



# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Φροντίδα υγείας με επίκεντρο την κοινωνία και τον ίδιο τον πολίτη - Προτάσεις και ηθικές προεκτάσεις**

**Αστρινάκη Ειρήνη**

**Ειδικότητα: Διοίκηση Επιχειρήσεων και Οργανισμών**

Επιβλέποντες:

- 1.Γρηγόριος Τσουκαλάς**, Επίκουρος Καθηγητής Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης
- 2.Εμμανουήλ Συμβουλάκης**, Αναπληρωτής Καθηγητής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης
- 3.Ευάγγελος Κριτσωτάκης**, Αναπληρωτής Καθηγητής Βιοστατιστικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης

Συμβουλευτική Επιτροπή:

- 1.Λαίος Κωνσταντίνος**, Δρ.-Δρ. Ακαδημαϊκός Υπότροφος Πανεπιστημίου Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής και Ιατρικής Ηθικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- 2.Μουρέλου Ευαγγελία**, Φιλολόγος, Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών στην Εκπαίδευση Ενηλίκων. Εξειδίκευση στην Εκπαίδευση σε Περιβάλλοντα με Άτομα με Ειδικές Ανάγκες

Ηράκλειο, [Μάιος 2024]

© 2024

Αστρινάκη Ειρήνη

**ALL RIGHTS RESERVED**

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Επίκουρο Καθηγητή Ιστορίας της Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης κ. Γρηγόριο Τσουκαλά για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή του καθ' όλο το διάστημα των σπουδών μου. Τις ευχαριστίες μου και για τους δύο συνεπιβλέποντες καθηγητές, τον κ. Εμμανουήλ Συμβουλάκη, Αναπληρωτή Καθηγητή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης και τον κ. Ευάγγελο Κριτσωτάκη, Αναπληρωτή Καθηγητή Βιοστατιστικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Δρ.-Δρ. Ακαδημαϊκό Υπότροφο Εργαστηρίου Ιστορίας της Ιατρικής και Ιατρικής Ηθικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Λάιο και τη Φιλόλογο, Κάτοχο Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών στην Εκπαίδευση Ενηλίκων με εξειδίκευση στην Εκπαίδευση σε Άτομα με Ειδικές Ανάγκες κα. Μουρέλλου για την υποστήριξη και την καθοδήγηση κατά τη διάρκεια συγγραφής της παρούσας εργασίας.

Ακόμα θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την υπομονή και την κατανόηση της για όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

## Περιεχόμενα

|   |           |
|---|-----------|
| <i>Περιεχόμενα</i> .....  | <i>iv</i> |
| <i>Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας</i> .....  | <i>1</i>  |
| <i>Abstract</i> .....   | <i>3</i>  |
| <i>Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή</i> .....   | <i>6</i>  |
| <i>Κεφάλαιο 2. Θεωρητική προσέγγιση του θέματος</i> .....                                   | <i>8</i>  |
| 2.1 Ορόσημα στην εξέλιξη της φροντίδα υγείας με επίκεντρο την κοινωνία και τον πολίτη ..... | 8         |
| 2.1.1 Η Έκθεση Dawson, Ηνωμένο Βασίλειο, 1920.....  | 13        |
| 2.1.2 Η φροντίδα υγείας με επίκεντρο την κοινωνία και τον πολίτη, δεκαετία 1940 .....       | 14        |
| 2.1.3 Η πυραμίδα των υπηρεσιών υγείας, δεκαετία 1960 .....                                  | 15        |
| 2.1.4 Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα δεκαετία 1970 .....  | 18        |
| 2.1.5 Η φροντίδα υγείας με επίκεντρο την οικογένεια απαρχές 21 <sup>ου</sup> αιώνα.....     | 20        |
| 2.1.5.1 Διακήρυξη της Αστάνα .....  | 23        |
| <i>Κεφάλαιο 3. Μέθοδος έρευνας</i> .....  | <i>24</i> |
| 3.1 Περιγραφή στρατηγικής αναζήτησης .....  | 24        |
| 3.2 Κριτήρια εισόδου-αποκλεισμού μελετών .....  | 25        |
| <i>Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα έρευνας</i> .....   | <i>25</i> |
| <i>Κεφάλαιο 5. Συζήτηση αποτελεσμάτων</i> .....   | <i>36</i> |
| <i>Κεφάλαιο 6. Επίλογος</i> .....   | <i>59</i> |
| <i>Βιβλιογραφία</i> .....   | <i>62</i> |

## Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Φροντίδα υγείας με επίκεντρο την κοινωνία και τον ίδιο τον πολίτη.

Προτάσεις και ηθικές προεκτάσεις.

Της: Αστρινάκη Ειρήνης

Υπό τη επίβλεψη των:

1. Γρηγόριος Τσουκαλάς, Επίκουρος Καθηγητής Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης.
2. Εμμανουήλ Συμβουλάκης, Αναπληρωτής Καθηγητής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης.
3. Ευάγγελος Κριτσωτάκης, Αναπληρωτής Καθηγητής Βιοστατιστικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης.

Συμβουλευτική Επιτροπή:

1. Λάιος Κωνσταντίνος, Δρ.-Δρ. Ακαδημαϊκός Υπότροφος Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής και Ιατρικής Ηθικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
2. Μουρέλλου Ευαγγελία, Φιλολόγος, Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών στην Εκπαίδευση Ενηλίκων. Εξειδίκευση στην Εκπαίδευση σε Περιβάλλοντα με Άτομα με Ειδικές Ανάγκες

Ημερομηνία: Μάιος 2024

Η παρούσα μελέτη ασχολήθηκε με το θέμα της φροντίδας υγείας με επίκεντρο την κοινωνία και τον ίδιο τον πολίτη, ενώ έγιναν προτάσεις και ηθικές προεκτάσεις σε σχέση με το θέμα. Πιο αναλυτικά η εργασία ολοκληρώθηκε μέσα από τέσσερα κεφάλαια όπου προσεγγίστηκε αναλυτικά το υπό μελέτη θέμα κάνοντας αρχικά αναφορά στην εξέλιξη της φροντίδας υγείας με επίκεντρο την κοινωνία και τον πολίτη. Καταγράφηκαν στοιχεία σχετικά με την πυραμίδα των υπηρεσιών υγείας, τη διακήρυξη της Άλμα-Άτα , τη φροντίδα υγείας με εστίαση στην οικογένεια του 21<sup>ου</sup> αιώνα αλλά και την διακήρυξη της Αστάνα.

Όπως προέκυψε, τα συστήματα υγείας δεν είναι μόνο τεχνικοί, βιοϊατρικοί οργανισμοί αλλά και κοινωνικοπολιτικοί θεσμοί με στόχους την οικονομική προστασία, τη δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών και των πόρων και την ουσιαστική ένταξη των πολιτών στο σύστημα, και ως εκ τούτου οι ασθενείς πρέπει να γίνονται σεβαστοί ως άτομα και ως συλλογικότητες εντός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Η μεθοδολογία που υιοθέτησε η παρούσα έρευνα είναι αυτή της συστηματικής βιβλιογραφικής αναζήτησης. Η αναζήτηση των μελετών έγινε σε ψηφιακές βάσεις δεδομένων με τη χρήση των κατάλληλων και σχετικών με το θέμα λέξεων κλειδιά ως όρους. Προκειμένου να ολοκληρωθούν οι στόχοι στόχων της έρευνας ολοκληρώθηκε πρώτα η αναζήτηση επιστημονικών άρθρων και ανασκοπήσεων που συσχετιζόνταν με το θέμα. Πιο συγκεκριμένα διεξήχθη συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την εύρεση της κατάλληλης βιβλιογραφίας και στην Ελληνική και στην Αγγλική γλώσσα ήταν: healthcare, φροντίδα υγείας, citizens' health, υγεία πολιτών, social health, κοινωνία και health benefits, παροχές υγείας, με όλους τους πιθανούς συνδυασμούς.

Αναφορικά με το δείγμα συνολικά επιλέχθηκαν μέσα από αναλυτική διαδικασία για τη μελέτη της πτυχιακής εργασίας 23 άρθρα.

Συμπερασματικά προέκυψε ότι η τεχνολογία μπορεί να παρέχει μία περισσότερο εξατομικευμένη, κοινωνική και ηθική δυνατότητα φροντίδα υγείας, ενδυναμώνοντας τους χρήστες ώστε να ελέγχουν τις πληροφορίες για την υγεία τους. Οι διαδικασίες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη και χρήση αποδεικτικών στοιχείων πρέπει να είναι διαφανείς σε όλους τους ενδιαφερόμενους. Είναι σημαντικό να υπάρχει δέσμευση σε κοινές αρχές και αξίες στην υγεία για όλους. Τέλος, η χρήση της τεχνητής νοημοσύνης στις εφαρμογές υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αυξήσει την ανθρώπινη λήψη αποφάσεων αυτοματοποιώντας και επιταχύνοντας εργασίες που προηγουμένως απαιτούσαν μεγάλη εργασιακή προσπάθεια.

**Λέξεις κλειδιά:** τεχνητή νοημοσύνη, υγειονομική περίθαλψη, ψηφιακά εργαλεία, πρότυπα υγείας.

## **Abstract**

Title: Health care centered on society and the citizen himself. Propositions and moral implications.

By: Astrinaki Eirini

### **Supervisors:**

1. Grigorios Tsoukalas, Assistant Professor of History of Medicine, School of Medicine, University of Crete
2. Emmanuel Symvoulakis, Associate Professor of Primary Health Care, School of Medicine, University of Crete.
3. Evangelos Kritsotakis, Associate Professor of Biostatistics, School of Medicine, University of Crete

### **Advisory board:**

4. Laios Konstantinos
5. Mourellou Evangelia

Date: May 2024

The present study dealt with the issue of health care with a focus on society and the citizen himself, while proposals and ethical implications were made in relation to the issue. In more detail, the work was completed through four chapters where the subject under study was approached in detail, initially referring to the evolution of health care with a focus on society and the citizen. Information was recorded on the health care pyramid, the Alma-Ata declaration, 21st century family-centred health care and the Astana declaration.

As it turned out, health systems are not only technical, biomedical organizations but also socio-political institutions with the goals of economic protection, fair distribution of services and resources and meaningful inclusion of citizens in the system, and therefore patients must be respected as individuals and as collectives within the health care system. The methodology adopted by this research is that of a systematic literature review. Studies were searched in digital databases using appropriate and relevant keywords as terms. In order to complete the objectives of the research, a search for scientific articles and reviews related to the topic was first completed. More specifically, a systematic literature review was conducted in the electronic databases PubMed and Google Scholar. The keywords used to find the appropriate bibliography in both Greek and English were: healthcare, citizens' health, social health, society and health benefits, with all possible combinations. Regarding the sample, a total of 23 articles were selected through an analytical process for the study of the thesis.

It concluded that technology can provide more personalized, social and ethical health care and empower people to control their health information. The processes involved in the development and use of evidence must be transparent to all stakeholders. It is important to have a commitment to shared principles and values in health for all. Finally,



the use of artificial intelligence in healthcare applications can augment human decision-making by automating and speeding up tasks that previously required a lot of labor effort.

**Keywords:** artificial intelligence, healthcare, digital tools, health standards.

## Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

Τις τελευταίες δυο δεκαετίες, η προσπάθεια για εξατομίκευση των υπηρεσιών υγείας, έφερε επανάσταση στην υγειονομική περίθαλψη, προσαρμόζοντας τις θεραπείες, τη διάγνωση και τη πρόληψη στις ανάγκες των πολιτών (Beciaetal.,2023).

Σύμφωνα με τους Beres et al.(2019), η φροντίδα υγείας που έχει στο επίκεντρο της τον άνθρωπο και τη κοινωνία στο σύνολο της θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη ηθικά ζητήματα, που προκύπτουν αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες αλλά και τους τρόπους μέσω των οποίων προσφέρονται.

Οι Bertelsen et al.(2020) αναφέρουν ότι η κάλυψη των αναγκών των ασθενών με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους ελλοχεύει κινδύνους για τον τρόπο με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας σε επίπεδο εξυπηρέτησης και ικανοποίησης τους. Παρά την πρόοδο της επιστήμης και την υιοθέτηση της τεχνολογίας η φροντίδα υγείας έχει αποκτήσει μεγαλύτερο εύρος στο να συμπεριλάβει όλο και περισσότερες ομάδες ανθρώπων. Παραμένει όμως βασικό ζητούμενο κατά πόσο ο ίδιος ο πολίτης και η κοινωνία συμμετέχει ενεργά σε αυτή. Η εξέλιξη της φροντίδας υγείας είναι ευθύνη των επιστημόνων και του κράτους που έχει αναλάβει να την παρέχει ανταποδοτικά στον πολίτη όμως απαιτείται και η ενεργή συμμετοχή του με ότι αυτό συνεπάγεται για την αλλαγή της φιλοσοφίας που επικρατεί σε αυτό το πεδίο. Μπορεί η ενεργή συμμετοχή των πολιτών να διασφαλίσει την ισότιμη πρόσβαση τους στην φροντίδα υγείας και να εγγυηθεί, εκτός της βελτίωσης της υγείας, και κοινωνικά οφέλη όπως η προσωπική ανάπτυξη και προστασία ειδικά σε πληθυσμούς που θεωρούνται ευάλωτοι (San Sebastianetal., 2023).

Οι εφαρμογές τεχνολογίας ηλεκτρονικής υγείας είναι απαραίτητα εργαλεία της σύγχρονης τεχνολογίας πληροφοριών που βελτιώνουν την ποιότητα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε νοσοκομεία τόσο των αναπτυγμένων όσο και των αναπτυσσόμενων χωρών. Ωστόσο, παρά τα θετικά της οφέλη, μελέτες δείχνουν ότι το ποσοστό υιοθέτησης της ηλεκτρονικής υγείας σε ορισμένες αναπτυσσόμενες χώρες είναι

είτε χαμηλό είτε υποχρησιμοποιούμενο. Αυτό οφείλεται εν μέρει σε εμπόδια όπως η αντίσταση από τους επαγγελματίες υγείας, η κακή υποδομή και η χαμηλή τεχνική εμπειρογνωμοσύνη μεταξύ άλλων.

Αυτοί είναι προβληματισμοί με ηθικές και κοινωνικές διαστάσεις που ενώ έχουν απασχολήσει τη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα δεν ισχύει το ίδιο και για την Ελληνική. Αυτό το κενό επιχειρείται να καλυφθεί με τη παρούσα έρευνα και τα δεδομένα που θα παράγει που μπορούν να συμβάλλουν στην επέκταση της έρευνας στην Ελλάδα σε αυτό το πεδίο.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετήσει τη φροντίδα υγείας με επίκεντρο την κοινωνία και τον πολίτη. Οι ευρύτεροι στόχοι της παρούσας είναι να διατυπωθούν προτάσεις για πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας με τρόπο που να ευνοείται η ενεργή συμμετοχή και των ίδιων των ασθενών σύμφωνα με τις ανάγκες τους. Επίσης, στόχος της μελέτης είναι να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν οι ηθικές προεκτάσεις του παρόντος θέματος, που ανακύπτουν κατά τη διαδικασία σχεδιασμού και ανάπτυξη της φροντίδας υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες αναφορικά με τις ευρύτερες ανάγκες των πολιτών αλλά και των κοινωνιών στο σύνολο τους καθώς και με τις πρακτικές που αξιοποιούνται.

## Κεφάλαιο 2. Θεωρητική προσέγγιση του θέματος

### 2.1 Ορόσημα στην εξέλιξη της φροντίδα υγείας με επίκεντρο την κοινωνία και τον πολίτη

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) θεσπίστηκε το έτος 1978 ως ο κύριος παράγοντας παροχής των συγκεκριμένων υπηρεσιών μέσω της γνωστοποίησης της Άλμα-Άτα. Έκτοτε, οι κύριες αρχές της έγιναν αποδεκτές δίχως καμία αντίρρηση. Ωστόσο, η έλλειψη συμφωνίας τόσο στις ανακοινώσεις όσο και στα έργα της είναι μια πρακτική που ακολουθεί σταθερά, ενώ στην πράξη εμφανίζει αμφιταλαντεύσεις (Glassman et al., 2018).

Το 2018, η γνωστοποίηση της Αστάνα ύστερα από επανεξέταση των αρχών της ΠΦΥ που τη διέπουν τροποποίησε το περιεχόμενό της. Όμως, η τελευταία αποτέλεσε ένας συμβολικός παράγοντας μιας μακράς και φυσικής εξέλιξης επηρεασμένη από γεγονότα και δεδομένα που χρονολογούνται εδώ και δεκαετίες. Η παρούσα εργασία μελετά και παρουσιάζει τα βασικότερα γεγονότα που ήταν σταθμός στην μετέπειτα πορεία της ΠΦΥ, με έναρξη τις αρχές του 20ού αιώνα, με επιδίωξη την αναψηλάφηση της έννοιας και του περιεχομένου της ΠΦΥ.

Η έρευνα των Najafizadaetal. (2021), που διερεύνησε τα μοντέλα φροντίδας υγείας με επίκεντρο τον ασθενή στον Καναδά, εντόπισε ότι πολλά από αυτά, ενίσχυαν την συμμετοχή των ασθενών σε οργανωτικό όμως κυρίως επίπεδο. Αντίθετα σε ζητήματα που ήταν κλινικά και αφορούσαν άμεσα τους ίδιους τους ασθενείς δεν υπήρχε μέριμνα για τη διατήρηση της αυτονομίας τους και τον σεβασμό της αξιοπρέπειας τους, μην επιτρέποντας στην ουσία την συμμετοχή τους.

Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή προσπαθεί να κάνει τον ασθενή ενεργό συμμετέχοντα στο ταξίδι φροντίδας του, αντί για έναν απλό αποδέκτη απρόσωπης φροντίδας που παρέχεται από ένα καταπονημένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Αντί να αντιμετωπίζει τις καταστάσεις μεμονωμένα, η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή οργανώνει και παρέχει εξαιρετικά εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα. Οι

ιατρικές υπηρεσίες είναι προσαρμοσμένες στο μοναδικό σύνολο φυσικών, συναισθηματικών και κοινωνικών αναγκών ενός ασθενούς. Αυτή η προσέγγιση υγειονομικής περίθαλψης στοχεύει να ενδυναμώσει τους ασθενείς, να βελτιώσει τα κλινικά αποτελέσματα και τελικά να προωθήσει ένα πιο συμπονετικό και αποτελεσματικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Μέσω της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, οι ασθενείς χτίζουν σχέσεις και εδραιώνουν βαθύτερη εμπιστοσύνη με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η εμπιστοσύνη αποδεικνύεται ιδιαίτερα επωφελής για ασθενείς με πολλαπλές χρόνιες παθήσεις, καθώς οι χρόνιες παθήσεις απαιτούν μια δια βίου επένδυση στη φροντίδα και την αυτοδιαχείριση. Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή είναι ένα μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης που δίνει προτεραιότητα στις μοναδικές ανάγκες, αξίες και προτιμήσεις των μεμονωμένων ασθενών. Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή δίνει έμφαση στην ακρόαση των ασθενών, στην εκπαίδευσή τους για τις συνθήκες υγείας τους, στην παροχή συναισθηματικής υποστήριξης, στη δημιουργία συμπονετικών περιβαλλόντων και στην ενεργή συμμετοχή τους στη φροντίδα τους.

Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή υπογραμμίζει επίσης τη σημασία της συγκέντρωσης της υποστήριξης των μελών της οικογένειας, των φίλων και της κοινότητας των ασθενών στο ταξίδι ευεξίας τους. Στην προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή, η εστίαση μετατοπίζεται από την προσήλωση στις συγκεκριμένες ιατρικές καταστάσεις του ασθενούς σε μια ολοκληρωμένη, ολιστική άποψη της σωματικής άνεσης, της ψυχικής ευεξίας και των εξατομικευμένων στόχων υγείας του ασθενούς.

Στην περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή, οι συγκεκριμένες ανάγκες υγείας ενός ατόμου και τα επιθυμητά αποτελέσματα υγείας είναι η κινητήρια δύναμη πίσω από όλες τις αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης και τις μετρήσεις ποιότητας. Οι ασθενείς είναι συνεργάτες με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και οι πάροχοι θεραπεύουν τους ασθενείς όχι μόνο από κλινική άποψη, αλλά και από συναισθηματική, ψυχική, πνευματική, κοινωνική και οικονομική άποψη. Με την συμμετοχή των ασθενών ασχολήθηκε και η έρευνα των Hurstetal. (2018) στην Ελβετία και ειδικότερα τονίζοντας την άποψη τους για τις προτεραιότητες του συστήματος υγείας. Αυτό που αναδείχθηκε

από την έρευνα είναι η σημασία που αποδίδουν στο δικαίωμα να κάνουν τις δικές τους επιλογές, σύμφωνα με τις ανάγκες τους. Η έρευνα των Waleetal. (2022) ανέδειξαν με την σειρά τους την σημασία της συμμετοχής των εκπρόσωπων των ασθενών, σε συνεργασία με τους ερευνητές και τους επαγγελματίες υγείας, στην αξιολόγηση της τεχνολογίας που μπορεί να αξιοποιηθεί στη φροντίδα υγείας. Στη Βραζιλία από την άλλη, όπως διαφάνηκε από την έρευνα των Rottaetal. (2023), βασικό αίτημα των ασθενών είναι η υιοθέτηση πρακτικών αυτοδιαχείρισης στην φροντίδα υγείας η οποία διευκολύνεται από τα κοινοτικά φαρμακεία και τους φαρμακοποιούς. Πρακτικές της φροντίδας υγείας που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή εξέτασε και η έρευνα των Göttgens & Oertelt-Prigione (2021) επισημαίνοντας την ανάγκη συμμετοχής επαγγελματιών από διάφορους τομείς αλλά και των ίδιων των ασθενών και κυρίως των ομάδων που είναι ευάλωτες και έχουν περισσότερη ανάγκη αυτές τις υπηρεσίες. Η φροντίδα με εστίαση στον ασθενή και την οικογένεια ενθαρρύνει την ενεργό συνεργασία και την κοινή λήψη αποφάσεων μεταξύ ασθενών, οικογενειών και παρόχων για το σχεδιασμό και τη διαχείριση ενός εξατομικευμένου και ολοκληρωμένου σχεδίου φροντίδας. Υπό την ασθενοκεντρική φροντίδα, το ενδιαφέρον εστιάζει περισσότερο στο πρόβλημα του ασθενούς παρά στη διάγνωσή του. Οι προσωποκεντρικές αξίες στη φροντίδα είναι οι κατευθυντήριες αρχές που διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται μια υπηρεσία. Τηρώντας τις αξίες της ανθρωποκεντρικής φροντίδας, το προσωπικό εξουσιοδοτείται να παρακάμπτει άκαμπτες διαδικασίες και συστήματα για να παρέχει φροντίδα που είναι συγκεκριμένη για τις ατομικές ανάγκες.

