



**Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***«Καταγραφή περιστατικών που εμφανίζονται
στην ΠΦΥ στο Νομό Ηρακλείου και ο τρόπος που
αντιμετωπίζονται.»***

**Βράκας Νικόλαος
Πρωτοπαπαδάκη Αικατερίνη
Ψαθάκη Αικατερίνη**

**Επιβλέπων:
Τσουμάνη Ναταλία**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2009

Περίληψη Πτυχιακής Εργασίας

Τίτλος Εργασίας: **Καταγραφή περιστατικών που εμφανίζονται στην ΠΦΥ στο Νομό Ηρακλείου και ο τρόπος που αντιμετωπίζονται**

Των: Βράχα Νικόλαο, Κατερίνα Πρωτοπαπαδάκη, Κατερίνα Ψαθάκη

Υπό την
επίβλεψη της: Τσουμάνη Ναταλίας

Ημερομηνία:

Ερωτήματα: Συσχετίσεις - Υποθέσεις

- Τί περιστατικά αντιμετωπίζονται στην Π.Φ.Υ και πόσο προσπελάσιμη είναι;
- Τι τεχνολογικός εξοπλισμός υπάρχει;
- Κατά πόσο η εκπαίδευση του Νοσηλευτή αποφέρει θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της νόσου

Στόχος: Στόχος της παρούσας μελέτης είναι: α) η μελέτη θα είναι στρωματοποιημένη και θα περιέχει ένα τυχαίο δείγμα ατόμων ηλικίας 18 και άνω και από τα δυο φύλλα που κάνουν χρήση της ΠΦΥ β) η καταγραφή των περιστατικών γ) η αντιμετώπιση αυτών από την Π.Φ.Υ.

Πληθυσμός μελέτης: Θα αποτελέσει δείγμα περίπου 200 ατόμων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στην ΠΦΥ.

Μέθοδος: Ερωτηματολόγιο που θα δοθεί στους ασθενείς και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό επίσης θα γίνει στατιστική ανάλυση και θα χρησιμοποιηθεί το στατιστικό πακέτο SPSS

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κέντρο Υγείας, Οικογενειακός Γιατρός, Ασφαλιστικά ταμεία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
Ορισμός Π.Φ.Υ.....	3
Σημασία της Π.Φ.Υ.....	4
Οικογενειακός Γιατρός.....	6
Κέντρο Υγείας.....	7
Ασφαλιστικοί Οργανισμοί.....	11
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση.....	12
Εξωτερικά ιατρεία.....	16
Οργάνωση και λειτουργία Π.Ι.	18
Γενικός Ιατρός.....	21
Γενικός Ιατρός στην Ελλάδα.....	39
Εφαρμογές Ηλεκτρονικού Υπολογιστή στην Π.Φ.Υ.....	57
Η Π.Φ.Υ. ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης.....	63
Εναλλακτικά υποδείγματα ανασυγκρότησης του υγειονομικού τομέα.....	72
Προσανατολισμός του χρήστη στο δίκτυο ολοκληρωμένης φροντίδας.....	79
Π.Φ.Υ. μια ενδιάμεση μεταρρυθμιστική πρόταση.....	81
Νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι.....	85
Συνήθη δερματολογικά προβλήματα στην Π.Φ.Υ.....	93
Επείγοντα οφθαλμολογικά προβλήματα στην Π.Φ.Υ.....	100
Ερευνητικό μέρος.....	111
Χρονοδιάγραμμα υλοποίησης.....	116
Δεοντολογία.....	116
Στατιστική ανάλυση.....	116
Σχεδιασμός έρευνας.....	118
Κατασκευή ερωτηματολογίου.....	122
Υλοποίηση έρευνας.....	124
Αποτελέσματα έρευνας.....	126
Παρουσίαση αποτελεσμάτων ανά ερευνητικό άξονα.....	138
Γενικά συμπεράσματα.....	159
Παράρτημα πίνακες.....	163
Βιβλιογραφία.....	180
Πίνακες.....	190
Εισαγωγή Ερωτηματολόγιο.....	210

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

Τίτλος: Περιστατικά που αντιμετωπίζονται και πως στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο νομό Ηρακλείου

Η ΠΦΥ είχε κατά καιρούς διαφορετικό περιεχόμενο, ως αποτέλεσμα των διαφορετικών κοινωνικών αρχών και αξιών, αλλά και του διαφορετικού επιδημιολογικού προτύπου που καθόριζε τις υγειονομικές ανάγκες. Ο τελευταίος ορισμός της ΠΦΥ έτσι όπως αυτός διατυπώθηκε μέσα στη διακήρυξη της Άλμα – Άτα αναφέρει ότι:

<< ΠΦΥ είναι 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 μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης>>

Με βάση τον πιο πάνω ορισμό δημιουργείται μια νέα φιλοσοφία που στηρίζεται στη σφαιρική αντίληψη ότι η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την ΠΦΥ και πιο συγκεκριμένα μέσα από υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη. Απαιτεί ακόμη πλην του τομέα υγείας και τη συντονισμένη δράση πολλών άλλων τομέων της κοινωνικής οργάνωσης. Αυτή η πολυτομεακή προσέγγιση αναπτύσσεται παράλληλα με τη νέα αντίληψη περί << ολιστικής ιατρικής>>. Η αντίληψη αυτή έτσι όπως ορίζεται διαφοροποιείται σαφώς από τη στενότερη έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη (primary medical care) αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε άτομα που έχουν νοσήσει και έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά τα συμπτώματα της νόσου. Αντίθετα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (primary health care) εκφράζει μια ευρύτερη έννοια, που αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα είτε στο σύνολο του πληθυσμού είτε στο επίπεδο της κοινότητας. Για παράδειγμα ένα κέντρο υγείας, ανάλογα με την οργάνωση και λειτουργία του αλλά και τις ανάγκες υγείας που αποσκοπεί να καλύψει, μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης όπως και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η έννοια της φροντίδας εμπεριέχει την έννοια της περίθαλψης χωρίς να ταυτίζεται με αυτήν, (Λιαρόπουλος 1989).

Η σημασία της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εκφράζει μία στρατηγική που δίνει μεγαλύτερη έμφαση στον εξωνοσοκομειακό τομέα ενός συστήματος υγείας. Η έμφαση αυτή δε σημαίνει υποτίμηση της νοσοκομειακής και εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης. Η αρρώστια δεν είναι δυνατόν να εξαφανισθεί ούτε με τα πιο αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης ούτε είναι επαρκής για την αντιμετώπισή της ακόμη και η πιο ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα. Επιδρά όμως στο νοσοκομειοκεντρικό σύστημα υγείας το οποίο ενδιαφέρεται περισσότερο για το πάσχον όργανο παρά για το πάσχον άτομο συνολικά. Η συνειδητοποίηση των ορίων του νοσοκομείου καθώς και της περιορισμένης αποτελεσματικότητάς του, οδηγεί στην αναγκαία παραδοχή ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να αποτελέσει τον άξονα εκείνο γύρω από τον οποίο είναι δυνατή η συνεχής και συστηματική παρακολούθηση του αρρώστου.

Με βάση αυτήν την παραδοχή οι πρωτοβάθμιες μονάδες αποτελούν το επίκεντρο του όλου συστήματος. Αυτό συμβαίνει γιατί οι μονάδες αυτές βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων. Κατέχουν έτσι μία στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της στρατηγικής τους θέσης στο σύστημα, αποτελούν το κομβικό σημείο γύρω από το οποίο διαρθρώνεται ένα ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας για την υγεία. Αυτό το σύστημα για να λειτουργήσει αποτελεσματικά προαπαιτεί όχι μόνο αναβαθμισμένες και καλά οργανωμένες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες αλλά και αμφίδρομη επικοινωνία με τις νοσοκομειακές μονάδες.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν αποτελεί απλά μια στρατηγική που δίνει μεγαλύτερη έμφαση σε ορισμένους τομείς του συστήματος υγείας όσον αφορά την πρόληψη και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη γενικότερα. Η στρατηγική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας επιδρά επίσης στο γενικότερο σχεδιασμό της κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης μιας χώρας, ιδιαίτερα σε τομείς όπως η βιομηχανία, η γεωργία, το περιβάλλον, κ.α. (Μωραΐτης 1985).

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί το πρώτο επίπεδο του συστήματος, εκεί δηλαδή που ο ασθενής έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με τις επίσημες υπηρεσίες υγείας.

Σ' αυτό το επίπεδο πρέπει και μπορεί να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά το 90% των προβλημάτων υγείας. Γι' αυτό το λόγο μέσα από την οργάνωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να διασφαλίζεται: α) υψηλή **προσπελασιμότητα** των υπηρεσιών (accessibility), δηλαδή απουσία οργανωτικών, λειτουργικών, διοικητικών, γεωγραφικών και οικονομικών φραγμών και β) υψηλή **διαθεσιμότητα** (availability), δηλαδή πλήρης και συνεχής κάλυψη για όλο το 24ωρο και για 365 μέρες το χρόνο.

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται κυρίως από γιατρούς γενικής ιατρικής (οικογενειακή), από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων και βέβαια από άλλους επαγγελματίες της υγείας. Οι γιατροί μπορεί να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, σε ενισχυμένα κρατικά ιατρεία (αγροτικές περιοχές), σε κρατικά κέντρα υγείας, πολυιατρεία και πολυκλινικές και τέλος εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Ο Οικογενειακός Γιατρός

Ανεξάρτητα από τις σημαντικές ή όχι διαφορές που παρατηρούνται πρωταρχικό ρόλο σε όλα τα οργανωτικά μοντέλα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης παίζει ο **γενικός – οικογενειακός γιατρός** (general practitioner) ενώ εξίσου σημαντικούς ρόλους παίζουν ο νοσηλεύτης/ια, η μαία, η επισκέπτρια υγείας και η κοινωνική λειτουργός.

Ο οικογενειακός γιατρός ήταν στο παρελθόν συνήθως παθολόγος ή γιατρός χωρίς ειδικότητας. Εδώ και μερικά χρόνια όμως, στα περισσότερα υγειονομικά συστήματα το θεσμό αυτό υπηρετούν γιατροί με την ειδικότητα της γενικής ιατρικής, η οποία απαιτεί συνήθως 3-4 χρόνια ειδίκευση στις βασικές ειδικότητες όπως παθολογία, καρδιολογία, χειρουργική, μαιευτική, κ.α.

Σήμερα ο οικογενειακός γιατρός παρουσιάζεται στην πράξη σε πολλές παραλλαγές στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του μέσα στα διάφορα συστήματα υγείας. Σε μερικά ο ρόλος του εμφανίζεται ιδιαίτερα ενισχυμένος και πλήρως συνδεδεμένος με το υπόλοιπο σύστημα υγείας, ενώ σε άλλα λειτουργεί απονευρωμένος και αποκομμένος από αυτό. Αυτές οι παραλλαγές εντοπίζονται κυρίως:

1) Στη δυνατότητα ή όχι των ασθενών να προσφεύγουν στους γιατρούς ειδικοτήτων χωρίς τη διαμεσολάβηση του γενικού γιατρού.

2) Στον τρόπο αμοιβής τους. Μπορεί να αμείβονται με μισθό (Ελλάδα), κατά πράξη (Βέλγιο, Καναδάς, Σουηδία, κ.ά.), ή κατά κεφαλή (Αγγλία, Ολλανδία, κ.ά.).

3) Στην εργασιακή σχέση γιατρών και ασφαλιστικού φορέα, δηλαδή υπάλληλοι του φορέα (Ελλάδα-ΙΚΑ), ή ελεύθεροι επαγγελματίες (Αγγλία, Αυστραλία κ.ά.).

4) Στο χώρο παροχής των ιατρικών υπηρεσιών. Μπορεί να δέχονται τους ασθενείς τους στο ιδιωτικό τους ιατρείο (Αγγλία, Ελλάδα, Αυστραλία κ.ά.) ή στο κέντρο υγείας, το πολυϊατρείο ή την πολυκλινική, που ανήκουν συνήθως στο κράτος ή στον ασφαλιστικό φορέα (Ελλάδα: κέντρα υγείας και πολυϊατρεία ΙΚΑ, πρώην ΕΣΣΔ: πολυκλινική, ΗΠΑ: ΗΜΟs τύπου staff model).

5) Στη δυνατότητα να εργάζονται σε ατομική βάση (solo practice) ή ως ομάδα (group practice). Στις περισσότερες χώρες οι γενικοί γιατροί εργάζονται σε ομάδες 3-8 ατόμων (Αυστραλία, Αγγλία κ.ά.).

6) Στη δυνατότητα να εξυπηρετούν ένα συγκεκριμένο πληθυσμό που καθορίζεται με λίστα ή με περιοχή ή να είναι << ανοικτοί>> σε κάθε επίσκεψη.

Διάφορες όμως λειτουργικής φύσεως, αν και πιθανόν μικρότερης σημασίας, υπάρχουν και σε σχέση με το διαθέσιμο ιατρικό εξοπλισμό, την απασχόληση άλλου βοηθητικού προσωπικού, την ύπαρξη συστήματος ραντεβού ασθενών κ.ά. Η δέσμη αυτών των υπηρεσιών μπορεί να διαφοροποιείται κατά περίπτωση σύστημα υγείας.

Το Κέντρο Υγείας

Μετά τον οικογενειακό γιατρό, ο οποίος στις περισσότερες των περιπτώσεων εργάζεται στο ιδιωτικό του ιατρείο στη γειτονιά του ασφαλισμένου, το δεύτερο επίπεδο οργάνωσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποτελεί το **Κέντρο Υγείας**.

Από τους βασικότερους φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τα κέντρα υγείας έχουν εμφανισθεί από τις αρχές του αιώνα. Στην Αγγλία εμφανίζεται για πρώτη φορά ο θεσμός του κέντρου υγείας το 1920 και αργότερα στην Αμερική και την πρώην Σοβιετική Ένωση. Εντούτοις μόνον κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναβαθμισθεί ο ρόλος και η σημασία τους για την άσκηση μιας πολιτικής υγείας που δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην παροχή υπηρεσιών πρόληψης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

• Ιστορική αναδρομή

Το 1935 λειτουργεί το πρώτο κέντρο υγείας στο Λονδίνο, 15 χρόνια μετά την αρχική ιδέα του θεσμού, παρέχοντας κυρίως υπηρεσίες πρόληψης και πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Με την έναρξη λειτουργίας του Αγγλικού εθνικού συστήματος υγείας, το 1948, προβλεπόταν η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου κέντρων υγείας στα οποία θα προσέφεραν τις

υπηρεσίες τους γιατροί γενικής ιατρικής, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Παρόλα αυτά στη 10ετία του '50 λίγα κέντρα υγείας λειτουργούσαν ενώ στη 10ετία του '60 αυτά αναπτύχθηκαν κυρίως λόγω της συνεργασίας των γενικών γιατρών σε συλλογικό επίπεδο.

Στην Αμερική παρατηρήθηκε επίσης το ίδιο φαινόμενο της συνεργασίας στον ίδιο χώρο ιδιωτών γιατρών, όμως δεν αφορούσε μόνο γενικούς γιατρούς αλλά γιατρούς της ίδιας ειδικότητας ή διαφορετικών ειδικοτήτων. Μέχρι και τη 10ετία του '60 υπήρχαν ελάχιστα κέντρα υγείας τα οποία λειτουργούσαν είτε σαν πανεπιστημιακά κέντρα είτε σαν δημοτικά κέντρα υγείας. Από τη 10ετία του '70 και μετά, τα κέντρα υγείας στην Αμερική λειτουργούσαν στα πλαίσια κάποιας δημοτικής ή κοινοτικής αρχής (κοινοτικά κέντρα υγείας), υπό τον έλεγχο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και από χρηματοδότηση που προερχόταν κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό. Αναπτύχθηκαν κυρίως στις φτωχογειτονιές των μεγαλουπόλεων και με το ειδικευμένο προσωπικό και τον εξοπλισμό που διέθεταν βελτίωσαν σημαντικά τους δείκτες υγείας του φτωχού αστικού πληθυσμού.

Στην Ελλάδα ο θεσμός του κέντρου υγείας δεν υπήρχε μέχρι τουλάχιστον την έναρξη του ΕΣΥ. Βεβαίως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρείχαν τα ιατρεία των ασφαλιστικών φορέων (πολυιατρεία ΙΚΑ) στις αστικές περιοχές ενώ στις αγροτικές τα αγροτικά ιατρεία των Νομαρχιών. Με την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία αποτελούν τη νέα μορφή του οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα κέντρα υγείας ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες, τα περιφερειακά ιατρεία. Κάθε κέντρο υγείας έχει μια συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης, η οποία ορίζεται με γνώμονα την ισότιμη και καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση του πληθυσμού ευθύνης του. Για τον αριθμό των κέντρων υγείας, την έδρα τους, τη στελέχωση και των τρόπο λειτουργίας τους λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο πληθυσμιακοί και δημογραφικοί παράγοντες αλλά και η οικονομία και γεωγραφία των περιοχών, η κοινωνική υποδομή και πολεοδομική συγκρότηση όπως και οι πολιτισμικοί παράγοντες των περιοχών (Μωραΐτης 1986). Το κέντρο υγείας παρέχει τις υπηρεσίες του σε τακτική πενθήμερη οκτάωρη λειτουργία, ευρισκόμενο επίσης σε 24ωρη ετοιμότητα για τις υπόλοιπες μέρες και ώρες.

Οι σύγχρονες αντιλήψεις για την υγεία και την αρρώστια επιβάλλουν την αποκεντρωμένη και ισόρροπη παροχή υπηρεσιών υγείας μέσα στο ίδιο το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Έτσι κάθε κέντρο υγείας διαθέτει ένα δίκτυο περιφερειακών ιατρείων τα οποία διακρίνονται σε δυο επίπεδα λειτουργίας: α) στα περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν καθημερινά σε τακτικό ωράριο και βρίσκονται σε εφημερία ετοιμότητας σε 24ωρη βάση και β) στα περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες. Η έδρα του περιφερειακού ιατρείου μπορεί να είναι σε πόλη, κωμόπολη ή χωριό. Πληθυσμοί απομακρυσμένων περιοχών με δύσκολες

συγκοινωνιακές και γεωφυσικές συνθήκες εξυπηρετούνται από τα περιφερειακά ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας τα οποία δεν εξυπηρετούν μόνο τον πληθυσμό της περιοχής τους γίνεται αλλά και πληθυσμούς άλλων περιοχών.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι δεν υπάρχει ένα ιδανικό πρότυπο συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης που να καλύπτει πλήρως τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού. Αντίθετα κάθε χώρα έχει αναπτύξει το δικό της σύστημα υγείας που ανταποκρίνεται στις κοινωνικο - οικονομικές παραμέτρους, τα υγειονομικά και ιστορικά χαρακτηριστικά, τις πολιτισμικές και ιστορικές της ιδιαιτερότητες.

- **Στόχοι Κέντρου Υγείας**

Το κέντρο υγείας, στα πλαίσια της σύγχρονης αντίληψης περί πρωτοβάθμιας περίθαλψης, παρέχει υπηρεσίες που προσανατολίζονται στην προστασία και προαγωγή της υγείας, εξασφαλίζοντας ειδικότερα τις εξής υπηρεσίες:

1. πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη: διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση στις περιπτώσεις όπου δεν είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση των ειδικών ιατροτεχνικών μέσων του νοσοκομείου. Η παροχή της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης συνιστάται στη διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων, τραυματισμών, καθώς και επαγγελματικών νοσημάτων. Επίσης στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συμπεριλαμβάνεται η αποθεραπεία και αποκατάσταση (φυσική και κοινωνική) του αρρώστου μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο.

2. ιατροπροληπτικές υπηρεσίες: εμβολιασμοί, παιδική υγιεινή, οικογενειακός προγραμματισμός, υγιεινή της εργασίας. Η πρόληψη της αρρώστιας, είναι γνωστό ότι αποσκοπεί στην καταπολέμηση και εξάλειψη των νοσογόνων αιτιολογικών παραγόντων εφόσον αυτοί είναι γνωστοί (πρωτογενής πρόληψη) καθώς και στην πρόωπη και έγκαιρη ανίχνευση της αρρώστιας που στηρίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο (δευτερογενής πρόληψη). Στα πλαίσια των ιατροπροληπτικών δραστηριοτήτων του το κέντρο υγείας εφαρμόζει προγράμματα προληπτικής ιατρικής που απευθύνονται στον πληθυσμό ευθύνης του.

Ένα πρόγραμμα προληπτικής ιατρικής συνήθως περιλαμβάνει: διενέργεια εμβολιασμών, προσυμπτωματικό έλεγχο, έλεγχο συνθηκών υγιεινής, διατροφής, νερού, κλπ., πρόληψη και αντιμετώπιση τοπικών χρόνιων και ενδημικών νοσημάτων, προσχολική και σχολική υγιεινή, υγιεινή της εργασίας, του περιβάλλοντος και αγωγή υγείας με τη συμμετοχή της κοινότητας.

3.κοινωνική φροντίδα: περίθαλψη στο σπίτι χρόνιων ασθενών και κοινωνική φροντίδα σε ομάδες πληθυσμού με ιδιαίτερα προβλήματα. Οι στόχοι της κοινωνικής φροντίδας αφορούν: α)

τη μελέτη και προληπτική υποστήριξη δυσμενών κοινωνικο- οικονομικών και ψυχολογικών καταστάσεων ατόμων και ομάδων, β) την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας, ενδο-οικογενειακών σχέσεων και ατόμων και κοινωνικής ζωής, γ) την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειάς του το στάδιο της αρρώστιας και αποθεραπείας του, της αποκατάστασης και επαναπροσαρμογής του στο κοινωνικό περιβάλλον.

- **Στελέχωση Κέντρου Υγείας**

Η εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία των κέντρων υγείας προϋποθέτει πλήρη και επαρκή στελέχωση με προσωπικό που διαθέτει ικανότητες και δεξιότητες, απαραίτητες για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Όμως δεν είναι μόνο η αριθμητική πληρότητα του προσωπικού η μοναδική συνισταμένη στελέχωσης των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων. Σημαντική επίσης συνισταμένη αποτελεί η ειδίκευση του προσωπικού σε κατευθύνσεις που είναι αναγκαίες, προκειμένου το κέντρο υγείας να είναι σε θέση να εκπληρώσει το στόχο του. Αυτό σημαίνει ότι η στελέχωση των κέντρων υγείας, πέραν από ένα γενικό πλαίσιο, δεν μπορεί να σχεδιασθεί και να προγραμματισθεί εάν προηγουμένως δε ληφθούν υπόψη οι τοπικές ιδιαιτερότητες, κυρίως οι δείκτες νοσηρότητας της περιοχής. Απαιτείται έτσι, η εξειδίκευση του πλαισίου στελέχωσης κατά κέντρο υγείας. Η εξειδίκευση αυτή προϋποθέτει με τη σειρά της προσδιορισμό των αναγκών υγείας σε τοπικό επίπεδο μετά από διεξαγωγή επιδημιολογικών και ιατροκοινωνικών ερευνών. Ο σχεδιασμός επομένως για τη στελέχωση δεν μπορεί να είναι στατικός αλλά δυναμικός, διαφοροποιούμενος τόσο αριθμητικά όσο και ποιοτικά ως προς τις ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας, ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Οι αντιλήψεις αυτές δημιουργούν την αναγκαιότητα μιας νέας εσωτερικής λειτουργικής αναδιάρθρωσης των υπηρεσιών. Η παροχή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πραγματοποιείται με την ενεργό συμμετοχή των υγειονομικών στελεχών και όχι μεμονωμένα από το γιατρό – θεραπευτή. Το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού, συμμετέχοντας στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή των προγραμμάτων υγείας, δημιουργεί μια σύγχρονη ομάδα εργασίας σε αντιστοιχία με τις νέες αντιλήψεις για την υγεία. Η συλλογική εργασία μεταξύ του υγειονομικού και προνοιακού προσωπικού (**team work**) μπορεί να επιτευχθεί με το σαφή καθορισμό των ρόλων και αρμοδιοτήτων κάθε επαγγελματία υγείας, όπως και με βασικά και ειδικά προγράμματα εκπαίδευσης στην ανοικτή περίθαλψη.

Διαμορφώνεται επίσης η αναγκαιότητα της συνεργασίας μεταξύ των ανθρώπων που προσφέρουν και των ανθρώπων που καταναλώνουν τις υπηρεσίες υγείας. Η συνεργασία του υγειονομικού και προνοιακού προσωπικού με άτομα, οικογένειες και ομάδες της κοινότητας προϋποθέτει αμφίδρομη διαδικασία και επικοινωνία. Η επιδίωξη της συνεργασίας αποσκοπεί στην, με ειδικές μεθόδους, αντιμετώπιση των πολλαπλών ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντολογικών παραγόντων που συνδέονται με την υγεία και αρρώστια. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων στην ανοικτή περίθαλψη επιτυγχάνεται με τα εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας που προσφέρουν στο υγειονομικό προσωπικό τη γνώση, τα κίνητρα και την επιδεξιότητα για συνεργασία με τον πληθυσμό.

Η επίτευξη των στόχων που θέτει κάθε κέντρο υγείας δεν εξαρτάται μόνο από την επιστημονική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας αλλά επίσης και από την συμμετοχή της κοινότητας στις μεθόδους εφαρμογής των προγραμμάτων υγείας και την αποδοχή των αρχών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η εξασφάλιση ενός όσο το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου υγείας προϋποθέτει την ευαισθητοποίηση αλλά και την ενεργοποίηση σε δραστηριότητες που αποβλέπουν στη συμμετοχή των κοινωνικών και οικονομικών τομέων, πέρα του τομέα υγείας, στις διαδικασίες του προγραμματισμού, οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας συνδράμει αποφασιστικά στην επίτευξη των αποτελεσμάτων που προσδοκούνται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Ασφαλιστικοί οργανισμοί

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται και από σχεδόν όλους τους ασφαλιστικούς οργανισμούς της χώρας οι οποίοι είναι πολυάριθμοι. Η ποιότητα των υπηρεσιών αυτών ποικίλλει και έχει σχέση με την οικονομική ευρωστία κάθε οργανισμού. Η ενοποίηση τους θα συνέβαλε στην όσο το δυνατόν ισότιμη παροχή υπηρεσιών και παράλληλα θα περιοριζόταν το κόστος διατήρησής τους.

Όμως, η άποψη αυτή δεν είναι αποδεκτή από τους οικονομικά ισχυρούς οργανισμούς. Βλέπουν ότι η ενοποίηση θα επιφέρει μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στα μέλη τους, που μέχρι τώρα είναι ικανοποιητική, επειδή θα επωμισθούν το κόστος των οικονομικά ασθενών οργανισμών, καθώς και άλλων φορέων.

Παρά τις αιτιάσεις αυτές οι οποίες είναι κατανοητές η ενοποίηση πρέπει να γίνει όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διότι θα συμβάλει στην καλύτερη εξυπηρέτηση του κοινωνικού συνόλου.

Ιδιωτικός φορέας

Ο Ιδιωτικός τομέας υγείας δύναται να παρέχει υπηρεσίες υγείας όλων των βαθμίδων. Έτσι, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται και από την ιδιωτική πρωτοβουλία. Είναι ελεύθερη επαγγελματίες, γιατροί οι οποίοι στις μεγάλες πόλεις, κατά κανόνα, είναι ειδικευμένοι. Στις μικρές πόλεις και χωριά ισχύει μάλλον το αντίθετο. Η πλειονότητα των γιατρών αυτών είναι ανειδίκευτη. Περιορισμένος αριθμός γιατρών με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής ασκεί ελεύθερο επάγγελμα.

Ο Παθολόγος παρέχει υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στον ενήλικα και υπερήλικα, καθ' όσον οι γηρίατροι σπανίζουν, ο Παιδίατρος στην παιδική ηλικία, Ο Μαιευτήρας – Γυναικολόγος στη γυναίκα.

Η παροχή των υπηρεσιών αυτών υπόκειται μόνο στους κανόνες της ηθικής και δεοντολογίας. Η εφαρμογή είναι ελεύθερη και πραγματοποιείται όπως νομίζει ο κάθε γιατρός. Ωστόσο, θεωρείται ότι και ο ελεύθερος επαγγελματίας πρέπει να υπόκειται στην τήρηση νομοθετημένων κανόνων και προϋποθέσεων για την ίδρυση και λειτουργία μιας μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Το κόστος της ιατρικής επίσκεψης διαμορφώνεται βάσει των προσόντων του γιατρού και δεν υπόκειται σε καμία διατίμηση. Η επίσκεψη στον ιδιωτικό ιατρείο καθηγητού της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου κοστίζει στον άρρωστο, κατά κανόνα, περισσότερο έναντι της επίσκεψης σε ιατρείο γιατρού ειδικευμένου, ίδιας ειδικότητας, αλλά χωρίς τον Πανεπιστημιακό τίτλο. Περαιτέρω, η οικονομική δαπάνη σε ιατρείο ανειδίκευτου γιατρού είναι μικρότερη συγκριτικά με εκείνη σε ιατρείο ειδικευμένου γιατρού.

Ο γιατρός του ιδιωτικού φορέα δύναται να συνάψει συμφωνία – σύμβαση με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και έτσι να παρέχει τις υπηρεσίες του στα μέλη του ασφαλιστικού οργανισμού δωρεάν. Η αμοιβή του γιατρού καταβάλλεται από τον ασφαλιστικό φορέα είτε ως μηνιαίος μισθός είτε ανά εξεταζόμενο. Η σχέση αυτή εργασίας εξαρτάται από το σύστημα του ασφαλιστικού φορέα.

Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση

Η συνεχιζόμενη Εκπαίδευση αποτελεί βασικό και αναπόσπαστο μέρος της προπτυχιακής και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης όχι μόνο του γιατρού, αλλά όλων όσων διακονούν το χώρο της υγείας και είναι και απαραίτητη και αναγκαία. Σημειωτέων ότι η ποιότητα των παρερχόμενων υπηρεσιών υγείας έχει άμεση εξάρτηση από το επίπεδο εκπαίδευσης του ιατρικού, αλλά και όλου του άλλου προσωπικού που έχει σχέση με τις υπηρεσίες αυτές. Όσο καλύτερη είναι η εκπαίδευση τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων στην κοινότητα.

Στόχος της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης

Η εκπαιδευτική δραστηριότητα της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης πρέπει να αποσκοπεί:

- στην αναπλήρωση της απώλειας γνώσεων συνέπεια του χρόνου
- στην αντικατάσταση παλαιών με σύγχρονες
- στον εμπλουτισμό των εμπειριών
- στη τροποποίηση της στάσης που να ανταποκρίνεται πληρέστερα στις σημερινές απαιτήσεις
- στην εισαγωγή της τεχνολογίας στην Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα Υγείας
- στην επίλυση προβλήματος από το χώρο εργασίας

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση δεν είναι εκπαίδευση ορισμένης διάρκειας για την απόκτηση τίτλου ή πτυχίου. Είναι μια διαρκής ενημέρωση επί των σύγχρονων εξελίξεων της Ιατρικής Επιστήμης, οι οποίες έχουν σχέση με το έργο που επιτελεί ο γιατρός.

Η εκπαίδευση που δεν ανταποκρίνεται άμεσα στο έργο αυτό δεν υπολογίζεται ως Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση. Η συμμετοχή του γιατρού σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες που αφορούν π.χ. στη Φιλοσοφία ή στη Μουσική δε λαμβάνεται υπόψη ως Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση, αν και η συμμετοχή αυτή προάγει την πνευματική του καλλιέργεια.

Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση και ανθρώπινο Δυναμικό

Η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση με την επιμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού συμβάλλει στη βελτίωση των παρερχόμενων υπηρεσιών υγείας. Περαιτέρω, δια αυτής δύναται να αξιοποιηθεί το υπάρχον δυναμικό, το οποίο με το σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό αποτελούν δυο βασικές συνιστώσες βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Προς την κατεύθυνση αυτή, την αξιοποίηση δηλαδή του ανθρώπινου δυναμικού, στηρίζεται και η στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας της οποίας στόχος είναι υγεία για όλους το έτος 2000. Σημειωτέον ότι η άποψη αυτή έχει γίνει αποδεκτή από όλες τις χώρες – μέλη της Ευρώπης. Ο οργανισμός αυτός συνιστά στις κυβερνήσεις των χωρών της Ευρώπης να αποφεύγουν τη σπάταλη υπερπαραγωγή γιατρών στην προσπάθειά τους να ανταποκριθούν στην πρόσκληση και πρόκληση αυτή.

Αντ'αυτού εισηγείται ότι πρέπει να ληφθούν δραστικά μέτρα, αλλά προγραμματισμένα με προσοχή, για να εξασφαλισθεί το κατάλληλο προσωπικό για την εφαρμογή και την εκπλήρωση της στρατηγικής του αυτής. Και αυτό, το κατάλληλο προσωπικό, θεωρείται ότι δύναται να δημιουργηθεί δια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης.

Χαρακτηριστικά της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

- Οι δραστηριότητες της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης πρέπει να αποτελούν μια συνεπή εκπαιδευτική προσφορά
- Να χαρακτηρίζονται από ευελιξία και προσαρμοστικότητα για να είναι δυνατή η υιοθέτηση της όσο το δυνατόν ευκολότερη και για να έχει σημαντικότερα αποτελέσματα
- Να συμβάλει στη συνεχή αναθεώρηση των θεωρητικών γνώσεων, των εμπειριών, και στάσεων που έχουν αποκτηθεί κατά την Προπτυχιακή και Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση. Να διατηρούνται όσα ανταποκρίνονται στις τρέχουσες ανάγκες, ν' απορρίπτονται όσα θεωρούνται παλαιωμένα ν' αντικαθίστανται με σύγχρονα

- Να δύναται να ανιχνεύει και να αναλύει τις ανάγκες Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης με αποδεκτές μεθόδους οι οποίες θα έχουν καθορισθεί πριν από τον προγραμματισμό της.
- Τα εκπαιδευτικά αντικείμενα πρέπει να είναι συγκεκριμένα και να διατυπώνονται με σαφήνεια. Κάθε αντικείμενο πρέπει να καλύπτει ένα οριοθετημένο στόχο που να αφορά στη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες πρέπει να ανταποκρίνονται στο περιεχόμενο και τις μεθόδους του προγράμματος
- Αξιοποίηση των διαθέσιμων πηγών – ανθρώπινο δυναμικό οικονομική υποστήριξη κ.α. με αποδεκτές και διαφανείς μεθόδους.
- Προσδιορισμός και γνωστοποίηση κάθε εκπαιδευτικής δραστηριότητας, τουλάχιστον ένα μήνα πριν από την έναρξή της, που να φαίνονται με σαφήνεια.
 - α. το είδος των αναγκών που θα καλύψει
 - β. τα εκπαιδευτικά αντικείμενα
 - γ. το ονοματεπώνυμο και τον τίτλο του διδάσκοντος
 - δ. αριθμός των δυνητικά συμμετεχόντων και την ειδικότητα
 - ε. η μέθοδος διδασκαλίας
 - στ. η χρονική διάρκεια της εκπαίδευσης
 - ζ. η ημερομηνία και η ώρα έναρξης και λήξης
 - η. οι μέθοδοι αξιολόγησης

Φορείς Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Φορείς Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης συνήθως είναι οι κλινικές ή τα τμήματα των Νοσοκομείων και οι Ιατρικές Εταιρίες. Οι δραστηριότητες αυτές αφορούν στο προσωπικό που υπηρετεί στο Νοσοκομείο και στα μέλη των Εταιριών, χωρίς όμως να περιορίζονται, αποκλειστικά σε αυτούς. Η συμμετοχή κάθε γιατρού είναι ευπρόσδεκτη.

Πηγές Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Η συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση πρέπει να καλύπτει όλους τους τομείς των δραστηριοτήτων της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Συνεπώς, πρέπει να καθορισθούν οι πηγές στις οποίες δύναται ο γιατρός να συμμετάσχει, καθώς και ο μέγιστος χρόνος αναγνώρισης ως τεκμήριο συμμετοχής από κάθε πηγή. Αναγνωρισμένη συμμετοχή είναι:

- η παρακολούθηση Σεμιναρίων, Συμποσίων, Συνεδρίων, Ημερίδων
- η συμμετοχή σε ομάδα εργασίας ανά υποειδικότητα
- η συμμετοχή σε νοσοκομειακές συγκεντρώσεις
- η ανασκόπηση ιατρικού τύπου
- η παρουσίαση βιβλίου
- το συγγραφικό έργο σε ιατρικό περιοδικό, βιβλίο στην Ελληνική γλώσσα και σε αλλοδαπή
- η εκπόνηση ερευνητικού έργου
- η διδασκαλία, εισήγηση, διάλεξη

Τα εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων

Λόγω της μη ανέγερσης ακόμη των κέντρων υγείας αστικού τύπου και της ελλιπούς στελέχωσης των κέντρων υγείας στις αγροτικές περιοχές, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων επιφορτίζονται σε μεγάλο βαθμό την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα.

Έχει υπολογισθεί ότι ο αριθμός των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων έχει υπερδιπλασιασθεί. Ο αριθμός αυτών των επισκέψεων ήταν περίπου 9εκατ.Με βάση αυτό το νούμερο αναλογούσε κάτι λιγότερο από μια επίσκεψη ανά

κάτοικο. Από αυτές τις επισκέψεις οι μισές περίπου ανήκαν στον παθολογικό τομέα και οι υπόλοιπες στο χειρουργικό.

Το 1/3 των εξωτερικών ιατρείων, τα οποία είναι κατά κανόνα και τα μεγαλύτερα, βρίσκεται συγκεντρωμένο στην περιοχή της Αττικής και το 14% στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. Η επαρχία υποφέρει όχι μόνο από αυτήν την άνιση κατανομή αλλά και από σημαντικές έλλειψης ειδικών υπηρεσιών, εξοπλισμού, ειδικών γιατρών καθώς και εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Εκτός από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, που είναι ενταγμένα στο ΕΣΥ, υπάρχουν ακόμη 34 κρατικά νοσοκομεία (Στρατιωτικά, ΙΚΑ, Πανεπιστημίου κλπ.), τα οποία προσφέρουν στα εξωτερικά τους ιατρεία υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, χωρίς όμως να υπάρχουν στοιχεία.

Στα περισσότερα νοσοκομεία η επίσκεψη στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία πραγματοποιείται ύστερα από τηλεφωνικό ραντεβού. Προβλήματα σχετικά με την παροχή υπηρεσιών από τα εξωτερικά ιατρεία δημιουργούνται από το περιορισμένο και μόνο κατά τις πρωινές ώρες ωράριο λειτουργίας αυτών, με αποτέλεσμα η περιορισμένη αυτή διαθεσιμότητα να δυσκολεύει τους εργαζόμενους – ασθενείς που επιθυμούν να τα επισκεφθούν. Τις υπόλοιπες ώρες του 24ωρου οι ασθενείς μπορούν να προσφύγουν μόνο σε εφημερεύοντα νοσοκομεία. Ακόμη η μέσω των εξωτερικών ιατρείων παροχή υπηρεσιών υγείας δε διασφαλίζει συνέχεια στη φροντίδα, όχι μόνο λόγω της συχνής αλλαγής των γιατρών αλλά και λόγω της έλλειψης μηχανογραφημένου αρχείου ασθενών. Όλα αυτά μαζί με τις ελλείψεις που έχουν ήδη αναφερθεί καθώς και τις οργανωτικές αδυναμίες σχετικά με τη σωστή ροή ασθενών, αποτελούν προβλήματα προς επίλυση.

Η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη από τα άλλα Ασφαλιστικά Ταμεία

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, εκτός από το ΙΚΑ που διαθέτει δική του υγειονομική υποδομή, ένας μεγάλος αριθμός άλλων ταμείων προσφέρει στους ασφαλισμένους κάλυψη του κινδύνου ασθένειας, κυρίως μέσα από συμβάσεις με τον ιδιωτικό τομέα. Τα ταμεία αυτά δε διαθέτουν δικές τους υπηρεσίες και έτσι είναι υποχρεωμένα να συμβάλλονται με

ιδιώτες γιατρούς, ιδιωτικά εργαστήρια και ακτινοδιαγνωστικά κέντρα, τα οποία πληρώνουν κατά πράξη. Ο ασθενής μπορεί να προσφύγει στους συμβεβλημένους γιατρούς ή τα εργαστήρια, να καταβάλει σ' αυτούς την προκαθορισμένη αμοιβή και στη συνέχεια να πάρει από το ταμείο του ένα συγκεκριμένο ποσό. Σε μερικά ταμεία παρέχεται στον ασθενή η δυνατότητα να προσφύγει σε όποιο ιδιώτη γιατρό επιθυμεί, με τη μόνη διαφορά ότι το ταμείο θα του καταβάλλει ένα ποσό που τις περισσότερες φορές είναι μικρότερο εκείνου που ο ίδιος κατέβαλε στο γιατρό.

Μια τρίτη κατηγορία ταμείων διαθέτει κάποια στοιχειώδη υποδομή, που όμως δεν είναι αρκετή για την πλήρη κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων τους, με αποτέλεσμα να προσφεύγουν και στον ιδιωτικό τομέα. Δικές τους υπηρεσίες διαθέτουν τα ταμεία του ΗΛΠΑΠ, ΤΑΞΥ, ΤΑΠ-ΟΤΕ, Οίκος Ναύτου, ΔΕΗ, ΟΣΕ, Εθνικής τράπεζας και το ταμείο Πρόνοιας Δικηγόρων. Οι γιατροί των ταμείων αυτών αμείβονται με ένα σχετικά χαμηλό μισθό, η σχέση εργασίας τους μπορεί να είναι μόνιμη, αορίστου ή ορισμένου χρόνου και είναι συνήθως υπόχρεοι για τρίωρη, τετράωρη ή πεντάωρη απασχόληση, διατηρώντας παράλληλα το δικαίωμα να έχουν ιδιωτικό ιατρείο. Τα περισσότερα ιατρεία λειτουργούν μόνο μέχρι μερικές ώρες και το απόγευμα με ένα μόνο παθολόγο.

Οργάνωση και Λειτουργία Περιφερειακού Ιατρείου

Στατιστικά δεδομένα

Στην περιοχή διοικητικής ευθύνης του Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης λειτουργούν 124 Π.Ι. που αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες 14 Κέντρων Υγείας και 3 Νοσοκομείων – Κέντρων Υγείας. Αυτά παρέχουν υπηρεσίες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε 280.000 περίπου, συνολικό πληθυσμό (στοιχεία Εθνικής Απογραφής 1991).

Υφιστάμενο νομικό πλαίσιο

Τα σημαντικότερα νομοθετικά διατάγματα και εγκύκλιοι που συνθέτουν το πλαίσιο το οποίο διέπει τη λειτουργία των Π.Ι. στη χώρα μας παρατίθενται παρακάτω με χρονολογική σειρά και επιγραμματική αναφορά στο περιεχόμενό τους:

- Ν.67/1968 άρθρο 1,6,8: Προβλέπει την καθιέρωση της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου και τη συγκρότηση κινητών υγειονομικών μονάδων στις αγροτικές περιοχές
- Ν. 1579/1985 άρθρο 4, παρ.2 και ν.1759/1988 άρθρο 54, παρ. 1&3: Αναφέρονται στη σύσταση προσωρινών θέσεων ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου σε Π.Ι. και Κ.Υ. μετά τη συγχώνευση των Υγειονομικών Σταθμών και Αγροτικών Ιατρείων.
- Ν. 1759/1988 άρθρο 20, παρ.3: Εδώ ορίζεται ότι για την απόκτηση οποιουδήποτε τίτλου ιατρικής ειδικότητας, μέρος του χρόνου άσκησης, διανύεται σε Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία τους.
- Ν.1963/1991 άρθρο 20, παρ.2&4: Εδώ καθιερώνεται η εφημερία των αγροτικών γιατρών στα Νοσοκομεία και Κ.Υ. όπου υπηρετούν. Προβλέπεται επίσης τρίμηνης διάρκειας υποχρεωτική εξάσκηση σε Νοσοκομείο των υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου γιατρών, πριν από την ανάληψη υπηρεσίας στις θέσεις όπου διορίζονται
- Ν.2071/1992 άρθρο 22: Το άρθρο αυτό ορίζει τη μετονομασία των ιατρών των Αγροτικών και Περιφερειακών Ιατρείων και Υγειονομικών Σταθμών σε ιατρούς «υπηρεσίας υπαίθρου» των Υγειονομικών Σταθμών και Κ.Υ.

Η διοίκηση του Περιφερειακού Ιατρείου

Τα Π.Ι. υπάγονται διοικητικά στα Κ.Υ. και Νοσοκομεία – Κ.Υ. των οποίων αποτελούν τις αποκεντρωμένες μονάδες. Με το Νόμο 2889/2001 ‘ Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός Εθνικού Συστήματος Υγείας’, οι αρμοδιότητες για την ευθύνη των Μονάδων της Π.Φ.Υ. ανατίθενται στον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή Πε.Σ.Υ.Π.

Η οργάνωση του Περιφερειακού Ιατρείου

Στελέχωση

Αρκετή συζήτηση έχει γίνει για τη σύνθεση της ομάδας στην Π.Φ.Υ. Από πρόσφατες δημοσιεύσεις φαίνεται ότι ο συνδυασμός ιατρού της Π.Φ.Υ. και νοσηλεύτη/τριας εκπαιδευμένου/ης στην κοινοτική νοσηλευτική είναι το κατάλληλο σχήμα για μια αποτελεσματική προσωπική σχέση αλλά και για τη συνέχεια της φροντίδας. Κατά συνέπεια προτείνεται η στελέχωση του Π.Ι. με έναν ιατρό και μια/ένα νοσηλεύτη/τρια.

Προκειμένου για τα Π.Ι. 'αυξημένης κίνησης'(Π.Ι.Α.Κ.) προτείνεται στελέχωση με δυο ιατρούς και δυο νοσηλευτές/τριες η μία/ένας εκ των οποίων να είναι κατηγορίας ΤΕ. (Ως Π.Ι. "αυξημένης κίνησης" ορίζουμε εκείνα στην έδρα των οποίων ο πληθυσμός υπερβαίνει 1.000 κατοίκους ή ο συνολικός πληθυσμός της περιοχής ευθύνης τους υπερβαίνει τους 2.500 κατοίκους). Σε διαδικασία βρίσκεται ήδη προσπάθεια για την καταγραφή των Π.Ι.Α.Κ. σε όλη την Κρήτη.

Σε Π.Ι. όπου δεν υπηρετεί ειδικευμένος ιατρός Ε.Σ.Υ. Γενικής Ιατρικής, θα πραγματοποιούνται βάση προγράμματος, επισκέψεις ειδικευμένων ιατρών – επιμελητών Ε.Σ.Υ. Γενικής Ιατρικής από το Κ.Υ. (ή Νοσοκομείο – Κ.Υ.) στο οποίο ανήκει το Π.Ι. Η κατάρτιση του προγράμματος επισκέψεων θα γίνεται με την ευθύνη του Διευθυντή Γενικής Ιατρικής του Κ.Υ. (ή Νοσοκομείου – Κ.Υ.) και θα κοινοποιείται εγγράφως στο Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης και στον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης.

Εξέταση ασθενών στα χωριά ευθύνης του Π.Ι.

Σε χωριά της περιοχής ευθύνης του Π.Ι. όπου δεν υπάρχει ή δεν πληρεί προϋποθέσεις καταλληλότητας ο υπάρχων χώρος παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, θα γίνουν προσπάθειες ανεύρεσης κατάλληλων χώρων (π.χ. οικήματα πρώην κοινοτικών γραφείων, μη λειτουργούντα σχολεία, κ.τ.λ.) Για το σκοπό αυτό θα ζητηθεί η συνδρομή της Περιφέρειας Κρήτης και των αρμοδίων υπηρεσιών και φορέων (

Ο.Τ.Α. Οργανισμός Σχολικών Κτιρίων κ.τ.λ.). Ένα υπόδειγμα για την καταγραφή των υπαρχόντων χώρων και την καταλληλότητα τους έχει διαμορφωθεί και σταλεί για συμπλήρωση στα Κ.Υ.

Η λειτουργία του Περιφερειακού Ιατρείου

Τήρηση αρχείων – βιβλίων Π.Ι.

Κρίνεται απαραίτητη η σχολαστική τήρηση και η καθημερινή ενημέρωση από τον ιατρό του Π.Ι., των παρακάτω εντύπων:

- Βιβλίο ασθενών στο οποίο θα καταχωρούνται πληροφορίες των κατοίκων των χωριών που επισκέπτεται ο ιατρός του Π.Ι.
- Η Ενιαία Κάρτα Υγείας του Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης για την Π.Φ.Υ. για χρήση στην έδρα του Π.Ι.
- Το ‘Έντυπο παραπομπής ασθενούς’ του Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης
- Βιβλίο εμβολιασμών παιδιών και ενηλίκων.

Τα έντυπα: ‘Ενιαία Κάρτα Υγείας του Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης για την Π.Φ.Υ. και ‘Έντυπο παραπομπής ασθενούς’ στην προ-τελική τους μορφή, θα αποσταλούν στους Διευθυντές των Κ.Υ. (και Διευθυντές Γενικής Ιατρικής Νοσοκομείων – Κ.Υ.) για τυχόν σχόλια, παρατηρήσεις και προτάσεις.

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ

Ο γενικός γιατρός (Γ.Γ.) παίζει σημαντικό ρόλο στην ΠΦΥ. «Ο γενικός γιατρός είναι ο γιατρός που παρέχει προσωπική πρωτοβάθμια και συνεχή φροντίδα σε άτομα και οικογένειες· αποδέχεται την υπευθυνότητα μιας αρχικής απόφασης για κάθε πρόβλημα που του παρουσιάζει ο άρρωστος του, και συνεργάζεται με ειδικούς όταν το θεωρεί αναγκαίο. Η διάγνωσή του θα συγκροτείται με κριτήρια οργανικά, ψυχολογικά και κοινωνικά» (Royal College of General Practitioners, 1966).

Η γενική ιατρική είναι η αρχαιότερη ειδικότητα. Ο «δημοσιεύων γιατρός» της αρχαιότητας και ο «αρχίατρος» του Βυζαντίου παρείχαν υπηρεσίες γενικού γιατρού ανοιχτής περίθαλψης. Ο όρος όμως του γενικού γιατρού με τα καθήκοντα που σήμερα εκτελεί μέσα σ'ένα οργανωμένο σύστημα υγείας, υιοθετήθηκε για πρώτη φορά στις αρχές του 19ου αιώνα. Στα μέσα του 20ου αιώνα, με τις σημαντικές επιτυχίες της Ιατρικής επιστήμης, πολλοί πίστευαν ότι το μέλλον αυτής έπρεπε να στηριχθεί στην τεχνολογία και εξειδίκευση (Θεοδώρου, 1994). Η διευρυνόμενη όμως γνώση και η εκλεπτυσμένη Τεχνολογία οδήγησαν στην εμφάνιση των υποειδικών που γνωρίζουν «όλο και περισσότερα για όλο και λιγότερα». Ο συνδυασμός μακρόχρονων σπουδών και σπάνιας εξειδίκευσης έχει ως αποτέλεσμα αυτοί οι γιατροί να έχουν υψηλή κοινωνική αναγνώριση και δυνητικά υψηλό εισόδημα.

Σε χώρες όπου παράλληλες αλλαγές δεν έγιναν στα πλαίσια της γενικής ιατρικής, το χάσμα μεταξύ γενικών και ειδικών γιατρών διευρύνθηκε. Μία απ'αυτές και η Ελλάδα. Όμως, σε μερικές χώρες έλαβαν χώρα παράλληλες αλλαγές στη γενική ιατρική. Τη δεκαετία του '50 και '60, για παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ολλανδία, οι γενικοί γιατροί άρχισαν ν'αναρωτιούνται τι ρόλο παίζουν στη ζωή του κόσμου. Αποστολή τους ήταν να διαγιγνώσκουν και θεραπεύουν νόσους σ'ένα χαμηλότερο και απλούστερο επίπεδο απ'το νοσοκομείο ή γενική ιατρική είχε μια παραπάνω διάσταση; Ως αποτέλεσμα συζητήσεων και ανάλυσης της δουλειάς τους, άρχισαν να αναγνωρίζουν ότι, αν και ο κόσμος ερχόταν σ'αυτούς με συμπτώματα οργανικής ή ψυχικής νόσου, οι αρρώστιες του επηρεάζονταν από πολλούς άλλους παράγοντες εκτός απ'τους καθαρά οργανικούς. Επηρεάζονταν από ψυχολογικούς και συγκινησιακούς παράγοντες επηρεάζονταν από τη φτώχεια, από τις συνθήκες διαβίωσης, το επάγγελμα, από άλλους κοινωνικούς παράγοντες. Αυτοί οι παράγοντες μερικές φορές επηρέαζαν την αρρώστια, μερικές φορές την προκαλούσαν (Jones, 1993). Βαθμιαία, ο ρόλος του γενικού γιατρού διευρύνθηκε, περιλαμβάνοντας εκτός από τη θεραπεία του ατόμου που νοσεί, την πρόληψη της αρρώστιας, τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας. Ο Pereira Gray είχε πει το 1978 ότι οι γενικοί γιατροί

είναι οι μόνοι εν ενεργεία κλινικοί που εμπλέκονται σε όλα τα στάδια της υγείας και της αρρώστιας.

Το έργο που προσφέρει ο γενικός γιατρός περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα μέτρων όπως:

- εκτίμηση παραγόντων κινδύνου,
- προσυμπτωματική ανίχνευση της νόσου,
- πρόληψη και αγωγή υγείας,
- βελτίωση της στάθμης υγείας του πληθυσμού,
- διατήρηση της υγείας,
- θεραπευτική αγωγή,
- κοινωνική μέριμνα,
- επαναποκατάσταση,
- μέριμνα στο τελευταίο στάδιο της ζωής, στο σπίτι, ή σε ίδρυμα χρονίων νόσων.

Ο γενικός γιατρός προσφέρει στο άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα, κι αυτή είναι η ειδοποιός διαφορά ως προς τις άλλες ειδικότητες (Φιορέτος, 1991).

ΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΣΚΙΑΓΡΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΩΝ ΕΝΤΩΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το υποσύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ως θεμελιώδης συνιστώσα ανάπτυξης και λειτουργίας του υγειονομικού τομέα, στηρίζεται:

A) από τον προγραμματισμό και αξιολόγηση των προγραμμάτων και δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται στα πλαίσια του υποσυστήματος.

B) από τη συνεχή και ολοκληρωμένη σύνδεση με τα άλλα επίπεδα φροντίδας (δευτεροβάθμιο-τριτοβάθμιο).

Γ) από την ενεργό παρέμβαση του πληθυσμού - στόχου, μέσω της συμμετοχής της κοινότητας.

Δ) από την επιτυχή διατομεακή συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων τομέων.

Ε) από την καθιέρωση και εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας.

Στ) από το επίπεδο επιστημοσύνης των επαγγελματιών υγείας που προσφέρουν υπηρεσίες εντός του υποσυστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ζ) από τη δυνατότητα συγκρότησης και λειτουργίας της πολυεπιστημονικού χαρακτήρα « ομάδας υγείας ».

Η) από το σώμα των γενικών οικογενειακών γιατρών ,το κύρος του οποίου συμβάλλει καθοριστικά τόσο στη διαμόρφωση των σχέσεων μεταξύ των επιπέδων φροντίδας υγείας όσο και στον καθορισμό του είδους και της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν.

Εκτός από την αναγκαιότητα παροχής υψηλής ποιότητας διαγνωστικής και θεραπευτικής φροντίδας και πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, από το μέρος των γενικών γιατρών κρίνεται αναγκαία και η επέκταση της γενικής ιατρικής σε πεδία που έχουν σχέση με προληπτικές δραστηριότητες, την αγωγή υγείας, την προαγωγή της υγείας καθώς και δραστηριότητες ψυχοκινητικής υποστήριξης.

Στην Ελλάδα, η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής θεσμοθετήθηκε το 1960 με το Ν.Δ 4111/60 και περιλάμβανε διάρκεια εκπαίδευσης 18 μηνών. Το 1981, στα πλαίσια της προσπάθειας αναπροσανατολισμού του συστήματος υγείας προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η διάρκεια εκπαίδευσης αυξήθηκε στα δυο χρόνια. Έκτοτε η διάρκεια για την εκπαίδευση στη γενική Ιατρική αναπροσαρμόστηκε σε δυο διαφορετικές χρονικές στιγμές και συγκεκριμένα αυτήν του 1985, όπου αυξήθηκε σε τρία χρόνια, και αυτή του 1994, όπου έφθασε στα τέσσερα χρόνια.

Παράλληλα, οι εισροές ειδικευμένων στη γενική ιατρική στελεχών δε φαίνεται να είναι ικανοποιητικές. Από τους 70 περίπου γενικούς γιατρούς που είχαν καταγραφεί στις αρχές του 1985 ότι έχουν πάρει την ειδικότητα βάσει των μεταβατικών διατάξεων που είχαν θεσμοθετηθεί, ο αριθμός των γενικών γιατρών σήμερα έχει ανέλθει στους 560, αριθμός που υπολείπεται σοβαρά από τους απαιτούμενος για την κάλυψη των αναγκών του συστήματος (Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων,1995).

Τα τελευταία χρόνια, η γενική ιατρική στη χώρα μας, βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος όσων ασχολούνται με την οργάνωση και το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, όμως οι καταγραφόμενοι προβληματισμοί επικεντρώνονται αφενός μεν στο εκπαιδευτικό περιεχόμενο της ειδικότητας και αφετέρου στην μη ύπαρξη επαρκούς αριθμού γενικών γιατρών, με αποτέλεσμα οι όποιες εισηγήσεις-προτάσεις να

περιστρέφονται κυρίως γύρω από αυτούς τους δυο άξονες. Ερωτήματα σχετικά με το ρόλο του γενικού γιατρού στο σύστημα υγείας καθώς και με τη δυνατότητα ανταπόκρισης τους στα υγειονομικά προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν, παρόλο που συνεχώς τίθενται κυρίως στις επιστημονικές συναντήσεις, δεν έχουν μέχρι σήμερα προσεγγιστεί μέσα από ερευνητικές εργασίες.

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό της μελέτης είναι μέρος ερευνητικών δεδομένων προγράμματος διεθνούς συνεργασίας με τίτλο «General Practitioners Task Profile in Europe», το οποίο χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (BIOMED I) και πραγματοποιήθηκε σε 32 χώρες. Την ευθύνη του συντονισμού είχε το NIVEL (Netherlands Institute of Primary Health Care) μαζί με το WHO (EURO), ενώ το συντονισμό για τη χώρα μας είχε αναλάβει ο Τομέας Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίου το οποίο κάλυπτε βασικές πτυχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με στόχο τον προσδιορισμό της θέσης του γενικού γιατρού στην Ευρώπη καθώς και την ανίχνευση των ομοιοτήτων και διαφορών που εμφανίζονται μεταξύ των χωρών. Όσον αφορά την Ελληνική πραγματικότητα, η έρευνα διενεργήθηκε σε δείγμα 550 γιατρών που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και υπηρετούν το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα σε όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας. Το ποσοστό ανταπόκρισης από μέρους των γιατρών ήταν περίπου 33%.

Η έρευνα δομήθηκε με προσανατολισμό τις διακρατικές συγκρίσεις. Περιλάμβανε τη συλλογή προσωπικών πληροφοριών και πρακτικών καθώς και της παροχής μιας σειράς υπηρεσιών πρόληψης, και καταγραφή των δραστηριοτήτων τους, την ικανοποίηση που τους προσφέρει το επάγγελμά τους. Η επεξεργασία των στοιχείων σε εθνικό επίπεδο υπήρξε, τεχνικά, ιδιαίτερα δύσκολη και αυτό γιατί:

1)εσωτερικές συγκρίσεις σημαίνουν διάσπαση του δείγματος και επιφέρουν δυσκολίες στη χρησιμοποίηση αρκετών τεχνικών ανάλυσης,

2)οι άξονες γύρω από τους οποίους θα μπορούσαν να περιστραφούν οι όποιες συγκρίσεις, δεν είχαν προβλεφθεί από τη φάση του σχεδιασμού της έρευνας γιατί δεν αφορούσαν τους άμεσους στόχους της.

Οι διαφοροποιήσεις της επαγγελματικής συμπεριφοράς που παρατηρούνται στη χώρα μας μεταξύ τριών μεγάλων ομάδων γιατρών που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι αυτές που θα εξετάσουμε από το υλικό που αφορά τη χώρα μας. Η πρώτη ομάδα αναφέρεται στους γενικούς γιατρούς που παρέχουν υπηρεσίες σε Κέντρα Υγείας. Η δεύτερη ομάδα αναφέρεται σε γενικούς-οικογενειακούς γιατρούς ασφαλιστικών φορέων και συγκεκριμένα του ΙΚΑ που είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας της χώρας Τέλος, η Τρίτη ομάδα αφορά τους ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με την εφαρμογή του κριτηρίου Χ-τετράγωνο.

3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων, που τελικά έφθασαν στα 179,παρατηρώντας τις πληροφορίες που έχουν σχέση με το επαγγελματικό και ατομικό προφίλ του υπό μελέτη «ιατρικού πληθυσμού» έχουμε να επισημάνουμε ότι η μέση ηλικία των γενικών-οικογενειακών γιατρών είναι 45 ετών, με μεγαλύτερη ποσοστιαία αναλογία στην ηλικιακή ομάδα των 41-45 (26,4%),ενώ η μικρότερη απαντάτε στις ηλικιακές ομάδες 28-30 και 56-60 ετών. Η δε αναλογία γυναικών – ανδρών είναι 1/3.Οι σχετικές παράμετροι δίδονται στον πίνακα 1.

Το 68,2% είναι γιατροί οι οποίοι εργάζονται με μισθό, το 25,1% με σύμβαση και το 4,5% ελεύθεροι επαγγελματίες χωρίς σύμβαση. Η μέση απασχόληση στην κύρια εργασία τους είναι 35,65% ώρες την εβδομάδα και η εφημερία 46,75 ώρες την εβδομάδα. Οι συγκεκριμένες παράμετροι για τις τρεις υπό εξέταση ομάδες επιμερίζονται για μεν τους γενικούς γιατρούς σε 35,60 και 46,52 για δε τους γιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων σε 37,02 και 22,50 και τέλος, για τους ιδιώτες γιατρούς σε 39,00 και 53,00. Παράλληλα ο μέσος χρόνος που αφιερώνουν για ενημέρωση είναι 29,89 ώρες το μήνα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό ,32,5% αφορά γιατρούς που η κύρια θέση εργασίας τους ήταν σε περιοχή από 2.501-10.000 κατοίκους και μόνο το 14,7% σε περιοχές με

πληθυσμό πάνω από 250.000 κατοίκους. Επίσης το 52,9% εργαζόταν σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, ενώ ταυτόχρονα ένα μεγάλο ποσοστό των γιατρών του δείγματος (28,9%) δήλωσε ότι ο πλησιέστερος γενικός γιατρός ή ομάδα γενικών γιατρών εκτός της δικής του ευρίσκοντο σε απόσταση πάνω από 10 χιλιόμετρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Πληροφορίες σε σχέση με το επαγγελματικό και ατομικό προφίλ

• Ηλικία	—————▶	Απόσταση από άλλες υπηρεσίες υγείας
• Φύλο		Συστέγαση με άλλους γιατρούς
• Σχέση εργασίας(κύρια/ πρόσθετη θέση)	—————▶	Αριθμός ασθενών που εξυπηρετούν
• Ώρες εργασίας	—————▶	Σύστημα «ραντεβού»
• Ώρες για ενημέρωση	—————▶	Χρόνος που αφιερώνεται στους ασθενείς κατά την ιατρική εξέταση
• Πληθυσμός περιοχής εργασίας	—————▶	Βοήθεια από μη ιατρικό προσωπικό
• Προσδιορισμός περιοχής		Συχνότητα συναντήσεων με μια σειρά επαγγελμάτων
• Εκπαίδευση(έτη)	—————▶	Αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών
• Χρόνια έναρξης εργασίας ως γενικός γιατρός	—————▶	Εξοπλισμός ιατρείων
	—————▶	Πρόσβαση σε εργαστήρια
	—————▶	Ιατρικό αρχείο ασθενών
	—————▶	Χρήση Η/Υ

Όσον αφορά την εκπαίδευσή τους, διαπιστώνεται ότι το 46% ήταν γενικοί γιατροί τριετούς εκπαίδευσης. Επίσης το 46,5% συνεργαζόταν με ομάδα γενικών γιατρών, η οποία αποτελείτο από ένα μέχρι και πέντε άτομα.

