψηλής ποιότητας φροντίδας, το Ινστιτούτο συγκαταλέγει, ανάμεσα σε άλλα, την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την ισότητα και, φυσικά, την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (Institute of Medicine, 2001).

Είναι αναγνωρισμένο ότι ο ιατρός, αλλά και γενικά ο επαγγελματίας υγείας, δεν αποτελεί το επίκεντρο της σχέσης με τον ασθενή και με τους αποδέκτες φροντίδας υγείας, οι οποίοι διατηρούν το δικαίωμα να απολαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας αντίστοιχες με τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους (Bardes, 2012). Πολλές απόπειρες ορισμού της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας έχουν γίνει σήμερα. Το Picker Institute αναφέρεται στον σεβασμό στις αξίες, στις προτιμήσεις και στις εκφρασμένες ανάγκες του ασθενούς (Gerteis, Edgman-Levitan, Daley & Delbanco, 1993). Το Commonwealth Fund δίνει έμφαση στη συμμετοχή του ασθενούς στη φροντίδα του, στην υποστήριξη και βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας και της τεκμηριωμένης εκπαίδευσης, καθώς και στον συντονισμό της φροντίδας (Davis, Schoenbaum & Audet, 2005), ενώ το Institute for Family-Centered Care κάνει αναφορά στην αξιοπρέπεια και τον σεβασμό μέσω της ενεργού συμμετοχής και της συνεργασίας του ασθενούς και της διάχυσης της πληροφορίας (Scholle et al., 2010).

Το υπόδειγμα που έχει καθιερωθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και συζητείται ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια είναι το γνωστό στη βιβλιογραφία ως Patient-Centered Medical Home (PCMH) (Lionis & Petelos, 2015). Το υπόδειγμα αυτό χαρακτηρίζεται από τις πέντε ακόλουθες βασικές αξίες: εστίαση στον ασθενή, άμεση πρόσβαση, ολοκληρωμένη φροντίδα, συντονισμός υπηρεσιών υγείας και δέσμευση στον ασθενή και γενικά σε όλους τους αποδέκτες φροντίδας υγείας για την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το υπόδειγμα αυτό περιλαμβάνει (Brown, Oliver-Baxter & Bywood, 2013):

- Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (στο ίδιο το άτομο, στην οικογένεια και στις προτιμήσεις του).
- Ολοκληρωμένη φροντίδα (πρόληψη και προαγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας, διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, θεραπεία και αποκατάσταση).
- Συντονισμένη φροντίδα (ειδικοί ιατροί, νοσοκομεία, υπηρεσίες κοινότητας).
- Προσβασιμότητα στη φροντίδα (ελαχιστοποίηση χρόνου αναμονής, τηλεφωνικής και ηλεκτρονικής επικοινωνίας).

Επιπλέον, το υπόδειγμα αυτό δίνει έμφαση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και στην ασφάλεια του ασθενούς (με τον ευρύτερο όρο του ανθρώπου και, φυσικά, του αποδέκτη των υπηρεσιών φροντίδας υγείας) μέσω της τεκμηριωμένης ή βασισμένης στις αποδείξεις πρακτικής και της από κοινού λήψης κλινικής απόφασης, που θα οδηγήσουν στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, στη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και στη βελτίωση της πρόσβασης, του χρόνου αναμονής και των εμπειριών των αποδεκτών των υπηρεσιών ΠΦΥ.

Το υπόδειγμα αυτό κατανοείται ακόμη και από τις δεσμεύσεις του στις παρακάτω αρχές (Clarke & Cohen, 2010), που αναφέρονται στον άνθρωπο με την ευρεία έννοια και όχι μόνο στον ασθενή:

- Συνεχής σχέση με προσωπικό ιατρό, εκπαιδευμένο στην πρώτη συνάντησή του με τον ασθενή, και γενικά με όλους τους αποδέκτες φροντίδας υγείας.
- Παρουσία επαγγελματιών υγείας που εργάζονται ως ομάδα και αναλαμβάνουν την ευθύνη της συνεχιζόμενης φροντίδας.
- Προσανατολισμός στο σύνολο των αναγκών του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων όλων των σταδίων της ζωής, όπως η άμεση φροντίδα, η χρόνια φροντίδα, η πρόληψη και η φροντίδα στο τέλος της ζωής.
- Παρουσία συμπονετικής και εύρωστης συνεργασίας μεταξύ γενικών ιατρών/προσωπικών ιατρών, ασθενών και γενικά όλων των αποδεκτών φροντίδας υγείας και των οικογενειών τους.
- Ενεργός συμμετοχή των ασθενών και γενικά όλων των αποδεκτών φροντίδας υγείας στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα υγείας τους.
- Ανατροφοδότηση για τη διασφάλιση της ποιότητας και την ικανοποίηση των προσδοκιών του ασθενούς και γενικά όλων των αποδεκτών φροντίδας υγείας.

- Βελτιωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Μια κριτική προσέγγιση του αμερικάνικου μοντέλου για την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα, ιδωμένη μέσα από την ολοκληρωμένη φροντίδα και την ευρωπαϊκή εμπειρία, είναι υπό δημοσίευση σε βιβλίο που έχει ως γενικό τίτλο *Integrated Primary and Behavioral Care* (Lionis & Petelos, 2015).

Ο όρος «ολοκληρωμένη και εστιασμένη στον άνθρωπο φροντίδα» είναι φανερό ότι συνδέεται και με τον όρο «συμπονετική φροντίδα» (Lionis & Petelos, 2015), υποδεικνύοντας ότι θα έπρεπε να δοθεί περισσότερη έμφαση εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας που υπηρετούν την ΠΦΥ σε αξίες που δεν σχετίζονται με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του ασθενούς, αλλά με τη διαχείρισή του ως ολοκληρωμένης οντότητας, όπως αυτή περιγράφεται μέσα από τις ψυχοκοινωνικές επιστήμες.

### **1.3 Εφαρμογή στρατηγικής για την ολοκληρωμένη και εστιασμένη στο άτομο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα**

Στην ελληνική πραγματικότητα, η εφαρμογή στρατηγικής για την ΠΦΥ πρέπει να βασιστεί στη μελέτη και ανάλυση διαθέσιμων στοιχείων αναφορικά με τη διάρθρωση και λειτουργία του συστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας, λαμβάνοντας υπόψη το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, καθώς και την ιστορική εξέλιξή του, τις οργανωτικές και λειτουργικές δομές παροχής υπηρεσιών υγείας στους πολίτες και τις διαθέσιμες μεθόδους χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών ΠΦΥ.

Μερικά εμπόδια στον σχεδιασμό και τη λειτουργία της ομάδας ΠΦΥ είναι τα ακόλουθα (Γεωργούση και συν., 2000· Ζηλίδης, 1995· Θεοδώρου και συν., 1997· Kousoulis, Angelopoulou & Lionis, 2013· Λιονής, 2003· Λιονής και συν., 2000· Lionis et al., 2009· ΥΥΠΚΑ, 1994):

- Ο θεσμικός ρόλος της ομάδας της ΠΦΥ γενικά παραμένει ασαφής παρά το ότι σχετικές νομοθετικές πρωτοβουλίες έχουν προβλέψει τη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας στην κοινότητα.
- Τα υφιστάμενα συστήματα διαχείρισης της πληροφορίας απαιτούν ολοκλήρωση και δράσεις συντονισμού.
- Παρατηρείται σημαντική χρονική υστέρηση στην παροχή κάποιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις ανάγκες των ατόμων στην κοινότητα.
- Η επιβάρυνση των ατομικών εισοδημάτων σε σχέση με τις ανάγκες που καλύπτονται μέσω της ΠΦΥ αλλά και τις οικονομικές δυνατότητες των νοικοκυριών είναι δυσανάλογη.
- Η ολοκλήρωση απουσιάζει από την ΠΦΥ.
- Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ είναι πτωχά διασυνδεδεμένες, χωρίς να αποτελούν συνήθως το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας, με βασικές λειτουργίες την περίθαλψη και τη συνταγογράφηση.
- Οι ανάγκες υγείας του ασθενούς δεν λαμβάνονται υπόψη στον σχεδιασμό των υπηρεσιών ΠΦΥ και απουσιάζει ο έλεγχος της ασφάλειάς τους και η αξιολόγηση της ποιότητάς τους.
- Ο ασθενής δεν συμμετέχει ενεργά στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας της ΠΦΥ.

Η ομάδα της ΠΦΥ αποτελεί εγγύηση για τον καθορισμό των βασικών προτεραιοτήτων και στόχων της εθνικής πολιτικής για την ΠΦΥ, καθώς και για τον εντοπισμό των κατάλληλων δράσεων που μπορούν να συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων αυτών για τους κάτωθι λόγους (Γεωργούση και συν., 2000· Ζηλίδης, 1995· Θεοδώρου και συν., 1997· Λιονής, 2003· Λιονής και συν., 2000· ΥΥΠΚΑ, 1994):

A. Η οργανωτική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού που εργάζεται στην ΠΦΥ, τη δικτύωση των φορέων και τη χρηματοδότηση του συστήματος, συνεπώς η συνεργασία των επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο της ΠΦΥ αποτελεί βασικό εργαλείο για την ολοκληρωμένη φροντίδα στην κοινότητα. Έχει τονιστεί από πολλούς ερευνητές η ανάγκη εξασφάλισης συνέχειας τόσο στην καταγραφή των αναγκών, όσο και στη φροντίδα στην κοινότητα. Το πρόβλημα της υποστελέχωσης των μονάδων της ΠΦΥ με εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας έχει ως συνέπεια τη μη ανταπόκριση στις απαιτήσεις και τους στόχους του συστήματος της ΠΦΥ. Επιπλέον, αποτελεί αναγκαιότητα, ιδιαίτερα σε αυτήν τη δύσκολη οικονομική συγκυρία, η διαμόρφωση μιας κοινής, ενιαίας δέσμης υπηρεσιών από την ομάδα ΠΦΥ στον ελλαδικό χώρο, προκειμένου να ανταποκριθεί το σύστημα των υπηρεσιών

φροντίδας και υγείας στις ανάγκες της ελληνική κοινότητα. Η έμφαση στον ρόλο του κάθε επαγγελματία υγείας στο πλαίσιο της ομάδας της ΠΦΥ θα αυξήσει την ικανοποίηση της χρήσης των υπηρεσιών, θα μειώσει την αναίτια πολλές φορές ζήτηση δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα βελτιώσει την εμπειρία της χρήσης υπηρεσιών φροντίδας και υγείας, θα εξασφαλίσει τη συνέχεια της φροντίδας και την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και θα μειώσει τη δαπάνη μέσω του συντονισμού των δράσεων της ομάδας της ΠΦΥ. Η ορθολογική κατανομή των δαπανών και η αναδιάρθρωση του συστήματος χρηματοδότησης σχετίζονται άμεσα με την αξιοποίηση των επαγγελματιών υγείας στα πλαίσια της ομάδας της ΠΦΥ.

Β. Η λειτουργική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ σχετίζεται άμεσα με την ανάλυση και μελέτη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, την ποιοτική, επιστημονικά τεκμηριωμένη φροντίδα στην κοινότητα, την αποτελεσματική διαχείριση της πληροφορίας για το άτομο στην κοινότητα μέσω πληροφοριακών υποδομών και την αναβάθμιση της επικοινωνίας στο πλαίσιο της κοινότητας. Μετά από χρόνια αιτήματα, η δημιουργία του Υγειονομικού Χάρτη (επιδημιολογική βάση δεδομένων) στην Ελλάδα βοηθά ώστε να διασαφηνιστούν οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού και να βελτιωθεί η ανταποκρισιμότητα του συστήματος της ΠΦΥ. Η ομάδα της ΠΦΥ, στα πλαίσια της κοινότητας, εξασφαλίζει την ισότητα στην πρόσβαση και την ποιοτική φροντίδα υγείας κοντά στο σπίτι του ατόμου, στο χωροπλάσιο της κοινότητας. Για να επιτευχθεί η λειτουργική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ, θα πρέπει η ομάδα της ΠΦΥ να υποστηρίζεται από ένα αποτελεσματικό διοικητικό πλαίσιο, το οποίο θα διασφαλίζει συνθήκες για τις καθημερινές συναλλαγές των πολιτών με τις μονάδες ΠΦΥ. Η διοικητική διεκπεραίωση των διαδικασιών των μονάδων της ΠΦΥ θα πρέπει να επιφορτίζει όσο το δυνατόν λιγότερο τους επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα της ΠΦΥ. Για τη διασφάλιση της επιτυχούς εφαρμογής της στρατηγικής θα πρέπει να προβλέπεται η οργάνωση ενός ενιαίου συστήματος συντονισμού, διοίκησης και εποπτείας της υλοποίησης του διοικητικού έργου στα πλαίσια της ΠΦΥ. Τέλος, θα πρέπει να προβλέπεται η διασφάλιση της ποιότητας μέσω κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, η τεκμηριωμένη κλινική πράξη και η εκπαίδευση ανθρώπινου δυναμικού, και ιδιαίτερα των μελών της ομάδας της ΠΦΥ στην ομαδική εργασία, με στόχο να χτιστεί στο μέλλον μία δυνατή ομάδα ΠΦΥ και μία αποτελεσματική επικοινωνία με την κοινότητα. Συνεπώς, ο ρόλος της ομάδας της ΠΦΥ είναι πρωταρχικός και καταλυτικός τόσο για τη λειτουργική, όσο και για την οργανωτική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Σημαντικός είναι ακόμη ο ρόλος της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ στην ανάπτυξη από μέρους του ατόμου της αυτοφροντίδας και της αυτοδιαχείρισης. Αυτοφροντίδα σημαίνει η φροντίδα του εαυτού για να παραμείνει κάποιος υγιής. Η ίδια έννοια στα πλαίσια της χρόνιας νόσου γίνεται πιο περίπλοκη. Η αυτοφροντίδα απαιτείται για την επιτυχή διαχείριση και τον έλεγχο της χρόνιας νόσου. Είναι έννοια σφαιρική και διαπολιτισμική, και έχουν διατυπωθεί πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί ανάλογα με την προσέγγιση (Kennedy, 2007). Η αυτοφροντίδα ορίζεται ως η ικανότητα της διεξαγωγής δραστηριοτήτων και ικανοποίησης των προσωπικών αναγκών με σκοπό τη διατήρηση της υγείας και της ευεξίας (σωματικής, πνευματικής και ψυχικής). Η αυτοφροντίδα είναι μια συμπεριφορά που μαθαίνεται από το άτομο και επηρεάζεται από το περιβάλλον, την υγεία και τη νοσηλευτική φροντίδα, και τα συστατικά της είναι: οι γενικές ανάγκες αυτοφροντίδας (universal self care needs), οι αναπτυξιακές ανάγκες αυτοφροντίδας (developmental self care needs) και οι ανάγκες λόγω παρέκκλισης από την υγεία (health deviation). Το έλλειμμα αυτοφροντίδας (self care deficit) υπάρχει όταν το άτομο είναι ανίκανο να ικανοποιήσει τις ανάγκες του (ζήτηση αυτοφροντίδας) λόγω περιορισμών στις γνώσεις, τις δεξιότητες, την υποκίνησή του και των βασικών προσδιοριστικών παραγόντων (basic conditioning factors) (Denyes, Orem & Bekel, 2001).

Η αυτοδιαχείριση (self management) αφορά την ικανότητα του ασθενούς να διαχειρίζεται τη χρόνια νόσο, τα συμπτώματα, τη θεραπεία, τις σωματικές και κοινωνικές συνέπειες, τις αλλαγές στον τρόπο ζωής του (Coleman, 2005· Barlow et al., 2002). Η υποστήριξη στην αυτοδιαχείριση (self management support) αναφέρεται στις πολυεπίπεδες αλλαγές στο σύστημα υγείας και στην κοινότητα προκειμένου να διευκολυνθεί η αυτοδιαχείριση της νόσου από τους ασθενείς (Barlow et al., 2002). Η εκπαίδευση του ασθενούς (patient education) αναφέρεται στην παροχή γνώσεων και πληροφοριών στον ασθενή για τη νόσο του με σκοπό την τροποποίηση της συμπεριφοράς του, έτσι ώστε να προάγεται η κλινική έκβασή του (Barlow et al., 2002· Coleman, 2005). Η εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση (self management education) αναφέρεται στην ενίσχυση της προσωπικής δύναμης, της αυτοπεποίθησης του ασθενούς στις ικανότητές του να περατώσει συγκεκριμένες συμπεριφορές ή να μειώσει τα συμπτώματα, έτσι ώστε να βελτιώσει την κλινική του έκβαση (Bodenheimer et al., 2002· Coleman, 2005).

Πώς όμως οι παραπάνω στρατηγικές και προσεγγίσεις μπορούν να υλοποιηθούν στη χώρα μας σε μια περίοδο που η ολοκληρωμένη ΠΦΥ αποτελεί επιτακτική ανάγκη για τη διατήρηση ενός στοιχειώδους

αποδεκτού επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού; Σε ποιο βαθμό οι θεμελιώδεις αρχές της ολοκληρωμένης (απαρτιωμένης) και εστιασμένης στον άνθρωπο φροντίδας, που αναφέρθηκαν στην παραπάνω ενότητα, μπορούν να ακολουθηθούν στη χώρα μας; Σε ποιο βαθμό οι δραστηριότητες περίθαλψης μπορούν να συναντηθούν ταυτόχρονα με αυτές της πρόληψης και της προαγωγής υγείας; Σε ποιο βαθμό ο κύριος στόχος της ΠΦΥ για την αλλαγή της συμπεριφοράς μπορεί να γίνει πράξη; Πώς νοείται η εστιασμένη στον άνθρωπο φροντίδα, και πώς μπορούν όλες οι συλλεχθείσες από διάφορες πηγές πληροφορίες για την υγεία του να γίνουν αποφάσεις υγείας με τη δική του συμμετοχή; Ποιος θα εγγυηθεί την ασφάλεια του ανθρώπου και αποδέκτη των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που του προσφέρονται;

Θεμελιώδη τα ως άνω ερωτήματα, που χρήζουν απαντήσεων πριν από κάθε απόπειρα σχεδιασμού υπηρεσιών ΠΦΥ. Η απάντηση είναι στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ και στη διεπιστημονική και διεπαγγελματική συνεργασία που διέπει τα μέλη της. Και αυτό διότι μόνο η ομάδα των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ διασφαλίζει τη δυνατότητα άμεσης και εύκολης πρόσβασης σε μία προσδιορισμένη ποιοτικά και ποσοτικά φροντίδα υγείας, με οριοθετημένες διαδικασίες, οι οποίες μπορούν να σχεδιαστούν, να εφαρμοστούν και να αξιολογηθούν στο πλαίσιο της κοινότητας, δηλαδή όσο πιο κοντά στο σπίτι του πολίτη.

Με την ομάδα υγείας στην ΠΦΥ θα ασχοληθεί το παρόν έργο, και στις επόμενες ενότητες του βιβλίου θα παρουσιαστούν θεμελιώδεις έννοιες που τη συνοδεύουν: ο ορισμός και το όραμα της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ (Κεφάλαιο 2), η ομάδα υγείας στην ΠΦΥ και την κοινότητα (Κεφάλαιο 3), οι τομείς δράσης της (Κεφάλαιο 4), τα επιμέρους επαγγέλματα υγείας που τη συνθέτουν (Κεφάλαια 5, 6, 7, 8, 9, 10 και 11), ο ρόλος της στη διεπιστημονική/διεπαγγελματική εκπαίδευση (Κεφάλαιο 12), στην έρευνα και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Κεφάλαιο 13), το νομοθετικό πλαίσιο που τη διέπει (Κεφάλαιο 14) και, τέλος, ο ρόλος της στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Γεωργούση, Ε. & Κυριόπουλος, Γ. (2000). Τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για την Υγεία: Συγκλίσεις προς μία Ενιαία Ευρωπαϊκή Αγορά. Στο Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ. & Μπεατζόγλου, Τ. (εκδότες), *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Ζηλίδης, Χ. (1995). *Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Θεοδωράκης, Π.Ν. & Λιονής, Χ. (2003). Η ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Είναι η γενική ιατρική αποτελεσματική στην έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής; Στο Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ., Τσάκος Γ. (επιμέλεια), *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. (1997). *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. (Γ' Έκδοση). Αθήνα: Παπαζήσης.
- Λιονής, Χ. & Μερκούρης, Μ. (2000). Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12, σσ. 7-9.
- Λιονής, Χ. (2003). Ο οικογενειακός ιατρός ως παράγων δημόσιας υγείας. Στο Δημολιάτης, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ. & Φιλαλήθης, Τ. (εκδότες), *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο, σσ. 126-137.
- Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1994). *Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Φαρμέτρικα.

### Ξένη

- Bardes, C.L. (2012). Defining “Patient-Centered Medicine”. *New England Journal of Medicine*, 366(9), pp. 782-783.
- Barlow, M., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), pp. 177-187.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), pp. 2469-75.
- Brown, L., Oliver-Baxter, J. & Bywood P. (2013). International trends and initiatives in primary health care. *PHCRIS Research Roundup*, Issue 3.
- Clarke, A. & Cohen A.B. (2010). Bringing it all back home: can Europeans learn from recent moves toward the medical home in US primary health care reform? *European Journal of Public Health*, 20(6), pp. 613-615.
- Coleman, M. & Newton, K. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 72(8), pp. 1503-10.
- Davis, K., Schoenbaum, S. & Audet, A. (2005). A 2020 vision of patient-centred primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10), pp. 953-957.
- Delnoij, D., Klazinga, N. & Glasgow, I.K. (2002). Integrated Care in an International Perspective. *International Journal of Integrated Care* [serial online].
- Denyes, M., Orem, D. & Bekel, G. (2001). Self-Care: A Foundational Science. *Nursing Science Quarterly*, 14, pp. 48-54.

- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J. & Delbanco, T. (1993). *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hummers-Pradier, E., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L. et al. (2009). The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Part 1. Background and methodology. *European Journal of General Practice*, 15(4), pp. 243-50.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- International Conference on Primary Health Care (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva: WHO. Διαθέσιμο στο: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- Kennedy, A., Rogers, A., Bower, P. (2007) Support for self care for patients with chronic disease. *BMJ*, 335, pp. 968-970.
- Kousoulis, A.A., Angelopoulou, K.E. & Lionis, C. (2013). Exploring health care reform in a changing Europe: Lessons from Greece. *European Journal of General Practice*, 19(3), pp. 194-199.
- Lionis, C. & Petelos, E. (2015). The Patient-centered Medical Home Model within an Integrated Primary Care System: towards a European Model? In O' Donohue, W. and Maragakis, A. (Eds.), *Integrated Primary and Behavioral Care*. Springer.
- Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., Souliotis, K. & Kyriopoulos, I. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*. ISSN 1568-4156.
- Lloyd, J. & Wait, S. (2006). *Integrated Care: a guide for policymakers*. London: Alliance for Health and the Future.
- Scholle, S.H., Torda, P., Peikes, D., Han, E. & Genevro, J. (2010). *Engaging patients and families in the medical home*. AHRQ Publication No. 10-0083-EF.
- Valentijn, P.P., Vrijhoef, H., Ruwaard, D., Boesveld, I., Arends, R.Y. & Bruijnzeels, M.A. (2015). Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach. *BMC Family Practice*, 16, p. 64. doi: 10.1186/s12875-0158-0278-x
- Van Royen, P., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L. et al. (2011). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 6: reaction on commentaries - how to continue with the Research Agenda? *European Journal of General Practice*, 17(1), pp. 58-61.
- World Health Organization (2008). *Integrated health services - what and why?* Technical Brief No.1, May 2008. Διαθέσιμο στο: [http://www.who.int/healthsystems/technical\\_brief\\_final.pdf](http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf)
- World Health Organization (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Διαθέσιμο στο: [http://www.who.int/mental\\_health/resources/mentalhealth\\_PHC\\_2008.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf)
- World Health Organization (2015a). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. Interim Report.
- World Health Organization (2015b). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence*. Interim Report.



## Κεφάλαιο 2

### Η ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Ορισμός και έννοιες

**Χ. Λιονής, Β. Βιβιλάκη, Θ. Αδαμακίδου, Ε. Σακελλάρη**

#### Στόχοι κεφαλαίου

Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να προσδιορίζει και να κατανοεί τις έννοιες της πολυεπιστημονικής, της διεπιστημονικής, της ενδοεπιστημονικής και της υπερεπιστημονικής ή μεταεπιστημονικής ομάδας υγείας, να συζητά για την αναγκαιότητα αποτελεσματικών ομάδων υγείας και να περιγράφει βασικές προϋποθέσεις για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας της ομάδας υγείας στην ολοκληρωμένη ΠΦΥ.

#### Περίληψη κεφαλαίου

Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών τεκμηριώνει τη σημασία και την αποτελεσματικότητα της ομαδικής εργασίας στον χώρο της υγείας και ιδιαίτερα στην ΠΦΥ. Η αναγκαιότητα ανάπτυξης κοινής γλώσσας μεταξύ των επαγγελματιών για την αντίληψη των εννοιών και την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της ομάδας προϋποθέτει τον εννοιολογικό προσδιορισμό των όρων, ο οποίος αποτελεί και τον σκοπό του παρόντος κεφαλαίου. Βασικές προϋποθέσεις και χαρακτηριστικά των μελών της ομάδας αναλύονται με σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας της ομάδας αλλά και την παροχή συνεχούς, ολοκληρωμένης, εστιασμένης στον ασθενή ΠΦΥ.

#### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

Ομάδα υγείας, πολυεπιστημονική ομάδα, διεπιστημονική ομάδα, ενδοεπιστημονική ομάδα, υπερεπιστημονική ή μεταεπιστημονική ομάδα, αναγκαιότητα λειτουργίας, βελτίωση αποτελεσματικότητας.

## 2.1 Εισαγωγή

Ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνών τεκμηριώνει τη σημασία της ομαδικής εργασίας στον χώρο της υγείας (Jones, 2009· Health Service Executive, 2009· Reeves et al., 2010). Η ομαδική εργασία μπορεί να γίνει κατανοητή ως μια δυναμική διαδικασία των επαγγελματιών υγείας που έχουν διαφορετικό υπόβαθρο και δεξιότητες, συμπληρώνοντας ο ένας τον άλλο. Ωστόσο, μοιράζονται κοινούς στόχους για την υγεία και ενεργούν με συντονισμένες προσπάθειες στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας μέσω αλληλοεξαρτώμενης συνεργασίας, ανοιχτής επικοινωνίας και από κοινού λήψης αποφάσεων (Xyrichis & Ream, 2008). Μάλιστα, υπογραμμίζεται ότι «τα καλύτερα και πιο αποδοτικά αποτελέσματα για τους ασθενείς επιτυγχάνονται όταν οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται μαζί, μαθαίνουν μαζί, συμμετέχουν στον κλινικό έλεγχο των αποτελεσμάτων από κοινού και προωθούν την καινοτομία για τη διασφάλιση της προόδου στις υπηρεσίες» (National Health Service Management Executive, 1993). Η αποτελεσματικότητα μιας ομάδας εξαρτάται από τη σαφήνεια των στόχων, το επίπεδο συμμετοχής, την έμφαση στην ποιότητα και την υποστήριξη για καινοτομία. Αυξημένα επίπεδα των παραπάνω παραγόντων συνεπάγονται αυξημένη αποτελεσματικότητα (Borrill et al., 1997-1999· Johansson & Lindahl, 2012· Schmidt et al., 1998· Shaw et al., 2013· Richards et al., 2013· Wilson et al., 2004), όπως για παράδειγμα:

- Μείωση της χρήσης των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων από τα άτομα της κοινότητας κατά 37% ( $P < 0.001$ ) (Schmidt et al., 1998).
- Αύξηση του προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του παχέος εντέρου από 38% σε 53% (Breslow-Day test  $P = .001$  and  $<.001$ ) (Shaw et al. 2013).
- Μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους ασθενείς στην κοινότητα, σύμφωνα με σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία, όπως το PHQ, αν η παρέμβαση πραγματοποιηθεί από ομάδα υγείας (1.33 PHQ-9 points lower 95% confidence interval 0.35 to 2.31,  $P=0.009$ ) (Richards et al., 2013).

- Μείωση της χρήσης αντικαταθλιπτικής θεραπείας κατά 59% ( $P < 0.001$ ) (Wilson et al., 2004).

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά στο περιεχόμενο και τον ορισμό όρων σχετικών με τη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ και επίσης εξετάζονται η αναγκαιότητα αλλά και οι προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της συνεργασίας στην ΠΦΥ.

## 2.2 Ομάδα υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και συνεργασία επαγγελματιών υγείας

Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη (2005, σ. 1262), η ομάδα είναι «ένα άθροισμα προσώπων ή (σπάνια) πραγμάτων, τα οποία συνδέει κάτι κοινό και εκλαμβάνονται ως ενιαίο σύνολο, ή ένα σύνολο προσώπων που ενώνουν τη δράση και τις προσπάθειές τους για την επίτευξη κοινού έργου ή σκοπού». Η ομάδα (team) ορίζεται επίσης από τους Mohrman, Cohen και Mohrman (1995) ως «ένα σύνολο ατόμων τα οποία εργάζονται από κοινού για την παραγωγή ενός προϊόντος ή για την παροχή υπηρεσιών για τις οποίες είναι αμοιβαία υπεύθυνα. Τα μέλη της ομάδας μοιράζονται τους ίδιους στόχους και είναι αμοιβαία υπεύθυνα για την επίτευξή τους, βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση για την επίτευξή τους και επηρεάζουν τα αποτελέσματα με την αλληλεπίδραση που υπάρχει μεταξύ τους. Για τον λόγο ότι η ομάδα είναι συνολικά υπεύθυνη, το έργο/προσπάθεια της συμπλήρωσης/ολοκλήρωσης (integrating) του ενός μέλους με τα άλλα μέλη συμπεριλαμβάνεται στις αρμοδιότητες του κάθε μέλους χωριστά». Οι στόχοι της ομάδας ΠΦΥ θα πρέπει να καθορίζονται από την αρχή λαμβάνοντας ωστόσο υπόψη ότι υπάρχει η δυνατότητα αναθεώρησής τους με την πάροδο του χρόνου και καθώς το στρατηγικό σχέδιο εξελίσσεται, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες της κοινότητας (Torrissi & Hansen-Turton, 2005).

Οι Kouzes και Posner (1987) όρισαν την ομάδα υγείας ως «μια ομάδα από πρόσωπα συνεργαζόμενα ισότιμα για την ανάπτυξη κοινών στόχων και την οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης για την επίτευξη των αμοιβαίων στόχων». Η ομάδα υγείας θα πρέπει να εξετάζεται όχι στατικά αλλά δυναμικά, καθώς οι λειτουργίες και η ποιότητά της συνεξελίσσονται μέσα στον χρόνο, ενώ οργανωσιακοί, περιβαλλοντικοί και προσωπικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργία, τη δομή, τις δραστηριότητες και τη συμμετοχή των μελών της (Huss, Schiller & Schmidt, 2013).

Ένας άλλος ορισμός της φροντίδας υγείας που βασίζεται στην ομάδα, όπως αυτός δόθηκε από τους Naylor και συν. (2010) μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, είναι «η παροχή υπηρεσιών υγείας στα άτομα, στις οικογένειες και/ή στις κοινότητές τους από δύο τουλάχιστον επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε συνεργασία με τους ασθενείς και τους φροντιστές τους για την επίτευξη κοινών στόχων και την παροχή συντονισμένης και υψηλής ποιότητας φροντίδας».

Οι λόγοι για τους οποίους επιδιώκεται η συνεργασία διαφορετικών επιστημόνων παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.1 (Choi & Pak, 2006).

|  |
|--|
| Επίλυση ενός πραγματικού παγκόσμιου προβλήματος.   |
| Επίλυση ενός πολύπλοκου προβλήματος.   |
| Ανάπτυξη και παροχή διαφορετικών οπτικών/απόψεων στο ίδιο πρόβλημα.                                  |
| Διατύπωση ερευνητικών υποθέσεων και θεωριών.   |
| Ανάπτυξη συναίνεσης στη διατύπωση κλινικών ορισμών και κατευθυντήριων οδηγιών για προβλήματα υγείας. |
| Παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας και εκπαίδευσης.   |

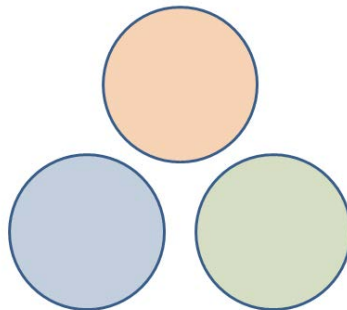
**Πίνακας 2.1** Ενδεικτικοί λόγοι συνεργασίας σε ομάδα διαφορετικών επιστημόνων.

Επομένως, οι προϋποθέσεις/χαρακτηριστικά μιας ομάδας είναι το μικρό μέγεθος ή ο μικρός αριθμός μελών, τα οποία έχουν δεσμευτεί στην επίτευξη κοινού και σημαντικού σκοπού με συγκεκριμένους και επιτεύξιμους στόχους για τους οποίους όλα τα μέλη είναι συνολικά υπεύθυνα, έχουν τον κατάλληλο συνδυασμό δεξιοτήτων και ειδικοτήτων, επικοινωνούν μεταξύ τους σε τακτά χρονικά διαστήματα, επιλύουν προβλήματα, λαμβάνουν αποφάσεις, διαχειρίζονται συγκρούσεις και υιοθετούν μια κοινή προσέγγιση για την οικονομική, διοικητική και κοινωνική λειτουργία τους (Michan & Rodger, 2000· West, 1999).

## 2.3 Ομάδα υγείας: Εννοιολογικές και ετυμολογικές προσεγγίσεις

Η ελληνική γλώσσα, ανεξάντλητη καθώς είναι στη δημιουργία σύνθετων λέξεων με τη χρήση προθέσεων, αλλάζει το νόημα και το περιεχόμενων των νέων λέξεων και τους προσδίδει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, η συνεργασία/αλληλεπίδραση των μελών της ομάδας μπορεί να είναι «πολυεπιστημονική ομάδα», «διεπιστημονική ομάδα» και «ενδοεπιστημονική ομάδα». Στη διεθνή βιβλιογραφία για τη συνεργασία της ομάδας μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών χρησιμοποιούνται —συχνά εναλλακτικά— οι λέξεις «multidisciplinary team» ή «multiprofessional», «interdisciplinary team» ή «interprofessional», «intradisciplinary team» ή «intraprofessional» και «transdisciplinary team» ή «transprofessional». Η λέξη «discipline» έχει και την έννοια του επιστημονικού κλάδου, του τομέα γνώσεων (Stavropoulos & Hornby, 1998, σ. 155), και για τον λόγο αυτό στο παρόν σύγγραμμα θα αποδίδεται με την έννοια «επιστημονικό» όσον αφορά τον επιθετικό προσδιορισμό της ομάδας, καθώς η συγγραφική ομάδα του βιβλίου θεωρεί ότι αποδίδει πιο σωστά τη συνεργασία των διαφορετικών επιστημόνων στη φροντίδα υγείας.

Ο όρος «multidisciplinary team» μπορεί να αποδοθεί στα ελληνικά με τον όρο «πολυεπιστημονική ομάδα» (Stavropoulos & Hornby, 1998, σ. 434). Το α΄ συνθετικό «πολυ-» δηλώνει ότι το β΄ συνθετικό «επιστημονική» «υπάρχει σε μεγάλη ποσότητα, ένταση και έκταση ή επιτείνει τη σημασία του ή βρίσκεται σε μεγάλη συχνότητα σε σχέση με αυτό που δηλώνει το β΄ συνθετικό» (Μπαμπινιώτης, 2005, σ. 1459). Άρα, πρόκειται για μία ομάδα στην οποία πολλοί διαφορετικοί επιστήμονες εργάζονται ανεξάρτητα, παράλληλα ή διαδοχικά πάνω σε διαφορετικές θεωρήσεις του ίδιου αντικείμενου και κάθε μέλος έχει διαφορετικούς στόχους, ανάλογα με το επιστημονικό του αντικείμενο και εντός των ορίων που αυτό προσδιορίζει (Choi & Pak, 2006; EICP, 2005). Αυτός είναι ο πιο συχνός μέχρι πρόσφατα τρόπος εργασίας των ομάδων στο παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο (Michan & Rodger, 2000) (Εικόνα 2.1).



**Εικόνα 2.1** Πολυεπιστημονική ομάδα.

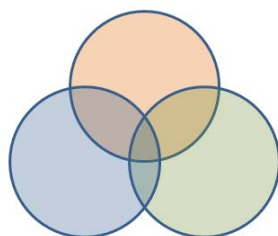
Η πολυεπιστημονική (multidisciplinary) συνεργασία επιτυγχάνεται με την ομαδική εργασία επαγγελματιών ποικίλων καθηκόντων για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας που καλύπτει μεγάλο εύρος των αναγκών των ασθενών. Ειδικότερα, η ομάδα αυτή μπορεί να συμπεριλαμβάνει: γενικούς ιατρούς, βοηθούς γενικών ιατρών, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας (Lardier, Lasky & Raney, 2014). Η έννοια της πολυεπιστημονικής ομάδας περιλαμβάνει δύο ομάδες μεταβλητών: τα συστατικά της διεπιστημονικότητας και τα συστατικά της ομάδας. Η σύσταση της ομάδας ενδέχεται να αλλάζει, αντανακλώντας τις μεταβαλλόμενες κλινικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ασθενούς. Όσο πιο πολλές ομάδες επαγγελματιών υγείας διαφορετικών καθηκόντων εμπλέκονται στην ομάδα υγείας, τόσο αυξάνεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και υλοποιούνται περισσότερες καινοτόμες ιδέες μέσω της διάχυσης της πληροφορίας και των καναλιών επικοινωνίας (Borrill et al., 1997-1999).

Στο πλαίσιο της διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων, η πολυπλοκότητα της φροντίδας συχνά απαιτεί τη συμμετοχή περισσότερων επαγγελματιών υγείας (Mitchell, Tieman & Shelby-James, 2008). Οι ασθενείς, και ιδιαίτερα αυτοί που αντιμετωπίζουν χρόνια νοσήματα, διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην παροχή φροντίδας από διεπιστημονικές ομάδες υγείας, και ο τρόπος που αντιλαμβάνονται την πάθησή τους, τον ρόλο των

επαγγελματιών υγείας και οι προσδοκίες τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας φαίνεται να καθορίζουν τη συμμετοχή και τη στάση τους απέναντι στις ομάδες αυτές (Cheong, Amour & Bosnic-Antichevich, 2012).

Η συστηματική ανασκόπηση των Mitchell, Tieman και Shelby-James (2008) αναφορικά με τη διαχείριση συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων στο πλαίσιο ομαδικής διεπιστημονικής συνεργασίας στην ΠΦΥ δείχνει ότι ο σχεδιασμός πλάνου φροντίδας και η παροχή φροντίδας για σακχαρώδη διαβήτη αρχικού σταδίου πραγματοποιείται στην κοινότητα και την όλη διαχείριση και αντιμετώπιση αναλαμβάνει ο γενικός ιατρός. Στην περίπτωση της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στην κοινότητα αναλαμβάνουν οι υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, ενώ στην περίπτωση εγκεφαλικού επεισοδίου η διακλαδική διαχείριση είναι σχεδόν αποκλειστικά καθοδηγούμενη από το νοσοκομείο με ευρύτερη προβολή στην κοινότητα. Επίσης, σε νοσήματα όπου απαιτείται παρηγορητική φροντίδα, καθοριστικής σημασίας κρίνεται η επικοινωνία μεταξύ των γενικών ιατρών και των ειδικών στην παροχή της φροντίδας αυτής (Mitchell, Tieman & Shelby-James, 2008).

Ο όρος «interdisciplinary team» μπορεί να αποδοθεί στα ελληνικά με τον όρο «διεπιστημονική ομάδα». Το α' συνθετικό «δι(α)-» έχει πολλές έννοιες και στη συγκεκριμένη περίπτωση δηλώνει «τη σχέση μεταξύ δύο ή περισσότερων (προσώπων, τομέων, κρατών)» (Μπαμπινιώτης, 2005, σ. 430) και, επομένως, τη σχέση με το β' συνθετικό «επιστημονική». Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι στη διεπιστημονική ομάδα τα μέλη από διαφορετικές επιστήμες εργάζονται από κοινού για το ίδιο αντικείμενο, με κοινούς στόχους, κοινή διαδικασία λήψης αποφάσεων, καταθέτουν τις γνώσεις τους και την εμπειρογνωμοσύνη τους για την επίλυση σύνθετων προβλημάτων με ευέλικτο τρόπο και διευρυμένα και ευέλικτα όρια των επιστημονικών τους πεδίων για την ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη (Choi & Pak 2006· EICP, 2005) (Εικόνα 2.2).



**Εικόνα 2.2** Διεπιστημονική ομάδα.

Συχνά ο όρος «διεπιστημονική ομάδα» (interdisciplinary team), που υποδηλώνει ενοποιημένος σε μια επαφή υγείας προσεγγίσεις που απορρέουν από ξεχωριστούς επιστημονικούς κλάδους, αποδίδεται λανθασμένα με τον αγγλικό όρο «multidisciplinary team». Ο τελευταίος όρος αναφέρεται στη χρήση εμπειριών και δεξιοτήτων που απορρέουν μεν από διάφορους επιστημονικούς κλάδους, αλλά μέσω ξεχωριστών ανά κλάδο προσεγγίσεων για τον ίδιο τον ασθενή (Jessup, 2007).

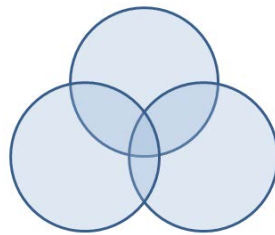
Ο προβληματισμός από τη χρήση των δύο όρων αποτυπώνεται καθαρά σε ένα άρθρο της Jessup (2007), η οποία υποστηρίζει τη συζήτηση που πρέπει να αφιερωθεί στο θέμα του ορισμού. Στο άρθρο αυτό σημειώνει τα πλεονεκτήματα του όρου «interdisciplinary team», που απορρέουν κυρίως από την εστιασμένη στον ασθενή προσέγγιση αλλά και τη γνώση που προκύπτει μέσα από το διαδραστικό περιβάλλον εργασίας, καθώς και τους κινδύνους που διατρέχουν τα μέλη της ομάδας που είναι λιγότερο εξοικειωμένα με το περιβάλλον αυτό και που προκύπτουν από πιθανές παρερμηνείες της ανάγνωσης των παραδοσιακών ρόλων.

Με τον όρο «διεπιστημονική ομάδα υγείας» συνδέεται και ο όρος «διεπιστημονική» ή «διεπαγγελματική εκπαίδευση» (interprofessional education), ο οποίος στο πεδίο των επιστημών υγείας αναγνωρίζεται ως «η δυναμικά αποτελεσματική μέθοδος για την ενίσχυση της πρακτικής που βασίζεται στη συνεργασία» (Faresjö, 2006). Στο άρθρο σύνταξής του ο καθηγητής Tomas Faresjö αναφέρεται στην εκπαίδευση στον χώρο της υγείας και ιδιαίτερα σε αυτήν στο προπτυχιακό επίπεδο, περιγράφει θετικές εμπειρίες από διάφορα ευρωπαϊκά πανεπιστήμια και ιδιαίτερα το Πανεπιστήμιο Linköping στη Σουηδία, ενώ εξηγεί την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητά της προτείνοντας ενέργειες για τη «θραύση των ορίων και την

οικοδόμηση γεφυρών» ανάμεσα στους επιστημονικούς κλάδους, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει και στον τίτλο του άρθρου του.

Άλλωστε, η διεπιστημονική εκπαίδευση, η οποία προωθεί τον αμοιβαίο διεπιστημονικό σεβασμό, την καλή λειτουργία της ομάδας και την ανάπτυξη ηγετικών δεξιοτήτων, μαζί με την οργανωσιακή υποστήριξη τόσο στο σύστημα υγείας, όσο και σε πρακτικό επίπεδο, την αφιέρωση χρόνου για συνεχιζόμενη ανάπτυξη της ομάδας και την αποτελεσματική ηγεσία, αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχία της ομάδας εργασίας (Pullon, 2007).

Ο όρος «intradisciplinary team» μπορεί να αποδοθεί στα ελληνικά με τον όρο «ενδοεπιστημονική ομάδα». Το α' συνθετικό «ενδο-» δηλώνει ότι «κάτι υπάρχει ή συμβαίνει στο εσωτερικό αυτού που σημαίνει το β' συνθετικό ή αυτό που δηλώνει το β' συνθετικό συμβαίνει στο εσωτερικό, μέσα» (Μπαμπινιώτης, 2005, σ. 612). Αφορά δηλαδή τη συνεργασία και τις σχέσεις σε μια ομάδα επιστημόνων του ίδιου επιστημονικού αντικειμένου για την επίτευξη του κοινού στόχου (Εικόνα 2.3).



**Εικόνα 2.3** Ενδοεπιστημονική ομάδα.

Ο όρος «transdisciplinary team» μπορεί να αποδοθεί στα ελληνικά με τον όρο «υπερεπιστημονική» ή «μεταεπιστημονική ομάδα» (Stavropoulos & Hornby, 1998, σ. 787). Το α' συνθετικό «υπερ-» έχει την έννοια «ότι αυτό που δηλώνει το β' συνθετικό βρίσκεται πέρα ή πάνω από κάτι ή υφίσταται ή συντελείται: α) κατά τρόπο που συνιστά υπέρβαση ορίων, β) κατά τρόπο που συνιστά εξουδετέρωση δυσχερειών, γ) σε υπερβολικό βαθμό, δ) κατά τρόπο που συνιστά επικράτηση και ε) κατά τρόπο που συνιστά εκδήλωση υποστήριξης, υπεράσπισης» (Μπαμπινιώτης, 2005, σ. 1855). Η πρόθεση «μετά» δηλώνει: α) χρονική ακολουθία, β) ακολουθία κατά τάξη, γ) σχέση αιτίας αποτελέσματος, δ) συνοδεία και ε) τρόπο (Μπαμπινιώτης, 2005, σ. 1086). Η ερμηνείες (δ) και (ε) φαίνεται να σχετίζονται περισσότερο με τη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επιστημόνων. Αναφέρεται ότι στην υπερεπιστημονική ή μεταεπιστημονική ομάδα ένα μέλος της ομάδας είναι ο βασικός πάροχος της φροντίδας και τα άλλα μέλη τον καθοδηγούν (Behm & Gray, 2012). Αποτελεί νέα έννοια στην αγγλική γλώσσα και για τον λόγο αυτό δεν υπάρχει στα λεξικά και συχνά χρησιμοποιείται ως συνώνυμη της διεπιστημονικής (Choi & Pak, 2006). Αναφέρεται, επίσης, ότι περιλαμβάνει τη συνεργασία φυσικών και κοινωνικών επιστημών και επιστημών υγείας σε ένα ευρύτερο ανθρωπιστικό πλαίσιο, υπερβαίνοντας τα παραδοσιακά τους όρια (Soskolne, 2000).

Συμπεραίνοντας, θα λέγαμε ότι η διεπιστημονική ομάδα στην ΠΦΥ είναι ένα σύνολο επαγγελματιών από διαφορετικές επιστήμες, οι οποίοι επικοινωνούν και συνεργάζονται μεταξύ τους με επίσημο τρόπο και με την τήρηση των αρχών επικοινωνίας, με σκοπό να παρέχουν φροντίδα στον χρήστη των υπηρεσιών ΠΦΥ, ολιστική, εξατομικευμένη, συνεχή, ποιοτική και αποδοτική φροντίδα, βελτιώνοντας την ποιότητα στη ζωή του.

## **2.4 Η αναγκαιότητα για μια αποτελεσματική ομάδα υγείας**

Διεθνώς, η ύπαρξη αποτελεσματικών, αποδοτικών και υψηλής ποιότητας ομάδων υγείας στο χώρο της ΠΦΥ θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για τη σύσταση ενός πιο συντονισμένου και αποτελεσματικού συστήματος παροχής φροντίδας υγείας, που θα είναι και περισσότερο εστιασμένο στον ασθενή και θα αποτελεί εγγύηση για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς. Αυτό επιβεβαιώνεται και από μελέτη των Rodriguez, Rogers, Marshall και Safran (2007), σύμφωνα με την οποία η εξυπηρέτηση του ασθενούς από διεπιστημονικές ομάδες ΠΦΥ βελτιώνει την ικανοποίηση και την εμπειρία του με την

προώθηση της συνέχειας στη φροντίδα (care continuity) έως και 55% (Johansson & Lindahl, 2012· Richards et al., 2013). Αποτελεί αναμφισβήτητη παραδοχή ότι η συνέχεια στη φροντίδα είναι ακρογωνιαίος λίθος της ΠΦΥ. Επίσης, αναγνωρίζεται η ανάγκη των ασθενών για βελτίωση των δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισής τους, κινητοποίηση, αλλαγή συμπεριφοράς και υιοθέτηση της προτεινόμενης θεραπείας, που μπορεί να καλυφθεί από επαγγελματίες υγείας διαφορετικών κλάδων, οι οποίοι διαθέτουν τις κατάλληλες δεξιότητες μέσω της εκπαίδευσής τους και συνεργάζονται για τον σκοπό αυτό.

Μάλιστα, σήμερα, σε μια περίοδο με έντονη κοινωνικοοικονομική κρίση, εκείνοι που πλήττονται περισσότερο είναι ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα, με χρόνια νοσήματα, ψυχικές διαταραχές και με δυσκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ενώ φαίνεται να χρήζουν πολύπλευρης αντιμετώπισης από ένα ευρύτερο φάσμα επαγγελματιών υγείας (Chan et al., 2011). Αυτό παρατηρείται ιδιαίτερα στη διαχείριση ηλικιωμένων ατόμων με ευπάθεια (frailty), ένα σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από πολύπλοκα βιοψυχοκοινωνικά και λειτουργικά προβλήματα (Moore et al., 2012) καθιστώντας την παραδοσιακή προσέγγιση από έναν γενικό ειδικό ιατρό αναποτελεσματική και ανεπαρκή.

Σχετική μελέτη των Moore και συν. (2012) συμπεραίνει ότι η συμμετοχή των μελών της ομάδας ΠΦΥ στη διαχείριση ηλικιωμένων ασθενών είναι απαραίτητη προκειμένου να διασφαλιστεί ένα ιδανικό συνεργατικό μοντέλο επικοινωνίας και συλλειτουργίας στα πλαίσια της ΠΦΥ, το οποίο θα διέπεται από εμπιστοσύνη για τον από κοινού σχεδιασμό και λήψη της κλινικής απόφασης. Ένα τέτοιο μοντέλο είναι ικανό να προωθήσει το σύστημα ολοκληρωμένης (απαρτιωμένης) φροντίδας υγείας για το οποίο θα συζητήσουμε παρακάτω και το οποίο αναμένεται να επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών αυτών.

Επίσης, ιδιαίτερη έμφαση των συνεργατικών αυτών μοντέλων φροντίδας δίνεται στις υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής υγείας και έγκαιρης παρέμβασης, ώστε να επιτευχθούν βέλτιστα αποτελέσματα υγείας με απήχηση στην ικανοποίηση του ασθενούς, στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, του κόστους και των σφαλμάτων στη φροντίδα υγείας.

Το κλειδί της επιτυχίας τέτοιων ομάδων αποτελούν οι δεξιότητες και το αίσθημα εμπιστοσύνης και αλληλεγγύης που πρέπει να αναπτυχθούν μεταξύ των συνεργαζόμενων επαγγελματιών υγείας. Επίσης, ανάμεσα στους παράγοντες που προωθούν τη δημιουργία αποτελεσματικών ομάδων υγείας και καλλιεργούν το ομαδικό πνεύμα εργασίας συγκαταλέγονται: οι μετρήσιμες εκβάσεις, η ύπαρξη τόσο κλινικών όσο και διοικητικών υποστηρικτικών συστημάτων, ο καταμερισμός της εργασίας, η εκπαίδευση όλων των μελών της ομάδας, η αποτελεσματική επικοινωνία και η ηγεσία. Αντίθετα, παράγοντες που μπορούν να λειτουργήσουν ως φραγμοί στην ανάπτυξη και διατήρηση ομάδων υγείας υψηλής αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας είναι: η απουσία εμπειρίας και εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων, οι πολιτισμικές διαφορές, η ανεπαρκής υποδομή και η απουσία ή η περιορισμένη χρηματοδότηση (Mitchell et al., 2012). Ακόμη, στα εμπόδια που δυσχεραίνουν την αποτελεσματικότητα της ομάδας συγκαταλέγονται: η απουσία ορισμού της ομάδας και των καθηκόντων, η απουσία κοινών στόχων, η έλλειψη χρόνου για συναντήσεις των μελών της ομάδας και η εσωτερική διάχυση της πληροφορίας, η απουσία ηγεσίας, η χαμηλής ποιότητας επικοινωνία, η απουσία εκπαίδευσης, η ύπαρξη ιεραρχικών δομών, τα επαγγελματικά στερεότυπα και ανισότητες ως προς την κοινωνική θέση (Pullon, 2007).

Η φροντίδα υγείας που στηρίζεται στη συνεργασία διαφορετικών επιστημόνων συγκαταλέγεται ανάμεσα στους τέσσερις βασικούς πυλώνες για αποτελεσματική διεπιστημονική εργασία μαζί με τις αξίες/ηθικές αρχές, τους ρόλους/ευθύνες και την επικοινωνία (Mitchell et al., 2012). Αναφορικά με τις αξίες, οι πέντε προσωπικές αξίες που χαρακτηρίζουν τα πιο αποδοτικά μέλη ομάδων υγείας είναι: η τιμιότητα/ειλικρίνεια, η πειθαρχία, η δημιουργικότητα, η μετριοφροσύνη και η περιέργεια. Όσον αφορά τους ρόλους, που θα πρέπει να είναι σαφώς διατυπωμένοι σε μία αποτελεσματική ομάδα υγείας, ο ασθενής και η οικογένειά του θα πρέπει να ενσωματώνονται ως μέλη στην ομάδα υγείας και να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων που θα ικανοποιούν τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους. Επιπλέον, σαφώς πρέπει να έχουν οριστεί και οι ρόλοι, οι ευθύνες και οι λειτουργίες που κάθε μέλος της ομάδας αναμένεται να επιτελέσει, με κύριο στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας της ομάδας υγείας συνολικά. Τέλος, όπως προαναφέρθηκε, η επικοινωνία πρέπει να διέπεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας, με σεβασμό στην κουλτούρα και στους κανόνες της ομάδας.

## **2.5 Ομάδα υγείας και ολοκληρωμένη (integrated) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Η ολοκληρωμένη —ή απαρτιωμένη όπως αποδίδεται από κάποιους ο όρος «integrated»— ΠΦΥ είναι η φροντίδα που προσφέρει μια ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας συνεργαζόμενη με άλλους επαγγελματίες υγείας, καθώς και με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, με τη χρήση μιας συστηματικής και αποδοτικής προσέγγισης φροντίδας υγείας εστιασμένης στον ασθενή (Peek and the National Integration Academy Council, 2013).

Αρκετή συζήτηση γίνεται σήμερα στη βιβλιογραφία αλλά και στους διεθνείς οργανισμούς, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, για τη σύζευξη ολοκληρωμένης και εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας, που από κοινού αναφέρονται στην αποτελεσματική συνεργασία της ομάδας επαγγελματιών υγείας με τον προσωπικό ιατρό του ασθενούς και τον προσανατολισμό στο άτομο ως ολοκληρωμένη οντότητα. Ακόμη, κλειδί της επιτυχίας και των δύο προσεγγίσεων αποτελεί η ηγεσία, η οποία καλείται να σχεδιάσει προσεκτικά και να συντονίσει αποτελεσματικές συνεργασίες (Lardier, Lasky & Raney, 2014). Η ηγεσία πρέπει να καλλιεργήσει το ομαδικό πνεύμα εργασίας και να εμψυχήσει στην ομάδα το όραμα και τη φιλοσοφία της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας, με κομβικό σημείο τον προσανατολισμό στον ασθενή και τη σύγχρονη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας υγείας και την υιοθέτηση κοινών στόχων.

Η λήψη κλινικής απόφασης και ευθύνης από κοινού με τον ασθενή είναι επίσης απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη της ολοκληρωμένης φροντίδας και απαιτεί έναν επαρκώς ενημερωμένο από τους επαγγελματίες υγείας ασθενή. Η ενσωμάτωση δράσεων για ευνοϊκές αλλαγές της συμπεριφοράς μέσω αμοιβών και οικονομικών κινήτρων (Baird et al., 2014) και, μάλιστα, με τη χρήση της τεχνολογίας της πληροφορίας και εκπαιδευμένων επαγγελματιών της συμπεριφοράς συζητείται ιδιαίτερα στη βιβλιογραφία στις ΗΠΑ (patient-centered medical home).

Σημαντικό κομμάτι στην ανάπτυξη ενός συστήματος ολοκληρωμένης φροντίδας φαίνεται να είναι και η θεσμική ανάπτυξη της ομάδας υγείας (Lardier, Lasky & Raney 2014), στην οποία συμπεριλαμβάνεται η επιλογή των κατάλληλων μελών της ομάδας, η ανάπτυξη ισχυρών διαπροσωπικών σχέσεων, η σαφήνεια των ρόλων και των ευθυνών και η από κοινού εκπαίδευση.

Κάθε ομάδα ΠΦΥ είναι μοναδική, ωστόσο οι Mitchell και συν. (2012) καταλήγουν στις εξής πέντε αρχές που θα πρέπει να τη διέπουν:

- Κοινοί στόχοι: Η ομάδα (συμπεριλαμβανομένων των ατόμων της κοινότητας) συνεργάζεται για τη δημιουργία κοινών στόχων που αντανακλούν τις προτεραιότητες της κοινότητας. Οι στόχοι διατυπώνονται με σαφήνεια, είναι κατανοητοί και υποστηρίζονται από όλα τα μέλη της ομάδας.
- Διακριτοί ρόλοι: Υπάρχουν σαφείς προσδοκίες για τη δραστηριότητα και τις ευθύνες του κάθε μέλους της ομάδας, οι οποίες βελτιστοποιούν την απόδοση της ομάδας και συμβάλλουν θετικά στον καταμερισμό της εργασίας.
- Αμοιβαία εμπιστοσύνη: Τα μέλη της ομάδας έχουν αναπτύξει εμπιστοσύνη μεταξύ τους, δημιουργώντας κανόνες αμοιβαιότητας και ευκαιρίες για από κοινού επιτεύξεις.
- Αποτελεσματική επικοινωνία: Η ομάδα δίνει προτεραιότητα στην επικοινωνία και φροντίζει να βελτιώνει συνεχώς τις δεξιότητες επικοινωνίας. Έχει συνεπή, ειλικρινή και ολοκληρωμένη επικοινωνία την οποία σέβονται όλα τα μέλη της.
- Μετρήσιμες διαδικασίες και αποτελέσματα: Η ομάδα συμφωνεί και υλοποιεί αξιόπιστη αξιολόγηση όσον αφορά τη λειτουργία της αλλά και την επίτευξη των στόχων της. Συνεπώς, τα μέλη της ομάδας είναι σε θέση να παρακολουθούν και να βελτιώνουν τις διαδικασίες και την αποτελεσματικότητα της ομάδας βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα.

## **2.6 Προϋποθέσεις βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Η αποτελεσματική ομαδική εργασία δεν είναι εφικτή εάν η οργάνωση είναι βασισμένη στο κλασικό κάθετο ιεραρχικό μοντέλο που δημιουργεί προβλήματα στις θετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Jurgutis et al., 2013). Νέα μοντέλα διαχείρισης και οργάνωσης των ομάδων επαγγελματιών υγείας

στην ΠΦΥ απαιτούνται με στόχο τη διευκόλυνση της οριζόντιας επικοινωνίας, τη δικτύωση, την από κοινού λήψη αποφάσεων και την ανάλυση ευθυνών για την κλινική πράξη στην κοινότητα. Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην ομαδική εργασία σε σχέση με τις ατομικές συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας, την επικοινωνία στη διεπιστημονική ομάδα και τη διαχείριση των κρίσεων στην ομάδα ΠΦΥ (Clements, Dault & Priest., 2007). Η ομάδα ΠΦΥ δεν πρέπει να περιορίζεται στον πυρήνα των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στις δομές πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται με τους ασθενείς, τις οικογένειες και την κοινότητα, αφού τεκμηριώνεται ότι είναι ασαφή τα όρια μεταξύ των αναγκών υγείας και των κοινωνικών αναγκών (Jurgutis et al., 2013). Επιπλέον, η ομάδα ΠΦΥ συχνά πρέπει να διευρυνθεί και με επαγγελματίες εκτός του παραδοσιακού χώρου της υγείας, όπως καθηγητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, εμπειρογνώμονες σε θέματα δημόσιας υγείας, αστυνομικούς και εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης. Παρ' όλα αυτά, η παραπάνω συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και άλλων φορέων μπορεί να συναντήσει δυσκολίες λόγω του νομικού και κοινωνικού πλαισίου στην ελληνική πραγματικότητα. Για να διασφαλιστεί η αποτελεσματική φροντίδα, οι επαγγελματίες υγείας – μέλη της ομάδας ΠΦΥ θα πρέπει να διαθέτουν τις παρακάτω δεξιότητες (Jurgutis et al., 2013):

- Να διενεργούν ολοκληρωμένη και ολιστική προσέγγιση/φροντίδα για τις ανάγκες του συγκεκριμένου ατόμου και της οικογένειάς του.
- Να αναγνωρίζουν τον ρόλο του ατόμου ή/και της οικογένειάς του και της κοινότητας σε κάθε διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης.
- Να αναγνωρίζουν τη συμμετοχή του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας ως τα πιο σημαντικά μέλη της ομάδας στα πλαίσια της αυτοφροντίδας, και την υποστήριξη της οικογένειας και της κοινότητας.
- Να εφαρμόζουν τους κανόνες της επικοινωνίας και να διαθέτουν τις ηγετικές ικανότητες που απαιτούνται για να οργανωθεί μια ομάδα που απαρτίζεται από διαφορετικούς επαγγελματίες.
- Να εργαστούν με όραμα, και η ομάδα ΠΦΥ να διευρυνθεί με προσανατολισμό την κοινότητα.
- Να ανατροφοδοτούν τους άλλους επαγγελματίες υγείας – μέλη της ομάδας ΠΦΥ σχετικά με τις επιδόσεις τους και τις προοπτικές καλύτερης κλινικής πρακτικής στο πλαίσιο της κοινότητας.
- Να εφαρμόζουν εργαλεία για την καταγραφή και παρακολούθηση της προόδου αναφορικά με τους στόχους που τέθηκαν και συμφωνήθηκαν από όλη την ομάδα της ΠΦΥ.

Φαίνεται ξεκάθαρα ότι η ομάδα ΠΦΥ είναι το κλειδί για καλύτερα αποτελέσματα υγείας για την κοινότητα και τα μέλη της. Τα καλύτερα αποτελέσματα μπορούν να επιτευχθούν μόνο εάν οι επαγγελματίες υγείας – μέλη της ομάδας συνεργαστούν γόνιμα μεταξύ τους και με την κοινότητα (Freeman et al., 2000). Υπάρχει τεκμηρίωση από τη βιβλιογραφία ότι η ομαδική εργασία και η διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας βελτιώνει τους δείκτες υγείας στην κοινότητα γρηγορότερα σε σύγκριση με τις μεμονωμένες παρεμβάσεις από έναν επαγγελματία υγείας (Jones, 2009· Health Service Executive, 2009· Reeves et al., 2010). Οι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα ΠΦΥ συνεργάζονται με τους ασθενείς, τις οικογένειες και τις κοινότητες, όπου υπάρχουν πολύπλευρες ανάγκες, και δεν χρειάζεται να τίθενται όρια μεταξύ της φυσικής, της ψυχικής και της κοινωνικής υγείας. Η αποδοτικότητα της ομάδας δεν εξαρτάται μόνο από τα επαγγελματικά προσόντα των επιστημόνων που απαρτίζουν την ομάδα ΠΦΥ, αλλά ίσως εξαρτάται περισσότερο από τις διαφορετικές ατομικές ικανότητες/δεξιότητες, την αλληλεπίδραση και την επικοινωνία μεταξύ τους. Εμπόδιο για την ομαδική εργασία αποτελούν συχνά η καθορισμένη κάθετη ιεράρχηση στις δομές ΠΦΥ, και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να θεσπιστούν κατάλληλες πολιτικές για την ανάπτυξη νέων μοντέλων οργάνωσης που θα έχουν ως βάση την ομαδική εργασία.

## 2.7 Σύνοψη

Η δημιουργία ενός πλαισίου το οποίο διευκολύνει την ανάλυση και τη συζήτηση για την ομάδα υγείας επηρεάζει θετικά την επιτυχία της συνεργασίας των μελών της ακόμη και όταν η ανάπτυξη μιας συνεργασίας μπορεί να είναι δύσκολη. Στην ΠΦΥ όλοι οι επαγγελματίες υγείας επιβάλλεται να συνεργαστούν. Αυτή η συνεργατική προσέγγιση ενισχύει τον αυτοπροσδιορισμό των επαγγελματιών και την αυτοδυναμία τους, ενώ παράλληλα βασικοί αποδέκτες με πολλαπλά οφέλη από τη λειτουργία της είναι ο ίδιος ο χρήστης αλλά και το



σύστημα υγείας. Η επιτακτική ανάγκη για τη δημιουργία και τη διατήρηση αποτελεσματικών ομάδων στην ΠΦΥ προάγεται από την κατάλληλη εκπαίδευση των μελών τους και τη μεγιστοποίηση των δεξιοτήτων τους για τη λειτουργία τους εντός της ομάδας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

Μπαμπινιώτης, Γ. (2005). *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.

### Ξένα

- Baird, M., Blount, A., Brungardt, S. et al. (2014). The development of joint principles: Integrating behavioral health care into the patient-centered medical home. *Annals of Family Medicine*, pp. 183-185.
- Baker, D., Gustafson, F., Beaubien, J., Salas, E. & Baraach, P. (2005). *Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence-based Relation*. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality.
- Behm, J. & Gray, N. (2012). Interdisciplinary rehabilitation team. In K. Mauk, *Rehabilitation nursing*. MA: Jones & Bartlett Learning, LLC, pp. 51-62.
- Borrill, C.S., Carletta, J., Carter, A.J., Dawson, J.F., Garrod, S., Rees, A., Richards, A., Shapiro, D. & West, M.A. (1997-1999). *The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service 1997-1999*. Διαθέσιμο στο: <http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-final-report.pdf>.
- Chan, W.S., Whitford, D.L., Conroy, R., Gibney, D. & Hollywood, B. (2011). A multidisciplinary primary care team consultation in a socio-economically deprived community: An exploratory randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, 11, p. 15.
- Chen, Y.-C., Chang, Y., Tsou, Y. et al. (2013). Effectiveness of nurse case management compared with usual care in cancer patients at a single medical center in Taiwan: a quasi-experimental study. *BMC Health Services Research*, 13, pp. 202.
- Cheong, L.H., Amour, C.L. & Bosnic-Anticevich, S.Z. (2012). Multidisciplinary collaboration in primary care: through the eyes of patients. *Australian Journal of Primary Health*, 19(3), pp. 190-197.
- Choi, B. & Pak, A. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical & Investigative Medicine*, 29(6), pp. 351-364.
- Clements, D., Dault, M. & Priest, A. (2007). Effective Teamwork in Healthcare: Research and Reality. *Healthcare Papers*, 7(Sp), pp. 26-34.
- EICP (2005). *Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care*. Ottawa: EICP.
- Faresjö, T. (2006). Interprofessional education - to break boundaries and build bridges. *Rural Remote Health*, 6(3), p. 602.
- Freeman, M., Miller, C. & Ross, N. (2000). The impact of individual philosophies of teamwork on multi-professional practice and the implications for education. *Journal of Interprofessional Care*, 14(3), pp. 237-247.
- Health Service Executive (2009). *National Nursing and Midwifery Clinical Leadership Development. Needs Analysis*. Final report.
- Humphries, J. (1998). *Managing Successful Teams: How to achieve your objectives by working effectively with others*. Oxford, United Kingdom: How to books.
- Huss, N.M, Schiller, S. & Schmidt M. (2013). *Areas of nursing within the multidisciplinary team and general nursing practice*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Jessup, RL. (2007). Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference? *Australian Health Review*, 31(3), pp. 330-331.

- Johansson, P. & Lindahl, E. (2012). Locking-in effects due to early interventions? An evaluation of a multidisciplinary screening programs for avoiding long-term sickness. *Evaluation Review*, 36(5), pp. 323-45. Διαθέσιμο στο: <http://erx.sagepub.com/content/36/5/323>.
- Jones, C. (2009). Interdisciplinary approach - advantages, disadvantages, and the future benefits of interdisciplinary studies. *ESSAI*, 7(26). Διαθέσιμο στο: <http://dc.cod.edu/essai/vol7/iss1/26>.
- Jurgutis, A., Kummel, M., Mort, S. & Grinevicius, K. (2013). *Multi professional teamwork to gain better community health. Developing the potential of high quality PHC*. ImPrim Work Package 4. Baltik Sea Region. Imprim Report#6.
- Lardier, M.R., Lasky, G.B. & Raney, L. (2014). *Essential elements of effective integrated primary care and behavioral health teams*. Samhsa-HRSA Center for integrated health solutions. Διαθέσιμο στο: <http://www.integration.samhsa.gov/>
- Michan, S. & Rodger, S. (2000). Characteristics of effective teams:a literature review. *Australian Health Review*, 23(3), pp. 201-208.
- Mitchell, G.K., Tieman, J.J. & Shelby-James, T.M. (2008). Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care. *MJA Medical Journal of Australia*, 188(8), pp. S61-S64.
- Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C.E., Rohrbach, V. & Von Kohorn, I. (2012). *Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care*. Discussion Paper. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Mohrman, S.A., Cohen, S.G. & Mohrman, A.M. Jr. (1995). *Designing Team-Based Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Moore, A., Patterson, C., White, J., House, S.T., Riva, J.J., Nair, K., Brown, A., Kadhim-Saleh, A. & McCann, D. (2012). Interprofessional and integrated care of the elderly in a family health team. *Canadian Family Physician*, 58.
- Mosser, G. & Begun, J. (2014). *Understanding teamwork in health care*. US: McGraw-Hill Education.
- National Health Service Management Executive (1993). *Nursing in Primary Care – new world, new opportunities*. Leeds: NHSME.
- Naylor, M.D., Coburn, K.D., Kurtzman, E.T. et al. (2010). *Inter-professional team-based primary care for chronically ill adults: State of the science*. Unpublished white paper presented at the ABIM Foundation meeting to Advance Team-Based Care for the Chronically Ill in Ambulatory Settings. Philadelphia, PA, March 24-25.
- Peek, C.J. & the National Integration Academy Council (2013). *Lexicon for behavioral health and primary care integration: concepts and definitions developed by expert consensus*. AHRQ Publication No.13-IP001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Pullon, S. (2007). Teamwork: A Fundamental principle of primary health care and an essential prerequisite for effective management of chronic conditions. *New Zealand Family Physician*, 34(5), pp. 318-321.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Richards, D.A., Hill, J.J., Gask, L., Lovell, K., Chew-Graham, C., Bower, P. et al. (2013). Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 347, p. f4913. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3746956/pdf/bmj.f4913.pdf>.
- Rodriguez, H.P., Rogers, W.H., Marshall, R.E., Safran, D.G. (2007). Multidisciplinary primary care teams: effects on the quality of clinician-patient interactions and organizational features of care. *Medical Care*, 45(1), pp. 19-27.
- Schmidt, I., Claesson, C.B., Westerholm, B., Nilsson, L.G. & Svarstad, B.L. (1998). The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, pp. 77-82.

- Shaw, E.K., Ohman-Strickland, P.A., Piasecki, A., Hudson, S.V., Ferrante, J.M., McDaniel, R.R. Jr. et al. (2013). Effects of facilitated team meetings and learning collaboratives on colorectal cancer screening rates in primary care practices: a cluster randomized trial. *Annals of Family Medicine*, 11(3), pp. 220-8, s1-8. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3659138/pdf/0110220.pdf>.
- Sheehan, D., Robertson, L. & Ormond, T. (2007). Comparison the language used and patterns of communication in interprofesional and multidischiplinary teams. *Journal of Interprofessional Care*, 21(1), pp. 17-30.
- Soskolne, C. (2000). Transdisciplinary approaches for public health. *Epidemiology*, 11, pp. S122.
- Stavropoulos, D.N. & Hornby, A.S. (1998). *Oxford English-Greek lerners' dictionary*. Oxford: Oxford University Press.
- Torrissi, D.L. & Hansen-Turton, T. (2005). *Community and nurse-managed Health Centers*. New York: Springer Publishing Company.
- West, M. (1999). Communication and teamworking in healthcare. *Nursing Times Research*, 4, pp. 8-19.
- Wilson, S.F., Marks, R., Collins, N., Warner, B. & Frick, L. (2004). Benefits of multi-disciplinary case conferencing using audiovisual compared with telephone communication: a randomized controlled trial. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 10, pp. 351-4.
- Xyrichis, A. & Ream, E. (2008). Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61, pp. 232-241.

## Κεφάλαιο 3

### Η φροντίδα στην κοινότητα από την ομάδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

**Β. Βιβιλάκη, Θ. Αδαμακίδου**

#### Στόχοι κεφαλαίου

*Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να περιγράφει τις βασικές αρχές που διέπουν τη λειτουργία της ομάδας στην ΠΦΥ και να αναλύει βασικά χαρακτηριστικά της αποτελεσματικής διεπιστημονικής ομάδας.*

#### Περίληψη κεφαλαίου

*Οι αρχές που διέπουν την ανάπτυξη και λειτουργία της ομάδας στην ΠΦΥ αφορούν τη φροντίδα στην κοινότητα. Η συνεργασία των επαγγελματιών υγείας στα πλαίσια της ομάδας της ΠΦΥ έχει ασθενοκεντρική/χρηστοκεντρική προσέγγιση και θέτει ως στόχο την παροχή ποιοτικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας, την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας της κοινότητας, την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό και την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η σύνθεση της ομάδας έχει καθοριστική σημασία για την ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού. Αναφορά θα γίνει στις απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική λειτουργία της διεπιστημονικής εκπαίδευσης, καθώς και στην οργανωτική, λειτουργική και οικονομική υποστήριξη της ομάδας της ΠΦΥ και στη σημασία ύπαρξης αποτελεσματικής ηγεσίας.*

#### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

*Ομάδα ΠΦΥ, βασικές αρχές λειτουργίας, ασθενοκεντρική/χρηστοκεντρική προσέγγιση, πλεονεκτήματα, εμπόδια, προϋποθέσεις λειτουργίας.*

### 3.1 Εισαγωγή

Ως διεπιστημονική ομαδική εργασία ορίζεται η συνεργασία μεταξύ διαφόρων επαγγελματιών υγείας για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού, δηλαδή την ικανοποίηση των πολυσύνθετων αναγκών των ατόμων και των οικογενειών τους στα πλαίσια της κοινότητας. Η διεπιστημονική ομάδα της ΠΦΥ αποτελεί πρότυπο για την αντιμετώπιση των αναγκών στα πλαίσια της κοινότητας, επειδή διαθέτει όλους τους απαραίτητους πόρους (διαφορετικές επιστημονικές προσεγγίσεις) και την κλινική εμπειρία που απαιτείται. Ένας αυξανόμενος αριθμός διεθνών μελετών αποδεικνύουν ότι οι διεπιστημονικές ομάδες της ΠΦΥ είναι οικονομικώς αποδοτικές και μειώνουν τις εισαγωγές στο νοσοκομείο, ενώ παράλληλα βελτιώνουν τους δείκτες υγείας του πληθυσμού (Mitchell et al., 2012).

### 3.2 Βασικές αρχές που διέπουν τη λειτουργία της ομάδας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Οι σύγχρονες προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα ο τομέας της ΠΦΥ αλλά και γενικότερα τα συστήματα υγείας επιτείνουν την αναγκαιότητα ανάπτυξης και λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας στην παροχή φροντίδας στην ΠΦΥ για την επίτευξη της διασφάλισης συνεχούς, ολοκληρωμένης και συντονισμένης φροντίδας ως σημείο πρώτης επαφής με το σύστημα υγείας. Τέτοιες προκλήσεις είναι η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και οι πολυσύνθετες ανάγκες των ασθενών με χρόνια νοσήματα, η ανάγκη παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας στους ασθενείς και οι σύνθετες γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται γι' αυτή, η αυξημένη εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας και ο παράλληλος κατακερματισμός των εξειδικευμένων γνώσεων που καθιστούν αδύνατη την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών από έναν μόνο επαγγελματία υγείας, η προαγωγή στον τομέα της υγείας και της εκπαίδευσης της διεπιστημονικής συνεργασίας και μάθησης αντίστοιχα, η επιδίωξη διασφάλισης της συνέχειας και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Hall & Weaver, 2001 Nancarrow et al., 2013). Επομένως, η λειτουργία της ομάδας στην ΠΦΥ

αποτελεί ένα είδος καινοτόμου μηχανισμού για την προαγωγή της συνέχειας στη φροντίδα, που παρέχεται από διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας εντός αυτού του συνεχώς μεταβαλλόμενου πλαισίου (Cote et al., 2002).

Η αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας διασφαλίζεται από τις βασικές αρχές που τη διέπουν. Οι αρχές αυτές αποτελούν αντανάκλαση των αρχών και αξιών της ΠΦΥ για αποτελεσματικές και αποδοτικές αποφάσεις σε επίπεδο πολιτικών, προγραμμάτων και υπηρεσιών (EICP, 2005). Συγκεκριμένα, οι βασικές αρχές που διέπουν τη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας είναι: η ασθενοκεντρική/χρηστοκεντρική προσέγγιση, η προαγωγή και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, η παροχή ποιοτικής φροντίδας και υπηρεσιών, η επαρκής πρόσβαση στις υπηρεσίες, η εμπιστοσύνη και ο σεβασμός μεταξύ των επαγγελματιών και η αποτελεσματική επικοινωνία (EICP, 2005· Forum on Teamworking in Primary Healthcare, 2000).

Στην ασθενοκεντρική/χρηστοκεντρική προσέγγιση, το άτομο και η οικογένεια αποτελούν το επίκεντρο της ΠΦΥ. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες κατευθύνονται στην ικανοποίηση των αναγκών τους, και οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται για την επίτευξη της υγείας και της ευεξίας τους. Ο χρήστης συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του, την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και τη διαχείριση των προβλημάτων του, λαμβάνει πληροφορίες και συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία του (Mitchell et al., 2012· WHO, 2005). Άτομα τα οποία συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα υγείας τους αναφέρεται ότι έχουν καλύτερη έκβαση και φαίνεται να λαμβάνουν αποφάσεις που ικανοποιούν τη σχέση κόστους-αποτελέσματος (Greene, 2012). Βέβαια, η προσέγγιση αυτή απαιτεί αλλαγή της κουλτούρας και των πρακτικών των ασθενών/χρηστών και των επαγγελματιών υγείας για τη φροντίδα υγείας (Paget et al., 2011).

Η προαγωγή και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού αφορά προτεραιότητες, στρατηγικές και ενέργειες που προγραμματίζονται και διενεργούνται μ' αυτόν τον σκοπό. Η εμπλοκή της κοινότητας στον προσδιορισμό και την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας είναι ουσιαστική και καθοριστική, και περιλαμβάνει παρεμβάσεις που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη, τη θεραπεία, την υποστηρικτική και ανακουφιστική φροντίδα, την αποκατάσταση (EICP, 2005).

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας και υπηρεσιών αφορά τον συντονισμό και τη συνέχεια της φροντίδας και των υπηρεσιών, με επίκεντρο τον ασθενή/χρήστη. Η λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας, η έρευνα και η χρήση επιστημονικά τεκμηριωμένης φροντίδας στη διαχείριση των προβλημάτων υγείας και η αξιολόγηση της έκβασης προάγουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (EICP, 2005· WHO, 2005).

Η επαρκής πρόσβαση στις υπηρεσίες αφορά την πρόσβαση του χρήστη «στη σωστή υπηρεσία, η οποία παρέχεται την κατάλληλη χρονική στιγμή, στον σωστό τόπο και από τον κατάλληλο επαγγελματία» και, κατ' επέκταση, αφορά τη μείωση των γεωγραφικών, κοινωνικών, φυλετικών και οικονομικών ανισοτήτων (EICP, 2005· WHO, 2005).

Η εμπιστοσύνη και ο σεβασμός μεταξύ των επαγγελματιών της διεπιστημονικής ομάδας στις γνώσεις, στις ικανότητες και στις δεξιότητες του κάθε μέλους και η καλλιέργεια ομαδικής κουλτούρας προάγουν τη δημιουργικότητα, την καινοτομία, τη συνεργασία στη λήψη αποφάσεων και την ευελιξία προς όφελος του χρήστη (EICP, 2005).

Η αποτελεσματική επικοινωνία, διασύνδεση και δικτύωση σε οριζόντιο και κάθετο επίπεδο μεταξύ του χρήστη των υπηρεσιών της ΠΦΥ, των μελών της ομάδας και άλλων υπηρεσιών αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την αφοσίωση στον σκοπό της ομάδας, τη λήψη αποφάσεων και την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας (EICP, 2005).

### **3.3 Πλεονεκτήματα της ομάδας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών που έχουν εξετάσει την ομαδική εργασία στα πλαίσια της ΠΦΥ αναφορικά με τα κλινικά αποτελέσματα τεκμηριώνουν τα πολλαπλά οφέλη για το άτομο στην κοινότητα. Σε μια συστηματική ανασκόπηση της Cochrane το 2009 (Zwarenstein, Goldman & Reeves, 2009) για τα οφέλη της ομαδικής εργασίας, διαπιστώθηκε ότι οι παρεμβάσεις από μία διεπιστημονική ομάδα υγείας βελτιώνουν σημαντικά τα κλινικά αποτελέσματα.

Η φροντίδα στην κοινότητα από την ομάδα της ΠΦΥ συμβάλλει στη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας του ατόμου. Το 2001 εκδόθηκε μία έκθεση για την ποιότητα στην υγεία με τίτλο «Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century» (Διασχίζοντας το χάσμα της ποιότητας: Ένα νέο σύστημα υγείας για τον 21ο αιώνα), στην οποία υπάρχουν σαφείς αναφορές στη σημασία της ομαδικής εργασίας, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Committee on

Quality of Health Care in America, 2001). Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα της ΠΦΥ συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας του ατόμου στην κοινότητα με τους εξής τρόπους:

- Ασφάλεια: Προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών και μείωση των λαθών από τη φροντίδα.
- Αποτελεσματικότητα: Ορθή κλινική πράξη σύμφωνα με την επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση. Αποφυγή της υπερβολικής χρήσης αναποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας και έμφαση στη σωστή χρήση των αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας.
- Ανθρωποκεντρική φροντίδα: Κέντρο της φροντίδας στην κοινότητα αποτελεί το άτομο και οι επιλογές του είναι απόλυτα σεβαστές.
- Έγκαιρη φροντίδα: Μείωση της αναμονής τόσο για το άτομο, όσο και για όσους συμβάλλουν στη φροντίδα του.
- Αποδοτικότητα: Μείωση της σπατάλης πόρων στα πλαίσια της κοινότητας.
- Δικαιοσύνη: Μείωση των διαφορών στο επίπεδο της υγείας των ασθενών ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, εθνικότητας, εισοδήματος κ.λπ.

Ως εκ τούτου, σε γενικές γραμμές τα πλεονεκτήματα της ομαδικής εργασίας θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα εξής:

A. Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που ανταποκρίνεται περισσότερο στις ανάγκες και θέτει τον άνθρωπο στο επίκεντρο της φροντίδας.

Η λειτουργία της ομάδας στην ΠΦΥ βελτιώνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για το άτομο. Ο όγκος των περιστατικών για τον γενικό ιατρό μειώνεται και έτσι αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που μπορούν να εξυπηρετηθούν πιο άμεσα, ενώ ταυτόχρονα μειώνεται η διάρκεια της αναμονής για ένα ραντεβού και προάγεται η ανθρωποκεντρική προσέγγιση στα πλαίσια της κοινότητας, φέρνοντας τις υπηρεσίες υγείας πιο κοντά στο σπίτι (Hasler, 1994· Marsh, 1991). Η λειτουργία της ομάδας της ΠΦΥ επιτρέπει την επέκταση του φάσματος των υπηρεσιών που είναι διαθέσιμες στα άτομα της κοινότητας. Ως εκ τούτου, η φροντίδα που παρέχεται είναι πιο ολοκληρωμένη, υπάρχει μικρότερη αλληλοεπικάλυψη και οι υπηρεσίες είναι πιο εύχρηστες για τους ασθενείς. Αναπτύσσεται ένα μοντέλο «εταιρικής» σχέσης ανάμεσα στους διαφορετικούς επιστήμονες υγείας που δραστηριοποιούνται στην ΠΦΥ, που έχει εξετάσει και περιλάβει στο μνημόνιο συνεργασίας του πιθανές δυσκολίες και αμοιβαία οφέλη, ενώ ταυτόχρονα υποβάλλονται προτάσεις για την αποτελεσματικότερη κοινή εργασία στο πλαίσιο της κοινότητας (Association of Community Health Councils for England and Wales, 1997· West Sussex Community Health Councils, 1999).

B. Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πιο αποτελεσματικό στην κλινική πράξη και πιο αποδοτικές υπηρεσίες υγείας όσον αφορά το κόστος.

Τα πλεονεκτήματα για τα άτομα, όταν λειτουργεί η ομάδα της ΠΦΥ, δύνανται να προκύψουν μέσω των βασικών διαδικασιών της ομάδας, δηλαδή μέσω της συνεργασίας και του συντονισμού (Feiger & Schmitt, 1979). Όταν μετρήθηκαν τα αποτελέσματα της φροντίδας από την ομάδα της ΠΦΥ, το όφελος τόσο για τον ασθενή, όσο και για τους επαγγελματίες που εργάζονται μαζί ήταν μεγαλύτερο απ' ό,τι θα είχε επιτευχθεί αν ένας επιστήμονας υγείας δούλευε μόνος του. Οι καλύτερες εκβάσεις για τους ασθενείς επιτεύχθηκαν σε ομάδες ΠΦΥ που ακολουθούσαν λιγότερο ιεραρχικό μοντέλο εργασίας (Feiger & Schmitt, 1979). Η αποτελεσματική φροντίδα από την ομάδα της ΠΦΥ για χρόνιες ασθένειες συχνά περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας έξω από την ομάδα των ατόμων που εργάζονται αυτόνομα (Wagner, 2000).

Η δευτεροβάθμια φροντίδα μπορεί να παρέχει χρήσιμα παραδείγματα για την ΠΦΥ. Σε κάποιες τυχαίοποιημένες μελέτες (Rubenstein et al., 1984· Wood-Dauphnee et al., 1984) έχει τεκμηριωθεί ότι οι ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία σε γηριατρική μονάδα από διεπιστημονική ομάδα είχαν χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας, ενώ η ομάδα φροντίδας για ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο οδήγησε σε σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες αναφορικά με την κινητική απόδοση και τη λειτουργική ικανότητα σε σύγκριση με την παραδοσιακή φροντίδα των ασθενών.

Στα θετικά πλεονεκτήματα της διεπιστημονικής ομαδικής εργασίας αναφορικά με την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνονται: η επίβλεψη των δεικτών δημόσιας υγείας, η διαχείριση των χρόνιων

ασθενειών, η συστηματοποίηση της φροντίδας και η βελτίωση των ψυχολογικών επιπτώσεων της ασθένειας (van Weel, 1994· Palm et al., 1993· Parnell et al., 1993· Marsh & Channing, 1988).

Γ. Πιο ικανοποιητικοί ρόλοι για τους επαγγελματίες υγείας και καλύτερη μεθοδολογία στη φροντίδα του ασθενούς.

Η ομαδική εργασία μπορεί να μειώσει το άγχος που συνδέεται με την εργασία, αφού μειώνει τον φόρτο εργασίας των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ (Borrill et al., 2000· Cott, 1998· Miller et al., 1999). Μια μεγάλη ερευνητική μελέτη για την ομαδική εργασία στην ΠΦΥ όρισε ως διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας «μια ομάδα ανθρώπων με κοινούς στόχους και με ιδιαίτερη συμβολή από τον καθένα» και τεκμηρίωσε τα σαφή πλεονεκτήματα της ομαδικής εργασίας τόσο σε επίπεδο ατομικής βελτίωσης, όσο και σε επίπεδο απόδοσης (Borrill et al., 2000· Cott, 1998· Miller et al., 1999).

Επίσης, η ομαδική εργασία φαίνεται ότι αυξάνει την ικανοποίηση από την εργασία, μειώνει την αντίληψη αποξένωσης, αυξάνει τη συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων και την αλληλεπίδραση ανάμεσα στα μέλη της ομάδας. Επιπρόσθετα, στις ομάδες όπου υπήρχε περισσότερη συλλογική εργασία από τους επαγγελματίες υγείας, υπήρχαν σαφή οφέλη για τους ασθενείς, τους φροντιστές και την ίδια την ομάδα της ΠΦΥ (Borrill et al., 2000· Cott, 1998· Miller et al., 1999).

Τέλος, αναφέρονται ως πλεονεκτήματα:

- Οι δυνατότητες βελτίωσης και ο καλύτερος προγραμματισμός των υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ.
- Η αποφυγή των επικαλύψεων και του κατακερματισμού των υπηρεσιών υγείας.
- Η ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών βάσεων δεδομένων για την έγκαιρη ανίχνευση των προβλημάτων υγείας του ατόμου στα πλαίσια της κοινότητας.
- Η ανάπτυξη βελτιωμένων και πιο αποτελεσματικών σχεδίων για τη βελτίωση της φροντίδας και της υγείας του ατόμου στα πλαίσια της κοινότητας.

### 3.4 Προϋποθέσεις αποτελεσματικής λειτουργίας της ομάδας

Δεδομένης της σημασίας της ομαδικής εργασίας στην παροχή φροντίδας υγείας, αξίζει να γίνει αναφορά στα χαρακτηριστικά που διακρίνουν μια αποτελεσματική διεπιστημονική ομάδα.

Οι αποτελεσματικές ομάδες αναφέρεται ότι διακρίνονται από καθορισμένο με σαφήνεια όραμα και αποστολή. Ο σκοπός της ομάδας πρέπει να είναι σαφώς καθορισμένος και να προσδιορίζεται με τη συναίνεση και δέσμευση όλων των μελών (Lakhani et al., 2012). Αναφέρεται επίσης ότι η συναίνεση και η αμοιβαία δέσμευση των μελών στον σκοπό δημιουργεί κλίμα θετικής αλληλεπίδρασης και ενισχύει τη σταθερότητα της ομάδας (Mickan, 2005). Οι στόχοι της ομάδας διασυνδέουν τον σκοπό με τα αποτελέσματα, πρέπει να είναι μετρήσιμοι, σαφώς προσδιορισμένοι και να καθορίζονται με τη συνεργασία των μελών (Mickan & Rodger, 2005· Xyrichis & Lowton, 2008). Οι στόχοι της ομάδας σχετίζονται με τους στόχους του ασθενούς και επικυρώνονται από την αποστολή του οργανισμού (Maple, 1987· Mickan & Rodger, 2000).

Η επικοινωνία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, η οποία προϋποθέτει ατομικές δεξιότητες επικοινωνίας, συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, τυπικές και άτυπες διαδικασίες (style επικοινωνίας) και επάρκεια χρόνου, αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της αποτελεσματικής ομάδας (EICP, 2005· Mickan & Rodger, 2005· Xyrichis & Lowton, 2008). Η ανταλλαγή πληροφοριών και ιδεών δίνει τη δυνατότητα στα μέλη να μοιραστούν μεταξύ τους τις επιστημονικές γνώσεις (Given & Simmons, 1977, όπως αναφέρεται στο Lakhani et al., 2012), αυξάνει τη δυναμική και τη συνοχή της ομάδας και διατηρεί την επίγνωση κάθε μέλους για την πορεία και την εξέλιξη προς τους στόχους και τον σκοπό (Lakhani et al., 2012). Στενά συνυφασμένη με την επικοινωνία είναι η έννοια της εμπιστοσύνης και του αμοιβαίου σεβασμού μεταξύ των μελών της ομάδας, των δεξιοτήτων και της ειδικότητάς τους, των απόψεων, των ρόλων και των εναλλακτικών προσεγγίσεων, παράγοντες που συνδράμουν στον βέλτιστο συντονισμό της παρεχόμενης φροντίδας (Lakhani et al., 2012· Mickan & Rodger, 2000). Η συνεργασία έχει τρεις άξονες στην ομάδα της ΠΦΥ: α) μεταξύ των μελών και των ασθενών/χρηστών, β) μεταξύ των μελών και άλλων επαγγελματιών και γ) μεταξύ των μελών και άλλων υπηρεσιών (δομές της κοινότητας, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια φροντίδα υγείας) (WHO, 2005). Η συνοχή (cohesion) των μελών της ομάδας προάγει τον συντονισμό, την επίτευξη των



στόχων και τη βιωσιμότητα της ομάδας. Η συνοχή των μελών περιγράφεται ως συντροφικότητα (camaranderie) και ενισχύεται με τις συνεδριάσεις, τις τυπικές και άτυπες συναντήσεις και την εμπιστοσύνη (Cashman et al., 2004· Holton, 2001· Lakhani et al., 2012).

