



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

HELLENIC REPUBLIC
UNIVERSITY OF CRETE
SCHOOL OF MEDICINE



Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΩΝ, ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΩΝ ΣΤΙΣ Το.Μ.Υ. ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ
ΧΑΝΙΩΝ**

ΣΕ ΩΡΕΣ ΕΚΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥΣ»

Μπραουδάκης Γεώργιος

Παιδίατρος

A.M: 1130029

Ηράκλειο, Ιούνιος 2019



UNIVERSITY OF CRETE - SCHOOL OF MEDICINE

POSTGRADUATE STUDY PROGRAMME – Master of Science

Emergencies and Intensive Care in Children Adolescents

and Young Adults

DIPLOMA THESIS

**«Using Out Of Hours Services concerning people who are
registered at the local public health units of municipality of
Chania»**

Braoudakis Georgios

Pediatrician

ID: 1130029

Heraklion, June 2019

[3]

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Λιονής Χρήστος, Καθηγητής

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Λιονής Χρήστος, Καθηγητής

Μπριασούλης Γεώργιος, Ομότιμος Καθηγητής

Ηλία Σταυρούλα, Επίκουρη Καθηγήτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Λιονής Χρήστος, Καθηγητής

Μπριασούλης Γεώργιος, Ομότιμος Καθηγητής

Ηλία Σταυρούλα, Επίκουρη Καθηγήτρια

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|----|
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ..... | 9 |
| ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ | 11 |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ | 13 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 15 |
| SUMMARY | 17 |
| 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 21 |
| 1.1 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας..... | 21 |
| 1.1.1 Η έννοια και ο σκοπός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) | 21 |
| 1.1.2 Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα | 24 |
| 1.1.3 Η νέα μεταρρύθμιση και οι Τοπικές Μονάδες Υγείας | 26 |
| 1.1.4 Το.Μ.Υ. Χανίων | 30 |
| 1.2 Out-of-hours Primary Care (O.O.H -PC)..... | 31 |
| 1.2.1 Η έννοια και τα χαρακτηριστικά..... | 31 |
| 1.2.2 Η out of hours ΠΦΥ στην Ευρώπη..... | 33 |
| 1.2.2.1 Δανία..... | 34 |
| 1.2.2.2 Ολλανδία..... | 35 |
| 1.2.2.3 Το μοντέλο EurOOHnet..... | 36 |
| 2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ..... | 39 |
| 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ..... | 41 |
| 3.1 Τόπος – Χρόνος διεξαγωγής..... | 41 |
| 3.2 Πληθυσμός ευθύνης-Δείγμα | 41 |
| 3.3 Μέθοδοι έρευνας..... | 41 |
| 3.4 Στατιστική ανάλυση..... | 42 |
| 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 43 |
| 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 49 |

| | |
|--|----|
| 5.1 Κύρια ευρήματα..... | 49 |
| 5.2 Σύγκριση με άλλες μελέτες..... | 50 |
| 6. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ..... | 53 |
| 7. ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ | 55 |
| 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 57 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 60 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1..... | 69 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2..... | 71 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3..... | 73 |

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση της παρούσας διατριβής αρωγός με τις γνώσεις του και την επισταμένη καθοδήγησή του στάθηκε ο επιβλέπων καθηγητής κ. Χρήστος Λιονής, καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης και τον οποίο ευχαριστώ από καρδιάς. Καταλυτική, επίσης, ήταν η βοήθεια των μελών της επιτροπής, του κ. Μπριασούλη Γεώργιου, ομότιμου καθηγητή Εντατικής Θεραπείας Παίδων, της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, υπεύθυνου του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Επείγουσα και Εντατική Θεραπεία Παίδων, Εφήβων και Νέων» και της κ. Ηλία Σταυρούλας, επίκουρης καθηγήτριας Εντατικής Θεραπείας Παίδων, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, επιστημονικά υπεύθυνης της ΜΕΘ Παίδων ΠΑΓΝΗ. Και οι δύο από την πρώτη στιγμή στάθηκαν δίπλα μου, με τις χρήσιμες παρατηρήσεις τους, αμφοτέρους ευχαριστώ θερμά.

Ευχαριστίες οφείλω και στις Σταυρακάκη Άννα, Περακάκη Μαρία και Βρουβάκη Φωτεινή, οι οποίες είχαν την ευγενή καλοσύνη να συζητήσουν μαζί μου διάφορες πτυχές της παρούσας εργασίας και να μου παρέχουν πρακτικές λύσεις σε σημαντικά ζητήματα που προκύπτανε.

Δεν μπορώ, επίσης, να μην ευχαριστήσω τον αγαπημένο μου φίλο Απόστολο Κουρουπάκη, ο οποίος με βοήθησε, επιμελούμενος και διορθώνοντας τυπογραφικές και άλλες αβλεψίες.

Δεν θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω τη μητέρα μου για την αγάπη της, τη στοργή της και τη δύναμή της, που ήταν πηγή έμπνευσης για εμένα στο να ξεπερνάω τις δυσκολίες που ανέκυπταν.

Ευχαριστώ επίσης, την Άλμα Μαρκαντωνάκη, για την καθημερινή της στήριξη και φροντίδα καθώς και την Χριστίνα Γεωργιάδου για τις πολύτιμες συμβουλές της.

Θα ήθελα τέλος να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου στις Το.Μ.Υ. Υγείας Χανίων και στη Διοίκηση της 7ης Υ.Π.Ε.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

GP: General Practitioner

GPC: General Practice Co-Operative

Κ.Υ.: Κέντρο Υγείας

ΟΟΗ: Out-Of-Hours

Ο.Ο.Η-PC: Out-Of-Hours Primary Care

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

PCP: Primary Care Physician

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Το.Μ.Υ.: Τοπικές Μονάδες Υγείας

WHO: World Health Organization

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

| | |
|---|----|
| Πίνακας 1.1 Η αξία της ΠΦΥ για το άτομο..... | 24 |
| Πίνακας 1.2 Η δομή της ΠΦΥ στην Ελλάδα..... | 27 |
| Πίνακας 1.3 Τα βασικά μοντέλα πρωτοβάθμιας περίθαλψης εκτός ωρών..... | 33 |
| Πίνακας 4.1 Περιγραφή των χαρακτηριστικών των ασθενών..... | 44 |

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η βέλτιστη αξιοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης εκτός ωρών λειτουργίας («Out-Of-Hours Primary Care» (O.O.H-PC), παραμένει φλέγον ζήτημα για την πολιτική υγείας πολλών χωρών, πολλές εκ των οποίων επενδύουν σημαντικούς πόρους για να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η διαθεσιμότητα και η πρόσβαση στις υπηρεσίες «Out-Of-Hours» (O.O.H) ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των κρατών μελών, ενώ διάφορα μοντέλα έχουν δοκιμασθεί για την αντιμετώπιση των επισκέψεων εκτός ωρών λειτουργίας, με τα πιο οργανωμένα και αποτελεσματικά να λειτουργούν στη Δανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις Κάτω Χώρες. Στην Ελλάδα, η προσπάθεια αναβάθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) γίνεται τους τελευταίους μήνες, μέσω της έναρξης λειτουργίας των Το.Μ.Υ. (Τοπικές Μονάδες Υγείας), ένας από τους στόχους των οποίων είναι και η αντιμετώπιση των επειγόντων/μη τακτικών περιστατικών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εξέταση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των μη προγραμματισμένων επαφών, εγγεγραμμένων στις Το.Μ.Υ. του Δήμου Χανίων, εκτός ωρών λειτουργίας των Το.Μ.Υ

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Περιγραφική ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια σε τυχαίο δείγμα 523 εγγεγραμμένων στις Το.Μ.Υ. του Δήμου Χανίων από τον Οκτώβριο του 2018 έως τον Απρίλιο του 2019.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 523 ερωτηθέντες το 62% (324) απευθύνθηκε σε υπηρεσίες υγείας εκτός των ωρών λειτουργίας των Το.Μ.Υ. Από το ποσοστό αυτό το 66% (213) δεν ανέφερε χρόνια προβλήματα υγείας και το 92% (298) δεν ήρθε σε επαφή με τον γιατρό του για το συγκεκριμένο περιστατικό υγείας. Το 77% (250) των ερωτηθέντων επισκέφτηκε το νοσοκομείο Χανίων, με συχνότερο σύμπτωμα τον πυρετό (37%) (120). Οι περισσότεροι από τους ασθενείς δεν παραπέμφθηκαν αλλού (227, 70%) και (282, 87%) δεν νοσηλεύθηκαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ένα σημαντικό ποσοστό των εγγεγραμμένων στις Το.Μ.Υ. του Δήμου Χανίων απευθύνονται και αντιμετωπίζονται εκτός ωρών λειτουργίας σε άλλες

δομές εκτός των Το.Μ.Υ. του Δήμου Χανίων για τον αναφερόμενο πληθυσμό, με απλή συμπτωματολογία, γεγονός που συνεπάγεται νοσοκομειακή επιφόρτιση. Απαιτούνται περαιτέρω έρευνες σε μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού ώστε να καταγραφούν αναλυτικά οι αιτιώδεις συσχετίσεις και δυνατότητες παρεμβάσεων στον αποδοτικότερο σχεδιασμό των υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μας. Οι μελλοντικές προσπάθειες θα πρέπει να επικεντρωθούν στην ενίσχυση της ΠΦΥ με Ο.Ο.Η υπηρεσίες, με στόχο την κάλυψη έκτακτων ή επειγόντων περιστατικών επί 24ώρου βάσεως.

Λέξεις-κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τοπικές Μονάδες Υγείας, Το.Μ.Υ., Χανίων, ΠΦΥ εκτός ωρών λειτουργίας, Out of Hours

SUMMARY

BACKGROUND: The optimal use of Out of hours primary care services (O.O.O P-C) remains a key issue for the health policy of many countries, many of which invest significant resources to meet the health needs of the population. At European Union level, the availability and access to O.O.H vary between Member States, while several models have been tested to cope with O.O.H P-C. The most organized and efficient O.O.H -PC models operate in Denmark and the Netherlands. In Greece, there is an effort to upgrade and modify Primary Health Care through the startup and operating of Local Health Units, the aim of which is to address urgent / non-regular incidents.

PURPOSE: The aim of this thesis is to examine the O.O.H services which were addressed to, by patients registered at the local health units. Age groups, cause of visit and further management have been studied

METHODS: Descriptive quantitative survey among a random sample of 523 people registered to Local Health Units of Chania. Data collected from 10/2018 to 04/2019.

RESULTS: Taken as a whole, 62% of the 523 respondents, addressed health services out of hours (324 respondents). Of all contacts, 66% were identified without chronic disease and 92% didn't contact with their doctor. 77% of the respondents visited the Chania General Hospital, while the most frequent symptom was fever (37%). Most of the patients were not referred to another health department (70%) and only 13% of them were hospitalized.

CONCLUSION: A relatively large percentage of patients is addressed to O.O.H services, with simple symptomatology, which implies extra burden in the hospital emergency department. Further research is needed among a larger sample of population. Future efforts should focus on fostering PHC with O.O.H. services to ensure the health of all citizens.

Keywords: Out of-hours care, Primary health care, Local Health Units, Chania

Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

1.1.1 Η έννοια και ο σκοπός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

Η πρόσβαση στις βασικές υγειονομικές υπηρεσίες επιβεβαιώθηκε ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα στη Διακήρυξη της Άλμα Άτα το 1978 (1), στο πλαίσιο της οποίας το μοντέλο, που τυπικά υιοθετήθηκε για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ήταν η «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», η οποία χαρακτηρίζεται από την καθολική, προληπτική και θεραπευτική παροχή υπηρεσιών, με ουσιαστική συμμετοχή της κοινότητας (2-3). Στην ίδια Διακήρυξη δόθηκε, επίσης, ο πρώτος επίσημος ορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) (4).

Έκτοτε, η έννοια της ΠΦΥ έχει επανειλημμένα ερμηνευθεί και επαναπροσδιοριστεί. Στη μελέτη τους για τις Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, οι Λιονής και συν. (5) προσεγγίζουν εννοιολογικά την ολοκληρωμένη και εστιασμένη στον άνθρωπο ΠΦΥ ως τη «διαχείριση και παροχή υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε τα άτομα να απολαμβάνουν ένα συνεχές προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, σύμφωνα με τις ανάγκες τους στη διάρκεια του χρόνου και ανεξαρτήτως επιπέδου του συστήματος υγείας στο οποίο απευθύνονται». Στο ίδιο πλαίσιο, η έννοια της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδα ορίζεται ως «η παροχή φροντίδας που ανταποκρίνεται στις ατομικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες, διασφαλίζοντας την καθοδήγηση όλων των αποφάσεων από αυτές» (5).

Για να διευκολυνθεί ο συντονισμός των μελλοντικών προσπαθειών της ΠΦΥ σε παγκόσμιο, εθνικό και τοπικό επίπεδο, απαιτείται σαφής και απλός ορισμός της (2-6). Η εμπειρία, που έχει συσσωρευτεί κατά τα τελευταία 40 χρόνια, υποστηρίζει έναν ολοκληρωμένο ορισμό της ΠΦΥ, ο οποίος ενσωματώνει τρία αλληλοσυνδεόμενα στοιχεία (7-8, 11, 17):

1. Η κάλυψη των αναγκών υγείας των ανθρώπων, μέσω ολοκληρωμένων προωθητικών, προστατευτικών, προληπτικών, θεραπευτικών, αποκαταστατικών και παρηγορητικών θεραπειών καθ' όλη τη διάρκεια της

ζωής τους, με στρατηγική προτεραιότητα στις βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

2. Συστηματική αντιμετώπιση των ευρύτερων καθοριστικών παραγόντων της υγείας (συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, καθώς και των ατομικών χαρακτηριστικών και συμπεριφορών) μέσω πολιτικών και δράσεων που έχουν τεκμηριωμένη πληροφόρηση σε όλους τους τομείς.
3. Ενδυνάμωση των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων για τη βελτιστοποίηση της υγείας τους, με υποστηρικτικές πολιτικές που προάγουν και προστατεύουν την υγεία και την ευημερία.

Στις 25 και 26 Οκτωβρίου του 2018 πραγματοποιήθηκε στην Αστάνα, η παγκόσμια διάσκεψη για την ΠΦΥ και 40ή επέτειος της Διακήρυξης της Άλμα Άτα, όπου συγκεντρώθηκαν αρχηγοί, υπουργοί και εκπρόσωποι κρατών και κυβερνήσεων απ' όλο τον κόσμο για να ανανεώσουν τις δεσμεύσεις, που διατυπώθηκαν στη φιλόδοξη και οραματική Διακήρυξη της Άλμα Άτα το 1978 (7). Στη συγκεκριμένη διάσκεψη τονίστηκε η σημασία της υγείας για την ειρήνη, την ασφάλεια και την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και η πεποίθηση ότι «η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης είναι η πλέον περιεκτική και αποτελεσματική προσέγγιση για τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ανθρώπων, καθώς και της κοινωνικής ευημερίας (9). Υπογραμμίστηκε, επίσης, ότι αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την καθολική υγειονομική κάλυψη (UHC) και τους στόχους της διαρκούς ανάπτυξης που σχετίζονται με την υγεία» (9).