Οι επισκέψεις που δέχονται στο ιατρείο είναι περίπου 21 άτομα ημερησίως, ενώ οι επισκέψεις που κάνουν κατ' οίκον ανέρχονται στις 7,5 περίπου την εβδομάδα. Επίσης ο μέσος αριθμός συμβούλων-συστάσεων που δίνουν ημερησίως από τηλεφώνου είναι περίπου 7.

Οι γιατροί του δείγματος δηλώνουν ότι το 77% των περιστατικών που εξετάζουν προσέρχονται σε αυτούς χωρίς προσυνηνόηση και ο χρόνος που τους διαθέτουν κυμαίνεται ανάλογα με το περιστατικό. Αντίστοιχα, ο χρόνος που διατίθεται στους ασθενείς που έχουν προσέλθει με προσυνηνόηση είναι περίπου 22 λεπτά.

Άμεση πρόσβαση σε εργαστήρια έχουν το σύνολο των ιδιωτών, το 86% των γενικών γιατρών, το 66% των γιατρών των ασφαλιστικών οργανισμών. Δε διατηρούν αρχείο ασθενών το 49,6% των γενικών γιατρών, το 23,3% των γιατρών ασφαλιστικών οργανισμών, και μόνο το 14,3% των ιδιωτών.

Η δυνατότητα πρόσβασης σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές έχει ως εξής:

1)το 15,7% των γενικών γιατρών, οι οποίοι κατά 36,8% τον χρησιμοποιούν για διοίκηση και λογιστικά, κατά 5,7% για καθορισμό ραντεβού, κατά 26,3%για καταγραφή χορηγούμενων φαρμάκων, κατά 63,2% για δημιουργία αρχείου ασθενών, κατά 63,2% για έρευνα/αξιολόγηση.

2)το 33,3% των οικογενειακών γιατρών των ασφαλιστικών ταμείων, οι οποίοι τον χρησιμοποιούν σε ποσοστό 13,3%για διοίκηση-λογιστικά, σε ποσοστό 13,3% για καθορισμό ραντεβού ,σε ποσοστό 40% για καταγραφή χορηγούμενων φαρμάκων, σε ποσοστό 86,7% για δημιουργία αρχείου ασθενών, σε ποσοστό 18,85για έρευνα-αξιολόγηση.

3)το 37,5% των ιδιωτών οικογενειακών γιατρών ,οι οποίοι αντίστοιχα τον χρησιμοποιούν όλοι για διοίκηση, λογιστικά για καταγραφή χορηγούμενων φαρμάκων και δημιουργία αρχείου ασθενών, σε ποσοστό 33% για έρευνα και αξιολόγηση, και καθόλου για καθορισμό ραντεβού.

Για τη μελέτη της παροχής προληπτικής ιατρικής εξετάστηκε η συμμετοχή ή όχι σε μια σειρά υπηρεσιών πρόληψης, όπως ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης ,ο έλεγχος της χοληστερόλης ,η ανίχνευση του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, η παιδιατρική ανοσοποίηση, η αγωγή υγείας σε θέματα διατροφικών συνηθειών κ.α. Διαπιστώθηκε ότι η εμπλοκή και των τριών ομάδων γιατρών σε θέματα προληπτικής ιατρικής και αγωγής υγείας διαμέσου των συγκεκριμένων ιατρικών πρακτικών που προαναφέρθηκαν ήταν ιδιαίτερα

χαμηλή, με μικρότερη αυτή των ιδιωτών γιατρών και μεγαλύτερη αυτή των γιατρών γενικής ιατρικής.

Τέλος, εξετάστηκε και σκιαγραφήθηκε το προφίλ των ιατρικών δραστηριοτήτων των γενικών-οικογενειακών γιατρών. Μελετήθηκαν τρεις κατηγορίες δραστηριοτήτων- μέσα από μια σειρά εξειδικευμένων για την κάθε μια ερωτημάτων-που ήσαν η εφαρμογή ιατρικών τεχνικών, η πρώτη επαφή με τα προβλήματα υγείας ,η διαχείριση της ασθένειας.

Για την πρώτη κατηγορία δραστηριοτήτων που αφορά στην εφαρμογή συγκεκριμένων ιατρικών τεχνικών, μετρήθηκε ο βαθμός χρησιμοποίησης στον πληθυσμό ευθύνης μιας σειράς τεχνικών. Η διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων είναι εμφανής (πίνακας 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Εφαρμογή ιατρικών τεχνικών

Δραστηριότητες	ομάδες γιατρών	1	2	3	4	P
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
2.1 Σφηνοειδής εκτομή όνυχος μεγάλου δακτύλου του ποδιού	-Γενικοί Γιατροί	25,0	31,0	24,0	20,0	0,001
	-Ασφ.Ταμείων	24,3	13,5	5,4	56,8	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	-	37,5	62,5	
2.2 Αφαίρεση σμηγματο- γόνου κύστεως απο το τριχωτό της κεφαλής	-Γενικό Γιατροί	16,7	20,8	25,0	37,0	0,280
	-Ασφ.Ταμείων	26,3	7,9	10,5	55,3	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	-	50,0	50,0	
2.3 Συράφή Τραυματος	-Γενικοί Γιατροί	63,1	20,4	6,8	9,7	0,000
	-Ασφ.Ταμείων	42,1	10,5	18,4	28,9	
	-Γενικοί Γιατροί	12,5	-	37,5	50,0	
2.4 Εκτομή ακροχορδόνωσης	-Γενικοί Γιατροί	5,1	9,0	20,5	65,4	0,048
	-Ασφ.Ταμείων	8,1	2,7	10,8	78,4	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	-	14,3	85,7	
2.5 Εισαγωγή ενδομήτριου αντισυλληπτικού σκευάσματος	-Γενικοί Γιατροί	5,1	5,1	12,7	77,2	0,049
	-Ασφ.Ταμείων	-	-	15,6	84,4	

	-Ιδιώτες Γιατροί	-	-	12,5	87,5		
2.6 Αφαίρεση σκουριασμένου σώματος από τον κερατοειδή	-Γενικοί Γιατροί	13,8	13,8	25,3	47,1	0,080	
	-Ασφ.Ταμείων	5,6	13,9	11,1	69,4		
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	-	37,5	62,5		
2.7 Βυθοσκόπηση	-Γενικοί Γιατροί	14,6	13,5	29,2	42,7	0,357	
	-Ασφ.Ταμείων	28,6	11,4	5,7	54,3		
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	12,5	25,0	62,5		
2.8 Ενδοαθρική ένεση	- Γενικοί Γιατροί	9,3	9,3	32,6	48,8	0,214	
	-Ασφ.Ταμείων	23,1	7,7	23,1	46,2		
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	-	50,0	50,0		
2.9 Παρακέντηση άνω γνάθου	-Γενικοί Γιατροί	1,2	2,4	9,5	86,9	0,427	
	-Ασφ.Ταμείων	-	-	5,9	94,1		
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	-	-	100,0		
2.10 Μυριγγοτομία του τυμπάνου	-Γενικοί Γιατροί	19,1	16,9	28,1	36,0	0,001	
	-Ασφ.Ταμείων	5,7	8,6	17,1	68,6		
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	-	12,5	87,5		
2.11 Εφαρμογή γύψου	-Γενικοί Γιατροί	64,1	18,4	14,6	2,9	0,000	
	-Ασφ.Ταμείων	35,0	22,5	20,0	22,5		
	-Ιδιώτες Γιατροί	12,5	25,0	37,5	25,0		
2.12 Εφαρμογή επιδέσμου στον αστράγαλο	-Γενικοί Γιατροί	1,2	3,7	12,3	82,7	0,043	
	-Ασφ.Ταμείων	8,6	17,1	-	74,3		
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	-	14,3	85,7		
2.13 Κρυοπηξία (ακροχόνδροση)	-Γενικοί Γιατροί	57,3	19,4	12,6	10,4	0,000	
	-Ασφ.Ταμείων	25,0	13,9	25,0	36,1		
	-Ιδιώτες Γιατροί	12,5	62,5	12,5	12,5		
2.14 Καθετηριασμός Φλέβας	-Γενικοί Γιατροί						
	-Ασφ.Ταμείων						
	-Ιδιώτες Γιατροί						

1=(σχεδόν)πάντοτε

2= συνήθως

3=καμία φορά

4=σπάνια/ποτέ

Η διαφοροποίηση είναι μεγαλύτερη μέχρι ακραία σε πάρα πολλές περιπτώσεις για τους ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίοι σχεδόν δεν εφαρμόζουν το σύνολο των επιμέρους δραστηριοτήτων που μελετήθηκαν, παρουσιάζοντας μια ομογενή συμπεριφορά για όλες τις δραστηριότητες. Σε μεγάλο βαθμό χρησιμοποιούνται οι λιγότερο εξειδικευμένες τεχνικές και αυτές κυρίως από γιατρούς των Κέντρων Υγείας, ενώ τόσο οι γιατροί των ασφαλιστικών ταμείων όσο και οι ιδιώτες γιατροί παραπέμπουν τα συγκεκριμένα περιστατικά σε ειδικούς γιατρούς. Η στατιστική σημαντικότητα των διαφοροποιήσεων επιβεβαιώνεται για τις περισσότερες τεχνικές, οι οποίες είναι τεχνικές που χρησιμοποιούν κυρίως οι γενικοί γιατροί που παρέχουν υπηρεσίες στα Κέντρα Υγείας.

Για τη δεύτερη κατηγορία δραστηριοτήτων που αφορά στην πρώτη επαφή με προβλήματα υγείας, μετρήθηκε η συχνότητα με την οποία οι ασθενείς της περιοχής ευθύνης των γιατρών έρχονται σε πρώτη επαφή με τους γιατρούς για την επίλυση μιας σειράς προβλημάτων υγείας. Η μέτρηση αυτή αναφέρεται μόνο στην πρώτη επαφή, ξεχωριστά από τυχόν παραπομπές για την περαιτέρω διάγνωση /διερεύνηση ή θεραπεία. Οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των τριών υπό μελέτη ομάδων, σε λίγες περιπτώσεις επιβεβαιώνονται στατιστικά (πίνακας 3). Είναι σαφώς μεγαλύτερη η συχνότητα όσον αφορά τους γενικούς γιατρούς-αφορούν κυρίως έκτακτα περιστατικά- και μικρότερη για τους ιδιώτες γιατρούς καθώς και στην περίπτωση της εφαρμογής των ιατρικών τεχνικών, αλλά μικρότερης έκτασης όσον αφορά την απόλυτη στατιστική διαφοροποίηση. Και στην κατηγορία αυτή θα πρέπει να τονιστεί η ομογενοποιημένη συμπεριφορά των ιδιωτών για το σύνολο των επιμέρους δραστηριοτήτων, γεγονός που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η επαγγελματική συμπεριφορά των ιδιωτών οικογενειακών γιατρών είναι συμπεριφορά παθολόγων γιατρών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Πρώτη επαφή με προβλήματα υγείας

Προβλήματα υγείας	Ομάδες γιατρών	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	P (%)
3.1 Παιδί με εξάνθημα	-Γενικοί Γιατροί	38,5	32,1	23,9	5,5	0,695
	-Ασφ.Ταμείων	39,0	24,4	24,4	12,2	
	-Ιδιώτες Γιατροί	42,2	24,3	24,3	8,6	
3.2 Παιδί με έντονο βήχα	-Γενικοί Γιατροί	38,5	32,1	24,8	4,6	0,745
	-Ασφ.Ταμείων	41,5	22,0	24,2	12,2	
	-Ιδιώτες Γιατροί	42,9	24,3	24,3	24,3	
3.3 Παιδί 7 ετών με ενούρηση	-Γενικοί Γιατροί	25,2	21,5	28,0	25,2	0,642
	-Ασφ.Ταμείων	30,8	23,1	25,6	20,5	
	-Ιδιώτες Γιατροί	28,6	28,6	28,6	14,3	
3.4 Παιδί 8 ετών με προβλήματα ακοής	-Γενικοί Γιατροί	14,7	18,6	32,4	34,3	0,693
	-Ασφ.Ταμείων	26,5	17,6	17,6	38,2	
	-Ιδιώτες Γιατροί	14,3	14,3	42,9	28,6	
3.5 Γυναίκα 18 ετών ζητά αντισυλληπτικά από το στόμα	-Γενικοί Γιατροί	6,5	19,4	29,6	44,4	0,224
	-Ασφ.Ταμείων	26,3	5,3	26,3	42,1	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	14,3	57,1	28,6	
3.6 Γυναίκα 20 ετών για επιβεβαίωση εγκυμοσύνης	-Γενικοί Γιατροί	8,5	23,6	33,0	34,9	0,883
	-Ασφ.Ταμείων	24,3	5,4	21,6	48,6	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	14,3	57,1	28,6	
3.7 Γυναίκα 35 ετών με ανώμαλη εμμηνορρυσία	-Γενικοί Γιατροί	8,6	30,5	36,2	24,8	0,329
	-Ασφ.Ταμείων	28,2	12,8	23,1	35,9	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	14,3	42,9	42,9	
3.8 Άντρας 24 ετών με γαστραλγίες	-Γενικοί Γιατροί	68,5	19,8	6,3	5,4	0,165
	-Ασφ.Ταμείων	69,2	10,3	10,3	10,3	
	-Ιδιώτες Γιατροί	42,9	28,6	-	28,6	
3.9 Άντρας 45 ετών με πόνο στο στήθος	-Γενικοί Γιατροί	68,8	20,5	5,4	5,4	
	-Ασφ.Ταμείων	32,5	30,0	7,5	10,0	
	-Ιδιώτες Γιατροί	28,6	42,9	-	28,6	
3.10 Άντρας 50 ετών με έγκαυμα στο χέρι	-Γενικοί Γιατροί	61,5	18,3	12,8	7,3	0,000
	-Ασφ.Ταμείων	35,9	10,3	17,9	35,9	

	-Ιδιώτες Γιατροί	-	28,6	14,3	57,1	
3.11 Άντρας 50 ετών με οξύ πονόδοντο	-Γενικοί Γιατροί	14,2	12,3	46,2	27,4	0,017
	-Ασφ. Ταμείων	21,6	-	21,6	56,8	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	14,3	14,3	71,4	
3.12 Γυναίκα 50 ετών με ογκίδιο στο στήθος	-Γενικοί Γιατροί	36,4	29,1	23,6	10,9	0,131
	-Ασφ. Ταμείων	25,0	20,0	37,5	17,5	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	57,1	14,3	28,6	
3.13 Γυναίκα 60 ετών με επιδεινούμενη όραση	-Γενικοί Γιατροί	19,9	24,5	27,4	30,2	0,775
	-Ασφ. Ταμείων	8,1	8,1	37,8	45,9	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	-	28,6	71,4	

(ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

3.14 Γυναίκα 60 ετών με Πολυουρία	-Γενικοί Γιατροί	65,1	21,1	8,3	5,5	0,117
	-Ασφ. Ταμείων	51,2	31,7	7,3	9,8	
	-Ιδιώτες Γιατροί	57,1	14,3	-	28,6	
3.15 Γυναίκα 60 ετών με αιφνίδια συμπτώματα παράλυσης/πάρεσης	-Γενικοί Γιατροί	62,0	24,1	7,4	6,5	0,0235
	-Ασφ. Ταμείων	52,5	12,5	10,0	25,0	
	-Ιδιώτες Γιατροί	66,7	16,7	-	16,7	
3.16 Άντρας 70 ετών με πόνο στην άρθρωση	-Γενικοί Γιατροί	74,5	12,2	2,7	4,5	0,048
	-Ασφ. Ταμείων	56,1	29,3	4,9	9,8	
	-Ιδιώτες Γιατροί	50,0	33,3	-	16,7	
3.17 Γυναίκα 75 ετών με πόνο στην άρθρωση	-Γενικοί Γιατροί	58,6	19,8	15,3	6,3	0,035
	-Ασφ. Ταμείων	39,0	34,0	12,2	14,6	
	-Ιδιώτες Γιατροί	33,3	33,3	-	33,3	
3.18 Άντρας 35 ετών με διάστρεμμα αστραγάλου	-Γενικοί Γιατροί	65,7	16,7	12,0	5,6	0,002
	-Ασφ. Ταμείων	25,0	35,0	20,0	20,0	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	33,3	33,3	-	
3.19 Άντρας 29 ετών με Οσφυαλγία	-Γενικοί Γιατροί	77,3	14,5	3,6	4,5	0,017
	-Ασφ. Ταμείων	58,5	22,0	-	19,5	
	-Ιδιώτες Γιατροί	50,0	33,3	-	16,7	
3.20 Άντρας 28 ετών με	-Γενικοί Γιατροί	54,6	18,5	12,0	14,8	0,015

πρώτους σπασμούς	-Ασφ. Ταμείων	37,5	22,5	10,0	30,0	
	-Ιδιώτες Γιατροί	16,7	16,7	50,0	16,7	
3.21 Άντρας 45 ετών με έντονο άγχος	-Γενικοί Γιατροί	62,2	21,6	9,9	6,3	0,425
	-Ασφ.Ταμείων	50,0	22,5	7,5	20,0	
	-Ιδιώτες Γιατροί	66,7	16,7	-	16,5	
	-Γενικοί Γιατροί	19,0	14,3	29,5	37,1	0,175
3.22 Σωματικά κακοποιημένο παιδί	-Ασφ. Ταμείων	12,8	15,4	23,1	48,7	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	33,3	16,7	50,0	
3.23 Ζευγάρι με προβλήματα σχέσης	-Γενικοί Γιατροί	18,0	13,3	30,8	37,1	0,044
	-Ασφ.Ταμείων	12,5	7,5	40,0	40,0	
	-Ιδιώτες Γιατροί	16,7	-	66,7	16,7	
	-Γενικοί Γιατροί	8,7	14,4	39,4	25,5	0,278
3.24 Άντρας με τάσεις Αυτοκτονίας	-Ασφ.Ταμείων	20,0	7,5	25,0	47,5	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	16,7	33,3	16,7	
3.25 Γυναίκα 50 ετών με ψυχοκοινωνικά προβλήματα στο χώρο εργασίας	-Γενικοί Γιατροί	21,7	19,8	33,0	37,5	0,375
	-Ασφ.Ταμείων	20,0	7,5	25,0	47,5	
	-Ιδιώτες Γιατροί	16,7	33,3	66,7	16,7	
3.26 Άντρας 32 ετών με σεξουαλικά προβλήματα	-Γενικοί Γιατροί	16,8	17,8	30,8	34,6	0,174
	-Ασφ.Ταμείων	20,0	27,5	25,0	27,5	
	-Ιδιώτες Γιατροί	16,7	33,3	33,3	16,7	
3.27 Άντρας 52 ετών με προβλήματα αλκοολισμού	-Γενικοί Γιατροί	20,6	30,8	23,4	25,2	0,279
	-Ασφ.Ταμείων	31,7	14,6	22,0	31,7	
	-Ιδιώτες Γιατροί	20,0	60,0	-	20,0	

1=(σχεδον)πάντοτε 2= συνήθως 3=καμιά φορά 4=σπάνια/ποτέ

Για την Τρίτη κατηγορία δραστηριοτήτων που αφορά στη διαχείριση της ασθένειας, μετρήθηκε ο βαθμός συμμετοχής στη θεραπεία και στην μετέπειτα παρακολούθηση των διαγνωσμένων ασθενών στην περιοχή ευθύνης των γιατρών. Η μέτρηση αυτή αφορά στους ασθενείς που στρέφονται κατά κανόνα

στους γενικούς γιατρούς για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Και στην κατηγορία αυτή ,τα χαμηλότερα ποσοστά συμμετοχής έχουν οι ιδιώτες γιατροί ,ενώ αντίστοιχα τα υψηλότερα απαντώνται στην περίπτωση των γενικών γιατρών με εξαίρεση δυο-τρεις επιμέρους ιατρικές δραστηριότητες όπου τα υψηλότερα ποσοστά απαντώνται στους οικογενειακούς γιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων και αφορούν χρόνιες παθήσεις που απαντώνται συνήθως σε υπερήλικες ασθενείς(πίνακας 4).Οι παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις στις περισσότερες περιπτώσεις επιβεβαιώνονται στατιστικά.

Όσον αφορά την ικανοποίηση από την εργασία:

- ❖ Οι γενικοί γιατροί πιστεύουν ότι ενώ η δουλειά τους έχει πάντα το ίδιο ενδιαφέρον για αυτούς, η εργασία τους είναι φορτωμένη με μη αναγκαία διοικητική εργασία και παράλληλα δεν υπάρχει καλή αντιστοιχία προσπάθειας και ανταμοιβής.
- ❖ Οι οικογενειακοί γιατροί των ασφαλιστικών ταμείων θεωρούν ότι ένα μεγάλο μέρος της εργασίας δεν έχει νόημα και ότι στην περίπτωση που οι αποδοχές και οι συνθήκες εργασίας ήσαν ίδιες ,οι μισοί τουλάχιστον να μην προτιμούσαν την ιατρική δουλειά.
- ❖ Οι ιδιώτες οικογενειακοί γιατροί δηλώνουν ότι βρίσκουν πάντα ενδιαφέρον στη δουλειά τους, παρότι ένα μεγάλο μέρος της δουλειάς τους περιλαμβάνει χαμένους κόπους από την πλευρά τους, και σχεδόν πάντοτε υπάρχει καλή αντιστοιχία προσπάθειας και ανταμοιβής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Διαχείριση ασθένειας

Ασθένεια	Ομάδες Γιατρών	1	2	3	4	P
4.1 Υπερθυροειδισμός	-Γενικός Γιατρός	2,6	35,9	33,0	18,4	0,111
	-Ασφ.Ταμείων	2,5	52,5	25,0	20,0	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	12,5	50,0	37,5	
4.2 Χρόνια Βρογχίτιδα	-Γενικός Γιατρός	70,8	22,1	4,4	2,7	0,370
	-Ασφ.Ταμείων	51,2	36,6	7,3	4,9	
	-Ιδιώτες Γιατροί	57,1	42,9	-	-	
4.3 Κριθή Βλεφάρου	-Γενικοί Γιατροί	43,5	28,7	14,8	13,0	0,001
	-Ασφ Ταμείων	20,5	12,8	25,6	41,0	
	-Ιδιώτες Γιατροί	28,6	42,9	-	28,6	
4.4 Πεπτικό έλκος	-Γενικοί Γιατροί	42,3	18,8	5,4	3,6	0,500
	-Ασφ.Ταμείων	65,9	17,1	7,3	9,8	
	-Ιδιώτες Γιατροί	42,9	28,6	14,3	14,3	
4.5 Δισκοκοίλη	-Γενικοί Γιατροί	32,7	37,4	19,6	10,3	0,127
	-Ασφ.Ταμείων	19,7	46,2	17,9	17,9	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	66,7	-	33,3	
4.6Οξέα αγγειακά Επεισόδια εγκεφάλου	-Γενικοί Γιατροί	50,9	20,0	15,5	13,6	0,025
	-Ασφ.Ταμείων	40,0	20,0	12,5	27,5	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	66,7	-	33,3	
4.7 Συμφοριτική Καρδιοπάθεια	-Γενικός Γιατρός	31,5	36,0	18,9	13,5	0,170
	-Ασφ.Ταμείων	21,1	47,4	18,4	13,2	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	33,3	16,7	50,0	
4.8 Πνευμονία	-Γενικός Γιατρός	56,3	33,9	8,0	1,8	0,477
	-Ασφ.Ταμείων	70,7	19,5	4,9	4,1	
	-Ιδιώτες Γιατροί	71,4	28,6	-	-	
4.9 Περιαμυγδαλικό Απόστημα	-Γενικοί Γιατροί	34,6	23,4	27,1	15,0	0,090
	-Ασφ. Ταμείων	28,2	35,9	15,4	20,5	
	-Ιδιώτες Γιατροί	14,3	14,3	71,4	-	
4.10 Ελκώδης	-Γενικοί Γιατροί	30,3	25,7	18,3	25,7	0,661

Κολίτης	-Ασφ.Ταμείων	23,1	28,2	17,9	14,3	
	-Ιδιώτες Γιατροί	14,3	57,1	14,3	14,3	
4.11 Σαλπγγίτης	-Γενικοί Γιατροί	9,8	19,6	38,2	32,4	0,254
	-Ασφ.Ταμείων	8,1	21,6	18,9	51,4	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	14,3	57,1	28,6	
4.12 Διάσειση	-Γενικοί Γιατροί	24,8	29,5	23,8	21,9	0,373
	-Ασφ.Ταμείων	23,7	21,1	23,7	31,6	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	60,0	-	40,0	
4.13 Νόσος του Πάρκινσον	-Γενικοί Γιατροί	21,5	33,6	20,6	24,3	0,044
	-Ασφ.Ταμείων	7,5	30,0	30,0	32,5	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	28,6	-	71,4	

(ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

4.14 Διαβήτης τύπου II Χωρίς επιπτώσεις	-Γενικοί Γιατροί	56,3	30,4	8,9	4,5	0,013
	-Ασφ.Ταμείων	61,0	22,0	4,9	12,2	
	-Ιδιώτες Γιατροί	28,6	28,6	-	42,9	
4.15 Ρευματοειδής Αρθρίτης	-Γενικοί Γιατροί	30,3	43,1	22,9	3,7	0,000
	-Ασφ.Ταμείων	45,0	22,5	10,0	22,5	
	-Ιδιώτες Γιατροί	16,7	83,3	-	-	
4.16 Κατάθλιψη	-Γενικοί Γιατροί	18,7	28,7	37,4	15,9	0,018
	-Ασφ.Ταμείων	15,4	30,8	20,5	33,3	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	33,3	-	66,7	
4.17 Έμφραγμα του Μυοκαρδίου	-Γενικοί Γιατροί	26,4	26,4	22,7	24,5	0,015
	-Ασφ.Ταμείων	15,4	23,1	25,6	35,9	
	-Ιδιώτες Γιατροί	-	16,7	16,7	66,7	

1=(σχεδόν)πάντοτε 2= συνήθως 3=καμιά φορά 4=σπάνια/ποτέ

4. ΣΤΖΗΤΗΣΗ –ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διασφάλιση ενός επιπέδου υγείας, το οποίο επιτρέπει μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική, για το σύνολο του πληθυσμού ,αποτελεί βασικό στόχο της «Στρατηγικής Υγείας για Όλους το Έτος 2000».Το κλειδί για την επίτευξη του στόχου είναι η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στην Ελλάδα, από τα μέσα της δεκαετίας του '80 εκδηλώθηκε ιδιαίτερο πολιτικό ενδιαφέρον, στα πλαίσια της ανασυγκρότησης του υγειονομικού τομέα ,για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Παρά τις σχετικές νομοθετικές ρυθμίσεις, η απουσία στρατηγικών στόχων και συνέχειας στη διαμορφωθείσα πολιτική εμπόδισε την κατανόηση της και την ορθολογική της εφαρμογή (Γεωργούση και συν.,1991)

Σήμερα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κατ' επέκταση η γενική ιατρική συνιστούν ,και στη χώρα μας ,σημεία αιχμής για την αποκατάσταση της λειτουργίας του υγειονομικού τομέα της χώρας μας και κρίσιμες επιλογές για την ανάπτυξη του. Η προβληματική για τον προσδιορισμό και την ανίχνευση και την στήριξη του ρόλου του γενικού γιατρού είναι υψίστης σημασίας. Το πολυσύνθετο έργο που καλείται να υπηρετήσει, διαμορφώνει τη σπουδαιότητα του ρόλου του στο σύστημα υγείας, η οποία επεκτείνεται από τις συνεχείς μεταλλαγές του κοινωνικού ιστού και τις συνεχώς διαμορφούμενες κοινωνικές και υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η επαγγελματική συμπεριφορά των γενικών-οικογενειακών γιατρών είναι καθοριστική τόσο στη διαμόρφωση του υγείας του πληθυσμού αναφοράς όσο και στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας και στη συγκράτηση των δαπανών για την υγεία.

Η άσκηση της γενικής ιατρικής στην καθημερινή πρακτική, η επαγγελματική πρόληψη των γενικών γιατρών από τον πληθυσμό ευθύνης τους διαφέρει σε κάθε σύστημα υγείας αλλά και μεταξύ των γιατρών του ίδιου συστήματος. Οι ιδιαιτερότητες αυτές μπορεί να οφείλονται στην προσωπικότητα του γιατρού ,στον ασαφή χαρακτήρα πολλών προβλημάτων υγείας που παρουσιάζονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, στην εκπαίδευση του γιατρού, στη νομοθεσία, στην εργασιακή σχέση του γιατρού και στον τρόπο αμοιβής του γιατρού ,στην δυνατότητα των

ασθενών να προσφεύγουν σε γιατρούς ειδικοτήτων, και στον τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας στη χώρα.

Εξετάζοντας προσεκτικά τα αποτελέσματα της έρευνας, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι σήμερα ,οι γενικοί γιατροί που εργάζονται σε Κέντρα Υγείας παρέχουν σε ένα αρκετά ικανοποιητικό βαθμό υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας- αν και υστερούν από την ευρωπαϊκή πραγματικότητα όσον αφορά τον τομέα της πρόληψης –στον πληθυσμό που καλούνται να την υπηρετήσουν, σε αντίθεση με τις δύο άλλες ομάδες οικογενειακών γιατρών που επικεντρώνονται στην παροχή εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών. Παρότι υπολείπονται από υποδομή σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες, έχουν λιγότερο καλή πρόσβαση σε υποστηρικτικές υπηρεσίες, επιβαρύνονται περισσότερο από υποχρεωτικές διοικητικές εργασίες, παρέχουν σαφώς ένα ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών υγείας. Δηλώνουν προβληματισμένοι με τις συνθήκες εργασίας και παραδέχονται κατηγορηματικά ότι δεν υπάρχει καλή αντιστοιχία μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής, όμως στηρίζουν το καταγραφόμενο ως «μέτριο» προφίλ της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας στο επίπεδο των διεθνών συγκρίσεων(Κυριόπουλος και συν.,1995 α, Κυριόπουλος και συν.,1995 β),το οποίο ταυτόχρονα επιβαρύνεται σημαντικά από το φάσμα των υπηρεσιών που παρέχονται από τις υπόλοιπες δύο επαγγελματικές ομάδες.

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ **ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ** **ΣΥΓΚΛΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ**

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θεσμός του γενικού οικογενειακού γιατρού στη σημερινή εξελιγμένη του μορφή , παρουσιάστηκε αρχικά στη Μεγάλη Βρετανία και σήμερα λειτουργεί με μια ευρεία ποικιλία παραλλαγών σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες και στον υπόλοιπο κόσμο . Αν και παρουσιάζεται σε μια πιο οργανωμένη και ολοκληρωμένη μορφή στα συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται κυρίως από το κράτος και την κοινωνική ασφάλιση ,λειτουργεί επίσης και σε συστήματα φιλελεύθερα , όπως το αμερικανικό

,όπου τα διάφορα μοντέλα προπληρωμένης ιατρικής φροντίδας χρησιμοποιούν ολοένα και περισσότερο τους γενικούς γιατρούς σε ρόλο φίλτρου ,με σκοπό τον περιορισμό του συνολικού κόστους του τομέα της υγείας και την παροχή υπηρεσιών στον τόπο που ζει και εργάζεται ο πληθυσμός.(Geyman, 1986) .

Στην Ευρώπη, η ειδικότητα της γενικής ιατρικής έχει μεγάλο μέρος από τη φροντίδα υγείας και συντείνει στην ορθολογική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας και στον έλεγχο των δαπανών ,δεδομένου ότι στις περισσότερες χώρες ο γενικός γιατρός αποτελεί την «πύλη εισόδου» στο σύστημα υγείας. Εκ παραλλήλου, η δυνατότητα χρησιμοποίησης του ως «διαχειριστή»των δαπανών υγείας, προσδίδει στο έργο του αναμφισβήτητη και καθοριστική σπουδαιότητα για την προοδευτική ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας Έτσι, η επαγγελματική συμπεριφορά των γενικών γιατρών έχει μεγάλη σημασία τόσο στην καλή υγεία των ασθενών όσο και στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας και στη συγκράτηση των δαπανών.

Η γενική οικογενειακή ή κοινοτική ιατρική ειδικότητα θεσμοθετήθηκε στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια και δεν έχει ακόμα αναπτυχθεί σε πλήρη μορφή αναφορικά με τα εκπαιδευτικά προγράμματα, τα αναγκαία μεγέθη του ανθρώπινου δυναμικού και τις κλινικές και επαγγελματικές πρακτικές. Αν και στις ευρωπαϊκές χώρες οι γενικοί γιατροί αποτελούν σημαντικό μέρος του ιατρικού σώματος , στη χώρα μας αριθμούν μόλις 1.520 άτομα , μέγεθος στο οποίο συμπεριλαμβάνονται ,αθροιστικά γενικοί γιατροί οι οποίοι απέκτησαν τίτλο ειδικότητας με διαφορετικές διαδικασίες λόγω της μεταβατικής περιόδου.

Στην εργασία αυτή έγινε προσπάθεια διερεύνησης του ιδιαίτερου ρόλου του γενικού γιατρού στο σύστημα υγείας , στην Ελλάδα και στην ευρωπαϊκή περιοχή , όπως αυτός εκφράζεται από την αντίληψη των γενικών γιατρών σχετικά με το βαθμό πρώτης επαφής των ασθενών μαζί τους. Επίσης, στη διερεύνηση του φάσματος των υπηρεσιών με την καταγραφή των καθημερινών τους δραστηριοτήτων όπως εκφράζονται από τη διαχείριση της ασθένειας αλλά και την πιθανή εφαρμογή ιατρικών τεχνικών σε μια σειρά από εξειδικευμένα περιστατικά, ακόμα, στους τομείς της προληπτικής ιατρικής ,της αγωγής και προαγωγής της αγωγής, και τέλος εξετάστηκε η ικανοποίηση από την εργασία, που αποτελεί σημαντική συνιστώσα για την οργάνωση της οικογενειακής ιατρικής και την επεξεργασία πολιτικής για την ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων στον υγειονομικό τομέα.

Η σκοπιμότητα της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι σχετικές μελέτες μπορούν να συνδράμουν στη βελτίωση της επαγγελματικής πρακτικής ,τον προσανατολισμό της

δράσης των γενικών γιατρών και, επίσης, στην επεξεργασία κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης.

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ

Ο πληθυσμός-στόχος της παρούσας έρευνας ήταν γενικοί οικογενειακοί γιατροί , οι απαντήσεις των οποίων καταγράφηκαν με ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τριάντα οκτώ κλειστές ερωτήσεις , χωρισμένες σε θεματικές ενότητες. Η έρευνα έγινε με τη συνεργασία των NIVEL(Nether-lands Institute of Primary Health Care)WHO Euro,και χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του προγράμματος (BIOMED I), σε τριάντα δύο χώρες της ευρωπαϊκής περιοχής.

Οι συλλεχθείσες πληροφορίες αφορούσαν: προσωπικές και πρακτικές πληροφορίες (25ερωτήσεις), την εφαρμογή ιατρικών τεχνικών (14 είδη),την πρώτη επαφή με προβλήματα υγείας (27 είδη),την εμπλοκή στην πρόληψη (6 ερωτήσεις),τη διαχείριση της ασθένειας (17 είδη),την ικανοποίηση από την εργασία τους (7 ερωτήσεις).

Επιδιώχτηκε το δείγμα να είναι περίπου 200 απαντήσεις από κάθε χώρα ,με ένα στρωματοποιημένο αντιπροσωπευτικό δείγμα.

Στη χώρα μας επιλέχθηκε ένα δείγμα 550 γιατρών από όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα, το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα , το Εθνικό Σύστημα Υγείας και το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η διακίνηση του ερωτηματολογίου έγινε με επιστολή υποστήριξης και ενθάρρυνσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και την Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής.

Οι απαντήσεις που παραλείφθηκαν ήταν 179,δηλαδή το 33% του επιλεγέντος δείγματος ,ποσοστό που βρίσκεται πλησίον του στόχου των 200 απαντήσεων αλλά είναι σημαντικά χαμηλότερο από το αντίστοιχο άλλων ευρωπαϊκών χωρών ,το οποίο ήταν 48% περίπου.

Η πρώτη επαφή των γενικών γιατρών με τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού ευθύνης του μετρήθηκε σε κλίμακα τεσσάρων σημείων ως εξής: σχεδόν πάντοτε ,συνήθως, καμιά φορά ,σπάνια/ποτέ.

Με αυτό τον τρόπο , επιχειρήθηκε να προσδιοριστεί ο βαθμός αρχικής προσέλευσης του ασθενούς με προβλήματα υγείας είκοσι επτά διαφορετικών ειδών στο γενικό γιατρό, με παράλληλη καταγραφή των ειδικών γιατρών οι οποίοι ενδεχομένως εμπλέκονται στις συγκεκριμένες θεραπείες και στους οποίους μπορούν επίσης να

απευθύνονται κατ' αρχήν οι ασθενείς .Τα προβλήματα υγείας περιλάμβαναν επείγοντα περιστατικά, ψυχοκοινωνικά καθώς και προβλήματα υγείας πληθυσμού διαφορετικών ηλικιών και των δύο φύλων. Προκειμένου να εφαρμοστεί η factor analysis, δημιουργήθηκαν τέσσερις υποκατηγορίες οι οποίες αναφέρονταν στα προβλήματα του παιδικού πληθυσμού (5είδη),στα προβλήματα του γυναικείου πληθυσμού (5 είδη),στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα (5είδη) και στα επείγοντα περιστατικά (6 είδη).

Αναφορικά με την εφαρμογή ιατρικών τεχνικών και τη διαχείριση της ασθένειας επιχειρήθηκε να προσδιοριστεί σε ποιο βαθμό οι ασθενείς της περιοχής ευθύνης τους προσέρχονται στους γενικούς γιατρούς για τις δεκατέσσερις καταγραφόμενες ιατρικές τεχνικές , π. χ. σφηνοειδής εκτομή όνυχος του μεγάλου δακτύλου του ποδιού κλπ..., και να αποτυπωθεί ο βαθμός συμμετοχής των γενικών γιατρών στη θεραπεία και στη μετέπειτα παρακολούθηση των διαγνωσμένων ασθενών με παράλληλη καταγραφή των ειδικών γιατρών οι οποίοι ενδεχομένως εμπλέκονται στις συγκεκριμένες θεραπείες.

Αρχικά απαλείφθηκαν οι θεραπείες εκείνες οι οποίες συγκέντρωσαν 85% και πλέον απαντήσεις σε δύο θετικές ή αρνητικές απαντητικές κατηγορίες .Οι εναπομείναντες διαδικασίες συσχετίστηκαν με το συνολικό αποτέλεσμα της κλίμακας των άλλων διαδικασιών στην κλίμακα αυτή. Απαλείφθηκαν επίσης διαδικασίες με χαμηλότερη συσχέτιση από 0,4. Η παραγοντική ανάλυση (method for factor extraction: alpha analysis)γενικά υψηλή αξιοπιστία των απαντήσεων του δείγματος.

Η εμπλοκή των γενικών γιατρών σε προληπτικές διαδικασίες μετρήθηκε και κλιμακοποιήθηκε ως εξής: τρεις ερωτήσεις για συνήθη ευρήματα με έμφαση την υψηλή αρτηριακή υπέρταση και τέσσερις για τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα , τον έλεγχο για ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του μαστού ,τρεις άλλες ερωτήσεις σχετικά με την αγωγή υγείας (κάπνισμα ,διατροφή, οινοπνευματώδη) και τέλος δυο ερωτήσεις σχετικά με τα προγράμματα ανοσοποίησης στα παιδιά και την παιδιατρική παρακολούθηση.

Οι απαντήσεις σχετικά με τα ευρήματα ταξινομήθηκαν ως εξής : οι συνήθεις εξετάσεις σε πληθυσμό ασθενών υψηλού κινδύνου σημειώθηκαν ως προληπτικές ,όπως επίσης τα προγράμματα ανοσοποίησης , η παιδιατρική παρακολούθηση και η αγωγή υγείας σε ειδικές συνεδρίες εκτός από τις ατομικές επισκέψεις των ασθενών .

Οι απαντήσεις κλιμακοποιήθηκαν και η παραγοντική ανάλυση έδειξε γενικά υψηλή αξιοπιστία των απαντήσεων του δείγματος.

Η ικανοποίηση των γενικών γιατρών από την εργασία τους μετρήθηκε από τη διατύπωση ερωτημάτων και απαντήσεων σε κλίμακα πέντε σημείων (συμφωνώ πλήρως ,συμφωνώ εν μέρει, ουδέτερος/η ,διαφωνώ εν μέρει ,διαφωνώ πλήρως).

3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο γενικός γιατρός στη χώρα μας έρχεται σε μεγάλο βαθμό σχεδόν πάντοτε πρώτος σε επαφή με τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού ευθύνης του όλων των ηλικιακών ομάδων και των δυο φύλλων, με εξαίρεση το γυναικείο πληθυσμό της αναπαραγωγικής ηλικίας. Η παρέμβαση του στρέφεται κυρίως σε επείγοντα περιστατικά αλλά και στην αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων και προβλημάτων σχέσεων σε μεγάλο βαθμό .Βεβαίως ,τα αντίστοιχα ποσοστά των ευρωπαϊκών γενικών είναι σημαντικά υψηλότερα σε όλες τις περιπτώσεις παρέμβασης ,γεγονός το οποίο υποδηλώνει την ισχυρότερη θέση του γενικού γιατρού στα συστήματα υγείας των χωρών της ευρωπαϊκής περιοχής.

Γενικά ,από τις απαντήσεις που έδωσαν οι γενικοί γιατροί σχετικά με την πρώτη επαφή με τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους ,φαίνεται ότι σε μεγάλο βαθμό έρχονται πρώτοι σε επαφή με τα προβλήματα υγείας ,τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και τα επείγοντα περιστατικά όλων των πληθυσμιακών ομάδων και των δυο φύλλων .Αναφορικά με τους ασθενείς παιδικής ηλικίας και το γυναικείο πληθυσμό της αναπαραγωγικής ηλικίας φαίνεται ότι στις περιπτώσεις αυτές οι ασθενείς απευθύνονται σε μεγάλο βαθμό σε ειδικούς γιατρούς .Είναι αξιοσημείωτο ότι ο πληθυσμός ακόμα και για προβλήματα ψυχοκοινωνικά απευθύνεται στο γενικό γιατρό σε κάποιο βαθμό ως πρώτη επιλογή επαγγελματία του υγειονομικού τομέα, γεγονός το οποίο υποδηλώνει την ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης του πληθυσμού προς το γενικό γιατρό και είναι ιδιαίτερο σημαντικό για την χώρα μας ,επειδή δεν ισχύει υποχρεωτικά το σύστημα παραπομπής στους γιατρούς ειδικοτήτων, με αποτέλεσμα ο ασθενής να μπορεί να επιλέγει την ειδικότητα της αρεσκείας του. Τα αντίστοιχα ποσοστά των ευρωπαϊών γιατρών είναι σημαντικά υψηλότερα σε κάθε περίπτωση και συνακόλουθα φαίνεται ότι η θέση του γενικού γιατρού είναι περισσότερο εδραιωμένη στα συστήματα υγείας των χωρών αυτών .

Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται η πρώτη επαφή των γενικών γιατρών με τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους σε διάφορες χώρες της ευρωπαϊκής περιοχής ,όπως προέκυψαν από την εφαρμογή της άλφα –ανάλυσης .

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Πρώτη επαφή των γενικών γιατρών με τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους, σε διάφορες ψώρες της Ευρώπης

χώρα	Σύνολο κλίματος	Προβλήματα			
		παιδικού πληθυσμού	γυναικείου πληθυσμού	ψυχολογικο-κοινωνικά	Επείγοντα περιστατικά
Αυστρία	2.95 (0.49)	3,02 (0,58)	2,74 (0,55)	2.80 (0,67)	3.39 (0,56)
Βέλγιο	3,01 (0,44)	3,00 (0,56)	2,83 (0,53)	3,06 (0,63)	3,30 (0,52)
Βουλγαρ.	1,74(0,53)	1,67 (0,74)	1,72 (0,69)	1,76 (0,66)	2,02 (0,78)
Κροατία	3,14(0,46)	2,83 (1,07)	2,94 (0,58)	3,19 (0,74)	3,70 (0,43)
Τσεχία	2,28(0,34)	1,45 (0,47)	1,85 (0,47)	2,58 (0,67)	3,44 (0,54)
Δανία	3,49(0,33)	3,58 (0,36)	3.68 (0,26)	3,62 (0,48)	3.32 (0,58)
Εσθονία	2,06 (0,47)	2,11 (0,92)	1,79 (0,42)	1,86 (0,46)	2,50 (0,66)
Φιλανδία	3.00 (0,57)	3,23 (0,76)	3,06 (0,68)	2,67 (0,69)	3,34 (0,67)
Γαλλία	3,08 (0,48)	3,21 (0,57)	2,85 (0,63)	3,07 (0,67)	3,37 (0,55)
Γερμανία	2,82 (0,42)	2,75 (0,63)	2,39 (0,46)	3,04 (0,54)	3,32 (0,55)
Ελλάδα	2,47 (0,68)	2,52 (0,85)	2,23 (0,84)	2,18 (0,90)	3,16 (0,93)
Ουγγαρία	2,75 (0,59)	2,41 (1,18)	2,47 (0,64)	2,90 (0,73)	3,45 (0,59)
Ισλανδία	3,10 (0,530)	3,36 (0,46)	3,05 (0,64)	2,88 (0,64)	3,28 (0,76)
Ιρλανδία	3,48 (0,34)	3,60 (0,35)	3,70 (0,31)	3,19 (0,62)	3,54 (0,46)
Ισραήλ	3.06 (0,61)	3,06 (0,93)	2,98 (0,76)	2,92 (0,89)	3,37 (0,69)
Ιταλία	3,08 (0,54)	3,26 (0,62)	3,24 (0,65)	2,77 (0,83)	3,11 (0,68)
Λετονία	1,96 (0,63)	1,70 (0,89)	1,76 (0,70)	1,96 (0,70)	2,43 (0,72)
Λιθουανία	1,71 (0,45)	1,50 (0,73)	1,64 (0,53)	1,61 (0,59)	2,30 (0,72)
Λουξεμβ.	2,63 (0,47)	2,74 (0,65)	2,23 (0,55)	2,59 (0,68)	3,07 (0,56)
Ολλανδία	3,67 (0,25)	3,82 (0,25)	3,85 (0,23)	3,55 (0,47)	3,80 (0,30)
Νοβηγία	3,28 (0,48)	3,33 (0,59)	3,64 (0,47)	3,04 (0,66)	3,41 (0,66)

Πολωνία	2,27 (0,56)	2,27 (1,05)	1,92 (0,55)	2,06 (0,72)	3,09 (0,73)
Πορτογαλ.	3,22 (0,51)	3,42 (0,47)	3,63 (0,42)	3,12 (0,73)	2,74 (0,90)
Ρουμανία	2,36 (0,590)	2,49 (0,88)	2,31 (0,84)	2,19 (0,83)	2,69 (0,77)
Σλοβενία	2,87 (0,49)	2,39 (1,05)	2,63 (0,61)	3,01 (0,70)	3,69 (0,56)
Ισπανία	3,20 (0,62)	2,81 (1,08)	3,44 (0,65)	2,98 (0,88)	3,46 (0,68)
Σουηδία	2,83 (0,52)	3,03 (0,64)	2,66 (0,58)	2,84 (0,61)	3,03 (0,68)
Ελβετία	2,88 (0,48)	2,68 (0,71)	2,63 (0,55)	2,92 (0,63)	3,43 (0,57)
Τουρκία	2,02 (0,51)	2,35 (0,69)	2,00 (0,74)	1,42 (0,56)	2,32 (0,87)
Ην.Βασίλ.	3,51 (0,31)	3,64 (0,33)	3,71 (0,30)	3,51 (0,51)	3,40 (0,46)
Σύνολο	2,87 (0,72)	2,82 (0,76)	2,80 (0,59)	2,75 (0,71)	3,18 (0,64)

Η μέση τιμή του συνόλου των δραστηριοτήτων της κλίμακας για την «πρώτη επαφή» έδειξε μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών : κυμαίνεται από 1,71 στη Λιθουανία μέχρι 3,67 στην Ολλανδία. Σχεδόν οι μισές χώρες είχαν τιμές 3,00 και πλέον ,γεγονός το οποίο αντικατοπτρίζεται τη σχετικά ισχυρή θέση της επαγγελματικής πρόσληψης των προβλημάτων υγείας .Αν και βρέθηκαν χαμηλότερες τιμές στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης ,υπάρχει εν τούτοις διαφορά και μεταξύ των χωρών αυτών. Οι τυπικές αποκλίσεις αντικατοπτρίζουν διαφορές στην ενδυνάμωση της θέσης του γενικού γιατρού και της λειτουργίας του ως φίλτρου στο σύστημα υγείας κάθε χώρας.

Τα αποτελέσματα των επιμέρους κλιμάκων δείχνουν ότι η θέση του γενικού γιατρού στην πρώτη επαφή είναι περισσότερο ισχυρή σε σχέση με τα επείγοντα περιστατικά. Η σύγκριση των υποκλιμάκων προβλήματα υγείας « της παιδικής ηλικίας »και «του γυναικείου πληθυσμού» δείχνουν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών και οι διαφορές είναι εντονότερες σε σχέση με τα προβλήματα της παιδικής ηλικίας ,ενώ παρόμοια εικόνα παρουσιάζεται και αναφορικά με τα ψυχο- κοινωνικά προβλήματα ,τα οποία επίσης αντιμετωπίζονται αρχικά από τους γενικούς γιατρούς . Ανάλογα με τη θέση του γενικού γιατρού στο σύστημα υγείας , βρέθηκε ότι οι μέσες τιμές της πρώτης επαφής είναι υψηλότερες στις χώρες εκείνες ,στις οποίες ο γενικός γιατρός ενεργεί ως διαμεσολαβητής προς τις άλλες υπηρεσίες υγείας της ασθένειας ιδίως αναφορικά με τα προβλήματα υγείας της παιδικής ηλικίας και του γυναικείου πληθυσμού. Οι διαφορές ήταν μικρότερες στην περίπτωση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, ενώ δε βρέθηκε διαφορά ανάλογα με τη θέση του γενικού γιατρού στο σύστημα υγείας αναφορικά με τα επείγοντα περιστατικά .Επίσης, η πρώτη επαφή

των γενικών γιατρών με τα προβλήματα υγείας βρέθηκε ότι είναι υψηλότερη στις χώρες εκείνες ,στις οποίες οι γιατροί εργάζονται κυρίως ως ελεύθεροι επαγγελματίες σε όλες τις υποκλίμακες , εκτός από αυτή των επειγόντων περιστατικών. Επιπλέον, βρέθηκε ότι εξαρτάται από την εκπαίδευση των γενικών γιατρών και είναι υψηλότερη στις χώρες ,στις οποίες η εκπαίδευση είναι υποχρεωτική και μακροχρόνια.

Όσον αφορά την εφαρμογή ιατρικών τεχνικών και τη διαχείριση της ασθένειας ,από τις απαντήσεις που έδωσαν οι γενικοί γιατροί σχετικά με την εφαρμογή ιατρικών τεχνικών από τους ίδιους ή το προσωπικό του ιατρείου τους φαίνεται ότι στην πλειοψηφία τους εφαρμόζουν τις σχετικά απλούστερες διαδικασίες, ενώ οι πλέον εξειδικευμένες εφαρμόζονται από τους ειδικούς γιατρούς ,όπως άλλωστε και αναμενόταν ,και, σε κάθε περίπτωση ,τα ποσοστά είναι μικρότερα από τα αντίστοιχα των γιατρών της ευρωπαϊκής περιοχής .

Παρόμοια εικόνα εμφανίζεται και κατά την εκτέλεση των καθηκόντων των γενικών γιατρών της ευρωπαϊκής περιοχής .Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η εφαρμογή ιατρικών τεχνικών από τους γενικούς γιατρούς διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα, γεγονός το οποίο ενδεχομένως σημαίνει ότι δεν περιλαμβάνονται στην άσκηση της καθημερινής πρακτικής τους ,παρουσιάζοντας έτσι ένα εντελώς χαμηλό βαθμό εμπλοκής τους σε εξειδικευμένες δραστηριότητες .Γεγονός το οποίο ενδεχομένως υποδηλώνει ότι στις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι εξειδικευμένες τεχνικές εφαρμόζονται, υφίσταται αδυναμία προσπέλασης σε κάποιον ειδικό ,ή ότι η εκπαίδευση και η ανάλογη εμπειρία του γενικού γιατρού είναι κατάλληλη και ισχυρή για την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών.

Οι ιατρικές τεχνικές εφαρμόζονται κυρίως στις χώρες στις οποίες ο γενικός γιατρός ενεργεί ως «θυρωρός» και «φίλτρο» του συστήματος υγείας και στις οποίες ο θεσμός του γενικού γιατρού έχει υψηλή καταξίωση.

Τα αποτελέσματα από τις απαντήσεις που αφορούσαν τη διαχείριση της ασθένειας δείχνουν μικρότερες διακυμάνσεις μεταξύ των διαφόρων χωρών, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι γενικά η διαχείριση της ασθένειας και η παρακολούθηση της ανήκει στις καθημερινές υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν οι γενικοί γιατροί τόσο στη χώρα μας όσο και στην ευρωπαϊκή περιοχή.

Συμπερασματικά ,η διαχείριση της ασθένειας γίνεται από την πλειοψηφία των γενικών γιατρών και αποτελεί μεγάλο μέρος της καθημερινής τους φροντίδας στην Ελλάδα όσο και στις άλλες χώρες της ευρωπαϊκής περιοχής .Αντίθετα , εμφανίζεται χαμηλός βαθμός εμπλοκής των γενικών γιατρών στη διαχείριση ασθενειών, η

αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί υψηλή εξειδίκευση στην ενδοκρινολογία, τη μαιευτική-γυναικολογία , τις χειρουργικές ειδικότητες, γεγονός το οποίο υποδηλώνει ή την ελλιπή τους εκπαίδευση στους ανωτέρω τομείς ή την ύπαρξη υποστηρικτικού μηχανισμού που περιλαμβάνει τις συγκεκριμένες ειδικότητες .Γεγονός είναι ότι ενθαρρύνει τον καταμερισμό αρμοδιοτήτων μεταξύ των γενικών και ειδικών γιατρών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Εφαρμογή ιατρικών τεχνικών και διαχείριση της ασθένειας σε διάφορες
Σε διάφορες χώρες της ευρωπαϊκής περιοχή

Χώρα	Ιατρικές τεχνικές		Διαχείριση της ασθένειας	
Αυστρία	2,11	(0,64)	2,88	(0,52)
Βέλγιο	2,49	(0,59)	2,78	(0,52)
Βουλγαρία	1,12	(0,26)	2,20	(0,62)
Κροατία	1,77	(0,55)	2,81	(0,60)
Τσεχία	1,66	(0,54)	2,39	(0,57)

Δανία	2,82	(0,71)	2,88	(0,57)
Εσθονία	1,29	(0,32)	2,55	(0,42)
Φιλανδία	3,46	(0,50)	2,46	(0,50)
Γαλλία	2,01	(0,54)	2,99	(0,58)
Γερμανία	2,22	(0,61)	3,02	(0,43)
Ελλάδα	1,99	(0,70)	2,59	(0,70)
Ουγγαρία	1,38	(0,45)	2,81	(0,57)
Ισλανδία	3,19	(0,62)	2,78	(0,58)
Ιρλανδία	2,49	(0,66)	2,96	(0,56)
Ισραήλ	1,70	(0,64)	2,65	(0,60)
Ιταλία	1,44	(0,41)	2,61	(0,64)
Λετονία	1,58	(0,65)	2,57	(0,55)
Λιθουανία	1,10	(0,34)	2,40	(0,51)
Λουξεμβούργο	2,16	(0,57)	2,68	(0,51)
Ολλανδία	3,10	(0,60)	2,44	(0,49)
Νορβηγία	3,05	(0,52)	3,03	(0,55)
Πολωνία	1,34	(0,48)	2,56	(0,58)
Πορτογαλία	1,74	(0,53)	2,71	(0,65)
Ρουμανία	1,80	(0,53)	2,34	(0,55)
Σλοβενία	1,99	(0,66)	2,41	(0,60)
Ισπανία	1,77	(0,52)	2,43	(0,62)
Σουηδία	2,83	(0,53)	2,75	(0,54)
Ελβετία	2,94	(0,65)	2,94	(0,50)
Τουρκία	1,73	(0,62)	1,65	(0,52)
Ηνωμ.Βασίλειο	2,83	(0,66)	3,06	(0,55)
Σύνολο	2,08	(0,85)	2,64	(0,63)

Στο πίνακα 2 παρουσιάζεται η εφαρμογή ιατρικών τεχνικών και η διαχείριση της ασθένειας σε διάφορες χώρες της ευρωπαϊκής περιοχής , όπως προέκυψαν από τη

εφαρμογή της άλφα-ανάλυσης , από την οποία συνάγονται συσχετίσεις μεταξύ των ερωτήσεων για την αξιοπιστία της χρησιμοποιούμενης κλίμακας.

Όσον αφορά την εφαρμογή ιατρικών τεχνικών ,εμφανίζονται έντονες διαφορές μεταξύ των γενικών γιατρών των διαφόρων χωρών .Οι χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης με μέσο όρο μικρότερο του 1,5 παρουσιάζουν ένα εντελώς χαμηλό επίπεδο εμπλοκής στην εφαρμογή ιατρικών τεχνικών. Η εικόνα παρουσιάζεται σημαντικά βελτιωμένη στις χώρες της Βορειοδυτικής Ευρώπης, στις οποίες ο ρόλος του γενικού γιατρού είναι παραδοσιακά περισσότερο εδραιωμένος παρέχονται δηλαδή περισσότερες θεραπευτικές υπηρεσίες από τους γενικούς γιατρούς στις χώρες εκείνες όπου ο ρόλος τους είναι διαμεσολαβητικός. Αντίθετα ,αναφορικά με τη διαχείριση της ασθένειας φαίνεται ότι αποτελεί συνήθη καθημερινή πρακτική των γενικών γιατρών στις περισσότερες χώρες .με αποτέλεσμα να παρατηρούνται μικρότερες διαφοροποιήσεις.

Σχετικά με την εμπλοκή των γενικών γιατρών στην πρόληψη, τα αποτελέσματα δείχνουν χαμηλό επίπεδο δραστηριότητας και μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών . Η διαδικασία κλίμακας ανέδειξε ανομοιογένεια στις παρεχόμενες υπηρεσίες και υψηλό βαθμό δραστηριότητας σε ορισμένες υπηρεσίες όπως στα προγράμματα ανοσοποίησης και παιδιατρικής παρακολούθησης και στη συστηματική έρευνα υπέρτασης και χοληστερόλης. Εντελώς χαμηλός βαθμός παρατηρήθηκε στην αγωγή υγείας ,ενώ μόνο σε μερικές χώρες φάνηκε ότι υπάρχει προτεραιότητα στον καρκίνο του τραχήλου και του μαστού.

Γενικά ,από τις απαντήσεις φάνηκε ότι η μέτρηση της πίεσης γίνεται σε μεγάλο βαθμό σε ενήλικους ασθενείς ,οι οποίοι προσέρχονται στο ιατρείο ανεξάρτητα από το λόγο της επίσκεψης ,δηλαδή αποτελεί συχνή δραστηριότητα αλλά διεκπεραιώνεται στην περίπτωση του προσανατολισμένου και σκόπιμου ελέγχου ,ενώ η μέτρηση της χοληστερόλης γίνεται σε ασθενείς μετά από αίτημα τους ή σε ύπαρξη κλινικών καταστάσεων .Οι Έλληνες γενικοί γιατροί υπολείπονται σημαντικά σε σχέση με τους ευρωπαίους συναδέλφους τους και στον έλεγχο της χοληστερόλης.

Σε σημαντικό βαθμό δε γίνεται λήψη κολπικού επιχρίσματος για την ανίχνευση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και μόνο κατόπιν αιτήσεως ή σε ύπαρξη κλινικών καταστάσεων γίνεται ψηλάφηση για την ανίχνευση καρκίνου του μαστού.

Η δραστηριότητα των γενικών γιατρών στον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας , και ειδικότερα των Ελλήνων γιατρών ,δεν μπορεί να θεωρηθεί ικανοποιητική , επειδή σε μεγάλο ποσοστό δεν έχουν καμία εμπλοκή στη διαδικασία

αυτή ,ενώ στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού η δραστηριότητα είναι σημαντικά βελτιωμένη .

Είναι αξιοσημείωτο ότι σε όλες τις ερωτήσεις που αφορούσαν συνεχή παρακολούθηση , τα ποσοστά των ευρωπαίων γενικών είναι υψηλότερα, που δείχνει την εγκαθίδρυση τέτοιων προγραμμάτων σε ευρεία κλίμακα στις ευρωπαϊκές χώρες .

Αναφορικά με την αγωγή υγείας , η πλειοψηφία των γενικών γιατρών ασχολείται και ενημερώνει τους ασθενείς μόνο κατά τη διάρκεια των τακτικών τους επισκέψεων στο ιατρείο .Η πλειοψηφία των γενικών γιατρών ασχολείται με προγράμματα ανοσοποίησης σε παιδιά ,με την παρακολούθηση τους και με θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, ενώ είναι σχεδόν διπλάσιες οι συχνότητες των απαντήσεων των γενικών γιατρών της ευρωπαϊκής περιοχής σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού/αντισύλληψης και παροχής προγεννητικής φροντίδας.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η εμπλοκή των γενικών γιατρών σε προληπτικές υπηρεσίες σε διάφορες χώρες της ευρωπαϊκής περιοχής, όπως προέκυψαν από την εφαρμογή της αλφα-ανάλυσης, από την οποία συνάγονται συσχετίσεις μεταξύ των ερωτήσεων για την αξιοπιστία της χρησιμοποιούμενης κλίμακας.

Όσον αφορά την μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης , είναι λίγο κάτω από το μέσο όρο και θα πρέπει να γίνεται συστηματικότερη προσπάθεια που θα στρέφεται σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Ο έλεγχος για την ανίχνευση καρκίνου της μήτρας και του μαστού είναι ανεπαρκέστατος και θα πρέπει να ενταθούν οι σχετικές προσπάθειες μέσω οργανωμένων παρεμβατικών προγραμμάτων .Η αγωγή υγείας βρέθηκε ότι ασκείται σε πολύ χαμηλά επίπεδα τόσο στην Ελλάδα όσο και στις άλλες χώρες της ευρωπαϊκής περιοχής, ενώ η ανοσοποίηση των παιδιών βρίσκεται στο επίπεδο του μέσου όρου των χωρών της ευρωπαϊκής περιοχής, αλλά είναι σημαντικά χαμηλότερη από το μέσο όρο του Ηνωμένου Βασιλείου της Ιρλανδίας και των άλλων χωρών οι οποίες έχουν ανεπτυγμένο το θεσμό του οικογενειακού γιατρού.