Αποτελεσματική ηγεσία θεωρείται αυτή η οποία προσδιορίζει και διατηρεί τις δομές, διαχειρίζεται τις συγκρούσεις, δείχνει εμπιστοσύνη, ακούει και υποστηρίζει τα μέλη της ομάδας, μοιράζεται ιδέες και πληροφορίες, συντονίζει και διανέμει ισότιμα ρόλους, αρμοδιότητες, ευθύνες, επιβράβευση και παρέχει ανατροφοδότηση (Mickan & Rodger, 2005· West et al., 2003). Ο ηγέτης της ομάδας αναλαμβάνει ρόλους όπως: αποδοχή του ρόλου του, σταθερή παρακολούθηση της λειτουργίας της ομάδας και της επίτευξης των στόχων, προσδιορισμός προτεραιοτήτων και λήψη αποφάσεων, αξιοποίηση των υποστηρικτικών πηγών, επίλυση συγκρούσεων, διασφάλιση της ισορροπίας (σχέσεων, εργασιών) μεταξύ των μελών, μεταβίβαση καθηκόντων, ενδυνάμωση των μελών, προαγωγή της ελευθερίας απόψεων, οργάνωση δραστηριοτήτων και εκπαίδευση των μελών, έμπνευση των μελών στην ομαδική συνεργασία και κουλτούρα (National Cancer Action Team, 2010· WHO, 2011). Αναφέρεται, μάλιστα, ότι στις «ώριμες» ομάδες συχνά ο ρόλος του ηγέτη μεταβιβάζεται ανάλογα με την εξειδίκευση που απαιτείται για την αντιμετώπιση του προβλήματος του χρήστη και την επίτευξη του σκοπού (Given & Simmons, 1977, όπως αναφέρεται στο Lakhani et al., 2012).

Μέσα στην ομάδα είναι απαραίτητο οι ρόλοι των επαγγελματιών να είναι σαφώς προσδιορισμένοι και κατανοητοί από όλους, ενώ παράλληλα απαιτείται ευελιξία (μεταξύ των μελών, της ομάδας, της υπηρεσίας) για την ομαλή λειτουργία της (Mickan & Rodger, 2000· Mickan & Rodger, 2013). Η ανάθεση καθηκόντων συστήνεται να αποτελεί κίνητρο για τα μέλη προς επίτευξη του κοινού σκοπού (Mickan & Rodger, 2013· Pullon, 2007). Η αξιοποίηση των πηγών (π.χ. διαθέσιμες δομές, υπηρεσίες, τεχνολογία), η εφαρμογή κατάλληλων διαδικασιών (π.χ. συνεδριάσεις, συστήματα επικοινωνίας, παραπομπές κ.ά.) και η συνεχής εκπαίδευση και ανάπτυξη του προσωπικού αποτελούν επίσης χαρακτηριστικά μιας αποτελεσματικής ομάδας (Mickan & Rodger, 2013).

Ο αναστοχασμός, δηλαδή η κριτική σκέψη και η επίγνωση συναισθημάτων, αξιών και ενεργειών για ένα πρόβλημα, θεωρείται ότι συμβάλλει στην αυτογνωσία της ομάδας, στην επίγνωση των δυνατών σημείων και των ευκαιριών (Kvarnstrom, 2008· Lakhani et al., 2012). Αναφέρεται επίσης ότι τα χαρακτηριστικά της δομής της ομάδας (γεωγραφική εγγύτητα, μέγεθος και σύνθεση) αλλά και η γενικότερη υποστήριξή της σε οργανωτικό επίπεδο είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχή συνεργασία (Xyrichis & Lowton, 2008). Η υποστήριξη της υπηρεσίας/ομάδας σε κεντρικό επίπεδο μπορεί να περιλαμβάνει audit και επιβραβεύσεις, αναδεικνύει την εκτίμηση στα μέλη της ομάδας και τη συνεργασία τους, ενώ η παροχή κινήτρων αυξάνει τη δέσμευση των μελών στην επίτευξη των στόχων της ομάδας (West & Markiewicz, 2004, όπως αναφέρεται στο Xyrichis & Lowton, 2008).

Γενικότερα, η ομάδα της ΠΦΥ είναι μια δυναμική στον χρόνο ομάδα, η οποία τροποποιείται ανάλογα με τις ανάγκες του χρήστη (ασθενής, υγίης, άτομο, ομάδα) για την υγεία του, και τα μέλη πρέπει να συνεργάζονται με διαφορετικές ομάδες σε διαφορετικό χρόνο ή και παράλληλα (Forum on Teamworking in Primary Healthcare, 2000). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα χαρακτηριστικά που προαναφέρθηκαν δεν είναι αμοιβαία αποκλειόμενα, αλλά η αποτελεσματικότητα της ομάδας εξαρτάται από την αλληλεπίδραση και αλληλοσυσχέτισή τους.

### **3.5 Εμπόδια στη λειτουργία της ομάδας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Η διεπιστημονική συνεργασία στο πλαίσιο της ομάδας της ΠΦΥ είναι η διαδικασία κατά την οποία διαφορετικές επαγγελματικές/επιστημονικές ομάδες συνεργάζονται στην κλινική πράξη έχοντας ως στόχο τα θετικά αποτελέσματα στις εκβάσεις της υγείας του ατόμου. Αυτή η διεπιστημονική συνεργασία περιλαμβάνει ένα μνημόνιο συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, το οποίο θα αναγνωρίζει την αξία της εξειδίκευσης κάθε επαγγελματία υγείας και της συνεισφοράς των διαφορετικών επιστημόνων υγείας και πρόνοιας στη φροντίδα του ατόμου στα πλαίσια της κοινότητας (Zwarenstein et al., 2009).

Κατά τη διάρκεια της συνεργασίας αυτής στα πλαίσια της ομάδας της ΠΦΥ ανακύπτουν θέματα λόγω της συνύπαρξης στην κλινική πράξη διαφορετικών επαγγελματιών υγείας. Το πλαίσιο αυτό της συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών επιστημόνων υγείας μπορεί να αναδείξει εμπόδια στη λειτουργία της ομάδας, όπως οι προβληματικές δυναμικές εξουσίας, το κακό πλαίσιο επικοινωνίας, η έλλειψη κατανόησης των επαγγελματικών ρόλων και της επαγγελματικής ευθύνης των επιστημόνων υγείας, και συγκρούσεις λόγω ποικίλων προσεγγίσεων αναφορικά με την περίθαλψη των ασθενών (Delva, 2008· Kvarnstrom, 2008· Miller, 2008· Sheehan, 2007· Suter, 2009).

Αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας η διαχείριση των διαδικασιών που θα προκύψουν στα πλαίσια της οργάνωσης των εργασιών που πρέπει να επιτελεστούν από την ομάδα της ΠΦΥ. Στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα υπάρχουν μεγάλες προσδοκίες αναφορικά με τη βελτίωση της ποιότητας της δημόσιας υγείας και των υπηρεσιών υγείας μέσω της διεπιστημονικής συνεργασίας (Meads & Ashcroft, 2005), αφού η συνεργασία αυτή αναμένεται να συμβάλλει στα οφέλη για την υγεία του ατόμου στην κοινότητα και έχει σχέση με την αποτελεσματική χρήση των πόρων (Loxley, 1997). Η συνεργασία που έχει επίκεντρο τη φροντίδα του ατόμου αποτελεί προτεραιότητα των διεπιστημονικών ομάδων (D' Amour et al., 2005). Παρ' όλα αυτά, αν το έργο του κάθε μέλους της ομάδας δεν περιλαμβάνεται σαφώς στη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ και υπάρχει απλώς μια συμβατικά οργανωμένη φροντίδα, η λειτουργία της ομάδας της ΠΦΥ είναι καταδικασμένη να αποτύχει.

Ανάμεσα στα μέλη της ομάδας, εκτός από τη διαχείριση των ομαδικών διαδικασιών που θα προκύψουν, αναμένεται να αναπτυχθούν και ανταγωνιστικοί ρόλοι σε ημερήσια βάση εξαιτίας των διαφορετικών επαγγελματικών/επιστημονικών ταυτοτήτων και προσεγγίσεων (Lingard et al., 2004). Από την κοινωνιολογική προσέγγιση των διαφορετικών επιστημών/επαγγελμάτων, η επαγγελματική λογική θα μπορούσε να περιγραφεί ως οι προσδοκίες των διαφορετικών επιστημόνων υγείας για την επαγγελματική τους κατάσταση, προκειμένου να ενισχυθεί το επαγγελματικό καθεστώς τους στα πλαίσια της ΠΦΥ (Torstendahl, 1990).

Σύμφωνα με τον Greenwell (1995), το καθήκον των μελών της ομάδας ΠΦΥ να αναφέρονται στους επαγγελματικούς/επιστημονικούς τους συλλόγους μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στη λειτουργία της ομάδας, ενώ οι Drinka και Clark (2000) τονίζουν ότι τα μέλη της ομάδας πρέπει να μάθουν να δημιουργούν και να υπερασπίζονται τις ισορροπίες μεταξύ του επαγγέλματος και των μελών της ομάδας της ΠΦΥ. Ως εκ τούτου, οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει η ομάδα της ΠΦΥ είναι πολλές και πολλαπλές και απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή από την αρμόδια αρχή, προκειμένου να δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες για συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σε μονάδες ΠΦΥ.

Η ομαδική εργασία σε αρκετές περιπτώσεις χρειάζεται πολλές και μακροχρόνιες προσπάθειες για να επιτευχθεί. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε εμπόδια που αφορούν την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας ή ακόμη και σε εμπόδια που αφορούν τις προσωπικές συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας.

Συνοπτικά, τα εμπόδια που έχουν αναφερθεί στις δημοσιευμένες εργασίες αφορούν:

- Αλληλοσυγκρουόμενα συμφέροντα των επαγγελματιών υγείας.
- Διαχείριση των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της ομάδας της ΠΦΥ με διαφορετικούς τρόπους.
- Κακή επικοινωνία στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας.
- Προσωπικές συμπεριφορές από μέλη της ομάδας της ΠΦΥ με εγωκεντρική εστίαση.
- Διάφορες καταστάσεις που μπορεί να εμπεριέχουν και συμπεριφορές που υποβαθμίζουν τον ρόλο των υπολοίπων μελών της διεπιστημονικής ομάδας στην ΠΦΥ.

### 3.6 Σύνοψη

Οι βασικές αρχές της ΠΦΥ θεμελιώνουν την αποτελεσματική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας στην ομάδα της ΠΦΥ και περιλαμβάνουν: την ασθenoκεντρική/χρηστοκεντρική προσέγγιση, την παροχή ποιοτικής φροντίδας και υπηρεσιών, την επαρκή πρόσβαση στις υπηρεσίες, την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό μεταξύ των επαγγελματιών και την αποτελεσματική επικοινωνία. Η σύνθεση της ομάδας της ΠΦΥ έχει καθοριστική σημασία για την ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού. Η λειτουργία της ομάδας, παρά τα θετικά αποτελέσματά της, συχνά υποθάλπεται από παράγοντες όπως η απουσία συγκεκριμένου σκοπού και στόχων, η απουσία προσδιορισμού και αναγνώρισης του ρόλου των μελών, η έλλειψη ειλικρινούς σεβασμού στον ρόλο των άλλων επαγγελματιών και η απουσία επαρκούς χρόνου για ομαδική συνεργασία. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας της ΠΦΥ είναι η διεπιστημονική εκπαίδευση, η οργανωτική, λειτουργική και οικονομική υποστήριξη της και η αποτελεσματική ηγεσία.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Association of Community Health Councils for England and Wales (1997). *CHCs making a difference*. Health News Briefing.
- Baggs, J., Schmitt, M., Mushlin, A., Mitchell, P., Eldredge, D., Oakes, D. & Hutson, A. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, 27(9), pp.1991-1998.
- Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting. Research Highlights, No. 39.
- Borrill, C.S., Carletta, J., Dawson, J., Garrod, S., Rees, A., West, M., Richards, A. & Shapiro, D. (2001). *The effectiveness of health care teams in the National Health Service*. Birmingham: University of Aston.
- Bradley, M. (1996). The role of the practice pharmacist - the new member of the team. NHS Executive, *VFM Update Primary Care Focus Issue*, 2, pp. 26-27.
- Cashman, S., Reidy, P., Cody, K. & Lemay, C. (2004). Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 18(2), pp. 183-196.
- Charlton, I., Charlton, G., Broomfield, J. & Mullee, M.A. (1991). Audit of the effect of a nurse-run asthma clinic on workload and patient morbidity in a general practice. *British Journal of General Practitioners*, 41(347), pp. 227-231.
- Charlton, I., Charlton, G., Broomfield, J. & Campbell, M. (1992). An Evaluation of a Nurse-run Asthma Clinic in General Practice Using an Attitudes and Morbidity Questionnaire. *Family Practice*, 9(2), pp. 154-160.
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Cote, I. et al. (2002). *Working Paper 02-01: Using interdisciplinary teams to improve primary care: quality of medication use in the community*. National Library of Canada.
- Cott, C. (1998). Structure and meaning in multidisciplinary teamwork. *Sociology of Health & Illness*, 20(6), pp. 848-873.
- D' Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. & Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(s1), pp. 116-131.
- Davenport, D., Henderson, W., Mosca, C., Khuri, S. & Mentzer, R. (2007). Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical teams but not with scale measures of teamwork climate, safety climate, or working conditions. *Journal of the American College of Surgeons*, 205(6), pp. 778-784.
- Delva, D., Jamieson, M. & Lemieux, M. (2008). Team effectiveness in academic primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 22(6), pp. 598-611.
- Drinka, T. & Clark, P. (2000). *Health care teamwork. Interdisciplinary practice and teaching*. Westport: Auburn House.
- EICP (2005). *Principles and framework of interdisciplinary collaboration in primary health care*. Canada: EICP.
- Feiger, S. & Schmitt, M. (1979). Collegiality in interdisciplinary health teams: Its measurement and its effects. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 13, pp. 217-229.
- Forum on Teamworking in Primary Healthcare (2000). *Teamworking in primary health care: realizing shared aims in patient care*. Final report 2000. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and the British Medical Association.

- Given, B. & Simmons, S. (1977). The interdisciplinary health care team: fact of fiction? *Nursing Forum*, 16(2), pp. 165-184.
- Glasby, J. & Dickinson, H. (2008). *Partnership working in health and social care*. Bristol: Policy Press
- Glintborg, B., Andersen, S. & Dalhoff, K. (2007). Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. *Quality & Safety in Health Care*, 16(1), pp. 34-39.
- Goldman, J., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O. & Reeves, S. (2009). Improving the clarity of the interprofessional field: implications for research and continuing interprofessional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(3), pp. 151-156.
- Greene, J. & Hibbard, J.H. (2012). Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), p. 7.
- Greenwell, J. (1995). Patients and professionals. In K. Soothill, L. Mackay & C. Webb (Eds.), *Interprofessional relations in health care*. London: Edward Arnold, pp. 313-331.
- Gurney, P. (1999). General Practice. Counsel homes. *Health Services Journal*, 15, p. 29.
- Hall, P. & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education*, 35(9), pp. 867-875.
- Hasler, J. (1994). *The primary health care team*. London: Royal Society of Medicine Press.
- Hassell, K. (2000). Primary care. Diverted traffic. *Health Services Journal*, 6, pp. 22-23.
- Holton, J. (2001). Building trust and collaboration in a virtual team. *Team Performance Management* 7(3), pp. 36-47.
- Howie, J.G., Hopton, J.L., Heaney, D.J. & Porter, A.M. (1992). Attitudes to medical care, the organisation of work and stress among general practitioners. *British Journal of General Practice*, 42, pp. 181-185.
- Jacobs, S., O'Beirne, M., Derflinger, L.P., Vlach, L., Rosser, W. & Drummond, N. (2007). Errors and adverse events in family medicine: developing and validating a Canadian taxonomy of errors. *Canadian Family Physician*, 53(2), pp. 270-276.
- Jewell, D. & Hope, J. (1988). Evaluation of a nurse-run hypertension clinic in general practice. *The Practitioner*, 232, pp. 484-487.
- Kvarnstrom, S. (2008). Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), pp. 191-203.
- Lakhani, J., Benzies, K. & Hayden, A.K. (2012). Attributes of interdisciplinary teams: comprehensive review of the literature. *Clinical & Investigative Medicine*, 35(5), pp. 260-265.
- Lemieux-Charles, L. & McGuire, W.L. (2006). What do we know about health care team effectiveness: a review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3), pp. 263-300.
- Lingard, L., Espin, S., Evans, C. & Hawryluck, L. (2004). The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Critical Care*, 8(6), pp. R403-408.
- Lloyd, C., King, R., Deane, F. & Gournay, K. (2008). Leading a multidisciplinary team. In F. Deane & K. Gournay (Eds), *Clinical Management in Mental Health Services*. New York: Wiley-Blackwell.
- Loxley, A. (1997). *Collaboration in health and welfare. Working with difference*. London: Kingsley Publishers Ltd.
- Macgregor, S. (1997). Practice makes perfect. *Chemist & Druggist*, 247, pp. vi-viii.
- Maple, G. (1987). Early intervention: some issues in co-operative team work. *Australian Occupational Therapy Journal*, 34(4), pp.145-151.
- Marsh, G.N. & Channing, D.M. (1988). Narrowing the health gap between a deprived and an endowed community. *British Medical Journal*, 296, pp. 173-176.
- Marsh, G.N. (1991). Caring for larger lists. *British Medical Journal*, 303, pp. 1312-1316.

- Meads, G. & Ashcroft, J. (2005). Collaboration. In G. Meads & J. Ashcroft; with H. Barr, R. Scott & A. Wild (Eds.), *The case for interprofessional collaboration in health and social care*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, pp. 15-35.
- Mickan, S (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 29(2), pp. 211-217.
- Mickan, S. & Rodger, S. (2000) Characteristics of effective teams: a literature review. *Australian Health Review*, 23(3), pp. 201-208.
- Mickan, S. & Rodger, S. (2005). Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), pp. 358-370.
- Miller, C., Ross, N. & Freeman, N. (1999). *The role of collaborative/shared learning in pre- and post-registration education in nursing, midwifery and health visiting*. London: English National Board.
- Miller, K.L., Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales, J.D., Kenaszchuk, C. & Conn, L.G. (2008). Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), pp. 332-43.
- Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C.E., Rohrbach, V. & Von Kohorn, I. (2012). *Core principles & values of effective team-based health care*. Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington, DC.
- Nancarrow, S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(1), pp. 19-22.
- National Cancer Action Team (2010). *The characteristics of an effective multidisciplinary team (MDT)*. National Cancer Action Team.
- Oxman, A.D., Bjørndal, A., Flottorp, S., Lewin, S. & Lindahl, A.K. (2008). *Integrated health care for people with chronic conditions*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2008.
- Paget, L., Han, P., Nedza, S. et al. (2011). Patient-clinician communication: Basic principles and expectations. Discussion Paper. Washington, D.C.: Institute of Medicine. [online] Διαθέσιμο στο: <http://www.accp.com/docs/positions/misciopatientcliniciandiscussionpaper.pdf> (πρόσβαση 18-4-2014).
- Palm, B., Kant, C., Van den Bosch, W. et al. (1993). Preliminary results of a general practice based call system for cervical cancer screening in the Netherlands. *British Journal of General Practice*, 43, pp. 503-506.
- Parnell, S., Zalin, A. & Clarke, C. (1993). Care of diabetic patients in hospital clinics and general practice clinics; A study in Dudley. *British Journal of General Practice*, 43, pp. 65-69.
- Pullon, S. (2007). Teamwork: a fundamental principle of primary health care and an essential prerequisite for effective management of chronic conditions. *New Zealand Family Physician*, 34, pp. 318-321.
- Reader, T.W., Flin, R. & Cuthbertson, B.H. (2007). Communication skills and error in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, 13, pp. 732-736.
- Reeves, S., Perrier, L., Zwarenstein, M., Goldman, J. & Freeth, D. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub3
- Rubenstein, L., Josephson, K., Wieland, G. et al. (1984). Evaluation of a geriatric evaluation unit. *The New England Journal of Medicine*, 311, pp. 1664-1670.
- Sheehan, D., Robertson, L. & Ormond, T. (2007). Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. *Journal of Interprofessional Care*, 21(1), pp. 17-30.

- Smith, S.M., Allwright, S. & O'Dowd, T. (2007). Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004910. doi: 10.1002/14651858.CD004910.pub2
- Sutcliffe, K.M., Lewton, E. & Rosenthal, M.M. (2004). Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Academic Medicine*, 79(2), pp. 186-194.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), pp. 41-51.
- The Joint Commission (2002). *Sentinel Event Alert: Delays in treatment*. The Joint Commission 2002, Issue 26, June 17.
- The Joint Commission (2004). *Sentinel Event Alert: Preventing infant death and injury during delivery*. The Joint Commission 2004, Issue 30, July 21.
- The Joint Commission (2008). *Sentinel Event Alert: Preventing infant death and injury during delivery*. The Joint Commission, Issue 39, April 11.
- Torstendahl, R. (1990). Introduction: promotion and strategies of knowledge-based groups. In R. Torstendahl, & M. Burrage (Eds.), *The formations of professions, knowledge, state and strategy*. London: Sage Publications, pp. 1-10.
- Van Weel, C. (1994). Teamwork. *The Lancet*, 344, pp. 1276-1279.
- Wagner, E.H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease. *British Medical Journal*, 320, pp. 569-572.
- West, M., Borrill, C., Dawson, J.F. et al. (2003). Leadership clarity and team innovation in health care. *The Leadership Quarterly*, 14, pp. 393-410.
- West Sussex Community Health Councils (1999). *Primary Care Groups and Community Health Councils in West Sussex. Building a Partnership*. Worthing & District CHC.
- West, M. & Markiewicz, L. (2004). *Building team based working. A practical guide to organizational transformation*. Oxford: BPS/Blackwell.
- WHO (2005). *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions*. Switzerland: WHO
- WHO (2011). Patient Safety Curriculum Guide. Topic 4: Being an effective team player. [online] Διαθέσιμο στο: [http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who\\_mc\\_topic-4.pdf](http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-4.pdf) (πρόσβαση 15-4-2015).
- Williams, R.G., Silverman, R., Schwind, C., Fortune, J.B., Sutyak, J., Horvath, K.D. et al. (2007). Surgeon information transfer and communication: factors affecting quality and efficiency of inpatient care. *Annals of Surgery*, 245(2), pp. 159-169.
- Wood-Dauphnee, S., Shapiro, S., Bass, E. et al. (1984). A randomized trial of team care following stroke. *Stroke*, 15(5), pp. 864-872.
- Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008a). Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61, pp. 232-241.
- Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008b). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), pp. 140-153.
- Zwarenstein, M. & Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072
- Zwarenstein, M., Stephenson, B. & Johnston, L. (2000). Case management: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD002797

- Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 8(3), CD000072.
- Zwarenstein, M., Reeves, S., Russell, A., Kenaszchuk, C., Conn, L.G., Miller, K.L. et al. (2007). Structuring communication relationships for interprofessional teamwork (SCRIPT): a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 18(8), p. 23.

## Κεφάλαιο 4

### Τομείς δράσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

**A. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, A. Λάγιου, B. Βιβιλάκη**

#### Στόχοι κεφαλαίου

*Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να γνωρίζει όλους τους τομείς δράσης όπου παρέχεται ΠΦΥ και να αναγνωρίζει ότι ο πληθυσμός αναφοράς της ΠΦΥ μπορεί να είναι το υγιές άτομο αλλά και ο ασθενής οποιασδήποτε ηλικίας στον χώρο όπου ζει και εργάζεται.*

#### Περίληψη κεφαλαίου

*Στο παρόν κεφάλαιο γίνονται αναφορές στη φροντίδα υγείας (πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση) μέσα στο ευρύ πεδίο των διαφορετικών τομέων που παρέχεται ΠΦΥ. Ο πληθυσμός αναφοράς της ΠΦΥ μπορεί να είναι το υγιές άτομο αλλά και ο ασθενής οποιασδήποτε ηλικίας στον χώρο όπου ζει και εργάζεται, δηλαδή η φροντίδα μπορεί να παρέχεται στο σπίτι, στο σχολείο, στην κοινότητα, στον χώρο εργασίας.*

#### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

*Δράσεις ΠΦΥ, συμμετοχή του πολίτη.*

### 4.1 Εισαγωγή

Το 1978 στην Άλμα-Άτα προσδιορίστηκε η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ως «η βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μία συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας».

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1983), η ΠΦΥ είναι:

- μία φιλοσοφία βασισμένη στις αρχές της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αυτοδύναμης ανάπτυξης,
- μία στρατηγική, που έχει ως κεντρική ιδέα τον ολιστικό και διατομεακό σχεδιασμό για την υγεία και βασίζεται στις ανάγκες του πληθυσμού και στην ενεργό συμμετοχή της κοινωνίας,
- ένα επίπεδο φροντίδων πλησιέστερο στο άτομο και στους τόπους δραστηριοποίησής του και
- ένα σύνολο δραστηριοτήτων στις οποίες η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού έχουν πρωτεύουσα θέση.

Δεν επιδιώκεται μόνο η υγειονομική/ιατρική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας αλλά καθορίζεται ένα γενικότερο κοινωνικό και κοινοτικό πλαίσιο μέσα από το οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας σε συνεργασία με άλλους τομείς κοινωνικών υπηρεσιών.

Σήμερα, η διεθνής εμπειρία αναδεικνύει την αναγκαιότητα της ΠΦΥ ως επίκεντρο του όλου συστήματος υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στον χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων και κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της θέσης τους αποτελούν κομβικό σημείο για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί, εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και την αμφίδρομη σχέση/επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια). Ο ρόλος των μονάδων ΠΦΥ είναι να αποτελούν ένα είδος «φίλτρου»



(gatekeeper) των περιπτώσεων που προσέρχονται σε αυτές πριν προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών, εξειδικευμένων υπηρεσιών και, κατ' επέκταση, τον περιορισμό των δαπανών.

## 4.2 Τομείς δράσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η διακήρυξη της Άλμα-Άτα το 1978 αποτέλεσε τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης του συστήματος υγείας προς την ΠΦΥ. Η ανάδειξη της σημασίας της πρόληψης και της αγωγής υγείας σε συνδυασμό με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη για την αντιμετώπιση της ασθένειας και τη βελτίωση ή διατήρηση της υγείας του μέσα από συντονισμένη διατομεακή δράση αναδείχθηκαν και αποτέλεσαν την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών. Ο προσανατολισμός στην ΠΦΥ σχετίζεται με μείωση των δαπανών για τη φροντίδα υγείας, αυξημένη ικανοποίηση του χρήστη, καλύτερο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και χαμηλότερη κατανάλωση φαρμάκων (Πίνακας 4.1) (Donaldson, Yordy, Lohr & Vanselow, 1996· Macinko, Starfield, & Erinosh, 2009).

|  |
|--|
| Βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες ΠΦΥ.   |
| Καλύτερος συντονισμός των υπηρεσιών και ολοκλήρωση της φροντίδας.                  |
| Προαγωγή της λειτουργίας της ομάδας υγείας στην κλινική πράξη της ΠΦΥ.             |
| Βελτίωση της ποιότητας και της καταλληλότητας της φροντίδας.                       |
| Έμφαση στην πρόληψη και τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων.                       |
| Έμφαση στη δέσμευση του χρήστη στην αυτοφροντίδα και αυτοδιαχείριση.               |
| Ηλεκτρονικό σύστημα διαχείρισης κλινικών πληροφοριών.                              |
| Ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ.                                      |
| Παροχή δέσμης υπηρεσιών σε συγκεκριμένους πληθυσμούς.                              |
| Ανθρωποκεντρική προσέγγιση στον σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών.                |
| Συμμετοχή της κοινότητας και του πληθυσμού στη λήψη αποφάσεων σε κεντρικό επίπεδο. |
| Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.  |
| Ικανοποίηση των αναγκών φροντίδας των χρηστών.                                     |
| Ισότητα στην υγεία.  |
| Αποτελεσματικότητα και βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.                          |

**Πίνακας 4.1** Στόχοι της μεταρρύθμισης στο σύστημα ΠΦΥ.

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής του πληθυσμού με τα οποία έχει την πρώτη του επαφή με το σύστημα υγείας, δηλαδή με κάποιον επαγγελματία υγείας, όπως ιατρό, νοσηλεύτρια, επισκέπτη υγείας, μαία, κοινωνική λειτουργό. Ο τόπος και ο τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και παροχής των εν λόγω υπηρεσιών μπορεί να είναι το ιατρείο, το κέντρο υγείας, η πολυκλινική ή το πολυιατρείο, τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου. Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται μπορεί να κυμαίνεται από 500 έως 5.000 άτομα.

Εξ ορισμού της η ΠΦΥ «φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μία συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας» (Πίνακας 4.2).

|   |
|---|
| Παροχή πλαισίου για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας μεγάλου εύρους με κατάλληλο τρόπο, χωρίς να χρειαστεί παραπομπή.                                      |
| Καθοδήγηση των χρηστών εντός του συστήματος υγείας με κατάλληλες παραπομπές για τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα.                                     |
| Ανάπτυξη σχέσης αλληλεπίδρασης του χρήστη με τον επαγγελματία υγείας και ενεργητική συμμετοχή του πρώτου στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία του. |
| Πρόληψη της νόσου, έγκαιρη ανίχνευση των προβλημάτων και προαγωγή της υγείας.   |
| Δικτύωση των υπηρεσιών υγείας με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, τις βοηθητικές υπηρεσίες, τις κοινοτικές υποστηρικτικές δομές.                           |

**Πίνακας 4.2** Η αξία της ΠΦΥ για το άτομο.

Η ΠΦΥ ασχολείται με τα προβλήματα υγείας της κοινότητας και την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας (προαγωγή, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση) βασιζόμενη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η έννοιά της υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, τη διατροφή και την προσφορά βασικής κλινικής και φαρμακευτικής αγωγής (Donaldson, Yordy, Lohr & Vanselow, 1996· Λάγιου, 2014· Σουλιώτης, 2014).

#### 4.2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και πρόληψη

Σε επίπεδο πρόληψης (πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς) (Donaldson, Yordy, Lohr & Vanselow, 1996), τα μέτρα φροντίδας μπορεί να αφορούν:

- Το άτομο: παρεμβάσεις ανοσοποίησης, εκπαίδευση διατροφής της εγκύου, προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού ή/και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, εκπαίδευση ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη στη χορήγηση της ινσουλίνης, φυσιοθεραπεία μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Την οικογένεια: μέτρα επαρκούς στέγασης, εκπαίδευση σχετικά με το κάπνισμα και συμβουλευτική σε θέματα διατροφής και παχυσαρκίας με σκοπό την πρόληψη του καρκίνου και των καρδιαγγειακών παθήσεων, έλεγχος Mantoux σε οικογένειες υψηλού κινδύνου, συμβουλευτική της οικογένειας σε περιόδους κρίσης (πένθος, διαζύγιο), προγεννητική φροντίδα και αποφυγή έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου (φάρμακα, ακτινοβολίες, κάπνισμα, λοιμώξεις, βαριά εργασία) στην εγκυμοσύνη για την πρόληψη των συγγενών ανωμαλιών και επιπλοκών της κύησης.
- Την ομάδα: ενημέρωση των μαθητών σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) και το AIDS και για τη χρήση προφυλακτικού στις σεξουαλικές επαφές για την πρόληψη των ΣΜΝ, οφθαλμολογικός έλεγχος μαθητών, διενέργεια μαστογραφίας με την κινητή μονάδα σε γυναίκες απομακρυσμένων περιοχών, θεραπεία με κολύμβηση σε ηλικιωμένους με σωματική αναπηρία, ομαδική συμβουλευτική παιδιών σχολικής ηλικίας με άσθμα, ανώνυμοι αλκοολικοί και άλλες ομάδες αυτοβοήθειας κ.ά.
- Την κοινότητα: εξασφάλιση καθαρού δικτύου πόσιμου νερού για την πρόληψη των υδατογενών λοιμώξεων, φθορίωση του νερού για την πρόληψη της τερηδόνας, περιβαλλοντική υγιεινή, εμβολιασμοί για την πρόληψη λοιμωδών νόσων, υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας για την πρόληψη των ατυχημάτων και των χρόνιων νοσημάτων μετά από έκθεση σε παράγοντες κινδύνου, έλεγχος της ατμοσφαιρικής ρύπανσης για την πρόληψη των πνευμονοπαθειών και νεοπλασιών, υπηρεσίες ψυχικής υγείας για άτομα με ψυχικά νοσήματα, κέντρα μετεγκατάστασης για σεισμόπληκτους κ.ά.

Στις αναπτυγμένες κοινωνίες οι κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι τα χρόνια νοσήματα. Τα νοσήματα αυτά είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας έκθεσης του οργανισμού σε διάφορους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι προκαλούν τη νόσο. Η παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας στην αιτιολογική διαδικασία εμφάνισης του νοσήματος έχει ως σκοπό την πρόληψη της νόσου και την αναίρεση ή διακοπή του παθογενετικού μηχανισμού, όπου αυτό είναι δυνατό (Λάγιου, 2013).

#### 4.2.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και αγωγή υγείας

Η αγωγή υγείας (health education) σχετίζεται στενά με την ΠΦΥ και αφορά την αύξηση του επιπέδου συνειδητότητας του πληθυσμού για τη βελτίωση της υγείας του, την ετοιμότητα και την αποφασιστικότητα σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για την αλλαγή στάσεων και την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών, με την προσδοκία της πρόληψης αλλά και επίλυσης σημαντικών προβλημάτων υγείας. Είναι μια εκπαιδευτική διαδικασία κατά την οποία χρησιμοποιούνται κατάλληλα επικοινωνιακά μέσα για τη μετάδοση γνώσεων και δεξιοτήτων που προασπίζουν και βελτιώνουν την υγεία. Η θεματολογία των προγραμμάτων αγωγής υγείας έχει ένα ιδιαίτερα ευρύ φάσμα (π.χ. κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, πρόληψη ατυχημάτων, οικογενειακός

προγραμματισμός, σεξουαλική συμπεριφορά, προστασία του περιβάλλοντος κ.ά.) και είναι σε άμεση συνάρτηση με την ομάδα-στόχο του προγράμματος.

Η αγωγή υγείας αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την επίτευξη των στόχων της πρόληψης. Μετά από μία περίοδο πατερναλισμού και ιατροκεντρικών αντιλήψεων εκφοβισμού (π.χ. «θα πεθάνεις αν καπνίζεις» κ.λπ.), οι σύγχρονες τάσεις απαιτούν τον σχεδιασμό της αγωγής υγείας από διεπιστημονικές ομάδες (παιδαγωγούς, ψυχολόγους, ιατρούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, μαιευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κ.ά.) για τη δημιουργία «υγιούς περιβάλλοντος» και ευαισθητοποίησης στο σχολείο, τη δουλειά, την πόλη (Ackermann-Lieblich et al., 2009· Λάγιου, 2013).

### 4.2.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προαγωγή υγείας

Στενά συνδεδεμένη με την ΠΦΥ είναι η έννοια της προαγωγής της υγείας (health promotion), δηλαδή της διαδικασίας η οποία παρέχει τη δυνατότητα στα άτομα να ελέγξουν και να βελτιώσουν την υγεία τους (WHO, 1986). Οι χώροι στους οποίους μπορούν να διεξαχθούν δράσεις προαγωγής της υγείας είναι παρόμοιοι με αυτούς της άσκησης της ΠΦΥ: η οικογένεια, η εργασία, το σπίτι, το σχολείο, το κοινωνικό περιβάλλον, το φυσικό περιβάλλον, οι χώροι αναψυχής. Η μέγιστη αξιοποίηση του ανθρώπινου παράγοντα (επαγγελματιών υγείας και μη, πολιτών ειδικών και μη) σε συνδυασμό με το φυσικό περιβάλλον, τη συλλογική προσπάθεια και τη συνεργασία με φορείς επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μιας κοινότητας. Οι δραστηριότητες, υπό το πλαίσιο της προαγωγής υγείας, αναφέρονται αφενός στην ενδυνάμωση του ατόμου και, αφετέρου, στην υποστήριξη αλλαγών στο κοινωνικό, οικονομικό, νομικό και πολιτικό πλαίσιο των συνθηκών διαβίωσης (Κουλούρη & Σαράφης, 2015· Κρεμαστινού, 2007· Λάγιου, 2013, 2014· Μεράκου, 2012). Ένα παράδειγμα αλληλεξάρτησης και συνεργασίας όλων των ανωτέρω παραγόντων δίνεται στον Πίνακα 4.3 όπου αναφέρονται ενδεικτικά μέτρα του προγράμματος προαγωγής υγείας «Δράσεις για τον έλεγχο του καπνίσματος». Μόνο ο ακριβής και λεπτομερής σχεδιασμός των προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας μπορεί να εγγυηθεί την αποτελεσματικότητά τους, με σημείο έναρξης την αξιολόγηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού-στόχου (Αποστολάρα, 2012· Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005· Λάγιου, 2013, 2014).

|   |
|---|
| Αύξηση της τιμής των προϊόντων καπνού.                                      |
| Απαγόρευση της διαφήμισης προϊόντων καπνού.                                 |
| Θέσπιση ορίου ηλικίας για την πώληση προϊόντων καπνού.                      |
| Απομάκρυνση των προϊόντων καπνού από περίπτερα και αγορές κοντά σε σχολεία. |
| Αγωγή υγείας σε εφήβους για την πρόληψη του καπνίσματος.                    |
| Ιατρεία διακοπής καπνίσματος.   |
| Διαφήμιση των ιατρείων διακοπής καπνίσματος.                                |

**Πίνακας 4.3** Ενδεικτικά μέτρα του προγράμματος προαγωγής υγείας «Δράσεις για τον έλεγχο του καπνίσματος».

Τα τελευταία χρόνια έχει υιοθετηθεί διεθνώς η στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την προάσπιση της υγείας, η οποία στοχεύει σε όλο τον πληθυσμό και όχι μόνο σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Τα βασικά σημεία αυτής της στρατηγικής είναι:

- Ανάπτυξη πολιτικών δημόσιας υγείας, οι οποίες προασπίζουν την υγεία. Η υγεία δεν αφορά μόνο τις υπηρεσίες υγείας, αλλά συνολικά την κοινωνία και τις επιλογές της.
- Δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Η υγεία ενός πληθυσμού εξαρτάται από τον τρόπο ζωής του, τον τρόπο με τον οποίο ο πληθυσμός αυτός διαχειρίζεται το φυσικό περιβάλλον. Η προαγωγή υγείας στοχεύει στη δημιουργία συνθηκών ζωής και δουλειάς οι οποίες είναι ευχάριστες, ασφαλείς και δημιουργικές.
- Ενεργοποίηση/κινητοποίηση της κοινότητας. Η συμμετοχή της κοινότητας αποτελεί σημαντικό καταλύτη για την προάσπιση της υγείας των μελών της. Σε αυτό το πλαίσιο απαιτείται ειδική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για την ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, ώστε να δημιουργηθεί ένα κλίμα εποικοδομητικής επικοινωνίας και αποδοτικής συνεργασίας. Παράδειγμα ενεργοποίησης/κινητοποίησης της κοινότητας αποτελεί για την ελληνική πραγματικότητα η δράση των κοινοτικών μαιών του Κέντρου Υγείας Σπηλίου που αφορά την ενεργοποίηση γυναικών τρίτης ηλικίας για τη συμμετοχή

τους σε πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Vivilaki et al., 2005).

- Επαναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας. Η νοσοκομειοκεντρική, ιατροκεντρική οργάνωση υπηρεσιών που ασχολούνται μόνο με τη θεραπεία της ασθένειας υποχωρεί διεθνώς, αργά αλλά σταθερά, προς όφελος της ΠΦΥ και της διεπιστημονικής οργάνωσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, οι οποίες αντιμετωπίζουν ολιστικά την υγεία του πληθυσμού ευθύνης τους.

Η ΠΦΥ και οι εργαζόμενοι σε αυτήν είναι ο βασικός και κύριος μοχλός ανάπτυξης της προαγωγής υγείας στον πληθυσμό ευθύνης τους. Ο αναγνώστης μπορεί να βρει παραδείγματα για καλές πρακτικές και τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες σε ολοκληρωμένα προγράμματα προαγωγής υγείας στις ακόλουθες ιστοσελίδες:

- <http://www.healthproelderly.com/>,
- <http://www.nice.org.uk/guidance/ph35/resources/guidance-preventing-type-2-diabetes-population-and-communitylevel-interventions>,
- <https://www.healthpromotion.ie/>,
- [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/373380/Factsheet\\_v2.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/373380/Factsheet_v2.pdf)

#### 4.2.4 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προσυμπτωματικός έλεγχος

Η ΠΦΥ μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου (δευτερογενής πρόληψη) συμβάλλει στην πρώιμη διάγνωση της νόσου, πριν εμφανιστούν κλινικά συμπτώματα. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος εφαρμόζεται την περίοδο μεταξύ της βιολογικής έναρξης της νόσου και της εμφάνισης των κλινικών συμπτωμάτων. Η ακριβής θέση στην παραπάνω περίοδο εξαρτάται από τη φυσική ιστορία της νόσου.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος υλοποιείται με τη μέθοδο της διαλογής (screening), δηλαδή μέσω κλινικής ή/και εργαστηριακής εξέτασης προκαθορισμένων ομάδων πληθυσμού με σκοπό την πρώιμη, προκλινική ανίχνευση της νόσου.

Τα κριτήρια για την εφαρμογή ενός προγράμματος προσυμπτωματικής διαλογής (Ackermann-Liebrich et al., 2009) είναι:

- Η υπό ανίχνευση νόσος να είναι σημαντική και συχνή στον μελετώμενο πληθυσμό, να αποτελεί δηλαδή σημαντικό πρόβλημα για την κοινότητα.
- Να είναι γνωστή η φυσική πορεία της νόσου.
- Να υπάρχει προσυμπτωματικό στάδιο της συγκεκριμένης νόσου.
- Να υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία της νόσου η οποία, εάν εφαρμοστεί στο προσυμπτωματικό στάδιο, να συμβάλλει αποδεδειγμένα σε καλύτερη πρόγνωση.
- Να διατίθεται μια έγκυρη και ακριβής δοκιμασία διάγνωσης της νόσου.
- Η εξέταση αυτή να είναι αποδεκτή από την κοινότητα και τους επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ.
- Να διατίθεται η απαραίτητη υποδομή για τη διάγνωση και θεραπεία.
- Το κόστος του προγράμματος να είναι αποδεκτό.
- Να υπάρχει συνέχεια στην παρακολούθηση των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα.

Η δοκιμασία διαλογής σε ένα πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου πρέπει να είναι αποδεκτή και κατά τεκμήριο ασφαλής για τον πληθυσμό που θα συμμετάσχει. Χαρακτηριστικά παραδείγματα δοκιμασιών προσυμπτωματικού ελέγχου είναι το τεστ Παπανικολάου για την προκλινική διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης για τη διάγνωση της υπέρτασης, η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης για τον σακχαρώδη διαβήτη, ο προγεννητικός έλεγχος, η μαστογραφία για τον καρκίνο του μαστού κ.λπ.

#### 4.2.5 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ψυχικά νοσήματα

Ο ρόλος της ΠΦΥ στην αναγνώριση και φροντίδα των ατόμων με ψυχική νόσο είναι αδιαμφισβήτητη τόσο για την έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή τους σε ειδικούς, όσο και για την παραμονή και φροντίδα αυτών των ατόμων στο σπίτι, στο οικείο οικογενειακό περιβάλλον. Την ολοκλήρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσα από τις υπηρεσίες ΠΦΥ συστήνει και ο ΠΟΥ αφενός για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και την αποτροπή του στίγματος και, αφετέρου, για τη βέλτιστη διαχείριση των πόρων (Economou et al., 2009· Σουλιάτης, 2014· WHO, 2009). Η φροντίδα στην κοινότητα συνδέεται στενά με την αποασυλοποίηση και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και παραπέμπει στη δημιουργία εξωιδριματικών δομών και φορέων για την παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών με στόχο την πρόληψη του εγκλεισμού, της κοινωνικής και φυσικής αναπηρίας, τη διατήρηση της ψυχικής υγείας την οποία υποσκάπτει η απομόνωση, την απόρριψη, την απομάκρυνση από την κοινωνική συναναστροφή και συμμετοχή (Αδαμακίδου, 2012). Επιπλέον, η πρόωμη ανίχνευση της ψυχικής νόσου με σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία στην κοινότητα συμβάλλει στην έγκαιρη παραπομπή και αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου όπως, για παράδειγμα, η πρόωμη ανίχνευση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε λεχωίδες με σταθμισμένα εργαλεία συμβάλλει στην έγκαιρη παραπομπή και διαχείρισή τους (Vivilaki et al., 2009).

#### 4.2.6 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, κατ' οίκον φροντίδα υγείας και κατ' οίκον νοσηλεία

Η παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας υγείας και κατ' οίκον νοσηλείας αφορά τη συστηματική προσπάθεια του συστήματος υγείας να ανταποκριθεί στη δομική αναγκαιότητα της ΠΦΥ για υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης που προσφέρονται όσο το δυνατόν εγγύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν (και δραστηριοποιούνται). Ο στόχος της παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας υγείας και κατ' οίκον νοσηλείας είναι η διατήρηση, η προαγωγή και η αποκατάσταση της υγείας των ατόμων/ασθενών βοηθώντας τους να αυξήσουν το επίπεδο αυτοφροντίδας και ανεξαρτησίας τους και περιορίζοντας στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις της αναπηρίας ή της αρρώστιας. Ειδικότερα στην κατ' οίκον/μακροχρόνια φροντίδα, οι ρόλοι των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών, της οικογένειας τροποποιούνται. Κάθε μέλος της ομάδας αναλαμβάνει περιοδικά ρόλους εκπαιδευτή, εκπαιδευόμενου και συντονιστή στα πλαίσια της συνεργασίας τους, προκειμένου ο ασθενής να μεταβεί από τη στοιχειώδη πληροφόρηση (μοντέλο της οξείας φροντίδας) στην ενεργητική διαχείριση της ασθένειάς του (Reinhard & Young, 2009). Ο αναγνώστης μπορεί να βρει παραδείγματα στις ακόλουθες ιστοσελίδες: <http://www.aahcm.org/> και <http://www.sabacare.com/>. Η κατ' οίκον φροντίδα υγείας και η κατ' οίκον νοσηλεία λαμβάνουν κεντρικό ρόλο στην προσέγγιση και αντιμετώπιση των προβλημάτων του πληθυσμού, υγιούς και μη, αντίστοιχα σε κάθε ηλικία, προάγοντας την αυτοφροντίδα και αυτοδιαχείριση και την αξιοποίηση των άτυπων φροντιστών υγείας (Cowley et al., 2015· Λάγιου, 2013, 2014· Luker et al., 2012). Οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν τη δυνατότητα σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες (π.χ. ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρία, άτομα με χρόνια νοσήματα) να παραμείνουν στο σπίτι τους και να λαμβάνουν κατάλληλη φροντίδα (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014· Κανδυλάκη & Καραγκούνης, 2005). Η φροντίδα είναι ολιστική, εξατομικευμένη και ανθρωποκεντρική, και ο ασθενής/άτομο, ο φροντιστής και η οικογένεια αποτελούν το επίκεντρο και συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων (Cowley et al., 2015· Λάγιου 2013, 2014· Luker et al., 2012). Οι παρεμβάσεις που διενεργούνται αφορούν (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014):

- την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας (π.χ. πρόληψη κατακλίσεων, υποστήριξη οικογένειας με παιδί με διαβήτη),
- τη θεραπεία και την αποκατάσταση (π.χ. μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος, φροντίδα ασθενούς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο),
- τη συμβουλευτική και εκπαίδευση (π.χ. διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, εκπαίδευση φροντιστή στη φροντίδα ατομικής υγιεινής του ασθενούς, συμβουλευτική για την προσωπική ασφάλεια του φροντιστή κατά τη φροντίδα κλινήρους ασθενούς κ.ά.),
- την υποστήριξη του ατόμου, της οικογένειας, του φροντιστή (π.χ. στο πένθος, στο διαζύγιο κ.ά.),
- την προαγωγή της αυτοφροντίδας και αυτοδιαχείρισης (π.χ. φροντίδα στομίας, αυτοδιαχείριση στον σακχαρώδη διαβήτη κ.ά.).

Η αναγκαιότητα της διεπιστημονικής προσέγγισης των ατόμων/ασθενών που λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα επισημαίνεται στα διαφορετικά μοντέλα διεπιστημονικής ομάδας (σύνθεση, λειτουργία και προσέγγιση) με επιβεβαιωμένη αποτελεσματικότητα με συγκριτικές μελέτες. Τα πλεονεκτήματα αφορούν την αύξηση της ικανοποίησης των ατόμων/ασθενών και των φροντιστών, την αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών και τη μείωση του κόστους που σχετίζεται με τη μείωση των ημερών νοσηλείας σε ιδρύματα (nursing homes) ή νοσοκομεία (Curry & Hollis, 2002).

#### **4.2.7 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και αποκατάσταση**

Η αποκατάσταση λαμβάνει έναν ουσιαστικό ρόλο καθώς αποτελεί συμπλήρωμα της ΠΦΥ για την αντιμετώπιση εξειδικευμένων περιπτώσεων και όταν η βαρύτητα της νόσου δεν επιτρέπει τη νοσηλεία στο σπίτι ή σε μονάδες ΠΦΥ.

#### **4.2.8 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και θεραπεία**

Η θεραπεία των προβλημάτων υγείας στην ΠΦΥ είναι μία άλλη διάσταση της φροντίδας. Συγκεκριμένα, μπορεί να αφορά: α) τα οξεία προβλήματα υγείας, με την αξιολόγηση των συμπτωμάτων, τη διάγνωση, την αντιμετώπισή τους, την παραπομπή σε ειδικούς όταν κρίνεται απαραίτητο και β) τα χρόνια προβλήματα υγείας, με τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα των ασθενών με ένα ή περισσότερα χρόνια νοσήματα, τη συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα, τη συνεργασία με εξειδικευμένο προσωπικό, την προαγωγή της αυτοφροντίδας και αυτοδιαχείρισης, την ενδυνάμωση του χρήστη, τη συμβουλευτική ατόμου, οικογένειας και ομάδας, τον συντονισμό των παραπομπών εντός του συστήματος υγείας, τον προσανατολισμό του χρήστη εντός του συστήματος υγείας, των κοινωνικών υπηρεσιών και των κοινοτικών υποστηρικτικών δικτύων (Donaldson, Yordy, Lohr & Vanselow, 1996).

#### **4.2.9 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και σχολείο**

Τα παιδιά στα σχολεία, από την πρώτη σχολική ηλικία και την εφηβεία μέχρι την πρώιμη ενηλικίωση, αποτελούν πρόσφορο έδαφος για την εφαρμογή ρυθμίσεων υπό το πλαίσιο της ΠΦΥ. Χαρακτηρίζονται ως τα «παράθυρα» για τα προβλήματα υγείας καθώς ο μικρόκοσμος του σχολείου αποτελεί ένδειξη για μελλοντικά προβλήματα και συμπεριφορές υγείας και επιπρόσθετα μπορούν να αναπτύξουν προβλήματα υγείας των οποίων η αιτιολογία δεν είναι εμφανής στο προσωπικό του σχολείου. Οξεία και χρόνια προβλήματα, συναισθηματικό στρες και επεισόδια βίας μπορεί να απασχολήσουν τους επαγγελματίες υγείας και όχι μόνο. Ο ρόλος της ΠΦΥ είναι να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο για τον εντοπισμό και τη διαχείριση προβλημάτων υγείας εμφανών ή και δυνητικών, πριν ακόμη αυτά καταστούν επιζήμια για την εκπαιδευτική εμπειρία και την υγεία των μελών του σχολικού πληθυσμού (Donaldson, Yordy, Lohr & Vanselow, 1996).

Η εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία έχει ως στόχο να ωθήσει το σχολείο έτσι ώστε συμβάλλει πραγματικά, μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση, στην αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς των μαθητών, με σκοπό την ενίσχυση της υπευθυνότητας, της αυτοεκτίμησης, της αυτοπεποίθησης, της προσωπικότητας και της ικανότητας του μαθητή για την υιοθέτηση θετικών τρόπων και στάσεων ζωής (Δρακοπούλου, Ρόκα & Σαρίδη, 2012).

#### **4.2.10 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και χώρος εργασίας**

Η διεπιστημονική ομάδα στην υγιεινή εργασίας περιλαμβάνει επαγγελματίες που μοιράζονται έναν κοινό παρανομαστή γνώσης. Η σύνθεση και το μέγεθος της ομάδας εξαρτάται από το μέγεθος, την οργάνωση και τις ανάγκες της επιχείρησης. Σε κάθε περίπτωση, ο στόχος είναι κοινός και αναφέρεται στην προστασία της υγείας από εργασιακούς παράγοντες επικίνδυνους για την υγεία του εργαζομένου (Βελονάκης & Σουρτζή, 2009). Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα του Ελληνικού Ινστιτούτου Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, <http://www.elinyae.gr/el/index.jsp>, που μας καλωσορίζει με το απόσπασμα από τη Διακήρυξη του Λουξεμβούργου για την προαγωγή της υγείας στον χώρο εργασίας. «Η προαγωγή της υγείας στον χώρο εργασίας είναι μία συντονισμένη προσπάθεια των εργοδοτών, των εργαζομένων και της κοινωνίας, με στόχο τη βελτίωση της υγείας και της ευεξίας των ανθρώπων στο εργασιακό περιβάλλον».

#### **4.2.11 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και υπηρεσίες δημόσιας υγείας**

Καίρια είναι η στενή διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών ΠΦΥ και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.

Οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ μπορούν να παρέμβουν και να επιλύσουν προβλήματα δημόσιας υγείας μέσα από οργανωμένες παρεμβάσεις της διεπιστημονικής ομάδας στην κοινότητα και, επιπλέον, η ευαισθητοποίησή τους για τις λοιμώξεις, τους παράγοντες κινδύνου, τις πηγές νοσηρότητας στην κοινότητα (στο περιβάλλον, στον χώρο εργασίας, στο σπίτι, στο σχολείο, στη γειτονιά) μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην ανάπτυξη συνεργασίας με επαγγελματίες της δημόσιας υγείας, οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν σε αυτό το επίπεδο (Λάγιου, 2008· Luker et al., 2012).

Οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ μπορούν επίσης να συμβάλλουν ουσιαστικά στη διαχείριση προβλημάτων δημόσιας υγείας, κυρίως μέσω της συλλογής πρωτογενών στοιχείων σχετικά με το μέγεθος και την έκταση των προβλημάτων δημόσιας υγείας και των προσδιοριστικών τους παραγόντων (Λάγιου, 2008· Luker et al., 2012).

#### **4.2.12 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας**

Εξίσου καίρια και σημαντική είναι η διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών της ΠΦΥ και των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Η κοινωνική πρόνοια αναφέρεται στη λειτουργία ενός συστήματος το οποίο μέσω παροχών, μέτρων και υπηρεσιών προς τους πολίτες στοχεύει στην ικανοποίηση των κοινωνικών τους αναγκών, την πρόληψη των κοινωνικών κινδύνων και τη θεραπεία και αποκατάσταση των επιπτώσεών τους. Η χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών αποτελεί δημόσιο αγαθό και δημόσιο δικαίωμα των παροχών πρόνοιας (Αλτάνης, 2011). Η παραπομπή σε υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και η συμμετοχή σε δραστηριότητες αυτής συμβάλλει στην πολυεπίπεδη προσέγγιση των προβλημάτων και ευνοεί την πρόληψη και αναγνώριση του κοινωνικού αποκλεισμού (Ζαϊμάκης, 2005· Σταθόπουλος 1999).

### **4.3 Σύνοψη**

Στο παρόν κεφάλαιο δόθηκε η ευκαιρία να γίνουν αναφορές στην πολυεπίπεδη φροντίδα υγείας μέσα στο ευρύ πεδίο των διαφορετικών τομέων όπου παρέχεται ΠΦΥ. Τονίζεται η συμμετοχή του πολίτη στη χρήση των παρεχομένων υπηρεσιών καθώς και η αναγκαιότητα της διεπιστημονικής προσέγγισης των αναγκών υγείας του πληθυσμού στην κοινότητα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Αδαμακίδου, Θ. (2012). *Εργασία με δίκτυα στην κοινότητα – Νέες υπηρεσίες στην κοινότητα. Κατάρτιση νοσηλευτών της 1ης, 2ης & 3ης υγειονομικής περιφέρειας στο σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα: ΕΝΕ & ΚΕΚ Δήμητρα.
- Αλτάνης, Π. (2011). *Οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών και δικτύων κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης. Εθνικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας*. Εκπαιδευτικό Βοήθημα ΕΣΔΥ, Αθήνα.
- Αποστολάρα, Π. (2012). *Διερεύνηση των προβλημάτων υγείας στην κοινότητα. Κατάρτιση νοσηλευτών της 1ης, 2ης & 3ης υγειονομικής περιφέρειας στον σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα: ΕΝΕ & ΚΕΚ Δήμητρα.
- Βελονάκης, Ε. & Σουρτζή, Π. (2009). *Υγεία και εργασία*. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, σ. 14.
- Δρακοπούλου, Μ., Ρόκα, Β. & Σαρίδη, Μ. (2012). *Σχεδιασμός προγραμμάτων προαγωγής υγείας σε επίπεδο πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Κατάρτιση νοσηλευτών της 1ης, 2ης και 3ης υγειονομικής περιφέρειας στον σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα: ΕΝΕ & ΚΕΚ Δήμητρα.
- Καλοκαιρινού, Α. & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα: Έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα: Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α. & Σουρτζή, Π. (2005). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Βήτα.
- Κανδυλάκη, Α. & Καραγκούνης, Β. (2005). *Φροντίδα στην κοινότητα και βοήθεια στο σπίτι. Μια πρόκληση για την τοπική αυτοδιοίκηση*. Στο Ζαϊμάκης Γ. & Κανδυλάκη Α. (επιμ), *Δίκτυα κοινωνικής προστασίας, μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες*. Αθήνα: Κριτική.
- Κουλούρη, Α. & Σαράφης, Π. (2015). *Προαγωγή της υγείας και πρόληψη της ασθένειας*. Στο Σαράφης, Π. και συν. *Εισαγωγή στη νοσηλευτική επιστήμη και τη φροντίδα υγείας* (σσ. 171-192). Αθήνα: Πασχαλίδης .
- Κρεμαστινού, Τ. (2007). *Δημόσια Υγεία. Θεωρία, πράξη και πολιτικές*. Αθήνα: Εκδόσεις Τεχνόγραμμα.
- Λάγιου, Α. (2014). *Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στην ΠΦΥ*. Πρακτικά 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου Επισκεπτών Υγείας, Αθήνα, Οκτώβριος 2014.
- Λάγιου, Α. (2013). *Πρόληψη και Προαγωγή Υγείας. Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας στον 21ο αιώνα*. Πρακτικά 1ου Πανελληνίου Φόρουμ Επισκεπτών Υγείας. Θεσσαλονίκη 2013.
- Λάγιου, Α. & Στοϊκίδου, Μ. (2008). *Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στη Δημόσια Υγεία. Τεχνολογικά Χρονικά*, 15, σσ. 50-54.
- Μεράκου, Κ. (2011). *Αγωγή και Προαγωγή Υγείας. Εκπαιδευτικές Σημειώσεις για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- Τούντας, Γ. (2001). *Κοινωνία και Υγεία*. 2η Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία.
- Τριχόπουλος, Δ. και συν. (2000). *Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις ΖΗΤΑ
- Σουρτζή, Π. & Σταθόπουλος Θ. (2008). *Προαγωγή Υγείας: Θεωρητικές Προσεγγίσεις. Νοσηλεία και Έρευνα*, 20, σσ. 41-48.



- Ζαϊμάκης, Γ. (2005). Κοινωνικός αποκλεισμός και δίκτυα προστασίας στη σύγχρονη πόλη. Στο Ζαϊμάκης, Γ. & Κανδυλάκη, Α. (επιμ), *Δίκτυα κοινωνικής προστασίας: μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς και πολυπολιτισμικές κοινότητες*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Σταθόπουλος, Π. (1999). *Κοινωνική πρόνοια*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

## Ξένη

- Ackermann-Liebrich, U., Krawczyk, E., Adhikari, P., Lagger, G., Vivilaki, V., Dangol, A. et al. (2008). *Leading Edge: Health Education Issues*. New York: Nova Science Publishers, Inc. ISBN: 978-1-60021-874-3.
- Cowley, S., Whittaker, K., Malone, M., Donetto, S., Grigulis, A. & Maben J. (2015). Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: a narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), pp. 465-480. Epub 27 July 2014. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.013. PubMed PMID: 25304286.
- Curry, R. & Hollis, J. (2002). An evolutionary approach to team working in primary care. *British Journal of Community Nursing*, 7(10), pp. 520-527.
- Donaldson, M., Yordy, K., Lohr, K. & Vanselow, N. (1996). *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington: National Academies Press.
- Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A. & Stefanis, C. (2009). Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 55, pp. 361-371.
- Luker, K., Orr, J. & Mc Hugh G.A. (2012). *Health Visiting: A Rediscovery*. Blackwell Publishing Ltd.
- Macinko, J., Starfield, B. & Erinosh, T. (2009). The impact of primary healthcare on population health in low-and middle-income countries. *Journal of Ambulatory Care Management*, 32(2), pp. 150-171.
- Reinhard, S.C. & Young, H.M. (2009). The nursing workforce in long-term care. *Nursing Clinics of North America*, 44(2), pp. 161-168.
- Vivilaki, V., Romanidou, A., Theodorakis, P. & Lionis, C. (2005). Are health education meetings effective in recruiting women in cervical screening programmes? An innovative and inexpensive intervention from the island of Crete. *Rural Remote Health*, 5(2), p. 376. Epub 9 June 2005. Διαθέσιμο στο: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=376>
- Vivilaki, V.G., Dafermos, V., Kogevinas, M., Bitsios, P. & Lionis C. (2009). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for the Greek sample. *BMC Public Health*, 9(1), p. 329
- WHO (1983). *Handbook of resolutions and decisions of the world Health Assembly and the Executive Board 1973-1982*. Vol. 2, 5th Edition, Geneva.
- WHO (1990). *The Healthy Cities Project: A project becomes a movement*. Copenhagen: WHO.
- WHO (1998). *World Health Organization. Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.
- WHO (2009). *Improving health systems and services for mental health*. Geneva: WHO.

## Κεφάλαιο 5

### Ο ρόλος του γενικού/οικογενειακού ιατρού στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

**Χ. Λιονής, Π.Μ. Μποδοσάκης**

#### Στόχοι κεφαλαίου

*Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να συζητάει εν συντομία τα προβλήματα και τις αδυναμίες της ΠΦΥ στη χώρα μας και την αναγκαιότητα για την αναβάθμιση του ρόλου του γενικού ιατρού και να εξετάζει και να συζητάει τον ρόλο του γενικού ιατρού στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ.*

#### Περίληψη κεφαλαίου

*Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται μία σύντομη αποτύπωση της κατάστασης της ΠΦΥ στη χώρα μας και της φτωχής διακυβέρνησης που την χαρακτηρίζει, από την οποία απουσιάζει η ολοκλήρωση (απαρτίωση). Οι υπηρεσίες ΠΦΥ είναι ανεπαρκώς διασυνδεδεμένες και δεν αποτελούν συνήθως το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με το σύστημα υγείας. Επιτελούν κυρίως λειτουργίες περίθαλψης και συνταγογράφησης, στον σχεδιασμό των οποίων δεν λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες υγείας των κατοίκων και δεν συμμετέχουν οι ασθενείς, ενώ στην εφαρμογή τους απουσιάζουν πρακτικές διεπιστημονικής συνεργασίας. Στη συνέχεια συζητείται ο ρόλος του ιατρού γενικής ιατρικής στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ και γίνεται σύντομη αναφορά στα χαρακτηριστικά αυτού του ρόλου και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει.*

#### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

*Γενική ιατρική, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, πολυεπιστημονική ομάδα υγείας.*

### 5.1 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη χώρα μας και η αναγκαιότητα του ιατρού γενικής ιατρικής

Η ανάγκη χάραξης μιας εθνικής στρατηγικής που να προασπίζει και να διασφαλίζει το δικαίωμα κάθε πολίτη της χώρας μας στην υγεία και, φυσικά, στην κάλυψη των βασικών του αναγκών σε υγεία και φροντίδα ανεξαρτήτως φυλής, θρησκείας και οικονομικής κατάστασης σε μία περίοδο πρωτόγνωρης οικονομικής κρίσης αναδεικνύει την ΠΦΥ και τις υπηρεσίες της ως τον βασικότερο παράγοντα για την επίτευξη του στόχου αυτού. Στη χώρα μας τις τελευταίες δεκαετίες έγιναν αρκετές προσπάθειες για την ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής και ολοκληρωμένης ΠΦΥ, που όμως δεν κατάφεραν να την καθιερώσουν παρά τη ρητορική που τις συνόδευε. Στην ιστορική εδώ και χρόνια διακήρυξη της Άλμα-Άτα ([www.who.int](http://www.who.int)) αναφέρεται ότι «η ΠΦΥ στοχεύει στην επίλυση των βασικότερων προβλημάτων υγείας στο πλαίσιο της κοινότητας, παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης, προώθησης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας» και «απαιτεί τη μέγιστη συμμετοχή της κοινότητας στον σχεδιασμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο της μέσω παροχής κατάλληλης εκπαίδευσης και βασίζεται σε κατάλληλα εκπαιδευμένους και καταρτισμένους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται ως ομάδα υγείας για να ανταποκρίνονται με επιτυχία στις ανάγκες της κοινότητας, επιτυγχάνοντας την προσβασιμότητα, την ολοκλήρωση, τον συντονισμό και τη συνέχεια στη φροντίδα υγείας για όλους». Από τα παραπάνω μπορεί κάθε παρατηρητής να αντιληφθεί το μέγεθος της αποτυχίας.

Δεν είναι ανάμεσα στους σκοπούς αυτού του κεφαλαίου η συστηματική και διεξοδική ανάλυση αυτού του θέματος ούτε και η ερμηνεία των γεγονότων. Μένει όμως στους συγγραφείς του να επισημάνουν κάποιους σημαντικούς παράγοντες που συνέβαλαν στη σημερινή εικόνα και, κυρίως, να σχολιάσουν το έλλειμμα της απαραίτητης κουλτούρας ΠΦΥ στο σύστημα υγείας γενικά. Πολλοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνοι και ανάμεσα σε αυτούς και ο ελλείπων ρόλος των πανεπιστημιακών σχολών, όπου απουσιάζει η διεπιστημονική και η διεπαγγελματική εκπαίδευση, ενώ και η εστιασμένη στο πρόσωπο και στην κοινότητα φροντίδα δεν αποτελεί προτεραιότητα. Ανεξάρτητα όπως των παραγόντων, το αποτέλεσμα είναι μία φτωχή διακυβέρνηση της ΠΦΥ από την οποία απουσιάζει η ολοκλήρωση, με υπηρεσίες ανεπαρκώς διασυνδεδεμένες, που δεν αποτελούν συνήθως το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με το σύστημα υγείας,

με λειτουργίες κυρίως περίθαλψης και συνταγογράφησης, στον σχεδιασμό των οποίων δεν λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες υγείας των κατοίκων και δεν συμμετέχουν οι ασθενείς, ενώ προσφέρονται χωρίς έλεγχο της ασφάλειας και αξιολόγηση της ποιότητάς τους (Kousoulis, Angelopoulou & Lionis 2013· Lionis et al., 2009). Είναι φυσικό από όλα τα παραπάνω ότι η λειτουργία της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ, αν και συζητήθηκε στο ξεκίνημα του θεσμού, παραμελήθηκε μέχρι και που αγνοήθηκε τα τελευταία χρόνια.

Το κεφάλαιο αυτό έχει ως σκοπό να συζητήσει τον ρόλο του γενικού γενικής ιατρικής σε ένα σύστημα που «κοιτάζει» τον ασθενή κατά πρόσωπο και βασίζεται στην ομάδα υγείας στην ΠΦΥ. Ο γενικός ιατρός, μια και συχνά αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του προσώπου με το σύστημα, καλείται να αναπτύξει μια αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή και γενικότερα με τον αποδέκτη των υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας μέσα στο σπίτι και την οικογένειά του. Επιπλέον, πρέπει να διαχειριστεί τις ανάγκες υγείας του ως ολοκληρωμένης οντότητας ώστε να μπορεί να του παρέχει ένα «συνεχές» ως προς τον χρόνο και την ποιότητα της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας. Ο ιατρός γενικής ιατρικής μαζί με την ομάδα υγείας της ΠΦΥ θα πρέπει επίσης να διασφαλίσουν την απρόσκοπτη προσβασιμότητα του ασθενούς και γενικότερα όλων των αποδεκτών των λειτουργιών της ΠΦΥ στις υπηρεσίες υγείας σε όλα τα επίπεδά τους και τη συνέχεια στη φροντίδα υγείας μέσα από την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στην αξιολόγησή τους και στον έλεγχο της ασφάλειάς τους. Δυστυχώς, όπως αναφέραμε και παραπάνω, ο ρόλος αυτός του ιατρού γενικής ιατρικής και της ομάδας υγείας στη χώρα μας δεν έχει αναδειχθεί και τα αποτελέσματα από την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ είναι μάλλον φτωχά και απογοητευτικά. Σχετική ευρωπαϊκή μελέτη για την αξιολόγηση των υπηρεσιών της ΠΦΥ με όρους ποιότητας, κόστους και ισότητας (Schäfer et al., 2015) ανάμεσα σε 34 χώρες της Ευρώπης (μελέτη QUALICOPC) ανέδειξε την ύπαρξη χαμηλής προοπτικής βελτίωσης της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας, της ενεργού συμμετοχής του ασθενούς και της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς, καθώς και μέτρια προοπτική βελτίωσης της συνέχειας στη φροντίδα.

## **5.2 Ο ρόλος του γενικού ιατρού στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Ο γενικός ιατρός λοιπόν προσκαλείται να αναλάβει έναν ηγετικό ρόλο στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ, και για τα θέματα της ηγεσίας θα διαβάσετε σε κεφάλαιο που θα ακολουθήσει. Για την επίτευξη αυτού του ρόλου του, ο ιατρός γενικής ιατρικής θα πρέπει να εξετάσει την εφαρμογή ενός στρατηγικού σχεδίου που θα εμπλέκει ενεργά όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, ανεξαρτήτως του ρόλου που θα τους έχει ανατεθεί. Επιπρόσθετα σε αυτό, σημαντικούς παράγοντες επιτυχίας αποτελούν η κουλτούρα και το στιλ ηγεσίας που θα εφαρμόσει (Pullon 2008) ώστε να συμβάλλει επιτυχώς στην υιοθέτηση κανόνων για την επίτευξη της πιο κατάλληλης φροντίδας για τους ασθενείς και τη δημιουργία αισθήματος ικανοποίησης και πληρότητας σε όλα τα μέλη της ομάδας υγείας.

Κάτω από την ευθύνη της ομάδας υγείας της ΠΦΥ για την παροχή ολοκληρωμένης, συντονισμένης και συμπονετικής φροντίδας, ο γενικός ιατρός προσκαλείται να αναλάβει πολλαπλούς ρόλους, όπως η διαχείριση ποικίλων προκλήσεων στην υγεία, στις οποίες συγκαταλέγονται τα χρόνια νοσήματα, οι διαταραχές ψυχικής υγείας, η πολυφαρμακία, η φροντίδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία, η αντιμετώπιση της πολλαπλής νοσηρότητας, η παρηγορητική φροντίδα στο τέλος της ζωής και η επίτευξη ψυχοκοινωνικής ευεξίας στο πλαίσιο των αναγκών του ασθενούς, της οικογένειάς του αλλά και των μελών μιας γεωγραφικά προσδιορισμένης κοινότητας (Pullon, 2008).

Στο πλαίσιο της διαχείρισης των πολυποικίλων προκλήσεων που έχει να αντιμετωπίσει στην ΠΦΥ, ο γενικός γιατρός πρέπει να είναι εξοπλισμένος με εξειδικευμένες κλινικές γνώσεις που θα του επιτρέπουν την εφαρμογή τεκμηριωμένων παρεμβάσεων με τη συνεργασία του ασθενούς και γενικά του αποδέκτη των υπηρεσιών του στη λήψη της απόφασης (Pullon, 2008). Επιπλέον, ο γενικός ιατρός πρέπει να διαθέτει υψηλής ποιότητας κλινικές δεξιότητες για την παροχή βέλτιστης φροντίδας σε ομάδες του πληθυσμού όπως τα παιδιά και οι έφηβοι, άτομα με ψυχικές διαταραχές, άτομα που κάνουν χρήση ουσιών και αλκοόλ, που απαιτούν άμεση αποκατάσταση λόγω τραυματισμού ή με αναπηρία.

Ως μέλος της ομάδας υγείας της ΠΦΥ με ηγετικό ρόλο, ο γενικός ιατρός θα πρέπει να συμβάλλει στον συντονισμό και στη συνέχεια της φροντίδας, ειδικά όταν αυτή απαιτεί την εμπλοκή επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων και μάλιστα από δομές εκτός ΠΦΥ. Σημαντική υποστήριξη στο έργο του αναμένεται να του προσφέρουν τα πληροφοριακά συστήματα ηλεκτρονικής καταγραφής του ιστορικού υγείας. Δεδομένα από συστηματική ανασκόπηση αναφορικά με το ζήτημα αυτό στην ΠΦΥ, όπως αυτή

υφίσταται στην Ελλάδα, δείχνουν ότι η συνέχεια στη φροντίδα υγείας από την ίδια ομάδα υγείας παραμένει ακόμα μία ανεκπλήρωτη ανάγκη, ενώ η ανάπτυξη και η χρήση ενός ηλεκτρονικού συστήματος καταγραφής του ιστορικού υγείας, παρά την πρόοδο που έχει παρατηρηθεί, έχει ακόμα αρκετό δρόμο για την ολοκληρωμένη εφαρμογή του.

Επιπλέον, ο γενικός ιατρός οφείλει με διορατικότητα να προβλέπει και να αναγνωρίζει τις ανάγκες υγείας και φροντίδας του πληθυσμού στον οποίο η ομάδα υγείας απευθύνεται και να συμβάλλει στην εκτίμησή τους, καθώς και στον σχεδιασμό στρατηγικών βέλτιστης αξιοποίησης των πόρων και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού της ομάδας υγείας, με στόχο πάντα την παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Ως ηγετικό μέλος της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ θα πρέπει να εμψυχήσει ένα κοινό όραμα και φιλοσοφία στα υπόλοιπα μέλη της ώστε η ομάδα να γίνει πιο ευέλικτη και να αναλαμβάνει μεγαλύτερη ευθύνη, συμβάλλοντας στη διεύρυνση του προκαθορισμένου ρόλου της. Ο γενικός ιατρός πρέπει να συμβάλλει στη βελτίωση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ και να δημιουργήσει αποτελεσματικά κανάλια επικοινωνίας και διάχυσης της πληροφορίας. Η ενίσχυση ειδικά του ρόλου των επαγγελματιών υγείας μέσω ανάθεσης περισσότερων ευθυνών μπορεί να βελτιώσει τη διαχείριση των ασθενών με χρόνια νοσήματα και τις δράσεις για την προαγωγή υγείας και την πρόληψη της νόσου (Royal College of General Practitioners, 2013), κάτι όμως που είναι ακόμα μακριά από τη σημερινή ελληνική πραγματικότητα.

Η διαχείριση ασθενών με πολλαπλές ανάγκες υγείας και φροντίδας απαιτεί μεγαλύτερης διάρκειας επισκέψεις στον γενικό ιατρό και συναντήσεις με την ομάδα υγείας στην ΠΦΥ ώστε να μπορούν να συζητηθούν εκτενέστερα όλα τα ζητήματα υγείας τους και να επιτευχθεί η επιθυμητή ποιότητα στην ολοκληρωμένη και συντονισμένη φροντίδα τους, στην οποία αναμένεται να εμπλακούν και άτομα εκτός ομάδας, όπως οι οικιακοί φροντιστές (Pullon, 2008). Η ομάδα υγείας θα πρέπει στο σύνολό της να επανασχεδιάζει και να προσαρμόζει το πρόγραμμά της στο προφίλ και στις ανάγκες του κάθε ασθενούς, και αυτό είναι ένα θέμα που πρέπει να συζητηθεί διεξοδικά μέσα στα κεφάλαια αυτού του βιβλίου.

Η μελέτη των Wright, Lockyer, Fidler και Hofmeister (2007) διερεύνησε την ισχύ και τη δυναμική που ασκούν τέσσερις ρόλοι του γενικού ιατρού στις ομάδες υγείας και ειδικά σε αυτές που αφορούν την παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένους. Σύμφωνα με το παραδοσιακό μοντέλο, ο γενικός ιατρός έχει μεγαλύτερη αυτονομία, αναλαμβάνει το κύριο μερίδιο της ευθύνης, είναι ηγέτης της ομάδας και την επιβλέπει ως εξωτερικό μέλος. Αντίθετα, καθώς μετακινούμαστε προς το μοντέλο της διεπιστημονικής συνεργασίας, αυξάνεται η συνεργατικότητα, οι ευθύνες μοιράζονται με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας και ο γενικός ιατρός προσαρμόζεται καλύτερα στον ρόλο του για την επίτευξη της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας και της συνοχής της ομάδας υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Kousoulis, A.A., Angelopoulou, K.-E. & Lionis, C. (2013). Exploring health care reform in a changing Europe: Lessons from Greece. *European Journal of General Practice*, 19, pp. 194-199.
- Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N. et al. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, ISSN 1568-4156.
- Pullon, S. (2008). What is the place of general practice within primary health care in the Aotearoa New Zealand context? *New Zealand Family Physician*, 35(5).
- Royal College of General Practitioners (2013). *The 2022 GP: A Vision for General Practice in the future NHS*. London: Royal College of General Practitioners.
- Schäfer W., Boerma, G.W., Murante, M.A., Sixma, H., Schellevis, F.G. & Groenewegen, P.P. (2015). Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(3), pp. 161-168.
- Wright, B., Lockyer, J., Fidler, H. & Hofmeister, M. (2007). Roles and responsibilities of family physicians on geriatric health care teams – Health care team member's perspectives. *Canadian Family Physician*, 53, pp. 1954-1955.

[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1)

## Κεφάλαιο 6

# Ο ρόλος της μαίας στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

## Β. Βιβλιάκη

### Στόχοι κεφαλαίου

Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να περιγράφει τον ρόλο της μαίας στην κοινότητα, να παραθέτει τη σχετική νομοθεσία και τα επαγγελματικά της δικαιώματα, να διακρίνει και να περιγράφει την εκπαίδευση και τις δεξιότητές της, να συζητά και να αναδεικνύει τον ρόλο της κοινοτικής μαίας μέσα στην ομάδα ΠΦΥ και να συσχετίζει τις γνώσεις και τις δεξιότητες των μαιών με το έργο τους στην ομάδα ΠΦΥ στην κοινότητα.

### Περίληψη κεφαλαίου

Ο ρόλος της μαίας στην ΠΦΥ είναι αυτόνομος, διακριτός και απαραίτητος. Στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της, η κοινοτική μαία συνεργάζεται με τις γυναίκες προκειμένου να παρέχει την απαιτούμενη υποστήριξη, φροντίδα και συμβουλευτική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, διεξάγει τοκετούς με δική της ευθύνη και φροντίζει το νεογνό και το βρέφος. Η φροντίδα περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα, την προώθηση του φυσικού τοκετού, την έγκαιρη ανίχνευση επιπλοκών στη μητέρα και στο παιδί, την εκτίμηση για την κατάλληλη ιατρική ή άλλη βοήθεια, καθώς επίσης και την εφαρμογή επειγόντων μέτρων. Η μαία έχει σημαντικό ρόλο στη συμβουλευτική και την εκπαίδευση σε θέματα υγείας που αφορούν όχι μόνο τη γυναίκα αλλά και όλη την οικογένεια, καθώς και την κοινότητα. Το έργο της περιλαμβάνει την προγεννητική εκπαίδευση και την προετοιμασία για γονεϊκότητα, αλλά μπορεί να επεκταθεί και στην υγεία των γυναικών (γυναικολογικά θέματα), στη σεξουαλική ή αναπαραγωγική υγεία και στην παιδιατρική φροντίδα. Η μαία μπορεί να ασκεί το λειτουργήμα της σε οποιαδήποτε δομή, όπως το σπίτι, η κοινότητα, τα νοσοκομεία, οι κλινικές και οι μονάδες υγείας. Η φροντίδα που παρέχει η μαία στην κοινότητα είναι ολιστική και αποδεδειγμένα αποτελεσματική για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στη γυναίκα και την οικογένειά της. Σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας της ΠΦΥ, η κοινοτική μαία προσφέρει τις υπηρεσίες της στα πλαίσια της κοινότητας με στόχο την υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας στη γυναίκα, το νεογνό και την οικογένεια.

### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

Κοινοτική μαία, μαιευτής, κύηση, τοκετός, λοχεία, νεογνό.

## 6.1 Εισαγωγή

Ο ρόλος της μαίας στην ΠΦΥ είναι αυτόνομος, διακριτός και απαραίτητος. Στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της, η μαία αναλαμβάνει δράσεις και παρεμβαίνει υποστηρικτικά με στόχο την υγεία των γυναικών και των οικογενειών τους. Η φροντίδα που παρέχει η μαία στην κοινότητα είναι ολιστική και είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματική για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στη γυναίκα και την οικογένειά της (WHO, 2010). Σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας της ΠΦΥ, η κοινοτική μαία προσφέρει τις υπηρεσίες της στα πλαίσια της κοινότητας με στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας στη γυναίκα, το νεογνό και την οικογένεια.

## 6.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Ο επίσημος ορισμός της μαίας υιοθετήθηκε το 1972 από τη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών (International Confederation of Midwives – ICM, <http://www.internationalmidwives.org>) και τη Διεθνή Ομοσπονδία Γυναικολόγων/Μαιευτήρων (International Federation of Gynecology and Obstetrics – FIGO) και το 1973 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), ενώ αναθεωρήθηκε στις 15 Ιουνίου του 2011. Σύμφωνα με τον ορισμό, «η μαία είναι το πρόσωπο που, αφού έχει ολοκληρώσει το μαιευτικό πρόγραμμα σπουδών—νόμιμα αναγνωρισμένο στη χώρα στην οποία βρίσκεται— και το οποίο βασίζεται στις “Απαραίτητες Δεξιότητες για

τη Βασική Μαιευτική Πρακτική της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών” και το “Πλαίσιο Προτύπων Μαιευτικής Εκπαίδευσης της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών”, έχει αποκτήσει τα νόμιμα προσόντα για να εγγραφεί και/ή να αποκτήσει τη νόμιμη επαγγελματική άδεια με τον απαιτούμενο τίτλο της “Μαίας” και είναι αναγνωρισμένη να ασκεί νομίμως το επάγγελμά της» (ICM, 2011, Definition of the Midwife).

Η μαία αναγνωρίζεται ως υπεύθνη και ικανή επαγγελματίας, η οποία συνεργάζεται με τις γυναίκες προκειμένου να παρέχει την απαιτούμενη υποστήριξη, φροντίδα και συμβουλευτική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, διεξάγει τοκετούς με δική της ευθύνη και φροντίζει το νεογνό και το βρέφος. Η φροντίδα αυτή περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα, την προώθηση του φυσικού τοκετού, την έγκαιρη ανίχνευση επιπλοκών στη μητέρα και το παιδί και εκτίμηση για την κατάλληλη ιατρική ή άλλη βοήθεια, καθώς επίσης και την εφαρμογή επειγόντων μέτρων. Έχει σημαντικό ρόλο στη συμβουλευτική και την εκπαίδευση σε θέματα υγείας, όχι μόνο για τη γυναίκα, αλλά και για όλη την οικογένεια, καθώς και για την κοινότητα. Το έργο της περιλαμβάνει την προγεννητική εκπαίδευση και την προετοιμασία για γονεϊκότητα, αλλά μπορεί να επεκταθεί στην υγεία των γυναικών (γυναικολογικά θέματα), στη σεξουαλική ή αναπαραγωγική υγεία και στην παιδιατρική φροντίδα. Η μαία μπορεί να ασκεί το λειτούργημά της σε οποιαδήποτε δομή, όπως το σπίτι, η κοινότητα, τα νοσοκομεία, οι κλινικές και οι μονάδες υγείας (ICM, 2014, International Code of Ethics for Midwives).

### 6.2.1 Δραστηριότητες

Οι δραστηριότητες της μαίας, όπως ορίζονται από την Οδηγία 80/155/ΕΟΚ, άρθρο 4, του Συμβουλίου της 21ης Ιανουαρίου 1980, είναι οι ακόλουθες:

- Παροχή ολοκληρωμένης πληροφόρησης και συμβουλευτικής σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Διάγνωση και παρακολούθηση της φυσιολογικά εξελισσόμενης κύησης (<https://vimeo.com/72407735>).
- Διεξαγωγή όλων των απαραίτητων εξετάσεων κατά την εξέλιξη του φυσιολογικού τοκετού.
- Συνταγογράφηση των απαραίτητων εξετάσεων για τη διάγνωση της επαπειλούμενης κύησης στο συντομότερο δυνατό χρόνο.
- Παροχή προγραμμάτων προετοιμασίας για γονεϊκότητα, που περιλαμβάνουν συμβουλές διατροφής και υγιεινής (<https://vimeo.com/28555362>).
- Φροντίδα και υποστήριξη κατά τον τοκετό, καθώς και καταγραφή της εμβρυϊκής κατάστασης στην ενδομήτρια περίοδο με τα κατάλληλα κλινικά και τεχνικά μέσα (<https://vimeo.com/28673620>).
- Εκτέλεση φυσιολογικού τοκετού, περινεοτομίας και, σε επείγουσες περιπτώσεις, διεξαγωγή ισχιακού τοκετού επί απουσίας μαιευτήρα.
- Αναγνώριση των προειδοποιητικών σημείων μητέρας και νεογνού που επιτάσσουν παραπομπή σε ιατρό (<https://vimeo.com/32033146>).
- Λήψη των απαιτούμενων μέτρων κατά την απουσία του ιατρού σε περίπτωση κατακράτησης πλακούντα.
- Εξέταση και φροντίδα του νεογνού. Άμεση διενέργεια, εάν απαιτηθεί, νεογνικής ανάνηψης (<https://vimeo.com/39194120>).
- Παρακολούθηση και φροντίδα της επιτόκου, καθώς και παροχή όλης της δυνατής πληροφόρησης που αφορά το νεογνό, ώστε να διασφαλίζεται η ανάπτυξή του στα φυσιολογικά πρότυπα.

### 6.3 Το όραμα και οι στρατηγικοί στόχοι της μαίας στην κοινότητα

Όραμα για την κοινοτική μαία αποτελεί οι γυναίκες να έχουν πρόσβαση σε ένα υποστηρικτικό και υψηλής ποιότητας δίκτυο πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, το οποίο να έχει σχεδιαστεί για τις εξατομικευμένες ανάγκες τους και τις ανάγκες των παιδιών τους. Πιο συγκεκριμένα, το όραμα συμπεριλαμβάνει:

- Υγιείς οικογένειες.
- Εξατομικευμένη φροντίδα για τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε γυναίκας και του παιδιού της.
- Φυσιολογική εγκυμοσύνη και φυσιολογικό τοκετό.
- Φροντίδα με καλά κλινικά και ψυχολογικά αποτελέσματα για τη γυναίκα, το παιδί και την οικογένεια.

Οι έννοιες-κλειδιά που καθορίζουν τον μοναδικό ρόλο της μαίας στην κοινότητα είναι: α) η σχέση συνεργασίας με τις γυναίκες για την προώθηση της αυτοφροντίδας και την προαγωγή της υγείας των μητέρων, των βρεφών και των οικογενειών τους, β) ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια για τις γυναίκες ως άτομα με πλήρη ανθρώπινα δικαιώματα, γ) η συνηγορία υπέρ των γυναικών, ώστε να ακουστούν οι φωνές τους, δ) η πολιτισμική ευαισθησία, η οποία περιλαμβάνει συνεργασία με τις γυναίκες και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για να ξεπεραστούν οι πολιτιστικές πρακτικές που βλάπτουν τις γυναίκες και τα βρέφη και ε) η έμφαση στην προαγωγή υγείας και την πρόληψη νοσημάτων, πάντα όμως υπό το πρίσμα ότι η εγκυμοσύνη αποτελεί ένα φυσικό γεγονός της ζωής (ICM, 2014, Bill of Rights for Women and Midwives, <https://www.youtube.com/watch?v=hEei29uoETg#action=share>, <https://www.youtube.com/watch?v=ZafzQ3TYZhg>).

Η μαία αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής με τη γυναίκα στην κοινότητα κατά την περιγεννητική περίοδο, μια περίοδο που ανοίγονται πολλά παράθυρα ευκαιρίας για παρεμβάσεις, με στόχο τη βελτίωση των δεικτών υγείας τόσο των γυναικών, όσο και των παιδιών και των οικογενειών τους. Οι στόχοι των κοινοτικών μαιών για τη δημόσια υγεία των γυναικών στην Ελλάδα περιλαμβάνουν: μείωση του ποσοστού των καισαρικών τομών, μείωση του ποσοστού της επισκληρίδιου αναλγησίας, μείωση του ποσοστού των επισιοτομών, μείωση των πρόωρων τοκετών, μείωση του ποσοστού των καπνιζόντων εγκύων και λεχωίδων, μείωση της περιγεννητικής φυσικής και ψυχικής νοσηρότητας, μείωση των ποσοστών γυναικολογικού καρκίνου, ενίσχυση των ποσοστών μητρικού θηλασμού, μείωση του ποσοστού της εγκυμοσύνης σε έφηβες, μείωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, αύξηση της γονιμότητας και του προγεννητικού ελέγχου κ.ά. (ICM, 2014, Philosophy and model of midwifery care).

## 6.4 Εκπαίδευση στην κοινοτική μαιευτική

Ο τίτλος της Μαίας αποδίδεται σήμερα στην Ελλάδα στους αποφοίτους των Τμημάτων Μαιευτικής των Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πτολεμαΐδα), οι οποίοι λαμβάνουν άδεια άσκησης του μαιευτικού επαγγέλματος από την αρμόδια κρατική αρχή. Στο πλαίσιο της βασικής τους εκπαίδευσης, οι φοιτητές διδάσκονται μαθήματα Κοινοτικής Μαιευτικής Φροντίδας, Γυναικολογίας, Δημόσιας Υγείας, Αγωγής Υγείας, Οικογενειακού Προγραμματισμού. Επίσης διδάσκονται και ειδικότερα θέματα πρόληψης, αγωγής υγείας, πρώιμης διάγνωσης, πρώτες βοήθειες και κατ' οίκον φροντίδα στα πλαίσια των επιστημών της Μαιευτικής, της Γυναικολογίας και της Νεογνολογίας, με σκοπό να αποκτήσουν βασικές γνώσεις και δεξιότητες για τη φροντίδα και την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Συνομοσπονδία Μαιών (ICM, Essential Competencies for Basic Midwifery Practice, 2010, τροποποιήθηκε το 2013), έχουν περιγραφεί ως ελάχιστη δέσμη βασικών κλινικών δεξιοτήτων των αποφοίτων μαιευτικής τα εξής:

- Οι πτυχιούχοι να έχουν αποκτήσει τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες από τις επιστήμες της Μαιευτικής, της Γυναικολογίας, της Νεογνολογίας, της Δημόσιας Υγείας και της Δεοντολογίας, προκειμένου να παρέχουν υψηλής ποιότητας και πολιτισμικά προσαρμοσμένη φροντίδα στις γυναίκες, τα νεογνά και τις οικογένειές τους.
- Οι πτυχιούχοι να παρέχουν υψηλής ποιότητας και πολιτισμικά ευαίσθητες υπηρεσίες αγωγής υγείας στο πλαίσιο της κοινότητας με στόχο την προαγωγή της υγείας της οικογένειας, τον οικογενειακό προγραμματισμό και την προετοιμασία για γονεϊκότητα.
- Οι πτυχιούχοι να παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με στόχο τη βελτίωση της υγείας κατά τη διάρκεια της κύησης, και σε αυτό συμπεριλαμβάνεται η πρώιμη διάγνωση και θεραπεία ή η παραπομπή για συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις κατά την κύηση.
- Οι πτυχιούχοι να παρέχουν υψηλής ποιότητας και πολιτισμικά προσαρμοσμένη φροντίδα κατά τη διάρκεια του τοκετού για τη διεξαγωγή του με ασφάλεια και για τη διαχείριση



ειδικών επειγόντων καταστάσεων με στόχο την προαγωγή της υγείας των γυναικών και των νεογνών τους.

- Οι πτυχιούχοι να παρέχουν αποτελεσματική, υψηλής ποιότητας και πολιτισμικά προσαρμοσμένη φροντίδα κατά τη διάρκεια της λοχείας.
- Οι πτυχιούχοι να παρέχουν υψηλής ποιότητας και αποτελεσματική φροντίδα για τη διασφάλιση της υγείας του νεογνού από τον τοκετό έως και δύο μήνες μετά.
- Οι πτυχιούχοι να παρέχουν υψηλής ποιότητας και πολιτισμικά προσαρμοσμένη φροντίδα σε γυναίκες μετά από τεχνητή έκτρωση, διακοπή κύησης ή μετά από αποβολή, σύμφωνα πάντα με τους νόμους και το κανονιστικό πλαίσιο σε εθνικό επίπεδο.