Παράλληλα, επαναδιατυπώθηκαν το όραμα και οι στόχοι της Σύγχρονης ΠΦΥ (9-21):

- Οι κυβερνήσεις και κοινωνίες, οφείλουν να δίνουν προτεραιότητα, να προωθούν και να προστατεύουν την υγεία και την ευημερία των ανθρώπων, τόσο σε κοινωνικό όσο και σε ατομικό επίπεδο, μέσω ισχυρών και βιώσιμων συστημάτων υγείας.
- Η Πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και οι υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας, ασφαλείς, ολοκληρωμένες, διαθέσιμες και οικονομικά προσιτές για όλους και παντού, με συμπόνια, σεβασμό και

αξιοπρέπεια και να παρέχονται από επαγγελματίες υγείας που είναι καλά εκπαιδευμένοι, ειδικευμένοι και αφοσιωμένοι.

- Απαιτείται ένα ευνοϊκό για την υγεία περιβάλλον, στο οποίο τα άτομα, οι κοινότητες και η κοινωνία των πολιτών έχουν την εξουσία και τη δέσμευση να διατηρούν και να ενισχύουν την υγεία και την ευημερία τους. Οι εταίροι και τα ενδιαφερόμενα μέρη ευθυγραμμίζονται με την παροχή αποτελεσματικής υποστήριξης στον σχεδιασμό εθνικών πολιτικών και στρατηγικών για την υγεία και προωθούν την αποτελεσματική αναπτυξιακή συνεργασία και την ανταλλαγή γνώσεων και ορθών πρακτικών, με πλήρη σεβασμό της εθνικής κυριαρχίας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Συνοψίζοντας, η ΠΦΥ χαρακτηρίζεται από τη δέσμευση για κοινωνική δικαιοσύνη, ισότητα και συμμετοχή (10). Βασίζεται στην αναγνώριση ότι η απόλαυση του υψηλότερου εφικτού επιπέδου υγείας αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπου χωρίς διάκριση, όπως αναφέρεται στο Σύνταγμα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και στο άρθρο 25 της Διακήρυξης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (8-11). Επιπροσθέτως, περιλαμβάνει ένα σύνολο βασικών δραστηριοτήτων, που αφορούν στην προαγωγή υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, την περίθαλψη, την παρακολούθηση, καθώς και την αποκατάσταση και επανένταξη των αρρώστων (12-13), ενώ στα βασικά χαρακτηριστικά της περιλαμβάνονται η ολοκληρωμένη και αδιάλειπτη φροντίδα, η εύκολη προσβασιμότητα, η εξασφάλιση της ποιοτικής και εστιασμένης στους ασθενείς φροντίδας, η αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων και η παροχή φροντίδας με βάση τις τρέχουσες οικογενειακές και πολιτισμικές συνθήκες (7-14, 15, 16). Επιπλέον, η ΠΦΥ έχει μεγάλη αξία σε ατομικό επίπεδο (17-19, 20, 21), όπως φαίνεται και στον πίνακα 1.1 που ακολουθεί.

Πίνακας 1.1 Η αξία της ΠΦΥ για το άτομο

Παροχή πλαισίου για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας μεγάλου εύρους με κατάλληλο τρόπο, χωρίς να χρειαστεί παραπομπή

Καθοδήγηση των χρηστών εντός του συστήματος υγείας με κατάλληλες παραπομπές για τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα

Ανάπτυξη σχέσης αλληλεπίδρασης του χρήστη με τον επαγγελματία υγείας και ενεργητική συμμετοχή του πρώτου στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία του

Πρόληψη της νόσου, έγκαιρη ανίχνευση των προβλημάτων και προαγωγή υγείας

Δικτύωση των υπηρεσιών υγείας με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, τις βοηθητικές υπηρεσίες, τις κοινοτικές υποστηρικτικές δομές

Πηγή: Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2015

1.1.2 Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα

Στην Ευρώπη διεξάγεται διαρκής συζήτηση σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας της ΠΦΥ ώστε να επιτευχθεί η εφαρμογή νέων μοντέλων με επίκεντρο τον ασθενή (23). Ωστόσο, δεν φαίνεται να ισχύει το ίδιο και για τη χώρα μας, όπου το υγειονομικό σύστημα δεν αποτελούσε ως τώρα εθνική προτεραιότητα, ενώ «η συζήτηση για την ολοκληρωμένη φροντίδα δεν έχει τύχει της προσοχής των σχεδιαστών των υπηρεσιών υγείας» (24). Τα τελευταία χρόνια, η οικονομική κρίση, η οποία παρατηρήθηκε σε όλες τις ηπείρους και οδήγησε σε μέτρα λιτότητας σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, επιδείνωσε περαιτέρω την κατάσταση στη χώρα μας, με κοινωνικοοικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση στους πόρους και προκαλούν ανισότητες υγείας σε όλα τα κοινωνικά στρώματα (23).

Σειρές ευρωπαϊκών μελετών, που αξιολογούν τα βασικά χαρακτηριστικά της προσβασιμότητας, της συνέχειας στη φροντίδα, τον συντονισμό των υπηρεσιών και το ολοκληρωμένο πλαίσιο τους, έχουν κατατάξει την ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μας σε μία από τις χαμηλότερες θέσεις (25). Μια γενικότερη εντύπωση που επικρατεί είναι ότι το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα απέτυχε να εκπληρώσει τους στόχους του και ιδιαίτερα τη συνεχή, ολοκληρωμένη, συντονισμένη και εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (26). Για τους Lionis et al. (24), τα ζητήματα

της ολοκληρωμένης ΠΦΥ δεν έλαβαν ποτέ άμεσης προσοχής από τους διαμορφωτές της υγειονομικής πολιτικής, ενώ σύμφωνα με τους Αντωνιάδου κ.ά. (27), η παροχή των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε σπασμωδικά, με αποτέλεσμα:

«να αυξηθεί η προκλητή ζήτηση και ο ανταγωνισμός των ιδιωτών γιατρών στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, να κατασπαταληθεί μεγάλο μέρος των δημόσιων πόρων, λόγω μη αναγκαίων επισκέψεων και εξετάσεων που, να υπάρχει ασυνέπεια και αποσπασματικότητα στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, να δημιουργηθεί μια κουλτούρα καταναλωτισμού στον χώρο της υγείας και ένα κλίμα ακατάλληλο για την ανάπτυξη μίας δημόσιας, ενιαίας, ολοκληρωμένης και υπό κοινωνικό έλεγχο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας».

1.1.3 Η νέα μεταρρύθμιση και οι Τοπικές Μονάδες Υγείας

Η δημόσια υγεία και η ΠΦΥ αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους των βιώσιμων συστημάτων υγείας και αυτό πρέπει να αντικατοπτρίζεται στις πολιτικές για την υγεία και στα συστήματα επαγγελματικής εκπαίδευσης όλων των εθνών, που επιθυμούν να επιτύχουν ένα αποτελεσματικό, δίκαιο και προσιτό σύστημα υγείας (21). Υπό αυτό το πρίσμα, η πιο πιεστική ανάγκη στο ελληνικό σύστημα υγείας είναι η δημιουργία ενός αποτελεσματικού δικτύου υπηρεσιών ΠΦΥ για την κατάλληλη αντιμετώπιση και κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Το νεότερο σχέδιο μεταρρυθμιστικών προσπαθειών του ελληνικού Υπουργείου Υγείας, η εφαρμογή του οποίου ξεκίνησε το 2017, αποσκοπεί στον εξορθολογισμό των υπηρεσιών πρώτης επαφής με σκοπό να ενισχυθούν οι δραστηριότητες πρωτοβάθμιας πρόληψης και προαγωγής της υγείας (28). Αναλυτικότερα, οι κύριοι στόχοι της πρόσφατης μεταρρύθμισης είναι: να ενισχυθεί η καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας επαρκούς ποιότητας, να ενισχυθεί η διαφάνεια, η συμπερίληψη και ο εκσυγχρονισμός της διακυβέρνησης στον τομέα της υγείας μέσω μιας αποτελεσματικής δημόσιας διοίκησης και να βελτιωθεί η οικονομική βιωσιμότητα του ευρύτερου συστήματος «υγείας» (28).

Η φιλοσοφία και η νέα δομή της ΠΦΥ (βλ. πίνακα 1.2), βάσει της πρόσφατα εισαχθείσης μεταρρύθμισης, συνδέονται άμεσα με τις διεθνείς βέλτιστες πρακτικές, τις κατευθυντήριες γραμμές του ΠΟΥ και τη γενική κατεύθυνση της Ευρωπαϊκής Ένωσης για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που απευθύνονται στην κοινότητα (29).

Πίνακας 1.2 Η δομή της ΠΦΥ στην Ελλάδα

| Δομή ΠΦΥ | Κέντρο Υγείας | Περιφερειακό Ιατρείο | ΠΕΔΥ | ΤοΜΥ | Ιδιωτικός Τομέας |
|--------------------|--|--------------------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Πληθυσμός ευθύνης | 2.500-35.000 (50.000) | 100-2.500 (5.000) | Δεν καθορίζεται | 2.250-12.000 | Χωρίς |
| Στελέχωση | Ιατρικό + Νοσηλευτικό + Παραϊατρικό + Διοικητικό + Τεχνικό | Ιατρικό + Νοσηλευτικό (σπάνια) | Ιατρικό + Νοσηλευτικό + Διοικητικό | Ιατρικό + Νοσηλευτικό+ Παραϊατρικό + Διοικητικό | Ιατρικό (συνήθως) +/- Διοικητικό |
| Τρόπος Αμοιβής | Μισθός | Μισθός | Μισθός | Μισθός | Συμβάσεις με ΕΟΠΠΥ/ Fee for Service |
| Διασύνδεση | με ΠΠ/ με ΥΠΕ | με ΚΥ | με ΤοΜΥ/με ΥΠΕ | με ΠΕΔΥ | Όχι |
| Ωράριο λειτουργίας | Τακτικό + εφημερίες | Τακτικό | Τακτικό | 2 βάρδιες (τακτικό) | Ελεύθερο |

Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ωστόσο, ότι η επιτυχία της συγκεκριμένης μεταρρύθμισης θα φανεί σε βάθος χρόνου, καθώς η πλήρης εφαρμογή της θα εξαρτηθεί από τους διαθέσιμους πόρους, το επίπεδο κάλυψης προσωπικού και την ικανότητα των περιφερειακών αρχών να ενεργούν ως συντονιστές (28). Παρόλα αυτά, η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση φαίνεται να εξασφαλίζει πιο οργανωμένη προσέγγιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με προσβάσιμα κοινοτικά κέντρα υγείας και μεταφορά πόρων στις τοπικές αρχές (24).

Βάσει της προαναφερθείσας μεταρρύθμισης του Ν. 4486/2017 (30), οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος που οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών εντασσόμενο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας, που στελεχώνονται από ολιγομελή διεπιστημονική Ομάδα Υγείας –

5 γενικοί ιατροί (ελλείπει αυτών 5 παθολόγοι), 1 παιδίατρος, 2 νοσηλευτές, 2 επισκέπτες υγείας, 2 διοικητικοί υπάλληλοι και 1 κοινωνικός λειτουργός— και λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης 2.250 άτομα για τους γενικούς ιατρούς και 1.500 άτομα για τους παιδίατρους. Βάσει του αρ. 5 του Ν. 4486, οι Το.Μ.Υ έχουν σκοπό (30):

α) την προαγωγή και αγωγή της υγείας του πληθυσμού που καλύπτουν, β) την ανάπτυξη παρεμβάσεων και δράσεων προαγωγής της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και γενικά σε όλο το φάσμα της κοινότητας σε συνεργασία με φορείς και δομές κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης, γ) την πρόληψη, εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα σε ομάδες ή άτομα του πληθυσμού σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, δ) τη συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους, ε) την αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και την κατά προτεραιότητα αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και παραπομπή τους, εφόσον αυτό απαιτείται, στα Κέντρα Υγείας ή στα Νοσοκομεία, στ) την προγραμματισμένη φροντίδα ενηλίκων και παιδιών, ζ) τη συνδιαχείριση με τον θεράποντα ιατρό χρόνιων νοσημάτων στη μονάδα και κατ' οίκον, θ) την κατ' οίκον φροντίδα υγείας - κατ' οίκον νοσηλεία και κατ' οίκον αιμοληψία σε μη δυνάμενους να μεταβούν στις οικείες τους μονάδες Π.Φ.Υ., η) τη συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες, ι) την αναγνώριση και ανίχνευση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας και αντίστοιχα την αναγνώριση και ανίχνευση περιστατικών εξαρτήσεων και παραπομπή στους αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων, ια) την εκπαίδευση και καθοδήγηση ατόμων και οικογενειών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους, ιβ) τη συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης, επιδημιολογικών στοιχείων και δεικτών υγείας και φροντίδας του πληθυσμού ευθύνης, σύμφωνα με το Διεθνή Υγειονομικό Κανονισμό σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, που συντελείται με ευθύνη του οικείου περιφερειακού Συντονιστή Το.Π.Φ.Υ.

Σύμφωνα με τη νέα μεταρρύθμιση, οι Το.Μ.Υ. αποτελούν τον πυρήνα του νέου συστήματος υγείας, εξασφαλίζοντας εγγύτητα, μέσω του καθορισμού της προσβασιμότητας και της ισότητας και δικτύωση, καθώς είναι σημαντικό για τις οικογενειακές μονάδες να μη λειτουργούν σε απομόνωση, αλλά σε συνεργασία με άλλους τομείς του συστήματος υγείας (30). Οι συγκεκριμένες μονάδες, οι οποίες λειτουργούν με δυναμικό πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, έχουν επίσης, την ευθύνη για την παροχή προσβάσιμης, κατάλληλης, αποτελεσματικής, αποδοτικής και ποιοτικής ανθρωποκεντρικής φροντίδας, με υπηρεσίες που απευθύνονται σε 1) άτομα και οικογένειες (παρακολούθηση υγείας, κλινική αντιμετώπιση – διαχείριση περιστατικών, φροντίδα κατ' οίκον κ.ά.), 2) πληθυσμό και κοινότητα (εκτίμηση των

αναγκών υγείας της κοινότητας, σχεδιασμός και εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων), 3) φυσικό και δομημένο περιβάλλον (εκτίμηση και παρέμβαση σχετικά με τις συνθήκες υγιεινής διαβίωσης στο σπίτι, τη γειτονιά, την εργασία, το σχολείο) (31). Πρόκειται για σημαντική αλλαγή από το κατά τα άλλα κατακερματισμένο δίκτυο διαφόρων δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, παρέχοντας φροντίδα κατόπιν αιτήματος (32).