Πίνακας 3

Εμπλοκή των γενικών γιατρών σε προληπτικές υπηρεσίες
σε διάφορες χώρες της ευρωπαϊκής περιοχής

Χώρα	Έλεγχος Αρτηριακής πίεσης και Χοληστερόλης	Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας και Μαστού	Αγωγή Υγείας	Παιδιατρική παρακολούθηση
Αυστρία	1,50 (0,67)	0,88 (0,77)	0,29 (0,78)	1,80 (0,54)
Βέλγιο	1,31 (0,58)	1,42 (0,83)	0,14 (0,55)	1,56 (0,62)
Βουλγαρία	1,13 (0,67)	0,70 (0,83)	0,53 (1,12)	0,78 (0,87)
Κροατία	0,91 (0,75)	0,51 (0,56)	0,44 (0,80)	0,80 (0,93)
Τσεχία	1,27 (0,69)	0,47 (0,50)	0,47 (0,33)	0,33 (0,28)
Δανία	1,00 (0,72)	1,69 (0,48)	0,14 (0,60)	1,95 (0,29)
Εσθονία	1,10 (0,56)	0,84 (0,72)	0,49 (1,01)	1,13 (0,94)
Φιλανδία	0,98 (0,93)	1,45 (0,79)	0,40 (0,93)	1,35 (0,87)
Γαλλία	1,26 (0,45)	1,60 (0,65)	0,23 (0,72)	1,95 (0,23)
Γερμανία	1,70 (0,61)	0,92 (0,86)	0,62 (1,07)	1,59 (0,69)
Ελλάδα	1,14 (0,79)	0,79 (0,77)	0,28 (0,77)	1,30 (0,78)
Ουγγαρία	0,21 (0,57)	0,51 (0,54)	0,57 (1,11)	0,64 (0,86)
Ισλανδία	0,92 (0,81)	1,29 (0,89)	0,47 (0,84)	1,98 (0,14)
Ιρλανδία	1,32 (0,66)	1,32 (0,81)	0,12 (0,51)	1,71 (0,46)
Ισραήλ	1,60 (0,63)	1,08 (0,72)	0,40 (0,90)	1,03 (0,85)
Ιταλία	1,37 (0,71)	1,47 (0,68)	0,17 (0,62)	0,58 (0,69)
Λετονία	1,17 (0,54)	1,65 (0,62)	0,11 (0,49)	0,60 (0,72)
Λιθουαν.	1,35 (0,58)	n.a	0,21 (0,74)	0,36 (0,76)
Λουξεμβ.	1,19 (0,55)	0,70 (0,82)	0,11 (0,46)	1,69 (0,61)

Ολλανδία	0,52	(0,70)	1,29	(0,46)	0,05	(0,34)	0,83	(0,91)
Νορβηγία	0,78	(0,83)	1,39	(0,75)	0,50	(1,02)	0,81	(0,85)
Πολωνία	1,29	(0,57)	0,88	(0,73)	0,32	(0,89)	1,51	(0,78)
Πορτογαλία	1,23	(0,53)	1,79	(0,51)	1,07	(1,39)	1,07	(1,39)
Ρουμανία	0,86	(0,65)	0,79	(0,87)	0,93	(1,35)	1,10	(0,92)
Σλοβενία	1,07	(0,76)	0,32	(0,49)	0,42	(0,92)	0,74	(0,88)
Ισπανία	1,67	(0,64)	0,63	(0,75)	0,18	(0,63)	0,98	(0,79)
Σουηδία	-	-	-	-	-	-	-	-
Ελβετία	1,42	(0,66)	1,47	(0,77)	0,21	(0,68)	1,74	(0,60)
Τουρκία	0,65	(0,62)	0,26	(0,55)	0,19	(0,65)	1,39	(0,83)
Ην.Βασίλ.	1,51	(0,60)	1,75	(0,45)	0,66	(1,12)	1,77	(0,47)
Σύνολο	1,25	(0,73)	1,08	(0,83)	0,33	(0,86)	1,29	(0,86)

Σε παρένθεση ο βαθμός αξιοπιστίας (α κριτήριο)

Τέλος, σε σχέση με την ικανοποίηση που τους προσδίδει η εργασία τους ,περίπου ο ένας στους δύο Έλληνες γενικούς γιατρούς αισθάνεται έλλειψη ιδιαίτερου νοήματος από την άσκηση τμήματος της εργασίας τους, ενώ η πλειοψηφία πιστεύει ότι η καθημερινή επαγγελματική πρακτική παρουσιάζει αμείωτο ενδιαφέρον και τους προσδίδει ευχαρίστηση ,αν και είναι φορτωμένη με διοικητικά καθήκοντα .Περισσότεροι από τους μισούς θεωρούν ότι δεν ανταμείβονται οι προσπάθειες τους και αισθάνονται οι κόποι τους να πηγαίνουν χαμένοι. Παρ 'όλα αυτά όμως, η πλειοψηφία δηλώνει ότι θα άλλαζε την εργασία τους με κάποια άλλη.

Γενικά από τα αποτελέσματα τους φαίνεται ότι ένα σημαντικό μέρος των γενικών γιατρών της χώρας μας, όπως άλλωστε και στις ευρωπαϊκές χώρες ,έχει αρνητική σχέση με την άσκηση της γενικής ιατρικής ,όπως φαίνεται από τις απαντήσεις τους στο ερώτημα αν αισθάνονται ότι μέρος από την εργασία τους δεν έχει ιδιαίτερο νόημα -44,0% και 55,0% αντίστοιχα.

Επίσης στην ερώτηση αν η εργασία τους είναι φορτωμένη με μη αναγκαία διοικητική επιβάρυνση ,απάντησε θετικά το 57,9% των Ελλήνων και το 75,8% των γενικών γιατρών των άλλων ευρωπαϊκών χωρών.

Τέλος, στο ερώτημα αν ένα μεγάλο μέρος της δουλειάς τους περιλαμβάνει χαμένους κόπους από την πλευρά τους ,απάντησε θετικά το 45,2% των Ελλήνων γενικών γιατρών και το 47,3% των ξένων .

Είναι προφανές ότι ένα σημαντικό τμήμα των γενικών γιατρών έχει αρνητική σχέση με τις συνθήκες εργασίας και εκφράζεται απορριπτικά ,δεδομένου ότι ένας στους έξι γιατρούς περίπου θα μπορούσε να αλλάξει επάγγελμα.

4.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι κοινωνικές μεταβολές οι οποίες συνέβησαν στις τελευταίες κυρίως δεκαετίες, η μεταστροφή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ,η χρηματοδοτική εμπλοκή και η πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας , η υπερεξειδίκευση του ιατρικού σώματος και η συρρίκνωση του ανθρωπιστικού χαρακτήρα της ιατρικής ,συντέλεσαν στην ανάδειξη του ρόλου του γενικού γιατρού (Mr. Kenna, 1979 Morell, 1991), στόχοι του οποίου είναι η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στον ασθενή, όπως εκφράζονται από την αναζήτηση προσωπικών και ποιοτικών φροντίδων υγείας (Γεωργούση -Κυριόπουλος, 1991).

Η άσκηση της γενικής ιατρικής ενέχει σε σημαντικό βαθμό κοινωνικό χαρακτήρα σε σχέση με τους άλλους κλάδους της ιατρικής επιστήμης , αφού πληροί τις εκφρασμένες ανθρώπινες ανάγκες σε θέματα υγείας και περίθαλψης ,επαναφέρει την ιατρική πράξη στα πλαίσια της καθημερινής κοινωνικής ζωής ,και αποδίδει την προσωπική και οικογενειακή της διάσταση .Καλύπτει επίσης την ζωτικής σημασίας ανάγκη όχι μόνο του ατόμου αλλά και όλης οικογένειας, να έχει το δικό της γιατρό – σύμβουλο ο οποίος θα γνωρίζει τα μέλη της και τα προβλήματα τους .Είναι η μόνη ειδικότητα η οποία μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες εξίσου καλά και στο περιβάλλον του αρρώστου ,στο σπίτι του ,και γνωρίζει να χρησιμοποιεί θεραπευτικά τις καλές σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ γιατρού και ασθενούς ,περιορίζοντας συγχρόνως τα ιατρικά σφάλματα που μπορεί να προκληθούν από έλλειψη σωστής επικοινωνίας (Δοξιάδης 1988).

Το 1992 στη χώρα μας είχαν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής 1.500 άτομα ,ενώ έχει υπολογιστεί ότι απαιτούνται τουλάχιστον 5.000 για την πλήρη κάλυψη του πληθυσμού (Θεοδώρου ,1993).Ως ειδικότητα παραμένει χαμηλά στην κλίμακα από άποψη κοινωνικού και επαγγελματικού κύρους τόσο στην αντίληψη των επαγγελματιών υγείας όσο και του κοινού. Οι απόφοιτοι της ιατρικής δύσκολα προσελκύονται ,ιδίως δε εκείνοι οι οποίοι έχουν αυξημένες επαγγελματικές και

επιστημονικές προσδοκίες .Ως αιτιολογικοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν οι απόψεις του ιατρικού σώματος σχετικά με τις υψηλές οικονομικές απολαβές που προσδοκούν από το επάγγελμα τους αλλά και η αδυναμία της πολιτείας να συνδράμει με την αναγκαία υποδομή , ιδίως στο τομέα της εκπαίδευσης ,της νομοθετικής στήριξης του περιεχομένου των ιατρικών πράξεων ,και στην ενίσχυση της γενικής ιατρικής με κατάλληλα οικονομικά ,επαγγελματικά και ηθικά κίνητρα. Εκ παραλλήλου ,εμφανίζεται αδυναμία των γενικών γιατρών να ενσωματώσουν στην άσκηση της ειδικότητας το ευρύ φάσμα των υπηρεσιών που μπορούν να παρέχουν.

Μελέτες έδειξαν ότι υφίσταται σημαντική διαφορά μεταξύ της επαγγελματικής πρόσληψης των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού ευθύνης των γενικών γιατρών (Boerma, κ.α ,1993).

Οι διαφορές αυτές σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τον ασαφή χαρακτήρα των πολλών προβλημάτων που παρουσιάζονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο ,και περαιτέρω σχετίζονται με την εκπαίδευση ,τη νομοθεσία ,την εργασιακή τους σχέση με τον ασφαλιστικό φορέα ,τη δυνατότητα των ασθενών να προσφεύγουν στους γιατρούς ειδικοτήτων χωρίς τη διαμεσολάβηση του γενικού γιατρού ,τον τρόπο αμοιβής τους, τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών που προσφέρουν και συναρτώνται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της κάθε χώρας. Οι διαφορές εντοπίζονται κυρίως στα ατομικά προβλήματα υγείας των ασθενών και στις προσδοκίες τους, στην υπερπροσφορά γενικών και ειδικών γιατρών και στην ενδεχόμενη αλληλοεπικάλυψη των καθηκόντων τους, το νομοθετικό πλαίσιο, τη χρηματοδότηση ,την προσπελασιμότητα και τις επαγγελματικές απαιτήσεις(Boerma,1994).

Η άσκηση της γενικής ιατρικής στην καθημερινή πρακτική ,η επαγγελματική πρόσληψη των γενικών γιατρών από τον πληθυσμό ευθύνης τους διαφέρει σε κάθε σύστημα υγείας αλλά και μεταξύ των γενικών γιατρών της ίδιας χώρας. Οι ιδιαιτερότητες αυτές μπορεί να οφείλονται και στην προσωπικότητα του κάθε γιατρού και στην εκπαίδευσή του.

Η ειδικότητα της γενικής ιατρικής στις χώρες της Ευρώπης άρχισε σταδιακά να αποκτά όλο και μεγαλύτερο κοινωνικό κύρος και να γίνεται αρκετά δημοφιλής επιλογή μεταξύ των φοιτητών της ιατρικής ,αφού κατάφερε να ενσωματώσει υψηλά κοινωνικά ιδανικά. Η θέση των γενικών γιατρών βελτιώθηκε τόσο οικονομικά όσο και κοινωνικά(Leeuwenhorst European Working Party,1977).

Παράλληλα , ο γενικός γιατρός είναι και ο σύμβουλος σε προβλήματα υγείας του ατόμου και της οικογένειας .Μπορεί να παρακολουθεί την πορεία του ασθενούς στο σύστημα υγείας και να τον κατευθύνει μέσα σ' αυτό (WHO ,1991). Σε χώρες όπου το σύστημα παραπομπής δεν είναι υποχρεωτικό και η επιλογή ειδικοτήτων εναπόκειται στον ασθενή ,ο οποίος μπορεί να προσφεύγει στις υπηρεσίες τους όταν ο ίδιος αποφασίσει ότι οι γενικοί γιατροί στη χώρα μας αποτελούν το ν πρώτο επαγγελματία υγείας ο οποίος έρχεται σε επαφή με αρκετά από τα προβλήματα υγείας που απασχολούν τον πληθυσμό ευθύνης του και μπορεί να αναφέρονται σε πληθυσμιακές ομάδες κάθε ηλικίας και των δύο φύλλων ή να είναι επείγοντα περιστατικά ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει, κατ' αρχάς ,την ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης των ασθενών προς το γενικό γιατρό καθώς και τη συνέχεια της φροντίδας η οποία θεωρείται δεσπόζων παράγοντας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Περαιτέρω ,η πλήρης ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού των γενικών γιατρών στο επίπεδο των 5.000 , το οποίο έχει υπολογιστεί ότι είναι απαραίτητο για την πλήρη κάλυψη του πληθυσμού της χώρας ,θα συμβάλλει στην ενδυνάμωση του ρόλου τους μέσα στο σύστημα υγείας και στην εδραίωση του κύρους τους. Στην κατεύθυνση αυτή θα συντείνει και η ανάπτυξη της σχετικής νομοθεσίας και ο επαναπροσδιορισμός της εκπαίδευσης για τη λήψη της ειδικότητας της γενικής ιατρικής αλλά και της μεταστροφής της ιατρικής εκπαίδευσης ,γενικότερα ,προς την κατεύθυνση της πρόληψης και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Εκ παραλλήλου ,οι δραστηριότητες των γενικών γιατρών σχετίζονται με τη θέση τους στο σύστημα υγείας ,τις συνθήκες απασχόλησης τους και το επίπεδο των δεξιοτήτων (Boerma,1994)

Οι διαφορές στην παροχή υπηρεσιών από τους γενικούς γιατρούς μπορεί να προέρχονται από διάφορα αίτια και να είναι παράγοντες που σχετίζονται κυρίως με την προσωπικότητα του γιατρού και μπορεί να εμπλέκονται με την υποδομή της εκπαίδευσης και της εξειδίκευσής τους. Παράλληλα όμως, παράγοντες δομικού χαρακτήρα κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικοί. Σ' αυτούς περιλαμβάνονται: η θέση του γενικού γιατρού στο σύστημα υγείας της χώρας του, οι μέθοδοι αποζημίωσης του, αλλά και επιπροσθέτως , ειδικές τοπικές συνθήκες οι οποίες ενδέχεται να ασκούν άμεση επίδραση στην ανάπτυξη δραστηριοτήτων από μέρους των γενικών γιατρών ,όπως είναι η χαμηλή υποδομή του συστήματος υγείας στις αγροτικές περιοχές, η οποία δημιουργεί μεγάλες διαφορές στο εύρος των δραστηριοτήτων που μπορεί να αναπτύξει ο γενικός γιατρός , σε σύγκριση με τις αστικές περιοχές όπου υπάρχουν

προσιτές περισσότερες διευκολύνσεις για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Σε χώρες όπου η πρόσβαση στη δευτεροβάθμια φροντίδα γίνεται μέσω της παραπομπής από το γενικό γιατρό, η ευρύτητα των θεραπευτικών υπηρεσιών που ο ίδιος αναλαμβάνει είναι μεγαλύτερη, όπως φαίνεται από την εφαρμογή ιατρικών τεχνικών, ενώ η δραστηριότητα του στη διαχείριση της αρρώστιας είναι εντονότερη ανάλογα με τις συνθήκες απασχόλησης του και ιδιαίτερα όταν αμείβεται κατά πράξη.(Boerma, 1994).

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα του γενικού –οικογενειακού γιατρού αποτελούν η ευρύτητα της γνώσης, η ανθρώπινη και εχέμυθη προσέγγιση κάθε προβλήματος υγείας, η υψηλή προσπελασιμότητα και τέλος η συνέχεια της φροντίδας τη οποία προσφέρει (Δοξιάδης, 1988). Παρέχει υπηρεσίες υγείας τη στιγμή που τις χρειάζονται οι άνθρωποι και στο μέρος που ζουν και εργάζονται, δηλαδή στο σπίτι, στη γειτονιά, σε απομακρυσμένες ή/και σε υποβαθμισμένες αγροτικές και βιομηχανικές περιοχές, ενώ το έργο του περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών υπηρεσιών (Φιορέτος, 1990).

Ως γενικό επομένως συμπέρασμα, στις χώρες εκείνες στις οποίες οι γιατροί αμείβονται με μισθό, παρουσιάζεται μικρότερη εμπλοκή τους στην εφαρμογή ιατρικών τεχνικών και στη διαχείριση της ασθένειας, σε σχέση με τις χώρες στις οποίες οι γενικοί γιατροί εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες. Το ίδιο συμβαίνει και αναφορικά με την πρώτη επαφή των γενικών γιατρών με τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους. Παρόμοια εικόνα εμφανίζεται και αναφορικά με την εκπαίδευση. Σε χώρες όπου η εκπαίδευση των γενικών γιατρών είναι υποχρεωτική και μακροχρόνια, υπάρχει η τάση να αποτελούν τον πρώτο επαγγελματία του υγειονομικού τομέα ο οποίος είναι η πρώτη επιλογή των ασθενών για τα προβλήματα υγείας του και τάση εντονότερης εμπλοκής τους στην εφαρμογή ιατρικών τεχνικών, ενώ στη διαχείριση της ασθένειας οι διαφορές είναι έντονες.

Επίσης φάνηκε ότι η κοινοτική δράση των γενικών γιατρών σε οργανωμένα προγράμματα αγωγής υγείας και προληπτικής ιατρικής είναι εξαιρετικά μικρή τόσο στην Ελλάδα όσο και στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Σημαντικές διαφοροποιήσεις φαίνεται ότι υπάρχουν σε δραστηριότητες οι οποίες σχετίζονται με την προγεννητική φροντίδα και τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Υπό το πρίσμα αυτών των δεδομένων είναι προφανές ότι απαιτείται ενίσχυση των προληπτικών δραστηριοτήτων των γενικών γιατρών γενικά και ειδικότερα στις δραστηριότητες που αφορούν τους ηλικιωμένους τις γυναίκες και τα παιδιά.

Επιπλέον, θα μπορούσε να παρατηρήσει κανείς ότι τα ποσοστά ικανοποίησης στην Ελλάδα είναι υψηλά για τους εξής κυρίως λόγους :

α) Η γενική ιατρική είναι μια νέα ειδικότητα προς την οποία ακόμα δεν ασκείται «πίεση» από τον πληθυσμό , για αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών.

β) Στις ευρωπαϊκές χώρες , ο γενικός γιατρός δρα ως «θυρωρός»στο σύστημα και αναλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος από τη διοικητική υποστήριξη , τη φροντίδα και ακόμα τη διαχείριση και διακίνηση του αρρώστου στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη με αποτέλεσμα να ασκείται σ' αυτόν μεγαλύτερη πίεση.

γ) Το επαγγελματικό και κοινωνικό κύρος των γενικών γιατρών υπολείπεται των ειδικών γιατρών, ιδιαίτερα σε μια περίοδο υψηλής εξειδίκευσης στον υγειονομικό τομέα.

Επομένως κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία νομοθετικού πλαισίου για την υποστήριξη των δραστηριοτήτων των γενικών γιατρών , το οποίο θα συμβάλλει στον καταμερισμό αρμοδιοτήτων μεταξύ γενικών γιατρών ,όπως επίσης για τον τρόπο απασχόλησης τους (αμοιβή κατά πράξη, μισθός) και για την ενίσχυση της εκπαίδευσής τους ,ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στο σύγχρονο ρόλο τους και στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης τους.

Εφαρμογές των ηλεκτρονικών υπολογιστών στην Πρωτοβάθμια

Φροντίδα Υγείας και στη Γενική/Οικογενειακή Ιατρική

Οι υπολογιστές σήμερα

Η τεχνολογία των υπολογιστών σήμερα έχει ελάχιστη σχέση με αυτή της προηγούμενης δεκαετίας. Οι δυνατότητές τους αυξάνονται καθημερινά με

εκπληκτική ταχύτητα. Μερικές από τις σύγχρονες δυνατότητες των υπολογιστών που τους κάνουν εξαιρετικά χρήσιμους στην ΠΦΥ είναι οι ακόλουθες:

- Η δυνατότητα χρήσης αποθηκευτικών μέσων τεράστιας χωρητικότητας, όπως τα CD ROMs.
- Η δυνατότητα χρήσης του διαδικτύου (internet) και προσέγγισης των πληροφοριών που προσφέρει το δίκτυο αυτό.
- Η δυνατότητα διαχείρισης μεγάλων βάσεων δεδομένων, συχνά από απόσταση
- Η δυνατότητα επικοινωνίας μεταξύ υπολογιστών που βρίσκονται σε μεγάλη απόσταση και η δυνατότητα μεταφοράς ήχου, εικόνας από τον ένα στον άλλο, με μεγάλη αξιοπιστία και ταχύτητα.
- Η δυνατότητα της τηλεσύσκεψης και της τηλεϊατρικής.

Συνεχής επιστημονική ενημέρωση στη ΠΦΥ

Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές βοηθούν τον Γενικό/Οικογενειακό ιατρό στην προσπάθεια του να ενημερώνεται συνεχώς για τις επιστημονικές εξελίξεις στο επιστημονικό του πεδίο. Οι ηλεκτρονικές εκδόσεις ιατρικών βιβλίων και περιοδικών συνεχώς πληθαίνουν και κερδίζουν ένθερμους υποστηρικτές για τους ακόλουθους λόγους:

- Σε ένα μόνο CD ROM, μπορεί να αποθηκευτεί κείμενο περίπου 250.000 σελίδων μεγέθους A4 ή 25.000 υψηλής ανάλυσης έγχρωμες εικόνες. Με τη συνεχή εξέλιξη της τεχνολογίας σύντομα τα νούμερα αυτά θα πολλαπλασιαστούν. Συγγράμματα 20 ογκωδών τόμων, χωρούν σήμερα, σε ένα, μόνο CD
- Το ψάξιμο των πληροφοριών που έχουν αρχειοθετηθεί ηλεκτρονικά είναι εκπληκτικά γρήγορο και μπορεί να γίνει με την εισαγωγή πολλών □ □ λέξεων κλειδιών”. Η δυνατότητα χρήσης πολλών “ λέξεων κλειδιών” πρακτικά δίνει στο χρήστη τη δυνατότητα να απομονώνει αρχικά κάποιες πληροφορίες και στη συνέχεια να ερευνά υποσύνολα των πληροφοριών αυτών.

Για παράδειγμα, εάν ο χρήστης ενδιαφέρεται για πληροφορίες σχετικές με “ιογενείς νόσους” που συνοδεύονται από “γενικευμένη λεμφαδενίτιδα”, εισάγει τις δυο λέξεις κλειδιά και ο υπολογιστής από τις πληροφορίες που σχετίζονται με ιογενείς νόσους απομονώνει και παρουσιάζει μόνο αυτές που σχετίζονται με γενικευμένη λεμφαδενίτιδα. Η διαδικασία αυτή μπορεί να έχει περισσότερα από δυο επίπεδα.

- Η μετάβαση από ένα θέμα σε άλλο παρεμφερές είναι πολύ εύκολη. Για παράδειγμα αν ο χρήστης αναζητά πληροφορίες για τη νόσο ιλαρά και αναφέρεται ότι πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από την ερυθρά, υπάρχει δυνατότητα αυτόματης μετάβασης στο πεδίο των πληροφοριών που αναφέρεται η ερυθρά.
- Οι εικόνες των ηλεκτρονικών εκδόσεων είναι δυνατόν να παρατηρηθούν σε διαφορετικές μεγεθύνσεις, πράγμα ιδιαίτερα χρήσιμο για εικόνες μικροσκοπίου.

Ιατρική εκπαίδευση από απόσταση

Επιτυχείς προσπάθειες εκπαίδευσης Γενικών/Οικογενειακών ιατρών, με τη χρήση υπολογιστών, σε νέες εξελίξεις τις ιατρικής επιστήμης έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια κυρίως στην Βρετανία. Ο τρόπος αυτός εκπαίδευσης περιλαμβάνει σειρά μαθημάτων που φτάνουν στους εκπαιδευόμενους μέσω του internet. Το πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι η ταυτόχρονη εκπαίδευση πολλών ιατρών που βρίσκονται σε διάφορα μέρη μιας χώρας ή και ολόκληρου του κόσμου, χωρίς να χρειάζεται να μετακινηθούν σε ένα ορισμένο σημείο. Υπάρχει δυνατότητα στενής συνεργασίας του εκπαιδευόμενου με τους εκπαιδευτές του.

Σωστότερη χρήση των φαρμακευτικών σκευασμάτων

Στη Βρετανία, περισσότερες από τις μισές επαφές του ιατρού της ΠΦΥ με τους ασθενείς του καταλήγουν στη συνταγογράφηση ενός ή περισσότερων σκευασμάτων. Το ποσοστό αυτό για την Ελλάδα, πιθανόν να είναι πολύ μεγαλύτερο. Ένα ποσοστό από 3% έως 5% των νοσοκομειακών κλινών στη Βρετανία καταλαμβάνονται από

ασθενείς που νοσηλεύονται για ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων. Το πρόβλημα του κόστους των συνταγογραφούμενων φαρμάκων στην ΠΦΥ, για την ίδια τη χώρα, είναι τεράστιο. Για την Ελλάδα, το πρόβλημα αυτό τείνει να πάρει διαστάσεις εκρηκτικές και αποτελεί σήμερα ένα από τα μεγάλα προβλήματα της Εθνικής μας Οικονομίας.

Η χρήση πολλών φαρμακευτικών σκευασμάτων ταυτόχρονα από τον ίδιο των ασθενή δημιουργεί συχνά προβλήματα, από την αλληλεπίδραση των δραστικών τους ουσιών. Οι αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων και οι επιπτώσεις τους στην υγεία είναι ένα δύσκολο θέμα για τους γιατρούς της ΠΦΥ και τα ιατρικά λάθη είναι συχνά. Επίσης η αφομοίωση και η απομνημόνευση του όγκου της γνώσης που σχετίζεται με τα νέα σκευάσματα και τις αλληλεπιδράσεις τους με παλαιότερα ή νέα φάρμακα είναι αρκετά δυσχερής.

Η χρήση ειδικών προγραμμάτων ηλεκτρονικών υπολογιστών μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά το Γενικό/Οικογενειακό ιατρό στη σωστή επιλογή των φαρμακευτικών σκευασμάτων και στην αποφυγή χορήγησης ουσιών που αλληλεπιδρούν με αρνητικές συνέπειες για την υγεία του ασθενούς. Το κόστος επίσης της φαρμακευτικής θεραπείας και ο χρόνος που απαιτείται για την επιλογή του φαρμάκου μπορούν να μειωθούν σημαντικά με τη χρήση των προγραμμάτων αυτών.

Αρχείο Υγείας

Η χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών στην ΠΦΥ είχε αρχικά σαν μοναδικό στόχο τη δημιουργία αρχείου ιατρικών ιστορικών, αλλά και σήμερα ακόμη η χρήση αυτή μοιάζει να είναι η σημαντικότερη. Τα πλεονεκτήματα του ηλεκτρονικού αρχείου υγείας έναντι του χειρόγραφου είναι η ευχρηστία του, η εύκολη συνολική επεξεργασία και παρουσίαση των πληροφοριών, η μεταφορά των πληροφοριών σε ελάχιστο χρόνο και σε αποστάσεις μέσω τηλεφωνικής γραμμής και η εύκολη κωδικοποίησή τους. Τα προβλήματα ασφάλειας, απορρήτου και δυσκολίας στη χρήση του υπολογιστή, αν και υπαρκτά, φαίνεται να έχουν ξεπεραστεί με τη χρήση νέων τεχνολογιών.

Σήμερα οι παλαιότερες αντιλήψεις σχετικά με την καταχώριση πληροφοριών σε ηλεκτρονικό υπολογιστή, στην ΠΦΥ, έχουν αλλάξει. Έχει εκτιμηθεί ότι δε θα πρέπει να καταχωρούνται μόνο οι πληροφορίες του ιατρικού φακέλου, αλλά και πληροφορίες του κοινωνικού ιστορικού ή πληροφορίες που αφορούν στη διοικητική

υπηρεσία της μονάδας ΠΦΥ, τη Μαία, το Φυσικοθεραπευτή και τον Κοινωνικό Λειτουργό. Έχει επίσης αλλάξει και η αντίληψη για την σκοπιμότητα της αποθήκευσης των πληροφοριών αυτών. Σήμερα, εκτός από την ανάκληση του ιατρικού φακέλου σε περίπτωση νέας επαφής με τον ασθενή, οι πληροφορίες που καταχωρούνται μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη συνολική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού, το σωστό σχεδιασμό των υπηρεσιών ΠΦΥ, τη διαμόρφωση επιδημιολογικών υποθέσεων και την εξαγωγή δεικτών υγείας.

Επιδημιολογία, Δημογραφία

Η παρακολούθηση της δημόσιας υγείας σήμερα στην ενοποιημένη Ευρώπη, στην οποία ανήκει και η χώρα μας, απαιτεί την παρακολούθηση δεικτών υγείας όπως αυτών που αφορούν στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα. Αυτό σημαίνει ότι πληροφορίες πριν την αποθήκευσή τους πρέπει να κωδικοποιούνται και στη συνέχεια να αναλύονται στον τόπο που συλλέγονται, δηλαδή κυρίως στις μονάδες ΠΦΥ. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά στη συλλογή επιδημιολογικών πληροφοριών από τις μονάδες ΠΦΥ στηριζόμενος αποκλειστικά σε επιστημονικά κριτήρια.

Πρόσφατα η 5^η Διεύθυνση της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ασχολείται με τη δημόσια υγεία καθόρισε τους δείκτες υγείας τους οποίους τα πληροφοριακά συστήματα υγείας θα πρέπει να παρακολουθούν. Ανάμεσα σ'αυτούς συμπεριλαμβάνονται δείκτες σχετικοί με την προσδοκώμενη διάρκεια ζωής, τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα, την ποιότητα ζωής, τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά, την κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, την παράνομη χρήση ναρκωτικών ουσιών, τη διαίτα, τη σεξουαλική συμπεριφορά, την εργασία/ανεργία, το εργασιακό περιβάλλον, τις συνθήκες στέγασης, τις μεταφορές, το περιβάλλον, τις πηγές χρηματοδότησης για την προστασία της υγείας και άλλους.

Η σωστή ανάπτυξη αρχείου υγείας σε μια μονάδα ΠΦΥ επιτρέπει τη σωστή εκτίμηση των δεδομένων που προαναφέρθηκαν και τη χρησιμοποίηση των στοιχείων αυτών στην εξαγωγή εθνικών δεικτών υγείας. Η κωδικοποίηση διευκολύνεται πολύ από τη χρήση των υπολογιστών. Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων που συλλέγονται υποστηρίζεται από τα σύγχρονα προγράμματα υπολογιστών. Οι αντιστοιχίσεις τέλος της ορολογίας που προτείνει σήμερα η Ευρωπαϊκή Ένωση, θα είναι εξαιρετικά επίπονες χωρίς τη χρήση υπολογιστών.

Τηλεματική, Τηλεϊατρική, Τηλεσύσκεψη

Πρόκειται για τις πιο σύγχρονες και εντυπωσιακές εφαρμογές των υπολογιστών στην ΠΦΥ, που υπόσχονται να δημιουργήσουν επανάσταση στο χώρο αυτό. Τηλεματική, σύμφωνα με το λεξικό του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης είναι “ η επιστήμη της μετάδοσης πληροφοριών, που έχουν καταχωρηθεί σε υπολογιστές, σε μεγάλες αποστάσεις”.

Η τηλεματική σήμερα επιτρέπει την άσκηση τηλεϊατρικής, δηλαδή την άσκηση ιατρικής από απόσταση. Αυτό για την ΠΦΥ σημαίνει τη συμβολή ιατρών με περισσότερο εξειδικευμένες γνώσεις από αυτές του Γενικού/Οικογενειακού ιατρού στη διαχείριση ασθενών που βρίσκονται σε μεγάλη απόσταση. Μέσω των υπολογιστών είναι δυνατόν να μεταδοθούν ακτινογραφίες, ηλεκτροκαρδιογραφήματα, φωτογραφίες, ακόμη και ήχοι ή και ολόκληροι ιατρικοί φάκελοι, για την εκτίμηση από ιατρούς που βρίσκονται σε μεγάλη απόσταση. Η τηλεϊατρική στην Ελλάδα εκτιμάται ότι είναι αναγκαία, λόγω των πολλών περιοχών της ορεινής και νησιωτικής χώρας που είναι δυσπρόσιτες, ιδίως του χειμερινούς μήνες.

Οι υπολογιστές δίνουν τη δυνατότητα στον ιατρό της ΠΦΥ να συμμετέχει σε τηλεσύσκεψη ιατρών για περιστατικό που τον απασχολεί. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να συζητά με άλλους συναδέλφους του από απόσταση, αφού τους διαβιβάσει τις πληροφορίες για τον ασθενή και να αποφασίζει μαζί τους το σωστότερο τρόπο διαχείρισής του. Οι ιατροί που μπορούν να συμμετέχουν σε μια τέτοια τηλεδιάσκεψη μπορεί να είναι περισσότεροι από δυο και να βρίσκονται σε διαφορετικά σημεία της χώρας ή και σε διαφορετικές χώρες.

Οι επικοινωνίες όμως των υπολογιστών βοηθούν και τη διακίνηση των πληροφοριών μέσα στο ίδιο το Κέντρο Υγείας. Για παράδειγμα το αποτέλεσμα της γενικής αίματος είναι δυνατόν να αποθηκεύεται αυτόματα μέσω του υπολογιστή του αυτομάτου αναλυτή της γενικής αίματος, στον υπολογιστή καταχώρισης των ιατρικών φακέλων, χωρίς να χρειάζεται πληκτρολόγηση. Η ακτινογραφία είναι δυνατόν να καταχωρείται αυτόματα στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς, μέσω υπολογιστή με σαρωτή (scanner), που έχει εγκατασταθεί στο ακτινολογικό

εργαστήριο του Κέντρου Υγείας και επικοινωνεί με τον υπολογιστή των ιατρικών φακέλων. Τέλος, τα παραπεμπτικά των κλινικών ιατρών προς τα εργαστήρια είναι δυνατόν να διακινούνται με ανάλογο τρόπο.

Η επικοινωνία των Περιφερειακών Ιατρείων με το Κέντρο Υγείας μέσω υπολογιστών εκτιμάται ότι είναι ο καλύτερος τρόπος για την αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρουν σήμερα τα ιατρεία αυτά. Έτσι ο ιατρός των Περιφερειακών Ιατρείων θα μπορεί να δει το φάκελο του ασθενούς του ο οποίος βρίσκεται καταχωρημένος στον κεντρικό υπολογιστή του Κέντρου Υγείας. Επίσης ο ιατρός αυτός θα μπορεί να καταχωρίσει την επίσκεψη που έγινε στο Περιφερειακό Ιατρείο, να κλείσει ραντεβού στο Κέντρο Υγείας για τον ασθενή του, να παραγγείλει εργαστηριακές εξετάσεις και να δει τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών από τον υπολογιστή του ιατρείου.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης

Τις τελευταίες δεκαετίες, ο υγειονομικός τομέας εμφάνισε σημαντική ανάπτυξη των ανθρωπίνων οικονομικών και υλικών πόρων και έχει μετατραπεί σε ένα σύγχρονο ιατροβιομηχανικό σύμπλεγμα, το οποίο απασχολεί το 4-4,5% του ενεργού πληθυσμού της χώρας και δαπανά το 8-8,5% περίπου του ΑΕΠ. Ο ρυθμός αύξησης υπήρξε ιδιαίτερα έντονος, είναι δε ενδεικτικό ότι τα αντίστοιχα μεγέθη το 1970 ήταν 1,5% για το ανθρώπινο δυναμικό και 4,9% του ΑΕΠ για τις συνολικές δαπάνες υγείας. Ταυτόχρονα στην ίδια περίοδο ολοκληρώθηκαν οι διαδικασίες για την πλήρη και καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού. Θεωρητικά το υγειονομικό σύστημα της χώρας μας, ρυθμίζεται υπό τη διεύθυνση και τον έλεγχο της κεντρικής διοίκησης, με κριτήριο τις ανάγκες, παρά το γεγονός ότι αποτελεί ένα μείγμα “ ολοκληρωμένου” συστήματος τύπου Beveridge και “ συμβολαιακού” τύπου ή τύπου “ αποζημίωσης” Bismark. Στην πραγματικότητα όμως, κατά τη διάρκεια των

τελευταίων ετών, η ρύθμιση ουσιαστικά τελείται από ένα άτυπο μηχανισμό τιμών, ο οποίος έχει εισαχθεί διαμέσου των εκτεταμένων ιδιωτικών πληρωμών.

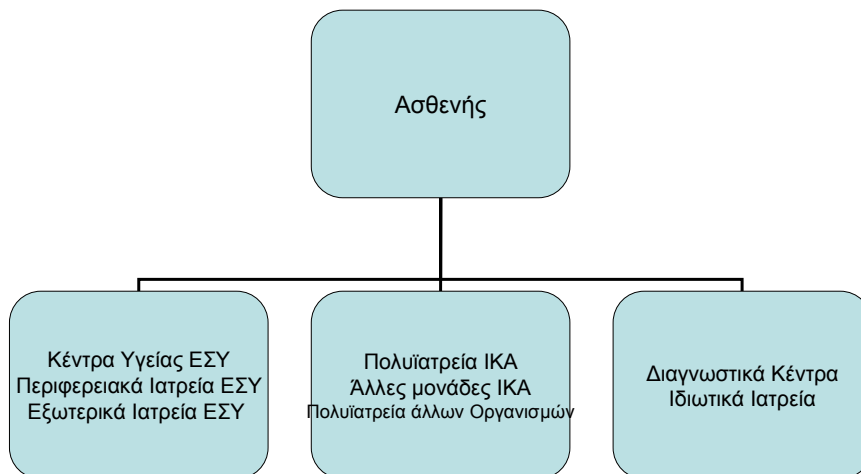
Από τα διαθέσιμα στοιχεία είναι εμφανές, ότι ακόμη και με τα παραδοσιακά κριτήρια ενός αδρού ενδεικτικού σχεδιασμού, με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, υπάρχουν σοβαρές ανισοροπίες οι οποίες σχετίζονται με τον υγειονομικό προγραμματισμό, τον έλεγχο και την κατανομή των επενδύσεων. Για παράδειγμα, ενώ η χώρα έχει μια σχετική επάρκεια αριθμού κλινών γενικών νοσοκομείων, εμφανίζει μεγάλες ελλείψεις στα νοσηλευτήρια για των χρονίως πάσχοντες και ηλικιωμένους καθώς αυτά για τη φυσική ιατρική αποκατάσταση, καθώς επίσης και στα ψυχιατρικά νοσηλευτήρια ανοιχτής φροντίδας, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ικανοποιηθεί η αυξημένη ζήτηση στους τομείς αυτούς και να διαπιστώνονται μείζονα προβλήματα καλής πρόσβασης. Κατά συνέπεια, αναδύεται πρόβλημα κατάλληλης φροντίδας το οποίο εμμέσως επιδρά δυσμενώς στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα. Ως εκ τούτου, πλην των ανισοτήτων στην πρόσβαση, οι οποίες έχουν επισημανθεί, συνυπάρχουν και τα προβλήματα ανισοτήτων στην πρόσβαση φροντίδων με ανεκτή ποιότητα. Ακόμη είναι αναγκαίο να σημειωθεί ότι εξακολουθεί να παραμένει ως μείζον θέμα της εθνικής πολιτικής υγείας η περιφερειακή κατανομή των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων. Τα φαινόμενα αυτά συνδέονται ασφαλώς με την ισχυρή επίδραση, την οποία ασκεί η πλευρά της προσφοράς και τα συνδεδεμένα με τη βιοϊατρική τεχνολογία συμφέροντα, τα οποία ωθούν και προσανατολίζουν το σύνολο της επενδυτικής δραστηριότητας προς αυτή την κατεύθυνση. Η ευθύνη της κεντρικής διοίκησης για τον εμπειριστατωμένο σχεδιασμό του υγειονομικού συστήματος, δεν ασκείται με επάρκεια και αποτελεσματικότητα. Παρά την σχετική πολιτική ρητορική και την θεσμοθέτηση μηχανισμών για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη των υγειονομικών υπηρεσιών, δεν έχουν αναπτυχθεί ανάλογες πολιτικές οργάνωσης και κατανομής των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων.

Τα μείζονα προβλήματα του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα

Στο διάγραμμα 1, απεικονίζονται τα κύρια χαρακτηριστικά τα οποία συνθέτουν το υγειονομικό σύστημα στη χώρα μας, καθώς επίσης και οι διαδικασίες προσπέλασης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες. Η ελεύθερη προσπέλαση των πολιτών σε μηδενικές τιμές την στιγμή της ανταλλαγής,

στην πραγματικότητα δεν ισχύει και η πρόσβαση εξαρτάται από τις ίδιες πληρωμές και παραπληρωμές. Σε μερικές περιπτώσεις, έχουν τεθεί περιορισμοί στην προσπέλαση, με προσανατολισμένη πρόσβαση, δηλαδή πρόσβαση η οποία συνδέεται με παραπομπή και αναφορά στον γενικό/οικογενειακό ιατρό άλλης ειδικότητας, όπως στην περίπτωση των ασφαλισμένων στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), αλλά οι φραγμοί αυτοί πρακτικά δεν λειτουργούν, ενώ επιπροσθέτως η ύπαρξη εκτεταμένου ιδιωτικού τομέα και η προϊούσα “ιδιωτικοποίηση” του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με ιδιωτικές πληρωμές, από το ιατρικό συλλογικό μονοπώλιο, ακυρώνει πλήρως οποιαδήποτε τυπική προϋπόθεση προσανατολισμένης επιλογής.

Στον ιδιωτικό τομέα, η πρόσβαση είναι σχετικά “ελεύθερη” όπου όμως λειτουργεί ο περιορισμός της άμεσης πληρωμής καθώς και μια σειρά μηχανισμών οι οποίοι οδηγούν σε πρόσθετες πληρωμές και αμοιβές διαμεσολάβησης. Επίσης, δυσλειτουργεί μηχανισμός παραπομπής, προσανατολισμού και παρακολούθησης ασθενούς, στα επόμενα επίπεδα της περίθαλψης, όπως συμβαίνει σε πολλά συστήματα χωρών της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης.



Η παραγωγή και διανομή των φροντίδων

Στην πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη εμφανίζεται ένα “μωσαϊκό” παραγωγών υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον ευρύτερο δημόσιο

τομέα, συνυπάρχουν όλες οι μορφές παραγωγής, διανομής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη στο δημόσιο τομέα παρέχεται στα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τα οποία παράγουν το 15% περίπου της συνολικής φροντίδας. Σημαντικό μερίδιο έχει το ΙΚΑ (40%), το οποίο έχει επίσης τη μεγαλύτερη πυκνότητα ιατρικού δυναμικού σε σχέση με τον αριθμό των δικαιούχων, καθώς επίσης και το μεγαλύτερο αριθμό σημείων διανομής των φροντίδων υγείας. Το μεγαλύτερο πάντως ποσοστό (45%) παραγωγής και διανομής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανήκει στον ιδιωτικό τομέα.

Η ανάπτυξη ενός εκτεταμένου τομέα ιδιωτικών υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, σε περιοχές με έντονη την παρουσία των ασφαλισμένων του ΙΚΑ στο σύνολο του πληθυσμού καθώς και τα αποτελέσματα από έρευνες ικανοποίησης, επιτρέπουν την υπόθεση ότι ένα σημαντικό ποσοστό ασφαλισμένων του ΙΚΑ δεν κάνουν χρήση κάποιων υπηρεσιών και προσφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα. Από σχετική μάλιστα έρευνα, προέκυψε ότι από το σύνολο του δείγματος που μελετήθηκε το 40,4% των ασφαλισμένων του ΙΚΑ, επισκέφθηκαν στην διάρκεια ενός έτους ιδιώτη ιατρό τουλάχιστον μια φορά, ποσοστό το οποίο είναι πολύ υψηλό σε σύγκριση με το αντίστοιχο άλλων χωρών οι οποίες έχουν εθνικό σύστημα υγείας.

Η άσκηση ακόμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας υπόκειται σε σοβαρούς δομικούς περιορισμούς που έχουν επισημανθεί και συζητηθεί σε επιτροπές και συνέδρια. Απόρροια όλων αυτών των παραγόντων είναι η αποκλειστική σχεδόν απασχόληση των εργαζομένων στην ΠΦΥ στην περίθαλψη και αυτή ουσιαστικά χωρίς κατευθυντήριες γραμμές, χωρίς εξειδίκευση στα πιο συχνά χρόνια νοσήματα και σε μεγάλο βαθμό απορροφούμενη από τη συνταγογράφηση. Αν και είναι γνωστό ότι η υγεία αποτελεί συνάρτηση διαφόρων παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με τη γενετική, τον τρόπο ζωής (διατροφή, κάπνισμα κ. ά.) και το κοινωνικοοικολογικό περιβάλλον (ρύπανση, απασχόληση, κατοικία κ.ά.) στη χώρα μας έμφαση δίδεται μόνο στις ιατρικές υπηρεσίες (οι οποίες συμβάλλουν στο επίπεδο της υγείας κατά 9-10%) ενώ αντιθέτως η δημόσια υγεία η οποία αναφέρεται στις άλλες σημαντικές παραμέτρους υποτιμάται. Με την εξαίρεση των εμβολίων και αυτών χωρίς συστηματική εκτίμηση του ποσοστού κάλυψης, και της αποσπασματικής διενέργειας της εξέτασης του τραχηλικού επιχρίσματος, απουσιάζουν άλλες συστηματικές και διαχρονικές παρεμβάσεις με στόχο την πρόληψη συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού γενικότερα. Η

επίσκεψη στο σπίτι έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί ενώ η φροντίδα ασθενών με καρκίνο, ή άλλα χρόνια νοσήματα που οδηγούν στην αναπηρία και στον περιορισμό στο σπίτι είναι αποσπασματική, συχνά επιτελούμενη από ανεκπαίδευτο νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο σχεδιασμός επίσης των υπηρεσιών υγείας δε βασίσθηκε στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και η δεκαπενταετής λειτουργία των Κέντρων Υγείας στις αγροτικές περιοχές δεν αξιολογήθηκε συστηματικά. Παρ' όλους τους περιοριστικούς παράγοντες που συζητήθηκαν παραπάνω ο προσδιορισμός των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού των αγροτικών περιοχών και η εκτίμηση των αναγκών υγείας του, φαίνεται να είναι δυνατός στην ΠΦΥ στη χώρα μας σήμερα. Το υπόδειγμα αναπτύχθηκε στη Κρήτη με τη συμβολή του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, μοιάζει αποτελεσματικό στις σημερινές συνθήκες.

Στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, η πρόσβαση των πολιτών δεν υπόκειται σε διοικητικούς ή οργανωτικούς φραγμούς και παρά την κυριαρχία του δημοσίου τομέα και την ανάπτυξη των υποδομών, παρατηρείται μια ασυμβατότητα ανάμεσα στις δυνατότητες της προσφοράς και στη ζήτηση υπηρεσιών, ιδιαίτερα στα μεγάλα νοσοκομειακά συγκροτήματα. Επίσης δεν έχουν αναπτυχθεί πολιτικές υποκατάστασης της νοσοκομειακής φροντίδας από την πρωτοβάθμια περίθαλψη ή εναλλακτικές μορφές νοσηλείας, όπως η νοσηλεία στο σπίτι και η νοσηλεία ημέρας. Για τα φαινόμενα αυτά, έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί παράγοντες μεταξύ των οποίων η ανεπαρκής οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας συνέπεια της οποίας είναι η συνάθροιση ενός μεγάλου αριθμού των ασφαλισμένων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και η έλλειψη μηχανισμού και πολιτικών υποκατάστασης των φροντίδων. Με βάση εμπειρικά δεδομένα η πρόσβαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη, μοιάζει να είναι δυσχερής και συνδέεται με μεγάλες ίδιες πληρωμές και παραπληρωμές, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Στον πυρήνα αυτού του φαινομένου, βρίσκεται η μονοπωλιακή θέση του ιατρικού σώματος στα νοσηλευτήρια και η ασυμβατότητα προσφοράς και ζήτησης, όπως έχει ήδη επισημανθεί. Είναι προφανές ότι η αποδυνάμωση της μονοπωλιακής θέσης του ιατρικού νοσοκομειακού σώματος, με την ελεύθερη πρόσβαση των Γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας στα νοσοκομεία και κυρίως την προώθηση πολιτικών υποκατάστασης, μπορεί να αποτελέσει μια εκδοχή άρσης αυτού του ανεπιθύμητου φαινομένου.

Η χρηματοδότηση των φροντίδων

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας είναι διαφορετική στα διάφορα τμήματα του υγειονομικού τομέα. Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις πληρωμές της ασφάλισης, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, ενώ ο ιδιωτικός τομέας είτε από εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης είτε από ίδιες πληρωμές συμπεριλαμβανόμενης και της ιδιωτικής ασφάλισης. Σε κάθε περίπτωση, η χρηματοδότηση της ΠΦΥ κατευθύνεται κυρίως σε διαγνωστικές υπηρεσίες σύγχρονης υψηλής τεχνολογίας και αποθαρρύνει τη χρήση καθημερινών υπηρεσιών θεραπείας. Σημειώνεται επίσης ότι η ιδιωτική δαπάνη για την πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη είναι σχετικά υψηλή (67% για το 1994) ενώ μεγάλο τμήμα αυτής, το 34%, αφορά την οδοντιατρική περίθαλψη.

Τα κριτήρια αποζημίωσης των προμηθευτών διαφέρουν σημαντικά, δεδομένου ότι σε μερικές υπηρεσίες το κριτήριο είναι ο μισθός, ενώ σε άλλες η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση. Γενικά όμως, στον ιδιωτικό τομέα κυριαρχεί κυρίως η αμοιβή κατά πράξη, ενώ στο δημόσιο τομέα βασική μέθοδος αποζημίωσης είναι ο μισθός.

Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων γίνεται με κριτήριο τη ζήτηση των ασφαλιστικών οργανισμών και με βάση το ανοικτό νοσήλιο ή συνδυασμό ανοικτού και κλειστού νοσηλίου. Ωστόσο η αρχή αυτή έχει ανατραπεί, δεδομένου ότι η κρατική επιχορήγηση των νοσοκομείων είναι εξαιρετικά υψηλή (περίπου 60-65%) και καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος της νοσοκομειακής δαπάνης, ενώ οι κρατικές επιχορηγήσεις δεν έχουν ως κριτήριο τη ζήτηση ή τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αλλά καθορίζονται από την πλευρά της προσφοράς, αφού κατευθύνονται στη κάλυψη του μέρους του προϋπολογισμού το οποίο δεν μπορεί να καλυφθεί από άλλες πηγές. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η επιλογή του τρόπου παραγωγής, των μεθόδων χρηματοδότησης και των κριτηρίων αποζημίωσης εξαρτάται, σε σημαντικό βαθμό, από την έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και τη δομή της αγοράς υπηρεσιών υγείας.

Θεωρητικά, η ασφάλιση υγείας στη χώρα μας είναι πλήρης και καθολική, αφορά δηλαδή στο σύνολο του πληθυσμού και για το σύνολο των κινδύνων για την υγεία.

Ακόμα και όσοι από τους πολίτες, δεν έχουν κοινωνική ασφάλιση, καλύπτονται προνοιακά με ειδικά προγράμματα. Στην πραγματικότητα όμως, αυτή η πολιτική “ ψευδοϋπερασφάλισης ” οδηγεί στην ανισορροπία προσφοράς και ζήτησης και κατά συνέπεια πρακτικά στην “ υποασφάλιση” η οποία χαρακτηρίζει σήμερα τις υγειονομικές υπηρεσίες, όπως αποδεικνύεται από τα ευρήματα τα οποία καταδεικνύουν την υψηλή ιδιωτική δαπάνη.

Είναι αναγκαίο να σημειωθεί ότι τα φαινόμενα αυτά οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στη χρόνια υποχρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα από πηγές της κεντρικής διοίκησης και της κοινωνικής ασφάλισης οι οποίες προσεγγίζουν το 5% του ΑΕΠ.

Η βασική αντινομία στη δομή της αγοράς υπηρεσιών υγείας

Υπό το πρίσμα αυτών των διατυπώσεων, καθίσταται εμφανές ότι βασικό χαρακτηριστικό του υγειονομικού τομέα αποτελεί η διάσπαση και ο κατακερματισμός της διαδικασίας παραγωγής των φροντίδων υγείας και η απουσία εγκατάστασης μηχανισμών κεντρικής διεύθυνσης και ελέγχου αλλά και η υποχρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών. Η παρατήρηση αυτή, δε φαίνεται να σχετίζεται αποκλειστικά με την ύπαρξη μεγάλου αριθμού κοινωνικών ασφαλιστικών σχημάτων ή/ και σχηματισμών παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας, δεδομένου ότι δεν έχει αποδειχθεί η θετική ή αρνητική επίδραση του αριθμού των κοινωνικών ασφαλιστικών σχημάτων στην αποδοτικότητα του υγειονομικού τομέα. Τα μείζονα επίσης προβλήματα διαχείρισης που έχουν επισημανθεί στον υγειονομικό τομέα φαίνεται να συμβάλλουν στη διοικητική ανεπάρκεια του συστήματος.

Η διάσπαση και ο κατακερματισμός της οργάνωσης της παραγωγικής διαδικασίας στις υγειονομικές υπηρεσίες στη χώρα μας, διαπιστώνεται αφ’ ενός μεταξύ των διαφόρων επιπέδων φροντίδας και αφ’ ετέρου στην πρακτική και στη

δυνατότητα των χρηστών να μετακινούνται σε διάφορα τμήματα του υγειονομικού συστήματος, όπως για παράδειγμα από τις υπηρεσίες του ΕΣΥ, στις αντίστοιχες του ΙΚΑ και των άλλων ασφαλιστικών οργανισμών και του ιδιωτικού τομέα και αντιστρόφως (οριζόντια διάσπαση), κυρίως λόγω της απουσίας ενός πλαισίου στο οποίο θα καθορίζεται με σαφήνεια το εύρος, το είδος και ο φορέας της προσφερόμενης φροντίδας. Συνέπεια της κατάστασης αυτής διαπιστώνεται: η παραοικονομική δραστηριότητα, η απουσία κινήτρων στους παραγωγούς και τους καταναλωτές για υποκατάσταση μεταξύ των διαφόρων μορφών φροντίδας με παρενέργειες στην αποδοτική χρήση των πόρων και τη συνολική αποδοτικότητα του υγειονομικού τομέα και τρίτον, τη διάσπαση της συνέχειας και της δυνατότητας παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας, με συνέπεια την αρνητική επίδραση στην αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και την ικανοποίηση του πολίτη. Τα φαινόμενα αυτά, αμβλύνονται από τη μεγάλη επέκταση της πλευράς της προσφοράς στον ιδιωτικό τομέα, φαινόμενο το οποίο περιορίζει τη μονοπωλιακή συμπεριφορά του “ ιδιωτικοποιημένου” από το ιατρικό σώμα δημοσίου νοσοκομειακού τομέα υπηρεσιών υγείας.

Κατά συνέπεια το πραγματικό πολιτικό και τεχνικό ζήτημα βρίσκεται στο δίλημμα: “ απαγόρευση”, στο βαθμό που αυτή είναι εφικτή, υπό την έννοια της απεμπλοκής από την ασφάλιση υγείας υπό την παρούσα μορφή ή “ νομιμοποίηση” του ιδιωτικού τομέα, με την διευρυμένη έννοια. Με επιστημονικούς και τεχνικούς όρους, το δίλημμα αυτό σχετίζεται με την αναγνώριση και παραδοχή ότι η κεντρική διοίκηση δεν έχει τη δυνατότητα χρηματοδότησης με πόρους οι οποίοι απαιτούνται για την κάλυψη της ζήτησης και συντήρησης του συστήματος με τις παρούσες προδιαγραφές. Κατά συνέπεια η διέξοδος μπορεί να αναζητηθεί στην εισαγωγή μηχανισμού τιμών και θεσμοθετημένων ποσοστών συνασφάλισης ή εναλλακτικά με την ανάπτυξη περιορισμών και φραγμών, δηλαδή με την εισαγωγή της έννοιας της ελεγχόμενης ή διευθυνόμενης φροντίδας, για την κάλυψη των βασικών αναγκών ή με συνδυαστική χρήση αυτών. Είναι προφανές, ότι το θέμα αυτό εμπεριέχει κοινωνικές και πολιτικές συνιστώσες και παρενέργειες, αλλά ουσιαστικώς αυτό είναι το πραγματικό δίλημμα στις υπηρεσίες υγείας, στη χώρα μας.

Η αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης

Αναλυτές και επιστήμονες καθώς επίσης εκπρόσωποι των επαγγελματιών υγείας και των πολιτών εκφράζουν, είτε μέσω του πολιτικού συστήματος ή των οργανώσεων των κοινωνικών εταίρων, έντονη δυσαρέσκεια για τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος, η οποία εντοπίζεται σε δυο μεγάλες κατηγορίες προβλημάτων: η πρώτη, αφορά τη χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών σε σχέση με τις προσφερόμενες υπηρεσίες και η δεύτερη, την καταβολή πρόσθετων δαπανών από ίδιες πηγές, τη στιγμή της ανταλλαγής. Πράγματι, έχει δειχθεί ότι η ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας είναι εξαιρετικά χαμηλή και βρίσκεται σε μια από τις τελευταίες θέσεις μεταξύ των χωρών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Όσον αφορά στην καταβολή πρόσθετων “ άτυπων ” πληρωμών στο κόστος της φροντίδας, αυτή είναι εξαιρετικά υψηλή, με αποτέλεσμα το σύνολο των ίδιων δαπανών και παραπληρωμών να προσεγγίζει το 40% των συνολικών δαπανών υγείας.

Η χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών και η δυσαρέσκεια η οποία διαπιστώνεται στον πληθυσμό, οφείλεται στο κόστος χρόνου και στις γραφειοκρατικές διαδικασίες που καθιστούν δυσχερή την πρόσβαση στις υπηρεσίες, καθώς και στη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η οποία είναι απόρροια αφενός της έλλειψης μηχανισμών ποιοτικού ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας και αφετέρου της παρουσίας προβλημάτων που σχετίζονται με το ξενοδοχειακό περιβάλλον, τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας κ. ά. Κυρίως όμως αυτή οφείλεται στην αναγκαιότητα καταβολής υψηλών άτυπων ποσοστών συνασφάλισης, καθώς και ιδίων πληρωμών για να επιτευχθεί η πρόσβαση. Επιπροσθέτως, έχει διαπιστωθεί υψηλό κόστος διαμεσολάβησης, με την προσφυγή σε πολιτικά “ μέσα ” και κοινωνικές “ γνωριμίες ” με συνέπεια την παραβίαση της αρχής της ίσης πρόσβασης για ίση ανάγκη.

Δεδομένου ότι μια από τις αρχές του συστήματος υγείας, το οποίο οικοδομήθηκε στη δεκαετία του ‘80, είναι οι μηδενικές τιμές την στιγμή της ανταλλαγής, δηλαδή η “ δωρεάν και ίση υγεία ” η παρούσα κατάσταση αναιρεί μία από τις βασικές αρχές και επηρεάζει σφοδρά το κριτήριο της ισότητας, διότι η πρόσβαση πλέον εξαρτάται από τις ίδιες πληρωμές ή/και τις παραπληρωμές και κατά συνέπεια από το διαθέσιμο εισόδημα. Ως εκ τούτου, η αρχή της ίσης πρόσβασης δοκιμάζεται και ακυρώνεται.

Αναμφίβολα, και δεδομένης της μεγάλης έκτασης των ιδίων πληρωμών και παραπληρωμών στις τελευταίες δεκαετίες, το ΕΣΥ και γενικότερα η εθνική πολιτική για την υγεία, επεχείρησε την ανάπτυξη πολιτικών για τη μείωση των ανισοτήτων και κυρίως των γεωγραφικών και ασφαλιστικών ανισοτήτων. Ειδικότερα, με τις

ακόλουθες πολιτικές δημοσίων επενδύσεων στην υγεία, υπήρξε προσπάθεια μεταφοράς πόρων στην περιφέρεια, με στόχο τη βελτίωση της περιφερειακής κατανομής πόρων και την μείωση των δεικτών ανισότητας, χωρίς όμως σημαντικά αποτελέσματα. Επίσης, σημειώθηκε μια προσπάθεια βελτίωσης της ασφαλιστικής κάλυψης και των παροχών από τους μεγάλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, με συνέπεια επίσης τη μερική μείωση των δεικτών ανισότητας. Η προσέγγιση αυτή, είναι έμμεση και ενδεικτική, δεδομένου ότι περιλαμβάνει μεγάλους πληθυσμούς σε γεωγραφική ή ασφαλιστική βάση και δεν αποτιμά τις μεγάλες υφιστάμενες ανισότητες με βάση κοινωνικά, πολιτισμικά και οικονομικά κριτήρια.

Αξίζει να σημειωθεί όμως, ότι δεδομένων των στρεβλώσεων, οι οποίες έχουν επισημανθεί, ο υγειονομικός τομέας στη χώρα μας είναι σχετικά αποδοτικός, με την έννοια της σχετικής συγκράτησης των δαπανών φροντίδας υγείας. Το γεγονός ότι η χώρα δαπανά μόνον 8% του ΑΕΠ για υγειονομικές υπηρεσίες, με καθολική ασφάλιση, μηδενικές τιμές, πληθώρα προμηθευτών, έλλειψη συστήματος ελέγχου και παραπομπής, δεν είναι τυχαίο. Η ερμηνεία έγκειται στο γεγονός ότι οι τιμές δεν είναι μηδενικές, όπως επισήμως διατυπώνεται. Στην πραγματικότητα, ίδιες πληρωμές, άτυπες συν – πληρωμές, υψηλό κόστος χρόνου, χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών, πολιτική και κοινωνική διαμεσολάβηση είναι διάφορες μορφές πληρωμής, οι οποίες χαλιναγωγούν το σύστημα και συμβάλλουν στην αποδοτική λειτουργία του. Αλλά βεβαίως, παραβιάζεται τι κριτήριο της ισότητας.

