

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ
ΙΣΠΑΝΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΤΟ
ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ ΤΩΝ
ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΘΕ ΧΩΡΑΣ».**

**“Comparative study in Greece and Spain for the
provided services of speech language therapy,
the level of study of speech language therapists
and their structure in the system of health of
each country.”**

Σπουδάστριες: Ζέλου Σοφία (Α.Μ. 1185)

Κατζάκη Καλλιόπη (Α.Μ. 1281)

Επιβλέπων καθηγητής: Λίτινας Νικόλαος

Συνεπίβλεψη: Γεωργοπούλου Σταυρούλα

ΠΑΤΡΑ 2014

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΑΒSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ.....	7
1.1 Η ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	7
1.1.1 Η ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	10
1.1.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ....	11
1.1.3 Η ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	13
1.2 Η ΟΡΓΑΝΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΣΠΑΝΙΑ	17
1.2.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΣΠΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	20
1.2.2 Η ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΙΣΠΑΝΙΑ	21
1.3 ΣΠΟΥΔΕΣ ΣΤΗ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	24
2.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	24
2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	24
2.3 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	25
3.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	52
4.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΧΩΡΩΝ.....	52
4.2 ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	54
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	55
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	58

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης πηγάζουν από συγκεκριμένες πολιτικές, ιστορικές, πολιτιστικές και κοινωνικοοικονομικές παραδόσεις. Ως αποτέλεσμα, οι οργανωτικές ρυθμίσεις για την υγειονομική περίθαλψη διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως και η κατανομή του κεφαλαίου καθώς και των ανθρώπινων πόρων.

Οι κύριες μορφές οργάνωσης της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση χρηματοδοτούνται από τους φόρους των εθνικών συστημάτων υγειονομικής υπηρεσίας και εκείνων που λειτουργούν μέσω της κοινωνικής ασφάλισης με την οποία τα ασφαλιστικά ταμεία μπορεί να είναι ανεξάρτητα από την κυβέρνηση. Κάθε σύστημα προσπαθεί να καλύψει κάθε ανάγκη του πληθυσμού για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως στόχο να παρέχει σύγχρονες συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα και στην Ισπανία, της παρεχόμενες υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας, την εκπαίδευση τους και ειδικότερα των λογοθεραπευτών, καθώς και την διάρθρωσή τους στο σύστημα υγείας της κάθε χώρας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αποδοτικότητα στην παροχή υπηρεσιών παραμένει μια σημαντική ανησυχία στην Ισπανία. Υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής για μια σειρά από παρεμβάσεις της υγειονομικής περίθαλψης η οποία συνέβαλε στη σημαντική πρόωμη δημόσια δυσαρέσκεια με το σύστημα σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο, υπήρξαν σημαντικές βελτιώσεις στη δημόσια αποδοχή του ισπανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε ετών, γεγονός το οποίο δίνει ένδειξη δημόσιας συναίνεσης για τις πρόσφατες αλλαγές. Το σύστημα αντιμετωπίζει επίσης κάποιες δυσκολίες στην εδραίωση ενός σταθερού συστήματος χρηματοδότησης, καθώς και στον έλεγχο των αυξήσεων στις δαπάνες.

Αντίστοιχα, το ελληνικό σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από μια ισχυρή έμφαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Τμήματα στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων χρησιμοποιούνται συχνά για την πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι ασθενείς στην Ελλάδα έχουν πρόσβαση σε αρκετά ιδρύματα που συχνά προσφέρουν τόσο πρωτοβάθμια όσο και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Ωστόσο, δεν υπάρχει επίσημο σύστημα παραπομπής σε λειτουργία μέχρι σήμερα.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία, με τίτλο «*Συγκριτική μελέτη σε Ελλάδα και Ισπανία ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες της λογοθεραπείας, το επίπεδο σπουδών των λογοθεραπευτών και την διάρθρωσή τους στο σύστημα υγείας της κάθε χώρας*», πραγματοποιείται βιβλιογραφική επισκόπηση αποσαφηνίζοντας την οργανωτική δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και στην Ισπανία, την παροχή υπηρεσιών λογοθεραπείας στην Ελλάδα, την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Ισπανίας, την θέση και τις δυνατότητες επιλογής των ασθενών στις χώρες αυτές, καθώς και οι σπουδές λογοθεραπείας στην Ευρώπη.

Στην παρούσα έρευνα συμπεριλαμβάνεται και η ερευνητική διαδικασία με ερωτηματολόγια, τόσο ποιοτικών όσο και ποσοτικών μεταβλητών. Απώτερος σκοπός είναι η συγκριτική ανάλυση, ως προς τις υπηρεσίες λογοθεραπείας των δύο χωρών.

Όπως προαναφέρθηκε, η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως στόχο να παρέχει σύγχρονες συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα και στην Ισπανία, της παρεχόμενες υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας, την εκπαίδευση τους και ειδικότερα των λογοθεραπευτών, καθώς και την διάρθρωσή τους στο σύστημα υγείας της κάθε χώρας.

ABSTRACT

Efficiency in service delivery remains a major concern in Spain. There are long waiting lists for a range of interventions in health care which contributed to important early public discontent with the system in comparison with other EU countries. However, there have been significant improvements in the public acceptance of the Spanish health care system over the past five years, which gives an indication of public consensus on the recent changes. The system also faces some difficulties in establishing a stable financial system, and to control increases in costs.

Similarly, the Greek health care delivery system is characterized by a strong emphasis on hospital care. Outpatient departments of hospitals are often used for primary care. Patients in Greece have access to several institutions often offer both primary and secondary care.

In this thesis, entitled "*Comparative study in Greece and Spain as to the services of therapy, the level of education of speech therapists and their structure in the health system of each country*", performed literature review clarifying the organizational structure of the health system Greece and Spain, providing speech therapy services in Greece, evaluation of health systems in Greece and Spain, the location and patient choice in these countries, and studying therapy in Europe.

This research includes the research process through questionnaires, both qualitative and quantitative variables. The ultimate goal is the comparative analysis as to the therapy services of the two countries.

As stated above, this thesis aims to provide modern comparable information on health care systems in Greece and Spain, the services of health professionals, education and especially the speech therapist, and the structure in the health system of each country.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας οι κοινωνικό - πολιτικοί σχηματισμοί που αναπτύχθηκαν, κυρίως στις δυτικά αναπτυγμένες βιομηχανικά χώρες, οδηγούν στο να διακρίνουμε μια ιδεολογία, η οποία επικεντρώνεται στην ανάγκη δημιουργίας ενός συστήματος υγείας. Αυτό θα προσφέρει ολοένα και καλύτερες παροχές στους ασθενείς, στην ανάγκη δημιουργίας ενός συστήματος εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα των λογοθεραπευτών.

Η σημερινή πραγματικότητα μας δείχνει αυτή την αναγκαιότητα για καλύτερες παροχές λογοθεραπείας. Συνεχώς ανακύπτει το αιώνιο πρόβλημα της στενότητας των οικονομικών πόρων και της καλύτερης δυνατής διαχείρισης του οικονομικού συστήματος στο σύνολό του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 Η ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει έναν αριθμό υγειονομικών παραγωγικών μονάδων οι οποίες συλλειτουργούν και συνυπάρχουν μέσα σε ένα ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, με στόχο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα ως «σύστημα υγείας» ορίζεται το σύνολο των δομών και των υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης. Βασίζεται σε θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας, με σκοπό την προαγωγή του δικαιώματος της υγείας και κατ' επέκταση της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνονται (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., & Σούλης Σ., 2011). Επιμέρους στοιχεία ενός συστήματος υγείας σύμφωνα με τον Levy (1975) είναι (Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., & Χατζοπούλου Μ., 2008):

- Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού,
- Παραγωγή υπηρεσιών υγείας,
- Μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών.

Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού προσδιορίζει τις ανάγκες και το πλαίσιο σχεδιασμού του υγειονομικού τομέα. Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού είναι: ο δείκτης γήρανσης του πληθυσμού, το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, η γενική θνησιμότητα, η πρόωμη θνησιμότητα και τα μεταναστευτικά ρεύματα. Στο δεύτερο υποσύστημα ορίζουμε ποιός θα παράγει τις υπηρεσίες στους πολίτες. Στο τρίτο υποσύστημα ορίζουμε τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας του πληθυσμού. Η κάλυψη μπορεί να προέρχεται είτε από το κράτος είτε από την κοινωνική ασφάλιση, είτε από τους ίδιους πόρους των ασθενών (Τούντας Γ., 2010).

Το Ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από ένα μεικτό σύστημα υγείας με συμμετοχή τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα, όχι μόνο από την πλευρά παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και από την χρηματοδότηση αυτών (Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., & Χατζοπούλου Μ., 2008). Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα του Έλληνα πολίτη και σχετίζεται με την υπηκοότητα, την επαγγελματική κατάσταση και τις ασφαλιστικές εισφορές προς τους δημόσιους φορείς. Σκοπός του Ε.Σ.Υ. είναι η βελτίωση της υγείας των ασθενών και όχι η προσφορά υπηρεσιών υγείας. Έτσι, συχνά ο δημόσιος τομέας ικανοποιεί τις ανάγκες του πληθυσμού, ενώ ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει την ζήτηση. Στο Ε.Σ.Υ. συνυπάρχουν τόσο η χρηματοδότηση από την γενική φορολογία (Beveridge type), που συναντάται κυρίως στην Μ. Βρετανία, Ιρλανδία, Σκανδιναβικές χώρες και τον Ευρωπαϊκό νότο, όσο και η χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση (Bismarck type), που συναντάται στην υπόλοιπη Δυτική Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, σε αυτή την περίπτωση τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης «αγοράζουν» υπηρεσίες από δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας (de Kervasdoue J., 2009).

Πριν από το 1983 η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα ακολουθούσε το μοντέλο Bismarck type, δηλαδή βασιζόταν στην κοινωνική ασφάλιση. Έως το 2010 στην Ελλάδα συνυπάρχει το Ε.Σ.Υ., το οποίο θεσμοθετήθηκε το 1983 μαζί με ένα μεγάλο αριθμό ταμείων περίπου 30 στο σύνολο, τα οποία λειτουργούν υπό κρατικό έλεγχο και με ένα ιδιαίτερα αναπτυγμένο ιδιωτικό τομέα. (Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., & Χατζοπούλου Μ., 2008). Το υγειονομικό σύστημα στην Ελλάδα συνίσταται σε 3 επιμέρους υποσυστήματα (de Kervasdoue J., 2009):

- Το Ε.Σ.Υ. που περιλαμβάνει κυρίως νοσοκομεία, κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και το Ε.Κ.Α.Β.
- Το Ι.Κ.Α και τα λοιπά ασφαλιστικά ταμεία, όπου περίπου τριάντα το 2010 προσφέρουν κάλυψη στους δικαιούχους ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής.
- Ο ιδιωτικός τομέας που περιλαμβάνει κερδοσκοπικού τύπου νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές, μαιευτήρια, ανεξάρτητα ιατρεία και οδοντιατρεία.

Το εγχώριο υγειονομικό σύστημα διακρίνεται σε 3 κατηγορίες υγειονομικής περίθαλψης:

Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει υπηρεσίες διάγνωσης και πρόληψης ασθενειών και νοσημάτων χωρίς να απαιτείται νοσηλεία του ασθενή σε νοσοκομείο. Παρέχεται:

- Από φορείς του δημόσιου τομέα (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών).
- Από ιδιωτικούς φορείς, σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες πρόληψης και διάγνωσης ιδιωτικών ιατρείων, διαγνωστικών κέντρων, εξωτερικών ιατρείων, ιδιωτικών κλινικών, ιδιώτες ιατροί και οδοντίατροι (de Kervasdoue J., 2009).

Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται υπηρεσίες που απευθύνονται σε ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομεία ή κλινικές. Παρέχεται από:

- Φορείς του δημοσίου (δημόσια νοσοκομεία, λίγα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος),
- Ιδιωτικούς φορείς (Κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία και κλινικές) (de Kervasdoue J., 2009).

Τριτοβάθμια περίθαλψη

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν μεγάλης δυναμικότητας Πανεπιστημιακά και Γενικά νοσοκομεία που διαθέτουν πληρότητα σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και ειδικευμένο προσωπικό. Στα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία συντελείται και η έρευνα στον τομέα της ιατρικής και τεχνολογίας (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., & Σούλης Σ., 2011).

Η πολιτική υγείας (health policy) είναι το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο WHO για την υγεία. Εντάσσεται στις κοινωνικές πολιτικές και αποτελεί τμήμα των κρατικών πολιτικών (policies) κάθε χώρας, ενώ εξαρτάται τόσο από τις εν γένει πολιτικές (politics) δομές και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα γενικότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες κ.ά. (Αντωνοπούλου Λ., 2008).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν έχει μία λεπτομερώς σχεδιασμένη και δεσμευτική πολιτική για την υγεία. Αυτό οφείλεται στην εξελικτική ανάπτυξη της Ε.Ε, στην αρχή

της επικουρικότητας, αλλά και στο γεγονός ότι το αίτημα της ύπαρξης κρατικών πολιτικών για την υποστήριξη υγείας των πολιτών αποτελεί έναν «εκ των ουκ άνευ» όρο για συμμετοχή στην Ε.Ε. Όσον αφορά στην ελληνική περίπτωση αποτελεί ένα υβρίδιο ανάμεσα σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck) και σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (μοντέλο Beveridge) (Τούντας Γ., 2010).

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε σταδιακά στον χρόνο και επηρεάστηκε από την εξέλιξη της κοινωνίας και των ανθρωπίνων αξιών, της ιατρικής, της επιστήμης, της οικονομίας, χωρίς όμως ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχους. (Αντωνοπούλου Λ., 2008). Μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο έγινε συνειδητή η ανάγκη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στις αναπτυγμένες χώρες με σημαντικό σταθμό την λειτουργία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service ή N.H.S) το 1948 στην Μ. Βρετανία (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., & Σούλης Σ., 2011).

Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας έγινε το 1953 επί κυβερνήσεως Παπάγου με το Ν.Δ. 2592/53 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», όμως μόλις το 1983 με τον Ν. 1397 επιχειρείται η μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και οι βάσεις ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Βασικές αρχές του Ν.1397/1983 ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης. Βασικοί στόχοι του ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας (Αντωνοπούλου Λ., 2008).

Παρά τα μέτρα που λήφθηκαν την τελευταία 15ετία, η πολιτική υγείας στην Ελλάδα σήμερα παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα. Αυτά αφορούν στην χρηματοδότηση και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας με το ΕΣΥ από τη μια και τα πολλά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης από την άλλη, στις περιφερειακές ανισότητες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την χωροταξική τους κατανομή, προβλήματα στην εσωτερική οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων και ένα υπερσυγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης και ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας (Αντωνοπούλου Λ., 2008). Το σύστημα προμηθειών συχνά δημιουργεί τεχνητές ανάγκες και οι «άτυπες» ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν σημαντικό μέρος των δαπανών για την υγεία (Αντωνοπούλου Λ., 2008). Ως αποτέλεσμα εκτιμάται ότι η Ελλάδα δαπανά περίπου 9% του ΑΕΠ για ένα προϊόν αμφίβολης ποιότητας και χαμηλής κοινωνικής αποδοχής (Τούντας Γ., 2010).

1.1.1 Η ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι λογοθεραπευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα. Στον δημόσιο και ευρύτερο δημόσιο τομέα (οργανισμοί, νοσοκομεία, σχολεία, ιδρύματα, κέντρα ψυχικής υγείας κ.ά.) εξελίσσονται στην διοικητική ιεραρχία σύμφωνα με τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις. Επίσης, μπορούν να απασχολούνται σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Στον ιδιωτικό τομέα απασχολούνται με σχέση εξαρτημένης εργασίας ή κάποια άλλη μορφή εργασιακής σχέσης ή ως ελεύθεροι επαγγελματίες σε Κέντρα Λογοθεραπείας καθώς και σε Κέντρα Αποκατάστασης. Επίσης, έχουν το δικαίωμα παροχής κατ' οίκον θεραπείας σε ασθενείς. Μπορούν ακόμη να ιδρύσουν ιδιωτικά Κέντρα Αποκατάστασης, που παρέχουν υπηρεσίες αποκατάστασης με υποχρεωτική απασχόληση των αρμόδιων επαγγελματιών, σύμφωνα με τις διατάξεις της ισχύουσας νομοθεσίας (Frank V.E., 2004).

Ο λογοθεραπευτής ασχολείται με τη διάγνωση και τη θεραπεία σε προβλήματα λόγου (προφορικού και γραπτού) σε παιδιά και ενήλικες. Το επάγγελμα του σχετίζεται στενά με εκείνο του ιατρού, του ψυχολόγου και του ειδικού παιδαγωγού. Στα καθήκοντά του συμπεριλαμβάνονται η εκτίμηση του προβλήματος και η οργάνωση του προγράμματος θεραπείας, είτε ατομικά είτε σε συνεργασία με άλλους συναδέλφους συναφών ειδικοτήτων. Είναι υπεύθυνος για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος και την καταγραφή της προόδου του ενδιαφερόμενου. Κύριος στόχος του είναι η ανάπτυξη της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας καθώς και η καθαρότητα της ομιλίας και της φωνής, με τη βοήθεια ειδικών ασκήσεων (Frank V.E., 2004).

Οι διαταραχές στις οποίες παρεμβαίνει, ύστερα από τη σχετική διάγνωση, αφορούν συνήθως διαταραχές άρθρωσης, κατανόησης και έκφρασης, ανάγνωσης και γραφής, καθώς και οι μαθησιακές δυσκολίες. Ευθύνη του λογοθεραπευτή είναι να κρατάει αρχείο προόδου του κάθε περιστατικού, να παίρνει το ιστορικό και να παραπέμπει σε ειδικούς άλλων ειδικοτήτων, όπου κρίνεται απαραίτητο. Τέλος, αναλαμβάνει την ενημέρωση και την συμβουλευτική γονέων ή και άλλων συγγενών γύρω από το κατάλληλο χειρισμό μιας διαταραχής, ώστε να συμμετέχουν ενεργά και να συμβάλλουν στην διαδικασία αποκατάστασης (Frank V.E., 2004).