1.1.4 Το.Μ.Υ. Χανίων

Αν και το αρχικό πλάνο για τα Χανιά περιλάμβανε τη δημιουργία πέντε (5) Το.Μ.Υ., επί του παρόντος λειτουργούν δύο (2) Το.Μ.Υ., ως ομάδες οικογενειακής ιατρικής με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης τους κατοίκους του Δήμου Χανίων – συμπεριλαμβανομένων των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού, με σκοπό την παροχή δωρεάν υπηρεσιών ΠΦΥ (33). Τις δύο (2) Το.Μ.Υ. στελεχώνουν αυτήν τη στιγμή πέντε γιατροί εκ των οποίων οι τρεις είναι παθολόγοι και οι δύο παιδίατροι (34). Ωστόσο, βάσει εγκυκλίου οι δύο Το.Μ.Υ. θα έπρεπε να στελεχώνονται από οκτώ (8) γενικούς ιατρούς, γεγονός που υπογραμμίζει την έλλειψη ιατρικού προσωπικού και τον ενδεχόμενο φόρτο εργασίας του υφιστάμενου ανθρώπινου δυναμικού.

Ως προς τα ωράρια και τις παρεχόμενες υπηρεσίες της 1ης και 2ης Το.Μ.Υ. Χανίων, η γραμματεία λειτουργεί καθημερινά από τις 7:00 έως τις 22:00 και τα ιατρεία οικογενειακής ιατρικής, παιδιατρικής και νοσηλευτικής λειτουργούν καθημερινά από τις 08:00 έως τις 14:00 (πρωινή βάρδια) και από τις 15:00 έως τις 21:00 (απογευματινή βάρδια). Καθένας από τους οικογενειακούς ιατρούς και παιδίατρους πραγματοποιεί πρωινές και απογευματινές βάρδιες για καλύτερη εξυπηρέτηση. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι συγκεκριμένες δομές θεωρούνται πλήρεις, καθώς εξυπηρετούν τον μέγιστο προβλεπόμενο αριθμό ατόμων (2.500 χ 3 για τους παθολόγους + 1.500 χ 3 για τους παιδίατρους).

Όλοι οι εγγεγραμμένοι στην Το.Μ.Υ. μπορούν να κλείνουν ραντεβού με τον γιατρό ή οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία, είτε με τη φυσική παρουσία στον χώρο ή τηλεφωνικώς. Σε περίπτωση κάποιου εξαιρετικά επείγοντος προβλήματος, ο ασθενής μπορεί να προσέλθει χωρίς ραντεβού και να εξυπηρετηθεί, αφού προηγηθεί η εκτίμηση της κατάστασής του (33).

1.2 Out-of-hours Primary Care (O.O.H -PC)

1.2.1 Η έννοια και τα χαρακτηριστικά

Οι υπηρεσίες εκτός ωρών (O.O.H.) παρέχουν επείγουσα πρωτοβάθμια φροντίδα όταν τα τοπικά κέντρα και οι μονάδες κλείνουν, συνήθως από κάποια ώρα και μετά το απόγευμα τις καθημερινές και όλη την ημέρα τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες. Ορίζονται ως «προσβάσιμη και αποτελεσματική φροντίδα για άτομα των οποίων η κατάσταση υγείας είναι επείγουσα και δεν μπορούν να περιμένουν μέχρι να διατεθούν οι τακτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας» (14-35). Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι O.O.H παρέχονται από: νοσοκομεία, γενικούς ιατρούς είτε ιδιώτες είτε οργανωμένους σε κοινοτικές και συνεταιριστικές δομές καθώς και από υπηρεσίες τηλεφωνικής ταξινόμησης από γενικούς ιατρούς ή εκπαιδευμένους νοσηλευτές (38). Η οργάνωση των συγκεκριμένων υπηρεσιών είναι θεμελιώδους σημασίας για την καλή λειτουργία του συστήματος υγείας, ενώ η απουσία ή η ακατάλληλη οργάνωσή τους έχει άμεσες συνέπειες στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης (36-39).

Η αποτελεσματική παροχή ΠΦΥ O.O.H είναι σημαντική για διάφορους λόγους: Ενόψει του αυξανόμενου γηράσκοντος πληθυσμού και της αυξανόμενης επιβάρυνσης από τις χρόνιες παθήσεις, δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην ανάγκη να παρέχεται στους ασθενείς συνεχής και συντονισμένη φροντίδα (37-40). Επιπλέον, η προσφορά διευρυμένης πρόσβασης στην ΠΦΥ καθιστά δυνατή την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, η οποία αποτρέπει τις επιπλοκές (40). Τέλος, η αποτελεσματική παροχή ΠΦΥ O.O.H. περιορίζει τη χρήση των περιττών εξετάσεων, θεραπειών και νοσηλειών (43) και συνδέεται με μια σχετικά πιο συνετή χρήση των υγειονομικών πόρων (41-42-43).

Παρόλο που η O.O.H. ΠΦΥ είναι απαραίτητη για ένα λειτουργικό και αποτελεσματικό σύστημα υγείας (40), η παροχή υπηρεσιών O.O.H αποτελεί ακόμα φλέγον ζήτημα για τα συστήματα υγείας πολλών δυτικών χωρών, τα οποία συχνά αντιδρούν στις προκλήσεις της O.O.H. ΠΦΥ με βραχυπρόθεσμες απαντήσεις και όχι με μια συνεκτική μακροπρόθεσμη στρατηγική (39).

Αν και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για την υγεία σε όλο τον κόσμο ανησυχούν για την προσβασιμότητα, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της O.O.H.

ΠΦΥ, σε πολλές χώρες η οργάνωση της φροντίδας Ο.Ο.Η έχει υποβαθμισθεί τα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω προκλήσεων, που αφορούν στον φόρτο εργασίας των ιατρών, την ανεπαρκή αμοιβή τους και την έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού, ιδίως στις απομακρυσμένες περιοχές (37-44). Ως εκ τούτου, πολλά προβλήματα, όπως ο αριθμός των αυτοπαραπομπών με μη επείγοντα προβλήματα, ο κατακερματισμός της φροντίδας εκτός ωρών και η ασυμμετρία για τους ασθενείς, παραμένουν ανεπίλυτα (39).

Κατά συνέπεια, η οργάνωση των υπηρεσιών αυτών είναι βασικό θέμα για τους επαγγελματίες της υγείας και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, ενώ τα ιατρικά αποτελέσματα και η ικανοποίηση τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικά ζητήματα στη συζήτηση σχετικά με τα καταλληλότερα οργανωτικά μοντέλα για την Ο.Ο.Η. ΠΦΥ (45-46).

1.2.2 H out of hours ΠΦΥ στην Ευρώπη

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν μετατοπίσει τις υπηρεσίες Ο.Ο.Η. σε μεγάλες οργανώσεις ΠΦΥ, όπως συμβαίνει στο Βέλγιο, τη Δανία, την Αγγλία, την Ολλανδία και τη Νορβηγία (47-48). Ως αποτέλεσμα, σε ολόκληρη την Ευρώπη έχουν δημιουργηθεί διάφορα οργανωτικά μοντέλα, τα οποία ποικίλλουν από γενικούς ιατρούς (GPs) και κέντρα υγειονομικής περίθαλψης έως οργανισμούς μεγάλης κλίμακας, με τα περισσότερα μοντέλα να είναι ένα μείγμα προσεγγίσεων (40-49), όπως φαίνεται και στον πίνακα 1.3 που ακολουθεί.

Πίνακας 1.3 Τα βασικά μοντέλα πρωτοβάθμιας περίθαλψης εκτός ωρών στις χώρες της Ευρώπης

| Μοντέλο | Χώρες |
|---|---|
| Οι γιατροί μεμονωμένα ή σε ομάδες φροντίζουν τους ασθενείς Ο.Ο.Η. | Αυστρία, Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα , Κάτω Χώρες, Σλοβακία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο |
| Εμπορικές εταιρείες που απασχολούν γιατρούς και νοσηλευτές αναλαμβάνουν την παροχή γενικής ιατρικής φροντίδας Ο.Ο.Η. μέσω μιας σύμβασης ανάθεσης | Βέλγιο, Ουγγαρία, Σλοβενία, Ηνωμένο Βασίλειο |
| Τα τμήματα έκτακτης ανάγκης των νοσοκομείων διαχειρίζονται ασθενείς με συνθήκες πρωτοβάθμιας φροντίδας | Αυστρία, Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα , Ισλανδία, Ολλανδία, Πολωνία, Σλοβακία, Σλοβενία |
| Κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας που εντάσσονται ή όχι σε νοσοκομεία όπου οι ασθενείς μπορούν να επισκεφθούν χωρίς ραντεβού για μικρούς τραυματισμούς ή ασθένειες. | Αυστρία, Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Γαλλία, Ισλανδία, Λουξεμβούργο, Νορβηγία, Πολωνία, Σλοβακία, Σλοβενία, Ισπανία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο |
| Συνεταιρισμοί γενικής πρακτικής: Μεγάλες ομάδες ΠΦΥ που παρέχουν υπηρεσίες Ο.Ο.Η σε μια περιοχή. Περιλαμβάνουν τηλεφωνική ταξινόμηση, κλινικές διαβουλεύσεις και επισκέψεις κατ' οίκου. | Βέλγιο, Δανία, Γαλλία, Ολλανδία, Ελβετία |
| Ιατρικές κλινικές που βρίσκονται σε καταστήματα λιανικής πώλησης στελεχωμένα με επαγγελματίες νοσοκόμους ή άλλους επαγγελματίες υγείας. | Βέλγιο, Κάτω Χώρες, Ηνωμένο Βασίλειο |

1.2.2.1 Δανία

Η Δανία και οι Κάτω Χώρες είναι αρκετά συγκρίσιμες, ως κράτη πρόνοιας με παρόμοια συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης μιας ισχυρής γενικής πρακτικής που ενεργεί ως φύλακας (50). Σε γενικές γραμμές, οι ασθενείς της Δανίας και της Ολλανδίας έχουν τρεις επιλογές για να επικοινωνήσουν με την υγειονομική περίθαλψη κάθε φορά που αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα υγείας: γενική πρακτική, τμήματα έκτακτης ανάγκης και υπηρεσίες περίθαλψης μέσω ενός δικτύου ασθενοφόρων. Εκτός των ωρών λειτουργίας, η ΠΦΥ οργανώνεται σε μεγάλης κλίμακας συνεταιρισμούς, με τηλεφωνική ταξινόμηση για τη διαχείριση των ροών των ασθενών (49-51).

Το κυρίαρχο μοντέλο της ΠΦΥ Ο.Ο.Η. στη Δανία είναι οι συνεταιρισμοί γενικής πρακτικής (GPC). Πρόκειται για μεγάλης κλίμακας συνεταιρισμούς, στους οποίους οι γενικοί ιατροί συνεργάζονται για να ανταποκριθούν στις ανάγκες περίθαλψης όλων των ασθενών σε μια συγκεκριμένη περιοχή (52-53). Το συγκεκριμένο μοντέλο υιοθετήθηκε από τη Δανία το 1992 και αποτέλεσε πρότυπο και γι' άλλες χώρες, όπως η Ολλανδία (54). Με την υιοθέτηση του μοντέλου GPC, οι επισκέψεις στο σπίτι μειώθηκαν από το 46% στο 18%, οι τηλεφωνικές διαβουλεύσεις σχεδόν διπλασιάστηκαν στο 48% και οι διαβουλεύσεις πρόσωπο με πρόσωπο αυξήθηκαν από 24% σε 33% (53).

Μια σημαντική διαφορά του δανέζικου μοντέλου σε σχέση με το αντίστοιχο των Κάτω Χωρών είναι ότι η τηλεφωνική κλήση στις Ο.Ο.Η. υπηρεσίες δίνει στους Δανούς ασθενείς άμεση πρόσβαση σε γενικούς ιατρούς, ενώ στις Κάτω Χώρες η τηλεφωνική ταξινόμηση πραγματοποιείται από τους νοσηλευτές υπό την επίβλεψη των γενικών ιατρών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η χρήση της ΠΦΥ Ο.Ο.Η φαίνεται να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των χωρών αυτών, με 249 επαφές ανά 1000 ασθενείς ετησίως στις Κάτω Χώρες σε σύγκριση με 503 επαφές στη Δανία (55). Όπως υποστηρίζουν οι Huibers et al. (49), το γεγονός ότι στη Δανία η τηλεφωνική ταξινόμηση επιτρέπει στους ασθενείς να έχουν άμεση πρόσβαση σε έναν πλήρως εκπαιδευμένο GP, ενδέχεται να είναι η βασική αιτία, που η ποσοτική κατανάλωση στην ΠΦΥ Ο.Ο.Η. είναι μεγαλύτερη από ό,τι στις Κάτω Χώρες.

1.2.2.2 Ολλανδία

Στην Ολλανδία, το μοντέλο ΠΦΥ διαρθρώνεται σε εθνικούς ομοιόμορφους συνεταιρισμούς μεγάλης κλίμακας με γενικούς γιατρούς (PCP), οι οποίοι είναι προσβάσιμοι τηλεφωνικά 24/7 (47) και ενταγμένοι στα τμήματα έκτακτης ανάγκης των νοσοκομείων, δημιουργώντας σημεία πρόσβασης για επείγοντα περιστατικά (50). Πολλές μελέτες στις Κάτω Χώρες έχουν δείξει ότι το συγκεκριμένο μοντέλο έχει τη δυνατότητα να μειώσει το κόστος του συστήματος υγείας, καθώς συνδέεται με τη μείωση των αυτοπαραπομπών των ασθενών στο τμήμα έκτακτης ανάγκης, κατά περίπου 13% έως 22% (35-40).

Η τηλεφωνική ταξινόμηση στο πλαίσιο της εκτός ωρών ΠΦΥ γίνεται από εκπαιδευμένους νοσηλευτές, οι οποίοι εκτιμούν τον επείγοντα χαρακτήρα του προβλήματος υγείας του ασθενούς και λαμβάνουν απόφαση σχετικά με τα κατάλληλα μέτρα που πρέπει να ληφθούν, όπως παραπομπή στο τμήμα έκτακτης ανάγκης, ραντεβού για διαβούλευση με κάποιον γενικό ιατρό, κατ' οίκον επίσκεψη, συμβουλές για αυτοεξυπηρέτηση μέσω τηλεφώνου ή παραπομπή στον γενικό ιατρό του ασθενούς την επόμενη εργάσιμη ημέρα (47-56, 57).

Από την ίδρυση των συνεταιρισμών PCP το 2000, ο αριθμός των επαφών ασθενών αυξήθηκε στις 4 εκατομμύρια επαφές το 2014 (250 επαφές ανά 1000 κάτοικους ετησίως) (58). Ένας σημαντικός αριθμός GPs θεωρούν ότι η τηλεφωνική ταξινόμηση –το πιο σύνθετο και ευάλωτο μέρος της διαδικασίας ΠΦΥ Ο.Ο.Η – όπως αυτή τη στιγμή εκτελείται, οδηγεί πολλούς ασθενείς με μη επείγοντα προβλήματα σε άσκοπες κλινικές διαβουλεύσεις ή επισκέψεις κατ' οίκον (59). Ως εκ τούτου, αν και στα πρώτα χρόνια μετά τη δρομολόγηση των συνεταιρισμών PCP, υπήρξε εστίαση στην ασφάλεια του τηλεφωνικού συστήματος ταξινόμησης, τα τελευταία χρόνια, το σύστημα αυτό έγινε εξειδικευμένο με την υποχρεωτική εκπαίδευση για νοσηλευτές και τη χρήση ενός εθνικού συστήματος ταξινόμησης με υπολογιστή (35). Η επιθυμία για αυστηρότερη ταξινόμηση είναι επομένως μια πράξη εξισορρόπησης: η ασφάλεια των ασθενών έναντι της αποτελεσματικότητας της παροχής υγειονομικής περίθαλψης (58).

