

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ



ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΔΑΝΙΑ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Δημοπούλου Μαρία

Μαγριπή Άρτεμις

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. Νικόλαος Μπακάλης

ΠΑΤΡΑ 2013

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η υγεία, όπως έχει οριστεί, ακολουθώντας τη φυσική εξέλιξη και την επιστήμη, αποτελεί εξ υπαρχής πηγή παρατήρησης, έρευνας και επιστημονικής αναγκαιότητας, κατανοώντας το αναφαίρετο της ύπαρξής της και την “εκ των ων ουκ άνευ” υπόστασής της για κάθε ζωντανό οργανισμό.

Αποτελεί ένα πολυδιάστατο αντικείμενο μελέτης και διερεύνησης, αποκτώντας διαστάσεις όχι μόνο ψυχοσωματικές αλλά και κοινωνικές και πολιτικές. Η παροχή της φροντίδας υγείας, συνιστά αναπόσπαστο θεμελιακό κομμάτι των νεόδμητων αλλά και παλαιότερων κοινωνιών. Καθίσταται αντιληπτό, πως τα σύγχρονα επονομαζόμενα κράτη, υποχρεούνται να αναγνωρίσουν την υγεία των πολιτών τους ως πρωτεύον στοιχείο της σύστασής τους.

Η επιστήμη, ακρογωνιαίος λίθος της εξέλιξης, εφύηρε νέους τρόπους και μεθόδους, συμβαδίζοντας με τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες και απαιτήσεις της κοινωνίας, για την αποδοτικότερη κατανόηση και μετέπειτα εκπλήρωσή τους.

Ορισμοί όπως ποιότητα φροντίδας, ικανοποίηση ασθενών, αναδύθηκαν από τους κλάδους των επιστημών υγείας και χρησιμοποιούνται από τα διάφορα συστήματα υγείας που έχουν εγκαθιδρυθεί, με πρωταρχικούς σκοπούς την καθολική παροχή, διατήρηση και βελτίωση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά την πάροδο των τελευταίων δεκαετιών, έχει παρατηρηθεί ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον σχετικά με τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Ο ασθενής, ως ο κύριος χρήστης των υπηρεσιών αυτών, αποτελεί το σημαντικότερο κριτή τους και οι απόψεις που εκφράζουν αντικατοπτρίζουν άμεσα τη λειτουργικότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Για την πλήρη κατανόηση των αναγκών του ασθενή, κρίνεται αναγκαία η γνώση των εννοιών της φροντίδας υγείας, της ικανοποίησης και η εκτίμηση των εμπειριών τους.

Τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο, καλούνται συνεχώς να αντιμετωπίσουν νέα δεδομένα, καταστάσεις και προκλήσεις, καθώς οι απαιτήσεις, οι εξελίξεις και η τεχνολογία μεταβάλλονται συνεχώς. Ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσεων, είτε οικονομικών, είτε κοινωνικοπολιτικών, τα κράτη και οι εκάστοτε κυβερνήσεις, υποχρεούνται να διασφαλίζουν την υγεία των πολιτών, διατηρώντας τα επίπεδα ικανοποίησης υψηλά.

Η εν λόγω εργασία, σκοπό έχει να διερευνήσει και να παρουσιάσει την ικανοποίηση των Δανών πολιτών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Η συλλογή των απαραίτητων δεδομένων, βασίστηκε σε επίσημη έρευνα, η οποία διεξάγεται κάθε χρόνο προς όφελος των Υπουργείων Υγείας και Εσωτερικών και συμπληρώνεται από εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς. Η εστίαση στους τομείς που χρήζουν βελτίωσης, αποτέλεσε κύρια μέριμνα.

Από τη μελέτη της, εξάγεται το γενικό συμπέρασμα πως η ικανοποίηση των ασθενών για τη συνολική εικόνα της φροντίδας υγείας, αξιολογείται θετικά. Η πληροφόρηση που λαμβάνουν οι ασθενείς από τους επαγγελματίες υγείας, είτε προφορική, είτε έγγραφη, τυγχάνει θετικής εκτίμησης, όπως και η επάρκεια γνώσεών τους για θέματα της νόσου.

Αρνητικές απόψεις ωστόσο, παρουσιάζονται όσον αφορά τη διάρκεια αναμονής των ασθενών, από τη στιγμή παραπομπής τους έως τη στιγμή εισαγωγής /επίσκεψης στο νοσοκομείο. Ένα σημαντικό ποσοστό εσωτερικών (19,9%) και εξωτερικών (15,2%), εξέφρασε πολύ αρνητική αξιολόγηση σχετικά με την εμπειρία σφάλματος και τον μετέπειτα χειρισμό των επαγγελματιών υγείας. Η αδυναμία καθορισμού ατομικά υπεύθυνου επαγγελματία υγείας και η έλλειψη ενημέρωσης σε θέματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας, συνιστούν την προσοχή των αρμόδιων φορέων. Εν κατακλείδι, συμπεραίνεται πως ατομικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία αλλά και εμπειρικοί όπως η διάρκεια της νοσηλείας, η συμμετοχή του ασθενούς και των οικείων του, επιδρούν καταλυτικά στην εκφραζόμενη ικανοποίηση των ασθενών.

Οι περιορισμοί της παρούσης έρευνας, προσδιορίζονται στο γεγονός της δύσβατης πρόσβασης σε επαρκείς και αξιοποιήσιμες βιβλιογραφικές πηγές. Η γλώσσα των κειμένων, στάθηκε το σοβαρότερο εμπόδιο, καθώς η δανική γλώσσα ήταν η επικρατέστερη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	6
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1.2 ΔΑΝΙΑ.....	7
1.2.1 Γεωγραφικά στοιχεία	7
1.2.2 Ιστορία στοιχεία	8
1.2.3 Διακυβέρνηση	8
1.2.4 Οικονομία.....	8
1.2.5 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	9
1.2.6 Κατάσταση υγείας πληθυσμού	9
1.3 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	10
1.3.1 Στόχοι συστημάτων υγείας	12
1.4 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΑΝΙΑ.....	13
1.4.1 Οργάνωση συστήματος υγείας.....	14
1.4.2 Κρατικός τομέας	14
1.4.3 Περιφερειακός τομέας	15
1.4.4 Τοπικός τομέας	15
1.4.5 Ιδιωτικός τομέας	16
1.4.6 Χρηματοδότηση συστήματος υγείας	16
1.4.7 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	17
1.4.8 Δευτοροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	19
1.4.9 Δικαιώματα ασθενών	19
1.4.10 Κατηγορίες υγεινομικής κάλυψης	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	22
2.1 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΑΝΙΑ.....	22
2.1.2 Ποιοτική προσέγγιση	23
2.1.3 Ορισμός ποιότητας φροντίδας	23

2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (ΓΕΝΙΚΑ)	24
2.2.1 Ιστορική αναδρομή της Νοσηλευτικής	25
2.2.2 Νοσηλευτική φροντίδα στη Δανία	29
2.3 ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	34
2.3.1 Ιστορική αναδρομή της Ιατρικής	36
2.4 ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	36
2.4.1 Ιστορική αναδρομή της Μαιευτικής	37
2.5 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	37
2.5.1 Ιστορική αναδρομή της Φυσικοθεραπείας	38
2.6 ΧΕΙΡΟΠΡΑΚΤΙΚΗ	38
2.7 ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	39
2.7.1 Ιστορική αναδρομή της Εργοθεραπείας	39
2.8 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	40
2.8.1 Ιστορική αναδρομή της Λογοθεραπείας	40
2.9 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	41
2.10 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	42
2.10.1 Ιστορική αναδρομή της ψυχολογίας της υγείας	43
2.11 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	44
2.11.1 Ιστορική αναδρομή της φαρμακευτικής φροντίδας	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	46
3.1 ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	46
3.2 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	46
3.2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών	47
3.2.2 Ατομικοί παράγοντες	48
3.2.3 Εξωτερικοί παράγοντες	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	52
4.1 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΑΝΙΑ	52
4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	52
4.3 ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ	52

4.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	53
4.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	56
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	63

Κεφάλαιο 1^ο

1.1 Εισαγωγή

Οι υπηρεσίες υγείας διαφέρουν από οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία του δημόσιου τομέα, καθώς επηρεάζουν τη ζωή, από την οποία προκύπτουν όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα, δραστηριότητες, επιθυμίες, συναισθήματα. Όταν η ζωή απειλείται, η ελπίδα και ο σκοπός μας βρίσκονται σε κίνδυνο. Γι' αυτό το λόγο η ικανοποίηση από το σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας διαφέρει από την αγορά υλικών αγαθών ή από άλλες πνευματικές ανάγκες. Η ικανοποίηση του ασθενούς είναι πολυδιάστατη και οι ασθενείς βιώνουν και αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας και των υπηρεσιών που τους παρέχονται καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους (Πετράκη, 2007).

Τα τελευταία χρόνια, σε παγκόσμιο επίπεδο, παρατηρείται ένα έντονο ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας (Μερκούρης και Ανδρέαδη, 2003). Οι ασθενείς, ήταν κατά παράδοση αδύναμοι ενάντια στο ιατρικό κατεστημένο (Sitzia και Wood, 1997) παραμένοντας έρμια της κρίσης των επαγγελματιών υγείας και στερημένοι της δυνατότητας έκφρασης της γνώμης τους και της συμμετοχής τους σε οποιαδήποτε διαδικασία (Johansson et al, 2002).

Ανακαλώντας την Διακήρυξη της Διεθνούς Διάσκεψης της Άλμα-Άτα (1978), επισημαίνεται ότι οι κυβερνήσεις έχουν ευθύνη για την υγεία των πολιτών τους η οποία μπορεί να εκπληρωθεί μόνο με την εφαρμογή επαρκών υγειονομικών και κοινωνικών μέτρων. Ένας από τους κύριους κοινωνικούς στόχους κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και ολόκληρης της παγκόσμιας κοινότητας, πρέπει να είναι η επίτευξη ενός επιπέδου υγείας για όλους τους ανθρώπους παγκόσμια, που θα τους επιτρέπει να διάγουν έναν κοινωνικά και οικονομικά παραγωγικό βίο (Άλμα-Άτα, Ε.Σ.Σ.Δ., 6-12 Σεπτεμβρίου, 1978).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization,WHO), η φροντίδα υγείας περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες που ασχολούνται με τη διάγνωση και θεραπεία της νόσου, ή την προαγωγή, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας. Περιλαμβάνουν προσωπικές και μη προσωπικές υπηρεσίες υγείας.

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν τις πιο ορατές λειτουργίες οποιουδήποτε συστήματος υγείας, τόσο για τους χρήστες όσο και για το ευρύ κοινό. Η παροχή υπηρεσιών αφορά τον τρόπο με τον οποίο εισροές όπως τα χρήματα, το προσωπικό, ο εξοπλισμός και τα φάρμακα συνδυάζονται, ώστε να επιτρέψουν την παροχή παρεμβάσεων για την υγεία.

Η βελτίωση της πρόσβασης, η κάλυψη και η ποιότητα των υπηρεσιών εξαρτάται από αυτούς τους διαθέσιμους βασικούς πόρους, σχετικά με τους τρόπους με τους οποίους οι υπηρεσίες οργανώνονται και διαχειρίζονται και με τα κίνητρα που επηρεάζουν τους παρόχους και τους χρήστες (WHO, 2013).

Στον πολυδιάστατο χώρο της υγείας, ως καταναλωτής και χρήστης των σχετιζόμενων υπηρεσιών, ορίζεται ο ασθενής ο οποίος σύμφωνα με τον Donabedian (1987), αποτελεί "πολύτιμη, ακόμα και απαραίτητη πηγή πληροφοριών στην εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας" (Chang et al, 1984).

Η ικανοποίηση των ασθενών, διαμορφώνει μια κρίσιμη έννοια για τους ερευνητές, τους επαγγελματίες και τους διαχειριστές που οφείλουν να κατανοήσουν, διότι χρησιμοποιείται συνήθως στην αξιολόγηση της ποιότητας και μπορεί να προβλέψει ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών και αποτελεσμάτων. Ως αντιπροσωπευτικός δείκτης της ποιότητας φροντίδας, η ικανοποίηση χρησιμοποιείται για την σύγκριση διαφόρων πηγών της φροντίδας υγείας, τον εντοπισμό προβλημάτων που μπορεί να βελτιωθούν και την διαπίστωση των δυσαρεστημένων ασθενών (Benjamins, 2006).

Η Δανία, αποτελεί ένα από τα πιο ευημερή και ευμαρή κράτη του ευρωπαϊκού χάρτη, καθιερώνοντας και προσφέροντας ένα αποτελεσματικό κράτος πρόνοιας, γνωστό είτε ως σκανδιναβικό μοντέλο, είτε ως σοσιαλιστικό ή σοσιαλδημοκρατικό (Abrahamson, 2002). Το σύστημα υγείας, αποτελεί ισχυρό παρακλάδι του κράτους πρόνοιας και σκοπός της εργασίας αυτής είναι η εκτενής περιγραφή του εγκαθιδρυμένου συστήματος υγείας στη Δανία και η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, συγκομίζοντας στοιχεία επίσημης έρευνας που διεξάγεται κάθε χρόνο προς όφελος των Υπουργείων Εσωτερικών και Υγείας και ανασκοπώντας τη σχετιζόμενη βιβλιογραφία με την φροντίδα υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών.

1.2 Δανία

Η Δανία, ή Βασίλειο της Δανίας ή Δανιμαρκία, είναι ένα αναγνωρισμένο σκανδιναβικό κράτος, μαζί με την Σουηδία και την Νορβηγία και βρίσκεται στη βόρεια Ευρώπη. Η Φινλανδία, η Ισλανδία και οι νήσοι Φερόε, συγκαταλέγονται μερικές φορές στον όρο Σκανδιναβία, λόγω της ιστορικής σύνδεσης με τις σκανδιναβικές χώρες, χρήση που παρόλα αυτά μπορεί να θεωρηθεί ανακριβής στην ίδια την περιοχή, όπου ο όρος Βόρειες χώρες (Nordic countries), περιλαμβάνει την ευρύτερη αυτή ομάδα κρατών (<http://en.wikipedia.org/wiki/Scandinavia>).

Αποτελείται από την χερσόνησο της Γιουτλάνδης (Jylland), και 406 νησιά, εκ των οποίων τα 78 κατοικούνται. Στην Δανία ανήκουν επίσης και τα αυτόνομα νησιά Φερόες και η Γροιλανδία. Πρωτεύουσά της είναι η Κοπεγχάγη και ο συνολικός πληθυσμός της χώρας είναι περίπου 5,5 εκατομμύρια. Η εισοδός της στην Ευρωπαϊκή Ένωση χρονολογείται από το 1973 και στο NATO από το 1949. Έχει έναν από τους υψηλότερους μέσους φορολογικούς συντελεστές (49%). Σύμφωνα με τον Δείκτη Αντίληψης για τη Διαφθορά (Corruption Perception Index-C.P.I.) που εκδίδεται κάθε χρόνο από το μη κυβερνητικό οργανισμό Διεθνής Διαφάνεια (Transparency International), η Δανία κατατάχθηκε στη δεύτερη θέση, μετά την Νέα Ζηλανδία, από τις χώρες με ελάχιστη διαφθορά για το έτος 2011 παγκοσμίως και η τέταρτη πιο ειρηνική χώρα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο δείκτη ειρήνης (<http://en.wikipedia.org/wiki/Denmark>).

1.2.1 Γεωγραφικά στοιχεία

Συνορεύει από ξηράς, μόνο με την Γερμανία, ενώ από θάλασσα γειτνιάζει με τη Σουηδία, τη Βόρεια Θάλασσα και τη Βαλτική. Η συνολική ακτογραμμή είναι αρκετά μεγάλη και φτάνει

τα 7.314 χλμ. Το ανάγλυφο του εδάφους είναι κατά κύριο λόγο επίπεδο, με το υψηλότερο σημείο να μην ξεπερνά τα 170 μέτρα. Το κλίμα είναι σχετικά ήπιο λόγω της επίδρασης του Ρεύματος του Κόλπου του Μεξικού. Καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, ο άνεμος είναι δυνατός, ιδιαίτερα τους χειμερινούς μήνες, παραχωρώντας έτσι το πλεονέκτημα της χρήσης της αιολικής ενέργειας (<http://el.wikipedia.org/wiki/Δανία>).

Διαιρείται διοικητικά σε πέντε περιφέρειες: την Περιφέρεια της Πρωτεύουσας της Δανίας (Region Hovedstaden), Περιφέρεια Ζηλανδίας (Region Sjælland), Περιφέρεια Νότιας Δανίας (Region Syddanmark), Κεντρική (Region Midtjylland) και τέλος Βόρεια (Region Nordjylland) Περιφέρεια της Δανίας (Danish Regions, 2007).

1.2.2 Ιστορικά στοιχεία

Η χώρα πιθανολογείται ότι έχει περιοδικά κατοικηθεί για πάνω από 120.000 χρόνια. Οι πρώτες βέβαιες αποδείξεις ανθρώπινης παρουσίας, χρονολογούνται περίπου από το 12,500 π.χ. Δανοί, προσέλκυσαν το διεθνές ενδιαφέρον στην εποχή των Βίκινγκς, από τα τέλη του 8^{ου} έως τα μέσα του 11^{ου} αιώνα όπου και έδρασαν στους τομείς του εμπορίου, ταξιδεύοντας μέχρι και στην Μεσόγειο, αλλά και συνάμα σε κατακτητικές επιδρομές όπως εναντίον της Αγγλίας (Ministry of Foreign Affairs of Denmark, 2009). Προς τα τέλη του 10^{ου} αιώνα, η Δανία ήταν ενωμένη σε ένα ενιαίο βασίλειο, εξασφαλίζοντας την ανεξαρτησία της από τότε, καθιστώντας το ένα από τα αρχαιότερα κράτη της Ευρώπης (Vallgård, Krasnik, Vrangbæk, 2001).

1.2.3 Διακυβέρνηση

Σύμφωνα με το σύνταγμα του 1953, ως πολίτευμα της Δανίας είναι βασιλευόμενη κοινοβουλευτική δημοκρατία, στο οποίο η Μαργαρίτα Β' έχει οριστεί ως αρχηγός τους κράτους, περιορίζοντας όμως την βασιλική εξουσία σε εθιμοτυπικές λειτουργίες. Την εκτελεστική εξουσία ασκεί η κυβέρνηση ενώ την νομοθετική η Βουλή με 179 μέλη.

Η πολιτική της Δανίας βασίζεται στην πολιτική συναίνεση και κατ' επέκταση, εκάστοτε κυβέρνηση συνήθως αποτελείται από περισσότερα από ένα κυβερνώντα κόμματα. Άλλωστε, από το 1909, κανένα κόμμα δεν έχει την πλειοψηφία του κοινοβουλίου. Από τις 3 Οκτωβρίου 2011, πρωθυπουργός της χώρας είναι η Helle Thorning-Schmidt, δημιουργώντας τρικομματική κυβέρνηση. Το δικαίωμα ψήφου, δικαιούνται οι πολίτες άνω των 18 ετών, οι οποίοι κατέχουν δανική υπηκοότητα.

1.2.4 Οικονομία

Η Δανία συγκαταλέγεται στους πέντε πρώτους εξαγωγείς τροφίμων παγκοσμίως, εκμεταλλεζόμενη τη μορφολογία του εδάφους και βασιζόμενη στην αγροτική παράδοση, συνδυασμένη με την δύναμη του συνεταιρισμού και του σύγχρονου εκμηχανισμού της καλλιέργειας, κτηνοτροφίας αλλά και αλιείας. Καλλιεργούνται κυρίως δημητριακά (κριθάρι, βρώμη, σιτάρι) και εκτρέφονται χοίροι, αιγοπρόβατα και άλογα. Από το 1945 και μετά, η

Δανία διεύρυνε την βιομηχανική της βάση, ξεπερνώντας τις εξαγωγές των γεωργικών προϊόντων, συνεισφέροντας περίπου στο 25% του ΑΕΠ της χώρας. Η βιομηχανική παραγωγή περιλαμβάνει κυρίως: μηχανήματα, χημικά προϊόντα, μεταλλικά είδη, ηλεκτρονικό και μεταφορικό εξοπλισμό, μπίρα, χαρτί και προϊόντα από ξύλο (http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/denmark/index_el.htm).

1.2.5 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο πληθυσμός της Δανίας, σύμφωνα με την τελευταία απογραφή του 2012 είναι 5,584,758 (<http://denmark.dk/en/quick-facts/facts/>). Το 10,4% αποτελείται από μετανάστες χωρών όπως Τουρκία, Ιράκ, Σομαλία, Βοσνία Ερζεγοβίνη και Μέση Ανατολή (http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics_of_Denmark). Η επίσημη γλώσσα είναι η δανική και το 95% των δανών πολιτών, έχει ασπαστεί την Ευαγγελική Λουθηρανική θρησκεία (επίσημα).

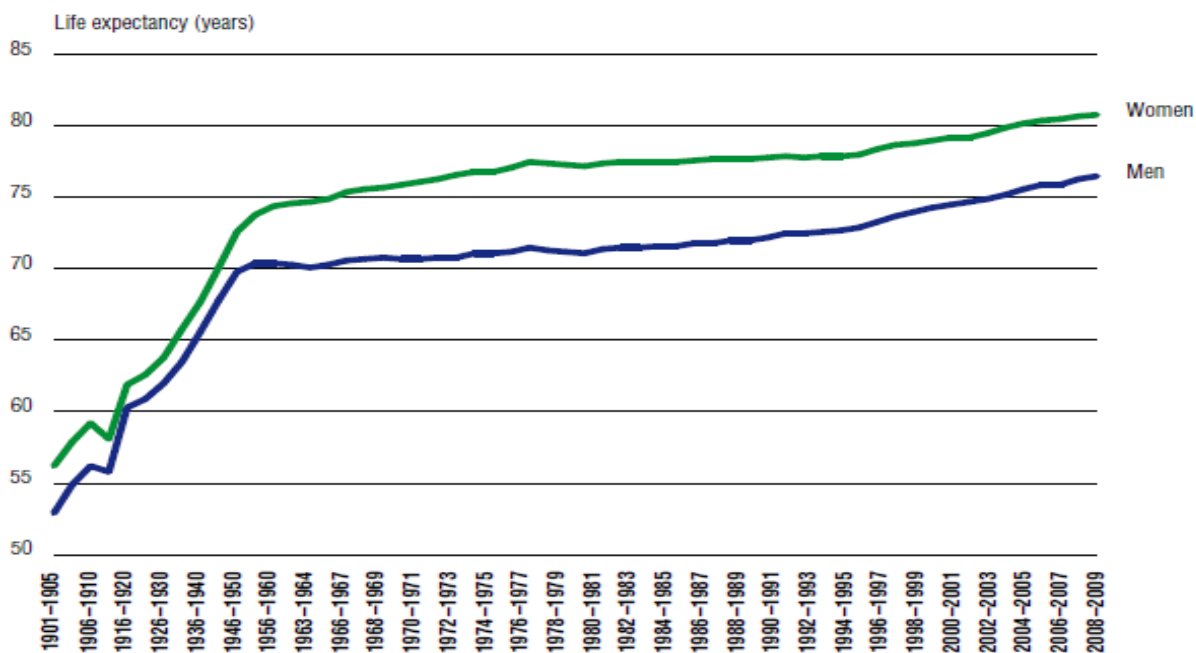
Η Δανία είναι μία μικρή χώρα με λίγους κατοίκους αλλά με υψηλή πυκνότητα πληθυσμού. Η δημογραφική εξέλιξη είναι παρόμοια με των υπόλοιπων δυτικών ευρωπαϊκών χωρών, παρουσιάζοντας αύξηση δηλαδή του ποσοστού των ηλικιωμένων και υπογεννητικότητα. Οι πλειοψηφία των κατοίκων έχουν αστικοποιηθεί στις μεγαλύτερες πόλεις και το 1/3 περίπου των οικογενειών είναι μονογονεϊκές (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

Το γενικό μορφωτικό επίπεδο κυμαίνεται αρκετά υψηλά, με το 32% του πληθυσμού μεταξύ 25 και 64 ετών, να έχουν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση το 2007 (OECD, 2010). Το βιοτικό επίπεδο θεωρείται από τα υψηλότερα στον κόσμο, χάριν στο σκανδιναβικό μοντέλο του κράτους πρόνοιας, οι μηχανισμοί του οποίου συντελούν στην διαμόρφωση ενός συστήματος που προσδίδει κοινωνική ασφάλιση, δημόσιες υπηρεσίες, δωρεάν πρόσβαση στην παιδεία και την υγεία, η οποία αποτελεί το κέντρο βάρους του κράτους πρόνοιας (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

1.2.6 Κατάσταση υγείας πληθυσμού

Από μία διεθνής σκοπιά, η κατάσταση της υγείας στη Δανία, μπορεί να χαρακτηριστεί γενικά ως καλή, ως προς τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες οι βελτιώσεις στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού έχουν προχωρήσει με χαμηλότερους ρυθμούς απ' ό,τι σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, όπως οι Σκανδιναβικές. Παρόλα αυτά, οι τάσεις του προσδόκιμου ζωής, υποδηλώνουν πως υπήρξε μια αξιοσημείωτη βελτίωση στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού κατά το δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του 1990. Το προσδόκιμο ζωής των γυναικών, κυμαίνονταν στα 81,0 χρόνια και των ανδρών στα 76,5 χρόνια το 2008 (Statistic Denmark, 2011), όπως διακρίνεται και στο **Σχήμα 1.1**

Σχήμα 1.1 Μέσος όρος προσδόκιμου ζωής (σε χρόνια) για τους άνδρες και τις γυναίκες, 1901-2009



Πηγή: Statistic Denmark, 2011

Οι τρεις κυριότερες αιτίες θανάτου στη Δανία το 2009 ήταν ο καρκίνος, οι καρδιακές παθήσεις και άλλα νοσήματα του κυκλοφορικού (National Board of Health, 2010b). Υπήρξε ωστόσο, από το 1995, μία πτωτική τάση της συχνότητας εμφάνισης και των τριών ομάδων. Αναφορικά με τις καρδιακές παθήσεις, η Δανία εμφάνισε την υψηλότερη κατά μέσο όρο πτώση της θνησιμότητας, για τη περίοδο 2001-2006 σε σύγκριση με τις σκανδιναβικές χώρες, Σουηδία και Νορβηγία. Για τον καρκίνο παρόλα αυτά, η συχνότητα εμφάνισης είναι ακόμα υψηλότερη, απ' ότι για παράδειγμα το μέσο όρο των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD) και της Ευρωπαϊκής Ένωσης (National Board of Health, 2010a).

Η θνησιμότητα αυξάνεται για διάφορες διαταραχές, συνυφασμένες με τον τρόπο ζωής, όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η κίρρωση του ήπατος στους άντρες και ο διαβήτης. Η θνησιμότητα για τις νόσους αυτές το 2005, ήταν πολύ υψηλότερη απ' ότι 50 χρόνια πριν. Σχετικά με τον καρκίνο του εντέρου και του μαστού, ο δείκτης θνησιμότητας φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί, ενώ η διακύμανσή της για τις καρδιακές ασθένειες και τα εγκεφαλικά επεισόδια εμφανίζει πτωτική πορεία (Public Health Report, Denmark 2007).

1.3 Σύστημα υγείας

Ένα σύστημα υγείας, μερικές φορές αναφέρεται και ως σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, μεριμνά για την οργάνωση των ανθρώπων, των θεσμών και των πόρων, οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για την κάλυψη των αναγκών υγείας των πληθυσμών. Συναντάται πληθώρα συστημάτων υγείας ανά τον κόσμο, με τόσες ιστορίες και οργανωτικές δομές όσες και τα έθνη. Σε ορισμένες χώρες, η υγεία και ο σχεδιασμός του συστήματος είναι κατανομημένη μεταξύ των συμμετεχόντων στην αγορά. Σε άλλες περιπτώσεις, υπάρχει μια

συντονισμένη προσπάθεια μεταξύ των κυβερνήσεων, των συνδικαλιστικών οργανώσεων, των φιλανθρωπικών οργανώσεων παράλληλα και θρησκευτικών ή άλλων συντονισμένων φορέων που παρέχουν προγραμματισμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που απευθύνονται στους πληθυσμούς που εξυπηρετούν. Ωστόσο, η υγεία και ο σχεδιασμός της περίθαλψης έχουν περιγραφεί συνήθως ως εξελικτικές και όχι επαναστατικές (http://en.wikipedia.org/wiki/Health_system).

Οι χώρες του κόσμου παρουσιάζουν πολυποίκιλα και διαφορετικά είδη συστημάτων υγείας, αλλά τα περισσότερα συνιστώνται από πέντε θεμελιώδη στοιχεία (Basch, 1990):

- Καθολικό δικαίωμα χρήσης
- Παροχές, τι είδους υγειονομική κάλυψη μπορεί να προσδοκά ένας πολίτης
- Παρόχους που προσφέρουν υγειονομική περίθαλψη
- Εγκαταστάσεις, όπου η παροχή υγειονομικής περίθαλψης λαμβάνει χώρα
- Εξουσία, κάποιος που ελέγχει την πρόσβαση και τη χρηστικότητα του συστήματος.

Οι υπηρεσίες υγείας, οργώνονται διαρθρωτικά σε τρεις τομείς: την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει οριστεί ως ένα σύστημα που παρέχει ένα σύνολο βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών, σε ατομικό καθώς και σε οικογενειακό επίπεδο και συνιστά το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας (WHO, 1978). Αποτελεί τη βάση του συστήματος και πραγματεύεται τα προβλήματα της κοινότητας, παρέχει υπηρεσίες προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας, βασισμένη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθοδολογίες.

Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας αναφέρεται σε εκείνες τις υπηρεσίες που παρέχονται κυρίως στα νοσοκομεία, συνήθως σε τοπικό επίπεδο και χαρακτηρίζεται μεγίστης σημασίας για την γενική κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και προληπτικών μέσων.

Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας μεριμνά για εξειδικευμένες, εντός νοσοκομείου υπηρεσίες (Tygionolas, Polychronopoulos και Tountas, 2010). Τα συστήματα υγείας παγκοσμίως, τα τελευταία χρόνια αντιμετωπίζουν μια τριπλή πρόκληση. Αυτή εστιάζεται στην απαίτηση των κοινωνιών και των οργανισμών για ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης, στο διαρκώς αυξανόμενο κόστος παροχής τους και τέλος στην ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής της νέας τεχνολογίας με κριτήριο την αποτελεσματικότητά της (Σιγάλας, 1999).