Οι ασθενείς έχουν αξιόπιστες, προσωπικές σχέσεις με τους ιατρούς τους σε μοντέλα φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή. Η ενσυναίσθηση, η αμφίδρομη επικοινωνία και η επαφή δια ζώσης είναι ζωτικής σημασίας, όπως και η ικανότητα του γιατρού να βλέπει πέρα από τα άμεσα συμπτώματα ή τον πόνο του ασθενούς. Αυτή η ευρύτερη ματιά στις ανάγκες του συνόλου της υγείας του ασθενούς απαιτεί από τους παρόχους να προσφέρουν υπηρεσίες ή να παραπέμπουν σε υπηρεσίες όπως προγράμματα υποστήριξης από ομότιμους, κοινωνικούς λειτουργούς, οικονομικούς συμβούλους, παρόχους ψυχικής και συναισθηματικής υγείας, μεταφορά

και καθημερινή βοήθεια. Ενώ η ανθρώπινη αλληλεπίδραση διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο στη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, οι ιατρικές πρακτικές μπορούν επίσης να χρησιμοποιούν μια ποικιλία εργαλείων που βασίζονται στην τεχνολογία για να βοηθήσουν τους ασθενείς να αναλάβουν την κυριότητα της υγειονομικής τους περίθαλψης εκτός του ιατρείου. Όσον αφορά τη φροντίδα των νοσηλευόμενων στο νοσοκομείο, οι ασθενείς έχουν την εξουσία να προσδιορίζουν ποιος μπορεί να τους επισκεφθεί και πότε. Τα μέλη της οικογένειας (όπως ορίζονται από τον ασθενή και δεν περιορίζονται στις συγγένειες αίματος) καλούνται να επισκεφθούν κατά τη διάρκεια των αλλαγών βάρδιας, ώστε να μπορούν να είναι μέρος της ομάδας φροντίδας, συμμετέχοντας σε συζητήσεις και αποφάσεις περίθαλψης. Όταν δεν βρίσκονται στο δωμάτιο με τον ασθενή, ενημερώνονται για την πρόοδο του αγαπημένου τους προσώπου μέσω άμεσων και έγκαιρων ενημερώσεων. Η υποδομή ενός νοσοκομείου φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή ενθαρρύνει την οικογενειακή συνεργασία μέσα από ένα περιβάλλον που μοιάζει με το σπίτι του που όχι μόνο καλύπτει τις ανάγκες του ασθενούς, αλλά και τις ανάγκες των μελών της οικογένειας. Όπως και με άλλες μορφές υγειονομικής περίθαλψης που βασίζεται στην αξία, η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή απαιτεί μια αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο σχεδιάζονται, διαχειρίζονται και αποζημιώνονται οι πρακτικές και τα συστήματα υγείας των παρόχων. Σύμφωνα με τις αρχές του ασθενοκεντρισμού, αυτή η αλλαγή δεν συμβαίνει στο κενό, αλλά καθοδηγείται από παραδοσιακές ιεραρχίες στις οποίες οι πάροχοι ή οι κλινικοί γιατροί είναι η μόνη αρχή. Όλοι, συμμετέχουν στη διαδικασία, η οποία επηρεάζει τις προσλήψεις, την εκπαίδευση, το στυλ ηγεσίας και την οργανωτική κουλτούρα των υγειονομικών υπηρεσιών.

Η έρευνα των Becciaetal. (2023) ανέφερε από την άλλη μία σειρά ηθικών ζητημάτων που προκύπτουν στην ανάπτυξη της φροντίδας υγείας μέσω της τεχνολογίας. Ένα από αυτά είναι η αδυναμία πολλών ασθενών να διαχειριστούν την τεχνολογία αποτελεσματικά περιορίζοντας με αυτό τον τρόπο την πρόσβαση τους στη φροντίδα υγείας καθώς και το δισταγμό που εκφράζουν για τη διαχείριση των δεδομένων τους και την εκπαίδευση που πρέπει να έχουν οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με αυτά. Από τη

διάγνωση έως τη διαχείριση ασθενειών, οι πάροχοι και οι ασθενείς καρπώνονται τα οφέλη της τεχνολογίας στην υγειονομική περίθαλψη. Δεν υπάρχει πτυχή της υγειονομικής περίθαλψης που να μην έχει επηρεαστεί από την τεχνολογία. Η ηλεκτρονική τήρηση αρχείων μειώνει πολλές από τις αναποτελεσματικότητες και τα σφάλματα των εγγράφων που είναι σε έντυπη μορφή. Τα καινοτόμα διαγνωστικά εργαλεία επιτρέπουν στους παρόχους να εντοπίζουν τις ασθένειες νωρίτερα από ό,τι θα έκαναν διαφορετικά. Τεχνολογίες αιχμής όπως η τεχνητή νοημοσύνη επιταχύνουν την ανακάλυψη φαρμάκων και βοηθούν στην ανάλυση απεικόνισης. Η τεχνολογία είναι ριζωμένη σχεδόν σε κάθε πτυχή της υγειονομικής περίθαλψης, δημιουργώντας μια αυξημένη ανάγκη για καινοτομία και διαχείριση όλων των διαφορετικών τεχνολογιών σε μια στοίβα τεχνολογίας παρόχων.

Οι πάροχοι τεχνολογίας εκμεταλλεύονται την ευκαιρία να καινοτομήσουν στην υγειονομική περίθαλψη, ξοδεύοντας περισσότερα από 20 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως μόνο για έρευνα και ανάπτυξη. Και, η υιοθέτηση νέων τεχνολογιών τροφοδοτείται από κυβερνητικούς φορείς και βιομηχανικούς οργανισμούς που αναγνωρίζουν τη σημασία της τεχνολογίας στην υγειονομική περίθαλψη. Οι πάροχοι που αγκαλιάζουν τον ψηφιακό μετασχηματισμό βελτιώνουν τα αποτελέσματα των ασθενών, μειώνουν το κόστος και αυξάνουν τις δυνατότητές τους παρά τις προκλήσεις στελέχωσης.

Αντίστοιχα, η έρευνα των Calvillo et al. (2013), εξετάζοντας την ψηφιακή τεχνολογία που μπορεί να βελτιώσει την παροχή φροντίδας υγείας ανάδειξε σημαντικά ηθικά ζητήματα που μπορούν να προκύψουν αναφορικά με τα προσωπικά δεδομένα και τα δικαιώματα των ασθενών που σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να είναι και αντικρουόμενα μεταξύ τους. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί το δικαίωμα ενός ασθενή να ζητά την απόκρυψη των δεδομένων που αφορούν την υγεία του ακόμα και αν αυτά σχετίζονται άμεσα με την υγεία άλλων μελών της οικογένειας του (Calvilloetal., 2013).



### 2.1.1 Η Έκθεση Dawson, Ηνωμένο Βασίλειο, 1920

Το 1919, το υπουργείο υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου συγκρότησε μια ειδική επιτροπή με επιδίωξη τη δημιουργία ενός πλάνου για την συγκρότηση του «κέντρου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους κατοίκους μιας περιοχής» (Kikkert & Lackenbauer, 2017). Έτσι το 1920 κοινοποιήθηκε η «Ενδιάμεση έκθεση για τη μελλοντική παροχή ιατρικών και σχετικών υπηρεσιών» η οποία έχει μείνει γνωστή στην ιστορία της ιατρικής ως «Έκθεση Dawson» χάρη στον επικεφαλής Λόρδο και γιατρό Bertrand Dawson που συμμετείχε ως πρόεδρος της επιτροπής. Ύστερα από εκείνη την εποχή αναπτύχθηκε το πρώτο μοντέλο συστημάτων υγείας που έγινε γνωστό παγκοσμίως από την ειδική επιτροπή μέσω μιας μελέτης και της γνωστής Ενδιάμεσης Έκθεσης για τη μελλοντική παροχή ιατρικών και σχετικών υπηρεσιών». Το σύστημα που φαντάστηκε ο Λόρδος Dawson θα ήταν ένα ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών υγείας το οποίο θα περιείχε κέντρα πρωτοβάθμιας υγείας με γιατρούς κοντά στα σπίτια των ανθρώπων που θα έστελναν ασθενείς αν χρειαζόταν και θα προσέφερε τα εξής: α) Πρωτοβάθμια κέντρα υγείας που θα διέθεταν γενικούς γιατρούς ώστε να παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας στους πολίτες και τη νοσηλεία για τα διάφορα περιστατικά που θα προέκυπταν β) Δευτεροβάθμια κέντρα υγείας που θα περιελάμβαναν ειδικούς γιατρούς οι οποίοι θα εξετάζουν στα εξωτερικά ιατρεία ή στους θαλάμους νοσηλείας ασθενείς οι οποίοι θα στέλνονταν απευθείας από τα πρωτοβάθμια κέντρα υγείας και γ) συμπληρωματικές υπηρεσίες οι οποίες θα ήταν διεπιστημονικές ομάδες εκπαιδευμένες όπως Πανεπιστημιακά νοσοκομεία σανατόρια, κέντρα ανάρρωσης, νοσοκομεία ψυχικών παθήσεων για τη θεραπεία διαφόρων παθήσεων όπως της φυματίωσης, των ασθενών τελικού σταδίου, των ασθενών με ψυχικά προβλήματα, με ορθοπεδικά προβλήματα, επιληπτικά, μολυσματικά προβλήματα κ.λπ., κάτι που, εκείνη την εποχή, γινόταν σχεδόν πολύ συχνά με νοσηλείες σε αποικίες ή σανατόρια.

Ωστόσο, τόσο η ειδική μελέτη όσο και η τελική Έκθεση δεν δημοσιεύθηκαν ποτέ. Ήταν γεγονός ότι αυτή η φιλόδοξη προσπάθεια έπεσε στο κενό. Σχεδόν τριάντα έτη μετά η Έκθεση Dawson βρέθηκε ξανά στο προσκήνιο από το βρετανικό εθνικό σύστημα υγείας όπου άρχισε να εφαρμόζεται το 1948. Η Έκθεση Dawson αν και ξεπερασμένη

σήμερα, ωστόσο αποτέλεσε το ορόσημο για τα συστήματα υγείας σε όλη την οικουμένη (Kikkert & Lackenbauer, 2017).

### 2.1.2 Η φροντίδα υγείας με επίκεντρο την κοινωνία και τον πολίτη, δεκαετία 1940

Η πρωτοβάθμια φροντίδα που συγκροτήθηκε για την κοινότητα αποτέλεσε μια ένωση δυο πτυχών: της ΠΦΥ και της δημόσιας υγείας. Η προσπάθεια αυτή ονομαζόταν «η πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προσανατολισμένη στην Κοινότητα» (The Practice of Community-oriented Primary Health Care) το οποίο έκτοτε είναι γνωστό διεθνώς με το ακρωνύμιο COPC (Muldoon et al., 2010).

Η προσπάθεια για ανάπτυξη μιας κοινοτικής πτυχής της υγείας ξεκίνησε στη Νότια Αφρική το 1940 από ένα ζευγάρι νέων ιατρών, τον επιδημιολόγο Sidney Kark και τη σύζυγό του Emily Kark η οποία ήταν επίσης γιατρός. Βασική τους επιδίωξη ήταν να υπάρξει παροχή υπηρεσιών υγείας και γι' αυτό προσπάθησαν και πέτυχαν την ίδρυση του Κοινοτικού κέντρου υγείας Hadassah στους ντόπιους κατοίκους της φτωχής περιοχής Pholela της επαρχίας Nadal με σκοπό την πρόληψη και θεραπεία των ασθενειών μέσα στην κοινότητα καθώς είχε διαπιστωθεί πολύ υψηλή νοσηρότητα των μαύρων ντόπιων κατοίκων.

Το πρόγραμμα που εφαρμόστηκε είχε πολύ σημαντικά αποτελέσματα καθώς οδήγησε στην μεγάλη πτώση της θνησιμότητας των πολιτών. Ενδεικτικό παράδειγμα αποτέλεσε το γεγονός ότι το 1942 η μείωση της θνησιμότητας 38,3/1.000 έφτασε στο 13,6 το 1950, ενώ της βρεφικής θνησιμότητας από 275/1.000 στο 101 ταυτόχρονα. Η προσπάθεια αυτή διευρύνθηκε το 1946 και σε άλλες φτωχές περιοχές, αλλά ξαφνικά ανακόπηκε από το καθεστώς απαρτχάιντ της Νότιας Αφρικής, όπου μέχρι το 1948 εγκαταλείφθηκε. Τότε το ζεύγος Kark αναγκάστηκε να φύγει από την Ν. Αφρική και το 1958 εγκαταστάθηκε προσωρινά στις ΗΠΑ και κατόπιν στο Ισραήλ. Εκεί ο Sidney Kark συγκρότησε παρόμοια προγράμματα COPC, με τη σύμπραξη του Πανεπιστημίου της χώρας όπου εκείνος ήταν ο επικεφαλής της Ιατρικής. Στην ουσία ο Kark ήταν εκείνος που θέσπισε τον όρο "COPC" στη δεκαετία του 1970.

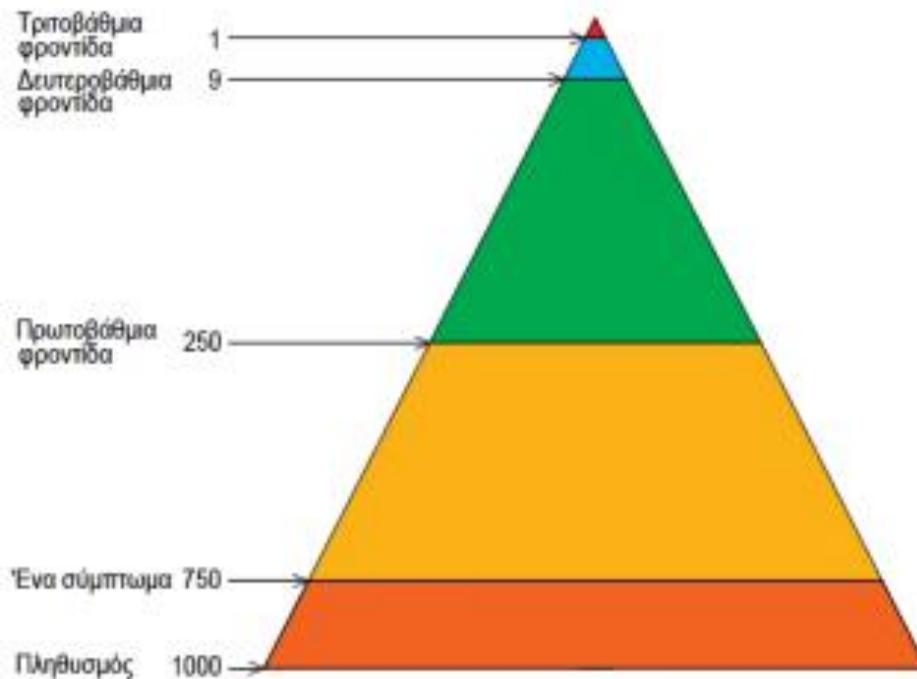
Οι ιδέες του Sidney Kark για την υγειονομική περίθαλψη αντικατοπτρίζουν την οικουμενική στάση του για την έννοια της υγείας, για τις πολιτιστικές αξίες των ατόμων και των κοινωνιών με τις οποίες εργάστηκε και για το κοινωνικό-οικονομικό πλαίσιο αυτών των κοινοτήτων. Ωστόσο, η ιδέα της COPC είχε ευρεία απήχηση στις ΗΠΑ και στο Ισραήλ στις δεκαετίες 1960, 1970 και 1980, όταν η ομοσπονδιακή κυβέρνηση προσέφερε ένα καλό χρηματικό ποσό για την ανάπτυξη προγραμμάτων COPC σε περίπου 600 κέντρα υγείας σε πολύ φτωχές περιοχές και σε κοινότητες ιδιάνων. Ωστόσο, και πάλι η προσπάθεια αυτή εγκαταλείφθηκε στο τέλος επειδή απαιτούσε υψηλό κόστος ενώ δεν ήταν ακόμη εύκολη η ειδική κατάρτιση στις τεχνικές της COPC των ιατρών στα κέντρα.

Σημαντικό υπήρξε το γεγονός ότι η αρχή της διεθνούς διάδοσης των ιδεών και της πρακτικής της κοινωνικής ιατρικής σύμφωνα με το πρότυπο του Kark αποτέλεσε ένα ενδιαφέρον μακρόχρονων ερευνών για τις πρώτες εμπειρίες του μοντέλου στη Νότια Αφρική και στη συνέχεια στην Ιερουσαλήμ επισημαίνοντας τα οφέλη για τους φτωχούς κατοίκους από αυτήν την αλτρομιστική προσέγγιση COPC (Muldoon et al., 2010).

### **2.1.3 Η πυραμίδα των υπηρεσιών υγείας, δεκαετία 1960**

Αποφασιστική για την διαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας ήταν μια έρευνα των White, Williams και Greenberg (1961) στη Βόρεια Καρολίνα σχετικά με την «Οικολογία της ιατρικής φροντίδας». Οι ερευνητές συνέλεξαν στοιχεία από τις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο σχετικά με το ερώτημα ως προς τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από έναν γενικό πληθυσμό. Για να έχουν πιο σφαιρική εικόνα τα δεδομένα που συγκέντρωσαν περιελάμβαναν μια συνολική σκοπιά. Το δείγμα τους αποτέλεσε έναν πληθυσμό 1.000 ενηλίκων από τις δυο προαναφερόμενες χώρες σχετικά με το τι θα μπορούσε να συμβεί στο διάστημα 30 ημερών. Τα ευρήματα ήταν τα εξής: «750 θα έχουν να αντιμετωπίσουν μια ασθένεια, από τους οποίους οι 250 θα απευθυνθούν σε ιατρό, οι 9 θα μουν σε νοσοκομείο, οι 5 θα απευθυνθούν σε δεύτερο ιατρό και ένα άτομο θα απευθυνθεί σε πανεπιστημιακό ιατρικό κέντρο» (Spinelli et al., 2023).

Παρά το γεγονός ότι δεν γίνεται εμφανές, ωστόσο οι τρεις βαθμίδες υγείας ήταν η αφετηρία για την οργάνωση των καθιερωμένων τριών βαθμίδων, όπως φαίνεται στην εικόνα 1.



Εικόνα 1. Η πυραμίδα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Πηγή: White et al,1961.

Σαράντα χρόνια μετά κοινοποιήθηκε μια μελέτη που επιβεβαίωσε τα δεδομένα της προηγούμενης (πίν. 1).

**Πίνακας 1.** Η χρήση των υπηρεσιών υγείας, 1961 και 2001.

| Είδος χρήσης υπηρεσιών υγείας             | 1961  | 2001  |
|---|-------|-------|
| Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας               | 1     | <1    |
| Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας             | 9     | 8     |
| Επίσκεψη σε τμήμα επειγόντων περιστατικών |       | 13    |
| Κατ' οίκον νοσηλεία                       |       | 14    |
| Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου |       | 21    |
| Επίσκεψη σε εναλλακτική φροντίδα          |       | 65    |
| Επίσκεψη σε ιατρείο                       |       | 217   |
| Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας               | 250   | 327   |
| Τουλάχιστον ένα σύμπτωμα                  | 750   | 800   |
| Πληθυσμός                                 | 1.000 | 1.000 |

Πηγή: White et al,1961; Green et al, 2001.

Η πιο πρόσφατη μελέτη διερευνώντας την αρχική που έγινε το 1961 μέσα από τα αρχεία των υπηρεσιών υγείας των ΗΠΑ, εμπεριέχει τα παιδιά και παρουσίαζε την αξιοποίηση περισσότερων δομών. Οι συγγραφείς επεσήμαναν ότι τα νούμερα δεν ήταν πρόσθετα, δηλαδή δεν ήταν στοιχεία του ενός με το άλλο, ωστόσο το σύνολο είχε ως αφετηρία τον παρονομαστή 1.000. Τα ευρήματά τους έδειξαν ότι, παρά το γεγονός ότι έχουν μεσολαβήσει 40 χρόνια, και ότι αξιοποιείται υποχρεωτικά άλλη μεθοδολογία, την εξέλιξη της ιατρικής και ότι κάποιες πτυχές του συστήματος υγείας των ΗΠΑ έχουν σήμερα μεταβληθεί, ωστόσο το μοντέλο είχε ανθεκτικότητα στο χρόνο και οι διαφορές αυτές είναι λίγες. Επιπλέον, η ανθεκτικότητα αυτή οφείλεται στο ότι αφορά σε κράτη όπου οι πολίτες ταλαιπωρούνται χρόνια από διάφορες ασθένειες όπως καρδιαγγειακά προβλήματα, νεοπλάσματα κλπ και τα οποία διαθέτουν συγκροτημένες και προσβάσιμες υπηρεσίες. Γίνεται αντιληπτό ότι η «οικολογία της ιατρικής φροντίδας» στα αναπτυσσόμενα κράτη είναι ξεχωριστή όπου οι άνθρωποι υποφέρουν από διάφορα νοσήματα και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας είναι μικρή (Spinelli et al., 2023).

