



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Υπηρεσίες Αποκατάστασης στην κοινότητα. Κέντρα Φυσικής
Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ). Ο βαθμός
ανταποκρισιμότητας του ΚΕΦΙΑΠ Κορίνθου**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Βενετσάνου Περούλα

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Κ. Σουλιώτης, Επίκουρος Καθηγητής Επιβλέπων

Ξ. Κοντιάδης, Καθηγητής - Κοσμήτορας

Μ. Κοντούλη – Γείτονα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2013

Copyright © Πετρούλα Βενετσάνου, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν το συγγραφέα και μόνο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ.....	5
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	5
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Ορισμοί	10
1.2 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης	11
1.3 Αποτελέσματα της έλλειψης αποκατάστασης	13
1.4 Ομάδα Αποκατάστασης	14
1.5 Ομάδες ασθενών	20
1.6 Η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση στις διάφορες φάσεις της διαδικασίας αποκατάστασης	21
1.7 Το νέο σύστημα ταξινόμησης και αξιολόγησης της αναπηρίας (ICF)	24
1.8 Το δικαίωμα στην Αποκατάσταση	25
1.9 Δράσεις του ΠΟΥ για την περίθαλψη και την αποκατάσταση	27
1.10 Δημογραφικές αλλαγές και μελλοντικές εξελίξεις	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1 Οι μεγάλες ελλείψεις στον τομέα της αποκατάστασης στην Ελλάδα	31
2.2 Η δημιουργία και λειτουργία σύγχρονων Κέντρων Αποκατάστασης ως αναγκαία προϋπόθεση για την αυτονομία και την ανάδειξη δυνατοτήτων των ΑΜΕΑ	33
2.3 Αρχές που πρέπει να διέπουν τον σχεδιασμό των ΚΕΦΙΑΠ	37
2.4 Οργάνωση και λειτουργία ενός ΚΕΦΙΑΠ	39
2.5 Αναγκαιότητα δικτύωσης του τομέα της αποκατάστασης	41
2.6 Ένταξη των ΚΕΦΙΑΠ στο Εθνικό Σύστημα Υγείας	43
2.7 Σκοπός των ΚΕΦΙΑΠ	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ανταποκρισιμότητα	47
3.1.1 Κατηγορία σχετική με το σεβασμό του ατόμου	48
3.1.2 Κατηγορία σχετική με τον προσανατολισμό στο σύστημα υγείας	57
3.2 Προσδοκίες των χρηστών υπηρεσιών υγείας	63
3.3 Ανταποκρισιμότητα και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας	65
3.4 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	66
3.5 Ανταποκρισιμότητα και δικαιώματα ασθενών	67
3.6 Μελέτες διερεύνησης ικανοποίησης ασθενών και ανταποκρισιμότητας στην Ελλάδα	70

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Το ΚΕΦΙΑΠ Κορίνθου	74
1.2 Μεθοδολογία της έρευνας	75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων	77
2.2 Αποτελέσματα	96

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	101
----------------------------------	-----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	109
----------------	-----

ABSTRACT	111
----------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	113
--------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	121
-----------------	-----

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Φύλο ασθενών.....	77
------------------------------	----

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Ηλικιακή κατανομή ασθενών	77
ΓΡΑΦΗΜΑ 2 Οικογενειακή κατάσταση ασθενών	78
ΓΡΑΦΗΜΑ 3 Επίπεδο εκπαίδευσης ασθενών	78
ΓΡΑΦΗΜΑ 4 Τόπος διαμονής ασθενών	79
ΓΡΑΦΗΜΑ 5 Εργασιακή κατάσταση ασθενών	79
ΓΡΑΦΗΜΑ 6 Μηνιαίο εισόδημα ασθενών	80
ΓΡΑΦΗΜΑ 7 Συχνότητα αντιμετώπισης των ασθενών του κέντρου με σεβασμό από το σύνολο του προσωπικού	80
ΓΡΑΦΗΜΑ 8 Συχνότητα διασφάλισης της ιδιωτικότητας του ασθενή κατά τη διάρκεια της εξέτασης και της θεραπείας	81
ΓΡΑΦΗΜΑ 9 Συχνότητα απάντησης ερωτήσεων από το προσωπικό με προθυμία	81
ΓΡΑΦΗΜΑ 10 Συχνότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων των ασθενών με ενδιαφέρον	82
ΓΡΑΦΗΜΑ 11 Συχνότητα ενημέρωσης των ασθενών σχετικά με την θεραπεία	82
ΓΡΑΦΗΜΑ 12 Συχνότητα λήψης συγκατάθεσης ασθενών για τη θεραπεία	83
ΓΡΑΦΗΜΑ 13 Προστασία του ασθενή από διαρροή ιατρικών πληροφοριών	83
ΓΡΑΦΗΜΑ 14 Συχνότητα σεβασμού των αντιθέσεων του ασθενή σε προτεινόμενες θεραπείες και πρόταση εναλλακτικών	84
ΓΡΑΦΗΜΑ 15 Αίσθημα εμπιστοσύνης των ασθενών για την τήρηση του ιατρικού απορρήτου από την ομάδα αποκατάστασης	84
ΓΡΑΦΗΜΑ 16 Εκτίμηση των ασθενών για το αν η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος πραγματοποιήθηκε μετά από συναίνεση	85
ΓΡΑΦΗΜΑ 17 Εκτίμηση των ασθενών για το αν υπήρξε δυνατότητα έκφρασης των αναγκών τους και αν τέθηκε ρεαλιστική στοχοθεσία κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης από τον ιατρό Αποκατάστασης του κέντρου	85
ΓΡΑΦΗΜΑ 18 Συχνότητα που η ομάδα αποκατάστασης λύνει τις απορίες των ασθενών	86

ΓΡΑΦΗΜΑ 19 Εκτίμηση των ασθενών για τη συνεισφορά της ομάδας αποκατάστασης στη δημιουργία εφικτών και ρεαλιστικών στόχων	86
ΓΡΑΦΗΜΑ 20 Χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την υποβολή αίτησης του ασθενή μέχρι την ένταξή του σε πρόγραμμα αποκατάστασης;	87
ΓΡΑΦΗΜΑ 21 Συχνότητα εξυπηρέτησης των ασθενών χωρίς αναμονή	87
ΓΡΑΦΗΜΑ 22 Εκτίμηση των ασθενών για την παρουσία της διεπιστημονικής ομάδας σε περίπτωση ανάγκης	88
ΓΡΑΦΗΜΑ 23 Συχνότητα εξυπηρέτησης των ασθενών σε έκτακτες περιπτώσεις	88
ΓΡΑΦΗΜΑ 24 Εκτίμηση των ασθενών σχετικά με τη στελέχωση του κέντρου	89
ΓΡΑΦΗΜΑ 25 Άποψη των ασθενών για την επάρκεια στην εκπαίδευση του προσωπικού του κέντρου	89
ΓΡΑΦΗΜΑ 26 Δυνατότητα ασθενών για επιλογή του θεραπευτή της προτίμησής τους.....	90
ΓΡΑΦΗΜΑ 27 Επιθυμία των ασθενών για δυνατότητα επιλογής θεραπευτή	90
ΓΡΑΦΗΜΑ 28 Άποψη των ασθενών για τη μετάβασή τους στο κέντρο	91
ΓΡΑΦΗΜΑ 29 Άποψη των ασθενών για τις κτιριακές εγκαταστάσεις του κέντρου	91
ΓΡΑΦΗΜΑ 30 Άποψη των ασθενών για τον εξοπλισμό του κέντρου	92
ΓΡΑΦΗΜΑ 31 Συχνότητα που οι χώροι του κέντρου είναι καθαροί	92
ΓΡΑΦΗΜΑ 32 Εκτίμηση για την τακτικότητα στην στις διαδικασία καθαρισμού του εξοπλισμού του κέντρου	93
ΓΡΑΦΗΜΑ 33 Ευχάριστη παραμονή στο κέντρο	93
ΓΡΑΦΗΜΑ 34 Αίσθηση των ασθενών ότι το κέντρο ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους	94
ΓΡΑΦΗΜΑ 35 Εκτίμηση των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.	94
ΓΡΑΦΗΜΑ 36 Πρόθεση ασθενών να ξαναπροτιμήσουν το κέντρο στο μέλλον	95
ΓΡΑΦΗΜΑ 37 Πρόθεση ασθενών για παρότρυνση άλλων ατόμων που χρήζουν υπηρεσιών αποκατάστασης να προτιμήσουν το συγκεκριμένο κέντρο	95

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΦΙΑΠ: Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση

ΟΗΕ: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ΜΚΟ: Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις

ΚΑΦΚΑ: Κέντρα Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης

ΕΙΑΑ: Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων

ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ: Κέντρα Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης
Ατόμων με Αναπηρία

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΚΕΦΙΑΠ: Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης

ΝΠΙΔΔ: Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

ΥΠΕ: Υγειονομική Περιφέρεια

ΑΜΕΑ: Άτομα με ειδικές ανάγκες

ΚΕΚ: Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

ΑΕΕ: Αγγειακό Εγκεφαλικό επεισόδιο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υπολογίζεται πως περίπου το 10% του ελληνικού πληθυσμού – σε γενικές γραμμές το ποσοστό αυτό ισχύει και σε παγκόσμιο επίπεδο - αντιμετωπίζει προβλήματα κινητικών ελλειμμάτων και χρήζει υπηρεσιών αποκατάστασης. Η Ελλάδα είναι η πρώτη σε συχνότητα τροχαίων ατυχημάτων χώρα στην Ευρώπη. Μόνο εξαιτίας των τροχαίων προκύπτουν ετησίως περίπου 300 νέοι άνθρωποι με κατάγματα της σπονδυλικής στήλης και κακώσεις νωτιαίου μυελού. Το αν αυτά τα κινητικά ελλείμματα θα εξελιχθούν σε αναπηρία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες είναι, αν το άτομο θα λάβει συντονισμένες υπηρεσίες αποκατάστασης από την πρώιμη περίοδο, ώστε να προληφθεί η εμφάνιση περαιτέρω ελλειμμάτων τα οποία θα είναι δευτερογενή. [1]

Στη χώρα μας υπάρχει διαπιστωμένη έλλειψη παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης τόσο κατά τη νοσοκομειακή φάση, όσο και κατά την μετά-νοσοκομειακή. Στο δημόσιο τομέα υπάρχει ένας ελάχιστος αριθμός κλινών Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης.

Τα δημόσια κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης που ιδρύθηκαν και λειτουργούν τα τελευταία χρόνια, δημιουργήθηκαν χωρίς σχεδιασμό και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα οργάνωσης και στελέχωσης. Παρόλο που τα περισσότερα από αυτά διαθέτουν σύγχρονες κτιριακές εγκαταστάσεις και άρτιο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό παραμένουν ανεκμετάλλευτα. Το γεγονός πως μέχρι πρόσφατα ανήκαν στην Πρόνοια οδήγησε σε κάποιο βαθμό στην υποβάθμισή τους. Και τα κέντρα του ιδιωτικού τομέα όμως, στην προσπάθειά τους να κάνουν απόσβεση του κεφαλαίου που έχουν διαθέσει (το νοσήλιο που έχει καθιερωθεί είναι εξαιρετικά χαμηλό) και λόγω της έλλειψης κρατικού ελέγχου, δεν διακρίνονται για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν.

Έτσι, μεγάλος αριθμός συμπολιτών μας σε μια τόσο δύσκολη στιγμή της ζωής τους αναγκάζονται να καταφύγουν σε κέντρα αποκατάστασης του εξωτερικού για να λάβουν τις υπηρεσίες που έχουν ανάγκη.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει το βαθμό ανταποκρισιμότητας ενός δημόσιου κέντρου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ Κορίνθου).

Η εργασία διακρίνεται σε δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό.

Η δομή του γενικού μέρους έχει ως εξής: Στο πρώτο κεφάλαιο διατυπώνονται οι ορισμοί της αποκατάστασης και της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, αναλύεται ο σκοπός της ειδικότητας σε σχέση με το νέο σύστημα ταξινόμησης και αξιολόγησης της αναπηρίας και περιγράφονται τα πεδία παρέμβασής της σε όλες τις φάσεις της αποκατάστασης. Αναλύονται οι ομάδες παθήσεων που χρήζουν παρέμβασης της Ιατρικής Αποκατάστασης, καθώς και ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας. Ακόμη, γίνεται αναφορά στο δικαίωμα στην αποκατάσταση, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έλλειψης αποκατάστασης καθώς και οι δράσεις του ΠΟΥ για την ιατρική περίθαλψη και την αποκατάσταση. Το κεφάλαιο κλείνει με τις δημογραφικές αλλαγές και τις επιπτώσεις που επιφέρουν στο σύστημα υγείας και με τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν στον τομέα της αποκατάστασης προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι προβλεπόμενες μελλοντικές εξελίξεις.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις μεγάλες ελλείψεις που παρατηρούνται στον τομέα της αποκατάστασης στη χώρα μας και παρουσιάζεται η αναγκαιότητα για τη δημιουργία και λειτουργία σύγχρονων κέντρων αποκατάστασης προκειμένου να εξασφαλιστεί η αυτονομία και να αναδειχτούν οι δυνατότητες των ΑΜΕΑ. Στη συνέχεια, αναλύονται οι αρχές και οι μέθοδοι οργάνωσης που πρέπει να διέπουν τον σχεδιασμό των Κέντρων Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης όπως προκύπτουν από τη διεθνή επιστημονική συζήτηση. Τέλος, παρουσιάζεται το νέο πλαίσιο λειτουργίας και ο σκοπός τους μετά τον πρόσφατο νόμο με τον οποίο εντάχθηκαν στο ΕΣΥ.

Στο τρίτο κεφάλαιο, προσδιορίζεται η έννοια της ανταποκρισιμότητας και αναλύονται ξεχωριστά καθένα από τα στοιχεία που την συνθέτουν. Στη συνέχεια, γίνεται λόγος για τις προσδοκίες των ασθενών από τις υγειονομικές υπηρεσίες και για τους παράγοντες που τις διαμορφώνουν. Καθώς η ανταποκρισιμότητα έχει άμεση σχέση με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, προσδιορίζεται η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και οι παράγοντες που την προσδιορίζουν. Ακολουθεί ανάλυση των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Τέλος, παρουσιάζονται ενδεικτικές μελέτες διερεύνησης ικανοποίησης και ανταποκρισιμότητας που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα.

Στο ειδικό μέρος, γίνεται μια συνοπτική παρουσίαση του Κέντρου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης Κορίνθου στο οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Στη συνέχεια,

αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας, πραγματοποιείται η στατιστική ανάλυση των δεδομένων και διατυπώνονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν.

Ακολουθεί η διεξαγωγή συμπερασμάτων και η κατάθεση προτάσεων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ορισμοί

Αποκατάσταση

Σύμφωνα με τον ορισμό του ΠΟΥ «αποκατάσταση είναι η πορεία στη διάρκεια της οποίας χρησιμοποιούνται όλα τα μέσα επαγγελματικής, παιδαγωγικής, ιατρικής ή άλλης μορφής παρέμβασης, καθώς επίσης και δημόσιοι ή ιδιωτικοί πόροι, για να επανακτήσουν την ανεξαρτησία τους άτομα που την έχασαν, μετά από ασθένεια, στέρηση ή τραυματισμό». Είναι μια διαδικασία που επικεντρώνεται στην επισήμανση, την πρόβλεψη και την ελαχιστοποίηση των αιτίων ανικανότητας, ώστε να μπορέσει το άτομο να αξιοποιήσει τις ικανότητές του και να αποκτήσει εμπιστοσύνη και σωστή εκτίμηση του εαυτού του, μέσα από επιτυχημένες εμπειρίες σε διάφορους κοινωνικούς ρόλους.[2]

Ο παραπάνω ορισμός αναφέρεται στην κλινική αποκατάσταση, το σημαντικότερο όμως είναι ότι ενισχύει την αντίληψη της κοινωνικής συμμετοχής, αφού καθιστά απαραίτητη τη συμβολή του κοινωνικού περιβάλλοντος, προκειμένου να αρθούν οι φραγμοί στη συμμετοχή είτε αυτοί είναι κοινωνικοί είτε επαγγελματικοί και να καλυφθούν οι ανάγκες των ατόμων.

Στο υγειονομικό πλαίσιο, η αποκατάσταση έχει καθοριστεί ως: «μια διαδικασία δραστικής αλλαγής μέσω της οποίας ένα άτομο που κατέστη ανάπηρο αποκτά τη γνώση και τις ικανότητες που απαιτούνται για την καλύτερη φυσική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα».[3]

Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση

Η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση είναι μια ανεξάρτητη ιατρική ειδικότητα που έχει σαν αντικείμενο την προαγωγή της φυσικής και γνωσιακής λειτουργικότητας, των δραστηριοτήτων (συμπεριλαμβανομένης της συμπεριφοράς), της συμμετοχής (συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας ζωής) και την τροποποίηση των ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Έτσι θεωρείται υπεύθυνη για την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και τη διαχείριση της αποκατάστασης ατόμων όλων των ηλικιών με παθολογικές καταστάσεις που προκαλούν αναπηρία ή νοσηρότητα. Η παρέμβαση της

Φ.Ι.Α.Π. γίνεται σε όλα τα επίπεδα εξέλιξης της νόσου σύμφωνα με το ακόλουθο σχήμα:

Αιτία – παθολογία – σύνδρομο – σύμπτωμα – πάθηση. [4]

Η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση καθιερώθηκε ως ανεξάρτητος θεραπευτικός κλάδος μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο εξαιτίας της ύπαρξης μεγάλου αριθμού επιζώντων στρατιωτών με βαρείες αναπηρίες, οι οποίοι υπήρχε η ανάγκη να επανενταχθούν στην κοινωνία και λόγω της έξαρσης ενός λοιμώδους νοσήματος, της πολιομυελίτιδας για την οποία ως το 1960 δεν πραγματοποιούνταν προληπτικός εμβολιασμός. Στην Αμερική αναπτύχθηκε ραγδαία μετά τον πόλεμο του Βιετνάμ και το 1938 ο Dr. Frank H. Krusen καθιέρωσε τον όρο Φυσίατρος, ο οποίος έγινε επίσημα αποδεκτός το 1946 από την Αμερικανική Ιατρική Ένωση. [5]

Σήμερα η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση ασκείται στις περισσότερες χώρες του κόσμου και εξελίσσεται μέσα από την ιατρική έρευνα και την αλματώδη ανάπτυξη της τεχνολογίας.

Στην Ελλάδα η ειδικότητα της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης αναγνωρίζεται μόλις από το 1974. Οι ειδικευμένοι αυτή τη στιγμή σε όλη την Ελλάδα είναι περίπου 200. Δυστυχώς αυτός ο αριθμός δεν είναι επαρκής για την κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού. Για να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού θα έπρεπε να υπήρχαν τουλάχιστον 500 φυσίατροι. [1]

1.2 Στόχοι και αποτελέσματα της αποκατάστασης

Βασικός στόχος της αποκατάστασης είναι να δώσει στα άτομα τη δυνατότητα να ζήσουν με τον τρόπο που επιθυμούν, παρά τους περιορισμούς που επιβάλλουν στη δραστηριότητά τους τα ελλείμματα μιας νόσου ή τραυματισμού. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, απαιτείται ο συνδυασμός των απαραίτητων μέτρων ώστε να μπορέσουν τα άτομα να υπερπηδήσουν τα ελλείμματα τους, να μειώσουν τα εμπόδια συμμετοχής τους στο περιβάλλον τους και να καταφέρουν να επανενταχθούν στην κοινωνία.

Πρόκειται για μια επικεντρωμένη στον ασθενή διαδικασία, η οποία είναι κατάλληλη ώστε να επιτευχθεί βελτίωση τόσο στη δραστηριότητα όσο και στη συμμετοχή του ατόμου. Για να λειτουργήσει αποτελεσματικά ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι επιθυμίες και οι δυνατότητες του ατόμου, η

πρόγνωση της κατάστασής του, ο χαρακτήρας των ελλειμμάτων του, καθώς και η ικανότητά του στην απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων που θα το βοηθήσουν να επιτύχει τη βελτίωση στη δραστηριότητα και την συμμετοχή. Επίσης, είναι απαραίτητο να εκτιμηθεί ο βαθμός στον οποίο μπορούν να ξεπεραστούν τα εμπόδια του περιβάλλοντος (είτε του φυσικού περιβάλλοντος, είτε της συμπεριφοράς άλλων ατόμων).

Έτσι, η ειδικότητα της ΦΙΑΠ έχει σαν επιμέρους στόχους [6] :

- Τη συμβολή στη διάγνωση και στη λήψη της απόφασης για το είδος της θεραπευτικής παρέμβασης που θα ακολουθηθεί κατά την αρχική εκδήλωση της πάθησης
- Την πρόληψη των αναμενόμενων επιπλοκών
- Τη βελτίωση ή την αποκατάσταση των λειτουργικών ελλειμμάτων της πάθησης
- Την ανάπτυξη των δυνατοτήτων του οργανισμού που έχουν απομείνει
- Την επανεκπαίδευση των μόνιμων ανικανοτήτων
- Την εφαρμογή τεχνολογικών μέσων ως απόπειρα «αντικατάστασης» της «φύσης»
- Την κοινωνική επανένταξη των ατόμων με μόνιμη αναπηρία.

Η αποκατάσταση είναι ικανή να μειώσει τις επιπτώσεις που συνεπάγεται η αναπηρία τόσο για τα ίδια τα άτομα, όσο και για την κοινωνία. Η αποτελεσματικότητά της έγκειται στην προαγωγή της ατομικής λειτουργικότητας και της ανεξάρτητης ζωής, με την επίτευξη μεγαλύτερης δραστηριοποίησης, καλύτερης υγείας και μείωσης των δευτερογενών επιπλοκών. Η επίτευξη μεγαλύτερης αυτονομίας και η βελτίωση επαγγελματικών ευκαιριών και δραστηριοτήτων, αποφέρουν οφέλη τόσο για τα άτομα όσο και για την κοινωνία. Αν και, η επιστροφή στην ανεξάρτητη ζωή και την εργασία προϋποθέτει την εμπλοκή πολλών κοινωνικών παραγόντων, εντούτοις μέσα από τη διαδικασία της αποκατάστασης δίνεται στο άτομο και την οικογένειά του η δυνατότητα να προετοιμαστεί ώστε να μπορέσει να αξιοποιήσει στο μεγαλύτερο βαθμό τις ευκαιρίες που του δίνονται. [3]

Πέρα από τη συμβολή της αποκατάστασης στην επίτευξη της αυτόνομης ζωής, είναι αποδεδειγμένο πως μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά και στη μείωση του κόστους εξάρτησης. Έχει υπολογιστεί πως τα οικονομικά οφέλη που προκύπτουν

μελλοντικά από την αποκατάσταση, είναι πολλαπλάσια των χρημάτων που έχουν δαπανηθεί για αυτήν. [7]

1.3 Αποτελέσματα της έλλειψης αποκατάστασης

Το δυναμικό της αποκατάστασης ενός ατόμου, δεν είναι δυνατό να μελετηθεί ξεχωριστά από το αποτέλεσμα που θα επερχόταν χωρίς αποκατάσταση.

Ο ειδικός της αποκατάστασης καλείται να απαντήσει στο ερώτημα, αν μέσω του προγράμματος αποκατάστασης ο ασθενής θα ωφεληθεί με τρόπο που δε θα συνέβαινε εάν η ανάρρωση είχε αφεθεί στην τύχη. Η φυσική πορεία του ελλείμματος και οι επακόλουθες αναπηρίες και μειονεκτήματα παίζουν σημαντικό ρόλο στην τελική έκβαση μετά την αποκατάσταση. Υπάρχουν καταστάσεις που αναρρώνουν αυτόματα και η πρόωμη παρέμβαση μπορεί λανθασμένα να δημιουργήσει την εντύπωση ότι η θεραπεία υπήρξε αποτελεσματική. Από την άλλη πλευρά, η πρόωμη παρέμβαση μπορεί να συσχετίζεται με μια βελτιωμένη έκβαση ακόμη και όταν δεν επέλθει πλήρης ανάρρωση.

Η αποκατάσταση μπορεί να διευκολύνει τις ζωές των ατόμων με μόνιμες ή προσωρινές αναπηρίες και τις οικογένειές τους, αλλά πιο σημαντικό είναι ότι η απουσία της μπορεί να επιφέρει σημαντικότερες συνέπειες στα άτομα, όπως μείωση της ανεξάρτητης λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής. Στα νοσοκομεία επειγόντων περιστατικών, πολλά προβλήματα που μπορούν να αντιμετωπισθούν όπως η διατροφή, η κατάποση και θέματα εξοπλισμού συχνά παραβλέπονται, αφού ο στόχος αναπόφευκτα αφορά τη διαχείριση του πρωταρχικού ελλείμματος. Σε αυτό το σημείο χρειάζεται να παρέμβουν οι ειδικοί της ΦΙΑΠ, ώστε να βοηθήσουν στην πρόληψη των επιπλοκών και στην εξασφάλιση ενός βέλτιστου επιπέδου λειτουργικότητας. Χωρίς την αποκατάσταση, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών και απώλειας της λειτουργικότητας, που οδηγούν σε καθυστερημένη έξοδο από το νοσοκομείο. Οι υπηρεσίες υγείας έχουν νομικό καθήκον να παρέχουν υπηρεσίες αποκατάστασης σύμφωνα με τις ανάγκες όλων των ασθενών.

Εξαιτίας της απουσίας της αποκατάστασης, μπορεί σε πολλές περιπτώσεις να παρουσιαστούν προβλήματα όπως: ακινησία (που περιλαμβάνει μυϊκή αδυναμία, μυϊκές ατροφίες, έλκη κατακλίσεων, σπαστικότητα, συγκάμψεις), πόνος, προβλήματα κατάποσης και σίτισης, προβλήματα κύστεως και εντέρου, προβλήματα επικοινωνίας,

επιπλοκές υποκείμενων καταστάσεων.

Η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση θα πρέπει να συνεχίζει να παρακολουθεί τους ασθενείς και μετά την επιστροφή τους στην κοινωνία, ώστε να προλαμβάνονται:

- τα δευτερογενή προβλήματα υγείας και η κοινωνική απομόνωση
- η εξουθένωση των φροντιστών από το φόρτο της φροντίδας και την κατάρρευση της οικογένειας
- οι άσκοπες εισαγωγές των ασθενών σε ιδρύματα και γηροκομεία
- οι επείγουσες επανεισαγωγές στο νοσοκομείο
- η ακατάλληλη και άκαιρη συνταγογράφηση εξοπλισμού αναπηρίας
- η αδυναμία αναβάθμισης του εξοπλισμού αναπηρίας υπό το φως προηγμένης τεχνολογίας.

Το συνολικό αποτέλεσμα της έλλειψης αποκατάστασης μπορεί να είναι η εγκατάλειψη του ατόμου σε μια φτωχότερη λειτουργική ικανότητα και ποιότητα ζωής.

[3]

1.4 Ομάδα αποκατάστασης

Η αποκατάσταση είναι μια διεπιστημονική δραστηριότητα η οποία εξαρτάται από την καλή επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και τις ατομικές ικανότητες των επαγγελματιών που συμμετέχουν. Για να πετύχει η ομάδα, πρέπει να έχει σαφείς, αντικειμενικούς στόχους αποκατάστασης για τον ασθενή, στους οποίους θα πρέπει να συμμετέχουν πλήρως ο ίδιος και το περιβάλλον του.

Η ομάδα δεν αποτελεί απλώς μια συνάθροιση διαφόρων επαγγελματιών υγείας. Τα άτομα που την απαρτίζουν, εργάζονται μέσα σε αυτή ως ενεργά μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας αντιλαμβανόμενα τους ρόλους και τις αξίες των συνεργατών τους. Η ομάδα δουλεύει με το άτομο με αναπηρίες και την οικογένειά του, με σκοπό να καθορισθούν κατάλληλοι, ρεαλιστικοί και χρονικά καθορισμένοι θεραπευτικοί στόχοι στα πλαίσια ενός συνολικά συντονισμένου προγράμματος αποκατάστασης. Οι στόχοι αναπροσαρμόζονται ανά τακτά διαστήματα και ανάλογα με την πρόοδο του ασθενούς. Έχουν επίκεντρο τον ασθενή και δεν ιεραρχούνται ανάλογα με την ειδικότητα.

Η διασφάλιση της συνεργασίας της ομάδας της αποκατάστασης, προϋποθέτει την δομημένη ομαδική επικοινωνία και τις τακτικές συναντήσεις της. Η διάγνωση, η επίδρασή της στη λειτουργικότητα του ατόμου και οι δραστηριότητες συζητούνται

συστηματικά, ενώ ανακοινώνονται οι πιθανοί κίνδυνοι και η πρόγνωση της νόσου. Με τη σύμφωνη γνώμη όλων των μελών της, η ομάδα θέτει τους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους και σχεδιάζει τις κατάλληλες παρεμβάσεις. [3]

Την ομάδα Αποκατάστασης αποτελούν ειδικοί επιστήμονες:

- Ιατρός Αποκατάστασης

Ο Ιατρός Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, προκειμένου να υπηρετήσει τις ανάγκες ενός Κέντρου Αποκατάστασης, καθορίζει την αγωγή Αποκατάστασης, συντονίζει και κατευθύνει την Ομάδα Αποκατάστασης και είναι αρμόδιος για:

- Διάγνωση της νόσου και του δυναμικού Αποκατάστασης με κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα σε συνεργασία με τα εργαστήρια του Νοσοκομείου
- Αξιολόγηση βαθμού λειτουργικότητας ή και αναπηρίας και επιλογή βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων Αποκατάστασης
- Διατήρηση της επιστημονικής ευθύνης και εξασφάλιση των όρων γενικής εποπτείας και θεραπευτικής παρέμβασης σε κάθε στάδιο εξέλιξης της πάθησης
- Την επιστημονική ευθύνη της Ομάδας Αποκατάστασης, την οποία συντονίζει με στόχο την ομαλή συνεργασία των μελών της προς όφελος του ασθενούς
- Συνταγογράφηση του προγράμματος Αποκατάστασης και εποπτείας για την ομαλή διεξαγωγή του και το οποίο τροποποιεί ανάλογα με την εξέλιξη της πάθησης στους τομείς φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας, λογοθεραπείας, κοινωνικής μέριμνας και ψυχολογικής υποστήριξης
- Συνταγογράφηση γενικών και ειδικών φαρμακευτικών σκευασμάτων
- Συνταγογράφηση και έλεγχο ορθώσεων, προσθέσεων και αναπηρικών αμαξιδίων καθώς και κάθε είδους μηχανήματος υποστηρικτικής τεχνολογίας που συμβάλλει στην ευόδωση των λειτουργιών του ασθενούς και οδηγεί στην αυτονομία του
- Συνταγογράφηση ειδικών εργαστηριακών εξετάσεων όπως: νευροφυσιολογικές εξετάσεις, ουροδυναμικό έλεγχο, ανάλυση κίνησης και βάδισης, έλεγχος διαταραχής σεξουαλικών διαταραχών κ.α.
- Ευαισθητοποίησης της κοινωνίας για την άρση του κοινωνικού στίγματος της αναπηρίας

- Συμμετοχής στις δράσεις φορέων με στόχο την πλήρη κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη του πολίτη με αναπηρία.

- Εξειδικευμένη νοσηλευτική υπηρεσία αποκατάστασης

Ειδικότερα, το Νοσηλευτικό προσωπικό στα τμήματα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης έχει τις εξής αρμοδιότητες:

- Σε συνεργασία με τον ιατρό φροντίζει για την νοσηλεία του ασθενούς με ολοκληρωμένες παροχές νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας διαβίωσης
- Φροντίζει για την υγιεινή των νοσηλευτικών χώρων και την αποφυγή ανάπτυξης ή μετάδοσης ανθεκτικών μικροβίων
- Φροντίζει για την πρόληψη συγκάμψεων, κατακλίσεων, θρομβοφλεβίτιδας και άλλων επιπλοκών
- Φροντίζει για την θεραπεία των κατακλίσεων και ασχολείται, σε συνεργασία με τον ιατρό, με την θεραπεία διατροφικών διαταραχών και νευρογενών διαταραχών ούρησης και αφόδευσης
- Σε συνεργασία με τον ιατρό, συμμετέχει σε ειδικές θεραπευτικές μεθόδους διαχείρισης της σπαστικότητας
- Συμμετέχει στα γενικά και ειδικά εξωτερικά Ιατρεία όλων των ειδικοτήτων
- Προετοιμάζει τον ασθενή για την λειτουργική Αποκατάσταση
- Ενισχύει ψυχολογικά και εκπαιδεύει τον ασθενή και την οικογένειά του
- Συμμετέχει και οργανώνει εκπαιδευτικά σεμινάρια του τομέα της Νοσηλευτικής
- Συμμετέχει στην ομάδα Αποκατάστασης
- Συμμετέχει στην εκπόνηση θεραπευτικών πρωτοκόλλων.

- Φυσιοθεραπευτές

Ο ρόλος των φυσιοθεραπευτών στην Αποκατάσταση είναι η εφαρμογή χειρισμών και τεχνικών, βασισμένων στην επιστήμη της φυσικοθεραπείας. [8]

Οι αρμοδιότητες των Φυσικοθεραπευτών είναι:

- Εφαρμογή ειδικών τεχνικών κινησιοθεραπείας για την βελτίωση της μυϊκής δύναμης, της αντοχής και του συντονισμού των κινήσεων

- Εφαρμογή των κατάλληλων φυσικών μέσων ώστε να ανακουφίσουν από τον πόνο, να αυξήσουν το εύρος κίνησης και να προετοιμάσουν τον ασθενή για την κινησιοθεραπεία
- Εφαρμογή σε νευρολογικές παθήσεις του Κ.Ν.Σ. και Π.Ν.Σ. νεότερων νευροαναπτυξιακών τεχνικών νευρομυικής επανεκπαίδευσης
- Επανεκπαίδευση της βάδισης σε ομαλό και ανώμαλο έδαφος και άνοδος-κάθοδος κλίμακας
- Εφαρμογή τεχνικών με χρήση ειδικών μηχανημάτων σύγχρονης τεχνολογίας για την εκτέλεση νεότερων θεραπευτικών τεχνικών
- Συμμετοχή στην ομάδα Αποκατάστασης για κάθε θεραπευτικό και ερευνητικό στόχο.

- Εργοθεραπευτές

Οι εργοθεραπευτές συμβάλλουν με τις εργοθεραπευτικές τεχνικές στην πρόληψη, την βελτίωση και αποθεραπεία ασθενών που νοσηλεύονται στα τμήματα Αποκατάστασης του Κέντρου.

Οι αρμοδιότητες των εργοθεραπευτών είναι:

- Βελτίωση λειτουργικότητας των άνω άκρων
- Βελτίωση των γνωστικών και αντιληπτικών δεξιοτήτων
- Αυτοϋπηρέτηση
- Κατασκευή ναρθήκων και βοηθημάτων
- Εργονομική διευθέτηση χώρων
- Συμβουλευτική και εκπαίδευση των συνοδών
- Εκπαίδευση στη χρήση κατάλληλου εξοπλισμού υποστηρικτικής τεχνολογίας για έλεγχο περιβάλλοντος και για εναλλακτική επικοινωνία
- Αξιολόγηση επαγγελματικών δεξιοτήτων
- Επανένταξη στη κοινότητα
- Η βελτίωση της λειτουργικότητας των άνω άκρων, του συντονισμού της κινητικότητας και της αισθητικότητας
- Η συμμετοχή στην ομάδα Αποκατάστασης για κάθε θεραπευτικό και ερευνητικό στόχο. [9]

- Λογοθεραπευτές

Οι λογοθεραπευτές συμβάλλουν με τις λογοπεδικές τεχνικές στη βελτίωση και την αποθεραπεία ασθενών που νοσηλεύονται στα τμήματα Αποκατάστασης του Κέντρου.

Οι αρμοδιότητες των λογοθεραπευτών είναι:

- Η λογοπεδική παρέμβαση σε ασθενείς όλων των δομών Αποκατάστασης
- Η παρέμβαση με πράξεις θεραπείας, αποκατάστασης, συμβουλευτικής και ένταξης στην κοινωνική και εργασιακή ζωή
- Η αξιολόγηση και εκμάθηση όλων των ειδών της επικοινωνίας, περιλαμβανομένου του συνειρμού, της μνήμης, της προσοχής και του «εκφραστικού» λόγου και ομιλίας
- Η αξιολόγηση και εκπαίδευση κατάποσης
- Η επανεκπαίδευση των νοητικών λειτουργιών
- Η συμμετοχή στην ομάδα Αποκατάστασης για κάθε θεραπευτικό και ερευνητικό στόχο.