Η εκπαίδευση και η κλινική άσκηση της μαιίας καθορίζονται και από τις Οδηγίες 2005/36/EK και 2013/55/EE ([http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=uriserv:OJ.L\\_.2005.255.01.0022.01.ELL](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2005.255.01.0022.01.ELL), [http://www.eekx-kb.gr/pdf/Odigia\\_gr.pdf](http://www.eekx-kb.gr/pdf/Odigia_gr.pdf)), στις οποίες αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα για την οργάνωση της εκπαίδευσης των μαιών/-ευτών στο σύνολο των κρατών-μελών. Σύμφωνα με το άρθρο 3, ο τίτλος εκπαίδευσης της μαιίας πιστοποιεί συγκεκριμένα επαγγελματικά προσόντα, προκειμένου η μαιία, η οποία είναι πάροχος και νόμιμα εγκατεστημένη σε κράτος-μέλος, να μπορεί να ασκεί το επάγγελμά της σε περίπτωση μετακίνησης και σε άλλο κράτος-μέλος. Συγκεκριμένα, ο τίτλος εκπαίδευσης της μαιίας θα πρέπει να πιστοποιεί ολοκληρωθείσα εκπαίδευση, όπως αναφέρεται στο Παράρτημα V. Σύμφωνα με το άρθρο 40 της ίδιας Ευρωπαϊκής Οδηγίας, τα κράτη-μέλη μεριμνούν ώστε ο φορέας που αναλαμβάνει τη μαιευτική εκπαίδευση να είναι αρμόδιος για τον συντονισμό θεωρίας και πράξης για το σύνολο του προγράμματος σπουδών των μαιών. Οι κατάλογοι με τους τομείς γνώσεων του Παραρτήματος V, σημείο 5.5.1, δύνανται να τροποποιηθούν σύμφωνα με τη διαδικασία του άρθρου 58, παράγραφος 2, με σκοπό την προσαρμογή τους στην επιστημονική και τεχνολογική πρόοδο. Η εκπαίδευση της μαιίας παρέχει την εγγύηση ότι έχουν αποκτηθεί οι ακόλουθες γνώσεις και δεξιότητες:

- Προσθήκουσες γνώσεις των επιστημών στις οποίες βασίζονται οι δραστηριότητες της μαιίας, ιδίως της Μαιευτικής και της Γυναικολογίας.
- Προσθήκουσες γνώσεις της επαγγελματικής δεοντολογίας και της νομοθεσίας.
- Λεπτομερής γνώση της βιολογικής λειτουργίας, της ανατομίας και της φυσιολογίας στον τομέα της μαιευτικής και των νεογνών, καθώς και γνώση των σχέσεων μεταξύ της κατάστασης της υγείας του ανθρώπου και του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντός του και της συμπεριφοράς του.
- Επαρκής κλινική πείρα σε αναγνωρισμένα ιδρύματα υπό την εποπτεία αναγνωρισμένου, εξειδικευμένου προσωπικού στη μαιευτική.
- Προσθήκουσες γνώσεις σχετικά με την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού και εμπειρία συνεργασίας με το εν λόγω προσωπικό.

Σύμφωνα με το άρθρο 42, που αφορά την άσκηση των επαγγελματικών δραστηριοτήτων της μαιίας και του μαιευτή, τα κράτη-μέλη μεριμνούν ώστε οι μαιές/μαιευτές να έχουν τη δυνατότητα ανάληψης και άσκησης τουλάχιστον των ακόλουθων δραστηριοτήτων:

- Παροχή ολοκληρωμένης πληροφόρησης και συμβουλευτικής σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Διάγνωση εγκυμοσύνης και στη συνέχεια παρακολούθηση της φυσιολογικής εγκυμοσύνης και εκτέλεση των εξετάσεων που είναι αναγκαίες για τον έλεγχο της εξέλιξης της φυσιολογικής εγκυμοσύνης.
- Συνταγογράφηση και εκτέλεση των απαραίτητων εξετάσεων με στόχο την όσο γίνεται πιο πρόωμη διάγνωση της κύησης υψηλού κινδύνου και της επαπειλούμενης κύησης.
- Κατάρτιση προγράμματος προετοιμασίας των γονέων στον μελλοντικό ρόλο τους, εξασφάλιση της πλήρους προετοιμασίας τους για τον τοκετό και παροχή συμβουλών στον τομέα της υγιεινής και της διατροφής.
- Φροντίδα και υποστήριξη στην έγκυο κατά τη διάρκεια του τοκετού και παρακολούθηση της κατάστασης του εμβρύου με τα κατάλληλα κλινικά και τεχνικά μέσα.

- Διεξαγωγή φυσιολογικού τοκετού στην περίπτωση που πρόκειται για κεφαλική προβολή, συμπεριλαμβανομένης εν ανάγκη και της επισιοτομής, και σε επείγουσα περίπτωση διενέργεια τοκετού ισχιακής προβολής.
- Διάγνωση στη μητέρα ή στο νεογνό συμπτωμάτων που φανερώνουν ανωμαλίες οι οποίες απαιτούν την παρέμβαση ιατρού, καθώς και παροχή συνδρομής στον τελευταίο σε περίπτωση επέμβασης. Λήψη επειγόντων μέτρων που επιβάλλονται σε περίπτωση απουσίας ιατρού, ιδίως δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα, η οποία ακολουθείται ενδεχομένως από δακτυλική επισκόπηση της μήτρας.
- Εξέταση και φροντίδα του νεογνού. Λήψη όλων των μέτρων που επιβάλλονται σε περίπτωση ανάγκης και εφαρμογή, σε δεδομένη περίπτωση, άμεσης ανανήψεως νεογνού.
- Παρακολούθηση και έλεγχος της λεχώρας και παροχή όλων των απαραίτητων συμβουλών που αποβλέπουν στην ανατροφή του νεογνού με τις καλύτερες δυνατές συνθήκες.
- Εφαρμογή της θεραπείας που ορίζεται από τον ιατρό.
- Τήρηση των απαραίτητων εγγράφων, ιστορικών και αρχείων.

Σύμφωνα με την Οδηγία 80/155/EOK (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?qid=1451915696550&uri=CELEX:31980L0155>), το πρόγραμμα εκπαίδευσης των μαίων περιλαμβάνει τόσο γενικά μαθήματα (π.χ. υγιεινή, υγιεινολογική εκπαίδευση, πρόληψη ασθενειών, πρώιμη διάγνωση, διατροφή, μητρικό θηλασμό, κοινωνιολογία, κοινωνική ιατρική, φαρμακολογία, μικροβιολογία, ιολογία, παρασιτολογία, νομοθεσία, υγειονομική και κοινωνική οργάνωση, σεξουαλική αγωγή και οικογενειακό προγραμματισμό, νομική προστασία μητέρας και παιδιού κ.ά.), όσο και ειδικά μαθήματα (εμβρυολογία, εγκυμοσύνη, τοκετός, λοχεία, παθολογία στη γυναικολογία και μαιευτική, προετοιμασία για τον τοκετό και τη μητρότητα, γνώσεις χρήσεων τεχνικού μαιευτικού εξοπλισμού, αναλγησία, νεογνολογία, ψυχολογία, κοινωνιολογία κ.ά.). Παράλληλα, όσον αφορά την κλινική άσκηση της μαίας, θα πρέπει στους φοιτητές, προκειμένου να αποκτήσουν πτυχίο μαίας/μαιευτή, να παρέχεται υπό επίβλεψη:

- Εξέταση εγκύων που περιλαμβάνει τουλάχιστον εκατό εξετάσεις προ του τοκετού.
- Παρακολούθηση και περίθαλψη τουλάχιστον σαράντα επιτόκων.
- Εκτέλεση ανά φοιτητή τουλάχιστον σαράντα τοκετών. Όταν αυτός ο αριθμός δεν δύναται να επιτευχθεί λόγω ελλείψεως τεκουσών γυναικών, μπορεί να μειώνεται σε τριάντα τουλάχιστον, υπό τον όρο ότι ο φοιτητής συμμετέχει επιπλέον σε είκοσι τοκετούς.
- Ενεργός συμμετοχή σε έναν ή δύο τοκετούς με ισχιακή προβολή.
- Εκτέλεση επισιοτομίας και εκμάθηση συρραφής του τραύματος.
- Παρακολούθηση και περίθαλψη σαράντα εγκύων που βρίσκονται σε κίνδυνο στη διάρκεια του τοκετού και της λοχείας.
- Εξέταση τουλάχιστον εκατό λεχωίδων και φυσιολογικών νεογνών.
- Παρακολούθηση και περίθαλψη λεχωίδων και νεογνών, συμπεριλαμβανομένων και πρόωρων, γεννηθέντων παρατασικών νεογνών, καθώς και νεογνών βάρους κατώτερου του φυσιολογικού και νεογνών που παρουσιάζουν ανωμαλίες.
- Περίθαλψη παθολογικών περιπτώσεων στους τομείς της γυναικολογίας και της μαιευτικής, των ασθενειών των νεογνών και των θηλαζόντων βρεφών.
- Ενημέρωση στην περίθαλψη γενικών παθολογικών περιπτώσεων της εσωτερικής παθολογίας και της χειρουργικής.

Για την προστασία της δημόσιας υγείας, τα παραπάνω αποτελούν τα ελάχιστα πρότυπα εκπαίδευσης των μαίων (<http://www.europeanmidwives.com/eu#sthash.FxU7JtuT.dpuf>).

Η κλινική εκπαίδευση αναφέρεται ότι πραγματοποιείται και στο πλαίσιο της κοινότητας, της οποίας ένας τομέας άσκησης είναι και η κατ' οίκον φροντίδα, ενώ παράλληλα οι γνώσεις και οι δεξιότητες που έχει αποκτήσει η μαία αφορούν και τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες του υγειονομικού τομέα.

## 6.5 Νομοθετικό πλαίσιο και επαγγελματικά δικαιώματα

Σύμφωνα με τους νόμους 2519/1997, 2889/2001, 3329/2005, 3235/2004, 4238/2014, τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες 80/15/ΕΟΚ, 2005/36/ΕΚ και 2013/55/ΕΕ, καθώς και το Προεδρικό Διάταγμα 351/14-6-1989, οι πτυχιούχοι του Τμήματος Μαιευτικής, με βάση τις εξειδικευμένες επιστημονικές και κλινικές γνώσεις τους, ασχολούνται είτε αυτοδύναμα είτε σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες με την εφαρμογή της μαιευτικής φροντίδας της εγκύου, της επιτόκου, της λεχώνας, του νεογνού και της γυναικολογικής ασθενούς, καθώς επίσης και με την οργάνωση και εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού και της υγιεινολογικής εκπαίδευσης ατόμων ή ομάδων της ειδικότητάς τους. Το πλαίσιο των δράσεων των μαιών που εργάζονται στην ΠΦΥ είναι ευρύ και αναφέρεται στα πλαίσια της πρόληψης, της διάγνωσης, της θεραπείας, της κατ' οίκον φροντίδας και αποκατάστασης (βλ. Πίνακα 6.1), και συνοπτικά περιλαμβάνει:

- Αγωγή υγείας και ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού.
- Προσυμπτωματικό έλεγχο (σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, όπως πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή του μαστού).
- Προσχολική και σχολική υγιεινή.
- Παροχή συμβουλευτικής σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και πρόληψης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Περιγεννητική φροντίδα και ευγονική συμβουλευτική με σκοπό την πρόληψη συγγενών νοσημάτων, μεσογειακής αναιμίας κ.λπ.
- Παρακολούθηση των εγκύων, εκπαίδευση σε θέματα τοκετού, εκτέλεση τοκετού στο σπίτι, φροντίδα της λεχνοίτας και του νεογνού.
- Διεξαγωγή ερευνητικών προγραμμάτων.

## 6.6 Στελέχωση και ανθρώπινο δυναμικό

Το υπάρχον δυναμικό των μαιών/μαιευτών, που δυστυχώς δεν επαρκεί για τις ανάγκες του πληθυσμού, απασχολείται σε διάφορες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και οργανισμούς όπως:

- Στις δομές του ΠΕΔΥ. Εδώ υπάγονται και υπηρεσίες όπως Μονάδες Φροντίδας Μητέρας – Παιδιού, Μονάδες Οικογενειακού Προγραμματισμού κ.ά.
- Στα πρώην ΠΙΚΠΑ, νυν ΙΑΚ.
- Στα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία.
- Σε Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α΄ Βαθμού,.
- Σε ΜΚΟ (π.χ. Γιατροί του Κόσμου, Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «Φαιναρέτη» <http://www.fainareti.gr> κ.ά.).
- Στον ιδιωτικό τομέα με σχέση εξαρτημένης εργασίας [πχ. κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Ν. 3305/2005), υπηρεσίες κατ' οίκον ιδιωτικών μαιευτηρίων, ιδιωτικές πρωτοβάθμιες μαιευτικές και γυναικολογικές υπηρεσίες πρόληψης όπως εξεταστήρια μαιευτικών/γυναικολογικών υπερήχων, ιδιωτικά γυναικολογικά ιατρεία, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα κ.ά.].
- Ως ελεύθεροι επαγγελματίες.

| <b>Δράσεις πρόληψης από την κοινοτική μαιία και τον μαιευτή</b>  |
|--|
| Αγωγή υγείας στα πλαίσια της προετοιμασίας για γονεϊκότητα, του οικογενειακού προγραμματισμού και της πρόληψης του γυναικολογικού καρκίνου τόσο σε επίπεδο ατομικό, όσο και σε ομάδες, σχολεία και σε φορείς της κοινότητας. |
| Συμβουλευτική στη μαιευτική και τη γυναικολογία.   |
| Γενετική συμβουλευτική.  |
| Προγεννητική φροντίδα (π.χ. υπογόνιμα ζευγάρια).   |
| Περιγεννητική φροντίδα (κύηση, τοκετός, λοχεία).   |
| Μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος νεογνών (π.χ. Εθνικό Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου Νεογνών).  |
| Μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος γυναικών (π.χ. για τον γυναικολογικό καρκίνο).  |
| Συμβουλευτική για το μητρικό θηλασμό.  |

|  |
|--|
| Οικογενειακός προγραμματισμός.   |
| Πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.  |
| Προστασία και προαγωγή ασφαλούς μητρότητας και φυσικού τοκετού.  |
| Συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την περιγεννητική περίοδο.   |
| <b>Διάγνωση – Θεραπεία</b>   |
| Πρώιμη διάγνωση σε μαιευτικά, νεογνολογικά και γυναικολογικά περιστατικά.  |
| Θεραπεία και συνταγογράφηση σε μαιευτικά, νεογνολογικά και γυναικολογικά περιστατικά.  |
| Κλινική παρακολούθηση και αξιολόγηση κατά την κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία.   |
| Πρώτες βοήθειες σε περίπτωση ανάγκης (π.χ. ανάνηψη νεογνού, μέτρα σε αιμορραγία τρίτου σταδίου).                                 |
| Μεταφορά προβληματικού ή πρόωρου νεογνού ή γυναίκας που χρειάζεται άμεση φροντίδα στη δευτεροβάθμια/τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. |
| Παραπομπή σε ειδικές ιατρικές υπηρεσίες όποτε είναι αναγκαίο.  |
| <b>Κατ' οίκον φροντίδα – Αποκατάσταση</b>  |
| Τοκετός κατ' οίκον.  |
| Κατ' οίκον επισκέψεις και νοσηλεία κατά την κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία.   |
| Αποκατάσταση σε περιπτώσεις παθολογίας (π.χ. διαχείριση ακράτειας ούρων κατά τη λοχεία, αποκατάσταση περινεοτομής κ.ά.).         |

**Πίνακας 6.1** Δράσεις πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, κατ' οίκον φροντίδας και αποκατάστασης από την κοινοτική μαία.

## 6.7 Ο ρόλος των μαιών και των μαιευτών στα πλαίσια της κοινότητας

Η φιλοσοφία της κοινοτικής μαίας περιλαμβάνει τον σεβασμό, την επικοινωνία και την ανταπόκριση στις ανάγκες υγείας των γυναικών (The Lancet, 2014). Το μοντέλο των μαιευτικών υπηρεσιών στην ΠΦΥ θεωρείται το πιο κατάλληλο για την προαγωγή της υγείας των γυναικών και των οικογενειών τους. Η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα της κοινοτικής μαιευτικής φροντίδας επιβεβαιώνεται από πλήθος επιστημονικών μελετών τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα (Sandall et al., 2013· The Lancet Series, 2014). Στον πίνακα 6.2 υπάρχει τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων της μαίας στην κοινότητα σύμφωνα με το The Lancet Series (2014).

| <b>Αποτελεσματικές παρεμβάσεις από την μαία στην κοινότητα σύμφωνα με το Lancet Series, 2014</b> |  |
|--|--|
| Μείωση της μητρικής θνησιμότητας   | Duley 2010 <sup>128</sup>  |
| Σοβαρή μείωση της νοσηρότητας  | Hofmeyr 2010 <sup>73</sup>   |
| Λιγότερες μητρικές λοιμώξεις συμπεριλαμβανομένων της ελονοσίας και του HIV                       | Brocklehurst 2002 <sup>103</sup> ; Dare 2006 <sup>114</sup> ; Gulmezoglu 2011 <sup>105</sup> ; Brocklehurst 2013 <sup>106</sup> ; Siriwachirachai 2010 <sup>145</sup> ; Smail 2007 <sup>107</sup> ; Gamble 2006 <sup>65</sup> (in malaria endemic regions of Africa)   |
| Μείωση της αναμίας   | Pena-Rosas 2012 <sup>71</sup> ; Gamble 2006 <sup>65</sup> ; Garner 2006 <sup>78</sup> ; Dodd 2004 <sup>121</sup>   |
| Μείωση του πόνου   | Smith 2011 <sup>84</sup> ; Beckmann 2006 <sup>80</sup> (in women who had previously given birth vaginally); Chou 2013 <sup>96</sup> ; Deussen 2011 <sup>97</sup> ; Hedayatti 2003 <sup>98</sup> (in first 24h after birth); Klomp 2012 <sup>85</sup> (in labour, side-effects noted); Kettle 2012 <sup>119</sup> ; Pennick 2007 <sup>110</sup> (potential for bias in all but one study); Smith 2011 <sup>117</sup> (caution about study quality); Smith 2012 <sup>116</sup> (caution about study quality) |
| Μειωμένη επίπτωση RhD ανοσοποίησης   | Crowther 2013 <sup>109</sup> ; Crowther 1997 <sup>120</sup>  |
| Μειωμένος κίνδυνος προεκλαμψίας  | Duley 2007 <sup>113</sup> (for women at high risk); Hofmeyr 2010 <sup>73</sup> (effect was greatest for women with low baseline calcium intake and women at high risk of pre-eclampsia)  |
| Μειωμένος κίνδυνος εκλαμψίας   | Duley 2010 <sup>126</sup>  |
| Μειωμένη αιμορραγία λοχείας  | Begley 2011 <sup>90</sup> ; Kavanagh 2005 <sup>81</sup> ; Tuncalp 2012 <sup>94</sup> ; Cotter 2001 <sup>93</sup> ; Liabsuetrakul 2007 <sup>129</sup> ; McDonald 2004 <sup>91</sup>   |
| Μειωμένο τραύμα περινέου   | Aasheim 2011 <sup>87</sup> ; Carolli 2009 <sup>88</sup> ; Beckmann 2006 <sup>80</sup> (statistically significant for women without previous vaginal birth only)  |
| Αυξημένη πιθανότητα αυτόματου τοκετού, φυσικού τοκετού   | Hodnett 2012 <sup>59</sup> ; Hodnett 2012 <sup>82</sup> ; Sandall 2013 <sup>29</sup>   |

|  |   |
|--|---|
| Μείωση εργώδους τοκετού  | Hodnett 2012 <sup>59</sup> ; Hodnett 2012 <sup>82</sup>   |
| Μειωμένη χρήση φαρμακολογικής αναλγησίας (εκτός της περιοχικής αναλγησίας ή της επισκληριδίου) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας | Lauzon 2001 <sup>60</sup> ; Hodnett 2012 <sup>82</sup> ; Sandall 2013 <sup>29</sup> ; Chou 2013 <sup>96</sup> ; Hedayatti 2003 <sup>98</sup> (first 24h after birth); Kettle 2012 <sup>119</sup> ; Smith 2011 <sup>117</sup> (in one or possibly three trials, not well reported)   |
| Λιγότεροι επεμβατικοί τοκετοί  | Smith 2011 <sup>84</sup> ; Hodnett 2012 <sup>59</sup> ; Hodnett 2012 <sup>82</sup> ; Sandall 2013 <sup>29</sup> ; Smith 2011 <sup>117</sup>   |
| Λιγότερες Καισαρικές Τομές   | Hodnett 2012 <sup>82</sup> ; Hodnett 2012 <sup>112</sup>  |
| Λιγότερες επισιτοτομές   | Aasheim 2011 <sup>87</sup> ; Carroli 2009 <sup>88</sup> ; Beckmann 2006 <sup>80</sup> ; Hodnett 2012 <sup>59</sup> ; Sandall 2013 <sup>29</sup>   |
| Λιγότερες συρραφές περινέου  | Carroli 2009 <sup>88</sup>  |
| Λιγότερη χρήση θεραπευτικής εργομητρίνης   | Liabsuetrakul 2007 <sup>129</sup> (trade-off: effects of the intervention – intramuscular or intravenous ergot alkaloids- include increased blood pressure and pain after birth requiring analgesia)  |
| Μείωση καπνίσματος κατά την περιγεννητική περίοδο  | Lumley 2009 <sup>67</sup>   |
| Μειωμένη χρήση αντισυλληπτικών   | Lopez 2012 <sup>75</sup> (caution about quality of evidence); Ota 2012 <sup>66</sup> (only for balanced energy-protein supplementation); Demicheli 2005 <sup>100</sup> ; Lassi 2010 <sup>62</sup> ; Garner 2006 <sup>78</sup> (only amongst first-born or second-born babies); Sturt 2010 <sup>79</sup> ; Duley 2007 <sup>113</sup> ; Conde-Agudelo 2011 <sup>123</sup> ; Duley 2010 <sup>127</sup> ; Sandall 2013 <sup>29</sup> (before 24 weeks); Gamble 2006 <sup>65</sup> ; Duley 2007 <sup>113</sup> |
| Μειωμένοι πρόωροι τοκετοί  | Ota 2012 <sup>66</sup> (for women given nutritional advice); Mori 2012 <sup>70</sup> ; Sangkomkhang 2008 <sup>76</sup> ; Lumley 2009 <sup>67</sup> ; Hofmeyr 2010 <sup>73</sup> ; Duley 2007 <sup>113</sup> ; Sandall 2013 <sup>29</sup>  |
| Μειωμένο χαμηλό βάρος γέννησης   | Sangkomkhang 2008 <sup>76</sup> ; Lumley 2009 <sup>67</sup> ; Smaill 2007 <sup>107</sup> ; Gamble 2006 <sup>65</sup> (not in women with more than four previous pregnancies); Pena-Rosas 2012 <sup>71</sup> ; Haider 2012 <sup>74</sup>   |
| Λιγότερα νεογνά με μειωμένο βάρος για την ηλικία κύησης  | Ota 2012 <sup>66</sup> (only for balanced energy protein supplementation; high protein supplementation increased the risk); Duley 2007 <sup>113</sup> ; Haider 2012 <sup>74</sup>   |

**Πίνακας 6.2** Αποτελεσματικές παρεμβάσεις από τη μαία στην κοινότητα (*The Lancet Series*, 2014).

Η ελάχιστη δέσμη υπηρεσιών από τη μαία και τον μαιευτή στην κοινότητα περιλαμβάνει:

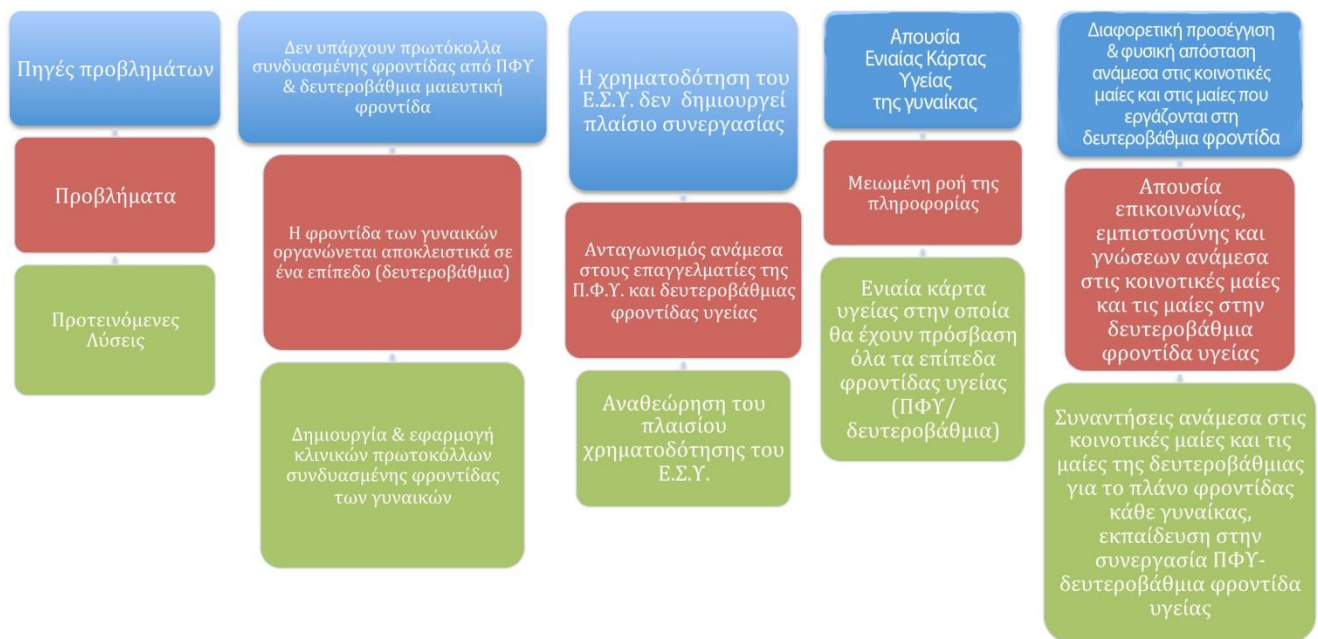
- Προώθηση της φυσικής και ψυχικής υγείας της μητέρας, του νεογνού και της οικογένειας ως μονάδων της κοινωνίας.
- Ολιστική περιγεννητική φροντίδα στην κοινότητα (κύηση, τοκετός, λοχεία) με όραμα την προαγωγή της ασφαλούς μητρότητας και την ικανοποίηση των ιδιαίτερων αναγκών σε μια πολύ σημαντική περίοδο για την οικογένεια.
- Εφαρμογή διεθνών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών για την παρακολούθηση και κλινική αξιολόγηση της πορείας της κύησης, του τοκετού και της λοχείας, βελτίωση της ποιότητας του δικτύου υπηρεσιών υγείας και των περιγεννητικών δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας, μείωση του ποσοστού καισαρικής τομής, αύξηση του ποσοστού μητρικού θηλασμού κ.ά.
- Προγεννητικό έλεγχο και έγκαιρη επισήμανση των παρεκκλίσεων από τη φυσιολογική φυσική και ψυχική πορεία με άμεση παραπομπή, όπου είναι αναγκαίο.
- Προετοιμασία για γονεϊκότητα, ομάδες εγκύων για προετοιμασία για γονεϊκότητα (ψυχοπροφυλακτική, ανώδυνος τοκετός), προαγωγή του φυσικού τοκετού και ενθάρρυνση των επιστημονικά αποδεκτών μεθόδων για τη φροντίδα και τη διατροφή του νεογνού και προώθηση της ανάπτυξης μιας υγιούς σχέσης γονέων–νεογνού.
- Συνταγογράφηση (εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων, φαρμάκων) τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης, του τοκετού και της λοχείας, αλλά και σε οποιαδήποτε περίοδο της ζωής της γυναίκας με στόχο την προαγωγή της υγείας των γυναικών και παιδιών τους.
- Λήψη αίματος και άλλων βιολογικών υλικών και παραπομπή για εργαστηριακές εξετάσεις, όταν είναι αναγκαίο.

- Κατ' οίκον επισκέψεις από κοινοτική μαία κατά την περιγεννητική περίοδο (κύηση, τοκετός, λοχεία).
- Συμβουλευτική μητρικού θηλασμού (υποστήριξη, προαγωγή και προστασία μητρικού θηλασμού) τόσο σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο κοινότητας.
- Προαγωγή της υγείας της γυναίκας σε όλες τις περιόδους της ζωής της (εφηβεία, αναπαραγωγική ηλικία, εμμηνόπαυση).
- Προσυμπτωματικό έλεγχο (test-pap, μαστογραφία κ.ά.).
- Πρόληψη σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, λήψη καλλιέργειας κολπικού υγρού.
- Αγωγή υγείας στα πλαίσια της προετοιμασίας για γονεϊκότητα, του οικογενειακού προγραμματισμού και της πρόληψης του γυναικολογικού καρκίνου τόσο σε επίπεδο ατομικό, όσο και σε ομάδες, σε σχολεία και σε φορείς της κοινότητας.
- Τήρηση αρχείων, έρευνα στην υγεία των γυναικών.

Στο πλαίσιο της ποιότητας της μητρικής και νεογνικής φροντίδας (Renfrew et al., 2014) παρουσιάζονται αναλυτικά η φιλοσοφία, οι αξίες και η οργάνωση της φροντίδας ανά κατηγορία εφαρμογής στην κοινότητα (αγωγή υγείας, εκπαίδευση, πληροφόρηση, αξιολόγηση, screening, σχεδιασμός της φροντίδας, προαγωγή των φυσιολογικών διαδικασιών, πρόληψη των επιπλοκών και διευθέτηση των επιπλοκών ή παραπομπή στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας). Η οργάνωση των πρωτοβάθμιων μαιευτικών υπηρεσιών υγείας αποτελεί προτεραιότητα για την υγεία των γυναικών και, ταυτόχρονα, η δημιουργία αποτελεσματικού μοντέλου διασύνδεσης πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων μαιευτικών υπηρεσιών θα συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείριση των γυναικών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Για τον λόγο αυτό παρουσιάζονται οι πηγές των προβλημάτων και προτείνονται λύσεις στη διασύνδεση πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, σύμφωνα με το πρότυπο της φιλοσοφίας των Schölmerich και συν. (2014).

|                                      | Για όλες τις γυναίκες και τα παιδιά  |  |  | Για γυναίκες και παιδιά με επιπλοκές                |   |
|--------------------------------------|--|--|--|---|---|
| <b>Κατηγορίες κλινικής εφαρμογής</b> | Εκπαίδευση<br>Πληροφόρηση<br>Αγωγή Υγείας  | Αξιολόγηση<br>Screening<br>Σχεδιασμός<br>φροντίδας | Προαγωγή των<br>φυσιολογικών<br>διαδικασιών,<br>πρόληψη των<br>επιπλοκών | Διευθέτηση των<br>επιπλοκών<br>στην πρώτη<br>γραμμή | Ιατρικές Μαιευτικές<br>/Νεογν/ικές<br>υπηρεσίες |
| <b>Οργάνωση φροντίδας</b>            | Διαθέσιμες, προσβάσιμες, αποδεκτές, καλής ποιότητας υπηρεσίες, επαρκείς πόροι, ικανό προσωπικό<br>Συνεχιζόμενη φροντίδα και ολοκληρωμένες υπηρεσίες σε όλη την κοινότητα   |  |  |   |   |
| <b>Αξίες</b>                         | Ο σεβασμός, η επικοινωνία, η γνώση και η κατανόηση<br>Φροντίδα προσαρμοσμένη στις συνθήκες και τις ανάγκες των γυναικών  |  |  |   |   |
| <b>Φιλοσοφία</b>                     | Βελτιστοποίηση των βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτιστικών διαδικασιών, την<br>ενίσχυση των ικανοτήτων της γυναίκας<br>αναμενόμενη αντιμετώπιση, χρησιμοποιώντας παρεμβάσεις μόνο όταν ενδείκνυται                  |  |  |   |   |
| <b>Επαγγελματίες υγείας</b>          | Οι επαγγελματίες υγείας να συνδυάζουν κλινικές γνώσεις και δεξιότητες ταυτόχρονα με τις<br>διαπροσωπικές και πολιτισμικές ικανότητες. Κατανομή των ρόλων και των ευθυνών με βάση τις<br>ανάγκες, τις ικανότητες και τους πόρους. |  |  |   |   |

**Εικόνα 6.1** Πλαίσιο της ποιότητας της μητρικής και νεογνικής φροντίδας για τη μαία στην κοινότητα (Renfrew et al., 2014).



**Εικόνα 6.2** Πηγές προβλημάτων και προτεινόμενες λύσεις στη διασύνδεση πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμια μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα.

### 6.7.1 Προαγωγή υγείας στην κοινότητα

Σύμφωνα με τους Renfrew και συν. (2014), παραδείγματα προαγωγής της υγείας στην κοινότητα αποτελούν: η διατροφή της μητέρας, ο οικογενειακός προγραμματισμός και η προώθηση του θηλασμού. Η αποτελεσματική αξιολόγηση, ο έλεγχος και ο σχεδιασμός της φροντίδας στην κοινότητα περιλαμβάνουν σχεδιασμό για παραπομπή σε δευτεροβάθμιες μαιευτικές υπηρεσίες (όποτε απαιτείται), έλεγχο για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, έλεγχο για σακχαρώδη διαβήτη, HIV, προεκλαμψία, προβλήματα ψυχικής υγείας κ.ά. Η κοινοτική μαία, στα πλαίσια της προαγωγής του φυσικού τοκετού και της πρόληψης των επιπλοκών, είναι αποτελεσματική στη λήψη προληπτικών μέτρων για τη μη μετάδοση του ιού HIV, στην προαγωγή της συναισθηματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας της γυναίκας και του νεογνού, στην άμεση φροντίδα του νεογέννητου, στην προώθηση της δέρμα με δέρμα επαφής και στην υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Επιπλέον, η κοινοτική μαία αποτελεί την πρώτη γραμμή στη διαχείριση επιπλοκών σε περιπτώσεις όπως: θεραπεία των λοιμώξεων στην εγκυμοσύνη, χορήγηση αντι-D ανοσφαιρίνης στην εγκυμοσύνη, παροχή βασικής και επείγουσας μαιευτικής φροντίδας στο νεογνό σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, παρεμβάσεις σε περιπτώσεις προεκλαμψίας στην κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία, σιδηροπενική αναιμία και αιμορραγία μετά τον τοκετό.

Πιο συγκεκριμένα, έχει τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητα των δράσεων των μαιών στην κοινότητα στα παρακάτω (τα οποία αποτελούν συστηματικές ανασκοπήσεις στην Cochrane Database):

- Πρόληψη των λοιμώξεων στην κοινότητα κατά την περιγεννητική περίοδο (Gamble et al., 2006).
- Συμβουλευτική για τη διαίτα κατά την περιγεννητική περίοδο (Ota et al., 2012).
- Παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος στην περιγεννητική περίοδο (Lumleny et al., 2009).
- Αγωγή υγείας για την προώθηση του μητρικού θηλασμού στην κοινότητα (Dyson et al., 2005) και παρεμβάσεις για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού στην κοινότητα (Jaafar et al., 2012; Renfrew et al., 2012).
- Προγεννητική συμβουλευτική για τη λήψη φυλλικού οξέως για τις γυναίκες  $\leq 12$  εβδομάδες κύησης ή πριν από την εγκυμοσύνη για την πρόληψη των παθήσεων του νευρικού σωλήνα και των αυτόματων αποβολών (De Regil et al., 2010).

- Συμβουλευτική προγεννητικά, κατά την κύηση και τη λοχεία για τη λήψη συμπληρωμάτων/βιταμινών για τη βελτίωση της υγείας της μητέρας και του νεογνού (Haider et al., 2012· Hofmeyr et al., 2010· Oliveira-Menegozzo et al., 2010· Pena et al., 2012a, 2012b· Rumbold et al., 2011).
- Συμβουλευτική για αντισύλληψη στη λοχεία (Lopez et al., 2012).
- Πρόληψη των περιγεννητικών λοιμώξεων του γεννητικού συστήματος (Sangkomkamhang et al., 2008).
- Πρόληψη του πρόωρου τοκετού (Mori et al., 2012).
- Πρόληψη των κάθετων λοιμώξεων κατά τον τοκετό (Garner et al., Siegfried et al., 2011· 2006· Sturt et al., 2010).
- Προετοιμασία κατά την κύηση για την πρόληψη του τραύματος του περινέου (Aasheim et al., 2011· Beckmann et al., 2006).
- Προετοιμασία για φυσικές, μη φαρμακευτικές μεθόδους πρόκλησης τοκετού (Kavanagh et al., 2005).
- Προετοιμασία και υποστήριξη κατά τον φυσικό τοκετό (Dowswel et al., 2010· Hodnett et al., 2012· Lawrence et al., 2009).
- Προετοιμασία για γονεϊκότητα και διδασκαλία μεθόδων χαλάρωσης για την αντιμετώπιση του πόνου κατά την κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία (Cluett et al., 2009· Klomp et al., Pennick et al., 2007· 2012· Smith et al., 2011).
- Διαχείριση της αιμορραγίας τρίτου σταδίου (Begley et al., 2011· Soltani et al., 2011· Su et al., 2012).
- Χρήση εργομετρικής και προσταγλανδινών (Cotter et al., 2001· Soltani et al., 2010· Tunçalp et al., 2012).
- Χρήση αναλγητικών για την αντιμετώπιση του πόνου (Chou et al., 2013· Deussen et al., 2011· Hedayati et al., 2003).
- Εμβολιασμοί κατά την κύηση (Demicheli et al., 2005).
- Διαχείριση της δυσκοιλιότητας κατά την κύηση (Jewell et al., 2001).
- Διαχείριση των κολπικών λοιμώξεων (Brocklehurst et al., 2013· Young et al., 2001).
- Διαχείριση των ουρολοιμώξεων (Smaill et al., 2007· Vazquez et al., 2011).
- Εμβολιασμός με αντι-D ανοσφαιρίνη (Crowther et al., 2013).
- Πρόληψη και αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη θεραπεία της εκλαμψίας στην περιγεννητική περίοδο (Duley et al., 2007, 2010).
- Χρήση εναλλακτικών μεθόδων όπως μασάζ, ρεφλεξολογία, βελονισμό για τη διαχείριση του πόνου (Smith et al., 2011, 2012).
- Θεραπεία της αναιμίας (Dodd et al., 2004).
- Συνταγογράφηση αντιβιοτικών για τη θεραπεία των περιγεννητικών λοιμώξεων (French et al., 2011).
- Παρεμβάσεις για την πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης (Dennis et al., 2013).
- Μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας σε χαμηλού βάρους νεογνά (Conde-Agudelo et al., 2011).
- Αποτελεσματική θεραπεία σε νεογνικό ίκτερο (Mills et al., 2013).
- Παρεμβάσεις για τη μείωση της υπέρτασης κατά την περιγεννητική περίοδο (Buppasiri et al., 2011).
- Διαχείριση κυήσεων και λεχωίδων υψηλού κινδύνου στην κοινότητα (Crowther et al., 2010· Hodnett et al., 2010· Nardin et al., 2010).
- Πρόληψη της αποβολής στην κοινότητα (Rumbold et al., 2011).
- Κατ' οίκον φροντίδα για την πρόληψη της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας (Gogia et al., 2010).
- Μείωση των καισαρικών τομών ( Béhague et al., 2002· Feng et al., 2012).



## 6.7.2 Τήρηση εγγράφων από την κοινοτική μαία

Σημαντικό καθήκον της μαίας που εργάζεται στην ΠΦΥ είναι η τήρηση βιβλίων και εγγράφων που αφορούν τη λειτουργία του εξεταστηρίου της. Η σχολαστική τήρηση και η καθημερινή ενημέρωση των βιβλίων αυτών προσφέρει στην κοινοτική μαία μια ολοκληρωμένη εικόνα του πληθυσμού και των προβλημάτων υγείας του, ενώ τα έγγραφα αυτά αποτελούν πολύτιμη πηγή στατιστικών δεδομένων. Τα βιβλία που πρέπει να τηρούνται, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, είναι:

- Βιβλίο Ασθενών
- Βιβλίο Επιτόκων
- Βιβλίο Τοκετών
- Πιστοποιητικό γέννησης σε περίπτωση εκτέλεσης τοκετού από την ίδια

## 6.7.3 Συνταγογράφηση φαρμάκων

Η συνταγογράφηση αποτελεί βασικό επαγγελματικό δικαίωμα της μαίας που εργάζεται στην ΠΦΥ. Η συνταγογράφηση φαρμάκων, ιδιαίτερα κατά την περίοδο της κύησης και της γαλουχίας, ακολουθεί ιδιαίτερους κανόνες και αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την περιγεννητική, μητρική και νεογνική θνησιμότητα. Οι δαπάνες της φαρμακοθεραπείας στην Ελλάδα είναι τεράστιες και συχνά γίνεται σπατάλη χρημάτων χωρίς το αναμενόμενο όφελος. Παλαιότερα, οι μαίες που εργάζονταν στην ΠΦΥ χρησιμοποιούσαν βότανα για τη θεραπεία προβλημάτων της εμμηνου ρήσεως, προβλημάτων κατά την κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία, παθήσεων των μαστών κατά τη γαλουχία κ.λπ. Πολλά από αυτά τα βότανα —επειδή περιέχουν αλκαλοειδή, βιταμίνες, αντιβιοτικά, αιθέρια έλαια, γλυκίδια, ανόργανες ουσίες, πυριτικό κάλιο, ασβέστιο, σίδηρο, μαγγάνιο, μαγνήσιο— είχαν δράσεις ναρκωτικές, μεθυστικές, στυπτικές, ωκυτόκιες, καθαρτικές, αιμοστατικές, επισπαστικές, αντισπασμωδικές, εμμηναγωγούς και γαλακταγωγούς (Οικονομόπουλος 2001, 2002). Με το Βασιλικό Διάταγμα υπ' αριθμό 687 (ΦΕΚ 159/τ. Α' /4-10-1960) «Περί των υπό των μαιών χορηγουμένων φαρμάκων και αναλγητικών μέσων ως και των υπό τούτων χρησιμοποιούμενων βοηθητικών εργαλείων», θεσπίζεται το δικαίωμα των μαιών να χορηγούν τα φάρμακα που αναλυτικά αναφέρονται στον Πίνακα 6.3.

Η νομοθεσία σήμερα έχει αλλάξει και, σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 351/1989 (ΦΕΚ τ. Α' /159) «Περί καθορισμού επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων του Τμήματος Μαιευτικής», άρθρο 2, περίπτωση 2.1.3, η μαία έχει το δικαίωμα συνταγογράφησης φαρμάκων, βιταμινών, σιδήρου, σπασμολυτικών, πεθιδίνης, μητροσυσταστικών, μητροσυσπαστικών και τοπικών αναισθητικών.

| <b>Βασιλικό Διάταγμα υπ' αριθμό 687/1960 (ΦΕΚ 159/τ. Α')</b>                             | <b>Άρθρο 2, περίπτωση 2.1.3, του Προεδρικού Διατάγματος 351/1989</b> |
|--|--|
| Βιταμίναι  | Βιταμίνη Α   |
| Ασβέστιο   | Βιταμίνη C   |
| Εργοτίνη   | Βιταμίνη D   |
| Καρδιοτονωτικά περιφερικής καρδιοτονώσεως, δηλαδή καμφορούχον έλαιο, καρδιζόλη, κοραμίνη | Φυλλικό οξύ  |
| Λοβελίνη   | Βιταμίνη Β1 (Θειαμίνη)   |
| Σουλφοναμίδια  | Βιταμίνη Β2 (Ριβοφλαβίνη)  |
| Αντιβιοτικά  | Βιταμίνη Β12 (Κοβαλαμίνη)  |
| Ασπιρίνη   | Βιταμίνη Ε (Τοκφερόλη)   |
| Αντισηπτικά  | Βιταμίνη Κ (Μεναδιόνη)   |
| Χλωραιθύλιον   | Ca (Ασβέστιο)  |
|  | Μαγνήσιο   |
|  | Σίδηρος  |
|  | Σπασμολυτικά   |
|  | Πεθιδίνη   |
|  | Μητροσυσπαστικά  |
|  | Τοπικά αναισθητικά   |

Πίνακας 6.3 Φάρμακα συνταγογραφούμενα από τις μαίες.

#### 6.7.4 Κατ' οίκον φροντίδα στην κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία

Σύμφωνα με το άρθρο 35 του νόμου 4272/2014, η κατ' οίκον νοσηλεία μπορεί να αναπτυχθεί και να οργανωθεί από μαιείς/μαιευτές που εργάζονται σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ) που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και δεν υπάγονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), σε δημοτικά ιατρεία και νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ) των δήμων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, σε ιδιωτικές μονάδες υγείας, καθώς και από μαιείς που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα ως ιδιώτες επαγγελματίες υγείας.

Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών παγκοσμίως τεκμηριώνει ότι ο τοκετός στο σπίτι από ειδικευμένους επαγγελματίες υγείας είναι το ίδιο ασφαλές με τον τοκετό στο νοσοκομείο (Ackermann-Lieblich et al., 1996· Campbell & Macfarlane, 1994· Janssen et al., 2002· Johnson & Daviss, 2007· Macfarlane et al., 2000· Murphy & Fullerton, 1998· NRPM Survey Coordinating Group, 1996· Olsen, 1997· Springer, 1996· Wieggers et al., 1996). Στην Ελλάδα, και σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθμό 351/14-6-1989, άρθρο 2, οι μαιείς/μαιευτές παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα τόσο στο νοσοκομείο, όσο και στο σπίτι κατά την κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία. Η επιλογή για τοκετό στο σπίτι ή στο νοσοκομείο είναι αναφαίρετο δικαίωμα των γυναικών και οι μαιείς/μαιευτές υποστηρίζουν απόλυτα το δικαίωμα αυτό (Eggermont, 2012· FIGO, 1992· ICM, 2005· Klink, 2010· WHO, 1996). Στο Ηνωμένο Βασίλειο αλλά και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, από επίσημους επιστημονικούς φορείς των μαιών/-ευτών και των μαιευτήρων/γυναικολόγων έχουν εκδοθεί από κοινού αποφάσεις για την υποστήριξη τους στον τοκετό στο σπίτι, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που θεωρούνται χαμηλού κινδύνου (American Public Health Association, 2003· ICM, 2005· RCOG & RCM 2007· Scottish Executive, 2001).

Το ποσοστό των τοκετών στο σπίτι στην Ελλάδα θεωρείται αρκετά χαμηλό, αλλά αν οι γυναίκες είχαν πραγματική επιλογή για το πού θα γεννήσουν, θα προσέγγιζε το 8-10% (Department of Health, 2003· WHO, 1996). Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα μετά τη μεταπολίτευση είχε ως κύριο μέλημα τη διεξαγωγή του τοκετού στο νοσοκομείο. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, σε παγκόσμιο επίπεδο γυναίκες, σύλλογοι και οργανώσεις έχουν εκφράσει έντονη αμφισβήτηση αυτής της μονοδιάστατης νοσοκομειακής προσέγγισης του τοκετού, και σταδιακά διεξήχθη μεγάλος αριθμός μελετών που υποστηρίζει τη διεξαγωγή του τοκετού και στο σπίτι (Chamberlain et al., 1997· Edwards, 1994· NCT, 2001, NMC, 2006). Επιπλέον, οικονομική ανάλυση ανέδειξε ότι ένας φυσιολογικός τοκετός χωρίς επιπλοκές στο νοσοκομείο στις ΗΠΑ κοστίζει κατά μέσο όρο τρεις φορές περισσότερο από τον ίδιο τοκετό εάν διεξαχθεί στο σπίτι από μαιία/μαιευτή (Anderson & Anderson, 1999· Perkins, 2004). Επίσης, στο νοσοκομειακό περιβάλλον αυξάνονται οι μη απαραίτητες ιατρικές παρεμβάσεις κατά τον τοκετό και το ποσοστό των καισαρικών τομών (Arabin et al., 2012· Blanchette 2011). Ταυτόχρονα, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας υποδεικνύει ότι ο προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι μειώνει τις παρεμβάσεις κατά τον τοκετό (πχ. ποσοστά προκλήσεων τοκετού, περινεοτομών κ.ά.), οι γυναίκες εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση αναφορικά με την εμπειρία του τοκετού και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση (Alment et al., 1967· Andrews, 2003· CESDI, 1998· Edwards, 1994· Goldthorp & Richman, 1974· Munday, 2004· NRPM Survey Coordinating Group, 1996· O'Brien, 1978· Paddison, 2005· Viisainen, 2002· Wieggers et al., 1996). Ένα ποσοστό γυναικών που έχει προγραμματίσει τοκετό στο σπίτι μεταφέρεται στο νοσοκομείο με κύριες αιτίες την αργή εξέλιξη του τοκετού και την ανάγκη χρήσης αναλγησίας που δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί στο σπίτι, όπως επισκληρίδιος (Campbell & Macfarlane, 1994· CESDI 1998· Chamberlain et al., 1997· NCT, 2001). Οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται και να διασφαλίζονται για το ενδεχόμενο μεταφοράς τους στο νοσοκομείο (RCOG & RCM, 2007). Είναι επίσης σημαντικό να έχουν ληφθεί σε τοπικό επίπεδο όλα τα κατάλληλα μέτρα προκειμένου σε περιπτώσεις επείγοντος οι μαιείς/μαιευτές να παραπέμπουν άμεσα στον πιο έμπειρο μαιευτήρα/γυναικολόγο ή παιδίατρο/νεογνολόγο του κοντινού νοσοκομείου σε 24ώρη βάση (RCOG & RCM, 2007). Στους συλλόγους των μαιών/μαιευτών συντάσσεται μητρώο των μελών που έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες για τη διεξαγωγή τοκετών στο σπίτι, σύμφωνα με την επιστημονικά τεκμηριωμένη κλινική μαιευτική πρακτική.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

Αντωνίου, Ε., Βιβιλάκη, Β., Ρωμανίδου, Α., Ντάγκα, Δ., Βασιλάκη, Ε., Σουρανάκη, Λ., Κεφαλογιάννη, Κ. και Λεονταράκη, Ε. (2007). *Η γυναίκα και το νεογνό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Εκδόσεις Πασχαλίδη. ISBN: 960-399-445-6

### Ξένη

Aasheim, V., Nilsen, A.B.V., Lukasse, M. & Reinar, L.M. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD006672.

Ackermann-Lieblich, U., Voegeli, T., Gunter-Witt, K., Kunz, I., Zullig, M., Schindler, C. et al. (1996). Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. Zurich Study Team. *BMJ*, 313, pp. 1313-1318.

Alfirevic, Z., Devane, D. & Gyte, G.M.L. (2013). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD006066.

Alment, E.A., Barr, A., Reid, M. & Reid, J.J. (1967). Normal confinement: home or hospital? The mother's preference. *BMJ*, I, pp. 52-53.

Anderson, R.E. & Anderson, D.A. (1999). The cost-effectiveness of home birth. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44, pp. 30-35.

Andrews, A. (2004). Home birth experience 2: Births/postnatal reflections. *British Journal of Midwifery*, 12, pp. 552-557.

Arabin, B. & Chervenak, F.A. (2012). RE: Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, online publication.

Arrish, J., Yeatman, H. & Williamsson, M. (2014). Midwives and nutrition education during pregnancy: A literature review. *Women and Birth*, 27(1), pp. 2-8.

Basevi, V. & Lavender, T. (2001). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD001236.

Beckmann, M.M. and Garrett, A.J. (2006). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD005123.

Begley, C.M., Gyte, G.M.L., Devane, D., McGuire, W. & Weeks, A. (2011). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD007412.

Bick, D. (2006). The importance of public health: let history speak for itself. *Midwifery*, 22, pp. 287-289.

Biro, M.A., Waldenstrom, U. & Pannifex, J.H. (2000). Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial. *Birth*, 27(3), pp. 168-173.

Biro, M.A. (2011). What has public health got to do with midwifery? Midwives' role in securing better health outcomes for mothers and babies. *Women Birth*, 24(1), pp. 17-23.

Blanchette, H. (2011). The rising cesarean delivery rate in America. *Obstetrics & Gynecology*, 118, pp. 687-690.

Boulvain, M., Stan, C. & Irion, O. (2005). Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000451.

- Brocklehurst, P., Gordon, A., Heatley, E. & Milan, S.J. (2013). Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000262.
- Brocklehurst, P. & Rooney, G. (2000). Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD000054.
- Brocklehurst, P. (2002). Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000098.
- Brown, S.J., Davey, M.A. & Bruinsma F.J. (2005). Women's view and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery*, 21(2), pp. 109-126.
- Buppasiri, P., Lumbiganon, P., Thinkhamrop, J., Ngamjarus, C. & Laopaiboon, M. (2011). Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD007079.
- Campbell, R. & Macfarlane, A. (1994). *Where to be Born: The Debate and the Evidence* (2nd ed). Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit.
- Carroli, G. & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000081.
- Chou, D., Abalos, E., Gyte, G.M.L. & Gülmezoglu, A.M. (2013). Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD008407.
- Cluett, E.R. & Burns, E. (2009). Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000111.
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J.M. & Diaz-Rossello, J. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD002771.
- Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy*. 5th Annual Report. (1998). Focus group place of delivery. London: Maternal and Child Health Research Consortium.
- Cotter, A.M., Ness, A. & Tolosa, J.E. (2001). Prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD001808.
- Crawford, M.J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N. & Tyrer, P. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ*, 325(7375), p. 1263.
- Crowther, C. & Middleton, P. (2000). Anti-D administration after childbirth for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000021.
- Crowther, C.A. & Han, S. (2010). Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD000110.
- Crowther, C.A., Middleton, P. & McBain, R.D. (2013). Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000020.
- Dare, M.R., Middleton, P., Crowther, C.A, Flenady, V.J. & Varatharaju B. (2006). Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD005302.
- De-Regil, L.M., Fernández-Gaxiola, A.C., Dowswell, T. & Peña-Rosas, J.P. (2010). Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD007950.
- Demicheli, V., Barale, A. & Rivetti, A. (2005). Vaccines for women to prevent neonatal tetanus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD002959.
- Dennis, C-L. & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD001134.

- Deussen, A.R., Ashwood, P. & Martis, R. (2011). Analgesia for relief of pain due to uterine cramping/involution after birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD004908.
- Dodd, J., Dare, M.R. & Middleton, P. (2004). Treatment for women with postpartum iron deficiency anaemia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD004222.
- Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L. et al. (2010). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD000934.
- Dowswell, T., Kelly, A.J., Livio, S., Norman, J.E. & Alfirevic, Z. (2010). Different methods for the induction of labour in outpatient settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD007701.
- Duley, L., Henderson-Smart, D.J., Meher, S. & King, J.F. (2007). Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD004659.
- Duley, L., Gülmezoglu, A.M., Henderson-Smart, D.J. & Chou, D. (2010). Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD000025.
- Duley, L., Henderson-Smart, D.J. & Chou, D. (2010). Magnesium sulphate versus phenytoin for eclampsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD000128.
- Duley, L., Henderson-Smart, D.J., Walker, G.J.A. & Chou, D. (2010). Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD000127.
- Dyson, L., McCormick, F. & Renfrew, M.J. (2005). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD001688.
- Edwards, N. (1994). *Choosing a home birth*. London: Association for Improvements in the Maternity Services.
- Eggermont, M. (2012). The choice of child delivery is a European human right. *European Journal of Health Law*, 19, pp. 257-269.
- EURO-PERISTAT project with SCPE E (2012). *European perinatal health report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. Brussels: EURO-PERISTAT
- FIGO (1992). International Federation of Gynecology and Obstetrics. Περισσότερες πληροφορίες: [www.figo.org](http://www.figo.org).
- French, L.M. & Smaill, F.M. (2004). Antibiotic regimens for endometritis after delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD001067.
- Gamble, C., Ekwaru, J.P. & ter Kuile, F.O. (2006). Insecticide-treated nets for preventing malaria in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003755.
- Garner, P. & Gülmezoglu, A.M. (2006). Drugs for preventing malaria in pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD000169.
- Gogia, S. & Sachdev, H.S. (2010). Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, pp. 658-666B.
- Goldthorp, W.O. & Richman, J. (1974). Maternal attitudes to unintended home confinements: a case study of the effects of the hospital strike upon domiciliary confinement. *Practitioner*, 212, pp. 818-853.
- Governing Council of the American Public Health Association (2001). *Policy statement no. 2001-3: Increasing access to out-of-hospital maternity care services through state-regulated and nationally certified direct-entry midwives*. Washington: APHA.
- Gülmezoglu, A.M. & Azhar, M. (2011). Interventions for trichomoniasis in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD000220.
- Haider, B.A. & Bhutta, Z.A. (2012). Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD004905.

- Hedayati, H., Parsons, J. & Crowther, C.A. (2003). Rectal analgesia for pain from perineal trauma following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD003931.
- Hodnett, E.D., Fredericks, S. & Weston, J. (2010). Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD000198.
- Hodnett, E.D., Downe, S. & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD000012.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD003766.
- Hofmeyr, G.J. & Gülmezoglu, A.M. (2002). Maternal hydration for increasing amniotic fluid volume in oligohydramnios and normal amniotic fluid volume. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000134.
- Hofmeyr, G.J., Lawrie, T.A., Atallah, Á.N & Duley, L. (2010). Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD001059.
- Hofmeyr, G.J. & Kulier, R. (2012). External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD000083.
- Hunter, S., Hofmeyr, G.J. & Kulier, R. (2007). Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD001063.
- International Confederation of Midwives (2005). *Current practice in Europe and Australia. A descriptive study*. Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Διαθέσιμο στο: [www.mcp2.ca/english/documents/IntlReptFinal9Jul05.pdf](http://www.mcp2.ca/english/documents/IntlReptFinal9Jul05.pdf).
- International Confederation of Midwives (2008). *International Code of Ethics for Midwives*. Core Document. The Hague: ICM.
- International Confederation of Midwives (2010a). *International Definition of the Midwife*. Core Document. The Hague: ICM.
- International Confederation of Midwives (2010b). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Core Document. The Hague: ICM
- International Confederation of Midwives (2010c). *Global Standards for Midwifery Education*. Core Document. The Hague: ICM.
- International Confederation of Midwives (2010d). *Scaling up Midwifery to achieve the Millennium Goals: Strengthening the Regional approach*. The Hague: ICM.
- International Confederation of Midwives (2010e). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Revised 2013. Διαθέσιμο στο: <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-coredocuments/essential-competencies-basic-midwifery-practice/>
- International Confederation of Midwives (2011). *Global Standards for Midwifery Regulation*. Core Document. The Hague: ICM.
- ICM, WHO & ICN (2007). Islamabad Declaration on Strengthening Nursing and Midwifery, Pakistan.
- ICM, UNFPA Programme (2009). *Investing in Midwives and Others with Midwifery Skills to Save the Lives of Mothers and Newborns and Improve their Health*. Διαθέσιμο στο: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/midwives\\_eng.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/midwives_eng.pdf)
- Jaafar, S.H., Jahanfar, S., Angolkar, M. & Ho, J.J. (2012). Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD007202.
- Janssen, P.A., Lee, S.K., Ryan, E.M., Etches, D.J., Farquharson, D.F., Peacock, D. et al. (2002). Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal*, 166, pp. 315-23.

- Jewell, D.J. & Young, G. (2001). Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD001142.
- Johnson, K.C. & Daviss, B.A. (2005). Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*, 330, p.1416.
- Kavanagh, J., Kelly, A.J. & Thomas, J. (2005). Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD003392.
- Kettle, C., Dowswell, T. & Ismail, K.M.K. (2012). Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD000947.
- Khan-Neelofur, D., Gülmezoglu, M., Villar, J. & the WHO Antenatal Care Trial Research Group (1998). Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 12 (suppl 2), pp. 7-26.
- Klink, A. (2010). Letter to the chairman of the second parliament Postbus 20018 2500 EA DEN HAAG, Jan. 6. Betreft: Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte. CZ/EKZ-2978049.
- Klomp, T., van Poppel, M., Jones, L., Lazet, J., Di Nisio, M. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2012). Inhaled analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD009351.
- Kramer, M.S. & Kakuma, R. (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD003517.
- Lassi, Z.S., Haider, B.A. & Bhutta, Z.A. (2010). Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD007754.
- Lauzon, L. & Hodnett, E. (2001). Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000936.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., Dowswell, T. & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003934.
- Lewin, S., Munabi-Babigumira, S., Glenton, C. et al. (2010). Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004015.
- Liabsuetrakul, T., Choobun, T., Peeyananjarassri, K. & Islam, Q.M. (2007). Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD005456.
- Lopez, L.M., Hiller, J.E., Grimes, D.A. & Chen, M. (2012). Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD001863.
- Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L. & Watson, L. (2009). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD001055.
- Macfarlane, A., McCandlish, R. & Campbell, R. (2000). Choosing between home and hospital delivery. There is no evidence that hospital is the safest place to give birth. *BMJ*, 320, p. 798.
- McDonald, S., Abbott, J.M. & Higgins, S.P. (2004). Prophylactic ergometrineoxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000201.
- Mills, J.F. & Tudehope, D. Fiberoptic phototherapy for neonatal jaundice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, 1, CD002060.
- Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD003519.
- Mori, R., Nardin, J.M., Yamamoto, N., Carroli, G. & Weeks A. (2012). Umbilical vein injection for the routine management of third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD006176.

- Mori, R., Ota, E., Middleton, P., Tobe-Gai, R., Mahomed, K. & Bhutta, Z.A. (2012). Zinc supplementation for improving pregnancy and infant outcome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD000230.
- Munday, R. (2004). Women's experience of the postnatal period following a planned home birth, a phenomenological study. *MIDIRS Midwifery Digest*, 13, pp. 371-375.
- Murphy, P.A. & Fullerton, J. (1998). Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: a prospective descriptive study. *Obstetrics & Gynecology*, 92, pp. 461-470.
- Nardin, J.M., Weeks, A. & Carroli, G. (2011). Umbilical vein injection for management of retained placenta. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD001337.
- Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group (1996). Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. *BMJ*, 3, pp. 371-375.
- Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group (1996). Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. *BMJ*, 313, pp. 1306-1309.
- O' Brien, M. (1978). Home and hospital: a comparison of the experiences of mothers having home and hospital confinements. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 28, pp. 460-464.
- Oliveira-Menegozzo, J.M., Bergamaschi, D.P., Middleton, P. & East, C.E. (2010). Vitamin A supplementation for postpartum women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD005944.
- Olsen, O. (1997). Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth*, 24, pp. 4-13.
- Ota, E., Tobe-Gai, R., Mori, R. & Farrar, D. (2012). Antenatal dietary advice and supplementation to increase energy and protein intake. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD000032.
- Paddison, J. (2005). *Home birth a family affair: A qualitative research case study of home birth and social boundaries*. Wigtownshire: Impart Publishing.
- Peña-Rosas, J.P., De-Regil, L.M., Dowswell, T. & Viteri, F.E. (2012). Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD004736.
- Peña-Rosas, J.P., De-Regil, L.M., Dowswell, T. & Viteri, F.E. (2012). Intermittent oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD009997.
- Pennick, V.E. & Young, G. (2007). Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD001139.
- Perkins, B.B. (2004). *The medical delivery business health reform, childbirth and the economic order*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Poeran, J., Denktas, S., Birnie, E., Bonsel, G.J. & Steegers, E.A. (2011). Urban perinatal health inequalities. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(4), pp. 643-646.
- Renfrew, M.J., McCormick, F.M., Wade, A., Quinn, B. & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD001141.
- Renfrew, M.J., McFadden, A., Bastos, M.H. et al. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384, pp. 1129-1145 [online]. Διαθέσιμο στο: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Revez, L., Gaitán, H.G. & Cuervo, L.G. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD000330.
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists/Royal College of Midwives (2007). *Home Births*. Joint statement No.2, April.
- Rumbold, A., Middleton, P., Pan, N. & Crowther, C.A. (2011). Vitamin supplementation for preventing miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD004073.



- Sangkomkamhang, U.S., Lumbiganon, P., Prasertcharoensook, W. & Laopaiboon, M. (2008). Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD006178.
- Schölmerich et al. (2014). Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, p. 145.
- Scottish Executive (2001). *A Framework for Maternity Services in Scotland*. Edinburgh: Scottish Executive. Διαθέσιμο στο: [www.scotland.gov.uk/library3/health/ffms-00.asp](http://www.scotland.gov.uk/library3/health/ffms-00.asp).
- Siegfried, N., van der Merwe, L., Brocklehurst, P. & Sint, T.T. (2011). Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD003510.
- Siriwachirachai, T., Sangkomkamhang, U.S., Lumbiganon, P. & Laopaiboon, M. (2010). Antibiotics for meconium-stained amniotic fluid in labour for preventing maternal and neonatal infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD007772.
- Smaill, F. & Vazquez, J.C. (2007). Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000490.
- Smith, C.A., Collins, C.T., Crowther, C.A. & Levett, K.M. (2011). Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD009232.
- Smith, C.A., Levett, K.M., Collins, C.T. & Crowther, C.A. (2011). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD009514.
- Smith, C.A., Levett, K.M., Collins, C.T. & Jones L. (2012). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD009290.
- Smyth, R.M., Markham, C. & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD006167.
- Soltani, H., Hutchon, D.R. & Poulouse, T.A. (2010). Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD006173.
- Soltani, H., Poulouse, T.A. & Hutchon, D.R. (2011). Placental cord drainage after vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD004665.
- Springer, N.P. & Van Weel, C. (1996). Home birth. *BMJ*, 313, pp. 1276-1277.
- Sturt, A.S., Dokubo, E.K. & Sint, T.T. (2010). Antiretroviral therapy (ART) for treating HIV infection in ART-eligible pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD008440.
- Su, L-L, Chong, Y-S, Samuel, M. (2012). Carbetocin for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD005457.
- Suwannachat, B., Lumbiganon, P. & Laopaiboon, M. (2012). Rapid versus stepwise negative pressure application for vacuum extraction assisted vaginal delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD006636.
- The Cochrane Collaboration Pregnancy and Childbirth Group (2014). Reviews published in the Cochrane Library, Issue 6, June. Διαθέσιμο στο: <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>
- The Partnership for Maternal Newborn & Child Health (2011). *A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH)*. Geneva: The Partnership for Maternal Newborn & Child Health.
- Tunçalp, Ö., Hofmeyr, G.J. & Gülmezoglu, A.M. (2012). Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD000494.
- Vazquez, J.C. & Abalos, E. (2011). Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD002256.

- Viisainen, K. (2002). Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Social Science and Medicine*, 52, pp. 1109-1021.
- World Health Organization (WHO) (1996). *Safe Motherhood. Care in Normal Birth: A Practical Guide*. WHO/FRH/MSM/96.24
- Wiegers, T.A., Keirse, M.J., Van der Zee, J. & Berghs, G.A. (1996). Outcome of planned home birth and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *BMJ*, 313, pp. 1309-1313.
- Young, G.L. & Jewell, D. (2001). Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD000225.

## Νόμοι και διατάγματα

- Βασιλικό Διάταγμα 687 (ΦΕΚ 159/τ. Α'/4-10-1960) «Περί των υπό των μαιών χορηγουμένων φαρμάκων και αναλγητικών μέσων ως και των υπό τούτων χρησιμοποιούμενων βοηθητικών εργαλείων».
- Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165/τ. Α'/21-08-1997) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός ΕΣΥ, οργάνωση των Υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 2889/2001 (ΦΕΚ 37/τ. Α'/02-03-2001) «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ. Α'/18-02-2004) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»
- Νόμος 3329/2005 (ΦΕΚ 81/ τ. Α'/04-04-2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
- Νόμος 3305/2005 (ΦΕΚ 17/τ. Α'/27-1-2005) «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής».
- Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ. Α'/17-2-2014) «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις».
- Νόμος 4272/2014 (ΦΕΚ 145/τ. Α'/11-7-2014) «Προσαρμογή στο εθνικό δίκαιο της Εκτελεστικής Οδηγίας 2012/25/ΕΕ της Επιτροπής της 9ης Οκτωβρίου 2012 για τη θέσπιση διαδικασιών ενημέρωσης σχετικά με την ανταλλαγή, μεταξύ κρατών-μελών, ανθρωπίνων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση. - Ρυθμίσεις για τη Ψυχική Υγεία και της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και λοιπές διατάξεις».
- Προεδρικό Διάταγμα 351/1989 (ΦΕΚ 159 τ. Α'/14-6-1989) «Καθορισμός Επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων των τμημάτων α) Νοσηλευτικής, β) Μαιευτικής, γ) Επισκεπτών και Επισκεπτριών Υγείας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας και δ) του Τμήματος Διοίκησης μονάδων Υγείας και Πρόνοιας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων».
- Προεδρικό Διάταγμα 312/1992 (ΦΕΚ 157/τ. Α'/1992) «Οργάνωση και συγκρότηση φαρμακείων».

## Εκδόσεις σχετικά με τον ρόλο της κοινοτικής μαιίας

- EURO-PERISTAT (2010). *European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*.
- The Lancet (2014). *The Lancet Midwifery Series*. Διαθέσιμο στην αγγλική γλώσσα στο: <http://www.thelancet.com/series/midwifery>
- UNFPA (2014). *The State of the World's Midwifery 2014. A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. Διαθέσιμο στην αγγλική, γαλλική και ισπανική γλώσσα στο: <http://www.unfpa.org/sowmy>
- UNFPA (2014). *Making the Case for Midwifery: A toolkit for using evidence from the State of the World's Midwifery 2014. Report to create policy change at the country level*. Διαθέσιμο στην αγγλική και

γαλλική γλώσσα στο: <http://www.unfpa.org/resources/state-world%E2%80%99s-midwifery-2014-advocacy-toolkit>

WHO (2009). *Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Διαθέσιμο στην αγγλική και ισπανική γλώσσα στο: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/infant\\_feeding/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/infant_feeding/en/)

WHO (2012). *Born too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Διαθέσιμο στην αγγλική και ρωσική γλώσσα στο: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/born\\_too\\_soon/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/)

WHO (2013). *Long-term effects of breastfeeding: a systematic review*. Διαθέσιμο στην αγγλική γλώσσα στο: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/breastfeeding\\_long\\_term\\_effects/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_long_term_effects/en/)

WHO (2015). *Birth in Europe in the 21st Century. The European magazine for sexual and reproductive health* no. 81. Διαθέσιμο στο: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/entre-nous/entre-nous/birth-in-europe-in-the-21st-century.-entre-nous-no.-81,-2015>

WHO, UNICEF (2007). *Planning guide for national implementation of the Global strategy for infant and young child feeding*. Διαθέσιμο στην αγγλική γλώσσα στο: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/infant\\_feeding/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/infant_feeding/en/)

## Ιστοσελίδες

EURO-PERISTAT: [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)

European Association of Perinatal Medicine: [www.europerinatal.eu](http://www.europerinatal.eu)

European Midwives Association: [www.europeanmidwives.com](http://www.europeanmidwives.com)

Global Alliance to Prevent Preterm Birth and Stillbirths (GAPPS): [www.gapps.org](http://www.gapps.org)

Preterm Birth International Collaborative (PREBIC): [www.prebic.org](http://www.prebic.org)

## Videos

Η μαία: [https://www.youtube.com/watch?v=\\_NRfU3NRW\\_Y](https://www.youtube.com/watch?v=_NRfU3NRW_Y)

Συνεργασία Νοσηλευτών και Μαιών στην ΠΦΥ. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.  
<https://www.youtube.com/watch?v=yapwS2USliY>

Μαιευτική φροντίδα κατά την κύηση – επισκέψεις στην κοινοτική μαία: <https://vimeo.com/72407735>

Διατροφή κατά την κύηση: <https://vimeo.com/28555362>

Χρήση υπερήχων κατά την κύηση: <https://vimeo.com/28673620>

Σημαντικά κλινικά σημεία κατά την κύηση: <https://vimeo.com/32033146>

Φροντίδα του νεογνού και νεογνική ανάνηψη μετά τον τοκετό: <https://vimeo.com/39194120>

Η προσφορά της κοινοτικής μαίας σε περιπτώσεις κρίσεων. Το παράδειγμα της Συρίας.  
<https://www.youtube.com/watch?v=hEei29uoETg#action=share>

Το παράδειγμα της κοινοτικής μαίας σε απομονωμένη περιοχή στα νησιά Seyi Rhodes:  
<https://www.youtube.com/watch?v=ZafzQ3TYZhg>

## Κεφάλαιο 7

# Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Θ. Αδαμακίδου

### Στόχοι κεφαλαίου

Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να κατανοεί τους ρόλους του νοσηλευτή στην κοινότητα, να γνωρίζει τη σχετική νομοθεσία και τα επαγγελματικά δικαιώματα στα οποία γίνεται αναφορά στη συμμετοχή του νοσηλευτή στην ομάδα της ΠΦΥ, να διακρίνει και να περιγράφει τις ομάδες – στόχους παρέμβασης του κοινοτικού νοσηλευτή, να συζητά και να αναδεικνύει τον ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή μέσα στην ομάδα της ΠΦΥ και να συσχετίζει τις γνώσεις και τις δεξιότητες των νοσηλευτών με το έργο τους στην ομάδα της ΠΦΥ στην κοινότητα.

### Περίληψη κεφαλαίου

Ο νοσηλευτής αποτελεί αναπόσπαστο και αναντικατάστατο μέλος της ομάδας της ΠΦΥ. Βιβλιογραφικά τεκμηριώνεται η αναγκαιότητα της κατάλληλης εκπαίδευσης του νοσηλευτή και των σύνθετων δεξιοτήτων που απαιτούνται για τη διαχείριση του πληθυσμού στην κοινότητα, καθώς και ο καθοριστικός του ρόλος ως διαχειριστής της φροντίδας και διαχειριστής περίπτωσης (*case manager, care manager*) με διπλούς αποδέκτες: α) το άτομο, την οικογένεια, την κοινότητα και β) την ομάδα, την υπηρεσία, το σύστημα υγείας. Ο ρόλος του στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ είναι η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, η αξιολόγηση και η παροχή φροντίδας (θεραπεία, υποστήριξη, πρόληψη, ανακουφιστική φροντίδα, αποκατάσταση), με στόχο τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής του χρήστη. Επίσης, συμμετέχει στον συντονισμό της φροντίδας, στη διασφάλιση της πρόσβασης και της συνέχειας στο δίκτυο των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας και στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

Νοσηλευτής, κοινοτικός νοσηλευτής, ομάδα ΠΦΥ, νομοθεσία, εκπαίδευση, ρόλοι, δεξιότητες, διαχειριστής φροντίδας.

## 7.1 Εισαγωγή

Αναφέρεται ότι όταν οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται μέσα σε ομάδα μπορούν να παρέχουν καλύτερη φροντίδα υγείας σε μεγαλύτερο μέγεθος του πληθυσμού. Η λειτουργία ομάδας επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ έχει πολλαπλά πλεονεκτήματα καθώς συνδυάζει γνώσεις και δεξιότητες από διαφορετικούς επαγγελματίες, μειώνει το κόστος της φροντίδας και βελτιώνει τόσο την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, όσο και την ποιότητα ζωής των ατόμων. Καθώς η λειτουργία διεπιστημονικής ομάδας προβάλλει ως επιτακτική ανάγκη για τη διασφάλιση της συνέχειας και της δικτύωσης των υπηρεσιών, είναι απαραίτητη η κατανόηση του ρόλου των άλλων επαγγελματιών υγείας αλλά και η συνεργασία μαζί τους.

Στόχος του παρόντος κεφαλαίου είναι να γνωρίσει ο αναγνώστης επαγγελματίας υγείας τους ρόλους του κοινοτικού νοσηλευτή στην ομάδα της ΠΦΥ με απώτερο σκοπό την προαγωγή αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ τους.

## 7.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής (International Council of Nurses – ICN) αποδίδει περιεκτικά στον ορισμό της νοσηλευτικής τον πολυδιάστατο ρόλο του νοσηλευτή. «Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη υγείας, αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγείας. Ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και τη νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων, των αναπήρων και των ατόμων στο τελικό στάδιο της ζωής τους ως βιοψυχοκοινωνικών ανθρωπίνων υπάρξεων όλων των ηλικιών, σε όλες τις δομές και τα επίπεδα φροντίδας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια φροντίδα, κέντρο υγείας, κοινότητα, σπίτι,

χώρος εργασίας, σχολείο). Οι νοσηλευτικές πράξεις και παρεμβάσεις απευθύνονται στο άτομο, την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο, με έκδηλα ή επικείμενα προβλήματα υγείας. Η νοσηλευτική υπηρεσία εκτείνεται από την προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας μέχρι τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου και έως τη συμμετοχή σε προγράμματα βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού. Επίσης, έχει την πρωταρχική ευθύνη για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στους πολίτες» (Ραγιά, 1995). Η συνηγορία, η προαγωγή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας, η διαχείριση συστημάτων υγείας και ασθενών και η εκπαίδευση αποτελούν καίριους ρόλους των νοσηλευτών (ICN, 1988).

Η προαγωγή της αυτοφροντίδας των ατόμων αποτελεί βασική μέριμνα του νοσηλευτή, και η συνεργασία του με άλλους κλάδους υγείας και υπηρεσίες (κοινωνικές, υγείας) θεωρείται προϋπόθεση για την ολοκλήρωση του πολυδιάστατου έργου του (Ραγιά, 1995).

Υπό το πλαίσιο της εξειδίκευσης που χαρακτηρίζει όλες τις επιστήμες στη σύγχρονη κοινωνία μας, η ειδικότητα της Κοινωνικής Νοσηλευτικής είναι αυτή η οποία προετοιμάζει κατάλληλα εκπαιδευμένους (θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο) νοσηλευτές, οι οποίοι μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της προαγωγής της υγείας και της φροντίδας του πληθυσμού στην κοινότητα και στην ΠΦΥ (Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005).

Η κοινοτική νοσηλευτική ορίζεται ως «η σύνθεση της άσκησης της νοσηλευτικής και της άσκησης της δημόσιας υγείας, που έχει επίκεντρο τα άτομα, τις οικογένειες ή τις ομάδες και συμβάλλει στην καλή υγεία του πληθυσμού στο σύνολό του. Η προαγωγή και διατήρηση της υγείας, η αγωγή υγείας, η διαχείριση της ασθένειας, ο συντονισμός και η συνέχεια της φροντίδας πραγματώνονται μέσω της ολιστικής προσέγγισης» (ANA, 1980, όπως αναφέρεται στο McEwen & Nies, 2006).

Η κοινοτική νοσηλευτική μπορεί να θεωρηθεί ως μια ομπρέλα η οποία περιλαμβάνει περαιτέρω εξειδικεύσεις, όπως η Κατ' Οίκον Νοσηλευτική Φροντίδα, η Σχολική Νοσηλευτική, η Νοσηλευτική της Οικογένειας, η Νοσηλευτική Επαγγελματικής Υγείας, η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική.

Η ίδια η φιλοσοφία της νοσηλευτικής εμπεριέχει την έννοια της συνεργασίας μεταξύ προσώπων/επιστημόνων και υπηρεσιών (Ραγιά, 1995) με σκοπό την παροχή εξατομικευμένης και ολιστικής προσέγγισης στη φροντίδα υγιών αλλά και ασθενών (Παπασταύρου, 2015).

Για τον σκοπό του παρόντος συγγράμματος, οι νοσηλευτές, οι εργαζόμενοι στις κοινοτικές δομές και τις δομές ΠΦΥ θα χαρακτηρίζονται «κοινοτικοί νοσηλευτές» και θα ακολουθήσει εκτενέστερη αναφορά για τον ρόλο τους ως μέλη της ομάδας της ΠΦΥ. Η ανωτέρω παραδοχή δεν υποσκελίζει την αναγκαιότητα προσδιορισμού κατάλληλων ρυθμίσεων σε εθνικό νομοθετικό επίπεδο για το ποιος τελικά θα είναι ο νοσηλευτής που μπορεί να φέρει τον τίτλο του «Κοινοτικού Νοσηλευτή». Διεθνώς, σε ακαδημαϊκό και νομοθετικό επίπεδο, υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία για το γνωστικό αντικείμενο του κοινοτικού νοσηλευτή και τον επαγγελματικό τίτλο του «Κοινοτικού Νοσηλευτή», στην οποία γίνεται αναφορά στο παρόν κεφάλαιο.

## **7.3 Εκπαίδευση στην κοινοτική νοσηλευτική**

### **7.3.1. Η εκπαίδευση του κοινοτικού νοσηλευτή στην Ελλάδα**

Ως Νοσηλευτής θεωρείται σήμερα στην Ελλάδα ο απόφοιτος των Τμημάτων Νοσηλευτικής των Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΑΕΙ) και των Ανώτατων Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΑΤΕΙ), ο οποίος έχει λάβει άδεια άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος από την αρμόδια κρατική αρχή. Στο πλαίσιο της βασικής τους εκπαίδευσης, οι φοιτητές διδάσκονται μαθήματα Κοινωνικής Νοσηλευτικής και Δημόσιας Υγείας γενικότερα, με σκοπό να αποκτήσουν βασικές γνώσεις και δεξιότητες για τη φροντίδα και προαγωγή της υγείας στην κοινότητα.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η βασική νοσηλευτική εκπαίδευση στην κοινοτική υγεία και πρακτική πρέπει να προετοιμάζει τους νοσηλευτές για τον προσδιορισμό, την αξιολόγηση, τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την επανεκτίμηση του πληθυσμού σε κίνδυνο (WHO, 1985), χωρίς να παραβλέπεται η ευθύνη ανταπόκρισης των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών στα παρόντα εθνικά συστήματα υγείας κάθε χώρας. Η σύσταση του ΠΟΥ και η σύσταση EEC No R(83)5 προσδιορίζουν το περιεχόμενο εκπαίδευσης της ειδικότητας της Κοινωνικής Νοσηλευτικής (Πίνακας 7.1) (EEC No R(83)5· Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005).

|   |
|---|
| Επιδημιολογία   |
| Επιστήμες της συμπεριφοράς, Κοινωνιολογία, Ψυχολογία  |
| Κοινωνική πολιτική  |
| Εκτίμηση, προγραμματισμός και αξιολόγηση αναγκών φροντίδας υγείας και νοσηλείας ατόμων, οικογενειών και ομάδων στην κοινότητα |
| Χρήση κοινοτικών πόρων  |
| Άσκηση του επαγγέλματος ανεξάρτητα αλλά και ως μέλος της ομάδας ΠΦΥ   |
| Μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος γυναικών (π.χ. για τον γυναικολογικό καρκίνο)  |
| Εκπαίδευση  |
| Αποκατάσταση  |
| Νομοθεσία   |
| Μεθοδολογία έρευνας   |

**Πίνακας 7.1** Περιεχόμενο εκπαίδευσης στην ειδικότητα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής σύμφωνα με τη σύσταση EEC No R(83)5.

Η ακαδημαϊκή κοινότητα, προκειμένου να ανταποκριθεί στην πρόκληση της κατάλληλης προετοιμασίας του νοσηλευτικού προσωπικού για τη διεξαγόμενη μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ, η οποία είναι προϊόν των διεθνών επιταγών (επιδημιολογικοί, κοινωνικοί, τεχνολογικοί παράγοντες κ.ά.) για την αναμόρφωση των συστημάτων υγείας και τον προσανατολισμό τους σε εξωνοσοκομειακές μορφές φροντίδας, προήγαγε τη λειτουργία προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών με ειδικεύσεις όπως η Δημόσια Υγεία, η Κοινοτική Νοσηλευτική (Πίνακας 7.2), η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική, η Νοσηλευτική Μαζικών Καταστροφών, η ΠΦΥ. Παράλληλα, δίνεται η δυνατότητα για πρόσθετη εξειδίκευση με την απόκτηση διδακτορικού διπλώματος στην Κοινοτική Νοσηλευτική, στη Δημόσια Υγεία, στη Σχολική Νοσηλευτική, στην Κατ' Οίκον Νοσηλευτική Φροντίδα και στην ΠΦΥ γενικότερα (Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005).

| Κοινά μαθήματα βασικού κορμού   | Μαθήματα κορμού κατεύθυνσης Δημόσιας Υγείας | Μαθήματα ειδίκευσης Κοινοτικής Νοσηλευτικής            |
|---|---|--|
| Βιοστατιστική   | Επιδημιολογία                               | Κοινοτική νοσηλευτική για υγιείς πληθυσμιακές ομάδες   |
| Διοίκηση ολικής ποιότητας   | Πρόληψη                                     | Κοινοτική νοσηλευτική για ασθενείς πληθυσμιακές ομάδες |
| Ειδικά θέματα στην πληροφορική υγείας   | Αγωγή και προαγωγή υγείας                   | Κατ' οίκον νοσηλεία                                    |
| Επικοινωνία και διαπροσωπικές σχέσεις   | Δημογραφία                                  | Υγιεινή της εργασίας                                   |
| Ερευνητική μεθοδολογία  |   | Κλινική άσκηση   |
| Τεχνικές συγγραφής επιστημονικής εργασίας   |   | Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία                       |
| Το δίκαιο της υγείας  |   |  |
|   |   |  |
| Πηγή: ΕΚΠΑ (2014). Οδηγός Μεταπτυχιακών Σπουδών 2014-2015. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ |   |  |

**Πίνακας 7.2** Μαθήματα Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Δημόσιας Υγείας, με ειδίκευση στην Κοινοτική Νοσηλευτική, του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ.

Η ειδικότητα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής στην Ελλάδα αναγνωρίστηκε από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) (απόφαση 11-18/2/1994) ως μια ξεχωριστή ειδικότητα στις ήδη υπάρχουσες (Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005) και έχει αποφασιστεί με σχέδιο νόμου από την Επιτροπή Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (συνεδρίαση 16/11/2013) και την Ολομέλεια του ΚΕΣΥ (συνεδρίαση 06/12/2013), αλλά δεν έχει θεσπιστεί μέχρι σήμερα (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014).

Στην Οδηγία 2005/36/ΕΚ και 2013/55/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, στο πλαίσιο της διακίνησης των νοσηλευτών εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναφέρεται ότι η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού γενικής νοσηλείας περιλαμβάνει θεωρητική και κλινική εκπαίδευση (Πίνακας 7.3) κατά την οποία ο καταρτιζόμενος «...μαθαίνει να αξιολογεί άτομο και σύνολο ανθρώπων (κοινότητα), να σχεδιάζει, να παρέχει και να αξιολογεί την απαιτούμενη συνολική νοσηλευτική περίθαλψη βάσει των γνώσεων και των δεξιοτήτων που έχει αποκτήσει [...] αλλά και να αποτελεί μέλος μιας ομάδας και να είναι

επικεφαλής της ομάδας που οργανώνει τη συνολική νοσηλευτική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής εκπαίδευσης για μεμονωμένα άτομα και μικρές ομάδες, στο πλαίσιο του υγειονομικού φορέα ή εντός της κοινότητας». Η κλινική εκπαίδευση αναφέρεται ότι πραγματοποιείται και στο πλαίσιο της κοινότητας, της οποίας ένας τομέας άσκησης είναι και η κατ' οίκον νοσηλεία, ενώ παράλληλα οι γνώσεις και δεξιότητες που έχει αποκτήσει αφορούν και στη «συνεργασία του με άλλους επαγγελματίες του υγειονομικού τομέα».

| <b>Θεωρητική διδασκαλία</b>  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <b>Νοσηλεία</b>  | <b>Βασικές επιστήμες</b>  | <b>Κοινωνικές επιστήμες</b>         |
| Φύση και δεοντολογία του επαγγέλματος  | Ανατομία και Φυσιολογία   | Κοινωνιολογία                       |
| Γενικές αρχές υγιεινής και νοσηλείας   | Παθολογία   | Ψυχολογία                           |
| Αρχές νοσηλείας στους τομείς:<br>α) γενικής ιατρικής και ιατρικών ειδικοτήτων<br>β) γενικής χειρουργικής και χειρουργικών ειδικοτήτων<br>γ) παιδοκομίας και παιδιατρικής<br>δ) υγιεινής περιθάλψεως λεχώνας και νεογέννητου<br>ε) πνευματικής υγείας και ψυχιατρικής<br>στ) γηροκομίας και γηριατρικής | Βακτηριολογία, Ιολογία και Παρασιτολογία  | Γενικές αρχές διοικήσεως            |
|  | Βιοφυσική, Βιοχημεία και Ραδιολογία   | Γενικές αρχές διδασκαλίας           |
|  | Διαιτητική  | Κοινωνική και υγειονομική νομοθεσία |
|  | Υγιεινή:<br>α) προληπτική ιατρική<br>β) υγειονομική εκπαίδευση  | Νομικές πτυχές του επαγγέλματος     |
|  | Φαρμακολογία  |                                     |
| <b>Κλινική διδασκαλία</b>  |   |                                     |
| <b>Νοσηλεία στους τομείς</b>   |   |                                     |
| Γενικής ιατρικής και ιατρικών ειδικοτήτων  | Η διδασκαλία ενός ή περισσότερων από τα μαθήματα αυτά δύναται να εξασφαλίζεται στο πλαίσιο άλλων κλάδων ή σε σύνδεση με αυτούς. |                                     |
| Γενικής χειρουργικής και χειρουργικών ειδικοτήτων  |   |                                     |
| Υγιεινής περιθάλψεως λεχώνας και νεογέννητου   |   |                                     |
| Πνευματικής υγείας και ψυχιατρικής   |   |                                     |
| Γηροκομίας και γηριατρικής   |   |                                     |
| Κατ' οίκον νοσηλείας   |   |                                     |
| Πηγή: ΠΔ 38/25-05-2010. Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην Οδηγία 2005/36/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου (Παράρτημα V, σημείο 5.2.1)   |   |                                     |

**Πίνακας 7.3** Το πρόγραμμα εκπαίδευσης του νοσηλευτή γενικής νοσηλείας, σύμφωνα με την Οδηγία 2005/36/ΕΚ.

### 7.3.2 Η εκπαίδευση του κοινοτικού νοσηλευτή διεθνώς

Ιδιαίτερα απαιτητική είναι η εκπαίδευση του ειδικευμένου κοινοτικού νοσηλευτή και στο εξωτερικό, δεδομένης της αναγκαιότητας: α) απόκτησης μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Κοινωνική Νοσηλευτική ή τη Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας, β) της επαγγελματικής πρακτικής στην κοινότητα συγκεκριμένων ωρών και γ) της ευρείας γνώσης του νοσηλευτή ενδεικτικά σε τομείς όπως η επιδημιολογία, η έρευνα, η περιβαλλοντική υγεία, η κοινοτική ανάπτυξη κ.ά. (McEwen & Nies, 2006· Mosser & Begun, 2014). Συγκεκριμένες συστάσεις και κατευθύνσεις για ένα ενδεικτικό πρόγραμμα εκπαίδευσης στην ειδικότητα της Κοινωνικής Νοσηλευτικής (Πίνακας 7.4), καθώς και οι προϋποθέσεις παρακολούθησής του παρέχονται από

τον WHO (WHO, 2000, 2001). Η εξειδίκευση, για παράδειγμα, στην Κατ' Οίκον Νοσηλευτική Φροντίδα, στη Γηριατρική Νοσηλευτική, στην Οικογενειακή Νοσηλευτική (WHO, 2001), απαιτεί επιπρόσθετη κατάλληλη εκπαίδευση. Αναφέρεται η αναγκαιότητα απόκτησης διδακτορικού διπλώματος για την απόκτηση ηγετικών δεξιοτήτων, την ανάπτυξη νέων μοντέλων φροντίδας που ανταποκρίνονται στις αυξημένες απαιτήσεις των συστημάτων υγείας και την ανάπτυξη πολιτικών για τη βελτίωση των υπηρεσιών και αντιμετώπιση των προβλημάτων στην ΠΦΥ (Lathrop & Hodnicki, 2014).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι νοσηλευτές σε πολλές χώρες διεθνώς έχουν το δικαίωμα να συνταγογραφούν μετά από κατάλληλη εκπαίδευση (Courtenay, 2010). Διακρίνονται οι νοσηλευτές που μπορούν να συνταγογραφούν ανεξάρτητα, όπως οι κοινοτικοί νοσηλευτές, και οι νοσηλευτές που μπορούν να συνταγογραφούν συμπληρωματικά, όταν έχει προηγηθεί διάγνωση από τον ιατρό (RCN, 2012). Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών (Αυστραλία, Καναδάς, Ιρλανδία, Ολλανδία, Νέα Ζηλανδία, Ισπανία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Αμερική κ.ά.) όσον αφορά την εκπαίδευση των νοσηλευτών στη συνταγογράφηση. Στη Νέα Ζηλανδία, τον Καναδά, την Αυστραλία και την Ολλανδία, η εκπαίδευση γίνεται υπό το πλαίσιο μεταπτυχιακού προγράμματος (Master), ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο η εκπαίδευση γίνεται στο προπτυχιακό επίπεδο 3. Κριτήρια για την ένταξη σε πρόγραμμα συνταγογράφησης είναι η κλινική εμπειρία στο χώρο (3-5 χρόνια) και οι αποδεδειγμένες δεξιότητες κλινικής αξιολόγησης και λήψης κλινικών αποφάσεων (Kroezen, van Dijk, Groenewegen, & Francke, 2011).

Σύμφωνα με πρόσφατη αναφορά, η Νορβηγία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευτών (32,3%) που στελεχώνουν υπηρεσίες στην κοινότητα και στη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, ακολουθεί ο Καναδάς με 29% και η Αυστραλία και η Αγγλία με ποσοστό 21% αντίστοιχα, ενώ συγχρόνως επιβεβαιώνεται η υποστελέχωση των υπηρεσιών αυτών σε εξειδικευμένους κοινοτικούς νοσηλευτές (RCN, 2014).

| Περιεχόμενο εκπαίδευσης (θεωρητικό και πρακτικό)  | Ενδεικτική ανάλυση περιεχομένου εκπαίδευσης   |
|---|---|
| Μακροεπίπεδο: ΠΦΥ και κοινοτική νοσηλευτική   | Είδη περίθαλψης, ομάδα ΠΦΥ, εθελοντισμός, εκπαίδευση κ.ά.   |
| Μικροεπίπεδο: ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της ΠΦΥ και κοινοτική νοσηλευτική                   | Οικογένεια, γήρανση, φροντιστές, θρήνος και θάνατος, επικοινωνία, συμβουλευτική κ.ά.  |
| Κατ' οίκον φροντίδα υγείας  | Αξιολόγηση και σχεδιασμός φροντίδας ασθενών και οικογενειών, διδασκαλία, έλεγχος λοιμώξεων, διασύνδεση υπηρεσιών, διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, αποκατάσταση, φροντίδα ελκών, ψυχικά νοσήματα, φροντίδα στο τελικό στάδιο κ.ά. |
| Κοινοτική νοσηλευτική και προαγωγή της υγείας   | Πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη, επιδημιολογία, κοινωνική ιατρική, ανοσοποίηση, εμβολιασμοί, επαγγελματική υγεία, διατροφή, σχολική υγεία, υγεία μητέρας και παιδιού, έλεγχος πληθυσμού κ.ά.                      |
| Πρακτική εκπαίδευση στην κοινότητα  | Κατ' οίκον φροντίδα, κέντρα υγείας, χώροι εργασίας, σχολείο, κοινωνικές υπηρεσίες, μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων κ.ά.   |
| Αναστοχαστική πρακτική στην κοινότητα   | Δεξιότητες, εμπιστευτικότητα, τεκμηρίωση, αγωγή υγείας κ.ά.   |
| Κοινοτική νοσηλευτική: θέματα οργάνωσης, διαχείρισης και πρακτικής                                      | Οργάνωση, διαχείριση περίπτωσης, δεξιότητες διοίκησης, ικανοποίηση κ.ά.   |
| Διασφάλιση ποιότητας  | Μέθοδοι διασφάλισης ποιότητας, ποιότητα στην κοινότητα κ.ά.   |
| Πηγή: WHO (2001). Community nursing for countries in transition. Copenhagen: World Health Organization. |   |

**Πίνακας 7.4** Περιεχόμενο εκπαίδευσης στην ειδικότητα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής σύμφωνα με τον WHO.

