



ΠΜΣ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών

και Κοινωνικών Επιστημών

Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων

ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

Τμήμα Επιστημών Υγείας

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ»**

Επιμέλεια: Ξανθάκη Αγγελική

Α.Μ.: ΔΜΥ- 51



Επιβλέπων Καθηγητής: κος Σακελλαρόπουλος Θεόδωρος

Αθήνα, Απρίλιος 2018

*Στον σύζυγό μου Θεόδωρο Λέντα
και στα παιδιά μας Μαρία και Κωνσταντίνο.*

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ειλικρινά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Θεόδωρο Σακελλαρόπουλο για την πολύτιμη βοήθεια, καθοδήγηση αλλά και την υπομονή του σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας και όλους όσους με ενθάρρυναν και με υποστήριξαν στην προσπάθειά μου αυτή.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Π.Φ : Παρηγορητική Φροντίδα

Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Α.Φ.: Ανακουφιστική Φροντίδα (χρησιμοποιείται με την έννοια της Π.Φ.)

WHO : World Health Organization

Ν. 2071/92 : Νόμος 2071 του 1992 (ομοίως και οι άλλες αναφορές)

Φ.Ε.Κ: Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης

Ε.Σ.Υ : Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Κ.Υ.Α : Κοινή Υπουργική Απόφαση

Υ.Υ.: Υπουργείο Υγείας

ΤΕΙ: Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Υ.Ε : Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης

Δ.Ε : Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

Τ.Ε : Τεχνολογικής Εκπαίδευσης

Π.Ε: Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης

Σ.Ν: Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο

Α.Ε : Ανατολική Ευρώπη

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
Κατάλογος συντομογραφιών	6
Πίνακας Περιεχομένων	7
Περίληψη.....	9
Abstract.....	9
Εισαγωγή.....	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

Η ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΩΣ ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗ	13
1.1. Η παρηγορητική φροντίδα ως έννοια	13
1.1.1. Ορισμοί – Φιλοσοφία της παρηγορητικής φροντίδας.....	13
1.1.1.1. Ορισμοί.....	13
1.1.1.2. Φιλοσοφία της παρηγορητικής φροντίδας.....	16
1.1.2 Ιστορική Αναδρομή της παρηγορητικής φροντίδας.....	18
1.1.3 Παρηγορητική φροντίδα και δικαιώματα ασθενών- Ηθικές αρχές.....	22
1.1.4 Υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας- Είδη δομών παροχής Π.Φ.....	26
1.1.5 Ανθρώπινο δυναμικό μιας οργανωμένης υπηρεσίας Π.Φ.....	30
1.2. Η παρηγορητική φροντίδα στο διεθνή χώρο.....	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

Η ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.	41
2.1. Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).....	41
2.2. Η θέση της Π.Φ. στο Ε.Σ.Υ. (Νομικό Πλαίσιο).....	47
2.3. Η Π.Φ. ως πράξη στην Ελλάδα.....	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

ΤΟ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΩΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	58
3.1. Το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο και η πορεία του στο Ε.Σ.Υ.- Ιστορική Αναδρομή.....	58
3.2. Παρούσα κατάσταση.....	62

3.2.1.Λειτουργικά στοιχεία του νοσοκομείου για τα έτη 2014-2016.....	65
3.3.Προβλήματα.....	67
3.4.Προοπτικές- προτάσεις.....	69
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	88

Περίληψη

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να διερευνήσει , μέσα από την υπάρχουσα διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, την έννοια της παρηγορητικής φροντίδας και πως αυτή οργανώνεται και παρέχεται τόσο διεθνώς όσο και εντός του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας μελετώντας την περίπτωση του Σπηλιοπούλειου Νοσοκομείου « Η Αγία Ελένη» ως άτυπου ξενώνα παρηγορητικής φροντίδας.

Στα πρώτα κεφάλαια , αναλύονται οι έννοιες της παρηγορητικής φροντίδας (ορισμοί – φιλοσοφία), τα είδη των δομών που προσφέρουν Παρηγορητική Φροντίδα, η θέση της παρηγορητικής φροντίδας στην Ελλάδα και το διεθνή χώρο και στη συνέχεια παρουσιάζεται το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο ως νοσοκομείο παρηγορητικής φροντίδας (ιστορία, παρούσα κατάσταση, προοπτικές).

Λέξεις – κλειδιά: παρηγορητική φροντίδα, ανακουφιστική φροντίδα, ξενώνες παρηγορητικής φροντίδας, hospice, palliative care, ασθενείς τελικού σταδίου, ελληνικό σύστημα υγείας.

Abstract

The present study, based on international and greek bibliography, aims to investigate the meaning of palliative care and how it is organized and provided globally as well as in the Greek National Health System. The case study is based on Spiliopoulou Hospital “ Agia Eleni”, which is an informal palliative care center.

At the initial capitals the meanings of Palliative Care are analyzed (definition – philosophy), the type of centers providing palliative care, the position of palliative care in Greece and globally, following the presentation of Spiliopoulou hospital as a palliative care hospital (record history, present situation, perspectives).

Keys – Words: palliative care, relieving care, guest house of palliative care, άσυλο, palliative care, end stage patients, greek health system.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλοι εμείς, οι εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία, ερχόμαστε καθημερινά σε επαφή με ανθρώπους που νοσούν από σοβαρές ασθένειες και βρίσκονται, πολλοί από αυτούς, στο τελικό στάδιο, καθώς και με τις οικογένειες αυτών των ανθρώπων. Ως τελικό στάδιο θεωρείται η κατάσταση του ασθενούς κατά την οποία το σύνολο της φροντίδας και των θεραπευτικών στόχων δεν στοχεύουν στην εκρίζωση της νόσου αλλά στην ανακούφιση από τα συμπτώματα και την παροχή ολιστικής υποστηρικτικής αγωγής, προσδοκώντας, την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής του ασθενούς (Καλόφωνος & Οικονόμου, 2014). Οι περισσότεροι ασθενείς, αποδεχόμενοι το γεγονός ότι έχουν εξαντλήσει τις θεραπευτικές επιλογές της νόσου τους, συνειδητά περιμένουν το επερχόμενο τέλος της ζωής τους. Αυτό που είναι κοινό σε όλους αυτούς τους ανθρώπους είναι ο φόβος ότι θα υποφέρουν μέχρι το τέλος και ότι θα ταλαιπωρήσουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας που θα υποχρεωθούν να τους φροντίζουν. Πρόκειται για φόβους και ανησυχίες διαχρονικές, που συναντά κανείς σε όλους τους ασθενείς τελικού σταδίου και σε όλες τις χώρες του κόσμου. Εξαιτίας της ανάγκης να βοηθηθούν αυτοί οι ασθενείς, ήδη από τις δεκαετίες του 1960-70 ξεκίνησε να αναπτύσσεται, σε Η.Π.Α. και Ευρώπη, το κίνημα των ξενώνων για ασθενείς τελικού σταδίου και να διαμορφώνεται η παγκόσμια φιλοσοφία της Παρηγορητικής Φροντίδας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Ξενώνων (National Hospice Organization, 1993) αναφέρει ότι οι ξενώνες παρέχουν υποστήριξη και φροντίδα σε ανθρώπους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο ανίατων ασθενειών, έτσι ώστε να ζήσουν όσο το δυνατόν πιο πολύ και πιο άνετα. Για να επιλεγεί κάποιος να εισαχθεί σε ξενώνα πρέπει να μην αποδίδουν πλέον οι θεραπείες και να έχει προσδόκιμο ζωής 6 μήνες ή λιγότερο (Φραγκουλίδου & Ζυγά, 1999), ενώ σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1990) ως παρηγορητική αγωγή (palliative care) ορίζεται η ενεργητική ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών, για τους οποίους δεν υπάρχει ή η ασθένειά τους δεν ανταποκρίνεται σε ριζική θεραπευτική αγωγή.

Τα στοιχεία που αφορούν την υγεία του παγκόσμιου πληθυσμού σοκάρουν. Το 2030 τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα (όπως ο καρκίνος) θα ευθύνονται για τα $\frac{3}{4}$ όλων των θανάτων και ο πληθυσμός άνω των 65 ετών αναμένεται να

φτάσει το ένα δισεκατομμύριο. Εφόσον ο αριθμός των ασθενών με κακοήθη και μη χρόνια νοσήματα θα συνεχίσει να αυξάνεται, θα συμπαρασύρει προς τα πάνω και το κόστος του συστήματος υγείας. Σύμφωνα με τη WorldwidePalliativeCareAlliance αν και περισσότερα από 10 εκατομμύρια άνθρωποι θα μπορούσαν να επωφεληθούν από την Π.Φ. ετήσια (μαζί με τους φροντιστές και τις οικογένειες), ποσοστό < 8% έχουν πρόσβαση σε αυτήν.

Κατά την Πατηράκη (2012), η Π.Φ μπορεί να αποτελέσει θεραπευτική επιλογή καθώς πρόκειται για διεπιστημονικό, επικεντρωμένο στο άτομο, πρότυπο παροχής φροντίδας, το οποίο αν ενσωματωθεί στο σύστημα υγείας θα καλύψει τις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους που τη χρειάζονται και οι οποίοι νοσηλεύονται σε υπηρεσίες οξείας, μακροχρόνιας και κατ'οίκον φροντίδας βοηθώντας ταυτόχρονα στη μείωση των δαπανών υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ & ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Αντικείμενο της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να εξεταστεί ο άτυπος ρόλος του Σ.Ν. ως νοσοκομείο Π.Φ, εφόσον προηγουμένως γίνει μια διεξοδική περιγραφή της έννοιας της Π.Φ., σε Ελλάδα και εξωτερικό. Με βάση τα παραπάνω ευρήματα και τη σύνδεσή τους με τις υπάρχουσες βιβλιογραφικές αναφορές, ο σκοπός είναι να αναδειχθεί η αναγκαιότητα θεσμοθέτησης ενός κρατικού φορέα Π.Φ. στον Ελλαδικό χώρο και οι προοπτικές ανάδειξης του Σ.Ν. ως νοσοκομείο ανακουφιστικής φροντίδας.

ΣΤΟΧΟΙ

- Να αναλυθεί η Π.Φ. ως έννοια και πράξη στην Ελλάδα και το εξωτερικό
- Να περιγραφεί η δομή και λειτουργία του Σπηλιοπούλειου νοσοκομείου
- Να σκιαγραφηθεί η μέχρι τώρα πορεία του Σ.Ν. στο Ε.Σ.Υ.
- Να εκτιμηθεί ο ρόλος του Σ.Ν. ως νοσοκομείο/μονάδα Παρηγορητικής Φροντίδας σήμερα
- Να διερευνηθούν προβλήματα που ανακύπτουν από το ρόλο αυτό

- Να εξεταστεί η αναγκαιότητα ύπαρξης κρατικής μονάδας ανακουφιστικής θεραπείας στον Ελλαδικό χώρο
- Να εξεταστούν οι προοπτικές θεσμοθέτησης του Σ.Ν. ως νοσοκομείο/μονάδα Π.Φ.

Στη συνέχεια της εργασίας θα παρουσιαστούν, στο πρώτο κεφάλαιο, οι ορισμοί των βασικών εννοιών, η φιλοσοφία της Π.Φ. έτσι όπως αυτή εξελίχτηκε από τη σύλληψή της ως ιδέα και μέχρι σήμερα, οι ηθικές αρχές της, τα δικαιώματα των χρηστών- ασθενών, τα είδη των δομών που προσφέρουν Π.Φ. και θα παρουσιαστεί η Π.Φ. ως πράξη στο διεθνή χώρο. Στο δεύτερο κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με το ελληνικό Ε.Σ.Υ., τη θέση της Π.Φ μέσα σε αυτό (νομικό πλαίσιο) καθώς και την Π.Φ. ως πράξη στην Ελλάδα. Στο τρίτο κεφάλαιο θα παρουσιαστεί το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο, η πορεία του στο χώρο της υγείας και το Ε.Σ.Υ., η παρούσα κατάσταση, προβλήματα, προοπτικές και τέλος τα συμπεράσματα.

Κεφάλαιο 1^ο

Η Παρηγορητική Φροντίδα ως έννοια και πράξη

1.1 Η Παρηγορητική Φροντίδα ως έννοια

1.1.1.Ορισμοί – Φιλοσοφία της Παρηγορητικής Φροντίδας

1.1.1.1.Ορισμοί

Ο ορισμός της Παρηγορητικής Φροντίδας (Π.Φ) έχει εξελιχθεί διαχρονικά και δεν ορίζεται κάνοντας αναφορά σε κάποιο όργανο, ηλικία, τύπο ασθένειας ή στην παθολογία κάποιας νόσου αλλά ως ο καθορισμός μιας πιθανής πρόγνωσης και των συγκεκριμένων αναγκών που προκύπτουν από αυτή για τον ασθενή και την οικογένειά του. Παλαιότερα, η Παρηγορητική Φροντίδα θεωρούσαν ότι ήταν χρήσιμη όταν ο θάνατος ήταν επικείμενος. Σήμερα, είναι παραδεκτό, ότι έχει πολλά να προσφέρει και σε πιο πρώιμα στάδια στην πορεία της νόσου.

Ο όρος παρηγορητικός προέρχεται από το λατινικό Pallium που σημαίνει «μάσκα» (κάλυμμα) ή «κάπα». Ετυμολογικά αυτό δείχνει ότι η Π.Φ. επιχειρεί να παρέχει προστασία στους ασθενείς των οποίων η νόσος δεν επιδέχεται πλέον άλλη θεραπευτική ιατρική βοήθεια(Συμβούλιο της Ευρώπης, 2003; Μυστακίδου Κ.,2005).

Στη Μ. Βρετανία, τις ΗΠΑ και τον Καναδά χρησιμοποιούνται επίσης όροι όπως φροντίδα των ξενώνων τελικής νοσηλείας (hospice care) ή ανακουφιστική φροντίδα (palliative care).

Στη διεθνή βιβλιογραφία(Payne, C. et al,2004) συναντάμε επίσης τους όρους

Φροντίδα ξενώνα (Hospice care)

Τελική φροντίδα (Terminal care)

Συνεχιζόμενη φροντίδα (Continuing care)

Φροντίδα ατόμων που πεθαίνουν (care of the dying)

Συνεχιζόμενη φροντίδα (continuing care)

Ανακουφιστική φροντίδα (palliative care)

Φροντίδα στο τέλος της ζωής (end-of-life care)

Υποστηρικτική φροντίδα (supportive care)

Ειδικότερα για τους όρους:

Φροντίδα ξενώνα (Hospice care)

Είναι η συνολική φροντίδα που στοχεύει στην αντιμετώπιση όλων των σωματικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών του ασθενή και της οικογένειάς του. Εξειδικευμένες ομάδες προσφέρουν εξατομικευμένη φροντίδα στον πάσχοντα αλλά και στην οικογένεια (Jones B. et al.,1997).

Ιστορικά ο όρος ξενώνας χρησιμοποιείται με τουλάχιστον τρεις διαφορετικούς τρόπους : α) περιγράφει το χώρο όπου προσφέρεται φροντίδα σε ασθενείς που πεθαίνουν, β) ως ο οργανισμός που παρέχει υποστηρικτικές υπηρεσίες όχι μόνο σε άτομα που πεθαίνουν αλλά και στους αγαπημένους τους, γ) ως προσέγγιση φροντίδας για τους θνήσκοντες (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε.,2014).

Τελική φροντίδα (Terminal care)

Πρόκειται για παλαιότερο όρο που χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει την συνολική φροντίδα ασθενών με προχωρημένο καρκίνο και πολύ μικρό προσδόκιμο ζωής ο οποίος τείνει να μη χρησιμοποιείται πιά (ΠΑΡΥ.ΣΥ.Α.,2010).

Ανακουφιστική ή Παρηγορητική φροντίδα (palliative care)

Τα τελευταία χρόνια επικρατεί ο όρος Ανακουφιστική ή Παρηγορητική Φροντίδα (Π.Φ.). Ο ορισμός της, ο οποίος έχει δοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), θεωρεί την Π.Φ. ως την ενεργή και ολοκληρωμένη φροντίδα τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους. Η φροντίδα προσφέρεται από διεπιστημονική ομάδα όταν πια η ασθένεια δεν ανταποκρίνεται σε κάποια θεραπεία (World Health Organization, 1990).

Η Π.Φ σέβεται τη ζωή και θεωρεί το θάνατο φυσιολογική διαδικασία. Δεν επιταχύνει ούτε αναβάλλει το θάνατο ενώ στοχεύει στην εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής μέχρι αυτός να έρθει (World Health Organization, 1990; Πατηράκη- Κουρμπάνη, 2014).

Μεταγενέστερος ορισμός του Π.Ο.Υ. ορίζει την Π.Φ. ως μια προσέγγιση που αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών και των οικείων τους, οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαιτίας νοσημάτων απειλητικών για τη ζωή τους, μέσω της πρόληψης και ανακούφισης του «υποφέρειν» υπό την έννοια της πρώιμης διάγνωσης, της αξιολόγησης και αντιμετώπισης του πόνου και των συνοδών σωματικών, πνευματικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (WHO, 2004).

Το Βρετανικό Εθνικό Συμβούλιο Ξενώνων και Ειδικών Υπηρεσιών Π.Φ. περιγράφει δύο διαφορετικά μοντέλα παροχής αυτής της μορφής φροντίδας:

τη βασική ανακουφιστική φροντίδα η οποία είναι αυτή που πρέπει να παρέχεται από όλους τους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας σε ασθενείς με καταληκτικά νοσήματα (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε.,2014), οι οποίοι όμως έχουν επαρκή γνώση βασικής παρηγορητικής φροντίδας (Τατσιώνη Α.& συν.) και την εξειδικευμένη ανακουφιστική φροντίδα που είναι φροντίδα υψηλού επιπέδου προσφερόμενη από διεπιστημονική ομάδα με ειδικές γνώσεις και δεξιότητες στη διαχείριση δύσκολων και σύνθετων προβλημάτων των ασθενών παρέχοντας ταυτόχρονα και εκπαίδευση σε άλλα μη εξειδικευμένα μέλη (Πατηράκη- Κουρμπάνη, 2014). Όλοι οι ασθενείς με ανίατα επιδεινούμενα νοσήματα πρέπει να έχουν πρόσβαση στην εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα ώστε να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα των ίδιων αλλά και των οικογενειών τους και των φροντιστών τους.(Τατσιώνη Α.& συν.).

1.1.1.2 Φιλοσοφία της Παρηγορητικής Φροντίδας

Σήμερα η προσέγγιση της Π.Φ. είναι οικουμενικά αποδεκτή φιλοσοφία φροντίδας που σκοπό έχει:

Την ανακούφιση του πόνου και των συνοδών συμπτωμάτων. Ο έλεγχος αυτός επιτυγχάνεται με την χρήση φαρμάκων στα οποία οι ασθενείς πρέπει να έχουν την μεγαλύτερη δυνατή πρόσβαση και να μην ταλαιπωρούνται.

Δέχεται την ζωή και θεωρεί το θάνατο ως μια φυσιολογική διαδικασία. Οι ασθενείς που χρήζουν την Π.Φ. δεν πρέπει να θεωρούνται ως ιατρικές αποτυχίες. Η Π.Φ. τους θεωρεί ικανούς και τους ενθαρρύνει στη ζωή τους με ένα χρήσιμο και ικανοποιητικό τρόπο ως τη στιγμή του θανάτου τους.

Δεν επισπεύδει ή μεταθέτει το θάνατο. Οι παρεμβάσεις της δεν σχεδιάζονται για να τερματίσουν πρόωρα την ζωή ή να την επιμηκύνουν. Στοχεύει στην καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής και όταν το τέλος πλησιάζει οι ασθενείς να μπορούν να λαμβάνουν κάθε είδους φυσική, συναισθηματική και πνευματική ανακούφιση.

Ενσωματώνει την ψυχολογική και πνευματική πλευρά της φροντίδας των ασθενών καθώς δεν θεωρεί τον ασθενή απλά μια βιολογική οντότητα αλλά συνυπολογίζει την ψυχολογική και συναισθηματική πλευρά του.

Προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης προκειμένου να βοηθήσει τους ασθενείς να ζήσουν όσο πιο ενεργά γίνεται μέχρι τον θάνατο παρακινώντας τους να θέτουν στόχους και προτεραιότητες.

