



CHARALAMPOS ANDREADIS



ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ

HYGEIA@ERGAΣIA 15(3) ΤΕΥΧΟΣ ΤΕΣΣΑΡΑΚΟΣΤΟ ΕΚΤΟ

HYGEIA@ERGAΣIA

SCIENTIFIC EDITION OF HELLENIC SOCIETY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE
IN ASSOCIATION WITH M.Sc. PROGRAM HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACES D.U.TH. MEDICAL SCHOOL

VOLUME 15 ISSUE 3 (SPECIAL ISSUE) ISSN 1792-4731

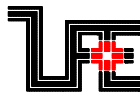
MAY 2024

HYGEIA@ERGAΣIA

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ
ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

ΤΟΜΟΣ 15 ΤΕΥΧΟΣ 3 (ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ) ISSN 1792-4731

ΜΑΪΟΣ 2024



ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΧΡΟΝΙΑ ΠΟΛΛΑ ΚΥΡΑ ΓΗ!

Αθηνά Λινού



Καθηγήτρια Επιδημιολογίας, Επαγγελματικών και Χρόνιων Νοσημάτων, τ. Διευθύντρια Εργαστηρίου Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), Βουλευτής Αθηνών (Εκλογικής Περιφέρειας Β1) στη Βουλή των Ελλήνων και τ. Τομέαρχης Παιδείας του Συνασπισμού Ριζοσπαστικής Αριστεράς (ΣΥΡΙΖΑ).

Περίληψη: Σύντομη παρέμβαση της Καθηγήτριας κ. Αθηνάς Λινού στην Ειδική Κοινή Συνεδρίαση της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων και της Ειδικής Μόνιμης Επιτροπής Προστασίας Περιβάλλοντος, του Ελληνικού Κοινοβουλίου με θέμα «Περιβάλλον και Υγεία» που πραγματοποιήθηκε, με δική της πρωτοβουλία, στις 22.04.2024, με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα της Γης.

Στην Ειδική Κοινή Συνεδρίαση της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων και της Ειδικής Μόνιμης Επιτροπής Προστασίας Περιβάλλοντος, του Ελληνικού Κοινοβουλίου με θέμα «Περιβάλλον και Υγεία» ζήσαμε μια πανδαισία γνώσης, αγωνίας και ελπίδος. Και το ότι υπήρξε αυτή η συνάντηση

οφείλονταν κατεξοχήν στον κ. *Βασίλειο Οικονόμου*, Προεδρεύοντα των Επιτροπών (Κοινωνικών Υποθέσεων και Περιβάλλοντος), στον κ. *Σωκράτη Φάμελο*, Πρόεδρο της Κοινοβουλευτικής Ομάδας του ΣΥΡΙΖΑ - Προοδευτική Συμμαχία και στην κ. *Διονυσία Αυγερινού*, Πρόεδρο της Επιτροπής Περιβάλλοντος. Εγώ, θέλω, να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τους συναδέλφους. Σχεδόν όλοι στενοί φίλοι και το θεωρώ προσωπική χάρη το ότι βρεθήκαμε όλοι μαζί. Ιδιαίτερα οι εξ Αμερικής συνάδελφοί μου με τους οποίους κατά καιρούς έχουμε συνεργασθεί. Θέλω να αναφερθώ σε δύο τρία απλά πράγματα. Είναι μια συγκυρία το ότι σχεδόν πριν από δύο χρόνια τα ανθρώπινα δικαιώματα θεωρήθηκαν και αναγνωρίστηκαν σαν ένα ανθρώπινο δικαίωμα από τον ΟΗΕ. Και όταν λέμε η κλιματική αλλαγή, το υγιές κλίμα και πιο συγκεκριμένα περιγράφεται σαν καθαρό περιβάλλον, υγιές περιβάλλον και βιώσιμο περιβάλλον και νομίζω αυτός ο στόχος μας για τα επόμενα χρόνια της ζωής μας, ίσως για όλους μας. Και ως προς αυτό δυστυχώς πριν από δύο περίπου χρόνια η χώρα μας καταδικάστηκε για την ποιότητα της ατμόσφαιρας στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Οπότε πρέπει προς αυτό να δουλέψουμε πολύ περισσότερο. Αλλά εκείνο που επίσης μου φαίνεται πολύ ανησυχητικό – επαναλήφθηκε και το ξέραμε – είναι ότι το καθαρό περιβάλλον, το υγιές περιβάλλον και το βιώσιμο περιβάλλον, επηρεάζεται πάρα πολύ από κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες και ως προς αυτό πρέπει να δουλέψουμε. Μόνο μια συμβουλή έμμεσα στις πολλές συμβουλές που μας έδωσε ο Καθηγητής κ. *Κουτράκης*, ότι θα πρέπει να αναθεωρήσουμε και το μοντέλο του τουρισμού στη χώρα μας. Επίσης να δούμε τις ανισότητες στα σχολεία, γιατί μπορεί να έχουν διαφορετικές συνθήκες στα παιδιά μας και αντί για 5 μέρες θα έχουμε 30 μέρες τεράστιας ζέστης θα είναι πολύ πιο δύσκολο για τα φτωχά σχολεία στις φτωχές περιοχές. Επομένως έχουμε μεγάλο δρόμο. Και πάλι σας ευχαριστώ. Καλή συνέχεια σε όλους μας γιατί χρειάζεται πολλή δουλειά.

Παρατίθεται σχετικό *Δελτίο Τύπου* που εκδόθηκε στις 24.04.2024: Πανεπιστημιακοί και προσωπικότητες του χώρου, επί τρεις και πλέον ώρες, παρέθεταν στοιχεία για την επιβάρυνση του πλανήτη μας από τις ανθρωπογενείς δραστηριότητες, αλλά και προτάσεις για την αναστροφή της, σε Ειδική Κοινή Συνεδρίαση της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων και της Ειδικής Μόνιμης Επιτροπής Προστασίας Περιβάλλοντος του ελληνικού Κοινοβουλίου, που πραγματοποιήθηκε στις 22.04.2024, με αφορμή την *Παγκόσμια Ημέρα της Γης*. Η συνεδρίαση, υπό τον τίτλο, «Περιβάλλον και Υγεία», ήταν μια πρωτοβουλία της Βουλευτού Β1 Βορείου Τομέα Αθηνών του ΣΥΡΙΖΑ - Προοδευτική Συμμαχία και Καθηγήτριας Επιδημιολογίας του ΕΚΠΑ κ. *Αθηνάς Λινού*. Μία πρωτοβουλία που έγινε αμέσως αποδεκτή από τους Προέδρους των δύο Επιτροπών, κ. *Βασίλη Οικονόμου* και κ. *Διονυσία Αυγερινού*, και υποστηρίχθηκε θερμά από τον Πρόεδρο της Βουλής κ. *Κωνσταντίνο Τασούλα*. Παράλληλα είχε και την ενθάρρυνση του Προέδρου της

Κοινοβουλευτικής Ομάδας του κόμματος της αξιωματικής αντιπολίτευσης κ. *Σωκράτη Φάμελλου*, ο οποίος, στο δικό του χαιρετισμό, στηλίτευσε το γεγονός ότι οι πραγματικές αλλαγές καθυστερούν πολύ, την ώρα που καταγράφεται πληθώρα δηλώσεων για το θέμα. Χαιρετισμό απηύθυνε, επίσης, η Πρόεδρος της Επιτροπής Περιβάλλοντος, Βουλευτής της *Νέας Δημοκρατίας* κ. *Διονυσία Αυγερινοπούλου*, ενώ τη συνεδρίαση συντόνισε ο Πρόεδρος της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων, επίσης Βουλευτής του κυβερνώντος κόμματος κ. *Βασίλης Οικονόμου*. Μετά τους χαιρετισμούς, το λόγο πήρε ο Γενικός Γραμματέας της Ακαδημίας Αθηνών και Εθνικός Εκπρόσωπος για την Κλιματική Αλλαγή κ. *Χρήστος Ζερεφός*, ο οποίος αφού παρουσίασε σειρά γεγονότων και ενδείξεων για την καταστροφή του φυσικού περιβάλλοντος, τόνισε ότι η κλιματική κρίση εξελίσσεται με ρυθμό εντονότερο από τις εκτιμήσεις, με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού. Προχώρησε, ωστόσο, στην εκτίμηση ότι υπάρχει ακόμη χρόνος για την αναστροφή, αρκεί να γίνει τώρα. Η κ. *Λυδία Καρρά*, ιδρύτρια και Αντιπρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Περιβάλλοντος και Πολιτισμού και σκηνοθέτης, παρουσίασε φωτογραφίες και βίντεο από την καταστροφή του ελληνικού τοπίου, αρχής γενομένης από την περίοδο της Δικτατορίας. Οι βουλευτές και προσκεκλημένοι της εκδήλωσης είχαν, επίσης, την ευκαιρία να ακούσουν την κ. *Margaret (Rita) Karagas*, Καθηγήτρια και Πρόεδρο του Τμήματος Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής Geisel, ιδρυτική Διευθύντρια των Κέντρων Μοριακής Επιδημιολογίας και Έρευνας Περιβαλλοντικής Υγείας και Πρόληψης Νοσημάτων Παιδιών στο Πανεπιστήμιο του Dartmouth και US Fulbright Scholar στο Ινστιτούτο Prolapsis, να μιλά για τη σπουδαιότητα της σωστής διατροφής και του υγιούς περιβάλλοντος. Παράλληλα η Καθηγήτρια τόνισε τη σημασία της παρακολούθησης και καταγραφής των τοξικών ουσιών σε τρόφιμα και ανθρώπους – ιδίως σε μικρά παιδιά – καθώς η κλιματική αλλαγή μεταβάλλει τις συγκεντρώσεις των τοξικών ουσιών στο σύστημα διατροφής μας. Επιπλέον αναφέρθηκε σε νέες χρηματοδοτικές ευκαιρίες που μπορεί να προκύψουν από προσβάσιμα *συστήματα δοκιμής και παρακολούθησης (test and monitor)* περιβαλλοντικών εκθέσεων και επιπτώσεων στην υγεία, ενώ εξέφρασε την απορία της για την απουσία *Μητρώου Καρκίνου* στη χώρα μας (αριθμός νοσούντων, περιοχές, τύποι καρκίνου κ.ά.). Ο Καθηγητής Περιβαλλοντικής Μηχανικής του ΑΠΘ και Πρόεδρος του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών κ. *Δημοσθένης Σαρηγιάννης*, αφού σημείωσε με έμφαση την αύξηση θανάτων εξαιτίας της ρύπανσης, κατέθεσε σειρά δράσεων, όπως η υιοθέτηση στρατηγικής για την πρόληψη και το μετριασμό των επιπτώσεων από τη ρύπανση, η ανανέωση του στόλου οχημάτων των αυτοκινήτων, η απαγόρευση εισόδου στο κέντρο της Αθήνας των ρυπογόνων Ι.Χ. και η καθιέρωση μίας ημέρας τηλεργασίας ανά εβδομάδα. Η Καθηγήτρια Περιβαλλοντικής Παθολογικής Ανατομικής του ΕΚΠΑ και Πρόεδρος του Ευρωπαϊκού Δικτύου Επιστημόνων για την Κοινωνική και Περιβαλλοντική Ευθύνη κ. *Πολυξένη Νικολοπούλου - Σταμάτη*, ανέδειξε, από τη δική της πλευρά, πτυχές του προβλήματος, όπως η εσωτερική ρύπανση των χώρων, η ηλεκτρομαγνητική

ακτινοβολία, η νυκτερινή φωτορύπανση, ενώ επέμεινε στην ευαλωτότητα του ανθρώπου, που καταδεικνύεται από την αύξηση των αυτοάνοσων νοσημάτων, την πρόσφατη πανδημία covid-19 κ.ά. Ο Καθηγητής Περιβαλλοντικών Επιστημών και Πρώην Διευθυντής του Κέντρου Ατμοσφαιρικής Ρύπανσης, Κλιματικής Αλλαγής και Ενέργειας στο Πανεπιστήμιο του Harvard, κ. *Πέτρος Κουτράκης* μοιράσθηκε με το ακροατήριο σειρά ανησυχητικών στοιχείων - εκτιμήσεων, όπως ότι ακόμη και αν σταματούσαν σήμερα οι εκπομπές διοξειδίου του άνθρακα, θα απαιτούνταν εκατοντάδες χρόνια για να επιστρέψει η Γη στα προβιομηχανικά επίπεδα. Η κλιματική αλλαγή θα έχει και οικονομική διάσταση, εξ άλλου, τόνισε ο Καθηγητής: στο Βορρά θα αυξηθεί το κατά κεφαλήν εισόδημα, στο Νότο – και στην Ελλάδα – θα μειωθεί. Ταυτοχρόνως, η κλιματική κρίση θα πλήξει περισσότερο τα κατώτερα στρώματα των κοινωνιών. Το μέλλον θα χαρακτηριστεί και από έλλειψη νερού και τροφίμων, προειδοποίησε. Ο κ. *Π. Κουτράκης* έκρουσε, μάλιστα, τον κώδωνα κινδύνου για τις επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής στη χώρα μας (πλημμύρες, άνοδος θερμοκρασίας, ερημοποίηση κ.ά.) και έκλεισε την ομιλία του με δύο παρατηρήσεις: τάχθηκε κατά της εξόρυξης υδρογονανθράκων στην Κρήτη και έκανε λόγο για μέτρια κατάσταση της υγείας των Ελλήνων (καταναλώνουμε περισσότερο κρέας από ό,τι στην Αργεντινή, παρατήρησε). Επιπλέον τόνισε πως οι παγκόσμιες στρατηγικές μετριασμού και προσαρμογής δεν αρκούν. Πρέπει να είναι ειδικά σχεδιασμένες για την Ελλάδα και να αφορούν: (1) στην προστασία των ανθρώπων και της ιδιωτικής και δημόσιας περιουσίας από πλημμύρες, πυρκαγιές, καύσωνες, (2) στην παροχή επαρκούς ενέργειας, νερού και τροφής και (3) στην διατήρηση ενός καθαρού περιβάλλοντος και υγιούς πληθυσμού. Η ατμοσφαιρική ρύπανση είναι ο σιωπηλός δολοφόνος, σύμφωνα με τον Καθηγητή στο Τμήμα Χημείας του Πανεπιστημίου Κρήτης και Διευθυντή Ερευνών στο Εθνικό Αστεροσκοπείο Αθηνών κ. *Νικόλαο Μιχαλόπουλο*. Προς επίρρωσιν αυτού, παρέθεσε σειρά μετρήσεων από τους, ανά την επικράτεια, σταθμούς του Αστεροσκοπείου. Πιο χαρακτηριστικό – και ανησυχητικό – παράδειγμα, τα Ιωάννινα, όπου οι μετρήσεις θυμίζουν... Κίνα, όπως ανέφερε. Τελευταία παρέμβαση από τον Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου κ. *Κυριάκο Σουλιώτη*, ο οποίος συσχέτισε τον καρκίνο με τη ρύπανση του περιβάλλοντος, επιπλέον εξέφρασε την ανησυχία του για την αύξηση θανάτων στην Ευρώπη λόγω του καύσωνα. Επικαλούμενος το πόρισμα του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας*, ότι η κλιματική αλλαγή είναι η μεγαλύτερη απειλή για την υγεία, ο κ. *Σουλιώτης* ζήτησε υπερεθνική αντιμετώπιση του ζητήματος. Η Ειδική Συνεδρίαση των δύο Κοινοβουλευτικών Επιτροπών έκλεισε με τις παρεμβάσεις του Υπουργού Περιβάλλοντος και Ενέργειας κ. *Θ. Σκυλακάκη* και της Αν. Υπουργού Υγείας κ. *Ειρήνης Αγαπηδάκη*, αλλά και των εκπροσώπων των κομμάτων. Εκ μέρους του κόμματος της αξιωματικής αντιπολίτευσης, μίλησε η κ. *Αθηνά Λινού*, η οποία και συνόψισε την Ειδική Συνεδρίαση κάνοντας λόγο για «πανδαισία γνώσης, αγωνίας και ελπίδος». Η πρόσβαση σε καθαρό, υγιές και βιώσιμο περιβάλλον αναγνωρίστηκε ως ανθρώπινο δικαίωμα από τον *Οργανισμό*

Ηνωμένων Εθνών, τόνισε επίσης με την ταυτόχρονη επισήμανση ότι το καθαρό, υγιές και βιώσιμο περιβάλλον επηρεάζεται από τις κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες. «Χρόνια Πολλά Γη!», ευχήθηκαν, τέλος, οι παρόντες και παρούσες – με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα του πλανήτη μας. Μένει να αποδειχθεί αν κυβερνήσεις, επιστημονικοί φορείς και πολίτες θα μείνουν στις ευχές και τις διαπιστώσεις ή αν, αντιθέτως, αποφασίσουν και αναλάβουν πρωτοβουλίες και δράσεις. Η συνεδρίαση της επιτροπής έχει ήδη μεταδοθεί στην τηλεόραση, από το κανάλι της Βουλής, ενώ το σχετικό video θα είναι διαθέσιμο στο site της Βουλής.

Παρατίθενται τα (αδιόρθωτα) *Πρακτικά* (Άρθρο 40, παρ. 1, Κ.τ.Β.) της Ειδικής Συνεδρίασης της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων και της Επιτροπής Περιβάλλοντος, επ’ αφορμή της *Παγκόσμιας Ημέρας για τη Γη*, με θέμα «Περιβάλλον και Υγεία» (Βουλή των Ελλήνων, Περίοδος Κ’, Σύνοδος Α’): Στην Αθήνα, σήμερα, 22 Απριλίου 2024, ημέρα Δευτέρα και ώρα 16:20, στην Αίθουσα Γερουσίας του Μεγάρου της Βουλής, η Διαρκής Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων και η Ειδική Μόνιμη Επιτροπή Προστασίας Περιβάλλοντος, συνήλθαν σε κοινή ειδική συνεδρίαση, υπό την προεδρία του Προέδρου της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων κ. *Βασιλείου Οικονόμου*, με θέμα ημερήσιας διάταξης: «Περιβάλλον και Υγεία». Στη συνεδρίαση παρέστησαν ο Υπουργός Περιβάλλοντος και Ενέργειας, κ. *Θεόδωρος Σκυλακάκης* και η Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας κ. *Ειρήνη Αγαπηδάκη*. Τα μέλη των Επιτροπών ενημέρωσαν ο κ. *Χρήστος Ζερεφός*, Γενικός Γραμματέας της Ακαδημίας Αθηνών, Εθνικός Εκπρόσωπος για την Κλιματική Αλλαγή, η κ. *Λυδία Καρρά*, Ιδρύτρια και Αντιπρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Περιβάλλοντος και Πολιτισμού, η κ. *Margaret Rita Karagas*, Καθηγήτρια, Πρόεδρος του Τμήματος Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής Geisel, Ιδρυτική Διευθύντρια των Κέντρων Μοριακής Επιδημιολογίας και Έρευνας Περιβαλλοντικής Υγείας και Πρόληψης Νοσημάτων Παιδιών στο Dartmouth College, U.S., Fulbright Scholar στο Ινστιτούτο Prolepsis, ο κ. *Δημοσθένης Σαρηγιάννης*, Πρόεδρος του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών, Καθηγητής Περιβαλλοντικής Μηχανικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, η κ. *Πολυξένη Νικολοπούλου - Σταμάτη*, Πρόεδρος του European Network of Scientists for Social and Environmental Responsibility στο Βερολίνο, Καθηγήτρια Περιβαλλοντικής Παθολογικής Ανατομικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γραμματέας Δ.Σ. του Μαριολοπούλειου - Καναγκίνειου Ιδρύματος Επιστημών Περιβάλλοντος, ο κ. *Πέτρος Κουτράκης*, Καθηγητής Περιβαλλοντικών Επιστημών, πρώην Διευθυντής του Κέντρου Ατμοσφαιρικής Ρύπανσης, Κλιματικής Αλλαγής και Ενέργειας του Harvard University, ο κ. *Νικόλαος Μιχαλόπουλος*, Διευθυντής Ερευνών του Εθνικού Αστεροσκοπείου Αθηνών, Καθηγητής στο Τμήμα Χημείας του Πανεπιστημίου Κρήτης και ο κ. *Κυριάκος Σουλιώτης*, Καθηγητής Πολιτικής Υγείας της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Ο Προεδρεύων των Επιτροπών,

αφού διαπίστωσε την ύπαρξη απαρτίας, κήρυξε την έναρξη της συνεδρίασης και έκανε την α' ανάγνωση του καταλόγου των μελών των Επιτροπών.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Κυρίες και Κύριοι, σήμερα έχουμε την Ειδική Συνεδρίαση της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων και της Επιτροπής Περιβάλλοντος, επ' αφορμή της *Παγκόσμιας Ημέρας για τη Γη*, με θέμα «Περιβάλλον και Υγεία». Θέλω να πω ότι αυτή η συνεδρίαση γίνεται κατόπιν εισηγήσεως και προτάσεως της κ. *Λινού*, Καθηγήτριας και Βουλευτή του ΣΥΡΙΖΑ. Η κ. *Λινού*, η οποία είναι και μέλος της Επιτροπής, πραγματικά μάς έκανε αυτή την ωραιότατη πρόταση. Πρώτη φορά γίνεται. Εμείς δεχόμαστε την πρόταση και από την Αντιπολίτευση. Δεν είμαστε κλειστή Επιτροπή. Έχουμε την πλειοψηφία, βάσει των αποφάσεων του ελληνικού λαού που μάς δίνει, ως *Νέα Δημοκρατία*, την πλειοψηφία της Επιτροπής, αλλά όταν υπάρχουν σωστές και ωραίες προτάσεις τις αποδεχόμαστε. Και, σήμερα, πραγματικά, μετά και από την συνεργασία των τελευταίων δύο εβδομάδων που έχουμε με την κ. *Λινού*, μπορούμε να παρουσιάσουμε μια πολύ καλή – πιστεύω – συνεδρίαση, με εκλεκτούς πανεπιστημιακούς και επιστήμονες που θα τοποθετηθούν για τη σημασία του θέματος και της ημέρας. Και, φυσικά, θα υπάρξουν και τοποθετήσεις των εκπροσώπων των κομμάτων. Όπως γνωρίζετε, είναι διαπαραταξιακή αυτή η Επιτροπή και όλα τα κόμματα εκπροσωπούνται. Μάς τιμάει, σήμερα, με την παρουσία του ο Πρόεδρος της Κοινοβουλευτικής Ομάδας του ΣΥΡΙΖΑ κ. *Φάμελλος*, τον οποίον και ευχαριστούμε. Και, βέβαια, προηγείται ο λόγος στον Πρόεδρο της Κοινοβουλευτικής Ομάδας, για να απευθύνει έναν χαιρετισμό. Ορίστε, ο λόγος σε εσάς, Κύριε *Φάμελλε*.

ΣΩΚΡΑΤΗΣ ΦΑΜΕΛΛΟΣ (Πρόεδρος της Κοινοβουλευτικής Ομάδας του ΣΥΡΙΖΑ - Προοδευτική Συμμαχία): Ευχαριστώ πολύ, Κύριε Πρόεδρε.

Σεβόμενος απολύτως και τη μεγάλη σημασία της σημερινής διαδικασίας και τους προσκεκλημένους, θα περιορισθώ σε ένα λεπτό. Η παρουσία μας εδώ – και προσωπικά και η δικιά μου – συνηγορεί σε αυτό, που είπατε στην αρχή, ότι είναι μια πάρα πολύ σημαντική πρωτοβουλία, την οποία θέλουμε να επικροτήσουμε, όχι μόνο γιατί υπήρχε και πρόταση από την κ. *Λινού*, αλλά και γιατί διοργανώνεται ως συλλογικότητα της Βουλής και ως Επιτροπή της Βουλής. Καταλαβαίνετε ότι έχουμε μπροστά μας το μεγαλύτερο ζήτημα, με το οποίο πρέπει να ασχοληθεί η Βουλή, για τα επόμενα χρόνια: Το πώς η επιβίωση, η υγεία των πολιτών θα μπορέσει να εξασφαλιστεί μέσα από αυτές τις πολύ μεγάλες, δυστυχώς, αλλαγές που έρχονται της κλιματικής κρίσης και – όπως έχει πει ο Γενικός Γραμματέας του ΟΗΕ – του κινδύνου της κλιματικής κατάρρευσης. Αυτή είναι η πραγματική πολιτική μας υποχρέωση, να σχεδιάζουμε μεταρρυθμίσεις που εξασφαλίζουν και την ισορροπία των οικοσυστημάτων, αλλά και την επιβίωση και την ευημερία των πολιτών. Και, από αυτή την άποψη, θεωρούμε ότι πρέπει όλοι και όλες να συμβάλουμε, ώστε αυτή η συζήτηση να μην είναι μόνο μία πολύ καλή ευκαιρία συνομιλίας, αλλά να οδηγήσει και σε μεταρρυθμίσεις. Δηλαδή, σε αλλαγές πολιτικής και σε πραγματικές

πολιτικές αλλαγές, διότι – δυστυχώς – νομίζω ότι όλοι διαπιστώνουμε ότι οι δηλώσεις για το θέμα αυτό περισσεύουν και σε παγκόσμιο επίπεδο. Όμως, οι πραγματικές αλλαγές στο παραγωγικό μοντέλο, οι πραγματικές αλλαγές στην οικονομία και στην κοινωνία και στο καταναλωτικό μοντέλο, καθυστερούν πάρα πολύ και μάς κάνουν να ανησυχούμε ιδιαίτερα, εφόσον πολλαπλασιάζονται τα κλιματικά φαινόμενα και οι κλιματικές κρίσεις. Θα θέλαμε να υπάρξει μεγαλύτερη συμμετοχή, να πω την αλήθεια, κύριε Πρόεδρε. Να έχουμε μεγαλύτερη συμμετοχή και από τα αρμόδια Υπουργεία και από όλους τους διαμορφωτές των μεγάλων μεταρρυθμίσεων.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Κύριε Πρόεδρε, αναμένουμε τους Υπουργούς.

ΣΩΚΡΑΤΗΣ ΦΑΜΕΛΛΟΣ (Πρόεδρος της Κοινοβουλευτικής Ομάδας του ΣΥΡΙΖΑ - Προοδευτική Συμμαχία): Σε κάθε περίπτωση, εμείς είμαστε εδώ, διότι θέλουμε να συμβάλλουμε και να ευχαριστήσουμε τους συμμετέχοντες και την Επιτροπή για την πρωτοβουλία. Δεν θέλω να πω κάτι άλλο, γιατί η σημασία είναι στο διάλογο που θα έρθει από τους αρμόδιους και τις αρμόδιες και είμαστε εδώ για να συμβάλουμε σε αυτή την πραγματική πρόοδο της κοινωνίας, γιατί μόνο έτσι γίνονται τα βήματα προόδου. Σας ευχαριστώ πολύ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Και εμείς ευχαριστούμε τον Πρόεδρο της Κοινοβουλευτικής Ομάδας του ΣΥΡΙΖΑ κ. *Φάμελλο*. Απλά, για το θέμα των Υπουργών, περιμένουμε την κ. *Αγαπηδάκη*, η οποία έρχεται. Ο κ. *Σκυλακάκης* είναι τώρα στην Επιτροπή Παραγωγής και Εμπορίου, όπου συζητείται νομοσχέδιο του Υπουργείου του. Τον αναμένουμε και εκείνον να έρθει να χαιρετήσει την Επιτροπή μας. Και να σάς ενημερώσω ότι ο κ. *Κικίλιας* είναι στην Κρήτη. Δυστυχώς, δεν θα μπορέσει να έρθει, λόγω της άσκησης ενόψει της αντιπυρικής περιόδου που υπάρχει στην Κρήτη, κ.λπ. Αλλά, περιμένουμε τους δύο Υπουργούς να έρθουν και να παρέμβουν. Τώρα, θα δώσω το λόγο στην κ. *Αυγερινοπούλου* Πρόεδρο της Επιτροπής Περιβάλλοντος να κάνει έναν χαιρετισμό. Είναι η δεύτερη Επιτροπή, που συνδιοργανώνει την σημερινή μας εκδήλωση. Κυρία Πρόεδρε, έχετε το λόγο. Ορίστε.

ΔΙΟΝΥΣΙΑ - ΘΕΟΔΩΡΑ ΑΥΓΕΡΙΝΟΠΟΥΛΟΥ (Πρόεδρος της Ειδικής Μόνιμης Επιτροπής Προστασίας Περιβάλλοντος): Σας ευχαριστώ πολύ, Κύριε Πρόεδρε. Και ευχαριστώ ιδιαίτερα, εκ μέρους των μελών μας, για την πρόταση τού να οργανώσουμε από κοινού τη συγκεκριμένη συνεδρίαση. Αξιότιμοι Κυρίες και Κύριοι Συνάδελφοι, αγαπητοί προσκεκλημένοι μας, πράγματι η διασύνδεση της Δημόσιας Υγείας και του φυσικού περιβάλλοντος είναι πλέον, βάσει και επιστημονικών μελετών, αδιαμφισβήτητη. Η Επιτροπή Περιβάλλοντος έχει ανοίξει, εδώ και πολλά χρόνια, το θεματικό κύκλο με τίτλο «Δημόσια Υγεία και Περιβάλλον» και έχει συγκαλέσει σειρά συνεδριάσεων επ' αυτού. Στις συνεδριάσεις αυτές συζητούμε – μεταξύ άλλων – τις επιπτώσεις της κλιματικής κρίσης, αλλά και της ατμοσφαιρικής ρύπανσης στην υγεία του πληθυσμού της χώρας μας, τις περιβαλλοντικές διαστάσεις της COVID19, την επιδραστικότητα

των εκπομπών μεθανίου στη Δημόσια Υγεία κ.ά. Η Επιτροπή μας έχει συμμετάσχει σε συναντήσεις υψηλού επιπέδου. Τον Σεπτέμβριο, στη Νέα Υόρκη, στα *Ηνωμένα Έθνη*, μέσα στο πλαίσιο του *ONE HEALTH*, Πρόγραμμα του *Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών*, που αντιμετωπίζει από κοινού την περιβαλλοντική, την πλανητική – όπως λέμε – υγεία και την ανθρώπινη υγεία. Καθώς και, πρόσφατα, στην Υπουργική Συνάντηση για το κλίμα και την υγεία, που διενεργήθηκε στο πλαίσιο της *COP22*, στο Ντουμπάι. Και μέσα σε αυτό ακριβώς το πλαίσιο, προσκαλούμε και την Επιτροπή σας να συνεχίσουμε τη συζήτηση αυτή. Η συζήτησή μας συμπίπτει, όπως και πολύ ορθώς το προτείνατε, με την *Παγκόσμια Ημέρα της Γης* και έχει ως κεντρικό θέμα «Ο πλανήτης εναντίον των Πλαστικών. Ρίχνοντας Φως στους Κινδύνους που Ελλοχεύουν για το Φυσικό Περιβάλλον και τη Δημόσια Υγεία από τα Πλαστικά και τα Μικροπλαστικά». Η πλαστική ρύπανση και οι επιπτώσεις της στη Δημόσια Υγεία και το περιβάλλον, όχι μόνο δεν μπορούν να αγνοηθούν, αλλά φαίνονται πιο απειλητικοί από ποτέ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, πρόσφατα, η απειλή της αφρικανικής σκόνης που – σύμφωνα με τις πρόσφατες αναλύσεις – είναι γεμάτη από μικροπλαστικά που εισέρχονται στον οργανισμό μας μέσω της αναπνοής. Η ευαισθητοποίησή μας, λοιπόν, σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες των ρύπων από τα πλαστικά στην υγεία του ανθρώπου και του πλανήτη, καθίσταται ακόμα πιο επίκαιρη. Μάλιστα, υπάρχει η διεργασία της υπογραφής μιας ιστορικής από τον ΟΗΕ *Συνθήκης για τα πλαστικά και τα μικροπλαστικά* – ιδίως τα μιας χρήσης. Η Συνθήκη αυτή αναμένεται να συμφωνηθεί, κατά τους επόμενους μήνες, με πάνω από 50 χώρες, οι οποίες, μέχρι σήμερα, αναζητούν τον τερματισμό της ρύπανσης από τα πλαστικά ή, τουλάχιστον, τον περιορισμό τους ως το 2040. Το θέμα της μείωσης της θαλάσσιας ρύπανσης, ειδικότερα, από τα πλαστικά και τα μικροπλαστικά, ήταν άλλωστε και ένας από τους βασικούς τομείς, στους οποίους η χώρα μας έδωσε ιδιαίτερη έμφαση, κατά τη φιλοξενία και τη διοργάνωση της 9ης *Διάσκεψης για τους Ωκεανούς*, που έλαβε χώρα στην Ελλάδα – και συγκεκριμένα στην Αθήνα – στις 15 και 17 Απριλίου. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, η πλήρης έκταση των κινδύνων για την υγεία, που συνδέονται με την έκθεση στα μικροπλαστικά, δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητή σε όλες τις εκφάνσεις. Πληθαίνουν τα στοιχεία ότι, τόσο τα πλαστικά όσο και τα μικροπλαστικά και οι πρόσθετες χημικές ουσίες τους, ενέχουν δυνητικά σοβαρούς κινδύνους για την υγεία των ανθρώπων – με τα μωρά και τα βρέφη να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτά αβίαστα συσσωρεύονται στα κύρια όργανά μας, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφάλου, ενώ μικροπλαστικά έχουν ανιχνευθεί στον ανθρώπινο πλακούντα και το μητρικό γάλα. Μαζί με τις συζητήσεις, ιδίως επί θεμάτων επιδημιολογίας, τις οποίες θα ακούσουμε σήμερα, αγγίζουμε πολύ σημαντικές πτυχές της ανθρώπινης καθημερινότητας. Ας γιορτάσουμε, λοιπόν, την *Παγκόσμια Ημέρα της Γης*, με την υπόσχεση ότι όλοι μαζί θα προστατεύσουμε το σπίτι μας, τον πλανήτη μας, υιοθετώντας συνήθειες, όπως τη μείωση της χρήσης των πλαστικών και των μικροπλαστικών. Είναι κινήσεις που μπορούμε, με

κατάλληλη ενημέρωση, να εντάξουμε στην καθημερινότητά μας. Υγιής φύση, άλλωστε, σημαίνει υγιείς άνθρωποι. Ευχαριστώ πολύ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Και εμείς ευχαριστούμε την κ. *Αυγερινοπούλου*. Λοιπόν, για να μην μιλάμε συνέχεια εμείς – με κάλυψε η κ. *Αυγερινοπούλου* με την Εισήγησή της – να δώσουμε το λόγο στους προσκεκλημένους μας, για να μάς διαφωτίσουν. Το λόγο έχει ο κ. *Ζερεφός*, Γενικός Γραμματέας της Ακαδημίας Αθηνών και Εθνικός Εκπρόσωπος για την Κλιματική Αλλαγή. Ορίστε, σάς ακούμε.

ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΕΡΕΦΟΣ (Γενικός Γραμματέας της Ακαδημίας Αθηνών, Εθνικός Εκπρόσωπος για την Κλιματική Αλλαγή): Αξιότιμε Κύριε Πρόεδρε, Κύριοι Εκπρόσωποι του ΣΥΡΙΖΑ, Κυρία Πρόεδρε της Επιτροπής Περιβάλλοντος, Κυρίες και Κύριοι Βουλευτές, η κλιματική αλλαγή είναι το θέμα το οποίο μου έκανε την τιμή η κυρία Λινού να με προσκαλέσει, για να παρουσιάσω στο Σώμα αυτό του ελληνικού λαού και με μεγάλη χαρά και τιμή, σας παρουσιάζω σε πολύ μεγάλη συντομία ποια είναι η κατάσταση σήμερα, γιατί μιλάμε για το φαινόμενο του θερμοκηπίου. Όλοι αποδίδουν όλα στην κλιματική αλλαγή και τη κλιματική αλλαγή όπως τη λέγαμε, όταν ήταν Υπουργός ο κ. *Φάμελλος* για το περιβάλλον, τώρα τη λέμε κλιματική κρίση. Φθάσαμε, λοιπόν, στην κρίση και ελπίζω να ανταποκριθούμε όπως πρέπει. Οι επιπτώσεις στην υγεία είναι πολλές. Αναφέρθηκε και η κ. *Αυγερινοπούλου*, προηγουμένως, αλλά ας δούμε τάχιστα την περιγραφή του πλανήτη μας στο σύνολο. Είναι η *Ημέρα της Γης* σήμερα. Επίσης, είναι και τα γενέθλιά μου την ίδια μέρα.

ΔΙΟΝΥΣΙΑ - ΘΕΟΔΩΡΑ ΑΥΓΕΡΙΝΟΠΟΥΛΟΥ (Πρόεδρος Επιτροπής Περιβάλλοντος): Χρόνια πολλά. Χρόνια πολλά.

ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΕΡΕΦΟΣ (Γενικός Γραμματέας της Ακαδημίας Αθηνών, Εθνικός Εκπρόσωπος για την Κλιματική Αλλαγή): Ευχαριστώ. Να είστε καλά. Η Γη δεν θα είχε τη θερμοκρασία που έχει, αν δεν υπήρχαν ορισμένα αέρια που δεν την αφήνουν να ψυχθεί προς το παγωμένο διάστημα. Αν δεν είχαμε αυτά τα αέρια, η θερμοκρασία θα ήταν μείον 19 βαθμοί σαν τον Άρη, όμως, είναι συν 14,5. Κύριε Πρόεδρε, κυρίες και κύριοι, τα 150 χρόνια τα τελευταία, αυτά που βλέπουμε, την υπερθέρμανση όπως λέμε, η οποία συνίσταται σε αύξηση της μέσης θερμοκρασίας της ατμόσφαιρας κατά σχεδόν 1,5 βαθμό κελσίου αλλά και των ωκεανών, όπου έχουμε μεγαλύτερες αυξήσεις ιδιαίτερα στις πολικές περιοχές γι αυτό βλέπετε και λιώνουν οι πάγοι. Σε αυτή τη διαφάνεια, βλέπετε μετρήσεις με και χωρίς την παρέμβαση του ανθρώπου στα αέρια του θερμοκηπίου. Τα αέρια του θερμοκηπίου αυξάνουν και βλέπετε, ότι, η οριζόντια σχεδόν ισοηλεκτρική γραμμή, είναι, εάν δεν αυξάνεται το διοξείδιο του άνθρακα το οποίο αυξάνει και από ανθρώπινες δραστηριότητες ποια θα ήταν η θερμοκρασία. Πολύ γρήγορα, σας δείχνω την αύξηση της θερμοκρασίας στη Μεσόγειο. Η αύξηση της θερμοκρασίας είναι πάνω από 1,5 βαθμούς, είναι κοντά στους 2 βαθμούς, με αποτέλεσμα να έχουμε φυσικές καταστροφές τις οποίες η αμερικανική υπηρεσία

ωκεανών και ατμόσφαιρας – γιατί εκεί πάνε μαζί ο ωκεανός με την ατμόσφαιρα – δεν τα διαχωρίζουν τουλάχιστον ως προς τις επιπτώσεις. Και βλέπετε εδώ, ότι ξεπερνά πολλά δισεκατομμύρια δολάρια το κόστος μέχρι το 2019. Συνολικά αν αφήσουμε τα πράγματα και δεν κάνουμε τίποτα, στο τέλος του αιώνα θα έχει κοστίσει όλη αυτή η περιπέτεια της ανθρωπότητας 130 τρισ. δολάρια. Ο Covid κόστισε 3 τρισ. απλώς για δείγμα. Ο Παγκόσμιος Μετεωρολογικός Οργανισμός έχει υπολογίσει, ότι, ναι, μεν, με την εκπαίδευση, με τα συστήματα – το 112 είναι ένα από αυτά – και πολλά άλλα, έχουμε μείωση της απώλειας ζωής, δηλαδή, τα τελευταία χρόνια περίπου είναι σταθερά, ενώ, το οικονομικό κόστος συνεχίζει να αυξάνει. Ο πρώτος σοβαρός καύσωνας που έπληξε την Ευρώπη ήταν το 2003, 70.000 θερμοπληκτοι. Σε αυτήν τη διαφάνεια, είναι ένα μοντέλο που είχαμε κάνει με συναδέλφους από την Αγγλία και βλέπετε με ένα αστεράκι τον καύσωνα του 2003. Ο καύσωνας του 2003, το 2040 και το 2060 ιδίως, θα είναι δροσιά. Πολλοί νομίζουν ότι πάντα είχαμε καύσωνες, ότι πάντα είχαμε αυτές τις καταστάσεις. Όχι. Ο πρώτος καύσωνας σε μας έγινε το 1987. Ο επόμενος μεγάλος ήταν το 2007, ο μεθεπόμενος το 2021 και ο τελευταίος καύσωνας πέρασε το 2023. Σε αυτήν τη διαφάνεια, τα κόκκινα είναι η αύξηση της θερμοκρασίας η οποία κατά τους καύσωνες αυτούς, ξεπερνάει και τους 3 βαθμούς και σε μερικές μέρες και τους 4 βαθμούς Κελσίου. Τα κύματα του καύσωνα σε σχέση με την θνησιμότητα, ακολουθούν μια περίεργη συνάρτηση η οποία μοιάζει σαν ένα φασόλι και αυτό οφείλεται, στο ότι στις χαμηλές θερμοκρασίες αυξάνει η θνησιμότητα. Γιατί, εδώ, μπαίνουν μέσα οι βόρειες χώρες, οι οποίες έχουν πολλούς θανάτους από κρύο και μετά ακολουθούν οι μεσογειακές και οι νότιες χώρες, όπου έχουμε πολλούς θανάτους από ζέστη και αυξημένη θερμοκρασία. Το 2023, όλες αυτές οι περιοχές που έχω σημαδέψει υπέφεραν από καύσωνα. Το 2023 είχαμε τα πιο ακραία φαινόμενα του τελευταίου αιώνα σε πολλές περιοχές του πλανήτη. Αν έρθουμε και εστιάσουμε στη Μεσόγειο, βλέπετε την τάση, ότι είναι σαφώς αυξητική στις θερμοκρασίες της επιφάνειας της θάλασσας, της Μεσογείου δηλαδή, με αποτέλεσμα να έχουμε σημαντικές, λόγω και της προηγούμενης ξηρασίας. Όπως είναι και φέτος, έτσι ήταν και πέρυσι. Αυτά που σας δείχνω, θα μπορούσα να σας πω, ότι αυτό θα είναι το σενάριο που θα έχουμε το προσεχές καλοκαίρι, όμως, είναι το προηγούμενο καλοκαίρι. Οι εκπομπές από τις καύσεις των δασών, είναι σημαντικές. Είναι μοναδική η περίπτωση να χαθεί όλο το πράσινο από ένα νησί, το Μάουϊ στη Χαβάη. Είναι σημαντικό το ότι είδαμε ένα *Omega blocking* σύστημα, το οποίο στερέωσε μια πολύ μεγάλη καταιγίδα, η οποία έμεινε ακίνητη και έδωσε αυτά που έδωσε στη Λάρισα, η ζημιά της οποίας έχει ξεπεράσει τα 4 δις. απ' ό,τι λένε. Βλέπουμε σε αυτή τη διαφάνεια, την αύξηση της μέσης ετήσιας θερμοκρασίας, να συνεχίζεται και στη χώρα μας. Η μείωση των βροχοπτώσεων και το μέλλον της Κλιματικής Αλλαγής, είναι ζοφερό και από πλευράς υγείας, δεν είναι μόνο η μεταφορά των σωματιδίων των PM10, των μικρότερων, δηλαδή αυτά που έχουν διάμετρο από 10 εκατομμυριοστά του μέτρου και πιο κάτω, αλλά είναι

και το θέμα της έκθεσης στην υπεριώδη. Νομίζαμε ότι με το *Πρωτόκολλο του Μόντρεαλ* είχαμε ξεμπερδέψει από τον κίνδυνο του ηλίου, διότι προστατεύσαμε με το Πρωτόκολλο τη στιβάδα του όζοντος, αλλά, δυστυχώς, ήρθε η Κλιματική Αλλαγή, η οποία τροποποίησε τις τάσεις ανάκαμψης, όχι του στρώματος του όζοντος αυτό συνεχίζει να ανακάμπτει, αλλά σε περιοχές που δεν υπήρχαν σύννεφα τώρα έχει σύννεφα και σε άλλες που υπήρχαν, τώρα δεν υπάρχουν. Επομένως η υπεριώδης ηλιακή ακτινοβολία, η οποία εξαρτάται και από τα σύννεφα σημαντικότερα, σηματοδοτεί αυτές τις αλλαγές τις οποίες δεν είχαμε προβλέψει στο *Πρωτόκολλο του Μόντρεαλ*. Σε αυτή τη διαφάνεια είναι ένας παλιός μας φίλος και συνεργάτης, ο κ. *Γκιμπρασέλ*, Διευθυντής του *Ινστιτούτου Μαξ Μαν*, ο οποίος έχει φτιάξει δύο μοντέλα, ένα ήπιο και ένα σενάριο επικίνδυνο και πώς θα είναι η θερμοκρασία στον πλανήτη μας, τα προσεχή 70 με 80 χρόνια. Βλέπετε σε αυτή τη διαφάνεια κάτω στη μέση αριστερά, που είναι το ήπιο σενάριο και δεξιά είναι ότι δεν κάνουμε τίποτα. Βλέπετε, ότι σιγά-σιγά, τώρα τελείωσε ο αιώνας, έτρεχε ο χρόνος προηγούμενος και αυτό είναι, δυστυχώς, το μέλλον. Αν κάνουμε κάτι είναι αριστερά, δηλαδή, αν χρησιμοποιήσουμε τα συμπεφωνημένα στη *Συμφωνία των Παρισίων*, είναι αριστερά και μπορούμε να το φθάσουμε. Η κ. *Ούρσουλα Φον Ντερ Λάιεν* είχε παραγγείλει στην *AQUILA* – τη μεγάλη αυτή εταιρεία – στο *Ινστιτούτο «Πότζνταμ»* και στην *Ακαδημία Αθηνών*, Κύριε Πρόεδρε, και της κάναμε μια μελέτη, για το κατά πόσον η Ευρώπη στο σύνολό της θα μπορούσε να απεξαρτηθεί από τα ορυκτά καύσιμα κατά 80% στο μίγμα της. Η απάντηση ήταν, ναι, μπορεί να γίνει μέχρι το 2030, μετά το 2030 το επόμενο έτος είναι το 2050, μετά το οποίο δεν συγκλίνουν οι συναρτήσεις μας. Όσοι είναι μαθηματικοί, το καταλαβαίνουν. Σας ευχαριστώ πολύ, Κύριε Πρόεδρε, και θα παρακαλέσω, επειδή θα αποχωρήσω σύντομα, αν υπάρχουν ερωτήσεις να γίνουν τώρα. Σας ευχαριστώ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Σας ευχαριστούμε πολύ, Κύριε Πρόεδρε. Μπορείτε να θέσετε, Κύριοι Βουλευτές, από μία ερώτηση. Το λόγο έχει η κ. *Αθανασίου*

ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Τώρα, τώρα, Κύριε Πρόεδρε, έχω ετοιμάσει αρκετές ερωτήσεις, απλά θα θέσω μόνο μία, όπως είπατε. Είναι μερικές οι ερωτήσεις που έχω ετοιμάσει και θα ήθελα, αν μπορείτε, σε αυτή να μου απαντήσετε. Διεθνώς υφίσταται, κυρίως οι Σκανδιναβικές χώρες, η αξιοποίηση απορριμμάτων για δημιουργία ενέργειας, ακόμα και περιπτώσεων ζώων, των υπολειμμάτων ξυλείας, των θερμών υδάτων, κυρίως στην Ισλανδία. Υπάρχει παρόμοιο σχέδιο, αν ξέρετε και στην Ελλάδα, που να το αξιοποιήσουμε. Σας ευχαριστώ.

ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΕΡΕΦΟΣ (Γενικός Γραμματέας της Ακαδημίας Αθηνών, Εθνικός Εκπρόσωπος για την Κλιματική Αλλαγή): Δεν γνωρίζω αν υπάρχει στην Ελλάδα, πάντως πράγματι στη Σκανδιναβία, επειδή είμαι και μέλος της *Νορβηγικής Ακαδημίας*, ξέρω ότι γίνονται σημαντικές προσπάθειες, οι οποίες θεωρούνται και μάλιστα επιτυχείς οικονομικά.

ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Γίνονται και στην Ιταλία, γι' αυτό σας το λέω. Σας ευχαριστώ.
ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Μεταξύ των δύο πλανητών που μας δείξατε, πόσες πιθανότητες έχουμε να αποφύγουμε τον κόκκινο πλανήτη;

ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΕΡΕΦΟΣ (Γενικός Γραμματέας της Ακαδημίας Αθηνών, Εθνικός Εκπρόσωπος για την Κλιματική Αλλαγή): Εάν ακολουθήσουμε τη *Συμφωνία των Παρισίων*, νομίζω μπορούμε να το αποφύγουμε και να πάμε, σκέτο, στο αριστερό κομμάτι...

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Πότε θα φανεί αυτό;
ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΕΡΕΦΟΣ (Γενικός Γραμματέας της Ακαδημίας Αθηνών, Εθνικός Εκπρόσωπος για την Κλιματική Αλλαγή): ...αλλά αυτό προϋποθέτει ότι θα έχουμε απαλλαγεί πλήρως μετά το 2050 από τα ορυκτά καύσιμα. Για πολλούς, το εμπόδιο, είναι η αποθήκευση της ενέργειας που παίρνουμε από ανανεώσιμες πηγές. Την απάντηση την έχουν δώσει και στις ΗΠΑ και στην Κίνα, όπου χρησιμοποιούν τα μικρά υδροηλεκτρικά, τα οποία απαξιώθηκαν στην Ελλάδα, κακώς, αλλά εκεί χρησιμοποιούν τους ανεκκυστήρες τους λεγόμενους, με τους οποίους ανεβάζουν και κατεβάζουν βαρίδια, τα ανεβάζουν όταν έχουν ανανεώσιμη πηγή ενέργειας και τα αφήνουν να κατεβούν με τη βαρύτητα για να αποδώσουν την ενέργεια την οποία πήραν. Αυτές οι διαδικασίες, είναι επιτυχείς πάνω από 60% και επομένως, είναι βιώσιμες.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Το λόγο έχει ο κ. *Φλώρος*.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΦΛΩΡΟΣ: Σας ευχαριστώ πολύ, Κύριε Πρόεδρε. Εμένα, μου έχει γεννηθεί μόνο ένα ερώτημα πάνω σε όλο αυτό, ένα ερώτημα γενικότερα. Το ερώτημα που θέλω να κάνω, είναι, ότι έστω δεχόμαστε όλο αυτό που γίνεται με την Κλιματική Αλλαγή και τις εκπομπές που θέλουμε να μειώσουμε, κυρίως από το διοξείδιο του άνθρακα. Έστω ότι επενδύουμε ένα ποσό, 53 τρισ. σε όλο τον κόσμο. Μέχρι το 2050, σε τι κλίμακα θα μειώσει αυτό σε βαθμούς τη θερμοκρασία; Έχουμε κάποιο αριθμό, κάποιο απόλυτο αριθμό;

ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΕΡΕΦΟΣ (Γενικός Γραμματέας της Ακαδημίας Αθηνών, Εθνικός Εκπρόσωπος για την Κλιματική Αλλαγή): Είναι πολύ σωστή η ερώτησή σας....

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΦΛΩΡΟΣ: Σας ευχαριστώ.

ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΕΡΕΦΟΣ (Γενικός Γραμματέας της Ακαδημίας Αθηνών, Εθνικός Εκπρόσωπος για την Κλιματική Αλλαγή): ...για τον εξής απλούστατο λόγο. Το διοξείδιο του άνθρακα είναι αέριο, το οποίο ζει στην ατμόσφαιρα 100 χρόνια. Τα μόρια τα οποία απελευθερώθηκαν σήμερα, φέτος, θα ζήσουν άλλα 100 χρόνια, δηλαδή μέχρι το 2124. Επομένως, η απόδοση, θα είναι και υπολογισμένη στα μοντέλα και θα είναι πλήρης, περίπου μετά το 2100. Είναι αλήθεια αυτό. Τώρα, το κόστος του πόσο θα κοστίσει αυτή η απαλλαγή από τα ορυκτά καύσιμα, δίστανται οι απόψεις. Γιατί; Διότι, τίθεται το θέμα της αποθήκευσης. Μέχρι τώρα είχανε το υδρογόνο, ότι θα χρησιμοποιήσει το υδρογόνο. Μετά, μπήκαν άλλοι

παράγοντες και μπήκε και ένα μικρό ποσοστό, το οποίο δεν είναι μικρό, είναι σχεδόν 8% η γεωθερμία, η οποία είναι σημαντική. Η συνάδελφος, η Κυρία Γεωλόγος, το ξέρει. Οπότε, μπορούμε πολύ ωραία να πάμε, αλλά θα πρέπει να συνεργασθούν όλες μαζί οι χώρες. Δεν μπορεί, «ο ένας να σφυρίζει αδιάφορα και οι άλλοι όλοι, να σφίγγουν τη ζώνη».

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Σας ευχαριστούμε πολύ. Το λόγο έχει η κ. *Φωτίου*, για να ολοκληρώσουμε τον κύκλο των ερωτήσεων. Το λόγο έχει η κ. *Φωτίου*.

ΘΕΑΝΩ ΦΩΤΙΟΥ: Σας ευχαριστώ και εγώ, πάρα πολύ για την εισήγησή σας, παρόλο που μας κατατρομοκρατήσατε, αλλά καλώς. Νομίζετε ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση, αυτή τη στιγμή, αντιμετωπίζει με τη δέουσα σοβαρότητα το πρόβλημα που μας εκθέσατε και τα κονδύλια που διαθέτει, όπως και τους Μηχανισμούς, τους θεωρείτε επαρκείς;

ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΕΡΕΦΟΣ (Γενικός Γραμματέας της Ακαδημίας Αθηνών, Εθνικός Εκπρόσωπος για την Κλιματική Αλλαγή): Ευχαριστώ. Είναι πολιτικό το θέμα, όπως ξέρετε. Εγώ, Κύριε Πρόεδρε, με την πολιτική δεν τα πάω καλά και έτσι συγχωρέστε με, αν πω, ότι εξακολουθώ να έχω μια συγκρατημένη αισιοδοξία. Αυτή είναι διπλωματική απάντηση, αλλά η πραγματικότητα είναι, ότι θα μπορούσαμε να έχουμε κάνει πολύ περισσότερα. Πρώτα απ' όλα, η δέσμευση των εκπεμπόμενων αερίων του θερμοκηπίου θα μπορούσε να γίνεται στην πηγή με μεγαλύτερη αποδοτικότητα. Δεύτερον, η προσαρμογή στην κλιματική αλλαγή, στην οποία η Ελλάδα ήταν από τις πρώτες χώρες – είναι ο κ. *Φάμελλος* εδώ, ο οποίος το εισήγαγε όπως ξέρετε – και οι 13 Περιφέρειες έχουν κάνει όλες τις μελέτες, αλλά ήρθε ο «*ΙΑΝΟΣ*» και ο «*ΝΤΑΝΙΕΛ*» να ανατρέψουν τα διάφορα σενάρια που πρότειναν στις μελέτες της προσαρμογής στην κλιματική αλλαγή και επομένως τώρα χρειάζεται επικαιροποίηση όλων των μελετών και είναι ένα μείζον θέμα, για το οποίο και η Ευρωπαϊκή Ένωση πρέπει να «βάλει το χέρι στην τσέπη». Επομένως, έχει έρευνα – υπάρχει εφαρμοσμένη έρευνα – και υπάρχουν λύσεις απλές, τις οποίες πρέπει να ενθαρρύνει. Η λεγόμενη «*Decarbonization*» (απανθράκωση), σε παγκόσμιο επίπεδο, δεν ξέρω πόσο καλά θα λειτουργήσει, αλλά στην Ευρωπαϊκή Ένωση μπορεί να λειτουργήσει και είναι ο καλύτερος δρόμος, μετά την προσαρμογή, για να απαλλαγούμε από αυτό τον εφιάλτη.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Ευχαριστούμε, ήταν πραγματικά πολύ ενδιαφέρουσα η εισήγησή σας. Το λόγο έχει τώρα η κ. *Λυδία Καρρά*, Ιδρύτρια και Αντιπρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Περιβάλλοντος και Πολιτισμού και σκηνοθέτης, από ότι έχω μάθει.

ΛΥΔΙΑ ΚΑΡΡΑ (Ιδρύτρια και Αντιπρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Περιβάλλοντος και Πολιτισμού): Σας ευχαριστώ. Κύριε Πρόεδρε, Κυρία Πρόεδρε της Επιτροπής Περιβάλλοντος της Βουλής, Κύριε *Φάμελλε*, θεωρώ πολύ μεγάλη τιμή που είμαι σήμερα εδώ, γιατί για τη γενιά μου, που έζησε τη Δικτατορία ως νεολαία, αυτό το κτίριο ήταν πραγματικά ένα σύμβολο, του τι ονειρευόμαστε να γίνει μια μέρα, να

ξαναέρθει η Δημοκρατία. Έτσι ξεκίνησε και η «Ελληνική Εταιρεία» και θέλω να σας δείξω ένα μικρό video που είναι το ξεκίνημα, ακριβώς επί Δικτατορίας και τί επετεύχθη με το πρώτο άρθρο 24 του Συντάγματος. Εκκληθήκα όχι ως ειδικός για την Υγεία, αλλά πιο πολύ ως *Κοινωνία των Πολιτών*, να σας πούμε για ένα κίνημα πολιτών σε όλη τη χώρα που αγωνίζεται γι' αυτά τα θέματα και μάλιστα, ως εκπρόσωποι της «*EuroPa Nostra*» στην Ελλάδα, να πω ότι πλέον έχουν ενωθεί – όπως είδαμε και στο COP του Dubai – και η πολιτιστική κληρονομιά θεωρείται πολύ σημαντική και για την κλιματική κρίση. Θεωρούμε, ότι στους αγώνες που δίνουν οι πολίτες σήμερα για το περιβάλλον – και δίνουν πολλούς αγώνες – ειλικρινά θα θέλαμε τους βουλευτές όλων των Κομμάτων – εμείς είμαστε τελείως ακομμάτιστοι – να είναι πιο πολύ στο πλευρό μας.

(Έναρξη video).

Εκεί σκέφθηκα ότι το Άρθρο 24 του Συντάγματος που έπαιξε καθοριστικό ρόλο στη χώρα μας όλα αυτά τα χρόνια ήταν πραγματικά πρωτοποριακό. Ήταν μια ευκαιρία να το δείξουμε. Θα σας δείξω λίγο για τη σημερινή εποχή και τί κάνουμε. Το κτίριο μας στην Πλάκα, ένα κτίριο που επρόκειτο να γκρεμισθεί, αλλά καταφέραμε, μαζί με όλη την ιστορία της Πλάκας, να μην γκρεμισθεί και να ζήσει. Άρχισαν οι δράσεις. Πρώτος άξονας έργα διατήρησης και αποκατάστασης της πολιτιστικής κληρονομιάς και του φυσικού περιβάλλοντος, αποκατάσταση μνημείων, νέα ζωή σε εγκαταλελειμμένα παλαιά μονοπάτια ιδιαίτερα φυσικής ομορφιάς και ιστορικής σημασίας όπως είναι ένα μεγάλο πρόγραμμα που λέγεται «*Μονοπάτια Πολιτισμού*» και που έχει γίνει πλέον σε 15 περιοχές της χώρας. Μεταξύ των άλλων θετικών που επιφέρει φέρνει πολύ μεγάλο οικονομικό αποτύπωμα, εισόδημα, σε χωριά των περιοχών αυτών σε εποχή εκτός αιχμής. Δεύτερος άξονας είναι οι θεσμικές παρεμβάσεις. Προασπίζει την κοινή κληρονομιά των Ελλήνων έναντι των δημοσίων αρχών και των φορέων χάραξης πολιτικής και προσφέρει στα δικαστήρια εάν αυτό είναι απαραίτητο. Εδώ, αριστερά είναι η φωτογραφία που παραδώσαμε τη φέρουσα ικανότητα της Σαντορίνης στον Πρωθυπουργό και δεξιά είναι ο μεγάλος αγώνας πριν τέσσερα χρόνια για να μην εγκριθούν μεγάλα ύψη γύρω από την Ακρόπολη. Κάτι που κερδίσαμε στο Συμβούλιο Επικρατείας με μάλιστα Δικαστή την νυν Πρόεδρο της Δημοκρατίας. Τρεις τρίτος σημαντικός άξονας είναι η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση σε θέματα προστασίας του φυσικού και ανθρωπογενούς περιβάλλοντος. Έχουμε ένα μεγάλο πρόγραμμα που λέγεται «*Το αειφόρο ελληνικό σχολείο*» που είναι περίπου σε 1.000 σχολεία σε όλη τη χώρα και που εμπλέκει Καθηγητές, γονείς και παιδιά. Καθώς και ένα καινούργιο πρόγραμμα που λέγεται «*Παρατηρώ και φροντίζω τον τόπο μου*» και είναι σε μικρές κοινωνίες, μικρές κοινότητες. Εκπαιδεύονται τα παιδιά για το τί είναι σημαντικό στην περιοχή τους από πλευράς φύσης και κληρονομιάς αρχιτεκτονικής και γίνονται εκείνα οι φύλακες με ένα σήμα που παίρνουν για να μαθαίνουν από μικροί ότι πρέπει να είναι οι φύλακες, οι προστάτες του τόπου

τους. Έχουμε και ένα πανόραμα οικολογικών ταινιών που είναι από όλα τα μέρη του πλανήτη μας στέλνουν τις καλύτερες ταινίες και αυτό το πανόραμα δεν δείχνεται απλώς εδώ στην ταινιοθήκη, αλλά ταξιδεύει σε όλη τη χώρα. Μπορούμε να πούμε ότι έχουμε 23 αναστηλώσεις σημαντικών μνημείων στην Ελλάδα και το εξωτερικό καθώς και 35 υποδειγματικές μελέτες. Δεν θα σας κουράσω άλλο. Αυτά είναι τα λόγια της κ.Σακελλαροπούλου. Εδώ είναι το έργο της ΕΛΕΤ στο χάρτη. Αυτές είναι κάποιες διακρίσεις από την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Βραβείο Ευρωπαίου Πολίτη το 2012, της Ακαδημίας Αθηνών δύο φορές για διαφορετικά πράγματα. Το τελευταίο ήταν το 2022 για τα 50 χρόνια συνεχών και επιτυχών δράσεων. Εδώ είναι ένα καινούργιο πρόγραμμα που μας ανατέθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση και τη *Europan Nostra*. Ήθελαν να κάνουν μια αποκέντρωση να μην είναι όλα τα θέματα περιβάλλοντος και πολιτιστικής κληρονομιάς συγκεντρωμένα στη Χάγη και τις Βρυξέλλες. Έκαναν το πρώτο αποκεντρωμένο κόμβο στην Κρακοβία για την Βορειοανατολική Ευρώπη και μας ζήτησαν να είμαστε συντονιστές για τη Νοτιοανατολική Ευρώπη, τα Βαλκάνια, το Καύκασο και την Τουρκία. Όπως καταλαβαίνετε είναι μεγάλη ευθύνη, αλλά είναι και πολύ τιμητικό για τη χώρα μας. Είπαμε εκπροσωπούμε την Ελλάδα. Υποστηρίξτε μας, κυρίως οι Βουλευτές, στα μεγάλα σημαντικά θέματα. Σας ευχαριστώ πολύ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Ευχαριστούμε. Τον λόγο έχει η κ. Margaret (Rita) Karagas, Καθηγήτρια, Πρόεδρος του Τμήματος Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής Geisel, Ιδρυτική Διευθύντρια των Κέντρων Μοριακής Επιδημιολογίας και Έρευνας Περιβαλλοντικής Υγείας και Πρόληψης Νοσημάτων Παιδιών στο Dartmouth College, U.S., Fulbright Scholar στο Ινστιτούτο Prolepsis.

MARGARET (RITA) KARAGAS (Καθηγήτρια, Πρόεδρος του Τμήματος Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής Geisel, Ιδρυτική Διευθύντρια των Κέντρων Μοριακής Επιδημιολογίας και Έρευνας Περιβαλλοντικής Υγείας και Πρόληψης Νοσημάτων Παιδιών στο Dartmouth College, U.S., Fulbright Scholar στο Ινστιτούτο Prolepsis): Ευχαριστώ θερμά. Ευχαριστώ πολύ που είμαι εδώ σήμερα. Είμαι πολύ ευγνώμων που βρίσκομαι εδώ. Ευχαριστώ την Καθηγήτρια κ. Λινού και τους αξιότιμους συναδέλφους που οργάνωσαν αυτή την τόσο ξεχωριστή ημέρα. Είχα το προνόμιο να είμαι με Υποτροφία Fulbright εδώ στην Ελλάδα και έχω γνωρίσει πολύ έξυπνους, πολύ ευφυείς και πολύ ευγενικούς ανθρώπους εδώ στη χώρα. Είναι ενδιαφέρον διότι το Πρόγραμμα Fulbright στην Ελλάδα είναι το δεύτερο παλαιότερο πρόγραμμα Υποτροφιών Fulbright σε όλο τον κόσμο. Είναι ένα πρόγραμμα το οποίο τρέχει το Υπουργείο Εξωτερικών της Αμερικής. Η γιαγιά μου και ο παππούς μου κατάγονταν από την Εύβοια, εκεί που έγιναν οι δασικές πυρκαγιές. Πέθαναν όταν ήμουν μικρή, άρα δεν μπόρεσα να μάθω ελληνικά, δεν μπόρεσα να μιλήσω ελληνικά. Στα ελληνικά το όνομά μου είναι *Μαργαρίτα Καρατζά*. Έχω την οπτική γωνία της Αμερικής, αλλά έχω και ένα μέρος της καρδιάς και της ψυχής μου που

είναι ελληνικά. Σήμερα, λοιπόν, θα σας μιλήσω ως Επιδημιολόγος και θα σας πω πόσο επηρεάζει το περιβάλλον την ανθρώπινη υγεία. Καταρχήν, χρόνια πολλά για την *ημέρα της γης*. Όπως ακούσατε η Ελλάδα ήταν στο μέτωπο της υιοθέτησης των αρχών για την προστασία του περιβάλλοντος και ενσωμάτωσε αυτές τις αρχές στο Σύνταγμα. Έτσι, λοιπόν, όλοι αισθανόμαστε ωραία όταν βγαίνουμε έξω στο πράσινο στην εξοχή και εγώ χαίρομαι όταν είμαι σε ωραία τοπία, όπως τα τοπία εδώ στην Ελλάδα. Τώρα έχουμε και επιστημονική τεκμηρίωση ότι όταν είμαστε στο πράσινο αυτό συσχετίζεται με μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής. Δηλαδή, βελτιώνεται η νευρολογική λειτουργία και για την κύηση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να γεννιούνται πιο υγιή μωρά. Έτσι, λοιπόν, οι πόλεις είναι νησίδες θερμοκρασίας λόγω της δομής, λόγω της ασφάλτου, του τσιμέντου, της στέγης απορροφούν θερμοκρασία και όπως και άλλα στοιχεία του περιβάλλοντος αυτό επηρεάζει κυρίως τις περιοχές χαμηλών εισοδημάτων. Από την άλλη πλευρά, τα φυτά δροσίζουν, κάνουν σκιά, μειώνουν την χρήση ενέργειας, δεσμεύουν τον άνθρακα άρα μειώνεται η εκπομπή των αερίων του θερμοκηπίου και μας ενθαρρύνουν ουσιαστικά να βγούμε έξω να ασκηθούμε. Σε μία πρόσφατη μελέτη αποδείχθηκε ότι φυτεύοντας 10 δένδρα σε ένα τετράγωνο σημαίνει ότι βελτιώνεται η αντίληψη της υγείας σε σύγκριση με μια αύξηση προσωπικού εισοδήματος κατά 10.000. Άρα, φυτεύοντας δέντρα ή δημιουργώντας κήπους γιατί και οι κήποι μπορούν να μας δώσουν και θρεπτικές τροφές, δηλαδή περιβόλια ουσιαστικά που υποστηρίζουν και τη *μεσογειακή διατροφή* που πλέον είναι γνωστή ως *πλανητική διατροφή*. Η *μεσογειακή διατροφή* είναι μία βιώσιμη για τον πλανήτη διατροφή και είναι και φιλική προς το περιβάλλον. Η φωτογραφία εδώ στο κάτω μέρος είναι μια φωτογραφία που έβγαλα σε ένα Γυμνάσιο σε μία περιοχή της Αθήνας με χαμηλά εισοδήματα. Εκεί, δηλαδή έκαναν ένα περιβόλι στην αυλή, στον κήπο του σχολείου και είναι πολύ ενθουσιασμένοι μαθητές και μάλιστα πολλοί από αυτούς τους μαθητές βελτίωσαν την διατροφική ανασφάλεια που ένιωθαν. Επίσης, περιλαμβάνονται και τα ψάρια στη *μεσογειακή διατροφή* και πολύ τα απολαμβάνω τα ψάρια εδώ στην Ελλάδα, αλλά θα πρέπει να δούμε τί είναι αυτό που τρώμε. Πρόσφατα ήμουν σε μία Επιτροπή της *Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών Μηχανικής και Ιατρικής* και εκεί αναφέρθηκε ότι το ψάρι έχει πολλά θρεπτικά συστατικά και βοηθά την ανάπτυξη του εγκεφάλου και την ανάπτυξη γενικώς, αλλά περιέχει και μολυσματικές ουσίες, όπως ο υδράργυρος, που μπορεί να είναι πολύ επιβλαβής ουσία για το IQ των παιδιών. Άρα, οι *διατροφικές κατευθυντήριες οδηγίες* συστήνουν 2-3 μερίδες ψάρι την εβδομάδα και αυτό που μου αρέσει είναι ότι στην Ελλάδα δίνεται έμφαση στα μικρά ψαράκια που έχουν τα υγιή λιπαρά. Ο λόγος είναι, γιατί αυτά τα μικρά ψαράκια περιέχουν και λιγότερες τοξικές ουσίες και είναι και πιο οικονομικά, βεβαίως, είναι πιο φθηνά. Άρα, πρέπει να παρακολουθούμε το διατροφικό μας σύστημα, το οποίο είναι πολύ σημαντικό, όσο αυξάνονται οι ιχθυοκαλλιέργειες και στην Ελλάδα, αλλά και σε όλο τον κόσμο. Εάν, λοιπόν, το κάνουμε αυτό στην Ελλάδα, θα είναι ευεργετικό για τη Δημόσια Υγεία, αλλά πέρα από αυτό, θα είναι και μεγάλο πλεονέκτημα για το μάρκετινγκ της Ελλάδας. Γιατί

καμία άλλη χώρα, από αυτές που γνωρίζω, δεν παρακολουθεί και δεν μπορεί να πουλά τα ψάρια της ως ασφαλή και υγιεινά. Μία άλλη απόδειξη γιατί είναι σημαντικό να παρακολουθούμε αυτά που τρώμε, είναι μια μελέτη που κάναμε για το ρύζι. Τα μικρά παιδιά και τα μωρά είναι πολύ-πολύ ευαίσθητα στις τοξικές ουσίες του περιβάλλοντος, γιατί αναπτύσσονται γρήγορα, διαιρούνται τα κύτταρά τους, διαμορφώνονται τα όργανα, το ανοσοποιητικό τους σύστημα είναι ακόμα ανώριμο και το σύστημα αποτοξίνωσης του οργανισμού δεν είναι ανεπτυγμένο και πολλά από αυτά τα φαγητά που ταιΐζουμε στα παιδιά μας έχουν τοξικές ουσίες. Το ρύζι για παράδειγμα, συσσωρεύει 10 φορές περισσότερο αρσενικό από ότι άλλα σιτηρά. Και έχουμε διαπιστώσει ότι τα μωρά που τρώνε ρύζι και προϊόντα ρυζιού, έχουν αυξημένη περιεκτικότητα αρσενικού στα ούρα τους. Ξέρουμε, δηλαδή, ότι αυτή η ουσία μπαίνει μέσα στο σώμα τους. Αυτό είναι σημαντικό, γιατί, νομίζω, όλοι γνωρίζετε για το αρσενικό, ότι το χρησιμοποιούσαν ως δηλητήριο για να σκοτώνουν και συσχετίζεται με μεγάλο κίνδυνο λοιμώξεων, με χαμηλότερο IQ, με υπέρταση, με καρδιαγγειακά νοσήματα, αλλά και με καρκίνο. Άρα, πρέπει να υπάρχουν συστάσεις στην διατροφή και να υπάρχουν και *ρυθμιστικές κατευθυντήριες οδηγίες*, για να μειώνεται η πρόσληψη τοξικών ουσιών μέσω των τροφών, ειδικά για τα μωρά. Θα πρέπει, δηλαδή, να μετράμε τα τρόφιμα, αλλά να μετράμε και τους ανθρώπους, ειδικά τα παιδιά, ειδικά επειδή μιλάμε για κλιματική αλλαγή, γιατί με την κλιματική αλλαγή τροποποιείται η ποσότητα των τοξικών ουσιών που εισέρχονται στο διατροφικό μας σύστημα. Το ίδιο ισχύει και για το νερό. Ακούσατε για το εξαδύναμο χρώμιο που μολύνει τους υδάτινους πόρους εδώ στην Ελλάδα, μια μελέτη του *Ινστιτούτου Prolepsis*, που δείχνει αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο του ήπατος, της χολής και των πνευμόνων. Επίσης, ξέρουμε για την κλιματική κρίση, που όπως συζητήσαμε, απειλεί την παροχή υδάτων, αλλά και όταν υπάρχει ξηρασία, οι τοξικές ουσίες συσσωρεύονται περισσότερο. Και με τις πλημμύρες, όπως είδαμε στη Θεσσαλία, το νερό μεταφέρει μολυσματικές ουσίες από βιομηχανικές περιοχές, στις αυλές των ανθρώπων και μέσα στο σύστημα των υδάτων. Τα παιδιά, επίσης, είναι ο πιο πολύτιμος πόρος για όλους μας. Είναι το μέλλον μας. Συμβάλλουν λιγότερο απ' όλους στην κλιματική αλλαγή, αλλά επηρεάζονται περισσότερο από αυτήν. Κι αυτό περιλαμβάνει και τις επιπτώσεις της ανόδου της θερμοκρασίας, τις επιπτώσεις των πυρκαγιών και των ακραίων καιρικών φαινομένων. Άρα, και τα παιδιά μπορούν να ωφεληθούν από την αλλαγή, τη μεταβολή προς καθαρές ενέργειες, όπως ηλεκτρικά αυτοκίνητα, ηλεκτρικά ποδήλατα. Αλλά, πέρα από αυτά, η Ελλάδα πρέπει να έχει και κάποιες υποδομές. Χρειάζεται σταθμούς φόρτισης, ας πούμε, που είναι απαραίτητοι. Οι μελέτες έχουν δείξει, ότι οι χώρες που δεν καταφέρνουν να επενδύσουν στις γυναίκες και τα παιδιά τις πρώτες χίλιες ημέρες της ζωής, χάνουν δισεκατομμύρια δολάρια, λόγω της απώλειας οικονομικής παραγωγικότητας και υψηλότερου κόστους υγείας. Στην Αμερική αρχίσαμε ένα εθνικό πρόγραμμα, παρακολουθώντας παιδιά σε όλη τη χώρα, για να δούμε πώς εξελίσσεται η υγεία τους στην πορεία της ζωής τους.

Γίνονται, επίσης και κάποιες παρεμβάσεις δοκιμαστικές, όπως φίλτρα για τον αέρα στο σπίτι, για να προλαμβάνεται το άσθμα. Και θέλω να επισημάνω, ότι έχουν δαπανηθεί δισεκατομμύρια δολάρια για να βρεθούν οι γενετικές αιτίες των ασθενειών, οι οποίες αιτίες δεν είναι εύκολο να αλλάξουν, αλλά ακόμα και οι γενετικές ασθένειες, συνήθως, έχουν έναν παράγοντα που τις πυροδοτεί στο περιβάλλον. Γίνονται, λοιπόν, πολλές μελέτες και μεγάλα εθνικά προγράμματα για τα παιδιά και για τις κυήσεις και ελπίζω η Ελλάδα να είναι η επόμενη χώρα που θα υιοθετήσει ένα τέτοιο πρόγραμμα. Ένα βασικό συστατικό εδώ, είναι να υπάρχουν συστήματα δεδομένων. Να έχουμε συστήματα δεδομένων, τα οποία να είναι προσβάσιμα, τα οποία να μπορούν να είναι ολοκληρωμένα και να χρησιμοποιούνται για να αναφέρουν τις πληροφορίες στο κοινό, να ενημερώνουν το κοινό, έτσι ώστε, ο κόσμος να μπορεί να λαμβάνει προφυλάξεις και να παίρνει προληπτικά μέτρα, όπως να φοράει μάσκες ή να παρέχει φάρμακα στα παιδιά. Παρατήρησα, όταν ετοιμαζόμουν για το *Fulbright*, ότι δεν υπάρχει *Μητρώο Καρκίνου* στην Ελλάδα. Δεν ξέρουμε, δηλαδή, πόσοι καρκινοπαθείς είναι στην Ελλάδα, που βρίσκονται, τί τύπου καρκίνος συναντάται περισσότερο στην Ελλάδα. Υπάρχουν ευκαιρίες χρηματοδότησης από την Ευρωπαϊκή Ένωση, από την Αμερική, αλλά και από άλλες πηγές σε όλο τον κόσμο που υπάρχουν τέτοια συστήματα. Επίσης, ακούσαμε για το *Πρωτόκολλο του Μόντρεαλ*, το οποίο ήταν επιτυχία. Ήταν μια παγκόσμια συνεργασία για την χρήση άνθρακα σε όλο τον κόσμο και είναι κάτι που μπορεί να μειώσει τα αέρια του θερμοκηπίου. Ήμουν και στην επιτροπή παρακολούθησης αυτού του πρωτοκόλλου και είναι εντυπωσιακό πώς οι καρκίνοι δέρματος προλήφθηκαν μέσω αυτού του πρωτοκόλλου. Και επειδή κάποια από τα χημικά, ήταν αέρια του θερμοκηπίου, ήταν η μεγαλύτερη συμβολή που έχει κάνει ο κόσμος, στην διατήρηση της θερμοκρασίας εντός των ορίων της *Συμφωνίας των Παρισίων*. Για να κλείσω, λοιπόν, θέλουμε να συνεργαστούμε σε όλους τους τομείς, την παιδεία, την αρχιτεκτονική, την επιστήμη, τη φυσική, τη δημόσια υγεία, τον πολιτισμό και με αυτή την έννοια, η Ελλάδα έχει την ευκαιρία να έρθει στο μέτωπο για το κλίμα και το περιβάλλον και να αποτελέσει παράδειγμα για όλη την Ευρώπη και για όλο τον κόσμο. Με αυτά, λοιπόν, σας ευχαριστώ πολύ στα ελληνικά και χρόνια πολλά γη.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Εμείς ευχαριστούμε.

Το λόγο έχει ο κ. *Δημοσθένης Σαρηγιάννης*, Πρόεδρος του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών, Καθηγητής Περιβαλλοντικής Μηχανικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ΣΑΡΗΓΙΑΝΝΗΣ (Πρόεδρος του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών, Καθηγητής Περιβαλλοντικής Μηχανικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης): Να ευχαριστήσω και πάλι πάρα πολύ την κ. *Λινού* και την κ. *Αυγερινοπούλου* για την πολύ ευγενική πρόσκληση και να ευχαριστήσω και πάλι τους αξιότιμους κυρίους και κυρίες βουλευτές για την τιμή να με ξανακαλέσουν μετά από δέκα χρόνια να μιλήσουμε για το περιβάλλον και την υγεία – ήταν ο κ.

Φάμελλος παλαιότερα. Και πάλι ευχαριστώ. Ευχαριστώ, όχι μόνο εκ μέρους του *Αριστοτελείου* και της ομάδας μου, που ασχολείται, βεβαίως, με τα θέματα περιβάλλοντος και υγείας, αλλά εκ μέρους όλου του *Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών*, το οποίο εδώ δίπλα, στα 500 μέτρα από τη Βουλή, νομίζω ότι είναι ο βασικός κόμβος στη δουλειά που έχει να κάνει με την κατανόηση των μηχανισμών, μέσα από τους οποίους αλληλεπιδρά το περιβάλλον με την υγεία. Και το βάζω αυτό σαν σημαντικό στοιχείο, γιατί, ακριβώς, θεωρώ, ότι πρώτα απ' όλα πρέπει να καταλαβαίνουμε για να μπορούμε να κάνουμε τις σωστές, στοχευμένες δράσεις. Σε αυτή τη διαφάνεια που βλέπουμε, δεν θέλω να σας θυμίσω τον covid και τις προβλέψεις και για την εξέλιξη της ασθένειας αλλά θα κάνω μερικά σχόλια για το θέμα του περιβάλλοντος και της υγείας, και κυρίως, τους κινδύνους που διέπουν αυτή τη σχέση. Σε επόμενο slide θα δούμε ότι οι θάνατοι λόγω ρύπανσης σε σχέση με άλλες αιτίες θανάτου είναι εξαιρετικά σημαντική. Εδώ βλέπουμε λοιπόν όλες τις διαφορετικές αιτίες θανάτου παγκοσμίως και βλέπαμε στην πορτοκαλί κολώνα την επίδωση της περιβαλλοντικής ρύπανσης. Στο επόμενο slide εστιάζονται λίγο παραπάνω στο θέμα το τί συμβαίνει στην Ευρώπη. Αυτή είναι η Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ, δηλαδή, πάνω από 50 χώρες όχι μόνο 28 της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις οποίες βλέπουμε ότι ένα περίπου 20% όλων των θανάτων σε αυτήν την περιφέρεια του πλανήτη, την προηγμένη περιφέρεια του πλανήτη οφείλονται ή συνδέονται με τη συνολική επιβάρυνση του περιβάλλοντος. Στο επόμενο slide βλέπουμε ότι οι βασικοί τομείς που σχετίζονται με αυτή την αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και υγείας και κλίματος έχουν να κάνουν με την ενέργεια, το νερό, τις μεταφορές, τις υπηρεσίες και τη βιομηχανία, τη γεωργία, το σχεδιασμό των χρήσεων γης, τη στέγαση, την εργασία και τα απόβλητα. Εδώ έχω να πω ότι ξέρουμε όλοι ότι το θέμα της διαχείρισης αποβλήτων είναι από τους βασικούς στόχους που θα πρέπει να βάλει η χώρα σε σχέση με το να πάμε σε μια βιώσιμη ανάπτυξη. Εδώ, ο φίλος μου ο κ. *Σωκράτης Φάμελλος*, έχει κάνει εξαιρετική δουλειά παλαιότερα ως Υπουργός αλλά αυτό που είναι σημαντικό να πούμε είναι ότι θα είναι τα ηλεκτρονικά απόβλητα συγκεκριμένα έχουν τη δυναμική ακριβώς να απελευθερώσουν, όπως λέει κι εδώ, έως και 1.000 διαφορετικές χημικές ουσίες στο περιβάλλον, ειδικά αν η επεξεργασία τους δεν γίνει με τις κατάλληλες διεργασίες. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι είναι ένας βασικός παράγοντας επιβάρυνσης της υγείας. Και στο επόμενο slide θα δούμε ότι η κατάσταση παγκοσμίως αλλάζει. Οι θάνατοι που οφείλονται σε ατμοσφαιρική, εδαφική και χημική ρύπανση αυξάνονται. Άρα, δεν είναι τόσο απλό όσο όταν μιλάμε μόνο για το ρύπανση ή κλίμα χωριστά. Ένα σύνθετο πρόβλημα όπου τα χημικά παίζουν σημαντικό ρόλο, αυξανόμενο ρόλο, ενώ βλέπετε ότι οι πιο παραδοσιακές μορφές αιτίες θανάτου, όπως για παράδειγμα, η κακή ποιότητα του νερού ειδικά σε περιοχές του πλανήτη όπως η Αφρική, έχουν αρχίσει να μειώνονται. Στο επόμενο slide να πούμε ότι πολιτικό επίπεδο αφού βρισκόμαστε στη Βουλή, η 7η *Διυπουργική Συνδιάσκεψη για το Περιβάλλον και την Υγεία* που πραγματοποιήθηκε στη Βουδαπέστη το 2023, έβαλε μια σειρά από προτεραιότητες που έχουν να

κάνουν κυρίως με την ευρεία δράση της προστασίας της υγείας σχετικά με την κλιματική αλλαγή, τη ρύπανση του περιβάλλοντος, την απώλεια βιοποικιλότητας. Να θυμίσω, ότι η απώλεια βιοποικιλότητας είναι σημαντικό κομμάτι της περιβαλλοντικής υγείας, δεν είναι μόνο κομμάτι του οικοσυστήματος αλλά δημιουργεί πρόβλημα και στην ανθρώπινη υγεία, και βεβαίως, και η covid έχει έρθει να μας το θυμίσει αυτό και την υποβάθμιση της υγείας των εδαφών. Η Διακήρυξη, λοιπόν, εστιάζει στην ενίσχυση της διακυβέρνησης, στις επενδύσεις σε ανθρώπινους πόρους, στην προώθηση της γνώσης και των εργαλείων δράσης και τονίζει την υποστήριξη και ενδυνάμωση των οργανώσεων νεολαίας, ώστε να κάνουν τη δράση τους πιο σχετική στη χάραξη και εφαρμογή πολιτικής. Τώρα, τί πρέπει να κάνουμε σαν χώρες ευρωπαϊκές που θέλουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα; Κάτι που δεν έχουμε κάνει στην Ελλάδα: να θέσουμε εθνικούς στόχους για την περιβαλλοντική υγεία, αν σκεφθούμε δεν το κάνει ποτέ. Στην αντίστοιχη δουλειά που έχουμε κάνει με τις Επιτροπές του *Ιδρύματος Μποδοσάκη* και Δημόσια Υγεία και το περιβάλλον, είχαμε βάλει σαν στόχο να γίνει μια συζήτηση – μάλιστα ζητήσαμε από τα κόμματα πριν τις εκλογές – να εισαχθεί στη λογική της Βουλής (στον οργανισμό της Βουλής). Να γίνεται μια εξαμηνιαία συζήτηση για την κατάσταση του περιβάλλοντος στη χώρα, όπως κάνουμε με τον προϋπολογισμό, όπως κάνουμε με τα οικονομικά. Θα ήταν ένα εξαιρετικό εργαλείο και το δικό σας διάλογο και για την ενημέρωση του κοινού, και βεβαίως, για να μπορούμε εμείς σαν επιστήμονες να είμαστε πιο κοντά στο να συναντηθούμε να χαράξετε τη σωστή πολιτική. Χρειάζεται προφανέστατα να υπάρχει ισχυρή πολιτική βούληση για αυτό, διακομματική συναίνεση, είπε και ο κ. Ζερεφός. Εμείς δεν είναι η δουλειά μας να κάνουμε πολιτική δουλειά μας είναι να σας δίνουμε τα στοιχεία για να σας βοηθήσουμε. Άρα, εδώ, η συναίνεση είναι σημαντικό θέμα και βεβαίως η βιώσιμη λήψη των αποφάσεων για κάτι πολύ σημαντικό η επένδυση στην ενδυνάμωση της κοινότητας και πάλι πρέπει να στηρίζετε τη χώρα. Και βεβαίως η ισότητα σαν πρώτιστη προτεραιότητα γιατί δείχνουμε πως έχει φανεί ακριβώς ότι οι κοινωνικές ανισότητες είναι βασικός παράγοντας που επηρεάζει δυσμενώς τη σχέση υγείας μας με το περιβάλλον. Και η υιοθέτηση της προσέγγισης *One Health* της *ενιαίας υγείας*, δεν μιλάμε για ανθρώπινη και οικοσυστημική υγεία, μιλάμε για ένα ενιαίο σύνολο το οποίο πρέπει να αντιμετωπίσουμε σαν τέτοιο. Στο επόμενο slide αναφερόμαστε στο πώς οι στόχοι της βιώσιμης ανάπτυξης μπορούν να επηρεάσουν όλα αυτά. Και να δούμε, λοιπόν, λίγο πιο αναλυτικά πώς επηρεάζεται η υγεία σε σχέση π.χ. με τη κλιματική αλλαγή. Βλέπετε ότι είναι ένα σύνθετο πρόβλημα δεν είναι μόνο οι άμεσες συνέπειες αλλαγής του κλίματος. Έχει να κάνει με τα μονοπάτια της έκθεσης, κάτι που συνήθως δεν ξέρουμε σαν όρο να είναι της έκθεσης. Αν θυμηθούμε τί κάναμε στην covid. Στην covid προσπαθήσαμε να μειώσουμε την έκθεση, γιατί δεν ξέραμε τί να κάνουμε στην αρχή πριν εμφανισθούν τα εμβόλια. Την έκθεση όμως δεν προσπαθούμε να μειώσουμε σε ότι αφορά τους περιβαλλοντικούς ρύπους, στους χημικούς ρύπους για παράδειγμα, συνήθως. Άρα, λοιπόν, εδώ είναι ένα ζήτημα

κενό, αν θέλετε, πολιτικής με την έννοια του policy και όχι των politics. Υπάρχει ένα ζήτημα που έχει να κάνει με την αλληλεπιβεβαίωση όλων αυτών τα μονοπάτια της έκθεσης, επηρεάζονται τόσο από το περιβαλλοντικό και θεσμικό πλαίσιο όσο και από το κοινωνικό και συμπεριφορικό πλαίσιο. Πώς η κοινωνία μετασχηματίζει αυτές τις πληροφορίες για να φθάσουν στις τελικές επιπτώσεις στην υγεία. Στο επόμενο slide θα δούμε ότι υπάρχει βεβαίως δυστυχώς ένας αυξανόμενα φαύλος κύκλος ανάμεσα στην έκθεση και τα τρωτότητα. Άρα, το ζήτημα είναι πώς θα μπορέσουμε να το αντιμετωπίσουμε αυτό, πώς να αποτρέψουμε και να μετριάσουν τις θερμικές επιπτώσεις. Στο επόμενο slide θα δούμε ότι χρειάζονται στρατηγικές για την πρόληψη και μετριασμό των δυσμενών επιπτώσεων, κυρίως, σε ότι αφορά στην εκπαίδευση και την κατάρτιση, στην ανάπτυξη στοχευμένων πολιτικών, σχεδιασμό υποδομών. Στο επόμενο slide με ολοκληρωμένα συστήματα έγκαιρης προειδοποίησης κάτι που θα ήταν πολύ χρήσιμο και στο επόμενο slide θα δείτε ένα πολύ συγκεκριμένο παράδειγμα. Εδώ θα δείτε την εικόνα της συγκέντρωσης σωματιδίων σε διαφορετικές εποχές της χώρας κατά τη διάρκεια των πυρκαγιών του περυσινού καλοκαιριού. Και θα δείτε ότι η επίπτωση δεν είναι πια μόνο τοπική, δεν ήταν μόνο στη Δαδιά, είχε επίπτωση στη Ζάκυνθο για μεγάλο διάστημα. Εντυπωσιακό σαν αποτέλεσμα αλλά πραγματικό κι αυτό δείχνει πόσο εμείς θα πρέπει να μπορούμε να το αντιμετωπίζουμε. Εδώ θέλω να εισάγω και στην οπτική σας την έννοια του *εκθεσιώματος του συνόλου*, μιλάμε όλο για το *γονιδίωμα*, υπάρχει λοιπόν και το *εκθεσιώμα* στην επιστημονική ορολογία, που είναι το σύνολο της έκθεσης που ο άνθρωπος υπόκειται σε παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του κατά τη διάρκεια όλης της ζωής του. Κάνοντας, λοιπόν, δράσεις, όπως έργο *erganon* για *υγιείς πόλεις*. Εδώ θέλω να πω πως κάναμε ένα λάθος πολιτικής πραγματικά και σας καλώ να το αλλάξετε. Εσείς μπορείτε να το κάνετε είστε Νομοθετικό Σώμα. Θα δείτε, λοιπόν, ότι αν δούμε τις διαφορετικές πηγές που δείχνουν που επηρεάζουν τις συγκεντρώσεις σωματιδίων – εδώ είναι δεδομένα από τη Θεσσαλονίκη και την Αθήνα συγκεκριμένα – θα δούμε ότι οι μεταφορές έχουν να κάνουν ένα μικρό σχετικά ποσοστό για τα πολύ λεπτά σωματίδια, ενώ αντίστοιχα από ένα καλό ποσοστό 44% για τα PM10 αυτά που μετρώνται σήμερα από το νομοθετικό πλαίσιο, ενώ αντίστοιχα όταν δούμε την τοξικότητα των σωματιδίων οι μεταφορές – το μαύρο στο διάγραμμα αυτό – σε αυτές οφείλεται «μερίδα του λέοντος» της τοξικότητας των υπέρλεπτων σωματιδίων. Άρα, μετράμε το λανθασμένο πράγμα. Μετράμε PM10 σήμερα και η Ευρωπαϊκή Πολιτική μας επιβάλλει. Δεν μετράμε τα υπέρμετρα σωματίδια, τα οποία έχουν τη μεγαλύτερη τοξικότητα για τον άνθρωπο, άρα, υπάρχει ένα ζήτημα εδώ. Θα προχωρήσει και θα κλείσω με αυτό Κύριε Πρόεδρε, καταλαβαίνω τον χρόνο. Στο επόμενο slide, θα δούμε ότι υπάρχει τρόπος να αντιμετωπίσουμε τη ρύπανση του αέρα στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, με ανανέωση του στόλου των οχημάτων, με απόσυρση, πηγαίνοντας σε οχήματα με τεχνολογία Euro 5, 6 και 7, με φυσικά της Ηλεκτροκίνησης προφανώς, και ξέρουμε ότι χρειάζονται υποδομές για αυτό. Αλλά επίσης, με ζώνες με αλλαγή του δακτυλίου

ή και στη Θεσσαλονίκη εισαγωγή αν θέλετε του δακτυλίου, με ζώνες χαμηλών εκπομπών. Όχι με μονά ζυγά, αλλά με το να έχει πρόσβαση στο κέντρο και το αυτοκίνητο που δεν οχλεί. Βεβαίως, επιτρέψτε μου να πω, ένας παλιός γνώριμος από την εποχή της Covid, με μία μέρα τηλεργασίας στην εβδομάδα στον Τομέα των Υπηρεσιών, στο κέντρο των μεγάλων αστικών κέντρων της χώρας. Αυτό πραγματικά, είναι απαραίτητο. Δεν είναι, αν θέλουμε το κάνουμε, θα δείτε ότι είναι απαραίτητο, αν θέλουμε να μην έχουμε υπερβάσεις των ορίων ασφαλείας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, μέχρι το 2030. Και για να πούμε πόσο κοστίζουν όλα αυτά γιατί ξέρετε, σας ενδιαφέρει το θέμα του κόστους, ας πάμε στο επόμενο slide. Εδώ, θα δείτε ότι το κόστος να κάνουμε αλλαγή του στόλου είναι γύρω στα 2 δισ. αν θέλετε στην Αθήνα. Αυτό, θα μας οδηγήσει σε μια ωφέλεια, μόνο και μόνο από την ανανέωση του στόλου. Σε ό,τι αφορά, στη μείωση, στην αποφυγή του κόστους για την υγεία γύρω στα 6 δισ. και συνολικό όφελος μάλλον, θα έχουμε γύρω στα 18 δισ., αν όλα αυτά τα μέτρα εφαρμοσθούν, αποφεύγοντας γύρω στους 16.000 θανάτους συνολικά, μέχρι το 2030 και νομίζω, ότι αξίζει τον κόπο αυτό. Και θα κλείσω, με το τελευταίο επόμενο slide που λέει ότι, πέρα από το να δούμε τί συμβαίνει με την κατάσταση του Περιβάλλοντος και του Οικοσυστήματος, έχουμε να δούμε και ποιοι είναι οι οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν αυτό. Άρα, υπάρχει μια έκκληση εδώ από τη μεριά μας σαν επιστήμονες, να δημιουργηθούν αυτό που λέμε *Παρατηρητήρια Οικολογικής Υγείας*, αλλά ταυτόχρονα και ζωντανά εργαστήρια, που να μπορούν δουν ακριβώς τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επηρεάζουν ακριβώς την σχέση Υγείας και Περιβάλλοντος. Τέλος, επειδή είναι κάτι που με ενδιαφέρει και εμένα πολύ προσωπικά και ξέρω και τη σημερινή πολιτική συγκυρία την ενδιαφέρει. Στο επόμενο slide θέλω, να μιλήσω για μισό λεπτό μόνο, για τον ασφαλή και βιώσιμο σχεδιασμό χημικών υλικών και προϊόντων. Δηλαδή, τον μετασχηματισμό της μεταποιητικής βιομηχανίας με όρους βιωσιμότητας, ασφάλειας. Δηλαδή, μη τοξικά και βεβαίως βιώσιμα δηλαδή, με ελάχιστο οικολογικό αποτύπωμα. Είναι, κάτι το οποίο μπορεί να επιτευχθεί, είναι πολιτικός στόχος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα πρέπει να περάσει στη λογική της εγχώριας βιομηχανίας. Από τη μεριά μου και από την μεριά του *Εθνικού Τμήματος Ερευνών* κάνουμε ότι μπορούμε γι' αυτό, αλλά εδώ νομίζω ότι χρειάζονται, αν θέλετε και παρεμβάσεις με το πολιτικό ώστε αυτό, να γίνει πολιτική της χώρας. Επιτρέψτε μου να πω ότι, δεν έχει να κάνει με μία κυβέρνηση μόνο, έχει να κάνει με μια συναινετική προσπάθεια που θα μας πάει, πολλά βήματα μπροστά. Τέλος, να ανακοινώσω ότι, είμαστε στην κατεύθυνση στα προχωρημένα βήματα στο *Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών*, να δημιουργήσουμε ένα *Δίκτυο για την Καινοτομία στην Κλιματική Προσαρμογή, στην Προσαρμογή στην Κλιματική Αλλαγή*, που νομίζω ότι το βασικό διακύβευμα σήμερα, σε ό,τι αφορά την Κλιματική Αλλαγή. Τα αποτελέσματα θα πρέπει να δώσουμε όλοι μαζί σε αυτή την κατεύθυνση, αλλά εμείς θα υποστούμε πολύ σημαντικές συνέπειες. Άρα, το να προσαρμοσθούμε είναι κρίσιμο σαν χώρα. Και βεβαίως, είμαστε στη διαδικασία, αν θέλετε του εσωτερικού διαλόγου στο *ίδρυμα*,

για τη δημιουργία ενός *Ινστιτούτου Περιβάλλοντος και Υγείας*, με έμφαση μάλιστα στην πλέον προοπτική διερεύνηση, δηλαδή, το να βλέπουμε τις μελλοντικές τάσεις ακριβώς, για να μπορούμε να είμαστε καλύτεροι αρωγοί στο δικό σας έργο. Σας ευχαριστώ πολύ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Τον λόγο έχει η κ. *Πολυξένη Νικολακοπούλου - Σταμάτη*, Πρόεδρος του European Network of Scientists for Social and Environment Responsibility στο Βερολίνο, Καθηγήτρια Περιβατολογικής Παθολογικής Ανατομικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών Γραμματέας Δ.Σ του Μαριολοπούλειου - Καναγκίνειου Ιδρύματος Επιστημών Περιβάλλοντος.

ΠΟΛΥΞΕΝΗ ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ - ΣΤΑΜΑΤΗ (Πρόεδρος του European Network of Scientists for Social and Environment Responsibility στο Βερολίνο, Καθηγήτρια Περιβατολογικής Παθολογικής Ανατομικής στο Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Γραμματέας Δ.Σ. του Μαριολοπούλειου - Καναγκίνειου Ιδρύματος Επιστημών Περιβάλλοντος): Καλησπέρα σας. Χαιρετισμούς σε όλους μαζί. Σας ευχαριστώ για την πρόσκληση. Μπράβο στην κ. *Αθηνά Λινού*, που προκάλεσε αυτή τη συνάντηση σήμερα. Το έκανε βέβαια, διότι ασχολείται πολλά χρόνια με το αντικείμενο και όσοι ασχολούμαστε ξέρουμε πόσο είναι πικρό το όλο το θέμα και πόσο δύσκολο είναι. Έχετε βάλει τις διαφάνειες; Έχω στείλει την ομιλία μου. Θα τα πω και από έξω, δεν πειράζει, δεν χρειάζεται. Θέλετε να σας δώσω στικάκι που έχω μαζί μου; (Διακοπή λόγω προβολής των διαφωνειών).

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Γιατί δεν έχετε πρόβλεψη σε αυτά; Αυτά γιατί δεν τα είχατε προβλέψει; Οι διαφάνειες ανήκουν στους συγγραφείς, όχι σε εμάς. Θα γίνει μία φορά όταν θα εκδώσουμε των επιστημονικών ημερίδων. Σας ξαναλέω παρόλο που είστε παλαιά της Επιτροπής, ότι η Επιτροπή έχει τα πρακτικά και τα υπόλοιπα ανήκουν στους συγγραφείς και στους Καθηγητές. Αν θα τα εκδώσουμε, αν θα γίνει κάτι άλλο τότε ναι θα μας παραδώσουν, οτιδήποτε άλλο είναι εκτός συζητήσεως. Ξεκινήστε επιτέλους.

ΠΟΛΥΞΕΝΗ ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ - ΣΤΑΜΑΤΗ (Πρόεδρος του European Network of Scientists for Social and Environment Responsibility στο Βερολίνο, Καθηγήτρια Περιβατολογικής Παθολογικής Ανατομικής στο Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Γραμματέας Δ.Σ. του Μαριολοπούλειου - Καναγκίνειου Ιδρύματος Επιστημών Περιβάλλοντος): Θα έλεγε κανένας ότι αν βγει στον περίβολο της Ιατρικής Σχολής όπου έχουμε φοιτήσει ή έχουμε μεγαλώσει και έχουμε υπηρετήσει και η κ. *Λινού* και εγώ και ρωτάγαμε γενικώς τους συναδέλφους μας, αν υπάρχει σχέση Υγείας και Περιβάλλοντος; Θα ήταν λίγο απογοητευτικά αυτά που θα ακούγαμε. Διότι, άλλοι πιστεύουν ναι, άλλοι λένε όχι, ίσως και λίγο και τα λοιπά. Όμως, ευτυχώς που ήρθε ο *Ευρωπαϊκός Οργανισμός Περιβάλλοντος* από την Κοπεγχάγη και έβαλε το θέμα επίσημα και είπε ναι υπάρχει σχέση. Διότι, όλα αυτά τα επιμέρους τα οποία σιγά-σιγά θα πούμε για την Κλιματική Αλλαγή για τη χημική ρύπανση, τις βροχές τις καταιγίδες και άλλα χίλια-δύο. Ναι, όλα αυτά καλά, αλλά

υπάρχουν και άλλα πράγματα με τα οποία δεν ασχολούμαστε, δεν τα συζητάμε, δεν προχωρούμε. Υπάρχουν, λοιπόν, μελέτες πρόσφατες από τον *Ευρωπαϊκό Οργανισμό Περιβάλλοντος*, που δείχνουν ότι υπάρχει σχέση. Υπάρχει, βασικά σε ορισμένους τομείς, όπως είναι η ατμοσφαιρική ρύπανση, οι ακραίες θερμοκρασίες, το παθητικό κάπνισμα και ο μόλυβδος. Όμως, σε αυτές τις περιπτώσεις, δεν συμπεριλαμβάνονται κάποιες άλλες πολύ σημαντικές παράμετροι, όπως είναι η έκθεση στο χώρο εργασίας, η ηχορύπανση, άλλες τοξικές χημικές ουσίες, όπως ο μόλυβδος. Άρα, λοιπόν, δεν είναι μόνον αυτά που ξέρουμε και αυτά που μετράμε, αλλά είναι και κάποια άλλα που μπορεί και να τα ξέρουμε, αλλά δεν τα μετράμε. Ας πούμε, η ατμοσφαιρική ρύπανση των εσωτερικών χώρων είναι πολύ βασικό, όπως και η αλόγιστη χρήση ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας. Διότι η αλόγιστη χρήση της ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας, δρα στα κύτταρά μας, δρα στις μεμβράνες τις κυτταρικές και μπορεί να προκαλέσει διάφορα πράγματα. Δεν είναι η ώρα για να κάνουμε τη συζήτηση αυτή, αλλά δυστυχώς μπαίνει μέσα στη κατηγορία των γεγονότων και των πραγμάτων που πρέπει να το έχουμε υπόψη μας. Υπάρχουν και άλλα που δεν τα αγγίζουμε καθόλου, όπως είναι η νυκτερινή φωτορύπανση ή η συνδυασμένη επίδραση της έκθεσής μας σε μίγματα ουσιών. Μιλάμε για ορισμένες χημικές ουσίες και δεν μιλάμε τι συμβαίνει με τα μείγματα, που ξέρουμε ότι είναι πολύ διαφορετικά. Τώρα, υπάρχει και η αξιολόγηση του *Ευρωπαϊκού Οργανισμού Περιβάλλοντος* και μένω σε αυτό, διότι ίσως είναι η μόνη επίσημη και συλλογική πληροφόρηση, αφήνω απέξω την *Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας*, στην οποία θα μιλήσω σε λίγο, αλλά αυτός, λοιπόν, ο Οργανισμός, έχει υιοθετήσει το σχέδιο δράσης για τη μηδενική ρύπανση. Το κάνανε αυτό στο Παρίσι, στην πόλη του Παρισιού, όπου ψηφίσανε το *towards zero pollution for air water and soil*. Δεν μιλάνε για μία συγκεκριμένη κατάσταση, αλλά μια γενικότερη. Και έτσι, με μία πολύ σύντομη φράση την οποία θα διαβάσω κατά λέξη, όπως είναι η ρύπανση, βλάπτει την υγεία μας και το περιβάλλον μας, είναι η μεγαλύτερη περιβαλλοντική αιτία πολλαπλών ψυχικών και σωματικών ασθενειών και πρόωρων θανάτων, ιδιαίτερα μεταξύ παιδιών, ατόμων με ορισμένες ιατρικές παθήσεις και ηλικιωμένων. Είναι σύνθετο το πρόβλημα, πάρα πολύ σύνθετο. Θα ξεπεράσω το γεγονός, ότι έχουμε πράγματα που είναι φως φανάρι μπροστά που μας συμβαίνουν, όπως είναι ο καύσωνας. Όταν έχουμε καύσωνα, ξέρουμε το τι περάσαμε, ξέρουμε τι προκάλεσε, τι έγινε, το συνδέω το κλίμα και βεβαίως, εκεί χρειάζεται να κάνουμε κάποιες ενέργειες. Ποιές είναι οι ενέργειες; Οι ενέργειες ίσως είναι της προσαρμογής. Το *Μαριολοπούλειο - Καναγκίνειο Ίδρυμα Επιστημών Περιβάλλοντος*, που έχω την τιμή να είμαι Γραμματέας, ο Καθηγητής κ. *Χρήστος Ζερεφός* είναι ο Πρόεδρος, συμμετέχουμε σε ένα μεγάλο πρόγραμμα *LIFE*, το οποίο κάνει το Υπουργείο Περιβάλλοντος και το αντικείμενο είναι η προσαρμογή στην κλιματική αλλαγή. Δεν θέλουμε να πάμε στην προσαρμογή, στο να το συνηθίσουμε και να κάνουμε προς τα πίσω, όχι, θέλουμε να δούμε τι μπορούμε να κάνουμε, αλλά όχι μονάχα στην προσαρμογή, αλλά και στο μετριασμό. Δεν σημαίνει ότι προσαρμοζόμαστε και

προσαρμοζόμαστε, θα έλεγε κανένας σαν το κατά κεφαλήν εισόδημα, που αυξάνει, αυξάνει, αυξάνει, αλλά δεν γίνεται και τίποτα ουσιαστικό παρακάτω. Είναι γεγονός, λοιπόν, ότι είμαστε ευάλωτοι από τη φύση μας στην περιβαλλοντική έκθεση και αυτή κάνει κάτι που είναι πολύ σοβαρό, φθείρει σιγά σιγά το ανοσοποιητικό μας σύστημα. Το είδαμε αυτό με τα αυτοάνοσα, το έχουμε δει με τις λοιμώξεις, το είδαμε και με τον COVID. Ο COVID ήταν μία βαριά λοίμωξη, είναι γεγονός. Όπως αντιμετωπίστηκε, όμως, διεθνώς, ήταν, ένα περίεργο πράγμα. Άλλοι το θέλανε έτσι, άλλοι αλλιώς, άλλοι το πίστευαν, άλλοι δεν το πίστευαν, ένα ήταν, όμως, το βασικό, ότι το ανοσοποιητικό μας σύστημα έστρωσε ένα κόκκινο χαλί να περάσει ο COVID, αλλά τώρα και όλες οι άλλες ιώσεις που ξέρουμε ότι έχουμε. Εδώ λοιπόν θέλω να επιστήσω την προσοχή, δεν είναι μία κατεύθυνση και ένας ο τρόπος προσέγγισης, είναι αυτό που ακούστηκε εδώ μέσα, είναι η μία υγεία. Η *μία υγεία* ασχολείται με όλα τα θέματα, είναι μια τάση της *Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας*, αλλά ευτυχώς δεν έχει μείνει μόνο στα χέρια της *Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας*, έχει μείνει και στις επιμέρους δράσεις που πρέπει να γίνουν, έτσι ώστε να συνεργαστούν περιβαλλοντολόγοι, γιατροί, κτηνίατροι διεπιστημονικά να προσεγγίσουν το θέμα. Και προσεγγίζοντας διεπιστημονικά το θέμα μπορεί να πει κανένας ότι εδώ υπήρχε ο ρόλος της εκπαίδευσης, γιατί ασχολούμαι με την εκπαίδευση εδώ και είκοσι χρόνια, ξεκινώντας από μαθήματα επιλογής στην ιατρική σχολή, ένα μεταπτυχιακό που οργάνωσα στην Ιατρική Σχολή το 2004. Το αναφέρω αυτό, διότι έκανα το πρώτο άνοιγμα της Ιατρικής Σχολής και σε άλλα πτυχία και έτσι εκπαιδεύονται μηχανικοί, δικηγόροι, χημικοί, όλα τα πτυχία, όλοι έχουν σχέση με την περιβαλλοντική έκθεση και πώς μπορεί να ξέρουν με ποιόν τρόπο πρέπει να τα αντιμετωπίσουν. Επίσης, μαθήματα εξ αποστάσεως αλλά και μαθήματα από το πανεπιστήμιο των βρυξελλών όπου έχω την τιμή να διδάσκω επί πολλά χρόνια, ερχόμαστε και αλληλεπιδρούμε, φέρνοντας μαζί θέματα έτσι ώστε να επαναπροσαρμοζόμαστε και να έχουμε αυτό που λέμε *development...*, δηλαδή να έχουμε ένα εναλλασσόμενο αντικείμενο εκπαίδευσης. Θέλω να πω ότι δεν θα πρέπει να ξεχνάμε, ότι η περιβαλλοντική έκθεση αρχίζει ενδομητρίως και αυτό είναι το τραγικότερο, είναι χωρίς την κατάθεση ένα άλλο ηθικό θέμα. Κανείς δεν μας ρωτάει αν θέλουμε να εκτεθούμε σε κάτι όχι. Γίνεται μάχη αυτή τη στιγμή στην Ε.Ε. μέσα από το *ENSSER* που έχω την τιμή να είμαι Πρόεδρος. Το *European Network of Scientists for Social and Environmental Responsibility*, γίνεται μάχη ακριβώς για να δούμε πώς μπορούμε να υπάρχει σήμανση, τουλάχιστον των γενετικά μεταλλαγμένων. Ξεκινάω ένα θέμα να μη μιλήσω για τα φυτοφάρμακα και τις μέλισσες. Να μη μιλήσω για τα άλλα τα θέματα που γίνονται. Απλώς ήθελα να πω ότι πρέπει να εφαρμοσθεί η αρχή της προφύλαξης. Η αρχή της προφύλαξης έχει τεράστια νομοθεσία. Θα έπρεπε, λοιπόν, εδώ και ίσως είναι μια καλή αρχή σήμερα και μπράβο σε όσους οργάνωσαν να δούμε τί γίνεται γενικότερα με τις χημικές ουσίες, με την κλιματική αλλαγή, με την ατμοσφαιρική ρύπανση, με την ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία. Όλα μαζί, ένας είναι ο πλανήτης,

όλα αυτά τα βομβαρδίζουν. Σας ευχαριστώ δεν έχω τίποτα άλλο να πω ότι θα είμαι ανοικτή στις ερωτήσεις σας αργότερα αν χρειασθεί.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Τον λόγο έχει η κ. Φωτίου.

ΘΕΑΝΩ ΦΩΤΙΟΥ: Να ανοίξω κι εγώ το μικρόφωνο, όπως κι εσείς, να καταγράφονται. Το «ακόμα» είναι θεμιτό. Αυτά όλα έχουν ανακαλυφθεί στα δημόσια ελληνικά πανεπιστήμια πριν 40 χρόνια. Μην ανησυχείτε, τα κάνουμε πολύ ωραία.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Αυτό είπα κι εγώ. Προσπαθούμε να σας φτάσουμε. Κύριε Καθηγητά, έχετε το λόγο.