1.2.2.3 Το μοντέλο EurOOHnet

Για την αντιμετώπιση των προκλήσεων, που αφορούν την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας ΟΟΗ, ερευνητές από διάφορες ευρωπαϊκές χώρες δημιούργησαν το 2010 το EurOOHnet, το πρώτο ευρωπαϊκό ερευνητικό δίκτυο για την ΠΦΥ ΟΟΗ (60). Βασικός σκοπός του συγκεκριμένου δικτύου είναι η μεταφορά γνώσεων, η ανταλλαγή εμπειριών, η διεξαγωγή έρευνας και η σύγκριση του επίπεδο των επιδόσεων της ΠΦΥ Ο.Ο.Η στις ευρωπαϊκές περιφέρειες. Παράλληλα, το δίκτυο EurOOHnet στοχεύει στον εντοπισμό των δυνατοτήτων και των αδυναμιών των οργανωτικών μοντέλων σε όλη την Ευρώπη, δίνοντας έμφαση στις μελλοντικές καινοτομίες και τα εμπόδια στην αλλαγή (60-61).

Επί του παρόντος, στο EurOOHnet συμμετέχουν το Βέλγιο, η Δανία, η Γερμανία, η Ιταλία, η Ολλανδία, η Νορβηγία, η Πολωνία, η Ισπανία, η Σλοβενία, η Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Ένα διήμερο συνέδριο διοργανώνεται κάθε χρόνο σε μία από τις χώρες μέλη, το οποίο αφιερώνεται αποκλειστικά στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών Ο.Ο.Η, δίνοντας κατευθύνσεις, τόσο στις άμεσα συνεργαζόμενες χώρες όσο και σε εν δυνάμει νέα μέλη (61). Το 2010, πραγματοποιήθηκε το πρώτο συνέδριο στο Nijmegen, ακολουθούμενο από συναντήσεις στο Bergen, στην Αμβέρσα και στη Χαϊδελβέργη (60).

Μέχρι σήμερα, το δίκτυο EurOOHnet έχει υλοποιήσει τρία μεγάλα έργα. Το πρώτο έργο διερεύνησε το πεδίο διάγνωσης στις υπηρεσίες ΠΦΥ εκτός ωρών λειτουργίας (38), ενώ το δεύτερο πρόγραμμα μελέτησε τις εθνικές κατευθυντήριες γραμμές για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κυστίτιδας, εξετάζοντας παράλληλα, την προσήλωση των γενικών ιατρών στις κατευθυντήριες γραμμές, βάσει του οποίου έγινε εμφανές ότι οι χώρες με ισχυρή ΠΦΥ τηρούν αυστηρότερα τις κατευθυντήριες γραμμές από τις υπόλοιπες χώρες (60). Το τρίτο έργο παρείχε τη γενική εικόνα της ροής πληροφοριών μεταξύ των παρόχων φροντίδας ρουτίνας και των υπηρεσιών ΟΟΗ, ενώ επί του παρόντος, διεξάγεται ένα τέταρτο πρόγραμμα, με επίκεντρο την οργάνωση της τηλεφωνικής ταξινόμησης στις οργανώσεις ΠΦΥ ΟΟΗ (60-61).

Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το γεγονός ότι οι υπηρεσίες ΟΟΗ εντάσσονται σε μεγάλο βαθμό στην ΠΦΥ γεννά αυτόματα το ερώτημα τι ακριβώς συμβαίνει στη χώρα μας τώρα που οικοδομείται η ΠΦΥ και στα αστικά κέντρα. Στις δυτικές χώρες, όπου έχει αναπτυχθεί η ΟΟΗ ΠΦΥ, μέσω διαφόρων μοντέλων αντιμετώπισης, παρατηρείται πρόληψη του κατακερματισμού φροντίδας, μείωση του νοσοκομειακού φορτίου και συνετή χρήση των υγειονομικών πόρων. Από την άλλη πλευρά, στην ελληνική πραγματικότητα οι δομές ΠΦΥ υφίστανται χωρίς πρόβλεψη για ΟΟΗ υπηρεσίες. Σε ένα αστικό κέντρο, όπως τα Χανιά, που οι δομές εξυπηρετούν μεγάλο αριθμό ατόμων (2.500 χ 3 για τους παθολόγους + 1.500 χ 3 για τους παιδίατρους), η παρούσα μελέτη θα συμβάλλει στην πιλοτική διερεύνηση του προβλήματος και στη συγκέντρωση σημαντικών πληροφοριών, οι οποίες στο μέλλον θα μπορούσαν να συμβάλλουν στον σχεδιασμό μιας πανελλαδικής μελέτης για το πού απευθύνεται ο κόσμος (ερωτήματα σκοπού) και για το ποιες είναι οι συνέπειες και προεκτάσεις, καταγραφές οι οποίες θα βοηθήσουν στη βελτιστοποίηση οργάνωσης της ΠΦΥ.

Ως εκ τούτου, ξεκινώντας από τις πρώτες πληροφορίες που χρειάζεται να συλλέξει κανείς, σκοπός της παρούσας έρευνας αποτέλεσε η μελέτη των μη τακτικών περιστατικών, ως προς την αιτία επίσκεψης και ανά ηλικιακή ομάδα (νεογνά - βρέφη, παιδιά έφηβοι, ενήλικες), τα οποία αντιμετωπίστηκαν σε δομές εκτός των Το.Μ.Υ. του Δήμου Χανίων για τον αναφερόμενο πληθυσμό.

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Τόπος – Χρόνος διεξαγωγής

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στην 1^η και τη 2^η Το.Μ.Υ του Δήμου Χανίων. Ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας ήταν 6 μήνες, από τον Οκτώβριο του 2018 έως τον Απρίλιο του 2019.

3.2 Πληθυσμός ευθύνης-Δείγμα

Πληθυσμός της παρούσας μελέτης είναι οι εγγεγραμμένοι στις Το.Μ.Υ. του Δήμου Χανίων, από τους οποίους επιλέχθηκε τυχαίο δείγμα 523 ατόμων. Μελετήθηκε το φύλο, η ηλικιακή ομάδα (νεογνό – βρέφος, παιδί- έφηβος, ενήλικας), η ώρα προσέγγισης, η ικανότητα ή μη επαφής με τον οικογενειακό γιατρό, ο λόγος και η δομή προσέγγισης, η τελική έκβαση, καθώς και ο αριθμός των επαφών ανά ασθενή.

3.3 Μέθοδοι έρευνας

Πρόκειται για μια περιγραφική ποσοτική έρευνα. Ως ερευνητικό εργαλείο για την παρούσα μελέτη επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα 2), το οποίο βασίστηκε σε μια αντίστοιχη φόρμα (Παράρτημα 1) που χρησιμοποιεί μια ιδιωτική εταιρία στην Αμερική για να εξυπηρετήσει τους πελάτες της όσον αφορά την αντιμετώπιση ιατρικών αναγκών Ο.Ο.Η. Η φόρμα αυτή, αφού έλαβε την έγκριση από τον υπεύθυνο δημιουργό της, τροποποιήθηκε με βάση τα ερωτήματα της μελέτης. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 32 ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου, ενώ ο χρόνος συμπλήρωσής του ήταν ελεύθερος.

Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι η συλλογή των στοιχείων ήταν επώνυμη, δίνοντας τη δυνατότητα επαλήθευσης των πληροφοριών, αλλά η επεξεργασία και παρουσίαση των δεδομένων, ανώνυμη.

3.4 Στατιστική ανάλυση

Καθώς για την παρούσα μελέτη συλλέχθηκαν δεδομένα που αντιστοιχούν σε ποιοτικές μεταβλητές (δηλ. μεταβλητές που μεταβάλλονται με το είδος, π.χ. φύλο, ηλικιακή ομάδα, ύπαρξη ή μη χρόνιων προβλημάτων υγείας κ.λπ.), αξιοποιήθηκαν αριθμητικές και γραφικές μέθοδοι της *περιγραφικής στατιστικής*, συγκεκριμένα:

- καταμετρήθηκαν οι συχνότητες κάθε κατηγορίας,
- δημιουργήθηκαν πίνακες (απόλυτων) συχνοτήτων,
- σχεδιάστηκαν κυκλικά διαγράμματα ποσοστιαίων συχνοτήτων (pie-charts).

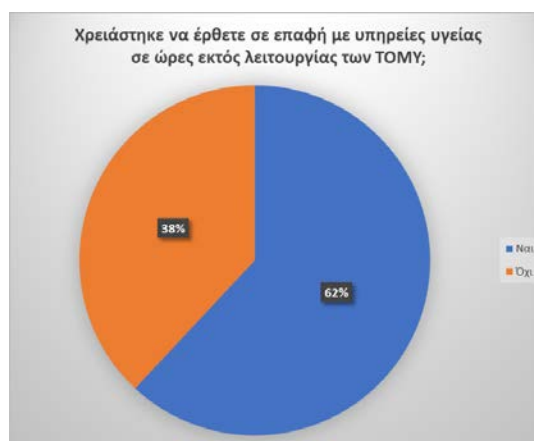
Επισημαίνεται ότι επιλέχθηκε η γραφική απεικόνιση των κατηγορικών δεδομένων με κυκλικά διαγράμματα, καθώς (α) οι τιμές της μεταβλητής αθροίζουν σε σταθερό άθροισμα (ήτοι στο σύνολο των 324 ερωτηθέντων, που αντιστοιχεί στο 100% των σχετικών συχνοτήτων), (β) οι τιμές των ποιοτικών μεταβλητών συγκροτούν ευδιάκριτες και μη επικαλυπτόμενες κατηγορίες και (γ) η οπτική παρουσίαση του δείγματος με τον τρόπο αυτό βοηθά στην εξαγωγή κάποιων αρχικών συμπερασμάτων.

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS και ορίστηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p -value (p): $<0,005$ (βλ. Παράρτημα 3).

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά στοιχεία

Συνολικά, από το δείγμα των 523 εγγεγραμμένων στις Το.Μ.Υ. του Δήμου Χανίων, που επισκέφτηκαν τις δομές αυτές σε διάστημα 6 μηνών (10/2018 -04/2019), οι 324 από αυτούς (62%) χρειάστηκε να έρθουν σε επαφή με υπηρεσίες υγείας σε ώρες εκτός λειτουργίας τους ($p<0,001$) (σχήμα 1).



Σχήμα 1 Επαφή ερωτηθέντων με υπηρεσίες υγείας σε ώρες εκτός λειτουργίας των Το.Μ.Υ.

Ως προς τα δημογραφικά στοιχεία των 324 συμμετεχόντων στην έρευνα, οι 144 ήταν άντρες και οι 180 γυναίκες ($p=0,046$), ενώ ηλικιακά υπήρχαν 15 βρέφη, 155 παιδιά και 172 ενήλικες (πίνακας 4.1). Η αναλογία ήταν 1/1 ενήλικες /παιδιά/βρέφη ($p=0,096$).

Βασικές πληροφορίες

Από τους 324 ερωτηθέντες, οι 111 έχουν χρόνια προβλήματα υγείας (34%), ενώ οι 213 δεν είχαν (66%) (πίνακας 4.1). Αναφορικά με το πού απευθύνθηκαν για την έκτακτη περίπτωση υγείας (ερωτ. 8), η πλειοψηφία αυτών (78%) απευθύνθηκε στο νοσοκομείο ($p<0,001$), ενώ οι υπόλοιποι (22%) απευθύνθηκαν σε Κέντρο Υγείας, ΕΚΑΒ, ιδιωτικό ιατρείο και ιδιωτικές κλινικές. Επιπλέον, μόνο οι 27 από αυτούς είχαν έρθει πριν σε επαφή με τον γιατρό της Το.Μ.Υ. για τη συγκεκριμένη περίπτωση (ερωτ. 11). Τα στοιχεία αυτά φαίνονται αναλυτικά στον πίνακα 4.1 που ακολουθεί.

Πίνακας 4.1 Περιγραφή των χαρακτηριστικών των ασθενών

| | |
|------------------------------------|-----|
| Φύλο | |
| <i>Άρρεν</i> | 44% |
| <i>Θήλυ</i> | 56% |
| Ηλικία | |
| <i>Βρέφος</i> | 5% |
| <i>Παιδί</i> | 41% |
| <i>Ενήλικας</i> | 54% |
| Χρόνια προβλήματα υγείας | |
| <i>Ναι</i> | 34% |
| <i>Όχι</i> | 66% |
| Αυτοπαραπομπές | |
| <i>Νοσοκομείο</i> | 78% |
| <i>Κέντρο Υγείας</i> | 3% |
| <i>ΕΚΑΒ</i> | 3% |
| <i>Ιδιωτικό Ιατρείο</i> | 10% |
| <i>Ιδιωτική κλινική</i> | 4% |
| <i>Άλλο</i> | 2% |
| Επαφή με γιατρό της Το.Μ.Υ. | |
| <i>Ναι</i> | 8% |
| <i>Όχι</i> | 92% |

Συμπτωματολογία

Ως προς τα γενικά συμπτώματα των ερωτηθέντων την ημέρα που ήρθαν σε επαφή με υπηρεσίες υγείας σε ώρες εκτός λειτουργίας των Το.Μ.Υ., οι 120 από τους 324 συμμετέχοντες ανέφεραν «πυρετό», οι 24 «κούραση», οι 9 «ιδρώτα», οι 12 «ρίγος» και οι 18 «ανησυχία» (σχήμα 7). Αναφορικά με τα ενδοκρινικά συμπτώματα, 6 ερωτηθέντες ανέφεραν την «έντονη δίψα». Έξι από τους ερωτηθέντες ανέφεραν ως σύμπτωμα την «αιμορραγία», ενώ για τα αλλεργικά συμπτώματα, 21 ερωτηθέντες δήλωσαν «ρινίτιδα», 6 «κνησμό» και 12 «τσίμπημα μέλισσας ή σφήκας» (σχήμα 8).

Αναφορικά με τα συμπτώματα που αφορούν το κεφάλι, οι 54 ανέφεραν «πόνος στον λαιμό», οι 24 «πόνος στα αφτιά» και οι 42 «καταρροή» (σχήμα 9). Για τα συμπτώματα που αφορούν τα μάτια, οι 27 ανέφεραν «κοκκίνισμα», οι 3 «κάψιμο», οι 6 «πόνος», οι 9 «θαμπή όραση» και οι 6 «ξένο σώμα» (σχήμα 10).

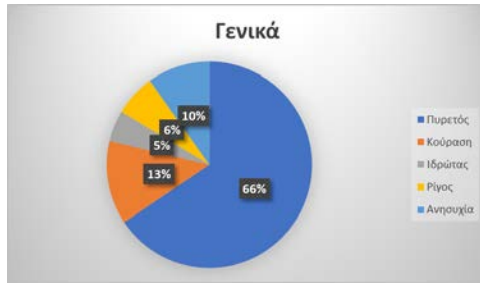
Για τα αναπνευστικά συμπτώματα, οι 33 ερωτηθέντες δήλωσαν «δύσπνοια», οι 36 «ξηρό βήχα», οι 42 «παραγωγικό βήχα» και οι 18 «σφύριγμα στην αναπνοή» (σχήμα 11), ενώ αντίστοιχα, για τα συμπτώματα που αφορούν την καρδιά οι 6 ερωτηθέντες ανέφεραν «αρρυθμία/φτερούγισμα», 9 «ταχυκαρδία», 9 «υψηλή πίεση», 3 «χαμηλή πίεση», 3 «λιποθυμία» και 18 «πόνος στο στήθος» (σχήμα 12).