## 7.4 Νομοθετικό πλαίσιο και επαγγελματικά δικαιώματα

Στον ιδρυτικό νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) (1397/1983, ΦΕΚ 143/τ. Α' /07-10-1983), γίνεται αναφορά στους σκοπούς των κέντρων υγείας (ΚΥ), στα οποία μπορούν να διορίζονται νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και μαίες, ενώ μέχρι τότε οι επισκέπτες υγείας ήταν αυτοί που ασχολούνταν



περισσότερο με θέματα της κοινότητας (Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005). Έκτοτε, οι νοσηλευτές περιλαμβάνονται σε κάθε αναφορά στελέχωσης των δομών ΠΦΥ.

Αργότερα, με τον νόμο 2071/1992 (ΦΕΚ 123/τ. Α'/15-07-1992) για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του ΕΣΥ, αναφέρεται ότι τα κέντρα υγείας στελεχώνονται από ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό και επισκέπτες υγείας, συνίσταται νοσηλευτική υπηρεσία για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών και σε αυτή προΐσταται πτυχιούχος νοσηλεύτρια. Στο άρθρο 28 του ίδιου νόμου καθιερώνεται το σύστημα κατ' οίκον νοσηλείας, για το οποίο προεδρικά διατάγματα θα ρυθμίσουν θέματα οργάνωσης, στελέχωσης και λειτουργίας.

Στον νόμο 3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ. Α'/18-02-2004), στο άρθρο 8, αναφέρεται το «Έργο του Νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», στο οποίο γίνεται αναφορά και στην παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας. Ο πολύ πρόσφατος ιδρυτικός νόμος του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) (Ν. 4238/2014, ΦΕΚ 38/τ. Α'/17/02/2014) κάνει λόγο για τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη στελέχωση των υπηρεσιών του ΠΕΔΥ. Το άρθρο 35, παράγραφος 1, του νόμου 4272/2014 (ΦΕΚ 145/τ. Α'/11/07/2014) για την κατ' οίκον νοσηλεία κάνει λόγο για την παροχή κατ' οίκον νοσηλείας από ιδιώτες επαγγελματίες υγείας, επομένως και οι νοσηλευτές μπορούν να ασκήσουν ελεύθερο επάγγελμα (Ν. 3252/2004, ΦΕΚ 132/τ. Α'/16-07-2004, άρθρο 2, παράγραφος 13).

Οι νοσηλευτικές πράξεις, ανεξάρτητες, εξαρτημένες με ευθύνη γιατρού, εξαρτημένες με παρουσία ιατρού και επείγουσες (28/05 - 04/06/87 της 3ης απόφασης της 47ης ολομέλειας του ΚΕΣΥ), και τα επαγγελματικά δικαιώματα (ΠΔ 351/1989, ΦΕΚ 159/τ. Α'/14-06-1989) θα πρέπει να επικαιροποιούνται ως απάντηση των νοσηλευτών στις προκλήσεις της διεύρυνσης του ρόλου τους σε νέες μορφές φροντίδας αλλά και της εξέλιξης της τεχνολογίας (Βαρδάκη, 2009), σε συμφωνία πάντα με το επίσης επικαιροποιημένο πρόγραμμα εκπαίδευσής τους. Οι ανεξάρτητες πράξεις έχουν ευρεία εφαρμογή στην κοινότητα, αλλά η απουσία επαναπροσδιορισμού τους γενικότερα φαίνεται να εξαντλεί το ανεξάντλητο και πολυδιάστατο έργο του νοσηλευτή στην κοινότητα.

Στο άρθρο 13 του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας (ΠΔ 216/2001, ΦΕΚ 167/τ. Α'/25-07-2001) αναγνωρίζεται ο ισότιμος ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπευτική ομάδα, καθώς και η επιστημονική του ανεξαρτησία (Βαρδάκη, 2009). Τα άρθρα 15 και 23 αναφέρονται στην άσκηση της κοινοτικής νοσηλευτικής και παροχής νοσηλευτικού έργου σε συνεργασία με την ομάδα υγείας.

Γενικότερη διαπίστωση του νομικού καθεστώτος που διέπει το νοσηλευτικό επάγγελμα στην Ελλάδα είναι οι διάσπαρτες διατάξεις, οι παραπομπές σε αποφάσεις και η απουσία εκσυγχρονισμού του για τη δημιουργία ασφάλειας δικαίου στους ασκούντες τη νοσηλευτική στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης. Αξίζει να σημειωθεί η αναγκαιότητα κοστολόγησης των νοσηλευτικών πράξεων εξαιτίας της ολοένα αυξανόμενης άσκησης ιδιωτικού έργου στην κοινότητα από τους νοσηλευτές. Αντιληπτή είναι η αναγκαιότητα της θέσπισης της ειδικότητας της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, αφενός για την κατάλληλη εκπαίδευση των ενδιαφερομένων και την ανταπόκρισή τους σε απαιτήσεις της κοινότητας αλλά, αφετέρου, για τη δημιουργία ασφάλειας δικαίου στην άσκησης της.

## 7.5 Το όραμα και οι στρατηγικοί στόχοι του νοσηλευτή στην κοινότητα

Το όραμα για τον κοινοτικό νοσηλευτή είναι η προαγωγή, η προάσπιση και η φροντίδα υγείας των ατόμων σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους μέσα από την αναγνώριση της διαφορετικότητάς τους, τη σύναψη θεραπευτικών σχέσεων και την ανάπτυξη συνεργασιών (CHNC, 2011).

Στρατηγικοί στόχοι της κοινοτικής νοσηλευτικής για την επίτευξη του οράματος είναι (CHNC, 2011· Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005):

- Η προαγωγή, η προστασία και η διατήρηση υγιούς περιβάλλοντος.
- Η προαγωγή, η προστασία, η διατήρηση και η πρόληψη της αρρώστιας και του τραυματισμού.
- Η συμμετοχή και η προάσπιση των πολιτικών για τη δημόσια υγεία.
- Ο σεβασμός της διαφορετικότητας των ατόμων/ασθενών και των φροντιστών τους.
- Η καθοδήγηση των ατόμων και η ενίσχυση των ικανοτήτων τους για την επίτευξη της πολυδιάστατης προσέγγισης της προαγωγής της υγείας.
- Η παροχή τεκμηριωμένης φροντίδας στην κοινότητα, στο σπίτι, στο σχολείο, σε υπηρεσίες της κοινότητας, στο χώρο εργασίας.

- Η συνεργασία και ο συντονισμός με διαφορετικούς συνεργάτες, επιστήμονες και σε διαφορετικούς τομείς (εκπαίδευση, τοπική αυτοδιοίκηση κ.ά.).
- Η αναγνώριση και η συνεισφορά για την επίτευξη του στόχου «Υγεία για Όλους».
- Η δέσμευση των πόρων για την υγεία, ο συντονισμός της φροντίδας, ο σχεδιασμός υπηρεσιών και προγραμμάτων.
- Η εργασία με υψηλά επίπεδα αυτονομίας, η οποία συμβάλλει στον προσδιορισμό των καθοριστικών για την υγεία παραγόντων και επηρεάζει θετικά άτομα και κοινότητες.

## 7.6 Ο πολυδιάστατος ρόλος των νοσηλευτών στην κοινότητα

Οι αλλαγές στο δημογραφικό προφίλ του πληθυσμού των χωρών, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, η μείωση των γεννήσεων, οι αλλαγές στη στάση φροντίδας του ηλικιωμένου μέσα στην οικογένεια και, δεδομένου ότι ο επιπολασμός της σχετικής με την ηλικία ανικανότητας (ανάγκη υποστήριξης) από 5% στην ηλικία των 70 ετών αυξάνεται σε 50% στην ηλικία των 90 ετών (Giles et al., 2003), επιβάλλουν την αναδιαμόρφωση των υπηρεσιών της κοινότητας για τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα, την πρόληψη των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο, τη δικτύωση και λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών για την προαγωγή της αυτοδιαχείρισης των προβλημάτων (Αδαμακίδου, 2012).

Βασική προτεραιότητα πρέπει να αποτελέσει η επένδυση στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στην κοινότητα. Προτεραιότητα στους κοινοτικούς νοσηλευτές επιβάλλεται να δοθεί σε επίπεδο θεωρητικής εκπαίδευσης, πρακτικής εκπαίδευσης και ανάπτυξης δεξιοτήτων για τη διασφάλιση ότι κατάλληλοι νοσηλευτές, με κατάλληλες δεξιότητες ηγούνται του συνεχώς μεταβαλλόμενου πλαισίου ανάπτυξης της ΠΦΥ (RCN, 2014).

Η ΠΦΥ ορίστηκε για πρώτη φορά το 1978 στην Άλμα-Άτα και έγινε αποδεκτή από το ICN και τα μέλη του ως μια προσέγγιση παροχής φροντίδας υγείας (ICN, 1988), η οποία χαρακτηρίζεται και ως φιλοσοφία παροχής φροντίδας, μια στρατηγική για την επίτευξη του σκοπού «Υγεία για Όλους», αλλά συνάμα και ένας οδηγός για τη μεταρρύθμιση στη φροντίδα υγείας.

Στην ομάδα της ΠΦΥ διαφορετικοί επαγγελματίες υγείας διενεργούν την αξιολόγηση του ίδιου ατόμου (υγιούς ή ασθενούς) και αποφαινόμενοι σε ανεξάρτητες προτάσεις για τη φροντίδα του. Η λειτουργία της ομάδας στην ΠΦΥ αποδεικνύει την απάλειψη του παραδοσιακού, κάθετου, ιατροκεντρικού μοντέλου και την αντικατάστασή του από ένα οριζόντιο, συνεργατικό και ανθρωποκεντρικό μοντέλο φροντίδας υγείας. Επιπρόσθετα, η ομάδα δεν περιορίζεται στην ταυτόχρονη φυσική παρουσία των μελών στον ίδιο χώρο, αλλά κάθε μέλος μπορεί, με τη χρήση της τεχνολογίας (τηλεδιάσκεψη), να παρίσταται και να συμμετέχει. Αυτό σημαίνει ότι ειδικευμένοι νοσηλευτές μπορούν να ανταποκριθούν στην έλλειψη ιατρικού προσωπικού σε απομακρυσμένες και νησιωτικές περιοχές, παρέχοντας πρόσβαση σε ποιοτική και αποδοτική φροντίδα υγείας, όπως συμβαίνει και σε άλλες χώρες (Laurant et al., 2005).

### 7.6.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα

Στη φροντίδα που παρέχεται από τη διεπιστημονική ομάδα, οι ασθενείς και η οικογένεια λαμβάνουν κεντρικό ρόλο και αποτελούν το επίκεντρο της αποστολής του οργανισμού ή της υπηρεσίας. Ο νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας της ΠΦΥ λειτουργεί με σεβασμό προς τις αξίες και τα ενδιαφέροντα του ασθενούς και της οικογένειάς του, κινητοποιεί και ενδυναμώνει την ενεργητική συμμετοχή τους στον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση του σχεδίου φροντίδας αλλά και των υπηρεσιών, αναγνωρίζει και σέβεται την πολιτισμική διαφορετικότητά τους (Mosser & Begun, 2014), καθώς η ανάπτυξη πολιτισμικής επάρκειας αποτελεί βασική δεξιότητα στα πλαίσια της εκπαίδευσής του (Papadopoulos, 2011).

Οι πληθυσμοί-στόχοι του νοσηλευτή στην κοινότητα είναι δύο: ο υγιής πληθυσμός και ο πληθυσμός που νοσεί από οξεία και χρόνια νοσήματα. Καθένας χρειάζεται διαφορετική νοσηλευτική φροντίδα και, επομένως, ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα του είναι διαφορετικός.

Συνεπώς, ο νοσηλευτής έχει δύο στόχους: αφενός, την παροχή φροντίδας υγείας, η οποία περιλαμβάνει την εκπαίδευση στην υγεία, την πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας και, αφετέρου, την παροχή κλινικής φροντίδας στην κοινότητα μέσα από τις εξωνοσοκομειακές δομές φροντίδας υγείας (EEC No R(83)5 Kemp et al., 2005).

Ο πρώτος στόχος της παροχής ΠΦΥ σχετίζεται με την εργασία των κοινοτικών νοσηλευτών εντός του πλαισίου στο οποίο κοινωνικοί, πολιτικοί, οικονομικοί, περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν

καθοριστικά την υγεία του πληθυσμού (WHO, 1978). Η επίβλεψη του περιβάλλοντος της κοινότητας (σχολικό, οικογενειακό, επαγγελματικό, χώροι συγκέντρωσης μεταναστών, φυλακές, ευρύτερο περιβάλλον), η διενέργεια παρεμβάσεων πρόληψης της ασθένειας, της αναπηρίας ή του πρόωρου θανάτου, η υγειονομική διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού και η κινητοποίησή του για ενεργό συμμετοχή σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία, η συλλογή και διατήρηση στοιχείων και η διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών, η διερεύνηση των προβλημάτων υγείας στην κοινότητα, η συνεργασία με την κοινότητα, η διεπιστημονική συνεργασία με τα μέλη της ομάδας της ΠΦΥ, είναι μερικοί μόνο από τους ρόλους του κοινοτικού νοσηλευτή για την επίτευξη του στόχου του (Anderson et al., 2012· Αποστολάρα, 2012· Δρακοπούλου, Ρόκα, & Σαρίδη, 2012· Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005· Lathrop & Hodnicki, 2014).

Τις τελευταίες δεκαετίες, με την αλλαγή του ρόλου αλλά και των απαιτήσεων του χρήστη των υπηρεσιών υγείας και τη γενικότερη υγειονομική μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας προς την εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας, ως φυσική συνέπεια ακολούθησε και η προέκταση του ρόλου του κοινοτικού νοσηλευτή στην παροχή σύνθετων κλινικών παρεμβάσεων φροντίδας σε οξεία ή χρόνια νοσήματα, που διέπονται από τη φιλοσοφία της εξατομικευμένης, ολιστικής, ανθρωποκεντρικής φροντίδας για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας στην κοινότητα (Schmitt, 2005· Stepans et al., 2002).

Σήμερα οι κοινοτικοί νοσηλευτές καλούνται να υποστηρίξουν τους ασθενείς, τις οικογένειες και τους φροντιστές τους ώστε να αυτοδιαχειρίζονται την κατάσταση της υγείας τους στο περιβάλλον του σπιτιού τους. Τέτοιου είδους παρεμβάσεις προϋποθέτουν τον εντοπισμό και τη διασύνδεση με κατάλληλα υποστηρικτικά δίκτυα/υπηρεσίες, συνηγορία του χρήστη και διαμεσολάβηση στην παροχή πληροφοριών και υπηρεσιών (υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών) με σκοπό την ενδυνάμωση, την ανάπτυξη και την καλλιέργεια δεξιοτήτων των χρηστών, οι οποίες μεγιστοποιούν την ικανότητα αυτοδιαχείρισης της ασθένειάς τους ή του προβλήματος υγείας (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014· Κούκια, 2012).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι στο εξωτερικό σε ομάδες ΠΦΥ εμπλέκονται κοινοτικοί νοσηλευτές αλλά και εξειδικευμένοι νοσηλευτές, όπως νοσηλευτές της κατ' οίκον φροντίδας, νοσηλευτές ψυχικής υγείας, γηριατρικοί νοσηλευτές, νοσηλευτές εξειδικευμένοι στον σακχαρώδη διαβήτη, σχολικοί νοσηλευτές κ.ά. (Report of the Independent Commission on whole Person Care for the Labour Party, 2014· Sargeant, Loney & Murphy, 2008).

Ο κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να στελεχώσει υπηρεσίες που παρέχουν ΠΦΥ και να αποτελέσει μέλος της ομάδας ΠΦΥ σε μεγάλο εύρος δομών (Πίνακας 7.5) (Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005). Ως μέλος της ομάδας της ΠΦΥ μπορεί να αναλαμβάνει πολυδιάστατους και πολύπλευρους ρόλους στην κοινότητα, οι οποίοι συνάδουν και αξιοποιούν την πολυδιάστατη και πολύπλευρη εκπαίδευσή του (Πίνακας 7.6) (Αποστολάρα, 2012· Δρακοπούλου, Ρόκα, & Σαρίδη, 2012· Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005· Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014· Κούκια, 2012· Κουλούρη & Σαράφης, 2015).

|   |
|---|
| Δομές του ΠΕΔΥ (κέντρα υγείας, πολυιατρεία, περιφερειακά ιατρεία, πρώην ΠΙΚΠΑ, μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού)   |
| Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας (αντίστοιχη εξειδίκευση Κατ' Οίκον Νοσηλευτική και Νοσηλευτική της Οικογένειας)  |
| Υπηρεσίες «νοσοκομείο στο σπίτι» (hospital at home)   |
| Υπηρεσίες δημόσιας υγείας   |
| Σχολεία (φροντίδα σε οξεία και χρόνια προβλήματα υγείας, διασύνδεση με την οικογένεια, την κοινότητα, τη διαχείριση συμπεριφορών υψηλού κινδύνου κ.ά.) [αντίστοιχη εξειδίκευση Σχολική Νοσηλευτική (Ν. 2817/2000, ΦΕΚ 78/14-3-2000. Υ.Α. Αρ. 27922/Γ6, ΦΕΚ 449/3-4-2007)] |
| Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων   |
| Μονάδες τηλε-υγείας (αντίστοιχη εξειδίκευση Νοσηλευτική Πληροφορικής)   |
| Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας για παιδιά, εφήβους, ενήλικες και οικογένειες (αντίστοιχη ειδικότητα Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας)  |
| Αντίστοιχες δομές στον ιδιωτικό τομέα   |
| Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α' Βαθμού  |
| ΜΚΟ (π.χ. Γιατροί του Κόσμου, μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας κ.ά.)  |
| Ελεύθεροι επαγγελματίες (Ν. 3252/2004, ΦΕΚ 132/ τ. Α', άρθρο 2, παράγραφος 13)  |
| Υπηρεσίες nurse-led clinics σε χώρες με ανεπτυγμένο δίκτυο ΠΦΥ (Martínez-González et al., 2014)   |

**Πίνακας 7.5** Σύνοψη δομών και υπηρεσιών που μπορούν να στελεχωθούν από τον κοινοτικό νοσηλευτή ως μέλος της ομάδας της ΠΦΥ.

|  |
|--|
| Πρόληψη πρωτογενής (εμβολιασμοί, ατυχήματα, στοματική υγιεινή κ.ά.), δευτερογενής (ψηλάφηση μαστού, μέτρα πρόληψης κατακλίσεων, προσυμπτωματικός έλεγχος, οφθαλμολογικός έλεγχος κ.ά.) και τριτογενής (φροντίδα διαβητικού έλκους, φροντίδα δέρματος κλινήρους ασθενούς κ.ά.).   |
| Αγωγή υγείας ώστε το άτομο να καταστεί αυτόβουλος ρυθμιστής της υγείας του (αγωγή υγείας σε θέματα διατροφής, ψυχοσωματικής ανάπτυξης παιδιών, προστασίας περιβάλλοντος, κάπνισμα, αλκοόλ, πρόληψη ατυχημάτων, σεξουαλική συμπεριφορά κ.ά.) και συμμετοχή στον σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων αγωγής υγείας σε διαφορετικούς πληθυσμούς (ηλικιωμένοι, εργαζόμενοι, σχολείο, οικογένεια κ.ά.). |
| Επιδημιολογική μελέτη της κοινότητας, επιδημιολογική επιτήρηση, εργαστηριακή επιτήρηση νοσημάτων, επιτήρηση συνδρόμων.   |
| Προαγωγή της υγείας του πληθυσμού εφαρμόζοντας μέτρα πρόληψης, αγωγής υγείας και προστασίας της υγείας (νομοθετικά, κοινωνικά μέτρα κ.ά.).   |
| Επίβλεψη του περιβάλλοντος και τροποποίηση αυτού σε ένα ασφαλές και υγιές περιβάλλον, όταν χρειάζεται.   |
| Συντονισμός και δικτύωση των υπηρεσιών και της φροντίδας που παρέχεται στην κοινότητα.   |
| Υποστήριξη και υπεράσπιση για τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας των ατόμων κάθε ηλικίας στην κοινότητα με κατάλληλη αξιοποίηση των υποστηρικτικών δικτύων.  |
| Παροχή άμεσης φροντίδας με την αξιολόγηση του είδους και του εύρους της φροντίδας που χρειάζεται ο ασθενής, την παροχή της φροντίδας (αλλαγές τραυμάτων, καθετηριασμοί, διαχείριση εξοπλισμού, θέματα ασφάλειας κ.ά.) και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης φροντίδας.  |
| Αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας.   |
| Εκπαιδευτικός και συμβουλευτικός ρόλος σε άτομα, οικογένειες και ομάδες για την προσαρμογή στη νέα κατάσταση που ορίζει η νόσος, τον υγιή τρόπο διαβίωσης, την απόκτηση δεξιοτήτων, την οικονομική διαχείριση κ.ά.   |
| Ενδυνάμωση ατόμων, οικογενειών, ομάδων για την απόκτηση ελέγχου στη ζωή και την υγεία τους, την αυτοδιαχείριση, δέσμευση των χρηστών για την ενεργό συμμετοχή τους στη θεραπευτική σχέση και αλληλεπίδραση κ.ά.  |
| Ερευνητικός ρόλος στην κοινότητα για την ικανοποίηση των επιστημονικών ανησυχιών προς όφελος του πληθυσμού της κοινότητας.   |
| Διαχειριστής περίπτωσης και προϊστάμενος της νοσηλευτικής υπηρεσίας στη δομή εργασίας.   |

**Πίνακας 7.6** Σύνοψη ρόλων κοινοτικού νοσηλευτή.

Οι βασικές αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης αποτελούν βασικές αρχές για τη συνέχεια και τον συντονισμό στη φροντίδα αλλά και για τη μακροχρόνια φροντίδα και συνεργασία. Στο πλαίσιο της φροντίδας ατόμων με χρόνια νοσήματα αλλά και της φροντίδας πρόληψης και προαγωγής της υγείας διεξάγονται τα εξής: α) ευρεία αξιολόγηση του ατόμου, της οικογένειας και της ασθένειας, β) αξιολόγηση της ικανότητας του ατόμου να διαχειριστεί την υγεία και την ασθένεια, γ) δέσμευση στην υποστήριξη του ατόμου και της οικογένειας, δ) αξιολόγηση των κινδύνων και των συνεπειών της νόσου αλλά και των κινδύνων και συνεπειών της θεραπείας, ε) ενδυνάμωση των ασθενών για την αυτοδιαχείριση των προβλημάτων υγείας τους και την ανάπτυξη στρατηγικών για την επίτευξη ευεξίας, στ) ενημέρωση για το σχέδιο φροντίδας, για τις υποστηρικτικές πηγές της κοινότητας (υγείας και κοινωνικής πρόνοιας) και διαμεσολάβηση για τη χρήση τους, ζ) υποστήριξη, εκπαίδευση και καθοδήγηση του πληθυσμού (υγιών και ασθενών, φροντιστών, ατόμων ή ομάδων), η) υποκίνηση προς υγιείς συμπεριφορές, θ) συνεργασία και δικτύωση με υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης και κοινωνικές υπηρεσίες, ι) υποστήριξη στη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και στη διαχείριση των προβλημάτων υγείας (Anderson et al., 2012· Giltenane, Dowling & Kelly, 2013· McKinlay, 2007).

Ο van Loom (2008) προσδιορίζει τον ρόλο του σύγχρονου κοινοτικού νοσηλευτή στην υποστήριξη των χρηστών και των φροντιστών στην αυτοδιαχείριση της υγείας τους στο σπίτι τους, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην προαγωγή της αυτονομίας και της εξουσίας στον ίδιο τον χρήστη (Kralik et al., 2004). Το σύστημα που υποστηρίζει την παροχή της φροντίδας σε άτομα με χρόνια νοσήματα, όπως και η παρεχόμενη φροντίδα, πρέπει να προάγει την υγεία, να είναι προσανατολισμένο στον χρήστη, διεπιστημονικό και μακροχρόνιο (Wilkes et al., 2013). Οι Kralik και Telford (2007) προσδιορίζουν ως ρόλους του κοινοτικού νοσηλευτή στη φροντίδα των ασθενών με χρόνια νοσήματα την αξιολόγηση, την παρακολούθηση, τη συνηγορία, την εκπαίδευση, την προαγωγή της υγείας, τη διαχείριση περίπτωσης, την καθοδήγηση, την αυτοδιαχείριση, την παροχή κλινικής φροντίδας και τον συντονισμό των κοινοτικών υποστηρικτικών πηγών. Σε άλλη αναφορά προσδιορίζονται έξι κατηγορίες ρόλων του κοινοτικού νοσηλευτή στη διεπιστημονική ομάδα: η συνηγορία, ο υποστηρικτικός, ο συντονιστικός και εκπαιδευτικός ρόλος, ο ρόλος ως μέλος της ομάδας και ο ρόλος αξιολόγησης (Wilkes et al., 2013).

Οι στρατηγικές της ομάδας για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων για τα χρόνια νοσήματα αφορούν τη φροντίδα που βασίζεται στις ανάγκες του πληθυσμού, τον σχεδιασμό της φροντίδας, την κλινική διαχείριση βασισμένη σε ενδείξεις, την υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης, τη συνεχή παρακολούθηση και την ανατροφοδότηση, ενώ τα επίπεδα αυτονομίας και εμπλοκής στη λήψη αποφάσεων από τους νοσηλευτές είναι πολύ υψηλά (Wagner, 2000).

### 7.6.1.1 Ο νοσηλευτής ως διαχειριστής περίπτωσης (case manager)

Στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας, η συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών υγείας είναι επιβεβλημένη και σαφώς προσδιορισμένη στα πρότυπα φροντίδας. Η συνεργασία είναι απαραίτητη καθώς διασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας με την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο και τη φροντίδα του στο σπίτι (Health Quality Ontario, 2013a; Kelly & Penney, 2011). Στην περίπτωση αυτή, ο νοσηλευτής της κατ' οίκον φροντίδας, υπό το πλαίσιο της διασύνδεσης και της συνέχειας της φροντίδας, επισκέπτεται τον ασθενή στο νοσοκομείο για τη διερεύνηση ικανοποίησης των προϋποθέσεων για την έξοδό του από αυτό και τη συνέχιση της φροντίδας με ασφάλεια στο σπίτι του. Ο ασθενής εξέρχεται από το νοσοκομείο με συγκεκριμένες οδηγίες για την κατ' οίκον φροντίδα του. Ο διαχειριστής φροντίδας, ενεργώντας και ως συντονιστής της φροντίδας, επισκέπτεται τον ασθενή στο σπίτι, διενεργεί πολυδιάστατη αξιολόγηση, διατυπώνει διάγνωση, προσδιορίζει εμπόδια στην παροχή της φροντίδας, βοηθά στην αναγνώριση των συμπτωμάτων, εκπαιδεύει, θέτει μακροχρόνιους στόχους, συντονίζει το σχέδιο φροντίδας, ελέγχει και μειώνει το κόστος της φροντίδας (Herleman, 2008). Τα μέλη της ομάδας, τα οποία οφείλουν να συνεδριάζουν σε τακτά χρονικά διαστήματα (π.χ. εβδομαδιαίως), ενημερώνονται, αξιολογούν την κατάσταση του ασθενούς, την απάντησή του στη θεραπεία, διενεργούν τις παρεμβάσεις τους, και στη συνέχεια το σχέδιο φροντίδας μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με την κατάστασή του και τις συστάσεις των μελών. Ο νοσηλευτής σε αυτήν τη συνεργασία μπορεί να λαμβάνει ρόλους και να επιτελεί δεξιότητες όπως η παροχή άμεσης φροντίδας (αξιολόγηση, εκπαίδευση ατόμου και οικογένειας κ.ά.), έμμεσης φροντίδας (επίβλεψη βοηθητικού προσωπικού, παραπομπές, συμβουλευτική, διοικητικό έργο κ.ά.) και ρόλο διαχειριστή περίπτωσης (case manager).

Η διαχείριση περίπτωσης (case management) περιγράφεται ως μια διαδικασία συνεργασίας η οποία εκτιμά, σχεδιάζει, εφαρμόζει, συντονίζει, παρακολουθεί και αξιολογεί τις επιλογές και τις υπηρεσίες ώστε να αντιμετωπίζονται οι ανάγκες υγείας των ατόμων χρησιμοποιώντας επικοινωνιακούς και διαθέσιμους πόρους για να προαχθεί η ποιότητα και η οικονομικά αποδοτική έκβαση (CMSA, 2010). Στη νοσηλευτική δημόσια υγείας περιγράφεται ως η δυνατότητα αύξησης της ικανότητας αυτοφροντίδας των ατόμων και των οικογενειών και η ικανότητα των συστημάτων και των κοινοτήτων να συντονίζουν και να παρέχουν υπηρεσίες (Cary, 2006). Στη νοσηλευτική, η διαχείριση περίπτωσης απλά θα λέγαμε ότι περιλαμβάνει την ακριβή αξιολόγηση των αναγκών του ατόμου και της οικογένειας, την ανάπτυξη του σχεδίου φροντίδας, τον συντονισμό των υπηρεσιών και την παρακολούθηση της ποιότητας και του κόστους της φροντίδας (Herleman, 2008).

Η ανάληψη του ρόλου απαιτεί κατάλληλη μετεκπαίδευση (Schmitt, 2005) καθώς είναι ιδιαίτερα απαιτητικός. Για τον λόγο αυτό, ο διαχειριστής περίπτωσης πρέπει να διαθέτει διοικητική (διαχείριση πληροφοριών, διαπροσωπικές σχέσεις, λήψη αποφάσεων, προσδιορισμός υποστηρικτικών πηγών κ.ά.) αλλά και κλινική επάρκεια (πολυδιάστατη αξιολόγηση, σχεδιασμός φροντίδας, παρακολούθηση, δικτύωση υπηρεσιών, συνηγορία κ.ά.) (Conti, 2002; Hughes, 2001; Schmitt, 2005). Ο ίδιος μπορεί να παρέχει άμεσα φροντίδα ή όχι, ενώ η διαδικασία είναι πολύ οικία για τον νοσηλευτή, δεδομένου ότι τα στάδια της διαχείρισης περίπτωσης είναι ανάλογα με αυτά της νοσηλευτικής διεργασίας (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014). Αναφέρεται ότι τον ρόλο αυτό σε μία υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας αναλαμβάνουν συνήθως νοσηλευτές (Conti, 2002; Zink, 2005), ενώ γενικότερα προτείνεται τον ρόλο αυτό να αναλαμβάνει η ειδικότητα η οποία παρέχει το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών στον χρήστη (Zink, 2005).

Είναι μια διαδικασία συνεργασίας μεταξύ του ατόμου, της οικογένειας, των μελών της ομάδας, του ασφαλιστικού ταμείου και του διαχειριστή περίπτωσης, με διπλούς αποδέκτες: αφενός, τον ίδιο τον ασθενή, συμβάλλοντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του, της υγείας του, της ενδυνάμωσης και υπεράσπισής του και, αφετέρου, την υπηρεσία και το σύστημα, εστιάζοντας στη μείωση των δαπανών ή τη συγκράτηση του κόστους και την παροχή ποιοτικής φροντίδας (Cary, 2006).

Σημαντική είναι η συμβολή του νοσηλευτή διαχειριστή της φροντίδας στον έλεγχο των συμπτωμάτων με παρεμβάσεις όπως η καθοδήγηση, η μείωση του άγχους, η αγωγή υγείας, η εκπαίδευση και η διδασκαλία στον τρόπο ζωής, η διαχείριση των φαρμάκων και η καθοδήγηση στο σύστημα υγείας. Παρεμβάσεις

βελτίωσης της ποιότητας ζωής περιλαμβάνουν την υποστήριξη της οικογένειας, την πνευματική υποστήριξη, τη βελτίωση του τρόπου διαχείρισης των καταστάσεων, τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης, τη συναισθηματική υποστήριξη, την υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων, την οικονομική διαχείριση της φροντίδας (Brokel, Cole & Urmeyer, 2012· Carrier, 2012· Chen et al., 2013· Johnson et al., 2006 όπως αναφέρεται στο Brokel, Cole & Urmeyer, 2012· Joo & Huber, 2014· Prentice et al., 2011). Επίσης, αναφέρεται ότι βελτιώνει την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας, βελτιώνει την πρόσβαση και μειώνει το κόστος (Ethridge & Lamb, 1989· Hallberg & Kristensson, 2004· Hartman et al., 2008).

## 7.6.2 Η συνεισφορά του νοσηλευτή στην ομάδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Τα τρία συστατικά τα οποία προσδιορίζουν την επάρκεια του νοσηλευτή (γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες) και ενισχύουν τον ρόλο του στην ομάδα της ΠΦΥ είναι:

Α) Οι αξίες και η φιλοσοφία της νοσηλευτικής. Η φιλοσοφία της νοσηλευτικής επιστήμης εμπεριέχει την ολιστική και εξατομικευμένη προσέγγιση του ανθρώπου (ασθενούς ή υγιούς) οποιασδήποτε ηλικίας. Η ολιστική προσέγγιση αφορά την αναγνώριση και ικανοποίηση των αναγκών του ατόμου, κάθε διάστασης της ανθρώπινης ύπαρξης, δηλαδή βιοψυχοκοινωνική και πνευματική διάσταση, για την επίτευξη της επιθυμητής έκβασης των νοσηλευτικών παρεμβάσεων (Ραγιά, 1996). Η εξατομικευμένη προσέγγιση αφορά την αναγνώριση της μοναδικότητας κάθε ατόμου (βιολογικής και όχι μόνο), της μοναδικότητας σχετικά με τον τρόπο που βιώνει την υγεία και την αρρώστια, που εκφράζει τα συμπτώματα της αρρώστιας ή την ευεξία του, που αλληλεπιδρά με το έμφυτο και άψυχο περιβάλλον γύρω του, με τις προσωπικές του αξίες, με τις μοναδικές προσωπικές του επιλογές (Ραγιά, 1996). Η ανθρωποκεντρική φροντίδα αφορά την υποστήριξη της υγείας του ατόμου αλλά και την ενδυνάμωση του φροντιστή (τυπικού και άτυπου) και τη βελτίωση της υγείας της κοινότητας (Bartz, 2010).

Στην οργάνωση της ομάδας στην ΠΦΥ γίνεται λόγος σήμερα για την ασθενοκεντρική/ανθρωποκεντρική φροντίδα. Πρόκειται για την προσέγγιση η οποία συνθέτει τις δύο βασικές θεωρήσεις της φιλοσοφίας της νοσηλευτικής επιστήμης και στην οποία το άτομο (οικογένεια) αποτελεί, αφενός, το επίκεντρο της φροντίδας και, αφετέρου, λαμβάνει ολιστική φροντίδα με σεβασμό στη μοναδικότητά του (Pelzang, 2010· Report of the Independent Commission on Whole Person Care, 2014). Η σχέση της ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και ευεξίας καθοδηγεί την ομάδα σε μια πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση μέσα στο περιβάλλον του ατόμου (σπίτι, σχολείο, εργασία κ.λπ.).

Β) Το θεωρητικό υπόβαθρο της νοσηλευτικής. Η κοινοτική νοσηλευτική ως ειδικότητα αλλά και ως χώρος άσκησης της νοσηλευτικής πρακτικής αποτελεί πεδίο εφαρμογής βασικών νοσηλευτικών θεωριών (Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005· McEwen, 2010· Ραγιά 1995), όπως είναι το μοντέλο των συστημάτων της Newman, το οποίο με παρεμβάσεις πρόληψης προς το άτομο ή την ομάδα συμβάλλει στην προαγωγή της ευεξίας (Wills, 2010a). Σύμφωνα με τη θεωρία της αυτοφροντίδας της Orem, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους προτρέπονται και ενθαρρύνονται να αναλάβουν την αυτοφροντίδα τους ανάλογα με τις ικανότητές τους, και οι νοσηλευτές αντισταθμίζουν το έλλειμμα αυτοφροντίδας όταν χρειάζεται (Wills, 2010b· Παραδοτέο 3). Η θεωρία προσαρμογής της Roy εξετάζει τα προβλήματα προσαρμογής του ατόμου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος, εσωτερικού και εξωτερικού (Wills, 2010b). Τα μοντέλα αυτά, σε συνδυασμό με την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας (του τρόπου σκέψης των νοσηλευτών και τεκμηρίωσης των παρεμβάσεών τους) και τα νοσηλευτικά συστήματα ταξινόμησης στην κοινότητα (π.χ. Omaha system, Home health care classifications, NANDA I), αποτελούν ισχυρά «όπλα» στα χέρια των νοσηλευτών κατά την άσκηση της νοσηλευτικής στο εξαιρετικά ευρύ πεδίο δράσης της κοινότητας (Γκαμπρίς, 2011· Γκαμπρίς & Σουρτζή, 2014· Saba, 2002· Τριανταφυλλοπούλου, 2014). Δεδομένου ότι τα θεωρητικά μοντέλα βρίσκουν σήμερα ευρεία εφαρμογή σε πληθυσμούς της κοινότητας ανατακλώντας το σύστημα πεποιθήσεων του επαγγέλματος, προσδίδονται νέες προοπτικές στην άσκηση, την εκπαίδευση και την έρευνα στο πεδίο αυτό.

Γ) Τα χαρακτηριστικά, οι ευθύνες και οι δεξιότητες της άσκησης της νοσηλευτικής στην κοινότητα, τα οποία προσδιορίζονται από τον ΠΟΥ (WHO, 1985) ως: α) η ενθάρρυνση συμμετοχής της κοινότητας, β) η συνεργασία με άτομα, οικογένειες και την κοινότητα, γ) η ενδυνάμωση των ατόμων, των οικογενειών και της κοινότητας, δ) η καθοδήγηση και υποστήριξη άλλων εργαζομένων στην ΠΦΥ και ε) ο συντονισμός των δραστηριοτήτων για την ανάπτυξη της κοινότητας (π.χ. συνεργασία για την ανάπτυξη προγραμμάτων).

Οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν κρίσιμο και καθοριστικό ρόλο στην ομάδα της ΠΦΥ, ο οποίος αναγνωρίζεται και τεκμηριώνεται βιβλιογραφικά από πολλές αναφορές. Συγκεκριμένα, στη βιβλιογραφία γίνεται λόγος για: α) το μοντέλο σύγκρισης της φροντίδας που παρέχεται με τη συνεργασία μεταξύ νοσηλευτή και ιατρού έναντι του ιατρού και β) το μοντέλο σύγκρισης στην παροχή φροντίδας στην ΠΦΥ μεταξύ νοσηλευτή και ιατρού.

Στο πρώτο μοντέλο συγκρίνεται η αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας όταν υπάρχει συνεργασία μεταξύ νοσηλευτή και ιατρού με την αποτελεσματικότητα μόνο του ιατρού (Health Quality Ontario 2013a, 2013b· Keleher et al., 2009). Αναφέρεται ότι η συνεργασία των επαγγελματιών σχετίζεται με στατιστικά σημαντική μείωση του ποσοστού επανεισαγωγής στο νοσοκομείο μετά από ένα χρόνιο καρδιαγγειακό νόσημα (Campbell et al., 1998), με τον καλύτερο έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και της ολικής χοληστερόλης, με τη συμμόρφωση με τις οδηγίες, με τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, τον έλεγχο του BMI και τον έλεγχο του καπνίσματος, με τη συνταγογράφηση beta-blocker, τη συμμόρφωση με τον συνιστώμενο τρόπο ζωής (άσκηση και διατροφή), ενώ οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα (Campbell et al., 1998· Khunti et al., 2007· Litaker et al., 2003· Zhu, Wong & Wu, 2014). Σε ασθενείς με διαβήτη, η συνεργασία των επαγγελματιών είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της HbA1c (Litaker et al., 2003), την αύξηση της ικανοποίησης, τον έλεγχο των ποδιών (Houweling et al., 2011), τη μείωση της ανησυχίας λόγω της νόσου, τη βελτίωση του έλεγχου των επιπλοκών (Gabbay et al., 2006· Hiss et al., 2007· Houweling et al., 2011· Litaker et al., 2003· Medical Advisory Secretariat, 2009a). Η επίδραση του μοντέλου συνεργασίας στην ποιότητα ζωής δεν αναφέρεται να ήταν στατιστικά σημαντική (Health Quality Ontario, 2013). Σε ασθενείς με τραύματα και κατακλίσεις, η συνεργασία των επαγγελματιών έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της επούλωσης των τραυμάτων, τον καλύτερο έλεγχο του πόνου και της καθημερινής φροντίδας του και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Dailey, 2005· Edwards et al., 2009· Lorimer, 2004· Medical Advisory Secretariat, 2009b).

Στο δεύτερο μοντέλο, οι κατάλληλα εκπαιδευμένοι κοινοτικοί νοσηλευτές παρέχουν αυτόνομα ΠΦΥ, διαγιγνώσκουν, συνταγογραφούν, παραπέμπουν και εισάγουν ασθενείς. Ο ρόλος του ιατρού, όταν χρειάζεται, είναι συμβουλευτικός (Health Quality Ontario, 2013). Η πρώτη τυχαίοποιημένη μελέτη στην οποία διερευνάται η ισοδυναμία των νοσηλευτών και των ιατρών στην ΠΦΥ δημοσιεύτηκε το 1974. Στα αποτελέσματά της αναφέρεται ότι η έκβαση των ασθενών, η θνησιμότητα, η ικανοποίηση, η βιολογική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων τα οποία παρακολουθούνταν από νοσηλευτές ήταν ανάλογη/ισάξια με των ατόμων τα οποία παρακολουθούνταν από ιατρούς (Sackett, 2009· Spitzer et al., 1974, όπως αναφέρεται στο Naylor & Kurtzman, 2010). Σε άλλες δύο συστηματικές μελέτες αναφέρεται ότι οι ασθενείς της ομάδας παρακολούθησης από νοσηλευτές ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι και είχαν μακροχρόνια συμβουλευτική χωρίς σημαντικές διαφορές στην έκβαση, τη διαδικασία της φροντίδας και τη χρήση των πόρων σε σύγκριση με την ομάδα παρακολούθησης από ιατρούς (Hogrocks, Anderson & Salisbury, 2002· Laurant et al., 2004). Ακολούθησαν και άλλες μελέτες για τη διερεύνηση της υποκατάστασης (substitution) των ιατρών από νοσηλευτές στην ΠΦΥ, οι οποίες επιβεβαιώνουν ότι η φροντίδα που παρέχεται από νοσηλευτές είναι ισοδύναμη/ανάλογη (κατάσταση υγείας, θεραπεία, συνταγογράφηση) και συχνά περισσότερο αποτελεσματική σε κάποιες μεταβλητές (επανεκτίμηση, χρόνος συμβουλευτικής, ικανοποίηση, screening, αξιολόγηση, συμβουλευτική) σε σύγκριση με τη φροντίδα που παρέχεται από ιατρούς (Dierick-van Daele et al., 2006· Hopkins et al., 2005· Leese et al., 2006· Lenz et al., 2002· Munding et al., 2000· Ohman-Strickland et al., 2008· Running, Kipp & Mercer, 2006· Seale, Anderson & Kinnersley, 2006· ter Bogt et al., 2009· Wilson et al., 2005). Η οικονομική αξιολόγηση της παροχής υπηρεσιών από νοσηλευτές και βοηθούς ιατρών βρέθηκε να σχετίζεται με μικρότερο κόστος σε σύγκριση με την παροχή υπηρεσιών μόνο από ιατρούς (Naylor & Kurtzman, 2010). Μάλιστα, αναφέρεται ότι το μέσο κόστος είναι 20-35% μικρότερο σε σύγκριση με το μέσο κόστος της φροντίδας των τελευταίων (Eibner, Hussey, Ridgely & McGlynn, 2009, όπως αναφέρεται στο Naylor & Kurtzman, 2010).

### **7.6.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα της ΠΦΥ μπορεί να έχει αλληλοσυμπληρούμενες διαστάσεις αφού μπορεί να λειτουργεί ως μέλος της ομάδας και να αναλάβει τον ρόλο του ηγέτη και συντονιστή της ομάδας. Το εκπαιδευτικό του υπόβαθρο και οι δεξιότητες που έχει αποκτήσει τον καθιστούν ικανό για να επιτελέσει αυτούς τους ρόλους.

### 7.6.3.1 Ο νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας

Ο νοσηλευτής, υπό το πλαίσιο της λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας και ως μέλος αυτής, μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ομάδας με την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της ομάδας, με την προαγωγή της συνεργασίας μεταξύ των μελών με αποδέκτες τόσο το άτομο/χρήστη των υπηρεσιών όσο και τα μέλη της ομάδας (D' Amour et al., 2005) και με τη δέσμευση της ενεργητικής συμμετοχής του στη διαχείριση της ομάδας και στην αλληλεπίδραση των μελών (Πίνακας 7.7) (Arksey, Snape & Watt, 2007· Giltenane, Dowling & Kelly, 2013· Mosser & Begun, 2014· Ovretveit, 1993· Stepans et al., 2002).

|   |  |
|---|--|
| Κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της ομάδας.  | Ενεργός συμμετοχή του στην ανάπτυξη και τον προσδιορισμό των κοινά αποδεκτών αξιών, σκοπών και διαδικασιών της ομάδας.   |
|   | Ενεργός συμμετοχή του στον προσδιορισμό της ταυτότητας της ομάδας, συμβάλλοντας στη δημιουργία και διατήρηση θετικού κλίματος συνεργασίας.   |
|   | Αναγνώριση και κατανόηση της κοινής ευθύνης των μελών της ομάδας για την έκβαση των παρεμβάσεων της αλλά και της προσωπικής ευθύνης κάθε μέλους για την αποτελεσματική συμμετοχή του.  |
|   | Κατανόηση των χαρακτηριστικών της ομάδας και των συνήθων λαθών και προβλημάτων που αντιμετωπίζει.  |
|   | Κατανόηση της απαιτούμενης επάρκειας των μελών μιας αποτελεσματικής ομάδας αλλά και των προσωπικών δυνατών και τρωτών σημείων.   |
| Προαγωγή της συνεργασίας μεταξύ των μελών με διπλούς αποδέκτες, το άτομο/χρήστη των υπηρεσιών και τα μέλη της ομάδας. | Έκφραση σεβασμού στα άλλα μέλη της ομάδας και τους άλλους συνεργάτες (π.χ. γραμματέας, διοικητικό προσωπικό κ.ά.) και αναζήτηση του ανάλογου σεβασμού, ο οποίος αποτελεί βασική αρχή στην ανάπτυξη σχέσεων αλληλεπίδρασης μεταξύ των ανθρώπων. |
|   | Περιγραφή της προσωπικής του εκπαίδευσης, του ρόλου του, των επαγγελματικών του αξιών και ευθυνών στα άλλα μέλη της ομάδας.  |
|   | Επιδίωξη προσέλευσης απόψεων και συμβουλών των άλλων μελών, ανάπτυξη συνεργασιών και έκφραση της εκτίμησής του στη συμβολή των άλλων μελών.  |
|   | Απασχόληση σε αλληλεξάρτηση και σε συνάρτηση με τα άλλα μέλη της ομάδας, που σημαίνει παραχώρηση του ελέγχου σε κάποιο άλλο μέλος, ικανότητα πρόληψης συγκρούσεων αλλά και επίλυσης αυτών όταν είναι εφικτό.                                   |
|   | Αποτελεσματική επικοινωνία με τα άλλα μέλη της ομάδας (κατάλληλη ορολογία, ενεργητική ακρόαση, σεβασμός, συλλογή και διάχυση πληροφοριών, αλληλεπίδραση).  |
|   | Αποφυγή συμπεριφορών που παρεμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία με τα άλλα μέλη της ομάδας.   |
|   | Εφαρμογή των αρχών και των μεθόδων της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις.  |
|   | Ενεργός συνεισφορά του στην επιλογή και συνεργασία και με άλλα, νέα μέλη της ομάδας.   |
| Δέσμευση της ενεργού συμμετοχής του στη διαχείριση της ομάδας και στην αλληλεπίδραση των μελών.                       | Ενεργός συμμετοχή του στην αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας αλλά και στην αλληλεπίδραση των μελών.   |
|   | Ενεργός συμμετοχή του στην αξιολόγηση και τη βελτίωση της λειτουργίας της ομάδας.  |
|   | Ενεργός συμμετοχή του στην εκπαίδευση, στη δημιουργία και στις δράσεις της ομάδας.   |
|   | Ενεργός συνεισφορά του στην πρόληψη και διαχείριση των συγκρούσεων μέσα στην ομάδα.  |

Πίνακας 7.7 Ο νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας.



### 7.6.3.2 Ο νοσηλευτής ως ηγέτης της ομάδας

Ηγετικό ρόλο στην ομάδα υγείας μπορούν να αναλάβουν και να επιτελέσουν επαρκώς και επιτυχώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι κ.ά.) εκτός από τον ιατρό. Είναι σημαντικό κάθε μέλος της ομάδας να κατανοήσει ότι ο ρόλος του ηγέτη της ομάδας είναι να αναπτύσσει, να ενδυναμώνει και να καθοδηγεί την ομάδα και, επομένως, μπορεί να τον αναλάβει κάθε επαγγελματίας ο οποίος έχει την κατάλληλη επάρκεια για να επιτελέσει τις λειτουργίες αυτές ανεξαρτήτως της ειδικότητάς του (Mosser & Begun, 2014· Ovretveit, 1993· Wagner 2000).

Αναφέρεται ότι η συμμετοχή των κατάλληλα εκπαιδευμένων νοσηλευτών στην ομάδα ή την ηγεσία της ομάδας μπορεί να προάγει τη συμμόρφωση των άλλων μελών σε κατευθυντήριες οδηγίες, να αυξήσει την ικανοποίηση των ασθενών, να βελτιώσει την κλινική τους κατάσταση και την υγεία τους, να συμβάλλει στη σωστή χρήση των υπηρεσιών υγείας και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νοσήματα, με την προϋπόθεση ότι τα μέλη της ομάδας έχουν σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα για τους ρόλους αυτούς (Health Quality Ontario, 2013a, 2013b· Wagner 2000).

Ο ρόλος του ηγέτη νοσηλευτή στην ομάδα της ΠΦΥ μπορεί να συνοψιστεί σε τρεις κατηγορίες καθηκόντων: α) δημιουργία συνθηκών οι οποίες ενδυναμώνουν τη λειτουργία της ομάδας, β) προαγωγή της δημιουργίας και ενίσχυση της ικανότητας της ομάδας για την επίτευξη του ρόλου της και γ) καθοδήγηση της ομάδας ώστε να βελτιστοποιήσει τη λειτουργικότητά της και τον ρόλο της με την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της ομάδας (Πίνακας 7.8) (Arksey, Snape & Watt, 2007· Mosser & Begun, 2014). Ο νοσηλευτής, υπό το πλαίσιο της λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας και ως μέλος αυτής, μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ομάδας με την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της ομάδας, με την προαγωγή της συνεργασίας μεταξύ των μελών με αποδέκτες τόσο το άτομο/χρήστη των υπηρεσιών όσο και τα μέλη της ομάδας (D' Amour et al., 2005) και με τη δέσμευση της ενεργού συμμετοχής του στη διαχείριση της ομάδας και στην αλληλεπίδραση των μελών (Πίνακας 7.7) (Arksey, Snape & Watt, 2007· Giltenane, Dowling & Kelly, 2013· Mosser & Begun, 2014· Ovretveit, 1993· Stepan et al., 2002).

|   |  |
|---|--|
| Δημιουργία συνθηκών οι οποίες ενδυναμώνουν τη λειτουργία της ομάδας.                            | Σαφής προσδιορισμός των μελών της ομάδας.  |
|   | Σαφής προσδιορισμός και διατήρηση των αμοιβαία κατανοητών στόχων της ομάδας.   |
|   | Σαφής προσδιορισμός της αμοιβαίας ευθύνης και υπευθυνότητας για την επίτευξη των στόχων.   |
|   | Επιβεβαίωση ότι η ομάδα έχει την κατάλληλη ηγεσία και την υποστήριξή της για την επίτευξη των στόχων.  |
|   | Προαγωγή της αλληλεπίδρασης, αλληλεξάρτησης και συνεργασίας των μελών.   |
|   | Διατήρηση της ενότητας της ομάδας και επιβεβαίωση της απουσίας υποομάδων που λειτουργούν ανεξάρτητα, αποκατάσταση της ισορροπίας της ομάδας, όταν κρίνεται απαραίτητο. |
|   | Διατήρηση και αποτελεσματική διαχείριση των υποστηρικτικών πηγών (π.χ. χρηματοδότες) της ομάδας και του οργανισμού ή υπηρεσίας.  |
| Προαγωγή της δημιουργίας και ενίσχυση της ικανότητας της ομάδας για την επίτευξη του ρόλου της. | Εποπτεία της στελέχωσης, του προσανατολισμού και της δημιουργίας της ομάδας.   |
|   | Προσδιορισμός των αξιών, των συμπεριφορών και των προτύπων της ομάδας.   |
|   | Επιβεβαίωση και ενίσχυση της ικανότητας της ομάδας για την επίτευξη του στόχου της.  |
|   | Προσδιορισμός και καλλιέργεια της ταυτότητας της ομάδας.   |
|   | Δημιουργία και διατήρηση κλίματος συνεργασίας.   |
| Επιβεβαίωση της αποτελεσματικής λειτουργίας της ομάδας.   |  |
| Καθοδήγηση της ομάδας να βελτιστοποιήσει τη λειτουργικότητά της και τον ρόλο της.               | Συλλογή πληροφοριών για τη λειτουργία της ομάδας και των μελών ξεχωριστά.  |
|   | Αξιολόγηση της λειτουργικότητας της ομάδας.  |
|   | Παροχή ανατροφοδότησης και συμβουλευτική.  |

Πίνακας 7.8 Ο νοσηλευτής ως ηγέτης της ομάδας.

## 7.7. Δεξιότητες των κοινοτικών νοσηλευτών

Αναφέρεται ότι τα προβλήματα υγείας των ανθρώπων είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης πολλαπλών παραγόντων (σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πνευματικών, περιβαλλοντικών) και, συνεπώς, η αντιμετώπισή τους πρέπει να είναι ολιστική και να υπερβαίνει τα παραδοσιακά όρια της μονοδιάστατης εμπλοκής ενός μόνο επαγγελματία (Mariano, 1989).

Η αποτελεσματικότητα της ομάδας στην ΠΦΥ αναφέρεται ότι οικοδομείται με την κατανόηση και τον σεβασμό των ρόλων των άλλων μελών, την κατανόηση ότι η ομάδα απαιτεί προσπάθεια για την ανάπτυξη και τη διατήρησή της, την κατανόηση της ΠΦΥ, τη συνεργασία κατά την οποία τα μέλη γνωρίζουν τον τρόπο για τη διαχείριση του ασθενούς αλλά και την αποτελεσματική επικοινωνία μαζί του (Sargeant, Loney & Murphy, 2008).

Αλλαγές στην ικανότητα αντίληψης και την πολυπλοκότητα των προβλημάτων των ατόμων στην κοινότητα συνεπάγονται την αναγκαιότητα επαγγελματιών οι οποίοι θα μπορούν με επάρκεια (γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες) να αντιμετωπίζουν τις πολύπλοκες συνοδές καταστάσεις και τα χρόνια νοσήματα, τα οποία επηρεάζουν την ικανότητα αυτοφροντίδας και την ποιότητα ζωής των χρηστών.

Το θεωρητικό υπόβαθρο των νοσηλευτών σε προπτυχιακό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο ειδίκευσης στην κοινοτική νοσηλευτική προάγει σε σημαντικό βαθμό την κατανόηση της ομάδας και τη συνεργασία με αυτή, δεδομένης της απουσίας διατομεακής εκπαίδευσης στη χώρα μας. Επίσης, προάγει την επίγνωση ότι το σύνολο είναι περισσότερο και πολυπλοκότερο από το άθροισμα των μερών του, τη δυναμική της ομάδας, την αναγκαιότητα συνεργασίας με άλλους επαγγελματίες για την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, την ανεύρεση και αξιοποίηση όλων των υποστηρικτικών συστημάτων του ατόμου/ομάδας.

Οι δεξιότητες που πρέπει να διαθέτουν οι νοσηλευτές για τη μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας της ομάδας της οποίας αποτελούν μέλη στηρίζονται στο πολυδιάστατο γνωστικό υπόβαθρο και τις επικοινωνιακές δεξιότητες, στην προσπάθεια για την ανάπτυξη έρευνας, γνώσης και νοσηλευτικής πρακτικής στην κοινότητα και τη διασφάλιση ότι η γνώση μετουσιώνεται σε πράξη μέσα από διαδικασίες, κατευθυντήριες οδηγίες και πολιτικές. Οι δεξιότητες αυτές είναι οι ακόλουθες (Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005· Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014· Kulbok et al., 2012· Lathrop & Hodnicki, 2014· Martínez-González et al., 2014· O'Neill & Cowman, 2008· WHO, 2010):

- Κλινικές δεξιότητες για την αξιολόγηση του πληθυσμού (π.χ. λήψη νοσηλευτικού ιστορικού, κλινική εξέταση), για τη φροντίδα των ασθενών (π.χ. φροντίδα ελκών, τραχειοστομίας, φλεβοκέντηση κ.ά.) και για την εκτίμηση διαδικασιών και αποτελεσμάτων (για παράδειγμα, στην κατ' οίκον νοσηλεία ο νοσηλευτής είναι μόνος του στο σπίτι του ασθενούς με λιγοστά μέσα και καλείται να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε κατάσταση).
- Δεξιότητες επικοινωνίας για την εκμείωση όλων των απαραίτητων πληροφοριών από τους χρήστες (ασθενείς και υγείς) και τη διάχυση των πληροφοριών, αλλά και για τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας (κοινός κώδικας επικοινωνίας, τεκμηρίωση πράξεων, ιστορικό κ.ά.).
- Δεξιότητες συνεργασίας και διασύνδεσης σε επίπεδο τοπικό (επαγγελματίες υγείας, ασθενής, οικογένεια, ομάδα), περιφερικό (ευρύτερη κοινότητα, τοπικές αρχές, ακαδημαϊκό) και εθνικό. Δεξιότητες οργάνωσης, διατήρησης και καθοδήγησης της ομάδας, ηγετικές δεξιότητες, δεξιότητες ανάπτυξης πολιτικών.
- Δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, διαχείρισης συγκρούσεων, συμβουλευτικής, κριτικής σκέψης, αξιοποίησης υποστηρικτικών συστημάτων, διαπολιτισμικής προσέγγισης.
- Οργανωτικές και διοικητικές δεξιότητες (συντονισμός, παραπομπές, οικονομικός σχεδιασμός και διαχείριση των οικονομικών, στελέχωση, χρήση της τεχνολογίας, συμμετοχή σε πολιτικές αποφάσεις κ.ά.).
- Δεξιότητες οργάνωσης και συμμετοχής σε προγράμματα προαγωγής υγείας της κοινότητας, έρευνας και συνεργασίας.
- Δεξιότητες για την προαγωγή της αναδιαμόρφωσης του συστήματος υγείας και τον προσανατολισμό του στην ΠΦΥ.

## **7.8 Κλινικά σενάρια συνεργασίας του νοσηλευτή με άλλους επαγγελματίες υγείας της ομάδας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

### **7.8.1 Σενάριο συνεργασίας μελών της ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Η κ. Μαρία είναι 77 ετών, χωρισμένη, χωρίς παιδιά και ζει μόνη της σε ένα αστικό κέντρο. Έχει μόνο δύο ανίψια, εκ των οποίων ο ένας θα είναι ο κληρονόμος της περιουσίας της.

Η κ. Μαρία ήταν πάντα φυσικά και κοινωνικά δραστήρια γυναίκα και έχει ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής υπό αγωγή και υπερλιπιδαιμίας. Πριν από δύο χρόνια εμφάνισε συμπτώματα άνοιας. Τότε, η γειτόνισσά της ανέλαβε να τη συνοδεύει σε κοινωνικές επαφές, όπως εκκλησιασμό, ραντεβού, κοινωνικές συγκεντρώσεις.

Η κ. Μαρία, μετά από πτώση εντός του σπιτιού, χρειάστηκε να νοσηλευτεί και να χειρουργηθεί, και έτσι αποκαλύφθηκε η βοήθεια που ελάμβανε από τη γειτόνισσά της. Η κ. Μαρία, έχοντας πλέον περιορισμένη κινητικότητα, έπρεπε να επιστρέψει στο σπίτι της με τη χρήση «Πι» και να λάβει κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα. Ο νοσηλευτής διαχειριστής περίπτωσης από την κατ' οίκον νοσηλεία ανέλαβε να συντονίσει την επιστροφή της και να αξιολογήσει τις ανάγκες της.

Επισκέφθηκε την κ. Μαρία πριν από την έξοδό της από το νοσοκομείο. Εκεί ενημερώθηκε για το ιστορικό της, το περιβάλλον του σπιτιού της, το κοινωνικό της περιβάλλον, τα ενδιαφέροντά της και επικοινωνήσε με τα ανίψια της. Από αυτά, μόνο αυτός που θα κληρονομούσε το σπίτι της μπορούσε να συμμετέχει στη φροντίδα της για λίγες ώρες το απόγευμα. Η οικονομική κατάσταση του ανιψιού είναι μέτρια και δεν μπορεί να συμβάλλει οικονομικά στο κόστος φροντίδας της.

- Ο νοσηλευτής προγραμματίσει αλλαγές στο περιβάλλον του σπιτιού (ανυψωτικό κάθισμα τουαλέτας, λαβές στην μπανιέρα, έλεγχος ανοίγματος πορτών εντός του σπιτιού για ασφαλές πέρασμα, χαλάκια στα δωμάτια, ασανσέρ στην πολυκατοικία για την πρόσβαση στο σπίτι κ.ά.).
- Η κ. Μαρία χρειάζεται βοήθεια για τις καθημερινές δραστηριότητές της (μπάνιο, ντύσιμο, προετοιμασία φαγητού, τουαλέτα κ.ά.). Ο νοσηλευτής προγραμματίσει την καθημερινή πρωινή ολιγόωρη επίσκεψη ενός βοηθού νοσηλευτή από την ομάδα της ΠΦΥ για να προσφέρει βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες και το μαγειρέμα του φαγητού. Το μπάνιο για το πρώτο διάστημα θα γίνεται κάθε δύο ημέρες με την παρουσία και του νοσηλευτή, ενώ αργότερα θα διεξάγεται μόνο από τον βοηθό νοσηλευτή. Τη βραδινή μετακίνηση από και προς το κρεβάτι και το δείπνο θα αναλάμβανε ο ανιψιός της κ. Μαρίας, ο οποίος εκπαιδεύτηκε κατάλληλα από τη νοσηλεύτρια για τους τρόπους μετακίνησης από και προς το κρεβάτι, την καρέκλα, την προσωπική του ασφάλεια κ.ά.
- Τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής ανέλαβε ο νοσηλευτής, ο οποίος ετοίμασε έγγραφες οδηγίες για τη λήψη των φαρμάκων που λαμβάνονται συστηματικά αλλά και αυτών που δίνονται εφάπαξ. Επίσης, δόθηκαν πληροφορίες για πιθανές παρενέργειες. Χρησιμοποιήθηκε εβδομαδιαίο κουτί προετοιμασίας των φαρμάκων. Το πρωί θα χορηγούνται από τη βοηθό νοσηλεύτρια και το βράδυ θα δίνονται από τον ανιψιό.
- Η κ. Μαρία χρειάζεται φυσιοθεραπεία. Η νοσηλεύτρια στη συνάντηση της ομάδας συνεννοήθηκε με τον φυσιοθεραπευτή της ομάδας της ΠΦΥ για την αξιολόγηση της ασθενούς και τον προγραμματισμό της κινησιοθεραπείας, της μυϊκής ενδυνάμωσης και ισορροπίας. Παράλληλα, ο φυσιοθεραπευτής θα αξιολογήσει και το περιβάλλον του σπιτιού για πιθανές πρόσθετες αλλαγές σε αυτό.
- Ο νοσηλευτής διασφάλισε και την πρόσβαση της κ. Μαρίας στις υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, προγραμματίσει το επόμενο ραντεβού και τη μετακίνησή της με το ΕΚΑΒ στο νοσοκομείο για ακτινογραφία και επανεκτίμηση από τον χειρουργό της αργά το μεσημέρι, ώστε η επιστροφή από το νοσοκομείο να γίνει με το αυτοκίνητο του ανιψιού της, ο οποίος δεν μπορούσε νωρίτερα. Μάλιστα, χρειάστηκε τις πρώτες μέρες στην κατ' οίκον φροντίδα να προγραμματιστεί ραντεβού σε οδοντίατρο εξαιτίας επείγοντος προβλήματος. Ο νοσηλευτής, γνωρίζοντας τις υποστηρικτικές πηγές της κοινότητας, προγραμματίσει δωρεάν επίσκεψη σε οδοντίατρο που προσφέρει εθελοντικά υπηρεσίες στην ενορία, διότι η κ. Μαρία δεν έχει

ασφάλεια (ούτε ιδιωτική ούτε δημόσια), και ο ανιψιός δεν προσφέρθηκε να συμμετάσχει στο οικονομικό κόστος εξαιτίας της οικονομικής του κατάστασης.

- Ο νοσηλευτής προγραμματίσει συνεργασία με το Κέντρο Ημέρας Alzheimer της περιοχής και την επίσκεψη σε αυτό μία φορά την εβδομάδα σε απογευματινό ραντεβού για τη συμμετοχή της σε ομάδα εργοθεραπείας ή νοητικής ενδυνάμωσης. Τη μεταφορά στο ραντεβού ανέλαβε ο ανιψιός της. Παράλληλα, στο απογευματινό ραντεβού θα γίνεται και η νευρολογική παρακολούθηση της κ. Μαρίας για πιθανές αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή για την άνοια αλλά και η ενημέρωση του συνοδού της.
- Η κ. Μαρία είναι ανασφάλιστη. Η κοινωνική λειτουργός της ομάδας της ΠΦΥ, μετά από ενημέρωση του νοσηλευτή, ανάλαβε να διερευνήσει τη δυνατότητα οικονομικής ενίσχυσης της κ. Μαρίας για την αγορά του ανυψωτικού τουαλέτας και των λαβών ασφαλείας στο μπάνιο. Το ποσό συμμετοχής στο πρόγραμμα του κέντρου ημέρας θα καλύπτεται, μετά από προσπάθεια της κοινωνικής λειτουργού, από δωρεά της εκκλησίας. Μάλιστα, επιτυχής ήταν η προσπάθεια για την έκδοση βιβλιαρίου πρόνοιας. Η έναρξη της εμπλοκής της κοινωνικής λειτουργού στη φροντίδα της κ. Μαρίας έγινε από την περίοδο νοσηλείας της στο νοσοκομείο.
- Οι αιματολογικές εργαστηριακές εξετάσεις της κ. Μαρίας θα διενεργούνται στην υπηρεσία και θα μένουν στο φάκελό της. Η αιμοληψία θα γίνεται κατ' οίκον από τον νοσηλευτή.
- Στη συνάντηση της ομάδας της ΠΦΥ που διενεργείται εβδομαδιαίως, ο γενικός ιατρός ενημερώνεται για την κατάσταση της κ. Μαρίας και τη μετεγχειρητική της πορεία, ώστε να μπορεί να συμμετέχει στην αξιολόγησή της όσον αφορά τη μετεγχειρητική αποκατάσταση αλλά το καρδιολογικό της πρόβλημα και θα κάνει και τη συνταγογράφηση των φαρμάκων της.
- Η νοσηλευτική παρακολούθηση θα γίνεται κάθε δεύτερη μέρα για την πρώτη εβδομάδα, ώστε να παρέχεται βοήθεια στο μπάνιο και να αξιολογείται η συμμετοχή της. Τη δεύτερη εβδομάδα προγραμματίστηκαν δύο επισκέψεις, με απώτερο σκοπό να μειωθεί η συχνότητα των επισκέψεων τις επόμενες εβδομάδες. Η αξιολόγηση και παρακολούθηση της κ. Μαρίας αφορά τη μετεγχειρητική της πορεία, την εξέλιξη της άνοιας, την καρδιολογική παρακολούθηση, τις ψυχοκοινωνικές και πνευματικές της ανάγκες. Ο συντονισμός ήταν τέτοιος ώστε ο φυσιοθεραπευτής και ο νοσηλευτής να επισκέπτονται σε διαφορετικές ημέρες την κ. Μαρία για να υπάρχει συνέχεια στην αξιολόγησή της. Το τηλέφωνο της υπηρεσίας τοποθετήθηκε σε ορατό σημείο, όπως και το τηλέφωνο εφημερίας.
- Ο νοσηλευτής ανέλαβε την εκπαίδευση και ενημέρωση του ανιψιού της κ. Μαρίας για τον τρόπο διαχείρισής της σε αυτήν την περίοδο της μετεγχειρητικής αποκατάστασης, για την εξέλιξη της άνοιας αλλά και την εμπλοκή του στη φροντίδα της. Συγχρόνως, διαπιστώθηκε ότι ο ανιψιός της κ. Μαρίας χρειάστηκε να τροποποιήσει σημαντικά την καθημερινότητά του προκειμένου να μπορεί να την επισκέπτεται σχεδόν κάθε απόγευμα, με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται με τις οικογενειακές του υποχρεώσεις και τις πρόσθετες δαπάνες. Διαπιστώθηκαν από τον νοσηλευτή συναισθηματικά άγχους, θυμού αλλά και ενοχές. Ο νοσηλευτής υποστήριξε συναισθηματικά τους συγγενείς και έφερε το θέμα στη συνάντηση της ομάδας της ΠΦΥ για να ενημερώσει τον ψυχολόγο και να ενημερωθεί ο ίδιος για τον τρόπο που θα πρέπει να γίνει η διαχείριση αυτής της κατάστασης. Ο ψυχολόγος ζήτησε να έρθει σε επαφή με τον ανιψιό για να αξιολογήσει ο ίδιος και να παρέμβει ανάλογα.
- Η αναφορά ότι η κ. Μαρία ήταν ένα ιδιαίτερα κοινωνικό άτομο και η μοναξιά που πιθανόν να αισθάνεται ώθησαν τον νοσηλευτή στον προγραμματισμό επίσκεψης από εθελοντή συνεργάτη της υπηρεσίας κατ' οίκον 1-2 φορές την εβδομάδα απόγευμα, για να της κρατά συντροφιά αλλά και για να διενεργούνται ασκήσεις νοητικής ενδυνάμωσης. Η συνεργασία αυτή διευκόλυνε τον ανιψιό της κ. Μαρίας, ο οποίος είχε δυσκολίες στην καθημερινή απογευματινή επίσκεψη. Ο εθελοντής είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος για τη σωστή κινητοποίηση της κ. Μαρίας προκειμένου να μην επιβαρύνει την κατάστασή της αλλά να μην επιβαρυνθεί και ο ίδιος.
- Η κ. Μαρία είναι ιδιαίτερα θρησκευόμενο άτομο και εξέφρασε την επιθυμία να εξομολογηθεί μετά την περιπέτειά της. Ο νοσηλευτής ενημέρωσε τον ιερέα της ενορίας για να

προγραμματίζεται κατ' οίκον επίσκεψη για εξομολόγηση και τέλεση ενός σύντομου μυστηρίου εφόσον το επιθυμεί η κ. Μαρία.

### **7.8.2 Σενάριο διατομεακής συνεργασίας**

Υπό το πλαίσιο της διατομεακής συνεργασίας και δικτύωσης των υπηρεσιών, η ομάδα συνεργασίας για την ανάπτυξη ενός προγράμματος αγωγής υγείας σε μαθητές δημοτικού για τη σημασία του πρωινού στον τρόπο διατροφής αλλά και ενθάρρυνσης λήψης αυτού, μπορεί να περιλαμβάνει κοινοτικούς και σχολικούς (Wright & Potter, 2013) νοσηλευτές από τον τομέα της υγείας, γονείς και παιδιά (κοινότητα), δασκάλους και δασκάλους φυσικής αγωγής από τον τομέα της εκπαίδευσης, κοινωνικούς λειτουργούς για την εύρεση οικονομικών πόρων και μέλη της τοπικής αυτοδιοίκησης, προκειμένου να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα του προγράμματος σε τοπικό επίπεδο.

### **7.9 Σύνοψη**

Οι νοσηλευτές και οι κοινοτικοί νοσηλευτές, στο πλαίσιο της εκπαίδευσής τους, αποκτούν κατάλληλες γνώσεις, δεξιότητες, αξίες και ηθικές αρχές, εφόδια τα οποία καθιστούν ουσιαστική τη συμβολή τους στην ομάδα της ΠΦΥ και τη λειτουργία της. Η δύναμη της νοσηλευτικής πρακτικής στην κοινότητα έγκειται στην ολιστική, εξατομικευμένη προσέγγιση των ατόμων σε επίπεδο πρόληψης, προαγωγής της υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης εντός του περιβάλλοντος διαβίωσής τους στην κοινότητα. Επιπρόσθετα, η ιδιαίτερη έμφαση στην ενδυνάμωση του χρήστη στην κοινότητα καθιστά τις παρεμβάσεις των νοσηλευτών είτε μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της λειτουργίας της ομάδας είτε λαμβάνοντας ηγετικό ρόλο καθοριστικές για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του χρήστη και της ποιότητας και αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Αδαμακίδου, Θ. (2012). *Εργασία με δίκτυα στην κοινότητα - Νέες υπηρεσίες στην κοινότητα. Κατάρτιση νοσηλευτών της 1ης, 2ης & 3ης υγειονομικής περιφέρειας στον σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αθήνα: ΕΝΕ & ΚΕΚ Δήμητρα.
- Αποστολάρα, Π. (2012). *Διερεύνηση των προβλημάτων υγείας στην κοινότητα. Κατάρτιση νοσηλευτών της 1ης, 2ης & 3ης υγειονομικής περιφέρειας στον σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αθήνα: ΕΝΕ & ΚΕΚ Δήμητρα.
- Βαρδάκη, Ζ. (2009). *Στοιχεία υγειονομικής νομοθεσίας: νομοθεσία επαγγέλματος νοσηλεύτη/-τριας. Σημειώσεις μαθήματος*. Αθήνα: Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Αθήνας.
- Cary, A. (2006). Διαχείριση περίπτωσης. Στο Μ. Stanhope, J. Lancaster, E. Γκεσουύλη-Βολτυράκη και Μ. Νούλα (Επιμ.), *Κοινωνική Νοσηλευτική* (τόμ. Α'). Αθήνα: Πασχαλίδης, σσ. 309-330.
- Γκαμπρίς, Χ. & Σουρτζή, Π. (2014). Μετάφραση, εφαρμογή και αξιολόγηση του συστήματος Omaha στην κοινοτική νοσηλευτική στην Ελλάδα. *Νοσηλεία και Έρευνα*, 38, σσ. 54-66.
- Δρακοπούλου, Μ., Ρόκα, Β. & Σαρίδη, Μ. (2012). *Σχεδιασμός προγραμμάτων προαγωγής υγείας σε επίπεδο πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Κατάρτιση νοσηλευτών της 1ης, 2ης και 3ης υγειονομικής περιφέρειας στον σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αθήνα: ΕΝΕ & ΚΕΚ Δήμητρα.
- ΕΚΠΑ (2014). *Οδηγός Μεταπτυχιακών σπουδών 2014-2015*. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ.
- Καλοκαιρινού, Α. & Σουρτζή, Π. (2005). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α. & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα: Έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα: Βήτα.
- Κούκια, Ε. (2012). *Ενδυνάμωση χρηστών υπηρεσιών υγείας. Κατάρτιση νοσηλευτών της 1ης, 2ης & 3ης υγειονομικής περιφέρειας στον σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αθήνα: ΕΝΕ & ΚΕΚ Δήμητρα.
- Κουλούρη, Α. & Σαράφης, Π. (2015). Προαγωγή της υγείας και πρόληψη της ασθένειας. Στο Π. Σαράφης και Θ. Κωνσταντινίδης, *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας* (σσ. 171-204). Αθήνα: Πασχαλίδης.
- McEwen, M. and Nies, M. (2006). Υγεία και κοινοτική αντίληψη. Στο Μ. Nies και Μ. McEwen *Κοινωνική Νοσηλευτική* (επιμέλεια στην ελληνική Δ. Σαπουντζή-Κρέπια). Αθήνα: Λαγός.
- McEwen, M. (2010). Φιλοσοφία, Επιστήμη και Νοσηλευτική. Στο Μ. McEwen και Ε. Wills, *Νοσηλευτικές Θεωρίες* (επιμέλεια στην ελληνική Ε. Κοτρώτσου). Αθήνα: Βήτα, σσ. 27-48.
- Papadopoulos, I. (2011). Το μοντέλο των Papadopoulos, Tilki & Taylor (PTT) για την ανάπτυξη της πολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας. Στο I. Papadopoulos, Α. Καλοκαιρινού και Χ. Κούτα, *Διαπολιτισμική νοσηλευτική και πολιτισμική επάρκεια για τους επαγγελματίες υγείας*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Παπασταύρου, Ε. (2015). Η έννοια της φροντίδας στη νοσηλευτική. Στο Π. Σαράφης και Θ. Κωνσταντινίδης (επιμέλεια), *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας*. Αθήνα: Broken Hill.
- Παραδοτέο 3 (2013). «Μελέτη διερεύνησης των αναγκών ευαισθητοποίησης, επιμόρφωσης και ενδυνάμωσης των ασθενών με νεοπλασίες, των φροντιστών των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας». Υποέργο 1 (Υ1) «Μελέτες – Εμπειρογνομοσύνες για τη διάγνωση της υφιστάμενης κατάστασης και την ευαισθητοποίηση/επιμόρφωση ασθενών με νεοπλασίες, φροντιστών ασθενών και επαγγελματιών

υγείας στην κατ' οίκον φροντίδα και αυτοφροντίδα με σκοπό την ανάπτυξη του προτύπου μοντέλου ποιότητας». Έργο «Ανάπτυξη προτύπου μοντέλου ποιότητας στην αγωγή υγείας, αυτοφροντίδα και αποκατάσταση ασθενών με νεοπλασίες», ΤΕΙ Αθήνας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, σε συνεργασία με το Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ και τη συγχρηματοδότηση του ΕΚΤ και του Υπουργείου Υγείας.

- Ραγιά, Α. (1996). *Βασική Νοσηλευτική: θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές*. Αθήνα: εκδότης η συγγραφέας.
- Τριανταφυλλοπούλου Μ.Ν (2014). *Εφαρμογή Νοσηλευτικών διαγνώσεων κατά NANDA I στη φροντίδα υγείας της οικογένειας*. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής. Αθήνα: ΕΚΠΑ.
- Wills, E. (2010a). Οι μεγάλες νοσηλευτικές θεωρίες με βάση τις ανθρώπινες ανάγκες. Στο Μ. McEwen και Ε. Wills, *Νοσηλευτικές Θεωρίες* (επιμέλεια στην ελληνική Ε. Κοτρώτσου). Αθήνα: Βήτα, σσ. 157-185.
- Wills E (2010b). Οι μεγάλες νοσηλευτικές θεωρίες με βάση τη διαδικασία αλληλεπίδρασης. Στο Μ. McEwen και Ε. Wills, *Νοσηλευτικές Θεωρίες* (επιμέλεια στην ελληνική Ε. Κοτρώτσου). Αθήνα: Βήτα, σσ.186-217.

## Ξένη

- American Nurses' Association (ANA) (1980). *A conceptual model of community health nursing*. Kansas City, Mo: ANA.
- Anderson, D., St. Hilaire, D. & Flinter, M. (2012). Primary Care Nursing Role and Care Coordination: An Observational Study of Nursing Work in a Community Health Center. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 17 (2), Manuscript 3. doi: 10.3912/OJIN.Vol17No02Man03
- Arksey, H., Snape, C. & Watt, I. (2007). Roles and expectations of a primary care team. *Journal of Interprofessional Care*, 21(2), pp. 217-219.
- Bartz, C. (2010). International Counsel of nurses and person-centered care. *International Journal of Integrated Care*, 29. Διαθέσιμο στο: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/480/958>
- Brokel, J., Cole, M., & Upmeyer, L. (2012). Longitudinal study of symptom control and quality of life indicators with patients receiving community-based case management services. *Applied Nursing Research*, 25(3), pp. 138-145.
- Campbell, N., Ritchie, L., Thain, J. et al. (1998). Secondary prevention in coronary heart disease: a randomised trial of nurse led clinics in primary care. *Heart*, 80(5), pp. 447-452.
- Carrier, S. (2012). Service coordination for frail elderly individuals: an analysis of case management practices in Québec. *Journal of Gerontological Social Work*, 55(5), pp. 392-408.
- Case Management Society of America (CMSA) (2010). *Standards of practice for case management*. Little Rock: CMSA, p. 8.
- Chen, Y.-C., Chang, Y., Tsou, Y. et al. (2013). Effectiveness of nurse case management compared with usual care in cancer patients at a single medical center in Taiwan: a quasi-experimental study. *BMC Health Services Research*, 13, p. 202.
- Community Health Nurses of Canada (CHNC) (2011). *Standards of Practice in Community Health Nursing: A Literature Review Undertaken to Inform Revisions to the Canadian Community Health Nursing Standards of Practice*. Canada: Community Health Nurses of Canada.
- Conti, R. (2002). Case management and home health care. In I. Martinson, A. Widmer, & C. Portillo, *Home health care nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, pp. 14-21.
- Courtenay, M. (2010). Nurse prescribing and community practitioners. *Journal of Family Health Care*, 20(3), pp. 78-80.

- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L. & Beaulieu, M.D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 1, Suppl 1, pp. 116-131.
- Dailey, M. (2005). Interdisciplinary collaboration: essential for improved wound care outcomes and wound prevention in home care. *Home Health Care Management & Practice*, 17(3), pp. 213-221.
- Dierick-van Daele, A., Metsemakers, J., Derckx, E. et al. (2006). Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (2), pp. 391-404.
- Edwards, H., Courtney, M., Finlayson, K. et al. (2009). A randomised controlled trial of a community nursing intervention: improved quality of life and healing for clients with chronic leg ulcers. *Journal of Clinical Nursing*, 18(11), pp. 1547-1.
- Eibner, C., Hussey, P., Ridgely, M. & McGlynn, E. (2009). *Controlling health care spending in Massachusetts: an analysis of options*. Santa Monica (CA): RAND Corporation.
- Ethridge, P. & Lamb, G. (1989). Professional Nursing Case Management Improves Quality, Access and Costs. *Nursing Management*, 20 (9), pp. 30-37.
- European Economic Community (EEC) (1983). Recommendation No. R (83) 5 of the Committee of Ministers to Member States on Further Training for Nurses. Brussels: Council of Europe.
- Gabbay, R., Lendel, I., Saleem, T. et al. (2006). Nurse case management improves blood pressure, emotional distress and diabetes complication screening. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 71, pp. 28-35.
- Giltenane, M., Dowling, M. & Kelly, M. (2013). Public health nurses' (PHNs) experiences of their role as part of a primary care team (PCT) in Ireland. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 32(3), pp.1-10.
- Hallberg, I. & Kristensson, J. (2004). Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing*, pp. 112-120.
- Hartman, A., Litchman, M., Reed, P. et al. (2008). In home chronic disease management in diabetes. *Home Health Care Management and Practice*, 21(4), pp. 246-54.
- Health Quality Ontario (2013a). In-home care for optimizing chronic disease management in the community: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(5), pp. 1-65.  
Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3804052/pdf/ohtas-13-65.pdf>
- Health Quality Ontario (2013b). Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary-care setting: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(10), pp. 1-66. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814805/pdf/ohtas-13-66.pdf>
- Herleman, L. (2008). Home Care Primary Nurse Case Management Model. *Home Health Care Management Practice*, 20, p. 235-244.
- Hiss, R., Armbruster, B., Gillard, M.-L. et al. (2007). Nurse care manager collaboration with community-based physicians providing diabetes care. *The Diabetes Educator*, 33(3), pp. 493-502.
- Hopkins, S., Lenz, E., Pontes, N. et al. (2005). Context of care or provider training: the impact on preventive screening practices. *Preventing Medicine*, 40(6), pp. 718-724.
- Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324(7341), pp. 819-823.
- Houweling, S., Kleefstra, N., Van Hateren, K. et al. (2011). Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9), pp. 1264-1272.
- Hughes, L. (2001). Case management principles for the home care clinician. *Home Health Care Management and Practice*, 13(6), pp. 431-435.



- International Council of Nurses (ICN) (1988). *Nursing and Primary Health Care: A unified force*. Geneva: Author.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H. et al. (2006). *NANDA, NIC, and NOC Linkages* (2nd edition.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Joo, J. & Huber, D. (2014). Evidence-based nurse case management practice in community health. *Professional Case Management*, 19(6), pp. 265-273.
- Keleher, H., Parker, R., Abdulwadud, O. et al. (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *International Journal of Nursing Practice*, 15(1), pp. 16-24.
- Kelly, M. & Penney, E. (2011). Collaboration of hospital case managers and home care liaisons when transitioning patients. *Professional Case Management*, 16(3), pp. 128-136.
- Khunti, K., Stone, M., Paul, S. et al. (2007). Disease management programme for secondary prevention of coronary heart disease and heart failure in primary care: a cluster randomised controlled trial. *Heart*, 93(11), pp. 1398-405.
- Kralik, D. & Telford, K. (2007). *What is important about district nursing for people with chronic illness? In pursuit of excellence: research informed practice*. St Kilda, Victoria: Royal District Nursing Service Research Unit.
- Kralik, D., Koch, T., Price, K. & Howard, N. (2004). Chronic conditions and self management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*, 13, pp. 259-267.
- Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. & Francke, A. (2011). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Science Research*, 11, p. 127.
- Kulbok, P.A., Thatcher, E., Park, E. & Meszaros, P.S. (2012). Evolving public health nursing roles: focus on community participatory health promotion and prevention. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(2), Manuscript 1. doi: 10.3912/OJIN.Vol17No02Man01
- Lathrop, B. & Hodnicki, D. (2014). The affordable care act: primary care and the doctor of nursing practice nurse. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(2). doi: 10.3912/OJIN.Vol19No02PPT02
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R. et al. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD001271.
- Leese, B., Allgar, V., Heywood, P. et al. (2006). A new role for nurses as primary care cancer lead clinicians in Primary Care Trusts in England. *Journal of Nursing Management*, 14(6), pp. 462-71.
- Lenz, E., Munding, M., Hopkins, S. et al. (2002). Diabetes care processes and outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. *Diabetes Educator*, 28(4), pp. 590-598.
- Litaker, D., Mion, L., Planavsky, L. et al. (2003). Physician - nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *Journal of Interprofessional Care*, 17(3), pp. 223-37.
- Lorimer, K. (2004). Continuity through best practice: design and implementation of a nurse-led community leg-ulcer service. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(2), pp. 105-112.
- Mariano, C. (1989). The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 37, pp. 285-288.
- Martínez-González, N., Djalali, L., Tandjung, R. et al. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Science Research*, 14, p. 214.
- McKinlay, E. (2007). The work of primary health care nurses in chronic conditions programmes. *NZFP*, 34(5), pp. 322-328.
- Medical Advisory Secretariat (2009a). Community-based care for the management of type 2 diabetes: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 9(10).

- Medical Advisory Secretariat (2009b). Community-based care for chronic wound management: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 9(18).
- Mosser, G. & Begun, J. (2014). *Understanding teamwork in health care*. NY: McGraw Hill Education.
- Mundinger, M., Kane, R., Lenz, E. et al. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA*, 283(1), pp. 59-68.
- Naylor, M. & Kurtzman, E. (2010). The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Affairs (Millwood)*, 29(5), pp. 893-899.
- New England Healthcare Institute (NEHI) (2010). *Remaking primary care: a framework for the future*. NEHI.
- O'Neill, M. & Cowman, S. (2008). Partners in care: investigating community nurses' understanding of an interdisciplinary team-based approach to primary care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), pp. 3004-11.
- Ohman-Strickland, P., Orzano, A., Hudson, S. et al. (2008). Quality of diabetes care in family medicine practices: influence of nurse-practitioners and physician's assistants. *The Annals of Family Medicine*, 6(1), pp. 14-22.
- Ovretveit, J. (1993). *Coordinating community care: multidisciplinary teams and care management*. Buckingham: Open University Press.
- Pelzang, R. (2010). Time to learn: understanding patient centered care. *British Journal of Nursing*, 19(14), pp. 912-917.
- Prentice, D., Ritchie, L., Reynolds, K. et al. (2011). A case management experience: implementing best practice guidelines in the community. *Care Management Journal*, 12(4), pp. 150-153.
- Report of the Independent Commission on Whole Person Care (2014). *One person, one team, one system*. UK: Report of the Independent Commission on whole Person Care for the Labour Party.
- Royal College of Nursing (RCN) (2012). *RCN Fact sheet: prescribing in the UK*. London: RCN.
- Royal College of Nursing (RCN) (2014). *Moving care to the community: an international perspective*. London: RCN.
- Running, A., Kipp, C. & Mercer, V. (2006). Prescriptive patterns of nurse practitioners and physicians. *Journal of the American Academy Nurse Practitioners*, pp. 228-233.
- Saba, V. (2002). Nursing Classifications: Home Health Care Classification System (HHCC): An Overview. *OJIN: Online Journal of Issues in Nursing*, 7(3). Διαθέσιμο στο: [www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume72002/No3Sept2002/ArticlesPreviousTopic/HHCCAnOverview.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume72002/No3Sept2002/ArticlesPreviousTopic/HHCCAnOverview.aspx) (πρόσβαση 01/04/2015)
- Sackett, D. (2009). A landmark randomized health care trial: the Burlington trial of the nurse practitioner. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(6), 567-570.
- Sargeant, J., Loney, E. & Murphy, G. (2008). Effective interprofessional teams: contact is not enough to build a team. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(4), pp. 228-234.
- Schmitt, L. (2005). Role transition from caregiver to case management: part I. *Lippincott's Case Management*, 10(6), pp. 294-302.
- Seale, C., Anderson, E. & Kinnersley, P. (2006). Treatment advice in primary care: a comparative study of nurse practitioners and general practitioners. *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), pp. 534-41.
- Spitzer, W., Sackett, D., Sibley, J., Roberts, R. et al. (1974). The Burlington randomized trial of the nurse practitioner. *The New England Journal of Medicine*, 290(5), pp. 251-6.
- Stepans, M.B., Thompson, C. & Buchanan, M. (2002). The role of the nurse on the transdisciplinary early intervention assessment team. *Public Health Nursing*, 19(4), pp. 238-245.

- ter Bogt, N., Bemelmans, W., Beltman, F. et al. (2009). Preventing weight gain: one-year results of a randomized lifestyle intervention. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(4), pp. 270-277.
- van Loon, A. (2008). The changing professional role of the community nurse. In D. Kralik and van Loon, A. (eds), *Community Nursing in Australia*. Oxford: Blackwell Publishing, pp. 315-330.
- Wagner, E. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*, 320, pp. 569-572.
- WHO (2010). *A framework for community health nursing education*. India: WHO.
- Wilkes, L., Cioffi, J., Cummings, J. et al (2013). Clients with chronic conditions: community nurse role in a multidisciplinary team. *Journal of Clinical Nursing*, 23, pp. 844-855.
- Wilson, I., Landon, B., Hirschhorn, L. et al. (2005). Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians. *Annals of Internal Medicine*, 143(10), pp. 729-36.
- World Health Organization (2000). *The Family Health Nurse: Context, conceptual framework and curriculum*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization (2001). *Community nursing for countries in transition*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization (1985). *A guide to curriculum review for basic nursing education: orientation to primary health care and community health*. Geneva: WHO.
- Wright, J. & Potter, K. (2013). Public health Nursing: a vision for community nurses. In D. Sines, S. Aldridge-Bent, A. Fanning, P. Farrelly, K. Potter, & J. Wright, *Community and Public health nursing* (5th edition.). UK: John Wiley & Sons.
- Zhu, X., Wong, F. and Wu, L. (2014). Development and evaluation of a nurse-led hypertension management model in a community: a pilot randomized controlled trial. *International Journal of Clinical & Experimental Medicine*, 7(11), pp. 4369-77.
- Zink, M. (2005). Episodic case management in home care. *Home Healthcare Nurse*, 23(10), pp. 655-662.

## Νόμοι και Διατάγματα

- Νόμος 2817/2000 (ΦΕΚ 78/14-3-2000). «Εκπαίδευση των Ατόμων με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/τ. Α'/07-10-1983). «Εθνικό Σύστημα Υγείας».
- Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123/τ. Α'/15-07-1992). «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας».
- Νόμος 3252/2004 (ΦΕΚ 132/τ. Α'/16-07-2004, άρθρο 2). «Σύσταση Ένωσης Νοσηλευτών – Νοσηλευτριών Ελλάδος και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ. Α'/18-02-2004, άρθρο 8). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».
- Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ. Α'/17/02/2014). «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις».
- Νόμος 4272/2014 (ΦΕΚ 145/τ. Α'/11/07/2014, άρθρο 35). «Προσαρμογή στο εθνικό δίκαιο της Εκτελεστικής Οδηγίας 2012/25/ΕΕ της Επιτροπής της 9ης Οκτωβρίου 2012 για τη θέσπιση διαδικασιών ενημέρωσης σχετικά με την ανταλλαγή, μεταξύ των κρατών-μελών ανθρώπινων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση – Ρυθμίσεις για την Ψυχική Υγεία και την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και λοιπές διατάξεις».
- Προεδρικό Διάταγμα 216/2001 (ΦΕΚ 167/τ. Α'/25-07-2001). «Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας».
- Προεδρικό Διάταγμα 351/1989 (ΦΕΚ 159/τ. Α'/14-06-1989). «Καθορισμός Επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων των τμημάτων α) Νοσηλευτικής, β) Μαιευτικής, γ) Επισκεπτών και Επισκεπτριών Υγείας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας και δ) του Τμήματος Διοίκησης μονάδων

Υγείας και Πρόνοιας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων».