- Ειδικοί τεχνίτες ορθώσεων και προσθέσεων

Σε συνεργασία με τον ιατρό Αποκατάστασης και τον με τον άρρωστο, αναλαμβάνουν την κατασκευή των κατάλληλων για την περίπτωση ναρθήκων, ορθώσεων ή προσθέσεων.

- Ψυχολόγος

Οι αρμοδιότητες του ψυχολόγου είναι:

- Η παροχή ψυχολογικών (ψυχοδιαγνωστικών και ψυχοθεραπευτικών) υπηρεσιών προς τους ασθενείς όλων των τμημάτων του Κέντρου
- Η ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και την οικογένειά του είτε ατομικά είτε ομαδικά
- Η εκτέλεση ψυχολογικών τεστ
- Η συμμετοχή στην ομάδα Αποκατάστασης για κάθε θεραπευτικό και ερευνητικό στόχο.

- Κοινωνικός Λειτουργός

Οι αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού είναι:

- Η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στους ασθενείς και στις οικογένειές τους κατά την παραμονή τους στο Κέντρο, έτσι ώστε να αποδεχθούν και να αντιμετωπίσουν την υπάρχουσα κατάσταση, αξιοποιώντας τις δυνατότητες και τις ικανότητές τους με σκοπό την ομαλή επανένταξή τους στο οικογενειακό και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον
- Η διερεύνηση των κοινωνικών συνθηκών και του κοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενή
- Η ενημέρωση των υποχρεώσεων και δικαιωμάτων των ασθενών
- Η ενημέρωση για τις προνοιακές, επιδοματικές και άλλες υποστηρικτικές πολιτικές
- Η καταγραφή του υπεύθυνου συγγενικού προσώπου του ασθενή ώστε να διατηρείται το ιατρικό απόρρητο του ασθενούς και να αναλαμβάνεται η ευθύνη του όταν ο ασθενής χρήζει προσωρινής επίβλεψης
- Η διασύνδεση ασθενούς και οικογένειας με υπηρεσίες εκτός ΚΕΦΙΑΠ.
- Η συμμετοχή στην ομάδα Αποκατάστασης για κάθε θεραπευτικό και ερευνητικό στόχο.

Όπως προαναφέρθηκε, η ομάδα συντονίζεται από τον ιατρό Αποκατάστασης και στοχεύει στην οργάνωση και ολοκλήρωση του προγράμματος αποκατάστασης του συγκεκριμένου ασθενούς.

Πρέπει να τονιστεί ότι στην ομάδα αποκατάστασης εντάσσεται και ο ίδιος ο ασθενής καθώς και η οικογένεια του.

Υπάρχουν περιπτώσεις οι οποίες για να αντιμετωπιστούν, απαιτούν εκτός από τη βασική στελέχωση της ομάδας και τη διεπιστημονική συνεργασία με άλλες ιατρικές ειδικότητες, όπως νευροχειρουργική, ορθοπαιδική, ουρολογική, ψυχιατρική κ.α.

Πρόκειται για μια αμφίδρομη συνεργασία, η οποία στηρίζεται στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων και παρεμβάσεων και στην ανταλλαγή επιστημονικής εμπειρίας και γνώσεων προς όφελος του ασθενή.

Η λειτουργία της Ομάδας Αποκατάστασης, είναι μία δύσκολη κατάκτηση, αφού προϋποθέτει οργανωμένες δομές περίθαλψης, σαφή καθορισμό ρόλων, ειδικές γνώσεις

στο κάθε τομέα και μια ώριμη αντίληψη της αυτενέργειας και των ορίων που βάζει η ίδια η συνεργασία.

Αποτελεί όμως μονόδρομο για την παροχής ποιοτικής Αποκατάστασης και για την επίτευξη των στόχων. [10]

1.5 Ομάδες ασθενών

Η Ιατρική Αποκατάσταση, προσφέρει τις υπηρεσίες της σε όλες τις ηλικίες και διακρίνεται σε επιμέρους τομείς: την Παιδιατρική και Γηριατρική Αποκατάσταση και την αποκατάσταση Ενηλίκων.

Η αποκατάσταση δεν αφορά μόνο την κινητική διαταραχή, αλλά το σύνολο των διαταραχών των συστημάτων του οργανισμού που προκύπτουν μετά από μία χρόνια ή αιφνίδια αλλαγή της φυσιολογικής λειτουργίας.

Οι κύριες παθήσεις με τις οποίες ασχολείται η Ιατρική Αποκατάσταση στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι:

- Παθήσεις του νευρικού συστήματος όπως: ΑΕΕ, βλάβη του νωτιαίου μυελού παθολογικής ή τραυματικής αιτιολογίας (παραπληγία-τετραπληγία), ΚΕΚ, κατά πλάκας σκλήρυνση, μυοπάθειες, εκφυλιστικοί νόσοι του νευρικού συστήματος, συγγενείς ή οικογενείς παθήσεις κ.α.
- Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος όπως: πολυτραυματίες, κατάγματα, κακώσεις σπονδυλικής στήλης, ακρωτηριασμοί, βαριά οστεοπόρωση, εκφυλιστικές αρθροπάθειες, ρευματοπάθειες, μετεγχειρητική αποκατάσταση μετά από διορθωτικές επεμβάσεις κ.α.
- Παθήσεις του καρδιοαναπνευστικού συστήματος όπως: βαλβιδοπάθειες, μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου, χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια κ.α.
- Πολυσυστηματικές παθήσεις
- Ειδικές διαταραχές σε έδαφος νευρολογικής βλάβης όπως: νευρογενούς ουροδόχου κύστεως, διαταραχών ανώτερων εγκεφαλικών λειτουργιών, διαταραχών σεξουαλικότητας κ.α.
- Ειδικές νοσολογικές οντότητες εκ γενετής όπως: μηνιγγομυελοκλήλη, εγκεφαλική παράλυση κ.α.

Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη η ιατρική Αποκατάσταση ασχολείται με παθήσεις όπως:

- Λειτουργικά ή επαγγελματικά νοσήματα (δακτυλογράφοι, αθλητές, μουσικοί, χορευτές κ.α.)
- Μυϊκές δυστονίες
- Προβλήματα χρόνιου πόνου
- Νοσήματα της σπονδυλικής στήλης
- Αρθροπάθειες
- Ειδικός αθλητισμός.

Ακόμη, η πρωτοβάθμια αποκατάσταση έχει σαν αντικείμενο την πρόληψη. Περιλαμβάνει θέματα όπως την διατήρηση της στάσης του σώματος, την ανάπτυξη αντοχής, την αποφυγή κύφωσης - σκολίωσης, αλλά και την εκπαίδευση ειδικών πληθυσμών όπως για παράδειγμα τους μαθητές στο σχολείο.

Η Αποκατάσταση παρεμβαίνει επίσης:

- Σε προβλήματα επικοινωνίας όπως: αφασία κ.α.
- Σε προβλήματα αντιληπτικότητας όπως: διαταραχή προσανατολισμού, προσοχής, μνήμης κ.α.
- Σε προβλήματα έκφρασης όπως: απραξία, αγνωσία, απάθεια κ.α.
- Σε προβλήματα διαταραχών του μυϊκού τόνου όπως: σπαστικότητα, μυϊκή δυστονία κ.α.
- Σε ειδικές εκδηλώσεις μετά βλάβη του Νευρικού συστήματος όπως: αυτόνομη δυσριφλέξια κ.α.
- Διαταραχές συστημάτων όπως: αναπνευστική δυσχέρεια, ακράτεια ή επίσχεση ούρων, ανικανότητα, διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος κ.α. [10]

1.6 Η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση στις διάφορες φάσεις της διαδικασίας αποκατάστασης

Σύμφωνα με την επιστημονικά τεκμηριωμένη άποψη που επικρατεί, η αποκατάσταση πρέπει να ξεκινά από το νοσοκομείο (πρώτη φάση I) και να συνεχίζεται σε ειδικά κέντρα επίβλεψης άμεσα μετά την ολοκλήρωση της ιατρικής παρέμβασης .

Η υποδοχή των ασθενών από τα κέντρα αποκατάστασης θα πρέπει να πραγματοποιείται άμεσα μετά την ολοκλήρωση της ιατρικής παρέμβασης. Στα κέντρα αυτά, θα πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης και αντιμετώπισης μικρών ιατρικών προβλημάτων. Η νέα αντίληψη και σύγχρονη πρακτική λοιπόν, απαιτεί την

έναρξη της φυσικής αποκατάστασης από την εισαγωγή στο νοσοκομείο (πρόληψη αναπηρίας) και τη συνέχισή της άμεσα μετά την αντιμετώπιση των ιατρικών προβλημάτων. Η επιβίωση των ασθενών με σοβαρά νοσήματα, αυξάνει σε μεγάλο ποσοστό τον αριθμό των ασθενών που χρήζουν φυσικής αποκατάστασης. Η χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας έχει αυξήσει σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματικότητά της.

Η μεγάλη σημασία των κέντρων αποκατάστασης ασθενών και η πρόωμος έναρξη της παρέμβασης έχει πλέον καθιερωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) και τις οδηγίες σημαντικών επιστημονικών οργανώσεων (AHA: American Heart Association, ESC: European Society of Cardiology, ADA: American Diabetes Association, ACSM: American College of Sports Medicine). Σε αρκετές χώρες της Ευρώπης όπως Μεγάλη Βρετανία, Γερμανία, Ιταλία, Ελβετία, Σουηδία κ.α. και την Αμερική εφαρμόζεται με επιτυχία.

Η αποκατάσταση βελτιώνει σημαντικά τη λειτουργική ικανότητα του ασθενούς, την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης. Επιπλέον, συμβάλλει σημαντικά στη μείωση των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων και της πιθανότητας επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Έχουμε, κατά συνέπεια, λιγότερα ενδονοσοκομειακά έξοδα και χαμηλότερα ποσοστά αναπηρικής σύνταξης. Επιπλέον, οι ασθενείς επιστρέφουν στην εργασία τους γρηγορότερα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.[11]

Η συμμετοχή της αποκατάστασης είναι απαραίτητη σε όλες τις φάσεις της Ιατρικής φροντίδας, τόσο στην πρόληψη των παθήσεων ή καταστάσεων που οδηγούν στην αναπηρία, όσο και στις διάφορες φάσεις της νοσηλείας των ασθενών με παρόμοια προβλήματα, από το οξύ στάδιο μέχρι και την τελική λειτουργική επανένταξη, εφαρμόζοντας κατάλληλες και εξειδικευμένες θεραπευτικές τεχνικές [12]

Συνοπτικά, τα προγράμματα αποκατάστασης καλύπτουν τρεις φάσεις :

Φάση I (Οξεία φάση): πραγματοποιείται στο Νοσοκομείο (ή σε Κέντρο Αποκατάστασης που επικοινωνεί άμεσα με το Νοσοκομείο), ξεκινά άμεσα και διαρκεί έως και την έξοδο του ασθενή από το Νοσοκομείο. Περιλαμβάνει αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή, αντιμετώπιση μυοσκελετικών δυσλειτουργιών, κινησιοθεραπεία, έναρξη κινητοποίησης, ειδικές ασκήσεις, λογοθεραπεία, εκπαίδευση στην επικοινωνία, ανάπτυξη μεθόδων επικοινωνίας, ψυχολογική υποστήριξη και οδηγίες πριν το εξιτήριο.

Φάση II (Μετά την οξεία φάση): πραγματοποιείται στο Κέντρο Αποκατάστασης, ξεκινά άμεσα μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο και η διάρκειά της ποικίλει ανάλογα με το βασικό νόσημα και την κατάσταση του ασθενούς. Σε αυτή την φάση υπάρχει η πιθανότητα ανάγκης για ιατρική παρακολούθηση του ασθενή, ακόμα και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Περιλαμβάνει εξατομικευμένο πρόγραμμα ασκήσεων και παρεμβάσεων που πραγματοποιείται σε ομαδικό πλαίσιο, ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, λογοθεραπεία, εκπαίδευση κατάποσης, διατροφική και ψυχολογική παρέμβαση, φυσικοθεραπεία συνδυάζοντας και εκπαίδευση των ασθενών με στόχο την τροποποίηση συμπεριφοράς. [11]

Η μεταφορά του ασθενή από το νοσοκομείο στην ήσυχη και ήρεμη ατμόσφαιρα ενός κέντρου αποκατάστασης, λειτουργεί αρκετά βοηθητικά και συντελεί στην καλύτερη ανταπόκρισή του στο πρόγραμμα.[3]

Φάση III (Φάση συντήρησης σε χρόνιες ή σταθερά επιδεινούμενες καταστάσεις):

Μια σημαντική πτυχή της προσφοράς της ΦΙΑΠ, είναι η συντήρηση και η βελτίωση της λειτουργικότητας και η αποφυγή προβλεπόμενων και προλαμβανόμενων επιπλοκών, σε σταθερές, σε χρόνιες αναπηρικές και σε προοδευτικά επιδεινούμενες καταστάσεις. Σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, η αποκατάσταση συμβάλλει σημαντικά στη διαχείριση τέτοιων περιστατικών με τακτικά προγράμματα ακόμη και χρόνια μετά το συμβάν.

Οι κύριοι στόχοι της αποκατάστασης συντήρησης σε χρόνιες καταστάσεις είναι χρησιμοποιώντας τα κατάλληλα μέσα να επιτευχθεί η βελτίωση των προσβεβλημένων σωματικών λειτουργιών και να αυξηθούν οι δραστηριότητες. Για να συμβεί αυτό, χρησιμοποιούνται μέθοδοι που περιλαμβάνουν φυσικοθεραπεία, άσκηση, ψυχολογικές παρεμβάσεις καθώς και εκπαίδευση πάνω σε θέματα υγείας. Η κλινική αποτελεσματικότητα και τα κοινωνικά και οικονομικά οφέλη που προκύπτουν από την εφαρμογή των παρεμβάσεων της αποκατάστασης σε τέτοιου είδους περιστατικά αποδεικνύονται από μελέτες. [3]

1.7 Το νέο σύστημα ταξινόμησης και αξιολόγησης της αναπηρίας (ICF)

Η αξιολόγηση της αναπηρίας μέχρι πριν από λίγα χρόνια γινόταν σε παγκόσμιο επίπεδο, αποκλειστικά και μόνο με τη μέθοδο της διάγνωσης. Στην πράξη, η ιατροκεντρική αυτή προσέγγιση αποδείχτηκε ότι έκρυβε πολλά μειονεκτήματα, αφού ο καθορισμός του βαθμού αναπηρίας ενός ατόμου δεν μπορεί να βασισθεί αποκλειστικά με βάση τη διάγνωση. Κι' αυτό, αφενός γιατί η ίδια νόσος όπως είναι γνωστό δεν οδηγεί πάντοτε στον ίδιο βαθμό αναπηρίας και αφετέρου, διότι οι περιορισμοί που βιώνει για παράδειγμα ένα άτομο στην Ελλάδα, δεν είναι όμοιοι με εκείνους που βιώνει κάποιος σε μια χώρα με αυξημένη κοινωνική ευθύνη. Δεν είναι δυνατό λοιπόν, η αναπηρία να αντιμετωπισθεί απλά, ως ένα πρόβλημα υγείας του οργανισμού το οποίο θεραπεύεται με μια ιατρική παρέμβαση.

Η αναγνώριση των μειονεκτημάτων του ιατροκεντρικού μοντέλου αξιολόγησης της αναπηρίας οδήγησε τον ΠΟΥ στη δημιουργία της Διεθνούς Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (ICF). Το ICF αποτελεί ένα σύγχρονο, επιστημονικό, παγκοσμίως αποδεκτό και εγκεκριμένο σύστημα ταξινόμησης και αξιολόγησης. Η άμεση ανάγκη καθιέρωσης ενός συστήματος και στην Ελλάδα είχε άλλωστε προκύψει από καιρό. Έτσι το νέο σύστημα, μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε και στην ελληνική πραγματικότητα. Με την εφαρμογή του νέου συστήματος δίνεται κατ' αρχήν η δυνατότητα να υπάρχει κοινή γλώσσα μεταξύ των κλινικών, των κοινωνικών υπηρεσιών και φορέων, του ασθενούς και της οικογένειάς του. Επιπλέον, συμβάλλει στην τήρηση αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων για τις ανάγκες υγείας και την έρευνα των υπηρεσιών υγείας.[13]

Με το ICF, έρχονται κοντά τις έννοιες της Υγείας και της Αναπηρίας σε μια πολυδιάστατη ολότητα της ανθρώπινης λειτουργίας συνθέτοντας το βιολογικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και περιβαλλοντικό προφίλ. Η αξιολόγηση της αναπηρίας δεν στηρίζεται πλέον μόνο στην ιατρική διάγνωση, αλλά θεωρείται διεθνώς μια ανθρώπινη εμπειρία. Συνεπώς, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η υγεία κάθε ανθρώπου μπορεί κάποια στιγμή να διαταραχθεί και ως συνέπεια να εκδηλωθεί κάποια αναπηρία, αφορά όλους μας.

Το ICF εστιάζει:

- Στα προβλήματα που επιφέρει η αναπηρία στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου
- Στο πραγματικό περιβάλλον του ατόμου και στις συνθήκες ζωής του
- Στον τρόπο με τον οποίο το περιβάλλον του ατόμου επιδρά στην ικανότητα του για συμμετοχή στην καθημερινή ζωή.

Η λειτουργικότητα χρησιμοποιείται σαν γενικός όρος, περιλαμβάνοντας όλες τις σωματικές λειτουργίες, τις δραστηριότητες και τη συμμετοχή.

Η αναπηρία χρησιμοποιείται επίσης σαν γενικός όρος, περιλαμβάνοντας όλες τις βλάβες και τους περιορισμούς στην δραστηριότητα ή στην συμμετοχή. [14]

Η ανάπτυξη του συγκεκριμένου μοντέλου ταξινόμησης από τον ΠΟΥ και η παγκόσμια αποδοχή του, με επιμέρους μικρές διαφοροποιήσεις, αποτελεί αναμφίβολα την μεγαλύτερη μεμονωμένη πρόοδο στον τομέα της Αποκατάστασης. Ουσιαστικά ισοδυναμεί με την αναγνώριση του ρόλου κοινωνιολογικών παραμέτρων στην λαϊκή υγεία, η οποία είχε σαν αποτέλεσμα στον επαναπροσδιορισμό του όρου «Υγεία», ως την «κατάσταση της πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας». [15]

Η ΦΙΑΠ ενδιαφέρεται για τη διεπιστημονική προαγωγή της λειτουργικότητας ενός ατόμου. Η επίτευξη αυτού του στόχου εξαρτάται άμεσα από την πλήρη εκτίμηση και κατανόηση λειτουργικότητας αυτού του ατόμου. Κατά συνέπεια το ICF αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για την άσκηση της ΦΙΑΠ.[14]

1.8 Το δικαίωμα στην Αποκατάσταση

Η πρόσβαση στην αποκατάσταση είναι ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Η Ευρωπαϊκή νομοθεσία καθιστά ξεκάθαρο ότι άτομα με αναπηρίες πρέπει να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε κατάλληλη αποκατάσταση.

Το Συμβούλιο της Ευρώπης πρότεινε νομοθεσία δικαιωμάτων αναπηρίας, η οποία βασικά καλύπτει τα παρακάτω:

- Πρόληψη αναπηρίας και εκπαίδευση υγείας
- Αναγνώριση και διάγνωση
- Θεραπεία και θεραπευτικά βοηθήματα
- Εκπαίδευση

- Επαγγελματική καθοδήγηση και κατάρτιση
- Εργασία
- Κοινωνική ένταξη και περιβάλλον
- Κοινωνική, οικονομική και νομική προστασία
- Εκπαίδευση ατόμων που έχουν σχέση με την αποκατάσταση και την κοινωνική ενσωμάτωση ατόμων με αναπηρία
- Πληροφόρηση
- Στατιστικά δεδομένα και έρευνα.[3]

Ο κανόνας 3 των Προτύπων του ΟΗΕ αναφέρει ότι τα Κράτη πρέπει να διασφαλίζουν την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης στα άτομα με Αναπηρία, προκειμένου να τους δοθεί η ευκαιρία να πετύχουν και να διατηρήσουν το βέλτιστο επίπεδο αυτονομίας και λειτουργικότητας. Συγκεκριμένα:

- Τα Κράτη έχουν την υποχρέωση να αναπτύξουν εθνικά προγράμματα αποκατάστασης για όλες τις ομάδες ατόμων με Αναπηρία. Τα εν λόγω προγράμματα, θα πρέπει να βασίζονται στις πραγματικές ανάγκες των ατόμων αυτών και στις αρχές της πλήρους συμμετοχής και ισότητας. Επίσης, θα πρέπει να περιλαμβάνουν μια ευρεία σειρά από δραστηριότητες, όπως βασική επαγγελματική εκπαίδευση, συμβουλευτικές υπηρεσίες για τα άτομα με αναπηρία και τις οικογένειές τους, ανάπτυξη αυτονομίας και κατά περίπτωση υπηρεσίες αξιολόγησης και καθοδήγησης
- Κάθε άτομο με Αναπηρία - ακόμη κι εκείνα με βαριές και /ή πολλαπλές αναπηρίες - το οποίο χρήζει αποκατάστασης, πρέπει να έχει πρόσβαση σε αυτήν
- Τα άτομα με Αναπηρία και οι οικογένειές τους, πρέπει να έχουν ενεργή συμμετοχή στο σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών αποκατάστασης
- Όλες οι υπηρεσίες αποκατάστασης πρέπει να είναι προσιτές και διαθέσιμες στην τοπική κοινότητα όπου ζουν τα άτομα που τις χρειάζονται. Σε κάποιες περιπτώσεις και προκειμένου να επιτευχθεί κάποιος συγκεκριμένος εκπαιδευτικός στόχος, μπορεί να απαιτείται η οργάνωση ειδικών προγραμμάτων αποκατάστασης, περιορισμένης διάρκειας κατ' οίκον

- Τα άτομα με Αναπηρία και οι οικογένειές τους πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στην αποκατάσταση, αναλαμβάνοντας ρόλους όπως ως εκπαιδευτές, σύμβουλοι ή δάσκαλοι
- Τα Κράτη πρέπει αξιοποιούν την εξειδικευμένη γνώση των οργανώσεων των ατόμων με Αναπηρία όταν πρόκειται να διαμορφώσουν ή να αξιολογήσουν τα προγράμματα αποκατάστασης.

Δυστυχώς αυτό το πρότυπο εφαρμόζεται σε μικρό βαθμό στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Παρά την επιβεβαίωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων από το Διεθνές Έτος Αναπήρων Ατόμων (1981) και από το Ευρωπαϊκό Έτος Ατόμων με Αναπηρία (2003), η πρόσβαση στην αποκατάσταση μετά από νόσο ή τραύμα συνεχίζει να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα. Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στην έλλειψη πόρων, στην ελλιπή ενημέρωση των ατόμων με αναπηρία, καθώς και στην κακή οργάνωση των υπηρεσιών και έχει ως αποτέλεσμα οι παροχές να μην ανταποκρίνονται στις ανάγκες. [16]

1.9 Δράσεις του ΠΟΥ για την περίθαλψη και την αποκατάσταση

Η αποκατάσταση είναι μια διαδικασία που στοχεύει στη διευκόλυνση των ατόμων με αναπηρίες ώστε να καταφέρουν και να συντηρήσουν την βέλτιστη σωματική, αισθητηριακή, διανοητική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία. Το φάσμα δραστηριοτήτων της αποκατάστασης είναι ευρύ και περιλαμβάνει την ιατρική περίθαλψη, τη σωματική και ψυχολογική θεραπευτική, τη βοήθεια στην ομιλία, την εργοθεραπεία, καθώς και υπηρεσίες υποστήριξης. Τα άτομα με αναπηρία επιβάλλεται να έχουν πρόσβαση τόσο στη γενική ιατρική φροντίδα, όσο και σε κατάλληλες υπηρεσίες αποκατάστασης.

Σύμφωνα με τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία απαιτείται οι χώρες να εξασφαλίσουν διαθεσιμότητα κατάλληλων υπηρεσιών γενικής υγείας και υπηρεσιών αποκατάστασης για τα άτομα με αναπηρία. Ακόμη οφείλουν να διασφαλίσουν ότι τα άτομα αυτά δεν υφίστανται διακρίσεις στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Ο ΠΟΥ υποστηρίζει ενεργά την εφαρμογή της Σύμβασης του ΟΗΕ σε αυτούς τους τομείς. Οι δράσεις του για τη βελτίωση της ιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης, περιλαμβάνουν [17]:

- Ανάπτυξη κανονιστικών εργαλείων, συμπεριλαμβανομένων των κατευθυντήριων γραμμών και ενός παγκόσμιου σχεδίου δράσης, για την ενίσχυση της ιατρικής περίθαλψης και των υπηρεσιών αποκατάστασης
- Μέριμνα για την εφαρμογή της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία
- Υποστήριξη των χωρών, ώστε να επιτευχθεί ενσωμάτωση της ιατρικής περίθαλψης και των υπηρεσιών αποκατάστασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- Υποστήριξη για την ανάπτυξη δομών κοινοτικής αποκατάστασης
- Μέριμνα για την ενίσχυση των εξειδικευμένων κέντρων αποκατάστασης και τη σχέση τους με τις δομές κοινοτικής αποκατάστασης
- Προώθηση στρατηγικών, προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι τα άτομα με αναπηρίες είναι καλά ενημερωμένα και ότι οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν και προστατεύουν τα δικαιώματά τους και την αξιοπρέπεια τους.

1.10 Δημογραφικές αλλαγές και μελλοντικές εξελίξεις

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, ποσοστό 10% περίπου του πληθυσμού της Ευρώπης παρουσιάζει κάποια αναπηρία. Το προσδόκιμο επιβίωσης τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί και αναμένεται να αυξηθεί ακόμη περισσότερο τα επόμενα χρόνια για τους 700 εκατομμύρια κατοίκους της Ευρώπης. Αναφέρουμε ενδεικτικά, ότι το προσδόκιμο επιβίωσης στη Γερμανία μεταξύ του 1990 και του 2000 αυξήθηκε κατά περίπου τρία χρόνια, το 2030 όμως αναμένεται ότι ένα στα τέσσερα άτομα θα έχει ηλικία άνω των εξήντα πέντε ετών. [3]

Η γήρανση των πληθυσμών, συνεπάγεται αύξηση και στο επίπεδο αναπηρίας, το οποίο ως γνωστό αντανακλάται με αυξημένο φόρτο φροντίδας, αυξημένο κόστος για φροντίδα υγείας και για κοινωνική φροντίδα. Δυο σημαντικοί παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη:

- Η επιβίωση από μια σοβαρή νόσο ή τραυματισμό αφήνει ένα μεγάλο αριθμό ατόμων με σύνθετα προβλήματα και λειτουργικά ελλείμματα. Πολλά από αυτά τα άτομα αυτά όταν συμβαίνει το γεγονός/βλάβη είναι νεαρής ηλικίας και αναμένεται να επιζήσουν για πολλά χρόνια. Ενδεικτικά παραδείγματα

υπάρχουν πολλά, π.χ. εγκεφαλικό επεισόδιο, ΚΕΚ, πολυτραυματισμοί και παιδικός καρκίνος. Στις περιπτώσεις αυτές, η παροχή καλά οργανωμένης φροντίδας στην οξεία φάση και στην αποκατάσταση, οδηγούν σε μεγαλύτερο ποσοστό επιβίωσης και καλύτερα αποτελέσματα

- Στη σημερινή κοινωνία υπάρχει έντονα η προσδοκία «καλής υγείας». Αυτό δημιουργεί ολοένα και περισσότερες απαιτήσεις από το σύστημα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του τομέα της αποκατάστασης.

Η αντιμετώπιση των συνεπειών μιας νόσου ή τραύματος, δε συνεπάγεται μόνο βελτίωση στη ζωή των ασθενών, αλλά και οφέλη στην οικονομία της υγείας καθώς επιτυγχάνεται μείωση των δαπανών για τη θεραπεία αυτών των επιπλοκών. Αυτό έχει άμεση επίπτωση στη φροντίδα υγείας, στο χρόνο εργασίας και στις συντάξεις.

Η αποκατάσταση είναι αποτελεσματική στη μείωση της επιβάρυνσης που επιφέρει η αναπηρία και στην ενίσχυση των ευκαιριών ατόμων με αναπηρία. Είναι αποδεδειγμένο ότι η παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης, μπορεί να είναι λιγότερο δαπανηρή από το να μην παρέχονται τέτοιες υπηρεσίες.

Οι υπηρεσίες αποκατάστασης κατά συνέπεια, θα πρέπει να εξελίσσονται συνεχώς λαμβάνοντας υπόψη τις παρακάτω αρχές:

- Η αποκατάσταση μετά από τραυματισμό ή ασθένεια, καθώς και σε χρόνιες καταστάσεις αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα
- Ολόκληρος ο πληθυσμός θα πρέπει να έχει ίση και εύκολη πρόσβαση σε όλους τους τομείς της αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένης της εξειδικευμένης ιατρικής αποκατάστασης, της υποστηρικτικής τεχνολογίας και της κοινωνικής στήριξης
- Η εισαγωγή και εδραίωση ενιαίων υψηλών πρότυπων φροντίδας στην αποκατάσταση και η εφαρμογή θεραπειών που να βασίζονται σε επιστημονικά δεδομένα είναι απαραίτητη, ώστε η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών να είναι εγγυημένη
- Μια επιστημονική βάση για την ανάπτυξη μοντέλων αποκατάστασης και προτύπων φροντίδας αποτελεί απαραίτητο εργαλείο για την καθοδήγηση της κλινικής πρακτικής.

Για την επίτευξη των στόχων της αποκατάστασης, είναι απαραίτητο να ληφθούν μέτρα όπως τα παρακάτω [3] :

- Βελτίωση της γενικής αντίληψης και επίγνωση των αναγκών των ατόμων με αναπηρίες
- Να δημοσιοποιηθούν τα οφέλη της αποκατάστασης. Με αυτό τον τρόπο θα δημιουργηθεί μια κουλτούρα όπου, η πρόσβαση σε επαρκή και κατάλληλη αποκατάσταση θα θεωρείται βασικό ανθρώπινο δικαίωμα
- Δημιουργία ολοκληρωμένων δομών αποκατάστασης, οι οποίες θα χρηματοδοτούνται επαρκώς και θα διαθέτουν εξειδικευμένες και καλά εκπαιδευμένες ομάδες
- Εδραίωση κοινών υψηλών προτύπων φροντίδας βασισμένων σε επιστημονικά δεδομένα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Οι μεγάλες ελλείψεις στον τομέα της αποκατάστασης στην Ελλάδα

Η αποκατάσταση στην Ελλάδα πάντα έπαιζε δευτερεύοντα ρόλο. Ενώ σε θεωρητικό επίπεδο αναγνωρίζεται από όλους για την προληπτική, κοινωνική και οικονομική προσφορά της, στο γενικό σύστημα υγείας βρίσκεται διαχρονικά σε μειονεκτική θέση και υστερεί τόσο σε επίπεδο προώθησης και ενίσχυσης, όσο και σε επίπεδο συντονισμού.

Οι πιθανοί λόγοι είναι πολλοί. Καταρχήν, σε εποχές οικονομικού προγραμματισμού η αποκατάσταση αποτελεί τον τομέα των περικοπών. Πάντοτε, το οικονομικό πακέτο που διατίθεται για τη αποκατάσταση υπολείπεται συγκριτικά με άλλους τομείς. Κατά δεύτερον, πολύ συχνά παραλείπεται. Η επιθυμητή πορεία θα ήταν από την επείγουσα κατάσταση στη φάση αποκατάστασης και στη συνέχεια στη φάση της χρόνιας φροντίδας. Ένας άλλος λόγος είναι, ότι ο προγραμματισμός επικεντρώνεται στις σημερινές και όχι στις μελλοντικές ανάγκες, με αποτέλεσμα τα περιστατικά να συσσωρεύονται στην οξεία φάση. Τέλος, η κοινή γνώμη ευαισθητοποιείται με βάση την ακροαματικότητα και επομένως με το περιστατικό της επείγουσας κατάστασης. [18]

Κάθε χρόνο στην Ελλάδα, υπολογίζεται ότι προκύπτουν 30.000 επιζώντες από ΑΕΕ, 25.000 επιζώντες από ΚΕΚ και περίπου 7.000 τετραπληγικοί και παραπληγικοί από κακώσεις σπονδυλικής στήλης με βλάβες νωτιαίου μυελού από τροχαία και εργατικά ατυχήματα.

Ένας ελάχιστος αριθμός από αυτούς, έχει τη δυνατότητα να νοσηλευθεί στις 200 συνολικά κλίνες των δημόσιων νοσοκομειακών κλινών Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης αντί των 2000 που απαιτούνται για να καλυφθούν οι πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού. [19] Όσον αφορά τα δημόσια κέντρα αποκατάστασης, λόγω της έλλειψης σχεδιασμού, οργάνωσης και στελέχωσης, δεν είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες για υπηρεσίες αποκατάστασης. Το γεγονός ότι μέχρι πριν από ένα έτος, ανήκαν στον τομέα της πρόνοιας, προφανώς δεν συνέβαλλε στην αξιοποίησή τους.

Η ανεπάρκεια του δημόσιου τομέα να καλύψει τις ανάγκες αποκατάστασης, είχε σαν συνέπεια την έντονη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα και την ίδρυση σημαντικού αριθμού ιδιωτικών κέντρων αποκατάστασης, επενδύσεων κόστους πολλών εκατομμυρίων ευρώ. Τα κέντρα αυτά προκειμένου να μπορέσουν να κάνουν απόσβεση του κεφαλαίου που έχει διατεθεί για την κατασκευή και τη λειτουργία τους ή για να εξασφαλίσουν την κερδοφορία τους είναι αναγκασμένα, είτε να ζητούν επιπλέον χρήματα από τον ίδιο τον ασθενή, είτε να παρέχουν χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσίες μιας και δεν υπάρχουν προδιαγραφές λειτουργίας και έλεγχος από το κράτος. [20]

Σύμφωνα με υπολογισμούς κάθε χρόνο, γίνεται παραπομπή περίπου πεντακοσίων ασθενών για νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης του εξωτερικού. Οι συνέπειες είναι προφανείς: δυσκολία στην εύρεση κέντρου και καθυστερημένη ένταξη των ασθενών σε πρόγραμμα αποκατάστασης, οικονομική αιμορραγία της οικογένειας, πλήρης κοινωνική και επαγγελματική αποδιοργάνωση του οικογενειακού περιβάλλοντος που συνοδεύει τον ασθενή. Όσον αφορά την οικονομική πλευρά, με αδρές εκτιμήσεις το ημερήσιο κόστος αποκατάστασης στα κέντρα του εξωτερικού κυμαίνεται περίπου στα 1500 ευρώ ανά ασθενή. Η διαμονή ποικίλλει ανάλογα με την πάθηση και μπορεί να διαρκέσει από έναν έως και έξι μήνες. Τα συνολικά έξοδα δηλαδή μπορεί σε σπάνιες περιπτώσεις να υπερβαίνουν και το ποσό των 250.000 ευρώ. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί πως στο ποσό αυτό δεν συμπεριλαμβάνονται τα έξοδα μετάβασης και διαμονής των συγγενών που ακολουθούν τον ασθενή. [21] Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Υπουργείου Υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία καταβάλλουν ετησίως για υπηρεσίες αποκατάστασης ποσό που αγγίζει τα 52.000.000 ευρώ.