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών – Λογοθεραπευτών (ΠΣΛ), ιδρύθηκε το 1982. Κύρια χαρακτηριστικά του είναι ο επιστημονικός - επαγγελματικός - συνδικαλιστικός φορέας που εκπροσωπεί τους έλληνες λογοπεδικούς (θεραπευτές λόγου, λογοθεραπευτές, λογοπαθολόγους) στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

Στόχοι του Συλλόγου Επιστημόνων Λογοπαθολόγων - Λογοθεραπευτών Ελλάδος είναι η με κάθε νόμιμο μέσο, εξυπηρέτηση και προαγωγή των ηθικών, πνευματικών και γενικότερα επαγγελματικών και οικονομικών συμφερόντων των μελών του. Η ανάπτυξη στενών δεσμών αλληλεγγύης και συναδελφικότητας και η εξύψωση των μελών σε συνάρτηση προς τα εκπαιδευτικά και επιστημονικά συμφέροντα αυτών. Η έρευνα και η μελέτη των προβλημάτων, τα οποία απασχολούν την επιστήμη της λογοθεραπείας στην Ελλάδα είναι η προαγωγή, υποστήριξη και καθιέρωση αυτής της επιστήμης μέσα στα παγκόσμια πλαίσια, καθώς και η ανάπτυξη του συνδικαλιστικού πνεύματος και της συνεργασίας των μελών του.

1.1.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον (Π.Ο.Υ) οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν ένα σύστημα υγείας είναι (Ballas A., & Tsoukas H., 2004):

α) Αποτελεσματικότητα, με την έννοια αυτή εννοούμε την επίτευξη του βασικού στόχου ενός συστήματος υγείας που δεν είναι άλλος από την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Αναφορικά με τον στόχο αυτό χρησιμοποιούνται δείκτες όπως:

- i. Γενική θνησιμότητα,
- ii. Προσδόκιμο επιβίωσης,
- iii. Πρώιμη θνησιμότητα.

Στην επίτευξη όμως για την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού δαπανώνται πολλά χρήματα και είναι γεγονός ότι οι δαπάνες για την υγεία αποτελούν ένα από τα βασικά προβλήματα για τους προϋπολογισμούς αρκετών χωρών (Economou Ch., 2010).

β) Μια άλλη βασική αρχή που πρέπει να διέπει ένα σύστημα υγείας είναι η αποδοτικότητα. Σε αυτό το σημείο εξετάζεται η σχέση μεταξύ εισροών και εκροών. Εισροές σε ένα σύστημα υγείας είναι: το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, οι κτιριακές υποδομές, ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός. Ενώ εκροές είναι ο αριθμός των ημερών νοσηλείας και η βελτίωση της υγείας των ασθενών. Στόχος εδώ είναι η ορθολογική κατανομή των πόρων προς όφελος όχι μόνο των ασθενών πολιτών αλλά και ολοκλήρου του πληθυσμού (Ballas A., & Tsoukas H., 2004).

γ) Ισότητα στην πρόσβαση σε διαφορετικές κοινωνικές τάξεις, η οποία συνδέεται με την κοινωνική δικαιοσύνη και την κατανομή των φορολογικών βαρών των πολιτών (Ballas A., & Tsoukas H., 2004).

Σε μια έρευνα γνώμης που διεξήχθη το 1996 από το Ευρωβαρόμετρο, το 53,9% των Ελλήνων δήλωσαν ότι ήταν από μέτρια έως πολύ δυσαρεστημένοι από τη λειτουργία του συστήματος υγείας της χώρας. Το ποσοστό αυτό δημόσιας δυσαρέσκειας ήταν το τρίτο υψηλότερο μεταξύ των χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μετά των Ιταλών (59,4%) και των Πορτογάλων (59,3%). Επιπλέον, 69,2% των Ελλήνων εξέφραζαν την άποψη ότι χρειαζόταν μια ριζική αναδόμηση του συστήματος υγείας ή θεμελιακές αλλαγές αυτού, σε σύγκριση με το 76,9% των Ιταλών και το 70,1% των Πορτογάλων που δήλωναν το ίδιο (Mossialos, 1998). Σε μεταγενέστερη έρευνα γνώμης του Ευρωβαρόμετρου, το ποσοστό των Ελλήνων που υποστήριζαν την ανάγκη για θεμελιακές αλλαγές ή ριζική αναδόμηση του συστήματος υγείας αυξήθηκε σε 78,1%, έναντι 80,4% των Πορτογάλων και 65,5% των Ιταλών (Mossiallos E., 2008).

Πρόσφατα, το Ευρωβαρόμετρο διεξήγαγε μια νέα έρευνα γνώμης με κύριο στόχο να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο οι Ευρωπαίοι προσλαμβάνουν την ασφάλεια των ασθενών και αντιλαμβάνονται την ποιότητα της φροντίδας υγείας στη χώρα τους. Στο πλαίσιο αυτό, το ποσοστό των Ελλήνων (83%) οι οποίοι δήλωσαν ότι αισθάνονται πως υπάρχει ο κίνδυνος να υποστούν βλάβη στην υγεία τους από τη νοσηλεία σε κάποιο νοσοκομείο ήταν πολύ υψηλότερο από το ποσοστό όλων των υπόλοιπων Ευρωπαίων. Αντίστοιχη ήταν η κατάσταση και για την εξωνοσοκομειακή

φροντίδα, όπου και πάλι το ποσοστό των Ελλήνων (78%) που δήλωσαν ότι νιώθουν φόβο πως η υγεία τους θα υποστεί βλάβη από την επίσκεψή τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας ήταν το υψηλότερο από όλους τους άλλους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Economou Ch., 2010).

Σημαντικός παράγοντας με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της φροντίδας είναι η μη γενικευμένη εφαρμογή στις μονάδες υγείας συστημάτων διαχείρισης και διασφάλισης της ποιότητας. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η εφαρμογή τέτοιων συστημάτων στα ελληνικά νοσοκομεία είναι περιορισμένη και καθίσταται αναγκαία η ευρύτερη εισαγωγή τους. Σε όσες περιπτώσεις έχουν γίνει προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση, η εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας ήταν συνέπεια της πρωτοβουλίας των εργαζομένων και δεν προερχόταν από ένα κεντρικά διαμορφωμένο σχέδιο της πολιτικής ηγεσίας του χώρου (Mossiallos E., 2008).

Η έννοια της ποιότητας καλύπτει επίσης και μια ομάδα μη ιατρικών και μη οικονομικών διαστάσεων, οι οποίες αντικατοπτρίζουν το βαθμό σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και τις διαπροσωπικές σχέσεις που διαμορφώνονται κατά τη διαδικασία παροχής της φροντίδας υγείας. Είναι αυτό που ο ΠΟΥ ορίζει ως «ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας». Οι πυλώνες της ανταποκρισιμότητας περιλαμβάνουν την αξιοπρέπεια, την αυτονομία, την έγκαιρη προσοχή, την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, την επικοινωνία, τη δυνατότητα επιλογής των προμηθευτών, την κοινωνική υποστήριξη και την ποιότητα του περιβάλλοντος χώρου. Σε έρευνα που διενεργήθηκε στην Ελλάδα διαπιστώθηκε ότι τα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το σύστημα υγείας που βρίσκονται σε ικανοποιητικό επίπεδο είναι μόνο η κοινωνική υποστήριξη και η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών. Τα υπόλοιπα έξι στοιχεία δεν βρίσκονται σε ικανοποιητικό επίπεδο, με την ποιότητα του χώρου όπου παρέχεται η θεραπεία να λαμβάνει τη χειρότερη τιμή. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα αυτά με 15 άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, μελέτη του ΠΟΥ έδειξε ότι, συνολικά, η Ελλάδα εμφανίζει το χαμηλότερο επίπεδο ανταποκρισιμότητας. Ειδικότερα, στη νοσοκομειακή περίθαλψη, η Ελλάδα έχει τη χειρότερη επίδοση στην αυτονομία, την επικοινωνία, την αξιοπρέπεια και την έγκαιρη προσοχή, τη δεύτερη χειρότερη επίδοση στην επιλογή των προμηθευτών και την κοινωνική υποστήριξη και την τέταρτη χειρότερη επίδοση στην εμπιστευτικότητα των πληροφοριών. Στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η Ελλάδα καταγράφει τη χειρότερη επίδοση σε όλες τις διαστάσεις, εκτός από την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, όπου εμφανίζει την τέταρτη χειρότερη επίδοση (Economou Ch., 2010).

1.1.3 Η ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η πληροφόρηση των ασθενών αποτελεί κομβικό σημείο για την αποτελεσματική λειτουργία ενός συστήματος υγείας. Όλα τα ιδρύματα εποπτείας του Υπουργείου Υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία διαθέτουν τη δική τους ιστοσελίδα. Οι διαθέσιμες πληροφορίες σε αυτές τις ιστοσελίδες καλύπτουν κυρίως το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, όχι όμως και το κόστος ή την ποιότητά τους (Mossiallos E., 2008). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι ασθενείς δεν έχουν επαρκή πληροφόρηση για τις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας σε 600 ασθενείς από 6 δημόσια νοσοκομεία, το 84,3% αυτών δεν γνώριζε την ύπαρξη σχετικού άρθρου για το δικαίωμα στην πληροφόρηση, το οποίο συμπεριλαμβάνεται στο χάρτη δικαιωμάτων του ασθενή. Κάποιοι άλλοι είχαν ακούσει για αυτό από τηλεοπτικές και ραδιοφωνικές εκπομπές ή από τις εφημερίδες, χωρίς όμως να το έχουν διαβάσει (13,2%), και μόνο πολύ λίγοι το είχαν διαβάσει (2,5%). Συνολικά, 97,5% των ερωτώμενων ασθενών δεν ήταν ενήμεροι για τη συγκεκριμένη πρόβλεψη (Siskou O., Kaitelidou D., Papakonstantinou V. & Liaropoulos L., 2008).

Εκτός της πληροφόρησης, τα δικαιώματα των ασθενών στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα θέμα που απασχολεί έντονα τις προηγμένες κοινωνίες. Το άρθρο 47 του Ν. 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας προβλέπει την προστασία μιας σειράς δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών, την ισχύ των οποίων ο Ν. 2519/1997 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ επέκτεινε και στους ασθενείς που αναζητούν πρωτοβάθμια φροντίδα. Η Ελλάδα έχει επίσης υπογράψει και επικυρώσει τη σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την αξιοπρέπεια της ανθρώπινης ύπαρξης σε σχέση με τις χρήσεις της βιολογίας και της ιατρικής (de Kervasdoue J., 2009).

Προκειμένου να προστατευτούν τα δικαιώματα των ασθενών, ο Ν. 2519/1997 θέσπισε τη λειτουργία:

- i. α) Αυτοτελούς Υπηρεσίας προστασίας δικαιωμάτων ασθενών υπαγόμενη στον Γενικό Γραμματέα Υγείας, έργο της οποίας είναι η παρακολούθηση και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, καθώς και η εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς ασθενείς,
- ii. β) Επιτροπής Ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, αποτελούμενης από ένα μέλος του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους, εκπροσώπους των επαγγελματικών και επιστημονικών ενώσεων και των κοινωνικών εταίρων, με σκοπό η Επιτροπή ή εξουσιοδοτημένα μέλη της να επισκέπτονται νοσοκομεία για την εξακρίβωση συγκεκριμένων καταγγελιών ή και αυτοβούλως για την παρακολούθηση της τήρησης των κανόνων για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών,
- iii. γ) Γραφείου Επικοινωνίας με τον πολίτη σε κάθε νοσοκομείο και
- iv. δ) τριμελούς επιτροπής προάσπισης των δικαιωμάτων του πολίτη σε κάθε νοσοκομείο, που λειτουργεί στο Γραφείο Επικοινωνίας.

Στην περίπτωση ιατρικού λάθους, υπάρχουν τρεις μορφές ευθύνης του ιατρού:

- i. α) η πειθαρχική ευθύνη για παραβιάσεις των καθηκόντων και των υποχρεώσεων που επιβάλλονται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας,

- ii. β) η αστική ευθύνη απέναντι στον ασθενή, όταν ο ιατρός προκαλεί σε αυτόν ζημιά κατά την άσκηση της δραστηριότητάς του, οπότε και γεννάται υποχρέωση αποζημίωσης, και
- iii. γ) η ποινική ευθύνη για προσβολή εννόμων αγαθών του ασθενή, π.χ. πρόκληση σωματικής βλάβης ή θανάτου, οπότε τιμωρείται ο ιατρός με ποινές. Στην πρώτη περίπτωση, τα πειθαρχικά συμβούλια των ιατρικών συλλόγων και το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας επιβάλλουν κυρώσεις που κυμαίνονται από επίπληξη έως αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος.

Στις δύο άλλες περιπτώσεις, αποφασίζουν τα αστικά και ποινικά δικαστήρια και στην περίπτωση ενοχής του ιατρού επιβάλλονται χρηματικές ποινές ή ποινές φυλάκισης. Κάποιες άλλες περισσότερο εξειδικευμένες ρυθμίσεις για την πρόληψη επιβλαβών για την υγεία του ασθενή, ιατρικά λάθη δεν έχουν ληφθεί, παρά το γεγονός ότι αυτά αναδεικνύονται από τους πολίτες σε σοβαρό πρόβλημα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας γνώμης του Ευροβαρόμετρου, το 86% των Ελλήνων θεωρεί ότι τα ιατρικά λάθη είναι σημαντικό πρόβλημα. Το ποσοστό αυτό είναι το τέταρτο υψηλότερο μετά της Ιταλίας (97%), της Πολωνίας (91%) και της Λιθουανίας (90%). Για τη νοσοκομειακή περίθαλψη, το 75% των Ελλήνων ερωτώμενων (το υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών - μελών της Ε.Ε.) επισημαίνει ότι οι νοσηλευθέντες ασθενείς θα πρέπει να ανησυχούν ιδιαίτερα για την περίπτωση να πέσουν θύματα ιατρικού λάθους. Από την ίδια έρευνα προκύπτει ότι, μεταξύ των Κοινοτικών χωρών, οι Έλληνες εμφανίζουν το χαμηλότερο ποσοστό εμπιστοσύνης στους επαγγελματίες υγείας (24%), στους ιατρούς (25%) και στους οδοντίατρους (35%) (Eurobarometer, 2007).

Επιπροσθέτως, με το Ν. 2667/1998 συστάθηκε η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, ως ανεξάρτητο συμβουλευτικό σώμα αποτελούμενο από επιστήμονες κύρους, απευθυνόμενη, είτε με δική της πρωτοβουλία είτε εφόσον της ζητηθεί, προς οποιοδήποτε όργανο της Πολιτείας. Αποστολή της είναι η ανάδειξη της στενής σύνδεσης των εφαρμογών των βιολογικών επιστημών με τις σύγχρονες κοινωνικές αξίες. Στο πλαίσιο αυτό, η Επιτροπή παρακολουθεί και επεξεργάζεται τα ηθικά, κοινωνικά και νομικά ζητήματα που προκύπτουν με εντεινόμενο ρυθμό από τη διαρκή εξέλιξη της βιολογίας, της βιοϊατρικής, της γενετικής και της βιοτεχνολογίας, εκδίδοντας σχετικές εισηγήσεις (Siskou O., Kaitelidou D., Papakonstantinou V. & Liaropoulos L., 2008).

Συνεργάζεται, επίσης, με αρμόδιους φορείς στη χώρα μας και διατυπώνει προτάσεις για τη θέσπιση νομοθεσίας ή τη λήψη άλλων μέτρων πολιτικής από την πλευρά της Πολιτείας. Συνεργάζεται με αρμόδιους φορείς σε διεθνές επίπεδο, μεριμνώντας για την ενεργό συμμετοχή της χώρας μας στον προβληματισμό και στη λήψη αποφάσεων στα διεθνή fora. Εξασφαλίζει επίσης, με κάθε πρόσφορο τρόπο, κατάλληλη ενημέρωση για τις εξελίξεις που αφορούν το αντικείμενο της βιοηθικής στην Ελλάδα και στο εξωτερικό (Eurobarometer, 2007).

Ένας άλλος σημαντικός θεσμός είναι ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ο οποίος θεσπίστηκε με το άρθρο 18 του Ν. 3293/2004. Σκοπός του είναι να αντιμετωπίζει ένα ευρύ φάσμα διοικητικών προβλημάτων, τα οποία απασχολούν τους πολίτες που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες, καθώς και ως προς την εποπτεία των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Επίσης, ασχολείται με προβλήματα που ανακύπτουν από την

παραβίαση δικαιωμάτων των ασθενών και των νοσηλευομένων και εξετάζει αναφορές σχετικά με προβλήματα πρόσβασης και εν γένει άσκησης ιατρικών και παραϊατρικών επαγγελματιών. Τέλος, εξετάζει θέματα οργάνωσης των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών και ανάπτυξης κοινωνικών μηχανισμών που διασφαλίζουν την πρόληψη νοσημάτων, την προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (Siskou O., Kaitelidou D., Papakonstantinou V. & Liaropoulos L., 2008).

Η ενδυνάμωση της θέσης των ασθενών συνδέεται και με τη δυνατότητα επιλογής που έχουν. Γενικά, η επιλογή του ασθενή περιλαμβάνει την επιλογή ασφαλιστή, προμηθευτή και θεραπείας. Στην Ελλάδα, οι πολίτες δεν έχουν δικαίωμα επιλογής του ασφαλιστή. Η ασφάλιση σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο είναι υποχρεωτική για τον εργαζόμενο πληθυσμό και βασίζεται στο επάγγελμα. Αντίθετα, υπάρχει μεγάλος βαθμός επιλογής προμηθευτή. Κάθε έλληνας πολίτης μπορεί να λάβει υπηρεσίες σε οποιοδήποτε κέντρο υγείας ή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει σύστημα παραπομπών, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν οποιοδήποτε δημόσιο νοσοκομείο θέλουν για να υποβληθούν σε θεραπεία. Η εισαγωγή του θεσμού των απογευματινών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία, όπου οι ιατροί παρέχουν φροντίδα αμειβόμενοι κατά πράξη, αύξησε τη δυνατότητα επιλογής ιατρών ειδικοτήτων, αν και αυτή αφορά μόνο τους έχοντες επαρκές εισόδημα (Αντωνοπούλου Λ., 2008).