Από τις αρχές ήδη του 1990 στην Ευρώπη, αναδύθηκε στην επιφάνεια η σταδιακή ανάγκη για συνολική αναμόρφωση των υπηρεσιών υγείας, μέσω συγχωνεύσεων νοσοκομείων. Στόχος είναι η αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, η αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και ο εξορθολογισμός της κατανομής των υπηρεσιών υγείας. Τα κίνητρα για τις ενοποιήσεις κλινικών των νοσοκομείων ή ολόκληρων νοσοκομειακών μονάδων είναι η μείωση του κόστους, η επίτευξη οικονομικών κλίμακας και η αύξηση της παραγωγικότητας. Παρά την αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητάς τους, οι συγχωνεύσεις αποτελούν αντικείμενο δημόσιου διαλόγου και εφαρμόζονται ανά διαστήματα στο πλαίσιο μιας συνολικής αναμόρφωσης του συστήματος υγείας. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι εφαρμόζονται με σκοπό τη μείωση των δαπανών, τη βελτίωση της χωροταξικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας και την ποιοτική αναβάθμιση αυτών (Τσαβαλιάς, Σίσκου και Λιαρόπουλος, 2012).

Σ' αυτή την εποχή, που η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων υγείας έχει αλλάξει, είναι φανερό η ανάγκη για μέτρηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας, προκειμένου να κριθεί η σωστή ή όχι αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (Σιγάλας, 1999).

1.3.1 Στόχοι συστημάτων υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, σε μια προσπάθεια ορισμού του πλαισίου των στρατηγικών επιλογών στο τομέα υγείας καταλήγει στο ότι κάθε σύστημα υγείας πρέπει να επιτυγχάνει στην εκπλήρωση τριών στόχων:

- Ο πρώτος στόχος, αφορά στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού και έχει διπλή διάσταση. Περιλαμβάνει αφενός τη βελτίωση του μέσου επίπεδου υγείας όλου του πληθυσμού και αφετέρου την ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού.
- Ο δεύτερος αφορά στην ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στις προσδοκίες των πολιτών.
- Ο τρίτος στόχος, τέλος, αφορά τη δικαιοσύνη στην κατανομή των βαρών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και στην προστασία των νοικοκυριών έναντι του οικονομικού κινδύνου σαν συνέπεια της αντιμετώπισης κάποιας ασθένειας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2007).

Άλλες διαστάσεις για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας περιλαμβάνουν την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοχή και την ισότητα που έχουν επίσης περιγραφεί στις Ηνωμένες Πολιτείες ως "the five C's". Σύμφωνα με την πρόσφατη μεταρρύθμιση του 2013, λόγω της σύγκρουσης των δημοσιονομικών προκλήσεων και τον όγκο της βιομηχανίας, η γραμμή που έχει προσχεδιαστεί για την υγειονομική περίθαλψη θα επικεντρώνεται στην Σαφήνεια (Clarity), τις Δαπάνες (Costs), τη Συμμόρφωση (Compliance), η Εξυγίανση (Consolidation) και οι Καταναλωτές (Consumers) (Keckley, 2013).

Τον Μάιο του 2012, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, δημοσιοποίησε δέκα γεγονότα (facts), σχετικά με την κατάσταση της παγκόσμιας υγειονομικής κάλυψης και παρουσιάζονται όπως παρακάτω:

1. Η παγκόσμια κάλυψη διασφαλίζει ότι όλοι οι άνθρωποι μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας, χωρίς οικονομικές δυσκολίες
2. Όλοι οι άνθρωποι θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται
3. Η προσωπική οικονομική επιβάρυνση, ωθεί 100 εκατομμύρια ανθρώπους στη φτώχεια κάθε χρόνο
4. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για την παγκόσμια παροχή κάλυψης, αποτελεί το μοίρασμα των δαπανών σε ολόκληρο τον πληθυσμό
5. Όλες οι χώρες αναζητούν συνεχώς περισσότερους πόρους για την υγειονομική περίθαλψη
6. Το 2010, 79 χώρες αφιέρωσαν 10% λιγότερο από τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία

7. Οι χώρες ανακαλύπτουν καινοτόμους τρόπους για την αύξηση των εσόδων για την υγεία

8. Μόνο οκτώ από τις 49 φτωχότερες χώρες του κόσμου έχουν κάποια πιθανότητα χρηματοδότησης ενός συνόλου βασικών υπηρεσιών με τους δικούς τους εγχώριους πόρους μέχρι το 2015

9. Παγκοσμίως, το 20% με 40% των πόρων που δαπανώνται στον τομέα της υγείας, σπαταλάτε

10. Όλες οι χώρες μπορούν να κάνουν περισσότερα προκειμένου να προχωρήσουν προς την παγκόσμια κάλυψη

(http://www.who.int/features/factfiles/universal_health_coverage/facts/en/index9.html).

1.4 Σύστημα υγείας στη Δανία

Η Δανία, διαθέτει παράδοση μιας αποκεντρωμένης μορφής συστήματος υγείας. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων, μεταρρυθμίσεις και πολιτικές πρωτοβουλίες έχουν σταδιακά συγκεντρώσει το σύστημα υγείας με διάφορους τρόπους. Η διαρθρωτική μεταρρύθμιση του 2007, συγχώνευσε τις κομητείες σε λιγότερες αλλά ταυτόχρονα μεγαλύτερες περιφέρειες και παρομοίως τις κοινότητες. Η νοσοκομειακή δομή, υφίσταται σχετικές μεταρρυθμίσεις, με λιγότερα, μεγαλύτερα και πιο εξειδικευμένα νοσοκομεία και επιπλέον, προωθείται μια πιο συγκεντρωτική προσέγγιση στο σχεδιασμό και τη ρύθμιση.

Από οικονομικής απόψεως, τα τελευταία χρόνια έχει εισαχθεί ένα υψηλότερο επίπεδο χρηματοδότησης του δημόσιου τομέα υγείας, με βάση την δραστηριότητα (activity-based financing), σε συνδυασμό με τον παραδοσιακό παγκόσμιο προϋπολογισμό (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012). Ένα ποσοστό δηλαδή της τάξεως 30%-50% της κρατικής συνολικής επιχορήγησης στην περιφέρεια, έχει αντικατασταθεί από μια αντίστοιχη επιχορήγηση, ανάλογη με τον αριθμό και την σύνθεση της νοσοκομειακής θεραπείας (Bjørn et al, 2002).

Το Σύστημα Υγείας της Δανίας, έχει κληθεί συνεπώς, να αντιμετωπίσει μια σειρά προκλήσεων και επίτευξη στόχων, όπως γενικά ισχύουν και στα υπόλοιπα σκανδιναβικά μοντέλα δημόσιας υγείας. Επιδιώκουν την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, μειώνοντας την θνησιμότητα και τη νοσηρότητα και ελαχιστοποιώντας τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Επικεντρώνονται στην δημιουργία καλύτερης ζωής για τους πολίτες και στην ενδυνάμωση της οικονομίας του δημόσιου τομέα και της κοινωνίας ως σύνολο (Vallgård, 2007).

Συμπερασματικά, το σύστημα δημόσιας υγείας, φαίνεται σύμφωνα με έρευνες (National Danish Survey of Patient Experiences, 2009) πως λειτουργεί επιτυχώς έως τώρα, τουλάχιστον όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών. Παρά τα θετικά αυτά αποτελέσματα, υπάρχει ένας αυξανόμενος δημόσιος διάλογος σχετικά με την ανταπόκριση του δημόσιου συστήματος υγείας προς τις μεμονωμένες ανάγκες των ασθενών για συμμετοχή, ενημέρωση και εξατομικευμένη επαφή με το σύστημα υγείας. Πρόσφατα αποτελέσματα ικανοποίησης ασθενών με τις γενικές εφαρμοσμένες λειτουργίες φαίνεται να υποδεικνύουν πως μια σημαντική μερίδα, κυρίως νέων ανθρώπων δεν είναι ικανοποιημένοι από την θεραπεία τους και επίσης βίωσαν ότι η ιατροί δρουν πατερναλιστικά και δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες του ασθενή για ενημέρωση και συμμετοχή. Αυτό μπορεί να

σηματοδοτεί τον ερχομό μιας γενιάς με διαφορετικές προσδοκίες και απαιτήσεις (Copenhagen Consensus Center, 2011).

1.4.1 Οργάνωση συστήματος υγείας

Το καθοριστικό στοιχείο του δανικού συστήματος υγείας είναι η αποκεντρωμένη ευθύνη για την παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, κυρίως από τις περιφέρειες και τις κοινότητες. Παρόλα αυτά, όπως προαναφέρθηκε, έχουν ήδη λάβει χώρα προσπάθειες επανασυγκεντρωτισμού, οι οποίες μείωσαν τον αριθμό των κομητειών από 14 σε 5 περιφέρειες και τις κοινότητες από 275 σε 98 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012). Η πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας, σε μεγάλο βαθμό παρέχεται δωρεάν για όλους τους κατοίκους.

Το σύστημα υγείας είναι οργανωμένο σε τρία διοικητικά επίπεδα: κρατικό, περιφερειακό και τοπικό. Ο προγραμματισμός και οι ρυθμίσεις, πραγματοποιούνται ταυτόχρονα σε κρατικό και τοπικό επίπεδο. Το κράτος κατέχει το σύνολο των ρυθμιστικών και εποπτικών λειτουργιών, καθώς και των φορολογικών-δημοσιονομικών λειτουργιών. Οι πέντε περιφέρειες, μεταξύ άλλων, είναι υπεύθυνες για τη λειτουργία των νοσοκομείων, καθώς και για τους αυτοαπασχολούμενους επαγγελματίες υγείας. Οι κοινότητες είναι υπεύθυνες για την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας.

Τα τελευταία χρόνια, η ανάπτυξη ενός πιο συντονισμένου συστήματος υγείας έχει προσελκύσει μεγάλη προσοχή· παράλληλα, μια σειρά νόμων, έχουν εισαχθεί από τη δεκαετία του 1990 για την ενίσχυση των δικαιωμάτων των ασθενών (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

1.4.2 Κρατικός τομέας (Staten)

Ο κρατικός ρόλος, όπως έχει προαναφερθεί, έγκειται πρωτίστως στον συντονισμό, την ρύθμιση και παροχή συμβουλών και οικονομικών πόρων, προσδίδοντάς του έτσι έναν σχετικά περιορισμένο ρόλο. Ωστόσο, υπό το πρίσμα των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων, το κράτος έχει αποκτήσει μεγαλύτερο ρυθμιστικό και κυβερνητικό ρόλο από ότι προηγουμένως. Λαμβάνει όλο και περισσότερο την ευθύνη για τον προγραμματισμό ειδικότερων δραστηριοτήτων, όπως για παράδειγμα η παρακολούθηση της ποιότητας και ο σχεδιασμός κατανομής των ιατρικών ειδικοτήτων στον νοσοκομειακό τομέα (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

Το Υπουργείο Υγείας (Ministry of Health-Sundhedsministeriet) κατέχει κυβερνητικό ρόλο στην περιφερειακή και τοπική οργάνωση και διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και την εποπτεία και μερική χρηματοδότηση των κοινοτήτων και περιφερειών. Στο πεδίο της φροντίδας υγείας, το Υπουργείο είναι υπεύθυνο για τις διοικητικές λειτουργίες που σχετίζονται με την οργάνωση των νοσοκομείων, των κοινοτικών ψυχιατρείων και των αυτοαπασχολούμενων επαγγελματιών υγείας που έχουν συνάψει συμφωνία με τις περιφέρειες καθώς και των αδειών κυκλοφορίας των φαρμακευτικών προϊόντων και την εποπτεία του φαρμακευτικού τομέα. Τέλος, ένα μέρος των αρμοδιοτήτων του υπουργείου, αποτελεί την

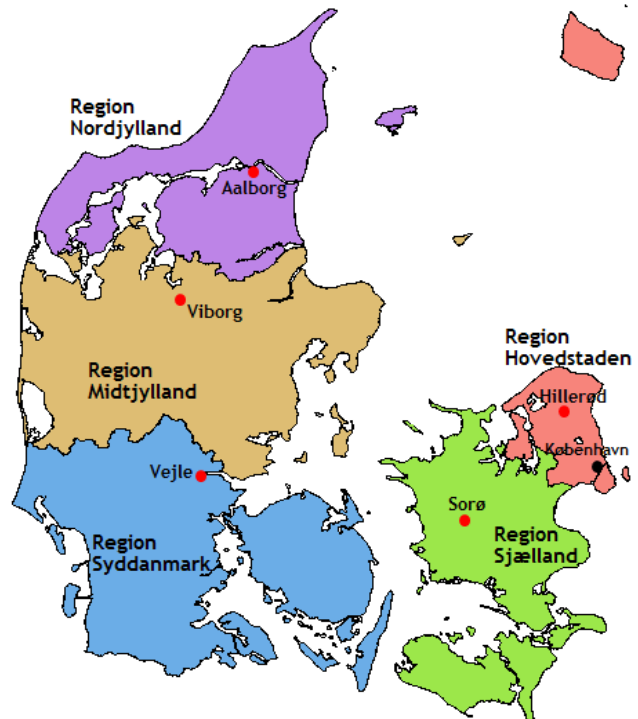
πρόληψη και προαγωγή της υγείας (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

Σχήμα 1.2 Χάρτης Περιφερειών Δανίας

1.4.3 Περιφερειακός τομέας (Regioner)

Μετά την μεταρρύθμιση της τοπικής αυτοδιοίκησης, η οποία τέθηκε σε ισχύ την 1^η Ιανουαρίου 2007, το παλιό σύστημα των 14 κομητειών αντικαταστάθηκε από 5 περιφέρειες, χρηματοδοτούμενες από το κράτος και τις κοινότητες, εστιαζόμενες κυρίως στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Ministry of Health and Prevention, 2008). Οι περιφέρειες αυτές, δεν αντανακλούν θεμελιώδεις κοινωνικοδημογραφικές διαφορές, αν και η

παροχή υπηρεσιών και η κατάσταση της υγείας μπορεί να διαφέρουν (European Observatory on Health Care Systems, 2012).



Πηγή: <http://www.worldofmaps.net>

Οι περιφέρειες και οι κοινότητες έχουν ξεχωριστές αρμοδιότητες και σε σύγκριση με το κράτος, οι περιφέρειες δεν κατέχουν κανέναν κυβερνητικό ή ρυθμιστικό ρόλο όσον αφορά τις κοινότητες (European Observatory on Health Care Systems, 2012). Ευθύνη των περιφερειών αυτών, είναι η απασχόληση και χρηματοδότηση των αυτοαπασχολούμενων επαγγελματιών υγείας και η αποτελεσματική ιδιοκτησία και λειτουργία των νοσοκομείων, οργανώνοντας τις υπηρεσίες υγείας για τους πολίτες τους, σύμφωνα με τις απαιτήσεις και τις διαθέσιμες εγκαταστάσεις της εκάστοτε περιφέρειας. Συνεπώς, η κάθε μία έχει την δυνατότητα να προσαρμόσει τις υπηρεσίες της εντός των οικονομικών και εθνικών νομικών πλαισίων με βάση τις ανάγκες της, ώστε να εξασφαλιστεί ο κατάλληλος και επαρκής αριθμός προσωπικού και απαραίτητου εξοπλισμού (Annual National, Report Pensions, Health and Long-term Care, 2009).

1.4.4 Τοπικός τομέας (Kommuner)

Στον τοπικό τομέα, υπάρχουν **98 κοινότητες** και η καθεμία από αυτές λειτουργεί ως οργανισμός τοπικής αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ). Η εποπτεία των κοινοτήτων διενεργείται από

πέντε περιφερειακές τοπικές αρχές, όπου αυτές με την σειρά τους ελέγχονται από το Υπουργείο Πρόνοιας (<http://www.im.dk/English/Municipalities-regions.aspx>).

Στις ευθύνες των κοινοτήτων διακρίνονται το περιβάλλον και η τεχνολογία, τα σχολεία, οι κοινωνικές και ορισμένες υπηρεσίες υγείας, η πρόληψη ασθενειών και προαγωγή της υγείας. Έλαβαν μεγαλύτερη ευθύνη για την αποκατάσταση, καθώς και άλλων τομέων φροντίδας υγείας όπως αυτών των επισκεπτών υγείας, σχολικής υγειονομικής περίθαλψης, γηροκομείων, κατ' οίκον νοσηλείας και κοινοτικών οδοντιάτρων. Μέριμνά τους αποτελούν και συγκεκριμένες ευπαθείς ομάδες ανθρώπων, όπως άτομα με ειδικές ανάγκες, χρήστες ναρκωτικών και αλκοόλ. Οι δραστηριότητες αυτές, χρηματοδοτούνται από φόρους, με πόρους που διανέμονται μέσω παγκόσμιων προϋπολογισμών και πραγματοποιούνται από μισθωτούς επαγγελματίες υγείας.

Κάθε τέσσερα χρόνια, οι κοινότητες και οι περιφέρειες είναι υποχρεωμένες να εκπονήσουν ένα από κοινού σχέδιο για την υγεία σε σχέση με τα καθήκοντά τους για την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή υγείας και πώς πρέπει αυτά να συντονισμένα (European Observatory on Health Care Systems, 2012).

1.4.5 Ιδιωτικός τομέας

Το παλαιότερο τμήμα του ιδιωτικού τομέα, αντιπροσωπεύεται από τα φαρμακεία και τους ελεύθερους επαγγελματίες υγείας όπως οι γενικοί ιατροί (General Practitioners), ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές κλπ. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, ένας αυξανόμενος αριθμός ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών έχει εμφανιστεί, από τις αρχές του 1990. Μέχρι το 2002, ο τομέας βίωσε βαριά δημοσιονομικά ελλείμματα, τα οποία επανεμφανίστηκαν πρόσφατα. Σύμφωνα με την Ένωση Ιδιωτικών Νοσοκομείων και Κλινικών (Association of Private Hospitals and Clinics), τα ιδιωτικά νοσοκομεία παρουσίασαν αύξηση της ζήτησης κατά τη διάρκεια του 2005-2009. Επί τους παρόντος, τα ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν χωρητικότητα περίπου 500 κλινών, τα οποία αντιπροσωπεύουν το 2,5% όλων των κλινών (Association of Private Hospitals and Clinics, 2010). Μετρηθείς την αξία παραγωγής, τα ιδιωτικά νοσοκομεία αποτελούσαν το 2,2% της συνολικής νοσοκομειακής δραστηριότητας κατά το 2010, σε σύγκριση με το 1,1% το 2006 (National Board of Health, 2011c).

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία, έχουν επανειλημμένως προκαλέσει πολιτικές αντιπαραθέσεις και έχουν υπάρξει πολλές φορές θέμα συζήτησης στο Δανικό Κοινοβούλιο. Οι διαφορές που προκύπτουν όσον αφορά την πρόσβαση στη θεραπεία, θεωρούνται από κάποιους πως συνιστούν απειλή για τις αρχές της ισότητας του Δανικού Συστήματος Υγείας, ενώ άλλοι ισχυρίζονται ότι προσφέρουν ένα ωφέλιμο συμπλήρωμα και ότι προσφέρουν ένα καινοτόμο στοιχείο σε αυτό (Andreasen et al, 2009).

1.4.6 Χρηματοδότηση συστήματος υγείας

Η σχετική νομοθεσία για την υγεία, παρέχει επίσημα στους πολίτες το δικαίωμα για εύκολη και ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και το δικαίωμα στους ασθενείς να

επιλέγουν την θεραπεία τους ύστερα από παραπομπή, σε οποιοδήποτε νοσοκομείο στην χώρα. Συνεπώς, οι υπηρεσίες υγείας στην πλειονότητά τους παρέχονται δωρεάν.

Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται κυρίως μέσω φορολογίας σε κρατικό (προοδευτικός φόρος) και σε κοινοτικό (αναλογικός φόρος) επίπεδο. Υπάρχει ένα σχετικά σταθερό επίπεδο εξόδων (περίπου 14%) που καταβάλλουν ιδιώτες για προσωπική χρήση στο Σύστημα Υγείας, που ως επί το πλείστον σχετίζονται με πληρωμές για φάρμακα, οδοντιατρική φροντίδα και φυσιοθεραπεία, που σύμφωνα με το Copenhagen Consensus Center (2011) ο μέσος Δανός καταβάλλει 4.100DKK~550ευρώ το χρόνο, γεγονός που προκαλεί επιπτώσεις στην πρόσβαση των ατόμων με χαμηλό εισόδημα, κυρίως όσον αφορά την οδοντιατρική περίθαλψη (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

Περισσότερο από το 80% των δαπανών για την δημόσια υγεία, χρηματοδοτείται από το κράτος, μέσω ενός συνδυασμού επιχορηγήσεων με βάση την δραστηριότητα (activity-based financing) και κρατικών επιχορηγήσεων (European Observatory on Health Care Systems, 2012). Το 2007, οι δαπάνες για την υγεία, υπολογίστηκαν στο 9,7% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) της Δανίας, εκ των οποίων το 84,5% αφορά τον δημόσιο τομέα και το 15,5% τον ιδιωτικό τομέα (OECD, 2010).

Οι περιφέρειες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την παροχή υπηρεσιών σχετικά με τα νοσοκομεία, γενικούς ιατρούς (General Practitioners), ψυχολόγους, φυσιοθεραπευτές, χρηματοδοτούνται από το κράτος (82% το 2011) και από τις κοινότητες (18% το 2011), μέσω ενός συνδυασμού κρατικών επιχορηγήσεων (86% το 2011) και επιχορηγήσεων με βάση την δραστηριότητα (14% το 2011) (Ministry of Interior and Health, 2010c). Προκειμένου να δοθούν στις περιφέρειες ίσες ευκαιρίες για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, η επιχορήγηση διανέμεται σύμφωνα με αντικειμενικά κριτήρια, τα οποία αντανακλούν τις ανάγκες (π.χ. δημογραφικά στοιχεία και κοινωνική διάρθρωση της κάθε περιφέρειας) (Annual National Report Pensions, Health and Long-term Care, 2009).

Μία καινοτόμος προσαρμογή θεωρείται η συμβολή στην χρηματοδότηση υγειονομικής περίθαλψης από τις κοινότητες, σύμφωνα με τις μεταρρυθμίσεις της τοπικής αυτοδιοίκησης. Οι κοινότητες έχουν αποκτήσει μείζονα ρόλο στο σύστημα υγείας, όσον αφορά τα καθήκοντα υγειονομικής περίθαλψης που περιλαμβάνουν την προληπτική θεραπεία, φροντίδα και προαγωγή της υγείας) (Annual National Report Pensions, Health and Long-term Care, 2009). Οι κοινότητες, χρηματοδοτούνται από φόρους εισοδήματος και κρατικές επιχορηγήσεις. Το Υπουργείο Οικονομικών διαπραγματεύεται το επίπεδο της φορολογίας με τις κοινότητες, θέτοντας έτσι το δημοσιονομικό πλαίσιο των δραστηριοτήτων. Το 2011, ο μέσος φορολογικός συντελεστής ήταν το 25,0% του προσωπικού εισοδήματος των πολιτών.

1.4.7 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), μεριμνά για γενικά προβλήματα υγείας, την θεραπεία, φροντίδα και πρόληψη και οι υπηρεσίες της παρέχονται δωρεάν σε όλους, δεδομένου ότι χρηματοδοτείται κυρίως από φόρους. Η ΠΦΥ, αποτελεί τον πρώτο σταθμό του ασθενούς που χρήζει υγειονομικής περίθαλψης, όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο όπου ζει και εργάζεται, παρεχόμενη κατά κύριο λόγο από:

- ιδιώτες (αυτοαπασχολούμενους) επαγγελματίες υγείας και
- τις κοινότητες.

Αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες

Οι αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες υγείας, περιλαμβάνουν τους γενικούς ιατρούς, ειδικούς, φυσιοθεραπευτές, οδοντίατρους, χειροπράκτες και φαρμακοποιούς (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

Οι γενικοί ιατροί (general practitioners), συγκροτούν μία κεντρική θέση στον άξονα της υγειονομικής περίθαλψης και θεωρούνται η πρωταρχική επαφή των ασθενών με τις υπηρεσίες υγείας. Ο γενικός ιατρός, πρέπει να διασφαλίσει ότι ο ασθενής έχει λάβει την ιδανική θεραπεία και του έχουν υποδείξει τους κατάλληλους επαγγελματίες υγείας. Ως εκ τούτου, ο γενικός ιατρός διαδραματίζει τον ρόλο του συντονιστή και το πρόσωπο που φέρει την αρμόδια επαγγελματική ευθύνη για την παραπομπή των ασθενών στο νοσοκομείο, σε εξειδικευμένους και άλλους επαγγελματίες.

Υπολογίζονται περίπου στους 3.600, αντιστοιχώντας σε 1 ανά 1.525 κατοίκους (Danish Medical Association, 2011), οι οποίοι συμμετέχουν στην συλλογική σύμβαση εργασίας με το δημόσιο σύστημα φροντίδας. Αυτό συνεπάγεται την όσο το δυνατό άμεση και δίκαιη φυσική πρόσβαση στις υπηρεσίες των γενικών ιατρών. Λειτουργούν ιδιωτικά ιατρεία, είτε ανεξάρτητα (περίπου τα 2/3 εξ αυτών), είτε σε συνεργασία με άλλους γενικούς ιατρούς και συνεπώς, οι υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν είναι διαθέσιμες σε 24ωρη βάση. Το Υπουργείο Υγείας, ενθαρρύνει γενικά την συνεργασία, για να ενισχύσει την δυνατότητα ανταλλαγής γνώσεων και την βελτίωση της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Ministry of Health and Prevention, 2008). Αντλούν το εισόδημά τους από τις περιφέρειες, σύμφωνα με μια κλίμακα αμοιβών, την οποία διαπραγματεύονται ο Οργανισμός Γενικών Ιατρών (Praktiserende Lægers Organisation) και οι Περιφέρειες τις Δανίας.

Κοινότητες

Οι κοινότητες, στα πλαίσια της ΠΦΥ είναι υπεύθυνες για την κατ' οίκον νοσηλεία, την φροντίδα υγείας στα σχολεία, τους κοινοτικούς οδοντίατρους, τους επισκέπτες υγείας και τη φροντίδα χρηστών ναρκωτικών και αλκοόλ. Οι επαγγελματίες που συμμετέχουν στην παροχή των υπηρεσιών αυτών, αμείβονται με σταθερές απολαβές.

Τα γηροκομεία, έχουν κατηγοριοποιηθεί σαν κοινωνική υπηρεσία στην πραγματικότητα, και ως εκ τούτου, αποτελούν μέρος της κοινωνικής διοίκησης και όχι της υγείας. Ο αριθμός τους έχει μειωθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια. Τα γηροκομεία παρέχουν ημερήσια φροντίδα και οικιακές υπηρεσίες. Χάρη στο συνδυασμό των υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας, του αυξανόμενου αριθμού νοσηλευτών στον σπίτι, της εκτεταμένης οικιακής βοήθειας και την υποστήριξη των γενικών ιατρών, οι χρόνιοι και οι ασθενείς τελικού σταδίου παραμένουν περισσότερο στην οικεία τους, αποτρέποντας ή αναβάλλοντας την ιδρυματοποίησή τους.

Οι κοινοτικοί οδοντίατροι, παρέχουν δωρεάν προληπτική και θεραπευτική οδοντιατρική περίθαλψη σε παιδιά και νέους κάτω των 18 ετών, καθώς και σε άτομα με ειδικές ανάγκες (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

1.4.8 Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας

Κατά κύριο λόγο, η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ασκείται στα γενικά νοσοκομεία, που όπως έχει ήδη αναφερθεί, η λειτουργία και ιδιοκτησία τους, έγκειται στην αρμοδιότητα των πέντε περιφερειών, οι οποίες πρέπει να παρέχουν δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη και επείγουσα φροντίδα για τους κατοίκους της.

Η υποχρέωση των περιφερειών, να παρέχουν στους πολίτες τους νοσοκομειακή περίθαλψη, εκπληρώνεται στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων από το νοσοκομείο της κάθε περιφέρειας και σε συγκεκριμένο βαθμό από νοσοκομεία άλλων περιφερειών. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία χρησιμοποιούνται σε περιορισμένη βάση, με εξαίρεση κάποια εξειδικευμένα νοσοκομεία που έχουν συνάψει συμφωνία με μία ή περισσότερες περιφέρειες.

Τα νοσοκομεία, είναι υπεύθυνα για εξειδικευμένες εξετάσεις, θεραπεία και φροντίδα σωματικών και ψυχικών ασθενειών, που απαιτούν εξειδικευμένη γνώση, εξοπλισμό, εντατική φροντίδα και παρακολούθηση, τα οποία δεν θα ήταν σκόπιμο και εφικτό, να παρέχονταν από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ρόλος της οποίας είναι να ελαχιστοποιήσει την εισαγωγή ασθενών στα νοσοκομεία. Παρόλα αυτά, τα περισσότερα νοσοκομεία στην Δανία είναι γενικά νοσοκομεία, σε αντίθεση με τον λιγοστό αριθμό των εξειδικευμένων, εκτός από τις ψυχιατρικές κλινικές. Διαθέτουν κλινικές εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών, καθώς και τμήματα επειγόντων περιστατικών που λειτουργούν σε 24^η βάση. Τα εξωτερικά ιατρεία χρησιμοποιούνται κυρίως για προνοσοκομειακή ή μετανοσοκομειακή διάγνωση και θεραπεία (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

Εκτός από τον θεραπευτικό, το νοσοκομείο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και στην εκπαίδευση του προσωπικού του συνόλου των υπηρεσιών υγείας και στον τομέα της έρευνας, τα αποτελέσματα της οποίας είναι απαραίτητο να τίθενται σε εφαρμογή στην κλινική πράξη. Η νοσοκομειακή περίθαλψη, απαιτείται να συνεργάζεται στενά με την ΠΦΥ, όσον αφορά την εισαγωγή των ασθενών και την έξοδό τους από το νοσοκομείο, και την επαναφορά τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα και αποκατάστασή τους (Ministry of Health and Prevention, 2008).