Προσφέρει υποστηρικτική βοήθεια στην οικογένεια για να αντιμετωπίσει την νόσο του ασθενή και το επερχόμενο πένθος, αναγνωρίζοντας προβλήματα και τυχόν δυσκολίες.

Προσπαθεί να αυξήσει την ποιότητα της ζωής και όπου μπορεί να επηρεάσει θετικά την πορεία της ασθένειας. Ποιότητα ζωής θεωρείται ότι είναι η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου καθώς και η ικανότητα του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής. Η ποιότητα ζωής πρέπει να αξιολογείται από τον ίδιο τον ασθενή ο οποίος είναι ο μόνος που μπορεί να περιγράψει την υποκειμενική του εμπειρία, τις ελπίδες και τις προσδοκίες του. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε. , 2014 ; Καλόφωνος Χ., Οικονόμου Γ. , 2014 ; Συμβούλιο της Ευρώπης , 2003 ; WHO , 2004).

Είναι σαφές ότι η Π.Φ. δεν απευθύνεται σε κάποια συγκεκριμένη ασθένεια και αφορά το χρονικό διάστημα από την διάγνωση της προχωρημένης νόσου

ως το τέλος και του θρήνου η οποία μπορεί να μετρηθεί σε χρόνια, εβδομάδες ή ακόμα και σε μέρες. (Συμβούλιο της Ευρώπης , 2003). Στην Π.Φ., όπου το προσδόκιμο επιβίωσης είναι προφανώς περιορισμένο, όλα τα θέματα που την αφορούν είναι επείγοντα και άμεσα αφού σχετίζονται με την ποιότητα ζωής αυτών των ανθρώπων κάθε στιγμή της ζωής τους. (Συμβούλιο της Ευρώπης 2003)

Αν και παραδοσιακά η Π.Φ. ήταν επιλογή όταν ο ασθενής έφτανε στο τέλος, τώρα, αναγνωρίζεται ότι μπορεί να προσφέρει νωρίτερα σε μια εξελικτική ασθένεια. Η Π.Φ. αποκτά διευρυμένο ρόλο από «τελική φροντίδα» σε φροντίδα ατόμων με απειλητικά για την ζωή νοσήματα που δεν πεθαίνουν άμεσα, όπως νοσούντες από προχωρημένο καρκίνο, νευρολογικά νοσήματα, σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας και χρόνιες παθήσεις του κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος. (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2014).

1.1.2. Ιστορική Αναδρομή

Από την αρχαιότητα οι κοινωνίες προσπαθούν να προσφέρουν στα ασθενή και ετοιμοθάνατα μέλη τους τη μέγιστη υποστήριξη και φροντίδα. Όμως έως το μισό του περασμένου αιώνα η ιατρική επιστήμη λίγα είχε να προσφέρει στον αποτελεσματικό χειρισμό του πόνου και τον έλεγχο των συμπτωμάτων καταληκτικών νόσων. Η πρόοδος στις αναλγητικές θεραπείες με ναρκωτικές ουσίες περίπου στα 1950, σε συνδυασμό με την καλύτερη κατανόηση των ψυχοκοινωνικών και πνευματικών αναγκών των ετοιμοθάντων ασθενών, άνοιξαν τον δρόμο για την πρόοδο των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας.

Οι Αρχές της Π.Φ. κατανοήθηκαν και άρχισαν να εφαρμόζονται το τελευταίο μισό του 1900. (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2003).

Στην αρχαία Ελλάδα δύο αποσπάσματα από τον Πλάτωνα (Φαίδρος , Χαρμίδης) δείχνουν πως ο Ιπποκράτης αντιμετωπίζει τον άρρωστο άνθρωπο όχι μόνο σαν σωματικό οργανισμό αλλά σαν σύνθετο ζωντανό δημιούργημα που αποτελείται από σώμα και ψυχή.

Κατά την βυζαντινή εποχή (300μ.Χ.- 1453 μ.Χ.) η φροντίδα για τους πάσχοντες και απόρους αποτελεί φωτεινό παράδειγμα για τον ανθρώπινο πολιτισμό. Ο μεγάλος αριθμός ξενώνων δηλαδή τα νοσοκομεία , τα γηροκομεία , τα λεπροκομεία, τα μαιευτήρια κ.α. αποτελούν πρότυπα ιδρύματα στα οποία όχι μόνο περιθάλπονταν οι πάσχοντες αλλά διδασκόταν και η ιατρική επιστήμη. (Φραγκουλίδου , Π. Ζυγά, Σ., 1999)

Στο Μεσαίωνα ο όρος « Άσυλο» , «Καταφύγιο» χρησιμοποιούνταν για να χαρακτηρίσει ένα μέρος σαν καταφύγιο για προσκυνητές και ταξιδιώτες συχνά ασθενείς και θνήσκοντες. Με την πάροδο των χρόνων εκτός από φιλοξενία και τροφή προσέφεραν περίθαλψη σε ασθενείς, ορφανά και απόρους. (Συμβούλιο της Ευρώπης 2003; Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2014)

Στην Ευρώπη, η σχέση μεταξύ καταφυγίου και παροχής φροντίδας σε ετοιμοθάνατους ασθενείς χρονολογείται στην εποχή της Jeanne Garnier στη Λυόν της Γαλλίας το 1842, η οποία ίδρυσε πολλούς τέτοιους ξενώνες (Συμβούλιο της Ευρώπης 2003; Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2014).

Παράλληλα, την ίδια εποχή, χωρίς να υπάρχει καμία σύνδεση μεταξύ τους , στην Ιρλανδία, οι Αδελφές του Ελέους (Irish Sisters of Charity), στηριζόμενες από την μητέρα Mary Aikenhead, λειτούργησαν το 1879 το Our Lady's Hospice στο Δουβλίνο και το 1905 το St Joseph's hospice στο ανατολικό Λονδίνο για

άτομα με καταληκτικά νοσήματα (Συμβούλιο της Ευρώπης 2003; Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2014) .

Επίσης, την ίδια χρονική περίοδο, λειτουργούσαν ήδη τρία προτεσταντικά ιδρύματα για φτωχούς θνήσκοντες ασθενείς και ειδικότερα το Friedensheim Home of Rest, αργότερα το St Columbia's Hospital (1885), το Hostel of God το οποίο στη συνέχεια μετονομάστηκε σε Trinity Hospice (1891) και το St Lukas Home για θνήσκοντες φτωχούς (1893). Στα τέλη του 19^{ου} και αρχές του 20^{ου} αιώνα στις ΗΠΑ και την Αυστραλία λειτουργούν πολλά παρόμοια ιδρύματα επηρεασμένα από τα αντίστοιχα θρησκευτικά.

Στη Μεγάλη Βρετανία, το 1952, δημοσιεύεται από το Marie Curie Memorial Foundation μια λεπτομερής μελέτη για τον πόνο των καρκινοπαθών ασθενών που πέθαιναν στο σπίτι. Αυτό στάθηκε αφορμή για την ίδρυση μονάδων κατ' οίκον φροντίδας και το διορισμό κοινοτικών νοσηλευτών (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2014 ; Φραγκουλίδου , Π. & Ζυγά, Σ., 1999) .

Η ανάπτυξη της σύγχρονης περίθαλψης και της Π.Φ. χρωστάει πολλά στην Dame Cicely Saunders η οποία ήταν σημαντική νοσηλεύτρια (1941), κοινωνική λειτουργός (1947) και αργότερα (1957) γιατρός που αφιέρωσε τη ζωή της στην θεμελίωση ενός νέου τρόπου φροντίδας των ανθρώπων που πεθαίνουν (Συμβούλιο της Ευρώπης 2003; Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2014 ; Φραγκουλίδου , Π.& Ζυγά, Σ., 1999). Η επταετής κλινική και ερευνητική της δραστηριότητα, την οδήγησε στην αναγνώριση της σημασίας της συστηματικής χορήγησης οπιοειδών για την ανακούφιση του χρόνιου καρκινικού πόνου. Μετά από 19 χρόνια προσπαθειών λειτούργησε τον πρώτο ξενώνα του Αγίου Χριστόφορου στο Λονδίνο, ο οποίος εκτός από ένα ειδικά διαμορφωμένο σπίτι για θνήσκοντες ήταν και το πρώτο εκπαιδευτικό και

ερευνητικό κέντρο για την αντιμετώπιση των αναγκών των ατόμων που πεθαίνουν από καταληκτικά νοσήματα.

Στις ΗΠΑ, ο πρώτος ξενώνας ιδρύθηκε το 1974 στο New Haven Connecticut, από την νοσηλεύτρια Florence Wald. Ο ξενώνας δεν διέθετε ξεχωριστές κλίνες αλλά προσέφερε κατ' οίκον νοσηλεία από διεπιστημονική ομάδα μαζί με εθελοντές.

Από την δεκαετία το '50 πολλά νέα φάρμακα (ψυχότροπα, νέα αναλγητικά) συνέβαλαν στην ανακούφιση της σωματικής και ψυχικής καταπόνησης των ασθενών που βρίσκονται στο μεταίχμιο της ζωής και του θανάτου. Όμως, η ελλιπής πληροφόρηση, η αβάσιμοι φόβοι που αφορούν τη χρήση οπιοειδών, οι υπερβολικές ανησυχίες για καταστολή του αναπνευστικού συστήματος εμποδίζουν την ομαλή είσοδο των οπιοειδών στην ιατρική πρακτική ακόμα και σήμερα, φρενάροντας την εξέλιξη της Π.Φ. (Μυστακίδου Κ. , 2005).

Επιπλέον, την δεκαετία του '60 η ψυχίατρος Kubler- Ross έφερε με τις συνεντεύξεις της με ασθενείς που πέθαιναν στο γενικό νοσοκομείο του Σικάγου στην επιφάνεια τα αισθήματα απομόνωσης των ασθενών τελικού σταδίου σε μια κοινωνία που αρνείται τον θάνατο. Διαπίστωσε και κατέγραψε τα πέντε χαρακτηριστικά συναισθηματικά στάδια του ασθενούς που πρόκειται να πεθάνει επηρεάζοντας πολλούς επαγγελματίες υγείας και προετοιμάζοντας το έδαφος για την ανάπτυξη των κατ' οίκον ομάδων ξενώνα στις ΗΠΑ. (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2014 ; Φραγκουλίδου , Π. Ζυγά, Σ., 1999).

Τη δεκαετία '70-'80 ιδρύονται πολλές επιστημονικές εταιρίες με αντικείμενο τον πόνο και την Π.Φ. (π.χ. International Association for the study of pain,

1973 & International Hospice Institute, 1980) και κυκλοφορούν επιστημονικά περιοδικά.

Την δεκαετία του '80 – '90, εμφανίζονται διεθνείς σύλλογοι (πχ European Association of Palliative Care, 1988).

Ημερομηνίες ορόσημα για την σύγχρονη Π.Φ. είναι το 1987 με την αναγνώριση της ανακουφιστικής ιατρικής ως ιατρική ειδικότητα στην Μ. Βρετανία και το 1993 με την πρώτη έκδοση του επιστημονικού βιβλίου των θεμελιωδών αρχών της ανακουφιστικής ιατρικής Oxford Textbook of Palliative Medicine (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2014).

1.1.3. Παρηγορητική φροντίδα και δικαιώματα ασθενών- Ηθικές αρχές

Δικαιώματα ασθενών:

Οι χρήστες των υπηρεσιών της Π.Φ. είναι ασθενείς, των οποίων η προχωρημένη νόσος ή ο επικείμενος θάνατος σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει ότι δεν έχουν δικαιώματα ή ότι μπορούν αυτά τα δικαιώματα να καταστρατηγούνται. Έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους υπόλοιπους ασθενείς που νοσούν από κάποια οξεία αλλά θεραπεύσιμη νόσο. Συνεπώς έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν ιατρική βοήθεια, να υποστηρίζονται ή να επιλέγουν εκπρόσωπο, να ενημερώνονται με λεπτομέρειες για την κατάσταση τους από το ιατρικό προσωπικό, να αποδέχονται ή όχι διαγνωστικές διαδικασίες ή ακόμα και θεραπείες ειδικά αν αυτές δεν μπορούν να αλλάξουν την πορεία της νόσου τους και τον αναπόφευκτο θάνατο (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2003)

Τα δικαιώματα των ασθενών είναι νομικά κατοχυρωμένα διεθνώς. Στη χώρα μας, τα δικαιώματα των ασθενών που νοσηλεύονται νομοθετήθηκαν το 1992 με το Ν. 2071/ΦΕΚ 123/92 τ. Α . Στο άρθρο 47 του συγκεκριμένου νόμου αναφέρονται μια σειρά από δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή. Όπως:

Το δικαίωμα του ασθενή στην αποδοχή (συγκατάθεση) ή άρνηση κάθε διαγνωστικής θεραπευτικής πράξης.

Το δικαίωμα του στην πληροφόρηση για θέματα που αφορούν την κατάσταση του. Η πληροφόρηση θα πρέπει να είναι σαφής και ακριβής καθώς από αυτήν εξαρτώνται πιθανές αποφάσεις του ίδιου του ασθενή.

Δικαίωμα στην εκ των προτέρων πληροφόρηση για πιθανούς κινδύνους που μπορούν να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια εφαρμογής σε αυτόν πειραματικών διαγνωστικών θεραπευτικών πράξεων.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αποφασίζει ελεύθερα αν θα συμμετέχει σε πράξεις με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση.

Ο ασθενής έχει επίσης το δικαίωμα προστασίας των προσωπικών του δεδομένων τα οποία προστατεύονται από το ιατρικό απόρρητο (Αλαμάνου Δ. , Φώτος Ν. , 2017).

Η χρήση των δικαιωμάτων τους από τους ασθενείς και κυρίως αυτού που αφορά στην άρνηση διαγνωστικών ή θεραπευτικών πράξεων σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να επηρεάζει την ποιότητα της παρεχόμενης Π.Φ., φιλοσοφία της οποίας είναι η διατήρηση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας σε υψηλά επίπεδα και η ανακούφιση του

πόνου και των συνοδών συμπτωμάτων (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2003).

Εκτός από τον Ν. 2071/92 με τον οποίο νομοθετούνται τα δικαιώματα των ασθενών, στη χώρα μας, ο σεβασμός αυτών των δικαιωμάτων από τους λειτουργούς της υγείας (γιατρούς και νοσηλευτές) εξασφαλίζεται μέσα από άρθρα τόσο του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας όσο και του αντίστοιχου Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. Πιο συγκεκριμένα ο Ν. 3418/2005, στην παρ.1 του άρθρου 29 αναφέρει ότι ο γιατρός οφείλει να προσφέρει παρηγορητική αγωγή και ανακούφιση στον ασθενή που νοσεί από ανίατη ασθένεια όταν έχουν εξαντληθεί τα θεραπευτικά περιθώρια, συμπαραιστάμενος στον ασθενή και εξασφαλίζοντας την αξιοπρέπειά του μέχρι το τέλος της ζωής του (Νταβώνη et al, 2013).

Αντίστοιχα στο άρθρο 7 του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, ο νοσηλευτής δεσμεύεται στο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής κάνοντας ότι μπορεί για την διάσωση ή τη διατήρηση της αποφεύγοντας ενέργειες που μπορεί να τη θέσουν σε κίνδυνο, ενώ στο άρθρο 18 ειδικά για ασθενείς με ανίατη νόσο τελικού σταδίου, προβλέπεται ότι η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να αποσκοπεί στην ανακούφιση του πόνου (σωματικού, ψυχικού κ.α.) και δίνει έμφαση στην όσο το δυνατόν καλύτερη υποστήριξη και διατήρηση της ποιότητας ζωής του ασθενή.

Οι Ορφανός και Αρδαβάνης (2009) συνοψίζοντας τα δικαιώματα του καταληκτικού ασθενή αναφέρουν:

Το δικαίωμα της αξιοπρέπειας και του σεβασμού

Το δικαίωμα στη σωστή και εξειδικευμένη φροντίδα και προσοχή από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και τους λοιπούς εμπλεκόμενους

Το δικαίωμα να λαμβάνει ανακουφιστική αγωγή ώστε να μην πονάει.

Το δικαίωμα μέχρι το τέλος να αντιμετωπίζεται ισότιμα με τους άλλους ασθενείς και να απολαμβάνει φροντίδας ώστε να μην πεθάνει μόνος του (Ορφανός Γ., Αρδαβάνης Α., 2009).

Ηθικές Αρχές

Δεν αρκεί όμως μόνο η τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών τελικού σταδίου. Για να εξασφαλιστούν ο σεβασμός και η αξιοπρέπεια του ασθενή, χρειάζεται οι λαμβανόμενες αποφάσεις να στηρίζονται σε βασικές αρχές της βιοηθικής. Με την έλευση του τέλους της ζωής του ασθενή εμφανίζονται βιοηθικά ζητήματα, όπως η διακοπή ή η συνέχιση της θεραπείας, η αποκάλυψη ή μη της αλήθειας για το επερχόμενο τέλος κ.α.. Η ανάγκη για λήψη ηθικών αποφάσεων μπορεί να προκαλέσει εντάσεις μεταξύ του ασθενούς, της οικογένειας ή των επαγγελματιών υγείας καθώς σε καθένα από αυτούς το ηθικό αντιληπτικό πλαίσιο είναι διαφορετικό. Για τους λόγους αυτούς οι αποφάσεις θα πρέπει να βασίζονται στις 4 οικουμενικές αρχές της βιοηθικής και ειδικότερα:

- i. Την αυτονομία
- ii. Τη δικαιοσύνη
- iii. Την ωφέλεια

iv. Τη μη βλάβη

(Κωνσταντινίδης- Φιλαλήθης, 2013)

Εφόσον αυτές οι αρχές τηρούνται, όπως και τα προαναφερθέντα δικαιώματα, επιτυγχάνεται και ο σεβασμός στην ανθρώπινη ελευθερία αλλά και η αξιοπρέπεια του ασθενούς μέχρι το τέλος που είναι και τα επιδιωκόμενα στην φιλοσοφία της Π.Φ.

1.1.4 Υπηρεσίες Π.Φ. - Είδη Δομών παροχής Π.Φ.

Η οργάνωση των υπηρεσιών παροχής Π.Φ. διαφέρει ανάλογα με το χώρο στον οποίο προσφέρονται (νοσοκομείο, ξενώνας, κατ' οίκον), από τους εμπλεκόμενους στις ομάδες παροχής Π.Φ. κ.α.. Σύμφωνα με τις συστάσεις του Συμβουλίου της Ευρώπης για την οργάνωση της Π.Φ. (2003), οι υπηρεσίες θα πρέπει να είναι άμεσα προσβάσιμες στους ασθενείς, ανάλογα των κλινικών αναγκών και της προσωπικής επιλογής τους. Θα πρέπει ακόμη για τον ασθενή που θα κάνει χρήση των υπηρεσιών Π.Φ., ο θεράπων ιατρός να έχει πιστοποιήσει ότι το προσδόκιμο ζωής του είναι λιγότερο από 6 μήνες (National Center for Health Statistics 2000)

Ξενώνες (Hospices):

Οι ξενώνες έχουν μια ολόκληρη φιλοσοφία που αναπτύχθηκε στο τέλος του 20^{ου} αιώνα, μέσα από την οποία αντιμετωπίζεται η διαδικασία του θανάτου ρεαλιστικά, προετοιμάζοντας τους ανθρώπους να τον δεχτούν

ως ένα φυσικό γεγονός (Lack, 1977 ; National Hospice Organization, 1979).

Πρέπει επίσης να γίνει κατανοητό ότι ο όρος «ξενώνας» δεν αφορά σε κάποιο κτίριο, αλλά πρόκειται για ένα σύστημα φροντίδας και θεραπευτικών παρεμβάσεων, του οποίου οι υπηρεσίες μπορεί να προσφερθούν στο σπίτι, στο νοσοκομείο, σε αυτόνομους ξενώνες κ.α. (National Hospice Organization, 1998).

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες των Ξενώνων φροντίδας αφορούν:

Παροχή νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία ή ιδρύματα ή κατ' οίκον σε 24ωρη βάση, όλες τις μέρες της εβδομάδας. Για τους κατ' οίκον νοσηλευόμενους αναπτύσσουν και ενδονοσοκομειακές συνεργασίες.

Η παροχή της φροντίδας γίνεται από διεπιστημονικές ομάδες με ιατρική υποστήριξη, ενώ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και ομάδες εθελοντών οι οποίες δρουν επικουρικά της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης.