#### 2.1.4 Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα δεκαετία 1970

Το έτος 2018 σηματοδότησε την 40η επέτειο της Διακήρυξης της Άλμα-Άτα, της Διεθνούς Διάσκεψης για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έγινε δεκτή από εκπροσώπους 134 κρατών μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) καθώς και της UNICEF σε αυτή τη συγκέντρωση που πραγματοποιήθηκε στο Καζακστάν τον Σεπτέμβριο του 1978. Το συνέδριο ήταν το αποτέλεσμα μιας πολύχρονης προσπάθειας εκ μέρους του ΠΟΥ, υπό την καθοδήγηση του Γενικού Διευθυντή και γιατρού Halfdan Mahler με την αगाστή συμμετοχή της UNICEF. Σε αυτό το πλαίσιο, η διεθνής κοινότητα, με την υποστήριξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, συναντήθηκαν για να θέσουν τα θεμέλια για την υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις βαθιές οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες που υπήρχαν εκείνη την εποχή (Kluge et al., 2018).

Η Διάσκεψη επανέλαβε σταθερά ότι η σημασία της ΠΦΥ είναι η εξής: «η υγεία, μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και ότι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι εξαιρετικά σημαντική σε όλο τον κόσμο, δηλαδή μεμονωμένοι ασθενείς και οικογένειες στην κοινότητα, με σταθερή υποστήριξή τους στις αναγκαίες δαπάνες τις οποίες η κοινότητα και η χώρα δύναται να καλύψει...». Ως προς το τι περιλαμβάνει η ΠΦΥ επιδιώκει να προσφέρει μια βασική παράμετρο τριών εννοιών που συνδέονται, δηλαδή την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση σε όλους δίχως διαχωρισμούς και με την δυναμική λήψη αποφάσεων των ενδιαφερομένων, ενώ ενισχύει και υποστηρίζει ενδεδειγμένα συστήματα υπηρεσιών υγείας. Βασική παράμετρος της ΠΦΥ είναι η συμβολή και συντονισμένη δράση της με τη δημόσια υγεία με βασικό στόχο την απρόσκοπτη παροχή της στους ανθρώπους, μεταβιβάζοντάς την, δίχως να την αναφέρει στην COPC (Kluge et al., 2018).

Η ιδεολογική πτυχή της ΠΦΥ δεν αμφισβητήθηκε επίσημα αλλά στην πράξη παρακάμφθηκε από αρκετά κράτη. Ωστόσο η πρακτική της φύση επιδοκιμάστηκε

έντονα και χαρακτηρίστηκε ως μη εφικτή για τις αναπτυσσόμενες χώρες. Το επόμενο έτος αποφασίστηκε η υιοθέτηση μιας «επιλεκτικής ΠΦΥ», δηλαδή η έμφαση σε στοχευμένες ενέργειες που είχαν άμεση θετική κατάληξη. Για τον λόγο αυτόν δημιουργήθηκε μια σημαντική παρέμβαση γνωστή με το όνομα GOBI (growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding, and immunization) (Roland, 2019).

Το πρόγραμμα αυτό έγινε δεκτό τόσο από τη UNICEF όσο και από διάφορους διεθνείς και εθνικούς φορείς οι οποίοι χρηματοδοτούν προγράμματα υγείας για τα αναπτυσσόμενα κράτη καθώς έχει διαπιστωθεί ότι είναι υπολογίσιμα τα θετικά αποτελέσματα και ότι παρουσίαζε χαμηλό δείκτη κόστους-ωφέλειας (Roland, 2019).

Παράλληλα, ο ΠΟΥ προσπάθησε να ενδυναμώσει τις πολιτικές για μια αναβάθμιση της υγείας στο επίπεδο του πληθυσμού, συγκροτώντας το 1986 στην Οτάβα συνέδριο για την εφαρμογή της «Χάρτας της Οτάβα για μια πιο συστηματική προώθηση της υγείας». Αυτή η Χάρτα ήταν, πρώτα και κύρια, μια απάντηση στην αυξανόμενη ζήτηση για ένα νέο όραμα της δημόσιας υγείας ιδιαίτερα για τις ανεπτυγμένες χώρες. Αν και οι συζητήσεις επικεντρώθηκαν στις ανάγκες των βιομηχανικών χωρών, ελήφθησαν υπόψη και τα προβλήματα των ανεπτυγμένων κρατών και αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί με τον άμεσο ή έμμεσο έλεγχο του υπουργείου υγείας της χώρας (Wilberg et al., 2021).

Ενδεχομένως η επιλογή του Καναδά για την οργάνωση του συνεδρίου να σχετίζεται με το ότι κάποια χρόνια πριν, κατά τη φάση των προπαρασκευαστικών διαδικασιών για το συνέδριο της Άλμα-Άτα, η εν λόγω χώρα είχε κοινοποιήσει την έκθεση «Lalonde». Στην έκθεση αυτή σκόπευε να επιστήσει την προσοχή στη διαπίστωση ότι η αναβάθμιση της υγείας δεν γίνεται μόνο μέσω αντίστοιχων υπηρεσιών της, αλλά χρειάζεται και η αλλαγή στο περιβάλλον και στις συνθήκες διαβίωσης. Γίνεται αντιληπτό πόσο σημαντική επίδραση έχουν οι σκοποί και οι επιδιώξεις της ΠΦΥ για την βελτίωση της υγείας των ανθρώπων (Wilberg et al., 2021).

**2.1.5 Η φροντίδα υγείας με επίκεντρο την οικογένεια απαρχές 21<sup>ου</sup> αιώνα**

Στα σύγχρονα κράτη η ΠΦΥ θεωρείται ισάξια με την παροχή υπηρεσιών από τους ιατρούς Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής (Γ/ΟικΙ), παρά το γεγονός ότι η διάδοση της ειδικότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν είναι τόσο εύκολη υπόθεση (Jamouille et al., 2017). Οι εν λόγω υπηρεσίες θεωρούνται μια βασική προσέγγιση με το σύστημα υγείας και σε συνάρτηση με τη σύμπραξη άλλων ειδικοτήτων, ενώ η προσθήκη και άλλων ειδικοτήτων θεωρείται αυτονόητη.

Κατά τη δεκαετία του 1970 όπου προωθούνταν η πτυχή της ΠΦΥ, γεννήθηκε η ιδέα για την σύμπραξη κάποιων ειδικοτήτων με επίκεντρο τον ασθενή. Έτσι δημιουργήθηκε ο ορισμός της Γ/ΟικΙ. Το 1974, μια ομάδα γενικών/οικογενειακών ιατρών προερχόμενοι από κράτη της γηραιάς ηπείρου οργάνωσαν μια συνεδρίαση στο Leeuwenhorst της Ολλανδίας όπου συμφώνησαν στον εξής ορισμό: «Ο γενικός ιατρός είναι το άτομο που προσφέρει ατομική, πρωτοβάθμια και αδιάκοπη φροντίδα σε μεμονωμένους ανθρώπους και σε οικογένειες και στον ευρύτερο πληθυσμό σε όλες τις κατηγορίες ατόμων δίχως διαχωρισμό ως προς την ηλικία, το φύλο και την ασθένεια. Η σύμπραξη αυτών των ειδικοτήτων είναι ξεχωριστή». Με αυτόν τον τρόπο γίνεται ξεκάθαρη η διεύρυνση της ευθύνης που έχουν οι Γ/ΟικΙ όσο και το διαφορετικό πλαίσιο της συγκριτικά με άλλες ειδικότητες (Jamouille et al., 2017).

Στο σημείο αυτό θα γίνει μια μικρή παρένθεση για την εξήγηση του πώς προήλθε η ονοματολογία της ειδικότητας. Η κλασική ονομασία της στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι, «Γενική Ιατρική». Αυτήν υιοθέτησε και η Ελλάδα το 1955 όταν έγινε αποδεκτή για πρώτη φορά. Ωστόσο, πολλά κράτη που εισήγαγαν την ειδικότητα μετά τη δεκαετία του 1980, θέλησαν να ακολουθήσουν τον τίτλο «Οικογενειακή Ιατρική» προκειμένου να γίνει μια διάκριση ως προς τους γιατρούς δίχως ειδικότητα. Έτσι, προήλθε ο σύνθετος τίτλος «Γενική/Οικογενειακή Ιατρική», το οποίο έχει υιοθετηθεί στην Ευρώπη μέσα από τον επιστημονικό φορέα Wonca Europe της ειδικότητας (Huas et al., 2019) ενώ η Ελλάδα άρχισε να τη χρησιμοποιεί από το 2019.



Ωστόσο, η ομάδα Leeuwenhorst δεν δημοσίευσε τη συζήτηση διαφόρων κρίσιμων θεμάτων. Μια προσπάθεια γι' αυτό το ζήτημα έγινε από το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης του ΠΟΥ με την ιδέα για τη «Χάρτα της Γ/ΟικΙ». Καθώς υπήρξαν νομικοί περιορισμοί τελικά δεν ακολουθήθηκε η γραμμή της Χάρτας, ωστόσο εκείνη άλλαξε το 1988 και έγινε: «Πλαίσιο για την επαγγελματική και διοικητική ανάπτυξη της Γ/ΟικΙ». Τα ιδιαίτερα στοιχεία της Γ/ΟικΙ που περιγράφει αυτό είναι τα εξής: «συνολική, αδιάκοπη, ολοκληρωμένη, συντονισμένη, συνεργατική, κατευθυνόμενη στην οικογένεια καθώς και στην κοινότητα». Παράλληλα περιγράφονται οι δομικές, οργανωσιακές και οι επαγγελματικές παράμετροι για την συνεχή ερευνητική της ανάπτυξη (Huas et al., 2019).

Ο ορισμός που απέκτησε διεθνή χαρακτήρα ήταν εκείνος τον οποίο επεξεργάστηκε η “WONCA Europe” όπου ξεκαθαρίζει τα εξής: «Οι γενικοί /οικογενειακοί ιατροί είναι ειδικοί ιατροί εκπαιδευμένοι στον αντίστοιχο κλάδο (discipline). Θεωρούνται προσωπικοί ιατροί, οι οποίοι έχουν την αρμοδιότητα για την καθολικής και αδιάκοπης μέριμνας σε κάθε άτομο που έχει ανάγκη από ιατρική φροντίδα δίχως να γίνεται διαχωρισμός ως προς την ηλικία, το φύλο ή την ασθένεια. Παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας σε ανθρώπους είτε είναι μόνοι τους είτε είναι οικογένεια στην κοινότητά τους, σεβόμενοι την ελευθερία των ασθενών τους...». Η έννοια αυτή προχωρά με επισημάνσεις στο καθήκον και τις ευθύνες που έχουν οι γενικοί/οικογενειακοί ιατροί να δουλεύουν από κοινού με τους ασθενείς και άλλες υπηρεσίες και στην σταδιακή κατάρτισή τους ώστε να ενδυναμώσουν τις δεξιότητες και ικανότητές τους. Επιπλέον, περιγράφονται τα βασικά στοιχεία, οι δεξιότητες και οι αναγκαίοι όροι για την εφαρμογή της Γ/ΟικΙ.

Ωστόσο, πέρα από τα θετικά αυτής της προοπτικής γεννιούνται και διάφορα ερωτήματα σχετικά με το σε ποιο βαθμό οι ιατροί της Γ/ΟικΙ διαθέτουν τα απαιτούμενα προσόντα για να φροντίσουν και να παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες στο εύρος που χρειάζεται, επειδή η κατάρτισή τους δεν στηρίζεται στο βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο, το οποίο συνδέει την επιστήμη με τη συμπόνια και τη ενσυναίσθηση, την μέριμνα με την οικογένεια και τις τεχνικές συμμετοχής της κοινότητας (Lehman et al., 2017).

Σημαντικό υπήρξε το γεγονός ότι η Παγκόσμια Τράπεζα που επενδύει σε έργα τα οποία έχουν ανάγκη οι αναπτυσσόμενες χώρες, επεσήμανε σε μια έκθεσή της την προσοχή που πρέπει να δοθεί σχετικά με την διασύνδεση της υγείας με την ανάπτυξη το έτος 1993, δίχως να κάνει καθόλου λόγο για τον όρο ΠΦΥ. Ωστόσο, κατά τη δεκαετία του 2000 άρχισε να γίνεται κατανοητή η ανάγκη ότι ορισμένες απόλυτες προσεγγίσεις πολλές φορές δεν είχαν την επιθυμητή κατάληξη επειδή τόσο το οργανωτικό όσο και το λειτουργικό περιβάλλον ήταν άτονο και μη αποδοτικό. Αυτό είχε ως συνέπεια το ξαναζωντάνεμα για την προαναφερόμενη προσέγγιση της ΠΦΥ, που περιγράφεται από την έκδοση της Παγκόσμιας Έκθεσης Υγείας του 2008, με τίτλο «ΠΦΥ: τώρα όσο ποτέ άλλοτε» (Gauld et al., 2012).

Η έκθεση διερευνούσε τις πρακτικές δυσκολίες για την υιοθέτηση της ΠΦΥ, δίνοντας έμφαση σε βασικές παραμέτρους όπως το νοσοκομείο-κεντρικό σύστημα, τον προσπορισμό υλικού κέρδους από αυτήν και τη διάσπασή της, όπου με αυτόν τον τρόπο επαναπροσδιορίζοντας το ρόλο της ΠΦΥ σε μια κατεύθυνση μεγάλης ανανέωσης του συστήματος υγείας. Θέτει ως βασικό όρο για την ανασύστασή της τέσσερις μεταβολές που επείγει να υιοθετηθούν (α) στις υπηρεσίες υγείας, με σκοπό την παροχή θεμελιωδών υπηρεσιών, (β) στην ολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, με επιδίωξη τη εξάλειψη των ανισοτήτων, (γ) στις δημόσιες ενέργειες, με επιδίωξη την προαγωγή της υγείας της κοινότητας και (δ) στην ηγεσία της υγείας, με επιδίωξη να αυξηθεί η αιτιολόγηση των πεπραγμένων των αρχών (Gauld et al., 2012).

Θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι το 2010, θεσπίστηκε στις ΗΠΑ ο νόμος Affordable Care Act που ήταν έργο του Barack Obama (Obamacare) το οποίο επεδίωξε μια διεύρυνση ασφάλισης υγείας απευθυνόμενη στα 50 εκατομμύρια των ανασφάλιστων πολιτών. Παράλληλα, η σπουδαιότητα της προσέγγισης της ΠΦΥ πιστοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 2013-2016, όταν η επιδημία του ιού Ebola στη δυτική Αφρική και το Κονγκό βρισκόταν σε έξαρση, και έτσι διαπιστώθηκε ότι μια σταθερή παρέμβαση για τον περιορισμό της επιδημίας δεν είχε καλά αποτελέσματα, επειδή τα συστήματα υγείας σε αυτά τα κράτη ήταν υποτυπώδη και δεν ήταν εύκολη η διαχείριση και επίλυση του προβλήματος (Maganga et al., 2014).

### 2.1.5.1 Διακήρυξη της Αστάνα

Η επανεξέταση και αναγέννηση της ΠΦΥ υλοποιήθηκε στο Παγκόσμιο Συνέδριο που συγκρότησαν εκ νέου ο ΠΟΥ και η UNICEF τον Οκτώβριο του 2018 στην Αστάνα, στο Καζακστάν, με την ευρεία συμμετοχή πάνω από 120 κρατών. Η Διακήρυξη της Αστάνα είχε ως στόχο να προτείνει λύσεις για την αντιμετώπιση των νέων προκλήσεων σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα και την καθολική (ασφαλιστική) κάλυψη για την υγεία καθώς και τον στρατηγικό της ρόλο στην ανάπτυξη της υγείας και την εγγενή σύνδεσή της με την κοινότητα και τους τρόπους με τους οποίους γίνεται κατανοητή η ανάπτυξη της Υγείας. Αυτή η πρόταση θεωρείται ένας από τους βασικότερους στόχους της ανάπτυξης (sustainable development goals) του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ). Επισημαίνεται η ανάγκη της διεύρυνσης του τρίπτυχου της πρόληψης, της θεραπείας και την επείγουσα δράση από όλες τις κυβερνήσεις, από όλο το υγειονομικό προσωπικό και την ανάπτυξη και την παγκόσμια κοινότητα για την προστασία και προαγωγή της υγείας για όλους τους ανθρώπους με την έντονη συμμετοχή της ΠΦΥ στο όλο εγχείρημα (Kraef & Kallestrup, 2019).



Ο Πρόεδρος των Η.Π.Α. Obama υπογράφει το Obamacare Act, The New York Times, 23 Μαρτίου 2010.

### **Κεφάλαιο 3. Μέθοδος έρευνας**

#### **3.1 Περιγραφή στρατηγικής αναζήτησης**

Η μεθοδολογία που υιοθέτησε η παρούσα έρευνα είναι αυτή της συστηματικής βιβλιογραφικής αναζήτησης. Η βιβλιογραφική αναζήτηση είναι μία μέθοδος που χρησιμοποιείται κατά κόρον στον τομέα της υγείας (Srivastava et al., 2015) και ειδικά σε θέματα όπως αυτό που εξετάζεται στην παρούσα μελέτη (Bjerkkan et al., 2020).

Η αφηγηματική αναζήτηση αν και είναι μία μέθοδος που δέχεται αμφισβητήσεις για την αντικειμενικότητα και την αξιοπιστία της, εντούτοις ορισμένες βιβλιογραφικές πηγές μέσω αφήγησης χρησιμοποιούνται στα εισαγωγικά κεφάλαια. Η συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση αξιοποιείται στην παρούσα έρευνα για την ανάπτυξη του θέματος (Γαλάνης, 2009).

Η συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση είναι μία ερευνητική μέθοδος η οποία επιτρέπει να προσεγγιστούν διαφορετικά ζητήματα και διαστάσεις του υπό εξέταση θέματος με συνέπεια προκειμένου να οδηγήσουν σε συγκεκριμένα, έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα (Γαλάνης, 2009). Δεδομένου ότι το θέμα της φροντίδας υγείας με επίκεντρο τον ασθενή και την κοινωνία είναι αρκετά διευρυμένο και θα οδηγήσει στον εντοπισμό αρκετών μελετών, για τον καλύτερο καθορισμό αυτών που θα ενταχθούν στην μελέτη θα εφαρμοστούν συγκεκριμένα κριτήρια (Γαλάνης, 2009).

Η αναζήτηση των μελετών έγινε σε ψηφιακές βάσεις δεδομένων με τη χρήση των κατάλληλων και σχετικών με το θέμα λέξεων κλειδιά ως όρους. Προκειμένου τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν να είναι επίκαιρα και αξιοποιήσιμα στις σύγχρονες συνθήκες, αποκλείστηκαν έρευνες που δημοσιεύθηκαν πριν το 2010, δηλαδή πριν την εμφάνιση της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης που οδήγησε λόγω έλλειψης πόρων σε αρκετές αλλαγές στις πρακτικές που χρησιμοποιούνται στη φροντίδα υγείας. Επιπλέον, δεν συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη, έρευνες που είναι γραμμένες σε άλλη γλώσσα πέρα από την αγγλική, προκειμένου να μην υπάρχουν εσφαλμένες αποδόσεις

από την ερευνήτρια που οφείλονται σε κακή κατανόηση λόγω μη επάρκειας κάποιας γλώσσας

Για την ολοκλήρωση των στόχων της παρούσας έρευνας ολοκληρώθηκε πρώτα η αναζήτηση επιστημονικών άρθρων και ανασκοπήσεων που συσχετιζόνταν με το θέμα. Πιο συγκεκριμένα διεξήχθη συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν και στην Ελληνική και στην Αγγλική γλώσσα ήταν: healthcare, φροντίδα υγείας, citizens' health, υγεία πολιτών, social health, κοινωνία και health benefits, παροχές υγείας, με όλους τους πιθανούς συνδυασμούς.