Ακόμη, σε αρκετές περιπτώσεις, λόγω του υψηλού οικονομικού κόστους και άλλων πρακτικών δυσκολιών εύρεσης λύσης στο εξωτερικό, παρατηρείται το φαινόμενο οι ασθενείς να «λιμνάζουν» στα ελληνικά νοσοκομεία γεμίζοντας τις εντατικές. Υπολογίζεται πως εάν στην χώρα μας υπήρχαν αρκετά κέντρα αποκατάστασης για τους ανθρώπους που πέφτουν θύματα τροχαίων ή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως τα εγκεφαλικά, ένα στα τρία κρεβάτια στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και ένα στα τέσσερα σε κλινικές «αιχμής», όπως οι ορθοπεδικές και οι νευροχειρουργικές, θα ήταν κενά με προφανή οφέλη για το γενικό πληθυσμό. [22]

Άλλωστε, το νοσοκομείο χρειάζεται μόνο στην οξεία φάση της πάθησης. Το φαινόμενο της παρατεταμένης νοσηλείας των ασθενών που χρήζουν αποκατάστασης

στα νοσοκομεία, αντιτίθεται στις σύγχρονες πρακτικές διαχείρισης της ασθένειας και στις διεθνείς τάσεις που υπαγορεύουν τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψης. [21]

Η απουσία κρατικής μέριμνας για την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης στη χώρα μας φαίνεται πως είναι χαρακτηριστική. Αυτό καταδεικνύουν προσωπικές μαρτυρίες ασθενών, οι οποίοι υποστηρίζουν πως μετά το εξιτήριό τους από το νοσοκομείο, δεν ενημερώθηκαν για τις δυνατότητες αποκατάστασης μέσω ειδικών προγραμμάτων ώστε να βελτιωθεί η υγεία τους. [23]

2.2 Η δημιουργία και λειτουργία συγχρόνων κέντρων αποκατάστασης, ως αναγκαία προϋπόθεση για την αυτονομία και την ανάδειξη δυνατοτήτων των ΑΜΕΑ

Είναι γνωστό ότι κάθε χρόνο χιλιάδες συμπολίτες μας έρχονται αντιμέτωποι με την αιφνίδια ή προοδευτική απώλεια της δυνατότητας συμμετοχής τους στα κοινωνικά δρώμενα. Τραυματίες με κακώσεις της σπονδυλικής στήλης και ΚΕΚ, ασθενείς που προσβάλλονται από ΑΕΕ, πολυτραυματίες, πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας, βιώνουν μαζί με τον οικογενειακό και κοινωνικό τους περίγυρο τις συνέπειες της προσωρινής ή μόνιμης αναπηρίας.

Όλοι αυτοί οι άνθρωποι έχουν ανάγκη να εκτιμηθούν από εξειδικευμένους ιατρούς, τους φυσιάτρους, οι οποίοι είναι οι αρμόδιοι να αποφασίσουν για το αν χρήζουν υπηρεσιών αποκατάστασης καθώς και για το είδος των υπηρεσιών που απαιτούνται ανάλογα με την κατάσταση τους.

Θέτοντας ως στόχο τη μεγιστοποίηση της λειτουργικής ικανότητας, ανεξάρτητα από τη βλάβη, την ηλικία ή την δυνατότητα ίασης, χρησιμοποιείται κάθε διαθέσιμο μέσο και μέθοδος, που μπορεί να εφαρμοστεί στα πλαίσια της αποκατάστασης. Σκοπός είναι να μειωθεί η αρνητική επίδραση των καταστάσεων της ανικανότητας ή αναπηρίας και να μπορέσουν τα άτομα να καταφέρουν τη βέλτιστη κοινωνική ένταξη.

Οι ανάγκες των ασθενών για υπηρεσίες αποκατάστασης διαφοροποιούνται ανάλογα με την κατάσταση. Ασθενείς με βαρύτατες βλάβες και κακή πρόγνωση για λειτουργική αποκατάσταση δεν έχουν ένδειξη για πρόγραμμα αποκατάστασης. Ωστόσο, υπάρχει η ανάγκη να εκπαιδευτεί το οικογενειακό τους περιβάλλον προκειμένου να είναι σε θέση να φροντίσει και να στηρίξει τον ασθενή με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Ασθενείς με

καλό επίπεδο ικανοτήτων στην καθημερινότητά τους, χρειάζονται συνήθως ένα ήπιο πρόγραμμα σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας. Για όλους τους άλλους ασθενείς, η αξιολόγηση θα πρέπει να γίνεται στη λογική της οργάνωσης του προγράμματος αποκατάστασης σε σχέση με τις εξατομικευμένες ανάγκες τους.

Η ανάγκη για δομές παροχής οργανωμένης φροντίδας αποκατάστασης είναι δεδομένη. Οι δομές αυτές είναι αποδεδειγμένο πως είναι αποτελεσματικότερες και όχι υψηλότερου κόστους σε σχέση με αυτές που παρέχονται σε γενική βάση.

Υπηρεσίες αποκατάστασης παρέχονται σε διάφορα επίπεδα όπως: σε νοσοκομειακά τμήματα και κλινικές, σε κέντρα αποκατάστασης, σε κέντρα ημερήσιας νοσηλείας, σε ιατρεία και δομές στην κοινότητα ή ακόμη και κατ' οίκον.

Σοβαρά και σύνθετα προβλήματα πάντως, όπως ΚΕΚ, κατώσεις νωτιαίου μυελού ή ΑΕΕ απαιτούν, την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης σε οργανωμένες μονάδες με πολλαπλές υπηρεσίες.

Τα Κέντρα Αποκατάστασης ως έξω - νοσοκομειακές μονάδες, αποτελούν τις αντιπροσωπευτικότερες δομές παρέχοντας κλειστή και ανοικτή νοσηλεία. Θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν εντατικές υπηρεσίες αποκατάστασης σε ασθενείς με υψηλό προσδόκιμο λειτουργικής βελτίωσης με ένα τρίωρο καθημερινό πρόγραμμα, πέντε φορές την εβδομάδα.

Στα Κέντρα μπορούν να νοσηλεύονται και ασθενείς με χαμηλότερο προσδόκιμο ή πολλαπλά συνωδά προβλήματα αλλά με τροποποιημένο πρόγραμμα.

Στο Κέντρο Αποκατάστασης επιτυγχάνεται:

- προφύλαξη, αναγνώριση και διαχείριση των συνθέτων ιατρικών προβλημάτων και ιατρικών επιπλοκών που εμφανίζουν οι νοσηλευόμενοι με βάση τις σοβαρές παθήσεις που έχουν
- βελτίωση των φυσικών ικανοτήτων
- μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας με την εκπαίδευση σε επίπεδο δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής
- δυνατότητα πρόσβασης σε υποστηρικτική τεχνολογία
- αντιμετώπιση των διαταραχών γνωστικών λειτουργιών
- εκπαίδευση των οικείων για την απαιτούμενη υποστήριξη. Μέλη της οικογένειας πρέπει να μάθουν για τα προβλήματα που προκαλούνται από την

βλάβη και πως να βοηθήσουν τον ασθενή για να επιτύχει την βέλτιστη λειτουργία και πάλι

- βελτίωση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ασθενών/οικογένειας με την οργάνωση υποστηρικτικών διαδικασιών για τον ασθενή, την οικογένεια αλλά ακόμη και τους φροντιστές.

Γι' αυτό απαιτείται επάρκεια στελέχωσης τόσο σε ιατρούς, όσο και σε λοιπό εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό, το οποίο συνιστά την ομάδα αποκατάστασης. Κατά το διάστημα νοσηλείας του ασθενή, θα πρέπει να πραγματοποιείται η προετοιμασία τόσο του ίδιου όσο και της οικογένειάς του για την έξοδο του, η οποία θα πρέπει να έχει προηγουμένως σχεδιασθεί και οργανωθεί από την κοινωνική υπηρεσία του Κέντρου σε συνεργασία με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τους τοπικούς κοινωνικούς φορείς. Ασυντόνιστες εξοδοί από τη μονάδα είναι απαράδεκτες.

Τομέα δράσης του Κέντρου, δεδομένης της πλήρους έλλειψης φυσιάτρων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, μπορεί να αποτελέσει ακόμη η παρακολούθηση και παρέμβαση για την πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών και λειτουργικής επιβάρυνσης μετά την έξοδο από αυτό.

Είναι προφανές ότι στην σημερινή ελληνική πραγματικότητα, οι αρμόδιοι φορείς για την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης δεν παρέχουν τη δυνατότητα ουσιαστικής, προσιτής, έγκαιρης και συντονισμένης υποστήριξης, αφού δεν υπάρχει επαρκές και κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό. Έτσι, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη για άρτια λειτουργία των Κέντρων ώστε να μεγιστοποιηθεί η αποδοτικότητα τους .

Για την άρτια λειτουργία των Κέντρων κύριους πυλώνες συνιστούν τα παρακάτω:

- η επαρκής στελέχωση και η εξειδίκευση του προσωπικού για τις υπηρεσίες που πρέπει να παρέχονται
- οι κατάλληλα διαμορφωμένες εγκαταστάσεις και ο απαραίτητος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός που πρέπει να διατίθεται για το σκοπό αυτό και η εισαγωγή νέας τεχνολογίας
- το απαραίτητο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας
- οι διαδικασίες μέσω των οποίων πραγματοποιείται η παροχή των υπηρεσιών.

Η εστίαση λοιπόν του ενδιαφέροντος, θα πρέπει κατά πρώτο λόγο να αφορά στη βελτίωση της λειτουργικότητας των υφιστάμενων μονάδων αλλά και στην «ποιότητα» των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ο προσδιορισμός των ποιοτικών χαρακτηριστικών

τους, αποτελεί μείζων θέμα για τον καθορισμό του πλαισίου, των κριτηρίων και των δεικτών ποιότητας για τις υπηρεσίες αποκατάστασης.

Πρέπει επίσης να διασφαλίζεται η διασύνδεση των Κέντρων με την τοπική κοινωνία της περιοχής λειτουργίας τους. Μόνο με αυτό τον τρόπο θα επιτευχθεί το να ευαισθητοποιηθεί η κοινή γνώμη και οι κοινωνικοί φορείς ώστε να μπορέσουν να αποδεχθούν τα άτομα με αναπηρία.

Αναφερόμενοι στην ελληνική πραγματικότητα θα πρέπει να επισημάνουμε την έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού όσον αφορά την κατανομή κλινών αποκατάστασης καθώς και την ύπαρξη θεσμικών και λειτουργικών προβλημάτων για τις ήδη λειτουργούσες δομές Αποκατάστασης. Μικρός αριθμός νοσοκομειακών κλινών (όλες εντός Αττικής), το ΕΚΑ, τα ΚΕΦΙΑΠ και Κέντρα Αποθεραπείας Αποκατάστασης αποτελούν τους φορείς παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης.

Από τους παραπάνω φορείς, το ΕΚΑ (πρώην ΕΙΑΑ) με την εμπειρία που διαθέτει σε επίπεδο στελεχειακού δυναμικού, επιβάλλεται να αναλάβει πρωταγωνιστικό ρόλο για την αναβάθμιση των υπηρεσιών αποκατάστασης στην Ελλάδα. Με τη συμβολή και καθοδήγηση του ΕΚΑ μπορούν να επιτευχθούν:

- η εδραίωση υψηλών προδιαγραφών φροντίδας αποκατάστασης με προώθηση μελετών για το σχεδιασμό στρατηγικών λειτουργίας
- η υιοθέτηση καινοτόμων προσεγγίσεων και η ένταξη νέας τεχνολογίας
- η συνεχής εκπαίδευση ιατρών, νοσηλευτών και θεραπευτών από όλη τη χώρα και
- η προαγωγή επιστημονικής δραστηριότητας και έρευνας.

Η αδυναμία πρόσβασης σε σύγχρονα Κέντρα δημιουργεί μείζον πρόβλημα στην αποκατάσταση και κατ' επέκταση στην διαδικασία επανένταξης των ατόμων με αναπηρία. Αν συνδυάσουμε το γεγονός αυτό με την απουσία/ανεπάρκεια υποστηρικτικής παρέμβασης από κρατικούς ή εθελοντικούς φορείς και την έλλειψη κουλτούρας αποκατάστασης, θα συνειδητοποιήσουμε πως η ισότιμη συμμετοχή καθίσταται εκ των πραγμάτων ανέφικτη. Συνεπώς, η λειτουργία σύγχρονων Κέντρων Αποκατάστασης αποτελεί αναγκαίο, αναπόσπαστο κρίκο στην αλυσίδα των απαιτούμενων παρεμβάσεων για την διασφάλιση ποιότητας ζωής και την επανένταξη των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία. [24]

2.3 Αρχές που πρέπει να διέπουν τον σχεδιασμό των ΚΕΦΙΑΠ

Σε αντίθεση με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες και τις σύγχρονες πρακτικές που λειτουργούν κατά κύριο λόγο ιατροκεντρικά, η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση είναι μια ειδικότητα με έντονες τις αρχές της ανθρωπιστικής ιατρικής. Συνήθως όταν οι ασθενείς φθάνουν στον ιατρό αποκατάστασης είναι ήδη εξουθενωμένοι ψυχολογικά και οικονομικά, τόσο οι ίδιοι όσο και η οικογένειές τους. Οι φυσίατροι λοιπόν και τα κέντρα αποκατάστασης, έχουν καθήκον να βοηθήσουν τον ασθενή να αποδεχτεί και να συνεχίσει με αυτοπεποίθηση τον νέο τρόπο ζωής που του επιβάλλει το έλλειμά του.

Με βάση τα παραπάνω, συμπεραίνουμε πως ο ασθενοκεντρικός προσανατολισμός της οργάνωσης ενός κέντρου αποκατάστασης δεν αποτελεί απλά μια σωστή θεωρητικά προσέγγιση αλλά επιβάλλεται πρακτικά από τη φύση της ειδικότητας. Ο ασθενοκεντρικός προσανατολισμός στις αρχές οργάνωσης και λειτουργίας ενός σύγχρονου Κέντρου Αποκατάστασης προσδιορίζει δυο απλές και ωστόσο βασικές αρχές :

- Την αρχή της διασφάλισης της συνέχειας της θεραπείας
- Την αρχή της ολιστικής προσέγγισης και αντιμετώπισης της θεραπείας του ασθενούς.

Η πρώτη αρχή συνιστά οι θεραπευτικές παρεμβάσεις να αποτελούν συνέχεια των αντίστοιχων που εφαρμόστηκαν στον ασθενή πριν την έλευσή του στο κέντρο, κατά τη δευτεροβάθμια περίθαλψή του σε τμήμα κάποιου Γενικού Νοσοκομείου ή κλινικής.

Ο σχεδιασμός της ροής του ασθενή συνεπώς θα πρέπει να διασφαλίζει:

- Την έγκαιρη και έγκυρη διαμόρφωση της κλινικής εικόνας του ασθενή πριν από την εισαγωγή του στο Κέντρο Αποκατάστασης
- Την προ - αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή, πριν την εισαγωγή του στο Κέντρο, αλλά και την αξιολόγηση του βαθμού επικινδυνότητας κατά τη φάση της αποκατάστασης
- Τη διασφάλιση της συνεργασίας και ενημέρωσης της διεπιστημονικής ομάδας που παρακολουθεί τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εφαρμογής της θεραπείας στο Κέντρο

- Τη διατήρηση της ιατρικής εικόνας κατά την πορεία της αποκατάστασης, με τρόπο που αυτή να είναι αξιοποιήσιμη από άλλα κέντρα, μετά την έξοδο του ασθενή.

Στην Ελλάδα τόσο το Δημόσιο όσο και το Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας αδυνατούν να διασφαλίσουν τη συνέχεια της θεραπείας. Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς και την εύρυθμη λειτουργία των Κέντρων αποτελούν οι τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας, ο σχεδιασμός των κατάλληλων πολιτικών, καθώς και οι ισχυρές υποδομές κλινικής και εργαστηριακής αξιολόγησης από τα Κέντρα Αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας.

Σε ότι έχει να κάνει με την εξασφάλιση της αρχής της ολιστικής προσέγγισης αποτελεί πια κοινή αντίληψη, ότι η Αποκατάσταση δεν μπορεί να επιτευχθεί με την κλασική προσέγγιση «ο ιατρός και ο ασθενής του» αλλά απαιτείται μια διεπιστημονική συνεργασία πολλών ειδικοτήτων. Χωρίς την λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας υπό τον συντονισμό του ιατρού ΦΙΑΠ, με τη συμμετοχή του εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού και την εφαρμογή εξειδικευμένων θεραπευτικών πρωτοκόλλων, έχει καταστεί ξεκάθαρο πλέον πως το θεραπευτικό πλάνο δεν μπορεί να εφαρμοστεί.

Η λειτουργία βέβαια της θεραπευτικής ομάδας σε πρακτικό επίπεδο δεν αποτελεί εύκολο εγχείρημα και παρουσιάζει δυσκολίες στην εφαρμογή της. Η εύρυθμη λειτουργία της, απαιτεί ουσιαστικές αποφάσεις που άπτονται των αρχών του διοικητικού management, ώστε να διασφαλίζονται:

- Η σύνθεση της ομάδας ανάλογα με τη φύση του περιστατικού
- Η εμπέδωση της «ομαδικής κουλτούρας» ανάμεσα στους επαγγελματίες Υγείας που απαρτίζουν τη θεραπευτική ομάδα κάθε ασθενή, με κίνητρα αλλά και σαφείς κανονισμούς λειτουργίας
- Η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού αποκατάστασης, κυρίως του νοσηλευτικού, με κατεύθυνση προς την εκπαίδευση του ασθενή
- Η αντικειμενική προ-αξιολόγηση, ενδιάμεσες αξιολογήσεις και τελική αξιολόγηση της λειτουργικότητας του ασθενή, με πλήρη διαφάνεια προς αυτόν και τους οικείους του
- Η διασφάλιση των κατάλληλων υλικών πόρων (χώροι, μηχανήματα, υλικά κ.λπ.) για την εφαρμογή του θεραπευτικού πλάνου

- Η διατήρηση του κόστους και του χρόνου νοσηλείας στα επίπεδα όσων γνωστοποιήθηκαν στον ασθενή και στους ασφαλιστικούς φορείς πριν από την εισαγωγή του στο κέντρο, λαμβάνοντας υπ' όψιν την σχέση κόστους-αποτελέσματος.

Είναι σαφές, ότι η «ομαδική κουλτούρα» στην αντιμετώπιση του περιστατικού σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να εξαντλείται στο επίπεδο της θεραπευτικής ομάδας. Αντιθέτως, θα πρέπει να επεκτείνεται τόσο στη διοίκηση του Κέντρου Αποκατάστασης όσο και στο επίπεδο επικοινωνίας της ιατρικής και νοσηλευτικής Υπηρεσίας με τις υπόλοιπες διευθύνσεις του κέντρου. Εντωμεταξύ όλες οι προαναφερθείσες υπηρεσίες, θα πρέπει να διέπονται από τις ίδιες αρχές που διέπουν και την διεπιστημονική ομάδα με σεβασμό στον ασθενή και στην οικογένειά του. [25]

2.4 Οργάνωση και λειτουργία ενός κέντρου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης

Προκειμένου να σχεδιαστεί και να οργανωθεί η λειτουργία ενός Κέντρου Αποκατάστασης θα χρειαστεί να χρησιμοποιηθούν σύνθετες και πολύπλοκες μέθοδοι, οι οποίες θα πρέπει:

- Να διαθέτουν συνέπεια με τις αρχές του θεραπευτικού συνεχούς και της ολιστικής προσέγγισης
- Να συνδυάζουν την ιατρική γνώση πάνω στη φυσική αποκατάσταση, με σύγχρονες πρακτικές και με μεθόδους σχεδιασμού και διοίκησης
- Να επιτρέπουν την προσαρμογή του προσωπικού και να αναδεικνύουν τις δεξιότητες και την πρωτοβουλία τους μέσα σε ένα σαφές σύστημα κανόνων δεοντολογίας.

Η μεθοδολογία θα πρέπει να απαντά στα ακόλουθα βασικά ερωτήματα:

A) Προσανατολισμός του Κέντρου Αποκατάστασης

Πριν την έναρξη λειτουργίας ενός Κέντρου Αποκατάστασης, θα πρέπει να έχουν ληφθεί αποφάσεις σχετικά με τις παθήσεις στις οποίες πρόκειται να εξειδικευθεί και τις οποίες θα εξυπηρετεί. Ιδιαίτερα χρήσιμη προς αυτή την κατεύθυνση, θα ήταν η αξιοποίηση στατιστικών επιδημιολογικών στοιχείων ανά κατηγορία παθήσεων και γεωγραφική περιοχή. Η μη εξειδίκευση του κέντρου σε συγκεκριμένη κατεύθυνση, ελλοχεύει τον κίνδυνο λανθασμένων επιλογών, τόσο στο ύψος της επένδυσης και στον

αριθμό των υποδομών του (κλίνες, θεραπευτήρια, εργαστήρια κλπ), με προφανή αποτελέσματα στο επιχειρηματικό ρίσκο που θα αναληφθεί.

B) Προσδιορισμός βασικών θεραπευτικών πρωτοκόλλων

Οι επιλογές που θα γίνουν ως προς τον προσανατολισμό του κέντρου σε ηλικιακές και οικονομικές ομάδες, ανά κατηγορία παθήσεων που θα εξυπηρετήσει, θα προσδιορίσουν και τις ανάγκες αρχικού σχεδιασμού των βασικών πρωτοκόλλων που θα χρησιμοποιηθούν στο κέντρο. Αφού επιλεγθούν και εγκριθούν, θα πρέπει να προσδιορισθούν τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν (ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, θεραπευτικός εξοπλισμός, νοσηλευτικός εξοπλισμός και χώροι) και η αρχική κοστολόγηση της επένδυσης.

Γ) Προσδιορισμός ροών και κανονισμών εργασίας

Θα πρέπει να κατασκευαστούν με μεγάλη ακρίβεια τα παρακάτω μοντέλα:

- Στόχων (Ιεραρχικό μοντέλο)
- Προβλημάτων και ευκαιριών
- Ροών εργασίας, με σαφή κατανομή εργασιών στους ρόλους που θα τους εκτελέσουν και που αφορούν το σύνολο των εργασιών του κέντρου, καθώς και των ιατρικών πρωτοκόλλων που θα υποστηριχθούν
- Προσδιορισμού των βασικών μετρικών των εργασιών (χρόνος εκτέλεσης, κόστος ανά πράξη κ.λπ.)
- Ουσιαστικών και τυπικών προσόντων του προσωπικού, κάθε ρόλου ανά εργασία, που θα εμπλακεί στην εκτέλεση των ενοτήτων εργασιών
- Κατανομής των στόχων σε ρόλους
- Προσδιορισμού των απαιτούμενων μέσων για την εκτέλεση των εργασιών
- Εφαρμογής των ανωτέρω επί των αρχιτεκτονικών σχεδίων του κέντρου.

Δ) Καθορισμός οργανωτικού μοντέλου διοίκησης και κανονισμός λειτουργίας του κέντρου

Η εφαρμογή των ανωτέρω σε μοντέλα διοίκησης θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη τις αρχές που θα πρέπει να διέπουν την οργάνωση του κέντρου αλλά και να προσδιορίζει με ακρίβεια τις μεθόδους κινητοποίησης του προσωπικού, για την επίτευξη των στόχων που του ανατίθενται, με το σύστημα κινήτρων που θα επιλεγεί, αλλά και του τρόπου αρχικής και περιοδικής αξιολόγησής του.

Ε) Σχεδιασμός έναρξης λειτουργίας και εκπαίδευση προσωπικού

Πριν από την έναρξη λειτουργίας του κέντρου, είναι προφανές ότι το σύνολο του προσωπικού θα πρέπει να έχει εξοικειωθεί με τα μέσα που θα πρέπει να χρησιμοποιήσει και τις διαδικασίες που θα πρέπει να εφαρμόσει.

Μετά την έναρξη του κέντρου η διοίκηση θα πρέπει σταδιακά και χρησιμοποιώντας σύγχρονα εργαλεία του management να επιτύχει τους παρακάτω στόχους:

Κατά το πρώτο στάδιο τον βασικό στόχο θα αποτελέσει η πειθαρχία, με την έννοια της εμπέδωσης των πρωτοκόλλων, των κανονισμών λειτουργίας και τη λειτουργία των θεραπευτικών ομάδων.

Κατά το δεύτερο στάδιο, ο στόχος είναι η σταθερότητα. Ότι κατορθώθηκε να επιτευχθεί κατά το πρώτο στάδιο θα πρέπει να μπορεί να συνεχιστεί ανεξάρτητα από τα πρόσωπα.

Στο τρίτο στάδιο, ο στόχος αφορά την πρόβλεψη των πραγματικών αναγκών για αποκατάσταση και τον σχεδιασμό των επόμενων βημάτων ανάπτυξης υπηρεσιών προς τον ασθενή, που θα στηρίζονται στις δομές που δημιουργήθηκαν.

Στο τέταρτο στάδιο, ο στόχος επικεντρώνεται την βελτιστοποίηση της λειτουργίας του κέντρου τόσο ποιοτικά όσο και αναφορικά με την οικονομική του απόδοση.

Πρέπει λοιπόν να γίνει αντιληπτό, πως η δημιουργία σύγχρονων Κέντρων Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης απαιτεί σοβαρή προσπάθεια και μεγάλη οικονομική επένδυση, και προϋποθέτει ουσιαστική προσήλωση στις αρχές που διατυπώθηκαν. [25]

2.5 Αναγκαιότητα δικτύωσης του τομέα της αποκατάστασης

Σκοπός της αποκατάστασης είναι η εξατομικευμένη και κατά το δυνατόν εξειδικευμένη παροχή υπηρεσιών, με σκοπό την κοινωνική επανένταξη.

Για την επίτευξη της φροντίδας αυτής, προϋπόθεση είναι η κεντρικά συντονισμένη συνεργασία όλων των φορέων της αποκατάστασης. Το ασφαλιστικό σύστημα, η πρωτοβάθμια φροντίδα, το νοσοκομείο, το κέντρο αποκατάστασης, τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, όπως και τα επιμέρους εξειδικευμένα τμήματα (φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, βοηθήματα κ.λπ.) τείνουν να αυθαιρετούν και δημιουργούν περισσότερη σύγχυση παρά παροχή φροντίδας, λόγω της προβληματικής του συντονισμού.

Πιο συγκεκριμένα, το γραφειοκρατικό σύστημα και η μη αυτονόητη πορεία στην αποκατάσταση ενός ελλείμματος προκαλούν συχνά φαινόμενα αυτοσχεδιασμού. Ο αυτοσχεδιασμός μπορεί να γίνει από τον ίδιο τον ασθενή, μπορεί όμως να αυτοσχεδιάσει και το ανθρώπινο δυναμικό ενός φορέα αποκατάστασης. Αυτό συχνά συνδέεται με λανθασμένες επιλογές. Το αποτέλεσμα θα είναι αρνητικό για όλους τους εμπλεκόμενους αλλά και για το σύνολο, λόγω του αυξημένου κόστους. Η εφαρμογή του ενιαίου συστήματος αξιολόγησης και ταξινόμησης του λειτουργικού ελλείμματος του ασθενή αποτελεί μέτρο αυτοελέγχου. Έτσι λοιπόν, η κεντρικά ελεγχόμενη δικτύωση των φορέων της αποκατάστασης θα μπορέσει να εκπύξει τον προληπτικό, οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό της ρόλο. Η πρόταση αυτή δεν μπορεί να θεωρηθεί απειλή από κανένα φορέα και με την κατάλληλη ευαισθητοποίηση (δημοσιοποίηση, ενημέρωση, νομοθέτηση) θα μπορέσει να ενισχυθεί χωρίς αντιδράσεις. Τα οικονομικά και κοινωνικά οφέλη μπορούν να υπολογιστούν λόγω:

- Της μείωσης του αριθμού νέων εισαγωγών στο νοσοκομείο για επείγουσες καταστάσεις
- Της μείωσης του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο
- Της ταχύτερης πορείας αποκατάστασης
- Της ενιαίας ποιοτικά και ποσοτικά παροχής «απαραίτητης» περίθαλψης.

Η συζήτηση για την αποκατάσταση στην Ελλάδα δεν έχει νόημα να συνεχίζεται, αν δεν εμπεδωθεί ότι η ανάπτυξη της ανήκει στα μέτρα μείωσης του κόστους του τομέα της υγείας. Δεν αποτελεί μόνο κοινωνικοπολιτική ενίσχυση, αλλά και αποτελεσματικό μηχανισμό ελέγχου των αληθινών ιατροασφαλιστικών αναγκών του ήδη αυξημένου ποσοστού χρονίως πασχόντων. Η αποκατάσταση δεν είναι αναγκαίο κακό αλλά όσο πιο έγκαιρα εφαρμοσθεί η πρόληψη νέων υποτροπών τόσο αποδοτικότερη θα είναι. Όσο πιο ομαδική (σε επίπεδο φορέων) και ενημερωτική (για τον ασθενή) τόσο πιο οικονομική. Πιστεύουμε ότι σε εποχές δημογραφικών αλλαγών και οικονομικών περικοπών η αποδοτική δικτύωση του συστήματος αποκατάστασης θα αποφέρει αρκετά κοινωνικοοικονομικά οφέλη. [18]

2.6 Ένταξη των Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας επιχείρησε με τον πρόσφατο νόμο 4025/2011, να ενισχύσει την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης, εντάσσοντας τα Κέντρα Αποθεραπείας- Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΑΦΚΑ) και τα ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ (Κέντρα Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία) στο ΕΣΥ. Έτσι, τα διάσπαρτα κέντρα ανά την Ελλάδα που λειτουργούσαν ως μονάδες κοινωνικής φροντίδας παρέχοντας υπηρεσίες σε άτομα με ειδικές ανάγκες, καταργήθηκαν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, μετονομάστηκαν σε Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης και από την 01.01.2012 λειτουργούν πλέον ως οργανικές μονάδες των νοσοκομείων στα οποία εντάχθηκαν. [26]

Η ένταξη των κέντρων στα νοσοκομεία είχε ως στόχο την επίτευξη αποτελεσματικότερης παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης στον πάσχοντα πολίτη ώστε να κατευθυνθεί η διαδικασία ανάρρωσής του, να ενισχυθούν οι λειτουργικές του ικανότητες, να υποκατασταθούν οι απολεσθέντες λειτουργίες του και αξιοποιώντας τις δυνατότητες που παρέχει η χρήση της υποστηρικτικής τεχνολογίας, να προαχθεί η λειτουργική του αυτονομία. Έτσι το άτομο, με τις κατάλληλες παρεμβάσεις και τη διαμόρφωση των συνθηκών του περιβάλλοντός του, θα έχει τις προϋποθέσεις ομαλής οικογενειακής και επαγγελματικής επανένταξης.

Συγκεκριμένα ο νόμος προέβλεπε [26]:

- Την μεταφορά των δαπανών λειτουργίας για την λειτουργία των Κέντρων Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης στους προϋπολογισμούς των οικείων νοσοκομείων στα οποία εντάχθηκαν
- Την έκδοση εσωτερικών κανονισμών λειτουργίας των ΚΕΦΙΑΠ- με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και μετά από γνώμη της Εκτελεστικής Επιτροπής του ΚΕΣΥ- με τον οποίο θα ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών τους, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού τους, ο τρόπος παραπομπής ασθενών και η διασύνδεσή τους με το νοσοκομείο, καθώς και η αντίστοιχη δυνατότητα τροποποίησής τους

- Την αναγνώριση καταλληλότητας των παραπάνω νοσοκομειακών μονάδων – με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και μετά από γνώμη της Εκτελεστικής Επιτροπής του ΚΕΣΥ- για την άσκηση ιατρών καθώς και οι ειδικότητες της άσκησης
- Την άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση των Κέντρων με τα νοσοκομεία στα οποία υπάγονται οργανικά και διοικητικά
- Τον προγραμματισμό από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, για την κάλυψη των αναγκών των ΚΕΦΙΑΠ
- Την προσφορά ιατρικών υπηρεσιών στα κέντρα από ιατρούς ειδικοτήτων των αντίστοιχων τομέων του νοσοκομείου
- Την δυνατότητα πρόσληψης ιατρών και άλλων ειδικοτήτων απαραίτητων για τη λειτουργία των Κέντρων
- Τον ορισμό υπεύθυνου ιατρού για τον συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου με τριετή θητεία
- Την σύναψη συμβάσεων με τους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς με βάση τις οποίες θα καλύπτεται από αυτούς η παροχή υπηρεσιών από τα ΚΕΦΙΑΠ στους ασφαλισμένους τους.
- Την σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις με βάση τις οποίες θα καλύπτονται οι υπηρεσίες που παρέχονται από τα ΚΕΦΙΑΠ και για τις οποίες θα ισχύει ειδικό αυξημένο τιμολόγιο
- Την τροποποίηση των Οργανισμών των οικείων νοσοκομείων με την οποία θα ορίζονται, ο σκοπός και οι υπηρεσίες που θα παρέχονται από τα ΚΕΦΙΑΠ, η έδρα, η περιοχή ευθύνης, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους, ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους σε τομείς και τμήματα, οι αρμοδιότητες του υπεύθυνου του ΚΕΦΙΑΠ, καθώς και ο καθορισμός και η απόδοση των δαπανών
- Την υποχρέωση των ΚΕΦΙΑΠ που λειτουργούν σε όλη την επικράτεια να βρίσκονται σε άμεση επιστημονική και εκπαιδευτική διασύνδεση μεταξύ τους, καθώς με το Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης
- Την ρύθμιση θεμάτων που σχετίζονται με το συντονισμό των δράσεων, την παροχή υπηρεσιών, την αποτελεσματικότερη διαχείριση των θεμάτων που

ανακύπτουν, την καλύτερη αξιοποίηση των κλινών, τη βελτιστοποίηση της ροής των ασθενών από την κλειστή νοσηλεία στις ενδιάμεσες δομές αποκατάστασης, την ταχύτερη επανένταξη των ασθενών στο οικείο και οικογενειακό τους περιβάλλον και κάθε άλλου σχετικού θέματος με απόφαση των Διοικητών των ΥΠΕ. [26]

Έχουν παρέλθει αρκετοί μήνες από την ψήφιση του παραπάνω νόμου, όμως πολλά σημεία δεν έχουν ακόμη εφαρμοσθεί. Έτσι παραμένουν αρκετά προβλήματα στην οργάνωση και τη στελέχωση των κέντρων ενώ θα μπορούσαν να είχαν αντιμετωπισθεί.

2.7 Σκοπός των Κέντρων Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης

Σκοπό των Κέντρων Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης αποτελεί η παροχή υπηρεσιών υγείας και νοσηλείας, σε ασθενείς εσωτερικούς ή εξωτερικούς οι οποίοι πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού, ερειστικού και αναπνευστικού συστήματος, καθώς και σε άτομα κάθε ηλικίας που εμφανίζουν κινητικά ή νοητικά προβλήματα.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν :

- πρώιμη διάγνωση
- ψυχολογική, κοινωνική και συμβουλευτική υποστήριξη
- ενημέρωση των Ατόμων με Αναπηρίες και των οικογενειών τους
- προεπαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση των Ατόμων με Αναπηρίες
- λειτουργική αποκατάσταση
- υποστήριξη των ατόμων προκειμένου να επιτευχθεί η ένταξή τους στον κοινωνικό ιστό
- συνεργασία με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο για το συντονισμό της δράσης τους.

Συγκεκριμένα τα Κέντρα είναι υπεύθυνα για:

α) Την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης με την εφαρμογή των πλέον σύγχρονων παροχών σε επίπεδο ποιότητας νοσηλείας, διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών, νέων τεχνολογιών, έρευνας και εκπαίδευσης στον τομέα της Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης.

β) Τη νοσηλεία ασθενών με οργανικό και λειτουργικό έλλειμμα μετά από συγγενή ή επίκτητο πάθηση ή τραυματισμό του νευρικού, μυοσκελετικού, καρδιοαναπνευστικού,

ουρογεννητικού συστήματος ή πολυσυστηματική βλάβη και την εφαρμογή διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών από την πρόωμη και υποξεία φάση μέχρι την αποθεραπεία και την κοινωνική επανένταξη

γ) Την παροχή των απαραίτητων ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών στον πάσχοντα πολίτη που χρήζει αποκατάστασης ώστε να κατευθύνει τη διαδικασία ανάρρωσής του, να ενισχύσει τις λειτουργικές του ικανότητες, να υποκαταστήσει τις χαμένες λειτουργίες του και με τη βοήθεια της κατάλληλης υποστηρικτικής τεχνολογίας, να προάγει τη λειτουργική αυτονομία του. Μέσω αυτών των υπηρεσιών, τα κέντρα συνδράμουν στην οικογενειακή και επαγγελματική επανένταξη του πολίτη με αναπηρία παρεμβαίνοντας κατάλληλα στη διαμόρφωση των συνθηκών του περιβάλλοντός του.