Το πρόγραμμα φροντίδας καθορίζεται από τις ατομικές ανάγκες του ασθενή και δεν αποκλείονται ασθενείς με χαμηλή οικονομική δυνατότητα.

Ο ασθενής και η οικογένεια του αντιμετωπίζονται συνολικά.

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες στην οικογένεια συνεχίζονται και μετά το θάνατο του ασθενή προκειμένου να διαχειριστούν σωστά την απώλεια του αγαπημένου τους και το πένθος.

(Wallston et al, 1988)

Άλλες μορφές οργάνωσης παροχής Π.Φ. είναι :

Μονάδα εσωτερικών ασθενών Π.Φ.

Οι μονάδες αυτές μπορεί να βρίσκονται μέσα στα νοσοκομεία ή να είναι ανεξάρτητες. Παρέχουν κλίνες για Π.Φ. σε ασθενείς, των οποίων τα συμπτώματα απαιτούν αντιμετώπιση από υψηλά εκπαιδευμένη διεπιστημονική ομάδα και μπορούν να προσφέρουν Π.Φ. για μικρό διάστημα ή παραμονή του ασθενή μέχρι το θάνατό του. Συνήθως έχουν την δυνατότητα εισαγωγής ασθενών χωρίς καθυστερήσεις όταν κρίνεται αναγκαίο .

Η μέχρι πρόσφατα ανάγκη για κλίνες Π.Φ. ήταν περίπου 50 κλίνες ανά 1.000.000 ασθενείς, χωρίς όμως να συνυπολογίζονται οι ανάγκες ασθενών που νοσούν από μη νεοπλασματικές ασθένειες και χρόνια νοσήματα σχετικά με τη γήρανση του πληθυσμού .

Στις μονάδες εσωτερικών ασθενών και λόγω της υψηλής ειδίκευσης των εργαζομένων επιτελείται και σημαντικό εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο. (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2003).

Ομάδα Π.Φ. με έδρα το νοσοκομείο

Η εξειδικευμένη ομάδα Π.Φ. έχει ρόλο συμβουλευτικό και υποστηρικτικό καθώς μέσω ενός γενικού νοσοκομείου διαδίδει τις αρχές της Π.Φ. στο ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό και στο οικογενειακό περιβάλλον. Η ομάδα εκτός από τον εξειδικευμένο ιατρό και νοσηλεύτη μπορεί να περιλαμβάνει κοινωνικό λειτουργό,

ψυχολόγο , κληρικό κ.α. οι οποίοι δρουν ως σύμβουλοι και εκπαιδευτές όπου χρειάζονται.

Ομάδα Π.Φ. στην κοινότητα (κατ' οίκον νοσηλεία)

Τους ασθενείς οι οποίοι χρήζουν Π.Φ. αλλά βρίσκονται στο σπίτι τους μπορεί να επισκέπτεται η ομάδα Π.Φ. με εξειδικευμένες γνώσεις.

Σημαντικό θεωρείται, οι ομάδες αυτές παροχής Π.Φ. να ανήκουν ή τουλάχιστον να έχουν αναπτύξει στενή συνεργασία με μια ενδονοσοκομειακή μονάδα γεγονός που διασφαλίζει τη λήψη υποστηρικτικής βοήθειας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στα μέλη της ομάδας αλλά και τη διάρκεια της φροντίδας των ασθενών. (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2003)

Νοσηλεία Ημέρας

Αυτού του είδους η Π.Φ. μπορεί να παρέχεται σε νοσηλευτικά κέντρα ή ιδρύματα, τα οποία οι ασθενείς μπορούν να επισκέπτονται εβδομαδιαίως μία ή περισσότερες φορές, λαμβάνοντας υπηρεσίες ιατρικές (π.χ. μετάγγιση αίματος), κοινωνικές (π.χ. λουτρό καθαριότητας) , αποκατάστασης, χαλάρωσης ή ψυχαγωγίας επιτρέποντας ταυτόχρονα στους φροντιστές του να έχουν λίγο ελεύθερο χρόνο. Απευθύνεται κυρίως σε ασθενείς των οποίων η κατάσταση επιτρέπει την παραμονή τους στο σπίτι τον υπόλοιπο καιρό και είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σκοπεύει αυτού του είδους η προσφορά Π.Φ. να συντελείται σε ένα ευχάριστο περιβάλλον για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους δίνοντας την αίσθηση της ασφάλειας στους χρήστες ότι μπορούν να προσφύγουν σε αυτή ανά πάσα στιγμή από το σπίτι τους, μειώνοντας την ανάγκη

νοσοκομειακής νοσηλείας, βελτιώνοντας μέσα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες την ποιότητα ζωής των ασθενών και των συγγενών τους (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2003).

Εξωτερικά Ιατρεία (Ιατρεία Πόνου)

Ο ρόλος των Ιατρείων πόνου είναι η εξάλειψη του πόνου ή η μείωση της έντασής του με θεραπευτικά μέσα (χορήγηση αναλγητικών σκευασμάτων) που επιτυγχάνεται με τη συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς στο νοσοκομείο ή στο σπίτι του.

Απαιτείται συνεργασία με τμήματα Π.Φ. ή ξενώνες καθώς με την εξέλιξη της νόσου κάποιοι ασθενείς που αδυνατούν πλέον να επισκέπτονται το Ιατρείο παραπέμπονται εκεί (Radbrych & Payne, 2010).

1.1.5 Ανθρώπινο Δυναμικό μιας οργανωμένης υπηρεσίας Π.Φ.

Οι υπηρεσίες της Π.Φ. όπως έχει ήδη γραφτεί δεν μπορούν να προσφερθούν αποσπασματικά, εμπειρικά, από ένα άτομο με γενικές απλές γνώσεις. Η παροχή Π.Φ. για να είναι αποτελεσματική πρέπει να προσφέρεται από διεπιστημονική ομάδα υγείας καθώς υπάρχει πλήθος αρμοδιοτήτων των συμμετεχόντων, όπως η ικανότητα εκτίμησης της υπάρχουσας κατάστασης, η πρόγνωση και εξέλιξη του προβλήματος που πηγάζει από την νόσο, ο σχεδιασμός του σωστού θεραπευτικού προγράμματος και η εφαρμογή του, η προετοιμασία του ασθενούς και της οικογένειας για τον επερχόμενο θάνατο και η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων, η υποστήριξη της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νόσου και του πένθους, τις οποίες πρέπει να διαχειριστούν ώστε να

επιτευχθεί η μέγιστη και βέλτιστη παροχή Π.Φ. (Συμβούλιο της Ευρώπης , 2003; Payne S. et al. 1996)

Μια οργανωμένη διεπιστημονική ομάδα παροχής Π.Φ. πρέπει να έχει στους κόλπους της πολλές κατηγορίες εργαζομένων όπως:

Φροντιστές ασθενών (οικογένεια, εθελοντές)

Ιατρονοσηλευτική ομάδα (γενικών αλλά και ειδικών στην Π.Φ.)

Κοινωνικούς λειτουργούς

Πνευματικούς (ιερείς, πνευματικούς συμβούλους)

Ψυχολόγους, ψυχοθεραπευτές κλινικούς ψυχολόγους

Θεραπευτές άλλων ειδικοτήτων όπως εργασιοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, μουσικοθεραπευτές κ.α.

Η συμμετοχή και μόνο των προαναφερθέντων στη διεπιστημονική ομάδα δεν σημαίνει και ότι αυτή λειτουργεί άριστα και θα έχει τα επιθυμητά για τον ασθενή αποτελέσματα.

Η ομάδα πέρα από τις ατομικές γνώσεις και τα επιτεύγματα καθενός ξεχωριστά από τους συμμετέχοντες θα πρέπει να έχει:

Ομοφωνία και συνοχή.

Ευδιάκριτους στόχους κατανοητούς από όλους.

Το κάθε μέλος να διαθέτει επιστημονική επάρκεια στο δικό του πεδίο η οποία θα αναγνωρίζεται στην ομάδα και θα γίνεται σεβαστή για τον κάθε έναν.

Οι ρόλοι και τα καθήκοντα να είναι σαφείς χωρίς αλληλοεπικαλύψεις.

Ικανή ηγεσία στην ομάδα.

Σε τακτά διαστήματα να εκτιμούνται με αξιόπιστες διαδικασίες η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα των προσπαθειών της ομάδας.

Υποστηρικτική φροντίδα και για τα ίδια τα μέλη της ομάδας όταν αυτή χρειάζεται.

(Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε. ,2014).

1.2 Η Π.Φ. στο Διεθνή χώρο

Τα στοιχεία της Worldwide Palliative Care Alliance δείχνουν ότι ενώ πάνω από 10 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως θα μπορούσαν να βοηθηθούν από την Π.Φ., λιγότεροι του 8% έχουν πρόσβαση σε αυτήν . Το 2030, τα $\frac{3}{4}$ όλων των θανάτων θα είναι αποτέλεσμα μη μεταδιδόμενων νοσημάτων και ο συνολικός αριθμός των ατόμων άνω των 65 ετών θα φτάνει το ένα δισεκατομμύριο. Αυτό οδηγεί με μαθηματική ακρίβεια στην αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών Π.Φ. από μεγάλο αριθμό ασθενών που θα πάσχει από κακοήθη νοσήματα και θα είναι γερασμένος.

Στην Ευρώπη οι δομές που φαίνεται να προηγούνται έναντι άλλων είναι οι υπηρεσίες κατ' οίκον, σε αντίθεση με τις ΗΠΑ όπου παρατηρείται ανάπτυξη υπηρεσιών στα νοσοκομεία στο θεαματικό ποσοστό του 135% την τελευταία δεκαετία.

Το 2010 σε μελέτη που δημοσιεύτηκε στο έγκυρο περιοδικό Economist και αφορούσε την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ. σε 40 χώρες, η χώρα μας βρέθηκε στην 29^η θέση, με τις θέσεις στην πρώτη 5άδα κατά φθίνουσα σειρά να καταλαμβάνουν η Μ. Βρετανία , η Αυστραλία , η Ν. Ζηλανδία, η Ιρλανδία και το Βέλγιο (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2012)

Στην συνέχεια παρουσιάζεται η οργάνωση της Π.Φ. σε διάφορες χώρες του κόσμου καθώς η φιλοσοφία της έχει πλέον διαδοθεί παγκοσμίως.

Ανατολική Ευρώπη

Από τις χώρες την Ανατολικής Ευρώπης , η Πολωνία και η Ρωσία έχουν το μεγαλύτερο αριθμό υπηρεσιών Π.Φ., με τη φροντίδα στο σπίτι να κυριαρχεί ακολουθώντας η φροντίδα εσωτερικών ασθενών. Σε κάθε χώρα της Α.Ε. (Ρουμανία, Ουγγαρία , Πολωνία και Ρωσία) υπάρχει ένα τουλάχιστον «κέντρο αναφοράς» που συντονίζει και λειτουργεί σαν κέντρο ειδικότητας.

Στην Ανατολική Ευρώπη υπάρχουν συνολικά 467 μονάδες Π.Φ. με τις μισές από αυτές να βρίσκονται στην Πολωνία. Ειδικότερα στην Ουγγαρία από το 2001, λειτουργούν 4 κρατικές μονάδες φιλοξενίας (55 κλίνες), 14 ομάδες κατ' οίκον νοσηλείας, 2 κέντρα νοσηλείας ημέρας, 2 κινητές ομάδες (Βουδαπέστη) και μονάδες σε 5 νοσηλευτικά κέντρα. Η προπτυχιακή εκπαίδευση στην Ιατρική Σχολή της Ουγγαρίας περιλαμβάνει 10 ώρες εκπαίδευση στο χειρισμό του πόνου και των συμπτωμάτων και 30 ώρες σε θέματα ψυχολογίας. Αντίστοιχα στις

νοσηλευτικές σχολές υπάρχει μεταπτυχιακό πρόγραμμα με 80 ώρες ειδική εκπαίδευση.

Ηνωμένο Βασίλειο

Θεωρείται η κοιτίδα των υπηρεσιών την εξειδικευμένης Π.Φ. στην Ευρώπη. Η πλειοψηφία των παροχών στην Π.Φ. προέρχεται από τον ιδιωτικό τομέα. Το 1987 αναγνώρισε την παρηγορητική Ιατρική ως ξεχωριστή ειδικότητα με υψηλό ακαδημαϊκό επίπεδο.

Στην χώρα, υπολογίζεται ότι λειτουργούν 408 ομάδες κατ' οίκον νοσηλείας, 223 μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας, 234 κέντρα ημερήσιας φροντίδας, 139 ομάδες υποστήριξης στα νοσοκομεία και 176 νοσηλευτές υποστήριξης στα νοσοκομεία. (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2003; Hospice Information Service ,2002)

Ιταλία

Τη δεκαετία του 1970 ξεκινά η ανάπτυξη της Π.Φ. στη γείτονα χώρα η οποία σήμερα διαθέτει μεγάλο αριθμό μονάδων φιλοξενίας. Τις υπηρεσίες Π.Φ. η Ιταλική κυβέρνηση τις έχει εντάξει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2003).

Ισπανία

Η ανάπτυξη της Π.Φ. στην Ισπανία δεν άρχισε από τα κέντρα περίθαλψης όπως συμβαίνει στις άλλες χώρες αλλά κατευθείαν από το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας με πρωτοποριακά κέντρα και σε νοσοκομεία τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Το 2000, μέσα από ένα Εθνικό Σχέδιο, αναδύθηκαν 241 ιδρύματα Π.Φ. τα μισά από τα οποία αφορούσαν τη φροντίδα στο σπίτι με τους

ασθενείς που παρακολουθούσαν να φτάνουν τους 23.000 ετησίως. Στο ίδιο σχέδιο προβλέπονταν διευκολύνσεις διεπιστημονικών συνεργασιών με διάφορους τομείς σχετικούς με την Π.Φ., εστίαζε ως καταλληλότερο χώρο παροχής της Π.Φ. το σπίτι του ασθενή, διασφάλιζε επιμόρφωση των οικογενειών και των επαγγελματιών υγείας. Σχετικά με την εκπαίδευση, το σχέδιο διαχωρίζει την εξειδίκευση σε βασική, μέση και ανώτατη. Προβλεπόταν επίσης ότι ο τρόπος αξιολόγησης των υπηρεσιών Π.Φ. και το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης του σχεδίου θα αναλάμβανε το κράτος.

Το κυριότερο πρόβλημα αυτού του εγχειρήματος ήταν ότι τα ιδρύματα που αναδύθηκαν μέσα από το σχέδιο αυτό ήταν άνισα διανεμημένα στην χώρα και δεν κάλυπταν όλο τον πληθυσμό.

Ολλανδία

Οι πρώτες υπηρεσίες Π.Φ. άρχισαν να προσφέρονται στο Ρότερνταμ και ήταν περιορισμένες. Το μεγαλύτερο κομμάτι της Π.Φ. στη χώρα παρέχεται στο σπίτι ενώ οι μονάδες φιλοξενίας (hospices) παρέχουν ένα μικρό τμήμα της Π.Φ. και διακρίνονται εκείνη την εποχή σε αυτά που προσφέρουν χαμηλής ποιότητα φροντίδα και στελεχώνονται κυρίως από εθελοντές και σε αυτά που προσφέρουν υψηλής ποιότητας Π.Φ. και στελεχώνονται από εξειδικευμένη επαγγελματική ομάδα.

Το 1988, η κυβέρνηση αποφασίζει την ίδρυση κέντρων για την ανάπτυξη της Π.Φ. σε όλα τα πανεπιστημιακά, ιατρικά ιδρύματα στοχεύοντας στην ένταξη των hospices στο εθνικό σύστημα υγείας της χώρας, γεγονός που οδήγησε σε αύξηση εκπαιδευτικών και μεταπτυχιακών προγραμμάτων στην Π.Φ. και στην ίδρυση μονάδων

Π.Φ. μέσα στα νοσηλευτικά ιδρύματα ή σε κοντινούς ειδικούς χώρους. Ωστόσο, ο μεγαλύτερος όγκος υπηρεσιών Π.Φ. συνεχίζει να προσφέρεται στο σπίτι και για αυτό υπάρχει σημαντικός αριθμός γενικών γιατρών καθώς και ένα δίκτυο κινητών συμβουλευτικών ομάδων σε όλη τη χώρα.

Βέλγιο

Στο Βέλγιο η παροχή Π.Φ. είναι εξαιρετικά διαδεδομένη. Η κυβέρνηση έχει θεσπίσει μια σειρά Βασιλικών διαταγμάτων που ξεκαθαρίζουν, μεταξύ άλλων, ότι κάθε νοσοκομείο και κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα πρέπει να διαθέτει πολυεπιστημονική ομάδα Π.Φ. Και στο Βέλγιο εστιάζουν στο σπίτι ως το χώρο παροχής της Π.Φ.

Σουηδία

Η εξέλιξη της εξειδικευμένης Π.Φ. άρχισε το 1977, με ένα πρόγραμμα περίθαλψης βασισμένο στη φροντίδα στο σπίτι, στην Νότια Σουηδία. Την επόμενη δεκαετία το μοντέλο αυτό εξαπλώθηκε σε όλη την χώρα. Η Σουηδία απέρριψε κατηγορηματικά σε μια κυβερνητική αναφορά (1977) τη σύσταση ιδρυμάτων αποκλειστικά για τους ετοιμοθάνατους ασθενείς.

Γερμανία

Αφού προηγήθηκε μια περίοδος ευαισθητοποίησης της γερμανικής κοινωνίας σε θέματα Π.Φ., το 1983 ιδρύθηκε η πρώτη νοσοκομειακή μονάδα Π.Φ. Την ίδρυση της ακολούθησαν πολλές ακόμα μονάδες φιλοξενίας ενώ και με κρατική μέριμνα έχουν ιδρυθεί 12 μονάδες Π.Φ.

Ελβετία

Στην Ελβετία, οι περιφέρειες έχουν διαφορετικά συστήματα για την οργάνωση της φροντίδας υγείας, με την γαλλόφωνη Ελβετία να είναι κάπως ανενεργή στο θέμα της Π.Φ. και τις γερμανόφωνες και ιταλόφωνες επαρχίες να αναπτύσσουν την Π.Φ. ως ιδιωτική πρωτοβουλία.

Το 2000, η χώρα διέθετε 9 νοσοκομειακές μονάδες παροχής Π.Φ., 6 μονάδες φιλοξενίας, 6 κινητές ομάδες κατ'οίκον νοσηλείας και 5 ομάδες στο νοσοκομείο.

Η ομοσπονδιακή δομή όμως της χώρας δεν βοηθά στην κατανομή και τον κοινό συντονισμό των υπηρεσιών Π.Φ. ενώ υπάρχει και ανεπαρκής πληροφόρηση του πληθυσμού σε θέματα Π.Φ.

Αυστρία

Η Π.Φ. άρχισε να περιλαμβάνεται στη γενική φροντίδα υγείας περίπου το 2000. Η Αυστρία δεν έχει αναγνωρισμένη ειδικότητα Π.Φ. και αναγνωρισμένη εξειδίκευση. Στη χώρα υπήρχαν 8 μονάδες φιλοξενίας με συνολικά 100 κλίνες το 2001.

(Συμβούλιο της Ευρώπης, 2003)

Στις **ΗΠΑ** λειτουργούν περίπου 3000 υπηρεσίες παροχής Π.Φ. οι οποίες από το 1982 καλύπτονται από το Medicare program.

Στον **Καναδά** υπάρχουν 600 υπηρεσίες Π.Φ. και στην **Λατινική Αμερική** αρκετές υπηρεσίες σε 7 χώρες.

Η **Αυστραλία** είναι η χώρα που απέκτησε την πρώτη έδρα Ανακουφιστικής Φροντίδας. Από το 2000 δίνει την ειδικότητα της

Ανακουφιστικής Ιατρικής και διαθέτει 250 αναγνωρισμένες υπηρεσίες Π.Φ.

Στην **Αφρική** υπάρχει μεγάλη έλλειψη υπηρεσιών Π.Φ. , με μοναδικές υπηρεσίες τον πρώτο ξενώνα που λειτουργεί από το 1980 στη **Ζιμπάμπουε** και το 1983 στην **Ουγκάντα**.

Ασία

Στην **Κορέα** ο πρώτος ξενώνας Π.Φ. ιδρύθηκε από καθολικές μοναχές (Calvary Hospices) και το 1999 υπήρχαν 60 υπηρεσίες.