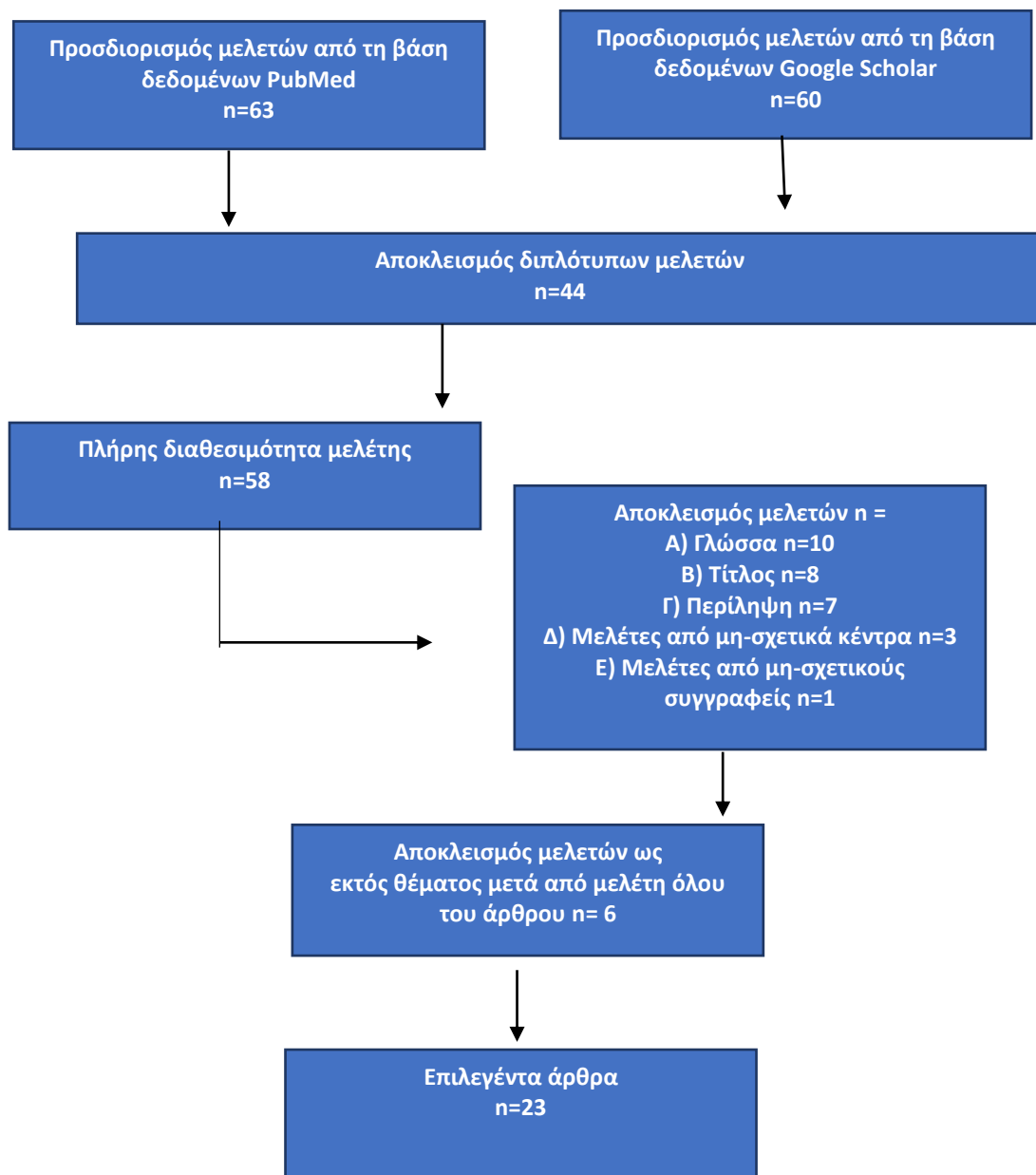
### 3.2 Κριτήρια εισόδου-αποκλεισμού μελετών

Ένα πρώτο κριτήριο εισόδου και συνάμα αποκλεισμού ήταν η γλώσσα, συγκεκριμένα έγινε αναζήτηση ερευνών μόνο στην Αγγλική και Ελληνική γλώσσα, οπότε η οποιαδήποτε άλλη γλώσσα αποτέλεσε κριτήριο αποκλεισμού από τη μελέτη. Σε επίπεδο περιεχομένου μελέτης επιλέχθηκαν πρωτογενείς έρευνες που βοηθούν στην ανάλυση του θέματος, αποκλείστηκαν οι έρευνες με μη σχετικό θέμα. Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν προς ολοκλήρωση της αναζήτησης είναι ποσοτικές ποιοτικές και βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Αποκλείστηκαν μελέτες που δεν υπήρχε δυνατότητα πλήρους διαθεσιμότητας. Η μελέτη απέκλεισε άρθρα με μη-σχετικότητα τίτλου και μη-σχετικότητα περίληψης. Στην αξιολόγηση της ποιότητας εκτιμήθηκαν η σχετικότητα του κέντρου από το οποίο εκπονήθηκε η μελέτη και η ειδικότητα των συγγραφέων. Μελέτες που δεν πληρούσαν αυτά τα κριτήρια ποιότητας αποκλείστηκαν από τη μελέτη.

## Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα έρευνας

Η έρευνα με βάση τις λέξεις κλειδιά απέδωσε 63 άρθρα στη βάση δεδομένων PubMed και 60 άρθρα στη βάση δεδομένων Google Scholar. Από τα άρθρα αυτά τα 44 ήταν όμοια. Το σύνολο δηλαδή των άρθρων ήταν 79. Από αυτά τα 58 ήταν πλήρως διαθέσιμα. Με βάση τα κριτήρια αποκλεισμού δεν εισήλθαν στη μελέτη 10 άρθρα λόγω γλώσσας, 8 άρθρα λόγω τίτλου, 7 άρθρα λόγω περίληψης, 3 άρθρα αποκλείστηκαν λόγω μη-

σχετικότητας κέντρου μελέτης, 1 άρθρο αποκλείστηκε λόγω μη-σχετικότητας συγγραφέων. Μετά από αξιολόγηση ολόκληρου του περιεχομένου των άρθρων αποκλείστηκαν 6 άρθρα. Συνολικά εισέρχονται στη μελέτη της παρούσας πτυχιακής εργασίας 23 άρθρα. Η διαδικασία αξιολόγησης απεικονίζεται σε διάγραμμα ροής που ακολουθεί. Το σύνολο των άρθρων που εισέρχονται στη μελέτη παρουσιάζονται σε αναλυτικό πίνακα που ακολουθεί.



**Διάγραμμα 1:** Διαγραμματική απεικόνιση της ροής των αποτελεσμάτων της συστηματικής βιβλιογραφικής αναζήτησης.

**Πίνακας 1:** Αποτελέσματα συστηματικής αναζήτησης

| A/A | Συγγραφείς  | Τίτλος  | Σκοπός   | Είδος μελέτης   | Συμπεράσματα   |
|-----|---|---|--|-----------------|--|
| 1   | Najafizada, M., Rahman, A., & Oxford, K. (2021).  | Analyzing models of patient-centered care in Canada through a scoping review and environmental scan   | Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να εντοπίσει και να συνθέσει μοντέλα περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή στον Καναδά                                | Ποσοτική έρευνα | Τα συστήματα υγείας δεν είναι μόνο τεχνικοί, βιοϊατρικοί οργανισμοί αλλά και κοινωνικοπολιτικοί θεσμοί με στόχους την οικονομική προστασία, τη δίκαιη κατανομή υπηρεσιών και πόρων και την ουσιαστική ένταξη των πολιτών στο σύστημα, και ως εκ τούτου οι ασθενείς πρέπει να γίνονται σεβαστοί ως άτομα και ως συλλογικότητες εντός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης |
| 2   | Beccia, F., Causio, F. A., Hoxhaj, I., Huang, H. Y., Wang, L., Wang, W., ... & Boccia, S. (2023). | Integrating China in the international consortium for personalised medicine. a position paper on healthcare professionals' education and citizens' empowerment in | Συνάφεια της συμμετοχής των ενδιαφερομένων στην ενημέρωση των υπευθύνων λήψης αποφάσεων, στην ανάπτυξη κατάλληλων εθνικών σχεδίων, στρατηγικών και | Ποσοτική έρευνα | Οι προτεραιότητες τόνισαν τη σημασία της εκπαίδευσης και της παιδείας για την υγεία, της πολυεπιστημονικής και διεθνούς συνεργασίας, της εμπιστοσύνης του κοινού και της εξέτασης ηθικών, νομικών και κοινωνικών   |

|   |  |  |  |                         |   |
|---|--|--|--|-------------------------|---|
|   |  | personalised medicine  | πολιτικών και στη διασφάλιση της κατάλληλης εφαρμογής των PM στα συστήματα υγείας.   |                         | θεμάτων   |
| 3 | Calvillo, J., Román, I., & Roa, L. M. (2013).  | Empowering citizens with access control mechanisms to their personal health resources.   | Οι εξελίξεις στις τεχνολογίες των πληροφοριών και των επικοινωνιών επέτρεψαν την ανάπτυξη νέων προσεγγίσεων για τη διαχείριση και τη χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης | Βιβλιογραφική αναζήτηση | Η εφαρμογή της τεχνολογίας χωρίς την υιοθέτηση μεθοδολογιών ή κανονικοποιημένων κατευθυντήριων γραμμών θα μειώσει τη διαλειτουργικότητα των λύσεων που αναπτύσσονται, αποτυγχάνοντας στην ανάπτυξη προηγμένων υπηρεσιών και βελτιωμένων σεναρίων για την παροχή υγείας. |
| 4 | San Sebastian, M., Maluka, S., Kamuzora, P., Kapologwe, N. A., Kigume, R., Masawe, C., & Hurtig, A. K. (2023). | Role of health facility governing committees in strengthening social accountability to improve the health system in Tanzania: protocol for a participatory action research study | αυτό το έργο στοχεύει να κατανοήσει εάν, πώς και υπό ποιες συνθήκες τα ενημερωμένα και ικανά HFGC(Υγειονομικές επιτροπές) βελτιώνουν την κοινωνική ευθύνη.                   | Συμμετοχική προσέγγιση  | Η κοινωνική ευθύνη είναι σημαντική για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας και την ενδυνάμωση των πολιτών.   |
| 5 | Olsen, L., Saunders, R. S., & McGinnis, J. M. (2011).  | The Learning Health System. In <i>Patients Charting the Course: Citizen Engagement and the Learning Health System:</i>   | ανάπτυξη ενός συστήματος υγείας μάθησης που έχει σχεδιαστεί για να δημιουργεί και να εφαρμόζει τα  | Βιβλιογραφική αναζήτηση | Οι διαδικασίες που περιλαμβάνουν την ανάπτυξη και τη χρήση αποδεικτικών στοιχείων θα πρέπει να είναι προσβάσιμες και διαφανείς σε όλους τους  |



|   |  |   |   |                         |  |
|---|--|---|---|-------------------------|--|
|   |  | <i>Workshop Summary.</i><br>National Academies<br>Press (US).                     | καλύτερα στοιχεία για τις συνεργατικές επιλογές υγειονομικής περίθαλψης κάθε ασθενή και παρόχου   |                         | ενδιαφερόμενους.   |
| 6 | Hurst, S. A., Schindler, M., Goold, S. D., & Danis, M. (2018).                                       | Swiss-CHAT: citizens discuss priorities for Swiss health insurance coverage.      | Αποτελέσματα συμμετοχής σε μια άσκηση λήψης αποφάσεων μεταξύ των κατοίκων της Ελβετίας, μιας χώρας υψηλού εισοδήματος με μακρά ιστορία καθολικής ασφάλισης υγείας και διαβουλευτικής δημοκρατίας.                                     | Ποσοτική έρευνα         | Οι Ελβετοί συμμετέχοντες που έχουν συμμετάσχει σε μια άσκηση καθορισμού προτεραιοτήτων δέχονται πολύπλοκες αντισταθμίσεις κατανομής πόρων στην κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης  |
| 7 | Wale, J. L., Chandler, D., Collyar, D., Hamerlijnc, D., Saldana, R., & Pemberton-Whitely, Z. (2022). | Can we afford to exclude patients throughout health technology assessment?. (HTA) | Η κατανόηση των αξιών και των πεποιθήσεων που εκφράζονται από ασθενείς και επαγγελματίες υγείας μπορεί να βοηθήσει στην καθοδήγηση αυτής της μεταφοράς γνώσης και στην εργασία προς τη διαχείριση των προσδοκιών των τελικών χρηστών. | Βιβλιογραφική αναζήτηση | Αξιολογώντας την εφαρμογή των συστάσεων HTA προσδιορίζεται πώς η HTA ωφελεί τους ασθενείς και τις κοινότητές τους. Η κοινή δέσμευση μπορεί να επηρεάσει θετικά το κοινό καλό και να προσφέρει οφέλη σε μεμονωμένους ασθενείς και τις κοινότητές τους |
| 8 | Goldfield, N. (2020).  | Fitting Community-Centered Population Health (CCPH) into the existing health care | Τα προβλήματα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των Ηνωμένων Πολιτειών  | Βιβλιογραφική αναζήτηση | Εάν ένα ή περισσότερα κράτη καταφέρουν να αντιμετωπίσουν την πανδημία του COVID μαζί   |

|    |   |  |  |                         |   |
|----|---|--|--|-------------------------|---|
|    |   | delivery patchwork: the politics of CCPH.  | από την πανδημία   |                         | με μια σχετική μέτρια οικονομική αναζωπύρωση, οι πολίτες θα μπορούσαν να αναπτύξουν την εμπιστοσύνη στην κρατική ηγεσία που είναι απαραίτητη για να γίνουν επιτέλους θεμελιώδεις αλλαγές στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Μια τέτοια αλλαγή είναι μια ευκαιρία κάθε έναν αιώνα. |
| 9  | MacRina, D. M., & O'Rourke, T. W. (1986).   | Citizen participation in health planning in the US and the UK: implications for health education strategies. | Ο ρόλος της συμμετοχής των πολιτών στη διαδικασία σχεδιασμού υγείας στη Μεγάλη Βρετανία και τις Ηνωμένες Πολιτείες | Βιβλιογραφική αναζήτηση | Τόσο οι φιλοσοφικοί στόχοι όσο και οι πολιτικές και οικονομικές πραγματικότητες των δύο χωρών έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη σημαντικά διαφορετικών συστημάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης και στον αντιληπτό ρόλο των πολιτών σε αυτό το σύστημα παροχής                         |
| 10 | Rotta, I., Lima, T., & Tonin, F. S. (2023). | Role of community pharmacy and pharmacists in self-care in Brazil.   | Τα παγκόσμια συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη Βραζιλία     | Ποσοτική έρευνα         | Για ταχύτερη και βιώσιμη πρόοδο, απαιτείται επειγόντως η επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων ενδιαφερομένων, η επαγγελματική πρακτική και οι κανονισμοί υγειονομικής περίθαλψης, η τυποποίηση των υπηρεσιών και η χρηματοδότηση της   |

|    |  |   |  |   |  |
|----|--|---|--|---|--|
|    |  |   |  |   | αυτοφροντίδας (τόσο δημόσια όσο και ιδιωτική).   |
| 11 | Flieger, S. P. (2017).                       | Implementing the patient-centered medical home in complex adaptive systems: Becoming a relationship-centered patient-centered medical home. | Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να εφαρμόσει τη θεωρία περίπλοκων προσαρμοστικών συστημάτων και τη θεωρία των οργανισμών με επίκεντρο τις σχέσεις για να διερευνήσει πώς εννέα διαφορετικές πρακτικές πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Νιου Χάμσαϊρ εφάρμοσαν το μοντέλο PCMH και να προσφέρει πληροφορίες για το πώς οι πρακτικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορούν να μετακινηθούν από ένα δομικό PCMH σε PCMH με επίκεντρο τις σχέσεις | Ποιοτική έρευνα με τη μέθοδο συνέντευξης        | Η φροντίδα που βασίζεται στην ομάδα προσφέρει μια ισχυρή ευκαιρία πέρα από τις δομές και τη συνεργασία.            |
| 12 | Göttgens, I., & Oertelt-Prigione, S. (2021). | The application of human-centered design approaches in health research and innovation: a narrative  | Αυτή η αναζήτηση στοχεύει να διερευνήσει τις τρέχουσες πρακτικές των προσεγγίσεων  | Αφηγηματική αναζήτηση της έρευνας για την υγεία | οι διαστάσεις ισχύος, η αντιπροσωπεία και η διατομεακότητα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε συνεδρίες συν-σχεδιασμού |

|    |  |  |  |  |   |
|----|--|--|--|--|---|
|    |  | review of current practices.   | HCD για την ανάπτυξη καινοτομιών στον τομέα της υγείας, με στόχο να παρέχει μια επισκόπηση των εφαρμοζόμενων μεθόδων για συμμετοχικές διαδικασίες και διαδικασίες HCD και να επισημάνει τις ελλείψεις τους για περαιτέρω έρευνα. |  | με πολλούς ενδιαφερόμενους, ειδικά όταν περιλαμβάνονται ευάλωτες ομάδες.  |
| 13 | Bjerkkan, J., Kane, B., Uhrenfeldt, L., Veie, M., & Fossum, M. (2020). | Citizen-patient involvement in the development of mhealth technology: Protocol for a systematic scoping review | Ο γενικός στόχος αυτής της αναζήτησης πεδίου εφαρμογής είναι να διερευνήσει το ρόλο της συμμετοχής πολιτών-ασθενών στην ανάπτυξη της τεχνολογίας mHealth προκειμένου να ενημερώσει τις μελλοντικές παρεμβάσεις                   | συστηματική αναζήτηση του πεδίου εφαρμογής | αυτή η αναζήτηση θα είναι η πρώτη αναζήτηση που θα παρέχει γνώση σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι πολίτες-ασθενείς συμμετέχουν στις εξελίξεις του συστήματος για τα εργαλεία mHealth και την αξία που προσθέτει αυτή η συμμετοχή στη διαδικασία ανάπτυξης του συστήματος. |
| 14 | Tavares, J., & Oliveira, T. (2016).                                    | Electronic health record(EHR) patient portal adoption by health care consumers: an acceptance model and survey | Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να κατανοήσει τους παράγοντες που ωθούν τα άτομα να υιοθετήσουν πύλες ΗΜΥ   | Ποσοτική έρευνα                            | Η συμπερίληψη συγκεκριμένων δομών και σχέσεων που σχετίζονται με τον τομέα των καταναλωτών της υγειονομικής περίθαλψης είχε επίσης σημαντικό αντίκτυπο στην   |

|    |   |  |   |                         |   |
|----|---|--|---|-------------------------|---|
|    |   |  |   |                         | κατανόηση της υιοθέτησης των πυλών ΗΜΥ.   |
| 15 | Katapally, T. R. (2019).                          | The SMART framework: Integration of citizen science, community-based participatory research, and systems science for population health science in the digital age. | Η επιστήμη του πολίτη αναδύεται σταδιακά ως μια κατάλληλη προσέγγιση στην έρευνα για την υγεία του πληθυσμού  | Βιβλιογραφική αναζήτηση | Αυτή η μελέτη προάγει το SMART, ένα πλαίσιο βασισμένο σε τεκμήρια που ενσωματώνει την επιστήμη των πολιτών, τη συμμετοχική έρευνα που βασίζεται στην κοινότητα και την επιστήμη των συστημάτων μέσω πανταχού παρών εργαλείων, αντιμετωπίζοντας βασικές προκλήσεις όπως η δέσμευση των πολιτών, η διαχείριση δεδομένων και η ανισότητα στο Διαδίκτυο για να νομιμοποιηθεί αυτή η ενοποίηση |
| 16 | van Velsen, L., Ludden, G., & Grünloh, C. (2022). | The limitations of user- and human-centered design in an eHealth context and how to move beyond them   | Ο ανθρωποκεντρικός σχεδιασμός (HCD) θεωρείται ευρέως ως η καλύτερη σχεδιαστική προσέγγιση για τη δημιουργία καινοτομιών ηλεκτρονικής υγείας που ευθυγραμμίζονται με τις ανάγκες, τις επιθυμίες και το πλαίσιο των τελικών χρηστών και έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει την | Βιβλιογραφική αναζήτηση | μια προσέγγιση σχεδιασμού που δεν υπερβαίνει τον άνθρωπο θα επιτρέψει στις λύσεις eHealth να φροντίζουν τόσο τους ανθρώπους όσο και το περιβάλλον.  |

|    |  |  |   |                                     |  |
|----|--|--|---|-------------------------------------|--|
|    |  |  | υγειονομική περιθαλψη.  |                                     |  |
| 17 | Beres, L. K., Simbeza, S., Holmes, C. B., Mwamba, C., Mukamba, N., Sharma, A., ... & Sikazwe, I. (2019). | Human-centered design lessons for implementation science: improving the implementation of a patient-centered care intervention | Ο ανθρωποκεντρικός σχεδιασμός (HCD) αντιπροσωπεύει μια νέα προσέγγιση στην προσαρμογή των καινοτομιών                               | αφηγηματική βιβλιογραφική αναζήτηση | Οι παρεμβάσεις HIV που βασίζονται σε στοιχεία συχνά αποτυγχάνουν να επιτύχουν τον αναμενόμενο αντίκτυπο λόγω ανεπαρκούς χρήσης στα συστήματα υγείας του πραγματικού κόσμου.  |
| 18 | Ruiz-Azarola, A., & Perestelo-Pérez, L. (2012).  | Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012.                              | Πως η συμμετοχή των ασθενών είναι ένας νέος τρόπος κατανόησης της σχέσης μεταξύ ασθενών, επαγγελματιών υγείας και συστημάτων υγείας | βιβλιογραφική αναζήτηση             | Οι ασθενείς μπορεί να είναι ειδικοί στις ασθένειές τους και, επομένως, να παίρνουν πιο ενεργό ρόλο στις αποφάσεις για την υγεία τους, όπως στην κοινή λήψη αποφάσεων, ως μέρος πρωτοβουλιών και ως μέρος της αξιολόγησης των δραστηριοτήτων δημόσιας υγείας και των υπηρεσιών υγείας |
| 19 | Bertelsen, P., Petersen, L. S., & Nøhr, C. (2020, June).   | Does health-it improve people centered care?.  | Η συμμετοχή των ασθενών μπορεί να υποστηριχθεί με πολλούς τρόπους, μερικοί από αυτούς μέσω της υγείας IT (HIT                       | βιβλιογραφική αναζήτηση             | Από την ανάλυση προκύπτουν κεντρικοί προβληματισμοί στη μελλοντική ανάπτυξη του HIT)(Τεχνολογία πληροφοριών που χρησιμοποιείται για την υγεία και την υγειονομική περιθαλψη).  |
| 20 | Cillessen, F., & Hofdijk, J. (2023).   | Self, at Home, and Digital if Possible, Drivers to Population Health Management  | προσέγγιση στην παροχή υγειονομικής περιθαλψης  | βιβλιογραφική αναζήτηση             | Ο περιφερειακός μετασχηματισμός της υγειονομικής περιθαλψης απαιτεί έναν ψηφιακό μετασχηματισμό που  |

|    |  |   |  |                         |  |
|----|--|---|--|-------------------------|--|
|    |  |   |  |                         | χαρακτηρίζεται από πολλές επιπτώσεις πληροφορικής  |
| 21 | Janson, A. L., Moen, A., & Fuglerud, K. S. (2020).   | Design of the capable health empowerment tool: Citizens' needs and expectations.                    | Είναι σημαντικό αλλά δύσκολο για τους πολίτες να αποκτήσουν μια σωστή επισκόπηση των πληροφοριών τους σχετικά με την υγεία | Ποσοτική έρευνα         | Η συμμετοχή άλλων ενδιαφερομένων για τη διασφάλιση της ολοκλήρωσης με άλλα συστήματα είναι πρωταρχικής σημασίας για την εκπλήρωση των προσδοκιών των πολιτών για ενσωμάτωση και αυτοματοποίηση |
| 22 | Maglaveras, N., Chouvarda, I., Koutkias, V., Lekka, I., Tsakali, M., Tsetoglou, S., ... & Balas, E. A. (2003). | Citizen centered health and lifestyle management via interactive TV: The PANACEIA-ITV health system | Περιγραφή σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας που βασίζεται στην τεχνολογία διαδραστικής τηλεόρασης.     | βιβλιογραφική αναζήτηση | αναπτύσσονται διαδραστικές υπηρεσίες ψηφιακής τηλεόρασης για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στο περιβάλλον φροντίδας στο σπίτι   |
| 23 | Colombo, C. (2016).  | Patients' increasing role in healthcare.  | επισκόπηση των μεταβαλλόμενων ρόλων των ασθενών και των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη.                                | βιβλιογραφική αναζήτηση | Οι άνθρωποι ζητούν πληροφορίες πιο συχνά και θέλουν ενεργό μέρος στις αποφάσεις για την υγεία τους   |