ΠΕΤΡΟΣ ΚΟΥΤΡΑΚΗΣ (Καθηγητής Περιβαλλοντικών Επιστημών, πρώην Διευθυντής του Κέντρου Ατμοσφαιρικής Ρύπανσης, Κλιματικής Αλλαγής και Ενέργειας του Harvard University): Κύριε Πρόεδρε, Κυρία Λινού, Κύριοι Βουλευτές, είναι μεγάλη μου τιμή που βρίσκομαι εδώ πέρα. Ξέρετε, έχω περάσει, από τα 65 χρόνια της ζωής μου, τα 45 στο εξωτερικό, σχεδόν, και εμείς την Ελλάδα την βλέπουμε σαν ένα κομμάτι μακριά. Δεν χωρίζουμε πολιτικές παρατάξεις και είναι τιμή μου που είμαι εδώ πέρα γιατί πιστεύω η Επιτροπή για το κλίμα και τη Δημόσια Υγεία ενώνει πραγματικά, είναι ένας χώρος που ενώνει όλους, γιατί όλοι πιστεύουμε ότι υπάρχει ένα πρόβλημα. Θα είμαι πολύ συγκεκριμένος και η παρουσίασή μου είναι ένα απόσταγμα της εμπειρίας μου όταν ήμουν μικρός που μεγάλωσα στους ελαιώνες και στα αμπέλια της Κρήτης και όλα αυτά τα χρόνια που έχω διδάξει την κλιματική αλλαγή. Λοιπόν, κατ' αρχήν, θα ήθελα να πω ότι όλες αυτές οι διεθνείς συμφωνίες για τον περιορισμό του διοξειδίου του άνθρακα έχουν να κάνουν με το πώς να σταθεροποιήσουμε την κλιματική αλλαγή και έχουν να κάνουν με το μέλλον. Θα διαφωνήσω, με σεβασμό, με τον κ. Ζερεφό, ότι το διοξείδιο του άνθρακα έχει μια ημιζωή 150 χρόνια, αλλά θα πάει δέκα φορές σε αυτήν την ημιζωή για να μπορέσει ο πλανήτης να επανέλθει στην κατάσταση που βρισκόταν, ακόμα και αν σταματήσουμε τις εκπομπές αύριο το πρωί. Είναι μια μεγάλη συζήτηση. Επίσης, εκτός από το διοξείδιο του άνθρακα με το οποίο ασχολούνται όλοι, υπάρχουν και άλλα αέρια τα οποία και αυτά συμβάλλουν στην κλιματική αλλαγή, όπως είναι το μεθάνιο το οποίο έρχεται από την κτηνοτροφία και το υποξείδιο του αζώτου το οποίο έχει σχέση με τα λιπάσματα. Η ερώτηση, αν επίκειται υπερθέρμανση του πλανήτη, είναι ξεκάθαρη. Ναι, εκτός εάν μας αν κτυπήσει ένας μετεωρίτης, όπως έγινε πριν 12.000 χρόνια, όπου είχαμε τους μεγάλους παγετώνες ή αν έχουμε εκρήξεις από ηφαίστεια. Αλλά αυτές οι πιθανότητες είναι λίγες. Ένα άρθρο στο περιοδικό *Nature*, πριν δύο εβδομάδες, δείχνει τις επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής που μπορεί να έχει στο κατά κεφαλήν εισόδημα σε διάφορες χώρες του κόσμου. Από ότι βλέπετε οι επιπτώσεις της αλλαγής του κλίματος θα είναι πολύ διαφορετικές σε κάθε περιοχή. Στις βόρειες χώρες το κατά κεφαλήν εισόδημα θα αυξηθεί περίπου 20%. Η μέση τιμή της ελάττωσης του κατά κεφαλήν εισοδήματος το 2050 θα είναι 19% και για την Ελλάδα, δυστυχώς, θα είναι περίπου μεταξύ 20% και 30%. Επίσης, σε 25 χρόνια οι καταστροφές από την αλλαγή του κλίματος θα είναι περίπου 39 τρισεκατομμύρια

δολάρια το χρόνο, λαμβάνοντας υπόψη ότι ο προϋπολογισμός της Αμερικής είναι 25 τρισεκατομμύρια και της Ευρώπης είναι λίγο πιο λίγο. Λοιπόν, θα συγκεντρωθούμε στην Ελλάδα γιατί εδώ βρισκόμαστε. Γιατί η Ελλάδα θα επηρεαστεί από την αλλαγή του κλίματος και πιστεύω ότι η Ελλάδα θα επηρεασθεί περισσότερο από πολλές άλλες χώρες, η Σουηδία μπορεί να είναι ένας προορισμός, τουριστικός προορισμός, το καλοκαίρι, και υπάρχουν, συντρέχουν, δύο ή τρεις λόγοι. Ο πρώτος είναι ότι βρισκόμαστε μεταξύ δύο κλιματικών ζωνών οι οποίες θα μετατοπισθούν και το βλέπουμε ήδη. Όσοι είναι από την Κρήτη ξέρουν ότι η Κρήτη αρχίζει να ερημοποιείται. Το έχουμε δει άλλου, στην Αμερική π.χ., όπου οι καπνοκαλλιέργειες της Καλιφόρνια έχουν μετατοπισθεί προς το βορρά και ο Καναδάς, τώρα, παράγει κρασί. Το δεύτερο πρόβλημα που έχουμε στην Ελλάδα, το οποίο το έχουμε υποτιμήσει, είναι ότι βρισκόμαστε ανατολικά της Μεσογείου, η οποία έχει υπερθερμανθεί και τα φαινόμενα Θεσσαλίας δεν θα συμβαίνουν κάθε 200 χρόνια, αλλά θα συμβαίνουν πολύ συχνά και θα έχουν τις καταστροφές που θα έχουν. Επίσης αυτό που θα δούμε στην Ελλάδα, αν και θα υπάρξει μια γενική ξηρασία, θα δούμε μικροκλίματα. Παραδείγματος χάρη, η Θεσσαλία μπορεί να είναι ένα μικροκλίμα, το οποίο να δέχεται στον ίδιο τόπο κάθε μερικά χρόνια και νερό. Το τρίτο, το οποίο το ξέρετε όλοι, είναι ότι η Ελλάδα επηρεάζεται πάρα πολύ από τις ερήμους, ειδικά της Σαχάρας, όπου υπάρχει αρκετή μάζα σωματιδίων η οποία έρχεται στην Ελλάδα, η οποία έχει επιπτώσεις στην υγεία και στη γεωργία. Και, βέβαια, πάνω από όλα αυτά πρέπει να καταλάβουμε ότι η συμπεριφορά του Ατλαντικού και Ειρηνικού ωκεανού έχει επιπτώσεις στην Ελλάδα και, όπως βλέπουμε, οι τοπικές βροχές στο τέλος τους έρχονται και έχουν τις επιπτώσεις τους στην Ελλάδα. Τί σημαίνει αυτό για την Ελλάδα; Όπως ξέρουμε όλοι, αύξηση των πυρκαγιών, περισσότεροι καύσωνες, περισσότερες πλημμύρες, λιγότερα χιόνια στο βουνό, το πιο σημαντικό, γιατί είναι ο μόνος τρόπος που μπορούμε να έχουμε νερό το καλοκαίρι, καταστροφή της γεωργίας, αύξηση κατανάλωσης του ηλεκτρικού, διότι θα χρειαζόμαστε κλιματισμό, μείωση της παραγωγικότητας διότι ο κόσμος δεν μπορεί να δουλεύει το ίδιο κάτω από αυτές τις συνθήκες, λιγότερα έσοδα από τον τουρισμό και περισσότερη θνησιμότητα και νοσηρότητα, όπως πολλές μελέτες έχουν δείξει. Τί μπορούμε να κάνουμε για αύριο το πρωί και αυτό που θα κάνουμε πρέπει να καταλάβουμε ότι είναι για την Ελλάδα. Αυτές, όπως είπα στην αρχή της ομιλίας μου, οι πολιτικές του *Compton Dieight* και οι ευρωπαϊκές πολιτικές έχουν να κάνουν με τις εκπομπές. Στην Ελλάδα έχουμε προβλήματα τα οποία πρέπει να αντιμετωπισθούν άμεσα και αυτά τα προβλήματα, όπως είπα, θα είναι από εμάς για εμάς. Πρώτον, η προστασία των ανθρώπων και των περιουσιών τους. Η δεύτερη είναι η παροχή επαρκούς ενέργειας νερού και τροφής και η τρίτη είναι να έχουμε ένα καθαρό περιβάλλον και έναν υγιές πληθυσμό και θα γίνω πιο συγκεκριμένος. Προστασία των ανθρώπων και της ιδιωτικής και δημόσιας περιουσίας από τους καύσωνες. Πρέπει να έχουμε μια πολύ εκπαιδευμένη και εξοπλισμένη υπηρεσία προστασίας. Αυτά τα φαινόμενα δεν θα γίνονται σποραδικά,

αλλά θα γίνονται συνέχεια και πρέπει να έχουμε τα κατάλληλα κονδύλια γι' αυτό το λόγο. Το δεύτερο είναι να δημιουργήσουμε ένα εθνικό ασφαλιστικό πρόγραμμα για την αποζημίωση των καταστροφών. Δεν μπορούμε κάθε φορά να θεωρούμε μια καταστροφή ότι είναι σπάνια και ότι θα ζητήσουμε χρήματα για να πληρώσουμε αυτούς που έχασαν τις περιουσίες τους πρέπει να υπάρχει ένα ασφαλιστικό σύστημα το οποίο θα συνεισφέρουν οι ιδιοκτήτες και όχι το κράτος ή ο μέσος πολίτης, το οποίο θα γίνεται όπως γίνεται στην Αμερική. Το τρίτο είναι να αναπτύξουμε προδιαγραφές και για τις άλλες υποδομές. Έχουμε πάρα πολλές καλές προδιαγραφές, π.χ. για σεισμούς. Αλλά, μπορούμε να κάνουμε το ίδιο και για φωτιές και πλημμύρες. Τώρα, το πιο σημαντικό που είναι η επάρκεια ενέργειας, νερού και τροφίμων. Μιλάμε για ενεργειακή κρίση. Εγώ δεν νομίζω ότι υπάρχει ενεργειακή κρίση και, όπως είπε ο Καθηγητής κ. Ζερεφός, μπορούμε, αν θέλουμε, μέσα σε 10 ή 20 χρόνια – σε 10 χρόνια στην Ευρώπη, αλλά 20 και 30 χρόνια στον κόσμο – να εξαλείψουμε τον άνθρακα. Αυτό το πρόβλημα που θα έχουμε είναι το νερό και η τροφή. Όπως είπα στην αρχή, για την καταστροφή που έχουμε κάνει αυτήν τη στιγμή, μιλάμε για 1.000 ή χιλιάδες χρόνια για να επανέλθει η γη εκεί που ήταν. Δεύτερον. Θα χρειασθεί να αλλάξουμε το σύστημα παραγωγής τροφίμων. Η γεωργία, η οποία δεν είναι αυτή που έκανε ο παππούς μου, είναι η βιομηχανική γεωργία, η οποία έχει τεράστιες επιπτώσεις στο περιβάλλον. Κατ' αρχήν συνεισφέρει το 30% όλων των εκπομπών του διοξειδίου του άνθρακα και, επίσης, καταναλώνει 80-90% της ποσότητας νερού. Θα χρειασθεί, επίσης, να ελαττώσουμε το κρέας. Ξέρω, οι Έλληνες αγαπάμε το κρέας πολύ – 77 κιλά κρέατος τρώμε, κάθε χρόνο. Οι Αργεντινοί τρώνε 65 κιλά. Οπότε, είμαστε πιο μεγάλοι καταναλωτές και από την Αργεντινή. Σκοτώνουμε ή σφάζουμε 70 δισεκατομμύρια κοτόπουλα το χρόνο, 9 δισεκατομμύρια κατσίκια, αρνιά και χοίρους και 500 εκατομμύρια βοοειδή. Και αυτά οπωσδήποτε προκαλούν ένα τεράστιο πρόβλημα στο περιβάλλον, όπου το 38% της καλλιεργήσιμης γης χρησιμοποιείται για να δώσουμε τροφή σε αυτά τα ζώα. Επίσης, το 15% της κλιματικής αλλαγής είναι από την κτηνοτροφία. Τώρα, η ενεργειακή αλλαγή έχει ήδη αρχίσει. Στο μέλλον, τα σπίτια θα θερμαίνονται από ηλεκτρικές αντλίες θερμότητας. Οι μπαταρίες, γενικά, έχουν εξελιχθεί και περιμένουμε, μετά το 2025 τη δεύτερη γενιά μπαταριών, οι οποίες θα έχουν πλαστικό και θα είναι πιο παραγωγικές. Όμως, δεν είναι ο απώτερος σκοπός μας, διότι δεν υπάρχουν τα υλικά για να φτιάξουμε μπαταρίες για 1 δισεκατομμύριο 200 εκατομμύρια αυτοκίνητα. Σε 10 χρόνια, θα έχουμε συνθετικά καύσιμα, τα οποία θα προέρχονται από διοξείδιο του άνθρακα και από υδρογόνο, που θα παράγεται από Ανανεώσιμες Πηγές και αυτό θα χρησιμοποιείται για αυτοκίνητα, αεροπλάνα και πλοία. Το πετρέλαιο και το φυσικό αέριο, δυτικά της Κρήτης, είναι πολύ βαθιά και κινδυνεύουμε να μολύνουμε το περιβάλλον μας, για ένα μικρό κέρδος. Επειδή η κλιματική αλλαγή θα είναι τόσο καταστροφική, τα ορυκτά καύσιμα θα καταπολεμηθούν ασταμάτητα. Τώρα, το κυριότερο πράγμα που θέλω να πω είναι ότι, για να επιβιώσουμε ως ανθρωπότητα, η γεωργία πρέπει να μεταφερθεί σε

εσωτερικούς χώρους – αυτό που λέμε «ελεγχόμενο περιβάλλον». Τί είναι αυτό; Χρησιμοποιούμε τεχνητό φως και όχι ηλιακό. Εξοικονομούμε 95% νερού, 90% λιπασμάτων και δεν χρησιμοποιούμε φυτοφάρμακα. Είναι ανεξάρτητη από τον καιρό, δεν απαιτεί πολλή γη και παράγει τρόφιμα για τοπική κατανάλωση. Δηλαδή, δεν χρειάζεται να φέρουμε φράουλες από τη Χιλή, στο μέσο του χειμώνα. Παράγει τρόφιμα, όπως είπα, για τοπική κατανάλωση. Μπορούμε να επιταχύνουμε τη φωτοσύνθεση, βάζοντας περισσότερο διοξείδιο του άνθρακα και διατηρώντας τη θερμοκρασία σε 24 βαθμούς. Χρησιμοποιούμε λιγότερη εργασία, κάτι που είναι πρόβλημα στην Ελλάδα, και πιο ανθρώπινη γιατί είναι σε περιορισμένο χώρο με κλιματισμό. Έχει αρκετό κόστος κεφαλαίου, αλλά αυτό μπορεί να αποσβένεται γρήγορα, γιατί είναι πολύ παραγωγική. Τώρα, η τεχνολογία αυτή είναι έτοιμη για χόρτα και μερικά άλλα λαχανικά, αλλά μπορούμε να την επεκτείνουμε σε προϊόντα που κάνουμε στην Ελλάδα, σε αντικατάσταση των θερμοκηπίων και των αμπελώνων. Τώρα, όπως γίνεται σε άλλα μέρη του κόσμου, ένα μεγάλο κόστος πηγαίνει στην ενέργεια, διότι για να διατηρήσεις σταθερή τη θερμοκρασία, 24 ώρες το 24ωρο, χρειάζεται ενέργεια. Όμως, εμείς, στην Ελλάδα, έχουμε ηλιακά συστήματα, τα οποία μπορούμε να χρησιμοποιούμε. Χρειαζόμαστε έναν υγιή πληθυσμό. Θέλω να πω, όπως είπαν και οι προηγούμενοι ομιλητές, ότι το κλίμα επηρεάζει τα καρδιαγγειακά και τις ψυχικές ασθένειες. Στην Αμερική, κατά τη διάρκεια καυσώνων, έχουμε 30% αύξηση των περιστατικών για ψυχικές ασθένειες. Λαμβάνοντας υπόψη τη μέτρια – θα ήθελα να είμαι ειλικρινής μαζί σας – υγεία του ελληνικού λαού, που είναι κάτι που δεν μπορούμε να είμαστε υπερήφανοι, ειδικά λαμβάνοντας υπόψη το κατά κεφαλήν εισόδημα που έχουμε. Λοιπόν, λαμβάνοντας υπόψη αυτό, πρέπει να δημιουργήσουμε έναν πληθυσμό, ο οποίος θα είναι πιο ανθεκτικός στην αλλαγή του κλίματος. Όπως ξέρετε, το κάπνισμα είναι επιδημία και το αλκοόλ το ίδιο. Να τρώμε λιγότερο κρέας και να μην χρησιμοποιούμε φυτοφάρμακα, για να προστατέψουμε το περιβάλλον μας. Όταν πάτε στην Ιεράπετρα, απ' όπου κατάγομαι, δεν βρίσκεις άνθρωπο άνω από 55 χρονών, διότι όλοι είναι πεθαμένοι. Οπότε, ένα υγιές περιβάλλον μπορεί πραγματικά να μάς κάνει πιο ανθεκτικούς στην αλλαγή του κλίματος. Θα ήθελα να πω, επίσης, ότι η κλιματική κρίση θα επιβαρύνει περισσότερο τους φτωχούς ανθρώπους. Γιατί; Διότι οι πιο πολλοί δουλεύουν έξω, δεν μπορούν να έχουν αρκετά χρήματα για κλιματισμό και δεν μπορούν να αγοράσουν τρόφιμα, τα οποία είναι καλά για την υγεία τους. Το κόστος ηλεκτρικής ενέργειας μπορεί να σταθεροποιηθεί μετά που θα περάσουμε στις Ανανεώσιμες Πηγές Ενέργειας. Αυτό δεν ισχύει για τα τρόφιμα. Μια δημοσίευση, που βγήκε πριν από 3 εβδομάδες, λέει ότι ο πληθωρισμός στις τροφές, τα επόμενα χρόνια, στον κόσμο, θα είναι 10 με 12%. Οπότε, καταλαβαίνετε ότι αυτό το φαινόμενο, που βλέπουμε αυτή τη στιγμή, της ακρίβειας του φαγητού θα είναι κάτι που θα συνεχίζεται. Και τι συμβαίνει όταν το φαγητό γίνεται ακριβό; Το έχουμε δει στην Αμερική, όπου τα φτωχά μέλη του πληθυσμού – όπως οι μαύρες κοινότητες – τρώνε κακά φαγητά.

Δηλαδή, υπάρχουν συνοικίες μαύρων, στην Αμερική, που δεν υπάρχει κανένα οπωροπωλείο. Η αντίστροφη μέτρηση έχει αρχίσει, δυστυχώς. Σήμερα, η κλιματική κρίση έχει καταστρέψει την Αφρική και μέρη της Μέσης Ανατολής. Πολλοί πιστεύουν – κι εγώ το ίδιο – ότι οι πόλεμοι και η μετανάστευση προκλήθηκαν από την καταστροφή της γεωργίας σε αυτές τις χώρες. Για την Ελλάδα, μια κοινωνική και οικονομική καταστροφή μπορεί να δημιουργηθεί από ένα συνδυασμό απώλειας γεωργικής γης – η Ευρώπη μιλάει για *abandonment* (εγκατάλειψη) – και η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες που έχει αρκετές τέτοιες εκτάσεις. Το δεύτερο είναι η μείωση του τουρισμού. Δεν μπορούμε να περιμένουμε τουρισμό το καλοκαίρι με 45 βαθμούς. Η κατάρρευση της γεωργίας σε αναπτυσσόμενες χώρες, από τις οποίες αυτή τη στιγμή παίρνουμε τρόφιμα. Αυτές οι χώρες είναι πιο ευαίσθητες από εμάς και καταλαβαίνετε ότι θα έχουν και αυτές πρόβλημα υγείας του δικού τους πληθυσμού. Επίσης, η ανικανότητα να δουλεύουμε σε εξωτερικούς χώρους, σε δύσκολες συνθήκες. Και, τέλος, η αύξηση της νοσηρότητας. Θα τελειώσω με τις προτάσεις για τη χώρα μας. Νομίζω ότι οι μελλοντικές χώρες, οι οποίες είναι δυνατές, είναι αυτές που θα επωφεληθούν από την κρίση. Είναι οι βόρειες χώρες και οι νότιες χώρες, οι οποίες θα μπορούν να αντιμετωπίσουν την κρίση. Νομίζω είναι στο χέρι μας να γίνει αυτό και πιστεύω ότι η κρίση φέρνει ευκαιρίες. Είχα γράψει ένα άρθρο στην *Καθημερινή*, την άνοιξη του 2022, όπου είπα ότι η κρίση του πολέμου θα κάνει την Ευρώπη πιο ανεξάρτητη από το φυσικό αέριο της Ρωσίας και θα υποστηρίξουμε περισσότερο τις Ανανεώσιμες Πηγές. Και αυτή τη στιγμή και η Ευρώπη και το κράτος μας έχει κάνει αρκετή δουλειά σε αυτό. Επομένως, πρέπει να αυξήσουμε την παραγωγή της ενέργειας. Δεν θα κάνουμε οικονομία γιατί για να αντιμετωπίσουμε το κλίμα θα χρειασθούμε περισσότερο 20% με 40 % ενέργεια, η οποία πρέπει να έρθει από τις ανανεώσιμες. Να ελαττώσουμε τη χρήση ορυκτών καυσίμων ή να την εξαλείψουμε για ηλεκτρική ενέργεια και μεταφορά. Σε δέκα χρόνια είπα ότι θα υπάρχουν τα συνθετικά καύσιμα και να μην εκμεταλλευτούμε το πετρέλαιο που έχουμε γιατί νομίζουμε ότι θα γίνουμε σεϊχηδες. Τα καύσιμα σε δέκα χρόνια θα είναι άχρηστα. Η γεωργία είναι πολύ σημαντική όχι μόνο για την οικονομία μας αλλά για την κουλτούρα μας και για την επιβίωσή μας ώστε να γίνουμε περισσότερο ανεξάρτητοι και να βελτιώσουμε τη δημόσια υγεία. Τελειώνοντας, λέω, ότι η επιλογή είναι προφανής, ο δρόμος μακρύς και το κόστος υψηλό, αλλά τα οφέλη μεγάλα. Ευχαριστώ πολύ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Κι εμείς ευχαριστούμε Κύριε Καθηγητά. Το λόγο έχει ο κ. *Μιχαλόπουλος*, Διευθυντής Ερευνών του Εθνικού Αστεροσκοπείου Αθηνών, Καθηγητής στο Τμήμα Χημείας του Πανεπιστημίου Κρήτης.

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ (Διευθυντής Ερευνών του Εθνικού Αστεροσκοπείου Αθηνών, Καθηγητής στο Τμήμα Χημείας του Πανεπιστημίου Κρήτης): Κύριε Πρόεδρε, Κυρίες και Κύριοι Υπουργοί, Κυρίες και Κύριοι Βουλευτές, ευχαριστώ πάρα πολύ την κ. *Λινού* για την πρόσκληση και για αυτή την εξαιρετική ιδέα για τη

σημερινή ομιλία. Η δικιά μου ομιλία θα επικεντρωθεί στο κομμάτι ατμοσφαιρικής ρύπανσης και υγείας, γιατί ατμοσφαιρική ρύπανση στη διεθνή βιβλιογραφία ονομάζεται ο σιωπηλός δολοφόνος. 7 εκατ. πρόωροι θάνατοι κάθε χρόνο από την ατμοσφαιρική ρύπανση, 10.000 στην Ελλάδα ή αλλιώς ένας χρόνος μείωσης του προσδόκιμου της ζωής μας. Άρα, αυτό που αποφάσισα να σας παρουσιάσω, είναι να δούμε, ποιά είναι η κατάσταση με την ατμοσφαιρική ρύπανση στην Ελλάδα, τι μας επιφυλάσσει το μέλλον και επιπλέον να θυμίσω ότι είναι τόσο σημαντική η ατμοσφαιρική ρύπανση ώστε είναι ένα από τα σημαντικά κομμάτια, από τους σημαντικούς πυλώνες στην εμβληματική πρωτοβουλία για την κλιματική αλλαγή, το κλίμα της οποίας στο *Εθνικό Αστεροσκοπείο* έχουμε τη χαρά και την τιμή να συντονίζουμε. Πώς γίνεται καταγραφή της ατμοσφαιρικής ρύπανσης. Πέρα από τους επίσημους σταθμούς τις οποίες έχει η χώρα, υπάρχουν και μία σειρά από εξειδικευμένους σταθμούς, αυτό που ονομάζουμε υπερσταθμούς, ένας από τους οποίους είναι και ο σταθμός στο Θησείο, ο οποίος έχει μια πολύ μεγάλη χρονοσειρά και είναι στα πλαίσια της εθνικής υποδομής της πανάκεια και μπορούμε παρακολουθούμε και όχι μόνο. Έχουμε μια ιδέα ποια ακριβώς είναι η κατάσταση αλλά και για κάποιους συγκεκριμένους ρύπους οι οποίοι δεν παρακολουθούνται από τα δίκτυα. Ας δούμε λοιπόν ποιά είναι η κατάσταση. Ας αρχίσουμε από τα καλά νέα. Τα καλά νέα είναι, ότι οι εκπομπές των ρύπων έχουν μειωθεί. Σε αυτό συνέβαλαν δύο παράγοντες. Η οικονομική κρίση και επιπλέον οι προσπάθειες που έγιναν. Αλλαγές των αυτοκινήτων, αλλαγή του στόλου, βελτιστοποίηση των καυσίμων κτλ. Αυτό το βλέπουμε και από τους δύο, τρεις τυπικούς ρύπους, π.χ. τα οξείδια του αζώτου. Η μαύρη γραμμή είναι το όριο που έχει θέσει η Ευρωπαϊκή Ένωση, άρα, βλέπουμε ότι υπάρχει μία μείωση και μια βελτίωση και έχουμε υπερβάσεις μόνο σε σταθμούς κυκλοφορίας. Το ίδιο βλέπουμε και για τα αιωρούμενα σωματίδια, για το όζον, μία κατάσταση φλατ όπως λέμε και αυτό για άλλους λόγους. Ας μην τους συζητήσουμε εδώ πέρα. Αυτό το οποίο βλέπουμε για την Αθήνα, το βλέπουμε και σε απομακρυσμένες περιοχές. Αυτή είναι μία χαρακτηριστική εικόνα από τον σταθμό στην Κρήτη, στη Φινοκαλιά, που είναι ο σταθμός – αν θέλετε – υποβάθρου, μετά με τη ρύπανση σε μια περιοχή απομακρυσμένη, άρα, να δούμε ποιά είναι η εικόνα στην ανατολική μεσόγειο. Βλέπουμε, ότι τα αιωρούμενα σωματίδια μειώνονται, η σκόνη για την οποία ακούμε ότι γίνεται πάρα πολύ κουβέντα τελευταία, βλέπουμε ότι υπάρχει μείωση. Παρ' όλα αυτά, βλέπουμε χρονιές όπου έχουμε πολύ υψηλές συγκεντρώσεις και αυτό είναι γιατί η σκόνη από τη Σαχάρα έχει έναν επεισοδιακό χαρακτήρα αλλά η γενική τάση είναι μια μείωση. Άσχετο ότι με την κλιματική κρίση οι περιοχές στις οποίες θα έχουμε μεγαλύτερη ερημοποίηση, θα έχουμε και αύξηση του ποσοστού της σκόνης. Το άλλο πιο σημαντικό μήνυμα, είναι ότι ενώσεις οι οποίες είναι στα αιωρούμενα σωματίδια, όπως τα θειικά από την καύση του θείου, δείχνουν μια δραματική μείωση περίπου 300% και αυτό είναι από τα καλά μηνύματα. Το θέμα είναι τί περιμένουμε στο μέλλον. Επειδή τα όρια τα οποία είχε θέσει η Ευρωπαϊκή

Ένωση και με τη βοήθεια των Επιδημιολόγων είδαν ότι είναι κάπως υψηλά, υπάρχει η τάση αυτή τη στιγμή για την καινούργια Οδηγία. Η καινούργια Οδηγία έχει αποφασισθεί, θα μπει στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και θα είναι σε ισχύ από 01.01.2030, δηλαδή στα επόμενα στα επόμενα 5 χρόνια. Και τί μας λείπει η νέα Οδηγία; Η νέα Οδηγία για τα οξείδια του αζώτου, όπως βλέπετε στη διαφάνεια, είναι η κόκκινη γραμμή. Άρα, βλέπετε, ότι για τα οξείδια του αζώτου η κατάσταση δεν θα είναι πια τόσο καλή. Η κατάσταση για τα αιωρούμενα σωματίδια θα είναι ακόμα χειρότερη, δηλαδή, κατεβάζει πάρα πολύ τα όρια, γιατί οι μελέτες από τον *Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας* είναι ξεκάθαρες. Πρέπει τα αιωρούμενα σωματίδια και δη τα υπέρλεπτα τα οποία είναι στην επόμενη εικόνα, θα πρέπει να τα μειώσουμε δραματικά. Τί εννοούμε δραματική μείωση; Θα πρέπει να κατέβουν στα 10 μικρογραμμάρια σε ετήσια τιμή και 25 μικρογραμμάρια σε εικοσιτετράωρη. Τί σημαίνει αυτό για τις ελληνικές πόλεις; Μία εικόνα να πάρουμε για το λεκανοπέδιο, για την Αθήνα. Μετρήσεις τις οποίες έχουμε από μια σειρά σταθμούς στο *Εθνικό Δίκτυο Πανάκεια* το οποίο συντονίζει το πανεπιστήμιο Κρήτης, έχουμε υψηλές τιμές το χειμώνα κυρίως λόγω της καύσης βιομάζας, αλλά, κοιτάξτε, η κόκκινη τιμή είναι πάρα πολύ χαμηλά σχετικά με όλες τις άλλες. Βλέπετε, ότι για ολόκληρους μήνες όπως ο Γενάρης ή ο Φλεβάρης ή ο Δεκέμβριος θα υπάρχουν υπερβάσεις του ορίου. Η νέα Οδηγία, ορίζει μόνο 18 υπερβάσεις, λιγότερο δηλαδή από ένα μήνα. Άρα, θα πρέπει να παρθούν μέτρα ιδίως προς τις πηγές οι οποίες συμμετέχουν περισσότερο. Η Αθήνα είναι μια μέση κατάσταση. Υπάρχουν περιοχές όπως τα Γιάννενα που είναι η κατάσταση δραματική, επειδή ουσιαστικά δεν υπάρχει εναλλακτική, κυρίως είναι το ξύλο όπου βλέπετε οι τιμές παρουσιάζονται το χειμώνα και είναι τιμές οι οποίες θυμίζουν πολύ περιοχές Κίνας ή Ινδίας. Άρα, λοιπόν, ενώ είχαμε μια βελτίωση με τα νέα όρια τα οποία θα τεθούν, θα πρέπει να μειώσουμε τις πηγές. Ποιές είναι οι πηγές; Σε αυτήν τη διαφάνεια βλέπετε, ότι εδώ είναι οι πηγές των αιωρούμενων σωματιδίων, κυρίως των υπέρλεπτων και είναι από τα πιο σημαντικά, γιατί αυτά μπορούν να εισχωρήσουν βαθιά, όχι μόνο στους πνεύμονες αλλά και στο κυκλοφορικό σύστημα. Βλέπετε, με χρώμα πράσινο, κατ' ευφημισμό το έχουμε βάλει με πράσινο, είναι μία πηγή, η οποία δεν υπήρχε μέχρι το 2010 και αυτή είναι η καύση βιομάζας. Βλέπετε ότι είναι υπεύθυνη σε ετήσια βάση, προσέξτε, σε ετήσια βάση για ένα περίπου 10%. Θα μου πείτε, 10% και κάνουμε τόση φασαρία; Όχι, γιατί αν δείτε τους χειμερινούς μόνο μήνες, η καύση βιομάζας είναι υπεύθυνη για το περίπου 30% των υπέρλεπτων σωματιδίων. Πιο σημαντική πηγή και από την κίνηση των αυτοκινήτων. Μάλιστα, κάποιος μπορεί να πει, ότι αυτά ήταν συνδεδεμένα με την κρίση. Συνεχίζει; Συνεχίζουν να υπάρχουν δείγματα ότι η καύση βιομάζας συνεχίζεται στην Αθήνα; Συνεχίζει και αυτό, φαίνεται, σε αυτή την εικόνα που βλέπουμε εδώ κάτω. Εδώ δείχνει διαχρονικά από το 2015, δηλαδή τα τελευταία 10 χρόνια στον υπερ-σταθμό του Θησειού, που είναι από τους λίγους σταθμούς που μετράμε αυτούς τους ρύπους που συνδέονται με την καύση

βιομάζας ότι αυτή η μικρή καμπύλη, ότι το ποσοστό της καύσης βιομάζας, δεν έχει σχεδόν μειωθεί καθόλου. Μάλιστα, σε περιοχές, όπως σας έδειξα τα Γιάννινα ή ακόμη και το Ηράκλειο της Κρήτης, που οι θερμοκρασίες είναι πολύ πιο υψηλές από τις άλλες περιοχές, η καύση βιομάζας οφείλεται, η αιθάλη με λίγα λόγια, τους χειμερινούς μήνες, περίπου το 40% των επιπέδων της αιθάλης. Γιατί μας ενδιαφέρει η αιθάλη; Γιατί ξέρουμε ότι μέσα σε αυτήν, κρύβονται κάποιες ενώσεις, οι οποίες έχουν κατηγορηθεί για καρκινογένεση. Η πιο χαρακτηριστική και συγγνώμη για τα μαθήματα χημείας, μία που ονομάζεται βενζο[α]πυρένιο και στην αργκό μας την ονομάζουμε BaP, η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει θέσει ένα ξεκάθαρο όριο, ένα νανο-γραμμάριο το κυβικό μέτρο σε ετήσια βάση. Οι μετρήσεις που κάναμε σε έξι ελληνικές πόλεις πριν από μερικά, πριν από ένα ή δύο χρόνια, δείχναν ότι σε μερικές περιοχές μόνο τους χειμωνιάτικους μήνες, χαρακτηριστικό παράδειγμα τα Ιωάννινα ή ακόμα και στην Αθήνα και μόνο τους χειμωνιάτικους μήνες, μπορούν να ξεπεράσουν αυτό το όριο. Τους καλοκαιρινούς μήνες είναι πολύ μικρότερα τα επίπεδα, αλλά τα πολύ υψηλά επίπεδα που έχουμε σε κάποιες πόλεις μόνο τους χειμερινούς μήνες, μπορούν να οδηγήσουν σε υπέρβαση αυτού του ορίου, δηλαδή του ενός νανο-γραμμαρίου. Ένα άλλο πιο σημαντικό, είναι και αυτό το είδε η Ευρωπαϊκή Ένωση και γι' αυτό και προτείνει και μια αναθεώρηση των ενώσεων που θα πρέπει να μετρηθούν, είδε ότι το βενζο[α]πυρένιο δεν είναι από μόνο του ικανοποιητικό για να δείξει το ρίσκο καρκινογένεσης που υπάρχουν από τα αιωρούμενα σωματίδια και γι' αυτό στην καινούργια Οδηγία βάζει 8 πολυ-αρωματικούς υδρογονάνθρακες, οι οποίοι θα πρέπει να μετριοούνται. Αν μετρήσουμε, αν λάβουμε υπόψη αυτές τις καινούργιες ενώσεις, αυτό που ονομάζουμε *αναδυόμενους ρύπους*, το θέμα - το πρόβλημα γίνεται ακόμα πιο σημαντικό, σε μια σειρά από ελληνικές πόλεις. Τώρα, επάνω σε αυτό το θέμα τί κάνουμε σαν *Εθνικό Αστεροσκοπείο* και σαν *Πανεπιστήμιο Κρήτης*. Υπάρχει μια πανελλαδική υποδομή, την οποία εγώ την ονομάζω *Εθνική Ελλάδα*, είναι αυτή τη στιγμή όλα τα Πανεπιστήμια και τα Ερευνητικά Κέντρα, τα οποία δουλεύουν στο κομμάτι της ατμοσφαιρικής ρύπανσης και των επιπτώσεών τους. Έχουμε αναπτύξει μια σειρά από εργαλεία, έχουμε σταθμούς και έχουμε οργανωθεί και μπορούμε να δούμε το πρόβλημα, να παρουσιασθούμε εκεί που θα υπάρξει και θεωρώ ότι ένα από τα πιο σημαντικά εργαλεία που έχουμε αναπτύξει, είναι αυτό το δίκτυο των αισθητήρων, στους οποίους είναι ανοιχτή η πρόσβαση, δηλαδή οποιοσδήποτε πολίτης μπορεί να μπει κτυπώντας το "tcoualite.gr", να μπει και να παρακολουθεί σε πραγματικό χρόνο τα επίπεδα της ρύπανσης, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά και σε ένα μεγάλο αριθμό ελληνικών πόλεων. Είναι πάρα πολύ σημαντικό αυτό το δίκτυο και σας δίνω τρία παραδείγματα, όπου βλέπετε το τί συνέβη σε διάφορες περιπτώσεις που είχαμε φαινόμενα ατμοσφαιρικής ρύπανσης, είτε από πυρκαγιές περί-αστικές, είτε από πυρκαγιές από βιομηχανικά ατυχήματα και πόσο γρήγορα μπορούμε να δούμε αυτές τις τιμές και πόσο εύκολα μπορεί να ειδοποιηθεί και να ενημερώσουμε τον κόσμο, για να μείνει σπίτι του και

κυρίως στις ευαίσθητες ομάδες. Με αυτή τη διαφάνεια, θα ήθελα να σας ευχαριστώ πάρα πολύ για το χρόνο σας.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Σας ευχαριστούμε πολύ.

Το λόγο έχει ο κ. *Μπουκώρος*.

ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΠΟΥΚΩΡΟΣ: Κύριε Καθηγητά, είναι πάρα πολύ ενδιαφέροντα τα όσα μας είπατε και βέβαια, το τι αέρα εισπνέουμε είναι κρίσιμης σημασίας ζήτημα και σας άκουσα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον – χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το ενδιαφέρον μου ήταν μικρότερο για τους προηγούμενους εισηγητές, φυσικά

Θα ήθελα να σας ρωτήσω, γιατί βλέπω ότι έχετε μια βάση δεδομένων που αφορά όλη την Επικράτεια, αν στις περιοχές όπου έχει επεκταθεί το φυσικό αέριο, το οποίο δεν ξεχνάμε ότι κι αυτό είναι ορυκτό μεταβατικό καύσιμο, έχει μειωθεί η αέρια ρύπανση και η ύπαρξη μικροσωματιδίων στην ατμόσφαιρα; Το πρώτο ερώτημα είναι αυτό και το δεύτερο είναι, αν καλώς καταλάβαμε, η αιθάλη και η καύση βιομάζας- επειδή δεν είναι πολύ δημοφιλής άποψη ξέρετε αυτή – αφορά κατά κύριο λόγο τους χειμερινούς μήνες και την οικιακή θέρμανση. Σωστά;

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ (Διευθυντής Ερευνών του Εθνικού Αστεροσκοπείου Αθηνών, Καθηγητής στο Τμήμα Χημείας του Πανεπιστημίου Κρήτης): Ακριβώς.

ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΠΟΥΚΩΡΟΣ: Πρέπει να το λέμε λίγο και αυτό, γιατί όταν λέμε να αλλάξουμε όλη την καθημερινότητά μας για να προστατεύσουμε το «κοινό μας σπίτι», δεν υπάρχουν μόνο οι αόρατοι εχθροί που κρύβονται σε υπόγεια, που εκπροσωπούν οικονομικά συμφέροντα. Όταν μια μεσαία ευρωπαϊκή πόλη, που είναι μια πόλη 200.000, όπως είναι το Ηράκλειο, η Πάτρα παραπάνω, ο Βόλος, η Λάρισα και ούτω καθεξής, έχει 10.000 εστίες θέρμανσης – 10.000 τζάκια – ποιά είναι η επίπτωση στην ατμόσφαιρα και στον αέρα που εισπνέουμε; Διότι ορισμένους χειμώνες βγαίνω από το διαμέρισμά μου στον Βόλο και από την καύση και το άναμμα των τζακιών, όταν είναι κρύες μέρες – φέτος που δεν είχαμε καθόλου χειμώνα και καθόλου κρύα, δεν το αισθάνθηκα ποτέ αυτό – τις προηγούμενες χρονιές που είχαμε κρύους χειμώνες, έβγαινες και δεν μπορούσες να αναπνεύσεις. Να δούμε δηλαδή και την ευθύνη τη δική μας, των πολιτών, στην επιβάρυνση της ποιότητας του αέρα που εισπνέουμε. Συμφωνείτε σε αυτό;

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ (Διευθυντής Ερευνών του Εθνικού Αστεροσκοπείου Αθηνών, Καθηγητής στο Τμήμα Χημείας του Πανεπιστημίου Κρήτης): Δύο πολύ γρήγορες απαντήσεις. Καταρχάς, ευχαριστώ πάρα πολύ, έχετε απόλυτο δίκιο καταρχάς για το φυσικό αέριο. Το φυσικό αέριο είναι μια ενδιαμέση λύση, παράγει σχεδόν ελάχιστα σωματίδια, από την άλλη όμως συμβάλλει στο φαινόμενο του θερμοκηπίου. Στις πόλεις στις οποίες έχουμε αυτή τη λύση, όντως έχουμε μια μείωση. Θα σας πω κάτι όμως που έχει να κάνει με τις συνήθειες. Ένα τζάκι σημαίνει – και δεν είναι δικά μου νούμερα, είναι συναδέλφων από το εξωτερικό – σαν να δουλεύουν έξω από το σπίτι σας 750 νταλικές. Τίποτε άλλο. Και το δεύτερο, πάρα πολύ σημαντικό που είδαμε στην Αθήνα, είναι το ότι, ποτέ βλέπουμε στην Αθήνα τα τζάκια να γίνεται – συγχωρέστε με για την έκφραση – ο

χαμός; Παρασκευή, Σάββατο και γιορτές. Άρα, χωρίς να θέλω να βγάλω απ' έξω την ανάγκη κάποιου κόσμου να ζεσταθεί, είναι μία κακή συνήθεια, αυτό που ονομάζουμε το «παρεϊστικό».

ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΠΟΥΚΩΡΟΣ: Κύριε *Μιχαλόπουλε*, σας είπα προηγουμένως, ότι δεν είναι δημοφιλής αυτή η άποψη, αλλά πρέπει να τη λέμε, γιατί τζάκια δεν έχουν οι λαϊκές τάξεις για να θερμανθούν, γιατί από κατασκευής γενικότερα του οικοδομήματος, αλλά και του ίδιου του τζακιού, είναι μια ακριβή κατασκευή.

ΘΕΑΝΩ ΦΩΤΙΟΥ: Είναι γιατί δεν υπάρχει φτηνή ενέργεια, Κύριε Συνάδελφε, τί είναι αυτά που λέτε;

ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΠΟΥΚΩΡΟΣ: Μιλάμε για τα τζάκια στις πολυκατοικίες.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Ευχαριστώ. Ολοκληρώνουμε με τον κ. *Σουλιώτη*, Καθηγητή Πολιτικής Υγείας της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ (Καθηγητής Πολιτικής Υγείας της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου): Ναι ευχαριστώ πολύ Κύριε Πρόεδρε. Ευχαριστώ τα προεδρεία των δύο Επιτροπών. Αξιότιμοι Κύριοι Εκπρόσωποι της Εθνικής Αντιπροσωπείας, Κύριοι Υπουργοί, δεν βλέπω την κ. *Λινού* στην αίθουσα, αλλά θέλω να την ευχαριστήσω για την πρόσκληση και την εξαιρετική πρωτοβουλία για αυτή τη συνεδρίαση διότι νομίζω ότι ο διάλογος που διεξάγεται σήμερα, εδώ, είναι όπως θα πρέπει να γίνεται διάλογος επί όλων των σοβαρών θεμάτων διεπιστημονικά, διατομεακά και διακομματικά. Συγχωρέστε με λίγο για τον τόνο της φωνής μου μια λαρυγγίτιδα είναι στα απόνερα, με ταλαιπωρεί εδώ και καιρό, αλλά αυτό μου προέκυψε αιφνιδίως από ένα αλλεργικό θέμα. Πήγα στο γιατρό μου, Κύριε *Λινέ*, μου έδωσε θεραπεία και θα μου περάσει. Για τα θέματα του περιβάλλοντος όμως και τις επιπτώσεις τους στην υγεία δεν μπορούμε να δηλώσουμε αιφνιδιασμένοι διότι τα σημάδια τα έχουμε εδώ και καιρό. Δεν θα σηκωθούμε ένα πρωί και θα συνειδητοποιήσουμε ότι απειλούμαστε λόγω αυτών που έχουν συμβεί και λόγω της κλιματικής αλλαγής. Οπότε θα περίμενε κανείς να δείξουμε λίγο μεγαλύτερη σπουδή όλα αυτά τα χρόνια και ως επιστημονική κοινότητα προφανώς και ως πολιτικό σύστημα. Να θυμίσω ότι η «*Παγκόσμια Ημέρα της Γης*» γιορτάζεται από 1970 χάρη σε μια πρωτοβουλία ενός Γερουσιαστή των Δημοκρατικών, του *Γκέιλορντ Νέλσον*. Αν κάνουμε μια αναδρομή στο παρελθόν και δούμε τι έχει γίνει από το 1970 μέχρι σήμερα υπάρχουν δύο προσεγγίσεις. Το μισογεμάτο ποτήρι δείχνει ότι η ευαισθητοποίηση μας έχει μεγαλώσει, αλλά το μισοάδειο δείχνει ότι έχουμε επιβαρύνει πάρα πολύ το περιβάλλον. Το έχουμε επιβαρύνει με έναν τρόπο που πρέπει να έρθουμε σε επαφή με τον εαυτό μας για να το παραδεχτούμε δεν εισέβαλε η κλιματική αλλαγή στη ζωή μας. Είναι ανθρωπογενής και πρέπει αυτό να το αποδεχθούμε για να μπορέσουμε να πάμε παρακάτω. Επίσης, υπάρχουν πάρα πολλοί αξιακοί λόγοι για τους οποίους θα πρέπει να αναρωτηθούμε αν μπορούμε να φερόμαστε έτσι όπως φερόμαστε στο περιβάλλον, στον πλανήτη όλα αυτά τα χρόνια, όλες αυτές τις δεκαετίες. Αλλά ας το

παρακάμψουμε και αυτό – το αξιακό και το ηθικό – και να δούμε ωφελιμιστικά τι συμβαίνει με την ίδια μας την υγεία από τη διαχείριση και από την κλιματική αλλαγή, από την έλλειψη ευαισθητοποίησης γύρω-γύρω από αυτά τα θέματα. Νομίζω, θα μου επιτρέψετε η δική μου προσέγγιση, πολύ σύντομα να φέρω το θέμα από την οπτική της πολιτικής υγείας γιατί η περιβαλλοντική προσέγγιση νομίζω ήταν υπερπλήρης και οι εξαιρετικές εισηγήσεις των συναδέλφων μας κάλυψαν πάρα πολύ. Θα επιμείνω λίγο στο θέμα της κλιματικής αλλαγής που είναι ένα θέμα σε σχέση με τη σχέση του περιβάλλοντος με την υγεία γιατί έχουμε δύο εξελίξεις, ακραία καιρικά φαινόμενα αιφνίδια καιρικά φαινόμενα και βέβαια και διαφορετική ένταση και διαφορετική συχνότητα τα τελευταία χρόνια. Όλα αυτά δεν επιδρούν μόνο άμεσα στην υγεία του ατόμου και των ομάδων του πληθυσμού, αλλά και συνδυαστικά τους προσδιοριστές της υγείας. Δηλαδή, η επίδραση του περιβάλλοντος στην υγεία του πληθυσμού είναι πολλαπλή, αγγίζει όλους τους παράγοντες. Μερικά τεκμήρια έτσι για να μπούμε λίγο στο κλίμα. Υπάρχουν οι άμεσες επιπτώσεις. Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν για παράδειγμα ότι έχουμε αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας από ασθενείς που συνδέονται με τον καύσωνα στην Ευρώπη 90.000 με 100.000 άτομα το χρόνο. Μεγάλο νούμερο. Γιατί; Γιατί είναι μεγάλο; Γιατί είναι απευκταία η θνησιμότητα αυτή που οφείλεται στον καύσωνα που μπορεί να αντιμετωπισθεί με άλλους τρόπους, ίσως μεσομακροπρόθεσμα. Αύξηση της θνησιμότητας και λόγω του ψύχους και σε αυτήν την εξίσωση θα βάλω και την ενεργειακή κρίση. Το κόστος ενέργειας μεγαλώνει, αλλά δεν είναι βέβαιη η προστασία μας από το κρύο. Αύξηση του κινδύνου ατυχημάτων και επιπτώσεων στην γενικότερη ευημερία από πλημμύρες, καταιγίδες και άλλα ακραία καιρικά φαινόμενα. Εκτιμάται ότι 2,5 περίπου εκατομμύρια άτομα κινδυνεύουν από παράκτιες πλημμύρες κάθε χρόνο στην Ευρώπη. Αν μεταφέρουμε και διευρύνουμε τον προβληματισμό μας στην Ασία για παράδειγμα καταλαβαίνετε ότι το πρόβλημα γίνεται ακόμη πιο οξύ. Έχουμε περίπου 400.000 πρόωρους θανάτους στην Ευρωπαϊκή Ένωση λόγω της ατμοσφαιρικής ρύπανσης. Κοιτάξτε, τα προληπτικά μοντέλα και οι προβολές που κάνουμε μπορούμε να υποθέσουμε ότι έχουν και κάποιο βαθμό αβεβαιότητας, αλλά άμα δείτε τη σχετική βιβλιογραφία εκεί κινούνται τα νούμερα και είναι τρομακτικά. Ένα ενδιαφέρον εύρημα 10% περίπου των καρκίνων στην Ευρωπαϊκή Ένωση μπορεί να αποδοθεί σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Συζητώντας αυτό το εύρημα με τον κ. *Σαρηγιάννη*, λίγο πριν σε πηγαδάκι, στη δική του πηγή είναι 20%. Αυτό τί σημαίνει; Ότι αν προσθέσουμε μερικές χώρες χαμηλότερου επιπέδου ανάπτυξης στον αλγόριθμο η επιβάρυνση είναι 30%. Γι' αυτό και ο μέσος όρος είναι 20% Κύριε *Σαρηγιάννη*. Άρα, η ανάπτυξη, το επίπεδο της ανάπτυξης, το βιοτικό επίπεδο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο και με την περιβαλλοντική επιβάρυνση. Υπάρχει ένα εμβληματικό γράφημα σε μια παρουσίαση που αφορά στις ανισότητες για το *Βρετανικό Σύστημα Υγείας* που δείχνει μια διαδρομή του μετρό μέσα στο Λονδίνο και δείχνει από τη μία περιοχή στην άλλη – από την πλούσια στη φτωχή περιοχή – πόσο μειώνεται το προσδόκιμο

επιβίωσης. Θα ήθελα πάρα πολύ δίπλα σε αυτό, σε αυτή τη διαδρομή, να βάλω εκπομπές ρύπων ή περιβαλλοντική επιβάρυνση για να δούμε την άμεση επίδραση που έχει το περιβάλλον στην υγεία του πληθυσμού. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και με τις θεωρητικές προσεγγίσεις, η άμεση επίδραση του περιβάλλοντος εκτιμάται στο 10%. Σε αυτό θα βάζαμε ένα 20% που είναι το σύστημα υγείας, ένα 30% οι συμπεριφορές υγείας και 40% οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες. Μα, και οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες και οι συμπεριφορές και το ίδιο το σύστημα υγείας, είναι αποτέλεσμα και μιας περιβαλλοντικής διαχείρισης. Ένα παράδειγμα: Η γεωργική παραγωγή τίθεται σε κίνδυνο από την κλιματική αλλαγή στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες. Οι *outworkers*, αυτοί που δουλεύουν σε εξωτερικούς χώρους, είναι περισσότερο επιβαρυνμένοι, όχι μόνο από την αύξηση θερμοκρασίας, αλλά και την ηλιακή ακτινοβολία. Άρα, η κλιματική αλλαγή ενδέχεται σε κάποιες περιοχές του πλανήτη, να επιφέρει και μείωση της ικανότητας για εργασία. Τί θα κάνουν οι άνθρωποι που είναι ανειδίκευτοι εργάτες και δουλεύουν σε εξωτερικούς χώρους; Μια ωραία ιδέα ήταν αυτή που είδαμε για την γεωργική παραγωγή σε κλειστούς χώρους, αλλά αντιλαμβανόμαστε ότι αυτό δεν μπορεί να υλοποιηθεί σε μικρό χρονικό διάστημα. Ευαλωτότητα και κλιματική αλλαγή. Είναι εδώ ο κ. Άγης Τσουρός, ο φίλος μου. Πέρυσι, τέτοια εποχή, στο *Φόρουμ των Δελφών* με τον κ. Σαρηγιάννη, κάναμε αυτή τη συζήτηση. Κλιματική αλλαγή, ευαλωτότητα και επίδραση στην υγεία του πληθυσμού. Οι ηλικιωμένοι απειλούνται περισσότερο. Εκτιμάται, ότι το καλοκαίρι του 2022 στην Ευρώπη, είχαμε 9.500 θανάτους λόγω ζέσης στην ηλικιακή ομάδα 65-79, αλλά στην ηλικιακή ομάδα άνω των 80, είχαμε 36.000 θανάτους λόγω της ζέσης, λόγω του καύσωνα, μόνο σε ένα χρόνο. Βέβαια, για να καταλάβουμε λίγο τί συμβαίνει με το συνδυασμό των παραγόντων αυτών, το εκρηκτικό μείγμα δημογραφικής γήρανσης και κλιματικής αλλαγής, ενώ τις τελευταίες δύο δεκαετίες η σχετιζόμενη με τη ζέστη θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό, ανέβηκε κατά 30%, στην ηλικιακή ομάδα 65 και πάνω είναι 70%. Άρα, ευάλωτοι πληθυσμοί, οι ηλικιωμένοι, που έτσι κι αλλιώς είναι ευάλωτοι απέναντι στην υγεία, για μια σειρά από κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, καθίστανται περισσότερο ευάλωτοι και για λόγους που έχουν να κάνουν με το περιβάλλον. Για να βάλουμε στον αλγόριθμο τη δημογραφική γήρανση. Έχουμε εκτιμήσει ότι μέχρι το 2060 θα χρειασθούμε μία ποσοστιαία μονάδα του ΑΕΠ για υπηρεσίες υγείας, μόνο λόγω της γήρανσης, αν αφήσουμε όλους τους παράγοντες σταθερούς, που δεν είναι σταθεροί. Νέες απειλές, νέες ασθένειες, σύγχρονοι τρόποι ζωής, μόλυνση περιβάλλοντος κ.ο.κ. Τα παιδιά και τα άτομα με ήδη επιβαρυνμένη υγεία είναι, επίσης, στους ευάλωτους πληθυσμούς που απειλούνται περισσότερο. Επίσης, μετανάστες, εθνικές μειονότητες. Δεν θα έχουμε αύξηση των μεταναστευτικών ροών λόγω του κλίματος; Δεν θα έχουμε συγκρούσεις λόγω του κλίματος; Μα, υπάρχει κανείς που αμφισβητεί την επίδραση που έχουν οι εμφύλιες συρράξεις ή οι συγκρούσεις οι πολεμικές στην υγεία του πληθυσμού; Με ένα δευτερογενές, ίσως λιγότερο άμεσο τρόπο, θα έχουμε επίδραση στην υγεία του

πληθυσμού. Έχουμε το 2020, περίπου 770 - 800 εκατομμύρια άτομα αντιμέτωπα με την πείνα στην Ασία και την Αφρική. Αλλά, προς Θεού, δεν θέλω να φύγουμε από δω με το συμπέρασμα ότι δεν μας αφορά. Εδώ ζούμε σε μια προνομιακή περιοχή του πλανήτη, άρα, αυτά τα ζητήματα είναι για τον, παλιά λεγόμενο, τρίτο κόσμο. Σε καμία περίπτωση. Θα διαβούν και την πόρτα μας. Ένα απλό παράδειγμα. Η κλιματική αλλαγή έχει κοστίσει τα τελευταία 40 χρόνια, περίπου 560 δισεκατομμύρια στα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το αν είναι πολύ ή λίγο, μπορεί κανείς να το εκτιμήσει συγκρίνοντας το με άλλα δεδομένα. Θα σας πω, όμως, κάτι. Την τελευταία χρονιά που μετρήθηκε, είναι το 10% αυτού του ποσού, δηλαδή, 56 δισεκατομμύρια μόνο την τελευταία χρονιά της περιόδου που σας ανέφερα. Που σημαίνει, ότι μιλάμε για ένα φαινόμενο, που λαμβάνει διαστάσεις χιονοστιβάδας. Είναι γεωμετρική η αύξηση, όταν το 10% των 40 ετών είναι την τελευταία χρονιά. Αυτό μας στερεί πόρους για το σύστημα υγείας, μεταξύ άλλων. Έτσι δεν είναι; Γιατί τα συστήματα υγείας δεν λειτουργούν χωρίς πόρους, ούτε έχουν απεριόριστους πόρους. Άρα, με αυτά και με αυτά, μπορεί να καταλάβει κανείς πάρα πολύ εύκολα, γιατί ο Π.Ο.Υ. θεωρεί την κλιματική αλλαγή ως τη μεγαλύτερη απειλή για την υγεία. Με αυτή την αφετηρία, πρέπει, για να είμαστε και λίγο χρήσιμοι, να πούμε και μερικές προτάσεις και σκέψεις. Χρειαζόμαστε ένα ανθεκτικό, και στην κλιματική αλλαγή, σύστημα υγείας. Για να γίνει, όμως, αυτό πραγματικότητα, θέλουμε αυτό που είπαμε και στην αρχή. Υπερεθνική προσέγγιση. Δεν μπορούμε μόνοι μας και δεν πρέπει μόνοι μας. Γιατί δεν έχουν σύνορα αυτές οι απειλές. Αυτές οι απειλές είναι σαν την πανδημική κρίση, που με πολύ οδυνηρό τρόπο μας έφερε αντιμέτωπους με το πρόβλημα. Η πανδημική κρίση τι μας έκανε; Να σκεφθούμε ότι δεν είμαστε μόνοι μας, δεν πρέπει να είμαστε μόνοι μας. Κι αυτά που έλεγε και ο κ. *Σαρηγιάννης*, μηχανισμοί επιτήρησης και ενεργοποίηση μηχανισμών και αντανakλαστικών, είναι μια παγκόσμια υπόθεση. Έστω, ας θεωρήσουμε, ότι είναι μια υπόθεση που μπορεί να περιοριστεί σε επίπεδο δράσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Εδώ, όμως, πρέπει να κάνουμε κάτι πριν την κρίση. Ένα ενιαίο ταμείο, για παράδειγμα, αντιμετώπισης των περιβαλλοντικών επιπτώσεων στην υγεία, κατά τα πρότυπα αυτού που συγκροτήθηκε για την αντιμετώπιση της πανδημίας, θα μπορούσε να είναι χρήσιμο. Όχι, εφόσον προκύψει το πρόβλημα ή εφόσον λάβει ακραίες διαστάσεις, αλλά πριν, εγκαίρως. Ένα δεύτερο. Συνεργασία ερευνητικών φορέων, κυβερνήσεων και υπό το συντονισμό του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας*, προφανώς, για ανάπτυξη κοινών δράσεων. Θα ήθελα πάρα πολύ – τώρα, να σκεφθώ λίγο φωναχτά – ένα πρότζεκτ που τρέχουμε με την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, το *EXPANSE*, που έχουμε ατμοσφαιρικούς ρύπους με ταχυδρομικό κώδικα, να το συνδυάσουμε με τα ευρήματα της *ΗΔΙΚΑ* για καρδιαγγειακά νοσήματα ή αναπνευστικά νοσήματα. Να δούμε ποιοί πληθυσμοί, γιατί αλλάξεις Ταχυδρομικό Κώδικα και ο κίνδυνος αλλάζει και δεν να αλλάξεις Νομό ή Δήμο ή Περιφέρεια, αλλά Ταχυδρομικό Κώδικα, δηλαδή, είσαι κοντά σε μεγάλη λεωφόρο; Εκτίθεσαι περισσότερο. Να δούμε ποιά είναι η επίδραση αυτών

των παραγόντων στην υγεία του πληθυσμού. Πρέπει να εξειδικεύσει τα σχέδια δράσης επιχειρησιακά, είναι ένα πρόβλημα της ελληνικής δημόσιας διοίκησης μια ευρύτερη παθογένεια, θα μου επιτρέψετε να αναφερθώ, έχουμε εξαιρετικά στρατηγικά σχέδια δράσης – ένα έκανε το *Ίδρυμα Μποδοσάκη* για τη Δημόσια Υγεία – αλλά μετά δεν αναλαμβάνει κάποιος να κάνει κάτι και κάποιος άλλος να το παρακολουθεί, να το αξιολογεί και να δούμε πού κόλλησε αυτή η δράση. Τί πρέπει να κάνουμε για να την υλοποιήσουμε. Αυτό είναι κάτι που πρέπει να το λύσουμε και χαίρομαι που σε αυτό το όργανο εδώ συζητάτε κάτι τέτοιο, σήμερα, γιατί μόνο διακομματικά και διατηματικά μπορούμε να τα λύσουμε. Σε κάθε περίπτωση χρειαζόμαστε θωράκιση του συστήματος υγείας, νομίζω ότι είναι τόσο προφανές που δεν θα πω τίποτε άλλο. Σήμερα η χώρα δίνει το 10% των κυβερνητικών δαπανών για την υγεία ενώ ο μέσος ευρωπαϊκός όρος είναι 14%, άρα, υπάρχει και ένα σοβαρό οικονομικό επιχείρημα απέναντι στους εταίρους μας και γιατί πρέπει να ενισχύσουμε το σύστημα υγείας. Το «*υγεία σε όλες τις πολιτικές*» είναι κτήμα μας στην επιστημονική κοινότητα πρέπει να γίνει κτήμα της πολιτικής και εκεί φαίνεται ότι θα χρειασθεί λίγο χρόνος, και βέβαια, θα μου επιτρέψετε να πω ότι υπάρχει και μια αμφίδρομη προσέγγιση. Θέλουμε «πράσινα» νοσοκομεία. Πρέπει να μελετήσουμε το αποτύπωμα το περιβαλλοντικό των δομών υγείας. Πρέπει να δούμε τί συμβαίνει με τη λειτουργία των νοσοκομείων. Πρέπει να δούμε ποιό είναι το μεγάλο όφελος που έχει αυτό το πολύ εμβληματικό πρόγραμμα της «κατ οίκον φροντίδας των καρκινοπαθών», αντί να μετακινούνται οι πολίτες είναι και το σύστημα υγείας, το σύστημα υγείας με πολύ λιγότερες μετακινήσεις, πολύ λιγότερο ενεργειακό κόστος – χώρια όλα τα άλλα τα οφέλη – να φθάσει στον πολίτη. Αυτό είναι κάτι πάρα πολύ σημαντικό. Θα σας πω κάτι. Ότι σε μια πρόσφατη μελέτη μας μετρήσαμε ότι κάθε χρόνο πετάμε στα οικιακά απόβλητα 40 εκατομμύρια κουτιά φαρμάκων. Η απόλυτη σπατάλη! Είχε μετρηθεί παλαιότερα ότι η αξία αυτών των φαρμάκων είναι περίπου ένα δισεκατομμύριο. Αφήστε το οικονομικό σκέλος, πάρτε το περιβαλλοντικό: 40 εκατομμύρια κουτιά φαρμάκων πετιούνται κάθε χρόνο. Πρέπει να καλλιεργήσουμε μια κουλτούρα διαχείρισης των υγειονομικών ειδών ακόμη και στα σπίτια πέρα από τα νοσοκομεία και τις και τις δομές υγείας. Η δική μας η πλευρά, γιατί έχουμε κι εμείς ευθύνη δεν πρέπει να ζητάμε συνέχεια από το πολιτικό σύστημα, μας επιβάλλει στις μελέτες μας να λαμβάνουμε υπόψη σε όλα τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και τους δείκτες που μετράμε και τα περιβαλλοντικά δεδομένα. Οι γιατροί, όταν παίρνεται ιστορικό πρέπει να ρωτάνε και πού μένεις και σε ποιους ρύπους εκτίθεσαι, σε τί περιβάλλον ζεις, γιατί μπορεί σήμερα να ζω κάπου αλλά να ζω περισσότερα χρόνια της ζωής μου αλλού, άρα να έχω υποστεί τις επιπτώσεις αυτής της επιβάρυνσης και είναι καλό να το βάλουμε στη συζήτηση κι αυτό. Και βέβαια, πρόσβαση στα δεδομένα για να μπορέσουμε να κάνουμε τη δουλειά μας στέλνω έκκληση προς όλους, πρέπει να έχουμε πρόσβαση στα δεδομένα που επιτέλους η χώρα για πάρα πολλά χρόνια βασιζόμασταν στο περίπου. Τώρα έχουμε δεδομένα

που μπορούμε να σχεδιάσουμε και να υποστηρίξουμε τη λήψη αποφάσεων προς την κατεύθυνση του να βοηθήσουμε την κεντρική διοίκηση. Στα Πανεπιστήμια, θα σας πω ένα παράδειγμα, στη Σχολή που έχω την τιμή να είμαι Κοσμητόρας, όταν είδαμε το κόστος ενέργειας να αυξάνεται και όταν είδαμε τον κίνδυνο κατά τη διάρκεια της πανδημίας όταν είχαμε κάποια μαθήματα με φυσική παρουσία της έκθεσης των φοιτητών από τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς αλλάξαμε, το πρόγραμμα και βάλουμε τα μαθήματα σε κοινές ημέρες για να μην εκτίθενται οι φοιτητές πολλές μέρες στα μέσα μεταφοράς. Βάλουμε τα μαθήματα πρωινές ώρες που έχουμε φυσικό φως για να μειώσουμε το κόστος ενέργειας. Κάτι τέτοια μικρά που μπορεί να φαντάζουν minor μπροστά στον κίνδυνο που συζητάμε σήμερα αλλά, νομίζω, και εμείς με τη δική μας την προσέγγιση μπορούμε να συμβάλουμε. Σας ευχαριστώ πολύ.

ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΜΠΙΜΠΙΛΑΣ: Να κάνω μία ερώτηση, μπορώ; Επειδή είπατε κάτι πολύ συγκεκριμένο για τα φάρμακα. Έχει γίνει γνωστό στον πληθυσμό ότι τα φάρμακα δεν πρέπει να τα πετάμε και ότι πρέπει να τα δίνουμε σε δομές, ας πούμε στους *Γιατρούς του Κόσμου* – εμείς, στο *Σωματείο Ηθοποιών* συγκεντρώνουμε και τα πάμε εκεί – και τα υπόλοιπα ότι γίνεται ανακύκλωση για λιπάσματα απ' ό,τι ξέρω;

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ (Καθηγητής Πολιτικής Υγείας της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου): Υπάρχουν πολύ καλά οργανωμένες κοινωνικές δομές που συλλέγουν φάρμακα που μπορούν να αξιοποιηθούν σε ευάλωτους πληθυσμούς που τα έχουν ανάγκη, γιατί υπάρχει και αυτή η διάσταση. Υπάρχει και η τεράστια περιβαλλοντική διάσταση. Κατά την άποψή μου, με βάση την εμπειρία αυτής της μελέτης, οι περισσότεροι πολίτες δεν γνωρίζουν τί να κάνουν τα ληγμένα φάρμακα ή τα μη ληγμένα φάρμακα. Ίσως μια ενεργοποίηση των φαρμακευτικών συλλόγων – που κακά τα ψέματα έχουμε ένα τεράστιο δίκτυο σε όλη την επικράτεια περίπου 11.000 φαρμακεία – να αποτελέσουν ένα πρώτο σημείο συλλογής και από εκεί και πέρα δευτερογενές μετά από μια διαλογή να αξιοποιηθούν σε ευάλωτους πληθυσμούς ή περιβαλλοντικά, όπως είπατε, πάρα πολύ σωστά με μια πιο ορθή διαχείριση. Υπάρχει έλλειμμα γνώσης πάντως πάνω από το 55% του πληθυσμού δεν ξέρει τί να τα κάνει. Τα πετάει γιατί δεν ξέρει ότι υπάρχει άλλη επιλογή. Αυτό που είπατε εσείς για τη δική σας πρωτοβουλία και τη δράση, που είναι αξιέπαινη, δεν το γνωρίζει πολύς κόσμος και να ενεργοποιήσει κάποιον μηχανισμό ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού θα μπορούσε να επιφέρει αποτέλεσμα.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Ευχαριστούμε, τον κ. *Σουλιώτη*. Ολοκληρώσαμε τον κύκλο των ομιλιών των καθηγητών, ο χρόνος μας όμως δεν είναι απεριόριστος και θα πρέπει να δώσουμε αίθουσα και έτσι θα κάνουμε την εξής ρύθμιση. Θα κάνει έναν χαιρετισμό ο Υπουργός τον ευχαριστούμε τον κ. *Σκυλακάκη* διότι έχει το νομοσχέδιο στην επιτροπή και παρά ταύτα ήρθε και τον ευχαριστούμε. Εδώ θα κάνει ένα σύντομο χαιρετισμό και η κ. *Αγαπηδάκη*, καθώς και εκπρόσωποι των κομμάτων.

ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΠΟΥΚΩΡΟΣ: Κύριε Πρόεδρε, μου επιτρέπετε να διευκολύνω. Μετά τους εισηγητές που πραγματικά έχουν προσφέρει στη δημόσια συζήτηση για το θέμα, εγώ προσωπικά και δύο λεπτά είμαι εντάξει.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Αυτό λέμε και εμείς να είμαστε σύντομοι. Σήμερα ήρθαμε περισσότερο για να ακούσουμε, αλλά ας πούμε και τα κόμματα. Κύριε Υπουργέ, σας ευχαριστούμε για την παρουσία σας.

ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΣΚΥΛΑΚΑΚΗΣ (Υπουργός Περιβάλλοντος και Ενέργειας): Σας ευχαριστώ, για την πρόσκληση. Οι μέρες αυτές είναι λίγο δύσκολες. Θα είμαι κι εγώ όσο γίνεται πιο σύντομος για να σεβαστώ τον χρόνο σας. Να πω δύο θεμελιώδη πρώτον, η Κλιματική Κρίση είναι εδώ και η έντασή της αυξάνεται άσχετα με το τι θα γίνει στα όρια του θερμοκηπίου για τα επόμενα 20 με 30 χρόνια τουλάχιστον. Άσχετα με οτιδήποτε κάνουμε για τον περιορισμό των αερίων του θερμοκηπίου, η Κλιματική Κρίση θα οξύνεται στα επόμενα 20 με 30 χρόνια. Αυτό οφείλεται στην σωρευτική φύση του κλιματικού φαινομένου, ότι δηλαδή το (CO₂) του διοξειδίου του άνθρακα είναι πιο σύνθετο θέμα, και θα κάνει έναν αιώνα να φύγει από την ατμόσφαιρα. Το μεθάνιο κάνει 12 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι, και να κάνουμε σε σχέση με την προσαρμογή, καθώς και με την *Πράσινη Μετάβαση*, θα πρέπει ταυτόχρονα για τα επόμενα 30-40 χρόνια, «μπορεί» και για τον επόμενο αιώνα, ανάλογα με την επιτυχία των πολιτικών που θα κάνουν για τον περιορισμό της Κλιματικής Κρίσης. Να προετοιμαζόμαστε και να πληρώνουμε «όχι» μόνο προετοιμαζόμαστε, είτε με μέτρα πρόληψης, είτε μετα καταστροφών. Αυτό ισχύει σε όλα τα φαινόμενα της Κλιματικής Κρίσης, καθώς ισχύει και στην Υγεία. Στην Υγεία κατά τη γνώμη μου θα έρθουν πιο αργά από ότι τα άλλα άμεσα φαινόμενα. Θα ζήσουμε πρώτα τις πλημμύρες, την καταστροφή των δασών, την ερημοποίηση, τις αυξήσεις θερμοκρασίας, και σταδιακά την εισβολή ξένων ειδών. Μετά σταδιακά θα αρχίσουμε να τα πληρώνουμε αυτά στο επίπεδο, της Υγείας, μόνο που η πληρωμή θα κρατήσει πάρα πολύ, γιατί όταν ένας πληθυσμός υπόκειται σε πρόσθετες πιέσεις «πάσης φύσεως» αυτό είναι μεσομακροπρόθεσμα. Αυτά είναι τα δύο βασικά που θα πρέπει κανείς να κρατάει στο μυαλό του. Με αυτή την έννοια οι πολιτικές που θα κάνουμε και σε όλα τα άλλα επίπεδα, προπαντός οι πολιτικές της πόλης για τη βιωσιμότητα των πόλεων, θα είναι κρίσιμες σε σχέση με τον περιορισμό αυτών των επιπτώσεων και στον τομέα της Υγείας. Αυτά ήθελα να σας πω, και σας ευχαριστώ πολύ που με ακούσατε.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Ευχαριστούμε, Κύριε Υπουργέ. «Το λακωνικό είναι και ουσιαστικό πολλές φορές». Τον λόγο, έχει η κ. *Ειρήνη Αγαπηδάκη*, Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας.

ΕΙΡΗΝΗ ΑΓΑΠΗΔΑΚΗ (Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας): Ευχαριστώ, Κύριε Πρόεδρε. Καλησπέρα στους εκλεκτούς προσκεκλημένους, στους Συναδέλφους Βουλευτές. Είναι πάρα πολύ σημαντική αυτή η μέρα, γιατί νομίζω ότι μας βοηθάει λίγο να αναλογιστούμε. Νομίζω ότι στην καθημερινότητα δεν είναι εύκολο κανείς να συνειδητοποιήσει. Τις επιπτώσεις που έχει η «ανθρωπογενής παρέμβαση»

στο περιβάλλον και τον τρόπο με τον οποίο τελικά επιστρέφει αυτός σε επίπτωση, και σε πολλαπλά επίπεδα στην Υγεία, στην Οικονομία, στη Φύση, και σε πάρα πολλές «πυυχές» που ακουμπούν κάθε δραστηριότητα της ζωής. Δυστυχώς μιλάμε για κλιματική κρίση και όχι απλά για κλιματική αλλαγή, που σημαίνει ότι πρέπει να είμαστε έτοιμοι να κάνουμε ένα βασικό πράγμα. Να μειώσουμε τις επιπτώσεις της και, σε ότι αφορά το Υπουργείο Υγείας, μιλάμε για να μειώσουμε τις επιπτώσεις στην υγεία. Σε αυτό, λοιπόν, το επίπεδο, επειδή παράλληλα με όσα μπορεί να κάνει κανείς για να βελτιώσει αυτή την κατάσταση, να μπορέσει μεσομακροπρόθεσμα να αποσοβηθεί η κλιματική κρίση, υπάρχουν πράγματα τα οποία, όπως ξέρετε, το ζήσαμε και πρόσφατα στη Θεσσαλία με την κακοκαιρία «Daniel» και όχι μόνο, τις πυρκαγιές, σήμερα πριν από λίγο ξέσπασε πυρκαγιά στην Πάρο, μια μέρα που έχουμε μεταφορά σκόνης, έχουμε αυξημένη θερμοκρασία Απρίλη μήνα, είναι πράγματα τα οποία τα ζούμε καθημερινά, άρα, λοιπόν, πρέπει να είμαστε έτοιμοι να τα αντιμετωπίσουμε. Τί κάνουμε γι' αυτό. Στο επίπεδο της Δημόσιας Υγείας έχουμε εντάξει στο *Ταμείο Ανάκαμψης* ένα πολύ σημαντικό πρόγραμμα με πολύ υψηλή χρηματοδότηση, το οποίο αφορά επέκταση στους αναδυόμενους κινδύνους, που σχετίζονται με την κλιματική κρίση, τη δημόσια υγεία και αφορούν επιπτώσεις που έχουμε σε περίπτωση πλημμυρών, σε περιπτώσεις που έχουν να κάνουν με πυρκαγιές, σε νέα βακτήρια, ιούς, που μπορεί να προκύπτουν ακριβώς εξαιτίας της κλιματικής κρίσης και θα μας δώσει τη δυνατότητα να κάνουμε τρία πράγματα. Το Υπουργείο Υγείας αποκτά αυτόνομη λειτουργία σε επίπεδο επιδημιολογικής παρακολούθησης. Έχουμε, λοιπόν, τη δυνατότητα να παρακολουθούμε το πώς εξελίσσονται μία σειρά από στοιχεία τα οποία αφορούν στην περίπτωση να έχουμε ένα *micro outbreak* αύριο μεθαύριο, ένα μικροξέσπασμα επεισοδίου, σε κάποια κοινότητα να το εντοπίζουμε έγκαιρα για να μην γίνουν πανδημίες, να μην επηρεασθούν περισσότερες περιοχές της χώρας, με νέα καινοτόμα εργαλεία. Το δεύτερο που έχουμε είναι ότι αποκτούμε αυτόνομες ομάδες παρέμβασης στο πεδίο, οι οποίες ασχολούνται με μια σειρά από ζητήματα. Το κάναμε και στη Θεσσαλία με τις covid του EODY. Επίσης, οι μονάδες αυτές θα υπάρχουν και σε περιφερειακό επίπεδο, συντονισμός διατομεακός, προκειμένου να μπορούμε να έχουμε καλύτερη απόκριση ως χώρα. Έχουμε, λοιπόν, τοπικά, περιφερειακά, κεντρικά, σε επίπεδο διοίκησης, εργαλεία καινούργια και σύστημα επιδημιολογικής επιτήρησης καλύτερο. Αυτό είναι μια λειτουργία που θα έχει το Υπουργείο Υγείας, ξαναλέω, αυτόνομη, άρα δεν θα χρειάζεται να συμπληρώνεται από την Πολιτική Προστασία, όπως συνέβαινε μέχρι σήμερα. Είδαμε και στη Θεσσαλία ότι εστίασαμε σε τρία-τέσσερα βασικά θέματα. Ποιότητα νερού. Αυτό το οποίο κάναμε εκεί θα πρέπει να γίνει σταδιακά σε όλη τη χώρα. Εντείνεται ο έλεγχος της ποιότητας των υδάτων. Η ποιότητα του εδάφους. Τα θέματα που σχετίζονται με τα μεταδιδόμενα νοσήματα, τα οποία αφορούν ξενιστές. Είχαμε μία πολύ εξαιρετική συνεργασία με το *Μπενάκειο Φυτοπαθολογικό Ινστιτούτο* και μπορέσαμε να έχουμε παρακολούθηση για τα

κουνούπια σε μια πολύ εκτεταμένη περιοχή και άμεση απόκριση για να μην ξεσπάσει ένα outbreak Δυτικού Νείλου και να έχουμε τέτοιου τύπου προβλήματα. Αντίστοιχα κάναμε και για την λεπτοσπείρωση. Κάτι το οποίο συχνά δεν συνειδητοποιούμε είναι ότι με την κλιματική κρίση σχετίζεται και η μικροβιακή αντοχή. Το Υπουργείο Υγείας έχει εκπονήσει και, μάλιστα, παρουσιάσθηκε στο ECDC την προηγούμενη εβδομάδα, ένα πολυεπίπεδο επιχειρησιακό σχέδιο για να αντιμετωπίσει αυτή την απειλή και να μπορέσει να επιτύχει τους στόχους που έχει θέσει η Ευρωπαϊκή Ένωση και τέλος το πολύ μεγάλο στοίχημα της ενιαίας υγείας. Είμαστε σε διαδικασία που εκπονούμε, σε επίπεδο γενικών διευθυντών και αμέσως μετά θα περάσει και στο υπουργικό επίπεδο, κοινό σχέδιο με το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης, το Υπουργείο Ενέργειας και Περιβάλλοντος προκειμένου να έχουμε ένα ολιστικό σχέδιο αντιμετώπισης στα βασικά θέματα που αφορούν στην ενιαία υγεία και να μπορέσει η χώρα μας να συμβαδίσει με τις πλέον προηγμένες χώρες στον τομέα αυτό. Πρέπει να δούμε πολύ σοβαρά θέματα τα οποία εκτείνονται πέραν του στενού πλαισίου της υγείας. Το ανέφεραν, σήμερα, πολλοί εξέχοντες ομιλητές και, ειδικά στο κομμάτι που έχει να κάνει με την ατμοσφαιρική ρύπανση, έχουμε πλέον δεδομένα που δείχνουν ότι έχουμε καρκίνο του πνεύμονα σε ανθρώπους οι οποίοι δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Νομίζω ότι αυτό τα λέει όλα. Καταλαβαίνουμε πόσο σημαντικό ρόλο θα παίξει αυτό, διπλό, στο μέλλον και σε σχέση με τα χρόνια νοσήματα και σε σχέση με τα νοσήματα τα μεταδιδόμενα, τα οποία μεταφέρονται αερογενώς, όπως, παράδειγμα, είχαμε με τον covid. Πάλι θέλω να σας ευχαριστήσω. Το Υπουργείο Υγείας είναι πάντα στη διάθεση της επιστημονικής κοινότητας για να συνδράμουμε στο δικό σας έργο και να πάρουμε από εσάς τελευταία τεχνολογία, εργαλεία, που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε για να αντιμετωπίσουμε αυτές τις προκλήσεις. Ευχαριστώ πολύ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων της Επιτροπής): Εμείς ευχαριστούμε. Το λόγο έχει ο κ. Μπουκώρος.

ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΠΟΥΚΩΡΟΣ: Κύριε Πρόεδρε ευχαριστώ. Κατ' αρχάς, θα ήθελα να συγχαρώ τις δύο Επιτροπές, την Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων και την Επιτροπή Περιβάλλοντος, καθώς και την κ. Λινού που κατέθεσε την πρόταση. Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους εξαιρετικούς εισηγητές, διότι εκλαΐκευσαν με απόλυτο τρόπο συσσωρευμένη γνώση, ερευνών, γνώση που προέρχεται από επιστημονική εργασία πολλών ετών ή και δεκαετιών, με δεδομένο ότι αυτή η Συνεδρίαση θα μεταδοθεί και στο ευρύ κοινό, νομίζω ότι οι Εισηγητές μας έχουν προσφέρει στο πλαίσιο της σημερινής συζήτησης, πάρα πολλά πράγματα. Θα είμαι εξαιρετικά σύντομος. Είχα σχεδιάσει να πω αρκετά πράγματα, όμως καλύτερα που ακούσαμε τους Εισηγητές, Κύριε Πρόεδρε, εμείς θα έχουμε κι άλλες ευκαιρίες να πούμε αυτά τα ζητήματα. Είκοσι δυο, Απριλίου «*Ημέρα της γης*», να μην γίνει μία επτέιος και μόνο, να προβληματισθούμε βαθιά και η σημερινή συνεδρίαση, προσφέρει αυτή την ευκαιρία. Φέτος, υπογράφεται η συμφωνία εναντίον των πλαστικών, εφόσον η σημερινή γιορτή έχει τον τίτλο

«Πλανήτης εναντίον των Πλαστικών». Τί κάναμε στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια; Εγώ θυμάμαι το 2017, με εισηγητή τον κ. Φάμελλο, με επισπεύδοντα Υπουργό τον κ. Φάμελλο, ήρθε το «τέλος» για την πλαστική σακούλα. Για πρώτη φορά, στην Ελλάδα, τότε ήμουν εισηγητής για λογαριασμό της *Νέας Δημοκρατίας* και δεν το είδα ως βάρος ούτε ως φόρο, υπερπήφισα το τέλος και ήρθε ο νόμος 46/1985 ο νόμος *Χατζηδάκη* το 2020 και επέκτεινε αυτό το τέλος, τη χρήση της πλαστικής σακούλας. Ποιό είναι το αποτέλεσμα; Σήμερα στην Ελλάδα, σπαταλάμε, γιατί αυτό το ρήμα μου έρχεται, έτσι, 200 εκατομμύρια λιγότερες σακούλες πλαστικές, ετησίως. Το συνολικό σκορ ήταν 400 εκατομμύρια, έπεσε κάτω από 50% η χρήση πλαστικής σακούλας, άρα μπορούμε να κάνουμε πράγματα, σε όλους τους τομείς. Το 2023, το πιο θερμό έτος για την Ευρώπη, υπερθέρμανση. Η Ευρώπη, έχει κάνει τις συμφωνίες της και στο πλαίσιο του *green deal* ελπίζουμε ότι το 2050, θα είμαστε περιβαλλοντικά ουδέτεροι από πλευράς επιβάρυνσης του περιβάλλοντος. Βάζω μόνο προς την επιστημονική κοινότητα κυρίως, αλλά και προς τους πολιτικούς μόνο ένα ερώτημα. Η Ευρώπη, αντιμετωπίζει σήμερα τις συνέπειες της Κλιματικής Κρίσης, το ακούσαμε προηγουμένως. Αυτό που είπε πριν από λίγο ο κ. *Κυριάκος Σουλιώτης*, από το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κύριε Πρόεδρε ότι θα χρειασθούμε τα επόμενα 30 χρόνια, 1% παραπάνω από το 1% του ΑΕΠ, για να αντιμετωπίσουμε την ευαλωτότητα που φέρνει η δημογραφική γήρανση. Μπορεί να το ακούμε 1% ως ασήμαντο ποσοστό, σημαίνει όμως ένα ΑΕΠ όπως είναι το ελληνικό 200 με 250 δισ., 2,5 δισ. ετησίως, όσος δεν είναι σήμερα ο Προϋπολογισμός για την Υγεία. Δηλαδή, σημαίνει διπλασιασμό των κονδυλίων για τον Προϋπολογισμό και έτσι θέλω να πω ότι οι επιστήμονες που μίλησαν σήμερα εδώ, τεκμηρίωσαν την απόλυτη - την ευθεία σχέση, που έχει η περιβαλλοντική κατάσταση με την υγεία, με την υγεία του ανθρώπου. Ας κάνουμε περισσότερα, βάζω μόνο το ερώτημα, αν η Ευρώπη μόνη της μπορεί; Πρέπει η κινητοποίηση να είναι παγκόσμια, δεν μπορεί να αντιστρέψει κατά την ταπεινή μου άποψη την Κλιματική Κρίση, η Ευρώπη, από μόνη της. Όσα μέτρα και αν λάβει και αυτός είναι ο βαθύτερος προβληματισμός μου. Σας ευχαριστώ πολύ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων της Επιτροπής): Η κ. *Λινού*, έχει το λόγο.

ΑΘΗΝΑ ΛΙΝΟΥ: Σας ευχαριστώ πάρα πολύ Κύριε Πρόεδρε. Πρέπει να πω ότι ζήσαμε μια πανδαισία γνώσης, αγωνίας και ελπίδος. Και το ότι υπάρχει αυτή η συνάντηση οφείλεται κατεξοχήν σε εσάς, τον κ. *Σωκράτη Φάμελο* και στην Πρόεδρο της Επιτροπής Περιβάλλοντος, την κ. *Αυγερινοπούλου*. Εγώ, θέλω, να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τους συναδέλφους. Σχεδόν όλοι στενοί φίλοι και το θεωρώ προσωπική χάρη το ότι είσατε εδώ. Ιδιαίτερα οι εξ Αμερικής συναδέλφοί μου με τους οποίους κατά καιρούς έχουμε συνεργασθεί. Θέλω να αναφερθώ σε δύο τρία απλά πράγματα. Είναι μια συγκυρία το ότι σχεδόν πριν από δύο χρόνια τα ανθρώπινα δικαιώματα θεωρήθηκαν και αναγνωρίστηκαν σαν ένα ανθρώπινο δικαίωμα από τον ΟΗΕ. Και όταν λέμε η κλιματική αλλαγή, το υγιές κλίμα και πιο συγκεκριμένα περιγράφεται σαν καθαρό περιβάλλον, υγιές περιβάλλον και βιώσιμο περιβάλλον

και νομίζω αυτός ο στόχος μας για τα επόμενα χρόνια της ζωής μας, ίσως για όλους μας. Και ως προς αυτό δυστυχώς πριν από δύο περίπου χρόνια η χώρα μας καταδικάστηκε για την ποιότητα της ατμόσφαιρας στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Οπότε πρέπει προς αυτό να δουλέψουμε πολύ περισσότερο. Αλλά εκείνο που επίσης μου φαίνεται πολύ ανησυχητικό (επαναλήφθηκε και το ξέραμε...) είναι ότι το καθαρό περιβάλλον, το υγιές περιβάλλον και το βιώσιμο περιβάλλον, επηρεάζεται πάρα πολύ από κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες και ως προς αυτό πρέπει να δουλέψουμε. Μόνο μια συμβουλή έμμεσα στις πολλές συμβουλές που μας έδωσε ο Καθηγητής κ. *Κουτράκης*, ότι θα πρέπει να αναθεωρήσουμε και το μοντέλο του τουρισμού στη χώρα μας. Επίσης να δούμε τις ανισότητες στα σχολεία, γιατί μπορεί να έχουν διαφορετικές συνθήκες στα παιδιά μας και αντί για 5 μέρες θα έχουμε 30 μέρες τεράστιας ζέστης θα είναι πολύ πιο δύσκολο για τα φτωχά σχολεία στις φτωχές περιοχές. Επομένως έχουμε μεγάλο δρόμο. Και πάλι σας ευχαριστώ. Καλή συνέχεια σε όλους μας γιατί χρειάζεται πολλή δουλειά.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Εμείς ευχαριστούμε. Ο κ. *Τσίμαρης* από το ΠΑΣΟΚ έχει το λόγο.

ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΜΑΡΗΣ: Ευχαριστώ Κύριε Πρόεδρε. Κυρίες και Κύριοι Συνάδελφοι, θέλω να ευχαριστήσω αρχικά τους προσκεκλημένους ομιλητές για τις πραγματικά ουσιαστικές και διαφωτιστικές τοποθετήσεις σας. Σας ευχαριστούμε από καρδιάς. Η αλληλεπίδραση μεταξύ του περιβάλλοντος και της ανθρώπινης υγείας είναι αναμφισβήτητη – και δύσκολα μπορεί να εκτιμηθεί ο βαθμός αυτός της αλληλοεπίδρασης. Ο *Ιπποκράτης* ως θεμελιωτής της ορθολογικής ιατρικής κατά τον *Πλάτωνα* και τον *Αριστοτέλη*, επισήμανε, ότι η υγεία των κατοίκων εξαρτάται άμεσα από την υγρασία, τον προσανατολισμό και τη φορά των ανέμων, θέτοντας άρα τον πρώτο δείκτη για τη διαχείριση και την εξέλιξη μιας νόσου. Αποτέλεσε δηλαδή το έναυσμα της επιστήμης της περιβαλλοντικής ιατρικής που ως αντικείμενο έχει τη μελέτη των αλληλεπιδράσεων μεταξύ του περιβάλλοντος και της ανθρώπινης υγείας. Το περιβάλλον είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την υγεία και την ευημερία του ανθρώπου. Ακούσαμε πάρα πολλά για την επίδραση του περιβάλλοντος στην υγεία και ξανά τονίζω ότι ο *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* εκτιμά ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες καταπόνησης ευθύνονται για το 12% με 18% του συνολικού αριθμού των θανάτων στις 53 χώρες της ευρωπαϊκής περιφέρειας. Ως Βουλευτής Ιωαννίνων, θέλω να μιλήσω για την αιθαλομίχλη την οποία εμείς στα Γιάννενα τη βιώνουμε συστηματικά τα τελευταία χρόνια στην περιοχή με αιωρούμενα σωματίδια όπως δείξατε, Κύριε Καθηγητά, με δύο-τρεις φορές πάνω από τα επιτρεπτά όρια. Δεν μπορούμε να κυκλοφορήσουμε το απόγευμα. Κυρίως στα νοσοκομεία που είναι τοποθετημένα σε λοφίσκους δέχονται όλη αυτήν την αύρα με αποτέλεσμα ακόμα και στα επείγοντα μπροστά να μην μπορείς να αναπνεύσεις, ούτε και εμείς μέσα στα γραφεία, γιατί είμαι γιατρός. Αυτό είναι απόρροια της εκτεταμένης καύσης βιομάζας όπως σωστά είπατε των πολιτών, λόγω της δύσκολης όμως οικονομικής κατάστασης των νοικοκυριών. Ξέρετε, η βιομάζα είναι εύκολη στην περιοχή και είναι ένας νέος τρόπος θέρμανσης. Οι συνέπειες δε στους μακροχρόνια πάσχοντες και

στις ευάλωτες ομάδες, όπως, παιδιά και εγκύους, είναι σημαντικές και εδώ πρέπει να παρέμβουμε και να κάνουμε χρήση των χρηματοδοτικών εργαλείων που διαθέτουμε, για να δώσουμε κίνητρα στη χρήση άλλων μορφών θέρμανσης, αλλά και στην ενεργειακή αναβάθμιση των κτιρίων για να περιορίσουμε το φαινόμενο. Θέλω να πω ότι στη σύγχρονη εποχή όχι απλώς το περιβάλλον αλλά και η κλιματική αλλαγή είναι μια αναδυόμενη απειλή για τη δημόσια υγεία και αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες περιβαλλοντολογικές, κοινωνικές και οικονομικές απειλές. Στατιστικά 65% με 70% των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία δεν σχετίζονται με το σύστημα υγείας αλλά με λοιπούς τομείς, όπως είναι εκτός από το περιβάλλον και οι μεταφορές, η επιχειρηματικότητα, η βιομηχανία και η μετανάστευση. Άρα η υγεία είναι ένα πεδίο διατομεακό. Πρέπει να το καταλάβουμε και πρέπει παρόντες στη λήψη αποφάσεων και στη διαμόρφωση πολιτικών να είναι όλοι οι τομείς αλληλεπίδρασης για ολιστική αντιμετώπιση. Δηλαδή, περιβάλλον και υγεία αποτελεί κεντρικό άξονα της δράσης της Δημόσιας Υγείας και απαιτεί, όπως είπαμε, διατομεακή διακυβέρνηση. Πρέπει να γίνει κατανοητό αυτό τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο και στη συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών. Και γι' αυτό έχουμε το σχέδιο του *Ιδρύματος Μποδοσάκη* το οποίο θα πρέπει οπωσδήποτε να το λάβουμε σοβαρά υπόψη. Παρ' όλα αυτά δεν μπορούμε ως χώρα να αντιμετωπίζουμε αποτελεσματικά τις προκλήσεις αυτές γιατί δεν λαμβάνουμε τις σωστές αποφάσεις έγκαιρα. Εκεί είναι το πρόβλημά μας, η συμπερίληψη στις αποφάσεις, η συνεργασία, η απαγκίστρωση από εφήμερα συμφέροντα, είναι αναγκαία συνθήκη για να πετύχουμε υγεία για όλους και ασφάλεια για όλους. Σας ευχαριστώ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Και εμείς ευχαριστούμε

Η κ. *Αθανασίου* από την *Ελληνική Λύση* έχει το λόγο.

ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Ευχαριστώ Κύριε Πρόεδρε. Θα ήθελα και εγώ με τη σειρά μου να ευχαριστήσω όλους τους προσκεκλημένους για τα τόσα σημαντικά πράγματα που μας είπατε και ακούσαμε και για μας είναι ένας προβληματισμός. Σίγουρα δεν πρόκειται να πάει τίποτα χαμένο από αυτό που ακούσαμε. Θα ήθελα να ευχαριστήσω και την κ. *Λινού* η οποία είχε αυτή την άψογη πρωτοβουλία και μας έκανε αυτό το δώρο σήμερα. Η *Ημέρα της Γης*, όπως τη λένε, η σημερινή, αποτελεί ευκαιρία για τους ανθρώπους να συζητήσουν και να ανταλλάξουν ιδέες για τον τρόπο μείωσης του ανθρωπίνου αποτυπώματος στο περιβάλλον, την προστασία της φύσης και την προώθηση της βιώσιμης ανάπτυξης. Επίσης, συχνά συνοδεύεται από δράσεις καθαρισμού. Εγώ πρώτη είχα πάει το γιο μου σε πολύ μικρή ηλικία να καθαρίσουμε τις παραλίες. Καλό είναι να το κάνουμε όλοι. Περιβαλλοντικά, εκπαιδευτικά προγράμματα και εκδηλώσεις για την ανάδειξη της σημασίας της προστασίας του πλανήτη μας. Η προστασία του περιβάλλοντος είναι ένας σημαντικός στόχος που αφορά τη διατήρηση και τη βελτίωση του φυσικού και ανθρωπογενούς περιβάλλοντος. Αυτό περιλαμβάνει τη διατήρηση της βιοποικιλότητας, τη μείωση της ρύπανσης, τη διατήρηση των φυσικών πόρων και την προώθηση της βιώσιμης χρήσης των πόρων. Για την προστασία του

περιβάλλοντος είναι σημαντικό να λαμβάνονται μέτρα σε διάφορους τομείς, όπως, η βιώσιμη ανάπτυξη και η ανακύκλωση. Σήμερα ακούσαμε για την ανακύκλωση των φαρμάκων, καλό είναι η Κυβέρνηση να πάρει αυτή την πληροφορία, να αρχίσουμε από τα φαρμακεία, να πηγαίνουμε τα φάρμακα και αν έχουν λήξει τουλάχιστον να έχουμε ένα χώρο που να μπορούν να ανακυκλώνονται. Η προστασία των θαλάσσιων και εδαφικών οικοσυστημάτων, η μείωση των εκπομπών αερίων του θερμοκηπίου και η προώθηση της χρήσης ανανεώσιμων πηγών ενέργειας. Θυμάμαι στην Ιταλία που έγινε επιδότηση από το κράτος όχι για πάγκα μεγάλα αλλά για να μπαίνουν τα φωτοβολταϊκά στις στέγες των σπιτιών. Ξεκινάμε, δηλαδή, από τους μικρούς ιδιοκτήτες. Από εκεί ξεκινάμε και όχι από αυτούς που θέλουν να κάνουν εμπόριο. Επίσης, η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τη σημασία της προστασίας του περιβάλλοντος είναι κρίσιμη, καθώς και η συμμετοχή του κοινού είναι απαραίτητη για την επίτευξη ολοκληρωμένων λύσεων. Σας ευχαριστώ και πάλι.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Ευχαριστούμε πολύ.

Το λόγο έχει η κ. *Φωτίου*.

ΘΕΑΝΩ ΦΩΤΙΟΥ: Να ευχαριστήσω πραγματικά την κ. *Λινού*, αλλά και όλους τους εξαιρετικούς προσκεκλημένους. Δεν μας φώτισαν απλά, δεν μας έδωσαν μια νέα γνώση, την οποία πρέπει να επεξεργασθούμε και γι' αυτό σας καλώ να μας δώσετε τις ομιλίες σας όλοι – φαντάζομαι ότι δεν θα έχετε κανένα πρόβλημα – αλλά δημιουργήσατε και νέα εργαλεία πολιτικής εν τη ρύμη του λόγου σας και εν τη ρύμη των προτάσεών σας. Ειδικότερα να αναφερθώ στον κ. *Σαρηγιάννη*, τον οποίο θυμάμαι πάντα την περίοδο, τη σκοτεινή περίοδο του κορονοϊού, να μας προειδοποιεί για αυτά που θα γινόταν αμέσως μετά και δεν τα βλέπαμε εμείς. Κύριε *Σαρηγιάννη*, είπατε για τις τεράστιες ανισότητες στην υγεία και το περιβάλλον. Να σας πω ότι οι ανισότητες αυξάνονται τα τελευταία τέσσερα χρόνια γενικά με βάση τους δείκτες της *ΕΛ.ΣΤΑΤ*. Οπότε, καταλαβαίνετε ότι είσατε στην καρδιά του προβλήματος. Και όταν είπατε ότι αν ξοδέψουμε 2 δισ., θα έχουμε 16 δισ. όφελος και 16.000 λιγότερους νεκρούς, είναι η μόνη απάντηση. Όταν κάνουμε μία πρόταση, εδώ μέσα, και η ερώτηση είναι πού θα βρείτε τα λεφτά, πρέπει επιτέλους να καταλάβουμε ότι έχει μεγάλη σημασία να βρούμε τα λεφτά. Να βρούμε τα λεφτά, διότι τότε θα κερδίσουμε ζωές ανθρώπινες, αλλά θα κερδίσουμε και ένα γενικότερο όφελος για την κοινωνία και την οικονομία. Είδατε πως όλα τα πράγματα περιπλέκονται – και η ανάπτυξη και η οικονομία και η ζωή και ο θάνατος και τα πάντα. Να ευχαριστήσω την κ. *Καρρά* και να επισημάνω ότι, στη διπλανή αίθουσα, όπως είπε και ο Υπουργός, συζητιέται τώρα το νομοσχέδιο του Υπουργείου Περιβάλλοντος. Και σε αυτό, η *Νέα Δημοκρατία* – όπως ξέρετε – επιδιώκει την ιδιωτικοποίηση της διαχείρισης των νερών της Θεσσαλίας. Και ξέρω πολύ καλά την δικιά σας δήλωση, μαζί με όλες τις περιβαλλοντικές οργανώσεις, που χαρακτηρίζουν τη Μελέτη των Ολλανδών επιστημόνων ως μια επικίνδυνη και οπισθοδρόμηση για όλη τη χώρα, σε καταστροφικά έργα εντυπωσιασμού και

ιδιωτικοποίησης των υδάτινων πόρων και οικοσυστημάτων. Και, τέλος, Κύριε Πρόεδρε, αυτή η συνεδρίαση ήθελε πολλές ώρες. Έπρεπε να γίνει Ημερίδα. Κάνουμε Ημερίδα για άλλα και άλλα, αλλά αυτή έπρεπε να είναι Ημερίδα. Δεν πειράζει, θα τα διαβάσουμε – μην ανησυχείτε – θα τα μάθουμε και θα επανέλθουμε. Κύριε *Κουτράκη*, δεν ξέρω καλύτερο πράγμα από τα 5 σημεία με τα οποία τελειώσατε. Κατ' αρχήν, σας ευχαριστώ πολύ γιατί ασχοληθήκατε μόνο με την Ελλάδα. Σας ευχαριστώ πολύ, γιατί είπατε: Μείωση ορυκτών καυσίμων, Μεταμόρφωση γεωργίας, Ανάπτυξη της δημόσιας υγείας – τί να σας πω σε αυτόν τον τομέα, ό,τι και να σας πω είναι λίγο – Αύξηση ενέργειας από ενεργειακές κοινότητες, από άλλα συστήματα και, πέμπτον, όχι στην εξόρυξη πετρελαίου και φυσικού αερίου, αν κατάλαβα καλά. Δεν μπορείτε να φαντασθείτε τι δώρο κάνατε, σήμερα, σε αυτήν τη Βουλή και σε αυτό το κράτος. Ένα. Και αν ήταν να ανοίξει Παράρτημα το Χάρβαρντ ιδιωτικού Πανεπιστημίου και να έρθετε, θα σας ψήφιζα και με τα δύο μου χέρια. Σας ευχαριστώ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Ευχαριστούμε την κ. *Φωτίου*. Γι' αυτό είπα να μιλήσουν και τα κόμματα, λίγο να χαρούμε κιόλας. Λοιπόν, η Επιτροπή μας είναι η μόνη που έχει κάνει και Ημερίδες για τον κύκλο υγείας – το έχουμε κάνει την περασμένη Κοινοβουλευτική Περίοδο – και κάνουμε και ειδικές συνεδριάσεις. Οι άλλες Επιτροπές δεν κάνουν ειδικές συνεδριάσεις. Αυτή είναι ειδική συνεδρίαση, δεν είναι δηλαδή νομοθετικού έργου. Οι Επιτροπές αυτές – κακώς, κατά την άποψή μου – ήταν μόνο για παραγωγή νομοθετικού έργου. Νομίζω, σήμερα, μας έχουν τιμήσει και πολλοί επισκέπτες. Και την ανοίξαμε σε επισκέπτες, Κυρία *Λινού*, κατ' εξαίρεση, όπως θέλατε και προτείνατε. Είναι κατ' εξαίρεση αυτή η διαδικασία. Δεν είθισται στις Διαικείς Επιτροπές να έχουν και κοινό και να έχουν και φιλοξενούμενους επιστήμονες. Τώρα, το λόγο έχει ο κ. *Παπαδόπουλος* από τη *Νίκη*. Ορίστε.

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ: Ευχαριστώ, Κύριε Πρόεδρε. Κύριε Πρόεδρε και εκλεκτοί προσκεκλημένοι, ευχαριστούμε πολύ για τις εμπειριστατωμένες ομιλίες. Πράγματι, ο πλανήτης είναι το σπίτι μας και εμείς, ως έμβια όντα, είμαστε βλαστοί της γης. Μάλιστα, όπως μας έλεγαν σπουδαίοι καθηγητές του πανεπιστημίου, στα βασικά συστατικά μας, όπως το νερό και τα λοιπά, θα δείτε ότι έχουμε και παρόμοια σύσταση. Είμαστε 70% νερό, όπως και η γη και τα υπόλοιπα συστατικά. Και, από άποψη φυσικής, είμαστε ανοικτά συστήματα και ανταλλάσσουμε ενέργεια μεταξύ του περιβάλλοντος και του οργανισμού μας. Το αναπνευστικό σύστημα και το γαστρεντερικό σύστημα, όπως το δέρμα και οι βλεννογόνοι, είναι οι πύλες εισόδου με το εξωτερικό περιβάλλον, ενώ φαίνονται, εσωτερικά, τα πράγματα που τρώμε, αλληλεπιδρούν μέσα από τους βλεννογόνους του γαστρεντερικού συστήματος ή από το επιθήλιο του αναπνευστικού συστήματος και εισέρχονται στον οργανισμό μας, όπως πολύ σωστά είπατε. Όταν είναι και κάτω από 2,5 μικρά, όπως είπε ένας συνάδελφος, τα βρίσκουμε τα σωματίδια αυτά στις κυψελίδες της τριχοειδικής μεμβράνης και, πολλές φορές, παρεμβαίνουν και στην κυψελιδοτριχοειδική

μεμβράνη και μπαίνουν στο αίμα μας και έχουν αλληλεπιδράσεις και έχουμε καρκινογένεση κι όλα αυτά. Οπότε τα πράγματα είναι πολύ σοβαρά και πρέπει να τα σκεφτούμε πολύ καλά. Οποιαδήποτε πολιτική που κρύβει μικροκομματισμούς, είναι μακριά από εμάς γιατί είναι θέματα ζωής και επιβίωσης του είδους και του πλανήτη μας. Εγώ θα ήθελα να αναφερθώ μόνο σε δύο πράγματα. Είπατε για τα τζάκια πολύ σωστά, ότι τα τζάκια είναι τοξικά είτε είναι στην πολιτική είτε είναι στο διαμέρισμα και έχετε απόλυτο δίκιο. Θα ήθελα να πω ότι στα θέματα της πράσινης ενέργειας, το πρόβλημά μας είναι, όπως ξέρετε, με την πληθώρα των φωτοβολταϊκών και με τις ανεμογεννήτριες. Είναι στιγμή που έχουμε ηλιοφάνεια που δεν ξέρουμε τι να κάνουμε την ενέργεια. Δεν λήφθηκε καμία μέριμνα, όπως ξέρετε από το κράτος, να δεσμεύουν με αυτή την ενέργεια όπως κάνανε οι Ελβετοί. Οι Ελβετοί δημιούργησαν ταμειυτήρες όταν έχουν περίσσεια ενέργεια. Υπάρχουν ειδικές τουρμπίνες, ανεβάζουν το νερό σε ειδικούς ταμειυτήρες και όταν πέφτει η ενέργεια κτλ., αφήνουν το νερό να κινήσει τις τουρμπίνες. Στην Ελλάδα έχουμε θησαυρούς. Στην Ελλάδα έχουμε πράγματα που γίνανε μελέτες από διακεκριμένους καθηγητές. Μόνο τα ρεύματα εκεί στην Εύβοια αν εκμεταλλευθούμε, που τεράστιοι όγκοι νερού μετακινούνται πέρα δώθε και αν κινούσαν οι ηλεκτρικές τουρμπίνες και οι γεννήτριες θα είχαμε τουλάχιστον το μισό ρεύμα της χώρας. Ένα ακόμη που ήθελα να πω, είναι ότι τρώμε πολύ κρέας στην Ελλάδα και έχουμε πρόβλημα με το κρέας και πρέπει να το κόψουμε. Πρέπει να πούμε και σε αυτούς που μας κυβερνούν, να κόψουν και κάνα αεροπλάνο που πηγαίνουν σε αυτό το φόρουμ ο καθένας με το αεροπλάνο του και κανένα πύραυλο και κανένα πυρηνικό. Να κόψουμε, γιατί ο πλανήτης μας πραγματικά φωνάζει. Μια κουβέντα για το διοξείδιο του άνθρακα. Αυτό, όπως ξέρετε, ρυθμίζεται στη φύση. Είναι το αγαπημένο αέριο των φυτών και οπότε ανεβαίνει το διοξείδιο, πρασινίζει ο πλανήτης είτε στη θάλασσα είτε στην ξηρά και γίνεται αυτή η φοβερή αντίδραση στην οποία οφείλουμε όλοι τη ζωή μας, της φωτοσύνθεσης. Δηλαδή, δεσμεύεται η ηλιακή ενέργεια, από ηλιακή γίνεται χημική μέσω του διοξειδίου του άνθρακα και το νερό που μας δίνει την περιφήμη γλυκόζη και το οξυγόνο. Αυτά τα δύο πράγματα δίνουν το διοξείδιο. Ευχαριστώ πολύ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Ευχαριστούμε κι εμείς. Το λόγο έχει ο κ. *Δημητριάδης*.

ΠΕΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ: Ευχαριστώ Κύριε Πρόεδρε. Ευχαριστώ τους πάρα πολλούς προσκεκλημένους και τους επιστήμονες για τις απόψεις που κατέθεσαν. Θέλω να πω το εξής. Πράγματι, ο πλανήτης είναι το σπίτι μας και το σπίτι μας πρέπει να το σεβόμαστε, γιατί αν δε το σεβασθούμε θα γυρίσει εναντίον μας. Να πω, όμως, ότι για να έχουμε ένα καλύτερο και υγιές περιβάλλον το οποίο είναι το ζητούμενο σήμερα, θα πρέπει πρώτα απ' όλα να προστατεύσουμε τον πνεύμονα της γης που δεν είναι άλλος από τα δάση. Στα δάση δυστυχώς, έχουμε μεγάλες πυρκαγιές, τα παραμελούμε, δεν τα καθαρίζουμε, πολλές φορές δεν τα επιτηρούμε όπως θα πρέπει, με αποτέλεσμα να ξεσπάνε πάρα πολλές πυρκαγιές και να μη

μπορούμε να τις κατασβήσουμε. Θα πρέπει, λοιπόν, να προσέξουμε τα δάση πρώτα, να κάνουμε αναδάσωσης και να προφυλάξουμε το δασικό πλούτο. Αν δεν γίνει αυτό θα έχουμε μονίμως πρόβλημα. Ένα άλλο που αναφέρθηκε προηγουμένως η συνάδελφος, πολύ ενδιαφέρον πράγματι, είναι να δούμε τί θα γίνει με τις πτήσεις. Ξέρετε, η κηροζίνη είναι πολύ ρυπογόνος και μάλιστα να πω, ότι είναι πραγματικά ειρωνεία να βλέπω κάποιους ανθρώπους να πηγαίνουν στο Νταβός και να μιλάνε μετά για οικολογία. Δεν γίνεται αυτό το πράγμα. Είναι πραγματικά οξύμωρο. Αυτά πρέπει να τα βλέπουμε. Ένα άλλο πολύ σημαντικό, είναι να βελτιώσουμε την ποιότητα ζωής της πόλης μας. Ειδικά στην Ελλάδα, τα πεντέμισι εκατομμύρια βρίσκονται συγκεντρωμένα σε δύο πόλεις. Το ζω γιατί είμαι από τη Θεσσαλονίκη. Η Θεσσαλονίκη, δυστυχώς, έχει πάρα πολλά μικροσωματίδια ειδικά τους καλοκαιρινούς μήνες. Θα πρέπει, λοιπόν, να δούμε, τί θα κάνουμε τις εκτάσεις πρασίνου, γιατί δεν έχουμε πράσινο. Η Θεσσαλονίκη δεν έχει καθόλου πάρκα, γιατί είναι τιμμεντούπολη όπως η Αθήνα και πολλές άλλες μεγάλες πόλεις. Ένα άλλο πιο σημαντικό, ίσως φανεί και λίγο πιο επαναστατικό, είναι, ότι θα πρέπει να δώσουμε κίνητρα για αποκέντρωση. Δυστυχώς, συγκεντρώνεται όλος ο πληθυσμός της Ελλάδας σε δύο πόλεις. Πρέπει να δώσουμε κίνητρα στον πληθυσμό να πάει στην ύπαιθρο και να γίνει μια αποκέντρωση ώστε να βελτιώσουμε τις συνθήκες ζωής στις πόλεις. Ένα άλλο πιο σημαντικό, θα το πω μείζον και ίσως φανεί και λίγο επαναστατικό, είναι, πρέπει να δώσουμε κίνητρα για αποκέντρωση. Δυστυχώς, συγκεντρώνονται όλος ο πληθυσμός της Ελλάδας σε δύο πόλεις και θα πρέπει να δώσουμε κίνητρα στον πληθυσμό, να πάει στην ύπαιθρο, πλέον και να γίνει μια αποκέντρωση, για να βελτιώσουμε λίγο τις συνθήκες ζωής της πόλης, αλλιώς δεν πρόκειται να γίνει. Ένα άλλο που πρέπει να εκμεταλλευθούμε, είναι, οι ανανεώσιμες πηγές ενέργειας. Εγώ, θα πρότεινα και ειπώθηκε από την κυρία συνάδελφο πριν, να βάλω φωτοβολταϊκά στις ταράτσες των σπιτιών και των πολυκατοικιών. Επίσης, παλιότερα θα ήθελα να αναφέρω ότι γινόταν και ένας διαγωνισμό σε κάποιους δήμους, για τις πράσινες – να το πω έτσι – για τα πράσινα μπαλκόνια. Δίνουν τότε κίνητρα οι δήμοι, να βάζουμε φυτά στα μπαλκόνια - στις βεράντες. Ας γίνει και τώρα, είναι κάτι πάρα πολύ απλό και είναι και ένα μικρό βήμα, για να δώσουμε και μια ανάσα στο περιβάλλον. Τέλος, θα πρέπει να δούμε το θέμα εθνικά, δηλαδή να έχουμε μια εθνική στρατηγική και να το δούμε – να το πω έτσι – χωρίς μικροκομματικές σκοπιμότητες και κυρίως να πάρουμε τα μέτρα τώρα, πριν να είναι αργά. Κυρίως, θα ήθελα να πω, ότι καλό θα ήταν να το κάνουμε τώρα, με κάποιες μεθόδους εξορθολογισμένες και όχι όταν τα πράγματα είναι πάρα πολύ αργά. Ακόμα, κάτι τελευταίο. Μια παράκληση, να μη φτάσουμε στο σημείο αυτό που ακούω πολλές φορές για «πόλεις των 15 λεπτών», δηλαδή να μη φθάσουμε να περιορίσουμε την ανθρώπινη δραστηριότητα, να πάρουμε άλλα μέτρα, οικολογικά και όχι να περιορίσουμε τις ανθρώπινες δραστηριότητες. Είναι πάρα πολύ σημαντικό αυτό. Αυτό ήθελα να προσθέσω, σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Σας ευχαριστούμε πολύ. Το λόγο έχει η κ. Κεφαλά.