Η **Κίνα** αγκάλιασε το πρόγραμμα του ΠΟΥ για την Π.Φ. το 1992 και το 2002 λειτουργούσαν εκατοντάδες υπηρεσίες σε αγροτικές περιοχές.

Στην **Ινδία**, που διαθέτει το 1/6 του πληθυσμού, το 2000 λειτουργούσαν μόνο 100 υπηρεσίες στη χώρα.

Η **Ιαπωνία** παρά το γεγονός ότι ήδη από το 1973 το Χριστιανικό Νοσοκομείο είχε δυνατότητα νοσηλείας 80 εσωτερικών ασθενών, εμφανίζει μια εξαιρετικά αρνητική στάση στην ανάπτυξη υπηρεσιών Π.Φ., η οποία πιθανά να έχει σχέση με την έλλειψη ενημέρωσης των ασθενών και γενικότερα του πληθυσμού για την διάγνωση απειλητικών για τη ζωή νοσημάτων.

(Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2014)

Ως τελευταία χώρα αφήσαμε την **Κύπρο**. Στην Κύπρο φαίνεται ότι οι υπηρεσίες παροχής Π.Φ. είναι πολύ νέες και η χώρα δεν συμπεριλήφθηκε στη μελέτη μεταξύ των 40 χωρών που πραγματοποιήθηκε το 2010 και δημοσιεύθηκε στο Economist

(Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2014). Όλα όμως δείχνουν ότι βαδίζει προς την σωστή κατεύθυνση.

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (Ε.Ε.Β.Κ.), στα πλαίσια της ανάπτυξης δημοσίου διαλόγου, προκειμένου να μελετήσει το θέμα της παροχής Α.Φ. στην Κύπρο, να διαπιστώσει προβλήματα, ανάγκες και προβληματισμούς διοργάνωσε τον 1^ο / 2008 επιστημονική ημερίδα με καλεσμένους διακεκριμένους επιστήμονες από την Κύπρο και το εξωτερικό καθώς επίσης νοσηλευτές αλλά και ασθενείς.

Με την πολύτιμη γνώση που αποκτήθηκε, η επιτροπή εξέδωσε τη γνώμη της « Ανακουφιστική Φροντίδα: Μια σύνθετη προσφορά του ιατροκοινωνικού συστήματος προς τον άνθρωπο» (2008), μέσα στην οποία διακρίνεται η υιοθέτηση της φιλοσοφίας και των αρχών της Π.Φ. και η προετοιμασία για το επόμενο βήμα, καθώς και η επιτροπή διαπιστώνει την τεράστια αξία και σημασία της παροχής Π.Φ. και καθιστά την πολιτεία και την κοινωνία συνυπεύθυνες για την άμεση λύση και αντιμετώπιση προβλημάτων που αφορούν στην παροχή της Π.Φ. ώστε να μην δημιουργούν δυσκολίες στους ασθενείς και τους οικείους τους (Γνώμη Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου, 2008).

Στην Κύπρο σήμερα Π.Φ. προσφέρουν:

Κέντρο Ανακουφιστικής Φροντίδας « Αροδαφνούσα»

Πρόκειται για νοσηλευτήριο που άρχισε να λειτουργεί το 1976 με 30 κλίνες, με σκοπό τη φροντίδα προσφύγων και απόρων καρκινοπαθών και κυρίως ασθενών τελικού σταδίου.

Το 2010 λαμβάνοντας υπόψη πρότυπα και συστάσεις που αφορούσαν την παροχή της Π.Φ., το νοσηλευτήριο ανακαινίζεται, δημιουργούνται

13 μονόκλινα και ένα δίκλινο δωμάτιο εκσυγχρονίζεται ο εξοπλισμός του και με τη βοήθεια χορηγών μεταμορφώνεται σε μια σύγχρονη μονάδα παροχής Α.Φ., η οποία το 2016 αναγνωρίζοντας την ανάγκη για περισσότερες κλίνες Π.Φ. ξεκίνησε την επέκταση της με σκοπό την δυνατότητα λειτουργίας 25 κλινών.

«ΕΥΑΓΟΡΕΙΟ» Κέντρο Ανακουφιστικής Φροντίδας

Λειτουργεί στη Λεμεσό από το 2011. Πρόκειται για ένα σύγχρονο κέντρο παροχής υψηλής φροντίδας που καλύπτει τις περιοχές της Λεμεσού και της Πάφου. Διαθέτει 6 κλίνες για την παροχή Α.Φ. και υποστηρικτικής αγωγής.

Υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας

Με διεπιστημονική ομάδα και εκτός από υπηρεσίες Π.Φ. διαθέτει στους ασθενείς που νοσηλεύονται στο σπίτι, με τη μορφή δανεισμού, τον αναγκαίο εξοπλισμό όπως ιατρικά κρεβάτια κλπ.

Η υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας λειτουργεί σε 24ωρη βάση στις επαρχίες Λευκωσίας και Λεμεσού.

Ομάδα Ημερήσιας Απασχόλησης

Το πρόγραμμα συντονίζει κοινωνική λειτουργός μαζί με εθελοντές και προσφέρουν ψυχοκοινωνική στήριξη, ανάπτυξη αυτονομίας και δεξιοτήτων για τους ασθενείς.

Όλες οι παραπάνω δράσεις υλοποιούνται από την Αντικαρκινικό Σύνδεσμο Κύπρου (<https://anticancersociety.org.cy/el/page/arodafnousa>; <https://anticancersociety.org.cy/el/page/evagoreio>).

Ανακεφαλαιώνοντας τα στοιχεία για την παροχή Π.Φ. στο διεθνή χώρο, διαπιστώνουμε ότι όντως η Π.Φ. είναι μια παγκόσμια φιλοσοφία. Οι υπηρεσίες της προσφέρονται σε μεγάλο αριθμό χωρών, σε όλες τις ηπείρους. Αυτό που φαίνεται να την κρατά σε χαμηλά ακόμα επίπεδα σε κάποιες χώρες έχει να κάνει με την οικονομική κατάσταση των χωρών αυτών (π.χ. Αφρικάνικες χώρες, χώρες σε οικονομική κρίση) καθώς και η κουλτούρα των λαών (π.χ. Ιαπωνία).

Κεφάλαιο 2ο

Η Παρηγορητική Φροντίδα στην Ελλάδα στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ.

2.1. Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Το Ελληνικό σύστημα υγείας ακολουθώντας την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας του ΟΟΣΑ θα περιγραφόταν ως ένα μείγμα στοιχείων των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, των συμβολαιακών ασφαλιστικών συστημάτων και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης (Οικονόμου Χ, 2012).

Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα «μικτό σύστημα» καθώς συνδυάζει στοιχεία συστημάτων του Beveridge (παροχή και χρηματοδότηση υγειονομικών υπηρεσιών) και τύπου Bismarck (κοινωνική ασφάλιση) εμφανίζοντας ταυτόχρονα και έναν ανεπτυγμένο ιδιωτικό τομέα (Σακελλαρόπουλος, 2012). Η

διαφορετικότητα των οργανωτικών προτύπων και μοντέλων που προσπαθεί να ενσωματώσει και η έλλειψη συντονισμού οδηγούν τελικά σε κατάτμηση και αλληλοεπικαλύψεις της φροντίδας υγείας και δυσκολίες διαχείρισης του συστήματος, του σχεδιασμού και της εφαρμογής μιας Εθνικής πολιτικής υγείας (Οικονόμου Χ, 2012).

Η χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. γίνεται μέσω της γενικής φορολογίας και προσφέρει υπηρεσίες, σε όλους τους πολίτες, προνοσοκομειακής περίθαλψης (ΕΚΑΒ), πρωτοβάθμιας φροντίδας και νοσοκομειακή περίθαλψη μέσω των δημόσιων νοσοκομείων (Σακελλαρόπουλος, Κοινωνικό Πολυκέντρο, 2012).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από ένα πλήθος φορέων οι οποίοι ανήκουν σε 4 βασικές δομές:

- i. Το κράτος (Ε.Σ.Υ.) (κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων).
- ii. Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.
- iii. Τοπική αυτοδιοίκηση (δημοτικά ιατρεία).
- iv. Ιδιωτικός τομέας.

(Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. 2002; Σακελλαροπούλος, Κοινωνικό Πολυκέντρο, 2012).

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη, είναι νοσοκομειακή περίθαλψη και παρέχεται από 3 δομές:

- i. Τα δημόσια νοσοκομεία που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ.
- ii. Τα δημόσια νοσοκομεία εκτός Ε.Σ.Υ.(στρατιωτικά νοσοκομεία, νοσοκομεία ορισμένων ασφαλιστικών φορέων και τα νοσοκομεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης).

- iii. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι κλινικές που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές επιχειρήσεις.

Τέλος η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές.

Η αποζημίωση των δημόσιων νοσοκομείων γίνεται με το σύστημα του κλειστού ημερήσιου νοσηλίου. Πρόκειται για ένα ημερήσιο πάγιο ποσό, ανεξάρτητα από την ποσότητα και το είδος των παρεχόμενων στον ασθενή υπηρεσιών.

Ο χαρακτήρας του Ε.Σ.Υ. είναι έντονα νοσοκομειοκεντρικός και αυτό οφείλεται στην απουσία κανόνων ρύθμισης της πρόσβασης στις υπηρεσίες του, στην ελευθερία του ασθενή να απευθύνεται σε οποιονδήποτε τύπο υπηρεσίας κατά βούληση και στην ταυτόχρονη προσφορά ομοειδών υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα, με αποτέλεσμα την κατάργηση της διαχωριστικής γραμμής μεταξύ εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής γραμμής που θα έπρεπε να υπάρχει.

(Σακελαροπούλος, Κοινωνικό Πολυκέντρο, 2012)

Ο Ν. 1397/1983 αποτελεί τη μεγάλη νομοθετική ρύθμιση που θεσμοθετεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας, θέτοντας για πρώτη φορά τις βάσεις ενός εθνικού συστήματος όπου όλοι οι πολίτες ισότιμα θα απολάμβαναν το κοινωνικό αγαθό της υγείας. Ο νέος νόμος στηριζόταν στις αρχές της αναγνώρισης της υγείας ως κοινωνικού αγαθού, της ισότητας παροχής υπηρεσιών και κατανομής των πόρων, της αποκέντρωσης, της ενιαίας ανάπτυξης, λειτουργίας και προγραμματισμού των υπηρεσιών (Μανιού, Μ., Ιακωβίδου, Ε. 2009;

Κακαλέτσης et al 2012). Ο ίδιος νόμος προέβλεπε τη δημιουργία αστικών και μη αστικών Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων τα οποία, ως αποκεντρωμένες μονάδες των οικείων νοσοκομείων θα αναλάμβαναν την παροχή της «εξωνοσοκομειακής περίθαλψης» (Βραχάτης, Δ. , Παπαδόπουλος Α. 2012) και επίσης δινόταν έμφαση στην οργάνωση της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Παρά τον προοδευτικό χαρακτήρα και την μεταρρυθμιστική πρόθεση, ο νόμος Ν. 1397/83 είχε και αρκετές ελλείψεις και παραλείψεις:

Αδυναμία στην αφομοίωση και αξιοποίηση της εμπειρίας άλλων χωρών και των κριτικών συμπερασμάτων του ΠΟΥ που αφορούσαν τις διαδικασίες ανάπτυξης εθνικών συστημάτων υγείας.

Για τη διαχείριση και τη χρηματοδότηση του συστήματος, δεν υπήρχε πρόβλεψη ενός μηχανισμού που θα ελάμβανε υπόψη την εξελισσόμενη οικονομική κρίση και θα οδηγούσε σε περιορισμό του κόστους.

Οι περισσότερες ρυθμίσεις είχαν ιατροκεντρικό χαρακτήρα, οδηγώντας αναγκαστικά όλο το σύστημα προς τα εκεί (Μανιού Μ. Ιακωβίδου Ε., 2009).

Η δεκαετία του 1990, χαρακτηρίστηκε από τρεις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας. Η πρώτη αφορά στο Ν. 2071/1992, ο οποίος αναδιοργάνωνε το σύστημα υγείας προβλέποντας την υπαγωγή των Κ.Υ στις νομαρχίες, τη δυνατότητα επιλογής στους νοσοκομειακούς γιατρούς να επιλέξουν μεταξύ της πλήρους ή μερικής απασχόλησης με το δικαίωμα παράλληλης άσκησης ιδιωτικής ιατρικής, τη δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών θεραπευτηρίων, την αύξηση της συμμετοχής του ασθενή στην αγορά

φαρμάκων, τη θέσπιση εισιτηρίου για τις επισκέψεις στα Ε.Ι. των νοσοκομείων και την αύξηση των ημερήσιων νοσηλίων (Μανιού Μ. Ιακωβίδου Ε., 2009). Ο νόμος αυτός, κατά πολλούς, θεωρείται ότι οριοθετεί το πλαίσιο απορρύθμισης του κοινωνικού χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ. καθώς ενδυναμώνει την ιδιωτική πρωτοβουλία (έναντι της κρατικής) στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η υγεία γίνεται ατομική ευθύνη αντί για συλλογική υποχρέωση. Καταργείται ο θεσμός του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ενώ περιορίζεται ο ρόλος του κράτους στη χρηματοδότηση του συστήματος με ταυτόχρονη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών (Σακελλαρόπουλος, Θ., Οικονόμου, Χ.,2006).

Με τον Ν. 2194/1994 που ακολούθησε για την «αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας», καταργήθηκαν μια σειρά άρθρων του Ν. 2071/92 και επανήλθαν σε ισχύ η φιλοσοφία και κάποιες ειδικές διατάξεις του Ν. 1397/83 (Μανιού Μ. Ιακωβίδου Ε., 2009; Σακελλαρόπουλος, Θ., Οικονόμου, Χ.,2006).

Ωστόσο, και τα δύο νομοθετήματα δεν κατάφεραν να δώσουν λύσεις σε προβλήματα του συστήματος υγείας που αφορούσαν τη χρηματοδότηση, το διοικητικό συγκεντρωτισμό, την έλλειψη διαχειριστικών μηχανισμών, την έλλειψη μέτρων ελέγχου του κόστους, τις ανεπάρκειες της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, της εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού, την απουσία μέτρων ποιοτικού ελέγχου στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Λύση στα παραπάνω προβλήματα επιχείρησε να δώσει ο Ν. 2519/97 με αλλαγές που αφορούσαν στην οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων, στη χρηματοδότηση τους και στην αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι διατάξεις όμως αυτού του νόμου δεν εφαρμόστηκαν και οι παθογένειες συνέχισαν να υπάρχουν.(Σακελλαρόπουλος, Θ., Οικονόμου, Χ.,2006).

Ο πιο πρόσφατος νόμος που αφορά σε μεταρρυθμίσεις του Ε.Σ.Υ. είναι ο Ν. 3918/ 2011, με τον οποίο συστήνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΠΥ) στον οποίο εντάσσονται οι κλάδοι υγείας των μεγαλύτερων Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης της χώρας. Στους σκοπούς του νέου οργανισμού, εκτός από την κάλυψη με υπηρεσίες υγείας όλων των ασφαλισμένων στους εντασσόμενους οργανισμούς, περιλαμβάνεται και ο λειτουργικός συντονισμός όλων των παροχών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (του ΕΣΥ, των ΟΤΑ, οι συμβεβλημένοι με το ΕΟΥΥ, ιδιώτες κ.α.) (Βραχάτης Δ. Παπαδόπουλος Α., 2011).

Μέχρι σήμερα, η πολυνομία που διακρίνει το Ε.Σ.Υ. της χώρας και οι μεταρρυθμίσεις επί των μεταρρυθμίσεων δεν έχουν καταφέρει να λύσουν τα προβλήματα του συστήματος υγείας και να διορθώσουν τις αδυναμίες του, οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

Έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προγραμμάτων προαγωγής Υγείας.

Ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (ιδιαίτερα στην επαρχία).

Υποχρηματοδότηση του συστήματος υγείας, εντεινόμενη λόγω της οικονομικής κρίσης της χώρας μας.

Έλλειψη ικανοποιητικών ξενοδοχειακών υποδομών στα νοσοκομεία της χώρας.

Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες και φαινόμενα παραοικονομίας.

Ανεπαρκή διοίκηση με στοιχεία συγκεντρωτισμού, γραφειοκρατία.

Έλλειψη αξιόπιστης μηχανογράφησης και σύγχρονου μάνατζμεντ.

Έλλειψη μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης δομών και υπηρεσιών.

Περιορισμένες ευκαιρίες εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης του προσωπικού υγείας

Αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων και απόκτησης τεχνολογίας αιχμής (ως αποτέλεσμα της υποχρηματοδότησης του συστήματος).(Μανιού, Μ., Ιακωβίδου Ε. , 2009).

2.2 Η θέση της Π.Φ. στο Ε.Σ.Υ. (Νομικό Πλαίσιο)

Οι υπηρεσίες της Π.Φ. περιλαμβάνονται στο ευρύτερο νομοθετικό πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ιδιαίτερα στους νόμους που αφορούν την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τέτοιοι νόμοι είναι ο Ιδρυτικός νόμος του Ε.Σ.Υ. (Ν. 1397/1983) για το «Εθνικό Σύστημα Υγείας» και το άρθρο 15 «Σκοπός των κέντρων υγείας» και ο Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Υγείας» και ειδικότερα τα άρθρα 28,29 και 30 μέσα από τα οποία θεμελιώνεται ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας.

Ακολούθως στο Ν. 2519/1997 « Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση υγειονομικών υπηρεσιών και άλλες διατάξεις» το άρθρο 21 ασχολείται με την παροχή μετανοσοκομειακής και ειδικής φροντίδας. Ομοίως και στο Ν. 3235/2004, για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στο άρθρο 3 του νόμου.

Ο πρώτος νόμος που αφορά εξειδικευμένα στις υπηρεσίες Π.Φ. είναι ο Ν. 3106/2003. Θέτει το νομοθετικό πλαίσιο για την ίδρυση ξενώνων νοσηλευτικής φροντίδας και ανακουφιστικής αγωγής ασθενών. Συγκεκριμένα στο άρθρο 17, αναφέρει ότι κοινωφελή ιδρύματα, λοιπά νομικά πρόσωπα και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ενώσεις, επιτρέπεται να ιδρύουν και να λειτουργούν « Ξενώνες Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Αγωγής

Ασθενών» που σκοπό θα έχουν την φροντίδα ασθενών για τους οποίους έχουν εξαντληθεί οι θεραπευτικοί χειρισμοί στο νοσοκομείο και χρειάζονται μόνο ανακουφιστική αγωγή και νοσηλευτική φροντίδα.

Για την εφαρμογή του συγκεκριμένου νόμου (Ν. 3106/2003) υπάρχει και η Κ.Υ.Α. (ΔΥ8/Β/ΟΙΚ 89126-ΦΕΚ Α' 1534/17-8-2007) με θέμα « Καθαρισμός όρων, προϋποθέσεων για την ίδρυση και λειτουργία Ξενώνων Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Αγωγής Ασθενών (ΞΕ.ΝΟ.Φ.Α.Α.Α)» μέσα στην οποία αναφέρονται λεπτομερώς οι προϋποθέσεις και τα δικαιολογητικά για την ίδρυση και λειτουργία τους, θέματα κτιριακού και λοιπού εξοπλισμού, τεχνικές προδιαγραφές, προδιαγραφές περιβάλλοντος χώρου, ιατρικός εξοπλισμός, κατηγορίες και καθήκοντα του προσωπικού που θα απασχολείται. Σημαντικό στοιχείο στο σκεπτικό για την λήψη της απόφασης ήταν (μεταξύ άλλων) «το γεγονός ότι από την παρούσα απόφαση δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού». Αυτό σημαίνει αυτόματα ότι η υλοποίηση της θα ήταν εξαρτώμενη περισσότερο από τις πολιτικές αποφάσεις και λιγότερο από οικονομικές.

Το 2014 ψηφίζεται ο Ν. 4238/2014. Στο άρθρο 1 ορίζεται ότι μεταξύ των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας περιλαμβάνονται τόσο οι υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, οι υπηρεσίες αποκατάστασης αλλά και η παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.