Σε σχέση με την πρωτοβάθμια φροντίδα που παρέχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, η επιλογή περιορίζεται μόνο μεταξύ όσων προμηθευτών έχουν σύμβαση με το συγκεκριμένο ταμείο. Θεωρητικά, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να αναζητήσουν και δεύτερη γνώμη, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν περιορισμοί στην επιλογή νοσοκομείου. Εντούτοις, η ελευθερία επιλογής τους εξαρτάται από την πρόσβαση που έχουν σε πληροφόρηση για το κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών. Όπως ήδη προαναφέρθηκε, η πρόσβαση σε τέτοιου είδους πληροφόρηση είναι πολύ περιορισμένη (Economou Ch., 2010).

Εκτός των παραπάνω, οι επιλογές των ασθενών σχετίζονται και με τη δυνατότητα διασυνοριακής φροντίδας υγείας (Mossiallos E., 2008). Στην Ελλάδα, η ζήτηση για νοσηλεία σε άλλη χώρα αποτελεί πεδίο ρύθμισης από τα ασφαλιστικά ταμεία. Στην περίπτωση νοσηλείας σε άλλο κράτος - μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι έλληνες πολίτες δικαιούνται φροντίδας, σύμφωνα με τους Κανονισμούς 1408/71 και 574/72 και τις μετέπειτα τροποποιήσεις τους (Αντωνοπούλου Λ., 2008).

Στους κανονισμούς αυτούς ρυθμίζονται οι προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα η δαπάνη νοσηλείας, πρώτον, για προεγκεκριμένη από αυτόν νοσηλεία, σύμφωνα με τη διαδικασία E112, όπως αντικαταστάθηκε από την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Υγείας το 2004, και, δεύτερον, για επείγουσα φροντίδα κατά τη διάρκεια μιας σύντομης παραμονής στο εξωτερικό, σύμφωνα με τη διαδικασία E111 (Eurobarometer, 2007). Ειδικότερα, στην περίπτωση μετάβασης κάποιου έλληνα πολίτη σε άλλο κράτος - μέλος ειδικά για τη λήψη θεραπευτικής αγωγής, το κόστος που ορίζεται από τους κανονισμούς που αναφέρθηκαν παραπάνω καλύπτεται από την Ελλάδα μόνο στην περίπτωση που το άτομο έχει λάβει έγκριση για αυτή τη μετάβαση (Kontodimopoulos N., Nanos P., & Niakas D., 2006).

Η Ελλάδα δεν μπορεί να αρνηθεί την έγκριση στην περίπτωση που τηρούνται ταυτόχρονα τα εξής: α) το πρόσωπο δεν μπορεί να λάβει αγωγή εντός του χρόνου που

είναι κανονικά αναγκαίος για τη λήψη της, σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας του, και β) η αγωγή συμπεριλαμβάνεται στις αγωγές που προβλέπονται από το σύστημα υγείας του κράτους-μέλους ασφάλισης. Στην περίπτωση που έλληνας πολίτης χρειαστεί θεραπεία για κάποιο έκτακτο γεγονός ενώ ταξιδεύει σε κράτος-μέλος της Κοινότητας, η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Υγείας εξασφαλίζει την κάλυψη του κόστους της παρεχόμενης υπηρεσίας (Theodorokioglou Y., & Tsiotras G., 2000).

Δύο ακόμα σημεία χρήζουν διερεύνησης σχετικά με τη θέση των ασθενών στο ελληνικό σύστημα υγείας: η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και η φυσική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η συμμετοχή των ασθενών και η επίδρασή τους στις αποφάσεις για την αγορά υπηρεσιών από συλλογικούς φορείς, όπως τα ασφαλιστικά ταμεία, περιορίζεται σε δύο διαστάσεις. Πρώτον, σε δημόσιες διαβουλεύσεις που σχετίζονται κυρίως με τη διαμόρφωση των εθνικών σχεδίων δράσης για τη δημόσια υγεία και τη συζήτηση σχεδίων νόμων για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Δεύτερον, στα διοικητικά συμβούλια των ασφαλιστικών οργανισμών μέσω της συμμετοχής σε αυτά εκπροσώπων των ασφαλισμένων, καθώς και στα διάφορα συμβουλευτικά όργανα του Υπουργείου Υγείας, όπως το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, στο οποίο συμμετέχουν, μεταξύ άλλων, εκπρόσωποι συνδικαλιστικών φορέων και της τοπικής αυτοδιοίκησης (Αντωνοπούλου Λ., 2008).

Τέλος, ο Γενικός Οικοδομικός Κανονισμός (Ν. 2831/2000) προβλέπει ειδικές διατάξεις για τη διευκόλυνση της πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία στους χώρους στους οποίους στεγάζονται δημόσιες υπηρεσίες. Ακόμα, το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Κοινωνία της Πληροφορίας», περιλαμβάνει χρηματοδοτούμενα προγράμματα για τη διευκόλυνση των αναπήρων στην πρόσβαση υπηρεσιών και αγαθών. Ο ΟΤΕ έχει επίσης αναπτύξει ειδικές υπηρεσίες και δομές, όπως το πρόγραμμα «Τηλεβοήθεια στο Σπίτι», όπου όσοι είναι γραμμένοι σε αυτό μπορούν με το πάτημα ενός πλήκτρου μιας τηλεφωνικής συσκευής να έχουν άμεση βοήθεια όταν παραστεί ανάγκη. Πέρα όμως από αυτά τα γενικά μέτρα, δεν έχουν ρυθμιστεί, στο βαθμό που θα έπρεπε, ζητήματα διευκόλυνσης της παραμονής των ατόμων με αναπηρία σε νοσοκομεία, στην περίπτωση που χρειαστούν νοσηλεία για οξεία περιστατικά. Για παράδειγμα, πολλά από τα δημόσια νοσοκομεία δεν διαθέτουν θαλάμους νοσηλείας ειδικά διαμορφωμένους για άτομα με αναπηρία (Theodorokioglou Y., & Tsiotras G., 2000).

Υπολογίζεται ότι περίπου το 10% του ελληνικού πληθυσμού έχει συνάψει κάποια εθελοντική ασφάλιση υγείας. Αυτή είναι μέχρι τώρα μια σχετικά μικρή αναλογία, αλλά έχει αυξηθεί αρκετά γρήγορα και αναμένεται να συνεχίσει να αυξάνεται. Υπάρχουν πολυάριθμες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες προσφέρουν ιδιωτική κάλυψη υγείας. Οι λόγοι για ιδιωτική ασφάλεια στην Ελλάδα περιλαμβάνουν την περιεκτική κάλυψη για υπηρεσίες που παρέχονται από ιδιωτικούς παρόχους καθώς επίσης και κάλυψη για συμπληρωματικές υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται ή που περιλαμβάνονται μερικώς στο Ε.Σ.Υ. (Kontodimopoulos N., Nanos P., & Niakas D., 2006).

1.2 Η ΟΡΓΑΝΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΣΠΑΝΙΑ

Η Ισπανία αποτελεί την τρίτη μεγαλύτερη χώρα στην δυτική Ευρώπη. Η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στην Ισπανία είναι από τις υψηλότερες στην Ευρώπη, με 84,15 έτη για τις γυναίκες και 77,62 για τους άνδρες το 2013. Η βάση για την τρέχουσα δομή του ισπανικού συστήματος υγείας διαμορφώθηκε κατά τη διάρκεια της μετάβασης στη δημοκρατία. Η κεντρική κυβέρνηση έχει ευθύνη για το συντονισμό στον τομέα της υγείας (García - Armesto, et al., 2010).

Ο νόμος υγειονομικής περίθαλψης του 1986 περιγράφει τις κύριες αρχές του Ισπανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS). Αυτό το σύστημα, το οποίο παρέχει καθολική κάλυψη και ελεύθερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, είναι χρηματοδοτούμενο από το δημόσιο (κυρίως μέσω της φορολογίας) και έχει μια περιφερειακή οργανωτική δομή (European Observatory on Health Systems and Policies, 2013).

Σχεδόν όλες οι δημόσιες δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται μέσω της γενικής φορολογίας, η οποία αντικατέστησε το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης (SHI). Το νέο μοντέλο της χρηματοδότησης υιοθετήθηκε το 2001. Από το 1984, ο αρχικός τομέας της υγειονομικής περίθαλψης (PHC) έχει περάσει μια εκτενή διαδικασία θεσμικής μεταρρύθμισης και δημιουργίας υποδομών. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη αφορά ένα σύστημα που αποτελείται από κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PHC) και διεπιστημονικές ομάδες και παρέχει υπηρεσίες προσωπικής δημόσιας υγείας. Η PHC χρηματοδοτείται κυρίως από το δημόσιο (García - Armesto, et al., 2010).

Η κεντρική κυβέρνηση στην Ισπανία αναλαμβάνει την ευθύνη για ορισμένες στρατηγικές λειτουργίες, οι οποίες περιλαμβάνουν (European Observatory on Health Systems and Policies, 2013):

- Γενικό συντονισμό και νομοθεσία του τομέα υγείας.
- Χρηματοδότηση του συστήματος και ρύθμιση των χρηματοοικονομικών πλευρών της κοινωνικής ασφάλισης.
- Καθορισμός εγγυημένου πακέτου οφελών από το NHS.
- Φαρμακευτική πολιτική.
- Προπτυχιακή και μεταπτυχιακή ιατρική κατάρτιση.

Παρόλο που το Υπουργείο Υγείας και καταναλωτικών σχέσεων παίζει το πιο σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των παραμέτρων της πολιτικής στον τομέα της υγείας, μοιράζεται όλο και περισσότερο τις αρμοδιότητες του με τις περιφερειακές κυβερνήσεις (European Observatory on Health Systems and Policies, 2013).

Όλες σχεδόν οι αρμοδιότητες στον τομέα υγείας εκχωρήθηκαν από το 2002 στις περιφέρειες με αποτέλεσμα να υφίστανται 17 περιφερειακά υπουργεία με πρωταρχική δικαιοδοσία στην οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών υγείας της περιφέρειάς τους και σημαντικό βαθμό αυτονομίας στην χρηματοδότησή τους (δαπάνες και έσοδα). Το υπουργείο υγείας σε εθνικό επίπεδο έχει αρμοδιότητες σε συγκεκριμένους μόνο στρατηγικούς τομείς (García - Armesto, et al., 2010).

Τα περιφερειακά συστήματα υγείας αποτελούνται από τα περιφερειακά υπουργεία υγείας, υπεύθυνα για τον στρατηγικό σχεδιασμό και την νομοθετική

ρύθμιση του τομέα υγείας της περιφέρειας και τις περιφερειακές υπηρεσίες υγείας, υπεύθυνες για τον λειτουργικό σχεδιασμό, την διαχείριση του δικτύου των υπηρεσιών και τον συντονισμό της παροχής των υπηρεσιών. Η εδαφική οργάνωση συνίσταται στην διαίρεση της περιφέρειας σε περιοχές υγειονομικής φροντίδας (health care areas) και σε βασικές υγειονομικές ζώνες (basic health zones) που αποτελούν τα μικρότερα τμήματα της οργανωτικής συγκρότησης. Διοικητικά η περιφέρεια συγκροτείται συνήθως σε δύο χωριστούς οργανισμούς, πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας (Eurobarometer, 2007).

Συντονιστικό ρόλο μεταξύ κεντρικής κυβέρνησης και περιφερειών στον τομέα υγείας παίζει το Διεδαφικό Συμβούλιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (CISNS), που συγκροτείται από μέλη της κεντρικής κυβέρνησης και των περιφερειών, ενώ διασυνδέεται στενά και με την κοινωνία των πολιτών ως αποδέκτης των αιτημάτων τους (Eurobarometer, 2007).

Οι δαπάνες του τομέα υγείας έφτασαν το 2007 σε ποσοστό 8,5% του ΑΕΠ και τείνουν να αυξάνονται ενώ η χρηματοδότηση της υγείας γίνεται κατά κύριο λόγο από το κράτος μέσω κυρίως της γενικής φορολογίας (71% των δαπανών), από άμεσες πληρωμές (22,4%) και από την ιδιωτική ασφάλιση (5,5%) (European Observatory on Health Systems and Policies, 2013).

Οι περισσότεροι πάροχοι υγείας του SNS εργάζονται στον δημόσιο τομέα και το κυρίαρχο μοντέλο διακυβέρνησης έχει αρκετά στοιχεία άμεσου μανάτζμεντ (direct management). Κύριο εργαλείο του μοντέλου αυτού είναι το contract-programme που λειτουργεί σαν μανάτζμεντ με στόχους, ενσωματώνοντας κίνητρα για την επίτευξη συγκεκριμένων στρατηγικών. Υπάρχουν και άλλοι τρόποι διακυβέρνησης στα πλαίσια του direct management που επιτρέπουν στους παρόχους να πάρουν νομικές μορφές διαφοροποιημένες από τις περιφερειακές υπηρεσίες υγείας καθώς και συμβάσεις των περιφερειακών υπηρεσιών με εξωτερικούς παρόχους, ενώ κάποιες περιφέρειες πειραματίστηκαν με τύπους χρηματοδότησης ιδιωτικής πρωτοβουλίας (Joumard I., Andre C., Nicq C., & Chatal O., 2008).

Το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι αποκλειστικά δημόσιο και οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας μισθωτοί με εξαιρέσεις τις περιφέρειες της Βαλένθιας, Μαδρίτης και Καταλονίας. Από το σύνολο των νοσοκομείων της χώρας, ποσοστό 40% ανήκει στο SNS ενώ το υπόλοιπο σε ιδιώτες παρόχους που όμως πολλοί από αυτούς περιλαμβάνονται στο δίκτυο των δημοσίων παρόχων ή σε ένα υποκατάστατο εκχώρησης με το οποίο η δραστηριότητά τους χρηματοδοτείται από το δημόσιο. Η παροχή ποσοστού 15 - 20% νοσοκομειακής φροντίδας ανατίθεται παραδοσιακά με συμβάσεις σε ιδιωτικά νοσοκομεία (κερδοσκοπικά και μη) ενώ μικρότερο αλλά αυξανόμενο με τα χρόνια ρόλο παίζει η ιδιωτική εθελοντική ασφάλιση με συμπληρωματικό χαρακτήρα για λόγους όπως μείωση ωρών αναμονής (Joumard I., Andre C., Nicq C., & Chatal O., 2008).

Οι κυριότερες μεταρρυθμίσεις στο SNS στην πρόσφατη ιστορία του, έλαβαν χώρα την δεκαετία του 1990 ως αποτέλεσμα της διόγκωσης των δαπανών και αφορούσαν πολιτικές συγκράτησης του κόστους και καινοτομίες που αφορούν στο μανάτζμεντ του συστήματος. Οι νεότερες μεταρρυθμίσεις αφορούν στον συντονισμό και συνοχή των περιφερειών (European Observatory on Health Systems and Policies, 2013).

Εκτός εθνικού συστήματος υγείας νοσοκομεία αποτελούν τα ιδιωτικά νοσοκομεία και νοσοκομεία που χρηματοδοτούνται από άλλα διοικητικά σώματα του δημοσίου, τα οποία (αμφότερα) παρέχουν υπηρεσίες και στο εθνικό σύστημα υγείας βάσει συμφωνιών ή συμβάσεων που υπογράφονται με τις περιφερειακές υπηρεσίες υγείας. Οι συμφωνίες ανανεώνονται ανά έτος και μπορεί να πάρουν μορφή contract programme με σφαιρικό προϋπολογισμό. Υπάρχει τάση οι συμβάσεις με τα ιδιωτικά νοσοκομεία να περιλαμβάνουν αυστηρότερους όρους και συνέπειες. Μάλιστα τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί οι συμβάσεις με τα ιδιωτικά νοσοκομεία με σκοπό την μείωση των λιστών αναμονής. Αντίθετα από το παρελθόν, που οι αποζημιώσεις καθοριζόταν βάσει ημερών νοσηλείας, από τα μέσα του 1990 στην πλειοψηφία τους τα νοσοκομεία αποζημιώνονται με case-based συστήματα πληρωμών (DRGs) (Joumard I., Andre C., Nicq C., & Chatal O., 2008).

1.2.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΣΠΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το Ισπανικό κράτος είναι υψηλού βαθμού αποκεντρωμένο και αποτελείται από την κεντρική διακυβέρνηση και από δεκαεπτά περιφέρειες (αυτόνομες κοινότητες, ACs) με τις αντίστοιχες κυβερνήσεις και βουλές τους. Η περιφερειακή οργάνωση του κράτους αντανακλάται και στο σύστημα υγείας της χώρας εφόσον προσδίδει στις περιφέρειες πολύ υψηλό ποσοστό αυτονομίας στην χάραξη πολιτικής υγείας. Το ισπανικό εθνικό σύστημα υγείας (SNS) χαρακτηρίζεται από την καθολικότητα της κάλυψης υγείας των πολιτών του, την χρηματοδότησή του από την φορολογία και την κυρίαρχη λειτουργία του ως δημόσιος τομέας, συνεπώς αποτελεί σύστημα τύπου Beveridge (εθνικό σύστημα υγείας) (Mossiallos E., 2008).

Το Ισπανικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μεγάλη κρατική κάλυψη φαρμακευτικών δαπανών (García - Armesto, et al., 2010). Πιο συγκεκριμένα, τα κύρια στοιχεία του συστήματος είναι (European Observatory on Health Systems and Policies, 2013):

- Η χρηματοδότηση του συστήματος είναι οι φόροι σε ποσοστό 75% ενώ 25% χρηματοδοτείται από τις κοινωνικές ασφαλίσεις.
- Τα φάρμακα είναι δωρεάν για τους φτωχούς, τους ανάπηρους και τους ηλικιωμένους.
- Τα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι κυρίως δημόσια αλλά υπάρχουν και ιδιωτικά.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στην Ισπανία είχε συσταθεί το 1990 η επιτροπή B.Abril αποτελούμενη από 160 μέλη (περιελάμβανε ιατρούς, οικονομολόγους της υγείας, λογοθεραπευτές, καθώς και πολίτες από τον δημόσιο και τον επιχειρηματικό τομέα), με σκοπό να κάνει κάποιες προτάσεις σχετικά με τη βελτίωση του συστήματος (García - Armesto, et al., 2010). Το πόρισμα είχε καταλήξει πως πρέπει να υπάρχει μεγαλύτερη διαφάνεια στις δαπάνες και συμμετοχή των πολιτών στα έξοδα (Mossiallos E., 2008).