ΓΕΩΡΓΙΑ (ΤΖΩΡΤΖΙΑ) ΚΕΦΑΛΑ: Κύριε Πρόεδρε, να ευχαριστήσουμε και εμείς πολύ τους εξαιρετικούς καλεσμένους, μας δώσατε πάρα πολύ χρήσιμες πληροφορίες και μακάρι να είχαμε Κυρία Λινού, περισσότερες τέτοιες συνεδριάσεις. Να πούμε, βέβαια, ότι μας μαυρίσατε λίγο την ψυχούλα, αλλά όλα είναι για καλό και μακάρι να προλάβουμε να κάνουμε κάτι. Χαίρομαι πάρα πολύ που άκουσα για εκθεσίωμα και όχι μόνο για το γονιδίωμα, για περιβαλλοντική έκθεση που ρίχνει το ανοσοποιητικό. Δηλαδή, αρχίζουμε να βλέπουμε την υγεία του ανθρώπου, ολιστικά και με διαφορετική προσέγγιση – και αυτό είναι παρήγορο. Η γη υποφέρει, εμείς υποφέρουμε και όσο θα βλέπουμε και τον άνθρωπο σαν κορωνίδα της δημιουργίας, νομίζω, θα έχουμε συνεχώς τέτοια προβλήματα και τις άλλες οντότητες, σαν υλικό, για πλουτισμό και εκμετάλλευση. Η μόλυνση, είναι ο πραγματικός υπαίτιος για την κακή υγεία των πολιτών και την κακή ποιότητα ζωής και της κακής ψυχικής υγείας, βέβαια. Μιλήσανε για «πάρκα τσέπης» στην Αθήνα, στη Θεσσαλονίκη, στις πόλεις που τα χρειάζονται. Είναι πολύ ωραίες λύσεις και αυτές. Εγώ, θα ήθελα να επικεντρωθώ λίγο στο ζήτημα του νερού, που είναι και το επόμενο αγαθό προς εκμετάλλευση. Να δούμε τι γίνεται με την Οδηγία για την προστασία των υπόγειων υδάτων απορρύπανση, αλλά και με την ανάλογη εκμετάλλευση σε περιοχές που το νερό πραγματικά είναι δυσεύρετο, αλλά εξακολουθεί να χρησιμοποιείται για λόγους ανήκουστος, όπως οι πισίνες, τα ποτίσματα και οι γεωτρήσεις, που γίνονται με ανοχή στον έλεγχο για το βάθος και τον αριθμό τους σε περιοχές που κάνουν αφαλάτωση για πόσιμο νερό. Ξέρουμε, δηλαδή, ότι οι Κυκλάδες, υποφέρουν εξαιρετικά από τη λειψυδρία και βέβαια, τα φυτοφάρμακα και τα λιπάσματα, που μειώνουν την ποιότητα του νερού. Βέβαια, να πούμε και για το πλαστικό, που είπαμε ότι υπάρχει στη σκόνη που μας έρχεται, αλλά υπάρχει και μέσα στο νερό και οι επιδόσεις της χώρας μας στη χρήση πλαστικών μιας χρήσης, είναι κάτω από τη βάση, δυστυχώς. Η εφαρμογή του ν. 4936/2020, καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι κάναμε δεσμεύσεις χωρίς εφαρμογή. Το μόνο θετικό είναι, η εφαρμογή κάποιων ρυθμίσεων για τις πλαστικές φιάλες από pet και τα προσαρμοσμένα καπάκια επάνω στις φιάλες, που παρόλο που είχαμε περιθώριο μέχρι το 2025 οι εταιρίες έσπευσαν να λάβουν μέτρα, αλλά δεν βλέπουμε δημόσιες βρύσες και όλες τις υπόλοιπες ρυθμίσεις που μέινανε στα χαρτιά. Δεν ξέρουμε, αν έχουμε, λοιπόν, το περιθώριο μέχρι το 2050 για μηδενικές καθαρές εκπομπές. Πραγματικά, νομίζουμε, ότι είναι έξω από την πόρτα μας το πρόβλημα. Ευτυχώς, ακούσαμε εξαιρετικές λύσεις και από τον κύριο Κουτράκη, μας δώσατε υλικό και πραγματικά σας ευχαριστούμε, χίλια ευχαριστώ για όλες τις πληροφορίες.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Σας ευχαριστούμε πολύ, Κυρία Κεφαλά. Το λόγο έχει ο κ. Μπιμπίλας.

ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΜΠΙΜΠΙΛΑΣ: Ευχαριστώ, Κύριε Πρόεδρε, μπορώ να πω μια ευχή; Δε θέλω να πω πολλά πράγματα, διότι πολλά ακούστηκαν και επειδή είμαι μανιώδης

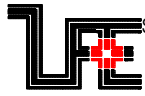
αντικαπνιστής από πολύ νέος, πρέπει κάποτε να εφαρμοσθεί στην Ελλάδα ο νόμος που υπάρχει. Είναι απαράδεκτο αυτό που συμβαίνει στα περισσότερα μαγαζιά, να πηγαίνουμε και να αναγκαζόμαστε να καπνίζουμε παθητικά, με το παθητικό κάπνισμα που αναφέρθηκε εδώ, αλλά δεν εφαρμόζεται ο νόμος. Έχω κάνει και ερώτηση γι' αυτό στον Υπουργό. Ευχαριστώ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Καλά κάνατε, το λόγο έχει ο κ. Μπούμπας.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΟΥΜΠΑΣ: Ευχαριστώ. Θέλω να βάλω ένα ζήτημα, γιατί βιωματικά το έχω ζήσει. Οι επόμενες γενεές θα βρεθούν στο μάτι του κυκλώνα από ένα ζήτημα που έχει να κάνει στην περιοχή μας και είναι ο πυρηνικός αντιδραστήρας στη Μερσίνη του Ακούγιου και είναι ο πεπαλαιωμένος αντιδραστήρας στο Κοζλοντούι της Βουλγαρίας, που το έχω επισκεφτεί όμως ως δημοσιογράφος. Η εκροή ραδιενέργειας είναι πάρα πολύ μεγάλη, οπότε και γι' αυτό το ζήτημα θα πρέπει κάτι να κάνουμε, πέρα από όλες τις άλλες κινήσεις που γίνονται για την προστασία του περιβάλλοντος. Το θέτω ως έναν προβληματισμό. Ευχαριστώ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Προεδρεύων των Επιτροπών): Εντάξει, κρατήστε και αυτό. Ολοκληρώσαμε, λοιπόν, την συνεδρίαση μας, την ειδική συνεδρίαση της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων και Περιβάλλοντος και θέλω να πω, ειδικά προς τους επισκέπτες και τους προσκεκλημένους, ότι αυτές οι συνεδριάσεις είναι συνεδριάσεις οι οποίες βοηθούν πολύ το νομοθετικό Σώμα. Οι Βουλευτές σήμερα όλων των παρατάξεων – και ήταν αρκετοί εδώ πέρα, σήμερα επισκέφθηκαν πάνω από 35 Βουλευτές την συνεδρίαση μας, αλλά ήταν και όλοι που παρακολουθήσαμε από το *WebEx* – και οι δύο Επιτροπές ήταν παρούσες, όλοι οι Βουλευτές με προσοχή ακούσαμε, θα βγουν τα πρακτικά αυτής της συνεδρίασης, άρα λοιπόν θα είναι προσβάσιμα όσα είπατε σε οποιονδήποτε και θα παίξει και στην τηλεόραση της Βουλής, όπου θα αναμεταδοθούν δηλαδή όσα είπατε και η συνεδρίαση αυτή, άρα θα γίνει και κήμα του ελληνικού λαού – ο οποίος θέλει θα παρακολουθήσει τη συνεδρίαση και από την τηλεόραση της Βουλής – είναι μια δημόσια ειδική συνεδρίαση, που σημαίνει ότι εντάσσεται μέσα στις διαδικασίες της Επιτροπής. Δεν το κάναμε ως ημερίδα, γιατί θέλαμε να είναι μέσα στη διαδικασία των Επιτροπών μέσα στη Βουλή, άρα λοιπόν έχει και αυτό τη σημασία, ότι πραγματικά ο λόγος σας δεν θα πάει επί ματαιώ. Ευχαριστούμε πολύ τους ομιλητές, τους Καθηγητές, τους προσκεκλημένους που καθίσανε μέχρι αργά, τους συναδέλφους, τις μεταφράστριες, οι οποίες κάθισαν και εκτός ωραρίου και μας ανέχθηκαν. Σήμερα είδατε ένα κλίμα συνεννόησης, αυτό επικρατεί γενικά στην Επιτροπή μας, αν όμως αρχίσουν τα νομοθετικά, θα δείτε από την τηλεόραση, ότι λίγο γινόμαστε και πιο ζωηροί μεταξύ μας, αλλά αυτά υπάρχουν στη Δημοκρατία, δεν συμφωνούμε όλοι με όλα, αλλά το παν είναι, ότι στα κρίσιμα θέματα μπορούμε να κάτσουμε να συζητήσουμε και να συνεννοηθούμε. Ευχαριστώ πολύ όλους για την παρουσία σας.

Τέλος και περί ώρα 19:20 λύθηκε η συνεδρίαση.



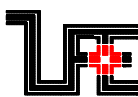
EDITORIAL HAPPY BIRTHDAY LADY EARTH!

Athina Linou



Professor of Epidemiology, Occupational and Chronic Diseases, former Director of the Laboratory of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics of the School of Medicine of the National and Kapodistrian University of Athens (EKPA), Member of Hellenic Parliament (Constituency B1 Athens) and ex Head of Education of Coalition of Radical Left (SYRIZA).

Abstract: Brief intervention of Professor Dr. *Athina Linou* at the Special Joint Session of the Standing Committee on Social Affairs and the Special Standing Committee on Environmental Protection, of the Greek Parliament on "Environment and Health" held, on her own initiative, on 22.04.2024, on the occasion of the World Day of Earth.



ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΠΡΟΣΕΛΚΥΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΜΕΣΩ ΜΙΑΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΓΙΑ ΚΙΝΗΤΑ ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΑΠΟ ΝΕΟΦΥΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΣΤΟ Τ.Ε.Φ.Α.Α. Δ.Π.Θ.

Νατάσσα Μπενέκα



Η κ. *Νατάσσα Μπενέκα* είναι Καθηγήτρια του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (ΤΕΦΑΑ) της Σχολής Επιστημών Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (ΣΕΦΑΑ) στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ), στην Κομοτηνή, με γνωστικό αντικείμενο «Φυσική Αποκατάσταση» και ειδικότητα «Άσκηση και Υγεία».

Περίληψη: Προσωπική μαρτυρία για την ανάπτυξη συστήματος προσέλκυσης των εργαζομένων για φυσική άσκηση και μέσω εφαρμογής σε κινητά τηλέφωνα, από μια νεοφυή επιχείρηση, η οποία αναπτύχθηκε από Καθηγήτρια του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (ΤΕΦΑΑ) της Σχολής Επιστημών Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (ΣΕΦΑΑ) στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ).

Η ενασχόλησή μου με την επιχειρηματικότητα ξεκίνησε ακριβώς ένα χρόνο πριν με την εταιρία *2BE2MOVE*, μετά από 20 χρόνια έρευνας στην άσκηση ως «αντίδοτο» στη σωματική καταπόνηση.

Επιθυμούσα η γνώση αυτή να βγει εκτός εργαστηρίου, ώστε να προσελκύσω όσο περισσότερους εργαζόμενους γίνεται να ασκηθούν. Οι δυσκολίες όμως πολλές!

Περίμενα, ότι ο χρόνος θα πίεζε ασφυκτικά μεταξύ ακαδημαϊκών και οικογενειακών υποχρεώσεων.

Αυτό που δεν περίμενα είναι, ότι θα χρειαζόταν άπειρες ώρες προετοιμασίας και παρουσιάσεων για να επιχειρηματολογήσω σχετικά με το αυτονόητο για εμένα, αλλά όχι για τους άλλους: κατάλληλη άσκηση ενώ εργάζεσαι είναι η μόνη λύση!

Αν αφήσεις τον πόνο να αναπτυχθεί και να εξελιχθεί, τότε είναι πιο δύσκολο να αντιστραφεί και κοστίζει πολύ περισσότερο!

Σήμερα, ένα χρόνο μετά, το πρώτο μεγάλο στοίχημα έχει ήδη κερδηθεί! Ο κόσμος ανταποκρίνεται, αρκεί να γνωρίζει τον τρόπο, να βλέπει άμεσα αποτέλεσμα και να νιώθει ασφαλής!

Η επίδραση της άσκησης ήταν αναμενόμενη, αλλά η αλλαγή συμπεριφοράς δεν ήταν!

Ο ενθουσιασμός μετατράπηκε σε όραμα, να επηρεάσω ακόμα περισσότερο τις ζωές των ανθρώπων! Γιατί όχι; μία διαφορετική *influencer*!

Το παράλληλο βήμα - άλμα μου στην επιχειρηματικότητα και στον κόσμο των νεοφυών επιχειρήσεων είναι η δημιουργία μίας *startup*, *AETHER*, μία νέα εφαρμογή για κινητά τηλέφωνα που δίνει στο χρήστη λύση άσκησης προσαρμοσμένη στη θέση εργασίας και στον πόνο που αξιολογεί.

Στα παραπάνω προστέθηκε η συνεργασία με ειδικούς της σπονδυλικής στήλης, του «επιχειρείν», ανάπτυξης λογισμικών προγραμμάτων, η αναζήτηση επενδυτών, εμβάθυνση σε έννοιες επιχειρηματικότητας υπό το «βλέμμα» του *EGG* της *Eurobank*.

Οι πρώτες συναντήσεις έμοιαζαν μάθημα στην κινεζική γλώσσα, οι προθεσμίες με ανταγωνίζονται, αλλά ξέρω από... *demarrage*! Το *MVP* του *AETHER* είναι ήδη σε πιλοτική φάση σε 2 εταιρίες!

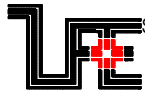
Η ενασχόλησή μου με την επιχειρηματικότητα κάνει την καθημερινότητά μου πολυεπίπεδη.

Νιώθω ότι κάνω άλματα από το ένα επίπεδο στο άλλο για να προλάβω, άλλοτε προς τα πάνω, άλλοτε, όμως, άλμα βάθους!

Τελικά, όμως, κάνω άσκηση και αυτό δίνει ενέργεια! Υπερνικά την κόπωση και ανοίγει νέους ορίζοντες: η γνώση μετατρέπεται σε όραμα να παρέμβει στη

συμπεριφορά των εργαζομένων, υπενθυμίζοντάς τους να φροντίζουν την υγεία τους προλαμβάνοντας παρά θεραπεύοντας. Μεταξύ αυτών και τα παιδιά μας!

Το κείμενο της Καθηγήτριας κ. *Νατάσσας Μπενέκα* αποτελεί την προσωπική θεώρησή της και δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *Startupper MAG #47* που κυκλοφόρησε στις 23 Μαρτίου 2024 και είναι αναρτημένο στον ιστότοπο startupper.gr/news/127476/apopsi-natassa-beneka-kathigitria-fysikis-apokatastasis-sto-tefaa-tou-dimokriteiou-panepistimiou-thrakis-founder-2be2move-me-aformi-tin-imeris-gynaikas/?fbclid=PAaZE0ltNre7Jxo9Kj06AGRPs1patYktY7P1SNpxNnR91iAJJDeKOnWuwbbE&cn-reloaded=1



EDITORIAL

ATTRACTING EMPLOYEES TO PHYSICAL EXERCISE THROUGH A MOBILE APPLICATION FROM A START-UP COMPANY OF THE SCHOOL OF PHYSICAL EDUCATION AND SPORTS SCIENCES AT THE DEMOCRITUS UNIVERSITY OF THRACE

Natassa Beneka



Dr. *Natassa Beneka* is a Professor of the Department of Physical Education and Sports Science (TEFAA) of the School of Physical Education and Sports Sciences (SEFAA) at the Democritus University of Thrace (DUTH), in Komotini, with scientific subject "Physical Rehabilitation" and specialty "Exercise and health".

Abstract: Personal testimony for the development of a system to attract employees for physical exercise and through an application on mobile phones, from a start-up company developed by a Professor of the Department of Physical Education and Sports Science (TEFAA) of the School of Physical Education and Sports Sciences (SEFAA) at the Democritus University of Thrace (DUTH).

HYGEIA@ERGAΣIA



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

ΤΟΜΟΣ 15 ΤΕΥΧΟΣ 3 (ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ)

ΜΑΪΟΣ 2024

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΧΡΟΝΙΑ ΠΟΛΛΑ ΚΥΡΑ ΓΗ!

Αθηνά Λινού

σελ. 1-54

EDITORIAL:

HAPPY BIRTHDAY LADY EARTH!

Athina Linou

ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΠΡΟΣΕΛΚΥΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ
ΜΕΣΩ ΜΙΑΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΓΙΑ ΚΙΝΗΤΑ ΤΗΛΕΦΩΝΑ
ΑΠΟ ΝΕΟΦΥΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΣΤΟ Τ.Ε.Φ.Α.Α. Δ.Π.Θ.

Νατάσσα Μπενέκα

σελ. 55-58

EDITORIAL:

ATTRACTING EMPLOYEES TO PHYSICAL EXERCISE
THROUGH A MOBILE APPLICATION FROM A START-UP COMPANY
OF THE SCHOOL OF PHYSICAL EDUCATION AND SPORTS SCIENCES
AT THE DEMOCRITUS UNIVERSITY OF THRACE

Natassa Beneka

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ:

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ
ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μαρία Κατσαούνη, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, Χρήστος Κοντογιώργης και Ευαγγελία Νένα

σελ. 69-170

LITERATURE REVIEW:

EFFECT OF AGE AND EMPLOYMENT STATUS
OF WORKERS IN THE FIELD OF HEALTH
TO THE FEELING OF JOB SECURITY
AND ASSESSMENT OF CAPACITY TO WORK

Maria Katsaouni, T.C. Constantinidis, Christos Kontogiorgis and Evangelia Nena

ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στυλιανός Πάνος, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, Ευαγγελία Νένα και Χρήστος Κοντογιώργης

σελ. 171-376

ATTITUDES AND PERCEPTIONS OF PHARMACISTS
REGARDING THEIR CONTRIBUTION
IN THE PHARMACY AREA TO THE PROVISION
OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICES

Stylianos Panos, T.C. Constantinidis, Evangelia Nena and Christos Kontogiorgis

ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ:
ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΥΧΕΝΑ
ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Παναγιώτης Τσιουτσιούλης

σελ. 377-388

ARTICLE OF GENERAL INTEREST:
IS PRESCRIBING LEGITIMATE WITHIN THE PRACTICE
OF THE SPECIALTY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE?

Panagiotis Tsioutsoulis

ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ:
ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ
ΓΙΑ ΛΙΠΟΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΝΕΚΡΩΣΗ

Παναγιώτης Τσιουτσιούλης

σελ. 389-398

ARTICLE OF GENERAL INTEREST:
APPLICATIONS OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE
IN PATIENTS WITH DISEASES OF THE NECK
AND RESULTS OF THERAPIES

Panagiotis Tsioutsoulis

ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ:
ΕΙΝΑΙ ΘΕΜΙΤΗ Η ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΣΚΗΣΗΣ
ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ;

Θ.Κ. Κωνσταντινίδης

σελ. 399-418

ARTICLE OF GENERAL INTEREST:
IS PRESCRIBING LEGITIMATE WITHIN THE PRACTICE
OF THE SPECIALTY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE?

T.C. Constantinidis

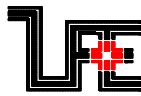
ΕΞΩΦΥΛΛΟ: ΤΙ ΠΑΡΑΞΕΝΟΣ ΜΑΪΟΣ...

Φωτογραφία: ***Χαράλαμπος Ανδρεάδης***

FRONT COVER: WHAT A STRANGE MAY...

Foto: ***Charalampos Andreadis***

HYGEIA@ERGASIA



SCIENTIFIC EDITION OF HELLENIC SOCIETY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE

IN ASSOCIATION WITH M.Sc. PROGRAM HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACES D.U.TH. MEDICAL SCHOOL

International Editorial Board:

Theodore Bazas, M.D., Ph.D., M.Sc. (London), D.I.H. (Conj. Engl.), Specialist in Occupational Medicine (J.C.H.M.T., U.K.), Fellow (and Dissertation Assessor) of the Faculty of Occupational Medicine of the Royal College of Physicians of London, Member of the International Commission on Occupational Health (I.C.O.H.), President of the Committee of Process Protocols of the Hellenic Society of Occupational and Environmental Medicine, Former W.H.O. (F.T.) Regional Adviser (on Noncommunicable Diseases).

Stefanos N. Kales, M.D., Ph.D., M.P.H., F.A.C.P., F.A.C.O.E.M., Professor of Medicine at Harvard Medical School (H.M.S.), Professor and Director of the Occupational and Environmental Medicine Residency at the Harvard T.H. Chan School of Public Health (H.S.P.H.), Cambridge, Boston, U.S.A.

Manolis Kogevinas, M.D., Ph.D., M.Sc., Professor, co-Director of Centre for Research in Environmental Epidemiology (C.R.E.A.L.), President of International Society of Environmental Epidemiology (I.S.E.E.), Director of the European Educational Programme in Epidemiology (E.E.P.E. - Florence course).

Georgios Lyratzopoulos, M.D., F.F.P.H., F.R.C.P., M.P.H., D.T.M.H., Clinical Senior Research Associate, H.R. Post-Doctoral Fellow, National Institute for Health Research (N.I.H.R.), Reader in Cancer Epidemiology, Health Behaviour Research Centre, Department of Epidemiology and Public Health, University College, London (U.C.L.).

Elias Mosialos, M.D., Ph.D., M.Sc., Professor of Health Policy, London School of Economics (L.S.E.), Department of Social Policy, Head of Department of Health Policy and Director of L.S.E. Health, London, Professor of Health Policy and Management, Co-Director, Centre for Health Policy, Imperial College London.

Euthalia Roussou, M.D., Ph.D., M.Sc., Consultant Rheumatologist, Barking Havering and Redbridge University Hospitals N.H.S. Trust (B.H.R.U.T.), Former Clinical Senior Lecturer at the Queen Mary's Medical School, London (U.K.).

Elpidoforos S. Soteriades, M.D., S.M., Sc.D., Occupational Medicine Physician, Epidemiologist, Associate Professor of the School of Healthcare Management, Open University of Cyprus, Nicosia, Cyprus, Faculty of Economics and Management Visiting Scientist, Department of Environmental Health, Harvard School of Public Health (H.S.P.H.).

Agis Tsouros, M.D., Ph.D., F.F.P.H. (U.K.), International Adviser on Health Policy, Governance and Diplomacy, International Adviser for Global Healthy Cities. Former Director on Policy and Governance for Health and Wellbeing at the World Health Organization, Regional Office for Europe. Former Chairman of the Greek National Board of Public Health. Former President of the Greek Centre for Disease Control, Visiting Professor, Institute for Global Health Innovation, Imperial College, London. Honorary Professor, University of Durham.

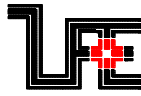
Constantine I. Vardavas, M.D., R.N., M.P.H., Ph.D., F.C.C.P., E.R.T., Lecturer on Oral Health Policy and Epidemiology, co-Director of the Dental Public Health, Harvard School of Dental Medicine (H.S.D.M.), Senior Research Scientist, Harvard T.H. Chan School of Public Health (H.S.P.H.), Cambridge, Boston, U.S.A.

HYGEIA@ERGASIA is the scientific journal of the *Hellenic Society of Occupational and Environmental Medicine* and the M.Sc. Program «*Health and Safety in Workplaces*» of the Medical School, Democritus University of Thrace

The journal does not necessarily agree with the views, positions, conclusions and recommendations expressed in articles published in it.

Editor-in-Chief: Prof. *T.C. Constantinidis*, M.D., Ph.D., Dean of School of Health Sciences, Democritus University of Thrace, *Alexandroupolis*, Greece, cell phone: 6938909510, e-mail: tconstan@med.duth.gr

HYGEIA@ERGAΣIA



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

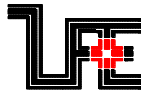
Επιστημονική Επιτροπή:

Αγαθοκλέους Μαρία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ
Αθανασάκης Κωνσταντίνος, Επ. Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Παν. Δυτικής Ατικής
Αθανασίου Αθανάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής European University Cyprus, Σύμβουλος Ιατρός Εργασίας, Ανώτερος Ιατρικός Λειτουργός, Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Κύπρου
Αλεξίου Χατζάκη Αικατερίνη, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Διευθύντρια Εργαστηρίου Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Διευθύντρια Ινστιτούτου Αγροδιατροφής και Επιστημών Ζωής, Πανεπιστημιακό Ερευνητικό Κέντρο Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου
Αλεξόπουλος Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
Αλεξόπουλος Χαράλαμπος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, τ. Διευθυντής Υπηρεσίας Ιατρικής Εργασίας ΔΕΗ
Αναστασάπουλος Αναστάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος
Ανωγειανάκης Γεώργιος, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
Αρβαντιδου - Βαγιωνά Μαλαματένια, Ομ. Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
Αργυριάδου Στέλλα, Ειδικός Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Κρήτης, Διευθύντρια Κέντρου Υγείας Χρυσούπολης Καβάλας
Βαδικόλιας Κωνσταντίνος, Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Ιατρικής ΔΠΘ
Βαλογιάννη Κωνσταντίνα, τ. Υγιειν. Επιθ. ΣΕΠΕ, ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης
Βελονάκης Μανώλης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Καθηγητής Παν. Αθηνών
Γαβριλάκης Μάνος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος
Γαλανοπούλου Ελισάβετ, Δρ. Βιοχημικός, τ. Αν. Γενική Διευθύντρια Συνθηκών και Υγιεινής της Εργασίας, Υπουργείο Εργασίας
Γελαστοπούλου Ελένη, Καθηγήτρια, Ειδικός Κοινωνικής Ιατρικής - Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Πατρών
Γιατρομανωλάκη Αλεξάνδρα, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, τ. Κοσμήτορας Σχολής Επιστημών Υγείας ΔΠΘ, μέλος Συμβουλίου Διοίκησης ΔΠΘ
Γουσόπουλος Σταύρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ
Γρηγορίου Ιωάννα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ανώτερος Ιατρικός Λειτουργός, Υπουργείο Υγείας Κύπρου
Δετσαριδής Χρήστος, Αν. Καθηγητής, Νομική Σχολή ΔΠΘ
Δημοσιάτης Γιάννης, Αν. Καθηγητής, τ. Διευθυντής Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Ιωαννίνων
Δημητρίου Δημήτριος, Αν. Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Οικονομικών Επιστημών ΔΠΘ
Δόκας Ιωάννης, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Πολιτικών Μηχανικών ΔΠΘ
Δούδα Ελένη, Καθηγήτρια, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού ΔΠΘ, Κοσμήτορας Σχολής Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού ΔΠΘ
Δρακόπουλος Βασίλης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών, ΕΛΙΝΥΑΕ
Δριβας Σπύρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, τ. Υπεύθυνος Κέντρου Υγείας - Υγιεινής της Εργασίας, ΕΛΙΝΥΑΕ
Δρυμπέτας Ευάγγελος, Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών ΔΠΘ, τ. Κοσμήτορας Σχολής Κοινωνικών, Πολιτικών και Οικονομικών Επιστημών ΔΠΘ, τ. Αντιπρύτανης ΔΠΘ, μέλος Συμβουλίου Διοίκησης ΔΠΘ
Ζαφειρόπουλος Παντελής, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος
Ζαχαρίας Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος
Ζηλίδης Χρήστος, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
Ζημάλης Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
Ζησιμόπουλος Αθανάσιος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Ζορμπά Ελένη, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ
Θανασιάς Ευθύμιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος
Κακαγιά Δέσποινα, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Καναβάρος Παναγιώτης, Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Ανατομίας, Ιστολογίας, Εμβρυολογίας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Ιωαννίνων
Καρελή Αργυρώ, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος
Καρτάλη Σοφία, Ομ. Καθηγήτρια, τ. Πρόεδρος Τμήμ. Ιατρικής ΔΠΘ
Κικεμένη Αναστασία, Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Ατικής
Κοντογιώργης Χρήστος, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Κουκουλιάτα Αλεξάνδρα, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ, Υγιειν. Επιθ. ΣΕΠΕ, ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης
Κουλουριώτης Δημήτριος, Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης ΔΠΘ
Κουρούκλης Γιώργος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
Κουρούσης Χρήστος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
Κουσκούκης Κωνσταντίνος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, τ. Αντιπρύτανης ΔΠΘ
Κουπής Χαρίλαος, Ομ. Καθηγητής, Παν. Δυτικής Ατικής
Κυπριαίου Ευαγγελία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ειδικός Κοινωνικής Ιατρικής - Δημόσιας Υγείας, Διευθύντρια ΕΣΥ, Τμήμα Ιατρικής Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θρίασιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας
Κωστόπουλος Στέλιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, τ. Διευθυντής ΕΣΥ
Λαμπροπούλου Μαρία, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Διευθύντρια Εργαστηρίου Ιστολογίας - Εμβρυολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Λινού Αθηνά, Καθηγήτρια, τ. Διευθύντρια Εργαστηρίου Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών, τ. Πρόεδρος Ινστιτούτου Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής Prolepsis

Λιονής Χρήστος, F.R.C.G.P. (Hon), F.W.O.N.C.A., F.E.S.C., Ομ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης, Επισκέπτης Καθηγητής Γενικής Ιατρικής, Σχολή Υγείας και Ιατρικής Παν. Linköping Σουηδίας
Μακρόπουλος Βασίλειος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ομ. Καθηγητής, Παν. Δυτικής Αττικής, τ. Πρόεδρος ΔΣ ΕΛΙΝΥΑΕ
Μαλλιάρου Μαρία, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Παν. Θεσσαλίας
Μαλιέζος Ευστράτιος, Ομ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Μαραγκός Νικόλαος, Δρ Μηχανολόγος Μηχανικός, Διευθυντής ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης, ΣΕΠΕ
Μαργαβίλας Παναγιώτης, Ηλεκτρολόγος Μηχανικός, Μηχανικός Υπολογιστών ΔΠΘ, Διδάκτορας Τμήματος Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών ΔΠΘ, Διδάκτορας Τμήματος Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης ΔΠΘ
Μερκούρης Μποδοσάκης - Πρόδρομος, Ειδικός Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής, Επ. Πρόεδρος ΕΛΕΓΕΙΑ
Μουχτούρη Βαρβάρα, Αν. Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας
Μπαμπάτσικου Φωτούλα, Αν. Καθηγήτρια, Παν. Δυτικής Αττικής
Μπερτζιζόγλου Ευγενία, Καθηγήτρια, Ειδικός Βιοπαθολόγος, Ειδικός Κοινωνικής Ιατρικής - Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Νατάσσα Μπενέκα, Καθηγήτρια Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (ΤΕΦΑΑ) ΔΠΘ
Μπέπος Αλέξης, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Ειδικός Κοινωνικής Ιατρικής - Δημόσιας Υγείας, Συντονιστής Κέντρου Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτικής Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Μπεχράκης Παναγιώτης, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών
Μπουμπόπουλος Νεκτάριος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ
Μπούρος Δημοσθένης, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών
Νένα Ευαγγελία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ειδικός Κοινωνικής Ιατρικής - Δημόσιας Υγείας, Αν. Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Νταβέλος Αθανάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος
Ντζάνη Ευαγγελία, Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Ιωαννίνων
Ντούσιος Σπυριδών, Αν. Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Μηχανικών Περιβάλλοντος ΔΠΘ
Ντουσιάς Γεώργιος, Καθηγητής, Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Περιβαλλοντικής και Επαγγελματικής Υγείας, Πρόεδρος Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Παν. Δυτικής Αττικής
Οικονόμου Ελένη, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος
Οικονομίδου Ειρήνη, Ειδικός Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Κρήτης, Διευθύντρια Κέντρου Υγείας Ευόσμου
Ορφανίδης Μωυσής, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Former (full time) Medical Adviser - Disability Analyst, UK
Παναζή Ευγενία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
Πανταζοπούλου Αναστασία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
Παπαδάκης Νίκος, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
Παπαδόπουλος Στέλιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος
Παπαναγιώτου Γεώργιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
Πατεντάκης Μιχάλης, τ. Διευθυντής ΕΣΥ
Πατούχας Δημήτρης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Πατρών
Πιπερίδου Χαριτωμένη, Ομ. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, τ. Αντιπρύτανης ΔΠΘ
Πολύζος Νίκος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Πρασόπουλος Παναγιώτης, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
Ραχιώτης Γιώργος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας
Σαμπάνη Κωνσταντίνη, Ιατρός, Postdoctoral Research Fellow, Harvard T.H. Chan School of Public Health (H.S.P.H.)
Σαραφόπουλος Νικόλαος, Δρ Μηχανολόγος Μηχανικός, τ. Διευθυντής ΚΕΠΕΚ Δυτικής Ελλάδας, ΣΕΠΕ
Σιμιτζής Αθανάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος
Σιχλειτίδης Λάζαρος, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
Σκούφη Γεωργία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ειδικός Κοινωνικής Ιατρικής - Δημόσιας Υγείας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας
Στάμου Ιωάννης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, Τμήμα Ιατρικής Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θράσσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνιας
Στερόπουλος Πασχάλης, Καθηγητής, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Τέντες Γιάννης, Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Βιοχημείας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Τζίμας Αλέξης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος
Τούνας Γιάννης, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών, Διευθυντής Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών, Διευθυντής Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
Τριγιάνης Ιωάννης, M.Sc., Ph.D., Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό (ΕΕΠ) Δημοκriteίου Πανεπιστημίου Θράκης
Τρυψιάνης Γρηγόριος, Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Τσακλής Παναγιώτης, P.T., A.T.C., B. Ph.Ed., Ph.D., Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Εμβιομηχανικής και Εργονομίας, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Παν. Θεσσαλίας, Res. Assoc. Department of Molecular Medicine and Surgery, Karolinska Institutet, Sweden
Τσαρούχα Αλέκα, Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Βιοηθικής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Τσελεμπόνης Αθανάσιος, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ, Υπεύθυνος Εργαστηρίου Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμ. Ιατρικής ΔΠΘ
Τσίγαλου Χριστίνα, Αν. Καθηγήτρια, Ειδικός Βιοπαθολόγος, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Τσοβίλη Εύα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ειδικός Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής, MPH, M.Sc. Δημόσιας Υγείας
Φιλαλήτης Αναστάσιος, Ομ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης
Φιλιή Δέσποινα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ειδικός Κοινωνικής Ιατρικής - Δημόσιας Υγείας, Διευθύντρια ΕΣΥ, Τμήμα Ιατρικής Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θράσσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνιας
Φραντζέσκου Ελπίδα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
Φρουδαράκης Μάριος, Καθηγητής, τ. Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Χαδόλιας Δημήτριος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ
Χάλαρης Μιχάλης, Επ. Καθηγητής, Τμήμα Χημείας ΔΠΘ
Χατζάκη Μαρία, Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Μοριακή Βιολογίας και Γενετικής ΔΠΘ
Χατζής Χρήστος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
Χατζηχριστοδούλου Χρήστος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας, Πρόεδρος Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας
Χριστοδούλου Αντώνιος, Ηλεκτρολόγος Μηχανολόγος Μηχανικός, τ. Προϊστάμενος Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία, Υπουργείο Εργασίας

Εκδότης: Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Κοσμητορας Σχολής Επιστημών Υγείας ΔΠΘ e-mail: tconstan@med.duth.gr

HYGEIA@ERGAΣIA



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

Οδηγίες προς τους συγγραφείς:

Το περιοδικό **HYGEIA@ERGAΣIA** αποτελεί επιστημονική έκδοση που έχει στόχο να συμβάλλει στην έρευνα και στην εκπαίδευση των ιατρών και όλων των ειδικοτήτων που εμπλέκονται στο πολυεπιστημονικό πεδίο της *Ιατρικής της Εργασίας*, της *Περιβαλλοντικής Ιατρικής* και της *Ασφάλειας στην Εργασία*, καθώς και στο ευρύτερο πεδίο της *Δημόσιας Υγείας* και ό,τι είναι συγγενές με τα παραπάνω επιστημονικά πεδία. *Γενικοί κανόνες υποβολής των άρθρων:* Μετά από κρίση, δημοσιεύονται στο περιοδικό στα ελληνικά ή στα αγγλικά, άρθρα που δεν έχουν δημοσιευθεί ή θα δημοσιευθούν αλλού στο σύνολό τους. Όλα τα άρθρα συνοδεύονται από ελληνική και αγγλική περίληψη. Κεφαλαία γράμματα εντός του κειμένου συνιστάται να αποφεύγονται. Τα ακρωνύμια πρέπει να εξηγούνται ολογράφως στη πρώτη αναφορά τους. Τα υποβαλλόμενα άρθρα δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις δέκα τυπωμένες σελίδες και να έχουν στο σώμα κειμένου το λιγότερο 600 λέξεις. Το ίδιο άρθρο δεν δημοσιεύεται στο αγγλικό και στο ελληνικό τμήμα ταυτόχρονα, παρά μόνο σε περίληψη. Η ακρίβεια των βιβλιογραφικών αναφορών, η ακρίβεια του περιεχομένου, η αυθεντικότητα, η πρωτοτυπία και η τυχόν απαραίτητη λήψη άδειας για την υποβολή και δημοσίευση στο περιοδικό, των πινάκων και σχημάτων άλλων εργασιών, είναι στην απόλυτη υπευθυνότητα των συγγραφέων. Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για τυχόν εσφαλμένες θέσεις ή για τη μη εκπλήρωση όλων των υποχρεώσεών τους. Επί τρία χρόνια μετά τη δημοσίευση του άρθρου είναι δυνατόν να ζητηθεί από τους συγγραφείς να αποστείλουν τα βασικά δεδομένα της εργασίας τους. Τα άρθρα προς δημοσίευση υποβάλλονται στο περιοδικό μόνο σε ηλεκτρονική μορφή. Τα κείμενα πρέπει να γράφονται με πεζοκεφαλαία, με χαρακτήρες γραμμάτων *arial narrow*, μέγεθος γραμμάτων 12 στιγμών, μονή απόσταση σειρών και περιθώρια 2,5 εκατοστών. Η επικοινωνία με τους συγγραφείς γίνεται με ηλεκτρονική μορφή και οι απαντήσεις τους πρέπει να δίδονται σύντομα. *Κατηγορίες των άρθρων:* α) πρωτότυπα άρθρα, που αφορούν θέμα που δεν έχει δημοσιευθεί μέχρι την ημερομηνία υποβολής του άρθρου, β) ερευνητικά άρθρα, που μελετούν γνωστά θέματα προς επιβεβαίωση, απόρριψη ή περαιτέρω επεξεργασία, γ) εκτεταμένα ή βραχεία άρθρα ανασκόπησης, τα οποία θεωρούνται μονογραφίες ειδικών και γράφονται από έναν ή δύο συγγραφείς από διαφορετικές ειδικότητες, δ) άρθρα βραχείας επικοινωνίας, πρωτότυπα συνήθως ή αξιολογικά ερευνητικά, όταν περιλαμβάνονται σε περιγραφές περιπτώσεων, με μικρότερο ενδεχόμενα αριθμό περιπτώσεων, ε) διακεκριμένες διαλέξεις, στ) τεχνικά σημειώματα, ζ) ειδικά άρθρα γενικού ενδιαφέροντος για την Ιατρική της Εργασίας, την Περιβαλλοντική Ιατρική, την Ασφάλεια στην Εργασία, τα Οικονομικά της Εργασίας, την Ιστορία της Ιατρικής της Εργασίας, θέματα Δημόσιας Υγείας και Δημόσιας Υγιεινής, καθώς και Κοινωνικής Ιατρικής που άπτονται και της Ιατρικής της Εργασίας, η) περιγραφές ενδιαφερουσών περιπτώσεων στις οποίες συνιστάται να μην συμπεριλαμβάνονται βραχείες ανασκοπήσεις του θέματος, θ) άρθρα της έκδοσης και ι) επιστολές προς το περιοδικό που πρέπει να περιέχουν αδημοσίευτες απόψεις, να υπογράφονται από όλους τους συγγραφείς, να μην αποτελούνται από περισσότερες από 1000 λέξεις, να μη γράφονται από περισσότερους από πέντε συγγραφείς και να μην περιλαμβάνουν

περισσότερες από 15 βιβλιογραφικές αναφορές και δύο πίνακες, εικόνες ή σχήματα. *Επιστολή υποβολής άρθρων ή επιστολών προς το περιοδικό:* Τα άρθρα και οι επιστολές προς το περιοδικό, συνοδεύονται από επιστολή, στην οποία όλοι οι συγγραφείς δηλώνουν ότι: α) συμφωνούν με τις παρούσες οδηγίες προς τους συγγραφείς, β) συμφωνούν να υποβάλλουν το άρθρο αυτό, μόνο στο περιοδικό και παρέχουν στο περιοδικό τα συγγραφικά τους δικαιώματα, γ) όλοι οι συγγραφείς συμμετείχαν σε όλες τις φάσεις της εργασίας αυτής κατά τρόπο ουσιαστικό, δ) το άρθρο ή η επιστολή προς το περιοδικό, δεν δημοσιεύθηκε ούτε θα δημοσιευθεί εν μέρει ή συνολικά σε άλλο έντυπο, μέχρι να ολοκληρωθεί η κρίση του στο περιοδικό, ε) οι συγγραφείς πρέπει να δηλώσουν αν έχουν οικονομικά συμφέροντα ή προσωπική σχέση με άτομα, οργανισμούς, εταιρείες κ.λ.π. και να δηλώσουν αν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων, στ) οι συγγραφείς που μελετούν εργαζόμενοι ή ασθενείς πρέπει να δηλώσουν ότι αυτοί έδωσαν την ανεπιφύλακτη συγκατάθεση τους για την τέλεση των δοκιμασιών της εργασίας και ότι η ειδική επιστημονική επιτροπή αρμόδια για θέματα Ιατρικής Ηθικής του Ιδρύματος όπου διασχάθηκε η εργασία, έλεγξε και ενέκρινε το σχετικό πρωτόκολλο εργασίας και ζ) για πειράματα σε ζώα πρέπει να αναφέρεται η λήψη σχετικής άδειας από τις αρμόδιες υπηρεσίες και ότι τηρήθηκαν οι αρχές της φροντίδας των ζώων. *Δομή των άρθρων:* Στα άρθρα που υποβάλλονται πρέπει να διακρίνονται τα εξής τμήματα: α) η σελίδα του τίτλου, που δεν πρέπει να μην υπερβαίνει τις 14 λέξεις, πρέπει να περιλαμβάνει τα πλήρη ονόματα των συγγραφέων και των ιδρυμάτων στα οποία ανήκουν, τη διεύθυνση για αλληλογραφία και 4-5 λέξεις ευρετηρίου, β) η σελίδα της περίληψης στα ελληνικά και γ) η σελίδα της περίληψης στα αγγλικά (μαζί τον πλήρη τίτλο στα αγγλικά). Οι περιλήψεις περιλαμβάνουν σύντομα: τις επιστημονικές μέχρι τώρα γνωστές θέσεις πάνω στις οποίες βασίσθηκε ο σκοπός της εργασίας, το σκοπό της εργασίας, τους μελετηθέντες, το υλικό και τις μεθόδους, τη συζήτηση και τα συμπεράσματα. Αναλυτικότερα, στην *Εισαγωγή* περιλαμβάνεται μόνο ό,τι είναι μέχρι σήμερα γνωστό στο θέμα και με βάση αυτό, αναφέρεται στη συνέχεια από τους συγγραφείς για ποιόν ή για ποιούς λόγους διεκπεραίσαν τη δική τους μελέτη. Το *Υλικό* του άρθρου, ή τα άτομα που μελετήθηκαν και οι *Μέθοδοι* που χρησιμοποιήθηκαν. Ακολουθούν τα *Αποτελέσματα*. Όσα αναφέρονται στους *Πίνακες* δεν επαναλαμβάνονται στο κείμενο, εκτός αν πρόκειται να υπογραμμισθεί απαραίτητα κάποιο αποτέλεσμα. Επεται η *Συζήτηση* και ακολουθούν τα *Συμπεράσματα* που αποτελούν ξεχωριστό κεφάλαιο. Τα συμπεράσματα πρέπει να είναι σύντομα, χωρίς σχόλια και να στηρίζονται μόνο στα ειδικά αποτελέσματα της εργασίας. Ακολουθούν: οι *Ευχαριστίες* και η *Βιβλιογραφία*. Στο κείμενο πρέπει να αναφέρονται οι βιβλιογραφικές αναφορές με αριθμούς σε παρενθέσεις, είτε με τα ονόματα των συγγραφέων. Αν προτιμηθεί να αναφέρονται ονόματα συγγραφέων, τοποθετείται και η χρονολογία της εργασίας και ο αριθμός της εργασίας σε παρένθεση. Η βιβλιογραφία περιέχει διαδοχικά και με αύξοντα αριθμό, μόνο όσες αναφορές αναφέρονται στο κείμενο και έχουν δημοσιευθεί ή πρόκειται να δημοσιευθούν. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται όλα τα ονόματα των συγγραφέων και συνεργάτες. Αν τα ονόματα είναι μόνο τέσσερα, αναφέρονται όλα. Στο κείμενο οι βιβλιογραφικές αναφορές γράφονται σε αγκύλες με αριθμούς, που παραπέμπουν στη Βιβλιογραφία, είτε με το όνομα του πρώτου συγγραφέα και το έτος δημοσίευσης. Οι κριτές ενδέχεται να προτείνουν επιπλέον ή νεότερες βιβλιογραφικές αναφορές. Οι *Πίνακες* αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς και ο τίτλος τους βρίσκεται στο πάνω μέρος, ενώ τα Σχήματα αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς και έχουν βραχύ τίτλο με χαρακτήρες μεγέθους 12 στιγμών, που τοποθετείται στο κάτω μέρος. Τέλος, οι συντομεύσεις και τα ακρωνύμια που περιλαμβάνονται στους Πίνακες θα πρέπει να επεξηγούνται και στον τίτλο τους, ανεξάρτητα αν έχουν ήδη εξηγηθεί στο σώμα του κειμένου του άρθρου.

Το περιοδικό **HYGEIA@ERGAΣΙΑ** δεν συμφωνεί απαραίτητα με τις απόψεις, τις θέσεις, τα συμπεράσματα και τις συστάσεις που εκφράζονται στα άρθρα, τα οποία δημοσιεύει στα τεύχη του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Μαρία Κατσαούνη¹, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης^{1,2}, Χρήστος Κοντογιώργης^{1,2} και
Ευαγγελία Νένα^{1,2,3}**

1. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, 2. Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, 3. Εργαστήριο Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ.

Περίληψη: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση για τη διερεύνηση της επίδρασης της ηλικίας και της εργασιακής σχέσης του νοσηλευτικού προσωπικού, στην αίσθηση εργασιακής ανασφάλειας, η εκτίμηση της ικανότητας των μελών του να ανταπεξέλθουν στις εργασιακές υποχρεώσεις και των πιθανών επιπτώσεων της γήρανσης στην υγεία, στην ποιότητα ζωής και στην ευημερία στο χώρο εργασίας. Με τη γήρανση του τρέχοντος νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού, πρέπει να αναπτυχθούν στρατηγικές για να διατηρηθούν τα επίπεδα απασχόλησης και να βελτιωθεί η διαθεσιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού για τη φροντίδα των ασθενών. Ένας τρόπος για να διατηρηθούν σε ικανοποιητικό επίπεδο είναι να παραμείνουν τα νοσηλευτικά στελέχη μεγαλύτερης ηλικίας στο εργασιακό τους περιβάλλον και να μην συνταξιοδοτηθούν, με ταυτόχρονη πρόσληψη νέων στελεχών. Αν και η κοινωνία προσπαθεί να προωθήσει μια θετική άποψη για την ενεργό γήρανση, για πολλούς, η γήρανση συνδέεται με διάφορους βαθμούς αναπηρίας και ασθένειας. Ορισμένες ασθένειες και παράγοντες κινδύνου για επαγγελματικούς τραυματισμούς είναι πιθανό να σχετίζονται με τη γήρανση και τις επιλογές του τρόπου ζωής. Η νοσηλευτική εργασία περιλαμβάνει πολλές ώρες απασχόλησης, εργασία με βάρδιες (συμπεριλαμβανομένων τόσο των σαββατοκύριακων, όσο και των αργιών), υποχρεωτικές υπερωρίες, υποβοήθηση ασθενών, υψηλές αναλογίες ασθενών προς νοσηλευτικό προσωπικό, συχνά χαμένα διαλείμματα και αλληλεπίδραση με ασθενείς πάσχοντες από σοβαρές νόσους, αλλά ακόμα και με αντισυναδελφικές συμπεριφορές. Το νοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνεται συχνά να εργάζεται σε μεγάλες βάρδιες (συνήθως 12 ώρες) που σχετίζονται με περισσότερο άγχος, μεγαλύτερη δυσαρέσκεια στην εργασία και μειωμένη ποιότητα εργασίας. Πουθενά το φαινόμενο της γήρανσης δεν είναι πιο εμφανές όσο στη νοσηλευτική. Παράλληλα, είναι επιτακτική

ανάγκη να διατηρηθούν τα ηλικιωμένα στελέχη, αν όχι μόνο για την πείρα και την εξειδίκευσή τους, αλλά για να αποτραπεί η επιδείνωση μιας ήδη κρίσιμης έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού. Η απώλεια πολλών έμπειρων μελών νοσηλευτικού προσωπικού σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα μπορεί να επιδεινώσει περαιτέρω την τρέχουσα έλλειψη προσωπικού και τελικά να επηρεάσει τη φροντίδα των ασθενών. Με τη συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση για νοσηλευτικό προσωπικό υψηλής εξειδίκευσης και γνώσης, είναι επιτακτική ανάγκη ο τομέας της υγείας και της περίθαλψης να αναγνωρίσει τα πλεονεκτήματα της διατήρησης των σχετικά ηλικιωμένων νοσηλευτών και νοσηλευτριών και να εντοπίσει στρατηγικές για να τους βοηθήσει στην εκτέλεση των καθηκόντων τους. Αλλωστε, για το ηλικιωμένο νοσηλευτικό προσωπικό υφίστανται υψηλότερες επαγγελματικές απαιτήσεις συγκριτικά με άλλους επαγγελματίες. Ο υψηλός φόρτος εργασίας και τα απαιτητικά περιβάλλοντα εργασίας αυξάνουν τους κινδύνους άγχους, κακής υγείας και τραυματισμού του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι τραυματισμοί είναι συχνοί και επιτείνονται πληθικά σε μεγαλύτερες ηλικίες. Το μεγαλύτερο σε ηλικία νοσηλευτικό προσωπικό αναφέρει έντονους πόνους που αποδίδονται στη διαδικασία γήρανσης και σε χρόνιες κακώσεις. Τα σημάδια της γήρανσης περιλαμβάνουν σωματικές αλλαγές που σχετίζονται με χρόνιες ασθένειες. Ο χρόνιος πόνος συχνά επιδεινώνεται από τα συνήθη νοσηλευτικά καθήκοντα. Οι ηλικιωμένοι επαγγελματίες νοσηλευτικής αναφέρουν υπερβολική κούραση και δυσκολίες που σχετίζονται με την εργασία σε βάρδιες και θεωρούν ότι θα μπορούσαν να χάσουν την καριέρα τους ανά πάσα στιγμή λόγω κακής υγείας ή τραυματισμού. Επίσης, τείνουν να αποδίδουν τα υψηλά επίπεδα εξάντλησης και κούρασης στη γήρανση. Η ανάρρωση μετά τη στέρηση ύπνου διαρκεί περισσότερο από ό,τι για τις νεότερες ηλικίες και συχνά επιστρέφουν στα καθήκοντά τους χωρίς να έχουν ξεκουραστεί επαρκώς. Επιπλέον, αρκετές φορές αντιμετωπίζουν αρνητικές συμπεριφορές λόγω της ηλικίας τους, φαινόμενο γνωστό με τον όρο «*ηλικιακός ρατσισμός*». Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες νοσηλευτικής προσφέρουν πλήθος εμπειρίας και δεξιοτήτων που μπορούν να ωφελήσουν κάθε σύστημα υγείας, κάθε νοσοκομείο και κάθε χώρο υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης. Ωστόσο, μόνο με ενδελεχή γνώση των αλλαγών που σχετίζονται με την ηλικία και των τροποποιήσεων του εργασιακού περιβάλλοντος για την αντιστάθμιση αυτών των αλλαγών μπορούν να συνεχίσουν να εργάζονται με ασφάλεια μέχρι τα έτη συνταξιοδότησής τους. Οι προϊστάμενοι πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι γύρω από τις ανάγκες των ηλικιωμένων στελεχών του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ είναι απαραίτητο να υπάρξουν οι κατάλληλες πολιτικές για υποστήριξη. Τέλος, αναφέρονται οι πρακτικές πρόληψης και αντιμετώπισης των επιπτώσεων της γήρανσης διότι είναι επιτακτική ανάγκη η προστασία των εργαζομένων από όλους τους πιθανούς παράγοντες επαγγελματικού κινδύνου που προκύπτουν από την εργασία με την πάροδο της ηλικίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γηράσκουσα κοινωνία είναι ένα φαινόμενο που σχετίζεται με την άνοδο της μέσης ηλικίας του πληθυσμού, ως αποτέλεσμα της μείωσης των ποσοστών γεννήσεων ή/και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής (Bloom et al, 2016). Το φαινόμενο αυτό παρατηρήθηκε για πρώτη φορά στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί λόγω του συνδυασμού υψηλότερου επιπέδου διαβίωσης, καλύτερης ποιότητας ζωής και βελτίωσης στην ιατρική, τη διάγνωση και τη θεραπεία, ωστόσο πλέον γίνεται όλο και συχνό ακόμα και σε λιγότερο ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες.

Όλοι και όλα γερνούν. Αυτό συμβαίνει από τότε που οι πολυκύτταροι εμφανίστηκαν στο πλανήτη μας πριν σχεδόν από 500 εκατομμύρια χρόνια. Μέρος της επιστημονικής κοινότητας θεωρεί πως η γήρανση είναι αποτέλεσμα μίας «εξελικτικής παραμέλησης». Αυτό ερμηνεύεται από το γεγονός ότι η φυσική επιλογή και εξέλιξη ήταν αρκετά «απασχολημένη» με το να ανακαλύπτει βιολογικούς τρόπους ώστε να εξελιχθούμε σε μικρό χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα να «παραμελήσει» να μας προστατέψει από τη γήρανση. Φαίνεται πως η φύση προνοεί για την ανάπτυξή μας έως τα αναπαραγωγικά μας χρόνια, ωστόσο στη συνέχεια μας εγκαταλείπει έρμαιο της γήρανσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αρχίζει η φθορά του ανθρώπινου σώματος αμέσως μετά από τα κορυφαία αναπαραγωγικά χρόνια.

Οι ηλικιωμένοι έχουν κατά πολύ μειωμένες ικανότητες σε όλα τα επίπεδα σε σύγκριση με τους νέους, καθώς δεν έχουν τις ίδιες σωματικές αντοχές αλλά ούτε και εξίσου αποτελεσματικό ανοσοποιητικό σύστημα. Ταυτόχρονα, η σωματική εμφάνιση μεταβάλλεται δραματικά με την ηλικία. Οι γεροντολόγοι, καταγράφοντας αυτές τις αλλαγές, θεωρούν πως ίσως το δυσκολότερο από τα ερωτήματα που σχετίζονται με τη γήρανση και τις διαδικασίες της είναι το εάν αυτή προκαλείται από τις εκφυλιστικές αλλαγές σε ένα μόνο όργανο του σώματος, οι οποίες συμπαρασύρουν και εκκινούν συνολικά τη γήρανση ή εάν υπάρχει ταυτόχρονη εκκίνηση της γήρανσης σε όλο το σώμα. Η απάντηση αποδείχθηκε εξαιρετικά δύσκολη (Panno, 2005).

Από μελέτες μεταβολών που σχετίζονται άμεσα με την ηλικία σε όλα σχεδόν τα ανθρώπινα κύτταρα, φαίνεται πως υπάρχουν στοιχεία που φανερώνουν πως μάλλον ο εγκέφαλός μας είναι υπεύθυνος για τον προσδιορισμό της ταχύτητας με την οποία γηράσκει το ανθρώπινο σώμα. Ωστόσο, αποτελέσματα αρκετών άλλων ερευνητικών μελετών προτείνουν ότι η γήρανση του οργανισμού είναι αποτέλεσμα συνδυασμού ταυτόχρονων μεταβολών με ποικίλες εντοπίσεις στο ανθρώπινο σώμα (Panno, 2005).

Συνεπώς, η κατανόηση του φαινομένου της γήρανσης και των διαδικασιών της αποδείχθηκε αρκετά περίπλοκη, ενώ έχουν αναπτυχθεί αρκετές θεωρίες που προσπαθούν να ερμηνεύσουν τη φθίνουσα πορεία των ζωντανών οργανισμών.

Παράλληλα, καταβάλλονται και προσπάθειες για την αναστροφή της γήρανσης, αλλά και της θεραπείας ασθενειών που σχετίζονται με αυτήν, με κυριότερη όλων τον καρκίνο. Η σύγχρονη γεροντολογία, μετά με την ολοκλήρωση της χαρτογράφησης του ανθρώπινου γονιδιώματος, έχει στραφεί προς την αναζήτηση των γονιδίων μακροζωίας, εκείνων δηλαδή που έχουν αποδεδειγμένα σημαντική επίδραση στη διάρκεια ζωής. Πολλά από τα γονίδια που σχετίζονται με τη γήρανση έχουν ήδη ανακαλυφθεί και παρόλο που η ικανότητά μας για χειραγώγηση αυτών των γονιδίων δεν αποτρέπει τη γήρανση, οι γνώσεις και οι πληροφορίες που μας παρέχουν για τις κυτταρικές διαδικασίες γήρανσης είναι πολύτιμες και μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στην ανάπτυξη πραγματικών θεραπειών κατά της γήρανσης (Panno, 2005).

Οι θεωρίες γήρανσης περιγράφουν το σύνολο των γενετικών, βιοχημικών και φυσιολογικών ιδιοτήτων ενός οργανισμού, καθώς και το πώς αυτές μεταβάλλονται με την αύξηση της ηλικίας του οργανισμού. Οι θεωρίες με βάση τη γενετική έχουν ως επίκεντρο τη συσσώρευση γενετικών σφαλμάτων στο DNA, τα γονίδια γήρανσης, την προγραμματισμένη γήρανση και τα τελομερή. Οι βιοχημικές θεωρίες πραγματεύονται τον ενεργειακό μεταβολισμό, τη δημιουργία ελεύθερων ριζών, τον ρυθμό ζωής και τη λειτουργία των μιτοχονδρίων. Οι θεωρίες με βάση τη φυσιολογία επικεντρώνονται στο ενδοκρινικό σύστημα και στη λειτουργία των ορμονών στους ρυθμούς γήρανσης των κυττάρων (Panno, 2005). Οι κυριότερες από αυτές είναι η θεωρία των καταστροφικών σφαλμάτων, η θεωρία της προγραμματισμένης γήρανσης, η θεωρία των τελομερών, η θεωρία του ρυθμού ζωής, η θεωρία της γήρανσης λόγω ελεύθερων ριζών και η θεωρία της ορμονικής ανισορροπίας. Αν εξαιρέσουμε τη θεωρία των τελομερών για τη γήρανση, όλες οι υπόλοιπες θεωρίες απλά παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τη καλύτερη κατανόηση της διαδικασίας της γήρανσης και την εξέλιξή της. Ακόμα και σήμερα, δεν έχουμε κατανοήσει τους βασικούς μηχανισμούς της γήρανσης. Η γήρανση συνιστά ένα άθροισμα των διαδικασιών της εξέλιξης που έχει διαρκέσει αιώνες και η επίλυσή του αναμένεται να διαρκέσει επίσης αρκετά χρόνια, με μάλλον αμφίβολα αποτελέσματα.

Επίσης, παρότι το ανθρώπινο γονιδίωμα έχει πλέον χαρτογραφηθεί πλήρως, δεν είναι γνωστά αναλυτικά τα πάντα για το σύνολο της συμπεριφοράς των γονιδίων μας καθώς και τον τρόπο που αυτά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, με το περιβάλλον και με πολλούς άλλους πιθανόν άγνωστους παράγοντες. Παρόλα αυτά, η χαρτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος είναι εξαιρετικά χρήσιμη για την πλήρη κατανόηση των κυτταρικών λειτουργιών, συνεπώς και της γήρανσης.

Σχεδόν κάθε χώρα του κόσμου, ανεξάρτητα από το επίπεδο ανάπτυξης, αντιμετωπίζει ένα μέλλον στο οποίο η μέση ηλικία του πληθυσμού θα συνεχίσει να αυξάνεται (United Nations Development Programme, 2005). Σήμερα, η μέση ηλικία του παγκόσμιου πληθυσμού είναι η υψηλότερη από κάθε άλλη φορά στην ιστορία της ανθρωπότητας (United Nations, World population aging: 1950-2050),

ενώ προβλέπεται ότι ο αριθμός των ανθρώπων στον κόσμο που ορίζονται ως «ηλικιωμένοι» (ηλικίας 60 ετών και άνω) θα φθάσει τα 2,1 δισεκατομμύρια μέχρι το 2050 (Mba, 2010, Issahaku and Neysmith, 2013).

Καθώς η μέση ηλικία του πληθυσμού αυξάνεται και με δεδομένο ένα αυξανόμενο ποσοστό του συνολικού πληθυσμού ηλικίας άνω των 60 ετών, το ποσοστό του συνολικού πληθυσμού που είναι σε ηλικία εργασίας και οικονομικά παραγωγικό θα μειωθεί. Με απλά λόγια, θα σημαίνει ότι θα υπάρχουν ολοένα και λιγότεροι εργαζόμενοι που θα στηρίζουν όλο και περισσότερους συνταξιούχους και ανέργους. Επομένως, δεν είναι δύσκολο να προβλεφθεί ότι η αναλογία των απασχολούμενων ηλικίας κάτω των 65 ετών σε σχέση με συνταξιούχους άνω των 65 ετών θα μειωθεί σημαντικά, ενώ ο λόγος εξάρτησης θα αυξηθεί. Μία μελέτη προβλέπει ότι στην Κίνα η αναλογία των ενηλίκων σε ηλικία εργασίας προς κάθε άτομο ηλικίας άνω των 65 ετών θα μειωθεί από 7,9 το 2010 σε 1,6 το 2100 και στην Ινδία ο λόγος θα μειωθεί από 11,0 σε 2,1 κατά την ίδια περίοδο (Raftery et al, 2012). Αντίθετα, στις Ηνωμένες Πολιτείες και στο Ηνωμένο Βασίλειο, η πτώση προβλέπεται να είναι λιγότερο δραματική, από 4,6 έως 1,8 στις Ηνωμένες Πολιτείες και 3,6 έως 1,6 στο Ηνωμένο Βασίλειο. Παρά τις μικρότερες μεταβολές του ποσοστού εξάρτησης στην τελευταία περίπτωση, οι επιπτώσεις του κόστους υγειονομικής περίθαλψης είναι πολύ υψηλότερες από ό,τι στην πρώτη.

Είναι προφανές ότι αυτές οι δημογραφικές αλλαγές, οι οποίες υπογραμμίζονται από διάφορες προβλέψεις σχετικά με τον αντίκτυπο τεχνολογιών, όπως η ρομποτική και η τεχνητή νοημοσύνη, υποδηλώνουν ότι ο μειωμένος αριθμός εργαζομένων «οικονομικά παραγωγικών» πολιτών θα αντιμετωπίσει σημαντικά αυξημένα βάρη για τη στήριξη του πληθυσμού των ανέργων «μη οικονομικά παραγωγικών», προκαλώντας πιθανές κοινωνικές αναταραχές και επιβάλλοντας θεμελιώδεις αλλαγές πολιτικής και σε τομείς όπως η ηλικία συνταξιοδότησης και οι συνταξιοδοτικές παροχές. Για να μειωθεί το φαινόμενο της γήρανσης, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η ηλικία συνταξιοδότησης αυξάνεται ήδη από 65 σε 67-69 έτη.

Ο αντίκτυπος της γήρανσης του πληθυσμού στην κοινωνία ενισχύεται περαιτέρω από το γεγονός ότι, καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν, είναι πιο πιθανό να απαιτούν ιατρικές παρεμβάσεις τόσο για σωματικά όσο και για ψυχικά προβλήματα, όπως αδυναμία, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρδιαγγειακά προβλήματα, κινητικότητα, καρκίνο και άνοια.

Οι πόροι που απαιτούνται για τη στήριξη και τη φροντίδα των προβλημάτων αυτών, υπό τους όρους των καθιερωμένων συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας, θα τεθούν, συνεπώς, υπό αυξανόμενη πίεση.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2010, το ποσό των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη για ηλικιωμένους άνω των 65 ετών ήταν κατά μέσο όρο 18.424 δολάρια ανά άτομο. Οι δαπάνες ανά ηλικιωμένο είναι περίπου πέντε φορές περισσότερο από τις δαπάνες για τα παιδιά και τρεις φορές περισσότερο από τις

δαπάνες ανά ενήλικα σε ηλικία εργασίας. Οι ηλικιωμένοι ηλικίας άνω των 65 ετών αντιπροσώπευαν μόλις το 13% του πληθυσμού, ταυτόχρονα όμως και το 34% των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη (Leatherby, 2016).

Ο γηράσκων παγκόσμιος πληθυσμός απειλεί τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο. Ως αποτέλεσμα της γήρανσης του παγκόσμιου πληθυσμού που δημιουργήθηκε κατά τα έτη 1945-1964, μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και σε συνδυασμό με άλλες τάσεις, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης του προσδόκιμου ζωής που παρατηρήθηκε κατά τον 20ο αιώνα και της μακροπρόθεσμης μείωσης των ποσοστών γεννήσεων, πολλά αναπτυσσόμενα έθνη αντιμετωπίζουν τώρα μια πρωτοφανή δημογραφική μετατόπιση (Sugiura et al, 2010). Αυτή η μετατόπιση οδηγεί σε μια σημαντικά μεγάλη αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες ανά τον κόσμο, η οποία αναμένεται να συνεχιστεί για τις επόμενες δεκαετίες (Colombo et al, 2011, Heidenreich et al, 2013, Heidenreich et al, 2011). Μέσα στα επόμενα χρόνια, ο αριθμός των ατόμων άνω των 65 ετών θα υπερβεί τον αριθμό των ατόμων κάτω των 5 ετών για πρώτη φορά στην ιστορία. Άλλες κοινωνικοοικονομικές αλλαγές ενδέχεται επίσης να έχουν επίπτωση στην ανάγκη περίθαλψης.

Το ποσοστό των ατόμων που ζουν μόνοι αυξάνεται (Evandrou and Falkingham, 2000) και ενδέχεται να υπάρχουν λιγότερα άτομα που μπορούν να παρέχουν ανεπίσημη περίθαλψη, ιδιαίτερα επειδή οι μη ηλικιωμένες γυναίκες αυξάνουν τη συμμετοχή τους στο εργατικό δυναμικό (OECD, 1996).

Σύμφωνα με την ανάλυση του *Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης* (ΟΟΣΑ), αυτή η αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού ηλικιωμένων θα έχει σημαντική επίδραση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, στην ποιότητα ζωής και στη μακροπρόθεσμη οικονομική ευημερία. Οι δημογραφικές τάσεις στην Ιαπωνία, τις Η.Π.Α. και την Ευρωπαϊκή Ένωση προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία (Kowal et al, 2013). Το τμήμα του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών αναμένεται να διπλασιαστεί μεταξύ των ετών 2010 και 2030 και τα εθνικά δημογραφικά χαρακτηριστικά θα τροποποιηθούν ουσιαστικά. Σε ορισμένες χώρες, όπως η Ιαπωνία, το πρόβλημα είναι μάλλον τρομακτικό, καθώς ο πληθυσμός άνω των 65 ετών αναμένεται το 2060 να αντιπροσωπεύει το 40% περίπου του συνολικού πληθυσμού, ενώ το ποσοστό των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών θα τετραπλασιασθεί από 2,3% σε 9,6% κατά την ίδια περίοδο (Matsuyama, 2014). Στις Η.Π.Α., η ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών αναμένεται περίπου να διπλασιασθεί έως το 2050, αγγίζοντας 84 εκατομμύρια άτομα μέχρι το 2050 (Ortman et al, 2014). Στα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αυτό το τμήμα του πληθυσμού αναμένεται να διογκωθεί σε περισσότερα από 125 εκατομμύρια άτομα έως το 2030 (Ishikawa et al, 2013).

Ο αντίκτυπος της δημογραφικής γήρανσης στην κοινωνική ασφάλιση, την υγειονομική περίθαλψη, τις συντάξεις, την εκπαίδευση και την ανεργία βρίσκεται στην ημερήσια διάταξη όλων των ευρωπαϊκών χωρών (European Commission,

2006, Börsch - Suran et al, 2005). Καθώς η κατανάλωση φαρμάκων αυξάνεται με την ηλικία, η μεταβολή της δημογραφικής δομής της κοινωνίας προς μια μεγάλη ομάδα ηλικιωμένων υποδηλώνει τη σημαντική αύξηση του ιατροφαρμακευτικού κόστους (Wild, 2009, Niehaus, 2006a, Niehaus 2006b, Barmer, 2010).

Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση που εκδηλώθηκε το 2007 κατέδειξε πόσο αδύναμες ήταν οι ευρωπαϊκές οικονομίες ώστε να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της νέας πραγματικότητας, η οποία επηρέασε και συνεχίζει να επηρεάζει όλους τους τομείς της δημόσιας πολιτικής. Είναι ενδεικτικό πως η οικονομική κρίση επηρέασε σε πολύ μεγάλο βαθμό τις πολιτικές της υγείας διεθνώς, αφού από το 2007 στο 65% περίπου των κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχει σημαντική μείωση των δαπανών που αφορούν τη δημόσια υγεία, ενώ σχεδόν όλα τα εθνικά συστήματα υγείας βρέθηκαν αντιμέτωπα με αρκετά μεγάλες μειώσεις των προϋπολογισμών τους, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης (Eurofound, 2013). Η Ελλάδα σε δυσμενές οικονομικό περιβάλλον, μη όντας ικανή να διαχειρισθεί το δημοσιονομικό της έλλειμμα, ώστε το χρέος της να είναι και να θεωρείται βιώσιμο, υιοθέτησε το 2010 ένα εθνικό σχέδιο δράσης με σκοπό τη χρηματοδότηση της χώρας από εξωτερικό μηχανισμό στήριξης (World Bank and IMF, 2001). Η βασική προϋπόθεση ήταν η τήρηση και υλοποίηση μιας σειράς μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής, με στόχο τη μείωση των δημοσίων δαπανών, με την εφαρμογή μιας αλληλουχίας διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στο δημόσιο τομέα – στενό και ευρύτερο – βασιζόμενες (European Commission, 2010, Matsaganis, 2011):

- Στη μείωση του μισθολογικού κόστους,
- Στην αύξηση των φορολογικών υποχρεώσεων των πολιτών,
- Στη μείωση των κοινωνικών επιδομάτων
- Στην αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης.

Στο πλαίσιο των σημαντικών μειώσεων και περικοπών της χρηματοδότησης του συστήματος δημόσιας υγείας, πραγματοποιήθηκε και σημαντικός περιορισμός στις προσλήψεις στελεχών των υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα, αυξήθηκαν τα όρια συνταξιοδότησης, καθώς πολλοί από τους εργαζομένους στο τομέα της υγείας συνταξιοδοτούνταν πρόωρα (Parathanassoglou and Mrouzika, 2012). Παράλληλα, οι παρατηρούμενες δημογραφικές αλλαγές, όπως η μείωση της αναπαραγωγής – με αποτέλεσμα την μείωση των μελλοντικών εργαζομένων – και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, συνεπάγονται σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στον τομέα της εργασίας.

Η κύρια από αυτές τις επιπτώσεις είναι η μείωση της αναλογίας του ενεργού πληθυσμού και ταυτόχρονα η αύξηση του δείκτη εξάρτησης. Ο δείκτης αυτός προσδιορίζει το ποσοστό των εργαζομένων σε σχέση με το σύνολο των ομάδων του πληθυσμού που εξαρτώνται από την εργασία τους (παιδιών και ηλικιωμένων). Συνέπεια των ανωτέρω είναι η σημαντικά μεγάλη παράταση της εργασιακής ζωής, δηλαδή περαιτέρω άνοδος των σημερινών ηλικιακών ορίων συνταξιοδότησης.

Αυτό βρίσκεται σε απόλυτη συμφωνία με σύγχρονες έρευνες, τόσο σε ελληνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, οι οποίες δείχνουν ότι ο ηλικιακός μέσος όρος του προσωπικού που εργάζεται στο τομέα της υγείας, και ειδικά του νοσηλευτικού προσωπικού, έχει αυξητική τάση (Κορομπέλη, 2009, Hasselhorn, 1999).

Η παράταση της εργασιακής ζωής έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της αναλογίας των εργαζομένων που έχουν υπερβεί τα 45 έτη, οι οποίοι με βάση τη βιβλιογραφία ανήκουν στο γηράσκον εργατικό δυναμικό (Kumashiro, 2003, Chan, 2000) και οι οποίοι παρουσιάζουν έκπτωση της εργασιακής τους ικανότητας (Kumashiro, 2003). Οι περισσότερες επιπτώσεις της φυσιολογικής παρόδου της ηλικίας περιλαμβάνουν την έκπτωση αισθήσεων – με βασικότερες την ακοή και την όραση – και την εξασθένηση της μυϊκής δύναμης, με παράλληλη την εμφάνιση πολλών νοσημάτων φθοράς (Souliotis et al, 2018). Εκτός από τις φυσιολογικές εκπτώσεις λόγω αύξησης της ηλικίας, η ίδια η φύση της εργασίας και του εργασιακού περιβάλλοντος είναι ικανές να προκαλέσουν πρόσθετες επιπτώσεις στην υγεία ή σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να επιδεινώσουν σημαντικά τις ήδη υπάρχουσες. Στις τελευταίες περιλαμβάνονται η αυξημένη επίπτωση νοσημάτων επαγγελματικής αιτιολογίας, λόγω μακρόχρονης έκθεσης, και η επιδείνωση της έκθεσης σε κινδύνους που είτε σχετίζονται είτε οφείλονται στη στάση του σώματος, σε επαναλαμβανόμενες κινήσεις ή στο φόρτο εργασίας (Souliotis et al, 2018).

Η αύξηση της ηλικίας των εργαζομένων έχει και ορισμένες θετικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής και εργασίας τους, όπως η απόκτηση μεγαλύτερης επαγγελματικής εμπειρίας. Ωστόσο, η πλειονότητα των επιπτώσεων έχει αρνητικό χαρακτήρα και σχετίζονται με (Souliotis et al, 2018):

- Αυξημένη δυσκολία πρόσβασης και συμμετοχής σε εκπαιδεύσεις,
- Σημαντική δυσκολία προσαρμογής και χειρισμού νέων τεχνολογιών,
- Μικρότερη ή ελάχιστη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων (ιδίως σε οργανισμούς με οριζόντια διοίκηση),
- Ηλικιακές διακρίσεις,
- Πρόωρη συνταξιοδότηση και
- Αυξανόμενη μείωση των προσδοκιών για ικανοποιητική σύνταξη.

Η εργασιακή ικανότητα του προσωπικού των νοσοκομείων – και γενικότερα όλων των εργαζομένων – βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την κατάσταση της υγείας του, το περιβάλλον του εργασιακού χώρου και τα χαρακτηριστικά της εκτελούμενης εργασίας. Όμοια, επηρεάζεται από το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία, από το εργασιακό κλίμα και φυσικά από τις υπάρχουσες συνθήκες τόσο σε κοινωνικό, όσο και σε οικονομικό επίπεδο.

Οι αλλαγές που επήλθαν στην εργασιακή ασφάλιση έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων εργαζομένων. Στο χώρο των νοσοκομείων, δεδομένου του γεγονότος ότι αυτός αποτελείται από πλήθος εργασιακών υποσυνόλων, μπορούν να συνυπάρχουν ανάλογα με το χώρο / τμήμα εργασίας (π.χ. εργαστήρια, κλινικές, χειρουργεία, τεχνική υπηρεσία, διοικητική υπηρεσία

κ.λπ.) προκλήσεις όλων των κατηγοριών. Παράλληλα, τα αποτελέσματα ερευνών και μελετών σε παγκόσμιο επίπεδο δείχνουν πως οι επαγγελματίες υγείας στο χώρο των νοσοκομείων (ειδικά τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού) βιώνουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Halm et al, 2005, Poghosyan et al, 2009, Aiken, Clarke and Sloane, 2002, Τριανταφύλλου, 2013, Νούλα, 2009). Το γεγονός της αύξησης των ορίων ηλικίας, με την φυσιολογικά συνεπαγόμενη σωματική εξασθένηση σε συνδυασμό με την επαγγελματική εξουθένωση, επιφέρει σίγουρα μειωμένη παραγωγικότητα, έχει σημαντική επίδραση στη ποιότητα ζωής εργαζομένων και κατ' επέκταση στη φροντίδα των νοσηλευόμενων. Επίσης, τα αυξημένα όρια συνταξιοδότησης, συνδυαστικά με τους έντονους εργασιακούς ρυθμούς και το κυλιόμενο ωράριο, αποτελούν παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν εργασιακό στρες. Η εργασία σε βάρδιες ευνοεί όχι μόνο την εμφάνιση διαταραχών ύπνου, αλλά και την αύξηση της καθημερινής υπνηλίας, όπως και τη μείωση των αντανακλαστικών του ατόμου. Οι επιπτώσεις αυτών των αλλαγών στον κύκλο του ύπνου μπορούν να προκαλέσουν συνέπειες όπως ο μεγαλύτερος κίνδυνος εργατικών ατυχημάτων, καθώς και σημαντική υποβάθμιση της ποιότητας ζωής.

Μια υγιής πορεία προς τη γήρανση και τη διατήρηση στην ενεργό δράση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας αποτελεί ένα στόχο που πρέπει να επιτευχθεί μέσω ενεργειών που θα εξασφαλίζουν την υγεία των εργαζομένων, τη συνολική ικανοποίησή τους, αλλά και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, οι οποίες παράλληλα θα εξελίσσονται διαρκώς. Η καλή ψυχική και σωματική υγεία αποτελούν παράγοντες ζωτικής σημασίας για την επιτυχή γήρανση και τη διατήρηση στην εργασία ενός εργαζομένου. Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας που εφαρμόζουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής, ο οποίος περιλαμβάνει άσκηση σε τακτικό επίπεδο, υγιεινή διατροφή και ανάπαυση, είναι πιθανότερο να εμφανίζουν υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση, αλλά και να είναι αποδοτικότεροι. Επιπλέον, παράγοντες ψυχικής υγείας, όπως για παράδειγμα η θετική στάση και ανθεκτικότητα, μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση ώστε οι επαγγελματίες υγείας να προσαρμοστούν στις διαρκώς μεταβαλλόμενες προκλήσεις της εργασίας τους, να διατηρηθούν σε αυτή και παράλληλα να επιδιώκουν να εξελίσσονται. Το περιβάλλον εργασίας αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα για την υγιή γήρανση και τη διατήρηση στην εργασία. Ένα υποστηρικτικό και ευέλικτο εργασιακό περιβάλλον που παρέχει ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης, καθοδήγηση και αναγνώριση, είναι δυνατόν να ενισχύσει την ικανοποίηση και τη παραμονή στην εργασία. Ακόμα, ένα ασφαλές και υγιές εργασιακό περιβάλλον, που προσφέρει κατάλληλο και σύγχρονο εξοπλισμό, ευκαιρίες για δια βίου μάθηση και εκπαίδευση, μπορεί να συμβάλλει εξαιρετικά στην πρόληψη τραυματισμών και νοσημάτων που προκαλούν απώλεια ωρών εργασίας και αυξάνουν το χρόνο απουσίας από την εργασία ή ακόμα μπορούν και να οδηγήσουν στη πρόωρη συνταξιοδότηση. Η κοινωνική υποστήριξη, εκτός και

εντός εργασίας, σίγουρα συμβάλει στην υγιή γήρανση και τη διατήρηση στη εργασία μεταξύ των εργαζομένων στο χώρο της παροχής υγειονομικής φροντίδας. Οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν μειώσουν το στρες, να βελτιώσουν τη ψυχική υγεία και την εργασιακή ικανοποίηση. Η οικονομική ασφάλεια είναι ακόμα ένας επιδραστικός παράγοντας. Οι ικανοποιητικές ανταμοιβές συμβάλλουν ώστε οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας να έχουν αισθήματα ικανοποίησης και ασφάλειας από την εργασία τους. Ακόμα, ο προγραμματισμός των οικονομικών πόρων και των αντίστοιχων απολαβών μπορεί να συμβάλει στον προγραμματισμό συνταξιοδότησης των εργαζομένων, αλλά ταυτόχρονα και να τους βοηθήσει στην αποτελεσματική διαχείριση των οικονομικών τους μακροπρόθεσμα.

Τέλος, η ισορροπία μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής αποτελεί έναν εξαιρετικά σημαντικό παράγοντα για τη συνολική ικανοποίηση των εργαζομένων. Η ευελιξία στα ωράρια εργασίας συμβάλλει στην επίτευξη αυτής της ισορροπίας και σε βελτιωμένη εργασιακή ικανοποίηση, σε μείωση του άγχους και στην πρόθεση παραμονής στην εργασία.

Οι πολιτικές για το χώρο της υγείας θα πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στην ευημερία όλων των εργαζομένων, ιδιαίτερα των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας, και να παρέχουν ευέλικτα και υποστηρικτικά εργασιακά περιβάλλοντα καθώς και δυνατότητες ανέλιξης, έχοντας ως προτεραιότητα τη συνολική τους ευημερία. Υπάρχουν δύο σημαντικοί λόγοι για τους οποίους θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία κατά την αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού και τον σχεδιασμό στρατηγικών για τη συμβολή των επαγγελματιών νοσηλευτικής στην ενίσχυση της υγείας του πληθυσμού.

Ο πρώτος λόγος είναι ότι ένας αριθμός χωρών, ιδίως οι χώρες του *Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης* (ΟΟΣΑ) με υψηλό εισόδημα, έχουν ήδη πολύ γηρασμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό το προφίλ γήρανσης δημιουργεί έκτακτες συνθήκες και απαιτεί ανάλογες πολιτικές, αφού φανερώνει μια διαρκώς διογκούμενη ανάγκη ανάληψης δράσης για την αντικατάσταση του τεράστιου αριθμού νοσηλευτών/τριών που πρόκειται να συνταξιοδοτηθούν κατά τα αμέσως επόμενα χρόνια. Όπως αναφέρθηκε στα προηγούμενα, αυτή η αντικατάσταση απαιτεί 4,7 εκατομμύρια προσλήψεις επαγγελματιών νοσηλευτικής. Η γήρανση του πληθυσμού αναμένεται να επιδεινώσει την κατάσταση σε χώρες που ήδη έχουν σοβαρή έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Ορισμένες χώρες του ΟΟΣΑ αντιμετωπίζουν το θέμα μέσω των διεθνών προσλήψεων και η γήρανση του εγχώριου εργατικού δυναμικού επιταχύνει ακόμη περισσότερο τέτοιες διαδικασίες.

Το δεύτερο σημαντικό ζήτημα, που σχετίζεται με το ηλικιακό προφίλ του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι λιγότερο γνωστό, αλλά με σημαντικές πολιτικές προεκτάσεις, καθώς υποδηλώνει την υποχρησιμοποίηση πολύτιμων νοσηλευτικών δεξιοτήτων. Αυτό αφορά σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τα οποία διαθέτουν προσόντα νοσηλευτικής και επιθυμούν να συνεχίσουν να ασκούν το

νοσηλευτικό επάγγελμα, αλλά εμποδίζονται από προκαταλήψεις, κοινωνικά ήθη, έλλειψη ευκαιριών μερικής απασχόλησης ή/και έλλειψη πολιτικών που υποστηρίζουν και διευκολύνουν τη συμμετοχή του μεγαλύτερου σε ηλικία νοσηλευτικού προσωπικού στο εργατικό δυναμικό. Αυτό το πρόβλημα, το οποίο πολλές φορές έχει προέλευση φύλου αφού μπορεί να αφορά διακρίσεις σε βάρος γυναικών νοσηλευτών, είναι λιγότερο προφανές συγκριτικά με αυτό της γήρανσης των εργαζομένων.

Είναι σίγουρο πως καθίσταται επιτακτική ανάγκη για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να αντιμετωπίσουν παράλληλα και με τον ίδιο βαθμό ευθύνης τις δύο αυτές προκλήσεις που αφορούν την ηλικία και τη γήρανση, στις διαδικασίες και τους τρόπους υποστήριξης του νοσηλευτικού προσωπικού, με σκοπό να προσφέρουν το μέγιστο των δυνατοτήτων τους σε όλη την καριέρα τους. Σε κάθε άλλη περίπτωση, ο κίνδυνος που ελλοχεύει είναι ότι θα υπάρξει η πολιτική θα εστιάσει μόνο σε εκείνο το προσωπικό που εργάζεται και σε τρόπους επιμήκυνσης του εργασιακού του βίου, αντί να υποστηριχθεί η δυνατότητα εθελοντικής επιστροφής στην εργασία όσων έχουν αποκλειστεί και απομακρυνθεί λόγω ηλικίας και δεν τους δίνεται η δυνατότητα να αξιοποιήσουν πλήρως την εμπειρία τους, τις γνώσεις τους και τη θέλησή τους να προσφέρουν.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσει την επίδραση της ηλικίας και της εργασιακής σχέσης μεταξύ εργαζομένων στο χώρο της υγείας, στην αίσθηση εργασιακής ανασφάλειας, η εκτίμηση της ικανότητάς τους να ανταπεξέλθουν στις εργασιακές υποχρεώσεις και των πιθανών επιπτώσεων της γήρανσης στην υγεία, στην ποιότητα ζωής, στην ευημερία στο χώρο εργασίας. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα μιας σειράς ερευνών οδηγούν σε ενδιαφέροντα συμπεράσματα σχετικά με τις επιπτώσεις της γήρανσης στην καθημερινή ζωή, την υγεία των εργαζομένων, την ικανότητά τους να εργασθούν, την αίσθηση εργασιακής ανασφάλειας και την ευημερία που απορρέει από τον χώρο εργασίας, εάν οι εργαζόμενοι είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν αυτές τις αλλαγές και τις νέες μορφές κοινωνικής οργάνωσης της εργασίας και τις πρακτικές πρόληψης και αντιμετώπισης των επιπτώσεων της γήρανσης. Οι κύριες λέξεις - κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: *ηλικία, εργασία, ποιότητα ζωής, εργασιακή ανασφάλεια, εργασιακή ικανότητα, νοσηλευτικό προσωπικό και επαγγελματίες υγείας*. Οι κύριες βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: *PubMed* και *Scopus*.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί μία από τις σημαντικότερες παγκόσμιες ανησυχίες της σύγχρονης εποχής. Η ταυτόχρονη μείωση της γονιμότητας και της

θνησιμότητας, ιδίως στις βιομηχανικές χώρες, προκάλεσε μια σημαντική δημογραφική αλλαγή και ειδικότερα την αύξηση του μέσου όρου ηλικίας του συνολικού πληθυσμού όπως και του μέσου όρου της ηλικίας τους συνολικού πληθυσμού, αφού λιγότεροι άνθρωποι γεννιούνται και ζουν περισσότερα χρόνια. Από μελέτες προκύπτει ότι σήμερα μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 20% του συνόλου των εργαζομένων στις ανεπτυγμένες χώρες έχει ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών. Σύμφωνα με εκτιμήσεις για τον παγκόσμιο πληθυσμό, το ποσοστό αυτό θα φτάσει το 33% μέχρι το 2050 (United Nations Publications, World Population Ageing, 2007). Πολύ χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου περίπου το ένα τρίτο του συνολικού πληθυσμού θα έχει ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών μέχρι το 2033 (Office for National Statistics, 2015). Μια από τις σημαντικότερες προεκτάσεις της γήρανσης του παγκόσμιου πληθυσμού θα είναι η μείωση του αριθμού των διαθέσιμων νεότερων εργαζομένων και η αύξηση της μέσης ηλικίας του εργατικού δυναμικού. Αυτή η δημογραφική αλλαγή δημιουργεί συνάμα προκλήσεις και δυνατότητες στους ιθύνοντες χάραξης πολιτικών απασχόλησης για την βελτιστοποίηση ενός υγιούς και παραγωγικού εργατικού δυναμικού μεγαλύτερης ηλικίας.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) προωθεί την αυξημένη και ενεργή συμμετοχή των ηλικιωμένων στα κοινωνικά δρώμενα, με τη συμμετοχή τους στην εργασία να αποτελεί ένα από τα βήματα προς αυτή την κατεύθυνση (European Commission, 2002, European Commission, 2009). Για το σκοπό αυτό η ΕΕ προέβη σε νομοθετικές ρυθμίσεις για την καταπολέμηση των ηλικιακών διακρίσεων (Employment Equality Age Regulations, 2006), παρέχοντας με τον τρόπο αυτό πολύτιμη προστασία ιδιαίτερα στους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας. Πλέον οι εργοδότες καλούνται να προβούν σε κατάλληλες και δραστικές ενέργειες ώστε να διασφαλίσουν ότι οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι θα διατηρούνται σε κατάλληλες θέσεις. Για να επιτευχθεί αυτό, απαιτείται μια πληρέστερη γνώση και κατανόηση της εργασιακής ικανότητας των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας βάσει πραγματικών δεδομένων, ώστε οι αποφάσεις που θα ληφθούν να δημιουργούν συνθήκες που θα καλύπτουν τις ανάγκες τους.

Για την αλληλεπίδραση της γήρανσης και της εργασιακής ικανότητας των ηλικιωμένων εργαζομένων έχουν πραγματοποιηθεί σημαντικές και πρωτοποριακές μελέτες, με στόχο την πληρέστερη ερμηνεία και κατανόηση αυτής της σχέσης. Ενώ η προσέγγιση του όρου «ηλικιωμένος εργαζόμενος» επικεντρωνόταν ως επί το πλείστον στην έννοια της ηλικίας, εισάγεται πλέον η τάση για εστίαση του ενδιαφέροντος στη διατήρηση και ανάπτυξη της εργασιακής ικανότητας, αλλά και στην μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων αυτών των εργαζομένων. Προηγούμενες ανασκοπικές μελέτες σχετικές με τη γήρανση του εργατικού δυναμικού είχαν συγκεντρώσει πολύτιμα στοιχεία για τα θέματα αυτά (Murray - Bruce, 2000, Griffiths, 2000, Westerman and Davies, 2000, Chan et al, 2000, Irwin, 2000). Οι σύγχρονες απόψεις όμως, αμφισβητούν τη θεωρία της προοδευτικής παρακμής που σχετίζεται

με την ηλικία. Αυτές οι προσεγγίσεις συνήθως λαμβάνουν υπόψη μια οπτική όπου οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας με την ορθή διαχείριση της εμπειρίας τους και των προσωπικών τους πόρων, είναι σε θέση να αντισταθμίσουν την μειωμένη και φθίνουσα εργασιακή ικανότητα (Lachman and Baltes, 1994, Salthouse, 1991). Η πρωτοποριακή εργασία των (Warr, 2001) αναφέρει ότι, παρά τις διακυμάνσεις της ατομικής εργασιακής ικανότητας με την πάροδο του χρόνου, οι περισσότεροι άνθρωποι διατηρούν αυτή την ικανότητα μέχρι και τη συνταξιοδότησή τους. Η μελέτη αναφέρει επίσης ότι διάφορες παρεμβάσεις στους χώρους εργασίας είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν την όποια μείωση ή απώλεια της εργασιακής ικανότητας. Η κατανόηση της έννοιας της «εργασιακής ικανότητας» εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας σχεδόν ολοκληρώθηκε από τον Ilmarinen και τους συνεργάτες του στο Φινλανδικό *Ινστιτούτο Επαγγελματικής Υγείας* (Ilmarinen, 2005).

Η σημασία της υγείας στη διατήρηση της εργασιακής ικανότητας εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας έχει αποδειχθεί από πολυάριθμες μελέτες. Η έρευνα έδειξε ότι οι εργαζόμενοι αυτής της ηλικιακής ομάδας δεν διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επαγγελματικού ατυχήματος συγκριτικά με νεότερους εργαζομένους (Benjamin and Wilson, 2005). Ωστόσο, σε περίπτωση που συμβεί εργατικό ατύχημα, οι χρόνοι ανάκαμψης των ηλικιωμένων εργαζομένων τείνουν να είναι σημαντικά μεγαλύτεροι σε σύγκριση με των νεότερων, το οποίο συνεπάγεται μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα αναρρωτικών αδειών, αλλά και μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση μόνιμης αναπηρίας (Rogers and Waitrowski, 2005).

Συνεπώς, είναι απαραίτητη η διαφύλαξη της υγείας, της ασφάλειας και της ευημερίας των ηλικιωμένων εργαζομένων, με στόχο τη διατήρηση ενός υγιούς και παραγωγικού εργατικού δυναμικού (Goedhard, 2000). Η ενδελεχής μελέτη της *Dame Carol Black* (Black, 2008), κάνει μια εξαιρετικά χρήσιμη σύνδεση μεταξύ υγείας και εργασίας, αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση αυτή. Η μελέτη αυτή προσφέρει ένα πλαίσιο για την επανεξέταση των εννοιών της ένταξης, της συμμετοχής, της υγείας και της εργασίας. Η εργασία αμφισβητεί την ιδέα ότι μία ασθένεια καθιστά ένα άτομο ανίκανο προς εργασία, υποστηρίζοντας ότι οι άνθρωποι πρέπει να κρίνονται βάσει των ικανοτήτων τους και όχι των περιορισμών τους. Ως εκ τούτου, σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, καθίσταται επιτακτική ανάγκη για λήψη άμεσων μέτρων που θα συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας του εργατικού δυναμικού, προκειμένου να διασφαλιστεί μια υγιής περίοδος συνταξιοδότησης, αλλά και να επιτευχθεί η ευημερία για τους εργαζόμενους, τους εργοδότες και το κράτος συνολικά.

Η έννοια της εργασιακής ικανότητας μεταλλάσσεται καθώς εξελίσσεται η κοινωνία. Σχεδόν κάθε πτυχή της επαγγελματικής ζωής, είτε πρόκειται για προσωπική, επαγγελματική είτε αφορά την ευρύτερη κοινότητα, συσχετίζεται με την ικανότητα προς εργασία. Οι πολυάριθμες και πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις της εργασιακής ικανότητας καθιστούν το ορισμό της δύσκολο και απαιτητικό. Οι πιο καθοριστικοί παράγοντες της εργασιακής ικανότητας είναι η υγεία, η

λειτουργική ικανότητα, η τεχνογνωσία, οι αξίες και οι στάσεις, οι διάφορες πτυχές της ίδιας της εργασίας, το περιβάλλον των ατόμων γύρω από την εργασία και οι συνθήκες της ζωής τους.

Είναι αρκετά δύσκολο να δημιουργηθεί ένας πλήρης και ενιαίος ορισμός της εργασιακής ικανότητας που θα γινόταν αποδεκτός από όλους τους εμπλεκόμενους με την απασχόληση φορείς και εργαζομένους, καθώς δεν είναι μια έννοια που μπορεί να οριστεί με σαφήνεια από έναν μόνο επιστημονικό κλάδο. Ακόμα, η έννοια της εργασιακής ικανότητας μεταβάλλεται διαρκώς καθώς εξελίσσονται τόσο η σχετική έρευνα όσο και οι εργασιακές συνθήκες. Όσο περισσότερο η εργασιακή ικανότητα και οι διαστάσεις της αποτελούν αντικείμενο επιστημονικής μελέτης και έρευνας, τόσο περισσότερες διαστάσεις και ερμηνείες αποκτά. Αυτό συνεπάγεται την ολοένα και πιο απαιτητική αξιολόγηση της.

Αρκετά μοντέλα έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη της εργασιακής ικανότητας. Τα συμβατικά μοντέλα έχουν ως επίκεντρο την υγεία και τη λειτουργική ικανότητα από ιατρική σκοπιά ή την ισορροπία μεταξύ εργασιακών απαιτήσεων και ανθρώπινων πόρων. Επίσης, έχουν αναφερθεί νεότερα μοντέλα που είναι πολυδιάστατα και περισσότερο ολοκληρωμένα. Τα μοντέλα αυτά δεν αναφέρονται μόνο στους κλασσικούς παράγοντες, αλλά περιλαμβάνουν και προσεγγίσεις όπως εργασιακή ικανότητα, η διαχείριση πόρων και τα μικρο-περιβάλλοντα και μακρο-περιβάλλοντα εκτός της εργασιακής ζωής (Mäkitalo and Palonen 1994, Heikkilä 1996, Tuomi 1997, Järnivoski et al, 2001, Ilmarinen et al, 2005). Σε γενικό πλαίσιο προκύπτει πως η έννοια της εργασιακής ικανότητας δεν είναι δυνατό να εκτιμηθεί λαμβάνοντας υπόψη αποκλειστικά και μόνο τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου. Τόσο η ίδια η εργασία, όσο και το εργασιακό περιβάλλον αποτελούν αναπόσπαστα στοιχεία μιας ολοκληρωμένης μελέτης.

Η ευρύτητα της έννοιας της εργασιακής ικανότητας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο με τον οποίο προσδιορίζονται η εργασία και οι σχετικές περιστάσεις, καθώς και οι επαγγελματίες και ο ρόλος τους. Σε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, η εργασιακή ικανότητα αποτελεί χαρακτηριστικό ενός συνόλου αλληλοεπιδρώντων παραγόντων που διαμορφώνεται από τον εργαζόμενο, την εργασία και την οργάνωσή της (Mäkitalo and Palonen 1994, Järnivoski et al, 2001) και δεν είναι δυνατόν να ερμηνευθεί αποκλειστικά και μόνο από τη σχέση μεταξύ των ατομικών προαπαιτούμενων χαρακτηριστικών του εργαζομένου και των απαιτήσεων της εργασίας. Η αδυναμία των εργαζομένων να ανταπεξέλθουν στα καθήκοντα της εργασίας τους, είναι συχνά αποτέλεσμα κακής οργάνωσης του εργασιακού περιβάλλοντος, έλλειψης δυνατότητας των εργαζομένων να επηρεάσουν την εργασία και το εργασιακό τους περιβάλλον, έλλειψης ομαδικής εργασίας ή ακόμα και πίεσης χρόνου για την έγκαιρη ολοκλήρωση των εργασιών. Λόγω της περίπλοκης φύσης της έννοιας της εργασιακής ικανότητας, η προσπάθεια ορισμού της αποκλειστικά και μόνο βάσει αντικειμενικών κριτηρίων, χαρακτηρίζεται από δύσκολη έως προβληματική. Αντίθετα, ο πιο αξιόπιστος

προγνωστικός δείκτης αξιολόγησης της μελλοντικής ικανότητας προς εργασία παραμένει η υποκειμενική αξιολόγηση (Tuomi 1997). Ο προσδιορισμός της έννοιας επηρεάζεται επίσης από το αν η εργασιακή ικανότητα προσεγγίζεται από την οπτική της υγείας, της αποκατάστασης, των παροχών κοινωνικής ασφάλισης, της ανεργίας ή ορισμένων ειδικών και μοναδικών χαρακτηριστικών ενός συγκεκριμένου επαγγέλματος. Ωστόσο, προκειμένου να διασφαλισθεί η κοινωνική δικαιοσύνη, όπως για παράδειγμα κατά τη χορήγηση κοινωνικών παροχών, απαιτείται ένας πλήρης και ενιαίος ορισμός για την εργασιακή ικανότητα, αλλά και καθορισμός των παραγόντων που σχετίζονται με αυτήν και την επηρεάζουν σημαντικά.

Για την ερμηνεία και ανάλυση της εργασιακής ικανότητας αναπτύχθηκε ένα μοντέλο ισορροπίας, το οποίο βασίζεται σε ένα μοντέλο πίεσης - καταπόνησης (Rohmert and Rutenfranz, 1983). Το μοντέλο αυτό ερμηνεύει πώς ακριβώς το επαγγελματικό άγχος δημιουργεί έντονη καταπόνηση στον εργαζόμενο. Τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του επιπέδου τους άγχους καθορίζονται από τους πόρους του εργαζομένου. Το πόσο ικανοποιητικά οι πόροι ενός εργαζομένου ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της εργασίας είναι δυνατόν να προσδιορισθεί εξετάζοντας το επίπεδο καταπόνησης.

Το μοντέλο αυτό υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα τόσο των μοναδικών χαρακτηριστικών μεταξύ των ατόμων ανθρώπων στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία όσο και την ανάγκη ύπαρξης μιας ισορροπίας η οποία να προστατεύει την υγεία των εργαζομένων, λαμβάνοντας υπόψη τόσο την έντονη όσο και τη μικρή καταπόνηση, αλλά και τους τρόπους πρόληψής της, καθώς και τα δύο σχετίζονται με την απασχόληση, τις εργασιακές συνθήκες και τους ατομικούς πόρους (Ilmarinen et al, 1991b, Mäkitalo and Palonen, 1994).

Για την εργασιακή ικανότητα, αυτό το μοντέλο περιγράφει μια διαρκή αναζήτηση ισορροπίας μεταξύ της επαγγελματικής ζωής και του ατόμου. Η εύρεση αυτής της ισορροπίας θα μπορούσε να περιλαμβάνει την εξέταση παραγόντων όπως η διατήρηση μιας καλής υγείας του ατόμου, η ικανότητα ανταπόκρισης στα καθήκοντά του και η επαγγελματική ευημερία στον εργασιακό χώρο. Καταστάσεις ή νοσήματα που σχετίζονται άμεσα με την εργασία, καθώς και η υπερβολική καταπόνηση διάφορων υποκειμενικών, ψυχοσωματικών, φυσιολογικών ή βιοχημικών λειτουργιών, θα μπορούσαν να υποδηλώνουν ανισορροπία. Επιπλέον παράμετροι για την αξιολόγηση της εργασιακής ικανότητας αποτελούν η παραγωγικότητα και η επίτευξη των εργασιακών στόχων και καθηκόντων από τον εργαζόμενο.

Το μοντέλο ισορροπίας έχει δυναμικό χαρακτήρα. Ο βαθμός καταπόνησης ενός εργαζομένου είναι προϊόν αλληλεπίδρασης μεταξύ μελών της εργασιακής κοινότητας και του ατόμου, αλλά επηρεάζεται και από χαρακτηριστικά της εργασίας. Η ένταση και η καταπόνηση μπορεί να δημιουργήσουν θετική επίδραση στο άτομο, όπως στις περιπτώσεις που συντηρεί και εξελίσσει τους

πόρους και τις ικανότητές του, ή αρνητική επίδραση, όπως στις περιπτώσεις που μειώνει τις ικανότητες του ατόμου αλλά και την ευημερία του συνολικά. Επίσης, το μοντέλο συζητά τον τρόπο επίτευξης της επιζητούμενης ισορροπίας, κάτι που μπορεί να γίνει είτε μέσω της προώθησης και υποστήριξης των πόρων του ατόμου είτε με τον προγραμματισμό και αυτοματισμό των εργασιακών διαδικασιών, ώστε αυτές να προσαρμόζονται όσο το δυνατόν καλύτερα στις ανάγκες των εργαζομένων.

Από το *Rehabilitation Foundation* (Järvikoski et al, 2001) αναπτύχθηκε στη Φιλανδία το πολυδιάστατο μοντέλο εργασιακής ικανότητας και μπορεί να θεωρηθεί ένας συνδυασμός του μοντέλου ισορροπίας και της ολοκληρωμένης έννοιας της εργασιακής ικανότητας. Τη βάση για αυτό το μοντέλο συνιστούν τα ατομικά χαρακτηριστικά για την επιβίωση στην επαγγελματική ζωή, αλλά εμπεριέχει επίσης τον ρόλο της εργασίας και της οργάνωσής της στην απόδοση της εργασιακής ικανότητας. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι τρεις κρίσιμες διαστάσεις της εργασιακής ικανότητας είναι η αντιμετώπιση του εργαζομένου από τον εργοδότη, ο έλεγχος της εργασίας και η συμμετοχή στην εργασιακή κοινότητα. Το μοντέλο προσπαθεί να προσεγγίσει την εργασιακή ικανότητα ολιστικά και όχι με βάση τους διακριτούς παράγοντες που την επηρεάζουν. Όπως και στο μοντέλο ισορροπίας, κάθε παράγοντας εξετάζεται με βάση την αλληλεπίδραση μεταξύ των πόρων και της εργασίας ενός ατόμου. Παράλληλα, το μοντέλο προσπαθεί να λάβει υπόψη τα πλαίσια στα οποία λαμβάνονται αποφάσεις σχετικά με την εργασία, την οργάνωση της εργασίας και τον εξοπλισμό.

Σε ατομικό επίπεδο, οι διαφορετικές διαστάσεις περιλαμβάνουν τους φυσικούς και ψυχικούς πόρους, την εξειδίκευση, τις γενικές κοινωνικές δεξιότητες και τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες στην επαγγελματική σταδιοδρομία. Ωστόσο, ο τρόπος με τον οποίο εκφράζεται η εργασιακή ικανότητα ενός ατόμου εξαρτάται επίσης από το είδος της εργασίας, καθώς και από το λειτουργικό περιβάλλον που καθορίζει το πλαίσιο εργασίας (επαγγελματικοί ρόλοι, εργαλεία, διαδικασίες και μορφές συνεργασίας). Κάθε οργανισμός μπορεί να εκπληρώσει τους στόχους του με ποικίλα μέσα και εφαρμόζοντας διαφορετικές προσεγγίσεις και λύσεις για την κατανομή των εργασιακών καθηκόντων, ακόμα και με τη συνεισφορά των ίδιων των εργαζομένων του.

Οι τρεις διαστάσεις της ικανότητας εργασίας (αντίληψη, έλεγχος και συμμετοχή) αλληλεπιδρούν συνεχώς. Για παράδειγμα, όσον αφορά τον έλεγχο της εργασίας ενός ατόμου, μια αναντιστοιχία μεταξύ των δεξιοτήτων των εργαζομένων και των κανόνων και απαιτήσεων της εργασιακής κοινότητας δημιουργεί συνθήκες διαρκούς άγχους, πολλαπλά και επαναλαμβανόμενα σφάλματα και απογοήτευση για τον εργαζόμενο. Μακροπρόθεσμα, μια τέτοια τεταμένη κατάσταση θα μπορούσε να εξελιχθεί σε κίνδυνο για την υγεία του ατόμου (Portoghese et al, 2020). Ανάλογα, προβλήματα στον έλεγχο της εργασιακής διαδικασίας ή σε ασυνήθιστα έντονη ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη μπορεί να υποδηλώνουν

προβλήματα με την αντιμετώπιση ενός εργαζομένου. Η κακή οργάνωση στο εργασιακό περιβάλλον, η ασαφής κατανομή καθηκόντων και οι αυστηροί κανόνες είναι πιθανόν να μεταφράζονται και να εκδηλώνονται σε πολλαπλά και διαφορετικά επίπεδα της εργασιακής ικανότητας.

Από το Φινλανδικό *Ινστιτούτο Επαγγελματικής Υγείας* (Institute of Occupational Health) αναπτύχθηκε ένα πολυδιάστατο και ολιστικό μοντέλο της εργασιακής ικανότητας και στηρίζεται κυρίως σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν τη δεκαετία του 1990 σε ένα μεγάλο ηλικιακό εύρος εργαζομένων για την επαγγελματική ευημερία σε διάφορους τομείς της βιομηχανίας. Η ολιστική προσέγγιση της εργασιακής ικανότητας συνίσταται τόσο στους πόρους του εργαζομένου όσο και σε παράγοντες σχετικούς με την εργασία αλλά και εκτός αυτής, όπως η οικογένεια και η κοινωνία (Ilmarinen και Tuomi, 2004, Ilmarinen, 2006).

Οι διαστάσεις της εργασιακής ικανότητας μπορούν να αναπαρασταθούν με την εικόνα μιας πολυκατοικίας, αποτελούμενης από τους διάφορους ορόφους του και από το περιβάλλον που βρίσκεται. Οι ατομικοί πόροι αποτελούν τους τρεις πρώτους ορόφους του οικοδομήματος της εργασιακής ικανότητας και αποτελούνται από την υγεία και τη λειτουργική ικανότητα, την επαγγελματική εξειδίκευση και τις αξίες και στάσεις του ατόμου, αντίστοιχα. Ο τέταρτος όροφος είναι το εργασιακό περιβάλλον, οι εργασιακές απαιτήσεις, η εργασιακή κοινότητα και οργάνωση, και τέλος η εποπτεία και η διαχείριση. Στο άμεσο περιβάλλον του οικοδομήματος βρίσκονται οργανισμοί που υποστηρίζουν την εργασία (υγειονομική περίθαλψη, ασφάλεια στην εργασία), καθώς και το κοντινό περιβάλλον του εργαζόμενου (οικογένεια, συγγενείς, φίλοι). Η εξώτατη στιβάδα είναι η κοινωνία, της οποίας οι διάφορες δομές και υπηρεσίες συνθέτουν το μακροπεριβάλλον της εργασιακής ικανότητας.

Ο *πρώτος όροφος* της δομής που περιγράφει το *μοντέλο της εργασιακής ικανότητας* δεν είναι άλλος από το ανθρώπινο δυναμικό, που εμπεριέχει την υγεία, σωματική και ψυχική. Όσο πιο ανθεκτικό είναι το θεμέλιο, τόσο ισχυρότερη θα είναι η εργασιακή ικανότητα σε όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής σταδιοδρομίας του εργαζόμενου. Τα δομικά στοιχεία του *δεύτερου ορόφου* είναι το σύνολο των γνώσεων και των δεξιοτήτων του εργαζόμενου, οι οποίες ενημερώνονται συνεχώς μέσω δραστηριοτήτων όπως η δια βίου μάθηση. Ο *τρίτος όροφος* αποτελείται από τις αξίες, τον τρόπο σκέψης και τα ιδανικά των εργαζομένων, καθώς και από παράγοντες που αποτελούν κίνητρο στην επαγγελματική ζωή. Ο τρόπος σκέψης και οι αξίες βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση με τον τέταρτο όροφο, καθώς επηρεάζονται σημαντικά από τις εμπειρίες στον εργασιακό χώρο. Οι θετικές εμπειρίες ενισχύουν τις θετικές αξίες και στάσεις απέναντι στην εργασία και οι αρνητικές τις αποδυναμώνουν. Ο *τέταρτος όροφος* είναι ο μεγαλύτερος και σημαντικότερος όροφος του οικοδομήματος, αφού στην πραγματικότητα θέτει τα πρότυπα για τους άλλους ορόφους, και αποτελείται από την ίδια την εργασία. Εάν οι πόροι του εργαζομένου είναι σε ισορροπία με αυτόν

τον όροφο, η εργασιακή ικανότητα εργασίας θα παραμείνει σε υψηλό επίπεδο, ενώ σε αντίθετη περίπτωση, η εργασιακή ικανότητα θα φθίνει. Οι προϊστάμενοι είναι σε θέση να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στο καθορισμό αυτής της ισορροπίας, δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες στο τέταρτο όροφο σύμφωνα με τις ανάγκες και ικανότητες των εργαζομένων. Η σημασία των ηγετών για την υποστήριξη της εργασιακής ικανότητας έχει αναφερθεί σε διαχρονικές μελέτες (Tuomi, 1997).

Σύμφωνα με το μοντέλο για την προώθηση της εργασιακής ικανότητας, στόχος του προσδιορισμού της εργασιακής ικανότητας είναι τόσο να αναγνωρισθεί το επίπεδό της όσο και να προσδιοριστούν οι ενέργειες που απαιτούνται για τη διατήρηση και την ανάπτυξή της. Η διατήρηση και η ενίσχυσή της προϋποθέτουν διαδικασίες και ενέργειες για την ταυτόχρονη ενίσχυση των ατομικών πόρων, της εργασίας και του εργασιακού περιβάλλοντος. Οι παράμετροι της ανάπτυξης της εργασιακής ικανότητας έχουν ταξινομηθεί στο εργασιακό περιβάλλον (εργονομία, επαγγελματική υγιεινή και ασφάλεια εργασίας) και την εργασιακή κοινότητα (ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, οργάνωση εργασίας, αλληλεπίδραση και εποπτεία εργασίας). Οι παράμετροι που σχετίζονται με τους ατομικούς (προσωπικούς) πόρους αφορούν καταρχάς την υγεία και τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου και ακολούθως τις επαγγελματικές δεξιότητες και γνώσεις του.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο προσδιορισμός και η ιεράρχηση των διαδικασιών βελτίωσης και ενίσχυσης της εργασιακής ικανότητας, όπως και η υλοποίηση μέσω των απαραίτητων ενεργειών, βελτίωσαν την υγεία και τις δεξιότητες των εργαζομένων, ανεξαρτήτως εργασιακού τομέα, ηλικίας και φύλου (Ilmarinen, 1999, Ilmarinen, 2006). Αυτές οι ενέργειες έχουν αντίκτυπο στην παραγωγικότητα του ατόμου, καθώς και στην ποιότητα της εργασίας και της ζωής του, με τα οφέλη να γίνονται κυρίως αντιληπτά στους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας. Σύμφωνα με την ερευνητική ομάδα του *Tuomi* αυτό υποδηλώνει ότι τα αποτελέσματα της επένδυσης στη βελτίωση της εργασιακής ικανότητας εμφανίζονται μακροπρόθεσμα κατά τη διάρκεια του επαγγελματικού βίου του ατόμου (Tuomi et al, 2001).