Ακολουθεί η υπ. Αριθμ. Γ 3δ/Δ.Φ 14/Γ.Π. ΟΙΚ. 58490 (31/7/2017) εγκύκλιος με θέμα « Οργάνωση, λειτουργία και ενιαίος καθορισμός διαδικασιών για την ανάπτυξη του Πιλοτικού Δικτύου των τμημάτων ή υπηρεσιών Κατ'οίκον Νοσηλείας», η οποία αφορά στη συγκρότηση δικτύου σε δύο φάσεις με την

πρώτη φάση να ολοκληρώνεται έως τις 31/12/2015 σε επιλεγμένες ΥΠΕ και τη δεύτερη φάση του σ' όλες ΥΠΕ της χώρας έως 30/09/2016.

Ο τελευταίος νόμος που αφορά και πάλι στη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ψηφίστηκε τον Αύγουστο του 2017 (Ν. 4486/2017). Στο άρθρο 5 (Τοπικές Μονάδες Υγείας), προβλέπει μεταξύ άλλων, την κατ'οίκον φροντίδα- νοσηλεία ασθενών και στο άρθρο 7 (ομάδα υγείας), αναφέρει ότι μεταξύ των καθηκόντων των επαγγελματιών υγείας, θα είναι η διασφάλιση της παροχής υπηρεσιών ανακουφιστικής- παρηγορητικής αγωγής και φροντίδας. Τέλος στο άρθρο 30, προβλέπονται οι όροι και οι προϋποθέσεις λειτουργίας των δημοσίων και ιδιωτικών Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.), οι οποίες θα μπορούσαν με τη σωστή οργάνωση να επιτελέσουν σημαντικό έργο στην προσφορά την ανακουφιστικής φροντίδας.

Εκτός από την πληθώρα νόμων για την πρωτοβάθμια φροντίδα, στην οποία εντάσσεται και η υπηρεσία Π.Φ., η ανάπτυξη της Π.Φ. φαίνεται να απασχολεί το Υπουργείο Υγείας και κατά το σχεδιασμό των δράσεων του.

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015, στις ελλείψεις του Συστήματος Υγείας, διαπιστώνεται σημαντική υστέρηση της παρηγορητικής-ανακουφιστικής Ιατρικής (κατ'οίκον νοσηλείας και μη) παρά τις φιλότιμες αλλά αποσπασματικές προσπάθειες (σελ. 10 σχεδίου). Στο ίδιο σχέδιο (σελ. 18), στον Τρίτο Άξονα που αφορά στη μεταθεραπευτική αντιμετώπιση, αποκατάσταση και επανένταξη, στις προτεινόμενες δράσεις, η δράση 3 αφορά στην ανάπτυξη ξενώνων τελικού σταδίου με φορείς υλοποίηση της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας Υ.Υ.Κ.Α, Υ.Π.Ε, Μ.Κ.Ο Εκκλησία της Ελλάδος κ.α. ενδεικτικό χρονοδιάγραμμα : 3^{ος} 2011- 12^{ος} 2015 (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015).

Στο ίδιο πλαίσιο και το περιεχόμενο της « Αναπτυξιακή Στρατηγική και Στόχοι του τομέα Υγείας για την περίοδο 2014-2020»

Στον 3^ο πυλώνα του σχεδίου, στους Γενικούς Στρατηγικούς στόχους αναγνωρίζεται ότι:

- Στο στόχο για επενδύσεις σε υποδομές υγείας πρέπει να υπάρξει και ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών για την διαχείριση του πόνου
- Στο στόχο για την ανάπτυξη νέων τρόπων παροχής υπηρεσιών, χρειάζεται περαιτέρω ανάπτυξη και εξειδίκευση νέων μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας (π.χ. φροντίδα κατ' οίκον κλπ), ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και υιοθέτηση ασθενοκεντρικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας (Υγεία 2014-2020, 2013).

Για την αντίστοιχη χρονική περίοδο 2014-2020, η Εθνική Στρατηγική Υγείας, στον άξονα 1 και στο στόχο για την βελτίωση την ποιότητας, ασφάλειας και εξορθολογισμού της νοσοκομειακής περίθαλψης αποτυπώνεται και πάλι η βούληση του Υ.Υ. για την προώθηση εναλλακτικών επιλογών στην νοσοκομειακή περίθαλψη (ημερήσια περίθαλψη, κατ' οίκον φροντίδα)(Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020).

Από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, φαίνεται ότι διαχρονικά έχουν υπάρξει αρκετές νομοθετικές πρωτοβουλίες για την οργάνωση της παρηγορητικής φροντίδας στη χώρα μας, κυρίως μέσα από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, όμως στην πραγματικότητα οι νόμοι αυτοί είτε δεν εφαρμόστηκαν είτε δεν μπόρεσαν να οδηγήσουν στην οργάνωση και εδραίωση ενός ισχυρού και σύγχρονου συστήματος παρηγορητικής φροντίδας στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ.

Η εικόνα που αποκομίζει κανείς για την Π.Φ. είναι αυτή της κατακερματισμένης σχετικής νομοθεσίας, με διατάξεις που δεν έχουν εφαρμοστεί, αλληλεπικαλύπτουν η μια την άλλη, ενώ είναι ασαφές ποιες καταργούνται, τροποποιούνται ή συμπληρώνουν προγενέστερες.

Ο πιο σαφής και εξειδικευμένος νόμος (Ν. 3106/2003) και η συνοδός του Κ.Υ.Α. (ΔΥ 8/Β/ΟΙΚ 89126) του 2007 για την ίδρυση και λειτουργία των ξενώνων Π.Φ. παραμένει μετά από 14 χρόνια, απλά ένας ακόμα νόμος με τους χιλιάδες ασθενείς τελικού σταδίου και τις οικογένειες τους να βιώνουν το δικό τους Γολγοθά.

2.3. Η Π.Φ. ως πράξη στην Ελλάδα

«Για τους ασθενείς τελικού σταδίου δεν διατίθεται σήμερα ούτε ένα κρεβάτι. Πρέπει να δημιουργηθούν μονάδες οι οποίες θα νοσηλεύουν ογκολογικούς ασθενείς κοντά σε νοσοκομεία» (Δήλωση του Θ. Νησιώτη, από το ρεπορτάζ της εφημερίδας ΤΟ ΒΗΜΑ, με τίτλο «Ανάλγητα νοσοκομεία πετούν έξω τους καρκινοπαθείς», 2007)

Εφημερίδα Καθημερινή (2009) στο άρθρο της «Το σύστημα Υγείας ταλαιπωρεί ασθενείς στο τελικό στάδιο» η συντάκτριά του Φούρα Γ. καταγράφει τις ελλείψεις στην Ελλάδα των υπηρεσιών για τους ασθενείς τελικού σταδίου.

«Παρηγορητική Θεραπεία πολυτέλεια ή ανθρωπιστική ανάγκη;» ο τίτλος του άρθρου της εφημερίδας Ελευθεροτυπία (13/10/2009) το οποίο υπογράφει η ΣΙΑΦΑΚΑ Ι, αντιπρόεδρος της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α και μέσα στο οποίο διαβάζουμε : « Στην Ελλάδα σήμερα η αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς με πόνο και άλλων ασθενών με ανίατη νόσο είναι

ανεπαρκής, επιβλαβής για το ίδιο το άτομο και δαπανηρή για το σύστημα υγείας» και σε άλλο σημείο του άρθρου «Ατυχώς η παρηγορητική θεραπεία είναι μια ευρέως παραμελημένη περιοχή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, , με αποτέλεσμα οι έλληνες ασθενείς και οι οικογένειες τους να μην έχουν την υποστήριξη που χρειάζονται. Ένα από τα σοβαρά εμπόδια για την ανάπτυξη παρηγορητικής θεραπείας είναι η μη κατανόηση του τι είναι και πως υποστηρίζει τους ανθρώπους που ζουν με απειλητικές και περιοριστικές ασθένειες καθώς και τις οικογένειές και τους φροντιστές τους».

Από την αρχή της βιβλιογραφικής έρευνας για τη συγγραφή του παρόντος υποκεφαλαίου για την Π.Φ. ως πράξη στην Ελλάδα, για ένα πράγμα είμαστε βέβαιοι: για την καθολική απαίτηση των ασθενών και των συλλόγων τους για την οργάνωση δομών παροχής Π.Φ. Όταν από το 1987 η Μ. Βρετανία (βλ 1.1.2 Ιστορική αναδρομή) αναγνωρίζει την ανακουφιστική ιατρική ως ιατρική ειδικότητα και οργανώνει την Π.Φ. της χώρας, στην Ελλάδα του 2009 (ημερομηνία συγγραφής των άρθρων) μιλάμε ακόμα για ανυπαρξία τέτοιων δομών. Η Ελληνική πραγματικότητα όσον αφορά την Π.Φ. δεν είναι ευχάριστη. Στην χώρα μας δεν λειτουργούν ξενώνες όπως στις ΗΠΑ και τη Μ. Βρετανία. Η Π.Φ. παρέχεται ελάχιστα ή και καθόλου εξαιτίας των αντιλήψεων ότι η αρρώστια και ο θάνατος αποτελούν τον εχθρό που πρέπει να καταπολεμηθεί, της αποστασιοποίησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όταν δεν μπορεί να προσφέρει θεραπευτική βοήθεια στον ασθενή, της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού -καθώς το ήδη υπάρχον προσωπικό δεν προλαβαίνει να αφιερώσει επιπλέον χρόνο στον ασθενή τελικού σταδίου που χρήζει περισσότερο επικοινωνίας και ψυχικής προσφοράς, παρά θεραπευτικής προσέγγισης. Δεν είναι δε

σπάνιο στον ίδιο χώρο να νοσηλεύονται ασθενείς υπό θεραπεία μαζί με ασθενείς τελικού σταδίου με ότι αυτό συνεπάγεται (Λαβδανίτη Μ., 2000).

Η χρονική απόσταση από το 2000 (έτος συγγραφής του προηγούμενου άρθρου) έως σήμερα, το 2018, δεν φαίνεται να ήταν ικανή να καλύψει επαρκώς τις ανάγκες για Π.Φ.

Η Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. (2012) γράφει σε άρθρο της για την ανακουφιστική φροντίδα πως αυτή δεν αναγνωρίζεται επίσημα στην Ελλάδα (όπως και σε άλλες χώρες) ως σημαντική θεραπευτική επιλογή καθώς δίνει την αίσθηση της παραίτησης από τη θεραπεία και προτείνεται ως έσχατη παρέμβαση.

Μια άλλη διαπίστωση έχει να κάνει με το Ε.Σ.Υ. της χώρας μας. Δυστυχώς το Ε.Σ.Υ. δεν διαθέτει κλίνες Π.Φ., ξενώνες ή προγράμματα στήριξης των οικογενειών και οι λίγες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας που απασχολούνται δεν φτάνουν για την κάλυψη των αναγκών. Αποτέλεσμα αυτού είναι ασθενείς τελικού σταδίου να καταλαμβάνουν κλίνες οξείας νοσηλείας γενικών ή ογκολογικών νοσοκομείων. Άλλοι στρέφονται σε ιδιωτικές κλινικές ενώ αρκετοί μένουν στο σπίτι τους με την οικογένεια να αναλαμβάνει τις αυξημένες ανάγκες φροντίδας τους καθώς οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας δεν επαρκούν.

Για την καθυστέρηση στη δημιουργία υπηρεσιών Π.Φ. στη χώρα μας φαίνεται να ευθύνεται, μεταξύ άλλων, η απουσία σχετικής πολιτικής, η δυσκολία επικοινωνίας και ενημέρωσης των ασθενών λόγω της επικρατούσας κουλτούρας εξαιτίας της οποίας δεν αποδέχονται

εύκολα τις πληροφορίες για την κατάσταση τους και στις εκπαιδευτικές ελλείψεις του προσωπικού υγείας (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. 2014)

Παρόλα αυτά, αν και οι υπηρεσίες παροχής Π.Φ. στην Ελλάδα δεν φτάνουν το επίπεδο των υπηρεσιών των άλλων ευρωπαϊκών χωρών στην πραγματικότητα δεν είναι εντελώς ανύπαρκτες.

Στη συνέχεια αναφέρονται δημόσιες αλλά και ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές μονάδες οι οποίες προσφέρουν υπηρεσίες Π.Φ.

Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής «Τζένη Καρέζη», της Ιατρικής σχολής του ΕΚΠΑ. Ιδρύθηκε το 1992, αποτελεί παράρτημα του Αρεταίειου Νοσοκομείου και παρέχει δωρεάν Π.Φ. σε χρόνια πάσχοντες, κυρίως καρκινοπαθείς (75% των περιπτώσεων που έχουν εξυπηρετηθεί) , ασθενείς με ανοϊκές διαταραχές, HIV-AIDS , βαρείες νευρολογικές παθήσεις κ.α., προσφέροντας ανακούφιση των συμπτωμάτων και ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς και τους συγγενείς τους και συμπληρωματικές θεραπείες όπως φυσικοθεραπεία με την βοήθεια της διεπιστημονικής της ομάδας. Η διαδικασία επίσκεψης στη Μονάδα είναι απλή και χωρίς καθυστερήσεις και οι προσερχόμενοι ασθενείς εξυπηρετούνται δωρεάν ενώ η φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να τους χορηγηθεί παρέχεται μέσω των ασφαλιστικών τους Ταμείων.

Η μονάδα παρουσιάζει και εκπαιδευτικό έργο, εκπαιδεύοντας επιστήμονες και λειτουργούς υγείας στην Π.Φ. με σεμινάρια και εκπαιδευτικά προγράμματα ακόμα και σε μεταπτυχιακό επίπεδο.

Σημαντικό είναι και το ερευνητικό έργο της που κάνει τη συγκεκριμένη μονάδα διεθνώς γνωστή για το έργο της(<http://www.monadaanakoufisis.gr>).

Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας

Λειτουργούν όχι μόνο στα αμιγώς ογκολογικά νοσοκομεία (Μεταξά. Αγ. Σάββα , Γ.Ο.Ν «Άγιοι Ανάργυροι») αλλά και σε αρκετά νοσοκομεία της επαρχίας.

Ειδικότερα η υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας του Ν. Μεταξά είναι η μακροβιότερη. Ιδρύθηκε το 1979 με σκοπό την παροχή ποιοτικής και αποδοτικής φροντίδας στον ασθενή στο χώρο διαμονής του ως συνέχεια της νοσοκομειακής του περίθαλψης ,αντιμετωπίζοντας όσο γίνεται καλύτερα τα οργανικά και ψυχοκοινωνικά συμπτώματα της νόσου. Με την Κατ' οίκον νοσηλεία στοχεύουν στον περιορισμό των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων καθώς οι ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς είναι εξαιρετικά επιρρεπείς σε αυτές, στην αποσυμφόρηση νοσοκομειακών κλινών και μείωση του κόστους για το Ε.Σ.Υ. Η ομάδα της κατ' οίκον νοσηλείας συνεργάζεται και με άλλες επιστημονικές ομάδες. Εξυπηρετεί ασθενείς που κατοικούν στην ευρύτερη περιοχή που βρίσκεται το νοσοκομείο (Πειραιάς) με την προϋπόθεση ο ασθενής να είναι ογκολογικός με ιστορικό στο νοσοκομείο (<http://metaxa-hospital.gr>).

Δημόσια Ιατρεία Πόνου

Όπως έχει ήδη αναφερθεί τα ιατρεία πόνου στοχεύουν στην αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών που αποτελεί μέρος των υπηρεσιών της Π.Φ.. Για την ολοκληρωμένη παροχή της Π.Φ. θα πρέπει τα ιατρεία πόνου να συνεργάζονται με τα τμήματα Π.Φ. ή ξενώνες. Τα

περισσότερα δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας και της επαρχίας διαθέτουν ιατρεία πόνου (Παράρτημα Ι)

Ξενώνες Φιλοξενίας ασθενών της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας

Με πρωτοβουλία της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας (και την οικονομική συμβολή χορηγών) δημιουργήθηκαν δύο ξενώνες «Ειδικά Κέντρα Φροντίδας – Φιλοξενίας Ασθενών με καρκίνο σε αποθεραπεία», ο ένας στην Παιανία Αττικής και ο δεύτερος στην Πυλαία Θεσσαλονίκης.

Ο πρώτος ξενώνας στην Αττική λειτούργησε μερικώς για 2,5 χρόνια, στη συνέχεια ξεκίνησαν εργασίες επέκτασής του και έκτοτε λόγω οικονομικών προβλημάτων δεν επαναλειτούργησε (παρά το γεγονός ότι και οι 2 ξενώνες χάρις στις δωρεές είναι εξοπλισμένες με ότι πιο σύγχρονο διαθέτει η επιστήμη και η τεχνολογία).

Ο δεύτερος ξενώνας στην Θεσσαλονίκη με δυνατότητα φιλοξενίας 100 ασθενών, έχει προσαρτηθεί στο «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και λειτουργεί από το 2011(www.cancer-society.gr).

Μέριμνα

Πρόκειται για μια μονάδα παροχής Π.Φ. που εξειδικεύεται στη φροντίδα κατ' οίκον παιδιών και εφήβων με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Δραστηριοποιείται στην Αττική από το 2010, είναι ιδιωτική μη κερδοσκοπική πρωτοβουλία και οι παρεχόμενες υπηρεσίες προσφέρονται δωρεάν (Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε., 2014).

Μονάδα Π.Φ. Γαλιλαία

Την ίδια περίπου χρονιά (2010) δημιουργείται η μονάδα Π.Φ. ΓΑΛΙΛΑΙΑ την Ιεράς Μητρόπολης Μεσογαίας και Λαυρεωτικής. Προσφέρει Π.Φ. στα σπίτια ασθενών, ενώ στη μονάδα ημερήσιας απασχόλησης και φροντίδας που διαθέτει απασχολεί 2 φορές την εβδομάδα ομάδες ασθενών. Απευθύνεται σε ενήλικες ασθενείς που ζουν εντός των ορίων της Ιεράς Μητρόπολης Μεσογαίας και Λαυρεωτικής. Διαθέτει διεπιστημονική ομάδα και μεγάλο αριθμό εκπαιδευμένων εθελοντών που παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες στους ασθενείς (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. 2014).

Το προσεχές διάστημα (εντός του 12/2017) πρόκειται να λειτουργήσει, στην περιοχή Σπάτων Αττικής και ο πρώτος ξενώνας Π.Φ. της Γαλιλαίας με παροχή 24ωρης υπηρεσίας και δυνατότητα νοσηλείας ασθενών.

Τέλος σημαντικός αριθμός μη κερδοσκοπικών οργανώσεων δραστηριοποιούνται στην υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους, στην ενημέρωση, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, στη φιλοξενία των οικογενειών των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή τους κ.α. Αν και η προσφορά τους δεν αποτελεί ολοκληρωμένη υπηρεσία Π.Φ. αξίζει η προσφορά τους να αναφερθεί. (Παράρτημα II).

Κεφάλαιο 3ο

Το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο ως νοσοκομείο

Παρηγορητικής φροντίδας

3.1 Το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο και η πορεία του στο Ε.Σ.Υ

(Ιστορική Αναδρομή)

Το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο « Η Αγία Ελένη» βρίσκεται στην περιοχή των Αμπελοκήπων στην Αθήνα Αττικής. Έχει οικοδομηθεί σε οικόπεδο που παραχωρήθηκε από την Ι. Μητρόπολη Αθηνών και λειτουργεί από το 1916.

Για την ανέγερσή του, το Φιλανθρωπικό Σωματείο «Αγία Ελένη» συγκέντρωσε χορηγίες με ιδιαίτερα σημαντική τη δωρεά του Ελ. Βενιζέλου.

Σημαντικοί φιλάνθρωποι της εποχής αποτέλεσαν το πρώτο Διοικητικό Συμβούλιο του Σωματείου:

- Ο Μητροπολίτης Αθηνών Θεόκλητος (πρόεδρος)
 - Η κα. Πανταζίδου Σ. (γραμματέας)
 - Η κα. Ριανκούρ Λ. (μέλος)
 - Η κα. Μπενάκη Β. (μέλος)
 - Η κα. Γρίβα Ε. (μέλος)
 - Ο κος. Δαμβέρης Ι. (μέλος)
 - Ο κος Ασήμης Δ. (μέλος)
 - Ο κος Οικονομόπουλος Χ. (μέλος)

Την παραχώρηση του οικοπέδου για να χτιστεί το νοσοκομείο, από την Ι. Μητρόπολη συνόδευσαν 2 όροι: τη διάθεση δωρεάν 6 κλινών του νοσοκομείου

για κληρικούς και απόρους και την επιστροφή του οικοπέδου στην Ι. Μητρόπολη σε περίπτωση διάλυσης του νοσοκομείου.