1.4.9 Δικαιώματα ασθενών

Ένας αριθμός πρωτοβουλιών έχει εισαχθεί, με σκοπό την ενίσχυση των δικαιωμάτων των ασθενών στα πλαίσια του συστήματος υγείας. Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας (National Board of Health), είναι υπεύθυνο για την διασφάλιση της αξιοπρέπειας, ακεραιότητας και το δικαίωμα του αυτοπροσδιορισμού των ασθενών. Το 1992, θεσπίστηκε ένας νόμος για τα δικαιώματα των ασθενών, ο οποίος υποχρεώνει τους ιατρούς να τους ενημερώνουν σχετικά με την κατάστασή τους, τις θεραπευτικές επιλογές και τους κινδύνους των επιπλοκών. Απαγορεύει επίσης οι ιατροί να ξεκινήσουν ή προβούν, σε οποιαδήποτε θεραπεία η οποία είναι αντίθετη από την επιθυμία του ασθενούν (εκτός εάν επιβάλλεται από το νόμο). Επιπλέον, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να μην λάβει πληροφορίες. Ο εν λόγω νόμος επεκτάθηκε το 1998, ρυθμίζοντας τις βασικές και γενικές αρχές του δικαιώματος των

μεμονωμένων ασθενών για αυτοπροσδιορισμό και δημόσια ασφάλεια, σχετιζόμενη με το σύστημα υγείας και όσον αφορά την ιατρική εξέταση, θεραπεία και φροντίδα. Τα ζητήματα που καλύπτονται είναι το δικαίωμα του ασθενούς για συνεχή ενημέρωση, η οποία προσαρμόζεται σύμφωνα με την ηλικία και την ασθένεια, παρεχόμενη καθόλη τη διάρκεια των εξετάσεων και της θεραπείας και ανακοινώνεται με σεβασμό στον ασθενή. Επιπροσθέτως, οι κανονισμοί καθορίζουν τα δικαιώματα του ιατρού για ανταλλαγή των πληροφοριών με τρίτα πρόσωπα, προκειμένου να δοθεί στον ασθενή το δικαίωμα πρόσβασης σε έγγραφα, για την καταχώρηση αρχείου περιπτώσεων και να έχουν πλήρες επαγγελματικό απόρρητο (Copenhagen Consensus Center, 2011).

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, μια σειρά κανονισμών στόχευε στην ενίσχυση των κινήτρων των κομητειών για τη μείωση του χρόνου αναμονής για θεραπεία και την αύξηση της ανταπόκρισης, εισάγοντας ανταγωνισμό μεταξύ των δημόσιων νοσοκομείων και παρέχοντας ένα πλαίσιο για μεγαλύτερο ρόλο των ιδιωτικών φορέων παροχής. Ένας νόμος περί ελεύθερης επιλογής νοσοκομείου για τους ασθενείς, εισήχθη το 1993. Αφού παραπεμφθεί από ένα γενικό ιατρό, οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν ανάμεσα σ' όλα τα δημόσια νοσοκομεία της Δανίας και μερικά ιδιωτικά μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα παρόμοιου επιπέδου εξειδίκευσης (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012). Από το 2002, οι πολίτες έχουν την δυνατότητα να επιλέξουν ανάμεσα σε ιδιωτικά νοσοκομεία ή κλινικές στην Δανία ή στο εξωτερικό, αν ο χρόνος αναμονής για την θεραπεία υπερβεί τους δύο μήνες. Προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη συμφωνίας μεταξύ του εκάστοτε νοσοκομείου και των περιφερειών σχετικά με την απαραίτητη θεραπεία. Από την 1^η Οκτωβρίου του 2007, ο χρόνος αναμονής μειώθηκε στον έναν μήνα (Ministry of Health and Prevention, 2008).

Περισσότεροι από 440,000 ασθενείς έχουν χρησιμοποιήσει το δικαίωμά τους για την θεραπεία τους σε ιδιωτικά νοσοκομεία ή κλινικές. Μολονότι εξακολουθούν να υπάρχουν διαφορές στον χρόνο αναμονής, η περιορισμένη αξιοποίηση του δικαιώματος αυτού, αντανakλά τον γενικά βραχύ χρόνο αναμονής. Τα έξοδα μετακίνησης, περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με θέματα ποιότητας, οι παραδόσεις και οι προτιμήσεις των ασθενών για θεραπεία κοντά στον τόπο κατοικίας, μπορεί να συνιστούν κάποιους από τους παράγοντες που εξηγούν την χρήση του (Vrangbæk, 2006). Η σημερινή κυβέρνηση έχει προτείνει την εισαγωγή μιας διαφορετικής εγγύησης χρόνου αναμονής, βασισμένη στην σοβαρότητα της κατάστασης (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

Το πρώτο Συμβούλιο Παραπόνων των Ασθενών (Patients' Complaint Board) ιδρύθηκε το 1988. Την 1^η Ιανουαρίου του 2011, ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Δικαιωμάτων και Παραπόνων των Ασθενών (National Agency for Patients' Rights and Complaints-Patientombudet), συνιστώντας ένα ανεξάρτητο κυβερνητικό ίδρυμα το οποίο επικεντρώνεται στα νομικά δικαιώματα των ασθενών και τον κομμάτων, συμβάλλοντας επίσης στην πρόληψη επανάληψης σφαλμάτων εντός των υπηρεσιών υγείας. Οι πρωταρχικές λειτουργίες του οργανισμού διακρίνονται στην εξέταση των παραπόνων των ασθενών σχετικά με την ιατρική περίθαλψη, για παράδειγμα, τη συνολική θεραπευτική διαδικασία. Επιπλέον, ο οργανισμός εξετάζει τα παράπονα των ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους και των σχετιζόμενων αποφάσεων του Ασφαλιστικού Συλλόγου των Ασθενών για τις αποζημιώσεις. Διαχειρίζεται ακόμη, το σύστημα αναφοράς περιστατικών εξ αμελείας και την παροχή καθοδήγησης σχετικά με τα δικαιώματα της φροντίδας υγείας σε άλλες χώρες (National Agency for Patients' Rights and Complaints, 2011).

1.4.10 Κατηγορίες υγειονομικής κάλυψης

Η κάλυψη είναι καθολική. Όλοι όσοι είναι εγγεγραμμένοι ως μόνιμοι κάτοικοι στη Δανία, δικαιούνται δωρεάν δημόσια χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη. Κατά κανόνα, οι μη καταγεγραμμένοι μετανάστες και επισκέπτες (ο αριθμός τους υπολογίζεται κάτω των 2,000) δεν καλύπτονται υγειονομικά. Μια πρωτοβουλία δανών ιατρών ιδιωτικά χρηματοδοτούμενη και σε εθνικό εθελοντικό επίπεδο, παρέχει την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας του πληθυσμού αυτού. Ο Ιατρικός Σύλλογος (Doctors' Association), ο Δανικός Ερυθρός Σταυρός (Danish Red Cross) και η Δανική Βοήθεια Προσφύγων (Danish Refugee Aid) υποστηρίζουν επίσης τις κλινικές αυτές (The Commonwealth Fund, 2012). Από το 1973, στους Δανούς πολίτες άνω των 16, δίνεται η δυνατότητα επιλογής δύο κατηγοριών περίθαλψης, αποκαλούμενες Ομάδα 1 και Ομάδα 2. Τα άτομα που καλύπτονται από την πρώτη ομάδα είναι υποχρεωμένα να δηλώσουν ένα συγκεκριμένο γενικό ιατρό, ο οποίος καλύπτει μια οριοθετημένη περιοχή, εκτός από τις περιπτώσεις προσωρινής ή αιφνίδιας μετακόμισης και η περίθαλψη αποτελεί δωρεάν προνόμιο, εν αντιθέσει με την δεύτερη ομάδα όπου το άτομο έχει την ευχέρεια να επιλέξει την επίσκεψη σε οποιονδήποτε γενικό ή εξειδικευμένο ιατρό, χωρίς το παραπεμπτικό του πρώτου. Υποχρεούται όμως να καταβάλλει μέρος του κόστους της ιατρικής φροντίδας. Μόνο μία μειοψηφία του πληθυσμού (1,2%) επιλέγει αυτή την ομάδα, πιθανότατα λόγω του υψηλού επιπέδου ικανοποίησης με το καθιερωμένο σύστημα παραπομπής (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 Φροντίδα υγείας

Η φροντίδα αποτελεί ένα πολυδιάστατο παγκόσμιο φαινόμενο, το οποίο βρίσκεται στον πυρήνα και την «καρδιά» της νοσηλευτικής επιστήμης και έρευνας. Περιγράφεται ως ‘ανθρώπινο γνώρισμα’, ‘ηθική υποχρέωση’, ‘διαπροσωπική σχέση’, ‘θεραπευτική παρέμβαση’ και εκφράζεται μέσα από δραστηριότητες, συμπεριφορές, στάσεις και σχέσεις. Φροντίδα είναι το σύνολο των ενεργειών που πραγματοποιείται με συστηματική επιμέλεια και ευθύνη, αποτελώντας συγχρόνως έργο και σκοπό (Σαπουτζή-Κρέπια, 1997).

Είναι οτιδήποτε απασχολεί το μυαλό κάποιου και τον κάνει να αγωνιά και να καταβάλλει εντατικές προσπάθειες για να βοηθήσει ένα άτομο να διατηρήσει ή να επανακτήσει το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας. Είναι ο επιλεγμένος τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται μια ενέργεια. Φροντίδα είναι το ιδιαίτερο ενδιαφέρον, η ιδιαίτερη προσοχή, η ενασχόληση με κάποιον ή κάτι, η περιποίηση, η έγνοια, η ανησυχία, η επαγρύπνηση.

Η φροντίδα χρησιμοποιείται για να εκφράσει ένα ευρύ φάσμα συμμετοχών από την αγάπη, στη γονική αγάπη, τη φιλία, τη φροντίδα για την εργασία και την επιμέλεια των ασθενών. Η φροντίδα καθιστά τον φροντιστή τρωτό στην βίωση της απώλειας και τον πόνο αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσει στη χαρά και την ικανοποίηση. Επιτρέπει στα πρόσωπα να εστιάζουν στο σκοπό και να οργανώνουν τρόπους για την επίλυσή τους. Η ανθρώπινη φροντίδα βασίζεται στις ανθρώπινες αρετές και αξίες, την ευγένεια, την καλοσύνη, το ενδιαφέρον και την αγάπη για τον εαυτό και για τους άλλους (Παπασταύρου, Ευσταθίου και Νικηταρά, 2010).

Η φροντίδα είναι τέχνη, γνώση και εμπειρία που γίνεται ορατή μέσα από τις ενέργειες που υλοποιούνται για να ανακουφιστεί ο ασθενής. Παρέχεται μέσα από:

- Την εννοιολογική θεώρηση (μελέτη σχεδίων και φαινομένων που αποτελούν εκδήλωση προτύπων και θεωριών βασισμένα σε επιστημονικά, ηθικά και φιλοσοφικά ερευνητικά δεδομένα)
- Την εμπειρική γνώση (πληροφορίες που λαμβάνονται από την συστηματική μελέτη και ανακάλυψη. Είναι συσσώρευση στοιχείων που μπορούν να εξεταστούν και να επικυρωθούν μέσα από τη πράξη)
- Την κλινική εμπειρία (πράξεις που εκδηλώνονται βασισμένες στη φροντίδα, στη τέχνη της παροχής, στην προσωπική βιωματική γνώση).

Η νοσηλευτική ως επιστήμη στηρίζεται σε γνώσεις βασισμένα σε στοιχεία και σε τεκμηριωμένες πρακτικές που περιγράφουν και επεξηγούν τις εννοιολογικές δομές της φροντίδας. Είναι μια ανθρωπιστική επιστήμη της οποίας στόχος είναι να παράγει γνώση για την συμπεριφορά που συνδέεται με την υγεία και την ασθένεια καθ’ όλη τη διάρκεια της ζωής. Εμπεριέχει μια συστηματική παρατήρηση των πράξεων φροντίδας που περιγράφει, εξηγεί, προβλέπει και ορίζει τις εκβάσεις που σχετίζεται με την ανθρώπινη προσαρμογή στην υγεία και την ασθένεια. Από τη πλευρά των επαγγελματιών υγείας, από τους οποίους προσφέρεται, απαιτεί ηθική, γνώσεις, τέχνη και εμπειρία. Επίσης απαραίτητη είναι η πρόβλεψη βασισμένη σε ελεγχόμενα γεγονότα, προσδιορισμό και ικανοποίηση των αναγκών

των άλλων, με συνδυαστική σκέψη, ευαισθησία και δεξιότητες εφαρμογής σχεδίων με στόχο την ευημερία των άλλων (Ραφτόπουλος, Κοτρώτσιου και Παραλίκας, 2003).

Η φροντίδα πρέπει να είναι βασισμένη σε πολλά γνωστικά αντικείμενα και πληροφορίες και οφείλει να είναι βασισμένη σε στοιχεία για να παρασχεθεί κατάλληλα. Η φροντίδα είναι έννοιες αδιάσπαστες της νοσηλευτικής διαδικασίας. Η ολιστική νοσηλευτική πρακτική επηρεασμένη από την φιλοσοφία του ολισμού ισορροπεί την τέχνη και την επιστήμη αναγνωρίζοντας την εξάρτηση και αλληλεπίδραση του σώματος, του μυαλού και του πνεύματος. Η ολιστική προσέγγιση της φροντίδας επισύρει την γνώση, τις θεωρίες, την πείρα, την διαίσθηση και την δημιουργικότητα. Η τοποθέτηση της νοσηλευτικής φροντίδας στα πλαίσια της ολιστικής πρακτικής κρίνεται απαραίτητη.

Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά στην έννοια της φροντίδας ανάμεσα στους νοσηλευτές, ούτε οικουμενικά αποδεκτός ορισμός της, με εξαίρεση το διαχωρισμό της σε τεχνική (λειτουργική) και σε συναισθηματική (διαπροσωπική) διάσταση (Σαχίνη και Καρδάση, 2000).

2.1.2 Ποιοτική προσέγγιση

Η προσέγγιση του Donabedian (1980), αποτελεί έναν από τους κλασικούς ορισμούς της ποιότητας στην υγεία. Αρχικά, πραγματοποίησε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας και στη συνέχεια κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους, οι οποίες καθορίζουν τον ορισμό της. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η παροχή της φροντίδας υγείας έχει τρεις επιμέρους διαστάσεις:

α) Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine), που αναφέρεται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, καθώς και των υπόλοιπων επιστημών υγείας, με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενή.

β) Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine). Αυτό αφορά την ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον ιατρό και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, αφορά και τη συμπεριφορά τους απέναντί του, η οποία καθορίζεται τόσο από την επαγγελματική ηθική και δεοντολογία, όσο και από τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.

γ) Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities), που έχει σχέση με το χώρο, το περιβάλλον, και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται η φροντίδα, οι ανέσεις, οι ευκολίες.

2.1.3 Ορισμός ποιότητας φροντίδας

Έχοντας ως βάση τις τρεις παραπάνω διαστάσεις, διατύπωσε τον πρώτο, κλασικό ορισμό της ποιότητας στην ιατρική, ως το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών, αλλά και των απωλειών, οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σε όλα τα επιμέρους της σημεία (Donabedian, 1980).

Στη συνέχεια, περιγράφει την ποιότητα της περίθαλψης ως ένα σύνολο ομόκεντρων κύκλων. Σε αυτό, η περίθαλψη, αξιολογείται όχι μόνο στο τεχνικό επίπεδο, αλλά ως γενικότερο αποτέλεσμα, το οποίο περιλαμβάνει τις προτιμήσεις του ασθενούς, τη συμμετοχή του, καθώς και το κοινωνικό-πολιτιστικό του περιβάλλον. Το 1990, με το άρθρο «The Seven Pillars of Quality» (Οι επτά στυλοβάτες της ποιότητας), παραθέτει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που ορίζουν την ποιότητα:

- 1)Κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy)
- 2)Αποτελεσματικότητα (effectiveness)
- 3)Αποδοτικότητα (efficiency)
- 4) Βελτιστότητα (optimality)
- 5)Αποδεκτικότητα (acceptability)
- 6) Νομιμότητα (legitimacy)
- 7) Δίκαιη κατανομή ωφελειών (equity).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (Crow et al 2002, Τούντας 2008).

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών (Institute of Medicine Committee), δίνοντας έναν πιο σύντομο ορισμό, ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση.

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, γίνεται αντιληπτό πως η ποιότητα στην υγεία, ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, και τέλος, με τον έλεγχο του κόστους. Ουσιαστικά, το κλειδί στην αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας, είναι ένα μείγμα αποτελεσμάτων αξιολογήσεων, επικεντρωμένων στο κλινικό κομμάτι και στον ασθενή (Τούντας, 2008).

2.2 Νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη και επάγγελμα που καλύπτει αυτοδύναμα ή σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας την παροχή φροντίδας σε άτομα όλων των ηλικιών, σε οικογένειες, σε πληθυσμιακές ομάδες και κοινότητες. Απευθύνεται σε ασθενείς ή υγιείς ανθρώπους και ασκείται σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

Η νοσηλευτική ως επιστήμη στηρίζεται σε γνώσεις βασισμένες σε στοιχεία και σε τεκμηριωμένες πρακτικές. Είναι μια ανθρωπιστική επιστήμη της οποίας ο στόχος είναι να παράγει γνώση για την συμπεριφορά που συνδέεται με την υγεία και την ασθένεια καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Παπασταύρου, Ευσταθίου και Νικηταρά, 2010). Εμπεριέχει μια συστηματική παρατήρηση των πράξεων της φροντίδας που περιγράφει, εξηγεί, προβλέπει και ορίζει τις εκβάσεις που σχετίζονται με την ανθρώπινη προσαρμογή στην υγεία και την ασθένεια.

Από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας που προσφέρεται απαιτεί ηθική, γνώσεις, τέχνη και εμπειρία. Επίσης απαραίτητη είναι η πρόβλεψη βασισμένη σε ελεγχόμενα γεγονότα, προσδιορισμό και ικανοποίηση των αναγκών των άλλων, με συνδυαστική σκέψη, ευαισθησία και δεξιότητες εφαρμογές σχεδίων με στόχο την ευημερία των άλλων (Σαπουτζή-Κρέπια, 1997).

Η νοσηλευτική ακόμα αφορά την υπεράσπιση των συμφερόντων ασθενών και αδύναμων σωματικά ή κοινωνικά ανθρώπων και τη διασφάλιση σε αυτούς ενός ασφαλούς περιβάλλοντος διαβίωσης και νοσηλείας. Η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας, στη διαχείριση περιπτώσεως ασθενών, στη διοίκηση συστημάτων υγείας, καθώς και η εκπαίδευση αποτελούν επίσης βασικούς ρόλους της νοσηλευτικής (Τούντας, 2008).

Στόχοι της νοσηλευτικής είναι αφενός η τοποθέτηση του ασθενούς στην καλύτερη θέση, που θα επιτρέψει στη φύση να δράσει πάνω του αποκαθιστώντας την υγεία του και αφετέρου η προαγωγή της προσαρμοστικότητας του ατόμου και η εγκαθίδρυση μιας αλληλεπιδραστικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς που θα εξασφαλίσει την επίτευξη των αμοιβαία συμφωνηθέντων με την αποκατάσταση της αρμονίας μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Σιγάλας, 1999).

2.2.1 Ιστορική αναδρομή της Νοσηλευτικής

Η μελέτη της Ιστορίας της Νοσηλευτικής, είναι απαραίτητη για την απόδειξη της συνέχειας και της αξίας της στο πέρασμα του χρόνου. Η σύντομη ιστορική αναδρομή αναφέρεται στην προχριστιανική, χριστιανική εποχή, στους Βυζαντινούς χρόνους μέχρι και σήμερα.

Προχριστιανική Εποχή (5000 π.Χ ως 1 μ.Χ)

Στη Μεσοποταμία, οι αρρώστιες θεωρούνταν τιμωρία των θεών. Η ιατρική ήταν στα χέρια των ιερέων. Στην Αίγυπτο, η ιατρική ασκούνταν από ιερείς με ειδικότητα κατά περιοχή. Εκτός από τους ιερείς-γιατρούς υπήρχαν και οι μάγοι, οι οποίοι μέσα από τελετουργικές θεραπείες πίστευαν ότι έδιωχναν τους δαίμονες που εισέρχονταν στο σώμα των ανθρώπων και προκαλούσαν τις ασθένειες. Στην Ιουδαία, ο Μωσαϊκός Κώδικας ήταν θρησκευτικός, αλλά συγχρόνως ήταν και κώδικας υγιεινής πρακτικής με έμφαση στη προληπτική ιατρική. Στις Ινδίες αρχικά οι γιατροί ήταν ιερείς, η αρρώστια θεωρούνταν ως τιμωρία των θεών για τις αμαρτίες και οι μαγείες αλλά και λογικές απόψεις στηριζόμενες στην παρατήρηση πτυέλων, κοπράνων, ούρων, έθεταν τις διαγνώσεις (Ρηγάτος 2006).

Στην αρχαία Ελλάδα, αναφέρεται ότι λειτουργούσαν οργανωμένα νοσοκομεία, όπως του Αμφιάριου στο Μαυροδήλεσι του Ωρωπού, του Τροφωνίου κοντά στη Λιβάδια και του Τιθόρεως στη Φωκίδα, παρόλο που ο επικρατέστερος τρόπος νοσηλείας ήταν η κατ' οίκον περίθαλψη, μια σύγχρονη τάση υγειονομικής περίθαλψης. Στην Ιλιάδα και στην Οδύσσεια παρουσιάζονται οργανωτικές και διοικητικές αρχές περίθαλψης στα πεδία των μαχών, με τη μορφή μόνιμων χειρουργείων 'κλισία' και ειδικών φορείων μεταφοράς ασθενών. Η μεταφορά δηλώνονταν με τη χρήση του επιρρήματος 'φοράδα', δηλαδή με φορείο. Η λέξη 'κλισί' προέρχεται από τη λέξη κλίνη, που σημαίνει παράπηγμα, αυτοσχέδιο οίκημα. Είναι προφανές ότι επρόκειτο για σταθμό Α' Βοηθειών (Ρηγάτος, 2006).

Στην Κλασική Ελλάδα η οργάνωση υπηρεσιών υγείας εκφράζεται μέσα από τους Ναούς-Θεραπευτήρια, τα Ασκληπιεία, όπου ασκούνταν η ιατρική ως μείγμα φυσικών δυνάμεων και

παρατηρήσεων από τον πρωθιερέα και τον πυρφόρο βοηθό του και η νοσηλευτική φροντίδα από ιέρειες γυναίκες, από τους ιερομνήμονες και τους πρακτικούς νοσηλευτές της τάξης των ζακόρων ή νακόρων (Ρηγάτος, 2006).

Περισσότερο τραγική εμφανίζεται η θέση της γυναίκας στη Ρωμαϊκή Κοινωνία, όπου οι γυναίκες αποτελούσαν «res» (πράγμα), απλή άψυχη ιδιοκτησία και ήταν αδύνατο ν' αναπτυχθεί Νοσηλευτικό Σώμα γυναικών σε τέτοια κοινωνία. Η ιατρική επιστήμη εξελίχθηκε με την εμφάνιση ιατρών, όπως ο Ασκληπιάδης, ο Κέλσιος, Διοσκουρίδης και ο Γαληνός και ιδρύθηκαν οργανωμένα νοσοκομεία, τα 'Valetudinaria' (valetudo: καλή υγεία) μόνο για πολεμιστές και ιδιωτικά ιατρεία. Γίνεται πλέον φανερό ότι η φροντίδα κάθε αρρώστου ήταν προορισμένη να γίνει στο Χριστιανικό Βυζάντιο.

Χριστιανική Εποχή

Η Νοσηλευτική κατά την πρώτη Χριστιανική εποχή στους πρώτους αιώνες της χριστιανισμής η παροχή φροντίδας στους αρρώστους, όπως και σε όλους τους δυστυχισμένους, φτωχούς, αιχμαλώτους, φυλακισμένους, ήταν έργο της Εκκλησίας, στο οποίο συμμετείχαν άνδρες και γυναίκες, οι διάκονοι και οι διακόνισσες. Στο χριστιανισμό η γυναίκα αποκτά υψηλή θέση και της ανοίγεται ο δρόμος για το κοινωνικό έργο της νοσηλείας των πασχόντων. Ο θεσμός αυτός διατηρείται μέχρι τον 13^ο αιώνα. Η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται κατά κύριο λόγο σε μοναστήρια, την ίδια στιγμή που η Ευρώπη μπαίνει στο Μεσαίωνα και η επιστήμη υποβαθμίζεται, η υγιεινή παραμερίζεται, η διδασκαλία του Ιπποκράτη λησμονείται. Στο Βυζάντιο όμως διατηρήθηκε το ενδιαφέρον για την ιατρική και τη νοσηλευτική και η περίοδος αυτή έχει να αποκαλύψει ιδιαίτερα σημαντικά στοιχεία (Σαββοπούλου, 2004).

Βυζαντινή Εποχή

Η Βυζαντινή περίοδος, χαρακτηρίζεται για τη φροντίδα και την κοινωνική πρόνοια για τη νόσο, το γήρας, την κήση, τη λοχεία, τη βρεφοκομία και τη παιδοκομία μέσω της ίδρυσης Ευαγών Ιδρυμάτων όπως πτωχοκομείων, ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων, γηροκομείων (Μαρκέτος, 2009). Αναφέρονται νοσοκομεία με πολύ καλή οργάνωση, που θα μπορούσαν να συγκριθούν με τα σύγχρονα. Η πρώτη τους μορφή ήταν οι Ξενώνες ή τα Ξενοδοχεία, τα οποία παρείχαν περίθαλψη σε πάσχοντες λαϊκούς και δε φιλοξενούσαν απλούς οδοιπόρους ή ξένους. Υπήρχαν και τα μοναστικά νοσοκομεία, τα οποία βρίσκονταν στον περίβολο των μονών και εξυπηρετούσαν αποκλειστικά τους ασθενείς μοναχούς. Στην Κωνσταντινούπολη υπήρχαν 40 νοσοκομεία. Αναφέρονται ως σημαντικά ο Ξενώνας του Σαμψών, η Βασιλειάδα της Καππαδοκίας, ο Ξενώνας της Μονής Κοσμοσωτήρας, ο Ξενώνας της Μονής Παντοκράτορος.

Ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό υπήρχαν: Οι Νοσοκόμοι, που σύμφωνα με τη διπλή έννοια του όρου ήταν α) κλινικοί νοσηλευτές και β) διοικητικοί διευθυντές του νοσοκομείου (Μαρκέτος, 2009). Σύμφωνα με την πρώτη έννοια, οι νοσοκόμοι όφειλαν να επισκέπτονται πολύ πρωί τους κληήρεις ασθενείς και να τους προσφέρουν την τροφή, να θεραπεύουν με τους λόγους τους και να μην τους παραμελούν στη διάρκεια της νοσηλείας τους. Σύμφωνα με τη δεύτερη έννοια, ο νοσοκόμος ήταν υπεύθυνος για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Νοσοκομείου. Βοηθός του νοσοκόμου, ήταν ο παρανοσοκόμος.

Ο Ξενοδόχος έπρεπε να υποδέχεται τους ξένους, να προσέχει το δωμάτιο τους και να στρώνει τα κρεβάτια. Ο υπουργός-υπουργήσα, αν και υπάρχει η πιθανότητα να ήταν βοηθός ιατρός, επρόκειτο στην ουσία για νοσηλευτή, ενώ λέγεται ότι φρόντιζαν να προετοιμάζουν και να τοποθετούν τον άρρωστο κατάλληλα για επέμβαση.

Άλλη μια κατηγορία νοσηλευτών ήταν οι εξκουβίτορες, που ήταν οι νυχτερινοί φύλακες του Ξενώνα. Οι παραβολανείς ή παραβαλανείς ήταν άνδρες νοσοκόμοι που είχαν ως καθήκον τους να βοηθούν τους ασθενείς, κυρίως στα λουτρά, και να τους μεταφέρουν στα νοσοκομεία (Μαρκέτος, 2009).

Στο στρατό του Βυζαντίου υπήρχαν οι σκρίβωνες και δεσποτάτοι, που ήταν άοπλοι και προορισμός τους ήταν η φροντίδα των τραυματιών και η μεταφορά τους εκεί όπου υπήρχαν ιατροί. Τέλος υπήρχαν και οι μαίες, οι οποίες είχαν εμπειρία ‘περί το μαμεύειν ή το βοηθείν ταις τικτούσαις’, έφερναν εις πέρας τον τοκετό και φρόντιζαν το νεογέννητο. Γενικότερα, όπως γίνεται φανερό, η κύρια συμβολή του Βυζαντίου ήταν στην ίδρυση Νοσοκομείων, στην παροχή συστηματοποιημένης νοσηλευτικής φροντίδας και στη δημιουργία επαγγελματιών νοσηλεύτης.

Μεταγενέστερη Εποχή

Η Νοσηλευτική κατά τους νεότερους χρόνους μέχρι και σήμερα, χαρακτηρίζεται από πρόοδο στις τέχνες και στις επιστήμες. Η ιατρική σπουδάζεται πλέον στο Πανεπιστήμιο. Η νοσηλευτική είχε ήδη αποκτήσει πνευματικό προσανατολισμό. Η επιστημονική όμως ανάπτυξη της ήταν απαραίτητη, εφόσον έπρεπε να συμβαδίζει με τις προόδους της ιατρικής και της τεχνολογίας και να ανταποκρίνεται στις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας. Η παρουσία μιας μεγάλης προσωπικότητας, ενός ανθρώπου με πίστη, αποφασιστικότητα, ευρεία μόρφωση και διορατικότητα, ήταν απαραίτητη για να απαντήσει στην πρόκληση της εποχής.

Αυτή ήταν η Florence Nightingale (1820-1910). Κατόρθωσε να εκτιμήσει τις νοσηλευτικές ανάγκες των Άγγλων στρατιωτών στον Κριμαϊκό πόλεμο του 1854. Ίδρυσε την πρώτη στον κόσμο Νοσηλευτική Σχολή στο Λονδίνο, επισήμανε την εξατομικευμένη φροντίδα του αρρώστου και τη σημασία της προσωπικής και επαγγελματικής ακεραιότητας των νοσηλευτών. Περιέγραψε τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των εκπαιδευμένων νοσηλευτών και τόνισε τη σημασία του ενδιαφέροντος και της ενεργού συμμετοχής τους στην αντιμετώπιση κοινωνικών και υγειονομικών προβλημάτων (Ζαφειρίου, 2012).

Το 1899 ιδρύεται το Διεθνές συμβούλιο των Νοσοκόμων, κατά το ίδιο έτος παρέχεται πανεπιστημιακή εκπαίδευση στο Teachers College του Columbia University της Νέας Υόρκης. Νοσηλευτικά βιβλία και περιοδικά εκδίδονται. Η νοσηλευτική ανεξαρτητοποιείται σαν αυτόνομο επάγγελμα με επιστημονική βάση, νοσηλευτές/τριες συμμετέχουν σε επιτροπές λήψης αποφάσεων για θέματα υγείας, ενώ η νοσηλευτική έρευνα εξελίσσεται. Αναπτύσσονται νέες θεωρίες, όπως της Virginia Henderson, της Abdellah, της Orem, της Peplau, της Travelbee, της King, της Wiedenbach, της Roy, της Levine, της Rogers, ενώ ιδρύονται πολλές σχολές διαφόρων επιπέδων σε πολλές χώρες του κόσμου (Ρηγάτος, 2006).