Η πολύπλευρη φύση της εργασιακής ικανότητας καθιστά δύσκολη τη μέτρηση και την αξιολόγησή της. Υποστηρίζεται ότι, ενώ η εργασιακή ικανότητα μπορεί να υπολογιστεί κατά προσέγγιση, η μέτρησή της δεν μπορεί ποτέ να είναι ακριβής (Lahtela, 1983). Το πλαίσιο εντός του οποίου πραγματοποιείται η αξιολόγηση της εργασιακής ικανότητας αποτελεί μείζον ζήτημα κατά τη μέτρηση και την ποσοτικοποίησή της, καθώς, ενώ γενικά στην έρευνα ένα μεγάλο εύρος πλαισίων αποτελεί πλεονέκτημα για την αξιολόγηση, σε κάποιες περιπτώσεις αυτό μπορεί να αποδειχθεί προβληματικό.

Επομένως, η αξιολόγηση και η ποσοτικοποίηση της εργασιακής ικανότητας μπορεί να βασισθεί στις απόψεις του ίδιου του εργαζομένου ή να πραγματοποιηθεί από ειδικούς της υγείας, ακόμα και από κρατικούς ή ιδιωτικούς φορείς κοινωνικής ασφάλισης ή άλλους ανεξάρτητους φορείς. Η διοίκηση μπορεί επίσης να

αξιολογήσει την απόδοση των εργαζομένων, ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις αυτό μπορεί να δημιουργήσει ζητήματα μεροληψίας.

Όταν η αξιολόγηση της εργασιακής ικανότητας διεξάγεται από λειτουργούς κοινωνικής ασφάλισης, δίνεται μεγαλύτερη βαρύτητα στην υγεία και τη λειτουργική ικανότητα του εργαζομένου, ενώ όταν διενεργείται στο χώρο εργασίας, μπορούν να ληφθούν υπόψη παράγοντες όπως το οργανωτικό επίπεδο της εργασίας και συνολικά η εργασιακή κοινότητα, σε συνδυασμό με τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου (Mäkitalo, 2003).

Όταν στόχος της αξιολόγησης είναι η εκτίμηση του επιπέδου υγείας που απαιτείται για μια συγκεκριμένη εργασία, η διαδικασία απλοποιείται. Ωστόσο, οι πολυάριθμες πρακτικές της σύγχρονης επαγγελματικής ζωής που απαιτούν προσαρμοστικότητα, ευελιξία και κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, καθώς και επαγγέλματα που είναι ασταθή ή έχουν λίγες ευκαιρίες για ανέλιξη, καθιστούν δύσκολη την αξιολόγηση της ικανότητας εργασίας. Για παράδειγμα, είναι δύσκολο να αξιολογηθεί η ικανότητα εργασίας των ανέργων δεδομένου ότι, ελλείψει απασχόλησης, δεν υπάρχει σημείο αναφοράς για την εργασιακή ικανότητα (Rajavaara et al, 2000, Gould, 2001).

Στις έρευνες εφαρμόζονται συχνά πρότυπα που επιτρέπουν στους συμμετέχοντες να αξιολογούν τη δική τους εργασιακή ικανότητα. Αυτά τα πρότυπα αξιολόγησης, τα οποία βασίζονται στην αντίληψη των ανθρώπων για τις δική τους εργασιακή ικανότητα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως γενικοί, αφηρημένοι δείκτες της εργασιακής ικανότητας. Ωστόσο, τα πρότυπα αυτά είναι δυνατόν να συγκεκριμενοποιηθούν ανάλογα με το περιβάλλον που βιώνουν οι εργαζόμενοι, ποσοτικοποιώντας τον τρόπο με τον οποίο οι εργαζόμενοι αποδίδουν στον εργασιακό τους χώρο, συγκρίνοντας την εργασιακή τους ικανότητα σε διαφορετικά χρονικά σημεία της καριέρας τους ή ακόμα και συγκρίνοντας την εργασιακή ικανότητα μεταξύ εργαζομένων με ίδια ηλικία και καθήκοντα. Πολλές μελέτες εξετάζουν την εργασιακή ικανότητα από διάφορες οπτικές γωνίες. Ο *Δείκτης Εργασιακής Ικανότητας (Work Ability Index - WAI)* είναι ένας δείκτης ποσοτικοποίησης της εργασιακής ικανότητας που την εξετάζει πολυδιάστατα και ενσωματώνει πολλαπλές πτυχές της.

Από τα παραπάνω φαίνεται πως διαρκώς αυξάνεται ο όγκος της βιβλιογραφίας που πραγματεύεται την εργασία και τη γήρανση, κάτι το οποίο δεν προκαλεί έκπληξη, αφού οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είναι όλο και περισσότεροι. Οι ερευνητικές προσπάθειες επικεντρώνονται στην εργασιακή ικανότητα ή στη λειτουργική ικανότητα των εργαζομένων να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της εργασίας, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο η εργασιακή ικανότητα επηρεάζει τη στάση του εργαζομένου απέναντι στην εργασία, την απόδοσή του και την απόφασή του για αποχώρηση από την εργασία μέσω της συνταξιοδότησής του.

Καθώς η ηλικία των εργαζομένων στα βιομηχανικά κράτη αυξάνεται με ταχύτερους ρυθμούς, τόσο οι οργανωμένες πολιτείες όσο και οι κοινωνίες

οφείλουν να προσαρμοστούν ώστε να ανταποκριθούν στα νέα δεδομένα. Φινλανδοί ακαδημαϊκοί άρχισαν να εξετάζουν την έννοια της εργασιακής ικανότητας στη δεκαετία του 1980 και ανέπτυξαν τον *Δείκτη Εργασιακής Ικανότητας* (WAI) για να ερμηνεύσουν πληρέστερα το χρονικό διάστημα που μπορεί ένα άτομο να είναι ικανό να συνεχίσει να εργάζεται (Ilmarinen et al, 1991a). Από τους ερευνητές αυτούς ορίστηκε ότι η εργασιακή ικανότητα είναι η ικανότητα του ατόμου προς εργασία ή οι αντιλήψεις του για την ικανότητά του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της εργασίας του (Ilmarinen, 2009, Ilmarinen et al, 1991). Αυτός ο ορισμός υποδηλώνει ότι η εργασιακή ικανότητα δεν αποτελεί συνάρτηση μόνο των σωματικών και πνευματικών δεξιοτήτων του εργαζομένου, αλλά και των απαιτήσεων που προκύπτουν από την εργασία του. Κατά συνέπεια, η εργασιακή ικανότητα μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα με το επάγγελμα που ασκεί ο εργαζόμενος.

Αρχικά, ο Ilmarinen και οι συνεργάτες του (Ilmarinen et al, 1991a, Ilmarinen et al, 1991b) παρατήρησαν ότι η εργασιακή ικανότητα γενικότερα έχει φθίνουσα πορεία με την αύξηση της ηλικίας, ενώ μετά την ηλικία των 50 παρατηρήθηκε σημαντικά μειωμένη εργασιακή ικανότητα, ειδικά στα χειρωνακτικά επαγγέλματα. Από τις πρώτες αυτές έρευνες αποδείχθηκε ότι η εργασιακή ικανότητα συνδέεται με σημαντικά ατομικά, οργανωτικά και κοινωνικά αποτελέσματα, όπως τον χρόνο απόσυρσης από την εργασία, μια πιθανή αναπηρία, ακόμη και τη θνησιμότητα (von Bonsdorff et al, 2009, von Bonsdorff et al, 2011, McGonagle, Fisher et al, 2015, Salonen et al, 2003). Η χρήση και η εφαρμογή της εργασιακής ικανότητας ως εργαλείο ισχυρής προγνωστικής ισχύος οδήγησε πολλούς ερευνητές να τη χρησιμοποιήσουν και να την αποκρυπτογραφήσουν ώστε να παράσχει σημαντικά στοιχεία. Η εργασιακή ικανότητα βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με διάφορους οργανωτικούς παράγοντες, όπως οι απαιτήσεις της εργασίας (McGonagle et al, 2015) και οι εργασιακοί πόροι (Elo et al, 2008), γεγονός το οποίο συνεπάγεται ότι οι οργανισμοί είναι σε θέση να επηρεάσουν την εργασιακή ικανότητα των εργαζομένων.

Λόγω της γήρανσης του παγκόσμιου εργατικού δυναμικού και των ανησυχιών που αυτή προκαλεί, της ανάγκης για επιμήκυνση του εργασιακού βίου για την ενίσχυση των συνταξιοδοτικών συστημάτων, αλλά και της ανάγκης διαδοχής των εργαζομένων που αποσύρονται, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να γίνει κατανοητός ο τρόπος διατήρησης αλλά και ενίσχυσης της εργασιακής ικανότητας. Ωστόσο, παρά τη σπουδαιότητα της εργασιακής ικανότητας, τρία θεμελιώδη προβλήματα σχετικά με την κατασκευή και την ποσοτικοποίησή της δεν έχουν ακόμα επιλυθεί.

Αρχικά, ο τυχαίος τρόπος με τον οποίο έχει ποσοτικοποιηθεί και χρησιμοποιηθεί η *εργασιακή ικανότητα* περιορίζει την κατανόηση μας για την εννοιολογική κατασκευή. Για παράδειγμα, υπάρχουν σημαντικές παραλλαγές σε αυτό που αξιολογεί καθεμία από τις μεθόδους μέτρησης της εργασιακής ικανότητας, ενώ και ο αριθμός των μεθόδων έχει αυξηθεί δραματικά. Είναι αλήθεια πως ένα από τα

ελάχιστα μελετημένα θέματα σχετικά με την εργασιακή ικανότητα είναι η διάκριση, εννοιολογική και θεωρητική, μεταξύ της *αντικειμενικής εργασιακής ικανότητας* (π.χ. διαγνωσμένων θεμάτων υγείας με βάση κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια) και της *αντιληπτής εργασιακής ικανότητας* (στηριζόμενης αποκλειστικά στις αντιλήψεις του ερωτώμενου). *Δεύτερον*, το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας που αφορά στην εργασιακή ικανότητα είναι κατά βάση θεωρητική. *Τρίτον*, αν και το ενδιαφέρον των ερευνητών για την εργασιακή ικανότητα έχει αυξηθεί, η βιβλιογραφία μέχρι σήμερα είναι σε μεγάλο ποσοστό κατακερματισμένη μεταξύ της ιατρικής, της οργανωτικής και άλλης σχετικής βιβλιογραφίας.

Τα ερευνητικά κενά σχετικά με τη βιβλιογραφία της έννοιας της *εργασιακής ικανότητας* προκύπτουν από το γεγονός ότι η κατασκευή της έννοιας αυτής πρέπει να ενταχθεί και να προσαρμοστεί μέσα σε ένα πλαίσιο μεταβλητών νομικού χαρακτήρα και τα αποτελέσματα που προκύπτουν να καθοριστούν με σαφήνεια. Η αντιληπτή εργασιακή ικανότητα συχνά αναφέρεται ως το μέγεθος που περιγράφει την υποκειμενική εκτίμηση του εργαζομένου για το κατά πόσο οι σωματικές και ψυχολογικές του ικανότητες ικανοποιούν τις απαιτήσεις της εργασίας του. Συνεπώς είναι εξαιρετικά χρήσιμο και σημαντικό να διαχωρισθεί η έννοια της εργασιακής ικανότητας από τη μέτρηση *προσαρμογής ατόμου - εργασίας* (Person - Job Fit / P-J Fit), δηλαδή της ταύτισης μεταξύ ικανοτήτων, δεξιοτήτων και επιθυμιών ενός εργαζομένου με τα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες μιας εργασίας, και πολύ περισσότερο από τη μέτρηση της υποκειμενικής προσαρμογής (Kristof - Brown et al, 2005). Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, αφού σε μια έρευνα (Perry et al, 2012) τονίζεται η σημασία της αντιληπτής προσαρμογής για την κατανόηση της ανταπόκρισης του εργαζομένου ατόμου στη γήρανση. Ο McGonagle και οι συνεργάτες του μελέτησαν σχεδόν το σύνολο των ορισμών της αντιληπτής εργασιακής ικανότητας αλλά και των αποτελεσμάτων της, διαχώρισαν την αντιληπτή εργασιακή ικανότητα από τις αντικειμενικές μετρήσεις που αφορούν την εργασιακή ικανότητα και την υγεία και διαπίστωσαν μια συνεπή συσχέτιση μεταξύ της αντιληπτής εργασιακής ικανότητας και ανάλογων εννοιών, όπως για παράδειγμα η εργασιακή αυτο-αποτελεσματικότητα, δείχνοντας την κατεύθυνση για την έννοια της εργασιακής ικανότητας (McGonagle et al, 2015).

Επομένως, η μελλοντική έρευνα επιβάλλεται να αναζητήσει εάν η διαδικασία μέτρησης της *εργασιακής ικανότητας* (αντιληπτής - αντικειμενικής) και η μέτρηση της *προσαρμογής ατόμου - εργασίας* (Person - Job Fit / P-J Fit) αλληλεπιδρούν ή επηρεάζονται από άλλες μετρήσεις, καθώς και να συνεχίσει να μελετά εμπειρικά την ορθότητα αυτών των δύο εννοιών. Ωστόσο, η έρευνα για την έννοια της εργασιακής ικανότητας δεν μπορεί να υλοποιηθεί χωρίς να ληφθεί υπόψη το τεράστιο εύρος των ορισμών της εργασιακής ικανότητας, συμπεριλαμβανομένων αυτών που αναφέρονται στην *αντικειμενική εργασιακή ικανότητα* που σχετίζεται με την υγεία, αλλά και στην *αντιληπτή εργασιακή ικανότητα*. Επιπλέον, η έρευνα επιβάλλεται να διευρυνθεί ώστε να αναζητήσει τις εννοιολογικές διαφορές μεταξύ αντικειμενικής και

αντιληπτής εργασιακής ικανότητας και τις τυχόν αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους, αλλά και να διερευνήσει μεμονωμένους παράγοντες της εργασιακής ικανότητας (π.χ. σωματικούς, νοητικούς / γνωστικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς) και πιθανές σχέσεις μεταξύ πλαισίου εργασίας και εργασιακών αποτελεσμάτων. Πρέπει να διευκρινισθεί ότι αυτό αφορά την εξέταση της αλληλεπίδρασης αυτών των παραγόντων με άλλες σχετικές έννοιες και τη χρησιμότητά τους στην πρόβλεψη μιας πιθανής ανικανότητας προς εργασία ή της αποχώρησης από την εργασία (συνταξιοδότησης). Συνεπώς, επιβάλλεται να πραγματοποιηθούν μελλοντικές μελέτες για την αξιολόγηση της σχετικής αξίας και της εγκυρότητας των διαφορετικών ορισμών και του εννοιολογικού περιεχομένου της εργασιακής ικανότητας. Ο εντοπισμός των αποτελεσματικότερων ορισμών και του εννοιολογικού περιεχομένου είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα δώσει μεγαλύτερη αξιοπιστία στην ποσοτικοποίηση της εργασιακής ικανότητας, αλλά και στην εγκυρότητα της εννοιολόγησης της εργασιακής ικανότητας, θα ενισχύσει δε την αξιοπιστία της σύγκρισης των εννοιών και των αποτελεσμάτων που προκύπτουν. Όλα αυτά θα προάγουν τη συνολική μας γνώση πάνω στην εργασιακή ικανότητα. Επιπλέον, είναι αναγκαία η περαιτέρω συσχέτιση της εργασιακής ικανότητας και της βιβλιογραφίας σχετικά με τη γήρανση, μέσω εμπειριστατωμένων και αξιόπιστων μελετών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι μηχανισμοί που επηρεάζουν την εργασιακή ικανότητα ως αποτέλεσμα της αύξησης της ηλικίας, δεδομένης της άμεσης εξάρτησης ηλικίας και εργασιακής ικανότητας. Παρόλο που αυτή η δεδομένη έρευνα έχει ήδη προσφέρει αρκετά, είναι αναγκαία η πραγματοποίηση πρόσθετων μελετών ώστε να ενισχυθεί η γενίκευση των ευρημάτων που προκύπτουν.

Επίσης, λαμβάνοντας υπόψη την πολυεπίπεδη έννοια της εργασιακής ικανότητας, η έρευνα πρέπει να κινηθεί σε ανάλογα μοτίβα, που θα εξετάζουν και θα συσχετίζουν πολλαπλούς παράγοντες που την επηρεάζουν, είτε μεμονωμένα, είτε σε αλληλεπίδραση. Ελάχιστες έρευνες έχουν εξετάσει τον αντίκτυπο της οργανωσιακής κουλτούρας και του κλίματος του εργασιακού περιβάλλοντος (Larsson et al, 2012, Palermo et al, 2013) στην εργασιακή ικανότητα, παρά μόνο περιορίσθηκαν στην ατομική αντίληψη του εργαζομένου για την κουλτούρα και το κλίμα και όχι σε συγκεντρωτικό επίπεδο. Επομένως, η όποια μελλοντική έρευνα πρέπει να προσεγγίσει την εργασιακή ικανότητα σε επίπεδο συνόλου, τμήματος ή, τέλος, ακόμα και οργανισμού – και όχι ατομικά και μεμονωμένα. Η ποσοτικοποίηση ενός συνολικού κλίματος εργασιακής ικανότητας θα μπορούσε αποτελεί έναν αξιόπιστο δείκτη της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων της ηγεσίας σε επίπεδο οργανισμού με σκοπό τη βελτίωση της εργασιακής ικανότητας των εργαζομένων.

Οι μελέτες που διεξήγαγαν τόσο ο *Boehm*, όσο και ο *Kunze* με τους συνεργάτες τους και πραγματεύονται έννοιες που σχετίζονται με την ηλικία σε ομαδικά και οργανωτικά επίπεδα ανάλυσης θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως οδηγός για αυτό το είδος έρευνας (Boehm et al, 2014, Kunze et al, 2011).

Η έρευνα του *Von Bonsdorff* και συνεργατών του δίνει ένα συγκεκριμένο δείγμα του τρόπου με τον οποίο οι ερευνητικές προσπάθειες άθροισαν την εργασιακή ικανότητα σε επίπεδο μιας εταιρείας συνολικά. Οι ερευνητές αυτοί μελέτησαν την εργασιακή ικανότητα ως συνδυαστικό παράγοντα μεταξύ του μέσου όρου των ηλικιών των εργαζομένων του οργανισμού και της απόδοσης, όχι των εργαζομένων μεμονωμένα, αλλά της εταιρείας συνολικά (Von Bonsdorff et al, 2011).

Η εργασιακή ικανότητα επίσης επηρεάζεται σε κοινωνικό επίπεδο από την οπτική γωνία κανόνων, κοινωνικών, επαγγελματικών και ειδικών για κάθε κλάδο ξεχωριστά, μέσω προσδοκιών και στερεοτύπων που εγκαθιδρύει στις σκέψεις του ο εργαζόμενος και επηρεάζουν τη συνολική αντίληψη για το τι «πρέπει να είναι» η εργασιακή ικανότητα. Σε κάποιες κοινωνίες παρατηρείται μία προκατάληψη απέναντι στους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας. Όμοια, υπάρχουν ορισμένες επαγγελματικές ομάδες όπου η εμπειρία και η σοφία των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας εκτιμάται θετικά, σε αντίθεση με άλλα επαγγέλματα όπου η ηλικία αποτελεί αντικείμενο αρνητικών σχολίων, επηρεάζοντας αντίστοιχα την εργασιακή ικανότητα των ηλικιωμένων εργαζομένων.

Το σύνολο των εργασιακών κανόνων αλλά και τα διαφορετικά επίπεδα απαιτήσεων, σωματικών και πνευματικών, μεταξύ διαφόρων επαγγελμάτων και θέσεων εργασίας, έχουν ουσιαστικό αντίκτυπο στην εργασιακή ικανότητα. Η καθιστική εργασία, για παράδειγμα, μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου, με αποτέλεσμα αυτές οι αρνητικές επιπτώσεις να μετακυλίνουν στην εργασιακή ικανότητά του. Η ίδια αρνητική επίδραση όμως μπορεί να παρατηρηθεί και σε επαγγέλματα με υψηλές σωματικές απαιτήσεις ή δραστηριότητα. Οι υψηλές απαιτήσεις σε πνευματικό επίπεδο θα μπορούσαν επίσης να προκαλέσουν μείωση της εργασιακής ικανότητας ενός ατόμου, αφού είναι αναπόφευκτη η μειωτική τάση των γνωστικών ικανοτήτων με τη γήρανση. Επομένως, ιδανικό θα ήταν να επιτευχθεί ένα βέλτιστο όριο απαιτήσεων εργασίας σε συγκεκριμένες θέσεις εργασίας που θα βοηθούσε τόσο στη διατήρηση όσο και στη βελτίωση της εργασιακής ικανότητας του ατόμου.

Συνεπώς, η πραγματοποίηση ερευνών σε επίπεδο συνόλου και οργανισμού και η μελέτη των χαρακτηριστικών της ικανότητας προς εργασία που αφορούν την αξία της ηλικίας, συνδυαστικά με τους πόρους και τις απαιτήσεις εργασίας και την επίδρασή τους στην εργασιακή ικανότητα, θα ερμήνευε και θα βοηθούσε στη κατανόηση των συστηματικών εμποδίων που ανθίστανται στη βελτίωση της εργασιακής ικανότητας. Επιπλέον, ο προσδιορισμός και η ποσοτικοποίηση της εργασιακής ικανότητας σε επίπεδο συνόλου θα αποτελούσε εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο για τον προσδιορισμό των παρεμβάσεων που πρέπει να εφαρμόσουν οι οργανισμοί. Λαμβάνοντας υπόψη τη γήρανση του εργατικού δυναμικού και τη σπανιότητα των διαθέσιμων λύσεων για τη διαχείριση των επιπτώσεών της, οι μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες για την μέτρηση και τη διατήρηση της εργασιακής ικανότητας θα πρέπει να εξαντλήσουν όλες τις διαθέσιμες επιλογές

αναζήτησης λύσεων για την αντιμετώπιση αυτού του σημαντικού δημογραφικού προβλήματος.

Τα τελευταία χρόνια σε όλες τις δυτικές χώρες η μέση ηλικία του ενεργού εργατικού δυναμικού αυξάνεται ραγδαία. Το φαινόμενο της μετάβασης από ένα σχετικά νέο σε ένα μεγαλύτερης ηλικίας εργατικό δυναμικό αναφέρεται ως «γήρανση του εργατικού δυναμικού». Σύμφωνα με δημογραφικές προβλέψεις, κατά τις δεκαετίες που ακολουθούν, το ποσοστό των εργαζομένων ηλικίας άνω των 55 ετών αναμένεται να αυξηθεί κατά πολύ. Κατά τους *Aiyar, Ebeke* και *Shao*, το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές σε χώρες της Ευρώπης, όπως η Ελλάδα, η Ιταλία, η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Ιρλανδία (*Aiyar, Ebeke and Shao 2016*). Έχει ήδη αναφερθεί σε μεγάλο αριθμό ερευνών πως η γήρανση προκαλεί αρκετές μεταβολές στον εργαζόμενο, οι οποίες τον επηρεάζουν είτε θετικά είτε αρνητικά κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του (*Ng and Feldman, 2013*).

Οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν μεν θετικά την κριτική σκέψη και τις γνώσεις του ατόμου, ωστόσο οι λειτουργικές και σωματικές ικανότητες του εργαζομένου φθίνουν με την πάροδο του χρόνου (*Eurostat, 2020*). Η γήρανση επιφέρει επίσης σημαντικά αυξημένη ευπάθεια σε κινδύνους από εργατικά ατυχήματα (*Pira et al, 2018*), καθώς και αυξημένη δυσκολία στη διαχείριση και αποκατάσταση της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης λόγω των κακών συνθηκών υγείας του εργαζομένου (*Ng and Feldman, 2013, Pira et al, 2018*). Με βάση αυτά ο *Harman* αναφέρει ότι η γήρανση αποτελεί πλέον το σημαντικότερο παράγοντα πρόκλησης ασθενειών στις ανεπτυγμένες χώρες (*Harman, 1998*). Αυτό ενισχύεται από το γεγονός ότι, καθώς η μέση ηλικία του πληθυσμού αυξάνεται, παράλληλα καταγράφεται και μεγάλη άνοδος στα ποσοστά χρόνιων νοσημάτων, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, μυοσκελετικές διαταραχές, διάφοροι όγκοι, αλλά και ψυχικά νοσήματα, κυρίως μετά την ηλικία των 55 ετών (*Knoche et al, 2012, Gragnano et al, 2017*). Σύμφωνα με τη μελέτη του *Börsch - Supan* και των συνεργατών του το 2011, περισσότεροι από το 1/3 των εργαζομένων ηλικίας μεταξύ 50 και 64 ετών είχαν τουλάχιστον μια λειτουργική βλάβη στα άκρα τους (άνω ή κάτω), ενώ εμφάνιζαν και δύο ή περισσότερα χρόνια νοσήματα (*Börsch - Supan et al, 2019*).

Όλα τα παραπάνω, αναμφίβολα προκαλούν μείωση στην εργασιακή ικανότητα του ατόμου (*Camerino et al, 2006, Leijten et al, 2014*).

Κατά τη δεκαετία του 1980 εκπονήθηκαν από τον *Ilmarinen* και την ερευνητική ομάδα του στο *Φινλανδικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Υγείας* οι πρώτες μελέτες οι οποίες σχετίζονται με την αξιολόγηση της ανταπόκρισης των εργαζομένων στις εργασιακές απαιτήσεις, καθώς και στον εντοπισμό εκείνων των ομάδων εργαζομένων οι οποίοι έχουν υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν σημαντική ανισορροπία μεταξύ των εργασιακών απαιτήσεων και των ατομικών (προσωπικών) πόρων (*Ilmarinen et al, 2019*).

Η ηλικία αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες μείωσης της εργασιακής ικανότητας ενός ατόμου, σύμφωνα με άλλους ερευνητές πιθανόν εξαιτίας της

μείωσης των προσωπικών πόρων με την πάροδο των ετών, σε αντίθεση με τις εργασιακές απαιτήσεις οι οποίες παραμένουν σταθερές (Sottimano et al, 2017).

Αρκετά μεγάλος αριθμός μελετών στο πρόσφατο παρελθόν αποκάλυψαν ότι η εργασιακή ικανότητα δέχεται αρνητική επίδραση όχι μόνο από την αύξηση της ηλικίας, αλλά και από τις σημαντικά αυξημένες σωματικές, κοινωνικές και ψυχικές εργασιακές απαιτήσεις (Ilmarinen, et al, 2019, Tuomi et al, 2001, Pohjonen, 2001), το καθιστικό τρόπο ζωής, την ανθυγιεινή διατροφή και συνεπώς και την κακή φυσική κατάσταση (Mazloumi et al, 2012, Van den Berg et al, 2009, Garzaro et al, 2019, Emberland and Knardahl, 2015). Ως εκ τούτου, τα χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανότητας συσχετίζονται με υψηλά ποσοστά απουσίας των εργαζομένων με αναρρωτική άδεια, με την πρόωρη συνταξιοδότηση, αλλά και με πρόθεση παραίτησης από την εργασία (Emberland and Knardahl, 2015). Επιπροσθέτως, η μειωμένη εργασιακή ικανότητα προκαλεί σαφή αύξηση του εργασιακού άγχους, προξενεί κατάθλιψη, αλλά και γενικότερα συναισθηματική εξάντληση (Tuomi et al, 2001, Van den Berg et al, 2009, Viotti et al, 2017).

Από την άλλη, ένα υψηλό επίπεδο εργασιακής ικανότητας συνδέεται συχνά με αυξημένη παραγωγικότητα, αλλά και υψηλότερη ποιότητα ζωής (Tuomi et al, 2001). Όλες αυτές οι ανησυχίες αφορούν ιδιαίτερα το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής ασφάλισης, όπου οι πολυάριθμοι επαγγελματικοί κίνδυνοι στους οποίους εκτίθενται οι επαγγελματίες υγείας συνδέονται άμεσα με τη διαπροσωπική ευθύνη.

Οι κίνδυνοι αυτοί είναι σημαντικά περισσότερο επιζήμιοι για τους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας. Αξίζει να αναφερθεί πως μόνο κατά το έτος 2019, σχεδόν το 36% των εργαζόμενων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες της ΕΕ είχε ηλικία άνω των 50 ετών, ενώ στην Ιταλία το ποσοστό αυτό άγγιζε το 45% των εργαζομένων (Viotti et al, 2017).

Μεγάλος όγκος της βιβλιογραφίας έχει καταδείξει τις επιζήμιες επιπτώσεις της αρκετά διαδεδομένης στους επαγγελματίες υγείας εργασίας σε βάρδιες, και ιδιαίτερα της νυχτερινής εργασίας, στην ψυχοσωματική ισορροπία, στην αποδοτικότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις του εργαζόμενου εκτός του χώρου εργασίας, ενώ παράλληλα οι εργαζόμενοι σε βάρδιες υποπίπτουν σε λάθη και συμμετέχουν σε ατυχήματα, καθώς διαταράσσεται ο κιρκάδιος ρυθμός τους (Costa et al, 2006). Επιπλέον, η εργασία σε βάρδιες, αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα κινδύνου για νεοπλασματικές, ψυχιατρικές, γαστρεντερικές και καρδιαγγειακές διαταραχές (Costa et al, 2006, Copertaro et al, 2008, Costa και Sartori, 2007). Όλα τα αντέρω επιβαρύνονται ακόμη περισσότερο με την αύξηση της ηλικίας των εργαζομένων, καθώς γίνεται δυσκολότερη η ψυχοσωματική τους αποκατάσταση, ιδιαίτερα μετά από νυχτερινή εργασία. Αυτό προκαλεί μεγαλύτερο επιπολασμό συμπτωμάτων διαταραχών ύπνου, μειωμένης αντοχής για εργασία και μειωμένης εργασιακής ικανότητας, τα οποία είναι όλο και πιο έντονα στους εργαζομένους σε βάρδιες (Costa and Sartori, 2007).

Οι φθίνουσες φυσικές ικανότητες και αντοχές των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν την ικανότητά τους στην ορθή διαχείριση των ασθενών και στη διαχείριση κρίσιμων για την υγεία τους καταστάσεων (Costa and Sartori, 2007), κάτι που έχει συνδεθεί με αυξημένα ποσοστά αναπηρίας και ανικανότητας προς εργασία (Camerino et al, 2006). Τέλος, η αλληλεπίδραση και οι σχέσεις των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς επιβάλλουν υψηλή συναισθηματική και σωματική σταθερότητα και αντοχές, που κατά βάση συνδέονται με τη μεγάλη ηλικία αλλά και την εμπειρία (Carstensen et al, 2011). Δυστυχώς, αυτές οι κοινωνικές και συμπεριφορικές δεξιότητες πολλές φορές βρίσκονται σε ανισορροπία λόγω των στρεσογόνων καταστάσεων που επικρατούν στο περιβάλλον εργασίας των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, οι οποίες γίνονται εντονότερες με την αύξηση της ηλικίας και την επακόλουθη γήρανση (Byers et al, 2010). Δεδομένης της τρέχουσας κατάστασης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία πλήττονται από περιορισμούς στις προσλήψεις και από παρατεταμένο εργασιακό βίο, ως αποτέλεσμα της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης η κατανόηση της εργασιακής ικανότητας των επαγγελματιών υγείας.

Μια μελέτη άλλων ερευνητών αποκάλυψε υψηλά ποσοστά μειωμένης εργασιακής ικανότητας του νοσηλευτικού προσωπικού και ιατρικού προσωπικού (Costa and Sartori, 2007). Η ίδια μελέτη έδειξε πως η μείωση της εργασιακής ικανότητας σχετίζεται άμεσα, πέρα από τη γήρανση, με το είδος της εργασίας που εκτελεί ο εργαζόμενος. Συγκεκριμένα, σε εργασίες που απαιτούν υψηλή σωματική καταπόνηση, όπως τα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι εντονότερη και εμφανίζεται νωρίτερα. Αντίθετα, σε επαγγέλματα με ελαφριά σωματική δραστηριότητα και στους εργαζομένους σε γραφείο η μείωση της εργασιακής ικανότητας έχει μικρότερη ένταση και ξεκινά πολύ αργότερα. Επομένως, είναι πολύ πιθανότερο για το ηλικιωμένο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο έχει να αντιμετωπίσει βαριές σωματικές εργασίες, όπως η κινητοποίηση των ασθενών, να εμφανίσει ελαττωμένη εργασιακή ικανότητα (Costa and Sartori, 2007), σε αντίθεση με εργαζόμενους που ασκούν κυρίως πνευματικές δραστηριότητες, στους οποίους η εργασιακή ικανότητα παρουσιάζει ελάχιστη ή καθόλου έκπτωση.

Όσον αφορά τους βοηθούς νοσηλευτές/τριες και τους νοσηλευτές/τριες, πέρα από την έντονη σωματική δραστηριότητα που απαιτεί η φύση της εργασίας τους, η μείωση της λειτουργικότητάς τους προκαλείται και από την αλληλεπίδραση με τους ασθενείς που φροντίζουν, καθώς και τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ τους. Ειδικότερα, οι υπερβολικές προσδοκίες των ασθενών ή οι στρεσογόνες καταστάσεις που αναπτύσσονται, μπορεί περιστασιακά να χαρακτηρίζουν τις σχέσεις μεταξύ ασθενών και εργαζομένων στον τομέα της υγείας και συχνά να οδηγούν σε λεκτική επιθετικότητα (Aittomäki et al, 2003, Carel et al, 2013, Martini and Converso, 2012). Επιπρόσθετα, την εργασιακή ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάζουν αρνητικά τόσο ο μεγάλος αριθμός εργασιμών ημερών, όσο και ο

ανεπαρκής έλεγχος των εργασιών που τους ανατίθενται (Martini and Converso, 2012, Nigelskii and Lautert, 2011, Silva et al, 2018). Το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι εξαιρετικά απαιτητικό, καθώς απαιτεί τη χρήση φυσικών και ψυχολογικών πόρων του εργαζόμενου, οι οποίοι τείνουν να εξασθενούν με την πάροδο του χρόνου (Nigelskii and Lautert, 2011, Najimi et al, 2012, Turci et al, 2013). Αναμφίβολα αυτό έχει αρνητική επίδραση στην εργασιακή τους ικανότητα, η οποία και προφανώς φθίνει (Camerino et al, 2006). Όλα αυτά προκαλούν με τη σειρά τους αρνητικό αντίκτυπο στα κίνητρα παρακίνησης των εργαζομένων, τα οποία συνδέονται με τη διαχείριση του άγχους, την οργάνωση της εργασίας και την κατάσταση ψυχικής και σωματικής υγείας τους (Martini and Converso, 2012). Από την άλλη, το ιατρικό προσωπικό μάλλον διατηρεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο εργασιακής ικανότητας, το οποίο πιθανόν να είναι αποτέλεσμα της φύσης των καθηκόντων τους – διαφορετικών από αυτά του νοσηλευτικού προσωπικού (Costa and Sartori, 2007). Άλλες έρευνες συμπληρώνουν ως εξήγηση τη λιγότερη έκθεση και άμεση επαφή με τους ασθενείς στην καθημερινή ρουτίνα της νοσηλείας, σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό (Sehlen et al, 2009). Μια επιπλέον εξήγηση για το φαινόμενο αυτό θα μπορούσε αφορά το γεγονός ότι οι γιατροί, περισσότερο από άλλους επαγγελματίες υγείας, τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης και μεγαλύτερο έλεγχο στις εργασιακές τους δραστηριότητες. Αυτή η υπόθεση βρίσκεται σε συμφωνία με άλλες μελέτες (Nigelskii and Lautert, 2011, Van den Berg et al, 2011) που αναφέρουν θετική συσχέτιση μεταξύ εργασιακής ικανότητας και εργασιακής ικανοποίησης και προστατευτική επίδραση των οργανωτικών χαρακτηριστικών στην εργασιακή ικανότητα, αντίστοιχα.

Όσον αφορά τα ζητήματα σωματικής υγείας, τα αποτελέσματα των μελετών δείχνουν και επιβεβαιώνουν πως η γήρανση προκαλεί σημαντική αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης χρόνιων ασθενειών σε ηλικιωμένους εργαζόμενους, κυρίως παθήσεων του μυοσκελετικού και καρδιαγγειακού συστήματος και ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 55 ετών (Knoche et al, 2012, Gagnano et al, 2017).

Τα προβλήματα σωματικής υγείας και οι αντίστοιχες βλάβες οδηγούν με μαθηματική ακρίβεια σε αύξηση του αριθμού των εργαζομένων με χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανότητας (Camerino et al, 2006, Leijten et al, 2014).

Αξιοσημείωτο είναι ότι ο κίνδυνος εμφάνισης νοσημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος είναι αντιστρόφως ανάλογος του επιπέδου μόρφωσης ενός εργαζόμενου. Επομένως, το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων αποτελεί έναν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα νοσημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος (Tillmann et al, 2017), με τον κίνδυνο να είναι σημαντικά υψηλότερος σε εργαζόμενους με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, όπως για παράδειγμα στο βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό (Tillmann et al, 2017, Uthaman et al, 2016).

Τα ευρήματα αυτά, τα οποία επιβεβαιώνουν και ενισχύουν παλαιότερες μελέτες που αφορούν την εργασιακή ικανότητα, είναι σημαντικά σε σχέση με το

παγκόσμιο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, όπου οι μειωμένες προσλήψεις και η αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης έχουν οδηγήσει σε προοδευτική αύξηση της ηλικίας των επαγγελματιών υγείας. Συνεπώς, επιβάλλεται να προσδιοριστούν οι βασικοί παράγοντες κινδύνου στους οποίους εκτίθενται οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας καθώς γερνούν, προκειμένου να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις τόσο για την προαγωγή των υπηρεσιών υγείας όσο και για την βιωσιμότητα των εργαζομένων του κλάδου.

Στην πλειονότητα των ανεπτυγμένων χωρών τα ιδρύματα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι αντιμέτωπα με τη ταχεία γήρανση του νοσηλευτικού προσωπικού, σε μια εποχή που οι ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης αυξάνονται ενώ οι προσλήψεις προσωπικού μειώνονται. Σε άλλη μελέτη (McIntosh et al, 2010) αναφέρεται πως υπάρχουν σημαντικές προεκτάσεις της τάσης γήρανσης του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού. Οι οργανισμοί θα πρέπει να αναζητήσουν τρόπους δημιουργίας υποστηρικτικών διαδικασιών, να εμψυχήσουν στο προσωπικό μια κουλτούρα αντιμετώπισης της διαφορετικότητας που εισάγουν οι διαφορετικές γενεές στο εργασιακό περιβάλλον, να επανεκτιμήσουν τις διαδικασίες και να δώσουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην εργονομία στους χώρους εργασίας. Παρόλα αυτά, ο Hill επισημαίνει ότι όλη η σχετιζόμενη βιβλιογραφία στερείται εμφανώς ερευνητικών και τεκμηριωμένων προσεγγίσεων και ότι τα συμπεράσματα σχετικά με τη γήρανση του το νοσηλευτικού προσωπικού βασίζονται περισσότερο σε πεποιθήσεις (Hill, 2011).

Επομένως, η αναζήτηση βέλτιστων πρακτικών και καινοτόμων λύσεων στα πολύπλοκα θέματα του νοσηλευτικού προσωπικού απαιτεί από τους ηγέτες και τους μάνατζερ να έχουν μια σφαιρική οπτική (Clarke, 2011).

Σύμφωνα με μια μελέτη του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* (ΠΟΥ), σε 57 χώρες υφίστατο κρίση που αφορά το εργατικό τους δυναμικό το 2010 (Taylor et al, 2011). Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η ταχεία γήρανση του γενικού πληθυσμού οι αλλαγές στη γήρανση του πληθυσμού θέτει σημαντικά προβλήματα στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης των ανεπτυγμένων χωρών. Η γήρανση του πληθυσμού και η συνεπακόλουθη αύξηση των χρόνιων παθήσεων απαιτούν την ανάπτυξη νέων τρόπων θεραπείας και συστημάτων υγείας ειδικά σχεδιασμένων για να ανταποκρίνονται στις ανάγκες ενός γηρασμένου παγκόσμιου πληθυσμού.

Παράλληλα, μία ακόμα έκφανση της αύξησης του γήρανσης του παγκόσμιου πληθυσμού είναι η αύξηση του αριθμού του μεγαλύτερου σε ηλικία νοσηλευτικού προσωπικού. Παρότι πολλές χώρες εξετάζουν το ενδεχόμενο αλλαγών στα συνταξιοδοτικά τους συστήματα και αύξησης των ορίων συνταξιοδότησης των επαγγελματιών νοσηλευτικής, δεν είναι σαφές ότι αυτά τα μέτρα θα τεθούν σε άμεση εφαρμογή για να ανακόψουν τις συνέπειες της ταχείας γήρανσης του νοσηλευτικού προσωπικού.

Σύμφωνα με τον *Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας* (ΠΟΥ), υπάρχει έλλειψη 7,2 εκατομμυρίων στους επαγγελματίες υγείας, ενώ εκτιμάται ότι έως το 2035 το

έλλειμμα επαγγελματιών νοσηλευτικής πρόκειται να αγγίξει τα 13 εκατομμύρια περίπου. Όπως εκτιμά ο *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* (ΠΟΥ), έως το 2035 το έλλειμμα αυτό αναμένεται να αγγίξει τα 13 εκατομμύρια, καθώς προβλέπεται ότι σημαντικός αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού στις ανεπτυγμένες χώρες πρόκειται να συνταξιοδοτηθεί κατά τα επόμενα χρόνια, λόγω του επιταχυνόμενου ρυθμού γήρανσης του πληθυσμού, σε μια εποχή που οι ανάγκες για νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό γίνονται όλο και μεγαλύτερες. της Ευρώπης (OECD, 2020). Είναι κοινά αποδεκτό και επιβεβαιωμένο πως υπάρχει σημαντική έλλειψη εξειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού (Buchan and Aiken, 2008). Αυτό αποτελεί παγκοσμίως έναν από τους μεγαλύτερους φραγμούς για την εύρυθμη λειτουργία και αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας. Ωστόσο, όλα τα δεδομένα δείχνουν πως αυτό το πρόβλημα είναι αναπόφευκτο και δυστυχώς σίγουρα πρόκειται να ενταθεί.

Στις ανεπτυγμένες χώρες, ο κυριότερος λόγος της αυξανόμενης γήρανσης είναι πως τα ποσοστά γονιμότητας μειώθηκαν σημαντικά και σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, προκαλούνται αρνητικές επιπτώσεις στο εργατικό δυναμικό. Στην πλειονότητα των κρατών μελών του *Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης* (ΟΟΣΑ) η αναλογία νεαρών ατόμων σε ηλικία εργασίας και εργαζομένων σε ηλικία συνταξιοδότησης φθίνει, δημιουργώντας ισχυρές πιέσεις στους κρατικούς προϋπολογισμούς και στα συνταξιοδοτικά συστήματα. Το πρόβλημα είναι παρόμοιο και στις Η.Π.Α., όπου σύμφωνα με μια σχετική μελέτη (U.S. Department of Health and Human Services, 2010) ο μέσος όρος ηλικίας του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν τα 47 έτη. Οι προβλέψεις δείχνουν πως έως και το 2025 μπορεί να υπάρχει έλλειψη έως και 250.000 επαγγελματιών νοσηλευτικής στις Η.Π.Α. (Buerhaus et al, 2009). Παρόλο που οι οικονομικές συνθήκες προκαλούν αναβολή πολλών συνταξιοδοτήσεων νοσηλευτικού προσωπικού, περισσότερο από το 33% του νοσηλευτικού προσωπικού έχει ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών, ακριβέστερα μεταξύ 50 και 64 ετών (Buerhaus et al, 2013), ένα πρόβλημα που εξελίσσεται σε σοβαρή πρόκληση για τους ιθύνοντες της πολιτικής για την υγεία. Ωστόσο, παράλληλα αυτή η ομάδα έμπειρου προσωπικού που τώρα ηγείται, πλέον γερνάει, και αυτό δημιουργεί επιπρόσθετα θέματα και προκλήσεις στα συστήματα υγείας για την απρόσκοπτη συνέχιση της υγειονομικής περίθαλψης.

Οι παραδοσιακές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των ελλείψεων σε επίπεδο νοσηλευτικού προσωπικού, όπως είναι οι εκπαιδύσεις, η αύξηση της παραγωγικότητας και οι προσλήψεις αλλοδαπών νοσηλευτών/τριών πιθανόν να μην είναι αρκετές μακροπρόθεσμα. Με στόχο να ελαχιστοποιηθούν οι μεγάλες ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού και παράλληλα να καλυφθούν οι διαρκώς αυξανόμενες απαιτήσεις για την φροντίδα ενός πληθυσμού που γηράσκει, οι εργοδότες επιβάλλεται να δημιουργήσουν σύγχρονες και συμβατές με τη πραγματικότητα στρατηγικές απασχόλησης για να δώσουν κίνητρο στο

νοσηλευτικό προσωπικό μεγαλύτερης ηλικίας να παραμείνει περισσότερο χρόνο ενεργό, παρατείνοντας τον εργασιακό του βίο. Οι δυσκολίες διαχείρισης ενός γηρασμένου νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού επιβάλλουν στοχοπροσήλωση και προσεκτικό σχεδιασμό, ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες για την ευημερία τόσο των εργαζομένων όσο και των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Αν και είναι προφανές ότι απαιτούνται προληπτικές ενέργειες για την ανάπτυξη του μελλοντικού εργατικού δυναμικού, απαιτείται επίσης να πραγματοποιηθούν ενέργειες για τη διατήρηση του νοσηλευτικού προσωπικού μεγαλύτερης ηλικίας στην εργασία, δηλαδή την παράταση του εργασιακού τους βίου, ώστε να αξιοποιηθεί η πείρα τους και να διευκολυνθεί η ανταλλαγή και η μεταφορά της γνώσης τους.

Προς υποβοήθηση των οργανισμών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη διαχείριση των εργαζομένων, έχουν δημιουργηθεί κάποια χρήσιμα εργαλεία. Η κλίμακα *Older Worker Lure Scale* (OWL) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση των αναγκών και των προτεραιοτήτων των εργαζομένων, ώστε να μπορούν να προγραμματισθούν ρεαλιστικές παρεμβάσεις (McIntosh et al, 2010). Η κλίμακα OWL περιλαμβάνει ερωτηματολόγια που απευθύνονται στους εργαζόμενους, με ερωτήματα σχετικά με το ενδιαφέρον τους για διαρκή εξέλιξη, ευκαιρίες σταδιοδρομίας, προγραμματισμό διαδοχής στελεχών, υποστήριξη ενδοϋπηρεσιακής εκπαίδευσης, κατάρτιση σε θέματα διαφορετικότητας ηλικίας και πρόσληψη επαγγελματιών νοσηλευτικής μεγαλύτερης ηλικίας. Η ίδια κλίμακα δίνει τη δυνατότητα στο εργατικό δυναμικό να αξιολογήσει τις προσπάθειες του οργανισμού και του εργοδότη τους στην εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών για την αντιμετώπιση του γηράσκοντος εργατικού δυναμικού. Η ίδια κλίμακα προσφέρει χρήσιμη καθοδήγηση για στρατηγικό σχεδιασμό, ωστόσο πολλοί από τους παράγοντες όπως ανελαστικότητα των ωρών εργασίας και η εργασία σε βάρδιες παραμένουν εμπόδια στο σημερινό περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης.

Οι επαγγελματίες νοσηλευτικής μεγαλύτερης ηλικίας παραπονιούνται συχνά για την απουσία ευελιξίας στον προγραμματισμό των βάρδιών εργασίας. Σε πολλές χώρες το νοσηλευτικό προσωπικό είναι συχνά αναγκασμένο να εργάζεται σε βάρδιες 12 ωρών, χωρίς να εισακούγεται οποιαδήποτε δυσανεμία τους. Ωστόσο, υπάρχουν συνεχείς ενδείξεις ότι οι 12ωρες βάρδιες έχουν αρνητική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών, στα ιατρικά λάθη και στην κούραση του προσωπικού (Stimpfel et al, 2012, Geiger - Brown and Trinkoff, 2010). Άλλοι ερευνητές (Clendon and Walker, 2013) μελέτησαν τον αντίκτυπο της εργασίας σε βάρδιες σε επαγγελματίες νοσηλευτικής της Νέας Ζηλανδίας. Η μελέτη τους κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές/τριες αναφέρουν μια μειούμενη ανοχή και αντοχή στις νυχτερινές βάρδιες καθώς αυξάνεται η ηλικία τους, ενώ οι ανελαστικές πρακτικές κατά τον προγραμματισμό των ωραρίων τους δεν επέτρεπαν την επαρκή τους ανάπαυση, κάτι το οποίο είναι εξαιρετικά επιζήμιο ειδικά για τους μεγαλύτερους σε ηλικία.

Σε μια άλλη έρευνα (Letvak, Gupta and Ruhm, 2013) αναζητήθηκαν διαφορές μεταξύ των ηλικιωμένων και των νεότερων επαγγελματιών νοσηλευτικής στην υγεία τους, την παραγωγικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας που παρέχουν. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στην παρεχόμενη ποιότητα περίθαλψης, ωστόσο διαπιστώθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ηλικίας άνω των 50 ετών είχε μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ.), καλύτερες βαθμολογίες όσον αφορά την ψυχική του υγεία, όμως και υψηλότερες βαθμολογίες πόνου, αλλά και μεγαλύτερο επιπολασμό προβλημάτων υγείας που οδηγούσε τελικά σε μείωση της παραγωγικότητάς του. Η έρευνα αυτή έθεσε επίσης σημαντικά ερωτήματα σχετικά με το εάν θα πρέπει να επαναξιολογηθούν οι αναθέσεις φροντίδας ασθενών με σοβαρά προβλήματα υγείας σε ηλικιωμένους επαγγελματίες νοσηλευτικής, ως κίνητρο για την παραμονή τους στην ενεργό υπηρεσία. Τα στοιχεία που διαρκώς προκύπτουν στη βιβλιογραφία αναφέρουν τη θετική επίδραση ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος στην ικανοποίηση των εργαζομένων, στην παραμονή στην εργασία και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων στους ασθενείς, ενώ ήδη πολλοί οργανισμοί υγείας έχουν αρχίσει να υλοποιούν στρατηγικές και ενέργειες για τη βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας, προσπαθώντας έτσι να κρατήσουν το προσωπικό τους στην ενεργό δράση, με αύξηση του ενεργού εργασιακού βίου.

Η βιβλιογραφία που αναφέρεται στη παραμονή στην εργασία επαγγελματιών νοσηλευτικής μεγαλύτερης ηλικίας έχει μικρή έκταση. Σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (Chan et al, 2013) κατέληξαν πως το εργασιακό περιβάλλον, η κουλτούρα, η αφοσίωση, οι απαιτήσεις της εργασίας και η κοινωνική υποστήριξη ήταν βασικοί προγνωστικοί δείκτες για την πρόθεσή τους να αποχωρήσουν από την εργασία τους.

Σε μια μελέτη που διεξήχθη σε πέντε νοσοκομεία των Η.Π.Α. δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το επίπεδο εργασιακής δέσμευσης μεταξύ των επαγγελματιών νοσηλευτικής διαφορετικών γενεών, ωστόσο επιβεβαιώθηκε ότι ένα υγιές επαγγελματικό περιβάλλον βρίσκεται σε άμεση σύνδεση με υψηλότερα επίπεδα εργασιακής δέσμευσης σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (Havens et al, 2012).

Ο Bishop (Bishop, 2013) πραγματοποίησε μια έρευνα στην οποία αξιολογεί ένα πρόγραμμα σχετικά με μια προσέγγιση βασισμένη στη παροχή υπηρεσιών φροντίδας, η οποία δημιουργήθηκε με αποκλειστικό σκοπό να προσελκύσει εκ νέου το προσωπικό επανενεργοποιώντας το αίσθημα αυτο-αμοιβής και τα εσωτερικά κίνητρα των εργαζομένων. Το ζήτημα του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας και η επίδραση στο νοσηλευτικό προσωπικό έχουν απασχολήσει επίσης τη βιβλιογραφία. Ενώ, ωστόσο, η πλειοψηφία των μελετών εξέταζε τις επιπτώσεις του σε επαγγελματίες νοσηλευτικής νεαρότερης ηλικίας, ο Longo (Longo, 2013) διαπίστωσε ότι ο εκφοβισμός μπορεί να επηρεάσει νοσηλεύτριες όλων των ηλικιών, αποτελώντας, μάλιστα, σημαντικό λόγο αποχώρησης από την εργασία για

το νοσηλευτικό προσωπικό μεγαλύτερης ηλικίας. Τέλος, ο *Stichler* συνθέτοντας τις διαθέσιμες έρευνες, μελέτησε τις σωματικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό μεγαλύτερης ηλικίας και την επίδραση του σχεδιασμού των χώρων εργασίας στον μετριασμό αυτών των δυσκολιών, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι υγιέστερα και ασφαλέστερα εργασιακά περιβάλλοντα μπορούν να διατηρήσουν τους επαγγελματίες νοσηλευτικής στην εργασία τους, ειδικά σε μεγαλύτερες ηλικίες (*Stichler, 2013*).

Συνήθως στη βιβλιογραφία, η συζήτηση σχετικά με την επικείμενη συνταξιοδότηση μεγάλου αριθμού επαγγελματιών νοσηλευτικής και προϊσταμένων συναρτάται μόνο με τα κενά που προκαλούνται, τις αριθμητικές ελλείψεις προσωπικού και το κόστος αναπλήρωσης και ελάχιστα περιστρέφεται γύρω από τον αντίκτυπο στην απώλεια γνώσης και εμπειρίας του νοσηλευτικού προσωπικού που αποχωρεί, στη φροντίδα των ασθενών, στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και γενικότερα στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

Η γνώση, η εμπειρία και η τεχνογνωσία των επαγγελματιών νοσηλευτικής μάλλον είναι δύσκολο οριστούν με σαφήνεια, λόγω της αφηρημένης και δυναμικής τους φύσης σε συνδυασμό με ένα σύνολο σύνθετων παραγόντων που αλληλεξαρτώνται. Σε μια μελέτη του *Benner* προσδιορίστηκε ο τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες νοσηλευτικής μετασχηματίζονται από αρχάριους σε ειδικούς. Στο πλαίσιο κατανόησης και προσδιορισμού του πώς οι γνώσεις, οι δεξιότητες και οι ικανότητες που αποκτά το νοσηλευτικό προσωπικό με την πάροδο των ετών εργασίας του αντικατοπτρίζονται στη πρακτική εφαρμογή, το μοντέλο *Benner* εξακολουθεί να έχει ευρεία εφαρμογή και χρήση στη νοσηλευτική (*Benner, 1984*). Ο σχεδιασμός της διαδοχής ενός οργανισμού είναι ζωτικής σημασίας σε όλα τα οργανωτικά επίπεδα. Σε άλλη ερευνητική μελέτη (*Titzer et al, 2013*) παρουσιάζεται μια διεξοδική ανάλυση της έρευνας σχετικά με τον σχεδιασμό διαδοχής προϊσταμένων νοσηλευτικής, καταλήγοντας ότι επιβάλλεται ο σχεδιασμός αυτός να εξετασθεί πολύ προσεκτικά, καθώς για τους νέους προϊσταμένους απαιτείται μεγάλος χρόνος προσαρμογής στους νεοαποκτηθέντες ρόλους τους και τα καθήκοντα που αναλαμβάνουν.

Στην ερευνητική μελέτη των *Trepanier* και *Crenshaw* διερευνάται ο σχεδιασμός διαδοχής σε *Μονάδες Οξείας Φροντίδας (ΜΑΦ)* των νοσοκομείων. Η μελέτη αυτή προσδιορίζει στρατηγικές για επαγγελματίες νοσηλευτικής υπό τη σκοπιά ενός επιχειρηματικού μοντέλου, αναδεικνύοντας ταυτόχρονα τη σημασία και τη σπουδαιότητα του σχεδιασμού διαδοχής (*Trepanier and Crenshaw, 2015*).

Για να διατηρηθεί σε υψηλά επίπεδα η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και της φροντίδας, απαιτείται το εργασιακό περιβάλλον της υγείας να γίνει περισσότερο ελκυστικό για τους νέους που θέλουν να εργασθούν στο τομέα αυτό και παράλληλα να προωθείται η βιώσιμη εργασία. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των εργαζομένων στο χώρο της υγείας και η λήψη υποστηρικτικών μέτρων για την ενίσχυση και τη διευκόλυνση της εργασιακής ικανότητας από τα αρχικά

στάδια εμφάνισης ανικανότητας προς εργασία, μπορεί να αυξήσει την ελκυστικότητα του εργασιακού περιβάλλοντος στο χώρο της υγείας, να αποτρέψει ενδεχόμενη ανικανότητα προς εργασία και να μειώσει τον αριθμό ημερών απουσίας λόγω ασθένειας των εργαζομένων (Ahlstrom et al, 2010, Bethge et al, 2021, Jaaskelainen et al, 2016). Ωστόσο, για τη δημιουργία νέων προσεγγίσεων και στρατηγικών ενίσχυσης της ικανότητας εργασίας, απαιτείται πρόσθετη γνώση σχετικά με τους στρεσογόνους παράγοντες στο χώρο εργασίας.

Όπως προαναφέρθηκε ο όρος εργασιακή ικανότητα εμφανίσθηκε για πρώτη φορά το 1980 και ειδικότερα από τον Ilmarinen και τους συνεργάτες του στη Φινλανδία (Ilmarinen et al, 1991, Ilmarinen, 2009). Ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες της εργασιακής ανικανότητας είναι η ηλικία, ο χρόνος απουσίας λόγω ασθένειας, η αυτοεκτίμηση της υγείας, η κοινωνικοοικονομική θέση, τα χρόνια νοσήματα, οι διαταραχές ύπνου και η φυσική κατάσταση που μπορεί να εκφρασθεί μέσω του δείκτη μάζας σώματος (Airaksinen et al, 2017). Οι στρεσογόνοι παράγοντες στο χώρο εργασίας επηρεάζουν τόσο την υγεία του ατόμου όσο και τις εργασιακές απαιτήσεις, ωστόσο δεν υπάρχουν ακόμα πολλά στοιχεία για την επίδραση στην εργασιακή ικανότητα (Griep et al, 2015, Schmidt et al, 2018). Οι αλληλεπιδραστικές θεωρίες (interactional theories) επικεντρώνονται στα δομικά χαρακτηριστικά της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το εργασιακό του περιβάλλον και έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα που εστιάζουν στην ενδεδειγμένη μελέτη του ψυχοκοινωνικού στρες. Τα κυριότερα από αυτά είναι: το μοντέλο υψηλών εργασιακών απαιτήσεων - ελέγχου της εργασίας του Karasek (Portoghese et al, 2020), το μοντέλο ισορροπίας προσπάθειας - ανταμοιβής του Siegrist και το μοντέλο της οργανωσιακής δικαιοσύνης του Moorman. Έχει προταθεί ότι ο συνδυασμός υψηλών εργασιακών απαιτήσεων - ελλιπούς ελέγχου της εργασίας (Karasek model), ανισορροπίας προσπάθειας - ανταμοιβής (Siegrist model - ERI) και οργανωσιακής αδικίας (Moorman model) θεωρείται εξαιρετικά επιζήμιος για την υγεία των εργαζομένων και την εργασιακή ικανότητά τους (Theorell et al, 2015, Duchaine et al, 2020, Kivimaki et al, 2007, Bethge et al, 2012). Η κύρια υπόθεση του μοντέλου του Karasek είναι ότι ο συνδυασμός υπερβολικών απαιτήσεων και ελλιπούς ελέγχου στην εργασία προκαλεί εργασιακό στρες ή άλλες επικίνδυνες καταστάσεις για τη σωματική και ψυχική υγεία (Portoghese et al, 2020). Το μοντέλο του Siegrist εικάζει ότι οι αρνητικές καταστάσεις για την υγεία είναι προϊόν της ανισορροπίας μεταξύ της καταβαλλόμενης προσπάθειας του εργαζομένου και των ανταμοιβών, που συνολικά λαμβάνει ο εργαζόμενος, δηλ. μισθός, εξέλιξη, ασφάλιση κ.λπ. (Siegrist, 1996). Τέλος, σύμφωνα με τη θεωρία του Moorman, δηλαδή το μοντέλο της οργανωσιακής δικαιοσύνης, δυσμενείς συνέπειες προκύπτουν από την πεποίθηση των εργαζομένων ότι τυγχάνουν άδικης μεταχείρισης και αντιμετώπισης στην εργασία τους, όπως αδικίες στη λήψη αποφάσεων, αίσθηση κακοποιητικής συμπεριφοράς από προϊσταμένους ή άλλη αδικία στο χώρο της εργασίας (Moorman, 1991).

Σύγχρονες μελέτες αποκάλυψαν ότι η συσσώρευση πολλών παραγόντων που προκαλούν άγχος και πίεση είναι πολύ πιο επικίνδυνη από την παρουσία ενός και μόνο παράγοντα (Juvani et al, 2018, Dragano et al, 2017). Μια μελέτη του 2017 έδειξε ότι η συνδυαστική παρουσία στρεσογόνων παραγόντων που περιγράφονται από τα μοντέλα Karasek και Siegrist αυξάνουν κατά πολύ τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, παρά μεμονωμένα (Dragano et al, 2017). Σε άλλη μελέτη του 2018 διαπιστώθηκε ότι ο συνδυασμός των στρεσογόνων παραγόντων που περιγράφονται από τα μοντέλα του Karasek και του Siegrist, σε συνδυασμό με την οργανωτική αδικία, οδήγησαν σε υψηλότερα ποσοστά κινδύνου ανικανότητας προς εργασία λόγω κατάθλιψης από τα αντίστοιχα ποσοστά των μεμονωμένων παραγόντων ή τον συνδυασμό μόνο δύο εξ αυτών (Juvani et al, 2018). Παρόλα αυτά η συσσώρευση και η συνδυαστική δράση στρεσογόνων παραγόντων στον εργασιακό χώρο έχει πολλά ακόμα ανεξερευνήτα μονοπάτια.

Πέρα από τους συνήθεις και κλασσικούς εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες, η ηθική δυσφορία αποτελεί μια εξαιρετικά σοβαρή αιτία καταπόνησης των εργαζομένων στο χώρο της υγείας (Haahr et al, 2020, Oh and Gastmans, 2015, Lamiani et al, 2017). Παρόλες τις διαφορετικές απόψεις και οπτικές, η ηθική δυσφορία θεωρείται κατά βάση ότι είναι αποτέλεσμα εξωτερικών εμποδίων και συνθηκών που δρουν ανασταλτικά στους εργαζόμενους να ενεργούν έχοντας σαν γνώμονα τις ηθικές τους αρχές και αξίες (Hanna, 2004, McCarthy and Deady, 2008). Η ηθική δυσφορία, για παράδειγμα, μπορεί να προκύψει όταν ένας εργαζόμενος δεν καταφέρνει, λόγω μεγάλου φόρτου εργασίας, να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις για υψηλού επιπέδου φροντίδα στους ασθενείς. Μελέτες έχουν δείξει πως τα ποσοστά ηθικής δυσφορίας είναι περίπου διπλάσια στους απασχολούμενους στη φροντίδα ηλικιωμένων σε σύγκριση με άλλες θέσεις εργασίας στο χώρο της υγείας. Κάποιες πρόδρομες μελέτες συσχετίζουν την ηθική δυσφορία με τη μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση, την αυξημένη εξουθένωση, αλλά και την προδιάθεση για παραίτηση από την εργασία (Lamiani et al, 2017). Παρά ταύτα, στη διεθνή βιβλιογραφία υφίσταται κενό για τη πλήρη ερμηνεία του φαινομένου.

Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας, και ειδικότερα αυτοί που προσφέρουν υπηρεσίες φροντίδας και περίθαλψης, αποτελούν την αιχμή του δόρατος του συστήματος φροντίδας υγείας. Οι υπηρεσίες τους αποτελούν τον βασικό παράγοντα για τη διατήρηση υγιών κοινωνικών συνόλων (Osei - Yeboah et al, 2018). Η γήρανση του εργατικού δυναμικού με εξαιρετικά ταχείς ρυθμούς, φαίνεται από το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι στο χώρο της παροχής υπηρεσιών φροντίδας της υγείας ηλικίας άνω των 55 ετών είναι ένα εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό του συνόλου των εργαζομένων (Eurostat, 2019). Πολλές μελέτες (Bohle et al, 2010, Smyth et al, 2018, Mateo - Rodríguez et al, 2021a, Varianou - Mikellidou et al, 2019, Martinez and Fischer, 2019) και πολιτικές κάνουν λόγο για επιμήκυνση της εργασιακής ζωής, ενώ ταυτόχρονα μελετούν την επίδραση της γήρανσης στην

υγεία των εργαζομένων και στο *Δείκτη Εργασιακής Ικανότητας* (Work Ability Index). Οι μυοσκελετικές παθήσεις και οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν τα βασικότερα προβλήματα υγείας μεταξύ των επαγγελματιών νοσηλευτικής μεγαλύτερης ηλικίας (Lačokova - Krasnikova et al, 2020). Έρευνες έδειξαν πως η υγεία, ο τρόπος ζωής, η γήρανση και οι συνθήκες εργασίας έχουν έντονη επίδραση στην εργασιακή ικανότητα (Seitsamo and Ilmarinen, 1997, Ilmarinen et al, 2005, Fischer et al, 2006), που επίσης αλληλεπιδρά και με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Mokarami et al, 2020). Ανεξάρτητες μελέτες αποκαλύπτουν ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των εργαζομένων, φθίνει η εργασιακή τους ικανότητα (Chiu et al, 2007, Golubic et al, 2009, Cotrim et al, 2011, Abbasi et al, 2017). Μελέτες σε πληθυσμούς επαγγελματιών νοσηλευτικής μεγαλύτερης ηλικίας δείχνουν τα υψηλά ποσοστά χαμηλού και μέτριου δείκτη εργασιακής ικανότητας (Monteiro et al, 2006, Mateo - Rodríguez et al, 2021b). Παρότι, οι φυσικοί κίνδυνοι στους οποίους εκτίθεται το νοσηλευτικό προσωπικό ευθύνονται εν μέρει για την κακή ποιότητα υγείας και τη χαμηλή εργασιακή τους ικανότητα (Cotrim et al, 2011, Ou et al, 2021), μελέτες έδειξαν πως οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που προέρχονται από την εργασία και το περιβάλλον της, επηρεάζουν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό (Francisco et al, 2012, Rongen et al, 2014, Freimann and Merisalu, 2015, Mokarami et al, 2020). Η ορθή διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων σε εργασιακά περιβάλλοντα στο χώρο των υπηρεσιών φροντίδας υγείας σχετίζεται με τα κίνητρα του εργαζομένου, την ικανοποίηση που αισθάνεται και το υγιές περιβάλλον εργασίας (Franklin and Gkiouleka, 2021).

Το άγχος που σχετίζεται με την εργασία αποτελεί ένα ζήτημα δημόσιας υγείας το οποίο χρήζει άμεσης αντιμετώπισης (Pappa et al, 2020, Orsini et al, 2020, Buselli et al, 2020, Baldwin and George, 2021), χωρίς ωστόσο να υπάρχουν πολλές μελέτες που να αναφέρονται στη σχέση μεταξύ επαγγελματικής υγείας και εργασιακής απόδοσης του νοσηλευτικού προσωπικού. Υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα και αναφορές για το εάν υφίστανται συγκεκριμένες ψυχολογικές δυσκολίες για τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας στην καθημερινή ρουτίνα της εργασίας τους, πέραν των κοινών προκλήσεων με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι όλοι οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας (Charles and Wen, 2021).

Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού είναι αποτέλεσμα δύο συνεργατικών καταστάσεων, του μεγάλου αριθμού συνταξιοδοτήσεων και των ελάχιστων προσλήψεων που δεν επαρκούν για να καλύψουν τα κενά από τις συνταξιοδοτήσεις. Η όλη κατάσταση ενισχύεται από αλλαγές επαγγελματικής πορείας ήδη εργαζόμενων νοσηλευτικής, καθώς και από ανεπαρκείς ευκαιρίες κατάρτισης και επιμόρφωσης (Habicht et al, 2018).

Προκειμένου να μειωθεί η πίεση στα συνταξιοδοτικά συστήματα και να αποφευχθεί η έλλειψη προσωπικού, οι οποίες προκαλούνται από τη γήρανση του πληθυσμού, είναι κρίσιμο να παραταθεί ο εργασιακός βίος των εργαζομένων σε όλους τους επαγγελματικούς κλάδους (Zacher et al, 2018). Δεν χωρά αμφιβολία

πως οι εργαζόμενοι θα πρέπει να διατηρήσουν υψηλά επίπεδα εργασιακής ικανότητας, καθώς η ηλικία τους αυξάνεται (Van Dam et al, 2017), ιδιαίτερα στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, όπου προβλέπεται να υπάρξουν σημαντικές ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού (Hasselhorn et al, 2003, Campbell et al, 2013). Στην έρευνά τους, οι Ng και Feldman αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι, συγκριτικά με νεότερους συναδέλφους τους, έχουν παρόμοια επίπεδα παραγωγικότητας, ενώ εμφανίζουν καλύτερα επίπεδα οργανωτικής συμπεριφοράς, όπως και συμπεριφορών που αφορούν την ασφάλεια στο χώρο εργασίας (Ng and Feldman, 2013). Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι ενδέχεται να αντιμετωπίζουν στην εργασία τους διακρίσεις λόγω της ηλικίας, εκφραζόμενες με μεροληπτική συμπεριφορά και στάση, με αποτέλεσμα τη δημιουργία αρνητικών στερεοτύπων για την παραγωγικότητα και τις ικανότητές τους (Posthuma and Campion, 2009, Babeloná et al, 2019). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό των ευκαιριών των ηλικιωμένων εργαζομένων στην αγορά εργασίας (Ahmed et al, 2012, Peters et al, 2019). Παρόλο που οι ηλικιακές διακρίσεις είναι δυνατό να επηρεάσουν όλες τις ηλικιακές ομάδες των εργαζομένων, φαίνεται να επηρεάζουν κυρίως τους νεότερους, αλλά ακόμα και τους σχετικά μεγαλύτερους ηλικιακά εργαζόμενους (Wood et al, 2008).

Η ανάλυση άλλων ερευνητικών μελετών για το ζήτημα του «*ηλικιακού ρατσισμού*» διαπίστωσε σημαντική πολυπλοκότητα της έννοιας, συμπεριλαμβανομένων των γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών και στοιχείων της (Iversen et al, 2009).

Είναι γνωστό ότι ποικίλα στερεότυπα και προκαταλήψεις εισάγουν διακρίσεις όταν δεν αντιμετωπίζονται και δεν επιλύονται από τη διοίκηση (Solem, 2020). Ο ηλικιακός ρατσισμός στον εργασιακό χώρο είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει τους ηλικιωμένους εργαζομένους σε αποχώρηση από την εργασία ή συνταξιοδότηση (Bayl - Smith and Griffin, 2014), είτε ως αποτέλεσμα οργανωτικών πρακτικών που αφορούν την πρόσληψη, την εξέλιξη και τη διατήρηση των εργαζομένων, είτε μέσω λιγότερο φανερών μορφών ηλικιακών διακρίσεων (στερεότυπα - προκαταλήψεις) ή μέσω συνδυασμού αυτών (Bayl - Smith and Griffin, 2014). Παρόλο που ο όρος «*ηλικιακός ρατσισμός*» μπορεί να αναφέρεται σε διακρίσεις έναντι κάθε ηλικίας στο χώρο εργασίας, η συνηθέστερη χρήση του όρου αφορά διακρίσεις σε βάρος των ηλικιωμένων (Palmore, 2005).

Προηγούμενες μελέτες είχαν επισημάνει τις αρνητικές συνέπειες του ηλικιακού ρατσισμού στην απόδοση των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας, τονίζοντας την ανάγκη μακροχρόνιων ερευνών σχετικά με τη σύνδεση ηλικιακών διακρίσεων και ικανότητας εργασίας των ηλικιωμένων εργαζομένων (Corrington et al, 2020, De Lange et al, 2020), καθώς οι υπάρχουσες μελέτες είναι ελάχιστες (Ruggs et al, 2013). Οι περισσότερες από αυτές έχουν ως επίκεντρο τα στερεότυπα και τη μεροληπτική συμπεριφορά έναντι των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας από προϊσταμένους και άλλους συναδέλφους και ελάχιστα πραγματεύονται τις εμπειρίες

των εργαζομένων ή άλλα αποτελέσματα στον εργασιακό χώρο τους εξαιτίας της επίδρασης του ηλικιακού ρατσισμού (Marchiondo et al, 2019, Marchiondo et al, 2016). Οι ερευνητές *Furunes* και *Mykletun* δημιούργησαν την κλίμακα *Nordic Age Discrimination Scale* (NADS) για τη ποσοτικοποίηση των διακρίσεων λόγω ηλικίας στο εργασιακό περιβάλλον. Η κλίμακα NADS αποτελείται από έξι στοιχεία αξιολόγησης της οπτικής των εργαζομένων για τις *μεροληπτικές οργανωτικές πρακτικές* στους χώρους εργασίας που αφορούν την *πρόσληψη*, την *εκπαίδευση* και τη *διατήρηση εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας* (Furunes and Mykletun 2010). Μια μελέτη στη Νορβηγία, τη Φινλανδία και τη Σουηδία διαπίστωσε ότι οι εργαζόμενοι που ανέφεραν ότι βίωσαν περισσότερες διακρίσεις λόγω ηλικίας ανέφεραν επίσης υψηλότερα επίπεδα άγχους και εκφοβισμού από προϊσταμένους και συναδέλφους, όπως επίσης και χειρότερα εργασιακά αποτελέσματα (Furunes και Mykletun, 2010). Οι ηλικιακές διακρίσεις συσχετίστηκαν επίσης αρνητικά με τις αντιλήψεις των εργαζομένων για υποστήριξη από συναδέλφους και προϊσταμένους, όπως και με την ψυχική υγεία των εργαζομένων (Marchiondo et al, 2019). Ακόμα, η ερευνητική ομάδα του *Boehm* (Boehm et al, 2013) διαπίστωσε ότι ένα θετικό εργασιακό κλίμα χωρίς ηλικιακές διακρίσεις είχε ως αποτέλεσμα καλύτερες οργανωτικές επιδόσεις.

Τέλος, η ερευνητική ομάδα του *Schermuly* έδειξε ότι οι διακρίσεις λόγω ηλικίας προς το νοσηλευτικό προκαλούν τάσεις συνταξιοδότησης και αποχώρησης από την ενεργό εργασία (Schermuly et al, 2014).

Οι διακρίσεις λόγω ηλικίας είναι κάτι που μπορεί να παρατηρηθεί σε όλες τις ηλικιακές ομάδες εργαζομένων, ωστόσο είναι πιο συνηθισμένες μεταξύ των νεότερων εργαζομένων, ειδικά των νεοεισερχομένων στη εργασία, αλλά και των εργαζομένων μεγάλης ηλικίας (Wood et al, 2008).

Σε μελέτες του *Wilson* και των συνεργατών του το 48% έως 91% των ηλικιωμένων εργαζομένων ανέφερε ότι έχει γίνει αποδέκτης ηλικιακών διακρίσεων (Wilson et al, 2019). Οι στερεοτυπικές αντιλήψεις για τους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας αναφέρονται συνήθως σε χαμηλή παραγωγικότητα, απροθυμία για αλλαγές, δυσκολία απόκτησης νέων γνώσεων, εργασία λιγότερων ωρών και υψηλότερο κόστος σε σύγκριση με νεότερους εργαζομένους (Posthuma and Campion, 2009). Από την άλλη, τα συνηθέστερα στερεότυπα για τους εργαζομένους νεότερης ηλικίας αναφέρονται σε αναξιοπιστία, απειρία και συναισθηματική αστάθεια (Gibson et al, 1993), αλλά και ότι είναι περισσότερο δυναμικοί και με μεγαλύτερο ενθουσιασμό σε σχέση με τους συναδέλφους μεγαλύτερης ηλικίας (Furunes and Mykletun, 2007). Συνοπτικά, οι μελέτες που προαναφέρθηκαν υπογραμμίζουν τις αρνητικές συνέπειες των διακρίσεων σε βάρος των ηλικιωμένων εργαζομένων και τον αντίκτυπο που έχουν στα επίπεδα της εργασιακής ικανότητας και της απασχολησιμότητας. Τα ευρήματα τονίζουν ότι προκειμένου οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας και φροντίδας να διατηρήσουν τους ηλικιωμένους εργαζομένους στο δυναμικό τους, επιβάλλεται να δημιουργήσουν καλύτερες συνθήκες στο

εργασιακό τους περιβάλλον, οι οποίες θα διασφαλίσουν και να προάγουν την ψυχική τους υγεία, αλλά και θα βελτιώσουν τις πρακτικές που αφορούν το ανθρώπινο δυναμικό (Pak et al, 2022). Οι άνω των 45 ετών εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας αποτελούν έναν εξαιρετικά πολύτιμο πόρο για κάθε οργανισμό που επιθυμεί να εντάξει στο δυναμικό του ικανά στελέχη. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ένας επαγγελματίας νοσηλευτικής στην ηλικία των 45 ετών διαθέτει τεράστια εμπειρία, ενώ ταυτόχρονα του απομένουν ακόμα τουλάχιστον 20 χρόνια εργασίας. Προκειμένου οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας να παρέχουν ποιοτική περίθαλψη, είναι απαραίτητο να αναζητήσουν τρόπους, μέσα και διαδικασίες για να διατηρήσουν τους ηλικιωμένους εργαζομένους στην ενεργό υπηρεσία, αλλά και να καλλιεργήσουν και να σχηματίσουν μια κουλτούρα κατά την οποία οποιαδήποτε ηλικιακή διάκριση δεν θα γίνεται ανεκτή εντός των χώρων εργασίας.

Η διατήρηση και η ενίσχυση της εργασιακής ικανότητας και απασχολησιμότητας των ηλικιωμένων εργαζομένων μπορούν να επιτευχθούν με την κατάρτιση αλλά και την ψυχολογική τους υποστήριξη (De Lange et al, 2021). Επιπλέον, για να συνεχίσουν να εργάζονται οι υπάλληλοι αυτοί, οι οργανισμοί θα πρέπει να κατανοήσουν τη διαφορετικότητα των αναγκών που έχουν οι εργαζόμενοι αυτής της ηλικιακής ομάδας σε σχέση με τους νεότερους συναδέλφους τους (Urlick, 2017). Για να αποφευχθεί ένα εργασιακό περιβάλλον αλλά και μια κουλτούρα όπου κυριαρχούν οι ηλικιακές διακρίσεις και τα στερεότυπα, είναι απαραίτητο να υπάρξει μέριμνα για προγράμματα κατάρτισης του ανθρώπινου δυναμικού ανεξαρτήτου ηλικίας (Kunze et al, 2011).

Ακόμα, υψίστης σημασίας για την αποτροπή αποκλεισμών λόγω της ηλικίας είναι η επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων εργαζομένων (De Prins et al, 2015). Τέλος, οι οργανισμοί επιβάλλεται να παρεμβαίνουν ασκώντας τον απαιτούμενο έλεγχο για την αποτροπή των κινδύνων εμφάνισης διακρίσεων σε βάρος των ηλικιωμένων εργαζομένων (Liu et al, 2021).

Ο προσδιορισμός της σχέσης μεταξύ ηλικίας και εργασιακής απόδοσης των εργαζομένων στο χώρο της υγείας και της παροχής υπηρεσιών περίθαλψης είναι διαιδαλώδης και βρίσκεται σε άμεση εξάρτηση με ποικίλους παράγοντες. Ωστόσο, από τη βιβλιογραφία έχουν επισημανθεί διάφορα επαναλαμβανόμενα μοτίβα. Πρωτίστως, οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας διαθέτουν σημαντικά μεγαλύτερη εμπειρία και γνώσεις, που σίγουρα οδηγούν σε καλύτερα αποτελέσματα στους ασθενείς. Ακόμα, οι επικοινωνιακές δεξιότητες και η συναισθηματική τους νοημοσύνη είναι υψηλότερες, κάτι το οποίο είναι σημαντικό στο επικοινωνιακό μέρος της άσκησης των καθηκόντων τους, ειδικά στην επικοινωνία τόσο με τους ασθενείς και τους συγγενείς αυτών όσο και με τους υπόλοιπους συναδέλφους τους. Αντίθετα, οι επαγγελματίες νοσηλευτικής μεγαλύτερης ηλικίας ενδέχεται να έχουν ελαττωμένες γνωστικές και σωματικές ικανότητες, ως αποτέλεσμα της γήρανσης. Αυτή η ελάττωση των ικανοτήτων θα μπορούσε να έχει αρνητική επίδραση στην

εργασιακή τους απόδοση αλλά και ικανότητα. Παράλληλα, οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας ενδέχεται να εμφανίσουν απροθυμία ή και ανικανότητα να μετεκπαιδευθούν ή να μην είναι σε θέση να δεχθούν σε αλλαγές στο εργασιακό τους περιβάλλον.

Είναι σίγουρο πως, εκτός της ηλικίας, η εργασιακή ικανότητα και απόδοση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας βρίσκονται υπό την επίδραση πολλών και διαφορετικών παραγόντων, όπως:

- Η εκπαίδευση,
- Η κατάρτιση,
- Η εργασιακή εμπειρία
- Το εργασιακό περιβάλλον και
- Τα προσωπικά - ατομικά χαρακτηριστικά.

Συνεπώς, η πληρότητα μιας μελέτης που έχει ως αντικείμενο τη σχέση μεταξύ εργασιακής ικανότητας και ηλικίας/γήρανσης, εξαρτάται από το αν λαμβάνονται υπόψη όλοι οι πιθανοί παράγοντες που επιδρούν σε αυτήν, ώστε να προκύψουν ορθά αποτελέσματα και να προταθούν αντίστοιχες λύσεις.

Τα αποτελέσματα των ερευνών καταδεικνύουν ότι η απόδοση των επαγγελματιών υγείας μάλλον επηρεάζεται σε τρία διακριτά επίπεδα (Krijgsheld et al, 2022). Σε μακροεπίπεδο, η οργάνωση και η δομή ενός οργανισμού, η υποστήριξη των εργαζομένων και η οργανωτική κουλτούρα αποτελούν κάποιους από τους παράγοντες έχουν επίδραση στην εργασιακή απόδοση. Σε ενδιάμεσο επίπεδο, η εργασιακή απόδοση επηρεάζεται από ενέργειες της διοίκησης, από την οργάνωση της εργασίας και τη λειτουργία των ομάδων - τμημάτων. Παράγοντες μικροεπιπέδου που επηρεάζουν την απόδοση της εργασίας περιλαμβάνουν τα κίνητρα των εργαζομένων, το μορφωτικό επίπεδο και τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων. Όλοι αυτοί οι παράγοντες βρίσκονται σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους, συνεπώς, οι οργανισμοί δεν μπορούν να βελτιώσουν την εργασιακή απόδοση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας αν επικεντρωθούν μόνο ένα επίπεδο, αλλά θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και τα τρία επίπεδα παράλληλα. Συνεπώς, για τη βελτίωση της απόδοσης απαιτούνται συνδυαστικές παρεμβάσεις σε μακρο-επίπεδο, μεσο-επίπεδο και μικρο-επίπεδο, οι οποίες έχουν να κάνουν με την ηγεσία, τη διακυβέρνηση και τις δεξιότητες και τα χαρακτηριστικά σε ατομικό επίπεδο.

Το εργασιακό περιβάλλον του νοσηλευτικού προσωπικού περιέχει όμως και σοβαρούς κινδύνους για την ασφάλεια και την υγεία του. Το επάγγελμα της νοσηλευτικής επιστήμης απαιτεί σωματική καταπόνηση που μπορεί να προκαλέσει σοβαρές μυοσκελετικές διαταραχές. Έχει υπολογισθεί πως οι επαγγελματίες νοσηλευτικής σηκώνουν κατά μέσο όρο 1,8 τόνους κατά τη διάρκεια μιας οκτάωρης βάρδιας σε κλινικό περιβάλλον, κάτι το οποίο αυξάνει σημαντικά τον επιπολασμό των κακώσεων της σπονδυλικής στήλης του νοσηλευτικού προσωπικού (Nelson and Baptiste, 2004). Η τοποθέτηση ενδοφλέβιων καθετήρων και η χορήγηση

ενδοφλέβιων φαρμάκων αυξάνει τον κίνδυνο τραυματισμών από βελόνες και αιχμηρά αντικείμενα, εκθέτοντας το νοσηλευτικό προσωπικό πολλές φορές σε διάφορους παθογόνους μικροοργανισμούς (Clarke, 2007).

Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό έρχεται αρκετές φορές αντιμέτωπο με φραστικές (και όχι μόνο) επιθέσεις κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του από ασθενείς, από τις οικογένειες τους ή ακόμα και από συναδέλφους, οι οποίες θα μπορούσαν να προκαλέσουν προβλήματα ψυχικής φύσης (Brewer et al, 2013, Budin et al, 2013). Στα πλαίσια της οξείας φροντίδας, το νοσηλευτικό προσωπικό έρχεται αντιμέτωπο με πολύωρες και απρόβλεπτες βάρδιες, αλλά και συχνά με έκτακτες υπερωρίες (Griffiths et al, 2014, Ma and Stimpfel, 2018, Stimpfel et al, 2012, Stimpfel and Aiken, 2013, Stimpfel et al, 2015, Trinkoff et al, 2011, Trinkoff et al, 2007, Trinkoff et al, 2006). Όλα τα προαναφερθέντα είναι σε θέση να ενισχύσουν τις πιθανότητες εμφάνισης σωματικών βλαβών και τραυματισμών, αφού τα χρονικά διαστήματα που απαιτούνται για την ανάπαυση ανάμεσα στις βάρδιες εργασίας είναι σημαντικά περιορισμένα (Trinkoff et al, 2006).

Το *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) στις Η.Π.Α. θεωρεί τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας και της περίθαλψης ως τον πιο εκτεθειμένο επαγγελματικό κλάδο σε τραυματισμούς και ασθένειες κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Επιπλέον, καθώς οι εργαζόμενοι γερνούν, η ανάρρωση από εργασιακούς τραυματισμούς διαρκεί μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, με συνέπεια την απώλεια ωρών εργασίας (Delloiacono, 2016). Ενώ οι επαγγελματικοί κίνδυνοι που σχετίζονται με ασθένειες ή τραυματισμούς καλύπτουν ένα ευρύ κομμάτι αυτών των κινδύνων, ο χειρισμός ασθενών και η αλληλεπίδραση μαζί τους, καθώς και η εργασία σε βάρδιες αποτελούν επίσης βασικούς παράγοντες επαγγελματικών κινδύνων (Gomaa et al, 2015, Stimpfel et al, 2015, Thinkkhamrop and Laohasirivong, 2015, Wallis, 2015). Άλλες έρευνες αναφέρουν ότι το 44% όλων των περιπτώσεων μυοσκελετικών κακώσεων οφείλονται σε αλληλεπίδραση με ασθενείς και στην υπερπροσπάθεια που καταβάλλει ο επαγγελματίας νοσηλευτικής (Gomaa et al, 2015, Wallis, 2015).

Πρέπει, ωστόσο, να σημειωθεί πως παρότι οι επαγγελματικοί κίνδυνοι στον κλάδο της νοσηλευτικής έχουν αναγνωρισθεί πλήρως και συνακόλουθα έχουν εφαρμοσθεί διάφορες στρατηγικές αποκατάστασης, τα προβλήματα παραμένουν και συχνά επιτείνονται (Trinkoff et al, 2006, Stimpfel and Aiken, 2013, Budin et al, 2013).

Ενώ η σχέση μεταξύ εκτέλεσης καθηκόντων και τραυματισμών στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι γνωστή και έχει εκτενώς συζητηθεί στη βιβλιογραφία, η σχέση αυτή δεν έχει αναλυθεί επαρκώς όσον αφορά τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας. Επιπλέον, δεδομένα δείχνουν πως ελλοχεύουν σημαντικοί κίνδυνοι για την υγεία όσων εργάζονται σε βάρδιες, όπως το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό σημαίνει ότι η εκτέλεση νυχτερινών βαρδιών σχετίζεται άμεσα με κακή ποιότητα ύπνου, αύξηση του σωματικού βάρους και το μεταβολικό σύνδρομο (Hansen et al, 2016, Hruby et al, 2016, Zhang et al, 2016). Μια μελέτη που διεξήχθη το 2016

ανέφερε πως υπάρχουν στοιχεία και δεδομένα για αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης διαβήτη σε νοσηλευτές που εργάζονται σε νυχτερινές βάρδιες (Hansen et al, 2016). Ακόμα, η ανικανότητα για εργασία έχει συνδεθεί με νοσήματα όπως ο διαβήτης αλλά και το επαγγελματικό άγχος (Ervasti et al, 2016). Παρόλο που όλοι οι κίνδυνοι απειλούν το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού, οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας αντιμετωπίζουν περισσότερους κινδύνους, ενώ και η διαχείρισή τους καθίσταται πιο περίπλοκη (Phillips and Miltner, 2015).

Δεν χωρά λοιπόν αμφιβολία πως επιβάλλεται να καταβληθούν προσπάθειες για τη διερεύνηση και την αλληλεπίδραση αυτών των επαγγελματικών κινδύνων στους εργαζόμενους σχετικά μεγαλύτερης ηλικίας, ώστε να μπορούν να συνεχίσουν να εργάζονται με ασφάλεια και να διατηρείται στο μέγιστο βαθμό η εργασιακή τους ικανότητα.

Η βαθύτερη κατανόηση των επαγγελματικών δυσκολιών που αντιμετωπίζει το ηλικιωμένο νοσηλευτικό προσωπικό και οι διαδικασίες μετριασμού που θα μπορούσαν να εγγυηθούν την υγεία και την ευεξία τους στην εργασία, θα πρέπει να αποτελέσουν μέρος αυτών των προσπαθειών.

Τα ατομικά χαρακτηριστικά διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην εργασιακή ικανότητα και την προοπτική των ηλικιωμένων επαγγελματιών να συνεχίσουν να εργάζονται. Ένας παράγοντας που ενισχύει την εργασιακή ικανότητα των ηλικιωμένων επαγγελματιών του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η εργασία σε επιθυμητό πρόγραμμα και βάρδιες, συμπεριλαμβανομένου ενός μέγιστου εβδομαδιαίου αριθμού ωρών εργασίας που να τους ικανοποιεί. Αυτό αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο και μέσο το οποίο είναι δυνατό να αποτρέψει την πρόωρη συνταξιοδότηση ή ακόμα και τη πρόωμη εγκατάλειψη της εργασίας, ενώ παράλληλα ενισχύει την εργασιακή ικανότητα των επαγγελματιών νοσηλευτικής (Galatsch et al, 2013).

Η ερευνητική ομάδα του *Stimpfel* στη μελέτη της αναφέρει ότι οι πολιτικές οι οποίες αφορούν τη δια βίου εκπαίδευση, τη συμμετοχή σε συνέδρια, καθώς και οποιαδήποτε άλλου είδους επαγγελματική εξέλιξη, συζητούνται μεν, ωστόσο δεν συμπεριλαμβάνονται στους κύριους παράγοντες ενίσχυσης της διατήρησης ενός εργαζόμενου (Stimpfel et al, 2020). Γενικότερα, η έρευνα έδειξε ότι δεν υπάρχει απόλυτη συμφωνία για τον τρόπο με τον οποίο ένας οργανισμός θα μπορούσε να δημιουργήσει ένα συνδυασμό υγιούς γήρανσης και επιμήκυνσης του εργασιακού βίου (Stimpfel et al, 2020). Προκαλεί ανησυχία το γεγονός ότι μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων δεν προσδιόρισαν ούτε μία πολιτική ή πρακτική η οποία να βρήκε εφαρμογή στο οργανισμό τους και να ενίσχυσε τελικά την εργασία του ηλικιωμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτό προκαλεί προβληματισμό στους εργαζόμενους, αφού δεν γνωρίζουν το είδος της υποστήριξης που μπορεί να τους προσφέρει ο οργανισμός στον οποίο εργάζονται. Αντίστοιχα, οι οργανισμοί κινδυνεύουν να απωλέσουν εργαζόμενους, καθώς και να υποστούν το αυξημένο κόστος που προκαλείται από ασθένειες ή τραυματισμούς των εργαζόμενων μεγαλύτερης ηλικίας.

Η ικανότητα προς εργασία, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους άλλους, είναι μια πολυδιάστατη έννοια που συνδέεται με την εκπαίδευση και την κατάρτιση του εργαζομένου, τον προηγούμενο εργασιακό του βίο και ειδικά τις προηγούμενες θέσεις απασχόλησης, τη σχέση και την αλληλεπίδραση με τους συναδέλφους του και φυσικά τον υποστηρικτικό ρόλο του προϊσταμένου (Ilmarinen, 1999). Η ποσοτικοποίηση της εργασιακής ικανότητας με την εφαρμογή του *Δείκτη Εργασιακής Ικανότητας* (Work Ability Index - WAI) βασίζεται στην υπόθεση ότι η εργασιακή ικανότητα ερμηνεύεται από την εικόνα και τις αντιλήψεις του εργαζομένου για τις απαιτήσεις που θέτει η εργασία και το εργασιακό περιβάλλον του και την ικανότητά του να ανταπεξέλθει σε αυτές (Tuomi et al, 1998). Οι εργασιακές απαιτήσεις αφορούν τις ψυχοσωματικές απαιτήσεις της εργασίας, τη στήριξη από προϊσταμένους και συναδέλφους, καθώς και παραμέτρους σχετικές με το οργανωτικό περιβάλλον. Η ικανότητα του εργαζομένου να ανταπεξέλθει στις εργασιακές απαιτήσεις βασίζεται στις στους ψυχικούς, φυσικούς και κοινωνικούς πόρους του εργαζομένου, όπως επίσης και στην υγεία, τις ικανότητες, τις αξίες και τις στάσεις του εργαζομένου (Ilmarinen and Tuomi 2004a). Η υποκειμενική εκτίμηση της εργασιακής ικανότητας αποτελεί συνδυασμό των αντιληπτών απαιτήσεων της εργασίας και των ατομικών αντιλήψεων για τα προσόντα που διαθέτει ο εργαζόμενος (De Zwart et al, 2002). Μια έρευνα του 2001 έχει δείξει ότι όσο εργαζόμενοι μεγαλώνουν, σημειώνουν όλο και χαμηλότερες βαθμολογίες στο *Δείκτη Εργασιακής Ικανότητας* και η πτώση έχει να κάνει με συγκεκριμένα είδη της κλίμακας (Rohjonen, 2001). Έχει αναφερθεί ότι οι κύριες βαθμολογίες του *Δείκτη Εργασιακής Ικανότητας* προέβλεψαν τη θνησιμότητα και την μετάβαση από την εργασία στη συνταξιοδότηση λόγω αναπηρίας σε ένα μεγάλο αριθμό δημοσίων υπαλλήλων, που αφορούσε και εργαζόμενους στον χώρο της υγείας (Ilmarinen and Tuomi, 1991b). Σε μια μελέτη, ο *Δείκτης Εργασιακής Ικανότητας* προέβλεψε την πρόωρη έξοδο προς τη σύνταξη γυναικών που εργάζονται ως προσωπικό υπηρεσιών καθαριότητας (Ilmarinen and Tuomi, 2004).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προσφέρει δεδομένα που αποκαλύπτουν μία σχέση μεταξύ ηλικίας και χαμηλής αντιληπτής εργασιακής ικανότητας στους εργαζόμενους στο χώρο των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Tuomi et al, 1991a, Ilmarinen et al, 1997, Costa et al, 2001). Οι διαφορές στην αντιληπτή εργασιακή ικανότητα μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού από διάφορες χώρες και διάφορες ηλικιακές ομάδες, είναι δυνατόν να αντικατοπτρίζουν διαφορές στα νοσηλευτικά καθήκοντα και σίγουρα στις συνθήκες της εργασίας (Tuomi et al, 1991a, Tuomi et al, 1997, McVicar, 2003, Camerino et al, 2005). Επιπλέον, η στάση και η αντιμετώπιση του νοσηλευτικού προσωπικού μεγαλύτερης ηλικίας, οι ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη και σταδιοδρομία, η πολιτική σχετικά με την υγεία των εργαζομένων και οι διαφορές μεταξύ των χωρών στην ηλικία συνταξιοδότησης, είναι κάποιες από τις παραμέτρους που μπορούν να προσφέρουν σημαντικά στοιχεία για την ερμηνεία των διαφορών μεταξύ νεότερου και ηλικιωμένου νοσηλευτικού

προσωπικού. Οι διαφορές αυτές μπορεί να αφορούν τον φόρτο εργασίας, τους διαθέσιμους πόρους ώστε να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της εργασίας και τα αποτελέσματά τους στην εργασιακή ικανότητα (Camerino et al, 2006).

Η χαμηλή εργασιακή ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού συνδέεται με μεγαλύτερη πρόθεση αποχώρησης από την εργασία του. Αυτό έχει επιβεβαιωθεί από διάφορες ερευνητικές εργασίες σε επαγγελματικούς χώρους εκτός του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Μια μελέτη σε βιομηχανία τροφίμων συσχέτισε την εργασιακή ικανότητα και την πρόθεση υπαλλήλων να αποχωρήσουν από την εργασία τους (Salonen et al, 2003). Επίσης, μελέτες αρκετά χρόνια πριν, όπως αυτές του Ilmarinen και συν. και του Tuomi και συν. διαπίστωσαν ότι η πρόωρη αποχώρηση από την επαγγελματική ζωή έχει άμεση συσχέτιση με τη χαμηλή εργασιακή ικανότητα (Ilmarinen et al, 1997, Tuomi et al, 1997). Η σύνδεση μεταξύ χαμηλού *Δείκτη Εργασιακής Ικανότητας* και υψηλής πρόθεσης εγκατάλειψης του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν μεγαλύτερη μεταξύ των επαγγελματιών μικρότερης ηλικίας, αφού λόγω της νεαρότερης ηλικίας τους, μάλλον είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να βρουν μια άλλη εργασία που να τους είναι πιο ευχάριστη, ειδικότερα σε σύγκριση με μεγαλύτερης ηλικίας εργαζομένους. Η μικρότερη πρόθεση μεταξύ των ηλικιωμένων επαγγελματιών νοσηλευτικής να αποχωρήσουν από την εργασία τους μάλλον σχετίζεται με τη μεγάλη δυσκολία για τη πραγματοποίηση αλλαγών, αλλά και στο φαινόμενο «ecological niche» (Kaufman 1971). Το φαινόμενο αυτό αναφέρεται στην κατάσταση κατά την οποία τα άτομα βρίσκουν μια θέση εργασίας η οποία ταιριάζει στις ικανότητες και τις φιλοδοξίες τους. Παρόλα αυτά, το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο ανέφερε χαμηλή εργασιακή ικανότητα, δεν είχε εμφανίσει προθέσεις για αποχώρηση από την εργασία του. Αυτό ερμηνεύεται από τη δυσκολία ανεύρεσης ή προσαρμογής σε νέα εργασία ή ακόμα και από δυσκολία σε αλλαγές. Ομοίως, οι εργαζόμενοι που ανέφεραν πρόθεση να αποχωρήσουν, δεν είχαν απαραίτητα χαμηλή εργασιακή ικανότητα. Από την οπτική αυτή οι επαγγελματίες νοσηλευτικής με μεγαλύτερη εμπειρία θα είχαν περισσότερες ευκαιρίες να βρουν νέα εργασία.

Πολλά από τα στοιχεία του *Δείκτη Εργασιακής Ικανότητας* έχουν άμεση σχέση με τη πρόθεση ενός επαγγελματία νοσηλευτικής να αποχωρήσει από τη εργασία του. Τα στοιχεία που βρίσκονται σε άμεση εξάρτηση με την πρόθεση αποχώρησης από την εργασία ήταν ακριβώς τα ίδια, ανεξαρτήτου χώρας, ωστόσο αυτό που διαφοροποιούνταν ανά χώρα ήταν το μέγεθος της εξάρτησης. Τα χαρακτηριστικά της κλίμακας του *Δείκτη Εργασιακής Ικανότητας* που προσδιόριζαν την αντιληπτή εργασιακή ικανότητα ήταν αυτά τα οποία βρισκόταν σε αμεσότερη σχέση με την εντονότερη τάση για αποχώρηση, αποτελώντας μάλλον τον σημαντικότερο παράγοντα. Ωστόσο, οι αντικειμενικές διαστάσεις της εργασιακής ικανότητας, δηλαδή η ιατρική κατάσταση και οι ημέρες απουσίας από την εργασία ανά έτος, είχαν υψηλή στατιστική συσχέτιση με τη μεγαλύτερη πρόθεση παραίτησης από την εργασία.

Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η χαμηλή αντιληπτή εργασιακή ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού παρουσιάζει αύξηση με την αύξηση της ηλικίας. Αποτελεί δε, μια παράμετρο την οποία οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων και χάραξης πολιτικής θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους ως κομμάτι του συνολικού τους στρατηγικού σχεδιασμού για την παραμονή νοσηλευτικού προσωπικού μεγαλύτερης ηλικίας (και όχι μόνο) στην ενεργό υπηρεσία.

Για την κάλυψη των ειδικών αναγκών των ηλικιωμένων εργαζόμενων θα μπορούσαν να δημιουργηθούν ειδικά προγράμματα και μέτρα, τα οποία θα περιλαμβάνουν πιο ευέλικτες συνθήκες εργασίας, φιλικά για την οικογένεια ωράρια και ευκαιρίες για διαρκή επιμόρφωση (Watson et al, 2003). Σύγχρονα και δημιουργικά μέσα ενθάρρυνσης του νοσηλευτικού προσωπικού με στόχο την παράταση του εργασιακού του βίου θα είναι ολοένα και σημαντικότερα στην Ευρώπη αλλά και στις υπόλοιπες χώρες. Αυτό απαιτείται να συμβεί ως συνέπεια της αναδιαμόρφωσης των υπηρεσιών υγείας, της άμιλλας του προσωπικού μεταξύ των οργανισμών υγείας, της διαφορετικής κατανομής του προσωπικού, των μεταρρυθμίσεων στην εκπαίδευση των επαγγελματιών νοσηλευτικής, της χρήση νέων τεχνολογιών επικοινωνίας και πληροφορίας, της μετανάστευση προσωπικούς και του ολοένα αυξανόμενου αριθμού ατόμων με χρόνιες παθήσεις και προβλήματα υγείας.

Αναλογιζόμενοι όλα τα παραπάνω προκύπτουν έντονες ανησυχίες. Αυτές οι ανησυχίες, οι οποίες συνοδεύουν οποιαδήποτε αλλαγή, είναι δυνατόν να ανακόψουν το προγραμματισμό και τα μελλοντικά σχέδια του εργαζομένου. Υπό αυτή την οπτική, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε περαιτέρω απομάκρυνση των νέων από το νοσηλευτικό επάγγελμα, αλλά και παράλληλη αύξηση της τάσης των ήδη εργαζόμενων νοσηλευτικής να παραιτηθούν από το επάγγελμα. Εφόσον η ηλικία είναι αναμφίβολα άρρηκτα συνδεδεμένη με τη φθορά στην εργασιακή ικανότητα σε όλα σχεδόν τα επαγγέλματα, συμπεριλαμβανομένης και της νοσηλευτικής, είναι απολύτως λογικό να εκπονηθούν εμπεριστατωμένες μελέτες οι οποίες θα διερευνούν το ρόλο των εργασιακών συνθηκών που προκαλούν πρόωρη μείωση της εργασιακής ικανότητας.

Η ηλικία μπορεί να έχει πολλαπλές και σημαντικές επιδράσεις στην εργασιακή ικανοποίηση αλλά και στην επαγγελματική εξέλιξη των εργαζόμενων στο χώρο της υγείας. Στους εργαζόμενους μεγαλύτερης σχετικά ηλικίας είναι δυνατόν να προσφέρονται σημαντικά λιγότερες ευκαιρίες για εξέλιξη, ειδικά σε εργαζομένους που επαγγελματικά έχουν εξελιχθεί ήδη αρκετά. Παρόλα αυτά, αυτό δεν τους εμποδίζει να αναλάβουν νέες θέσεις που τους προσφέρουν τη δυνατότητα να εκμεταλλευτούν τις γνώσεις και δεξιότητες που έχουν αποκτήσει, σε εναλλακτικές θέσεις και καθήκοντα. Από την άλλη, οι μικρότεροι ηλικιακά εργαζόμενοι μάλλον διαθέτουν περισσότερες ευκαιρίες, αλλά και πιθανότητες για επαγγελματική εξέλιξη, οι οποίες ωστόσο συνοδεύονται από υψηλότερο ανταγωνισμό. Ακόμα, η ηλικία συνδέεται άμεσα με την απόφαση ενός εργαζομένου για συνταξιοδότηση,

ανεξάρτητα από την επαγγελματική του θέση. Το να σταματήσει ένας εργαζόμενος να εργάζεται κάνοντας χρήση του δικαιώματος συνταξιοδότησης είναι μια επιλογή των ηλικιωμένων εργαζόμενων μεγαλύτερης ηλικίας, που ωστόσο συναρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η οικονομική κατάσταση, η κατάσταση της υγείας του, αλλά και οι προσωπικές επιθυμίες και επιλογές. Η πρόωγη συνταξιοδότηση παρέχει περισσότερο ελεύθερο χρόνο και απελευθερώνει από το εργασιακό άγχος, ωστόσο μειώνει το εισόδημα όπως και τη κοινωνική αλληλεπίδραση του ατόμου. Η επιμήκυνση του εργασιακού βίου μπορεί να παρέχει τα οικονομικά οφέλη της πλήρους απασχόλησης και τα πλεονεκτήματα της διαρκούς μάθησης. Οι υπεύθυνοι των πολιτικών προσλήψεων στο χώρο της υγείας επιβάλλεται να εντοπίσουν όλους αυτούς τους παράγοντες και να χαράξουν πολιτικές και στρατηγικές οι οποίες να είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες των εργαζομένων όλων των ηλικιακών ομάδων, με σκοπό την ικανοποίηση των εργαζομένων, τη δυνατότητα να παραμείνουν στις θέσεις εργασίας τους ακόμα και σε μεγαλύτερες ηλικίες και τη παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας.

Η πρόοδος και η εξέλιξη της επιστήμης προσφέρουν τεράστιες δυνατότητες εξέλιξης σε κάθε τομέα, όπως και στον τομέα της υγείας. Ένας παγκόσμιος πληθυσμός που γερνάει, παρότι απολαμβάνει αυτή την πρόοδο σε όλους τους τομείς, άρα και στην υγεία και φροντίδα, δημιουργεί αυξημένες ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα μεταξύ των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας ηλικιωμένων. Αυτό προκαλεί αύξηση των αναγκών για εξειδικευμένους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας. Για παράδειγμα στην Αυστραλία, το *Federal Department of Employment* (Australian Government) είχε κάνει λόγο για δημιουργία περισσότερων από 250.000 θέσεων εργασίας μέχρι το 2022 στον κλάδο της υγείας. Ο συνδυασμός των αυξημένων αναγκών στο χώρο της υγείας, οι τεχνολογικές εξελίξεις που επιβάλλουν νέο και ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό και οι διαρκείς αποχωρήσεις λόγω συνταξιοδότησης, δημιουργούν έναν εκρηκτικό συνδυασμό στο χώρο της υγείας. Στην Αυστραλία και σε πολλές άλλες χώρες, οι «*baby boomers*» (γεννημένοι από το 1946 έως το 1964) συνταξιοδοτούνται σταδιακά. Οι νεότεροι αυτών (γεννημένοι μετά το 1964) διανύοντας την πέμπτη δεκαετία της ζωής τους αντιμετωπίζουν την επιλογή της συνταξιοδότησης ως βιώσιμη και ελκυστική.

Η διατήρηση κατά το δυνατόν μεγαλύτερου αριθμού εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας στο χώρο της υγείας αποτελεί μια σημαντική πρόκληση (Clarke, 2015). Η εμπειρία, οι ικανότητες και οι δεξιότητές που προσφέρουν στους οργανισμούς, συνιστούν εξαιρετικά θετικά στοιχεία (Auerbach et al, 2014). Σε συνδυασμό με το εξαιρετικά πολύπλοκο και απαιτητικό περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας, καθίσταται επιτακτική ανάγκη (Brandis et al, 2017, Xerri et al, 2021). Σε αυτούς και παρόμοιους εργασιακούς χώρους, δημιουργούνται συχνά αρνητικά περιβάλλοντα και εντάσεις μεταξύ ομάδων εργαζομένων ή ακόμα και μεταξύ διαφορετικών τμημάτων, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό τους πιο αφοσιωμένους υπαλλήλους – οι οποίοι επί το πλείστον είναι μεγαλύτερης ηλικίας.

Καθώς ο άνθρωπος γερνάει, η στάση του απέναντι στην εργασία και τον ελεύθερο χρόνο αλλάζει, λόγω της πεπερασμένης φύσης της ανθρώπινης ύπαρξης (Hirschi et al, 2016). Η επαγγελματική πορεία του εργαζόμενου δυναμικού εξελίσσεται μέσω της εκπαίδευσής του, των αρχικών εργασιακών εμπειριών του, της σταθεροποίησης της σταδιοδρομίας του και της τελικής πορείας του προς τη συνταξιοδότηση.

Παρόλο που το να εργάζεται ένας άνθρωπος σε μια και μόνο εργασία σε όλη τη διάρκεια του εργασιακού βίου του είναι κάτι που φθίνει διαρκώς, η εξέλιξη μιας εργασιακής πορείας - σταδιοδρομίας παραμένει σημαντικό συστατικό στοιχείο της επαγγελματικής ζωής (Kuron et al, 2015, da Silva et al, 2016).

Πολυάριθμες μελέτες δείχνουν ότι η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων για τους εργαζόμενους αλλάζει, καθώς αυτοί ωριμάζουν. Σε άλλη μελέτη (Stynen et al, 2014) αναφέρεται ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι δεν δίνουν τόση σημασία στο ύψος των απολαβών, συγκριτικά με τους νεότερους εργαζόμενους. Καθώς η ηλικία των εργαζομένων αυξάνει, οι εργαζόμενοι επιδιώκουν τη σταθερότητα στο χώρο της εργασίας, ακόμη και όταν τα οφέλη που αποκομίζουν δεν τους ικανοποιούν πλήρως (Shacklock and Brunetto, 2012). Ωστόσο, πολλοί εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν νέες δυσκολίες καθώς μεγαλώνουν, γεγονός που επηρεάζει την προθυμία και την εργασιακή τους ικανότητα. Μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο τόνισε τη σπουδαιότητα της υγείας των εργαζομένων, των χαρακτηριστικών της εργασίας, των γνώσεων και δεξιοτήτων, των οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων και του σκοπού ζωής των εργαζομένων, ως καθοριστικούς παράγοντες προκειμένου οι εργαζόμενοι αποφασίσουν να επιμηκύνουν τον εργασιακό τους βίο πέραν των 65 ετών (Sewdas et al, 2017).

Μια μελέτη αναφέρει ότι οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι τείνουν να βιώνουν μία αδρανοποίηση, τόσο σε ό,τι αφορά την ιεραρχία όσο και το περιεχόμενο της εργασίας τους (Armstrong - Stassen, 2008). Αυτό υποδηλώνει μια ισχυρή τάση που προκαλεί αδρανοποίηση στην ανοδική τροχιά της σταδιοδρομίας των ηλικιωμένων εργαζομένων, σε συνδυασμό και με περιορισμούς στην εργασιακή τους ευελιξία και κινητικότητα.

Γενικά, είναι αμφιλεγόμενο εάν αυτές οι επιπτώσεις είναι απόρροια του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού, των οργανωτικών δομών και των περιορισμών, αλλαγής στο επίπεδο φιλοδοξίας των ηλικιωμένων εργαζομένων ή συνδυασμός όλων αυτών και ποικίλων άλλων παραγόντων (Taylor and Earl, 2016, Fasbender and Wang, 2017). Ωστόσο, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η έμφυτη σχέση μεταξύ των ηλικιωμένων εργαζομένων και της εργασίας τους διαφέρει σημαντικά από αυτήν των νεότερων εργαζομένων.

Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι δεν συνιστούν ένα ομοιογενές σύνολο. Αρκετοί οργανισμοί διακρίνουν στο πρόσωπο των ηλικιωμένων εργαζομένων μία σειρά από δεξιότητες και επίπεδα αφοσίωσης (Winkelmann - Gleed, 2011). Αναμφίβολα, οι δεξιότητες και η εμπειρία που έχουν συσσωρεύσει λόγω της προϋπηρεσίας προσδίδουν σημαντικότερα θετικά στοιχεία που επιβάλλουν τη διατήρηση έμπειρων

εργαζομένων σε πολλά επαγγέλματα (Foweraker and Cutcher, 2020). Επίσης, η συνδυαστική επίδραση της μείωσης των εργαζομένων μικρότερης ηλικίας που επιλέγουν να εργαστούν στο χώρο της υγείας, δημιουργεί την προσδοκία κάποιοι εργαζόμενοι να παρατείνουν τον εργασιακό τους βίο. Η δημιουργία και εφαρμογή ευέλικτων πολιτικών που σχετίζονται με τους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας θα ενισχύσει την αφοσίωση στην εργασία τους και επομένως και τα οφέλη που αποκομίζουν και οι δύο πλευρές (Claes and Heymans, 2008).

Παρόλα αυτά κάποιοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι υφίστανται εμφανείς διαρθρωτικές διακρίσεις σε βάρος των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας (Taylor et al, 2018), με τον ηλικιακό ρατσισμό να είναι η βασικότερη και η πιο επίμονη μορφή διάκρισης. Μια στρατηγική για τη μείωση αυτού του είδους των διακρίσεων είναι η κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων εργαζομένων, με παράλληλα συμμετοχή τους στις εργατικές ενώσεις (συνδικάτα). Ακόμα, η μείωση της αντίληψης ότι οι ηλικιακές διακρίσεις είναι γενικότερα πιο αποδεκτές από οποιαδήποτε άλλη μορφή διάκρισης, είναι χρήσιμο βήμα προς τη μείωση και την τελική εξάλειψή τους.

Η υποστήριξη των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας είναι ζωτικής σημασίας για το περιορισμό του ελλείμματος δεξιοτήτων (αντιληπτού και πραγματικού) των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας (Ackerman and Kanfer, 2020). Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει η εστίαση στις μεμονωμένες αξίες κάθε εργαζομένου, η οργανωτική δομή και οι πολιτικές να στοχεύουν προς την ίδια κατεύθυνση, καθώς σε αντίθετη περίπτωση, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι επιβλαβή για την ευημερία των εργαζομένων (Rice et al, 2017b).

Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση (Lyons and Kuron 2013) αναφέρεται ότι οι εργαζόμενοι νεότερης ηλικίας είναι πιο νευρωτικοί και ναρκισσιστές από τους μεγαλύτερους, ωστόσο εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης και είναι προσανατολισμένοι στα επιτεύγματα στην εργασία. Συνδυαστικά, αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να υποδεικνύουν μια φθίνουσα αίσθηση υποχρέωσης ή αφοσίωσης στην εργασία μεταξύ των νεότερων γενεών. Σύμφωνα με άλλη ερευνητική μελέτη, οι επαγγελματικές προτιμήσεις των νεότερων εργαζομένων φαίνεται να τους ωθούν σε ένα ευρύτερο φάσμα υποψήφιων θέσεων εργασίας, εργοδοτών και επαγγελμάτων κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής. Εάν όντως αυτή είναι μία τάση της εποχής μας που κυριαρχεί στους νέους εργαζόμενους, τότε συνδυάζεται και συμπληρώνεται από την εξαφάνιση του μοντέλου «θέση εργασίας εφ' όρου ζωής» και την άνοδο αυτού που χαρακτηρίζεται «πρεκαριάτο» (Standing, 2016).

Το «πρεκαριάτο» αποτελεί τον πρώτο απολογισμό μιας αναδυόμενης τάξης ανθρώπων που αντιμετωπίζουν πρωτοφανή εργασιακή και συνολική ανασφάλεια, μπαινοβγαίνοντας σε «μικρές», επισφαλείς θέσεις εργασίας που δίνουν μηδενική σταθερότητα και ελάχιστο νόημα στη ζωή τους (Lyons et al, 2015).

Εκεί που κάποτε η εργασία αποκλειστικά για ένα μόνο εργοδότη εφ' όρου ζωής ήταν κάτι πολύ επιθυμητό, οι σύγχρονοι εργαζόμενοι, και ειδικότερα οι νεότεροι, είναι πιο

δεκτικοί σε αλλαγές όσον αφορά εργοδότες και εργασία, που προκύπτει τόσο από ανάγκη όσο και από προσωπική επιθυμία. Καθώς η οικονομική κατάσταση των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας βελτιώνεται και γίνεται πιο σταθερή, αυτοί αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια, με αποτέλεσμα να αλλάζει η άποψή τους για την εργασία. Είναι πιθανό οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας οι οποίοι ικανοποιούνται από την εργασία τους, να παραμένουν σε μια εργασία περισσότερο από εκείνους που δεν νιώθουν ολοκληρωμένοι από την εργασία τους, οδηγώντας σε αυτοεπιλογή. Η ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας στο εργατικό δυναμικό φαίνεται να οδηγεί σε μεγαλύτερο βαθμό αντιληπτής ασφάλειας στην εργασία, καθώς και σε μεγαλύτερη προθυμία να μεταβιβάσουν γνώσεις και δεξιότητες σε νεότερους εργαζόμενους (Templer et al, 2010).

Γενικά θεωρείται ότι η ασφάλεια στην εργασία έχει τεράστιο αντίκτυπο στη συνολική εργασιακή ικανοποίηση καθώς οι εργαζόμενοι μεγαλώνουν. Αυτό προκύπτει από έμφυτα και εξωτερικά αίτια. Παρόλα αυτά είναι βέβαιο πως η επιλογή της σταθερότητας στην εργασία είναι προτιμητέα όσο ο εργαζόμενος γερνάει. Η αύξηση της ηλικίας επιδρά θετικά στην αντιληπτή εργασιακή ασφάλεια, με αποτέλεσμα για τους ηλικιωμένους εργαζόμενους, η υψηλότερη εργασιακή ασφάλεια θα είναι ισχυρότερος και αναμφίβολα θετικός προγνωστικός δείκτης για το συνολικό οικοδόμημα της εργασιακής ικανοποίησης, σε αντίθεση με τους νεότερους εργαζόμενους.

Η μεγαλύτερη αυτονομία στην εργασία ή το δικαίωμα παρέμβασης στον τρόπο με τον οποίο θα εκτελεστεί μια εργασία, φαίνεται να κινητοποιούν θετικά τους εργαζόμενους (Humphrey et al, 2007). Αντίθετα, οι στρεσογόνες εργασίες ή περιβάλλοντα όπου οι εργαζόμενοι είναι πιο επιρρεπείς στο άγχος έχουν αντίθετα αποτελέσματα (Wall et al, 1996).

Διάφορες μελέτες εξέτασαν το τρόπο με τον οποίο οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι επηρεάζονται από την αυξημένη αυτονομία στην εργασία. Μια μετανάλυση διαπίστωσε ότι η εργασιακή αυτονομία προβλέπει και προβάλλει και την εργασιακή αυτο-αποτελεσματικότητα και την απόδοση στην εργασία για τους ηλικιωμένους εργαζόμενους, περισσότερο και ακριβέστερα από ό,τι στους νεότερους εργαζόμενους (Ng and Feldman, 2014). Η μεγαλύτερη εργασιακή αυτονομία μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στα κίνητρα των εργαζομένων, στη στάση τους απέναντι στην εργασία, στη συμπεριφορά τους στο χώρο της εργασίας και γενικότερα στην ευημερία τους. Συνεπώς είναι λογικό και αναγκαίο να επανασχεδιάζονται θέσεις εργασίας και να δημιουργούνται επιπλέον πρακτικές ενίσχυσης των κινήτρων των εργαζομένων (Ng and Feldman, 2014). Στην ίδια έρευνα σημειώνεται ότι η πρόγνωση των σχέσεων της εργασιακής αυτονομίας τόσο με την εργασιακή ικανοποίηση όσο και με τη συναισθηματική δέσμευση, δείχνει αδύναμη συσχέτιση καθώς οι εργαζόμενοι γηράσκουν.

Οι Ng και Feldman υποστηρίζουν την άποψη ότι οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι επιδιώκουν μεγαλύτερη αυτονομία, επισημαίνοντας ότι τα πιο σύνθετα κοινωνικά

δίκτυα, καθώς και η ποικιλία δραστηριοτήτων στην εργασία τους βοηθούν να διαχειρίζονται ένα μεγαλύτερο εύρος εργασιών και εργασιακών σχέσεων (Ng and Feldman, 2014). Από οργανωτικής άποψης, είναι δυνατόν να ληφθούν κατάλληλα μέτρα για τη βελτίωση της εργασιακής ευελιξίας προκειμένου να συνδυαστούν οι εργασιακοί ρόλοι με την αξιοποίηση των δεξιοτήτων, πρακτική που θα τύχει μεγάλης εκτίμησης από τους ηλικιωμένους εργαζομένους (Oostrom et al, 2016).

Παρόμοια, σε μια άλλη μελέτη σημειώνεται ότι οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είναι αρκετά δεκτικοί και ευέλικτοι όταν οι λειτουργικές απαιτήσεις της εργασίας δεν ταυτίζονται με τις φυσικές ικανότητές τους (Munderlein et al, 2013). Αυτού του είδους οι ρυθμίσεις όχι μόνο κάνουν τα επαγγέλματα πιο ελκυστικά για τους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας, αλλά επίσης προσφέρουν τα μέγιστα στον οργανισμό, αφού επιτρέπουν την αναδιάταξη συγκεκριμένων καθηκόντων και δεξιοτήτων με ευέλικτο και οργανωμένο τρόπο.

Η βιβλιογραφία προτείνει ότι ορισμένοι εργασιακοί ρόλοι στον τομέα της υγείας, όπως αυτός του νοσηλευτή, δεν έχουν καλή προσαρμογή στην ευελιξία που αφορά την προσαρμογή των θέσεων εργασίας (Allen et al, 2015). Επομένως, αναμένεται ότι οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι θα προσδοκούν και θα αναζητούν να έχουν βαρύτερο λόγο ή αυτονομία από τους νεότερους εργαζομένους.

Η σχέση ηλικίας και εργασιακής ασφάλειας φανερώνει ότι οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στην εργασιακή ασφάλεια σε σχέση με τους νεότερους συναδέλφους τους και θεωρούν ότι η χαμηλή εργασιακή ασφάλεια επηρεάζει αρνητικά την εργασιακή ικανοποίηση.

Παλιότερες μελέτες αναφέρουν τη σημασία της οργανωτικής ενσωμάτωσης για τους ηλικιωμένους εργαζομένους σε σύγκριση με τους εργαζομένους μικρότερης ηλικίας στην πρόβλεψη για παραμονή στην εργασία τους (Templer et al, 2010). Αυτό σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι τείνουν να προτιμούν περισσότερο τη σταθερότητα από τον βασικό μισθό (Claes and Heymans, 2008).

Για τους εργαζομένους στον τομέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας που πλησιάζουν στη συνταξιοδότηση, τα προβλήματα που σχετίζονται με την ασφάλεια της εργασίας θεωρούνται λιγότερο σημαντικά. Ωστόσο, από την έρευνα προκύπτουν αντίθετα δεδομένα. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα μεμονωμένων περιστάσεων, όπου οι μελλοντικές απολαβές είναι σημαντικές για κάποιους ανθρώπους (Anwar και Rice, 2009) ή μπορεί να φανερώνει μια κρυφή επιθυμία για επιρροή και έλεγχο στις αποφάσεις που σχετίζονται με το πότε πρέπει να συνταξιοδοτηθεί το άτομο ή πώς πρέπει να είναι η πορεία προς τη συνταξιοδότηση (Taylor et al, 2021).

Η μεγαλύτερη αυτονομία κινείται προς την ίδια κατεύθυνση και συμφωνεί με την ευρύτερη έννοια της «εργασιακής ασφάλειας», ως περισσότερο κοινωνική και οργανωτική έννοια. Η μελέτη αυτής της πολύπλοκης συσχέτισης παραγόντων επικινδυνότητας και η πληρέστερη κατανόηση της φύσης της σχέσης τους με τους ηλικιωμένους εργαζομένους και τους εργασιακούς ρόλους, αποτελεί μια σημαντική πρόκληση.

Η διατήρηση ενός αφοσιωμένου εργατικού δυναμικού μεγαλύτερης ηλικίας αποφέρει πολλά και σημαντικά οργανωτικά οφέλη. Αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης, όπου πολλοί οργανισμοί αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα προσωπικού, εξαιτίας αφενός της γήρανσης του εργατικού δυναμικού και αφετέρου των διαρκώς αυξανόμενων αναγκών για όλο και περισσότερους εργαζομένους.

Η ενίσχυση της δέσμευσης των εργαζομένων συμβάλλει θετικά στο αίσθημα ασφάλειας των ασθενών (Brandis et al, 2017). Καθώς η ηλικία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας αυξάνεται, αυτοί ικανοποιούνται σημαντικά λιγότερο από τους εργασιακούς τους ρόλους. Ωστόσο, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι φαίνεται να εκτιμούν τη βεβαιότητα της εργασιακής ασφάλειας περισσότερο από τους νεότερους. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις λιγότερες επιλογές τους για εύρεση νέας εργασίας σε περίπτωση που χάσουν την τρέχουσα θέση τους, καθώς και στην αντίληψή τους για ελαχιστοποίηση του εισοδηματικού κινδύνου καθώς πλησιάζουν στη συνταξιοδότηση. Επίσης οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι θεωρούν σημαντικό να έχουν αυτονομία αλλά και άποψη στο τρόπο με τον οποίο εκτελούν τα καθήκοντά τους, σε περίπτωση δε που το δικαίωμα αυτό τους αποστερηθεί, η ήδη μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση στους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας, επιδεινώνεται.

Πρέπει να αναφερθεί πως η εφαρμογή μεγαλύτερης ευελιξίας και βεβαιότητας για τη διάρκεια της θητείας του εργαζομένου στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, και όχι μόνο, μπορεί να λειτουργεί ελκυστικά. Ωστόσο, η παροχή αποκλειστικά σε ηλικιωμένους εργαζομένους μπορεί να δημιουργήσει ζητήματα δικαιοσύνης και ισονομίας εάν δεν συμπεριληφθούν οι εργαζόμενοι νεότερης ηλικίας.

Συνεπώς, αναφορικά με την αυτονομία ή την ενισχυμένη άποψη, το ενδεχόμενο επέκτασης σε όσο το δυνατόν περισσότερους εργαζομένους θα μπορούσε να λειτουργήσει ευεργετικά για όλους τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, όπου φυσικά αυτό είναι εφικτό. Η παρουσία και η διατήρηση μίας ικανοποιημένης βάσης ηλικιωμένων εργαζομένων θα προσδώσει την εμπειρία και τις δεξιότητές τους στον οργανισμό, προσφέροντας ταυτόχρονα μια έτοιμη ομάδα δασκάλων και μεντόρων να μεταδώσουν στους νεότερους εργαζομένους τις γνώσεις και την εμπειρία τους.

Η ανάλυση των επιπτώσεων που σχετίζονται και προκύπτουν από την ηλικία και την αύξησή της για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας είναι υψίστης σημασίας, καθώς οι πληθυσμοί υγειονομικών εργαζομένων στις ανεπτυγμένες οικονομίες διαρκώς γερνούν, με αποτέλεσμα η διατήρηση έμπειρων και ικανών στελεχών να είναι επιτακτική ανάγκη για τη διατήρηση ενός ισχυρά ανθεκτικού και ικανού οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι έχουν τι αναγκαίες δεξιότητες και εμπειρία για την αποτελεσματική και ορθή λειτουργία των οργανισμών υγείας και ταυτόχρονα μπορούν να στηρίζουν και να μεταδίδουν στους νεότερους συναδέλφους τους γνώσεις και εμπειρία.

Τα στοιχεία αποκαλύπτουν δύο βασικά πεδία όπου οι εργοδότες και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής είναι σε θέση να κάνουν χρήσιμες βελτιώσεις για να επιμηκύνουν τον εργασιακό βίο των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας. Τα ζητήματα ασφάλειας της εργασίας είναι πρωταρχικής και υψίστης σημασίας. Οι εργαζόμενοι αυτοί ήδη βιώνουν πιθανές ή πραγματικές προκαταλήψεις, με τον ηλικιακό ρατσισμό να κυριαρχεί, χωρίς ωστόσο να αποτελεί την μοναδική διάκριση. Οι ανησυχίες τους περιλαμβάνουν θέματα σχετικά με τα καθήκοντα εργασίας τους, το πρόγραμμα ή τις ώρες εργασίας. Από την οπτική αυτή, η εφαρμογή ευέλικτων ρυθμίσεων στο χώρο εργασίας, όπου αυτό είναι λειτουργικά εφικτό, θα επιτρέψει συνήθως να ικανοποιηθούν οι απαιτήσεις των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας, παράλληλα με άλλες ομάδες εργαζομένων που επίσης επιζητούν την ίδια ευελιξία. Δεύτερον, και σε άμεση σχέση με τα παραπάνω, η αυτονομία σε θέματα καθηκόντων και η δύναμη να ακούγεται η φωνή τους έχει μεγάλη σημασία για τους εργαζόμενους καθώς γερνούν. Αφού τόσο οι προτιμήσεις όσο και οι ικανότητες των εργαζομένων μεταβάλλονται καθώς η ηλικία τους αυξάνεται, οι οργανισμοί που επιζητούν την επιρροή των εργαζομένων στις αποφάσεις σχετικά με την εργασία, θα έχουν εξαιρετικά θετικά αποτελέσματα στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων εργαζομένων τους.

Η βιβλιογραφία αποκαλύπτει ότι οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν πρακτικά εμπόδια και εμπόδια συμπεριφοράς για την είσοδο στο εργατικό δυναμικό, αλλά παράλληλα δείχνει ότι τα εμπόδια αυτά είναι εφικτό να μετριαστούν μέσω αποτελεσματικού στρατηγικού σχεδιασμού και πολιτικών υποστήριξης των αναγκών τους για ευελιξία. Ακόμα, υφίσταται η αντίληψη ότι οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είναι σημαντικά διαφορετικοί σε πολλά χαρακτηριστικά τους, αλλά αρκετές φορές επιδιώκουν να συνεχίσουν να συμμετέχουν ενεργά στην εργασία εάν αυτό είναι πρακτικό και υποστηρικτικό ώστε να γίνουν οι κατάλληλες προσαρμογές για να τους επιτραπεί η αυτονομία σε σχέση με τις αποφάσεις στην εργασία.

Σε πρακτικό επίπεδο, η μεγαλύτερη αυτονομία μπορεί να δημιουργήσει μεγαλύτερες μορφές ευελιξίας. Ένα σημαντικό βήμα για τους επικεφαλής και τους ηγέτες μπορεί να είναι η συνεργασία με τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας σχετικά με καθήκοντά και την ευελιξία που επιθυμούν. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να θεωρείται σίγουρο ότι οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι αποτελούν ένα ομοιογενές σύνολο με κοινές επιθυμίες, φιλοδοξίες και ανάγκες και οι επιλογές τους πιθανόν να διαφέρουν σημαντικά.

Η αξιοποίηση αυτού του συνόλου συνθηκών και ευκαιριών θα μπορούσε να έχει θετικές επιδράσεις τόσο στους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας όσο και στους εργοδότες τους, και σίγουρα αυτό θα αποτελέσει επιτακτική ανάγκη στο άμεσο μέλλον εξαιτίας των δημογραφικών αλλαγών και της σημαντικής επέκτασης του κλάδου της υγειονομικής περίθαλψης, σε συνδυασμό με την παράλληλη μείωση του ενεργού εργατικού δυναμικού.

Ως εκ τούτου, οι στρατηγικές και οι πολιτικές των υπευθύνων θα πρέπει να αντιμετωπίσουν αυτές τις καταστάσεις άμεσα.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ίσως η βασικότερη πρόκληση όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτή της γήρανσής του. Η δεύτερη αλλά και λιγότερο αναγνωρισμένη και μελετημένη, παρόλο που σε ορισμένες περιπτώσεις εντονότερη, είναι η απουσία πρόθεσης εθελοντικής προσφοράς του ηλικιωμένου νοσηλευτικού προσωπικού, μεγαλύτερης ηλικίας, λόγω διακρίσεων ή απουσίας κατάλληλων πολιτικών.

Η πρόσφατη έκθεση *State of the World's Nursing* (SOWN), που έγινε γνωστή στο κοινό το 2020, είναι η πρώτη αξιολόγηση του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού σε παγκόσμιο επίπεδο (World Health Organization, 2020). Η έκθεση χρησιμοποιεί στοιχεία από τη διετία 2018-2019 και συνεπώς προσφέρει ένα στιγμιότυπο του παγκόσμιου προφίλ του νοσηλευτικού προσωπικού πριν το ξέσπασμα της πανδημίας του COVID-19.

Το βασικό συμπέρασμα της έκθεσης είναι ότι οι παγκόσμιες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό υπονομεύουν και εμποδίζουν την ικανότητα πολλών χωρών να επιτύχουν τους *Στρατηγικούς Αναπτυξιακούς Στόχους* του Ο.Η.Ε. (Strategic Development Goals - SDGs) και να φθάσουν σε *Καθολική Υγειονομική Κάλυψη* (Universal Health Coverage - UHC).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, το 17% των στελεχών νοσηλευτικής παγκοσμίως είναι ηλικίας 55 ετών και άνω, προσωπικό το οποίο αναμένεται να συνταξιοδοτηθεί στα επόμενα 10 χρόνια, με τις επικείμενες ανάγκες σε νέο νοσηλευτικό προσωπικό να εκτιμάται στα 4,7 εκατομμύρια.

Προσωπικό το οποίο πρέπει να εκπαιδευθεί, να προσληφθεί και να ξεκινήσει να εργάζεται κατά τη διάρκεια της επόμενης δεκαετίας, απλά και μόνο για να υπάρξει μια κατάσταση η οποία απλά δε θα γίνει χειρότερη αλλά θα σταθεροποιηθεί. Η έκθεση σημειώνει πως το πρόβλημα είναι εντονότερο σε κάποιες χώρες ανώτερου, υψηλού αλλά και μεσαίου εισοδήματος, όπου η μειωμένη προσφορά εργατικού δυναμικού, ο μεγαλύτερος μέσος όρος ηλικίας του νοσηλευτικού προσωπικού και η συνάμα μεγάλη εξάρτηση από τις διεθνείς προσλήψεις, αποτελούν μια αθροιστική απειλή για την επίτευξη των εθνικών στόχων για το νοσηλευτικό προσωπικό. Η έκθεση παρουσιάζει τη γήρανση του νοσηλευτικού προσωπικού, συγκρίνοντας την ποσόστωση του νεότερου προς το μεγαλύτερο ηλικιακά νοσηλευτικό προσωπικό σε διάφορες χώρες.

Η έκθεση σημειώνει ότι, ενώ μεγάλος αριθμός χωρών διαθέτουν υψηλό ποσοστό νέων νοσηλευτών, το 17% σχεδόν των χωρών αντιμετωπίζει σοβαρά θέματα αφού το γηρασμένο νοσηλευτικό προσωπικό ετοιμάζεται να συνταξιοδοτηθεί και οι προσλήψεις νεότερων είναι ελάχιστες και αδυνατούν να καλύψουν τις υπάρχουσες ανάγκες (World Health Organization, 2020).

Το κύριο εύρημα της SOWN ήταν ότι η γήρανση του νοσηλευτικού προσωπικού σε ορισμένες χώρες και περιοχές απειλεί τη σταθερότητα του νοσηλευτικού

αποθέματος αλλά και τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η έρευνα τονίζει τις ανισότητες του ηλικιακού μοτίβου του νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ των περιοχών, όπου στις αμερικανικές και ευρωπαϊκές περιοχές παρατηρούνται σημαντικά μεγαλύτερα ηλικιακά σύνολα εργαζομένων.

Η SOWN αναφέρει ότι οι χώρες με χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού ηλικίας κάτω των 35 ετών συγκριτικά με εκείνους που είναι κοντά στη συνταξιοδότηση, δηλαδή ηλικίας 55 ετών και άνω, θα πρέπει να αυξήσουν τον αριθμό των αποφοίτων από τα αντίστοιχα εκπαιδευτικά ιδρύματα και να βελτιώσουν τις παροχές για την επιμήκυνση του εργασιακού βίου στο νοσηλευτικό προσωπικό μεγαλύτερης ηλικίας, με απώτερο στόχο να διατηρηθεί η πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (World Health Organization, 2020).

Οι βασικότερες προτάσεις και κατευθύνσεις που έδωσε η SOWN ήταν ότι, για την ανάπτυξη κατάλληλων πολιτικών και επενδυτικών προγραμμάτων, είναι αναγκαίο να ληφθεί υπόψη το φύλο του εργαζομένου στις διακρίσεις που δημιουργούνται και ότι οι χώρες που αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα, πρέπει να ενισχύσουν τη συλλογή, την ανάλυση και την επεξεργασία δεδομένων που αφορούν το υγειονομικό εργατικό δυναμικό τους, παράλληλα με αναλύσεις της αγοράς εργασίας στο χώρο της υγείας (World Health Organization, 2020).

Η SOWN επίσης προτείνει ότι οι ρυθμιστικές αρχές θα πρέπει να βελτιστοποιήσουν τη συμβολή της νοσηλευτικής πρακτικής. Οι πολιτικές και οι στρατηγικές στον εργασιακό χώρο πρέπει να δίνουν λύση σε ζητήματα που είναι γνωστό ότι μεταβάλλουν τη τάση των νοσηλευτών να παραμείνουν ή να αποχωρήσουν από την εργασία τους.

Αυτό περιέχει την αξιοποίηση των ευκαιριών που προκύπτουν από τη σύγχρονη τεχνολογία η οποία βρίσκει αναρίθμητες εφαρμογές στην υγεία, την κατάλληλη καθοδήγηση από ηγέτες νοσηλευτικής υπηρεσίας, λαμβάνοντας υπόψη τα πρότυπα γήρανσης του νοσηλευτικού προσωπικού (World Health Organization, 2020).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, ο αριθμός και τα ποσοστά πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω αυξάνονται ταχύτατα σε αρκετές βιομηχανικές χώρες (OECD, 2021). Σύμφωνα με τα στοιχεία, το 2018 το προσδόκιμο ζωής για γυναίκες και άνδρες ηλικίας 65 ετών στη Σουηδία ήταν επιπλέον 22 και 19 έτη αντίστοιχα (European Union, 2020). Επιπλέον, έως το 2029, ο πληθυσμός ηλικίας 80 ετών και άνω αναμένεται να αυξηθεί κατά 50% (Statistics Sweden, 2020). Αυτές οι μεταβολές στις ηλικιακές δομές και η γήρανση του πληθυσμού προκαλούν εκτεταμένες συνέπειες σε πολλαπλά επίπεδα και θέτοντας σε κίνδυνο τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης, της μακροχρόνιας περίθαλψης και των συνταξιοδοτικών συστημάτων (OECD, 2021, European Union, 2020).

Ως απάντηση στα προβλήματα που προκαλεί η ταχεία γήρανση του πληθυσμού, πολλά κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν προβεί σε ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις στα συνταξιοδοτικά τους συστήματα. Αυτές κυρίως αφορούν την επιμήκυνση του εργασιακού βίου, με αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης, με

ισχυρότερα αντικίνητρα για την πρόωρη συνταξιοδότηση, αλλά και ενισχύοντας τα κίνητρα ώστε οι εργαζόμενοι να μεταθέτουν σε μεταγενέστερο χρόνο την αποχώρησή τους από την αγορά εργασίας (European Commission, 2021). Ως αποτέλεσμα αυτών των μέτρων, αυξήθηκαν τα ποσοστά απασχόλησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση για άτομα ηλικίας 55 έως 64 ετών, από 38% το 2000 σε 62% το 2019 (Swedish Pensions Agency, 2020). Λόγω της ευελιξίας του, το συνταξιοδοτικό σύστημα της Σουηδίας δίνει τη δυνατότητα στους εργαζόμενους να εργάζονται μέχρι τα βαθιά γεράματα. Δεν υφίσταται καθορισμένη ηλικία συνταξιοδότησης, αντίθετα, οι εργαζόμενοι μπορούν να επιλέξουν να συνταξιοδοτηθούν ανά πάσα στιγμή μεταξύ 62 και 68 ετών, με αντίστοιχα οικονομικά οφέλη εφόσον όσο επιλέγουν να μεταθέσουν σε μεταγενέστερο χρόνο τη συνταξιοδότησή τους. Σε πολλές δε περιπτώσεις, έχουν τη δυνατότητα να συνεχίσουν να εργάζονται και μετά την ηλικία των 68 ετών, εφόσον ο εργοδότης τους το επιτρέπει (Swedish Pensions Agency, 2020). Για έναν διαρκώς αυξανόμενο αριθμό εργαζομένων συνιστά μείζον ζήτημα ο χρόνος καταβολής σύνταξης αλλά και η διαδικασία της συνταξιοδότησης. Κάποιοι επιλέγουν, αντί για μια απότομη μετάβαση από την απασχόληση στη συνταξιοδότηση, να ακολουθήσουν μια σταδιακή απόσυρση από την αγορά εργασίας. Μπορούν, δηλαδή, να συνεχίσουν να παρέχουν υπηρεσίες, λαμβάνοντας απολαβές οι οποίες κυμαίνονται από το 25 έως το 100% του συνόλου και συγκεντρώνοντας ταυτόχρονα πρόσθετες συνταξιοδοτικές παροχές για τη συνέχεια (Government Offices of Sweden, 2016). Στη Σουηδία, το ποσοστό απασχόλησης για άτομα ηλικίας 60-64 ετών αγγίζει το 70%, ωστόσο για τους εργαζόμενους ηλικίας 65-69 ετών, το ποσοστό πέφτει στο 24%. Το 2019, η μέση ηλικία στην οποία ένα άτομο άρχισε να λαμβάνει σύνταξη γήρατος ήταν τα 64,6 έτη.

Αν και στη Σουηδία, συγκριτικά με άλλες χώρες, επικρατεί μια κουλτούρα καθυστερημένης εξόδου από την εργασία, οι προτιμήσεις για πρόωρη συνταξιοδότηση φαίνονται κοινές (Poulsen et al, 2017). Σε μια έρευνα του 2015, ο μέσος όρος ηλικίας μέχρι την οποία οι εργαζόμενοι θεωρούσαν ότι θα ήταν ικανοί να εργάζονται στην τρέχουσα ή σε παρόμοια εργασία ήταν τα 68 έτη για τους άνδρες και τα 67 για τις γυναίκες. Αντίθετα, ο μέσος όρος ηλικίας μέχρι την οποία επιθυμούσαν να εργαστούν ήταν 63,3 έτη για τους άνδρες και τα 62,8 για τις γυναίκες (European Union, 2020).

Συνεπώς, μεγάλος αριθμός εργαζομένων επιλέγουν να συνταξιοδοτηθούν πολύ νωρίτερα από τη μέγιστη ηλικία έως την οποία θεωρούν ότι θα ήταν ικανοί να εργάζονται (Sousa - Ribeiro et al, 2021).

Η γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού, και κατ' επέκταση του εργατικού δυναμικού, δημιουργεί επείγουσες συνθήκες σε πολλούς σημαντικούς για το κοινωνικό σύνολο οργανισμούς, οι οποίοι απειλούνται με σημαντικές ελλείψεις ειδικευμένων εργαζομένων. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και του αριθμού των ηλικιωμένων, μαζί με την επακόλουθη αύξηση των χρόνιων ασθενειών και των

απαιτήσεων για υγειονομική περίθαλψη, είναι σημαντικοί παράγοντες που ασκούν πίεση στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης (OECD, 2021).

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί την πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 20-25% του συνόλου των εργαζομένων στο χώρο, και διαδραματίζοντας κρίσιμο ρόλο στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (OECD, 2021). Η ηλικιακή κατανομή των νοσηλευτών συμβαδίζει με αυτή του γενικού πληθυσμού (OECD, 2021).

Στη Σουηδία, το ηλικιακό προφίλ του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σχετικά ομοιόμορφο, με την ηλικιακή ομάδα των 50-54 ετών να αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό (Swedish National Board of Health and Welfare, 2019).

Το 2020, η μέση ηλικία συνταξιοδότησης ήταν τα 63,8 έτη, ενώ το 5,8% του νοσηλευτικού προσωπικού, συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού που ανέβαλε τη συνταξιοδότησή του, καθώς και του προσωπικού που εργάζονταν σε ωριαία βάση μετά την έναρξη της διαδικασίας συνταξιοδότησης, ήταν ηλικίας 65 ετών και άνω (Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2021).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, όπως και στη Σουηδία, παρατηρείται τεράστια έλλειψη ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού (OECD, 2021, Swedish National Board of Health and Welfare, 2019, Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2020). Το 2018, οι Σουηδοί πάροχοι υπηρεσιών φροντίδας υγείας ανέφεραν ότι παρουσιάζουν σε όλους τους τομείς ελλείψεις γενικού και ειδικού νοσηλευτικού προσωπικού (Swedish National Board of Health and Welfare, 2019). Κάτι τέτοιο, προφανώς κλονίζει την ικανότητα παροχής αποτελεσματικών και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας (Fitzgerald, 2007).

Για την αντιμετώπιση της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον εργασίας, οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας επιβάλλεται να προβούν σε προσλήψεις νέου προσωπικού, αλλά και να προσφέρουν κίνητρα σε έμπειρα στελέχη τους παρατείνουν τον εργασιακό τους βίο αναβάλλοντας τη συνταξιοδότησή τους (Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2020). Η παράταση συνταξιοδότησης του υπάρχοντος προσωπικού προσφέρει σημαντική βοήθεια στην κάλυψη των ελλείψεων προσωπικού. Για παράδειγμα, μια έκθεση του 2017 στη Σουηδία τονίζει ότι μόνο η αναβολή συνταξιοδότησης αριθμού επαγγελματιών νοσηλευτικής κατά δύο έτη, θα είχε ως αποτέλεσμα να χρειασθούν 50.000 λιγότερα άτομα για την κάλυψη των αναγκών πρόσληψης πρόνοιας και υγειονομικής περίθαλψης έως το 2026 (Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2018). Πέραν τούτου, το νοσηλευτικό προσωπικό μεγαλύτερης ηλικίας που παρατείνουν τον εργασιακό τους βίο προσφέρουν στους οργανισμούς υγείας πολύτιμες γνώσεις, τεχνογνωσία και εμπειρία (Connolly et al, 2006, Fitzgerald, 2007, Markowski et al, 2020). Αυτό είναι ζωτικής σημασίας τόσο για τη διατήρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και για την επίβλεψη των νεοεισερχόμενων και άπειρων στελεχών νοσηλευτικής (Leners et al, 2006). Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, είναι

σκόπιμο και απαραίτητο να εξετασθούν οι εργασιακές εμπειρίες του ηλικιωμένου νοσηλευτικού προσωπικού και να σκιαγραφηθούν οι παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην απόφαση για παράταση του εργασιακού βίου ή για συνταξιοδότηση (Wargo-Sugleris et al, 2018). Αυτές οι πληροφορίες σίγουρα είναι κρίσιμες για τους οργανισμούς υγείας και τους υπεύθυνους στρατηγικού σχεδιασμού, ώστε να σχεδιάσουν πολιτικές που θα παρέχουν σημαντικά κίνητρα στο νοσηλευτικό προσωπικό να συνεχίσει να εργάζεται και μετά το όριο συνταξιοδότησης (Moseley, Jeffers and Paterson, 2008).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η γήρανση του παγκόσμιου εργατικού δυναμικού και η συνταξιοδότηση αποτελούσε και αποτελεί ένα από τα πιο κύρια πεδία της παγκόσμιας ακαδημαϊκής (και όχι μόνο) έρευνας. Ολοένα και μεγαλύτερος όγκος ερευνών και βιβλιογραφίας έχει επικεντρωθεί σε ανάλογα θέματα (Fisher et al, 2016, Scharn et al, 2018, Torpa et al, 2009, Torpa et al, 2018). Άλλοι ερευνητές (Wang and Shi, 2014) ομαδοποίησαν και ταξινόμησαν τους παράγοντες που επιδρούν στην απόφαση συνταξιοδότησης σε τέσσερις ομάδες:

1. Ατομικά χαρακτηριστικά (π.χ. υγεία, οικονομικές συνθήκες, δημογραφικά χαρακτηριστικά)
2. Οικογενειακοί παράγοντες (π.χ. οικογενειακή κατάσταση, εργασιακό καθεστώς συζύγου)
3. Εργασιακοί και οργανωτικοί παράγοντες (π.χ. εργασιακά χαρακτηριστικά, στάση απέναντι στην εργασία, ηλικιακά στερεότυπα στην εργασία)
4. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (π.χ. ρυθμιστικοί κανόνες που αφορούν τη συνταξιοδότηση, σύστημα κοινωνικής ασφάλισης).

Επιπλέον, μια συστηματική ανασκόπηση (Browne et al, 2019) για το ρόλο του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος εργασίας και τον βαθμό συμμετοχής του στην απόφαση για συνταξιοδότηση, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η υψηλή εργασιακή ικανοποίηση, καθώς και ο πιεστικός έλεγχος της εργασίας είχε ως αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να καθυστερήσουν τη συνταξιοδότησή τους.

Ωστόσο, επαγγέλματα τα οποία έχουν ως αποστολή τη παροχή υπηρεσιών στο κοινό, όπως του νοσηλευτή, περιλαμβάνουν άμεση επαφή με τους ανθρώπους και προσφέρουν λιγότερες ευκαιρίες για εργασιακό έλεγχο και σχεδιασμό σε σχέση με επαγγέλματα άλλων κλάδων (Sverke et al, 2017).

Πολυάριθμες μελέτες αναζήτησαν παράγοντες που σχετίζονται με τη διατήρηση του νοσηλευτικού προσωπικού στην εργασία (Moseley et al, 2008, Graham et al, 2014), την πρόθεσή του να παραμείνει (Armstrong - Stassen and Schlosser, 2011, Armstrong - Stassen and Stassen, 2013, Liebermann et al, 2015), τη πρόθεση αποχώρησης (Camerino et al, 2006, Chan et al, 2013, De Oliveira et al, 2017, Hasselhorn et al, 2006, Leineweber et al, 2016, Salehi et al, 2020), την εργασιακή κινητικότητα (Moseley et al, 2008, Daouk - Öyry et al, 2014, Nei et al, 2015), τον προγραμματισμό της συνταξιοδότησης και τις συνταξιοδοτικές προτιμήσεις (Markowski et al, 2020, Wargo - Sugleris et al, 2018, Boumans et al, 2008,

Cleaver et al, 2022, Duffield et al, 2015, Molero et al, 2018, Gyllensten et al, 2019, 2006, Stattin and Bengts, 2021, Uthaman et al, 2016, Valencia and Raingruber, 2010) και την εργασία μετά τη συνταξιοδότηση (MacLeod et al, 2021). Παρόλο που η εργασιακή κινητικότητα και η συνταξιοδότηση αποτελούν δύο διαφορετικές συνθήκες απόσυρσης από την εργασία, εμφανίζουν σημαντικές ομοιότητες (Adams and Beehr, 1998) και το σύνολο των αποτελεσμάτων παρουσιάζουν ενδιαφέρον για τη μελέτη των αποφάσεων που έλαβαν νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας πριν ολοκληρώσουν τη σταδιοδρομία τους.

Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι ένας αριθμός ατομικών παραγόντων, όπως η υγεία και η ικανότητα για εργασία (Uthaman et al, 2016, Valencia and Raingruber, 2010), τα οικονομικά κίνητρα και οι κοινωνικές συνθήκες (Uthaman et al, 2016, Valencia and Raingruber, 2010), η οικογενειακή κατάσταση και ο ελεύθερος χρόνος (Gyllensten et al, 2019, Uthaman et al, 2016), επηρεάζουν τις αποφάσεις του ηλικιωμένου νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την παραμονή στην εργασία.

Επιπλέον, τα σχέδια των ηλικιωμένων στελεχών νοσηλευτικής για επιμήκυνση του εργασιακού βίου επηρεάζονται από το ψυχοκοινωνικό εργασιακό περιβάλλον (Markowski et al, 2020, Wargo - Sugleris et al, 2018) και άλλα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την εργασία, όπως ο φόρτος εργασίας (Uthaman et al, 2016), οι ρυθμοί εργασίας (Gyllensten et al, 2019), η αυτονομία και ο έλεγχος (Gyllensten et al, 2019), η σαφήνεια των ρόλων, οι ευέλικτες συνθήκες εργασίας, τα ευέλικτα ωράρια και ο έλεγχος του χρόνου εργασίας (Uthaman et al, 2016), η εργασία σε βάρδιες (Uthaman et al, 2016), οι ευκαιρίες ανάκαμψης μετά την εργασία (Gyllensten et al, 2019), οι ευκαιρίες για ανάπτυξη ικανοτήτων (Uthaman et al, 2016), η αναγνώριση (Armstrong - Stassen and Schlosser, 2011, Uthaman et al, 2016), η μορφή ηγεσίας και η στήριξη από τους προϊστάμενους (Liebermann et al, 2015, Uthaman et al, 2016), το ενδιαφέρον για την εργασία, καθώς επίσης και η ικανοποίηση από την εργασία (Graham et al, 2014, Markowski et al, 2020, Gyllensten et al, 2019). Το επάγγελμα της νοσηλευτικής επιστήμης έχει υψηλές απαιτήσεις, σωματικές και ψυχικές (Moseley et al, 2008, Duffield et al, 2015, Uthaman et al, 2016) και συνδέεται πολύ συχνά με προβλήματα υγείας, όπως οι μυοσκελετικές παθήσεις, το υψηλό εργασιακό στρες και η εξάντληση, αλλά και η εργασιακή δυσαρέσκεια (Uthaman et al, 2016, Van Bogaert et al, 2017).

Ιδιαίτερα η νοσηλευτική εργασία σε *Μονάδες Εντατικής Θεραπείας* (ΜΕΘ) σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα σωματικών και συναισθηματικών απαιτήσεων, εργασιακού στρες, εξουθένωσης και κατάθλιψης σε σύγκριση με άλλα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης.

Αυτό οφείλεται στους πολύ έντονους ρυθμούς εργασίας, στον τεράστιο εργασιακό φόρτο, στην περιορισμένη εξουσία και συμμετοχής κατά τη λήψη αποφάσεων, στις εκτενείς βάρδιες, στις απαιτήσεις για συνεχή και στενή παρακολούθηση των βαρέως πασχόντων ασθενών, αλλά και στο χειρισμό εξελιγμένου ιατρικού εξοπλισμού.

Επιπλέον, η συχνή έκθεση σε τραυματικές καταστάσεις ταυτόχρονα με πολλά ηθικά διλήμματα που προκύπτουν, επιβαρύνουν ακόμα περισσότερο το νοσηλευτικό προσωπικό (Salehi et al, 2020, Bae, 2021, Bakker et al, 2005, Huang et al, 2022).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα δυο σημαντικότερα επιδιωκόμενα αποτελέσματα αυτής της συζήτησης είναι να τονισθεί η σημασία των βασικών ευρημάτων των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί και να ερμηνευθούν για τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορες ερευνητικές προσεγγίσεις για την εξέταση των χαρακτηριστικών εργασίας των ηλικιωμένων νοσηλευτών. Εντοπίστηκαν τρεις διαφορετικές ομάδες ανακοινωμένων στοιχείων:

- Ανασκοπήσεις,
- Μελέτες κοόρτης και
- Έρευνες.

Σκοπός της παρούσας μελέτης υπήρξε η διερεύνηση της επίδρασης της ηλικίας και της εργασιακής σχέσης (μόνιμης ή προσωρινής) των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, στην αίσθηση εργασιακής ανασφάλειας, στην εκτίμηση της ικανότητάς τους να ανταπεξέλθουν στις εργασιακές υποχρεώσεις, καθώς και τις πιθανές επιπτώσεις των δύο παραγόντων στην υγεία και στην ποιότητα ζωής των εργαζομένων, όπως και στην ευημερία στο χώρο εργασίας.

Ο *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* (ΠΟΥ) ορίζει ότι «ένας υγιής χώρος εργασίας είναι αυτός στον οποίο οι εργαζόμενοι, καθώς και οι διευθυντές συνεργάζονται για να χρησιμοποιήσουν μια διαδικασία συνεχούς βελτίωσης για την προστασία και την προώθηση της υγείας, της ασφάλειας και της ευημερίας των εργαζομένων» (World Health Organization, 2010). Αυτό απαιτεί από τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων και χάραξης πολιτικής για την υγεία την παράλληλη εκτίμηση του ψυχοκοινωνικού εργασιακού περιβάλλοντος και την προώθηση, καθώς και την υποστήριξη των ατομικών πόρων των εργαζομένων.

Ανεξάρτητα από τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται, το περιβάλλον ή το κύριο αντικείμενο της μελέτης, αυτές είναι γενικά σταθερές. Τα στοιχεία δείχνουν ουσιαστικά ότι ενώ οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση και παραμονή του νοσηλευτικού προσωπικού μεγαλύτερης ηλικίας στην εργασία, μπορεί να είναι πολυδιάστατοι και περίπλοκοι, ωστόσο συνήθως είναι αποτέλεσμα οργανωτικών, ατομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών.

Οι μελέτες αναφέρουν ένα σύνολο από οργανωτικούς παράγοντες που έχουν αναφερθεί ότι έχουν αντίκτυπο στην εργασιακή ικανοποίηση και στην πιθανότητα παραμονής στην εργασία των νοσηλευτών μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτοί οι παράγοντες είναι η κατάσταση της υγείας του εργαζομένου, η ευημερία του στον εργασιακό χώρο, το περιβάλλον και οι συνθήκες εργασίας, οι εργασιακές σχέσεις, οι αμοιβές, όπως και άλλοι όροι που αφορούν την απασχόληση, τη

δυνατότητα ευέλικτων μορφών εργασίας ή μειωμένων ωρών εργασίας, τη διαρκή δυνατότητα για επιμόρφωση και ανέλιξη, τις ικανοποιητικές σχέσεις εργασίας με το σύνολο του προσωπικού και προϊσταμένου, την ενημέρωση για τη συνταξιοδότηση και τις οικονομικές απολαβές μετά την αποχώρηση από την εργασία.

Ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο που προκύπτει σχεδόν από το σύνολο των ερευνητικών μελετών είναι η ανάγκη για ευέλικτη προσέγγιση των ηλικιωμένων λειτουργών νοσηλευτικής, κατανοώντας τις ιδιαίτερες προσδοκίες τους, τις ατομικές τους ανάγκες, αλλά και αποκλείοντας ταυτόχρονα στερεοτυπικές αντιλήψεις για αυτούς.

Ο καθορισμός του τρόπου ερμηνείας των στοιχείων που προκύπτουν αλλά και των προτεραιοτήτων στην επιλογή των κατάλληλων πολιτικών στήριξης των στελεχών νοσηλευτικής μεγαλύτερης ηλικίας για παραμονή στην εργασία, αποτελούν πρόκληση για όσους είναι επιφορτισμένοι με τη χάραξη πολιτικής και τη δημιουργία στρατηγικών. Η βιβλιογραφία αναφέρει πως οι οργανισμοί πρέπει να δημιουργήσουν ένα κατάλληλο εργασιακό περιβάλλον, όπου το ηλικιωμένο νοσηλευτικό προσωπικό θα εισπράττει σεβασμό και εκτίμηση, ενώ παράλληλα θα ικανοποιούνται οι προσωπικές και επαγγελματικές του ανάγκες. Το ηλικιωμένο νοσηλευτικό προσωπικό είναι πιο πιθανό να επιμηκύνει τον εργασιακό του βίο εάν αισθάνεται αφοσιωμένο στον οργανισμό του και όταν εφαρμόζονται τα επαγγελματικά πρότυπα (Markowski et al, 2020).

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, δεν υποστηρίζεται η άποψη ότι το επίκεντρο θα πρέπει να είναι αποκλειστικά και μόνο το ηλικιωμένο νοσηλευτικό προσωπικό ή ότι οι επαγγελματίες νοσηλευτικής πάνω από ένα ηλικιακό όριο απαιτούν διαφορετική ή προνομιακή μεταχείριση. Είναι ύψιστης σημασίας, ένας εργοδότης να έχει πλήρη εικόνα των χαρακτηριστικών, των απαιτήσεων και των προσδοκιών του νοσηλευτικού προσωπικού που έχει στο δυναμικό του ή επιθυμεί να απασχολήσει, ανεξάρτητα από την ηλικία αυτού. Η ανάλυση και η ερμηνεία του ηλικιακού προφίλ, των ποσοστών συμμετοχής ανά ηλικία, καθώς και μια συνολική στρατηγική με επίκεντρο τον αποκλεισμό κάθε είδους ηλικιακής διάκρισης, θα πρέπει να αποτελούν γνώμονα κατά τη διαδικασία χάραξης αυτών των πολιτικών και στρατηγικών.

Ο στόχος είναι να αντιμετωπίζονται οι ηλικιωμένοι λειτουργοί νοσηλευτικής με δικαιοσύνη και σεβασμό, αλλά και να αναγνωρίζεται η πρόσθετη γνώση, η εκπαίδευση και η εμπειρία που συχνά συνεισφέρουν στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, πρωταρχικό στόχο πρέπει να αποτελεί η κατανόηση των χαρακτηριστικών και των προσδοκιών του νοσηλευτικού προσωπικού. Ως αποτέλεσμα πολλών εκθέσεων και μελετών, οι οποίες συνολικά επιβεβαιώνουν την ασυνέπεια του ορισμού του ηλικιωμένου στελέχους νοσηλευτικής σε όλη τη βιβλιογραφία (Pike et al, 2011, Bell, 2013, Kwok et al, 2016, World Health Organization, 2020), ακολουθεί μια ομάδα συστάσεων 10

σημείων που έχουν ως σκοπό να ευαισθητοποιήσουν όλους εκείνους που εμπλέκονται στη χάραξη και υλοποίηση πολιτικών που προσβλέπουν στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας των ηλικιωμένων νοσηλευτών. Πρόκειται για γενικότερες συστάσεις που έχουν ανάγκη από εκτενή και λεπτομερή εξέταση, αλλά ίσως και επανεκτίμηση, όταν πρόκειται να εφαρμοσθούν σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο. Συγκεκριμένα:

1. Κατανόηση των χαρακτηριστικών του εργατικού δυναμικού και των αναγκών του ηλικιωμένου νοσηλευτικού προσωπικού
2. Αποφυγή ηλικιακών διακρίσεων στις πρακτικές πρόσληψης και απασχόλησης
3. Παροχή ευέλικτων ωραρίων εργασίας στους ηλικιωμένους επαγγελματίες νοσηλευτικής
4. Διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης ηλικιωμένων επαγγελματιών νοσηλευτικής σε επιμόρφωση και εξέλιξη
5. Διαβεβαίωση ότι οι πολιτικές για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία επιτρέπουν την ευημερία του προσωπικού
6. Επανασχεδιασμός της εργασίας με στόχο τη μείωση του στρες και του εργασιακού φόρτου
7. Διατήρηση ικανοποιητικών αμοιβών και παροχών προς τους ηλικιωμένους επαγγελματίες νοσηλευτικής
8. Τοποθέτηση ηλικιωμένου προσωπικού επαγγελματιών νοσηλευτικής σε ρόλο εκπαιδευτή - μέντορα (Clauson et al, 2011).
9. Σχεδιασμός διαδοχής και μεταφορά γνώσεων στους νέους ηγέτες (Titzer et al, 2013, Trepanier et al, 2015).
10. Καθοδήγηση και ενημέρωση ηλικιωμένων επαγγελματιών νοσηλευτικής σχετικά με τη συνταξιοδότηση

Η συνταξιοδότηση αποτελεί μια σημαντική απόφαση ζωής που μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη συνέχειά της (Zhan et al, 2019). Μεγάλο ποσοστό (περίπου 10-25%) των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες προσαρμογής μετά την μετάβαση στη συνταξιοδότηση (Van Solinge, 2012). Η κατάσταση αυτή μπορεί να προκαλέσει αμφιθυμία στον εργαζόμενο - μελλοντικό συνταξιούχο, ο οποίος σταθμίζει συχνά τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της εργασίας και της συνταξιοδότησης (Newman et al, 2012). Πράγματι, το νοσηλευτικό προσωπικό εξέφρασε διαφορούμενες απόψεις σχετικά με τη μετάβαση από την ενεργό εργασία στη συνταξιοδότηση. Επιπλέον, ορισμένοι από τους εργαζόμενους σχεδίαζαν να εργάζονται και μετά την ηλικία των 65 ετών, κάτι που φανερώνει τη σπουδαιότητα συστημάτων συνταξιοδότησης τα οποία επιτρέπουν την ομαλή μετάβαση από την πλήρη εργασία στη συνταξιοδότηση, όπως το ευέλικτο σύστημα συνταξιοδότησης της Σουηδίας. Πρέπει να σημειωθεί πως η συνταξιοδότηση εκλαμβάνεται ως ένα νέο στάδιο σταδιοδρομίας (Wang and Shi, 2014, Platts et al, 2021), αφού η εργασία μετά τη συνταξιοδότηση είναι μια ευκαιρία για την ανάληψη νέων

καθηκόντων σε ελκυστικότερες μορφές απασχόλησης, ενώ ταυτόχρονα επιτρέπει τη σταδιακή μετάβαση από την εργασία στον τρόπο ζωής του συνταξιούχου. Η εργασία μετά τη συνταξιοδότηση μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να διατηρήσουν την αίσθηση του εαυτού τους ως εργαζόμενοι (Fisher et al, 2016), να προσφέρει μια ομαλή μετάβαση στο νέο τρόπο ζωής τους μετά τη συνταξιοδότηση και να επιτύχει μια ισορροπία μεταξύ της σταδιακής διακοπής της εργασίας και της ζωής χωρίς αυτήν (Kim and Feldman, 2000, Zhan and Wang, 2015, Burkert and Hochfellner, 2017, Schalk and Desmette, 2015). Το νοσηλευτικό προσωπικό επεσήμανε τη σημασία του προγραμματισμού και του εθελοντικού χαρακτήρα της συνταξιοδότησης. Η έρευνα διαπίστωσε ότι η ευημερία της συνταξιοδότησης βρέθηκε να επηρεάζεται από τον βαθμό κατά τον οποίο μια απόφαση για συνταξιοδότηση θεωρούνταν εθελοντική (Shultz et al, 1998).

Είναι αξιοσημείωτο ότι σε περιπτώσεις αναγκαστικής αποχώρησης από την εργασία, από αιτίες όπως η απαξίωση των δεξιοτήτων ή η κακή υγεία, έχουν αναφερθεί χαμηλά επίπεδα ευημερίας μετά τη συνταξιοδότηση (Shultz et al, 1998, Nordenmark and Stattin, 2009). Ωστόσο, παρόλο που η προετοιμασία και ο προγραμματισμός για τη συνταξιοδότηση έχουν σημαντικά οφέλη για την ποιότητα της προσαρμογής κατά τη συνταξιοδότηση, δεν αποτελούν συνήθεις πρακτικές των νοσηλευτών που συνταξιοδοτούνται (Blakeley and Ribeiro, 2008, Reitzes and Mutran, 2004, Yeung and Zhou, 2017, Zhang et al, 2018). Σε ένα επάγγελμα που θεωρείται στενά συνδεδεμένο με μυοσκελετικά προβλήματα, αλλά και ψυχολογικές επιβαρύνσεις (Uthaman et al, 2016), οι επαγγελματίες νοσηλευτικής θεωρούν τη διατήρηση της καλής υγείας ως βασική προϋπόθεση για τη συνέχιση της εργασίας τους (Nei et al, 2015).

Ενώ η καλή υγεία έχει άμεση σχέση με την επιθυμία για την επιμήκυνση του εργασιακού βίου (Furunes et al, 2015, Nilsson, 2012), αντίθετα η κακή υγεία αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους δείκτες πρόωρης συνταξιοδότησης (Fisher et al, 2016, Torá et al, 2018). Το φυσικό περιβάλλον εργασίας αναφέρεται σε στοιχεία όπως ο θόρυβος, η καθαριότητα του χώρου, η ποιότητα του αέρα, η συνολική επιφάνεια των χώρων, η θερμοκρασία και ο φωτισμός (Björn et al, 2016, Elf et al, 2017). Το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από το φυσικό περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης (Elf et al, 2017), όπως επίσης και η απόφαση των ηλικιωμένων επαγγελματιών νοσηλευτικού προσωπικού για πρόωπη συνταξιοδότηση (Markowski et al, 2020).

Οι επαγγελματίες νοσηλευτικής εκφράζουν παράπονα και δυσαρέσκεια για το φυσικό περιβάλλον της εργασίας τους. Ειδικότερα, αναφέρονται στους θαλάμους μικρών διαστάσεων, οι οποίοι ενέχουν κινδύνους, τόσο για τους ίδιους, όσο και για τους νοσηλευόμενους ασθενείς, οι οποίοι επιβαρύνονται ακόμη περισσότερο από τους αδιάκοπους θορύβους των διαφόρων συστημάτων υποστήριξης που χρησιμοποιούνται.

Το επίπεδο θορύβου αποτελεί έναν σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα στο εργασιακό περιβάλλον, ο οποίος έχει δυσμενή επίδραση στην απόδοση του νοσηλευτικού προσωπικού (Björn et al, 2016). Δεδομένου ότι το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιο επιρρεπές σε σωματικούς τραυματισμούς, η ύπαρξη ενός σύγχρονου και καλά εξοπλισμένου περιβάλλοντος εργασίας, με ανεκτά επίπεδα θορύβων, αποτελεί παράγοντα ζωτικής σημασίας που ενισχύει και βελτιώνει την εργασιακή τους ικανοποίηση, περισσότερο από το νοσηλευτικό προσωπικό νεότερης ηλικίας (Gyllensten et al, 2019).

Είναι σημαντικό να τονισθεί πως καθώς η ηλικία των επαγγελματιών της νοσηλευτικής αυξάνεται, το νοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται την εργασία του ολοένα και περισσότερο σωματικά απαιτητική. Μελέτες έχουν δείξει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό μεγαλύτερης ηλικίας αντιλαμβάνονται την εργασία η οποία απαιτεί σωματική καταπόνηση απειλή για την ικανότητά τους να συνεχίσουν να ασκούν το επάγγελμά τους (Clendon and Walker, 2016).

Μυοσκελετικοί τραυματισμοί μπορεί να προκύψουν από κινήσεις για τον χειρισμό ασθενών, όπως οι επαναλαμβανόμενες κάμψεις, η ανύψωση και η συστροφή. Η συσσώρευση τέτοιων τραυματισμών με την πάροδο του χρόνου και η επιδείνωση άλλων σωματικών προβλημάτων που συνοδεύουν τη γήρανση, καθιστούν τους επαγγελματίες νοσηλευτικής μεγαλύτερης ηλικίας περισσότερο ευάλωτους στους επαγγελματικούς κινδύνους που εντοπίζονται στο χώρο της υγείας (Stimpfel et al, 2020). Αυτό επιβάλλει την ευθύνη στους οργανισμούς και στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών να λάβουν υπόψη αυτές τις ανησυχίες και να καταβάλουν προσπάθειες για τη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος, με την ενίσχυση της χρήσης εργονομικών εργαλείων και τη δημιουργία άνετων και ασφαλών χώρων εργασίας, που προσφέρουν ένα υγιές και βιώσιμο περιβάλλον εργασίας για άτομα όλων των ηλικιών (Nilsson, 2020).

Η έλλειψη ελέγχου του περιβάλλοντος εργασίας, με το οποίο έρχεται αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι ένα αναπόσπαστο χαρακτηριστικό της εργασίας του, κάτι το οποίο γίνεται ακόμα εντονότερο με τους βαριά πάσχοντες ασθενείς στις ΜΕΘ. Το νοσηλευτικό προσωπικό δέχεται έντονη πίεση και άγχος, προϊόν του υψηλού φόρτου εργασίας, ο οποίος προκαλεί πίεση χρόνου και αίσθηση ανεπάρκειας, απογοήτευσης και ανησυχίας για τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς.

Γενικότερα, παρότι το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να αισθάνεται ικανό να ανταπεξέλθει στις εργασιακές απαιτήσεις, ο υπερβολικός όγκος εργασίας και η έντονη πίεση είναι από τους βασικότερους λόγους για έναν επαγγελματία νοσηλευτικής να αποχωρήσει από την εργασία του.

Παρόλα αυτά, οι έντονες και υψηλές απαιτήσεις στο εργασιακό περιβάλλον θεωρούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό εν μέρει ως επικοινωνητικές προκλήσεις και κίνητρα για το έργο τους. Αυτό συμφωνεί με τη βιβλιογραφία που αναφέρει ότι οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας εκτιμούσαν τις υψηλές

απαιτήσεις εργασίας, επειδή παρείχαν ένα πιο ενδιαφέρον και απαιτητικό έργο (Furunes et al, 2015), σε σημείο που η μείωση αυτών των απαιτήσεων να χρησιμοποιείται ως δικαιολογία για την αποχώρηση από το εργατικό δυναμικό. Είναι σημαντικό ότι τα ευρήματα αυτά συνάδουν με τη διαφοροποίηση των «εμποδίων εργασίας», δηλαδή απαιτήσεων που δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα, και «εργασιακών προκλήσεων», δηλαδή απαιτήσεων που αν και είναι εξαντλητικές, έχουν διεγερτικά αποτελέσματα (Van den Broeck et al, 2010). Κατά παρόμοιο τρόπο, στη βιβλιογραφία έχει αναφερθεί ένα μοντέλο στρεσογόνων παραγόντων και απόδοσης, το οποίο διαχωρίζει το «κακό στρες» από το «καλό στρες». Το πρώτο προέρχεται από στρεσογόνους παράγοντες που παρεμποδίζουν το έργο των επαγγελματιών νοσηλευτικής, όπως η ανεπάρκεια πόρων, η ασάφεια ρόλων και οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, ενώ το καλό στρες είναι προϊόν παραγόντων πρόκλησης και κινήτρων, όπως οι απαιτήσεις και ο φόρτος εργασίας, που συνδέονται με την επίτευξη υψηλών αποδόσεων (LePine et al, 2005). Η παροχή πρόσβασης στο νοσηλευτικό προσωπικό σε εργαλεία και τεχνικές για τη διαχείριση του στρες και τη μείωση της καταπόνησης (όπως χρόνος για κοινωνικές και σωματικές δραστηριότητες, υποστήριξη και εκπαίδευση προτεραιοτήτων εργασίας) μπορεί να δημιουργήσει κατάλληλες προστατευτικές συνθήκες από τις αρνητικές επιπτώσεις των στρεσογόνων παραγόντων για τη μακροπρόθεσμη υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού, ανεξάρτητα από την ηλικία του (Lepine et al, 2005).

Οι επαγγελματίες νοσηλευτικής μεγαλύτερης ηλικίας απολαμβάνουν υψηλότερη εργασιακή και επαγγελματική ικανοποίηση όταν τους παρέχεται η δυνατότητα να ελέγξουν το χρόνο που θα εργαστούν (Gyllensten et al, 2019). Τα αποτελέσματα άλλης ερευνητικής μελέτης (Galatsch et al, 2013) αποκάλυψαν ότι η εκπλήρωση των επιθυμιών του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά τις βάρδιες εργασίας μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της εργασιακής ικανότητας και της υγείας του, αλλά και να οδηγήσει σε παράταση του εργασιακού τους βίου. Επιπλέον, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2016 (Leineweber et al, 2016) διαπίστωσε ότι η ευελιξία του προγράμματος και των βαρδιών ενός επαγγελματία νοσηλευτικής συναρτάται άμεσα με λιγότερες πιθανότητες πρόθεσης αποχώρησης από την εργασία τους. Ένας κοινός παράγοντας άγχους στο επάγγελμα της νοσηλευτικής, που επιβαρύνεται ακόμα περισσότερο με την αύξηση της ηλικίας, είναι οι εναλλασσόμενες βάρδιες και τα ακατάστατα ωράρια εργασίας (Uthaman et al, 2016). Αυτά συγκαταλέγονται στους παράγοντες κινδύνου που δυνητικά παρεμποδίζουν την ικανότητα των επαγγελματιών νοσηλευτικής για συνέχιση της εργασίας τους. Παρόλα αυτά, τέτοιες συνθήκες είναι δυνατόν να αντισταθμιστούν από ευέλικτα προγράμματα και δυνατότητα επιλογής των βαρδιών εργασίας, χαρακτηριστικά τα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί πολύ σημαντικά και ελκυστικά. Αυτά τα ευρήματα έρχονται σε συμφωνία με άλλες αντίστοιχες προηγούμενες μελέτες (Armstrong - Stassen, 2005, Clendon and Walker, 2016).

Η έννοια του *organization-based self-esteem* (OBSE), δηλαδή της *οργανωσιακής αυτοεκτίμησης* έχει αναφερθεί εδώ και πολλά χρόνια στη διεθνή βιβλιογραφία (Pierce and Gardner, 2004) και περιγράφει το πόσο ικανό, σημαντικό και χρήσιμο αντιλαμβάνεται ένας εργαζόμενος τον εαυτό του για τον οργανισμό που εργάζεται. Τα κίνητρα, η εργασιακή ικανοποίηση, η οργανωτική δέσμευση, οι επιδόσεις, ο τρόπος καθοδήγησης, καθώς και η μικρότερη πρόθεση αποχώρησης των εργαζομένων από την εργασία ή η αλλαγή εργασίας έχουν συσχετιστεί με την οργανωσιακή αυτοεκτίμηση (Pierce and Gardner, 2004). Σε μελέτες στις οποίες συμμετείχαν επαγγελματίες νοσηλευτικής μεγαλύτερης ηλικίας, η οργανωσιακή αυτοεκτίμηση νοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ μάλλον διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για τη συνολική τους ικανοποίηση, για την αφοσίωσή τους, όπως και για την αίσθηση ότι αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του οργανισμού όπου εργάζονται (Armstrong - Stassen, 2005, Clendon and Walker, 2016). Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό και πρέπει όλοι οι οργανισμοί να το λάβουν υπόψη, με την καθιέρωση μιας κουλτούρας αναγνώρισης και εκτίμησης της εμπειρίας και των γνώσεων που έχουν συγκεντρώσει οι ηλικιωμένοι υπάλληλοι, με σκοπό την προσέλκυση για εργασία συνταξιούχων που είτε εξακολουθούν να εργάζονται είτε έχουν πρόθεση να εργαστούν (Deller et al, 2009).

Με βάση το μοντέλο *Job Demands - Resources Model* (JD-R model), δηλαδή το μοντέλο εργασιακών απαιτήσεων - εργασιακών πόρων, η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας πόρος εργασίας που ενθαρρύνει την εργασιακή δέσμευση και μετριάξει τις επιπτώσεις των υψηλών απαιτήσεων, ειδικά σε εξαιρετικά απαιτητικές θέσεις (Bakker and Demerouti, 2017, Bakker and Van Wingerden, 2021), με χαρακτηριστικό παράδειγμα τους επαγγελματίες νοσηλευτικής και ιατρούς στις ΜΕΘ. Οι επαγγελματίες νοσηλευτικής αναφέρουν ότι η μεγάλη υποστήριξη που λαμβάνουν από συναδέλφους τους, αποτελεί έναν εξαιρετικά πολύτιμο πόρο, ο οποίος μειώνει τις καταστροφικές συνέπειες του εργασιακού στρες. Επιπλέον, η υποστήριξη αυτή φάνηκε να αυξάνει την επαγγελματική τους ικανοποίηση, την αφοσίωση στην εργασία τους, αλλά και να βελτιώνει τη σωματική και ψυχική τους υγεία (Adriaenssens et al, 2015).

Η ηγεσία και ο τρόπος με τον οποίο αυτή ασκείται είναι επίσης πολύ σημαντικό κομμάτι στην υποστήριξη του εργαζομένου. Μία υποστηρικτική ηγεσία, συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στη δημιουργία ενός θετικού εργασιακού κλίματος, το οποίο έχει ευεργετική επίδραση στην εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και στην προθυμία του να παραμείνει στις θέσεις εργασίας του (Cummings et al, 2010). Ειδικότερα, οι ηγέτες που χρησιμοποιούν τη συναισθηματική τους νοημοσύνη, δείχνουν ενσυναίσθηση και ανταπόκριση στις συναισθηματικές ανάγκες και τις εργασιακές ανησυχίες του προσωπικού τους και ενθαρρύνουν τη βέλτιστη χρήση των ικανοτήτων και της τεχνογνωσίας του προσωπικού, φαίνεται να βελτιώνουν την εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών νοσηλευτικής, την αποτελεσματικότητα, την παραγωγικότητα και

την οργανωτική δέσμευση. Είναι σημαντικό ότι αυτό το συλλήγεσας και ηγετών συμβάλλει σε ένα μεγάλο εύρος θετικών αποτελεσμάτων για τους επαγγελματίες νοσηλευτικής, για το εργασιακό περιβάλλον και για τον οργανισμό, με σημαντικότερο τελικό θετικό αντίκτυπο τους ασθενείς (Cummings et al, 2010).

Οι επαγγελματίες νοσηλευτικής που δεν βρέθηκαν αντιμετώπι με οποιοδήποτε είδος διακρίσεων, ειδικά ηλικιακών, και ήταν πολύ προσηλωμένοι στο να μεταλαμπαδεύσουν τις γνώσεις και την εμπειρία τους σε νεότερους συναδέλφους τους, παρουσίασαν σημαντικά υψηλά επίπεδα παραγωγικότητας, καθώς και συναδελφικότητας (Erikson, 1982). Σε μια μελέτη των Doerwald et al, (2021) αποδείχθηκε ότι αυτό έχει μια σειρά από ευεργετικά αποτελέσματα, όπως ικανοποίηση από την εργασία, εργασιακά κίνητρα, επαγγελματική αυτό-αποτελεσματικότητα και ώθηση για συνέχιση της εργασίας. Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό θεώρησε ότι η εργασία του θα ήταν πιο βιώσιμη μακροπρόθεσμα εάν μπορούσε να ελαττωθεί ο εργασιακός τους φόρτος και αναθέτονταν εκ νέου ευθύνες και εργασιακά καθήκοντα, με σκοπό να αντιμετωπιστούν οι περιορισμοί και οι δυσκολίες που είναι αποτέλεσμα της αύξησης της ηλικίας τους. Αυτό συνεπάγεται ότι οι οργανισμοί θα πρέπει να προωθήσουν πολιτικές που να προσφέρουν ευκαιρίες στους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας να προσαρμόζονται παράλληλα στα εργασιακά τους καθήκοντα και στην αύξηση της ηλικίας τους (Kooij et al, 2017), ώστε για επιμηκυνθεί εργασιακός τους βίος. Ταυτόχρονα όμως, το ηλικιωμένο και έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συμμετέχει σε προγράμματα καθοδήγησης, προκειμένου να ενθαρρυνθεί και το υπόλοιπο προσωπικό να παρατείνει την εργασιακή του ζωή εντός του οργανισμού.

Το νοσηλευτικό προσωπικό επισημαίνει ότι η αφοσίωση και η ικανοποίηση από την εργασία του αποτελούν ζωτικής σημασίας παράγοντες για την παράταση της επαγγελματικής του ζωής (Gyllensten et al, 2019).

Άλλη μελέτη (Hasselhorn et al, 2006) διαπίστωσε μια συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας, των ετών εργασίας (αρχαιότητας) και της εργασιακής ικανοποίησης των επαγγελματιών νοσηλευτικής, τα υψηλότερα επίπεδα οποίας παρατηρούνται μετά την ηλικία των 50 ετών. Για το νοσηλευτικό προσωπικό μεγαλύτερης ηλικίας, αυτό ερμηνεύεται από την αυξημένη εμπειρία, τεχνογνωσία, τα καλύτερα ωράρια εργασίας, τις μεγαλύτερες απολαβές μισθούς και την καλύτερη ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής. Ωστόσο, για τους εργαζόμενους αυτούς η μεγαλύτερη εργασιακή ικανοποίηση μπορεί να είναι και αποτέλεσμα επιλογής, καθώς όσοι είναι αρκετά δυσσαρεστημένοι έχουν τη δυνατότητα να αποχωρούν από την εργασία τους.

Άλλοι ερευνητές (Fragoso et al, 2016) προτείνουν ότι τα οφέλη που αποκομίζουν οι εργαζόμενοι από το περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας είναι σε θέση να ενισχύσουν τόσο την εργασιακή τους ικανότητα όσο και την εργασιακή δέσμευση. Ειδικότερα, για την εργασιακή δέσμευση οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν πως

είναι σε θέση να μειώσει, αν όχι να εξαλείψει πλήρως, την επαγγελματική εξουθένωση, ένα φαινόμενο πολύ διαδεδομένο μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού. Η έρευνα *Hansson* και συνεργατών αποκαλύπτει πως εκείνα τα άτομα που παρατείνουν τον εργασιακό τους βίο συνήθως απολαμβάνουν ένα αίσθημα εκτίμησης από το περιβάλλον τους, ενώ επίσης νιώθουν ότι προσφέρουν κάτι ουσιαστικό και σημαντικό μέσω της εργασίας τους (*Hansson et al, 2019*).

Η ικανότητα χρήσης δεξιοτήτων και γνώσεων που προκύπτουν από την εμπειρία των ετών εργασίας αποτελεί έναν βασικό παράγοντα ενίσχυσης της εργασιακής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού (*Gyllensten et al, 2019*). Παρέχει στους επαγγελματίες νοσηλευτικής μία αίσθηση εμπιστοσύνης στις ικανότητές τους για φροντίδα των ασθενών, η οποία τους βοηθά να ελέγχουν τα επίπεδα άγχους που προκαλούν οι στρεσογόνοι παράγοντες της εργασίας τους, ιδιαίτερα σε κρίσιμες καταστάσεις υψηλής έντασης που απαντώνται στις ΜΕΘ. Αυτή η αίσθηση ολοκλήρωσης και μεγιστοποίησης της απόδοσής τους, παρείχε στους εργαζόμενους αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας, δηλαδή πίστης ότι διαθέτουν τις ικανότητες να εκτελέσουν μία συγκεκριμένη εργασία υπό συγκεκριμένες συνθήκες (*Bandura, 2000*). Η αυτοαποτελεσματικότητα αποδείχθηκε ότι σχετίζεται τόσο με τα κίνητρα για εργασία των ηλικιωμένων εργαζόμενων (*Kooij and Kanfer, 2019*), όσο και με την προθυμία τους να εργαστούν περισσότερο (*Molero et al, 2018*).

Αναφορικά με την επίδραση της ηλικίας των εργαζόμενων στο χώρο της υγείας, στην αίσθηση εργασιακής ανασφάλειας, στην εκτίμηση της ικανότητάς τους να ανταπεξέλθουν στις εργασιακές υποχρεώσεις, καθώς και τις πιθανές επιπτώσεις της στην υγεία και στην ποιότητα ζωής των εργαζόμενων, όπως και στην ευημερία στο χώρο εργασίας. είναι γνωστό ότι η ενδεχόμενη απειρία στην αρχή της σταδιοδρομίας μπορεί να προκαλεί άγχος στους νέους εργαζόμενους, τόσο σε ό,τι αφορά στην εκτέλεση των καθηκόντων τους όσο και την έκθεσή τους σε πιθανούς κινδύνους στο χώρο εργασίας (*Flinkman et al, 2015*).

Μία σχέση εργασίας προσωρινής απασχόλησης εντείνει την εργασιακή ανασφάλεια, ιδιαίτερα αν οι νέοι προηγουμένως είχαν βιώσει περίοδο ανεργίας. Η αντιληπτή εργασιακή ανασφάλεια φαίνεται να έχει επιπτώσεις στην ευημερία των νέων εργαζόμενων όσον αφορά την ικανοποίηση από την εργασία και τη ζωή. Προκειμένου οι νεότεροι εργαζόμενοι να συνεχίσουν να εργάζονται αποτελεσματικά και με μεγαλύτερη ασφάλεια, θα πρέπει να εξασφαλισθούν βιώσιμες προοπτικές σταδιοδρομίας, με καθοδήγηση από τους προϊσταμένους και από τους μεγαλύτερους σε ηλικία συναδέλφους τους, καθώς και να δημιουργηθούν χώροι εργασίας που θα προσφέρουν περισσότερη υποστήριξη στους νεότερους σε ηλικία εργαζόμενους (*Klug et al, 2019*). Συνιστάται οι νέοι να συμμετέχουν στη δημιουργία και στις προτάσεις πολιτικών υποστήριξης, ώστε να διασφαλιστεί ότι αυτές είναι επωφελείς για τους εργαζόμενους, τους χώρους εργασίας και σίγουρα για τους ασθενείς, που είναι οι αποδέκτες των υπηρεσιών. Υπάρχει ανάγκη για περισσότερες προσπάθειες που θα ερευνήσουν τρόπους υποστήριξης των νέων

νοσηλευτών να συνεχίσουν να εργάζονται καθώς μεγαλώνουν, και ταυτόχρονα θα προωθείται η έννοια του υγιούς χώρου εργασίας.

Τα ευρήματα άλλων μελετών (Padula et al, 2012), υποστήριξαν ότι η εργασιακή ικανότητα δεν μεταβάλλεται από το φύλο ή την ηλικία, παρότι στην έρευνά τους η εργασιακή ικανότητα των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας παρατηρήθηκε οριακά πιο υψηλή. Ωστόσο, δεδομένου ότι άλλες έρευνες εμφανίζουν το ηλικιωμένο νοσηλευτικό προσωπικό να έχει συγκριτικά μειωμένη εργασιακή ικανότητα, επισημάνθηκε ότι προκειμένου αυτοί να διατηρήσουν σε ικανοποιητικό επίπεδο τη (φθίνουσα) εργασιακή τους ικανότητα, θα πρέπει να απασχολούνται σε λιγότερο απαιτητικούς ρόλους και καθήκοντα (Durosaiye et al, 2016).

Σε κάθε περίπτωση, απαιτείται μεγαλύτερη έρευνα, τόσο όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο θα προσδιορίζονται και θα εκτιμώνται οι ικανότητές των εργαζομένων κάθε ηλικίας, όσο και για τη διερεύνηση στρατηγικών που θα τους υποστηρίξουν στην εργασία και θα καταργήσουν ξεπερασμένα ηλικιακά στερεότυπα σχετικά με την ικανότητα, την αξία και τη συνεισφορά τους. Σπουδαίο ρόλο στην ενίσχυση και διατήρηση της εργασιακής ικανότητας διαδραματίζει η παροχή κινήτρων και η προσαρμογή των διοικητικών στρατηγικών στις διάφορες ηλικιακές ομάδες (Tomietto et al, 2019).

Η εργασιακή ικανότητα του υγειονομικού προσωπικού, όπως και όλων των εργαζομένων, βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την κατάσταση της υγείας του, το περιβάλλον του εργασιακού χώρου και τα χαρακτηριστικά της εκτελούμενης εργασίας.

Όμως και η κατάσταση της υγείας ενός εργαζόμενου μπορεί να επηρεασθεί από το εργασιακό περιβάλλον και τις απαιτήσεις των καθηκόντων του, όπως φυσικά και από τη γήρανση. Ιδιαίτερα οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες νοσηλευτικής βρίσκονται αντιμέτωποι με ένα σύνολο από προκλήσεις στους χώρους εργασίας τους, καθώς με την αύξηση της ηλικίας καταγράφονται σημάδια λειτουργικών αδυναμιών λόγω της γήρανσης.

Η απουσία αποτελεσματικών πολιτικών στήριξης στους χώρους εργασίας δυσχεραίνει τις προκλήσεις που διαρκώς προκύπτουν εξαιτίας της γήρανσης, τις οποίες οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι πρέπει να είναι διαρκώς έτοιμοι να αντέχουν και να αντιμετωπίζουν μόνοι τους. Η έρευνα έχει δείξει ότι αυτές οι προκλήσεις προκαλούν τεράστια φθορά στην εργασιακή τους ικανοποίηση (Harvie et al, 2019, Kagwe et al, 2019, Karlsson et al, 2019) και παράλληλα υπονομεύουν την παραγωγικότητα και την απόδοσή τους (Sagherian et al, 2017).

Οι χώροι εργασίας δεν είναι πάντα υγιή περιβάλλοντα για το ηλικιωμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι φυσικές προκλήσεις της αυξημένης ηλικίας τονίζουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι αυτοί στο τρομερά απαιτητικό περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης (Fitzgerald, 2007).

Επιπρόσθετα, ένα υψηλό επίπεδο εργασιακής ικανότητας συνδέεται συχνά με αυξημένη παραγωγικότητα, αλλά και υψηλότερη ποιότητα ζωής (Tuomi et al,

2001). η οποία ενδέχεται να οφείλεται και σε άλλους δημογραφικούς συγχυτικούς παράγοντες, όπως η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη παιδιών υπό την επίβλεψή τους αλλά και η εργασία σε βάρδιες και ακανόνιστο πρόγραμμα εργασίας, σύμφωνα με την έρευνα των Nena et al, (2018). Από την άλλη, η ποιότητα ζωής των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων επηρεάζεται σημαντικά από το φιλικό εργασιακό περιβάλλον, το οποίο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις απαιτήσεις τους, αλλά και από τη θετική αξιολόγηση της υγείας τους (Softysik et al, 2017). Είναι πιθανό για τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, μια βελτιωμένη ποιότητα ζωής να ισοδυναμεί με καλή υγεία και φυσική κατάσταση, ικανοποιητική κοινωνική ζωή και δραστηριότητα, επαρκές εισόδημα και αρμονικές οικογενειακές σχέσεις (Xavier et al, 2003). Άλλοι ερευνητές πρότειναν την οργάνωση και τον σχεδιασμό προγραμμάτων προαγωγής της υγείας, που θα εστιάζουν στα σωματικά συμπτώματα, στη συναισθηματική υποστήριξη και στην βέλτιστη ικανοποίηση από την εργασία, με σκοπό τη διατήρηση της ποιότητας ζωής των εργαζομένων σε υψηλά επίπεδα (Jeon et al, 2015).

Ομοίως, πληθώρα ερευνών τονίζουν ότι οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες αναφέρουν καλύτερα αποτελέσματα ευημερίας, παρόλο που η οικογενειακή και οικονομική τους κατάσταση, καθώς και η κατάσταση της σωματικής τους υγείας πιθανόν να αποτελούν παράγοντες που επιδρούν αρνητικά (Forbes et al, 2015). Μια εξήγηση για τις συσχετίσεις μεταξύ ηλικίας και επαγγελματικής ευημερίας παρέχεται από τη «θεωρία των ρόλων» (Biddle, 1986, Ashforth, 2000), σύμφωνα με την οποία η ανθρώπινη συμπεριφορά καθοδηγείται από τις προσδοκίες που έχει το άτομο τόσο για τις δικές τους συμπεριφορές όσο και για τις συμπεριφορές προσώπων του περιβάλλοντός του, οι οποίες αντιστοιχούν στους διαφορετικούς ρόλους που τα άτομα αναλαμβάνουν στην καθημερινότητα τους.

Εν προκειμένω, ειδικά οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας, αναλαμβάνουν πολλαπλούς ρόλους εντός και εκτός του εργασιακού πλαισίου (π.χ. εργαζόμενος, συνάδελφος, οικογενειάρχης κλπ.), η αντίληψη και η σημασία των οποίων, και πιο συγκεκριμένα τα καθήκοντα, οι προσδοκίες και οι διαθέσιμοι πόροι μέσα σε αυτούς τους ρόλους, μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου και με την ηλικία. Η ικανοποίηση από την εκπλήρωση αυτών των προσδοκιών έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με την καλή ψυχική υγεία και ευημερία, αλλά και την υψηλότερη παραγωγικότητα, ενώ σε περίπτωση μη ικανοποίησης αυτών των προσδοκιών επέρχονται τα αντίθετα αποτελέσματα (Gautam et al, 2004).

Εκτός από τις πρωτογενείς μελέτες, μια μετανάλυση των Ng και Feldman εξέτασε την ηλικία ως μεσολαβητή των σχέσεων μεταξύ της εργασιακής αυτονομίας και των διαφορετικών θετικών και αρνητικών δεικτών επαγγελματικής ευημερίας, υποστηρίζοντας την εκδοχή ότι οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι επιδιώκουν μεγαλύτερη αυτονομία, επισημαίνοντας ότι τα πιο σύνθετα κοινωνικά δίκτυα και η ποικιλία δραστηριοτήτων στην εργασία τους βοηθούν να διαχειρίζονται ένα μεγαλύτερο εύρος εργασιών και εργασιακών σχέσεων (Ng and Feldman, 2014). Παρόμοια, σε

μια άλλη μελέτη σημειώνεται ότι οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είναι αρκετά δεκτικοί και ευέλικτοι όταν οι λειτουργικές απαιτήσεις της εργασίας δεν ταυτίζονται με τις φυσικές τους ικανότητες (Münderlein et al, 2013). Η μεγαλύτερη αυτονομία στην εργασία ή το δικαίωμα παρέμβασης στον τρόπο με τον οποίο θα εκτελεσθεί μια εργασία, φαίνεται να κινητοποιούν θετικά τους εργαζομένους (Humphrey et al, 2007), ενώ μπορεί να έχουν θετικά αποτελέσματα στα κίνητρα των εργαζομένων, στη στάση τους απέναντι στην εργασία, στη συμπεριφορά τους στο χώρο της εργασίας και γενικότερα στην ευημερία τους.

Ωστόσο, σύμφωνα με τα ευρήματα άλλων μελετών, οι εργαζόμενοι στο μέσο της σταδιοδρομίας τους έρχονται αντιμέτωποι με περισσότερες εργασιακές και οικογενειακές υποχρεώσεις, περισσότερες συγκρούσεις μεταξύ εργασίας και οικογενειακού περιβάλλοντος, ενώ έχουν και χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη στην εργασία σε σύγκριση με τους νεότερους αλλά και τους μεγαλύτερους συναδέλφους τους (Huffman et al, 2013, Zacher et al, 2016).

Όσον αφορά την επίδραση της εργασιακής σχέσης των εργαζομένων στο χώρο της φροντίδας υγείας, στην αίσθηση εργασιακής ανασφάλειας, στην εκτίμηση της ικανότητάς τους να ανταπεξέλθουν στις εργασιακές υποχρεώσεις, καθώς και τις πιθανές επιπτώσεις όλων των παραπάνω στην υγεία και στην ποιότητα ζωής των εργαζομένων, όπως και στην ευημερία στο χώρο εργασίας, προηγούμενες μελέτες υποδηλώνουν ότι μία σχέση εργασίας του τύπου της προσωρινής απασχόλησης συνδέεται με την εργασιακή ανασφάλεια και την κακή ψυχική υγεία, καθώς οι προσωρινά εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν συχνά συναισθηματικό στρες και πίεση που μπορούν να επηρεάσουν την ευημερία τους (Canivet et al, 2016).

Αυτά τα αποτελέσματα ενισχύουν περαιτέρω όσα έχουν ήδη αναφερθεί στη βιβλιογραφία, σχετικά με τη θετική συσχέτιση μεταξύ της επισφαλούς απασχόλησης και των προβλημάτων ψυχικής υγείας (Utzet et al, 2020, Benavides et al, 2006).

Τα ευρήματα άλλης μελέτης σχετικά με την ικανότητα εργασίας (Bernhard - Oettel et al, 2005), οι οποίοι έχουν δείξει ότι το αντιληπτό επίπεδο σωματικής υγείας των εργαζομένων δεν εξαρτάται από το είδος της σύμβασης (μόνιμο, προσωρινό, εφημερία), αλλά από τις αντιλήψεις τους για την εργασία (εργασιακή ανασφάλεια, έλεγχος και απαιτήσεις εργασίας).

Σχετικά με την ευεξία των εργαζομένων, μελέτες (Abdul Jalil NI et al, 2023), δείχνουν ότι όσο πιο επισφαλές είναι το καθεστώς απασχόλησης, τόσο χαμηλότερη είναι η υποκειμενική ευημερία, υποστηρίζοντας την υπόθεση ότι η ανασφάλεια που προκαλείται από το καθεστώς προσωρινής απασχόλησης σχετίζεται αρνητικά με την ψυχολογική ευημερία των εργαζομένων, ανεξάρτητα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Σε συμφωνία με τα ευρήματα αυτά, άλλοι ερευνητές έδειξαν επίσης ότι η απασχόληση σε μόνιμες συνθήκες προάγει την αίσθηση ευημερίας των εργαζομένων (Park and Kim, 2020).

Τα αναφερόμενα αποτελέσματα άλλων ερευνητών οι οποίοι υποστήριξαν ότι η μικρότερη εργασιακή εμπειρία και η χαμηλότερη επίγνωση των κινδύνων στο

χώρο εργασίας, είναι ένας πιθανός μηχανισμός που εξηγεί τη σχέση μεταξύ της προσωρινής εργασίας και της εμφάνισης επαγγελματικών τραυματισμών (Benavides et al, 2006). Επιπλέον, οι καρδιαγγειακές και μυοσκελετικές διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα μεταξύ των μόνιμων επαγγελματιών νοσηλευτικής πιθανόν επειδή οι μόνιμοι εργαζόμενοι έχουν συνήθως μεγαλύτερη ηλικία, επομένως και περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας και εργασίας σε βάρδιες (Sonova et al, 2014, Chung MH et al, 2009). Μυοσκελετικοί τραυματισμοί μπορεί να προκύψουν από επαναλαμβανόμενες κινήσεις κατά τον χειρισμό ασθενών, ενώ η συσσώρευση τέτοιων τραυματισμών με την πάροδο του χρόνου και η επιδείνωση άλλων σωματικών προβλημάτων που συνοδεύουν τη γήρανση, καθιστούν τους επαγγελματίες νοσηλευτικής μεγαλύτερης ηλικίας περισσότερο ευάλωτους στους επαγγελματικούς κινδύνους που εντοπίζονται στο χώρο της υγείας (Stimpfel et al, 2020). Η γήρανση προκαλεί επίσης σημαντική αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης χρόνιων ασθενειών σε ηλικιωμένους εργαζόμενους, κυρίως παθήσεων του μυοσκελετικού και καρδιαγγειακού συστήματος (Knoche et al, 2012, Gragnano et al, 2017), που παράλληλα οδηγούν σε μείωση των επιπέδων εργασιακής ικανότητας (Camerino et al, 2006, Leijten et al, 2014), η οποία ήδη φθίνει με την πάροδο της ηλικίας (Bouzgarrou et al, 2023). Ωστόσο, τα αποτελέσματα σε ό,τι αφορά τις καρδιαγγειακές παθήσεις, έρχονται σε αντίθεση με αυτά άλλων ερευνών (Seon et al, 2017, Inoue et al, 2014), οι οποίες έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι ορισμένου χρόνου εμφάνισαν περισσότερους κινδύνους για την υγεία, όπως υψηλότερη αρτηριακή πίεση και χαμηλότερο μεταβολισμό λιπιδίων και γλυκόζης, παρόλο που συγκριτικά με τους μόνιμους εργαζόμενους είχαν χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ).

Αναφορικά με τις ψυχικές διαταραχές, τα συμπεράσματα άλλων μελετών (Utzet et al, 2020, Benavides et al, 2006), καταδεικνύουν ότι αυτές εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ των εργαζομένων προσωρινής απασχόλησης. Το αποτέλεσμα αυτό ενισχύεται από τα ευρήματα και άλλων ερευνητών (De Sio et al, (2018), οι οποίοι έδειξαν ότι η εργασιακή ανασφάλεια που βιώνουν οι εργαζόμενοι αυτοί λόγω του προσωρινού χαρακτήρα των συμβάσεών τους, αυξάνει την ευαλωτότητά τους σε ψυχοκοινωνικούς κινδύνους και στο εργασιακό άγχος. Η ορθή διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων σε εργασιακά περιβάλλοντα στο χώρο της υγείας σχετίζεται με τα κίνητρα του εργαζομένου, την ικανοποίηση που αισθάνεται και το υγιές περιβάλλον εργασίας (Franklin and Gkiouleka, 2021), ως εκ τούτου απαιτούνται διορθωτικές παρεμβάσεις τόσο στο επίπεδο της υποστήριξης από προϊσταμένους και συναδέλφους, όσο και στη δημιουργία κατάλληλων προστατευτικών συνθηκών από τις αρνητικές επιπτώσεις των στρεσογόνων παραγόντων, για την μακροπρόθεσμη υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού (LePine et al, 2005).

Από την έρευνα προέκυψε επίσης ότι το καθεστώς προσωρινής απασχόλησης σχετίζεται με χειρότερη ευημερία στην εργασία. Σύμφωνα με έρευνες (Benach et al,

2004, Goudswaard and Andries 2002, Letourneux, 1998) οι προσωρινά εργαζόμενοι βιώνουν λιγότερη αυτονομία από τους μόνιμους εργαζόμενους, ενώ φαίνεται επίσης να έχουν μικρότερη επιρροή στις αποφάσεις στο χώρο εργασίας (Aronsson et al, 2002, Parker et al, 2002), έχοντας λιγότερες ευκαιρίες να αναλάβουν πρωτοβουλίες και να αναπτύξουν τις ικανότητές τους. Επιπλέον, συχνά η εργασία τους είναι εξαιρετικά μονότονη, με αποτέλεσμα να περιορίζονται τα κίνητρα και οι δυνατότητες για αξιοποίηση των δεξιοτήτων τους (Hall, 2006). Συχνά δεν λαμβάνουν την απαραίτητη υποστήριξη και καθοδήγηση από τους μόνιμους συναδέλφους τους (Byoung - Hoo and Frenkel, 2004) με συνέπεια την αύξηση του εργασιακού τους στρες. Επιπλέον, είναι πιθανό να έχουν χειρότερες μισθολογικές απολαβές σε σχέση με τους μόνιμους συναδέλφους τους (Booth et al, 2002), αλλά και να απασχολούνται σε πιο απαιτητικές σωματικά θέσεις εργασίας (Paoli and Merllié, 2002, Quinlan et al, 2001, Saloniemi et al, 2004) ή να έχουν λιγότερο ευέλικτα ωράρια εργασίας (Sverke et al, 2000). Η αβεβαιότητα της προσωρινής απασχόλησης είναι πιθανό να επιδράσει αρνητικά στην ψυχολογία τους (Martens et al, 1999) και να προκαλέσει εργασιακή ανασφάλεια (Beard and Edwards, 1995, Bernhard - Oettel et al, 2005, De Witte and Näswall, 2003, Felstead and Gallie, 2004, Mauno and Kinnunen, 2002), η οποία σχετίζεται με την κακή αυτοαξιολόγηση της υγείας και την ένταση στην εργασία, όπως και χειρότερη ψυχική υγεία σε σχέση με τους μόνιμους (Virtanen et al, 2002). Υπάρχουν βέβαια και οι αντίθετες απόψεις, που υποστηρίζουν ότι το κίνητρο των προσωρινών εργαζομένων να εξασφαλίσουν ενδεχόμενη μονιμότητα στον οργανισμό, τους παρακινεί να γίνονται περισσότερο δραστήριοι και πρόθυμοι, προκειμένου να αποδείξουν την αξία τους (Connolly and Gallagher, 2004, De Cuyper and De Witte 2006c, Feather and Rauter, 2004, Mauno et al, 2005), όπως επίσης και άλλες που ισχυρίζονται ότι η σχέση μεταξύ προσωρινής απασχόλησης και ευημερίας μπορεί να μην είναι απαραίτητα αρνητική, αφού κάποιοι εργαζόμενοι μπορεί να τη θεωρούν ως απαραίτητο σκαλοπάτι για μια πιο ολοκληρωμένη θέση στην αγορά εργασίας (Bardasi and Francesconi, 2004, Booth et al, 2002, Virtanen et al, 2005). Από τα παραπάνω συνάγεται ότι για τη βελτίωση της ευημερίας στην εργασία, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται όλοι οι επαγγελματίες νοσηλευτικής με δικαιοσύνη και σεβασμό, αλλά και να αναγνωρίζεται η πρόσθετη γνώση, η εκπαίδευση και η εμπειρία που συχνά συνεισφέρουν στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, πρωταρχικό στόχο πρέπει να αποτελεί η κατανόηση των χαρακτηριστικών και των προσδοκιών του νοσηλευτικού προσωπικού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εργασία αυτή διαπίστωσε ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες νοσηλευτικής βρίσκονται αντιμέτωποι με ένα σύνολο από προκλήσεις στους χώρους εργασίας τους. Ορισμένες προκλήσεις είναι αποτέλεσμα της αύξησης της

ηλικίας τους και συνεπώς της γήρανσης. Τέτοιες είναι η αυξημένη κόπωση, η μείωση της οξύτητας της ακοής και της όρασης, ενώ άλλες έχουν να κάνουν με τις εργασιακές συνθήκες, όπως η διαφορετική μεταχείριση σε σχέση με νεότερους εργαζόμενους, η έλλειψη σεβασμού και οι μειωμένες ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη. Ενώ οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες νοσηλευτικής αναζητούν τη υποστήριξη για να συνεχίσουν να εργάζονται στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους, υπάρχουν περιορισμένες πληροφορίες στη διεθνή βιβλιογραφία και έρευνα σχετικά με το τι πρέπει να περιέχουν τέτοιες προσπάθειες υποστήριξης. Οι τρέχουσες πολιτικές υποστήριξης αναφέρουν προγράμματα ευεξίας, αλλαγή θέσεων εργασίας και καθηκόντων, ευέλικτα ωράρια εργασίας, δίκτυα υποστήριξης, μεγαλύτερη αναγνώριση στην εργασία, πρόσβαση σε επιμορφώσεις για τη διατήρηση της εργασιακής τους ικανότητας και βελτιωμένη εργονομία στο χώρο εργασίας. Αλλά η αποτελεσματικότητα αυτών των στρατηγικών δεν είναι πλήρως γνωστή ή και κατανοητή ακόμα.

Από τις σημαντικές συνέπειες που ανακύπτουν από τη ταχεία γήρανση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η ανάγκη και υποχρέωση όλων για μεγαλύτερη και καλύτερη αναγνώριση των δυσκολιών με τις οποίες είναι αντιμέτωποι οι ηλικιωμένοι επαγγελματίες νοσηλευτικής και η ανάγκη για την κατάλληλη οργανωτική τους υποστήριξη. Συνεπώς, οι προϊστάμενοι θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι και να έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες ώστε να υποστηρίξουν ένα γηρασμένο εργατικό δυναμικό στο χώρο της υγείας. Γενικότερα, υπάρχει ανάγκη για πολιτικές και στρατηγικές προστασίας των δικαιωμάτων του ηλικιωμένου δυναμικού του νοσηλευτικού προσωπικού που συνεχίζει να εργάζεται, για δημιουργία υγιέστερων εργασιακών χώρων.

Παράλληλα, είναι πρόκληση για τους ηλικιωμένους επαγγελματίες νοσηλευτικής να διατηρήσουν την επάρκειά τους στην άσκηση των καθηκόντων της λόγω έλλειψης επιμορφώσεων και ευκαιριών ανέλιξης. Εκπαιδεύσεις και επιμορφώσεις είναι περισσότερο διαθέσιμες στους νεότερους εργαζόμενους, αλλά υφίστανται λιγότερες ευκαιρίες για τους ηλικιωμένους.

Επομένως, μια άλλη επείγουσα ανάγκη αποτελεί η διαρκής εκπαίδευση για τους ηλικιωμένους επαγγελματίες νοσηλευτικής (Wray et al, 2008).

Από τα προηγούμενα διακρίνεται η προφανής έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων όσον αφορά τις πολιτικές και στρατηγικές υποστήριξης του προσωπικού μεγαλύτερης ηλικίας, που είναι αναμφίβολα επιτακτική, με όλα τα στοιχεία που έχουν ανακύψει από τη ταχεία γήρανσή τους. Η χρήση διαφόρων βασικών αναλυτικών εργαλείων μπορεί να βοηθήσει τους σχεδιαστές και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να αναπτύξουν μια πιο ακριβή εικόνα του ηλικιακού προφίλ του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού. Αυτά μπορούν να περιλαμβάνουν εκτιμήσεις ποικίλων ποσοστών συμμετοχής νοσηλευτικού προσωπικού ανά ηλικία, ώστε να αποκαλυφθεί εάν ορισμένες ηλικιακές ομάδες είναι σχετικά υποαπασχολούμενες, ανάλυση των ηλικιακών προφίλ σε διαφορετικούς τομείς και περιοχές, για τον

εντοπισμό παραλλαγών που ενδέχεται να απαιτούν διαφορετικές παρεμβάσεις πολιτικής, αλλά και αξιολόγηση των πραγματικών ετών σταδιοδρομίας των επαγγελματιών νοσηλευτικής σε σύγκριση με τα πιθανά έτη, ώστε να επισημανθούν τυχόν περιορισμοί και διακρίσεις στη συνεισφορά σταδιοδρομίας. Ωστόσο, παρατηρείται απουσία αποτελεσματικών πολιτικών στήριξης στους χώρους εργασίας, ενώ οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι πρέπει να είναι διαρκώς έτοιμοι να αντέχουν και να αντιμετωπίζουν μόνοι τους τις προκλήσεις που διαρκώς προκύπτουν. Η έρευνα έχει δείξει ότι αυτές οι προκλήσεις προκαλούν τεράστια φθορά στην εργασιακή τους ικανοποίηση (Harvie et al, 2019, Kagwe et al, 2019, Karlsson et al, 2019) και παράλληλα υπονομεύουν την παραγωγικότητα και την απόδοσή τους (Sagherian et al, 2017).

Επιβάλλεται οι εργασιακοί χώροι να προσφέρουν περισσότερη υποστήριξη στους ηλικιωμένους επαγγελματίες νοσηλευτικής, ώστε αυτοί να συνεχίσουν να εργάζονται αποτελεσματικά και με μεγαλύτερη ασφάλεια. Συνίσταται αυτοί να συμμετέχουν στη δημιουργία και στις προτάσεις πολιτικών υποστήριξης, για να διασφαλιστεί ότι αυτές είναι επωφελείς για τους εργαζόμενους, τους χώρους εργασίας και σίγουρα για τους ασθενείς, που είναι οι αποδέκτες των υπηρεσιών. Υπάρχει ανάγκη για περισσότερες προσπάθειες που θα ερευνήσουν τρόπους υποστήριξης ηλικιωμένων επαγγελματιών νοσηλευτικής να συνεχίσουν να εργάζονται, καθώς μεγαλώνουν και ταυτόχρονα θα προωθούν την έννοια του υγιούς χώρου εργασίας.

Η χρήση διαφόρων βασικών αναλυτικών εργαλείων που μπορούν να βοηθήσουν τους σχεδιαστές και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να αναπτύξουν μια πιο ακριβή εικόνα του ηλικιακού προφίλ του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού. Αυτά μπορούν να περιλαμβάνουν εκτιμήσεις ποικίλων ποσοστών συμμετοχής νοσηλευτικού προσωπικού ανά ηλικία, ώστε να αποκαλυφθεί εάν ορισμένες ηλικιακές ομάδες είναι σχετικά υποαπασχολούμενες, ανάλυση των ηλικιακών προφίλ σε διαφορετικούς τομείς και περιοχές, για τον εντοπισμό παραλλαγών που ενδέχεται να απαιτούν διαφορετικές παρεμβάσεις πολιτικής, αλλά και αξιολόγηση των πραγματικών ετών σταδιοδρομίας των επαγγελματιών νοσηλευτικής σε σύγκριση με τα πιθανά έτη, ώστε να επισημανθούν τυχόν περιορισμοί και διακρίσεις στη συνεισφορά σταδιοδρομίας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Abbasi M., Zakerian A., Akbarzade A., Dinarvand N., Ghaljahi M., Poursadeghiyan M. and Ebrahimi M.H.** (2017). Investigation of the relationship between work ability and work-related quality of life in nurses. *Iranian journal of public health.* **46**(10):1404.
2. **Abdul Jalil N.I., Tan S.A., Ibharim N.S., Musa A.Z., Ang S.H. and Mangundjaya W.L.** (2023). The Relationship between Job Insecurity and Psychological Well-Being among Malaysian Precarious Workers: Work-Life Balance as a Mediator. *International journal of environmental research and public health.* **20**(3):2758.
3. **Ackerman P.L. and Kanfer R.** (2020). Work in the 21st century: New directions for aging and adult development. *American Psychologist.* **75**(4):486.
4. **Adams G.A. and Beehr T.A.** (1998). Turnover and retirement: A comparison of their similarities and differences. *Personnel psychology.* **51**(3):643-665.
5. **Adriaenssens J., De Gucht V. and Maes S.** (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies.* **52**(2):649-661.
6. **Ahlstrom L., Grimby - Ekman A., Hagberg M. and Dellve L.** (2010). The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health - A prospective study of women on long-term sick leave. *Scandinavian journal of work, environment and health.* **36**:404-412.
7. **Ahmed A.M., Andersson L. and Hammarstedt M.** (2012). Does age matter for employability? A field experiment on ageism in the Swedish labour market. *Applied Economics Letters.* **19**(4):403-406.
8. **Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M. and International Hospital Outcomes Research Consortium.** (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for quality in Health care.* **14**(1):5-14.
9. **Airaksinen J., Jokela M., Virtanen M., Oksanen T., Pentti J., Vahtera J., Koskenvuo M., Kawachi I., Batty G.D. and Kivimäki M.** (2017). Development and validation of a risk prediction model for work disability: multicohort study. *Scientific reports.* **7**(1):13578.
10. **Aittomäki A., Lahelma E. and Roos E.** (2003). Work conditions and socioeconomic inequalities in work ability. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health.* **29**(2):159-165.
11. **Aiyar M.S. and Ebeke M.C.H.** (2016). The impact of workforce aging on European productivity. *Ed. International Monetary Fund.*
12. **Allen S., Earl C. and Taylor P.** (2015). Retirement is a dream at 55, but not a reality. Can nurses work until 70? *Australian Nursing and Midwifery Journal.* **22**(7):18.
13. **American Nursing Credentialing Center.** (2013). Find a magnet hospital.
14. **American Psychological Association.** (2010). Ethical principles of psychologists and code of conduct, 2010 amendments.
15. **Anwar S. and Rice J.** (2009). Labour mobility and wage inequality in the presence of endogenous foreign investment. *Economic Modelling.* **26**(6):1135-1139.
16. **Armstrong - Stassen M.** (2005). Human resource management strategies and the retention of older RNs. *Nursing Leadership.* **18**(1):50-64.
17. **Armstrong - Stassen M.** (2008). Factors associated with job content plateauing among older workers. *Career Development International.* **13**(7):594-613.
18. **Armstrong - Stassen M. and Schlosser F.** (2011). Perceived organizational membership and the retention of older workers. *Journal of organizational behavior.* **32**(2):319-344.

19. **Armstrong - Stassen M. and Stassen K.** (2013). Professional development, target-specific satisfaction, and older nurse retention. *Career Development International*. **18**(7):673-693.
20. **Armstrong - Stassen M., Freeman M., Cameron S. and Rajacic D.** (2015). Nurse managers' role in older nurses' intention to stay. *Journal of Health Organization and Management* **29**(1):55-74.
21. **Aronsson G., Gustafsson K. and Dallner M.** (2002). Work environment and health in different types of temporary jobs. *European journal of work and organizational psychology*. **11**(2):151-175.
22. **Ashforth B.** (2000). Role transitions in organizational life: An identity-based perspective. *Ed. Routledge*.
23. **Auerbach D.I., Buerhaus P.I. and Staiger D.O.** (2014). Registered nurses are delaying retirement, a shift that has contributed to recent growth in the nurse workforce. *Health affairs*. **33**(8):1474-1480.
24. **Bae S.H.** (2021). Intensive care nurse staffing and nurse outcomes: a systematic review. *Nursing in Critical Care*. **26**(6):457-466.
25. **Bakker A.B. and Demerouti E.** (2017). Job demands - resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of occupational health psychology*. **22**(3):273.
26. **Bakker A.B. and van Wingerden J.** (2021). Do personal resources and strengths use increase work engagement? The effects of a training intervention. *Journal of Occupational Health Psychology*. **26**(1):20.
27. **Bakker A.B., Le Blanc P.M. and Schaufeli W.B.** (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of advanced nursing*. **51**(3):276-287.
28. **Bal A.C., Reiss A.E., Rudolph C.W. and Baltes B.B.** (2011). Examining positive and negative perceptions of older workers: A meta-analysis. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. **66**(6):687-698.
29. **Baldwin S. and George J.** (2021). Qualitative study of UK health professionals' experiences of working at the point of care during the COVID-19 pandemic. *BMJ open*. **11**(9):e054377.
30. **Bandura A.** (2000). Self-efficacy: The foundation of agency. Control of human behavior, mental processes, and consciousness. *Erlbaum*. pp. 16.
31. **Bardasi E. and Francesconi M.** (2004). The impact of atypical employment on individual wellbeing: evidence from a panel of British workers. *Social science and medicine*. **58**(9):1671-1688.
32. **Bayl - Smith P.H. and Griffin B.** (2014). Age discrimination in the workplace: Identifying as a late-career worker and its relationship with engagement and intended retirement age. *J. Appl. Soc. Psychol.* **44**: 588-599.
33. **Beard K.M. and Edwards J.R.** (1995). Employees at risk: Contingent work and the psychological experience of contingent workers. In: Cooper C.I. and Rousseau, D.M. (eds.). *Trends in Organizational Behavior*. *Ed. Wiley*. Oxford. **2**:109-126.
34. **Bell L.M.** (2013). The ageing of the nursing workforce: what lies ahead and what we can do. *International Nursing Review*. **60**(3):277-278.
35. **Benach J., Gimeno D., Benavides F.G., Martinez J.M. and del Mar Torné M.** (2004). Types of employment and health in the European Union: changes from 1995 to 2000. *The European Journal of Public Health*. **14**(3):314-321.
36. **Benavides F.G., Benach J., Muntaner C., Delclos G.L., Catot N. and Amable M.** (2006). Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms? *Occupational and environmental medicine*. **63**(6):416-421.
37. **Benjamin K. and Wilson S.** (2005). Facts and misconceptions about age, health status and employability. Health and Safety Laboratory. *Buxton*. Report HSL/2005/20.

38. **Benner P.** (1984). From novice to expert. *Menlo Park*. **84**(1480):10-1097.
39. **Bernhard - Oettel C., Sverke M. and De Witte H.** (2005). Comparing three alternative types of employment with permanent full-time work: how do employment contract and perceived job conditions relate to health complaints? *Work and Stress*. **19**(4):301-318.
40. **Bethge M., Radoschewski F.M. and Gutenbrunner C.** (2012). Effort-reward imbalance and work ability: cross-sectional and longitudinal findings from the Second German Sociomedical Panel of Employees. *BMC public health*. **12**:1-9.
41. **Bethge M., Spanier K., Köhn S. and Schlumbohm A.** (2021). Self-reported work ability predicts health-related exit and absence from work, work participation, and death: longitudinal findings from a sample of German employees. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. **94**:591-599.
42. **Biddle B.J.** (1986). Recent developments in role theory. *Annual review of sociology*. **12**(1):67-92.
43. **Bishop M.** (2013). Work engagement of older registered nurses: the impact of a caring-based intervention. *Journal of nursing management*. **21**(7):941-949.
44. **Björn C., Lindberg M. and Rissen D.** (2016). Significant factors for work attractiveness and how these differ from the current work situation among operating department nurses. *Journal of clinical nursing*. **25**(1-2):109-116.
45. **Black D.C.** (2008). Working for a Healthier Tomorrow: A Review of the Health of Britain's Working Age Population. *The Stationery Office*.
46. **Blakeley J. and Ribeiro V.** (2008). Are nurses prepared for retirement? *Journal of nursing management*. **16**(6):744-752.
47. **Bloom D.E. and Luca D.L.** (2016). The global demography of aging: facts, explanations, future. In: Handbook of the economics of population aging. 1:3-56. *Ed. North - Holland*.
48. **Boehm S.A., Kunze F. and Bruch H.** (2014). Spotlight on age-diversity climate: The impact of age-inclusive HR practices on firm-level outcomes. *Personnel Psychology*. **67**(3):667-704.
49. **Bohle P., Pitts C. and Quinlan M.** (2010). Time to call it quits? The safety and health of older workers. *International journal of health services*. **40**(1):23-41.
50. **Booth A., Francesconi M. and Frank J.** (2000). Temporary workers: new evidence on their pay, conditions and prospects. *Future of Work Bulletin*. **1**:2-4.
51. **Börsch - Supan A. and Jürges J.** (eds). (2005). The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe - methodology. *Mannheim Research Institute for the Economics of Aging*. Mannheim.
52. **Börsch - Supan A., Bristle J., Andersen - Ranberg K., Brugiavini A., Jusot F., Litwin H. and Weber G.** (2019). Health and socio-economic status over the life course First results from SHARE Waves 6 and 7. p. 383. *De Gruyter*.
53. **Börsch - Supan A., Hank K. and Jürges H.** (2005). A new comprehensive and international view on ageing: introducing the 'Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe'. *European Journal of Ageing*. **2**(4):245-253.
54. **Boumans N.P., De Jong A.H. and Vanderlinden L.** (2008). Determinants of early retirement intentions among Belgian nurses. *Journal of Advanced Nursing*. **63**(1):64-74.
55. **Bouzgarrou L., Merchaoui I., Omrane A., Ameer N., Kammoun S. and Chaari N.** (2023). Health-related Quality of Life and Determinants of the Mental Dimension Among Tunisian Nurses in Public Hospitals. *La Medicina del Lavoro*. **114**(1):e2023002.
56. **Brandis S., Rice J. and Schleimer S.** (2017). Dynamic workplace interactions for improving patient safety climate. *Journal of health organization and management*. **31**(1):38-53.

57. **Brewer C.S., Kovner C.T., Obeidat R.F. and Budin W.C.** (2013). Positive work environments of early-career registered nurses and the correlation with physician verbal abuse. *Nursing outlook*. **61**(6):408-416.
58. **Browne P., Carr E., Fleischmann M., Xue B. and Stansfeld S.A.** (2019). The relationship between workplace psychosocial environment and retirement intentions and actual retirement: a systematic review. *European journal of ageing*. **16**:73-82.
59. **Buchan J., Shaffer F. and Catton H.** (2018). Policy Brief: Nurse Retention. *ICNM*. Philadelphia, USA. pp.28.
60. **Buchan J. and Aiken L.** (2008). Solving nursing shortages: a common priority. *Journal of clinical nursing*. **17**(24):3262-3268.
61. **Budin W.C., Brewer C.S., Chao Y.Y. and Kovner C.** (2013). Verbal abuse from nurse colleagues and work environment of early career registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. **45**(3):308-316.
62. **Buerhaus P.I., Auerbach D.I. and Staiger D.O.** (2009). The Recent Surge In Nurse Employment: Causes And Implications: Recession effects that have eased the shortage of hospital nurses must be viewed as temporary, lest they distract policymakers from continuing to address longer-term indicators. *Health Affairs*. **28**(Suppl3):w657-w668.
63. **Buerhaus P.I., Auerbach D.I., Staiger D.O. and Muench U.** (2015). Projections of the Long-term Growth of the Registered Nurse Workforce. *Journal of Nursing Administration*. **45**(10):S5-S9.
64. **Buitendach J.H.** (2004). Job insecurity and job satisfaction in selected organisations in South Africa. Doctoral dissertation. *North-West University*.
65. **Bureau of Labor Statistics.** (2016). Nonfatal occupational injuries and illnesses requiring days away from work.
66. **Burkert C. and Hochfellner D.** (2017). Employment trajectories beyond retirement. *Journal of Aging and Social Policy*. **29**(2):143-167.
67. **Buselli R., Corsi M., Baldanzi S., Chiumiento M., Del Lupo E., Dell'Oste V. and Carmassi C.** (2020). Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *International journal of environmental research and public health*. **17**(17):6180.
68. **Byers A.L., Yaffe K., Covinsky K.E., Friedman M.B. and Bruce M.L.** (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. **67**(5):489-496.
69. **Byoung - Hoon L. and Frenkel S.J.** (2004). Divided workers: social relations between contract and regular workers in a Korean auto company. *Work, employment and society*. **18**(3):507-530.
70. **Camerino D., Conway P.M., Van der Heijden B.I.J.M., Estry - Behar M., Consonni D., Gould D. and NEXT-Study Group.** (2006). Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. *Journal of advanced nursing*. **56**(5):542-552.
71. **Canivet C., Bodin T., Emmelin M., Toivanen S., Moghaddassi M. and Östergren P.O.** (2016). Precarious employment is a risk factor for poor mental health in young individuals in Sweden: a cohort study with multiple follow-ups. *BMC public health*. **16**(1):1-10.
72. **Carel R.S., Zusman M. and Karakis I.** (2013). Work ability index in Israeli hospital nurses: applicability of the adapted questionnaire. *Experimental aging research*. **39**(5):579-590.
73. **Carstensen L.L., Turan B., Scheibe S., Ram N., Ersner - Hershfield H., Samanez - Larkin G.R. and Nesselroade J.R.** (2011). Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and aging*. **26**(1):21.