Έξι χρόνια αργότερα, το 1922, ο Χαράλαμπος Σπηλιόπουλος, με την διαθήκη του που δημοσιεύθηκε στις 14/4/1922, δώρισε 130.000 δραχμές στο Ίδρυμα Αγία Ελένη προκειμένου να αναγερθεί 2^η πτέρυγα. Ο όρος που έθετε ήταν να προστεθεί στον τίτλο του Ιδρύματος η λέξη Σπηλιοπούλειο και να συμμετέχουν στην διοίκηση δικά του άτομα.

Η αποδοχή της δωρεάς έγινε δεκτή το 1938 με τον αναγκαστικό νόμο 1142/1938, το νοσοκομείο μετονομάζεται σε Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο «Η Αγία Ελένη» και κατασκευάζεται 2^η πτέρυγα.

Το 1973 ιδρύεται Ν.Π.Ι.Δ. με την ίδια επωνυμία και το 1984 το νοσοκομείο εντάσσεται στις διατάξεις του Ν.2952/53 και γίνεται Ν.Π.Δ.Δ.

Κληροδοτήματα

Ο Χ. Σπηλιόπουλος, δια μυστικών κωδίκελων από 2-11-1918 και 23-2-1920 που δημοσιεύθηκαν στο Πρωτοδικείο Αθηνών στις 14-4-1922, κληροδότησε με σκοπό την ενίσχυση και συντήρηση του νοσοκομείου τα παρακάτω:

1. Το ½ ακινήτου στην οδό Σταδίου και Αμερικής 1.
2. Το 1/3 ακινήτου στην οδό Μητροπόλεως και Φωκίωνος.

Τα παραπάνω ακίνητα είναι εσαεί αναπαλλοτρίωτα.

Το 1930 παραχωρήθηκαν στο Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο από τη χήρα Περικλέους Μαυρομιχάλη 1231 τ.μ. (σε σύνολο 2000 τ.μ.) του Ποσειδώνιου Μεγάρου. Πρόκειται για επτάώροφο κτίριο επί των οδών 2^{ης}

Μεραρχίας 9 και Φίλωνος 101 στον Πειραιά με τον όρο και εδώ το κτίριο να ανήκει εσαεί στο Νοσοκομείο.

Οι τομείς δραστηριοποίησης του Νοσοκομείου είναι ο παθολογικός και ο εργαστηριακός. Λειτουργεί μια παθολογική κλινική 33 κλινών στον πρώτο όροφο, παθολογικό και καρδιολογικό τακτικό εξωτερικό ιατρείο, ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο στο ισόγειο.

Το νοσοκομείο έχει ως αποστολή:

Την παροχή Υπηρεσιών Υγείας πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας

Την κάλυψη υγειονομικών αναγκών σε όποιον την χρειάζεται, την παροχή υπηρεσιών υγείας σε διαγνωστικό, εργαστηριακό και σε επίπεδο νοσηλείας.

Την ειδίκευση και επιμόρφωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Το 2011 (εν μέσω της οικονομικής κρίσης) η διοίκηση του νοσοκομείου καταθέτει επίσημη πρόταση- μελέτη για την μετατροπή του νοσοκομείου σε κέντρο διαχείρισης Αγγειοεγκεφαλικών νοσημάτων- εξειδικευμένο κέντρο εγκεφαλικών επεισοδίων, πιστεύοντας ότι η εξειδίκευση παροχής υπηρεσιών υγείας προσφέρει υψηλότερου επιπέδου υπηρεσίες, βοηθά στην επιστημονική εξέλιξη του προσωπικού και εξοικονομεί πόρους. Η πρόταση αυτή δεν υλοποιήθηκε.

Τον Ιούλιο του ίδιου έτους με Απόφαση του Υ.Υ που είχε θέμα «Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσης τους και λειτουργίας τους» (ΦΕΚ 1687/Τ.Β' / 28-7-2011), το νοσοκομείο διασυνδέεται με το όμορο νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου» και το Ν. «Αλεξάνδρα», αποκτώντας κοινό

διοικητή, διατηρώντας όμως ως ιδρυματικού τύπου νοσοκομείο (Ν. 4052/2012, ΦΕΚ 41/1-3-2012/Τ.Α') κάποιου είδους αυτοτέλεια και συνεχίζει την λειτουργία του ως παθολογικό Νοσοκομείο.

Ο Αύγουστος του 2013 είναι μήνας μεγάλων αλλαγών στο χάρτη υγείας της χώρας μας. Το Υ.Υ. προχωρά στη συγχώνευση ή μεταφορά τμημάτων και κλινικών είτε ενδονοσοκομειακά είτε μεταξύ νοσοκομείων, θέτοντας σε διαθεσιμότητα το πλεονάζον προσωπικό ,το οποίο στη συνέχεια μετακινείται σε άλλα νοσοκομεία. Μεταξύ αυτών και το Σπηλιοπούλειο νοσοκομείο, του οποίου μέρος του προσωπικού του διαφόρων ειδικοτήτων τέθηκε σε διαθεσιμότητα και μετακινήθηκε καθώς θεωρήθηκε πλεονάζων για τις ανάγκες του νοσοκομείου.

Τα δημοσιεύματα του τύπου, τότε αναφέρουν ότι: «Για το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο Η Αγία Ελένη προτείνεται»

1. Η δημιουργία Παθολογικού Ξενώνα ανακουφιστικής φροντίδας (Palliative Care-Hospice) καλύπτοντας το κενό που υπάρχει στα Δημόσια Νοσοκομεία
2. Η δημιουργία Κέντρου Ακτινοθεραπείας και Ακτινοχειρουργικής.
3. Η λειτουργία εξωτερικών ιατρείων μίας στάσης (one-stop) για έκδοση πιστοποιητικών
(<http://news247.gr/koinonia/ygeia/ti-allazei-sta-nosokomeia-roi-atmhmata-sygxwneuontai-h-metaferontai.2359934.html>).

Εκτός από την δεύτερη πρόταση οι άλλες 2 τέθηκαν άμεσα σε ισχύ. Μέσα σε ένα μήνα, από τον Σεπτέμβριο του 2013, το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο δέχεται και νοσηλεύει αποκλειστικά ασθενείς τελικού σταδίου, αναλαμβάνοντας το ρόλο ενός άτυπου hospice με ότι αυτό συνεπάγεται.

Το 2016 το νοσοκομείο έκλεισε 100 χρόνια λειτουργίας και προσφοράς στον άνθρωπο και τις ανάγκες υγείας του. Για τον εορτασμό ενός αιώνα λειτουργίας, διοργάνωσε μεγάλη επιτυχή Ημερίδα με θέμα « Η συμβολή του Παθολογικού Νοσοκομείου Η Αγία Ελένη στην περίθαλψη των ασθενών τελικού σταδίου» αναγνωρίζοντας αλλά και αποδεχόμενο το νέο του ρόλο ως hospice.

3.2. Παρούσα κατάσταση

Το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο « Η Αγία Ελένη» από το Σεπτέμβριο του 2013 δέχεται για νοσηλεία αποκλειστικά ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου τους και δεν επιδέχονται πλέον κάποιου είδους θεραπευτική αγωγή. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των ασθενών νοσούν από κάποιου είδους καρκίνο.

Ταυτόχρονα συνεχίζεται η λειτουργία των Ε.Ι. και των εργαστηρίων, κυρίως για την έκδοση πιστοποιητικών υγείας (σε έλληνες και αλλοδαπούς) και η λειτουργία του τακτικού καρδιολογικού ιατρείου.

Το νοσοκομείο δεν εφημερεύει. Οι εισαγωγές των ασθενών γίνονται από τις 8 πμ έως τις 14μμ καθημερινά (εκτός Σαββατοκύριακου και αργιών).

Της εισαγωγής του ασθενούς έχει προηγηθεί αίτηση (είτε του ίδιου του ασθενή, είτε από το συγγενικό του περιβάλλον είτε από την κοινωνική υπηρεσία του θεραπευτηρίου στο οποίο νοσηλεύεται), με την οποία ζητά την εισαγωγή του στο Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο. Την αίτηση συνοδεύει ένα ιατρικό ιστορικό και ένα πιστοποιητικό, το οποίο περιγράφει συνοπτικά την

παρούσα κατάσταση της υγείας του ασθενή και υπογράφεται από τον θεράποντα γιατρό του (υποδείγματα της αίτησης και του πιστοποιητικού στο παράρτημα). Συχνά υπάρχει και μια σύντομη κοινωνική έκθεση από την κοινωνική υπηρεσία του ιδρύματος που νοσηλεύει το περιστατικό, ιδιαίτερα χρήσιμη όταν υπάρχει απουσία οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή.

Οι αιτήσεις που φτάνουν στο νοσοκομείο, πρωτοκολλούνται και παραλαμβάνονται από την κοινωνική υπηρεσία η οποία ενημερώνει το διευθυντή της κλινικής και τους γιατρούς, καταχωρεί την αίτηση, βάση πρωτοκόλλου, σε λίστα αναμονής και όταν αποφασιστεί η εισαγωγή, οργανώνει – μέσω της αντίστοιχης κοινωνικής υπηρεσίας- τη μεταφορά και εισαγωγή του ασθενή.

Η κλινική βρίσκεται στον πρώτο όροφο του κτιρίου και διαθέτει 33 οργανικές κλίνες (31 αναπτυγμένες), από τις οποίες οι 10 βρίσκονται σε δίκλινα δωμάτια (5 δίκλινα) και οι υπόλοιπες σε θαλάμους με περισσότερες κλίνες (4 θάλαμοι).

Ανθρώπινο Δυναμικό

Προσωπικό Ιατρικής Υπηρεσίας

Υπηρετούν δύο (2) ειδικευμένοι παθολόγοι, ένας (1) καρδιολόγος, ένας (1) ακτινολόγος, ένας (1) επικουρικός βιοπαθολόγος και μία νοσοκομειακή φαρμακοποιός.

Επίσης υπηρετούν και δώδεκα (12) ειδικευόμενοι γιατροί, οι οποίοι- ανάλογα την ειδικότητα που θα ακολουθήσουν- ασκούνται στο κομμάτι της παθολογίας από έξι μήνες έως δύο χρόνια.

Προσωπικό Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Υπηρετούν συνολικά δέκα οχτώ (18) άτομα όλων των κατηγοριών (Νοσηλευτές Τ.Ε 10, Βοηθοί Νοσηλευτών 6, Μεταφορείς ασθενών 2).

Προσωπικό Διοικητικής Υπηρεσίας

Υπηρετούν συνολικά έντεκα (11) άτομα

Τεχνική Υπηρεσία

Ένα (1) άτομο.

Κοινωνική Υπηρεσία

Υπηρετεί μία (1) κοινωνική λειτουργός (με μετακίνηση από άλλο νοσοκομείο της 1^{ης} ΥΠΕ) καθώς ο υφιστάμενος οργανισμός του νοσοκομείου δεν προβλέπει θέση .

Εργαστήρια

Υπηρετούν πέντε (5) άτομα συνολικά.

3.2.1. Λειτουργικά Στοιχεία του νοσοκομείου για τα έτη 2014-2015-2016

ΕΤΗ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	2014	2015	2016	ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2014-15	ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2015-16	ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2014-16
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ	158	170	208	7,59	22,35	31,65
ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ	426	402	453	-5,63	12,69	6,34
ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΜΕΡΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	8226	7101	7217	-13,68	1,63	-12,27
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	19,31	17,66	15,93	-8,52	-9,81	-17,5
ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΚΛΙΝΩΝ	72,7	62,76	63,61	-13,68	1,36	-12,51
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΑ	2093,99	1778,84	1704,61	-15,05	-4,17	-18,6
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	108,44	100,7	107	-7,17	6,25	-1,33
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΑ	313,33	211,36	229,43	-32,54	8,55	-26,78
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	16,23	11,97	14,4	-26,26	20,35	-11,25
ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΑ	111,98	86,37	58,73	-22,87	-32,01	-47,56
ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	5,8	4,89	3,69			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ ΣΤΑ Τ.α.Ε.Ι.	6656	5596	6746	-15,94	20,57	1,35
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ ΣΤΑ ΤΕΠ	452	402	357	-11,06	-11,19	-21,02
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ ΤΕΙ- ΤΕΠ	7108	5997	7103	-15,63	18,44	-0,07

Πηγή: 1η ΥΠΕ Αττικής

Εξετάζοντας τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία και εστιάζοντας κυρίως στην τελευταία στήλη όπου εμφανίζεται η ποσοστιαία μεταβολή των ετών 2014 – 2016 παρατηρούμε τα εξής:

Αύξηση των εισαγωγών

Αύξηση των νοσηλευθέντων

Μείωση των ημερών νοσηλείας

Μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας

Μείωση του ποσοστού κάλυψης κλινών

Μείωση της συνολικής δαπάνης ανά νοσηλευθέντα

Μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης ανά ημέρα νοσηλείας

Μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης ανά νοσηλευθέντα

Μείωση του υγειονομικού υλικού ανά νοσηλευθέντα

Μείωση του υγειονομικού υλικού ανά ημέρα νοσηλείας

Αύξηση των εξετασθέντων στα Τ.Ε.Ι.

Μείωση των εξετασθέντων στα Τ.Ε.Π.

Προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε περαιτέρω τα στατιστικά ευρήματα και λαμβάνοντας υπόψη ότι τα υπό εξέταση έτη το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο είχε αρχίσει να λειτουργεί ως νοσηλευτική μονάδα για ασθενείς τελικού σταδίου θα λέγαμε ότι:

Η αύξηση των εισαγωγών και του αριθμού των νοσηλευθέντων, σε ένα νοσοκομείο το οποίο δεν εφημερεύει και δέχεται προς νοσηλεία συγκεκριμένα περιστατικά, αποδεικνύει την αυξημένη ζήτηση για κλίνες ασθενών τελικού σταδίου και την ανάγκη για αποσυμφόρηση κλινών άλλων μεγαλύτερων νοσοκομείων.

Η μείωση των ημερών νοσηλείας, της μέσης διάρκειας νοσηλείας και του ποσοστού κάλυψης, δυστυχώς σχετίζεται με την βαρύτητα της κατάστασης των νοσηλευμένων περιστατικών και το πολύ μικρό προσδόκιμο επιβίωσης από την πρώτη στιγμή της εισαγωγής τους.

Η μείωση της συνολικής δαπάνης ανά νοσηλευθέντα, της δαπάνης ημερήσιας νοσηλείας, της φαρμακευτικής δαπάνης και του υγειονομικού υλικού μπορεί να συνδεθεί με τη μείωση των ημερών νοσηλείας αλλά και με το γεγονός ότι τα νοσηλευόμενα περιστατικά είναι πια εκτός «ακριβών» ιατρικών χειρισμών, φαρμακευτικών αγωγών και εξετάσεων. Η προσφερόμενη ιατρική και φαρμακευτική αγωγή έχει καθαρά ανακουφιστικό χαρακτήρα με όχι υψηλό κόστος.

Δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε την αύξηση των εξετασθέντων στα Τ.Ε.Ι. γεγονός που επιβεβαιώνει ότι το Σπηλιοπούλειο έχει ενεργό ρόλο και στην προσφορά πρωτοβάθμιας φροντίδας, ενώ η μείωση των εξετασθέντων στα Τ.Ε.Π. συνδέεται τόσο με την αλλαγή ρόλου του νοσοκομείου όσο και στο γεγονός ότι το νοσοκομείο δεν εφημερεύει.

3.3. Προβλήματα

Η μετατροπή του Σπηλιοπούλειου Νοσοκομείου από ένα «αμιγώς» παθολογικό νοσοκομείο σε νοσοκομείο παρηγορητικής φροντίδας έγινε εξαιρετικά γρήγορα (υπό την πίεση μνημονιακών υποδείξεων) και χωρίς ένα οργανωτικό πλάνο που θα προέβλεπε την ομαλή μετάβασή του στο νέο του ρόλο. Παρά το γεγονός ότι σήμερα μετρά περισσότερα από 4 χρόνια υποδεχόμενο και νοσηλεύοντας ασθενείς τελικού σταδίου, τα προβλήματα που υπήρχαν τότε συνεχίζουν να υφίστανται. Αυτά είναι:

1. Ασαφές νομικό πλαίσιο

Το νοσοκομείο τυπικά συνεχίζει να εμφανίζεται ως παθολογικό νοσοκομείο με ουσιαστικό όμως ρόλο τελείως διαφορετικό. Τόσο το άρθρο 17 του Ν. 3106/03 όσο και η Κ.Υ.Α. ΔΥ8/Β/ΟΙΚ. 89126 δεν εφαρμόζονται ώστε το νοσοκομείο να καταστεί επίσημα ξενώνας νοσηλευτικής φροντίδας και ανακουφιστικής αγωγής ασθενών και να εδραιωθεί ως τον πρώτο επίσημο ξενώνα του Ε.Σ.Υ.

2. Υποστελέχωση

Όπως ήδη αναφέρθηκε για το ανθρώπινο δυναμικό μιας οργανωμένης υπηρεσίας Π.Φ. απαιτείται συνεργασία διεπιστημονική. Κάτι τέτοιο δεν υφίσταται στο Σπηλιοπούλειο καθώς ο οργανισμός του νοσοκομείου δεν έχει αλλάξει ώστε να δοθεί η δυνατότητα συγκρότησης μιας διεπιστημονικής ομάδας. Πιο συγκεκριμένα δεν προβλέπονται από τον οργανισμό:

- Κοινωνικοί λειτουργοί (υπηρετεί σήμερα μια κοινωνική λειτουργός με 3μηνες μετακινήσεις από άλλο νοσοκομείο)
- Ψυχολόγοι- ψυχοθεραπευτές
- Θεραπευτές (εργοθεραπευτές- φυσικοθεραπευτές)
- Πρόβλεψη για συνεργασία με ιερέα
- Διαιτολόγοι – διατροφολόγοι

Όλοι οι παραπάνω μαζί με την ιατρική και νοσηλευτική ομάδα θα αποτελούσαν την διεπιστημονική ομάδα παρηγορητικής αγωγής.

3. Επαγγελματική εξουθένωση

Ψυχολογική και σωματική κόπωση του προσωπικού, ιδίως του νοσηλευτικού, το οποίο καλείται να σηκώσει το βάρος της νοσηλείας βαρέως πασχόντων ασθενών. Για την φροντίδα 31 περιστατικών υπάρχουν μόλις 14 άτομα προσωπικό (Τ.Ε., Δ.Ε., Υ.Ε., από το σύνολο των 18 έχουν εξαιρεθεί οι προϊστάμενοι και το προσωπικό των Τ.Ε.Ι.) σε κυκλικό ωράριο. Χρειάζονται προσλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού και υποστήριξη του ήδη απασχολούμενου. Άλλωστε η έρευνα των Ρούπα και συν.(2008) κατέδειξε ότι μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα εμφανίζουν επαγγελματική κόπωση που εκδηλώνεται με μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα (44%), υψηλή συναισθηματική εξάντληση (41,2%) και έντονα αισθήματα αποπροσωποποίησης (38%) (Ρούπα ,Ζ. και συν, 2008)

4. Ανάγκη εκπαίδευσης του προσωπικού

Το προσωπικό θα πρέπει να εκπαιδευτεί τόσο στη φιλοσοφία της παρηγορητικής φροντίδας όσο και στον τρόπο που αυτή προσφέρεται. Μόνο έτσι θα κατανοήσει το ρόλο του, την αναγκαιότητα να λειτουργεί στην ομάδα και θα διαχειριστεί το σωματικό και ψυχολογικό φόρτο.

Σύμφωνα με τους Κωνσταντίδη- Φιλαλήθη (2013) η αναγνώριση των εκπαιδευτικών αναγκών των νοσηλευτών πρέπει να αποτελεί σημαντική προτεραιότητα. Σε έρευνα των Georgaki et al., το 66,2% του ογκολογικού νοσηλευτικού προσωπικού ανέφερε δυσκολίες στη συζήτηση με τους ασθενείς σε θέματα που αφορούσαν στο τελικό στάδιο της ζωής τους λόγω ελλειπούς εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας.