FLORENCE NIGHTINGALE

Η Florence Nightingale στο χώρο της νεώτερης Νοσηλευτικής αποτελεί τη φυσιογνωμία, που χάραξε το δρόμο προς την ορθή τοποθέτηση του επαγγέλματος της νοσηλεύτριας, την κοινωνική αναγνώριση, την αναγωγή του έργου σε κοινωνικό λειτούργημα και την συστηματοποίηση της νοσηλείας σε βάσεις επιστημονικές. Η Florence Nightingale αγγλίδα φιλόδοξη, η πρώτη στη νεώτερη εποχή, που είχε συναίσθηση του όρου Αδελφή Νοσοκόμος ήταν προικισμένη με πολλές δυνάμεις, τις οποίες διέθεσε για την προαγωγή της νοσηλευτικής σε όλες τις διαστάσεις. Για το λόγο αυτό, και οι νοσηλεύτριες όλων των

μετέπειτα γενεών θα πρέπει να αποτίουν φόρο τιμής στο πρόσωπό της, γνωρίζοντας τον βίο και την πολιτεία της και μιμούμενες το έργο της όσο είναι ανθρώπινα στην κάθε μία δυνατό. Έτσι η παράθεση βασικών βιογραφικών στοιχείων της Florence Nightingale πρέπει να θεωρηθεί απαραίτητη (www.florence-nightingale.co.uk).

Η Florence Nightingale έζησε στη διάρκεια του 19 αιώνα, που είναι περίοδος τόσο επιστημονικών όσο και κοινωνικών εξελίξεων μέσα στις οποίες εντάσσεται και η γυναικεία χειραφέτηση, απαραίτητη για την αναγέννηση της Νοσηλευτικής. Η αναγέννηση αυτή στην Αγγλία υπήρξε έργο επιβολής της Florence Nightingale. Οι αρχές δε αυτής της ανεξαρτητοποίησης διαδόθηκαν πολύ γρήγορα σε όλες της πολιτισμένες χώρες. Γεννήθηκε στη Φλωρεντία στις 12 Μαΐου 1820 από γονείς ανήκοντες στην αγγλική αριστοκρατία. Από την ηλικία των 17 ετών αισθάνεται σαν σκοπό ζωής να αφοσιωθεί στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου. Έτυχε ευρύτατης μόρφωσης (ευρωπαϊκές) γλώσσες – αρχαία ελληνικά-λατινικά) και γενικής ανθρωπιστικής καλλιέργειας. Τα φιλανθρωπικά αισθήματα της την ωθούσαν στην περίθαλψη ακόμη και ων ζώων.

Μ' αυτόν τον ψυχικό οπλισμό ζήτησε από τους γονείς της να εργασθεί σε νοσοκομείο, χωρίς να της επιτραπεί, γιατί τότε με το επάγγελμα της νοσηλεύτριας ασχολούνταν μόνο πρόσωπα κατώτερης τάξης. Τέλος δεν υπάκουσε και άρχισε να σπουδάζει τη νοσηλευτική στην σχολή Διακονιστών στο Kaiserswerth και στη συνέχεια σε άλλα νοσοκομεία στην Αγγλία και στην Γαλλία. Πολύ σύντομα ανέλαβε προϊστάμενη στο ονομαστό νοσοκομείο του King College, αλλά μόλις έλαβε γνώση της έκκλησης των αγγλικών αρχών για την ανάγκη οργάνωσης της υγειονομικής υπηρεσίας στον διεξαγόμενο πόλεμο της Κριμαίας (1845) της Αγγλίας, Γαλλίας και Τουρκίας κατά της Ρωσίας, πρόθυμα προσέτρεξε να προσφέρει τις υπηρεσίες της. Στο Σκούταρι ήταν το νοσοκομείο που ανέλαβε κοντά στην Κωνσταντινούπολη να οργανώσει με 1500 ασθενείς και τραυματίες. Η κατάστασή του ήταν αξιοθρήνητη, αρκεί να σημειωθεί ότι η θνησιμότητα ανερχόταν σε 42 %, αλλά η δραστήρια Florence Nightingale Κατόρθωσε σε συντομότερο χρόνο να την κατεβάσει στο 22%, γεγονός που προξένησε τον ενικό θαυμασμό τόσο της στρατιωτικής ηγεσίας του μετώπου της Κριμαίας, όσο και της Κυβέρνησης στην Αγγλία (www.florence-nightingale.co.uk).

Η Florence Nightingale δεν είχε μόνο την επιθυμία να προσφέρει νοσηλευτικές υπηρεσίες στους τραυματίες του πολέμου και γενικά στους ασθενείς, αλλά και τον ακοίμητο πόθο να οργανώσει τις υγειονομικές υπηρεσίες και τα νοσοκομεία, ιδιαίτερα δε να ανεβάσει το μορφωτικό επίπεδο της Νοσηλεύτριας. Έτσι, όταν επέστρεψε από το πόλεμο της Κριμαίας η κυβέρνηση σε ένδειξη ευγνωμοσύνης του Έθνους για τις υπηρεσίες στον πόλεμο, της προσέφερε το ποσό των 44.000 λιρών, προερχόμενο από την αγάπη και την αναγνώριση του αγγλικού λαού, το οποίο διέθεσε για την ίδρυση σχολής νοσοκόμων στο νοσοκομείο του Αγίου Θωμά. Σύμφωνα με τον οργανισμό αυτής οι μαθήτριες υποψήφιας νοσηλεύτριας έπρεπε να διαβιούν ως εσωτερικές της σχολής, όπου θα εκπαιδεύονται θεωρητικά και πρακτικά στη νοσηλευτική (www.florence-nightingale.co.uk). Από τότε έχουμε τον πρώτο αντιπροσωπευτικό τύπο σχολής Nightingale.

Η Florence Nightingale θεμελίωσε την πρώτη αυτή σχολή νοσοκόμων στο νοσοκομείο του Αγίου Θωμά σε δύο βασικές αρχές:

- οι υποψήφιας νοσηλεύτριας πρέπει να εκπαιδεύονται σε νοσοκομείο τεχνικά οργανωμένο, ώστε να εξυπηρετεί το σκοπό της άρτια θεωρητικά και πρακτικά συγκρότησης στην τέχνη της νοσηλεύτριας, και

- οι υποψήφιοι νοσηλεύτριες πρέπει να ενδιαφέρονται εντός της σχολής όπου το ειδικό περιβάλλον επιδρά, ώστε να διαμορφώσουν ήθος, χαρακτήρα και γενικά προσωπικότητα ικανής νοσηλεύτριας.

Η Florence Nightingale είχε ακατάβλητες ψυχικές δυνάμεις, τέτοιες που και στην προχωρημένη ηλικία της, όταν αποσύρθηκε πλέον από την ενεργό υπηρεσία, διατηρούσε την επαφή της με όλες τις νοσηλεύτριες, που αποφοίτησαν από τη Σχολή της δίνοντας συμβουλές και υποδείξεις σε κάθε περίπτωση από την απέραντη και ακένωτη πηγή της πείρας της. Πλήθος τέτοιων επιστολών της σώζονται ακόμη, και δείχνουν ανάγλυφα το μεγαλείο του ηθικού αναστήματος της. Άξιο ιδιαίτερης μνείας είναι το γεγονός ότι είχε τη χαρά και την ικανοποίηση να απολαύσει το αποτέλεσμα της ιδεολογίας της. Η θέση λοιπόν, της νοσηλευτικής σε βάσεις επιστημονικές αποτελεί δημιουργία της Florence Nightingale, η οποία άφησε την τελευταία της πνοή τον Αύγουστο του 1910.

Η Florence Nightingale άξια θεωρείται η μεγαλύτερη μορφή της Ιστορίας της νοσηλευτικής, αφού, αυτή πρώτη τη θεμελίωσε σε επιστημονικές βάσεις. Από τότε έπαψε να αποτελεί πρακτικό έργο και αντικείμενο, στηριζόμενο μόνο σε απλή εμπειρία. Έτσι σταμάτησε ο υπηρετικός χαρακτήρας και το πνεύμα της υποτέλειας στους νοσοκομειακούς χώρους έναντι του ιατρικού κόσμου της εποχής εκείνης, ώστε να πάρει τη θέση που της άνηκε σε ισότιμο επίπεδο αναγκαίας συνεργασίας για την επίτευξη του κοινού σκοπού, δηλαδή την παροχή υπηρεσιών υγείας (Ρηγάτος, 2006). Η Florence Nightingale πριν καταλήξει σ' αυτές τις θεωρητικές διαπιστώσεις, είχε επισκεφθεί πολλά νοσοκομεία σε χώρες της Ευρώπης προκειμένου να πλουτίσει τις νοσηλευτικές της γνώσεις, σαν συμπλήρωμα της μεγάλης πείρας που είχε από την υπηρεσία της σε νοσοκομεία στην Αγγλία, στο στρατιωτικό νοσοκομείο του πολέμου της Κριμαίας και στην συνέχεια από την ομώνυμη σχολή της στο νοσοκομείο του Αγίου Θωμά στην Αγγλία, στην οποία ενσάρκωσε το δημιουργικό της σχέδιο γύρω από το θέμα της νοσηλευτικής.

Το παράδειγμά της, είχε επιρροή και σε άλλες χώρες από τις οποίες πρώτες οι Η.Π.Α. ίδρυσαν σχολή νοσοκόμων το 1872 στη Βοστώνη στο νοσοκομείο New England Hospital. Τρίτη χώρα που έσπευσε να μιμηθεί ήταν η Ελλάδα με την ίδρυση της πρώτης σχολής του 'Ευαγγελισμού' το 1875. Το γεγονός αυτό τιμά την πατρίδα μας, που ανανεώνει με τέτοια έργα τη παράδοση του Ιπποκράτη. Η Florence Nightingale, σαν επιστέγασμα της πολυχρόνιας και πολύπλευρης δραστηριότητας στο χώρο της συστηματοποίησης της νοσηλευτικής, συνέταξε και τον όρκο της νοσοκόμου στο Λονδίνο, που φέρει την επίδραση του ιατρικού όρκου του Ιπποκράτη. Αυτός είναι ο γνωστός όρκος της Florence (Skertowitch, 1992).

2.2.2 Νοσηλευτική φροντίδα στη Δανία

Οι νοσηλευτές αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα των επαγγελματιών υγείας και ο αριθμός τους έχει σημειώσει αύξηση κατά τις τελευταίες δεκαετίες (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012). Παρόλα αυτά, οι υπηρεσίες υγείας υποφέρουν από μία σημαντική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, γεγονός το οποίο προκαλεί σοβαρές συνέπειες στην υγεία και ασφάλεια των ασθενών (Danish Nurses' Organization, 2009).

Το 2010, ο συνολικός αριθμός των νοσηλευτών ήταν 63.141, διαμορφώνοντας έτσι τη μεγαλύτερη ομάδα των επαγγελματιών υγείας στον Δανικό τομέα υγείας με το 60% να απασχολείται σε δημόσια νοσοκομεία (European Observatory on Health Systems and Policies,

2012), περίπου το 1/3 (13.500) εργάζεται στην κοινότητα και το 2% ως εκπαιδευτές νοσηλευτικής (Nursing in Denmark-European Commission, 2000). Η μερίδα των νοσηλευτών που εργάζονται στα νοσοκομεία έχει σταθεροποιηθεί από το 2000. Σύμφωνα με το Συμβούλιο Νοσηλευτών Δανίας (Dansk Sygeplejeråd), το οποίο οργανώνει το 90% του συνόλου τους, υπήρχαν 19.218 νοσηλευτές που εργάζονταν στον τομέα της υγείας εκτός νοσοκομείων, όπως στον κοινωνικό τομέα, στους οίκους ευγηρίας και σε άλλα ιδρύματα (Danish Council of Nurses 2011).

Όπως συμπεραίνεται και από τον **πίνακα 2.1**, υπήρξε μια γενική αύξηση του αριθμού των εργαζομένων σε πληθυσμιακό επίπεδο, για όλες τις επαγγελματικές ομάδες κατά την τελευταία δεκαετία. Την πιο αξιοπρόσεκτη αύξηση αποτελεί ο αριθμός των νοσηλευτών. Ωστόσο, έχουν εκφραστεί απόψεις πως η ύπαρξη επαρκούς πιστοποιημένου προσωπικού θα αποτελέσει πρόβλημα στο Δανικό Σύστημα Υγείας, υπολογίζοντας πως μέχρι τα έτη 2015-2020 θα εκλείπουν 5.000-6.000 νοσηλευτές, 2.000 ιατροί και 2.000 άλλο προσωπικό. Λαμβάνοντας υπόψη τις αυξανόμενες απαιτήσεις για περισσότερη φροντίδα υγείας, διαπιστώνεται πως ο τομέας της υγείας θα σημειώσει έλλειψη 20% του προσωπικού του το 2020 (asisp Annual Report, 2009).

Πίνακας 2.1 Αριθμός φυσικών προσώπων ανά 100,000 πληθυσμού

Health worker	No. physical persons per 100 000 population				
	1990	1995	2000	2005	2007
Physicians, medical group of specialties	34.7	40.8	46.8	52.6	53.4
GPs	-	45.2	64.7	69.3	68.4
Dentists	-	81.8	81.6	82.6	84
Pharmacists	-	41.3	42.0	48.0	47.5
Nurses	-	937.4	1236.9	1438.8	1429
Midwives	-	18.3	22.8	23.7	25.1

Πηγή: WHO Regional Office for Europe, 2011 (προσπέλαση Φεβρουάριος, 2011).

Από τις αρχές της δεκαετίας του 2000, οι περιφέρειες προσλαμβάνουν ενεργά επαγγελματίες υγείας εκτός Δανίας. Το 2009, 1.200 νέοι ιατροί καταχωρήθηκαν στη Δανία. 353 εξ αυτών ήταν αλλοδαποί καταρτισμένοι ιατροί, 108 από τις Σκανδιναβικές χώρες. Ομοίως, δόθηκε άδεια εξάσκησης του επαγγέλματος σε 423 αλλοδαπούς εκπαιδευμένους νοσηλευτές, αντιστοιχώντας στο 16% από τους συνολικά 2.671 νεοπροσληφθέντων νοσηλευτών το 2009. Πάνω από το 50% των αλλοδαπών εκπαιδευμένων νοσηλευτών προέρχονταν από τις σκανδιναβικές χώρες, κυρίως από τη Σουηδία (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

Οι νοσηλευτές, αποτελούν μια οργανωμένη οντότητα από το 1899 και έχουν συχνά εκπροσωπηθεί σε επιτροπές και όπως άλλα παραϊατρικά επαγγέλματα, έχουν οργανωθεί αποτελεσματικά από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, προκειμένου να επηρεάσουν την πολιτική ατζέντα. Το 1988, ιδρύθηκε από τις νοσηλεύτριες στην Κοπεγχάγη ο Δανικός Οργανισμός Νοσηλευτών (Danish Nurses' Organization-DNO), με σκοπό την διασφάλιση των συμφερόντων των «κατάλληλα εκπαιδευμένων νοσηλευτών» τριετούς εκπαίδευσης. Κατέστη μέλος του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (International Council of Nurses-ICN) το 1909. Αποτελεί τη μοναδική επαγγελματικό οργανισμό για τους δανούς νοσηλευτές.

Διασφαλίζει τα συμφέροντα περίπου 73.000 νοσηλευτών, συμπεριλαμβανομένων των φοιτητών νοσηλευτικής και πρόωρων συνταξιούχων και είναι μέλη όσον αφορά τον μισθό, τις εργασιακές συνθήκες, το επάγγελμα και την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας. Περίπου το

90% των δανών νοσηλευτών είναι μέλη του οργανισμού (Danish Nurses' Organization, 2009).

Διαδικασία προσλήψεως

Το κράτος διαθέτει ένα στοιχείο ελέγχου, άμεσης συσχέτισης με τον εφοδιασμό επαγγελματιών υγείας, δεδομένου ότι η εκπαίδευση των επαγγελματιών (με ελάχιστες εξαιρέσεις) αποτελεί δημόσιο αγαθό. Αυτό συμβαίνει όταν υπάρχουν αιτούντες για όλες τις θέσεις, κάτι που δεν ισχύει πάντα στην περίπτωση των νοσηλευτών. Το κράτος, δύναται να ασκήσει επίσης επιρροή στα προσόντα των επαγγελματιών υγείας, καθορίζοντας το περιεχόμενο της εκπαίδευσής τους. Η εκπαίδευση ρυθμίζεται σε κεντρικό επίπεδο από το Υπουργείο Επιστημών, Τεχνολογίας και Καινοτομίας (Ministry of Science, Technology and Innovation) από κοινού με μια σειρά συμβουλίων όπως το Συμβούλιο Εκπαίδευσης Υγείας (Health Training Council), τα οποία λειτουργούν σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και άλλων. Επιπλέον, η εκπαίδευση των εξειδικευμένων επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, αποτελεί μέριμνα του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και προσαρμόζεται συνεχώς, προκειμένου να ανταποκριθεί στις ανάγκες και απαιτήσεις του τομέα υγείας σε σχέση με τα θέματα, το περιεχόμενο και την διαθεσιμότητα (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

Υφίσταται ένα ισχύον σύστημα αδειοδότησης για τους επαγγελματίες υγείας, αλλά όχι για τις εγκαταστάσεις φροντίδα υγείας. Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας (National Board of Health) διαθέτει ένα σύστημα τοπικά εδρευόντων ιατρικών αξιωματούχων οι οποίοι επιβλέπουν τους επαγγελματίες υγείας. Οι ιατροί, έχουν αδειοδοτηθεί από τον 17^ο αιώνα, οι μαίες από τις αρχές του 18^{ου} και οι νοσηλευτές από το 1933. Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας χορηγεί τις άδειες και σε περίπτωση κατάχρησης ή άλλων ανεπιθύμητων συμπεριφορών, έχει το δικαίωμα να τις αποσύρει. Δεν υφίσταται σύστημα επανααδειοδότησης. Επιπλέον, μέσω κανονιστικών ρυθμίσεων που αφορούν την διαθέσιμη χωρητικότητα για εκπαίδευση, είναι δυνατόν, ως ένα ορισμένο βαθμό, να ελέγχει τον αριθμό του πιστοποιημένου προσωπικού, εντός των διαφορετικών επαγγελματικών κατηγοριών και ειδικοτήτων (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

Μόνο οι πιστοποιημένοι από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας υπό τα πλαίσια του Νόμου των Νοσηλευτών, κατέχουν το δικαίωμα να ασκήσουν το επάγγελμα του νοσηλευτή. Ο τίτλος του πιστοποιημένου νοσηλευτή (Sygeplejerske) είναι δεσμευτικός τίτλος. Όλοι οι νοσηλευτές στη Δανία, ασκούν το επάγγελμα υπό τον τίτλο αυτό (και έχουν υποχρεώσεις προβλεπόμενες από το Νόμο αυτό) ακόμα και εκείνοι με τίτλους ειδίκευσης. Δεν υφίσταται κανένας «νόμιμα προστατευόμενος» ειδικευμένος τίτλος. Ο τίτλος του ειδικευμένου νοσηλευτή, σύμφωνα με τις εγκυκλίους για την εξειδικευμένη εκπαίδευση, μπορεί μόνο να χρησιμοποιηθεί από πιστοποιημένο νοσηλευτή, ο οποίος έχει παρακολουθήσει ανάλογη εξειδικευμένη εκπαίδευση. Συνήθως είναι η αγορά εργασίας που καθορίζει τη χρήση ενός ειδικευμένου νοσηλευτή, εκτός από την περίπτωση του επισκέπτη υγείας (Sundhedsplejerske), όπου ο νόμος απαιτεί ένα ειδικό προσόν προκειμένου να κατέχει τη θέση (Nursing in Denmark-European Commission, 2000).

Στα νοσοκομεία, η ιεραρχία των νοσηλευτών δομείται ως εξής:

1. Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (Director of Nursing Service)
2. Αναπληρωτής Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (Deputy Director of Nursing services)

3. Επικεφαλής Νοσηλεύτης (Head Nurse)
4. Αδελφή Τμήματος (Ward sister)
5. Ανώτερο Νοσηλευτικό Προσωπικό (Senior staff nurse) και
6. Νοσηλευτικό Προσωπικό (staff nurse) (Nursing in Denmark-European Commission, 2000).

Όλοι οι νοσηλευτές πρέπει να είναι πιστοποιημένοι (Sygeplejerske) και κάθε βαθμίδα από τις παραπάνω απαιτεί και τον κατάλληλο τίτλο σπουδών.

Μισθοδοσία

Οι μισθοί των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται από τις περιφέρειες σε νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένων των ιατρών, νοσηλευτών, μαιών, φυσικοθεραπευτών, τεχνικών εργαστηρίων, ψυχολόγων ούτω καθεξής, διαπραγματεύονται από το Συμβούλιο των Περιφερειών για τους Μισθούς και Δασμούς και τα εργατικά συνδικάτα. Μεμονωμένοι επαγγελματίες υγείας που κατέχουν ειδικά προσόντα, κυρίως ιατρικών ειδικοτήτων, ενδέχεται να επιτύχουν πρόσθετες αμοιβές. Οι περισσότεροι όμως επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε νοσοκομεία, οι αποδοχές τους υπολογίζονται με βάση τις εργασθείσες ώρες, λαμβάνοντας επιπρόσθετες αποδοχές εξαρτώμενες από τις υπερωρίες. Συνεπώς, οι μισθοί των μεμονωμένων επαγγελματιών υγείας είναι ανεξάρτητοι της κλινικής παραγωγής, της ποιότητας και του επιπέδου των υπηρεσιών στο τμήμα και στο νοσοκομείο.

Οι αποδοχές των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στις κοινότητες, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών που εργάζονται στους οίκους ευγηρίας ή στην κατ' οίκον νοσηλεία και στους σχολικούς οδοντιάτρους, διαπραγματεύονται μεταξύ της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και των σχετιζόμενων συνδικαλιστικών οργανώσεων (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

Σύμφωνα με τον Δανικό Οργανισμό Νοσηλευτών (2009), ο οποίος διαπραγματεύεται τον επίπεδο των αποδοχών που αποτελείται από έναν βασικό μισθό, τα επιδόματα και τις συντάξεις, ο βασικός μισθός ενός νέου πιστοποιημένου νοσηλευτή, διαμορφώνεται περίπου στις 22,800 δανικές κορώνες το μήνα (περίπου 3,056 ευρώ). Ο βασικός μισθός για δετούς εμπειρίας νοσηλευτή, κυμαίνεται περίπου στις 26,000 κορώνες (3,485 ευρώ περίπου). Σε αυτόν, πρέπει να προστεθούν τα επιδόματα ανάλογα με τα προσόντα, τα καθήκοντα και τις συντάξεις που γενικά αντιστοιχούν στο 13% (Danish Nurses' Organization, 2009).

Βασική Εκπαίδευση

Η βασική νοσηλευτική εκπαίδευση έχει καθοριστεί στα τρεισήμισι χρόνια και λαμβάνει χώρα σε δημόσιες σχολές νοσηλευτικής σε συνεργασία με τα νοσοκομεία (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012). Αριθμούνται 21 σχολές, οι οποίες δέχονται κατά προσέγγιση 2.400 φοιτητές το χρόνο σε επιλεκτική βάση (Nursing in Denmark-European Commission, 2000). Η εκπαίδευση εναλλάσσεται μεταξύ θεωρητικού και πρακτικού επιπέδου. Η κλινική εκπαίδευση πραγματοποιείται στα νοσοκομεία και στις κοινότητες. Έχουν καθιερωθεί ακόμα δύο βραχύτερα θεωρητικά εκπαιδευτικά προγράμματα για κοινωνικούς βοηθούς και βοηθούς υγείας, παρέχοντας κατάρτιση για τα καθήκοντα της βασικής νοσηλευτικής φροντίδας στα νοσοκομεία και στην κατ' οίκον νοσηλεία.

- 14 μήνες (health and social helper)
- 18 μήνες επιπλέον (health and social assistant)

Ειδικευμένη εκπαίδευση

Στη Δανία, ο νόμος δεν ορίζει ένα συγκεκριμένο πεδίο δραστηριότητας για τους νοσηλευτές (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012) και όλοι απαιτείται να είναι γενικοί νοσηλευτές (General Nurses) ούτως ώστε να έχουν τη δυνατότητα να εργαστούν. Δεν υπάρχει κάποιος άμεσος κλάδος εισαγωγής για τους νοσηλευτές, ωστόσο, υπάρχουν ειδικευμένες νοσηλευτικές σπουδές, που πραγματοποιούνται εφόσον αποκτηθεί ο τίτλος του εγκεκριμένου νοσηλευτή (sygeplejerske) και οργανώνονται στους ακόλουθους τομείς:

- Νοσηλευτική αναισθησιολογία (ANÆSTESISYGEPLEJERSKE), 1 ½ χρόνια
- Εντατική νοσηλευτική φροντίδα (INTENSIV SYGEPLEJE), 1 ½ χρόνια
- Ψυχιατρική νοσηλευτική (PSYKIATRISK SYGEPLEJE), 1 χρόνος
- Νοσηλευτική Ελέγχου Λοιμώξεων (HYGIEJNESYGEPLEJERSKE), 3 μήνες.

Οι παραπάνω νοσηλευτές, έχουν το πλεονέκτημα της ειδικότητας στα πλαίσια της αγοράς εργασίας αλλά όχι αποκλειστικό τομέα δραστηριότητας, ούτε ένα ειδικό τίτλο που να προστατεύεται νομικά. Επιπρόσθετα, υπάρχουν οι νοσηλευτές δημόσιας υγείας (επισκέπτες υγείας) οι οποίοι κατέχουν αποκλειστικούς τομείς επαγγελματικής δραστηριότητας (Nursing in Denmark-European Commission, 2000).

Η εκπαίδευση ως ειδικευμένος νοσηλευτής στην αναισθησιολογία, εντατική φροντίδα και ψυχιατρική, οργανώνεται σε περιφερειακό επίπεδο ενώ το πρόγραμμα ελέγχου λοιμώξεων, οργανώνεται από το Κρατικό Ινστιτούτο Ορού (State Serum Institute) και προαπαιτείται πρόγραμμα προχωρημένων νοσηλευτικών σπουδών. Εκείνοι που θα παρακολουθούν τις εν λόγω σπουδές, θα έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης “απασχόλησης σε νοσηλευτικές θέσεις που απαιτούν προχωρημένα ειδικά προσόντα”. Οι σχετικοί εγκύκλιοι, δίνουν το δικαίωμα παραχώρησης ενός νέου τίτλου. Ωστόσο, εξακολουθούν να αποτελούν πιστοποιημένους νοσηλευτές (sygeplejerske) και να εργάζονται υπό τον τίτλο αυτό και τις αρμοδιότητες, σύμφωνα με το Νόμο των Νοσηλευτών δραστηριότητας (Nursing in Denmark-European Commission, 2000).

Οι εντολές για την ειδικευμένη νοσηλευτική εκπαίδευση, εκδίδονται από το Υπουργείο Υγείας και οι εγκύκλιοι των προγραμμάτων από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας. Υφίσταται οι ειδικότητες που παρουσιάστηκαν παραπάνω καθώς επίσης και Προχωρημένη Εκπαίδευση για Νοσηλευτές (Advanced Education for Nurses) 10 μηνών, στους ακόλουθους τομείς. Πραγματοποιείται στο Πανεπιστήμιο του Άρχους, Σχολή Προχωρημένων Νοσηλευτικών Σπουδών (University of Aarhus School of Advanced Nursing Studies), δίνοντας πρόσβαση σε συγκεκριμένες θέσεις νοσηλευτικής.

- Επισκέπτης Υγείας (παραχωρούνται τα προσόντα του επισκέπτη δημόσιας υγείας, της προαγωγής και των προληπτικών εργασιών στον τομέα και επιπλέον μερικές εργασίες των περιφερειών σε πιο διοικητικό ρόλο “Country Public Health Officer”)
- Εκπαιδευτικός Νοσηλευτής (δάσκαλος νοσηλευτής στα σχολεία, διδάσκοντας βασική υγιεινή και κοινωνική εκπαίδευση “Education and Teaching in Nursing”, καθώς και καθηγητής σε προγράμματα σχολών Νοσηλευτικής, κλινικός σύμβουλος και εκπαιδευτικός συντονιστής)
- Διοικητικός Νοσηλευτής (διοικητικοί νοσηλευτικοί ρόλοι “Management/Leadership in Nursing”)

Τέλος, η απόκτηση διδακτορικού διπλώματος, διαρκεί τρία έτη σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Το προσόν εισαγωγής είναι η Υποψηφιότητα στη Νοσηλευτική ή άλλα παρεμφερή αντικείμενα

με μια καλή ερευνητική πρόταση. Ο τίτλος του πτυχίου είναι Διδακτορικό Δίπλωμα στη Νοσηλευτική (Ph.D. In Nursing), χορηγηθέν από τη Σχολή Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου του Ωρχους (Faculty of Health Sciences, Aarhus University) (Nursing in Denmark-European Commission, 2000).

Αυτονομία νοσηλευτών

Οι δραστηριότητες των Δανών νοσηλευτών δεν είναι αυτές καθαυτές νομικά περιορισμένες όσον αφορά την ανάληψή τους από ειδικευμένους νοσηλευτές, δηλαδή, κάθε νοσηλεύτης έχει τη δυνατότητα να αναλάβει οποιεσδήποτε λειτουργίες που προβλέπονται. Εκείνοι και οι εργοδότες τους θα καταστούν υπεύθυνοι για το αν ο νοσηλεύτης θα πρέπει να αναλάβει λειτουργίες πέραν των αρμοδιοτήτων του. Ως εκ τούτου, δεν θα θεωρηθούν πως αποτελούν διαφορετικό ή ξεχωριστό επάγγελμα (Nursing in Denmark-European Commission, 2000).

2.3 Ιατρική φροντίδα

Ο αριθμός των ιατρών στη Δανία αυξάνεται, αν και με ελαφρώς βραδύτερο ρυθμό σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτός ο βραδύς ρυθμός, μπορεί να αποδοθεί στην περιορισμένη πρόσβαση σε προγράμματα ιατρικής εκπαίδευσης στη Δανία κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 και 1980. Λόγω της γενικής έλλειψης ιατρών, η πρόσληψή τους σε αγροτικές περιοχές καθίσταται όλο και πιο δύσκολη (European Observatory on Health Care Systems, 2012).

Το 2009, 13,886 ιατροί απασχολούνταν σε δημόσια νοσοκομεία, το οποίο είναι 3,000 παραπάνω ιατροί από ότι το 2001. Ο μέσος ετήσιος ρυθμός άυξησης του αριθμού των ιατρών πλήρους απασχόλησης στα δημόσια νοσοκομεία, αυξήθηκε κατά 2.8% για ολόκληρη τη χώρα, κατά τη περίοδο 2001-2009. Περίπου το 45% των ιατρών που απασχολούνται στα νοσοκομεία κατέχουν μόνιμες θέσεις (Danish Medical Association, personal communication 2011). Το υπόλοιπο ποσοστό απασχολείται σε προσωρινές θέσεις ως μέρος των μεταπτυχιακών εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Προσωρινές θέσεις έχουν συσταθεί σε συγκεκριμένα νοσοκομεία και τμήματα σε συνεργασία με το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας σε μια προσπάθεια διανομής νέων διπλοματούχων ιατρών μεταξύ ειδικοτήτων και γεωγραφικών περιοχών, σύμφωνα με τις ανάγκες και τη διαθεσιμότητα. Με αυτόν τον τρόπο, το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας είναι σε θέση να ελέγχει τον αριθμό των ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων (European Observatory on Health Care Systems, 2012).