74. **Chan G., Tan V. and Koh D.** (2000). Ageing and fitness to work. *Occupational medicine*. **50**(7):483-491.
75. **Chan Z.C., Tam W.S., Lung M.K., Wong W.Y. and Chau C.W.** (2013). A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of nursing management*. **21**(4):605-613.
76. **Charles G. and Wen S.L.P.** (2021). Ageing on the Frontlines: Examining the Experiences of Older Frontline Healthcare Workers in Singapore General Hospital During The COVID-19 Pandemic.
77. **Chiu M.C., Wang M.J.J., Lu C.W., Pan S.M., Kumashiro M. and Ilmarinen J.** (2007). Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. *Nursing outlook*. **55**(6):318-326.
78. **Chung M.H.** (2009). Enhanced Cardiac Sympathetic Modulations during Sleep (Doctoral dissertation, Institute of Brain Science, National Yang-Ming University). *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. **35**(3):180-187.
79. **Claes R. and Heymans M.** (2008). HR professionals' views on work motivation and retention of older workers: a focus group study. *Career development international*. **13**(2):95-111.
80. **Clarke M.** (2015). To what extent a "bad" job? Employee perceptions of job quality in community aged care. *Employee Relations*. **37**(2):192-208.
81. **Clarke S.P.** (2007). Hospital work environments, nurse characteristics, and sharps injuries. *American journal of infection control*. **35**(5):302-309.
82. **Clarke S.P.** (2011). The future of nursing workforce research. *Journal of Research in Nursing*. **16**(6):487-488.
83. **Clauson M., Wejr P., Frost L., McRae C. and Straight H.** (2011). Legacy mentors: Translating the wisdom of our senior nurses. *Nurse Education in Practice*. **11**(2):153-158.
84. **Cleaver K., Markowski M. and Wels J.** (2022). Factors influencing older nurses' decision making around the timing of retirement: An explorative mixed-method study. *Journal of Nursing Management*. **30**(1):169-178.
85. **Clendon J. and Walker L.** (2013). The health of nurses aged over 50 in New Zealand. *Contemporary nurse*. **45**(1):85-94.
86. **Clendon J. and Walker L.** (2016). Nurses aged over 50 and their perceptions of flexible working. *Journal of nursing management*. **24**(3):336-346.
87. **Clendon J. and Walker L.** (2016). The juxtaposition of ageing and nursing: The challenges and enablers of continuing to work in the latter stages of a nursing career. *Journal of Advanced Nursing*. **72**(5):1065-1074.
88. **Colombo F. et al.** (2011). Help wanted? Providing and paying for long term care, OECD Health Policy Studies. *OECD Publishing*.
89. **Colombo F., Llana - Nozal A., Mercier J. and Tjadens F.** (2011). Help wanted. *Ageing and long-term care*. **17**(2-3):3.
90. **Commission of the European Communities.** (2002). Europe's Response to World Ageing: Promoting Economic and Social Progress in an Ageing World: a Contribution of the European Commission to the 2nd World Assembly on Ageing: Communication from the Commission to the Council and the European Parliament. *Office for Official Publications of the European Communities*.
91. **Connelly C.E. and Gallagher D.G.** (2004). Emerging trends in contingent work research. *Journal of management*. **30**(6):959-983.
92. **Connolly C., Bleich M.R., Hatcher B.J., Davis K., Hewlett P.O.N. and Hill K.S.** (2006). Wisdom at work: The importance of the older and experienced nurse in the workplace.

93. **Copertaro A., Bracci M., Barbaresi M. and Santarelli L.** (2008). Role of waist circumference in the diagnosis of metabolic syndrome and assessment of cardiovascular risk in shift workers. *La Medicina del Lavoro*. **99**(6):444-453.
94. **Corrington A., Ng L.C., Phetmisy C.N., Watson I., Wu F.Y. and Hebl M.** (2020). How bias thwarts successful aging at work. *Industrial and Organizational Psychology*. **13**(3):413-416.
95. **Costa G. and Sartori S.** (2007). Ageing, working hours and work ability. *Ergonomics*. **50**(11):1914-1930.
96. **Costa G., Sartori S. and Åkerstedt T.** (2006). Influence of flexibility and variability of working hours on health and well-being. *Chronobiology international*. **23**(6):1125-1137.
97. **Cotrim T., da Silva C.F., Amaral V., Bem - Haja P. and Pereira A.** (2021). Work ability and psychosocial factors in healthcare settings: Results from a national study. *Advances in Human Aspects of Healthcare and Medicine*. 32.
98. **Cotrim T., Simões A. and Silva C.** (2011). Age and work ability among portuguese nurses. In *Age Management During the Life Course Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability*. pp. 117-125. *Tampere University Press*.
99. **Cummings G.G., MacGregor T., Davey M., Lee H., Wong C.A., Lo E. and Stafford E.** (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International journal of nursing studies*. **47**(3):363-385.
100. **Daouk - Öyry L., Anouze A.L., Otaki F., Dumit N.Y. and Osman I.** (2014). The JOINT model of nurse absenteeism and turnover: a systematic review. *International journal of nursing studies*. **51**(1):93-110.
101. **De Cuyper N. and De Witte H.** (2006). Temporary employment: volition or stepping stone. In: *Sixth Conference on Psychology and Health*. Kerkrade, The Netherlands. pp. 8-10.
102. **De Lange A.H., Furunes T. and Buckens A.** (2020). Older workers' selfmanagement and sustainable employability at work: lessons learned from science and practice. In: **Fideler E.** (ed.). *Work, Aging and Retirement*. Ed. *Rowman and Littlefield Publishers*. Lanham, MA.
103. **De Lange A.H., Van der Heijden B., Van Vuuren T., Furunes T., De Lange C. and Dikkers J.** (2021). Employable as we age? A systematic review of relationships between age conceptualizations and employability. *Frontiers in Psychology*. **11**:605684.
104. **De Oliveira D.R., Griep R.H., Portela L.F. and Rotenberg L.** (2017). Intention to leave profession, psychosocial environment and self-rated health among registered nurses from large hospitals in Brazil: a cross-sectional study. *BMC health services research*. **17**:1-10.
105. **De Prins P., De Vos A., Van Beirendonck L. and Segers J.** (2015). Sustainable HRM for sustainable careers: Introducing the 'Respect Openness Continuity (ROC) model'. *Handbook of research on sustainable careers*. pp. 319-334.
106. **De Sio S., Cedrone F., Trovato Battagliola E., Buomprisco G., Perri R. and Greco E.** (2018). The perception of psychosocial risks and work-related stress in relation to job insecurity and gender differences: a cross-sectional study. *BioMed research international*.
107. **De Wind A., Geuskens G.A., Reeuwijk K.G., Westerman M.J., Ybema, J.F., Burdorf A. and Van der Beek A.J.** (2013). Pathways through which health influences early retirement: a qualitative study. *BMC Public Health*. **13**:1-9.
108. **De Witte H. and Buitendach J.** (2005). Job insecurity, extrinsic and intrinsic job satisfaction and affective organisational commitment of maintenance workers in a parastatal. *South African Journal of Business Management*. **36**(2):27-37.

109. **De Witte H.** and **Näswall K.** (2003). Objective 'vs subjective' job insecurity: Consequences of temporary work for job satisfaction and organizational commitment in four European countries. *Economic and industrial democracy*. **24**(2):149-188.
110. **De Witte H.** (2000). Arbeidsethos en jobonzekerheid: Meting en gevolgen voor welzijn, tevredenheid en inzet op het werk. In Van groep naar gemeenschap. Liber amicorum prof. Dr. Leo Lagrou. pp. 325-350. *Garant*.
111. **De Zwart B.C.H., Frings - Dresen M.H.W.** and **Van Duivenbooden J.C.** (2002). Test-retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. *Occupational medicine*. **52**(4):177-181.
112. **Deller J., Liedtke P.M.** and **Maxin L.M.** (2009). Old-age security and silver workers: An empirical survey identifies challenges for companies, insurers and society. *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice*. **34**:137-157.
113. **Delloiacono N.** (2016). Origin of a musculoskeletal guideline: Caring for older workers. *Workplace Health and Safety*. **64**(6):262-268.
114. **Demo G.** and **Paschoal T.** (2016). Well-being at work scale: Exploratory and confirmatory validation in the USA. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. **26**:35-43.
115. **Department for Work and Pensions.** (2015). Attitudes of the over 50s to Fuller Working Lives. London.
116. **Department for Work and Pensions.** (2015). Employer Attitudes to Fuller Working Lives. London. 2015.
117. **Doerwald F., Zacher H., Van Yperen N.W.** and **Scheibe S.** (2021). Generativity at work: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*. **125**:103521.
118. **Dragano N., Siegrist J., Nyberg S.T., Lunau T., Fransson E.I., Alfredsson L.** and **Kivimäki M.** (2017). Effort-reward imbalance at work and incident coronary heart disease: a multicohort study of 90,164 individuals. *Epidemiology*. **28**(4):619.
119. **Duchaine C.S., Aube K., Gilbert - Ouimet M., Vezina M., Ndjaboue R., Massamba V.** and **Brisson C.** (2020). Psychosocial stressors at work and the risk of sickness absence due to a diagnosed mental disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*. **77**(8):842-851.
120. **Duffield C., Graham E., Donoghue J., Griffiths R., Bichel - Findlay J.** and **Dimitrelis S.** (2015). Why older nurses leave the workforce and the implications of them staying. *Journal of clinical nursing*. **24**(5-6):824-831.
121. **Durosaiye I.O., Hadjri K.** and **Liyanage C.L.** (2016). Identifying challenging job and environmental demands of older nurses within the national health service. *Health Environments Research and Design Journal*. **9**(3):82-105.
122. **Elf M., Nordin S., Wijk H.** and **Mckee K.J.** (2017). A systematic review of the psychometric properties of instruments for assessing the quality of the physical environment in healthcare. *Journal of Advanced Nursing*. **73**(12):2796-2816.
123. **Elo A.L., Ervasti J., Kuosma E.** and **Mattila P.** (2008). Evaluation of an organizational stress management program in a municipal public works organization. *Journal of occupational health psychology*. **13**(1):10.
124. **Emberland J.S.** and **Knardahl S.** (2015). Contribution of psychological, social, and mechanical work exposures to low work ability: a prospective study. *Journal of occupational and environmental medicine*. **57**(3):300.
126. **Erikson E.H.** and **Erikson J.M.** (1998). The life cycle completed (extended version). *WW Norton and Company*. pp. 599- 603.

127. **Ervasti J., Kivimäki M., Dray - Spira R., Head J., Goldberg M., Pentti J. and Virtanen M.** (2016). Comorbidity and work disability among employees with diabetes: Associations with risk factors in a pooled analysis of three cohort studies. *Scandinavian Journal of Public Health*. **44**(1):84-90.
128. **Eurofound.** (2013). Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU. Dublin.
129. **European Commission.** (2010). The Economic Adjustment Program for Greece. European Economy, Occasional Papers. No. 61. *DG Economic and Financial Affairs*. Brussels.
130. **European Commission.** (2021). The Ageing Report. *European Economy Institutional Paper*. No. 148.
131. **European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.** (2013). Impacts of the Crisis on Access to Healthcare Services in the EU. *Eurofound*. Dublin.
132. **European Union.** (2020). Ageing Europe. Looking at the Lives of Older People in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
133. **Eurostat.** (2020). Ageing Europe Statistics on Population Developments. *Eurostat*.
134. **Eurostat.** (2020). Health Workers in The EU by Age Group. *Eurostat*.
135. **Eurostat.** (2020). Crude death rate. *Eurostat*.
136. **Eurostat.** (2020). Gross domestic product at market prices. *Eurostat*.
137. **Eurostat.** (2018). Health expectancy in absolute values at birth. *Eurostat*.
138. **Eurostat.** (2020). Life expectancy at birth by sex. *Eurostat*.
139. **Evandrou M. and Falkingham J.** (2000). Looking back to look forward: lessons from four birth cohorts for ageing in the 21st century. *Population trends*. **99**:27-36.
140. **Fasbender U. and Wang M.** (2017). Negative attitudes toward older workers and hiring decisions: Testing the moderating role of decision makers' core self-evaluations. *Frontiers in psychology*. **7**:2057.
141. **Feather N.T. and Rauter K.A.** (2004). Organizational citizenship behaviours in relation to job status, job insecurity, organizational commitment and identification, job satisfaction and work values. *Journal of occupational and organizational psychology*. **77**(1):81-94.
142. **Felstead A. and Gallie D.** (2004). For better or worse? Non-standard jobs and high involvement work systems. *The International Journal of Human Resource Management*. **15**(7):1293-1316.
143. **FINLEX.** (2001). Occupational Health Care Act.
144. **Fischer C.P.** (2006). Interleukin-6 in acute exercise and training: what is the biological relevance. *Exerc immunol rev*. **12**(6-33):41.
145. **Fisher G.G., Chaffee D.S. and Sonnega A.** (2016). Retirement timing: A review and recommendations for future research. *Work, Aging and Retirement*. **2**(2):230-261.
146. **Fitzgerald D.C.** (2007). Aging, experienced nurses: their value and needs. *Contemporary Nurse*. **24**(2):237-243.
147. **Flinkman M. and Salanterä S.** (2015). Early career experiences and perceptions - a qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave the nursing profession in Finland. *Journal of nursing management*. **23**(8):1050-1057.
148. **Forbes M.K., Spence K.M., Wuthrich V.M. and Rapee R.M.** (2015). Mental health and wellbeing of older workers in Australia. *Work, Aging and Retirement*. **1**(2):202-213.
149. **Foweraker B. and Cutcher L.** (2020). An ageless gift: reciprocity and value creation by and for older workers. *Work, Employment and Society*. **34**(4):533-549.

150. **Fragoso Z.L., Holcombe K.J., McCluney C.L., Fisher G.G., McGonagle A.K. and Friebe S.J.** (2016). Burnout and engagement: Relative importance of predictors and outcomes in two health care worker samples. *Workplace Health and Safety*. **64**(10):479-487.
151. **Francisco C., Cotrim T., Correia L. and Silva C.F.** (2012). Work ability and patient handling occupational risk perception among nurses. In: Proceedings Book. *International Symposium on Occupational Safety and Hygiene. SHO*. Guimarães, Portugal.
152. **Franklin P. and Gkiouleka A.** (2021). A scoping review of psychosocial risks to health workers during the Covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. **18**(5):2453.
153. **Freimann T. and Merisalu E.** (2015). Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: a cross-sectional study. *Scandinavian journal of public health*. **43**(5):447-452.
154. **Furunes T. and Mykletun R.J.** (2007). Why diversity management fails: Metaphor analyses unveil manager attitudes. *International Journal of Hospitality Management*. **26**(4):974-990.
155. **Furunes T. and Mykletun R.J.** (2010). Age discrimination in the workplace: Validation of the Nordic Age Discrimination Scale (NADS). *Scandinavian Journal of Psychology*. **51**(1):23-30.
156. **Furunes T., Mykletun R.J., Solem P.E., de Lange A.H., Syse A., Schaufeli W.B. and Ilmarinen J.** (2015). Late career decision-making: A qualitative panel study. *Work, Aging and Retirement*. **1**(3):284-295.
157. **Gabrielle S., Jackson D. and Mannix J.** (2008). Older women nurses: health, ageing concerns and self-care strategies. *Journal of Advanced Nursing*. **61**(3):316-325.
158. **Galatsch M., Li J., Derycke H., Müller B.H. and Hasselhorn H.M.** (2013). Effects of requested, forced and denied shift schedule change on work ability and health of nurses in Europe. Results from the European NEXT-Study. *BMC Public Health*. **13**(1):1-10.
159. **Garzaro G., Sottimano I., Di Maso M., Bergamaschi E., Coggiola M., Converso D. and Viotti S.** (2019). Work Ability among Italian bank video display terminal operators: Socio-demographic, lifestyle, and occupational correlates. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. **16**(9):1653.
160. **Gautam T., Van Dick R. and Wagner U.** (2004). Organizational identification and organizational commitment: Distinct aspects of two related concepts. *Asian Journal of social psychology*. **7**(3):301-315.
161. **Geiger - Brown J. and Trinkoff M.** (2010). Is it time to pull the plug on 12-hour tours: Part 1. The evidence. *Journal of Nursing Administration*. **40**(3):100-102.
162. **Gibson K.J., Zerbe W.J. and Franken R.E.** (1993). The influence of rater and ratee age on judgments of work-related attributes. *The Journal of Psychology*. **127**(3):271-280.
163. **Gifford G.** (2015). Labour Force Survey analysis of disabled people by region and main health problem. London. *Department for Work and Pensions*.
164. **Goedhard W.J.A.** (2000). Work and the older employee. In: **Cox R.A.F., Edwards F.C. and Palmer K.** (eds.). *Fitness for Work: The Medical Aspects*. *Oxford University Press*.
165. **Golubic R., Milosevic M., Knezevic B. and Mustajbegovic J.** (2009). Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of advanced nursing*. **65**(10):2056-2066.
166. **Gomaa A.E., Tapp L.C., Luckhaupt S.E., Vanoli K., Sarmiento R.F., Raudabaugh W.M. and Sprigg S.M.** (2015). Occupational traumatic injuries among workers in health care facilities - United States, 2012-2014. *Morbidity and mortality weekly report*. **64**(15):405.
167. **Goudswaard A. and Andries F.** (2002). Employment status and working conditions.

168. **Gould R.** (2001). Työttömyys ikääntyneiden työkyvyttömyyseläkekäytännössä 1990- luvulla [The role of unemployment in disability pension policy for ageing workers in the 1990s]. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. **38**:172-185.
169. **Government Offices of Sweden.** (2017). The Swedish Old-Age Pension System. How the Income Pension, Premium Pension and Guarantee Pension Work; Article No: S2017.001. *Ministry of Health and Social Affairs*. Stockholm, Sweden, 2016.
170. **Gagnano A., Miglioretti M., Frings - Dresen M.H. and de Boer A.G.** (2017). Adjustment between work demands and health needs: Development of the Work - Health Balance Questionnaire. *Rehabilitation psychology*. **62**(3):374.
171. **Graham E., Donoghue J., Duffield C., Griffiths R., Bichel - Findlay J. and Dimitrelis S.** (2014). Why do older RNs keep working? *The Journal of Nursing Administration*. **44**(11):591-597.
172. **Griep R.H., Nobre A.A., Alves M.G.D.M., da Fonseca M.D.J.M., Cardoso L.D.O., Giatti L. and Chor D.** (2015). Job strain and unhealthy lifestyle: results from the baseline cohort study, Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *BMC public health*. **15**:1-10.
173. **Griffiths A.** (2000). Designing and managing healthy work for older workers. *Occupational medicine*. **50**(7):473-477.
174. **Griffiths A., Knight A., Mahudin D.N.M. and Diana N.** (2009). Ageing, work-related stress and health: reviewing the evidence. A Report for Age Concern and Help the Aged and TAEN (The Age and Employment Network).
175. **Griffiths A., MacLennan S.J. and Hassard J.** (2013). Menopause and work: an electronic survey of employees' attitudes in the UK. *Maturitas*. **76**(2):155-159.
176. **Griffiths P., Dall'Ora C., Simon M., Ball J., Lindqvist R., Rafferty A.M. and RN4 Cast Consortium.** (2014). Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Medical care*. **52**(11):975-981.
177. **Gringart E., Jones B., Helmes E., Jansz J., Monterosso L. and Edwards M.** (2012). Negative stereotyping of older nurses despite contact and mere exposure: The case of nursing recruiters in Western Australia. *Journal of aging and social policy*. **24**(4):400-416.
178. **Gyllensten K., Wentz K., Håkansson C., Hagberg M. and Nilsson K.** (2019). Older assistant nurses' motivation for a full or extended working life. *Ageing and Society*. **39**(12):2699-2713.
179. **Haahr A., Norlyk A., Martinsen B. and Dreyer P.** (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing ethics*. **27**(1):258-272.
180. **Habicht T., Reinap M., Kasekamp K., Sikkut R., Aaben L., van Ginneken E. and World Health Organization.** (2018). Estonia: health system review.
181. **Hall R.** (2006). Temporary agency work and HRM in Australia: "Cooperation, specialisation and satisfaction for the good of all"? *Personnel Review*. **35**(2):158-174.
182. **Halm M., Peterson M., Kandels M., Sabo J., Blalock M., Braden R. and Topham D.** (2005). Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction. *Clinical Nurse Specialist*. **19**(5):241-251.
183. **Hanna D.R.** (2004). Moral distress: the state of the science. *Research and theory for nursing practice*. **18**(1):73-93.
184. **Hansen A.B., Ravnskjær L., Loft S., Andersen K.K., Bräuner E.V., Bastrup R. and Andersen Z.J.** (2016). Long-term exposure to fine particulate matter and incidence of diabetes in the Danish Nurse Cohort. *Environment international*. **91**:243-250.
185. **Hansson I., Buratti S., Johansson B. and Berg A.I.** (2019). Beyond health and economy: Resource interactions in retirement adjustment. *Ageing and Mental Health*. **23**(11):1546-1554.

186. **Hansson I., Zulka L.E., Kivi M., Hassing L.B. and Johansson B.** (2019). Att Arbeta Vidare efter 65 - vem gör det och Varför? [To Continue Working after 65 - Who Does it and why?]. Rapport 14. Delegationen för senior arbetskraft.
187. **Harman D.** (1998). Aging: phenomena and theories. *Annals of the New York Academy of Sciences*. **854**(1):1-7.
188. **Harvie K., Sidebotham M. and Fenwick J.** (2019). Australian midwives' intentions to leave the profession and the reasons why. *Women and Birth*. **32**(6):e584-e593.
189. **Hasselhorn H.M., Tackenberg P., Kuemmerling A., Wittenberg J., Simon M., Conway P.M. and Mueller B.H.** (2006). Nurses' health, age and the wish to leave the profession - findings from the European NEXT-Study. *La Medicina del lavoro*. **97**(2):207-214.
190. **Hasselhorn H.M., Toomingas A. and Lagerstrom M.** (1999). Occupational health for health care workers: A practical guide.
191. **Heidenreich P.A., Albert N.M., Allen L.A., Bluemke D.A., Butler J., Fonarow G.C. et al.** (2013). Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail*. **6**(3):606-619.
192. **Heidenreich P.A., Trogdon J.G., Khavjou O.A., Butler J., Dracup K., Ezekowitz M.D. et al.** (2011). Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation*. **123**(8):933-944.
193. **Heidenreich P.A., Albert N.M., Allen L.A., Bluemke D.A., Butler J., Fonarow G.C. and Trogdon J.G.** (2013). Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation: Heart Failure*. **6**(3):606-619.
194. **Heidenreich P.A., Trogdon J.G., Khavjou O.A., Butler J., Dracup K., Ezekowitz M.D. and Woo Y.J.** (2011). Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation*. **123**(8):933-944.
195. **Heikkilä V.M.** (1996). Työkyvyn käsitteestä ja dynamiikasta. *Kuntoutus*. **1**:3-11.
196. **Heymans D.R.** (2002). The relationship between job insecurity, job satisfaction and organisational commitment of maintenance workers in a parastatal. Doctoral dissertation. *North-West University*. South Africa.
197. **Hill K.S.** (2011). Nursing and the aging workforce: myths and reality, what do we really know? *Nursing Clinics*. **46**(1):1-9.
198. **Hirschi A., Herrmann A., Nagy N. and Spurr D.** (2016). All in the name of work? Nonwork orientations as predictors of salary, career satisfaction, and life satisfaction. *Journal of vocational behavior*. **95**:45-57.
199. **Hruby A., Manson J.E., Qi L., Malik V.S., Rimm E.B., Sun Q. and Hu F.B.** (2016). Determinants and consequences of obesity. *American journal of public health*. **106**(9):1656-1662.
200. **Huang H., Xia Y., Zeng X. and Lü A.** (2022). Prevalence of depression and depressive symptoms among intensive care nurses: A meta-analysis. *Nursing in Critical Care*. **27**(6):739-746.
201. **Huffman A., Culbertson S., Henning J. and Goh A.** (2013). Work-family conflict across the lifespan. *Journal of Managerial Psychology*. **28**(7/8):761-780.
202. **Humphrey S.E., Nahrgang J.D. and Morgeson F.P.** (2007). Integrating motivational, social, and contextual work design features: a meta-analytic summary and theoretical extension of the work design literature. *Journal of applied psychology*. **92**(5):1332.
203. **Ilmarinen J.** (2006). Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. *Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health*. Helsinki.

204. **Ilmarinen J.** (1999). Ageing workers in the European Union: status and promotion of work ability, employability and employment. *Finnish Institute of Occupational Health*.
205. **Ilmarinen J.** (2006). The ageing workforce - challenges for occupational health. *Occupational Medicine*. **56**(6):362-364.
206. **Ilmarinen J.** (2006). Towards a longer and better working life: A challenge of work force ageing. *La Medicina del lavoro*. **97**(2):143-147.
207. **Ilmarinen J.** (2009). Work ability - a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian journal of work, environment and health*. **35**(1):1-5.
208. **Ilmarinen J.** (2019). From work ability research to implementation. *International journal of environmental research and public health*. **16**(16):2882.
209. **Ilmarinen J.** and **Tuomi K.** (2004). Past, present and future of work ability. In: Proceedings book. *1st International Symposium on Work Ability*. Helsinki. pp. 1-25.
210. **Ilmarinen J., Tuomi K.** and **Klockars M.** (1997). Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. *Scandinavian journal of work, environment and health*. 49-57.
211. **Ilmarinen J., Tuomi K.** and **Seitsamo J.** (2005). New dimensions of work ability. In: *International congress series*. **1280**:3-7. Elsevier.
212. **Ilmarinen J., Tuomi K., Eskelinen L., Nygård C.H., Huuhtanen P.** and **Klockars M.** (1991). Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. *Scandinavian journal of work, environment and health*. 7-11.
213. **Ilmarinen J., Tuomi K., Eskelinen L., Nygård C.H., Huuhtanen P.** and **Klockars M.** (1991). Summary and recommendations of a project involving cross-sectional and follow-up studies on the aging worker in Finnish municipal occupations (1981-1985). *Scandinavian journal of work, environment and health*. 135-141.
214. **Ilmarinen J., Tuomi K., Eskelinen L., Nygård C.H., Huuhtanen P.** and **Klockars M.** (1991). Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. *Scandinavian journal of work, environment and health*. 7-11.
215. **I.M.F.** and **World Bank Development Committee.** (2001). The Challenge of Maintaining Long-Term External Debt Sustainability. *Internal paper*. No. 13. April, Washington DC.
216. **Inoue M., Minami M.** and **Yano E.** (2014). Body mass index, blood pressure, and glucose and lipid metabolism among permanent and fixed-term workers in the manufacturing industry: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. **14**:1-8.
217. **Ioannou P., Katsikavali V., Galanis P., Velonakis E., Papadatou D.** and **Sourtzi P.** (2015). Impact of job satisfaction on greek nurses' health-related quality of life. *Safety and health at work*. **6**(4):324-328.
218. **Irwin J.** (2000). What are the causes, prevention and treatment of hearing loss in the ageing worker?. *Occupational medicine*. **50**(7):492-495.
219. **Ishikawa T., Ohba H., Yokooka Y., Nakamura K.** and **Ogasawara K.** (2013). Forecasting the absolute and relative shortage of physicians in Japan using a system dynamics model approach. *Human resources for health*. **11**:1-10.
220. **Iversen T.N., Larsen L.** and **Solem P.E.** (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic psychology*. **61**(3):4-22.
221. **Jääskeläinen A., Kausto J., Seitsamo J., Ojajarvi A., Nygård C.H., Arjas E.** and **Leino - Arjas P.** (2016). Work ability index and perceived work ability as predictors of disability pension: a prospective study among Finnish municipal employees. *Scandinavian journal of work, environment and health*. 490-499.

222. **Janssens J.P., Pache J.C. and Nicod L.P.** (1999). Physiological changes in respiratory function associated with ageing. *European Respiratory Journal*. **13**(1):197-205.
223. **Järvikoski A., Härkäpää K. and Mannila S.** (2001). Moniulotteinen työkykykäsitys ja työkykyä ylläpitävä toiminta. *Kuntoutus*. **3**:3-11.
224. **Jauregui J., Watsjold B., Welsh L., Ilgen J.S. and Robins L.** (2020). Generational 'othering': the myth of the Millennial learner. *Medical education*. **54**(1):60-65.
225. **Javeau C.L.A.U.D.E.** (2000). Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το Εγχειρίδιο του Καλού Ερευνητή. Μπφρ: **Τζαννόνε - Τζώρτζη**. Αθήνα. *Εκδόσεις Τυπωθήτω*.
226. **Jeon H.O. and Kweon Y.** (2015). Effects of emotional labor, somatic symptoms, and emotional support on quality of life among middle-aged female workers. *Korean Journal of Adult Nursing*. **27**(5):537-547.
227. **Juvani A., Oksanen T., Virtanen M., Salo P., Pentti J., Kivimäki M. and Vahtera J.** (2018). Clustering of job strain, effort-reward imbalance, and organizational injustice and the risk of work disability: a cohort study. *Scandinavian journal of work, environment and health*. **44**(5):485-495.
228. **Kagan S.H. and Melendez - Torres G.J.** (2015). Ageism in nursing. *Journal of Nursing Management*. **23**(5):644-650.
229. **Kagwe J., Jones S. and Johnson S.L.** (2019). Factors related to intention to leave and job satisfaction among registered nurses at a large psychiatric hospital. *Issues in Mental Health Nursing*. **40**(9):754-759.
230. **Karlsson A.C., Gunningberg L., Bäckström J. and Pöder U.** (2019). Registered nurses' perspectives of work satisfaction, patient safety and intention to stay - A double-edged sword. *Journal of nursing management*. **27**(7):1359-1365.
231. **Kaufman A., Broecker W.S., Ku T.L. and Thurber D.L.** (1971). The status of U-series methods of mollusk dating. *Geochimica et Cosmochimica Acta*. **35**(11):1155-1183.
232. **Kenny G.P., Yardley J.E., Martineau L. and Jay O.** (2008). Physical work capacity in older adults: implications for the aging worker. *American journal of industrial medicine*. **51**(8):610-625.
233. **Kim S. and Feldman D.C.** (2000). Working in retirement: The antecedents of bridge employment and its consequences for quality of life in retirement. *Academy of management Journal*. **43**(6):1195-1210.
234. **Kingsbury S.R., Gross H.J., Isherwood G. and Conaghan P.G.** (2014). Osteoarthritis in Europe: impact on health status, work productivity and use of pharmacotherapies in five European countries. *Rheumatology*. **53**(5):937-947.
235. **Kivimäki M., Vahtera J., Elovainio M., Virtanen M. and Siegrist J.** (2007). Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models?. *Occupational and environmental medicine*.
236. **Klug K., Bernhard - Oettel C., Mälikangas A., Kinnunen U. and Sverke M.** (2019). Development of perceived job insecurity among young workers: A latent class growth analysis. *International archives of occupational and environmental health*. **92**:901-918.
237. **Knoche K., Sochert R. and Houston K.** (2012). Promoting healthy work for workers with chronic illness: A guide to good practice. *European Network for Workplace Health Promotion*. Edinburgh, UK.
238. **Kooij D.T. and Kanfer R.** (2019). Lifespan perspectives on work motivation. In *Work across the lifespan*. pp. 475-493. *Academic Press*.

239. **Kooij D.T., van Woerkom M., Wilkenloh J., Dorenbosch L. and Denissen J.J.** (2017). Job crafting towards strengths and interests: The effects of a job crafting intervention on person - job fit and the role of age. *Journal of Applied Psychology*. **102**(6):971.
240. **Kowal S.L., Dall T.M., Chakrabarti R., Storm M.V. and Jain A.** (2013). The current and projected economic burden of Parkinson's disease in the United States. *Movement Disorders*. **28**(3):311-318.
241. **Krijghsheld M., Tummers L.G. and Scheepers F.E.** (2022). Job performance in healthcare: a systematic review. *BMC Health Services Research*. **22**(1):149.
242. **Kristof - Brown A.L., Zimmerman R.D. and Johnson E.C.** (2005). Consequences of individuals' fit at work: A meta-analysis OF person-job, person-organization, person-group, and person-supervisor fit. *Personnel psychology*. **58**(2):281-342.
243. **Kunze F., Boehm S.A. and Bruch H.** (2011). Age diversity, age discrimination climate and performance consequences - a cross organizational study. *Journal of organizational behavior*. **32**(2):264-290.
244. **Kuron L.K., Lyons S.T., Schweitzer L. and Ng E.S.** (2015). Millennials' work values: differences across the school to work transition. *Personnel Review*. **44**(6):991-1009.
245. **Kwok C., Bates K.A. and Ng E.S.** (2016). Managing and sustaining an ageing nursing workforce: identifying opportunities and best practices within collective agreements in Canada. *Journal of nursing management*. **24**(4):500-511.
246. **Lachman M.E. and Baltes P.B.** (1994). Psychological ageing in lifespan perspective. In *Development through life: A handbook for clinicians*. pp. 583-604. Ed. *Blackwell*.
247. **Lačokova - Krasnikova J., Dimitrov D., Krasnik R., Zvekić - Svorcan J., Kolundžić M. and Mikov A.** (2020). Low back pain among health workers. *Medicinski pregled*. **73**(7-8):200-204.
248. **Lahtela K.** (1983). Työ-ja toimintakyvyn sekä kuntoutumisen psyykkisten edellytysten arviointi. Ed. *Osa*.
249. **Lamiani G., Borghi L. and Argentero P.** (2017). When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of health psychology*. **22**(1):51-67.
250. **Larsson A., Karlqvist L., Westerberg M. and Gard G.** (2012). Identifying work ability promoting factors for home care aides and assistant nurses. *BMC musculoskeletal disorders*. **13**:1-11.
251. **Laukkala T., Suvisaari J., Rosenström T., Pukkala E., Junttila K., Haravuori H. and Jylhä P.** (2021). COVID-19 pandemic and Helsinki University hospital personnel psychological well-being: six-month follow-up results. *International journal of environmental research and public health*. **18**(5):2524.
252. **Leatherby L.** (2016). Medical spending amongst the U.S. elderly [Internet]. Cambridge (MA): *Journalist's Resource*.
253. **Leijten F.R., van den Heuvel S.G., Ybema J.F., van der Beek A.J., Robroek S.J. and Burdorf A.** (2014). The influence of chronic health problems on work ability and productivity at work: a longitudinal study among older employees. *Scandinavian journal of work, environment and health*. 473-482.
254. **Leineweber C., Chungkham H.S., Lindqvist R., Westerlund H., Runesdotter S., Alenius L.S. and Tishelman C.** (2016). Nurses' practice environment and satisfaction with schedule flexibility is related to intention to leave due to dissatisfaction: A multi-country, multilevel study. *International journal of nursing studies*. **58**:47-58.

255. **Leners D.W., Wilson V.W., Connor P. and Fenton J.** (2006). Mentorship: increasing retention probabilities. *Journal of nursing management*. **14**(8):652-654.
256. **LePine J.A., Podsakoff N.P. and LePine M.A.** (2005). A meta-analytic test of the challenge stressor–hindrance stressor framework: An explanation for inconsistent relationships among stressors and performance. *Academy of management journal*. **48**(5):764-775.
257. **Letourneux V.** (1999). Precarious employment and working conditions in Europe.
258. **Letvak S., Ruhm C. and Gupta S.** (2013). Differences in health, productivity and quality of care in younger and older nurses. *Journal of nursing management*. **21**(7):914-921.
259. **Liebermann S.C., Müller A., Weigl M. and Wegge J.** (2015). Antecedents of the expectation of remaining in nursing until retirement age. *Journal of Advanced Nursing*. **71**(7):1624-1638.
260. **Liu S., Liu P., Wang M. and Zhang B.** (2021). Effectiveness of stereotype threat interventions: A meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology*. **106**(6):921.
261. **Logie J., Clifford G.M. and Farmer R.D.** (2005). Incidence, prevalence and management of lower urinary tract symptoms in men in the UK. *BJU international*. **95**(4):557-562.
262. **Longo J.** (2013). Bullying and the older nurse. *Journal of Nursing Management*. **21**(7):950-955.
263. **Lyons S.T., Schweitzer L. and Ng E.S.** (2015). How have careers changed? An investigation of changing career patterns across four generations. *Journal of Managerial Psychology*. **30**(1):8-21.
264. **Lyons S. and Kuron L.** (2014). Generational differences in the workplace: A review of the evidence and directions for future research. *Journal of organizational behavior*. **35**(S1):S139-S157.
265. **Ma C. and Stimpfel A.W.** (2018). The association between nurse shift patterns and nurse-nurse and nurse-physician collaboration in acute care hospital units. *Journal of Nursing Administration*. **48**(6):335-341.
266. **MacLeod M.L., Zimmer L.V., Kosteniuk J.G., Penz K.L. and Stewart N.J.** (2021). The meaning of nursing practice for nurses who are retired yet continue to work in a rural or remote community. *BMC nursing*. **20**(1):1-13.
267. **Mäkitalo J. and Palonen J.** (1994) Mitä on työkyky: lääketieteellinen, tasapainomallin mukainen ja integroitu käsitystyyppi [What is work ability: A medical category, a category based on the equilibrium model, and an integrated category]. *Työ ja ihminen*. **8**(3):155-162.
268. **Mäkitalo J.** (2003). Työkyvyn käsite. Teoksessa Antti-Poika M, Martimo KM, Husman K, toim. *Työterveyshuolto. Duodecim*. Helsinki. pp. 141-147.
269. **Mäkitalo J. and Palonen J.** (1994). Mitä on työkyky: lääketieteellinen, tasapainomallin mukainen ja integroitu käsitystyyppi. *Työ ja ihminen*. **8**(3):155-162.
270. **Marć M., Bartosiewicz A., Burzyńska J., Chmiel Z. and Januszewicz P.** (2019). A nursing shortage - a prospect of global and local policies. *International nursing review*. **66**(1):9-16.
271. **Marchiondo L.A., Gonzales E. and Ran S.** (2016). Development and validation of the workplace age discrimination scale. *Journal of Business and Psychology*. **31**:493-513.
272. **Marchiondo L.A., Gonzales E. and Williams L.J.** (2019). Trajectories of perceived workplace age discrimination and long-term associations with mental, self-rated, and occupational health. *The Journals of Gerontology: Series B*. **74**(4):655-663.
273. **Markowski M., Cleaver K. and Weldon S.M.** (2020). An integrative review of the factors influencing older nurses' timing of retirement. *Journal of Advanced Nursing*. **76**(9):2266-2285.
274. **Martens M.F.J., Nijhuis F.J., Van Boxtel M.P. and Knottnerus J.A.** (1999). Flexible work schedules and mental and physical health. A study of a working population with non-traditional

working hours. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*. **20**(1):35-46.

275. **Martinez M.C.** and **Fischer F.M.** (2019). Work ability and job survival: Four-year follow-up. *International journal of environmental research and public health*. **16**(17):3143.

276. **Martini M.** and **Converso D.** (2012). Lo studio del burnout in sanità: rapporto coi pazienti e relazione lavoro-famiglia come richieste e risorse [Burnout study in the healthcare: relationship with the patients and work-family relationship as demands and resources]. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*. **34**(1 Suppl A):A41-A50.

277. **Mateo - Rodríguez I., Knox E.C.L., Oliver - Hernández C., Daponte - Codina A.** and **esTAR Group.** (2021). Mediation occupational risk factors pertaining to work ability according to age, gender and professional job type. *International journal of environmental research and public health*. **18**(3):877.

278. **Matsaganis M.** (2011) The welfare state and the crisis: The case of Greece. *Journal of European Social Policy*. **21**(5):501-512.

279. **Matsuyama Y.** (2014). Aging and the governance of the healthcare system in Japan (No. 2014/14). *Bruegel Working Paper*.

280. **Mauno S.** and **Kinnunen U.** (2002). Perceived job insecurity among dual-earner couples: Do its antecedents vary according to gender, economic sector and the measure used? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. **75**(3):295-314.

281. **Mauno S., Kinnunen U., Mäkikangas A.** and **Nätti J.** (2005). Psychological consequences of fixed-term employment and perceived job insecurity among health care staff. *European Journal of work and organizational psychology*. **14**(3):209-237.

282. **Mazloui A., Rostamabadi A., Saraji G.N.** and **Foroushani A.R.** (2012). Work ability index (WAI) and its association with psychosocial factors in one of the petrochemical industries in Iran. *Journal of occupational health*. **54**(2):112-118.

283. **Mba C.J.** (2010). Population ageing in Ghana: research gaps and the way forward. *Journal of aging research*.

284. **McCarthy J.** and **Deady R.** (2008). Moral distress reconsidered. *Nursing ethics*. **15**(2):254-262.

285. **McGonagle A.K., Fisher G.G., Barnes - Farrell J.L.** and **Grosch J.W.** (2015). Individual and work factors related to perceived work ability and labor force outcomes. *Journal of Applied Psychology*. **100**(2):376.

286. **McIntosh B.R., Palumbo M.V.** and **Rambur B.A.** (2010). An aging nursing workforce necessitates change. *American Journal of Nursing*. **110**(12):56-58.

287. **McVicar A.** (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing*. **44**(6):633-642.

288. **Meadows M.S.** (2002). Pause and effect: the art of interactive narrative. *Pearson Education*.

289. **Mercer.** (2015). Age-friendly employer research. 20206-ME. London. *Mercer LLC*.

290. **Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan.** (2010). National Survey of the required number of physicians in hospitals (in Japanese).

291. **Public Health England.** (2011). Modelled estimates of prevalence of CVD December. London. *Association of Public Health Observatories (APHO)*.

292. **Mokarami H., Kalteh H.O.** and **Marioryad H.** (2020). The effect of work-related and socio-demographic factors on Work Ability Index (WAI) among Iranian workers. *Work*. **65**(1):137-143.

293. **Molero M.D.M., Pérez - Fuentes M.D.C. and Gázquez J.J.** (2018). Analysis of the mediating role of self-efficacy and self-esteem on the effect of workload on burnout's influence on nurses' plans to work longer. *Frontiers in psychology*. **9**:2605.
294. **Mongourdin - Denoix S. and Schulze - Marmeling S.** (2011). France: Older workers and employment.
295. **Monteiro M.S., Ilmarinen J. and Filho H.R.C.** (2006). Work ability of workers in different age groups in a public health institution in Brazil. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. **12**(4):417-427.
296. **Moorman R.H.** (1991). Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship? *Journal of applied psychology*. **76**(6):845.
297. **Moseley A., Jeffers L. and Paterson J.** (2008). The retention of the older nursing workforce: A literature review exploring factors that influence the retention and turnover of older nurses. *Contemporary Nurse*. **30**(1):46-56.
298. **Muhtadi A., Sujana I.W. and Widnyana I.W.** (2021). The Effect of Education and Job Training on Employee Performance with Motivation and Work Ability as Intervening Variables at the Airport Personnel of PT. JAS International Airport Branch I Gusti Ngurah Rai Bali. *International Journal of Contemporary Research and Review*. **12**(6):20409-20419.
299. **Münderlein M., Ybema J. and Koster F.** (2013). Happily ever after? Explaining turnover and retirement intentions of older workers in the Netherlands. *Career Development International*. **18**(6):548-568.
300. **Murray - Bruce D.** (2000). Age and ageing: an overview. *Occupational medicine*. **50**(7):471-472.
301. **Najimi A., Goudarzi A.M. and Sharifirad G.** (2012). Causes of job stress in nurses: A cross-sectional study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. **17**(4):301.
302. **United Nations** (2013). World Population Aging: 1950-2050. *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division*.
303. **Nauta A.** (2005). Health and employability of older workers.
304. **Negeliskii C. and Lautert L.** (2011). Occupational stress and work capacity of nurses of a hospital group. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. **19**:606-613.
305. **Nei D., Snyder L.A. and Litwiller B.J.** (2015). Promoting retention of nurses. *Health care management review*. **40**(3):237-253.
306. **Nena E., Katsaouni M., Steiropoulos P., Theodorou E., Constantinidis T.C. and Tripsianis G.** (2018). Effect of shift work on sleep, health, and quality of life of health-care workers. *Indian journal of occupational and environmental medicine*. **22**(1):29.
307. **Newman D.A., Jeon G. and Hulin C.L.** (2012). Retirement attitudes: Considering etiology, measurement, attitude-behavior relationships, and attitudinal ambivalence. In: **Wang M.** (ed.). *The Oxford Handbook of Retirement*. Oxford University Press. Oxford, UK. pp. 228-248.
308. **Ng T.W. and Feldman D.C.** (2008). The relationship of age to ten dimensions of job performance. *Journal of applied psychology*. **93**(2):392.
309. **Ng T.W. and Feldman D.C.** (2012). Evaluating six common stereotypes about older workers with meta-analytical data. *Personnel psychology*. **65**(4):821-858.
310. **Ng T.W. and Feldman D.C.** (2013). How do within-person changes due to aging affect job performance? *Journal of Vocational Behavior*. **83**(3):500-513.
311. **Ng T.W. and Feldman D.C.** (2015). The moderating effects of age in the relationships of job autonomy to work outcomes. *Work, Aging and Retirement*. **1**(1):64-78.

312. **Niehaus F.** (2006). Alter und steigende Lebenserwartung-eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben (No. Dezember 2006). *WIP-Analyse*.
313. **Niehaus F.** (2006). Alter und steigende Lebenserwartung-eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben (No. Dezember 2006). *WIP-Analyse*.
314. **Niehaus F.** (2006). Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben. *Wissenschaftliches Institut der PKV*.
315. **Nilsson K.** (2003). Arbetstillfredsställelse hos äldre läkare och sjuksköterskor. *Arbetslivsinstitutet*.
316. **Nilsson K.** (2012). Why work beyond 65? Discourse on the decision to continue working or retire early. *Nordic Journal of Working Life Studies*. **2**(3):7-28.
317. **Nilsson K.** (2020). A sustainable working life for all ages - The swAge-model. *Applied Ergonomics*. **86**:103082.
318. **Nordenmark M. and Stattin M.** (2009). Psychosocial wellbeing and reasons for retirement in Sweden. *Ageing and Society*. **29**(3):413-430.
319. **OECD.** (1996). Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution. *Organisation for Economic Co-operation and Development*. Paris.
320. **OECD and European Commission.** (2020). Health at a glance Europe 2020.
321. **OECD.** (1996). Ageing in OECD Countries: A Critical Policy Challenge. *OECD Publishing*. Paris.
322. **OECD.** (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. *OECD Publishing*. Paris, France.
323. **OECD.** (2018). Share of current expenditure on health. Current prices. *OECD Stat. OECD Publishing*.
324. **Government of United Kingdom.** (2021). Office for National Statistics. Available at: <http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?ID5949>.
325. **Government of United Kingdom.** (2021). Office for National Statistics. Available at: <http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?ID5950>.
326. **Oh Y. and Gastmans C.** (2015). Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nursing ethics*. **22**(1):15-31.
327. **Okunribido O.O., Wynn T. and Lewis D.** (2010). Is age/ageing a risk factor for work-related musculoskeletal disorders? A Literature. *Contemporary Ergonomics and Human Factors*. **27**.
328. **Ostrom J.K., Pennings M. and Bal P.M.** (2016). How do idiosyncratic deals contribute to the employability of older workers? *Career development international*. **21**(2):176-192.
329. **Ortman J.M., Velkoff V.A. and Hogan H.** (2014). An aging nation: the older population in the United States. pp. 25-1140.
330. **Osei - Yeboah J., Kye - Amoah K.K., Owiredu W.K., Lokpo S.Y., Esson J., Bella Johnson B. and Asumbasiya Aduko R.** (2018). Cardiometabolic risk factors among healthcare workers: A cross-sectional study at the Sefwi-Wiawso Municipal Hospital, Ghana. *BioMed research international*.
331. **Ou Y.K., Liu Y., Chang Y.P. and Lee B.O.** (2021). Relationship between musculoskeletal disorders and work performance of nursing staff: A comparison of hospital nursing departments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. **18**(13):7085.
332. **Padula R.S., de Moraes M.V., Chiavegato L.D. and Cabral C.M.N.** (2012). Gender and age do not influence the ability to work. *Work*. **41**(Supplement 1):4330-4332.

333. **Pak K., Furunes T. and De Lange A.H.** (2022). Age discrimination and employability in healthcare work: A double-edged sword for older workers? *Sustainability*. **14**(9):5385.
334. **Palermo J., Fuller - Tyszkiewicz M., Walker A. and Appannah A.** (2013). Primary-and secondary-level organizational predictors of work ability. *Journal of occupational health psychology*. **18**(2):220.
335. **Panno J.** (2005). Aging: theories and potential therapies. New York, NY. *Facts on File*.
336. **Paoli P. and Merlié D.** (2001). Third European survey on working conditions 2000.
337. **Papathanassoglou E. and Mpouzika M.** (2012). Critical Care in the Era of Global Economic Crisis: A Nursing Ethics Perspective. *Nursing in Critical Care*.
338. **Pappa S., Ntella V., Giannakas T., Giannakoulis V.G., Papoutsis E. and Katsaounou P.** (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*. **88**:901-907.
339. **Park J. and Kim Y.** (2020). Factors related to physical and mental health in workers with different categories of employment. *Journal of occupational and environmental medicine*. **62**(7):511-518.
340. **Parker S.K., Griffin M.A., Sprigg C.A. and Wall T.D.** (2002). Effect of temporary contracts on perceived work characteristics and job strain: A longitudinal study. *Personnel psychology*. **55**(3):689-719.
341. **Perry E.L., Dokko G. and Golom F.D.** (2012). The aging worker and person - environment fit. *The Oxford handbook of work and aging*. pp. 187-212.
342. **Peters P., Van der Heijden B.I., Spurk D., De Vos A. and Klaassen R.** (2019). Please don't look at me that way. An empirical study into the effects of age-based (meta-) stereotyping on employability enhancement among older supermarket workers. *Frontiers in psychology*. **10**:249.
343. **Phillips J.A. and Miltner R.** (2015). Work hazards for an aging nursing workforce. *Journal of nursing management*. **23**(6):803-812.
344. **Pierce J.L. and Gardner D.G.** (2004). Self-esteem within the work and organizational context: A review of the organization-based self-esteem literature. *Journal of management*. **30**(5):591-622.
345. **Pike G. et al** (2011) Who will care? Nurses in the later stages of their careers. Results from the first RCN Panel Survey 2010. RCN, London.
346. **Pira E., Garzaro G., De Cillis E., Donato F., Ciocan C. and Patrucco M.** (2018). Evolution of the concept OS&H from the second Post-war to today: From prescriptive system to assessment and management of risks in system quality-The extended model in collaboration with large Facilities. Evolution of multidisciplinary culture of safety and OS&H. GEAM. *Geoingegneria Ambientale e Mineraria*. **154**(2):16-20.
347. **Platts L.G., Ignatowicz A., Westerlund H. and Rasoal D.** (2023). The nature of paid work in the retirement years. *Ageing and Society*. **43**(6):1310-1332.
348. **Poghosyan L., Aiken L.H. and Sloane D.M.** (2009). Factor structure of the Maslach burnout inventory: an analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International journal of nursing studies*. **46**(7):894-902.
349. **Pohjonen T.** (2001). Perceived work ability of home care workers in relation to individual and work-related factors in different age groups. *Occupational Medicine*. **51**(3):209-217.
350. **Pond R., Stephens C. and Alpass F.** (2010). How health affects retirement decisions: three pathways taken by middle-older aged New Zealanders. *Ageing and Society*. **30**(3):527-545.
351. **Portoghese I., Galletta M., Leiter M.P., Finco G., d'Aloja E. and Campagna M.** (2020). Job demand-control-support latent profiles and their relationships with interpersonal stressors, job

burnout, and intrinsic work motivation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. **17**(24):9430.

352. **Posthuma R.A.** and **Campion M.A.** (2009). Age stereotypes in the workplace: Common stereotypes, moderators, and future research directions. *Journal of management*. **35**(1):158-188.

353. **Quinlan M., Mayhew C.** and **Bohle P.** (2001). The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: placing the debate in a comparative historical context. *International Journal of Health Services*. **31**(3):507-536.

354. **Raftery A.E., Li N., Ševčíková H., Gerland P.** and **Heilig G.K.** (2012). Bayesian probabilistic population projections for all countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. **109**(35):13915-13921.

355. **Rajavaara M., Järviöski A.** and **Lind J.** (2000). The Dilemma of Long-term Unemployment among Older Workers - Reflections on a Programme evaluation Study. Yksilölliset palvelut ja ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömyys [Individual services and long-term unemployment among older workers]. *The Social Insurance Institution, Studies in social security and Health*. **54**:333-355.

356. **Reitzes D.C.** and **Mutran E.J.** (2004). The transition to retirement: Stages and factors that influence retirement adjustment. *The International Journal of Aging and Human Development*. **59**(1):63-84.

357. **Rice B., Fieger P., Rice J., Martin N.** and **Knox K.** (2017). The impact of employees' values on role engagement: Assessing the moderating effects of distributive justice. *Leadership and Organization Development Journal*. **38**(8):1095-1109.

358. **Rice B., Knox K., Rice J., Martin N., Fieger P.** and **Fitzgerald A.** (2017). Loyal employees in difficult settings: The compounding effects of inter-professional dysfunction and employee loyalty on job tension. *Personnel Review*. **46**(8):1755-1769.

359. **Rogers E.** and **Wiatrowski W.J.** (2005). Injuries, illnesses, and fatalities among older workers. *Monthly Lab. Rev.* **128**:24.

360. **Rohmert W.** and **Rutenfranz J.** (1983) *Praktische Arbeitsphysiologie*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York. pp. 5-29.

361. **Rongen A., Robroek S.J., van der Heijden B.I., Schouteten R., Hasselhorn H.M.** and **Burdorf A.** (2014). Influence of work-related characteristics and work ability on changing employer or leaving the profession among nursing staff. *Journal of nursing management*. **22**(8):1065-1075.

362. **Ruggs E.N., Hebl M.R., Law C., Cox C.B., Roehling M.V.** and **Wiener R.L.** (2013). Gone fishing: I-O psychologists' missed opportunities to understand marginalized employees' experiences with discrimination. *Ind. Organ. Psychol.* **6**:39-60.

363. **Sagherian K., Clinton M.E., Abu - Saad Huijjer H.** and **Geiger - Brown J.** (2017). Fatigue, work schedules, and perceived performance in bedside care nurses. *Workplace health and safety*. **65**(7):304-312.

364. **SALAR - Swedish Association of Local Authorities and Regions.** (2018) Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden, Rekryteringsrapport 2018 [Sweden's most important jobs are within the welfare sector, Recruitment report 2018]. Stockholm. *The Swedish Association of Local Authorities and Regions*.

365. **Salehi T., Barzegar M., Saeed Yekaninejad M.** and **Ranjbar H.** (2020). Relationship between healthy work environment, job satisfaction and anticipated turnover among nurses in intensive care unit (ICUs). *Annals of Medical and Health Sciences Research*. **10**(2).

366. **Salonen P., Arola H., Nygård C.H., Huhtala H.** and **Koivisto A.M.** (2003). Factors associated with premature departure from working life among ageing food industry employees. *Occupational Medicine*. **53**(1):65-68.

367. **Salonen P., Arola H., Nygård C.H., Huhtala H. and Koivisto A.M.** (2003). Factors associated with premature departure from working life among ageing food industry employees. *Occupational Medicine*. **53**(1):65-68.
368. **Saloniemi A., Virtanen P. and Vahtera J.** (2004). The work environment in fixed-term jobs: are poor psychosocial conditions inevitable? *Work, employment and society*. **18**(1):193-208.
369. **Salthouse T.A.** (2016). Theoretical perspectives on cognitive aging. Psychology Press.
370. **Schalk R. and Desmette D.** (2014). Intentions to continue working and its predictors. In: Aging workers and the employee-employer relationship. pp. 187-201. *Springer International Publishing*.
371. **Scharn M., Sewdas R., Boot C.R., Huisman M., Lindeboom M. and Van Der Beek A.J.** (2018). Domains and determinants of retirement timing: A systematic review of longitudinal studies. *BMC public health*. **18**(1):1-14.
372. **Schermuly C.C., Deller J. and Büsch V.** (2014). A research note on age discrimination and the desire to retire: The mediating effect of psychological empowerment. *Research on aging*. **36**(3):382-393.
373. **Schmidt B., Herr R.M., Jarczok M.N., Baumert J., Lukaschek K., Emeny R.T. and KORA Investigators.** (2018). Lack of supportive leadership behavior predicts suboptimal self-rated health independent of job strain after 10 years of follow-up: findings from the population-based Monica/Kora study. *International archives of occupational and environmental health*. **91**:623-631.
374. **Sehlen S., Vordermark D., Schäfer C., Herschbach P., Bayerl A., Pigorsch S. and Geintz H.** (2009). Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group. *Radiation oncology*. **4**(1):1-9.
375. **Seitsamo J. and Ilmarinen J.** (1997). Life-style, aging and work ability among active Finnish workers in 1981-1992. *Scandinavian journal of work, environment and health*. 20-26.
376. **Seon J.J., Lim Y.J., Lee H.W., Yoon J.M., Kim S.J., Choi S. and Park S.M.** (2017). Cardiovascular health status between standard and nonstandard workers in Korea. *PLoS One*. **12**(6):e0178395.
377. **Sewdas R., De Wind A., Van Der Zwaan L.G., Van Der Borg W.E., Steenbeek R., Van Der Beek A.J. and Boot C.R.** (2017). Why older workers work beyond the retirement age: a qualitative study. *BMC public health*. **17**(1):1-9.
378. **Shacklock K. and Brunetto Y.** (2012). The intention to continue nursing: work variables affecting three nurse generations in Australia. *Journal of advanced nursing*. **68**(1):36-46.
379. **Shao Y., Li S., Wei L., Shan X., Zhou D., Zhang Y. and Wei H.** (2023). Nurses' second victim experience, job insecurity, and turnover intention: A latent profile analysis. *Research in Nursing and Health*.
380. **Shultz K.S., Morton K.R. and Weckerle J.R.** (1998). The influence of push and pull factors on voluntary and involuntary early retirees' retirement decision and adjustment. *Journal of vocational behavior*. **53**(1):45-57.
381. **Siegrist J.** (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*. **1**(1):27.
382. **Silva R.C.D., Trevisan L.N., Veloso E.F.R. and Dutra J.S.** (2016). Career anchors and values from different career management perspectives. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*. **18**:145-162.
383. **Silva T.P.D.D., Araújo W.N.D., Stival M.M., Toledo A.M.D., Burke T.N. and Carregaro R.L.** (2018). Musculoskeletal discomfort, work ability and fatigue in nursing professionals working in a hospital environment. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 52.

384. **Skoufi G., Lialios G., Papakosta S., Constantinidis T., Galanis P. and Nena E.** (2017). Shift Work and Quality of Personal, Professional, and Family Life among Health Care Workers in a Rehabilitation Center in Greece. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine.* **21**(3):115-120.
385. **Smeaton D. and Parry J.** (2018). Becoming an age-friendly employer: evidence report. United Kingdom. *Centre for Ageing Better.*
386. **Smyth J., Pit S.W. and Hansen V.** (2018). Can the work ability model provide a useful explanatory framework to understand sustainable employability amongst general practitioners: a qualitative study. *Human resources for health.* **16**(1):1-12.
387. **Solem P.E.** (2020). The affective component of ageism needs attention. *International Journal of Manpower.* **41**(5):583-594.
388. **Sołtysik B.K., Kroc Ł., Pięłowska M., Guligowska A., Śmigiełski J. and Kostka T.** (2017). An evaluation of the work and life conditions and the quality of life in 60 to 65 year-old White-Collar employees, manual workers, and unemployed controls. *Journal of Occupational and Environmental Medicine.* **59**(5):461-466.
389. **Sottimano I., Viotti S., Guidetti G. and Converso D.** (2017). Protective factors for work ability in preschool teachers. *Occupational Medicine.* **67**(4):301-304.
390. **Souliotis K., Papadonikolaki J., Papageorgiou M. and Economou M.** (2018). The impact of crisis on health and health care: thoughts and data on the Greek case. *Archives of Hellenic Medicine.* **35**(Suppl 1):9-16.
391. **Sousa - Ribeiro M., Bernhard - Oettel C., Sverke M. and Westerlund H.** (2021). Health-and age-related workplace factors as predictors of preferred, expected, and actual retirement timing: findings from a Swedish cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* **18**(5):2746.
392. **Sovova E., Nakladalová M., Kaletova M., Sovova M., Radova L. and Kribska M.** (2014). Which health professionals are most at risk for cardiovascular disease? Or do not be a manager. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health.* **27**:71-77.
393. **Directorate General for Communication.** (2012). Special Eurobarometer 378: Active Ageing Report. *European Commission.*
394. **Standing G.** (2011). The precariat: The new dangerous class. pp. 208. *Ed. Bloomsbury academic.*
395. **Cancer Registration Statistics, England.** (2013). Statistical bulletin: (Series MB1). No. 44.
396. **Statistics Sweden.** (2020). Sveriges framtida befolkning 2020-2070. In: The Future Population of Sweden 2020-2070. *Statistikmyndigheten SCB.* Örebro, Sweden.
397. **Stattin M. and Bengs C.** (2022). Leaving early or staying on? Retirement preferences and motives among older health-care professionals. *Ageing and Society.* **42**(12):2805-2831.
398. **Stichler J.F.** (2013). Healthy work environments for the ageing nursing workforce. *Journal of Nursing Management.* **21**(7):956-963.
399. **Stimpfel A.W. and Aiken L.H.** (2013). Hospital staff nurses' shift length associated with safety and quality of care. *Journal of nursing care quality.* **28**(2):122.
400. **Stimpfel A.W., Arabadjian M., Liang E., Sheikhzadeh A., Weiner S.S. and Dickson V.V.** (2020). Organization of work factors associated with work ability among aging nurses. *Western journal of nursing research.* **42**(6):397-404.
401. **Stimpfel A.W., Brewer C.S. and Kovner C.T.** (2015). Scheduling and shift work characteristics associated with risk for occupational injury in newly licensed registered nurses: An observational study. *International journal of nursing studies.* **52**(11):1686-1693.

402. **Stimpfel A.W., Sloane D.M. and Aiken L.H.** (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health affairs*. **31**(11):2501-2509.
403. **Stynen D., Forrier A. and Sels L.** (2014). The relationship between motivation to work and workers' pay flexibility: The moderation of age. *Career Development International*. **19**(2):183-203.
404. **Sugiura Y., Ju Y.S., Yasuoka J. and Jimba M.** (2010). Rapid increase in Japanese life expectancy after World War II. *Biosci Trends*. **4**(1):9-16.
405. **Sullivan Havens D., Warshawsky N. and Vasey J.** (2012). The nursing practice environment in rural hospitals: practice environment scale of the Nursing Work Index Assessment. *Journal of nursing administration*. **42**(11):519.
406. **Sverke M., Falkenberg H., Kecklund G., Magnusson Hanson L. and Lindfors P.** (2017). Women and men and their working conditions: The importance of organizational and psychosocial factors for work-related and health-related outcomes.
407. **Sverke M., Gallagher D.G. and Hellgren J.** (2000). Alternative Work Arrangements: Job Stress, Wellbeing, and Work Attitudes among Employees with Different Employment Contracts. In: **Isaksson K., Hogstedt C., Eriksson C. and Theorell T.** (eds.). *Health Effects of the New Labour Market*. pp. 145-168.
408. **Swedish Association of Local Authorities and Regions.** (2020). (Sveriges Kommuner och Regioner-SKR). *The Staff in the Welfare. (Personalen i Vården)*.
409. **Swedish Association of Local Authorities and Regions.** (2020). *Sick Leave in Municipalities and County Councils - What Is the Problem? (Sjukfrånvaro i Kommuner och Landsting - Vad är Problemet?)*. 2017.
410. **Swedish Association of Local Authorities and Regions.** (2020). *Hälsa-och Sjukvårdsrapporten [Healthcare Sector Report]; Sveriges Kommuner och Regioner: Stockholm, Sweden*.
411. **Swedish Pensions Agency.** (2020). *Pensionsåldrar och arbetslivets längd - Svar på regleringsbrevsuppdrag 2020*. In: *Retirement Ages and Length of Working Life; Report No. PID176578; Pensionsmyndigheten: Stockholm, Sweden, 2020*.
412. **Taskila T., Shreeve V., Laghini M. and Bevan S.** (2015). Living long, working well.
413. **Taylor A.L. and Dhillon I.S.** (2011). The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: the evolution of global health diplomacy. *Global health governance*. **5**(1):11-140.
414. **Taylor P. and Earl C.** (2016). The social construction of retirement and evolving policy discourse of working longer. *Journal of Social Policy*. **45**(2):251-268.
415. **Taylor P., Brooke E. and McLoughlin C.** (2021). Retiring women: Work and post-work transitions. *Edward Elgar Publishing*.
416. **Taylor P., McLoughlin C. and Earl C.** (2018). Everyday discrimination in the Australian workplace: Assessing its prevalence and age and gender differences. *Australasian Journal on Ageing*. **37**(4):245-251.
417. **Templer A., Armstrong - Stassen M. and Cattaneo J.** (2010). Antecedents of older workers' motives for continuing to work. *Career Development International*. **15**(5):479-500.
420. **Theorell T., Hammarström A., Aronsson G., Träskman Bendz L., Grape T., Hogstedt C. and Hall C.** (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC public health*. **15**(1):1-14.
421. **Thinkhamrop W. and Laohasiriwong W.** (2015). Factors associated with musculoskeletal disorders among registered nurses: evidence from the Thai Nurse Cohort Study. *Kathmandu Univ Med J*. **51**(3):238-43.

422. **Thomas R., Hardy C., Cutcher L. and Ainsworth S.** (2014). What's age got to do with it? On the critical analysis of age and organizations. *Organization Studies*. **35**(11):1569-1584.
423. **Tillmann T., Vaucher J., Okbay A., Pikhart H., Peasey A., Kubinova R. and Holmes M.V.** (2017). Education and coronary heart disease: mendelian randomisation study. *Bmj*. 358.
424. **Titzer J., Phillips T., Tooley S., Hall N. and Shirey M.** (2013). Nurse manager succession planning: synthesis of the evidence. *Journal of Nursing Management*. **21**(7):971-979.
425. **Tomietto M., Paro E., Sartori R., Maricchio R., Clarizia L., De Lucia P. and PN Nursing Group.** (2019). Work engagement and perceived work ability: an evidence-based model to enhance nurses' well-being. *Journal of advanced nursing*. **75**(9):1933-1942.
426. **Topa G., Depolo M. and Alcover C.M.** (2018). Early retirement: a meta-analysis of its antecedent and subsequent correlates. *Frontiers in psychology*. **8**:2157.
427. **Topa G., Moriano J.A., Depolo M., Alcover C.M. and Morales J.F.** (2009). Antecedents and consequences of retirement planning and decision-making: A meta-analysis and model. *Journal of Vocational Behavior*. **75**(1):38-55.
428. **Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S. and Bech P.** (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*. **84**(3):167-176.
429. **Trépanier S.G., Fernet C. and Austin S.** (2015). A longitudinal investigation of workplace bullying, basic need satisfaction, and employee functioning. *Journal of occupational health psychology*. **20**(1):105.
430. **Trepanier S. and Crenshaw J.T.** (2013). Succession planning: a call to action for nurse executives. *Journal of Nursing Management*. **21**(7):980-985.
431. **Trinkoff A.M., Le R., Geiger - Brown J., Lipscomb J. and Lang G.** (2006). Longitudinal relationship of work hours, mandatory overtime, and on-call to musculoskeletal problems in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*. **49**(11):964-971.
432. **Trinkoff A.M., Johantgen M., Storr C.L., Gurses A.P., Liang Y. and Han K.** (2011). Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nursing research*. **60**(1):1-8.
433. **Trinkoff A.M., Le R., Geiger - Brown J. and Lipscomb J.** (2007). Work schedule, needle use, and needlestick injuries among registered nurses. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. **28**(2):156-164.
434. **Truth A.U.** (2013). No health without a workforce. World health Organisation (WHO) report. pp. 1-104. *World health Organisation*.
435. **Tuomi K.** (1997). Eleven-year follow-up of aging workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. **23**(1):1-71.
436. **Tuomi K., Huhtanen P., Nykyri E. and Ilmarinen J.** (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occupational medicine*. **51**(5):318-324.
437. **Tuomi K., Ilmarinen J., Jahkola A., Katajarinne L. and Tulkki A.** (1998). Work ability index (Vol. 19). Helsinki. *Finnish Institute of Occupational Health*.
438. **Turci C., Alvaro R., Fabretti A., Fida R., Giorgi F., Maccari A. and Rocco G.** (2013). La salute organizzativa degli infermieri in alcune strutture sanitarie di Roma e della provincia. *L'infermiere*. **57**(6):e89-e98.
439. **United Nations Development Programme - Lesotho.** (2005). Towards the Achievement of the Millennium Development Goals. *United Nations Development Programme*.
440. **United Nations.** (2007). World Population Ageing. *United Nations Publications*.
441. **Urlick M.** (2017). Adapting training to meet the preferred learning styles of different generations. *International Journal of Training and Development*. **21**(1):53-59.

442. **Uthaman T., Chua T.L. and Ang S.Y.** (2016). Older nurses: A literature review on challenges, factors in early retirement and workforce retention. *Proceedings of Singapore Healthcare*. **25**(1):50-55.
443. **Utzet M., Valero E., Mosquera I. and Martin U.** (2020). Employment precariousness and mental health, understanding a complex reality: a systematic review. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. **33**(5):569-598.
444. **Valencia D. and Raingruber B.** (2010). Registered nurses' views about work and retirement. *Clinical nursing research*. **19**(3):266-288.
445. **Van Bogaert P., Peremans L., Van Heusden D., Verspuy M., Kureckova V., Van de Cruys Z. and Franck E.** (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC nursing*. **16**:1-14.
446. **Van Dalen H.P., Henkens K. and Schippers J.** (2010). Productivity of older workers: Perceptions of employers and employees. *Population and development review*. **36**(2):309-330.
447. **Van Dam K., Van Vuuren T. and Kemps S.** (2017). Sustainable employment: the importance of intrinsically valuable work and an age-supportive climate. *The International Journal of Human Resource Management*. **28**(17):2449-2472.
448. **Van den Berg T.I., Robroek S.J., Plat J.F., Koopmanschap M.A. and Burdorf A.** (2011). The importance of job control for workers with decreased work ability to remain productive at work. *International archives of occupational and environmental health*. **84**:705-712.
449. **Van den Berg T., Elders L., de Zwart B. and Burdorf A.** (2008). The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occupational and environmental medicine*.
450. **Van den Broeck A., De Cuyper N., De Witte H. and Vansteenkiste M.** (2010). Not all job demands are equal: Differentiating job hindrances and job challenges in the Job Demands - Resources model. *European journal of work and organizational psychology*. **19**(6):735-759.
451. **Van Horn J.E., Taris T.W., Schaufeli W.B. and Schreurs P.J.** (2004). The structure of occupational well-being: A study among Dutch teachers. *Journal of occupational and Organizational Psychology*. **77**(3):365-375.
452. **Van Solinge H.** (2013). Adjustment to retirement. *The Oxford handbook of retirement*. pp. 311-324.
453. **Varianou - Mikellidou C., Boustras G., Dimopoulos C., Wybo J.L., Guldenmund F.W., Nicolaidou O. and Anyfantis I.** (2019). Occupational health and safety management in the context of an ageing workforce. *Safety science*. **116**:231-244.
454. **Viotti S., Guidetti G., Loera B., Martini M., Sottimano I. and Converso D.** (2017). Stress, work ability, and an aging workforce: A study among women aged 50 and over. *International journal of stress management*. **24**(S1):98.
455. **Virtanen M., Kivimäki M., Joensuu M., Virtanen P., Elovainio M. and Vahtera J.** (2005). Temporary employment and health: a review. *International journal of epidemiology*. **34**(3):610-622.
456. **Virtanen P., Vahtera J., Kivimäki M., Pentti J. and Ferrie J.** (2002). Employment security and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. **56**(8):569-574.
457. **Von Bonsdorff M.B., Seitsamo J., Ilmarinen J., Nygård C.H., von Bonsdorff M.E. and Rantanen T.** (2011). Work ability in midlife as a predictor of mortality and disability in later life: a 28-year prospective follow-up study. *Cmaj*. **183**(4):E235-E242.
458. **Von Bonsdorff M.E., Huuhtanen P., Tuomi K. and Seitsamo J.** (2010). Predictors of employees' early retirement intentions: an 11-year longitudinal study. *Occupational Medicine*. **60**(2):94-100.

459. **Wall T.D., Jackson P.R., Mullarkey S. and Parker S.K.** (1996). The demands-control model of job strain: A more specific test. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. **69**(2):153-166.
460. **Wallis L.** (2015). OSHA gets serious about workplace safety for nurses. *American Journal of Nursing*. **115**(9):13.
461. **Wang M. and Shi J.** (2014). Psychological research on retirement. *Annual review of psychology*. **65**:209-233.
462. **Wargo - Sugleris M., Robbins W., Lane C.J. and Phillips L.R.** (2018). Job satisfaction, work environment and successful ageing: Determinants of delaying retirement among acute care nurses. *Journal of advanced nursing*. **74**(4):900-913.
463. **Warr P.** (2001). Age and work behaviour: Physical attributes, cognitive abilities, knowledge, personality traits and motives. *International review of industrial and organizational psychology*. **16**:1-36.
464. **Watkins K.** (2005). International cooperation at a crossroads: Aid, trade and security in an unequal world. *Human Development Report*.
465. **Watson J.C., Gordon L.B., Stermac L., Kalogerakos F. and Steckley P.** (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. **71**(4):773.
466. **Wendler M.C., Olson - Sitki K. and Prater M.** (2009). Succession planning for RNs: implementing a nurse management internship. *Journal of Nursing Administration*. **39**(7/8):326-333.
467. **Westerman S.J. and Davies D.R.** (2000). Acquisition and application of new technology skills: the influence of age. *Occupational Medicine*. **50**(7):478-482.
468. **Westphal J.A.** (2012). Characteristics of nurse leaders in hospitals in the USA from 1992 to 2008. *Journal of Nursing Management*. **20**(7):928-937.
469. **Weyman A., Meadows P. and Buckingham A.** (2013). Extending working life audit of research relating to impacts on NHS employees. NHS Working Longer Review. London: NHS Employers.
470. **Wild F.** (2007). Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen. Eine Analyse von Verordnungsdaten des Jahres, 2009.
471. **Wilson D.M., Errasti - Ibarrondo B. and Low G.** (2019). Where are we now in relation to determining the prevalence of ageism in this era of escalating population ageing? *Ageing Research Reviews*. **51**:78-84.
472. **Winkelmann - Gleed A.** (2011). Retirement or committed to work? Conceptualising prolonged labour market participation through organisational commitment. *Employee Relations*. **34**(1):80-90.
473. **Wood G., Wilkinson A. and Harcourt M.** (2008). Age discrimination and working life: Perspectives and contestations - A review of the contemporary literature. *International Journal of Management Reviews*. **10**(4):425-442.
474. **World Health Organization.** (2010). Managing health workforce migration - the global code of practice.
475. **World Health Organization.** (2020). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership.
476. **World Health Organization. European Health Information Gateway.** (2020). Estimated infant mortality per 1,000 live births (world health report).
477. **World Health Organization.** (2020). SDR, suicide and intentional self-harm, per 100,000 population, by sex (age-standardized death rate).

478. **Xanthopoulou D., Bakker A.B., Demerouti E. and Schaufeli W.B.** (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International journal of stress management*. **14**(2):121.
479. **Xavier F.M., Ferraz M., Marc N., Escosteguy N.U. and Moriguchi E.H.** (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Brazilian Journal of Psychiatry*. **25**:31-39.
480. **Xerri M.J., Brunetto Y., Farr - Wharton B. and Cully A.** (2021). Shaping emotional contagion in healthcare: the role of human resource practices and work harassment. *Personnel Review*. **50**(7/8):1665-1684.
481. **Yeomans L.** (2011). An update of the literature on age and employment. Health and Safety Laboratory, Buxton, United Kingdom.
482. **Yeung D.Y. and Zhou X.** (2017). Planning for retirement: Longitudinal effect on retirement resources and post-retirement well-being. *Frontiers in psychology*. **8**:1300.
483. **Zacher H. and Schmitt A.** (2016). Work characteristics and occupational well-being: The role of age. *Frontiers in psychology*. **7**:1411.
484. **Zacher H., Kooij D.T.A.M. and Beier M.E.** (2018). Active aging at work. *Organizational Dynamics*. **47**(1):37-45.
485. **Zetterberg M.** (2016). Age-related eye disease and gender. *Maturitas*. **83**:19-26.
486. **Zhan Y. and Wang M.** (2014). Bridge employment: Conceptualizations and new directions for future research. In *Aging workers and the employee-employer relationship*. pp. 203-220. Ed. Springer International Publishing.
487. **Zhan Y., Wang M. and Daniel V.** (2019). Lifespan perspectives on the work-to-retirement transition. In *Work across the lifespan*. pp. 581-604. Academic Press.
488. **Zhang S.E., Liu W., Wang J., Shi Y.U., Xie F., Cang S. and Fan L.** (2018). Impact of workplace violence and compassionate behaviour in hospitals on stress, sleep quality and subjective health status among Chinese nurses: a cross-sectional survey. *BMJ open*. **8**(10).
489. **Zhang Y., Punnett L., McEnany G.P. and Gore R.** (2016). Contributing influences of work environment on sleep quantity and quality of nursing assistants in long-term care facilities: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing*. **37**(1):13-18.
490. **Κορομπέλη Α.** (2009). Η επίδραση του εναλλασσόμενου κυκλικού ωραρίου στο επίπεδο υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού. Διδακτορική Διατριβή. *Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής.*
491. **Κυριαζή Ν.** (2002). Η Κοινωνιολογική Έρευνα. Κριτική Επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών. *Ελληνικά Γράμματα*. Αθήνα.
492. **Νούλα Μ., Μουχάκη Σ., Αργυροπούλου Δ., Υφαντή Ε., Κυριακίδου Β., Τσιρίγκα Σ. και Γκεσούλη Ε.** (2010). Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. **2**(2):99-103.
493. **Παρασκευόπουλος Ι.Ν.** (1993). Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. Τόμος 1ος και 2ος. Αθήνα.
494. **Τριανταφύλλου Ε.** (2013). Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας: συγκριτική αξιολόγηση της εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας σε διαφορετικού τύπου ψυχιατρικές δομές. Διδακτορική Διατριβή. *Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής - Ψυχιατρικής και Νευρολογίας. Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Αιγινήτειου Νοσοκομείου.*

495. Χαλκιά Β., Βαρακλιώτη Α., Σαράφης Π. και Μπαμίδης Π. (2015). Συγκριτική μελέτη της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού με την υγεία των 28 χωρών της Ευρώπης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 7:151-164.

LITERATURE REVIEW:
**EFFECT OF AGE AND EMPLOYMENT STATUS
OF WORKERS IN THE FIELD OF HEALTH
TO THE FEELING OF JOB SECURITY
AND ASSESSMENT OF CAPACITY TO WORK**

Maria Katsaouni¹, T.C. Constantinidis^{1,2}, Christos Kontogiorgis^{1,2} and Evangelia Nena^{1,2,3}

1. Program of Postgraduate Studies on Health and Safety in Workplaces, Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece, 2. Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece, 3. Laboratory Social Medicine, Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

Abstract: The purpose of this study is the literature review to investigate the effect of age and the working relationship among workers in the health sector, on the feeling of job insecurity, the assessment of their ability to cope with work obligations and the possible effects of aging on health, in quality of life, in well-being in the workplace. Finally, the practices for preventing and dealing with the effects of aging are mentioned because it is imperative to protect workers from all possible occupational risk factors resulting from work as they age.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στυλιανός Πάνος, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, Ευαγγελία Νένα και Χρήστος Κοντογιώργης

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κοινωνική Ιατρική και Φαρμακευτική Φροντίδα, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη.

Περίληψη: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί είναι οι πιο προσίτοι επαγγελματίες υγείας. Όλο και περισσότερες χώρες αναγνωρίζουν το νέο ρόλο του φαρμακοποιού στην παροχή υπηρεσιών πρόληψης της νόσου, προαγωγής της υγείας, διάγνωσης και θεραπείας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών ιδιωτικών φαρμακείων, τα οποία εδρεύουν στα γεωγραφικά όρια του Δήμου Θεσσαλονίκης, σε σχέση με τη συμβολή τους στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο χώρο του φαρμακείου. Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη με δείγμα φαρμακοποιούς, οι οποίοι εργάζονται σε κοινοτικά φαρμακεία, τον Ιούνιο του 2022. Για την πραγματοποίηση της έρευνας δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 19 ερωτήσεις. Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε με το στατιστικό πακέτο Jamovi 2.3.26. Το δείγμα αποτέλεσαν 154 φαρμακοποιοί, 68.2% ήταν γυναίκες και 31.8% άνδρες. Οι υπηρεσίες με την υψηλότερη μέση τιμή ήταν οι οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και η διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19. Το 61.2% αφιερώνει κατά την παροχή μιας υπηρεσίας 6-10 λεπτά. Η πλειοψηφία (70.8%) αντιλαμβάνεται την Φαρμακευτική Φροντίδα ως μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιός συνεργάζεται με τον ασθενή και τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Το 55.6% αντιλαμβάνεται τις υπηρεσίες ΠΦΥ ως το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας. Οι φαρμακοποιοί έχουν θετικές στάσεις απέναντι στην αξιοποίησή τους με σκοπό την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας και την υλοποίηση προγραμμάτων. Το φύλο και η εργασιακή σχέση σχετίζονται με τη διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η ηλικία με τη θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης. Συμπερασματικά οι φαρμακοποιοί παρέχουν μεγάλο αριθμό υπηρεσιών και έχουν θετικές στάσεις απέναντι στην αξιοποίησή τους. Οι πολιτικές υγείας θα πρέπει να επικεντρωθούν στην υποστήριξη τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι το πρώτο σημείο επαφής για την αντιμετώπιση των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού. Αποτελεί ουσιαστικό τμήμα του συστήματος υγείας και βρίσκεται σε συνεχή λειτουργική διασύνδεση με τα άλλα επίπεδα φροντίδας, με σκοπό την αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Με τη *Διακήρυξη της Αστάνα* (Καζακστάν) τον Οκτώβριο του 2018, τα κράτη και οι διεθνείς οργανισμοί δεσμεύθηκαν να προσανατολίσουν τα συστήματα υγείας προς την ΠΦΥ με σκοπό την ταχύτερη πρόοδο στην *“Καθολική Κάλυψη Υγείας”* (Universal Health Coverage) και στους *“Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης που Σχετίζονται με την Υγεία”* (Health-Related Sustainable Development Goals). Στην Ελλάδα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει γνωρίσει τα τελευταία σαράντα χρόνια πλήθος νομοθετημάτων και μεταρρυθμίσεων. Παρά ταύτα, η χώρα μας δεν έχει καταφέρει να πετύχει στο πλαίσιο του *Εθνικού Συστήματος Υγείας* (ΕΣΥ) τον σχεδιασμό και την εφαρμογή μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης ΠΦΥ.

Οι φαρμακοποιοί συνιστούν μια από τις μεγαλύτερες ομάδες επαγγελματιών υγείας και το κοινοτικό φαρμακείο θεωρείται ως το πλέον προσβάσιμο σημείο παροχής υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες. Ορόσημο στην πορεία της φαρμακευτικής πρακτικής αποτέλεσε η εισαγωγή της *Φαρμακευτικής Φροντίδας* (ΦΦ) η οποία τοποθέτησε τον ασθενή και τις ανάγκες του στο επίκεντρο. Στα επόμενα χρόνια, κρίθηκε αναγκαία η υιοθέτηση νέων ορισμών με στόχο να καλυφθεί το φάσμα όλων των υπηρεσιών υγείας οι οποίες παρέχονται από τους φαρμακοποιούς στο περιβάλλον του φαρμακείου. Σήμερα, πέρα από την παραδοσιακή του αποστολή που αφορά την εκτέλεση των συνταγών και την προμήθεια των φαρμάκων, ο κοινοτικός φαρμακοποιός καλείται να ανταπεξέλθει στις διαφορετικές προκλήσεις που αφορούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη Δημόσια Υγεία. Όλο και περισσότερες χώρες και συστήματα υγείας αναγνωρίζουν τη σημασία και το νέο ρόλο του φαρμακοποιού στην παροχή υπηρεσιών πρόληψης της νόσου, προαγωγής της υγείας, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των φαρμακοποιών ιδιωτικών φαρμακείων, τα οποία εδρεύουν στα γεωγραφικά όρια του Δήμου Θεσσαλονίκης, σε σχέση με τη συμβολή τους στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο χώρο του φαρμακείου. Πρόκειται για μια *συγχρονική μελέτη* (cross-sectional study) για τις ανάγκες της οποίας δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 19 ερωτήσεις με υποερωτήματα. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 2022 σε κοινοτικά φαρμακεία, τα οποία βρίσκονται στο Δήμο Θεσσαλονίκης και το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 154 φαρμακοποιοί, ιδιοκτήτες ή υπάλληλοι.

Το *“Θεωρητικό Μέρος”* της εργασίας περιλαμβάνει συνολικά εννέα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο πραγματεύεται την Υγεία, τον εννοιολογικό προσδιορισμό της

και το ρόλο που διαδραματίζουν οι “Κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες”. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στα μοντέλα συστημάτων υγείας, στις υπηρεσίες υγείας, στις μορφές και τα επίπεδα περίθαλψης. Στα επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζεται η πορεία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τη *Διακήρυξη της Άλμα - Άτα* έως τη *Διακήρυξη της Ασάνα* και το όραμα του Π.Ο.Υ. για τον 21ο αιώνα. Ακολουθεί το πλήθος των νομοθετικών ρυθμίσεων και παρεμβάσεων που αφορούν την ΠΦΥ στην Ελλάδα και στο πέμπτο κεφάλαιο προβάλλεται η σημασία του ρόλου του φαρμακοποιού. Το έκτο κεφάλαιο περιλαμβάνει μια ιστορική αναδρομή και παρουσίαση της Φαρμακευτικής Φροντίδας και στα κεφάλαια επτά και οκτώ παρατίθενται οι υπηρεσίες υγείας οι οποίες παρέχονται από τους φαρμακοποιούς σε διάφορα κράτη του εξωτερικού και στη χώρα μας. Τέλος, στο ένατο και τελευταίο κεφάλαιο αναλύονται τα αποτελέσματα μελετών που αφορούν τις υπηρεσίες, τις στάσεις και αντιλήψεις των φαρμακοποιών για την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας στο χώρο του κοινοτικού φαρμακείου.

Το εμπειρικό μέρος της εργασίας (έρευνα πεδίου) ξεκινά με το σκοπό, τους στόχους και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης. Ακολουθεί η αναφορά στο δείγμα της μελέτης, το εργαλείο μέτρησης (ερωτηματολόγιο) που χρησιμοποιήθηκε, τη μέθοδος συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων, τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας.

Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης, αρχικά τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής και έπειτα οι επαγωγικοί έλεγχοι ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία, επίπεδο σπουδών, διάρκεια άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος και εργασιακή σχέση). Η έρευνα ολοκληρώνεται με τη συζήτηση και τα συμπεράσματά της μελέτης. Στο τέλος της εργασίας παρατίθενται οι βιβλιογραφικές αναφορές.

Η ΥΓΕΙΑ

Εννοιολογικός προσδιορισμός της Υγείας

Σύμφωνα με τη συνταγματική αρχή του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* (Π.Ο.Υ.), η υγεία αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης. Σχετίζεται όχι μόνο με την ύπαρξη του ανθρώπου αλλά και με την ποιότητα της ζωής. Αποτελεί βασικό παράγοντα κοινωνικής ευημερίας, οικονομικής ανάπτυξης και προσωπικής προόδου του ατόμου. Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της υγείας αποτελεί ένα σύνθετο ζήτημα το οποίο έχει συγκεντρώσει πλήθος αντικρουόμενων απόψεων μεταξύ των ειδικών της υγείας. Ο *Ιπποκράτης ο Κώος* (460-377 π.Χ.), «πατέρας» της σύγχρονης ιατρικής, ήταν υπέρμαχος της φιλοσοφικής άποψης του πυθαγόρειου φιλόσοφου *Εμπειδοκλή* σύμφωνα με τον οποίο η *Φύση* αποτελείται από τέσσερα βασικά στοιχεία: νερό, γη, αέρα και

φωτιά. Σε αναλογία με τα τέσσερα αυτά στοιχεία ο *Ιπποκράτης* πίστευε ότι το ανθρώπινο σώμα αποτελείται από *τέσσερις χυμούς* (μαύρη χολή, κίτρινη χολή, φλέγμα και αίμα) και *τέσσερις ποιοτικές καταστάσεις* (κρύα, ζεστή, στεγνή και υγρή). Η *υγεία* σύμφωνα με τον *Ιπποκράτη* συνδεόταν με την εντός του ανθρώπινου οργανισμού ισορροπία, όπου οι χυμοί και οι ποιότητες βρίσκονται σε απόλυτη αρμονία [1].

Ο *Γαληνός της Περγάμου* (129-199 μ.Χ.), η σημαντικότερη ιατρική φυσιογνωμία της ρωμαϊκής αυτοκρατορικής περιόδου, στο έργο του *“Περί των καθ’ Ιπποκράτην στοιχείων”*, επέκτεινε τη θεωρία του *Ιπποκράτη*. Σύμφωνα με τον *Γαληνό*, οι ποιότητες οι οποίες συμμετέχουν στη σύνθεση του ανθρώπινου σώματος χωρίζονται σε αντιθετικά ζεύγη θερμού - ψυχρού και ξηρού - υγρού. Στο έργο του *“Περί κρίσεων”* ο *Γαληνός* καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα είδη των κρίσεων στα οποία κατατάσσονται όλοι οι άνθρωποι οργανισμοί είναι εννέα. Η τέλεια κρίση είναι η ισορροπημένη κρίση, αυτή δηλαδή κατά την οποία δεν πλεονάζει κανένας χυμός. Ο τύπος του ανθρώπου που τη διαθέτει αποτελεί το μέτρο σύγκρισης και δεν είναι άλλος από τον υγιή άνθρωπο [2].

Κατά τον *Μεσαίωνα*, τη χιλιετή δηλαδή περίοδο από τον 5ο έως τον 15ο αιώνα, οι γνώσεις περί ανατομίας και φυσιολογίας καταγράφονται, εξελίσσονται και διαδίδονται. Οι θεωρίες του *Γαληνού* για το ανθρώπινο σώμα συνεχίζουν να κυριαρχούν στην ιατρική επιστήμη.

Το γεγονός όμως το οποίο αποτέλεσε σταθμό στην ιστορία της φυσιολογίας ήταν το έργο του Άγγλου ιατρού *William Harvey* (1578-1657) για την κυκλοφορία του αίματος. Ο *Harvey* τύπωσε το 1628 στη Φρανκφούρτη (Frankfurt) της Γερμανίας τη μελέτη του με τον τίτλο *“Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus”* (An Anatomical Exercise on the Motion of the Heart and Blood in Living Beings), στην οποία κατέγραψε τα συμπεράσματα των ερευνών του για την κυκλοφορία του αίματος [3]. Με την εργασία του αυτή ο *Harvey* έθεσε τις βάσεις για μια μηχανιστική θεώρηση του ανθρώπινου οργανισμού. Σημαντικότερος πρεσβευτής αυτής της θεώρησης ήταν ο Γάλλος φιλόσοφος, μαθηματικός και επιστήμονας φυσικών επιστημών *Ρενέ Ντεκάρτ* (1596-1650), γνωστότερος στην Ελλάδα ως *Καρτέσιος* (Cartesius).

Την εποχή του *Διαφωτισμού*, τέλη του 17ου και αρχές του 18ου αιώνα, συντελέστηκαν στην Ευρωπαϊκή ήπειρο σημαντικές μεταβολές. Ο πληθυσμός αυξήθηκε θεαματικά και αναπτύχθηκε το εμπόριο. Στον τομέα της αγροτικής οικονομίας και προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του συνεχώς αυξανόμενου πληθυσμού, δημιουργούνται μεγάλα αγροκτήματα, εφαρμόζονται νέες μέθοδοι καλλιέργειας και επεκτείνεται η χρήση των μηχανημάτων. Οι μεταβολές αυτές οδηγούν πολλούς αγρότες στην ανεργία με αποτέλεσμα οι άνθρωποι να καταφεύγουν στις πόλεις αναζητώντας εισόδημα. Η μαζική αστικοποίηση σε συνδυασμό με τη μετέπειτα εκβιομηχάνιση δημιούργησαν για τους κατοίκους των μεγάλων πόλεων ένα ανθυγιεινό περιβάλλον διαβίωσης.

Στις αρχές του 19ου αιώνα, οι συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού στις μεγάλες πόλεις της Ευρώπης ευνοούν τη διάδοση λοιμωδών νοσημάτων και την εκδήλωση επιδημιών. Το 1854 το Λονδίνο, η μεγαλύτερη πόλη του κόσμου σε πληθυσμό, πλήττεται από μια θανατηφόρα επιδημία χολέρας. Η ιατρική κοινότητα πίστευε στη θεωρία του «μιάσματος», ότι δηλαδή η αιτία εντοπίζεται στα λύματα και τις ακαθαρσίες που υπήρχαν στο περιβάλλον και οι οποίες εξέπεμπαν τον «κακό αέρα» ο οποίος προσέβαλε τα άτομα που νοσούσαν. Η αντίληψη αυτή όμως δεν βοηθούσε στην εξεύρεση του αιτιολογικού παράγοντα και στην ιχνηλάτηση της μετάδοσης. Ο αναισθησιολόγος *John Snow* (1813-1858) κατέγραψε τις διευθύνσεις των ατόμων που πέθαναν, και από την αποτύπωση των διευθύνσεων στον χάρτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα περιστατικά βρισκόνταν γύρω από έναν κρουνό από τον οποίο προμηθεύονταν οι κάτοικοι της περιοχής νερό. Ο κρουνός σφραγίσθηκε και η επιδημία υποχώρησε. Είναι οι απαρχές της Δημόσιας Υγείας και της ανάδειξης των κοινωνικών παραγόντων, που αργότερα έγιναν γνωστοί ως κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας [4].

Στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, οι σημαντικές ανακαλύψεις του Γάλλου χημικού *Louis Jean Pasteur* (1822-1895) και του Γερμανού ιατρού *Robert Koch* (1843-1910) στη Μικροβιολογία, οδήγησαν στη διατύπωση της μικροβιακής θεωρίας για τις ασθένειες. Οι παλαιότερες θεωρίες για τις μολυσματικές νόσους αντικαθίστανται. Η ιατρική ως επιστήμη γνωρίζει μια πραγματική επανάσταση αξιοποιώντας όλο και περισσότερο την ταυτόχρονη πρόοδο της τεχνολογίας. Η υγεία ταυτίζεται με την απουσία της αρρώστιας και εξετάζεται υπό τη δυαδική μορφή: υγεία ή ασθένεια (βιοϊατρικό μοντέλο). Η ερμηνεία της υγείας στηρίζεται στην κλινική ιατρική και στα εργαστηριακά ευρήματα. Η θεραπεία παρέχεται στα νοσοκομεία από τους ιατρούς χωρίς να λαμβάνονται υπόψη ψυχικοί, κοινωνικοί ή περιβαλλοντικοί παράγοντες. Το βιοϊατρικό μοντέλο και η ιατροκεντρική προσέγγιση της υγείας επικράτησαν στην επιστημονική σκέψη μέχρι το 1930. Το μοντέλο αυτό όμως αφορούσε μόνο τη σωματική διάσταση της υγείας και δεν λάμβανε υπόψη την ύπαρξη των άλλων δύο διαστάσεων, της ψυχικής και της κοινωνικής. Το κενό αυτό καλύφθηκε από την ανάπτυξη της ψυχοσωματικής ιατρικής η οποία προέκυψε ως απόρροια των ψυχαναλυτικών θεωριών του Αυστριακού θεμελιωτή της ψυχανάλυσης *Sigmund Freud* (1856-1939). Ο *Freud* πίστευε ότι ο νους και το σώμα του ανθρώπου αλληλεπιδρούν. Η ψυχοσωματική ιατρική εξέφρασε την συνθετική και ολοκληρωμένη αυτή άποψη της ανθρώπινης λειτουργίας και στα επόμενα χρόνια διέυρυνε το πεδίο της έρευνας της και στη μελέτη των σχέσεων μεταξύ των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στην υγεία και την ασθένεια.

Όλα τα παραπάνω οδήγησαν στην πρώτη απόπειρα ορισμού της Υγείας, η οποία έγινε λίγους μήνες μετά από το τέλος του *Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου* και συγκεκριμένα τον Ιούλιο του 1946. Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στην ιδρυτική διακήρυξη του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* (Π.Ο.Υ.) και τέθηκε

σε ισχύ στις 7 Απριλίου 1948, «Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» [5]. Ο παραπάνω ορισμός του Π.Ο.Υ. για την υγεία ήταν, για την εποχή που διατυπώθηκε, καινοτόμος και φιλόδοξος. Ξεπέρασε τον αρνητικό ορισμό του βιοϊατρικού μοντέλου σύμφωνα με τον οποίο “Υγεία είναι η απουσία της ασθένειας” και συμπεριέλαβε και τις τρεις διαστάσεις της, τη σωματική, τη ψυχική και την κοινωνική. Παρ’ όλα αυτά συγκέντρωσε στις επόμενες δεκαετίες πολλές κριτικές χωρίς όμως να προσαρμοσθεί ή να τροποποιηθεί ανάλογα. Η περισσότερη κριτική αφορούσε τη χρήση της λέξης “πλήρους” σε σχέση με την ευεξία. Χαρακτηρίστηκε ως απόλυτη, μη λειτουργική και μη μετρήσιμη με αποτέλεσμα να καθιστά τον ορισμό ανεφάρμοστο [6].

Στην παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* (ΠΦΥ) η οποία πραγματοποιήθηκε στις 6-12 Σεπτεμβρίου 1978 στην πόλη Άλμα - Άτα (σημερινό Αλμάτι), πρωτεύουσα της πρώην Σοβιετικής Δημοκρατίας του Καζακστάν, οι σύεδροι επιβεβαίωσαν τον ορισμό της υγείας του 1948 ως εξής: «*Η υγεία, η οποία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παγκόσμιο κοινωνικό στόχο του οποίου η πραγματοποίηση απαιτεί τη δράση πολλών άλλων κοινωνικών και οικονομικών τομέων, πέραν του τομέα υγείας*» [7]. Ο παραπάνω ορισμός συνέδεσε την υγεία με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και πήγαξε από το γενικότερο ιδεολογικό πλαίσιο της *Διακήρυξης της Άλμα - Άτα*. Σύμφωνα με αυτό, κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στην υγεία. Η ατομική και συλλογική συμμετοχή των πολιτών σε όλη τη διαδικασία της φροντίδας υγείας τους κρίνεται απαραίτητη. Απώτερος σκοπός και στόχος της *Διακήρυξης* ήταν η μείωση των ανισοτήτων μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, αλλά και μεταξύ των κατοίκων μιας χώρας. Το κλειδί για την εφαρμογή όλων των παραπάνω είναι η ΠΦΥ η οποία παρέχεται από την ομάδα υγείας και έχει ως σκοπό την πρόληψη και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Οι “Κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της Υγείας”

Η δεκαετία του 1980 ήταν η δεκαετία των μεγάλων αλλαγών και μεταρρυθμίσεων σε κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό επίπεδο. Ο *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* (ΠΟΥ) διοργάνωσε στην Οτάβα (Ottawa) του Καναδά στις 17-21 Νοεμβρίου 1986, την *1η Διεθνή Διάσκεψη για την Προαγωγή της Υγείας*. Στη διάσκεψη έλαβαν μέρος περισσότεροι από 200 συμμετέχοντες από 38 χώρες οι οποίοι υιοθέτησαν τη “*Χάρτα της Οτάβα για την Προαγωγή της Υγείας*”.

Ο Π.Ο.Υ. όρισε την Προαγωγή της Υγείας ως «*τη διαδικασία που επιτρέπει στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο και τη βελτίωση της υγείας τους*». Η νέα

προσέγγιση της υγείας που προέκυψε από τη διάσκεψη εμπλέκει την ικανότητα του ανθρώπου να ικανοποιεί τις ανάγκες του, να υλοποιεί τις φιλοδοξίες του και να μπορεί να προσαρμόζεται στο περιβάλλον. Η υγεία είναι μια θετική έννοια η οποία χαρακτηρίζεται ως πηγή για την καθημερινή ζωή και όχι στόχος ζωής [8]. Η *Χάρτα της Οτάβα* προέβαλε το κοινωνικό μοντέλο της υγείας δίνοντας έμφαση τόσο στην ατομική όσο και στην κοινοτική ευθύνη. Η ειρήνη, η στέγαση, η παιδεία, η τροφή, το εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, οι βιώσιμοι πόροι, και τέλος, η κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα αποτελούν θεμελιώδεις προϋποθέσεις. Η καλή υγεία αποτελεί σημαντικό πόρο ανάπτυξης για τον άνθρωπο και την κοινωνία. Η ποιότητα της ζωής εξαρτάται από το επίπεδο υγείας.

Το 1991, το Περιφερειακό Γραφείο του Π.Ο.Υ. για την Ευρώπη ανέθεσε στους *Dahlgren* και *Whitehead* την προετοιμασία μιας έκθεσης σχετικά με τις πολιτικές και τις στρατηγικές για την προώθηση της ισότητας στην υγεία.

Σύμφωνα με το μοντέλο που αναπτύχθηκε, οι κυριότεροι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας μπορούν να θεωρηθούν ως επίπεδα επιρροής στην υγεία σε σχήμα ουράνιου τόξου.

Στο κέντρο βρίσκονται τα άτομα με τα βιολογικά χαρακτηριστικά που επιδρούν στην υγεία τους (ηλικία, φύλο και συγγενείς παράγοντες). Γύρω από τα άτομα βρίσκονται τα διάφορα επίπεδα (τόξα) επιρροών στη υγεία τα οποία μπορούν να τροποποιηθούν. Στο πρώτο τόξο είναι οι *“Ατομικοί παράγοντες τρόπου ζωής”* που αποτελούν προσωπικές επιλογές των ατόμων. Στο δεύτερο τόξο είναι τα *“Κοινωνικά και κοινοτικά δίκτυα”* στα οποία συμμετέχουν και το τρίτο τόξο περιλαμβάνει παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία (γεωργία και παραγωγή τροφίμων, εκπαίδευση, εργασιακό περιβάλλον, συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, ανεργία, νερό και αποχέτευση, υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, στέγαση). Τέλος, στο τέταρτο και τελευταίο τόξο αποτυπώνονται οι *“Γενικές κοινωνικοοικονομικές, πολιτιστικές και περιβαλλοντικές συνθήκες”* οι οποίες επενεργούν στο σύνολο της κοινωνίας [9].

Οι *Dahlgren* και *Whitehead* περιγράφουν μια κοινωνική οικολογική θεωρία για την υγεία μέσω της οποίας χαρτογραφούν τη σχέση μεταξύ του ατόμου, του περιβάλλοντος και της υγείας. Αν και το μοντέλο τους απορρίφθηκε αρχικά από τον *Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας* (ΠΟΥ) ως πολύ περίπλοκο για το κοινό που προοριζόταν, οδήγησε τελικά το 2007 στην ανάπτυξη των στρατηγικών *“Αναβάθμισης”* για την αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία [10].

Σύμφωνα με την κοινωνιολογική προσέγγιση, η σχέση μεταξύ κοινωνίας και υγείας είναι σχέση αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης. Οι αναπτυγμένες κατά το βιομηχανικό πρότυπο χώρες εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο υγείας σε σύγκριση με τις λιγότερο αναπτυγμένες – και αυτό οφείλεται στις διαφορετικές κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες. Το 2010, ο Π.Ο.Υ. ανέπτυξε ένα εννοιολογικό πλαίσιο δράσης για τους *“Κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της Υγείας”* (Social Determinants of Health - SDH) [11].

Οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, εργάζονται, ζουν και γερνούν μέσα σε ένα ευρύτερο σύνολο δυνάμεων και συστημάτων τα οποία διαμορφώνουν τις συνθήκες της καθημερινής ζωής. Αυτοί οι μη ιατρικοί παράγοντες αποτελούν τους “Κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της Υγείας” και επηρεάζουν, είτε θετικά είτε αρνητικά, τα αποτελέσματα και την ισότητα στην υγεία. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., μερικοί από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να είναι:

- Το εισόδημα και η κοινωνική προστασία.
- Η εκπαίδευση.
- Η ανεργία και η εργασιακή ανασφάλεια.
- Οι συνθήκες εργασιακής ζωής.
- Η διατροφική ανασφάλεια.
- Η στέγαση, βασικές ανέσεις και περιβάλλον.
- Η πρόωγη παιδική ανάπτυξη.
- Η κοινωνική ένταξη και μη-διάκριση.
- Η δομική σύγκρουση.
- Η πρόσβαση σε προσιτές υπηρεσίες υγείας αξιοπρεπούς ποιότητας.

Οι “Κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της Υγείας” αντιπροσωπεύουν το 30 έως 55% των αποτελεσμάτων υγείας και μπορεί να είναι σημαντικότεροι από την υγειονομική περίθαλψη ή τις επιλογές τρόπου ζωής του ατόμου [12].

Συμπερασματικά, ο όρος “υγεία” εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό καθώς αποτελεί μια πολυσύνθετη έννοια. Οι περισσότεροι άνθρωποι όμως συμφωνούν με τον ορισμό της ιδρυτικής διακήρυξης του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* (Π.Ο.Υ., 1946).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η ολιστική προσέγγιση τοποθετεί την υγεία στις συγκεκριμένες κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές, πολιτισμικές και περιβαλλοντικές συνθήκες, μέσα στις οποίες το άτομο γεννιέται και ζει. Οι παράγοντες αυτοί, μαζί με τις συμπεριφορές υγείας και την υγειονομική φροντίδα, είναι αλληλένδετοι μεταξύ τους και επηρεάζουν την υγεία.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύστημα υγείας

Η κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού μιας χώρας προϋποθέτει την παρουσία ενός συστήματος υγείας μέσω του οποίου η παροχή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας θα αποσκοπεί στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών.

Το σύνολο των κανόνων και των αποφάσεων τις οποίες λαμβάνει η κυβέρνηση ενός κράτους ώστε να ρυθμίσει τις παραπάνω λειτουργίες, ονομάζεται πολιτική υγείας. Οι πολιτικές υγείας εξαρτώνται από πολιτικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως η δημόσια

διοίκηση, η ανάπτυξη της οικονομίας, οι δαπάνες υγείας, η γήρανση του πληθυσμού, ο τρόπος ζωής, οι κλιματολογικές συνθήκες κ.ά.

Το σύστημα υγείας αποτελεί έναν από τους πιο βασικούς θεσμούς του κοινωνικού κράτους ή κράτους πρόνοιας. Σύμφωνα με την “Έκθεση Υγείας” του 2000 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, «ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες των οποίων πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση ή η διατήρηση της υγείας» [13]. Σε μια προσπάθεια διεύρυνσης του παραπάνω ορισμού, ο Π.Ο.Υ. αναφέρει ότι «ένα σύστημα υγείας αποτελείται από όλους τους οργανισμούς, τους ανθρώπους και τις δράσεις των οποίων η πρωταρχική πρόθεση είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση ή η διατήρηση της υγείας. Αυτό περιλαμβάνει προσπάθειες να επηρεαστούν οι καθοριστικοί παράγοντες υγείας καθώς και πιο άμεσες δραστηριότητες βελτίωσης της υγείας. Ένα σύστημα υγείας είναι επομένως περισσότερο από την πυραμίδα των δημόσιων εγκαταστάσεων που παρέχουν προσωπικές υπηρεσίες υγείας» [14].

Τα συστήματα υγείας έχουν πολλαπλούς στόχους. Οι Figueras και McKee θεωρούν ότι ένα σύστημα υγείας στοχεύει:

1. Στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού (τόσο το μέσο επίπεδο υγείας όσο και τη διανομή της υγείας).
2. Στη βελτίωση της ανταποκρισιμότητας στις μη ιατρικές προσδοκίες του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων δύο ομάδων διαστάσεων: του σεβασμού στα άτομα (αξιοπρέπεια του ασθενούς, εμπιστευτικότητα, αυτονομία και επικοινωνία) και του προσανατολισμού προς τον πελάτη (άμεση προσοχή, βασικές ανέσεις, κοινωνική υποστήριξη και επιλογή).
3. Στη βελτίωση της δικαιοσύνης στη χρηματοδότηση (οικονομική προστασία, αποφυγή της εξαθλίωσης ως συνέπεια των πληρωμών υγείας, δίκαιη κατανομή του βάρους της χρηματοδότησης του συστήματος) [15].

Για να πετύχουν τους στόχους τους, όλα τα συστήματα υγείας θα πρέπει να εκτελούν ορισμένες βασικές λειτουργίες, ανεξάρτητα από τον τρόπο οργάνωσής τους. Ο Π.Ο.Υ. για να βοηθήσει στην ενίσχυση των συστημάτων υγείας, ανέλυσε τις λειτουργίες τους σε ένα σύνολο έξι βασικών “δομικών στοιχείων” (building blocks):

- *Διανομή - παροχή υπηρεσιών* (Service delivery). Οι υπηρεσίες υγείας παρέχουν αποτελεσματικές, ασφαλείς και ποιοτικές προσωπικές και μη-προσωπικές παρεμβάσεις υγείας σε όσους τις χρειάζονται, όταν και όπου χρειάζεται με ελάχιστη σπατάλη πόρων.
- *Ανθρώπινο δυναμικό υγείας* (Health workforce). Το εργατικό δυναμικό λειτουργεί δίκαια και αποτελεσματικά για την επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων υγείας, δεδομένου των διαθέσιμων πόρων και περιστάσεων. Θα πρέπει να υπάρχει επαρκής αριθμός και μείγμα προσωπικού, δίκαια καταμεμημένο, ικανό, ανταποκρινόμενο και παραγωγικό.
- *Πληροφορίες* (Information). Το σύστημα πληροφόρησης για την υγεία διασφαλίζει την παραγωγή, ανάλυση, διάδοση και χρήση αξιόπιστων και

έγκαιρων πληροφοριών σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες υγείας, την απόδοση των συστήματος υγείας και την κατάσταση υγείας.

- *Ιατρικά προϊόντα, εμβόλια και τεχνολογίες* (Medical products, vaccines and technologies). Εξασφαλίζεται η δίκαιη πρόσβαση σε βασικά ιατρικά προϊόντα, εμβόλια και τεχνολογίες εξασφαλισμένης ποιότητας, ασφάλειας, αποτελεσματικότητας και οικονομικής απόδοσης, και η επιστημονικά ορθή και οικονομικά αποδοτική χρήση τους.
- *Χρηματοδότηση* (Financing). Το σύστημα χρηματοδότησης συγκεντρώνει επαρκή κεφάλαια για την υγεία, με τρόπους που διασφαλίζουν ότι οι άνθρωποι μπορούν να χρησιμοποιούν τις απαραίτητες υπηρεσίες, και προστατεύονται από οικονομική καταστροφή ή εξαθλίωση που σχετίζεται με την υποχρέωση να πληρώσουν για αυτές.
- *Ηγεσία / Διακυβέρνηση* (Leadership / Governance). Η ηγεσία και η διακυβέρνηση διασφαλίζουν την ύπαρξη στρατηγικών πλαισίων πολιτικής και συνδυάζονται με αποτελεσματική εποπτεία, οικοδόμηση συνασπισμών, παροχή κατάλληλων κανονισμών και κινήτρων, προσοχής στο σχεδιασμό του συστήματος και τη λογοδοσία [14].

Σύμφωνα με το “Πλαίσιο Συστήματος Υγείας” του Π.Ο.Υ., όλα τα “δομικά στοιχεία” είναι απαραίτητα για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας.

Ανεξάρτητα από το πως είναι οργανωμένο ένα σύστημα υγείας, υπάρχουν ορισμένα επιθυμητά χαρακτηριστικά για το κάθε “δομικό στοιχείο” τα οποία ισχύουν για όλα τα συστήματα:

- *Οι πολλαπλές δυναμικές σχέσεις μεταξύ των στοιχείων του συστήματος*: Η μεταξύ τους αλληλεπίδραση είναι απαραίτητη για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων υγείας.
- *Η ενίσχυση του συστήματος υγείας*: Η βελτίωση των στοιχείων του συστήματος και η διαχείριση των αλληλεπιδράσεών τους με τρόπους που να επιτυγχάνουν πιο δίκαιες και διαρκείς βελτιώσεις στις υπηρεσίες υγείας και στα αποτελέσματα υγείας.
- *Η πρόσβαση και κάλυψη υγείας*: Ισότιμη πρόσβαση σε ένα συγκεκριμένο πακέτο παροχών υγείας και κοινωνικής προστασίας, καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού.
- *Η ανάπτυξη δεικτών μέτρησης απόδοσης του συστήματος υγείας*: ώστε να ανιχνεύονται οι επιθυμητές βελτιώσεις σε σχέση με την απόδοσή του [14].

Το πλαίσιο το οποίο προτείνουν οι *Figueras* και *McKee* βασίζεται στην άρρηκτη σχέση των συστημάτων υγείας με την υγεία, τον πλούτο και την κοινωνική ευημερία. Οι αιτιακές σχέσεις, άμεσες και έμμεσες, μεταξύ των βασικών αυτών στοιχείων αποτυπώνονται με ένα “εννοιολογικό τρίγωνο” (conceptual triangle).