Υπουργική Απόφαση Αρ. 27922/Γ6 (ΦΕΚ 449/3-4-2007). «Καθηκοντολόγιο Εκπαιδευτικών Ειδικής Αγωγής, Ειδικού Προσωπικού και λοιπές διατάξεις».

## **Προτεινόμενα video**

Συνεργασία Νοσηλευτών και Μαιών στην ΠΦΥ. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

<https://www.youtube.com/watch?v=yapwS2USliY>

## Κεφάλαιο 8

# Ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ε. Σακελλάρη

### Στόχοι κεφαλαίου

Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να κατανοεί και να περιγράφει τον ρόλο του επισκέπτη υγείας στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ, να προσδιορίζει το πεδίο δράσης και τις παρεμβάσεις που πραγματοποιεί ο επισκέπτης υγείας στο πλαίσιο αυτό και να αναγνωρίζει τις δεξιότητες που πρέπει να κατέχει για την παροχή φροντίδας υγείας στο άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα.

### Περίληψη κεφαλαίου

Ο επισκέπτης υγείας αποτελεί αναπόσπαστο και αναντικατάστατο μέλος της ομάδας υγείας της ΠΦΥ έχοντας έναν πολυδύναμο ρόλο. Ασχολείται με τα άτομα σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, με τις οικογένειες και την κοινότητα. Το πεδίο δράσης του επισκέπτη υγείας είναι ευρύ και στοχεύει στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων πραγματοποιώντας παρεμβάσεις προαγωγής υγείας. Οι βασικές αρχές του επισκέπτη υγείας είναι η αξιολόγηση των αναγκών υγείας, η ενθάρρυνση της συνειδητοποίησης των αναγκών υγείας, η συμμετοχή στη χάραξη πολιτικών υγείας και η πραγματοποίηση δράσεων που βελτιώνουν την υγεία.

### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

Επισκέπτης υγείας, κοινοτική υγεία, άτομο, οικογένεια, κοινότητα, εκτίμηση αναγκών υγείας, κατ' οίκον επίσκεψη, προαγωγή υγείας.

## 8.1 Εισαγωγή

Ο επισκέπτης υγείας αποτελεί αναπόσπαστο και αναντικατάστατο μέλος της ομάδας υγείας της ΠΦΥ με διακριτό ρόλο στην παροχή φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία του Υγειονομικού Χάρτη (2012), οι επισκέπτες υγείας που εργάζονταν το 2012 και στις επτά Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας ήταν 860, ενώ στα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία 340.

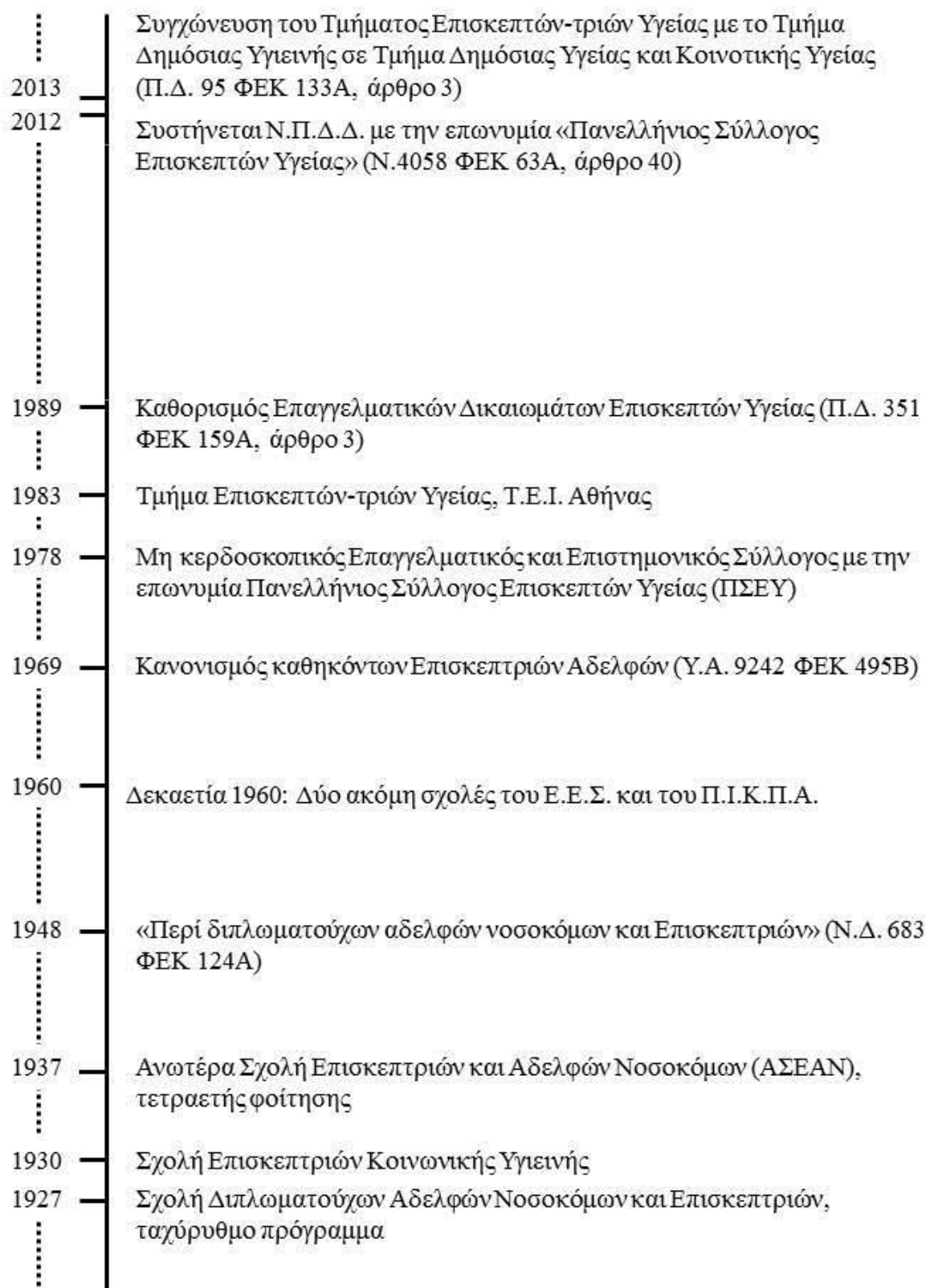
Το γνωστικό αντικείμενο του επισκέπτη υγείας είναι η κοινοτική υγεία, δίνοντάς του τα κατάλληλα εργαλεία για να ανταποκριθεί στον ρόλο του. Στη συνέχεια του κεφαλαίου θα αναπτυχθεί ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ και η συμβολή του στους γενικότερους στόχους της ΠΦΥ. Ξεκινώντας, θα γίνει μια σύντομη ιστορική αναδρομή στον θεσμό του επισκέπτη υγείας, στη συνέχεια θα περιγραφεί ο ρόλος και το πεδίο δράσης του στην ΠΦΥ, έπειτα θα αναφερθούν οι δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τον επαγγελματία επισκέπτη υγείας και, τέλος, θα συζητηθούν οι προκλήσεις που προκύπτουν.

## 8.2 Ιστορική αναδρομή

Το επάγγελμα του επισκέπτη υγείας έχει μακρά ιστορία όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες χώρες, με πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτά του Ηνωμένου Βασιλείου και της Φινλανδίας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η εκπαίδευση των επισκεπτών υγείας ξεκινά το 1916 υπό το Ινστιτούτο Υγιεινής, ενώ το 1919 θεσπίζεται σχετικός νόμος, και το 1925 την εκπαίδευση αναλαμβάνει το Υπουργείο Υγείας (Adams, 2012). Στη Φινλανδία, οι πρώτοι κανόνες που περιγράφουν τις πολιτικές και τις αρμοδιότητες σχετικά με τον επισκέπτη υγείας συντάχθηκαν το 1914 και το 1924, ενώ το 1931 το κράτος αναλαμβάνει την εκπαίδευσή τους με την πρόβλεψη νέας νομοθεσίας (Siivola & Martikainen, 1990).

Στην Ελλάδα, ο θεσμός του επισκέπτη υγείας εμφανίζεται για πρώτη φορά το 1927 με την ανάπτυξη του Πατριωτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Πρόνοιας και Αντίληψης (ΠΙΚΠΑ), στο οποίο ανατίθεται από το κράτος η υγιεινή και η προστασία της μητρότητας και του παιδιού, και την εκπαίδευση αναλαμβάνει ο

Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Τμήμα ΕΕΥ, 2011). Τα ορόσημα στην εξέλιξη του επισκέπτη υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζονται συνοπτικά στην Εικόνα 8.1.



**Εικόνα 8.1** Η εξέλιξη του επισκέπτη υγείας στην Ελλάδα.

Σήμερα, η εκπαίδευση των επισκεπτών υγείας πραγματοποιείται στο Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Κοινοτικής Υγείας του ΤΕΙ Αθήνας από την κατεύθυνση Κοινοτικής Υγείας, η οποία αποτελεί εισαγωγική κατεύθυνση με χωριστό αριθμό εισακτέων. Η κατεύθυνση Κοινοτικής Υγείας του Τμήματος Δημόσιας Υγείας και Κοινοτικής Υγείας του ΤΕΙ Αθήνας έχει ως στόχο την προπτυχιακή εκπαίδευση στελεχών ικανών να συμβάλλουν στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Κοινοτικής Υγείας, 2015). Το επικαιροποιημένο πρόγραμμα σπουδών περιλαμβάνει μαθήματα τα οποία βοηθούν στη βασική κατάρτιση των φοιτητών για θέματα που διαμορφώνουν το σύγχρονο πλαίσιο της δημόσιας υγείας και αποτελούν βασικό υπόβαθρο για την περαιτέρω εκπαίδευσή τους στα μαθήματα ειδικής υποδομής και ειδικότητας που έχουν ως στόχο την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων σχετικών με τις αρχές, τις μεθόδους και τις εφαρμογές στις οποίες στηρίζεται το γνωστικό πεδίο της πρόληψης, της προαγωγής υγείας και εν γένει της φροντίδας υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας (Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Κοινοτικής Υγείας, 2014).



Εικόνα 8.2 Η Κοινοτική Υγεία. (Πηγή: [http://www.teiath.gr/seyp/health\\_visit/](http://www.teiath.gr/seyp/health_visit/)).

Η προαγωγή της υγείας αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο του επισκέπτη υγείας (UKCC, 2001) και, ενώ είναι σημαντικό μέρος του ρόλου και άλλων επαγγελματιών υγείας, η έμφαση στην υγεία είναι αυτή που διαχωρίζει τον επισκέπτη υγείας από τον νοσηλευτή (Cowley, 2002· Malone et al., 2003). Τον 19ο αιώνα ο ρόλος του επισκέπτη υγείας είχε συνδεθεί με τον φόβο της μετάδοσης επιδημιών (Wohl, 1983). Ήδη από το 1892 η Florence Nightingale γράφει για τη σημαντική συμβολή των επισκεπτών υγείας τόσο στις αγροτικές, όσο και στις αστικές περιοχές. Έναν χρόνο πριν, το 1891, σε επιστολή της γράφει ότι ο επισκέπτης υγείας πρέπει να αποτελεί ξεχωριστό, με διαφορετικά, ποικίλα προσόντα επάγγελμα από αυτό του νοσηλευτή (Adams, 2012).

### 8.3 Ο επισκέπτης υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ο επισκέπτης υγείας είναι μέλος της ομάδας υγείας της ΠΦΥ, ενώ πολλές φορές ανήκει και σε μία υποομάδα επισκεπτών υγείας η οποία είναι μέλος της ευρύτερης ομάδας της ΠΦΥ, και δουλεύει μαζί με την ομάδα και όχι παράλληλα (Robotham, 2006a). Ο επισκέπτης υγείας κατέχει έναν πολυδύναμο ρόλο στο πλαίσιο της ΠΦΥ (Baldwin, 2012) και ασχολείται με τα άτομα σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, με τη συμμετοχή όλης της οικογένειας και της κοινότητας στη διαδικασία προαγωγής της υγείας τους (Hemingway, 2012). Το πεδίο δράσης του επισκέπτη υγείας είναι ευρύ και συμπεριλαμβάνει όχι μόνο τη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία των ατόμων όλων των ηλικιών, των οικογενειών και της κοινότητας στο πλαίσιο της ανάπτυξης και διασφάλισης της δημόσιας υγείας και της μείωσης των ανισοτήτων στην υγεία (Cowley, 2010a).

Ο επισκέπτης υγείας, σύμφωνα με τα κατοχυρωμένα επαγγελματικά δικαιώματά του, ασχολείται είτε αυτοδύναμα είτε σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες στον τομέα της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών με τον σχεδιασμό, την ανάπτυξη, την εφαρμογή και αξιολόγηση παροχής όλων των υπηρεσιών ΠΦΥ. Ασκεί έργο αγωγής υγείας, συμβουλευτικής και εν γένει φροντίδας υγείας επικεντρώνοντας στην ΠΦΥ και στη φροντίδα αποκατάστασης, με έμφαση στην παροχή υπηρεσιών στο σπίτι, στο σχολείο, στον χώρο εργασίας και στην κοινότητα γενικότερα (Π.Δ. 351/1989, ΦΕΚ 159/τ. Α'/1989). Ο αναγνώστης μπορεί να διαβάσει αναλυτικά το ΦΕΚ με τα επαγγελματικά δικαιώματα των επισκεπτών υγείας (άρθρο 3) στην ιστοσελίδα του Πανελληνίου Συλλόγου Επισκεπτών Υγείας. Μπορεί επίσης να παρακολουθήσει δύο σύντομα βίντεο για τη δράση του επισκέπτη υγείας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο ([«μία ημέρα του επισκέπτη υγείας»](#)) και [«συνεργασία του επισκέπτη υγείας με άλλους επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ»](#)).

Σύμφωνα με την Lowe (2007), ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στην παροχή υπηρεσιών υγείας εμπεριέχει μεταξύ άλλων και τα εξής στοιχεία:

- Δημόσια υγεία.
- Πρώιμη παρέμβαση και πρόληψη.
- Γνώση της κοινότητας.
- Προαγωγή της υγείας.
- Δράση πέρα από το πλαίσιο όπου εργάζεται.
- Συνεργασία και ομαδικότητα.
- Κατ' οίκον επίσκεψη.

Ως μέλος της ομάδας υγείας της ΠΦΥ ο επισκέπτης υγείας συνεργάζεται με τα άτομα της κοινότητας για τη βελτίωση της υγείας τους, στοχεύοντας στη μείωση των ανισοτήτων και του κοινωνικού αποκλεισμού (Department of Health, 1999). Καθιστά δυνατό τα άτομα να κατανοούν την κατάσταση της υγείας τους και να λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας. Στο πλαίσιο αυτό:

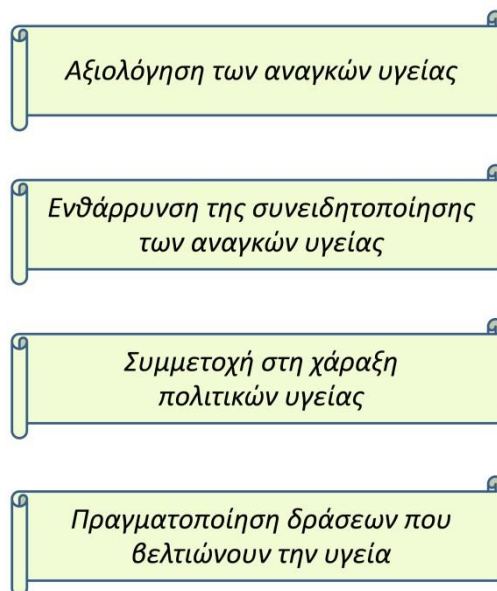
- Παρέχει βοήθεια στα μέλη της κοινότητας προκειμένου να κατανοήσουν τις υπηρεσίες υγείας και την πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες, ενώ παράλληλα φροντίζει και για τη διασύνδεση των υπηρεσιών και την παρακολούθηση των ατόμων, ώστε να εξασφαλίσει ότι κατανοούν τα ζητήματα υγείας τους και την απαραίτητη (αυτο)φροντίδα.
- Πραγματοποιεί παρεμβάσεις αγωγής υγείας για να βοηθήσει τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες να αποκτήσουν γνώσεις για την υγεία τους και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, καθώς και τον τρόπο ζωής που θα πρέπει να υιοθετήσουν προκειμένου να προάγουν την υγεία τους.
- Υπερασπίζει τα άτομα και την κοινότητα προκειμένου να λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα και στηρίζει αλλαγές στις πολιτικές που πρέπει να υλοποιηθούν (Berthold, Miller & Avila-Esparza, 2009).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ, 2011) καθώς και η Ευρωπαϊκή Ένωση (European Commission, 2010) συμφωνούν στο να υιοθετηθούν πολιτικές με στόχο τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Ο επισκέπτης υγείας στοχεύει στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων και, συνεπώς, πραγματοποιεί παρεμβάσεις προαγωγής υγείας στην κοινότητα (Sakellari, 2012). Βασίζόμενος στις αρχές της δημόσιας υγείας, με έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας των ατόμων, των οικογενειών και της κοινότητας εν γένει (Department of Health 2001), ο επισκέπτης υγείας είναι σε θέση να εντοπίσει πρώιμα εκείνα τα ζητήματα υγείας που ενδέχεται να εξελιχθούν σε προβλήματα ή κινδύνους αν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως (Department of Health, 2011). Οι δράσεις που αφορούν την αντιμετώπιση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία πρέπει να στοχεύουν σε όλο το φάσμα του πληθυσμού (Kelly et al., 2007) και μπορούν να χωριστούν σε δύο επίπεδα (Cowley et al., 2007):

- Ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, περιλαμβάνοντας δράσεις όπως οι κατ' οίκον επισκέψεις, η συμβουλευτική, η διασύνδεση, ο προσυμπτωματικός έλεγχος κ.ά.
- Ομαδικό ή επίπεδο της κοινότητας, περιλαμβάνοντας δράσεις όπως αγωγή υγείας, ομάδες στήριξης κ.ά.

Οι δύο κύριοι πυλώνες της καθημερινής πρακτικής του επισκέπτη υγείας είναι η κοινότητα και η κατ' οίκον επίσκεψη (Cowley, 2007a), και οι βασικές αρχές του (Cowley, 2007b) παρουσιάζονται στην Εικόνα 8.3. Οι αρχές αυτές δεν είναι απλά μία λίστα ικανοτήτων και δεξιοτήτων των επισκεπτών υγείας, αλλά παρέχουν ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο υποστηριζόμενο από την αξία της υγείας, με την προσέγγιση της προαγωγής υγείας των ατόμων, των οικογενειών και της κοινότητας (Cowley, 2010b).





**Εικόνα 8.3** Βασικές αρχές των επισκεπτών υγείας (Cowley, 2007b).

Οι αρχές που διέπουν το έργο του επισκέπτη υγείας βασίζονται σε μία κυρίαρχη φιλοσοφία, σύμφωνα με την οποία:

- Η υγεία αντιμετωπίζεται ως διαδικασία και όχι ως υφιστάμενη (ή μη) κατάσταση που προσδιορίζεται και εκτιμάται στο συνολικό κοινωνικο-πολιτιστικό πλαίσιο που βιώνεται.
- Οι στάσεις, οι επιλογές και οι συμπεριφορές των ατόμων ή των ομάδων σχετικά με ζητήματα υγείας είναι καταρχήν αποδεκτές και σε καμία περίπτωση καταδικαστέες και απορριπτέες (Λάγιου & Στοϊκίδου, 2008b).

Η αξιολόγηση των αναγκών υγείας τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και στο επίπεδο της κοινότητας αποτελεί βασικό στοιχείο του ρόλου του επισκέπτη υγείας για την αντιμετώπιση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία. Οι επισκέπτες υγείας, αν και παίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των αναγκών υγείας της κοινότητας, δεν λειτουργούν απομονωμένα. Συνεργάζονται στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας υγείας της ΠΦΥ για την παροχή φροντίδας υγείας, η οποία έχει στόχο την προαγωγή της υγείας (Sakellari, 2012). Η αξιολόγηση των αναγκών υγείας απαιτεί από τον επισκέπτη υγείας επαγγελματική κρίση βασισμένη στις γνώσεις και τις δεξιότητες που έχει, αλλά και στη συνεργασία με τα άτομα της κοινότητας (Appleton & Cowley, 2003). Η εκτίμηση των αναγκών υγείας εμπεριέχει τη συστηματική αξιολόγηση των αναγκών του πληθυσμού, μελετώντας στοιχεία για την υγεία της κοινότητας σε συνεργασία με τον πληθυσμό και όσους εργάζονται στην κοινότητα, και βοηθά (Department of Health, 2001):

- να υπάρχει καλύτερη ενημέρωση για τους διαθέσιμους πόρους, τις ανάγκες και τις προτεραιότητες της τοπικής κοινότητας,
- να αναγνωριστούν οι ανισότητες στην υγεία,
- να δοθεί προτεραιότητα σε ομάδες του πληθυσμού με μεγαλύτερες ανάγκες και να σχεδιαστεί και να παρασχεθεί η πιο αποτελεσματική φροντίδα,
- να σχεδιαστούν κατάλληλες, πιο αποτελεσματικές υπηρεσίες προς όφελος του πληθυσμού και με στόχο τη βελτίωση της υγείας,
- να εφαρμοστούν οι αρχές της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης,
- να αναπτυχθούν συνεργασίες με την κοινότητα και τους άλλους επαγγελματίες (υγείας κ.ά.),
- να μετρηθούν οι επιδράσεις στην υγεία του πληθυσμού,
- να διαμορφωθούν οι πολιτικές και οι προτεραιότητες και
- να υπάρχουν δεδομένα για τις αποφάσεις που παίρνονται.

Οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά πολλά από τα ζητήματα υγείας στην κοινότητα. Τέτοιες παρεμβάσεις απαιτούν μία ομάδα υγείας που να προσφέρει ένα ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών, το οποίο διέπεται από μία στενή σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και της κοινότητας και, ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τα άτομα της κοινότητας (WHO, 2008). Ο επισκέπτης υγείας είναι ο εκπαιδευμένος για τον σκοπό αυτό επαγγελματίας υγείας και, επιπλέον, βρίσκεται στην προνομιακή θέση να έχει πρόσβαση στις οικογένειες και τις κοινότητες και, συνεπώς, μπορεί άμεσα να αναγνωρίσει τις ανάγκες υγείας τους, καθώς και τις προκλήσεις που προκύπτουν (Bishop, Gilroy & Stirling, 2015). Αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης τονίζουν τον καίριο ρόλο των επισκεπτών υγείας στην υποστήριξη συντονισμένων και ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας, οι οποίες είναι προσαρμοσμένες στις τοπικές ανάγκες (Brigham, 2012).

Συγκεκριμένα, οι επισκέπτες υγείας, έχοντας τις απαραίτητες πληροφορίες που συγκεντρώνουν κατά τη διαδικασία της εκτίμησης των αναγκών υγείας των οικογενειών, μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν ώστε να προσδιορίσουν τις ανάγκες υγείας σε επίπεδο κοινότητας. Αυτή η γνώση ενός πληθυσμού είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική συνεργασία με τις τοπικές κοινωνίες, ώστε να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες (Bishop, Gilroy & Stirling, 2015). Μελέτη των Appleton & Cowley (2008) για τη διευκρίνιση των βασικών αρχών που ακολουθούν οι επισκέπτες υγείας στο πλαίσιο της εκτίμησης των αναγκών υγείας, κατέληξε στα εξής χαρακτηριστικά (Εικόνα 8.4):

- Πολύπλοκη και πολυπαραγοντική διαδικασία
- Ολιστική εκτίμηση
- Διαρκής αξιολόγηση
- Μη εκφρασμένες ανάγκες
- Ιεράρχηση

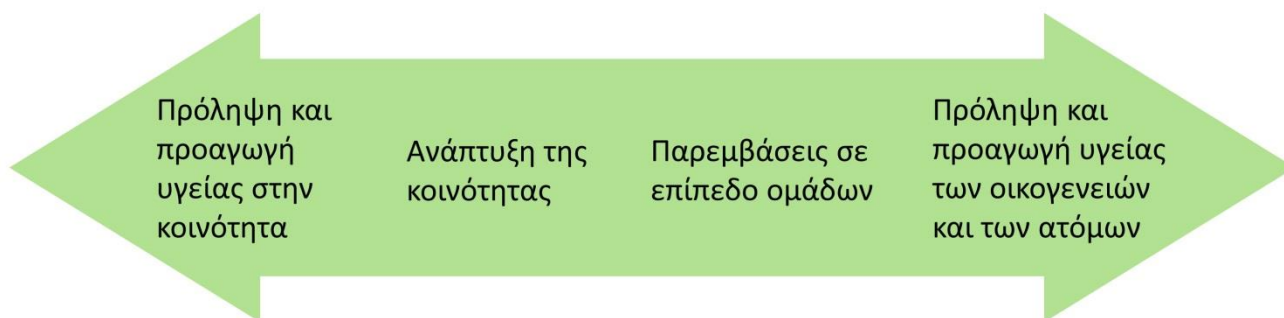


**Εικόνα 8.4** Τα χαρακτηριστικά των βασικών αρχών που ακολουθούν οι επισκέπτες υγείας κατά την αξιολόγηση των αναγκών.

Οι Λάγιου και Στοϊκίδου (2008a) συνοψίζουν τις δραστηριότητες που αναλαμβάνει ο επισκέπτης υγείας ανταποκρινόμενος στις απαιτήσεις του πλαισίου όπου εργάζεται στα εξής:

- Ταυτοποίηση, μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού.
- Παρακολούθηση και αντιμετώπιση κοινών ή περισσότερο σύνθετων ζητημάτων υγείας.
- Διασφάλιση της προστασίας των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων στην παροχή φροντίδας υγείας και πρόνοιας, ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας.
- Καθοδήγηση σχετικά με την ύπαρξη δικτύων προστασίας και φορέων παροχής εξειδικευμένης βοήθειας και διευκόλυνση διαδικασιών πρόσβασης.
- Ενίσχυση του εθελοντισμού σε θέματα υγείας.

Ο επισκέπτης υγείας, στοχεύοντας στην προαγωγή της υγείας, εργάζεται με το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα, μεταξύ των οποίων υπάρχει αλληλεξάρτηση, δεδομένου ότι οι προσεγγίσεις δημόσιας υγείας σε επίπεδο πληθυσμού και ατόμου λειτουργούν σε ένα συνεχές πλαίσιο (Department of Health, 2001), όπως αυτό παρουσιάζεται και στην Εικόνα 8.5.



**Εικόνα 8.5** Παρεμβάσεις επισκέπτη υγείας.

Η προαγωγή της υγείας αποτελεί μία από τις βασικές προσεγγίσεις των παρεμβάσεων του επισκέπτη υγείας και περιλαμβάνει δράσεις που βοηθούν στον εντοπισμό και την ανάπτυξη των δυνατοτήτων και των πόρων, δίνοντας έμφαση στην εξεύρεση λύσεων (King's College National Nursing Research Unit, 2013). Οι δράσεις αυτές σε ατομικό επίπεδο είναι επίσης σημαντικές, ωστόσο θα πρέπει να ενταχθούν σε ένα ευρύτερο πλαίσιο και να καθοριστεί: α) σε ποια άτομα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα (ομάδες υψηλού κινδύνου), β) ο πιο αποτελεσματικός τρόπος παρέμβασης σε σχέση με τις ανάγκες του ατόμου, γ) ποιοι πόροι της κοινότητας μπορούν να αξιοποιηθούν ώστε να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες και να μειωθούν οι ανισότητες και δ) με τι ασχολούνται οι άλλοι οργανισμοί στην κοινότητα και πώς μπορεί να υπάρξει συνεργασία με στόχο τη βελτίωση της υγείας (Department of Health, 2001).

Σημαντικό παράγοντα στη δουλειά με το άτομο και την οικογένεια παίζει η συνεργασία ατόμου – επισκέπτη υγείας ή/και οικογένειας – επισκέπτη υγείας, όπου ο επισκέπτης υγείας δεν υιοθετεί το πατερναλιστικό μοντέλο, αλλά θέτει το ίδιο το άτομο ή την οικογένεια στο επίκεντρο (Robotham, 2006b). Ως εκ τούτου, το οικογενειακό πλάνο υγείας αποτελεί τον πυρήνα, επιτρέποντας στην οικογένεια να σκεφτεί τα ζητήματα υγείας των μελών της. Το πλάνο αυτό (Department of Health, 2001) θα πρέπει να αναγνωρίζει: α) τις ανάγκες της οικογένειας όπως τις βλέπουν τα ίδια τα μέλη της οικογένειας, β) το πώς θέλει η οικογένεια να αντιμετωπιστούν αυτές οι ανάγκες, γ) ένα σχέδιο δράσης για την οικογένεια, το οποίο να περιλαμβάνει τη στήριξη από τον επισκέπτη υγείας και τους άλλους επαγγελματίες υγείας και δ) ό,τι έχει ήδη επιτευχθεί.

Η προαγωγή της υγείας των οικογενειών μιας κοινότητας μπορεί να επιτευχθεί βοηθώντας τους γονείς να αναγνωρίσουν τις δυνατότητές τους, ενδυναμώνοντας τον γονικό τους ρόλο και ενισχύοντας τους προστατευτικούς παράγοντες: οικογενειακούς δεσμούς, γνώσεις σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού, ικανότητα στην αντιμετώπιση του στρες και την επίλυση προβλημάτων, κοινωνικό δίκτυο, υποστήριξη από την κοινότητα (US Department of Health and Human Services, 2008).

Η κατ' οίκον επίσκεψη αποτελεί ένα από τα βασικά εργαλεία του επισκέπτη υγείας και πραγματοποιείται είτε γιατί τα άτομα/οικογένεια δεν μπορούν να προσέλθουν στη δομή υγείας ή γιατί η

επίσκεψη στο σπίτι θα βοηθήσει τους στόχους της προαγωγής υγείας (Wenzl & Berthold, 2009). Ωστόσο, ο συνδυασμός των κατ' οίκον επισκέψεων και της παροχής υπηρεσιών υγείας στη δομή υγείας είναι πιο αποτελεσματικός σε σχέση και με το κόστος, αν και απαιτούν άριστη διαχείριση του χρόνου (Robotham, 2006a). Σύμφωνα με μελέτες, η αποτελεσματικότητα των κατ' οίκον επισκέψεων συνοψίζεται (Robotham, 2006b) στα παρακάτω:

A. Σε σχέση με τους γονείς και τα παιδιά:

- Βελτίωση του γονικού ρόλου και της ποιότητας του περιβάλλοντος του σπιτιού.
- Βελτίωση των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών.
- Βελτίωση της ψυχοκινητικής ανάπτυξης των παιδιών.
- Αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης.
- Μείωση της χρήσης των επειγουσών υπηρεσιών υγείας.
- Μείωση των τραυματισμών και ατυχημάτων στο σπίτι.
- Ενίσχυση της ποιότητας υποστήριξης της μητέρας.

B. Σε σχέση με τις ειδικές ανάγκες υγείας και τα χρόνια νοσήματα:

- Αύξηση του επιπέδου ενημέρωσης και ενίσχυση της αυτοφροντίδας.
- Βελτίωση της ψυχολογικής στήριξης της οικογένειας.

Γ. Σε σχέση με τα ηλικιωμένα άτομα και τους φροντιστές τους:

- Βελτίωση της ποιότητας ζωής.
- Μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο.
- Μείωση της θνησιμότητας των ηλικιωμένων.
- Μείωση του στρες των φροντιστών.

Προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι των κατ' οίκον επισκέψεων, σημαντικό ρόλο παίζει η διασύνδεση με τις υπηρεσίες της κοινότητας και, συνεπώς, ο διασυνδεδετικός ρόλος του επισκέπτη υγείας μπορεί να είναι καθοριστικός (Gomby, Culross & Behrman, 1999). Συχνά προκύπτουν πολύπλοκες περιπτώσεις που χρειάζονται διασύνδεση (Cowley & Adams, 2009), και ο επισκέπτης υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στο να διευκολύνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να εξασφαλίσει ότι τα άτομα επωφελούνται από την παρεχόμενη φροντίδα (Department of Health, 1999).

Η προσφορά του επισκέπτη υγείας είναι σημαντική και αποτελεσματική στο επίπεδο της κοινότητας, αναγνωρίζοντας τις οικογένειες με πρόσθετες ανάγκες, εντοπίζοντας τις δυνητικά ευάλωτες ομάδες και παρέχοντας επιπλέον υποστήριξη, βελτίωση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, καθώς και υποστηρίζοντας τα άτομα να υιοθετούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής (NICE, 2014). Συνεπώς, ο επισκέπτης υγείας πρέπει να είναι αποτελεσματικός στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων με τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες, προκειμένου οι παρεμβάσεις του να είναι επιτυχείς (Bishop, Gilroy & Stirling, 2015).

Ωστόσο, ο κύριος στόχος είναι η βελτίωση της υγείας της κοινότητας, αντιμετωπίζοντας τις ανάγκες της. Για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι σημαντική η ανάπτυξη της κοινότητας. Η ανάπτυξη της κοινότητας μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην ενίσχυση των ικανοτήτων για την υγεία και προϋποθέτει τη συνεργασία με τα ίδια τα άτομα της κοινότητας, καθιστώντας τα ικανά να βρουν τρόπους για να αντιμετωπίσουν τα ζητήματα που επηρεάζουν την υγεία τους, αυξάνοντας την κοινωνική στήριξη και μειώνοντας τις ανισότητες (Department of Health, 2001).

Τέλος, η επιτυχία του έργου του επισκέπτη υγείας σχετίζεται με τρία βασικά στοιχεία (Cowley et al., 2013):

- Την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχει ο επισκέπτης υγείας ώστε να υποστηρίζονται οι καλές πρακτικές.
- Την πραγματοποίηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων βασισμένων σε τεκμηριωμένα στοιχεία με στόχο την προαγωγή της υγείας.
- Την κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση.

## 8.4 Ικανότητες και δεξιότητες του επισκέπτη υγείας

Οι Λάγιου & Στοϊκίδου (2008b), αναφερόμενες στις ικανότητες και δεξιότητες που πρέπει να έχει ο επισκέπτης υγείας προκειμένου να επιτύχει τους στόχους, υποστηρίζουν ότι θα πρέπει να είναι σε θέση:

- Να αντιλαμβάνεται και να εκτιμά: α) τον βαθμό και την έκταση που οι παράγοντες δρουν, ώστε να αναγνωρίσει τις ανάγκες υγείας των ατόμων και των ομάδων του πληθυσμού, β) τη λειτουργία και τη δυναμική των ομάδων, καθώς και των ατόμων ως μέλη των ομάδων, και να αναγνωρίζει πότε οι παρεμβάσεις του να μετακινούνται από το άτομο στην ομάδα και το αντίστροφο, γ) τη δυνατότητα των ατόμων/ομάδων να αναγνωρίσουν και να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά τα προσωπικά τους μέσα, πόρους και δυνατότητες, βραχυπρόθεσμα ή/και μακροπρόθεσμα για την επίλυση των προβλημάτων τους και δ) το είδος και το μέγεθος της υποστήριξης που ενδείκνυται κατά περίπτωση, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι ανάγκες μεταβάλλονται στη διάρκεια του χρόνου.
- Να καλλιεργεί σχέσεις αποδοχής και εμπιστοσύνης.
- Να παρέχει υποστήριξη, ώστε να ενδυναμώνει τα άτομα και να ενισχύει την εμπιστοσύνη τους στις δικές τους δυνατότητες και πόρους για τη βελτίωση της υγείας τους.
- Να δρα ως φορέας διασύνδεσης, συντονίζοντας δράσεις που ανταποκρίνονται στις ανάγκες της συγκεκριμένης κοινότητας.

Επιπλέον, όπως έχει αναφερθεί, οι δράσεις του επισκέπτη υγείας αφορούν την προαγωγή υγείας. Στο πλαίσιο αυτό απαιτούνται κάποιες βασικές ικανότητες (Laverack, 2007):

- Σχεδιασμός, πραγματοποίηση και αξιολόγηση: Η ικανότητα να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν αποτελεσματικά προγράμματα προαγωγής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης των πόρων και του ανθρώπινου δυναμικού. Αυτό περιλαμβάνει την κατανόηση του προγράμματος και του προϋπολογισμού και την αξιολόγηση.
- Αποτελεσματικές στρατηγικές επικοινωνίας: Οι στρατηγικές επικοινωνίας αποτελούν αναπόσπαστο μέρος των προγραμμάτων προαγωγής υγείας προκειμένου να ευαισθητοποιήσουν και να αυξήσουν τα επίπεδα γνώσεων. Ένα υψηλό επίπεδο σχετικών ικανοτήτων είναι απαραίτητο για την ανάπτυξη των προγραμμάτων που στοχεύουν στα άτομα, τις ομάδες και τις κοινότητες.
- Συνδρομή στην ανάπτυξη δεξιοτήτων: Η εκπαίδευση για την ανάπτυξη δεξιοτήτων είναι ένα βασικό μέρος των προγραμμάτων προαγωγής υγείας και, συνεπώς, καλή γνώση τεχνικών διευκόλυνσης και υποστήριξης είναι απαραίτητη.
- Ερευνητικές δεξιότητες: Η γνώση διάφορων ερευνητικών μεθόδων είναι σημαντική, διότι ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση των παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας βασίζονται σε έγκυρα τεκμηριωμένα επιστημονικά δεδομένα.
- Δεξιότητες ανάπτυξης της κοινότητας: Η ενδυνάμωση της κοινότητας είναι ζωτικής σημασίας για την προαγωγή της υγείας. Αποτελεί μία διαδικασία ανάπτυξης ικανοτήτων και, συνεπώς, είναι σημαντική η ικανότητα χρήσης διαφόρων στρατηγικών ενδυνάμωσης της κοινότητας.
- Χάραξη πολιτικών και σχεδιασμός καλών πρακτικών: Η δυνατότητα χάραξης πολιτικής, ανάπτυξης συνεργασιών και σχεδιασμού καλών πρακτικών για την καθημερινή πράξη.

Ωστόσο, ο επισκέπτης υγείας δεν κατέχει μόνο γνώσεις και δεξιότητες προκειμένου να πραγματοποιήσει κάποιες δραστηριότητες. Ο θεσμός του επισκέπτη υγείας περιλαμβάνει μια φιλοσοφία και έναν τρόπο δράσης που τον κάνουν ένα ξεχωριστό επάγγελμα με τους ακόλουθους τρόπους (Unite/CPHVA Health Visiting Forum, 2007):

- Η δράση του περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας σε ατομικό επίπεδο, επίπεδο οικογένειας και κοινότητας.

- Ξεχωρίζει από τους άλλους επαγγελματίες υγείας στο ότι επικεντρώνεται στην υγεία και στην ευεξία και όχι στην ασθένεια.
- Αξιολογεί αναγνωρισμένες και μη ανάγκες υγείας (συχνά τα άτομα με τις μεγαλύτερες ανάγκες υγείας τις αγνοούν).
- Παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες κατ' οίκον.
- Αναγνωρίζει την υγεία ως μια διαδικασία και όχι ως μια κατάσταση που πρέπει να αποκτηθεί, ενώ την τοποθετεί στο συνολικό κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο.
- Έχει ιδιαίτερη ικανότητα να κατανοήσει την αλληλεπίδραση πολύπλοκων ζητημάτων που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου, των οικογενειών και της κοινότητας ως σύνολο.
- Παρέχει προσβάσιμες, εξατομικευμένες υπηρεσίες σε όσους δεν προσέρχονται στις δομές υγείας για διάφορους λόγους.
- Επικεντρώνει τις δράσεις του στην προώθηση της ανθεκτικότητας και την ενδυνάμωση.
- Λειτουργεί σε ένα μοντέλο συνεργασίας και ενίσχυσης των ικανοτήτων.

Τέλος, τα μοντέλα που χρησιμοποιεί ο επισκέπτης υγείας στο πλαίσιο της καθημερινή πρακτικής επικεντρώνονται στην κοινοτική υγεία και βασίζονται στην προαγωγή υγείας και τη δημόσια υγεία, όπως το «μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία», το «μοντέλο προαγωγής υγείας», το «διαθεωρητικό μοντέλο των σταδίων της αλλαγής», το «μοντέλο “PRECEDE-PROCEED”» (Carnwell, 2006) κ.ά., τα οποία δεν θεωρείται σκόπιμο να αναλυθούν στο παρόν κεφάλαιο, αλλά μπορεί ο αναγνώστης να μελετήσει στη σχετική βιβλιογραφία (όπως, για παράδειγμα, Green & Tones, 2010· Naidoo & Wills, 2009· Lucas & Lloyd, 2005).

## 8.5 Προκλήσεις για τον επισκέπτη υγείας στο πλαίσιο της ομάδας υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ο επισκέπτης υγείας έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο μέχρι σήμερα στην παροχή φροντίδας υγείας στο πλαίσιο της ομάδας υγείας της ΠΦΥ. Ωστόσο, αντιμετωπίζει διάφορες προκλήσεις. Μία από τις προκλήσεις είναι η προσπάθεια να διαχειριστεί τον καθημερινό φόρτο εργασίας με την ανάπτυξη της κοινότητας (Forester, 2004), και ιδιαίτερα αυτή την περίοδο που υπάρχει σημαντική μείωση του προσωπικού στις δομές παροχής φροντίδας υγείας. Είναι σημαντικό για όλους τους επαγγελματίες υγείας να υπάρχει σαφής σύνδεση των στρατηγικών στόχων με τους στόχους και τις διαδικασίες σχεδιασμού της παροχής υπηρεσιών υγείας (Carr et al., 2012). Επιπλέον, είναι σημαντικό ο επισκέπτης υγείας να ανανεώσει τις δυνατότητές του σχετικά με την ανάπτυξη της κοινότητας, να αξιοποιήσει το διαθέσιμο κοινωνικό κεφάλαιο και να καταφέρει να πραγματοποιήσει δράσεις στην κοινότητα λαμβάνοντας υπόψη τη σχέση κόστους-οφέλους (Bishop, Gilroy & Stirling, 2015).

Ο επισκέπτης υγείας, με γνώμονα τις γνώσεις και τις δεξιότητές του, θα πρέπει να αναζητά ευκαιρίες ώστε να αναπτύξει νέες προσεγγίσεις στην καθημερινή πράξη, σε συνεργασία με την κοινότητα (Frost, 2006). Ως εκ τούτου, θα πρέπει να βρει τρόπους να αναπτύξει τον ρόλο του και τον τρόπο που εργάζεται, προκειμένου να βελτιώνει κάθε φορά τις υπηρεσίες υγείας που παρέχει, και σε κάθε περίπτωση στο πλαίσιο της ομάδας υγείας της ΠΦΥ που ανήκει.

Επιπλέον, η Cowley και συν. (2013) ζητούν να δοθεί προσοχή στο εύρος των δεξιοτήτων που απαιτούνται στην καθημερινή πρακτική του επισκέπτη υγείας, οι οποίες χρειάζονται συνεχώς να εξελίσσονται μέσα από την προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη του επισκέπτη υγείας. Πρόσφατα, η Baldwin (2013) ανέλυσε τον ρόλο του επισκέπτη υγείας στην προηγμένη πρακτική (advanced practice), τις δεξιότητες και αρμοδιότητες, καθώς και τα χαρακτηριστικά τα οποία είναι προαπαιτούμενα για να προχωρήσει ο επισκέπτης υγείας σε επίπεδο προηγμένης πρακτικής, όπως αυτή υπάρχει σε άλλες χώρες, για παράδειγμα, για τον νοσηλευτή (advanced nurse practitioner).

Τέλος, επειδή η χώρα φαίνεται να έχει πληγεί από την οικονομική κρίση σοβαρότερα από τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες (McKee et al., 2012), υπάρχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία (Kentikelenis et al., 2011), γεγονός που αποτελεί τη μεγαλύτερη πρόκληση για όλη την ομάδα υγείας της ΠΦΥ και ιδιαίτερα για τον επισκέπτη υγείας, ο οποίος βρίσκεται στην πρώτη γραμμή. Σημαντικό είναι λοιπόν ο επισκέπτης υγείας να μην ξεχνά τις ανάγκες των ατόμων, των οικογενειών και της κοινότητας, ώστε οι παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται να είναι αυτές που φέρνουν μεγαλύτερο όφελος, ειδικά για εκείνους με τις μεγαλύτερες ανάγκες.

## 8.6 Σύνοψη

Ο επισκέπτης υγείας ως μέλος της ομάδας υγείας της ΠΦΥ κατέχει έναν πολυδύναμο ρόλο με ένα ευρύ πεδίο δράσης, το ποίο συμπεριλαμβάνει όχι μόνο τη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία των ατόμων όλων των ηλικιών, των οικογενειών και της κοινότητας, στοχεύοντας στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, αξιολογεί τις ανάγκες υγείας των ατόμων, των οικογενειών και της κοινότητας και πραγματοποιεί τις κατάλληλες παρεμβάσεις προαγωγής υγείας. Σημαντικό εργαλείο είναι η κατ' οίκον επίσκεψη και η διασύνδεση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας και τις διάφορες δομές υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσει τα ζητήματα υγείας που προκύπτουν.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## Ελληνική

- Λάγιου, Α. & Στοϊκίδου, Μ. (2008). Δημόσια Υγεία και Επισκέπτης Υγείας. *Τεχνολογικά Χρονικά*, 12, σσ. 31-34.
- Λάγιου, Α. & Στοϊκίδου, Μ. (2008). Δημόσια Υγεία: Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας. *Τεχνολογικά Χρονικά*, 15, σσ. 50-53.
- Προεδρικό Διάταγμα 351/1889 (ΦΕΚ 159/τ. Α', άρθρο 3). «Επαγγελματικά Δικαιώματα πτυχιούχων του Τμήματος Επισκεπτών και Επισκεπτριών Υγείας».
- Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Υγείας (2014). Πρόγραμμα Σπουδών. Διαθέσιμο στο: [http://www.teiath.gr/userfiles/arlagiou/neo\\_programma\\_spoudon\\_updated\\_2015.pdf](http://www.teiath.gr/userfiles/arlagiou/neo_programma_spoudon_updated_2015.pdf)
- Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Υγείας (2015). Γνωστικό Αντικείμενο της Κατεύθυνσης Κοινωνικής Υγείας. Διαθέσιμο στο: [http://www.teiath.gr/seyp/health\\_visit/articles.php?id=3535&lang=el](http://www.teiath.gr/seyp/health_visit/articles.php?id=3535&lang=el)
- Τμήμα ΕΕΥ (2011). Έκθεση εσωτερικής αξιολόγησης του Τμήματος Επισκεπτών Υγείας. Ακαδημαϊκά Έτη 2009-2010 & 2010-2011. Αθήνα: ΤΕΙ Αθήνας. Διαθέσιμο στο: [http://modip.teiath.gr/wp-content/uploads/2011/11/p\\_%CE%95%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7-%CE%95%CF%83%CF%89%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82-%CE%91%CE%BE%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CF%8C%CE%B3%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%82-%CE%A4%CE%BC%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82-%CE%95%CF%80%CE%B9%CF%83%CE%BA%CE%B5%CF%80%CF%84%CF%8E%CE%BD-%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82.pdf](http://modip.teiath.gr/wp-content/uploads/2011/11/p_%CE%95%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7-%CE%95%CF%83%CF%89%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82-%CE%91%CE%BE%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CF%8C%CE%B3%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%82-%CE%A4%CE%BC%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82-%CE%95%CF%80%CE%B9%CF%83%CE%BA%CE%B5%CF%80%CF%84%CF%8E%CE%BD-%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82.pdf)
- Υγειονομικός Χάρτης (2012). Στατιστικά & Δεδομένα για την Υγεία. Ανθρώπινο δυναμικό. Διαθέσιμο στο: <http://ygeiamap.gov.gr/statistika-kai-dedomena-ygeia/>

## Ξένη

- Adams, C. (2012). The history of Health Visiting. *Nursing in Practice*, 68. Διαθέσιμο στο: <http://www.nursinginpractice.com/article/history-health-visiting>
- Appleton, J. & Cowley, S. (2003). Valuing professional judgement in health visiting practice. *Community Practitioner*, 76(6), pp. 215-220.
- Appleton, J.V. & Cowley, S. (2008). Health visiting assessment – unpacking critical attributes in health visitor needs assessment practice: A case study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, pp. 232-245.
- Baldwin, S. (2012). Exploring the professional identity of health visitors. *Nursing Times*, 108(25), pp. 12-15.
- Baldwin, S. (2013). Advancing professional practice: Why is it necessary for health visiting? *Journal of Health Visiting*, 1(8), pp. 468-473.
- Berthold, T., Miller, J. & Avila-Esparza, A. (2009). *Foundations for community health workers*. USA: Jossey-Bass.
- Brigham, L. (2012). Leading in practice: a case study of how health visitors share and develop good practice. *Community Practitioner*, (85) 5, pp. 25-29.
- Bishop, P., Gilroy, V. & Stirling, L. (2015). *A National Framework for Continuing Professional Development for Health Visitors - Standards to support professional practice*. London: Institute of Health Visiting. Διαθέσιμο στο: [http://ihv.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/iHV\\_Framework-for-CPD\\_-HIA-Revision-AW-WEB.pdf](http://ihv.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/iHV_Framework-for-CPD_-HIA-Revision-AW-WEB.pdf)
- Carnwell, R. (2006). Models for Health Visiting in specialist community public health nursing. In Robotham, A. & Frost, M. (Eds), *Health Visiting. Specialist community public health nursing*. UK: Elsevier.



- Carr, S.M., Pearson, P., Young-Murphy, L. & Cleghorn, B. (2012). UK community health visiting: challenges faced during lean implementation. *Journal of Healthcare Leadership*, 4, pp. 1-7.
- Cowley, S. (2002). What's in a name? Health visiting is health visiting. *Community Practitioner*, 75(8), pp. 304-307.
- Cowley, S. (2007a). A funding model for health visiting: baseline requirements – part 1. *Community Practitioner*, 80(11), pp. 18-24.
- Cowley, S. (2007b). Principles of British health visiting. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(Esp), pp. 756-761.
- Cowley, S. (2010a). *Professional briefing: public safety and statutory regulation of Health Visitors*.
- Cowley, S. (2010b). Explaining the principles of health visiting in Brazil. *Community Practitioner*, 83(11), pp. 21-25.
- Cowley, S. & Adams, C. (2009). *The universal Health Visiting service*. London: Unite. Διαθέσιμο στο: [www.unitetheunion.com/health](http://www.unitetheunion.com/health)
- Cowley, S., Caan, W., Dowling, S. & Weir, H. (2007). What do health visitors do? A national survey activities and service organisation. *Public Health*, 121(11), pp. 869-879.
- Cowley, S., Whittaker, K., Grigulis, A., Malone M., Donetto, S., Wood, H., Morrow, E. & Maben, J. (2013). *Why Health Visiting? A review of the literature about key health visitor interventions, processes and outcomes for children and families*. London: National Nursing Research Unit, King's College. Διαθέσιμο στο: <https://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nnru/publications/Reports/Why-Health-Visiting-NNRU-report-12-02-2013.pdf>
- Department of Health (1999). *Making a difference. Strengthening the nursing, midwifery and health visiting contribution to health and healthcare*. London. Διαθέσιμο στο: <http://www.doh.gov.uk/nurstrat.html>
- Department of Health (2001). *Health visitor practice development resource pack*. London. Διαθέσιμο στο: <http://www.innovate.hda.online.org.uk>
- Department of Health (2011). *Health Visitor Implementation Plan 2011-2015*. Διαθέσιμο στο: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213110/Health-visitor-implementation-plan.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213110/Health-visitor-implementation-plan.pdf)
- European Commission (2010). *Reducing health inequalities in the European Union*. Διαθέσιμο στο: <http://ec.europa.eu/social>
- Forester, S. (2004). Adopting community development approaches. *Community Practitioner*, 77(4), pp. 140-145.
- Frost, M. (2006). Specialist community public health nursing – opportunities and challenges for health visiting profession. In Robotham, A. & Frost, M. (Eds), *Health Visiting. Specialist community public health nursing*. UK: Elsevier.
- Gomby, D.S., Culross, P.L. & Behrman, R.E. 1999. Home visiting: recent program evaluations — analysis and recommendations. *The Future of Children*, 9(1), pp. 4-26. Διαθέσιμο στο: [http://www.princeton.edu/futureofchildren/publications/docs/09\\_01\\_Analysis.pdf](http://www.princeton.edu/futureofchildren/publications/docs/09_01_Analysis.pdf)
- Green, J. & Tones, K. (2010). *Health Promotion. Planning and strategies*. London: Sage.
- Hemingway, A., Aarts, C., Koskinen, L., Campbell, B. & Chasse F. (2012). A European Union and Canadian Review of Public Health Nursing Preparation and Practice. *Public Health Nursing*, 30(1), pp. 58-69.
- Kelly, M.P., Morgan, A., Bonnefoy, J., Butt, J. & Bergman, V. (2007). *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action*. Final Report to World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health from Faculty of Medicine Universidad del

- Desarrollo, Chile. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Διαθέσιμο στο: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/mekn\\_report\\_10oct07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_report_10oct07.pdf)
- Kentikelenis, A., Karinikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. & Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378, pp. 1457-1458.
- King's College National Nursing Research Unit (2013). *Can health visiting make the difference expected?* Policy+ 37. Διαθέσιμο στο: <https://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nmru/policy/By-Issue-Number/Policy--Issue-37v3.pdf>
- Laverack, G. (2007). *Health Promotion practice. Building empowered communities*. London: Open University Press.
- Lowe, R. (2007). *Facing the future. A review of the role of Health Visitors*. Διαθέσιμο στο: [www.dh.gov.uk/cno](http://www.dh.gov.uk/cno)
- Lucas, K. & Lloyd, B. (2005). *Health Promotion. Evidence and experience*. London: Sage.
- Malone, M., Edwards, M., Bliss, J., Cheung, H., Dooley, J., Hobden, A., Quioc, V. & Watts, S. (2003). Health visiting at the crossroads: which way to the 21st century? *British Journal of Community Nursing*, 8(4), pp. 160-165.
- McKee, M., Karanikolos, M., Belcher, P. & Stuckler, D. (2012). Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine*, 12(4), pp. 346-350.
- Naidoo J. & Wills J. (2009). *Foundations for health promotion*. UK: Elsevier.
- NICE (2014). *Health Visiting*. Διαθέσιμο στο: <http://publications.nice.org.uk/lgb22>
- Robotham, A. (2006a). Skills in specialist public health nursing-health visiting: working with social groups and communities. In Robotham, A. & Frost, M. (Eds), *Health Visiting. Specialist community public health nursing*. UK: Elsevier.
- Robotham, A. (2006b). Skills in specialist public health nursing-health visiting: working with individuals and families. In Robotham, A. & Frost, M. (Eds), *Health Visiting. Specialist community public health nursing*. UK: Elsevier.
- Sakellari, E. (2012). Assessment of health needs; the health visiting contribution to public health. *International Journal of Caring Sciences*, 5(1), pp. 19-25.
- Siivola, U. & Martikainen, T. (1990). The public health nurse – the linchpin of primary health care. *World Health Forum*, 11, pp. 102-107.
- UKCC (2001). *Developing standards and competences for Health Visiting: A report of the development process and thinking*. Διαθέσιμο στο: <http://tinyurl.com/om8x1wt>
- Unite/CPHVA Health Visiting Forum (2007). *The distinctive contribution of Health Visiting to Public Health and Wellbeing*. Διαθέσιμο στο: <http://www.dodsdata.com/Resources/epolitix/Forum%20Microsites/Amicus-Unite/Appendix%202.pdf>
- US Department of Health and Human Services (2008). *Promoting healthy families in your community*. Διαθέσιμο στο: <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/packet.pdf>
- Wenzl & Berthold, (2009). Home Visiting. In Berthold, T., Miller, J. & Avila-Esparza A. (Eds), *Foundations for community health workers*. USA: John Wiley & Sons.
- WHO (2008). *The world health report 2008. Primary Health Care. Now more than ever*. Διαθέσιμο στο: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
- WHO (2011). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. Διαθέσιμο στο: [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration.pdf?ua=1](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1)
- Wohl, A.S. (1983). *Endangered Lives: Public Health in Victorian England*. London: Dent.

## Κεφάλαιο 9

# Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

**Μ. Παπαδακάκη**

### Στόχοι κεφαλαίου

Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα γνωρίζει βασικές πληροφορίες που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού στην ΠΦΥ και συγκεκριμένα την αποστολή και το πεδίο δράσης της κοινωνικής εργασίας, τη νομοθεσία που διέπει το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, την εκπαίδευση και τις δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού και το όραμα και τους στρατηγικούς στόχους του επαγγέλματος.

### Περίληψη κεφαλαίου

Η κοινωνική εργασία στην ΠΦΥ έρχεται να παρέμβει στους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία και να συμβάλλει στη θεραπεία και την ανακούφιση από τη νόσο. Χρησιμοποιώντας ως κυρίαρχη προσέγγιση αυτή του «ατόμου στο περιβάλλον», μέσα από την οποία ο κοινωνικός παράγοντας αναγνωρίζεται ως προσδιοριστής της υγείας του ατόμου και του συνόλου, η κοινωνική εργασία αναπτύσσει δράση σε μακρο-, μέσο- και μικροεπίπεδο, παρεμβαίνοντας στις αιτίες των ανισοτήτων στην υγεία και προάγοντας τη συμμετοχή και την ενδυνάμωση. Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών δημιούργησε νέες προκλήσεις για το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού και ο επαναπροσδιορισμός του χαρακτήρα και της αποστολής της κοινωνικής εργασίας στην ΠΦΥ ήταν αναπόφευκτος. Η κοινωνική εργασία δεν μπορούσε να μη λάβει υπόψη, τόσο στην εκπαίδευση όσο και στην εφαρμογή της, τη φτώχεια, την ανισότητα, τη διαφθορά και τη βία, που αυξήθηκαν ραγδαία τα τελευταία χρόνια. Το κεφάλαιο αυτό παρουσιάζει το παρόν και το μέλλον της κοινωνικής εργασίας στη βάση των μεταρρυθμίσεων που επιβλήθηκαν στη χώρα και των νέων αναγκών που δημιούργησε η κρίση στην κοινωνία των πολιτών, λαμβάνοντας υπόψη το διεθνές περιβάλλον, τις αξιώσεις και τους στρατηγικούς στόχους διεθνών οργανώσεων του επαγγέλματος.

### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

Ανισότητες στην υγεία, «άτομο στο περιβάλλον», κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας, εκτίμηση αναγκών, κοινωνική έρευνα, διαμεσολάβηση, ενδυνάμωση.

## 9.1 Εισαγωγή

Η υγεία είναι ζήτημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων και κοινωνικής δικαιοσύνης καθώς όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν συνθήκες καλής υγείας και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ο αριθμός των ατόμων που δεν απολαμβάνει αυτό το δικαίωμα στην Ευρώπη αυξάνεται διαρκώς, γεγονός που αντικατοπτρίζει την άνιση κατανομή των πόρων που χρειάζονται οι άνθρωποι για μια βιώσιμη και συνεχή ανάπτυξη. Η κοινωνική εργασία στην ΠΦΥ έρχεται να παρέμβει στις αιτίες των ανισοτήτων στην υγεία, προάγοντας τη συμμετοχή και την ενδυνάμωση. Έρχεται, αφενός, να βοηθήσει τους ανθρώπους να προλάβουν τη νόσο παρεμβαίνοντας στους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία και, αφετέρου, επιδιώκει να συμβάλλει στη θεραπεία και ανακούφιση από τη νόσο συντελώντας στη διασφάλιση και διεύρυνση των πηγών υποστήριξης. Ιδιαίτερα στην ΠΦΥ, ο χαρακτήρας της κοινωνικής εργασίας την καθιστά ένα επάγγελμα που αποτελεί τον «ομφάλιο λώρο» μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των χρηστών.

Στην Ελλάδα, η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών έφερε ραγδαίες κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις σε πολλούς τομείς και είχε αρνητικό αντίκτυπο στο επίπεδο υγείας των πολιτών και αρνητικές προεκτάσεις για το σύστημα υγείας της χώρας. Από τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης δεν έμεινε αλώβητη η κοινωνική εργασία. Η εκπαίδευση, η αποστολή και ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στη φροντίδα υγείας διαφοροποιήθηκαν σημαντικά ως αποτέλεσμα μεταρρυθμίσεων που επιβλήθηκαν στη χώρα, καθώς επίσης και εξαιτίας των νέων αναγκών που δημιούργησε η κρίση στην κοινωνία των πολιτών. Η κοινωνική

εργασία, με λιγότερες δυνάμεις λόγω της υποστελέχωσης, των μειωμένων προϋπολογισμών των κοινωνικών υπηρεσιών και των μειώσεων στις αποδοχές των κοινωνικών λειτουργών, καλείται πλέον να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες μιας κοινωνίας που μετρά το ένα τρίτο σχεδόν του πληθυσμού της στα όρια της ακραίας φτώχειας.

## 9.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Ο παγκόσμιος ορισμός για το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, που υιοθετήθηκε από τη Διεθνή Ομοσπονδία των Κοινωνικών Λειτουργών (International Federation of Social Workers – IFSW) και από τη Διεθνή Ένωση των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (International Association of Schools of Social Work – IASSW) τον Ιούλιο του 2014 στο πλαίσιο της Γενικής Συνέλευσης της IFSW που πραγματοποιήθηκε στη Μελβούρνη, είναι ο εξής: «Η Κοινωνική Εργασία είναι εφαρμοσμένο επάγγελμα αλλά και ακαδημαϊκό πεδίο που προωθεί την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή, την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων. Οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της συλλογικής ευθύνης και του σεβασμού της διαφορετικότητας είναι κεντρικές στην κοινωνική εργασία, η οποία θεμελιώνεται από τις θεωρίες της κοινωνικής εργασίας, των κοινωνικών επιστημών, των ανθρωπιστικών επιστημών και τη γηγενή γνώση, και συνδέει ανθρώπους και δομές για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής αλλά και να ενισχύσει την ευημερία τους. Ο παραπάνω ορισμός μπορεί να διευρυνθεί σε εθνικό ή/και σε περιφερειακό επίπεδο» (IFSW, 2014).

Η Κοινωνική Εργασία είναι, αφενός, εφαρμοσμένο επάγγελμα και, αφετέρου, ακαδημαϊκό πεδίο εκπαίδευσης, το οποίο αναγνωρίζει ότι η αλληλοσυσχέτιση ιστορικών, κοινωνικοοικονομικών, πολιτισμικών, τοπικών και ατομικών παραγόντων λειτουργούν προασπιστικά ή/και παρεμποδιστικά για την ανθρώπινη ευημερία και εξέλιξη (IFSW, 2014).

Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού προωθεί την αλλαγή, την επίλυση προβλημάτων στις ανθρώπινες σχέσεις και την ενδυνάμωση και χειραφέτηση των ατόμων με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Χρησιμοποιώντας ως βάση τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης και αξιοποιώντας θεωρίες που αφορούν την ανθρώπινη συμπεριφορά και τα κοινωνικά συστήματα, η κοινωνική εργασία παρεμβαίνει στα σημεία εκείνα που οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους (IFSW, 2001· Payne, 2006).

Οι υπηρεσίες του κοινωνικού λειτουργού απευθύνονται κυρίως σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, σε άτομα ή ομάδες που βιώνουν σημαντικές αναπτυξιακές αλλαγές και στρεσογόνα γεγονότα ζωής, καθώς και σε άτομα των οποίων η υγεία και η κοινωνική τους ευεξία έχει επηρεαστεί από κοινωνικούς παράγοντες. Σύμφωνα με την IFSW (2012), οι υπηρεσίες αφορούν τις παρακάτω περιπτώσεις: α) νέες ή μονογονεϊκές οικογένειες, β) άτομα άστεγα ή σε κίνδυνο να μείνουν άστεγα, γ) άπορους, δ) αποφυλακισμένους, ε) άνεργους, στ) μετανάστες, πρόσφυγες, εθνικές μειονότητες, Ρομά, ζ) άτομα εξαρτημένα από ουσίες, η) άτομα με σωματική και διανοητική αναπηρία, θ) άτομα με χρόνιες νόσους ή νόσους που περιορίζουν σοβαρά τη λειτουργικότητα, ι) άτομα μοναχικά, με έκπτωση του επιπέδου ψυχοσωματικής λειτουργικότητας, ια) άτομα που δεν μπορούν να διαχειριστούν την απώλεια, ιβ) άτομα που έχουν δεχτεί ενδοοικογενειακή βία, ιγ) φροντιστές ατόμων που χρειάζονται υποστήριξη και καθοδήγηση.

Ως κύριοι άξονες δράσης και παρέμβασης της κοινωνικής εργασίας καθορίζονται η προαγωγή της κοινωνικής αλλαγής, η κοινωνική εξέλιξη, η κοινωνική συνοχή και, τέλος, η ενδυνάμωση και απελευθέρωση ατόμων και ομάδων. Ο πρώτος άξονας αφορά σε πρακτικές χειραφέτησης με στόχο την ενδυνάμωση και απελευθέρωση του ανθρώπου από δομικές πηγές καταπίεσης ή/και προνομίων, βάσει κριτηρίων ή χαρακτηριστικών όπως η φυλή, η κοινωνική τάξη, η γλώσσα, η θρησκεία, το φύλο, οι ειδικές ανάγκες, ο πολιτισμικός και σεξουαλικός προσανατολισμός. Ο δεύτερος άξονας αφορά την προαγωγή της κοινωνικής ένταξης και συνοχής μέσα από την καταπολέμηση της φτώχειας και την ενδυνάμωση των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Ο τρίτος άξονας αφορά την κοινωνική αλλαγή και συμβαίνει στο επίπεδο του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας ή της ευρύτερης κοινωνίας, όταν εκδηλώνεται η ανάγκη για αλλαγή εκείνων των δομικών συνθηκών που συμβάλλουν στην περιθωριοποίηση, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την καταπίεση. Ο τέταρτος άξονας αφορά την κοινωνική ανάπτυξη, που εννοιολογικά ταυτίζεται με ένα πλαίσιο πολιτικών μέτρων το οποίο βασίζεται σε ολιστικές, βιοψυχοκοινωνικές και πνευματικές εκτιμήσεις σε πολυσυστημικό, διακλαδικό και διεπιστημονικό επίπεδο, με στόχο τη βιώσιμη εξέλιξη. Σημαντικό είναι ότι ο άξονας αυτός θέτει σε προτεραιότητα την κοινωνική, δομική και οικονομική ανάπτυξη, ενώ δεν συμμερίζεται

τη συμβατική άποψη ότι η οικονομική ανάπτυξη είναι προαπαιτούμενος παράγοντας για την κοινωνική ανάπτυξη (IFSW, 2014).

### **9.2.1 Σκοπός και πεδίο δράσης της κοινωνικής εργασίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Βασικός σκοπός της κοινωνικής εργασίας στην ΠΦΥ είναι η προαγωγή της υγείας, η θεραπεία και αποκατάσταση μέσα από προγράμματα και υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις βασικές αρχές υγείας του πληθυσμού και δίνουν ειδική προσοχή στα υψηλού κινδύνου, ευπαθή και μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (IASW, 2008).

Η κοινωνική εργασία στην ΠΦΥ επιδιώκει την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία και την προώθηση του αυτοπροσδιορισμού μέσα από την καθοδήγηση, την ενδυνάμωση και την ενίσχυση της αυτοφροντίδας στην τοπική κοινότητα. Εστιάζει στην αλληλεπίδραση ανάμεσα στα άτομα και το περιβάλλον τους, αναγνωρίζοντας την επίδραση των κοινωνικών, πολιτισμικών, οικονομικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών, πολιτικών, νομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία και στη γενικότερη ποιότητα ζωής (AASW, 2010, σ. 9· CASW, 2007).

Χρησιμοποιεί ως κυρίαρχη προσέγγιση αυτή του «ατόμου στο περιβάλλον», μέσα από την οποία αναγνωρίζει τον κοινωνικό παράγοντα ως προσδιοριστή της υγείας του ατόμου και του συνόλου (CASW, 2007). Από την προσέγγιση αυτή προκύπτει ένα ευρύ αντικείμενο, και συγκεκριμένοι τομείς δράσης του αφορούν: α) την πρόληψη, β) την προαγωγή της υγείας, γ) τον σχεδιασμό υπηρεσιών, δ) τη φροντίδα ασθενών με οξεία και χρόνια νοσήματα, ε) τη θεραπεία, στ) την αποκατάσταση και ζ) τη μακροχρόνια φροντίδα (Keigher, 1997).

### **9.2.2 Ρόλοι του κοινωνικού λειτουργού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Οι κοινωνικοί λειτουργοί δραστηριοποιούνται σε μακρο-, μέσο- και μικροεπίπεδο. Σε μακροεπίπεδο μπορούν να συνηγορήσουν για πρόνοια ευάλωτων κοινωνικών ομάδων ή να συμμετέχουν στη χάραξη νέων πολιτικών που αφορούν την υγεία και την κοινωνική πρόνοια. Στο μικροεπίπεδο και μεσοεπίπεδο δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην αυτοδιαχείριση της νόσου, ιδιαίτερα όταν οι ασθενείς έχουν γνωστικές, σωματικές ή κοινωνικές αναπηρίες που περιορίζουν τη συμμετοχή τους στο σχέδιο συνολικής διαχείρισης της φροντίδας. Σε μικροεπίπεδο, οι κοινωνικοί λειτουργοί διευκολύνουν την προσαρμογή του ασθενούς στη χρόνια νόσο και υποστηρίζουν την απόκτηση υψηλότερων επιπέδων ποιότητας ζωής (Gehlert & Browne, 2006). Στο μεσοεπίπεδο, δράση μπορεί να αναπτυχθεί με οικογένειες και γειτονιές ως μέσο για την υποστήριξη των αναγκών φροντίδας του ασθενούς.

Όσον αφορά τους ρόλους που μπορεί να αναπτύξει ο κοινωνικός λειτουργός, υπάρχει μία γενική ομοφωνία σε έξι κύριους ρόλους ή τύπους υπηρεσιών που ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παρέχει στην ΠΦΥ σε άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες, που είναι οι εξής: α) εκτίμηση βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων της υγείας και της ποιότητας ζωής, β) παροχή απτών υπηρεσιών, γ) παροχή συμβουλευτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, δ) διαβούλευση με άλλους επαγγελματίες υγείας σχετικά με βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες και τις επιπτώσεις τους στην υγεία και την ποιότητα ζωής, ε) εκπαίδευση σε βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες της ασθένειας και σε στρατηγικές παρέμβασης και στ) κοινοτική ανάπτυξη και ανάπτυξη ικανοτήτων (Geron, Andrews & Kuhn, 2005· Lesser, 2000· Salvatore, 1988· Scharlach, Simon & Dal Santo, 2002· Wharf, 1992).

Σε σχέση με το άτομο και την οικογένεια, ο κοινωνικός λειτουργός προσφέρει υπηρεσίες που έχουν σκοπό την πρόληψη και την αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και την κάλυψη ανθρωπίνων αναγκών. Διερευνά το ανθρώπινο πρόβλημα κυρίως μέσα από την κοινωνική έρευνα και την τεχνική της συνέντευξης, εντοπίζει λύσεις αντιμετώπισης, διαμεσολαβεί προς τους αρμόδιους φορείς και παρέχει ηθική και συμβουλευτική υποστήριξη και καθοδήγηση στο άτομο και την οικογένεια καθ' όλη τη διάρκεια επίλυσης του προβλήματός τους (IASW, 2008).

Έμφαση έχει δοθεί στον ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στην αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς (Bikson, McGuire, Blue-Howells & Seldin- Sommer, 2009· Gross, Rabinowitz, Feldman, & Boerman, 1996). Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως τα οικονομικά προβλήματα, το άγχος, τα νομικά θέματα, έχουν βρεθεί σε πρόσφατη μελέτη να είναι πολύ διαδεδομένα στην ΠΦΥ, με μέσο όρο πέντε προβλημάτων ανά ασθενή, και με το 32% των ασθενών να επιζητεί συνάντηση με

κοινωνικό λειτουργό (Bikson et al., 2009). Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρούνται οι πλέον αρμόδιοι και επαρκώς εξοπλισμένοι για να αντιμετωπίσουν αυτού του τύπου τα προβλήματα χρησιμοποιώντας ποικιλία παρεμβάσεων (Gross et al., 1996; Keefe, Geron & Enguidanos, 2009). Έχει χαρακτηριστικά αναφερθεί ότι διευκολύνουν σημαντικά την πρόσβαση των ασθενών σε κοινοτικές πηγές και συμβάλλουν στην επανένταξή τους στην κοινότητα. Μια επίσης σημαντική διαπίστωση αναφορικά με τον ρόλο των κοινωνικών λειτουργών είναι ότι μπορούν να είναι εξαιρετικά ευέλικτοι και να εργαστούν σε πολλαπλά επίπεδα ταυτόχρονα προκειμένου να διευκολύνουν τη μετακίνηση του ασθενούς μέσα στο σύστημα υγείας, στοχεύοντας στην ταχύτερη ανάρρωση και στα υψηλότερα δυνατά επίπεδα λειτουργικότητας.

Σε σχέση με την κοινότητα, το αντικείμενο του κοινωνικού λειτουργού επηρεάζεται από τις ανάγκες της υγειονομικής περιφέρειας στην οποία υπηρετεί. Σε γενικές γραμμές, ο κοινωνικός λειτουργός δραστηριοποιείται στα εξής αντικείμενα:

- Εκτίμηση και παρακολούθηση κοινωνικών και ψυχοσυναισθηματικών αναγκών του πληθυσμού μέσα από τη διενέργεια κοινωνικών ή ψυχοκοινωνικών μελετών.
- Διερεύνηση, καταγραφή και παρέμβαση σε κοινωνικούς, συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού.
- Μελέτη του τοπικού κοινωνικού κεφαλαίου, της κοινωνικής δυναμικής, των δυνατοτήτων και των αδυναμιών του τοπικού χώρου.
- Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας (π.χ. επιθετική συμπεριφορά, προκαταλήψεις, ρατσισμός κ.λπ.).
- Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων παιδικής προστασίας, προστασίας υπερηλίκων, αναπήρων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

Η δραστηριοποίηση του κοινωνικού λειτουργού στην κοινότητα απαιτεί συνεργασία ανάμεσα στην επιστήμη της Δημόσιας Υγείας, που εστιάζει στην αλλαγή σε πληθυσμιακό επίπεδο, και της Κοινωνικής Εργασίας, που εστιάζει πρωτίστως στο άτομο και τις κοινωνίες (Whiteside, 2004, σσ. 381-382). Η Κοινωνική Εργασία και η Δημόσια Υγεία έχουν κοινή αποστολή στο πλαίσιο της κοινωνικής δικαιοσύνης να βελτιώσουν, να προασπίσουν και να ενισχύσουν την ποιότητα ζωής και να εργαστούν μαζί για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων υγείας (Ruth et al., 2008, σ. 72). Οι κοινωνικοί λειτουργοί, πλέον, εργάζονται σε πεδία που αφορούν την πληθυσμιακή υγεία και την προαγωγή της υγείας και, γενικότερα, σε χώρους που δεν θεωρούνται παραδοσιακοί για το επάγγελμα, γεγονός που νοείται ως μια στροφή προς πληθυσμιακής φύσεως προσεγγίσεις που είναι πιο κοντά στις κοινωνίες που εξυπηρετούνται (Vourlekis, Ell & Padgett, 2001).

Ένα βασικό συστατικό της κοινωνικής εργασίας στην κοινότητα είναι αυτό της κοινοτικής ανάπτυξης και της προώθησης της κοινωνικής συμμετοχής, ιδιαίτερα σε συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού. Βασική επιδίωξη του κοινωνικού λειτουργού είναι να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει την τοπική κοινωνία, καθώς και τοπικούς φορείς και ομάδες στην αναγνώριση των δικών τους αναγκών υγείας, στον σχεδιασμό υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και φροντίδας υγείας και στην ανάληψη τοπικών πρωτοβουλιών και δράσεων για την ικανοποίηση αυτών (DoHC, 2001, σσ. 9-39). Οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν μπορούν να επιτύχουν αλλαγές στα διαφορετικά συστήματα (π.χ. οικονομικό, εκπαιδευτικό, πολιτικό, σύστημα υγείας) αν δεν χρησιμοποιήσουν προσεγγίσεις μακροεπίπεδου, προσανατολισμένες στην ενδυνάμωση του πληθυσμού, όπως αυτή της κοινοτικής οργάνωσης (Dunlop & Holosko, 1992). Ο πληθυσμός πρέπει να εμπλακεί στην απαίτηση της μείωσης της φτώχειας, στην ανάπτυξη της εθνικής ασφάλισης και ενός εθνικού συστήματος υγείας που θα εξασφαλίζει πρόσβαση σε πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα, στην πρόληψη ανίχνευση και παρέμβαση σε οικογενειακές και κοινωνικές καταστάσεις που απειλούν την ψυχική και σωματική υγεία και ποιότητα ζωής των μελών. Στο πλαίσιο αυτής της επιδίωξης, ο κοινωνικός λειτουργός προωθεί την ανάπτυξη τοπικών δικτύων από φορείς που δραστηριοποιούνται σε θέματα υγείας, καθώς και την ανάπτυξη καινοτόμων υπηρεσιών για την προαγωγή της υγείας όπως, για παράδειγμα, οργάνωση βιβλιοθήκης για θέματα υγείας, τράπεζα αίματος κ.λπ. Στο πλαίσιο της ενίσχυσης της κοινωνικής συμμετοχής σε θέματα υγείας, ο κοινωνικός λειτουργός δραστηριοποιείται επίσης στη σύσταση ομάδων υγείας στην περιοχή ευθύνης του, μέσα από τις οποίες ενθαρρύνεται η συμμετοχή των πολιτών στην ανάδειξη προτεραιοτήτων και στον σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας (Pillinger, 2010).

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός λειτουργεί ως πηγή υποστήριξης για άλλους επαγγελματίες και για την ομάδα υγείας της ΠΦΥ αναλαμβάνοντας τη φροντίδα ασθενών και των οικογενειών τους σε ζητήματα που οι άλλοι επαγγελματίες δεν μπορούν να παρέμβουν, χρησιμοποιώντας εδραιωμένα δίκτυα τοπικών φορέων, κυβερνητικών και μη, προκειμένου να διευκολύνουν την πρόσβαση των ασθενών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, κατάλληλες για την επίλυση του προβλήματός τους (π.χ. παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο, άτομα που κακοποιούνται, αυτοκτονικοί ασθενείς). Πιο συγκεκριμένα, ο Salvatore (1988) περιέγραψε δύο μοντέλα κοινωνικής εργασίας στην ΠΦΥ. Το πρώτο μοντέλο, με την επωνυμία «μοντέλο παραπομπής ή διαβούλευσης», επιτρέπει στους ιατρούς να παραπέμπουν στον κοινωνικό λειτουργό ασθενείς με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως παραπέμπουν σε μία άλλη ιατρική ειδικότητα. Στο δεύτερο, το αποκαλούμενο «συνεργατικό μοντέλο», ο ιατρός αναγνωρίζει ένα ψυχοκοινωνικό πρόβλημα που χρήζει υπηρεσίες κοινωνικού λειτουργού για μεγάλο χρονικό διάστημα, και ο κοινωνικός λειτουργός καθίσταται υπεύθυνος για τη θεραπεία του ψυχοκοινωνικού προβλήματος του ασθενούς και παραμένει σε συνεργασία με τον ιατρό, ο οποίος συνεχίζει να καλύπτει τις ανάγκες του ασθενούς σε ιατρική φροντίδα.

### 9.2.3 Δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Δεδομένης της διεπιστημονικής προσέγγισης της φροντίδας υγείας στις μονάδες ΠΦΥ, η πρακτική εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας απαιτεί γνώση πολλών επιστημονικών πεδίων και περιοχών. Για τον λόγο αυτό, ο κοινωνικός λειτουργός που υπηρετεί στην ΠΦΥ πρέπει να διαθέτει μια ευρεία ομάδα γενικών και ειδικών δεξιοτήτων (Feldman, 2001· Heinonen et al., 2001· Levin & Herbert, 2001· Siefert & Henk, 2001), μεταξύ των οποίων η ικανότητα να εκτελεί τα παρακάτω: α) να διεξάγει εκτίμηση κινδύνου/αναγκών για άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες, β) να σχεδιάζει και να εφαρμόζει πολιτισμικά επαρκείς και κατάλληλες ως προς το φύλο παρεμβάσεις που στοχεύουν στο άτομο, την οικογένεια, την ομάδα και την κοινότητα για τις ανάγκες της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης της ασθένειας, καθώς και για τη θεραπεία, την αποκατάσταση και τη συνεχιζόμενη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της αυτοφροντίδας, της ενίσχυσης του φροντιστή και της ανάπτυξης βραχέων παρεμβάσεων, γ) να συμμετέχει ενεργά και αποτελεσματικά σε μία διεπιστημονική ομάδα προάγοντας τη συνεργασία, δ) να αναπτύσσει συνεργασία με κοινοτικούς φορείς για τις ανάγκες της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης της ασθένειας, καθώς και να συμμετέχει ενεργά στην καθοδήγηση, κοινοτική οργάνωση, κοινοτική δράση και στη χάραξη πολιτικών νομοθετικού και ρυθμιστικού χαρακτήρα με σκοπό την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας, την καταπολέμηση της φτώχειας, των διακρίσεων και άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την ισότητα, την πρόσβαση και την ποιότητα της φροντίδας, ε) να ενσωματώνει τις αξίες και τις ηθικές αρχές στον σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την υλοποίηση παρεμβάσεων μέσα στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης φροντίδας.

Άλλες δεξιότητες που έχουν αναφερθεί ότι απαιτούνται από τους κοινωνικούς λειτουργούς στην ΠΦΥ είναι η αυτογνωσία και η πολιτισμική επάρκεια, η δέσμευση, η διάγνωση και η εκτίμηση προβλημάτων, η διευκόλυνση του αυτοπροσδιορισμού και η ικανότητα ενδυνάμωσης, η προφορική και γραπτή επικοινωνία, η αναγνώριση και στάθμιση των ηθικών συνεπειών των στρατηγικών που αναπτύσσονται, η ανάληψη δράσης και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που επιφέρει η δράση (Hardina & Obel-Jorgensen, 2009).

Κατά τους Ell και Morrison (1981), οι κοινωνικοί λειτουργοί της ΠΦΥ είναι επίσης σημαντικό να διαθέτουν δεξιότητες στα εξής: α) στη λήψη απόφασης, στη διαφορική διάγνωση, στη συμβουλευτική του ασθενούς που αντιστέκεται, στη διαβούλευση και την εκπαίδευση, β) στη διενέργεια ελέγχου «κατά περίπτωση», στη διάκριση μεταξύ ποικίλων ψυχοκοινωνικών πηγών ανησυχίας στον ασθενή, στην ικανότητα υποστήριξης ορισμένων ασθενών να αναγνωρίσουν την πηγή των συμπτωμάτων τους ως κοινωνική ή συναισθηματική παρά ως οργανική, στην εκμάθηση και εφαρμογή δεξιοτήτων ψυχοκοινωνικής εκτίμησης και θεραπείας από άλλες επιστήμες επιπρόσθετα με την κοινωνική εργασία, γ) στην έρευνα και την αξιολόγηση, καθώς επίσης στον σχεδιασμό και την ανάπτυξη εργαλείων εκτίμησης των αναγκών των χρηστών. Οι δεξιότητες στην έρευνα είναι απαραίτητες για την αξιολόγηση των υπηρεσιών με στόχο τη βελτίωσή τους μέσα από την ανάπτυξη γνώσης σχετικά με το τι είναι και τι δεν είναι αποτελεσματικό μεταξύ των παρεμβάσεων της κοινωνικής εργασίας στην ΠΦΥ.

Η προαγωγή της υγείας ως ένα ξεχωριστό αντικείμενο με το οποίο ασχολείται ο κοινωνικός λειτουργός στην ΠΦΥ προϋποθέτει μια σειρά από επιπλέον δεξιότητες, με κυριότερες τις εξής: α) επικοινωνιακές δεξιότητες, β) ικανότητα αναγνώρισης του κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο ζουν οι ασθενείς, γ) ολιστική θεώρηση πολιτισμικών και συμπεριφορικών παραγόντων που επηρεάζουν την

ανταπόκριση του ασθενούς στη νόσο ή τη συμμόρφωση στις συστάσεις που του δίδονται ως προς τη νόσο και δ) αναγνώριση του ρόλου της οικογένειας (Goel & McLsaac, 2000, σ. 6).

Παρά τις υψηλές απαιτήσεις του χώρου από τους κοινωνικούς λειτουργούς, έχει αναφερθεί ότι «οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί είναι επαρκώς εξοπλισμένοι να εργαστούν στον χώρο της υγείας εξαιτίας της ευρείας προοπτικής που έχουν για τους ποικίλους σωματικούς, συναισθηματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων και των κοινοτήτων» (NASW, 2005).

### 9.3 Νομοθεσία

Στην Ελλάδα το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού και ο εφαρμοσμένος επιστημονικός κλάδος της Κοινωνικής Εργασίας είναι θεσμικά κατοχυρωμένα και ρυθμίζονται με τις παρακάτω διατάξεις:

- Νομοθετικό Διάταγμα «Περί του Θεσμού των Κοινωνικών Λειτουργών» (Ν.Δ., αριθ. 4018/11-11-1959).
- Προεδρικό Διάταγμα «Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων» (Π.Δ. 50, ΦΕΚ 23/τ. Α' 26-1-1989, σσ. 345-347).
- Προεδρικό Διάταγμα «Άσκηση του Επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού» [Π.Δ., αριθ. 23 (2)/20-1-1992].

Απαραίτητη προϋπόθεση για την άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού είναι η απόκτηση πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας και η λήψη άδειας ασκήσεως επαγγέλματος.

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα που ορίζει τα επαγγελματικά δικαιώματα των κοινωνικών λειτουργών, οι πτυχιούχοι κοινωνικοί λειτουργοί του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, με βάση τις εξειδικευμένες επιστημονικές γνώσεις —θεωρητικές και εφαρμοσμένες—, ασχολούνται είτε αυτοδύναμα είτε σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες σε όλους τους τομείς δραστηριότητας που αποβλέπουν στην πραγματοποίηση ενός ή και των δύο από τους παρακάτω στόχους: α) πρόληψη και θεραπεία κοινωνικών προβλημάτων ή/και β) βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της κοινωνικής λειτουργικότητας ατόμων και ομάδων με την πραγμάτωση θεσμικών αλλαγών μέσα στην κοινότητα.

Τα αντικείμενα των πτυχιούχων, όπως ορίζονται από το Προεδρικό Διάταγμα, είναι τα εξής: α) διενέργεια κοινωνικής μελέτης ή ψυχοκοινωνικής μελέτης, όπου κρίνεται απαραίτητη, του περιστατικού, της ομάδας και της κοινότητας που χρειάζεται την παρέμβασή τους, β) διαμόρφωση διάγνωσης, αυτόνομα ή και σε συνεργασία με άλλους ειδικούς, για τα προβλήματα που εντοπίστηκαν και γ) εκπόνηση και εκτέλεση σχεδίου δράσης και ενεργειών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης κατάστασης.

Οι πτυχιούχοι του Τμήματος μπορούν να στελεχώσουν ένα ευρύτατο φάσμα κοινωνικών υπηρεσιών, οργανώσεων ή προγραμμάτων του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα, καθώς και να παρέχουν υπηρεσίες ως ελεύθεροι επαγγελματίες. Ενδεικτικά, εργάζονται σε κοινωνικές υπηρεσίες δήμων, σε ΚΑΠΗ, στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», σε νομαρχιακές διευθύνσεις κοινωνικής πρόνοιας, σε φορείς παιδικής προστασίας, σε νοσοκομεία, σε κέντρα υγείας, σε κέντρα ψυχικής υγείας, σε κέντρα αποκατάστασης αναπήρων, σε μονάδες απεξάρτησης, σε μονάδες ειδικής αγωγής, σε υπηρεσίες του ΟΑΕΔ, σε κοινωνικές υπηρεσίες επιμελητών ανηλίκων, σε κοινωνικές υπηρεσίες φυλακών, σε υπηρεσίες για μετανάστες, πρόσφυγες κ.ά.

### 9.4 Εκπαίδευση

Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας, η εκπαίδευση στην κοινωνική εργασία στις χώρες της Ευρώπης χαρακτηρίστηκε από προοδευτικό «ακαδημαϊσμό» και επηρεάστηκε άμεσα από τις αλλαγές στις πανεπιστημιακές δομές που ενεργοποιήθηκαν από τις διαδικασίες της Μπολόνια (Bologna Process, 1999). Η εν λόγω διαδικασία αποσκοπούσε στην εισαγωγή ενός συστήματος ακαδημαϊκών τίτλων που είναι εύκολα αναγνωρίσιμοι και συγκρίσιμοι, στην προώθηση της κινητικότητας των σπουδαστών, των διδασκόντων και των ερευνητών, στην εξασφάλιση υψηλής ποιότητας διδασκαλίας και στην ενσωμάτωση της ευρωπαϊκής διάστασης στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Η διακήρυξη της Μπολόνια έδωσε το εναρκτήριο λάκτισμα της



διαδικασίας και βασίστηκε σε έξι δράσεις: α) ένα σύστημα ακαδημαϊκών τίτλων οι οποίοι εύκολα αναγνωρίζονται και συγκρίνονται, β) ένα σύστημα που θεμελιώνεται βασικά σε δύο κύκλους: τον πρώτο κύκλο σπουδών, που εστιάζει στην αγορά εργασίας, με διάρκεια τουλάχιστον τριών ετών, και τον δεύτερο κύκλο σπουδών (Master) στον οποίο αποκτούν πρόσβαση μόνον οι απόφοιτοι του πρώτου κύκλου, γ) ένα σύστημα σώρευσης και μεταφοράς μονάδων τύπου ΕΣΜΜ, το οποίο χρησιμοποιείται στο πλαίσιο των ανταλλαγών «Erasmus», δ) την κινητικότητα των σπουδαστών, των διδασκόντων και των ερευνητών, ε) τη συνεργασία σε θέματα εξασφάλισης της ποιότητας, στ) την ευρωπαϊκή διάσταση στην τριτοβάθμια εκπαίδευση: την αύξηση του αριθμού των διδακτικών ενοτήτων, των μαθημάτων και των κλάδων των οποίων το περιεχόμενο, ο προσανατολισμός ή η οργάνωση χαρακτηρίζονται από μία ευρωπαϊκή διάσταση (Bologna Declaration, 1999).

Στις αρχές του ακαδημαϊκού έτους 2004-2005, οι δύο κύκλοι σπουδών (προπτυχιακές και μεταπτυχιακές) καθιερώθηκαν στην εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών σε όλες τις χώρες που υπέγραψαν τη Διακήρυξη της Μπολόνια, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Σήμερα, σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες υπάρχουν σπουδές στην κοινωνική εργασία στην τριτοβάθμια εκπαίδευση είτε ως αυτόνομα τμήματα είτε ως τμήματα σχολών εφαρμοσμένων κοινωνικών επιστημών.

Την ίδια περίοδο, η Διεθνής Ένωση των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (IASSW) και η Διεθνής Ομοσπονδία των Κοινωνικών Λειτουργών (IFSW), στη γενική συνέλευση στην Αδελαΐδα της Αυστραλίας το 2004, υιοθέτησαν διεθνείς κανόνες και πρότυπα για την εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών (IASSW & IFSW, 2004). Οι κανόνες αφορούσαν τον κύριο σκοπό ή την αποστολή σχολών ή τμημάτων κοινωνικής εργασίας, τους στόχους του εκπαιδευτικού τους προγράμματος, το πρόγραμμα σπουδών, συμπεριλαμβανομένης της πρακτικής άσκησης, το εκπαιδευτικό προσωπικό, τους φοιτητές, τη δομή, τη διοίκηση και τους πόρους, τις πολιτισμικές διαφορές και τις διαφορές στην εθνότητα και την ισότιμη αντιπροσώπευση των δύο φύλων, τις αξίες της κοινωνικής εργασίας και τους ηθικούς κώδικες επικοινωνίας. Από τους κανόνες που αφορούσαν τους στόχους του εκπαιδευτικού προγράμματος γίνεται μεταξύ άλλων σαφές ότι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχολών ή τμημάτων κοινωνικής εργασίας πρέπει να λαμβάνει υπόψη σε διεθνές επίπεδο τις επιπτώσεις των αλληλεπιδρώντων πολιτισμικών, οικονομικών, επικοινωνιακών, κοινωνικών και πολιτικών χαρακτηριστικών. Όσον αφορά τους κανόνες για το βασικό πρόγραμμα σπουδών, υπάρχουν συγκεκριμένα βασικά μαθήματα τα οποία θεωρούνται παγκοσμίως εφαρμόσιμα και πρέπει να βεβαιώνεται ότι οι φοιτητές, με τη λήψη του πτυχίου τους, τα έχουν παρακολουθήσει. Τα βασικά αυτά μαθήματα χωρίζονται στους εξής τέσσερις εννοιολογικούς σχηματισμούς: α) τομέας της κοινωνικής εργασίας, β) τομέας του κοινωνικού λειτουργού, γ) μέθοδοι πρακτικής, δ) μαθητεία (paradigm) του επαγγέλματος.