## Κεφάλαιο 5. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Οι (Najafizada, et al. 2021) είχαν ως στόχο της μελέτης τους τον εντοπισμό μοντέλων ασθενοκεντρικής φροντίδας στον Καναδά και τη σύγκρισή τους με τα κανονιστικά μοντέλα που περιγράφονται στη βιβλιογραφία. Η ασθενοκεντρική φροντίδα έχει αποκτήσει δυναμική τον εικοστό πρώτο αιώνα ως συστατικό της ποιοτικής φροντίδας. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας του Covid-19, η κρίση συχνά μετατοπίζει το επίκεντρο στην ασθένεια παρά στον ασθενή. Η πολλαπλότητα των канаδικών συστημάτων, συμπεριλαμβανομένων των ομοσπονδιακών, επαρχιακών και εδαφικών πλαισίων, βοήθησε στην αναζήτηση μιας ποικιλίας μοντέλων. Αυτή η μελέτη διεξήχθη χρησιμοποιώντας μια μέθοδο αναζήτησης εύρους που υποστηρίζεται από περιβαλλοντική σάρωση για τον εντοπισμό μοντέλων φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή στον Καναδά. Η μελέτη εντόπισε 19 ασθενοκεντρικές παρεμβάσεις σε όλο τον Καναδά. Οι παρεμβάσεις περιελάμβαναν παρεμβάσεις δίπλα στο κρεβάτι, έργα αφοσίωσης ασθενών σε οργανωτικό επίπεδο και συμβουλευτικές ομάδες πολιτών σε επίπεδο συστήματος. Το οργανωτικό μοντέλο ήταν το πιο κοινό. Οι στόχοι των παρεμβάσεων κυμαίνονταν από τη βελτίωση της εμπειρίας περίθαλψης του ασθενούς έως τον εντοπισμό τρόπων μείωσης του κόστους. Στα περισσότερα έργα σε οργανωτικό επίπεδο, υπήρχε μια αξιοσημείωτη τάση συμμετοχής ασθενών ως μελών επιτροπών βελτίωσης της ποιότητας. Ο σεβασμός της αξιοπρέπειας και της αυτονομίας των ασθενών στις κλινικές αλληλεπιδράσεις ένας προς έναν αντιμετωπίστηκε ελάχιστα στα μοντέλα. Όπως προέκυψε τα συστήματα υγείας δεν είναι μόνο τεχνικοί, βιοϊατρικοί οργανισμοί αλλά και κοινωνικοπολιτικοί θεσμοί με στόχους την οικονομική προστασία, τη δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών και των πόρων και την ουσιαστική ένταξη των πολιτών στο σύστημα, και ως εκ τούτου οι ασθενείς πρέπει να γίνονται σεβαστοί ως άτομα και ως συλλογικότητες εντός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Αναφορικά με τους (Beccia, et al. 2023) η Εξατομικευμένη Ιατρική (PM) έχει ενισχυθεί από τις τεχνολογικές και ιατρικές προόδους, αλλά όλοι οι ενδιαφερόμενοι



φορείς, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών υγείας, των πολιτών και των υπευθύνων χάραξης πολιτικής, θα πρέπει να αποκτήσουν επαρκή παιδεία στον τομέα της υγείας για την προώθηση της εφαρμογής των PM. Το έργο «Integrating China in the International Consortium for Personalized Medicine» (IC2PerMed), που χρηματοδοτείται από τη International Consortium for Personalized Medicine, εστιάζει σε αυτό το θέμα τονίζοντας την ανάγκη εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας και ενδυνάμωσης των πολιτών. Στο πλαίσιο του προαναφερθέντος έργου, βασιζόμενοι σε μια χαρτογράφηση των ευρωπαϊκών και κινεζικών πολιτικών στο PM, συμμετείχαν σε ένα διαδικτυακό εργαστήριο προκειμένου να προσδιοριστούν οι τομείς προτεραιότητας παρέμβασης για τους επαγγελματίες υγείας». Εννέα ειδικοί ολοκλήρωσαν την έρευνα και κατέληξαν σε συναίνεση σε δεκαεπτά προτεραιότητες: επτά σχετίζονταν με την εκπαίδευση και τα προγράμματα σπουδών των επαγγελματιών υγείας, ενώ δέκα με την ευαισθητοποίηση και την ενδυνάμωση των πολιτών και των ασθενών. Αυτές οι προτεραιότητες τόνισαν τη σημασία της εκπαίδευσης και της παιδείας για την υγεία, της πολυεπιστημονικής και διεθνούς συνεργασίας, της εμπιστοσύνης του κοινού και της εξέτασης ηθικών, νομικών και κοινωνικών θεμάτων. Η παρούσα εμπειρία υπογραμμίζει τη συνάφεια της συμμετοχής των ενδιαφερομένων στην ενημέρωση των υπευθύνων λήψης αποφάσεων, στην ανάπτυξη κατάλληλων εθνικών σχεδίων, στρατηγικών και πολιτικών και στη διασφάλιση της κατάλληλης εφαρμογής των PM στα συστήματα υγείας.

Σύμφωνα με τους (Calvillo, et al. 2013) οι εξελίξεις στις τεχνολογίες της πληροφορίας και των επικοινωνιών επέτρεψαν την ανάπτυξη νέων προσεγγίσεων για τη διαχείριση και τη χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Σήμερα είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν πολύπλοκα ζητήματα όπως η ουσιαστική πρόσβαση σε καταμεμημένα δεδομένα ή η επικοινωνία και η κατανόηση μεταξύ ετερογενών συστημάτων. Κατά συνέπεια, η συζήτηση επικεντρώνεται στη διαχείριση ολόκληρου του συνόλου των πόρων που παρέχουν γνώση για ένα μεμονωμένο θέμα φροντίδας (single subject of care) (SoC). Οι νέες τάσεις καθιστούν το SoC διαχειριστή και υπεύθυνο για όλα αυτά τα στοιχεία (που σχετίζονται με τα δημογραφικά του δεδομένα, την υγεία, την ευημερία, τις κοινωνικές συνθήκες κ.λπ.) και του παρέχεται η δυνατότητα να ελέγχει την πρόσβαση σε

αυτά από τρίτους. Το υποκείμενο της φροντίδας ανταλλάσσει τον παθητικό του ρόλο χωρίς καμία ικανότητα λήψης απόφασης με ένα ενεργό που επιτρέπει να ελέγξει ποιος έχει πρόσβαση σε τι. Αυτή η υποδομή είναι το δομικό στοιχείο ενός ευρύτερου σεναρίου, του Person-Oriented Virtual Organization (POVO), με στόχο την ενοποίηση όλων των πόρων που σχετίζονται με τα δεδομένα που σχετίζονται με την υγεία κάθε πολίτη. Το POVO καλύπτει το ευρύ φάσμα και την ετερογένεια των διαθέσιμων πόρων υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. πηγές πληροφοριών, συσκευές παρακολούθησης ή εργαλεία προσομοίωσης λογισμικού) και παραχωρεί σε κάθε SoC τον έλεγχο πρόσβασης σε αυτές. Μέθοδοι: Πολλά μεθοδολογικά ζητήματα είναι κρίσιμα για το σχεδιασμό της στοχευμένης υποδομής. Η ιδέα και η εστίαση του κατανεμημένου συστήματος εξετάζονται από την προοπτική της αρχιτεκτονικής προσανατολισμένης στην υπηρεσία (SOA)(service oriented architecture). Εισάγονται τα κύρια πλαίσια για την επισημοποίηση των αρχιτεκτονικών κατανεμημένων συστημάτων (Reference Model-Open Distributed Processing, RM-ODP και Model Driven Architecture, MDA), καθώς και ο τρόπος με τον οποίο τυποποιείται η χρήση της Unified Modeling Language (UML). Η προδιαγραφή των πολιτικών ελέγχου πρόσβασης και των μηχανισμών λήψης αποφάσεων είναι βασικά κλειδιά για αυτήν την προσέγγιση και επιτυγχάνονται με τη χρήση σημασιολογικών τεχνολογιών (δηλαδή, οντολογίες, γλώσσες κανόνων και μηχανές συμπερασμάτων). Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα επικεντρώνονται κυρίως στην ασφάλεια και τον έλεγχο πρόσβασης του προτεινόμενου σεναρίου. Έχει σχεδιαστεί και αναπτυχθεί μια οντολογία για το POVO που καλύπτει την ορολογία του σεναρίου και διευκολύνει την αυτοματοποίηση των εργασιών διαχείρισης. Πάνω από αυτήν την οντολογία, ένας μηχανισμός ελέγχου πρόσβασης που βασίζεται σε γλώσσες κανόνων επιτρέπει τον καθορισμό πολιτικών ελέγχου πρόσβασης και μια μηχανή συμπερασμάτων εκτελεί αυτόματα τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η χρησιμότητα των λύσεων για τη διευκόλυνση των εργασιών διαχείρισης στο SoC βελτιώνεται από την εφαρμογή Me-As-Admin (M3A). Αυτό καθοδηγεί το SoC μέσω της προδιαγραφής προσωπικών πολιτικών ελέγχου πρόσβασης στους κατανεμημένους πόρους του/της χρησιμοποιώντας σημασιολογικές τεχνολογίες (π.χ. μεταμοντελοποίηση, μετασχηματισμοί μοντέλου σε

κείμενο κ.λπ.). Όλα τα αποτελέσματα αναπτύσσονται ως υπηρεσίες και περιλαμβάνονται σε μια αρχιτεκτονική σύμφωνα με πρότυπα και αρχές διαφάνειας και διαλειτουργικότητας.

Προέκυψε από την εν λόγω μελέτη, ότι η τρέχουσα τεχνολογία μπορεί να προσφέρει φροντίδα υγείας, κοινωνική ευημερία με επίκεντρο τους πολίτες και δύναται να παρέχει σε κάθε άτομο τη διαχείριση των πληροφοριών υγείας του/της. Ωστόσο, η εφαρμογή της τεχνολογίας χωρίς την υιοθέτηση μεθοδολογιών ή κανονικοποιημένων κατευθυντήριων γραμμών θα μειώσει τη διαλειτουργικότητα των λύσεων που αναπτύσσονται, αποτυγχάνοντας στην ανάπτυξη προηγμένων υπηρεσιών και βελτιωμένων σεναρίων για την παροχή υγείας. Τα πρότυπα και οι αρχιτεκτονικές αναφοράς μπορούν να αποτελέσουν ακρογωνιαίο λίθο για μελλοντικές και ισχυρές εξελίξεις. Τέλος, όχι μόνο η τεχνολογία πρέπει να ακολουθεί προσεγγίσεις με επίκεντρο τον πολίτη, αλλά και τα κενά που χρειάζονται νομοθετικές προσπάθειες που υποστηρίζουν αυτά τα νέα πρότυπα παροχής υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν

Αναφέρθηκε από τους (San et al. 2023) ότι η κοινωνική ευθύνη είναι σημαντική για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας και την ενδυνάμωση των πολιτών. Η κυβέρνηση της Τανζανίας έχει μεταβιβάσει την εξουσία για τον σχεδιασμό, τον προϋπολογισμό και τη διαχείριση των οικονομικών πόρων στις κατώτερες εγκαταστάσεις υγείας από το 2017. Οι επιτροπές διοίκησης υγειονομικών εγκαταστάσεων (HFGCs) επομένως διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη διασφάλιση της κοινωνικής ευθύνης. Ενώ τα HFGC χρησιμεύουν ως γέφυρες μεταξύ των εγκαταστάσεων υγείας και των κοινοτήτων τους, πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για την ενίσχυση της ικανότητάς τους. Ως εκ τούτου, αυτό το έργο στοχεύει να κατανοήσει εάν, πώς και υπό ποιες συνθήκες τα ενημερωμένα και ικανά HFGC βελτιώνουν την κοινωνική ευθύνη. Αυτή η μελέτη υιοθετεί μια συμμετοχική προσέγγιση στη ρεαλιστική αξιολόγηση, εμπλέκοντας τα μέλη των HFGCs, τους διαχειριστές και τους παρόχους υγείας και τους ηγέτες της κοινότητας να: (1) χαρτογραφήσουν τις προκλήσεις και τις ευκαιρίες της τρέχουσας μεταρρύθμισης, (2) να αναπτύξουν μια αρχική θεωρία προγράμματος που προτείνει ένα σχέδιο για την ενίσχυση του ρόλου των HFGC, (3) εξετάζει τη θεωρία του

προγράμματος αναπτύσσοντας ένα σχέδιο δράσης, (4) βελτιώνει τη θεωρία του προγράμματος μέσω πολλαπλών κύκλων συμμετοχικής μάθησης και (5) προτείνει ένα σύνολο συστάσεων για την καθοδήγηση των διαδικασιών για την ενίσχυση της κοινωνικής ευθύνης στο σύστημα υγείας της Τανζανίας. Αυτό το έργο αποτελεί μέρος μιας συνεχιζόμενης ισχυρής συνεργασίας μεταξύ του Πανεπιστημίου του Dar es Saalam (Τανζανία) και του Πανεπιστημίου Umeå (Σουηδία), παρέχοντας ευκαιρίες για εκμάθηση δράσης και στενές αλληλεπιδράσεις μεταξύ ερευνητών, υπευθύνων λήψης αποφάσεων και επαγγελματιών. Η δεοντολογική έγκριση για τη διεξαγωγή της μελέτης λήφθηκε από την Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας της Τανζανίας-Εθνικό Ινστιτούτο Ιατρικής Έρευνας (NIMR/HQ/R.8a/Vol.IX/3928). Οι άδειες για τη διεξαγωγή της μελέτης στις εγκαταστάσεις υγείας δόθηκαν από την Περιφερειακή Διοίκηση και Τοπική Αυτοδιοίκηση του Γραφείου του Προέδρου και τις αρμόδιες περιφερειακές και περιφερειακές αρχές. Τα αποτελέσματα θα δημοσιευθούν σε περιοδικά ανοιχτής πρόσβασης, με κριτές και θα παρουσιαστούν σε επιστημονικά συνέδρια.

Οι (Olsen, et al. 2011) ανέφεραν σε έρευνά τους ότι η Στρογγυλή Τράπεζα του Ινστιτούτου Ιατρικής για την Αξία & την Υγειονομική Περίθαλψη με γνώμονα την Επιστήμη έχει συγκληθεί για να βοηθήσει στον μετασχηματισμό του τρόπου με τον οποίο δημιουργούνται και χρησιμοποιούνται στοιχεία σχετικά με την κλινική αποτελεσματικότητα για τη βελτίωση της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης. Επιδιώκεται η ανάπτυξη ενός συστήματος υγείας μάθησης που έχει σχεδιαστεί για να δημιουργεί και να εφαρμόζει τα καλύτερα στοιχεία για τις συνεργατικές επιλογές υγειονομικής περίθαλψης κάθε ασθενή και παρόχου να οδηγήσει τη διαδικασία της ανακάλυψης ως φυσική εξέλιξη της φροντίδας των ασθενών και να εξασφαλίσει καινοτομία, ποιότητα, ασφάλεια και αξία στην υγειονομική περίθαλψη.

Το όραμά τους είναι ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που βασίζεται στα καλύτερα στοιχεία για να παρέχει την καταλληλότερη φροντίδα σε κάθε ασθενή, δίνει έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, προσφέρει τη μεγαλύτερη αξία, προσθέτει στη μάθηση κατά τη διάρκεια της παροχής φροντίδας και οδηγεί σε βελτιώσεις στην την υγεία του έθνους. Μέχρι το έτος 2020, το 90 τοις εκατό των

κλινικών αποφάσεων θα υποστηρίζονται από ακριβείς, έγκαιρες και ενημερωμένες κλινικές πληροφορίες και θα αντικατοπτρίζουν τα καλύτερα διαθέσιμα στοιχεία. Αυτό αποτελεί απτή εστίαση για την πρόοδο προς το όραμά μας, ότι οι Αμερικανοί πρέπει να περιμένουν τουλάχιστον αυτό το επίπεδο απόδοσης, ότι θα πρέπει να είναι εφικτό με τους υπάρχοντες πόρους και τα αναδυόμενα εργαλεία και ότι μπορούν να αναπτυχθούν μέτρα για την παρακολούθηση και την τόνωση της προόδου.

Καθώς οι πρωτοφανείς εξελίξεις στη διάγνωση, τη θεραπεία και τη μακροπρόθεσμη διαχείριση της νόσου φέρνουν τους Αμερικανούς πιο κοντά από ποτέ στην υπόσχεση της εξατομικευμένης υγειονομικής περίθαλψης, αντιμετωπίζονται παρόμοιες πρωτοφανείς προκλήσεις για τον εντοπισμό και την παροχή της φροντίδας που είναι πιο κατάλληλη για τις ατομικές ανάγκες και συνθήκες. Η φροντίδα που είναι σημαντική συχνά δεν παρέχεται. Η φροντίδα που παρέχεται συχνά δεν είναι σημαντική. Όλο και περισσότερο, είναι αποτέλεσμα της περιορισμένης ικανότητάς μας για έγκαιρη δημιουργία αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με τη σχετική αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και ασφάλεια των διαθέσιμων και των αναδυόμενων παρεμβάσεων. Η βελτίωση της αξίας της απόδοσης της επένδυσής μας στην υγειονομική περίθαλψη είναι μια ζωτική επιταγή που θα απαιτήσει πολύ μεγαλύτερη ικανότητα αξιολόγησης κλινικών παρεμβάσεων υψηλής προτεραιότητας, ισχυρότερους δεσμούς μεταξύ κλινικής έρευνας και πρακτικής και επαναπροσανατολισμό των κινήτρων για την εφαρμογή νέων γνώσεων. Η Στρογγυλή Τράπεζα του για την Αξία & την Υγειονομική Περίθαλψη με γνώμονα την επιστήμη χρησιμεύει ως φόρουμ για τη διευκόλυνση της συλλογικής αξιολόγησης και δράσης γύρω από ζητήματα που είναι κεντρικά για την επίτευξη του οράματος και του στόχου που δηλώθηκε. Οι προκλήσεις είναι μυριάδες και περιλαμβάνουν ζητήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν για να βελτιωθεί η ανάπτυξη αποδεικτικών στοιχείων, η εφαρμογή αποδεικτικών στοιχείων και η ικανότητα προώθησης προόδου και στις δύο διαστάσεις. Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, ως ηγέτες στους τομείς τους, τα μέλη της Στρογγυλής τραπέζης θα εργαστούν με τους συναδέλφους τους για να εντοπίσουν τα ζητήματα που δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς, τη φύση των φραγμών και πιθανών λύσεων και τις

προτεραιότητες για δράση, και θα συγκεντρώσουν τους πόρους των τομέων εκπροσωπούνται στη Στρογγυλή Τράπεζα για να εργαστούν για τη βιώσιμη συνεργασία δημόσιου-ιδιωτικού τομέα για την αλλαγή. Οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν τη συλλογική διερεύνηση νέων και ταχέων προσεγγίσεων για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων, την καλύτερη χρήση της εμπειρίας φροντίδας του ασθενούς για τη δημιουργία αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα, τον προσδιορισμό των προτεραιοτήτων αξιολόγησης και τις στρατηγικές επικοινωνίας για τη βελτίωση της κατανόησης και υποστήριξης παρόχων και ασθενών για παρεμβάσεις αποδεδειγμένα λειτουργεί καλύτερα και προσφέρει αξία στην υγειονομική περίθαλψη.

Οι διαδικασίες που περιλαμβάνουν την ανάπτυξη και τη χρήση αποδεικτικών στοιχείων θα πρέπει να είναι προσβάσιμες και διαφανείς σε όλους τους ενδιαφερόμενους. Μια κοινή δέσμευση σε ορισμένες αρχές και προτεραιότητες καθοδηγεί τις δραστηριότητες της Στρογγυλής Τράπεζας και των μελών της, συμπεριλαμβανομένης της δέσμευσης για τη σωστή υγειονομική περίθαλψη για κάθε άτομο.