Επιπροσθέτως, το υγειονομικό σύστημα είναι σχετικά αποτελεσματικό. Υπό την έννοια ότι οι δείκτες υγείας είναι ικανοποιητική και όχι μόνον οι συνήθεις αδροί δείκτες- προσδόκιμο επιβίωσης, βρεφική θνησιμότητα, οι οποίοι ανευρίσκονται στις πρώτες θέσεις μεταξύ των βιομηχανικών χωρών – αλλά και η αποφεύξιμη ή αποτρεπτή θνησιμότητα η οποία αποτελεί δείκτη εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των μέτρων υγειονομικής πολιτικής, βρίσκεται γενικά σε καλή θέση. Η διαπίστωση αυτή δυστυχώς έχει μόνον μεταβατικό χαρακτήρα, δεδομένου ότι μεταξύ των αιτιών θανάτου η ισχαιμική καρδιοπάθεια, τα νοσήματα των αγγείων του εγκεφάλου, τα τροχαία ατυχήματα και ορισμένες εντοπίσεις καρκίνου έχουν αυξητική τάση, η οποία στο μέλλον θα επιδράσει δυσμενώς στο γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Το θέμα συνδέεται με τις πολιτικές πρόληψης και δημόσιας υγείας και στο σημείο αυτό, η ανάπτυξη των σχετικών υπηρεσιών και μέτρων είναι εξαιρετικά ανεπαρκής.

Οι διαπιστώσεις αυτές επιβεβαιώνονται από τους δείκτες αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος.

Συνοπτικά και συμπερασματικά με βάση τα κύρια κριτήρια αξιολόγησης της πολιτικής υγείας και τα αποτελέσματά τους, το βασικό πρόβλημα του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας συνίσταται στην ακύρωση του κριτηρίου της ισότητας και της πρόσβασης σε ποιοτική φροντίδα υγείας, παρά η αποδοτική χρήση των πόρων. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται κυρίως στην υποχρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών από πόρους οι οποίοι προσέρχονται από τη γενική φορολογία και αναπληρούνται μερικώς από τις ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές.

Εναλλακτικά υποδείγματα ανασυγκρότησης του υγειονομικού τομέα

Οι σύγχρονες τάσεις μεταρρύθμισης στον υγειονομικό τομέα αποσκοπούν στη διασφάλιση της ποιότητας και στη βελτίωση της ιατρικής αποτελεσματικότητας και οικονομικής αποδοτικότητας. Εστιάζουν στην καλύτερη εξυπηρέτηση και ικανοποίηση του καλυπτόμενου πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας και στον έλεγχο του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό συνήθως αφορά τον έλεγχο της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, ο οποίος πραγματοποιείται με την εισαγωγή φραγμών. Υπάρχουν δυο διαφορετικοί τύποι φραγμών και κατά συνέπεια, τίθεται δίλλημα επιλογής. Πιο συγκεκριμένα, το ερώτημα το οποίο τίθεται είναι αν είναι προτιμότερη η εγκατάσταση τιμών ή ποσοστού συνασφάλισης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ή εναλλακτικά είναι αποδοτικότερο να αναπτυχθούν περιορισμοί, με την εισαγωγή της έννοιας της ελεγχόμενης φροντίδας, δηλαδή της προσδιορισμένης και με κανόνες παρεχόμενης δέσμης φροντίδων.

Κλασικά μέτρα φραγμού αποτελούν, η θεσμοθέτηση συγκεκριμένων ποσοστών συνασφάλισης, η συμμετοχή στο κόστος, καθώς επίσης και το κόστος του χρόνου, ή και ακόμα η θεσμοθέτηση κανόνων στην πρόσβαση. Πολλές χώρες έχουν υιοθετήσει τη συμμετοχή στο κόστος, η οποία συνήθως είναι αντιστρόφως ανάλογη της ανάγκης ή εξαρτάται από την ελαστικότητα της ζήτησης σε σχέση με το εισόδημα. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει μεγάλη συμμετοχή στο κόστος όταν οι υπηρεσίες υγείας δεν είναι απόλυτα αναγκαίες, ενώ υπάρχει μικρή ή ακόμα και μηδενική συμμετοχή για αναγκαίες παρεμβάσεις, (π.χ. επείγουσα ιατρική). Στη χώρα μας, η προσέγγιση αυτή έχει εντελώς διαφορετικό χαρακτήρα αφού η συμμετοχή στο κόστος για υπηρεσίες

δευτερεύουσας προτεραιότητας είναι μηδαμινή, ενώ αντίθετα παρατηρείται συμμετοχή στο κόστος για υπηρεσίες απολύτως αναγκαίες. Επιπροσθέτως, η εφαρμογή αυτής της προσέγγισης ακυρώνει στην πράξη το κριτήριο της ισότητας στην πρόσβαση υπηρεσιών, αφού πλήττονται κυρίως αυτοί οι οποίοι έχουν χαμηλά εισοδήματα και ως εκ τούτου δεν έχουν δυνατότητα καταβολής πρόσθετης πληρωμής τη στιγμή της ανταλλαγής.

Η εναλλακτική εκδοχή αφορά τη θέσπιση ορισμένων περιορισμών στην πρόσβαση των πολιτών και είναι προφανές ότι η ισότητα υπό συνθήκες πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης στις υπηρεσίες υγείας απαιτεί μια σχετική μείωση της ελευθερίας των χρηστών, ώστε να επιτευχθεί το κριτήριο της αποδοτικότητας.

Κατά συνέπεια, διαφαίνεται ότι ο πληθυσμός δεν μπορεί να έχει δυνατότητα για άνευ ορίων και όρων ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε μηδενικές τιμές. Έχει όμως τη δυνατότητα πρόσβασης σ' αυτή την προσδιορισμένη σε έκταση, ποσότητα και ποιότητα στη φροντίδα, με οριοθετημένες διαδικασίες προσανατολισμένης επιλογής μέσω του γενικού/οικογενειακού ιατρού ο οποίος αποτελεί τον κόμβο του υγειονομικού συστήματος και μέσω αυτού στις υπηρεσίες υγείας, εξαίρεση αποτελούν η επείγουσα ιατρική και κάποιες περιστάσεις συγκεκριμένων ειδικοτήτων όπου η πρόσβαση θα μπορεί να είναι άμεση χωρίς παραπομπή. Στη χώρα μας και παρά τις διαφορετικές προσεγγίσεις και απόψεις που έχουν κατατεθεί κατά καιρούς, οι λίγες υπάρχουσες μελέτες δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό του αγροτικού πληθυσμού έχει ή διατηρεί επαφή με τον οικογενειακό ιατρό, ενώ ένα άλλο μέρος θα επιθυμούσε να έχει. Επίσης η προτίμηση των ιατρών που εργάζονται στην ΠΦΥ, φαίνεται να είναι υψηλότερη απ' αυτή των ιατρών που εργάζονται σε νοσοκομείο, όσον αφορά μη ειδικά συμπτώματα και προβλήματα υγείας όπως το κοινό κρυολόγημα, κοιλιακό άλγος, ναυτία, ίλιγγος, κ.ά. Ο σχετικός έλεγχος των προμηθευτών, κυρίως με την τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας μοιάζει να είναι επιτακτικός, ώστε να περιορίζει το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.

Με βάση αυτά που εκτέθηκαν παραπάνω, τα εναλλακτικά υποδείγματα, τα οποία τίθενται προς συζήτηση και εφαρμογή, είναι:

α) Η εγγύηση του κράτους ή/και της κοινωνικής ασφάλισης αφορά μόνο τις βασικές υπηρεσίες για όλους τους πολίτες.

β) Τι κράτος εγγυάται σε όλους την παροχή πλήρους και περιεκτικής δέσμης υπηρεσιών με καταβολή ποσοστού συνασφάλισης.

γ) Το κράτος εγγυάται πλήρη δέσμη υπηρεσιών με συνασφάλιση, αλλά καλύπτει την συνασφάλιση πληθυσμιακών ομάδων που δεν έχουν την ανάλογη οικονομική δυνατότητα.

δ) Η εφαρμογή αρχών που διέπουν το ιατροασφαλιστικό πρότυπο της ελεγχόμενης φροντίδας υγείας.

Η πρώτη εναλλακτική λύση απαιτεί χρηματοδότηση στα διάφορα ταμεία στα σημερινά περίπου επίπεδα, αλλά είναι προφανές ότι παραβιάζει το κριτήριο ισότητας. Η δεύτερη εναλλακτική λύση έχει επίσης συνολικό κόστος παρόμοιο με το τωρινό, χωρίς να προωθεί το κριτήριο της ισότητας, ενώ η Τρίτη, αν εφαρμοσθεί σωστά, μπορεί να ικανοποιήσει τα κριτήρια της ισότητας και αποδοτικότητας και να απαλείψει την παραοικονομία.

Η τέταρτη εναλλακτική εκδοχή συνιστά μια ολοκληρωμένη λύση, παρ' όλο που πολλοί το θεωρούν το σύστημα ως ξένο πρότυπο, μη συμβατό με την ελληνική πραγματικότητα, ενώ στην πράξη, δεν είναι τίποτε άλλο, παρά ένα πολύ βελτιωμένο και ολοκληρωμένο ΙΚΑ. Στην πραγματικότητα όμως το βασικότερο πρόβλημα του συστήματος αυτού είναι ότι δεν έχει εφαρμοσθεί πλήρως ή ακόμα ότι υπάρχει η ισχυρή πολιτική βούληση για την επιβολή πραγματοποιήσιμου ελέγχου. Το κόστος για το δημόσιο τομέα και την κοινωνική ασφάλιση είναι υψηλότερο από τις άλλες τρεις εναλλακτικές λύσεις, δεδομένου ότι πρέπει να καλυφθούν σε σημαντικό μέρος οι δαπάνες για τα ποσοστά άτυπης συνασφάλισης, τα οποία καταβάλλονται σήμερα από τα νοικοκυριά. Όμως, διασφαλίζονται τα κριτήρια της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, και ακόμα, της εγκατάστασης μηχανισμών ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών.

Το νέο υπόδειγμα ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας

Το προτεινόμενο υπόδειγμα δομείται με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, επικεντρώνεται στην ΠΦΥ, ενώ υποστηρίζεται και ουσιαστικά λειτουργεί μέσω του θεσμού του γενικού/οικογενειακού ιατρού. Η παροχή υπηρεσιών γίνεται μέσω δικτύου ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας που χρησιμοποιεί την υφιστάμενη υποδομή από το δημόσιο ή κοινωνικοασφαλιστικό υγειονομικό σύστημα, καθώς και τον ιδιωτικό τομέα, συνδέοντας τα διάφορα τμήματα μεταξύ τους με συμβόλαια ή και προγραμματικές συμβάσεις.

Η βασική ιδέα αυτού του σχήματος έγκειται στην παραδοχή ότι το κόστος οφείλει να είναι, λόγω της ειδικής φύσης της αγοράς υπηρεσιών υγείας, ο εγγυητής μιας περιεκτικής, αναγκαίας αλλά επαρκούς και ολοκληρωμένης δέσμης υπηρεσιών υγείας, η οποία εξασφαλίζεται με συνέχεια. Είναι γνωστό ότι με τον υψηλό καταμερισμό της εργασίας στον υγειονομικό τομέα, πολλές φορές δεν είναι εύκολο να ελεγχθεί η τελική παραγωγή και η διανομή φροντίδων. Με την πρόταση αυτή επιχειρείται η επανασυγκρότηση προς μια ολιστική και ολοκληρωμένη φροντίδα. Επιπρόσθετα, η συγκρότηση και ανάπτυξη δικτύων βασίζεται στην παραδοχή ότι όλοι οι πολίτες, ανεξάρτητα από οικονομικά, κοινωνικά ή άλλα χαρακτηριστικά, δικαιούνται μια περιεκτική δέσμη υπηρεσιών υγείας, με ευχερή και κυρίως ολοκληρωμένη πρόσβαση σε ισότιμη βάση.

Η λειτουργία, αλλά και το οργανωτικό πλαίσιο του νέου υποδείγματος των δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας θα πρέπει να επικεντρωθεί στις αρχές της ΠΦΥ, που διατυπώθηκαν στην διακήρυξη της Alma – Ata και επαναβεβαιώθηκαν στην Ottawa και στην Riga. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να διασφαλισθεί η τήρηση θεμελιωδών κατευθύνσεων, σε σχέση με την φυσιογνωμία του, οι οποίες άλλωστε θα προσδιορίσουν σε σημαντικό βαθμό και την επιτυχία της όλης προσπάθειας. Ειδικότερα το νέο υπόδειγμα θα πρέπει να στοχεύει:

- Στην ισότητα στην πρόσβαση των πολιτών για ίση ανάγκη
- Στον επαναπροσδιορισμό των υπηρεσιών υγείας, ώστε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να αποτελεί τον πυρήνα του συστήματος υγείας ενώ η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα να δρουν υποστηρικτικά.
- Στην επικέντρωση του συστήματος παροχής φροντίδων υγείας στις ανάγκες και όχι στη ζήτηση υπηρεσιών.
- Στην παροχή φροντίδων υγείας με βάση τα ιδιαίτερα οικονομικά, κοινωνικά, επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αναφοράς.
- Στον κοινοτικό προσανατολισμό των παρεχόμενων φροντίδων, ο οποίος επιτυγχάνεται με την ενεργό συμμετοχή και συνεργασία της κοινότητας και των ατόμων στη διαδικασία ανταλλαγής και λήψης αποφάσεων.
- Στην παροχή αποτελεσματικών ιατρικών φροντίδων.
- Στη βελτίωση της αποδοτικότητας των διαθέσιμων υλικών και ανθρωπίνων πόρων.

Ήδη έχουν οριοθετηθεί οι αρχές στις οποίες στηρίζεται το προτεινόμενο νέο υπόδειγμα παροχής υπηρεσιών υγείας, και ως εκ τούτου κρίνεται χρήσιμη η

περιγραφή και ανάλυση των βασικών συνιστωσών του. Στις επόμενες ενότητες γίνεται μία συνοπτική περιγραφή της σύστασης και του τρόπου λειτουργίας του δικτύου ολοκληρωμένης φροντίδας. Στη συνέχεια, ακολουθεί αναφορά και ανάλυση του θεσμού του γενικού/οικογενειακού ιατρού, της βασικής δηλαδή συνιστώσας του νέου υποδείγματος, και η περιγραφή της ροής – κίνησης του χρήστη στο δίκτυο ολοκληρωμένης φροντίδας και την καταγραφή της δέσμης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό, ότι το προτεινόμενο υπόδειγμα επιχειρεί την ενσωμάτωση τεχνικών και μεθόδων οι οποίες σχετίζονται με την αναγκαιότητα διαμόρφωσης μιας αναγκαίας δέσμης φροντίδων κατά το πρότυπο των προγραμμάτων ελεγχόμενης φροντίδας, την εισαγωγή συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας, την ενίσχυση της ιατρικής αποτελεσματικότητας με την προαγωγή πρωτοκόλλων διάγνωσης και θεραπείας στα πλαίσια άσκησης κλινικής πρακτικής βασισμένης σε τεκμήρια, έτσι ώστε να καταστεί αποδοτική η κλινική διαχείριση των ασθενών.

Περιγραφή δικτύου ολοκληρωμένης φροντίδας

Σημαντική παράμετρο των δυσλειτουργιών που χαρακτηρίζουν το σύστημα υγείας της χώρας μας αποτελεί η έλλειψη θεσμικών πλαισίων και πολιτικών για τη συνέχεια και υποκατάσταση των υπηρεσιών (ιατρική, φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη) και κυρίως για τη συμπληρωματικότητά τους. Η διχοτόμος μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, και κυρίως η διχοτόμος μεταξύ υπηρεσιών ΕΣΥ και ΙΚΑ, καθώς επίσης και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών, αποτελεί κρίσιμο ανασταλτικό παράγοντα για την αποδοτική χρήση των πόρων, την εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών που να ικανοποιούν τους πολίτες. Η αναζήτηση της “ χρυσής τομής” ανάμεσα στην ισότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα οφείλει να αναζητηθεί σε μια πολιτική η οποία ασκείται με κριτήριο τις ανάγκες του πληθυσμού.

Ο στόχος είναι η διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου σχεδίου υγειονομικής πολιτικής με μεγαλύτερη έμφαση στην ΠΦΥ, ώστε να διασφαλίζεται η συνέχεια και ο συντονισμός στην παροχή υπηρεσιών. Κεντρικό σημείο αποτελεί η δημιουργία

ολοκληρωμένης φροντίδας. Αυτά επικεντρώνουν στην παροχή ΠΦΥ, ενώ τα νοσοκομεία και τα ειδικά διαγνωστικά κέντρα θα υποστηρίζουν τη λειτουργία των δικτύων, επικεντρώνοντας την παρέμβαση τους σε εκείνες τις διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες οι οποίες δεν μπορούν να παρασχεθούν στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η προσπάθεια προσδιορισμού του πληθυσμού αναφοράς της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, που αποτελεί τον πυρήνα κάθε δικτύου ολοκληρωμένης φροντίδας θα πρέπει να συνυπολογίσει τόσο τα γεωγραφικά χαρακτηριστικά και την πληθυσμιακή πυκνότητα και τη νοσηρότητα του πληθυσμού των διαφόρων περιοχών της χώρας, όσο και την κατά το δυνατόν αποδοτικότερη υποδομή σε σχέση με την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, ο βέλτιστος πληθυσμός αναφοράς ενός δικτύου ολοκληρωμένης φροντίδας, που μπορεί να αφορά μια αστική, ημιαστική ή αγροτική περιοχή, κυμαίνεται 25.000 και 40.000 ατόμων. Η στελέχωση του δικτύου από επιστήμονες υγείας καλύπτει ποιοτικά ευρύ φάσμα ειδικοτήτων, ενώ ποσοτικά βρίσκεται σε σχέση αναλογίας με τον πληθυσμό αναφοράς.

Κάθε δίκτυο ολοκληρωμένης φροντίδας αποτελείται από ένα Κέντρο Υγείας του ΕΣΥ ή/και μια μονάδα υγείας του ΙΚΑ. Εκεί υπηρετούν γενικοί/οικογενειακοί ιατροί, ιατροί βασικών ειδικοτήτων, νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επαγγελματίες υγείας, ενώ οι δραστηριότητές τους υποστηρίζονται από κατάλληλο διοικητικό προσωπικό. Η ποιοτική και ποσοτική σύνθεση του προσωπικού εξαρτάται από το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, πλην όμως συμπεριλαμβάνει τις βασικές ιατρικές ειδικότητες (παθολογία, χειρουργική, μαιευτική, γυναικολογία, παιδιατρική, κ.α.), καθώς και τις ειδικότητες της Δημόσιας Υγείας ή Κοινωνικής Ιατρικής και της Ιατρικής της εργασίας. Διαθέτει επίσης βασικό εργαστηριακό εξοπλισμό (αιματολογικό και βιοχημικό εργαστήριο, κλασσική ακτινοδιαγνωστική και υπερήχους), ενώ συμπληρωματικά με άλλα δίκτυα και ανάλογα με τον πληθυσμό μπορεί να αναπτύσσει μονάδες υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Το δίκτυο στελεχώνεται με αριθμό γενικών/οικογενειακών ιατρών ανάλογα με τον πληθυσμό, ο οποίος λειτουργεί τόσο στο Κέντρο/Μονάδα Υγείας όσο και σε ατομικά ή ομαδικά ιατρεία στην περιφέρεια του δικτύου και επικουρείται από νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, μαιείς, φυσικοθεραπευτές και ψυχολόγους. Επιπρόσθετα, τα δίκτυα μέσω συμβολαίων και προγραμματικών συμβάσεων

συνδέονται με αμοιβαία συμπληρωματικότητα με άλλα δίκτυα, εργαστήρια, ειδικά διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία, ώστε να διασφαλισθεί η συνέχεια και ο ολοκληρωμένος χαρακτήρας των φροντίδων καθώς επίσης και η συμπληρωματικότητα της τεχνολογίας.

Τα δίκτυα παρέχουν υπηρεσίες στον πληθυσμό ευθύνης τους μετά από σύσταση και παραπομπή του γενικού/οικογενειακού ιατρού ή και απευθείας σε περίπτωση εκτάκτων περιστατικών. Επιστημονικά και λειτουργικά, είναι συνδεδεμένα με το νοσοκομείο ή τα νοσοκομεία της περιοχής τους και φέρουν την ευθύνη της παραπομπής των πολιτών που χρήζουν ανάγκης υπηρεσιών δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης. Κατά αυτόν τον τρόπο, εξασφαλίζεται η προσανατολισμένη υποστήριξη και καθοδήγηση των χρηστών από το γενικό/οικογενειακό ιατρό προς τα υπόλοιπα σημεία διανομής υγειονομικής φροντίδας, χωρίς παράλληλα να καταστρατηγείται η δυνατότητα επιλογής. Παράλληλα, τα δίκτυα έχουν – αφού δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις και αφού αποκτηθεί η απαιτούμενη τεχνογνωσία – την ευθύνη της εκτίμησης αναγκών υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους, την καταγραφή επιδημιολογικών, δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών και τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας και υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα την οποία καλύπτουν.

Προσανατολισμός του χρήστη στο δίκτυο ολοκληρωμένης φροντίδας

Στα πλαίσια του προτεινόμενου υποδείγματος, ο προσανατολισμός του χρήστη στο Δίκτυο Ολοκληρωμένης Φροντίδας θα ακολουθεί την εξής διαδικασία: το πρώτο σημείο επαφής του χρήστη με τις υπηρεσίες υγείας θα είναι ο γενικός/οικογενειακός ιατρός, στον κατάλογο του οποίου έχει εγγραφεί. Αν ο γενικός/οικογενειακός ιατρός κρίνει αναγκαίο ότι πρέπει να γίνουν εργαστηριακές εξετάσεις ή περαιτέρω εξέταση από κάποιο ειδικό ιατρό, παραπέμπει ανάλογα το χρήστη. Ειδικότερα, για τις εργαστηριακές εξετάσεις, ο χρήστης παραπέμπεται στο Κέντρο/Μονάδα Υγείας ή σε συμβεβλημένα αντίστοιχα κέντρα, με τη όλη διαδικασία να βασίζεται σε ειδικά προκαθορισμένα ιατρικά πρωτόκολλα. Ειδικός κατάλογος εργαστηριακών εξετάσεων

των οποίων η διαγνωστική αξία θα έχει αξιολογηθεί στην ΠΦΥ, θα πρέπει να είναι διαθέσιμος στους γιατρούς του νοσοκομείου.

Με παρόμοια διαδικασία παραπομπής ο χρήστης παραπέμπεται στο νοσοκομείο για παροχή εξειδικευμένων διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών. Σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών, οι πολίτες μπορούν να απευθύνονται απευθείας στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, χωρίς να είναι απαραίτητη η χορήγηση παραπεμπτικού από το γενικό/οικογενειακό ιατρό. Επιπρόσθετα, ενώ σε καμία περίπτωση δεν ενθαρρύνεται η δυνατότητα του χρήστη να παρακάμψει τον γενικό/οικογενειακό ιατρό του και να επισκεφτεί απευθείας ιατρό άλλης ειδικότητας, πρέπει να σημειωθεί ότι μια τέτοια ενέργεια δεν απαγορεύεται. Με αυτό το σκεπτικό, κρίνεται σκόπιμη η διερεύνηση υιοθέτησης σχετικών αντικινήτρων, όπως η μεγαλύτερη χρονική διάρκεια αναμονής ή η επιβολή αυξημένης συμμετοχής στο κόστος. Σε κάθε περίπτωση, η συνέχεια της παρεχόμενης φροντίδας θα διασφαλίζεται από τον γενικό/οικογενειακό ιατρό. Η συμβολή της γενικής/οικογενειακής ιατρικής στη διαχείριση ασθενών με μικρά προβλήματα ή μη χρηζόντων επείγουσα βοήθεια, έχει επίσης αξιολογηθεί ως θετική σε Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών (Ηνωμένο Βασίλειο, Η.Π.Α., Αυστραλία). Θετική υπήρξε και η πρωτοβουλία του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Κρήτης με τη συμμετοχή ειδικευομένων ιατρών Γενικής Ιατρικής. Ένα τέτοιο μέτρο χρειάζεται περαιτέρω μελέτη πριν τη γενίκευσή του στη χώρα μας.

Σημαντικό ρόλο στη διαδικασία προσανατολισμού των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας έχει λειτουργία ενός μηχανισμού διαχείρισης των ασθενών και παραπομπής ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα περίθαλψης με τη βοήθεια πρωτοκόλλων παραπομπής. Με τον τρόπο αυτό περιορίζεται η δυνατότητα των πολιτών να μετακινούνται ανεξέλεγκτα και χωρίς περιορισμούς στα διάφορα τμήματα του υγειονομικού συστήματος, γεγονός το οποίο είχε ως αποτέλεσμα τη διάσπαση της συνέχειας και την αδυναμία παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας, την απουσία μεθόδων και μηχανισμών υποκατάστασης μεταξύ των διαφόρων μορφών φροντίδας και την υψηλή παραοικονομική δραστηριότητα. Παράλληλα αξιοποιούνται καλύτερα οι υφιστάμενες υποδομές του υγειονομικού τομέα στη βάση της συμπληρωματικότητας και με αυτόν τον τρόπο αποφεύγεται η σπατάλη από την δημιουργία νέων δομών που θα υπερκάλυπταν τις ανάγκες. Επιπρόσθετα, ενισχύεται το αίσθημα ασφάλειας των πολιτών, οι οποίοι πλέον θα γνωρίζουν εκ των προτέρων τις διαδικασίες και τα δικαιώματά τους σε σχέση με την παροχή φροντίδων υγείας.

Δέσμη παρεχόμενων υπηρεσιών

Το Δίκτυο θα πρέπει να εγγυηθεί μια ενιαία δέσμη υπηρεσιών για όλους τους εγγεγραμμένους σε αυτό, προάγοντας έτσι την ισότητα των πολιτών σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας. Η δέσμη παρεχόμενων υπηρεσιών θα περιλαμβάνει:

□ Διάγνωση και πρωτοβάθμια περίθαλψη, που θα παρέχεται τόσο από τους οικογενειακούς/γενικούς ιατρούς, όσο και από τους ιατρούς ειδικοτήτων, ανάλογα με την εξεταζόμενη περίπτωση. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί σε χρόνια και κοινά νοσήματα που συνοδεύονται από υψηλή νοσηρότητα και αναπηρία. Το πανόραμα των νόσων που πιο συχνά διαγιγνώσκουν οι γιατροί στην ΠΦΥ έχει προσδιοριστεί στη χώρα μας και δε φαίνεται να διαφέρει από αυτό σε χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης.

□ Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη, η οποία αφορά εξειδικευμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες που παρέχονται από συμβεβλημένα νοσοκομεία. Η πρόσβαση των χρηστών σε αυτό το επίπεδο περίθαλψης γίνεται μέσω παραπομπής, κυρίως από το γενικό/οικογενειακό ιατρό αλλά και από ιατρούς ειδικότητας – στους οποίους έχει παραπέμψει τον ασθενή ο οικογενειακός ιατρός- , καθώς και απευθείας χωρίς παραπομπή, σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών, που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης.

□ Εμβολιασμούς οι οποίοι πραγματοποιούνται με τη συνεργασία διαφόρων επαγγελματιών της υγείας. Εκτός των γενικών/οικογενειακών ιατρών και κατά περίπτωση των παιδιάτρων, κρίσιμος είναι ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και σε ορισμένες περιπτώσεις των κοινωνικών λειτουργών. Στη χώρα μας η συμμετοχή γενικών/οικογενειακών ιατρών και επαγγελματιών υγείας στην εκτίμηση της κάλυψης σε υποχρεωτικούς εμβολιασμούς μαθητών σχολείων, φαίνεται από μελέτες να είναι εφικτή και αποτελεσματική. Επίσης αποτελεσματική μοιάζει να είναι η προσέγγιση από γενικό/οικογενειακό ιατρό, ομάδων υψηλού κινδύνου, όπως φυλακισμένων, και η διενέργεια εμβολιασμών σε μονάδες κλειστής φροντίδας.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: μια ενδιάμεση μεταρρυθμιστική πρόταση

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο όλων των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που συντελέστηκαν στο σύστημα υγείας στη χώρα μας τα τελευταία 20 χρόνια. Ενώ όμως σε επίπεδο επιστημονικού διαλόγου διατυπώθηκαν όλο αυτό το διάστημα προτάσεις που χαρακτηρίζονται από πληρότητα και επαρκή τεκμηρίωση των εκάστοτε προτεινόμενων σχεδίων, σε επίπεδο πολιτικής πρακτικής παρατηρήθηκε ένας περιορισμός σε νομικά κείμενα τα οποία έμειναν σε μεγάλο βαθμό ανενεργά.

Το άρθρο αυτό επιχειρεί με συνοπτικό τρόπο να ανιχνεύσει τους παράγοντες που απέτρεψαν την εφαρμογή των σχεδίων αυτών και να αναδείξει μια “ ενδιάμεση πρόταση”, η οποία ικανοποιεί το κριτήριο της εφικτότητας.

Ξεκινώντας από την πρώτη εστία του προβληματισμού, η απάντηση δίνεται από την παράθεση των χαρακτηριστικών – αδυναμιών της υφιστάμενης πραγματικότητας και ειδικότερα.

1. Την πληθώρα των φορέων και την απουσία συντονισμού και λειτουργικής διασύνδεσης μεταξύ τους.
2. Τα προβλήματα στελέχωσης και εξοπλισμού των μονάδων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (σε μεγάλο βαθμό ως απόρροια των παραπάνω).
3. Τη διαμόρφωση διαφορετικών εργασιακών σχέσεων των επαγγελματιών υγείας (κυρίως των γιατρών) της ΠΦΥ, γεγονός που δυσχεραίνει την εφαρμογή των σχεδίων της διοικητικής υπαγωγής των μονάδων σε ενιαίο φορέα.
4. Τη διαφοροποίηση της χρηματοδοτικής βάσης, στο βαθμό που αποτρέπει την παροχή μιας ενιαίας και επαρκούς δέσμης υπηρεσιών στους πολίτες – δικαιούχους διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων.
5. Τη διατήρηση της ασάφειας σε ό,τι αφορά το θεσμό και το ρόλο του οικογενειακού ιατρού.
6. Την ανυπαρξία συστήματος αποτελεσματικού ελέγχου της συνταγογραφίας και παραπομπών.

7. Την περιορισμένη χρονική διαθεσιμότητα των υπηρεσιών στους πολίτες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα

Υπό το πρίσμα αυτό, γίνεται κατανοητή η αδυναμία εφαρμογής προτάσεων πλήρους διοικητικής εναρμόνισης του συστήματος ΠΦΥ, χωρίς να αμφισβητείται η σκοπιμότητά τους στο πλαίσιο όμως ενός ευρύτερου στρατηγικού στόχου που τίθεται σε μακροπρόθεσμη βάση. Για τους ίδιους ακριβώς λόγους και κυρίως λόγω της αδυναμίας κεντρικού συντονισμού, καθώς και των χρηματοδοτικών περιορισμών, ερμηνεύεται και η αδυναμία εφαρμογής καινοτομικών σχεδίων, τα οποία βέβαια προσανατολισμένα στη λειτουργική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ, συγκεντρώνουν περισσότερες πιθανότητες εφαρμογής.

Η διεθνής πρακτική έχει να επιδείξει επιτυχή εφαρμογή και των δυο υποδειγμάτων. Πριν από την υιοθέτηση όμως των όποιων ξένων προτύπων, πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι από το Γενικό Ιατρό του Βρετανικού Συστήματος, έως τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων που έχουν εφαρμοσθεί στη Γαλλία, μεσολαβεί η εγκαθίδρυση μιας σταθερής χρηματοδοτικής αντιμετώπισης και λειτουργίας του συστήματος υγείας. Συνεπώς, τη στιγμή που στην Ελλάδα οι χρηματοδοτικοί περιορισμοί είναι δεδομένοι και ως εκ τούτου οι δυνατότητες της ανάληψης του μεγαλύτερου κόστους των υπηρεσιών από τον κρατικό προϋπολογισμό είναι ελάχιστες, η παλινδρόμηση μεταξύ Ενιαίου Φορέα Υγείας, Δικτύων ΠΦΥ και Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας, ενδιαφέρει περισσότερο από τη σκοπιά της έρευνας των υπηρεσιών υγείας και λιγότερο από τη σκοπιά της πολιτικής υγείας.

Όσο λοιπόν η πραγματικότητα στο χρηματοδοτικό πλαίσιο διαμορφώνεται από το ότι το κύριο βάρος της σχετικής δαπάνης αφορά σε απευθείας πληρωμές, με επιβάρυνση δηλαδή των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων, η οποία διοικητική ρύθμιση και η υπαγωγή των δομών στο Ε.Σ.Υ., θα είναι ανέφικτη. Είναι ενδεικτικό το ότι το ποσό το οποίο δαπανούν κατά μέσο όρο τα νοικοκυριά της χώρας ετησίως για υπηρεσίες ΠΦΥ, είτε συμπληρωματικά, είτε πέραν ασφαλιστικής κάλυψης, είναι 2,45 εκατ. € και μεταφράζεται σε 28% περίπου των συνολικών (δημοσίων και ιδιωτικών) δαπανών υγείας.

Συνεπώς, η λύση η οποία συγκεντρώνει τις περισσότερες πιθανότητες εφαρμογής, είναι αυτή της λειτουργικής ανασυγκρότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία αποσκοπεί στο να προσδώσει έναν πλουραλιστικό

χαρακτήρα στη δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών, στο πλαίσιο πάντα του στρατηγικού στόχου της διαμόρφωσης ενός ενιαίου, τόσο οργανωτικά όσο και χρηματοδοτικά συστήματος, πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σε μια απόπειρα συνοπτικής παρουσίασης του προτεινόμενου σχεδίου της λειτουργικής ανασυγκρότησης ή αλλιώς της “ ενδιάμεσης μεταρρύθμισης”, είναι απαραίτητο να επισημανθεί ότι πρώτα απ’ όλα προϋποθέτει μια επαναδιατύπωση του ρόλου των βασικών δρώντων στην ΠΦΥ. Πιο συγκεκριμένα:

Το Κράτος: Οφείλει να είναι ο εγγυητής μιας επαρκούς δέσμης υπηρεσιών υγείας, προσδιορίζοντας το περιεχόμενο και τον τρόπο παροχής της. Επιπλέον, συντονίζει και εποπτεύει την ισότιμη παροχή των φροντίδων αυτών σε όλους, ανεξαρτήτως ασφαλιστικής κάλυψης.

Τα Ασφαλιστικά Ταμεία: Δεσμεύονται για την παροχή της δέσμης αυτής στους ασφαλισμένους τους, είτε μέσω ιδίων δομών, είτε μέσω συμβολαίων και συμβάσεων με άλλους φορείς που διαθέτουν υπηρεσίες και (ή) με πιστοποιημένους από το Υπουργείο Υγείας φορείς του ιδιωτικού τομέα.

Τα Πε.Σ.Υ.Π.: Αναλαμβάνουν την εποπτεία και το συντονισμό της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ από όλους τους φορείς (Κέντρα Υγείας, Δομές Ασφαλιστικών Ταμείων και Ιδιωτικές Δομές), στις περιφέρειές τους.

Οι Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών ΠΦΥ: Αποτελούν το σημείο αναφοράς τόσο για την παροχή των φροντίδων, όσο και για τη διαχείριση ιατρικών πληροφοριών. Παρέχουν ιατρικές, εργαστηριακές και συμβουλευτικές υπηρεσίες, καλύπτουν συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης και λειτουργούν σε 12ωρη, είτε σε 24ωρη βάση, ενώ ανάλογα με τον φορέα διοικητικής υπαγωγής συνάπτουν προγραμματικές συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία για την αποζημίωση των υπηρεσιών που παρέχουν στους ασφαλισμένους τους.

Οι Γενικοί Γιατροί των Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών ΠΦΥ: Καλύπτουν όλες τις βάρδιες λειτουργίας των Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών ΠΦΥ και αναλαμβάνουν την αντιμετώπιση των εκτάκτων περιστατικών και την παραπομπή σε ειδικούς γιατρούς και σε άλλα επίπεδα περίθαλψης. Επιπλέον, έχουν την ευθύνη της διαχείρισης των ιατρικών πληροφοριών του πληθυσμού ευθύνης της Μονάδας, με την τήρηση ιατρικού φακέλου. Στο πλαίσιο αυτό, τροφοδοτούν τα άλλα σημεία παροχής με τις απαιτούμενες πληροφορίες και ενημερώνουν τον ατομικό ιατρικό φάκελο των πολιτών, με τα δεδομένα τα οποία προέρχονται από τα άλλα σημεία παροχής.

... Και τελικά οι πολίτες: Ανεξαρτήτως ασφαλιστικού φορέα, είναι δικαιούχοι της ίδιας δέσμης υπηρεσιών και απευθύνονται στη μονάδα αναφοράς, είτε ζητώντας υπηρεσίες ειδικού γιατρού κατόπιν ραντεβού, είτε σε έκτακτες περιπτώσεις κατά τις οποίες το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας, είναι ο γενικός γιατρός της μονάδας, με τον οποίο και συνεργάζονται για την οργάνωση και τήρηση συστήματος ιατρικού φακέλου.

Ουσιαστικά, σε επίπεδο υλοποίησης η πρόταση παραπέμπει στο πρότυπο των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας στις ΗΠΑ, μέσω της “ εκμετάλλευσης” και βελτίωσης των υπηρεσιών του ΙΚΑ στα αστικά κέντρα, της αξιοποίησης της ιδιωτικής υποδομής και της διαμόρφωσης ενός πλαισίου λειτουργίας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, βασισμένου σε ένα πλέγμα συμβολαίων και συμβάσεων.

Το σύστημα το οποίο προτείνεται στα πλαίσια της παρούσας πρότασης, (θα πρέπει να) ικανοποιεί τις παρακάτω αρχές:

- A) τη συνέχεια στη φροντίδα
- B) την ολοκληρωμένη φροντίδα και
- Γ) τον προσανατολισμό στον πολίτη

Η Νοσηλευτική Φροντίδα στο σπίτι

Ορισμός και σκοποί της νοσηλείας στο σπίτι

Ως “ νοσηλεία στο σπίτι” ορίζονται οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στα άτομα και τις οικογένειές τους μέσα στο χώρο που ζουν κατευθυνόμενες προς την προαγωγή, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου ή την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας.

Οι πέντε βασικοί στόχοι της είναι:

- Προώθηση υποστηρικτικών συστημάτων τα οποία είναι κατάλληλα και αποτελεσματικά και ενθάρρυνση της χρήσης των πόρων που σχετίζονται με την υγεία.

- Προώθηση επαρκούς, αποτελεσματικής φροντίδας ενός μέλους μιας οικογένειας που έχει ένα ειδικό πρόβλημα ασθένειας ή αναπηρίας.
- Ενθάρρυνση της φυσιολογικής ανάπτυξης των μελών της οικογένειας και εκπαίδευσή τους σχετικά με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας.
- Ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητας της οικογένειας.
- Προαγωγή ενός υγιεινού περιβάλλοντος

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας, διεθνώς δε θεωρείται υπηρεσία που κατεξοχήν οργανώνεται, παρέχεται και αξιολογείται από νοσηλευτές.

Ιστορική αναδρομή

Η νοσηλεία στο σπίτι έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων. Η νοσηλευτική φροντίδα ήταν παντού παρούσα, όπου υπάρχει ανθρώπινη ζωή, όχι όμως σαν επάγγελμα, δηλαδή συστηματική και οργανωμένη άσκηση αμειβόμενης δραστηριότητας. Το σπίτι ήταν σχεδόν αποκλειστικός χώρος φροντίδας των αρρώστων μέχρι την οργάνωση των μοναστηριών και την ίδρυση των νοσοκομείων με τη σύγχρονη μορφή την εποχή του Βυζαντίου. Η πρώτη γνωστή οργανωμένη επίσκεψη στο σπίτι ξεκίνησε με την ίδρυση από τη Χριστιανική Εκκλησία, του τάγματος των Διακονισσών, οι οποίες είχαν συγκεκριμένες ευθύνες για τη φροντίδα του φτωχού ατόμου με ανάγκες. Η φροντίδα τους, που διήρκεσε μέχρι τον πέμπτο και τον έκτο αιώνα, είχε ως κύριο σκοπό να ανακουφίσει τον πόνο προσφέροντας υποστήριξη χωρίς να θεραπεύει ή να προλαμβάνει την ασθένεια.

Στην Ευρώπη πριν την εποχή της Florence Nightgale ήταν γνωστό ότι λαϊκές και θρησκευτικές ομάδες παρείχαν νοσηλεία στο σπίτι. Συνήθως αυτές άνηκαν στις κατώτερες τάξεις χωρίς εκπαίδευση που εργάζονταν αφιλοκερδώς, εμπνευσμένες από την αγάπη για τον συνάνθρωπο. Η Nightgale ανέβασε το επίπεδο της νοσηλευτικής και δημιούργησε σχολές που παρείχαν νοσηλευτές εκπαιδευμένους έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των οξέων περιστατικών αλλά και των χρόνιων πασχόντων στην κοινότητα. Ο William Rathbone το 1859 στο Λίβερπουλ της Αγγλίας ίδρυσε το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι. Στις Η.Π.Α. το πρώτο

πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι λειτούργησε το 1796 στη Βοστώνη, ενώ το πρώτο πρόγραμμα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι εγκαινιάστηκε το 1877 από την ιεραποστολή της Νέας Υόρκης όταν προσέλαβε τις πρώτες νοσηλεύτριες για αυτήν την εργασία.

Στην Ελλάδα πρωτοπόρο στη νοσηλεία στο σπίτι είναι το νοσοκομείο “Μεταξά” που άρχισε πειραματικά να λειτουργεί το 1979, ενώ γνωστά είναι ανάλογα προγράμματα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού και του Νοσοκομείου Άγιοι Ανάργυροι. Βασικός όμως στόχος της ΠΦΥ σε αυτό τον τομέα είναι ότι τέτοιου είδους προγράμματα πρέπει να σχεδιάζονται και να λειτουργούν αυτόνομα στην κοινότητα όπου η εκτίμηση των αναγκών θα γίνεται σε πραγματικές συνθήκες στο χώρο που ζει ή εργάζεται το άτομο και στο περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποκεντρωμένων μονάδων ΠΦΥ είναι οι Μονάδες Φροντίδας Υγείας Ηλικιωμένων στο σπίτι, του Δήμου Τριανδρίας Θεσσαλονίκη και του Δήμου Αρχανών στην Κρήτη.

Αιτίες που οδήγησαν στη νοσηλεία στο σπίτι

Η φροντίδα υγείας προς ένα άρρωστο μέλος της οικογένειας παρεχόταν σχεδόν στο σύνολό της στο σπίτι μέχρι το πρώτο τέταρτο του 20^{ου} αιώνα. Οι εκρηκτικές εξελίξεις της ιατρικής και τεχνολογίας με την αλματώδη ανάπτυξη της χειρουργικής, της αναισθησίας, των αντιβιοτικών και η ανάπτυξη υποστηρικτικών συστημάτων ζωής συνέβαλαν να αναπτυχθεί ένα αίσθημα ασφάλειας προς το νοσοκομείο με συνέπεια να παρατηρείται αυξημένη προσέλευση αρρώστων μέσα σ’ αυτό. Η νοσηλεία για όλους τους πολίτες με μικρή οικονομική συμμετοχή λόγω της επέκτασης του θεσμού των κοινωνικών ασφαλίσεων και ο περιορισμός του νοσηλευτικού ρόλου της οικογένειας στη σύγχρονη κοινωνία ήταν επίσης ερέθισμα για αύξηση ζήτησης νοσοκομειακών υπηρεσιών. Παρατηρήθηκε επίσης αύξηση του δείκτη θανάτων μέσα στο νοσοκομείο, η οποία μπορεί να ερμηνεύσει το φόβο του ανθρώπου προς το θάνατο και την άρνησή του να τον αποδεχθεί στην κοινωνική του

ζωή. Άλλοι σημαντικοί λόγοι που συνέβαλλαν στην υπέρμετρη ανάπτυξη των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι:

- Η αμεσότητα της ανάγκης. Η παρουσία συμπτωμάτων και η ένταση με την οποία συχνά παρουσιάζονται ο κίνδυνος του θανάτου ή της ανικανότητας είχαν περισσότερη συγκινησιακή φόρτιση και αμεσότητα.

- Η ιατροκεντρική ανάπτυξη του τομέα υγείας. Ο επιστημονικός προσανατολισμός των γιατρών αλλά ακόμη και λόγοι επαγγελματικής και κοινωνικής καταξίωσης είναι φυσικό να στρέφονται στο μεγαλύτερο “ αντίκρισμα”.

- Η δυνατότητα πολιτικής “ αξιοποίησης”. Φαίνεται ότι η παροχή υπηρεσιών περίθαλψης συχνά με τη μορφή εντυπωσιακής υγειονομικής υποδομής, ήταν φυσικό να επιδράσει στη φάση σχεδιασμού της πολιτικής υγείας.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μία τάση να εφαρμόσουν εναλλακτικές – εξωνοσοκομειακές μορφές περίθαλψης. Η νοσηλεία στο σπίτι είναι μία από αυτές και δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα της αυξημένης ζήτησης τέτοιου είδους υπηρεσιών.

Οι σπουδαιότερες αιτίες που οδήγησαν στη νοσηλεία στο σπίτι ήταν.

- Η φροντίδα στο σπίτι είναι φτηνότερη από την νοσοκομειακή φροντίδα. Έτσι επιβάλλεται συντόμευση του χρόνου παραμονής των αρρώστων στο νοσοκομείο πριν την πλήρη ανάρρωσή τους λόγω του μεγάλου ημερήσιου κόστους νοσηλείας.

Αυτό επιβάλλει ένα φορέα παροχής υπηρεσιών στο σπίτι έτσι ώστε να παρέχεται συνεχιζόμενη φροντίδα από το νοσοκομείο στο σπίτι μέχρι την ανάρρωση ή το θάνατο.

- Η άνοδος του ποσοστού των ηλικιωμένων που έχει σαν συνέπεια την ανάγκη παροχής περισσότερης φροντίδας για πολλαπλά χρόνια νοσήματα και ανάγκες.

- Το άτομο μπορεί να μην έχει κάποιο άτομο της οικογένειάς του διαθέσιμο ή ικανό να παρέχει φροντίδα στο σπίτι.

- Πολλά άτομα προτιμούν να δέχονται φροντίδα στο σπίτι τους, ειδικότερα τα τελευταία χρόνια με την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι, ιδιαίτερα στις χώρες όπου οι υπηρεσίες είναι σωστά οργανωμένες και αποτελεσματικές. Φαίνεται επίσης ότι αυτοί και οι οικογένειές τους δέχονται λιγότεροι συναισθηματική πίεση στο σπίτι από ότι στο νοσοκομείο, αποφεύγοντας το χωρισμό από τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους και το περιβάλλον που ζουν.

- Πολλοί άνθρωποι προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι και χρειάζεται η ανάλογη φροντίδα.

- Η ανακάλυψη υπερσύγχρονων ηλεκτρονικών συσκευών, αλλά και η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στο σπίτι ώθησε πολλά άτομα να εκτελούν τη θεραπεία στο σπίτι με τη βοήθεια νοσηλευτών ή των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας. Στο σπίτι υπάρχει η δυνατότητα π.χ. να γίνει χημειοθεραπεία, φορητή περιτοναϊκή κάθαρση, εκπαίδευση στη χορήγηση οξυγόνου, στην εκμάθηση του αναπηρικού καροτσιού, στη λήψη δειγμάτων, οδηγίες για την εντερική ή παρεντερική διατροφή, στη λήψη ΗΚΓ από το τηλέφωνο κ.λ.π.

Ο κατάλογος με τα άτομα που χρειάζονται νοσηλεία στο σπίτι μοιάζει να είναι ατελείωτη. Άτομα όλων των ηλικιών και διαφόρου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου μπορεί να χρειαστούν κάποιες από τις υπηρεσίες που παρέχονται μέσα από τη νοσηλεία στο σπίτι. Ο νοσηλευτής θα μπορούσε να δει περιπτώσεις όπως:

- Ένα ασθενή τελικού σταδίου που χρειάζεται φροντίδα για την προαγωγή της ποιότητας της ζωής του και του ελέγχου του πόνου.

- Μια νέα μητέρα και το νεογνό της μόλις αυτοί επιστρέψουν από το μαιευτήριο στο σπίτι.

- Την προσαρμογή ενός εφήβου στη διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και τις απαιτήσεις ενός σχεδίου που περιλαμβάνει την υποστήριξη της οικογένειας.

- Ένα άτομο που χρειάζεται αντιβίωση ενδομυϊκά και είναι αδύναμο για να έρθει στο κέντρο υγείας. κ.λ.π.

Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αρρώστων που χρειάζεται νοσηλευτικές παρεμβάσεις, υποστηρικτικές θεραπείες και μάλιστα μακροχρόνιες, αφορούν άτομα που πάσχουν από καρκίνο, σακχαρώδη διαβήτη, παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος, καρδιοπάθειες, ψυχιατρικά προβλήματα. Υπάρχει επίσης ένα διαρκώς αυξανόμενο ποσοστό ηλικιωμένων στους οποίους υπάρχει, αφ' ενός μεν ένα μεγάλο ποσοστό χρόνιων νοσημάτων και αναπηριών και αφ' ετέρου διατίθενται γι' αυτούς λίγοι πόροι και προσωπικό να τους φροντίζει.

Πρόσφατα επίσης δημιουργήθηκε και η ανάγκη παροχής υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι σε ασθενής με AIDS. Στις ΗΠΑ το 22% των προγραμμάτων νοσηλείας στο σπίτι που είναι συνδεδεμένα με νοσοκομείο παρέχουν φροντίδα και σε ασθενείς με AIDS.

Πέρα από τα αναμφισβήτητα πλεονεκτήματα που έχουν τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι, υπάρχουν και ορισμένα μειονεκτήματα που πρέπει να λάβουμε υπόψη. Μερικά από αυτά είναι:

- Είναι λιγότερο αποτελεσματική για το νοσηλευτή από το να εργάζεται με ομάδες ή να βλέπει πολλά άτομα σε μια μονάδα βραχείας νοσηλείας.
- Ο χρόνος μετακίνησης μπορεί να είναι αρκετός ή και οικονομικά ασύμφορος.
- Ίσως είναι δύσκολο να ελεγχθούν αποσπάσεις της προσοχής από ζωνρά παιδιά ή τηλεόραση.
- Τα άτομα μπορεί να φοβούνται με την οικειότητα που αποκτάται στις επισκέψεις στο σπίτι.
- Μπορεί επίσης να τεθεί ως ζήτημα και η ασφάλεια του νοσηλευτή κατά την επίσκεψη σ' ένα άγνωστο περιβάλλον.

Αξιολόγηση προγραμμάτων νοσηλείας στο σπίτι

Για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας στο σπίτι έχουν τεθεί από την Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών το 1986 ορισμένες αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι.

Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι

Αρχή 1. Όλα τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι σχεδιάζονται, οργανώνονται και διευθύνονται από κατάλληλα εκπαιδευμένο, με μεταπτυχιακό τίτλο νοσηλευτή με εμπειρία στην κοινοτική νοσηλευτική και τη διοίκηση.

Αρχή 2. Ο νοσηλευτής εφαρμόζει τις θεωρητικές έννοιες σαν βάση για τις αποφάσεις του στην πρακτική άσκηση της κατ' οίκον νοσηλείας.

Αρχή 3. Ο νοσηλευτής συνεχώς συλλέγει και καταγράφει τις πληροφορίες οι οποίες είναι κατανοητές, ακριβείς και συστηματικές.

Αρχή 4. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις πληροφορίες από την εκτίμηση του επιπέδου υγείας του ασθενή για την εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών/ νοσηλευτική διάγνωση.

Αρχή 5. Ο νοσηλευτής αναπτύσσει σχέδια φροντίδας τα οποία καθορίζουν στόχους. Το σχέδιο φροντίδας είναι βασισμένο στις νοσηλευτικές διαγνώσεις και ενσωματώνει νοσηλευτικές πράξεις που σχετίζονται με τη θεραπεία, πρόληψη και αποκατάσταση.

Αρχή 6. Η νοσηλευτική παρέμβαση καθοδηγείται από λεπτομερές σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας και στοχεύει στην ανακούφιση, επαναφορά, βελτίωση και προαγωγή της υγείας αλλά και στην πρόληψη των επιπλοκών και στην αποκατάσταση της υγείας.

Αρχή 7. Ο νοσηλευτής συνεχώς αξιολογεί τις αντιδράσεις του ατόμου και της οικογένειας του στις παρεμβάσεις του για να καθορίζει την πρόοδο του όσον αφορά στην επίτευξη των στόχων και να αναθεωρήσει τις βάσεις δεδομένων, τις νοσηλευτικές διαγνώσεις και το σχέδιο φροντίδας.

Αρχή 8. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την κατάλληλη και αδιάκοπη φροντίδα μέσα στο πλαίσιο της συνεχούς φροντίδας και επομένως χρησιμοποιεί τον ανάλογο σχεδιασμό και συνεργασία με τις πηγές της κοινότητας.

Αρχή 9. Ο νοσηλευτής εγκαινιάζει και διατηρεί ένα σύνδεσμο με τα κατάλληλα άτομα που παρέχουν φροντίδα υγείας έτσι ώστε να εξασφαλίσει ότι όλες οι προσπάθειες αποτελεσματικά συμπληρώνουν η μία την άλλη.

Αρχή 10. Ο νοσηλευτής θεωρεί ως δεδομένο την υπευθυνότητα για την επαγγελματική εξέλιξη και συμβάλλει στην επαγγελματική ανάπτυξη των άλλων.

Αρχή 11. Ο νοσηλευτής συμμετέχει στις ερευνητικές δραστηριότητες οι οποίες συμβάλουν στη συνεχή ανάπτυξη του επαγγέλματος όσον αφορά στη γνώση για τη φροντίδα υγείας στο σπίτι

Αρχή 12. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας που καθιέρωσε η Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών ως οδηγό για θέματα ηθικής που αφορούν στη λήψη αποφάσεων στην πράξη.

Για την εκτίμηση της αποδοτικότητας αυτών των υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τουλάχιστον τρία κριτήρια:

- Το οικονομικό όφελος που προκύπτει από τη νοσηλεία ασθενών στο σπίτι σε σχέση με το νοσοκομείο.

- Η ποιότητα ζωής των ασθενών στο σπίτι και ειδικότερα εάν οι υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά προβλήματα που προκύπτουν.

- Η διαφορά επιβίωσης μεταξύ σπιτιού και νοσοκομείου.

Αναλύοντας τα στατιστικά δεδομένα από τις Η.Π.Α. όπου σχετίζονται με τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι φαίνεται ότι:

- Το 94% των περίπου 1.350.000 ατόμων που έλαβαν υπηρεσίες υγείας στο σπίτι δέχτηκαν νοσηλευτική φροντίδα.

- Ο μέσος αριθμός επισκέψεων ποικίλλει από 20 έως 33 και η μέση χρέωση ανά επίσκεψη ποικίλλει από 34 έως 35 δολάρια.

- Οι γυναίκες χρησιμοποίησαν περισσότερες φορές τις υπηρεσίες υγείας από τους άνδρες.

- Τα ανάπηρα άτομα που χρησιμοποιούσαν τις υπηρεσίες αυτές χρειάζονταν περισσότερο αριθμό επισκέψεων ανά άτομο από ότι οι ηλικιωμένοι, αλλά συνολικά οι ηλικιωμένοι τις χρησιμοποιούν περισσότερο.

- Το ποσοστό χρήσης αυτών των υπηρεσιών αυξάνει δραματικά με την ηλικία. Ο μέσος όρος χρήσης υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας 85 ετών είναι 8 φορές περισσότερος από ότι ατόμων ηλικίας 65 ετών. Το κόστος της εξωνοσοκομειακής φροντίδας αντιπροσωπεύει το 10-20% του κόστους νοσηλείας στο νοσοκομείο, ενώ σε καρκινοπαθείς έχει φανεί ότι το κόστος φροντίδας του ασθενούς σε τελικό στάδιο είναι κατά 50% μικρότερο όταν χρησιμοποιούνται τα μετανοσοκομειακά προγράμματα και όχι το νοσοκομείο.

Παράγοντες που ρυθμίζουν κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να νοσηλευτεί στο σπίτι

Στο ερώτημα εάν είναι προτιμότερη η νοσηλεία στο σπίτι ή στο νοσοκομείο για τις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει η δυνατότητα επιλογής, η απάντηση δεν είναι ούτε μονολεκτική ούτε μονοσήμαντη. Πολλοί είναι οι παράγοντες που καθορίζουν το που πρέπει να νοσηλευτούν οι ασθενείς. Τέτοιοι είναι:

- Ιατρική συγκατάθεση. Αυτή εξαρτάται από τις κλινικές ενδείξεις και τη διαγνωστική ικανότητα του γιατρού.

- Οργανωμένη υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η κατάλληλη οργανωτική υποδομή των υγειονομικών υπηρεσιών και η στελέχωσή τους με το απαραίτητο προσωπικό (οικογενειακοί γιατροί, επισκέπτριες, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.λ.π.) ώστε να προσφέρεται στον άρρωστο η αναγκαία φροντίδα και να του εξασφαλίζεται αίσθημα ασφάλειας.

- Η κατάσταση της κατοικίας

- Η οικονομική δυνατότητα του αρρώστου και της οικογένειας σε σχέση με το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα.

- Εκτίμηση της διάθεσης του πάσχοντος να αρχίσει ή να συνεχίσει σ' ένα πρόγραμμα νοσηλείας στο σπίτι.

- Η εκτίμηση της διάθεσης των οικείων να προσαρμοστούν σε ένα νέο πρόγραμμα ζωής που εξαρτάται από το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον.

Συνήθη δερματολογικά προβλήματα στην Π.Φ.Υ.

1.Φλεγμονώδης Δερματοπάθειες

Οξεία Δερματίτιδα

Χαρακτηρίζεται κλινικά από ερύθημα, οίδημα, φυσαλίδες, ορορροή και έντονο κνησμό. Στα αίτια της περιλαμβάνονται:

1. Η αλλεργική δερματίτιδα επαφής, αντίδραση υπεραισθησίας τύπου I ή IV σε ειδικά αλλεργιογόνα.
2. Η ερεθιστική δερματίτιδα επαφής, από ερεθιστικές χημικές ουσίες (όπως οι διαλύτες και τα σαπούνια), την τριβή, τον κρύο αέρα, το νερό και την ξηρή ατμόσφαιρα.
3. Η ατοπική δερματίτιδα, αποτελεί γενοδερματοπάθεια που χαρακτηρίζεται από την υποτροπιάζουσα εμφάνιση στην βραφική ηλικία κνησμόδους εκζεμικού εξανθήματος με συμμετρική κατανομή και εντόπιση που εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς,
4. Η δυσιδρωσική δερματίτιδα με την αιφνίδια εμφάνιση φυσαλίδων με συμμετρική κατανομή, στις παλάμες και τα πέλματα, καθώς και στις πλάγιες επιφάνειες των δακτύλων, με έντονο κνησμό, συχνά συνυπάρχει ιστορικό ατοπίας.
5. Η αστεαωτική δερματίτιδα σε άτομα με ατοπική προδιάθεση με προσβολή συνήθως των κνημών και την εμφάνιση ρωγμών και σχισμών.
6. Η μικροβιακή δερματίτιδα ή νομισματοειδής έκζεμα, η οποία χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά κνησμόδης, στρόγγυλες, εκζεματικές πλάκες που συχνά συγχέονται με ψωρίαση ή δερματομυκητίαση.
7. Η δερματίτιδα εκ στάσεως αποτελεί εκζεματική δερματίτιδα των κάτω άκρων και συσχετίζεται με φλεβική ανεπάρκεια και ιστορικό εν τω βάθει φλεβικής φρόμβωσης και φλεβικού άτονου έλκους.

Σε περίπτωση που η κατανομή των αλλοιώσεων είναι χαρακτηριστική για αλλεργική δερματίτιδα επαφής, η πάθηση υποτροπιάζει, υπάρχει υποψία επαγγελματικής ή άλλης μορφής έκθεσης σε αλλεργιογόνα πρέπει να γίνονται επιδερμικές δοκιμασίες.

Η αντιμετώπιση της οξείας δερματίτιδας περιλαμβάνει την εφαρμογή ψυχρών υγρών επιθεμάτων, την τοπική εφαρμογή στεροειδών σε μορφή κρέμας, αντισταμινικά per os, σε υποψία επιμόλυνσης χορήγηση αντιβιοτικών κατά του *S. Aureus*, σε περίπτωση βαρέως ή γενικευμένου οξέος εκζέματος κορτικοστεροειδή per os σε αρχική δόση 1mg/kg ημέρα και σταδιακή μείωση και διακοπή σε διάστημα τριών εβδομάδων.

Υποξεία Δερματίτις

Αποτελεί συνήθως την εξέλιξη προϋπάρχουσας οξείας δερματίτιδας και χαρακτηρίζεται κλινικά από κνησμό και ερυθρές λεπιδώσεις πλάκες ποικίλου σχήματος. Οι αλλοιώσεις θυμίζουν ψωρίαση και η διαφοροδιάγνωση είναι σε πολλές περιπτώσεις δύσκολη.

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει κρέμες ή αλοιφές στεροειδών με ή χωρίς στεγανή περίδεση, ενυδατικά σκευάσματα τα οποία θα πρέπει να εφαρμοστούν λίγες ώρες μετά την εφαρμογή των στεροειδών και για διάστημα ημερών ή και εβδομάδων μετά την υποχώρηση της φλεγμονής, πλύσιμο με ήπια σαπούνια. Σε περίπτωση βακτηριακής επιμόλυνσης χορηγούνται αντιβιοτικά.

Χρόνια Δερματίτις

Χαρακτηρίζεται κλινικά από δέρμα ερυθρό, λεπιδώδες και πεπεχυσμένο, με επίταση των φυσιολογικών γραμμών της επιδερμίδας και έντονο κνησμό, ο συνεχής ξεσμός γίνεται συνήθεια στους ασθενείς και παρατείνει την φλεγμονή. Εμφάνιση υπέρ-ή υπομελάγχρωσης.

Η αντιμετώπιση είναι δύσκολη, γίνεται προσπάθεια διακοπής του φαύλου κύκλου κνησμού-ξεσμού, εφαρμόζονται κρέμες ή αλοιφές στεροειδών.

Πρακτικές οδηγίες για την χρήση των τοπικών κορτικοστεροειδών

Τα τοπικά κορτικοστεροειδή είναι τα αποτελεσματικότερα φάρμακα για την αντιμετώπιση των φλεγμονώδων δερματοπάθειών. Με βάση την ισχύ τους κατατάσσονται σε επτά ομάδες, από τις οποίες η I είναι ισχυρότερη και η VII η ασθενέστερη.

Δεν πρέπει να χρησιμοποιούμε περισσότερα από 45-60 γρμ. Κρέμας ή αλοιφής σε διάστημα μια εβδομάδας. Μετά την εφαρμογή δυο εβδομάδων συνιστάται η διακοπή για μια εβδομάδα με σκοπό την ελαχιστοποίηση των παρενεργειών και να υπάρχει αύξηση της αποτελεσματικότητας. Η συνταγογραφία νέας ποσότητας κορτικοστεροειδούς να γίνεται με φειδώ. Πρέπει πάντως να συνταγογραφούνται επαρκής ποσότητα του σκευάσματος και να καθορίζονται όρια όσον αφορά την διάρκεια και την συχνότητα εφαρμογής.