1.2.2 Η ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΙΣΠΑΝΙΑ

Η κάλυψη του πληθυσμού από το ισπανικό NHS είναι σχεδόν καθολική (με ποσοστό 99.5%) και εγγυάται ένα περιεκτικό πακέτο οφελών σε όλους του κατοίκους, ανεξάρτητα από τον προσωπικό τους πλούτο. Το υπόλοιπο 0.5% του πληθυσμού αποτελείται από τους υψηλού εισοδήματος εργαζόμενους, οι οποίοι δεν είναι υποχρεωμένοι να ασφαλιστούν στο NHS. Περίπου το 95% εκείνων που καλύπτονται από το σύστημα καλύπτονται από το κοινό Εθνικό Σύστημα Ασφάλειας και τις υγειονομικές υπηρεσίες του NHS, ενώ το 5% (δημόσιοι υπάλληλοι και οι οικογένειές τους) καλύπτονται από τα (δημόσια χρηματοδοτούμενα) ασφαλιστικά ταμεία τους (Eurobarometer, 2010).

Στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη οι επαγγελματίες των PHC διαδραματίζουν έναν ρόλο «θυρωρών» για τις ειδικευμένες υπηρεσίες περίθαλψης (Joumard I., Andre C., Nicq C., & Chatal O., 2008). Οι ιατροί παθολόγοι είναι το πρώτο σημείο επαφής μεταξύ του πληθυσμού και του συστήματος υγείας και πρέπει να παρέχουν τη διάγνωση και τη θεραπεία, εάν αυτό κριθεί απαραίτητο. Μπορούν, επίσης, να παραπέμψουν τους ασθενείς τους σε ειδικούς, εφόσον κριθεί αναγκαίο (Mossiallos E., 2008).

Από το νόμο του 1986 σχετικά με τη γενική υγειονομική περίθαλψη οι ασθενείς είχαν το δικαίωμα να επιλέγουν οι ίδιοι τον παθολόγο τους. Αυτό το δικαίωμα επεκτάθηκε το 1933 και στην επιλογή παθολόγων από άλλες κοινότητες, με την μόνη προϋπόθεση ότι ο ιατρός παθολόγος που θα επιλεγεί, θα δεχθεί τον νέο ασθενή στον κατάλογό του (Joumard I., Andre C., Nicq C., & Chatal O., 2008).

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη των ασθενών παρέχεται στην Ισπανία μέσω των νοσοκομειακών υπηρεσιών (Mossiallos E., 2008). Τα νοσοκομεία περιορίζονται κατά ένα μεγάλο μέρος στην άμεση περίθαλψη και παρέχουν τις εικοσιτετράωρες υπηρεσίες επειγόντων και τις βασικές υπηρεσίες της ιατρικής, της γενικής χειρουργικής επέμβασης, της μαιευτικής, της γυναικολογίας καθώς και της παιδιατρικής (Joumard I., Andre C., Nicq C., & Chatal O., 2008).

Σχετικά με τις δαπάνες φαρμακευτικών ειδών στην Ισπανία, είναι υψηλές συγκριτικά με τις συνολικές δαπάνες υγείας. Η φαρμακευτική αγορά της, η οποία κατατάσσεται έβδομη στην διεθνή ταξινόμηση, αποτέλεσε το 25.5% των εθνικών δαπανών υγείας το 2013 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2013).

1.3 ΣΠΟΥΔΕΣ ΣΤΗ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με τη Μόνιμη Επιτροπή Λογοθεραπευτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (C.P.L.O.L.) η βασική εκπαίδευση ενδείκνυται να είναι σε πανεπιστημιακό επίπεδο (4 - 6 χρόνια) και όχι σε τεχνική σχολή (3 χρόνια). Βασική πανεπιστημιακή εκπαίδευση προσφέρεται στο σύνολο σχεδόν των ευρωπαϊκών χωρών (με εξαίρεση τις Γερμανία, Αυστρία, Πορτογαλία, Ολλανδία, Βέλγιο), αλλά και στην Αμερική (Βόρεια και Λατινική και Αυστραλία). Στη συνέχεια προσφέρεται διετής εκπαίδευση ως μεταπτυχιακές σπουδές (Frank V.E., 2004).

Στις περισσότερες χώρες η λογοθεραπεία προσανατολίζεται προς τα επαγγέλματα υγείας και όχι παιδείας, με εξαίρεση τη Δανία και τη Γερμανία. Σε αρκετές χώρες υπάρχουν αυτόνομες σχολές Λογοθεραπείας - Ψυχολογίας της γλώσσας, ή σπουδές λογοθεραπείας ενταγμένες σε σχολές με ανθρωπιστική κατεύθυνση και αντικείμενο την ανθρώπινη επικοινωνία (Frank V.E., 2004).

Σε κάποιες χώρες ο αριθμός των φοιτητών που θα φοιτήσουν σε προπτυχιακό ή μεταπτυχιακό επίπεδο καθορίζεται από το κράτος ενώ σε άλλες από τα ίδια τα πανεπιστήμια (Ισπανία, Ιταλία, Βέλγιο). Μια αξιοσημείωτη ομοιότητα είναι ότι στις περισσότερες χώρες οι μελλοντικοί λ/θ εκπαιδεύονται σε μικρές ομάδες των 20 - 30 ατόμων ανά έτος. Αυτό σχετίζεται με την πρακτική άσκηση και επίβλεψη κατά τη διδασκαλία συγκεκριμένων κλινικών δεξιοτήτων, που απαιτούν εντατική εποπτεία των φοιτητών. Σύμφωνα με πανευρωπαϊκή έρευνα του C.P.L.O.L. το θεωρητικό περιεχόμενο των σπουδών κρίνεται επαρκές. Έμφαση όμως, πρέπει να δίνεται στην κλινική πρακτική και στην εξοικείωση με τεχνικές αποκατάστασης. Για το σκοπό αυτό προτιμά το διδακτικό προσωπικό να είναι στην πλειονότητά τους λογοθεραπευτές (Frank V.E., 2004).

Τόσο λοιπόν, η επιστημονική κατάρτιση όσο και η ανάπτυξη κλινικών δεξιοτήτων είναι απαραίτητο να συγκλίνουν ώστε να επιτευχθεί επαγγελματισμός στην άσκηση της λογοθεραπευτικής παρέμβασης (Frank V.E., 2004).

Αποτελεί πλέον πεποίθηση ότι αφ' ενός η συνέχιση των σπουδών σε πανεπιστημιακό επίπεδο με τελικό προϊόν την επιστημονική έρευνα, αφ' ετέρου η συμμετοχή σε πανευρωπαϊκά επαγγελματικά δίκτυα κατοχυρώνουν την κοινωνική θέση ατομικά αλλά και του επαγγέλματος (Frank V.E., 2004).

Έχει αποδειχθεί στατιστικά πως όπου υπάρχει εκπαίδευση πανεπιστημιακού επιπέδου και κατόπιν μεταπτυχιακή εξειδίκευση υπάρχει και μεγαλύτερη συμμετοχή στην έρευνα και ανάπτυξη του επαγγελματικού πεδίου (Frank V.E., 2004).

Σύμφωνα με τη νομοθεσία (Π.Δ. 96/18-4-2002) (ΦΕΚ Α' 82/ 2002) η Λογοθεραπεία ανήκει στα νομοθετικά ρυθμιζόμενα επαγγέλματα στην Ελλάδα για τα οποία το Συμβούλιο Αναγνώρισης Επαγγελματικής Ισοτιμίας Τίτλων Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΣΑΕΙΤΤΕ) δέχεται αιτήσεις αναγνώρισης.

Το ΣΑΕΙΤΤΕ δημιουργήθηκε στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής ένωσης με σκοπό τη διευκόλυνση μετακίνησης επαγγελματιών από μια χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε μια άλλη. Η αναγνώριση από το ΣΑΕΙΤΤΕ ισχύει στις περιπτώσεις όπου ο ενδιαφερόμενος είναι πτυχιούχος αναγνωρισμένου ιδρύματος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης από κράτος – μέλος της ευρωπαϊκής ένωσης (τριετούς τουλάχιστον διάρκειας σπουδών) και κατέχει πλήρη επαγγελματικά δικαιώματα στο κράτος αυτό.

Η αναγνώριση από το ΣΑΕΙΤΤΕ είναι ίσως μια εναλλακτική λύση στις περιπτώσεις προβλημάτων αναγνώρισης από το ΔΙΚΑΤΣΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε στο ερευνητικό μέρος της παρούσας εργασίας για τη συλλογή του δείγματός μας, έγινε μέσω ερωτηματολογίων σε λογοθεραπευτές τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ισπανία, με την μορφή τόσο ποιοτικών όσο και ποσοτικών ερωτήσεων, για το χρονικό διάστημα του πρώτου εξαμήνου του 2014. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σε λογοθεραπευτές τόσο από Ελλάδα, όσο και από Ισπανία, τους οποίους και βρήκαμε (διαδίκτυο, Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, Σύλλογοι Λογοπεδικών σε όλες τις κοινότητες της Ισπανίας). Την συγκέντρωση των ερωτηματολογίων ακολούθησε το στάδιο εισαγωγής των δεδομένων στο στατιστικό πρόγραμμα spss 17. Ακολούθως, έγινε η ανάλυσή τους στο πρόγραμμα, μέσω του οποίου ολοκληρώθηκε και η επεξεργασία τους.

Τα ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν και από τις δύο χώρες μοιράστηκαν σε διαφορετικές περιοχές και απευθύνονταν τόσο σε λογοθεραπευτές όσο και σε λογοθεραπευτικά κέντρα (δημόσια και ιδιωτικά) . Το σύνολο των ερωτηματολογίων ήταν διακόσια (100 Ελληνικά και 100 Ισπανικά). Ένας ικανοποιητικός αριθμός για να προκύψουν αξιόλογα συμπεράσματα.

2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Η βασική υπόθεση αφορά την συγκριτική μελέτη ανάμεσα στην Ελλάδα και την Ισπανία πάνω στο ζήτημα των υπηρεσιών υγείας και το επίπεδο σπουδών πάνω στην λογοθεραπεία. Οι επιμέρους ερευνητικές υποθέσεις, που μελετώνται είναι:

- Η συμβολή των κοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων (σπουδές, προϋπηρεσία, κλινική εμπειρία, χώρα αποφοίτησης σε κάθε επίπεδο σπουδών) στην σύγκριση των δυο χωρών, πάνω στο θέμα της λογοθεραπείας.
- Η αντιμετώπιση των προβλημάτων, μέσω της ανταλλαγής ορθών πρακτικών εφαρμογών ανάμεσα στις δύο χώρες.
- Οι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την θεραπεία των ποικίλων διαταραχών ανάμεσα στα δείγματά μας.

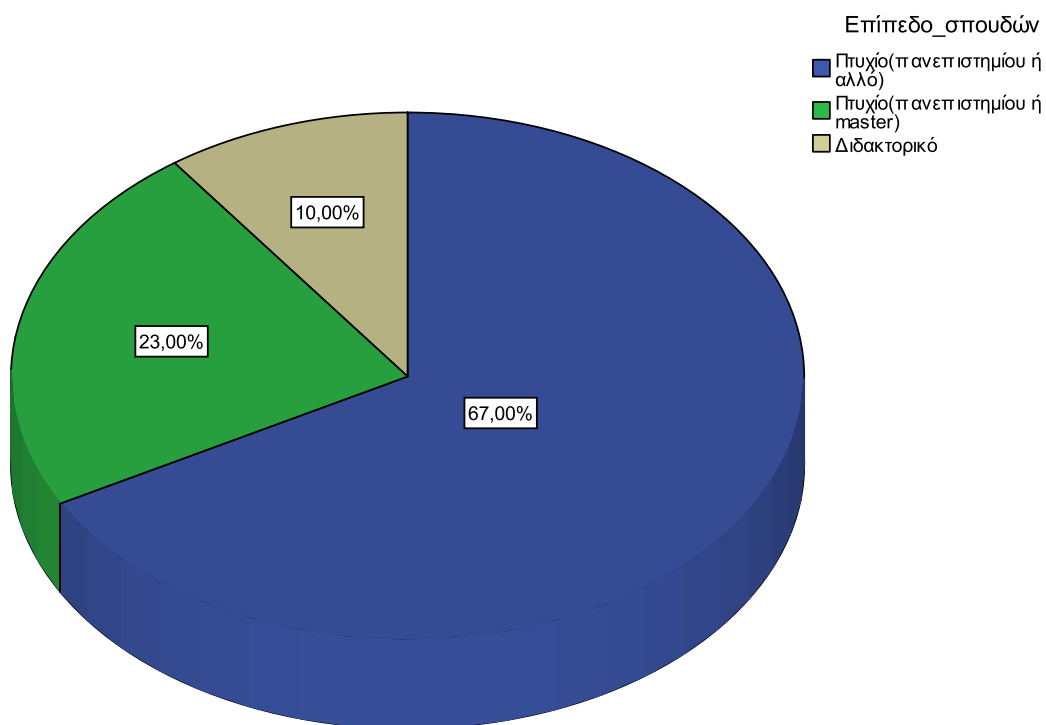
2.3 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η σημαντικότητα της παρούσας έρευνας έγκειται στον εντοπισμό των παραγόντων που συμβάλλουν στην θετική ή την αρνητική αντιμετώπιση των λογοθεραπευτικών θεμάτων. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναμένουμε να υποστηρίξουν τα αποτελέσματα των προηγούμενων ερευνών που συσχετίζουν την ομαλή θεραπεία με την εμπειρία και το σωστό περιβάλλον θεραπείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Διάγραμμα_1(Ελλάδα)

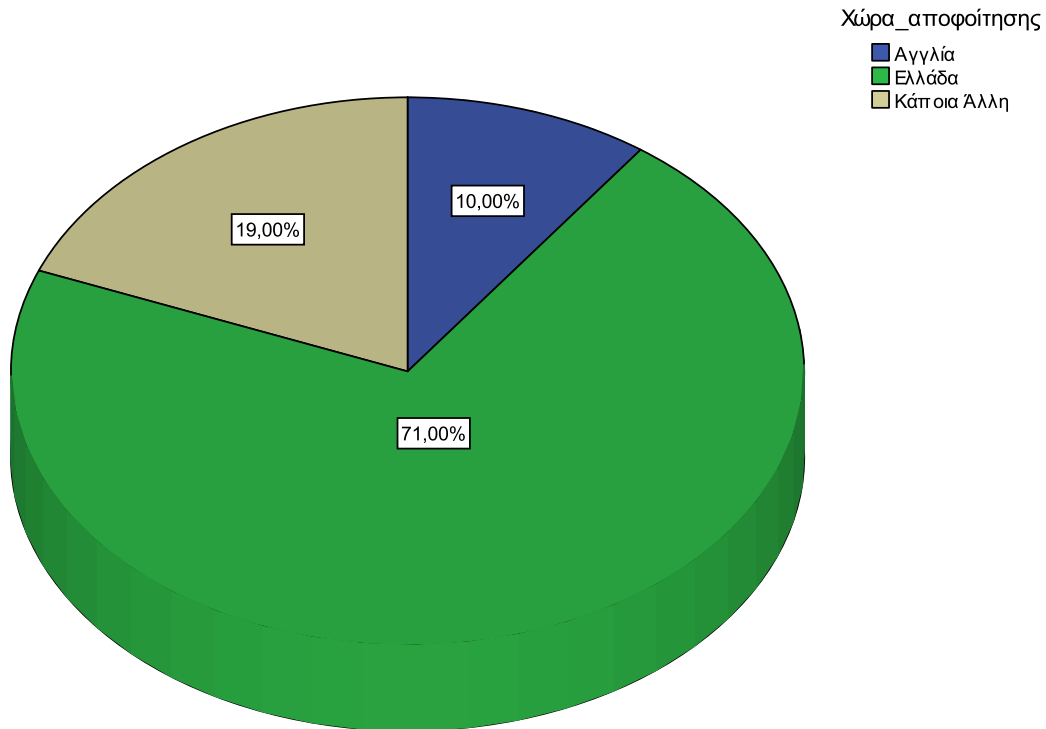
Το πρώτο ερώτημα αναφέρεται στο επίπεδο σπουδών των λογοθεραπευτών.



Το επίπεδο των Ελλήνων λογοθεραπευτών που μετείχαν στην έρευνά μας ήταν κατά 67% απόφοιτοι πανεπιστημίου ή κάτι άλλο, το 23% ήταν πτυχιούχοι ή με μεταπτυχιακό και τέλος ένα 10% του ελληνικού δείγματός μας ήταν κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος. Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν κάτοχοι πτυχίου (Πανεπιστημίου ή άλλο).

Διάγραμμα_2(Ελλάδα)

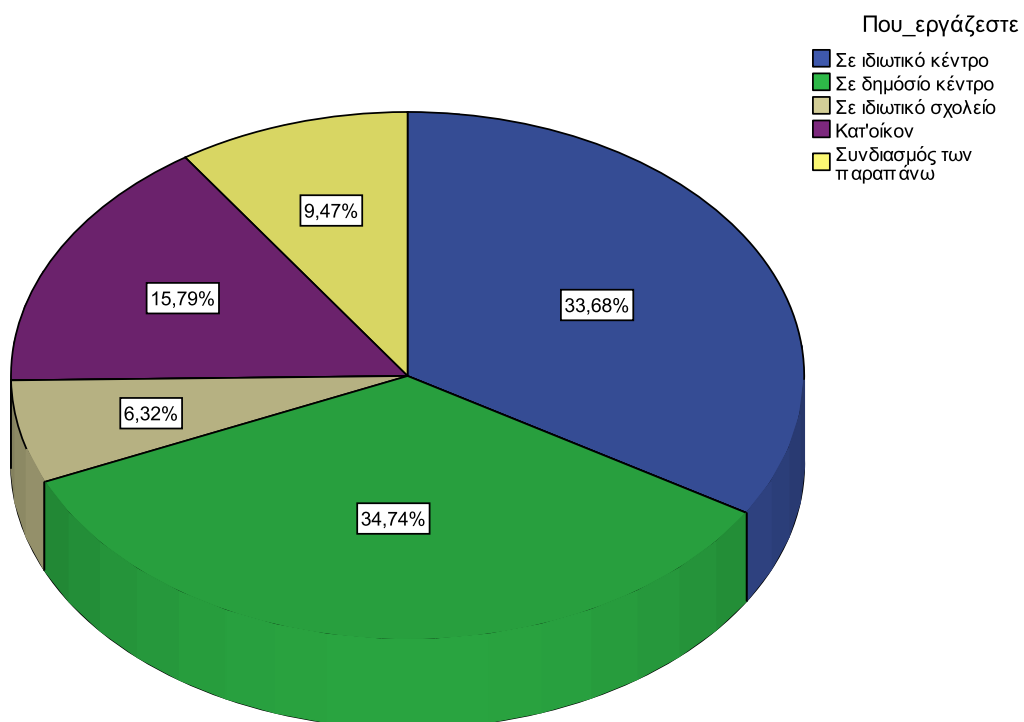
Το επόμενο ερώτημα αναφέρεται στη χώρα αποφοίτησης.