Σύμφωνα με τους (Hurst, et al. 2018) καθώς η καθολική κάλυψη υγείας γίνεται ο κανόνας σε πολλές χώρες, είναι σημαντικό να καθοριστούν οι δημόσιες προτεραιότητες σχετικά με τα οφέλη που θα συμπεριληφθούν στην ασφαλιστική κάλυψη υγείας. Αναφέρονται αποτελέσματα συμμετοχής σε μια άσκηση λήψης αποφάσεων μεταξύ των κατοίκων της Ελβετίας, μιας χώρας υψηλού εισοδήματος με μακρά ιστορία καθολικής ασφάλισης υγείας και διαβουλευτικής δημοκρατίας. Προσαρμόστηκε το εργαλείο Choosing Healthplans All Together (CHAT), μια άσκηση που αναπτύχθηκε για να μετατρέψει περίπλοκες αποφάσεις κατανομής της υγειονομικής περίθαλψης σε εύκολα κατανοητές επιλογές, για χρήση στην Ελβετία. Έγιναν ασκήσεις CHAT σε δώδεκα ελβετικές πόλεις με προσλήψεις από μια σειρά κοινωνικοοικονομικών υποβάθρων, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές στη γλώσσα και τον πολιτισμό.

Σε σύγκριση με την υπάρχουσα κάλυψη, η πλειονότητα των 175 συμμετεχόντων αποδέχτηκε μεγαλύτερη γενική πρακτική gatekeeping (94%), αποκλεισμό επεμβατικών

μέτρων διατήρησης της ζωής σε ετοιμοθάνατους ασθενείς (80%), μεγαλύτερους χρόνους αναμονής για μη επείγουσα επεισοδιακή φροντίδα (78%), μεγαλύτερη τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών κόστους-αποτελεσματικότητας στη χρόνια φροντίδα (66%) και χαμηλότερες επιδοτήσεις ασφαλιστών (51%). Οι περισσότεροι αρχικά επέλεξαν μεγαλύτερη κάλυψη για οδοντιατρική φροντίδα (59%), ποιότητα ζωής (57%) και μακροχρόνια φροντίδα (90%). Κατά τη διάρκεια των ομαδικών συζητήσεων, οι συμμετέχοντες αύξησαν την κάλυψη για το κόστος ζωής (58%) και την ψυχική υγεία στα σημερινά επίπεδα (41%) και πέρα από τα τρέχοντα επίπεδα για αποκατάσταση (50%), και μείωσαν την κάλυψη για την ποιότητα ζωής στα σημερινά επίπεδα (74%). Μετά από ομαδικές συζητήσεις, έτειναν να αλλάζουν τις απόψεις τους σε χαμηλότερη από την τρέχουσα κάλυψη για βοήθεια με το κόστος από την τσέπη τους και πίσω στα τρέχοντα επίπεδα για αποκατάσταση. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες αποδέχθηκαν το σχέδιο ως κατάλληλο και δίκαιο. Συμπερασματικά, οι Ελβετοί συμμετέχοντες που έχουν συμμετάσχει σε μια άσκηση καθορισμού προτεραιοτήτων δέχονται πολύπλοκες αντισταθμίσεις κατανομής πόρων στην κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, στο πλαίσιο ενός καλά χρηματοδοτούμενου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης με καθολική κάλυψη με επίκεντρο την ατομική επιλογή, τουλάχιστον ορισμένοι από τους συμμετέχοντες πίστευαν ότι επιτεύχθηκε ένα πλήρως επαρκές όριο ασφαλιστικής κάλυψης υγείας.

Υποστηρίχθηκε από τους (Wale, et al. 2022) ότι η αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας (HTA) αποσκοπεί στον προσδιορισμό της αξίας των τεχνολογιών υγείας και, όταν μια τεχνολογία προτείνεται για χρηματοδότηση, γεφυρώνει την κλινική έρευνα και πρακτική. Η κατανόηση των αξιών και των πεποιθήσεων που εκφράζονται από ασθενείς και επαγγελματίες υγείας μπορεί να βοηθήσει στην καθοδήγηση αυτής της μεταφοράς γνώσης και στην εργασία προς τη διαχείριση των προσδοκιών των τελικών χρηστών. Οι εμπειρίες και οι γνώσεις των ασθενών είναι σημαντικές για τον εκδημοκρατισμό των αποδεικτικών στοιχείων και τη νομιμότητα των HTA. Οι μελέτες προτιμήσεων ασθενών χρησιμοποιούνται για την εξισορρόπηση των οφελών με τις πιθανές βλάβες των τεχνολογιών και τα αποτελέσματα που αναφέρονται από τους ασθενείς (PROs) μπορούν

να μετρήσουν ό,τι έχει σημασία για τους ασθενείς με την πάροδο του χρόνου. Παρατηρείται μια αλλαγή στην κουλτούρα στους χρήστες ΗΤΑ, ενώ με περαιτέρω μετασχηματιστική σκέψη οι ασθενείς μπορούν να συμμετέχουν σε κάθε βήμα της διαδικασίας των ΗΤΑ. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν σε ΗΤAs, με τις αξίες των ασθενών να είναι κεντρικές στις συζητήσεις ΗΤΑ σχετικά με μια τεχνολογία και όπου οι ασθενείς μπορούν να παρέχουν πολύτιμες γνώσεις για να ενημερώσουν τη λήψη αποφάσεων για ΗΤΑ. και στη διασφάλιση της εξέλιξης των μεθοδολογιών ΗΤΑ. Η κοινή δέσμευση μπορεί να επηρεάσει θετικά το κοινό καλό και να προσφέρει οφέλη σε μεμονωμένους ασθενείς και τις κοινότητές τους.

Όπως είπε ο (Goldfield, 2020) η κρίση του COVID-19 έχει αποκαλύψει ξεκάθαρα τα προβλήματα και τις τεράστιες τρύπες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των Ηνωμένων Πολιτειών. Για σήμερα, πρέπει να αντιμετωπιστεί η τρέχουσα πανδημία από την άποψη τόσο του ελέγχου όσο και της καταστολής. Ωστόσο, τέτοιες προσπάθειες θα μπορούσαν επίσης να παρέχουν πληροφορίες για μια μεταπανδημική αναδιάρθρωση της υγειονομικής περίθαλψης. Εάν ένα ή περισσότερα κράτη καταφέρουν να αντιμετωπίσουν την πανδημία του COVID μαζί με μια σχετική μέτρια οικονομική αναζωπύρωση, οι πολίτες θα μπορούσαν να αναπτύξουν την εμπιστοσύνη στην κρατική ηγεσία που είναι απαραίτητη για να γίνουν επιτέλους θεμελιώδεις αλλαγές στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Μια τέτοια αλλαγή είναι μια ευκαιρία κάθε έναν αιώνα.

Σύμφωνα με τους (MacRina, & O'Rourke, 1986) ο ρόλος της συμμετοχής των πολιτών στη διαδικασία σχεδιασμού υγείας στη Μεγάλη Βρετανία και τις Ηνωμένες Πολιτείες κάνει ενδιαφέρουσες συγκρίσεις. Και στα δύο συστήματα, το ιστορικό συμμετοχής των πολιτών στον σχεδιασμό της υγείας ήταν ανάμεικτο. Τόσο οι φιλοσοφικοί στόχοι όσο και οι πολιτικές και οικονομικές πραγματικότητες των δύο χωρών έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη σημαντικά διαφορετικών συστημάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης και στον αντιληπτό ρόλο των πολιτών σε αυτό το σύστημα παροχής. Ενώ οι προηγούμενες συγκρίσεις επικεντρώθηκαν κυρίως στη φύση των συστημάτων παράδοσης και την πιθανή αποτελεσματικότητα και κόστος, αυτή η μελέτη εστιάζει στον ρόλο του πολίτη στην υλοποίηση ουσιαστικού σχεδιασμού υγείας και στις



δύο κοινωνίες. Επιπλέον, η μελέτη συσχετίζει τα ευρήματα με τις επιπτώσεις για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αγωγής υγείας με βάση αυτές τις αντιλήψεις.

Αναφορικά με τους (Rotta, et al., 2023) τα παγκόσμια συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη Βραζιλία –ένα από τα μεγαλύτερα δημόσια μοντέλα στον κόσμο–, συνεχίζουν να εξελίσσονται, καθώς και οι ανάγκες υγείας των πληθυσμών, που επί του παρόντος διαμορφώνονται σε άτομα που αισθάνονται μεγαλύτερη επιθυμία να διαχειρίζονται την υγεία τους. Οι πρακτικές αυτοφροντίδας αποτελούν μέρος πολλών δημόσιων πολιτικών και κλινικών κατευθυντήριων γραμμών στη Βραζιλία, συμπεριλαμβανομένης της Εθνικής Πολιτικής για τις Συμπληρωματικές και Ολοκληρωτικές Πρακτικές, το Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου του AIDS, την Εθνική Πολιτική για την Υγεία των Γυναικών και τις Κατευθυντήριες γραμμές για τη φροντίδα των ατόμων με χρόνιες ασθένειες. Υπάρχουν πάνω από 100.700 κοινοτικά φαρμακεία, στη χώρα (89,2% ιδιόκτητα) που απασχολούν 234.300 φαρμακοποιούς, αντιπροσωπεύοντας ένα σημαντικό σημείο παράδοσης για αυτοφροντίδα, καθώς αποτελούν το πρώτο σημείο πρόσβασης στη φροντίδα για τους περισσότερους ασθενείς. Η αυτοθεραπεία είναι μια συνηθισμένη πρακτική στη Βραζιλία (ποσοστά επικράτησης της αυτοθεραπείας κυμαίνονται από 16,1% έως 35,0%), ειδικά με φαρμακευτικά προϊόντα που δεν συνταγογραφούνται ή χωρίς ιατρική συνταγή (65,0%). Στην πραγματικότητα, αυτά τα προϊόντα αντιπροσωπεύουν πάνω από το 25% του όγκου των φαρμάκων που διατίθενται στην αγορά, αθροίζοντας έσοδα 1,9 δισεκατομμυρίων δολαρίων ΗΠΑ ετησίως. Μελέτες κατέδειξαν θετικό αντίκτυπο στον προϋπολογισμό ως σημαντική εξοικονόμηση πόρων για το Εθνικό Σύστημα Υγείας λόγω της μείωσης των περιττών ιατρικών ραντεβού και της απώλειας εργασιμων ημερών. Εκτός από τη διαχείριση μικρών παθήσεων, άλλες υπηρεσίες αυτοεξυπηρέτησης που παρέχονται από κοινοτικά φαρμακεία που αναζητούνται συχνά από πολίτες της Βραζιλίας (20–25% των περιπτώσεων) είναι η διακοπή του καπνίσματος και η διαχείριση βάρους (κόστος ανά υπηρεσία που κυμαίνεται από περίπου 5,00 έως 12,00 USD). Ωστόσο, οι υπηρεσίες φαρμακείου δεν είναι ακόμη πλήρως ενσωματωμένες στη Βραζιλία στον ίδιο βαθμό όπως σε άλλες χώρες. Εμπόδια όπως η τυποποίηση των διαδικασιών (από το σχεδιασμό,

την υλοποίηση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών στην πράξη), η αμοιβή των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών και το ποσό που θα χρεωθεί για την υπηρεσία εξακολουθούν να αποτελούν αντικείμενο διαμάχης. Για ταχύτερη και βιώσιμη πρόοδο σε αυτές τις πρακτικές, απαιτείται επείγοντως η επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων ενδιαφερομένων, η επαγγελματική πρακτική και οι κανονισμοί υγειονομικής περίθαλψης, η τυποποίηση των υπηρεσιών και η χρηματοδότηση της αυτοφροντίδας (τόσο δημόσια όσο και ιδιωτική). Αυτό το έγγραφο παρέχει μια επισκόπηση ορισμένων υπηρεσιών αυτοεξυπηρέτησης που παρέχονται από κοινοτικά φαρμακεία στη Βραζιλία και εφιστά την προσοχή στις συνεχιζόμενες προκλήσεις για την προώθηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Όπως καταγράφηκε από την μελέτη του (Flieger, 2017) μελετήθηκε η εμπειρία εφαρμογής εννέα πρακτικών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που μετατρέπονται σε ιατρικές κατοικίες με επίκεντρο τον ασθενή (PCMH) ως μέρος της Πρωτοβουλίας Πολιτών Υγείας του New Hampshire Multi-Stakeholder Medical Home Pilot. Ο σκοπός ήταν να εφαρμόσει τη θεωρία περίπλοκων προσαρμοστικών συστημάτων και τη θεωρία των οργανισμών με επίκεντρο τις σχέσεις για να διερευνήσει πώς εννέα διαφορετικές πρακτικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο Νιου Χάμσαϊρ εφάρμοσαν το μοντέλο PCMH και να προσφέρει πληροφορίες για το πώς οι πρακτικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορούν να μετακινηθούν από ένα δομικό PCMH σε ένα PCMH με επίκεντρο τις σχέσεις. Ογδόντα τρεις συνεντεύξεις διεξήχθησαν με διοικητικό και κλινικό προσωπικό στα εννέα πιλοτικά ιατρεία, μεταξύ Νοεμβρίου και Δεκεμβρίου 2011. Οι συνεντεύξεις μεταγράφηκαν, κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας τόσο διαχρονικά, όσο και έκτακτα ζητήματα. Αν και υπάρχει αξία στα δομικά στοιχεία του PCMH (π.χ. μητρώα ασθενειών), αυτές οι δομές δεν επαρκούν. Το να γίνεις PCMH με επίκεντρο τις σχέσεις απαιτεί προσοχή στον προβληματισμό, τη δημιουργία νοημάτων, τη μάθηση και τη συνεργασία. Αυτό μπορεί να διευκολυνθεί με ρυθμίσεις χρόνου για επικοινωνία και δημιουργία σχέσεων μέσω δομημένων συναντήσεων σχετικά με τα στοιχεία PCMH καθώς και με την ίδια τη διαδικασία υλοποίησης. Το να αφιερώνεται χρόνος για

προβληματισμό θα διευκολύνει τη δημιουργία νοημάτων και τη μάθηση και τελικά θα βοηθήσει στην προώθηση ενός PCMH με επίκεντρο τις σχέσεις.

Οι προσεγγίσεις του ανθρωποκεντρικού σχεδιασμού (HCD) σύμφωνα με τους (Göttgens, & Oertelt-Prigione, 2021) στην υγειονομική περίθαλψη προσπαθούν να υποστηρίξουν την ανάπτυξη καινοτόμων, αποτελεσματικών και ανθρωποκεντρικών λύσεων για την υγειονομική περίθαλψη. Ο ανθρωποκεντρικός σχεδιασμός (HCD) θεωρείται ευρέως ως η καλύτερη σχεδιαστική προσέγγιση για τη δημιουργία καινοτομιών ηλεκτρονικής υγείας που ευθυγραμμίζονται με τις ανάγκες, τις επιθυμίες και το πλαίσιο των τελικών χρηστών και έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει την υγειονομική περίθαλψη. Αν και η χρήση τους αυξάνεται, δεν υπάρχει ολοκληρωμένη επισκόπηση που να περιγράφει τις λεπτομέρειες των μεθόδων HCD στις καινοτομίες στον τομέα της υγείας. Στόχος ήταν να διερευνήσει τις τρέχουσες πρακτικές των προσεγγίσεων HCD για την ανάπτυξη καινοτομιών στον τομέα της υγείας, με στόχο να παρέχει μια επισκόπηση των εφαρμοζόμενων μεθόδων για συμμετοχικές διαδικασίες και διαδικασίες HCD και να επισημάνει τις ελλείψεις τους για περαιτέρω έρευνα. Διεξήχθη μια αφηγηματική αναζήτηση της έρευνας για την υγεία με βάση συστηματικές ηλεκτρονικές αναζητήσεις στις βάσεις δεδομένων PubMed, CINAHL, Embase, Cochrane Library, Web of Science, PsycINFO και Sociological Abstracts (2000-2020) χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά που σχετίζονται με τον ανθρωποκεντρικό σχεδιασμό. Οι περιλήψεις και τα άρθρα πλήρους κειμένου εξετάστηκαν από 2 κριτές ανεξάρτητα με βάση προκαθορισμένα κριτήρια συμπερίληψης. Η εξαγωγή δεδομένων επικεντρώθηκε στη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε σε όλη την ερευνητική διαδικασία, στην επιλογή μεθόδων σε διάφορες φάσεις του κύκλου καινοτομίας και στο επίπεδο δέσμευσης των τελικών χρηστών. Αυτή η αναζήτηση συνοψίζει την εφαρμογή των πρακτικών HCD σε διάφορους τομείς της καινοτομίας στην υγεία. Όλες οι προσεγγίσεις έδωσαν προτεραιότητα στις ανάγκες του χρήστη και στη συμμετοχική και επαναληπτική φύση της διαδικασίας σχεδιασμού. Οι διαδικασίες σχεδιασμού περιελάμβαναν πολλούς κύκλους σχεδιασμού κατά τους οποίους χρησιμοποιήθηκαν πολλαπλές ποιοτικές και ποσοτικές μέθοδοι σε συνδυασμό με συγκεκριμένες μεθόδους σχεδιασμού. Η έρευνα που

βασίζεται σε HCD και DT στόχευε κυρίως στην κατανόηση του ερευνητικού πλαισίου και στον καθορισμό του προβλήματος, ενώ η εργασία που βασίζεται σε UCD επικεντρώθηκε κυρίως στην άμεση δημιουργία λύσεων. Αν και οι προσεγγίσεις UCD περιλάμβαναν τελικούς χρήστες κυρίως ως δοκιμαστές και πληροφοριοδότες, οι προσεγγίσεις HCD και DT περιλάμβαναν τους τελικούς χρήστες ως συνεργάτες σχεδιασμού. Οι τεχνικές που βασίζονται σε HCD είναι δύσκολο να αξιολογηθούν χρησιμοποιώντας παραδοσιακές μεθόδους βιοϊατρικής έρευνας. Οι κατευθυντήριες γραμμές αναφοράς που προτάθηκαν προηγουμένως αποτελούν ένα βήμα προς τα εμπρός, αλλά απαιτούν ένα επίπεδο λεπτομέρειας που δεν είναι συμβατό με το τρέχον τοπίο των εκδόσεων. Ως εκ τούτου, απαιτείται περαιτέρω ανάπτυξη σε αυτόν τον τομέα. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη συνάφεια μεταξύ των επιλεγμένων μεθόδων, της στρατηγικής σχεδιασμού και των επιτεύξιμων αποτελεσμάτων. Επιπλέον, οι διαστάσεις ισχύος, η αντιπροσωπεία και η διατομεακότητα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε συνεδρίες από κοινού σχεδιασμού με πολλούς ενδιαφερόμενους, ειδικά όταν περιλαμβάνονται ευάλωτες ομάδες.

Αναφορικά με τους (Bjerkkan, et al. 2020) η ανάπτυξη της κινητής τεχνολογίας για την ανάκτηση πληροφοριών και την επικοινωνία, τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο υγείας, ήταν εκτεταμένη την τελευταία δεκαετία. Η τεχνολογία κινητής υγείας (m-Health) προσαρμόζεται γρήγορα στα πλαίσια των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτίωση της θεραπείας, της φροντίδας και της αποτελεσματικότητας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Για σχεδόν δύο δεκαετίες, η κινητή υγεία ή (m-Health) αναγνωρίστηκε ως ο πιο καινοτόμος και ευνοϊκός τομέας για τον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως. Ωστόσο, αυτό το βαθύ όραμα έγινε μια φευγαλέα άποψη από την αρχή και την κυριαρχία των έξυπνων τηλεφώνων και τον επαναπροσανατολισμό της ιδέας προς την αποκλειστικότητα των παγκόσμιων αγορών και υπηρεσιών εφαρμογών έξυπνων τηλεφώνων. Η παγκόσμια καταναλωτική χρήση του m-Health σε πολλούς κλάδους της υγειονομικής περίθαλψης, της φυσικής κατάστασης και της ευεξίας είναι άνευ

προηγούμενου. Ωστόσο, η επιστήμη της κινητής υγείας οδήγησε στη δημιουργία του «συστήματος m-Health».

Την τελευταία δεκαετία έχουν εμφανιστεί τάσεις που επιτρέπουν να αναδειχθεί η κατεύθυνση προς την οποία κινείται η υγειονομική περίθαλψη και η κινητικότητα είναι το κλειδί. Οι πάροχοι που ενστερνίζονται την τεχνολογία κινητής υγειονομικής περίθαλψης ως μέρος της στρατηγικής ψηφιακού μετασχηματισμού τους είναι καλύτερα εξοπλισμένοι για να βελτιώσουν την παραγωγικότητα των εργαζομένων και την ικανοποίηση των ασθενών. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης αλλάζει με περισσότερους από έναν τρόπους, από την επιστροφή των κλήσεων κατ' οίκον έως τις εφαρμογές m-Health, την τεχνολογία φορητών συσκευών και την τεχνητή νοημοσύνη που επιτρέπουν να παρακολουθούνται ασθενείς πολλά μίλια μακριά. Οι κλινικές εμφανίζονται σε μονάδες υγείας που πολλές φορές συμπράττουν σε όλη τη χώρα, καθιστώντας πιο βολικό για τους ασθενείς να έχουν πρόσβαση στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

Στο παρελθόν, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης εστίαζαν στην αποτελεσματικότητα, τη συμμόρφωση και τη μείωση του κόστους. Ενώ αυτοί οι παράγοντες εξακολουθούν να είναι σίγουρα σημαντικοί, υπάρχει ένα άλλο στοιχείο που πρέπει να ληφθεί υπόψη: το άτομο που επιλέγει να χρησιμοποιήσει (ή να μην χρησιμοποιήσει) μια υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης. Η χρήση της υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί από τους οργανισμούς να θέτουν τον ασθενή σε πρώτη προτεραιότητα. Αυτό σημαίνει εστίαση στην ευκολία, την εξυπηρέτηση, την εύκολη πρόσβαση στην περίθαλψη και πολλά άλλα πράγματα που παρέχουν τη συνολική «εμπειρία του πελάτη». Η κινητή τεχνολογία έχει αναγκάσει την υγειονομική περίθαλψη να προχωρήσει, είτε οι οργανισμοί είναι έτοιμοι για την αλλαγή είτε όχι. Η μελέτη εντόπισε ερευνητικά κενά που ενημερώνουν και παρακινούν περαιτέρω την ανάπτυξη της τεχνολογίας m-Health. Αυτή η αναζήτηση, θα είναι η πρώτη αναζήτηση που θα παρέχει γνώση σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι πολίτες-ασθενείς θα συμμετέχουν στις εξελίξεις του συστήματος για τα εργαλεία m-Health και την αξία που προσθέτει αυτή η συμμετοχή στη διαδικασία ανάπτυξης του συστήματος.