5. Ανάγκη ανανέωσης εξοπλισμού

Ο εξοπλισμός της κλινικής είναι παλαιάς τεχνολογίας. Ενδεχομένως, σε έναν ασθενή που θα παρέμενε για νοσηλεία 2-3 μέρες δεν θα δημιουργεί πρόβλημα. Όταν όμως νοσηλεύονται περιστατικά κλινήρη, τα οποία πονούν, θα πρέπει η προσφερόμενη άνεση να είναι η μεγαλύτερη δυνατή.

6. Ανάγκη εξωστρέφειας και συνεργασίας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί και στο κεφάλαιο 1.2, υπάρχει σημαντικός αριθμός επιστημόνων, επιστημονικών και εθελοντικών οργανώσεων οι οποίες δραστηριοποιούνται και ενδιαφέρονται για την παρηγορητική φροντίδα στην Ελλάδα. Η επιδίωξη επαφής και συνεργασίας του νοσοκομείου μαζί τους μόνο οφέλη μπορεί να προσφέρει στο χώρο της παρηγορητικής φροντίδας. Ιδιαίτερα, η αξιοποίηση των εθελοντών μπορεί να προάγει ακόμα περισσότερο το έργο του νοσοκομείου όπως και η εμπειρία άλλων φορέων παροχής παρηγορητικής φροντίδας, αναγνωρίζοντας και υιοθετώντας τις βέλτιστες πρακτικές αυτών των φορέων και ομάδων.

3.4. Προοπτικές- Προτάσεις Ανάπτυξης

Προκειμένου οι προοπτικές του εγχειρήματος που ξεκίνησε να υλοποιείται στο Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο να είναι θετικές και με μακροχρόνια αποτελέσματα προς όφελος των ασθενών, δεν αρκούν οι ευχές και η αισιόδοξη οπτική των καταστάσεων. Απαιτείται οργάνωση, σκληρή δουλειά και βούληση απ' όλους τους εμπλεκόμενους.

Ανάγκη χρήσης εργαλείων management

Η χρήση εργαλείων του σύγχρονου management βοηθά στο σχεδιασμό και την υλοποίηση των «επόμενων βημάτων» μειώνοντας τον κίνδυνο αποτυχίας.

Ένα τέτοιο εργαλείο είναι και η SWOT ανάλυση. Με το εργαλείο αυτό επιτυγχάνεται η εκ των προτέρων αξιολόγηση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος μιας επιχείρησης- ενός οργανισμού. Περιλαμβάνει την αναγνώριση και καταγραφή των δυνατών και αδύνατων σημείων (συγκριτικά πλεονεκτήματα που επιβάλλεται να διατηρήσει και να αξιοποιήσει ο οργανισμός και αντίστοιχα χαρακτηριστικά για τα οποία πρέπει να ληφθούν μέτρα βελτίωσης- αφορά το εσωτερικό περιβάλλον)της στρατηγικής που επιλέγεται , καθώς και των ευκαιριών και των κινδύνων (στοιχεία που πρέπει να εκμεταλλευτεί και αξιοποιήσει με κατάλληλες στρατηγικές για την επίτευξη των στόχων και αντίστοιχα στοιχεία που αποπροσανατολίζουν από τους στόχους αν δεν ληφθούν κατάλληλα μέτρα- εξωτερικό περιβάλλον) που αυτή συνεπάγεται. Απώτερος σκοπός, είναι να εκμεταλλευτεί μελλοντικές ευκαιρίες και να αποφύγει δυσάρεστες συνέπειες. Οι πληροφορίες και οι γνώσεις που συλλέγονται μπορούν να μειώσουν σημαντικά το ρίσκο κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων(Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού ,2008).

Στη συνέχεια επιχειρείται μια συνοπτική παρουσίαση των δυνατών και των αδύνατων σημείων καθώς και των ευκαιριών και των ενδεχόμενων κινδύνων από τη μετατροπή του Σπηλιοπούλειου Νοσοκομείου σε νοσοκομείο Παρηγορητικής Φροντίδας.

SWAT ANALYSIS των συνιστωσών της μεταρρύθμισης στο Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο

<u>Δυνατά σημεία – Strengths</u>	<u>Αδύναμα σημεία - Weaknesses</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο • Διαχρονική απαίτηση εμπλεκόμενων φορέων • Υπάρχουσα και λειτουργούσα δημόσια δομή 	<ul style="list-style-type: none"> • Παλαιότητα κτιρίου • Κόστος οργάνωσης, λειτουργίας και στελέχωσης • Υψηλό κόστος αγοράς, εγκατάστασης και συντήρησης σύγχρονου εξοπλισμού • Υποστελέχωση

- Εύκολη πρόσβαση
- Αποσυμφόρηση κλινών άλλων νοσοκομείων
- Σεβασμός στον ασθενή και την οικογένειά του
- Έλεγχος ροής των ασθενών
- 24ωρη λειτουργία
- Ικανοποίηση ασθενών και των οικογενειών τους
- Ισότητα πρόσβασης
- Διευκόλυνση ερευνών
- Διευκόλυνση στατιστικών καταγραφών
- Ικανοποιητική αυτοχρηματοδότηση
- Αξιοποίηση υπάρχοντος προσωπικού
- Συνδιοίκηση με μεγαλύτερες μονάδες
- Εφαρμογή πρωτοκόλλων και τεκμηριωμένης φροντίδας που ήδη υπάρχουν διεθνώς

- Έλλειψη διεπιστημονικότητας
- Έλλειψη εξειδίκευσης – μετεκπαίδευσης προσωπικού
- Ιατροκεντρικό μοντέλο

Ευκαιρίες - Opportunities

- Ανάπτυξη ασθενοκεντρικού μοντέλου
- Μείωση του κόστους νοσηλείας
- Κατάλληλη αξιοποίηση των πολιτικών και κατευθυντήριων οδηγιών της Ε.Ε.
- Επιτυχημένα παραδείγματα και πολιτικές άλλων χωρών και οργανισμών
- Αξιοποίηση νέων τεχνολογιών
- Αξιοποίηση υπαρχόντων δομών
- Χρηματοδότηση μέσω ΕΣΠΑ

Απειλές – Threats

- Μακροπρόθεσμα οφέλη
- Μη ενεργοποίηση και εφαρμογή των νόμων για την Π.Φ.
- Ασαφής πολιτική βούληση
- Εξωγενείς παράγοντες (οικονομική κρίση)
- Οικονομική ασυνέπεια ασφαλιστικών ταμείων
- Αντιδράσεις από κατεστημένες νοοτροπίες και συμφέροντα

<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση έρευνας • Ανάπτυξη κουλτούρας συνεχούς εκπαίδευσης στο προσωπικό • Ανάπτυξη κουλτούρας στην κοινωνία 	
--	--

Εκτός από το εργαλείο της swat ανάλυσης, σκόπιμη θα ήταν η ύπαρξη μίας μελέτης κόστους- αποτελεσματικότητας και η δημιουργία ενός συστήματος συνεχούς αξιολόγησης της δομής. Εξίσου σημαντικό εργαλείο μπορεί να αποδειχθεί και η χρήση της μεθόδου Balanced Scorecard, η χρήση της οποίας προτάθηκε από τους Kaplan & Norton και σήμερα έχει βρει ευρεία εφαρμογή και στον τομέα της υγείας (Zelman et al, 2003). Η μέθοδος αφορά μια ομάδα βασικών δεικτών σταθμισμένων ώστε να αξιολογούν τις επιδόσεις της επιχείρησης – οργανισμού σε επιμέρους τομείς οι οποίοι είναι σημαντικοί για την ανάπτυξή της (Kaplan & Norton, 1997). Περιλαμβάνει 4 διαστάσεις, την οικονομική (financial), την πελατειακή (customer), τις εσωτερικές διαδικασίες (internal) και την εκπαίδευση και ανάπτυξη (learning & growing). Η μελέτη αυτών των διαστάσεων είναι αυτή που βοηθά στην εξέλιξη του οργανισμού. Σύμφωνα με τον Μπουρσανίδη (2005), η Balanced Scorecard που εφαρμόζεται στα νοσηλευτικά ιδρύματα πρέπει να έχει τις παρακάτω διαστάσεις: τη διάσταση της δημόσιας εντολής (αφορά στην κάλυψη αναγκών και στην αποδοτικότητα του οργανισμού), τη διάσταση πελατών-

ασθενών, τη διάσταση εσωτερικών διαδικασιών και τη διάσταση της μάθησης και της οργανωτικής ανάπτυξης. Συνοπτικά, για την εφαρμογή της μεθόδου ακολουθούνται τα παρακάτω βήματα: αρχικά διατυπώνεται το όραμα του οργανισμού και χαράσσεται η στρατηγική που θα ακολουθηθεί. Ακολουθεί ο προσδιορισμός των κρίσιμων παραγόντων επιτυχίας και η κατασκευή δεικτών μέτρησης της απόδοσης. Απαραίτητη για την ολοκλήρωση μεθόδου είναι η ανάπτυξη μέτρων και δράσεων που θα εφαρμοστούν ώστε να επιτευχθεί το όραμα του οργανισμού (Μπουρσανίδης , 2005). Τη διατύπωση του οράματος και των στρατηγικών στόχων, ακολουθεί η διάσταση της Δημόσιας Εντολής όπου επιδιώκεται η επίτευξη της μέγιστης παραγωγικότητας και η κάλυψη των αναγκών με όσο το δυνατόν μικρότερη δαπάνη. Η διάσταση των πελατών- ασθενών επικεντρώνεται στην ικανοποίησή τους, ενώ η διάσταση των εσωτερικών διαδικασιών επιδιώκει την απλούστευση και βελτιστοποίηση των διαδικασιών περίθαλψης των ασθενών. Τέλος, η διάσταση της μάθησης και της οργανωτικής ανάπτυξης, επιδιώκει την ανάπτυξη δεξιοτήτων και ικανοτήτων του προσωπικού (Μπουρσανίδης, 2005). Η προετοιμασία και εφαρμογή της μεθόδου είναι χρονοβόρα και επίπονη και απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και ομαδική συνεργασία ώστε να υπάρξουν τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα.

Όλα τα παραπάνω είναι εργαλεία πρωτίστως στα χέρια της διοικητικής αρχής του νοσοκομείου. Η βέλτιστη αξιοποίησή τους, η ομαδική συνεργασία και το κοινό όραμα, μαζί με σκληρή δουλειά, θα φέρουν τις θετικές προοπτικές αναδεικνύοντας το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο ως την πρώτη μονάδα Παρηγορητικής Φροντίδας του Ε.Σ.Υ.

Ανάπτυξη συνεργασιών

Η ανάπτυξη συνεργασιών θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα των διοικήσεων καθώς μόνο θετικά μπορεί να έχει. Μια τέτοια συνεργασία θα μπορούσε να αναπτυχθεί με το ΕΚΠΑ για την εκπαίδευση φοιτητών της ιατρικής σχολής, της σχολής ψυχολογίας και των μεταπτυχιακών φοιτητών της νοσηλευτικής σχολής του πανεπιστημίου που ακολουθούν σχετική εκπαίδευση με την παρηγορητική φροντίδα. Για να συμβεί βέβαια αυτό θα πρέπει να υπάρχει ισχυρή πρόθεση συνεργασίας και επιστημονικό ενδιαφέρον καθώς το νοσοκομείο είναι μικρής δύναμης κλινών και μπορεί να μην ενδιαφέρει την ακαδημαϊκή κοινότητα. Προς αυτή την κατεύθυνση θα πρέπει να είναι οι ενέργειες της διοίκησης του νοσοκομείου ώστε να προκαλέσουν το ενδιαφέρον όλων στο προσφερόμενο έργο του. Συνεργασίες βέβαια θα πρέπει να αναπτυχθούν και με εθελοντικές ομάδες που δραστηριοποιούνται σχετικά καθώς και με ιδρύματα του εξωτερικού καθώς θα αποκομιστεί μεγάλη εμπειρία από αυτούς.

Συμπεράσματα

Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των πληθυσμών όπως επίσης η εξέλιξη της ιατρικής και φαρμακευτικής επιστήμης και έρευνας έχουν συμβάλει στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης από τη μια και στην αύξηση των πασχόντων από χρόνια νοσήματα και κακοήθειες από την άλλη που είναι αποτελέσματα τόσο της γήρανσης του πληθυσμού όσο και του γενικότερου τρόπου ζωής που πολλές φορές δεν προάγει την υγεία (άγχος, διατροφή, ρύπανση κ.ά.). Μέσα σε αυτό το περιβάλλον, οι ανάγκες για τη φροντίδα ασθενών, οι οποίοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου τους, τείνουν να αυξάνονται. Η παρηγορητική φροντίδα είναι διεθνώς αποδεκτή, τόσο ως πράξη όσο και ως φιλοσοφία που αποσκοπεί στην ανακούφιση των

συμπτωμάτων των ασθενών και τους επιτρέπει να φτάνουν στο τέλος της ζωής τους με ηρεμία και κυρίως με αξιοπρέπεια. Βαθιά ανθρωποκεντρική στη φιλοσοφία της αποτελεί υψηλό δείγμα σεβασμού προς τον άνθρωπο που υποφέρει .

Στην Ελλάδα, η παρηγορητική φροντίδα είναι γνωστή εδώ και αρκετές δεκαετίες. Οι ανάγκες παροχής της είναι μεγάλες, όμως, ακόμα και σήμερα, προσφέρεται αποσπασματικά, στη βάση του εθελοντισμού και σε μικρή κλίμακα. Η κουλτούρα των ασθενών, της οικογένειας και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ωριμάζει αργά και χρειάζεται ακόμα δουλειά ώστε να ενσωματώσει τις αρχές της παρηγορητικής φροντίδας. Η πολιτεία φαίνεται να γνωρίζει τη χρησιμότητα της Π.Φ. γι' αυτό έχει νομοθετήσει σχετικά, όμως οι νόμοι αυτοί δεν εφαρμόζονται παρά τις προσπάθειες των ασθενών και των συλλόγων τους. Μέσα σε ένα περιβάλλον οικονομικής δυσπραγίας ,όπως αυτό στο οποίο βρίσκεται η χώρα μας, οι προσπάθειες για δημιουργία νέων χώρων και πρωτοβουλιών για την Π.Φ. ίσως θεωρηθούν, από τους μη γνώστες, «πολυτέλεια». Το αντίθετο θα λέγαμε εμείς. Είναι πλέον ανάγκη.

Η μετατροπή του Σπηλιοπούλειου Νοσοκομείου « Η Αγία Ελένη» σε μονάδα παρηγορητικής φροντίδας πρέπει να στηριχθεί ώστε να γίνει το νοσοκομείο πρότυπο κέντρο παροχής παρηγορητικής φροντίδας. Ήδη από τα επίσημα στατιστικά στοιχεία της 1^{ης} ΥΠΕ για τα έτη 2014-2016, μπορεί κανείς να διαπιστώσει την αύξηση των εισαγωγών και των νοσηλευθέντων επιβεβαιώνοντας την ανάγκη να υπάρχουν κλίνες , ενταγμένες στο Ε.Σ.Υ., παρηγορητικής φροντίδας. Η αύξηση των νοσηλευθέντων συνοδεύεται, όπως φαίνεται, από τη μείωση των δαπανών νοσηλείας γεγονός που φαίνεται να δικαιώνει τις απόψεις αυτών που υποστηρίζουν ότι η ένταξη της Π.Φ. στο

Ε.Σ.Υ. θα βοηθήσει στη συγκράτηση των δαπανών στον τομέα της υγείας (Πατηράκη- Κουρμπάνη, Ε., 2012). Η διερεύνηση των δαπανών, μετά την πάροδο ικανού χρονικού διαστήματος λειτουργίας του νοσοκομείου ως μονάδα Π.Φ., θεωρούμε ότι θα παρουσιάζει μελλοντικά περαιτέρω ερευνητικό ενδιαφέρον.

Αν έπρεπε να κατατάξουμε το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο σε κάποιο από τα είδη δομών Π.Φ., σύμφωνα με τις συστάσεις του Συμβουλίου της Ευρώπης (2003), θα λέγαμε ότι πρόκειται για μια ανεξάρτητη μονάδα εσωτερικών ασθενών παροχής Π.Φ. Χαρακτηριστικά αυτών των μονάδων (αναφέρεται και στο 1.1.4.) είναι η άμεση πρόσβαση του ασθενή, η παροχή κλινών αποκλειστικά για τους σκοπούς της Π.Φ., η παραμονή-νοσηλεία μέχρι το τέλος, το μικρό προσδόκιμο ζωής και η εξειδικευμένη φροντίδα. Αυτό που μένει να επιτευχθεί ακόμα είναι η οργάνωση μιας καλά δομημένης και με υψηλή ειδίκευση διεπιστημονικής ομάδας. Για να γίνει όμως αυτό θα πρέπει να λυθούν βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζει το νοσοκομείο με κύριο αυτό της υποστελέχωσης με αποτέλεσμα την κόπωση σωματική και ψυχική του υπηρετούντος προσωπικού, η μέτρηση της οποίας θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο άλλης μελέτης. Έμφαση θα πρέπει να δοθεί και στην εφαρμογή του νομοθετικού πλαισίου για την Π.Φ., το οποίο αν και υπάρχει παραμένει ανενεργό, με αποτέλεσμα λόγω της επικρατούσας ασάφειας να υπάρχουν παρερμηνείες για το ρόλο του νοσοκομείου.

Καταλήγοντας θα λέγαμε ότι από την βιβλιογραφική έρευνα που κάναμε για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας, επιβεβαιώνεται ο σημαντικός ρόλος της Π.Φ. στους ασθενείς τελικού σταδίου, η οικουμενικότητα της φιλοσοφίας της, η συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση των υπηρεσιών της Π.Φ. διεθνώς αλλά και στον ελλαδικό χώρο καθώς και η ανάγκη ακόμα μεγαλύτερης

ευαισθητοποίησης στην Π.Φ. από την πολιτεία στην χώρα μας ώστε να συμβαδίσουμε μελλοντικά και με τις άλλες προηγμένες χώρες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Καλόφωνος Χ. και Οικονόμου Γ. (2014) Φροντίδα Ασθενούς Τελικού Σταδίου.

<https://eclass.upatras.gr/modules/document/file.php/MED1029/Bioethics-Kalofonos.pdf> (απόκτηση 17/10/2017).

Φραγκουλίδου, Π. και Ζυγά, Σ., (1999) «Το κίνημα των Ξενώνων Φροντίδας Ασθενών Τελικού Σταδίου: Ανάπτυξη και προοπτική» *Νοσηλευτική* 2:156-163.

Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. (2012) *Ανακουφιστική Φροντίδα: Φροντίδα στα όρια της ζωής;* *Νοσηλευτική* 51(4): 351-353.

Συμβούλιο της Ευρώπης (2003), *Συστάσεις (2003)24 της Επιτροπής των Υπουργών προς τα κράτη- μέλη για την οργάνωση της Παρηγορητικής Αγωγής*, Αθήνα.

Μυστακίδου, Κ. (2005) *Ολιστική Αγωγή Ασθενών με χρόνιες και καταληκτικές παθήσεις*, 14-32, Gerolymatos, Αθήνα.

Payne C, Seymour J., Ingleton C. (2004) Introduction in Payne C., Seymour J. and Ingleton C Introduction (eds) *Palliative care Nursing Principles and Evidence for Practice*, Open University Press 1-12.

Jones, B., Nacherud, I., Boyle, D., (1997) *Differential Utilization of Hospice Services in Nursing Homes*, *The Hospice Journal* 12(3): 41-57.

Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε.,(2014) «Σύγχρονες προσεγγίσεις στην ανακουφιστική φροντίδα», πανεπιστημιακές παραδόσεις, Ενότητα Ε, Πρόγραμμα Δια Βίου Μάθησης, επικαιροποίηση σε βασικές και εκπαίδευση σε νέες προηγμένες νοσηλευτικές δεξιότητες που απαιτούνται για τη φροντίδα υγιών και ασθενών ατόμων, Αθήνα.

Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και μη ασθενών (ΠΑΡΥ.ΣΥ.Α.),2010, Σεπτέμβριος, τεύχος 13.

World Health Organization, (1990) Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Reports series, No 804), Geneva.

World Health Organization, (2004) Palliative Care The Solid Facts, Eds Davis, E. & Higginson, I. WHO Regional Office for Europe, Denmark.

Τατσιώνη ,Α., Καραθάνος ,Β. και Μίσσιου, Α., Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα(www.kallipos.gr απόκτηση 20/10/2017).