Περίπου 3,600 ιατροί είναι γενικοί ιατροί (general practitioners), το οποίο αντιστοιχεί σε 1 ανά 1,525 κατοίκους. Η πρόσληψη νέων ιατρών στην γενική πρακτική έχει υποστηριχθεί από μια αυξανόμενη αναγνώριση της γενικής ιατρικής ως μια επισημοποιημένη ειδικότητα με αυξανόμενη επιστημονική δραστηριότητα, από τη βελτίωση του κοινωνικού και επαγγελματικού περιβάλλοντος (με τη συνεργασία των ιατρών) και την πεποίθηση πως αποτελεί ένα πλεονεκτικό εισόδημα συγκρινόμενο με των νοσοκομειακών ιατρών. Ενώ η κατανομή των γενικών ιατρών είναι αρκετά καλή σε όλη τη χώρα, οι 1,152 εν ενεργεία ειδικοί είναι συγκεντρωμένοι στην πρωτεύουσα και σε άλλες αστικές περιοχές (Danish Medical Association, personal communication 2011).

Περίπου 1,100 ιατροί, δεν εργάζονται σε ένα κλινικό περιβάλλον αλλά είναι πλήρως απασχολούμενοι ως ιατρικοί δημόσιοι υπάλληλοι υγείας ή ερευνητές και διδάσκοντες σε

δημόσια ή ιδιωτικά ινστιτούτα. Οι ιατρικοί δημόσιοι υπάλληλοι υγείας είναι υπεύθυνοι για την παρακολούθηση των συνθηκών υγείας στις περιφέρειες και για την υποστήριξη δημόσιων αρχών παρέχοντας συμβουλές καθώς και για την επίβλεψη των επαγγελματιών υγείας προς όφελος του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας (European Observatory on Health Care Systems, 2012).

Ο Ιατρικός Σύλλογος Δανίας (Danish Medical Association-Lægeforeningen) αποτελεί τον επαγγελματικό σύλλογο των ιατρών στη Δανία και σχεδόν όλοι οι δανοί ιατροί είναι μέλη. Ιδρύθηκε την 1^η Σεπτεμβρίου 1857, εν μέσω κινητοποιήσεων κυρίως λόγω της υπάρχουσας έλλειψης νοσοκομείων, της χαμηλής ποιότητας των ήδη ιδρυθέντων, την ανάγκη για τη φροντίδα υγείας να υπάγεται στο πεδίο εφαρμογών των τοπικών αρχών, προκειμένου την υποστήριξη των προσπαθειών του ιατρικού επαγγέλματος, τη μεταρρύθμιση της ιατρικής νομοθεσίας και την συμμετοχή του ιατρικού επαγγέλματος στην εξέλιξη αυτών των ζητημάτων (Danish Medical Association, 2012). Μέχρι τη δεκαετία του 1980, Ιατρικός Σύλλογος Δανίας συμμετείχε σε σχεδόν όλες τις κυβερνητικές επιτροπές για τη φροντίδα υγείας. Ωστόσο, με την αύξηση του ενδιαφέροντος των πολιτικών προσώπων και την κατοχή διαφορετικών απόψεων στην πολιτική της υγειονομικής περίθαλψης, ο Ιατρικός Σύλλογος Δανίας απώλεσε σταδιακά την επιρροή του (European Observatory on Health Care Systems, 2012). Στόχοι του συλλόγου είναι η ενωποίηση των δανών ιατρών με σκοπό την προστασία των συμφερόντων του ιατρικού επαγγέλματος και να χρησιμοποιείται ως το σώμα μέσω του οποίου η επιρροή του ιατρικού επαγγέλματος μπορεί να ασκηθεί σε γενικά κοινωνικά θέματα προς όφελος της υγείας και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Danish Medical Association, 2012).

Ιατρική εκπαίδευση

Προπτυχιακές ιατρικές σπουδές, πραγματοποιούνται στα τμήματα των Επιστημών Υγείας στα πανεπιστήμια της Κοπενχάγης, του Ώρχους, του Ώλμποργκ και της Νότιας Δανίας. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης είναι έξι χρόνια και λαμβάνει χώρα στα τέσσερα πανεπιστήμια και στα περισσότερα νοσοκομεία. Μετά την περάτωση των τελικών ιατρικών εξετάσεων, οι ιατροί θα πρέπει να υποβληθούν σε ένα χρόνο κλινικής πρακτικής εκπαίδευσης ώστε να παραλάβουν την άδεια για ανεξάρτητη εξάσκηση. Αυτό συνίσταται από δύο απασχολήσεις για έξι μήνες σε έναν συνδυασμό παθολογίας, χειρουργικής, ψυχιατρικής ή γενικής ιατρικής.

Το υπουργείο Υγείας καθορίζει τα μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών για τις ιατρικές ειδικότητες, βασιζόμενο στις συμβουλές του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και του Εθνικού Συμβουλίου για την Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση των Ιατρών (National Council for Postgraduate Education of Physicians). Παρέχει συμβουλές όσον αφορά τον αριθμό και τους τύπους των ειδικοτήτων, το αριθμό των εισαχθέντων φοιτητών στα μεταπτυχιακά προγράμματα όπως και το ποσοστό συμμετοχής για κάθε ειδικότητα, τη διάρκεια και το περιεχόμενο των προγραμμάτων και τις διεθνείς συνεργασίες. Διακρίνονται 38 ειδικότητες, σε σύγκριση με τις 42 που υφίστατο το 2001. Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας έχει θεσπίσει ένα σύστημα επιθεώρησης, περιλαμβάνοντας την παρακολούθηση των μεμονωμένων τμημάτων υπεύθυνων για την εκπαίδευση, καθώς και την συμβούλευση αυτών (European Observatory on Health Care Systems, 2012).

Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική

Στη Δανία, μια ευρεία επιλογή Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Ιατρικής (Complementary and Alternative Medicine-CAM) είναι διαθέσιμη, συμπεριλαμβανομένου ρεφλεξολογίας, οστεοπαθητικής, ομοιοπαθητικής, βελονισμού και βοτανικής ιατρικής. Η CAM είναι μερικώς αποδεκτή από το βιοϊατρικό επάγγελμα. Η χειροπρακτική δεν θεωρείται πλέον εναλλακτική θεραπεία. Η παροχή της CAM ρυθμίζεται από έναν ιατρικό νόμο σχετικά με την αγυρτεία, εντούτοις μπορεί να εξασκηθεί ελεύθερα εφόσον τηρείται ο νόμος. Ορίζει πως απαιτείται έγκριση και θα ασκηθεί ποινή εάν ένα άτομο χωρίς επαγγελματικά προσόντα, αυτοαποκαλείται ιατρός ή πραγματοποιεί χειρουργική επέμβαση. Ο βελονισμός θεωρείται χειρουργική επέμβαση, συνεπώς, μπορεί να διενεργηθεί από αδειοδοτημένο ιατρό ή υπό την επίβλεψή του. Εναλλακτικά ιατρικά προϊόντα διέπονται από κανονισμούς. Ως απάντηση στις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσον αφορά την παραγωγή και την πώληση ομοιοπαθητικών φαρμακευτικών σκευασμάτων, αυτοί οι κανονισμοί έχουν αναθεωρηθεί στη Δανία. Όλα τα εναλλακτικού τύπου φάρμακα που πωλούνται, πρέπει να έχουν εγκριθεί από τον Δανικό Οργανισμό Φαρμάκων (Danish Medicines Agency), ο οποίος καθορίζει τις ρυθμίσεις των προδιαγραφών παραγωγής, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας των προϊόντων (European Observatory on Health Care Systems, 2012).

2.3.1 Ιστορική αναδρομή της Ιατρικής

Πρίν τον 18^ο αιώνα, οι γαιοκτήμονες και οι τεχνίτες δάσκαλοι ήταν υπεύθυνοι για την παροχή φροντίδας στους υφιστάμενούς τους όταν εκείνοι ήταν άρρωστοι ή χρήζαν βοήθειας υπό άλλες απόψεις. Η επικρατούμενη αυτή κατάσταση άρχισε να αλλάζει όταν οι φεουδαρχικές κοινωνικές σχέσεις κατέρρευσαν και η δύναμη της κεντρικής κρατικής εξουσίας ενδυναμώθηκε και κατά τη διάρκεια του 18^{ου} και 19^{ου} αιώνα η ευθύνη για την ανακούφιση των φτωχών και η φροντίδα υγείας μεταβιβάστηκε στις πόλεις και στις κομητείες.

Κατά τη διάρκεια κυρίως του 19^{ου} αιώνα, ο αριθμός των ιδιωτικών ιατρών σημείωσε αύξηση. Καθένας που μπορούσε να ανταπεξέλθει οικονομικά, είχε τη δυνατότητα να δεχτεί περίθαλψη στην ιδιωτική του κατοικία του και ακόμα να υποβληθεί σε εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση. Από το 1838 όλοι οι Δανοί ιατροί εκπαιδευόνταν στο πανεπιστήμιο της Κοπενχάγης στη χειρουργική καθώς και στην ιατρική όπου προηγούμενος αποτελούσαν δύο ξεχωριστές οντότητες. Ως εκ τούτου, όλοι οι ιατροί είχαν εκπαιδευτεί με τον ίδιο τρόπο και από τους ίδιους καθηγητές, δημιουργώντας ένα ενιαίο και ομοιογενές επάγγελμα. Το 1936, μια ιατρική σχολή ιδρύθηκε στο Ώρχους, το 1966 στην Οντένσε και προσφάτως το 2010 το πανεπιστήμιο του Ώλμποργκ άρχισε να διδάσκει φοιτητές ιατρικής (European Observatory on Health Care Systems, 2012).

2.4 Μαιευτική φροντίδα

Η Μαία διεξάγει γέννες με δικιά της ευθύνη και παρέχει φροντίδα στο νεογέννητο και το βρέφος. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα, την προαγωγή φυσιολογικής γέννας, την ανίχνευση επιπλοκών στη μητέρα και το παιδί, την πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα ή άλλη κατάλληλη βοήθεια και την διενέργεια επειγόντων μέτρων. Η μαία μπορεί να

εργαστεί σε οποιοδήποτε περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων των κατοικιών, των κοινοτήτων, των νοσοκομείων, κλινικών ή μονάδων υγείας.

Η Μαία υποστηρίζει τη γυναίκα στην καλύτερη επιλογή σίτισης του παιδιού της. Η άμεση φροντίδα μετά τον τοκετό, η εκτεταμένη φροντίδα στο νοσοκομείο ή οι επισκέψεις στο οικογενειακό περιβάλλον καθώς και η συμβουλευτική των γυναικών, αποτελεί ουσιώδες μέρος των καθηκόντων της μαίας. Από το 1787 υπήρχε επίσημη εκπαιδευτική διαδικασία. Σήμερα, η εκπαίδευσή τους διαρκεί 3,5 χρόνια λαμβάνοντας τον τίτλο Professional Bachelor of Midwifery (<http://www.jordemoderforeningen.dk/english/>).

Οι Μαίες στη Δανία, έχουν αδειοδοτηθεί σύμφωνα με το νόμο για την αδειοδότηση του προσωπικού υγείας και απασχολούνται κυρίως με μαιευτικές υπηρεσίες σε νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένων των εξωτερικών ιατρείων. Ο αριθμός των μαιών το 2010 ήταν 1,506 σε σύγκριση με το 1995 που αριθμούσαν τις 1,905. Την τελευταία δεκαετία, ο αριθμός τους έχει αυξηθεί από το 1995, από 18,3 μαίες ανά 100.000 κατοίκους, σε 25,09 ανά 100.000 κατοίκους το 2007 (Statistics Denmark, 2011).

Το 1902, ιδρύθηκε Σύλλογος Μαίων Δανίας (Danish Association of Midwives) στην Κοπεγχάγη. Ο Σύλλογος οργανώνει από κοινού της μαίες και τους φοιτητές μαιευτικής, φροντίζοντας για τα επαγγελματικά καθώς και εργασιακά σχετιζόμενα συμφέροντα υπό την ευρύτερη έννοια. Τα μέλη του υπολογίζονται περίπου στα 2,445.

2.4.1 Ιστορική αναδρομή της Μαιευτικής

Η Μαιευτική είναι από τις αρχαιότερες επιστήμες–τέχνες που εμφανίστηκαν στην ανθρώπινη κοινωνία καθώς πάντοτε η γυναίκα που γεννούσε χρειάστηκε τη βοήθεια και συμπαράσταση άλλων γυναικών που σταδιακά εκπαιδεύτηκαν και αποτέλεσαν τις αρχαίες Μαίες.

Η Μαιευτική, ως τέχνη ενασχόλησης με το μυστηριώδες φαινόμενο της ζωής, υπήρξε ανέκαθεν μια αξιοσέβαστη δραστηριότητα σε όλους τους πολιτισμούς και σε όλες τις εποχές. Οι περισσότεροι αρχαίοι Έλληνες συγγραφείς μιλούν με θαυμασμό κι εκτίμηση για τις Μαίες και ανάμεσά τους ο Σωκράτης δεν παραλείπει να δηλώσει με υπερηφάνεια ότι ήταν γιός Μαίας, από την τέχνη της οποίας εμπνεύστηκε τη μαιευτική μέθοδο της φιλοσοφίας του (Διεθνής Οργανισμός Μαίας, 2011).

Η εκτίμηση προς τις Μαίες συνεχίστηκε απρόσκοπτα όλους τους επόμενους αιώνες. Στην ελληνιστική περίοδο ο Σωρανός γράφει το πρώτο σύγγραμμα που αφορά στην τέχνη των Μαιών και στη γυναικεία υγεία, καθορίζοντας επίσης τα χαρακτηριστικά που οφείλει να διαθέτει μια μαία προκειμένου να είναι ‘άριστη’.

2.5 Φυσικοθεραπεία

Η φυσικοθεραπεία είναι η επιστήμη που ασχολείται με την φυσική αποκατάσταση της υγείας είτε φυσικά είτε με μηχανικά μέσα. Αξιολογεί, υποστηρίζει και αποκαθιστά τη φυσική λειτουργία και την απόδοση του ανθρώπινου σώματος. Η φυσικοθεραπεία προάγει, υποστηρίζει και αποκαθιστά όχι μόνο την σωματική αλλά και την ψυχολογική και κοινωνική υγεία. Η φυσικοθεραπεία είναι μια ξεχωριστή μορφή θεραπείας-φροντίδας η οποία μπορεί να

γίνει είτε μεμονωμένα είτε σε συνεργασία με άλλους τύπους ιατρικής φροντίδας. Όταν υπάρχει συνεργασία με ορισμένες ιατρικές ή χειρουργικές μεθόδους, η φυσικοθεραπεία μπορεί να συμπληρώσει τις μεθόδους αυτές και να συμβάλει στην ταχεία επιστροφή στη φυσιολογική δραστηριότητα χωρίς επιπλοκές. Η φυσικοθεραπεία βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα τα οποία ανανεώνονται συνεχώς με το πολύτιμο κομμάτι της έρευνας.

Ο φυσικοθεραπευτής θεραπεύει μια μεγάλη ποικιλία παθήσεων χρησιμοποιώντας πολλές διαφορετικές τεχνικές. Σε μερικές περιπτώσεις, το αίτιο του πόνου και της δυσλειτουργίας είναι προφανές, αλλά μερικές φορές τα πράγματα δεν είναι τόσο ξεκάθαρα, ειδικά όταν τα συμπτώματα δεν είναι συγκεκριμένα ή δύσκολο να περιγραφούν. Ο φυσικοθεραπευτής έχει στην διάθεση του ένα μεγάλο εύρος δοκιμασιών που μπορεί να εφαρμόσει για να εντοπίσει το αίτιο των συμπτωμάτων και να σχεδιάσει αποτελεσματικά το πλάνο θεραπείας (http://www.physio-aid.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=7).

Οι φυσικοθεραπευτές αποτελούν είτε επαγγελματίες του ιδιωτικού, οι οποίοι στελεχώνονται εν μέρει από τις περιφέρειες, είτε είναι δημόσιοι υπάλληλοι σε νοσοκομεία ή άλλα ιδρύματα δημόσιας υγείας και γηροκομεία. Το 2010, 8,810 φυσικοθεραπευτές ήταν μέλη του Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών Δανίας (Association of Danish Physiotherapists) (European Observatory on Health Care Systems, 2012).

2.5.1 Ιστορική αναδρομή της Φυσικοθεραπείας

Επί αιώνες ο άνθρωπος χρησιμοποιούσε τις ιδιότητες του ήλιου, της κίνησης και του νερού για να θεραπεύσει τις παθήσεις του. Ωστόσο η φυσικοθεραπεία αναπτύχθηκε σε αυτοτελή θεραπευτικό κλάδο κυρίως μετά τον Α' και περισσότερο τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο εξαιτίας της παρουσίας μεγάλου αριθμού ανθρώπων με σοβαρές αναπηρίες οφειλόμενες αφενός στις πολεμικές κακώσεις και αφετέρου σε ένα βαρύ λοιμώδες νόσημα, την πολιομυελίτιδα για την οποία έως το 1960 περίπου δεν γίνονταν προστατευτικός εμβολιασμός (www.Physiokriti.gr).

2.6 Χειροπρακτική

Οι χειροπράκτες στη Δανία έχουν δημόσια άδεια από το 1992 από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και πρόκειται για αυτοαπασχολούμενους οι οποίοι εργάζονται κυρίως στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα τελευταία χρόνια, έχουν επίσης εργαστεί σε νοσοκομεία, ως σύμβουλοι στις περιφέρειες και σε ιδιωτικές κλινικές. Έχουν το δικαίωμα να διαγιγνώσκουν τους ασθενείς ανεξάρτητα και δεν απαιτείται ιατρική παραπομπή ως μία κατάσταση για θεραπεία ή μια κατάσταση για τη χορήγηση επιδοτήσεων από εθνικές υπηρεσίες υγείας. Μέσα από την εκπαίδευσή τους, οι χειροπράκτες επιτυγχάνουν αρμοδιότητες εντός του τομέα ιατρικής απεικόνισης και όλοι οι ασκούμενοι χειροπράκτες έχουν πρόσβαση σε εγκαταστάσεις για ακτίνων Χ. Η εθνική υπηρεσία υγείας επιχορηγεί τις χειροπρακτικές θεραπείες.

Ο Σύλλογος Χειροπρακτών Δανίας, αποτελεί τον επαγγελματικό σύλλογο που οργανώνει τους χειροπράκτες και τους φοιτητές. Επιδιώκει να εξασφαλίσει ότι η χειροπρακτική εφαρμόζεται υπό καλά οργανωμένες και ρυθμισμένες συνθήκες. Το 2010 αριθμούσε περίπου 700 μέλη (Danish Chiropractor's Association, 2011).

2.7 Εργοθεραπεία

Κατά κύριο λόγο, το έργο της εργοθεραπείας επικεντρώνεται στις δυνατότητες του μεμονωμένου ατόμου σε σχέση με τις καθημερινές δραστηριότητες και την συμμετοχή στη κοινωνική ζωή. Ο εργοθεραπευτής διαθέτει γνώσεις και μεθόδους για την επίλυση προβλημάτων δραστηριότητας. Ο κύριος σκοπός της θεραπευτικής παρέμβασης έγκειται στην ενίσχυση των πόρων του πολίτη, επί τη βάση μιας συνολικής αξιολόγησης και σύμφωνα με την προσωπική του γνώμη.

Η επαγγελματική κατάρτιση της εργοθεραπείας, εγκρίθηκε ως επαγγελματικό πτυχίο 1^{ης} βαθμίδας τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (bachelor's degree) το 2001 και έκτοτε, κέντρα ανώτερης εκπαίδευσης (University Colleges) δημιουργήθηκαν με πολλά διαφορετικά επαγγέλματα και συνδυασμούς αντικειμένων, συμπεριλαμβανομένου της εργοθεραπείας. Εκτός από την βασική εκπαίδευση στην εργοθεραπεία, πλήρως καταρτισμένοι εργοθεραπευτές μπορούν να παρακολουθήσουν επιπλέον ανώτερη εκπαίδευση.

Το 1938 ιδρύθηκε ο Σύνδεσμος των Εργοθεραπευτών (The Association of Work and Occupational Therapists). Το 1944, ο Σύνδεσμος σύναψε μια συλλογική σύμβαση με την Τοπική Αρχή της Κοπεγχάγης, στην προσπάθεια πραγματοποίησης εργασιών για την επιρροή καθηγητών ιατρικής και διαχειριστών, με σκοπό τη διέγερση των γνώσεων του επαγγέλματος.

Το 2005, ο Σύνδεσμος αριθμούσε 5,300 ενεργά μέλη και 752 φοιτητές. Αυτό ανταποκρίνονταν σε περίπου 1 εργοθεραπευτή ανά 1,000 κατοίκους. Σκοπός του Συνδέσμου είναι η διαφύλαξη των επαγγελματικών και οικονομικών συμφερόντων των μελών του, το οποίο αντανακλάται στο γεγονός εκτός του ότι αποτελεί μια συνδικαλιστική οργάνωση, ο Σύνδεσμος ασκεί μεγάλη επιρροή στην ανάπτυξη του επαγγέλματος και του νομοθετικού πλαισίου (Danish Association of Occupational Therapists, 2005).

2.7.1 Ιστορική αναδρομή της Εργοθεραπείας

Η αρχή της επιστήμης της εργοθεραπείας στη Δανία, συνάτνται στη δεκαετία του 1930. Οι πρώτοι εργοθεραπευτές (occupational therapists) εργάστηκαν κυρίως με ψυχιατρικούς ασθενείς. Ο σκοπός ήταν η απόσπαση της προσοχής, η εκτροπή και η ενθάρρυνση. Η εργασία αφορούσε τις στοιχειώδεις τεχνικές εργοχειρών και τη χρήση εργαλείων για την απασχόληση των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1940, οι αναφορές των ασθενών διαδόθηκαν ευρέως και περισσότερη έμφαση δόθηκε στις παρατηρήσεις και στη διαμόρφωση αυτών.

Μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, σημειώθηκε μια τάση που κατευθυνόταν προς τη λειτουργική εκπαίδευση, εμπνευσμένη μεταξύ άλλων, από την εκπαίδευση των αναπήρων πολέμου σε άλλες χώρες. Η κατανομή των θέσεων των απασχολούμενων εργοθεραπευτών αντανακλούσε την αρχή της εξειδίκευσης: εργάζονταν σε νοσοκομεία, σε οίκους ευγηρίας και αναψυχής, σε ιδρύματα νοητικά υστερημένων ατόμων, σανατόρια και φυλακές. Το 1945, οι εκπαιδευμένοι εργοθεραπευτές αριθμούσαν τους 93, κλίνοντας σε ποιά εξειδικευμένη θεραπεία για τους ψυχικά ασθενείς, νευρολογικούς και ορθοπεδικούς ασθενείς.

Από το 1953 ως το 1960, ο αριθμός των θέσεων στα νοσοκομεία και ιδρύματα διπλασιάστηκε ώστε αυτός ο εργασιακός τομέας έγινε μεγαλύτερος από τον ψυχιατρικό. Έμφαση δόθηκε στην αποκατάσταση ως προς την νομοθεσία και την εξειδίκευση. Η κυβέρνηση υποστήριξε

την επανεκπαίδευση των ατόμων που είχαν εκδιωχθεί από την αγορά εργασίας. Το 1968, ψηφίστηκε ο Νόμος για τους Θεραπευτές Βοηθούς (Law on Therapy Assistants) ο οποίος ρύθμιζε το έργο των εργοθεραπευτών (Danish Association of Occupational Therapists, 2005).

2.8 Λογοθεραπεία

Λογοθεραπεία είναι η επιστήμη που ασχολείται με τις διαταραχές λόγου, φωνής, ομιλίας και μάσησης-κατάποσης σε παιδιά και ενήλικες, όποια και αν είναι η αιτία αυτών των διαταραχών: νευρολογική, εξελικτική ή λειτουργική. Αποσκοπεί στην ανάπτυξη της εξωλεκτικής και λεκτικής επικοινωνίας, την καθαριότητα της ομιλίας και της φωνής και στην παραγωγή λόγου των βαρήκοων.

Μια έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι η μόνη ενδεδειγμένη λύση στις περισσότερες επιπτώσεις. Οι περισσότερες διαταραχές στην ομιλία θεραπεύονται εξ' ολοκλήρου, άλλες θεραπεύονται κατά ένα ποσοστό και ορισμένες δε θεραπεύονται καθόλου.

Τα αποτελέσματα της λογοθεραπείας εξαρτώνται από την είσοδο της διαταραχής, από τα αίτια που την προκάλεσαν, από τη χρονική διάρκεια που την έχει το άτομο, από την ηλικία και τη νοημοσύνη του, από την ικανότητα του λογοθεραπευτή καθώς και από τα όργανα λογοθεραπείας που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία των διαφόρων διαταραχών της ομιλίας (www.vimatizo.gr/logotherapie.htm).

Στη Δανία η Λογοθεραπεία θεωρείται παιδαγωγικό επάγγελμα, αντί παραϊατρικό. Η δανική Λογοθεραπεία είναι σε πλήρη συμφωνία με το επαγγελματικό προφίλ ότι η Λογοθεραπεία είναι επαγγελματική ευθύνη για την πρόληψη, τη μελέτη της αξιολόγησης, τη θεραπεία και την επιστημονική πλευρά της ανθρώπινης επικοινωνίας και άλλες συναφείς διαταραχές.

Σήμερα, η λογοθεραπεία αναγνωρίζεται ευρέως από το κοινό, καθώς και από τις διάφορες αρχές. Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχουν ειδικές νομοθετικές ρυθμίσεις σχετικά με τη λογοθεραπεία. Το επάγγελμα θεωρείται μέρος της 'ειδικής αγωγής'. Οι λογοθεραπευτές φέρουν το μισθό ενός δασκάλου συν διάφορες προσαυξήσεις. Το 2008, οι ετήσιες αποδοχές κυμαίνονταν από DKK 295,000-360,000 DKK (που ισοδυναμεί σε 39.600 -48.325 ευρώ) (<http://www.cplol.eu/eng/SLTinDenmark.htm>).

2.8.1 Ιστορική αναδρομή της Λογοθεραπείας

Η πρώτη αναφορά σε γλωσσικά προβλήματα γίνεται απ' τον Ηρόδοτο ο οποίος αναφέρει το Βάττο, γιο του Πολύμνηστου από τη Θήρα, το όνομα του οποίου έχει ιστορική-ενοσιολογική σχέση με το χαρακτηρισμό που δόθηκε στον τραυλισμό ως Βατταρισμός. Σε ότι αφορά το Βάττο, το μαντείο των Δελφών έδωσε χρησμό σύμφωνα με τον οποίο, για να θεραπευτεί, θα έπρεπε να μεταναστεύσει στη Λιβύη. Αυτό σημαίνει αλλαγή περιβάλλοντος και ανακούφιση-απαλλαγή από τα προβλήματα και σκοτούρες, κάτι που συνάδει και με τις σημερινές απόψεις και θέσεις για τη θεραπεία του τραυλισμού (el.wikipedia.org/wiki/λογοθεραπεία).

Η εκπαίδευση των λογοθεραπευτών στη Δανία ξεκίνησε το 1924. Μέχρι το 1958, η εκπαίδευση διέπονταν από την επαγγελματική οργάνωση «Talepaedagogisk Forening» (ιδρύθηκε το 1923), και από το 1959 από το κράτος (Η Βασιλική Σχολή της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης Σπουδών). Επί του παρόντος, υπάρχουν δύο εκπαιδευτικά προγράμματα στη

Δανία, μία στο Πανεπιστήμιο της Κοπεγχάγης (από το 1982) και μία στο Πανεπιστήμιο της Νότιας Δανίας (από το 2002).

Η Λογοθεραπεία έχει αναγνωριστεί ως επάγγελμα το οποίο υφίστανται για πάνω από 100 χρόνια με την έννοια ότι 'η ομιλία είναι το κέντρο της θεραπείας', το σχετικό κέντρο ιδρύθηκε το 1898, ως ένα δημόσιο ίδρυμα που χρηματοδοτείται από το κράτος (<http://www.cplol.eu/eng/SLTinDenmark.htm>).

2.9 Κοινωνική φροντίδα

Κοινωνικοί λειτουργοί

Η κοινωνική υγεία των ατόμων αναφέρεται στην διάσταση της ευημερίας του ατόμου η οποία περιλαμβάνει την ποιότητα των σχέσεων του με άλλα άτομα, το πώς τα άλλα άτομα αλληλεπιδρούν με εκείνον/εκείνη και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αλληλεπιδρά με τους κοινωνικούς θεσμούς και τα κοινωνικά ήθη. Ο συγκεκριμένος ορισμός είναι ευρύς καθώς περιλαμβάνει στοιχεία τόσο της προσωπικότητας όσο και κοινωνικές δεξιότητες, αντανακλά την επίδραση των κοινωνικών κανονιστικότητων και έχει στενή σχέση με έννοιες όπως η ευημερία, η προσαρμογή και η κοινωνική λειτουργικότητα (Goodman, 1996).

Η κοινωνική υγεία έχει λάβει έντονη προσοχή εξαιτίας και των συνεχόμενων και αυξανόμενων επιστημονικών αποδείξεων ότι τα άτομα που έχουν υψηλό δείκτη ενσωμάτωσης στις κοινότητές τους τείνουν να ζουν περισσότερο και να αναρρώνουν γρηγορότερα από πιθανές ασθένειες. Κατά αυτό τον τρόπο, η κοινωνική υγεία μπορεί να οριστεί με τους όρους της κοινωνικής προσαρμογής και της κοινωνικής υποστήριξης. Οι ορισμοί της κοινωνικής υγείας υπό τους όρους κοινωνικής προσαρμογής απορρέουν από τη κοινωνιολογία και τη ψυχιατρική (Goodman, 1996).

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο Κοινωνικός Λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Ο Κοινωνικός Λειτουργός, προσεγγίζει και βοηθά τον άρρωστο και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης (Hughes, 2007). Συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί στη Δανία είχαν πάντα ως στόχο να οργανώσουν τον άνθρωπο και να μείνει ενωμένος με το υπόλοιπο σύνολο, όχι μόνο να βλέπει τα δικά του συμφέροντα αλλά και της υπόλοιπης κοινωνίας όσο και την ανάπτυξη των κοινωνικών υπηρεσιών γενικότερα. Ο δανικός σύλλογος εργαζομένων κοινωνικής φροντίδας δημιουργήθηκε το 1939 και αποτελείται από 14,300 μέλη εκ των οποίων κάποιοι είναι και φοιτητές. Αναπτύσσει σειρά από σημαντικά θέματα κοινωνικής πολιτικής και συμμετέχει σε δημόσιες συζητήσεις, έχει έναν ειδικό στόχο, την παροχή πληροφοριών σχετικά με τη γενική εμπειρία και παρέχει πληροφορίες στην αξιολόγηση των κοινωνικών υπηρεσιών και στοχεύει να αναπτύξουν καλύτερα δικαιώματα για τους πελάτες (<http://www.socialrdg.dk/Default.aspx?ID=52>).