Στην συνέχεια οι Έλληνες μετέχοντες στην έρευνά μας ξαναερωτήθηκαν για την χώρα απόκτησης του διπλώματός τους και το 71% ανέφερε την χώρα καταγωγής του, το 19% κάποια άλλη χώρα και το 10% την Αγγλία. Στο ελληνικό δείγμα οι περισσότεροι αποφοίτησαν από τη χώρα καταγωγής τους.

Διάγραμμα_3(Ελλάδα)

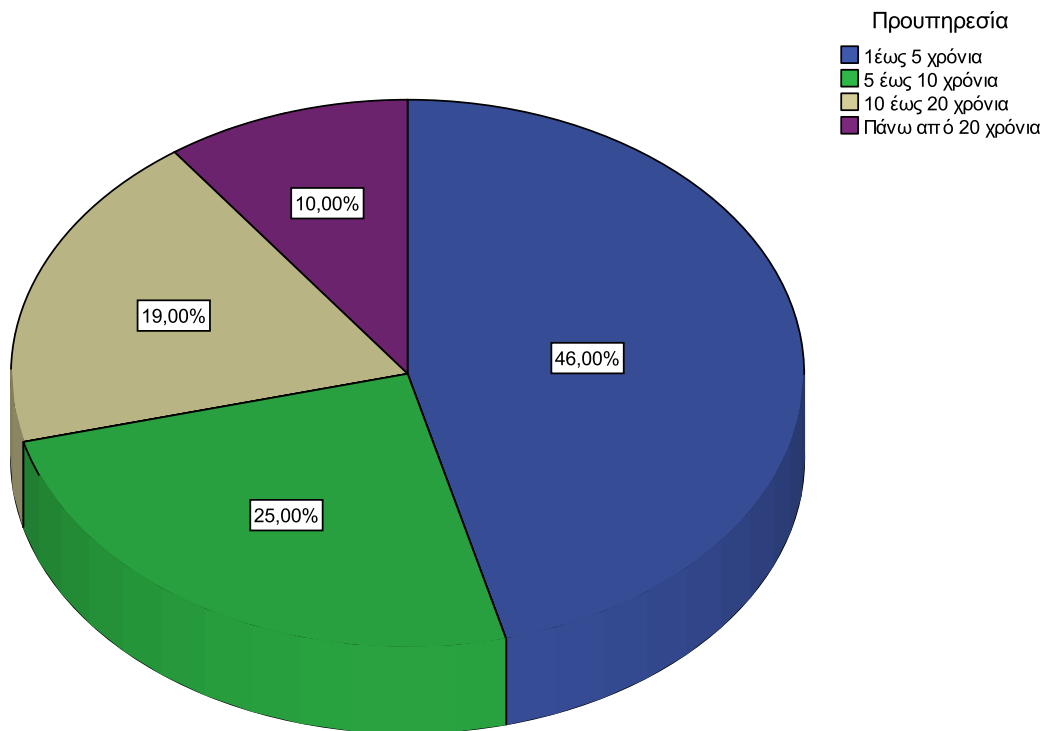
Επόμενο ερώτημα που τέθηκε ήταν ο χώρος εργασίας.



Τα αποτελέσματα για την απάντηση του χώρου εργασίας ανήλθαν σε 34,74% σε δημόσιο κέντρο, 33,68% σε ιδιωτικό κέντρο, 15,79% κατ' οίκον και το 6,32% σε ιδιωτικό χώρο και τέλος ένα 9,47% συνδυάζοντας τις παραπάνω επιλογές.

Διάγραμμα_4(Ελλάδα)

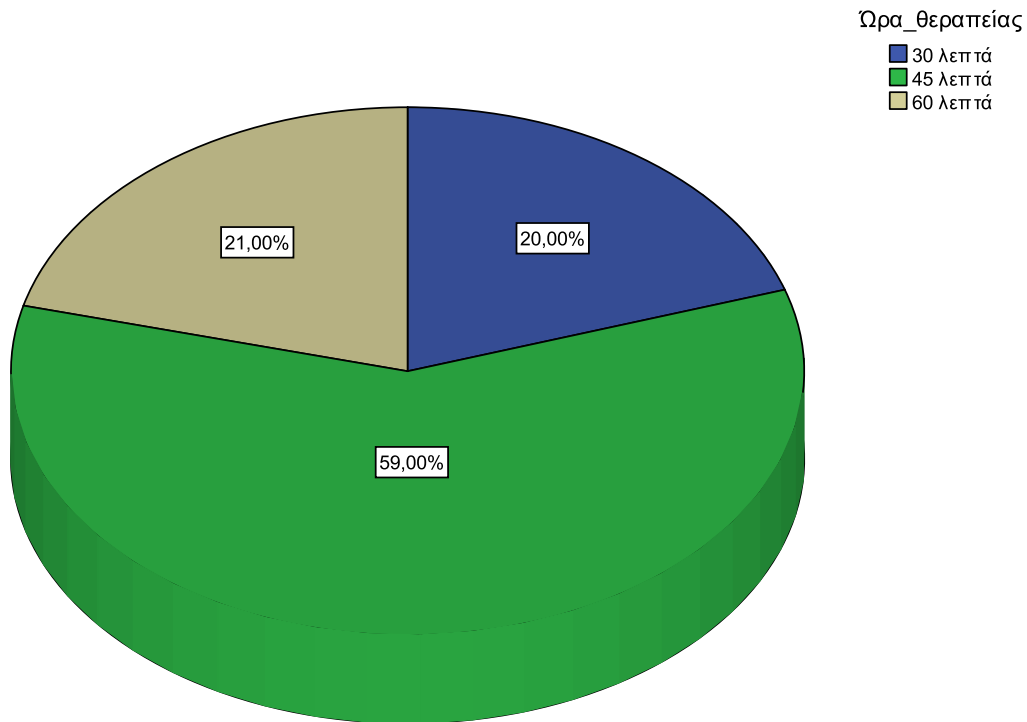
Ακολούθως ερωτήθηκαν για την εμπειρία τους στον τομέα της λογοθεραπείας και για τα χρόνια προϋπηρεσίας.



Το 46% είχε από 1 έως 5 χρόνια, το 25% από 5 έως 10 χρόνια, το 19% από 10 έως 20 χρόνια και το 10% από 20 χρόνια και πάνω. Επομένως παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό Ελλήνων είχε από 1 έως 5 χρόνια προϋπηρεσίας.

Διάγραμμα_5(Ελλάδα)

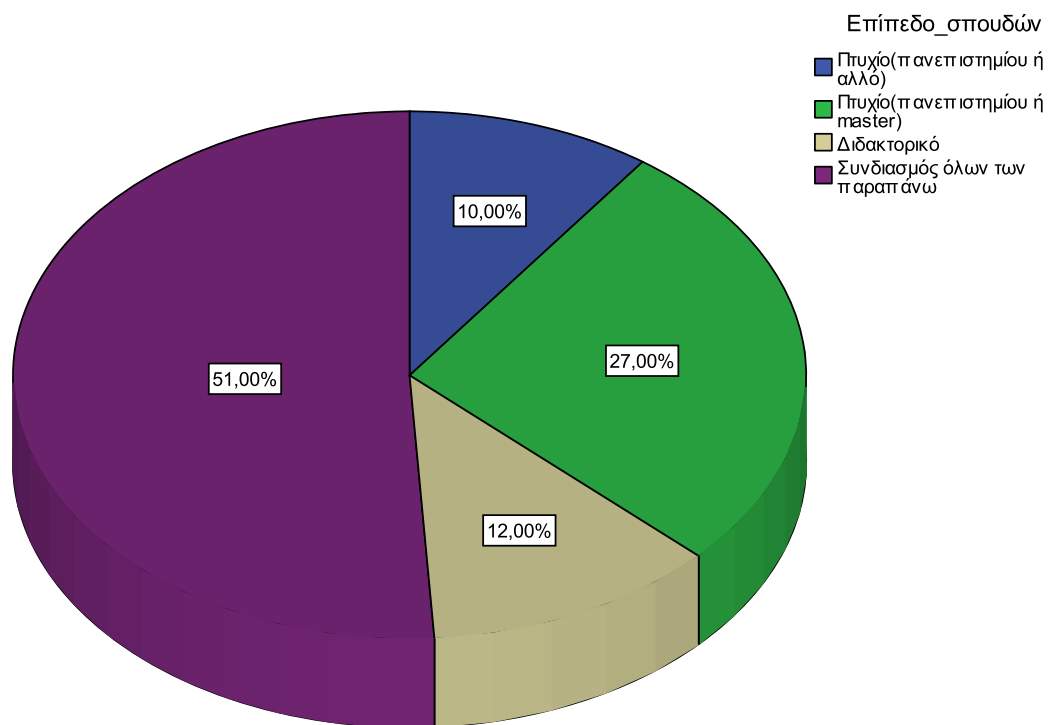
Το τελευταίο διάγραμμα που αφορούσε την Ελλάδα ήταν για τον χρόνο που διαρκεί η θεραπεία.



Το 59% απάντησε 45 λεπτά, το 20% για 30 λεπτά και το 21% για 60 λεπτά. Ο χρόνος συνεδρίας του μεγαλύτερου ποσοστού λογοθεραπευτών στην Ελλάδα, διαρκεί 45 λεπτά.

Διάγραμμα_6(Ισπανία)

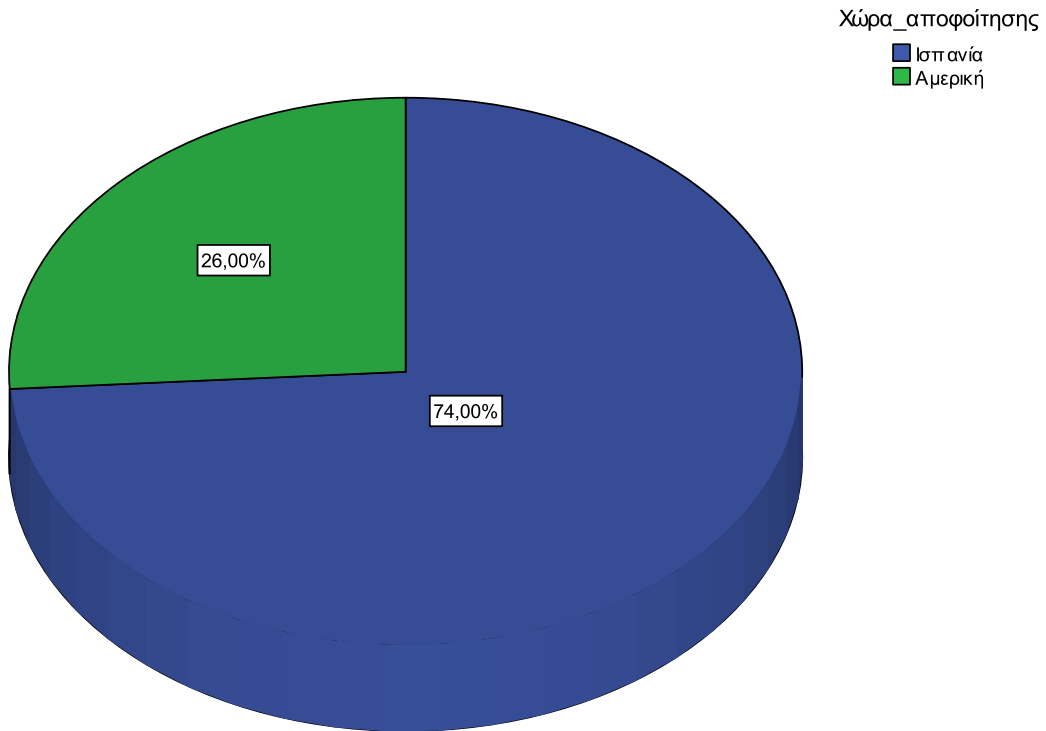
Στην συνέχεια παρόμοια διαγράμματα κατασκευάστηκαν και για την Ισπανία. Το πρώτο από αυτά αφορά το επίπεδο σπουδών.



Το 51% ανέφερε ένα συνδυασμό των παρακάτω πτυχίων, το 27% ήταν κάτοχοι πανεπιστημιακού τίτλου ή master, το 12% κάτοχοι διδακτορικού και το 10% κατείχαν πτυχίο πανεπιστήμιου ή κάτι άλλο.

Διάγραμμα_7(Ισπανία)

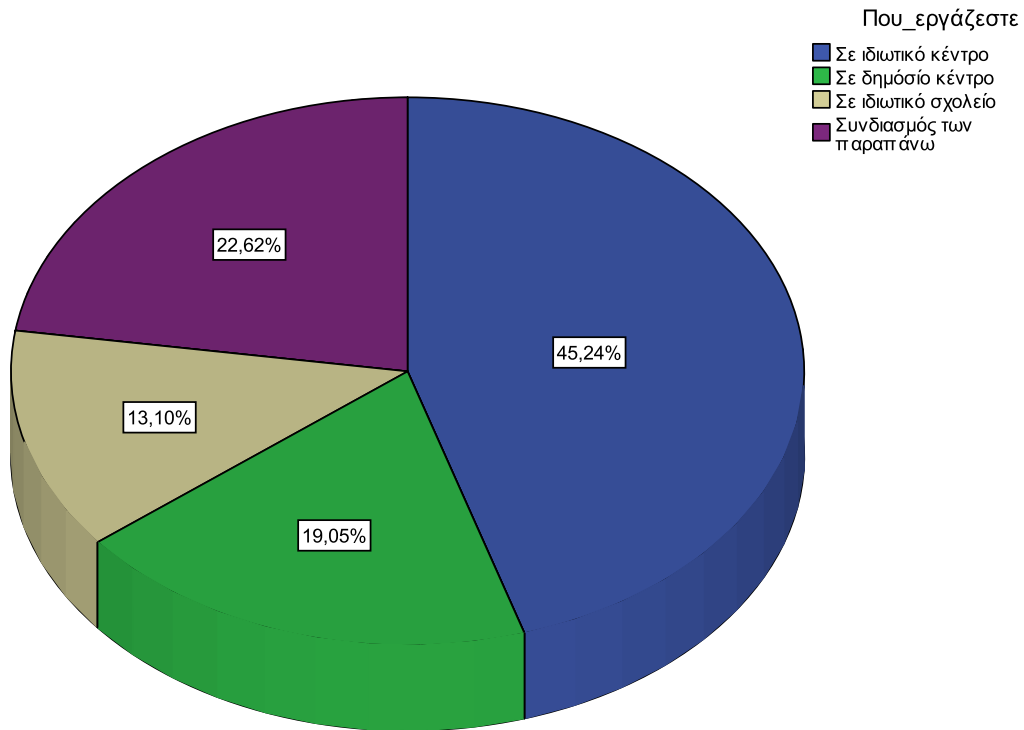
Στην συνέχεια οι Ισπανοί ερωτώμενοι απάντησαν για την χώρα αποφοίτησής τους.



Το 74% ανέφερε την Ισπανία και το 26% την Αμερική. Η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε πως η χώρα αποφοίτησης είναι ίδια με την χώρα καταγωγής.

Διάγραμμα_8(Ισπανία)

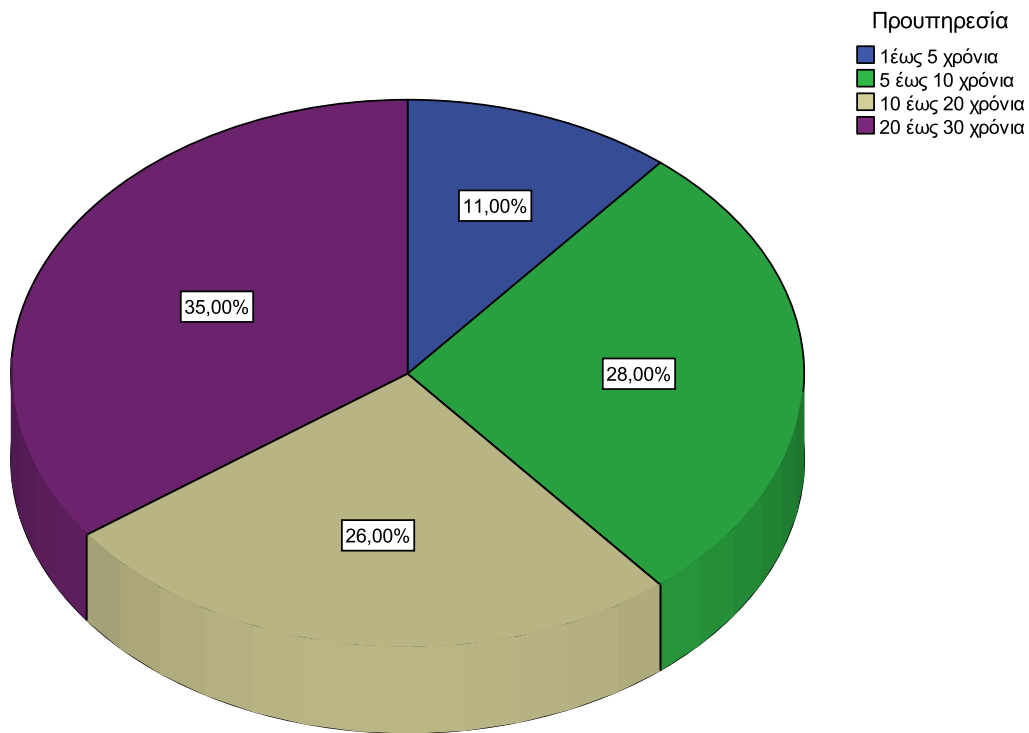
Ακολουθώς απάντησαν για τον χώρο εργασίας.



Παρατηρείται ότι το 45,24 % απάντησε ότι εργάζεται σε ιδιωτικό κέντρο, το 19,05% σε δημόσιο κέντρο, το 13,10% σε ιδιωτικό σχολείο και το 22,62% σε συνδυασμό των παραπάνω.