Για τα συμπτώματα γαστρεντερικού, 3 ερωτηθέντες ανέφεραν «ναυτία», 9 «εμετούς», 18 «διάρροια», 27 «κοιλιακό πόνο», 6 «πόνος στην αφόδευση» και 6 «αίμα στα κόπρανα» (σχήμα 13). Για τα συμπτώματα ουρογεννητικού, 6 ερωτηθέντες ανέφεραν «πόνος-κάψιμο στην ούρηση» και 9 «πόνος στην περιοχή της λεκάνης» (σχήμα 14).

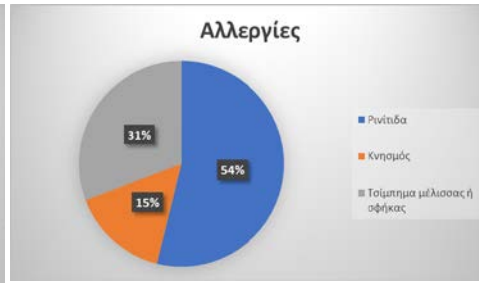
Ως προς τα συμπτώματα μυοσκελετικού, 6 ανέφεραν «πόνος σε άρθρωση» και 18 «μυϊκό πόνο» (σχήμα 15), ενώ αναφορικά με τα νευρολογικά συμπτώματα, 21 ερωτηθέντες ανέφεραν «πονοκέφαλο», 3 «ίλιγγο» και 3 «επιληπτικές κρίσεις» (σχήμα 16).

Ως προς τα ψυχιατρικά συμπτώματα προσήλθαν 18 ερωτηθέντες για «άγχος», ενώ για δερματικά συμπτώματα 15 ερωτηθέντες δήλωσαν «εξάνθημα». Τέλος, αναφορικά με τους τραυματισμούς, 3 ερωτηθέντες δήλωσαν «δάγκωμα ζώου» και 27 «άλλο», χωρίς, ωστόσο, να διευκρινίσουν το είδος του τραυματισμού (σχήμα 17).

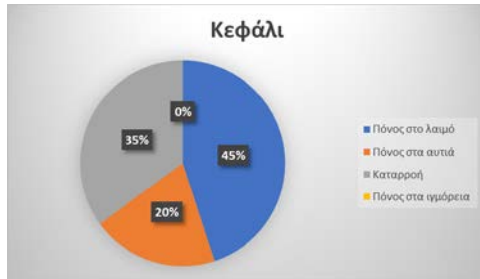
Συνοψίζοντας τα αναφερθέντα συμπτώματα των ερωτηθέντων, ο πυρετός ήταν το συχνότερο σύμπτωμα ($p < 0.001$), καθώς δηλώθηκε από 120 ερωτηθέντες, ενώ ακολούθησε «πόνος στον λαιμό» (54 ερωτηθέντες), «καταρροή» (42 ερωτηθέντες), «παραγωγικός βήχας» (42 ερωτηθέντες) και «ξηρός βήχας» (36 ερωτηθέντες) (σχήμα 18).



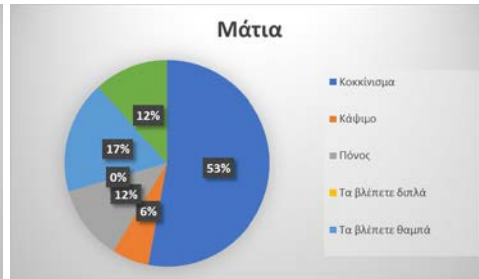
Σχήμα 2 Γενικά συμπτώματα



Σχήμα 3 Αλλεργικά συμπτώματα



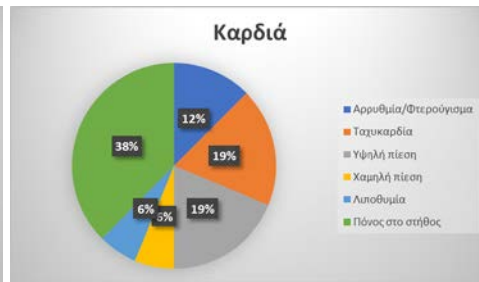
Σχήμα 4 Συμπτώματα κεφαλιού



Σχήμα 5 Συμπτώματα ματιών



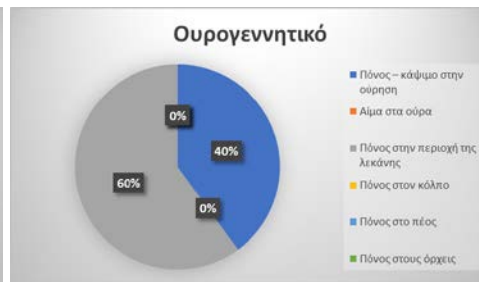
Σχήμα 6 Συμπτώματα αναπνευστικού



Σχήμα 7 Καρδιακά συμπτώματα



Σχήμα 8 Συμπτώματα γαστρεντερικού



Σχήμα 9 Συμπτώματα ουρογεννητικού



Σχήμα 10 Συμπτώματα μυοσκελετικού



Σχήμα 12 Τραυματισμοί

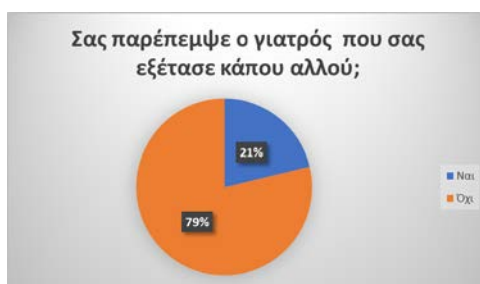
Σχήμα 11 Νευρολογικά συμπτώματα



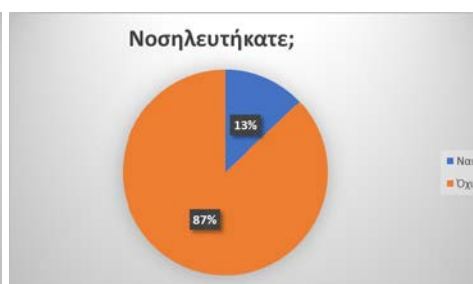
Σχήμα 13 Συχνότερα αναφερθέντα συμπτώματα

Παραπομπές και νοσηλεία

Από τους 324 συμμετέχοντες στην έρευνα, το 79% δεν παραπέμφθηκε αλλού από τον γιατρό που τους εξέτασε ($p < 0,001$) (σχήμα 19), ενώ το 87% δεν νοσηλεύτηκε ($p < 0,001$) (σχήμα 20).



Σχήμα 14 Ιατρικές παραπομπές



Σχήμα 15 Ποσοστό νοσηλείας ερωτηθέντων

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 Κύρια ευρήματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας, γίνεται εμφανές ότι ένας μεγάλος αριθμός ατόμων απευθύνεται σε υπηρεσίες Ο.Ο.Η, καθώς από το δείγμα των 523 ερωτηθέντων οι 324 από αυτούς (62%) επισκέφθηκαν κάποια δομή υγείας εκτός των ωρών λειτουργίας των Το.Μ.Υ.

Εξετάζοντας τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η πλειοψηφία ήταν ενήλικες και γυναίκες, ενώ το 34% από αυτούς είχαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες επισκέφθηκαν το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων για το έκτακτο πρόβλημα υγείας. Επιπλέον, μόνο το 8% του δείγματος ήρθε σε επαφή με γιατρό της Το.Μ.Υ.

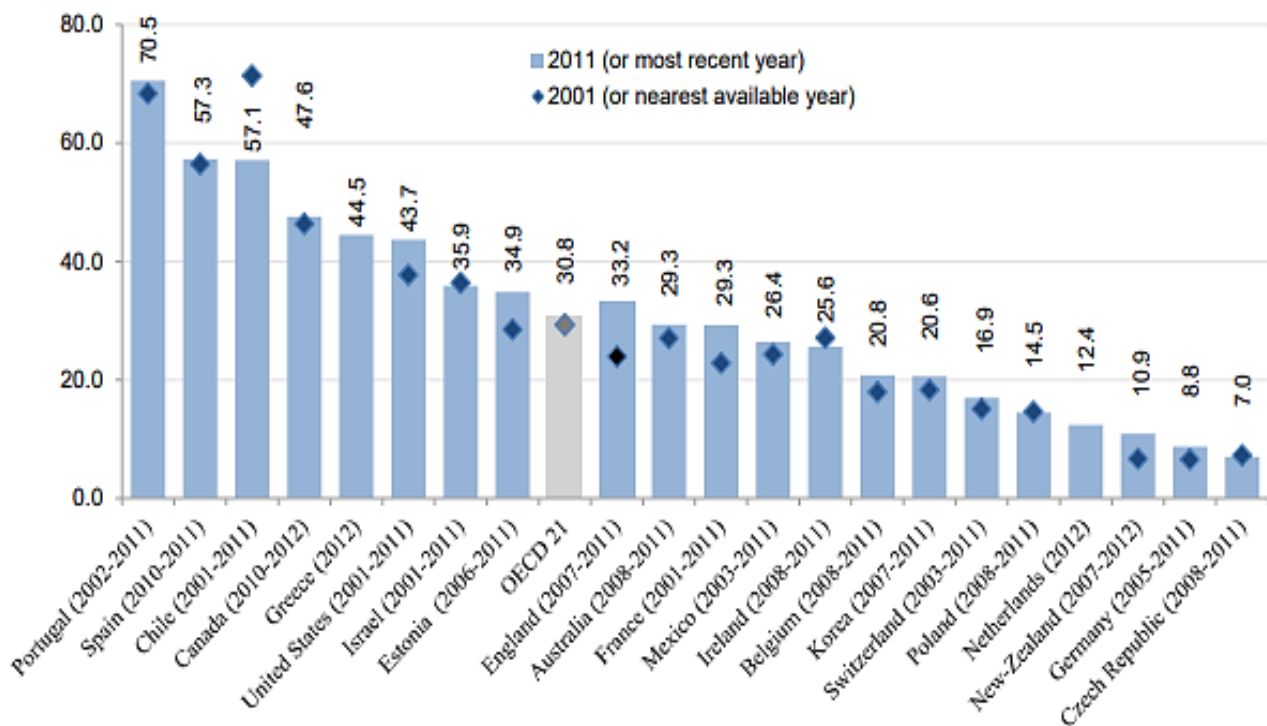
Ως προς την κύρια συμπτωματολογία, όσων επισκέφθηκαν κάποια υπηρεσία Ο.Ο.Η, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα, ως βασικό σύμπτωμα δήλωσαν τον πυρετό. Ως προς τα υπόλοιπα συχνότερα αναφερθέντα συμπτώματα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα μελέτη ανέφερε πόνο στον λαιμό, καταρροή, και βήχα (ξηρό και παραγωγικό).

Τέλος, αναφορικά με τις παραπομπές και τη νοσηλεία, τα ερευνητικά αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι από τους 324 συμμετέχοντες στην έρευνα παραπέμφθηκε αλλού το 21% και νοσηλεύτηκε μόνο το 13%. Σε γενικές γραμμές, τα ερευνητικά αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, δείχνουν ότι αρκετές από τις επισκέψεις των ασθενών σε ώρες εκτός λειτουργίας των Το.Μ.Υ. θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε δομές ΠΦΥ. Η εκτίμηση αυτή βασίστηκε έμμεσα στους λόγους της επίσκεψης (απλή συμπτωματολογία), στα χαμηλά ποσοστά των ιατρικών παραπομπών (21%) και στο χαμηλό ποσοστό νοσηλείας (13%).

5.2 Σύγκριση με άλλες μελέτες

Μελετώντας τον αριθμό ατόμων που απευθύνεται σε υπηρεσίες Ο.Ο.Η, έρευνες από τις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία αναφέρουν ότι η ζήτηση για υπηρεσίες φροντίδας έκτακτης ανάγκης αυξάνεται κατά 3% έως 6% ετησίως (82-83,84). Η αυξανόμενη ζήτηση για επείγουσα περίθαλψη υπογραμμίζεται και σε ερευνητική επισκόπηση του Berchet (46) αναφορικά με τον όγκο των επισκέψεων σε τμήματα έκτακτης ανάγκης σε 21 χώρες του ΟΟΣΑ, βάσει της οποίας κατά το 2011, ο αριθμός των επισκέψεων ανά κάτοικο ήταν πολύ υψηλότερος από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ στην Πορτογαλία, την Ισπανία, τη Χιλή, τον Καναδά και την **Ελλάδα** με 40 επισκέψεις ανά 100 κατοίκους (βλ. σχήμα 21).

Σχήμα 16 Αριθμός επισκέψεων στο τμήμα έκτακτης ανάγκης ανά 100 κατοίκους, 2001 (ή το πλησιέστερο διαθέσιμο έτος) και 2011 (ή πιο πρόσφατο έτος)



Πηγή: Berchet, 2015

Δεδομένου ότι το 78% του δείγματος της παρούσας μελέτης επισκέφθηκε το νοσοκομείο Χανίων για το έκτακτο περιστατικό, γίνεται αντιληπτό το μέγεθος της νοσοκομειακής επιφόρτισης. Αρκετές μελέτες επιβεβαιώνουν τη σχέση μεταξύ της

έλλειψης υπηρεσιών ΟΟΗ και της αυξημένης ζήτησης για νοσοκομειακή κάλυψη με αποτέλεσμα την συμφόρηση των ΤΕΠ των Νοσοκομείων (75-76,77,78,79).

Ως προς τη χρήση των υπηρεσιών Ο.Ο.Η από άτομα με χρόνιες παθήσεις, παρατηρούμε ότι 34% από τους ερωτηθέντες έχουν κάποια χρόνια πάθηση. Ευρήματα άλλων μελετών (63- 64, 65) δείχνουν ότι οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, τείνουν να έχουν πιο συχνές επαφές με τις υπηρεσίες ΟΟΗ κυρίως λόγω επιδείνωσης. Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη δεν μπορούμε να βγάλουμε κάποιο ασφαλές πόρισμα, καθώς δεν υπάρχει συσχέτιση των αποτελεσμάτων που αφορούν τον λόγο των έκτακτων περιστατικών με τα συμπτώματα και τη χρόνια πάθηση.

Εξετάζοντας τη συμπτωματολογία των ασθενών που επισκέπτονται τις Ο.Ο.Η υπηρεσίες, σε μελέτη των Campbell et al. (62) αναφορικά με την ταξινόμηση μέσω τηλεφώνου και τη διαχείριση αιτημάτων διαβούλευσης από γενικούς ιατρούς, ο πυρετός ήταν η πιο συνηθισμένη αιτία αυτοαναφορών, γεγονός σύμφωνο με άλλα ερευνητικά πορίσματα, συμπεριλαμβανομένων των ευρημάτων από διάφορες χώρες και τύπους οργανώσεων Ο.Ο.Η ΠΦΥ.