Κοινωνικές Υπηρεσίες

Οι υπηρεσίες υγείας όπως οι οίκοι ευγηρίας, η κατ' οίκον νοσηλεία και οι επισκέπτες υγείας, αποτελούν ευθύνη των κοινοτήτων και συντελούν στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι επαγγελματίες που εμπλέκονται στην παροχή αυτών των υπηρεσιών λαμβάνουν ένα σταθερό μισθό.

Τα γηροκομεία στην πραγματικότητα κατηγοριοποιούνται ως μια κοινωνική υπηρεσία, και συνεπώς, αποτελούν μέρος της κοινωνικής διοίκησης και όχι της υγείας. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, οι κοινότητες έχουν αυξήσει τον αριθμό της κατ' οίκον νοσηλείας και μειώσαν τον αριθμό των γηροκομείων. Παρέχουν αφενός μεν ημερήσια φροντίδα και αφετέρου δε οικιακές υπηρεσίες. Είναι πιθανό για πολλούς χρόνιους ή τελικού σταδίου ασθενείς, να παραμείνουν στην κατοικία τους και να αποφύγουν ή να καθυστερήσουν την ιδρυματοποίησή τους ως αποτέλεσμα του συνδυασμού υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας, του αυξανόμενου αριθμού νοσηλείας στο σπίτι και της εκτεταμένης οικιακής βοήθειας και την υποστήριξη των γενικών ιατρών. Η βοήθεια στο σπίτι προσφέρεται για τους κατοίκους οι οποίοι για σχετικές με την υγεία συνθήκες, δεν είναι σε θέση να εκτελέσουν καθημερινές δραστηριότητες (όπως προσωπική φροντίδα και υγιεινή, ο καθαρισμός και οι διατροφικές συνήθειες).

Η νοσηλεία κατ' οίκον προσφέρει ημερήσιες και βραδινές υπηρεσίες, όπως η εκπαίδευση των ασθενών, η φροντίδα και η θεραπεία και η συμπλήρωση αιτήσεων για ποικίλλες ανάγκες. Οι ανάγκες αυτές περιλαμβάνουν την αλλαγή κατοικίας, επείγουσας βοήθειας και την παρακολούθηση σε ανώτερα κέντρα και ανώτερες εγκαταστάσεις ημερήσιας φροντίδας και παρέχονται δωρεάν. Όλα τα άτομα με ειδικές ανάγκες ή πάσχοντα άτομα, μπορούν να έχουν ένα εγκατεστημένο τηλεφωνικό σύστημα έκτακτης ανάγκης στην κατοικία τους που τους προσφέρει την άμεση 24^h επικοινωνία με τον δημόσιο νοσηλευτή υγείας (European Observatory on Health Care Systems, 2012).

2.10 Ψυχολογική φροντίδα

Η ψυχολογία της υγείας είναι το σύνολο των εξειδικευμένων εκπαιδευτικών, επιστημονικών και επαγγελματικών συνεισφορών του επιστημονικού κλάδου της Ψυχολογίας στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη και θεραπεία της ασθένειας και στον προσδιορισμό των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία (Matarazzo, 1989). Αποτελεί κλάδο της εφαρμοσμένης ψυχολογίας ο οποίος περιλαμβάνει την έρευνα και την πρακτική αναφορικά με το ρόλο της ψυχολογίας στην υγεία και την ασθένεια. Κεντρικό αντικείμενο της ψυχολογίας της υγείας είναι η κατανόηση του τρόπου επίδρασης των ψυχολογικών, βιολογικών, περιβαλλοντολογικών και πολιτισμικών παραγόντων στην ατομική υγεία και ασθένεια. (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 2008).

Το 1993, οι ψυχολόγοι απέκτησαν δημόσια επαγγελματική άδεια από το πρώην Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και μια ειδική επιτροπή συστάθηκε για την αξιολόγηση των προσόντων τους. Έχουν τη δυνατότητα να απασχοληθούν σε διάφορους τομείς, όπως στον δημόσιο, τον ιδιωτικό και την επιλογή της αυτοαπασχόλησης.

Ο Σύλλογος Δανών Ψυχολόγων (Danish Psychological Association), αριθμεί 8,885 μέλη συνιστώντας την επαγγελματική ένωση και το αντιπροσωπευτικό σώμα για τους ψυχολόγους στη Δανία. Το έργο του συλλόγου του σχετίζεται με το επάγγελμα και τον τομέα,

περιλαμβάνει την ανάπτυξη του ψυχολογικού τομέα, συνδέοντας τις επαγγελματικές υπηρεσίες των ψυχολόγων με τη νομοθεσία καθώς επίσης και τη διαχείριση των κοινωνικοπολιτικών συμφερόντων.

Στο κοινωνικό αλλά και πολιτικό χώρο της υγείας, επιδιώκουν να διασφαλίσουν ότι:

- Οι κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, ιδιαίτερα των παιδιών και των εφήβων, είναι εγγυημένες, λαμβάνοντας πραγματική και κατάλληλη εποπτεία από το κράτος.
- Τα νέα συμβούλια θα δημιουργήσουν και θα προσφέρουν στο παιδί κλινικά προγράμματα ψυχολογικής θεραπείας στα ίδια τα παιδιά αλλά και στις οικογένειές τους.
- Παιδαγωγική ψυχολογική υποστήριξη είναι οργανωμένη και στελεχωμένη, έτσι ώστε να διαδραματίσει καίριο ρόλο στη συνολική προσπάθεια με παιδιά και εφήβους (Dansk psykolog forening).

2.10.1 Ιστορική αναδρομή της Ψυχολογίας της Υγείας

Κατά τη διάρκεια του μεγαλύτερου μέρους της ιστορίας, η ασθένεια αποδιδόταν σε μαγικά και άγνωστα φαινόμενα, όπως οι αμαρτωλές σκέψεις, η κατάληψη από κακά πνεύματα και το θέλημα εκδικητικών θεών. Οι απαρχές της δυτικής ιατρικής εντοπίζονται στην αρχαία Ελλάδα, με τον Ιπποκράτη να θέτει τα θεμέλια της ορθολογιστικής ιατρικής. Ο Γαληνός αποτελεί μία άλλη σημαντική φυσιολογία της ιατρικής καθώς στήριξε τη διάγνωση στην ανατομία και τη φυσιολογία. Τον 15ο αιώνα, η Αναγέννηση εισήγαγε τη νοσηριάρχια και τον ορθολογισμό στο χώρο της ιατρικής. Το βιοϊατρικό μοντέλο της ασθένειας, το οποίο αποτέλεσε για πολλούς αιώνες υπόδειγμα αξιωματικού χαρακτήρα, έχει βαθιές ρίζες στις φιλοσοφικές θεωρίες του αναγωγισμού και του δυϊσμού. Είναι αναγωγικό επειδή θεωρεί πως οποιαδήποτε διεργασία που οδηγεί σε ασθένεια μπορεί να γίνει κατανοητή αν αναλυθεί στα πιο απλά αλλά βασικά συστατικά στοιχεία της. Επίσης είναι δυϊστικό γιατί δεν ερμηνεύει το ρόλο που διαδραματίζουν οι ψυχολογικές και κοινωνικές διεργασίες στην αιτιολογία και εξέλιξη της ασθένειας, αλλά θεωρεί τους σωματικούς παράγοντες ανεξάρτητους από τους ψυχολογικούς (DiMatteo, Martin, 2006).

Στα μέσα του 20ου αιώνα, οι Dunbar και Alexander προετοίμασαν το δρόμο για την ανάπτυξη του πεδίου της ψυχοσωματικής ιατρικής, συνδέοντας τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας με συγκεκριμένες σωματικές ασθένειες. Μέχρι πρότινος, οι ψυχολόγοι ασχολούνταν σχεδόν αποκλειστικά με τον ψυχισμό. Η συντήρηση του βιοϊατρικού μοντέλου της ασθένειας είχε σχεδόν αποκλείσει τη συμμετοχή των κοινωνικών επιστημών από την αντιμετώπιση των ζητημάτων της υγείας. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της υγείας προτάθηκε από τον ψυχίατρο George Engel το 1977 (DiMatteo, Martin, 2006). Ο ίδιος ο όρος βιοψυχοκοινωνικός τονίζει το γεγονός ότι τόσο οι βιολογικοί, όσο και οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες αποτελούν συντελεστές της υγείας.

Η ραγδαία εξέλιξη των κοινωνικών επιστημών, η σχετική αλλαγή νοοτροπιών απέναντι στα θέματα υγείας, η αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας της παραδοσιακής ιατρικής επιστήμης, η αναζήτηση χαμηλού κόστους θεραπευτικών παρεμβάσεων καθώς και άλλοι παράγοντες, οδήγησαν στην ανάπτυξη της ψυχολογίας της υγείας. Τα τελευταία σαράντα χρόνια, οι ψυχολόγοι άρχισαν να μελετούν τη σχέση της ψυχικής ασθένειας με το σώμα και να εφαρμόζουν τις ψυχολογικές αρχές στο χώρο της υγείας. Η ψυχολογία της υγείας έχει λάβει σημαντικές προεκτάσεις στο έργο της, καθώς περιλαμβάνει πλέον θέματα σχετικά με την απόκτηση και τη διατήρηση της σωματικής υγείας και ευεξίας (DiMatteo, Martin, 2006).

2.11 Φαρμακευτική φροντίδα

Η Φαρμακευτική Φροντίδα ορίζεται ως μια πρακτική όπου ο ασκών φέρει ευθύνη για όποιες ανάγκες του ασθενούς σχετίζονται με τη συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή που του έχει χορηγηθεί και καθίσταται υπεύθυνος γι' αυτή τη δέσμευση (<http://www.pharmamanager.gr>). Η φαρμακευτική φροντίδα είναι η υπεύθυνη παροχή της φαρμακοθεραπείας με σκοπό την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων τα οποία βελτιώνουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς (Hepler, Strand, 1990). Υιοθετώντας αυτό τον ορισμό, το 1998, η Διεθνής Φαρμακευτική Ομοσπονδία (International Pharmaceutical Federation, FIP), πρόσθεσε μία σημαντική τροποποίηση: “με σκοπό την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων τα οποία βελτιώνουν ή διατηρούν την ποιότητα ζωής του ασθενούς” (Wiedenmayer et al, 2006).

Ο φαρμακοποιός ειδικεύεται στην εκπαίδευση, την έρευνα και την παροχή συμβουλών στα φαρμακεία και στη φαρμακευτική βιομηχανία. Οι δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους είναι επαρκής για την μετέπειτα πορεία τους ως φαρμακοποιοί καθώς υφίστανται και συνεχή εκπαίδευση από τους εργαζόμενους στα φαρμακεία όπου πραγματοποιούν τη πρακτική τους άσκηση τόσο στη Δανία όσο και στο εξωτερικό. Η εκπαίδευση υποστηρίζεται από προγράμματα e-learning, εγχειρίδια, ερευνητικά προγράμματα και παροχές συμβουλών από υπεύθυνους. Επίσης παρακολουθούν συνέδρια τα οποία αφορούν φάρμακα, ναρκωτικά, πολιτική των οργανισμών που θα εργαστούν καθώς και εκπαιδευτικές δραστηριότητες (www.pharmakon.dk).

Πάνω από τους μισούς φαρμακοποιούς (65%) εργάζεται σε ιδιωτικές βιομηχανίες, συνήθως στην παραγωγή, έλεγχο, καταχώριση και εμπορία των φαρμάκων. Άλλοι απασχολούνται στη βιομηχανία τροφίμων και στην περιβαλλοντική ή χημική παραγωγή και ένα 20% αποτελεί δημόσιους εργαζόμενους στα πανεπιστήμια, ερευνώντας και διδάσκοντας. Τέλος, το 15% εργάζεται στα φαρμακεία είτε ως σύμβουλοι των ασθενών και των ιατρών, είτε ως ιδιοκτήτες φαρμακείων (European Observatory on Health Care Systems, 2012).

2.11.1 Ιστορική αναδρομή της Φαρμακευτικής φροντίδας

Καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας, η φαρμακευτική συσχετιζόταν με τη μαγεία, τη θεολογία, την αλχημεία, εγκλήματα, αλλόκοτη φαντασία, δόγματα, παραισθήσεις και την αυστηρότερη τέχνη. Η τέχνη της περισυλλογής, εκχύλισης, προετοιμασίας και παρασκευής φαρμάκων χρησιμοποιώντας φυτικές, ζωικές και ανόργανες ουσίες, τοποθετεί τις ρίζες της τόσο παλιά, όσο και ο άνθρωπος πάνω στη γη. Η ιστορία της φαρμακευτικής βαδίζει παράλληλα με εκείνη της ιστορίας του πολιτισμού. Καθώς ο πολιτισμός ξεκίνησε να αναπτύσσεται, η φαρμακευτική ήταν παρούσα, με τη μία μορφή ή την άλλη. Κατέσται αναγκαία, όσο ο άνθρωπος επιθυμούσε να χρησιμοποιήσει οτιδήποτε διαθέσιμο φτιαγμένο από την φύση, για την προστασία από τον πόνο, την ασθένεια, τους τραυματισμούς και τον θάνατο.

Μέχρι τον 20^ο αιώνα, η φαρμακευτική επικεντρωνόταν κυρίως στην παρασκευή: αρχικά περιλαμβάνοντας την χρήση νερού, φύλλων και άλλα και αργότερα αναμειγνύοντας εκχυλίσματα ουσιών από φυτά και ζώα, την προετοιμασία των ανόργανων συστατικών και τέλος την ανάμιξη αυτών των διαφορετικών εκχυλισμάτων. Ένα μεγάλο μέρος της προόδου της φαρμακευτικής, αποτελεί απόρροια παρατήρησης και μετάδοσης των πληροφοριών από γενιά σε γενιά (Allen, Loyd, 2006).

Οι παλαιότερες αναφορές φαρμακευτικών παρασκευασμάτων από φυτά, ζώα ή ανόργανες ουσίες, συναντώνται στις απαρχές των Κινέζικων, Ινδουιστικών και Μεσογειακών πολιτισμών (ED Meds Online–History of Pharmaceuticals Introduction).

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 Ανθρώπινη ικανοποίηση

Η ανθρώπινη ικανοποίηση αποτελεί μία σύνθετη έννοια, που σχετίζεται με μια σειρά παραγόντων όπως ο τρόπος ζωής, οι εμπειρίες του παρελθόντος, οι μελλοντικές προσδοκίες και οι αξίες που θέτει το κάθε άτομο και η κοινωνία στο σύνολό της. Η ικανοποίηση αποτελεί μία 'εξαρτώμενη' έννοια, προκύπτοντας και πηγάζοντας από την έννοια της δυσαρέσκειας. Ωστόσο, οι πηγές της δυσαρέσκειας ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό συνεπώς, η ικανοποίηση ορίζεται πολύ διαφορετικά από διαφορετικούς ανθρώπους και από το ίδιο το άτομο σε διαφορετικές στιγμές. Αυτή η διαπροσωπική και παροδική μεταβλητότητα, δημιουργεί αμφιβολίες ως προς την αξία προσπάθειας καθορισμού μιας ενιαίας έννοιας της ικανοποίησης (Carr-Hill, 1992).

Η ικανοποίηση των ανθρώπων ως καταναλωτές, ορίζεται το αίσθημα που προκύπτει όταν αξιολογούν θετικά την απόφασή τους, η οποία "ικανοποίησε" τις ανάγκες ή τους στόχους τους, ή όταν αισθάνονται ευχαριστημένοι με αυτήν. Η ικανοποίηση συνδέεται με αισθήματα αποδοχής, ευτυχίας, ανακούφισης, διέγερσης και ευχαρίστησης.

Δυσαρέσκεια αντίθετα, είναι το αίσθημα που προκύπτει, όταν οι καταναλωτές αξιολογούν αρνητικά την απόφασή τους ή όταν είναι δυστυχείς εξαιτίας της. Η δυσαρέσκεια συνδέεται με αισθήματα ανοχής, λύπης, στενοχώριας, μετάνοιας, ταραχής και προσβολής (Hoyer και MacInnis, 2001).

3.2 Ικανοποίηση ασθενών

Στη δεκαετία του 1980, η έννοια του καταναλωτή, άρχισε να αναδύεται στους κόλπους της φιλοσοφίας της ποιότητας, αποτελώντας ένα μέρος μιας γενικότερης στροφής προς τον καταναλωτισμό, εμφανή σε πτυχές δημόσιων υπηρεσιών και άλλων οργανισμών (Grøndahl, 2012) που χαρακτηρίζονταν από μία σχέση παρόχου – καταναλωτή, προωθώντας τους έτσι να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τις απόψεις των καταναλωτών, ως τελικούς χρήστες αγαθών ή υπηρεσιών (Bond, 1992). Παρότι ασκήθηκε δριμεία κριτική ως προς την εισαγωγή και χρήση της έννοιας αυτής στο πεδίο της φροντίδας υγείας, η ενσωμάτωσή της έγινε εν τέλει αποδεκτή. Ο 'καταναλωτής', προέρχεται από τον ιδιωτικό τομέα παρά τον δημόσιο και είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τον κόσμο του εμπορίου, καθιστώντας έτσι προβληματική την εφαρμογή των δικαιωμάτων του, στα πλαίσια της υγειονομικής περίθαλψης (Carr-Hill, 1992).

Η ικανοποίηση του 'καταναλωτή' και του 'πελάτη', είναι έννοιες που χρησιμοποιούνται συνήθως σε οικονομικές έρευνες. Η ικανοποίηση του ασθενούς, συνιστά έννοια που χρησιμοποιείται ευρέως στα πλαίσια ερευνών επιστημών υγειονομικής περίθαλψης (Grøndahl, 2012) για την εκτίμηση της ποιότητας φροντίδας και για την πρόβλεψη ενός μεγάλου φάσματος συμπεριφορών και αποτελεσμάτων, σχετιζόμενων με την υγεία. Ως αντιπροσωπευτικός δείκτης της ποιότητας φροντίδας, η ικανοποίηση χρησιμοποιείται για την σύγκριση διαφόρων πηγών της φροντίδας υγείας, τον εντοπισμό προβλημάτων που μπορεί να

βελτιωθούν και την διαπίστωση των δυσαρεστημένων ασθενών (Benjamins, 2006) καθώς και για την σύγκριση διαφορετικών προγραμμάτων υγείας ή συστημάτων (Jackson et al, 2001).

Η ικανοποίηση του ασθενή, αντανakλά τη γνώμη του για την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνει και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία ποιότητας που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του. Η ικανοποίηση είναι ουσιαστικά ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας, σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο και κοινωνικό ορισμό της (Donabedian, 1980). Ο Risser (1975) αναφέρει πως ικανοποίηση για τον ασθενή είναι η σύγκλιση (congruency) μεταξύ της προσδοκίας του για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής του, για το επίπεδο φροντίδας που πραγματικά λαμβάνει. Οι Tavana et al (2003), επισημαίνουν την δυσκολία προσδιορισμού της σχέσης μεταξύ της ικανοποίησης και των προσδοκιών των πελατών, γι' αυτό και η διαφορά του βαθμού ικανοποίησης και των προσδοκιών, είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος μέτρησης.

Ως εκ τούτου, γίνεται αντιληπτό πως η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί την απόλυτη επαλήθευση της ποιότητας της φροντίδας και έναν σημαντικό δείκτη του αποτελέσματος της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Ιδιαίτερο ρόλο κατέχει η σχετιζόμενη με την νοσηλευτική φροντίδα ικανοποίηση, δεδομένου ότι η οι νοσηλευτικές υπηρεσίες αποτελούν συχνά έναν πρωταρχικό καθοριστικό παράγοντα της συνολικής ικανοποίησης κατά τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο (Yellen et al, 2002).

Οι ασθενείς, ήταν κατά παράδοση αδύναμοι ενάντια στο ιατρικό κατεστημένο (Sitzia, Wood, 1997) παραμένοντας έρμια της κρίσης των επαγγελματιών υγείας και στερημένοι της δυνατότητας έκφρασης της γνώμης τους και της συμμετοχής τους σε οποιαδήποτε διαδικασία. Οι πρώτες προσπάθειες για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, χρονολογούνται το 1956 στην Αμερική από το χώρο της νοσηλευτικής.

Σήμερα, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί νομική και ηθική υποχρέωση και αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους και εγκυρότερους δείκτες αξιολόγησης και καθορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών (Levine 1957; Johansson et al 2002; Laschinger et al 2005).

3.2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Μελέτες έχουν καταδείξει πως διαφορετικές συνθήκες, προκαλούν επιπτώσεις στην αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα φροντίδας και την ικανοποίηση. Αυτές οι συνθήκες, μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο ευρείες κατηγορίες:

- συνθήκες που σχετίζονται με το άτομο όπως για παράδειγμα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, την κατάσταση υγείας, την προσωπικότητα, την ηλικία, την εκπαίδευση, το επάγγελμα και άλλα.
- εξωτερικές αντικειμενικές συνθήκες φροντίδας που περιλαμβάνουν θέματα όπως, το νοσοκομείο, το τμήμα και το προσωπικό, ο αριθμός των κλινών, η χωρητικότητα και τα μοντέλα της νοσηλευτικής φροντίδας (Grøndahl, 2012).

Τα αποτελέσματα ωστόσο, σχετικών ερευνών, δεν συνάδουν και μερικές φορές είναι αντιφατικά, με μοναδική εξαίρεση την διαπίστωση ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν συνεχώς να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τους νεότερους (Alrubaiee, Alkaa'ida, 2011).

3.2.2 Ατομικοί παράγοντες

- **Προσδοκίες των ασθενών**

Οι προσδοκίες του καταναλωτή διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο να θεωρηθεί το αποτέλεσμα ικανοποιητικό ή μη ικανοποιητικό. Σε σχετική βιβλιογραφία, δεν αποτελεί κύριο θέμα η σύνδεση μεταξύ της ικανοποίησης και της εκπλήρωσης των προσδοκιών των ασθενών, γιατί η αξιολόγηση του ασθενή για την παρεχόμενη φροντίδα κατά ένα μεγάλο μέρος, είναι ανεξάρτητη από αυτή που πραγματικά έλαβε (Williams, 1994). Η ικανοποίηση των ασθενών δηλαδή, εξαρτάται άμεσα από το βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι προσδοκίες τους από την παροχή υπηρεσιών υγείας και αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούν και σε εκείνο που τελικά λαμβάνουν. Η διαφορά μεταξύ πραγματικής αντίληψης και προσδοκίας, οφείλεται σε τέσσερις συνήθεις αιτίες: στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο, στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των προδιαγραφών, στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο και των προτύπων παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης ασθενών που έχει θέσει και τέλος, στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών τις οποίες υπόσχεται το νοσοκομείο στους ασθενείς και των υπηρεσιών που προσφέρει τελικά (Καλογεροπούλου, 2011).

- **Ηλικία**

Τα ηλικιωμένα άτομα σε όλες σχεδόν τις έρευνες, εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε σχέση με άτομα νεότερα σε ηλικία (Crow et al, 2002) και δίνουν συνήθως, κοινές επαινετικές απαντήσεις, γιατί δεν θέλουν να προκαλέσουν την αυθεντία των ιατρών και νοσηλευτών (Papanikolaou και Ntani, 2008). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι έχουν χαμηλότερες προσδοκίες, λόγω έλλειψης εμπειριών και διαμορφωμένης άποψης ή έχουν μεγάλη ανοχή στην έκφραση της δυσαρέσκειάς τους, λόγω αυξημένης εξάρτησης από τον ιατρό, όπως για παράδειγμα σε χρόνιες παθήσεις.

- **Φύλο**

Το φύλο δεν έχει αποσαφηνιστεί αν επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την ικανοποίηση. Ορισμένες μελέτες, δείχνουν ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τους ιατρούς, νοσηλεύονται περισσότερο και εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με τους άνδρες (Para, Niakas 2006), ενώ άλλες αναφέρουν το αντίθετο (Danielsen et al 2007; Findik, Unsar και Sut, 2010). Επιπλέον, ορισμένες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι το φύλο δεν σχετίζεται με την αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας (Linn, Greenfield 1982; Hall, Dornan 1990). Σύμφωνα με τους Larsson και Starrin (1999), δεν εντοπίστηκε καμία διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών, όσον αφορά την φροντίδα σε πραγματικά επεισόδια αλλά οι γυναίκες τείνουν να δίνουν υψηλότερη υποκειμενική σημασία σε διαφορετικές πτυχές της φροντίδας από ότι οι άντρες.

- **Κατάσταση Υγείας**

Μελέτες συμπεράναν ότι, η κατάσταση της υγείας του ασθενούς σχετίζεται με την αντίληψή τους για την προσλαμβανόμενη φροντίδα, καθώς οι ασθενείς που βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση υγείας, αξιολογούν θετικότερα την ποιότητα της φροντίδας, σε σχέση με τους ασθενείς που χαρακτηρίζονται από κακή κατάσταση υγείας (Jenkinson et al, 2002). Ασθενείς με σοβαρότερες ασθένειες που βρίσκονται υπό ψυχολογική πίεση φαίνεται να είναι λιγότερο

ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Δεν αποδεικνύεται όμως, αν η δυσαρέσκεια τους οφείλεται στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας ή στη φύση της ασθένειας ή σε άλλους παράγοντες (Hall και Milburn, 1998). Επίσης, έρευνες έχουν δείξει ότι η διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο έχει αντίκτυπο στην ικανοποίηση, υποστηρίζοντας πως η μεγαλύτερη παραμονή σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης (Findik et al, 2010). Τα άτομα τα οποία χαρακτηρίζονται από πιο χρόνιες παθήσεις, παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας. Μία πιθανή εξήγηση για αυτό το εύρημα είναι πως οι συγκεκριμένοι ασθενείς έχουν πιο συχνή επαφή με τους γιατρούς τους και το σύστημα υγείας. Μία στενότερη σχέση, μπορεί να δημιουργήσει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη και οικειότητα, το οποίο αναμένεται να αυξήσει τα επίπεδα ικανοποίησης (Benjamins, 2006).

▪ **Κοινωνικοοικονομική κατάσταση**

Η εκπαίδευση και το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών και έχουν χαρακτηριστεί ως έχοντες σημαντικό αντίκτυπο στην αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα της περίθαλψης. Υψηλή βαθμολογία της ποιότητας, συχνά μπορεί να συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα μόρφωσης (Findik et al, 2010). Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με νεότερους ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, και αυτό μπορεί να εξηγείται, λόγω των χαμηλότερων προσδοκιών των πρώτων και υψηλότερων προσδοκιών των δεύτερων (Niakas et al, 2004; Dowd et al, 2009).

▪ **Επάγγελμα**

Το είδος της απασχόλησης των ασθενών (επάγγελμα) δεν φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίηση (Crow et al 2002; Quintana et al, 2006).

▪ **Οικογενειακή κατάσταση**

Οι έγγαμοι ασθενείς δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε σχέση με τους άγαμους, διαζευγμένους ή χήρους (Κέπεντζης και άλλοι, 2004).

▪ **Προηγούμενη εμπειρία περίθαλψης**

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την εμπειρία προγενέστερης παροχής υπηρεσιών, αλλά και με το βαθμό ικανοποίησης των επιθυμιών και προσδοκιών τους (Crow et al, 2003).

▪ **Θρησκεία**

Παρόλο που πολλοί ερευνητές έχουν καθιερώσει δημογραφικούς παράγοντες οι οποίοι συσχετίζονται με την ικανοποίηση, έχει δοθεί λιγότερη προσοχή σε ψυχοκοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Όπως υποστηρίζει ο Benjamins (2006), ύστερα από έρευνα που διεξήγαγε, συμπέρανε πως υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικών πεποιθήσεων, σχετίζονται σημαντικά με την υψηλή ικανοποίηση των ασθενών για την φροντίδα υγείας.

3.2.3 Εξωτερικοί παράγοντες

- **Σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας με τον ασθενή**

Η επικοινωνία των ασθενών με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, καθώς και το επικοινωνιακό ύφος που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας κατά την επαφή τους με τον ασθενή, θεωρούνται κρίσιμα στοιχεία για την ικανοποίηση. Η αποτελεσματική επικοινωνία εκ μέρους του ιατρού, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο και αφορά την προσέγγιση, την αδιαφορία στις ανησυχίες του ατόμου, τη μη ξεκάθαρη επεξήγηση και τη χρήση της ιατρικής δυσνόητης ορολογίας (Scotto et al, 2009). Επίσης, η διαθεσιμότητα των νοσηλευτών για άμεση αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών π.χ. φροντίδα, πόνος, πληροφόρηση, αυξάνουν την ικανοποίηση (Woodward, 2009).

- **Οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του οργανισμού**

Η διαδικασία εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, η καλή ποιοτική δομή των εγκαταστάσεων, η καθαριότητα του νοσοκομείου, η προσφορά άνετης διαμονής, η διαδικασία αναχώρησης, είναι παράγοντες που επιδρούν στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών (Scotto et al, 2009). Το γενικό κλίμα, σε συνδυασμό με επιτυχημένη αποκατάσταση και την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης, βρέθηκε πως αποτελεί έναν καθοριστικό παράγοντα της συνολικής ικανοποίησης στα γερμανικά νοσοκομεία (Haase et al, 2006). Το μέγεθος του νοσοκομείου, έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την αντίληψη των ασθενών για την παρεχόμενη φροντίδα. Το επίπεδο ικανοποίησης της ποιότητας, εμφανίζεται υψηλότερο στους εσωτερικούς ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε μικρότερα νοσοκομεία, σε σύγκριση με τα μεγαλύτερα (Grøndahl, 2012).

Έρευνα που διεξήχθη στην Ιαπωνία, διαπίστωσε, πως σχετικά με τον τύπο του τμήματος, οι χειρουργικοί ασθενείς, τείνουν να παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένοι από τις τεχνικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας, σε σύγκριση με τους παθολογικούς ασθενείς (Murakami et al, 2010).

Η αρμοδιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, έχει αναγνωριστεί ως σημαντική πτυχή της ικανοποίησης των ασθενών με την ποιότητα φροντίδας (Henderson et al, 2004). Βρέθηκε ότι οι ασθενείς, βαθμολόγησαν υψηλότερα την ικανοποίησή τους, όταν οι κλινικές ήταν βασισμένες κυρίως σε εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, έναντι των κλινικών που η λειτουργία τους βασίζεται σε ιατρικό προσωπικό είτε σε συνδυασμό των δύο (Graveley και Littlefield, 1992).