Διάγραμμα_9(Ισπανία)

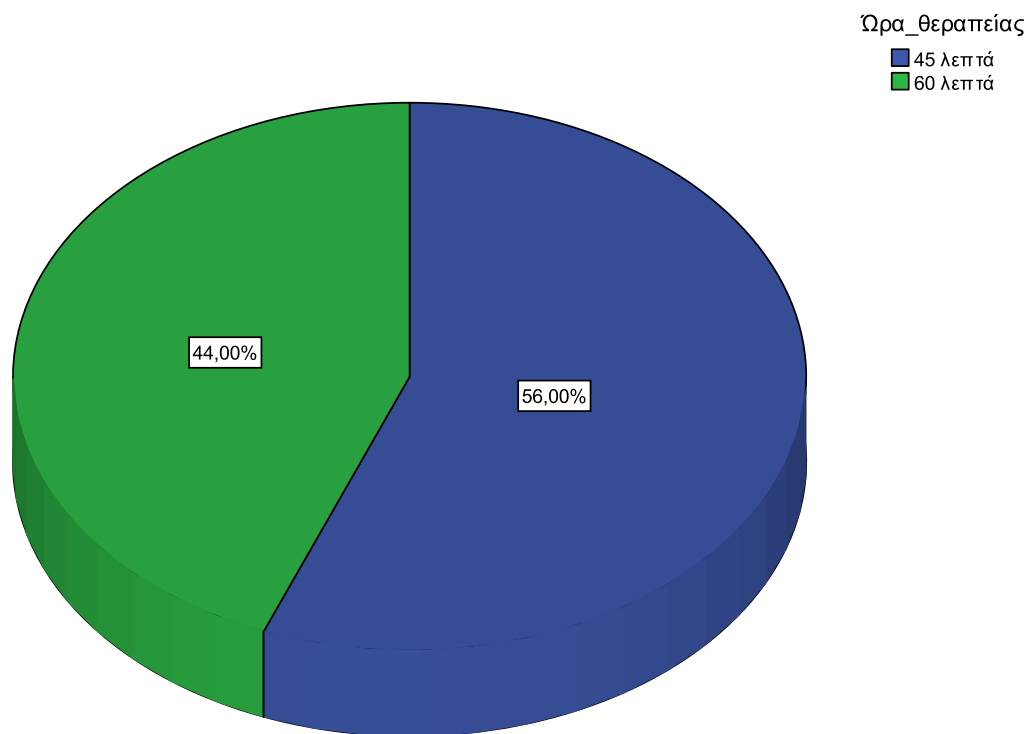
Στην ερώτηση για τα χρόνια προϋπηρεσίας, οι Ισπανοί λογοθεραπευτές απάντησαν:



Το 35% απάντησε από είκοσι έως τριάντα χρόνια, το 26% από δέκα έως είκοσι χρόνια, το 28% από πέντε χρόνια έως δέκα χρόνια και ένα 11% από ένα χρόνο έως πέντε χρόνια.

Διάγραμμα_10(Ισπανία)

Το τελευταίο διάγραμμα που αφορούσε την Ισπανία ήταν για τον χρόνο που διαρκεί η θεραπεία.



Το 44% απάντησε ότι ο χρόνος συνεδρίας διαρκεί 60 λεπτά και το 56% 45 λεπτά.

Η έρευνά μας συνεχίζεται με τα στατιστικά αποτελέσματα των παρακάτω ερωτήσεων.

Άλλες σπουδές έχουν υπάρξει;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	32,0	74,0
Όχι	68,0	26,0

Στο ερώτημα αν έχουν κάνει άλλες σπουδές το μεγαλύτερο ποσοστό των Ελλήνων λογοθεραπευτών απάντησαν πως δεν έχουν κάνει σε ποσοστό 68% σε αντίθεση με τις θετικές απαντήσεις των Ισπανών λογοθεραπευτών σε ποσοστό 74%, που απάντησαν πως έχουν κάνει. Στην Ισπανία παρατηρούμε ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά στο ποσοστό των μετέπειτα σπουδών συγκριτικά με την Ελλάδα.

Θεωρείτε ότι μόνο με την κατάρτιση των σπουδών σας, είστε προετοιμασμένος/η επαρκώς, για την αντιμετώπιση των αναγκών των πελατών/ασθενών σας, ακόμη και χωρίς κάποια χρόνια κλινικής εμπειρίας;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	21,0	0,0
Όχι	79,0	100

Στο ερώτημα αν θεωρούν ότι μόνο με την κατάρτιση των σπουδών τους, είναι προετοιμασμένοι επαρκώς, για την αντιμετώπιση των αναγκών των πελατών/ασθενών τους, ακόμη και χωρίς κάποια χρόνια κλινικής εμπειρίας, το 79% του ελληνικού δείγματος απάντησε αρνητικά ενώ αρνητικά απάντησε και το 100% του ισπανικού. Κατά συντριπτική πλειοψηφία και των δύο χωρών παρατηρήθηκε ότι μόνο με την κατάρτιση των σπουδών δεν είναι προετοιμασμένοι οι λογοθεραπευτές για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών τους.

Θεωρείτε πως η κατάρτιση των σπουδών σας, σε συνδυασμό με τα χρόνια κλινικής σας εμπειρίας, σας καθιστούν επαρκώς προετοιμασμένο/η για την αντιμετώπιση των αναγκών των πελατών/ασθενών σας;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	80,0	73,0
Όχι	20,0	27,0

Στο ερώτημα αν θεωρούν πως η κατάρτιση των σπουδών τους, σε συνδυασμό με τα χρόνια κλινικής τους εμπειρίας, τους καθιστούν επαρκώς προετοιμασμένους για την αντιμετώπιση των αναγκών των πελατών/ασθενών τους, το ποσοστό 80,0% των Ελλήνων λογοθεραπευτών απάντησε θετικά. Οι Ισπανοί λογοθεραπευτές απάντησαν 73% αντιστοίχως θετικά.

Έχετε ειδικευτεί σε κάποιον συγκεκριμένο τομέα;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	30,0	21,0
Όχι	70,0	79,0

Στο ερώτημα αν έχουν ειδικευτεί σε κάποιον συγκεκριμένο τομέα, το 70% του ελληνικού δείγματος απάντησε αρνητικά και το 79% του ισπανικού με την ίδια απάντηση.

Πιστεύετε πως η ειδίκευση, όσον αφορά τον τομέα της λογοθεραπείας, σε κάποιο συγκεκριμένο είδος διαταραχής, αποδίδει καλύτερα;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	82,0	69,0
Όχι	18,0	31,0

Στο ερώτημα αν η ειδίκευση, όσον αφορά τον τομέα της λογοθεραπείας, σε κάποιο συγκεκριμένο είδος διαταραχής, αποδίδει καλύτερα, το 82% και το 69% απάντησε θετικά σε Ελλάδα και Ισπανία αντίστοιχα.

Σε ποια χώρα παρακολουθήσατε το master σας;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ελλάδα	33,3	0,0
Ισπανία	0,0	32,8
Αμερική	0,0	67,2
Κάποια Άλλη	66,7	0,0

Οι λογοθεραπευτές που είναι κάτοχοι master, ερωτήθηκαν για την χώρα παρακολούθησής τους και το μεγαλύτερο ποσοστό 66,7% των Ελλήνων απάντησε σε κάποια άλλη χώρα και το 67,2% των Ισπανών ανέφερε στην Αμερική. Σχεδόν το ίδιο ποσοστό (περίπου 30%) και από τις δύο χώρες επιλέγει την χώρα του για την παρακολούθηση του master, ενώ το 65% περίπου επιλέγει κάποια άλλη χώρα του εξωτερικού.

Σε ποια χώρα, το διδακτορικό σας;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Κάποια Άλλη	100,0	0,0
Ισπανία	0,0	100,00

Παρόμοια ερώτηση με την προηγούμενη έγινε και για το διδακτορικό, όπου και οι δύο ομάδες απάντησαν σε απόλυτα ποσοστά 100% στην χώρα καταγωγής.

Εργάζεστε;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Όχι	13,0	16,0
Ναι	87,0	84,0

Ακολούθως τα άτομα του δείγματός μας ρωτήθηκαν για το αν εργάζονται για το χρονικό διάστημα που πραγματοποιήθηκε η έρευνά μας. Το 87% του ελληνικού δείγματος απάντησε θετικά και το 84% του ισπανικού, επίσης απάντησε θετικά.

Έχετε άδεια ασκήσεως του επαγγέλματος;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	5,0	100,0
Όχι	95,0	0

Σημαντικό ποσοστό 95% από το ελληνικό δείγμα μας ανέφερε ότι δεν έχει άδεια ασκήσεως επαγγέλματος σε αντίθεση με το ισπανικό ποσοστό που όλοι οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι διαθέτουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.

Για την απόκτηση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος, προαπαιτούνται κάποιοι όροι;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	57,8	12,0
Όχι	37,5	88,0

Για το αν απαιτούνται κάποιοι όροι για την απόκτηση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος για την Ελλάδα το 57,8% απάντησε θετικά και το 88% στην Ισπανία απάντησε αρνητικά.

Οι οικονομικές απολαβές είναι υψηλότερες για κάποιον που κατέχει master ή διδακτορικό, σε σύγκριση με αυτόν που κατέχει το βασικό πτυχίο;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	54,0	12,0
Όχι	46,0	88,0

Στο ερώτημα για το αν οι οικονομικές απολαβές είναι υψηλότερες για κάποιον που κατέχει master ή διδακτορικό, σε σύγκριση με αυτόν που κατέχει το βασικό πτυχίο, το 54% των Ελλήνων ερωτώμενων απάντησε θετικά ενώ το ισπανικό δείγμα έδωσε απάντηση πως όχι, σε ποσοστό 88%.

Περιγράψτε σε μία παράγραφο, ποιές δυσκολίες συναντά ένας λογοθεραπευτής από άλλη χώρα, κάτοχος βασικού πτυχίου, master ή διδακτορικού, σε περίπτωση αναζήτησης εργασίας στην χώρα σας;

Κατά γενική ομολογία, δεν υπάρχουν δυσκολίες, όταν κάποιος λογοθεραπευτής από άλλη χώρα, αναζητήσει εργασία είτε στην Ισπανία είτε στην Ελλάδα, όντας επαγγελματίας ή κάτοχος μεταπτυχιακού καθώς και άλλου ανωτέρου βαθμού πτυχίο. Αυτό που παίζει σημαντικό ρόλο είναι η γλώσσα. Θα πρέπει δηλαδή ο λογοθεραπευτής να γνωρίζει την ομιλούμενη γλώσσα, της εκάστοτε χώρας.

Υπάρχουν συγκεκριμένοι όροι, για να γίνει δεκτός στην χώρα υποδοχής;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	43,6	32,0
Όχι	56,1	68,0

Για το αν απαιτούνται συγκεκριμένοι όροι, για να γίνει δεκτός στην χώρα υποδοχής το 56,1% του ελληνικού δείγματος απάντησε αρνητικά ενώ το 68% του ισπανικού έδωσε παρόμοια απάντηση.

Μπορείτε να περιγράψετε σε μία παράγραφο πώς το σύστημα Υγείας της χώρας σας, σας επιτρέπει να εφαρμόζετε τις υπηρεσίες λογοθεραπείας;

Στα περισσότερα νοσοκομεία δημόσιας Υγείας, δεν υπάρχουν θέσεις εργασίας για λογοθεραπευτές. Στα ιδιωτικά, υπάρχουν θέσεις όπως και αντίστοιχα σε ιδιωτικές κλινικές, όπου οι υπηρεσίες λογοθεραπείας είναι επιτρεπτές. Αυτό ισχύει και για τις δύο χώρες.

Μπορείτε να περιγράψετε σε μία παράγραφο πώς το σύστημα Εκπαίδευσης της χώρας σας, σας επιτρέπει να εφαρμόζετε τις υπηρεσίες λογοθεραπείας;

Σε δημόσια σχολεία οι υπηρεσίες λογοθεραπείας δεν είναι συνηθισμένες. Πλην όμως όταν χρηματοδοτούνται από το κράτος, δημιουργώντας τμήματα κατάλληλα για τα παιδιά, που έχουν ανάγκη για λογοθεραπεία. Επιπλέον, η λογοθεραπεία εφαρμόζεται σε ιδιωτικά σχολεία, σύμφωνα και με την κάθε Ισπανική κοινότητα (π.χ. Andalucia, Catalonia, Pais Basco). Το ίδιο ισχύει και για την Ελλάδα, όπου οι υπηρεσίες λογοθεραπείας εφαρμόζονται κυρίως σε ιδιωτικά και ειδικά σχολεία.

Οι οικονομικές σας απολαβές επέρχονται, σύμφωνα με τον τομέα στον οποίο εργάζεστε (δημόσιο / ιδιωτικό);

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	74,0	18,2
Όχι	26,0	81,8

Για τις οικονομικές απολαβές και αν επέρχονται σύμφωνα με τον τομέα εργασίας, το 74% των Ελλήνων απάντησε θετικά και το 81,8% των Ισπανών αρνητικά. Το μεγαλύτερο ποσοστό των Ελλήνων αναφέρει ότι οι οικονομικές του απολαβές επέρχονται σύμφωνα με τον τομέα στον οποίο εργάζονται, εν αντιθέσει με τους Ισπανούς.

Τα ασφαλιστικά ταμεία στην χώρα σας, δικαιολογούν το κόστος των θεραπειών σας;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	55,0	20,3
Όχι	18,0	79,7
Ορισμένο ποσό	27,0	0,0

Το ερώτημα αν τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν την θεραπεία το 55% των Ελλήνων απάντησε θετικά ενώ το 79,7% των Ισπανών απάντησε αρνητικά. Στην Ισπανία τα ασφαλιστικά ταμεία δεν δικαιολογούν το κόστος θεραπείας, με σημαντική διαφορά από την Ελλάδα.

Οι υπηρεσίες της λογοθεραπείας στην χώρα σας, είναι διαθέσιμες κυρίως:

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Δημόσιο σύστημα υγείας	13,0	61,0
Ιδιωτικό σύστημα υγείας	87,0	39,0

Οι υπηρεσίες της λογοθεραπείας στην Ελλάδα είναι κατά 87% προσφερόμενες από τον ιδιωτικό τομέα και στην Ισπανία κατά 61% από το δημόσιο τομέα.

Στον τομέα της αξιολόγησης, βασίζεστε σε:

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Σταθμισμένα τεστ	15,0	47,0
Δικό σας/ προσωπικό υλικό	0,0	10,0
Συνδυασμός αυτών	85,0	43,0

Το 85% των Ελλήνων λογοθεραπευτών βασίζεται τόσο σε σταθμισμένα τεστ όσο και σε δικό του/προσωπικό υλικό. Αντίθετα οι Ισπανοί με ποσοστό 47% απάντησαν ότι βασίζονται σε σταθμισμένα τεστ και ένα ποσοστό 43% βασίζεται σε συνδυασμό σταθμισμένων τεστ και προσωπικού υλικού.

Οι διαταραχές που συναντάται καθημερινά, ποικίλουν σε:

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Μαθησιακές	13,0	11,0
Νευρολογικές	4,0	12,0
Κινητικές	10,0	26,0
Αναπτυξιακές	70,0	0,0
Σύνδρομα	3,0	0,0
Συνδυασμός των παραπάνω	0,0	51,0

Για τους Έλληνες λογοθεραπευτές το μεγαλύτερο ποσοστό 70% των διαταραχών που συναντούν είναι αναπτυξιακές και για τους Ισπανούς είναι ένας συνδυασμός από Μαθησιακές, Νευρολογικές, Κινητικές, Αναπτυξιακές και Σύνδρομα.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθείτε, διαμορφώνεται ανάλογα με το περιστατικό σας;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	65,0	64,0
Όχι	10,0	0,0
Εξαρτάται από την περίπτωση	25,0	36,0

Το επόμενο ερώτημα αφορούσε το αν το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθούν, διαμορφώνεται ανάλογα με το περιστατικό τους. Το 65% των Ελλήνων απάντησε θετικά και με σχεδόν παρόμοιο ποσοστό 64% απάντησε και το ισπανικό δείγμα θετικά.

Πόσο χρονικό διάστημα χρειάζεστε συνήθως για την ολοκλήρωση των θεραπειών ενός περιστατικού;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
6 μήνες	13,0	26,0
1 Χρόνο	9,0	12,0
2 Χρόνια	15,0	0,0
Πάνω από 2 χρόνια	6,0	16,0
Εξαρτάται από το περιστατικό	57,0	46,0

Στην συνέχεια τους ζητήθηκε να προσδιορίσουν το χρονικό διάστημα θεραπείας ενός περιστατικού. Το 57% των Ελλήνων ανέφερε ότι εξαρτάται από το περιστατικό και όπως επίσης και οι Ισπανοί έδωσαν την ίδια απάντηση με ποσοστό 46%.

Εντάσσεστε σε κάποια διεπιστημονική ομάδα;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	71,0	61,0
Όχι	29,0	39,0

Το 71% των Ελλήνων λογοθεραπευτών ανέφερε ότι είναι ενταγμένο σε κάποια διεπιστημονική ομάδα ενώ παρόμοια απάντηση με μερικότερο ποσοστό 61% λάβαμε και από το ισπανικό δείγμα.

Αν ναι, ποιά είναι η γνώμη σας για την ύπαρξή της;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Καλή	26,0	65,0
Εξαιρετικά χρήσιμη	60,0	35,0
Όχι καλή	10,0	0,0

Το 60% από αυτούς που συμμετέχουν σε διεπιστημονικές ομάδες την χαρακτήρισαν εξαιρετικά χρήσιμη ενώ το 65% των Ισπανών ανέφερε ότι είναι καλή.

Συζητάτε με τους ασθενείς σας πιθανές προτάσεις για το σχεδιασμό της θεραπείας;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	35,0	88,0
Όχι	43,0	12,0
Εξαρτάται από το είδος του περιστατικού	21,0	0,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή το 43% των Ελλήνων λογοθεραπευτών, ανέφερε πως δεν συζητά με του ασθενείς του για τις πιθανές προτάσεις που αφορά την θεραπεία ενώ το 88% των Ισπανών απάντησε θετικά σε αυτή την ερώτηση.