Νόμος 2071/ 1992 (ΦΕΚ 123/ τ.α'/15-07-1992) «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας».

Αλαμάνου, Δ. , Φώτος, Ν. και Μπροκολάκη- Παναουδάκη, Η. (2017) Μέθοδοι ενημέρωσης ασθενών με καρκίνο και η ενημερωμένη συναίνεση, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 34(2): 151-164.

Νόμος 3418/2005 (ΦΕΚ 287/τ.α'28-11-2005) «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας».

Νταβώνη ,Γ., Μπαγιάτη-Λεβάκου, Μ.και Δάντσιου, Μ.(2013) *Ηθικοί προβληματισμοί για τον περιορισμό της θεραπείας και αποφάσεις στο τέλος της ζωής*. Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης τόμος 6- τεύχος 2.

Ορφανός,Γ. και Αρδαβάνης ,Α.(2009) *Ευθανασία και ανακουφιστική ιατρική*, Βήμα Κλινικής Ογκολογίας, 8(3-4):188- 194.

Κωνσταντινίδης, Θ. και Φιλαλήθης,Α.(2013) *Ο ρόλος των νοσηλευτών Ογκολογίας στη Νοσηλευτική Φροντίδα Ογκολογικών Ασθενών με Προχωρημένη Νόσο*, Hellenic Journal of Nursing 52(2): 117-130.

Lack,S. A.(1977) The hospice concept- the adult with advanced cancer. In proceedings of the American Cancer Society Second National Conference on Human Values and Cancer, 160-166, Chicago: American Cancer Society.

National Hospice Organization (1979) Standards of a Hospice Program of Care. National Hospice Organization, McLean VA.

National Hospice Organization, (1998) Hospice fact sheet(on line, <http://www.nho.org/facts.htm>).

Wallston,K.A., Burger,C.,Smith, R., A & Baugher,R.J., (1988) Comparing the quality of death for hospice and non- hospice cancer patients, Medical care, 26(2): 177-182.

Radbrych,L. & Payne,S., (2010) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, European journal of Palliative Care, 17(1):22-33.

Payne, S., Langley- Evans, A. & Hiller, R., (1996) Perceptions of a “good” death: a comparative study os the views of hospice staff and patients, Palliative Medicine, 10: 307-12.

www.canser-society.gr (ανάκτηση 5-12-2017).

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (Ε.Ε.Β.Κ.)(2008) «Ανακουφιστική Φροντίδα: Μια σύνθετη προσφορά του ιατροκοινωνικού συστήματος προς τον άνθρωπο» (2008) Γνώμη Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου.

<https://anticancersociety.org.cy/el/page/arodafnousa> (απόκτηση 10-9-2017).

(<https://anticancersociety.org.cy/el/page/evagoreio> (απόκτηση 10-9-2017).

Οικονόμου, Χ. (2012) Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) /7, Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ΙΝΕ, Αθήνα.

ΑΔΕΔΥ: Κοινωνικό Πολυκέντρο, Επιστημονικός υπεύθυνος Σακελλαρόπουλος, Θ. (2012) Διαρθρωτικά και ποιοτικά

χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα. Αθήνα

Κυριόπουλος, Γ. και Σουλιώτης, Κ. (2002) *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά προβλήματα στη Μέτρηση και τις Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/τ.α' /7-10-1983) Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Μανιού, Μ. και Ιακωβίδου, Ε. (2009) *Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα*, Το βήμα του Ασκληπιού, τόμος 8^{ος}, τεύχος 4^ο, Οκτώβριος- Δεκέμβριος .

Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι. και Χατζητόλιος, Α., (2012) *Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα. Σύνοψη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 30(2): 233-240.

Βραχάτης, Δ. και Παπαδόπουλος ,Α., (2012) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και προοπτικές*. Νοσηλευτική 51(1): 10-17.

Σακελλαρόπουλος, Θ. και Οικονόμου, Χ.,(2006) *Εθνικές προτεραιότητες και ευρωπαϊκές προκλήσεις στη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας και απασχόλησης στην Ελλάδα, 1980-2004*, Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη 1(1), 5-36.

Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α') «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».

Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ.α'/18-02-2004) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

Κοινή Υπουργική Απόφαση(Κ.Υ.Α. ΔΥ8/Β/ΟΙΚ 89126-ΦΕΚ Α' 1534/17-8-2007) με θέμα « Καθορισμός όρων, προϋποθέσεων για την ίδρυση και λειτουργία Ξενώνων Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Αγωγής Ασθενών (ΞΕ.ΝΟ.Φ.Α.Α.Α)»

Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ.α'/17-02-2014), «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις».

Εγκύκλιος υπ. Αριθμ. Γ 3δ/Δ.Φ 14/Γ.Π. ΟΙΚ. 58490 (31/7/2017) με θέμα « Οργάνωση, λειτουργία και ενιαίος καθορισμός διαδικασιών για την ανάπτυξη του Πιλοτικού Δικτύου των τμημάτων ή υπηρεσιών Κατ'οίκον Νοσηλείας»

Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017), «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2010), «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015» , Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Υπουργείου Υγείας(2013) «Αναπτυξιακή Στρατηγική και Στόχοι του τομέα Υγείας για την περίοδο 2014-2020».

Υπουργείο Υγείας (2013), «Υγεία 2014-2020» , Πρόταση Υπουργείου Υγείας , Μάιος 2013.

Υπουργείο Υγείας, Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020, Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ.

Φυντανίδου, Ε. άρθρο, εφημερίδα Το Βήμα (2007) «Ανάλγητα νοσοκομεία.Πετούν έξω τους καρκινοπαθείς.Τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα διώχνουν τους ασθενείς σε τελικό στάδιο - Δεν υπάρχουν μονάδες αποκατάστασης και ειδικόί ξενώνες». (<http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=185072>), (ανάκτηση 17/10/2017).

Φούρα, Γ., άρθρο,Εφημερίδα Καθημερινή (2009) «Το σύστημα Υγείας ταλαιπωρεί ασθενείς στο τελικό στάδιο» (<http://www.kathimerini.gr/359852/article/epikairothta/ellada/to-systhma-ygeias-talaipwrei-as8eneis-sto-teliko-stadio>), (ανάκτηση 17/10/2017).

Σιαφακα, Ι. , άρθρο, εφημερίδα Τα Νέα (2009), «Παρηγορητική θεραπεία. Πολυτέλεια ή ανθρωπιστική ανάγκη;». (<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=91529>), (ανάκτηση 17/10/2017).

Λαβδανίτη Μ.,(2000) *Νοσηλευτική προσέγγιση στα προβλήματα ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου*, Νοσηλευτική 3: 225-228.

<http://www.monadaanakoufisis.gr/gr/el/mesa-koinonikis-diktiosis/>
(ανάκτηση 31-08-2017).

<http://metaxa-hospital.gr/features/kat-oikon-noshleia/> (ανάκτηση 31-08-2017).

Απόφαση Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 1687/Τ.Β' / 28-7-2011), με θέμα «Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους» .

Νόμος 4052/2012,(ΦΕΚ 41/1-3-2012/Τ.Α') Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις.

Δεμέτης, Χ. (2013) *Τι αλλάζει στα νοσοκομεία. Ποια τμήματα συγχωνεύονται ή μεταφέρονται* , άρθρο, http://news247.gr/eidiseis/koinonia/ygeia/ti-allazei-sta-nosokomeia-poia-tmhmata-sygxwneuontai-h-metaferontai_2359934.html ανάκτηση 3-10-2017.

1η ΥΠΕ Αττικής(2017), Παρουσίαση Έργου 2015-2016.

Ρούπα ,Ζ., Ραφτόπουλος , Β., Τζαβέλας, Γ., Σαπουντζή- Κρέπια, Δ. και Κοτρώτσου, Ε., (2008) *Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα*, Νοσηλευτική 47: 247-255.

Κωνσταντινίδης, Θ. και Φιλαλήθης, Α., (2014) *Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο. Η νοσηλευτική προσέγγιση*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31(4): 412-422.

Αδαμακίδου, Θ. και Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, Α.,(2008) *Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*, Νοσηλευτική, 47(3):320-333.

Zelman, W. N., Pink, G. & Mathias, C.B., (2003), "*Use of the Balanced Scorecard in Health Care*", Journal of Health Care Finance, 29(4): 1-15.

Kaplan, R.S. & Norton, D.P. (1997), "*Why does Business need a Balanced Scorecard?*", Journal of cost management, May/June : 5-10.

Μπουρσανίδης, Χ. (2005), «*Στρατηγικό Μάνατζμεντ στη Δημόσια Διοίκηση. Μια συστηματική παρουσίαση του Balanced Scorecard από την σκοπιά του Δημόσιου Μάνατζμεντ Υγείας*», 1^ο Συνέδριο Διοικητικών Επιστημόνων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1.ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΠΟΝΟΥ

Αττική

- **Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»**
Αγίου Θωμά 17, Αθήνα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: Εξωτερικά Ιατρεία 2107456310, 2107456773, 2107456774, Απογευματινά Ιατρεία 1535, 2107456658, 2107456659
- **Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ελπίς»**
Δημητσάνας 7, Αμπελόκηποι
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2106432593
- **Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός»**
Υψηλάντου 45-47, Αθήνα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: Εξωτερικά Ιατρεία 2107218965, 2107218649, 2107201170, 2107201228, Απογευματινά Ιατρεία 2107201050, 2107201041
-
- **Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας 251**
Π. Κανελλοπούλου 3, Γουδί
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2107664445
-
- **Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»**
Βασιλίσσης Σοφίας 80 και Λούρου, Αθήνα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: Εξωτερικά Ιατρεία 2103381180, 2103381190
- **Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας»**
Λεωφόρος Αλεξάνδρας 171, Αθήνα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2106409000, Εξωτερικά Ιατρεία 2106409999, Απογευματινά Ιατρεία 2106409103
- **Γενικό Νοσοκομείο «Παμμακάριστος»**
Ιακωβάτων 43, Αθήνα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: Εξωτερικά Ιατρεία 2102011091, 2102019091, Απογευματινά Ιατρεία 2102234561, 2102236458
- **Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων**
Χαλκίδος 17-19, Αθήνα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2102530934, 2102530935, 2102502140, Απογευματινά Ιατρεία 2102530934, 2102530935, 2102502140

- **Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Αγλαΐα Κυριακού»**
Θηβών & Λιβαδειάς, Γουδί
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 1535
 - **Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»**
Μαντούβαλου 3, Νίκαια
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: Εξωτερικά Ιατρεία 2104933200, 2104933202, 2104933213
 - **Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»**
Βασιλίσσης Σοφίας 108, Αθήνα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2107483770 (εσωτ. 366 και 367), 2107798256, 2107792826
 - **Περιφερειακό Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά»**
Μπότσαρη 51, Πειραιάς
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2104284444-54, 2104285000 (εσωτ. 1417)
 - **Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο»**
Σισμανόγλου 1, Μαρούσι
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2108047165, 2108043203, 2108041686
 - **Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αρεταίειο»**
Βασ. Σοφίας 76, Αθήνα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2107286288
 - **Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Δυτικής Αθήνας «Αττικόν»**
Ρίμινι 1, Χαϊδάρι
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2105831000 (εσωτ. 2075)
 - **Νοσοκομείο ΙΚΑ Γεώργιος Γεννηματάς – Πρότυπο Ογκολογικό Νοσοκομείο**
Ασωπίου 4 & Παράσχου, Αθήνα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2106495100
 - **Metropolitan Hospital**
Εθνάρχου Μακαρίου 9 και Ελευθερίου Βενιζέλου 1, Νέο Φάληρο
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2104809000
 - **Ίδρυμα «Τζένη Καρέζη»**
Κορινθίας 27, Αθήνα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2107717359, 2107486450, 2107707669
- Βέροια**
- **Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας**
Οδός προς Ασωμάτων, 59100 Βέροια
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 23310 59290
- Βόλος**
- **Νομαρχιακό Περιφερειακό Νοσοκομειακό Βόλου «Αχιλλοπούλειο»**
Πολυμέρη 134, Βόλος

Δράμα

- **Νοσοκομείο Δράμας**
66100 Δράμα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 25210 23351
Θεσσαλονίκη
- **Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»**
Αλεξ. Συμεωνίδη 2, Θεσσαλονίκη
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2310898848-9
-
- **Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»**
Κωνσταντινουπόλεως 49, Θεσσαλονίκη
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2310892020, 2310850850
-
- **Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ**
Στιλπ. Κυριακίδη 1, Θεσσαλονίκη
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2313303310, 2313303110-1
Ιωάννινα
- **Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων**
Λεωφ. Πανεπιστημίου, Γιάννενα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 26510 99111
Καβάλα
- **Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας**
Αμ. Ερυθρού Σταυρού 61, Καβάλα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2510292157, 2510292353
Καρδίτσα
- **Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας**
43100 Καρδίτσα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 24410 65555
Καρπενήσι
- **Γενικό Νοσοκομείο Καρπενησίου**
Π. Μπακογιάννη 2, Καρπενήσι
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 22370 28206
Κρήτη
- **Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χανιών «Άγιος Γεώργιος»**
Μουρνιές Χανιών
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2821022540

Λάρισα

- **Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας**

Περιοχή Πεζούρλο, Λάρισα

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2410617000

Ξάνθη

- **Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης**

Νεάπολη, Ξάνθη

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2541077777, 2541047292, 2541047252

Πάτρα

- **Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»**

Τσερτίδου 1, Πάτρα

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2610225102, 2610225050, 2610227802

Σέρρες

- **Γενικό Νοσοκομείο Σερρών**

Νότια περιφερειακή οδός, Σέρρες

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 23210 94588

Σύρος

- **Γενικό Νοσοκομείο Σύρου «Βαρδάκειο»**

Γ. Παπανδρέου 2, Σύρος

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 22810 88955

ΠΗΓΗ: <https://www.almazois.gr/>

**2.Συνοπτική παρουσίαση των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΗΚΥΟ)
που έχουν σχέση με τον καρκίνο στην Ελλάδα**

ΕΠΩΝΥΜΙΑ	URL ή ΤΗΛΕΦΩΝΟ
ΑΓΑΠΑΝ – ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΟΝΕΤΙΚΗ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΕΛΛΑΣ	www.agapan.gr
Αγκαλιάζω – ΟΜΙΛΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	www.oekk.gr
ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ – ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	www.almazois.gr
ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ – ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	www.almazoisthes.gr
ΑΝΟΙΧΤΗ ΑΓΚΑΛΙΑ – ΦΙΛΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΟΙΧΤΗ ΑΓΚΑΛΙΑ	www.fkpanoixtiagalia.gr
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ	www.cancer-society.gr
ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	www.redcross.gr
ΕΛΠΙΔΑ – ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΦΙΛΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	www.elpida.org
EUROPA DONNA HELLAS	http://petitioneuropadonna.mind-work.gr/europadonna

ΙΔΡΥΜΑ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	www.bcactionfund.org
ΙΔΡΥΜΑ ΤΖΕΝΗ ΚΑΡΕΖΗ	www.jfk.gr , www.monadaanakoufisis.gr
ΚΕΦΙ – ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΙΠΑΘΩΝ, ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ, ΦΙΛΩΝ , ΙΑΤΡΩΝ	www.anticancerath.gr
Η ΛΑΜΨΗ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	http://lampsi.org
ΜΕΡΙΜΝΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ	www.merimna.org.gr
ΠΑΡηΣυΑ – ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	www.grpalliative.gr
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ ΑΓ.ΣΟΦΙΑ «Η ΠΙΣΤΗ»	www.pisti.gr
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ	www.sillogoskarkinopathon.gr
ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΦΙΛΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ ΜΕΤΑΞΑ	http://filoiasthenwn-metaxa.blogspot.com

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΙΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ – ΦΛΟΓΑ	www.floga.org.gr
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΙΛΩΝ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ Η ΣΤΟΡΓΗ	2310544320
ΕΝΩΣΗ ΠΟΛΙΤΩΝ ΝΟΜΟΥ ΦΛΩΡΙΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	2385046385
ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ	2310233224
ΕΥ ΖΩ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	www.efzo.gr
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΙΛΩΝ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΟΙ ΑΓ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ	www.sfgonk.gr
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΒΕΡΟΙΑΣ - ΗΜΑΘΙΑΣ «ΑΓ ΠΑΡΘΕΝΙΟΣ»	http://sylkark.blogspot.com
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	2382028075
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΝΟΜΟΥ ΔΡΑΜΑΣ	http://syllogoskarkinopathondramas.blogspot.com
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΕΔΕΣΣΑΣ & ΠΕΡΙΧΩΡΩΝ	http://skepedessas.blogspot.com
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΕΟΡΔΑΙΑΣ	2463053035
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ- ΠΙΕΡΙΑΣ Η ΑΓ. ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	http://syllogoskcp.blogspot.com

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΟΖΑΝΗΣ	2461041094
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΛΑΡΙΣΑΣ	2410626914
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ Ν.ΚΙΛΚΙΣ «Ο ΑΓ ΕΥΓΕΝΙΟΣ»	2341076560
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΙΛΩΝ ΚΥΡΙΩΝ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ	2106456713
ΟΜΙΛΟΣ ΦΙΛΩΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Π.Γ.Ν.Α. Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ «ΤΟ ΑΡΧΕΓΟΝΟ ΚΥΤΤΑΡΟ»	www.oeak.gr
ΜΕΙΝΕ ΔΥΝΑΤΟΣ-Be strong.org.gr	www.bestrong.org.gr

ΠΗΓΗ : <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=1329>

3.Υποδείγματα αιτήσεων για εισαγωγή ασθενών στο Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο. (Πηγή: <http://www.spilioroulio.gr>)

Α' έντυπο

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ

A. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

1. Α/Α Θώρακος.....
Αθήνα/...../..... Ο Ιατρός
2. Η.Κ.Γ.....
Αθήνα/...../..... Ο Ιατρός
3. Γενική Αίματος.....
4. ΤΚΕ.....
5. Σάκχαρο.....
6. Ουρία.....
7. ΗβςAg.....
8. HCV.....
9. Η.Ι.Υ.....
10. Wasserman/VDRL.....
11. Ενεργός ή Χρόνια Φυματίωση.....
Αθήνα/...../..... Ο Ιατρός

B. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ο Υπογεγραμμένος Ιατρός.....

Βεβαιώνω ότι εξέτασα τ..... ασθενή.....

και βρήκα αυτ..... να φέρει/πάσχει από:

1. Πολυανθεκτικά μικρόβια αντιβιοτικά που απαιτούνται.....
2. Οξύ νόσημα που απαιτεί ειδική νοσηλεία ή καρκίνο
3. Αναπνευστική νόσο αναφέρετε:.....
4. Τραχειοτομία
5. Levin
6. Ηπατική νόσο αναφέρετε:.....
7. Νεφρική νόσο αναφέρετε:..... υπό αιμοκάθαρση
8. Γαστροστομία
9. Κολοστομία
10. Νόσο ουροποιητικού αναφέρετε:..... φέρει folley
11. Αγγειακή νόσο αναφέρετε:.....
12. Νευρολογικό νόσημα αναφέρετε:.....
13. Αναιμία
14. Δυσεπούλωτα τραύματα ή κατακλίσεις

Επίσης βεβαιώνω ότι βρήκα αυτ... κλινήρη , περιπατητικό , μερικώς περιπατητικό
αυτοεξυπηρετούμενο , μη αυτοεξυπηρετούμενο .

ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

(ΣΥΝΟΛΙΚΑ).....
.....
.....

..... Αθήνα

...../...../.....

Ο Ιατρός

Β' έντυπο

ΑΙΤΗΣΗ

Α.ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ:.....

.....

ΤΜΗΜΑ.....

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ:.....

ΠΡΟΣ:

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ"

Δημ. Σούτσου 21 - Αμπελόκηποι

Τ.Κ. 11521

Τηλ: 2132023400

Φαξ: 2106446951

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....

ΟΔΟΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ.....

ΑΔΤ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ.....

ΑΦΜ.....

ΑΜΚΑ:

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε το αίτημα για μεταφορά του/της.....

.....στο

Νοσοκομείο σας.

Συνημμένα υποβάλλουμε:

1. Το Ιατρικό Πιστοποιητικό
2. Έκθεση Κοινωνικής έρευνας από Κοινωνικό Λειτουργό
3. Φωτοαντίγραφο Βιβλιαρίου Υγείας
4. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής Ταυτότητας/ Διαβατηρίου

Ο/Η ΑΙΤ.....