Αναφορικά με τους (Tavares, & Oliveira, 2016) το μέλλον της παροχής υγειονομικής περίθαλψης γίνεται πιο επικεντρωμένο στον πολίτη, καθώς ο σημερινός χρήστης είναι πιο ενεργός, καλύτερα ενημερωμένος και πιο απαιτητικός. Οι κυβερνήσεις παγκοσμίως προωθούν διαδικτυακές υπηρεσίες υγείας, όπως πύλες ασθενών με ηλεκτρονικό αρχείο υγείας (EHR) και, ως εκ τούτου, την ανάπτυξη και χρήση αυτών των υπηρεσιών. Συνολικά, αυτό καθιστά την υιοθέτηση πυλών EHR προσβάσιμων από τον ασθενή ένα σημαντικό πεδίο μελέτης και κατανόησης. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να κατανοήσει τους παράγοντες που ωθούν τα άτομα να υιοθετήσουν πύλες ΗΜΥ. Εφαρμόστηκε ένα νέο μοντέλο υιοθέτησης χρησιμοποιώντας, ως σημείο εκκίνησης, την Ενοποιημένη Θεωρία Αποδοχής και Χρήσης της Τεχνολογίας του Venkatesh σε ένα καταναλωτικό πλαίσιο (UTAUT2) ενσωματώνοντας μια νέα δομή ειδικά για την υγειονομική περίθαλψη, έναν νέο συντονιστή και νέες σχέσεις. Χορηγήθηκε διαδικτυακό ερωτηματολόγιο με 360 έγκυρες απαντήσεις. Το μοντέλο εξήγησε το 49,7% της διακύμανσης στην πρόθεση συμπεριφοράς και το 26,8% της διακύμανσης στη συμπεριφορά χρήσης. Η έρευνά βοηθά στην κατανόηση των επιθυμητών τεχνολογικών χαρακτηριστικών των πυλών ΗΜΥ. Δοκιμάζοντας ένα μοντέλο αποδοχής τεχνολογίας πληροφοριών, προσδιορίζεται τι εκτιμάται περισσότερο από τους ασθενείς όταν πρόκειται να αποφασίσουν εάν θα υιοθετήσουν πύλες EHR ή όχι. Η συμπερίληψη συγκεκριμένων δομών και σχέσεων που σχετίζονται με τον τομέα των καταναλωτών υγειονομικής περίθαλψης είχε επίσης σημαντικό αντίκτυπο στην κατανόηση της υιοθέτησης των πυλών ΗΜΥ.

Όπως αναφέρθηκε από τον (Katapally, 2019) η επιστήμη του πολίτη δίνει τη δυνατότητα στους πολίτες να συνεισφέρουν ενεργά σε όλες τις πτυχές της ερευνητικής διαδικασίας, από την εννοιολόγηση και τη συλλογή δεδομένων, έως τη μετάφραση και την αξιολόγηση της γνώσης. Η επιστήμη του πολίτη αναδύεται σταδιακά ως μια κατάλληλη προσέγγιση στην έρευνα για την υγεία του πληθυσμού. Δεδομένου ότι η επιστήμη των πολιτών έχει εγγενείς δεσμούς με την έρευνα που βασίζεται στην κοινότητα, όπου η συμμετοχική δράση καθοδηγεί την ερευνητική ατζέντα, αυτές οι δύο προσεγγίσεις θα μπορούσαν να ενσωματωθούν για την αντιμετώπιση σύνθετων

ζητημάτων υγείας του πληθυσμού. Η κοινοτική συμμετοχική έρευνα έχει ισχυρό ιστορικό εφαρμογής σε πολλούς κλάδους και τομείς για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Η επιστήμη των πολιτών μπορεί να χρησιμοποιήσει τη δομή της συμμετοχικής έρευνας που βασίζεται στην κοινότητα για να μεταφέρει τοπικές προσεγγίσεις επίλυσης προβλημάτων σε παγκόσμια κλίμακα, επειδή η επιστήμη των πολιτών αναδύθηκε μέσα από τον ατομικό περιβαλλοντικό ακτιβισμό που δεν περιορίζεται από γεωγραφία. Αυτή η συνέργεια έχει σημαντικές επιπτώσεις στην έρευνα για την υγεία του πληθυσμού εάν συνδυαστεί με την επιστήμη των συστημάτων, η οποία μπορεί να προσφέρει θεωρητική και μεθοδολογική δύναμη στην επιστήμη των πολιτών και στη συμμετοχική έρευνα που βασίζεται στην κοινότητα. Η επιστήμη των συστημάτων εφαρμόζει μια ολιστική προοπτική για την κατανόηση των πολύπλοκων μηχανισμών που διέπουν τις αιτιώδεις σχέσεις εντός και μεταξύ των συστημάτων, καθώς υπερβαίνει τις γραμμικές σχέσεις χρησιμοποιώντας προηγμένα υπολογιστικά μοντέλα που βασίζονται σε μεγάλα δεδομένα. Τα smartphones έχουν τη δυνατότητα όχι μόνο να δημιουργήσουν ισότητα παρέχοντας φωνή σε πολίτες που δεν έχουν δικαίωμα ψήφου, αλλά οι εφαρμογές που βασίζονται σε smartphone έχουν επίσης την εμβέλεια και τη δύναμη να προμηθεύουν μεγάλα δεδομένα για να ενημερώνουν τις πολιτικές. Μια επικείμενη πρόκληση για τη νομιμοποίηση της επιστήμης των πολιτών είναι η ελαχιστοποίηση της μεροληψίας, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με την τυποποίηση μεθόδων και τη βελτίωση της ποιότητας των δεδομένων - μια αυστηρή διαδικασία που απαιτεί από τους ερευνητές να συνεργάζονται με επιστήμονες πολίτες χρησιμοποιώντας τις αρχές της κοινοτικής συμμετοχικής ερευνητικής δράσης. Αυτή η μελέτη προάγει το SMART, ένα πλαίσιο βασισμένο σε τεκμήρια που ενσωματώνει την επιστήμη των πολιτών, τη συμμετοχική έρευνα που βασίζεται στην κοινότητα και την επιστήμη των συστημάτων μέσω πανταχού παρών εργαλείων, αντιμετωπίζοντας βασικές προκλήσεις όπως η δέσμευση των πολιτών, η διαχείριση δεδομένων και η ανισότητα στο Διαδίκτυο για να νομιμοποιηθεί αυτή η ενοποίηση.

Σύμφωνα με τους (van Velsen, et al. 2022) ο ανθρωποκεντρικός σχεδιασμός (HCD) θεωρείται ευρέως ως η καλύτερη σχεδιαστική προσέγγιση για τη δημιουργία

καινοτομιών ηλεκτρονικής υγείας που ευθυγραμμίζονται με τις ανάγκες, τις επιθυμίες και το πλαίσιο των τελικών χρηστών και έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει την υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, λείπουν κριτικοί προβληματισμοί σχετικά με την εφαρμογή HCD στο πλαίσιο της ηλεκτρονικής υγείας. Οι ομάδες σχεδιασμού θα πρέπει να εξετάσουν προσεκτικά εάν, πώς και πότε πρέπει να εμπλέξουν τους τελικούς χρήστες και άλλους ενδιαφερόμενους φορείς στη διαδικασία σχεδιασμού και πώς μπορούν να συνδυάσουν τις γνώσεις τους με τις υπάρχουσες γνώσεις και δεξιότητες σχεδιασμού. Τέλος, συζητάμε πώς μια πιο κρίσιμη προοπτική σχετικά με τη χρήση HCD στην καινοτομία ηλεκτρονικής υγείας μπορεί να προχωρήσει το πεδίο και να προσφέρει 3 κατευθύνσεις έμπνευσης για τη βελτίωση των πρακτικών σχεδιασμού μας: σχεδιασμός ευαίσθητος στην αξία, επιστήμη των πολιτών και σχεδιασμός περισσότερο από τον άνθρωπο. Παρόλο που οι προσεγγίσεις σχεδιασμού που είναι ευαίσθητες στην αξία προσφέρουν λύση σε ορισμένες από τις μεροληπτικές ή περιορισμένες απόψεις των παραδοσιακών προσεγγίσεων HCD, ο συνδυασμός μιας προσέγγισης της επιστήμης των πολιτών με την έμπνευση του σχεδιασμού και τη φαντασία νέων μελλοντικών θα μπορούσε να διευρύνει την άποψή μας για την καινοτομία στην ηλεκτρονική υγεία. Τέλος, μια προσέγγιση σχεδιασμού που δεν υπερβαίνει τον άνθρωπο θα επιτρέψει στις λύσεις e-Health να φροντίζουν τόσο τους ανθρώπους όσο και το περιβάλλον. Αυτές οι κατευθύνσεις μπορούν να θεωρηθούν ως αφετηρίες που προσκαλούν και υποστηρίζουν τον τομέα της καινοτομίας ηλεκτρονικής υγείας να κάνει καλύτερα και να προσπαθήσει να αναπτύξει πιο περιεκτικές, δίκαιες και πολύτιμες καινοτομίες ηλεκτρονικής υγείας που θα έχουν αντίκτυπο στην υγεία και την περίθαλψη.

Όπως είπαν οι (Beres, et al. 2019) οι παρεμβάσεις για τον HIV που βασίζονται σε στοιχεία συχνά αποτυγχάνουν να επιτύχουν τον αναμενόμενο αντίκτυπο λόγω ανεπαρκούς χρήσης στα συστήματα υγείας του πραγματικού κόσμου. Ο ανθρωποκεντρικός σχεδιασμός (HCD) αντιπροσωπεύει μια νέα προσέγγιση στην προσαρμογή των καινοτομιών ώστε να ταιριάζουν στους τελικούς χρήστες, μειώνοντας το χάσμα μεταξύ αποτελεσματικών παρεμβάσεων και επιπτώσεων σε κλίμακα. Έγινε μια αφηγηματική βιβλιογραφική αναζήτηση του HCD σε προγράμματα σχετικά με HIV,



χρησιμοποιώντας HCD για να επανασχεδιαστεί μια παρέμβαση που προωθεί τις πρακτικές με επίκεντρο τον ασθενή (PCC) μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (HCW) στη Ζάμπια. Η βιβλιογραφική αναζήτηση εντόπισε 13 άρθρα (που αντιπροσωπεύουν 7 μελέτες) σχετικά με τη χρήση του HCD στον HIV. Όλες οι μελέτες παρουσίαζαν χαρακτηριστικά HCD, όπως ανάπτυξη ενσυναίσθησης, έρευνα με γνώμονα τον χρήστη, ιδεασμό και επαναληπτική βελτίωση. Το HCD εφαρμόστηκε στο σχεδιασμό mHealth, μια παρέμβαση διαχείρισης και χορήγηση προφύλαξης πριν από την έκθεση. Η εφαρμογή HCD αντιμετώπιζε έναν στόχο παροχής υπηρεσιών συμπεριφοράς: αλλαγή των πεποιθήσεων, στάσεων και πρακτικών με επίκεντρο τον ασθενή. Μέσω της εις βάθος αλληλεπίδρασης προγραμματιστή-χρήστη, η προσέγγισή μας HCD αποκάλυψε ειδική υποστήριξη και αντίσταση HCW για PCC, προτείνοντας αναθεωρήσεις παρέμβασης για τη βελτίωση της σκοπιμότητας και της αποδοχής και ζητήματα PCC που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην εφαρμογή σε μεταβιβάσιμες ρυθμίσεις. Ως εργαλείο έρευνας και εφαρμογής, το HCD έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την αποτελεσματική εφαρμογή της απόκρισης στον HIV, ιδιαίτερα για την ανάπτυξη προϊόντων. εισαγωγή νέας παρέμβασης· και σύνθετες παρεμβάσεις του συστήματος. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα σχετικά με τα δυνατά σημεία και τους περιορισμούς της εφαρμογής HCD. Όσοι προωθούν το PCC μπορεί να βελτιώσουν την επιτυχία της εφαρμογής αναζητώντας απήχηση και προβλέποντας τις προκλήσεις που εντόπισε η διαδικασία HCD.

Αναφορικά με την μελέτη των (Ruiz-Azarola & Perestelo-Pérez, 2012) τις τελευταίες δεκαετίες, η συμμετοχή των πολιτών γίνεται ολοένα και πιο σημαντική στον τομέα της δημόσιας υγείας, με τον νέο ρόλο του ασθενούς ως ενεργού παράγοντα, διαχειριστή και παραγωγού της δικής του υγείας και το παράδειγμα της ασθενοκεντρικής φροντίδας. Αυτές οι αλλαγές αντιπροσωπεύουν μερικά από τα πιο σημαντικά ορόσημα στη συνεχή βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης. Η συμμετοχή των ασθενών είναι ένας νέος τρόπος κατανόησης της σχέσης μεταξύ ασθενών, επαγγελματιών υγείας και συστημάτων υγείας, όχι μόνο όσον αφορά τη διαχείριση της γνώσης και τον έλεγχο της υγείας τους από τους ασθενείς, ατομικά ή συλλογικά, αλλά και ως προς την επιρροή που ασκούν οι ασθενείς. Η συμμετοχή μπορεί να έχει αντίκτυπο στον σχεδιασμό της

πολιτικής υγείας. Το αυξημένο προσδόκιμο ζωής και η συνακόλουθη αύξηση του επιπολασμού των χρόνιων νοσημάτων, που ήδη αντιπροσωπεύουν το 80% των συμβουλών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που αλλάζουν τον ρόλο των ασθενών. Ο τόπος που παραδοσιακά καταλαμβάνουν οι επαγγελματικές διαβουλεύσεις με οποιαδήποτε συμπτώματα ή σημάδια συναγερμού, αρχίζει να καταλαμβάνεται από πόρους αυτοεξυπηρέτησης και ενημέρωσης και εκπαίδευσης για την υγεία που προσεγγίζουν ασθενείς και πολίτες. Η πρόσβαση στο Διαδίκτυο είναι μια ανεξάντλητη πηγή πληροφοριών υγείας που απευθύνονται στους ασθενείς και παρέχει εργαλεία συμμετοχής. Τα κοινωνικά δίκτυα είναι μέρη για την ανταλλαγή πληροφοριών και πρακτικών συμβουλών μεταξύ ασθενών, οικογενειών και επαγγελματιών υγείας. Οι ασθενείς μπορεί να είναι ειδικοί στις ασθένειές τους και, επομένως, να παίρνουν πιο ενεργό ρόλο στις αποφάσεις για την υγεία τους, όπως στην κοινή λήψη αποφάσεων, ως μέρος πρωτοβουλιών και ως μέρος της αξιολόγησης των δραστηριοτήτων δημόσιας υγείας και των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με την έρευνα των (Bertelsen et al. 2020) η συμμετοχή των ασθενών μπορεί να υποστηριχθεί με πολλούς τρόπους, μερικοί από αυτούς μέσω της υγείας IT (HIT). Η πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης αλλάζει με την ψηφιοποίηση και οι τεχνολογίες που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι ασθενείς για τη δημιουργία δεδομένων εκτός των επίσημων εγκαταστάσεων υγείας αυξάνονται. Η ανισότητα επηρεάζει τη δυνατότητα συμμετοχής των πολιτών. Επιλεγμένα δεδομένα από δύο έρευνες στη Δανία, υπογραμμίζουν την οπτική των πολιτών και των επαγγελματιών υγείας για την πληροφορική της υγείας. Από την ανάλυση προκύπτουν κεντρικοί προβληματισμοί σχετικά με το τι πρέπει να ξέρει κανείς στη μελλοντική ανάπτυξη του HIT.

Αναφορικά με τα όσα κατέγραψαν οι (Cillessen & Hofdijk, 2023) το ολλανδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι γνωστό για την έντονη έμφαση που δίνει στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και μια αποκεντρωμένη προσέγγιση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό το σύστημα θα πρέπει να προσαρμοστεί ενόψει της συνεχώς αυξανόμενης ζήτησης και των υπερφορτωμένων φροντιστών, γιατί διαφορετικά θα είναι τελικά ανεπαρκές για να προσφέρει στους ασθενείς επαρκή φροντίδα με βιώσιμο κόστος.

Η εστίαση πρέπει να μετατοπιστεί από τον όγκο και την κερδοφορία όλων των εμπλεκόμενων μερών σε ένα μοντέλο συνεργασίας για την επίτευξη των καλύτερων αποτελεσμάτων για τους ασθενείς. Το νοσοκομείο Rivierenland στο Tiel προετοιμάζεται για μια στροφή από τη θεραπεία ασθενών στην προώθηση της γενικής υγείας και ευημερίας του πληθυσμού της περιοχής. Αυτή η προσέγγιση «υγεία του πληθυσμού» στοχεύει στη διατήρηση της υγείας όλων των πολιτών. Αυτός ο μετασχηματισμός σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης βασισμένο στην αξία, με επίκεντρο τις ανάγκες των ασθενών, απαιτεί μια πλήρη αναθεώρηση των υφιστάμενων συστημάτων και των εδραιωμένων ενδιαφερόντων και πρακτικών του. Ο περιφερειακός μετασχηματισμός της υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί έναν ψηφιακό μετασχηματισμό που χαρακτηρίζεται από πολλές επιπτώσεις πληροφορικής, όπως η διευκόλυνση της πρόσβασης των ασθενών στα δεδομένα EHR και η ανταλλαγή πληροφοριών σε επίπεδο ταξιδιού του ασθενούς για την υποστήριξη των εταίρων που εμπλέκονται στην περιφερειακή φροντίδα και θεραπεία ασθενών. Το νοσοκομείο σχεδιάζει να κατηγοριοποιήσει τους ασθενείς του προκειμένου να δημιουργήσει μια βάση δεδομένων πληροφοριών. Αυτό θα βοηθήσει το νοσοκομείο και τους περιφερειακούς εταίρους του να εντοπίσουν ευκαιρίες για περιφερειακές ολοκληρωμένες λύσεις φροντίδας ως μέρος του μεταβατικού τους σχεδίου.

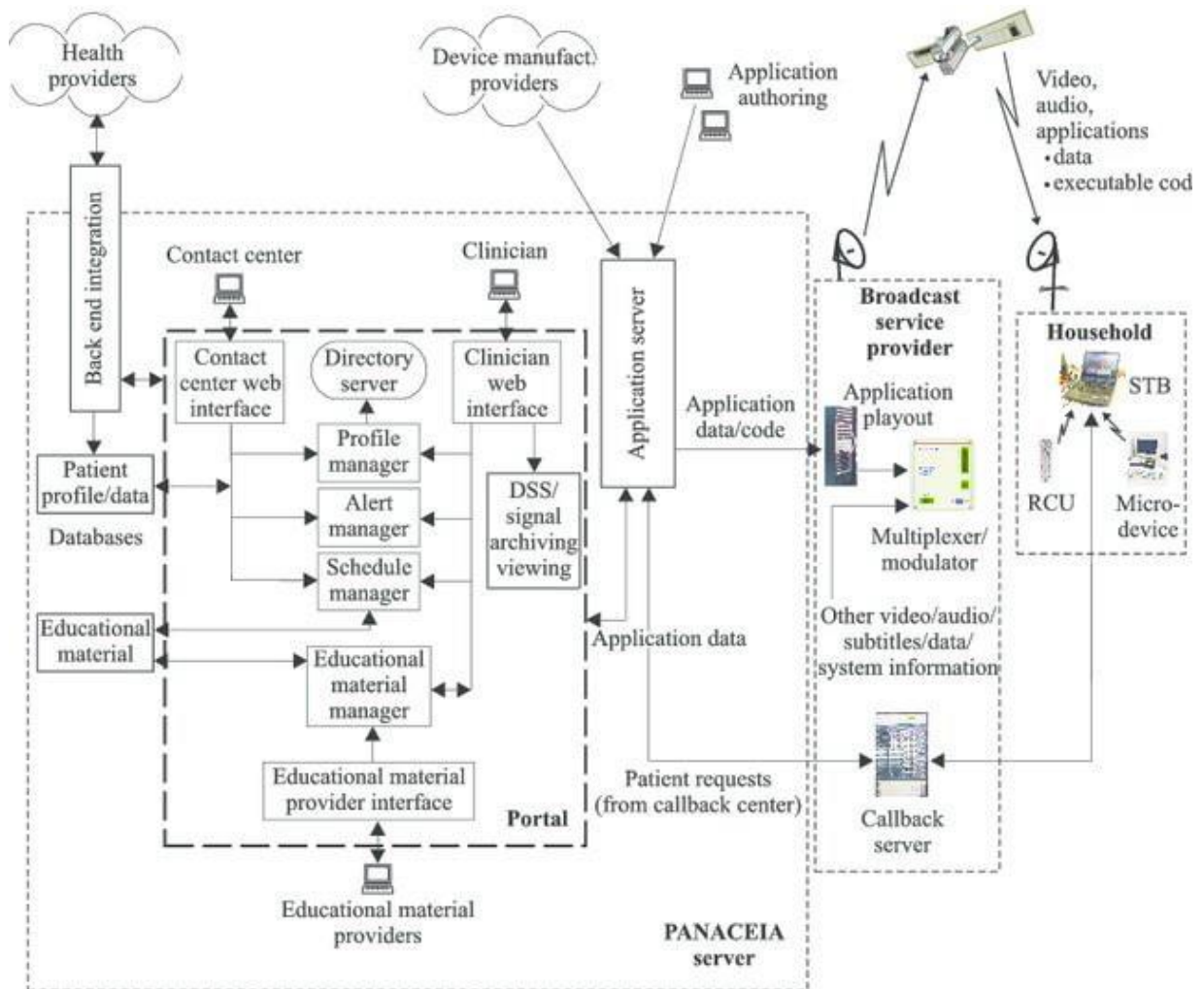
Είναι σημαντικό όπως είπε ο (Janson et al. 2020) αλλά δύσκολο για τους πολίτες να αποκτήσουν μια σωστή επισκόπηση των πληροφοριών τους σχετικά με την υγεία. Το έργο CAPABLE στοχεύει στη δημιουργία ενός ψηφιακού εργαλείου που επιτρέπει στους πολίτες να χρησιμοποιούν ενεργά τις κλινικές και προσωπικές τους πληροφορίες για την υγεία για τη διαχείριση φαρμάκων, τη βελτίωση της διατροφής και τη διευκόλυνση του συντονισμού των υπηρεσιών υγείας. Ένα σύνολο 57 ατόμων, συμμετείχαν σε διάφορες δραστηριότητες συνδημιουργίας με επίκεντρο τον χρήστη. Ένα βασικό εύρημα των αναγκών και των προσδοκιών των πολιτών είναι ότι οι πολίτες είναι θετικοί σχετικά με ένα τέτοιο εργαλείο υπό τον όρο ότι είναι εύκολο στη χρήση και απαιτεί ελάχιστη δουλειά. Ιδιαίτερα, ευκαιρίες συλλογής και χρήσης ήδη υπάρχουσών ψηφιακών πληροφοριών υγείας, έχοντας πρόσβαση σε εξατομικευμένες και σχετικές λίστες ελέγχου και εξατομικευμένους πόρους και δυνατότητα κοινής χρήσης πληροφοριών υγείας με το

υγειονομικό προσωπικό και άλλους σύμφωνα με τις δικές τους προτιμήσεις εμπιστοσύνης και απορρήτου. Η συμμετοχή άλλων ενδιαφερομένων για τη διασφάλιση της ολοκλήρωσης με άλλα συστήματα είναι πρωταρχικής σημασίας για την εκπλήρωση των προσδοκιών των πολιτών για ενσωμάτωση και αυτοματοποίηση.