δ) Την προώθηση ενεργειών για την εκπαίδευση του ιατρικού και λοιπού προσωπικού, ενεργειών για την ανάπτυξη της έρευνας, καθώς και καινοτόμων πρωτοποριακών εφαρμογών.

ε) Την παροχή υπηρεσιών σε Άτομα με Αναπηρίες, με νοητική υστέρηση, αυτισμό, αισθητηριακές ή και πολλαπλές αναπηρίες μέσω προγραμμάτων που περιλαμβάνουν ψυχολογική, κοινωνική και συμβουλευτική υποστήριξη, πρόωμη διάγνωση, ενημέρωση των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους, προεπαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση, λειτουργική αποκατάσταση, υποστήριξη για ένταξή τους στον κοινωνικό ιστό, συνεργασία με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο για το συντονισμό της δράσης τους. [26]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ανταποκρισιμότητα

Σύμφωνα με το νέο πλαίσιο του ΠΟΥ σχετικά με την αποτίμηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας κάθε σύστημα υγείας, καλείται να εξυπηρετεί τρεις βασικούς στόχους:

- την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού
- την ανταποκρισιμότητα και
- την δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση [27]

Ο όρος ανταποκρισιμότητα, αποτελεί τη νέα επιστημονική πρόταση του ΠΟΥ σχετικά με την αποτίμηση της εμπειρίας την οποία βιώνουν τα άτομα κατά την αναζήτηση και λήψη φροντίδας υγείας και γενικότερα κατά την επαφή τους με το σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η ανταποκρισιμότητα αποτελεί ένα είδος μετεξέλιξης της έννοιας της ικανοποίησης, η οποία μέχρι και πρόσφατα κατείχε την κυρίαρχη θέση στη βιβλιογραφία που αναφερόταν στην αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας. Κατά το πρόσφατο χρονικό διάστημα όμως παρατηρήθηκε μια σαφής τάση αμφισβήτησης της δυνατότητας της έννοιας της ικανοποίησης να συλλαμβάνει και να αποδίδει πλήρως κάθε πλευρά της επαφής του χρήστη με τις υπηρεσίες υγείας τις οποίες αναζητά και χρησιμοποιεί. [28]

Η έννοια της ανταποκρισιμότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, περιλαμβάνει τις λογικές και θεμιτές προσδοκίες, τις οποίες τα άτομα δικαιούνται να έχουν από το σύστημα υγείας, από τις λειτουργίες όμως εκείνες οι οποίες δεν σχετίζονται με τη βελτίωση του επιπέδου της υγείας τους. [29]

Τα στοιχεία τα οποία συνθέτουν την ανταποκρισιμότητα, μπορούν να ενταχθούν σε δύο ευρείες κατηγορίες. Συγκεκριμένα, η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τα στοιχεία τα οποία σχετίζονται με το σεβασμό του ατόμου και θεωρείται αρκετά υποκειμενική, καθώς αξιολογείται κυρίως από τον ασθενή. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τα στοιχεία εκείνα τα οποία αφορούν τον προσανατολισμό του πολίτη – χρήστη στο σύστημα υγείας. Τα στοιχεία αυτά είναι περισσότερο αντικειμενικά, καθώς μπορεί κανείς εύκολα να τα παρατηρήσει μέσα στη μονάδα υγείας όπου βρίσκεται. [28]

3.1.1 Κατηγορία σχετική με το σεβασμό του ατόμου

(α) Η αξιοπρέπεια (Dignity)

Ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ατόμου είναι άμεσα συνυφασμένος με την προστασία θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Στο περιβάλλον μιας υγειονομικής υπηρεσίας περιλαμβάνει την ευπρεπή συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού προς τους εξυπηρετούμενους κατά τη διάρκεια της παροχής θεραπείας, τη διασφάλιση του δικαιώματος του ασθενή στη διατύπωση ερωτήσεων και την παροχή πληροφοριών κατά τη διάρκεια των επισκέψεων και της θεραπείας και τη διεξαγωγή των ιατρικών εξετάσεων με σεβασμό της ιδιωτικότητας. [28]

Κατά τη διαδικασία ελέγχου από τον ΠΟΥ για το πώς αντιλαμβάνεται το κοινό τον όρο «αξιοπρέπεια», δείγμα ερωτώμενων από επτά διαφορετικές χώρες, δήλωσε στην πλειοψηφία του, ότι η αξιοπρέπεια εμπεριέχει το σεβασμό, την ευγένεια, την προσοχή, τη φροντίδα και την καλή συμπεριφορά χωρίς φωνές, θυμούς και επιπλήξεις στους ασθενείς. [29]

Στο πλαίσιο του σεβασμού της αξιοπρέπειας του ατόμου περιλαμβάνεται η διεξαγωγή των ιατρικών εξετάσεων με σεβασμό της ιδιωτικότητας. Το στοιχείο αυτό συνιστά βασικό κριτήριο στην απόφαση του ατόμου να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας. Η αποφυγή άσκοπης έκθεσης του σώματος, έχει αναφερθεί σαν χαρακτηριστικό αξιοπρεπούς αντιμετώπισης. Συνεπώς, η διαδικασία φυσικής εξέτασης πρέπει να γίνεται με προσοχή, να λαμβάνει υπόψη τις πολιτιστικές και κοινωνικές αντιλήψεις του ασθενούς - ιδιαίτερα αυτές που αφορούν την μυστικότητα του σώματος του - και να σέβεται την αξιοπρέπειά του.

Αρκετές φορές, οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της φυσικής εξέτασης ντρέπονται να αποκαλύψουν στον γιατρό το σώμα τους και αντιδρούν προσπαθώντας με διάφορους τρόπους να καλύψουν τα "ευαίσθητα" σημεία τους. Η παρουσία στη διάρκεια της εξέτασης προσώπων που δεν εμπλέκονται στη διαδικασία (όπως άλλοι υγειονομικοί ή εκπαιδευόμενοι φοιτητές), προκαλούν τη δυσαρέσκεια του ασθενή καθώς προσβάλλουν την ιδιωτικότητά του. Σε περιστατικά που η παρουσία τους κρίνεται χρήσιμη, είτε για την εξυπηρέτηση του ασθενή είτε για εκπαιδευτικούς σκοπούς, θα πρέπει να γίνεται με διακριτικότητα και αφού έχει προηγουμένως ζητηθεί η άδεια του ασθενούς. [30]

Επιπροσθέτως, το υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό των υπηρεσιών υγείας οφείλει να συμπεριφέρεται με σεβασμό στον ασθενή κατά την επικοινωνία μαζί του. Η έλλειψη αξιοπρεπούς συμπεριφοράς από πλευράς προσωπικού εκφράζεται με αγενή και απότομη αντιμετώπιση, αλλά και επιβολή αδικαιολόγητης αναμονής στους ασθενείς για τη λήψη φροντίδας.

Την βασική ευθύνη για την αποφυγή περιστατικών μη αξιοπρεπούς αντιμετώπισης ασθενών, έχουν οι παροχείς των υπηρεσιών υγείας. Επιβάλλεται λοιπόν, η ανάπτυξη σχετικών οδηγιών σε συνεργασία με το προσωπικό καθώς και η εφαρμογή σχετικής νομοθεσίας, προκειμένου να εφαρμόζονται οι παραπάνω οδηγίες. Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δίνεται, αφενός στη δύναμη της εκπαίδευσης των υγειονομικών για την συμπεριφορά τους και αφετέρου στην ενημέρωση των καταναλωτών για τα δικαιώματά τους.

(β) Η αυτονομία στη λήψη αποφάσεων (Autonomy to decide)

Η ιπποκρατική ηθική και η ερμηνεία ή οι τροποποιήσεις της που επιχειρήθηκαν από μεταγενέστερους ιατρούς-φιλοσόφους, όπως ο Γαληνός, σε συνδυασμό με τις κοινωνικές συνθήκες που επικρατούσαν οδήγησαν στη διαμόρφωση ενός «πατερναλιστικού» πρότυπου σχέσεων ιατρού-ασθενούς το οποίο ίσχυσε μέχρι πρόσφατα. Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο άσκησης της ιατρικής, ο ιατρός ήταν αυτός που έκρινε ποιο ήταν το συμφέρον του ασθενούς. Δεν θεωρούνταν απαραίτητη η παροχή πληροφόρησης προς τον ασθενή, ούτε η συμμετοχή του στη λήψη απόφασης για τη θεραπεία του. Αυτό συμβάδιζε απόλυτα με την ιατροκεντρική άσκηση της ιατρικής, στην οποία ο ιατρός – μάγος αποφάσιζε και ο ασθενής μοιραία δεχόταν την απόφαση του, που μπορεί σε περίπτωση αστοχίας να του κόστιζε την ίδια του τη ζωή.

Οι σημερινές συνθήκες άσκησης της ιατρικής έχουν διαφοροποιηθεί. Τα νέα χαρακτηριστικά της, δημιούργησαν την ανάγκη ανάπτυξης ενός νέου προτύπου, διαφορετικού από αυτό που επικρατούσε διεθνώς, μέχρι τις δεκαετίες '50 - '60.

Αντίθετα με το πατερναλιστικό, το νέο πρότυπο, που δείχνει να προκρίνεται κυρίως στις αγγλοσαξονικές και βόρειο - ευρωπαϊκές χώρες, δίνει μεγάλη σημασία στην αυτονομία του ασθενή. Η σχέση ιατρών και ασθενών, διαμορφώνεται στη βάση μιας σχέσης συνεργασίας με περισσότερο ή λιγότερο ισότιμο λόγο στη λήψη αποφάσεων. Τα νέα χαρακτηριστικά της ιατρικής πράξης και των συνθηκών κάτω από τις οποίες

αυτή ασκείται, που επηρεάζουν τις σχέσεις ιατρού – ασθενούς συνοψίζονται παρακάτω:

- Η Ιατρική διακρίνεται σε επιμέρους ειδικότητες και έτσι κανένας ιατρός πια δεν μπορεί να αντιμετωπίσει όλα τα προβλήματα υγείας που ενδέχεται να παρουσιάσει ένα πρόσωπο.
- Στη χώρα μας, δεν τηρείται ενιαίο ιατρικό ιστορικό για κάθε ασθενή. Η συνήθης πρακτική είναι, οι ιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων που παρακολουθούν τον ασθενή κατά τη διάρκεια της ζωής του να μην επικοινωνούν μεταξύ τους για την ανταλλαγή ιατρικών πληροφοριών, με αποτέλεσμα μόνο ο ίδιος ο ασθενής να έχει την πλήρη εικόνα του ιατρικού ιστορικού του. Επιπλέον, με την πρόοδο ιατρικής επιστήμης, υπάρχει δυνατότητα πολύπλευρης και πολυσύνθετης θεραπευτικής αντιμετώπισης των παθήσεων συγκριτικά με παλαιότερα.
- Το μορφωτικό επίπεδο τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα έχει ανέβει, με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών να μπορούν να κατανοήσουν τα ιατρικά δεδομένα της πάθησής τους και να απαιτούν λεπτομερέστερη ενημέρωση.
- Επιπλέον, το κοινό έχει αποκτήσει πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες από πολλές διαφορετικές πηγές.
- Οι ασθενείς είναι πιο επιφυλακτικοί με τα κίνητρα του ιατρού και η εμπιστοσύνη τους δεν είναι απόλυτη. Έχει διαπιστωθεί πολλές φορές, πως η ιατρική μπορεί να ασκείται και προς εξυπηρέτηση συμφερόντων, που δεν ταυτίζονται με τα συμφέροντα των ασθενών.
- Οι απαιτήσεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας από το σύστημα υγείας έχουν αυξηθεί σημαντικά. Οι σημερινοί πολίτες αποζητούν ποιοτική παροχή υπηρεσιών συνολικά κατά την επαφή τους με το σύστημα υγείας. Οι απαιτήσεις αυτές δεν περιορίζονται πια μονάχα στο ιατρικό αποτέλεσμα και αφορούν όλες τις συνθήκες κάτω από τις οποίες δέχονται τις υπηρεσίες υγείας. Η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου θεωρείται από τους πολίτες μια από τις μεγαλύτερες προτεραιότητες στη χώρα μας.

- Αναγνωρίζεται πως η επιλογή μιας θεραπείας, δεν μπορεί να γίνεται χωρίς να συνυπολογίζονται παράγοντες όπως: ο τρόπος ζωής των ασθενών, οι θρησκευτικές ή άλλες φιλοσοφικές αντιλήψεις τους.
- Το δικαίωμα της αυτονομίας και ο σεβασμός της αξιοπρέπειας γίνονται όλο και περισσότερο συνείδηση και στο πλαίσιο της Ιατρικής. [31]

Το δικαίωμα της αυτονομίας στο ιατρικό περιβάλλον, επιτρέπει στον ασθενή να επιλέγει ελεύθερα και να εκφράζει την άποψή του για την καταλληλότητα και την ωφέλεια της θεραπείας, εφόσον είναι σε θέση να ενεργήσει με λογική και σωφροσύνη.

Συγκεκριμένα, αναγνωρίζεται στο άτομο - εφόσον είναι ενήλικο και διαθέτει ηθική, ψυχική και πνευματική υγεία και διαύγεια - το δικαίωμα αφού λάβει τις απαραίτητες ιατρικές πληροφορίες και ενημερωθεί πλήρως για την κατάσταση του, να αποφασίζει και να επιλέγει το ίδιο για την υγεία του. Όπως οι προμηθευτές, έτσι και οι αγοραστές φροντίδας υγείας, χρειάζονται έγκυρες πληροφορίες, ιδιαίτερα για το τι μπορούν λογικά να περιμένουν όσον αφορά την ποιότητα και το αποτέλεσμα της φροντίδας, για να μπορούν να κάνουν επιλογές ουσίας, να έχουν έναν πληροφορημένο διάλογο με τους προμηθευτές φροντίδας υγείας και να αποφασίσουν πώς θα κανονίσουν τη ζωή τους όταν αρρωσταίνουν ή βρίσκονται υπό θεραπεία.

Η ενημέρωση λοιπόν θα πρέπει:

- να είναι «πλήρης» και «κατανοητή»
- να αποδίδει την αλήθεια
- να καλύπτει: την πραγματική κατάσταση της υγείας, το περιεχόμενο της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τους κινδύνους και τις πιθανές παρενέργειες, εναλλακτικές επιλογές θεραπείας και τον εκτιμώμενο χρόνο αποκατάστασης της υγείας.

Σκοπός είναι να δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα στάθμισης όχι μόνο των ιατρικών, αλλά και κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων πριν αποφασίσει σχετικά. [31,32]

Η πληροφόρηση των πολιτών και των ασθενών, πρέπει να αποτελέσει ρητό σκοπό των συστημάτων φροντίδας υγείας στο μέλλον, καθώς αποτελεί μοναδικό τρόπο για να ενδυναμωθούν και να βελτιώσουν την υγεία τους. [33]

Στο πλαίσιο της αυτονομίας στη λήψη αποφάσεων, παρέχεται ακόμη στον ασθενή η δυνατότητα άρνησης της προτεινόμενης θεραπείας, αφού όμως είναι ενήμερος για όλες

τις εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους, ώστε να μπορεί να επιλέξει εκείνη που θεωρεί ο ίδιος ότι ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Επιπλέον, απαιτείται η έγκριση του ασθενή πριν τη διεξαγωγή πάσης φύσεως εξέτασης και πριν την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας. Οποιαδήποτε ιατρική πράξη διενεργείται χωρίς τη συναίνεση του ασθενή, συνιστά παράνομη πράξη με αντίστοιχες συνέπειες, τόσο σε επίπεδο αστικού όσο και ποινικού δικαίου. [34,35]

Βεβαίως το δικαίωμα αυτό δεν είναι απόλυτο, καθώς μπορεί να επηρεάσει το δημόσιο συμφέρον, ειδικά αν πρόκειται για ζήτημα δημόσιας υγείας (π.χ. εμβολιασμοί).

Έτσι, η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας βελτιώνεται όταν ο προμηθευτής συζητά με τον ασθενή όλα τα θεραπευτικά σχήματα και του εξηγεί τα θετικά και τα αρνητικά στοιχεία του καθενός και δεν εφαρμόζει απλώς τη δική του προτεινόμενη αγωγή .

Ο συμβιβασμός του ατομικού αυτοκαθορισμού του αρρώστου με τη διατήρηση του αγαθού της ανθρώπινης ζωής στην υψηλότερη ιεραρχικά θέση και του ιατρικού πατερναλισμού αποτελεί στοίχημα για τη σύγχρονη βιοηθική και το δίκαιο. [36]

(γ) Η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών (Confidentiality of information)

Η έννοια της εμπιστευτικότητας αναφέρεται στην απόκτηση και διαχείριση μιας πληροφορίας με εχεμύθεια και μυστικότητα. Ειδικότερα ως στοιχείο της ανταποκρισιμότητας περιλαμβάνει τρία επιμέρους χαρακτηριστικά:

α) τη διακριτικότητα του χώρου όπου παρέχεται η ιατρική υπηρεσία ώστε να προστατεύεται η ιδιωτικότητα του ασθενή,

β) την εμπιστευτικότητα των ιατρικών δεδομένων και του ιατρικού φακέλου του ασθενή και

γ) την «προνομακή επικοινωνία» ιατρού – ασθενή. [37]

Στο πλαίσιο της διακριτικότητας του χώρου εξέτασης, το σημαντικό στοιχείο είναι να μην μπορούν άλλα άτομα να ακούσουν τη συνομιλία ιατρού – ασθενή, εφόσον ο ασθενής δεν το επιθυμεί.

Ως προς τις πληροφορίες σχετικά με τη φύση της ασθένειας, αυτές δεν πρέπει να παρέχονται σε άτομα τα οποία δεν σχετίζονται με τη θεραπεία του προβλήματος υγείας. Η γνωστοποίηση του ιατρικού φακέλου σε τρίτους θα πρέπει να συμβαίνει μόνο όταν το ίδιο το άτομο δίνει τη συγκατάθεση του ή όταν η γνώση αυτή είναι απαραίτητη

σε άλλον υγειονομικό υπάλληλο προς χάριν της θεραπείας του ασθενή. Για την αυστηρή και αποτελεσματική τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ο ιατρός θα πρέπει να ασκεί την αναγκαία εποπτεία στους βοηθούς, στους συνεργάτες του ή στα άλλα πρόσωπα που συμπράττουν ή συμμετέχουν ή τον στηρίζουν με οποιοδήποτε τρόπο κατά την άσκηση των καθηκόντων του. [35] Αν και στην ιατρική πρακτική σε γενικές γραμμές έχει εδραιωθεί η τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι δεν αποδίδεται πάντα η ανάλογη προσοχή από τα μέλη της ιατρικής κοινότητας.

Η τρίτη έννοια, της προνομιακής επικοινωνίας, σχετίζεται με τη γνώση των ασθενών ότι μπορούν να αποκαλύψουν στον ιατρό οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με τον εαυτό τους – όχι απαραίτητα ιατρική – η οποία και θα παραμείνει εμπιστευτική.

Το δικαίωμα προστασίας του ιατρικού απορρήτου αποτελεί μια από τις αρχαιότερες υποχρεώσεις του ιατρού και περιλαμβάνεται σε όλους τους κώδικες δεοντολογίας του ιατρικού και νοσηλευτικού επαγγέλματος. Τους κυριότερους λόγους που επιβάλλουν τον σεβασμό του απορρήτου των πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή από τον ιατρό αποτελούν: η ευπαθής θέση του ασθενούς, ο συμβουλευτικός χαρακτήρας του ιατρικού επαγγέλματος (δεδομένου ότι οι συμβουλές είναι από τη φύση τους ιδιωτικές) και η αμοιβαία εμπιστοσύνη που χαρακτηρίζει τη σχέση γιατρού-ασθενούς. Η εμπιστοσύνη είναι βασικό στοιχείο τόσο σε ηθικό, όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Εάν δεν υπάρχει αίσθημα απόλυτης εμπιστοσύνης στον ασθενή ότι οι πληροφορίες που θα δώσει θα παραμείνουν μυστικές, υπάρχει πιθανότητα να αποκρύψει πληροφορίες για την υγεία του και τη ζωή του, που πιθανόν να είναι απαραίτητες για τη διάγνωση και τη θεραπεία του. [38]

Η τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ως ιατροηθική και νομική αρχή, συμβάλλει στην αναβάθμιση της θεραπευτικής φροντίδας, στο σεβασμό του ατόμου και της αυτονομίας του, στην προστασία της ιδιωτικής του ζωής, στη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού-ασθενούς και στην οικοδόμηση της εμπιστοσύνης του ασθενούς προς το ιατρικό επάγγελμα και το σύστημα υγείας γενικότερα. Συνιστά άμεση έκφραση του δικαιώματος σεβασμού και προστασίας της ιδιωτικής ζωής του ατόμου και μερικότερη έκφραση του απαραβίαστου και του σεβασμού της προσωπικότητας και προσωπικής ελευθερίας του ασθενούς.

Νομοθετικά κείμενα και κανόνες δεοντολογίας δεσμεύουν όλους τους επαγγελματίες υγείας και το διοικητικό προσωπικό των υπηρεσιών υγείας για την τήρηση του ιατρικού απορρήτου. [39]

Το νομικό πλαίσιο προστασίας είναι πολυδιάστατο και εκτείνεται σε πολλούς τομείς του Δικαίου. Συγκεκριμένα, το ιατρικό απόρρητο προστατεύεται από το Αστικό Δίκαιο, το Ποινικό Δίκαιο, τον Κώδικα Ποινικής Δικονομίας, τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, αλλά και από το νόμο για την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Με την προστασία του ιατρικού απορρήτου, έχει ενασχοληθεί ιδιαίτερα η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, η οποία και έχει αναπτύξει ένα σκεπτικό απόλυτης προστασίας των δεδομένων που έχουν να κάνουν με την υγεία θεωρώντας τα ως εξαιρετικά ευαίσθητα. [40]

Το σύστημα υγείας μπορεί να ενισχύσει την εμπιστευτική διαχείριση και προστασία των ιατρικών δεδομένων του ασθενή, λαμβάνοντας συγκεκριμένα μέτρα. Αυτά περιλαμβάνουν, την κατάλληλη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του προσωπικού για τη σπουδαιότητα του στοιχείου αυτού και την επίδραση που έχει στην ανταποκρισιμότητα καθώς και την ανάπτυξη διαδικασιών.

(δ) Η επικοινωνία (Communication)

Η τέχνη της επικοινωνίας είναι σημαντική σε κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα και επαφή.

Στο κομμάτι της κλινικής ιατρικής, η ικανότητα για επικοινωνία δεν χρησιμεύει μόνο στις δημόσιες σχέσεις, αλλά στην ίδια την ουσία της: στη λήψη ενός πλήρους ιστορικού, στην παροχή επεξηγήσεων, οδηγιών και συμβουλών προς τους ασθενείς, στην ψυχολογική στήριξη κατά την πορεία της νόσου.

Ως επικοινωνία μπορούμε να ορίσουμε την ανταλλαγή πληροφοριών, σκέψεων, απόψεων και συναισθημάτων ανάμεσα σε πρόσωπα, με χρήση του λόγου ή άλλων μέσων. Η επικοινωνία στην ιατρική πράξη αφορά κυρίως την προφορική επικοινωνία μεταξύ του γιατρού από τη μια πλευρά και του αρρώστου και των οικείων του από την άλλη.

Πρόκειται για μια αμφίδρομη διαδικασία: ο ασθενής πρέπει να αναφέρει στο γιατρό τα συμπτώματα, να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του και να τον βοηθήσει να φθάσει σε σωστή διάγνωση. [41] Επίσης, πρέπει να μην θέσει εμπόδια στην

επικοινωνία αποκρύπτοντας από τον ιατρό σημαντικές πληροφορίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία. Η απόκρυψη πληροφοριών πέρα από το ότι έχει αρνητική επίδραση στη θεραπευτική σχέση αφού παρεμποδίζει την επικοινωνία, μπορεί να επιφέρει και δυσάρεστες συνέπειες για την έκβαση της ασθένειας. [42]

Ο γιατρός αφού γίνει αποδέκτης των πληροφοριών αυτών, θα πρέπει στη συνέχεια με τη σειρά του να μεταδώσει άλλες πληροφορίες στον ασθενή σχετικά με τη φύση της νόσου, να ερμηνεύσει τα συμπτώματά του και να τον ενημερώσει σχετικά με την θεραπεία. Η επικοινωνία στην Ιατρική περιλαμβάνει και μια ιδιαίτερα λεπτή και δύσκολη πρόσθετη διάσταση. Ο γιατρός αρκετές φορές καλείται να αναγγείλει μια διάγνωση επικίνδυνη για τον ασθενή, ή μια εξέλιξη αναπάντεχη που προδιαγράφει κακή πρόγνωση. Σε αυτή την περίπτωση επιβάλλεται ο σωστός χειρισμός με διακριτικότητα και λεπτότητα. [40]

Αν επιχειρούσαμε να προσδιορίσουμε τους σκοπούς της επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενή θα εντοπίζαμε τρεις βασικούς άξονες: την ανάπτυξη μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης, την μεταβίβαση της πληροφορίας και τη λήψη αποφάσεων.

Ο συνδυασμός ιατροκεντρικής και ασθενοκεντρικής προσέγγισης, συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση σε μια ιδανική θεώρηση της σχέσης γιατρού-ασθενή. Ο ασθενής από τη μια πλευρά καθοδηγεί τον γιατρό στην αυθεντία του - συμπτώματα, προτιμήσεις, ανησυχίες- και ο γιατρός από την άλλη καθοδηγεί τον ασθενή στη δική του αυθεντία -διάγνωση, λεπτομέρειες σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία.

Για τη μεταβίβαση της πληροφορίας απαιτούνται δύο κύριες πρακτικές. Η παραχώρηση της πληροφορίας και η αναζήτησή της. Στο πλαίσιο της σχέσης ιατρού – ασθενή, η διαρκής και αμφίδρομη εναλλαγή αναζήτησης και παραχώρησης της πληροφορίας είναι απαραίτητη προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες και οι στόχοι και των δυο πλευρών.

Η λήψη αποφάσεων σχετίζεται με τη διαχείριση της νόσου και με τη θεραπευτική διαδικασία. Ιδανική απόφαση για τη θεραπεία, θεωρείται εκείνη που λαμβάνεται από κοινού μεταξύ γιατρού και ασθενή. Στο πλαίσιο της σχέσης με το γιατρό τους οι ασθενείς – ακόμη κι εκείνοι που δεν επιδιώκουν ή δεν επιθυμούν τη συμμετοχή τους στη λήψη των αποφάσεων – δικαιούνται να έχουν μια τέτοια δυνατότητα.

Ιδιαίτερες επικοινωνιακές συμπεριφορές του γιατρού και του ασθενή μπορούν να έχουν επίδραση στην ακρίβεια της διάγνωσης, στο αμοιβαίο αίσθημα ικανοποίησης,

στη συμπεριφορά και στην κατάσταση του ασθενή όπως η ανταπόκρισή του στη διαδικασία της διερεύνησης της ασθένειας, η κατανόηση και ανάκληση της ιατρικής πληροφορίας, η συμμόρφωση στη θεραπεία, ο συμβιβασμός με την ασθένεια, η ποιότητα ζωής ακόμη και η κατάσταση της υγείας του.

Για να θεωρηθεί ο διάλογος μεταξύ των δυο πλευρών επιτυχημένος θα πρέπει να μην υπάρχουν ασάφειες και να έχουν δοθεί απαντήσεις σε όλα τα ερωτήματα του ασθενή .

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού διαλόγου είναι η ύπαρξη και η διάθεση επαρκούς χρόνου. Μελέτες δείχνουν να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ μεγαλύτερης διάρκειας επίσκεψης στον ιατρό και ικανοποίησης των ασθενών, καθώς δημιουργούνται προϋποθέσεις πιο ευχάριστης ατμόσφαιρας η οποία τελικά διευκολύνει την ανταλλαγή ιατρικών πληροφοριών. Δυστυχώς, το πρόβλημα της έλλειψης επαρκούς προσωπικού καθιστά δύσκολη ή συχνά ανέφικτη τη διάθεση του επιθυμητού χρόνου, ο οποίος συμβάλλει στη σωστή επικοινωνία.

Η σχέση ιατρού – ασθενούς αποτελεί υπόθεση λεπτών ισορροπιών και απαιτεί την ευαισθητοποιημένη προσέγγιση και των δύο πλευρών. Η καλή επικοινωνία, η ανταλλαγή πληροφοριών και ο αλληλοσεβασμός συνιστούν βασικούς παράγοντες ώστε από τη μια πλευρά ο ιατρός να αποκτήσει πλήρη επίγνωση για τη φύση της ασθένειας, και από την άλλη ο ασθενής με επίγνωση να συμμορφωθεί στη θεραπευτική διαδικασία για την καλή έκβαση της ασθένειάς του. Καθοριστικός για την edραίωση μιας υγιούς και αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης είναι ο ρόλος της εμπιστοσύνης. [42]

Ο ιατρός αποτελεί διαχρονικά τη βασική πηγή πληροφόρησης των ασθενών, επομένως επωμίζεται και την κύρια ευθύνη για την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή. Χαρακτηριστικό της σημερινής φροντίδας υγείας είναι οι γιατροί να χρησιμοποιούν υπέρμετρα την τεχνολογία παραμελώντας την επαφή τους με τον ασθενή. Η ανθρωπιστική φροντίδα υγείας κατά συνέπεια, παρουσιάζεται σημαντικά μειωμένη και αυτό το γεγονός προκαλεί μεγάλη δυσαρέσκεια στον ασθενή, αφού η ανάγκη του για άμεση σχέση με τον ιατρό παραμένει ανικανοποίητη. [43]

Τη σημερινή εποχή η σημασία της επικοινωνίας στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος είναι πλέον edραιωμένη. Ωστόσο, ο χρόνος που αφιερώνεται για την εκπαίδευση των μελλοντικών ιατρών στις επικοινωνιακές δεξιότητες είναι ελάχιστος ή σε ορισμένες περιπτώσεις ανύπαρκτος.

Στη σύγχρονη ιατρική εκπαίδευση οι δεξιότητες επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων έχουν πάψει να αντιμετωπίζονται ως αμετάβλητα προσωπικά χαρακτηριστικά του καθενός. Αντίθετα θεωρούνται ως σύνολο μετρήσιμων και τροποποιήσιμων συμπεριφορών που μπορούν να αναπτυχθούν και να αξιολογηθούν παράλληλα.

Συνεπώς, η εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες θα πρέπει να ξεκινά από τα πρώτα στάδια της προπτυχιακής εκπαίδευσης και να συνεχίζεται σε όλο το φάσμα της επαγγελματικής δραστηριότητας. Θα πρέπει να επικεντρώνεται αφενός στη συναισθηματική συμπεριφορά (λεκτικές και μη λεκτικές εκφράσεις ενδιαφέροντος) και αφετέρου στη λειτουργική συμπεριφορά (ερωτήσεις, παροχή πληροφοριών και συμβουλών κ.λπ.). [44]

Μέσω της άρτιας επιστημονικής κατάρτισης, της συνεχούς επιμόρφωσης και της σωστής τεχνικής της επικοινωνίας οι ιατροί θα είναι σε θέση να ανταποκρίνονται επαρκέστερα και με μεγαλύτερη ανθρωπιά στις προσδοκίες των ασθενών τους. [45]

Το στοιχείο της επικοινωνίας δεν αναφέρεται αποκλειστικά στην επαφή ιατρού – ασθενή, αλλά σε κάθε είδους επαφή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας με το προσωπικό του συστήματος υγείας.

3.1.2 Κατηγορία σχετική με τον προσανατολισμό του χρήστη στο σύστημα υγείας

(ε) Η έγκαιρη προσοχή (Prompt attention)

Ως έγκαιρη προσοχή, ορίζεται η άμεση παροχή φροντίδας ή η παροχή φροντίδας στο συντομότερο δυνατό χρόνο όταν αυτό είναι απαραίτητο.

Οι χρήστες αισθάνονται ότι το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται έγκαιρα στις ανάγκες τους, όταν τους παρέχεται η δυνατότητα εύκολης και γρήγορης πρόσβασης σε σημείο λήψης ιατρικής φροντίδας, είτε αυτή αφορά ιατρικές παρεμβάσεις, είτε υπηρεσίες δημόσιας υγείας ή υποστηρικτικές υπηρεσίες.

Στην έννοια αυτή συμπεριλαμβάνεται η πεποίθηση εκ μέρους των ατόμων, ότι σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού θα έχουν πρόσβαση σε λήψη έγκαιρης φροντίδας, ενώ και στις μη επείγουσες καταστάσεις και στις προγραμματισμένες ιατρικές πράξεις, θα λάβουν υπηρεσίες σε εύλογο χρονικό διάστημα. Συνεπάγεται δηλαδή, τη δυνατότητα προγραμματισμού της επίσκεψης σε σύντομο χρονικό διάστημα και μικρό χρόνο αναμονής κατά την πραγματοποίηση της επίσκεψης ή τη διεξαγωγή εξετάσεων.

Επίσης, η λήψη των αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων και η διάγνωση του προβλήματος υγείας πρέπει να γίνεται χωρίς περιττές καθυστερήσεις, καθώς με την έγκαιρη διαπίστωση ενός προβλήματος ο ασθενής αποκτά πλεονέκτημα στην δυνατότητα αντιμετώπισής της κατάστασής του.

Η έγκαιρη προσοχή δεν έχει να κάνει αποκλειστικά με την ατομική παροχή φροντίδας. Έτσι, συναντάμε περιπτώσεις κατά τις οποίες παραλείψεις ή καθυστερήσεις ανταπόκρισης των διοικητικών υπηρεσιών του συστήματος υγείας στα αιτήματα των ασθενών, έχουν επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους.

Έγκαιρη οφείλει να είναι και η ενημέρωση των πολιτών από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σχετικά με προβλήματα δημόσιας υγείας όπως π.χ. για εξάρσεις νοσημάτων ή επιδημίες, αλλά και για τη λήψη των απαραίτητων μέτρων προστασίας.

Η βελτίωση της έγκαιρης προσοχής μπορεί να επιτευχθεί με προσλήψεις υγειονομικού προσωπικού καθώς και με την κατάλληλη οργάνωση του χρόνου εργασίας.

(στ) Η επιλογή υγειονομικού προσωπικού ή υγειονομικής μονάδας (Choice of provider or facility)

Το στοιχείο αυτό, αφορά το δικαίωμα του ασθενή να επιλέγει τους ιατρούς, τους νοσηλευτές ή άλλους υγειονομικούς υπάλληλους της προτίμησής του για να λάβει υγειονομικές υπηρεσίες, αλλά και το δικαίωμα επιλογής της υγειονομικής μονάδας την οποία επιθυμεί να επισκεφθεί.

Σε υγειονομικά συστήματα όπου ο ασθενής διαθέτει το δικαίωμα επιλογής προμηθευτή, η ικανοποίησή του από το σύστημα αυξάνεται σημαντικά καθώς αισθάνεται ότι βρίσκεται σε κυρίαρχη θέση.

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας όταν επισκεφθούν μια μονάδα και μείνουν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες της, εξοικειώνονται και την προτιμούν και στο μέλλον. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η εδραίωση της σχέσης ιατρού - ασθενή και αυξάνεται το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Πολύ σημαντικό κριτήριο, αποτελεί η θετική εντύπωση για τις ικανότητες του επιστημονικού προσωπικού και κυρίως του ιατρού.