Τα συστήματα υγείας συμβάλλουν στην κοινωνική ευημερία με τρεις κύριους τρόπους. Οι σχέσεις μεταξύ συστημάτων υγείας, υγείας, πλούτου και κοινωνικής ευημερίας υποδεικνύονται από τα 1-3 και A-C [15].

Σε πρακτικό επίπεδο, οι *Figueras* και *McKee* υπογραμμίζουν ότι ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει τα ακόλουθα τρία στοιχεία:

- Την παροχή (σε ατομικό και πληθυσμιακό επίπεδο) υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, της θεραπείας, της φροντίδας και της αποκατάστασης.
- Τις δραστηριότητες για να καταστεί δυνατή η παροχή υπηρεσιών υγείας, συγκεκριμένα τις λειτουργίες της χρηματοδότησης, της δημιουργίας πόρων και της διαχείρισης.
- Δραστηριότητες διαχείρισης οι οποίες στοχεύουν να επηρεάσουν τον αντίκτυπο στην υγεία “σχετικών” παρεμβάσεων σε άλλους τομείς, ανεξάρτητα από το αν ο πρωταρχικός σκοπός αυτών των παρεμβάσεων είναι ή όχι η βελτίωση της υγείας.

Οι λειτουργίες της χρηματοδότησης, της κατανομής των πόρων και της παράδοσης σχετίζονται άμεσα με τις υπηρεσίες υγείας, ενώ η λειτουργία διαχείρισης (πάνω από όλα τα άλλα) έχει έναν επιπλέον ρόλο σε άλλους τομείς πέραν των υπηρεσιών υγείας, επηρεάζοντας τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας [15].

Μοντέλα συστημάτων υγείας

Τα υγειονομικά συστήματα, με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης, οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, ταξινομούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στα εθνικά ή δημόσια και στα φιλελεύθερα.

Τα εθνικά συστήματα υγείας

Τα εθνικά συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται από την υποχρεωτική ασφάλιση, την καθολική κάλυψη, τη συλλογικότητα και την αυξημένη κρατική παρέμβαση. Διακρίνονται σε δύο μοντέλα:

- Το *Εθνικό Σύστημα Υγείας* - το πρότυπο του *Beveridge*, με κύριο εκπρόσωπο τη Μεγάλη Βρετανία.
- Το *Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης* - το πρότυπο του *Bismarck*, με κύριο εκπρόσωπο τη Γερμανία [16].

Το μοντέλο *Beveridge* εισήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1948 με βάση την έκθεση του οικονομολόγου *William Beveridge* (1879-1963), “*Κοινωνική ασφάλιση και συναφείς υπηρεσίες*” (*Social insurance and allied services*, 1942). Συνδυάζει στοιχεία καθολικής κάλυψης υγείας με δημόσια εγγύηση πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη (η υγεία είναι ανθρώπινο δικαίωμα) και χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το μοντέλο του *Bismarck* εισήχθη το 1883 από τον καγκελάριο του Ράιχ *Otto von Bismarck* (1815-1898). Η σημαντική καινοτομία του μοντέλου ήταν η καθιέρωση της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας.

Χρηματοδοτείται κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές των συνταξιούχων, των εργαζομένων και των εργοδοτών [17].

Ένας τρίτος τύπος εθνικού συστήματος, το μοντέλο Semashko, εισήχθη ως αποτέλεσμα της *Οκτωβριανής Επανάστασης* το 1917 στη Σοβιετική Ένωση. Το μοντέλο πήρε το όνομά του από τον *Nikolai Aleksandrovich Semashko* (1874-1949), ο οποίος κατείχε τη θέση του επιτρόπου υγείας από το 1918 έως το 1930. Βασίσθηκε σε πενταετή σχέδια του κεντρικού μηχανισμού που ήταν υπεύθυνος για το συντονισμό όλων των δραστηριοτήτων του συστήματος (χρηματοδότηση, δημιουργία και διαχείριση υποδομών, εκπαίδευση ιατρικού προσωπικού). Από το 1950, το μοντέλο άρχισε να εφαρμόζεται (σε διαφορετικές εκδόσεις) και σε άλλες χώρες του κόσμου, κυρίως υπό την κυριαρχία της “λαϊκής εξουσίας” [17].

Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας

Τα *φιλελεύθερα συστήματα υγείας*, με κλασικό εκπρόσωπο τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α.), βασίζονται στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας και λειτουργούν με βάση το σύστημα των τιμών και τους μηχανισμούς της αγοράς. Ο ιδιωτικός τομέας κυριαρχεί και οι εμπλεκόμενοι φορείς στο σύστημα λειτουργούν με σκοπό το κέρδος. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει ασφάλιση θα πρέπει να καλύψει ο ίδιος τα έξοδα [17].

Ανάμεσα στις δύο μεγάλες κατηγορίες οργάνωσης των υγειονομικών συστημάτων, δηλαδή το εθνικό ή δημόσιο και το φιλελεύθερο, αλλά και μεταξύ των δύο μοντέλων εθνικών συστημάτων υγείας (Beveridge και Bismarck), υπάρχουν οι ενδιάμεσες μορφές. Τα μικτά συστήματα υγείας είναι αποτέλεσμα των συνεχών κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών και πολιτισμικών μεταβολών. Οι δημογραφικές και επιδημιολογικές αλλαγές και η συνεχής επιστημονική πρόοδος θέτουν νέες προκλήσεις. Το αυξανόμενο κόστος διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων και η ζήτηση για νέες ιατρικές τεχνολογίες απαιτούν από τα κράτη μεγαλύτερη χρηματοδότηση και καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας [17].

Υπηρεσίες Υγείας

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ως υπηρεσία υγείας ορίζεται «*οποιαδήποτε υπηρεσία η οποία μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της υγείας ή στη διάγνωση, τη θεραπεία και αποκατάσταση ασθενών και δεν περιορίζεται απαραίτητα σε ιατρικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης*» [18]. Ο όρος “*υπηρεσίες φροντίδας υγείας*” περιλαμβάνει τις έννοιες της “*φροντίδας*” και της “*περίθαλψης*”. Η “*φροντίδα υγείας*” αποτελεί ευρύτερη έννοια και περιλαμβάνει το σύνολο των αγαθών και των υπηρεσιών που παρέχονται σε άτομα ή κοινωνίες, με σκοπό την πρόληψη, προαγωγή, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας, και οι οποίες προσφέρεται σε πάσχοντες αλλά και σε υγιή άτομα. Η “*περίθαλψη*” αναφέρεται σε

υπηρεσίες που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός προβλήματος υγείας.

Μορφές και επίπεδα περίθαλψης

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, ανεξάρτητα από τις επιμέρους διαφορές τους, εμφανίζουν κοινά τυπικά χαρακτηριστικά. Τα χαρακτηριστικά αυτά σχετίζονται με τις μορφές και τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης. Ο όρος *“υγειονομική περίθαλψη”* περιλαμβάνει *«όλες τις δραστηριότητες με πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση, τη διατήρηση και την πρόληψη επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας των ατόμων καθώς και τον μετριασμό των επιπτώσεων της κακής κατάστασης της υγείας μέσω της εφαρμογής εξειδικευμένων γνώσεων σε θέματα υγείας»* [19].

Οι μορφές περίθαλψης είναι δύο, η εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή και η νοσοκομειακή ή κλειστή.

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τις υγειονομικές και άλλες υπηρεσίες περίθαλψης, φροντίδας και υποστήριξης που προσφέρονται σε άτομα τα οποία δεν παραμένουν εντός κάποιου φορέα (π.χ. νοσοκομείο, μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων, κέντρο αποκατάστασης) ή που βρίσκονται ακόμα και στην κατοικία τους. Η νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη περιλαμβάνει τις υγειονομικές και άλλες υπηρεσίες που προσφέρονται σε ασθενείς και άτομα τα οποία φιλοξενούνται ή παραμένουν εντός κάποιου φορέα.

Τα επίπεδα περίθαλψης, ανάλογα με το μέγεθος του εξυπηρετούμενου πληθυσμού, ορισμένα οργανωτικά χαρακτηριστικά και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, διακρίνονται: στην αυτοφροντίδα, το πρωτοβάθμιο, το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο επίπεδο. Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες ανοικτής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και στα άλλα δύο επίπεδα, το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο, παρέχονται υπηρεσίες νοσοκομειακής ή κλειστής περίθαλψης.

Αυτοφροντίδα

Η αυτοφροντίδα, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., *«είναι η ικανότητα των ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων για την πρόληψη, διατήρηση και προαγωγή της υγείας τους, την αντιμετώπιση της ασθένειας και της αναπηρίας, με ή χωρίς την υποστήριξη ενός επαγγελματία υγείας»*. Περιλαμβάνει την αυτοθεραπεία, την παροχή φροντίδας σε εξαρτημένα άτομα, την αναζήτηση νοσοκομείου, ειδικού ιατρού ή πρωτοβάθμιας περίθαλψης όταν απαιτείται, και την αποκατάσταση (συμπεριλαμβανομένης της παρηγορητικής φροντίδας) [20]. Πραγματοποιείται εντός της οικογένειας (φροντίδα στην οικογένεια), όπου το μέγεθος του πληθυσμού αριθμεί από 1 έως 10 άτομα.

Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο αποτελεί την “πρώτη επαφή” του ατόμου (χρήστη) με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Στοχεύει στη βελτιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού και στη μείωση των ανισοτήτων, διασφαλίζοντας ότι κάθε υποομάδα του πληθυσμού έχει ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., οι πέντε βασικές λειτουργίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι:

- Η *προσβασιμότητα πρώτης επαφής* (First contact accessibility): Δημιουργεί ένα στρατηγικό σημείο εισόδου και βελτιώνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
- Η *συνέχεια* (Continuity): Προωθεί την ανάπτυξη μακροχρόνιων προσωπικών σχέσεων μεταξύ ενός ατόμου και ενός επαγγελματία υγείας ή μιας ομάδας παρόχων.
- Η *περιεκτικότητα* (Comprehensiveness): Διασφαλίζει ότι παρέχεται ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών προώθησης, προστασίας, πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης.
- Ο *συντονισμός* (Coordination): Οργανώνει υπηρεσίες και φροντίδα σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας και με την πάροδο του χρόνου.
- Η *ανθρωποκεντρική φροντίδα* (People-centred care): Διασφαλίζει ότι οι άνθρωποι έχουν την εκπαίδευση και την υποστήριξη που χρειάζονται για να λαμβάνουν αποφάσεις και να συμμετέχουν στη φροντίδα τους.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι μια βασική διαδικασία σε ένα σύστημα υγείας που παρέχει υπηρεσίες προαγωγής, προστασίας, πρόληψης, θεραπείας, επανόρθωσης και ανακούφισης καθ’ όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου. Αποτελεί υποσύνολο της *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας* (ΠΦΥ) η οποία, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., είναι μια ευρύτερη προσέγγιση για την υγεία ολόκληρης της κοινωνίας [21].

Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο με σκοπό τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Παρέχεται από ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας, σε ασθενείς οι οποίοι έχουν παραπεμφθεί για εξειδικευμένη περίθαλψη.

Περιλαμβάνει τη νοσηλεία, τον απαραίτητο εργαστηριακό και διαγνωστικό έλεγχο και τη διενέργεια γενικών επεμβάσεων. Ανάλογα με τις πολιτικές του εθνικού συστήματος υγείας, οι ασθενείς μπορεί να απαιτείται να δουν έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης ο οποίος θα τους παραπέμψει στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Όταν ένας ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και η κατάσταση της υγείας του απαιτεί να λάβει υψηλότερο επίπεδο εξειδικευμένης φροντίδας, τότε παραπέμπεται στην τριτοβάθμια περίθαλψη.

Τριτοβάθμια περίθαλψη

Η τριτοβάθμια περίθαλψη βασίζεται σε εξειδικευμένες γνώσεις και απαιτεί την συνεργασία και υποστήριξη ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων. Το ιατρικό έργο υποστηρίζεται από σύγχρονο και εξειδικευμένο εξοπλισμό με υψηλό κόστος λειτουργίας και συντήρησης. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν νευροχειρουργικές και καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, υπηρεσίες μεταμόσχευσης, πλαστική χειρουργική, θεραπεία σοβαρών εγκαυμάτων, προηγμένες νεογνολογικές υπηρεσίες και άλλες πολύπλοκες ιατρικές και χειρουργικές επεμβάσεις. Η τριτοβάθμια περίθαλψη, ανάλογα με το μέγεθος και τους διαθέσιμους πόρους μιας χώρας, μπορεί να είναι διαθέσιμη είτε σε περιφερειακό είτε σε εθνικό επίπεδο.

Επέκταση της τριτοβάθμιας περίθαλψης αποτελεί η τεταρτοβάθμια περίθαλψη. Αφορά εξαιρετικά υψηλό επίπεδο εξειδίκευσης (πειραματική ιατρική, σπάνιες διαγνωστικές ή χειρουργικές τεχνικές) και μόνο ένας μικρός αριθμός περιφερειακών ή εθνικών μονάδων υγειονομικής περίθαλψης προσφέρουν αυτές τις υπηρεσίες [22].

Ο *Σακελλαρόπουλος* και οι συνεργάτες του διακρίνουν την παροχή των υπηρεσιών υγείας σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τις προσωπικές και τις μη προσωπικές. Οι προσωπικές υπηρεσίες λαμβάνονται από το άτομο άμεσα από κάποιον προμηθευτή (ιατρός, οδοντίατρος, νοσοκομείο, κέντρο υγείας) και διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα. Οι μη προσωπικές υπηρεσίες αναφέρονται σε γενικότερες διαδικασίες πρόληψης της ασθένειας και προαγωγής της υγείας. Για παράδειγμα, τα προγράμματα δημόσιας υγείας (πρόληψη επιδημιών, προαγωγή υγιεινού τρόπου ζωής) τα οποία αφορούν το σύνολο ή μεγάλες ομάδες του πληθυσμού [23].

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, ο πρωταρχικός στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* (ΠΦΥ) αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας και παίζει σημαντικό ρόλο στην επίτευξη του παραπάνω στόχου. Βρίσκεται σε συνεχή λειτουργική διασύνδεση με τα άλλα δύο επίπεδα φροντίδας με απώτερο σκοπό την αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Η έννοια της ΠΦΥ έχει επανειλημμένα ερμηνευθεί και επαναπροσδιορισθεί από το 1978, με τη *Διακήρυξη της Άλμα - Ατα*, έως σήμερα. Άλλοτε αναφέρεται ως το σημείο πρώτης επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το σύστημα υγείας, και άλλοτε νοείται ως ένα σύνολο παρεμβάσεων υγείας για πληθυσμούς χαμηλού εισοδήματος (Επιλεκτική ΠΦΥ). Οι πιο πρόσφατες ερμηνείες εστιάζουν στις

κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές πτυχές της και όχι απλώς στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προσδιορίζεται ως μια ευρύτερη προσέγγιση για την υγεία ολόκληρης της κοινωνίας, η οποία στοχεύει στη διασφάλιση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας και ευεξίας.

Η Διακήρυξη της Άλμα - Άτα

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καθιερώθηκε ως βασικός πυλώνας των υπηρεσιών υγείας με τη *Διακήρυξη της Άλμα - Άτα* (σημερινό Αλμάτι) το 1978. Το ιστορικό συνέδριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) πραγματοποιήθηκε τον Σεπτέμβριο του 1978 στην πρωτεύουσα της πρώην Σοβιετικής δημοκρατίας του Καζακστάν, και το παρακολούθησαν εκπρόσωποι 134 κρατών και 67 οργανώσεων.

Το τελικό κείμενο της Διακήρυξης περιλάμβανε συνολικά δέκα άρθρα. Στο πρώτο άρθρο επιβεβαιώθηκε ο ορισμός της Υγείας του 1948 και καθορίστηκε ο πιο σημαντικός παγκόσμιος κοινωνικός στόχος: *«Η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας»*. Προϋπόθεση για την πραγματοποίηση του παραπάνω στόχου ήταν η δράση πολλών άλλων κοινωνικών και οικονομικών τομέων, πέραν του τομέα υγείας.

Ο σκοπός της *Διακήρυξης της Άλμα - Άτα* ήταν η άρση της ανισότητας ως προς την υγεία, ειδικότερα μεταξύ αναπτυσσόμενων και αναπτυσσόμενων χωρών, αλλά και μεταξύ των κατοίκων της ίδιας χώρας. Στις βασικές της αρχές περιλαμβάνονται η προστασία και η προαγωγή της υγείας των ανθρώπων η οποία συνδέεται με την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη. Η ατομική και συλλογική συμμετοχή των πολιτών σε όλη τη διαδικασία της φροντίδας υγείας τους, καθώς και η ευθύνη των κυβερνήσεων, των διεθνών οργανισμών και της παγκόσμιας κοινότητας στην ανεύρεση των αναγκαίων πόρων. Το συμπέρασμα του συνεδρίου ήταν ότι η *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* αποτελεί το κλειδί για την επιτυχία του σκοπού του Π.Ο.Υ., *“Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000”*.

Σύμφωνα με το άρθρο 6 της Διακήρυξης *«Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η ουσιαστική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη και ενεργό συμμετοχή τους και σε κόστος, που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το εθνικό σύστημα υγείας, φέρνοντας τη φροντίδα υγείας όσο το*

δυνατόν πλησιέστερα εκεί όπου οι πολίτες ζουν και εργάζονται, και συνιστά το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας υγειονομικής περίθαλψης» [7].

Το περίγραμμα της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτυπώθηκε με επτά σημεία, τα οποία αποτελούν και το πεδίο δράσης της:

1. Αντανακλά και εξελίσσεται από τις οικονομικές συνθήκες, τα κοινωνικοπολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και των κοινοτήτων της και βασίζεται στην εφαρμογή των σχετικών αποτελεσμάτων από τις κοινωνικές, βιοϊατρικές και ιατρικές έρευνες και την εμπειρία από τη δημόσια υγεία.

2. Αντιμετωπίζει τα κύρια ζητήματα υγείας στην κοινότητα παρέχοντας αντίστοιχες υπηρεσίες προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.

3. Περιλαμβάνει κατ' ελάχιστο: Εκπαίδευση σχετικά με τα κυριότερα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους για την πρόληψη και τον έλεγχο αυτών, προώθηση της παροχής τροφής και της κατάλληλης διατροφής, επαρκή παροχή καθαρού νερού και βασικής υγιεινής, φροντίδα της υγείας για τη μητέρα και το παιδί, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού, της ανοσοποίησης κατά των κυριότερων λοιμωδών νοσημάτων, της πρόληψης και του ελέγχου των ενδημικών νοσημάτων, της κατάλληλης θεραπείας κοινών ασθενειών και τραυμάτων και την παροχή της βασικής φαρμακευτικής αγωγής.

4. Περιλαμβάνει, εκτός από τον τομέα της υγείας, όλους τους σχετικούς τομείς και πτυχές της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης, συγκεκριμένα τη γεωργία, την κτηνοτροφία, τα τρόφιμα, τη βιομηχανία, την εκπαίδευση, τη στέγαση, τα δημόσια έργα, την επικοινωνία και άλλους τομείς, και απαιτεί τις συντονισμένες προσπάθειες όλων αυτών των τομέων.

5. Απαιτεί και προωθεί στο μέγιστο την κοινοτική και ατομική αυτοδυναμία και τη συμμετοχή στο σχεδιασμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κάνοντας πλήρη χρήση των τοπικών, εθνικών και άλλων διαθέσιμων πόρων, και προς τούτο αναπτύσσει μέσω κατάλληλης εκπαίδευσης την ικανότητα των κοινοτήτων να συμμετέχουν.

6. Θα πρέπει να υποστηρίζεται από ολοκληρωμένα λειτουργικά και αμοιβαία-υποστηρικτικά συστήματα παραπομπής, τα οποία οδηγούν στην προοδευτική βελτίωση της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας για όλους, και τα οποία δίνουν προτεραιότητα σε όσους έχουν μεγαλύτερη ανάγκη.

7. Στηρίζεται, σε τοπικά επίπεδα και επίπεδα αναφοράς σε επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, βοηθητικό προσωπικό, κοινοτικοί λειτουργοί), όπως ισχύει, καθώς και σε παραδοσιακούς ασκούμενους όπου χρειάζεται, κατάλληλα κοινωνικά και τεχνικά εκπαιδευμένους για να εργαστούν ως ομάδα υγείας και να ανταποκριθούν στις εκφρασμένες υγειονομικές ανάγκες της κοινότητας [7].

Η Διακήρυξη της Άλμα - Άτα επικρίθηκε ως υπερβολικά ιδεαλιστική και χωρίς ρεαλιστικό χρονοδιάγραμμα, ενώ το σύνθημα "Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000" θεωρήθηκε ανέφικτο.

Παρ' όλα αυτά, η εισαγωγή της *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας* (ΠΦΥ) διέυρνε το πλαίσιο μέσα στο οποίο ερμηνεύεται η υγεία (ολιστική προσέγγιση με έμφαση στην ισότητα, τη συμμετοχή και τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες) και επηρέασε σε μεγάλο βαθμό τα μοντέλα οργάνωσης και παροχής της φροντίδας ανά τον κόσμο.

Η “Επιλεκτική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας”

Την επόμενη χρονιά, το *Ιδρυμα Ροκφέλερ* χρηματοδότησε ένα συνέδριο με τον τίτλο: *“Η Υγεία και ο Πληθυσμός στην Ανάπτυξη”* (Health and Population in Development), το οποίο πραγματοποιήθηκε στο συνεδριακό της κέντρο στο Μπελάτζιο (Bellagio) της Ιταλίας. Αποτέλεσμα του συνεδρίου ήταν η εισαγωγή μιας πιο συγκεκριμένης προσέγγισης για την πρόληψη και τον έλεγχο των ασθενειών, της *“Επιλεκτικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”* (Selective Primary Health Care - SPHC).

Ο όρος αφορούσε ένα πακέτο τεχνικών παρεμβάσεων χαμηλού κόστους για την αντιμετώπιση των κύριων προβλημάτων που αντιμετώπιζαν οι φτωχές χώρες, αλλά δεν αντιμετώπισε τα κοινωνικά αίτια των ασθενειών. Χαρακτηρίστηκε ως μια στενή τεχνοκεντρική προσέγγιση η οποία απέστρεψε την προσοχή μακριά από τη βασική υγεία και την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη.

Τέλος, επικρίθηκε επειδή δεν ακολούθησε τις βασικές αρχές *Διακήρυξη της Άλμα - Άτα* και γιατί στόχευε μόνο σε συγκεκριμένους τομείς της υγείας, επιλέγοντας το πιο αποτελεσματικό σχέδιο θεραπείας με βάση τη σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας.[24].

Η “Παγκόσμια Έκθεση Υγείας 2008” του Π.Ο.Υ.

Τη δεκαετία του '90, το ενδιαφέρον φορέων και οργανισμών για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έδειξε να μειώνεται. Ωστόσο, στις αρχές της νέας χιλιετίας παρατηρήθηκε μια επαναπροσέγγιση αποτέλεσμα της οποίας ήταν η έκδοση της Παγκόσμιας Έκθεσης Υγείας του 2008 από τον Π.Ο.Υ., με τον τίτλο: *“Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Τώρα όσο ποτέ άλλοτε”* (Primary Health Care: Now More Than Ever).

Η έκθεση έθεσε τέσσερα αλληλένδετα σύνολα μεταρρυθμίσεων ώστε τα συστήματα υγείας να επικεντρωθούν εκ νέου στην *“Υγεία για όλους”*. Οι κατευθύνσεις αυτές αφορούσαν την καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, τις υπηρεσίες υγείας με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα, τις δημόσιες πολιτικές υγείας για πιο υγιείς κοινότητες και τη συμμετοχική ηγεσία στο χώρο της υγείας.

Η πρώτη από τις τέσσερις μεταρρυθμίσεις στοχεύει στη μείωση του αποκλεισμού και των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Πιο συγκεκριμένα:

1. *Μεταρρυθμίσεις καθολικής κάλυψης (για τη βελτίωση της ισότητας της υγείας):* Εξασφαλίζουν ότι τα συστήματα υγείας θα συνεισφέρουν στην ισότητα στην υγεία, στην κοινωνική δικαιοσύνη και στην άρση του κοινωνικού αποκλεισμού. Αυτό θα γίνει κυρίως με την καθολική πρόσβαση και την κοινωνική προστασία της υγείας.

2. *Μεταρρυθμίσεις στην παροχή υπηρεσιών (για να γίνουν τα συστήματα υγείας ανθρωποκεντρικά):* Αναδιοργανώνουν τα συστήματα υγείας γύρω από τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ανθρώπων, έτσι ώστε να γίνουν πιο κοινωνικά και να ανταποκρίνονται στον συνεχώς μεταβαλλόμενο κόσμο, παράγοντας ταυτόχρονα καλύτερα αποτελέσματα.

3. *Μεταρρυθμίσεις στη δημόσια πολιτική (για την προώθηση και προστασία της υγείας των κοινοτήτων):* Εξασφαλίζουν πιο υγιείς κοινότητες μέσω της ενσωμάτωσης των δράσεων δημόσιας υγείας με την πρωτοβάθμια φροντίδα, μέσω της επιδίωξης υγιών δημόσιων πολιτικών σε όλους του τομείς και μέσω της ενίσχυσης των εθνικών και διακρατικών παρεμβάσεων για τη δημόσια υγεία.

4. *Μεταρρυθμίσεις στην ηγεσία (για να γίνουν οι υγειονομικές αρχές πιο αξιόπιστες):* Αντικαθιστούν τη δυσαναλογία της εξάρτησης από την εντολή και τον έλεγχο του ενός από τη μια μεριά, και τη *laissez-faire* απεμπλοκή του κράτους από την άλλη, μέσω της χωρίς αποκλεισμούς, συμμετοχικής, βασισμένης στη διαπραγμάτευση ηγεσίας, όπως αυτή υποδεικνύεται από την πολυπλοκότητα των σύγχρονων συστημάτων υγείας [25].

Η έκθεση του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* (ΠΟΥ) για την υγεία του 2008, με τον τίτλο *“Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Τώρα όσο ποτέ άλλοτε”*, ήρθε τριάντα χρόνια μετά από τη Διάσκεψη της Άλμα-Άτα για την ΠΦΥ.

Το 1978 στην Άλμα-Άτα, όλες οι χώρες συμφώνησαν στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και είναι κοινώς αποδεκτό ότι, σε παγκόσμιο επίπεδο, πολλά επιτεύχθηκαν στο μεσοδιάστημα των τριών δεκαετιών. Μολαταύτα, η πρόοδος αυτή ήταν αρκετές φορές άνιση, με πολλούς μειονεκτούντες πληθυσμούς να υστερούν όλο και περισσότερο ή ακόμη και να χάνουν έδαφος.

Η Διακήρυξη της Αστάνα

Στις 25 και 26 Οκτωβρίου του 2018, στην επέτειο των 40 χρόνων από τη *Διακήρυξη της Άλμα - Άτα*, ο ΠΟΥ, η UNICEF και η κυβέρνηση του Καζακστάν διοργάνωσαν στην πόλη Αστάνα (Astana), σημερινή πρωτεύουσα του Καζακστάν, την *Παγκόσμια Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*.

Η *Διάσκεψη της Αστάνα* με το σύνθημα *“Μαζί μπορούμε και θα πετύχουμε υγεία και ευεξία για όλους, κανείς δεν θα μείνει πίσω”*, επιβεβαίωσε τις αρχές και τις αξίες της *Διακήρυξης της Άλμα - Άτα*, καθώς και τις δεσμεύσεις της *Ατζέντας 2030 για την Βιώσιμη Ανάπτυξη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών* (ΟΗΕ).

Η *Διακήρυξη της Αστάνα* στο εισαγωγικό της κείμενο υπογραμμίζει την ανάγκη ύπαρξης ισχυρών συστημάτων υγείας, μέσω των οποίων οι κυβερνήσεις και οι κοινωνίες θα προάγουν και θα προστατέψουν την υγεία των πολιτών τους. Η ΠΦΥ και οι παρεχόμενες υπηρεσίες θα πρέπει να είναι προσβάσιμες, διαθέσιμες και οικονομικά προσιτές για όλους και παντού. Το περιβάλλον, ως προσδιοριστής της υγείας, θα πρέπει να είναι ασφαλές και υποστηρικτικό για την υγεία και την ευεξία των ατόμων. Είναι επίσης αναγκαία η ενδυνάμωση ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων με σκοπό τη συμμετοχή τους στη διαδικασία ανάπτυξης και εφαρμογής των πολιτικών υγείας.

Στα επιμέρους άρθρα της Διακήρυξης, επιβεβαιώνεται η Υγεία ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και αναγνωρίζεται ο ρόλος και η σημασία της ΠΦΥ στη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και της κοινωνικής ευεξίας. Η ΠΦΥ χαρακτηρίζεται ως ο ακρογωνιαίος λίθος ενός βιώσιμου συστήματος υγείας για καθολική κάλυψη υγείας. Πιο συγκεκριμένα, στο άρθρο 3 αναγνωρίζεται η συνέχιση της ανισότητας στην υγεία σε πολλά μέρη του κόσμου, σαράντα χρόνια μετά από τη *Διακήρυξη της Άλμα - Άτα*.

Εισάγεται η έννοια της ανακουφιστικής φροντίδας η οποία μαζί με τις υπηρεσίες προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης θα πρέπει να είναι προσιτές σε όλους.

Σύμφωνα με το κείμενο, οι εταίροι και τα ενδιαφερόμενα μέρη δεσμεύονται ότι θα παρέχουν αποτελεσματική υποστήριξη στις εθνικές πολιτικές και στρατηγικές για την υγεία. Η επιτυχία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας βασίζεται και καθοδηγείται από τα εξής:

- *Τη γνώση και την ανάπτυξη ικανοτήτων:* Η εφαρμογή της γνώσης, επιστημονικής και παραδοσιακής θα ενισχύσει την ΠΦΥ και θα βελτιώσει τα αποτελέσματα υγείας. Θα εξασφαλίσει για όλους τους ανθρώπους, με σεβασμό στα δικαιώματα, τις ανάγκες, την αξιοπρέπεια και την αυτονομία τους, πρόσβαση στη σωστή φροντίδα την κατάλληλη στιγμή και στο καταλληλότερο επίπεδο περίθαλψης. Η έρευνα, η γνώση, η εμπειρία και ανάπτυξη ικανοτήτων θα συνεχίσουν να αποσκοπούν στη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας.
- *Το ανθρώπινο δυναμικό για την υγεία:* Η εξασφάλιση αξιοπρεπούς εργασίας και κατάλληλης αποζημίωσης για τους επαγγελματίες υγείας και το λοιπό υγειονομικό προσωπικό το οποίο εργάζεται στην ΠΦΥ, θα βοηθήσει τους εργαζόμενους να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις ανάγκες υγείας των ανθρώπων. Θα συνεχισθεί η επένδυση στην εκπαίδευση, την κατάρτιση, την πρόσληψη, την ανάπτυξη, τα κίνητρα και τη διατήρηση του εργατικού δυναμικού στην ΠΦΥ με ένα κατάλληλο μείγμα δεξιοτήτων. Θα πρέπει να διατηρηθεί η διαθεσιμότητα του εργατικού δυναμικού της ΠΦΥ σε αγροτικές, απομακρυσμένες και λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές. Τέλος, η διεθνής μετανάστευση υγειονομικού προσωπικού δεν θα πρέπει να υπονομεύει την

ικανότητα των χωρών να ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγείας των πληθυσμών τους.

- Την *τεχνολογία*: Υποστηρίζεται η διεύρυνση και η επέκταση της πρόσβασης σε μια σειρά υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μέσω της χρήσης υψηλής ποιότητας, ασφαλών, αποτελεσματικών και οικονομικών φαρμάκων (παραδοσιακά φάρμακα, εμβόλια, διαγνωστικά μέσα και άλλες τεχνολογίες). Η χρήση των νέων τεχνολογιών θα βοηθήσει στη συνέχεια της ενημέρωσης, στην επιτήρηση των ασθενειών, τη διαφάνεια, τη λογοδοσία και την παρακολούθηση των συστημάτων υγείας. Θα επιτρέψει σε άτομα και κοινότητες να εντοπίζουν τις ανάγκες υγείας τους και να συμμετέχουν στον προγραμματισμό και την παροχή των υπηρεσιών υγείας, ώστε να έχουν ενεργό ρόλο στη διατήρηση της υγείας και της ευεξίας.
- Τη *χρηματοδότηση*: Όλες οι χώρες θα πρέπει να συνεχίσουν να επενδύουν στην ΠΦΥ με σκοπό τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας. Χρειάζεται καλύτερη κατανομή των πόρων και επαρκής χρηματοδότηση της ΠΦΥ, ώστε να μπορούν να αντιμετωπισθούν η αναποτελεσματικότητα και οι ανισότητες που εκθέτουν τους ανθρώπους σε οικονομικές δυσκολίες προερχόμενες από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η καλύτερη κατανομή των πόρων θα οδηγήσει στην οικονομική βιωσιμότητα, την αποτελεσματικότητα και ανθεκτικότητα των εθνικών συστημάτων υγείας. Κανείς δεν πρέπει να μείνει πίσω, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που βρίσκονται σε εύθραυστες καταστάσεις και περιοχές οι οποίες επηρεάζονται από συγκρούσεις, και αυτό θα επιτευχθεί με την παροχή πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες ΠΦΥ καθ' όλη τη συνέχεια της φροντίδας [26].

Το όραμα του Π.Ο.Υ. για την ΠΦΥ στον 21ο αιώνα

Με τη *Διακήρυξη της Αστάνα*, τα κράτη και οι διεθνείς οργανισμοί δεσμεύθηκαν να προσανατολίσουν τα συστήματα υγείας προς την *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* (ΠΦΥ), με σκοπό την ταχύτερη πρόοδο στην *“Καθολική Κάλυψη Υγείας”* (Universal Health Coverage - UHC), καθώς και στους *“Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης που Σχετίζονται με την Υγεία”* (Health-Related Sustainable Development Goals - HRSDGs).

Σύμφωνα με τη σύγχρονη έννοια της, η ΠΦΥ *«είναι μια προσέγγιση ολόκληρης της κοινωνίας για την υγεία η οποία στοχεύει στη διασφάλιση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας και ευημερίας και τη δίκαιη κατανομή τους εστιάζοντας στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ανθρώπων (ως άτομα, οικογένειες και κοινότητες) όσο το δυνατόν νωρίτερα κατά μήκος του συνεχούς από την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών έως τη θεραπεία, αποκατάσταση και παρηγορητική φροντίδα, και όσο το δυνατόν πιο κοντά στο καθημερινό περιβάλλον των ανθρώπων»* [27].

Στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης αυτής προσέγγισης (Primary Health Care Approach), η *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* (ΠΦΥ) ενσωματώνει τρία αλληλένδετα και συνεργιστικά συστατικά:

1. Ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας με έμφαση στις λειτουργίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και δημόσιας υγείας.
2. Πολυτομεακή πολιτική και δράση.
3. Ενδυναμωμένοι άνθρωποι και κοινότητες.

Το όραμα του Π.Ο.Υ. για την ΠΦΥ στον 21ο αιώνα βασίζεται σε ένα σύνολο μοχλών (Primary Health Care Levers) που επεκτείνονται στα “δομικά στοιχεία” του συστήματος υγείας ώστε να εντοπίσουν τα σημεία εκείνα τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επιτάχυνση της προόδου στην ΠΦΥ. Οι μοχλοί αυτοί είναι αλληλοεξαρτώμενοι, αλληλένδετοι και αλληλοενισχυόμενοι, και διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, τους “Βασικούς στρατηγικούς” και τους “Λειτουργικούς”. Στους μεν πρώτους περιλαμβάνονται:

- Η *πολιτική δέσμευση και ηγεσία* η οποία τοποθετεί την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο κέντρο των προσπαθειών για την επίτευξη της “Καθολικής Κάλυψης Υγείας”, και αναγνωρίζει την ευρεία συμβολή της στους “Στόχους για την Βιώσιμη Ανάπτυξη”.
- Οι *δομές διακυβέρνησης*, τα πλαίσια πολιτικής και οι κανονισμοί υποστήριξης της ΠΦΥ που οικοδομούν συνεργασίες εντός και μεταξύ τομέων και προάγουν την ηγεσία της κοινότητας και την αμοιβαία λογοδοσία.
- Η *επαρκής χρηματοδότηση* της ΠΦΥ που κινητοποιείται και διατίθεται για την προώθηση της ισότητας στην πρόσβαση, για την παροχή πλατφόρμας και περιβάλλοντος κινήτρων για παροχή φροντίδας και υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και για την ελαχιστοποίηση των οικονομικών δυσκολιών.
- Η *σύμπλεξη των κοινοτήτων* και άλλων ενδιαφερόμενων από όλους τους τομείς για τον καθορισμό προβλημάτων και λύσεων και την ιεράρχηση των δράσεων μέσω του πολιτικού διαλόγου.

Οι “Λειτουργικοί” μοχλοί αφορούν:

- Τα μοντέλα φροντίδας.
- Το εργατικό δυναμικό ΠΦΥ.
- Τις φυσικές υποδομές.
- Τα φάρμακα και άλλα προϊόντα υγείας.
- Τη συνεργασία με παρόχους ιδιωτικού τομέα.
- Τα συστήματα αγοράς και πληρωμών.
- Τις ψηφιακές τεχνολογίες για την υγεία.
- Τα συστήματα για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης.
- Την έρευνα προσανατολισμένη στην ΠΦΥ.
- Την παρακολούθηση και αξιολόγηση.

Σύμφωνα με το επιχειρησιακό πλαίσιο του Π.Ο.Υ. και της UNICEF για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, το οποίο εκδόθηκε το 2020, η “*Θεωρία αλλαγής*”

της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” ξεκινάει από τα τρία αλληλένδετα και συνεργιστικά συστατικά της ολοκληρωμένης προσέγγισης (PHC Approach) και βασίζεται στους στρατηγικούς και λειτουργικούς μοχλούς (PHC Levers) ώστε να πετύχει τα εξής αποτελέσματα (Primary Health Care Results):

- Βελτιωμένη πρόσβαση, χρήση και ποιότητα.
- Βελτιωμένη συμμετοχή, αλφαριθμητισμό υγείας και αναζήτηση φροντίδας.
- Βελτιωμένους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας.

Όπως προαναφέρθηκε, ο απώτερος στόχος όλων των παραπάνω είναι η ταχύτερη πρόοδος στην Καθολική Κάλυψη Υγείας και στους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης που Σχετίζονται με την Υγεία (Στόχος 3: Καλή υγεία και ευημερία) [28].

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα έχει γνωρίσει τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες πλήθος νομοθετικών ρυθμίσεων, μεταρρυθμίσεων και παρεμβάσεων. Παρά το σημαντικό νομοθετικό έργο όμως, η χώρα μας δεν έχει καταφέρει να πετύχει στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) τον σχεδιασμό και την εφαρμογή μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης ΠΦΥ. Στο παρόν κεφάλαιο περιγράφονται οι σημαντικότερες νομοθετικές ρυθμίσεις για την ΠΦΥ στην Ελλάδα. Από τη σύσταση της πρώτης υγειονομικής υπηρεσίας το 1833 έως την πρώτη προσπάθεια για την ενιαία ανάπτυξη της ΠΦΥ με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ. Τις σημαντικές παρεμβάσεις των Νόμων 2071/1992, 3235/2004 και 4486/2017. Τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), των Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.Ο.Μ.Υ.) και του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (Ε.Ο.Δ.Υ.). Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την τελευταία νομοθετική παρέμβαση για την ΠΦΥ και τον θεσμό του προσωπικού ιατρού.

Το νεοσύστατο ελληνικό κράτος

Οι πρώτες οργανωμένες πρωτοβουλίες για την υγειονομική οργάνωση στη χώρα μας έγιναν επί της Βασιλείας του Όθωνα. Συγκεκριμένα, το 1833 δημιουργείται το “Υγειονομικό Τμήμα”, ένα από τα έξι τμήματα του νεοσύστατου Υπουργείου Εσωτερικών, με αρμοδιότητες που αφορούσαν την Δημόσια Υγεία της χώρας. Από το 1834, ιδρύεται και λειτουργεί το “Ιατροσυνέδριο”, οι αρμοδιότητες του οποίου ήταν κυρίως συμβουλευτικές [29]. Με νόμο της 7ης Δεκεμβρίου 1852, “Περί συστάσεως επαρχιακών ιατρών”, εισάγεται ο θεσμός του επαρχιακού ιατρού με κύριο καθήκον τη διενέργεια του εμβολιασμού. Στο Βασιλικό Διάταγμα της 14ης Μαρτίου 1853, “Περί εκτελέσεως του νόμου περί συστάσεως επαρχιακών ιατρών”, περιγράφονται αναλυτικά τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στα καθήκοντα του επαρχιακού ιατρού σε σχέση με την

παρατήρηση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού και τη διατήρηση και προφύλαξη της Δημόσιας Υγείας [30].

Η ίδρυση του ΙΚΑ

Με τον Νόμο 5733/1932 (άρθρο 12), “*Περί των Κοινωνικών Ασφαλίσεων*”, θεσπίζεται επί κυβερνήσεως *Ελευθερίου Βενιζέλου* το *Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων* (ΙΚΑ) [31]. Ωστόσο, ο νόμος δεν εφαρμόστηκε λόγω αλλαγής της κυβέρνησης, και δύο χρόνια αργότερα, με το Νόμο 6298/1934 δημιουργείται οριστικά το ΙΚΑ [32]. Τη δεκαετία του ’50, με το Νομοθετικό Διάταγμα 2592/1953, “*Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως*”, η ελληνική επικράτεια διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες με σκοπό την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Στις αγροτικές περιφέρειες, για την εξυπηρέτηση των όμορων κοινοτήτων ιδρύονται οι *Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί* οι οποίοι υπάγονται στο πλησιέστερο περιφερειακό γενικό νοσοκομείο και έχουν τη δυνατότητα ανάπτυξης μέχρι 6 κλινών (άρθρο 16) [33]. Δύο χρόνια αργότερα, με το Ν. 3487/1955, “*Περί Κοινωνικής Ασφάλισης των Αγροτών*”, ιδρύονται τα κοινοτικά και τα αγροτικά ιατρεία τα οποία εντάσσονται στον πλησιέστερο *Υγειονομικό Σταθμό* ή *Νοσοκομείο*. Το προσωπικό των ιατρείων αποτελείται από έναν ιατρό Γενικής ιατρικής, μια Μαία και μια Επισκέπτρια Αδελφή ή Νοσοκόμο. Οι Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί οι οποίοι λειτουργούν σε νομούς στους οποίους δεν υφίστανται Νοσηλευτικά Ιδρύματα, υπάγονται στα *Νομαρχιακό Συμβούλιο* του οικείου νομού. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις και λόγω ειδικών συνθηκών, επιτρέπεται η λειτουργία *Κοινοτικών Υγειονομικών Σταθμών* αυξημένης δύναμης, μέχρι 10 κλινών [34].

Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Η πρώτη προσπάθεια για την ενιαία ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας έγινε στις 7 Οκτωβρίου 1983 με το Ν. 1397/1983, ο οποίος αφορούσε την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας [35]. Είχε προηγηθεί λίγα χρόνια νωρίτερα, και συγκεκριμένα το 1980, το σχέδιο νόμου του Υπουργού Υγείας Σπύρου Δοξιάδη (1917-1991) με τον τίτλο “*Μέτρα προστασίας της Υγείας*”. Το σχέδιο προέβλεπε τη δημιουργία ενός φορέα σχεδιασμού για τον συντονισμό της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, την ανάπτυξη δικτύου αγροτικών κέντρων υγείας στελεχωμένων κυρίως από οικογενειακούς ιατρούς, και την κρατικοποίηση των νοσοκομείων. Όταν το νομοσχέδιο παρουσιάστηκε στη Βουλή, αμφισβητήθηκε από την ιατρική κοινότητα και τελικά απορρίφθηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο καθώς θεωρήθηκε πολύ “*προχωρημένο*” για την εποχή του [36].

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ, την ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες την έχει το κράτος. Η χώρα διαιρείται σε

υγειονομικές περιφέρειες. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η περίθαλψη διακρίνεται σε *εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια)* και σε *νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια)*. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία τους και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ενώ η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα νοσοκομεία. Τα κέντρα υγείας διακρίνονται σε αστικού και μη αστικού τύπου.

Το πλαίσιο του Ν. 1397/1983 προέβλεπε την κατάργηση όλων των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης εκτός από τους υγειονομικούς σταθμούς και τα αγροτικά ιατρεία. Τη σύσταση σε κάθε νομό της χώρας Κέντρων Υγείας, τα οποία θα λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων του νομού, και Περιφερειακών Ιατρείων τα οποία θα λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας. Τα Κέντρα Υγείας είχαν τους παρακάτω σκοπούς:

- Την παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτή.
- Τη νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
- Την παροχή πρώτων βοηθειών και τη νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.
- Τη διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο.
- Την οδοντιατρική περίθαλψη.
- Την άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και τη διαφώτιση του πληθυσμού.
- Την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Την ιατρική της εργασίας.
- Την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- Την ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Την εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.
- Την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- Την παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, εάν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.

Σημαντική παρέμβαση του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ αποτέλεσε η θεσμοθέτηση του οικογενειακού ιατρού. Ο οικογενειακός ιατρός μπορούσε να έχει την ειδικότητα του Παιδιάτρου ή του Γενικού ιατρού για τα άτομα ηλικίας μέχρι 14 ετών, και του Γενικού ιατρού ή του Παθολόγου για τις υπόλοιπες ηλικίες. Υπεύθυνος για την επιλογή του ήταν ο ίδιος ο πολίτης, Συγκεκριμένα, στο άρθρο 17, παράγραφος 4 αναφέρεται ότι: «Οι πολίτες έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού τους γιατρού, μεταξύ των γιατρών του κέντρου υγείας της πόλης όπου κατοικούν. Η επιλογή γίνεται κάθε χρόνο το Σεπτέμβριο». Ο

οικογενειακός ιατρός αναλάμβανε τη φροντίδα 1.800 ατόμων (με μέγιστο αριθμό τα 2.500 άτομα), ενώ ο οικογενειακός παιδίατρος είχε τη φροντίδα 1.200 παιδιών (με μέγιστο αριθμό τα 2.000 παιδιά). Όπως θα δούμε παρακάτω, στις μετέπειτα νομοθετικές παρεμβάσεις, τα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου δεν δημιουργήθηκαν και ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού παρέμεινε ανεφάρμοστος.

Ο Νόμος 1579/1985

Δύο χρόνια αργότερα, με το Ν. 1579/1985, *“Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις”*, καθιερώνονται οι ειδικότητες της Γενικής Ιατρικής και της Ιατρικής της Εργασίας. Ιδρύεται το *Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.)* το οποίο υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ο σκοπός του Ε.Κ.Α.Β. είναι: *«Ο συντονισμός της παροχής σε έκτακτες περιπτώσεις άμεσης βοήθειας και επείγουσας ιατρικής φροντίδας στους πολίτες και η μεταφορά των πολιτών αυτών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας»*.

Η χρήση των όρων *“Κέντρο Υγείας”* και *“Ιατρικό Κέντρο”*, σε συνδυασμό ή όχι με οποιοδήποτε άλλο τίτλο ή επωνυμία, μπορεί να γίνεται αποκλειστικά για υπηρεσίες υγείας οι οποίες παρέχονται από την Πολιτεία και με ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η χρήση των παραπάνω όρων από κάθε τρίτο, φυσικό ή νομικό πρόσωπο, απαγορεύεται [37].

Ο Νόμος 2071/1992

Στις αρχές της δεκαετίας του '90, ο Ν. 2071/1992, *“Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας”*, περιλάμβανε σημαντικές αλλαγές σε σχέση με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ. Πιο συγκεκριμένα, τα επίπεδα περίθαλψης γίνονται τρία: *«Η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, παρέχεται δε από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς»*. Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας υπάγονται: *«Οι ιατρικές και νοσηλευτικές καθώς και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες, που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και την αποκατάσταση βλαβών της υγείας, που δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο»*. Η παροχή της ΠΦΥ επεκτείνεται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων αλλά και στον ιδιωτικό τομέα. Οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ μπορεί να είναι ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία, ιδιωτικά πολυιατρεία, ιδιωτικά οδοντιατρικά κέντρα, ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια, πολυδύναμα διαγνωστικά εργαστήρια, ιδιωτικά εργαστήρια φυσιοθεραπείας.

Παρέχεται η δυνατότητα σύστασης κινητών μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας του ορεινού, αγροτικού και νησιωτικού πληθυσμού. Οι μονάδες αυτές, σε ειδικές περιπτώσεις, μπορούν να

παρέχουν και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Τα κέντρα υγείας και όλοι οι υγειονομικοί σταθμοί υπάγονται απευθείας στη διεύθυνση υγείας της οικείας νομαρχίας, με εξαίρεση τα κέντρα υγείας νησιωτικών περιοχών, τα οποία μπορούν να υπαχθούν σε Διευθύνσεις Υγείας Νομού της αυτής ή άλλης υγειονομικής περιφέρειας. Στα Κέντρα Υγείας και στους υγειονομικούς σταθμούς προσφέρουν υπηρεσίες Γενικοί ιατροί οι οποίοι έχουν τη δυνατότητα επίσκεψης στα σπίτια των ασθενών, ανάλογα με την κατάστασή τους. Στο σκοπό των μονάδων ΠΦΥ προστίθεται ο όρος “και πρόληψης”, ενώ οι διαφορές οι οποίες παρατηρούνται σε σχέση με το σκοπό των *Κέντρων Υγείας* του Ν. 1397/1983, αφορούν την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης, τη συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση και με ελεύθερους επαγγελματίες ιατρούς με σκοπό την αποδοτικότερη προσφορά υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και πρόληψης.

Καθιερώνεται σύστημα κατ’ οίκον νοσηλείας και μονάδες “*κατ’ οίκον νοσηλείας*”. Για την εφαρμογή της μπορούν να προσλαμβάνονται ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας και οποιοδήποτε άλλο εξειδικευμένο κατά περίπτωση επιστημονικό προσωπικό. Την εποπτεία και το συντονισμό του προγράμματος τον αναλαμβάνει ειδική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, η οποία θα έχει τον τίτλο “*Υπηρεσία κατ’ οίκον νοσηλείας*”.

Όσον αφορά την *Αγωγή Υγείας*, συστήνεται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, η *Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας* (Ε.Σ.Α.Υ.). Η Ε.Σ.Α.Υ. αποτελεί συμβουλευτικό όργανο προγραμματισμού και μελέτης σε θέματα Αγωγής Υγείας.

Επίσης, στην έδρα κάθε νομού (πλην της περιοχής Αττικής), δημιουργείται η *Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας* (Ν.Ε.Σ.Α.Υ.).

Η Ε.Σ.Α.Υ. είχε τις εξής αρμοδιότητες:

- Μελετά και σχεδιάζει προγράμματα για την αγωγή υγείας που αποσκοπούν στην ενημέρωση του πληθυσμού και την πρόληψη, και υποβάλλει σχετικές προτάσεις:
 - Για την αναγνώριση των προβλημάτων υγείας και τις κοινωνικές συνέπειές τους.
 - Για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του ατόμου, με στόχο την ελαχιστοποίηση των δυσμενών για την υγεία επιδράσεων, που η πρόληψή τους είναι δυνατή με αλλαγές στο μικροπεριβάλλον και στον τρόπο ζωής, καθώς και την αναβάθμιση των φροντίδων αποκατάστασης.
- Προτείνει γενικούς στόχους και μεθόδους, καθώς και τις προτεραιότητες και προοπτικές μιας ευρύτερης πολιτικής αγωγής υγείας.
- Υποβάλλει προτάσεις για την εναρμόνιση της εθνικής πολιτικής αγωγής υγείας, με την αντίστοιχη άλλων διεθνών οργανισμών και φορέων (Π.Ο.Υ., Ε.Ο.Κ. κ.λπ.).

- Αξιολογεί διάφορα επίσημα στοιχεία και μελέτες σχετικές με τα δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά και υγειονομικά χαρακτηριστικά ενός πληθυσμού και εισηγείται ανάλογες πολιτικές αγωγής υγείας.
- Προτείνει κανόνες για την εφαρμογή συστημάτων, που αφορούν στην εκπαιδευτική διαδικασία με στόχο τη διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς, που προάγουν τη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία.
- Παρακολουθεί τα προγράμματα αγωγής υγείας, που εφαρμόζουν οι διάφοροι φορείς.
- Καθορίζει τις προϋποθέσεις αξιολογήσεως της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των επί μέρους προγραμμάτων.
- Συνεργάζεται με τη Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Ενημέρωσης του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ζητεί πληροφορίες σχετικές με τις δυνατότητες και το βαθμό υλοποιήσεως των διαφόρων προγραμμάτων και γνωστοποιεί σ' αυτήν τις εκάστοτε προτάσεις της.
- Γνωμοδοτεί για κάθε θέμα, που παραπέμπεται σ' αυτήν από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και που αφορά στην αγωγή υγείας.

Σε σχέση με την Επείγουσα Προνοδοκομειακή Ιατρική, αυτή παρέχεται σε όλο τον πληθυσμό της χώρας και ανεξαρτήτως της ύπαρξης ή όχι ασφαλιστικού φορέα. Η παροχή της αποτελεί σκοπό του Ε.Κ.Α.Β., ενώ στους ειδικότερους στόχους περιλαμβάνονται η εκπαίδευση του πληθυσμού σε θέματα παροχής Πρώτων Βοηθειών και η άμεση συμμετοχή και συντονισμός για την παροχή ιατρικής βοήθειας σε θέματα μαζικών ατυχημάτων ή καταστροφών. Η παροχή υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας ή μεταφοράς, μπορεί να γίνεται και από ιδιωτικούς και λοιπούς φορείς. Τέλος, ο Ν. 2071/1992 περιλάμβανε σημαντικές παρεμβάσεις στο επίπεδο της πρόληψης χρόνιων νοσημάτων, όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ), και εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και κληρονομικών νοσημάτων του αίματος. Πιο συγκεκριμένα, ιδρύονται το “Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του”, το “Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων” (Κ.Ε.Ε.Λ.) και το “Κέντρο Κληρονομικών Νόσων Αίματος” (Κ.Κ.Ν.Α.) [38].

Τα Ειδικά Κέντρα Υγείας και τα Εδικά Περιφερειακά Ιατρεία

Με το Ν. 2194/1994 (άρθρο 5), “Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις”, καταργείται η διοικητική μετάβαση των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών στις νομαρχίες και επανέρχονται σε ισχύ οι διατάξεις του Ν. 1387/1983 [39]. Την επόμενη χρονιά, ψηφίζεται από τη Βουλή ο Ν. 2345/1995 (άρθρο 6), σύμφωνα με τον οποίο είναι δυνατή η σύσταση *Ειδικών Κέντρων Υγείας και Ειδικών Περιφερειακών Ιατρείων*, τα οποία θα λειτουργούν ως

αποκεντρωμένες μονάδες, με σκοπό την κάλυψη ειδικών πληθυσμιακών ομάδων και αναγκών. Στα *Ειδικά Κέντρα Υγείας* μπορούν να αναπτύσσονται κλίνες και να λειτουργεί μονάδα νοσηλείας ασθενών [40].

Τα “Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”

Με το Ν. 2519/1997, “*Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*”, δίνεται έμφαση στην οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με σκοπό την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και την ενίσχυση της κοινωνικής ισότητας σε θέματα υγείας. Στο αντικείμενο των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνονται, εκτός των άλλων, η Αγωγή και Προαγωγή της στοματικής υγείας του πληθυσμού καθώς και η εφαρμογή προγραμμάτων στο χώρο του σχολείου. Γι’ αυτόν το λόγο, συστήνεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, *Διεύθυνση Σχολικής Υγείας και Τμήμα Στοματικής Υγιεινής*, ενώ σε κάθε Περιφέρεια της χώρας, δημιουργείται αυτοτελές *γραφείο Σχολικής Υγείας*.

Στη κατεύθυνση της λειτουργίας ενός ενιαίου φορέα υγείας και με στόχο τη διαμόρφωση ενός επίσης ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, ο Ν. 2519/1997 προέβλεπε την οργάνωση και λειτουργία των “*Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*”. Για το σκοπό αυτό, το Ελληνικό κράτος θα προχωρούσε στην ενοποίηση των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΕΣΥ, των Ασφαλιστικών Οργανισμών και Ταμείων και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης ή άλλων Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου. Τα “*Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*” θα διασυνδέονταν λειτουργικά και επιστημονικά με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ (άρθρο 31). Δυστυχώς, η υλοποίηση των παραπάνω δικτύων παρέμεινε μόνο στα χαρτιά.

Ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού, ο οποίος είχε επανέλθει με το Ν. 2194/1994, είναι και πάλι στο προσκήνιο. Οι δικαιούχοι, όπως και κατά το παρελθόν, έχουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του ιατρού από τον κατάλογο των ιατρών του Δικτύου της περιοχής τους ή όμορης περιοχής. Η επιλογή γίνεται κάθε χρόνο και ο αριθμός των ατόμων που εγγράφονται στον οικογενειακό ιατρό μπορεί να είναι μέχρι 1.800, ενώ στον οικογενειακό παιδίατρο μέχρι 1.600. Σε ειδικές περιπτώσεις, ο αριθμός αυτός μπορεί να φτάσει έως τα 2.000 άτομα. Οι οικογενειακοί ιατροί εξυπηρετούν μόνο τους δικαιούχους του Δικτύου οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι στον κατάλόγό τους, και έχουν επίσης τη δυνατότητα και κατ’ οίκων επισκέψεων [41].

Η ίδρυση των Π.ε.Σ.Υ. και του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας

Με το Ν. 2889/2001 “*Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*”, η χώρα διαιρείται σε 17 υγειονομικές περιφέρειες και

σε κάθε υγειονομική περιφέρεια ιδρύεται το αντίστοιχο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (Πε.Σ.Υ.). Τα Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, τα οποία πριν υπάγονταν στο ΕΣΥ, μετατρέπονται με τον παρόντα νόμο σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια [42]. Δύο χρόνια αργότερα, με το Ν. 3106/2003, “Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις”, τα Πε.Σ.Υ. μετονομάζονται σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) [43]. Ενώ τον Αύγουστο του ίδιου έτους, με το Ν. 3172/2003, “Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις”, ιδρύεται το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.), ως επιστημονικό, γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό όργανο της Πολιτείας [44].

Ο Νόμος 3235/2004 για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Σημαντικές παρεμβάσεις στον τομέα της ΠΦΥ περιλάμβανε ο Ν. 3235/2004, “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας”. Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας «νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας». Ο νόμος προέβλεπε τη μετατροπή των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.) σε κέντρα υγείας Ο.Κ.Α., χωρίς όμως να εφαρμοστεί. Σε σχέση με τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, ο Ν. 3235/2004 προέβλεπε τη λειτουργία συστήματος προγραμματισμού των επισκέψεων και καταγραφής των δεδομένων που έχουν σχέση με τη ζήτηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Εισάγεται και πάλι ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής. Ο πολίτης ο οποίος αντιμετωπίζει χρόνιες παθήσεις μπορεί να επιλέξει, μετά από εισήγηση του οικογενειακού του ιατρού και έγκριση του ασφαλιστικού φορέα, τον προσωπικό του ιατρό. Με το άρθρο 9, εισάγονται ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας για κάθε πολίτη της χώρας, με σκοπό τη διευκόλυνση της πρόσβασης και την αποτελεσματικότερη παροχή των υπηρεσιών υγείας [45].

Η μετονομασία των Πε.Σ.Υ.Π. σε Δ.Υ.ΠΕ.

Με το Ν. 3329/2005, “Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις”, τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) μετονομάζονται σε Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.) [46], και δύο χρόνια αργότερα, με το Ν. 3527/2007 ο αριθμός των Δ.Υ.ΠΕ. ανά την επικράτεια περιορίζεται λόγω συγχωνεύσεων, από 17 σε μόλις 7 Υγειονομικές Περιφέρειες [47]. Με το πρόγραμμα Καλλικράτης, “Νέα αρχιτεκτονική της αυτοδιοίκησης και της αποκεντρωμένης διοίκησης” (Ν. 3852/2010), προβλέπεται η μεταβίβαση

αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των *Μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας* (Μ.Π.Υ.), από τις Δ.Υ.ΠΕ. στους δήμους (άρθρο 94, παράγραφος 3Α) και στις περιφέρειες (άρθρο 186, παράγραφος Ζ) [48]. Τελικά, οι αρμοδιότητες δεν πέρασαν ποτέ στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.).

Η σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Το 2011, με το Ν. 3918/2011, “*Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις*”, συστήνεται ο *Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας* (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Στο νεοσύστατο οργανισμό εντάσσονται ο κλάδος υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίου Ταμείου Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης και ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ, οι κλάδοι υγείας του *Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων* (ΟΓΑ) και του *Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών* (ΟΑΕΕ), και ο *Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου* (ΟΠΑΔ), όπως διαμορφώθηκε με τις διατάξεις του Ν. 3655/2008 ως προς τις παροχές σε είδος. Σκοπός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας και η συνεργασία μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας το οποίο αποτελείται από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία του ΕΣΥ, τους ιατρούς υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου, τις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Ο.Τ.Α., τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. [49].

Το “Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας”

Με το Ν. 4052/2012, οι 7 *Υγειονομικές Περιφέρειες* του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της χώρας ταυτίζονται γεωγραφικά με τις 7 Αποκεντρωμένες Διοικήσεις του *προγράμματος Καλλικράτης*, ώστε να συμπίπτουν τα γεωγραφικά όρια των αρμοδιοτήτων τους και να βελτιωθεί η χωρική προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας [50]. Δύο χρόνια αργότερα, με το Ν. 4238/2014, “*Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις*”, συστήνεται το *Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας* (Π.Ε.Δ.Υ.), το οποίο λειτουργεί στις *Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών* (Δ.Υ.Πε.) της χώρας. Σύμφωνα με τον παραπάνω νόμο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:

- Αποτελεί πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας.
- Παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας.
- Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας κατευθύνοντας τον πολίτη προς τα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας.

- Σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους, στο πλαίσιο των κανόνων βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας.
- Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν:
- Όλες τις σχετικές υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας.
- Την παροχή πρώτων βοηθειών.
- Την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.
- Την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.
- Την τακτική παρακολούθηση και τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα.
- Τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, καθώς και τις υπηρεσίες αποκατάστασης.
- Τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας-παιδιού.
- Την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.
- Τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη.
- Την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

Τα *Κέντρα Υγείας* με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (*Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία*) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. και αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.Πε. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους (εξαιρούνται τα Φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα οποία παραμένουν και λειτουργούν στον Οργανισμό). Η περιοχή ευθύνης κάθε *Κέντρου Υγείας* ονομάζεται "*Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*" (Το.Π.Φ.Υ.) της οικείας Δ.Υ.Πε. Εντός του Το.Π.Φ.Υ., όλες οι δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., οι οικογενειακοί ιατροί, καθώς και οι συμβεβλημένοι ιατροί συνιστούν το "*Τοπικό Δίκτυο Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*". Οι Δ.Υ.Πε. διαιρούνται σε "*Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*". Σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένας Το.Π.Φ.Υ.

Καθιερώνεται ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού για την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ στο πλαίσιο των "*Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*" που συνιστούν τους Το.Π.Φ.Υ.. Οι Οικογενειακοί Ιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις δομές ΠΦΥ των "*Τοπικών Δικτύων Π.Φ.Υ.*", στα ιδιωτικά τους

ιατρεία και κατ' οίκον. Στα καθήκοντα του Οικογενειακού ιατρού περιλαμβάνεται, εκτός των άλλων, η επιμέλεια της δημιουργίας και τήρησης του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) για κάθε πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογο του, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και την αποτελεσματικότητά της [51].

Ο Νόμος 4272/2014 για την κατ' οίκον νοσηλεία

Σύμφωνα με το Ν. 4272/2014 (άρθρο 35), η κατ' οίκον νοσηλεία μπορεί να αναπτύσσεται και να οργανώνεται από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και δεν υπάγονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), από δημοτικά ιατρεία, Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. των δήμων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, από ιδιωτικές Μονάδες Υγείας, καθώς και από τον ιδιωτικό τομέα και ιδιώτες επαγγελματίες υγείας. Οι Μονάδες Οικογενειακού Προγραμματισμού και οι Μονάδες Φροντίδας Μητέρας - Παιδιού λειτουργούν ως τμήματα ή μονάδες, καθώς και ως υπηρεσίες ή προγράμματα στο πλαίσιο των Πανεπιστημιακών Κλινικών, των Νοσηλευτικών Μονάδων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, των δομών του Π.Ε.Δ.Υ. και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α' Βαθμού [52].

Οι “Τοπικές Ομάδες Υγείας”

Με το Ν. 4461/2017 (άρθρο 106), συγκροτούνται οι “Τοπικές Ομάδες Υγείας” (Τ.ΟΜ.Υ.), με σκοπό την υποστήριξη των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ. και των αποκεντρωμένων μονάδων τους. Κάθε Τ.ΟΜ.Υ. έχει συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης, ο πληθυσμός της οποίας κυμαίνεται από 10.000 έως 12.000 κατοίκους (σε ειδικές περιπτώσεις ο πληθυσμός ευθύνης μπορεί να είναι μικρότερος ή μεγαλύτερος). Το έργο τους αφορά τη παροχή υπηρεσιών προαγωγής, πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας και η λειτουργία τους γίνεται σε δύο βάρδιες. Οι Τ.ΟΜ.Υ. αποτελούνται από προσωπικό έως δώδεκα ατόμων και στελεχώνονται από επαγγελματίες υγείας και λοιπό προσωπικό των παρακάτω ειδικοτήτων και κλάδων:

- Ιατροί με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής
- ΠΕ Νοσηλευτικής
- ΠΕ Κοινωνικών Λειτουργών
- ΠΕ Διοικητικού/ Οικονομικού
- ΤΕ Νοσηλευτικής
- ΤΕ Κοινωνικών Λειτουργών
- ΤΕ Επισκεπτών/τριών Υγείας
- ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας
- ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών

- ΔΕ Διοικητικών Γραμματέων
- Κάθε Τ.Ο.Μ.Υ. μπορεί να αποτελείται κατ' ελάχιστον από έναν ιατρό Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας ή Παιδιατρικής, έναν Νοσηλευτή ή Επισκέπτη Υγείας και έναν απασχολούμενο ως διοικητικό προσωπικό [53].

Ο Νόμος 4486/2017 για την ΠΦΥ

Ο Ν. 4486/2017, *“Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις”*, περιλαμβάνει πλήθος παρεμβάσεων και ρυθμίσεων σε σχέση με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Συστήνεται στο Υπουργείου Υγείας, η *Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* με κύριες αρμοδιότητες:

- Τον συντονισμό και την προώθηση των αναγκαίων μέτρων, προγραμμάτων και δράσεων πρόληψης, αγωγής υγείας, δημόσιας υγείας, διάγνωσης και θεραπείας που υλοποιούνται από τις μονάδες ΠΦΥ.
- Την παρακολούθηση εφαρμογής των ανωτέρω μέτρων, προγραμμάτων και δράσεων.
- Την κατάθεση εισηγήσεων προς τις αρμόδιες Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Στρατηγικού Σχεδιασμού και Δημόσιας Υγείας, καθώς και προς τις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών.
- Τη σύνταξη ετήσιων εκθέσεων σχετικά με την εφαρμογή και την αξιολόγηση των ανωτέρω μέτρων, προγραμμάτων και δράσεων και η υποβολή τους στον Υπουργό Υγείας.

Σύμφωνα με το Ν. 4486/2017, ως *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)* «*νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του*» [54]. Ειδικότερα, οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν:

- Τις υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτική μονάδα.
- Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας.
- Τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα.
- Την αναπαραγωγική υγεία και τη φροντίδα μητέρας - παιδιού.

- Την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών με την Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα.
- Την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας.
- Την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.
- Τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας.
- Την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.
- Την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων.
- Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη.
- Τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- Τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.
- Τις υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας σε συνεργασία με τους συναρμόδιους κατά περίπτωση φορείς.
- Την κατ' οίκον φροντίδα υγείας και την κατ' οίκον νοσηλεία.

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος που οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί στις *Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών* (Δ.Υ.Πε.) εντασσόμενο στο ΕΣΥ, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

Στο πρώτο επίπεδο *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας* (ΠΦΥ) παρέχονται υπηρεσίες από τις *Τοπικές Μονάδες Υγείας* (Το.Μ.Υ.), τα *Περιφερειακά Ιατρεία* (Π.Ι.), τα *Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία* (Π.Π.Ι.), τα *Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία* (Ε.Π.Ι.) και τα *Τοπικά Ιατρεία* (Τ.Ι.).

Στο πρώτο επίπεδο παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ περιλαμβάνονται και οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες σε μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και ως συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας.

Οι υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας είναι οι υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής και εξειδικευμένης φροντίδας υγείας που παρέχονται στους λήπτες υπηρεσιών υγείας από τα Κέντρα Υγείας και τις άλλες δημόσιες δομές της *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας* (ΠΦΥ).

Τα *Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου*, όπως προβλέπονται στη διάταξη του άρθρου 17 του Ν. 1397/1983, και οι *Μονάδες Υγείας* του *Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας*, όπως προβλέπονται στη διάταξη της παραγράφου 3 του άρθρου 2 του Ν. 4238/2014, μετονομάζονται σε *Κέντρα Υγείας*.

Καταργείται η ονομασία "*Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας*" (Π.Ε.Δ.Υ.) και κάθε *Κέντρο Υγείας* μαζί με τις υπαγόμενες σε αυτό Το.Μ.Υ., καθώς και τα υπαγόμενα σε αυτό *Περιφερειακά Ιατρεία* (Π.Ι.), *Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία* (Π.Π.Ι.), *Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία* (Ε.Π.Ι.) και *Τοπικά Ιατρεία* (Τ.Ι.), αποτελεί οργανική μονάδα με δική του στελέχωση.

Τα Κέντρα Υγείας

Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας ονομάζεται “Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” (Το.Π.Φ.Υ.) της οικείας Δ.Υ.Πε.. Τα Κέντρα Υγείας ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Δ.Υ.Πε. έχουν σκοπό την παροχή υπηρεσιών:

- Ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας για τους ασθενείς που είτε προσέρχονται αυτοβούλως στα Κέντρα Υγείας, είτε παραπέμπονται από τις λοιπές υπηρεσίες ΠΦΥ του Το.Π.Φ.Υ..
- Εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών.
- Εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου.
- Οδοντιατρικής φροντίδας ενηλίκων και παιδιών.
- Φροντίδας μητέρας και παιδιού.
- Φροντίδας παιδιών και εφήβων.
- Εξειδικευμένης πρόληψης.
- Φυσικοθεραπείας, Εργοθεραπείας και Λογοθεραπείας.
- Ιατρικής Εργασίας και Περιβάλλοντος.
- Κοινωνικής Ιατρικής και Δημόσιας Υγείας.
- Προαγωγής υγείας.

Εντός του Το.Π.Φ.Υ., οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι υπηρεσιών ΠΦΥ, τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φαρμακεία, καθώς και τα δημοτικά ιατρεία, συνιστούν το “Τοπικό Δίκτυο ΠΦΥ”. Οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι, τα δημοτικά ιατρεία, καθώς και τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φαρμακεία, μπορούν να συμμετέχουν σε δράσεις προαγωγής υγείας και πρόληψης υπό την εποπτεία της οικείας Δ.Υ.Πε..

Η περιοχή ευθύνης των Δ.Υ.Πε. διαιρείται σε Το.Π.Φ.Υ. Σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία “Τοπική Μονάδα Υγείας” ή άλλη δημόσια μονάδα ΠΦΥ.

Οι “Τοπικές Μονάδες Υγείας”

Οι *Τοπικές Μονάδες Υγείας* (Το.Μ.Υ.) συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας και στελεχώνονται από μία “Ομάδα Υγείας”. Οι Το.Μ.Υ. λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και έχουν σκοπό:

- Την προαγωγή και αγωγή της υγείας του πληθυσμού που καλύπτουν.
- Την ανάπτυξη παρεμβάσεων και δράσεων προαγωγής της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και γενικά σε όλο το φάσμα της κοινότητας σε συνεργασία με φορείς και δομές κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης.

- Την πρόληψη, εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα σε ομάδες ή άτομα του πληθυσμού σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας.
- Τη συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους.
- Την αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και την κατά προτεραιότητα αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και παραπομπή τους, εφόσον αυτό απαιτείται, στα Κέντρα Υγείας ή στα Νοσοκομεία.
- Την προγραμματισμένη φροντίδα ενηλίκων και παιδιών.
- Τη συνδιαχείριση με τον θεράποντα ιατρό χρόνιων νοσημάτων στη μονάδα και κατ' οίκον.
- Την κατ' οίκον φροντίδα υγείας - κατ' οίκον νοσηλεία και κατ' οίκον αιμοληψία σε μη δυνάμενους να μεταβούν στις οικίες τους μονάδες Π.Φ.Υ..
- Τη συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες.
- Την αναγνώριση και ανίχνευση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας και αντίστοιχα την αναγνώριση και ανίχνευση περιστατικών εξαρτήσεων και παραπομπή στους αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων.
- Την εκπαίδευση και καθοδήγηση ατόμων και οικογενειών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους.
- Τη συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης, επιδημιολογικών στοιχείων και δεικτών υγείας και φροντίδας του πληθυσμού ευθύνης, σύμφωνα με το Διεθνή Υγειονομικό Κανονισμό και σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, που συντελείται με ευθύνη του οικείου Περιφερειακού Συντονιστή Το.Π.Φ.Υ.

Ο "Περιφερειακός Συντονιστής Το.Π.Φ.Υ." είναι ο συντονιστής των Το.Π.Φ.Υ. που βρίσκονται εντός της εκάστοτε περιφερειακής ενότητας και λειτουργεί ανά την αυτή περιφερειακή ενότητα ή τομέα, με κριτήρια ιδίως τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου πληθυσμού, την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας εξαιτίας γεωμορφολογικών ιδιαιτεροτήτων, νησιωτικότητας ή άλλων γεωγραφικών περιορισμών, καθώς και τις ιδιαιτερότητες του κάθε Τομέα.

Ο οικογενειακός ιατρός

Ο οικογενειακός ιατρός παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στο άτομο με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Ως οικογενειακοί ιατροί ορίζονται ιατροί ειδικότητας Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό και Παιδίατροι για τον παιδικό πληθυσμό. Ο ανώτατος εγγεγραμμένος πληθυσμός ευθύνης για τους οικογενειακούς ιατρούς είναι ένας ιατρός ανά 2.250 εγγεγραμμένους ενήλικες και ένας παιδίατρος ανά 1.500 παιδιά. Σε Το.Π.Φ.Υ. όπου οι δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ δεν καλύπτουν πλήρως τον πληθυσμό ευθύνης τους, καθήκοντα οικογενειακού ιατρού

ασκούν ιδιώτες ιατροί που κατέχουν τους σχετικούς τίτλους ειδικοτήτων. Οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. οικογενειακοί ιατροί παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ στα ιατρεία τους ή και κατ' οίκον, με άμεση διασύνδεση με τις υπηρεσίες του Τοπικού Δικτύου του οικείου Το.Π.Φ.Υ.

Η “Ομάδα Υγείας”

Η “*Τοπική Μονάδα Υγείας*”, ως μονάδα ΠΦΥ αποτελεί το εισαγωγικό επίπεδο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στελεχώνεται από μια “Ομάδα Υγείας” και λειτουργεί στη βάση εγγεγραμμένου πληθυσμού αναφοράς με σκοπό την παροχή υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής και οργανωμένης πρόληψης και αγωγής υγείας. Ως “Ομάδα Υγείας” ορίζεται: «*Η ομάδα που αποτελείται από ιατρούς ειδικοτήτων γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, από νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση έναν ιατρό ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, έναν νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο*». Ομάδα Υγείας θεωρείται και η “*Τοπική Ομάδα Υγείας*” που συγκροτείται σύμφωνα με το άρθρο 106 του Ν. 4461/2017.

Η “Ομάδα Υγείας” συνεργάζεται με άλλες ομάδες υγείας με σκοπό τη συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους και την αξιολόγηση και βελτίωση των υπηρεσιών. Παρακολουθεί τα σχετιζόμενα προβλήματα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ενημερώνει σχετικά τον περιφερειακό Συντονιστή Το.Π.Φ.Υ.. Με απόφαση του Διοικητή της οικείας Δ.Υ.Πε., ύστερα από πρόταση της “Ομάδας Υγείας” και σύμφωνη γνώμη του περιφερειακού Συντονιστή Το.Π.Φ.Υ., η Ομάδα αναλαμβάνει την υλοποίηση παρεμβάσεων και δράσεων πρόληψης και προαγωγής υγείας, σε συνεργασία με το εξειδικευμένο κατά περίπτωση ιατρικό και άλλο προσωπικό, με κριτήρια ιδίως τις τοπικές ανάγκες και τον αριθμό των ληπτών υπηρεσιών υγείας που εξυπηρετεί.

Στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών της, η “Ομάδα Υγείας” διαχειρίζεται και επιλύει ζητήματα Δημόσιας Υγείας σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες και φορείς δημόσιας υγείας, τα οποία ανακύπτουν μέσω οργανωμένων παρεμβάσεων στον πληθυσμό ευθύνης της και συγκεκριμένα:

- Ενημερώνεται αρμοδίως για τις λοιμώξεις, τους παράγοντες κινδύνου και τις πηγές νοσηρότητας για τον πληθυσμό ευθύνης της.
- Συνεργάζεται με τους επαγγελματίες της Δημόσιας Υγείας.
- Συμβάλλει στη διαχείριση σχετικών με τη δημόσια υγεία ζητημάτων, ιδίως μέσω της συλλογής πρωτογενών στοιχείων σχετικά με το μέγεθος και την έκταση των προβλημάτων Δημόσιας Υγείας και των προσδιοριστικών τους παραγόντων.

Οι δράσεις δημόσιας υγείας που υλοποιεί η “Ομάδα Υγείας” σε συνεργασία με τις αρμόδιες κατά περίπτωση αρχές αφορούν εμβολιασμούς, προληπτικό και προσυμπτωματικό έλεγχο, προγεννητική φροντίδα, προαγωγή της υγείας και συμβολή στη βελτίωση του τρόπου ζωής, διαχείριση των χρόνιων ασθενών.

Τα καθήκοντα των μελών της “Ομάδας Υγείας”

Τα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας (Οικογενειακός ιατρός, Νοσηλεύτης, Επισκέπτης Υγείας, Κοινωνικός Λειτουργός) αναλύονται ως εξής:

Οικογενειακός ιατρός για τον ενήλικο πληθυσμό

Στο πλαίσιο του επιστημονικού του έργου, ο Οικογενειακός Ιατρός για τον ενήλικο πληθυσμό οφείλει:

1. Να διαγιγνώσκει θέματα υγείας του ατόμου και να εντοπίζει τις πιθανές αιτίες τους.
2. Να επιλύει και να χειρίζεται συνήθη προβλήματα υγείας.
3. Να συνδιαχειρίζεται τα χρόνια νοσήματα και τις διαταραχές ψυχικής υγείας.
4. Να συμβάλει στην αντιμετώπιση της πολυφαρμακίας.
5. Να μεριμνά για τη φροντίδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία.
6. Να διασφαλίζει την παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής - παρηγορητικής αγωγής και φροντίδας.
7. Να συντείνει στην ψυχοκοινωνική ευεξία στο πλαίσιο των αναγκών του ασθενούς, της οικογένειάς του και του πληθυσμού μιας γεωγραφικά προσδιορισμένης περιοχής.
8. Να συμβάλει στο συντονισμό και στη συνέχεια της φροντίδας υγείας, στην παραπομπή στα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας και σε εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.
9. Να λαμβάνει, διατηρεί και ανανεώνει το ατομικό ιστορικό υγείας και τις συνήθειες ζωής του ατόμου, που σχετίζονται με αυτήν και να τα καταχωρεί στον *Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας*.

Οικογενειακός ιατρός για τον παιδικό πληθυσμό

Στο πλαίσιο του επιστημονικού του έργου, ο Οικογενειακός Ιατρός για τον παιδικό πληθυσμό οφείλει:

1. Να παρέχει συστηματική παρακολούθηση της υγείας παιδιών και εφήβων.
2. Να αντιμετωπίζει ασθένειες και να διαχειρίζεται προβλήματα υγείας όπως έκτακτα, επείγοντα και χρόνια περιστατικά.
3. Να πραγματοποιεί εμβολιασμούς και να ελέγχει την εμβολιαστική κάλυψη του παιδικού πληθυσμού και των ενηλίκων.
4. Να υποστηρίζει τις μητέρες σε θέματα θηλασμού και σίτισης του βρέφους, αλλά και της γενικότερης φροντίδας του.
5. Να πραγματοποιεί προληπτικό έλεγχο παιδιών και εφήβων με ανάπτυξη και εφαρμογή καθολικών ή επιλεκτικών, λόγω παρουσίας επιβαρυντικών

- παραγόντων στο ιστορικό του παιδιού ή της οικογένειας, προγραμμάτων πρώιμης ανίχνευσης νοσημάτων, με βάση κατευθυντήριες οδηγίες.
6. Να παρακολουθεί την ανάπτυξη των παιδιών και να προβαίνει σε εκτίμηση δυσκολιών-προβλημάτων συμπεριφοράς.
 7. Να τηρεί το Φύλλο Ιατρικής Εξέτασης για το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή, να συμπληρώνει το Δελτίο αυτού και να χορηγεί τις βεβαιώσεις υγείας.
 8. Να πραγματοποιεί κατ' οίκον επισκέψεις σε νεογέννητα και φροντίδα μη περιπατητικών παιδιών με χρόνιες παθήσεις.
 9. Να παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη σε παιδιά, εφήβους και γονείς ιδίως σε θέματα σεξουαλικής υγείας και αντισύλληψης, εξαρτήσεων, διατροφικών διαταραχών και φροντίδα στην οικογένεια με σκοπό την υποστήριξη των γονέων και την πρόληψη και πρώιμη ανίχνευση προβλημάτων ψυχικής υγείας, καθώς και σε οικογένειες υψηλού κινδύνου και να εξασφαλίζει την κατάλληλη διασύνδεσή τους με εξειδικευμένα υποστηρικτικά πλαίσια.
 10. Να υλοποιεί προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας στην κοινότητα σε συνεργασία με τα λοιπά μέλη της "Ομάδας Υγείας" και με τοπικές αρχές, σχολεία και άλλους φορείς της κοινότητας. Ο σκοπός και οι στόχοι του κάθε προγράμματος, καθώς και το πλαίσιο συνεργασίας καθορίζονται με βάση την εκτίμηση αναγκών υγείας της κοινότητας, καθώς και τις επιμέρους ανάγκες των συνεργαζόμενων φορέων.

Νοσηλεύτης

Στο πλαίσιο του επιστημονικού του έργου, ο Νοσηλεύτης οφείλει:

1. Να προάγει την υγεία του πληθυσμού.
2. Να αξιολογεί και παρέχει υπηρεσίες φροντίδα υγείας όπως θεραπεία, υποστήριξη, πρόληψη και αποκατάσταση στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινότητα.
3. Να αποβλέπει στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ατόμων.
4. Να συμμετέχει ενεργά στο συντονισμό και τη συνέχεια της φροντίδας, καθώς και να συμβάλει στη διασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.
5. Να συντείνει στη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
6. Να εκτιμά τις ανάγκες, σχεδιάζει και παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και να εκπαιδεύει τους φροντιστές των ασθενών.
7. Να παρακολουθεί περιοδικά χρόνιους πάσχοντες ασθενείς.
8. Να συμμετέχει στη διατήρηση και ανανέωση του ατομικού ιστορικού υγείας και να καταχωρεί στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας πληροφορίες που αφορούν τις δραστηριότητες ευθύνης του.
9. Να αναλαμβάνει την εκπαίδευση ασθενών με στόχο την αυτοφροντίδα και τη βελτίωση της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή.

Επισκέπτης Υγείας

Στο πλαίσιο του επιστημονικού του έργου, ο Επισκέπτης Υγείας οφείλει:

1. Να στοχεύει στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.
2. Να βελτιώνει τους όρους και τις συνθήκες στην ποιότητα ζωής στην κοινότητα.
3. Να υλοποιεί παρεμβάσεις και δράσεις προαγωγής της υγείας.
4. Να αξιολογεί τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.
5. Να συμμετέχει στο σχεδιασμό προγραμμάτων και παρεμβάσεων για την υγεία του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο εξειδικεύοντας την εφαρμογή των πολιτικών υγείας.
6. Να συμμετέχει στο σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας.
7. Να συμμετέχει στην υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού στην κοινότητα.
8. Να διενεργεί προσυμπτωματικό έλεγχο (screening test) με σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση παθολογίας, σε πρώιμο στάδιο, στο σχολικό περιβάλλον, στο εργασιακό περιβάλλον, καθώς και σε ομάδες πληθυσμού με ιδιαιτερότητες όπως οι καταυλισμοί των προσφύγων, μεταναστών ή των Ρομά.
9. Να έχει ουσιαστικό διασυνδεδετικό ρόλο μεταξύ των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των μονάδων του Ε.Σ.Υ. για τη διαχείριση των παραπομπών έπειτα από εκτίμηση των αναγκών του ατόμου ή της οικογένειας.

Κοινωνικός Λειτουργός

Στο πλαίσιο του επιστημονικού του έργου, ο Κοινωνικός Λειτουργός οφείλει:

1. Να συμβάλει στη βελτίωση των συνθηκών και του τρόπου ζωής για την άρση των ανισοτήτων στην υγεία.
2. Να προσφέρει υπηρεσίες που έχουν σκοπό την πρόληψη και τη διαχείριση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και την κάλυψη ανθρώπινων αναγκών.
3. Να εκτιμά, καταγράφει και παρεμβαίνει στους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες της υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού ευθύνης.
4. Να συμβάλει στο σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων και δράσεων αγωγής και προαγωγής υγείας.
5. Να σχεδιάζει και υλοποιεί προγράμματα παιδικής προστασίας, προστασίας υπερηλίκων, αναπήρων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.
6. Να φροντίζει για τη διασύνδεση των δομών και των φορέων μεταξύ τους με σκοπό τη διευκόλυνση της κινητικότητας των ληπτών υπηρεσιών υγείας στους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Το διοικητικό προσωπικό της “Ομάδας Υγείας” έχει ως κύριο έργο τη διοικητική υποστήριξη της λειτουργίας της ομάδας, την υποστήριξη των ληπτών υπηρεσιών

υγείας κατά τη διαδικασία εγγραφής τους, σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου 19 στην οικεία Το.Μ.Υ. όπου παρέχει τις υπηρεσίες της, τη διαχείριση των προγραμματισμένων επισκέψεων (ραντεβού) και την παρακολούθηση του χρόνου αναμονής.

Τα “Κέντρα Ειδικής Φροντίδας”

Σε κάθε Δ.Υ.Πε. μπορούν να ιδρύονται και να λειτουργούν, ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, Κέντρα Ειδικής Φροντίδας (Κ.Ε.Φ.). Στα Κ.Ε.Φ. παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας, ειδικής αγωγής και αποκατάστασης σε πληθυσμό ευθύνης ενός ή περισσότερων Το.Π.Φ.Υ.. Τα Κ.Ε.Φ. είναι ιδίως οδοντοπροσθετικά και παιδοδοντιατρικά κέντρα, κέντρα φυσικοθεραπείας και κέντρα ειδικής αγωγής.

Υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας

Σε κάθε οδοντιατρείο Κέντρου Υγείας συγκροτείται και λειτουργεί η “Οδοντιατρική Ομάδα”, με ελάχιστη σύνθεση έναν οδοντίατρο και ένα βοηθό οδοντιατρείου ή νοσηλεύτη. Επικουρικά μέλη της “Οδοντιατρικής Ομάδας” μπορούν να είναι οδοντοτεχνίτες, επισκέπτες υγείας και διοικητικό προσωπικό. Κάθε οδοντιατρείο Κέντρου Υγείας βρίσκεται σε επιστημονική διασύνδεση με τα άλλα οδοντιατρεία των δομών Π.Φ.Υ., τα οδοντιατρεία των νοσοκομείων αλλά και τα Κέντρα Ειδικής Φροντίδας, με στόχο την αρτιότερη κάλυψη των οδοντιατρικών αναγκών του πληθυσμού ευθύνης. Κάθε οδοντιατρείο συνεργάζεται με τους οικείους Συντονιστές Οδοντιάτρους Υγειονομικής Περιφέρειας, ιδιαίτερα σε ζητήματα οργάνωσης προγραμμάτων πρόληψης στον πληθυσμό, οργάνωσης και λειτουργίας των οδοντιατρείων αλλά και σε θέματα μεθοδολογίας, συλλογής, επεξεργασίας και παροχής επιδημιολογικών δεδομένων.

Η “Οδοντιατρική Ομάδα”, με επικεφαλής τον οδοντίατρο, οφείλει να πραγματοποιεί στην περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας οδοντιατρικό έλεγχο της στοματικής υγείας του παιδικού και εφηβικού πληθυσμού και να ενημερώνει τους γονείς και κηδεμόνες για τα ευρήματα της εξέτασης. Οι Οδοντίατροι οφείλουν να τηρούν αρχείο των επισκέψεων και των καταγραφών που πραγματοποιούν στην κοινότητα και υποχρεούνται να καταχωρούν στον Α.Η.Φ.Υ. τις πληροφορίες που προκύπτουν από εξέταση ή επίσκεψη στο οδοντιατρείο και είναι αναγκαίες για την παρακολούθηση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση και τις αντίστοιχες, της οδοντοπροσθετικής αποκατάστασης, γνωματεύσεις. Η “Οδοντιατρική Ομάδα” συνεργάζεται με το προσωπικό της Το.Μ.Υ., συμμετέχει σε προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας του πληθυσμού και αναπτύσσει συνεργασίες με άλλους επαγγελματίες υγείας, και επαγγελματίες, ειδικούς και εργαζομένους άλλων κλάδων όπως εκπαιδευτικούς, για την υλοποίηση των προγραμμάτων αυτών.

Σε κάθε Δ.Υ.Πε. ορίζεται, με απόφαση του Διοικητή αυτής, τουλάχιστον ένας *Συντονιστής Οδοντίατρος Υγειονομικής Περιφέρειας* (Σ.Οδ.Υ.Π.). Ο Σ.Οδ.Υ.Π. είναι οδοντίατρος κλάδου Ε.Σ.Υ. που υπηρετεί σε Νοσοκομείο ή σε Κέντρο Υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε.. Με την ίδια απόφαση ορίζεται και ο αναπληρωτής του. Κύρια καθήκοντα του Σ.Οδ.Υ.Π. είναι η εφαρμογή των εθνικών σχεδιασμών για τη στοματική υγεία, ο συντονισμός και η παρακολούθηση της λειτουργίας των δημόσιων οδοντιατρικών υπηρεσιών, καθώς και η υλοποίηση δράσεων και προγραμμάτων που αφορούν στην *Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα* (Π.Ο.Φ.) στον πληθυσμό της οικείας Δ.Υ.Πε.

Το “Δίκτυο Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Μαιών - Μαιευτών”

Με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας συγκροτείται δίκτυο Μαιών - Μαιευτών με τίτλο “Δίκτυο Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών - Μαιευτών”, με μέλη του υπηρετούντες Μαίες - Μαιευτές στις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε.. Το δίκτυο Μαιών - Μαιευτών διασυνδέεται με τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε.. Διασυνδέεται λειτουργικά ιδίως με τις Το.Μ.Υ., καταρτίζοντας και υλοποιώντας ένα τακτικό πρόγραμμα επισκέψεων σε αυτές. Σκοπός του δικτύου Μαιών - Μαιευτών είναι:

1. Η παροχή συμβουλευτικής και ενημέρωσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας.
2. Η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, καθώς και υποστήριξης του μητρικού θηλασμού και Οικογενειακού Προγραμματισμού.
3. Η λήψη τραχηλικού επιχρίσματος (τεστ Παπανικολάου).
4. Η πραγματοποίηση επισκέψεων μελών σε Κέντρα Φιλοξενίας Προσφύγων, ύστερα από ενημέρωση της οικείας Δ.Υ.Πε. και των αρμόδιων αρχών για πραγματοποίηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας.
5. Η ανάπτυξη συνεργασίας με Ο.Τ.Α. και φορείς που δραστηριοποιούνται σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας για την πραγματοποίηση δράσεων ενημέρωσης, αγωγής και προαγωγής υγείας.
6. Η ολοκληρωμένη και έγκαιρη ενημέρωση και η προετοιμασία της εγκύου για το φυσιολογικό τοκετό.

Το “Δίκτυο Αγωγής Υγείας και Πρόληψης”

Με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.Πε.) συγκροτείται Δίκτυο με τίτλο “Δίκτυο Αγωγής Υγείας και Πρόληψης”. Τα μέλη του Δικτύου μπορούν να προέρχονται από όλους τους κλάδους που υπηρετούν στις δομές ΠΦΥ της οικείας Δ.Υ.Πε., ενώ για τον κλάδο ΤΕ Επισκεπτών Υγείας η συμμετοχή στο δίκτυο είναι υποχρεωτική. Το “Δίκτυο Αγωγής Υγείας και

Πρόληψης” διασυνδέεται με τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε. και συντονίζει, υπό την εποπτεία και καθοδήγηση του Υπουργείου Υγείας, την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης σε όλες τις μονάδες ΠΦΥ. Σκοπός του “Δικτύου Αγωγής Υγείας και Πρόληψης” είναι η οργάνωση, η υποστήριξη και η συμμετοχή στην προτυποποίηση προγραμμάτων για την επιμόρφωση:

- Μαθητών, γονιών και παιδαγωγών στα σχολεία.
- Εργοδοτών και εργαζομένων στους χώρους εργασίας.
- Άλλων ομάδων του πληθυσμού στην κοινότητα, σε θέματα πρόληψης - αγωγής και προαγωγής της υγείας, σε άμεση συνεργασία με τα μέλη του Δικτύου και ειδικά του κλάδου ΤΕ Επισκεπτών Υγείας.

Κύριο έργο του Επισκέπτη Υγείας είναι η προαγωγή και αγωγή υγείας του ατόμου, καθώς και της οικογένειας, της κοινότητας και του σχολικού πληθυσμού. Η ενημέρωση των μελών της κοινότητας με σκοπό τη διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η ψυχολογική υποστήριξη ατόμων και οικογενειών. Η διασύνδεση των ατόμων με τις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας και η πραγματοποίηση δράσεων και παρεμβάσεων στην κοινότητα για θέματα ΠΦΥ και δημόσιας υγείας, με έμφαση στην υλοποίηση του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμού. Η προστασία των ευπαθών και ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού έναντι της άισης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Οι ανωτέρω υπηρεσίες δύναται να παρέχονται κατ’ οίκον, στην κοινότητα ή στις δημόσιες δομές και μονάδες στις οποίες εργάζονται οι επισκέπτες υγείας. Οι Επισκέπτες Υγείας παρέχουν τις υπηρεσίες τους μεμονωμένα ή σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας, στο πλαίσιο λειτουργίας ομάδας παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ.

Ο “Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας”

Με το άρθρο 21 του Ν. 4486/2017 καθιερώνεται ο “Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας” (Α.Η.Φ.Υ.) για όλους τους κατόχους Α.Μ.Κ.Α. και Α.Υ.Π.Α.. Ο Α.Η.Φ.Υ. περιέχει το συνοπτικό ατομικό ιστορικό υγείας, καθώς και τις πληροφορίες της περίπτωσης ιγ’ του άρθρου 3 του Ν. 4213/2013. Ο Α.Η.Φ.Υ. καταρτίζεται από τον οικογενειακό ιατρό ή από τους επαγγελματίες υγείας της Το.Μ.Υ.. Οι οικογενειακοί, οι άλλοι ιατροί, οι οδοντίατροι και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που είναι πιστοποιημένοι χρήστες του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υποχρεούνται να καταχωρούν στον Α.Η.Φ.Υ. όλες τις πληροφορίες που προκύπτουν από εξέταση ή επίσκεψη και είναι αναγκαίες για την παρακολούθηση, τη θεραπεία, τη νοσηλεία και την αποκατάσταση του ατόμου. Τα δεδομένα του Α.Η.Φ.Υ. αποτελούν ιδιοκτησία του ατόμου και τηρούνται ασφαλώς, υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Πρόσβαση στις πληροφορίες του Α.Η.Φ.Υ. του έχει ο κάτοχος Α.Μ.Κ.Α. ή Α.Υ.Π.Α, ο εκάστοτε οικογενειακός ιατρός του, καθώς και ο θεράπων ιατρός, οδοντίατρος ή άλλος επαγγελματίας υγείας κατά τη νοσηλεία ή επίσκεψη σε δημόσια ή ιδιωτική μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, ύστερα από συναίνεση του ατόμου.

Η ίδρυση του “Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας”

Με το Ν. 4600/2019 (άρθρο 48) ιδρύεται ως Ν.Π.Δ.Δ. ο “Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας” (Ε.Ο.Δ.Υ.), ο οποίος υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Ο Ε.Ο.Δ.Υ. αποτελεί τον καθολικό διάδοχο του “Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων” (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) το οποίο είχε ιδρυθεί με το Ν. 2071/1992, και το οποίο καταργείται [55].

Τον Οκτώβριο του ίδιου έτους, με το Ν. 4633/2019 ο Ε.Ο.Δ.Υ. μετατράπηκε σε Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου.

Στο σκοπό του οργανισμού συμπεριλαμβάνεται, εκτός των άλλων, η ανάπτυξη και προώθηση δράσεων που αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων και γενικότερα στη μείωση του βάρους από τα μη μεταδοτικά νοσήματα. Οι στόχοι του Ε.Ο.Δ.Υ. είναι:

- Η παρακολούθηση και η εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού και των βιολογικών, κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων που την επηρεάζουν.
- Η επιδημιολογική επιτήρηση και η παρακολούθηση των επιπτώσεων των μεταδοτικών νοσημάτων στη δημόσια υγεία.
- Η κατάρτιση και λήψη μέτρων πρόληψης και η ενημέρωση του εκάστοτε πληθυσμού - στόχου για την προστασία της υγείας και την εξασφάλιση της ευεξίας και ευζωίας του.
- Η λήψη μέτρων που αποσκοπούν στην προστασία του πληθυσμού από κάθε είδους απειλές που οφείλονται σε μεταδοτικά νοσήματα, η προώθηση δράσεων που αποβλέπουν στη βελτίωση της υγείας, η πρόληψη των χρόνιων και μη μεταδοτικών νοσημάτων και η αντιμετώπιση καταστάσεων βλαπτικών για την υγεία [56].

Ο Νόμος 4931/2022

Η τελευταία νομοθετική παρέμβαση για την ΠΦΥ έγινε με το Ν. 4931/2022, “Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις”. Οι τροποποιήσεις που έγιναν σε σχέση με το Ν. 4486/2017 αφορούσαν τα εξής:

- Η “Τοπική Μονάδα Υγείας” είναι δημόσια μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που αποτελεί το εισαγωγικό επίπεδο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, με

σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και οργανωμένης πρόληψης και αγωγής υγείας της ΠΦΥ, και στελεχώνεται από μία “Ομάδα Υγείας”.

- Καταργείται ο “Περιφερειακός Συντονιστής Τομέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”.
- Εισάγεται ο θεσμός του Προσωπικού Ιατρού ως ο ιατρός που παρέχει υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο πλαίσιο των “Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών ΠΦΥ” που συνιστούν τους “Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”.
- Ως “Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” ορίζεται η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας.

Ο Προσωπικός Ιατρός

Ο Προσωπικός Ιατρός παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στον πολίτη με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Οι υπηρεσίες των Προσωπικών Ιατρών παρέχονται: (α) εντός των δημοσίων μονάδων ΠΦΥ των “Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών ΠΦΥ”, (β) των ιδιωτικών ιατρείων και (γ) κατ’ οίκον, και περιλαμβάνουν:

- Τη διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και αποκατάστασης, καθώς και τον συντονισμό και τη διασύνδεση με άλλους ειδικούς ιατρούς του Τοπικού Δικτύου κατά περίπτωση, καθώς και με τα Νοσοκομεία Αναφοράς.
- Την υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την υπεύθυνη καθοδήγηση των ασθενών μέσα στο σύστημα υγείας.
- Την εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου, καθώς και την εφαρμογή και παρακολούθηση των προγραμμάτων εμβολιασμού.
- Την παραπομπή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας σε άλλους ειδικούς ιατρούς και σε άλλα επίπεδα περίθαλψης, καθώς και σε διαγνωστικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων των προληπτικών και προσυμπτωματικών ελέγχων, όπως ορίζουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα, τα οποία ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας στη βάση των διεθνών προτύπων.
- Την επιμέλεια της δημιουργίας και τήρησης του “Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας” για κάθε πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογο του προσωπικού ιατρού, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και τον συντονισμό της φροντίδας.

Ο Προσωπικός Ιατρός επιλέγεται ελεύθερα από τον πολίτη και μπορεί να είναι ιατρός κλάδου ιατρών ΕΣΥ, ιατρός που παρέχει τις υπηρεσίες του στο πλαίσιο λειτουργίας των Τ.ΟΜ.Υ. ή ιατρός συμβεβλημένος με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με

εγγεγραμμένο πληθυσμό. Ως Προσωπικοί Ιατροί ορίζονται Ιατροί ειδικότητας Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής ή εσωτερικής Παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας δύνανται ως Προσωπικοί Ιατροί να ορίζονται και απλοί ιδιώτες Ιατροί, που δεν εμπίπτουν στις περιπτώσεις (α) έως (γ), τόσο των ως άνω ειδικοτήτων όσο και άλλων ειδικοτήτων για τον ενήλικο πληθυσμό, ιδίως όταν η ειδικότητα συνδέεται με παρακολούθηση πολιτών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, καθώς και Παιδίατροι για τον ανήλικο πληθυσμό. Ο ανώτατος εγγεγραμμένος πληθυσμός για τους Προσωπικούς Ιατρούς καθορίζεται για τους Προσωπικούς Ιατρούς των κλάδου Ιατρών Ε.Σ.Υ., που υπηρετούν και παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα Κέντρα Υγείας, στις Το.Μ.Υ. και σε λοιπές δημόσιες μονάδες ΠΦΥ και στο πλαίσιο λειτουργίας της “Τοπικής Ομάδας Υγείας” του άρθρου 106 του Ν. 4461/2017, καθώς και για τους ιδιώτες συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Προσωπικούς Ιατρούς, σε αναλογία ένας (1) Ιατρός ανά δύο χιλιάδες (2.000) εγγεγραμμένους πολίτες. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται και από ιδιώτες παρόχους. Οι δημόσιες δομές ΠΦΥ δύνανται να συνεργάζονται με φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης, ιδιώτες παρόχους ΠΦΥ, πολυϊατρεία και ιδιώτες Ιατρούς για τη διασφάλιση των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ.

Το άρθρο 28 του Ν. 2071/1992, περί της κατ’ οίκον νοσηλείας, αντικαθίσταται ως εξής: Καθιερώνεται, αναπτύσσεται και οργανώνεται η “Κατ’ Οίκον Νοσηλεία” (Κ.Ο.Ν.) με παροχή σε πολίτες στην οικία τους υπηρεσιών νοσηλείας και φροντίδας υγείας από Διατομεακά Τμήματα ή από Μη Αυτόνομες Μονάδες, που υπάγονται οργανικά και λειτουργικά στα Διατομεακά Τμήματα Βραχείας - Ημερήσιας Νοσηλείας, τα οποία λειτουργούν στα Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθώς και από δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Με το άρθρο 51 αντικαθίσταται η παρ. 1 του άρθρου 35 του Ν. 4272/2014 ως εξής: Η κατ’ οίκον νοσηλεία σε Μονάδες και Φορείς ΠΦΥ αναπτύσσεται και οργανώνεται, εκτός από τις μονάδες υγείας του Ε.Σ.Υ. και από: α) Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου κερδοσκοπικού και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες υγείας, β) Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α΄ Βαθμού που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και γ) Ιδιώτες επαγγελματίες υγείας με σχετικά επαγγελματικά δικαιώματα.

Η “Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας”

Έχει συσταθεί η “Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας” (Ε.Ε.Σ.Υ.), η οποία είναι επιστημονικό, γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό όργανο του Υπουργείου Υγείας σε θέματα στοματικής υγείας και σε θέματα που αφορούν τον οδοντιατρικό χώρο, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, και λειτουργεί επικουρικά στο έργο της αρμόδιας υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας σε θέματα στοματικής υγείας και οδοντιατρικής φροντίδας. Η Ε.Ε.Σ.Υ. έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

α) Διαμορφώνει και εισηγείται πολιτικές στοματικής υγείας, καθώς επίσης γνωμοδοτεί για οδοντιατρικά θέματα που άπτονται αυτής και χρήζουν επιστημονικής τεκμηρίωσης.

β) Γνωμοδοτεί στα ακόλουθα, ιδίως, πεδία:

βα) Για την προαγωγή, αγωγή και πρόληψη στοματικής υγείας και ιδίως για:

i. Τη συστηματική συλλογή και αξιολόγηση στοιχείων για τη χάραξη σχετικών πολιτικών για την προαγωγή, αγωγή και πρόληψη της στοματικής υγείας.

ii. Την εφαρμογή συστημάτων που προάγουν την πληροφόρηση του πληθυσμού σε θέματα στοματικής υγείας και ανάπτυξης μέτρων και προγραμμάτων, κυρίως στις μονάδες ΠΦΥ, τα οποία βοηθούν τους πολίτες να ελέγχουν τους παράγοντες που καθορίζουν την στοματική τους υγεία, με έμφαση στον παιδικό πληθυσμό και στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες.

iii. Την προώθηση δράσεων που μειώνουν τις κοινωνικές ανισότητες στη στοματική υγεία, μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικά, πληθυσμιακών στρωμάτων.

ββ) Για τις παρεχόμενες οδοντιατρικές υπηρεσίες σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο και ιδίως για:

i. Τη συλλογή στοιχείων που αφορούν στις παρεχόμενες υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, με σκοπό την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την εισήγηση μέτρων και δράσεων για την ανάπτυξη και εφαρμογή συστήματος σταθερής παρακολούθησης και αναφοράς των παρεχόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών.

ii. Την εισήγηση μέτρων και δράσεων με στόχο την εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών στοματικής υγείας από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και την αποτελεσματική ανταπόκριση στις ανάγκες του πληθυσμού.

γ) Εισηγείται την *Εθνική Στρατηγική για τη Στοματική Υγεία*, ως αναπόσπαστο άξονα της *Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία* και συμβάλλει στον σχεδιασμό, τη χάραξη προτεραιοτήτων, την εποπτεία, το συντονισμό και την αξιολόγηση των ενεργειών και των προγραμμάτων που αναπτύσσονται στο πλαίσιο της *Εθνικής Στρατηγικής για τη Στοματική Υγεία*.

δ) Συνεργάζεται με την *Επιτροπή Εμπειρογνομώνων Δημόσιας Υγείας* του άρθρου 10 του Ν. 4675/2020 για την εκπόνηση του εθνικού σχεδίου δράσης για τη δημόσια υγεία και της ετήσιας αναφοράς για την κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού, καθώς και για κάθε άλλο ζήτημα αρμοδιότητας της *Επιτροπής Εμπειρογνομώνων Δημόσιας Υγείας* που αφορά στη στοματική υγεία.

ε) Γνωμοδοτεί για την εκπαίδευση, τις ειδικότητες και τη συνεχιζόμενη κατάρτιση του συνόλου του οδοντιατρικού δυναμικού της χώρας, προσδιορίζοντας το ανθρώπινο δυναμικό, κατά τομέα και κλάδο, το οποίο απαιτείται για την ανάπτυξη των διατομεακών δράσεων και συνεργασιών για την οδοντιατρική φροντίδα [57].

Ο Νόμος 4958/2022

Με το Ν. 4958/2022 (άρθρο 38), ο Προσωπικός Ιατρός επιλέγεται ελεύθερα από τον πολίτη και μπορεί να είναι:

- A. Ιατρός κλάδου ιατρών Εθνικού Συστήματος Υγείας που υπηρετεί και παρέχει τις υπηρεσίες του στα Κέντρα Υγείας, στις Τοπικές Μονάδες Υγείας και σε λοιπές δημόσιες μονάδες ΠΦΥ, με εγγεγραμμένο πληθυσμό.
- B. Ιατρός που παρέχει τις υπηρεσίες του στο πλαίσιο λειτουργίας των “*Τοπικών Ομάδων Υγείας*” του άρθρου 106 του Ν. 4461/2017, με εγγεγραμμένο πληθυσμό.
- Γ. Ιατρός που ασκεί ελεύθερο επάγγελμα, διατηρεί ιδιωτικό ιατρείο, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, και συμβάλλεται με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ως προσωπικός ιατρός, με εγγεγραμμένο πληθυσμό, ανεξάρτητα από το αν συμβάλλεται ήδη ή αν ήδη λαμβάνει μηνιαίο μισθό ή μηνιαίες αποδοχές από φορείς του δημόσιου τομέα.

Ως Προσωπικοί Ιατροί ορίζονται ιατροί ειδικότητας Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής ή Εσωτερικής Παθολογίας ή οι Ειδικοί Ιατροί Εργασίας και Περιβάλλοντος για τον ενήλικο πληθυσμό. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας δύνανται ως Προσωπικοί Ιατροί να ορίζονται και απλοί ιδιώτες ιατροί, τόσο των ως άνω ειδικοτήτων, όσο και άλλων ειδικοτήτων για τον ενήλικο πληθυσμό, ιδίως όταν η ειδικότητα συνδέεται με παρακολούθηση πολιτών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και Παιδιάτροι για τον ανήλικο πληθυσμό [58].

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

Η “Ορθή Φαρμακευτική Πρακτική”

Το 1992, η *Διεθνής Φαρμακευτική Ομοσπονδία* (International Pharmaceutical Federation - FIP) ανέπτυξε πρότυπα για τις υπηρεσίες φαρμακείου με τον τίτλο “*Ορθή φαρμακευτική πρακτική σε κοινοτικά και νοσοκομειακά φαρμακεία*”. Το κείμενο υποβλήθηκε στην *Επιτροπή Εμπειρογνομώνων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* (World Health Organization - WHO) το 1994, και πέντε χρόνια αργότερα, το 1999, δημοσιεύθηκε το κοινό έγγραφο (FIP/WHO) για την “*Ορθή Φαρμακευτική Πρακτική*” (Good Pharmacy Practice - GPP). Το 2006, πραγματοποιήθηκε η πρώτη έκδοση του πρακτικού εγχειριδίου “*Ανάπτυξη φαρμακευτικής πρακτικής - εστίαση στη φροντίδα των ασθενών*”. Το εγχειρίδιο έθεσε ένα νέο πρότυπο για την φαρμακευτική πρακτική και παρουσίασε μια βήμα προς βήμα προσέγγιση της Φαρμακευτικής Φροντίδας.

Οι κοινές κατευθυντήριες οδηγίες που εκδόθηκαν το 2011, είχαν σκοπό να περιγράψουν τον τρόπο με τον οποίο οι φαρμακοποιοί μπορούν να βελτιώσουν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, την προαγωγή της υγείας και τη χρήση

των φαρμάκων για λογαριασμό των ασθενών. Σύμφωνα με το κείμενο, η Ορθή Φαρμακευτική Πρακτική είναι «η πρακτική του φαρμακείου που ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ανθρώπων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των φαρμακοποιών για την παροχή βέλτιστης, βασισμένης σε στοιχεία φροντίδας». Για την υποστήριξη της είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα θεσμοθετημένο εθνικό πλαίσιο ποιοτικών προτύπων και κατευθυντήριων γραμμών.

Η αποστολή της φαρμακευτικής πρακτικής, όπως προαναφέρθηκε, είναι να συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας και να βοηθήσει τους ασθενείς να κάνουν τη βέλτιστη χρήση των φαρμάκων τους. Τα έξι στοιχεία τα οποία συνθέτουν την αποστολή αυτή είναι τα εξής:

- Να είναι άμεσα διαθέσιμη σε ασθενείς με ή χωρίς ραντεβού.
- Ο εντοπισμός και διαχείριση ή διαλογή προβλημάτων που σχετίζονται με την υγεία.
- Η προαγωγή της υγείας.
- Η διασφάλιση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων.
- Η πρόληψη της βλάβης από φάρμακα.
- Η υπεύθυνη χρήση των περιορισμένων πόρων υγειονομικής περίθαλψης.
- Η κοινωνία και οι ασθενείς αναμένουν εκ μέρους του φαρμακοποιού ως επαγγελματία υγείας, τέσσερις κύριους ρόλους:
- Προετοιμασία, απόκτηση, αποθήκευση, ασφάλεια, κατανομή, χορήγηση, διάθεση και απόρριψη φαρμακευτικών προϊόντων.
- Παροχή αποτελεσματικής διαχείρισης της φαρμακευτικής θεραπείας.
- Διατήρηση και βελτίωση της φαρμακευτικής απόδοσης.
- Συμβολή στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και της δημόσιας υγείας [59].

Ο “Φαρμακοποιός των 7 αστέρων”

Το 1997, στο Βανκούβερ του Καναδά, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις γνώσεις, συμπεριφορές και δεξιότητες που πρέπει να κατέχει κάθε φαρμακοποιός ώστε να μπορεί να υποστηρίξει τους διαφορετικούς επαγγελματικούς του ρόλους, παρουσίασε την έννοια “Φαρμακοποιός επτά αστέρων” (The Seven-Star Pharmacist) [60]. Το συμβούλιο της Διεθνούς Φαρμακευτικής Ομοσπονδίας ενέκρινε την παραπάνω έννοια τον Σεπτέμβριο του 2000 [61]. Οι ιδιότητες του φαρμακοποιού 7 αστέρων συνοψίζονται στους παρακάτω ρόλους:

Πάροχος φροντίδας (Care-giver)

Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υψηλής ποιότητας, να αισθάνεται άνετα να αλληλεπιδρά με άτομα και πληθυσμούς και να βλέπει την

πρακτική του ως ολοκληρωμένη και συνεχής με αυτές του συστήματος υγείας και άλλων φαρμακοποιών.