Βάσει μελέτης των Moth, Huibers, Christensen and Vedsted (53), αναφορικά με τη διερεύνηση των αυτοπαραπομπών, των εφαρμοζόμενων διαγνώσεων και της σοβαρότητας των προβλημάτων υγείας, που παρουσιάζονται στις κλήσεις προς την Ο.Ο.Η-PC στη Δανία, ως προς τα συμπτώματα, συχνότερα αναφερθέντα –μετά τον πυρετό– ήταν ο πόνος στο στομάχι και ο βήχας. Σε διατομεακή μελέτη των Seeger et al. (85), κατηγοριοποιήθηκαν τα συμπτώματα ασθενών που επισκέφθηκαν το κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας ΟΟΗ στην πόλη Oldenburg στη Γερμανία. Από τους 892 ασθενείς που έλαβαν μέρος στη μελέτη, το 25% δήλωσε ως συχνότερο κάποιο δερματικό σύμπτωμα, όπως τσίμπημα εντόμων, το 16,7% ανέφερε μυοσκελετικά συμπτώματα, το 15,9% τραυματισμούς και το 11,5% των περιπτώσεων ανέφερε λοιμώξεις της ανώτερης αναπνευστικής οδού. Άλλοι συχνότεροι λόγοι αντιμετώπισης κωδικοποιήθηκαν σε «πεπτικό» (10,1%) και «ουρολογικό» (8,6%).

Όπως δείχνουν τα ερευνητικά πορίσματα της παρούσας μελέτης, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων που επισκέφθηκε κάποια δομή Ο.Ο.Η, δεν παραπέμφθηκε αλλού. Παρόμοιες μελέτες δείχνουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς που απευθύνονται σε

τμήματα επειγόντων περιστατικών αντιμετωπίζονται συνήθως από το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό τοπικά και δεν παραπέμπονται κάπου αλλού (37-51,86,87).

Σε μελέτη των Leutgeb et al. (69) στη Γερμανία διερευνήθηκαν τα ποσοστά αυτοπαραπομπών στο νοσοκομείο, με σκοπό να εκτιμηθεί η χρήση της υγειονομικής περίθαλψης σε ώρες εκτός λειτουργίας των κέντρων ΠΦΥ και ο επείγων χαρακτήρας των περιστατικών του υπό μελέτη πληθυσμού. Από τις 163.711 επισκέψεις, λιγότερο από το 5,0% των εξεταζόμενων ασθενών νοσηλεύθηκαν, αποτέλεσμα που συμφωνεί τόσο με άλλες μελέτες (70-71,72,73) όσο και με την παρούσα μελέτη, στην οποία το ποσοστό νοσηλείας των ασθενών ήταν αρκετά χαμηλό (13%).

Σε έρευνα των Nørøxe, Huibers, Moth and Vedsted (66) για την βέλτιστη αξιοποίηση των υπηρεσιών O.O.H-PC, από όλες τις επαφές που απευθύνθηκαν στις συγκεκριμένες υπηρεσίες (5.333 άτομα), το 23,7% θεωρήθηκε ιατρικά ακατάλληλο. Άξιο αναφοράς είναι όμως το γεγονός ότι, στο 53,4% των επαφών που κρίθηκαν ακατάλληλες από τους γενικούς ιατρούς, το πρόβλημα υγείας θεωρήθηκε σοβαρό από τους ασθενείς και η ιατρική αξιολόγηση της ακαταλληλότητας συνδέθηκε σημαντικά με τις ανεκπλήρωτες προσδοκίες των ασθενών, γεγονός που υπογραμμίζει την αναγκαιότητα παρεμβάσεων που θα στοχεύουν στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ της ιατρικής εκτίμησης των GPs και των προσδοκιών των ασθενών, με απώτερο σκοπό τη μείωση τυχόν περιττών επιβαρύνσεων των νοσοκομείων και των τμημάτων έκτακτης ανάγκης (66-67, 68).

6. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η παρούσα έρευνα επικεντρώθηκε στη μελέτη και διερεύνηση των περιστατικών, που αντιμετωπίστηκαν σε δομές εκτός των Το.Μ.Υ. του δήμου Χανίων. Βασικό πλεονέκτημα της έρευνας είναι το γεγονός ότι, πραγματοποιήθηκε συλλογή δεδομένων από ένα δείγμα πληθυσμού στο οποίο δεν έχει διεξαχθεί προηγουμένως σχετική έρευνα. Ως εκ τούτου, αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια διερεύνησης της αντιμετώπισης των περιστατικών Ο.Ο.Η, που μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για περισσότερες πανελλήνιες μελέτες μεγαλύτερης κλίμακας. Τα αποτελέσματα από μελέτες, όπως αυτή, υπογραμμίζουν τη συχνότητα και τον χαρακτήρα των περιστατικών που αντιμετωπίζονται σε υπηρεσίες εκτός ωρών. Επομένως, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη συγκεκριμένων κατευθυντήριων γραμμών για την Ο.Ο.Η-PC και την αξιολόγηση εναλλακτικών λύσεων, που εντοπίζονται σε καλά εδραιωμένα συστήματα Ο.Ο.Η-PC, όπως στις σκανδιναβικές χώρες και στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Σχετικά με τους περιορισμούς της έρευνας, το χρονικό διάστημα συλλογής των ερευνητικών δεδομένων ήταν μικρό, σε σχέση με αντίστοιχες έρευνες, στις οποίες ο μέσος χρόνος διεξαγωγής είναι συνήθως 1-2 χρόνια. Το δείγμα του πληθυσμού ήταν επίσης μικρό, ενώ δεν μπορούμε να μη λάβουμε υπόψη μας τις δημογραφικές ιδιαιτερότητες και τα περιβαλλοντικά στοιχεία της περιοχής, γεγονός που αφενός επηρεάζει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των ερευνητικών αποτελεσμάτων και αφετέρου δεν δίνει τη δυνατότητα γενίκευσής τους σε όλον τον πληθυσμό. Ένας επιπλέον περιορισμός συνίσταται στο ότι τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από τον γενικό πληθυσμό, με αποτέλεσμα να παρατηρείται η καταγραφή αδόκιμης συμπτωματολογίας. Το γεγονός αυτό περιορίζει ως έναν βαθμό, την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, κυρίως ως προς τους λόγους για τους οποίους οι ερωτηθέντες επισκέφθηκαν κάποια υπηρεσία υγείας εκτός ωρών λειτουργίας των Το.Μ.Υ. Οι υποκειμενικές εκτιμήσεις των ασθενών και η κοινωνικο-δημογραφική τους κατάσταση πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη σε τέτοιου είδους μελέτες.

7. ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, υπάρχουν πολλά ανεπίλυτα ερωτήματα σχετικά με την αποτελεσματική οργάνωση και την παροχή ΠΦΥ Ο.Ο.Η, συμπεριλαμβανομένων του οργανωτικού μοντέλου, της ταξινόμησης και της ποιότητας και ασφάλειας της παρεχόμενης περίθαλψης, με αποτέλεσμα να υπάρχει ανάγκη καθοδήγησης για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής από έγκυρες έρευνες και πρακτικές εμπειρίες. Οι ερευνητικές ομάδες των κρατών μελών μπορούν να μάθουν η μία από την άλλη, βελτιώνοντας την ερευνητική τους δραστηριότητα και κατ' επέκταση την ΠΦΥ σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο (49).

Η παρούσα μελέτη έχει διαμορφώσει τη βάση για περαιτέρω μελέτες και μελλοντική έρευνα για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ Ο.Ο.Η. Δεδομένου ότι χρειάζονται περισσότερες γνώσεις σχετικά με την αντιμετώπιση των έκτακτων περιστατικών εκτός των ωρών λειτουργίας των Το.Μ.Υ., τόσο στον Δήμο Χανίων όσο και σε πανελλαδικό επίπεδο, προτείνεται η μελλοντική διεξαγωγή ερευνών που θα απευθύνονται σε μεγαλύτερο δείγμα γενικού πληθυσμού, αλλά και συγκεκριμένων ομάδων ασθενών (π.χ. νέοι ενήλικες ασθενείς, άτομα με χρόνιες παθήσεις κτλ.) με στόχο τη διερεύνηση της παροχής υπηρεσιών Ο.Ο.Η. Ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται επίσης, η διεξαγωγή μελέτης για τη νοσοκομειακή επιφόρτιση, τόσο από πλευράς κόστους και μη αποτελεσματικής χρήσης των διαθέσιμων πόρων όσο και από πλευράς ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, με στόχο τη δημιουργία προτάσεων και τον σχεδιασμό παρεμβάσεων για την ενίσχυση της ΠΦΥ Ο.Ο.Η στη χώρα μας.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένα προσανατολισμένο στην ΠΦΥ σύστημα υγείας είναι επικεντρωμένο στον ασθενή και στις ανάγκες του, εξασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας (continuity of care). Παράλληλα, αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής, όντας βασικός πυρήνας του συστήματος υγείας, ενώ συνδέεται άμεσα με όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες. Είναι αυτονόητο λοιπόν ότι πρέπει κάθε σύστημα υγείας να παρέχει πρόσβαση στην Ο.Ο.Η υπηρεσίες. Ωστόσο, στην πλειοψηφία των δυτικών χωρών, οι βασικές δομές ΠΦΥ κλείνουν μεταξύ 6 μ.μ. και 8 π.μ., ενώ σε κάποιες χώρες, όπως η Ελλάδα, τα συστήματα υγείας υπολειτουργούν με αποτέλεσμα να αποτυγχάνουν να αποτρέψουν νοσηλείες για καταστάσεις που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο (80).

Η επιθυμία για ένα ισχυρότερο σύστημα υπηρεσιών Ο.Ο.Η τροφοδοτείται από την τρέχουσα κρίση υπερπληθυσμού, το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης και την πεποίθηση ότι οι υπηρεσίες ΠΦΥ οφείλουν να είναι προσανατολισμένες στον άνθρωπο και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών 24 ώρες την ημέρα, επτά ημέρες την εβδομάδα (36). Ως εκ τούτου, διεξάγονται συνεχείς συζητήσεις σχετικά με τον τρόπο οργάνωσης ενός οικονομικά εφικτού μοντέλου παροχής ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ για τις Ο.Ο.Η (35).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι ένας μεγάλος αριθμός από τον υπό μελέτη πληθυσμό απευθύνεται σε υπηρεσίες υγείας ΟΟΗ με απλή συμπτωματολογία, δημιουργώντας σημαντικό νοσοκομειακό φορτίο. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με αντίστοιχες μελέτες και υπογραμμίζουν την ανάγκη αντιμετώπισης των επισκέψεων Ο.Ο.Η, ώστε να μην επιβαρύνονται οι υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης. Μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην αποτελεσματική διαχείριση της συνολικής ζήτησης για επείγουσα περίθαλψη περιλαμβάνουν τη βελτίωση στην πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και κοινοτικής φροντίδας, τη χρήση τηλεφωνικών υπηρεσιών με ταξινόμηση των επαφών από γενικούς ιατρούς ή κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και τη δημιουργία μικρών μονάδων αντιμετώπισης τραύματος ή τμημάτων έκτακτης ανάγκης. Περιλαμβάνουν, επίσης, τη χρήση νέων μέσων όπως η τηλεϊατρική (81).

Συνοψίζοντας τα οφέλη της αποτελεσματικής και οργανωμένης παροχής ΠΦΥ Ο.Ο.Η, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η πραγμάτωσή της συμβάλλει στην αποφυγή περιττών επισκέψεων στο νοσοκομείο μειώνοντας το αυξανόμενο έργο των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης, ενώ διασφαλίζει κάθε χρονική στιγμή την υγεία των πολιτών ικανοποιώντας παράλληλα τις προσδοκίες τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Available from: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1
2. Beaglehole R, Epping-Jordan JA, Patel V, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet* 2008;372: 940–49
3. Walley J, Lawn J, Tinker A, De Francisco A, Chopra M, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet* 2008;372: 1001–07.
4. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, Αδαμακίδου Θ, Βελονάκη ΒΣ, Βιβιλάκη Β, Καπρέλη, Ε, Κριεμπάρδης, Α, και συν. Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα: ΣΕΑΒ; 2015
5. Λιονής Χ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, Λάγιου Α, Βιβιλάκη Β. Ολοκληρωμένη (απαρτιωμένη) και εστιασμένη στον άνθρωπο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Εισαγωγικά σχόλια και ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Στο: Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, και συν. Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα: ΣΕΑΒ; 2015
6. Hall JJ, Taylor R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Med J Australia* 2003;178: 17-20.
7. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF); 2018
8. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2016.
9. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan; 2018
10. Singh AR, Shakuntala AS. The Goal: Health for All the Commitment: All for Health. *Mens Sana Monogr.* 2004; 2(1): 97–110.

11. Perry HB, Rassekh BM, Gupta S, Wilhelm J, Freeman PA. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health. Rationale, methods and database description. *J Glob Health* 2017;7(1).
12. Martin-Misener R, Valaitis R, Wong ST, et al. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Prim Health Care Res Dev* 2012;13: 327-346
13. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva-New York: WHO-UNICEF; 2017.
14. O'Malley AS, Rich EC. Measuring comprehensiveness of primary care: challenges and opportunities. *J Gen Intern Med.* 2015;30(3): 568-75.
15. Rao M, Pilot E. The missing link—the role of primary care in global health. *Global Health Action* 2014;7: 1-6.
16. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, et al. The European primary care monitor: Structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice* 2010; 11(1): 81–98.
17. World Health Organization. The World Health Report 2008-Primary Health Care. Now More Than Ever. Switzerland: WHO Press; 2008
18. Hahn RA, Truman BI. Education Improves Public Health and Promotes Health Equity. *Int J Health Serv.* 2015;45(4): 657–678.
19. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLOS One.* 2014;9(7): 102-149.
20. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q.* 2005;83(3): 457–502.
21. White F. Primary Health Care and Public Health: Foundations of Universal Health Systems. *Medical Principles and Practice.* 2015;24(2): 103-116.
22. Williamson L. Patient and Citizen Participation in Health: The Need for Improved Ethical Support. *Am J Bioeth.* 2014;14(6): 4–16.
23. Lionis C, Petelos E. The Patient-centered Medical Home Model within an Integrated Primary Care System: towards a European Model? In: O' Donohue

- W, Maragakis A, (Eds.) *Integrated Primary and Behavioral Care*. New York: Springer; 2015.
24. Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, et al. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care* 2009; 30(9).
25. Souliotis K, Lionis C. Functional reconstruction of primary health care: A proposal for the removal of obstacles. *Archives of Hellenic Medicine* 2003;20(5): 466-476.
26. Lionis C. (2011). Primary Care in Greece. *European forum for primary care* 2011; 2011(1).
27. Αντωνιάδου I, Κούτης A, Λιονής X, και συν. (2015). Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Available from: <http://isx.gr/sites> [Ημερομηνία πρόσβασης: 20/5/2019].
28. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. *Greece: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels; 2018
29. Greek News Agenda. Greece's move towards universal health coverage. Available from: <http://www.greeknewsagenda.gr> [Ημερομηνία πρόσβασης: 25/5/2019].
30. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4486 ΦΕΚ Α' 115/07.08.2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.
31. Υπουργείο Υγείας. Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020. Αθήνα; 2016.
32. WHO. Greek health reform: opening of new primary health care units. Available from: <http://www.euro.who.int> [Ημερομηνία πρόσβασης: 30/5/2019].
33. Διοίκηση 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ Κρήτης). Λειτουργία ΤΟ.Μ.Υ. Χανίων. Available from: <https://www.hc-crete.gr> [Ημερομηνία πρόσβασης: 30/5/2019].