Η δυνατότητα επιλογής προμηθευτή, είναι πολύ σημαντική και στην περίπτωση που ο ασθενής είναι δυσαρεστημένος από τον ιατρό ή τη μονάδα που συνηθίζει να

επισκέπτεται. Τότε, είναι βασικό να υπάρχει η δυνατότητα συνέχισης της θεραπείας του σε άλλη μονάδα. Η στέρηση του διπλού αυτού δικαιώματος δηλαδή διατήρησης ή διακοπής της συνεργασίας των ασθενών με ιατρούς ή μονάδες, από το σύστημα υγείας μειώνει το αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας απέναντι στο σύστημα. [37]

Στο ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, υπάρχει μεγάλος βαθμός επιλογής υγειονομικής μονάδας. Κάθε Έλληνας πολίτης μπορεί να αναζητήσει και να λάβει υπηρεσίες σε οποιοδήποτε Κέντρο Υγείας ή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Εφόσον δεν υπάρχει σύστημα παραπομπών, οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν όποιο δημόσιο νοσοκομείο επιθυμούν για να υποβληθούν σε θεραπεία. Όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα που παρέχεται από τα ασφαλιστικούς φορείς, η επιλογή περιορίζεται μόνο ανάμεσα στους προμηθευτές που έχουν σύμβαση με το συγκεκριμένο ταμείο. Θεωρητικά, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να αναζητήσουν και δεύτερη γνώμη δεδομένου ότι δεν υπάρχουν περιορισμοί στην επιλογή νοσοκομείου. Η ελευθερία επιλογής τους πάντως, εξαρτάται από την πρόσβαση που έχουν σε πληροφόρηση για το κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών. [46]

Η επιλογή υγειονομικού προσωπικού στο δημόσιο σύστημα υγείας δεν είναι εφικτό να εφαρμοσθεί. Η οριακή ή ελλιπής στελέχωση των υγειονομικών μονάδων, σε συνδυασμό με τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες, θέτει περιορισμούς στο δικαίωμα του ασθενούς για ελεύθερη επιλογή προσωπικού. Πολλές φορές, το δικαίωμα δεν υφίσταται καν λόγω της απουσίας άλλης διαθέσιμης επιλογής. Στο πλαίσιο ενός συστήματος υγείας βέβαια τέτοιοι περιορισμοί θεωρούνται θεμιτοί και δικαιολογούνται για λόγους υγειονομικής πολιτικής και προγραμματισμού. Είναι λοιπόν σαφές ότι, το ζήτημα ελευθερίας επιλογής προμηθευτή συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τις δυνατότητες του υγειονομικού συστήματος.

(ζ) Πρόσβαση σε κοινωνική υποστήριξη (Access to social support)

Η έννοια αυτή αφορά αποκλειστικά όσους νοσηλεύονται και όχι τους εξωτερικούς ασθενείς μιας μονάδας υγείας.

Η διάγνωση μιας ασθένειας που επέρχεται ξαφνικά όπως είναι φυσικό, αποδιοργανώνει τη ζωή του ασθενούς και της οικογένειάς του. Η ανησυχία για το μέλλον, η εύρεση εμπειρών και ικανών γιατρών, η επιλογή της καταλληλότερης

θεραπείας, ο φόβος για την έκβαση της ασθένειας δημιουργούν πολύπλοκα προβλήματα στους ασθενείς.

Η περίοδος μετά τη διάγνωση, είναι μια εξαιρετικά στρεσογόνα περίοδος και αποτελεί μόνο την αρχή μιας πορείας προσαρμογής. Όλα τα σχέδια για το αύριο και το μέλλον ανατρέπονται. Εκτός από τις αλλαγές που επιφέρει η πορεία της ασθένειας και τα συμπτώματά της, ο ασθενής έχει να αντιμετωπίσει και τις ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές που έπονται. Συγκεκριμένα, επέρχονται αλλαγές στην ταυτότητα, στο κοινωνικό περιβάλλον και στο σχεδιασμό μελλοντικών στόχων. Συνεπώς, οι επιπτώσεις είναι σε λειτουργικό, εργασιακό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. [47]

Όλα τα παραπάνω, δημιουργούν στον ασθενή την ανάγκη να λάβει κοινωνική υποστήριξη. Οι τρόποι κινητοποίησης για μεγαλύτερη λήψη κοινωνικής υποστήριξης είναι συνήθως τρεις :

- (α) η κινητοποίηση των μελών της οικογένειας και των οικείων για συμμετοχή στην όλη θεραπευτική διαδικασία,
- (β) η παρόθηση των ασθενών για συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες και
- (γ) η παραπομπή σε ατομική στήριξη για την υπέρβαση των προβλημάτων που οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση, αν αυτό είναι αναγκαίο. [48]

Η παρουσία της οικογένειας αποτελεί αναντικατάστατη πηγή ψυχολογικής σταθερότητας για τον άρρωστο, αφού τον βοηθά να διατηρήσει την επαφή με το σπίτι του και το κοινωνικό σύνολο. Αυτό, συμβαίνει επειδή η οικογένεια είναι σε θέση να ικανοποιήσει σε μεγάλο βαθμό τις βασικές ανάγκες του αρρώστου κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο, να συμβάλλει στη μείωση του άγχους του και να τον ενθαρρύνει προκειμένου να ανταποκριθεί αποτελεσματικότερα στη θεραπευτική αγωγή που λαμβάνει. Οι σημαντικότερες δραστηριότητες που μπορεί να επιτελέσει η οικογένεια κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ενός μέλους της το νοσοκομείο είναι:

- Η διατήρηση του προσανατολισμού και της επικοινωνίας του αρρώστου με την υπόλοιπη οικογένεια και το κοντινό περιβάλλον.
- Η ενθάρρυνση και ο εφησυχασμός του αρρώστου
- Η συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου
- Η εκπροσώπηση του αρρώστου και η ενημέρωσή του για θέματα που τον αφορούν
- Η συνεργασία για το θεραπευτικό πρόγραμμα του αρρώστου

- Η συμμετοχή στο σχεδιασμό της φροντίδας του αρρώστου.
- Η συμμετοχή στην παροχή φροντίδας του αρρώστου όπως η βοήθεια κατά τη διάρκεια του φαγητού, η χορήγηση υγρών, η ατομική υγιεινή κ.λπ.

Παράλληλα, η οικογένεια μπορεί να κατευθύνει τον άρρωστο προκειμένου να συμμετάσχει σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις επιπλοκές της ασθένειάς του. Άρρωστοι, γιατροί, νοσηλευτές και συνοδοί εκφράζουν κοινές πεποιθήσεις για τη θετική συμβολή της οικογένειας στη φροντίδα του αρρώστου στο νοσοκομείο. [49]

Ο ρόλος της οικογένειας, των φίλων, και των συγγενών είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ιδιαίτερα μάλιστα σε περιπτώσεις που πάσχουν από χρόνια προβλήματα και νοσηλεύονται συχνά στο νοσοκομείο. Είναι απαραίτητο λοιπόν, το σύστημα υγείας να παρέχει τη δυνατότητα στον ασθενή να δέχεται επισκέψεις συγγενών και φίλων, στους οποίους να επιτρέπεται να του φέρνουν προσωπικά του είδη και επιτρεπόμενα τρόφιμα συμπληρωματικά με αυτά που παρέχονται από το νοσοκομείο.

Στο στοιχείο αυτό περιλαμβάνεται επίσης, η δυνατότητα πρόσβασης του ασθενή σε άλλες υποστηρικτικές δομές και σε δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης όπως π.χ. σε μη κυβερνητικές οργανώσεις, σε συλλόγους ασθενών με παρόμοια πάθηση κ.λπ. Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενών στους οποίους δεν παρέχεται υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή ακόμα και σε περιπτώσεις απουσίας οικογενειακού περιβάλλοντος, η υποστήριξη των ασθενών από άλλες υποστηρικτικές δομές, βελτιώνει την ικανοποίησή τους.

Στην πρόσβαση σε κοινωνική υποστήριξη συμπεριλαμβάνεται ακόμη και η δυνατότητα του ασθενή να ασκεί ελεύθερα τα θρησκευτικά του καθήκοντα και να ακολουθεί τα έθιμα και τις παραδόσεις του, εφόσον βεβαίως δεν παρακωλύεται η ομαλή λειτουργία της υπηρεσίας και δεν ενοχλούνται, ούτε προσβάλλονται τα υπόλοιπα άτομα με τα οποία συνυπάρχει (ασθενείς ή προσωπικό).

(η) Ποιότητα βασικών παροχών (Quality of basic amenities)

Το στοιχείο της ποιότητας των βασικών παροχών, αναφέρεται στην τεχνική - ξενοδοχειακή παράμετρο της υπηρεσίας υγείας και στο κατά πόσο κατάλληλα είναι διαμορφωμένη, ώστε να παρέχονται οι ιατρικές υπηρεσίες και ταυτόχρονα άνετη και

ευχάριστη παραμονή στο χρήστη/ασθενή. Το περιβάλλον δηλαδή στο οποίο λαμβάνει το άτομο τις ιατρικές υπηρεσίες θα πρέπει να πληροί κάποιες προδιαγραφές.

Το στοιχείο αυτό είναι απαραίτητο, για όλες τις υγειονομικές μονάδες ανεξάρτητα από το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν (προληπτικές, θεραπευτικές ή αποκατάστασης). Ανάλογη πρέπει να είναι και η ποιότητα του περιβάλλοντος όλων των υπηρεσιών του συστήματος υγείας με τις οποίες έρχεται σε επαφή ο χρήστης για διεκπεραίωση σχετικών υποθέσεων όπως π.χ. ασφαλιστικοί οργανισμοί, διευθύνσεις υγείας κ.λπ. [36]

Η τεχνική - ξενοδοχειακή παράμετρος της ποιότητας των παρεχομένων Υπηρεσιών Υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον κατάλληλο σχεδιασμό και το οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας της υπηρεσίας, εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό όμως και από παραμέτρους και παράγοντες που σχετίζονται με τη σχεδίαση και την κατασκευή της μονάδας.

Συγκεκριμένα, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται σημαντικά από:

- τον βαθμό ευκολίας προσέγγισης της υπηρεσίας σε σχέση με τα διατιθέμενα μέσα μαζικής μεταφοράς
- την καθοδηγητική εξωτερική σήμανση για άνετη και χωρίς καθυστερήσεις προσέλευση
- την απλή, σαφή και κατανοητή εσωτερική σήμανση για την προσέγγιση- προσέλευση στην επιθυμητή Υπηρεσία ή Τμήμα
- την πρόβλεψη λειτουργικών, άνετων, φιλικών και αισθητικά ικανοποιητικών χώρων
- την ορθολογική, σύμφωνα με τις ακολουθούμενες διαδικασίες, εξυπηρέτηση των ασθενών, όσον αφορά την ταχύτερη και πιο άνετη διακίνησή τους για την εξέταση ή νοσηλεία τους.
- την κατάλληλη πρόβλεψη των απαιτούμενων εγκαταστάσεων και εξοπλισμού για την εξασφάλιση συνθηκών άνετης παραμονής και περίθαλψης των ασθενών. [50]

Οι εξωτερικοί χώροι των υπηρεσιών υγείας αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής με τον πολίτη, γι' αυτό πρέπει να είναι καθαροί και εξωραϊσμένοι. Η ύπαρξη οργανωμένου και ελεύθερου χώρου στάθμευσης αποτελεί πλεονέκτημα της μονάδας και διευκολύνει

το χρήστη. Διακριτές και καλά συντηρημένες πινακίδες σήμανσης ενημερώνουν το χρήστη και εξυπηρετούν τη μετακίνηση του.

Οι εσωτερικοί χώροι θα πρέπει να είναι σχεδιασμένοι και επιπλωμένοι ώστε να δημιουργούν ένα άνετο και ευχάριστο περιβάλλον στον ασθενή. Η διαρρύθμιση και η επίπλωση θα πρέπει να διευκολύνουν την γρήγορη, εύκολη και ασφαλή κίνηση των ατόμων στο χώρο. Οι χώροι θα πρέπει να είναι επαρκείς και καθαροί, με διαθέσιμο καθαρό νερό, τουαλέτες, κατάλληλη θερμοκρασία και φωτισμό. Οι αίθουσες αναμονής πρέπει να είναι άνετες, με πολλά καθίσματα, ενώ τα δωμάτια νοσηλείας να διαθέτουν καθαρό ιατρισμό και τουαλέτες. Δεν πρέπει να παραβλέπεται εξοπλισμός ειδικών προδιαγραφών για ΑΜΕΑ, καθώς και διευκολύνσεις πρόσβασης αναπηρικού αμαξιδίου ή φορείου. Τέλος, δεν πρέπει να παραμελείται ο τακτικός έλεγχος και η συντήρηση των εγκαταστάσεων, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ασφάλεια των χρηστών/ασθενών και του προσωπικού της μονάδας. [30]

Στην ποιότητα των βασικών παροχών, περιλαμβάνεται και η ποιότητα του φαγητού που παρέχεται στη μονάδα υγείας. Οργανοληπτικά χαρακτηριστικά όπως η εμφάνιση, η γεύση, η σύσταση και η θερμοκρασία του φαγητού έχει διαπιστωθεί πως επηρεάζουν σημαντικά την κρίση των ασθενών σε σχέση με την ποιότητά του. [51]

Πολλές φορές, η λογικά και θεμιτά προσδοκώμενη ποιότητα των εγκαταστάσεων των ιατρικών μονάδων τείνει να συγχέεται με την απαίτηση υπερβολικής πολυτέλειας και άνεσης.

3.2 Οι προσδοκίες των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Η «προσδοκία» αποτελεί μια σύνθετη και δυναμική έννοια, που διαμορφώνεται στο πλαίσιο δυο κυρίαρχων τάσεων.

Σύμφωνα με την πρώτη, οι προσδοκίες αφορούν τις προβλέψεις του χρήστη για την υπηρεσία, δηλαδή «τι περιμένουν οι χρήστες να συναντήσουν...», ενώ σύμφωνα με τη δεύτερη, οι προσδοκίες αφορούν στις εκτιμήσεις του χρήστη για το επίπεδο των υπηρεσιών που πρέπει να παρέχει ο προμηθευτής δηλαδή «τι θα ήθελαν οι χρήστες να συναντήσουν...». Η έννοια «προσδοκία» λοιπόν χρησιμοποιείται σε γενικές γραμμές με δύο τρόπους, διακριτά ή συνδυαζόμενα. Υπάρχει η τάση οι χρήστες, όταν πρόκειται για «ευαίσθητες» υπηρεσίες, όπως αυτές της υγείας, να αξιολογούν με το μέγιστο δυνατό βαθμό της κλίμακας το επίπεδο των προσδοκιών τους. [52]

Οι σημερινοί πολίτες/χρήστες των υπηρεσιών υγείας, διατηρούν υψηλές προσδοκίες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας, που έχουν καθιερωθεί ως απαραίτητες συνθήκες για τη λειτουργία των υπηρεσιών αυτών. Έρευνα των Parasuraman, Zeithaml και Berry έδειξε ότι ανεξάρτητα από το είδος μιας υπηρεσίας οι καταναλωτές χρησιμοποιούν βασικά κριτήρια αξιολόγησης των υπηρεσιών τα οποία συνοψίζονται στα παρακάτω:

- Αξιοπιστία
- Ανταπόκριση
- Ικανότητα
- Πρόσβαση
- Ευγένεια
- Επικοινωνία και αποτελεσματικοί τρόποι πληροφόρησης
- Επαγγελματική πίστη, εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη των παρόχων υπηρεσιών υγείας
- Ασφάλεια και όσο το δυνατό μικρότερο ρίσκο
- Κατανόηση, ανθρώπινες συνθήκες μεταχείρισης στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς και σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητάς τους
- Καλαίσθητο και άνετο περιβάλλον.

Οι προσδοκίες του χρήστη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας διαμορφώνονται από ένα συνδυασμό χαρακτηριστικών και παραγόντων όπως:

- Προηγούμενες εμπειρίες του χρήστη από την υπηρεσία
- Υποδείξεις τρίτων (ιατρών, συγγενών, φίλων και άλλων εμπλεκόμενων μερών)
- Παράγοντες που αφορούν την επικοινωνία (άμεση και έμμεση) του χρήστη με την υπηρεσία
- Παράγοντες που αφορούν στο δημόσιο ή μη χαρακτήρα των υπηρεσιών. [53]

Επακόλουθο της δυσαρέσκειας των χρηστών όταν οι εμπειρίες που βιώνουν κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας δεν ταυτίζονται με τις προσδοκίες που είχαν σε σχέση με αυτές, είναι η διατύπωση παραπόνων. Κύριες αιτίες δυσαρέσκειας που οδηγούν στην έκφραση παραπόνων αποτελούν το αναποτελεσματικό πλαίσιο λειτουργίας των διοικητικών υπηρεσιών, η ανάρμοστη συμπεριφορά του προσωπικού, η ελλιπής

επικοινωνία μεταξύ της υπηρεσίας και των πολιτών και ο υπερβολικός χρόνος αναμονής. [54]

3.3 Ανταποκρισιμότητα και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Η ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας συνδέεται άμεσα με την ποιότητα των υπηρεσιών.

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Από τη διοικητική πλευρά, ερμηνεύεται ως η παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Από την πλευρά των ασθενών ερμηνεύεται ως δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο. Φαίνεται καθαρά ότι η έννοια της ποιότητας έχει διαφορετικές εκφάνσεις για τους άμεσα ενδιαφερόμενους. [55]

Σε έναν άλλο ορισμό για την ποιότητα αναφέρεται ότι αυτή επιτυγχάνεται όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού είναι σχεδιασμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται συνεχώς στις ανάγκες των ασθενών. Επομένως, πρόκειται για μια συνεχώς μεταβαλλόμενη έννοια που προσαρμόζεται συνεχώς, ως συνέπεια της δημιουργίας νέων αναγκών και προσδοκιών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Σε μια γενικότερη προσέγγιση η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συνδέεται με την ικανοποίηση των ασθενών. Το αίτημα για παροχή υπηρεσιών υγείας, οι οποίες να καλύπτουν τις προσδοκίες των χρηστών τους, προκάλεσε αυξημένο ενδιαφέρον για την εκτίμηση της γνώμης τους, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησής τους. Διατυπώνοντας τη γνώμη τους για τις υπηρεσίες που βίωσαν, οι ασθενείς αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας υγείας που έλαβαν ανάλογα με το βαθμό κάλυψης των προσδοκιών τους. [56]

Σε αρκετές περιπτώσεις βέβαια, οι προσδοκίες των ασθενών είναι μεγαλύτερες από τις ανάγκες τους. Οι περιοδικές έρευνες και η ανάπτυξη αρμονικής σχέσης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο για την προσέγγιση των προσδοκιών των ασθενών.

Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό, ποιότητα είναι να επιτυγχάνεται το σωστό άμεσα και στη συνέχεια να βελτιώνεται διαρκώς (αυτό ισχύει, π.χ. στην περίπτωση αποτελεσματικότερης ιατρικής προσέγγισης ενός περιστατικού που θα αποτελέσει πηγή επιπλέον γνώσης και εμπειρίας, που θα αποδοθεί στον επόμενο ασθενή). [56]

3.4 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα μιας υπηρεσίας προσδιορίζεται με βάση:

- τη δυνατότητά της για άμεση παροχή
- την ευκολία πρόσβασης των χρηστών σε αυτήν
- την καταλληλότητά της
- την αξιοπιστία της καθώς και
- την παροχή και την επαρκή υποστήριξη μετά τη διάθεσή της.

Στον τομέα της υγείας, η έννοια της ποιότητας γίνεται πιο σύνθετη, καθώς εκτός από τους παραπάνω παράγοντες υπάρχουν και πολλοί άλλοι που μπορούν να την επηρεάσουν. Οι βασικότεροι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι [57] :

- Η ικανότητα, οι γνώσεις, η εμπειρία και η επαγγελματική ευσυνειδησία των φορέων που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας
- Οι ικανότητες και η εκπαίδευση συνολικά του επιστημονικού, διοικητικού και λοιπού προσωπικού που εμπλέκεται στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας
- Η συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ασθενείς. Η ευγένεια και ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή αποτελούν καθολική απαίτηση στη σύγχρονη εποχή
- Η ετοιμότητα παροχής της ιατρικής φροντίδας
- Η προσβασιμότητα του ασθενούς στις υπηρεσίες υγείας χωρίς γραφειοκρατία, ενδιάμεσους και αναμονές, με τη μεγαλύτερη δυνατή ελευθερία επιλογής
- Η ταχύτητα στην επίλυση των προβλημάτων των ασθενών
- Η υποστήριξη μετά την παροχή της υπηρεσίας, που ξεκινά από την παροχή αναλυτικών οδηγιών και ολοκληρώνεται με την ύπαρξη ακριβούς αρχείου και οργανωμένου συστήματος επανελέγχου των ασθενών

- Η αριθμητική επάρκεια του προσωπικού που έχει άμεση επίδραση στις παραμέτρους της ετοιμότητας και της ταχύτητας
- Η υλικοτεχνική επάρκεια της υποδομής
- Ο κατάλληλος σχεδιασμός των κτιριακών εγκαταστάσεων, ώστε να διευκολύνεται η διακίνηση ανθρώπων και υλικών
- Η τήρηση των κανόνων υγιεινής
- Ο βαθμός στον οποίο, η διοίκηση κάθε οργανισμού επιδιώκει τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών με αναγνώριση και μετάδοση της σημασίας της σε όλο το προσωπικό, εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης και διασφάλισής της

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ποιότητας έχουν να κάνουν με τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας και τις ποσοτικές μετρήσεις που αφορούν στην ποιότητα και στη σχέση κόστους – ωφέλειας. Ουσιαστικό ρόλο για τη βελτίωση της ποιότητας διαδραματίζει ο ανθρώπινος παράγοντας, καθώς εμπλέκεται σε όλες τις παραμέτρους που αφορούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Δυστυχώς, στη χώρα μας υπάρχει καθυστέρηση στην εφαρμογή προγραμμάτων και απουσία οργανωμένης και συστηματικής ενασχόλησης με τη διασφάλιση ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας. [58]

3.5 Ανταποκρισιμότητα και δικαιώματα των πολιτών και των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Πολλά από τα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τα ανθρώπινα δικαιώματα. Σε μια ευνομούμενη κοινωνία πολιτών το δικαίωμα στην υγεία και την προστασία της είναι αναμφισβήτητο και πολλαπλά κατοχυρωμένο. Οι πολίτες έχουν κοινωνικό δικαίωμα να απολαμβάνουν ικανοποιητική παροχή υπηρεσιών υγείας, από τους σχετικούς δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς, να μην υπόκεινται σε διακρίσεις στην παροχή φροντίδας υγείας και να λαμβάνουν υπηρεσίες από επαγγελματίες υγείας επαρκώς εκπαιδευμένους.

Επιπλέον, ως μεμονωμένο άτομο, κάθε πολίτης κατά την επαφή του με το σύστημα υγείας, έχει δικαίωμα στη διασφάλιση των ατομικών δικαιωμάτων του που κινδυνεύουν να θιγούν: το δικαίωμα στη φυσική και διανοητική του ακεραιότητα, στην αυτοδιάθεση, στον σεβασμό του απορρήτου της ιδιωτικής του ζωής, στον σεβασμό των

θηρσκευτικών του πεποιθήσεων, καθώς και το δικαίωμα της συμμετοχής του στη λήψη αποφάσεων για την υγεία του και την ενημερωμένη συναίνεσή πριν από κάθε ιατρική παρέμβαση πάνω του.

Τα τελευταία χρόνια, στις ανεπτυγμένες κοινωνίες τα παραπάνω δικαιώματα των πολιτών - χρηστών έχουν κατοχυρωθεί με νομοθετικές ρυθμίσεις. Επίσης, προκειμένου να καταστούν τα συστήματα υγείας πιο αποτελεσματικά και φιλικά για τους χρήστες έχουν υιοθετηθεί διαδικασίες μεταρρυθμίσεων και διασφάλισης ποιότητας. Επιπλέον, έχουν καθιερωθεί θεσμικά όργανα ελέγχου και διερεύνησης αναφορών πολιτών απέναντι στα συστήματα υγείας. [59]

Στην Ελληνική νομοθεσία, για πρώτη φορά τα δικαιώματα των ασθενών αναφέρονται στο Βασιλικό Διάταγμα της 25-5/6-7-1955 (ΦΕΚ 171 Α') στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο οποίος τροποποιήθηκε με το Ν. 3418/2005 που αναφέρεται στους κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Στις 15 Ιουλίου 1992, με το Νόμο 2071/1992 άρθρο 47 κατοχυρώθηκαν τα Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς. Στο Νόμο 2519/1997 αναφέρονται τα Δικαιώματα των Πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας και ορίζεται αυτοτελής υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών σε επίπεδο τμήματος, υπαγόμενη στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, συνεπικουρούμενη από εκπροσώπους όλων των εμπλεκόμενων φορέων. Στο άρθρο 2 προβλέπει τη σύσταση «Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής και Δεοντολογίας». Με το νόμο 2619/1998 κυρώθηκε η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής. [60]

Το 2004 θεσπίστηκε με το Νόμο 3293 ο «Συνήγορος της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης», μια Ανεξάρτητη Αρχή ενσωματωμένη στην αρχή του Συνηγόρου του Πολίτη που ήδη παρείχε τις υπηρεσίες της σε όλους τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών στην επαφή τους με μονάδες υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Η Αρχή εισηγείται προς το αρμόδιο υπουργείο μέτρα για την αποκατάσταση και προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών, την εξάλειψη φαινομένων κακοδιοίκησης και τη βελτίωση της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Η διαμεσολάβηση του Συνηγόρου της Υγείας καλύπτει υποθέσεις όπως, η άνιση ή διακριτική μεταχείριση λόγω εθνικότητας, φυλής, οικονομικής κατάστασης ή είδους ασθένειας, δυσχέρεια ασφαλούς και έγκαιρης πρόσβασης του

ασθενούς σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας, παράλειψη ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας, τη θεραπεία και το κόστος, διενέργεια ιατρικών πράξεων χωρίς συγκατάθεση, μη τήρηση του ιατρικού απορρήτου, άρνηση της πρόσβασης του ασθενή σε έγγραφα του ιατρικού του φακέλου κ.λπ. [61]

Η εμπειρία δείχνει ότι παρά τις σημαντικές προσπάθειες, υπάρχουν πολλές αδυναμίες στη διασφάλιση και προώθηση των δικαιωμάτων αυτών μόνο με νόμους και μηχανισμούς ελέγχου, και ότι δεν υπάρχουν «μαγικές συνταγές» στον τρόπο προώθησης των δικαιωμάτων των ασθενών σε μία χώρα. Η αλλαγή της νοοτροπίας των εργαζομένων στα συστήματα υγείας δεν μπορεί να επιτευχθεί μόνο από την νομοθεσία. Η προσπάθεια εξισορρόπησης ανάμεσα στην παροχή ικανής προστασίας στους πολίτες και ασθενείς και την αποδοχή με καλοπροαίρετη διάθεση από τους εργαζόμενους στα συστήματα υγείας, από τους οποίους κατά κύριο λόγο εξαρτάται η εφαρμογή τους, είναι ιδιαίτερα δυσχερής.

Δεν πρέπει ακόμη να παραβλέπεται το γεγονός ότι υπάρχει πάντα μια σύγκρουση ανάμεσα σε επαγγελματικές φιλοδοξίες, οικονομικούς διαθέσιμους πόρους και ηθικές αξίες. Γι' αυτόν το λόγο, η αμοιβαία κατανόηση και ο διάλογος μεταξύ νομοθετών και εργαζομένων στην υγεία είναι καθοριστικής σημασίας. Είναι σημαντικό οι νομοθέτες που ασχολούνται με το σύνθετο αυτό θέμα να κατανοούν την πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας και να ζητούν τη γνώμη των ειδικών στον χώρο πριν νομοθετήσουν, ώστε να αποφεύγονται ατελείς νομοθεσίες.[62]

Εξίσου σημαντικό είναι, να υπάρχει κατάλληλη εκπαίδευση σε σχέση με το θέμα των δικαιωμάτων των ασθενών στους επαγγελματίες υγείας, η οποία μέχρι σήμερα δεν υφίσταται στα εκπαιδευτικά συστήματα (π.χ. ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές). Υπάρχει διαπιστωμένο έλλειμμα παιδείας των ιατρών στην Ελλάδα σε θέματα που αφορούν τη γνώση των δικαιωμάτων του ασθενούς και στην εφαρμογή τους και στην αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς. Χαρακτηριστικό στοιχείο είναι ότι στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών το μάθημα της ιατρικής δεοντολογίας εξακολουθεί να παραμένει μάθημα επιλογής. Επίσης όλα τα προγράμματα σπουδών της χώρας εμφανίζουν ελλείψεις όσον αφορά την εκμάθηση μεθόδων προσέγγισης του ασθενούς και ανάπτυξης ουσιαστικής σχέσης. Είναι λοιπόν αναγκαίο να τροποποιηθεί η ισχύουσα εκπαίδευση στις σχετικές σχολές, ώστε να δοθεί έμφαση στην απόκτηση

σοβαρής γνώσης της νομοθεσίας που αφορά στα δικαιώματα των ασθενών στο σύστημα υγείας κάθε χώρας. [31]

Το νέο μοντέλο σχέσης ιατρού-ασθενούς προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή και του ασθενούς. Για να μπορέσει ο ασθενής να ανταποκριθεί σε αυτό το ρόλο, χρειάζεται και εκείνος κατάλληλη παιδεία. Συνεπώς το ζήτημα της παιδείας αφορά εκτός από στους ιατρούς και ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο.

Τέλος, κρίνεται αναγκαίος ο καλύτερος συντονισμός μεταξύ:

- Των οργανώσεων για τα δικαιώματα των ασθενών, ώστε να αλληλοϋποστηρίζονται και να ανταλλάσσουν εμπειρίες και
- Των θεσμικών οργάνων όπως ο ΠΟΥ, το Συμβούλιο τη Ευρώπης, η Ευρωπαϊκή Ένωση και ο ΟΗΕ, ώστε να χρησιμοποιήσουν καλύτερα τη δυνατότητα πολιτικής επιρροής που έχουν. [62]

3.6 Μελέτες διερεύνησης ικανοποίησης ασθενών και ανταποκρισιμότητας στην Ελλάδα

Όπως προαναφέρθηκε, μέχρι πρόσφατα εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελούσε η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Η προσπάθεια συστηματικής μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών σε διεθνές επίπεδο, έχει σαν αποτέλεσμα τη διεξαγωγή πλήθους σχετικών ερευνών. Στην Ελλάδα, ο αριθμός αντίστοιχων μελετών είναι περιορισμένος, ενώ δεν φαίνεται τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγουν, να αξιοποιούνται με εποικοδομητικό τρόπο κατά τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας της χώρας. [63]

Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών, αποδεικνύουν τη δυσαρέσκεια των χρηστών από τις υπηρεσίες που παρέχονται από το υγειονομικό σύστημα, τόσο στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Οι βασικές παράμετροι που αξιολογούνται κατά τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών αφορούν κυρίως:

- την προσπέλαση και διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας
- τη σχέση ασθενή και επαγγελματιών υγείας
- τις επαγγελματικές ικανότητες ως προς την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και

- την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, το κόστος και το αποτέλεσμα της φροντίδας. [64]

Η απουσία μηχανισμών ελέγχου της ποιότητας, η σημαντική μείωση των αριθμών των προσλήψεων προσωπικού, οι μεγάλες λίστες αναμονής για την παροχή των υπηρεσιών αποτελούν βασικούς λόγους για τη διαχρονικά χαμηλή ικανοποίηση των Ελλήνων πολιτών από το σύστημα υγείας

Οι περισσότερες μελέτες διερεύνησης της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αναφέρονται σε νοσοκομεία ή τμήματα νοσοκομείων, σε ειδικές ομάδες ασθενών ή σε πολυϊατρεία αστικών περιοχών.

Οι Σουλιώτης, Δολγέρας, Κοντός και Οικονόμου το 2002, διερεύνησαν την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών. Η έρευνα στηρίχτηκε σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις από 350 άτομα ηλικίας 15 – 65 ετών. Ζητήθηκαν πληροφορίες για κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και ο βαθμός ικανοποίησης από τις υπηρεσίες δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν πως η ικανοποίηση από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, παρά τα δεδομένα προβλήματα που σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών. Από την άλλη, οι υπηρεσίες των ιδιωτικών κλινικών δημιουργούν μεγαλύτερη αίσθηση ικανοποίησης κυρίως σε ότι αφορά τις γενικότερες συνθήκες της νοσηλείας. [65]

Το 2003 οι Τούντας, Λοπατατζίδης, Χουλιάρας πραγματοποίησαν έρευνα σε τέσσερις μονάδες υγείας του ΙΚΑ σε δείγμα 450 ασφαλισμένων. Οι ερωτήσεις που τέθηκαν αφορούσαν πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης, την ευκολία καθορισμού ραντεβού, τον χρόνο αναμονής, την ευκολία πρόσβασης και τη γενικότερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας και το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών, διαπιστώνεται η ανάγκη βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. [66]

Σε ερευνητική εργασία των Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκου, Σαρρή, Υφαντόπουλου το 2008, μετρήθηκε η ικανοποίηση των χρηστών παιδιατρικού νοσοκομείου της Αττικής. Δείγμα 1000 συνοδών παιδιών, κλήθηκαν να υποδείξουν την ικανοποίησή τους αφενός από την ποιότητα των διαδικασιών εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο και αφετέρου από το προσωπικό του νοσοκομείου (ιατρικό, νοσηλευτικό

και διοικητικό). Η συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου αποδεικνύει βαθμό ικανοποίησης, υψηλότερο των προσδοκιών των συνοδών. Το προσωπικό αξιολογείται με υψηλό βαθμό, ενώ αρνητική επίδραση στην ικανοποίηση προκαλούν οι υποδομές. [67]

Έρευνα ως προς την ικανοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου, διεξήγαγε το Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών το 2009. Το δείγμα αποτέλεσαν 589 άτομα από τα οποία 216 εξετάστηκαν στα Εξωτερικά Ιατρεία, 141 στα επείγοντα περιστατικά και 232 νοσηλεύτηκαν. Η έρευνα επικεντρώθηκε στην ικανοποίηση των χρηστών από τις ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές υπηρεσίες, τις υποδομές και τη συνολική ικανοποίηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλό ποσοστό ικανοποίησης από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, ενώ η συνολική ικανοποίηση ήταν αρκετά χαμηλότερη. [68]

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία μέχρι σήμερα στην Ελλάδα, έχουν πραγματοποιηθεί δύο μελέτες με αντικείμενο έρευνας την ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας.

Η πρώτη έρευνα ήταν πανελλαδικής εμβέλειας και πραγματοποιήθηκε με τη συνεργασία του ΠΟΥ και της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Τομέας Οικονομικών της Υγείας) στις αρχές του 2001. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται πως το σύστημα υγείας παρουσιάζει υψηλή ανταποκρισιμότητα στα στοιχεία της κοινωνικής υποστήριξης και της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. Η αξιολόγηση των υπόλοιπων στοιχείων δείχνει πως καλύπτονται μάλλον ανεπαρκώς. Το στοιχείο με τη χαμηλότερη ανταποκρισιμότητα αφορούσε την ποιότητα των βασικών παροχών.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα αυτά με 15 άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, μελέτη του ΠΟΥ έδειξε ότι, συνολικά η Ελλάδα εμφανίζει το χαμηλότερο επίπεδο ανταποκρισιμότητας. Ειδικότερα, στη νοσοκομειακή περίθαλψη, η Ελλάδα έχει τη χειρότερη επίδοση στην αυτονομία, την επικοινωνία, την αξιοπρέπεια και την έγκαιρη προσοχή, τη δεύτερη χειρότερη επίδοση στην επιλογή των προμηθευτών και την κοινωνική υποστήριξη και την τέταρτη χειρότερη επίδοση στην εμπιστευτικότητα των πληροφοριών. Στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η Ελλάδα καταγράφει τη χειρότερη επίδοση σε όλες τις διαστάσεις, εκτός από την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, όπου εμφανίζει την τέταρτη χειρότερη επίδοση. [29]

Η δεύτερη μελέτη, πραγματοποιήθηκε από τη Δανηλίδου στο Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος του Τμήματος Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται πως η ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας υστερεί. Τα στοιχεία στα οποία το σύστημα παρουσιάζει υψηλότερη ανταποκρισιμότητα είναι η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και ο σεβασμός της αξιοπρέπειας ενώ η ποιότητα του περιβάλλοντος φαίνεται να συγκεντρώνει χαμηλό ποσοστό θετικής αξιολόγησης τόσο για την πρωτοβάθμια όσο και για τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Στη δευτεροβάθμια περίθαλψη η ανταποκρισιμότητα του συστήματος παρουσιάζεται υψηλότερη στο στοιχείο της κοινωνικής υποστήριξης. Στα υπόλοιπα στοιχεία που διερευνήθηκαν δεν σημειώνονται υψηλά ποσοστά θετικής αξιολόγησης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Το Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης Κορίνθου

Το κέντρο συστήθηκε με προεδρικό διάταγμα το 2000 ως Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων. Το 2003 μετονομάστηκε σε Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΑΦΚΑ).