Παρέχετε τις πληροφορίες για την κατάσταση/τις ευκαιρίες του ασθενή, σε αυτόν και τους φροντιστές του;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	86,0	73,0
Όχι	14,0	27,0

Το 86% των Ελλήνων λογοθεραπευτών ανέφερε ότι παρέχει πληροφορίες για την κατάσταση ή τις ευκαιρίες του ασθενή, σε αυτόν και τους φροντιστές του ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους Ισπανούς ανήλθε στο 73%.

Παρουσιάζετε ενδιαφέρον και προθυμία για την συμμετοχή και άλλων ειδικοτήτων στην αντιμετώπιση των ασθενών σας;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	53,0	72,0
Όχι	11,0	0,0
Εξαρτάται από το είδος του περιστατικού	36,0	28,0

Το 53% από το ελληνικό δείγμα ανέφερε ενδιαφέρον και προθυμία για την συμμετοχή και άλλων ειδικοτήτων στην αντιμετώπιση των ασθενών του, ενώ θετικές και σε ποσοστό 72% ήταν οι απαντήσεις των Ισπανών.

Θεωρείτε ότι έχετε την ευελιξία να αλλάξετε το σχέδιο θεραπείας σας, εφόσον διαπιστώσετε ότι η θεραπεία σας δεν εξελίσσεται;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	81,0	87,0
Όχι	19,0	13,0

Το 81% των Ελλήνων λογοθεραπευτών απάντησε θετικά στο να έχει την ευελιξία να αλλάξει το σχέδιο θεραπείας, εφόσον διαπιστώσει ότι η θεραπεία δεν εξελίσσεται και το 87% των Ισπανών.

Μπορείτε να περιγράψετε σε μία παράγραφο την κλινική εμπειρία σας, δουλεύοντας με ασθενείς με δυσκολίες σε ομιλία, λόγο και επικοινωνία;

Η κλινική εμπειρία των περισσότερων λογοθεραπευτών αναφέρεται σε ασθενείς με διαταραχή σε λόγο, ομιλία και επικοινωνία, ενώ καταγράφεται πως οι δυσκολίες έγκεινται στον εκάστοτε ασθενή. Ακόμη, η παρέμβαση σε κάθε διαταραχή είναι διαφορετική, ενώ μπορεί να γίνει και σε συνδυασμό και στις δύο χώρες.

Ποιός τομέας για εσάς, θεωρείτε πως είναι πιο δύσκολος, κατά την παροχή και απόδοση των υπηρεσιών σας;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ο λόγος	26,0	28,4
Η ομιλία	14,0	0,0
Η επικοινωνία	20,0	0,0
Περιγραφή με λίγα λόγια	40,0	71,6

Την μεγαλύτερη δυσκολία με ποσοστό 40% κατά την παροχή των υπηρεσιών για τους Έλληνες λογοθεραπευτές εντοπίζεται στην περιγραφή με λίγα λόγια, ενώ παρόμοια είναι και η απάντηση για τους Ισπανούς με ποσοστό 71,6%.

Πώς νομίζετε ότι οι νέοι γονείς αντιμετωπίζουν τις διαταραχές που εμφανίζονται σήμερα;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Νευρικά	11,0	44,0
Είναι ακόμη αδαής	17,0	16,0
Δεν ξέρουν που να απευθυνθούν	16,0	21,0
Αγχώνονται, γιατί δεν είναι σωστά ενημερωμένοι	51,0	19,0
Στρέφονται σε τομείς της ανθρωπολογίας	5,0	0,0

Το 51% ανέφερε ότι οι Έλληνες γονείς αντιμετωπίζουν τις διαταραχές που εμφανίζονται σήμερα με άγχος, γιατί δεν είναι σωστά ενημερωμένοι, ενώ με 44% οι Ισπανοί ανέφεραν ότι την αντιμετωπίζουν νευρικά.

Ποιά διαταραχή συναντάται περισσότερο εδώ, σύμφωνα με τα ανάλογα στατιστικά στοιχεία (Ελλάδα-Ισπανία);

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Νευρολογική	13,0	38,0
Μαθησιακή	20,0	0,0
Αναπτυξιακή	47,0	11,0
Διαταραχή φώνησης	5,0	32,0
Διαταραχή κατάποσης	4,0	19,0
Όλα τα παραπάνω	11,0	0,0

Η διαταραχή που συναντούν περισσότερο οι Έλληνες λογοθεραπευτές με ποσοστό 47% είναι η αναπτυξιακή, για τους Ισπανούς το 38% είναι νευρολογικές.

Πώς πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες από τον χώρο υγείας, αντιμετωπίζουν την ύπαρξη και τις υπηρεσίες λογοθεραπείας;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Καλά	16,0	42,0
Παραπέμπουν ασθενείς τους σε μας	63,0	19,0
Δεν παραπέμπουν, γιατί δεν γνωρίζουν τα οφέλη των υπηρεσιών μας	13,0	39,0
Όχι καλά	8,0	0,0

Ακολούθως ρωτήθηκαν για το πώς πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες από τον χώρο υγείας, αντιμετωπίζουν την ύπαρξη και τις υπηρεσίες λογοθεραπείας. Το 63% των Ελλήνων απάντησε ότι παραπέμπουν ασθενείς τους σε αυτούς, ενώ το 42% των Ισπανών, απάντησε πως πιστεύουν ότι έχουν καλή γνώμη για αυτούς.

Πώς πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες από τον χώρο ανθρωπολογίας και Εκπαίδευσης, αντιμετωπίζουν την ύπαρξη και τις υπηρεσίες της λογοθεραπείας;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Καλά	62,0	38,0
Παραπέμπουν ασθενείς τους σε μας	25,0	43,0
Δεν παραπέμπουν, γιατί δεν γνωρίζουν τα οφέλη των υπηρεσιών μας	13,0	0,0
Όχι καλά	0,0	19,0

Παρόμοια ερώτηση με την προηγούμενη αλλά για τον χώρο των επαγγελματιών της ανθρωπολογίας τέθηκε σε αυτό το σημείο της έρευνας μας και το 62% απάντησε πως τους βλέπουν καλά, ενώ το 43% των Ισπανών απάντησε ότι τους παραπέμπουν σε αυτούς.

Πιστεύετε πως εύκολα συνεργάζονται με τους λογοθεραπευτές, σύμφωνα με τις συνθήκες που επικρατούν στην χώρα σας (Ελλάδα και Ισπανία);

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Ναι	47,0	47,0
Όχι	43,0	35,0
Εξαρτάται	10,0	28,0

Το 47% των Ελλήνων πιστεύει πως εύκολα συνεργάζονται μαζί τους, οι παραπάνω επαγγελματικές ομάδες, ενώ σημαντικό είναι και το ποσοστό 43% που πιστεύει πως δεν συνεργάζονται εύκολα, ενώ για του Ισπανούς το 47% πιστεύει πως ναι.

Πώς διαχειρίζεστε τον γονέα που δεν θέλει να συνεργαστεί μαζί σας, κατά την παροχή των υπηρεσιών σας στο παιδί του;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Προσπάθεια να τον ησυχάσετε, παρουσιάζοντας τα πλεονεκτήματα των υπηρεσιών σας	55,0	26,0
Δεν τον πιέζετε και σέβετε την επιλογή του	45,0	74,0

Το 55% των Ελλήνων ανέφερε πως προσπαθεί να τον ησυχάσει, παρουσιάζοντας τα πλεονεκτήματα των υπηρεσιών της λογοθεραπείας, όταν ένας γονέα δεν θέλει να συνεργαστεί μαζί τους, κατά την παροχή των υπηρεσιών τους στο παιδί του ενώ για τους Ισπανούς το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε πως δεν τον πιέζει και σέβεται την επιλογή του.

Σύμφωνα με την κλινική σας εμπειρία, σε ποιά διαταραχή πιστεύετε πως τα άτομα που την κατέχουν, αγχώνονται περισσότερο, με αποτέλεσμα να μην αποδίδουν στην θεραπεία (αναφέρατε γιατί);

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Νευρολογική	21,0	38,0
Αναπτυξιακή	37,0	46,0
Διαταραχή φώνησης	21,0	16,0
Διαταραχή κατάποσης	6,0	0,0
Σύνδρομο	6,0	0,0
Συνδυασμός των παραπάνω	9,0	0,0

Η διαταραχή για τους Έλληνες λογοθεραπευτές, που εξαιτίας της τα άτομα δεν μπορούν να αποδώσουν στην θεραπεία λόγω άγχους, είναι η αναπτυξιακή διαταραχή με ποσοστό 37%, όπως και για τους Ισπανούς με ποσοστό 46%.

Ικανοποίηση από την προσωπική σας δουλειά και εξέλιξη:

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Αποδοτικός	32,0	46,9
Ικανοποιητικός	63,0	53,1
Ανεπαρκής	5,0	0,0

Ικανοποίηση από την προσωπική τους δουλειά ανέφερε το 63% των Ελλήνων λογοθεραπευτών και το 53,1% των Ισπανών, ενώ αποδοτικό νοιώθει το 32% των Ελλήνων και το 46,9% των Ισπανών.

Πού θα δίνετε έμφαση, με σκοπό να αλλάξετε την εφαρμογή των υπηρεσιών σας;

	Ποσοστά επί τις % για την Ελλάδα	Ποσοστά επί τις % για την Ισπανία
Στην διάρκεια και τον τρόπο αξιολόγησης	35,0	26,0
Στις μεθόδους θεραπείας	65,0	74,0

Σε περίπτωση αλλαγής των υπηρεσιών το 65% των Ελλήνων θα έδινε έμφαση στις μεθόδους θεραπείας, ενώ την ίδια απάντηση έδωσαν και οι Ισπανοί με ποσοστό 74%.

3.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα στοιχεία που περιόρισαν και δυσκόλεψαν το ερευνητικό μέρος της εργασίας, αφορούσαν αρχικά το ζήτημα της συγκέντρωσης ενός ικανοποιητικού αριθμού ερωτηματολογίων κυρίως λόγω των αντικειμενικών δυσκολιών στην επικοινωνία με τους ερωτώμενους.

Ένα σημαντικό περιοριστικό στοιχείο ήταν επίσης το μικρό χρονικό διάστημα συγκέντρωσης άλλα και ανάλυσης των στοιχείων που συλλέχθηκαν, στοιχεία από τα οποία θα μπορούσαν να προκύψουν ακόμα περισσότερα χρήσιμα συμπεράσματα πάνω στο ζήτημα που πραγματεύεται η εργασία.

Ένας ακόμη περιορισμός ήταν το γεγονός ότι κάποιιοι δεν συμπλήρωσαν ολοκληρωμένα το ερωτηματολόγιο. Στοιχείο το οποίο απεικονίζεται και στα αποτελέσματα της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΧΩΡΩΝ

Το μεγαλύτερο ποσοστό από το ελληνικό δείγμα απάντησε ότι είναι κάτοχος πτυχίου (πανεπιστημίου ή άλλο), ενώ για το ισπανικό δείγμα λάβαμε την απάντηση ότι είναι κάτοχοι ενός συνδυασμού πτυχίων από αυτά που υπήρχαν ως πιθανές απαντήσεις στα ερωτηματολόγια μας. Όσον αφορά την απόκτηση του τίτλου σπουδών οι περισσότεροι Έλληνες λογοθεραπευτές έχουν πτυχίο από κάποιο ελληνικό εκπαιδευτικό ίδρυμα, ενώ σε παρόμοια ποσοστά απάντησαν και οι Ισπανοί για την απόκτηση πτυχίου στην χώρα τους. Για την μορφή απασχόλησης για τον ελληνικό πληθυσμό του δείματός μας, λάβαμε την απάντηση με το μεγαλύτερο ποσοστό ότι απασχολούνται σε κάποιο δημόσιο κέντρο, ενώ για το ισπανικό δείγμα το μεγαλύτερο ποσοστό απασχολούνταν σε κάποιο ιδιωτικό κέντρο. Εν συνεχεία, στην ερώτηση για τα χρόνια προϋπηρεσίας το μεγαλύτερο ποσοστό από τους Έλληνες λογοθεραπευτές το λάβαμε από την απάντηση απασχόλησης από ένα έως πέντε χρόνια, ενώ παρατηρήθηκε μια σημαντική διαφορά για την ίδια ερώτηση στον ισπανικό πληθυσμό διότι το μεγαλύτερο ποσοστό το λάβαμε από την απάντηση από 20 έως 30 χρόνια προϋπηρεσίας.

Τέλος για τις διαγραμματικές ερωτήσεις επιθυμούσαμε να προσδιοριστεί το χρονικό διάστημα που διαρκεί μια θεραπεία λογοθεραπείας στην Ελλάδα και στην Ισπανία. Για την Ελλάδα το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε σαράντα πέντε λεπτά και για την Ισπανία στην αντίστοιχη ερώτηση ήταν εξήντα λεπτά.

Σημαντική διαφορά παρατηρείται και στην ύπαρξη άλλων σπουδών με το μεγαλύτερο ποσοστό του ελληνικού δείματος να αναφέρει ότι δεν έχει πραγματοποιήσει, ενώ σε κοντινό ποσοστό το ισπανικό δείγμα ανέφερε ότι έχει πραγματοποιήσει και άλλες σπουδές. Για τα δύο δείγματα υπάρχει ταύτιση απόψεων για την αντιμετώπιση των περιστατικών χωρίς κλινική εμπειρία στην αρνητική απάντηση. Χαρακτηριστικό είναι το απόλυτο των αρνητικών απαντήσεων του ισπανικού πληθυσμού, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τα ποσοστά της επόμενης ερώτησης, για το συνδυασμό γνώσεων και κλινικής εμπειρίας για την αντιμετώπιση των περιστατικών, με το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων και για τις δύο χώρες να είναι θετικό. Σημαντικό χαρακτηριστικό είναι και το χαμηλό ποσοστό ειδίκευσης και για τα δυο δείματά μας, με την πεποίθηση και από τους δύο πληθυσμούς ότι η ειδίκευση αποδίδει καλύτερα.

Η επιλογή για την απόκτηση μεταπτυχιακού διπλώματος και για τα δύο δείγματα έγινε στο εξωτερικό. Για την Ελλάδα αυτό μεταφράζεται σε κάποια άλλη χώρα ενώ για την Ισπανία στην Αμερική, ενώ τα ποσοστά για την απόκτηση μεταπτυχιακού στην χώρα καταγωγής τους ήταν ίδια και για τις δύο χώρες. Τέλος, για αυτή την ομάδα ερωτήσεων η επιλογή της χώρας για την πραγματοποίηση διδακτορικού διπλώματος είναι σε κάποια άλλη χώρα με απόλυτα ποσοστά.

Επίσης, οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους ανέφεραν ότι εργάζονται και στις δύο χώρες. Για την Ελλάδα σε σχεδόν απόλυτα ποσοστά το δείγμα δεν κατείχε άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, ενώ αντίθετα σε απόλυτα ποσοστά το ισπανικό δείγμα ανέφερε πως είχε. Το γεγονός αυτό δικαιολογείται διότι στην Ελλάδα σύμφωνα με τις απαντήσεις των περισσότερων Ελλήνων απαιτούνται όροι, ενώ σε

μεγάλα ποσοστά οι ισπανοί ανέφεραν πως δεν απαιτούνται όροι για την απόκτηση άδειας. Για τους ερωτώμενους λογοθεραπευτές στην Ελλάδα, οι διαφορές στην οικονομικές απολαβές συγκριτικά με κάποιον που είναι κάτοχος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού ήταν υπαρκτές, γεγονός που δεν ισχύει στην Ισπανία. Για να γίνει κάποιος δεκτός στην χώρα υποδοχής και τα δύο δείγματα συμφωνούν στο ότι δεν υπάρχουν δυσκολίες και προϋποθέσεις σε σημαντικά ποσοστά. Για το αν οι οικονομικές απολαβές, επιπλέον, επέρχονται σύμφωνα με τον τομέα στον οποίο εργάζονται, το ποσοστό των Ελλήνων απαντά θετικά σε αντίθεση με αυτό των Ισπανών που απαντά αρνητικά.

Τα ασφαλιστικά ταμεία φαίνεται να δικαιολογούν το κόστος των θεραπειών στην Ελλάδα, ενώ στην Ισπανία δε συμβαίνει κάτι τέτοιο. Σημαντικό στοιχείο που εντοπίζεται στις απαντήσεις των Ελλήνων λογοθεραπευτών είναι ότι οι υπηρεσίες τους είναι διαθέσιμες κατά κύριο λόγο σε ιδιωτικό επίπεδο, ενώ στην Ισπανία είναι κυρίως σε δημόσιο επίπεδο.

Στο τομέα της αξιολόγησης ενός περιστατικού οι Έλληνες λογοθεραπευτές εργάζονται συνδυαστικά (σταθμισμένα τεστ και δικό τους υλικό), ενώ στα σταθμισμένα τεστ φαίνεται να στηρίζονται οι Ισπανοί λογοθεραπευτές. Οι αναπτυξιακές διαταραχές είναι το συνηθέστερο είδος διαταραχής στην Ελλάδα και συνδυασμός παθήσεων είναι αυτό που συναντάμε συνηθέστερα στην Ισπανία. Η θεραπεία φαίνεται να διαμορφώνεται ανάλογα με το περιστατικό και για τα δύο δείγματά μας, ενώ για το χρόνο θεραπείας ενός περιστατικού, αυτός εξαρτάται από την εκάστοτε διαταραχή τόσο για την Ελλάδα όσο και για την Ισπανία.

Και τα δύο δείγματα ανέφεραν ότι εντάσσονται σε κάποια διεπιστημονική ομάδα και οι μεν έλληνες την βρίσκουν εξαιρετικά χρήσιμοι και οι ισπανοί την χαρακτηρίζουν ως καλή. Στοιχείο διαφοροποίησης στις απαντήσεις των δύο δειγμάτων ήταν το γεγονός ότι οι Έλληνες λογοθεραπευτές δεν συζητούν με τους ασθενείς τους το σχεδιασμό της θεραπείας σε αντίθεση με την πλειοψηφία των Ισπανών που τις σχεδιάζει μαζί με τον ασθενή του, ενώ και τα δύο δείγματα παρέχουν πληροφορίες για την κατάσταση των ασθενών σε αυτούς και τους φροντιστές τους. Επίσης, και τα δύο δείγματα δείχνουν να ενδιαφέρονται για την συμμετοχή άλλων ειδικοτήτων στην αντιμετώπιση ενός περιστατικού. Ακόμα, και στα δύο δείγματα παρατηρήθηκε ευελιξία στο σχεδιασμό της θεραπείας, αν διαπιστευτεί από τον λογοθεραπευτή ότι δεν εξελίσσεται. Επίσης τα αποτελέσματα των απαντήσεων συμφωνούσαν και στην « περιγραφή με λίγα λόγια».