Για τον υπολογισμό της ποσότητας που θα χρειαστεί χρησιμοποιούμε μονάδα FTU η ποσότητα κρέμας που εκθλίβεται από σωληνάριο με άνοιγμα διαμέτρου 5mm και απλώνεται από την κορυφή της ράγας του δείκτη μέχρι την 1^η παλαμιαία αύλακα του δακτύλου, ποσότητα που αντιστοιχεί σε 0,5 gr και αρκετή για να καλύψει την παλαμιαία και ραχιαία επιφάνεια της άκρας χείρας.

Οι **κρέμες** μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε οποιαδήποτε περιοχή του δέρματος και τις πτυχές και είναι καταλληλότερες για οξείες φλεγμονώδεις δερματοπάθειες.

Οι **αλοιφές** λιπαίνουν το δέρμα και είναι καταλληλότερες για τις ξηρότερες βλάβες, είναι ισχυρότερες από αντίστοιχες κρέμες και δεν χρησιμοποιούνται σε πτυχές οξείες δερματοπάθειες.

Τα **διαλύματα** είναι κατάλληλα για την αντιμετώπιση παθήσεων του τριχωτού της κεφαλής, δεν πρέπει να εφαρμόζονται σε πτυχές.

Το λεπτό δέρμα των βλεφάρων ανταποκρίνεται σε ασθενέστερα στεροειδή ομάδων VI και VII, αντίθετα το δέρμα στις παλάμες και τα πέλματα εμποδίζει την διείσδυση των τοπικών φαρμάκων με αποτέλεσμα να απαιτούνται ισχυρότερα στεροειδή. Οι πτυχές ανταποκρίνονται σε ασθενείς κρέμες, ενώ το τοπικώς εφαρμοσμένα φάρμακα και οι αλλοιώσεις στις περιοχές αυτές ανταποκρίνονται σε ασθενείς κρέμες.

Ψωρίαση

Χρόνια ,βλατιδολεπιδώδης, γενοδερματοπάθεια που προσβάλλει το 1% με 3% του γενικού πληθυσμού και εκδηλώνεται στο δέρμα, τους όνυχες και τις αρθρώσεις (5% με 8% των ψωριασικών ασθενών παρουσιάζουν ψωριασική αθροίτιδα).

Εκλυτικοί παράγοντες αποτελούν: ο τραυματισμός του δέρματος ,το στρες, λοιμώξεις ιδιαίτερα η στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα, φάρμακα (λίθιο, β-ανταγωνιστές, ανθελονοσιακά, α-MEA).

Μορφές της νόσου:

- 1.Ψωρίαση κατά πλάκες, αποτελεί την συχνότερη μορφή της νόσου και χαρακτηρίζεται από βλατίδες που συρρέουν σε πλάκες, συνήθως σε αγκώνες, γόνατα και οσφυϊκή χώρα ,τα αργυρόχροα λέπια αποκολλούνται με την εμφάνιση στικτών αιμορραγιών.
2. Σταγονοειδής ψωρίαση χαρακτηρίζεται απο την αιφνίδια εμφάνιση ερυθρηματολεπιδωδών βλατίδων συνήθως μετά στρεπτοκοκκική λοίμωξη.
- 3.Φλυκταινώδης ψωρίαση η οποία διακρίνεται σε εντοπισμένη και γενικευμένη η οποία αποτελεί σοβαρή μορφή νόσου με συστηματικές εκδηλώσεις.
- 4.Ανάστροφος ψωρίαση όταν παρατηρείται προσβολή των πτυχών, οπότε οι ψωριασικές πλάκες είναι λείες, ερυθρές , με υγρώσσοσα επιφάνεια.
- 5.Ερυθροδερμική ψωρίαση χαρακτηρίζεται από ερύθρυμα που καταλαμβάνει όλη την έκταση του σώματος και αποτελεί βαρεία μορφή της νόσου.
6. Ψωρίαση ονύχων σε ορισμένες περιπτώσεις και χωρίς προσβολή του δέρματος, εμφάνιση βοθρίων, ονυχόλυσης, υπονυχίας υπερκεράτωσης και καφεοειδείς κηλίδες (κηλίδες ελαίου).

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από :

1. Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα
2. Έκζεμα
3. Δερματομυκητίαση
4. Καντιντίαση
5. Ροδόχρου πιτυρίαση
6. Φαρμακευτικό εξάνθημα
7. Σύφιλη

Η τοπική αγωγή περιλαμβάνει:

- Την καλσιποτριόλη ,ανάλογο της βιταμίνης D, η οποία διατίθεται σε μορφή κρέμας, αλοιφής και διαλύματος καθώς και σε συνδυασμό με κορτικοστεροειδές και χρησιμοποιείται μια με δυο φορές την ημέρα και σε ποσότητα μέχρι 100 gr την εβδομάδα με παρενέργειες τον παροδικό τοπικό ερεθισμό και το ερύθημα.
- Τα τοπικά στεροειδή ομάδας I έως V με άμεση αλλά παροδική δράση συνιστάται η διαλείπουσα κυκλική χρήση.
- Την ανθραλίνη για την αντιμετώπιση της χρόνιας κατά πλάκας ψωρίασης με την μέθοδο της σύντομης επαφής με το δέρμα.
- Την γέλη ταζαροτένης η οποία αποτελεί τοπικά εφαρμοζόμενο ρετινοειδές με συχνότερη παρενέργεια τον τοπικό ερεθισμό.

Κοινή κνίδωση

Συνηθισμένη δερματοπάθεια η οποία χαρακτηρίζεται απο την εμφάνιση οιδημάτων, ερυθρηματωδών πλακών, διαφόρων σχημάτων και μεγεθών που διαρκούν λιγότερο απο 24 ώρες και συνοδεύονται από κνησμό.

Οι πλάκες επεκτείνονται και ταυτόχρονα σε άλλα σημεία υποχωρούν με αποτέλεσμα να αλλάζουν συνέχεια σχήμα και διαστάσεις. Διακρίνεται σε οξεία όταν διαρκεί λιγότερο από 6 εβδομάδες και χρόνια περισσότερο από 6 εβδομάδες. Η εν τω βάθει κοινή κνίδωση αποτελεί το αγγειοίδημα.

Τα συχνότερα αίτια κατά σειρά συχνότητας είναι λοιμώξεις. Οι μηχανισμοί εμφάνισης της νόσου μπορεί να είναι ανοσολογικοί μέσω αντιδράσεων υπερευαισθησίας τύπου I ή III, μη ανοσολογικοί με την απευθείας αποκοκκίωση των μαστοκυττάρων από δράση πχ της πολυμυξίνης, την έμμεση απελευθέρωση μέσω της οδού του αραχιδονικού οξέως ή του συστήματος της καλικρεΐνης-κινίνης πχ από ασπιρίνη, ΜΣΑ, ταρτραζίνη, ή από την δράση α-ΜΕΑ αλλά και αυτοάνοση με την εμφάνιση IgG αυτοαντισωμάτων έναντι IgE υποδοχέων και τέλος ιδιοπαθής στο 50-70% των περιπτώσεων χρόνιας κνίδωσης.

Ο εργαστηριακός έλεγχος συνήθως δεν μας βοηθά στον καθορισμό της αιτιολογίας, αν από το ιστορικό και την φυσική εξέταση δεν μπορούμε να εντοπίσουμε τον αιτιολογικό παράγοντα.

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από :

1. Κνιδωτική αγγειίτιδα (όταν μια βλάβη παραμένει πάνω από 24 ώρες), αποτελεί μορφή λευκοκυττοκλασικής αγγειίτιδας.
2. Φαρμακευτικά εξανθήματα
3. Ιογενή εξανθήματα
4. Δήγματα
5. Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές
6. Κληρονομικό αγγειοίδημα
7. Μαστοκυττάρωση
8. Πολύμορφο Ερύθημα
9. Κνίδωση από φυσικά αίτια

Η αντιμετώπιση της νόσου περιλαμβάνει:

- Διακοπή όλων των ύποπτων εκλυτικών παραγόντων

- Χορήγηση αντισταμινικών σε επαρκείς δόσεις και σε συνδυασμούς χρησιμοποιώντας κυρίως τα νεώτερα λεβοσετιριζίνη, δεσλοραταδίνη.
- Σε περίπτωση που η νόσος δεν ελέγχεται με τα αντισταμινικά μπορούμε να χορηγήσουμε στεροειδή per os 60mg ισοδύναμα πρεδνιζόλης για δυο ημέρες 40 mg τις επόμενες 5 και στο τέλος 20 mg για επτά ημέρες. Τα τοπικά κορτικοστεροειδή δεν είναι αποτελεσματικά.
- Σε ασθενείς με εκτεταμένη νόσο και συστηματική συμπτωματολογία μπορεί να χρειασθεί η χορήγηση αδρεναλίνης.

II. Λοιμώξεις του δέρματος από βακτήρια

Μολυσματικό κηρίο: Συνήθης, μεταδοτική, επιπολής λοίμωξη του δέρματος που οφείλεται σε στρεπτόκοκκους, σταφυλόκοκκους ή και στους δύο μαζί. Συχνότερο στα παιδιά σε θερμά ζεστά κλίματα. Η νόσος χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πομφολύγων που γρήγορα ρήγνυνται καταλείποντας μία ερυθματώδης διάβρωση καλυπτόμενη από μελιτόχροα εφελκίδα. Οι βλάβες επεκτείνονται προς την περιφέρεια και είναι δυνατόν να εμφανισθούν και σε απομακρυσμένες περιοχές. Μεταστρεπτοκοκκική σπειραματονεφρίτιδα εμφανίζεται στο 2% των παιδιών 3 έως 4 ετών μία με 5 εβδομάδες μετά τη λοίμωξη. Συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών για διάστημα 10 ημερών, σε υποτροπές έλεγχος αποικισμού του ρινικού βλεννογόνου από *S.aureus*.

Κυτταρίτις: αποτελεί λοίμωξη του χορίου και των υποδόριων ιστών που χαρακτηρίζεται από ερύθημα, οίδημα, και πόνο και οφείλεται συνήθως σε στρεπτόκοκκους της ομάδας Α και τον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, μπορεί όμως να προκληθεί και από πολλά άλλα βακτήρια.

Κλινικά χαρακτηρίζεται απο εξέρυθρη , οίδηματώδης ,επώδυνη στην πίεση πλάκα με ασαφή όρια η οποία επεκτείνεται περιφερικά . Μπορεί να εμφανίσει φουσαλίδες, πομφόλυγες, αιμορραγία και νέκρωση.Οι συχνές υποτροπές σε κάτω άκρο οδηγούν στην εμφάνιση χρόνιου λεμφοιδήματος .

Το ερυσίπελας αποτελεί κλινική παραλλαγή με προσβολή των επιπολής στρωμάτων του δέρματος και με περισσότερα σαφή όρια.

Χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής που στο φάσμα δράσης περιλαμβάνει και τον σταφυλόκκοκο για διάστημα τουλάχιστον 10 ημερών ,στις βαρύτερες περιπτώσεις συνιστάται νοσηλεία και ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών.

Θυλακίτιδα : φλεγμονή των τριχικών θυλάκων που οφείλεται σε βακτήρια σε μηχανικό τραυματισμό, η βακτηριακή θυλακίτιδα διακρίνεται σε επιπολής και εν τω βάθει.

Η επιπολής θυλακίτιδα χαρακτηρίζεται από θολωτές φλύκταινες με ερυθματώδη άλω στους τριχικούς θυλάκους, ο συνηθέστερος αναβρισκόμενος μικροοργανισμός είναι ο S.aureus. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την μυκητιασική θυλακίτιδα , την ηωσινοφιλική θυλακίτιδα από Gram αρνητικά βακτήρια.

Η επέκταση της λοίμωξης της επιπολής θυλακίτιδας εν τω βάθει με την δημιουργία αποστήματος έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη δοθιήνα ή εν τω βάθει θυλακίτιδας.

Εμφάνιση σε περιοχές που υποβάλλονται σε συνεχή τριβή και παρουσιάζουν εφίδρωση όπως η περιοχή του δέρματος όπου εφάπτεται η ζώνη , η πρόσθια επιφάνεια των μηρών ,οι γλουτοί, η βουβωνική χώρα ,οι μασχάλες .

Οι κλυδάζουσες βλάβες παροχετεύονται και ο ασθενής καλύπτεται με αντιβιοτική αγωγή για τουλάχιστον 10 ημέρες, επιπλέον θα πρέπει να αντιμετωπίζονται οι προδιαθεσικοί παράγοντες όπως η τριβή, τα στενά ενδύματα , η παχυσαρκία, οι κακές συνήθειες υγιεινής και ο σακχαρώδης διαβήτης.

**ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Καταστάσεις χαρακτηριζόμενες σαν επείγουσες στην οφθαλμολογία

A. Οφειλόμενες σε εξωγενείς παράγοντες.

Εγκαύματα

1)Χημικά

2)Θερμικά

3)Ακτινικά

A) Ιονίζουσες
ακτίνες

B)Μη ιονίζουσες
ακτίνες

Τραύματα

1) Βολβού

(Επιφανειακά,
Διαμπερή,
Αμβλέα)

2) Προασπιστικών

& επικουρικών
Μορίων του βολβού

A) Βλεφάρων

B) Δακρυικής
συσκευής

Κάταγμα

1) Κόγχου

B. Παθήσεις.

Προασπιστικών

Και επικουρικών μορίων

1)Βλέφαρα

-βλεφαρίτιδα

2) Δακρυική συσκευή

A) Δακρυοκυστίτιδα

B) Δακρυαδενίτιδα

Βολβού

1) Επιπεφυκίτιδες

2) Κερατίτιδες

3)Κυτταρίτιδα του κόγχου

Εγκαύματα

Από την κατηγορία των εγκαυμάτων τα χημικά εγκαύματα αποτελούν την πλέον επείγουσα από τις επείγουσες καταστάσεις στην οφθαλμολογία και την μοναδική που η αντιμετώπιση της από τον μη ειδικό μπορεί και πρέπει να προσφερθεί άμεσα, κάτι που είναι ιδιαίτερα κρίσιμο για την περαιτέρω εξέλιξη της βλάβης.

Κυρίως προκαλούνται από χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται σε διάφορες εργασίες αλλά και από κάποιες ουσίες οικιακής χρήσης .Τα πλέον συνήθη είναι από υδροξείδιο του ασβεστίου .Τα χημικά εγκαύματα από αλκάλια είναι τα πλέον βαριά γιατί οι αλκαλικές ουσίες αντιδρούν με τα λιποειδή των κυτταρικών μεμβρανών σχηματίζοντας σάπωνες και έτσι καταστρέφοντας το επιθήλιο διεισδούν βαθειά στον κερατοειδή καταστρέφοντας το στρώμα και το ενδοθήλιο και εισέρχονται στο πρόσθιο θάλαμο.

Η βαρύτητα της βλάβης εξαρτάται απο το ΡΗ της ουσίας απο την ποσότητα της ουσίας που θα έρθει σε επαφή με τους οφθαλμούς και απο το χρόνο που θα διαρκέσει αυτή η επαφή.

Επομένως, η αντιμετώπιση ενός χημικού εγκαύματος αρχίζει με μια πολύ απλή αλλά εξαιρετικά σημαντική ενέργεια. ΠΛΥΣΗ ΜΕ ΝΕΡΟ ΑΜΕΣΑ, στο χώρο που συνέβη το ατύχημα με οποιοδήποτε μέσο είναι διαθέσιμο. Νερό άφθονο, με πίεση για πολύ χρόνο και μετά διακομιδή και αντιμετώπιση από ειδικό οφθαλμίατρο.

Με την πλύση αραιώνουμε την ουσία (ουδετεροποιούμε το ΡΗ) και μειώνουμε τον χρόνο επαφής με τους οφθαλμούς έτσι ώστε οι τελικές επιπτώσεις να είναι λιγότερες.

Η θεραπεία από εκεί και πέρα ανήκει στον ειδικό οφθαλμίατρο και περιλαμβάνει αναλγητικά, αντιβιοτικά, αντιφλεγμονώδη φάρμακα , συστηματικά και τοπικά. Περιλαμβάνει επίσης μυδριατικά, φάρμακα που βελτιώνουν την σύνθεση του κολλαγόνου, τεχνικά δάκρυα, θεραπευτικούς φακούς επαφής, επεμβάσεις στα βλέφαρα και άλλες μεθόδους που δεν αφορούν τον μη ειδικό.

Κατάγματα

Τα κατάγματα στην οφθαλμολογία αφορούν την οστέινη θήκη του βολβού, τον κόγχο και μπορούμε να τον διαχωρίσουμε σε δυο μεγάλες ομάδες:

A) Εξωτερικά κατάγματα τα οποία περιλαμβάνουν το κογχικό χείλος και τα πλησιέστερα οστά.

B) Εσωτερικά κατάγματα τα οποία αφορούν τα τοιχώματα του κόγχου χωρίς συμμετοχή συνήθως του κογχικού χείλους και των γειτονικών οστών.

Τα εξωτερικά κατάγματα του κόγχου συνδυάζονται συνήθως με κατάγματα του μέσου και άνω τριτημορίου του προσώπου και προκύπτουν από επέκταση των καταγμάτων αυτών στον κόγχο. Πρόκειται για ρινοκογχικά κατάγματα, τα κατάγματα τύπου Le For (II,III), τα ζυγωματικά κατάγματα και τα κατάγματα της μετωπικής χώρας.

Τα εσωτερικά κατάγματα του κόγχου αφορούν κυρίως το έδαφος του κόγχου και διεθνώς φέρονται με το όνομα Blow-out διότι προκαλούνται λόγω μεγάλης αύξησης της ενδοκογχικής πίεσης, από απότομη και μεγάλη μετακίνηση του βολβού προς τα πίσω μετά την πλήξη του βολβού.

Η παρουσία διπλωπίας στην πρωτεύουσα βλεμματική θέση είναι προεξάρχον σύμπτωμα, μαζί με το ενόφθαλμο και την προς τα κάτω παρεκτόπιση του βολβού.

Η τακτική της άμεσης αντιμετώπισης των καταγμάτων αυτών έχει εγκαταλειφθεί και σήμερα συνίσταται η παρακολούθησή τους για σχεδόν 2 εβδομάδες. Αν η διαταραχή της κινητικότητας παραμένει με την μορφή ενοχλητικής κάθετης διπλωπίας που εμποδίζει την καθημερινότητα του ασθενούς πρέπει να επέμβουμε χειρουργικά. Κατάγματα των άλλων τοιχωμάτων του κόγχου είναι εξαιρετικά σπάνια.

Στο κεφάλαιο αυτό πρέπει να εντάξουμε την ενδοκογχική αιμορραγία η οποία μπορεί να πάρει σημαντικές διαστάσεις και να προκαλέσει εξόφθαλμο και περιορισμό της κινητικότητας του βολβού και των βλεφάρων. Μια εκσεσημασμένη ενδοκογχική αιμορραγία μπορεί να προκαλέσει βλάβη στο οπτικό νεύρο εκ πίεσεως, μπορεί όμως και να ασκήσει σημαντική πίεση στο βολβό με απότομη μεγάλη αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης που να προκαλέσει απόφραξη της κεντρικής αρτηρίας του

αμφιβληστροειδούς. Σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να προβούμε σε παροχέτευση της αιμορραγίας με πλάγια κανθοτομή.

Τραυματικές κακώσεις του οφθαλμικού βολβού και των εξαρτημάτων του

Οι πιθανές βλάβες του βολβού μετά απο αναφερόμενο τραυματισμό δεν είναι πάντα εμφανείς και η ποικιλία και η βαρύτητα τους μπορεί να κυμαίνεται από τις πιο ακίνδυνες και παροδικές μέχρι και πλήρη απώλεια του βολβού ή της όρασης.

Η εκτίμηση και η αντιμετώπιση τους αφορά μόνο τον ειδικό οφθαλμίατρο και έτσι εδώ απλώς θα αναφερθούμε:

1). Τραύμα κερατοειδούς.

- Απλή απόπτωση επιθηλίου.
- Ενδοστρωματική έμπαρση ξένου σώματος.
- Διαμπερές τραύμα του κερατοειδούς.

2) Ρήξη βολβού.

- Εμφανής.
- Συγκεκελυμένη.

3) Αμβλύς τραυματισμός.

- Ύφαιμα.
- Ιριδοδιάλυση- Ρήξη της γωνίας του Π.Θ.
- Παρεκτόπιση του φακού.
- Ρήξη χοριοειδούς.
- Αμφιβληστροειδική αιμορραγία.
- Υαλοειδική αιμορραγία.

Τέτοιες καταστάσεις αν δεν αναγνωσθούν έγκαιρα και δεν αντιμετωπισθούν μπορούν να οδηγήσουν σε δευτερογενείς βλάβες όπως ραγοειδίτιδα , καταράκτη, γλαύκωμα και αποκόλληση του αμφιβληστροειδή. Οι βλάβες λοιπόν του βολβού πρέπει να θεωρηθούν εξαιρετικής σημασίας και βαρύτητας γιατί απειλούν την όραση του ασθενούς.

Σημαντικές όμως πρέπει να θεωρηθούν και οι βλάβες και οι τραυματισμοί των βλεφάρων γιατί πέραν της αισθητικής πλευράς η φυσιολογική ανατομική και λειτουργία των βλεφάρων είναι ουσιαστική για την καλή λειτουργία του βολβού. Έτσι η πλήρης ανατομική ανάταξη και συρραφή τραυμάτων και βλεφάρων πρέπει να γίνεται έτσι ώστε να προκύπτει πλήρης ανατομική και λειτουργική ακεραιότητα .Αν αυτό δεν είναι εφικτό σε πρώτο χρόνο πρέπει αυτό να αποκαθίσταται αργότερα με πλαστικές επεμβάσεις.

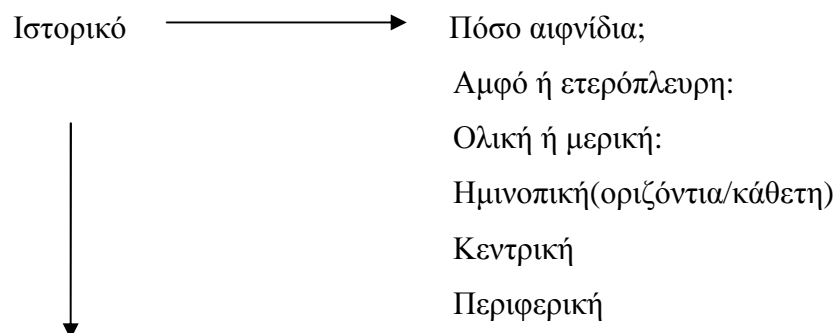
Φωτοκερατοπάθεια

Οφείλεται σε παρατεταμένη έκθεση στην U.V (Σκί ή συγκόλληση με ηλεκτρικό τόξο) Πόνος στο μάτι, θολή όραση, έντονη αίσθηση ξένου σώματος, οίδημα στα βλέφαρα σε ιδιαίτερα βαριές περιπτώσεις.

Κλείσιμο του ματιού για δυο μέρες με μια αντιβιοτική αλοιφή είναι αρκετή θεραπεία. Η ακεραιότητα του κερατοειδή επανέρχεται μετά από μερικά εικοσιτετράωρα ανάλογα με τη βαρύτητα της περίπτωσης.

Αιφνίδια απώλεια όρασης

Καταρχάς αντλούμε πληροφορίες για τον τρόπο και την μορφή της απώλειας όρασης.



Σύνοδα σημεία

- Πόνος στο βολβό
- Πονοκέφαλος
- Ημικρανία-αύρα
- Γενική κακουχία
- Απώλεια συνειδήσεως

Απόφραξη κεντρικήςαρτηρίας του αμφιβληστροειδούς

- Συνέβει απότομα, μέσα σε δευτερόλεπτα.
- Πολύ έντονη, παραμένει μόνο αντίληψη φωτός.
- Οφθαλμοσκόπηση: ωχρός βυθός,κερασόχρους ώχρα.

Τι κανουμε;

- Προσπαθούμε να μειώσουμε την Ε.Ο.Π. (Μαλάξεις βολβού, παρακέντηση)
- Προσπαθούμε να κάνουμε αγγειοδιαστολή μέσω υπερκαπνίας .(βάζουμε τον άρρωστο να αναπνέει μέσα σε μια νάιλον σακούλα)
- Κάνουμε θρομβόλυση

Απόφραξη κλάδου της κ.α.α.

Παρόμοια αλλά ηπιότερα συμπτώματα (μερική απώλεια όρασης).

Πρόσθια ισχαιμική οπτικοπάθεια

Απόφραξη των βραχέων οπισθίων ακτονοειδών αρτηριών που αγγειώνουν την κεφαλή του ο.ν. Οφθαλμικά ωχρός οιδηματώδης δίσκος που περιβάλλεται από μικρές

φλογοειδής αιμορραγίες. ΠΡΟΣΟΧΗ, συχνότερη αιτία η κροταφική αρτηρίτιδα. Πιθανώς η πλέον εμπλεκόμενη με την οφθαλμολογία κατάσταση. Συνήθως σε άτομα πάνω από τα 60 ίσως να υπάρχουν πρόδρομα συμπτώματα.(κακουχία, απώλεια βάρους, πόνος κατά τη μάσηση, δυσφορία με τη χρήση καπέλου, πονοκέφαλος). Πιθανώς να έχουν προϋπάρξει επεισόδια παροδικής αμαύρωσης. Εργαστηριακά υψηλή καθίζηση (150 mm/h) ή υψηλή πηκτικότητα. Μεγάλη πιθανότητα προσβολής του άλλου ματιού. Για προστασία, δια βίου χορήγηση κορτικοστεροειδών per os.

Οπτικοί νευρίτιδα (οπισθοβολβική)

Συνήθως λόγω σκλήρυνσης κατά πλάκας, σε άτομα 20-40 ετών. Υπάρχει ευαισθησία του βολβού και οπισθοβολβικό άλγος κατά την βολβοστροφή. Υπάρχει κυρίως κεντρική μείωση της όρασης και διαταραχή των χρωμάτων. Νωθρά τοπικά αντανακλαστικά. Συνήθως η θεραπεία με κορτικοστεροειδή δεν επηρεάζει την εξέλιξη της νόσου.

Απόφραξη κεντρικής φλέβας αμφιβληστροειδούς

Η μείωση της οπτικής οξύτητας εξαρτάται από την έκταση της απόφραξης. Το 90% των ασθενών είναι <50 ετών με συστηματική υπέρταση.

Οφθαλμοσκοπικά διευρυμένες οφιοειδείς φλέβες, οίδημα της κεφαλής του ο.ν. ενδοαμφιβληστρο-ειδικές αιμορραγίες ,μερικά βαμβακοφόρα εξιδρώματα.

Ηλιακή εκφύλιση της ώχρας

Συνήθως τα άτομα πάνω από τα 70, γυναίκες/άντρες 2/1, καπνιστές X 2.5

- Ξηρά μορφή : (ατροφία ώχρας)

- Υγρά μορφή (νεοαγγείωση που διαρρέει και δημιουργεί οίδημα ώχρας) .Η μορφή αυτή προκαλεί αιφνίδια απώλεια όρασης.

Κεντρική ορώδης αμφιβληστροπάθεια

Μείωση της κεντρικής όρασης με μεταμορφοψίας σε υγιείς άρρνες 30-45 ετών σε συνθήκες stress.

Ημικρανίες

Προηγείται αύρας.(20-40 λεπτά). Εκδηλώνεται αρχικά με λάμψεις συχνά σχήματος κεραυνού ,μαύρα στίγματα και μια περιοχή πλήρους αμαύρωσης. Εμφανίζεται σε νεαρούς, ενήλικες .Υπάρχει συχνά οικογενειακό ιστορικό.

Ενδοϋαλοειδική Αιμορραγία

Τα συμπτώματα μιας υαλοειδικής αιμορραγίας μπορούν να κυμαίνονται από την εμφάνιση μερικών μαύρων στιγμάτων στο οπτικό πεδίο μέχρι την απότομη και πλήρη χωρίς πόνο απώλεια της όρασης, και οφείλεται στην παρουσία αίματος εντός της υαλοειδικής κοιλότητας. Μπορεί να εμφανισθεί σε απολύτως υγιή άτομα μετά από ιδιαίτερη σωματική προσπάθεια ή δοκιμασία Valsava. Ο διαβήτης ή υπέρταση και ανωμαλίες του αίματος μπορεί επίσης να είναι οι αιτίες καθώς και οι παθήσεις του αμφιβληστροειδούς. (αποκόλληση, θρόμβωση κεντρικής φλέβας, τοπικές αγγειακές δυσπλασίες κ.τ.λ.)

Επώδυνος ερυθρός βολβός

Οξύ γλαύκωμα:

Οφείλεται σε αιφνίδια και απότομη μεγάλη αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσεως σε επίπεδα 50-70 mm Hg (φ.τ. =20 mmHg) . Εκδηλώνεται με αιφνίδια εμφάνιση βολβικού άλγους ετερόφθαλμα, συχνά σε σκοτεινό περιβάλλον . Η έντονη βολβαλγία μπορεί να επεκτείνεται σε όλο το σύστοιχο ήμισυ της κεφαλής με ταυτόχρονη αίσθηση κακουχίας, ναυτίας ,τάσης προς εμετό ή και εμετό. (αυτό εξηγείται λόγω κεντρικών συνδέσεων ανάμεσα στο τρίδυμο και το πνευμονογαστρικό). Μείωση της οπτικής οξύτητας (θολή όραση) και αντίληψη έγχρωμων κύκλων γύρω από τις φωτεινές πηγές οφείλονται στο αναπτυσσόμενο οίδημα του κερατοειδούς . Τα αγγεία του επεφυκότα είναι συμφορητικά και η κόρη σε μέση μυδρίαση δεν αντιδρά στο φώς.

Η ενδοφθάλμια πίεση πρέπει να αποκατασταθεί άμεσα με την χρήση υπερωσμωτικών παραγόντων ενδοφλεβίως και συστηματικά δρώντων αναστολέων της καρβοανυδράσης καθώς και τοπικούς παράγοντες που μειώνουν την πίεση και κυρίως προκαλούν μύση.

Μετά την ανάταξη της κρίσεως του οξέος γλαυκώματος η εκτόμιση της αιτίας και ο τρόπος αντιμετώπισης είναι έργο του ειδικού οφθαλμιάτρου.

Φλεγμονές της εξωτερικής επιφάνειας του βολβού

Επιπεφυκίτιδες

Κλινικά σημεία:

- Υπεραιμία (λόγω αγγειοδιαστολής)
- Δακρύρροια
- Εκκρίσεις
- Οίδημα
- Θηλές.(Μικρά επάρματα που οφείλονται σε διείσδυση απο φλεγμονώδη κύτταρα).
- Θυλάκια.(Μικρά επάρματα λόγω τοπικής υπερπλασίας του λεμφικού ιστού. Κυρίως στο άνω βλέφαρο, συχνές σε προσβολή από χλαμύδια. Έχουν αγγεία

μόνο στην περιφέρεια τους ,σε αντίθεση με τις θηλές που έχουν αγγείο στο κέντρο τους που διακλαδίζονται προς την περιφέρεια.

- Μεμβράνες- ψευδομεμβράνες διόγκωση προωτιαίων λεμφαδένων.

Οι επιπεφυκίτιδες μπορεί να είναι τοξικής αιτιολογίας, αλλεργικές, ή λόγω προσβολής από κάποιο παθογόνο μικροοργανισμό(μικρόβια, ιοί, χλαμύδια, πολύ σπάνιοι μύκητες)

Σπάνια μπορούν να θεωρηθούν σαν οξείες καταστάσεως που θέτουν σε κίνδυνο το όργανο της δράσης σε αντίθεση με τις κερατίτιδες που εν δυνάμει είναι επικίνδυνες.

Κερατίτιδες

Η φλεγμονή του κερατοειδούς ονομάζεται κερατοειδίτιδα η κερατίτιδα και ανεξαρτήτως αιτιολογίας η συμπτωματολογία είναι η ίδια.

- Περικεράτιος ένεση, δηλαδή υπεραιμία των αγγείων του σκληροκερατοειδικού ορίου.
- Έντονος πόνος λόγω ερεθισμού των απολήξεων του τριδύμου.
- Φωτοφοβία δηλαδή δυσανεξία στο φώς.
- Δακρύρροια(αντανακλαστική).

Οι κερατίτιδες διακρίνονται σε επιφανειακές όταν η βλάβη αφορά το επιθήλιο και εν τω βάθει όταν προσβάλλεται το στρώμα με ακέραιο επιθήλιο. Όταν συνυπάρχει βλάβη του επιθηλίου και του στρώματος μιλούμε για έλκος κερατοειδούς, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε διάτρηση του κερατοειδούς. Μπορεί να οφείλονται σε ιούς κόκκους ή σπανιότερα σε μύκητες.

Οξεία κυτταρίτιδα του κόγχου

Η οξεία κυτταρίτιδα του κόγχου εισβάλλει με πυρετό, κακουχία ,πόνο, πρόπτωση, περιορισμό των κινήσεων του βολβού, έντονο οίδημα των βλεφάρων καθώς και οίδημα του επιπεφυκότα.

Συχνά οι ασθενείς έχουν ιστορικό μόλυνσης των γειτονικών κόλπων. Ορισμένες φορές μια κυτταρίτιδα του κόγχου μπορεί να είναι δευτεροπαθής από ένα καρκίνωμα του κόγχου που εμφανίζει τήξη , ή αποτέλεσμα ανεπάρκειας του ανοσοποιητικού συστήματος .

Απαιτείται νοσοκομειακή περίθαλψη, έντονη I.V. αντιβίωση και καλλιέργεια ρινοφαρυγγικού εκκρίματος καθώς και καλλιέργεια αίματος.

Πρέπει να γίνει έλεγχος με STScan για να καθοριστεί αν πρόκειται για προδιαφραγματική μορφή, οπισθοδιαφραγματική (ή βαρύτερη) ή αν πρόκειται για φλεγμονή υπό το περιόστεο.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Στόχοι της Έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή των περιστατικών που αφορούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) και που παρουσιάζονται στο νομό Ηρακλείου καθώς και η διερεύνηση των δράσεων – μεθόδων που αναλαμβάνουν οι αντίστοιχοι φορείς αναφορικά με την αντιμετώπισή τους. Παράλληλα, θα εξεταστεί ο βαθμός που οι εν λόγω δράσεις απηχούν στην πληθυσμιακή ομάδα στην οποία απευθύνονται. Στην παρούσα έρευνα θα απαριθμηθούν τα περιστατικά τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει η Π.Φ.Υ ενώ θα γίνει περιγραφική μελέτη των ποσοτικών ερευνητικών μεταβλητών που αφορούν στον τομέα δραστηριοποίησής της και στην σύνδεσή του με τις απαιτήσεις και τις ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού της τοπικής κοινωνίας. Τόσο το πλαίσιο και η ιατροφαρμακευτική θεματική περιοχή δραστηριοποίησης όσο και η γεωγραφική εμβέλεια δράσης δεν υπόκεινται σε κάποιους άλλους περιορισμούς εκτός από το ότι η Π.Φ.Υ θα πρέπει να αφορά στο νομό Ηρακλείου Κρήτης.

Ο παραπάνω σκοπός αναλύεται στους παρακάτω στόχους:

- Να διερευνηθεί το εύρος – είδος των περιστατικών που αντιμετωπίζονται και καταγράφονται από την δημόσια Π.Φ.Υ.
- Να διερευνηθεί η συσχέτιση των περιστατικών αυτών με τον ιατροφαρμακευτικό τομέα στον οποίο ανήκουν
- Να διαφανεί η κατανομή των περιστατικών αυτών ανά ηλικιακή ομάδα
- Να διερευνηθεί ο βαθμός επιτυχίας της Π.Φ.Υ. αναφορικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των διαφόρων περιστατικών υγείας
- Να διερευνηθεί ο βαθμός επιτυχίας της Π.Φ.Υ. αναφορικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των διαφόρων περιστατικών υγείας ως προς την ηλικία των ασθενών
- Να διερευνηθεί ο βαθμός επιτυχίας της Π.Φ.Υ. αναφορικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των διαφόρων περιστατικών υγείας ως προς τον ιατροφαρμακευτικό τομέα στον οποίο αυτά ανήκουν
- Να διαφανεί ο τεχνολογικός εξοπλισμός που υπάρχει στα κέντρα Π.Φ.Υ.
- Να διαφανεί επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής των κέντρων Π.Φ.Υ.
- Να διερευνηθεί η γεωγραφική κατανομή των μονάδων Π.Φ.Υ.
- Να διαφανεί ο βαθμός στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. απηχούν στις ανάγκες της 3^{ης} ηλικίας.
- Να διερευνηθεί η απήχηση που έχει στον κόσμο η Π.Φ.Υ.
- Να διαφανεί η εξοικείωση που έχει ο κόσμος με την Π.Φ.Υ. σε συνάρτηση με τον χρόνο που αυτός κάνει χρήση των παρεχόμενων από αυτήν υπηρεσιών.

Οι παραπάνω στόχοι της έρευνας διαμορφώνουν τους παρακάτω άξονες:

- Είδος και Εύρος περιστατικών που αντιμετωπίζονται από την Π.Φ.Υ. (1^{ος} άξονας)
- Η αποτελεσματικότητα της Π.Φ.Υ. αναφορικά με τα περιστατικά υγείας που αυτή καλείται να αντιμετωπίσει(2^{ος} άξονας)
- Η υλικοτεχνική υποδομή των κέντρων Π.Φ.Υ. (3^{ος} άξονας)
- Η γεωγραφική κατανομή και η προσβασιμότητα των κέντρων Π.Φ.Υ. αναφορικά με τις διάφορες ομάδες πληθυσμού (4^{ος} άξονας)
- Η απήχηση στον κόσμο των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (5^{ος} άξονας)

Επιλογή υποκειμένων

Τα υποκείμενα της έρευνας είναι κατά κύριο λόγο οι ασθενείς που κάνουν χρήση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ στο νομό Ηρακλείου αλλά και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται σε αυτές. Δόθηκαν 170 ερωτηματολόγια σε ασθενείς που επικαλέστηκαν την Π.Φ.Υ. σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές του νομού καθώς και 47 ερωτηματολόγια που αφορούσαν στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ιδίων κέντρων. Συγκεκριμένα, ένας αριθμός ερωτηματολογίων δόθηκε στο Περιφερειακό Ιατρείο Τυλίσσου, στο 1^ο και 2^ο ΚΑΠΗ Ηρακλείου Κρήτης καλύπτοντας τόσο το δυτικό όσο και το ανατολικό μέρος της πόλης, στα εξωτερικά Ιατρεία των δύο μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων του νομού (Βενιζέλειου – Πανάνειου, Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου) καθώς και σε έναν αριθμό περιφερειακών ιατρείων της Π.Φ.Υ. Οι ασθενείς που επιλέχθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια δεν πληρούσαν κανένα άλλο κριτήριο από αυτό της επίκλησης των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Δεν έγινε καμία διάκριση αναφορικά με το φύλο, την ηλικία ή την κατάσταση της υγείας των ατόμων που αποτέλεσαν μέρος της έρευνας. Αναφορικά με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν είναι καθαρά επικουρικά και συνεπώς βοηθούν στην καλύτερη και αναλυτικότερη εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

Για μια όσο το δυνατόν σφαιρικότερη ερευνητική εργασία, έγινε προσπάθεια ώστε τόσο το γεωγραφικό εύρος όσο και η διαστρωμάτωση του δείγματος αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία που τέθηκαν να είναι όσο το δυνατόν αντιπροσωπευτικότερο της κατάστασης που παρατηρείται καθημερινά. Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα επιλέχθηκαν τυχαία και σε κάποιες περιπτώσεις παρουσιάστηκαν οικειοθελώς, αντικατοπτρίζοντας την εκάστοτε προσέλευση στα κέντρα Π.Φ.Υ. της έρευνας. Μια πιο αυστηρή απαίτηση ή ένα πιο ειδικό κριτήριο να ελάττωνε το δείγμα της έρευνας κάτι που θα είχε αντίκτυπο στα ποιοτικά και ποσοτικά συμπεράσματα που θα εξαχθούν. Στην παρούσα έρευνα δεν εξετάστηκε ο τρόπος και οι προϋποθέσεις για την σύσταση μιας μονάδας Π.Φ.Υ ούτε και το νομικό πλαίσιο ή η κρατική πρωτοβουλία αναφορικά με την ανάπτυξη κέντρων Π.Φ.Υ. στις πόλεις ή στην περιφέρεια. Η έρευνα αυτή θεωρεί δεδομένη την κατάσταση της Π.Φ.Υ. και προσπαθεί να εξάγει συμπεράσματα αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας της.

Επιλογή ερωτηματολογίου

Ως μεθοδολογικό εργαλείο της παρούσας έρευνας επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο ως μια από τις τεχνικές συλλογής δεδομένων χρησιμοποιείται ευρύτατα στις κοινωνικές επιστήμες. Πρόκειται για ένα σύνολο γραπτών ερωτήσεων σχετικά με ένα πρόβλημα (όπως είναι η καταγραφή των περιστατικών που αφορούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η απήχηση της τελευταίας στο πληθυσμιακό δείγμα που απευθύνεται), τις οποίες ο ερευνητής απευθύνει ομοιόμορφα στα υποκείμενα του δείγματος προκειμένου να συγκεντρώσει τα απαραίτητα στοιχεία της έρευνας. (Βάμβουκας, 1991). Το ερωτηματολόγιο επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στο δείγμα της έρευνας με την προϋπόθεση ότι τα άτομα που επιλέχθηκαν είχαν στη διάθεσή τους τα απαραίτητα στοιχεία για να το συμπληρώσουν σωστά, έγκυρα και το κατά το δυνατόν πληρέστερα. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν από τον Ιούλιο του 2008 μέχρι και τον Σεπτέμβριο του ίδιου χρόνου. Προηγήθηκε μια πιλοτική έρευνα για να εντοπιστούν τα κέντρα Π.Φ.Υ του νομού Ηρακλείου στα οποία θα εστιαστεί η έρευνα. Η έρευνα αυτή έγινε χρησιμοποιώντας το Internet, πληροφορίες από τον τηλεφωνικό κατάλογο, όπως και από πληροφόρηση από κέντρα υγείας ή υγειονομικούς φορείς.

Τα στοιχεία του ερωτηματολογίου είναι δυνατόν να ποσοτικοποιηθούν και να εξαχθούν συμπεράσματα με στατιστικές μεθόδους. Το ερωτηματολόγιο περιέχει τόσο ερωτήσεις κλειστού τύπου – όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν από ήδη υπάρχουσες απαντήσεις, όσο και ανοικτού – όπου οι συμμετέχοντες συμπληρώνουν τις απαντήσεις κατά το δοκούν. Οι κλειστές ερωτήσεις αναλύθηκαν στατιστικά ενώ οι ανοικτές, λόγω της φύσης τους (π.χ. «Ποιο ήταν το πρόβλημά σας για να επισκεφτείτε τις Υπηρεσίες της Π.Φ.Υ; Παρακαλώ Αναφέρετε.») χρησιμοποιήθηκαν για την καταγραφή και ταξινόμηση των στοιχείων που συλλέχθηκαν. Κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν προέκυψαν περιπτώσεις παρανόησης ή / και λανθασμένης συμπλήρωσης των απαιτούμενων στοιχείων. Δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα κατά την συμπλήρωση των απαντήσεων στις ερωτήσεις, οπότε δεν χρειάστηκε καμία διόρθωση ή επέκταση του ερωτηματολογίου.

Κατασκευή ερωτηματολογίου

Κριτήρια μέτρησης των ερευνητικών ερωτημάτων

Η σύνταξη του ερωτηματολογίου έγινε έτσι ώστε το ερευνητικό εργαλείο να ανταποκρίνεται, στον μέγιστο δυνατό βαθμό, στους άξονες τις έρευνας, όπως αυτοί διατυπώθηκαν κατά το σχεδιασμό της. Τα μετρήσιμα μεγέθη του ερωτηματολογίου καλύπτουν αφενός τους ερευνητικούς άξονες ενώ αφετέρου επιτρέπουν την περαιτέρω διερεύνηση των αποτελεσμάτων για την εξαγωγή γενικότερων συμπερασμάτων και την διατύπωση προβλέψεων.

Ο πρώτος άξονας που στόχο έχει να συμπυκνώσει το είδος και το εύρος των περιστατικών που αντιμετωπίζονται από την Π.Φ.Υ. θα διερευνηθεί σε συνάρτηση με την ηλικία ώστε να διαφανεί η κυριότερη αιτία προσέλευσης στα κέντρα Π.Φ.Υ. ανά ηλικιακή ομάδα. Επιπλέον θα διερευνηθεί το είδος των υποστηρικτικών υπηρεσιών που παρέχονται από τα κέντρα Π.Φ.Υ. όπου αυτές είναι διαθέσιμες. Οι ερωτήσεις που αφορούν στον άξονα αυτό είναι κατά σειρά από το ερωτηματολόγιο των ασθενών οι ερωτήσεις 19 και 22 ενώ από το ερωτηματολόγιο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού η ερώτηση 16 και η ερώτηση 18.

Ο δεύτερος άξονας του ερωτηματολογίου έχει στόχο την διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. όπως και της οργάνωσης των κέντρων Π.Φ.Υ. του νομού. Οι ερωτήσεις που αφορούν στον άξονα αυτόν είναι κατά σειρά η 21^η, η 23^η και η 26^η από το ερωτηματολόγιο των ασθενών ενώ από το ερωτηματολόγιο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι κατά σειρά οι ερωτήσεις 14, 19, 20, 21, 22, 23 και 24.

Ο τρίτος άξονας αφορά στην υλικοτεχνική υποδομή των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και συμπεριλαμβάνει την ερώτηση 24 από το ερωτηματολόγιο των ασθενών και τις ερωτήσεις 8, 9, 10, 11, 13 και 17 από το ερωτηματολόγιο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Ο τέταρτος θεματικός άξονας αφορά στην γεωγραφική κατανομή και στην προσβασιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. αναφορικά με τις διάφορες ομάδες πληθυσμού. Οι τελευταίες διακρίνονται σε σχέση με την ηλικία και κυρίως τις ανάγκες της 3^{ης} ηλικίας. Οι ερωτήσεις που θα διερευνηθούν αναφορικά με τον εν λόγω άξονα είναι η 5 και η 12 από το ερωτηματολόγιο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και οι 25, 27 από αυτό που αφορά στους ασθενείς.

Ο πέμπτος θεματικός άξονας αφορά στην εξοικείωση του κόσμου αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. καθώς και την απήχηση που έχουν σε αυτόν και περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 18, 20, 28, και 29 από το ερωτηματολόγιο των ασθενών.

Η γενική παραδοχή που έγινε στην έρευνα αυτή παραμένει αυτή που δόθηκε στην αρχή: Γίνεται καταγραφή των περιστατικών που καλείται η Π.Φ.Υ. να αντιμετωπίσει και που αφορούν στο νομό Ηρακλείου. Παρακάτω θα παρατεθούν τα ερευνητικά αποτελέσματα ανά άξονα και κριτήριο ώστε να διαφανούν ευκρινέστερα και σαφέστερα τα γενικά ερευνητικά συμπεράσματα.

Έλεγχος Εγκυρότητας του Ερωτηματολογίου

Την εγκυρότητα κατασκευής του το ερωτηματολόγιο τη στηρίζει στη σύνδεσή του με το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας έρευνας. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε από τον επιβλέποντα σύμβουλο καθηγητή της παρούσας έρευνας.

Χρονοδιάγραμμα υλοποίησης

Η συλλογή όλων των στοιχείων και των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε τους μήνες Ιούνιο – Αύγουστο 2008.

Δεοντολογία

Για την διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε άδεια από την επιτροπή δεοντολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (Πα.Γ.Ν.Η) με τον υπ' αριθμό πρωτοκόλλου 119/2008 και του Βενιζελίου Νοσοκομείου με υπ' αριθμό πρωτοκόλλου 6282/21/05/2008

Για τη συμμετοχή των ατόμων ζητήθηκε η συγκατάθεσή τους, τόσο αυτών όσο και των συγγενών τους, για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Επίσης, τηρήθηκαν και τηρούνται όλες οι προϋποθέσεις για την προστασία των προσωπικών δεδομένων και του ιατρικού απόρρητου.

Στατιστική Ανάλυση

Η επεξεργασία των δεδομένων (κωδικοποίηση και ανάλυση) έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS. Επιλέχθηκε το SPSS γιατί είναι κατάλληλο για στατιστικές αναλύσεις και έχει ένα ευρύ πεδίο εφαρμογής. Υπάρχουν ερωτήσεις «κλειστού τύπου» όπου τα αντικείμενα της έρευνας καλούνται να διαλέξουν από προεπιλεγμένες απαντήσεις όπως και «ανοικτού τύπου» όπου κανείς συμπληρώνει, κατά το δοκούν και με βάση αυτό που ερωτάται, ό,τι είναι απαραίτητο. Το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις απογραφικού χαρακτήρα (π.χ. «Αναφέρετε την συζυγική σας κατάσταση»), ερωτήσεις ναι / όχι και ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών.

Η επεξεργασία στο SPSS έγινε με βάση την θεώρηση ότι κάθε ερώτηση αντιστοιχεί σε μια μεταβλητή, κατάλληλου τύπου ώστε να καλύπτει το σκεπτικό της ερώτησης και την ανάλυση την οποία επιδέχεται. Οι μεταβλητές που επεξεργάστηκε το SPSS ήταν αυτές που αφορούσαν ερωτήσεις κλειστού τύπου (Javeau, C., 1996). Για τις ερωτήσεις ανοικτού τύπου έγινε μια απλή καταγραφή των στοιχείων που δόθηκαν.

Πιο συγκεκριμένα, στο SPSS δόθηκαν ως “ordinal” – τακτικές, όλες εκείνες οι μεταβλητές που αντιστοιχούν σε ερωτήσεις των οποίων οι απαντήσεις δίνονταν με τη μορφή κλίμακας με συγκεκριμένες διαβαθμίσεις (Kinneer, P., 1999). Για παράδειγμα, οι ερωτήσεις 8, 11, 13, 25, 26, 27 και 29 του ερωτηματολογίου των ασθενών αντιστοιχήθηκαν σε μεταβλητές τύπου “ordinal”. Οι ερωτήσεις με συγκεκριμένες απαντήσεις προσδιορισμένες απαντήσεις (π.χ. ερωτήσεις 2, 3, 7, 9, 10 του ερωτηματολογίου των ασθενών) θεωρήθηκαν – όπως έπρεπε – ότι αντιστοιχούνται σε “nominal” – ονομαστικές ή κατηγορικές μεταβλητές. Στο ερωτηματολόγιο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ενδεικτικά αναφέρονται οι ερωτήσεις 3, 5, 7 και 15 ως “ordinal” ενώ σε τύπο “nominal” αντιστοιχούν οι ερωτήσεις π.χ., 2, 6, 17 και 18.

Οι ερωτήσεις ΝΑΙ / ΟΧΙ αντιστοιχούνται σε διχοτομικές κατηγορικές μεταβλητές (nominal). Σε κάποιες από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου οι απαντήσεις μπορούσαν να είναι πολλαπλές. Για να αντιμετωπιστεί αυτό, σε κλειστού τύπου ερωτήσεις, ακολουθήθηκε ο κανόνας με βάση τον οποίο η κάθε πιθανή απάντηση αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή μεταβλητή. Έτσι, για παράδειγμα, για την ερώτηση 18 του ερωτηματολογίου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όπου αναμενόταν πολλαπλές απαντήσεις, κάθε πιθανή απάντηση αντιστοιχήθηκε σε ξεχωριστή μεταβλητή.

Ο τρόπος που έγινε ταξινόμηση των δεδομένων στο SPSS βασίζεται στην παραδοχή ότι η κάθε μεταβλητή έχει ένα διακριτό εύρος (αριθμητικών) τιμών και κάθε διαφορετική τιμή αντιστοιχεί σε μια διαφορετική απάντηση (Δαφέρμος, Β., 2005). Για τις διχοτομικές κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η σύμβαση με βάση την οποία το Όχι = 0 και το Ναι = 1. Στην περίπτωση των διαβαθμίσεων (π.χ. ερώτηση 25 του ερωτηματολογίου των ασθενών), το Καθόλου = 0, το Λίγο = 1, το Πολύ = 2. Στις ερωτήσεις όπου αναμένονταν πολλαπλά αποτελέσματα η καταχώρηση έγινε αφού πρώτα διαμερίστηκαν οι ερωτήσεις αυτές σε υπο-ερωτήσεις μιας πιθανής απάντησης (Ζαίρης, Π.Ε., 1991). Οι υπο-ερωτήσεις που σχηματίστηκαν ήταν όλες διχοτομικού τύπου με συνέπεια όλες να αντιστοιχηθούν σε διχοτομικές κατηγορικές μεταβλητές ΝΑΙ / ΟΧΙ, παίρνοντας, έτσι, τιμές για το Όχι = 0 και το Ναι = 1. (Δαμιανού, Χ.Χ., 1992)

Για παράδειγμα, στην ερώτηση 18 του ερωτηματολογίου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όπου αναζητά κανείς τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. που παρέχονται, κάθε πιθανή απάντηση (6 συνολικά) αντιμετωπίστηκε ως ξεχωριστή μεταβλητή. Έτσι, δημιουργήθηκαν 6 μεταβλητές για την ερώτηση 18 που αντιστοιχίστηκαν στις απαντήσεις που δίνονταν. Κάθε φορά που μια απάντηση επιλέγονταν, δινόταν στην αντίστοιχη μεταβλητή η τιμή 1 (ΝΑΙ). Στην περίπτωση που δεν επιλεγόταν κάποια απάντηση, η αντίστοιχη μεταβλητή της έπαιρνε την τιμή 0 (ΟΧΙ).

Οι αναλύσεις έγιναν ως προς τις μονομεταβλητές και έγινε καταμέτρηση αυτών όπως και πιθανή διερεύνηση τυχόν διμεταβλητών. Για τη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν τα ραβδογράμματα ενώ, ως στατιστικό κριτήριο για την ύπαρξη διμεταβλητών επιλέχθηκε η δοκιμασία X^2 . Επειδή θέλουμε να ελέγξουμε κατά πόσο μια μεταβλητή (εξαρτημένη) επηρεάζεται ή όχι από κάποια άλλη μεταβλητή – και οι δύο κατηγορικού τύπου μεταβλητές, - η δοκιμασία X^2 ως τεστ ανεξαρτησίας καλύπτει τις ανάγκες αυτές (Τσάντας, Ν., 1999).

Το τεστ ανεξαρτησίας είναι τεστ πινάκων συνάφειας. Στους πίνακες συνάφειας οι συγκεκριμένες μεταβλητές ή παρουσιάζουν συνάφεια, δηλαδή σχετίζονται ή δεν παρουσιάζουν συνάφεια, οπότε είναι ανεξάρτητες. Για να γίνει έλεγχος ανεξαρτησίας δύο μεταβλητών, θέτουμε ως αρχική υπόθεση ελέγχου την μηδενική: ότι οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Μέσω του X^2 τεστ του Pearson, όταν σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0.05$ έχουμε $p\text{-value} \leq 0.05$ έχουμε απόρριψη της υπόθεσης ανεξαρτησίας και οι μεταβλητές έχουν σχέση μεταξύ τους. Όταν έχουμε p -

value > 0.05 δεν απορρίπτεται η υπόθεση ανεξαρτησίας και δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών (Δαφέρμος, Β., 2005).

Σχεδιασμός της Έρευνας

Στόχοι της Έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή των περιστατικών που αφορούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) και που παρουσιάζονται στο νομό Ηρακλείου καθώς και η διερεύνηση των δράσεων – μεθόδων που αναλαμβάνουν οι αντίστοιχοι φορείς αναφορικά με την αντιμετώπισή τους. Παράλληλα, θα εξεταστεί ο βαθμός που οι εν λόγω δράσεις απηχούν στην πληθυσμιακή ομάδα στην οποία απευθύνονται. Στην παρούσα έρευνα θα απαριθμηθούν τα περιστατικά τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει η Π.Φ.Υ ενώ θα γίνει περιγραφική μελέτη των ποσοτικών ερευνητικών μεταβλητών που αφορούν στον τομέα δραστηριοποίησής της και στην σύνδεσή του με τις απαιτήσεις και τις ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού της τοπικής κοινωνίας. Τόσο το πλαίσιο και η ιατροφαρμακευτική θεματική περιοχή δραστηριοποίησης όσο και η γεωγραφική εμβέλεια δράσης δεν υπόκεινται σε κάποιους άλλους περιορισμούς εκτός από το ότι η Π.Φ.Υ θα πρέπει να αφορά στο νομό Ηρακλείου Κρήτης.

Ο παραπάνω σκοπός αναλύεται στους παρακάτω στόχους:

- Να διερευνηθεί το εύρος – είδος των περιστατικών που αντιμετωπίζονται και καταγράφονται από την δημόσια Π.Φ.Υ.
- Να διερευνηθεί η συσχέτιση των περιστατικών αυτών με τον ιατροφαρμακευτικό τομέα στον οποίο ανήκουν
- Να διαφανεί η κατανομή των περιστατικών αυτών ανά ηλικιακή ομάδα
- Να διερευνηθεί ο βαθμός επιτυχίας της Π.Φ.Υ. αναφορικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των διαφόρων περιστατικών υγείας
- Να διερευνηθεί ο βαθμός επιτυχίας της Π.Φ.Υ. αναφορικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των διαφόρων περιστατικών υγείας ως προς την ηλικία των ασθενών

- Να διερευνηθεί ο βαθμός επιτυχίας της Π.Φ.Υ. αναφορικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των διαφόρων περιστατικών υγείας ως προς τον ιατροφαρμακευτικό τομέα στον οποίο αυτά ανήκουν
- Να διαφανεί ο τεχνολογικός εξοπλισμός που υπάρχει στα κέντρα Π.Φ.Υ.
- Να διαφανεί επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής των κέντρων Π.Φ.Υ.
- Να διερευνηθεί η γεωγραφική κατανομή των μονάδων Π.Φ.Υ.
- Να διαφανεί ο βαθμός στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. απηχούν στις ανάγκες της 3^{ης} ηλικίας.
- Να διερευνηθεί η απήχηση που έχει στον κόσμο η Π.Φ.Υ.
- Να διαφανεί η εξοικείωση που έχει ο κόσμος με την Π.Φ.Υ. σε συνάρτηση με τον χρόνο που αυτός κάνει χρήση των παρεχόμενων από αυτήν υπηρεσιών.

Οι παραπάνω στόχοι της έρευνας διαμορφώνουν τους παρακάτω άξονες:

- Είδος και Εύρος περιστατικών που αντιμετωπίζονται από την Π.Φ.Υ. (1^{ος} άξονας)
- Η αποτελεσματικότητα της Π.Φ.Υ. αναφορικά με τα περιστατικά υγείας που αυτή καλείται να αντιμετωπίσει(2^{ος} άξονας)
- Η υλικοτεχνική υποδομή των κέντρων Π.Φ.Υ. (3^{ος} άξονας)
- Η γεωγραφική κατανομή και η προσβασιμότητα των κέντρων Π.Φ.Υ. αναφορικά με τις διάφορες ομάδες πληθυσμού (4^{ος} άξονας)
- Η απήχηση στον κόσμο των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (5^{ος} άξονας)

Μεθοδολογική προσέγγιση του θέματος

Επιλογή της ποσοτικής μεθόδου

Για την παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η ποσοτική προσέγγιση με την επιλογή δεδομένων τα οποία προκύπτουν από πληροφορίες που θα μπορούσαν να ποσοτικοποιηθούν, δηλαδή να μετρηθούν με τον ένα ή τον άλλο τρόπο (Verma, G. &Malick, K., 2004). Συγκεκριμένα επιλέχθηκε η μέθοδος συλλογής δεδομένων με τη χορήγηση ανώνυμων αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων. Η επιλογή της ποσοτικής προσέγγισης και του ερωτηματολογίου ως ερευνητικού εργαλείου, έγινε μετά από τη στάθμιση και αξιολόγηση στοιχείων και παραγόντων που αφορούσαν κατά κύριο λόγο το σκοπό της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα που έρχιζαν απάντηση, τα δεδομένα στα οποία θα στρεφόταν η έρευνα, καθώς και τα

αποτελέσματα τα οποία επιδίωκε. Οι πληροφορίες λοιπόν που αναζητούσε η παρούσα έρευνα και αφορούσαν κατά κύριο λόγο ποιοτικά δεδομένα επέτρεπε τη χρήση της ποσοτικής μεθόδου (σελ. 172, Εγχειρίδιο Μεθοδολογίας. ΕΑΠ, 1999).

Επιλογή υποκειμένων

Τα υποκείμενα της έρευνας είναι κατά κύριο λόγο οι ασθενείς που κάνουν χρήση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ στο νομό Ηρακλείου αλλά και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται σε αυτές. Δόθηκαν 170 ερωτηματολόγια σε ασθενείς που επικαλέστηκαν την Π.Φ.Υ. σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές του νομού καθώς και 47 ερωτηματολόγια που αφορούσαν στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ιδίων κέντρων. Συγκεκριμένα, ένας αριθμός ερωτηματολογίων δόθηκε στο Περιφερειακό Ιατρείο Τυλίσσου, στο 1^ο και 2^ο ΚΑΠΗ Ηρακλείου Κρήτης καλύπτοντας τόσο το δυτικό όσο και το ανατολικό μέρος της πόλης, στα εξωτερικά Ιατρεία των δύο μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων του νομού (Βενιζέλειου – Πανάειου, Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου) καθώς και σε έναν αριθμό περιφερειακών ιατρείων της Π.Φ.Υ. Οι ασθενείς που επιλέχθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια δεν πληρούσαν κανένα άλλο κριτήριο από αυτό της επίκλησης των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Δεν έγινε καμία διάκριση αναφορικά με το φύλο, την ηλικία ή την κατάσταση της υγείας των ατόμων που αποτέλεσαν μέρος της έρευνας. Αναφορικά με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν είναι καθαρά επικουρικά και συνεπώς βοηθούν στην καλύτερη και αναλυτικότερη εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

Για μια όσο το δυνατόν σφαιρικότερη ερευνητική εργασία, έγινε προσπάθεια ώστε τόσο το γεωγραφικό εύρος όσο και η διαστρωμάτωση του δείγματος αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία που τέθηκαν να είναι όσο το δυνατόν αντιπροσωπευτικότερο της κατάστασης που παρατηρείται καθημερινά. Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα επιλέχθηκαν τυχαία και σε κάποιες περιπτώσεις παρουσιάστηκαν οικειοθελώς, αντικατοπτρίζοντας την εκάστοτε προσέλευση στα κέντρα Π.Φ.Υ. της έρευνας. Μια πιο αυστηρή απαίτηση ή ένα πιο ειδικό κριτήριο να ελάττωνε το δείγμα της έρευνας κάτι που θα είχε αντίκτυπο στα ποιοτικά και ποσοτικά συμπεράσματα που θα εξαχθούν. Στην παρούσα έρευνα δεν εξετάστηκε ο τρόπος και οι προϋποθέσεις για την σύσταση μιας μονάδας Π.Φ.Υ ούτε και το νομικό πλαίσιο ή η κρατική πρωτοβουλία αναφορικά με την ανάπτυξη κέντρων Π.Φ.Υ. στις πόλεις ή

στην περιφέρεια. Η έρευνα αυτή θεωρεί δεδομένη την κατάσταση της Π.Φ.Υ. και προσπαθεί να εξάγει συμπεράσματα αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας της.