Μέχρι τις 31/12/11 λειτουργούσε ως αυτόνομο Ν.Π.Δ.Δ. και υπαγόταν στον τομέα της Πρόνοιας. Με τον πρόσφατο νόμο 4025/2011, καταργήθηκε ως νομικό πρόσωπο και από την 01/01/12 εντάχθηκε στο ΕΣΥ, μετονομάστηκε σε Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης και αποτελεί οργανική μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου. Υπάγεται στην 6η ΥΠΕ Πελοποννήσου, Ηπείρου και Ιονίων νήσων.

Οι επαγγελματίες Υγείας που απασχολούνται μόνιμα στο ΚΕΦΙΑΠ είναι:

Τρεις νοσηλεύτριες, μια βοηθός νοσοκόμος, δύο φυσικοθεραπευτές, δύο εργοθεραπευτές, μία ψυχολόγος και μια γυμνάστρια ειδικής αγωγής. Στο κέντρο υπηρετεί ως επικουρική μια ιατρός με ειδικότητα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης. Επιστημονικά υπεύθυνος για τη λειτουργία του κέντρου είναι ένας ιατρός Διευθυντής του ΕΣΥ με ειδικότητα Νευρολογίας.

Ακόμη, στο κέντρο υπηρετούν τρία άτομα βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό, ένας οδηγός, μια διοικητική υπάλληλος, μια καθαρίστρια.

Το κέντρο λειτουργεί τις καθημερινές ημέρες με πρωινό ωράριο.

Καθημερινά πραγματοποιούνται θεραπείες φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και ψυχολογικής υποστήριξης.

Στη μελέτη θα εξεταστεί η ανταποκρισιμότητα του κέντρου στις προσδοκίες των ασθενών.

Για το σκοπό αυτό θα χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου στο οποίο θα επιχειρηθεί να διερευνηθούν όλα τα επιμέρους στοιχεία που συνθέτουν την έννοια της ανταποκρισιμότητας.

1.2 Μεθοδολογία

Η συγκεκριμένη προσπάθεια επιδιώκει να διερευνήσει το μέγεθος της ανταποκρισιμότητας του Κέντρου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης Κορίνθου στις προσδοκίες των ασθενών/χρηστών από τις υπηρεσίες που παρέχονται σε αυτό. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν κρίνονται σημαντικά για την εξεύρεση του τρόπου βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Για την επίτευξη του στόχου της διερεύνησης της ανταποκρισιμότητας αναπτύχθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου. Το πεδίο διεξαγωγής της μελέτης είναι το ΚΕΦΙΑΠ Κορίνθου. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν οι κάτοικοι της περιοχής ευθύνης του κέντρου και οι παραθεριστές της περιοχής, που χρήζουν υπηρεσιών αποκατάστασης, όλων των ηλικιών και από όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς/χρήστες που έλαβαν υπηρεσίες αποκατάστασης στο κέντρο και ολοκλήρωσαν το πρόγραμμά τους την χρονική περίοδο από 01/03/2013 μέχρι 31/03/2013. Για τη συλλογή των δεδομένων εφαρμόστηκε ερωτηματολόγιο που αφορά:

A) Τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, οικονομική κατάσταση κλπ)

B) Τα επιμέρους στοιχεία που συνθέτουν την ανταποκρισιμότητα και σχετίζονται με το σεβασμό του ατόμου

Γ) Τα επιμέρους στοιχεία που συνθέτουν την ανταποκρισιμότητα και σχετίζονται με τον προσανατολισμό του χρήστη στο σύστημα υγείας

Δ) Τη γενική αξιολόγηση για την ανταποκρισιμότητα του κέντρου

Αφού ολοκληρώθηκε η δομή του ερωτηματολογίου εφαρμόστηκε πιλοτική δοκιμή σε έναν ασθενή του κέντρου. Σκοπός ήταν να διαπιστωθεί η σαφήνεια, η ευκολία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, αλλά και η ροή της συγκεκριμένης διαδικασίας ώστε να μην παρακωλύεται η λειτουργία του κέντρου. Στη συνέχεια η μελέτη εγκρίθηκε από τον επιστημονικά υπεύθυνο του κέντρου. Συγκεντρώθηκαν συνολικά 10 ερωτηματολόγια.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά από την ερευνήτρια για τον σκοπό της έρευνας, την εθελοντική τους συμμετοχή σε αυτή, καθώς και για την τήρηση του απορρήτου κατά την επεξεργασία των δεδομένων και την παρουσίαση τους.

Δόθηκε επίσης η δυνατότητα να απαντηθούν πιθανές απορίες τους σχετικά με τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Στους συμμετέχοντες έγινε σαφές ότι πιθανή άρνησή τους να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια ή απόφασή τους να αποσυρθούν από την έρευνα δεν θα είχε αρνητική επίπτωση στην επαφή τους με το κέντρο.

Οι συμμετέχοντες παρέλαβαν τα ερωτηματολόγια από την ερευνήτρια μετά το τέλος της τελευταίας τους συνεδρίας και πριν την έξοδό τους από το κέντρο. Οδηγήθηκαν σε ειδικά διαμορφωμένο γραφείο και τα συμπλήρωσαν με τη βοήθεια της ερευνήτριας ή του συνοδού τους. Στη συνέχεια τα παρέδωσαν στην ερευνήτρια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

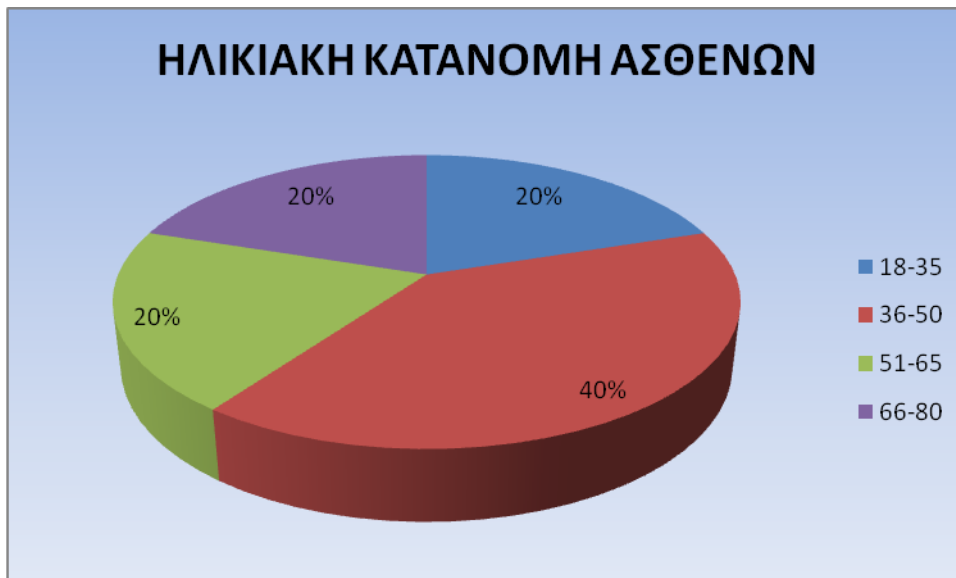
2.1 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

A) Δημογραφικά στοιχεία

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Φύλο

Φύλο	Ποσοστό
Άνδρες	70%
Γυναίκες	30%

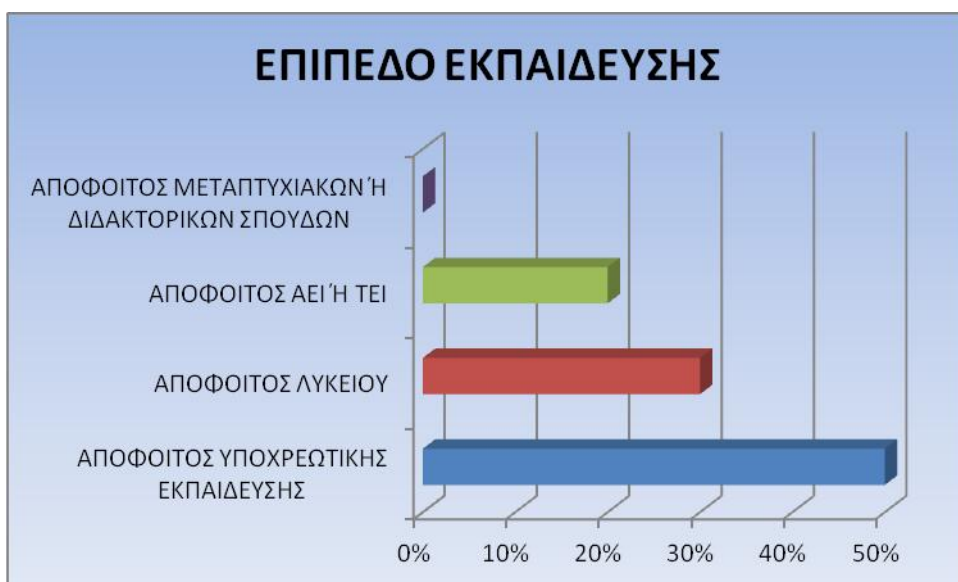
ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Ηλικιακή κατανομή ασθενών



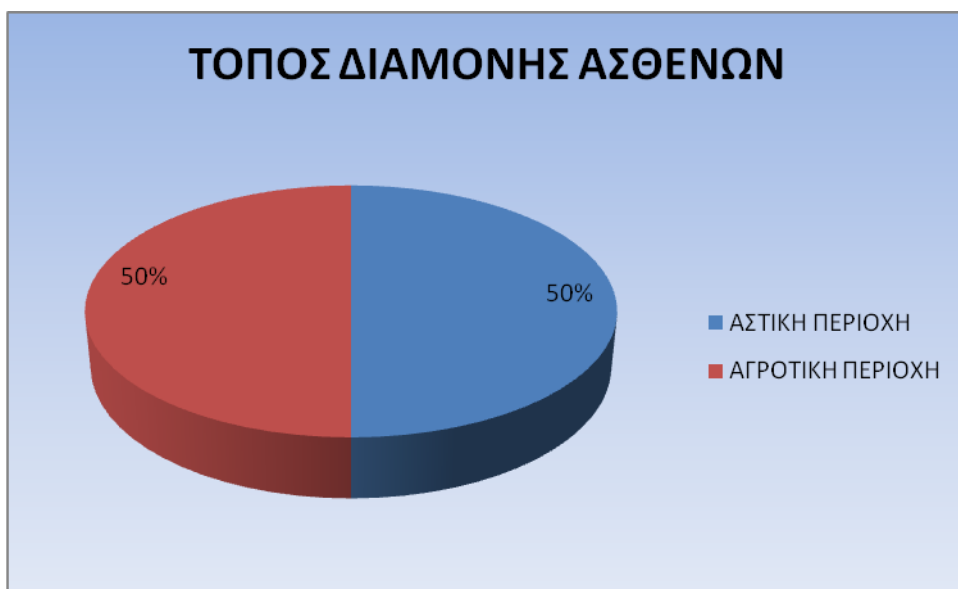
ΓΡΑΦΗΜΑ 2 Οικογενειακή κατάσταση ασθενών



ΓΡΑΦΗΜΑ 3 Επίπεδο εκπαίδευσης ασθενών



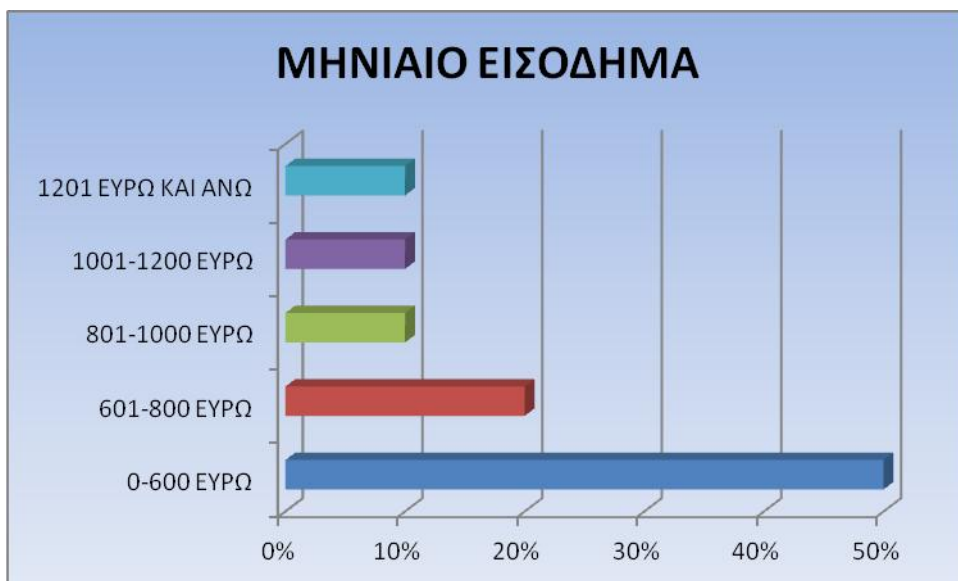
ΓΡΑΦΗΜΑ 4 Τόπος διαμονής ασθενών



ΓΡΑΦΗΜΑ 5 Εργασιακή κατάσταση ασθενών

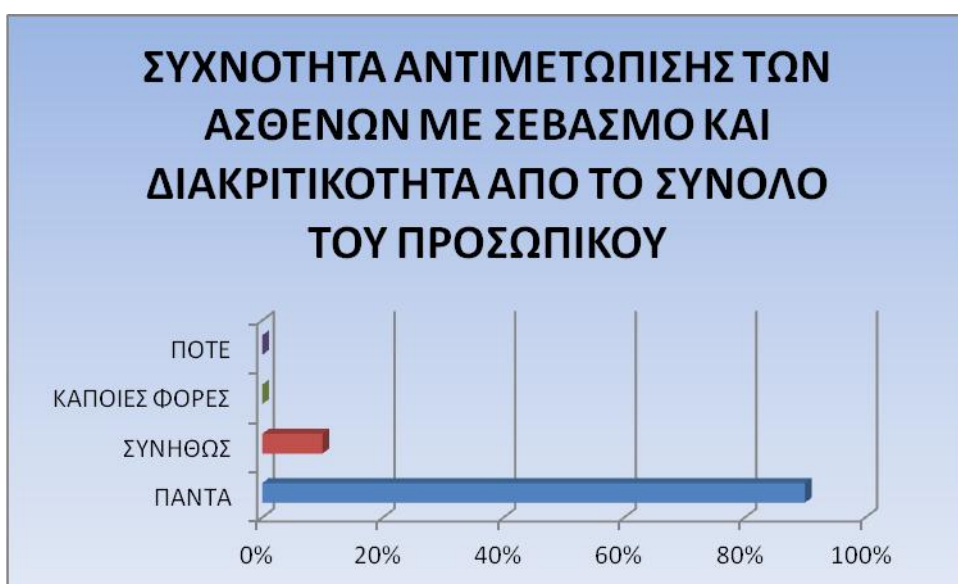


ΓΡΑΦΗΜΑ 6 Μηνιαίο εισόδημα ασθενών



B) Επιμέρους στοιχεία που συνθέτουν την ανταποκρισιμότητα και σχετίζονται με το σεβασμό του ατόμου

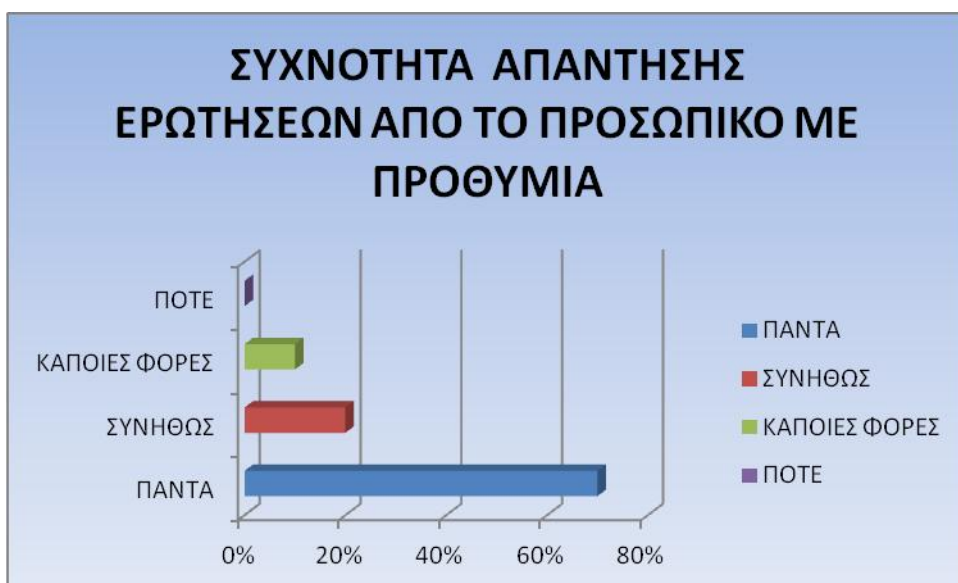
ΓΡΑΦΗΜΑ 7 Συχνότητα αντιμετώπισης των ασθενών του κέντρου με σεβασμό και διακριτικότητα από το σύνολο του προσωπικού



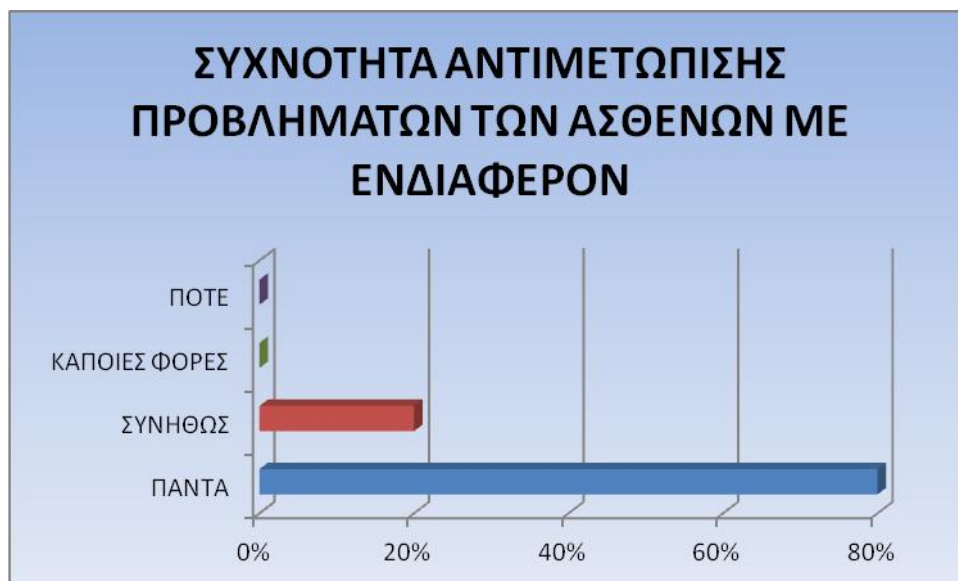
ΓΡΑΦΗΜΑ 8 Συχνότητα διασφάλισης της ιδιωτικότητας του ασθενή κατά τη διάρκεια της εξέτασης και της θεραπείας



ΓΡΑΦΗΜΑ 9 Συχνότητα απάντησης ερωτήσεων από το προσωπικό με προθυμία



ΓΡΑΦΗΜΑ 10 Συχνότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων των ασθενών με ενδιαφέρον



ΓΡΑΦΗΜΑ 11 Συχνότητα ενημέρωσης των ασθενών σχετικά με την θεραπεία



ΓΡΑΦΗΜΑ 12 Συχνότητα λήψης συγκατάθεσης ασθενών για τη θεραπεία



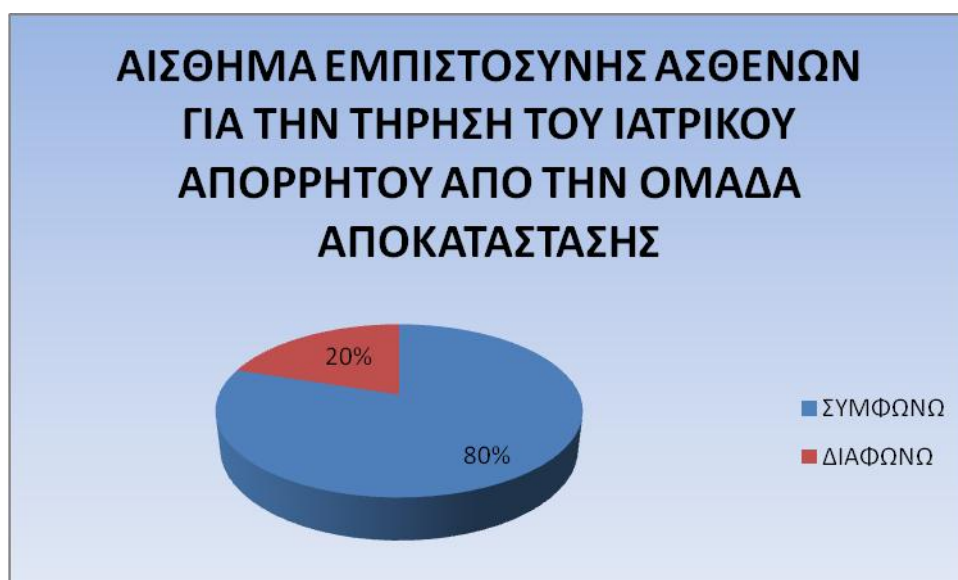
ΓΡΑΦΗΜΑ 13 Προστασία του ασθενή από διαρροή ιατρικών πληροφοριών



**ΓΡΑΦΗΜΑ 14 Συχνότητα σεβασμού των αντιθέσεων του ασθενή σε προτεινόμενες
θεραπίες και πρόταση εναλλακτικών**



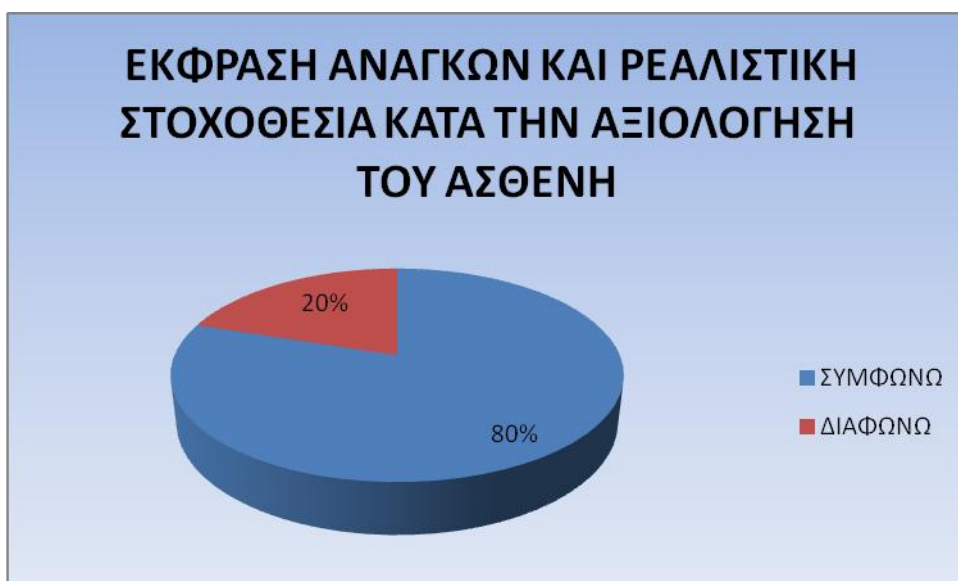
**ΓΡΑΦΗΜΑ 15 Αίσθημα εμπιστοσύνης των ασθενών για την τήρηση του ιατρικού
απορρήτου από την ομάδα αποκατάστασης**



ΓΡΑΦΗΜΑ 16 Εκτίμηση των ασθενών για το αν η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος πραγματοποιήθηκε μετά από συναίνεση



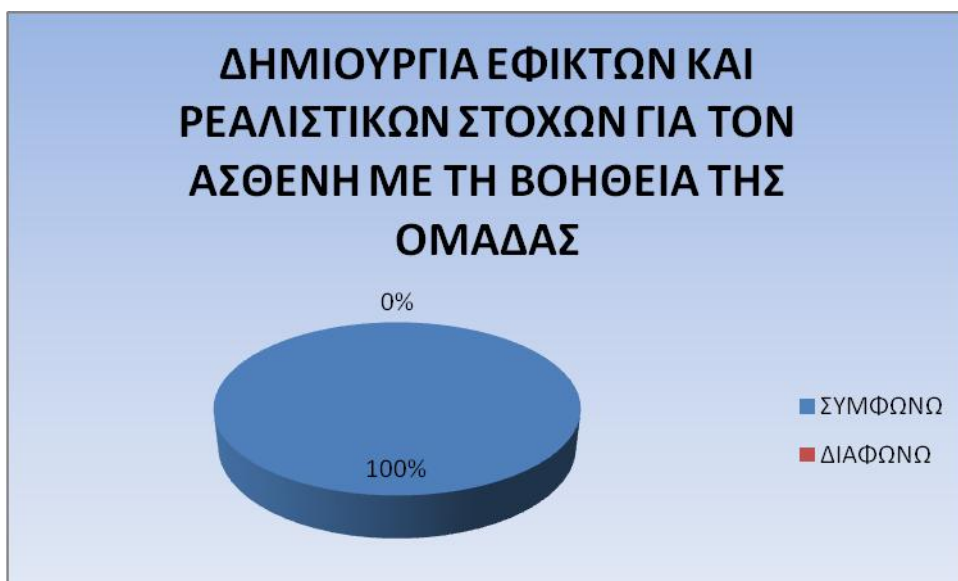
ΓΡΑΦΗΜΑ 17 Εκτίμηση των ασθενών για το αν υπήρξε δυνατότητα έκφρασης των αναγκών τους και αν τέθηκε ρεαλιστική στοχοθεσία κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης από τον ιατρό Αποκατάστασης του κέντρου



ΓΡΑΦΗΜΑ 18 Συχνότητα που η ομάδα αποκατάστασης λύνει τις απορίες των ασθενών

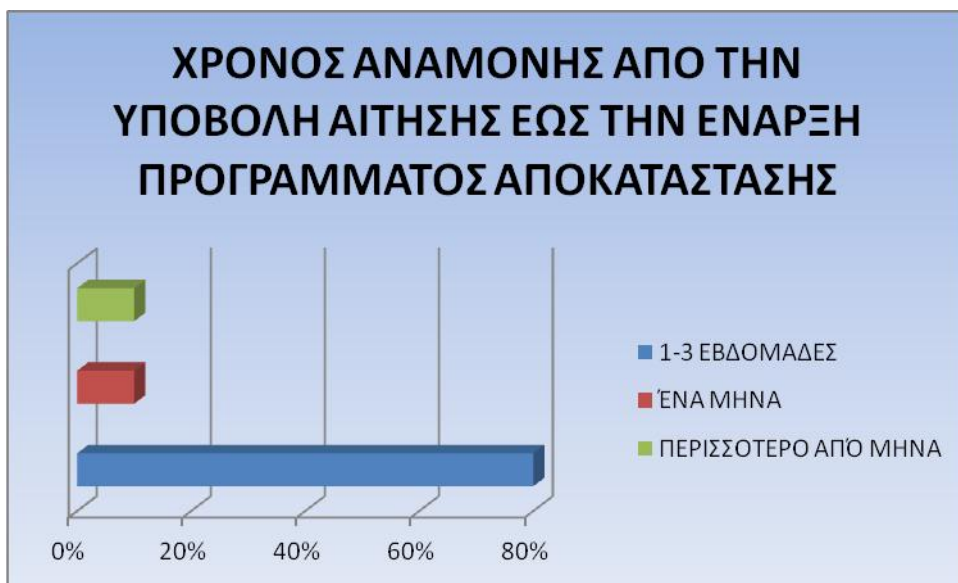


ΓΡΑΦΗΜΑ 19 Εκτίμηση των ασθενών για τη συνεισφορά της ομάδας αποκατάστασης στη δημιουργία εφικτών και ρεαλιστικών στόχων



Γ) Επιμέρους στοιχεία που συνθέτουν την ανταποκρισιμότητα και σχετίζονται με τον προσανατολισμό του χρήστη στο σύστημα υγείας

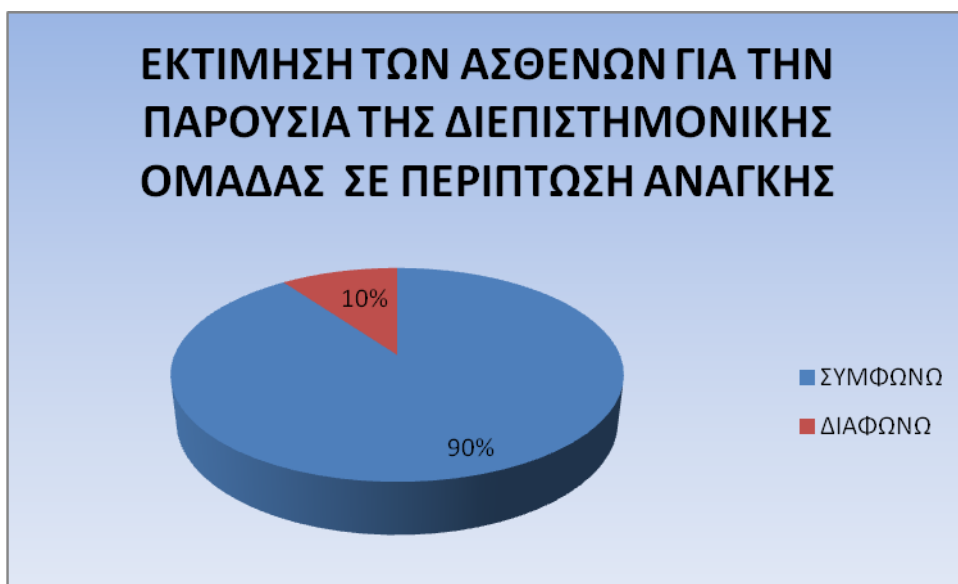
ΓΡΑΦΗΜΑ 20 Χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την υποβολή αίτησης του ασθενή μέχρι την ένταξή του σε πρόγραμμα αποκατάστασης



ΓΡΑΦΗΜΑ 21 Συχνότητα εξυπηρέτησης των ασθενών χωρίς αναμονή



ΓΡΑΦΗΜΑ 22 Εκτίμηση των ασθενών για την παρουσία της διεπιστημονικής ομάδας σε περίπτωση ανάγκης



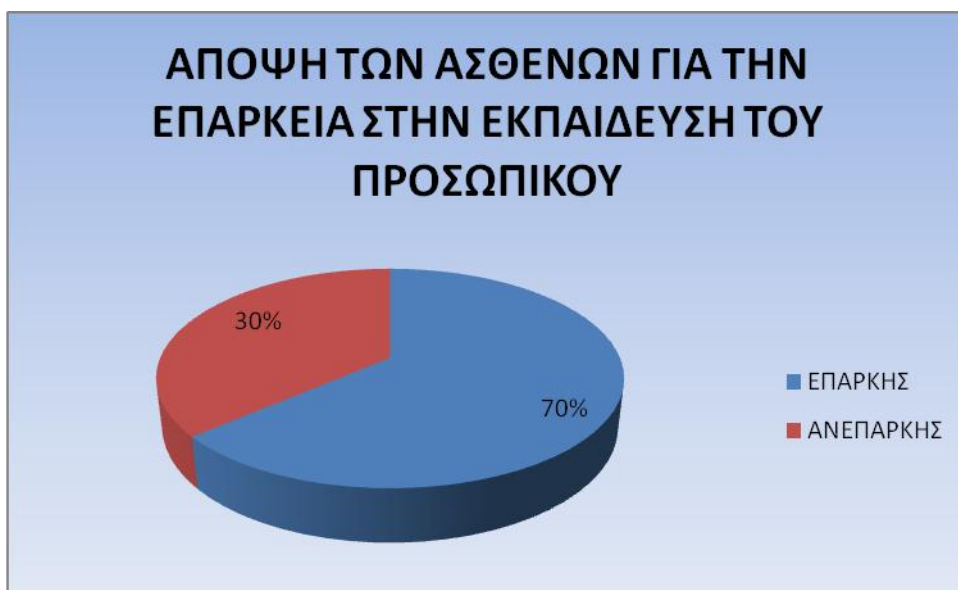
ΓΡΑΦΗΜΑ 23 Συχνότητα εξυπηρέτησης των ασθενών σε έκτακτες περιπτώσεις



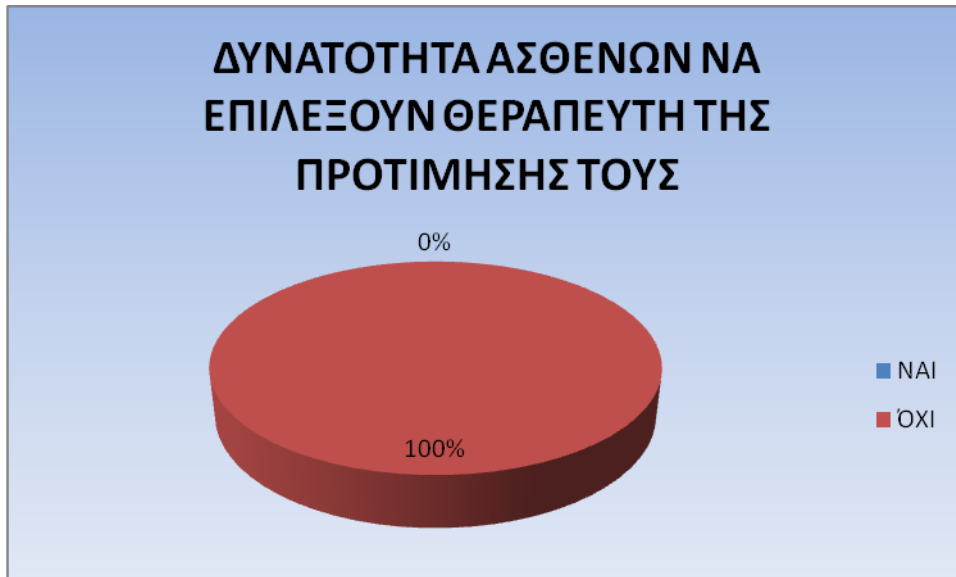
ΓΡΑΦΗΜΑ 24 Εκτίμηση των ασθενών σχετικά με τη στελέχωση του κέντρου



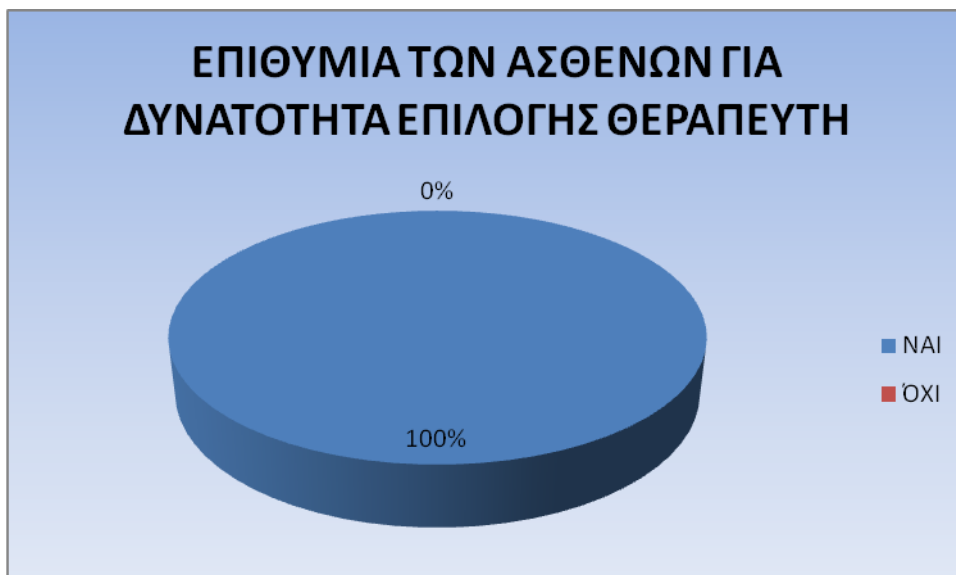
ΓΡΑΦΗΜΑ 25 Άποψη των ασθενών για την επάρκεια στην εκπαίδευση του προσωπικού του κέντρου