Η μαθητεία του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού θα πρέπει, σύμφωνα με τους διεθνείς κανόνες, να περιλαμβάνει τα ακόλουθα θεωρητικά/επιστημολογικά πεδία, τα οποία θα απαρτίζουν το βασικό πρόγραμμα σπουδών: α) αναγνώριση της αξιοπρέπειας, της αξίας και της μοναδικότητας του ατόμου, β) γνώση και κατανόηση της διασύνδεσης που υφίσταται ανάμεσα σε μέρη των συστημάτων και στα συστήματα σε μικρο-, μέσο- και μακροεπίπεδο (θεωρία των οικολογικών συστημάτων), γ) ανάπτυξη γνώσης και δεξιοτήτων για εργασία σε διαφορετικά πλαίσια, με διαφορετικούς πληθυσμούς εξυπηρετούμενων, σε όλα τα επίπεδα των συστημάτων (ολιστική, γενική ή ολοκληρωμένη προσέγγιση), δ) έμφαση στη σημασία της συνηγορίας και στις αλλαγές στις δομές των κοινωνικών οργανώσεων οι οποίες αποδυναμώνουν, περιθωριοποιούν και αποκλείουν τα άτομα (κοινωνική δικαιοσύνη/ανθρώπινα δικαιώματα), ε) ανάπτυξη των ικανοτήτων και ενδυνάμωση των ατόμων, των οικογενειών, των ομάδων, των οργανώσεων και των κοινοτήτων μέσω μιας ανθρωποκεντρικής αναπτυξιακής προσέγγισης (προσέγγιση της κοινοτικής ανάπτυξης), στ) επίλυση προβλημάτων και κοινωνικοποίηση μέσω της κατανόησης της φυσιολογικής ανάπτυξης του κύκλου ζωής του ανθρώπου, τα αναμενόμενα καθήκοντά του (tasks) και τις επιπτώσεις των αναπτυξιακά εμφανιζόμενων κρίσεων (αναπτυξιακή προσέγγιση στον κύκλο ζωής του ανθρώπου), ζ) αναγνώριση του δυναμικού και των δυνατοτήτων όλων των ανθρώπων (προσέγγιση των δυνατοτήτων), η) εκτίμηση και σεβασμός στη διαφορετικότητα που απορρέει από τη φυλή, τον πολιτισμό, τη θρησκεία, την εθνικότητα, τη γλώσσα, το φύλο, τον σεξουαλικό προσανατολισμό και τις διαφορετικές ικανότητες των ατόμων (σεβασμός στη διαφορετικότητα).

Σε συμφωνία με τις παραπάνω ευρωπαϊκές και διεθνείς εξελίξεις στον χώρο της εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών, στην Ελλάδα σήμερα λειτουργούν δύο προπτυχιακά προγράμματα σπουδών κοινωνικής εργασίας σε επίπεδο ΑΕΙ, στο ΤΕΙ Αθήνας και στο ΤΕΙ Κρήτης. Τα προγράμματα σπουδών είναι συνολικής διάρκειας τεσσάρων ετών και περιλαμβάνουν τη διδασκαλία θεωρητικών μαθημάτων και

εργαστηρίων κατανεμημένων σε επτά εξάμηνα, ενώ κατά το τελευταίο εξάμηνο (όγδοο) πραγματοποιείται η πρακτική άσκηση στο επάγγελμα. Η εκπαίδευση ολοκληρώνεται με την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας.

Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος σπουδών, ο πτυχιούχος έχει αποκτήσει τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες ώστε:

- Να ασχοληθεί με ένα ευρύτατο φάσμα κοινωνικών προβλημάτων, όπως η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ανεργία, η ψυχική ασθένεια, η τοξικοεξάρτηση, η ενδοοικογενειακή βία, η παραβατικότητα, οι διακρίσεις και ο ρατσισμός.
- Να εφαρμόσει τη γνώση του σε διαφορετικά πεδία δράσης, όπως σε φορείς παιδικής προστασίας και προστασίας της οικογένειας, σε υπηρεσίες υγείας, σχολεία, χώρους εργασίας, φορείς της κοινότητας κ.λπ.
- Να παρέχει υπηρεσίες σε διάφορες ομάδες εξυπηρετούμενων, όπως παιδιά, γονείς, ηλικιωμένους, αναπήρους, εξαρτημένους από ουσίες, φυλακισμένους, μετανάστες κ.ά.

Κατά τη διάρκεια των σπουδών, οι φοιτητές διδάσκονται μαθήματα κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών από τα οποία αντλεί γνώσεις η κοινωνική εργασία (Κοινωνιολογία, Ψυχολογία, Δίκαιο, Κοινωνική Πολιτική), Πληροφορική και εισαγωγικά μαθήματα της Κοινωνικής Εργασίας. Επίσης, διδάσκονται μαθήματα Θεωρίας και Μεθοδολογίας της Κοινωνικής Εργασίας, Οργάνωσης και Διοίκησης Κοινωνικών Υπηρεσιών, Κοινωνικής Πολιτικής, Κοινωνικού Σχεδιασμού, Κοινωνικής Έρευνας, καθώς και μαθήματα που βοηθούν στην κατανόηση των μαθημάτων ειδικότητας. Επίσης, πραγματοποιείται πρακτική άσκηση – εποπτεία, η οποία παρέχει στους φοιτητές τη δυνατότητα να συνδέσουν τη θεωρητική γνώση με την πράξη και να ασκήσουν την κοινωνική εργασία στο πλαίσιο μιας οργάνωσης.

Παράλληλα με τα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών, κατά το ακαδημαϊκό έτος 2014-2015 οργανώθηκε και λειτουργεί πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών (ΠΜΣ) με τίτλο «Κοινωνική Εργασία» με δύο κατευθύνσεις: «Κλινική Κοινωνική Εργασία με Παιδιά, Εφήβους και Οικογένεια» και «Κοινοτική Κοινωνική Εργασία», από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Αθήνας. Το πρόγραμμα οδηγεί στην απονομή μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης στην Κοινωνική Εργασία.

#### **9.4.1 Εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Η κοινωνική εργασία στην ΠΦΥ έρχεται να παρέμβει στις αιτίες των ανισοτήτων στην υγεία προάγοντας τη συμμετοχή και την ενδυνάμωση. Στη βάση της αποστολής του επαγγέλματος στην ΠΦΥ, έχει αναφερθεί ως σημαντική η υιοθέτηση μιας διαφορετικής προσέγγισης της υγείας στην εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών, που να επιτρέπει την έκθεση σε πληροφορία σχετική με τις ανισότητες στην υγεία και τον αντίκτυπο των περιβαλλοντικών παραγόντων. Σε αυτήν την κατεύθυνση, οι Cameron και McDermott (2007) χρησιμοποίησαν μεταφορικά τη λειτουργία της φωτογραφικής μηχανής για να περιγράψουν την ανάγκη των κοινωνικών λειτουργών να ενσωματώσουν μια «ευρεία» οπτική της υγείας (η οποία να περιλαμβάνει περιβαλλοντικές, οικονομικές και γεωγραφικές προκλήσεις) μαζί με μια «μέσης απόστασης» και μια «κοντινής απόστασης» οπτική της υγείας και της ποιότητας ζωής. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει μια στροφή μακριά από την παραδοσιακή κατανόηση της υγείας και την ενεργοποίηση της κοινωνιολογικής αντίληψης της υγείας με τη διάσταση του κοινωνικού αντίκτυπου και της ταυτότητας (Beddoe, 2013· Giles, 2009). Ο συνδυασμός μιας στενής οπτικής και μιας ευρείας οπτικής προσέγγισης στο πλαίσιο της εκπαίδευσης στην κοινωνική εργασία έχει αναφερθεί ως απαραίτητος για την εξασφάλιση της ομοιόμορφης έκθεσης των κοινωνικών λειτουργών σε πληροφορία σχετική με τις ανισότητες στην υγεία και τον αντίκτυπο των περιβαλλοντικών παραγόντων (Cameron & McDermott, 2007). Μια στροφή στην υιοθέτηση μιας ευρείας οπτικής προσέγγισης της υγείας αποτυπώνεται και προωθείται δυναμικά στην επίσημη τοποθέτηση της IFSW για τις πολιτικές της υγείας (Policy Statement on Health, IFSW, 2008), στην οποία αναγνωρίζεται και η σημασία της οπτικής αυτής για την κοινωνική εργασία.

Δεδομένης της διεπιστημονικής προσέγγισης της φροντίδας υγείας στις μονάδες ΠΦΥ, ένα άλλο στοιχείο στο οποίο έχει δοθεί έμφαση είναι η διεπιστημονική εκπαίδευση, η οποία θεωρείται απαραίτητη για την ενίσχυση της ετοιμότητας των κοινωνικών λειτουργών να συμμετέχουν στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ. Η σημασία της είναι μεγάλη όχι μόνο για να μπορούν οι κοινωνικοί λειτουργοί να ανταποκριθούν στον ρόλο τους ως σύμβουλοι του ασθενούς και της οικογένειάς του, αλλά και ως σύμβουλοι άλλων μελών της

ιατρονοσηλευτικής ομάδας. Ενώ όμως έχει γίνει σημαντική προσπάθεια προσδιορισμού των ρόλων του κοινωνικού λειτουργού στο πλαίσιο της προπτυχιακής εκπαίδευσης της κοινωνικής εργασίας (Compton & Galaway, 1989· Germain & Gitterman, 1996), δεν έχει γίνει προσπάθεια να προσδιοριστεί πώς συνδέονται οι ρόλοι αυτοί με τους ρόλους άλλων επιστημών που υπηρετούν τον ίδιο χώρο (Specht, 1985). Ο σαφής προσδιορισμός του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού ως μέλος της ομάδας υγείας της ΠΦΥ είναι απαραίτητος για τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητάς του σε διεπιστημονικές ομάδες υγείας (Abramson, 1993). Οι Bywaters και συν. (2009) αναγνώρισαν την ανάπτυξη διεπιστημονικής διδασκαλίας σε μικτές ομάδες φοιτητών ως απαραίτητη για την καλύτερη κατανόηση από τους κοινωνικούς λειτουργούς του αντικειμένου και της προοπτικής άλλων επαγγελμάτων της ΠΦΥ.

Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει επίσης δοθεί και στην ανάγκη πρόσθετης μεταπτυχιακής εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και ολοκληρωμένης συμπεριφορικής υγείας, δεδομένης της συννοσηρότητας και της αυξημένης συχνότητας εμφάνισης νοσημάτων ψυχικής φύσεως στους χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ. Εκτός από την εκπαίδευση στα οικογενειακά συστήματα και την πολιτισμική επάρκεια, απαραίτητες θεωρούνται, μεταξύ άλλων, η εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών στις θεωρίες των συστημάτων, του «ανθρώπου στο περιβάλλον» και τις ψυχοκοινωνικές θεωρίες, προκειμένου να καθίστανται κατάλληλα εκπαιδευμένοι για να ανταποκριθούν στις ανάγκες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και ολοκληρωμένης συμπεριφορικής υγείας.

Ενώ μια ποικιλία προγραμμάτων ψυχολογίας στις ΗΠΑ παρέχουν εξειδίκευση στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και στην ολοκληρωμένη συμπεριφορική υγεία (Blount & Miller, 2009· Healey, Milbourne, Aaronson, & Errichetti, 2004), κανένα από τα μεταπτυχιακά προγράμματα κοινωνικής εργασίας που παρέχουν εξειδίκευση στην παροχή υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας δεν έχει λάβει επαρκώς υπόψη τη γνωστική περιοχή της ΠΦΥ. Στις ΗΠΑ είναι ελάχιστα τα εκπαιδευτικά προγράμματα εξειδίκευσης στην ΠΦΥ που απευθύνονται σε κοινωνικούς λειτουργούς (Bilodeau et al., 2010· Damron-Rodriguez, 2008· Healey et al., 2004· Rock & Cooper, 2000). Η Εθνική Ένωση Κοσμητόρων και Διευθυντών Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (National Association of Deans and Directors of Schools of Social Work – NADD) και το Συμβούλιο Εκπαίδευσης στην Κοινωνική Εργασία (Council on Social Work Education – CSWE) πρόσφατα ανέπτυξαν ένα πρόγραμμα σπουδών που αφορά δεξιότητες και ρόλους των κοινωνικών λειτουργών σε μονάδες που παρέχουν ολοκληρωμένη συμπεριφορική υγεία και ΠΦΥ (<http://www.cswe.org/CentersInitiatives/DataStatistics/58020.aspx>). Από την έναρξη του προγράμματος αυτού το 2012, περισσότερες από τριάντα σχολές κοινωνικής εργασίας στις ΗΠΑ έχουν συμφωνήσει να παρέχουν ένα μάθημα στην ολοκληρωμένη φροντίδα. Από το φθινόπωρο του 2013, φοιτητές κοινωνικής εργασίας σε όλη τη χώρα τοποθετήθηκαν σε μονάδες παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας που ανέπτυξαν και εδραίωσαν συνεργασία με τις σχολές κοινωνικής εργασίας όλης της χώρας. Έχει, ωστόσο, σημειωθεί ότι, παρά τη ραγδαία ανάπτυξη της περιοχής αυτής, ελάχιστη γνώση υπάρχει σχετικά με τις περιοχές βασικών δεξιοτήτων που χρησιμοποιούν οι κοινωνικοί λειτουργοί σε μονάδες παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας ή σχετικά με την ετοιμότητα των κοινωνικών λειτουργών να παρέχουν υπηρεσίες σε τέτοιες μονάδες.

Εκτός από την ανάγκη μετεκπαίδευσης και εξειδίκευσης των κοινωνικών λειτουργών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, έχει υπογραμμιστεί η ανάγκη ανάπτυξης επιπλέον δεξιοτήτων που κρίνονται αναγκαίες για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών λειτουργών στην ΠΦΥ. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν πολλές περιοχές δεξιοτήτων που θα μπορούσαν εύκολα να ενσωματωθούν σε μαθήματα κοινωνικής εργασίας, όπως γεροντολογία, παρακινησιακή συνέντευξη (motivational interviewing), εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης, χρήση εργαλείων διαλογής και αξιολόγησης, ψυχοεκπαίδευση, ψυχοτρόπες ουσίες κ.ά. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρείται εξίσου σημαντικό να λαμβάνουν εκπαίδευση και γνώσεις σε αναδυόμενες παρεμβάσεις που στηρίζονται σε τεκμηριωμένη γνώση και που έχουν δοκιμαστεί στην ΠΦΥ όπως, για παράδειγμα, γνώσεις στη χρήση θεραπευτικών αλγορίθμων βαθμιαίας φροντίδας (models of stepped-care treatment), θεραπεία επίλυσης προβλήματος (problem-solving treatment) και βραχείες παρεμβάσεις για την εκτίμηση και την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ και άλλες ναρκωτικές ουσίες (Brief AOD interventions). Ωστόσο, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι κάποιες σχολές κοινωνικής εργασίας διδάσκουν ορισμένες από αυτές τις δεξιότητες, αναφέρεται ως εξαιρετικά σημαντικό να διδάσκονται αυτές οι περιοχές στο πλαίσιο της αναμόρφωσης του συστήματος υγείας της κάθε χώρας.

Στην Ελλάδα, στο πλαίσιο της βασικής εκπαίδευσης της κοινωνικής εργασίας, οι φοιτητές διδάσκονται μαθήματα κλινικής και κοινοτικής κατεύθυνσης σε θέματα προαγωγής της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας, μέσα από την οπτική των επιστημών της Κοινωνικής Εργασίας, της Ψυχολογίας και της Κοινωνιολογίας, με σκοπό να αποκτήσουν βασικές γνώσεις και δεξιότητες για τη φροντίδα και την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα. Ωστόσο, σημαντικό είναι ότι μέχρι σήμερα δεν έχουν

οργανωθεί από τμήματα κοινωνικής εργασίας προγράμματα εξειδίκευσης στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ που να απευθύνονται σε κοινωνικούς λειτουργούς, παρά το γεγονός ότι σημαντικός αριθμός επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών υπηρετεί σε μονάδες φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας που βρίσκονται στην κοινότητα, και αυτό είναι ένα σημαντικό κενό στην εκπαίδευση.

## 9.5 Όραμα και στρατηγικοί στόχοι

Το 2010 υπήρξε η αρχή μιας χωρίς προηγούμενο οικονομικής κρίσης, η οποία δεν άργησε να εξελιχθεί σε μία ανθρωπιστική κρίση, επηρεάζοντας κυρίως τις χώρες της Νότιας Ευρώπης, μεταξύ των οποίων και την Ελλάδα. Η ανεργία αυξήθηκε σημαντικά, με το τελευταίο τρίμηνο του 2012 να αγγίζει το 26%, και στις ηλικίες 18-24 ετών το 58% (ΕΛΣΤΑΤ, 2013). Σε συνδυασμό με την ανεργία, οι περικοπές στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, οι μειώσεις στους μισθούς και η αύξηση της φορολογίας οδήγησαν τον πληθυσμό στα όρια της φτώχειας, με αποτέλεσμα το 31% του συνολικού πληθυσμού να βρίσκεται στα όρια ή να βιώνει ήδη την ακραία φτώχεια (Eurostat, 2013). Παράλληλα με τα παραπάνω, τα άτυπα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας και η οικογένεια, που παραδοσιακά υφίστανται στην Ελλάδα και την ευρύτερη περιοχή της Μεσογείου, δεν μπορούν πλέον να παρέχουν ασφάλεια στα μέλη τους (Papadopoulos & Roumpakis, 2012). Η αποσύνθεση που υπέστη η ελληνική κοινωνία οδήγησε αναπόφευκτα σε φαινόμενα χωρίς προηγούμενο όπως, για παράδειγμα, την οργάνωση επιχειρήσεων υλικής υποστήριξης από διεθνείς φιλανθρωπικούς οργανισμούς για τους άπορους και τους ανασφάλιστους πολίτες (Doctors of the World, 2013).

Ο καταστροφικός αντίκτυπος της κρίσης δημιούργησε νέες προκλήσεις για το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, με κυριότερη τη δημιουργία μιας νέας ομάδας εξυπηρετούμενων, τους λεγόμενους «νεόπτωχους», οι οποίοι αποτελούνταν από τη μεσαία τάξη που οδηγήθηκε στη φτώχεια και τον αποκλεισμό. Η κρίση συνέβαλε επίσης στη διαφοροποίηση του παραδοσιακού επαγγελματικού ρόλου και αντικειμένου του κοινωνικού λειτουργού με την ενασχόλησή του σε λιγότερο παραδοσιακές για το επάγγελμα δομές και μεθοδολογίες, οι οποίες αναπτύσσονται σε απάντηση στη ραγδαία αύξηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού (π.χ. κοινωνικά παντοπωλεία, κοινωνικά φαρμακεία, συσσίτια). Αυτή η κρίση επηρέασε επίσης την εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών, καθώς το 2013 το σχέδιο «Αθηνά», το οποίο εφαρμόστηκε από το Υπουργείο Παιδείας στο πλαίσιο των γενικότερων μεταρρυθμίσεων, επέβαλε την αναστολή λειτουργίας δύο εκ των τεσσάρων συνολικά τμημάτων κοινωνικής εργασίας, ενός τμήματος πανεπιστημιακής και ενός τεχνολογικής εκπαίδευσης.

Η περίοδος αυτή των ατομικών και κοινωνικών προκλήσεων συνέβαλε στην ανάπτυξη ενός κύματος πολιτικοποίησης και σκεπτικισμού ως προς τις θεωρητικές, ηθικές και επαγγελματικές πεποιθήσεις της κοινωνικής εργασίας και ενός έκδηλου ιδεολογικού και επαγγελματικού μετασχηματισμού στο επάγγελμα (Ioakimidis & Cruz, 2014). Ο επαναπροσδιορισμός του χαρακτήρα και της αποστολής της κοινωνικής εργασίας ήταν αναπόφευκτος και δεν μπορούσε να μη συμπεριλάβει τη φτώχεια, την ανισότητα, τη διαφθορά και τη βία, που αυξήθηκαν ραγδαία τα τελευταία χρόνια. Η ανάγκη να επαναπροσδιοριστεί το πολιτικό μέλλον της κοινωνικής εργασίας διαπιστώθηκε από τα πρώτα κιόλας χρόνια εκδήλωσης της οικονομικής κρίσης στην Ευρωζώνη και οδήγησε στη δέσμευση τριών σημαντικών διεθνών οργανισμών της κοινωνικής εργασίας (IFSW, IASSW, ICSW) να διερευνήσουν τρόπους πολιτικής δράσης. Η κοινωνική εργασία αναγνώρισε ότι οι πολιτικές, οικονομικές, πολιτισμικές και κοινωνικές προσταγές έχουν επιφέρει άνισα αποτελέσματα για τις παγκόσμιες εθνικές και τοπικές κοινωνίες και τους λαούς και προέβαλε την επιδίωξη της αλλαγής σε όλα τα επίπεδα της κοινωνικής δικαιοσύνης και της καθολικής εφαρμογής των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η δέσμευση αυτή αποτυπώθηκε στην Παγκόσμια Ατζέντα της Κοινωνικής Εργασίας, η οποία διαμορφώθηκε στο Παγκόσμιο Συνέδριο το 2010, και αναφέρει πως το επάγγελμα οφείλει μέσα στα επόμενα χρόνια και εν μέσω οξείας οικονομικής κρίσης: α) να διεκδικήσει/επαναδιεκδικήσει την προτεραιότητα της «πολιτικής δράσης» και να αναπτύξει μια συλλογική φωνή για την κοινωνική ανάπτυξη, β) να ξεκινήσει μια συλλογική διαδικασία για τη συγκρότηση κοινής παγκόσμιας ατζέντας, ικανής να ενώσει όσους εμπλέκονται στην κοινωνική εργασία και την κοινωνική ανάπτυξη, γ) να οργανωθεί στρατηγικά γύρω από μηχανισμούς που στοχεύουν στην υλοποίηση κοινών δράσεων και την ανάπτυξη ευέλικτων εφαρμογών για την παρακολούθηση των κοινών προσπαθειών (IFSW, IASSW & ICSW, 2012).

Στην επίσημη τοποθέτησή της για τις πολιτικές της υγείας (Policy Statement on Health, IFSW, 2008), η IFSW αναφέρει χαρακτηριστικά ότι «η υγεία είναι ένα ζήτημα θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και κοινωνικής δικαιοσύνης» και δεσμεύει τους κοινωνικούς λειτουργούς να εφαρμόσουν τις αρχές του

επαγγέλματος σε επίπεδο πολιτικών, εκπαίδευσης, έρευνας και επαγγελματικής πράξης. Υποστηρίζει δε την ανανέωση των προσπαθειών για πιο ενεργό συμμετοχή της κοινωνικής εργασίας σε επίπεδο χάραξης πολιτικής είτε επηρεάζοντας ζητήματα που αφορούν την υγεία μέσω διεθνών οργανισμών είτε συμβάλλοντας στην ανάπτυξη της υγείας μέσω μη κυβερνητικών οργανισμών. Υποστηρίζει επίσης την ανάπτυξη συνεργιών με κοινωνικά κινήματα που επιζητούν την αναμόρφωση στον χώρο της υγείας με στόχο τη βελτίωση της υγείας των ατόμων και των πληθυσμών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abramson, J.S. (1993). Orienting Social Work Employees in Interdisciplinary settings: Shaping Professional and Organizational Perspectives. *Social Work*, 38(2), pp. 152-157.
- Australian Association of Social Workers (AASW) (2010). *Code of ethics*. Canberra: Australian Association of Social Workers. Διαθέσιμο στο: <http://www.aasw.asn.au/document/item/1201>.
- Beddoe, L. & Duke, J. (2013). Continuing professional development of registered social workers in New Zealand Aotearoa. *New Zealand Social Work*, 25(3), pp. 35-49.
- Bikson, K., McGuire, J., Blue-Howells, J. & Seldin-Sommer, L. (2009). Psychosocial problems in primary care: Patient and provider perceptions. *Social Work in Health Care*, 48(8), pp. 736-749. doi:10.1080/00981380902929057
- Blount, A.F. & Miller, B.F. (2009). Addressing the workforce crisis in integrated primary care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(1), pp. 113-119. doi: 10.1007/s10880-008-9142-7.
- Bilodeau, C., Savard, R. & Lecomte, C. (2010). Examining supervisor and supervisee agreement on alliance: Is shame a factor? *Canadian Journal of Counseling*, 44(3), pp. 272-282.
- Bologna Process (1999). *The Bologna process and the European higher education area*. Διαθέσιμο στο: [http://ec.europa.eu/education/policy/higher-education/bologna-process\\_en.htm](http://ec.europa.eu/education/policy/higher-education/bologna-process_en.htm) (Ανακτήθηκε 30-06-2015).
- Bologna Declaration (1999). *Bologna Declaration of 19 June 1999*. Διαθέσιμο στο: [http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/BOLOGNA\\_DECLARATI ON1.pdf](http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/BOLOGNA_DECLARATI ON1.pdf) (Ανακτήθηκε 30-06-2015)
- Bywaters, P., McLeod, E. & Napier, L. (2009). *Social work and global health inequalities: practice and policy developments*. Bristol: Policy Press.
- Cameron, N. & McDermott, F. (2007). *Social work and the body*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Canadian Association of Social Workers (CASW) (2007). *Social Work & Primary Health Care*. Διαθέσιμο στο: [http://www.nlasw.ca/pdf/primary\\_health\\_care\\_pamphlet.pdf](http://www.nlasw.ca/pdf/primary_health_care_pamphlet.pdf)
- Compton, B. R. & Galaway, B. (1994). *Social work processes*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Damron-Rodriguez, J.A. (2008). Developing competence for nurses and social workers: evidence-based approaches to education. *Journal of Social Work Education*, 44(3), pp. 27-37.
- Department of Health and Children (DoHC)(2001). *Primary Care: A New Direction: Quality and Fairness - A Health System for you*. Health Strategy. DoHC. Διαθέσιμο στο: <http://www.iasw.ie/attachments/316ea78e-c0b3-4342-8901-d56733b22788.PDF>
- Doctors of the World (2013). *Annual Report*. Διαθέσιμο στο: [http://b.3cdn.net/drofttheworld/404e07aa4aeced1791\\_mlblq0uir.pdf](http://b.3cdn.net/drofttheworld/404e07aa4aeced1791_mlblq0uir.pdf)
- Dunlop, J.M. & Holosko, M.J. (1992). Community social work practice: Health promotion in action. In M.J. Holosko & P.A. Taylor (Eds.), *Social work practice in health care settings* (2d ed., pp. 623-636). Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Ell, K. & Morrison, D.R.(1981). Primary Care. *Health and Social Work*, 6 (Suppl), pp. 353-435.
- Eurostat (2013). *At Risk of Poverty or Social Exclusion in the EU27*, News Release No 28. Luxembourg: Eurostat.
- Feldman, R. (2001). Health Care and Social Work Education in a Changing World. *Social Work in Health Care*, 34(½), pp. 31-34.
- Gehlert, S. & Browne, T. A. (2006). *Handbook of health social work*. New York, NY: John Wiley & Sons.

- Germaine, C. B. & Gitterman, A. (1996). *The life model of social work practice: Advances in theory and practice* (2nd ed.). New York, NY: Columbia University Press.
- Geron, S.M., Andrews, C. & Kuhn, K. (2005). Infusing aging skills into the Social Work practice community: A new look at strategies for continuing professional education. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86(3), pp. 431-440.
- Giles, R. (2009). Developing a health equality imagination: Hospital practice challenges for social work practice. *International Social Work*, 52, pp. 525-537.
- Goel, V. & McIsaac, W. (2000). Health promotion in clinical practice. In B. Poland, L. Green, and I. Rootman (eds), *Settings for health promotion: linking theory and practice*. CA: Sage Publications.
- Gross, R., Rabinowitz, J., Feldman, D. & Boerma, W. (1996). Primary health care physicians' treatment of psychosocial problems: implications for social work. *Health & Social Work*, 21(2), pp. 89-95.
- Hardina, D. & Obel-Jorgensen, R. (2009). Increasing social action competency: A framework for supervision. *Journal of Policy Practice*, 8, pp. 89-109.
- Healey, K., Milbourne, G., Aaronson, W.E. & Errichetti, A.M. (2004). Innovative training for integrated primary health care teams: Creating simulated/standardized patient training in an international context. *Families, Systems and Health: The Journal of Collaborative Family Health Care*, 22(3), pp. 368-375.
- Heinonen, T., MacKay, I., Metteri, A. & Pajula, M.L. (2001). Social Work and Health Restructuring in Canada and Finland. *Social Work in Health Care*, 34(1/2), pp. 71-87.
- IASSW & IFSW (2004). *Global Standards for education and training of the Social Work profession*. International Association of Schools of Social Work and International Federation of Social Workers, March 2012. Διαθέσιμο στο: <http://ifsw.org/policies/global-standards/> (Ανακτήθηκε 30-07-2015).
- International Federation of Social Workers (IFSW) (2001). *Definition of Social Work*. Διαθέσιμο στο: <http://www.ifsw.org/f38000138.html>
- International Federation of Social Workers (IFSW) (2004). *Global definition of the Social Work profession*. International Federation of Social Workers. Διαθέσιμο στο: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/> (Ανακτήθηκε 30-06-2015).
- International Federation of Social Workers (IFSW) (2012). *Effective and ethical working environments for social work: the responsibilities of employers of social workers*. IFSW POLICY STATEMENT. Διαθέσιμο στο: <http://ifsw.org/policies/effective-and-ethical-working-environments-for-social-work-the-responsibilities-of-employers-of-social-workers-3/>
- International Federation of Social Workers (IFSW Europe) (2014). *Economic crisis in Europe: challenge and response of social work profession*. Διαθέσιμο στο: <http://www.ifsw.org/europe/projects>
- IFSW, IASSW & ICSW (2012). *The Global Agenda for Social Work and Social Development Commitment to Action*. International Federation of Social Workers, International Association of Schools of Social Work, International Association of Schools of Social Work and International Council on Social Welfare, March 2012. Διαθέσιμο στο: <http://www.ifsw.org/p38002163.html> (Ανακτήθηκε 30-06-2015).
- Ioakimidis, V. & Cruz, S.C. (2014). Reconceptualizing social work in times of crisis: an examination of the cases of Greece, Spain and Portugal. *International Social Work*, 57(4), pp. 285-300.
- Irish Association of Social Workers (IASW) (2008). *Social Work in Primary Care*. Submission prepared by the Irish Association of Social Workers to the Primary Medical Care subcommittee of the Oireachtas Joint Committee on Health and Children. Διαθέσιμο στο: <http://www.oireachtas.ie/documents/committees30thdail/j-healthchildren/submissions/primaryhealthcare/IASW1.doc>
- Keefe, B., Geron S. & Enguidanos, S. (2009). Integrating social workers into primary care: physicians and nurse perceptions or roles, benefits and challenges. *Social Work in Health Care*, 48(6), pp. 579-596.

- Keigher, S.M. (1997). What role for social work in the new health care practice paradigm? *Health and Social Work*, 22(2), pp. 149-155.
- Lesser, J. (2000). Clinical Social Work and Family Medicine: A Partnership in Community Service. *Health and Social Work*, 25(2), pp. 119-126.
- Levin, R. & Herbert, M. (2001). Delivering Health Care Services in the Community: A Multidisciplinary Perspective. *Social Work in Health Care*, 34(1/2), pp. 89-99.
- NASW Center for Workforce Studies (2005). *Assuring the sufficiency of a frontline workforce: A national study of licensed social workers*. National Association of Social Workers.
- Papadopoulos, T. & Roumpakis, A. (2012). The Greek Welfare State in the Age of Austerity, *Social Policy Review*, 24, pp. 205-230.
- Payne, M. (2006). *What is Professional Social Work?* (2nd edition). Bristol: Policy Press.
- Pillinger, J. (2010). *Formative Evaluation of the Joint Community Participation in Primary Care Initiative*. Executive Summary. Διαθέσιμο στο: <http://www.lenus.ie/hse/handle/10147/106635>
- Rock, B.D. & Cooper, M. (2000). Social Work in Primary Care: A Demonstration Student Unit Utilizing Practice Research. *Social Work in Health Care*, 31(1), pp. 1-17.
- Ruth, B.J., Sisco, S., Wyatt, J., Bethke, C., Bachman, S.S. & Piper, T.M. (2008). Public health and social work: Training dual professions for the contemporary workplace. *Public Health Reports*, 2(123), pp. 71-77.
- Salvatore, E.P. (1988). Issues in collaboration and team work: A sociological perspective on the role definition of social work in primary health care. *Research in the Sociology of Health Care*, 7, pp.199-239.
- Scharlach, A., Simon, J. & Dal Santo, T. (2002). Who is providing social services to today's older adults? Implications of a survey of aging services personnel. *Journal of Gerontological Social Work*, 38, pp. 5-17.
- Siefert, K. & Henk, M. (2001). Social Work in Primary Health Care. Monograph Series. *Society for Social Work Leadership in Health Care*.
- Specht, H. (1985). Managing professional interpersonal interactions. *Social Work*, 30, pp. 225-230.
- Vourlekis, B.S., Ell, K. & Padgett, D. (2001). Educating social workers for health care's brave new world. *Journal of Social Work Education*, 37(1), pp. 177-191.
- Wharf, B. (1992). *Communities and Social Policy in Canada*. Toronto: McClelland & Stewart. pp. 151-181.
- Whiteside, M. (2004). The challenge of interdisciplinary collaboration in addressing the social determinants. *Australian Journal of Social Work*, 57(4), pp. 381-393.



## Κεφάλαιο 10

# Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

## Ε. Καπρέλη

### Στόχοι κεφαλαίου

Μετά την μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να διακρίνει και να περιγράφει τους στόχους παρέμβασης του φυσικοθεραπευτή, να γνωρίζει τη σχετική νομοθεσία και τα επαγγελματικά δικαιώματα στα οποία γίνεται αναφορά στη συμμετοχή του φυσικοθεραπευτή στην ομάδα της ΠΦΥ, να διακρίνει και να περιγράφει τους ρόλους του στην ΠΦΥ, να συζητά και να αναδεικνύει τον ρόλο του μέσα στην ομάδα της ΠΦΥ και να συσχετίζει τις γνώσεις και τις δεξιότητες των φυσικοθεραπευτών με το έργο τους στην ομάδα της ΠΦΥ.

### Περίληψη κεφαλαίου

Στο κεφάλαιο αυτό θα περιγραφεί ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή ως μέλος της ομάδας υγείας της ΠΦΥ και θα συζητηθεί η συμβολή του στην προαγωγή της υγείας μέσα από την πρόληψη, την αξιολόγηση, την εφαρμογή συστημάτων διαλογής ασθενών και την αποκατάσταση παθήσεων που επηρεάζουν την κίνηση και την λειτουργικότητα. Ειδικότερα, θα αναφερθούν τα κύρια πεδία δράσης της φυσικοθεραπείας στην ΠΦΥ όπως: α) η πρόληψη και διαχείριση χρόνιων παθήσεων με τον σχεδιασμό κατάλληλων προγραμμάτων αποκατάστασης (π.χ. ΧΑΠ, αρθρίτιδα, διαβήτης, οστεοπόρωση, ΑΕΕ, καρδιακή ανεπάρκεια, ψυχική υγεία, καρκίνος κ.λπ.), β) η αξιολόγηση του κινδύνου πτώσης, η παροχή στρατηγικών πρόληψης και βελτίωσης δύναμης και ισορροπίας και η αποκατάσταση τραυματισμών, γ) η αντιμετώπιση ειδικών παθολογικών καταστάσεων όπως ακράτεια, λεμφοίδημα, πνευλικό άλγος μετά τον τοκετό κ.λπ. με εξειδικευμένες τεχνικές, δ) η εκπαίδευση ασθενών (τεχνικές αυτοδιαχείρισης, εργονομία) και ε) η συμμετοχή στην έρευνα και στη διαμόρφωση κλινικών οδηγιών.

### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

Φυσικοθεραπευτής, χρόνια νοσήματα, αποκατάσταση, πρόληψη, μυοσκελετικά προβλήματα, υγεία γυναικών, τρίτη ηλικία, ειδικοί πληθυσμοί.

## 10.1 Εισαγωγή

Η παροχή ΠΦΥ προϋποθέτει την επιτυχή και παραγωγική αλληλεπίδραση πολλών εμπλεκομένων: του ασθενούς και της οικογένειάς του, του γενικού ιατρού, του κοινοτικού νοσηλευτή, του ψυχολόγου, των θεραπειών (φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, λογοθεραπευτή), του κοινωνικού λειτουργού, του διαχειριστή περίπτωσης, του διαιτολόγου και επαγγελματιών πολλών ακόμη ειδικοτήτων. Όλοι οι εμπλεκόμενοι συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων με στόχο την επίτευξη της βέλτιστης έκβασης της υγείας του ασθενούς ή του ατόμου, την καλύτερη δυνατή λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής. Η ομάδα της ΠΦΥ είναι μία άρτια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, η οποία συνεργάζεται αποτελεσματικά και καλείται να αποδώσει σε μια σύνθετη διαδικασία που εμπεριέχει την επιλογή κλινικών πρακτικών αυξημένης πολυπλοκότητας, μέσα από μια διαδικασία που περιέχει πολλές προκλήσεις. Μια σημαντική θέση στην ομάδα της ΠΦΥ κατέχει ο φυσικοθεραπευτής, ο οποίος είναι σημαντικός εκφραστής της διασφάλισης της βέλτιστης ποιότητας ζωής του ατόμου υπό το πρίσμα της πρόληψης και της αποκατάστασης.

Στόχος του παρόντος κεφαλαίου είναι να γνωρίσει ο αναγνώστης επαγγελματίας υγείας τους ρόλους του φυσικοθεραπευτή στην ομάδα της ΠΦΥ με σκοπό την αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ τους.

## 10.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Συνομοσπονδία Φυσικοθεραπείας (World Confederation for Physical Therapy – WCPT), η φυσικοθεραπεία παρέχει υπηρεσίες σε άτομα και ομάδες πληθυσμού με στόχο την ανάπτυξη, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της κίνησης και λειτουργικότητας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Αυτό

περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών σε περιπτώσεις όπου η κίνηση και η λειτουργικότητα απειλούνται από τη γήρανση, τον τραυματισμό, τον πόνο, τα νοσήματα, τις διαταραχές, τις ειδικές συνθήκες ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Το να είναι ένα άτομο λειτουργικά ανεξάρτητο αποτελεί βασική προϋπόθεση για να είναι υγιές (Policy Statement, Description of physical therapy, WCPT, 2011).

Ειδικότερα, η φυσικοθεραπεία εμπλέκεται με την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη, τη θεραπευτική παρέμβαση και την αποκατάσταση σε οποιαδήποτε παθολογία προκαλεί πόνο ή κινητική δυσλειτουργία. Υπό αυτή την έννοια, η φυσικοθεραπεία παρεμβαίνει σε επίπεδο οργανικό (σωματικό), ψυχολογικό και κοινωνικό, καθώς έχει ως σκοπό την πλήρη επανένταξη του ατόμου στο εργασιακό και κοινωνικό του γίνεσθαι. Η φυσικοθεραπεία προϋποθέτει την αλληλεπίδραση μεταξύ του φυσικοθεραπευτή, των ασθενών/πελατών, των άλλων επαγγελματιών υγείας, των οικογενειών των ασθενών, των φροντιστών των ασθενών και των κοινοτήτων, σε μια διαδικασία όπου αξιολογείται η δυνατότητα κίνησης και καθορίζονται οι στόχοι παρέμβασης με τη χρήση ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων (Policy statement, Description of physical therapy, WCPT, 2011).

Οι εξειδικευμένοι φυσικοθεραπευτές της ΠΦΥ διαχωρίζονται σε τρεις συχνά εμφανιζόμενες κατηγορίες: φυσικοθεραπευτές προηγμένης πρακτικής (advanced practice physiotherapists-APPs), σε φυσικοθεραπευτές εκτεταμένου πεδίου εφαρμογής (extended scope physiotherapists-ESPs) (Robarts et al., 2008) και σε φυσικοθεραπευτές του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (emergency department physiotherapy practitioners-EDPPs ή emergency physiotherapists) (Ball, Walton & Hawes, 2007; Taylor et al., 2011). Οι εξειδικευμένοι φυσικοθεραπευτές έχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα εξειδίκευσης ή έχουν παρακολουθήσει ειδικά προγράμματα επιμόρφωσης στα πλαίσια συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης ή διαθέτουν εξειδικευμένη κλινική εμπειρία, ενώ σε πολλές χώρες, μπορούν να διευρύνουν τους ρόλους τους ειδικά στα πλαίσια της ΠΦΥ. Σύμφωνα με τον Αυστραλιανό Σύλλογο Φυσικοθεραπευτών (Australian Physiotherapy Association, 2009), ο φυσικοθεραπευτής προηγμένης πρακτικής κατέχει ρόλους που εμπίπτουν στις αναγνωρισμένες πρακτικές για το εν λόγω επάγγελμα, αλλά και επιπρόσθετους ρόλους που συνήθως αφορούν άλλα επαγγέλματα υγείας της ομάδας της ΠΦΥ. Οι προηγμένοι αυτοί ρόλοι πιθανόν να απαιτούν πρόσθετη εκπαίδευση, σημαντική επαγγελματική εμπειρία, καθώς και την ανάπτυξη ειδικών δεξιοτήτων. Ο φυσικοθεραπευτής εκτεταμένου πεδίου εφαρμογής κατέχει ρόλους που υπερκερούν τις αναγνωρισμένες πρακτικές για το εν λόγω επάγγελμα και απαιτούν κάποια μέθοδο διαπίστευσης μετά από πρόσθετη εκπαίδευση, ανάπτυξη ειδικών δεξιοτήτων, σημαντική επαγγελματική εμπειρία, καθώς και νομοθετική τροποποίηση. Ο φυσικοθεραπευτής του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών ανήκει στην ομάδα διαλογής και αντιμετώπισης των ασθενών κυρίως με μυοσκελετικά επεισόδια προβλήματα ή κακώσεις.

Σε έναν μεγάλο αριθμό ευρωπαϊκών και άλλων χωρών υπάρχει η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στον φυσικοθεραπευτή. Άμεση πρόσβαση καλείται η αξιολόγηση και η θεραπεία των ασθενών από φυσικοθεραπευτές, χωρίς παραπομπή από ιατρό (Bishop et al., 2015; Bury & Stokes, 2013; WCPT, 2013). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, ο πτυχιούχος φυσικοθεραπευτής, επιλέγει και εκτελεί τις φυσικοθεραπευτικές πράξεις μετά από γραπτή διάγνωση ή γνώμάτευση του ιατρού και σύμφωνα με τις τυχόν σχετικές οδηγίες του, συνεπώς δεν δύναται αυτή η επιλογή.

### **10.3 Η εκπαίδευση του φυσικοθεραπευτή και τα επαγγελματικά του δικαιώματα στην Ελλάδα**

Η εκπαίδευση και κλινική πρακτική των φυσικοθεραπευτών ποικίλλει διεθνώς, ανάλογα με την κοινωνική, οικονομική, πολιτιστική και πολιτική κατάσταση που επικρατεί στις διάφορες χώρες. Στην Ελλάδα, οι πτυχιούχοι των τεσσάρων Τμημάτων Φυσικοθεραπείας των Σχολών Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΤΕΙ), φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο «Φυσικοθεραπευτές» (Γραφείο Διασύνδεσης, ΤΕΙ Λαμίας, Οδηγός Εκπαίδευσης Φυσικοθεραπευτή, 2008). Μόνο οι απόφοιτοι των ΤΕΙ έχουν τη δυνατότητα να εγγραφούν στον Πανελλήνιο Σύλλογο Φυσικοθεραπευτών (ΠΣΦ), ο οποίος είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν. 3599/2007, ΦΕΚ 176/τ. Α'/1-8-2007), και να τους δοθεί άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Στο πλαίσιο της αξιολόγησης των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, το επίπεδο των σπουδών της Φυσικοθεραπείας θεωρείται υψηλό και εναρμονισμένο με τις διεθνείς απαιτήσεις (εξωτερική αξιολόγηση Τμήματος Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Λαμίας, 2011).

Τα επαγγελματικά δικαιώματα των πτυχιούχων φυσικοθεραπευτών έχουν θεσπιστεί βάσει Προεδρικού Διατάγματος (ΦΕΚ 90/08-03-1995 και ΦΕΚ 270/τ. Α'/24-12-2014) περί τροπολογιών του ΠΣΦ στο άρθρο 34 του πρώτου. Ο πτυχιούχος φυσικοθεραπευτής αξιολογεί τον ασθενή, επιλέγει και εκτελεί τις

φυσιοθεραπευτικές πράξεις μετά από γραπτή διάγνωση ή γνωμάτευση του ιατρού και σύμφωνα με τις τυχόν σχετικές οδηγίες του. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν πολλά κράτη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στις ΗΠΑ, στην Αυστραλία κ.λπ. στα οποία ο ασθενής επισκέπτεται τον φυσικοθεραπευτή χωρίς την παρέμβαση παραπομπής από ειδικό ιατρό, αξιολογώντας τον και καθορίζοντας αυτοβούλως τις φυσικοθεραπευτικές του πράξεις, όπως άλλωστε καθορίζεται και από την WCPT (2013). Οι φυσικοθεραπευτές λειτουργούν είτε αυτοδύναμα ως ελεύθεροι επαγγελματίες είτε ως μέλη της ομάδας επιστημόνων υγείας και υπόκεινται σε κώδικα δεοντολογίας (ΦΕΚ 1396/6-9-2010).

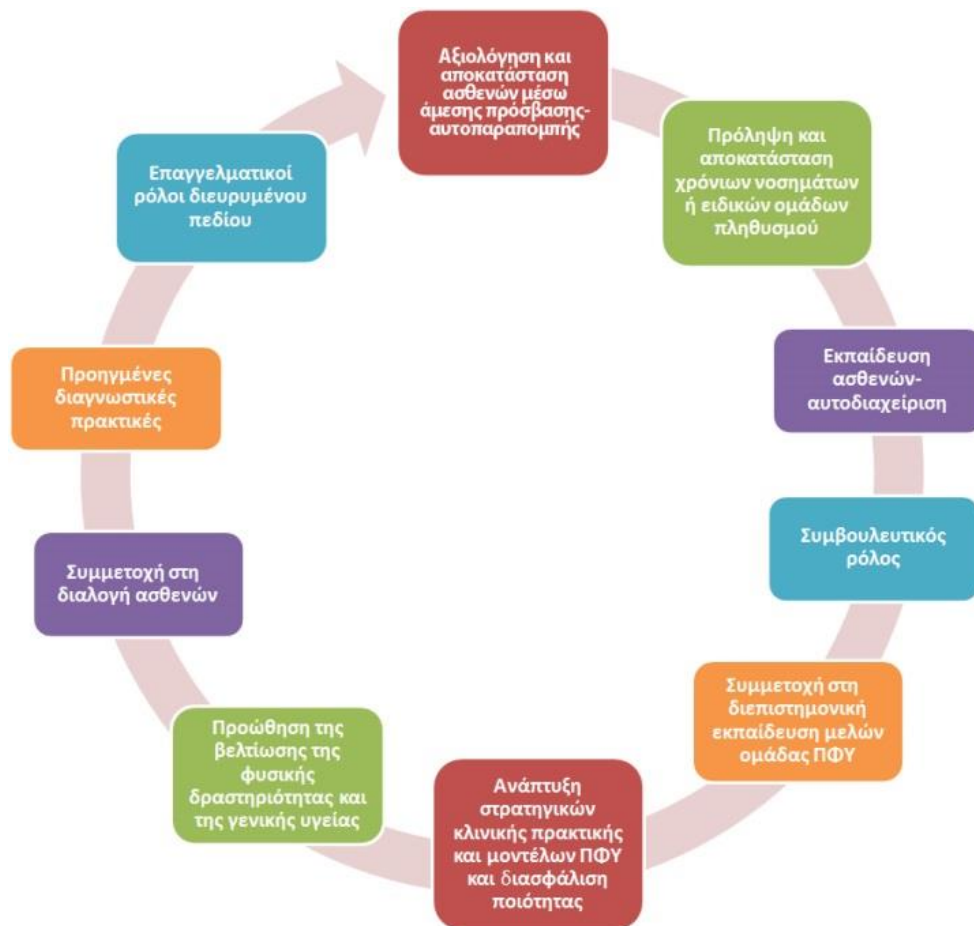
## 10.4 Ο πολυδιάστατος ρόλος του φυσικοθεραπευτή στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Οι φυσικοθεραπευτές ανήκουν στην ομάδα της ΠΦΥ, αποτελώντας σημαντικά μέλη της, σύμφωνα με την WCPT (2011). Τα τελευταία χρόνια οι φυσικοθεραπευτές έχουν ενσωματωθεί με μεγάλη επιτυχία στην ΠΦΥ σε πολλές χώρες όπως η Αγγλία, η Σκωτία, η Ιρλανδία, η Ουαλία, η Ολλανδία, η Σουηδία, η Νορβηγία, οι ΗΠΑ, η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία, ο Καναδάς, καθώς και στις αμερικανικές ένοπλες δυνάμεις. Στην Ελλάδα, πρόσφατα η φυσικοθεραπεία συμπεριλήφθηκε στην ΠΦΥ με κείμενη νομοθεσία (ΦΕΚ 3054/τ. Β' /18-11-2012, Κεφάλαιο 14). Ανάλογα με τη νομοθεσία και τα υιοθετημένα μοντέλα ΠΦΥ στην εκάστοτε χώρα, ο ρόλος των φυσικοθεραπευτών τροποποιείται και σε πολλές περιπτώσεις διευρύνεται πέρα από τα στενά πλαίσια της κλινικής πρακτικής με στόχο την υποστήριξη του συστήματος υγείας μέσα από μια τακτική τήρησης ισορροπιών που αποσκοπεί στη βελτίωση των παροχών και τη μείωση του κόστους. Ο πολυδιάστατος ρόλος του φυσικοθεραπευτή στα διάφορα μοντέλα ΠΦΥ παρουσιάζεται συνοπτικά στην Εικόνα 10.1, ενώ αντίστοιχα στον Πίνακα 10.1 παρουσιάζονται οι δομές και οι υπηρεσίες που μπορούν να στελεχωθούν από τον φυσικοθεραπευτή (Canadian Physiotherapy Association, 2007). Πριν γίνει αναφορά στους ρόλους του φυσικοθεραπευτή στην ΠΦΥ, αξίζει να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα το νομοθετικό πλαίσιο δεν επιτρέπει την ανάπτυξη όλων των ρόλων, όπως συμβαίνει σε πολλές άλλες χώρες. Η ανασκόπηση της αρθρογραφίας αποκαλύπτει την ανάπτυξη νέων ρόλων των φυσικοθεραπευτών στην ΠΦΥ σε διάφορες χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, ο Καναδάς, οι ΗΠΑ και η Αυστραλία (Stanhope et al., 2012).

Ειδικότερα, υπό το πρίσμα της άμεσης πρόσβασης του ασθενούς στον φυσικοθεραπευτή, έχουν αναπτυχθεί ρόλοι όπως η συμμετοχή στην διαλογή των ασθενών σε προηγμένες διαγνωστικές πρακτικές, καθώς και σε επαγγελματικούς ρόλους διευρυμένου πεδίου. Δυστυχώς, στην Ελλάδα αυτοί οι ρόλοι δεν υφίστανται και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μη αξιοποίηση του φυσικοθεραπευτή στο έπακρο, με συνεπακόλουθες ποιοτικές και οικονομικές εκροές σε σχέση με άλλες χώρες, όπως φαίνεται και στο υποκεφάλαιο 10.5.

|   |
|---|
| Ιδιωτικό εργαστήριο φυσικοθεραπείας.  |
| Φυσικοθεραπεία κατ' οίκον (στον χώρο διαμονής ή εργασίας του ασθενούς).   |
| Δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία στα οποία υπάρχει εργαστήριο φυσικοθεραπείας που εξυπηρετεί και εξωτερικούς ασθενείς.       |
| Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.  |
| ΚΑΠΗ, γηροκομεία, δημοτικά ιατρεία, κέντρα υγείας, ειδικά σχολεία, ΚΕΦΙΑΠ, κέντρα ημερήσιας φροντίδας ατόμων με αναπηρία. |
| Ιδιωτικές ή δημοτικές κινητές μονάδες, networks ΠΦΥ.  |
| Κέντρα αποκατάστασης.   |
| Κλινικές ψυχικής υγείας και κέντρα απεξάρτησης.   |
| Μονάδες ανακούφισης πόνου και παρηγορητικής αγωγής.   |
| Μονάδες τηλε-υγείας.  |

**Πίνακας 10.1** Σύνοψη δομών και υπηρεσιών που μπορούν να στελεχωθούν από τον φυσικοθεραπευτή στα πλαίσια της ΠΦΥ.



**Εικόνα 10.1** Ο πολυδιάστατος ρόλος του φυσικοθεραπευτή στα διάφορα μοντέλα ΠΦΥ.

Οι φυσικοθεραπευτές έχουν τις δεξιότητες και τις ικανότητες για την υποστήριξη ατόμων και πληθυσμών σε όλο το φάσμα της περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της προώθησης της υγείας, της πρόληψης χρόνιων νοσημάτων, της αυτο-διαχείρισης της νόσου, της θεραπείας και της αποκατάστασης. Οι φυσικοθεραπευτές μπορούν να αξιολογήσουν και να αποκαταστήσουν άτομα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους στα πλαίσια χρόνιων παθήσεων, τραυματισμού ή αναπηρίας, που επηρεάζουν το μυοσκελετικό, το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό και το νευρολογικό σύστημα. Επιπλέον, προωθούν την ευεξία και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής μέσω της εκπαίδευσης, των εξειδικευμένων προγραμμάτων θεραπευτικής άσκησης και της ολιστικής προσέγγισης του ασθενούς.

Ένας πολύ σημαντικός ρόλος του φυσικοθεραπευτή στην ΠΦΥ είναι η αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων μέσα από την αξιολόγηση, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή είτε εξατομικευμένων είτε ομαδικών προγραμμάτων άσκησης. Στις μέρες μας, τα χρόνια νοσήματα είναι η πρώτη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ αλλά και στον υπόλοιπο κόσμο. Τον προηγούμενο αιώνα, σημειώθηκε μια δραματική μετατόπιση αυξημένης θνησιμότητας από τις μη-βιομηχανικές χώρες, οι οποίες έπασχαν από μεταδοτικές ασθένειες, στις βιομηχανικές/εκσυγχρονισμένες χώρες που επιβαρύνονται με χρόνια νοσήματα. Η αύξηση των ποσοστών χρόνιων νοσημάτων έχει δημιουργήσει μια τεράστια κοινωνική, συναισθηματική και οικονομική επιβάρυνση που επικρατεί σε όλο τον κόσμο. Υπάρχει υψηλή επιστημονική τεκμηρίωση ότι η άσκηση μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην πρόληψη και αποκατάσταση ασθενών με χρόνια νοσήματα όπως χρόνια καρδιαγγειακή ανεπάρκεια, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσο Πάρκινσον, διαβήτη τύπου II, διάφορες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και οστεοαρθρίτιδα (Beauchamp et al., 2013· Durstine et al., 2013· Hagen et al., 2012· Herring et al., 2012· Tomlinson et al., 2012). Η WCPT, αναγνωρίζοντας τη συμβολή της φυσικοθεραπείας στην αντιμετώπιση του σοβαρού αυτού προβλήματος, έχει θεσπίσει το κίνημα «Fit for Life», με στόχο την προώθηση της άσκησης και της φυσικής δραστηριότητας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα (<https://www.youtube.com/watch?v=9Dx4TMaegDI> – βίντεο από διοργάνωση εκδήλωσης ενημέρωσης κοινότητας στο πλαίσιο του κινήματος «Fit for Life» και της παγκόσμιας ημέρας

φυσικοθεραπείας). Επιπλέον, ένας άλλος σημαντικός ρόλος του φυσικοθεραπευτή στην ΠΦΥ είναι η συμμετοχή του στην πρόληψη και αποκατάσταση προβλημάτων και δυσλειτουργιών ως απόρροια της ειδικής του κατάστασης ή της παθολογίας ειδικών πληθυσμών, όπως τα άτομα τρίτης ηλικίας (El-Khoury et al., 2013), τα άτομα με παχυσαρκία ή άλλες μεταβολικές διαταραχές (Durstine et al., 2013), οι ασθενείς με καρκίνο (Salakari et al., 2015), οι ασθενείς με HIV/AIDS (Gomes et al., 2013), οι ασθενείς με ακράτεια ή πυελικό πόνο (Robertson & Harding, 2014), οι ασθενείς με ψυχική νόσο (Firth et al., 2015), τα άτομα με νοητική υστέρηση (Shields et al., 2013), οι έγκυες γυναίκες (Van Kampen et al., 2015) ή οι ασθενείς με ακρωτηριασμό (Hordacre et al., 2013).

## Κλινικά παραδείγματα

- Σε χώρους όπως ιδιωτικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας, ΚΑΠΗ, γηροκομεία, κέντρα ημερήσιας φροντίδας ατόμων με αναπηρία, κέντρα αποκατάστασης, οι φυσικοθεραπευτές αξιολογούν, εκπαιδεύουν, σχεδιάζουν και εφαρμόζουν προγράμματα άσκησης και παρέχουν συμβουλευτική για αντιμετώπιση και αυτο-διαχείριση σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα όπως χρόνια καρδιαγγειακή ανεπάρκεια, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσο Πάρκινσον, καρκίνο, διαβήτη τύπου II, διάφορες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, και οστεοαρθρίτιδα στα πλαίσια πρόληψης και αποκατάστασης. (<http://repfiles.kallipos.gr/file/15114>, <http://repfiles.kallipos.gr/file/15121> - φωτογραφικό υλικό προγράμματος καρδιαγγειακής αποκατάστασης)
- Σε χώρους όπως ιδιωτικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας, οι φυσικοθεραπευτές αντιμετωπίζουν ασθενείς με ακράτεια και πυελικό πόνο με εξειδικευμένα προγράμματα ασκήσεων μών πυελικού εδάφους, ηλεκτρομυϊκό ερεθισμό και βιοανατροφοδότηση. (<https://youtu.be/nkG2jKr9yQg> - βίντεο συνέντευξης της επίκουρης καθηγήτριας του τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος Ευδοκίας Μπίλλη σχετικά με τον ρόλο του φυσικοθεραπευτή στην αποκατάσταση ασθενών με ακράτεια).
- Σε χώρους όπως ΚΑΠΗ, γηροκομεία, κέντρα ημερήσιας φροντίδας ατόμων με αναπηρία, κέντρα αποκατάστασης, οι φυσικοθεραπευτές αξιολογούν, σχεδιάζουν και εφαρμόζουν προγράμματα θεραπευτικής άσκησης σε άτομα τρίτης ηλικίας για πρόληψη των πτώσεων. (<http://repfiles.kallipos.gr/file/15131> έως <http://repfiles.kallipos.gr/file/15141> - φωτογραφικό υλικό ομαδικού προγράμματος θεραπευτικής άσκησης στα ΚΑΠΗ Σκύδρας και Μοσχάτου)
- Σε ειδικά σχολεία, σε ΚΕΦΙΑΠ, σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας ατόμων με αναπηρία, οι φυσικοθεραπευτές αξιολογούν, σχεδιάζουν και εφαρμόζουν προγράμματα θεραπευτικής άσκησης σε παιδιά με νοητική στέρηση και κινητικά προβλήματα με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής.
- Σε κλινικές ψυχικής υγείας, οι φυσικοθεραπευτές εφαρμόζουν προγράμματα ομαδικής θεραπευτικής άσκησης (π.χ. αερόβια άσκηση σε εξωτερικό περιβάλλον) για ασθενείς με σχιζοφρένεια ή κατάθλιψη, σε συνεργασία με μέλη της ομάδας της ΠΦΥ.
- Οι φυσικοθεραπευτές αξιολογούν τον κίνδυνο πτώσεων σε άτομα τρίτης ηλικίας.

Ένας άλλος σημαντικός ρόλος των φυσικοθεραπευτών στην ΠΦΥ είναι η εκπαίδευση ασθενών για την αυτοδιαχείριση της νόσου και η συμβουλευτική. Οι φυσικοθεραπευτές συμβάλλουν με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας της ΠΦΥ στην πρόληψη και στην ενεργό συμμετοχή των ασθενών στην αποκατάσταση, μέσα από την αναγνώριση των συμπτωμάτων τους και της διαχείρισής τους (Traeger et al., 2015). Επιπλέον, προωθούν την βελτίωση της φυσικής δραστηριότητας και της γενικής υγείας των ασθενών με χρόνια νοσήματα και των ατόμων που ανήκουν σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (Gagliardi et al., 2015 Όrrow et al., 2012). Οι φυσικοθεραπευτές παίζουν έναν ισότιμο ρόλο με τα άλλα μέλη της ομάδας της ΠΦΥ στην ανάπτυξη στρατηγικών κλινικής πρακτικής και μοντέλων ΠΦΥ, την εφαρμογή τους και τη μέτρηση της απόδοσής τους με στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας και τη βελτίωση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των προσφερόμενων παροχών. Η ομάδα της ΠΦΥ χρησιμοποιεί την έρευνα τόσο για την αναζήτηση αναγκαιότητας αλλαγών, όσο και για την εμπεριστατωμένη απόδειξη της αποτελεσματικότητάς τους (Hill et al., 2011) – δείτε και το Κεφάλαιο 13 (<http://repfiles.kallipos.gr/file/6182>). Στα πλαίσια ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας της ομάδας της ΠΦΥ οι φυσικοθεραπευτές συμμετέχουν ενεργά στη διεπιστημονική εκπαίδευση με στόχο την καλύτερη συνεργασία των μελών, τον καθορισμό των ρόλων και των αρμοδιοτήτων

αλλά και την ανάπτυξη του αισθήματος του αλληλοσεβασμού και της αλληλοεκτίμησης, που αποτελούν καθοριστικές προϋποθέσεις για την άρτια λειτουργία της ομάδας.

## **Κλινικά παραδείγματα**

- Οι φυσικοθεραπευτές δρουν συμβουλευτικά εκπαιδεύοντας ασθενείς με χρόνια νοσήματα για την αυτο-διαχείριση της νόσους τους με διάφορα μέσα όπως έντυπο ενημερωτικό υλικό, βίντεο, πολυμέσα, προγράμματα back school για ασθενείς με οσφυαλγία. ([http://repfiles.kallipos.gr/html\\_items/14081](http://repfiles.kallipos.gr/html_items/14081) - πολυμέσο για την εκπαίδευση ασθενών με χρόνια αυχενικό πόνο, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Στερεάς Ελλάδας)
- Οι φυσικοθεραπευτές, στα πλαίσια της κοινότητας, προωθούν τη βελτίωση της φυσικής δραστηριότητας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα και σε άτομα ειδικών πληθυσμών (<https://www.youtube.com/watch?v=9Dx4TMaegDI> – βίντεο από διοργάνωση εκδήλωσης ενημέρωσης κοινότητας στο πλαίσιο του κινήματος «Fit for Life» και της παγκόσμιας ημέρας φυσικοθεραπείας).
- Οι φυσικοθεραπευτές συμβάλλουν στην ανάπτυξη στρατηγικών κλινικής πρακτικής και μοντέλων ΠΦΥ με καινοτόμες ιδέες και χρήση των νέων τεχνολογιών (<https://www.youtube.com/watch?v=4vFB1Uh9HLM> - βίντεο παρουσίασης της εταιρείας «Φυσικοθεραπεία Εν Κινήσει» που αφορά την ανάπτυξη κινητής μονάδας παροχής υπηρεσιών φυσικοθεραπείας σε απομακρυσμένες περιοχές της περιφέρειας με χρήση ειδικής τεχνολογίας).

Ένας πρωταρχικής σημασίας ρόλος του φυσικοθεραπευτή στην ΠΦΥ είναι η αξιολόγηση και αποκατάσταση του ασθενούς με μυοσκελετικά προβλήματα μέσω άμεσης πρόσβασης με αυτο-παραπομπή (Bishop et al., 2015· Bury & Stokes, 2013). Υπό το πρίσμα της γήρανσης του πληθυσμού και, ως εκ τούτου, της αύξησης των μυοσκελετικών προβλημάτων και της αυξημένης αναγκαιότητας περίθαλψης, η διευκόλυνση των ασθενών με την εξάλειψη του εμποδίου της παραπομπής από ιατρό, μπορεί να δώσει τη δυνατότητα επιλογής, αυξημένης προσβασιμότητας και μείωσης του χρόνου αναμονής, με μεγάλα οφέλη, όπως έχει εφαρμοστεί σε πολλές χώρες τόσο στην Ευρώπη, όσο και στον υπόλοιπο κόσμο. Επιπλέον, ειδικά για τους μυοσκελετικούς ασθενείς, έχει αποδειχτεί ότι ένα τέτοιο μοντέλο ΠΦΥ είναι τόσο κλινικά όσο και οικονομικά αποδεκτό από τους ασθενείς αλλά και από τους επαγγελματίες υγείας (Bishop et al., 2015· Hill, et al., 2011· Holdsworth, Webster, & McFadyen, 2008· Ludvigsson & Enthoven, 2012· Mallett, Bakker & Burton, 2014· Morris et al., 2011· Webster et al., 2008).

## **Κλινικά παραδείγματα**

- Στο πλαίσιο των ιδιωτικών εργαστηρίων φυσικοθεραπείας ή στο χώρο εργασίας ή διαμονής τους (κατ' οίκον) καθώς επίσης και σε δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία στα οποία υπάρχει εργαστήριο φυσικοθεραπείας που εξυπηρετεί και εξωτερικούς ασθενείς, οι ασθενείς με οξεία ή χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα, όπως οσφυαλγία, χρόνια αυχενικό πόνο, οστεοαρθρίτιδα γόνατος, μπορούν να αυτο-παραπέμπονται απευθείας, χωρίς την μεσολάβηση ιατρού, για αξιολόγηση, αποκατάσταση, συμβουλευτική και αυτοδιαχείριση της πάθησής τους.

Η αναγκαιότητα για φυσικοθεραπευτές προηγμένης πρακτικής ή φυσικοθεραπευτές εκτεταμένου πεδίου προέκυψε στις Ηνωμένες Πολιτείες μετά από τον πόλεμο του Βιετνάμ, ενώ έχουν καθιερωθεί εδώ και πάνω από είκοσι χρόνια στο Ηνωμένο Βασίλειο (Byles & Ling, 1989). Το 1986, στο Exeter Health Authority, ειδικά εκπαιδευμένοι φυσικοθεραπευτές εκτελούσαν ρόλο διαλογής για ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα εν αναμονή παραπομπής τους σε ορθοπεδικό χειρουργό. Η επιτυχία αυτής της πρακτικής οδήγησε την εθνική υπηρεσία υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο να επεκτείνει αυτό το μοντέλο παροχής υπηρεσιών (Kersten et al., 2007). Στον Καναδά ο ρόλος του επαγγελματία προηγμένης πρακτικής ή εκτεταμένου πεδίου εισήχθη αρχικά το 1995 σε νοσοκομείο του Τορόντο με την ανάπτυξη ενός προγράμματος για την εκπαίδευση φυσικοθεραπευτών και εργοθεραπευτών ως εξειδικευμένων στην παιδιατρική ρευματολογία (Campos et al., 2001). Τα τελευταία χρόνια, ως αποτέλεσμα της μεγάλης λίστας αναμονής για αρθροπλαστική ισχίου και γόνατος στο Οντάριο, οι ρόλοι προηγμένης πρακτικής έχουν

εισαχθεί για τη βελτίωση της πρόσβασης των ειδικών αυτών πληθυσμών στην περίθαλψη (Ontario's Wait Time Strategy) (MacLeod et al., 2009· Robarts et al., 2008· Tryguc, Hudson & MacLeod, 2006).

Ο ρόλος των φυσικοθεραπευτών σε προηγμένες διαγνωστικές πρακτικές εμπεριέχεται στην άμεση πρόσβασή τους από τον ασθενή. Ασθενείς με ιατρική διάγνωση απευθύνονται στον φυσικοθεραπευτή για την αρχική αξιολόγηση και τον καθορισμό της θεραπείας στα πλαίσια συνεργασίας με τον θεράποντα ιατρό. Οι ομάδες ασθενών που μπορούν να συμμετέχουν σε αυτήν τη διαδικασία προκαθορίζονται σε συνεργασία με τους ιατρούς και την υπόλοιπη ομάδα της ΠΦΥ, ενώ χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα εργαλεία αξιολόγησης με αλγορίθμους για τον σκοπό αυτό (Crane & Delany, 2013· McClellan, Greenwood & Bengner, 2006).

### **Κλινικά παραδείγματα**

- Στο πλαίσιο των ιδιωτικών εργαστηρίων φυσικοθεραπείας, οι ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικά ή νευρολογικά νοσήματα, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από σταθερότητα στην συμπτωματολογία τους, και ασθενείς με χρόνιο πόνο και αρθρίτιδα απευθύνονται σε εξειδικευμένους φυσικοθεραπευτές. Στην περίπτωση που ο φυσικοθεραπευτής αντιλαμβάνεται ότι ο ασθενής αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα εκτός του κλινικού του πεδίου, τον παραπέμπει σε άλλο μέλος της ομάδας της ΠΦΥ για διάγνωση και αντιμετώπιση.

Ένας άλλος ρόλος του εξειδικευμένου φυσικοθεραπευτή είναι η συμμετοχή του στη διαλογή ασθενών (triage), ώστε να αποφασιστεί εάν ο εκάστοτε ασθενής πρέπει να οδηγηθεί στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και να επιλεγεί ο κατάλληλος επαγγελματίας υγείας ή υπηρεσία ή πράξη (Oakley & Shacklady, 2015).

### **Κλινικά παραδείγματα**

- Οι φυσικοθεραπευτές πραγματοποιούν την αρχική αξιολόγηση σε ασθενείς που απευθύνονται σε ορθοπαιδικό για να διαπιστωθεί αν χρειάζονται χειρουργική επέμβαση ή αν θα κάνουν συντηρητική αποκατάσταση.
- Οι φυσικοθεραπευτές κάνουν διαλογή ασθενών και παρέχουν συμβουλευτική στα πλαίσια μονάδων τηλε-υγείας.

Τέλος, σε κάποια μοντέλα ΠΦΥ ο εξειδικευμένος φυσικοθεραπευτής μπορεί να εμπλέκεται σε επαγγελματικούς ρόλους διευρυμένου πεδίου. Σε μερικές χώρες, όπως η Μεγάλη Βρετανία, οι εξειδικευμένοι φυσικοθεραπευτές μπορούν να ζητήσουν περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις ή να πραγματοποιήσουν κλινικές πράξεις όπως συνταγογράφηση (Parmar, Thompson & Aniq, 2015· Stanhope et al., 2012).

### **Κλινικά παραδείγματα**

- Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ο εξειδικευμένος φυσικοθεραπευτής είναι το πρόσωπο πρώτης επαφής με τον ασθενή, πραγματοποιεί την αρχική εξέταση (χρησιμοποιεί τα αποτελέσματα των εξετάσεων ώστε να συμβάλει επικουρικά στην κλινική διάγνωση και διαχείριση του ασθενούς), προβαίνει σε παρέμβαση (π.χ. τοποθέτηση νάρθηκα σε κατάγματα), συνταγογραφεί συγκεκριμένες φαρμακευτικές ουσίες (αναλγητικά ή μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη) ή παραπέμπει σε διαγνωστικές εξετάσεις (π.χ. ακτινογραφία, αιματολογικές εξετάσεις ή MRI).

## **10.5 Οφέλη ένταξης φυσικοθεραπείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Οι φυσικοθεραπευτές ως μέλη της ομάδας της ΠΦΥ μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της προσφερόμενης περίθαλψης, στη βελτίωση της υγείας σε πληθυσμούς, στη μείωση του κατά κεφαλήν κόστους, στη βελτίωση της λειτουργίας της ομάδας και της ολιστικής προσέγγισης του ασθενούς.

Υπάρχει ερευνητική τεκμηρίωση σχετικά με τα οφέλη από τον πολυδιάστατο ρόλο της φυσικοθεραπείας στην ΠΦΥ, όπως παρουσιάζεται συνοπτικά στον Πίνακα 10.2.

|   |   |
|---|---|
| Ερευνητική τεκμηρίωση μέσω συστηματικών ανασκοπήσεων υποστηρίζει ότι η φυσικοθεραπεία (διάγνωση και επιστημονικά τεκμηριωμένη αποκατάσταση) είναι αποτελεσματική και με υψηλή σχέση κόστους-αποτελέσματος σε μια μεγάλη ποικιλία χρόνιων νοσημάτων. | Υπάρχει υψηλή επιστημονική τεκμηρίωση η οποία υποστηρίζει τα οφέλη της φυσικοθεραπείας στην ΠΦΥ για:  |
|   | Ασθενείς με χρόνια καρδιαγγειακή ανεπάρκεια (Durstine et al., 2013).  |
|   | Ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Saunders et al., 2014).  |
|   | Ασθενείς με νόσο Πάρκινσον (Tomlinson et al., 2012).  |
|   | Ασθενείς με διαβήτη (Durstine et al., 2013).  |
|   | Ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Beauchamp et al., 2013).   |
|   | Ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα (Hagen et al., 2012).  |
| Ερευνητική τεκμηρίωση μέσω συστηματικών ανασκοπήσεων υποστηρίζει ότι η φυσικοθεραπεία είναι αποτελεσματική για την πρόληψη και αντιμετώπιση δυσλειτουργιών σε ομάδες ειδικού πληθυσμού.   | Υπάρχει υψηλή επιστημονική τεκμηρίωση η οποία υποστηρίζει τα οφέλη της φυσικοθεραπείας στην ΠΦΥ για:  |
|   | Άτομα με παχυσαρκία (Durstine et al., 2013).  |
|   | Άτομα τρίτης ηλικίας (El-Khoury et al., 2013).  |
|   | Ασθενείς με καρκίνο (Durstine et al., 2013; Salakari et al., 2015).   |
|   | Ασθενείς με HIV/AIDS (Gomes et al., 2013).  |
|   | Ασθενείς με ακράτεια ή πυελικό πόνο (Robertson & Harding, 2014).  |
|   | Ασθενείς με ψυχική νόσο (Firth et al., 2015).   |
|   | Άτομα με νοητική υστέρηση (Shields et al., 2013).   |
|   | Έγκυες γυναίκες (Van Kampen et al., 2015).  |
| Ασθενείς με ακρωτηριασμό (Hordacre et al., 2013)..  |   |
| Ερευνητική τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα των φυσικοθεραπευτών ως μελών της ΠΦΥ..  | Υψηλή ικανοποίηση των ασθενών και εμπιστοσύνη για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την καταλληλότητα των φυσικοθεραπευτών (Ludvigsson & Enthoven 2012; Morris et al., 2011; Webster et al., 2008).  |
|   | Βελτίωση του επιπέδου της φυσικής δραστηριότητας των ασθενών στην ΠΦΥ που παρακολουθούνται από φυσικοθεραπευτή (Gagliardi et al., 2015; Orrow et al., 2012)..   |
|   | Υψηλά ποσοστά διαγνωστικής εγκυρότητας (Oakley & Shacklady, 2015). Η παραπομπή ασθενών με μυοσκελετικά προβλήματα για περαιτέρω, μεγάλου κόστους απεικονιστικές εξετάσεις, όπως MRI, μειώνεται σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας, για παράδειγμα γενικό ιατρό ή νευροχειρουργό (Parmar, Thompson & Aniq, 2015). |
| Ερευνητική τεκμηρίωση για τα οικονομικά οφέλη της συμμετοχής της φυσικοθεραπείας στην ΠΦΥ.  | Κατά μέσο όρο, παρατηρείται μείωση τουλάχιστον τριών ημερών απουσίας των ασθενών από την εργασία τους (Holdsworth, Webster & McFadyen, 2008).   |
|   | Μείωση στη συνταγογράφηση και χρήση φαρμάκων κατά 11% (Holdsworth, Webster & McFadyen, 2008).   |
|   | Μείωση στις απεικονιστικές εξετάσεις κατά 6,3% (Holdsworth, Webster & McFadyen 2008).   |
|   | Μικρότερο συνολικό κόστος στο σύστημα υγείας (11-32,3%), υπολογισμένο σε χρήματα ή σε Έτη Υγιούς Ζωής (EYZ) (quality-adjusted life years – QALYs) (Hill et al., 2011; Mallett, Bakker & Burton, 2014; Mitchell & de Lissovoy, 1997).  |
| Ερευνητική τεκμηρίωση για τη μείωση αναγκαιότητας χρήσης άλλων υπηρεσιών υγείας.  | Λιγότερες επισκέψεις στον ιατρό και μείωση χρόνου αναμονής (Samsson & Larsson, 2014). Επιπλέον, το 91% των ιατρών φαίνεται να υποστηρίζει την άμεση πρόσβαση σε φυσικοθεραπευτή όσον αφορά τα μυοσκελετικά προβλήματα (Holdsworth, Webster & McFadyen, 2008).   |

**Πίνακας 10.2** Τα οφέλη από τον πολυδιάστατο ρόλο της φυσικοθεραπείας στην ΠΦΥ.



## 10.6 Εκπαίδευση και δεξιότητες των φυσικοθεραπευτών που συμμετέχουν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η εκπαίδευση των φυσικοθεραπευτών που συμμετέχουν στην ΠΦΥ διαφέρει ανάλογα με το μοντέλο της ΠΦΥ και τους ρόλους τους. Οι βασικές σπουδές των φυσικοθεραπευτών (προπτυχιακό επίπεδο) περιλαμβάνουν μαθήματα τα οποία αποτελούν μια ισχυρή βάση για να μπορούν να συμμετέχουν στην ομάδα και να είναι αποτελεσματικοί στους ρόλους τους. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα προγράμματα σπουδών στα Τμήματα Φυσικοθεραπείας των ΤΕΙ (Γραφείο Διασύνδεσης ΤΕΙ Λαμίας, Οδηγός Εκπαίδευσης Φυσικοθεραπευτή, 2008), πολλά από τα οποία έχουν ανανεωθεί τα τελευταία χρόνια βάσει των διεθνών επιταγών, οι φυσικοθεραπευτές διδάσκονται βασικά μαθήματα (Ανατομία, Νευροφυσιολογία, Φυσιολογία, Ορθοπαιδική, Χειρουργική, Παθολογία, Διαγνωστική Απεικόνιση), πιο εξειδικευμένα μαθήματα (Φυσικοθεραπευτική Αξιολόγηση, Κλινική Εργοφυσιολογία, Εργονομία, Ψυχολογία, Ομαδική Θεραπευτική Άσκηση σε Ειδικούς Πληθυσμούς, Βιοηθική & Δεοντολογία, Μεθοδολογία Έρευνας, Βιοστατιστική, Εμπορία & Διαφήμιση), καθώς και μαθήματα ειδικότητας (Φυσικοθεραπεία Μυοσκελετικών Παθήσεων & Κακώσεων, Νευρολογικών Παθήσεων, Καρδιοαναπνευστικών Παθήσεων, Αθλητική Φυσικοθεραπεία) (<http://repfiles.kallipos.gr/file/15211>, <http://repfiles.kallipos.gr/file/15214>, <http://repfiles.kallipos.gr/file/15215>, <https://www.youtube.com/watch?v=LqkWPg2MFiQ> - φωτογραφικό υλικό και βίντεο από την προπτυχιακή εκπαίδευση των φοιτητών του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Στερεάς Ελλάδας).

Για να μπορεί να διεκπεραιωθεί ο διευρυνμένος και πολυδιάστατος ρόλος του φυσικοθεραπευτή στα διάφορα μοντέλα ΠΦΥ, όπως για τους φυσικοθεραπευτές προηγμένης πρακτικής ή τους φυσικοθεραπευτές εκτεταμένου πεδίου εφαρμογής, οι προπτυχιακές σπουδές ενισχύονται με εξειδικευμένη πρακτική εξάσκηση, με προγράμματα επιμόρφωσης στα πλαίσια μεταπτυχιακών σπουδών και προγραμμάτων συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης. Σύμφωνα με συστηματική μελέτη που εξετάζει την εκπαίδευση των φυσικοθεραπευτών προηγμένης πρακτικής, η εκπαίδευση αυτή διαφέρει ανάλογα με το εξεταζόμενο μοντέλο ΠΦΥ και είναι δύσκολος ο καθορισμός μιας τυποποιημένης προσέγγισης (Stanhope et al., 2012). Στον Πίνακα 10.3 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της εκπαίδευσης των φυσικοθεραπευτών εκτεταμένου πεδίου εφαρμογής σε ερευνητικές μελέτες διαφόρων μοντέλων ΠΦΥ διεθνώς.

| Μελέτη                  | Μοντέλο ΠΦΥ/Φορέας  | Ρόλος φυσικοθεραπευτή  | Εκπαίδευση   |
|-------------------------|---|--|--|
| Gardiner & Turner, 2002 | Εξωτερικά Ιατρεία, Ορθοπαιδική Κλινική (Ηνωμένο Βασίλειο) | Διάγνωση και διαλογή ασθενών για αρθροσκόπηση.                   | Επιπλέον εκπαίδευση σε τεχνικές διαγνωστικής απεικόνισης, καθώς και στη διεξαγωγή ενέσιμων θεραπειών.                                    |
| Dickens et al., 2003    | Εξωτερικά Ιατρεία, Κλινική Γόνατος (Ηνωμένο Βασίλειο)     | Διάγνωση και διαλογή ασθενών για αρθροσκόπηση.                   | Κατά μέσο όρο πέντε έτη κλινικής εμπειρίας ως ορθοπαιδικός φυσικοθεραπευτής πρώτης βαθμίδας (Senior Orthopedic Physiotherapist).         |
| Dickens et al., 2003    | Εξωτερικά Ιατρεία, Ορθοπαιδική Κλινική (Καναδάς)          | Παρακολούθηση ασθενών μετά από αρθροπλαστική ισχίου και γόνατος. | Μεταπτυχιακό δίπλωμα, κλινική εμπειρία στο γνωστικό αυτό αντικείμενο (τουλάχιστον πέντε έτη) και παρακολούθηση μεταπτυχιακών σεμιναρίων. |
| Trompeter et al., 2010  | Εξωτερικά Ιατρεία, Ορθοπαιδική Κλινική (Ηνωμένο Βασίλειο) | Διάγνωση και διαλογή ασθενών.                                    | Περαιτέρω εκπαίδευση τουλάχιστον έξι μηνών στην Ορθοπαιδική Κλινική ως ειδικευόμενος.  |
| MacKay et al., 2009     | Εξωτερικά Ιατρεία, Ορθοπαιδική Κλινική (Καναδάς)          | Διάγνωση, διαλογή ασθενών και συστάσεις θεραπείας.               | Περαιτέρω εκπαίδευση στην αποκατάσταση αρθρίτιδας και κλινική εμπειρία στο γνωστικό αντικείμενο το ελάχιστο δέκα έτη.                    |
| Blackburn et al., 200   | Εργαστήριο – Κλινική Φυσικοθεραπείας (Αυστραλία)          | Διάγνωση και διαλογή ασθενών με οσφυαλγία.                       | Μεταπτυχιακό δίπλωμα στη μυοσκελετική φυσικοθεραπεία και, επιπλέον, τουλάχιστον δώδεκα έτη κλινικής εμπειρίας στο γνωστικό αντικείμενο.  |

|                            |                        |  |   |
|----------------------------|------------------------|--|---|
| Taylor et al., 2011        | ΤΕΠ (Αυστραλία)        | Διάγνωση και διαλογή ασθενών (αντιμετώπιση ασθενών, συνταγογράφηση και επιλογή περαιτέρω εξετάσεων). | Πρώτης βαθμίδας φυσικοθεραπευτές με μεταπτυχιακό δίπλωμα στις μυοσκελετικές κακώσεις ή τουλάχιστον έξι έτη κλινικής εμπειρίας στο γνωστικό αντικείμενο. |
| Ball, Walton & Hawes, 2007 | ΤΕΠ (Ηνωμένο Βασίλειο) | Διάγνωση και διαλογή ασθενών (αντιμετώπιση ασθενών, συνταγογράφηση και επιλογή περαιτέρω εξετάσεων). | Περαιτέρω εκπαίδευση στην επιλογή και επεξεργασία διαγνωστικών εξετάσεων, στη συνταγογράφηση αναλγητικών και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.    |

**Πίνακας 10.3** Τα χαρακτηριστικά της εκπαίδευσης των φυσικοθεραπευτών εκτεταμένου πεδίου εφαρμογής σε ερευνητικές μελέτες διαφόρων μοντέλων ΠΦΥ βάσει αρθρογραφίας.

Είναι καθοριστικής σημασίας σε κάθε χώρα οι επαγγελματικοί σύλλογοι των φυσικοθεραπευτών, ανάλογα με το μοντέλο ΠΦΥ που διαθέτουν ή που επιδιώκεται να αναπτυχθεί, να ορίζουν τις δεξιότητες που πρέπει να έχουν οι φυσικοθεραπευτές βάσει των διεθνών επιταγών και να σχεδιάζουν προγράμματα επιμόρφωσης στα πλαίσια μεταπτυχιακών σπουδών και προγραμμάτων συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης. Για παράδειγμα, ο Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών του Ηνωμένου Βασιλείου (The Chartered Society of Physiotherapy) έχει θεσπίσει τα παρακάτω κριτήρια για να μπορεί κάποιος φυσικοθεραπευτής να καλύψει μια θέση φυσικοθεραπευτή εκτεταμένου πεδίου (Chartered Society of Physiotherapy, 2002):

- Τουλάχιστον πέντε χρόνια ευρεία κλινική εμπειρία μετά τη λήψη του πτυχίου.
- Τουλάχιστον 3ετής εμπειρία σε ένα σχετικό εξειδικευμένο τομέα.
- Ολοκλήρωση εκπαιδευτικής διαδικασίας η οποία πρέπει να είναι αναγνωρισμένη ή υπό την έννοια της διαπίστευσης (π.χ. μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών ή πρόγραμμα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης), σχετικής με το εξειδικευμένο αντικείμενο.
- Ωριμη και διακριτική προσέγγιση για την επίλυση προβλημάτων και τη διαχείριση των νέων αρμοδιοτήτων και υποχρεώσεων.
- Δυνατότητα σύνδεσης και συνεργασίας με όλους τους συναδέλφους στο χώρο εργασίας.

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Καναδικό Σύλλογο Φυσικοθεραπευτών, ο φυσικοθεραπευτής που εργάζεται στην ομάδα της ΠΦΥ θα πρέπει να αναπτύξει συγκεκριμένες δεξιότητες, ώστε να μπορέσει αποτελεσματικά να ανταποκριθεί στους ρόλους του (Canadian Physiotherapy Association, 2007). Οι δεξιότητες αυτές είναι:

- Διαχείριση ομάδας (διαμεσολάβηση, ανάπτυξη ομάδας, συνεργασία, διαχωρισμός ρόλων, αρμοδιότητες).
- Ανάπτυξη ρόλου (διαχειριστής περίπτωσης, αξιολόγηση αποτελεσμάτων σε επίπεδο ασθενούς, πρακτικής και συστήματος).
- Συνεργατική πρακτική (επικοινωνία, συνεργασία, συμβουλευτική, εκπαίδευση, διαπολιτισμική προσέγγιση).
- Προσεγγίσεις διευθέτησης προβλημάτων υγείας πληθυσμού (ανάπτυξη στρατηγικών αποκατάστασης και πρόληψης, ανάπτυξη στρατηγικών και μοντέλων ΠΦΥ).
- Χρήση ερευνητικής απόδειξης.
- Επιχειρηματικότητα (σύσταση συμφωνητικών, σύσταση κανόνων, χρηματοδότηση).
- Διαχείριση πληροφοριών.
- Χρήση νέων τεχνολογιών.

Στην Ελλάδα, στα πλαίσια της ενίσχυσης των φυσικοθεραπευτών για τους ρόλους τους στην ΠΦΥ, ο φυσικοθεραπευτής έχει τη δυνατότητα να συμμετέχει σε μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (π.χ. το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Προηγμένη Φυσικοθεραπεία», Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Στερεάς Ελλάδας). Επιπλέον, μπορεί να συμμετέχει σε εξειδικευμένα σεμινάρια, τα

οποία οργανώνονται μέσω φορέων (π.χ. Επιστημονικά Τμημάτα του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών, Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία Φυσικοθεραπείας), ερευνητικών προγραμμάτων (π.χ. πρόγραμμα ProFouND για την εκπαίδευση των φυσικοθεραπευτών σε προγράμματα άσκησης με στόχο την πρόληψη πτώσεων των ηλικιωμένων όπως το «Otago Exercise Programme», Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Στερεάς Ελλάδας) ή μεταπτυχιακών σεμιναρίων. Παρ' όλα αυτά, είναι επιτακτικής σημασίας να εδραιωθεί ένα νέο μοντέλο ΠΦΥ στην Ελλάδα βάσει των διεθνών προδιαγραφών και προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες της ελληνικής πραγματικότητας. Υψίστης σημασίας σε αυτό το νέο μοντέλο θα είναι η υποστήριξη της εκπαίδευσης των φυσικοθεραπευτών αλλά και των άλλων μελών της ομάδας της ΠΦΥ για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων οι οποίες αποτελούν προϋπόθεση για την ανάπτυξη και εφαρμογή του.

## 10.7 Σύνοψη

Ο φυσικοθεραπευτής είναι ένα σημαντικό μέλος της ομάδας της ΠΦΥ. Οι ρόλοι του σε αυτή την ομάδα είναι πολυδιάστατοι, ανάλογα με το μοντέλο ΠΦΥ. Κύριοι ρόλοι του φυσικοθεραπευτή στην ΠΦΥ είναι η πρόληψη και αποκατάσταση ασθενών με χρόνια νοσήματα, η συμβουλευτική και η εκπαίδευση ασθενών για την αυτοδιαχείριση και αντιμετώπιση της νόσου, η προώθηση της βελτίωσης της φυσικής δραστηριότητας και της γενικής υγείας του πληθυσμού, η συμμετοχή στη διεπιστημονική εκπαίδευση των μελών της ομάδας ΠΦΥ, καθώς και η ανάπτυξη στρατηγικών κλινικής πρακτικής και μοντέλων ΠΦΥ. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί και καινοτόμοι ρόλοι σε πολλές χώρες εκτός της Ελλάδας, όπως η συμμετοχή στη διαλογή ασθενών, σε προηγμένες διαγνωστικές πρακτικές και σε ρόλους διευρυμένου πεδίου μετά από εξειδικευμένη εκπαίδευση. Υπάρχει μάλιστα υψηλή επιστημονική τεκμηρίωση για τα οφέλη της υιοθέτησης αυτών των νέων ρόλων του φυσικοθεραπευτή στα διάφορα μοντέλα ΠΦΥ διεθνώς, γεγονός που θέτει σε σοβαρή βάση την αναγκαιότητα εφαρμογής και ανάπτυξής τους και στην Ελλάδα. Στα πλαίσια αυτής της αναγκαιότητας του νέου σχεδιασμού της ΠΦΥ, θα πρέπει να ακολουθήσει και η εκπαίδευση, ώστε να δοθεί η δυνατότητα στους Έλληνες φυσικοθεραπευτές να αναπτύξουν τις κατάλληλες δεξιότητες και να ανταποκριθούν στις νέες απαιτήσεις σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας της ΠΦΥ.

## ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- Australian Physiotherapy Association (2009). Position statement, scope of practice.
- Canadian Physiotherapy Association (2007). Primary Health Care: A resource guide for physical therapists.
- Chartered Society of Physiotherapy (2002). Chartered physiotherapists working as extended scope practitioners. Information Paper No PA29. London: The Chartered Society of Physiotherapy.
- Γραφείο Διασύνδεσης, ΤΕΙ Λαμίας (2008). Οδηγός Εκπαίδευσης Φυσικοθεραπευτή.
- Εξωτερική Αξιολόγηση Τμήματος Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Λαμίας (2011).
- WCPT (2011). Policy Statement, Description of physical therapy.
- WCPT (2011). Policy statement, Primary Health Care.
- WCPT (2013). Direct access and self-referral to physical therapy: key facts and references.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ball, S.T., Walton, K. & Hawes, S. (2007). Do emergency department physiotherapy practitioner's, emergency nurse practitioners and doctors investigate, treat and refer patients with closed musculoskeletal injuries differently? *Emergency Medical Journal*, 24(3), pp. 185-188.
- Beauchamp, M.K., Evans, R., Janaudis-Ferreira, T., Goldstein, R.S. & Brooks, D. (2013). Systematic review of supervised exercise programs after pulmonary rehabilitation in individuals with COPD. *Chest*, 14(4), pp. 1124-1133.
- Bishop, A., Tooth, S., Ogollah, R.O., Beardmore, R., Hay, E., Jowett, S., Protheroe, J., Salisbury, C., Thomas, I., Young, J. & Foster, N.E. (2015). Direct access to Physiotherapy for musculoskeletal problems in primary care: the stems pilot cluster randomised trial. *WCPT Congress*, pp. eS152-eS153.
- Blackburn, M.S., Cowan, S.M., Cary, B. & Nall, C. (2009). Physiotherapy-led triage clinic for low back pain. *Austrelian.Health Review*, 33(4), pp. 663-670.
- Bury, T.J. & Stokes, E.K. (2013). Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy*, 99(4), pp. 285-291.
- Byles, S.E. & Ling, R.S.M. (1989). Orthopaedic outpatients: a fresh approach. *Physiotherapy*, 75, pp. 435-437.
- Campos, A.A., Graveline, C., Ferguson, J.M., Lundon, K., Scheider, R. & Laxer, R.M. (2001). The physical therapy practitioner: an expanded role for physical therapy in pediatric rheumatology. *Physiotherapy Canada*, 53, pp. 282-287.
- Crane, J. & Delany, C. (2013). Physiotherapists in emergency departments: responsibilities, accountability and education. *Physiotherapy*, 99(2), pp. 95-100.
- Dickens, V., Ali, F., Gent, H. & Rees, A. (2003). Assessment and Diagnosis of Knee Injuries: The value of an experienced physiotherapist. *Physiotherapy*, 89(7), pp. 417-422.
- Durstine, J.L., Gordon, B., Wang, Z. & Luo, X. (2013). Chronic disease and the link to physical activity. *Journal of Sport and Health Science*, 2(1), pp. 3-11.
- El-Khoury, F., Cassou, B., Charles, M.A. & Dargent-Molina, P. (2013). The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 347, p. f6234.

- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P. & Yung, A.R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 45(7), pp. 1343-1361.
- Gagliardi, A.R., Faulkner, G., Ciliska, D. & Hicks, A. (2015). Factors contributing to the effectiveness of physical activity counselling in primary care: a realist systematic review. *Patient Education and Counseling*, 98(4), pp. 412-419.
- Gardiner, J. & Turner, P. (2002). Accuracy of Clinical Diagnosis of Internal Derangement of the Knee by Extended Scope Physiotherapists and Orthopaedic Doctors: Retrospective audit. *Physiotherapy*, 88(3), pp. 153-157.
- Gomes, N.M., Ogalha, C., Andrade, A.M. & Brites, C. (2013). A systematic review of effects of concurrent strength and endurance training on the health-related quality of life and cardiopulmonary status in patients with HIV/AIDS. *Biomed Research International*, 319524.
- Hagen, K., Dagfinrud, H., Moe, P.H., Osteras, N., Kjekken, I., Grotle, M. & Smedslund, G. (2012). Exercise therapy for bone and muscle health: an overview of systematic reviews. *BMC Medicine*, 10 (167), pp. 1-11. Ref Type: Journal (Full).
- Herring, M.P., Puetz, T.W., O'Connor, P.J. & Dishman, R.K. (2012). Effect of exercise training on depressive symptoms among patients with a chronic illness: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Internal Medicine*, 172(2), pp. 101-111.
- Hill, J.C., Whitehurst, D.G., Lewis, M., Bryan, S., Dunn, K.M., Foster, N.E., Konstantinou, K., Main, C.J., Mason, E., Somerville, S., Sowden, G., Vohora, K. & Hay, E.M. (2011). Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet*, 378(9802), pp. 1560-1571.
- Holdsworth, L.K., Webster, V.S. & McFadyen, A.K. (2008). Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. *Physiotherapy*, 94(3), pp. 236-243.
- Hordacre, B., Birks, V., Quinn, S., Barr, C., Patrilli, B.L. & Crotty, M. (2013). Physiotherapy rehabilitation for individuals with lower limb amputation: a 15-year clinical series. *Physiotherapy Research International*, 18(2), pp. 70-80.
- Kersten, P., McPherson, K., Lattimer, V., George, S., Breton, A. & Ellis, B. (2007). Physiotherapy extended scope of practice – who is doing what and why? *Physiotherapy*, 93(4), pp. 235-242.
- Ludvigsson, M.L. & Enthoven, P. (2012). Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy*, 98(2), pp. 131-137.
- MacKay, C., Davis, A.M., Mahomed, N. & Badley, E.M. (2009). Expanding roles in orthopaedic care: a comparison of physiotherapist and orthopaedic surgeon recommendations for triage. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(1), pp. 178-183.
- Macleod, A.M., Gollish, J., Kennedy, D., McGlasson, R. & Waddell, J. (2009). Toward a joint health and disease management program. Toronto hospitals partner to provide system leadership. *Healthcare Quarterly*, 12(2), pp. 56-65.
- Mallett, R., Bakker, E. & Burton, M. (2014). Is physiotherapy self-referral with telephone triage viable, cost-effective and beneficial to musculoskeletal outpatients in a primary care setting? *Musculoskeletal Care*, 12(4), pp. 251-260.
- McClellan, C.M., Greenwood, R. & Benger, J.R. (2006). Effect of an extended scope physiotherapy service on patient satisfaction and the outcome of soft tissue injuries in an adult emergency department. *Emergency Medical Journal*, 23(5), pp. 384-387.
- Mitchell, J.M. & de Lissovoy, L.G. (1997). A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physical Therapy*, 77(1), pp. 10-18.

- Morris, J., Grimmer-Somers, K., Kumar, S., Murphy, K., Gilmore, L., Ashman, B., Perera, C., Vine, K. & Coulter, C. (2011). Effectiveness of a physiotherapy-initiated telephone triage of orthopedic waitlist patients. *Patient Related Outcome Measures*, 2, pp. 151-159.
- Oakley, C. & Shacklady, C. (2015). The Clinical Effectiveness of the Extended-Scope Physiotherapist Role in Musculoskeletal Triage: A Systematic Review. *Musculoskeletal Care*.
- Orow, G., Kinmonth, A.L., Sanderson, S. & Sutton, S. (2012). Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 344, e1389.
- Parmar, V., Thompson, L. & Aniq, H. (2015). Comparison of referrals for lumbar spine magnetic resonance imaging from physiotherapists, primary care and secondary care: how should referral pathways be optimised? *Physiotherapy*, 101(1), pp. 82-87.
- Robarts, S., Kennedy, D., MacLeod, A.M., Findlay, H. & Gollish, J. (2008). A framework for the development and implementation of an advanced practice role for physiotherapists that improves access and quality of care for patients. *Healthcare Quarterly*, 11(2), pp. 67-75.
- Robertson, B. & Harding, K.E. (2014). Outcomes with individual versus group physical therapy for treating urinary incontinence and low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(11), pp. 2187-2198.
- Salakari, M.R., Surakka, T., Nurminen, R. & Pylkkanen, L. (2015). Effects of rehabilitation among patients with advanced cancer: a systematic review. *Acta Oncologica*, 54(5), pp. 618-628.
- Samsson, K. & Larsson, M.E. (2014). Physiotherapy screening of patients referred for orthopaedic consultation in primary healthcare - a randomised controlled trial. *Manual Therapy*, 19(5), pp. 386-391.
- Saunders, D.H., Greig, C.A. & Mead, G.E. (2014). Physical activity and exercise after stroke: review of multiple meaningful benefits. *Stroke*, 45(12), pp. 3742-3747.
- Shields, N., Taylor, N.F., Wee, E., Wollersheim, D., O'Shea, S.D. & Fernhall, B. (2013). A community-based strength training programme increases muscle strength and physical activity in young people with Down syndrome: A randomised controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 34(12), pp. 4385-4394.
- Stanhope, J., Grimmer-Somers, K., Milanese, S., Kumar, S. & Morris, J. (2012). Extended scope physiotherapy roles for orthopedic outpatients: an update systematic review of the literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 5, pp. 37-45.
- Taylor, N.F., Norman, E., Roddy, L., Tang, C., Pagram, A. & Hearn, K. (2011). Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiotherapy*, 97(2), pp. 107-114.
- Tomlinson, C.L., Patel, S., Meek, C., Herd, C.P., Clarke, C.E., Stowe, R., Shah, L., Sackley, C., Deane, K.H., Wheatley, K. & Ives, N. (2012). Physiotherapy intervention in Parkinson's disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, p. e5004.
- Traeger, A.C., Hubscher, M., Henschke, N., Moseley, G.L., Lee, H., & McAuley, J.H. (2015). Effect of Primary Care-Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175(5), pp. 733-743.
- Trompeter, A., Shaikh, N., Bateup, C. & Palmer, S. (2010). Clinical diagnosis of soft tissue injuries to the knee by physiotherapists and orthopaedic surgeons: Is there a difference between the two professions? *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 28(1), pp. 16-18.
- Trypuc, J., Hudson, A. & MacLeod, H. (2006). Ontario's wait time strategy: part 1. *Healthcare Quarterly*, 9(2), pp. 44-51, 2.

Van Kampen, M., Devoogdt, N., De Groef, A., Gielen, A. & Geraerts, I. (2015). The efficacy of physiotherapy for the prevention and treatment of prenatal symptoms: a systematic review. *International Urogynecology Journal*.

Webster, V.S., Holdsworth, L.K., McFadyen, A.K. & Little, H. (2008). Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes results of a national trial. *Physiotherapy*, 94(2), pp. 141-149.

## **Νόμοι και διατάγματα**

Νόμος 3599 (ΦΕΚ 176/ τ. Α'/1-8-2007) «Σύσταση Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών και άλλες διατάξεις».

Προεδρικό διάταγμα 90/1995 (ΦΕΚ 53/τ.Α'/08-03-1995) «Επαγγελματικά Δικαιώματα πτυχιούχων του τμήματος φυσικοθεραπείας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων».

Νόμος 4316/2014 (ΦΕΚ 270/τ. Α'/24-12-2014) «Ίδρυση παρατηρητηρίου άνοιας, βελτίωση περιγεννητικής φροντίδας, ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».

Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Υ7γ/ΓΠ/οικ. 107359 (ΦΕΚ 1396/τ. Β'/6-9-2010) «Κώδικας Δεοντολογίας Φυσικοθεραπευτών».

Κοινή Υπουργική Απόφαση Αριθμ. ΕΜΠ5/17-11-2012 (ΦΕΚ 3054/τ. Β'/18-11-2012) «Ενιαίος κανονισμός παροχών υγείας».

## Κεφάλαιο 11

# Ο ρόλος του ιατρικού εργαστηρίου στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

## A. Κριεμπάρδης

### Στόχοι κεφαλαίου

*Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να κατανοεί την έννοια του ιατρικού εργαστηρίου και να αντιλαμβάνεται τη σημασία του στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ.*

### Περίληψη κεφαλαίου

*Το ιατρικό εργαστήριο κρίνεται απαραίτητο στην ΠΦΥ για τον βασικό εργαστηριακό έλεγχο, την επιβεβαίωση ειδικών εξετάσεων, την εκτίμηση της νόσου, τον υπολογισμό της σοβαρότητάς της, την εξέλιξή της και την παρακολούθηση της θεραπείας. Για την ορθή λειτουργία του εργαστηρίου, ο εργαστηριακός είναι γνώστης της προαναλυτικής, αναλυτικής και μετααναλυτικής φάσης. Η επικοινωνία ασθενή/λήπτη και εργαστηριακού είναι το κλειδί για τον άριστο εργαστηριακό έλεγχο.*

### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

*Εργαστήριο, μετααναλυτική φάση, προαναλυτική φάση.*

## 11.1 Εισαγωγή

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε χρόνων, η τεχνολογική ανάπτυξη, η εφαρμογή της έρευνας στην κλινική πράξη και η αυξανόμενη ανάγκη πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης έχει εισάγει στην καθημερινή πράξη πολλές εργαστηριακές εξετάσεις. Επιπρόσθετα, η νομοθεσία έχει συντάξει οδηγίες για εργαστηριακές εξετάσεις που σχετίζονται με πολλά νοσήματα, οι οποίες βοήθησαν και στην οικονομία και στη στρατηγική για τη διάγνωση και θεραπεία διαφόρων νοσημάτων (Belsey, Baer & Sewell, 1986). Αυτές οι αλλαγές, μαζί με τις ανάγκες του γενικού πληθυσμού, την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και την επείγουσα ιατρική και εξωνοσοκομειακή φροντίδα σε κέντρα της κοινότητας, προκαλούν τους εμπλεκόμενους υπηρέτες της υγείας για σταθερή, ασφαλή, αποτελεσματική και πλήρη φροντίδα υγείας (Belsey, Baer & Sewell, 1986· Bloch, Cembrowski & Lembesis, 1988).

Για να λειτουργεί άριστα ένα εργαστήριο σε κέντρα της κοινότητας, κρίνεται απαραίτητη η γνώση προαναλυτικών σταδίων που αφορούν σε οδηγίες συλλογής βιολογικού υγρού αλλά και τεχνικών λήψης (Κριεμπάρδης, 2011). Το εργαστήριο για να λειτουργήσει χρειάζεται τη συνεργασία των κλινικών ειδικοτήτων για να παρέχονται όλες οι απαιτούμενες πληροφορίες για τον σχεδιασμό της ποιότητας της φροντίδας, η εξατομίκευση της εκτίμησης του ασθενούς, η ανάλυση των αναγκών του ασθενούς, οι κατάλληλες παρεμβάσεις, η εκπαίδευση του ασθενούς και η έγκαιρη εκτίμηση και έκβασή του (Belsey, Baer & Sewell, 1986· Bloch, Cembrowski & Lembesis, 1988· Κριεμπάρδης, 2011).

Στην εποχή της υψηλής τεχνολογίας, για την παροχή υπηρεσιών υγείας εμπλέκονται πολλές και διαφορετικές ειδικότητες, οι οποίες πρέπει να έχουν κοινή συνιστώσα την υγεία. Αυτό έχει ως συνέπεια όλοι οι λειτουργοί της υγείας να εργάζονται και να πρέπει να κατανοούν πολλές φορές τομείς που είναι εκτός της ειδικότητάς τους με στόχο τη διαγνωστική εκτίμηση (Hartley et al., 1984· Statland & Moskowitz, 1986). Οι εργαστηριακές εξετάσεις, μαζί με την κλινική εκτίμηση, είναι εργαλεία που προσφέρουν επιπρόσθετες πληροφορίες στη διάγνωση ή την παρακολούθηση της θεραπείας (Κριεμπάρδης, 2011).

Ο ρόλος του βιοϊατρικού εργαστηρίου στην ΠΦΥ είναι σημαντικός. Το βιοϊατρικό εργαστήριο της ΠΦΥ στελεχώνεται με αναλυτές αίματος ή/και άλλων βιολογικών υγρών που σκοπό έχουν τη διερεύνηση των επειγόντων περιστατικών από τα περιστατικά ρουτίνας, με στόχο τη μεταφορά του ασθενούς στο σπίτι ή τη μεταβίβασή του σε νοσοκομείο (Belsey, Baer & Sewell, 1986· Bloch, Cembrowski & Lembesis, 1988· Hartley et al., 1984· Κριεμπάρδης, 2011· Statland & Moskowitz, 1986). Μερικές από τις διαφοροδιαγνωστικές εξετάσεις που διενεργούνται σε ένα εργαστήριο είναι: γενική εξέταση αίματος, γενική ούρων, σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, ηλεκτρολύτες, ορμόνες και διάφορα ένζυμα. Χρήσιμο για τη



διευκόλυνση των ασθενών θα ήταν ένα μικροβιολογικό εργαστήριο με δυνατότητα καλλιέργειας ούρων. Με μικρό εξοπλισμό και με τη βοήθεια μικρού αριθμού προσωπικού, στο εργαστήριο της ΠΦΥ επιτελούνται εργαστηριακές εξετάσεις απαραίτητες για την υποβοήθηση του έργου των κλινικών ιατρών για την καλύτερη διαχείριση των ασθενών (Drucker, Williams & Price, 1983). Για την καλύτερη αξιοπιστία των εργαστηριακών αποτελεσμάτων κρίνεται απαραίτητος ο εσωτερικός και εξωτερικός έλεγχος του εργαστηρίου (Κριεμπάρδης, 2011).

## 11.2 Γενικά

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που επιτελούνται σε ένα εξωνοσοκομειακό εργαστήριο μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στις εξής κατηγορίες (Broughton, Bullock & Cramb, 1989):

- Βασικός εργαστηριακός έλεγχος σε υγιείς ομάδες πληθυσμού για την αναζήτηση νόσου.
- Επιβεβαίωση ειδικών εξετάσεων για τη διάγνωση νόσου.
- Εκτίμηση της παρούσας φάσης για την παρακολούθηση της νόσου.
- Υπολογισμός σοβαρότητας νόσου.
- Εξέλιξη νόσου και παρακολούθηση θεραπείας.
- Προγραμματισμένος εργαστηριακός έλεγχος ρουτίνας.

Μετά από μία ολοκληρωμένη εκπαίδευση, οι λειτουργοί υγείας έχουν υπό την επίβλεψή τους όλες τις εξετάσεις των ασθενών και είναι επιφορτισμένοι με τις ανάγκες και τις προκλήσεις που προκύπτουν από τις πιο απλές μέχρι τις πιο πολύπλοκες εξετάσεις. Η υπευθυνότητα είναι απαραίτητη σε όλα τα στάδια της εξέτασης: προαναλυτικά, κατά τη διαδικασία/εκτέλεση και μετά από αυτή (Κριεμπάρδης, 2011).

Κάθε εργαστηριακή εξέταση απαιτεί τις δικές της οδηγίες και τους δικούς της κανόνες, οι οποίοι, εάν δεν ακολουθηθούν, θα δώσουν ψευδή θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα. Η καταγραφή και η εκπαίδευση σε θέματα φροντίδας και κανόνων επαγγελματικής πρακτικής κατά τη διάρκεια της εξέτασης είναι σημεία-κλειδιά για το άριστο αποτέλεσμα. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν την ικανότητα και την εκπαίδευση ώστε να μπορούν να εργάζονται σε συνθήκες που πιθανώς να μην είναι και οι ιδανικότερες. Σε κάθε περίπτωση, ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει το καλύτερο δυνατό εργαστηριακό αποτέλεσμα (Belsey, Greene & Baer, 1986).

Ένα εργαστήριο στην ΠΦΥ επιτελεί διακριτό ρόλο. Αποτελείται από αιματολογικό αναλυτή, βιοχημικό αναλυτή, και μπορεί να εκτελεί βασικές μικροβιολογικές εξετάσεις σε βιολογικά υγρά που είναι στείρα μικροβίων. Ανάλογα με το αποτέλεσμα θα κριθεί η μεταφορά του ασθενούς στο σπίτι ή στο νοσοκομείο για νοσηλεία.

## 11.3 Προαναλυτική φάση

Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι γνώστης της ορολογίας της εξέτασης, του σκοπού της, της διαδικασίας εκτέλεσης, της τεχνικής λήψης του δείγματος και των φυσιολογικών αποτελεσμάτων της (Κριεμπάρδης, 2011). Η κλινική σημασία της εξέτασης σχετίζεται με την ευαισθησία και την επίπτωση μιας νόσου στον γενικό πληθυσμό. Κρίσιμο είναι ότι η ευαισθησία και η ειδικότητα (Κριεμπάρδης, 2011) δεν αλλάζουν όταν εξετάζονται διαφορετικές ομάδες ατόμων (υγιείς ή ασθενείς).

Το ιστορικό και μια γενική εκτίμηση του ασθενούς κρίνονται απαραίτητα, αφού με τον τρόπο αυτό μπορούν να εντοπίζονται κλινικά συμπτώματα που πιθανώς να επηρεάσουν το αποτέλεσμα. Μεγάλη σημασία έχει και ο εντοπισμός αντενδείξεων μιας εργαστηριακής εξέτασης όπως, για παράδειγμα, μια πιθανή αλλεργία στο ιώδιο (Fischer et al., 1986). Οι ασθενείς με φόβο στο αίμα ή κρίσεις πανικού πρέπει να λαμβάνουν επιπλέον φροντίδα.

Οι κανόνες λήψης βιολογικών υγρών πρέπει να εφαρμόζονται με ακρίβεια. Για τα βιολογικά υγρά που λαμβάνονται στο σπίτι (ούρα, σπέρμα, σάλιο) πρέπει να δίνονται γραπτές οδηγίες στον ασθενή (Κριεμπάρδης, 2011) και ο εργαστηριακός οφείλει να εκτιμά τη σωστή λήψη και συντήρηση πριν από τη διαδικασία της εξέτασης. Κατά τη διάρκεια της αιμοληψίας πρέπει να μειώνεται το άγχος του ασθενούς, και μια πρακτική που έχει αποδειχτεί ότι μειώνει το άγχος, τον φόβο και την ένταση είναι η συνομιλία με τον ασθενή. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν επίσης ότι η περιδέρηση που εφαρμόζεται στον ασθενή για περισσότερο από ένα λεπτό οδηγεί σε αύξηση ή μείωση πολλών εργαστηριακών παραμέτρων (Κριεμπάρδης, 2011).

Οι δραστηριότητες ή οι ενέργειες που μπορεί να δώσουν λανθασμένα αποτελέσματα και οφείλονται κατά τη λήψη είναι (Drucker, Williams & Price, 1983):

- Λανθασμένη αιμοληψία, χειρισμός δείγματος και αναγραφή ονοματεπώνυμου ασθενή στα σωληνάκια.
- Λάθος στο αντιπηκτικό ή το συντηρητικό.
- Καθυστερημένη μεταφορά του βιολογικού δείγματος στο εργαστήριο.
- Λανθασμένη προετοιμασία του ασθενούς.
- Αιμολυμένο δείγμα αίματος.

Οι δραστηριότητες ή οι ενέργειες που μπορεί να δώσουν λανθασμένα αποτελέσματα και οφείλονται στον ασθενή είναι (Belsey, Baer & Sewell, 1986· Bloch, Cembrowski & Lembesis, 1988· Κριεμπάρδης, 2011):

- Φάρμακα
- Λανθασμένη νηστεία
- Ωρα αιμοληψίας
- Εγκυμοσύνη
- Επίπεδο γνώσεων και αντίληψης του ασθενούς
- Χρήση αλκοόλ
- Κακή επικοινωνία

## 11.4 Αναλυτική φάση

Κατά την αναλυτική φάση, οι αναλυτές βιολογικών δειγμάτων πρέπει να είναι ελεγμένοι για την ορθή χρήση και λειτουργία τους. Ο έλεγχος αφορά τόσο φυσιολογικά όσο και παθολογικά δείγματα-μάρτυρες. Ο εργαστηριακός, όπου κρίνει, χρησιμοποιεί βαθμονομητές για τη διόρθωση του αποτελέσματος, ενώ η συμμετοχή του εργαστηρίου σε προγράμματα εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου κρίνεται χρήσιμη και απαραίτητη. Πιθανή επανάληψη του αποτελέσματος μπορεί να παρέχει επιπλέον πληροφορίες, αλλά η σύνδεσή του με το ιστορικό του ασθενούς θα δώσει το τελικό ασφαλές αποτέλεσμα (Κριεμπάρδης, 2011).

Η γνώση των φυσιολογικών τιμών ή τιμών αναφοράς είναι βασική, αφού το εύρος των τιμών αυτών πιθανώς να ποικίλει από εργαστήριο σε εργαστήριο. Φυσιολογικές τιμές είναι αυτές που περιέχονται μέσα σε δύο σταθερές αποκλίσεις από τις μέσες τιμές ενός φυσιολογικού πληθυσμού. Κάθε εργαστήριο πρέπει να καθορίζει τις δικές του τιμές αναφοράς, γιατί αυτές ποικίλλουν ανάλογα με τη μέθοδο, τον πληθυσμό και τη συντήρηση του δείγματος.

## 11.5 Μεταναλυτική φάση

Ο ασθενής έχει δικαίωμα στην πληροφόρηση για το αποτέλεσμα της εξέτασης και αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη (Drucker, Williams & Price, 1983· Hartley et al., 1984· Κριεμπάρδης, 2011· Statland & Moskowicz, 1986). Πριν από την ενημέρωση του ασθενούς, το εργαστήριο επιβεβαιώνει το αποτέλεσμα και τα παθολογικά αποτελέσματα αναγνωρίζονται και σχετίζονται με την πορεία της νόσου. Όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός της διαταραχής, τόσο το αποτέλεσμα μπορεί να είναι σημαντικό ή αντιπροσωπευτικό σοβαρής νόσου. Ο ασθενής και ο κλινικός ιατρός πρέπει να ενημερώνονται για το αποτέλεσμα για να καταλάβουν τη βιολογική σημασία του. Επίσης, είναι σημαντικό να ενημερώνεται ο ασθενής ότι η τιμή του αποτελέσματος δεν πρέπει να προκαλεί πανικό και δεν απειλεί τη ζωή (Broughton, Bullock & Cramb, 1989).

Τα αντίγραφα των εξετάσεων είναι απαραίτητα σε περίπτωση που ο ασθενής χρειαστεί το εργαστήριο και επόμενη φορά. Ο κλινικός ιατρός θα κρίνει το αποτέλεσμα και θα αποφασιστεί η πορεία της νόσου, ενώ ο ασθενής θα λάβει οδηγίες για τη θεραπεία του (Κριεμπάρδης, 2011).

## 11.6 Σύνοψη

Η επικοινωνία κλινικής και εργαστηρίου είναι το κλειδί για το σωστό εργαστηριακό αποτέλεσμα. Πολλές φορές, λόγω φόρτου εργασίας, η επικοινωνία μεταξύ ασθενή, κλινικής και εργαστηρίου δεν λαμβάνεται σοβαρά υπόψη και το εργαστήριο άθελά του μπορεί να δώσει λανθασμένο αποτέλεσμα. Ως επαγγελματίες υγείας οφείλουμε να διατηρούμε την αρχή ότι αντιμετωπίζουμε άτομα όχι και τόσο διαφορετικά από εμάς.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

Κριεμπάρδης, Α. (2011). *Τεχνικές λήψης βιολογικών υλικών*. Εκδ. Λαγός Δημήτριος.

### Ξένη

Belsey, R., Baer, D. & Sewell D. (1986). Laboratory test analysis near the patient. Opportunities for improved clinical diagnosis and management. *JAMA*, 255(6), pp. 775-786.

Belsey, R., Greene, M. & Baer, D. (1986). Managing liability risk in the office laboratory. *JAMA*, 256(10), pp. 1338-1341.

Bloch, M.J., Cembrowski, G.S. & Lembesis, G.J. (1988). Longitudinal study of error prevalence in Pennsylvania physicians' office laboratories. *JAMA*, 260(2), pp. 230-235.

Broughton, P.M., Bullock, D.G. & Cramb, R. (1989). Quality of plasma cholesterol measurements in primary care. *BMJ*, 298(6669), pp. 297-298.

Drucker, R.F., Williams, D.R. & Price, C.P. (1983). Quality assessment of blood glucose monitors in use outside the hospital laboratory. *Journal of Clinical Pathology*, 36(8), pp. 948-953.

Fischer, P.M., Addison, L.A., Koneman, E.W. & Crowley, J. (1986). Education and the physician's office laboratory. *JAMA*, 255(11), pp. 1464-1467.

Hartley, R.M., Charlton, J.R., Harris, C.M. & Jarman, B. (1984). Influence of patient characteristics on test ordering in general practice. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 289(6447), pp. 735-738.

Statland, B.E. & Moskowitz, M.A. (1986). Why office testing? *Clinics in Laboratory Medicine*, 6(2), pp. 205-209.

## Κεφάλαιο 12

### Η ομάδα υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Ο ρόλος της στη διεπιστημονική ή διεπαγγελματική εκπαίδευση

A. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, A. Λάγιου, X. Λιονής

#### Στόχοι κεφαλαίου

Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να προσδιορίζει και να κατανοεί τον ρόλο της ΠΦΥ στη διεπιστημονική ή διεπαγγελματική εκπαίδευση τόσο στην προπτυχιακή, όσο και στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και να διακρίνει τη σημασία της μάθησης μέσα στη διεπιστημονική ομάδα, να αναγνωρίζει τη σημασία και την αποτελεσματικότητα της διεπιστημονικής εκπαίδευσης και να διατυπώνει προτάσεις και δράσεις για την περαιτέρω προώθηση της διεπιστημονικής προσέγγισης.

#### Περίληψη κεφαλαίου

Η αποτελεσματική λειτουργία της διεπιστημονικής εκπαίδευσης απαιτεί σημαντική κατάρτιση με ευκαιρίες για πρακτική και ανατροφοδότηση. Αρκετά θέματα αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά της επιτυχημένης λειτουργίας της διεπιστημονικής εκπαίδευσης, η οποία έχει συσχετιστεί με τη βελτίωση τόσο της φροντίδας των ασθενών, όσο και των αποτελεσμάτων της υγείας σε μία σειρά από κλινικά πλαίσια. Η διεπιστημονική εκπαίδευση στον χώρο της υγείας αφορά την εκμάθηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων μέσω της αλληλεπίδρασης δύο ή περισσότερων επαγγελματιών υγείας ώστε να διευκολύνεται η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ τους για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων υγείας. Η διεπαγγελματική προσέγγιση της εκπαίδευσης ως μέσο καλλιέργειας μιας αποδοτικής συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο πλαίσιο μιας ομάδας στοχεύει, ανάμεσα σε άλλα, στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας. Οι εκπαιδευτές πρέπει να εξετάσουν διαφορετικά μοντέλα που θα επιτρέπουν την αντικατάσταση των ξεπερασμένων πληροφοριών με νέες γνώσεις. Η διεπιστημονική/διεπαγγελματική εκπαίδευση έχει συσχετιστεί με πολλά θετικά αποτελέσματα τα οποία, κυρίως, αφορούν τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

#### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

Διεπαγγελματική εκπαίδευση, διεπιστημονική εκπαίδευση.

### 12.1 Εισαγωγή

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι η επαγγελματική εξειδίκευση είναι αφενός απαραίτητη διότι επιτρέπει την εμπάθυνση της επιστημονικής γνώσης και την εφαρμογή αποτελεσματικότερων και αποδοτικότερων δράσεων στην κοινότητα, αφετέρου όμως δημιουργεί την ανάγκη διεπιστημονικής/διεπαγγελματικής συνεργασίας η οποία εξασφαλίζει την ολιστική θεώρηση και αντιμετώπιση προβλημάτων και καταστάσεων υγείας. Η ομαδική εργασία αποτελεί έναν τρόπο για την παροχή ολιστικής και ολοκληρωμένης φροντίδας καθώς οι δεξιότητες, η εμπειρία και οι γνώσεις των μελών της ομάδας ενώνονται μαζί για να παράγουν το καλύτερο αποτέλεσμα. Επιπλέον, η διεπαγγελματική εργασία μπορεί να επιτύχει μεγαλύτερη αποδοτικότητα των πόρων και βελτίωση των προτύπων περίθαλψης και φροντίδας υγείας μέσω της μείωσης των επαναλήψεων και των κενών στην παροχή υπηρεσιών, που επιτρέπει την παροχή ολιστικών υπηρεσιών και καλύτερη συνέχεια της φροντίδας (Xyrihichis & Lowton, 2008). Η πεποίθηση ότι η επιτυχία της υγειονομικής περίθαλψης οφείλεται στις ικανότητες του καθενός μπορεί να είναι χρήσιμη για ορισμένους αποδέκτες των υπηρεσιών —κατά κύριο λόγο ασθενείς— σε ορισμένες περιπτώσεις, αλλά πολλές υπηρεσίες δεν μπορούν πλέον να αντέξουν οικονομικά την αλληλοεπικάλυψη, τις καθυστερήσεις και τα λάθη που μπορεί να συμβούν όταν τα επαγγέλματα δεν συνεργάζονται.

Η διεπιστημονική/διεπαγγελματική πρακτική (interdisciplinary/interprofessional practice) είναι μία διαδικασία συνεργατικής και συμπληρωματικής πρακτικής κατά την οποία οι γνώσεις και οι δεξιότητες των επιστημονικών κλάδων – παρόχων που εργάζονται ως ομάδα είναι μεγαλύτερη από το άθροισμα των μεμονωμένων μελών που απαιτούνται για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η πρακτική αυτή απαιτεί μία διαδικασία κοινής εκπαιδευτικής μάθησης για διεπιστημονική απόδοση (Lavin et al., 2008). Επιπλέον, η

διεπαγγελματική εκπαίδευση έχει συσχετιστεί με τη βελτίωση τόσο της περίθαλψης όσο και της φροντίδας υγείας σε μία σειρά από πλαίσια παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, όπως στη βελτίωση της εργασιακής κουλτούρας σε τμήματα επειγόντων περιστατικών και στην ικανοποίηση των ασθενών, στη μείωση των σφαλμάτων σε τμήματα επειγόντων περιπτώσεων, στη βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται στα θύματα της ενδοοικογενειακής βίας, καθώς και στη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Machin & Pearson, 2013· Silver & Leslie, 2009).

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά αρχικά στο περιεχόμενο της διεπιστημονικής/διεπαγγελματικής εκπαίδευσης και στην κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα και στη συνέχεια στην ομάδα υγείας και στον ρόλο της διεπιστημονικής/διεπαγγελματικής εκπαίδευσης.

## 12.2 Διεπιστημονική εκπαίδευση

Η διεπιστημονική πρακτική έχει σχεδιαστεί για να προωθήσει την ενεργό συμμετοχή του κάθε επιστημονικού κλάδου στην περίθαλψη των ασθενών αλλά και στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Ενισχύει τους στόχους και τις αξίες που έχουν ως επίκεντρο το άτομο και το περιβάλλον του, προβλέπει μηχανισμούς για τη συνεχή επικοινωνία μεταξύ των παρόχων φροντίδας, βελτιστοποιεί τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη λήψη κλινικών αποφάσεων εντός και μεταξύ των κλάδων και προωθεί τον σεβασμό προς τις επαγγελματικές συνεισφορές όλων των επαγγελματιών (Delva et al., 2008· Institute of Health Visiting 2015a, 2015b).

Μία προσέγγιση για να εξασφαλιστεί η αποτελεσματική εφαρμογή της συνεργατικής φροντίδας είναι η ανάπτυξη δραστηριοτήτων σχετικών με τη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη, οι οποίες επιτρέπουν στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να εκτιμήσουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν, καθώς και τις ευκαιρίες που προσφέρονται μέσω της καλύτερης συνεργασίας. Οι παραδοσιακές δραστηριότητες της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης απευθύνονται σε μία συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα και τείνουν να επικεντρώνονται στις εξελίξεις του συγκεκριμένου τομέα, ενώ όταν ένας ειδικός καλείται να δώσει νέες πληροφορίες σε μία ομάδα υγειονομικής περίθαλψης, λίγη προσοχή δίνεται στη συμβολή της ομάδας των παρόχων. Η γενική εντύπωση ότι η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται σε συστήματα και ότι η αλλαγή του συστήματος είναι απαραίτητη για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών έχει οδηγήσει σε εκκλήσεις για τη μεταρρύθμιση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, η οποία ασχολείται με την ανάπτυξη των δεξιοτήτων της συνεργατικής φροντίδας και περιλαμβάνει το σύνολο των επαγγελματιών υγείας (Delva et al., 2008).

Η διεπιστημονική/διεπαγγελματική εκπαίδευση ορίζεται ως «η κάθε είδους εκπαίδευση, κατάρτιση, διδασκαλία ή μαθησιακή συνεδρία κατά την οποία δύο ή περισσότερα επαγγέλματα υγείας ή/και κοινωνικής μέριμνας μαθαίνουν διαδραστικά» (Josiah Macy Foundation, 2010). Ο ορισμός περιλαμβάνει τόσο τη διδασκαλία σε επίσημα προγράμματα κατάρτισης, όσο και τις προσπάθειες της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, συμπεριλαμβανομένης και της μάθησης στον χώρο εργασίας. Ο αριθμός και η ποικιλία των σχετικών με τα επαγγέλματα της υγείας διεπιστημονικών μαθημάτων, καθώς και το περιεχόμενο και οι μέθοδοι διδασκαλίας έχουν αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες, ενώ προσδιορίζονται και τα βασικά μαθήματα με συγκεκριμένες οδηγίες (Lavin et al., 2001· Οδηγία 2005/36/EK· Οδηγία 2013/55/EE).

Η διεπιστημονική/διεπαγγελματική εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει στο να καταρρεύσουν στερεότυπες απόψεις τις οποίες οι επαγγελματίες πιστεύουν ο ένας για τον άλλο και να οδηγήσει σε αύξηση της κατανόησης των ρόλων, των ευθυνών, των πλεονεκτημάτων και των περιορισμών των άλλων επαγγελματιών, καθώς και να ενισχύσει τις ομαδικές δεξιότητες (Curran, Sargeant & Hollett, 2007).

Επίσης ενσωματώνει ένα διαδραστικό μοντέλο μάθησης, καθώς και άλλες συνιστώμενες αλλαγές που αφορούν τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Υπάρχει αυξημένη εστίαση στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση στον χώρο εργασίας για τους επαγγελματίες για να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα η οποία συνδέεται με την απόδοση, δίνεται μικρότερη έμφαση στις διδακτικές παρουσιάσεις ως τη μείζονα μορφή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, ενώ προωθείται η διά βίου μάθηση των δεξιοτήτων. Οι διεπαγγελματικές ικανότητες χτίζονται πάνω στα θεμέλια των επιστημονικών ικανοτήτων του κάθε επαγγέλματος, όπως αυτές διδάσκονται στο πλαίσιο των επαγγελμάτων. Η ανάπτυξη των διεπαγγελματικών ικανοτήτων προϋποθέτει την προσθήκη διεπαγγελματικής εκπαίδευσης στις ειδικές εκπαιδευτικές προσπάθειες του κάθε επαγγέλματος, ώστε να συμμετέχουν επαγγελματίες από διάφορα επαγγέλματα σε διαδραστική μάθηση ο ένας με τον άλλο (Owen & Schmitt, 2013).

Η διεπιστημονική/διεπαγγελματική πρακτική απαιτεί, επίσης, σαφήνεια στις νομικές ευθύνες και τα όρια. Ένας τρόπος για να βοηθηθεί η ανάπτυξη αυτών των αντιλήψεων είναι μέσω κατάλληλων μεθόδων

εκπαίδευσης και κατάρτισης, οι οποίες πραγματοποιούνται σε διεπιστημονική βάση ώστε να διασφαλίζουν ότι όλοι οι επαγγελματίες διατηρούν τη δική τους ταυτότητα και έχουν τις απαραίτητες ικανότητες για να εκπληρώσουν τον ρόλο τους (Commonwealth of Australia, 2002).

Αναγνωρίζεται ότι η ιδιότητα του μέλους σε μία διεπιστημονική ομάδα είναι πολυδιάστατη, ευνοεί τη συμμετοχικότητα περισσότερο από την ατομικότητα και απαιτεί την επίλυση των ζητημάτων σχετικά με τον ρόλο του κάθε μέλους, ενώ προωθείται η αμοιβαία κατανόηση και ο σεβασμός, καθώς και η γραπτή επικοινωνία. Αναμένεται επίσης οι διεπιστημονικές ομάδες να περάσουν μέσα από διάφορα στάδια εξέλιξης που αφορούν την ανάπτυξή τους και προσφέρεται ο απαραίτητος χρόνος για να εργαστούν πάνω στα ζητήματα των διαδικασιών της ομάδας, τα οποία περιλαμβάνουν τον στόχο και τη σύγκρουση ρόλων, την ομαδική λήψη αποφάσεων και τη διαπροσωπική επικοινωνία (Lavin et al., 2001).

Εκτός από τις διάφορες μεθόδους που χρησιμοποιούνται στη διεπιστημονική εκπαίδευση, υπάρχουν και άλλες απαιτήσεις οι οποίες πρέπει να ικανοποιούνται για να είναι αυτή αποτελεσματική. Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί δεν είναι προετοιμασμένοι να παραδώσουν ή να αξιολογήσουν προγράμματα διεπιστημονικής εκπαίδευσης. Η διεπιστημονική εκπαίδευση απαιτεί την ενσωμάτωση μιας ευρύτερης ποικιλίας μαθησιακών θεωριών και μεθόδων από αυτές που συνήθως χρησιμοποιούνται και οφείλει να κινείται σε όλο το εύρος των επαγγελμάτων για την επίτευξη της κοινής αξιολόγησης, προκειμένου να είναι αποτελεσματική. Η αποτελεσματική αξιολόγηση των προγραμμάτων εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα των καλύτερων εργαλείων για τη σύνδεση των αλλαγών των επαγγελματικών και των διεπαγγελματικών επιδόσεων με τα αποτελέσματα της φροντίδας. Οι επιτυχείς προσπάθειες της διεπιστημονικής εκπαίδευσης πρέπει να αντιμετωπίσουν τη σχέση μεταξύ του ατόμου, της διά βίου μάθησης και των οργανωτικών αλλαγών για να βελτιώσουν την παρεχόμενη φροντίδα (Owen & Schmitt, 2013).

Η αυθεντικότητα και η εξατομίκευση της διεπιστημονικής εκπαίδευσης, ώστε αυτή να αντικατοπτρίζει τις κατάλληλες και σχετικές ρυθμίσεις της παροχής υπηρεσιών, αποτελούν σημαντικούς μηχανισμούς για μία θετική εμπειρία για τους συμμετέχοντες. Επίσης, η χρήση των αρχών της εκπαίδευσης ενηλίκων αποτελεί σημαντικό μηχανισμό για την καλή αποδοχή της. Η διεπαγγελματική εκπαίδευση είναι γενικά καλά αποδεκτή από τους συμμετέχοντες και τους επιτρέπει να μάθουν γνώσεις και δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τη συλλογική εργασία. Όμως, είναι λιγότερο ικανή να επηρεάσει θετικά τη στάση και τις αντιλήψεις τους ως προς τους άλλους συμμετέχοντες στην ομάδα παροχής υπηρεσιών. Στο πλαίσιο των πρωτοβουλιών βελτίωσης της ποιότητας, η διεπαγγελματική εκπαίδευση χρησιμοποιείται συχνά ως μηχανισμός για την ενίσχυση της ανάπτυξης της πρακτικής και της βελτίωσης των υπηρεσιών (Hammick et al., 2007).

Η αποτελεσματική λειτουργία της διεπιστημονικής εκπαίδευσης απαιτεί σημαντική κατάρτιση με ευκαιρίες για πρακτική και ανατροφοδότηση και αρκετά θέματα αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά της επιτυχημένης λειτουργίας της. Τα θέματα αυτά φωτίζουν την ανάγκη για εκπαιδευτές οι οποίοι αποδεικνύουν την ικανότητά τους για αυτοεπίγνωση, σέβονται την αξία των διαφορών, συνειδητοποιούν την επίδραση της δυναμικής της ομάδας για τη μάθηση, διαχειρίζονται τα ζητήματα γύρω από τη δύναμη και την ιεραρχία, σχεδιάζουν τη διεπαγγελματική μάθηση και ενσωματώνουν τη φιλοσοφία της μάθησης του εκπαιδευτή. Η εκπαίδευσή τους θα πρέπει να περιλαμβάνει έμπειρους εκπαιδευτές διεπιστημονικής εκπαίδευσης, καθώς και ευκαιρίες να συμμετέχουν σε διαμορφωτική αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και στον σχεδιασμό προγραμμάτων διεπιστημονικής εκπαίδευσης, καθώς και να καθοδηγηθούν από έναν έμπειρο εκπαιδευτή ή από μία ομάδα ομότιμων εκπαιδευτών (Silver & Leslie, 2009).

### **12.3 Η ομάδα υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Ο διπλός ρόλος στην εκπαίδευση**

Οι στόχοι που καλείται να υλοποιήσει η ΠΦΥ είναι η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η συνέχεια στη φροντίδα υγείας, η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας μέσω συντονισμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας εστιασμένων στο άτομο, το περιβάλλον του και την οικογένειά του, με σκοπό την πρόληψη, τη διατήρηση, την έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και, κατ' επέκταση, την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (Δρακοπούλου και συν., 2009). Η ικανοποίηση αυτών των στόχων απαιτεί τον «εξοπλισμό» του επιστημονικού δυναμικού με νέες δεξιότητες και νέους τρόπους συσχέτισης τόσο με τους ασθενείς όσο και μεταξύ τους, το οποίο μπορεί να επιτευχθεί με εκπαίδευση των νέων, μελλοντικών επαγγελματιών υγείας τόσο στο προπτυχιακό επίπεδο, όσο και στη διάρκεια της επαγγελματικής εξειδίκευσης και κατάρτισης και επανεκπαίδευσής τους.

Η διεπιστημονική εκπαίδευση στον χώρο της υγείας αφορά την εκμάθηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων μέσω της αλληλεπίδρασης δύο ή περισσότερων επαγγελματιών υγείας, ώστε να διευκολύνεται η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ τους για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων υγείας (WHO, 2010). Ωστόσο, η δημιουργία, η εφαρμογή και η αξιολόγηση ενός επαρκούς καταρτισμένου εκπαιδευτικού προγράμματος συνιστά μια πολύπλοκη διαδικασία και απαιτεί την εμπλοκή διαφόρων επιστημόνων, αντίστοιχων αυτών που συνθέτουν την ομάδα της ΠΦΥ. Ιδανικά θα πρέπει να ξεκινά στη βασική εκπαίδευση (προπτυχιακό επίπεδο) και να συνεχίζεται και κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σταδιοδρομίας του επαγγελματία υγείας (Barr et al., 2005). Η διαδικασία εκπαίδευσης γίνεται πιο αποτελεσματική όταν εμπειριέχει αλληλεπίδραση των συμμετεχόντων, αντανακλά τις ρεαλιστικές εμπειρίες φοιτητών και βασίζεται στην αρχή της επίλυσης του προβλήματος.

Ανάμεσα στις βασικές αρχές της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης που έχουν οριστεί στο Κεφάλαιο 2 συγκαταλέγονται η ενεργός συμμετοχή και ανταλλαγή εμπειριών από διάφορους επαγγελματίες υγείας, η εστίαση στην εμπειρία του αποδέκτη των υπηρεσιών, η προώθηση της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας, η ανάπτυξη επαρκούς γνώσης για την αναγνώριση ενός προβλήματος, για την κατάλληλη παραπομπή και συνεργασία, η εστίαση στα πεδία που θα προκύψουν οφέλη από αυτήν, καθώς και η χρήση ποικίλων μεθόδων εκπαίδευσης (Jackson, Nicholson, Davidson & McGuire, 2006· UK Department of health 2011, 2014).

Τα σύγχρονα συστήματα υγείας, για να παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, πρέπει να στελεχώνονται από επαγγελματίες οι οποίοι μπορούν με ευελιξία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις και στις ανάγκες υγείας των χρηστών των υπηρεσιών και να είναι κατάλληλα καταρτισμένοι ώστε να λειτουργούν ως αλληλεπιδρώντα, συνεργαζόμενα μέλη μιας ομάδας. Μάλιστα, τα νέα μοντέλα που έχουν υιοθετηθεί στον χώρο της ΠΦΥ, όπως το γνωστό ως «Patient-centered Medical Home» στις ΗΠΑ, για να προσφέρουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας και μεγαλύτερη ασφάλεια και ποιότητα στη φροντίδα υγείας ειδικά για ευάλωτους πληθυσμούς επιβάλλουν την παροχή φροντίδας από ομάδα υγείας, της οποίας τα μέλη έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα ώστε να συνεργάζονται με επιτυχία (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

## **12.4 Από τη διεπιστημονική/διεπαγγελματική συνεργασία στη βελτίωση της φροντίδας υγείας**

Η ανάπτυξη συμμαχιών μεταξύ διαφόρων επαγγελματιών υγείας αυξάνει τη συνοχή της ομάδας υγείας και βελτιώνει αισθητά το επίπεδο και τα αποτελέσματα της εργασίας τους. Ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνώρισε ότι η διεπαγγελματική εκπαίδευση και μάθηση οδηγεί σε καλύτερη διεπιστημονική συνεργασία (Barwell, Arnold & Berry 2013) και αποδοτικότερη εργασία. Άλλωστε, είναι γνωστό πως η καλύτερη συνεργασία μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας αποφέρει καλύτερα αποτελέσματα για τους αποδέκτες των υπηρεσιών, διασφαλίζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και αυξάνει την ασφάλεια των ασθενών (Machin & Pearson, 2013· Reeves et al., 2013).

Ανάμεσα στα ορατά οφέλη από την εφαρμογή διεπιστημονικής κατάρτισης στον χώρο της υγείας συγκαταλέγεται η δημιουργία ενός κατάλληλου, ισορροπημένου και άνετου περιβάλλοντος μέσα στο οποίο δίνεται η δυνατότητα στους εκπαιδευόμενους να μοιραστούν τις απόψεις τους, να μάθουν από τα λάθη τους και να βελτιώσουν τον τρόπο αλληλεπίδρασής τους ώστε να εφαρμόζουν σωστές πρακτικές φροντίδας υγείας και περίθαλψης. Επίσης, αυξάνεται η γνώση σχετικά με τον ρόλο του κάθε επαγγελματία υγείας στον τρόπο διαχείρισης του ασθενούς και αναπτύσσονται δεξιότητες για μία επιτυχημένη διεπιστημονική ομάδα υγείας. Επιπλέον, οι εκπαιδευόμενοι μαθαίνουν πότε και πώς χρειάζεται να παραπέμψουν ένα περιστατικό σε επαγγελματία υγείας άλλης ειδικότητας και τα οφέλη που θα προκύψουν από την κατάλληλη φροντίδα υγείας. Τέλος, διευκολύνεται συνολικά η ανάπτυξη καλύτερων διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας, οδηγώντας στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας (Barwell, Arnold & Berry, 2013· Machin & Pearson, 2013).

Μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Reeves et al., 2013) με θέμα την επίδραση της διεπιστημονικής/διεπαγγελματικής εκπαίδευσης στην πρακτική των επαγγελματιών υγείας και στις εκβάσεις στη φροντίδα υγείας ανέδειξε (σε επτά μελέτες) τη θετική της επίδραση σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, στην αύξηση των ποσοστών διάγνωσης της νόσου, στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, στη βελτίωση της εστιασμένης στον ασθενή επικοινωνίας, στη συνεργατική συμπεριφορά, στην καλύτερη διάχυση της πληροφορίας, στη μείωση των κλινικών λαθών στα τμήματα επειγόντων



περιστατικών και, τέλος, στη βελτίωση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην παροχή φροντίδας υγείας. Επιπλέον, σε τρεις μελέτες τα οφέλη από τη διεπιστημονική συνεργασία διατηρήθηκαν μέχρι και οκτώ έως και δεκαοκτώ μήνες. Σε τέσσερις μελέτες αναφέρθηκαν μεικτά αποτελέσματα (θετικά και χωρίς καθόλου επίδραση) και σε άλλες τέσσερις δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας όπου δεν διαμεσολάβησε διεπιστημονική εκπαίδευση.

Διάφορα προγράμματα διεπιστημονικής εκπαίδευσης φοιτητών από πανεπιστήμια της Ευρώπης (Barwell, Arnold & Berry 2013) αναδεικνύουν τη σημασία του σεβασμού όλων των επαγγελματιών υγείας μέσω μιας αποδοτικής, αλληλεπιδραστικής διαδικασίας μάθησης που βοηθά στη σύσφιξη των διαπροσωπικών σχέσεων για την αντιμετώπιση εμποδίων που πηγάζουν από το διαφορετικό αντικείμενο των επαγγελματιών υγείας και στην επίτευξη της παροχής φροντίδας υγείας εστιασμένης στο άτομο. Μάλιστα, από τις εμπειρίες των φοιτητών διαφαίνεται ότι η προσωπικότητα και οι προσωπικές δεξιότητες του κάθε επαγγελματία υγείας αποτελούν τον συνδετικό κρίκο για την επικοινωνία, αυξάνοντας την εμπειρία αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας της εργασίας του κάθε μέλους στην ομάδα. Επίσης αναδεικνύουν το γεγονός ότι οι επαγγελματικές ιεραρχίες διευρύνουν το χάσμα της μη αποτελεσματικής επικοινωνίας και, κατ' επέκταση, επηρεάζουν αρνητικά τις υπηρεσίες φροντίδας προς τον ασθενή.

Στο μέλλον, περισσότερη έρευνα στην παρατήρηση της διαδικασίας μάθησης τόσο σε προπτυχιακό όσο και σε μεταπτυχιακό επίπεδο μπορεί να φωτίσει τις πτυχές μιας πιο αποτελεσματικής ενσωμάτωσης της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης σε διεθνή προγράμματα κατάρτισης στον χώρο της υγείας (Barwell, Arnold & Berry 2013), καθώς και να τεκμηριώσει την επίδραση αυτού του είδους εκπαιδευτικής παρέμβασης στην κλινική πρακτική και στα αποτελέσματα υγείας (Reeves et al., 2013). Τέλος, οι στρατηγικές συλλογής δεδομένων θα πρέπει να αναδείξουν το πώς η διεπαγγελματική εκπαίδευση επηρεάζει τις μεταβολές στις διαδικασίες της φροντίδας υγείας και στα αποτελέσματα υγείας των αποδεκτών των υπηρεσιών (Reeves et al., 2013).

## **12.5 Η απήχηση και η αποτελεσματικότητα της διεπιστημονικής/ διεπαγγελματικής εκπαίδευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Η διεπαγγελματική προσέγγιση της εκπαίδευσης ως μέσο καλλιέργειας μιας αποδοτικής συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο πλαίσιο μιας ομάδας στοχεύει, ανάμεσα σε άλλα, στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας με έμφαση στη διαχείριση των ηλικιωμένων και αυτών με χρόνια νοσήματα (Jackson, Nicholson, Davidson & McGuire, 2006). Αξίζει να μελετηθεί η απήχηση και η αποτελεσματικότητα της διεπιστημονικής/ διεπαγγελματικής εκπαίδευσης στην ΠΦΥ όταν αυτή εισάγεται και διδάσκεται νωρίς στην προπτυχιακή εκπαίδευση.

Η μελέτη των Jackson και συν. (2006) είχε ως κύριο στόχο τη σύγκριση των γνώσεων και των συμπεριφορών φοιτητών πριν και μετά την εφαρμογή προγράμματος διεπαγγελματικής εκπαίδευσης και έδειξε αύξηση της αυτοαναφερόμενης γνώσης σε όλα τα πεδία, ενώ αλλαγές στην ικανοποίηση από την εργασία και την ελαχιστοποίηση των διεπαγγελματικών «συνόρων» φαίνεται να οδήγησαν σε αλλαγή της συμπεριφοράς. Από τη βιβλιογραφία πληροφορούμαστε ότι όταν στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ ενσωματώνονται εμπειρίες και δεξιότητες, τότε η ομάδα υγείας αναπτύσσεται ευέλικτα, βασισμένη στις ικανότητές της και όχι στα παραδοσιακά, επαγγελματικά και οργανωσιακά όρια, ενώ βελτιώθηκε σημαντικά η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ (Clifton, Dale & Bradshaw 2006). Φαίνεται, δηλαδή, ότι η διεπαγγελματική συνεργασία αποτελεί το κατάλληλο μέσο για την επίτευξη στόχων πρόληψης σε χρόνια νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, οι διαταραχές ψυχικής υγείας, ο καρκίνος και η στεφανιαία νόσος, αντικείμενα με μείζονα ρόλο για την ΠΦΥ.

Αξίζει επίσης να συζητηθεί η απήχηση της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης στους προπτυχιακούς φοιτητές. Μία συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την αποδοτικότητα προγραμμάτων διεπαγγελματικής εκπαίδευσης σε φοιτητές στον χώρο της ΠΦΥ, η οποία συμπεριέλαβε είκοσι μελέτες (Clifton, Dale & Bradshaw 2006), συνόψισε τα ευρήματά της σε έξι βασικές θεματικές ενότητες: την ικανοποίηση των φοιτητών από τα προγράμματα, τη συμπεριφορά και τις αντιλήψεις για τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, την απόκτηση γνώσεων και την κατανόηση των άλλων επαγγελματικών ρόλων, τον τρόπο συμπεριφοράς των φοιτητών προς τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τις αλλαγές στα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας και τα κλινικά αποτελέσματα με οφέλη για τον ασθενή. Γενικά, τα αποτελέσματα ήταν θετικά και ενθαρρυντικά, καθώς στην πλειοψηφία τους οι φοιτητές ήταν ικανοποιημένοι από τα προγράμματα διεπαγγελματικής εκπαίδευσης και εκτιμούσαν τα οφέλη που αποκόμισαν από αυτά. Επίσης

υπήρξε έντονη κινητοποίηση των φοιτητών να έχουν θετική συμπεριφορά και μέσω της απόκτησης γνώσεων να κατανοήσουν τον ρόλο, την αξία και τη συνεισφορά του κάθε επαγγελματία υγείας στη φροντίδα του ασθενούς. Δεδομένα απόδειξης των θετικών αποτελεσμάτων ήταν η διάχυση της πληροφορίας σχετικά με τεχνικές φροντίδας και θεραπείας και ο σεβασμός του εκάστοτε ρόλου εντός της ομάδας υγείας.

Στο πλαίσιο της ίδιας μελέτης και αναφορικά με την αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς των φοιτητών υπήρξαν βελτιώσεις στην εσωτερική λειτουργία της ομάδας με από κοινού επαναπληροφόρηση χωρίς δείγματα άσκησης προσωπικής κριτικής, υπήρξε κατανόηση του ρόλου της προσωπικότητας στην επικοινωνία, καλύτερη παροχή παρηγορητικής φροντίδας μέσω μεγαλύτερης εμπλοκής και δικτύωσης της ομάδας σε απομονωμένες κοινότητες, ενώ παρατηρήθηκε βελτίωση της συνεργασίας στις ομάδες γενικής ιατρικής που μοιράζονταν από κοινού την ηγεσία. Ειδικά για την ΠΦΥ παρατηρήθηκαν θετικές αλλαγές στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας καθώς μέσω του ελέγχου της πρακτικής και του σχεδιασμού βελτιώθηκαν τα πρότυπα φροντίδας, αναπτύχθηκαν νέοι τύποι αποτελεσματικών διεπιστημονικών ομάδων και βελτιώθηκε η παροχή παρηγορητικής φροντίδας. Τέλος, τα οφέλη για τους ασθενείς αφορούσαν τη βελτίωση της ποιότητας, ειδικά στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο, την απόκτηση εμπιστοσύνης και τη συμμόρφωση στην προτεινόμενη θεραπεία. Ακόμη παρατηρήθηκε βελτίωση της σωματικής υγείας και σταθεροποίηση της ψυχικής υγείας σε κοινότητες με πολύπλοκα συστήματα υγείας και θετική ανταπόκριση ασθενών και φροντιστών στην εξυπηρέτηση των αναγκών τους από ομάδα με ποικίλα καθήκοντα και ειδικότητες.

## **12.6 Προτάσεις και δράσεις για την προώθηση της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης και της συνεργατικής πρακτικής**

Οι μηχανισμοί που προωθούν τη διεπαγγελματική εκπαίδευση μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε αυτούς που καθοδηγούνται από το προσωπικό το οποίο είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με την παράδοση, τη χρηματοδότηση και τη διαχείριση της εκπαίδευσης, καθώς και σε παράγοντες σχετικούς με το ίδιο το περιεχόμενο του εκπαιδευτικού προγράμματος. Τα προαπαιτούμενα ενός προγράμματος διεπαγγελματικής εκπαίδευσης είναι η υποστήριξη του από πανεπιστημιακές πολιτικές και διοικητικούς μηχανισμούς, η καλή επικοινωνία μεταξύ των συμμετεχόντων, ο ενθουσιασμός για την εργασία και οι προσδοκώμενες εκβάσεις μέσω της υιοθέτησης ενός κοινού οράματος προσανατολισμένου στα οφέλη του προγράμματος, καθώς και η ανάληψη της ευθύνης του συντονισμού των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων από ένα άτομο ικανό να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει τυχόν εμπόδια στην πορεία προόδου (WHO, 2010).

Ανάμεσα στις δράσεις που απαιτούνται για την προώθηση της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης με στόχο τη βελτίωση των εκβάσεων υγείας, η πιο βασική είναι αυτή της σύλληψης ενός σχεδίου με συγκεκριμένο σκοπό και στόχους, που θα ενστερνιστούν όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς (βασικοί ενδιαφερόμενοι, οργανισμοί και πανεπιστήμια). Στη συνέχεια, απαιτείται ένα λεπτομερές πρόγραμμα εκπαίδευσης που θα ακολουθεί τις αρχές της καλής εκπαιδευτικής πρακτικής και θα λαμβάνει υπόψη την κουλτούρα, τη γεωγραφική θέση και την ιστορία της τοπικής περιοχής εφαρμογής του προγράμματος, εμπλέκοντας την κοινότητα σε πολυεπίπεδο βαθμό είτε μέσω επαγγελματιών υγείας είτε μέσω άλλων ερευνητών και θεσμών. Απαραίτητη ενέργεια ακόμη θεωρείται η παροχή οργανωσιακής και οικονομικής υποστήριξης για την ανάπτυξη και τη διδασκαλία του προγράμματος αλλά και για την κατάρτιση των εκπαιδευτών. Προσοχή επίσης θα πρέπει να δοθεί στην ανάπτυξη ενός δικτύου εκπαιδευτών τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο, και η διεπαγγελματική εκπαίδευση θα πρέπει να υιοθετήσει τη φιλοσοφία της διά βίου μάθησης.

Το επόμενο σημαντικό βήμα είναι η προβολή, προώθηση και ενσωμάτωση της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης σε προγράμματα κατάρτισης που απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας. Τέτοιου είδους προγράμματα είναι όλα τα προπτυχιακά, μεταπτυχιακά και συνεχιζόμενα προγράμματα κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής εξέλιξης, καθώς και προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η κατάρτιση θα πρέπει να συνοδεύεται από πρότυπα πιστοποίησης που να εμπεριέχουν αποδείξεις αναφορικά με τη διεπαγγελματική εκπαίδευση.

Τέλος, θα πρέπει να διασφαλιστεί η ικανότητα του προσωπικού που έχει οριστεί για την ανάπτυξη, παράδοση και αξιολόγηση του προγράμματος διεπαγγελματικής εκπαίδευσης ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει με επιτυχία στα καθήκοντά του και να έχει την κατάλληλη εξειδίκευση για να φέρει εις πέρας τις απαιτήσεις του προγράμματος, το οποίο θα πρέπει να πλαισιώνεται με ηγέτες πανεπιστημιακών ιδρυμάτων και λοιπών σχετιζόμενων φορέων (WHO, 2010).

Σημαντική θέση έχει και η υιοθέτηση διαδικασιών από κοινού λήψης αποφάσεων ώστε να εφαρμόζεται η καλή πρακτική της επικοινωνίας που ξεπερνά τυχόν επαγγελματικούς περιορισμούς και τη σύγκρουση συμφερόντων, ενώ ευνοεί τη δημιουργία πολλαπλών καναλιών ενδοεπικοινωνίας αυξάνοντας την ικανοποίηση των συμμετεχόντων. Παράλληλα όμως, πρέπει να δίνεται ο κατάλληλος χώρος και χρόνος για τον κάθε συμμετέχοντα (φορέα ή άτομο) να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα της διεπαγγελματικής συνεργατικής πρακτικής. Επίσης, σε εθνικό επίπεδο πρέπει να χαραχθεί στρατηγική και πολιτική που να αναγνωρίζει και να υποστηρίζει το μοντέλο της συνεργατικής πρακτικής προσφέροντας αντίστοιχα οικονομικά κίνητρα για την επιβράβευση της ομαδικής συνεργασίας και καθορίζοντας εκ νέου, ακόμη και με νομοθετικό πλαίσιο, το εργασιακό προφίλ των συμμετεχόντων στην ομάδα ΠΦΥ με ξεκάθαρους ρόλους, όραμα, σκοπό και αποστολή.

## 12.7 Σύνοψη

Η σημασία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης γίνεται ολοένα και πιο φανερή μέσα από δηλώσεις και ενέργειες εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και οργανισμών παγκοσμίως. Η συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση και η συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη αποτελούν πλέον, επί της ουσίας, μία ενιαία έννοια.

Επίσης, η αξιολόγηση των προγραμμάτων μεταπτυχιακής εκπαίδευσης είναι απαραίτητη ώστε να έχει απήχηση στη διεπαγγελματική/διεπιστημονική εκπαίδευση, η οποία έχει συσχετιστεί με πολλά θετικά αποτελέσματα, τα οποία, κυρίως, αφορούν τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Για την προώθηση της διεπιστημονικής/διεπαγγελματικής εκπαίδευσης τόσο γενικά όσο και στην ΠΦΥ απαιτείται η δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο να μπορούν να ανταλλάσσονται οι καλύτερες πρακτικές που αφορούν τον σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση, την οικονομική διαχείριση και την αμοιβή του προσωπικού ως υποστηρικτικού μηχανισμού του μοντέλου της διεπαγγελματικής συνεργασίας και της συνεργατικής πρακτικής με σκοπό τον ριζικό μετασχηματισμό του συστήματος υγείας σε πιο ευέλικτο, με καλύτερης ποιότητας παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, για καλύτερα αποτελέσματα υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

Δρακοπούλου, Μ., Ρόκα, Β., Αποστολάρα, Π., Αθανασοπούλου, Μ., Φώτη, Θ. & Καλοκαιρινού, Α. (2009). Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε Ελλάδα και ΗΠΑ. *Διοικητική Ενημέρωση*, 49, σσ. 65-73.

### Ξένα

Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M. & Freeth, D. (2005). *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption & Evidence*. Oxford: Blackwell.

Barwell, J., Arnold, F. & Berry, H. (2013). How interprofessional learning improves care. *Nursing Times*, 109(21), pp. 14-16.

Clifton, M., Dale, C. & Bradshaw, C. (2006). *The impact and effectiveness of inter-professional education in primary care: an RCN literature review*. Royal College of Nursing.

Commonwealth of Australia (2002). *National Review of Nursing Education 2002: Our Duty of Care*. Διαθέσιμο στο: <http://www.voced.edu.au/content/ngv16709> (πρόσβαση 19/08/2015).

Curran, V., Sargeant, J. & Hollett, A. (2007). Evaluation of an Interprofessional Continuing Professional Development Initiative in Primary Health Care. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27(4), pp. 241-252. Διαθέσιμο στο: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/chp.144/pdf> (πρόσβαση 19/08/2015).

Delva, D., Tomalty, L., Macrae, K., Payne, P., Plain, E. & Rowe, W. (2008). A new model for collaborative continuing professional development. *Journal of Interprofessional Care*, 22(S1), pp. 91-100. Διαθέσιμο στο: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/13561820802012950> (πρόσβαση 19/08/2015).

Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S. & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical Teacher*, 29, pp. 735-751. Διαθέσιμο στο: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/01421590701682576> (πρόσβαση 19/08/2015).

Institute of Health Visiting (2015a). *A National Framework for Continuing Professional Development for Health Visitors*.

Institute of Health Visiting (2015b). *Lifelong Learning in Health Visiting. Your 3 step guide to personalising your Continuing Professional Development (CPD)*.

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative

Jackson, C.L., Nicholson, C., Davidson, B. & McGuire, T. (2006). Training the primary care team. A successful interprofessional education initiative. *Australian Family Physician*, 35(10), pp. 829-2.

Josiah Macy Foundation (2010). *Lifelong Learning in Medicine and Nursing: Final Conference Report*. Διαθέσιμο στο: <https://www.aamc.org/download/92612/data/> (πρόσβαση 19/08/2015).

Lavin, M.A. Ruebling, I., Banks, R., Block, L., Counte, M., Furman, G. et al. (2001). Interdisciplinary Health Professional Education: A Historical Review. *Advances in Health Sciences Education*, 6, pp. 25-47. Διαθέσιμο στο: <http://link.springer.com/content/pdf/10.1023%2FA%3A1009875017951> (πρόσβαση 19/08/2015).

- Long, K. (1994). Master's Degree Nursing Education and Health Care Reform: Preparing for the Future. *Journal of Professional Nursing*, 10(2), pp. 71-76. Διαθέσιμο στο: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8755722394900663#> (πρόσβαση 19/08/2015).
- Machin, A.I. & Pearson, P. (2013). Health visitors' interprofessional working experiences: Implications for their collaborative public health role. *Journal of Health Visiting*, 1(1), pp. 31-38.
- Owen, J. & Schmitt, M. (2013). Integrating Interprofessional Education into Continuing Education: A Planning Process for Continuing Interprofessional Education Programs. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 33(2), pp. 109-117. Διαθέσιμο στο: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/chp.21173/pdf> (πρόσβαση 19/08/2015)
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. & Zwarenstein, M. (2013). *Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes* (update) (Review). The Cochrane Collaboration.
- Silver, I. & Leslie, K. (2009). Faculty Development for Continuing Interprofessional Education and Collaborative Practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(3), pp. 172-177. Διαθέσιμο στο: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/chp.20032/pdf> (πρόσβαση 19/08/2015).
- UK Department of Health (2011). *Health Visitor Implementation Plan 2011-2015: A call to action*. London: Department of Health.
- UK Department of Health (2014). *Health Visiting Programme: Guidance and FAQs for the Education Initiative – Continuing Professional Development for Health Visitors*.
- WHO Europe (2003). *WHO Europe Dispensary Nursing in Primary Health Care Curriculum: WHO European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives*. Διαθέσιμο στο: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/102269/e81510.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/102269/e81510.pdf) (πρόσβαση 19/08/2015).
- WHO (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*.
- Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45, pp. 140-153. Διαθέσιμο στο: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748907000375> (πρόσβαση 19/08/2015)

## Νόμοι και Διατάγματα

- Οδηγία 2005/36/EK. Στο Προεδρικό Διάταγμα 38 (ΦΕΚ 78/25-5-2010) «Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην Οδηγία 2005/36/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 7ης Σεπτεμβρίου 2005, σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων».
- Οδηγία 2013/55/EE του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 20ής Νοεμβρίου 2013 για την τροποποίηση της οδηγίας 2005/36/EK σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων και του κανονισμού (ΕΕ) αριθ. 1024/2012 σχετικά με τη διοικητική συνεργασία μέσω του συστήματος πληροφόρησης της εσωτερικής αγοράς («κανονισμός ΙΜΙ»).

## Κεφάλαιο 13

# Ο ρόλος της ομάδας υγείας στην έρευνα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

**Α. Λάγιου, Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. Μαρκάκη,**

**Μ. Παπαδακάκη, Χ. Λιονής**

### Στόχοι κεφαλαίου

Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου και υπό το πρίσμα της σημασίας και του ρόλου της ομάδας υγείας της ΠΦΥ στον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της έρευνας στην ΠΦΥ, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να περιγράψει το θεωρητικό υπόβαθρο της ερευνητικής δραστηριότητας στην ΠΦΥ, να συζητά διεξοδικά την ανάγκη τεκμηρίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και την ερευνητική ικανότητα στην ΠΦΥ, να παρουσιάζει τη βασική μεθοδολογία τεκμηρίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ, καθώς και καλές πρακτικές ερευνητικής δραστηριότητας, να αναδεικνύει τα χαρακτηριστικά και τα πλεονεκτήματα της διεπιστημονικής, συνεργατικής και συμμετοχικής έρευνας, να παρουσιάζει τους βασικούς άξονες, τους τομείς και τα πεδία της ερευνητικής δραστηριότητας στην ΠΦΥ, να συζητά τους περιορισμούς των υφιστάμενων ερευνητικών προσεγγίσεων και να επισημαίνει ερευνητικά πεδία, η μελέτη των οποίων θα προσφέρει ουσιαστικά στην επίτευξη των στόχων της ΠΦΥ.

### Περίληψη κεφαλαίου

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναπτυχθεί και εξακολουθεί να αναπτύσσεται ένα διακριτό ερευνητικό πεδίο για την ΠΦΥ που επικεντρώνεται ουσιαστικά στην εκτίμηση της ποιότητας (αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας) των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης. Η τεκμηρίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ αφορά ουσιαστικά τη σύνθετη δομή των προσδιοριστών της, που εντάσσονται σε τρεις βασικούς άξονες: την υπάρχουσα υποδομή, τη διαδικασία παροχής των υπηρεσιών και την έκβαση από την προσφορά των υπηρεσιών. Εκτιμάται ουσιαστικά ο βαθμός κατά τον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι σε συμφωνία με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση, ενώ η παροχή τους αυξάνει την πιθανότητα για θετικά (επιθυμητά) αποτελέσματα υγείας σε ατομικό, ομαδικό ή κοινοτικό επίπεδο. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή έρευνας στην ΠΦΥ έχει ιδιαιτερότητες εξαιτίας της σύνθετης και πολυδιάστατης φύσης της ΠΦΥ. Στο πλαίσιο αυτό, κεντρικής σημασίας ζήτημα καθίσταται η ανάπτυξη της ερευνητικής ικανότητας στην ΠΦΥ μέσω της ενεργού ενίσχυσης διεξαγωγής συστηματικής και στοχευμένης έρευνας που να διέπεται από θεωρήσεις και μεθοδολογίες κατάλληλες και προσαρμοσμένες στη φιλοσοφία και τα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ.

### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

Ποιότητα διαδικασίας, ποιότητα έκβασης, επιδημιολογία, τυχαιοποιημένες μελέτες παρέμβασης, ποσοτική μεθοδολογία, ποιοτική μεθοδολογία, διεπιστημονική έρευνα, συνεργατική έρευνα, συμμετοχική έρευνα.

## 13.1 Το θεωρητικό υπόβαθρο της έρευνας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Στα προηγούμενα κεφάλαια έχει συζητηθεί διεξοδικά η θέση της ΠΦΥ στη χώρα μας. Η ιστορική αναδρομή της πορείας της αλλά και η σύγχρονη πραγματικότητα αποδεικνύουν ότι η ΠΦΥ αντιμετωπιζόταν —και ίσως εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται— με κάποια αμηχανία και αναποφασιστικότητα. Η παροχή υπηρεσιών υγείας τεκμηριωμένης ποιότητας (αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας) αναμένεται να συμβάλει στην αναγνώριση της προσφοράς της ΠΦΥ και στην καταξίωσή της τόσο στην κοινωνική συνείδηση των πολιτών, όσο και αυτών που διαμορφώνουν πολιτική υγείας (Kousoulis et al., 2012, 2013).

Η τεκμηρίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ αφορά ουσιαστικά τη σύνθετη δομή των προσδιοριστών της (WHO, 2008), που εντάσσεται σε ένα γενικότερα αποδεκτό περιγεγραμμένο πλαίσιο το οποίο περιλαμβάνει τρεις βασικούς άξονες: την υπάρχουσα υποδομή, τη διαδικασία παροχής των υπηρεσιών (ή εφαρμογής των παρεμβάσεων) και την έκβαση (βραχυπρόθεσμες, μεσοπρόθεσμες και

μακροπρόθεσμες επιπτώσεις) από την προσφορά των υπηρεσιών ή/και την εφαρμογή των παρεμβάσεων (De Maeseneer, 2003).

Η υπάρχουσα υποδομή αναφέρεται και αφορά τρεις συντελεστές που βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση: το άτομο, την κοινωνία και το υφιστάμενο σύστημα υγείας. Η συνολική βιοψυχολογική υπόσταση του ατόμου, οι γνώσεις, οι πεποιθήσεις, οι δεξιότητες, οι στάσεις και οι συμπεριφορές υγείας επηρεάζουν την έκφραση των συνειδητοποιημένων αναγκών και, ως εκ τούτου, τη ζήτηση ή/και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης. Επίσης, όμως, η βιοψυχολογική οντότητα του ατόμου προσδιορίζει τους προσωπικούς πόρους που διαθέτει για την επίλυση των θεμάτων που αντιμετωπίζει. Η κοινωνία προσδιορίζεται από τη δημογραφική και επιδημιολογική της διάσταση αλλά επίσης και από την πολιτιστική της διάσταση, που εν πολλοίς καθορίζει και διαμορφώνει δυναμικά την υποστηρικτική της διάσταση μέσω της δημιουργίας και λειτουργίας τυπικών και άτυπων υποστηρικτικών δικτύων. Τέλος, τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του υφιστάμενου συστήματος υγείας (υποδομές, εύρος των υπηρεσιών, κεντρική οργάνωση και διοίκηση, προσωπικό, εξοπλισμός, χρηματοδότηση, πληροφοριακό σύστημα κ.ά.) αλλά και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των φυσικών προσώπων που το στελεχώνουν επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης.

Η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών αναφέρεται στην οργάνωση και τον συντονισμό τους αλλά και στο σύνολο των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των χρηστών/αποδεκτών των υπηρεσιών. Η ποιότητα της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών εξαρτάται κατά πολύ από την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων, την ορθή διαχείριση αλλά και την εποικοδομητική επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών (χρήστες/αποδέκτες των υπηρεσιών, επαγγελματίες υγείας, κοινωνικά δίκτυα, συνεργαζόμενοι φορείς παροχής υπηρεσιών). Αναμφίβολα, η υπάρχουσα υποδομή και η διαδικασία παροχής υπηρεσιών υπόκεινται σε συνεχή, αμφίδρομη αλληλεπίδραση. Η χρήση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών προσυμπτωματικού ελέγχου που απευθύνονται στην ομάδα υγείας συνιστούν ενδεικτικά παραδείγματα τα οποία συνεισφέρουν στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων (διαδικασία) λαμβάνοντας υπόψη τις προσδοκίες και τις πεποιθήσεις των χρηστών των υπηρεσιών (υποδομή). Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα, η ολοκληρωμένη (απαρτιωμένη) παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ φαίνεται να αντιμετωπίζει αντικειμενικές δυσχέρειες και βρίσκεται ακόμη σε πρώιμο στάδιο (Lionis et al., 2009). Παρ' όλα αυτά, καταγράφονται αξιόλογες προσπάθειες, όπως αυτές που αναπτύχθηκαν από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης και από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Στην πρώτη περίπτωση έγινε σύνταξη κατευθυντήριων οδηγιών για ιατρούς γενικής ιατρικής και επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ σχετικών με τη διαχείριση επιλεγμένων νοσημάτων και καταστάσεων υγείας (<http://www.greekphcguidelines.gr/>), ενώ στη δεύτερη έγινε ανάπτυξη δώδεκα νοσηλευτικών πρωτοκόλλων στο πλαίσιο ερευνητικού προγράμματος με τίτλο «Λειτουργική Αναβάθμιση Φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στην Περιφέρεια Πελοποννήσου» (<http://nursingprotocols.gr/>).

Η έκβαση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και περίθαλψης αλλά και οι γενικότερες επιπτώσεις στην υγεία προσδιορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η έννοια της υγείας και της αρρώστιας τόσο από τον επαγγελματία υγείας, όσο και από τον χρήστη/αποδέκτη των υπηρεσιών. Η έκβαση της φροντίδας αξιολογεί τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας είτε πρόκειται για συγκεκριμένα νοσήματα είτε για τη γενικότερη φροντίδα υγείας, ενώ οι επιπτώσεις στην υγεία αξιολογούνται με δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας, καθώς και με εκτιμήσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία. Έτσι, ως επιτυχής έκβαση μπορεί να θεωρηθεί τόσο η βελτίωση των φυσικών λειτουργιών, των σημείων, των συμπτωμάτων, όσο και η βελτίωση της ποιότητας ζωής, η ικανοποίηση του χρήστη ή η κοινωνική ισότητα. Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα, δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας με βάση επιλεγμένες εκβάσεις της παρεχόμενης φροντίδας υγείας απουσιάζουν, ενώ η καθιέρωσή τους αποτελεί άμεση και υψηλή προτεραιότητα (Kousoulis et al., 2013).

Το θεωρητικό αυτό πλαίσιο που συνοπτικά περιγράφηκε —με σύντομη αναφορά στη σχετική ελληνική πραγματικότητα— είναι ουσιαστικά αυτό που καθιστά δυνατή την ανάλυση της ποιότητας των υπηρεσιών της ΠΦΥ και που συνιστά τον ακρογωνιαίο λίθο της ερευνητικής προσέγγισης στην ΠΦΥ γενικότερα, αλλά και ειδικότερα στη χώρα μας.

## 13.2 Η ανάγκη τεκμηρίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και η ερευνητική ικανότητα (research capacity) στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Με βάση όσα προηγήθηκαν καθίσταται σαφές ότι η έρευνα στην ΠΦΥ αφορά ακριβώς την τεκμηρίωση της ποιότητας, που συνιστά ένα σύνθετο πλέγμα θεωρητικών προσεγγίσεων και πρακτικών σχετικά με το πώς αντιλαμβανόμαστε, κατανοούμε, εφαρμόζουμε, βιώνουμε και αξιολογούμε την υγεία και την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας και περίθαλψης. Εκτιμάται ουσιαστικά ο βαθμός κατά τον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι σε συμφωνία με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση, ενώ η παροχή τους αυξάνει την πιθανότητα για θετικά (επιθυμητά) αποτελέσματα υγείας σε ατομικό, ομαδικό ή κοινοτικό επίπεδο (Fulop et al., 2001· Mold & Green, 2000).

Στο πλαίσιο αυτό, κεντρικής σημασίας ζήτημα καθίσταται η ανάπτυξη της ερευνητικής ικανότητας στην ΠΦΥ μέσω της ενεργού ενίσχυσης διεξαγωγής συστηματικής και στοχευμένης έρευνας, που να διέπεται από θεωρήσεις και μεθοδολογίες κατάλληλες και προσαρμοσμένες στη φιλοσοφία και τα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ (Ghaffar, Jsselmuiden & Zicker, 2008). Στην κατεύθυνση αυτή κινούνται καλές πρακτικές εκπαίδευσης στην έρευνα στο πεδίο της ΠΦΥ που έχουν αναπτυχθεί σε χώρες με σχετική παράδοση και εμπειρία. Ενδεικτικά αναφέρονται το «Διεθνές πρόγραμμα εκπαίδευσης στην έρευνα στον χώρο της ΠΦΥ (CaRe)» που παρέχει το NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research, 2004), η «Εθνική στρατηγική για την έρευνα στις υπηρεσίες υγείας» του Υπουργείου Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας που προωθεί την ολοκληρωμένη ανάπτυξη της έρευνας στην ΠΦΥ (Department of Health UK, 2006), καθώς και το TUTOR-PHC, η πολυπανεπιστημιακή προσέγγιση για την ανάπτυξη της ερευνητικής ικανότητας στην ΠΦΥ που υφίσταται από το 2003 (Stewart, 2014).

Σε πολλές χώρες δε, μεταξύ των οποίων η Μεγάλη Βρετανία, η Αυστραλία και οι ΗΠΑ, καταγράφεται στοχευμένη προσπάθεια ανάπτυξης της ερευνητικής ικανότητας της ΠΦΥ μέσα από ποικίλες κεντρικές επιλογές όπως: α) ο συντονισμός των εθνικών και περιφερειακών πολιτικών ανάπτυξης της ερευνητικής ικανότητας της ΠΦΥ, β) η βιώσιμη, επαρκής και κάποιες φορές στοχευμένη χρηματοδότηση της έρευνας σε συγκεκριμένα πεδία, γ) η υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας να αποκτήσουν ερευνητική παιδεία και σχετικές ικανότητες και δεξιότητες, δ) η δημιουργία βιώσιμων οδών επαγγελματικής σταδιοδρομίας τόσο για τους επαγγελματίες υγείας, όσο και για τους ακαδημαϊκούς ερευνητές και ε) η υποστήριξη των Δικτύων Έρευνας στην ΠΦΥ (Russell et al., 2007). Τα θέματα αυτά θα συζητηθούν διεξοδικότερα στη συνέχεια.

Στην Ελλάδα, συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε το 2009 από τους Λιονή και συν. (2009) ανέδειξε την ανεπαρκή ερευνητική ικανότητα της ΠΦΥ στη χώρα μας, καθώς και την έλλειψη επιστημονικά τεκμηριωμένης γνώσης που φαίνεται να επιδρά σημαντικά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ.

### 13.2.1 Ακαδημαϊκή και εφαρμοσμένη έρευνα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Τις τελευταίες δεκαετίες, όπως αναδείχθηκε στις ενότητες που προηγήθηκαν, έχει αναπτυχθεί και εξακολουθεί να αναπτύσσεται ένα διακριτό ερευνητικό πεδίο για την ΠΦΥ με άξονες τόσο στην ακαδημαϊκή, όσο και στην εφαρμοσμένη έρευνα, που επικεντρώνεται ουσιαστικά στην εκτίμηση της ποιότητας (αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας) των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης (EGPRN, 2009· Glanville et al., 2011· Kringos et al., 2010· Stigler & Werni, 2008· The Academy of Medical Sciences, 2009).

Η ακαδημαϊκή έρευνα διεξάγεται από ακαδημαϊκούς φορείς, επικεντρώνεται κατά κύριο λόγο στη μελέτη δομικών εννοιών που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών της ΠΦΥ (π.χ. ολιστική φροντίδα, ανθρωποκεντρική φροντίδα, συμμετοχικότητα, συμπονετική φροντίδα) και στην ανάπτυξη εργαλείων και ειδικής μεθοδολογίας για την εκτίμησή τους. Η θεματική και η μεθοδολογία της έρευνας για την ΠΦΥ είναι διεπιστημονική, απαιτεί ιδιαίτερες ικανότητες και δεξιότητες (Gebbie et al., 2008), ενώ διευρύνεται συνεχώς με την ενσωμάτωση πολλαπλών μεθόδων και προσεγγίσεων κατανόησης της πληροφορίας. Στόχος της είναι να γεφυρωθεί, κατά το δυνατόν, το χάσμα μεταξύ της επιστημονικής τεκμηρίωσης και της πράξης της ΠΦΥ αλλά και να αντιμετωπιστούν με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο αντικειμενικά εμπόδια, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα με λιγοστόους πόρους και ελλείμματα υποδομής (Lionis et al., 2010). Στην κατεύθυνση αυτή κινήθηκαν συνεργατικά και διεπιστημονικά προγράμματα που υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο του 7ου Ευρωπαϊκού Πλαισίου Έρευνας (Lionis et al., 2014· MacFarlane et al., 2014· Rogers et al., 2015).



Η εφαρμοσμένη έρευνα είναι βασική έρευνα πεδίου που διεξάγεται σε μονάδες ΠΦΥ σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας αλλά και από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Στόχος της εφαρμοσμένης έρευνας είναι η επιστημονική τεκμηρίωση των παρεμβάσεων σε ευρύτερους ή περιορισμένους, κατά περίπτωση, πληθυσμούς. Η αναγνώριση της αναγκαιότητας της ανάμειξης των επαγγελματιών της ΠΦΥ στην έρευνα ήταν αυτή που οδήγησε και στην ανάπτυξη Δικτύων Έρευνας στην ΠΦΥ (Practice-based Research Networks) (Primary care practice-based research networks, 2014´ Green & Hickner, 2006´ Klemenc-Ketis et al., 2015). Η ανάγκη ανάπτυξης Δικτύων Έρευνας αναδείχθηκε ως κυρίαρχο ζήτημα στα Ευρωπαϊκά Δίκτυα EURIPA (European Rural and Isolated Practitioners Association) και EGPRN (European General Practice Research Network) (Klemenc-Ketis et al., 2015). Στην Ελλάδα υφίσταται ένα Δίκτυο Έρευνας στην ΠΦΥ που αποτελείται από 18 οικογενειακούς ιατρούς οι οποίοι υπηρετούν αγροτικές περιοχές της περιφέρειας Κρήτης (Lionis et al., 2011´ Markaki et al., 2009´ Oikonomidou et al., 2011).

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να γίνει ειδική αναφορά στη σημασία της εκπαίδευσης (τυπικής και διά βίου) των επαγγελματιών υγείας στην ερευνητική διαδικασία, προκειμένου να είναι σε θέση να συμμετέχουν και να συνεισφέρουν στην ερευνητική δραστηριότητα. Άλλωστε, η εκπαίδευση σε βασικές ερευνητικές αρχές, μεθόδους και εφαρμογές είναι ο μόνος τρόπος να αναπτυχθεί κατάλληλη συνείδηση και κουλτούρα ώστε: α) να αναδειχθούν και να αξιοποιηθούν στοιχεία τακτικών στατιστικών σειρών που ενώ είναι διαθέσιμα δεν αξιοποιούνται επαρκώς και δεν λαμβάνονται υπόψη στη λήψη αποφάσεων (αναμφισβήτητα, η θεσμοθέτηση της κάρτας υγείας του πολίτη σε συνδυασμό με την ανάπτυξη ενός πληροφοριακού συστήματος κατάλληλου για την ΠΦΥ θα πρόσφερε μοναδική βάση πληροφοριών) και β) να αξιοποιηθούν αποτελεσματικά και αποδοτικά κατευθυντήριες οδηγίες, πρωτόκολλα και καλές πρακτικές για τη διαχείριση των κοινών νοσημάτων αλλά και για την ανάπτυξη παρεμβάσεων πρόληψης και προαγωγής υγείας (Appleton & Cowley, 1999´ Luker & Orr, 2012´ Mold & Peterson, 2005).

Η σχέση μεταξύ ακαδημαϊκής και εφαρμοσμένης έρευνας είναι αναμφισβήτητα κρίσιμης σημασίας για την επίτευξη των στόχων της ΠΦΥ, ενώ συνιστά στοιχείο προηγμένης ερευνητικής ικανότητας (Academy of Medical Sciences, 2009´ Cooke, 2005). Επιπλέον, όμως, τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζεται ευρέως η ανάγκη συμμετοχής του συνόλου των εμπλεκόμενων μερών και, κυρίως, των ίδιων των χρηστών/αποδεκτών των υπηρεσιών στην ερευνητική δραστηριότητα. Η έννοια της «συμμετοχικής έρευνας» συνιστά ουσιαστικά έκφραση της σημασίας που αποδίδεται στα δικαιώματα των ασθενών και των χρηστών των υπηρεσιών και μέσω αυτών στη διασφάλιση κριτηρίων ισότιμης πρόσβασης και κοινωνικής δικαιοσύνης (Haker, 2013).

### **13.2.2 Μεθοδολογία της έρευνας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Στην έρευνα για την ΠΦΥ αξιοποιούνται στοιχεία τακτικών στατιστικών σειρών (συμπεριλαμβανομένων δεδομένων χρήσης υπηρεσιών υγείας μέσω ηλεκτρονικών ή μη εγγραφών) που επιτρέπουν την αντικειμενική μελέτη και την αξιολόγηση δεδομένων μέσω της δημιουργίας δεικτών, αλλά επίσης και στοιχεία ειδικών επιδημιολογικών ερευνών. Η ερευνητική μεθοδολογία που χρησιμοποιείται για την επίτευξη του στόχου είναι η κλασική, επιδημιολογική, περιγραφική και αναλυτική μεθοδολογία, στην οποία εξέχουσα θέση έχει αυτή των μελετών θεραπευτικής ή προληπτικής παρέμβασης (Τριχόπουλος & Λάγιου Π., 2012).

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή έρευνας στην ΠΦΥ έχει βέβαια ιδιαιτερότητες και συχνά συναντά σοβαρά προβλήματα τα οποία έχουν συζητηθεί και αναλυθεί διεξοδικά στη βιβλιογραφία. Κεντρικής σημασίας ζήτημα είναι η απουσία πολυεπιστημονικής και διεπαγγελματικής προσέγγισης, η οποία κρίνεται απαραίτητη κυρίως λόγω της σύνθετης και πολυδιάστατης φύσης της ΠΦΥ (Klemenc-Ketis et al., 2015´ Lionis et al., 2004). Έτσι προκύπτει ουσιαστικά η ανάγκη συνδυασμού της κλασικής επιδημιολογικής θεώρησης και μεθοδολογίας (ποσοτική κατά κύριο λόγο) με θεωρίες και μοντέλα προερχόμενα από συγγενή επιστημονικά πεδία (ψυχολογικές και κοινωνικές επιστήμες) (Thomas et al., 2014), αλλά και περαιτέρω εμπλουτισμός τους με ποιοτικού τύπου προσεγγίσεις και εκτιμήσεις (ποιοτική μεθοδολογία) (Bully et al., 2015´ Mayer et al., 2000´ Mays et al., 2000´ Pope et al., 2000´ Yamazaki et al., 2009). Η σύνθετη αυτή ερευνητική προσέγγιση έχει ισχυρά πλεονεκτήματα καθώς επιτρέπει την ολιστική θεώρηση των επιμέρους δομικών και διαδικαστικών στοιχείων και κριτηρίων ποιότητας της ΠΦΥ (Bekhet et al., 2012´ Casey et al., 2009´ Creswell, 2004).

Ενδεικτικά παραδείγματα ολιστικής θεώρησης της έρευνας στην ΠΦΥ με χρήση διαφόρων θεωρητικών προσεγγίσεων είτε της γνωστικής ψυχολογίας είτε της κοινωνιολογίας, με ποσοτικές και ποιοτικές μεθοδολογίες, που απαίτησαν διεπιστημονική συνεργασία στον σχεδιασμό και την ανάπτυξη ερευνητικής μεθοδολογίας, αποτέλεσαν τρία ερευνητικά συνεργατικά προγράμματα της ΕΕ που αφορούσαν

ένα πρόγραμμα παρέμβασης για την ορθή χρήση των φαρμάκων, συνταγογραφούμενων και μη ([www.otcsociomed.uoc.gr](http://www.otcsociomed.uoc.gr)), ένα πρόγραμμα για την άμβλυση των δυσκολιών χρήσης των υπηρεσιών ΠΦΥ από μετανάστες ([www.fp7restore.eu](http://www.fp7restore.eu)) και ένα τρίτο που αφορούσε την αυτοφροντίδα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ([www.euwise.com](http://www.euwise.com)).

### 13.3 Άξονες και τομείς έρευνας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Από τα παραπάνω έχει καταστεί σαφές ότι η ερευνητική δραστηριότητα συνιστά σημαντικό συντελεστή αναβάθμισης της ποιότητας των παρεχόμενων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Στο σύνθετο και πολυδιάστατο ερευνητικό πεδίο της ΠΦΥ αναγνωρίζεται και προωθείται η πολυτομεακή και διεπιστημονική ερευνητική δραστηριότητα, η οποία είναι κρίσιμο να υποστηρίζεται από κατάλληλη εκπαίδευση και να διευκολύνεται, κατά το δυνατόν, στην εφαρμογή της.

Σχηματικά, η έρευνα στον χώρο της ΠΦΥ κινείται σε βασικούς άξονες που αφορούν:

- τη μελέτη και την αξιολόγηση προσδιοριστών ποιότητας της ισχύουσας πολιτικής ΠΦΥ και των επιμέρους στρατηγικών που υλοποιούνται ή/και των υπηρεσιών που παρέχονται σε επίπεδο ατόμου, ομάδας ατόμων ή κοινότητας,
- τη δημιουργία και ανάπτυξη γνώσης για την αξιοποίηση εναλλακτικών επιλογών αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας και την εφαρμογή των καταλληλότερων (ασφαλέστερων, αποτελεσματικότερων και αποδοτικότερων) υπηρεσιών φροντίδας υγείας και περίθαλψης,
- τη διάχυση κατάλληλων, επιστημονικά τεκμηριωμένων μοντέλων/προτύπων διαχείρισης καταστάσεων και δράσης στο πεδίο της ΠΦΥ.

Στο πλαίσιο των βασικών αυτών αξόνων, συνδυάζοντας την κριτική θεώρηση και τη δημιουργική καινοτομία, οι τομείς έρευνας επικεντρώνονται:

- στην περιγραφή και την εκτίμηση του βαθμού συνέπειας της παροχής των υπηρεσιών ως προς τη φιλοσοφία, τις βασικές αρχές και αξίες που διέπουν την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ,
- στην περιγραφή των συνθηκών και την εκτίμηση του επιπέδου οργάνωσης και παροχής σύνθετων και πολυδιάστατων υπηρεσιών φροντίδας υγείας και περίθαλψης (αξιολόγηση διαδικασίας),
- στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών βάσει αντικειμενικών δεικτών που αξιολογούνται κυρίως μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αλλά και βάσει στοιχείων που αξιολογούνται κυρίως βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα και αφορούν στοιχεία ποιότητας, όπως αυτά γίνονται αντιληπτά και βιώνονται από τους χρήστες των υπηρεσιών, τους επαγγελματίες υγείας αλλά και το σύνολο των εμπλεκόμενων μερών (αξιολόγηση έκβασης/αποτελέσματος).