Επιλογή ερωτηματολογίου

Ως μεθοδολογικό εργαλείο της παρούσας έρευνας επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο ως μια από τις τεχνικές συλλογής δεδομένων χρησιμοποιείται ευρύτατα στις κοινωνικές επιστήμες. Πρόκειται για ένα σύνολο γραπτών ερωτήσεων σχετικά με ένα πρόβλημα (όπως είναι η καταγραφή των περιστατικών που αφορούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η απήχηση της τελευταίας στο πληθυσμιακό δείγμα που απευθύνεται), τις οποίες ο ερευνητής απευθύνει ομοιόμορφα στα υποκείμενα του δείγματος προκειμένου να συγκεντρώσει τα απαραίτητα στοιχεία της έρευνας. (Βάμβουκας, 1991). Το ερωτηματολόγιο επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στο δείγμα της έρευνας με την προϋπόθεση ότι τα άτομα που επιλέχθηκαν είχαν στη διάθεσή τους τα απαραίτητα στοιχεία για να το συμπληρώσουν σωστά, έγκυρα και το κατά το δυνατόν πληρέστερα. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν από τον Ιούλιο του 2008 μέχρι και τον Σεπτέμβριο του ίδιου χρόνου. Προηγήθηκε μια πιλοτική έρευνα για να εντοπιστούν τα κέντρα Π.Φ.Υ του νομού Ηρακλείου στα οποία θα εστιαστεί η έρευνα. Η έρευνα αυτή έγινε χρησιμοποιώντας το Internet, πληροφορίες από τον τηλεφωνικό κατάλογο, όπως και από πληροφόρηση από κέντρα υγείας ή υγειονομικούς φορείς.

Τα στοιχεία του ερωτηματολογίου είναι δυνατόν να ποσοτικοποιηθούν και να εξαχθούν συμπεράσματα με στατιστικές μεθόδους. Το ερωτηματολόγιο περιέχει τόσο ερωτήσεις κλειστού τύπου – όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν από ήδη υπάρχουσες απαντήσεις, όσο και ανοικτού – όπου οι συμμετέχοντες συμπληρώνουν τις απαντήσεις κατά το δοκούν. Οι κλειστές ερωτήσεις αναλύθηκαν στατιστικά ενώ οι ανοικτές, λόγω της φύσης τους (π.χ. «Ποιο ήταν το πρόβλημά σας για να επισκεφτείτε τις Υπηρεσίες της Π.Φ.Υ; Παρακαλώ Αναφέρετε.») χρησιμοποιήθηκαν για την καταγραφή και ταξινόμηση των στοιχείων που συλλέχθηκαν. Κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν προέκυψαν περιπτώσεις παρανόησης ή / και λανθασμένης συμπλήρωσης των απαιτούμενων στοιχείων. Δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα κατά την συμπλήρωση των απαντήσεων στις ερωτήσεις, οπότε δεν χρειάστηκε καμία διόρθωση ή επέκταση του ερωτηματολογίου.

Κατασκευή ερωτηματολογίου

Κριτήρια μέτρησης των ερευνητικών ερωτημάτων

Η σύνταξη του ερωτηματολογίου έγινε έτσι ώστε το ερευνητικό εργαλείο να ανταποκρίνεται, στον μέγιστο δυνατό βαθμό, στους άξονες τις έρευνας, όπως αυτοί διατυπώθηκαν κατά το σχεδιασμό της. Τα μετρήσιμα μεγέθη του ερωτηματολογίου καλύπτουν αφενός τους ερευνητικούς άξονες ενώ αφετέρου επιτρέπουν την περαιτέρω διερεύνηση των αποτελεσμάτων για την εξαγωγή γενικότερων συμπερασμάτων και την διατύπωση προβλέψεων.

Ο πρώτος άξονας που στόχο έχει να συμπυκνώσει το είδος και το εύρος των περιστατικών που αντιμετωπίζονται από την Π.Φ.Υ. θα διερευνηθεί σε συνάρτηση με την ηλικία ώστε να διαφανεί η κυριότερη αιτία προσέλευσης στα κέντρα Π.Φ.Υ. ανά ηλικιακή ομάδα. Επιπλέον θα διερευνηθεί το είδος των υποστηρικτικών υπηρεσιών που παρέχονται από τα κέντρα Π.Φ.Υ. όπου αυτές είναι διαθέσιμες. Οι ερωτήσεις που αφορούν στον άξονα αυτό είναι κατά σειρά από το ερωτηματολόγιο των ασθενών οι ερωτήσεις 19 και 22 ενώ από το ερωτηματολόγιο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού η ερώτηση 16 και η ερώτηση 18.

Ο δεύτερος άξονας του ερωτηματολογίου έχει στόχο την διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. όπως και της οργάνωσης των κέντρων Π.Φ.Υ. του νομού. Οι ερωτήσεις που αφορούν στον άξονα αυτόν είναι κατά σειρά η 21^η, η 23^η και η 26^η από το ερωτηματολόγιο των ασθενών ενώ από το ερωτηματολόγιο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι κατά σειρά οι ερωτήσεις 14, 19, 20, 21, 22, 23 και 24.

Ο τρίτος άξονας αφορά στην υλικοτεχνική υποδομή των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και συμπεριλαμβάνει την ερώτηση 24 από το ερωτηματολόγιο των ασθενών και τις ερωτήσεις 8, 9, 10, 11, 13 και 17 από το ερωτηματολόγιο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Ο τέταρτος θεματικός άξονας αφορά στην γεωγραφική κατανομή και στην προσβασιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. αναφορικά με τις διάφορες ομάδες πληθυσμού. Οι τελευταίες διακρίνονται σε σχέση με την ηλικία και κυρίως τις ανάγκες της 3^{ης} ηλικίας. Οι ερωτήσεις που θα διερευνηθούν αναφορικά με τον εν λόγω άξονα είναι η 5 και η 12 από το ερωτηματολόγιο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και οι 25, 27 από αυτό που αφορά στους ασθενείς.

Ο πέμπτος θεματικός άξονας αφορά στην εξοικείωση του κόσμου αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ καθώς και την απήχηση που έχουν σε αυτόν και περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 18, 20, 28, και 29 από το ερωτηματολόγιο των ασθενών. Η γενική παραδοχή που έγινε στην έρευνα αυτή παραμένει αυτή που δόθηκε στην αρχή: Γίνεται καταγραφή των περιστατικών που καλείται η Π.Φ.Υ. να αντιμετωπίσει και που αφορούν στο νομό Ηρακλείου. Παρακάτω θα παρατεθούν τα ερευνητικά αποτελέσματα ανά άξονα και κριτήριο ώστε να διαφανούν ευκρινέστερα και σαφέστερα τα γενικά ερευνητικά συμπεράσματα.

Έλεγχος Εγκυρότητας του Ερωτηματολογίου

Την εγκυρότητα κατασκευής του το ερωτηματολόγιο τη στηρίζει στη σύνδεσή του με το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας έρευνας. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε από τον επιβλέποντα σύμβουλο καθηγητή της παρούσας έρευνας.

Υλοποίηση της Έρευνας

Εισαγωγή

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από το δεύτερο δεκαήμερο του Ιουλίου 2008 μέχρι και το τέλος του Σεπτεμβρίου 2008. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στα κέντρα Π.Φ.Υ. που επιλέχθηκαν. Συνολικά, τα ερωτηματολόγια που συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα είναι 217 και αφορούν τόσο τους ασθενείς όσο και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται στα κέντρα Π.Φ.Υ που εξετάστηκαν.

Συλλογή των δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για την εφαρμογή της έρευνας μοιράστηκαν από τους ερευνητές ιδιοχείρως. Σε κάποιες περιπτώσεις ήταν απαραίτητο να δοθούν διευκρινήσεις, κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (όπως για παράδειγμα στην ερώτηση 14 του ερωτηματολογίου των ασθενών αναφορικά με την επαγγελματική τους κατάσταση). Είναι άξιο αναφοράς ότι το ερωτηματολόγιο αντιμετωπίστηκε με ιδιαίτερη σοβαρότητα από το δείγμα την έρευνας. Όλα τα ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν συμπληρώθηκαν σωστά και συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα. Μετά την συγκέντρωση των ερωτηματολογίων

έγινε έλεγχος ως προς την πληρότητα και εγκυρότητα τους. Παράλληλα έγινε απαρτίθμηση και κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων.

Τρόποι ανάλυσης των δεδομένων

Η επεξεργασία των δεδομένων (κωδικοποίηση και ανάλυση) έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS. Επιλέχθηκε το SPSS γιατί είναι κατάλληλο για στατιστικές αναλύσεις και έχει ένα ευρύ πεδίο εφαρμογής. Υπάρχουν ερωτήσεις «κλειστού τύπου» όπου τα αντικείμενα της έρευνας καλούνται να διαλέξουν από προεπιλεγμένες απαντήσεις όπως και «ανοικτού τύπου» όπου κανείς συμπληρώνει, κατά το δοκούν και με βάση αυτό που ερωτάται, ό,τι είναι απαραίτητο. Το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις απογραφικού χαρακτήρα (π.χ. «Αναφέρετε την συζυγική σας κατάσταση»), ερωτήσεις ναι / όχι και ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών.

Η επεξεργασία στο SPSS έγινε με βάση την θεώρηση ότι κάθε ερώτηση αντιστοιχεί σε μια μεταβλητή, κατάλληλου τύπου ώστε να καλύπτει το σκεπτικό της ερώτησης και την ανάλυση την οποία επιδέχεται. Οι μεταβλητές που επεξεργάστηκε το SPSS ήταν αυτές που αφορούσαν ερωτήσεις κλειστού τύπου (Javeau, C., 1996). Για τις ερωτήσεις ανοικτού τύπου έγινε μια απλή καταγραφή των στοιχείων που δόθηκαν.

Πιο συγκεκριμένα, στο SPSS δόθηκαν ως “ordinal” – τακτικές, όλες εκείνες οι μεταβλητές που αντιστοιχούν σε ερωτήσεις των οποίων οι απαντήσεις δίνονταν με τη μορφή κλίμακας με συγκεκριμένες διαβαθμίσεις (Kinneer, P., 1999). Για παράδειγμα, οι ερωτήσεις 8, 11, 13, 25, 26, 27 και 29 του ερωτηματολογίου των ασθενών αντιστοιχήθηκαν σε μεταβλητές τύπου “ordinal”. Οι ερωτήσεις με συγκεκριμένες αριθμολογικές προσδιορισμένες απαντήσεις (π.χ. ερωτήσεις 2, 3, 7, 9, 10 του ερωτηματολογίου των ασθενών) θεωρήθηκαν – όπως έπρεπε – ότι αντιστοιχούνται σε “nominal” – ονομαστικές ή κατηγορικές μεταβλητές. Στο ερωτηματολόγιο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ενδεικτικά αναφέρονται οι ερωτήσεις 3, 5, 7 και 15 ως “ordinal” ενώ σε τύπο “nominal” αντιστοιχούν οι ερωτήσεις π.χ., 2, 6, 17 και 18.

Οι ερωτήσεις ΝΑΙ / ΟΧΙ αντιστοιχούνται σε διχοτομικές κατηγορικές μεταβλητές (nominal). Σε κάποιες από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου οι απαντήσεις μπορούσαν να είναι πολλαπλές. Για να αντιμετωπιστεί αυτό, σε κλειστού τύπου ερωτήσεις, ακολουθήθηκε ο κανόνας με βάση τον οποίο η κάθε πιθανή απάντηση αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή μεταβλητή. Έτσι, για παράδειγμα, για την ερώτηση 18 του ερωτηματολογίου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όπου αναμένονταν

πολλαπλές απαντήσεις, κάθε πιθανή απάντηση αντιστοιχήθηκε σε ξεχωριστή μεταβλητή.

Ο τρόπος που έγινε ταξινόμηση των δεδομένων στο SPSS βασίζεται στην παραδοχή ότι η κάθε μεταβλητή έχει ένα διακριτό εύρος (αριθμητικών) τιμών και κάθε διαφορετική τιμή αντιστοιχεί σε μια διαφορετική απάντηση (Δαφέρμος, Β., 2005). Για τις διχοτομικές κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η σύμβαση με βάση την οποία το Όχι = 0 και το Ναι = 1. Στην περίπτωση των διαβαθμίσεων (π.χ. ερώτηση 25 του ερωτηματολογίου των ασθενών), το Καθόλου = 0, το Λίγο = 1, το Πολύ = 2. Στις ερωτήσεις όπου αναμένονταν πολλαπλά αποτελέσματα η καταχώρηση έγινε αφού πρώτα διαμερίστηκαν οι ερωτήσεις αυτές σε υπο-ερωτήσεις μιας πιθανής απάντησης (Ζαίρης, Π.Ε., 1991). Οι υπο-ερωτήσεις που σχηματίστηκαν ήταν όλες διχοτομικού τύπου με συνέπεια όλες να αντιστοιχηθούν σε διχοτομικές κατηγορικές μεταβλητές ΝΑΙ / ΟΧΙ, παίρνοντας, έτσι, τιμές για το Όχι = 0 και το Ναι = 1. (Δαμιανού, Χ.Χ., 1992)

Για παράδειγμα, στην ερώτηση 18 του ερωτηματολογίου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όπου αναζητά κανείς τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. που παρέχονται, κάθε πιθανή απάντηση (6 συνολικά) αντιμετωπίστηκε ως ξεχωριστή μεταβλητή. Έτσι, δημιουργήθηκαν 6 μεταβλητές για την ερώτηση 18 που αντιστοιχήθηκαν στις απαντήσεις που δίνονταν. Κάθε φορά που μια απάντηση επιλέγονταν, δινόταν στην αντίστοιχη μεταβλητή η τιμή 1 (ΝΑΙ). Στην περίπτωση που δεν επιλεγόταν κάποια απάντηση, η αντίστοιχη μεταβλητή της έπαιρνε την τιμή 0 (ΟΧΙ).

Οι αναλύσεις έγιναν ως προς τις μονομεταβλητές και έγινε καταμέτρηση αυτών όπως και πιθανή διερεύνηση τυχόν διμεταβλητών. Για τη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν τα ραβδογράμματα ενώ, ως στατιστικό κριτήριο για την ύπαρξη διμεταβλητών επιλέχθηκε η δοκιμασία X^2 . Επειδή θέλουμε να ελέγξουμε κατά πόσο μια μεταβλητή (εξαρτημένη) επηρεάζεται ή όχι από κάποια άλλη μεταβλητή – και οι δύο κατηγορικού τύπου μεταβλητές, - η δοκιμασία X^2 ως τεστ ανεξαρτησίας καλύπτει τις ανάγκες αυτές (Τσάντας, Ν., 1999).

Το τεστ ανεξαρτησίας είναι τεστ πινάκων συνάφειας. Στους πίνακες συνάφειας οι συγκεκριμένες μεταβλητές ή παρουσιάζουν συνάφεια, δηλαδή σχετίζονται ή δεν παρουσιάζουν συνάφεια, οπότε είναι ανεξάρτητες. Για να γίνει έλεγχος ανεξαρτησίας δύο μεταβλητών, θέτουμε ως αρχική υπόθεση ελέγχου την μηδενική: ότι οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Μέσω του X^2 τεστ του Pearson, όταν σε

επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0.05$ έχουμε p-value ≤ 0.05 έχουμε απόρριψη της υπόθεσης ανεξαρτησίας και οι μεταβλητές έχουν σχέση μεταξύ τους. Όταν έχουμε p-value > 0.05 δεν απορρίπτεται η υπόθεση ανεξαρτησίας και δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών (Δαφέρμος, Β., 2005).

Αποτελέσματα της Έρευνας

Παρουσίαση των απογραφικών αποτελεσμάτων

Δημογραφικά στοιχεία ασθενών

Από το σύνολο των εκατόν εβδομήντα ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο των ασθενών το 28.8% αυτών ήταν ηλικίας από 30 ετών και κάτω, το 40.6% ήταν μεταξύ των 31 και 60 ετών ενώ το 30.6% ήταν από 61 ετών και άνω. Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς ανήκουν στο ηλικιακό εύρος των 31 – 60 ετών ενώ ο γηραιότερος συμμετέχων στην έρευνα ήταν 92 ετών και ο νεότερος τριών. Πρέπει να σημειωθεί ότι εάν τα δεδομένα εξεταστούν μεμονωμένα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν 65 ετών (ποσοστό 4.7%) ενώ αμέσως μετά έρχονται αυτοί που είναι 75 και 35 ετών (ποσοστό 4.1%).

	Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα < 30 Χρόνια	49	28.8
31 - 60 Χρόνια	69	40.6
> 61 Χρόνια	52	30.6
Σύνολο	170	100.0

Πίνακας 1 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με την Ηλικία

Αν και τα μεγαλύτερα μεμονωμένα ποσοστά παρουσιάζονται στις ηλικίες άνω των 61 χρόνων, εντούτοις, εάν κανείς τα κοιτάξει συγκεντρωτικά, παρατηρεί ότι μεγαλύτερη συμμετοχή παρατηρείται σε νεότερες ηλικίες (31 – 60 ετών).

Αναφορικά με το φύλο, οι περισσότεροι ασθενείς είναι άνδρες (ποσοστό 56.5%) ενώ οι γυναίκες συμμετέχουν σε ποσοστό 43.5%.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα Άνδρας	96	56.5
Γυναίκα	74	43.5
Σύνολο	170	100.0

Πίνακας 2 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Φύλο

Ένα συντριπτικό ποσοστό της τάξης του 88.8% είναι ελληνικής ιθαγένειας ενώ ένα 10.7% είναι γεννημένο σε χώρα εκτός Ελλάδας.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	18	10.6
	Ναι	150	88.2
	Δεν γνωρίζω	1	.6
	Σύνολο	169	99.4
Λείπουν	Σύστημα	1	.6
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 3 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τη Χώρα Προέλευσης

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι παντρεμένοι (ποσοστό 52.5%) ενώ αμέσως μετά (ποσοστό της τάξης του 30%) έρχονται όσοι δεν είναι παντρεμένοι.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Ελεύθερος	48	28.2
	Παντρεμένος – Συζεί	84	49.4
	Διαζευγμένος	6	3.5
	Χήρος	22	12.9
	Σύνολο	160	94.1
Λείπουν	Σύνολο	10	5.9
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 4 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με την Οικογενειακή Κατάσταση

Έχει ενδιαφέρον, από δημογραφικής σκοπιάς να διαφανεί η κατανομή των παιδιών με βάση την συζυγική κατάσταση. Παρατηρούμε ότι όσοι δεν είναι παντρεμένοι δεν έχουν παιδιά (ποσοστό 100%). Επιπλέον, όσοι είναι διαζευγμένοι, στην πλειοψηφία τους (ποσοστό 66.7%), δεν έχουν παιδιά. Από τον δείκτη Pearson παρατηρούμε ότι υπάρχει πολύ σημαντική συσχέτιση ($p = 0.001$, $p < 0.05$) μεταξύ της συζυγικής κατάστασης και της ύπαρξης παιδιών.

		Παιδιά		Σύνολο
		Χωρίς	Με	
Οικογενειακή Κατάσταση	Ελεύθεροι	44	0	44
	Παντρεμένοι – Συζούν	8	74	82
	Διαζευγμένοι	4	2	6
	Χήροι	1	21	22

Σύνολο	57	97	154
--------	----	----	-----

Πίνακας 5 – Συσχέτιση Οικογενειακής Κατάστασης Δείγματος με τον Αριθμό των Παιδιών

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Δημοτικό	55	32.4
	Γυμνάσιο	34	20.0
	Λύκειο	46	27.1
	Πανεπιστήμιο	12	7.1
	Τίποτα	19	11.2
	Σύνολο	166	97.6
Λείπουν	Σύστημα	4	2.4
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 6 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Επίπεδο Εκπαίδευσης

Είναι σημαντικό να παρατηρήσουμε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες φτάνουν μέχρι και το Λύκειο (ποσοστό 81.3%) κάτι που ίσως να φανεί οξύμωρο εάν συσχετιστεί με το προηγούμενο συμπέρασμά μας ότι το ηλικιακό εύρος των συμμετεχόντων στην έρευνα κυμαίνεται, κατά κύριο λόγο, από 31 μέχρι τα 60 έτη κάτι που, ίσως, να οδηγούσε στο συμπέρασμα ότι το επίπεδο εκπαίδευσης θα έπρεπε να είναι υψηλότερο.

Όπως, παρατηρούμε ότι μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 1.4% από αυτούς που ανήκουν στην ομάδα 31 – 60 χρόνων έχει πανεπιστημιακή εκπαίδευση.

		Επίπεδο Εκπαίδευσης					Σύνολο
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Πανεπιστήμιο	Τίποτα	
Ομάδες	< 30 Έτη	9	4	20	11	2	46
Ηλικιών (30 Έτη)	31 - 60	19	24	24	1	1	69
	Έτη						
	> 61 Έτη	27	6	2	0	16	51
Σύνολο		55	34	46	12	19	166

Πίνακας 7 – Κατανομή Δείγματος με την Ηλικιακή Ομάδα και το Επίπεδο Εκπαίδευσης

Συνεπώς, αυτοί που επικαλούνται τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. είναι, στην πλειοψηφία τους, πάνω των 30 κάτω των 60 χρόνων με ανώτατη βαθμίδα εκπαίδευσης το Λύκειο. Ο δείκτης Pearson δεν δείχνει κάποια συσχέτιση των μεταβλητών αυτών ($p=0.759$) που σημαίνει ότι η ηλικία δεν είναι απαραίτητα συνυφασμένη με την εκπαιδευτική κατάρτιση.

Αναφορικά με την εργασιακή τους κατάσταση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι δεν εργάζονται (ποσοστό της τάξης του 55.2%) κάτι που έχει ενδιαφέρον να συσχετιστεί τόσο με την ηλικιακή ομάδα (των 31 – 60 ετών: η κυρίαρχη ομάδα στο δείγμα μας) όσο και με το φύλο. Συνεπώς, ίσως να φανεί οξύμωρο το ότι άνθρωποι, σε παραγωγική ηλικία, είναι κατά πλειοψηφία άνεργοι.

φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνδρες συμμετέχοντες από 31 – 60 ετών, εργάζονται (97%) ενώ το 91% των συμμετεχόντων από 61 ετών και άνω και το 69% των ανδρών μέχρι 30 ετών, δηλώνουν ότι δεν εργάζονται. Η συσχέτιση εργασίας – παραγωγικών ηλικιών (31 – 60 ετών) είναι έντονη για το ανδρικό φύλο, όπως φαίνεται από τον δείκτη Pearson $p = 0.031$, $p < 0.05$.

Μολαταύτα, εάν το δείγμα των ανδρών εξεταστεί συνολικά, παρατηρούμε ότι το 53% αυτού δηλώνει ότι δεν εργάζεται (Πίνακας 8 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Φύλο, την Ηλικία και την Εργασιακή Κατάσταση).

Φύλο	Ομάδες Ηλικιών (30 Έτη)			Σύνολο	
	< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη		
Άνδρας	Εργασία; Όχι	18	1	30	49
	Ναι	8	32	3	43
	Σύνολο	26	33	33	92
Γυναίκα	Εργασία; Όχι	12	10	19	41
	Ναι	4	26	0	30
	Σύνολο	16	36	19	71

Πίνακας 8 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Φύλο, την Ηλικία και την Εργασιακή Κατάσταση

Παρατηρούμε, έτσι, ότι εάν το δείγμα της έρευνας εξεταστεί συνολικά, έχει χαρακτηριστικά τα οποία δεν συμβαδίζουν με αυτά που παρατηρούνται για το υποσύνολο του δείγματος που ενσωματώνει τους συμμετέχοντες από 31 – 60 ετών. Συγκεκριμένα, ενώ οι περισσότεροι άνδρες από 31 – 60 ετών εργάζονται, οι περισσότεροι άνδρες στο δείγμα (όλες οι ηλικίες) δηλώνουν ότι δεν έχουν εργασία. Το ίδιο παρατηρείται και για τις γυναίκες συμμετέχουσες (Πίνακας 8 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Φύλο, την Ηλικία και την Εργασιακή Κατάσταση).

Όπως φαίνεται το 72% των γυναικών από 31 – 60 ετών εργάζεται ενώ το 75% και το 100% των γυναικών μέχρι 30 ετών και από 61 ετών και άνω αντίστοιχα, δηλώνει ότι δεν εργάζεται. Η συσχέτιση εργασίας – παραγωγικών ηλικιών (31 – 60 ετών) για το γυναικείο φύλο είναι επίσης έντονη όπως φαίνεται από τον δείκτη Pearson $p = 0.043$, $p < 0.05$.

Αφού τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες τα μεγαλύτερα ποσοστά στο δείγμα δεν εργάζονται, οδηγούμαστε και στο γενικότερο συμπέρασμα ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος της έρευνας (55.2%) δεν εργάζεται (Πίνακας 9 – Κατανομή Δείγματος Αναφορικά με την Εργασιακή Κατάσταση).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	90	52.9
	Ναί	73	42.9
	Σύνολο	163	95.9
Λείπουν	Σύστημα	7	4.1
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 9 – Κατανομή Δείγματος Αναφορικά με την Εργασιακή Κατάσταση

Γράφημα 1 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με την Ηλικία, το Φύλο και την Εργασιακή Κατάσταση

Από αυτούς που δεν εργάζονται, παρατηρούμε, ότι οι περισσότεροι είναι συνταξιούχοι άνω των 61 ετών (46.6%)

Εργασιακή Κατάσταση		Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο
		< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Όχι	Άνεργος	2	1	0	3
	Συνταξιούχος	0	0	41	41
	Οικιακά	1	9	6	16
	Φοιτητής	11	0	0	11
	Άλλο	15	1	1	17
Total		29	11	48	88
Ναι	Συνταξιούχος			2	2
	Total			2	2

Πίνακας 10 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με την Ηλικία και την Εργασιακή Κατάσταση

Ο δείκτης Pearson για τη συσχέτιση ανάμεσα στην μη εργασία και στην δικαιολόγησή της (π.χ. συνταξιοδότηση) είναι $p = 0.692$. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορούμε απαραίτητα, παρά τα μεγάλα ποσοστά, να συσχετίσουμε την συνταξιοδότηση με την μη-εργασία.

Αναφορικά με την εργασιακή ειδίκευση, παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (ποσοστό 86.1%) απασχολείται στον ιδιωτικό τομέα ενώ το 31.0% δηλώνουν ότι εργάζονται ως εργάτες – τεχνίτες.

		Ειδίκευση					Σύνολο
		Επιστήμες	Εμπόριο	Δουλειά Γραφείου	Εργάτες	Αγρότες	
Τομέας Εργασίας	Δημόσιος Τομέας	4	0	7	2	0	13
	Ιδιωτικός Τομέας	1	22	11	27	26	87
Σύνολο		5	22	18	29	26	100

Πίνακας 11 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Τομέα Εργασίας και την Ειδίκευση

Όσον αφορά τον αριθμό των ωρών που οι συμμετέχοντες στην έρευνα δηλώνουν ότι εργάζονται ανά εβδομάδα, παρατηρούμε ότι ένα 57.4% απασχολείται πάνω από 40 ώρες την εβδομάδα ενώ το 70% δηλώνει ότι εργάζεται με διακεκομμένο (πρωί – απόγευμα) ωράριο (Πίνακας 12 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Αριθμό των Ωρών Εργασίας ανά Εβδομάδα).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	40	35	20.6
	> 40	58	34.1
	< 40	8	4.7
	Σύνολο	101	59.4
Λείπουν	Σύστημα	69	40.6
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 12 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Αριθμό των Ωρών Εργασίας ανά Εβδομάδα

Από τον παρακάτω πίνακα (– Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Μηνιαίο Εισόδημα) συμπεραίνουμε, αναφορικά με το συνολικό μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων ότι το 77.4% εισπράττει μηνιαίως από 1000 ευρώ και κάτω.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	< 600 €	29	17.1
	600 – 800 €	24	14.1
	801 – 1000 €	26	15.3
	1001 – 1200 €	17	10.0
	> 1200	4	2.4
	Δεν Γνωρίζω	2	1.2
Σύνολο		102	60.0
Ελλιπή	Σύστημα	68	40.0
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 13 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Μηνιαίο Εισόδημα

Αναφορικά με την ασφάλιση, ένα ποσοστό της τάξης του 71.2% διαθέτει ασφάλιση για επισκέψεις σε γιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας (Πίνακας 14 – Ασφάλιση για Επισκέψεις σε Γιατρούς ή άλλους Επαγγελματίες Υγείας) ενώ το 82.8% δηλώνει ότι είναι ασφαλισμένο για νοσοκομειακή περίθαλψη (Πίνακας 15 – Ασφάλιση για Νοσοκομειακή Περίθαλψη).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Δεν Υπάρχει	8	4.7
	Υπάρχει	42	24.7
	Δεν Γνωρίζω	9	5.3
	Σύνολο	59	34.7
Λείπουν	Σύστημα	111	65.3
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 14 – Ασφάλιση για Επισκέψεις σε Γιατρούς ή άλλους Επαγγελματίες Υγείας

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Δεν Υπάρχει	2	1.2
	Υπάρχει	72	42.4
	Δεν Γνωρίζω	13	7.6
	Σύνολο	87	51.2
Λείπουν	Σύστημα	83	48.8
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 15 – Ασφάλιση για Νοσοκομειακή Περίθαλψη

Τέλος, το 41.1% των συμμετεχόντων είναι ασφαλισμένο στον Ο.Γ.Α ενώ αμέσως μετά, το 33.7%, δηλώνει ασφαλισμένο στο Ι.Κ.Α (Πίνακας 16 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Ασφαλιστικό Ταμείο που ανήκει).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Ι.Κ.Α	32	18.8
	Ο.Γ.Α	39	22.9
	Δημόσιο	15	8.8
	Τ.Α.Ξ.Υ	1	.6
	Ο.Α.Ε.Ε. Τ.Ε.Β.Ε	3	1.8
	Τ.Σ.Α	3	1.8
	Τ.Υ.Δ.Κ.Υ	2	1.2
	Σύνολο	95	55.9
Λείπουν	Σύστημα	75	44.1
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 16 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Ασφαλιστικό Ταμείο που ανήκει

Όπως φαίνεται το 62.9% των συμμετεχόντων που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα διαθέτουν ασφάλιση Ο.Γ.Α (Πίνακας 17 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Ασφαλιστικό Φορέα).

		Ασφαλιστικός Φορέας					Σύνολο
		Ι.Κ.Α	Ο.Γ.Α	Δημόσιο	Τ.Α.Ξ.Υ	Ο.Α.Ε.Ε. Τ.Ε.Β.Ε	
Τομέας Εργασίας	Δημόσιος Τομέας	1	0	4	0	0	5
	Ιδιωτικός Τομέας	10	22	0	1	2	35
Σύνολο		11	22	4	1	2	40

Πίνακας 17 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Ασφαλιστικό Φορέα

Αυτό πρέπει να συνδυαστεί με το γεγονός ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες δηλώνουν εργάτες – τεχνίτες. Όπως, όμως, μια προσεκτικότερη μελέτη αναδεικνύει, ο Ο.Γ.Α. παρουσιάζεται ως το κύριο ασφαλιστικό ταμείο κυρίως γιατί τόσο οι αγρότες (ποσοστό 78.9%) όσο και πολλοί από τους εργάτες (ποσοστό 44.4%) το δηλώνουν ως την κύρια ασφάλειά τους αναφορικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Τομέας Εργασίας			Ασφαλιστικός Φορέας					Σύνολο
			Ι.Κ.Α	Ο.Γ.Α	Δημόσιο	Τ.Α.Ξ.Υ	Ο.Α.Ε.Ε. Τ.Ε.Β.Ε	
Δημόσιος Τομέας	Ειδικευση	Εμπόριο	1	3		0	1	5
		Δουλειά Γραφείου	2	0		0	0	2
		Εργάτες	4	4		1	0	9
		Αγρότες	3	15		0	1	19
Σύνολο			10	22		1	2	35

Πίνακας 18 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Τομέα Εργασίας και τον Ασφαλιστικό Φορέα

Ο συντελεστής Pearson υπολογίζεται $p = 0.019$, $p < 0.05$, που υποδηλώνει ότι υπάρχει αλληλο-εξάρτηση του τομέα εργασίας με το είδος της ασφάλισης.

Εάν θα θέλαμε, σε λίγες γραμμές, να σκιαγραφήσουμε το πορτραίτο του μέσου ασθενή που συμμετέχει στην έρευνα θα λέγαμε ότι είναι άνδρας, παντρεμένος με παιδιά, άνεργος, ηλικίας 31 – 60 ετών, με μηνιαίο εισόδημα κάτω των 1001 ευρώ, με ασφάλεια Ο.Γ.Α. Αυτό το μοντέλο, μπορεί να μην ανταποκρίνεται σε κάποιο συγκεκριμένο υποσύνολο του δείγματος – να είναι, δηλαδή, εντελώς θεωρητικό, αλλά

μπορεί να αποτελέσει έναν χρήσιμο οδηγό για τα συμπεράσματα που θα εξαχθούν στη συνέχεια.

Δημογραφικά στοιχεία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Αναφορικά με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παρατηρούμε ότι ένα συντριπτικό ποσοστό της τάξης του 95.7% βρίσκεται στην ηλικιακή ομάδα των 31 – 60

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	<30	1	2.1	2.1	2.1
	31 - 60	45	95.7	95.7	97.9
	> 61	1	2.1	2.1	100.0
	Σύνολο	47	100.0	100.0	

Πίνακας 19 – Κατανομή Δείγματος Ανά Ηλικιακή Ομάδα

Όσον αφορά στο φύλο, ένα ποσοστό της τάξης του 61.7% είναι γυναίκα όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 20 – Κατανομή Δείγματος με βάση το Φύλο)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Άνδρας	18	38.3
	Γυναίκα	29	61.7
	Σύνολο	47	100.0

Πίνακας 20 – Κατανομή Δείγματος με βάση το Φύλο

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι είναι έγγαμοι (ποσοστό 66.0%) (Πίνακας 21 – Κατανομή Δείγματος με βάση την Οικογενειακή Κατάσταση) και διαθέτουν κατά κύριο λόγο δύο παιδιά (ποσοστό 31.9%) (Πίνακας 22 – Κατανομή Δείγματος με βάση τον Αριθμό των Παιδιών).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Ελεύθερος	8	17.0
	Παντρεμένος	31	66.0
	Σε Διάσταση	6	12.8
	Διαζευγμένος	2	4.3
	Σύνολο	47	100.0

Πίνακας 21 – Κατανομή Δείγματος με βάση την Οικογενειακή Κατάσταση

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	0	13	27.7
	1	8	17.0
	2	15	31.9
	3	11	23.4

Σύνολο	47	100.0
--------	----	-------

Πίνακας 22 – Κατανομή Δείγματος με βάση τον Αριθμό των Παιδιών

Σχετικά με τις ώρες εργασίας, ένα συντριπτικό ποσοστό της τάξης του 97.8% δηλώνει ότι εργάζεται με κανονικό ωράριο (40 ώρες την εβδομάδα συν τυχόν υπερωρίες).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Κανονικό	44	93.6
	Μειωμένο	1	2.1
	Σύνολο	45	95.7
Λείπουν	Σύστημα	2	4.3
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 23 – Κατανομή Δείγματος με βάση τον Αριθμό των Ωρών Εργασίας

Αναφορικά με το πτυχίο που κατέχεται, όπως φαίνεται ένα ποσοστό της τάξης του 45.5% είναι απόφοιτοι Νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι ενώ αμέσως μετά έρχονται οι απόφοιτοι Νοσηλευτικής Α.Ε.Ι (ποσοστό 20.5%) (Πίνακας 24 – Κατανομή Δείγματος Ανά Πτυχίο).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Νοσηλευτική (ΑΕΙ)	9	19.1
	Νοσηλευτική (ΤΕΙ)	20	42.6
	Μαιευτική	4	8.5
	Βοηθός Νοσηλευτή	7	14.9
	Ιατρική (ΑΕΙ)	4	8.5
Σύνολο		44	93.6
Λείπουν	Σύστημα	3	6.4
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 24 – Κατανομή Δείγματος Ανά Πτυχίο

Υπάρχουν και τέσσερις συμμετέχοντες που δηλώνουν ιατροί με ειδικότητες χειρουργού, ορθοπεδικού, παθολόγου και αναισθησιολόγου. Από την ανάλυση που θα προκύψει θα δούμε εάν οι ειδικότητες αυτές είναι και οι σημαντικότερες σε συνάρτηση με τα περιστατικά που καλείται να αντιμετωπίσει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Αναφορικά με τα χρόνια που πέρασαν μετά την απόκτηση πτυχίου, ένα ποσοστό της τάξης του 54.3% δηλώνει (Πίνακας 25 – Χρόνος Μετά την Απόκτηση Πτυχίου) ότι έχουν περάσει περισσότερο από δέκα χρόνια από τότε που πήρε πτυχίο ενώ ένα

ποσοστό της τάξης του 34.8% (το μεγαλύτερο ποσοστό) (Πίνακας 26 – Χρόνος Εργασίας στην Π.Φ.Υ) δηλώνει ότι εργάζεται περισσότερο από δέκα χρόνια στον τομέα.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	3-5 Έτη	6	12.8
	6-10 Έτη	15	31.9
	> 10 Έτη	25	53.2
	Σύνολο	46	97.9
Λείπουν	Σύστημα	1	2.1
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 25 – Χρόνος Μετά την Απόκτηση Πτυχίου

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	0-2 Έτη	6	12.8
	3-5 Έτη	13	27.7
	6-10 Έτη	11	23.4
	> 10 Έτη	16	34.0
	Σύνολο	46	97.9
Λείπουν	Σύστημα	1	2.1
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 26 – Χρόνος Εργασίας στην Π.Φ.Υ

Εάν γίνει μια συγκριτική μελέτη των παραπάνω απαντήσεων παρατηρούμε ότι ένα 56.0% από αυτούς που έχουν πάρει το πτυχίο τους εδώ και δέκα, τουλάχιστον, χρόνια δηλώνει ότι εργάζεται πάνω από δέκα χρόνια. Το 64.3% όσων έχουν πάρει το πτυχίο τους από έξι έως δέκα χρόνια πριν, δηλώνει ότι εργάζεται τρία με πέντε χρόνια ενώ το 50% όσων έχουν πάρει πτυχίο πριν τρία με πέντε χρόνια σημειώνει ότι εργάζεται ήδη τρία με πέντε χρόνια στον τομέα (Πίνακας 27 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Χρόνο Εργασίας και τον Χρόνο Από την Απόκτηση Πτυχίου).

		Έτη Εργασίας				Σύνολο
		0-2 Έτη	3-5 Έτη	6-10 Έτη	> 10 Έτη	
Χρόνια Από την Απόκτηση Πτυχίου	3-5 Έτη	2	3	0	1	6
	6-10 Έτη	1	9	4	0	14
	> 10 Έτη	3	1	7	14	25
Σύνολο		6	13	11	15	45

Πίνακας 27 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Χρόνο Εργασίας και τον Χρόνο Από την Απόκτηση Πτυχίου

Είναι αξιοσημείωτο να αναφέρουμε ότι ένας συμμετέχων στην έρευνα δήλωσε ότι εργάζεται πάνω από δέκα χρόνια στην Π.Φ.Υ ενώ έχει πάρει πτυχίο πριν μόλις τρία με πέντε χρόνια.

Ο δείκτης Pearson για την δεδομένη συσχέτιση είναι $p < 0.01$ που δείχνει ότι υπάρχει συσχέτιση των χρόνων εργασίας με το χρόνο από την απόκτηση πτυχίου.

Το υποθετικό υποκείμενο που προκύπτει από τα δημογραφικά στοιχεία που συλλέχθηκαν αναφορικά με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται σε μονάδες Π.Φ.Υ. μπορεί να σκιαγραφηθεί ως γυναίκα, ηλικίας από 31 – 60 ετών, έγγαμη με δύο παιδιά, απόφοιτος Νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι που εργάζεται στην Π.Φ.Υ τουλάχιστον δέκα χρόνια ενώ έχει αποκτήσει το πτυχίο της παραπάνω από δέκα χρόνια.

Με βάση αυτά τα στοιχεία, είμαστε σε θέση να προχωρήσουμε στην σκιαγράφηση των αποτελεσμάτων ανά ερευνητικό άξονα.

Παρουσίαση των αποτελεσμάτων ανά ερευνητικό άξονα

Είδος και Εύρος περιστατικών που αντιμετωπίζονται από την Π.Φ.Υ (1^{ος} Ερευνητικός Άξονας)

Στον παρακάτω πίνακα απαριθμούνται οι ιατρικές παθήσεις για τις οποίες οι ασθενείς επικαλούνται τα κέντρα Π.Φ.Υ (Πίνακας 28 – Ασθένειες για τις οποίες οι ασθενείς επισκέπτονται τα κέντρα Π.Φ.Υ):

	Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα Καμία Επίσκεψη	1	,6
Κερατοπάθεια	2	1,2
Κατάθλιψη	3	1,8
Κάταγμα	2	1,2
Πόνος στο Στομάχι	4	2,4
Αρθρωση Ισχίου	1	,6
Οστεοπόρωση	5	2,9
Μυκτίαση	1	,6
Ορθοπεδικά	4	2,4
Γυναικολογικά	5	2,9
Ρήξη Χιαστού	2	1,2

Ψωρίαση	1	,6
Κνίδωση	1	,6
Ουρολοίμωξη	1	,6
Προστατίτιδα	3	1,8
Οίδημα	2	1,2
Ημικρανία	3	1,8
Σπονδυλαρθρίτιδα	2	1,2
Τεστ Παπανικολάου	5	2,9
Ρήξη Μηνίσκου	3	1,8
Πευκίτιδα	4	2,4
Ρήξη Τένοντα	1	,6
Εξάρθρωση Κνήμης	3	1,8
Γλαύκωμα	2	1,2
Συνταγογράφηση	20	11,8
Υπέρηχος Στήθους	1	,6
Βρογχίτιδα	4	2,4
Καρδιακά Προβλήματα	2	1,2
Υπερθυρεοειδισμός	4	2,4
Αναπνευστικά Προβλήματα	2	1,2
Διασκέδαση	2	1,2
Γενικός Έλεγχος	1	,6
Πίεση	4	2,4
Οφθαλμολογικά	3	1,8
Διάρροια	3	1,8
Πονόλαιμος	5	2,9
Εμβολιασμός	1	,6
Πυρετός	2	1,2
Διαβήτης	4	2,4
Πίεση Οφθαλμού	1	,6
Θρόμβωση	1	,6
Πέτρα στο Νεφρό	2	1,2
Χοληστερίνη	1	,6
Αρρυθμίες	2	1,2
Τραυματισμός	2	1,2
Εγκυμοσύνη	2	1,2
Αιμορραγία Ούλων	2	1,2
Σκωληκοειδίτιδα	2	1,2
Λοιμώδης Μονοπυρήνωση	1	,6
Γρίπη	3	1,8
Παχυσαρκία	2	1,2
Πορφύρα	1	,6
Πλατυποδία	2	1,2
Αιμορραγία	1	,6
Λεμφαδένες	1	,6
Παγκρεατίτιδα	1	,6
Αιματοουρία	1	,6
Σχιζοφρένεια	1	,6
Κολίτιδα	1	,6
Αρθρίτιδα	3	1,8
Εξέταση Οφθαλμού	2	1,2

Εμφύσημα	1	,6
Διόγκωση Όρχεων	1	,6
Άσθμα	1	,6
Άγχος	1	,6
Ατύχημα	1	,6
Καταρράκτης	1	,6
Έμφραγμα	1	,6
Μόλυνση Οφθαλμού	1	,6
Αφυδάτωση	1	,6
Μόλυνση Δοντιών	1	,6
Απονεύρωση	1	,6
Μόλυνση Αυτιών	2	1,2
Ζαλάδα	1	,6
Έγκαυμα	1	,6
Σύνολο	169	99,4
Ελλείψεις Σύστημα	1	,6
Σύνολο	170	100,0

Πίνακας 28 – Ασθένειες για τις οποίες οι ασθενείς επισκέπτονται τα κέντρα Π.Φ.Υ

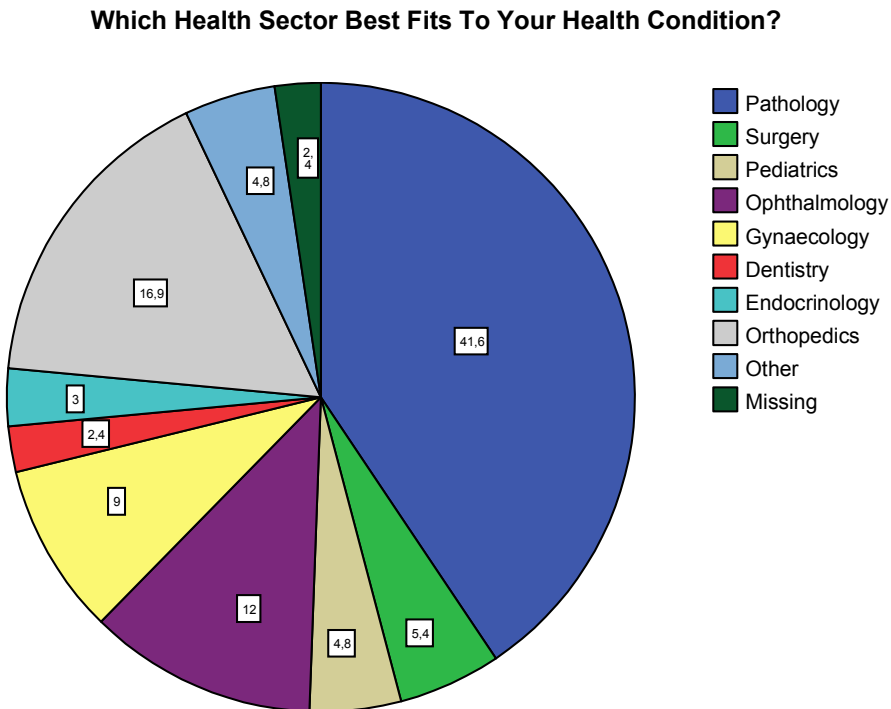
Από τα παραπάνω δεδομένα παρατηρούμε ότι τα κέντρα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τα επισκέπτονται οι ασθενείς, κυρίως (σε ποσοστό της τάξης του 11.8%), για συνταγογράφηση. Είναι σημαντικό να παρατηρήσουμε ότι τα κέντρα Π.Φ.Υ δεν τα επικαλούνται οι περισσότεροι ασθενείς για να διαγνωστεί το πρόβλημά τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς γνωρίζουν ήδη το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν και απλά προσεγγίζουν τα κέντρα Π.Φ.Υ προκειμένου να τους δοθεί η απαραίτητη ιατρική συνταγή για να προμηθευτούν τα φάρμακα που χρειάζονται.

Είναι πιο χρήσιμο να παρατεθούν τα περιστατικά υγείας που αντιμετωπίζονται από την Π.Φ.Υ. σε σχέση με τον ιατροφαρμακευτικό τομέα στον οποίο ανήκουν.

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	Παθολογικά	69	40,6	41,6	41,6
	Χειρουργικά	9	5,3	5,4	47,0
	Παιδιατρικά	8	4,7	4,8	51,8
	Οφθαλμολογικά	20	11,8	12,0	63,9
	Γυναικολογικά	15	8,8	9,0	72,9
	Οδοντιατρικά	4	2,4	2,4	75,3
	Ενδοκρινολογικά	5	2,9	3,0	78,3
	Ορθοπεδικά	28	16,5	16,9	95,2
	Άλλα	8	4,7	4,8	100,0
	Σύνολο	166	97,6	100,0	
Ελλείψεις	Σύστημα	4	2,4		
Σύνολο		170	100,0		

Πίνακας 29 – Κατανομή Περιστατικών Π.Φ.Υ με τον Ιατροφαρμακευτικό Τομέα

Όπως φαίνεται και από τον παραπάνω πίνακα (Πίνακας 29 – Κατανομή Περιστατικών Π.Φ.Υ με τον Ιατροφαρμακευτικό Τομέα), τα περισσότερα περιστατικά που η Π.Φ.Υ. καλείται ν' αντιμετωπίσει ανήκουν στον παθολογικό τομέα (ποσοστό 41.6%).



Γράφημα 2 – Κατανομή Περιστατικών ανάλογα με τον Ιατροφαρμακευτικό Τομέα

Παρατηρούμε ότι τα ορθοπεδικά έρχονται δεύτερα (ποσοστό της τάξης του 16.9%) ενώ τρίτα έρχονται τα οφθαλμολογικά περιστατικά (ποσοστό 11.0%). Εάν αυτό συσχετιστεί με το είδος των γιατρών που δήλωσαν ότι εργάζονται στα πλαίσια της Π.Φ.Υ (παθολόγος, χειρουργός, ορθοπεδικός και αναισθησιολόγος) θα λέγαμε ότι για τα δύο κύρια περιστατικά (παθολογικά και ορθοπεδικά) η Π.Φ.Υ. έχει το κατάλληλο προσωπικό. Αναφορικά με τον πρώτο ερευνητικό στόχο, θα μπορούσαμε να πούμε ότι, σε γενικές γραμμές, η Π.Φ.Υ. καλύπτει ένα μεγάλο εύρος ιατρικών περιπτώσεων. Αυτό ίσως να γίνεται περισσότερο ευκρινές στο παραπάνω διάγραμμα (Γράφημα 2 – Κατανομή Περιστατικών ανάλογα με τον Ιατροφαρμακευτικό Τομέα).

Εάν κοιτάξουμε το είδος των περιστατικών ανά ηλικιακή ομάδα παρατηρούμε ότι τα παθολογικά προβλήματα δηλώνονται πρώτα σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες (57.1% στις ηλικίες 61 ετών και άνω, 36.8% στις ηλικίες 31 – 60, 32.7% στις ηλικίες 30 ετών

και κάτω). Τα οφθαλμολογικά προβλήματα έρχονται δεύτερα στις ηλικίες 61 ετών και άνω (ποσοστό 18.4%) ενώ τα γυναικολογικά είναι αυτά που ακολουθούν τα παθολογικά για τις ηλικίες 31 – 60 ετών (ποσοστό 14.7%). Στις ηλικίες κάτω των 30 ετών παρατηρούμε ότι τα ορθοπεδικά προβλήματα (ποσοστό 22.4%) είναι αρκετά συχνά (Πίνακας 30 – Κατανομή Δείγματος Ανά Ηλικιακή Ομάδα και Ιατρικό Τομέα Υγειονομικής Κατάστασης).

		Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο
		< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Ιατρικός Τομέας στον οποίο υπάγεται η κατάσταση υγείας ασθενούς	Παθολογικός	16	25	28	69
	Χειρουργικός	2	5	2	9
	Παιδιατρικός	7	1	0	8
	Οφθαλμολογικός	4	7	9	20
	Γυναικολογικός	4	10	1	15
	Οδοντιατρικός	1	3	0	4
	Ενδοκρινολογικός	3	2	0	5
	Ορθοπεδικός	11	9	8	28
	Άλλος				
		1	6	1	8
Σύνολο	49	68	49	166	

Πίνακας 30 – Κατανομή Δείγματος Ανά Ηλικιακή Ομάδα και Ιατρικό Τομέα Υγειονομικής Κατάστασης

Όπως φαίνεται και από το παρακάτω διάγραμμα, (Γράφημα 2 – Κατανομή Περιστατικών ανάλογα με τον Ιατροφαρμακευτικό Τομέα), τα ορθοπεδικά και τα οφθαλμολογικά προβλήματα είναι σημαντικά για όλες τις ηλικίες (με κλιμακούμενη σημαντικότητα). Έτσι δικαιολογείται και το γεγονός ότι αυτά, μαζί με τα παθολογικά, αποτελούν τα κύρια προβλήματα υγείας που καλείται η Π.Φ.Υ. να αντιμετωπίσει.

Τα παθολογικά προβλήματα αποτελούν και τα κυριότερα περιστατικά υγείας για τα οποία οι ασθενείς επιζητούν συνταγογράφηση όπως φαίνεται και από το παρακάτω διάγραμμα.

Από το παραπάνω γράφημα ή τον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 31 – Κατανομή Περιστατικών Συνταγογράφησης Ανάλογα με την Ηλικία και τον Τομέα Υγείας)

παρατηρούμε επίσης ότι η συνταγογράφηση απασχολεί κυρίως τις ηλικίες άνω των 61 ετών ενώ τις ηλικίες κάτω των 30 ετών τις αφήνει εντελώς αδιάφορες.

Λόγος Επίσκεψης σε Κέντρο Π.Φ.Υ	Ομάδες Ηλικίας (30 Έτη)			Σύνολο
	< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Συνταγογράφηση	0	3	11	14
Τομέας Υγείας	0	0	1	1
Παθολογικός	0	0	2	2
Χειρουργικός	0	1	2	3
Οφθαλμολογικός	0	0	2	2
Ορθοπαιδικός	0	1	2	3
Σύνολο	0	4	16	20

Πίνακας 31 – Κατανομή Περιστατικών Συνταγογράφησης Ανάλογα με την Ηλικία και τον Τομέα Υγείας

Ο δείκτης **Pearson** για την συσχέτιση Συνταγογράφησης και ηλικίας άνω των 60 ετών ισούται με **0.042, $p < 0.05$** που υποδεικνύει συσχέτιση.

Από την πλευρά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού παρατηρούμε ότι τα περιστατικά που το προσωπικό των κέντρων Π.Φ.Υ καλείται να αντιμετωπίσει συμβαδίζουν (τουλάχιστον στα δύο κύρια περιστατικά υγείας: παθολογικά και ορθοπαιδικά) με αυτά για τα οποία οι ασθενείς προσέρχονται στα κέντρα Π.Φ.Υ.

Πιο συγκεκριμένα, ένα ποσοστό της τάξης του 27.3% απαντά ότι παρακολουθεί κατά κύριο λόγο περιστατικά που άπτονται του παθολογικού τομέα ενώ ένα 15.9% απαντά ότι τα περιστατικά που παρακολουθεί είναι κυρίως ορθοπαιδικής φύσης.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Επείγοντα	6	12.8
	Ορθοπαιδικά	7	14.9
	Παθολογικά	12	25.5
	Παιδιατρικά	2	4.3
	Οφθαλμολογικά	3	6.4
	Χειρουργικά	5	10.6
	Γυναικολογικά	4	8.5
	Ψυχιατρικά	2	4.3
	Ογκολογικά	1	2.1
	Νευρολογικά	1	2.1
	Δερματολογικά	1	2.1
	Σύνολο	44	93.6
	Λείπουν	Σύστημα	3
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 32 – Κατανομή Περιστατικών Υγείας αναφορικά με τον Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό

Για το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έγινε η θεώρηση ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων Π.Φ.Υ μπορεί να παρακολουθήσει ένα εύρος περιστατικών με συνέπεια η απάντηση στην ερώτηση «τι περιστατικά παρακολουθείτε συνήθως»

να δίνει πληροφορία για το είδος των περιστατικών που καλείται η Π.Φ.Υ να αντιμετωπίσει παρά για την ειδικότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Αλλά ακόμα και σε αυτήν την περίπτωση, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η στελέχωση των κέντρων Π.Φ.Υ καθορίζεται με βάση τη ζήτηση. Συνεπώς, εάν υπάρχουν περισσότεροι παθολόγοι στην Π.Φ.Υ., αυτό θα οφείλεται στην ύπαρξη περισσότερων ασθενών με παθολογικά προβλήματα.

Αναφορικά με το είδος των υπηρεσιών που παρέχονται στα κέντρα Π.Φ.Υ. κανείς μπορεί να συμπεράνει ότι στο 93% των περιπτώσεων παρέχονται υπηρεσίες συμβουλευτικής στήριξης, στο 79.1% των περιπτώσεων παρέχεται συμβουλευτική στήριξη στην οικογένεια, στο 86.0% των περιπτώσεων παρέχεται συναισθηματική στήριξη, στο 35.7% γίνεται παρέμβαση στην τοπική κοινωνία, στο 53.5% παραπέμπεται ο ασθενής σε άλλη υπηρεσία ενώ το ίδιο ποσοστό αντιστοιχεί και στην υπηρεσία ενημέρωσης για τυχόν παροχές.

Συμβουλευτική Στήριξη		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	3	6.4
	Ναι	40	85.1
	Σύνολο	43	91.5
Λείπουν	Σύστημα	4	8.5
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 33 – Ποσοστό Παροχής Υπηρεσιών Συμβουλευτικής Στήριξης

Συναισθηματική Στήριξη		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	6	12.8
	Ναι	37	78.7
	Σύνολο	43	91.5
Λείπουν	Σύστημα	4	8.5
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 34 – Ποσοστό Παροχής Υπηρεσιών Συναισθηματικής Στήριξης

Συμβουλευτική Στήριξη στην Οικογένεια		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	9	19.1
	Ναι	34	72.3
	Σύνολο	43	91.5
Λείπουν	Σύστημα	4	8.5
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 35 – Ποσοστό Παροχής Υπηρεσιών Συμβουλευτικής Στήριξης στην Κοινωνία

Παρέμβαση στην Κοινωνία		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	27	57.4
	Ναι	15	31.9

	Σύνολο	42	89.4
Λείπουν	Σύστημα	5	10.6
	Σύνολο	47	47

Πίνακας 36 – Ποσοστό Παροχής Υπηρεσιών Παρέμβασης στην Κοινωνία

Παραπομπή σε Άλλη Υπηρεσία		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	20	42.6
	Ναι	23	48.9
	Σύνολο	43	91.5
Λείπουν	Σύστημα	4	8.5
	Σύνολο	47	47

Πίνακας 37 – Ποσοστό Παραπομπών σε Άλλες Υπηρεσίες

Ενημέρωση Για Παροχές		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	20	42.6
	Ναι	23	48.9
	Σύνολο	43	91.5
Λείπουν	Σύστημα	4	8.5
	Σύνολο	47	47

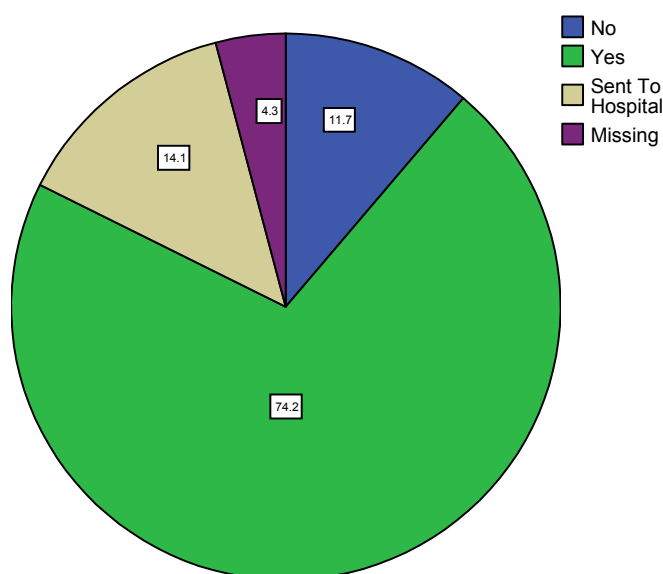
Πίνακας 38 – Ποσοστό Παροχής Υπηρεσιών Ενημέρωσης για Υπηρεσίες

Παρατηρούμε, από τα αποτελέσματα αυτά, ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των κέντρων Π.Φ.Υ. θεωρεί ότι παρέχονται, κατά κύριο λόγο, τόσο υπηρεσίες συμβουλευτικής - συναισθηματικής στήριξης όσο και υπηρεσίες συμβουλευτικής οικογένειας. Αυτό θα μπορούσε να συσχετιστεί με την ειδικότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των κέντρων Π.Φ.Υ. αλλά όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα που πήραμε, με βάση τον δείκτη **Pearson** ($p = 0.645$, $p = 0.292$, $p = 0.632$ για τις τρεις κύριες περιπτώσεις υπηρεσιών), δεν υπάρχει καμία συσχέτιση. Συνεπώς, οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αυτές είναι καθαρά προσωπικές και εκφράζουν μόνο την πεποίθηση του προσωπικού που τις απάντησε.

Αποτελεσματικότητα της Π.Φ.Υ. (2⁰⁵ Ερευνητικός Άξονας)

Η αποτελεσματικότητα της παροχής ιατροφαρμακευτικής φροντίδας μέσω των κέντρων Π.Φ.Υ. μπορεί να μετρηθεί από το κατά πόσον το πρόβλημα για το οποίο ένας ασθενής κατέφυγε σε κάποιο κέντρο Π.Φ.Υ. αντιμετωπίστηκε. Όπως φαίνεται το 74.2% των περιπτώσεων αντιμετωπίζονται ενώ ένα 25.8% είτε δεν αντιμετωπίζεται είτε παραπέμπεται σε νοσοκομείο.

Has Your Health Condition Been Treated?



Γράφημα 3 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Εάν Αντιμετωπίστηκε η Κατάσταση Υγείας του

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	19	11.2
	Ναι	121	71.2
	Παραπομπή σε Νοσοκομείο	23	13.5
Σύνολο		163	95.9
Λείπουν	Σύστημα	7	4.1
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 39 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το εάν αντιμετωπίστηκε η Κατάσταση της Υγείας του

Έχει ενδιαφέρον να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της Π.Φ.Υ σε συνάρτηση με το είδος των ιατρικών περιστατικών που αυτή καλείται να αντιμετωπίσει. Θα μελετήσουμε τις τρεις κύριες κατηγορίες περιστατικών (παθολογικά, ορθοπεδικά, οφθαλμολογικά) αναφορικά με το βαθμό που αυτές αντιμετωπίζονται από την Π.Φ.Υ. Όπως ένα 73.5% των παθολογικών περιπτώσεων αντιμετωπίζεται από την Π.Φ.Υ ενώ στις ηλικίες κάτω των 30 ετών, όλα τα παθολογικά περιστατικά αντιμετωπίζονται. Στις ηλικίες άνω των 61 ετών η αποτελεσματικότητα της Π.Φ.Υ θα μπορούσε να τεθεί υπό αμφισβήτηση μια που τα ποσοστά μεταξύ αυτών που παραπέμπονται στο νοσοκομείο (ποσοστό 18.8%) και αυτών που τελικά αντιμετωπίζονται επιτυχώς από την Π.Φ.Υ. είναι ελάχιστη (ποσοστό 20.3%). Μια προσεκτικότερη μελέτη φανερώνει ότι οι περισσότεροι ασθενείς με ηλικίες μεγαλύτερες των 61 ετών και με παθολογικής φύσεως προβλήματα υγείας

απευθύνονται στα κέντρα Π.Φ.Υ. για συνταγογράφηση. Λαμβάνοντας υπόψη αυτό το γεγονός, υπολογίζουμε ότι η Π.Φ.Υ. κατά κύριο λόγο παραπέμπει στο νοσοκομείο (ποσοστό 18.8%) τους ασθενείς άνω των 61 ετών ενώ οι περιπτώσεις υγείας αυτής της ηλικιακής ομάδας που αντιμετωπίζει ανέρχονται μόλις στο 4.3%.

Αναφορικά με τα περιστατικά που αφορούν στα ορθοπεδικά προβλήματα παρατηρούμε ότι το 69.2% των περιπτώσεων αντιμετωπίζεται ενώ το 11.5% παραπέμπεται στο νοσοκομείο. Εάν γίνει ανακατανομή με βάση όσους προσέρχονται για συνταγογράφηση, παρατηρούμε ότι όλα τα περιστατικά υγείας που αφορούν στις ηλικίες άνω των 61 ετών είτε δεν αντιμετωπίζονται είτε παραπέμπονται στο νοσοκομείο. Παραπομπές στο νοσοκομείο δεν παρατηρούνται για τις ηλικίες κάτω των 30 ετών, για τις οποίες, όπως είδαμε, τα ορθοπεδικά προβλήματα είναι σημαντικά.