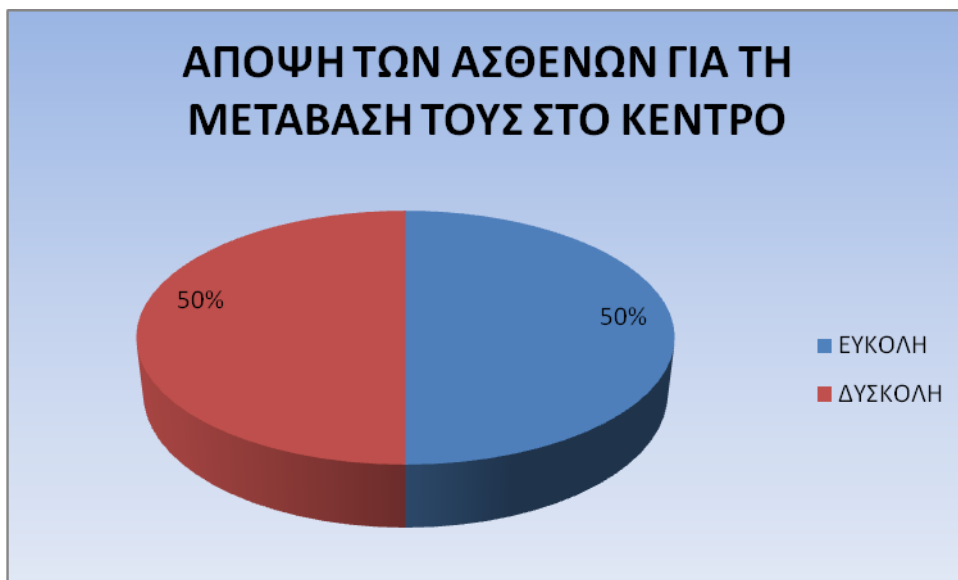
ΓΡΑΦΗΜΑ 26 Δυνατότητα ασθενών για επιλογή του θεραπευτή της προτίμησής τους



ΓΡΑΦΗΜΑ 27 Επιθυμία των ασθενών για δυνατότητα επιλογής θεραπευτή



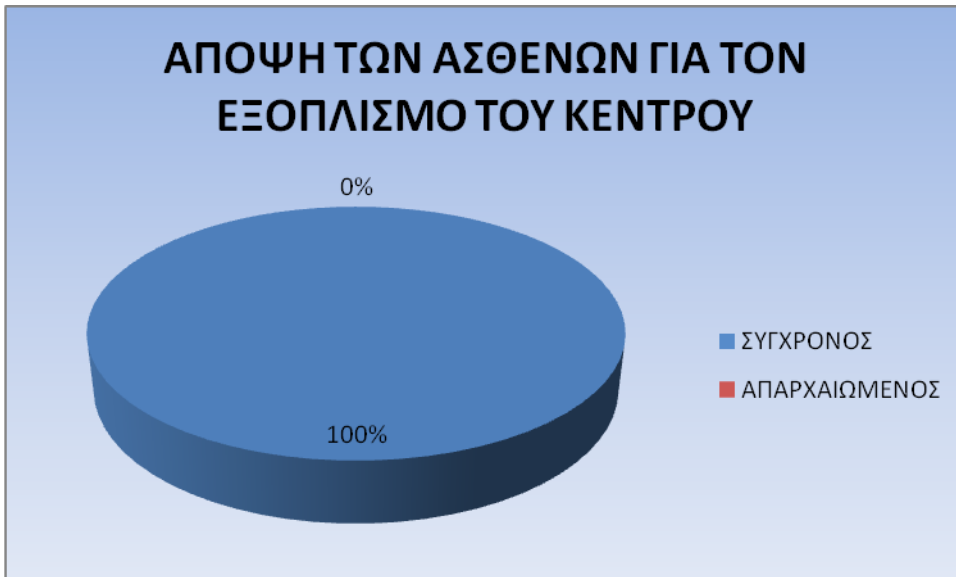
ΓΡΑΦΗΜΑ 28 Άποψη των ασθενών για τη μετάβασή τους στο κέντρο



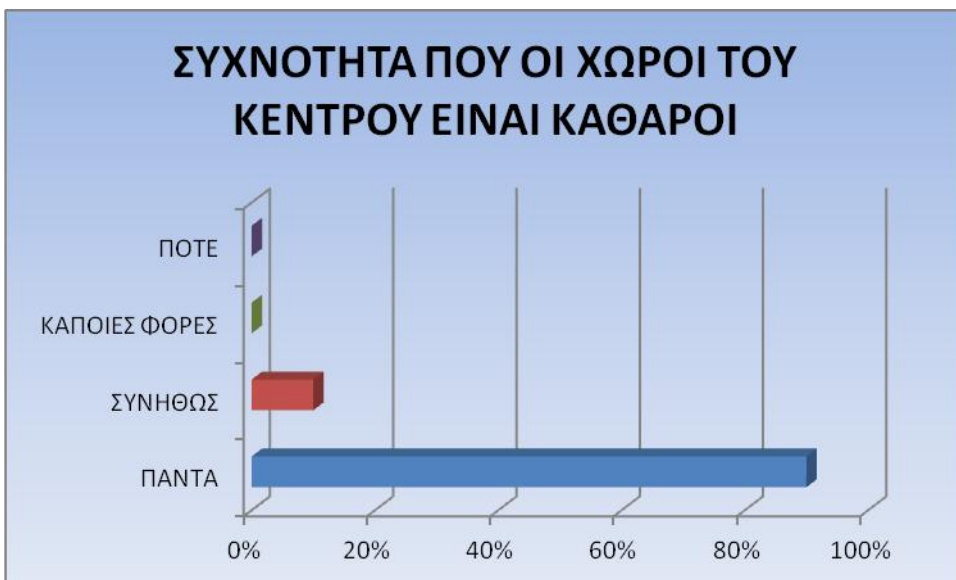
ΓΡΑΦΗΜΑ 29 Άποψη των ασθενών για τις κτιριακές εγκαταστάσεις του κέντρου



ΓΡΑΦΗΜΑ 30 Αποψη των ασθενών για τον εξοπλισμό του κέντρου



ΓΡΑΦΗΜΑ 31 Συχνότητα που οι χώροι του κέντρου είναι καθαροί



ΓΡΑΦΗΜΑ 32 Εκτίμηση για την τακτικότητα στην στις διαδικασία καθαρισμού του εξοπλισμού του κέντρου



ΓΡΑΦΗΜΑ 33 Ευχάριστη παραμονή στο κέντρο



Δ) Γενική αξιολόγηση για την ανταποκρισιμότητα του κέντρου

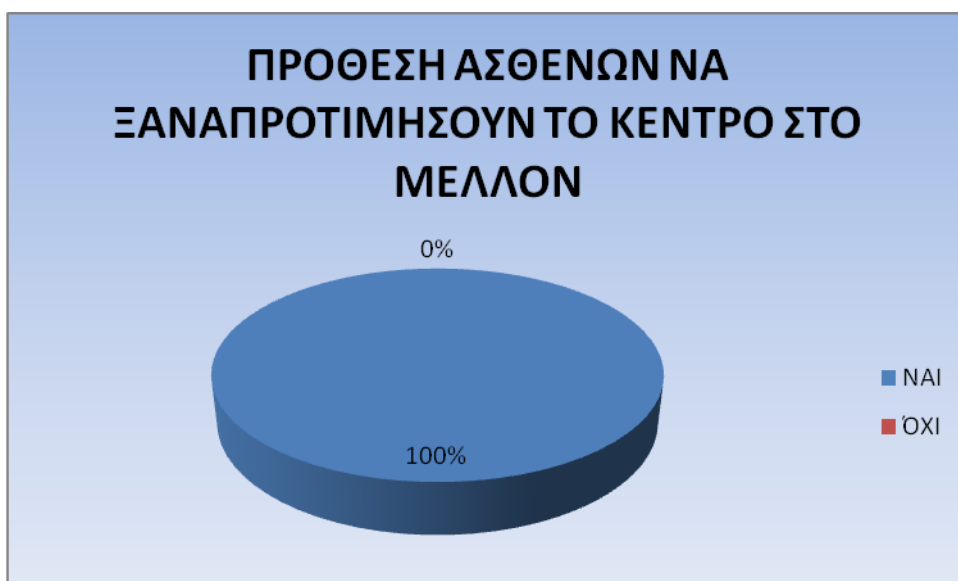
ΓΡΑΦΗΜΑ 34 Αίσθηση των ασθενών ότι το κέντρο ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους



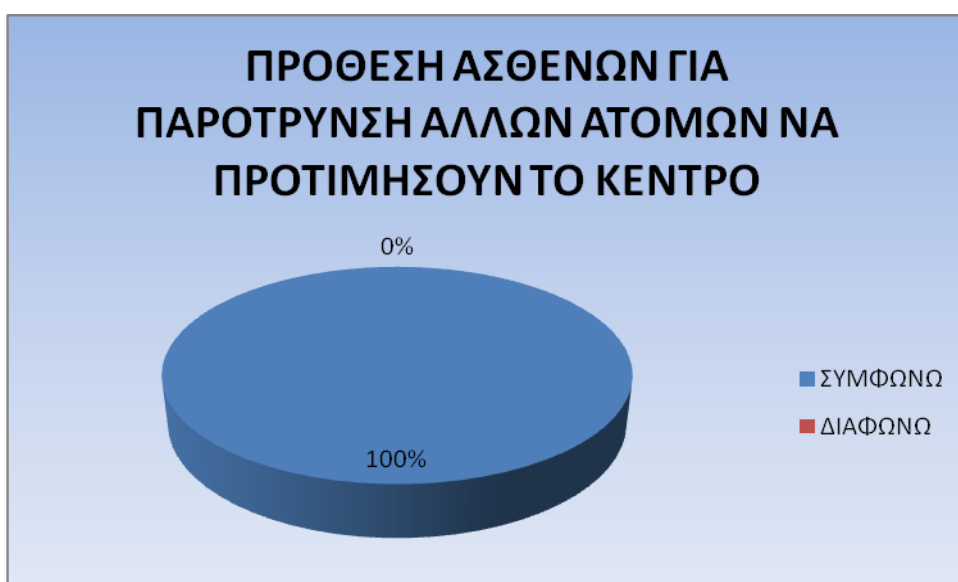
ΓΡΑΦΗΜΑ 35 Εκτίμηση των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών



ΓΡΑΦΗΜΑ 36 Πρόθεση ασθενών να ξαναπροτιμήσουν το κέντρο στο μέλλον



ΓΡΑΦΗΜΑ 37 Πρόθεση ασθενών για παρότρυνση άλλων ατόμων που χρήζουν υπηρεσιών αποκατάστασης να προτιμήσουν το συγκεκριμένο κέντρο



2.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

A) Δημογραφικά στοιχεία

Το σύνολο των ερωτηθέντων ήταν 10 ασθενείς (7 άνδρες και 3 γυναίκες). Ανήκουν σε ηλικιακές ομάδες από 18-80 ετών, με το μεγαλύτερο ποσοστό να ανήκει στην ομάδα 36-50 ετών. Η πλειοψηφία των ασθενών (60%) είναι έγγαμοι.

Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Οι μισοί από αυτούς είναι απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης, το 30% έχουν τελειώσει το Λύκειο και μόνο το 20% απ' αυτούς έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση.

Οι μισοί ασθενείς διαμένουν σε αστική περιοχή και οι υπόλοιποι σε αγροτική.

Μόλις το 10% των ασθενών εργάζεται. Ένα ποσοστό της τάξεως του 20% έχει συνταξιοδοτηθεί ενώ οι υπόλοιποι είναι άνεργοι (70%).

Τα μηνιαία εισοδήματα των ασθενών είναι στην πλειοψηφία τους ιδιαίτερα χαμηλά. Έτσι σε ποσοστό 50% το μηνιαίο εισόδημα είναι από μηδενικό έως 600 ευρώ. Ποσοστό 20% των ασθενών εισπράττει εισόδημα από 601-800 ευρώ το μήνα, 10% από 801-1000 ευρώ, ενώ το ποσοστό των ασθενών που ξεπερνά το ποσό των 1200 ευρώ το μήνα αγγίζει μόνο το 20% .

Συμπερασματικά, η πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

B) Επιμέρους στοιχεία που συνθέτουν την ανταποκρισιμότητα και σχετίζονται με το σεβασμό του ατόμου

1) Αξιοπρέπεια

Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών του κέντρου (90%) θεωρεί ότι αντιμετωπίζεται πάντα με σεβασμό και διακριτικότητα από το σύνολο του προσωπικού (επιστημονικό, διοικητικό, βοηθητικό) ενώ οι υπόλοιποι (10%) εκτιμούν πως αυτό συμβαίνει συνήθως. Το 80% των ασθενών αισθάνονται πως διασφαλίζεται η ιδιωτικότητά τους πάντοτε, τόσο κατά τη διάρκεια της εξέτασης, όσο και κατά τη διάρκεια των θεραπειών, το 10% αναφέρει πως η ιδιωτικότητά τους διασφαλίζεται

συνήθως, ενώ ποσοστό της τάξης του 10% θεωρεί πως αυτό γίνεται μόνο κάποιες φορές. Το 70% των ασθενών θεωρούν ότι λαμβάνουν πάντα απαντήσεις στα ερωτήματά τους με προθυμία, ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς το εισπράττουν αυτό συνήθως (20%) ή κάποιες μόνο φορές (10%). Τέλος, υπάρχει η αίσθηση στο 80% των ασθενών ότι το πρόβλημά τους αντιμετωπίζεται πάντα με ενδιαφέρον ενώ το υπόλοιπο 20% έχει συνήθως αυτή την αίσθηση.

Σε όλες τις ερωτήσεις που τέθηκαν για τη διερεύνηση του στοιχείου του σεβασμού της αξιοπρέπειας το ποσοστό των ασθενών που αισθάνονται πως η ανάγκη τους αυτή καλύπτεται κυμαίνεται μεταξύ του 70% με 90%. Κατά συνέπεια η ανταποκρισιμότητα του κέντρου όσον αφορά το στοιχείο της αξιοπρέπειας φαίνεται να είναι αρκετά υψηλή.

2) Αυτονομία

Απαραίτητη προϋπόθεση για την αυτονομία στη λήψη των αποφάσεων από τον ασθενή αποτελεί η ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του και την κατάλληλη θεραπεία. Το σύνολο των ασθενών του κέντρου (100%) δηλώνει πως δεν παραλείπεται από το προσωπικό η ενημέρωσή του για οτιδήποτε έχει να κάνει με τη θεραπεία του. Ποσοστό 80% από τους ασθενείς δηλώνει ότι ζητείται πάντα η συγκατάθεσή του για οτιδήποτε αφορά τη θεραπεία του. Το υπόλοιπο 20% αναφέρει πως αυτό συμβαίνει συνήθως. Το 70% των ασθενών υποστηρίζει πως το προσωπικό δεν προχωρά σε ενημέρωση του οικείου περιβάλλοντος χωρίς τη συναίνεσή τους. Αντίθετα το 30% υποστηρίζει πως αυτή η τακτική δεν ακολουθείται. Στο ζήτημα των αντιθέσεων σχετικά με την προτεινόμενη θεραπεία, ποσοστό των ασθενών της τάξεως του 70% αισθάνεται πως αυτές γίνονται σεβαστές και πως δέχεται προτάσεις για άλλες εναλλακτικές θεραπείες που θα μπορούσαν να του φανούν χρήσιμες. Το 20% θεωρεί πως ο σεβασμός στις αντιθέσεις τους και η πρόταση εναλλακτικών συμβαίνει συνήθως ενώ το 10% έχει μόνο κάποιες φορές την αίσθηση αυτή.

Στο στοιχείο της αυτονομίας η ανταποκρισιμότητα του κέντρου παρουσιάζεται ικανοποιητική αφού στις ερωτήσεις διερεύνησης το ποσοστό των θετικών τοποθετήσεων ξεπερνά το 70%.

3) Εμπιστευτικότητα των πληροφοριών

Το 80% των ερωτηθέντων ασθενών φαίνεται να νιώθει εμπιστοσύνη απέναντι στην ομάδα αποκατάστασης όσον αφορά την τήρηση του ιατρικού απορρήτου. Το ίδιο ποσοστό ασθενών αναφέρει πως πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας

τους ανακοινώνονται και συζητούνται μόνο σε ασφαλές περιβάλλον και με την παρουσία μόνο όσων χρειάζεται. Επίσης, το 70% των ασθενών δηλώνει πως η προστασία των ιατρικών δεδομένων δεν κοινοποιούνται ούτε στο συγγενικό τους περιβάλλον εφόσον δεν το επιθυμούν οι ίδιοι.

Διαπιστώνουμε λοιπόν, πως η ανταποκρισιμότητα του κέντρου στο στοιχείο της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών είναι ικανοποιητική αφού υπάρχει αίσθημα εμπιστοσύνης σε ποσοστό 70- 80%.

4) Επικοινωνία

Το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών του κέντρου (80%) κατά την αξιολόγησή τους από τον ιατρό Αποκατάστασης είχαν την ευκαιρία να εκφράσουν τις ανάγκες τους και με τη βοήθειά του να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους. Η διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης όπως αναφέρει το 90% των ερωτηθέντων, απαντά με απλό και κατανοητό τρόπο σε όλες τις απορίες τους. Έτσι το σύνολο των ασθενών (100%), με τη βοήθεια της διεπιστημονικής ομάδας κατόρθωσε να αποκτήσει προσδοκίες για εφικτά και ρεαλιστικά αποτελέσματα από το πρόγραμμα αποκατάστασης.

Και στο στοιχείο της επικοινωνίας η ανταποκρισιμότητα του κέντρου φαίνεται να είναι αρκετά υψηλή.

Τελικά, διαπιστώνουμε ότι η ανταποκρισιμότητα του κέντρου όσον αφορά τα στοιχεία που σχετίζονται με το σεβασμό του ατόμου είναι συνολικά υψηλή.

Γ) Επιμέρους στοιχεία που συνθέτουν την ανταποκρισιμότητα και σχετίζονται με τον προσανατολισμό του χρήστη στο σύστημα υγείας

5) Έγκαιρη προσοχή

Η πλειοψηφία των ασθενών (80%) εντάχθηκαν σε πρόγραμμα αποκατάστασης σε διάστημα μόλις μίας έως τριών εβδομάδων μετά την υποβολή της αίτησής τους ενώ μόλις το 10% των ασθενών χρειάστηκε να περιμένουν περισσότερο από μήνα. Επίσης, το 80% των ασθενών με τον τρόπο που προγραμματίζονται οι θεραπείες τους εξυπηρετούνται πάντα, χωρίς να χρειάζεται να περιμένουν ενώ 20% υποστηρίζουν πως αυτό συμβαίνει συνήθως. Το 90% των ερωτηθέντων αισθάνονται σιγουριά, γνωρίζοντας ότι η διεπιστημονική ομάδα θα είναι στη διάθεσή τους σε περίπτωση που χρειαστούν κάποια επείγουσα παρέμβαση. Τέλος, το 80% των ασθενών αναφέρουν ότι εξυπηρετήθηκαν άμεσα σε περιπτώσεις που χρειάστηκαν κάτι επείγον.

Άρα, η ανταποκρισιμότητα του κέντρου σε ότι αφορά το στοιχείο της έγκαιρης προσοχής είναι αρκετά υψηλή.

6) Επιλογή υγειονομικού προσωπικού.

Το σύνολο των ασθενών (100%) δεν θεωρεί τη στελέχωση του κέντρου επαρκή αριθμητικά. Από αυτούς το 70% πιστεύουν πως το σύνολο του υπηρετούντος προσωπικού είναι άρτια εκπαιδευμένο και πως μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους, ενώ το υπόλοιπο προσωπικό υστερεί στο θέμα της εκπαίδευσης. Κανείς τους δεν έχει τη δυνατότητα επιλογής του θεραπευτή της προτίμησής του, αν και όλοι εκδηλώνουν την επιθυμία τους να είχαν αυτή τη δυνατότητα.

Διαπιστώνουμε ότι σε αυτό το στοιχείο η ανταποκρισιμότητα του κέντρου είναι μηδενική. Η προσδοκία των ασθενών για ανταπόκριση σε αυτό το στοιχείο δεν ικανοποιείται ούτε καν σε κάποια βαθμό.

7) Ποιότητα βασικών παροχών

Η πρόσβαση στο κέντρο, λόγω της γεωγραφικής περιοχής που βρίσκεται, την έλλειψη συγκοινωνίας και τη φύση των περιστατικών (συνήθης αδυναμία οδήγησης) δυσκολεύει το 50% των ασθενών καθώς χρειάζεται να δεσμεύεται κάποιο πρόσωπο του οικείου περιβάλλοντός για να τους μεταφέρει. Ένας ελάχιστος αριθμός ασθενών, κυρίως άτομα που κινούνται με αμαξίδιο και που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον, μεταφέρονται με το υπηρεσιακό όχημα του κέντρου όμως δεν υπάρχει η δυνατότητα να εξυπηρετηθεί μεγάλος αριθμός ασθενών με αυτόν τον τρόπο. Το σύνολο των ασθενών (100%) είναι απόλυτα ικανοποιημένοι από τις σύγχρονες κτιριακές εγκαταστάσεις και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό του κέντρου. Εξίσου ικανοποιημένοι φαίνεται πως είναι από την καθαριότητα των χώρων (90%) και του εξοπλισμού (100%). Γενικότερα, το περιβάλλον του κέντρου καθιστά την παραμονή των περισσότερων ασθενών (80%) ευχάριστη. Αν εξαιρέσουμε την δυσκολία της μετακίνησης που προκαλείται λόγω της γεωγραφικής θέσης του κέντρου, το στοιχείο της ποιότητας των βασικών παροχών στο κέντρο εμφανίζει αρκετά υψηλή ανταποκρισιμότητα.

Συνολικά, η ανταποκρισιμότητα του κέντρου στα στοιχεία που αναφέρονται στον προσανατολισμό του χρήστη εμφανίζεται υψηλή. Εξαιρέση αποτελεί το στοιχείο της επιλογής υγειονομικού προσωπικού στο οποίο η ανταποκρισιμότητα είναι ανύπαρκτη.

Δ) Γενική αξιολόγηση για την ανταποκρισιμότητα του κέντρου

Την υψηλή ανταποκρισιμότητα του κέντρου επιβεβαιώνει η αίσθηση του μεγαλύτερου ποσοστού των ασθενών (90%) ότι ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους καθώς και η πεποίθησή τους ότι το επίπεδο ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών είναι υψηλό (100%). Η πρόθεση του συνόλου των ασθενών να ξαναπροτιμήσουν το κέντρο αν χρειαστεί στο μέλλον και να παροτρύνουν και άλλα άτομα που έχουν ανάγκη υπηρεσιών αποκατάστασης να το επιλέξουν, αποτελεί μια επιπλέον ένδειξη υψηλής ανταποκρισιμότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την έρευνα οδηγούμαστε στα παρακάτω συμπεράσματα:

Στο κέντρο αναζητούν να λάβουν υπηρεσίες αποκατάστασης εξίσου άτομα και των δύο φύλων και διαφόρων ηλικιακών ομάδων.

Τα άτομα που αναζητούν την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης από τα δημόσια Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ανήκουν κυρίως σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Πιθανό αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι άτομα με υψηλά εισοδήματα έχουν τη δυνατότητα να αναζητήσουν αυτές τις υπηρεσίες σε κέντρα του ιδιωτικού τομέα ή σε κέντρα του εξωτερικού.

Το γεγονός που προκαλεί τον μεγαλύτερο προβληματισμό είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με προσωρινή ή μόνιμη αναπηρία που συμμετείχαν στην έρευνα, παραμένουν άνεργα με φανερές συνέπειες στα εισοδήματά τους και στις περισσότερες των περιπτώσεων ζουν λαμβάνοντας ένα οικονομικό βοήθημα από την πολιτεία. Γίνεται εμφανές λοιπόν, το διαπιστωμένο έλλειμμα που υπάρχει στη χώρα μας στο κομμάτι της επαγγελματικής αποκατάστασης. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΟΑΕΔ το ποσοστό των άνεργων ατόμων με αναπηρία στην Ελλάδα ανέρχεται στο 80%, ενώ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15, κυμαίνεται κατά μέσο όρο στο 50%. Η απασχόληση και η εκπαίδευση αποτελούν κύριους παράγοντες για την ένταξη των ατόμων στην κοινωνία. Επιπλέον, είναι σαφές ότι για να αναπτυχθεί μια κοινωνία κοινωνικά και οικονομικά χρειάζεται την δυναμική συμμετοχή όλων ανεξαιρέτως των πολιτών της. Γι' αυτό τα άτομα με αναπηρία δεν πρέπει να εκλείπουν από την προσπάθεια ανάπτυξης, καθώς η συμμετοχή αυτού του σημαντικού ποσοστού του πληθυσμού είναι απαραίτητη στην παραγωγική, οικονομική και κοινωνική ζωή. [69]

Οι ασθενείς που αναζητούν υπηρεσίες αποκατάστασης στα ΚΕΦΙΑΠ, λόγω των παθήσεών τους και των επιπτώσεων που επιφέρουν σε λειτουργικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο απαιτούν ιδιαίτερη προσέγγιση. Η ανάγκη για αλλαγές στον τρόπο ζωής και ο φόβος για το μέλλον και την ίδια τη ζωή προκαλούν στους ασθενείς μια σειρά έντονων και αρνητικών συναισθημάτων. Οι χειρισμοί λοιπόν, από την πλευρά του προσωπικού επιβάλλεται να διακρίνονται από λεπτότητα και σεβασμό της προσωπικότητας.

Η ανταποκρισιμότητα του κέντρου όσον αφορά τον σεβασμό της αξιοπρέπειας του ατόμου παρουσιάζεται υψηλή. Θα μπορούσε να είναι υψηλότερη, αν οι εργαζόμενοι

όλων των ειδικοτήτων ενημερώνονταν για τα δικαιώματα των ασθενών και την υποχρέωση που έχουν να τα προασπίζουν. Υπάρχει διαπιστωμένο έλλειμμα εκπαίδευσης των υγειονομικών πάνω στα δικαιώματα των ασθενών. Στο σημείο αυτό, θα ήταν χρήσιμο να αναφέρουμε ότι στο κέντρο, υπηρετούν και άνθρωποι που δεν είχαν εργαστεί στο παρελθόν σε υγειονομικό περιβάλλον και που δεν έχουν καμία προηγούμενη εμπειρία συναναστροφής με ασθενείς.

Αναφορικά με την αυτονομία του ασθενή στη λήψη των αποφάσεων, είναι πολύ σημαντικό ότι το σύνολο των ασθενών λαμβάνει ενημέρωση για ότι αφορά τη θεραπεία του. Η ενημέρωση αποτελεί βασικό δικαίωμα του ασθενή και είναι εξαιρετικά σημαντική ώστε να μπορέσει να αποφασίσει πώς θα αντιμετωπίσει το πρόβλημά του. Το γεγονός ότι υπάρχουν ασθενείς που αναφέρουν ότι δεν τους ζητείται συγκατάθεση για ότι αφορά τη θεραπεία τους, δείχνει πως οι υγειονομικοί δεν έχουν απαγκιστρωθεί ολοκληρωτικά από το πατερναλιστικό μοντέλο και ότι κάποιες φορές θεωρούν πως μπορούν να πάρουν οι ίδιοι αποφάσεις που αφορούν τον ασθενή. Κατάλοιπα του ιατροκεντρικού μοντέλου, εμποδίζουν επίσης πολλές φορές τους υγειονομικούς να σεβαστούν τις αντιθέσεις των ασθενών τους σε σχέση με τη θεραπεία που τους προτείνουν. Η αυτονομία αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα των ασθενών και οι άνθρωποι που εργάζονται στο χώρο της υγείας οφείλουν να το συνειδητοποιήσουν. Επιπλέον αποτελεί υποχρέωσή τους να ενημερώσουν τον ασθενή για τις διαθέσιμες εναλλακτικές θεραπείες, αναφέροντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους.

Όσον αφορά το θέμα της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών, η ανταποκρισιμότητα του κέντρου εμφανίζεται ικανοποιητική. Ασφαλώς, το γεγονός ότι κάποιοι από τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα δεν νιώθουν απόλυτη εμπιστοσύνη απέναντι στη διεπιστημονική ομάδα δημιουργεί προβληματισμό. Προβληματισμό επίσης, προκαλεί το γεγονός, ότι ένα ποσοστό των ασθενών δηλώνει πως αναφέρονται από το προσωπικό πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας τους σε μη ασφαλές περιβάλλον και παρουσία μη εμπλεκόμενων με τη θεραπεία προσώπων.

Ακόμη, η αναφορά από ένα ποσοστό ασθενών, πως δίνονται πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας τους στο οικογενειακό τους περιβάλλον χωρίς να ζητηθεί προηγουμένως η συναίνεσή τους, είναι ένα σημείο στο οποίο πρέπει να δοθεί προσοχή. Το δικαίωμα στο ιατρικό απόρρητο είναι αδιαμφισβήτητο και το σύνολο του

προσωπικού μιας υγειονομικής ομάδας οφείλει να το σέβεται. Και σε αυτό το σημείο η ανταποκρισιμότητα του κέντρου θα μπορούσε να ήταν υψηλότερη αν όλο το προσωπικό, επιστημονικό και λοιπό, ήταν ενημερωμένο για τα δικαιώματα των ασθενών. Δυστυχώς, πολλές φορές υπάρχει η παρανόηση ότι το ιατρικό απόρρητο αφορά μόνο τους ιατρούς. Στην πραγματικότητα όμως αφορά όλους όσους εργάζονται σε μια μονάδα υγείας γι' αυτό θα πρέπει να λαμβάνουν την απαραίτητη ενημέρωση πριν την ανάληψη των καθηκόντων.

Και ως προς το κομμάτι της επικοινωνίας η ανταποκρισιμότητα του κέντρου παρουσιάζεται ικανοποιητική. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, αφού έχει αποδειχθεί εδώ και χρόνια ότι υπάρχει άμεση σχέση ανάμεσα στον τύπο της επικοινωνίας των επιστημόνων υγείας και τη συμμόρφωση των ασθενών, την ικανοποίησή τους από τη φροντίδα, την κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών και την έκβαση της ασθένειας. Το ότι η πλειοψηφία των ασθενών είχαν την ευκαιρία να εκφράσουν τις πραγματικές τους ανάγκες, το ότι έλαβαν απαντήσεις με σαφή και κατανοητό τρόπο για τα ερωτήματα που τους απασχολούσαν και το ότι κατάφεραν με τη βοήθεια της διεπιστημονικής ομάδας να θέσουν εφικτούς και ρεαλιστικούς στόχους μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως γίνεται σοβαρή προσπάθεια από το προσωπικό του κέντρου για ουσιαστική επικοινωνία με τους ασθενείς. Βεβαίως, πάντοτε υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και η εμπειρία βοηθά σημαντικά. Επιπλέον, η σχέση ασθενή και επιστήμονα υγείας είναι αμφίδρομη και σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η επιθυμία του ασθενούς για ουσιαστική επικοινωνία.

Ανακεφαλαιώνοντας, συμπεραίνουμε πως η ανταποκρισιμότητα του κέντρου στα στοιχεία που σχετίζονται με το σεβασμό του ατόμου είναι υψηλή. Αν λάβει κανείς υπόψη πως πρόκειται για μια δημόσια δομή, όπου η επιλογή του προσωπικού δεν γίνεται πάντοτε με βάση την εμπειρία στο συγκεκριμένο αντικείμενο και πως τα άτομα καλούνται να παρέχουν υπηρεσίες χωρίς προηγουμένως να έχουν εκπαιδευτεί, οδηγείται στο συμπέρασμα πως γίνεται μια αξιόλογη προσπάθεια από το προσωπικό. Κρίνουμε πως η εκπαίδευση του προσωπικού πριν την ανάληψη των καθηκόντων θα λειτουργούσε ευεργετικά σε αυτό τον τομέα.

Το στοιχείο της έγκαιρης προσοχής έχει αποδειχτεί ότι είναι για τους ασθενείς ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας. Στο κέντρο, στο στοιχείο αυτό η ανταποκρισιμότητα είναι ικανοποιητική αν λάβει κανείς υπόψη και την ελλιπή

στελέχωσή του. Έτσι, ο χρόνος αναμονής που μεσολαβεί από την υποβολή αίτησης ενός ασθενή μέχρι την ένταξή του σε πρόγραμμα αποκατάστασης συνήθως δεν ξεπερνά τις τρεις εβδομάδες. Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί, ότι σε ένα περιστατικό που χρήζει να ξεκινήσει άμεσα λόγω της φύσης του προβλήματός του, προηγείται σε σχέση με ένα χρόνια περιστατικό. Επίσης, γίνεται προσπάθεια και επιτυγχάνεται στο μεγαλύτερο βαθμό, οι θεραπείες να προγραμματίζονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην μεσολαβούν ανάμεσά τους μεγάλα διαστήματα αναμονής. Αυτό είναι σημαντικό τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς, όσο και για το περιβάλλον τους το οποίο είναι υπεύθυνο για τη μετακίνησή τους, καθώς το σύννηθες είναι λόγω της κατάστασής τους να μην μπορούν να μετακινηθούν μόνοι τους. Η μεγαλύτερη μερίδα των ασθενών που χρειάστηκαν κάτι επείγον εξυπηρετήθηκαν άμεσα. Είναι σαφές, πως αν το κέντρο ενισχυόταν με περισσότερο προσωπικό θα υπήρχε η δυνατότητα για άμεση εξυπηρέτηση περισσότερων ή όλων των ασθενών. Ακόμη, σημαντικό ρόλο παίζει η οργάνωση του χρόνου εργασίας και η ιεράρχηση των αναγκών των ασθενών.

Στο στοιχείο της επιλογής υγειονομικού προσωπικού, η ανταποκρισιμότητα του κέντρου παρουσιάζεται μηδενική. Το κέντρο δεν είναι σε θέση να ανταποκριθεί σε αυτή την προσδοκία ασθενών. Έτσι κανένας ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να επιλέξει το θεραπευτή της προτίμησής του, παρόλο που όλοι θα το επιθυμούσαν. Αναγκάζονται λοιπόν να συμβιβάζονται ακόμη και στην περίπτωση που θεωρούν την εκπαίδευση του θεραπευτή ελλιπή ή ανεπαρκή ώστε να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους. Η ελλιπής στελέχωση του κέντρου άλλωστε είναι προφανής και γίνεται εύκολα αντιληπτή από το σύνολο των ασθενών. Δυστυχώς, ιδιαίτερα σε εποχές οικονομικής δυσπραγίας όπως την περίοδο που διανύουμε, αυτό δεν αναμένεται να αλλάξει σημαντικά. Είναι απαραίτητο όμως, να καλύπτονται οι ζωτικές ελλείψεις σε επιστημονικό προσωπικό, ώστε να μπορεί να λειτουργήσει η διεπιστημονική ομάδα και να καλύπτεται όλο το φάσμα των αναγκών του ασθενή. Αυτό δεν εφαρμόζεται πάντοτε στην πράξη με αποτέλεσμα να υποβαθμίζεται η λειτουργία τέτοιων δομών.

Το κέντρο είναι χτισμένο εκτός πόλης, σε σημείο που δεν καλύπτεται από δρομολόγια των μέσων μαζικής μεταφοράς. Επιπλέον, η πλειοψηφία των ασθενών ακόμη κι αν υπήρχαν δρομολόγια, δεν θα είναι σε θέση να μετακινηθούν με αυτόν τον τρόπο λόγω των κινητικών τους ελλειμμάτων. Ελάχιστοι από τους ασθενείς μπορούν να οδηγήσουν και πολύ μικρός αριθμός μπορεί να μεταφέρεται με το διαμορφωμένο

αυτοκίνητο που διαθέτει το κέντρο για τη μεταφορά ΑΜΕΑ. Με βάση τα παραπάνω, καταλαβαίνουμε πως για μεγάλο ποσοστό των ασθενών η πρόσβαση στο κέντρο δεν είναι εύκολη υπόθεση. Η μετακίνησή τους, προϋποθέτει να δεσμεύεται κάποιον πρόσωπο του περιβάλλοντός τους, παραμελώντας υποχρεωτικά άλλες υποχρεώσεις τους.