Καθώς η αναγνώριση της σημαντικότητας και του βασικού ρόλου που κατέχει η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας, αποτελώντας το προσαρμοσμένο μέτρο αντίληψης για την αποδοτικότητα των νοσοκομείων (Καλογεροπούλου, 2011) και της βελτίωσής της, μια σειρά νέων μεθόδων προσέγγισης έχουν εμφανιστεί. Πρόσφατα, τα νοσοκομειακά ιδρύματα έχουν εφαρμόσει ένα μοντέλο φροντίδας επικεντρωμένο στον ασθενή (Olsson et al, 2009). Η εξέλιξη του μοντέλου από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και νοσηλευτική, ακολούθησε την αλλαγή της εστίασης από την ασθένεια του ασθενούς, στον ασθενή με την ασθένεια (Pelzang, 2010). Ο όρος περιγράφεται ως ο μοναδικός τρόπος για την φροντίδα του μεμονωμένου ασθενή και έχει επίσης αναγνωριστεί ως μέτρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Robinson et al, 2008).

Προκειμένου να ληφθεί υπόψη η πολυδιάστατη πραγματικότητα ενός νοσοκομείου και οι ασθενείς εντός αυτού, περισσότερες μελέτες απαιτείται να χρησιμοποιούν πολυπαραγοντικές αναλύσεις, για να είναι σε θέση να αντιληφθούν την πολύπλοκη αυτή πραγματικότητα, ούτως ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα για ποιοτική βελτίωση (Hearld et al, 2008). Υπάρχει επίσης ανάγκη για περισσότερο μεικτές μεθόδους, για τον λόγο ότι ο συνδυασμός ποιοτικών και ποσοτικών μελετών, δύναται να παράσχουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της ποιότητας της φροντίδας (Henderson et al, 2004; Turriss, 2005; Hearld et al, 2008).

Κεφάλαιο 4^ο

4.1 Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στη Δανία

Το 1998, ιδρύθηκε η Μονάδα Ασθενών–Αντίληψη Ποιότητας, Περιφέρεια της Πρωτεύουσας της Δανίας (The Unit of Patient–Perceived Quality, Capital Region of Denmark) η οποία διεξάγει έρευνες και προγράμματα μελέτης και ανάπτυξης εν σχέση με τον ασθενή–αντίληψη ποιότητας. Ύστερα από την σύναψη συνεργασίας μεταξύ της κυβέρνησης της Δανίας και των Περιφερειών, εγκαθιδρύθηκε μια ετήσια έρευνα όπου εκπονείται μέσω της μονάδας αυτής. Ονομάστηκε Εθνική Δανική Έρευνα Εμπειριών των Ασθενών (National Danish Survey of Patient Experiences, Δανικό ακρωνύμιο: LUP) και συνιστά μια έρευνα ερωτηματολογίου για την εκτίμηση των εμπειριών των ασθενών αναφορικά με το Δανικό σύστημα υγείας.

Η έρευνα διεξάχθηκε επίσης το 2000, 2002, 2004 και 2006. Από το 2009, ακολουθώντας μια σειρά αλλαγών σχεδίων, εκπονείται ως μία ετήσια, εθνικού επιπέδου έρευνα, διερευνώντας τις εμπειρίες των εσωτερικών ασθενών και συνάμα των εξωτερικών στα Δανικά νοσοκομεία. Διεξάγεται προς όφελος των Υπουργείων Εσωτερικών και Υγείας και των πέντε περιφερειών απ' όπου και χρηματοδοτείται.

4.2 Σκοπός έρευνας

Στη νέα της μορφή, η έρευνα παρουσιάζει τα αποτελέσματα σε τέσσερα διακριτά επίπεδα: εθνικό, περιφερειακό, νοσοκομειακό και κλινικό. Παρέχεται λοιπόν, η ευκαιρία σε μεμονωμένες μονάδες να αξιολογηθούν και να αναγνωριστούν πιθανά ελαττωματικά σημεία. Ο σκοπός της έρευνας, βασισμένη στις εμπειρίες διάγνωσης και θεραπείας των ασθενών, είναι να αναγνωρίσει τομείς που έχουν λάβει θετική εκτίμηση και αντιθέτως τομείς, με πιθανό ενδεχόμενο βελτίωσης, τα οποία μπορούν να θέσουν την βάση για την ποιότητα φροντίδας και κατ' επέκταση της βελτίωσης των εμπειριών. Αυτό επιτυγχάνεται:

- συλλέγοντας δεδομένα σχετικά με την εμπειρία των ασθενών σε συγκεκριμένα θέματα
- αξιολογώντας τα αποτελέσματα μεταξύ συγκρίσιμων μονάδων
- ελέγχοντας και εκτιμώντας συστηματικά τη βελτίωση των εμπειριών των ασθενών με την πάροδο του χρόνου.

4.3 Υλικό-Μέθοδος

Το ερωτηματολόγιο συνίσταται από μια σειρά ερωτήσεων, εθνικού (βλέπε **Παράρτημα II**) και περιφερειακού επιπέδου, ισάριθμα ενσωματωμένες σε έναν πίνακα (περίπου 20 για κάθε τομέα), στοχεύοντας είτε σε εξωτερικούς είτε σε εσωτερικούς ασθενείς.

Οι ερωτήσεις που απευθύνονται σε εθνικό επίπεδο είναι κοινές για όλους τους ασθενείς της επικράτειας και έχουν επιλεγεί με βάση την προσωπική αξιολόγηση των ασθενών αναφορικά με τους πιο σημαντικούς παράγοντες σχετιζόμενους με την νοσοκομειακή φροντίδα και θεραπεία και με βάση τους τομείς που επιδέχονται βελτίωσης, εντοπισμένοι σε προηγούμενες έρευνες. Οι περιφερειακού επιπέδου ερωτήσεις, διαμορφώνονται από τις περιφέρειες μεμονωμένα, προσφέροντάς τους εν τούτοις την ευκαιρία να επικεντρωθούν σε συγκεκριμένους τομείς επαγγελματικής ποιότητας εντός της περιφέρειας. Και οι δύο περιεχόμενοι ερωτήσεις, προέρχονται μιας σχετικής γενικής φύσεως, ούτως ώστε να αυξηθεί η συγκρισιμότητα μεταξύ των ασθενών, ανεξαρτήτως ασθένειας και θεραπείας.

Η συλλογή δεδομένων υλοποιείται αποστέλλοντας το ερωτηματολόγιο στους ασθενείς ταχυδρομικά, λίγους μήνες μετά το εξιτήριο τους από το νοσοκομείο ή την επίσκεψή τους. Οι ασθενείς, έχουν τη δυνατότητα να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο είτε γραπτώς είτε μέσω του διαδικτύου, χρησιμοποιώντας ατομικά στοιχεία σύνδεσης, σε έναν συγκεκριμένο διαδικτυακό τόπο.

Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο μπορεί να διαφέρουν στη μία ετήσια έρευνα με την άλλη, καθώς αναδύονται νέα ζητήματα σχετικά με την βελτίωση της επαγγελματικής ποιότητας. Ένας αριθμός γενικών θεμάτων ωστόσο, καλύπτεται επαναλαμβανόμενα όπως τα εξής:

- Πληροφορίες σχετικά με την ώρα αναμονής
- Επαγγελματίες υγείας και συντονισμός της φροντίδας
- Την συμμετοχή των ασθενών
- Την εμπειρία των ασθενών πιθανόν λαθών
- Την πληροφόρηση (γραπτή και προφορική)
- Το εξιτήριο (εσωτερικοί ασθενείς μόνο)
- Η διατομεακή συνεργασία
- Γενική εντύπωση της επίσκεψης στο νοσοκομείο.

Τον Μάιο του 2009 διανεμήθηκαν 70,697 ερωτηματολόγια σε εσωτερικούς ασθενείς και 160,496 εξωτερικούς. Οι εσωτερικοί ασθενείς είχαν νοσηλευθεί για τουλάχιστον 24 ώρες και είχαν πάρει εξιτήριο την περίοδο μεταξύ 5 Ιανουαρίου μέχρι 27 Μαρτίου του 2009. Οι εξωτερικοί ασθενείς είχαν επισκεφτεί μία οι περισσότερες φορές τα εξωτερικά ιατρεία το διάστημα από τις 26 Ιανουαρίου έως 8 Μαρτίου του 2009. Το ποσοστό απόκρισης αμφοτέρων ασθενών κυμάνθηκε στο 54%.

4.4 Αποτελέσματα

Τα κυριότερα ευρήματα της παραπάνω έρευνας παρουσιάζονται ως εξής:

- **Θετική αξιολόγηση περίθαλψης**

Η πλειονότητα των ασθενών εξέφρασαν θετική αξιολόγηση για την οργάνωση της συνολικής τους διάγνωσης και θεραπείας και σχημάτισαν μια καλή συνολική εντύπωση για την εισαγωγή-επίσκεψη στο νοσοκομείο. Όπως διακρίνεται στο **Σχήμα 4.1**, οι εξωτερικοί ασθενείς παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από την οργάνωση της φροντίδας

τους με ποσοστό 62,3% να την αξιολογεί ως καλή, σε σύγκριση με τους εσωτερικούς (59,7%).

Σχήμα 4.1 Διαφορές της αξιολόγησης μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών σχετικά με τη συνολική πορεία της διάγνωσης και θεραπείας τους.

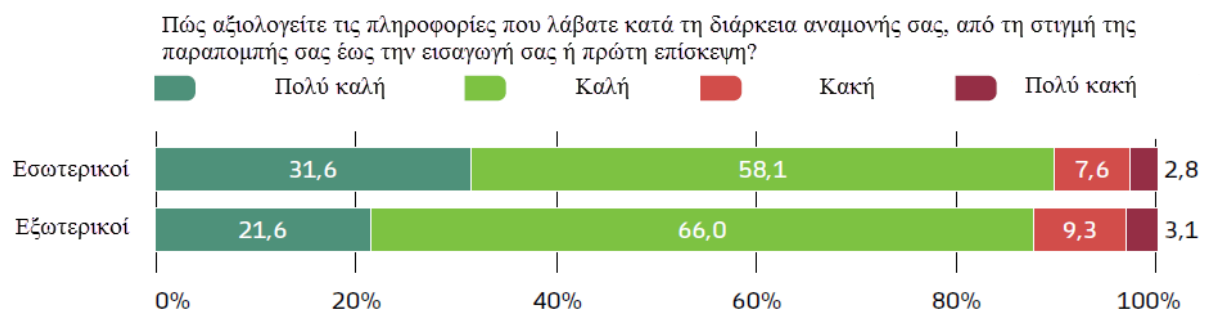


Πηγή: LUP, 2009

▪ **Επαρκής πληροφόρηση – Μεγάλη διάρκεια αναμονής**

Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς αξιολόγησαν θετικά τις πληροφορίες που έλαβαν κατά την αναμονή τους από τη στιγμή που παραπέμφθηκαν μέχρι την στιγμή εισαγωγή τους (58,1%) ή επίσκεψής τους (66,0%) στο νοσοκομείο (**Σχήμα 4.2**). Σχεδόν οι μισοί νοσηλευόμενοι ασθενείς (49,2%) και περίπου τα τρία τέταρτα (73,2%) των εξωτερικών ασθενών, βίωσαν μεγάλη διάρκεια αναμονής εισαγωγής/παραλαβής τους από το τμήμα/κλινική. Το ποσοστό των ασθενών που αξιολόγησαν την συνολική διάγνωση/θεραπεία που δέχτηκαν ως πολύ καλή, είναι υψηλότερο μεταξύ των ασθενών που δεν βίωσαν καθυστέρηση μέχρι την εισαγωγή/παραλαβή τους από ότι μεταξύ των ασθενών που υπήρξε καθυστέρηση.

Σχήμα 4.2 Διαφορές της αξιολόγησης μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών σχετικά με τις πληροφορίες που έλαβαν κατά την αναμονή τους, από τη στιγμή παραπομπής έως την εισαγωγή/πρώτη επίσκεψη.



Πηγή: LUP, 2009

- **Θετική αξιολόγηση γραπτής πληροφόρησης - Ελλιπές ποσοστό λήψης**

Όσοι ασθενείς έλαβαν γραπτές πληροφορίες, κυρίως από το νοσηλευτικό προσωπικό, σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους/επίσκεψής τους στην κλινική, απέδωσαν μία πολύ θετική εκτίμηση. Ωστόσο, μόνο το ήμισυ των ασθενών παρέλαβε γραπτές πληροφορίες, με το 52,5% των εξωτερικών ασθενών να κρίνει πολύ αρνητικά τη λήψη τους (Βλέπε **Παράρτημα Ι**). Το ποσοστό που έχει μια πραγματικά καλή γενική εντύπωση της εισαγωγής τους/επίσκεψής τους, είναι υψηλότερο μεταξύ των ασθενών οι οποίοι έλαβαν πληροφορίες γραπτώς, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν.

- **Επαρκώς ενημερωμένο προσωπικό και προφορική πληροφόρηση – αδυναμία καθορισμού ατομικά υπεύθυνου επαγγελματία υγείας**

Η πλειοψηφία των ασθενών έκρινε θετικά τη λήψη προφορικών πληροφοριών κατά τη διάρκεια παραμονής/επίσκεψής τους στο νοσοκομείο καθώς και τις γνώσεις του προσωπικού για την πορεία της νόσου κατά τις προγραμματισμένες συνομιλίες. Αντιθέτως, το 24,8% των εσωτερικών ασθενών και το 25,5% των εξωτερικών, παραπονέθηκε για την έλλειψη διαθεσιμότητας επαγγελματιών υγείας, ατομικά υπεύθυνους για την πορεία τους (**Σχήμα 4.3**). Το ποσοστό των ασθενών που πιστεύουν πως συμμετείχαν αρκετά στις αποφάσεις για την οργάνωση της θεραπείας τους, είναι σαφώς υψηλότερο μεταξύ των ασθενών που διέθεταν ατομικά υπεύθυνο προσωπικό σε σύγκριση με όσους δεν είχαν.

Σχήμα 4.3 Διαφορές μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών, σχετικά με την ύπαρξη ατομικά υπεύθυνης επαφής.



Πηγή: LUP, 2009

- **Σημαντικό ποσοστό βίωσης εμπειρίας λαθών**

Ένας στους πέντε εσωτερικούς ασθενείς (το 19,0% εξέφρασε πολύ αρνητική αξιολόγηση) και ένας στους έξι εξωτερικούς (το 15,2%, πολύ αρνητική αξιολόγηση) βίωσαν την εμπειρία λάθους κατά τη διάρκεια της πορείας της νοσηλείας τους/επίσκεψής τους αντίστοιχα. Μία σημαντική αναλογία ασθενών θεωρεί πως το προσωπικό πραγματοποίησε κακό (25,2% των εσωτερικών και 21,2% των εξωτερικών) ή πολύ κακό (11,1% και 7,6% αντίστοιχα) χειρισμό των λαθών που εντοπίστηκαν. Οι ασθενείς που βίωσαν την εμπειρία του σφάλματος

αξιολόγησαν αρνητικά τις ερωτήσεις της έρευνας στο σύνολό τους συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν αντιμετώπισαν σφάλμα.

- **Έλλειψη γνώσεων σχετικά με την πρόληψη και την προαγωγή υγείας**

Μία μεγάλη μερίδα ασθενών παρουσιάζεται αβέβαιη για την σημασία του τρόπου ζωής τους όσον αφορά την υγεία, μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο και σε σχέση με τη διάγνωση/θεραπεία τους. Συνεπώς, δεν υπάρχει επαρκής γνώση για τις δυνατότητες πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

- **Τα χαρακτηριστικά, η περιφέρεια και θεραπευτική εξειδίκευση των ασθενών, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την νοσοκομειακή εμπειρία**

Παρατηρήθηκαν διαφορές στις εμπειρίες των ασθενών, εξαρτώμενες από χαρακτηριστικά όπως φύλο, ηλικία, αριθμός επισκέψεων στις εξωτερικές κλινικές και παραμονή στο νοσοκομείο. Ως γενικό συμπέρασμα, οι άνδρες απήνευσαν θετικότερα σχετικά με την διάγνωση και θεραπεία σε σύγκριση με τις γυναίκες όπως αντίστοιχα και οι ασθενείς 60 ετών και άνω σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς.

Για τους εξωτερικούς ασθενείς καθίσταται το γεγονός ότι ύστερα από πολλές επισκέψεις στην κλινική, αξιολογούν θετικότερα την επίσκεψή τους. Όσον αφορά τους εσωτερικούς ασθενείς, η αντίληψή τους διαφέρει σε σχέση με τον τρόπο εισαγωγής τους, παρουσιάζοντας εκείνους που εισήχθησαν προγραμματισμένα πιο ευχαριστημένους από εκείνους που η εισαγωγή τους ήταν επείγουσα. Η διάρκεια της νοσηλείας αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα στην εκτίμηση ποικίλων πτυχών της συνολικής θεραπευτικής τους πορείας εκθέτοντας θετικότερα αποτελέσματα στους ασθενείς που έλαβαν βραχύτερη νοσηλεία.

Υφίσταται επίσης μία συσχέτιση μεταξύ των εμπειριών των ασθενών και της περιφέρειας στην οποία του παρήχθησε η θεραπεία. Οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην περιφέρεια της Κεντρικής Δανίας (Midtjylland) αποδίδουν τις πιο θετικές κριτικές σε σύγκριση με τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην περιφέρεια της πρωτεύουσας (Capital Region) οι οποίοι παρουσιάζουν αρνητικές εκτιμήσεις.

Τέλος, από την έρευνα προκύπτει πως υπάρχουν διαφορές στις εμπειρίες των ασθενών εξαρτώμενες από την εξειδίκευση του τμήματος ή κλινικής που διαγνώστηκαν και θεραπεύτηκαν. Οι διαφορές εμφανίζονται σε επιλεγμένους τομείς όπως στην διαθεσιμότητα ατομικά υπεύθυνου προσωπικού, στην συμμετοχή του ασθενούς και των οικείων τους, στην εκτίμηση της προφορικής και γραπτής επικοινωνίας και του αισθήματος ασφάλειας κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (LUP, 2009).

4.5 Συμπεράσματα

Εκτιμώντας τα βασικότερα ευρήματα της έρευνας, σκιαγραφείται και η συνολική εικόνα του συστήματος υγείας της Δανίας, αποτυπώνοντας τις θετικές πτυχές του αλλά και ταυτόχρονα τους τομείς που αποτελούν ψεγάδια και καταστάσεις με περιθώρια και προοπτική εξέλιξης.

Ως αφετηρία της εκτίμησης του συστήματος υγείας, τοποθετείται η συνολική του εικόνα που σχηματίστηκε από θετικές γενικά αξιολογήσεις, δοσμένες από τους ερωτηθέντες ασθενείς. Γίνεται αντιληπτό, πως οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία είναι καθοριστικοί.

Αρχικά, παρατηρείται πως η διαδικασία εισαγωγής/παραλαβής των ασθενών στα τμήματα και κλινικές των νοσοκομείων είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα με λογικές συνέπειες την δυσανασχέτηση, ακόμα την απειλή της ζωής των ασθενών. Όσον αφορά τις μακροπρόθεσμες εισαγωγές, οι κυβερνήσεις της Δανίας, έχουν προχωρήσει σε μεταρρυθμίσεις οι οποίες παραχωρούν το δικαίωμα επιλογής οποιουδήποτε νοσοκομείου της χώρας αλλά και εκτός αυτής, εάν ο χρόνος αναμονής ξεπεράσει τον ένα μήνα. Για την εξάλειψη του φαινομένου αυτού, απαιτείται η άμεση και ταχεία συνεργασία των αρμόδιων διοικητικών φορέων και προσώπων. Απαιτείται δηλαδή η συνεργασία μεταξύ των γενικών ιατρών με τις κοινότητες και τα νοσοκομεία και συνεπώς τις περιφέρειες, η συνεργασία των περιφερειών και των κοινοτήτων και τέλος, η συνεργασία των νοσοκομείων μεταξύ τους και των τμημάτων τους. Η εισαγωγή και χρήση βάσεων δεδομένων των ασθενών, ακόμα πιο εξελιγμένων και προσβάσιμων σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και φυσικά πρόσωπα, θα μπορούσε ίσως να επιδράσει θετικά στο μείζων αυτό πρόβλημα.

Το δικαίωμα του ασθενούς για επαρκή ενημέρωση και πληροφόρηση, φαίνεται πως καλύπτεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό. Οι επαγγελματίες υγείας, διαθέτουν τις κατάλληλες και ενδεικνυόμενες πληροφορίες για τον ασθενή, σχετικά με την πορεία της νόσου του. Ωστόσο, παρουσιάζονται ελλείψεις στην παροχή έγγραφων πληροφοριών, σχετικά με την ασθένεια, την θεραπεία και ότι άλλο κρίνεται απαραίτητο για τον ασθενή, ούτως ώστε να είναι σε θέση να συμμετάσχει στο θεραπευτικό πλάνο και να είναι γνώστης όλων των πιθανών κινδύνων και επιπλοκών. Η πρόσβαση στην γραπτή πληροφορία, αποτελεί σημαντικό μέσο για την διαμόρφωση μιας προσέγγισης με επίκεντρο τον ασθενή και όχι την ασθένεια.

Όπως όμως σε μεγάλο αριθμό συστημάτων υγείας, έτσι και στη Δανία, η έλλειψη προσωπικού υγείας αποτελεί τροχοπέδη για την αποτελεσματική λειτουργία του και κατ'επέκταση την περίθαλψη του πληθυσμού. Τα κράτη, στην προσπάθειά τους για εξοικονόμηση πόρων και μείωση των δαπανών, εφαρμόζουν δραστικές τακτικές, όπως προσωρινή παύση προσλήψεων, με άμεσο αντίκτυπο στον χώρο της υγείας. Ο ανεπαρκής αριθμός επαγγελματιών υγείας, κυρίως ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, επιφέρει σαφέστατα επιπτώσεις στην πορεία της νοσηλείας και στη θεραπεία του ασθενούς. Ελαχιστοποιείται η πιθανότητα δημιουργίας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενούς και του ιατρού/νοσηλευτή, σχέση που θεωρείται απαραίτητη για τη δημιουργία ενός οικείου και ασφαλούς περιβάλλοντος.

Ένα εξίσου σημαντικό εύρημα, αποτελεί η καταλυτική για την ικανοποίηση του ασθενούς εμπειρία σφάλματος. Πέραν της αρνητικής εντύπωσης που θα προξενήσει μία τέτοια εμπειρία για τον ασθενή, τόσο στη συνολική εικόνα του για το σύστημα υγείας, όσο και συγκεκριμένα του νοσοκομείου που του παρείχε τις υπηρεσίες του, ελλοχεύει ο κίνδυνος της σωματικής του ακεραιότητας και ζωής, που αποτελούν αναφαίρετα δικαιώματά του. Συμπεραίνεται επίσης, πως εκτός της υπολογίσιμης ύπαρξης λαθών, το προσωπικό δεν ανταποκρίθηκε επαρκώς, διορθώνοντας ή ανατρέποντας το λάθος, εντείνοντας τη δυσανασχέτηση και εκθέτοντας σε κίνδυνο τους ασθενείς. Η συνεχής επιτήρηση της λειτουργίας των χώρων που παρέχεται η φροντίδα υγείας και η άμεση αναφορά των σφαλμάτων κρίνεται αναγκαία, τόσο από το προσωπικό, όσο και από ειδικά υπεύθυνους όπως στελέχη ελέγχου ποιότητας. Η διεξαγωγή ερευνών για την διαπίστωση λαθών και των επακόλουθων βλαβών, αποτελεί επίσης

απαραίτητο μέτρο, καθώς και η εύρεση και εφαρμογή εξελιγμένων μεθόδων και εξοπλισμού. Πολιτικές φορέων υγείας και διαδικασίες θα πρέπει να αξιολογούνται και να προσαρμόζονται για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Συνάγεται επίσης το συμπέρασμα, πως υπάρχει έλλειψη γνώσεων των ασθενών για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας, δημιουργώντας έτσι συναισθήματα αβεβαιότητας για την υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής ωφέλιμου για τους ασθενείς. Οι κοινότητες, συνιστούν τους κυριότερους αρμόδιους φορείς για την ενημέρωση των πολιτών, σχετικά με επιβλαβείς και υγιεινές συνήθειες. Η συνεργασία τους με άλλους κοινωνικούς φορείς όπως σχολεία αλλά και τους χώρους εργασίας, αποτελεί ίσως το μέσο για επαρκή και έγκαιρη ενημέρωση του πληθυσμού.

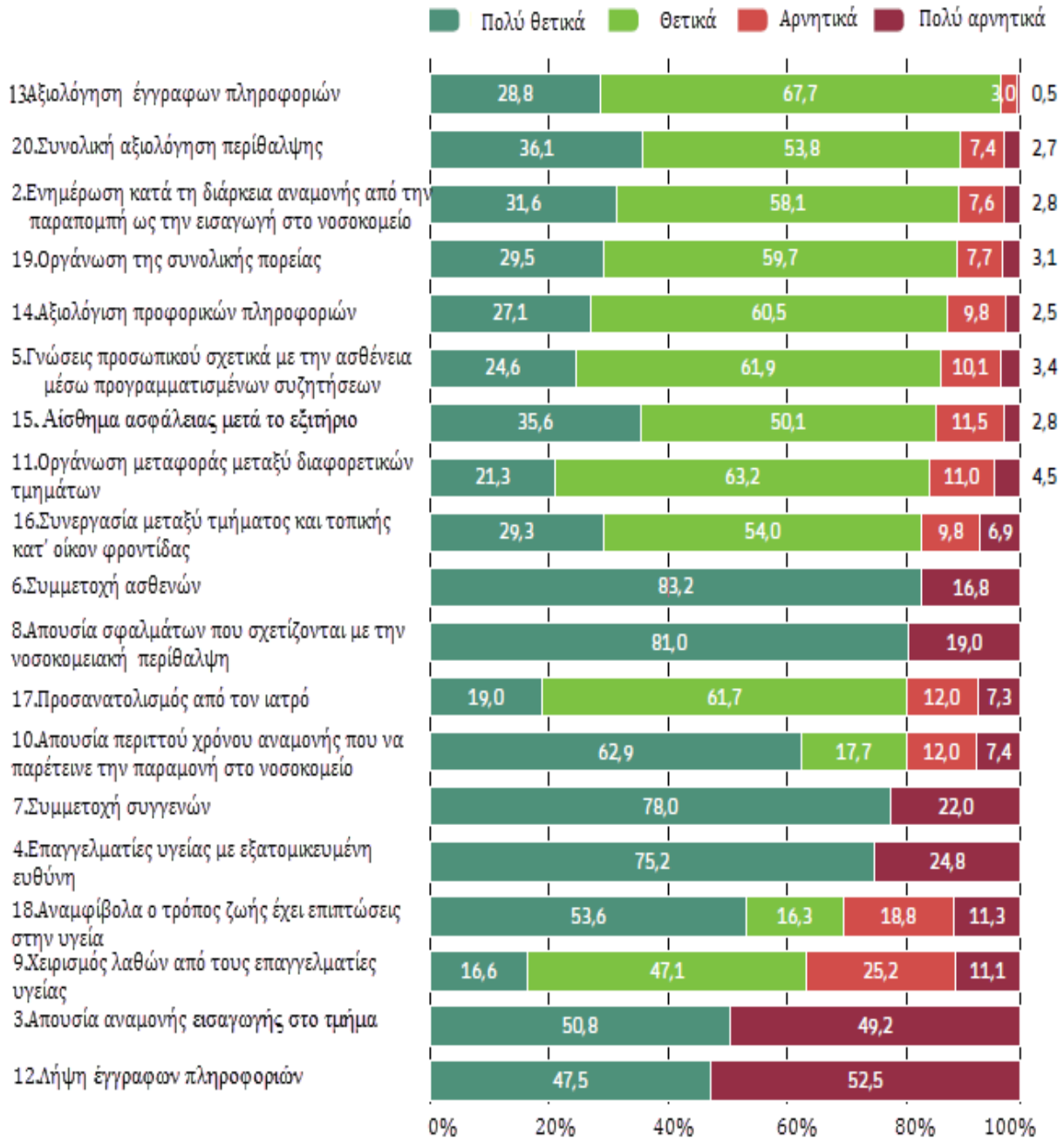
Η έρευνα αυτή, αποτελεί αναγκαιότητα για την συνεχή αξιολόγηση των εμπειριών που λαμβάνουν οι ασθενείς, προαπαιτώντας την ετήσια διεξαγωγή της. Ο σκοπός των εν λόγω συνεχών μετρήσεων, είναι η εύρεση απαραίτητων διεργασιών, όπου θα συμβάλλουν στη βελτίωση των εμπειριών, λαμβάνοντας χώρα ως μια συνεχής διαδικασία, ενσωματωμένη σ' έναν κύκλο ποιότητας, ο οποίος αποτελείται από τα ακόλουθα στοιχεία, τα οποία μπορεί να αντανακλώνται και σε μεταγενέστερα αποτελέσματα της έρευνας:

- Την μεμονωμένη λήψη των αποτελεσμάτων της έρευνας
- Την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
- Την αναγνώριση των πεδίων επεξεργασίας και τον προετοιμασία των σχεδίων δράσης
- Και την εφαρμογή των μέτρων βελτίωσης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

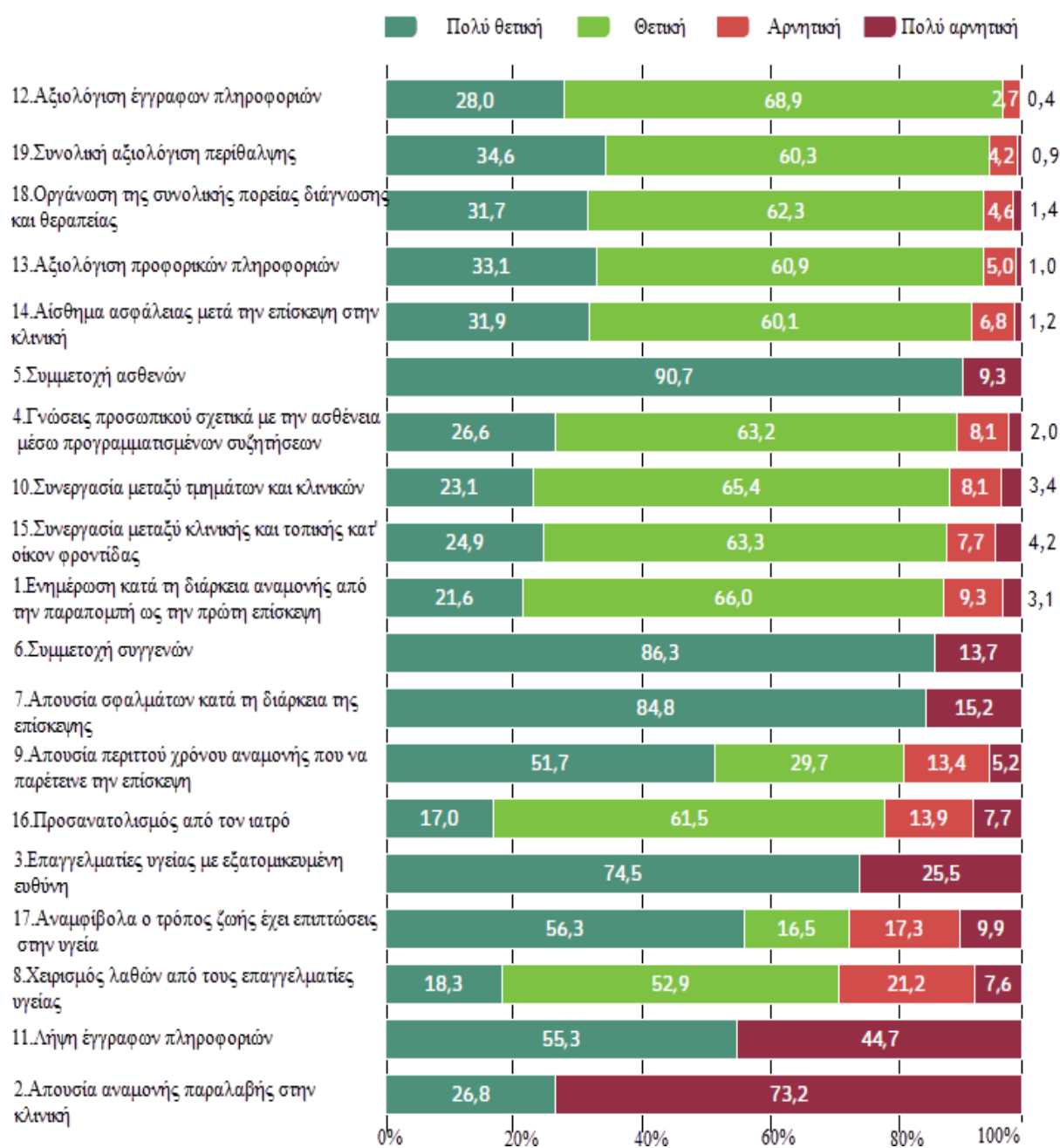
ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΕΥΡΕΝΑΣ LUP, 2009

Απαντήσεις εσωτερικών ασθενών



Πηγή: LUP, 2009

Απαντήσεις εξωτερικών ασθενών



Πηγή: LUP, 2009

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΔΑΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ, LUP.