Σύμφωνα με τον (Maglaveras et al. 2003) στο πλαίσιο ενός ευρωπαϊκού έργου IST με αρκτικόλεξο PANACEIA-ITV, περιγράφεται ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας που βασίζεται στην τεχνολογία διαδραστικής τηλεόρασης. Σκοπός του PANACEIA-ITV είναι να διευκολύνει ουσιαστικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και να προωθήσει τη συμμόρφωση με επιστημονικά έγκυρες συστάσεις αυτοφροντίδας, μέσω της εφαρμογής διαδραστικής ψηφιακής τηλεόρασης για τη διατήρηση της υγείας της οικογένειας. Τα μέσα για την επίτευξη αυτών των στόχων βασίζονται σε τεχνολογικά μοντέλα, υπηρεσίες υγείας και επιχειρηματικά μοντέλα. Η PANACEIA-ITV αναζητά επικοινωνία μικροσυσκευών παρακολούθησης με αποκωδικοποιητές I-TV που χρησιμοποιούν τεχνολογία υπέρυθρων και ενσωμάτωση ανάλογων H/W και S/W στους αποκωδικοποιητές ITV. Οι ευφείς πράκτορες χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση της ροής δεδομένων και των ερωτημάτων των χρηστών καθώς και των παροχών υπηρεσιών από και προς το νοικοκυριό μέσω της δορυφορικής ψηφιακής πλατφόρμας, μέσω πυλών και μέσω φιλτραρίσματος και μηχανισμών υποστήριξης αποφάσεων χρησιμοποιώντας κυρίως το μοντέλο Παροχής Ενεργών Υπηρεσιών (ASP). Επιπλέον, αναπτύσσονται διαδραστικές υπηρεσίες ψηφιακής τηλεόρασης για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στο περιβάλλον φροντίδας στο σπίτι.

Αναφέρθηκε από τον (Colombo 2016) ότι από τα τέλη της δεκαετίας του '90, οι πολίτες ασχολούνται όλο και περισσότερο με την υγειονομική περίθαλψη, χάρη στη μετατόπιση της πρόσβασης σε πληροφορίες υγειονομικής περίθαλψης, στη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση των ασθενών και των πολιτών για τα δικαιώματα και τις ανάγκες τους και στην αλλαγή στη στάση και τη συμπεριφορά των γιατρών. Ταυτόχρονα, για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των εθνικών υπηρεσιών υγείας, οι ανάγκες των ασθενών εξετάζονται όλο και περισσότερο σε σχέση με τις υπηρεσίες και τις παρεμβάσεις που απαιτούνται και για την ενίσχυση της ενημερωμένης ζήτησης από ασθενείς και πολίτες

και τις κατάλληλες συνταγές από τους γιατρούς. Σήμερα, οι ασθενείς έχουν ήδη μια ενότητα σε ένα έγκυρο ιατρικό περιοδικό. Σε συνεργασία με κλινικούς γιατρούς, θέτουν ερευνητικές προτεραιότητες και τα προς μελέτη αποτελέσματα. Ειδικά στο Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ, καλούνται να συμμετάσχουν στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη δοκιμών και στην απόφαση ποιες δοκιμές θα πρέπει να χρηματοδοτηθούν. Η κατάσταση ποικίλλει ευρέως σε διάφορες χώρες, αν και η συμμετοχή των πολιτών στις αποφάσεις για την υγειονομική περίθαλψη είναι μια κοινή πεποίθηση. Ακόμη και όταν συμβουλευόμαστε έναν κλινικό γιατρό, ο ρόλος των ασθενών έχει εξελιχθεί. Οι άνθρωποι ζητούν πληροφορίες πιο συχνά και θέλουν ενεργό μέρος στις αποφάσεις για την υγεία τους. Οι ιατροί αρχίζουν να δίνουν περισσότερη προσοχή στο άτομο και το κοινωνικό πλαίσιο και στα συναισθήματα, ενώ η προσωποκεντρική φροντίδα έχει γίνει σημείο αναφοράς στη σχέση γιατρού-ασθενούς. Αυτό το άρθρο προσφέρει μια επισκόπηση των μεταβαλλόμενων ρόλων των ασθενών και των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη.



Η αρχιτεκτονική του συστήματος PANACEIA-iTV.

## Κεφάλαιο 6. Επίλογος

Η τεχνολογία υγείας, αλλά και οι κοινωνικοί και πολιτικοί οργανισμοί με στόχο την οικονομική ασφάλεια, και την κοινωνική ένταξη είναι αποδεκτοί στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Μέσα από την εν λόγω μελέτη αναδείχθηκε η σημασία της συμμετοχής των ενδιαφερομένων στην ενημέρωση των υπευθύνων λήψης αποφάσεων, τη δημιουργία καλύτερων σχεδίων, στρατηγικών και εθνικών πολιτικών και τη διασφάλιση της αποτελεσματικής εφαρμογής των τεχνολογικών συστημάτων στο σύστημα υγείας. Η τεχνολογία μπορεί να παρέχει πιο εξατομικευμένη, κοινωνική και ηθική φροντίδα υγείας και να ενδυναμώνει τους ανθρώπους να ελέγχουν τις πληροφορίες για την υγεία τους. Ωστόσο, η χρήση τεχνολογίας χωρίς τη χρήση κοινών μεθόδων μειώνει την ενσωμάτωση λύσεων. Ακόμα, η τεχνολογία πρέπει να εντοπίζει και να επιλύει τα κενά τα οποία θα πρέπει να είναι νομικά μέτρα που υποστηρίζουν τα νέα πρότυπα υγείας.

Οι διαδικασίες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη και χρήση αποδεικτικών στοιχείων πρέπει να είναι διαφανείς σε όλους τους ενδιαφερόμενους. Είναι σημαντικό να υπάρχει δέσμευση σε κοινές αρχές και αξίες στην υγεία για όλους. Επίσης, στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης βασισμένου στην ατομική επιλογή, ορισμένοι θεωρούν ότι ο συνολικός στόχος της ασφάλισης υγείας έχει ήδη επιτευχθεί.

Οι κατευθυντήριες γραμμές απαιτούν ένα επίπεδο λεπτομέρειας που δεν συνάδει με την τρέχουσα κατάσταση της βιβλιογραφίας. Ως εκ τούτου, απαιτείται πρόοδος σε αυτόν τον τομέα. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην αλληλεπίδραση μεταξύ των επιλεγμένων μεθόδων, των στρατηγικών σχεδίων και των αποτελεσμάτων που μπορούν να επιτευχθούν. Η δυνατότητα συλλογής και χρήσης διαθέσιμων ψηφιακών πληροφοριών υγείας, παίζει σημαντικό ρόλο στη πρόσβαση σε προσωπικά δεδομένα και προσωπικούς πόρους και τη δυνατότητα κοινής χρήσης πληροφοριών υγείας με

παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Οι άνθρωποι πάντα αναζητούν πληροφορίες και θέλουν να συμμετέχουν στις αποφάσεις για την υγεία τους. Οι γιατροί άρχισαν να δίνουν περισσότερη προσοχή στο άτομο και το κοινωνικό πλαίσιο, τις σκέψεις και τα συναισθήματα, και η προσωπική φροντίδα έγινε πλέον ο κανόνας στη σχέση γιατρού-ασθενούς.

Καθώς αυξάνεται η δημοτικότητα της υγειονομικής περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια, αναμένεται ότι οι ασθενείς θα αφοσιωθούν περισσότερο και θα είναι πιο ικανοποιημένοι με την παροχή της φροντίδας τους και οι ενδείξεις της κλινικής της αποτελεσματικότητας θα πρέπει να συνεχίσουν να αυξάνονται.

Η εφαρμογή της τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνιών για την παροχή ψηφιακών παρεμβάσεων υγείας για την πρόληψη ασθενειών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής δεν είναι μια νέα έννοια. Ωστόσο, ενόψει των παγκόσμιων ανησυχιών που σχετίζονται με τη γήρανση, τη θνησιμότητα, τις επιδημίες και πανδημίες, το υψηλό κόστος και τις επιπτώσεις της φτώχειας και των φυλετικών διακρίσεων στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη οι ψηφιακές πλατφόρμες υγείας, και η σχετική τεχνολογία συνεχίζονται ώστε να εξελιχθούν ακόμα περισσότερο.

Οι ψηφιακές καινοτομίες υγείας έχουν σχεδιαστεί για να εξοικονομούν χρόνο, να ενισχύουν την ακρίβεια και την αποτελεσματικότητα και να συνδυάζουν τεχνολογίες με τρόπους που είναι νέοι στην υγειονομική περίθαλψη. Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχουν πρόσβαση στην υποστήριξη και παρακολούθηση της υγειονομικής περίθαλψης, γνωρίζουν ανάπτυξη, ιδιαίτερα για να βοηθήσουν στη διαχείριση μακροπρόθεσμων, χρόνιων παθήσεων. Η χρήση της τεχνητής νοημοσύνης στις εφαρμογές υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αυξήσει την ανθρώπινη λήψη αποφάσεων αυτοματοποιώντας και επιταχύνοντας εργασίες που προηγουμένως απαιτούσαν μεγάλη εργασιακή προσπάθεια. Πολλά νοσοκομεία, για παράδειγμα, χρησιμοποιούν εργαλεία παρακολούθησης ασθενών που βασίζονται σε τεχνητή νοημοσύνη για τη συλλογή και τη θεραπεία του ασθενούς με βάση αναφορές καταγραφών σε πραγματικό χρόνο. Στην ιατρική απεικόνιση, η χρήση της τεχνητής νοημοσύνης μπορεί να μειώσει τον αριθμό των κλικ που απαιτούνται για



την εκτέλεση μιας εργασίας και να καθορίσει τα επόμενα βήματα με βάση το πλαίσιο. Η ψηφιακή υγεία έχει τη δυνατότητα να αποτρέψει τις ασθένειες και να μειώσει το κόστος υγειονομικής περίθαλψης, ενώ βοηθά τους ασθενείς να παρακολουθούν και να διαχειρίζονται χρόνιες παθήσεις. Επίσης, η ψηφιακή υγεία μπορεί να προσαρμόσει την ιατρική για μεμονωμένους ασθενείς.

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν επίσης να επωφεληθούν από την πρόοδο στην ψηφιακή υγεία. Τα ψηφιακά εργαλεία παρέχουν στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης μια εκτενή άποψη για την υγεία των ασθενών αυξάνοντας σημαντικά την πρόσβαση σε δεδομένα υγείας και δίνοντας στους ασθενείς μεγαλύτερο έλεγχο της υγείας τους. Αυτό έχει ως συνέπεια μία αυξημένη ποιότητα και ποσότητα χρήσης και στις περισσότερες περιπτώσεις βελτιωμένα ιατρικά αποτελέσματα.

Ο ψηφιακός μετασχηματισμός της υγειονομικής περίθαλψης έχει εγείρει πολλές προκλήσεις που επηρεάζουν ασθενείς, επαγγελματίες του ιατρικού κλάδου, προγραμματιστές τεχνολογίας, υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και άλλους. Λόγω των τεράστιων ποσοτήτων δεδομένων που συλλέγονται από μια ποικιλία συστημάτων που αποθηκεύουν και κωδικοποιούν διαφορετικά δεδομένα, η διαλειτουργικότητα δεδομένων είναι μια συνεχής πρόκληση.

## Βιβλιογραφία

- Beccia, F., Causio, F. A., Hoxhaj, I., Huang, H. Y., Wang, L., Wang, W. & Boccia, S. (2023). Integrating China in the international consortium for personalised medicine. a position paper on healthcare professionals' education and citizens' empowerment in personalised medicine. *BMC Medical Education*, 23(1), 438.
- Beres, L. K., Simbeza, S., Holmes, C. B., Mwamba, C., Mukamba, N., Sharma, A. & Sikazwe, I. (2019). Human-centered design lessons for implementation science: improving the implementation of a patient-centered care intervention. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 82, S230-S243.
- Bertelsen, P., Petersen, L. S., & Nøhr, C. (2020, June). Does health-it improve people centered care?. In *30th Medical Informatics Europe conference* (pp. 956-960). IOS Press.
- Bjerkan, J., Kane, B., Uhrenfeldt, L., Veie, M., & Fossum, M. (2020). Citizen-patient involvement in the development of mhealth technology: Protocol for a systematic scoping review. *JMIR Research Protocols*, 9(8), e16781.
- Calvillo, J., Román, I., & Roa, L. M. (2013). Empowering citizens with access control mechanisms to their personal health resources. *International journal of medical informatics*, 82(1), 58-72.
- Cillessen, F., & Hofdijk, J. (2023). Self, at Home, and Digital if Possible, Drivers to Population Health Management. *Caring is sharing-exploiting the value in data for health and innovation*, 886.
- Colombo, C. (2016). Patients' increasing role in healthcare. *Recenti Progressi in Medicina*, 107(3), 121-123.
- Flieger, S. P. (2017). Implementing the patient-centered medical home in complex adaptive systems: Becoming a relationship-centered patient-centered medical home. *Health care management review*, 42(2), 112-121.

- Gauld, R., Blank, R., Burgers, J., Cohen, A. B., Dobrow, M., Ikegami, N., ... & Wendt, C. (2012). The World Health Report 2008—primary healthcare: how wide is the gap between its agenda and implementation in 12 high-income health systems?. *Healthcare Policy*, 7(3), 38.
- Glassman, A., Keller, J. M., & Lu, J. (2018). The Declaration of Alma-Ata at 40: Realizing the Promise of Primary.
- Goldfield, N. (2020). Fitting Community-Centered Population Health (CCPH) into the existing health care delivery patchwork: the politics of CCPH. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 43(3), 191-198.
- Göttgens, I., & Oertelt-Prigione, S. (2021). The application of human-centered design approaches in health research and innovation: a narrative review of current practices. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(12), e28102.
- Huas, C., Petek, D., Diaz, E., Muñoz-Perez, M. A., Torzsa, P., & Collins, C. (2019). Strategies to improve research capacity across European general practice: The views of members of EGPRN and Wonca Europe. *European Journal of General Practice*, 25(1), 25-31.
- Hurst, S. A., Schindler, M., Goold, S. D., & Danis, M. (2018). Swiss-CHAT: citizens discuss priorities for Swiss health insurance coverage. *International journal of health policy and management*, 7(8), 746.
- Jamouille, M., Resnick, M., Vander Stichele, R., Ittoo, A., Cardillo, E., & Vanmeerbeek, M. (2017). Analysis of definitions of general practice, family medicine, and primary health care: a terminological analysis. *BJGP open*, 1(3).
- Janson, A. L., Moen, A., & Fuglerud, K. S. (2020). Design of the capable health empowerment tool: Citizens' needs and expectations. *Studies in health technology and informatics*, 270, 926-930.
- Katapally, T. R. (2019). The SMART framework: Integration of citizen science, community-based participatory research, and systems science for population health science in the digital age. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(8), e14056.

- Kikkert, P., & Lackenbauer, P. W. (2017). “The Index to a Man’s Principles”: Dawson and the Canadian Yukon Patriotic Fund, 1914–1920. *Northern Review*, (44), 51-78.
- Kluge, H., Kelley, E., Theodorakis, P. N., Barkley, S., & Valderas, J. M. (2018). Forty years on from Alma Ata: present and future of Primary Health Care research. *Primary Health Care Research & Development*, 19(5), 421-423.
- Kraef, C., & Kallestrup, P. (2019). After the Astana declaration: is comprehensive primary health care set for success this time? *BMJ Global Health*, 4(6), e001871.
- Lehman, B. J., David, D. M., & Gruber, J. A. (2017). Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *Social and personality psychology compass*, 11(8), e12328.
- MacRina, D. M., & O'Rourke, T. W. (1986). Citizen participation in health planning in the US and the UK: implications for health education strategies. *International quarterly of community health education*, 7(3), 225-239.
- Maganga, G. D., Kapetshi, J., Berthet, N., Kebela Ilunga, B., Kabange, F., Mbala Kingebeni, P. & Leroy, E. M. (2014). Ebola virus disease in the Democratic Republic of Congo. *New England Journal of Medicine*, 371(22), 2083-2091.
- Maglaveras, N., Chouvarda, I., Koutkias, V., Lekka, I., Tsakali, M., Tsetoglou, S. & Balas, E. A. (2003). Citizen centered health and lifestyle management via interactive TV: The PANACEIA-ITV health system. In *AMIA Annual Symposium Proceedings* (Vol. 2003, p. 415). American Medical Informatics Association.
- Muldoon, L., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Russell, G., & Shortt, M. (2010). Community orientation in primary care practices: Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study. *Canadian Family Physician*, 56(7), 676-683.
- Najafizada, M., Rahman, A., & Oxford, K. (2021). Analyzing models of patient-centered care in Canada through a scoping review and environmental scan. *Journal of Public Health*, 1-13.

- Olsen, L., Saunders, R. S., & McGinnis, J. M. (2011). The Learning Health System. In *Patients Charting the Course: Citizen Engagement and the Learning Health System: Workshop Summary*. National Academies Press (US).
- Roland, M. (2019). 40 years on. Has the vision of Alma-Ata been realized? *Cadernos de saude publica*, 35, e00212218.
- Rotta, I., Lima, T., & Tonin, F. S. (2023). Role of community pharmacy and pharmacists in self-care in Brazil. *Exploratory research in clinical and social pharmacy*, 10, 100274.
- Ruiz-Azarola, A., & Perestelo-Pérez, L. (2012). Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 158-161.
- San Sebastian, M., Maluka, S., Kamuzora, P., Kapologwe, N. A., Kigume, R., Masawe, C., & Hurtig, A. K. (2023). Role of health facility governing committees in strengthening social accountability to improve the health system in Tanzania: protocol for a participatory action research study. *BMJ open*, 13(6), e067953.
- Sommers, B. D., Maylone, B., Blendon, R. J., Orav, E. J., & Epstein, A. M. (2017). Three-year impacts of the Affordable Care Act: improved medical care and health among low-income adults. *Health Affairs*, 36(6), 1119-1128.
- Spinelli, H., Trotta, A., Martinovich, V., & Alazraqui, M. (2023). Studies on the ecology of medical care: a comparative analysis in historical perspective, 1928-2018. *Salud Colectiva*, 19, e4549.
- Srivastava, A., Avan, B. I., Rajbangshi, P., & Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 1-12.
- Tavares, J., & Oliveira, T. (2016). Electronic health record patient portal adoption by health care consumers: an acceptance model and survey. *Journal of medical Internet research*, 18(3), e5069.

- van Velsen, L., Ludden, G., & Grünloh, C. (2022). The limitations of user-and human-centered design in an eHealth context and how to move beyond them. *Journal of medical Internet research*, 24(10), e37341.
- Wale, J. L., Chandler, D., Collyar, D., Hamerlijck, D., Saldana, R., & Pemberton-Whitely, Z. (2022). Can we afford to exclude patients throughout health technology assessment?. *Frontiers in medical technology*, 3, 796344.
- Wilberg, A., Saboga-Nunes, L., & Stock, C. (2021). Are we there yet? Use of the Ottawa Charter action areas in the perspective of European health promotion professionals. *Journal of Public Health*, 29, 1-7.
- Γαλάνης, Π. (2009). Συστηματική αναζήτηση και μετα-ανάλυση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(6), 826-841.