Ένας παράγοντας που συνήθως δυσαρεστεί τους ασθενείς/χρήστες των δημόσιων υπηρεσιών υγείας είναι οι απαρχαιωμένες κτιριακές εγκαταστάσεις και η έλλειψη επαρκούς ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Το κέντρο, ως νέα δομή, διαθέτει σύγχρονες κτιριακές εγκαταστάσεις και τελευταίας τεχνολογίας ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Το σύνολο των ασθενών το αναγνωρίζει αυτό και συγκρίνοντάς την υποδομή του κέντρου με τις αντίστοιχες άλλων δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών που έχει χρησιμοποιήσει εντοπίζει αμέσως τη διαφορά. Επίσης, αναγνωρίζει την προσπάθεια που καταβάλλεται ώστε να διατηρείται το κτίριο και ο εξοπλισμός καθαρός. Λόγω των παραπάνω, η παραμονή στο κέντρο καθίσταται ευχάριστη για τους ασθενείς. Έτσι, το κέντρο στο στοιχείο των βασικών παροχών εμφανίζει ικανοποιητική ανταποκρισιμότητα.

Αν εξαιρέσουμε το στοιχείο της επιλογής υγειονομικού προσωπικού, στο οποίο η ανταποκρισιμότητα του κέντρου είναι όπως προαναφέρθηκε μηδενική, στα υπόλοιπα στοιχεία που σχετίζονται με τον προσανατολισμό του χρήστη τα αποτελέσματα της έρευνας είναι ικανοποιητικά.

Συμπερασματικά, η συνολική ανταποκρισιμότητα του κέντρου είναι υψηλή. Στο κέντρο με βάση τις δυνατότητες που διαθέτει σε ανθρώπινο δυναμικό φαίνεται πως γίνεται μια σημαντική προσπάθεια ώστε οι ασθενείς να λαμβάνουν ποιοτικές υπηρεσίες. Φυσικά και υπάρχουν αδυναμίες στην παροχή αυτών των υπηρεσιών, πολλές εκ των οποίων οφείλονται στην ελλιπή εκπαίδευση του προσωπικού. Άλλες πάλι, οφείλονται στην ελλιπή οργάνωση και στελέχωση του κέντρου.

Παρά τις αδυναμίες πάντως, οι ασθενείς αισθάνονται πως το κέντρο ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους και πως οι υπηρεσίες που λαμβάνουν είναι ποιοτικές. Αυτό αποδεικνύεται από την πρόθεσή τους να ξαναεπιλέξουν το κέντρο στο μέλλον εφόσον χρειαστεί και να παροτρύνουν και άλλα άτομα να προτιμήσουν το συγκεκριμένο κέντρο για να λάβουν υπηρεσίες αποκατάστασης. Άρα, το κέντρο αξιολογείται με θετικό πρόσημο από τους ασθενείς που έχουν λάβει υπηρεσίες σε αυτό.

Οι περιορισμοί της έρευνας παρούσας έρευνας είναι προφανείς και σχετίζονται με το μικρό αριθμό του δείγματος, τον περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο, το γεγονός ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα μόνο ΚΕΦΙΑΠ, γεγονός που συνιστά γεωγραφική προκατάληψη και δεν επιτρέπει τη γενίκευση των συμπερασμάτων.

Το σίγουρο είναι πως η πολιτεία πρέπει να στηρίζει τη λειτουργία αυτών των δομών για τις οποίες δαπανήθηκαν σημαντικά ποσά και τις οποίες οι ασθενείς έχουν ανάγκη. Η δυσμενής οικονομική συγκυρία δεν σημαίνει ταυτόχρονη απουσία παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών. Είναι προφανές ότι κάποιες παρεμβάσεις, όπως για παράδειγμα η βελτίωση του περιβάλλοντος μιας δομής συνεπάγεται σημαντικό οικονομικό κόστος, όμως άλλες παρεμβάσεις όπως η εκπαίδευση του προσωπικού ως προς το σεβασμό του ατόμου θα είχαν μικρό κόστος και θα παρείχαν σημαντικά οφέλη.

Η οργανωμένη και αποδοτική λειτουργία των δημόσιων Κέντρων Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης θα πρόσφερε σημαντικά οφέλη τόσο στους πολίτες που έχουν ανάγκη από υπηρεσίες αποκατάστασης όσο και στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Η ποιοτική παροχή υπηρεσιών και κατά συνέπεια η υψηλή ανταποκρισιμότητα αυτών των κέντρων, προϋποθέτει να αντιληφθεί κάποια στιγμή η πολιτεία την αξία της αποκατάστασης και να τη στηρίζει με δράσεις της.

Η ένταξη της αποκατάστασης στον τομέα της υγείας ήταν πράγματι ένα σημαντικό βήμα. Δεν μπορεί όμως από μόνο του να αποδώσει καρπούς. Απαιτείται η λήψη μέτρων όπως τα παρακάτω:

- Στελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας με ειδικούς της ΦΙΑΠ, ώστε να αξιολογούνται τα περιστατικά και η διαδικασία της αποκατάστασης να ξεκινά από το νοσοκομείο
- Παραπομπή των ασθενών που χρήζουν περαιτέρω αντιμετώπισης στα δημόσια Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, άμεσα μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο
- Επαρκής στελέχωση των Κέντρων με τις απαραίτητες ειδικότητες επιστημονικού προσωπικού, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των ασθενών
- Επαρκής χρηματοδότηση και καθιέρωση ενός αξιοπρεπούς νοσηλίου, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες και να διασφαλίζεται η βιωσιμότητα των Κέντρων

- Εκπαίδευση του προσωπικού που προορίζεται να εργαστεί στα κέντρα, πριν την ανάληψη καθηκόντων, αλλά και στην πορεία ανά τακτά διαστήματα ώστε να είναι σε θέση να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες
- Προώθηση συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού ανεξαρτήτως ειδικότητας και ανεξαρτήτου βαθμίδας
- Ευαισθητοποίηση της ιατρικής κοινότητας, που πολλές φορές υποτιμά την έννοια της Φυσικής Ιατρικής και αποκατάστασης και από ολιστική προσέγγιση την περιορίζει... σε φυσικοθεραπεία. Είναι ενδεικτικό ότι, στη χώρα μας οι φοιτητές της Ιατρικής δεν διδάσκονται καν μαθήματα που να αφορούν την αποκατάσταση και την αναπηρία παρότι υπάρχει σχετική κατευθυντήρια οδηγία
- Διαφώτιση του κοινού για την αξία της Φυσικής Ιατρικής και αποκατάστασης. Σήμερα σε πολλές περιπτώσεις, το κοινό την μεταφράζει ως χορήγηση επιδομάτων και φαρμακευτικού υλικού, ενώ σε άλλες περιπτώσεις απλά την αγνοεί
- Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ανά τακτά διαστήματα. Με την αξιολόγηση μιας υπηρεσίας επισημαίνονται τυχόν ελλείψεις ή προβλημάτά της και γίνεται δυνατή η αντιμετώπισή τους. Ακόμα καθίσταται εφικτή η τροποποίηση της λειτουργίας της υπηρεσίας προς την κατεύθυνση της επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων της και η εισαγωγή νέων εφαρμογών και πρακτικών στη λειτουργία της. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η ορθολογική κατανομή των υλικών και ανθρώπινων πόρων.[70]
- Παροχή κινήτρων στο προσωπικό για να προωθήσει και να μην παρακωλύει τις διοικητικές αλλαγές. Η απουσία κινήτρων και υλικής, κυρίως, ανταμοιβής του προσωπικού βάσει του παραγόμενου έργου σε συνδυασμό με τεκμηριωμένους χαμηλούς δείκτες ικανοποίησης από την καθημερινή εργασία τους δικαιολογούν την απουσία υποκίνησης του προσωπικού για ενασχόληση με θέματα που δεν άπτονται των τυπικών αρμοδιοτήτων τους.
[71]

Είναι δεδομένο ότι σε συνθήκες οικονομικής κρίσης όπου ο χώρος της υγείας

και το κράτος πρόνοιας δοκιμάζονται, αυτοί που πρώτα πλήττονται είναι οι πλέον αδύναμοι, τα άτομα με αναπηρία. Η αποκατάσταση κλονίζεται στον πυρήνα της, που είναι το δικαίωμα για ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες αποκατάστασης από όπου οι οικονομικά ασθενέστεροι θα οδηγηθούν σε πλήρη αποκλεισμό. Μπαίνουμε έτσι δε σε ένα φαύλο κύκλο, αφού είναι αποδεδειγμένο ότι η μη πρόσβαση σε υπηρεσίες αποκατάστασης αυξάνει τελικά το κόστος για το άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία.

Σε μια δύσκολη εποχή λοιπόν όπως η σημερινή, η πολιτεία οφείλει να προστατεύσει τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως τα άτομα με αναπηρία. Αν δεν υπάρξει αλλαγή στον τρόπο που αντιμετωπίζεται ως σήμερα ο τομέας της αποκατάστασης, ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού θα καθίσταται ανάπηρο και θα χάνει την ποιότητα της ζωής του, παραμένοντας ανενεργό και περιθωριοποιημένο.

Επιπλέον, το κράτος θα αναγκάζεται να καταβάλλει τεράστια ποσά για αποκατάσταση στο εξωτερικό και σε ιδιωτικούς φορείς και να συντηρεί με επιδόματα και συντάξεις άτομα που αν είχαν λάβει τις απαραίτητες υπηρεσίες θα μπορούσαν να καταστούν κοινωνικά και οικονομικά ενεργά ενώ την ίδια στιγμή, τα δημόσια κέντρα θα απαξιώνονται ολοένα και περισσότερο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τίτλος εργασίας: Υπηρεσίες Αποκατάστασης στην κοινότητα. Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ). Η ανταποκρισιμότητα του ΚΕΦΙΑΠ Κορίνθου

Της: Βενετσάνου Πετρούλας

Υπό την επίβλεψη του: Σουλιώτη Κυριάκου, Επίκουρου Καθηγητή Τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Ημερομηνία: Σεπτέμβριος 2013

Εισαγωγή: Χιλιάδες συμπολίτες μας κάθε χρόνο έχουν ανάγκη υπηρεσιών Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, προκειμένου μέσα από τα κατάλληλα προγράμματα να παραμείνουν ανεξάρτητοι και περισσότερο αποδοτικοί για τις οικογένειές τους και την κοινωνία, βελτιώνοντας ουσιαστικά το επίπεδο της ζωής τους.

Στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες, ιδρύθηκαν κάποια δημόσια κέντρα αποκατάστασης που λόγω οργανωτικών προβλημάτων και ελλιπούς στελέχωσης δεν έχουν καταφέρει ως σήμερα να καλύψουν τις ανάγκες για αποκατάσταση. Έτσι, μεγάλος αριθμός ασθενών αναγκάζεται να καταφύγει σε ιδιωτικά κέντρα ή σε κέντρα αποκατάστασης του εξωτερικού, προκαλώντας οικονομική αιμορραγία στα ασφαλιστικά ταμεία.

Σκοπός: Η διερεύνηση της ανταποκρισιμότητας ενός δημόσιου Κέντρου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης. (ΚΕΦΙΑΠ Κορίνθου)

Υλικό- Μέθοδος: Η έρευνα διεξήχθη το Μάρτιο του 2013 σε δείγμα 10 ασθενών του κέντρου μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος αποκατάστασης. Χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου προκειμένου να διερευνηθεί η αντίληψη των χρηστών των υπηρεσιών αποκατάστασης και εκτιμήθηκαν τα επιμέρους στοιχεία που συνθέτουν την ανταποκρισιμότητα.

Αποτελέσματα: Η ανταποκρισιμότητα του κέντρου είναι υψηλή, τόσο στα στοιχεία που σχετίζονται με το σεβασμό του ατόμου, όσο και σε αυτά που αφορούν τον προσανατολισμό του χρήστη μέσα στο σύστημα. Εξαίρεση αποτελεί το στοιχείο της επιλογής υγειονομικού προσωπικού.

Συμπεράσματα: Με κατάλληλες παρεμβάσεις της πολιτείας, μπορούν να αντιμετωπιστούν οι εμφανιζόμενες αδυναμίες, η ανταποκρισιμότητα του κέντρου να γίνει υψηλότερη και οι προσδοκίες των ασθενών να καλύπτονται αποτελεσματικότερα.

Λέξεις -κλειδιά

Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση, Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ανταποκρισιμότητα.

ABSTRACT

Thesis Title: Rehabilitation Services in the community. Centers for Physical Medicine and Rehabilitation (KEFIAP). The responsiveness of KEFIAP of Korinthos.

By: Venetsanou Petroula

Supervised by: Souliotis Kyriakos, Assistant Professor of Health Policy, Faculty of Social Sciences, University of Peloponnese

Date: September 2013

Introduction: Each year thousands of people are in need of Physical Medicine and Rehabilitation services, in order to remain independent and become more efficient for their families and society, thus substantially improving their well being with the aid of personalised programs.

During the last decades in Greece, several public rehabilitation centers are founded but due to organizational and understaffing problems, they have failed to fulfill their rehabilitation purposes. Subsequently, a large number of patients are forced to resort to private centers (local or abroad), causing economic suffocation to the National Insurance System.

Thesis Purpose: To investigate the responsiveness of the public Center for Physical Medicine and Rehabilitation in Korinthos.

Material and Methods: The survey was conducted in March 2013 on a sample of 10 center patients after the completion of their rehabilitation programs. A structured close-type questionnaire was used in order to investigate the patients' perception of rehabilitation services provided and to evaluate the individual components that compose the responsiveness of the centre.

Results: Center responsiveness is high, as far as the patients' respect is concerned, along with those related to the patients' orientation within the system. On the contrary, the health personnel is poor.

Conclusions: With appropriate public interventions, the weaknesses displayed can be overcome, thus increasing the center's responsiveness even more and covering patients' expectations more effectively.

Keywords

Physical Medicine and Rehabilitation, Centers for Physical Medicine and Rehabilitation, responsiveness.

ΠΗΓΕΣ -ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μιχαήλ Ξανθή, «*Η καθηγήτρια ΑΤΕΙ Δρ. Ξανθή Μιχαήλ, Φυσίατρος, πρόεδρος Ελληνικής & Ευρωπαϊκής Εταιρείας ΦΙΑπ για την Αποκατάσταση*», Διαθέσιμο από: <http://www.medreha.com>, (Πρόσβαση στις 2/03/2013)
2. Γαλάτα Α., Ραπίδη Χ., Πετροπούλου Κ., (2008): «*Νοσοκομειακή και μετανοσοκομειακή Αποκατάσταση σε ασθενείς με τραυματική βλάβη εγκεφάλου και νοτιαίου μυελού*», Β΄ Κλινική Αποκατάστασης, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, ΕΙΑΑ
3. Τομέας Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ειδικών Ιατρών (UEMS) - Ευρωπαϊκή Επιτροπή Εκπαίδευσης στη Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση και Ευρωπαϊκή Ακαδημία Ιατρικής Αποκατάστασης, (2006): «*Λευκή Βίβλος της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης στην Ευρώπη*»
4. Δημητρακόπουλος Σ, «*Η ειδικότητα ΦΙΑΠ*», Διαθέσιμο από: <http://www.iatriki-apokatastasi.gr/index.php?/arthra/fysikh-iatrikh-apokatastash.php>, (Πρόσβαση στις 12/03/2013)
5. Braddom L. Randall, (1996): “*Physical Medicine and Rehabilitation*” - 4th edition, El Sevier Saunders, Philadelphia
6. Πετροπούλου Κ. , (2006): «*Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση μια Ιατρική ειδικότητα που ενδιαφέρει άμεσα τους Έλληνες με αναπηρίες*», <http://www.disabled.gr/lib/?p=7043>, (πρόσβαση στις 15/03/2013)
7. Melin R. Fugl- Meyer AR, ‘*On prediction of vocational rehabilitation out-come at a Swedish employability institute*’, J Rehabil Med 2003, 35:284-289
8. www.anaviosi.gr, (Πρόσβαση στις 18/01/2013)
9. «*Ο ρόλος της Ομάδας αποκατάστασης*», Ελληνικός Σύλλογος για την αφασία, Διαθέσιμο από: <http://www.aphasia.gr/uploads/5/3/9/5/5395789/tetraptyho.pdf>, (Πρόσβαση στις 28/03/2013)
10. www.eiaa.gr,(Πρόσβαση στις 15-02-13)

11. Θέσεις ΕΛΕΡΓΑ για την αποκατάσταση βαρέως πασχόντων ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία, Διαθέσιμο από: <http://www.elerga.com/?p=746>, (Πρόσβαση στις 26/04/13)
12. www.kat.gr , (Πρόσβαση στις 26/02/2013)
13. ΥΥΚΑ, (2012): « Το Νέο Σύστημα Ταξινόμησης και Αξιολόγησης της Αναπηρίας», <http://www.moh.gov.gr/articles/social-solidarity/domes-kai-draseis-koinwnikhs-allhleggyhs/atoma-me-anaphries/>, (Πρόσβαση στις 20/03/2013)
14. Τζάρα Μ., «Λειτουργική Αξιολόγηση ελλειμμάτων και αναπηριών-Λειτουργικές κλίμακες-ICF- Κάρτα λειτουργικότητας», <http://www.pasipka.gr/frontoffice/popup.asp?cpage=USERTEXT&cresrc=316&cnode=50>, (Πρόσβαση στις 22/03/2013)
15. Γεωργόπουλος Χρήστος, (2001): «Αναπηρία: το ζήτημα είναι κοινωνικό και πολιτικό», Ελευθεροτυπία 24-06-2001
16. Πρότυποι κανόνες του ΟΗΕ, Διαθέσιμο από: <http://www.pasipka.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=NODE&cnode=10>, (Πρόσβαση στις 14/04/2013)
17. ΥΥΚΑ, (2012): «Περίθαλψη και αποκατάσταση: τι κάνει ο ΠΟΥ», <http://www.moh.gov.gr> <http://www.moh.gov.gr/articles/social-solidarity/domes-kai-draseis-koinwnikhs-allhleggyhs/atoma-me-anaphries/>, (Πρόσβαση στις 20/03/2013)
18. Σιούτης Ι., Μιχαήλ Ξ, Λαγόγιαννης Ν., (2007): «Η αναγκαιότητα του συντονισμού όλων των φορέων στον τομέα της αποκατάστασης των χρονίως πασχόντων», Ιατρικό Βήμα, Τεύχος Ιουλίου - Αυγούστου - Σεπτεμβρίου 2007, σ.56-60
19. Διονυσιώτης Ι., (2011): « Μετά τη νοσοκομειακή Αποκατάσταση, τι... Μετανοσοκομειακές Δομές Αποκατάστασης», Διαθέσιμο από: <http://www.medreha.com/2011/01/metanosokomeiakes-domes-dimosias-ap/>, (Πρόσβαση στις 28/01/2013)

20. Πανοπούλου Ν., (2006): «Κέντρα Αποκατάστασης Αναπήρων», Εφημερίδα Ριζοσπάστης
21. Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης Μ., (2007): « Γιατί πάλι στο εξωτερικό και όχι στην Ελλάδα; Ανύπαρκτα τα κέντρα αποκατάστασης», Διαθέσιμο από: <http://www.patris.gr>, (Πρόσβαση στις 04/03/2013) [21]
22. Τσουλέα Ρ., (2004): « Χάνονται ζωές στον «Γολγοθά' για αποκατάσταση», Εφημερίδα Τα ΝΕΑ , 27-09-2004
23. Νέτα Σ., (2007): « Σημαντικές ελλείψεις του ΕΣΥ στην αποκατάσταση ασθενών», Διαθέσιμο από: <http://www.iatronet.gr> , (Πρόσβαση στις 09/04/2013)
24. Ανανίδης Νίκος,(2011): «Η δημιουργία και λειτουργία κέντρων αποκατάστασης ως αναγκαία προϋπόθεση για την εξασφάλιση της αυτονομίας και της ανάδειξης των δυνατοτήτων των πολιτών με αναπηρία», Διαθέσιμο από: <http://www.pasipka.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=RESOURCE&cresrc=417&cnode=55>, (Πρόσβαση στις 20/01/2013)
25. Μιχαήλ Ξ., Χατζηχρήστος Γ., (2011): «Αρχές και μέθοδοι οργάνωσης Κέντρου Αποκατάστασης στην Ελλάδα», Διαθέσιμο από: http://www.iatrikionline.gr/IB_106/18%20EIDIKO%20AR8RO%20organ.pdf, (Πρόσβαση στις 09/02/2013)
26. Εφημερίς Της Κυβερνήσεως Της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 4025/2011, «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις»
27. Murray CJL., Frenk J., (1999): “A WHO framework for health system performance assessment”, GPE Discussion Paper Series: No. 6. EIP/GPE/FAR, World Health Organization, Geneva
28. Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης: «Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας – Τομέας οικονομικών της υγείας, Διαθέσιμο από:

http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/General%20info.pdf,

(Πρόσβαση στις 27/01/13)

29. Valentine N., De Silva A., Kawabata K., Darby C., Murray C., Evans D., (2003):
“*Health System Responsiveness: concepts, domains and operationalization*”,
Health Systems Performance Assessment
30. Λιονής Χ., Γεωργιάνος Ν., Σπανουδάκη Ε., και Ιατράκη Ε., (2011): «*Η συνάντηση ιατρού – ασθενή: Το λειτουργικό πλαίσιο και οι δεξιότητες επικοινωνίας*» στο Λιονής Χ., «*Σχέση ιατρού – ασθενούς: Οδηγίες για μια αποτελεσματική επικοινωνία*»
31. Έκθεση: «*Συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς*», Διαθέσιμο από:
http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/informed_consent_report_gr.pdf,
(Πρόσβαση στις 09/04/13)
32. Κασκανάκου Β., : «*Ιατρική ενημέρωση, όλα όσα πρέπει να γνωρίζουν ο γιατρός και ο ασθενής*», (Πρόσβαση στις 20/04/13)
33. Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, (μετάφραση - επιμέλεια Γ. Δημολιάτης), (2002):
«*Υγεία για όλους τον 21^ο αιώνα*», Τυπωθήτω/Δαρδανός,
34. Βούλτσος Π., Χατζητόλιος Α., (2006): «*Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας*», Ιατρικό Βήμα, Τεύχος Απριλίου – Μαΐου 2006
35. Εφημερίς Της Κυβερνήσεως Της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 3418/2005,
«*Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας*»
36. Βούλτσος Π., Τσούγκας Μ., (2007): «*Ο αυτοκαθορισμός του αρρώστου και ο ιατρικός πατερναλισμός στη σύγχρονη ιατρική*», Ιατρικό Βήμα, Τεύχος Οκτωβρίου – Νοεμβρίου 2007
37. Δανηλίδου Α., (2009): «*Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα*», Διδακτορική διατριβή»

<http://phdtheses.ekt.gr/eadd/handle/10442/27241>

38. Μεράκου Κ., Δάλλα Α., Θεοδορίδης Δ., (Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1999), «*Ιατρικό απόρρητο. Οι 'κατά συνθήκη' παραβιάσεις*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 16(5):504-510
39. Τσαντίλας Π., (2008): «*Ευρωπαϊκό και Εθνικό Δίκαιο της Υγείας*», Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα 2008
40. Κορσάνου Α., Δουζένης Α., Λύκουρας Λ., (2010): «*Το ιατρικό απόρρητο στην άσκηση της Ιατρικής με έμφαση στην άσκηση Ψυχιατρικής*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27(4):686-690
41. Παπαγιάννης Α., (2010): «*Μιλώντας με τον άρρωστο: βασικές αρχές της κλινικής επικοινωνίας και αναγγελία της δυσάρεστης είδηση*», Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος 2010, Τόμος 6, Συμπληρωματικό τεύχος
42. Καραμανίδου Χ., (2008): «*Επικοινωνία ιατρού και ασθενούς*», Διαθέσιμο από: http://www.klinikiagiosloukas.gr/articles_det.asp?article_id=134, (Πρόσβαση στις 20/02/2013)
43. Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., (2000): «*Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Γενική Ιατρική: η ασφαλιστική δικλείδα για την υψηλή ποιότητα στη φροντίδα υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*», Τόμος 12, σ. 167-168
44. Παναγοπούλου Ε., Μπένος Α., (2004): «*Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση. Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια;*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2004, 21(4):385–390
45. Χαραλάμπους Π., Κλεισιάρης Χ., Αγά Γ., «*Ενημέρωση των ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, Διαθέσιμο από: http://e-jst.teiath.gr/issue_7_2008/charalambous_7.pdf, (Πρόσβαση στις 02/05/2013)

46. Οικονόμου Χ.,(2012): « Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα – Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών εξελίξεων, ΙΝΕ ΓΣΕΕ
47. Δανηλίδου Ν., « Η χρόνια ασθένεια και οι διαδικασίες προσαρμογής», Διαθέσιμο από: <http://www.daniilidou.gr/?p=563>, (Πρόσβαση στις 04/05/2013)
48. Γιαβασόπουλος Ε., Γούρνη Π., (2008): «Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες», Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 7ος, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος – Μάρτιος 2008
49. Μπέλλου-Μυλωνά Π., Γερογιάννη Γ., (2010): « Η συμβολή της οικογένειας στη φροντίδα του αρρώστου στο νοσοκομείο», Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9ος, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος - Μάρτιος 2010
50. Χαρακλιάς Ε., « Κανόνες και αρχές σχεδίασης και κατασκευής νοσοκομείων», http://www.eede.gr/pdf/idippy_110510_xarakliias.pdf
51. Σπύρου Σ., (2009): «Ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες σίτισης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων», Πτυχιακή μελέτη, Διαθέσιμο από:
<http://estia.hua.gr:8080/dspace/bitstream/123456789/993/1/ss-20545.pdf>,
(Πρόσβαση στις 14/05/2013)
52. Κωσταγιόλας Π. Α., Πλατής Χ., Ζήμερας Στ., (2006): «Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(6): 603-614
53. Parasuraman A., Zeithami VA., Berry LL, (1985): ‘A conceptual model of service quality and its implications for future research’, Journal of Marketing , 49: 41-50

54. Μινάκη Π., Σαμόλη Ε., Θεοδώρου Μ., (2013): «*Παράπονα ασθενών σε τρία νοσοκομεία στην Ελλάδα. Ποιος ενδιαφέρεται γι' αυτά;*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2013, 30(1):67-78
55. Παπακωστίδη Α., Τσουκαλάς Ν., (2012): «*Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29(4):480-488
56. Τσιριντάνη Μ., Γιοβάνης Α., Μπινιώρης Σ., Γούλα Α., (2010): «*Μια νέα προσέγγιση στην μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών*», Νοσηλευτική 2010, 49(1): 40–52
57. Τζανετάκη Θ.,(2006): «*Ποιότητα υπηρεσιών υγείας*», Διπλωματική εργασία, Διαθέσιμο από:
<http://digilib.lib.unipi.gr/dspace/bitstream/unipi/1233/1/Tzanetaki.pdf>,
(Πρόσβαση στις 17/04/2013)
58. Μάρκοβιτς Δ., Μοναστηρίδου Σ., «*Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία*», Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4(1):51-56
59. Αρσενοπούλου Ι., (2010): «*Τα δικαιώματα των πολιτών και των ασθενών στα συστήματα υγείας*» στο: Κοντιάδης Ξ./Σουλιώτης Κ.(επιμ.), (2010): «*Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας*», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
60. Χρυσοσπάθη Σ., Παπαθανάσογλου Ε., (2009): «*Η Διαχρονική Εξέλιξη της Νομοθετικής Κατοχύρωσης των Δικαιωμάτων των Ασθενών*», Νοσηλευτική 2009, 48(3): 284–291
61. Πανάγου Α., (2006): «*Οι αρμοδιότητες του Συνηγόρου της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης*», Ιατρικό Βήμα, Τεύχος Νοεμβρίου-Δεκεμβρίου- Ιανουαρίου 2006
62. Αρσενοπούλου Ι., (2006): «*Ηθικές και νομικές παράμετροι της υγείας: η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών*» στο Σουλιώτης Κ. (επιμ.), (2006): «*Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

63. Mossialos E., (1997): “ *Citizens’ views on health care systems in the 15 member states of the European Union*”, Health Economics, vol. 6: 109–116
64. Σουλιώτης Κ., Παπανικολάου Β., Κυριόπουλος Γ., (2001): «*Κριτική ανασκόπηση των ερευνών ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα. Θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο*», Νοσοκομειακά Χρονικά, 63: 253-260
65. Σουλιώτης Κ., Δολγέρας Α., Κοντός Δ., Οικονόμου Χ., (2002): «*Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών*», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τομ. 14, τχ. 3, σ. 114-118
66. Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ., Χουλιάρα Λ., (2003): «*Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2003, 20(5): 497-503
67. Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ., (2008): «*Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008, 25(1): 73-82
68. Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, (2010): «*Αποτελέσματα έρευνας ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΝΝΑ*», Πολεμικό Ναυτικό, Γενικό Επιτελείο Ναυτικού, Διεύθυνση Υγειονομικού, Ενημερωτικό Δελτίο, Αθήνα
69. Ψαθάς Δ., (2009): «*Κοινωνική επανένταξη, υποστήριξη ατόμων με ειδικές ανάγκες*», Διαθέσιμο από:
<http://www.inarcadia.gr/news/arthra/ekpaid/koinepan-amea1.pdf>, (Πρόσβαση στις 18/02/13)
70. Τούντας Γ., Οικονόμου Ν., (2007): «*Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(1):7–21
71. Μιχαηλίδου Λ., «*Η περίπτωση της συμμετοχής των χρηστών υπηρεσιών υγείας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία: πως επιτυγχάνεται η άρση των εμποδίων του δημόσιου τομέα*», Διοικητική Ενημέρωση

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΘΕΜΑ: Η ανταποκρισιμότητα του ΚΕΦΙΑΠ Κορίνθου

A) Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Ηλικιακή ομάδα

- Κάτω των 18
- 18-35
- 36-50
- 51-65
- 66-80

3. Οικογενειακή κατάσταση

- Έγγαμος
- Άγαμος

4. Επίπεδο εκπαίδευσης

- Απόφοιτος υποχρεωτικής εκπαίδευσης
- Απόφοιτος Λυκείου
- Απόφοιτος Πανεπιστημίου ή ΤΕΙ
- Απόφοιτος μεταπτυχιακών ή διδακτορικών σπουδών.

5. Κατοικείτε σε αστική ή αγροτική περιοχή;

- Σε αστική
- Σε αγροτική

6. Εργάζεστε;

- Ναι
- Όχι
- Έχω συνταξιοδοτηθεί

7. Το συνολικό μηνιαίο εισόδημά σας κυμαίνεται:

- Από 0 μέχρι 600 ευρώ
- Από 601 - 800 ευρώ
- Από 801 -1000 ευρώ
- Από 1001-1200 ευρώ
- Από 1200 ευρώ και άνω

B) Επιμέρους στοιχεία που συνθέτουν την ανταποκρισιμότητα και σχετίζονται με το σεβασμό του ατόμου

8. Το προσωπικό του κέντρου (επιστημονικό, βοηθητικό, διοικητικό), με αντιμετωπίζει με σεβασμό και διακριτικότητα

- Πάντα
- Συνήθως
- Κάποιες φορές
- Ποτέ

9. Το προσωπικό του κέντρου διασφαλίζει την ιδιωτικότητά μου κατά τη διάρκεια της εξέτασης και της θεραπείας

- Πάντα
- Συνήθως
- Κάποιες φορές
- Ποτέ

10. Το προσωπικό του κέντρου απαντά με προθυμία στις ερωτήσεις μου

- Πάντα
- Συνήθως
- Κάποιες φορές
- Ποτέ

11. Το προσωπικό του κέντρου αντιμετωπίζει το πρόβλημά μου με ενδιαφέρον

- Πάντα
- Συνήθως
- Κάποιες φορές
- Ποτέ

12. Το προσωπικό του κέντρου δεν παραλείπει να με ενημερώνει για οτιδήποτε αφορά τη θεραπεία μου

- Πάντα
- Συνήθως
- Κάποιες φορές
- Ποτέ

13. Το προσωπικό του κέντρου αφού με ενημερώνει ζητά τη συγκατάθεσή μου για οτιδήποτε αφορά τη θεραπεία μου

- Πάντα
- Συνήθως
- Κάποιες φορές
- Ποτέ

14. Η διεπιστημονική ομάδα αναφέρεται σε πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας μου, μόνο όταν βρισκόμαστε σε ασφαλή χώρο και εφόσον δεν παρίστανται τρίτοι που δεν σχετίζονται με τη θεραπεία μου

- Πάντα
- Συνήθως
- Κάποιες φορές
- Ποτέ

15. Το προσωπικό του κέντρου σέβεται την αντίθεσή μου σε προτεινόμενες θεραπείες και μου προτείνει εναλλακτικές

- Πάντα
- Συνήθως
- Κάποιες φορές
- Ποτέ

16. Η διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης μου εμπνέει εμπιστοσύνη ως προς την τήρηση του ιατρικού απορρήτου

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ

17. Η διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης ζητά τη συγκατάθεσή μου προκειμένου να ενημερώσει το οικογενειακό μου περιβάλλον για την κατάσταση μου

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ

18. Η διαδικασία της αξιολόγησης από τον ιατρό Αποκατάστασης του κέντρου με βοήθησε να εκφράσω τις ανάγκες μου και να θέσω ρεαλιστικούς στόχους

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ

19. Η διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης απαντά στις απορίες μου με απλό και κατανοητό τρόπο, μέχρι να καταλάβω

- Πάντα
- Συνήθως
- Κάποιες φορές
- Ποτέ

20. Η διεπιστημονική ομάδα μου δημιουργεί προσδοκίες για εφικτά και ρεαλιστικά αποτελέσματα

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ

Γ) Επιμέρους στοιχεία που συνθέτουν την ανταποκρισιμότητα και σχετίζονται με τον προσανατολισμό του χρήστη μέσα σε αυτό

21. Πόσο χρονικό διάστημα μεσολάβησε από την υποβολή της αίτησής σας μέχρι την ένταξή σας σε πρόγραμμα αποκατάστασης;

- Μία έως τρεις εβδομάδες
- Ένα μήνα
- Περισσότερο από μήνα

22. Με τον τρόπο που προγραμματίζονται οι θεραπείες εξυπηρετούμαι πάντοτε χωρίς να χρειάζεται να περιμένω

- Πάντα
- Συνήθως
- Κάποιες φορές
- Ποτέ

23. Η διεπιστημονική ομάδα γνωρίζω ότι θα είναι στη διάθεση μου αν χρειαστώ κάτι επείγον

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ

24. Σε περιπτώσεις που χρειάστηκα κάτι επείγον εξυπηρετήθηκα άμεσα

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ

25. Η στελέχωση του κέντρου θεωρώ ότι είναι αριθμητικά:

- Επαρκής
- Ανεπαρκής

26. Οι εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο κέντρο είναι :

- Επαρκής
- Ανεπαρκής

27. Στο κέντρο υπάρχει δυνατότητα να επιλέξω τον θεραπευτή της προτίμησής

- Ναι
- Όχι

28. Θα ήθελα να υπήρχε δυνατότητα επιλογής του θεραπευτή της προτίμησής μου

- Ναι
- Όχι

29. Η μετάβασή μου στο κέντρο είναι:

- Εύκολη
- Δύσκολη

30. Οι κτιριακές εγκαταστάσεις του κέντρου είναι

- Σύγχρονες
- Απαρχαιωμένες

31. Ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός του κέντρου είναι

- Σύγχρονος
- Απαρχαιωμένος

32.. Οι χώροι του κέντρου είναι καθαροί

- Πάντα
- Συνήθως
- Κάποιες φορές
- Ποτέ

33. Το προσωπικό είναι τακτικό στις διαδικασίες καθαρισμού του εξοπλισμού

- Πάντα
- Συνήθως
- Κάποιες φορές
- Ποτέ

34. Το περιβάλλον του κέντρου καθιστά την παραμονή μου ευχάριστη

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ

Δ) Γενική αξιολόγηση για την ανταποκρισιμότητα του κέντρου

35. Οι υπηρεσίες που παρέχονται στο κέντρο ανταποκρίνονται στις προσδοκίες μου

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος

37. Η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει το κέντρο είναι

- Υψηλή
- Μέτρια
- Χαμηλή

36. Αν χρειαστώ στο μέλλον υπηρεσίες αποκατάστασης θα προτιμήσω να τις λάβω στο συγκεκριμένο κέντρο

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ

37. Θα παρότρυνα και σε άλλα άτομα που χρήζουν υπηρεσιών αποκατάστασης να προτιμήσουν το συγκεκριμένο κέντρο

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