Τέλος, για τα οφθαλμολογικά προβλήματα παρατηρούμε ότι το 68.4% των περιπτώσεων αντιμετωπίζεται ενώ όλες οι περιπτώσεις που αφορούν στις ηλικίες μέχρι 60 ετών (30 και κάτω και 31 – 60) έχουν επιτυχή κατάληξη μέσα στα κέντρα Π.Φ.Υ. Εάν λάβουμε υπόψη τον αριθμό των περιπτώσεων που αντιμετωπίζουν οφθαλμολογικά προβλήματα και επιζητούν μόνο συνταγογράφηση, βλέπουμε ότι στις ηλικίες 61 ετών και μετά το 85.7% των περιστατικών είτε δεν αντιμετωπίζεται είτε παραπέμπεται στο νοσοκομείο. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι τα κέντρα Π.Φ.Υ. δεν αντιμετωπίζουν επιτυχώς τα περιστατικά που αφορούν στις μεγαλύτερες ηλικίες (61 ετών και μετά).

Ο δείκτης **Pearson** για τη συσχέτιση του τομέα υγείας στον οποίο υπάγονται τα περιστατικά που η Π.Φ.Υ. καλείται να αντιμετωπίσει με την αποτελεσματικότητα της τελευταίας στην αντιμετώπισή τους είναι $p < 0.01$ για τα παθολογικά περιστατικά – κάτι που συνεπάγεται έντονη συσχέτιση παθολογικών περιστατικών και Π.Φ.Υ, $p = 0.088$ για τα ορθοπεδικά – κάτι που δεν υποδεικνύει συσχέτιση της Π.Φ.Υ με τα ορθοπεδικά περιστατικά, και $p = 0.045$ για τα οφθαλμολογικά περιστατικά – κάτι που συνεπάγεται σημαντική συσχέτιση οφθαλμολογικών περιστατικών και Π.Φ.Υ.

Τομέας Υγείας			Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο
			< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Παθολογικός	Αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα Υγείας;	Όχι	0	3	1	4
		Ναι	16	20	14	50
	Σύνολο	Παραπομπή σε Νοσοκομείο	0	2	13	15
			16	25	28	69
Οφθαλμολογικός	Αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα Υγείας;	Όχι	0	0	4	4
		Ναι	4	6	3	13
	Σύνολο	Παραπομπή σε Νοσοκομείο	0	0	2	2
			4	6	9	19
Ορθοπαιδικός	Αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα Υγείας;	Όχι	1	1	3	5
		Ναι	9	7	2	18
	Σύνολο	Παραπομπή σε Νοσοκομείο	0	1	2	3
			10	9	7	26

Πίνακας 40 – Κατανομή Περιστατικών Ανάλογα με τον Τομέα Υγείας την Ηλικιακή Ομάδα και το εάν αντιμετωπίστηκαν από την Π.Φ.Υ.

Αναφορικά με την έκτακτη φύση των περιστατικών που αντιμετωπίζονται, ένα ποσοστό εκ μέρους των ασθενών της τάξης του 45.2% δηλώνει ότι δεν γνωρίζει το εάν και κατά πόσο η Π.Φ.Υ. είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τα έκτακτα περιστατικά. Με βεβαιότητα ότι δεν μπορεί η Π.Φ.Υ. να αντεπεξέλθει σε τέτοιες περιπτώσεις απαντά το 17.9% (Πίνακας 41 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με την Εκτίμηση του Εάν η Π.Φ.Υ μπορεί να αντεπεξέλθει σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	30	17.6
	Ναι	62	36.5
	Δεν Γνωρίζω	76	44.7
	Σύνολο	168	98.8
Λείπουν	Σύστημα	2	1.2
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 41 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με την Εκτίμηση του Εάν η Π.Φ.Υ μπορεί να αντεπεξέλθει σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας θα θεωρήσουμε ότι μόνο οι σίγουρα αρνητικές απαντήσεις μπορούν να βοηθήσουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων. Συνεπώς, αναφορικά με τα έκτακτα περιστατικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ένα μικρό ποσοστό των ασθενών θεωρεί ότι η Π.Φ.Υ. δεν μπορεί ή δεν θα μπορούσε να αντεπεξέλθει, κάτι που κανείς μπορεί να το θεωρήσει ενθαρρυντικό αναφορικά με το εύρος των περιστατικών που θα μπορούσε η Π.Φ.Υ. να καλύψει.

Αναφορικά με την οργάνωση των κέντρων Π.Φ.Υ., θα μπορούσαμε να πούμε ότι η μόνη παράμετρος από την μεριά των ασθενών που θα μπορούσε να καταδείξει σχετικά δεδομένα είναι αυτή που αφορά στον χρόνο αναμονής (Πίνακας 42 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Χρόνο Αναμονής στα κέντρα Π.Φ.Υ.).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	10min	14	8.2
	15min	34	20.0
	20min	53	31.2
	30min	36	21.2
	>30min	30	17.6
	Σύνολο	167	98.2
Λείπουν	Σύστημα	3	1.8
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 42 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Χρόνο Αναμονής στα κέντρα Π.Φ.Υ.

Από το παρακάτω διάγραμμα βλέπουμε ότι η μέση ώρα αναμονής είναι κάπου στα 22 λεπτά.

Έχει ενδιαφέρον να εξεταστεί ο χρόνος αναμονής ανά ιατρικό τομέα του κάθε περιστατικού. Για παράδειγμα, στα παθολογικά περιστατικά παρατηρούμε ότι σε ποσοστό της τάξης του 13.2% τα περιστατικά αυτά αντιμετωπίζονται μέσα σε 10 λεπτά. Αυτό το ποσοστό, κυρίως, οφείλεται στους ασθενείς άνω των 61 ετών (ποσοστό 88.9%). Ένα 37.5% του τελευταίου προκύπτει από ασθενείς άνω των 61 ετών που προσέρχονται για συνταγογράφηση. Αν και τα παθολογικά προβλήματα είναι τα συχνότερα, εντούτοις ο χρόνος αντιμετώπισής τους εντοπίζεται γύρω στα 21 λεπτά για τις ηλικίες 31 – 60 ετών, γύρω στα 20 λεπτά για τις ηλικίες κάτω των 31 ετών ενώ για τις ηλικίες 61 και άνω εντοπίζεται στα 26 λεπτά περίπου. Παρατηρούμε ότι τη μεγαλύτερη αναμονή, αναφορικά με τα παθολογικά προβλήματα την εντοπίζουμε στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες.

Αναφορικά με τα ορθοπεδικά προβλήματα παρατηρούμε ότι η ηλικιακή ομάδα που κατά κύριο λόγο επηρεάζεται από αυτά (ασθενείς κάτω των 31 ετών) έχει μέσο όρο αναμονής τα 15.5 λεπτά. Για τους ασθενείς από 31 – 60 ετών ο χρόνος αναμονής για ορθοπεδικής φύσης προβλήματα ανέρχεται στα 21.7 λεπτά. Η ηλικιακή ομάδα των 61 ετών και άνω δηλώνει τη μεγαλύτερη καθυστέρηση καθώς για ορθοπεδικά προβλήματα περιμένει μέχρι περίπου 28.8 λεπτά.

Τομέας Υγείας			Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο
			< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Παθολογικός	Χρόνος Αναμονής	10min	1	0	8	9
		15min	6	9	1	16
	20min	5	11	3	19	
	30min	2	3	6	11	
	>30min	2	1	10	13	
	Σύνολο		16	24	28	68
Οφθαλμολογικός	Χρόνος Αναμονής	15min	2	1	0	3
		20min	1	4	1	6
	30min	1	2	4	7	
	>30min	0	0	4	4	
Σύνολο		4	7	9	20	
Ορθοπαιδικός	Χρόνος Αναμονής	10min	1	1	1	3
		15min	6	3	0	9
	20min	4	2	2	8	
	30min	0	2	2	4	
	>30min	0	1	3	4	
Σύνολο		11	9	8	28	

Πίνακας 43 – Κατανομή Περιστατικών Ανάλογα με τον Τομέα Υγείας, την Ηλικιακή Ομάδα και τον Χρόνο Αναμονής

Τέλος, για τα οφθαλμολογικά περιστατικά παρατηρούμε ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες εξυπηρετούνται σε χρόνο 33.3 λεπτών, οι ηλικίες 31 – 60 σε χρόνο 22.1 λεπτών ενώ συντομότερα απ' όλους, σε χρόνο 20.0 λεπτών, εξυπηρετούνται οι νεότερες ηλικίες (κάτω των 30 ετών). Και στις τρεις παραπάνω περιπτώσεις, περισσότερο χρόνο αναμονής υφίστανται οι μεγαλύτερες ηλικίες ενώ, αντίστοιχα, οι μικρότερες ηλικίες υφίστανται τον μικρότερο (Πίνακας 43 – Κατανομή Περιστατικών Ανάλογα με τον Τομέα Υγείας, την Ηλικιακή Ομάδα και τον Χρόνο Αναμονής).

Ο δείκτης **Pearson** για τη συσχέτιση τομέα Υγείας και Χρόνου Αναμονής είναι $p < 0.01$ για τα παθολογικά περιστατικά, $p = 0.047$ για τα οφθαλμολογικά περιστατικά, $p = 0.151$ για τα ορθοπαιδικά περιστατικά. Η συσχέτιση τομέα Υγείας και Χρόνου αναμονής είναι έντονη για τα παθολογικά και τα οφθαλμολογικά περιστατικά. Τα ορθοπαιδικά περιστατικά δεν συσχετίζονται.

Από το ερωτηματολόγιο των ιατρών προκύπτει ότι το 91.1% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού δηλώνει ότι δεν επαρκεί το προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών της Π.Φ.Υ (Πίνακας 44 – Επαρκεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την κάλυψη των

αναγκών;). Αυτό θα μπορούσε να δικαιολογήσει τους χρόνους αναμονής των ασθενών. Παρατηρούμε ότι το πρόβλημα της ελλιπούς στελέχωσης των κέντρων Π.Φ.Υ. αναγνωρίζεται και ως κυρίαρχο όταν το προσωπικό καλείται να απαντήσει στην ερώτηση αναφορικά με το τι θα μπορούσε να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	41	87,2
	Ναι	4	8,5
	Σύνολο	45	95,7
Ελλείψεις	Σύστημα	2	4,3
Σύνολο		47	100,0

Πίνακας 44 – Επαρκεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών;

Το 36.7% του ιατροφαρμακευτικού προσωπικού θεωρεί ότι νέες προσλήψεις θα βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Επιπλέον, το 32.6% (το μεγαλύτερο ποσοστό απ' όσους απάντησαν) από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι η ελλιπής στελέχωση των κέντρων Π.Φ.Υ. αποτελεί και το μεγαλύτερο πρόβλημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Δεν Γνωρίζω	2	4.3
	Υποδομές	3	6.4
	Εκπαίδευση	2	4.3
	Οργάνωση	12	25.5
	Προσλήψεις	11	23.4
	Σύνολο	30	63.8
Λείπουν	Σύστημα	17	36.2
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 45 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τις Προτεινόμενες Λύσεις αναφορικά με την Βελτίωση των παρεχόμενων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Λίγο Ιατρικό Προσωπικό	14	29.8
	Φόρτος Εργασίας	7	14.9
	Δύσκολες Συνθήκες Εργασίας	2	4.3
	Πολλοί Ασθενείς	2	4.3
	Ελλιπής Επικοινωνία	4	8.5
	Ελλιπείς Υποδομές	9	19.1
	Ελλιπής Οργάνωση	4	8.5
	Ελλιπής Συνεργασία	1	2.1
	Σύνολο	43	91.5
	Λείπουν	Σύστημα	4
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 46 - Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τα Προβλήματα που Αντιμετωπίζει η Π.Φ.Υ.

Τέλος, αναφορικά με τον σαφή προσδιορισμό του ρόλου του κάθε εργαζόμενου παρατηρούμε ότι το 75.6% του προσωπικού θεωρεί ότι δεν υπάρχει σαφώς διακεκριμένος ρόλος για τον καθένα κάτι που ίσως να συνεπικουρεί και το γεγονός ότι όλες οι υπηρεσίες που παρέχονται στα περιστατικά υγείας που η Π.Φ.Υ. καλείται να αντιμετωπίσει (π.χ. συμβουλευτική στήριξη, συναισθηματική στήριξη κ.α.) καλύπτονται από το ήδη υπάρχον προσωπικό το οποίο έχει ήδη επιφορτιστεί με το έργο να παράσχει υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς που επικαλούνται τις υπηρεσίες των κέντρων Π.Φ.Υ.

Υλικοτεχνική Υποδομή των κέντρων Π.Φ.Υ. (3^{ος} Ερευνητικός Άξονας)

Αναφορικά με την υλικοτεχνική υποδομή των κέντρων Π.Φ.Υ. παρατηρούμε ότι το 97.8% του προσωπικού απαντά ότι παρέχονται υπηρεσίες πρόσβασης στο διαδίκτυο (Πίνακας 47 - Υπηρεσίες Πρόσβασης στο Διαδίκτυο).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	1	2,1
	Ναι	45	95,7
	Σύνολο	46	97,9
Ελλιπή	Σύστημα	1	2,1
Σύνολο		47	100,0

Πίνακας 47 - Υπηρεσίες Πρόσβασης στο Διαδίκτυο

Μολαταύτα, το 91.3% (μικρότερο ποσοστό) σημειώνει ότι υπάρχει ηλεκτρονικός υπολογιστής (απαραίτητος για να επιτευχθεί πρόσβαση στο διαδίκτυο) στο κέντρο Π.Φ.Υ. που απασχολείται. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι μπορεί από

τη μια μεριά να παρέχονται οι υπηρεσίες πρόσβασης αλλά να μην υπάρχει υλικοτεχνική υποδομή για να τις εκμεταλλευθεί (Πίνακας 48 - Υπάρχει Ηλεκτρονικός Υπολογιστής στο κέντρο Π.Φ.Υ;).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	4	8,5
	Ναι	42	89,4
	Σύνολο	46	97,9
Ελλιπή	Σύστημα	1	2,1
Σύνολο		47	100,0

Πίνακας 48 - Υπάρχει Ηλεκτρονικός Υπολογιστής στο κέντρο Π.Φ.Υ;

Αναφορικά με την ύπαρξη υπηρεσιών τηλε-ιατρικής, παρατηρούμε ότι σε ένα ποσοστό της τάξης του 51.1% σημειώνεται ότι υπάρχουν υπηρεσίες τηλε-ιατρικής – περίπου στις μισές των περιπτώσεων (Πίνακας 49 – Ύπαρξη υπηρεσιών τηλε-ιατρικής).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	22	46.8
	Ναι	23	48.9
	Σύνολο	45	95.7
Λείπουν	Σύστημα	2	4.3
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 49 – Ύπαρξη υπηρεσιών τηλε-ιατρικής

Έχει ενδιαφέρον να διερευνηθεί πως κατανέμονται οι απαντήσεις ανάλογα με τα χρόνια εργασίας στην Π.Φ.Υ. και παρατηρούμε τόσο για την ύπαρξη ηλεκτρονικού υπολογιστή, όσο και για την ύπαρξη υπηρεσιών σύνδεσης με το διαδίκτυο όλες οι ηλικίες συνεπικουρούν στις θετικές απαντήσεις (υπάρχει υπολογιστής και υπάρχουν υπηρεσίες σύνδεσης). Αναφορικά, όμως, με τις υπηρεσίες τηλε-ιατρικής παρατηρούμε ότι οι νεότεροι εργαζόμενοι στα κέντρα Π.Φ.Υ. δείχνουν να μην γνωρίζουν την ύπαρξή τους. Επίσης, παρατηρούμε ότι οι εργαζόμενοι άνω των δέκα ετών στην Π.Φ.Υ., στην πλειοψηφία τους, δεν γνωρίζουν την ύπαρξη υπηρεσιών τηλε-ιατρικής. Συμπεραίνουμε ότι οι υπηρεσίες τηλε-ιατρικής είναι περισσότερο γνωστές – όπου

υπάρχουν – σε εργαζόμενους με χρόνια εργασία από 2 μέχρι και 10. Ο δείκτης **Pearson** για τις υπηρεσίες τηλε-ιατρικής είναι $p = 0.006$ κάτι που δηλώνει έντονη συσχέτιση των χρόνων εργασίας με την ύπαρξη υπηρεσιών τηλε-ιατρικής.

Αναφορικά με το μηχανογραφημένο αρχείο ασθενών παρατηρούμε ότι στις περισσότερες περιπτώσεις (ποσοστό 54.3%) δεν υπάρχει κάτι που μπορεί να συνδυαστεί με το ποσοστό όσων δηλώνουν ότι υπάρχει ηλεκτρονικός υπολογιστής στη μονάδα Π.Φ.Υ. που εργάζονται. Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι που δήλωσαν ότι υπάρχει ηλεκτρονικός υπολογιστής δηλώνουν ότι δεν υπάρχει μηχανογραφημένο αρχείο ασθενών κάτι που μπορεί να υποδηλώσει την έλλειψη κατάλληλων πακέτων λογισμικού για τους σκοπούς αυτούς. Ο δείκτης **Pearson** για τη συσχέτιση αυτή είναι $p = 0.855$ που δεν υποδηλώνει συσχέτιση μεταξύ των δυο αυτών μεγεθών.

Αναφορικά με την εκτίμηση του προσωπικού σχετικά με το κατά πόσο οι υποδομές που ήδη υπάρχουν αρκούν για να ασκήσει τα καθήκοντά του επαρκώς παρατηρούμε ότι το 75.6% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απαντά αρνητικά.

Για την εκτίμηση που κάναμε θεωρήσαμε ότι ο βαθμός επάρκειας συνδέεται άρρηκτα με το κατά πόσον είναι αρκετές οι υποδομές στα κέντρα Π.Φ.Υ. ώστε το προσωπικό να μπορεί να εκτελεί ανεμπόδιστα τα καθήκοντά του. Συνεπώς, οι απαντήσεις που δόθηκαν και που εκτιμούσαν ότι είναι λίγες οι υποδομές Π.Φ.Υ. συνεκτιμήθηκαν με τις αρνητικές για να δώσουν το τελικό αποτέλεσμα που αναφέρθηκε παραπάνω.

Είναι, όμως, προφανές ότι στο 62.22% των περιπτώσεων υπάρχει υλικοτεχνική υποδομή. Το πρόβλημα ξεκινά από τη στιγμή που κανείς αναζητήσει την επάρκεια του εν λόγω εξοπλισμού.

Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 50 - Υπάρχει χώρος για βελτίωση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.), την εκτίμηση ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από την Π.Φ.Υ. κυριαρχεί και μεταξύ των ασθενών (ποσοστό 70.7%). Εάν, μάλιστα, θυμηθούμε το **Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.**, θα δούμε ότι η ελλιπής υλικοτεχνική υποδομή τοποθετείται δεύτερη στις εκτιμήσεις του προσωπικού Π.Φ.Υ. ως πρόβλημα για την σωστή παροχή υπηρεσιών υγείας. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει στο γενικότερο συμπέρασμα ότι τόσο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο και οι ασθενείς παρατηρούν ότι η Π.Φ.Υ. θα μπορούσε να βελτιώσει τις υπηρεσίες που παρέχει.

	Συχνότητα	Ποσοστό
--	-----------	---------

Έγκυρα	Όχι	48	28,2
	Ναι	116	68,2
	Σύνολο	164	96,5
Ελλιπή	Σύστημα	6	3,5
Σύνολο		170	100,0

Πίνακας 50 - Υπάρχει χώρος για βελτίωση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ;

Γεωγραφική Κατανομή και Προσβασιμότητα κέντρων Π.Φ.Υ. (4^{ος} Ερευνητικός Άξονας)

Αναφορικά με τη γεωγραφική κατανομή των κέντρων Π.Φ.Υ. παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς δηλώνουν ότι τα κέντρα Π.Φ.Υ. απέχουν, κατά μέσο όρο, 10.0km από τον τόπο κατοικίας τους.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	5km	74	43.5
	10km	61	35.9
	20km	24	14.1
	35km	5	2.9
	>40km	3	1.8
	5	1	.6
	Σύνολο	168	98.8
Λείπουν	Σύστημα	2	1.2
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 51 – Γεωγραφική Κατανομή κέντρων Π.Φ.Υ

Αυτό, για τα αστικά κέντρα μπορεί να φαντάζει υπερβολικό, αλλά για τις ορεινές ή αγροτικές περιοχές του νομού αποτελεί μια λογική απόσταση. Εάν εξετάσουμε την κατανομή των αποστάσεων από τα κέντρα Π.Φ.Υ. αναφορικά με την ηλικία των ασθενών που προσέρχονται σε αυτά, παρατηρούμε ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες κατοικούν πλησιέστερα στα κέντρα Π.Φ.Υ (μέση απόστασή τους τα 9.7km), οι μικρές ηλικίες (κάτω των 30 ετών) επίσης δηλώνουν ότι κατά μέσο όρο μένουν σχετικά κοντά στα κέντρα Π.Φ.Υ. (μέση απόσταση 10.2km) ενώ οι ασθενείς από 31 – 60 ετών δηλώνουν ότι κατοικούν σε (μέση) απόσταση 11.1km. Αυτό υποδηλώνει ότι η γεωγραφική κατανομή των κέντρων υγείας είναι τέτοια ώστε να εξυπηρετούνται, όσο γίνεται, περισσότεροι ασθενείς (να βρίσκονται κοντά σε κατοικημένες περιοχές)

	Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)	Σύνολο
--	---------------------------	--------

		< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Πόσο απέχουν τα κέντρα Π.Φ.Υ. από τον τόπο κατοικίας;	5km	17	22	35	74
	10km	24	30	7	61
	20km	7	12	5	24
	35km	1	2	2	5
	>40km	0	1	2	3
	5	0	1	0	1
Σύνολο		49	68	51	168

Πίνακας 52 – Κατανομή κέντρων Π.Φ.Υ. σε σχέση με την απόστασή τους από τον τόπο κατοικίας των ασθενών.

Ο δείκτης **Pearson** για την δεδομένη συσχέτιση ισούται με **p = 0.004** που δηλώνει έντονη συνάρτηση της θέσης των Π.Φ.Υ. με τον τόπο κατοικίας των ασθενών.

Αναφορικά με τη γεωγραφική κατανομή των κέντρων υγείας σε σχέση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, παρατηρούμε ότι το 52.2% δηλώνει ότι κατοικεί σε απόσταση 5 – 10 μέτρων από το κέντρο Π.Φ.Υ. στο οποίο εργάζεται ενώ το 78.3% κατοικεί σε απόσταση έως 10 μέτρων από τον χώρο εργασίας του.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	<5km	12	25.5
	5-10km	24	51.1
	11-20km	9	19.1
	21-40km	1	2.1
	Σύνολο	46	97.9
Λείπουν	Σύστημα	1	2.1
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 53 – Κατανομή Δείγματος Προσωπικού ανάλογα με την απόσταση του τόπου κατοικίας του από τα κέντρα Π.Φ.Υ.

Εάν εξετάσουμε την κατανομή των κατοικιών του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε συνάρτηση με τα χρόνια υπηρεσίας του, παρατηρούμε ότι αυτοί που εργάζονται στην Π.Φ.Υ. περισσότερα χρόνια, μένουν και πιο μακριά από τον τόπο εργασίας τους.

Αυτοί που εργάζονται 3 – 5 χρόνια φαίνεται ότι αναζητούν κατοικία κοντά στα κέντρα όπου εργάζονται.

		Απόσταση Από Τόπο Κατοικίας				Σύνολο
		<5km	5-10km	11-20km	21-40km	
Χρόνια Υπηρεσίας	0-2 Έτη	2	1	3	0	6
	3-5 Έτη	2	10	1	0	13
	6-10 Έτη	4	6	1	0	11
	> 10 Έτη	4	7	4	1	16
Σύνολο		12	24	9	1	46

Πίνακας 54 – Κατανομή Δείγματος προσωπικού ανάλογα με την απόσταση του τόπου κατοικίας από τα κέντρα Π.Φ.Υ. και τα έτη υπηρεσίας.

Ο δείκτης **Pearson** για την εν λόγω συσχέτιση ισούται με **p = 0.285** κάτι που υποδεικνύει ότι δεν μπορεί κανείς να συνδέσει τις επιλογές κατοικίας του προσωπικού των κέντρων Π.Φ.Υ. με τον τόπο εργασίας τους.

Αναφορικά με την προσβασιμότητα των κέντρων από τις διάφορες ομάδες πληθυσμού, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς δηλώνουν ότι τα κέντρα Π.Φ.Υ. ανταποκρίνονται λίγο στις ανάγκες της 3^{ης} ηλικίας (ποσοστό 57.7%).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Καθόλου	41	24.1
	Λίγο	97	57.1
	Αρκετά	30	17.6
	Σύνολο	168	98.8
Λείπουν	Σύστημα	2	1.2
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 55 – Ανταποκρίνεται η Π.Φ.Υ. στις ανάγκες της 3^{ης} ηλικίας;

Έχει ενδιαφέρον να διευκρινιστεί το πώς αντιλαμβάνονται την προσβασιμότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι. Παρατηρούμε, ότι ο βαθμός που η Π.Φ.Υ. είναι προσπελάσιμη στην 3^η ηλικία αλλάζει ανάλογα με την ηλικία των ασθενών που απάντησαν στη δεδομένη ερώτηση. Για τις ηλικίες 61 ετών και άνω η Π.Φ.Υ. θεωρείται ότι από λίγο έως αρκετά απηχεί στις ανάγκες και τις απαιτήσεις της 3^{ης} ηλικίας (Πίνακας 56 – Κατανομή Δείγματος ανάλογα με τις Ηλικιακές Ομάδες και την εκτίμηση του κατά πόσο η Π.Φ.Υ. ανταποκρίνεται στις ανάγκες της 3^{ης} ηλικίας.).

		Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο
		< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Ανταποκρίνεται η Π.Φ.Υ. στις ανάγκες της 3 ^{ης} ηλικίας;	Καθόλου	18	15	8	41
	Λίγο	29	46	22	97
	Αρκετά	2	7	21	30
	Σύνολο	49	68	51	168

Πίνακας 56 – Κατανομή Δείγματος ανάλογα με τις Ηλικιακές Ομάδες και την εκτίμηση του κατά πόσο η Π.Φ.Υ. ανταποκρίνεται στις ανάγκες της 3^{ης} ηλικίας.

Ο δείκτης **Pearson** είναι $p < 0.001$ κάτι που υποδεικνύει έντονη συσχέτιση των δυο μεταβλητών. Για τις ηλικίες 31 – 60 θεωρείται ότι οι υποδομές της Π.Φ.Υ. εξυπηρετούν λίγο τις ανάγκες της 3^{ης} ηλικίας ενώ οι νέοι κάτω των 31 ετών θεωρούν ότι η Π.Φ.Υ. σχεδόν καθόλου δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες της 3^{ης} ηλικίας.

Απήχηση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (5^{ος} Ερευνητικός Άξονας)

Αναφορικά με την απήχηση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. παρατηρούμε ότι τα ποσοστά είναι σχετικά μοιρασμένα (**Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.**). Οι ασθενείς δηλώνουν ότι κατά 54.8% γνωρίζουν για την ύπαρξη της Π.Φ.Υ. Το 45.2%, από την άλλη μεριά, δηλώνει ότι δεν γνωρίζει τη ύπαρξη της Π.Φ.Υ. κάτι που έρχεται σε αντίθεση με το γεγονός ότι οι ασθενείς αυτοί βρίσκονταν ήδη σε κάποιο κέντρο Π.Φ.Υ. όταν κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση αυτή.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	76	44.7
	Ναι	92	54.1
	Σύνολο	168	98.8
Λείπουν	Σύστημα	2	1.2
	Σύνολο	170	100.0

Πίνακας 57 – Γνωρίζετε για την Π.Φ.Υ;

Το γεγονός αυτό επιτείνει το γεγονός της άγνοιας εκ μέρους σημαντικής μερίδας του πληθυσμού για την ύπαρξη της Π.Φ.Υ. Στην ερώτηση που αφορά στη χρονική

διάρκεια χρήσης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. παρατηρούμε ότι, κατά μέσο όρο, ο περισσότερος κόσμος κάνει χρήση της Π.Φ.Υ. κατά πέντε χρόνια (**Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.**).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	6 μήνες	17	10.0
	1 χρόνος	32	18.8
	2-4 χρόνια	50	29.4
	6-8 χρόνια	23	13.5
	>8 χρόνια	43	25.3
	Σύνολο	165	97.1
Λείπουν	Σύστημα	5	2.9
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 58 – Πόσο καιρό κάνετε χρήση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.;

Η πλειοψηφία, όμως, των ασθενών (ποσοστό 30.3%), όπως φαίνεται και από το παραπάνω διάγραμμα κάνει χρήση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. για 2 – 4 χρόνια. Έχει ενδιαφέρον να διερευνηθεί πώς κατανέμονται οι ασθενείς που δηλώνουν ότι γνωρίζουν για την Π.Φ.Υ. ανάλογα με την ηλικία και τον χρόνο χρήσης των παρεχόμενων από αυτή υπηρεσιών υγείας. Όπως βλέπουμε στο παραπάνω διάγραμμα οι μεγαλύτερες ηλικίες κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας τα περισσότερα χρόνια (κατά μέσο όρο τα 8.5 χρόνια), οι ασθενείς 31 – 60 ετών, κατά κύριο λόγο, επικαλούνται την Π.Φ.Υ. για περίπου 4 χρόνια ενώ οι νέοι κάτω των 31 ετών χρησιμοποιούν την Π.Φ.Υ. για κάτι λιγότερο του ενός έτους. Ο δείκτης **Pearson** για τη συσχέτιση αυτή είναι **p < 0.001**.

Γενικά Συμπεράσματα

Από την έρευνα που διεξήχθη μπορούμε να παρατηρήσουμε τα ακόλουθα, αναφορικά με τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην αρχή και τα παράπλευρα ερωτήματα που τέθηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης μας:

1. Είδος και Εύρος Περιστατικών Υγείας Π.Φ.Υ.

- Τα περισσότερα μεμονωμένα περιστατικά που η Π.Φ.Υ. καλείται να αντιμετωπίσει αφορούν στην συνταγογράφηση φαρμάκων

- Ο κύριος τομέας υγείας στον οποίο ανήκουν τα περισσότερα περιστατικά υγείας που καλύπτονται από την Π.Φ.Υ. είναι η παθολογία. Τα παθολογικά προβλήματα υπερτερούν σε αριθμό σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.
- Τα ορθοπεδικά και τα οφθαλμολογικά προβλήματα έρχονται δεύτερα και τρίτα αντίστοιχα στην ιεραρχία της συχνότητας αναφορικά με τα περιστατικά που αφορούν στην Π.Φ.Υ. Τα οφθαλμολογικά προβλήματα αφορούν περισσότερο τις ηλικίες των 61 ετών και άνω ενώ τα ορθοπεδικά προβλήματα ταλαιπωρούν περισσότερο τους νέους 30 ετών και κάτω.
- Η συνταγογράφηση φαρμάκων κυρίως αφορά σε παθολογικά προβλήματα και απασχολεί, κυρίως, τις μεγάλες ηλικίες. Περιστατικά συνταγογράφησης δεν παρατηρήθηκαν καθόλου για τις ηλικίες των 30 ετών και κάτω
- Το προσωπικό στα κέντρα Π.Φ.Υ. παρακολουθεί κατά κύριο λόγο παθολογικά προβλήματα ενώ αμέσως μετά έρχονται τα ορθοπεδικά. Αυτό δεν συσχετίζεται τόσο με την ειδικότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των κέντρων Π.Φ.Υ. αλλά περισσότερο με το είδος των περιστατικών που η Π.Φ.Υ. καλείται να αντιμετωπίσει και συνεπώς την ανάγκη ύπαρξης κατάλληλα εκπαιδευμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.
- Στα κέντρα Π.Φ.Υ. παρέχονται κυρίως υπηρεσίες συμβουλευτικής – συναισθηματικής στήριξης οι οποίες, όμως, δίδονται από το ήδη υπάρχον προσωπικό, το οποίο δεν είναι απαραίτητο ότι ειδικεύεται σε αυτές.

2. Αποτελεσματικότητα Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

- Τα περισσότερα περιστατικά υγείας αντιμετωπίζονται από την Π.Φ.Υ.
- Αναφορικά με τα παθολογικά περιστατικά, η ηλικιακή ομάδα των 30 ετών και κάτω σημειώνει την μεγαλύτερη επιτυχία αναφορικά με την έκβαση της αντιμετώπισης των παθολογικών της παθήσεων από την Π.Φ.Υ. Ένα πολύ μικρό ποσοστό παθολογικών περιστατικών, από την άλλη μεριά, αντιμετωπίζεται από την Π.Φ.Υ. αναφορικά με την ηλικιακή ομάδα των 61 και άνω. Τα περισσότερα παθολογικά περιστατικά ασθενών αυτών των ηλικιών παραπέμπονται στο νοσοκομείο.
- Η Π.Φ.Υ. αντιμετωπίζει επιτυχώς και στην πλειοψηφία τους τα ορθοπεδικά προβλήματα και μάλιστα, για τις ηλικίες κάτω των 30 ετών όπου αυτά είναι σημαντικά και εμφανή, παρουσιάζει ολοκληρωτική επιτυχία.

- Για τα οφθαλμολογικά προβλήματα η Π.Φ.Υ. παρουσιάζει επίσης μεγάλα ποσοστά αποτελεσματικότητας αλλά, όπως και προηγουμένως, οι ηλικίες των 61 ετών και άνω δεν αντιμετωπίζονται επιτυχώς και – συνήθως – παραπέμπονται στο νοσοκομείο.
 - Η αποτελεσματικότητα, ειδικά στα περιστατικά υγείας, έχει να κάνει και με την ταχύτητα απόκρισης των υπηρεσιών υγείας. Έτσι η Π.Φ.Υ. παρουσιάζει μια μέση ταχύτητα απόκρισης τα 22 λεπτά περίπου.
 - Οι ηλικίες που εξυπηρετούνται πιο γρήγορα είναι οι νεότερες (30 ετών και κάτω), τουλάχιστον για τα τρία κύρια περιστατικά υγείας που εξετάστηκαν (παθολογικά, ορθοπεδικά, οφθαλμολογικά). Αντίθετα, οι ηλικίες 61 ετών και άνω δηλώνουν ότι εξυπηρετούνται αργότερα απ' όλους.
 - Επιδράσεις στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας έχει σαφώς και η στελέχωση των κέντρων Π.Φ.Υ. και όπως καταδεικνύεται από την έρευνα η ελλιπής στελέχωση των κέντρων Π.Φ.Υ. αποτελεί ένα από τα κυρίαρχα προβλήματα που αντιμετωπίζει.
3. Τεχνολογικός Εξοπλισμός Κέντρων Π.Φ.Υ.
- Στην πλειοψηφία του, το προσωπικό των κέντρων Π.Φ.Υ. παρατηρεί ότι υπάρχει υλικοτεχνική υποδομή σε αυτά (υπάρχει ηλεκτρονικός υπολογιστής, υπάρχουν υπηρεσίες πρόσβασης στο διαδίκτυο). Παρατηρούμε, όμως, ότι σε κάποιες περιπτώσεις η ύπαρξη υλικοτεχνικής υποδομής δεν συμβαδίζει με τις παρεχόμενες υπηρεσίες (π.χ. ύπαρξη υπηρεσιών πρόσβασης, μη ύπαρξη ηλεκτρονικού υπολογιστή).
 - Αναφορικά με τις υπηρεσίες τηλε-ιατρικής παρατηρούμε ότι οι νεότεροι εργαζόμενοι στα κέντρα Π.Φ.Υ. φαίνεται να μην γνωρίζουν την ύπαρξή της. Το ίδιο συμβαίνει – αν και σε μικρότερα ποσοστά – με τους εργαζόμενους που απασχολούνται στα κέντρα Π.Φ.Υ. άνω των δέκα ετών.
 - Το μηχανογραφημένο αρχείο ασθενών στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχει κυρίως – όπως διαφαίνεται – λόγω της έλλειψης είτε φυσικής είτε χειριστικής του κατάλληλου πακέτου λογισμικού.
 - Η υλικοτεχνική υποδομή των κέντρων Π.Φ.Υ. κρίνεται ελλιπής από την πλειοψηφία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που απασχολείται σε αυτά ενώ οι ασθενείς δηλώνουν ότι υπάρχει χώρος βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

4. Προσβασιμότητα και γεωγραφική κατανομή των κέντρων Π.Φ.Υ.
- Η γεωγραφική κατανομή των κέντρων υγείας είναι τέτοια ώστε να εξυπηρετούνται όσο γίνεται περισσότεροι ασθενείς (να βρίσκονται κοντά σε κατοικημένες περιοχές)
 - Η προσβασιμότητα των κέντρων της Π.Φ.Υ. αναφορικά με την 3^η ηλικία, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς δηλώνουν ότι η Π.Φ.Υ. ανταποκρίνεται λίγο στις ανάγκες της 3^{ης} ηλικίας. Πιο αυστηροί στην κρίση τους αυτοί είναι οι νεότεροι σε ηλικία (30 ετών και κάτω). Οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς φαίνονται και οι πιο επιεικείς.
5. Απήχηση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.
- Φαίνεται να υπάρχει απήχηση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην κοινωνία μια που οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν ότι γνωρίζουν γι' αυτή. Επιπλέον, όσοι απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν, φαίνεται ότι δεν γνωρίζουν το γενικότερο πλαίσιο στο οποίο υπάρχει το κέντρο υγείας που επισκέπτονται.
 - Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα (ασθενείς) δηλώνουν ότι κάνουν χρήση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. 2 – 4 χρόνια ενώ οι μεγαλύτερες ηλικίες (61 ετών και άνω) δηλώνουν ότι κάνουν την πιο μακροχρόνια χρήση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Παράρτημα : Πίνακες

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	< 30 Χρόνια	49	28.8
	31 - 60 Χρόνια	69	40.6
	> 61 Χρόνια	52	30.6
	Σύνολο	170	100.0

Πίνακας 59 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με την Ηλικία

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Άνδρας	96	56.5
	Γυναίκα	74	43.5
	Σύνολο	170	100.0

Πίνακας 60 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Φύλο

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	18	10.6	10.7	10.7
	Ναι	150	88.2	88.8	99.4
	Δεν γνωρίζω	1	.6	.6	100.0
	Σύνολο	169	99.4	100.0	
Λείπουν	Σύστημα	1	.6		
Σύνολο		170	100.0		

Πίνακας 61 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τη Χώρα Προέλευσης

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Ελεύθερος	48	28.2
	Παντρεμένος – Συζεί	84	49.4
	Διαζευγμένος	6	3.5
	Χήρος	22	12.9
	Σύνολο	160	94.1
Λείπουν	Σύνολο	10	5.9
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 62 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με την Οικογενειακή Κατάσταση

		Παιδιά		Σύνολο
		Χωρίς	Με	
Οικογενειακή Κατάσταση	Ελεύθεροι	44	0	44
	Παντρεμένοι – Συζούν	8	74	82
	Διαζευγμένοι	4	2	6
	Χήροι	1	21	22
Σύνολο		57	97	154

Πίνακας 63 – Συσχέτιση Οικογενειακής Κατάστασης Δείγματος με τον Αριθμό των Παιδιών
Δείκτης Pearson $p = 0.001$, $p < 0.05$ (Πίνακας 5 – Συσχέτιση Οικογενειακής Κατάστασης Δείγματος με τον Αριθμό των Παιδιών)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Δημοτικό	55	32.4
	Γυμνάσιο	34	20.0
	Λύκειο	46	27.1
	Πανεπιστήμιο	12	7.1
	Τίποτα	19	11.2
	Σύνολο	166	97.6
Λείπουν	Σύστημα	4	2.4
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 64 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Επίπεδο Εκπαίδευσης

		Επίπεδο Εκπαίδευσης					Σύνολο
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Πανεπιστήμιο	Τίποτα	
Ομάδες Ηλικιών (30 Έτη)	< 30 Έτη	9	4	20	11	2	46
	31 - 60 Έτη	19	24	24	1	1	69
	> 61 Έτη	27	6	2	0	16	51
Σύνολο		55	34	46	12	19	166

Πίνακας 65 – Κατανομή Δείγματος με την Ηλικιακή Ομάδα και το Επίπεδο Εκπαίδευσης
Δείκτης Pearson $p=0.759$ (Πίνακας 7 – Κατανομή Δείγματος με την Ηλικιακή Ομάδα και το Επίπεδο Εκπαίδευσης)

Φύλο			Ομάδες Ηλικιών (30 Έτη)			Σύνολο
			< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Ανδρας	Εργασία;	Όχι	18	1	30	49
		Ναι	8	32	3	43
	Σύνολο		26	33	33	92
Γυναίκα	Εργασία;	Όχι	12	10	19	41
		Ναι	4	26	0	30
	Σύνολο		16	36	19	71

Πίνακας 66 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Φύλο, την Ηλικία και την Εργασιακή Κατάσταση

Δείκτης Pearson $p = 0.031$, $p < 0.05$ (Πίνακας 8 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Φύλο, την Ηλικία και την Εργασιακή Κατάσταση) για το ανδρικό φύλο. Δείκτης Pearson $p = 0.043$, $p < 0.05$ (Πίνακας 8 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Φύλο, την Ηλικία και την Εργασιακή Κατάσταση) για το γυναικείο φύλο.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	90	52.9
	Ναί	73	42.9
	Σύνολο	163	95.9
Λείπουν	Σύστημα	7	4.1
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 67 – Κατανομή Δείγματος Αναφορικά με την Εργασιακή Κατάσταση

Εργασιακή Κατάσταση		Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο
		< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Όχι	Ανεργος	2	1	0	3
	Συνταξιούχος	0	0	41	41
	Οικιακά	1	9	6	16
	Φοιτητής	11	0	0	11
	Άλλο	15	1	1	17
Total		29	11	48	88
Nai	Συνταξιούχος			2	2
Total				2	2

Πίνακας 68 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με την Ηλικία και την Εργασιακή Κατάσταση
 Δείκτης Pearson $p = 0.692$ (Πίνακας 10 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με την Ηλικία και την Εργασιακή Κατάσταση)

		Ειδίκευση					Σύνολο
		Επιστήμες	Εμπόριο	Δουλειά Γραφείου	Εργάτες	Αγρότες	
Τομέας Εργασίας	Δημόσιος Τομέας	4	0	7	2	0	13
	Ιδιωτικός Τομέας	1	22	11	27	26	87
Σύνολο		5	22	18	29	26	100

Πίνακας 69 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Τομέα Εργασίας και την Ειδίκευση

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	40	35	20.6
	> 40	58	34.1
	< 40	8	4.7
	Σύνολο	101	59.4
Λείπουν	Σύστημα	69	40.6
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 70 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Αριθμό των Ωρών Εργασίας ανά Εβδομάδα

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	< 600 €	29	17.1
	600 – 800 €	24	14.1
	801 – 1000 €	26	15.3
	1001 – 1200 €	17	10.0
	> 1200	4	2.4
	Δεν Γνωρίζω	2	1.2
	Σύνολο	102	60.0
Ελλιπή	Σύστημα	68	40.0
	Σύνολο	170	100.0

Πίνακας 71 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Μηνιαίο Εισόδημα

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Δεν Υπάρχει	8	4.7
	Υπάρχει	42	24.7
	Δεν Γνωρίζω	9	5.3
	Σύνολο	59	34.7
Λείπουν	Σύστημα	111	65.3
	Σύνολο	170	100.0

Πίνακας 72 – Ασφάλιση για Επισκέψεις σε Γιατρούς ή άλλους Επαγγελματίες Υγείας

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Δεν Υπάρχει	2	1.2
	Υπάρχει	72	42.4
	Δεν Γνωρίζω	13	7.6
	Σύνολο	87	51.2
Λείπουν	Σύστημα	83	48.8
	Σύνολο	170	100.0

Πίνακας 73 – Ασφάλιση για Νοσοκομειακή Περίθαλψη

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	I.K.A	32	18.8
	O.Γ.A	39	22.9
	Δημόσιο	15	8.8
	T.A.Ξ.Y	1	.6
	O.A.E.E. T.E.B.E	3	1.8
	T.Σ.A	3	1.8
	T.Y.Δ.K.Y	2	1.2
	Σύνολο	95	55.9
Λείπουν	Σύστημα	75	44.1
	Σύνολο	170	100.0

Πίνακας 74 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Ασφαλιστικό Ταμείο που ανήκει

		Ασφαλιστικός Φορέας					Σύνολο
		Ι.Κ.Α	Ο.Γ.Α	Δημόσιο	Τ.Α.Ξ.Υ	Ο.Α.Ε.Ε. Τ.Ε.Β.Ε	
Τομέας Εργασίας	Δημόσιος Τομέας	1	0	4	0	0	5
	Ιδιωτικός Τομέας	10	22	0	1	2	35
Σύνολο		11	22	4	1	2	40

Πίνακας 75 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Ασφαλιστικό Φορέα

Τομέας Εργασίας			Ασφαλιστικός Φορέας					Σύνολο
			Ι.Κ.Α	Ο.Γ.Α	Δημόσιο	Τ.Α.Ξ.Υ	Ο.Α.Ε.Ε. Τ.Ε.Β.Ε	
Δημόσιος Τομέας	Ειδίκευση	Εμπόριο	1	3		0	1	5
		Δουλειά Γραφείου	2	0		0	0	2
		Εργάτες	4	4		1	0	9
		Αγρότες	3	15		0	1	19
Σύνολο			10	22		1	2	35

Πίνακας 76 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Τομέα Εργασίας και τον Ασφαλιστικό Φορέα
 Δείκτης Pearson $p = 0.019$, $p < 0.05$ (Πίνακας 18 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Τομέα Εργασίας και τον Ασφαλιστικό Φορέα)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	<30	1	2.1
	31 - 60	45	95.7
	> 61	1	2.1
	Σύνολο	47	100.0

Πίνακας 77 – Κατανομή Δείγματος Ανά Ηλικιακή Ομάδα

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Άνδρας	18	38.3
	Γυναίκα	29	61.7
	Σύνολο	47	100.0

Πίνακας 78 – Κατανομή Δείγματος με βάση το Φύλο

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Ελεύθερος	8	17.0
	Παντρεμένος	31	66.0
	Σε Διάσταση	6	12.8
	Διαζευγμένος	2	4.3
	Σύνολο	47	100.0

Πίνακας 79 – Κατανομή Δείγματος με βάση την Οικογενειακή Κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα 0	13	27.7
1	8	17.0
2	15	31.9
3	11	23.4
Σύνολο	47	100.0

Πίνακας 80 – Κατανομή Δείγματος με βάση τον Αριθμό των Παιδιών

	Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα Κανονικό	44	93.6
Μειωμένο	1	2.1
Σύνολο	45	95.7
Λείπουν Σύστημα	2	4.3
Σύνολο	47	100.0

Πίνακας 81 – Κατανομή Δείγματος με βάση τον Αριθμό των Ωρών Εργασίας

	Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα Νοσηλευτική (ΑΕΙ)	9	19.1
Νοσηλευτική (ΤΕΙ)	20	42.6
Μαιευτική	4	8.5
Βοηθός Νοσηλευτή	7	14.9
Ιατρική (ΑΕΙ)	4	8.5
Σύνολο	44	93.6
Λείπουν Σύστημα	3	6.4
Σύνολο	47	100.0

Πίνακας 82 – Κατανομή Δείγματος Ανά Πτυχίο

	Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα 3-5 Έτη	6	12.8
6-10 Έτη	15	31.9
> 10 Έτη	25	53.2
Σύνολο	46	97.9
Λείπουν Σύστημα	1	2.1
Σύνολο	47	100.0

Πίνακας 83 – Χρόνος Μετά την Απόκτηση Πτυχίου

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	0-2 Έτη	6	12.8
	3-5 Έτη	13	27.7
	6-10 Έτη	11	23.4
	> 10 Έτη	16	34.0
	Σύνολο	46	97.9
Λείπουν	Σύστημα	1	2.1
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 84 – Χρόνος Εργασίας στην Π.Φ.Υ

		Έτη Εργασίας				Σύνολο
		0-2 Έτη	3-5 Έτη	6-10 Έτη	> 10 Έτη	
Χρόνια Από την Απόκτηση Πτυχίου	3-5 Έτη	2	3	0	1	6
	6-10 Έτη	1	9	4	0	14
	> 10 Έτη	3	1	7	14	25
Σύνολο		6	13	11	15	45

Πίνακας 85 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Χρόνο Εργασίας και τον Χρόνο Από την Απόκτηση Πτυχίου

Δείκτης Pearson είναι $p < 0.01$ (Πίνακας 85 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Χρόνο Εργασίας και τον Χρόνο Από την Απόκτηση Πτυχίου)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Καμία Επίσκεψη	1	,6
	Κερατοπάθεια	2	1,2
	Κατάθλιψη	3	1,8
	Κάταγμα	2	1,2
	Πόνος στο Στομάχι	4	2,4
	Αρθρωση Ισχίου	1	,6
	Οστεοπόρωση	5	2,9
	Μυκτίαση	1	,6
	Ορθοπεδικά	4	2,4
	Γυναικολογικά	5	2,9
	Ρήξη Χιαστού	2	1,2
	Ψωρίαση	1	,6
	Κνίδωση	1	,6
	Ουρολοίμωξη	1	,6
	Προστατίτιδα	3	1,8
	Οίδημα	2	1,2
	Ημικρανία	3	1,8
	Σπονδυλαρθρίτιδα	2	1,2
	Τεστ Παπανικολάου	5	2,9
	Ρήξη Μηνίσκου	3	1,8
	Πευκίτιδα	4	2,4
	Ρήξη Τένοντα	1	,6
	Εξάρθρωση Κνήμης	3	1,8

Γλαύκωμα	2	1,2
Συνταγογράφηση	20	11,8
Υπέρηχος Στήθους	1	,6
Βρογχίτιδα	4	2,4
Καρδιακά Προβλήματα	2	1,2
Υπερθυρεοειδισμός	4	2,4
Αναπνευστικά Προβλήματα	2	1,2
Διασκέδαση	2	1,2
Γενικός Έλεγχος	1	,6
Πίεση	4	2,4
Οφθαλμολογικά	3	1,8
Διάρροια	3	1,8
Πονόλαιμος	5	2,9
Εμβολιασμός	1	,6
Πυρετός	2	1,2
Διαβήτης	4	2,4
Πίεση Οφθαλμού	1	,6
Θρόμβωση	1	,6
Πέτρα στο Νεφρό	2	1,2
Χοληστερίνη	1	,6
Αρρυθμίες	2	1,2
Τραυματισμός	2	1,2
Εγκυμοσύνη	2	1,2
Αιμορραγία Ούλων	2	1,2
Σκωληκοειδίτιδα	2	1,2
Λοιμώδης Μονοπυρήνωση	1	,6
Γρίπη	3	1,8
Παχυσαρκία	2	1,2
Πορφύρα	1	,6
Πλατυποδία	2	1,2
Αιμορραγία	1	,6
Λεμφαδένες	1	,6
Παγκρεατίτιδα	1	,6
Αιματοουρία	1	,6
Σχιζοφρένεια	1	,6
Κολίτιδα	1	,6
Αρθρίτιδα	3	1,8
Εξέταση Οφθαλμού	2	1,2
Εμφύσημα	1	,6
Διόγκωση Όρχεων	1	,6
Άσθμα	1	,6
Άγχος	1	,6
Ατύχημα	1	,6
Καταρράκτης	1	,6
Έμφραγμα	1	,6
Μόλυνση Οφθαλμού	1	,6
Αφυδάτωση	1	,6
Μόλυνση Δοντιών	1	,6
Απονεύρωση	1	,6
Μόλυνση Αυτιών	2	1,2

	Ζαλάδα	1	,6
	Έγκαυμα	1	,6
	Σύνολο	169	99,4
Ελλείψεις	Σύστημα	1	,6
	Σύνολο	170	100,0

Πίνακας 86 – Ασθένειες για τις οποίες οι ασθενείς επισκέπτονται τα κέντρα Π.Φ.Υ

		Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο
		< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Ιατρικός Τομέας στον οποίο υπάγεται η κατάσταση υγείας ασθενούς	Παθολογικός	16	25	28	69
	Χειρουργικός	2	5	2	9
	Παιδιατρικός	7	1	0	8
	Οφθαλμολογικός	4	7	9	20
	Γυναικολογικός	4	10	1	15
	Οδοντιατρικός	1	3	0	4
	Ενδοκρινολογικός	3	2	0	5
	Ορθοπαιδικός	11	9	8	28
	Άλλος	1	6	1	8
Σύνολο		49	68	49	166

Πίνακας 87 - Κατανομή Δείγματος Ανά Ηλικιακή Ομάδα και Ιατρικό Τομέα Υγειονομικής Κατάστασης

Λόγος Επίσκεψης σε Κέντρο Π.Φ.Υ			Ομάδες Ηλικίας (30 Έτη)			Σύνολο
			< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Συνταγογράφηση Τομέας Υγείας	Παθολογικός	0	3	11	14	
	Χειρουργικός	0	0	1	1	
	Οφθαλμολογικός	0	0	2	2	
	Ορθοπαιδικός	0	1	2	3	
	Σύνολο	0	4	16	20	

Πίνακας 88 - - Κατανομή Περιστατικών Συνταγογράφησης Ανάλογα με την Ηλικία και τον Τομέα Υγείας

Δείκτης Pearson $p = 0.042$, $p < 0.05$ (Πίνακας 88 - - Κατανομή Περιστατικών Συνταγογράφησης Ανάλογα με την Ηλικία και τον Τομέα Υγείας)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Επείγοντα	6	12.8
	Ορθοπεδικά	7	14.9
	Παθολογικά	12	25.5
	Παιδιατρικά	2	4.3
	Οφθαλμολογικά	3	6.4
	Χειρουργικά	5	10.6
	Γυναικολογικά	4	8.5
	Ψυχιατρικά	2	4.3
	Ογκολογικά	1	2.1
	Νευρολογικά	1	2.1
	Δερματολογικά	1	2.1
	Σύνολο	44	93.6
	Λείπουν	Σύστημα	3
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 89 - Κατανομή Περιστατικών Υγείας αναφορικά με τον Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό

Συμβουλευτική Στήριξη		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	3	6.4
	Ναι	40	85.1
	Σύνολο	43	91.5
Λείπουν	Σύστημα	4	8.5
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 90 - Ποσοστό Παροχής Υπηρεσιών Συμβουλευτικής Στήριξης

Συναισθηματική Στήριξη		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	6	12.8
	Ναι	37	78.7
	Σύνολο	43	91.5
Λείπουν	Σύστημα	4	8.5
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 91 – Ποσοστό Παροχής Υπηρεσιών Συναισθηματικής Στήριξης

Συμβουλευτική Στήριξη στην Οικογένεια		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	9	19.1
	Ναι	34	72.3
	Σύνολο	43	91.5
Λείπουν	Σύστημα	4	8.5
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 92 – Ποσοστό Παροχής Υπηρεσιών Συμβουλευτικής Στήριξης στην Οικογένεια

Παρέμβαση στην Κοινωνία		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	27	57.4
	Ναι	15	31.9
	Σύνολο	42	89.4
Λείπουν	Σύστημα	5	10.6
Σύνολο		47	47

Πίνακας 93 - Ποσοστό Παροχής Υπηρεσιών Παρέμβασης στην Κοινωνία

Παραπομπή σε Άλλη Υπηρεσία		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	20	42.6
	Ναι	23	48.9
	Σύνολο	43	91.5
Λείπουν	Σύστημα	4	8.5
Σύνολο		47	47

Πίνακας 94 – Ποσοστό Παραπομπών σε Άλλες Υπηρεσίες

Ενημέρωση Για Παροχές		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	20	42.6
	Ναι	23	48.9
	Σύνολο	43	91.5
Λείπουν	Σύστημα	4	8.5
Σύνολο		47	47

Πίνακας 95 – Ποσοστό Παροχής Υπηρεσιών Ενημέρωσης για Υπηρεσίες

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	19	11.2
	Ναι	121	71.2
	Παραπομπή σε Νοσοκομείο	23	13.5
	Σύνολο	163	95.9
Λείπουν	Σύστημα	7	4.1
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 96 - Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το εάν αντιμετωπίστηκε η Κατάσταση της Υγείας του

Τομέας Υγείας			Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο
			< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Παθολογικός	Αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα Υγείας;	Όχι	0	3	1	4
		Ναι	16	20	14	50
		Παραπομπή σε Νοσοκομείο	0	2	13	15
		Σύνολο	16	25	28	69
Οφθαλμολογικός	Αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα Υγείας;	Όχι	0	0	4	4
		Ναι	4	6	3	13
		Παραπομπή σε Νοσοκομείο	0	0	2	2
		Σύνολο	4	6	9	19
Ορθοπαιδικός	Αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα Υγείας;	Όχι	1	1	3	5
		Ναι	9	7	2	18
		Παραπομπή σε Νοσοκομείο	0	1	2	3
		Σύνολο	10	9	7	26

Πίνακας 97 - Κατανομή Περιστατικών Ανάλογα με τον Τομέα Υγείας την Ηλικιακή Ομάδα και το εάν αντιμετωπίστηκαν από την Π.Φ.Υ.

Ο δείκτης **Pearson $p < 0.01$** για τα παθολογικά περιστατικά, **$p = 0.088$** για τα ορθοπαιδικά περιστατικά και **$p = 0.045$** για τα οφθαλμολογικά περιστατικά.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	30	17.6
	Ναι	62	36.5
	Δεν Γνωρίζω	76	44.7
	Σύνολο	168	98.8
Λείπουν	Σύστημα	2	1.2
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 98 - Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με την Εκτίμηση του Εάν η Π.Φ.Υ μπορεί να αντεπεξέλθει σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	10min	14	8.2
	15min	34	20.0
	20min	53	31.2
	30min	36	21.2
	>30min	30	17.6
	Σύνολο	167	98.2
Λείπουν	Σύστημα	3	1.8
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 99 – Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Χρόνο Αναμονής στα κέντρα Π.Φ.Υ.

Τομέας Υγείας			Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο
			< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Παθολογικός	Χρόνος Αναμονής	10min	1	0	8	9
		15min	6	9	1	16
	20min	5	11	3	19	
	30min	2	3	6	11	
	>30min	2	1	10	13	
	Σύνολο		16	24	28	68
Οφθαλμολογικός	Χρόνος Αναμονής	15min	2	1	0	3
		20min	1	4	1	6
	30min	1	2	4	7	
	>30min	0	0	4	4	
	Σύνολο		4	7	9	20
Ορθοπαιδικός	Χρόνος Αναμονής	10min	1	1	1	3
		15min	6	3	0	9
	20min	4	2	2	8	
	30min	0	2	2	4	
	>30min	0	1	3	4	
	Σύνολο		11	9	8	28

Πίνακας 100 - Κατανομή Περιστατικών Ανάλογα με τον Τομέα Υγείας, την Ηλικιακή Ομάδα και τον Χρόνο Αναμονής

Ο δείκτης **Pearson** είναι $p < 0.01$ για τα παθολογικά περιστατικά, $p = 0.047$ για τα οφθαλμολογικά περιστατικά, $p = 0.151$ για τα ορθοπαιδικά περιστατικά.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	41	87,2
	Ναι	4	8,5
	Σύνολο	45	95,7
Ελλείψεις	Σύστημα	2	4,3
Σύνολο		47	100,0

Πίνακας 101 - Επαρκεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Δεν Γνωρίζω	2	4.3
	Υποδομές	3	6.4
	Εκπαίδευση	2	4.3
	Οργάνωση	12	25.5
	Προσλήψεις	11	23.4
	Σύνολο	30	63.8
Λείπουν	Σύστημα	17	36.2
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 102 - Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τις Προτεινόμενες Λύσεις αναφορικά με την Βελτίωση των παρεχόμενων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Λίγο Ιατρικό Προσωπικό	14	29.8
	Φόρτος Εργασίας	7	14.9
	Δύσκολες Συνθήκες Εργασίας	2	4.3
	Πολλοί Ασθενείς	2	4.3
	Ελλιπής Επικοινωνία	4	8.5
	Ελλιπείς Υποδομές	9	19.1
	Ελλιπής Οργάνωση	4	8.5
	Ελλιπής Συνεργασία	1	2.1
	Σύνολο	43	91.5
	Λείπουν	Σύστημα	4
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 103 - Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τα Προβλήματα που Αντιμετωπίζει η Π.Φ.Υ.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	1	2,1
	Ναι	45	95,7
	Σύνολο	46	97,9
Ελλιπή	Σύστημα	1	2,1
Σύνολο		47	100,0

Πίνακας 104 - Υπηρεσίες Πρόσβασης στο Διαδίκτυο

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	4	8,5
	Ναι	42	89,4
	Σύνολο	46	97,9
Ελλιπή	Σύστημα	1	2,1
Σύνολο		47	100,0

Πίνακας 105 - Υπάρχει Ηλεκτρονικός Υπολογιστής στο κέντρο Π.Φ.Υ;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	22	46.8
	Ναι	23	48.9
	Σύνολο	45	95.7
Λείπουν	Σύστημα	2	4.3
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 106 – Υπαρξη υπηρεσιών τηλε-ιατρικής

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	48	28,2
	Ναι	116	68,2
	Σύνολο	164	96,5
Ελλιπή	Σύστημα	6	3,5
Σύνολο		170	100,0

Πίνακας 107 - Υπάρχει χώρος για βελτίωση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	5km	74	43.5
	10km	61	35.9
	20km	24	14.1
	35km	5	2.9
	>40km	3	1.8
	5	1	.6
Σύνολο		168	98.8
Λείπουν	Σύστημα	2	1.2
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 108 - Γεωγραφική Κατανομή κέντρων Π.Φ.Υ

		Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο
		< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Πόσο απέχουν τα κέντρα Π.Φ.Υ. από τον τόπο κατοικίας;	5km	17	22	35	74
	10km	24	30	7	61
	20km	7	12	5	24
	35km	1	2	2	5
	>40km	0	1	2	3
	5	0	1	0	1
Σύνολο		49	68	51	168

Πίνακας 109 - Κατανομή κέντρων Π.Φ.Υ. σε σχέση με την απόστασή τους από τον τόπο κατοικίας των ασθενών

Ο δείκτης **Pearson** για την δεδομένη συσχέτιση ισούται με **p = 0.004**.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	<5km	12	25.5
	5-10km	24	51.1
	11-20km	9	19.1
	21-40km	1	2.1
	Σύνολο	46	97.9
Λείπουν	Σύστημα	1	2.1
Σύνολο		47	100.0

Πίνακας 110 – Κατανομή Δείγματος Προσωπικού ανάλογα με την απόσταση του τόπου κατοικίας του από τα κέντρα Π.Φ.Υ.

		Απόσταση Από Τόπο Κατοικίας				Σύνολο
		<5km	5-10km	11-20km	21-40km	
Χρόνια Υπηρεσίας	0-2 Έτη	2	1	3	0	6
	3-5 Έτη	2	10	1	0	13
	6-10 Έτη	4	6	1	0	11
	> 10 Έτη	4	7	4	1	16
Σύνολο		12	24	9	1	46

Πίνακας 111 – Κατανομή Δείγματος προσωπικού ανάλογα με την απόσταση του τόπου κατοικίας από τα κέντρα Π.Φ.Υ. και τα έτη υπηρεσίας.

Ο δείκτης **Pearson** για την εν λόγω συσχέτιση ισούται με **p = 0.285**.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Καθόλου	41	24.1
	Λίγο	97	57.1
	Αρκετά	30	17.6
	Σύνολο	168	98.8
Λείπουν	Σύστημα	2	1.2
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 112 – Ανταποκρίνεται η Π.Φ.Υ. στις ανάγκες της 3^{ης} ηλικίας;

		Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο
		< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Ανταποκρίνεται η Π.Φ.Υ. στις ανάγκες της 3 ^{ης} Ηλικίας;	Καθόλου	18	15	8	41
	Λίγο	29	46	22	97
	Αρκετά	2	7	21	30
	Σύνολο	49	68	51	168

Πίνακας 113 – Κατανομή Δείγματος ανάλογα με τις Ηλικιακές Ομάδες και την εκτίμηση του κατά πόσο η Π.Φ.Υ. ανταποκρίνεται στις ανάγκες της 3^{ης} ηλικίας.