Οι εθνικού επιπέδου ερωτήσεις που παρουσιάζονται, είναι από το έτος διεξαγωγής της έρευνας του 2010 και συμπληρώνονται από ένα ίσο ποσό ερωτήσεων περιφερειακού επιπέδου. Όταν η διατύπωση των ερωτήσεων διαφέρουν ελάχιστα για τους εσωτερικούς από τους εξωτερικούς ασθενείς, αντιστοίχως, η διατύπωση για τους εξωτερικούς αναφέρεται σε παρένθεση.

Question	Inpatients	Outpatients	Reply categories
Before hospitalization or visit to the unit			
1	What is your assessment of how the unit informed you about the waiting period from the time you were called in and until your hospitalization?	What is your assessment of how the unit informed you about the waiting period from the time you were called in for outpatient examination/treatment and until your first visit to the unit?	Very well; Well; Poorly; Very poorly; I do not remember Inpatients only: I was not called in
2	How did you experience your reception at the unit?		Very good; Good; Bad; Very bad
3	Do you have any comments in relation to your reception at the unit?		
4		What is your assessment of the length of the waiting period from the time of your appointment and until you were called in?	Acceptable; Unacceptable; I did not experience any waiting period
Interaction with the staff			
5	Did you experience that there were one or more primary contacts at the unit with special responsibility for your patient pathway? <i>A primary contact is a healthcare professional who must provide you with information and ensure coherence in your patient pathway</i>		Yes, one contact; Yes, several contacts; No
6	In your opinion, how well had the unit staff members familiarized themselves with your course of illness for the scheduled conversations?		Very well; Well; Poorly; Very poorly; I cannot evaluate that
7	To what extent were you involved in the decisions that were to be made regarding your care and treatment (examination/treatment)?		Too much; Appropriately; Too little
8	To what extent were your relatives involved in the decisions that were to be made regarding your care and treatment (examination/treatment)?		Too much; Appropriately; Too little; Not relevant for me
Pathway of examination/treatment			
9	Did you experience that errors were made in connection with your hospitalization (visit/visits to the unit)?		Yes; No
10	Which error/errors did you experience?		
11	How do you think the staff handled the error/errors, once it/they was/were recognized?		Very well; Well; Poorly; Very poorly; The staff did not recognize the error/errors
12	Did you experience any unnecessary waiting time for examination and treatment that prolonged the length of your stay at the hospital?	Did you experience any unnecessary waiting time during your examination/treatment at the unit that prolonged your visit/visits?	Yes, to a high extent; Yes, to some extent; No, only to a minor extent; No, not at all; I cannot judge

Πηγή: LUP, 2009

Question	Inpatients	Outpatients	Reply categories
13	What is your assessment of the way your transfer between different units was organized?	What is your assessment of the way the unit collaborated with other units with regard to your examination/treatment?	Very good; Good; Bad; Very bad; I cannot judge; Inpatients: I was not transferred Outpatients: No other units were involved
Information			
14	Did you receive any written information about your illness and/or treatment in connection to your hospitalization (visit/visits to the unit)? Inpatients only: if necessary, state several answers		Inpatients: Yes, prior to hospitalization; Yes, during hospitalization; No, I was not offered this; I did not need this Outpatients: Yes; No, I was not offered this; I did not need this
15	Overall, how do you rate the <u>written</u> information that you received?		Very good; Good; Bad; Very Bad; I did not read it
16	Overall, how do you rate the <u>oral</u> information that you received during your hospitalization (visits to the unit)?		Very good; Good; Bad; Very Bad
After/between your visits to the unit			
17	Did you feel secure or insecure, when you left the unit to go home (when you went home after your visit/visits to the unit)?		Very secure; Secure; Insecure; Very insecure
18	How would you rate the collaboration between the unit and the municipal home care/ nursing care at home with regard to your discharge (your pathway of examination/treatment)?		Very good; Good; Poor; Very poor; I cannot judge; Not relevant for me
19	What is your assessment of how well the unit informed your general practitioner about your patient pathway (examination/treatment)?		Very well; Well; Poorly; Very poorly; I cannot judge
20	After your discharge from the unit, have you been in doubt about the health implications of your lifestyle (e. g. exercise, diet, smoking and alcohol habits)?	In connection with your examination/treatment at the unit, have you been in doubt about the health implications of your lifestyle (e. g. exercise, diet, smoking and alcohol habits)?	Yes, to a high extent; Yes, to some extent; No, only to a minor extent; No, not at all; Not relevant for me
Overall impression			
21	What is your assessment of how your <u>overall</u> patient pathway was organized (before, during and after your hospitalization)?	What is your assessment of how your <u>overall</u> pathway of examination/treatment was organized (before, during and after your visit/visits to the unit)?	Very well; Well; Poorly; Very poorly; I cannot judge
22	What is your overall impression of your hospitalization at the unit (your visit/visits to the unit)?		Very good; Good; Bad; Very Bad
23	State here if you think that the unit could improve something and/or if you think that the unit did something especially well.		

Πηγή: LUP, 2009

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

Αναγνωστάκη Ε (2001) *Η μελέτη της καταναλωτικής συμπεριφοράς ως εργαλείο του μάρκετινγκ από τις Μ.Μ.Ε. της Κρήτης*. [Πανεπιστημιακές σημειώσεις] Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Κρήτη.

Abdellah F G και Levine E (1957) *Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care*. Nursing Research, 5(3): 100-108.

Acheson R (1978) *The definition and identification of need for health care*. [Academic thesis] Journal of epidemiology and community health, 32: 10-15. University of Cambridge, department of community medicine, England.

Agosta L J (2005) *Patient satisfaction with nurse practitioner delivered primary health care services*. [University dissertation]. M.S.N., University of Texas Health Science at Houston. U.S.A

Alrubaiee L και Allkaa'ida F (2011) *The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patients' Perceptions of Healthcare Quality – Patient Trust Relationship*. [Academic thesis] Middle East University International Journal of Marketing Studies. Jordan.

Axmark F (2009) *Denmark an overview. Factsheet Denmark*. Publisher by Ministry of Foreign Affairs of Denmark 1-20.

Basch P (1990) *Textbook of International Health*. Oxford University Press.

Benjamins M R (2006) *Does Religion Influence Patient Satisfaction?* Am J Health Behavior, 30(1): 85-91.

Biorn E, Hagen T P, Iversen T και Magnussen J (2002) *A panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000. The effect of activity based financing on hospital efficiency*. Norway: University of Oslo.

Bond S και Thomas L H (1992) *Measuring Patients' Satisfaction with nursing care*. Journal of Advanced Nursing. 17: 52-63.

Βικιπαίδεια (2010) *Λογοθεραπεία* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.el.wikipedia.org/wiki/λογοθεραπεία>

Βικιπαίδεια (2005) *Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://el.wikipedia.org/wiki/Ιατρική>

Βικιπαίδεια (2013) *Φάρμακο* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://el.wikipedia.org/wiki/Φάρμακο>

Βικιπαίδεια (2012) *Ψυχολογία της υγείας* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο http://el.wikipedia.org/wiki/Ψυχολογία_της_υγείας

Βίτσου Ε (Χ.Χ.) *Οι εξελίξεις της Φαρμακευτικής Πολιτικής στην Ελλάδα υπό το πρίσμα της φαρμακευτικής βιομηχανίας*. Market access & Health Economics Manager Pfizer Hellas.

Carr-Hill R A (1992) *The measurement of patient satisfaction*. Journal of Public Health Medicine, 14 pp 236-249.

Cplol (2004) *Speech and language therapy in Denmark*. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.cplol.eu/eng/SLTinDenmark.htm>

Crow R, Gage H, Hampson S και Hart J (2002) *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*. Health Technology Assessment, 32(6).

Γενναδοπούλου Ε (2009) *Η Κοινωνική Πολιτική των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης: Η περίπτωση του Δήμου Κερατσινίου*. [Πανεπιστημιακές σημειώσεις] Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Τμήμα Οικονομίας και Οικολογίας, Αθήνα.

Danielsen K, Garratt A M και Bjertnæs O (2007) *Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: A survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway*. Scandinavian Journal of Public Health, 35(1): 70-77.

Danish Association of Occupational Therapists (2005) *The History of Occupational Therapy in Denmark* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/OM ETF/OT_in_Denmark.pdf

Danish Chiropractors' Association (n.d) *Chiropractic in Denmark* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.danskkiropraktorforening.dk/English/Chiropractic-in-Denmark/> Dansk

Danish Medical Association (2012) *History and organizational structure of the Danish Medical Association* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/ServiceMenu/ENGLISH/History%20and%20organizational%20structure>

Declaration of Alma-Ata (1978) *International Conference on Primary Health Care*. WHO Chronicle, 32(11): 428-30.

Deloit (2013) *Health Solutions Publication*. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο http://www.deloitte.com/view/en_US/us/Insights/Browse-by-Content-Type/Newsletters/health-care-reform-memo/eae2a4232e41c310VgnVCM3000003456f70aRCRD.htm

DiMatteo M R και Martin L R (2006) *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*, μτφ-εισαγωγή-επιμ. Φ. Αναγνωστόπουλος & Γ. Ποταμιάνος, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Donabedian A (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Anne Arbor. Michigan: Health Administration Press.

Η Αυγή (2013) *Το σκανδιναβικό μοντέλο* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.avgi.gr/ArticleActions/show.action?articleID=640267>

Ιερά Μητρόπολης Λαρίσης και Τύρναβου (2008) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγεία Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο*

http://www.imalarisis.gr/index.php?dispatch=categories.view&category_id=24

European Commission (2000) *Nursing in Denmark*. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/nurses/2000-study/nurses_denmark_en.pdf

European Union (2013) Denmark Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/denmark/index_en.htm

Findik U Y, Unsar S και Sut N (2010) *Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics*. Nursing & health sciences,12(2): 162-9.

Florence nightingale museum. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο <http://www.florence-nightingale.co.uk/the-collection/biography.html>

Goodman N (1996) *Εισαγωγή στη Κοινωνιολογία*, μτφ-εισαγωγή-επιμ. Στροϊκού Α, Κουσκουβέλης, Εκδόσεις Κορφή, Αθήνα.

Graveley E A και Littlefiel J H (1992) *A cost-effectiveness analysis of three staffing models for the delivery of low-risk prenatal care*. American Journal of Public Health,82(2): 180-184.

Grondøhl V A (2012) *Patients perceptions of actual care conditions and patient satisfaction with care quality in hospital*. [University dissertation].Karlstad University, Faculty of social and life sciences.Sweden.

Haase I, Lehnert-Batar A και Schupp W (2006) *Factors contributing to patient satisfaction with medical rehabilitation in German hospitals*. International Journal of Rehabilitation Research, 29(4): 289-294.

Hall J A και Milburn M A (1998) *Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests for two explanatory models*. Health Psychology,17(1): 70-75.

Hall J A και Dornan M C (1990) *Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care*. Social Science and Medicine,6: 811-818.

Health care in Denmark (2008) *Ministry of Health Prevention*. Copenhagen.

Hearld L R, Alexander J A και Fraser I (2008) *How do hospital organizational structure and processes affect quality of care?* Medical Care Research and Review,65(3): 259-299.

Henderson A, Caplan,G και Daniel A (2004) *Patient satisfaction: The Australian patient perspective*. Australian Health Review,27(1): 73-83.

Hepler CD και Strand L M (1990) *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*. Am J Hosp Pharm,47: 533-43.

Hoeger K (1998) *The Illustrated History of Surgery*. Canadian Medical Association. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο http://www.physio-aid.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=7,www.Physiokriti.gr

Hoyer W D και MacInnis D J (2001) *Consumer Behaviour*. 2nd ed Boston: Houghton Mifflin
C Hopkins H (1987a) *An Historical Persepctive on Occupational Therapy*. In H.Hopkins &
H.Smith(eds). Willard and Spackman's Occupational Therapy (5th ed). Philadelphia: J.B.
Lippincott Company.

Hughes M και Kroehler C (2007) *Κοινωνιολογία, Οι βασικές έννοιες*, εκδ. Κριτική.

Hit Summary (2002) *Health care system in transition*. Denmark : European observatory on
health care systems.

Jackson J L, Chamberlin J και Kroenke K (2001) *Predictors of patient satisfaction*. Social
Science and Medicine. 52: 609-620.

Jackson R (1998) *Doctors and Diseases in the Roman Empire*. University of Oklahoma
Press.

Jenkinson C, Coulter A και Bruster S (2002) *Patients' experiences and satisfaction with
health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care*. Quality & Safety in
Health Care, 11(4): 335-339.

Johansson P, Oleni M και Fridlund B (2002) *Patient satisfaction with nursing care in the
context of health care: a literature study*. Scand J Caring Sci, 16(4): 337-344.

John E, Ware Jr , Davies-Avery A και Stewart A L (1977) A review of the literature. *The
measurement ane meaning of patient satisfaction*. Santa Monica, California.

Kvist J (2009) *Annual National Report, Pensions, Health and Long-term Care*. ASISP
Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms.

Kjøller M (2007) *The public Health Report Denmark*. National Institute of Public Health,
Denmark.

Kristensen T, Olsen K και Kilsmark J (2008) *Empirical results for Danish public hospitals*.
Danish Institute for health service research.

Kristensen T και Olsen K R (2008) *Economies of scale and optimize size of hospitals:
Empirical results for Danish public hospitals*. [University thesis]. University of Southern
Denmark, Department of health Economics, Denmark.

Kvist J (2009,May) *Pensions, Health and Long-term Care*. Paper presented at the Annual
National Report 2009, Denmark.

Καλογεροπούλου Μ (2011) *Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτιώσης ποιότητας
και αποδοτικότητας νοσοκομείων*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28(5): 667-673.

Κέπεντζης Σ, Γκογκόσης Κ, Νιάκας Δ (2004) *Διερεύνηση της Ικανοποίησης Ασθενών και των
Παραγόντων που την επηρεάζουν: Το παράδειγμα των Εξωτερικών Ιατρείων σε 6 Νοσοκομεία
της Αττικής*. Στο Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία: Επιλεγμένα Κείμενα
Εργασιών του 5ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας,
Επιμέλεια Νιάκας Δ. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce. Σειρά Επιστήμες Διοίκησης και
Οικονομίας της Υγείας.

Κοτσαγιώργη Ι (2010) *Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας*. Το Βήμα του Ασκληπείου. 4: 1-13.

Κουλιεράκης Γ (2006) *Ψυχολογία της Υγείας και Δημόσια Υγεία: Συνάντηση και συνεισφορές στην Ευρώπη και στην Ελλάδα*. Ψυχολογία, 13(2).

Lampont N, Coffey M και Hersch G (1989) *Activity Analysis Handbook*. Therefore: Slack Inc.

Linn L S και Greenfield S (1982) *Patient suffering and patient satisfaction among the chronically ill*. Medical Care, 20(4): 425-431.

Loyd V και Allen Jr (2006) *SecundumArtem: A history of pharmaceutical compounding*. 11(3).

Λεκίδου Η, Ισπιλανίδης Π, Τρίβελλας Π (2007) *Patients' satisfaction and quality of care: An empirical study in a Greek central hospital*. Transactions on Line, 1(10).

Λιονής Χ, Λεντζάς Ι (2010) *Ικανοποίηση ασθενών-χρηστών Κέντρων Υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας*. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 22(1): 9-23.

Miadovsky P, Srivastava D και Cylus J (2012) *Eurohealth*. Health systems and the financial crisis, 18(1).

Ministry of Health (2012) *The ministry*. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.im.dk/English/The%20Ministry.aspx>

Ministry of Health (2011) *Municipalities and Regions*. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.im.dk/English/Municipalities-regions.aspx>

Morrison E (1990) *A history of the profession*. In S. Creek (e.d). Occupational Therapy and Mental Health. Edinburgh: Churchill Livingstone

Murakami G, Imanaka Y και Kobuse (2010) *Patient perceived priorities between technical skills and interpersonal skills: Their influence on correlates of patient satisfaction*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16(3): 560-568.

Μακαρώνη Ν, Παλκουτσή Β (2009) *Υπάρχει Νότιο Ευρωπαϊκό μοντέλο Κοινωνικής Πρόνοιας;*[Πανεπιστημιακές σημειώσεις] Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Θράκη.

Μαρκέτος Σ (2009) *100 Μεγάλοι Έλληνες: Ιπποκράτης ο Κώος*, Αθήνα, Εκδόσεις Σκάι.

Μερκούρης Α, Ανδρεάδη Α (2003) *Ικανοποίηση ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες: Κριτική ερευνητική ανασκόπηση* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.cyna.org/16thx/one.pdf>

Μονάδα Προγραμματισμού και Αξιολόγησης (2007-2013) *Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο Δ' Προγραμματική Περίοδος*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Μουστάκα Α (2008) *Η αξιολόγηση της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Μια συστηματική ανασκόπηση*. [Πανεπιστημιακές σημειώσεις] Πανεπιστήμιο Κρήτης Τμήμα Ιατρικής, Κρήτη.

Νικολάου Ε (2011) *Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης <<Ιπποκράτειο>> από τις παρερχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας* [Πανεπιστημιακές σημειώσεις] Πανεπιστήμιο Κρήτης Τμήμα Ιατρικής, Κρήτη.

National Agency for Patients' Rights and Complaints (2011) *A short presentation of the National Agency for Patients' Rights and Complaints*. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο http://www.patientombuddet.dk/Om_os/Praesentation.aspx?sc_lang=en

National Board of Health (2010a) *Det Danske Sundhedsvæsen i Internationalt Perspektiv* [The Danish health care system in an international perspective]. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen.

National Board of Health (2010b) *Dødsårsagsregistret* [Registry for the causes of death]. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen.

National Board of Health (2011c) *Den Nationale Sundhedsprofil 2010: hvordan har du det?* [The National Health Profile 2010: how are you doing?]. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen.

Niakas D, Gnardellis C και Theodorou M (2004) *Is there a problem with quality in the Greek hospital sector?* Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Services Management Research*, 17(1): 62-69.

Nys H, Goffin T, Stultiëns L, Borry P και Dierickx K (2007) *Patient Rights in the EU - Denmark*. European Ethical - Legal Papers No.2. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο http://www.eurogentest.org/web/files/public/unit4/full_text_Denmark.pdf

Østerbye T, Asfar A G και Foged M (2009) *Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser*. Copenhagen: Lup.

Olejaz M και Nielsen A Jetc (2012) *Health Systems in Transition*. European Observatory on Health Systems and Policies, 14(2).

Olsson L-E, Hansson, E, Ekman, I και Karlsson J (2009) *A costeffectiveness study of patient-centered integrated care pathway*. *Journal of Advanced Nursing*, 68(8): 1626-1635.

Ορφανίδου Ν (Χ.Χ.) *Τι είναι Λογοθεραπεία* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.vimatizo.gr/logotherapie.htm>

Palgrave- Macmillan P (2011) *Health and healthcare delivery from a systems perspective*. Health systems.UK: Houndmills, Basingstoke.

Papanikolaou V και Ntani S (2008) *Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(6): 548-561.

- Pappa E και Niakas D (2006) *Assessment of health care needs and utilization in a mixed public – private system: the case of the Athens area*. BMC Health Services Research, 6, 146.
- Pedersen K M, Bech M και Vrangbaek K. (n.d.) *An analysis of strengths, weaknesses, opportunities and threats. The Danish Health Care System*. Copenhagen: Copenhagen Consensus Center.
- Pedretti L και Pasquinelli-Estrada (1985) *A frame of reference for Occupational Therapy in physical dysfunction*. In L. Pedretti (ed). Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction (2nd ed). Missouri: The C.V. Mosby Co.
- Pelzang R (2010) *Time to learn: Understanding patient-centred care*. British Journal of Nursing, 19(14): 912-17.
- Public Health Report (2007) *Denmark: The National Institute of Public Health*. Secundum Artem.(n.d.). A history of pharmaceutical compounding, 11(3).
- Παπαδάτου Δ & Αναγνωστόπουλος Φ (2008) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. (13η έκδ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπασταύρου Ε, Ευσταθίου Γ, Νικηταρά Μ (2010) *Η έννοια της Φροντίδας: Αποτελέσματα από μία πιλοτική ερευνητική διεργασία*. Νοσηλευτική. [Ερευνητική εργασία] 49 (4): 406-417. Τμήμα Νοσηλευτικής Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου Λευκωσία, Κύπρος.
- Πετράκη Ε (2007) *Μετάφραση, στάθμιση και εφαρμογή ενός εργαλείου μέτρησης ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών σε Νοσοκομείο*. [Πανεπιστημιακές σημειώσεις] Πανεπιστήμιο Κρήτης Τμήμα Ιατρικής, Κρήτη.
- Quintana J M, Gonzalez N και Bilbao A (2006) *Predictors of patient satisfaction with hospital care*. BMC Health Services Research, 6: 102-111.
- Risser N L (1975) *Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings*. Nursing Research. 24(1): 45-52.
- Robinson J H, Callister L και Berry J A (2008) *Patientcentred care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20(12): 600-607.
- Ραφτόπουλος Β, Ραφτόπουλος Α, Κοτρώτσιου Ε και Παραλίκας Θ (2003) *Προσέγγιση της συμβουλευτικής διάστασης του νοσηλευτή εκπαιδευτή*. Νοσηλευτική, 42(1) 97-109.
- Ρηγάτος Γ (2006) *Ιστορία της νοσηλευτικής*. Αθήνα, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Schøenfelder T, Klewer, J και Kugler J (2011) *Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in a in-patient setting in Germany*. International journal for Quality in Health Care, 23(5): 503-509.

Scotto F De Ceglie, A Guerra και V Misciagna G (2009) *Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services*. *Clinical Governance International Journal*, 114(2): 86-97.

Singh H (2006) *The Importance of Customer Satisfaction in Relation to Customer Loyalty and Retention*. U.C.T.I [Working Paper] Asia Pacific University, College Of Technology & Innovation.

Singh H Haqq E D και Mustapha N (n.d.) *Patient's perception and satisfaction with health care professionals at primary care facilities in Trinidad and Tobago*. *Policy and practice*, 356-360.

Sitzia J και Wood N (1997) *Patient satisfaction: a review of issues and concepts*. *Dec*; 45(12): 1829-43.

Sletting K (2010) *The National Danish Survey of Patient Experiences*. Copenhagen: Lup.

Socialrådgiverforening (n.d) Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.socialrdg.dk/Default.aspx?ID=52>

Σαββόπουλου Γ (2004) *Βασική Νοσηλευτική*. Αθήνα, Εκδόσεις, Ταβίθα.

Σαπουτζή-Κρέπια Δ (2011) *Νοσηλευτική: Μια καινοφανής προσέγγιση*, *Νοσηλευτική* 40(3): 14-21.

Σαχίνη-Καρδάση Α (2003) *Εφαρμογές στο χώρο της υγείας*. Μεθοδολογία έρευνας. Αθήνα: ΒΗΤΑ

Σιγάλας Ι (1999) *Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Στο: Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις* (σελ. 15–97). Τόμος Δ', Πάτρα: Εκδ. Ε.Α.Π.

Σύλλογος Επιστημόνων Μαίων-Μαιευτών (2011) *Διεθνείς ορισμός της Μαιίας* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.smme.gr/permalink/3085.html>

Tandon A Murray C JL, Lauer J A και Evans D B (n.d.) *Measuring overall health system performance for 191 countries*. *World Health Organization*, 30.

Tavana M, Mohebbi B και Kennedy D T (2003) *Total quality index: a bench-marking tool for total quality management*. *Benchmarking: An International Journal*, 10(6): 507-527.

The Commonwealth Fund (2012) *International Profiles of Health Care Systems, Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States*. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf

The Danish Association of Midwives (n.d) Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.jordemoderforeningen.dk/english/>

The Danish Nurses' Organization (2009) *Nurse in Denmark? A guide on salary, pension and employment* Διαθέσιμο στο διαδίκτυο

<http://www.dsr.dk/Artikler/Documents/English/Nurse%20in%20Denmark.pdf>

The official site of Denmark (2012) Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο <http://denmark.dk/en/>

The official site of Denmark (2012) *Facts and statistics* Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο

<http://denmark.dk/en/quick-facts/facts/>

The official site of Denmark (2012) *Government and Politics* Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο <http://denmark.dk/en/society/government-and-politics/>

Thompson A (2006) *What is patient satisfaction-and what can we do about it?* [University Thesis]. VII Meeting of INGID, Budapest, Hungary.

Trading Economics (2012) *Health Expenditure; Public* (% of total health expenditure) in Denmark Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο

<http://www.tradingeconomics.com/denmark/health-expenditure-public-percent-of-total-health-expenditure-wb-data.html>

Turner A (1996a) The philosophy and history of Occupational Therapy. In A Turner, M. Foster & S Johnson (eds). *Occupational Therapy and Physical Dysfunction* (4th Ed.) New York: Churchill Livingstone.

Τα φάρμακα στην Αρχαία Ελλάδα (X.X) Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο

<http://www.iama.gr/ethno/oropos/skaltsa.htm>

Τσαβαλιά Κ, Σίσκου Ο, Λιαρόπουλος Λ (2011) *Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη, Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29: 233-239.

Τούντας Γ (2008) *Υπηρεσίες υγείας* Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία.

Φαρμακευτική Φροντίδα (2004) Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο

<https://sites.google.com/site/pharmacareservice/home/pharmakeutike-phrontida>

Φρεγαδάκη Μ (2011) *Κοινωνική πολιτική υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση: Η περίπτωση του Δήμου Ν. Αλικαρνασσού*. [Πανεπιστημιακές σημειώσεις] Πανεπιστήμιο Κρήτης Τμήμα Ιατρικής. Κρήτη.

Vallgård S, Krasnik, A και Vrangbæk K (2001) *Health Care Systems in Transition*, European Observatory on Health Care Systems, Denmark.

Vrangbæk K και Christiansen T (2005) *Health Policy in Denmark: Leaving the Decentralized Welfare Path?* Journal of Health Politics, Policy and Law, 30: 1-2.

WHO (2013) *10 Facts on universal health coverage* Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο

http://who.int/features/factfiles/universal_health_coverage/facts/en/index1.html

WHO (2013) *Health systems* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο

http://www.who.int/topics/health_systems/en/

WHO (2013) *Health services* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο

http://www.who.int/topics/health_services/en/

Wilde Larsson, B Larsson G και Starrin B (1999) *Patients' views on quality of care: A comparison of men and women*. Journal of Nursing Management, 7(3): 133-139.

Williams A (2003) *Assesing Patient Satisfaction with day surgery at a Metropolitan Public Hospital*. Australian Journal of Advanced Nursing, 23(1).

Williams B (1994) *Patient satisfaction: a valid concept?* Social Science Medicine, 38(4): 509-516.

Wiedenmayer K, Summers R S, Mackle C etc (2006) *A focus on patient care*. Developing pharmacy practice. World Health Organization and International Pharmaceutical Federation.

Wikipedia (2013) *Denmark* Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο

<http://en.wikipedia.org/wiki/Denmark>

Wikipedia 2013 *Health system* Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο

http://en.wikipedia.org/wiki/Health_system

Wikipedia (2012) *History of pharmacy* Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο

http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_pharmacy

Wikipedia (2013) *Scandinavia* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο

<http://en.wikipedia.org/wiki/Scandinavia>

Woodward J L (2009) *Effects of rounding on patient satisfaction and patient safety on a medical-surgical unit*. Clinical Nurse Specialist, 23(4):200-206.

Wolf M H, Putnam S M ,James S A και Stiles W B (1978) *The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a Scale to Measure Patient Perceptions of Physician Behavior*. Journal of Behaviour Medicine, 1(4).

Workbook 6 (2000) *Client Satisfaction Evaluations*. World Health Organization.

Work In Denmark (X.X) *The Danish Health Care Services* Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο https://www.workindenmark.dk/en/Find_information/Information_for_job_seekers/Jobs_in_the_Danish_Healthcare_Services/Working_and_living_in_Denmark/The_Danish_Healthcare_Services

Wulff K (2007) *The Danish Regions In Brief*. Copenhagen: Danish Regions.

Yellen E, Davis G C, Ricard R (2002) *The measurement of patient satisfaction*. J Nurs Care Qual, 16(4): 23-29.

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011) *Επιχειρησιακό Σχέδιο Αναδιάρθρωσης Νοσοκομείων: Η πρωτοβάθμια Φροντίδα* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο

<http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/index.php/2011-03-08-10-56-24/2011-03-20-18-22-54>