34. Φουντουλάκη Ε. Παρουσίαση ΤΟ.Μ.Υ. Χανίων: Ποιους εξυπηρετούν – πως λειτουργούν. Available from: <http://www.haniotika-nea.gr> [Ημερομηνία πρόσβασης: 30/5/2019].
35. Smits M, Rutten M, Keizer E, Wensing M, Westert G, Giesen P. The Development and Performance of After-Hours Primary Care in the Netherlands. *Annals of Internal Medicine*. 2017;166(10): 737.
36. Bellow AA Jr, Gillespie GL. The evolution of ED crowding. *J Emerg Nurs*. 2014; 40: 153-60.
37. O'Malley AS, et al. After-hours care and its coordination with primary care in the US. *Journal of General Internal Medicine* 2012;27(11): 1406-1415.
38. Huibers, L.A., Moth, G., Bondevik, G.T. et al. Diagnostic scope in out-of-hours primary care services in eight European countries: an observational study. *BMC Family Practice*. 2011;12(1): 30.
39. Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv Res*. 2009;9: 105.
40. Berchet C, Nader C. The organization of out-of-hours primary care in OECD countries. *OECD Health Working Papers*, No. 89. Paris: OECD Publishing; 2016.
41. Weaver R, Manns B, Tonelli M, Sanmartin C, Campbell D, Ronksley P et al. Access to primary care and other health care use among western Canadians with chronic conditions: a population-based survey. *CMAJ Open*. 2014;2(1): 27-34.
42. Jerant A, Bertakis K, Fenton J, Franks P. Extended Office Hours and Health Care Expenditures: A National Study. *The Annals of Family Medicine*. 2012;10(5): 388-395.
43. Jones P, Elangbam B, Williams N. Inappropriate use and interpretation of D-dimer testing in the emergency department: an unexpected adverse effect of meeting the "4-h target". *Emergency Medicine Journal*. 2009;27(1): 43-47.
44. Patwardhan A, Davis J, Murphy P, Ryan S. After-hours Access of Convenient Care Clinics and Cost Savings Associated with Avoidance of Higher-Cost Sites of Care. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2012;3(4): 243-245.

45. Durand AC, Gentile S, Devictor B, et al. ED patients: How non-urgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med.* 2011;29: 333–345.
46. Berchet C. *Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand.* OECD Health Working Papers, No. 83. Paris: OECD Publishing; 2015.
47. Giesen P, Smits M, Huibers L, et al. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: A narrative review. *Ann Intern Med.* 2011;155: 108–113.
48. Danielsen K, Bjertnaes O, Garratt A, Forland O, Iversen H, Hunskaar S. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway. *BMC Family Practice.* 2010;11(1).
49. Huibers L, Moth G, Andersen M, van Grunsven P, Giesen P, Christensen M et al. Consumption in out-of-hours health care: Danes double Dutch?. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 2014;32(1): 44-50.
50. Van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: From small-call rotations to large-scale GP cooperatives. *Fam Med.* 2006;38: 565 – 9.
51. Grol R, Giesen P, van Uden C. After-Hours Care in The United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: New Models. *Health Affairs.* 2006;25(6): 1733-1737.
52. Christensen M, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *BMJ.* 1998;316(7143): 1502-1505.
53. Moth G, Huibers L, Christensen M, Vedsted P. Out-of-hours primary care: a population-based study of the diagnostic scope of telephone contacts. *Family Practice.* 2016;33(5): 504-509.
54. Forde I, Nader C, Socha-Dietrich K, et al. *Primary care review of Denmark.* OECD: Director of the OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs; 2016.
55. Westert G, Klazinga N. The Dutch Health Care System. In: Thomson S. et al. *International Profiles of Health Care Systems, 2011.* The Commonwealth Fund;2011: 78 – 85.

56. Lattimer V, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 1998;317 (7165): 1054-1059.
57. Derkx HP, Rethans JJ, Muijtjens AM, et al. Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: Cross sectional national study. *Br Med J*. 2008;337: 1264
58. Keizer E, Maassen I, Smits M, Wensing M, Giesen P. Reducing the use of out-of-hours primary care services: A survey among Dutch general practitioners. *European Journal of General Practice* 2016;22(3): 189-95
59. Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, et al. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: Do triage nurses correctly estimate urgency? *Qual Saf Health Care* 2007;16: 181–184.
60. Huibers L, et al. EurO.O.H net - the European research network for out-of-hours primary health care. *European Journal of General Practice* 2014;20(3): 229-232.
61. European research network for out-of-hours primary health care. Available from: <http://eurO.O.H.net.eu/> [Ημερομηνία πρόσβασης: 30/5/2019].
62. Campbell JL, Fletcher E, Britten N, et al. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *Lancet*. 2014;384(9957): 1859–1868.
63. Flarup L, Moth G, Christensen MB, et al. Daytime use of general practice and use of the Out-of-Hours Primary Care Service for patients with chronic disease: a cohort study. *BMC Fam Pract*. 2014;15: 156-166.
64. Adam R, Wassell P, Murchie P. Why do patients with cancer access out-of-hours primary care? A retrospective study. *Br J Gen Pract*. 2014;64(619): 99–104.
65. Johansen IH, Morken T, Hunskaar S. Contacts related to mental illness and substance abuse in primary health care: a cross-sectional study comparing patients' use of daytime versus out-of-hours primary care in Norway. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28(3): 160–165.

66. Nørøxe KB, Huibers L, Moth G, Vedsted P. Medical appropriateness of adult calls to Danish out-of-hours primary care: a questionnaire-based survey. *BMC Fam Pract.* 2017;18(1): 34.
67. Smits M, Hanssen S, Huibers L, Giesen P. Telephone triage in general practices: A written case scenario study in the Netherlands. *Scand J Prim Health Care* 2016;34(1): 28-36.
68. Keizer E, Smits M, Peters Y, Huibers L, Giesen P, Wensing M. Contacts with out-of-hours primary care for nonurgent problems: patients' beliefs or deficiencies in healthcare? *BMC Fam Pract.* 2015;16: 157
69. Leutgeb R, Engeser P, Berger S, et al. Out of hours care in Germany - High utilization by adult patients with minor ailments? *BMC Family Practice* 2017;18: 42
70. McHale A, et al. Who uses emergency departments inappropriately and when - a national cross sectional study using a monitoring data system. *BMC Medicine* 2013; 11: 258
71. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Research Notes* 2012; 5: 525.
72. Rocovich C, Patel T. Emergency department visits: Why adults choose the emergency room over a primary care physician visit during regular office hours? *Word J Emerg Med* 2012; 3(2).
73. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med* 2004; 11: 1302-10.
74. Wise J. Most emergency attendances at hospital are appropriate, finds study. *BMJ* 2014; 348: 34-79
75. Vilpert S., et al., Emergency department use by oldest-old patients from 2005 to 2010 in a Swiss university hospital. *BMC Health Services Research* 2013;13: 344.
76. Uschner-Pines L, et al. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *Am J Manag Care* 2013;19(1): 47-59.

77. Morse A. Emergency Admissions to hospital: managing the demand. National Audit Office Report, Department of Health, HC 739 SESSION 2013-14; 2014.
78. Cowling T, Harris M, Watt H, Gibbons D, Majeed M. Access to general practice and visits to accident and emergency (A&E) departments in England: cross sectional analysis of national patient survey. *Br J Gen Pract* 2014;434(9): 10
79. Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica* 2009;25: 7–28.
80. Marinos G, et al. Management of Minor Medical Problems and Trauma: The Role of General Practice. *Rural Remote Health* 2009;9(4): 1019-29.
81. Bashur RL, Shannon GW, Smith BR. The empirical foundations of telemedicine interventions for chronic disease management. *Telemedicine and e-health* 2014;20(9).
82. Lowthian JA, Curtis AJ, Jolley DJ, Stoelwinder JU, McNeil JJ, Cameron PA. Demand at the emergency department front door trends in presentations. *Med J Aust* 2012;196: 128–32.
83. Pitts SR, Niska RW, Xu J, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 Emergency Department Summary. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics;2008.
84. Australian Institute of Health and Welfare. Australian Hospital Statistics 2009–10: Emergency Department Care and Elective Surgery Waiting Times. Canberra: AHIW; 2010.
85. Seeger I, Kreienmeyer L, Hoffmann F, Freitag MH. Cross-sectional study in an out-of-hours primary care centre in northwestern Germany - patient characteristics and the urgency of their treatment. *BMC Fam Pract.* 2019;20(1):41.
86. Margolius D, Bodenheimer T. Redesigning after-hours care. *Ann Intern Med.*2011; 155(2): 131 – 2.
87. Pitts SR, Carrier ER, Rich EC, Kellermann AL. Where Americans get acute care: increasingly, it's not at their doctor's office. *Health Aff (Millwood).* 2010; 29(9): 1620 – 9.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1



After Hours Medical Group
9200 Colima Rd. #101 Whittier, CA 90605 (562) 945-2128

Patient Name: _____ D.O.B.: _____ Phone: _____ Date: _____

Primary Care Doctor's Name: _____ PCP's phone # _____

Age: _____ Male [] Female [] Language: _____

Allergies: _____

Reason for visit: _____

Medications/Vitamins: _____

Please circle all that apply (only for new patients):

Past Medical History: Hypertension, Diabetes Mellitus, Insulin Dependent Diabetes Mellitus, Stroke, Heart Attack, Congestive Heart Failure, Gout, Hyperthyroid, Hypothyroid, Asthma, COPD, Hepatitis, Pancreatitis, GERD, Lupus, Rheumatoid Arthritis, Osteoarthritis, Cancer, Hyperlipidemia, Kidney Disease, Dialysis, Depression or Mania, Gastritis

Other: _____

Past Surgical History: Gallbladder Removal, Appendix Removal, Thyroid Removal, Tonsillectomy, Hysterectomy, C-Section, CABG, Hernia Repair, Angioplasty, Cancer

Other(s): _____ Year(s) of Surgery: _____

Social History: Have you ever smoked? Y/N If yes, how many packs per day? ____ For how many years? ____

Do you drink alcohol? Y/N If yes, how many drinks per month? ____

Please circle all that apply for Today's visit. (ALL patients):

General: Fevers, Fatigue, Sweats, Chills

Endocrine: Excessive Thirst, Weight Loss, Weight Gain

Heme: Unusual Bruising, Unusual Bleeding

Allergy/Immunology: Hay Fever (Allergic Rhinitis)

HENT: Sore Throat, Earache, Runny Nose (Rhinorrhea) Sinus Problems

Eyes: Red Eyes, Eye Discharge (Crusting), Double Vision (Diplopia)

Pulmonary: SOB (Dyspnea), Dry Cough (no phlegm), Productive Cough (with phlegm), Wheezing

Heart: Palpitations (Irregular Heart Beat), High Blood Pressure, Rapid Heart Rate (Heart Racing)

GI: Nausea, Vomiting, Diarrhea, Abdominal Pain or Cramps

GU: Burning or Painful Urination (Dysuria), Blood in Urine (Hematuria), Pelvic or Genital Pain, Abnormal Vaginal Pain,

Menstrual Pain, Vaginal Discharge

Musculoskeletal: Joint Pain, Muscle Pain

Neurology: Headache, Seizures, Vertigo (Room Spinning)

Psychiatry: Anxiety, Depressed or Sad

Skin: Rashes

Patient's/Legal Representative Signature: _____ Relationship if minor: _____

V20130115

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Παρακαλώ να συμπληρωθούν σε περίπτωση που απευθυνθήκατε σε υπηρεσίες υγείας εκτός από την ΤΟΜΥ που ανήκετε, για έκτακτη περίπτωση.

| | |
|--|----------------------|
| 1. Ονοματεπώνυμο: _____ | 2. Τηλ.: _____ |
| 3. Φύλο: Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/> | 4. Εθνικότητα: _____ |
| 5. Ημερομηνία Γέννησης ___/___/____ | |
| 6. Είστε εγγεγραμμένος σε Τ.ΟΜ.Υ. Χανίων; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> και αν ναι, σε ποια; 1 ^η Τ.ΟΜ.Υ. <input type="checkbox"/> 2 ^η Τ.ΟΜ.Υ. <input type="checkbox"/> | |
| 7. Έχετε χρόνια προβλήματα υγείας; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αν ναι, περιγράψτε: _____ _____ _____ | |
| 8. Πού απευθυνθήκατε για την έκτακτη αυτή περίπτωση; Νοσοκομείο <input type="checkbox"/> Κέντρο Υγείας <input type="checkbox"/> ΕΚΑΒ <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό Ιατρείο <input type="checkbox"/> Ιδιωτική κλινική <input type="checkbox"/> Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε) _____ | |
| 9. Ημερομηνία που απευθυνθήκατε: ___/___/____ | 10. Ώρα: ___:___ |
| 11. Είχατε έρθει πριν σε επαφή με το γιατρό της Τ.ΟΜ.Υ για την περίπτωση αυτή; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> | |

Παρακαλώ να σημειώσετε όλα όσα ταιριάζουν με τα συμπτώματά σας την ημέρα εκείνη:

12. Γενικά: Πυρετός Κούραση Ιδρώτας Ρίγος Ανησυχία
13. Ενδοκρινικό: Έντονη δίψα Απώλεια βάρους Απότομη αύξηση βάρους
14. Αίμα: Αιμορραγία Μελανιές
15. Αλλεργίες: Ρινίτιδα Κνησμός Τσίμπημα μέλισσας ή σφήκας
16. Κεφάλι: Πόνος στο λαιμό Πόνος στα αυτιά Καταρροή Πόνος στα ιγμόρεια
17. Μάτια: Κοκκίνισμα Κάψιμο Πόνος Τα βλέπετε διπλά Τα βλέπετε θαμπά
Ξένο σώμα (μπήκε κάτι στο μάτι)
18. Αναπνευστικό: Δύσπνοια Ξηρός βήχας Παραγωγικός βήχας Σφύριγμα στην αναπνοή

19. **Καρδιά:** Αρρυθμία/Φτερούγισμα Ταχυκαρδία Υψηλή πίεση Χαμηλή πίεση
 Λιποθυμία Πόνος στο στήθος

20. **Γαστρεντερικό:** Ναυτία Εμετοί Διάρροια Κοιλιακός πόνος Πόνος στην αφόδευση
 Αίμα στα κόπρανα

21. **Ουρογεννητικό:** Πόνος – κάψιμο στην ούρηση Αίμα στα ούρα Πόνος στην περιοχή της λεκάνης Πόνος στον κόλπο Πόνος στο πέος Πόνος στους όρχεις

22. **Μυοσκελετικό:** Πόνος σε άρθρωση Μυϊκός πόνος

23. **Νευρολογικό:** Πονοκέφαλος Ίλιγγος (περιστροφή) Λιποθυμία Επιληπτικές κρίσεις

24. **Ψυχιατρικό:** Άγχος Μελαγχολία Διέγερση

25. **Δέρμα:** Εξάνθημα Τσιμπήματα εντόμων εκτός μέλισσας/σφήκας

26. **Τραυματισμοί:** Δάγκωμα ζώου Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε) _____

27. Για πόσο διάστημα είχατε τα συμπτώματα αυτά;

28. Από τι σας είπε ο γιατρός που σας εξέτασε ότι πάσχετε (διάγνωση);

29. Σας παρέπεμψε ο γιατρός που σας εξέτασε κάπου αλλού; Ναι Όχι
 και αν ναι, πού; _____

30. Νοσηλευτήκατε; Ναι Όχι
 Αν ναι:
 α) Πού νοσηλευτήκατε; _____
 β) ποια ήταν η τελική διάγνωση; _____

31. Στην περίπτωση που δεν σας καλύπτουν τα παραπάνω, παρακαλώ περιγράψτε τι σας συνέβη.