Ο δείκτης Pearson είναι $p < 0.001$.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	Όχι	76	44.7
	Ναι	92	54.1
	Σύνολο	168	98.8
Λείπουν	Σύστημα	2	1.2
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 114 – Γνωρίζετε για την Π.Φ.Υ.;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρα	6 μήνες	17	10.0
	1 χρόνος	32	18.8
	2-4 χρόνια	50	29.4
	6-8 χρόνια	23	13.5
	>8 χρόνια	43	25.3
	Σύνολο	165	97.1
Λείπουν	Σύστημα	5	2.9
Σύνολο		170	100.0

Πίνακας 115 – Πόσο καιρό κάνετε χρήση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.;

Βιβλιογραφία

- ✚ B. Abel-Smith, J. Calltorp, M. Dixon, A. Dunning, R. Evans, B. Jarman. Η Μόσιαλος Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, Φαρμέτρικα, Αθήνα, 1994.– 98.
- ✚ Abramson JH. Community – oriented primary care – strategy, approaches and practice: a review, Public Health Review 1988, 16: 35
- ✚ Adamopoulos PN. Continuing Medical Education in Greece. Meducs 1988, 1: 37 – 38.
- ✚ Adamopoulos PN. Nanas SN, Pyrgakis B, Fotopoulos M, Mouloupoulos S. Technology, Coronaryheart disease and its risk factors. Inter Angio 1989, 8: 125 – 128.
- ✚ BOERMA, W (επιμ.) (1994), Activity Profiles of General Practitioners in Europe, NIVEL, Ουτρέχτη.
- ✚ BOSANQUET,N. – LEESE, B. (1988), Family Doctors and Economic Incentives, Dartmoth Publishing Co., England
- ✚ CALNAN, M. – CORNEY,R. (1991), Changes in Job Satisfaction amongst General Practitioners, Centre for Health Services Studies, University of Kent.
- ✚ CASPE Research, King Edward’s Hospital Fund., Λονδίνο.
- ✚ DAVIES,M.J. (1983), «Community Health, Preventive Medicine and Social Services», Bailliere Tindall, Λονδίνο.
- ✚ DEPARTMENT OF HEALTH (1990), General Practice in the NHS: A New Contract, HMSO, Λονδίνο.
- ✚ European Commission, Citizens and Health Systems: Main Results from a Euro barometer Survey, E.C., Luxemburg, 1998.
- ✚ Fargans I. Postgraduate and Continuing Medical Education in Hungary. Prodoi Iatr. Epist. 1990, 3: 35 – 38.
- ✚ Folland S, Goodman A, Stano M. The Economics of Health and Health Care, Prentice Hall, New Jersey, 1997, p.p. 266-291
- ✚ W. E. Hammond, J. W. Hales: D. F. Lobath, M. J./ Straube: Integration of a computer based patient record system into the primary health care. Comput. Nurs. 15(Suppl) 2:S61-S68, 1997.
- ✚ Harden RM, Sowden S, Dunn WR.Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Med Education 1984, 18: 284 – 297
- ✚ HARRISON, S. – HUNTER, D. – POLLITT, C. (1990), The Dynamics of British Health Policy, Unwin Hyman, Λονδίνο 1988, 38: 341 – 02

- ✚ Horder J.: Vocational training for general in European Community JR Coll Gen Pract.
- ✚ HUBRICK, W. (1992), «Γενική Ιατρική στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Ο ρόλος του Γενικού γιατρού στα επόμενα χρόνια» (μτφρ.:Χ.Λιονής), Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας, τόμ.4 τχ.3, σ.115-117.
- ✚ Institute of computer Science, Foundation for Research and Technology-Hellas. Center for Medical Informatics and Health Telematics Applications: PHCC Information system. A system for the electronic storage and management of patient records in Primary Health Care Centers. <http://www.ics.forth.gr/ICS/acti/cmi-hta>. A.
- ✚ . Issacson, A. Koutis, M. Cedervall, Lars Lindholm, Ch. Lionis, M. Fioretos: Patient-number-based computerized medical records in Crete. A tool for planning and assessment of primary health care. Computer Meth and Prog in Biomed 37: 41-49, 1992.
- ✚ KERRUISH, A. – WICKINGS, I. – JERRANT, P. (1979), «Information from Patients as a Management Tool – empowering managers to improve the quality of care.
- ✚ Kunnamo: Primary care and primary care informatics in Finland. J. Inform. Prim. Care (June):7-8, 1995.
- ✚ Klotz P. The present state of continuing Medical Education in France. Πρόοδοι Ιατρ. Επιστ. 1990, 3: 22 – 24
- ✚ C. Lionis, E. Trell. Health Needs Assessment in General Practice: The Cretan Approach, European Journal of General Practice. 5: 75-77, 1999.
- ✚ H. Maxlell, R. Parker, D. Morse: Geographical Information Systems in General Practice: A new toll for needs assessment. J. Inform. Prim. Care (March): 7-11, 1996.
- ✚ Mouloupoulos SD, Adamopoulos PN, Diamantopoulos E, Nakas S, Antonopoulos L, Iliadou – Alexandrori M. Coronary heart disease risk factors in a random sample of Athens population of Greece. “The Athens Study”. Amrer J Epidemiol 1987, 126: 882 – 892
- ✚ PERRIN, J. (1990), Resource Management in the NHS, Chapman and Hall in association with HSMC, Λονδίνο.
- ✚ D.A. Perendia, N.A. Brown: Teledermatology: one application of telemedicine. Bull. Mes. Libr. Assoc. 83:42-47, 1995.

- ✚ Premi JN. Continuing Medical Education in Canada. *Πρόοδοι Ιατρ. Επιστ.* 1990, 3: 42 – 44
- ✚ P. Pritchard: Compact disks for Gps- this year- next year? *J. Inform. Prim. Care*, (September): 12-14, 1996.
- ✚ N. Pures: The paperless general practice. *BMJ*, 312:1112-1113, 1996.
- ✚ I. N. Purves: Facing future challenges in general practice: a clinical method with computer support. *Fam. Pract.* 13:536-543, 1996.
- ✚ SALTMAN, R.B. – VON OTTER C. (1992), *Planned Markets and Public Competition*, Open University Press, Λονδίνο
- ✚ A. Scharsky: Primary care in the eastern part of Germany. *J. Inform. Prim. Care*, (June): 5-6, 1995.
- ✚ NHS Management Executive. *Computerisation in GP practices 1993 survey*. Department of Health, Leeds, 1993
- ✚ R. Walton: An evaluation of CAPSULE, a computer system giving advice to general practitioners about drug prescribing. *J. Inform. Prim. Care*, (March): 2-7, 19 World Federation for Medical Education.
- ✚ World conference on medical education. 1988. Six major themes to be considered at National Conferences. Planning Commission. May 1966

WHO. *Educational strategies for the health professions*. World Health Organization, Geneva 1974.

WHO. *Primary Health Care, Alta-Ata.health for all*. Series No 1. World Health Organization 1978.

WHO. *Primary prevention of essential hypertension*. Technical report series 686. World Health Organization, Geneva 1983.

WHO. *Sudden cardiac death*. Technical report series 726. World Health Organization, Geneva 1985.

WHO. *Blood pressure studies in children*. Technical report series 715. World Health Organization, Geneva 1985

WHO. *Community prevention and control of cardiovascular disease*. Technical report series 732. World Health Organization, Geneva 1986.

WHO. *The organization of primary health care in southern Europe, report on a WHO study*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986, (ICP/PHC 302/s04).

WHO. *The organization of primary health care in southern Europe (Greece, Italy, Portugal and Spain), report on a WHO study*, WHO Regional Office for Europe, 1986, ICP/PHC 302/s04 – restricted.

WHO. *Second Forum on Primary Health Care Development in Southern Europe, final report on a WHO meeting*, Lisbon, 1987. Copenhagen, WHO Regional Office for

EurWHO. *Educational strategies for the health professions*. World Health Organization, Geneva 1974.

WHO. *Primary Health Care, Alta-Ata.health for all*. Series No 1. World Health Organization 1978.

- WHO. Primary prevention of essential hypertension. Technical report series 686. World Health Organization, Geneva 1983.
- WHO. Sudden cardiac death. Technical report series 726. World Health Organization, Geneva 1985.
- WHO. Blood pressure studies in children. Technical report series 715. World Health Organization, Geneva 1985
- WHO. Community prevention and control of cardiovascular disease. Technical report series 732. World Health Organization, Geneva 1986.
- WHO. The organization of primary health care in southern Europe, report on a WHO study. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986, (ICP/PHC 302/s04).
- WHO. The organization of primary health care in southern Europe (Greece, Italy, Portugal and Spain), report on a WHO study, WHO Regional Office for Europe, 1986, ICP/PHC 302/s04 – restricted.
- WHO. Second Forum on Primary Health Care Development in Southern Europe, final report on a WHO meeting, Lisbon, 1987. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1987, ICP/PHC 314
- WHO. Interaction between health and social services and the public in the provision of health care, report on a WHO working Group. Granada, Spain, 1987. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988, ICP/PHC 330.
- WHO. The challenge of implementation, district health systems for primary health care. Geneva, WHO Headquarters, 1988, WHO/SHS/DHS/88.1, Rev.1
- WHO. Strengthening information support for management of district health systems, report of an interregional meeting, Surabaya, Indonesia, 1989. Geneva, WHO, 1988 WHO/SHS/DHS/90.1
- WHO. Future health and medical care, report of a consultation with leading medical practitioners. Geneva, 1989. Geneva, WHO 1990, WHO/HRH/90.2
- WHO. Third Forum on Primary Health Care Development in Southern Europe, report on a WHO meeting bPamplona, Spain, 1989. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1990, EUR / ICP / PHC 314 (3).
- WHO. Systems of continuing education: priority to district health personnel, report of a WHO Expert Committee. Geneva, WHO, 1990 Technical Report Series 803.
- WHO. Diet, nutrition, and prevention of chronic diseases. Technical report series 797. World Health Organization 1990.
- ✚ WHO. The role of the general practitioner in the CINDI programme, report on a WHO meeting Heidelberg, 1991. Copenhagen, WHO, 1992, EUR / ICP / NCD 218. Joint Committee on Postgraduate training for General Practice. Training for general practice. R Col Gen Pract, 1982. London
 - ✚ Page HS. Cancer, Rates and Risks. US Department of Health and Human Services. NIH Publication 85 – 691, 1985.
 - ✚ UN. Monthly Bulletin of statistics, 1986
 - ✚ UN, Monthly Bulletin of Statistics, February 1987.
 - ✚ Αδαμόπουλος ΠΝ, Τζουμάκα – Μπακούλα Χ, Κραλιός Ν, Μουντοκαλάκης Θ, Θωμαΐδης Θ. Η διασύνδεση της Ιατρικής Εκπαίδευσης με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Ιατρική 1984, 45! 20 – 25.
 - ✚ Αδαμόπουλος ΠΝ. Συνεχής Ιατρική ενημέρωση: Μια επιτακτική ανάγκη. Πρόοδοι Ιατρ. Επιστ 1988, 1:17. Αδαμόπουλος ΠΝ. Εισαγωγή στην Προληπτική Ιατρική. Νοσήματα φθοράς. Εκδόσεις Γ.Παρισσιανός, Αθήνα 1988
 - ✚ Αδαμόπουλος ΠΝ. Καρκίνος: Μέτρα πρόληψης. Ιπποκράτης 1989, 2: 425 – 434.
 - ✚ Αδαμόπουλος ΠΝ. Υπηρεσίες υγείας και Ιατρική Εκπαίδευση: Προπτυχιακή, Μεταπτυχιακή, Συνεχιζόμενη. Γρ. Παρισσιανός 1990

- ✚ Αδαμόπουλος ΠΝ, Γατος Α, Δημας Σ, Μουλοπουλος ΣΔ. Δείκτες τεχνολογικού εξοπλισμού, προδιαθεσικοί παράγοντες στεφανιαίας νόσου και θνητότητα από τη νόσο αυτή στην Ελλάδα. Πρόοδοι Ιατρ Επιστ 1988, 1: 71 – 79.
- ✚ Αδαμόπουλος ΠΝ και συν. Επιδημιολογία προδιαθεσικών παραγόντων των καρδιαγγειακών νοσημάτων ορεινού χωριού Θεσσαλίας. Ελλην. Καρδιολ .Επιθ. 1990, 31: 72 – 77 Ν.
- ✚ Αντωνάκης, Χ. Λιονής: Ανάπτυξη ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων, στο Κέντρο Υγείας Ανωγείων, Ρεθύμνης (έχει υποβληθεί για δημοσίευση).
- ✚ Αραβαντινός : Η υπογεννητικότητα στη χώρα μας. Αιτία – Ευθύνες – Προτάσεις. Πρόοδοι Ιατρ Επιστ 1991, 3: 43 – 49.
- ✚ Άρθρο Σύνταξης. Το μείζον πρόβλημα της υπογεννητικότητας. Πρόοδοι Ιατρ Επιστ 1991, 3:7.
- ✚ ΓΕΙΤΟΝΑ, Μ. – ΞΥΠΙΝΗΤΟΣ Κ. – ΜΟΝΕΔΑΣ, Γ. – ΜΠΑΤΙΚΑΣ, Α. – ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. (1995), «Χαρακτηριστικά του Γενικού Γιατρού στην Ελλάδα».
- ✚ ΓΕΙΤΟΝΑ, Μ. – ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. (1991), «Η χρηματοδότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο διεθνή χώρο και στην Ελλάδα», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 3, τχ. 8, σ. 9 – 16.
- ✚ ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ, Ε. – ΓΕΝΝΗΜΑΤΑ, Α. – ΔΡΙΖΗ, Λ. – ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. (1994), «Η ικανοποίηση των χρηστών στις Υπηρεσίες Ανοιχτής Φροντίδας Υγείας», στο Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, σ. 25 – 34.
- ✚ ΓΕΩΡΓΟΥΣΗΣ-ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. (1991). «Σχεδιασμός-Οικονομική Διαχείριση και Αξιολόγηση στην πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ,τομ.3 τχ 10,σ.128-133.
- ✚ Α. Γκίνης, Σ. Δευτεραίος, Δ. Σωτηρίου: Δημιουργία ηλεκτρονικών φακέλων των κατοίκων των κοινοτήτων Αρκεσίνης και Βρουτσίου Αμοργού. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 8:112, 1996.
- ✚ Χρ. Δερβένης, Ν. Πολύζος Μελέτη για την Οργάνωση και Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 1995.
- ✚ Γ. Δημολιάτης. Είναι δυνατή η Ισότητα στην Υγεία μέσα σε ένα Περιβάλλον Κοινωνικής Ανισότητας; στο: Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ. (επιστημονική επιμέλεια) Ισότητα, Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Θεμέλιο, Αθήνα, 3: 55-64, 2000.
- ✚ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Ανακοίνωση της επιτροπής για ένα πρόγραμμα κοινοτικής δράσης, σχετικά με την παρακολούθηση της υγείας, στο πλαίσιο της δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Βρυξέλλες, 1992.
- ✚ ΕΣΥΕ. Στατιστική κοινωνικής πρόνοιας και υγιεινής 1987. Αθήνα 1990
- ✚ ΕΣΥΕ. Στατιστική κοινωνικής πρόνοιας και υγιεινής 1988. Αθήνα 1991
- ✚ ΕΣΥΕ. Στατιστική κοινωνικής πρόνοιας και υγιεινής 1989. Αθήνα 1992

- ✚ Μ. Θεοδώρου. Η Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη στο ΙΚΑ. Συγκριτική Διερεύνηση Δυο Προτύπων Οργάνωσης Οικογενειακού Γιατρού, ΙΜΟΣΥ, Αθήνα, 1993.
- ✚ Μ. Θεοδώρου, Α. Καρόκης, Ν. Πολύζος, Θ. Ρούπας, Α. Σισσούρας, Ι. Υφαντόπουλος. Μελέτη για το Σχεδιασμό την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας: Ανάλυση Δομή του Συστήματος, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 1994.
- ✚ Γ. Καραλής Γ. Κυριόπουλος,. Τα Οικονομικά της Κοινωνικής Ασφάλισης στην υγεία, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. (επιστημονική επιμέλεια) Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1997.
- ✚ Γ. Κυριόπουλος. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: Το Πολιτικό Πρόβλημα και οι Διαστάσεις του, στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. (επιστημονική επιμέλεια), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1996.
- ✚ Γ. Κυριόπουλος. Ισότητα ή Ελευθερία στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας: Το Πραγματικό Πολιτικό Δίλημμα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α., (επιστημονική επιμέλεια) Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1997..
- ✚ Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Δημολιάτης Γ. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 12:169-188, 2000. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ.-ΑΝΔΡΙΩΤΗ, Δ.-ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ, Ε.-ΒΟΕΡΜΑ, W.-ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ, Μ.-Π.(1995β), «Η Εφαρμογή Ιατρικών Τεχνικών και η Διαχείριση της Ασθένειας από τους Γενικούς Γιατρούς», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας,τόμ. 7, σ. 107-116.
- ✚ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ,Γ.-ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ, Ε.-ΑΝΔΡΙΩΤΗ, Δ.-ΒΟΕΡΜΑ, W.-ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ, Μ. (1995α), «Η εμπλοκή των Γενικών Γιατρών στην Προληπτική Ιατρική», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 7, τχ. 1 σ.21-28.
- ✚ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ.(1991), «Η συμβολή της αγωγής υγείας στην εμπλοκή της κοινότητας,στην προστασία του καταναλωτή-χρήστη και στην ορολογική λειτουργία της αγοράς υπηρεσιών υγείας»,Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 3,τχ.11, σ.169-173.
- ✚ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ.(1995), «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα και η Γενική Ιατρική ως πρόβλημα πολιτικής και “κουλτούρας” στην Ελλάδα»,Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ.7, τχ. 1, σ.9-10. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ.-ΑΝΔΡΙΩΤΗ, Δ.-ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ, Ε.-ΒΟΕΡΜΑ, W.-ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ, Μ.-Π.(1995β), «Η Εφαρμογή

- Ιατρικών Τεχνικών και η Διαχείριση της Ασθένειας από τους Γενικούς Γιατρούς», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας,τόμ. 7, σ. 107-116.
- ✚ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ,Γ.-ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ, Ε.-ΑΝΔΡΙΩΤΗ, Δ.-ΒΟΕΡΜΑ, W.-ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ, Μ. (1995α), «Η εμπλοκή των Γενικών Γιατρών στην Προληπτική Ιατρική», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 7, τχ. 1 σ.21-28.
 - ✚ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ.(1991), «Η συμβολή της αγωγής υγείας στην εμπλοκή της κοινότητας,στην προστασία του καταναλωτή-χρήστη και στην ορολογική λειτουργία της αγοράς υπηρεσιών υγείας»,Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 3,τχ.11, σ.169-173.
 - ✚ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ.(1995), «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα και η Γενική Ιατρική ως πρόβλημα πολιτικής και “κουλτούρας” στην Ελλάδα»,Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ.7, τχ. 1, σ.9-10.
 - ✚ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. (1993), «Ελεγχόμενος Ανταγωνισμός και Προοπτική Χρηματοδότηση», στο Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον Υγειονομικό Τομέα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα, σ. 13 – 24.
 - ✚ ΛΙΟΝΗΣ, Χ. (1992), «Γενική Ιατρική: Στρατηγικές Ανάπτυξης », Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ.4, τχ. 3,σ.113-114.
 - ✚ Χ. Λιονής, Μ.Π. Μερκούρης. Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Προτάσεις για την Βελτίωσή της, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 12:7-9, 2000.
 - ✚ ΜΑΤΣΑΓΙΑΝΝΗΣ, Μ. (1992), «Η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία: Η περίπτωση των Γενικών Γιατρών», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τομ. 1, τχ. 1, σ. 41- 50.
 - ✚ Τρ. Μπεαζόγλου, D. Heffley, Γ. Κυριόπουλος. Η βέλτιστη Δομή Αγοράς στην Καλυπτόμενη από την Ασφάλιση Υγειονομική Φροντίδα: Επιπτώσεις στη μεταρρύθμιση του Υγειονομικού Τομέα, 4, 1:3-35, 1995.
 - ✚ Μωραΐτης, Ε. Γεωργούση, Χρ. Ζηλίδης, Μ. Θεοδώρου, Ν. Πολύζος. Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 1995.
 - ✚ Ν.4111/1960(1960) «Περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως των περί Υγειονομικών Συλλόγων, Ιατρικών και Παραϊατρικών Επαγγελμάτων, Ασφαλίσεως Υγειονομικών, φαρμάκων και των περί ιατρικής εν γένει Αντιλήψεως και Δημόσιας Υγείας διατάξεων», Εφημερίδα Κυβερνήσεως, ΦΕΚ 163^Α.
 - ✚ Α. Σισσούρας, Α. Καρόκης. Ενιαίος Φορέας Υγείας: η Ευκαιρία – Τιμή για άσκηση Πολιτικής Υγείας στη χώρα μας, στο: Γ. Κυριόπουλος, Σισσούρας Α., (

- επιστημονική επιμέλεια), Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1997.
- ✚ Α. Σισσούρας, Α. Καρόκης, Ν. Πολύζος, Μ. Θεοδώρου. Ενιαίος Φορέας Υγείας: η Οργάνωση του Συστήματος Χρηματοδότησης και η Αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 1995.
 - ✚ Σουλιώτης Κ, Λιονής Χ. “ Λειτουργική Ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Μία Πρόταση για την Άρση του Αδιεξόδου”. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, (υπό δημοσίευση).
 - ✚ Σουλιώτης Κ. Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές Διευκρινίσεις και Διαπιστώσεις για το Σύστημα Υγείας. Στο Κυριόπουλος Ι, Σουλιώτης Κ.: Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα, 2001.
 - ✚ Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Πρόγραμμα τηλειατρικής. Η πληροφορική στις υπηρεσίες υγείας, Αθήνα, 1994.
 - ✚ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (1995), Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας, Επιτροπή «Οικογενειακού Γιατρού και Ανάπτυξης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».
 - ✚ Ali Khan, S. (1996). “A vision of a 21 st-century community learning centre”. In: J. Huckle & S. Sterling (Eds). *Education for sustainability*. London: Erthascan (pp.222-227)
 - ✚ Anastasi, A. & Urbina, S. (1997). *Psychological Testing* (7th ed.). N. J.: Prentice-Hall Inc.
 - ✚ Αθανασόπουλος Δ.Α. (1989). *Περιγραφική Στατιστική*, Εκδόσεις Α. Σταμούλης, Πειραιάς.
 - ✚ Bash, P. *Textbook of International Health*, Oxford University Press
 - ✚ Bell, J. (1999). *Μεθοδολογικός Σχεδιασμός Παιδαγωγικής και Ψυχολογικής Έρευνας*. Αθήνα: Gutenberg.
 - ✚ Βάμβουκας, Μ. (1991). *Εισαγωγή στην Ψυχοπαιδαγωγική Έρευνα και Μεθοδολογία*. Αθήνα: Γρηγόρης.
 - ✚ Cohen, L. & Manion, L. (1994). *Μεθοδολογία της Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

- ✚ Δαμιανού Χ.Χ., (1992). *Μεθοδολογία Δειγματοληψίας: Τεχνικές και Εφαρμογές*, Εκδόσεις Αίθρα, Αθήνα.
- ✚ Δαφέρμος, Β. (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη: Ζήτη.
- ✚ Everitt B.S. (1993) *Cluster Analysis*, 3rd edition, Arnold, London.
- ✚ Εγχειρίδιο Μελέτης, Εκπαιδευτική Έρευνα στην πράξη. (1999). Πάτρα: εκδόσεις ΕΑΠ.
- ✚ Ζαίρης, Π.Ε. (1991). *Τεχνικές Δειγματοληπτικών Μελετών*, Αθήνα.
- ✚ Javeau, C. (1996). *Η Έρευνα με Ερωτηματολόγιο: Το Εγχειρίδιο του Καλού Ερευνητή*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Δαρδανός
- ✚ Ξενάκης, Α.Σ. (2002). *Θεωρία και Τεχνικές Δειγματοληψίας*, Σημειώσεις Πανεπιστημιακών Παραδόσεων, Πειραιάς.
- ✚ Kinnear, P. & Gray, C. (1999). *SPSS for Windows, Made Simple*. (3rd Ed.). Sussex: Psychological Press Ltd.
- ✚ Κιόχος, Π.Α. (1997). *Μεθοδολογία Διεξαγωγής Ερευνών, Η θεωρία στην Πράξη*, Εκδόσεις Α. Σταμούλης, Αθήνα.
- ✚ Λιονής, Χρ. (1992). *Γενική Ιατρική και Στρατηγική Ανάπτυξης*, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τ. 3, σελ. 113 - 114
- ✚ Μπαμπινιώτη Γ. (2002). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, έκδοση Β, Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας, Ε.Π.Ε
- ✚ Norusis, M. (2005). *Οδηγός Ανάλυσης Δεδομένων με το SPSS 12.0*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- ✚ Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1985). *Εξελικτική Ψυχολογία: Η Ψυχική Ζωή από τη Σύλληψη ως την Ενηλικίωση* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τόμος 4ος: εφηβική ηλικία).
- ✚ Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1994). *Ψυχολογία Ατομικών Διαφορών: Διατομικές, Διομαδικές και Ενδοατομικές Διαφορές και Αποκλίσεις*. Αθήνα (αυτοέκδοση).
- ✚ Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1990). *Στατιστική Εφαρμοσμένη στις Επιστήμες της Συμπεριφοράς*. Αθήνα (αυτοέκδοση). (τόμ. 1ος)
- ✚ Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*. Αθήνα (αυτοέκδοση). (τόμ. 2)
- ✚ Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1993). *Στατιστική Εφαρμοσμένη στις Επιστήμες της Συμπεριφοράς*. Αθήνα (αυτοέκδοση). (τόμ. 2)
- ✚ Σχέδιο Μεταρρύμισης «Υγεία για τον Πολίτη», Αθήνα, 2000, Νόμος 2889/2001

- ✚ Τεγόπουλος-Φυτράκης (1993). *Ελληνικό Λεξικό*. Αθήνα : Εκδόσεις Αρμονία, ΣΤ΄ Έκδοση
- ✚ Τούντας Γ (2003), *Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας Δέκα Ανεπτυγμένων Χωρών*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20 (1), 76 - 87
- ✚ Τσάντας, Ν., Μωυσιάδης, Χ., Μπαγιάτης, Ν., Χατζηπαντελής, Θ. (1999). *Ανάλυση Δεδομένων με τη Βοήθεια Στατιστικών Πακέτων – SPSS, EXCEL, S-PLUS*. Θεσσαλονίκη: Ζήτη.
- ✚ Verma, G, & Mallick, K. (2004). *Εκπαιδευτική Έρευνα- Θεωρητικές προσεγγίσεις και πρακτικές*, Αθήνα: Τυπωθητώ.
- ✚ Φίλιας, Β. (1977). *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις Τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών*. Αθήνα: Gutenberg
- ✚

Πίνακας 1 - Κατανομή δείγματος ανάλογα με φύλλο – ηλικία – χώρα προέλευσης

Εγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
Ανδρες	96	56.5
Γυναίκες	74	43.5
< 30	49	28.8
31 – 60	69	40.6
> 61 Χρόνια	52	30.6
Όχι	18	10.6
Ναι	150	88.2
Δεν γνωρίζω	1	.6
Σύνολο	169	99.4
Λείπουν	1	.6
Σύστημα		
Σύνολο	170	100.0

Οι τιμές δίνονται μέση τιμή (+ -) τυπική απόκλιση. Έγινε έλεγχος X^2 test του Pearson όταν σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0.05$ έχουμε $p\text{-value} \leq 0.05$

Πίνακας 2 – Κατανομή δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση και αριθμός παιδιών

Εγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
Ελεύθερος	48	28.2
Παντρεμένος – Συζεί	84	49.4
Διαζευγμένος	6	3.5
Χήρος	22	12.9
Σύνολο	160	94.1
Λείπουν Σύνολο	10	5.9
Σύνολο	170	100.0

Οικογενειακή Κατάσταση	Παιδιά		Σύνολο
	Χωρίς	Με	
Ελεύθεροι	44	0	44
Παντρεμένοι – Συζούν	8	74	82
Διαζευγμένοι	4	2	6
Χήροι	1	21	22
Σύνολο	57	97	154

Από τον δείκτη Pearson παρατηρούμε ότι υπάρχει πολύ σημαντική συσχέτιση ($p = 0.001$, $p < 0.05$) μεταξύ της συζυγικής κατάστασης και της ύπαρξης παιδιών.

Πίνακας 3 Κατανομή δείγματος Ανάλογα με το επίπεδο Εκπαίδευσης – ηλικιακή ομάδα – επίπεδο εκπαίδευσης – Εργασιακή κατάσταση ανάλογα με το φύλλο

Έγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
Δημοτικό	55	32.4
Γυμνάσιο	34	20.0
Λύκειο	46	27.1
Πανεπιστήμιο	12	7.1
Τίποτα	19	11.2
Σύνολο	166	97.6
Λείπουν Σύνολο	4	2.4
Σύνολο	170	100.0

		Επίπεδο Εκπαίδευσης					Σύνολο
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Πανεπιστήμιο	Τίποτα	
Ομάδες Ηλικιών (30 Έτη)	< 30 Έτη	9	4	20	11	2	46
	31 - 60 Έτη	19	24	24	1	1	69
	> 61 Έτη	27	6	2	0	16	51
Σύνολο		55	34	46	12	19	166

Φύλο	Ομάδες Ηλικιών (30 έτη)	Επίπεδο Εκπαίδευσης			Σύνολο
		< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Άνδρας	Εργασία Όχι	18	1	30	49
	Ναι	8	32	3	43
	Σύνολο	26	33	33	92
Γυναίκα	Εργασία Όχι	12	10	19	41
	Ναι	4	26	0	36
	Σύνολο	16	36	19	71

1. Η συσχέτιση εργασίας – παραγωγικών ηλικιών (31 – 60 ετών) είναι έντονη για το ανδρικό φύλο, όπως φαίνεται από τον δείκτη Pearson $p = 0.031$, $p < 0.05$.

2. Η συσχέτιση εργασίας – παραγωγικών ηλικιών (31 – 60 ετών) για το γυναικείο φύλο είναι επίσης έντονη όπως φαίνεται από τον δείκτη Pearson $p = 0.043$, $p < 0.05$.

Πίνακας. 4 Κατανομή δείγματος αναφορικά με την Εργασιακή Κατάσταση – με την ηλικία και την εργασιακή κατάσταση – Τομέας εργασίας και ειδίκευσης.

4.1

Έγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
Όχι	90	52.9
Ναι	73	42.9
Σύνολο	163	95.9
Λείπουν Σύστημα	7	4.1
Σύνολο	170	100.0

4.2

Εργασιακή κατάσταση		Ηλικιακές ομάδες (30 έτη)			Σύνολο
		< 30 έτη	31-60 έτη	> 61 έτη	
Όχι	Άνεργος	2	1	0	3
	Συνταξιούχος	0	0	41	41
	Οικιακά	1	9	6	16
	Φοιτητής	11	0	0	11
	Άλλο	15	1	1	17
Σύνολο		29	11	48	88
Ναι	Συνταξιούχος			2	2
Σύνολο				2	2

Ο δείκτης Pearson για τη συσχέτιση ανάμεσα στην μη εργασία και στην δικαιολόγησή της (π.χ. συνταξιοδότηση) είναι $p = 0.692$.

4.3

		Ειδίκευση					Σύνολο
		Επιστήμες	Εμπόριο	Δουλειά Γραφείου	Εργάτες	Αγρότες	
Τομέας Εργασίας	Δημόσιος Τομέας	4	0	7	2	0	13
	Ιδιωτικός Τομέας	1	22	11	27	26	87
Σύνολο		5	22	18	29	26	100

Πίνακας 5 Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Αριθμό των Ωρών Εργασίας ανά Εβδομάδα και Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Μηνιαίο Εισόδημα

Έγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
40	35	20.6
> 40	58	34.1
< 40	8	4.7
Σύνολο	101	59.4
Λείπουν Σύστημα	69	40.6
< 600€	29	17.1
600-800€	24	14.1
801-1000€	26	15.3
1001-1200€	17	10.0
> 1200€	4	2.4
Δεν γνωρίζω	2	1.2
Ελλιπή Σύστημα	68	40.0
Σύνολο	170	100.0

Πίνακας 6 Ασφάλιση για Επισκέψεις σε Γιατρούς ή άλλους Επαγγελματίες Υγείας- Ασφάλιση για Νοσοκομειακή Περίθαλψη- Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με το Ασφαλιστικό Ταμείο που ανήκει

Εγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
Δεν υπάρχει	8	4.7
Υπάρχει	42	24.7
Δεν γνωρίζω	9	5.3
Σύνολο	59	34.7
Λείπουν	111	65.3
Σύστημα		
Δεν υπάρχει	2	1.2
Υπάρχει	72	42.4
Δεν γνωρίζω	13	7.6
Σύνολο	87	51.2
Λείπουν	83	48.8
Σύστημα		
Ι.Κ.Α.	32	18.8
Ο.Γ.Α.	39	22.9
Δημόσιο	15	8.8
Τ.Α.Ε.Υ.	1	0.6
ΟΑΕΕ Τ.Ε.Β.Ε	3	1.8
Τ.Σ.Α.	3	1.8
ΤΥΔΚΥ	2	1.6
Σύνολο	95	55.9
Λείπουν	75	44.1
Σύστημα		
Σύνολο	170	100.0

Πίνακας 7 Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Τομέα Εργασίας και τον Ασφαλιστικό Φορέα και Ανάλογα με τον Ασφαλιστικό Φορέα

		Ασφαλιστικός Φορέας					Σύνολο
		Ι.Κ.Α	Ο.Γ.Α	Δημόσιο	Τ.Α.Ξ.Υ	Ο.Α.Ε.Ε. Τ.Ε.Β.Ε	
Τομέας Εργασίας	Δημόσιος Τομέας	1	0	4	0	0	5
	Ιδιωτικός Τομέας	10	22	0	1	2	35
	Σύνολο	11	22	4	1	2	40

Τομέας Εργασίας			Ασφαλιστικός Φορέας					Σύνολο
			Ι.Κ.Α	Ο.Γ.Α	Δημόσιο	Τ.Α.Ξ.Υ	Ο.Α.Ε.Ε. Τ.Ε.Β.Ε	
Δημόσιος Τομέας	Ειδίκευση	Εμπόριο	1	3		0	1	5
		Δουλειά Γραφείου	2	0		0	0	2
		Εργάτες	4	4		1	0	9
		Αγρότες	3	15		0	1	19
		Σύνολο	10	22		1	2	35

Ο συντελεστής Pearson υπολογίζεται $p = 0.019$, $p < 0.05$, που υποδηλώνει ότι υπάρχει αλληλοεξάρτηση του τομέα εργασίας με το είδος της ασφάλισης.

Δημογραφικά στοιχεία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Πίνακας 8 Κατανομή δείγματος ανά ηλικιακή ομάδα – Φύλο – Οικογενειακή κατάσταση – αριθμό παιδιών

Έγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
< 30	1	2.1
31 - 60	45	95.7
> 61	1	2.1
Άνδρας	18	38.3
Γυναίκα	29	61.7
Ελεύθερος	8	17.0
Παντρεμένος	31	66.0
Σε διάσταση	6	12.8
Διαζευγμένος	2	4.3
0	13	27.7
1	8	17.0
2	15	31.9
3	11	23.4
Σύνολο	47	100.0

Πίνακας 9. Χρόνος εργασίας στην Π.Φ.Υ. και αριθμό ωρών εργασίας

Έγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
Κανονικό	44	93.6
Μειωμένο	1	2.1
Σύνολο	45	95.7
Λείπουν Σύστημα	2	4.3
0 – 2 Έτη	6	12.8
3- 5 Έτη	13	27.7
6 – 10 Έτη	11	23.4
> 10 Έτη	16	34.0
Σύνολο	46	97.9
Λείπουν Σύστημα	1	2.1
Σύνολο	47	100.0

Πίνακας 10. Κατανομή δείγματος ανά πτυχίο – χρόνος μετά την απόκτηση πτυχίου Ανάλογα με τον Χρόνο Εργασίας και τον Χρόνο Από την Απόκτηση Πτυχίου

Έγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
Νοσηλευτική (ΑΕΙ)	9	19.1
Νοσηλευτική (ΤΕΙ)	20	42.6
Μαιευτική	4	8.5
Βοηθός Νοσηλευτή	7	14.9
Ιατρική (ΑΕΙ)	4	8.5
Σύνολο	44	93.6
Λείπουν Σύστημα	3	6.4
3- 5 Έτη	6	12.8
6 – 10 Έτη	15	31.9
> 10 Έτη	25	53.2
Σύνολο	46	97.9
Λείπουν Σύνολο	1	2.1
Σύνολο	47	100.0

Χρόνια Από την Απόκτηση Πτυχίου	Έτη Εργασίας				Σύνολο
	0-2 Έτη	3-5 Έτη	6-10 Έτη	> 10 Έτη	
3-5 Έτη	2	3	0	1	6
6-10 Έτη	1	9	4	0	14
> 10 Έτη	3	1	7	14	25
Σύνολο	6	13	11	15	45

Ο δείκτης Pearson για την δεδομένη συσχέτιση είναι $p < 0.01$ που δείχνει ότι υπάρχει συσχέτιση των χρόνων εργασίας με το χρόνο από την απόκτηση πτυχίου.

Πίνακας 11. Ασθένειες για τις οποίες οι ασθενείς επισκέπτονται τας κέντρα Π.Φ.Υ.

Έγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
Καμία Επίσκεψη	1	,6
Κερατοπάθεια	2	1,2
Κατάθλιψη	3	1,8
Κάταγμα	2	1,2
Πόνος στο Στομάχι	4	2,4
Άρθρωση Ισχίου	1	,6
Οστεοπόρωση	5	2,9
Μυκίτωση	1	,6
Ορθοπαιδικά	4	2,4
Γυναικολογικά	5	2,9
Ρήξη Χιαστού	2	1,2
Ψωρίαση	1	,6
Κνίδωση	1	,6
Ουρολοίμωξη	1	,6
Προστατίτιδα	3	1,8
Οίδημα	2	1,2
Ημικρανία	3	1,8
Σπονδυλαρθρίτιδα	2	1,2
Τεστ Παπανικολάου	5	2,9
Ρήξη Μηνίσκου	3	1,8
Πευκίτιδα	4	2,4
Ρήξη Τένοντα	1	,6
Εξάρθρωση Κνήμης	3	1,8
Γλαύκωμα	2	1,2
Συνταγογράφηση	20	11,8
Υπέρηχος Στήθους	1	,6
Βρογχίτιδα	4	2,4
Καρδιακά Προβλήματα	2	1,2
Υπερθυρεοειδισμός	4	2,4
Αναπνευστικά Προβλήματα	2	1,2
Διασκέδαση	2	1,2
Γενικός Έλεγχος	1	,6
Πίεση	4	2,4
Οφθαλμολογικά	3	1,8

Διάρροια	3	1,8
Πονόλαιμος	5	2,9
Εμβολιασμός	1	,6
Πυρετός	2	1,2
Διαβήτης	4	2,4
Πίεση Οφθαλμού	1	,6
Θρόμβωση	1	,6
Πέτρα στο Νεφρό	2	1,2
Χοληστερίνη	1	,6
Αρρυθμίες	2	1,2
Τραυματισμός	2	1,2
Εγκυμοσύνη	2	1,2
Αιμορραγία Ούλων	2	1,2
Σκωληκοειδίτιδα	2	1,2
Λοιμώδης Μονοπυρήνωση	1	,6
Γρίπη	3	1,8
Παχυσαρκία	2	1,2
Πορφύρα	1	,6
Πλατυποδία	2	1,2
Αιμορραγία	1	,6
Λεμφαδένες	1	,6
Παγκρεατίτιδα	1	,6
Αιματοουρία	1	,6
Σχιζοφρένεια	1	,6
Κολίτιδα	1	,6
Αρθρίτιδα	3	1,8
Εξέταση Οφθαλμού	2	1,2
Εμφύσημα	1	,6
Διόγκωση Όρχεων	1	,6
Άσθμα	1	,6
Άγχος	1	,6
Ατύχημα	1	,6
Καταρράκτης	1	,6
Έμφραγμα	1	,6
Μόλυνση Οφθαλμού	1	,6
Αφυδάτωση	1	,6
Μόλυνση Δοντιών	1	,6
Απονεύρωση	1	,6
Μόλυνση Αυτιών	2	1,2
Ζαλάδα	1	,6
Έγκαυμα	1	,6
Σύνολο	169	99,4
Σύστημα	1	,6

Σύνολο	170	100.0
--------	-----	-------

Πίνακας 12. Κατανομή Περιστατικών Π.Φ.Υ. με τον Ιατροφαρμακευτικό Τομέα και κατανομή περιστατικών ανάλογα με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

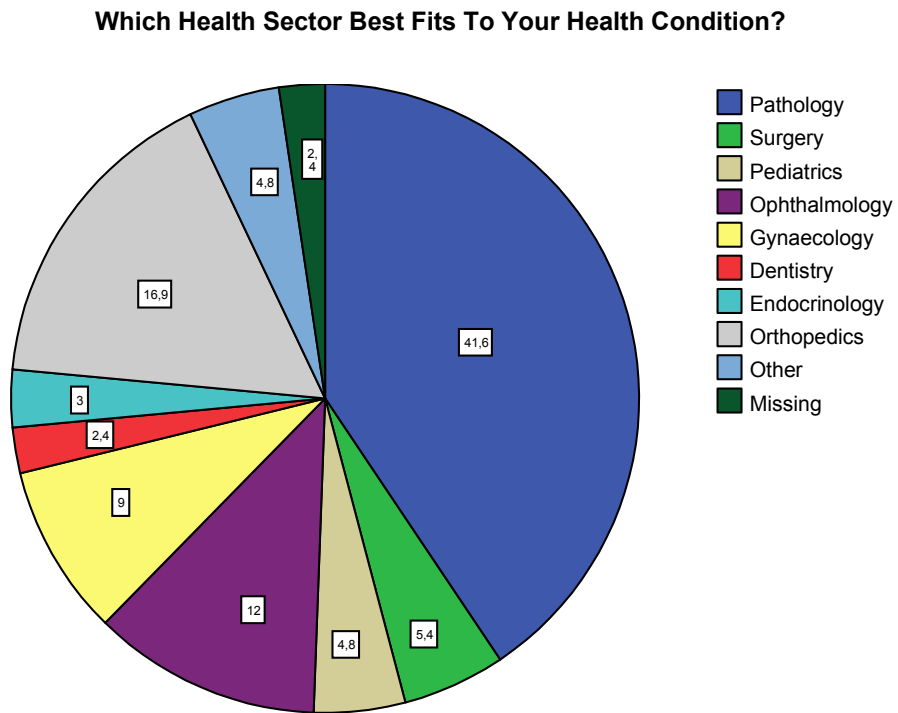
12.1

Εγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
Παθολογικά	69	40.6
Χειρουργικά	9	5.3
Παιδιατρικά	8	4.7
Οφθαλμολογικά	20	11.8
Γυναικολογικά	15	8.8
Οδοντιατρικά	4	2.4
Ενδοκρινολογικά	5	2.9
Ορθοπαιδικά	28	16.5
Άλλα	8	4.7
Σύνολο	166	97.6
Ελλείψεις Σύστημα	4	2.4
Σύνολο	170	100.0

12.2

Εγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
Επείγοντα	6	12.8
Ορθοπαιδικά	7	14.9
Παθολογικά	12	25.5
Παιδιατρικά	2	4.3
Οφθαλμολογικά	3	6.4
Χειρουργικά	5	10.6
Γυναικολογικά	4	8.5
Ψυχιατρικά	2	4.3
Ογκολογικά	1	2.1
Νευρολογικά	1	2.1
Δερματολογικά	1	2.1
Σύνολο	44	93.6
Λείπουν Σύστημα	3	6.4
Σύνολο	47	100.0

Γράφημα 1. Κατανομή Περιστατικών ανάλογα με τον ιατροφαρμακευτικό τομέα



Πίνακας 13. Κατανομή Δείγματος και Περιστατικών Ανά ηλικιακή ομάδα και ιατρικό τομέα Υγειονομικής κατάστασης και συνταγογράφησης.

Λόγος Επίσκεψης σε Κέντρο Π.Φ.Υ			Ομάδες Ηλικίας (30 Έτη)			Σύνολο
			< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Συνταγογράφηση	Τομέας Υγείας	Παθολογικός	0	3	11	14
		Χειρουργικός	0	0	1	1
		Οφθαλμολογικός	0	0	2	2
		Ορθοπαιδικός	0	1	2	3
	Σύνολο	0	4	16	20	
		Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο	
		< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη		
Ιατρικός Τομέας στον οποίο υπάγεται η κατάσταση υγείας ασθενούς	Παθολογικός	16	25	28	69	
	Χειρουργικός	2	5	2	9	
	Παιδιατρικός	7	1	0	8	
	Οφθαλμολογικός	4	7	9	20	
	Γυναικολογικός	4	10	1	15	
	Οδοντιατρικός	1	3	0	4	
	Ενδοκρινολογικός	3	2	0	5	
	Ορθοπαιδικός	11	9	8	28	
	Άλλος	1	6	1	8	
Σύνολο	49	68	49	166		

Ο δείκτης **Pearson** για την συσχέτιση Συνταγογράφησης και ηλικίας άνω των 60 ετών ισούται με **0.042, $p < 0.05$** που υποδεικνύει συσχέτιση.

Πίνακας 14. Ποσοστό παροχής Υπηρεσιών Συμβουλευτικής, Συναισθηματικής στήριξης, Συμβουλευτική στήριξη στην οικογένεια, Παρέμβασης στην κοινωνία, Ενημέρωσης για υπηρεσίες και παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες

Έγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμβουλευτική Στήριξη		
Όχι	3	6.4
Ναι	40	85.1
Λείπουν Σύστημα	43	91.5
Σύνολο	4	8.5
Συναισθηματική Στήριξη		
Όχι	6	12.8
Ναι	37	78.7
Λείπουν Σύστημα	43	91.5
Σύνολο	4	8.5
Συμβουλευτική στήριξη στην οικογένεια		
Όχι	9	19.1
Ναι	34	72.3
Λείπουν Σύστημα	43	91.5
Σύνολο	4	8.5
Παρέμβασης στην κοινωνία		
Όχι	27	57.4
Ναι	15	31.9
Λείπουν Σύστημα	42	89.4
Σύνολο	5	10.6
Παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες		
Όχι	20	42.6
Ναι	23	48.9
Λείπουν Σύστημα	43	91.5
Σύνολο	4	8.5
Ενημέρωση για υπηρεσίες		
Όχι	20	42.6
Ναι	23	48.9
Λείπουν Σύστημα	43	91.5
Σύνολο	4	8.5
Σύνολο	47	100.0

Πίνακας 15. Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με την Εκτίμηση του Εάν η Π.Φ.Υ μπορεί να αντεπεξέλθει σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών και με το εάν αντιμετωπίστηκε η Κατάσταση της Υγείας του Κατανομή Περιστατικών Ανάλογα με τον Τομέα Υγείας την Ηλικιακή Ομάδα και το εάν αντιμετωπίστηκαν από την Π.Φ.Υ.

Έγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
Όχι	19	11.2
Ναι	121	71.2
Παραπομπή σε Νοσοκομείο	23	13.5
Σύνολο	163	95.9
Λείπουν Σύστημα	7	4.1
Όχι	30	17.6
Ναι	62	36.6
Δεν γνωρίζω	168	98.8
Λείπουν Σύστημα	2	1.2
Σύνολο	170	100.0

Τομέας Υγείας			Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο
			< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Παθολογικός	Αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα Υγείας;	Όχι	0	3	1	4
		Ναι	16	20	14	50
	Σύνολο	Παραπομπή σε Νοσοκομείο	0	2	13	15
		Σύνολο	16	25	28	69
Οφθαλμολογικός	Αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα Υγείας;	Όχι	0	0	4	4
		Ναι	4	6	3	13
	Σύνολο	Παραπομπή σε Νοσοκομείο	0	0	2	2
		Σύνολο	4	6	9	19
Ορθοπαιδικός	Αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα Υγείας;	Όχι	1	1	3	5
		Ναι	9	7	2	18
	Σύνολο	Παραπομπή σε Νοσοκομείο	0	1	2	3
		Σύνολο	10	9	7	26

Ο δείκτης **Pearson** για τη συσχέτιση του τομέα υγείας στον οποίο υπάγονται τα περιστατικά που η Π.Φ.Υ καλείται να αντιμετωπίσει με την αποτελεσματικότητα της τελευταίας στην αντιμετώπισή τους είναι $p < 0.01$ για τα παθολογικά περιστατικά – κάτι που συνεπάγεται έντονη συσχέτιση παθολογικών περιστατικών και Π.Φ.Υ, $p = 0.088$ για τα ορθοπαιδικά – κάτι που δεν υποδεικνύει συσχέτιση της Π.Φ.Υ με τα ορθοπαιδικά περιστατικά, και $p = 0.045$ για τα οφθαλμολογικά περιστατικά – κάτι που συνεπάγεται σημαντική συσχέτιση οφθαλμολογικών περιστατικών και Π.Φ.Υ.

Πίνακας 16. Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τον Χρόνο Αναμονής στα κέντρα Π.Φ.Υ. Κατανομή Περιστατικών Ανάλογα με τον Τομέα Υγείας, την Ηλικιακή Ομάδα και τον Χρόνο Αναμονής

Εγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
10min	14	8.2
15min	34	20.0
20min	53	31.2
30min	36	21.2
>30min	30	17.6
Σύνολο	167	98.2
Λείπουν Σύστημα	3	1.8
Σύνολο	170	100.0

Τομέας Υγείας			Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο
			< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Παθολογικός	Χρόνος Αναμονής	10min	1	0	8	9
		15min	6	9	1	16
	20min	5	11	3	19	
	30min	2	3	6	11	
	>30min	2	1	10	13	
	Σύνολο	16	24	28	68	
Οφθαλμολογικός	Χρόνος Αναμονής	15min	2	1	0	3
		20min	1	4	1	6
	30min	1	2	4	7	
	>30min	0	0	4	4	
Σύνολο	4	7	9	20		
Ορθοπαιδικός	Χρόνος Αναμονής	10min	1	1	1	3
		15min	6	3	0	9
	20min	4	2	2	8	
	30min	0	2	2	4	
	>30min	0	1	3	4	
Σύνολο	11	9	8	28		

Πίνακας 17. Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τις Προτεινόμενες Λύσεις αναφορικά με την Βελτίωση των παρεχόμενων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. την επάρκεια του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την κάλυψη των αναγκών; Κατανομή Δείγματος Ανάλογα με τα Προβλήματα που Αντιμετωπίζει η Π.Φ.Υ.

Έγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
Όχι	41	87.2
Ναι	4	8.5
Σύνολο	45	95.7
Ελλείψεις Σύστημα	2	4.3
Σύνολο	47	100.0
Δεν γνωρίζω	2	4.3
Υποδομείς	3	6.3
Εκπαίδευση	2	4.3
Οργάνωση	12	25.5
Προσλήψεις	11	23.4
Σύνολο	30	63.8
Λείπουν Σύστημα	17	36.2
Σύνολο	47	100.0
Λίγο ιατρικό προσωπικό	14	29.8
Φόρτος Εργασίας	7	14.9
Δύσκολες συνθήκες εργασίας	2	4.3
Πολλοί ασθενείς	2	4.3
Ελλιπής Επικοινωνία	4	8.5
Ελλιπείς Υποδομές	9	19.1
Ελλιπής Οργάνωση	4	8.5
Ελλιπής Συνεργασία	1	2.1
Σύνολο	43	91.5
Λείπουν Σύστημα	4	8.5
Σύνολο	47	100.0

Πίνακας 18. Υπηρεσίες Πρόσβασης στο Διαδίκτυο Υπάρχει Ηλεκτρονικός Υπολογιστής στο κέντρο Π.Φ.Υ; Ύπαρξη υπηρεσιών τηλε-ιατρικής

Έγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
Όχι	1	2.1
Ναι	45	95.7
Σύνολο	46	97.9
Ελλιπή Σύστημα	1	2.1
Σύνολο	47	100.0
Όχι	4	8.5
Ναι	42	89.5
Σύνολο	46	97.9
Ελλιπή Σύστημα	1	2.1
Σύνολο	47	100.0
Όχι	22	46.8
Ναι	23	48.9
Σύνολο	45	95.7
Λείπουν Σύστημα	2	4.3
Σύνολο	47	100.0

Ο δείκτης **Pearson** για τις υπηρεσίες τηλε-ιατρικής είναι $p = 0.006$ κάτι που δηλώνει έντονη συσχέτιση των χρόνων εργασίας με την ύπαρξη υπηρεσιών τηλε-ιατρικής.

Πίνακας 19. Κατανομή Δείγματος ανάλογα με τις Ηλικιακές Ομάδες και την εκτίμηση του κατά πόσο η Π.Φ.Υ. ανταποκρίνεται στις ανάγκες της 3^{ης} ηλικίας, γνώση για την Π.Φ.Υ, χρήση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και κατανομή κέντρων Π.Φ.Υ. σε σχέση με την απόστασή τους από τον τόπο κατοικίας των ασθενών

19.1

Έγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
6 μήνες	17	10.0
1 χρόνος	32	18.8
2-4 χρόνια	50	29.4
6-8 χρόνια	23	13.5
> 8 χρόνια	43	25.3
Σύνολο	165	97.1
Λείπουν Σύστημα	5	2.9
Όχι	76	44.7
Ναι	92	54.1
Σύνολο	168	98.8
Λείπουν Σύστημα	2	1.2
Καθόλου	41	24.1
Λίγο	97	57.1
Αρκετά	30	17.6
Σύνολο	168	98.9
Λείπουν Σύστημα	2	1.2
Σύνολο	170	100.0

Ο δείκτης **Pearson** για τη συσχέτιση αυτή είναι **p < 0.001**.

19.2

		Ηλικιακές Ομάδες (30 Έτη)			Σύνολο
		< 30 Έτη	31 - 60 Έτη	> 61 Έτη	
Ανταποκρίνεται η Π.Φ.Υ. στις ανάγκες της 3 ^{ης} Ηλικίας; Σύνολο	Καθόλου	18	15	8	41
	Λίγο	29	46	22	97
	Αρκετά	2	7	21	30
		49	68	51	168

Πίνακας 20. Κατανομή Δείγματος Προσωπικού ανάλογα με την απόσταση του τόπου κατοικίας του από τα κέντρα Π.Φ.Υ. Κατανομή Δείγματος προσωπικού ανάλογα με την απόσταση του τόπου κατοικίας από τα κέντρα Π.Φ.Υ. και τα έτη υπηρεσίας.

20.1

		Απόσταση Από Τόπο Κατοικίας				Σύνολο
		<5km	5-10km	11-20km	21-40km	
Χρόνια Υπηρεσίας	0-2 Έτη	2	1	3	0	6
	3-5 Έτη	2	10	1	0	13
	6-10 Έτη	4	6	1	0	11
	> 10 Έτη	4	7	4	1	16
Σύνολο		12	24	9	1	46

Ο δείκτης **Pearson** για την εν λόγω συσχέτιση ισούται με **p = 0.285**

20.2

Έγκυρα	Συχνότητα	Ποσοστό
< 5 km	12	25.5
5 – 10 km	24	51.5
11 – 20 km	9	19.1
21 – 40 km	1	2.1
Σύνολο	46	97.9
Λείπουν Σύστημα	1	2.1
Σύνολο	47	100.0

ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΕΡΙΟΔΟΣ 2008

Κοινωνικο-Δημογραφικά Στοιχεία

- 1) Ηλικία:
- 2) Φύλλο: Άνδρας Γυναίκα
- 3) Έχετε γεννηθεί σε αυτή την χώρα; Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
- 4) Μορφωτικό επίπεδο: Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Πανεπιστήμιο – Τ.Ε.Ι.
 Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό Τίποτα
- 5) Συζυγική κατάσταση: Ελεύθερος/η Παντρεμένος/η ή συζεί με σύντροφο
Χωρισμένος/η Χήρος/α
- 6) Έχετε παιδιά: Ναι Όχι Αριθμός.....

Εργασία

- 7) Εργάζεστε: Ναι Όχι
- 8) Πόσα χρόνια εργάζεστε: <5 5 5-8 8-10 10-12
12-14 14-16 16-18 18-20 20-25 >25
- 9) Τομέας Απασχόλησης: Ιδιωτικός Δημόσιος
- 10) Είδος απασχόλησης: Επιστήμονες Ελεύθεροι Επαγγελματίες, Έμποροι
Υπάλληλοι Γραφείου Εργάτες – Τεχνίτες Αγρότης – Κτηνοτρόφος

11) **Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα:** 40 ώρες Περισσότερο από 40 ώρες Λιγότερο από 40 ώρες

12) **Ωράριο εργασίας:** Διακεκομμένο (πρωί – απόγευμα) Κυκλικό (με βάρδιες) Μόνο πρωί

Μόνο βράδυ

13) **Ποιο είναι το συνολικό μηνιαίο εισόδημα στο σπίτι σας;**

Μέχρι 600 ευρώ Από 600 – 800 Από 801 – 1000 Από 1001 έως 1200

Από 1200 και άνω Δεν γνωρίζω

**** Για όσους δεν εργάζονται**

14) **Για ποιο λόγο δεν εργάζεστε;**

Είμαι άνεργος/η Είμαι συνταξιούχος/α Είμαι νοικοκυρά Είμαι φοιτητής/α

για άλλο λόγο

15) Είστε ασφαλισμένος σε κάποιο δημόσιο ή ιδιωτικό ασφαλιστικό φορέα για επισκέψεις σε γιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας όσον αφορά την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη; Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

16) Είστε ασφαλισμένος σε κάποιο δημόσιο ή ιδιωτικό ασφαλιστικό ταμείο για νοσοκομειακή περίθαλψη;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

17) Τι ασφάλεια έχετε;

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

18) Γνωρίζετε τι είναι Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας; Ναι Όχι

19) Ποιο ήταν το πρόβλημα σας για να επισκεφτείτε τις Υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Παρακαλώ αναφέρετε.

.....

20) Πιστεύατε ότι το πρόβλημά σας θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί; Ναι Όχι

21) Αντιμετωπίστηκε το πρόβλημά σας; Ναι Όχι Έγινε παραπομπή σε Νοσοκομείο

22) Για ποιο λόγο επισκεφτήκατε τις Υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας; Παρακαλώ αναφέρετε.

Παθολογικά Χειρουργικά Παιδιατρικά Οφθαλμολογικά

Γυναικολογικά – Μαιευτικά Οδοντιατρικά Ενδοκρινολογικά Ορθοπαιδικά

Άλλα

23) Σε έκτακτες καταστάσεις η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι σε θέση να τις αντιμετωπίσει;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

24) Υπάρχει χώρος για αναβάθμιση των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας; Ναι Όχι

25) Οι υποδομές τις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εξυπηρετούν τις ανάγκες των ατόμων 3^{ης} Ηλικίας

Πολύ Λίγο Καθόλου

26) Πόσος ήταν ο χρόνος αναμονή σας;

10 λεπτά 15λεπτά 20λεπτά 30λεπτά >30λεπτά

27) Πόσοι είναι η απόσταση των Υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. από τον τόπο διαμονή σας;

5km 10km 20km 35km > 40km

28) Σε ποιους από τους παρακάτω οργανισμούς σας παρέχεται οργανωμένη Π.Φ.Υ.

Κέντρα Υγείας Περιφερειακά Ιατρεία Εξωτερικά Ιατρεία

Κάπου αλλού

29) Πόσο καιρό κάνετε χρήση των Υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.

6μήνες 1χρόνο 2-4 χρόνια 6-8 χρόνια > 8χρόνια

Για το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και συναφή ειδικότητες

1) Ηλικία:.....

2) Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

3) Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος Έγγαμος Σε διάσταση Διαζευγμένος/η
Χήρος/α

4) Πόσα παιδιά έχετε; Κανένα Ένα Δύο Τρία πάνω από τρία

4) Με τι ωράριο εργάζεσθε τώρα;

Κανονικό (8 ώρες χ 5 ημέρες συν τυχόν υπερωρίες)

Μειωμένο

Άλλο (εξηγήστε)

5) Τι απόσταση χρειάζεται να διανύσετε για να μεταβείτε από τον τόπο κατοικία σας στον τόπο εργασίας;
< 5 Km 5-10km 11-20km 21-40km >41km

6) Ποιο από τα παρακάτω πτυχία κατέχετε: Πτυχίο Νοσηλευτικής Α.Ε.Ι. Πτυχίο Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι.

Πτυχίο Μαιευτικής Πτυχίο Βοηθού Νοσηλευτή Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. ή Τ.Ε.Ε ή Ι.Ε.Κ.

Πτυχίο Ιατρικής (παρακαλώ σημειώστε ειδικότητα).....

Κάποιο άλλο.....

7) Πριν πόσα χρόνια αποκτήσατε το ανώτερο πτυχίο που κατέχετε;

0-2 χρόνια

3-5 χρόνια

6-10 χρόνια

> 10 χρόνια

8) Υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης στο internet;

Ναι

Όχι

9) Υπάρχει μηχανογραφημένο αρχείο ασθενών;

Ναι

Όχι

10) Υπάρχει ηλεκτρονικός υπολογιστής;

Ναι

Όχι

11) Υπάρχουν υποδομές για τηλεϊατρική;

Ναι

Όχι

12) Γνωρίζετε κάποια ξένη γλώσσα;

Όχι

Ναι.

Ποια γλώσσα.....

13) Υπάρχουν οι υποδομές στην Π.Φ.Υ. έτσι ώστε να ασκήσετε τα καθήκοντά σας;

Ναι

Όχι

Ναι αλλά είναι λίγες

14) Ποιες είναι οι πιο σημαντικές δυσκολίες/ εμπόδια που αντιμετωπίζετε στην δουλεία σας σήμερα;

.....

.....

15) Πόσα χρόνια εργάζεστε στην Π.Φ.Υ.;

0-2 χρόνια

3-5 χρόνια

6-10 χρόνια

> 10 χρόνια

16) Τι περιστατικά παρακολουθείτε συνήθως;

.....

17) Εφαρμόζονται προγράμματα υγιεινής εργασίας;

Ναι Όχι

18) Τι υπηρεσίες παρέχεται στα περιστατικά αυτά

Συμβουλευτική στήριξη

Συναισθηματική στήριξη

Συμβουλευτική οικογένειας – παρέμβαση

Παραπομπή σε άλλη υπηρεσία

Παρέμβαση στην Κοινότητα

Ενημέρωση για παροχές

Άλλο.....

19) Ποιες αλλαγές θα προτείνατε που κατά τη γνώμη σας θα βοηθούσαν στην καλύτερη απόδοσή σας στην υπηρεσία σας;

.....

20) Υπάρχει σαφής προσδιορισμός του ρόλου του κάθε εργαζόμενου στη μονάδα σας (καθηκοντολόγιο);

Ναι Όχι

21) Υπάρχει επίσημο πρόγραμμα κατανομής του ιατρικού προσωπικού στα ιατρεία που λειτουργούν εντός της μονάδας;

Ναι Όχι

22) Εκτελούνται από την υπηρεσία σας επιδημιολογικές μελέτες;

Ναι Όχι

23) Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών;

Ναι Όχι

24) Υπάρχει επαρκής συνεχής εκπαίδευση με μετεκπαιδευτικά σεμινάρια για το προσωπικό;

Ναι Όχι