Στην αντιμετώπιση των νέων γονιών για τις διαταραχές των παιδιών τους το μεγαλύτερο ποσοστό των Ελλήνων αγχώνεται ενώ το ισπανικό δείγμα απάντησε ότι αντιδρά νευρικά. Οι Έλληνες λογοθεραπευτές αναφέρουν ότι συναντούν την αναπτυξιακή διαταραχή πιο συχνά και οι Ισπανοί την νευρολογική διαταραχή. Μεγάλο ποσοστό Ελλήνων ανέφερε ότι πολλά επαγγέλματα υγείας παραπέμπουν ασθενείς σε αυτούς ενώ οι Ισπανοί διακρίνουν μια καλή στάση από την πλευρά τους, ενώ αντίθετα είναι τα στοιχεία για τους επαγγελματίες της ανθρωπολογίας. Ωστόσο, καλή είναι και η αντιμετώπιση που αντιλαμβάνονται οι Έλληνες λογοθεραπευτές, όπως και οι Ισπανοί.

Στο αν υπάρχει συνεργασία στους τομείς που αναφέραμε στην προηγούμενη παράγραφο τα ποσοστά στην Ελλάδα είναι μοιρασμένα ανάμεσα στην κατηγορία στο ναι και στο όχι, ενώ για την Ισπανία φαίνεται να υπερέρχει το ναι. Όσον αφορά την

συνεργασία του γονέα για την θεραπεία του παιδιού στους Έλληνες λογοθεραπευτές είναι μοιρασμένες οι απαντήσεις τους ανάμεσα σε αυτούς που προσπαθούν να τους πείσουν για την χρησιμότητα και τα πλεονεκτήματα της θεραπείας και σε αυτούς που σέβονται την επιλογή τους. Για τους Ισπανούς λάβαμε την απάντηση ότι σέβονται την επιλογή τους σε μεγαλύτερα ποσοστά.

Το περισσότερο άγχος σύμφωνα με τους Έλληνες λογοθεραπευτές προέρχεται από θεραπεία πάνω στην αναπτυξιακή διαταραχή, όπως επίσης και για τους Ισπανούς. Από την προσωπική του εργασία το μεγαλύτερο ποσοστό των Ελλήνων λογοθεραπευτών αισθάνεται ικανοποιημένο όπως το ίδιο αισθάνονται και οι Ισπανοί λογοθεραπευτές. Τέλος, σε περίπτωση αλλαγής στις μεθόδους τους, το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι θα έδινε έμφαση στην εφαρμογή της θεραπείας, στοιχείο που ισχύει και για τα δυο δείγματα.

4.2 ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Τα στοιχεία που έχουν συλλεχτεί και από τις δύο χώρες προορίζονται τόσο για περαιτέρω έρευνα όσο και για παρουσίαση σε επιστημονικά σεμινάρια για τα οποία έχουμε δεχθεί προτάσεις και κατά την διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

Προορίζονται για την ανταλλαγή ιδεών και πρακτικών που έχουν εφαρμοστεί σε μία από τις δύο χώρες και αποδειγμένα έχουν αποδοτικά αποτελέσματα για την εφαρμογή τους στην άλλη χώρα.

Επίσης, έχει προκύψει και μια ανάγκη για συγκριτική ανάλυση και με χώρες της βόρειας Ευρώπης με αποδεδειγμένα προηγμένα συστήματα υγείας και παρουσίασης στοιχείων πρακτικών και μεθόδων, που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην καλύτερευση αλλά και την εξέταση των δυνατοτήτων εφαρμογής τους στα συστήματα που μελετά η παρούσα εργασία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αντωνοπούλου Λ., (2008). *Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα: Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία*, Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 3(2).

Ballas A., & Tsoukas H., (2004). *Measuring nothing: The case of the Greek National Health System*, Human Relations, 57 (6).

García - Armesto, Begoña - Durán, Hernández - Quevedo, Bernal - Delgado, & Enrique (2010). *Spain: Health System Review*, Health Systems in Transition, 12 (4).

Γαρδίκας Δ., (2010). *Εθνικά συστήματα υγείας διαφόρων χωρών*, Εκδόσεις: Παρισιανού Α.Ε., Αθήνα.

Γεωργοπούλου Χ. Σταυρούλα PhD., (2013). *Μεθοδολογία Έρευνας και Ανάλυση δεδομένων στη Λογοπαθολογία*, Πάτρα.

Economou Ch., (2010). *Greece: Health System Review: Health Systems in Transition*, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Eurobarometer, (2007). *Health and long-term care in the European Union*, Special Eurobarometer 283, Wave 67.3.

Eurobarometer, (2010). *Patient safety and quality of health care*, Special Eurobarometer 327, Wave 72.2.

European Observatory on Health Systems and Policies (LSE), (2013). *Spain: Health Systems in Transition*, vol 8, No 4.

Joumard I., Andre C., Nicq C., & Chatal O., (2008). *Health status determinants: Lifestyle, environment, health care resources and efficiency*, Economics Department Working Paper 627, Spain.

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., & Σούλης Σ., (2011). *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα.

Theodorokioglou Y., & Tsiotras G., (2000). *The need for the introduction of quality management into Greek health care*, Total Quality Management and Business Excellence, 11 (8).

Kervasdoue J., (2009). *Health care system in Greece*, Working Paper V5, OECD Public Management Reviews: Strengthening public administration reform in Greece.

Kontodimopoulos N., Nanos P., & Niakas D., (2006). *Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas in Greece*, Health Policy, 76 (3).

Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., & Χατζοπούλου Μ., (2008). *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδόσεις: Παπασωτηρίου, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ., (2010). *Διεθνή συστήματα υγείας*, Εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα.

Liaropoulos L., (2001). *Health care policy in Greece: a new and promising reform*, Euro Observer, Vol 3, N. 2.

Λιονής Χ., & Σουλιώτης Κ., (2010). *Το Σύστημα Υγείας στο Επίκεντρο μιας Διαχρονικής Συζήτησης*, Αθήνα: Πασχαλίδης.

Mossiallos E., (2008). *Citizens and Health Systems: Main Results from a Eurobarometer Survey*, Luxembourg: European Commission.

Οικονόμου Χ., (2006). *Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός: Θεωρητικές προσεγγίσεις και στρατηγικές επιλογές*, στο Οικονόμου, Χ. & Φερόνας Α., *Οι Εκτός των Τειχών: Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις Σύγχρονες Κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος.

Siskou O., Kaitelidou D., Papakonstantinou V. & Liaropoulos L., (2008). *Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins*, Health Policy, 88.

Τούντας Γ., (2010). *Τα συστήματα υγείας στον 21^ο αιώνα*, Ιατρική, 79(3).

Τούντας Γ., (2006). *Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 23(1).

Τούντας Γ., (2003). *Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.

Frank V.E., (2004). *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*, Edition: 3, Touchstone.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χορηγείται στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα: «Συγκριτική μελέτη σε Ελλάδα και Ισπανία, ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες της λογοθεραπείας, το επίπεδο σπουδών των λογοθεραπευτών και την διάρθρωσή τους στο σύστημα υγείας της κάθε χώρας».

Οδηγίες συμπλήρωσης: σημειώστε με (x) στο τετράγωνο της επιλογής σας.

1. Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;
 - Πτυχίο (Πανεπιστημίου ή άλλο)
 - Πτυχίο Πανεπιστημίου και master
 - Διδακτορικό
 - Συνδυασμός των παραπάνω(αναφέρατε ποιό).

2. Άλλες σπουδές έχουν υπάρξει;
 - Ναι
 - Όχι
 - Τι είδους σπουδές;

3. Θεωρείτε ότι μόνο με την κατάρτιση των σπουδών σας, είστε προετοιμασμένος/η επαρκώς, για την αντιμετώπιση των αναγκών των πελατών/ασθενών σας, ακόμη και χωρίς κάποια χρόνια κλινικής εμπειρίας;
 - Ναι
 - Όχι

4. Θεωρείτε πως η κατάρτιση των σπουδών σας, σε συνδυασμό με τα χρόνια κλινικής σας εμπειρίας, σας καθιστούν επαρκώς προετοιμασμένο/η για την αντιμετώπιση των αναγκών των πελατών/ασθενών σας;
- Ναι
 - Όχι
5. Έχετε ειδικευτεί σε κάποιον συγκεκριμένο τομέα;
- Ναι (αναφέρατε το είδος της ειδίκευσης)
 - Όχι
6. Πιστεύετε πως η ειδίκευση, όσον αφορά τον τομέα της λογοθεραπείας, σε κάποιο συγκεκριμένο είδος διαταραχής, αποδίδει καλύτερα;
- Ναι
 - Όχι
7. Σε ποιά χώρα αποφοιτήσατε;
- Αγγλία
 - Ελλάδα
 - Ισπανία
 - Αμερική
 - Κάποια άλλη
8. Σε ποια χώρα παρακολουθήσατε το master σας;
- Αγγλία
 - Ελλάδα
 - Ισπανία
 - Αμερική
 - Κάποια άλλη

9. Σε ποια χώρα, το διδακτορικό σας;

- Αγγλία
- Ελλάδα
- Ισπανία
- Αμερική
- Κάποια άλλη

10. Εργάζεστε;

- Όχι
- Ναι

- Σε ιδιωτικό κέντρο
- Σε δημόσιο κέντρο
- Σε δημόσια κλινική
- Σε ιδιωτικό σχολείο
- Σε δημόσιο σχολείο
- Μόνο κατ' οίκον εργασία
- Συνδυασμός κάποιων από τα παραπάνω

11. Έχετε άδεια ασκήσεως του επαγγέλματος;

- Ναι
- Όχι

12. Για την απόκτηση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος, προαπαιτούνται κάποιοι όροι;

- Ναι (αναφέρατε ποιό είναι)
- Όχι

13. Οι οικονομικές απολαβές είναι υψηλότερες για κάποιον που κατέχει master ή διδακτορικό, σε σύγκριση με αυτόν που κατέχει το βασικό πτυχίο;

- Ναι
- Όχι

14. Περιγράψτε σε μία παράγραφο, ποιές δυσκολίες συναντά ένας λογοθεραπευτής από άλλη χώρα, κάτοχος βασικού πτυχίου, master ή διδακτορικού, σε περίπτωση αναζήτησης εργασίας στην χώρα σας;

15. Υπάρχουν συγκεκριμένοι όροι, για να γίνει δεκτός στην χώρα υποδοχής;

- Ναι (αναφέρατε ποιό είναι)
- Όχι

16. Η εμπειρία σας στον τομέα της λογοθεραπείας, εντάσσεται σε πόσα χρόνια προϋπηρεσίας;

- 1 - 5
- 5 - 10
- 10 - 20
- 20 - 30
- Πάνω από 30

17. Οι οικονομικές σας απολαβές επέρχονται, σύμφωνα με τον τομέα στον οποίο εργάζεστε (δημόσιο/ιδιωτικό);

- Ναι
- Όχι

18. Πόση ώρα διαρκεί η θεραπευτική σας συνεδρία;

- 30'
- 45'
- 60'

19. Μπορείτε να περιγράψετε σε μία παράγραφο πώς το σύστημα Υγείας της χώρας σας, σας επιτρέπει να εφαρμόζετε τις υπηρεσίες λογοθεραπείας;

20. Μπορείτε να περιγράψετε σε μία παράγραφο πώς το σύστημα Εκπαίδευσης της χώρας σας, σας επιτρέπει να εφαρμόζετε τις υπηρεσίες λογοθεραπείας;

21. Η κάθε θεραπευτική σας συνεδρία κοστολογείται στο ποσό των:

22. Τα ασφαλιστικά ταμεία στην χώρα σας, δικαιολογούν το κόστος των θεραπειών σας;

- Ναι
- Όχι
- Ορισμένο ποσό

23. Οι υπηρεσίες της λογοθεραπείας στην χώρα σας, είναι διαθέσιμες κυρίως:

- Στο δημόσιο σύστημα Υγείας
- Σε ιδιωτικούς χώρους

24. Στον τομέα της αξιολόγησης, βασίζεστε σε:

- Σταθμισμένα τεστ
- Δικό σας/προσωπικό υλικό
- Συνδυασμός αυτών

25. Οι διαταραχές που συναντάται καθημερινά, ποικίλουν σε:

- Μαθησιακές
- Νευρολογικές
- Κινητικές
- Αναπτυξιακές
- Διαταραχές Φώνησης
- Διαταραχές Κατάποσης
- Σύνδρομα
- Συνδυασμός αυτών (αναφέρατε συγκεκριμένα ποιες).

26. Το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθείτε, διαμορφώνεται ανάλογα με το περιστατικό σας;

- Ναι
- Όχι
- Εξαρτάται την περίπτωση.

27. Πόσο χρονικό διάστημα χρειάζεστε συνήθως για την ολοκλήρωση των θεραπειών ενός περιστατικού;

- 6μηνες
- 1 χρόνο
- 2 χρόνια
- 2+ χρόνια
- Εξαρτάται το είδος του περιστατικού.

28. Εντάσσετε σε κάποια διεπιστημονική ομάδα;

- Ναι
- Όχι

29. Αν ναι, ποια είναι η γνώμη σας για την ύπαρξή της;

- Καλή
- Εξαιρετικά χρήσιμη
- Όχι καλή.

30. Στην προσωπική σας εργασία λαμβάνετε υπόψη κάτι από τα παρακάτω;

30α) Συζητάτε με τους ασθενείς σας πιθανές προτάσεις για το σχεδιασμό της θεραπείας;

- Ναι
- Όχι
- Εξαρτάται το είδος του περιστατικού.

30β) Παρέχετε τις πληροφορίες για την κατάσταση/τις ευκαιρίες του ασθενή, σε αυτόν και τους φροντιστές του;

- Ναι
- Όχι

30γ) Παρουσιάζετε ενδιαφέρον και προθυμία για την συμμετοχή και άλλων ειδικοτήτων στην αντιμετώπιση των ασθενών σας;

- Ναι
- Όχι
- Εξαρτάται το είδος του περιστατικού.

31. Θεωρείτε ότι έχετε την ευελιξία να αλλάξετε το σχέδιο θεραπείας σας, εφόσον διαπιστώσετε ότι η θεραπεία σας δεν εξελίσσεται;

- Ναι
- Όχι

32. Μπορείτε να περιγράψετε σε μία παράγραφο την κλινική εμπειρία σας, δουλεύοντας με ασθενείς με δυσκολίες σε ομιλία, λόγο και επικοινωνία;

33. Ποιός τομέας για εσάς, θεωρείτε πως είναι πιο δύσκολος, κατά την παροχή και απόδοση των υπηρεσιών σας;

- Ο λόγος
- Η ομιλία
- Η επικοινωνία
- Και τα 3
- Περιγράψτε με λίγα λόγια.

34. Πώς νομίζετε ότι οι νέοι γονείς αντιμετωπίζουν τις διαταραχές που εμφανίζονται σήμερα;

- Νευρικά
- Είναι ακόμη αδαής
- Δεν ξέρουν πού να απευθυνθούν
- Αγχώνονται, γιατί δεν είναι σωστά ενημερωμένοι
- Στρέφονται σε τομείς στον χώρο της ανθρωπολογίας και υγείας, που κατ' ουσία, δεν είναι χρήσιμοι για αυτούς.

35. Ποιά διαταραχή συναντάται περισσότερο εδώ, σύμφωνα με τα ανάλογα στατιστικά στοιχεία (Ελλάδα - Ισπανία);

- Νευρολογική
- Μαθησιακή
- Αναπτυξιακή

- Διαταραχή Φώνησης
- Διαταραχή Κατάποσης
- Σύνδρομο
- Κάποια από τα παραπάνω (αναφέρατε ποιά).
- Όλα τα παραπάνω.

36. Πώς πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες από τον χώρο Υγείας, αντιμετωπίζουν την ύπαρξη και τις υπηρεσίες λογοθεραπείας;

- Καλά
- Παραπέμπουν ασθενείς τους σε εμάς
- Δεν παραπέμπουν, γιατί δεν γνωρίζουν τα οφέλη των υπηρεσιών μας
- Όχι καλά

37. Πώς πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες από τον χώρο Ανθρωπολογίας και Εκπαίδευσης, αντιμετωπίζουν την ύπαρξη και τις υπηρεσίες της λογοθεραπείας;

- Καλά
- Παραπέμπουν ασθενείς τους σε εμάς
- Δεν παραπέμπουν, γιατί δεν γνωρίζουν τα οφέλη των υπηρεσιών μας
- Όχι καλά

38. Πιστεύετε πως εύκολα συνεργάζονται με τους λογοθεραπευτές, σύμφωνα με τις συνθήκες που επικρατούν στην χώρα σας (Ελλάδα και Ισπανία);

- Ναι (αναφέρατε ποιοί είναι οι επαγγελματίες)
- Όχι
- Εξαρτάται (αναφέρατε τί)

39. Πώς διαχειρίζεστε τον γονέα που δεν θέλει να συνεργαστεί μαζί σας, κατά την παροχή των υπηρεσιών σας στο παιδί του;

- Προσπαθείτε να τον ησυχάσετε, παρουσιάζοντας τα πλεονεκτήματα των υπηρεσιών σας.
- Δεν τον πιέζετε και σέβεστε την επιλογή του.

40. Σύμφωνα με την κλινική σας εμπειρία, σε ποιά διαταραχή πιστεύετε πως τα άτομα που την κατέχουν, αγχώνονται περισσότερο, με αποτέλεσμα να μην αποδίδουν στην θεραπεία (αναφέρατε γιατί);

- Νευρολογική
- Αναπτυξιακή
- Μαθησιακή
- Διαταραχή Φώνησης
- Διαταραχή Κατάποσης
- Σύνδρομο
- Κάποια άλλη
- Συνδυασμός κάποιων από τα παραπάνω

41. Ικανοποίηση από την προσωπική σας δουλειά και εξέλιξη:

- Αποδοτικός
- Ικανοποιητικός
- Ανεπαρκής

42. Πού θα δίνετε έμφαση, με σκοπό να αλλάξετε την εφαρμογή των υπηρεσιών σας;

- Στην διαδικασία και τρόπο αξιολόγησης (αναφέρατε γιατί)
- Στις μεθόδους θεραπείας (αναφέρατε γιατί)