32. Άτομο που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο.
 Ίδιος Κηδεμόνας Άλλο πρόσωπο (παρακαλώ προσδιορίστε) _____

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Διατύπωση υποθέσεων και εφαρμογή του ελέγχου χ^2

Ο έλεγχος στατιστικών υποθέσεων αναφέρεται στην προσπάθεια επαλήθευσης ή απόρριψης μιας υπόθεσης. Κάθε φορά διατυπώνονται δύο ειδών υποθέσεις: η μηδενική υπόθεση H_0 , η οποία βασίζεται στην παραδοχή ότι οι διαφορετικές τιμές μιας κατηγορικής μεταβλητής είναι ισοπίθανες, και η εναλλακτική υπόθεση H_1 , η οποία εκφράζει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των συχνοτήτων των διαφορετικών τιμών μιας κατηγορικής μεταβλητής. Μια στατιστικά σημαντική διαφορά σε ένα αποδεκτό όριο (π.χ. $\alpha=5\%$) σημαίνει απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης και αποδοχή της εναλλακτικής υπόθεσης.

Οι βασικές παραδοχές για την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου του X^2 σε ένα δείγμα όπου πραγματοποιείται η μέτρηση των απαντήσεων των ερωτηθέντων (μια μεταβλητή με κ εναλλακτικά δυνατά αποτελέσματα) είναι οι ακόλουθες:

- Το μέγεθος του δείγματος είναι πολύ μικρότερο από το μέγεθος του πληθυσμού,
- Το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού αναφοράς,
- Οι παρατηρήσεις είναι ανεξάρτητες (η απάντηση ενός ατόμου δεν επηρεάζεται από τις απαντήσεις των άλλων),
- Όλες οι αναμενόμενες (θεωρητικές / υποθετικές) συχνότητες είναι ≥ 5 .

Καθώς οι παραπάνω περιορισμοί πληρούνται από το δείγμα της παρούσας έρευνας, θα πραγματοποιηθεί στη συνέχεια στατιστικός έλεγχος χ^2 [εκτέλεση μονομεταβλητής ανάλυση X^2 (Chi-test)], για τις σημαντικότερες μεταβλητές του ερωτηματολογίου, ορίζοντας επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$.

Φύλο

Διατύπωση υποθέσεων

H_0 : Τα δύο φύλα είναι εξίσου πιθανόν να απευθυνθούν σε δομές after hours.

H_1 : Τα δύο φύλα δεν είναι εξίσου πιθανόν να απευθυνθούν σε δομές after hours

Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

Φύλο

| | Observed N | Expected N | Residual |
|-------|------------|------------|----------|
| Άρρεν | 144 | 162,0 | -18,0 |
| Θήλυ | 180 | 162,0 | 18,0 |
| Total | 324 | | |

Στον Πίνακα με τίτλο «Φύλο» εμφανίζονται οι παρατηρούμενες συχνότητες, οι αναμενόμενες συχνότητες και τα κατάλοιπα, τα οποία προκύπτουν από τη διαφορά παρατηρούμενων- αναμενόμενων συχνοτήτων.

Test Statistics

| | Φύλο |
|-------------|--------------------|
| Chi-Square | 4,000 ^a |
| df | 1 |
| Asymp. Sig. | ,046 |

a. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5.
The minimum expected cell frequency is 162,0.

Στον Πίνακα με τίτλο Test statistics φαίνονται τα αποτελέσματα του ελέγχου X^2 , όπου **Asymp. Sig. = pvalue = 0,046 < 0,05**. Ως εκ τούτου απορρίπτουμε την H_0 και δεχόμαστε H_1 : Τα δύο φύλα δεν είναι εξίσου πιθανόν να απευθυνθούν σε δομές after hours. Επομένως υπάρχει συστηματική συνάφεια μεταξύ του φύλου του ασθενούς και της χρήσης υπηρεσιών after hours, με άλλα λόγια βρίσκουμε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της χρήσης των υπηρεσιών after hours από τις γυναίκες σε σχέση με τη χρήση των υπηρεσιών από τους άνδρες.

Ηλικία

Διατύπωση υποθέσεων

H_0 : Οι δύο ηλικιακές ομάδες είναι εξίσου πιθανόν να απευθυνθούν σε δομές after hours

H_1 : Οι δύο ηλικιακές ομάδες δεν είναι εξίσου πιθανόν να απευθυνθούν σε δομές after hours

Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

Ηλικία

| | Observed N | Expected N | Residual |
|--------------|------------|------------|----------|
| Ενήλικες | 177 | 162,0 | 15,0 |
| Βρέφη/Παιδιά | 147 | 162,0 | -15,0 |
| Total | 324 | | |

Test Statistics

| | Ηλικία |
|-------------|--------------------|
| Chi-Square | 2,778 ^a |
| df | 1 |
| Asymp. Sig. | ,096 |

a. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 162,0.

Τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 δίνουν Asymp. Sig. = pvalue = 0,096 (9,6%) > 0,05. Επομένως, δεν απορρίπτουμε την H_0 : Οι δύο ηλικιακές ομάδες είναι εξίσου πιθανόν να απευθυνθούν σε δομές after hours. Συνεπώς δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της χρήσης των υπηρεσιών after hours από βρέφη-παιδιά σε σχέση με τη χρήση των υπηρεσιών από τους ενήλικες.

Παραπομπή

Διατύπωση υποθέσεων

H_0 : Η παραπομπή σε άλλη ειδικότητα των ασθενών που απευθύνονται σε δομές after hours είναι εξίσου πιθανή με τη μη παραπομπή τους

H_1 : Η παραπομπή σε άλλη ειδικότητα των ασθενών που απευθύνονται σε δομές after hours δεν είναι εξίσου πιθανή με τη μη παραπομπή τους

Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

Παραπομπή

| | Observed N | Expected N | Residual |
|-------|------------|------------|----------|
| Ναι | 69 | 162,0 | -93,0 |
| Όχι | 255 | 162,0 | 93,0 |
| Total | 324 | | |

Test Statistics

| | Παραπομπή |
|-------------|----------------------|
| Chi-Square | 106,778 ^a |
| Df | 1 |
| Asymp. Sig. | ,000 |

a. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 162,0.

Τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 δίνουν **Asymp. Sig. = pvalue = 0,000 < 0,05**. Επομένως, απορρίπτουμε την H_0 , και δεχόμαστε την H_1 : Η παραπομπή σε άλλη ειδικότητα των ασθενών που απευθύνονται σε δομές after hours δεν είναι εξίσου πιθανή με τη μη παραπομπή τους. Συνεπώς προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της πιθανότητας παραπομπής με την πιθανότητα μη παραπομπής σε άλλη ειδικότητα των ασθενών που έκαναν χρήση των υπηρεσιών after- hours.

Νοσηλεία

Διατύπωση υποθέσεων

H₀: Η νοσηλεία των ασθενών που απευθύνονται σε δομές after hours είναι εξίσου πιθανή με τη μη νοσηλεία τους

H₁: Η νοσηλεία των ασθενών που απευθύνονται σε δομές after hours δεν είναι εξίσου πιθανή με τη μη νοσηλεία τους

Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

Νοσηλεία

| | Observed N | Expected N | Residual |
|-------|------------|------------|----------|
| Ναι | 42 | 162,0 | -120,0 |
| Όχι | 282 | 162,0 | 120,0 |
| Total | 324 | | |

Test Statistics

| | Νοσηλεία |
|-------------|----------------------|
| Chi-Square | 177,778 ^a |
| df | 1 |
| Asymp. Sig. | ,000 |

a. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 162,0.

Τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 δίνουν **Asymp. Sig. = pvalue = 0,000 < 0,05**. Επομένως, απορρίπτουμε την H₀, και δεχόμαστε την H₁: Η νοσηλεία των ασθενών που απευθύνονται σε δομές after hours δεν είναι εξίσου πιθανή με τη μη νοσηλεία τους. Συνεπώς προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της πιθανότητας νοσηλείας με την πιθανότητα μη νοσηλείας των ασθενών που έκαναν χρήση των υπηρεσιών after- hours.

Πού απευθυνθήκατε για την έκτακτη αυτή περίπτωση;

Διατύπωση υποθέσεων

H₀: Οι ασθενείς απευθύνονται εξίσου στις διαφορετικές ιατρικές δομές, όταν χρειάζονται υπηρεσίες after hours

H₁: Οι ασθενείς δεν απευθύνονται εξίσου στις διαφορετικές ιατρικές δομές, όταν χρειάζονται υπηρεσίες after hours

Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

Πού απευθυνθήκατε για την έκτακτη αυτή περίπτωση;

| | Observed N | Expected N | Residual |
|------------------|------------|------------|----------|
| Νοσοκομείο | 258 | 54,0 | 204,0 |
| Κέντρο Υγείας | 9 | 54,0 | -45,0 |
| ΕΚΑΒ | 6 | 54,0 | -48,0 |
| Ιδιωτικό ιατρείο | 33 | 54,0 | -21,0 |
| Ιδιωτική κλινική | 12 | 54,0 | -42,0 |
| Άλλο | 6 | 54,0 | -48,0 |
| Total | 324 | | |

Test Statistics

| | Πού απευθυνθήκατε για την έκτακτη αυτή περίπτωση; |
|-------------|---|
| Chi-Square | 934,333 ^a |
| df | 5 |
| Asymp. Sig. | ,000 |

a. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 54,0.

Τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 δίνουν **Asymp. Sig. = pvalue = 0,000 < 0,05**. Επομένως, απορρίπτουμε την H₀, και δεχόμαστε την H₁: Οι ασθενείς απευθύνονται εξίσου στις διαφορετικές ιατρικές δομές, όταν χρειάζονται υπηρεσίες after hours.

Συνεπώς επιβεβαιώνεται και από τον έλεγχο χ^2 ότι είναι στατιστικά σημαντική η υψηλή συχνότητα χρήσης του Νοσοκομείου έναντι των άλλων ιατρικών δομών.

Χρειάστηκε να έρθετε σε επαφή με υπηρεσίες υγείας σε ώρες εκτός λειτουργίας των Το.Μ.Υ.;

Διατύπωση υποθέσεων

Ho: Το να απευθυνθούν οι εγγεγραμμένοι σε Το.Μ.Υ. ασθενείς σε άλλες υπηρεσίες υγείας σε ώρες εκτός λειτουργίας των Το.Μ.Υ. είναι εξίσου πιθανό με το να μην απευθυνθούν

H1: Το να απευθυνθούν οι εγγεγραμμένοι σε Το.Μ.Υ. ασθενείς σε άλλες υπηρεσίες υγείας σε ώρες εκτός λειτουργίας των Το.Μ.Υ. δεν είναι εξίσου πιθανό με το να μην απευθυνθούν

Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

Χρειάστηκε να έρθετε σε επαφή με υπηρεσίες υγείας σε ώρες εκτός λειτουργίας των Το.Μ.Υ.;

| | Observed N | Expected N | Residual |
|-------|------------|------------|----------|
| Ναι | 324 | 261,5 | 62,5 |
| Όχι | 199 | 261,5 | -62,5 |
| Total | 523 | | |

Test Statistics

| | |
|-------------|--|
| | Χρειάστηκε να έρθετε σε επαφή με υπηρεσίες υγείας σε ώρες εκτός λειτουργίας των Το.Μ.Υ.; |
| Chi-Square | 29,876 ^a |
| df | 1 |
| Asymp. Sig. | ,000 |

a. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 261,5.

Τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 δίνουν **Asymp. Sig. = pvalue = 0,000 < 0,05**. Επομένως, απορρίπτουμε την Ho και δεχόμαστε την H1: Το να απευθυνθούν οι εγγεγραμμένοι σε Το.Μ.Υ. ασθενείς σε άλλες υπηρεσίες υγείας σε ώρες εκτός

λειτουργίας των Το.Μ.Υ. δεν είναι εξίσου πιθανό με το να μην απευθυνθούν. Συνεπώς επιβεβαιώνεται και από τον έλεγχο χ^2 ότι είναι στατιστικά σημαντική η υψηλότερη συχνότητα επίσκεψης κάποιας άλλης υπηρεσίας υγείας σε ώρες εκτός λειτουργίας των Το.Μ.Υ.

Τα συμπτώματα των ασθενών που απευθύνονται σε άλλες υπηρεσίες υγείας σε ώρες εκτός λειτουργίας των Το.Μ.Υ.

Διατύπωση υποθέσεων

Ho: Τα συνήθη συμπτώματα είναι εξίσου πιθανόν να παρουσιαστούν στους ασθενείς που απευθύνονται σε άλλες υπηρεσίες υγείας σε ώρες εκτός λειτουργίας των Το.Μ.Υ.

H1: Τα συνήθη συμπτώματα δεν είναι εξίσου πιθανόν να παρουσιαστούν στους ασθενείς που απευθύνονται σε άλλες υπηρεσίες υγείας σε ώρες εκτός λειτουργίας των Το.Μ.Υ.

Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

Συχνότερα αναφερθέντα συμπτώματα

| | Observed N | Expected N | Residual |
|-------------------|------------|------------|----------|
| Πυρετός | 120 | 58,8 | 61,2 |
| Πόνος στον λαιμό | 54 | 58,8 | -4,8 |
| Καταρροή | 42 | 58,8 | -16,8 |
| Παραγωγικός βήχας | 42 | 58,8 | -16,8 |
| Ξηρός βήχας | 36 | 58,8 | -22,8 |
| Total | 294 | | |

Test Statistics

| | Συχνότερα αναφερθέντα συμπτώματα |
|-------------|----------------------------------|
| Chi-Square | 82,531 ^a |
| df | 4 |
| Asymp. Sig. | ,000 |

a. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 58,8.

Τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 δίνουν **Asymp. Sig. = pvalue = 0,000 < 0,05**. Επομένως, απορρίπτουμε την Ho και δεχόμαστε την H1: Τα συνήθη συμπτώματα δεν

είναι εξίσου πιθανόν να παρουσιαστούν στους ασθενείς που απευθύνονται σε άλλες υπηρεσίες υγείας σε ώρες εκτός λειτουργίας των Το.Μ.Υ. Συνεπώς, επιβεβαιώνεται και από τον έλεγχο χ^2 ότι είναι στατιστικά σημαντική η υψηλότερη συχνότητα επίσκεψης κάποιας άλλης υπηρεσίας υγείας σε ώρες εκτός λειτουργίας των Το.Μ.Υ. λόγω πυρετού έναντι της συχνότητας των άλλων συμπτωμάτων.