#### 13.3.1 Ερευνητικά θεματικά πεδία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Στο πλαίσιο αυτό τίθεται ένα ευρύ φάσμα ερευνητικών θεματικών πεδίων που αφορούν τα βασικά δομικά και διαδικαστικά χαρακτηριστικά και κριτήρια της ΠΦΥ: παροχή προσβάσιμης (πρώτο σημείο επαφής), ολοκληρωμένης και συνεχούς φροντίδας που να καλύπτει θεραπεία από κοινές ασθένειες, διαχείριση μακροχρόνιων καταστάσεων και προβλημάτων υγείας, πρόληψη και προαγωγή της υγείας ατόμων, ομάδων και κοινοτήτων. Στην ενότητα που ακολουθεί θα συζητηθούν διεξοδικότερα επιλεγμένα βασικά θεματικά πεδία, θα αναλυθούν οι περιορισμοί των υφιστάμενων προσεγγίσεων και θα επισημανθούν ερευνητικά πεδία, η μελέτη των οποίων θα προσφέρει ουσιαστικά στην επίτευξη των στόχων της ΠΦΥ (Stigler & Werni, 2008).

##### 13.3.1.1 Μελέτη της επίπτωσης και του επιπολασμού των προβλημάτων υγείας και παραγόντων κινδύνου που απασχολούν ειδικά την ΠΦΥ

Οι αποφάσεις και οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας σε επίπεδο ΠΦΥ πρέπει να στηρίζονται σε καλή γνώση της περιγραφικής και αναλυτικής επιδημιολογίας των προβλημάτων και των παραγόντων κινδύνου που απασχολούν ειδικά τον χώρο της ΠΦΥ. Η αξιοποίηση, άλλωστε,

επιδημιολογικών δεδομένων περιγραφικής φύσεως συνιστά το πρώτο βήμα στην ταυτοποίηση των προτεραιοτήτων για έρευνες κλινικής αποτελεσματικότητας, ενώ η αξιοποίηση δεδομένων αναλυτικής διερεύνησης αιτιολογικών παραγόντων και φύσεως αποτελεί αναμφισβήτητα τον ακρογωνιαίο λίθο των προληπτικών παρεμβάσεων (Λάγιου Α., 2009· Lagiou A. & Trichopoulos, 2010· Λάγιου Π. και συν., 2005· Lagiou A. et al., 2008· Lidell et al., 2008· Samoli et al., 2010). Επίσης, η μελέτη της φυσικής ιστορίας των προβλημάτων που απασχολούν την ΠΦΥ συμβάλλει στην αξιολόγηση προγνωστικών σημείων και συμπτωμάτων, διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων στον χώρο της ΠΦΥ (EGPRN, 2009· Glanville et al., 2011· Krindos et al., 2010· UK Academy of Medical Sciences, 2009).

Αρκετές δημοσιευμένες μελέτες που σχεδιάστηκαν και εφαρμόστηκαν στη χώρα μας είναι διαθέσιμες και αφορούν, μεταξύ άλλων, τους προσδιοριστές της παχυσαρκίας (Lagiou A. & Parava, 2008), της καρδιαγγειακής νόσου (Karalis et al., 2007), της ηπατίτιδας C (Lionis et al., 1997· Lionis et al., 2000) και της πνευμονίας στην κοινότητα (Bertsias et al., 2014). Ο σχεδιασμός αυτός των μελετών, εκτός της σημασίας που έχει στην εκτίμηση του μεγέθους ενός νοσήματος ή προβλήματος υγείας, συμβάλλει επιπλέον και στην εξέταση μη γνωστών προσδιοριστών της εμφάνισης μιας χρόνιας νόσου, όπως οι μελέτες για τους ψυχοκοινωνικούς προσδιοριστές συχνών και χρόνιων νοσημάτων, όπως αυτά της καρδιαγγειακής νόσου και της κατάθλιψης (Anyrphantakis et al., 2013). Φυσικά, οι μελέτες αυτές απαιτούν θεωρητικούς συλλογισμούς και υποθέσεις, στη διαμόρφωση των οποίων η συμβολή της διεπιστημονικής συνεργασίας και της ομάδας υγείας είναι προφανής και αναγκαία. Οι μελέτες αυτές υποδεικνύουν επίσης τους καινούριους ρόλους τους οποίους θα πρέπει να υπηρετήσει η ομάδα υγείας και ιδιαίτερα αυτούς που έχουν σχέση με την αλλαγή της συμπεριφοράς.

### **13.3.1.2 Μελέτη και αξιολόγηση προγνωστικών σημείων, συμπτωμάτων και διαγνωστικών εξετάσεων και εργαλείων ειδικά για τον χώρο της ΠΦΥ**

Αναμφισβήτητα, στην ΠΦΥ το νοσολογικό φάσμα που αντιμετωπίζεται και ο τρόπος που αυτό εκδηλώνεται (σημεία/συμπτώματα) απαιτεί ειδικές δεξιότητες διάγνωσης, θεραπείας και λήψης αποφάσεων. Η μελέτη και η εμπέδωση στη συμπτωματολογία των ατόμων που επισκέπτονται τους φορείς της ΠΦΥ είναι ουσιαστικής σημασίας για την εφαρμογή διαγνωστικών εξετάσεων για την τεκμηριωμένη εφαρμογή προληπτικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων υψηλής ασφάλειας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας (κατευθυντήριες οδηγίες, πρωτόκολλα). Η αξία της λήψης ιστορικού και της κλινικής εξέτασης στη διαγνωστική διαδικασία αξίζει να διερευνηθεί περαιτέρω (EGPRN, 2009· Glanville et al., 2011· Krindos et al., 2010· UK Academy of Medical Sciences, 2009). Η αναγκαιότητα της χρήσης διαγνωστικών εργαλείων τόσο για τη διαχείριση του κινδύνου του ασθενούς, όσο και για την εκπαίδευση έχει συζητηθεί ευρύτατα στη βιβλιογραφία.

Στην Ελλάδα πολλά είναι τα διεθνώς χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την υποστήριξη της διαγνωστικής διαδικασίας και για τη διαχείριση του κινδύνου που έχουν μεταφραστεί και σταθμιστεί κατάλληλα (Andreou et al., 2011· Grammatikopoulos et al., 2010· Iatraki et al., 2014· Papathanasiou et al., 2014· Sapouna et al., 2013· Trouli et al., 2008· Vivilaki et al., 2009).

### **13.3.1.3 Μελέτη και αξιολόγηση θεραπευτικών παρεμβάσεων ειδικά για τον χώρο της ΠΦΥ**

Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας θεραπευτικών παρεμβάσεων βασίζεται συχνά σε ευρήματα ερευνών κλινικής αποτελεσματικότητας που έχουν πραγματοποιηθεί σε νοσοκομειακό περιβάλλον με άλλες ουσιαστικές και μεθοδολογικές δυνατότητες (ειδική ομάδα ασθενών, διακριτή νόσος, ειδικές θεραπευτικές προσεγγίσεις και τεχνικές) σε σχέση με αυτές της ΠΦΥ (λιγότερο σαφείς νοσολογικές οντότητες σε μη σαφώς διακριτές ομάδες ασθενών, με την εμφάνιση συχνά μη τυπικών συμπτωμάτων). Θα ήταν σκόπιμο να διερευνηθεί περαιτέρω η αποτελεσματικότητα θεραπευτικών παρεμβάσεων που να επικεντρώνονται ειδικά στις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά των χρηστών/αποδεκτών υπηρεσιών της ΠΦΥ. Στο πλαίσιο αυτό θα δοθεί επιπλέον η δυνατότητα να εκτιμηθεί η θεραπευτική αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων που αφορούν την τροποποίηση της συμπεριφοράς υγείας και όχι αποκλειστικά χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων ή σχημάτων, αλλά και η συνεργασία των ασθενών και η συμμόρφωσή τους με τις προτεινόμενες θεραπευτικές αγωγές (EGPRN, 2009· Glanville et al., 2011· Krindos et al., 2010· UK Academy of Medical Sciences, 2009). Στην Ελλάδα, δυστυχώς, απουσιάζουν οι τυχαίοι ή/και μη δοκιμές (παρεμβάσεις) για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων, ιδιαίτερα αυτές που εστιάζουν σε τροποποίηση της συμπεριφοράς με τη χρήση γνωσιολογικών και συμπεριφεριολογικών θεωριών. Στην κατεύθυνση αυτή κινήθηκε η πιλοτική μελέτη για την τροποποίηση της συνταγογραφικής και μη πρακτικής

λήψης φαρμάκων στην ΠΦΥ με τη συμμετοχή διεπιστημονικής και διεθνούς συνεργασίας (Lionis et al., 2014). Επίσης πρόσφατα, και με διεπιστημονική συνεργασία, ξεκίνησε η αξιολόγηση θεραπευτικών παρεμβάσεων με τη χρήση αρωματικών φυτών (Duijker et al., 2015).

#### **13.3.1.4 Μελέτη των ποσοτικών χαρακτηριστικών των υπηρεσιών ΠΦΥ που παρέχονται και αποτίμηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητάς τους**

Στο πλαίσιο αυτό εντάσσονται μελέτες που καταγράφουν τη σχέση μεταξύ ανάγκης, ζήτησης και τελικά, χρήσης των υπηρεσιών υγείας της ΠΦΥ και που διερευνούν παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνουν ή/και επηρεάζουν την καταγεγραμμένη σχέση. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι μελέτες επικεντρώνονται κυρίως στη χρήση των υπηρεσιών, όπως αυτή εκφράζεται από την επαφή (επίσκεψη ή άλλους είδους επαφή) με τον ιατρό και λιγότερο με άλλον επαγγελματία υγείας. Θα είχε ενδιαφέρον η μελέτη να επεκταθεί στο σύνολο του δυναμικού της ομάδας υγείας (EGPRN, 2009· Glanville et al., 2011· Krindos et al., 2010· UK Academy of Medical Sciences, 2009).

Στην Ελλάδα έχουν διεξαχθεί και δημοσιευτεί μελέτες αναζήτησης και αξιοποίησης πληροφορίας υγείας με βάση μόνο τις ιατρικές εγγραφές (Koutis et al., 1991· Koutis et al., 1993· Mariolis et al., 2004· Mariolis et al., 2008). Επίσης, αν και γενικά στη χώρα μας απουσιάζουν βάσεις δεδομένων στην ΠΦΥ οι οποίες θα μελετούσαν τη συχνότητα λοιμωδών νοσημάτων τα οποία θα μπορούσαν να προληφθούν με εμβολιασμούς, έχουν διεξαχθεί δύο μελέτες επιπολασμού για τον έρπητα ζωστήρα (Lionis et al., 2011) και την πνευμονία της κοινότητας (Bertsias et al., 2014).

#### **13.3.1.5 Εκτίμηση των πολυδιάστατων αναγκών υγείας των πληθυσμών αναφοράς**

Δεδομένου ότι οι αποφάσεις και οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και περίθαλψης πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις απόψεις και τις προσδοκίες των αποδεκτών των υπηρεσιών, η εκτίμηση πραγματοποιείται μέσω ποσοτικής, ποιοτικής και μεικτής ερευνητικής μεθοδολογίας αλλά και καινοτόμων θεωρήσεων (συνεκτίμηση των ιδίων πόρων στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας) (Appleton & Cowley, 1999· EGPRN, 2009· Glanville et al., 2011· Krindos et al., 2010· UK Academy of Medical Sciences, 2009).

Στη χώρα μας η χρήση και κατάλληλη προσαρμογή των μεθοδολογιών αυτών με τη συμμετοχή της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας με δημοσιευμένα αποτελέσματα σε έγκριτα επιστημονικά περιοδικά (Lionis et al., 2006· Lionis and Trell, 1999).

#### **13.3.1.6 Σχεδιασμός, εφαρμογή και αξιολόγηση προληπτικών παρεμβάσεων**

Η ολοκληρωμένη διαδικασία σχεδιασμού, εφαρμογής και αξιολόγησης παρεμβάσεων προληπτικού χαρακτήρα ουσιαστικά εμπεριέχει και αξιοποιεί όλη τη διαθέσιμη πληροφορία από τα προηγούμενα θεματικά πεδία που αφορούν τον πληθυσμό αναφοράς (ή αναφέρονται σε πληθυσμούς με παρόμοια χαρακτηριστικά). Προϋποθέτει την εκτίμηση αναγκών υγείας του πληθυσμού, την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, τον σχεδιασμό παρεμβάσεων, λαμβάνοντας υπόψη την υπάρχουσα υποδομή, τις διοικητικές και οργανωτικές δυνατότητες, ενώ θέτει συγκεκριμένους και αξιολογήσιμους σκοπούς και στόχους. Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων (πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης) είναι εξαιρετικά σημαντική για την επίτευξη θετικών τροποποιήσεων σε συμπεριφορές υγείας που συμβάλλουν τεκμηριωμένα και αποδοτικά στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας των ατόμων, των ομάδων και των κοινοτήτων (Luker & Orr, 2012). Στη χώρα μας έχουν σχεδιαστεί και αξιολογηθεί αρκετές παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης τόσο για την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου (Lionis et al., 1991), όσο και των τροχαίων ατυχημάτων (Germeni et al., 2010).

#### **13.3.1.7 Μελέτες στην ιατρική εκπαίδευση και τη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη**

Η σημασία της ικανότητας των επαγγελματιών υγείας να συμμετέχουν και να συνεισφέρουν στη διεξαγωγή εφαρμοσμένης έρευνας αναγνωρίζεται ευρέως, ενώ οι μελέτες εκπαίδευσης και συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης των επαγγελματιών συνιστούν ένα διακριτό ερευνητικό πεδίο. Στο πλαίσιο ερευνών έχει εκτιμηθεί ότι το δυναμικό των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται ενεργά στην ερευνητική διαδικασία είναι περιορισμένο (Askew et al., 2002· Del & Askew, 2004· North America Primary Care Research Group, 2004). Πολλοί μπορεί να είναι οι λόγοι που ευθύνονται, αναμφισβήτητα όμως μεταξύ αυτών εμπεριέχονται το έλλειμμα εξειδικευμένης εκπαίδευσης, καθώς και η ελλειμματική στήριξη και χρηματοδότηση (Russell et al., 2007).

Η έρευνα στο σύνολο των ερευνητικών πεδίων της ΠΦΥ προϋποθέτει ισχυρές ερευνητικές υποδομές, εύχρηστες και προσβάσιμες βάσεις παρατήρησης, χρήσιμη τεχνολογία πληροφορικής, στρατηγικές και τεχνικές συμμετοχής των αποδεκτών των υπηρεσιών, δυνατότητες εκπαίδευσης στην έρευνα και χρήση έγκυρων και αξιόπιστων ερευνητικών εργαλείων (Van Royen et al., 2011). Κυρίως, όμως, απαιτεί την συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών, των αποδεκτών των υπηρεσιών αλλά και του συνόλου των εμπλεκόμενων μερών, ώστε να αυξήσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

### 13.4 Σύνοψη

Η έρευνα στην ΠΦΥ αφορά το σύνολο των δομικών και διαδικαστικών κριτηρίων που τη συνιστούν και την προσδιορίζουν. Το κυρίαρχο ερώτημα που διέπει την ερευνητική δραστηριότητα είναι πώς τελικά η έρευνα θα συνεισφέρει ουσιαστικά στην επίτευξη των στόχων της ΠΦΥ και σε ποιο βαθμό η διεπιστημονική ομάδα υγείας μπορεί να συμβάλλει στην κατεύθυνση αυτή. Από αυτά που προηγήθηκαν καθίσταται σαφές ότι η έρευνα στην ΠΦΥ είναι σε θέση να προσφέρει πολύτιμη πληροφορία: α) για την εγγενή ποιότητα προληπτικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων προσαρμοσμένων στα ειδικά χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών αλλά και στα ερευνητικά ερωτήματα που αναδεικνύει η μελέτη της φυσικής ιστορίας των χρόνιων νοσημάτων και β) για τις συνθήκες/διαδικασίες παροχής των υπηρεσιών, συμπεριλαμβανόμενων των σχέσεων που αναπτύσσονται και βιώνονται μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών (μέλη της ομάδας ΠΦΥ, χρήστες/αποδέκτες των υπηρεσιών), που σε μεγάλο βαθμό προσδιορίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η ερευνητική διαδικασία πρέπει να είναι πολυτομεακή, διεπιστημονική, να επικεντρώνεται και να συμπεριλαμβάνει το σύνολο των εμπλεκόμενων μερών (χρήστες/αποδέκτες των υπηρεσιών, επαγγελματίες υγείας, συνεργαζόμενους φορείς παροχής υπηρεσιών). Στόχος, η παραγωγή και η αξιοποίηση γνώσης που να συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, διατηρώντας στο επίκεντρο το θεωρητικό υπόβαθρο, τις αρχές, τις αξίες και τις στρατηγικές δράσης της ΠΦΥ.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, <http://www.greekphcguidelines.gr/>.
- Λάγιου, Α. (2009). Επιδημιολογία και πρόληψη καρκίνου του μαστού. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 92(5), σσ. 366-375.
- Λάγιου, Π., Λάγιου, Α., Καλαποθάκη, Β., Adami, Η.Ο. & Τριχόπουλος, Δ. (2005). Επιδημιολογική διερεύνηση της αιτιολογίας χρόνιων νοσημάτων. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(1), σσ. 36-49.
- Τριχόπουλος, Δ., & Λάγιου, Π. (2011). Γενική και Κλινική Επιδημιολογία: Αρχές, Μέθοδοι και Εφαρμογές στην Ιατρική Έρευνα και τη Δημόσια Υγεία. Β' Έκδοση. Εκδόσεις Παρισιάνου.

### Ξένα

- Andreou, E., Alexopoulos, E.C., Lionis, C., Varvogli, L., Gnardellis, C., Chrousos, G.P. & Darviri, C. (2011). Perceived Stress Scale: reliability and validity study in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(8), pp. 3287-3298. Epub 11 August 2011. doi: 10.3390/ijerph8083287.
- Anyfantakis, D., Symvoulakis, E.K., Panagiotakos, D.B., Tsetis, D., Castanas, E., Shea, S., Venihaki, M. & Lionis, C. (2013). Impact of religiosity/spirituality on biological and preclinical markers related to cardiovascular disease. Results from the SPILI III study. *Hormones (Athens)*, 12(3), pp. 386-396.
- Anyfantakis, D., Symvoulakis, E.K., Linardakis, M., Shea, S., Panagiotakos, D., Lionis, C. (2015). Effect of religiosity/spirituality and sense of coherence on depression within a rural population in Greece: the Spili III project. *BMC Psychiatry*, 15, p. 173. doi: 10.1186/s12888-015-0561-3.
- Appleton, J. & Cowley, S. (1999). *The Search for Health Needs: Research for Health Visiting Practice*. Palgrave Macmillan Publications.
- Askew, D.A., Clavarino, A.M., Glasziou, P.P. & Del Mar, C.B. (2002). General practice research: attitudes and involvement of Queensland general practitioners. *Medical Journal of Australia*, 177(2), pp. 74-77.
- Bekhet, A.K. & Zauszniewski, J.A. (2012). Methodological triangulation: an approach to understanding data. *Nurse Researcher*, 20(2), pp. 40-43.
- Bertsias, A., Tsiligianni, I.G., Duijker, G., Siafakas, N., Lionis, C. & Cretan CAP Research Group. (2014). Studying the burden of community-acquired pneumonia in adults aged  $\geq 50$  years in primary health care: an observational study in rural Crete, Greece. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 24, p. 14017. doi: 10.1038/njpcrm.2014.17.
- Bully, P., Sánchez, Á., Zabaleta-Del-Olmo, E., Pombo, H. & Grandes, G. (2015). Evidence from interventions based on theoretical models for lifestyle modification (physical activity, diet, alcohol and tobacco use) in primary care settings: A systematic review (2015). *Preventive Medicine*, 76S, pp. S76-S93.
- Casey, D. & Murphy, K. (2009). Issues in using methodological triangulation in research. *Nurse Researcher*, 16(4), pp. 40-55.
- Creswell, J.W., Fetters, M.D. & Ivankova, N.V. (2004). Designing a mixed methods study in primary care. *Annals of Family Medicine*, 2(1), pp. 7-12.
- Cooke, J. (2005). A framework to evaluate research capacity building in health care. *BMC Family Practice*, 6, p. 44.

- Del, M.C. & Askew, D. (2004). Building family/general practice research capacity. *Annals of Family Medicine*, 2 (Suppl. 2), pp. S35-S40.
- Department of Health UK (2006). *Best research for best health*. London, UK: Department of Health.
- De Maeseneer, J.M., van Driel, M.L., Green, L.A. & van Weel, C. (2003). The need for research in primary care. *Lancet*, 362, pp. 1314-1319.
- Duijker, G., Bertias, A., Symvoulakis, E.K., Moschandreas, J., Malliaraki, N., Derdas, S.P. et al. (2015). Reporting effectiveness of an extract of three traditional Cretan herbs on upper respiratory tract infection: results from a double-blind randomized controlled trial. *Journal of Ethnopharmacology*, 163, pp. 157-166. doi: 10.1016/j.jep.2015.01.030. Epub 30 January 2015.
- European General Practice Research Network (EGPRN) (2009). *Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe*.
- Gebbie, K.M., Mason, M.B., Bakken, S., Carrasquillo, O., Formicola, A., Aboelela, S.W., Glied, S. & Larson, E. (2008). Training for Interdisciplinary Health Research Defining the Required Competencies. *Journal of Allied Health*, 37(2), pp. 65-70(6).
- Ghaffar, D.A., IJsselmuiden, C. & Zicker, F. (Eds.) (2008). *Changing mindsets: Research capacity strengthening in low and middle income countries*. Geneva, Switzerland: Council on Health Research for Development. Global Forum for Health Research and UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases.
- Germeni, E., Lionis, C., Kalampoki, V., Davou, B., Belechri, M. & Petridou, E. (2010). Evaluating the impact of a school-based helmet promotion program on eligible adolescent drivers: different audiences, different needs? *Health Education Research*, 25(5), pp. 865-876. Epub 20 July 2010. doi: 10.1093/her/cyq038.
- Glanville, J., Kendrick, T., McNally, R., Campbell, J. & Hobbs, F.D. (2011). Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom and the United States: bibliometric analysis. *BMJ*, 342, p. d1028.
- Grammatikopoulos, I.A., Sinoff, G., Alegakis, A., Kounalakis, D., Antonopoulou, M. & Lionis C. (2010). The Short Anxiety Screening Test in Greek: translation and validation. *Annals of General Psychiatry*, 9(1), p. 1. doi: 10.1186/1744-859X-9-1.
- Green, L.A. & Hickner, J. (2006). A short history of primary care practice based research networks: From concept to essential research laboratories. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 19, pp. 1-10.
- Hacker, K.A. (2013). *Community-Based Participatory Research*. Sage Publications.
- Iatraki, E., Simos, P.G., Lionis, C., Zaganas, I., Symvoulakis, E.K., Papastefanakis, E. et al. (2014). Cultural adaptation, standardization and clinical validity of the test your memory dementia screening instrument in Greek. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 37(3-4), pp. 163-180. Epub 24 October 2013. doi: 10.1159/000355376.
- Karalis, I.K., Alegakis, A.K., Kafatos, A.G., Koutis, A.D., Vardas, P.E. & Lionis, C.D. (2007). Risk factors for ischemic heart disease in a Cretan rural population: a twelve year follow-up study. *BMC Public Health*, 7, p. 351.
- Klemenc-Ketis, Z., Kurpas, D., Tsiligianni, I., Petrazzuoli, F., Jacquet, J.P., Buono, N., Lopez-Abuin, J. & Lionis, C. (2015). Is a practice-based rural research network feasible in Europe? *European Journal of General Practice*, 21 (3), 203-209. Epub 1 July 2015. doi: 10.3109/13814788.2015.1046376.
- Kousoulis, A.A., Symvoulakis, E.K. & Lionis, C. (2012). What Greece can learn from UK primary care experience and empirical research. *British Journal of General Practice*, 62(603), p. 543. doi: 10.3399/bjgp12X656928.

- Kousoulis, A.A., Angelopoulou, K.E. & Lionis C. (2013). Exploring health care reform in a changing Europe: lessons from Greece. *European Journal of General Practice*, 19(3), pp. 194-199. doi: 10.3109/13814788.2013.779663. Epub 12 April 2013.
- Koutis, A.D., Isacson, A., Lindholm, L.H., Lionis, C.D., Svenninger, K. & Fioretos M. (1991). Use of primary health care in Spili, Crete, and in Dalby, Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 9(4), pp. 297-302.
- Koutis, A.D., Isacson, A., Lionis, C.D., Lindholm, L.H., Svenninger, K. & Fioretos, M. (1993). Differences in the diagnose panorama in primary health care in Dalby, Sweden and Spili, Crete. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 21(1), pp. 51-58.
- Krindos, D.S., Boerma, W.G., Hutchinson, A., van der Zee, J. & Groenewegen, P.P. (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10, p. 65.
- Lagiou, A. & Parava, M. (2008). Correlates of childhood obesity in Athens, Greece. *Public Health Nutrition*, 11(9), pp. 940-945. doi: 10.1017/S1368980008002462. Epub 19 May 2008. PubMed PMID: 18489810.
- Lagiou, A., Samoli, E., Georgila, C., Minaki, P., Barbouni, A., Tzonou, A., Trichopoulos, D. & Lagiou, P. (2008). Occupational physical activity in relation with prostate cancer and benign prostatic hyperplasia. *European Journal of Cancer Prevention*, 17(4), pp. 336-339. doi: 10.1097/CEJ.0b013e3282f5221e. PubMed PMID: 18562958.
- Lagiou, A. & Trichopoulos, D (2010). Active and passive smoking and cancer of the breast. In Boyle, P., Gray, N., Henningfield, J., Seffrin, J. & Zatonski W. (Eds), *Tobacco and Public Health: Science and Policy*. Oxford: Oxford University press.
- Lionis, C., Kafatos, A., Vlachonikolis, J., Vakaki, M., Tzortzi, M. & Petraki, A. (1991). The effects of a health education intervention program among Cretan adolescents. *Preventive Medicine*, 20(6), pp. 685-699.
- Lionis, C., Koulentaki, M., Biziagos, E. & Kouroumalis, E. (1997). Current prevalence of hepatitis A, B and C in a well-defined area in rural Crete, Greece. *Journal of Viral Hepatitis*, 4(1), pp. 55-61.
- Lionis, C. & Trell, E. (1999). Health needs assessment in general practice: the Cretan approach. *European Journal of General Practice*, 5, pp. 75-77.
- Lionis, C., Vlachonikolis, I.G., Skliros, S., Symeonidis, A., Merkouris, B.P. & Kouroumalis, E. (2000). Do undefined sources of hepatitis C transmission exist? The Greek study in General Practice. *Journal of Viral Hepatitis*, 7(3), pp. 218-224.
- Lionis, C., Stoffers, H.E., Hummers-Pradier, E., Griffiths, F., Rotar-Pavlic, D. & Rethans JJ. (2004). Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *Family Practice*, 21(5), pp. 587-593.
- Lionis, C., Thireos, E., Antonopoulou, M., Rovithis, E., Philalithis, A. & Trell, E. (2006). Assessing university students' health needs: lessons learnt from Crete, Greece. *European Journal of Public Health*, 16(1), p. 112. Epub 23 January 2006.
- Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., Souliotis, K. & Kyriopoulos, I. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 9, p. e88.
- Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Vardavas, C.I. (2010). Implementing family practice research in countries with limited resources: a stepwise model experienced in Crete, Greece. *Family Practice*, 27(1), pp. 48-54. doi: 10.1093/fampra/cmp078. Epub 1 November 2009.
- Lionis, C.D., Vardavas, C.I., Symvoulakis, E.K., Papadakaki, M.G., Anastasiou, F.S., Antonopoulou, M.D. et al. (2011). Measuring the burden of herpes zoster and post herpetic neuralgia within primary care in rural Crete, Greece. *BMC Family Practice*, 12, p. 136. doi: 10.1186/1471-2296-12-136.



- Lionis, C., Petelos, E., Shea, S., Bagiartaki, G., Tsiligianni, I.G., Kamekis, A. et al. (2014). Irrational prescribing of over-the-counter (OTC) medicines in general practice: testing the feasibility of an educational intervention among physicians in five European countries. *BMC Family Practice*, 15, p. 34. doi: 10.1186/1471-2296-15-34.
- Luker, K.A. & Orr, J. (2012). *Health Visiting: A Rediscovery*. Wiley-Blackwell Publications.
- Mariolis, A., Merkouris, B. & Lionis, C. (2004). Introducing general practice in urban Greece: focus on morbidity profile. *European Journal of General Practice*, 10(3), pp. 105-106.
- Mariolis, A., Mihas, C., Alevizos, A., Mariolis-Sapsakos, T., Marayiannis, K., Papathanasiou, M., Gizlis, V., Karanasios, D. & Merkouris, B. (2008). Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece. *BMC Health Services Research*, 8, p. 124. doi: 10.1186/1472-6963-8-124.
- Markaki, A., Alegakis, A., Antonakis, N., Kalokerinou-Anagnostopoulou, A., Lionis, C. (2009). Exploring training needs of nursing staff in rural Cretan primary care settings. *Applied Nursing Research*, 22, pp. 138-143.
- Mays, N. & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*, 320(7226), pp. 50-52.
- Meyer, J. (2000). Qualitative research in health care. Using qualitative methods in health related action research. *BMJ*, 320(7228), pp. 178-181.
- Mold, J.W. & Peterson, K.A. (2005). Primary care practice-based research networks: working at the interface between research and quality improvement. *Annals of Family Medicine*, 3 (suppl. 1), pp. S12-S20.
- Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) (2014). About CaRe / Educational context. Διαθέσιμο στο <http://www.researchschoolcare.nl/en/about-care/educationalcontext.aspx> (πρόσβαση 20/02/2015).
- North American Primary Care Research Group (2004). Future of Family Medicine Recommendations Confirm Need for Increased Research from Family Physicians. *Annals of Family Medicine*, 2, pp. 282-283.
- Oikonomidou, E., Anastasiou, F., Pilpilidis, I., Kouroumalis, E. & Lionis, C. (2011). Upper gastrointestinal endoscopy for dyspepsia: Exploratory study of factors influencing patient compliance in Greece. *BMC Gastroenterology*, 11, p. 11.
- Papathanasiou, A., Koutsovasilis, A., Shea, S., Philalithis, A., Papavasiliou, S., Melidonis, A. & Lionis, C. (2014). The Problem Areas in Diabetes (PAID) scale: psychometric evaluation survey in a Greek sample with type 2 diabetes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), pp. 345-353. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01875.x. Epub 17 February 2012.
- Pope, C., Ziebland, S. & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ*, 320(7227), pp. 114-116.
- Primary care practice-based research networks*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014. Διαθέσιμο στο: <http://pbrn.ahrq.gov/> (πρόσβαση 12/08/2015).
- Russell, G., Geneau, R., Johnston, S., Liddy, C., Hogg, W., & Hogan, K. (2007). *Mapping the future of primary healthcare research in Canada*. Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation.
- Samoli, E., Lagiou, A., Nikolopoulos, E., Lagogiannis, G., Barbouni, A., Lefantzis, D., Trichopoulos, D., Brennan, P. & Lagiou, P. (2010). Mediterranean diet and upper aerodigestive tract cancer: the Greek segment of the Alcohol-Related Cancers and Genetic Susceptibility in Europe study. *British Journal of Nutrition*, 104(9), pp. 1369-1374. doi: 10.1017/S0007114510002205. Epub 26 May 2010. PubMed PMID: 20500931.
- Sapouna, V., Dafermos, V., Chatziarsenis, M., Vivilaki, V., Bitsios, P., Schene, A.H. & Lionis, C. (2013). Assessing the burden of caregivers of patients with mental disorders: translating and validating the

involvement evaluation questionnaire into Greek. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), p. 3. doi: 10.1186/1744-859X-12-3.

- Stewart, M., Wuite, S., Ramsden, V., Burge, F., Beaulieu, M.D., Fortin, M., & Wong, S. (2014). Transdisciplinary understandings and training on research: Successfully building research capacity in primary health care. *Canadian Family Physician*, 60, pp. 581-582.
- Stigler F., & Werni, A. (2008). *The primary care research guide*. Global Family Doctor: WONCA.
- Thomas, A., Menon, A., Boruff, J., Rodriguez, A.M. & Ahmed, S. (2014). Applications of social constructivist learning theories in knowledge translation for healthcare professionals: a scoping review. *Implementation Science*, 9, p. 54.
- Trouli, M.N., Vernon, H.T., Kakavelakis, K.N., Antonopoulou, M.D., Paganas, A.N. & Lionis, C.D. Translation of the Neck Disability Index and validation of the Greek version in a sample of neck pain patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9, p. 106. doi: 10.1186/1471-2474-9-106.
- Tsiantou, V., Moschandreas, J., Bertias, A., Papadakaki, M., Saridaki, A., Agius, D. et al. (2015). General practitioners' intention to prescribe and prescribing patterns in selected European settings: The OTCSOCIOMED project. *Health Policy*, 119(9), 1265-1274. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.06.006. Epub 4 July 2015.
- UK academy of Medical Sciences (2009). *Research in General Practice: Bringing innovation into patient care*.
- Vivilaki, V.G., Dafermos, V., Kogevas, M., Bitsios, P. & Lionis, C. (2009). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample. *BMC Public Health*, 9, p. 329. doi: 10.1186/1471-2458-9-329.
- Van Royen, P., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L. et al. (2011). Series: The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 6: reaction on commentaries – how to continue with the Research Agenda? *European Journal of General Practice*, 17(1), pp. 58-61. doi: 10.3109/13814788.2011.552974.
- Van Royen, P., Rees, C.E. & Groenewegen, P. (2014). Patient - centred interprofessional collaboration in primary care: challenges for clinical, educational and health services research. An EGPRN keynote paper. *European Journal of General Practice*, 20, pp. 327-332.
- Yamazaki, H., Slingsby, B.T., Takahashi, M., Hayashi, Y., Sugimori, H. & Nakayama, T. (2009). Characteristics of qualitative studies in influential journals of general medicine: a critical review. *BioScience Trends*, 3(6), pp. 202-209.
- World Health Organisation (2008). *Primary Health Care*. Now more than ever.

## Κεφάλαιο 14

# Νομοθετικό πλαίσιο της ομάδας υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και στο διεθνές περιβάλλον

**Β. Σ. Βελονάκη, Θ. Αδαμακίδου**

### Στόχοι κεφαλαίου

*Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να αναγνωρίζει τα βασικά νομοθετήματα που ρυθμίζουν την ΠΦΥ και τον ρόλο της ομάδας στην ΠΦΥ, να εντοπίζει ελλείψεις στην ελληνική νομοθεσία σχετικά με την ομάδα υγείας της ΠΦΥ και να έχει μια εικόνα σχετικά με τον ρόλο της ομάδας υγείας σε άλλες χώρες.*

### Περίληψη κεφαλαίου

*Για τη διασφάλιση της υγείας των πολιτών και την προώθηση της κοινωνικής ευημερίας, το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω της ΠΦΥ. Σε αυτό το κεφάλαιο περιγράφεται το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο το οποίο διέπει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα, και συγκεκριμένα το νομοθετικό πλαίσιο που ρυθμίζει τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας και της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στην πρόσφατη προσπάθεια οργάνωσης ενός ενιαίου και ισχυρού συστήματος ΠΦΥ με τον νόμο 4238/2014. Συγκεκριμένα, αναζητούνται διατάξεις που να συμβάλλουν στην παροχή ΠΦΥ από ομάδα επαγγελματιών υγείας με σαφή και διακριτά καθήκοντα και ρόλους, αλλά και με κοινό πεδίο δράσης και συνεργασίας για την παροχή της βέλτιστης για τον γενικό πληθυσμό φροντίδας. Επίσης, γίνονται συγκρίσεις με την αντίστοιχη πραγματικότητα σε άλλες χώρες. Σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο, τόσο στα πλαίσια της εκπαίδευσης όσο και στα πλαίσια παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, η διεπιστημονική και διεπαγγελματική συνεργασία φαίνεται να αποτελεί προτεραιότητα, ενώ ο ρόλος κάθε επαγγελματία υγείας φαίνεται να είναι σαφώς ορισμένος.*

### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

*Νομοθεσία, ΠΦΥ, διεπιστημονική ομάδα, διεπιστημονική συνεργασία, διεθνές περιβάλλον.*

## 14.1 Εισαγωγή

Για τη διασφάλιση της υγείας των πολιτών και την προώθηση της κοινωνικής ευημερίας, το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω της ΠΦΥ (Ν. 4238/2014, άρθρο 1). Ήδη από το 1978, με τη Διακήρυξη της Άλμα-Ατα, υπήρξε κοινή αποδοχή σε διεθνές επίπεδο ότι η ΠΦΥ αποτελεί κλειδί για την επίτευξη ενός επιπέδου υγείας για όλους τους ανθρώπους, το οποίο θα επιτρέπει έναν κοινωνικό και οικονομικά παραγωγικό βίο. Η Διακήρυξη της Άλμα-Ατα υιοθετήθηκε από όλα τα κράτη-μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και τη UNICEF (Φιλαλήθης, 2008). Στην υιοθέτηση της Διακήρυξης, η οποία αποτέλεσε το έναυσμα για τον επαναπροσανατολισμό των πολιτικών υγείας των διαφόρων χωρών, δεν ανταποκρίθηκαν όλες οι χώρες με εξίσου αποτελεσματικό τρόπο. Για παράδειγμα, η Σουηδία, αντίθετα από τη χώρα μας, κατάφερε να επιτύχει ένα καλά ανεπτυγμένο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).

Στα πλαίσια της ΠΦΥ λαμβάνουν χώρα, μεταξύ άλλων, ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις με σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση προβλημάτων υγείας χωρίς νοσηλεία στο νοσοκομείο (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Για την εκτέλεση πράξεων τέτοιου εύρους και για την παροχή ολιστικής, συντονισμένης και αποτελεσματικής ΠΦΥ απαιτείται η συνεργασία διαφορετικών επαγγελματιών υγείας με σαφώς ορισμένους από τη νομοθεσία ρόλους.

Στην Ελλάδα η ΠΦΥ ρυθμίζεται από αρκετά νομοθετήματα. Στα πλαίσια αυτού του κεφαλαίου γίνεται αναζήτηση των βασικών νομοθετημάτων που ρυθμίζουν την ΠΦΥ στη χώρα μας και διερευνάται αν αυτά περιλαμβάνουν ρυθμίσεις σχετικά με την ομάδα υγείας της ΠΦΥ. Ακολουθεί σύγκριση με την αντίστοιχη πραγματικότητα σε άλλες χώρες.

## 14.2 Βασική νομοθεσία για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Από την αναζήτηση της νομοθεσίας στη χώρα μας μέχρι το 1983 δεν προέκυψε νομοθέτημα που να χρησιμοποιεί τον όρο «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Αυτό δεν σημαίνει ότι μέχρι τότε δεν παρέχονταν υπηρεσίες ΠΦΥ. Εκείνη την εποχή ήδη λειτουργούσαν κέντρα υγείας, πολυϊατρεία, υγειονομικοί σταθμοί και αγροτικά ιατρεία τα οποία παρείχαν υπηρεσίες ΠΦΥ. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στο Βασιλικό Διάταγμα 196/1969 (ΦΕΚ 53/26-03-1969) προβλέπεται ότι η «επισκέπτρια αδελφή» απασχολείται, μεταξύ άλλων, σε κέντρα κοινωνικής πολιτικής, πολυϊατρεία, κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία, υγειονομικούς σταθμούς, υπηρεσίες προστασίας μητρότητας και παιδιού βρεφικής, νηπιακής και προσχολικής ηλικίας, σε οργανισμούς δηλαδή και υπηρεσίες που παρέχουν κατεξοχήν ΠΦΥ. Μάλιστα, υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονταν από πολύ παλαιότερα. Ήδη από το 1923 (Βασιλικό Διάταγμα 4, ΦΕΚ 328/τ. Α΄/14-11-1923), υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονταν από τα υγειονομικά εργαστήρια και από τους νομιάτρους.

Ο όρος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» εμφανίζεται για πρώτη φορά με τον νόμο 1397/1983, όπου προβλέπεται ότι η δημόσια περίθαλψη διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια), η οποία παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία τους και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, και σε νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια), η οποία παρέχεται από τα νοσοκομεία. Με τον νόμο αυτό γίνεται μια πρώτη προσπάθεια οργάνωσης της ΠΦΥ με την κατάργηση όλων των μονάδων ΠΦΥ που λειτουργούσαν μέχρι τότε, πλην των υγειονομικών σταθμών και των αγροτικών ιατρείων, και τη σύσταση κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων για την παροχή ισότιμης ΠΦΥ στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σ' αυτή. Παράλληλα, στον νόμο αυτό προβλέπεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και του οικογενειακού παιδίατρο, με δικαίωμα των πολιτών να επιλέγουν τον οικογενειακό τους ιατρό. Ο νόμος αυτός ουσιαστικά εισάγει τη βάση για την παροχή οργανωμένης ΠΦΥ στη χώρα μας. Οι νομοθετικές ρυθμίσεις που ακολούθησαν αφορούσαν κυρίως οργανωτικές τροποποιήσεις που λίγο συνέβαλαν στη βελτίωση της παρεχόμενης ΠΦΥ (Ποτήρης & Σαράφης, 2014). Ωστόσο, όσο σημαντικός κι αν είναι αυτός ο νόμος για την ΠΦΥ, δεν κάνει καμία μνεία στο προσωπικό υγείας πλην του ιατρικού, με εξαίρεση τους επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τα κέντρα ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, ο νόμος αναφέρει ότι αυτά στελεχώνονται από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και λοιπούς επαγγελματίες υγείας ή διοικητικό ή βοηθητικό προσωπικό, χωρίς περαιτέρω λεπτομέρειες σχετικά με τον ρόλο τους.

Ακολούθησε ο νόμος 1579/1985, ο οποίος περιλαμβάνει ολόκληρο κεφάλαιο με τίτλο «Πρωτοβάθμια Φροντίδα» (κεφάλαιο ε΄). Ο νόμος αυτός προβλέπει, μεταξύ άλλων, τη —με νομοθετική εξουσιοδότηση— σύσταση μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και ρυθμίζει διαδικαστικά θέματα. Ο νόμος δεν κάνει αναφορά στον ρόλο των επαγγελματιών υγείας και στην ομάδα της ΠΦΥ, προβλέπει όμως τη δυνατότητα εκπαίδευσης αυτών στην Ελλάδα ή το εξωτερικό (άρθρο 13).

Στον νόμο 2519/1997, ο οποίος έλαβε υπόψη το πόρισμα της έκθεσης της Ειδικής Επιτροπής Ξένων Εμπειρογνομόνων, στο άρθρο 31, γίνεται αναφορά στην ανάπτυξη «δικτύων» στην ΠΦΥ για τη λειτουργική και επιστημονική διασύνδεση των υπηρεσιών με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Η στελέχωση των δικτύων ΠΦΥ προβλεπόταν να γίνεται από πολλούς διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας. Στο άρθρο 5, παράγραφος 3, του ίδιου νόμου για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας της περιφέρειας αναφέρεται ότι αυτές στελεχώνονται από διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας αλλά και από το αναγκαίο διοικητικό, τεχνικό και βοηθητικό προσωπικό. Το άρθρο 3, παράγραφος 3, του ίδιου νόμου για τη διάρθρωση και τον σκοπό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας αναφέρεται στη συνεργασία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας με υπηρεσίες πρόνοιας και κοινωνικής προστασίας, ενώ το άρθρο 7 για τις υπηρεσίες σχολικής υγείας αναφέρει ότι στη διεύθυνση και στα γραφεία σχολικής υγείας μπορούν να τοποθετούνται διαφορετικοί επαγγελματίες υγείας. Αξιοσημείωτη είναι η αναφορά στον νόμο αυτό στη συνεργασία και δικτύωση υπηρεσιών ΠΦΥ αλλά και η απουσία αναφοράς στη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και τη λειτουργία τους ως ομάδα.

Ένας νόμος-σταθμός για την ΠΦΥ υπήρξε ο 3235/2004, ο οποίος αποτέλεσε μια σημαντική προσπάθεια οργάνωσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα και ο οποίος περιλαμβάνει διατάξεις για τον σκοπό και το περιεχόμενο της ΠΦΥ και τις υπηρεσίες που την παρέχουν. Το άρθρο 7 περιλαμβάνει διατάξεις που αφορούν τον οικογενειακό και προσωπικό ιατρό και το άρθρο 8 αναφέρεται στο έργο του νοσηλευτή στην ΠΦΥ. Συγκεκριμένα, για πρώτη φορά γίνεται λόγος για συνεπικύρωση του οικογενειακού ιατρού από νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας.

Παρά το γεγονός ότι οι προαναφερθέντες νόμοι περιλαμβάνουν πολλές και σημαντικές ρυθμίσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μια ισχυρότερη ΠΦΥ στη χώρα μας, είτε αυτοί δεν εφαρμόστηκαν είτε εφαρμόστηκαν αποσπασματικά. Μια τελευταία προσπάθεια οργάνωσης ενός ισχυρού συστήματος ΠΦΥ έγινε

το 2014, με τον νόμο 4238/2014, και συμπληρώθηκε στις 20 Ιανουαρίου 2015 με υπουργική απόφαση (Γ3α/οικ.3579), όπως αναφέρεται αναλυτικότερα στη συνέχεια.

#### **14.2.1 Η πρόσφατη νομοθεσία (2014-2015) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου 4238/2014, οι υπηρεσίες ΠΦΥ σε δημόσιο επίπεδο παρέχονται μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας (ΔΥΠε). Στον νόμο αυτό (άρθρο 1) ορίζεται ότι στις υπηρεσίες ΠΦΥ περιλαμβάνονται:

- Όλες οι σχετικές υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Η εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, η καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και η προαγωγή υγείας.
- Η παροχή πρώτων βοηθειών.
- Η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.
- Η παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.
- Η τακτική παρακολούθηση και η διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα.
- Οι υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, καθώς και οι υπηρεσίες αποκατάστασης.
- Ο οικογενειακός προγραμματισμός και οι υπηρεσίες μητέρας-παιδιού.
- Η παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.
- Η διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- Η πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη.
- Η υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

Η υπουργική απόφαση Γ3α/οικ. 3597 (ΦΕΚ 93/τ. Β΄/20-01-2015) προβλέπει την επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική διασύνδεση όλων των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ που αποτελούν το ΠΕΔΥ με τα νοσοκομεία της ΔΥΠε στην οποία υπάγονται, με σκοπό την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πολίτη, τον προσανατολισμό και τη βελτίωση της πρόσβασης στο σύστημα υγείας και την ολοκληρωμένη ανατροφοδότηση ως προς την πορεία της υγείας του σε τρεις άξονες υπηρεσιών υγείας: τις περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών, τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και τη βελτίωση και προαγωγή της υγείας των πολιτών. Μάλιστα, στην απόφαση αυτή, στο πλαίσιο της νοσηλευτικής διασύνδεσης και της συνέχειας της φροντίδας, προσδιορίζεται αναλυτικά η διαδικασία παραπομπής των περιστατικών από τις δημόσιες δομές της ΠΦΥ στα νοσοκομεία αναφοράς.

##### **14.2.1.1 Ο νόμος 4238/2014 για τους επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Στο άρθρο 4 του νόμου 4238/2014 προβλέπεται ότι οι υπηρεσίες ΠΦΥ του ΠΕΔΥ παρέχονται από οικογενειακούς ιατρούς και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, από οδοντίατρους, μαιείς, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγους/διατροφολόγους, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων, βοηθούς ιατρικών και βιολογικών εργαστηρίων, χειριστές ιατρικών συσκευών, ραδιολόγους/ακτινολόγους, οδοντοτεχνίτες και λοιπό υγειονομικό και παραϊατρικό προσωπικό. Προβλέπει επίσης ότι οι ως άνω επαγγελματίες υγείας απαρτίζουν την ομάδα της ΠΦΥ έχοντας διακριτούς ρόλους και όντας επαρκώς εκπαιδευμένοι, ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε επίπεδο κοινότητας, χωρίς να συγκεκριμενοποιεί τον ρόλο του κάθε επαγγελματία υγείας στην ομάδα της ΠΦΥ. Επομένως, ως προς τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας τυγχάνουν εφαρμογής προγενέστερα ή/και γενικότερα νομοθετήματα, όπως αυτά που αναφέρονται στα επαγγελματικά δικαιώματα του κάθε κλάδου, με αποτέλεσμα σε ορισμένες περιπτώσεις να διαιωνίζονται ασάφειες της υπάρχουσας μέχρι τότε νομοθεσίας (βλ. σχετικά κεφάλαια).

Εξαιρέση ίσως σε αυτό αποτελεί ο οικογενειακός ιατρός, στον οποίο ο νόμος 4238/2014 (άρθρο 5) κάνει ειδική μνεία. Δεν είναι η πρώτη φορά που προβλέπεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού στην ελληνική νομοθεσία. Ωστόσο, αν και προγενέστεροι νόμοι (Ν. 1397/1983, Ν. 3235/2004) κάνουν σχετική αναφορά στον ρόλο και στα καθήκοντα του οικογενειακού ιατρού, η εφαρμογή των σχετικών διατάξεων στην καθημερινή πρακτική είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Με τον νόμο 4238/2014 γίνεται μια επιπλέον προσπάθεια ενίσχυσης και συγκεκριμενοποίησης του ρόλου του οικογενειακού ιατρού. Συγκεκριμένα, προβλέπεται ότι στον ρόλο του οικογενειακού ιατρού περιλαμβάνονται η διαχείριση χρόνιων καταστάσεων στην κοινότητα, η διαχείριση παραγόντων κινδύνου και υπηρεσιών φροντίδας και αποκατάστασης, ο συντονισμός και η διασύνδεση με άλλους ειδικούς ιατρούς ή με νοσοκομεία, η υποστήριξη, ο προσανατολισμός και η καθοδήγηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας μέσα στο σύστημα υγείας, η παραπομπή τους σε ειδικούς ιατρούς και σε ειδικές υπηρεσίες, η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου και εμβολιασμού και η δημιουργία και τήρηση ηλεκτρονικού ατομικού φακέλου υγείας. Ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να έχει τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας ή Παιδιατρικής και παρέχει τις υπηρεσίες του στις δομές ΠΦΥ των τοπικών δικτύων ΠΦΥ, στο ιδιωτικό του ιατρείο ή κατ' οίκον. Σε συμφωνία με την προγενέστερη νομοθεσία (Ν. 1397/1983, Ν. 2519/1997, Ν. 3235/2004) και την εισήγηση της επιστημονικής επιτροπής για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της ΠΦΥ (Σουλιώτης και συν., 2013), η επιλογή του οικογενειακού ιατρού αποτελεί δικαίωμα και όχι υποχρέωση των πολιτών. Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού είναι ευρύτατα διαδεδομένος και σημαντικός σε άλλες χώρες (Masseria et al., 2009) και δεν είναι λίγοι εκείνοι που ευελπιστούν ότι με την υπάρχουσα νομοθεσία ο θεσμός αυτός θα εδραιωθεί και στην Ελλάδα.

Οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες στη χώρα μας τροφοδοτούν την ανάγκη αναδιάρθρωσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και, κυρίως, των δημόσιων υπηρεσιών ΠΦΥ, οι οποίες την αναδεικνύουν ως κεντρικό πυλώνα του συστήματος υγείας. Σε μια τέτοια προσπάθεια, στην πρόσφατη εισήγηση της ομάδας εργασίας για την ανάπτυξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα, η ομάδα υγείας αποτελεί λειτουργικό πυρήνα της ΠΦΥ διασφαλίζοντας τη διεπιστημονική και διεπαγγελματική συνεργασία για την κάλυψη των αναγκών των χρηστών και την παροχή μεγάλου εύρους υπηρεσιών για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (Αντωνιάδου και συν., 2015).

#### **14.2.2 Ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας**

Μία από τις υποχρεώσεις που ο νόμος 4238/2014 αναθέτει στον οικογενειακό ιατρό αποτελεί η κατάρτιση ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, ο οποίος καθιερώθηκε για όλους τους Έλληνες πολίτες (άρθρο 51). Ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος περιέχει το συνοπτικό ιστορικό υγείας κάθε πολίτη, καθώς και όλα τα έγγραφα που περιέχουν δεδομένα, εκτιμήσεις και πληροφορίες κάθε είδους σχετικά με την κατάσταση και την κλινική εξέλιξη του ασθενούς κατά τη διαδικασία της περίθαλψης και προβλέπονται από τον νόμο 4213/2013. Εκτός από τον οικογενειακό ιατρό, ο φάκελος υγείας μπορεί να καταρτίζεται και από το ιατρικό προσωπικό της μονάδας υγείας στην οποία παρακολουθείται ο ασθενής. Οι ιατροί υποχρεούνται να τηρούν και να ενημερώνουν τους φακέλους των ασθενών με τις πληροφορίες για την παρακολούθηση, θεραπεία και αποκατάστασή τους. Πέρα από τον ίδιο τον πολίτη, πρόσβαση στις πληροφορίες του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας διαθέτει ο εκάστοτε οικογενειακός ιατρός του, καθώς και ο θεράπων επαγγελματίας υγείας κατά την επίσκεψη του πολίτη σε δημόσια ή ιδιωτική μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι νομοθετικές αυτές προβλέψεις είναι ιδιαίτερα σημαντικές καθώς εξασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας και την πρόσβαση των επαγγελματιών υγείας που φροντίζουν τον ασθενή στις απαραίτητες πληροφορίες, ώστε να μπορούν να παρέχουν πιο συντονισμένη και αποτελεσματική φροντίδα. Με την καθιέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας θεωρείται ότι θα καταστεί εφικτή η αξιοποίηση ιατρικών πληροφοριών τόσο για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών, όσο και για την πληρέστερη και ακριβέστερη αποτύπωση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού σε τοπικό, περιφερειακό ή εθνικό επίπεδο. Τα δεδομένα του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας θεωρούνται ιδιοκτησία του πολίτη, υπόκεινται στις αρχές του απορρήτου και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων και τηρούνται ασφαλώς, υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με τον νόμο 2472/1997 και τον νόμο 3471/2006. Ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας δεν εισάγεται για πρώτη φορά με τον νόμο 4238/2014. Σχετική αναφορά γίνεται ήδη στον νόμο 3235/2004, χωρίς όμως να ορίζονται ρητά οι σχετικές υποχρεώσεις του οικογενειακού ιατρού.

### **14.3 Η ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο διεθνές περιβάλλον: Διεπιστημονική ομάδα και συνεργασία**

Οι στόχοι του ΠΟΥ «Υγεία για Όλους», όπως διατυπώθηκαν το 1985, αποτελούν σαφείς αναφορές για την ανάγκη συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας στην εκπαίδευση, στην πρακτική και στην ανάπτυξη δικτύων με άλλους τομείς, όπως η κοινωνική φροντίδα και πρόνοια (WHO, 1985). Αργότερα, στο «Υγεία 21» (WHO, 1999), υπάρχουν πολλές αναφορές για την ανάγκη ανάπτυξης πλαισίου συνεργασίας για ολοκληρωμένη προσέγγιση, συνεργασία και κοινές αξίες (Tope & Thomas, 2007).

Σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο υπάρχει η τάση για ενίσχυση του ρόλου της ομάδας στην ΠΦΥ και των επιμέρους επαγγελματιών υγείας, με τους νοσηλευτές να εμπλέκονται όλο και περισσότερο στην παροχή φροντίδας (American Association of Nurse Practitioners 2015· Masseria et al., 2009). Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ, εξειδικευμένοι νοσηλευτές (nurse practitioners) καλύπτουν μεγάλο μέρος της παρεχόμενης ΠΦΥ (American Association of Nurse Practitioners, 2015). Η ελληνική νομοθεσία, ωστόσο, δεν φαίνεται να βρίσκεται σε αυτήν την κατεύθυνση, αφού στα πιο πρόσφατα νομοθετήματα γίνεται ελάχιστη ή και καθόλου αναφορά στον ρόλο της ομάδας στην ΠΦΥ και δεν ενισχύεται ούτε συγκεκριμενοποιείται ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, πλην του οικογενειακού ιατρού.

Γενικότερα, πρόσφατες οδηγίες και πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΠΟΥ εστιάζουν στην ανάγκη διεπαγγελματικής (interprofessional), διπηρεσιακής (interagency) και διατομεακής (intersectoral) συνεργασίας και πρακτικής στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας (Tope & Thomas, 2007).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι στην Οδηγία 36 του 2005 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων του γενικού ιατρού, του νοσηλευτή υπεύθυνου για γενική περίθαλψη, του οδοντίατρου, του κτηνίατρου, της μαιάς/του μαιευτή και του φαρμακοποιού, αναφορά στην ιδιότητα μέλους της ομάδας υγείας ή συντονιστή αυτής γίνεται μόνο για τον νοσηλευτή υπεύθυνο για τη γενική νοσηλεία. Η Οδηγία αυτή ενσωματώθηκε στην ελληνική νομοθεσία με το Προεδρικό Διάταγμα 38/2010. Η διάταξη αυτή αποτελεί ενδεχομένως μια άμεση αναγνώριση του καίριου ρόλου του νοσηλευτή στην παροχή φροντίδας αλλά και στον συντονισμό και στη συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας στην οποία ανήκει. Άλλωστε, όπως προαναφέρθηκε, στο εξωτερικό οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές διαθέτουν προηγμένες δεξιότητες (π.χ. συνταγογράφηση φαρμάκων) και διατελούν τους σύνθετους ρόλους τους με μεγάλο βαθμό αυτονομίας.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Οδηγία 36, στην κλινική εκπαίδευση του νοσηλευτή υπεύθυνου για τη γενική νοσηλεία (άρθρο 31) «ο εκπαιδευόμενος μαθαίνει όχι μόνο να αποτελεί μέλος μιας ομάδας αλλά και να είναι επικεφαλής ομάδας που οργανώνει τη συνολική νοσηλευτική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής εκπαίδευσης για τα μεμονωμένα άτομα και τις μικρές ομάδες, στο πλαίσιο του υγειονομικού φορέα ή εντός της κοινότητας». Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, η προϋπόθεση για «ανάπτυξη ικανοτήτων για πιο ανεξάρτητη εργασία» των νοσηλευτών επισημαίνεται στην παράγραφο 20 της Οδηγίας 55 του 2013 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου ως αποτέλεσμα της σημαντικής εξέλιξης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, της περίθαλψης σε επίπεδο κοινότητας, της χρήσης σύνθετων θεραπειών και της ανάπτυξης της τεχνολογίας. Οι εν λόγω οδηγίες διευρύνουν ακόμη περισσότερο το έργο του νοσηλευτή στην κοινότητα και τον εμπλέκουν ενεργά στην ανάληψη ηγετικού και συντονιστικού ρόλου μέσα στην ομάδα. Ενδιαφέρον προκαλεί η αναφορά στα προγράμματα σπουδών του νοσηλευτή υπεύθυνου για τη γενική περίθαλψη, του οδοντίατρου και του κτηνίατρου ότι «η διδασκαλία ενός ή περισσότερων από τα μαθήματα αυτά δύναται να εξασφαλίζεται στο πλαίσιο άλλων κλάδων ή σε σύνδεση με αυτούς», προάγοντας με αυτόν τον τρόπο τη διεπιστημονική εκπαίδευση.

Η διεπιστημονική εκπαίδευση είναι μια σημαντική προϋπόθεση για την αποτελεσματική οργάνωση και λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας στην καθημερινή πράξη. Ενδεικτικά, θα γίνει μια σύντομη αναφορά στη διεπιστημονική εκπαίδευση και συνεργασία σε επίπεδο νομοθεσίας σε χώρες της Ευρώπης και διεθνώς (Ploeg et al., 2014). Στην Ιαπωνία η διεπιστημονική εκπαίδευση προάγεται κυβερνητικά και ακαδημαϊκά, αλλά δεν έχει νομοθετηθεί ακόμη. Συγκεκριμένα, εννέα πανεπιστήμια ίδρυσαν το 2008 το δίκτυο Japan Inter Professional Working and Education Network (JIPWEN), το οποίο εφαρμόζει προγράμματα διεπιστημονικής εκπαίδευσης στα επαγγέλματα υγείας με επιχορήγηση από την ιαπωνική κυβέρνηση (Watanabe & Koizumi, 2010). Στη Δανία η αναζήτηση της διεπαγγελματικής συνεργασίας από το κοινό είχε ως αποτέλεσμα την έκδοση υπουργικής απόφασης για την ενσωμάτωση της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης στα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών στην εκπαίδευση, στην κοινωνική εργασία και στην υγεία. Χαρακτηριστικά αναφέρεται η συμμετοχή των ασθενών, της οικογένειας και των φροντιστών στα

προγράμματα διεπαγγελματικής εκπαίδευσης και, κυρίως, σε αυτά της κατ' οίκον φροντίδας και της φροντίδας στην κοινότητα (Hulgaard, 2010· Lidskog et al., 2009). Στη Σουηδία η διεπαγγελματική συνεργασία έχει νομοθετηθεί για τον τομέα της υγείας και κυρίως για τη φροντίδα των ηλικιωμένων, σε οργανισμούς φροντίδας υγείας, στην κοινότητα και στην κατ' οίκον φροντίδα, με τον πτυχιούχο νοσηλευτή ή τον κοινωνικό λειτουργό να αναλαμβάνουν ηγετικό ρόλο ως διαχειριστές περίπτωσης (case managers) (Duner, 2013). Στο Ηνωμένο Βασίλειο το εθνικό κέντρο Centre of Advanced Interprofessional Education (CAIPE) προάγει τη διεπαγγελματική εκπαίδευση σε πανεπιστήμια και χώρους εργασίας (Department of Health, 2010). Στον Καναδά το 2006 συντάχθηκε κυβερνητική επιτροπή για την υλοποίηση της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης, στην οποία συμμετείχαν εκπρόσωποι από την πολιτική ηγεσία, ακαδημαϊκοί, επαγγελματικοί φορείς, ασθενείς και οικογένειες (Health Force Ontario, 2007· Ploeg et al., 2014). Χαρακτηριστικά, χώρες με αναπτυγμένο δίκτυο ΠΦΥ, όπως η Σουηδία, η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία, η Ολλανδία, η Δανία, διαθέτουν πολλά προγράμματα προαγωγής της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο στα επαγγέλματα υγείας και αφορούν κυρίως τη φροντίδα στην κοινότητα.

#### 14.4 Σύνοψη

Αν και διαχρονικά έχουν ληφθεί αρκετές νομοθετικές πρωτοβουλίες για την οργάνωση της ΠΦΥ στην Ελλάδα, στην πραγματικότητα είτε οι νόμοι αυτοί δεν εφαρμόστηκαν είτε δεν είχαν την απαιτούμενη πληρότητα ώστε να οδηγήσουν στην οργάνωση και εδραίωση ενός ισχυρού συστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας. Η ελληνική νομοθεσία για την ΠΦΥ εξακολουθεί να είναι κατακερματισμένη, πολλές από τις υπάρχουσες διατάξεις δεν έχουν εφαρμοστεί ποτέ και συχνά δεν είναι σαφές ποιες διατάξεις καταργούν, τροποποιούν ή συμπληρώνουν προγενέστερες. Διαχρονικά, στα περισσότερα νομοθετήματα δεν γίνεται καμία αναφορά στην ομάδα της ΠΦΥ. Μια τελευταία προσπάθεια οργάνωσης ενός ενιαίου και ισχυρού συστήματος ΠΦΥ έγινε το 2014 με τον νόμο 4238. Ούτε όμως και στον νόμο αυτό περιλαμβάνονται οι απαραίτητες διατάξεις ώστε να καθιερωθεί η παροχή ΠΦΥ από ομάδα επαγγελματιών υγείας με σαφή και διακριτά καθήκοντα και ρόλους αλλά και με κοινό πεδίο δράσης και συνεργασίας για την παροχή της βέλτιστης για τον γενικό πληθυσμό φροντίδας.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Αδαμακίδου, Θ. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 47(3), σσ. 320-333.
- Αντωνιάδου, Α., Ξούτης, Α., Λιονής, Χ., Μυλωνέρος, Θ., Παναγιωτόπουλος, Τ. & Μπένος, Α. (2015). *Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: εκδότες οι συγγραφείς.
- Γιανασμίδης, Α & Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1), σσ. 106-115.
- Ποτήρης, Α. & Σαράφης, Π. (2014). Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6(3), σσ. 116-121.
- Σουλιώτης, Κ., Θηραϊός, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδακάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ. & Ψαλτοπούλου Θ. (2013). Επιστημονική επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα.
- Φιλαλήτης, Α. (2008). 30 χρόνια μετά την Άλμα-Άτα: Ένα ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 20(3), σσ. 108-110.

### Ξένα

- American Association of Nurse Practitioners (2015). *Nurse practitioners in primary care*. Διαθέσιμο στο: <http://www.aanp.org/images/documents/publications/primarycare.pdf>, <http://www.aanp.org/publications/position-statements-papers> .
- Department of Health (2010). *Liberating the NHS: developing the healthcare workforce*. England, UK: Department of Health. Ανακτήθηκε από: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/consultations/liveconsultations/dh\\_12\\_2590](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/consultations/liveconsultations/dh_12_2590) (πρόσβαση 15/07/2015).
- Duner, A. (2013). Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: a study of interprofessional collaboration and professional boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), pp. 246-253.
- Health Force Ontario (2007). *Interprofessional Care: A Blueprint for Action in Ontario*. Final Report of the Interprofessional Care Steering Committee. Ανακτήθηκε από: <http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolicymakersResearchers/ipc-blueprint-july-2007-en.pdf>
- Hulgaard, E. (2010). *An Interprofessional Learning Module in Education, Social and Health BA Programmes at VIA University College* (pp. 1–6) [Working paper]. Ανακτήθηκε από: <http://viauc.com/schools-faculties/faculty-of-education-and-social-studies/Documents/leonardo/project-results/interprofessional-learning-working-paper-esben-hulgaard.pdf> (πρόσβαση 15/07/2015).
- Lidskog, M., Löfmark, A. & Ahlström, G. (2009). Learning through participating on an interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), pp. 486-497. doi:10.1080/13561820902921878
- Masseria, C., Irwin, R., Thomson, S., Gemmill, M. & Mossialos, E. (2009). *Primary care in Europe*. London: The London School of Economics and Political Science.

- Ploeg, J., Markle-Reid, Fisher, A. et al. (2014). *Interprofessional education and interprofessional collaboration in home and community care of older adults and their families*. McMaster University, Ontario: Aging, Community and Health Research Unit.
- Tope, R. & Thomas, E. (2007). *Health and social care policy and the interprofessional agenda*. London: CIPW.
- Watanabe, H. & Koizumi, M. (eds) (2010). *Advanced initiatives in interprofessional education in Japan*. Springer. doi:10.1007/978-4-431-98076-6
- World Health Organization (WHO) (1985). *Targets for Health for All: Targets in support of the European regional strategy for health for all*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (1999). *Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region*. European Health for All Series No 6. Copenhagen: World Health Organization.

## **Νόμοι και διατάγματα**

- Βασιλικό Διάταγμα 196 (ΦΕΚ 53/τ. Α'/26-3-1969). «Περί καθορισμού καθηκόντων επισκεπτριών αδελφών».
- Βασιλικό Διάταγμα 4 (ΦΕΚ 328/τ. Α'/14-11-1923). «Περί οργάνωσης της Περιφερειακής Υγειονομικής Υπηρεσίας».
- Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/τ. Α'/07-10-1983). «Εθνικό Σύστημα Υγείας».
- Νόμος 1579/1985 (ΦΕΚ 217/τ. Α'/23-12-1985). «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165/τ. Α'/21-8-1997). «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ. Α'/18-2-2004). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».
- Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ. Α'/17-2-2014). «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις».
- Προεδρικό Διάταγμα 38 (ΦΕΚ 78/τ. Α'/25-05-2010). «Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην οδηγία 2005/36/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 7ης Σεπτεμβρίου 2005 σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματιών προσόντων».
- Υπουργική Απόφαση Γ3α/οικ.3579( ΦΕΚ 93/ τ. Β'/20-01-2015). «Επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική διασύνδεση όλων των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, που αποτελούν το ΠΕΔΥ, με τα Νοσοκομεία της ΔΥΠε στην οποία υπάγονται και τα οποία αποτελούν Νοσοκομεία Αναφοράς».

## Κεφάλαιο 15

# Η ομάδα υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Ο ρόλος της στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

**Χ. Λιονής, Α. Μαρκάκη, Α. Λάγιου, Β. Σ. Βελονάκη, Θ. Αδαμακίδου**

### Στόχοι κεφαλαίου

Μετά τη μελέτη του παρόντος κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να συλλέγει και να αναλύει συστηματικά την υπάρχουσα πληροφορία υγείας με στόχο τον καθορισμό πρακτικών και δράσεων αλλαγής των βλαπτικών συμπεριφορών, που αποτελεί βασικό καθήκον της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ και να κατανοεί πώς η ομάδα υγείας μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση των παραμέτρων της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ με βάση τις επιλεγμένες εμπειρίες της βιβλιογραφίας.

### Περίληψη κεφαλαίου

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται μία προσέγγιση στην έννοια της αξιολόγησης της υγείας του πληθυσμού και της συμβολής της ομάδας υγείας της ΠΦΥ στη βελτίωση της υγείας του. Γίνεται επίσης αναφορά στα χαρακτηριστικά της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ στα οποία στοχεύει η ομάδα υγείας, καθώς και στους παράγοντες που ευνοούν ή δυσχεραίνουν τη διεπαγγελματική συνεργασία στην ΠΦΥ. Τέλος, υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και των δεικτών διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων και της πρόληψης της νόσου.

### Λέξεις-κλειδιά κεφαλαίου

Αξιολόγηση αναγκών υγείας, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, αποτελεσματικότητα ομάδας ΠΦΥ.

## 15.1 Η έννοια της αξιολόγησης της υγείας του πληθυσμού και η συμβολή της ομάδας υγείας και των υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ: Ένα βασικό καθήκον της ομάδας υγείας

Η έννοια της αξιολόγησης της υγείας (health assessment) επιδέχεται πολλές προσεγγίσεις στο περιβάλλον όπου ασκείται η ΠΦΥ, ενώ συχνά προκαλείται σύγχυση αναφορικά με τους ρόλους που θα αναλάβει αλλά και τη μεθοδολογία που θα ακολουθήσει η ομάδα υγείας στην ΠΦΥ στοχεύοντας στην εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού που εξυπηρετεί (population health care needs). Πρόσφατα, το Γραφείο για την Έρευνα και την Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας (Agency for Healthcare Research and Quality) στις ΗΠΑ, αναφερόμενο στην αξιολόγηση της υγείας, διένειμε έναν οδηγό για τις ομάδες της ΠΦΥ προκειμένου να τον χρησιμοποιήσουν στην αξιολόγηση της υγείας των ατόμων που χρησιμοποιούν υπηρεσίες ΠΦΥ (AHRQ, 2013). Σύμφωνα με το Γραφείο αυτό, η αξιολόγηση της υγείας είναι «μία διαδικασία που συνεπάγεται τη συστηματική συλλογή και ανάλυση της πληροφορίας υγείας των προσώπων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας για χρήση από τα ίδια τα πρόσωπα αλλά και κλινικούς διαφόρων ειδικοτήτων και τις ομάδες υγείας ώστε να εντοπίσουν και να υποστηρίξουν ευνοϊκές συμπεριφορές υγείας και σχετικές αλλαγές σε δυνητικά βλαπτικές πρακτικές υγείας». Πρόκειται για μια σύγχρονη προσέγγιση της εκτίμησης των αναγκών υγείας του πληθυσμού με την ανάθεση μιας συγκεκριμένης κατεύθυνσης δραστηριοτήτων στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ. Η προσέγγιση αυτή είναι επίσης χρήσιμη τόσο για τα πρόσωπα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας (αφού η συλλεχθείσα πληροφορία προσδιορίζει και τις προτεραιότητες υγείας με τις οποίες θα ασχοληθεί η ομάδα υγείας), όσο και για εκείνους που προσκαλούνται να διαμορφώσουν τους δείκτες πάνω στους οποίους θα αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Το κείμενο αυτό είναι επίσης σημαντικό αφού υπογραμμίζει το καθήκον της ομάδας υγείας «να εντοπίζει και να υποστηρίζει θετικές συμπεριφορές υγείας», στοχεύοντας στην πρόληψη της νόσου και την προαγωγή της υγείας στην ΠΦΥ.

Στη χώρα μας αξίζει να συζητηθεί διεξοδικότερα αυτό το καθήκον της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί για την εκτίμηση των αναγκών υγείας του

πληθυσμού. Οι πηγές συστηματικής αναζήτησης της πληροφορίας και ο μετασχηματισμός της σε μετρήσιμους δείκτες οφείλουν επίσης να συζητηθούν ώστε να συμβάλλουν στη διαμόρφωση τοπικών και περιφερειακών προτεραιοτήτων που θα οδηγήσουν στον σχεδιασμό αποτελεσματικών υπηρεσιών στην ΠΦΥ.

Όλα τα παραπάνω έχουν μια προφανή σχέση με το δικό μας σύστημα από το οποίο απουσιάζει η ομαδική εργασία και το οποίο συχνά χαρακτηρίζει ένα «πατερναλιστικό» ιατρικό πρότυπο. Στο πρότυπο αυτό, η σύνθεση, οι στόχοι, η συμμετοχή, οι λειτουργίες και οι διαδικασίες, η αναφορά στην ποιότητα και στις έννοιες της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας δεν έχουν ουσιαστικά συζητηθεί μέχρι σήμερα.

## **15.2 Τα προσδιοριστικά της υψηλής ποιότητας στις υπηρεσίες Προτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Αρκετή συζήτηση για τα χαρακτηριστικά που πρέπει να ικανοποιεί η ΠΦΥ στη χώρα μας γίνεται τους τελευταίους μήνες και σαφώς ο ρόλος και η συμβολή της ομάδας υγείας στην κατεύθυνση αυτή αξίζει να μελετηθεί διεξοδικά.

Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση (Crossland et al., 2014) διερευνήθηκαν οι παράγοντες που προσδιορίζουν την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών της ΠΦΥ. Τα περισσότερα από τα προσδιοριστικά αυτά σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την εργασία της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ. Ανάμεσα σε άλλα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών της ΠΦΥ βρέθηκαν τα εξής: η εστίαση στα πρόσωπα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, η ηγετική ικανότητα και καθοδήγηση, η κλινική διακυβέρνηση, οι διεπαγγελματικές ομάδες, η επικοινωνία/διαθεσιμότητα της πληροφορίας, η εκπαίδευση/κατάρτιση, η βελτιούμενη διαδικασία, η απόδοση, η πληροφορία και η τεχνολογία της πληροφορίας. Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με τη βρετανική έκθεση της Βασιλικής Φαρμακευτικής Εταιρείας και του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου (Royal Pharmaceutical Society & British Medical Association, 2000), η οποία υπογραμμίζει τη θετική και άμεση σχέση μεταξύ ποιότητας της ομάδας υγείας και ποιότητας στη φροντίδα υγείας. Η μελέτη αυτή ανέδειξε επίσης τα τρία λιγότερο συχνά απαντούμενα προσδιοριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες της ΠΦΥ και συγκεκριμένα: τα κίνητρα/ανταμοιβές, την οργανωτική διακυβέρνηση και την αλλαγή ή τη διαχείριση της αλλαγής. Τα δεκατρία αυτά χαρακτηριστικά σχετίζονταν άμεσα μεταξύ τους και δεν εμφανίζονταν μεμονωμένα αλλά ανά συνδυασμούς. Για παράδειγμα, η επικοινωνία/διαθεσιμότητα της πληροφορίας φαίνεται να συνδέεται άρρηκτα με την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ από τη διεπαγγελματική ομάδα, ενώ η κατάρτιση των επαγγελματιών φάνηκε να σχετίζεται άμεσα με την αλλαγή και τη διαχείριση της αλλαγής. Η ανασκόπηση αυτή καταλήγει ότι δεν υπάρχουν έγκυρα εργαλεία βελτίωσης της οργανωτικής διακυβέρνησης, ειδικά της ΠΦΥ, που να συνδυάζουν όλα τα στοιχεία βελτίωσης της πρακτικής, αλλά ανέδειξε τον σημαντικό ρόλο της ομάδας της ΠΦΥ στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Μία άλλη μελέτη (Papp et al., 2014), στην οποία συμμετείχαν επτά ευρωπαϊκές χώρες (Εσθονία, Φιλανδία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιταλία, Λιθουανία και Ισπανία), διερεύνησε τις αντιλήψεις των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψαν οι ακόλουθες κατηγορίες προσδιοριστών της ποιότητας της ΠΦΥ: πρόσβαση και ισότητα, καταλληλότητα (συντονισμός, συνέχεια, επάρκεια/δεξιότητες επαγγελματιών υγείας, κατανόηση) και εστίαση στον αποδέκτη των υπηρεσιών υγείας. Μεταξύ των χωρών που συμμετείχαν στην έρευνα δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τα κριτήρια ποιότητας της ΠΦΥ, με εξαίρεση σε θέματα που σχετίζονταν με τον ρόλο του οικογενειακού/γενικού ιατρού, τη σημασία της επάρκειας και των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας και τον ανεκτό μέσο χρόνο αναμονής. Είναι φανερό η σχέση της εκπαίδευσης των μελών της ομάδας υγείας και των δεξιοτήτων που αποκτούνται από αυτήν και της ποιότητας στη φροντίδα. Η εστίαση στα πρόσωπα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και η επαγγελματική επάρκεια με όρους εκπαίδευσης και δεξιοτήτων αναφέρονται και στις δύο παραπάνω μελέτες.

Σε μία άλλη συστηματική ανασκόπηση (Marchon & Mendes, 2014) σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς στο πλαίσιο της ΠΦΥ, ως σημαντικότερος τρόπος βελτίωσης της ασφάλειας προτείνεται η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ της ομάδας υγείας της ΠΦΥ και των ασθενών. Άλλες επιλογές ήταν: η αναγνώριση και η διαχείριση των ανεπιθύμητων ενεργειών από τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας, η κοινή ικανότητα για αλλαγές σε επίπεδο ομάδας και η παρακίνηση για δράσεις για την ασφάλεια των ασθενών μέσω ομάδων εργασίας. Αξίζει εδώ να σημειώσουμε τη σημασία της επικοινωνίας της ομάδας υγείας με τους ασθενείς και για θέματα ασφάλειας στην παροχή φροντίδας.

Αρκετή συζήτηση διεξάγεται επίσης σήμερα στη βιβλιογραφία για τη συμβολή της πολυεπιστημονικής ομάδας υγείας στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας, η οποία αναζητείται σε έξι τομείς: φροντίδα, ενσυναίσθηση, ικανότητες, επικοινωνία, ενθάρρυνση και δέσμευση (Ndoro, 2014). Το θέμα της επικοινωνίας και της ενθάρρυνσης ξαναεμφανίζεται εδώ, ενώ εμφανίζεται και το θέμα της ενσυναίσθησης και της συμπόνιας (compassion), ένα θέμα που συζητείται έντονα στο Ηνωμένο Βασίλειο τα τελευταία χρόνια.

### 15.3 Η αποτελεσματικότητα της ομάδας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Με θέμα την αποτελεσματικότητα των ομάδων υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου ασχολήθηκε η έκθεση με τίτλο «The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service» (2001). Στην έκθεση αναφέρονται ανάμεσα σε άλλα ότι η αποτελεσματικότητα της ομάδας υγείας επηρεάζεται από τη σύνθεση της ομάδας, τις διαδικασίες που αυτή ακολουθεί αλλά και από διάφορους οργανωτικούς παράγοντες. Σε σχέση με τις διαδικασίες, η έκθεση χαρακτηριστικά αναφέρει ότι «αποτελεσματικές διαδικασίες στην ομάδα σημαίνουν ξεκάθαρους στόχους που έχουν ανταλλαχθεί με συχνή αλληλεπίδραση, ανταλλασσόμενη πληροφορία, ανταλλασσόμενη επίδραση στη λήψη της απόφασης». Η ποιότητα επίσης της ομαδικής εργασίας φάνηκε να συνδέεται άμεσα και θετικά με την ποιότητα στη φροντίδα των προσώπων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και την καινοτομία στη φροντίδα υγείας. Αποτελεσματικές και καινοτόμες ομάδες εργασίας χαρακτηρίζονταν από πρότυπα ευελιξίας και προσαρμοστικότητας, ενώ η ηγετική καθοδήγηση (leadership), αν και συχνά απύσχα, αποτέλεσε ένα κρίσιμο προσδιοριστή για την απόδοση της ομάδας υγείας στο βρετανικό σύστημα υγείας. Χαρακτηριστικά είναι τα παρακάτω αποσπάσματα σχετικά με την καθοδήγηση και την εξέλιξη της ομάδας: «Όπως οι ομάδες αναπτύσσονται και γίνονται περισσότερο ώριμες στην ικανότητα να εργάζονται αποτελεσματικά, η καθοδήγηση σε διάφορες λειτουργίες της ομάδας είτε μετά από ανάθεση είτε μετά από ανταλλαγή συσχετίζεται με υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας και καινοτομίας και καλύτερη ποιότητα ομαδικής εργασίας» και «Σαφής καθοδήγηση μετά από ανταλλαγή συσχετίζεται επίσης με καλύτερες διαδικασίες στην ομάδα: ξεκάθαρους στόχους, συμμετοχή, έμφαση στην ποιότητα, υποστήριξη της καινοτομίας και ευελιξία». Η έκθεση καταλήγει με την αναφορά της στην ενότητα των συμπερασμάτων ότι κάθε αντιπαράθεση σχετικά με το ποιος θα καθοδηγεί την ομάδα υγείας είναι καταστροφική.

Η αποτελεσματικότητα της ομάδας σχετίζεται επίσης με τις εκροές στο παραγωγικό σύστημα λειτουργίας της (εισροές – παραγωγική διαδικασία – εκροές), και η αποτελεσματικότητα ορίζεται διαφορετικά από τους ασθενείς, από τα μέλη της ομάδας υγείας και από τους οργανισμούς (Mickan, 2005). Η Mickan (2005) στην ανασκόπησή της συνοψίζει την αποτελεσματικότητα της ομάδας υγείας σε επίπεδο οργανισμού/υπηρεσίας στη μείωση του κόστους και του χρόνου νοσηλείας, στη μείωση των χωρίς προγραμματισμό εισαγωγών και στην καλύτερη πρόσβαση των χρηστών στις υπηρεσίες. Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των μελών της ομάδας υγείας, αυτή αξιολογείται στη βάση της βελτίωσης της ικανοποίησης από την εργασία, στη βελτίωση του συντονισμού στην παροχή της φροντίδας και στην επικοινωνία, στη σαφήνεια των ρόλων, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και στη βελτίωση της ευεξίας των μελών (Grant, 1995· Mickan, 2005). Τέλος, όσον αφορά τους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας συζητείται ως προς την αύξηση της ικανοποίησής τους, την αποδοχή και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία και τη βελτίωση της έκβασης της υγείας τους (Mickan, 2005).

Γενικότερα, η λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας στην ΠΦΥ φαίνεται να έχει σημαντικά πλεονεκτήματα στη φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα (Kaferle & Wimsatt 2012· Papp et al., 2011· Tapp et al., 2012· Thota et al., 2012) και να σχετίζεται με τη μείωση του κόστους φροντίδας εξαιτίας της μείωσης του αριθμού των νοσηλείων (Nuñez et al., 2003), την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα (Ghorob & Bodenheimer, 2012), τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα (Belling et al., 2011), την αύξηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας από την εργασία τους (Dieleman et al., 2004) και την πιο αποτελεσματική χρήση των ανθρώπινων πόρων στη φροντίδα υγείας (Ghorob & Bodenheimer, 2012· Saba et al., 2012).

Στη μετανάλυση των Thota και συν. (2012), η αποτελεσματικότητα της συνεργατικής φροντίδας (collaborative care) αξιολογήθηκε ως προς τη βελτίωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, τη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή, την ανταπόκριση στη θεραπεία, την ανακούφιση από τα συμπτώματα και την ικανοποίηση από τη φροντίδα για ασθενείς με κατάθλιψη στην κοινότητα.

Η έρευνα των Nuñez και συν. (2003) κατέληξε ότι σε κοινοτικό πρόγραμμα προαγωγής υγείας και διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων ηλικιωμένων ατόμων, διαχειριζόμενο από επαγγελματίες υγείας, το οποίο είχε σκοπό να προάγει τη διεπιστημονική και συνεργατική φροντίδα, η ομάδα παρέμβασης εξέφρασε καλύτερη γενική υγεία, κοινωνική λειτουργικότητα και διεξαγωγή ρόλων σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επίσης, η ομάδα παρέμβασης είχε λιγότερες ιατρικές επισκέψεις ανά έτος (4,2 έναντι 7,1) και μικρότερο χρόνο νοσηλείας στο νοσοκομείο (1,6 έναντι 2,1) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Σε μελέτη διερεύνησης της αποτελεσματικότητας της διεπιστημονικής συνεργασίας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα σε σύγκριση με την αποτελεσματικότητα της φροντίδας μόνο από ιατρό αναφέρονται λιγότερα συμπτώματα, λιγότερες ιατρικές επισκέψεις, περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες και γενικότερη βελτίωση της υγείας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Sommers et al., 2000). Από τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας της συμβατικής φροντίδας με την ειδική φροντίδα από διεπιστημονική ομάδα στην ανακουφιστική φροντίδα βρέθηκε αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών και προσδιορισμός και αντιμετώπιση μεγαλύτερου αριθμού αναγκών του ασθενούς και της οικογένειας (Hearn & Higginson, 1998· Higginson & Evans, 2010).

Από τις παραπάνω μελέτες διαφαίνεται ότι η λειτουργία της ομάδας υγείας μοιάζει να είναι αποτελεσματική στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, όπως αυτή αποτυπώνεται σε δείκτες που αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών, τη βελτίωση της επικοινωνίας, τη συμμόρφωση των ασθενών, καθώς και το κόστος, κυρίως από τη μείωση των παραπομπών στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Η συζήτηση όμως για την αποτελεσματικότητα συνεχίζεται, και αρκετές αναφορές περιλαμβάνουν τη διαδραστική επικοινωνία και τις δεξιότητες επικοινωνίας ως κύρια προσδιοριστικά της αποτελεσματικότητας στην ΠΦΥ και της μείωσης των λαθών στον τομέα της υγείας (Braillon et al., 2010· Scotten et al., 2015).

## **15.4 Παράγοντες που ευνοούν ή και δυσχεραίνουν τη διεπαγγελματική συνεργασία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Συχνά στη χώρα μας συζητάμε θεωρητικά και ρητορικά για την ομάδα υγείας και τη διεπαγγελματική συνεργασία στην ΠΦΥ χωρίς να λαμβάνουμε υπόψη τις συνθήκες ή και τα εμπόδια που μπορούν να ευνοήσουν ή να δυσχεράνουν αντίστοιχα την αποτελεσματικότητά της. Σε μία συστηματική ανασκόπηση ποιοτικών μελετών, οι Supper και συν. (2014) ανέδειξαν ως κύριο διευκολυντή το κοινό ενδιαφέρον των μελών της ομάδας υγείας για συνεργασία και τις αντιλαμβανόμενες ευκαιρίες για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και ανάπτυξη νέων πεδίων άσκησης τους. Ως εμπόδια, οι ερευνητές ανέδειξαν τις προκλήσεις στον ορισμό και την επίγνωση των διαφορετικών ρόλων και ικανοτήτων, την πληροφορία που έχει ανταλλαχθεί, την εμπιστευτικότητα και την υπευθυνότητα, την εκπαίδευση στην ανάπτυξη της διεπαγγελματικής συνεργασίας, τη μακροπρόθεσμη χρηματοδότηση και την από κοινού παρακολούθηση.

Σε παρόμοια κατεύθυνση ήταν και τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης συστηματικής ανασκόπησης (McInnes et al., 2015) που εξέτασε τους αντίστοιχους παράγοντες για τη συνεργασία και την ομαδική εργασία μεταξύ γενικών ιατρών και επαγγελματιών υγείας. Στη μελέτη αυτή οι ερευνητές ανέδειξαν ως διευκολυντές και εμπόδια: α) τους ρόλους και τις υπευθυνότητες, β) τον σεβασμό, την εμπιστοσύνη και την επικοινωνία και γ) την ιεραρχία, την εκπαίδευση και το εκάστοτε κανονιστικό πλαίσιο.

## **15.5 Σύνοψη**

Ως επίλογο αυτού του κεφαλαίου επιθυμούμε να χρησιμοποιήσουμε τις προτάσεις που η βρετανική έκθεση (Royal Pharmaceutical Society & British Medical Association, 2000) υιοθέτησε για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ομάδας υγείας:

- Αναγκαιότητα για συστηματική και «επαναστατική» οργανωσιακή αλλαγή.
- Οι οργανισμοί του Εθνικού Συστήματος Υγείας θα πρέπει να αναπτύσσονται βάσει ομάδων υγείας και όχι ιεραρχικά.
- Θέματα δομής, κουλτούρας, σχεδιασμού της εργασίας και διοίκησης θα πρέπει να διευθετούνται κατάλληλα, ώστε να ευνοούν την ανάπτυξη της ομάδας υγείας και όχι να την εμποδίζουν.
- Οι εργαζόμενοι στο Εθνικό Σύστημα Υγείας θα πρέπει να εκπαιδεύονται για να εργάζονται σε ομάδα υγείας.

- Οι διοικητές του συστήματος υγείας θα πρέπει να εκπαιδεύονται στη διαχείριση των οργανισμών με βάση την ομάδα υγείας.

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες αξίζει να εξεταστούν στη συζήτηση που γίνεται για την αναθεώρηση και αναδιοργάνωση του συστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Agency for Healthcare Research and Quality Health (AHRQ) (2013). *Health Assessments in Primary Care: A How-to Guide for Clinicians and Staff*. Rockville, MD: AHRQ. Διαθέσιμο στο: <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/system/health-assessments/index.html>
- Borriol, C.S., Carletta, J., Carter, A.J., Dawson, J.F., Garrod, S., Rees, A. et al. (2001). *The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service*. Birmingham: University of Aston.
- Belling, R., Whittock, M., McLaren, S., Burns, T., Catty, J., Jones, I.R. et al. (2011). Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implementation Science*, 6, p. 23.
- Braillon, A., Bernardy-Prud'homme, A. & Dubbois, G. (2010). Will Evidence be enough to promote interactive communication for the benefit of patients? *Annals of Internal Medicine*, 152, pp. 247-58.
- Crossland, L., Janamian, T. & Jackson, C.L. (2014). Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review. *Medical Journal of Australia*, 201(3 Suppl), pp. S47-51.
- Dieleman, S.L., Farris, K.B., Feeny, D., Johnson, J.A., Tsuyuki, R.T. & Brilliant, S. (2004). Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process. *Journal of Interprofessional Care*, 18, pp. 75-78.
- Ghorob, A. & Bodenheimer, T. (2012). Sharing the care to improve access to primary care. *New England Journal of Medicine*, 366, pp. 1955-1957.
- Grant, R.W., Finnocchio, L.J. & the California Primary Care Consortium Subcommittee on Interdisciplinary Collaboration (1995). *Interdisciplinary Collaborative Teams in Primary Care: A Model Curriculum and Resource Guide*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.
- Hearn, J. & Higginson, I. (1998). Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 12(5), pp. 317-332.
- Higginson, I. & Evans, C. (2010). What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer Journal*, 16(5), pp. 423-435.
- Kaferle, A. & Wimsatt, L. (2012). A team-based approach to providing asthma action plans. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25, pp. 247-249.
- Marchon, S.G. & Mendes Jr, W.V. (2014). Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(9), pp. 1815-1835.
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A. & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), pp. 1973-1985. doi: 10.1111/jan.12647.
- Mickan, S. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 29(2), pp. 211-217.
- Ndoro, S. (2014). Effective multidisciplinary working: the key to high-quality care. *British Journal of Nursing*, 23(13), pp. 724-727. doi: 10.12968/bjon.2014.23.13.724.
- Núñez, D.E., Armbruster, C., Phillips, W.T. & Gale, B.J. (2003) Community-based senior health promotion program using a collaborative practice model: the Escalante health partnerships. *Public Health Nursing*, 20(1), pp. 25-32.
- Papp, R., Borbas, I., Dobos, E., Bredehorst, M., Jaruseviciene, L., Vehko, T. & Balogh, S. (2014). Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC Family Practice*, 15, pp. 128.



- Royal Pharmaceutical Society & British Medical Association (2000). *Teamworking in primary healthcare: realising shared aims in patients care. Final report*. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and the British Medical Association.
- Saba, G.W., Villela, T.J., Chen, E., Hammer, H. & Bodenheimer, T. (2012). The myth of the lone physician: toward a collaborative alternative. *Annals of Family Medicine*, 10, pp. 169-173.
- Scotten, M., LaVerne Manos, E., Malicoat, A. & Paolo, A.M. (2015). Minding the gap: Interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care. *Patient Education and Counseling*, 98, pp. 895-900.
- Sommers, L.S., Marton, K.I., Barbaccia, J.C. & Randolph, J. (2000). Physician, nurse and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Archives of Internal Medicine*, 160, pp. 1825-33.
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y. & Letrilliart, L. (2014). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*. doi: 10.1093/pubmed/fdu102
- Tapp, H., Phillips, S.E., Waxman, D., Alexander, M., Brown, R. & Hall, M. (2012). Multidisciplinary team approach to improved chronic care management for diabetic patients in an urban safety net ambulatory care clinic. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25, pp. 245-246.
- Thota, A.B., Sipe, T.A., Byard, G.J., Zometa, C.S., Hahn, R.A., McKnight-Eily, L.R. et al. (2012). Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 4