Υπεύθυνος λήψης αποφάσεων (Decision-maker)

Η βάση της εργασίας του φαρμακοποιού θα πρέπει να περιστρέφεται γύρω από ακριβείς αποφάσεις οι οποίες λαμβάνονται με γνώμονα την κατάλληλη, αποτελεσματική, ασφαλή και οικονομικά αποδοτική χρήση πόρων (π.χ. προσωπικό, φάρμακα, χημικά, εξοπλισμός, διαδικασίες και πρακτικές). Η επίτευξη αυτού του στόχου απαιτεί την ικανότητα αξιολόγησης, σύνθεσης δεδομένων και πληροφοριών και λήψης απόφασης για την καταλληλότερη πορεία δράσης.

Μεταδίδων (Communicator)

Ο φαρμακοποιός βρίσκεται σε ιδανική θέση για να λειτουργεί ως δίαυλος επικοινωνίας μεταξύ συνταγογράφου και ασθενή. Μπορεί να κοινοποιεί πληροφορίες για την υγεία και τα φάρμακα στο κοινό και σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Η επικοινωνία αυτή περιλαμβάνει λεκτικές, μη λεκτικές, ακουστικές και γραπτές δεξιότητες.

Ηγέτης (Leader)

Ο φαρμακοποιός, είτε ανήκει σε διεπιστημονική ομάδα παροχής φροντίδας είτε βρίσκεται σε περιοχές όπου άλλοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζουν έλλειψη ή δεν υπάρχουν, υποχρεούται να αναλάβει ηγετική θέση στη συνολική ευημερία της κοινότητας. Η ηγεσία περιλαμβάνει συμπόνια, ενσυναίσθηση, όραμα καθώς και την ικανότητα λήψης αποφάσεων, επικοινωνίας και αποτελεσματικής διαχείρισης.

Διαχειριστής (Manager)

Ο φαρμακοποιός πρέπει να είναι σε θέση να διαχειρίζεται πόρους (ανθρώπινους, φυσικούς και οικονομικούς) και αποτελεσματική πληροφόρηση. Πρέπει επίσης να διοικείται άνετα από άλλους (π.χ. εργοδότης, ηγέτης ομάδας υγείας).

Δια βίου μαθητής (Life-long learner)

Ο φαρμακοποιός είναι αδύνατο να αποκτήσει στη διάρκεια των σπουδών του όλη τη γνώση και εμπειρία που απαιτείται για να ακολουθήσει μια δια βίου καριέρα ως φαρμακοποιός. Οι έννοιες, οι αρχές και η δέσμευση για τη δια βίου μάθηση θα

πρέπει να υποστηρίζονται καθ' όλη τη διάρκεια της καριέρας του. Ο φαρμακοποιός πρέπει να μάθει πώς να μαθαίνει.

Δάσκαλος (Teacher)

Ο φαρμακοποιός έχει την ευθύνη να βοηθήσει στην εκπαίδευση και κατάρτιση των μελλοντικών γενεών φαρμακοποιών.

Συμμετέχοντας ως δάσκαλος, μεταδίδει γνώση στους άλλους και προσφέρει μια ευκαιρία στον ασκούμενο να αποκτήσει νέες γνώσεις και να τελειοποιήσει υπάρχουσες δεξιότητες.

Ο “Φαρμακοποιός των 10 αστερών”

Ο “Φαρμακοποιός επτά αστερών” αποτέλεσε μια έννοια ορόσημο σε σχέση με τον καθορισμό κριτηρίων αναφοράς για την παροχή υψηλής ποιότητας φαρμακευτικής φροντίδας στους ασθενείς.

Τα τελευταία χρόνια, η προσθήκη νέων ρόλων είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία, αρχικά του “Φαρμακοποιού εννέα αστερών” [62], και πιο πρόσφατα, του “Φαρμακοποιού δέκα αστερών” [63]. Οι νέες επαγγελματικές ιδιότητες του φαρμακοποιού είναι οι εξής:

Ερευνητής (Researcher)

Οι φαρμακοποιός μπορεί να επικεντρωθεί στον τομέα της έρευνας που σχετίζεται με την ανάπτυξη φαρμάκων, την ορθολογική φαρμακευτική θεραπεία και την ανακάλυψη νέων σκευασμάτων. Επίσης, έχει ζωτικούς ρόλους σε όλες τις πτυχές της βιοϊατρικής έρευνας, από τις προκλινικές μελέτες έως την κλινική έρευνα.

Επιχειρηματίας (Entrepreneur)

Ο φαρμακοποιός ως επιχειρηματίας θα πρέπει:

- Να κατέχει και να εφαρμόζει κατάλληλα τις γνώσεις του για την φαρμακευτική επιστήμη.
- Να παρέχει φροντίδα ασθενών καθοδηγούμενη από φαρμακοποιό.
- Να λύνει προβλήματα και να συνεχίσει να μαθαίνει καθώς οι νόμοι και οι πολιτικές για την υγειονομική περίθαλψη αλλάζουν.
- Να ενισχύει τη φροντίδα των ασθενών δημιουργώντας νέα παραδείγματα αποτελεσμάτων βελτίωσης.
- Να καινοτομεί με νέες επιχειρηματικές λύσεις φαρμακείων οι οποίες βελτιώνουν την εμπειρία του ασθενούς και ενισχύουν το κοινοτικό φαρμακείο.

Παράγοντας θετικής αλλαγής (Agent of positive change)

Ο φαρμακοποιός, ως παράγοντας θετικής αλλαγής, θα πρέπει να διευκολύνει τη διαδικασία αλλαγής στη φαρμακευτική πρακτική για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών, της ποιότητας των φαρμακευτικών υπηρεσιών και της διεπιστημονικής συνεργασίας.

Το “Όραμα του PGEU για το κοινοτικό φαρμακείο”

Το όραμα του “Φαρμακευτικού Ομίλου της Ευρωπαϊκής Ένωσης” (Pharmaceutical Group of the European Union - PGEU) για το κοινοτικό φαρμακείο του μέλλοντος δημοσιεύτηκε το 2019, και περιλαμβάνει δέκα βασικές συστάσεις οι οποίες στοχεύουν να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών και του κοινού, συμβάλλοντας στη βιωσιμότητα και ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας [64].

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

1. Μεγιστοποιήστε τα οφέλη της παρέμβασης του κοινοτικού φαρμακοποιού για τους ασθενείς και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αναλαμβάνοντας συστηματικά φαρμακευτικές υπηρεσίες που στοχεύουν στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της θεραπείας και της συμμόρφωσης και στην ελαχιστοποίηση των κινδύνων που σχετίζονται με τη χρήση φαρμάκων.
2. Περιλάβετε τους κοινοτικούς φαρμακοποιούς σε μοντέλα συνεργατικής φροντίδας.
3. Παραχωρήστε στους κοινοτικούς φαρμακοποιούς πρόσβαση σε όλες τις σχετικές πληροφορίες για την υγεία των ασθενών και στη λίστα των φαρμάκων που λαμβάνουν. Αυτό θα εγγυηθεί τη συνέχεια της φαρμακευτικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της μετάβασης ασθενών μεταξύ δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
4. Συμβουλευτείτε τους τελικούς χρήστες - ιδιαίτερα τους κοινοτικούς φαρμακοποιούς - σχετικά με την πραγματιστική ανάπτυξη, την ενσωμάτωση και τη φιλικότητα προς τον χρήστη νέων ψηφιακών λύσεων στην υγειονομική περίθαλψη.
5. Επιτρέψτε στους φαρμακοποιούς να βοηθήσουν στην πρόοδο της ασφαλούς ψηφιοποίησης της υγειονομικής περίθαλψης ως αξιόπιστες πηγές πληροφοριών για την υγεία.
6. Υποστηρίξτε τους φαρμακοποιούς στην ενσωμάτωση της φαρμακογονιδιωματικής, των επικυρωμένων κλινικών κανόνων και των πραγματικών δεδομένων στην

καθημερινή τους πρακτική. Αυτό θα βελτιώσει την ασφάλεια των ασθενών και θα αυξήσει τα οφέλη της φαρμακοθεραπείας.

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

7. Υποσπίξτε τους κοινοτικούς φαρμακοποιούς να προσφέρουν προσυμπωματικό έλεγχο υγείας, διαχείριση φαρμάκων, προαγωγή της υγείας και εκπαίδευση για να συμβάλουν στη μείωση της συνολικής επιβάρυνσης των χρόνιων ασθενειών.

8. Θεσπίστε ρυθμιστικά πλαίσια για τη μεγιστοποίηση της αξίας του δικτύου κοινοτικών φαρμακείων με υψηλή πρόσβαση στις κοινότητες που εξυπηρετούν.

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

9. Βοηθήστε τους φαρμακοποιούς να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς μπορούν να έχουν πρόσβαση σε πλήρη θεραπεία κοντά στο σπίτι ή τον χώρο εργασίας τους, παρέχοντάς τους τη δυνατότητα:

- Να παρέχουν το πλήρες φάσμα των φαρμάκων στα κοινοτικά φαρμακεία.
- Να παραδίδουν τα φάρμακα σε οίκους φροντίδας και στα σπίτια των ασθενών.
- Να βοηθήσουν τους ασθενείς στη διαχείριση σύνθετων θεραπευτικών σχημάτων.
- Να προσφέρουν ένα ευρύτερο φάσμα ιατροτεχνολογικών προϊόντων στα κοινοτικά φαρμακεία.

ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

10. Βεβαιωθείτε ότι η αμοιβή των κοινοτικών φαρμακοποιών αντικατοπτρίζει κατάλληλα τη συμβολή τους στη βελτίωση της φαρμακευτικής περίθαλψης, στη μείωση του φόρτου για άλλες υπηρεσίες υγείας και στην υποστήριξη της βιωσιμότητας και της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας.

Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ιστορική αναδρομή

Η πρώτη αναφορά του όρου *Φαρμακευτική Φροντίδα* (Pharmaceutical Care) πιθανώς έγινε από τον Brodie το 1973. Ο Brodie περιέγραψε την *Φαρμακευτική Φροντίδα* (ΦΦ) ως «την φροντίδα που ζητά και δέχεται ένας ασθενής και που του εξασφαλίζει την ασφαλή και λογική χρήση του φαρμάκου» [65]. Η πρώτη δημοσίευση του όρου έγινε δύο χρόνια αργότερα από τον Mikael και συν. σε

μελέτη που αφορούσε την ποιότητα των παρεχόμενων φαρμακευτικών υπηρεσιών στο χώρο του νοσοκομείου [66]. Στα επόμενα χρόνια ο *Brodie* τοποθέτησε την *Φαρμακευτική Φροντίδα* μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο, ώστε πέρα από την κάλυψη των αναγκών του ασθενή να εμπεριέχει και ανατροφοδοτικό χαρακτήρα: «*Η φαρμακευτική φροντίδα για ένα δεδομένο άτομο περιλαμβάνει τον καθορισμό των σχετικών με τα φάρμακα αναγκών του και την παροχή όχι μόνο των απαιτούμενων φαρμάκων αλλά επίσης και των αναγκαίων υπηρεσιών (πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την θεραπεία) ώστε να εξασφαλιστεί η βέλτιστη ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία. Περιλαμβάνει έναν ανατροφοδοτικό μηχανισμό ως μέσο που διευκολύνει την συνεχιζόμενη παροχή φροντίδας από όσους την προσφέρουν*» [67].

Στις αρχές της δεκαετίας του '90, ο *Charles Hepler* και η *Linda Strand* από το Πανεπιστήμιο της Μινεσότα (Minnesota) στις ΗΠΑ, θεμελίωσαν διεθνώς τον όρο με την εργασία τους η οποία έφερε τον τίτλο «*Ευκαιρίες και ευθύνες της φαρμακευτικής φροντίδας*». Οι *Hepler* και *Strand* όρισαν την ΦΦ ως «*την υπεύθυνη παροχή της φαρμακευτικής αγωγής, με σκοπό την επίτευξη σαφών αποτελεσμάτων που βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής του ασθενή*». Τα αποτελέσματα αυτά είναι:

- Θεραπεία της ασθένειας.
- Εξάλειψη ή μείωση της συμπτωματολογίας του ασθενή.
- Διακοπή ή επιβράδυνση της διαδικασίας της ασθένειας.
- Πρόληψη μιας ασθένειας ή της συμπτωματολογίας.

Σκοπός της Φαρμακευτικής Φροντίδας

Η Φαρμακευτική Φροντίδα αποτελεί μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιός κατέχει κεντρικό ρόλο και συνεργάζεται με τον ασθενή και τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Τη βάση της συνεργασίας αυτής την αποτελεί η εφαρμογή και παρακολούθηση ενός θεραπευτικού πλάνου το οποίο έχει ως σκοπό να αποδώσει συγκεκριμένα θεραπευτικά αποτελέσματα, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Η διαδικασία της ΦΦ προϋποθέτει τρεις βασικές λειτουργίες:

1. Την αναγνώριση δυνητικών και πραγματικών φαρμακοθεραπευτικών προβλημάτων.
2. Την επίλυση πραγματικών φαρμακοθεραπευτικών προβλημάτων.
3. Την πρόληψη δυνητικών φαρμακοθεραπευτικών προβλημάτων [68].

Σύμφωνα με την *Strand* και συν., «*ένα φαρμακοθεραπευτικό πρόβλημα υπάρχει όταν ένας ασθενής εμφανίζει ή είναι πιθανό να εμφανίσει, είτε μια ασθένεια ή ένα σύμπτωμα που έχει μια πραγματική ή ύποπτη σχέση με τη φαρμακευτική θεραπεία*» [69]. Το *Ευρωπαϊκό Δίκτυο Φαρμακευτικής Φροντίδας* (Pharmaceutical Care Network Europe - PCNE) στην ταξινόμηση 9.1 ορίζει ως φαρμακοθεραπευτικό

πρόβλημα «ένα συμβάν ή ένα γεγονός που περιλαμβάνει η φαρμακευτική θεραπεία το οποίο στην πραγματικότητα ή δυνητικά παρεμποδίζει τα επιθυμητά αποτελέσματα υγείας». Η βασική ταξινόμηση περιλαμβάνει: 3 κύριους τομείς για προβλήματα, 9 πρωτεύοντες τομείς για αιτίες, 5 κύριους τομείς για προγραμματισμένες παρεμβάσεις, 3 κύριους τομείς για το επίπεδο αποδοχής (από παρεμβάσεις) και 4 πρωτεύοντες τομείς για την κατάσταση του προβλήματος [70].

Το 1996, η *Αμερικανική Εταιρεία Φαρμακοποιών Συστημάτων Υγείας* (American Society of Health-System Pharmacists - ASHP) παρουσίασε μια τυποποιημένη μέθοδος για την παροχή της Φαρμακευτικής Φροντίδας [71], σύμφωνα με την οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει τις εξής λειτουργίες:

- Συλλογή και οργάνωση πληροφοριών για τον ασθενή.
- Προσδιορισμός της παρουσίας φαρμακοθεραπευτικών προβλημάτων.
- Σύνοψη των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών.
- Καθορισμός φαρμακοθεραπευτικών στόχων.
- Σχεδιασμός ενός φαρμακοθεραπευτικού σχήματος.
- Σχεδιασμός ενός σχεδίου παρακολούθησης.
- Ανάπτυξη ενός φαρμακοθεραπευτικού σχήματος και αντίστοιχου σχεδίου παρακολούθησης σε συνεργασία με τον ασθενή και άλλους επαγγελματίες υγείας.
- Έναρξη του φαρμακοθεραπευτικού σχήματος.
- Παρακολούθηση των αποτελεσμάτων του φαρμακοθεραπευτικού σχήματος.
- Επανασχεδιασμός του φαρμακοθεραπευτικού σχήματος και του σχεδίου παρακολούθησης.

Στάδια της Φαρμακευτικής Φροντίδας

Η φιλοσοφία της Φαρμακευτικής Φροντίδας τοποθετεί τον ασθενή και τις ανάγκες του στο επίκεντρο (ασθενοκεντρική προσέγγιση). Ο επαγγελματίας φαρμακοποιός αποδέχεται την ευθύνη για τα φαρμακοθεραπευτικά αποτελέσματα του ασθενή. Σύμφωνα με τους Cipolle και συν., είναι μια κυκλική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει τρία στάδια:

1. *Εκτίμηση* (Assessment)
2. *Σχέδιο φροντίδας* (Care plan)
3. *Αξιολόγηση* (Follow-Up Evaluation) [72].

Στάδιο 1: Εκτίμηση

Κατά το πρώτο στάδιο της Φαρμακευτικής Φροντίδας, την “*Εκτίμηση*” ο φαρμακοποιός στοχεύει:

- Στη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών από τον ασθενή και το ιατρικό του ιστορικό.

- Στην εκμείωση της φαρμακευτικής του εμπειρίας, της προσωπικής δηλαδή προσέγγισης που έχει ο ασθενής ως προς τη λήψη των φαρμάκων και η οποία είναι μοναδική και εξατομικευμένη για τον κάθε άνθρωπο.
- Στον καθορισμό εάν η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής ενδείκνυται, είναι αποτελεσματική, ασφαλής και συμμορφώνεται σε αυτή.
- Στον εντοπισμό των φαρμακοθεραπευτικών προβλημάτων (δυσνητικών και πραγματικών).
- Στη λήψη κλινικών αποφάσεων που αφορούν την φαρμακευτική του αγωγή.

Στάδιο 2: Σχέδιο φροντίδας

Στη διάρκεια του δεύτερου σταδίου ο φαρμακοποιός σχεδιάζει το πλάνο φροντίδας, θέτει τους φαρμακοθεραπευτικούς στόχους και επιλέγει τις απαιτούμενες παρεμβάσεις.

Ο σκοπός των παρεμβάσεων του είναι αφενός η επίλυση των πραγματικών και αφετέρου η αποτροπή εμφάνισης των δυσνητικών φαρμακοθεραπευτικών προβλημάτων.

Η τεκμηρίωση του σχεδίου φροντίδας δείχνει τη σχέση μεταξύ των στόχων της θεραπείας και των παρεμβάσεων που έγιναν για την επίτευξή τους.

Στάδιο 3: Αξιολόγηση

Στο τρίτο και τελευταίο στάδιο της Φαρμακευτικής Φροντίδας γίνεται η καταγραφή και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων με βάση τους φαρμακοθεραπευτικούς στόχους που τέθηκαν στο σχέδιο φροντίδας. Δείκτες αξιολόγησης αποτελούν η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της φαρμακοθεραπείας, η συμμόρφωση του ασθενούς και η κλινική εκτίμηση της ιατρικής του κατάστασης.

Με την ολοκλήρωση του τρίτου σταδίου, ο φαρμακοποιός προχωράει στον επόμενο κύκλο “Εκτίμησης”, με στόχο να διαπιστώσει την ανάπτυξη ή μη νέων φαρμακοθεραπευτικών προβλημάτων.

Η κυκλική διαδικασία επαναλαμβάνεται μέχρι να επιλυθούν όλα τα φαρμακοθεραπευτικά προβλήματα και να προληφθούν όσα θα έπρεπε ή για όσο χρονικό διάστημα ο ασθενής επιθυμεί να λαμβάνει την υπηρεσία.

Η διαδικασία της Φαρμακευτικής Φροντίδας ως υπηρεσία πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα πρέπει να παρέχεται σε κατάλληλα διαμορφωμένο χώρο εντός του φαρμακείου.

Είναι σημαντικό ο λήπτης της υπηρεσίας να αισθάνεται ασφαλής σε σχέση με την τήρηση των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων.

Επίσης, ο πάροχος φαρμακοποιός οφείλει να αφιερώνει τον απαιτούμενο από τη διαδικασία χρόνο, ώστε να καταφέρει να αναπτύξει και να οικοδομήσει μια ισχυρή θεραπευτική σχέση.

ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

Τις τελευταίες δεκαετίες τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν σε παγκόσμιο επίπεδο σημαντικές προκλήσεις. Η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και η ανάπτυξη καινοτόμων τεχνολογιών έχουν ως αποτέλεσμα την αναζήτηση οικονομικών πόρων και νέων παρόχων υπηρεσιών υγείας. Όπως αναφέρθηκε, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ουσιαστικό τμήμα του συστήματος υγείας. Βρίσκεται σε συνεχή λειτουργική διασύνδεση με τα άλλα επίπεδα φροντίδας με απώτερο σκοπό την αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας και την προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών. Ο κοινοτικός φαρμακοποιός αποτελεί για τον πληθυσμό τον πιο προσβάσιμο επαγγελματία υγείας. Όλο και περισσότερες χώρες και συστήματα υγείας αναγνωρίζουν τη σημασία και το ρόλο του στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες. Έτσι, πέρα από την παραδοσιακή του αποστολή που αφορά την εκτέλεση των συνταγών και την προμήθεια των φαρμάκων, ο κοινοτικός φαρμακοποιός καλείται να ανταπεξέλθει στις διαφορετικές προκλήσεις που αφορούν τη Δημόσια Υγεία, την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη γενικότερη παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Η φιλοσοφία της Φαρμακευτικής Φροντίδας, έτσι όπως εδραιώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του '90 από τους *Hepler* και *Strand*, είχε στον πυρήνα της την αποτελεσματική και ασφαλή χρήση των φαρμάκων. Στα επόμενα χρόνια κρίθηκε αναγκαία η υιοθέτηση νέων ορισμών με σκοπό να καλυφθεί το φάσμα όλων των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τους φαρμακοποιούς στο χώρο του φαρμακείου.

Ο όρος “Γνωστικές Φαρμακευτικές Υπηρεσίες” (*Cognitive Pharmaceutical Services - CPS*) αναφέρεται στις επαγγελματικές υπηρεσίες που παρέχονται από τους φαρμακοποιούς, οι οποίοι χρησιμοποιούν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους ώστε να αναλάβουν ενεργό ρόλο σε σχέση με την υγεία του ασθενή, μέσω της αποτελεσματικής αλληλεπίδρασης τόσο με τους ασθενείς όσο και με άλλους επαγγελματίες υγείας [73].

Σύμφωνα με το υπόδειγμα παροχής υπηρεσιών φαρμακείου των *Moullin* και συν., το σύνολο των υπηρεσιών οι οποίες παρέχονται στο κοινοτικό φαρμακείο μπορούν να διακριθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- Τις “Επαγγελματικές υπηρεσίες φαρμακείου” και
- Τις “Μη-Επαγγελματικές υπηρεσίες φαρμακείου”.

Ο όρος “Επαγγελματική υπηρεσία φαρμακείου” στηρίζεται εννοιολογικά στο μοντέλο του *Donabedian* για την αξιολόγηση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας και αφορά «μια δράση ή σύνολο δράσεων που αναλαμβάνονται ή οργανώνονται από ένα φαρμακείο, παρέχονται από έναν φαρμακοποιό ή άλλον επαγγελματία υγείας, ο οποίος εφαρμόζει τις εξειδικευμένες γνώσεις υγείας προσωπικά ή μέσω ενός μεσολαβητή, σε έναν ασθενή/πελάτη, πληθυσμό ή άλλον επαγγελματία

υγείας, για τη βελτιστοποίηση της διαδικασίας της φροντίδας, με στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας και την αξία της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης».

Από την άλλη, οι “Μη-Επαγγελματικές υπηρεσίες φαρμακείου” «δεν εμπλέκουν την εφαρμογή εξειδικευμένων γνώσεων υγείας, δεν βελτιστοποιούν τη διαδικασία της φροντίδας, ούτε κατευθύνονται προς τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας και την αξία της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης» [74].

Οι “Επαγγελματικές υπηρεσίες φαρμακείου” παρέχονται είτε από φαρμακοποιούς είτε από άλλους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι απασχολούνται στο χώρο του φαρμακείου. Οι παρεχόμενες από τους φαρμακοποιούς υπηρεσίες διαχωρίζονται στις “Φαρμακευτικές υπηρεσίες” και στις “Άλλες υπηρεσίες φροντίδας της υγείας”. Οι μεν πρώτες σχετίζονται με τη φαρμακοθεραπεία (φαρμακευτική φροντίδα, διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, κλινικές και γνωστικές φαρμακευτικές υπηρεσίες) ενώ οι “Άλλες υπηρεσίες φροντίδας της υγείας” αφορούν την προαγωγή της υγείας και την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Στο παρόν κεφάλαιο, παρουσιάζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας οι οποίες παρέχονται από τους κοινοτικούς φαρμακοποιούς στο περιβάλλον του φαρμακείου. Μεγάλης έκτασης αναφορά γίνεται στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου ο ρόλος του κοινοτικού φαρμακοποιού έχει επεκταθεί πλήρως στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής τον Καναδά, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία. Σε κράτη της Βόρειας Ευρώπης με παράδοση στον τομέα της υγείας, όπως η Σουηδία και η Φινλανδία, και Μεσογειακές χώρες όπως η Ισπανία και η Ιταλία. Τέλος, το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την αναφορά σε κράτη της Λατινικής Αμερικής (Αργεντινή, Βραζιλία), της Αφρικής (Νότια Αφρική, Ρουάντα) και της Ασίας (Μαλαισία, Ταϊλάνδη).

- ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Μία από τις χώρες που έχουν αναλάβει σημαντικές πρωτοβουλίες για την επέκταση του ρόλου του κοινοτικού φαρμακείου στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι το Ηνωμένο Βασίλειο. Τα κοινοτικά φαρμακεία εκπροσωπούνται από την “Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Φαρμακευτικών Υπηρεσιών” (Pharmaceutical Services Negotiating Committee - PSNC) και κάθε φαρμακείο υπάγεται γεωγραφικά στην “Τοπική Φαρμακευτική Επιτροπή” (Local Pharmaceutical Committee - LPC). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health System - NHS), το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας και η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης των Φαρμακευτικών Υπηρεσιών συντάσσουν το “Συμβατικό Πλαίσιο Κοινοτικού Φαρμακείου” (Community Pharmacy Contractual Framework - CPCF). Το πλαίσιο αυτό περιλαμβάνει τρία επίπεδα υπηρεσιών:

1. Βασικές Υπηρεσίες (Essential Services).

2. Προηγμένες Υπηρεσίες (Advanced Services).
3. Ενισχυμένες και Τοπικά Παραγγελθείσες Υπηρεσίες (Enhanced and Locally Commissioned Services) [75].

A. Βασικές Υπηρεσίες (Essential Services)

Παρέχονται από όλα τα συμβεβλημένα κοινοτικά φαρμακεία και περιλαμβάνουν τις εξής υπηρεσίες:

Υπηρεσία Εξιτηρίου Φαρμάκων (Discharge Medicines Service - DMS)

Είναι μια νέα υπηρεσία η οποία παρέχεται από τις 15 Φεβρουαρίου 2021 και επιδιώκει να εξασφαλίσει καλύτερη επικοινωνία των αλλαγών που γίνονται στα φάρμακα ενός ασθενούς στο νοσοκομείο.

Σύμφωνα με έρευνα του Εθνικού Ινστιτούτου Έρευνας για την Υγεία, τα άτομα άνω των 65 ετών είναι λιγότερο πιθανό να επανεισαχθούν στο νοσοκομείο εάν τους δοθεί βοήθεια με τα φάρμακά τους μετά την έξοδο. Επίσης, μελέτη σε σχέση με τα τοπικά προγράμματα που εφαρμόζονται σε όλη τη χώρα έδειξε ότι οι ασθενείς που επισκέπτονται τον κοινοτικό φαρμακοποιό μετά από τη νοσηλεία τους, είναι λιγότερο πιθανό να επανεισαχθούν και η παραμονή στο νοσοκομείο είναι μικρότερης διάρκειας.

Διανομή Φαρμάκων (Dispensing Medicines)

Αφορά την προμήθεια φαρμάκων που παραγγέλθηκαν με συνταγές μαζί με πληροφορίες και συμβουλές, ώστε να καταστεί δυνατή η ασφαλής και αποτελεσματική χρήση από ασθενείς και φροντιστές καθώς και η τήρηση κατάλληλων αρχείων.

Διανομή Συσκευών (Dispensing Appliances)

Οι φαρμακοποιοί μπορούν να διανέμουν συσκευές με την προϋπόθεση να συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις βασικών υπηρεσιών όπως είναι η ελαχιστοποίηση των απορριμάτων, η επαναλαμβανόμενη διανομή, η ταυτοποίηση του φαρμακείου, η καθοδήγηση, η διανομή κατ' οίκον, τα συμπληρωματικά είδη, οι κλινικές συμβουλές για τις συσκευές και οι προμήθειες έκτακτης ανάγκης.

Απόρριψη Ανεπιθύμητων Φαρμάκων (Disposal of Unwanted Medicines)

Τα κοινοτικά φαρμακεία αποδέχονται τα ανεπιθύμητα φάρμακα από νοικοκυριά και ιδιώτες για τα οποία απαιτείται ασφαλής απόρριψη.

Φαρμακεία Υγιεινής Διαβίωσης (Healthy Living Pharmacies - HLP)

Το πλαίσιο των “Φαρμακείων υγιεινής διαβίωσης” στοχεύει στην παροχή ενός ευρέος φάσματος παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας μέσω των κοινοτικών φαρμακείων με σκοπό την κάλυψη των τοπικών αναγκών, τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας του τοπικού πληθυσμού και τη συμβολή στη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.

Δημόσια Υγεία - Προώθηση Υγιεινού Τρόπου Ζωής (Public Health - Promotion of Healthy Lifestyles)

Η παροχή συμβουλών υγιεινού τρόπου ζωής και συμβουλών δημόσιας υγείας σε ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από Διαβήτη τύπου 2 ή διατρέχουν κίνδυνο Στεφανιαίας Νόσου (ιδιαίτερα εκείνοι που έχουν αυξημένη αρτηριακή πίεση) ή καπνίζουν ή είναι υπέρβαροι. Ενεργή συμμετοχή σε εθνικές/τοπικές εκστρατείες για την προώθηση μηνυμάτων δημόσιας υγείας σε όσους επισκέπτονται τα φαρμακεία κατά τη διάρκεια συγκεκριμένων και στοχευμένων περιόδων καμπάνιας.

Επαναλαμβανόμενη Διανομή και Ηλεκτρονική Επαναλαμβανόμενη Διανομή (Repeat Dispensing and Electronic Repeat Dispensing - eRD)

Τουλάχιστον τα δύο τρίτα όλων των συνταγών που παράγονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι για ασθενείς που χρειάζονται επαναλαμβανόμενες προμήθειες φαρμάκων. Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν την υπηρεσία λαμβάνουν επαναλαμβανόμενες προμήθειες φαρμάκων χωρίς να χρειάζεται ο ιατρός τους να εκδίδει κάθε φορά συνταγή προμήθειας. Η υπηρεσία σχεδιάστηκε για να εξοικονομήσει χρόνο για τους ιατρούς και τους ασθενείς και για να βελτιώσει την προσβασιμότητα.

Καθοδήγηση (Signposting)

Η παροχή πληροφοριών σε άτομα που επισκέπτονται το φαρμακείο και τα οποία χρήζουν περαιτέρω υποστήριξης, παροχής συμβουλών ή θεραπείας η οποία δεν μπορεί να παρασχεθεί από το φαρμακείο. Επίσης, η παραπομπή σε άλλους παρόχους υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας ή οργανώσεις υποστήριξης.

Υποστήριξη για Αυτοφροντίδα (Support for Self Care)

Η παροχή συμβουλών και υποστήριξης από το προσωπικό του φαρμακείου για να μπορούν τα άτομα να αποκομίζουν το μέγιστο όφελος από τη φροντίδα του εαυτού τους ή των οικογενειών τους [75].

B. Προηγμένες Υπηρεσίες (Advanced Services)

Σύμφωνα με το “*Συμβατικό Πλαίσιο Κοινοτικού Φαρμακείου*” υπάρχουν οκτώ “*Προηγμένες Υπηρεσίες*”. Τα κοινοτικά φαρμακεία μπορούν να επιλέξουν να παρέχουν οποιαδήποτε από τις παρακάτω υπηρεσίες, εφόσον πληρούν τις προϋποθέσεις οι οποίες ορίζονται με βάση τις οδηγίες του Υπουργείου Εσωτερικών:

Ανασκόπηση Χρήσης Συσκευής (Appliance Use Review - AUR)

Η υπηρεσία “*Ανασκόπηση Χρήσης Συσκευής*” έχει ως σκοπό να βελτιώσει τις γνώσεις του ασθενούς σε σχέση με τη χρήση οποιασδήποτε συσκευής:

- Καθορίζοντας τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής χρησιμοποιεί τη συσκευή και την εμπειρία του ασθενούς από αυτή τη χρήση.
- Εντοπίζοντας, συζητώντας και βοηθώντας στην επίλυση της κακής ή αναποτελεσματικής χρήσης της συσκευής από τον ασθενή.
- Συμβουλευόντας τον ασθενή για την ασφαλή και κατάλληλη αποθήκευση της συσκευής.
- Συμβουλευόντας τον ασθενή για την ασφαλή και σωστή απόρριψη των συσκευών που χρησιμοποιούνται ή είναι μη επιθυμητές.

Υπηρεσία διανομής συσκευών πλευρικής ροής για τον Covid-19 (Covid-19 lateral flow device distribution service)

Στα τέλη Μαρτίου 2021, η υπηρεσία διανομής συσκευών πλευρικής ροής για τον Covid-19 (συσκευή rapid test) προστέθηκε στο “*Συμβατικό Πλαίσιο Κοινοτικού Φαρμακείου*” ως “*Προηγμένη*” υπηρεσία. Η υπηρεσία στόχευε στη βελτίωση της πρόσβασης για τον έλεγχο του Covid-19, καθιστώντας τις συσκευές ανίχνευσης άμεσα διαθέσιμες στα κοινοτικά φαρμακεία για ασυμπτωματικά άτομα, για τον εντοπισμό θετικών κρουσμάτων Covid-19 στην κοινότητα και για να βοηθήσει να σπάσει η αλυσίδα μετάδοσης. Η παροχή της υπηρεσίας διακόπηκε στις 31 Μαρτίου 2022.

Υπηρεσία Συμβουλευτικής Κοινοτικού Φαρμακοποιού (Community Pharmacist Consultation Service - CPCS)

Η υπηρεσία συνδέει ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από μια ελαφριά ασθένεια ή χρειάζονται επείγουσα προμήθεια ενός φαρμάκου με ένα κοινοτικό φαρμακείο. Εκτός από τις παραπομπές από Γενικούς Ιατρούς, η υπηρεσία δέχεται παραπομπές στο κοινοτικό φαρμακείο από το 111 (δωρεάν τηλεφωνική γραμμή βοήθειας), τις “*Υπηρεσίες Ολοκληρωμένης Επείγουσας Φροντίδας και Κλινικής*

Αξιολόγηση” (Integrated Urgent Care Clinical Assessment Services - IUC CAS), και σε ορισμένες περιπτώσεις, ασθενείς που παραπέμπονται μέσω του 999 (εθνική υπηρεσία έκτακτης ανάγκης). Στοχεύει να ανακουφίσει την πίεση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας συνδέοντας τους ασθενείς με το κοινοτικό φαρμακείο, το οποίο θα πρέπει να είναι το πρώτο σημείο κλήσης και το οποίο θα μπορεί να προσφέρει μια γρήγορη, κατάλληλη και αποτελεσματική υπηρεσία για την κάλυψη των αναγκών τους. Η υπηρεσία δίνει την ευκαιρία στο κοινοτικό φαρμακείο να διαδραματίσει μεγαλύτερο ρόλο στο σύστημα επείγουσας φροντίδας.

Υπηρεσία Εμβολιασμού κατά της Γρίπης (Flu Vaccination Service)

Κάθε χρόνο από τον Σεπτέμβριο έως τον Μάρτιο, το Εθνικό σύστημα Υγείας διεξάγει εκστρατεία εμβολιασμού για την εποχική γρίπη με στόχο τον εμβολιασμό όλων των ασθενών που κινδυνεύουν να αναπτύξουν σοβαρές επιπλοκές λόγω του ιού. Η προσβασιμότητα των φαρμακείων, το παρατεταμένο ωράριο λειτουργίας τους και η επιλογή χρήσης χωρίς ραντεβού έχουν αποδειχθεί δημοφιλή στους ασθενείς που αναζητούν υπηρεσίες εμβολιασμού.

Υπηρεσία ελέγχου για την Ηπατίτιδα C (Hepatitis C testing service)

Η υπηρεσία επικεντρώνεται στην παροχή σημείου φροντίδας για τον έλεγχο (point of care testing - POCT) αντισωμάτων για την Ηπατίτιδα C (Hep C) σε άτομα που κάνουν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ουσιών, αλλά δεν έχουν φτάσει ακόμη στο σημείο να δεχτούν θεραπεία. Όταν τα άτομα είναι θετικά, παραπέμπονται για επιβεβαιωτική εξέταση και θεραπεία όπου αυτή χρειάζεται. Ο γενικός στόχος της υπηρεσίας είναι να αυξήσει τα επίπεδα δοκιμών για τον ιό της Ηπατίτιδας C μεταξύ των ατόμων που κάνουν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ουσιών, αλλά δεν συμμετέχουν σε κοινοτικές υπηρεσίες θεραπείας ναρκωτικών και αλκοόλ.

Υπηρεσία ανίχνευσης περιπτώσεων Υπέρτασης (Hypertension case-finding service)

Στην επικοινωνία με το κοινό η υπηρεσία περιγράφεται ως “Υπηρεσία Ελέγχου της Αρτηριακής Πίεσης”. Η πενταετής συμφωνία για το “Συμβατικό Πλαίσιο Κοινοτικού Φαρμακείου” που επιτεύχθηκε τον Ιούλιο του 2019 περιλάμβανε ένα πιλοτικό σχέδιο εύρεσης περιπτώσεων για μη διαγνωσμένη καρδιαγγειακή νόσο (Cardiovascular Disease - CVD). Η καρδιαγγειακή νόσος είναι μία από τις κύριες αιτίες πρόωρου θανάτου στην Αγγλία, επηρεάζει επτά εκατομμύρια ανθρώπους και αντιπροσωπεύει 1.6 εκατομμύρια έτη ζωής προσαρμοσμένα στην αναπηρία. Η Υπέρταση είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο και ένας από τους πέντε κορυφαίους παράγοντες κινδύνου για όλους τους πρόωπους θανάτους και την αναπηρία στην Αγγλία. Υπολογίζεται ότι 5.5

εκατομμύρια άνθρωποι έχουν αδιάγνωστη Υπέρταση σε όλη τη χώρα. Το 2020, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας ξεκίνησε ένα πιλοτικό πρόγραμμα που περιλαμβάνει φαρμακεία τα οποία προσφέρουν ελέγχους της Αρτηριακής Πίεσης (ΑΠ) σε άτομα ηλικίας 40 ετών και άνω. Σε περίπτωση που η αρχική ένδειξη της ΑΠ είναι αυξημένη, προσφέρεται στους ασθενείς 24ωρη περιπατητική παρακολούθηση της Αρτηριακής Πίεσης (Ambulatory Blood Pressure Monitoring - ABPM), η οποία είναι η μέθοδος αναφοράς για τη διάγνωση της Υπέρτασης. Η υπηρεσία στοχεύει:

- Να προσδιορίσει άτομα με υψηλή ΑΠ, ηλικίας 40 ετών και άνω (που δεν είχαν προηγουμένως επιβεβαιωμένη διάγνωση Υπέρτασης), και να τα παραπέμψει σε Γενικό Ιατρό για επιβεβαίωση της διάγνωσης και για κατάλληλη αντιμετώπιση.
- Να πραγματοποιήσει, κατόπιν αιτήματος Γενικού Ιατρού ή όπου χρειάζεται, κλινικές μετρήσεις και περιπατητική παρακολούθησή της Αρτηριακής Πίεσης.
- Να παράσχει άλλη μια ευκαιρία για προώθηση υγιεινών συμπεριφορών στους ασθενείς.

Υπηρεσία Νέων Φαρμάκων (New Medicine Service - NMS)

Η υπηρεσία παρέχει υποστήριξη σε άτομα στα οποία συνταγογραφήθηκε πρόσφατα ένα φάρμακο για τη διαχείριση μιας μακροχρόνιας πάθησης, και η οποία θα τους βοηθήσει να βελτιώσουν τη συμμόρφωσή τους στη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και στην αυτοδιαχείριση της πάθησης. Στην Αγγλία, περίπου 15 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από μια μακροχρόνια πάθηση και η βελτίωση της χρήσης των κατάλληλα συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι ζωτικής σημασίας για τη διαχείρισή της. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι φαρμακοποιοί μπορούν να παρέμβουν με επιτυχία όταν ένα φάρμακο είναι πρόσφατα συνταγογραφούμενο για να αυξήσουν την αποτελεσματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Η υπηρεσία χωρίζεται σε τρία στάδια, τα οποία είναι:

Στάδιο 1: *Δέσμευση του ασθενή (Patient engagement)*: Οι ασθενείς εντάσσονται στην υπηρεσία μετά από παραπομπή από συνταγογράφο ή από το προσωπικό του κοινοτικού φαρμακείου. Το νέο φάρμακο χορηγείται ως συνήθως με την παροχή συμβουλών για τη χρήση του και προσφέρεται στον ασθενή η δυνατότητα να χρησιμοποιήσει την υπηρεσία. Όπου υπάρχει αποδοχή της προσφοράς, το προσωπικό του φαρμακείου και ο ασθενής θα συμφωνήσουν τη μέθοδο και τον χρόνο για το στάδιο της "Παρέμβασης", συνήθως μεταξύ 7 και 14 ημερών μετά από τη "Δέσμευση του ασθενή".

Στάδιο 2: *Παρέμβαση (Intervention)*: Ο φαρμακοποιός και ο ασθενής θα έχουν μια συζήτηση είτε πρόσωπο με πρόσωπο στην αίθουσα διαβούλευσης του φαρμακείου, είτε εναλλακτικά μέσω τηλεφώνου ή βιντεοσύσκεψης. Ο φαρμακοποιός θα αξιολογήσει τη συμμόρφωση του ασθενή στη φαρμακευτική

αγωγή, θα εντοπίσει τυχόν προβλήματα και θα καθορίσει την ανάγκη του ασθενούς για περαιτέρω πληροφορίες και υποστήριξη. Ο φαρμακοποιός θα παρέχει συμβουλές και περαιτέρω υποστήριξη και, όπου δεν έχουν εντοπιστεί προβλήματα, θα συμφωνήσει τον χρόνο για το στάδιο της “Παρακολούθησης”, συνήθως μεταξύ 14 και 21 ημερών μετά το στάδιο της “Παρέμβασης”. Εάν εντοπιστούν προβλήματα και κατά την κλινική κρίση του φαρμακοποιού απαιτείται παρέμβαση από τον συνταγογράφο ιατρό του ασθενή, το θέμα θα παραπέμπεται σε αυτόν για εξέταση.

Στάδιο 3: *Επακολούθηση* (Follow-up): Ο φαρμακοποιός και ο ασθενής θα έχουν ξανά μια συζήτηση είτε πρόσωπο με πρόσωπο στην αίθουσα διαβούλευσης του φαρμακείου είτε εναλλακτικά μέσω τηλεφώνου ή βιντεοσύσκεψης. Ο φαρμακοποιός θα αξιολογήσει τη συμμόρφωση του ασθενή στη φαρμακευτική αγωγή, θα εντοπίσει προβλήματα και θα καθορίσει την ανάγκη του ασθενή για περαιτέρω πληροφορίες και υποστήριξη. Ο φαρμακοποιός θα παρέχει συμβουλές και περαιτέρω υποστήριξη όπου χρειάζεται. Εάν εντοπιστεί κάποιο πρόβλημα, ο φαρμακοποιός και ο ασθενής είτε θα συμφωνήσουν μια λύση είτε, όπου είναι απαραίτητο, ο ασθενής θα παραπεμφθεί στον συνταγογράφο ιατρό του για να εξετάσει το θέμα.

Υπηρεσία Παράδοσης κατά την Πανδημία (Pandemic Delivery Service)

Τα περισσότερα κοινοτικά φαρμακεία προσέφεραν ήδη μια υπηρεσία παράδοσης συνταγών, είτε δωρεάν είτε επί πληρωμή, σε ορισμένους ή σε όλους τους ασθενείς. Από τις 16 Μαρτίου 2021, τα άτομα που είχαν ειδοποιηθεί για την ανάγκη να απομονωθούν, είχαν πρόσβαση σε υποστήριξη για την παράδοση των συνταγών τους. Η παροχή της υπηρεσίας διακόπηκε στις 31 Μαρτίου 2022.

Υπηρεσία Διακοπής του Καπνίσματος (Smoking Cessation Service - SCS)

Τα ποσοστά καπνίσματος έχουν μειωθεί σημαντικά τα τελευταία 10 χρόνια, αλλά το κάπνισμα εξακολουθεί να ευθύνεται για περισσότερα χρόνια απώλειας της ζωής από οποιονδήποτε άλλο τροποποιήσιμο παράγοντα κινδύνου. Το 2019, περίπου 5.7 εκατομμύρια άνθρωποι ή σχεδόν το 14% του ενήλικου πληθυσμού στην Αγγλία αναφέρθηκε ότι καπνίζουν. Οι καπνιστές βλέπουν τον ιατρό τους πάνω από το ένα τρίτο πιο συχνά από τους μη καπνιστές και το κάπνισμα συνδέεται με σχεδόν μισό εκατομμύριο εισαγωγές στο νοσοκομείο κάθε χρόνο. Το Μακροπρόθεσμο Σχέδιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας έθεσε ως στόχο έως το 2023-2024, σε όλα τα άτομα που εισάγονται στο νοσοκομείο και καπνίζουν να προσφέρονται υπηρεσίες θεραπείας καπνού. Το σχέδιο δεσμεύθηκε για την υιοθέτηση του *Μοντέλου της Οτάβα για τη Διακοπή του Καπνίσματος* (Ottawa Model for Smoking Cessation - OMSC), το οποίο έχει αποδειχθεί σε ολόκληρο τον

Καναδά ότι βελτιώνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος κατά 11%. Για να επιτευχθεί επιτυχής διακοπή του καπνίσματος απαιτείται συνεργασία και αποτελεσματική μεταφορά φροντίδας μεταξύ της δευτεροβάθμιας και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για όλους τους ασθενείς που υποστηρίζονται από το παραπάνω μοντέλο. Τα κοινοτικό φαρμακείο έχει τη δυνατότητα να παρέχει αυτή την υποστήριξη διακοπής του καπνίσματος στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, και να αποτελεί μέρος του ευρύτερου στόχου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ο σκοπός της υπηρεσίας είναι να μειώσει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα από το κάπνισμα, καθώς και τις ανισότητες στην υγεία που σχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος. Στόχος της υπηρεσίας είναι να διασφαλίσει ότι όλοι οι ασθενείς που παραπέμπονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας στο κοινοτικό φαρμακείο θα λαμβάνουν την υπηρεσία με συνέπεια, αποτελεσματικότητα και σύμφωνα με τις οδηγίες του *Εθνικού Ινστιτούτου Αριστείας της Υγείας και της Φροντίδας* (National Institute for Health and Care Excellence - NICE) και του *Μοντέλου της Οτάβα για τη Διακοπή του Καπνίσματος*.

Προσαρμογή Συσκευών Στομίας (Stoma Appliance Customisation - SAC)

Η υπηρεσία περιλαμβάνει την προσαρμογή των συσκευών στομίας με βάση τις μετρήσεις του ασθενή ή ενός πρότυπου. Ο στόχος της υπηρεσίας είναι να διασφαλίσει τη σωστή χρήση και την άνετη τοποθέτηση της συσκευής στομίας και να βελτιώσει τη διάρκεια χρήσης της, μειώνοντας έτσι τη σπατάλη και τα απορρίμματα. Η υπηρεσία θα πρέπει να παρέχεται σε ιδιωτικό χώρο εντός του φαρμακείου και να διατηρείται αρχείο το οποίο θα περιλαμβάνει:

- Λεπτομέρειες των συμβουλών που δίνονται.
- Τον τύπο της συσκευής στομίας.
- Διαστάσεις που χρησιμοποιούνται για την τροποποίηση τμημάτων της συσκευής.
- Μετρήσεις του ασθενούς (εάν ληφθούν).
- Διαστάσεις οποιουδήποτε πρότυπου έχει κατασκευαστεί ή τροποποίηση οποιουδήποτε υπάρχοντος πρότυπου.
- Τυχόν παραπομπές που έγιναν στον συνταγογράφο.

Το αρχείο θα πρέπει να διατηρείται για τουλάχιστον 12 μήνες και ένα αντίγραφο του θα παρέχεται στον ασθενή ή, εάν ζητηθεί από τον ασθενή, στον συνταγογράφο ή σε άλλον επαγγελματία υγείας [75].

Γ. Ενισχυμένες και Τοπικά Παραγγελθείσες Υπηρεσίες (Enhanced and Locally Commissioned Services)

Έως τις 31 Μαρτίου 2013, όλες οι “Τοπικά Παραγγελθείσες Φαρμακευτικές Υπηρεσίες” ονομάζονταν “Ενισχυμένες Υπηρεσίες” και ανατίθονταν από

διοικητικά όργανα πρωτοβάθμιας φροντίδας (Primary Care Trusts - PCTs). Από την 1η Απριλίου 2013, μόνο το Εθνικό Σύστημα Υγείας μπορεί να αναθέσει “Ενισχυμένες Υπηρεσίες” στα φαρμακεία, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού [76]. Τον Δεκέμβριο του 2021, νέες διατάξεις προστέθηκαν στους κανονισμούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας του 2013 σε σχέση με τις “Φαρμακευτικές και Τοπικές Φαρμακευτικές Υπηρεσίες”. Οι διατάξεις αυτές αφορούν έναν νέο τύπο ενισχυμένων υπηρεσιών, τις “Εθνικές Ενισχυμένες Υπηρεσίες” (National Enhanced Services - NES). Ο νέος τύπος υπηρεσιών επιτρέπει τη συμφωνία των τυπικών συνθηκών παροχής σε εθνικό επίπεδο, ενώ ταυτόχρονα εξακολουθεί να επιτρέπει την ευελιξία για τοπικές αποφάσεις ανάθεσης υπηρεσιών ως μέρος ενός εθνικά συντονισμένου προγράμματος. Οι “Τοπικά Παραγγελθείσες Υπηρεσίες” κοινοτικών φαρμακείων μπορούν να ανατεθούν μέσω μιας σειράς διαφορετικών διαδρομών και από διαφορετικούς επιτρόπους όπως οι τοπικές αρχές, οι “Ολοκληρωμένες Επιτροπές Φροντίδας” (Integrated Care Boards - ICBs) και τοπικές ομάδες υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας [75]. Σημειώνεται ότι οι “Ολοκληρωμένες Επιτροπές Φροντίδας” αντικατέστησαν τις “Ομάδες Κλινικές Ανάθεσης” (Clinical Commissioning Groups - CCGs) από την 1η Ιουλίου 2022 [77]. Ο κατάλογος των τοπικών υπηρεσιών περιλαμβάνει ένα πλήθος δραστηριοτήτων και παρεμβάσεων οι οποίες έχουν ως σκοπό να καλύψουν πλήρως τις ανάγκες των πολιτών:

- Έλεγχος για αλκοόλ και σύντομη παρέμβαση.
- Αντιβιοτικά.
- Υπηρεσία παρακολούθησης αντιπηκτικών.
- Προμήθεια αντιικών φαρμάκων - επιδημίες γρίπης και πανδημία.
- Διαχείριση των ασθενών με άσθμα.
- Κολπική Μαρμαρυγή.
- Προσυμπτωματικός έλεγχος ιών που μεταδίδονται μέσω του αίματος.
- Εξέταση C-αντιδρώσας πρωτεΐνης.
- Καρκίνος.
- Καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Υποστήριξη κέντρων φροντίδας ηλικιωμένων.
- Υπηρεσία πλάνου φροντίδας.
- Υποστήριξη φροντιστή.
- Έλεγχος και θεραπεία χλαμυδίων.
- Κοιλιοκάκη.
- Υπηρεσία ευαισθητοποίησης για την εγκράτεια.
- Σχέδια διανομής προφυλακτικών “C-Card”.
- Κοινοτικές υπηρεσίες εξοπλισμού.
- Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια.
- Άνοια.

- Διαβήτης.
- Ψηφιακή υπηρεσία παραπομπής μικροπαθήσεων.
- Υποστήριξη εξιτηρίου και επανεγκατάσταση.
- Υποστήριξη κατοικίας.
- Επίδεσμοι.
- Αυτί, μύτη και λαιμός.
- Επείγουσα ορμονική αντισύλληψη.
- Επείγουσα προμήθεια φαρμάκων.
- Φροντίδα οφθαλμού.
- Υπηρεσίες εκτεταμένης φροντίδας “Οδηγία Ομάδας Ασθενών”.
- Πρόληψη πτώσεων.
- Προμήθεια τροφίμων χωρίς γλουτένη.
- Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.
- Ψείρες κεφαλής.
- Γραμματισμός υγείας.
- Βιταμίνες για υγιεινό ξεκίνημα.
- Υπέρταση.
- Ανεξάρτητη συνταγογράφηση από φαρμακοποιό.
- Υπηρεσία παρέμβασης.
- Συνεργασία με τους Γενικούς Ιατρούς.
- Εξέταση πλευρικής ροής.
- Διαχείριση χρόνιας πάθησης.
- Ανασκόπηση φαρμάκων - Πλήρης κλινική ανασκόπηση.
- Αξιολόγηση των φαρμάκων και υποστήριξη της συμμόρφωσης.
- Βελτιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής.
- Ψυχική υγεία.
- Υπηρεσία μικροπροβλημάτων υγείας.
- Εκρίζωση ανθεκτικού στη μεθικιλίνη χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου.
- Μυοσκελετικό.
- Ναλοξόνη.
- Πρόγραμμα ανταλλαγής βελόνας και σύριγγας.
- Έλεγχος Υγείας.
- Κατά παραγγελία διαθεσιμότητα εξειδικευμένων φαρμάκων.
- Άλλες υπηρεσίες.
- Εκτός ωραρίου πρόσβαση σε φάρμακα.
- Πόνος.
- Εκπαίδευση ομάδας ασθενών.
- Προγράμματα υποστήριξης ασθενών.
- Οδηγίες ομάδας ασθενών.

- Πρώτα το φαρμακείο.
- Φλεβοτομή.
- Εγκυμοσύνη.
- Αναπνευστικό.
- Εμβολιασμός κατά της εποχικής γρίπης.
- Σεξουαλική υγεία.
- Υπηρεσία απόρριψης αιχμηρών.
- Υπηρεσία κοινωνικής συνταγογράφησης.
- Διακοπή του καπνίσματος.
- Εποπτευόμενη χορήγηση.
- Συμπληρωματική συνταγογράφηση από φαρμακοποιούς.
- Φυματίωση.
- Επείγουσα φροντίδα της υγείας (NHS 111).
- Υπηρεσίες εμβολιασμού.
- Ευάλωτοι ασθενείς.
- Υπηρεσίες διαχείρισης βάρους.
- Ασθένειες του χειμώνα.
- Υπηρεσία χειμερινής διαβούλευσης κοινοτικού φαρμακείου [75].

- ΙΡΛΑΝΔΙΑ

Τον Ιούνιο του 2023, τα εγγεγραμμένα κοινοτικά φαρμακεία στο μητρώο της “Φαρμακευτικής Εταιρείας της Ιρλανδίας” (Pharmaceutical Society of Ireland - PSI) ήταν 1906 [78]. Σύμφωνα με τη νομοθεσία της χώρας, κάθε φαρμακείο είναι υποχρεωμένο να διαθέτει έναν ξεχωριστό, καθορισμένο χώρο διαβούλευσης φαρμακοποιού-ασθενή [79]. Ο χώρος αυτός θα πρέπει να είναι κατάλληλα εξοπλισμένος ώστε να επιτρέπει την παροχή συμβουλευτικής και την επίδειξη σε σχέση με τη σωστή και ασφαλή χρήση των φαρμάκων, των ιατρικών προϊόντων και των συσκευών. Επίσης, θα πρέπει να είναι προσβάσιμος για όλους τους ασθενείς, π.χ. χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων [80].

Οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από τα φαρμακεία χωρίς να έχει καθιερωθεί αμοιβή είναι η ανασκόπηση της χρήσης των φαρμάκων, ο έλεγχος υγείας (μέτρηση ΑΠ, γλυκόζης του αίματος, χοληστερίνης, και πιο πρόσφατα, Περιπατητική Παρακολούθηση της Αρτηριακής Πίεσης), η διακοπή του καπνίσματος και υπηρεσίες που αφορούν την προαγωγή της υγείας. Αντίθετα, υπηρεσίες για τις οποίες παρέχεται αμοιβή είναι: ο εμβολιασμός, η επείγουσα χορήγηση φαρμάκων και η επείγουσα ορμονική αντισύλληψη. Ο εποχικός εμβολιασμός κατά της γρίπης από τους φαρμακοποιούς ξεκίνησε το 2011. Τα τελευταία χρόνια οι φαρμακοποιοί δύνανται να χορηγούν το εμβόλιο και σε παιδιά ηλικίας μεγαλύτερης των 2 ετών. Επίσης, έχουν τη δυνατότητα να εμβολιάζουν

ομάδες υψηλού κινδύνου για ασθένειες όπως ο έρπητας ζωστήρας και η πνευμονιοκοκκική νόσος.

Η εκπαίδευση και η πιστοποίησή των φαρμακοποιών στη χορήγηση εμβολίων πραγματοποιείται από το *“Ιρλανδικό Ινστιτούτο Φαρμακευτικής”* (Irish Institute of Pharmacy - IIP).

Ως αναφορά την επείγουσα χορήγηση φαρμάκων, οι φαρμακοποιοί μπορούν να χορηγούν αδρεναλίνη για την αντιμετώπιση της αναφυλαξίας, σαλβουταμόλη με εισπνοή για την αντιμετώπιση του άσθματος και άλλα φάρμακα σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης όπως η υπογλυκαιμία (ένεση γλυκαγόνης), η στηθαγχική κρίση (τρινιτρική γλυκερίνη σε μορφή αερολύματος) και η υπερδοσολογία οπιοειδών (ναλοξόνη).

Από το 2005, οι γυναίκες μπορούν να λαμβάνουν από το φαρμακείο *Λεβονοργεστρέλη* (Levonorgestrel) χωρίς ιατρική συνταγή, πληρώνοντας εκτός από το κόστος του προϊόντος και μια επαγγελματική αμοιβή [81].

- Η.Π.Α.

Τα κοινοτικά φαρμακεία στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) περιλαμβάνουν διαφορετικούς τύπους φαρμακείων με βάση τις ρυθμίσεις άσκησης και λειτουργίας του φαρμακευτικού επαγγέλματος. Τα φαρμακεία διακρίνονται: στα “ανεξάρτητα φαρμακεία”, στις “παραδοσιακές αλυσίδες φαρμακείων”, στα “εντός σούπερ μάρκετ” και στα “φαρμακεία μαζικού εμπορίου”.

Υπεύθυνος φορέας για την αντιπροσώπευσή τους είναι η *“Εθνική Ένωση Κοινοτικών Φαρμακοποιών”* (National Community Pharmacists Association - NCPA) η οποία ιδρύθηκε το 1898. Τον Ιούνιο του 2021, τα “ανεξάρτητα φαρμακεία” ήταν 19.397 και αποτελούσαν το 34% επί του συνολικού αριθμού των φαρμακείων. Το 74% των ανεξάρτητων φαρμακείων εξυπηρετεί περιοχές με πληθυσμό μικρότερο των 50.000 κατοίκων και το 38% βρίσκεται σε περιοχές με πληθυσμό μικρότερο των 10.000 κατοίκων, παρέχοντας υπηρεσίες ζωτικής σημασίας για τον αγροτικό πληθυσμό [82].

Το 2014, η επέκταση της Κοινοτικής Φροντίδας στην πολιτεία της Βόρειας Καρολίνας είχε σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία του *“Δικτύου Βελτιωμένων Υπηρεσιών Κοινοτικού Φαρμακείου”* (Community Pharmacy Enhanced Services Network - CPESN).

Το CPESN USA είναι ένα κλινικά ολοκληρωμένο δίκτυο κοινοτικών φαρμακείων, κυρίως ανεξάρτητων, το οποίο έχει ως στόχο την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Αποτελεί τον πρώτο και μοναδικό *“Υπεύθυνο Φαρμακευτικό Οργανισμό”* (Accountable Pharmacy Organization - APO) ο οποίος αποτελείται από περισσότερα από 50 τοπικά δίκτυα φαρμακείων, καλύπτοντας πάνω από το 85% του πληθυσμού σε όλη την επικράτεια της χώρας. Κάθε φαρμακείο ακολουθεί

προτυποποιημένα πρωτόκολλα παροχής υπηρεσιών οι οποίες διαχωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες:

1. Τις “Υπηρεσίες Διαχείρισης Νοσημάτων” (EngageDM Services).
2. Τις “Υπηρεσίες Συγχρονισμού” (EngageSync Services) [83].

A. Υπηρεσίες Διαχείρισης Νοσημάτων

Οι υπηρεσίες *Διαχείρισης Νοσημάτων* (Disease Management) έχουν ως επίκεντρο τον ασθενή. Κάθε αλληλεπίδραση μαζί του περιλαμβάνει τον καθορισμό στόχων και την αναθεώρησή τους, και τεκμηριώνεται με ένα *Σχέδιο Φροντίδας* (Care Plan). Στην κατηγορία αυτήν περιλαμβάνονται υπηρεσίες όπως:

- Διαχείριση της Υπέρτασης
- Διαχείριση του Διαβήτη
- Διαχείριση Άσθματος/ΧΑΠ
- Υποστήριξη συμπεριφορών υγείας
- Υποστήριξη χρήσης οπιοειδών

B. Υπηρεσίες Συγχρονισμού

Η υπηρεσία “Συγχρονισμού” ξεκινάει με το συγχρονισμό της παρεχόμενης φροντίδας με την έγκαιρη ρουτίνα χορήγησης των φαρμάκων. Η προσέγγιση αυτή έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τη συμμόρφωση του ασθενούς στη φαρμακευτική αγωγή. Σε κάθε “Συγχρονισμένη Φροντίδα” ο ασθενής λαμβάνει στο σπίτι και τη συσκευασία τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής. Όλη η διαδικασία τεκμηριώνεται με το αντίστοιχο Σχέδιο Φροντίδας.

Μια τρίτη κατηγορία υπηρεσιών, οι “Υπηρεσίες Συγχρονισμού Προηγμένης Φροντίδας” (Advanced Care Sync Services), είναι πιο εξειδικευμένες και περιλαμβάνουν:

- Τον “Συγχρονισμό” της Φροντίδας *συν* την Υποστήριξη σε σχέση με τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας ή
- Τον “Συγχρονισμό” της Φροντίδας *συν* την Υποστήριξη της Μετάβασης στη Φροντίδα ή
- Τον “Συγχρονισμό” της Φροντίδας *συν* την Υποστήριξη της Διαχείρισης της Φροντίδας.

Σύμφωνα με τους *Goode* και συν., οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί παρέχουν καινοτόμες υπηρεσίες φροντίδας οι οποίες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στους ακόλουθους τομείς:

1. Βελτιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής.
2. Ευεξία και πρόληψη.
3. Διαχείριση χρόνιας φροντίδας.
4. Διαχείριση οξείας φροντίδας.

5. Εκπαίδευση ασθενούς
6. Άλλες υπηρεσίες φροντίδας ασθενών.

α. Βελτιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής (Medication Optimization)

Η βελτιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και αφορά τη συνεργατική διαχείριση της φαρμακευτικής του θεραπείας. Περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως:

- Συσκευασία φαρμάκων
- Διανομή κατ' οίκον
- Φαρμακευτική συμφιλίωση
- Συγχρονισμός φαρμακευτικής αγωγής βάσει ραντεβού
- Προγράμματα συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή
- Υπηρεσίες ολοκληρωμένης διαχείρισης των φαρμάκων
- Στοχευμένη ανασκόπηση φαρμάκων
- Χορήγηση φαρμάκων
- Μείωση ή διακοπή συνταγογράφησης

β. Ευεξία και πρόληψη (Wellness and Prevention)

Περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως:

- Προσυμπτωματικοί έλεγχοι για:
 - Αρτηριακή Πίεση
 - Διαβήτη
 - Χοληστερίνη
 - Οστεοπόρωση
 - Σωματικό λίπος
 - Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV)
 - Ηπατίτιδα C
 - Αλλεργία
 - Δηλητηρίαση από μόλυβδο
- Εκτίμηση κινδύνου για:
 - Πτώσεις
 - Κατάθλιψη
 - Άσθμα
 - Καρδιαγγειακός κίνδυνος
- Διαχείριση βάρους

- Διακοπή του καπνίσματος
- Αντισύλληψη
- Βιοπανομοιότυπη ορμονική υποκατάσταση
- Φθοριούχες θεραπείες
- Ναλοξόνη
- Ανταλλαγή βελόνων
- Επιστροφή φαρμάκων
- Διατροφοδραστικά
- Ετήσια επίσκεψη ευεξίας στο ιατρείο
- Φαρμακογονιδιωματική
- Αξιολόγηση ύπνου
- Πρόληψη πτώσεων
- Εμβολιασμοί
- Προ-ταξιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

γ. Διαχείριση χρόνιας φροντίδας (Chronic Care Management - CCM)

Περιλαμβάνει υπηρεσίες οι οποίες στοχεύουν στην παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας όπως:

- Διαβήτης
- Υπέρταση
- Χοληστερίνη
- Άσθμα
- Αντιπηκτική αγωγή
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Ηπατίτιδα C
- Εμμηνόπαυση

Παρακολούθηση μέσω εργαστηριακών εξετάσεων:

- Τεστ σάλιου για θεραπεία βιολογικής ορμονικής υποκατάστασης
- Αντιπηκτική αγωγή
- Γλυκοζυλιωμένη Αιμοσφαιρίνη (HbA1c)
- Θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (TSH)
- Φαρμακογενετική
- Ηπατική λειτουργία

δ. Διαχείριση οξείας φροντίδας (Acute Care Management)

Περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως:

- Εξέταση (ταχεία διάγνωση) και θεραπεία για:

- Γρίπη
- Στρεπτόκοκκο
- Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού
- Επείγουσα φροντίδα μικροπροβλημάτων υγείας
- Διαλογή και παραπομπή

ε. Εκπαίδευση ασθενούς (Patient Education)

Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί δύνανται να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς σε θέματα που αφορούν την φαρμακευτική τους αγωγή, την ευεξία, την πρόληψη και τις ιατρικές καταστάσεις.

Οι διδακτικές μέθοδοι και τα μέσα που χρησιμοποιούν είναι τα εξής:

- Στο χώρο του φαρμακείου
 - Φυλλάδια
 - Βίντεο
 - Ράφια προβολής
 - Αφίσες
- Ατομικά
- Ομαδικά
- Μαθήματα άσκησης

Επίσης, οι φαρμακοποιοί μπορούν στο πλαίσιο του “Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης του Διαβήτη” (National Diabetes Prevention Program - National DPP) να παρέχουν διαπιστευμένα προγράμματα πρόληψης και εκπαίδευσης για τον Διαβήτη, υπό την αιγίδα των “Κέντρων Έλεγχου και Πρόληψης Νοσημάτων” (Centers for Disease Control and Prevention - CDC).

στ. Άλλες υπηρεσίες φροντίδας ασθενών (Other Patient Care Services)

Περιλαμβάνονται υπηρεσίες όπως:

- Έλεγχος για φυματίωση
- Τηλε-υγεία
- Ανθεκτικός ιατρικός εξοπλισμός
- Μεταβάσεις φροντίδας
- Πληθυσμιακή υγεία
- Ετοιμότητα έκτακτης ανάγκης [84].

Σύμφωνα με τους *Salgado* και συν., οι κύριες παρεχόμενες υπηρεσίες για τις οποίες οι φαρμακοποιοί μπορούν, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, να λάβουν αποζημίωση είναι οι εξής:

Εμβολιασμοί (Immunizations): Η υπηρεσία είναι διαθέσιμη και στις 50 πολιτείες, καθώς και στην περιφέρεια της Κολούμπια. Στην πολιτεία της Αλαμπάμα η υπηρεσία παρέχεται μόνο με ιατρική συνταγή. Σε 6 πολιτείες επιτρέπεται η

χορήγηση των εμβολίων από βοηθούς φαρμακείου, μετά από εκπαίδευση και υπό την επίβλεψη από πιστοποιημένο φαρμακοποιό (Ιούνιος 2020).

Πρόγραμμα Διαχείρισης Φαρμακευτικής Θεραπείας (Medication Therapy Management - MTM - program): Το 2019, και τα 649 συμβόλαια “Medicare part D” χρησιμοποίησαν φαρμακοποιούς για την παροχή της υπηρεσίας (το Medicare είναι το ομοσπονδιακό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, για ορισμένα νεότερα άτομα με αναπηρία και για άτομα με νεφρική νόσο τελικού σταδίου που απαιτεί αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση).

Συσκευασία Φαρμάκων (Medication packaging): Η κατάσταση υλοποίησης της υπηρεσίας είναι άγνωστη.

Συγχρονισμός Φαρμάκων (Medication synchronization): Η υπηρεσία παρέχεται σε 22.000 κοινοτικά φαρμακεία (2015).

Συνταγογράφηση Ορμονικής Αντισύλληψης (Hormonal contraception prescribing): Η υπηρεσία παρέχεται σε 9 Πολιτείες και στην Περιφέρεια της Κολούμπια, την περιοχή της Ουάσινγκτον (Δεκέμβριος 2019).

Εξέταση Σημείου Φροντίδας (Point-of-care testing): Η υπηρεσία περιλαμβάνει εξετάσεις για: γλυκόζη του αίματος, χοληστερίνη, στρεπτόκοκκο της ομάδας A, ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, ιό της Ηπατίτιδας C, HIV, γρίπη, INR και Φαρμακογενετική.

Συνταγογράφηση ή διανομή Ναλοξόνης (Naloxone prescribing or dispensing): Η υπηρεσία είναι διαθέσιμη και στις 50 πολιτείες, καθώς και στην περιφέρεια της Κολούμπια (Ιανουάριος 2019). Η διαδικασία της συνταγογράφησης δεν είναι ίδια σε όλες τις Πολιτείες.

Συνταγογράφηση βοηθημάτων για τη διακοπή του καπνίσματος (Tobacco cessation aid prescribing): Η υπηρεσία είναι διαθέσιμη σε 37 πολιτείες (Νοέμβριος 2019). Η διαδικασία της συνταγογράφησης δεν είναι ίδια σε όλες τις πολιτείες [85].

- ΚΑΝΑΔΑΣ

Τα κοινοτικά φαρμακεία στη χώρα του Καναδά κατέχουν σημαντική θέση στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας προς τους πολίτες. Σύμφωνα με την “Εθνική Ένωση Ρυθμιστικών Αρχών Φαρμακείου” (National Association Pharmacy Regulatory Authorities - NAPRA), ο αριθμός των κοινοτικών φαρμακείων τα οποία λειτουργούσαν στη χώρα την 1η Ιανουαρίου 2022 ήταν 11.356 [86].

Ο Καναδός διαιρείται διοικητικά σε 10 επαρχίες και 3 ομοσπονδιακά εδάφη. Οι διευρυμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας οι οποίες παρέχονται στο χώρο του φαρμακείου διαφέρουν ανάλογα με την περιοχή. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι:

- Ανασκόπηση φαρμάκων.
- Διαχείριση κοινών/ήσσονος σημασίας παθήσεων.
- Προγράμματα διακοπής του καπνίσματος.

- Ανανέωση, επέκταση και προσαρμογή των υφιστάμενων συνταγών.
- Συνταγογράφηση και χορήγηση ενέσιμων φαρμάκων για ασθενείς που μπορούν να προληφθούν και εμβολιασμός.
- Υπηρεσίες μείωσης της βλάβης.

Η υπηρεσία μείωσης της βλάβης αφορά τη διασφάλιση της παροχής φαρμάκων και υλικών (βελόνες, σύριγγες) σε άτομα τα οποία κάνουν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών.

Οι φαρμακοποιοί παρέχουν εκπαίδευση σε σχέση με τις βλάβες που προκαλεί η χρήση οπιοειδών, καθώς και οδηγίες για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων που προκύπτουν από τη χρήση ουσιών. Επίσης, η υπηρεσία συμπεριλαμβάνει και τη διανομή kit *Ναλοξόνης* (Naloxone) για την αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας οπιοειδών [87].

Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται από περιοχή σε περιοχή της χώρας, σε σχέση με την αμοιβή την οποία αξιώνουν οι φαρμακοποιοί για τις υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν. Για παράδειγμα, ο εμβολιασμός κατά της γρίπης παρουσιάζει την χαμηλότερη τιμή χρέωσης στην επαρχία της Μανιτόμπα (Manitoba) με 7\$ (δολάρια Καναδά) και την υψηλότερη στην επαρχία της Αλμπέρτα (Alberta) με 15\$. Η ενέσιμη ή ενδορινική χορήγηση Ναλοξόνης στην επαρχία του Οντάριο (Ontario) χρεώνεται με 10\$, και σε περίπτωση που χρειαστεί αρχική εκπαίδευση η τιμή χρέωσης φθάνει τα 25\$ [88].

Οι πολίτες δηλώνουν ικανοποιημένοι από την υπηρεσία διενέργειας εμβολιασμού, καθώς σε έρευνα η οποία διεξάχθηκε στο Τορόντο το 2013, το 92% των ασθενών δήλωσαν ότι είναι *“πολύ ικανοποιημένοι”* από την τεχνική της ένεσης και από τις υπηρεσίες που έλαβαν. Το 86% ένιωσε *“πολύ άνετα”* κατά τον εμβολιασμό και το 99% ανέφερε ότι θα συνιστούσε στα μέλη της οικογένειάς του και σε φίλους να εμβολιαστούν από φαρμακοποιό.

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ως καθοριστικούς παράγοντες ικανοποίησής τους, την ευκολία και την προσβασιμότητα. Τέλος, το 28% του συνόλου των ασθενών δήλωσε ότι δεν θα είχε εμβολιασθεί εάν δεν ήταν διαθέσιμος ο εμβολιασμός στο χώρο του φαρμακείου [89].

- ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ

Σύμφωνα με τη *“Συντεχνία Φαρμακείων της Αυστραλίας”* (The Pharmacy Guild of Australia), ο συνολικός αριθμός των κοινοτικών φαρμακείων ανέρχεται στα 5.875 (Ιούλιος 2022). Για την πενταετία 2020-2025, η κυβέρνηση της Αυστραλίας και η *“Συντεχνία”* έχουν προχωρήσει στην υπογραφή της *“7ης Συμφωνίας Κοινοτικού Φαρμακείου”* (7th Community Pharmacy Agreement - 7CPA). Η παραπάνω συμφωνία έχει διάρκεια ζωής μεγαλύτερη από τρεις δεκαετίες και ο σκοπός της αφορά την υποστήριξη της πρόσβασης των ασθενών σε φαρμακευτικές παροχές και υπηρεσίες [90].

Τα συνεχιζόμενα προγράμματα τα οποία παρέχονται μέσω των κοινοτικών φαρμακείων αφορούν τα εξής:

- Προγράμματα συμμόρφωσης στη φαρμακευτική Αγωγή.
 - Βοηθήματα χορήγησης δόσης
 - Σταδιακή προμήθεια
- Προγράμματα Διαχείρισης της Φαρμακευτικής Αγωγής.
 - Ανασκόπηση φαρμάκων στο σπίτι
 - Ανασκόπηση διαχείρισης φαρμάκων για διαμένοντες σε κατοικίες
 - Ποιοτική χρήση των φαρμάκων για διαμένοντες σε κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων
 - Έλεγχος Φαρμάκων
 - Έλεγχος διαβητικών φαρμάκων
- Προγράμματα Αβορίγιων και Νησιωτών του στενού Τόρες τα οποία στοχεύουν στη βελτίωση της πρόσβασης στα φάρμακα και στη ποιοτική χρήση των φαρμάκων.
- Προγράμματα Στήριξης Αγροτικών Περιοχών.
- Ηλεκτρονική Υγεία [91].

Τα κοινοτικά φαρμακεία στην Αυστραλία αποτελούν τοπικούς κόμβους υγείας. Σύμφωνα με τη “Συντεχνία Φαρμακείων της Αυστραλίας”, το φάσμα των υπηρεσιών οι οποίες παρέχονται στο χώρο του φαρμακείου περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- Βεβαιώσεις απουσίας από την εργασία
- Εξέταση αναιμίας
- Διαχείριση άσθματος
- Εξέταση γλυκόζης αίματος
- Παρακολούθηση αρτηριακής πίεσης
- Έλεγχος οστικής πυκνότητας
- Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του εντέρου
- Προετοιμασία χημειοθεραπείας
- Εξέταση χοληστερίνης
- Υπηρεσίες σύνθεσης
- Προμήθεια και συμβουλές ενδυμάτων συμπίεσης
- Αξιολόγηση και διαχείριση ΧΑΠ
- Εμβολιασμός κατά του COVID-19
- Υπηρεσίες παράδοσης
- Διαχείριση Διαβήτη
- Έλεγχος διαβητικών φαρμάκων
- Προσυμπτωματικός έλεγχος Διαβήτη
- Υπηρεσία επικύρωσης εγγράφου
- Βοηθήματα χορήγησης δόσης

- Υπηρεσία έκτακτης ανάγκης εκτός ωραρίου
- Ανασκόπηση φαρμάκων στο σπίτι
- Παρακολούθηση του INR
- Διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής
- Υποστήριξη ψυχικής υγείας
- Βοηθήματα κινητικότητας
- Κλινική μητέρας και βρέφους
- Εθνικό Σχέδιο Υπηρεσιών Διαβήτη
- Υπηρεσία βελόνας και σύριγγας
- Θεραπεία εξάρτησης από οπιοειδή
- Υποστήριξη παρηγορητικής φροντίδας
- Υποστήριξη διακοπής του καπνίσματος
- Επιστροφή Ανεπιθύμητων Φαρμάκων
- Υπνική άπνοια
- Σταδιακή προμήθεια
- Υπηρεσία τηλε-υγείας
- Υπηρεσία λοιμώξεων του ουροποιητικού
- Υπηρεσίες εμβολιασμού
- Υπηρεσίες εμβολιασμού - Γρίπη
- Διαχείριση βάρους
- Διαχείριση τραύματος [92].

- ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ

Η Νέα Ζηλανδία αποτελείται από δύο μεγάλα και πολλά μικρότερα νησιά και βρίσκεται στα νοτιοδυτικά του Ειρηνικού ωκεανού. Τον Σεπτέμβριο του 2022 λειτουργούσαν σε όλη την επικράτεια 1.046 κοινοτικά φαρμακεία [93]. Τον Ιούλιο του 2012 εισήχθη, αρχικά ως τριετή σύμβαση, η “*Συμφωνία Υπηρεσιών Κοινοτικού Φαρμακείου*” (Community Pharmacy Service Agreement - CPSA) μεταξύ των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (District Health Boards - DHB) και κάθε φαρμακείου, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η συμφωνία εφαρμόστηκε τα επόμενα χρόνια σταδιακά και παρατάθηκε συνολικά τρεις φορές, έως τις 30 Σεπτεμβρίου 2018. Από την 1η Οκτωβρίου 2018 τέθηκε σε ισχύ η “*Συμφωνία Ολοκληρωμένων Υπηρεσιών Κοινοτικού Φαρμακείου*” (Integrated Community Pharmacy Services Agreement - ICPSA), αντικαθιστώντας την προηγούμενη σύμβαση. Η νέα συμφωνία αναθεωρείται κάθε χρόνο, και από την 1η Οκτωβρίου 2022 είναι σε ισχύ η τέταρτη παραλλαγή της [94]. Η παραλλαγή αυτή περιλαμβάνει τρία προγράμματα υπηρεσιών:

Πρόγραμμα 1: Διανομή και Επαγγελματικές Συμβουλευτικές Υπηρεσίες.

Πρόγραμμα 2: Πρόσθετες Επαγγελματικές Συμβουλευτικές Υπηρεσίες.

Πρόγραμμα 3: Υπηρεσίες πληθυσμού.

Πρόγραμμα 3A: Εμπριέχει εθνικά συνεπείς υπηρεσίες οι οποίες μπορούν να προσφέρονται σε όλα ή ορισμένα φαρμακεία, και είναι οι εξής:

1. Υπηρεσίες θεραπείας υποκατάστασης οπιοειδών.
2. Υπηρεσίες ασηπτικής.
3. Υπηρεσίες άσηπτων παρασκευών.
4. Υπηρεσίες Κλοζαπίνης (Clozapine) - υπηρεσίες παρακολούθησης φαρμακευτικής θεραπείας.
5. Υπηρεσίες ανοσοποίησης.

Πρόγραμμα 3B: Πρόκειται για υπηρεσίες για τις οποίες υπάρχουν εθνικές προδιαγραφές παροχής (μπορούν να αλλάξουν ακολουθώντας την τοπική διαδικασία ανάθεσης) και είναι οι εξής:

1. Υπηρεσίες φαρμακείου χρόνιων παθήσεων.
2. Υπηρεσίες φαρμακείου κοινοτικής οικιακής φροντίδας.
3. Υπηρεσίες φαρμακείου οικιακής φροντίδας για ηλικιωμένους.
4. Υπηρεσίες ειδικών τροφίμων.
5. Υπηρεσίες αντιπηκτικής διαχείρισης κοινοτικού φαρμακείου.
6. Υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος.

Πρόγραμμα 3C: Περιλαμβάνει οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα υπηρεσιών το οποίο αποτελεί τροποποίηση ή είναι πρόσθετο στις άλλες υπηρεσίες, σύμφωνα με την τοπική διαδικασία ανάθεσης) [95].

- ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Παρά το γεγονός ότι τα κοινοτικά φαρμακεία στη Γερμανία παρέχουν μεγάλο αριθμό υπηρεσιών προσανατολισμένων στον ασθενή, η εφαρμογή τους φαίνεται να είναι πιο αργή σε σύγκριση με άλλες χώρες, με κύριο εμπόδιο την έλλειψη αμοιβής.

Το “Ομοσπονδιακό Επιμελητήριο Φαρμακοποιών” (Bundesapothekerkammer - BAK) έχει δημιουργήσει τον κατάλογο “Leika”, ο οποίος περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που παρέχονται από τα κοινοτικά φαρμακεία:

- Υπηρεσίες που συνδέονται με τη φαρμακευτική αγωγή π.χ. έλεγχος της τεχνικής εισπνεόμενων, διαχείριση φαρμάκων, ανασκόπηση φαρμάκων, παρακολούθηση υποκατάστασης οπιοειδών.
- Μέτρηση κλινικών παραμέτρων π.χ. αρτηριακή πίεση, γλυκόζη του αίματος, μέγιστη ροή.
- Προαγωγή της υγείας π.χ. συμβουλευτική εμβολιασμού, διατροφή, συμβουλευτική διακοπής του καπνίσματος, αυτοέλεγχος της γλυκόζης του αίματος, εκτίμηση κινδύνου για Σακχαρώδη Διαβήτη με τη χρήση του ερωτηματολογίου *FINDRISC* (Finnish Diabetes Risk Score).
- Άλλες υπηρεσίες π.χ. μίσθωση ιατρικών συσκευών, φροντίδα στο σπίτι.

Από τον Μάρτιο του 2020, οι φαρμακοποιοί μπορούν μετά από κατάλληλη εκπαίδευση να διενεργούν εμβολιασμούς κατά της γρίπης. Η παροχή της συγκεκριμένης υπηρεσίας συνάντησε αρχικά τις αντιρρήσεις της ιατρικής κοινότητας, αλλά τελικά εφαρμόστηκε με σκοπό την αντιμετώπιση της χαμηλής εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού υψηλού κινδύνου [96].

- ΓΑΛΛΙΑ

Τον Ιανουάριο του 2020, ο συνολικός αριθμός των φαρμακείων στη Γαλλία ήταν 20.736, με τον μεγαλύτερο αριθμό τους να λειτουργεί σε δήμους με πληθυσμό από 5.001 έως 30.000 κατοίκους [97].

Σημαντική καινοτομία του γαλλικού συστήματος υγείας αποτέλεσε η θέσπιση του “Φαρμακευτικού Φακέλου” (Le Dossier Pharmaceutique - DP), από το 2007.

Ο “Φαρμακευτικός Φάκελος” είναι ένα εμπιστευτικό ηλεκτρονικό αρχείο των συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων του ασθενούς. Η διαχείριση του αρχείου γίνεται από τους κοινοτικούς φαρμακοποιούς, ενώ δικαίωμα προσπέλασης μπορούν να έχουν και εξουσιοδοτημένοι επαγγελματίες φροντίδας υγείας [64].

Ο “Φαρμακευτικός Φάκελος” επιτρέπει:

- Την εξασφάλιση της διανομής των φαρμάκων (ιατρός, φαρμακοποιός, νοσοκομείο), περιορίζοντας τον κίνδυνο αλληλεπιδράσεων φαρμάκων και περιττών θεραπειών.
- Την διασφάλιση του συντονισμού μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.
- Την προώθηση της βελτίωσης της εμβολιαστικής κάλυψης [98].

- ΝΟΡΒΗΓΙΑ

Στα τέλη του 2022 υπήρχαν στη Νορβηγία 1.012 κοινοτικά φαρμακεία. Από το 2016 τα φαρμακεία παρέχουν την υπηρεσία “Ελέγχου της τεχνικής εισπνοής”. Ο ασθενής αφού επιδείξει στον φαρμακοποιό την τεχνική, λαμβάνει συμβουλές και οδηγίες για τυχόν σφάλματα ή αλλαγές που πρέπει να γίνουν.

Το 2018 ξεκίνησε η υπηρεσία “Νέου Φαρμάκου” για καρδιολογικούς ασθενείς. Η υπηρεσία περιλαμβάνει δύο διαβουλεύσεις επακολούθησης από φαρμακοποιό. Η πρώτη πραγματοποιείται την 1-2 εβδομάδα και η δεύτερη την 3-5 εβδομάδα μετά από την έναρξη του νέου φαρμάκου.

Το 2022 εφαρμόστηκε με καλά αποτελέσματα ένα πιλοτικό πρόγραμμα και για ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Από το 2020 οι Νορβηγοί φαρμακοποιοί έχουν το δικαίωμα να συνταγογραφούν εμβόλια κατά της γρίπης και το 2002 έλαβαν προσωρινά και το δικαίωμα συνταγογράφησης εμβολίων για τον Covid-19. Το 2022 χορηγήθηκαν από τους φαρμακοποιούς 220.000 αντιγριπικά εμβόλια και 150.000 εμβόλια κατά του Covid-19 [99].

- ΣΟΥΗΔΙΑ

Στη Σουηδία υπάρχουν 1.411 κοινοτικά φαρμακεία (τέλη του 2021) τα οποία απασχολούν 10.300 υπαλλήλους (φαρμακοποιούς, βοηθούς φαρμακοποιού και λοιπό προσωπικό) [100]. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οι οποίες παρέχονται από τα φαρμακεία περιλαμβάνουν:

- Προ-κράτηση βασικής ανασκόπησης φαρμάκων και άλλων ιδιωτικών συνεδριών συμβουλευτικής ασθενών, όπως η διάρκειας 20 λεπτών επανεξέταση των φαρμάκων του ασθενούς με την υποστήριξη του “*Ηλεκτρονικού Συστήματος Υποστήριξης Εμπειρογνομώνων*” (Electronic Expert Support - EES).
- Το παραπάνω ηλεκτρονικό σύστημα αναπτύχθηκε αρχικά από την εταιρεία “*Medco Health Solutions*” στις Η.Π.Α., και προσαρμόστηκε στη σουηδική κλινική πρακτική από τον “*Σουηδικό Οργανισμό Ηλεκτρονικής Υγείας*” (Swedish eHealth Agency), ώστε να βοηθήσει τους κοινοτικούς φαρμακοποιούς στην αναγνώριση των πιθανών και στην επίλυση των πραγματικών φαρμακοθεραπευτικών προβλημάτων [101].
- Μετρήσεις αρτηριακής πίεσης.
- Αναλύσεις αίματος για γλυκόζη, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), λιπίδια και C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP).
- Αναλύσεις φροντίδας του δέρματος, συμπεριλαμβανομένων αναλύσεων δερματικών προβλημάτων που προκαλούνται από ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, και παροχή συμβουλευτικής.
- Έλεγχος για εκ γενετής σημάδια (οι εικόνες αποστέλλονται σε δερματολόγο για κλινική αξιολόγηση και για την ενημέρωση του ασθενούς).
- Έλεγχος εισπνοής και συμβουλευτική ασθενών με άσθμα και ΧΑΠ.
- Διαβουλεύσεις για αλλεργίες.
- Προγράμματα διακοπής του καπνίσματος.
- Εμβολιασμοί, που χορηγούνται από νοσηλευτές σε συνεργασία με εμβολιαστικά κέντρα ή κέντρα υγείας.
- Υπηρεσίες διανομής δόσης για ασθενείς που διαβιούν σε οίκους ευγηρίας και για ασθενείς που διαμένουν στο σπίτι τους.
- Βελτιωμένη τήρηση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε ασθενείς με ΧΑΠ (COPD) και άσθμα, με τη χρήση του “*Ψηφιακού σχεδίου φροντίδας FRISQ*”, συμπεριλαμβανομένης της εφαρμογής και της επόμενης συνάντησης με φαρμακοποιό [102].

- ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ

Στα τέλη του 2021 λειτουργούσαν στη σκανδιναβική χώρα 822 φαρμακεία, εκ των οποίων τα 632 αφορούσαν αρχική άδεια λειτουργίας και τα 190 ήταν θυγατρικά τους καταστήματα [103].

Οι υπηρεσίες φροντίδας της υγείας οι οποίες παρέχονται συντονίζονται από την “Ένωση Φινλανδικών Φαρμακείων” (Association of Finnish Pharmacies - AFP) και περιλαμβάνουν:

- *Θεσπισμένες υπηρεσίες (Statutory services).*
 - Συμβουλευτική φαρμακευτικής αγωγής (συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων) στη συνήθη χορήγηση. Αφορά επίσης και τη διαδικτυακή διανομή.
 - Ανασκόπηση της συνταγογράφησης κατά τη διανομή.
 - Συμβουλές σε σχέση με τις χαμηλότερες τιμές φαρμάκων κατά τη διανομή.
- *Υπηρεσίες υποστήριξης των προγραμμάτων δημόσιας υγείας (Services supporting public health programs).*
 - Άσθμα, ΧΑΠ και Αλλεργία
 - Διαβήτης
 - Καρδιά
 - Διακοπή του καπνίσματος
 - Φυσική κατάσταση και άσκηση
- *Διαδικτυακές υπηρεσίες φαρμακείου και πολυκαναλικών υπηρεσιών (Online pharmacy and multichannel services).*
 - Συμβουλευτική συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων και σχετικής φαρμακευτικής αγωγής π.χ. τηλεφωνικό κέντρο, συνομιλία (chat)
 - Ανασκόπηση φαρμάκων κατά τη διανομή
 - Άλλες υπηρεσίες
- *Ανασκοπήσεις φαρμάκων (Medication reviews).*
 - Ανασκοπήσεις ιατρικών συνταγών - ως μέρος της συνήθους χορήγησης
 - Ανασκοπήσεις φαρμακευτικής αγωγής
 - Πλήρεις ανασκοπήσεις φαρμακευτικής αγωγής
- *Τυποποιημένες υπηρεσίες (Standardized services).*
 - Αυτοματοποιημένη χορήγηση δόσης
 - Έλεγχος άσθματος
 - Έλεγχος εισπνοής
 - Έλεγχος Διαβήτη
 - Υπηρεσία υπενθύμισης φαρμάκων (mHealth).
 - Έλεγχος της υγείας
 - “Φαρμακείο σημείο υγείας” υπό την επίβλεψη ιατρού
 - Προσαρμοσμένη υποστήριξη διακοπής του καπνίσματος
 - Επιθεώρηση φαρμακείου πλοίου
- *Υπηρεσίες σε μονάδες κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης (Services to social and health care units).*
 - Υπηρεσίες συμβουλευτικής σε οίκους ευγηρίας, μονάδες κατ’ οίκον φροντίδας και άλλες μονάδες με γηριατρικούς ασθενείς π.χ. ελέγχους για τη δημιουργία ασφαλών φαρμακευτικών πρακτικών, εκπαίδευση προσωπικού.

Η συνεισφορά των κοινοτικών φαρμακοποιών της Φινλανδίας στην ασφαλή και αποτελεσματική χρήση των φαρμάκων, καθώς και η επέκταση του ρόλου τους στην παροχή υπηρεσιών υγείας στο χώρο του φαρμακείου, αποτελεί μελλοντικό στόχο για την κυβέρνηση της χώρας [104].

- ΔΑΝΙΑ

Στα τέλη του 2020 υπήρχαν στη Δανία, συμπεριλαμβανομένων και των υποκαταστημάτων, 506 κοινοτικά φαρμακεία. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται έχουν ως στόχο την υποστήριξη της δημόσιας υγείας της χώρας. Οι διαθέσιμες σε εθνικό επίπεδο επ' αμοιβή υπηρεσίες είναι:

- Υπηρεσία αξιολόγησης της τεχνικής εισπνοής.
- Υπηρεσία νέου φαρμάκου.
- Υπηρεσία εμβολιασμού για ομάδες ασθενών καθορισμένου κινδύνου.
- Υπηρεσία τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις με σημάδια χαμηλής προσκόλλησης.
- Υπηρεσία επανασυνταγογράφησης (εν μέρει αμειβόμενη σε εθνικό επίπεδο, εν μέρει από τον ασθενή).
- Αυτοματοποιημένη χορήγηση δόσης με επιδότηση η οποία συνταγογραφείται από ιατρό ή συνταγογράφο φαρμακοποιό (εν μέρει αμειβόμενη σε εθνικό επίπεδο, εν μέρει από τον ασθενή).

Σύμφωνα με την *“Ένωση Φαρμακείων της Δανίας”* (Association of Danish Pharmacies), οι υφιστάμενες αλλά και οι προτεινόμενες νέες υπηρεσίες που θα μπορούσαν να παρέχονται στο μέλλον από τα κοινοτικά φαρμακεία περιλαμβάνουν: *Κύρια καθήκοντα των κοινοτικών φαρμακείων.*

- Διανομή φαρμάκων.
- Συμβουλευτική για τη φαρμακευτική αγωγή και σωστή χρήση.

Παρούσες υπηρεσίες κοινοτικού φαρμακείου.

- Υπηρεσία νέων φαρμάκων.
- Υπηρεσία τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής.
- Υπηρεσία αξιολόγησης της τεχνικής εισπνοής.
- Υπηρεσία επανασυνταγογράφησης.
- Υπηρεσία αυτοματοποιημένης χορήγησης δόσης.
- Υπηρεσία εμβολιασμού.
- Εκπαιδευτικό πρόγραμμα.
- Διακοπή του καπνίσματος.
- Ανασκόπηση φαρμάκων.
- Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερίνης.
- Παράδοση κατ' οίκον, επιστροφή φαρμάκων και ηλεκτρονικό εμπόριο.

Νέες προτεινόμενες υπηρεσίες κοινοτικού φαρμακείου.

Το κοινοτικό φαρμακείο ως κέντρο υγείας.

- Προσυμπτωματικός έλεγχος για ασθένειες/καταστάσεις.
- Διανομή δωρεάν φαρμάκων (κανονικά από το νοσοκομείο).
- Συνταγογράφηση απλών θεραπειών.
- Συνταγογράφηση και έλεγχος υπαρχουσών θεραπειών.
- Περισσότεροι εμβολιασμοί.

Αυξημένη ασφάλεια των φαρμάκων σε όλους τους τομείς και τις μεταβάσεις.

- Συνεργασία μεταξύ κοινοτικών φαρμακείων και νοσοκομείων.
- Εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού και των βοηθών φροντίδας.
- Ανασκόπηση φαρμάκων σε περισσότερους ασθενείς.

Νέες τεχνολογίες.

- Αυτοέλεγχος και μέτρηση.
- Αυτοματοποιημένη χορήγηση δόσης στα σπίτια των ασθενών.
- Εξατομικευμένη φαρμακευτική αγωγή.
- Ρομπότ διανομής [105].

- ΕΣΘΟΝΙΑ

Στη χώρα της βαλτικής, αρχές του 2021, οι ενεργές άδειες λειτουργίας γενικών φαρμακείων ήταν 479. Η πλειοψηφία τους (66%) εδράζει σε πόλεις με πληθυσμό μεγαλύτερο των 4.000 κατοίκων, το 8% βρίσκεται σε μικρότερες πόλεις και το 26% σε αγροτικές περιοχές [106]. Οι παραδοσιακές υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από τα κοινοτικά φαρμακεία της Εσθονίας είναι:

- Η διανομή και συμβουλευτική συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
- Η συμβουλευτική αυτοφροντίδας.
- Η διανομή και συμβουλευτική για συμπληρώματα διατροφής, βότανα και βιταμίνες.
- Η σύνθεση.

Το 2012 δημοσιεύτηκαν για πρώτη φορά οι “Κατευθυντήριες Γραμμές Ποιότητας Υπηρεσιών Κοινοτικού Φαρμακείου” (Community Pharmacy Service Quality Guidelines - CPSQG), μετά από συνεργασία των επαγγελματικών οργανώσεων, του κρατικού οργανισμού φαρμάκων και των Πανεπιστημίων του Τάρτου (Tartu) και του Ταλίν (Tallinn). Η παραπάνω διαδικασία είχε ως στόχο τη διεύρυνση του ρόλου των κοινοτικών φαρμακοποιών σε σχέση με τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Οι κατευθυντήριες γραμμές χωρίζονται σε δέκα κεφάλαια, τα τρία εκ των οποίων αναφέρονται στην παροχή συμβουλευτικής για συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, στην αυτοθεραπεία, στην προαγωγή της υγείας, στην παρασκευή των φαρμάκων και στην παροχή διευρυμένων υπηρεσιών. Δύο κεφάλαια αναφέρονται στο χειρισμό των φαρμάκων και των χώρων του φαρμακείου, άλλα δύο στη διαχείριση του φαρμακείου και την επικοινωνία, και τα

υπόλοιπα τρία κεφάλαια, στη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη των φαρμακοποιών, τη νομοθεσία και τη δεοντολογία του επαγγέλματος.

Ως αναφορά τις διευρυμένες υπηρεσίες, αυτές παρέχονται χωρίς αμοιβή ή με πληρωμή από τον ασθενή, και περιλαμβάνουν:

- Εξέταση σημείου φροντίδας (μέτρηση αρτηριακής πίεσης, γλυκόζη αίματος, χοληστερίνη, αιμοσφαιρίνη, τριγλυκερίδια, οστική πυκνότητα, μετρήσεις σύστασης του σώματος). Σε ορισμένα φαρμακεία παρέχονται η μέτρηση επιπέδων της βιταμίνης D και ο έλεγχος για τη νόσο του Lyme.
- Υπηρεσία ανασκόπησης της φαρμακευτικής αγωγής.
- Εμβολιασμοί (ιός της γρίπης, ιός της κροτωγενούς εγκεφαλίτιδας).
- Υπηρεσία μείωσης της βλάβης για ασθενείς με HIV και χρήστες ναρκωτικών ουσιών (ανταλλαγή βελόνων, χορήγηση ναλοζόνης, παροχή θεραπείας υποκατάστασης οπιοειδών).
- Διακοπή του καπνίσματος.

Οι φαρμακοποιοί της Εσθονίας έχουν καταφέρει τα τελευταία χρόνια να αναπτύξουν ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, προσφέροντας έτσι στους πολίτες της χώρας τους υπηρεσίες πρόληψης αλλά και θεραπείας [107].

- ΠΟΛΩΝΙΑ

Στα τέλη του 2021 λειτουργούσαν στην Πολωνία 11.900 φαρμακεία και 1.100 φαρμακευτικά σημεία πώλησης, στα οποία απασχολούνταν 58.300 φαρμακοποιοί και βοηθοί φαρμακοποιού [108].

Η απορρύθμιση της αγοράς των κοινοτικών φαρμακείων η οποία συνέβη πριν από το 2017, οδήγησε σε αύξηση του συνολικού αριθμού των φαρμακείων με αποτέλεσμα τη μείωση του κέρδους, το κλείσιμο μεμονωμένων φαρμακείων και την αύξηση του αριθμού των αλυσίδων.

Η εισαγωγή του νόμου “Φαρμακείο για τον φαρμακοποιό” τον Ιούνιο του 2017, μείωσε σημαντικά τη δημιουργία νέων φαρμακείων και αύξησε το κύρος του επαγγέλματος [109].

Οι κάτοικοι της Πολωνίας γνωρίζουν το ρόλο του φαρμακοποιού στην παροχή υπηρεσιών υγείας και θεωρούν ότι αποτελεί σημαντικό και απαραίτητο μέλος της ομάδας υγείας. Οι γνώσεις τους σε σχέση με την έννοια της Φαρμακευτικής Φροντίδας είναι χαμηλή (44%), αλλά η πλειοψηφία θα επιθυμούσε να τη χρησιμοποιήσει [110].

Επίσης, θεωρούν ότι τα κοινοτικά φαρμακεία θα μπορούσαν να τους παρέχουν πρόσθετες υπηρεσίες όπως διαγνωστικές μετρήσεις (γλυκόζη αίματος, χοληστερίνη, αρτηριακή πίεση, σωματικό βάρος, ΔΜΣ), εκπαίδευση στη χρήση συσκευών (συσκευή εισπνοής, μετρητής γλυκόζης, πιεσόμετρο) και

συμβουλευτική σε θέματα που αφορούν την υγιεινή διατροφή και δίαιτα, τη φυσική δραστηριότητα, τον εθισμό και την ατομική υγιεινή [111].

Σε έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε το 2019 στη πόλη Πόζναν (Poznan) με σκοπό να προσδιορίσει τον επιπολασμό της αυξημένης αρτηριακής πίεσης σε ενήλικες ασθενείς οι οποίοι έχουν πρόσβαση σε κοινοτικό φαρμακείο και δεν έχουν προηγουμένως διαγνωσθεί με υπέρταση ή άλλη καρδιαγγειακή πάθηση, έδειξε ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η συμβουλευτική στο χώρο του φαρμακείου μπορούν να βοηθήσουν στην έγκαιρη ανίχνευση των προβλημάτων υπέρτασης. Η αποτελεσματική παροχή συμβουλών από τον κοινοτικό φαρμακοποιό έχει ως αποτέλεσμα την έγκαιρη παραπομπή του ασθενούς στον ιατρό [112].

- ΕΛΒΕΤΙΑ

Στα τέλη του 2019 υπήρχαν στην Ελβετία 1.819 φαρμακεία στα οποία εργάζονταν 5.769 φαρμακοποιοί. Από το σύνολο των φαρμακείων, τα 1515 (83.3%) είναι ενταγμένα στην “Ελβετική Εταιρεία Φαρμακοποιών” (pharmaSuisse). Οι υπηρεσίες φροντίδας οι οποίες παρέχονται από τα κοινοτικά φαρμακεία διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες :

- Την “Πύλη στη φροντίδα” (υπηρεσίες για οξέα περιστατικά).
- Τη “Χρόνια φροντίδα” (υπηρεσίες για χρόνιες παθήσεις) [113].

Από το 2012 έως το 2014, ξεκίνησε πιλοτικά από τους φαρμακοποιούς η εφαρμογή του πρότζεκτ “netCare”. Στο πλαίσιο του παραπάνω έργου οι συμμετέχοντες κοινοτικοί φαρμακοποιοί παρείχαν πρωτογενή διαλογή με τη χρήση ενός “δομημένου δέντρου αποφάσεων” για 24 κοινές ιατρικές καταστάσεις (σήμερα έχουν φθάσει τις 27), τεκμηριώνοντας τα ευρήματα σε ένα τυποποιημένο έντυπο αξιολόγησης. Οι φαρμακοποιοί έχουν τη δυνατότητα συνεργασίας με ιατρό μέσω βίντεο διαβούλευσης. Ο στόχος αυτού του χαμηλού κόστους προγράμματος είναι η αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο χώρο του φαρμακείου, η πρωτογενής πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και η εξοικονόμηση πόρων. Τα αποτελέσματα δύο μελετών έδειξαν ότι οι φαρμακοποιοί μπορούν από μόνοι τους να επιλύσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, σε ποσοστό 84% [114] και 84.7% [115] αντίστοιχα, ελαχιστοποιώντας τη ζήτηση από άλλους παρόχους υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

- ΙΣΠΑΝΙΑ

Τον Δεκέμβριο του 2021, ο αριθμός των κοινοτικών φαρμακείων στη χώρα της Ιβηρικής χερσονήσου ήταν 22.198 [116]. Σύμφωνα με την τελευταία επικαιροποίηση του πρακτικού οδηγού για τις “Κλινικές Επαγγελματικές Υπηρεσίες Φαρμακείου” (Clinical Professional Pharmacy Services - CPPS), οι

υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από τα κοινοτικά φαρμακεία της χώρας ταξινομούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

1. Τις “Υπηρεσίες Φαρμακευτικής Φροντίδας”.

2. Τις “Κοινοτικές υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία”.

Οι “Υπηρεσίες Φαρμακευτικής Φροντίδας” περιλαμβάνουν δύο υποκατηγορίες:

• Τις υπηρεσίες προσανατολισμένες στη διαδικασία χρήσης του φαρμάκου στην οποία εντάσσονται υπηρεσίες όπως:

- Η υπηρεσία διανομής φαρμάκων και ιατρικών συσκευών.
- Η υπηρεσία μικροπροβλημάτων υγείας.
- Η υπηρεσία φαρμακευτικής συμφιλίωσης.
- Η υπηρεσία θεραπευτικής συμμόρφωσης.
- Η υπηρεσία αναθεώρησης του βοηθήματος “θήκη φαρμάκων”.
- Η υπηρεσία σύνθεσης.
- Η υπηρεσία ανασκόπησης της χρήσης των φαρμάκων.
- Η αξιολόγηση της φαρμακευτικής αγωγής.

• Τις υπηρεσίες που στοχεύουν στην αξιολόγηση και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας για τα φάρμακα στην οποία ανήκουν υπηρεσίες όπως:

- Η υπηρεσία ανασκόπησης των φαρμάκων με επακολούθηση.
- Η υπηρεσία φαρμακοεπαγρύπνησης.

Η δεύτερη κατηγορία, οι “Κοινοτικές υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία”, αφορά την αγωγή και προαγωγή της υγείας, καθώς και την πληροφόρηση σε θέματα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει:

• Υπηρεσίες εκτίμησης κλινικών παραμέτρων (σωματικό βάρος, ύψος, ΔΜΣ, περιφέρεια στήθους, γλυκόζη αίματος, χοληστερίνη, υψηλή αρτηριακή πίεση κ.λπ.).

• Υπηρεσίες πρόληψης ασθένειας (προσυμπτωματικός έλεγχος, ανίχνευση κρυφών ασθενειών/κινδύνου ασθένειας, συμμετοχή σε προγράμματα ανοσοποίησης).

• Άλλες υπηρεσίες όπως:

- Η συνεργατική διαγνωστική υποστήριξη από ιατρό.
- Η θρεπτική εκτίμηση.
- Το πρόγραμμα ανταλλαγής σύριγγας.
- Η υπηρεσία διακοπής του καπνίσματος [117].

Ως αναφορά την παροχή αμοιβής για τις υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από τα κοινοτικά φαρμακεία της Ισπανίας, ένας μικρός αριθμός υπηρεσιών είναι αμειβόμενες σε πολιτειακό, επαρχιακό ή δημοτικό επίπεδο [118].

- ΙΤΑΛΙΑ

Το 2021, ο αριθμός των φαρμακείων στην Ιταλία ήταν 19.901 [119]. Αρκετές μελέτες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί στη γειτονική χώρα έχουν αναδείξει τη δυνατότητα

που έχουν οι κατάλληλα εκπαιδευμένοι κοινοτικοί φαρμακοποιοί στην υποστήριξη ασθενών και στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων. Σύμφωνα με τους *Caminati* και συν., στο χώρο του φαρμακείου μπορεί να γίνεται μια αρχική αξιολόγηση ελέγχου του άσθματος με τη χρήση εύκολων και όχι χρονοβόρων εργαλείων όπως το “*Τεστ Ελέγχου Άσθματος*” (Asthma Control Test - ACT) [120]. Ο φαρμακοποιός δύναται να παρακολουθεί τη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπευτική αγωγή και να τον παραπέμπει στον ειδικό ιατρό όταν αυτό χρειάζεται [121]. Τέλος, επταετή έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του έργου *TEleMonitoring of blood Pressure in Local phARmacies* (TEMPLAR) σε δείγμα 20.773 ατόμων (η υπηρεσία βασίζεται στην τηλεϊατρική και παρέχεται από τα κοινοτικά φαρμακεία), έδειξε ότι μπορεί να διευκολύνει την πρόσβαση σε εξειδικευμένες εξετάσεις όπως η *Περιπατητική Παρακολούθηση της Αρτηριακής Πίεσης* (Ambulatory Blood Pressure Monitoring - ABPM). Έτσι, η διαδικασία του προσυμπτωματικού ελέγχου και της ανίχνευσης της Υπέρτασης γίνεται πιο εύκολη και ακριβής [122].

- ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ

Το 2021, τα φαρμακεία στην Πορτογαλία ήταν 2.921 [123]. Οι νομοθετικά θεσπισμένες υπηρεσίες, τις οποίες δύναται ο κοινοτικός φαρμακοποιός να παρέχει στους πολίτες, συνοψίζονται στα εξής:

- Υποστήριξη στο σπίτι.
- Πρώτες βοήθειες.
- Χορήγηση των φαρμάκων.
- Χρήση διαγνωστικών και θεραπευτικών βοηθητικών μέσων.
- Χορήγηση των εμβολίων τα οποία δεν περιλαμβάνονται στο Εθνικό Σχέδιο Εμβολιασμών.
- Προγράμματα Φαρμακευτικής Φροντίδας.
- Ραντεβού διατροφής.
- Προγράμματα συμμόρφωσης, συμφιλίωση φαρμάκων, υπηρεσίες που χρησιμοποιούν βοηθήματα λήψης φαρμάκων, εκπαίδευση υγείας για τη χρήση ιατροτεχνολογικών συσκευών.
- Έλεγχος σημείου φροντίδας για τον προσυμπτωματικό έλεγχο HCV, HBV και HIV, συμπεριλαμβανομένης της συμβουλευτικής προ και μετά την εξέταση και παραπομπή των θετικών περιστατικών στο νοσοκομείο φροντίδας, ακολουθώντας τους διαύλους παραπομπής που έχουν καθιερωθεί από το Υπουργείο Υγείας.
- Νοσηλευτικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας τραυμάτων και της φροντίδας ατόμων με οστομίες.
- Φροντίδα επιπέδου I για το διαβητικό πόδι σύμφωνα με τις συστάσεις του Υπουργείου Υγείας.
- Προώθηση εκστρατειών για τον αλφαριθμητισμό υγείας, την πρόληψη ασθενειών και την προώθηση του υγιεινού τρόπου ζωής [124].

Τα κοινοτικά φαρμακεία στην Πορτογαλία, μέσω των υπηρεσιών υγείας τις οποίες παρέχουν έχουν σημαντική κοινωνική και οικονομική συμβολή στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας.

Σύμφωνα με τον *Felix* και τους συνεργάτες του, οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν κέρδος στην ποιότητα ζωής της τάξης του 8.3% και οικονομική αξία 879.6 εκατομμυρίων ευρώ, συμπεριλαμβανομένων 342.1 εκατομμυρίων ευρώ σε μη αμειβόμενες φαρμακευτικές υπηρεσίες και 448.1 εκατομμυρίων σε αποφυγή δαπάνης με κατανάλωση πόρων υγείας. Η μελλοντική αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τα κοινοτικά φαρμακεία και η μεγαλύτερη ενσωμάτωση τους στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη μπορεί να προσθέσει περαιτέρω κοινωνική και οικονομική αξία [125].

- ΑΡΓΕΝΤΙΝΗ

Το 2019, λειτουργούσαν στη χώρα της Λατινικής Αμερικής 13.581 φαρμακεία. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στο χώρο του φαρμακείου δεν έχει θεσπισθεί σε κρατικό επίπεδο, ούτε και έχουν καθοριστεί συγκεκριμένες χρεώσεις. Το *Τμήμα Φαρμακοποιών του Επίσημου Κολλεγίου Φαρμακοποιών και Βιοχημικών* του Μπουένος Άιρες (Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal - COFyBCF) έχει εγκρίνει τις αμοιβές που αντιστοιχούν σε υπηρεσίες όπως ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης, η χορήγηση ενέσιμων φαρμάκων, η επίδεση, η παρακολούθηση της φαρμακοθεραπείας, τα βοηθήματα χορήγησης δόσης και η νεφελοποίηση στο φαρμακείο. Από το 2018, η *Φαρμακευτική Συνομοσπονδία της Αργεντινής* (Confederación Farmacéutica de Argentina - COFA) προώθησε τον έλεγχο της Υπέρτασης ως αμειβόμενη υπηρεσία μέσω των κοινοτικών φαρμακείων. Η υπηρεσία περιλαμβάνει τη λήψη, καταγραφή και διατήρηση ατομικού ιστορικού της αρτηριακής πίεσης του ασθενούς [126].

- ΒΡΑΖΙΛΙΑ

Τον Ιανουάριο του 2019, ο αριθμός των φαρμακείων τα οποία ήταν εγγεγραμμένα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας ήταν 114.352, εκ των οποίων το 76.8% ιδιωτικής ιδιοκτησίας. Η σχέση μεταξύ των ιδιωτικών φαρμακείων της Βραζιλίας και του Εθνικού Συστήματος Υγείας περιορίζεται σε υπηρεσίες που αφορούν τη διανομή συγκεκριμένων φαρμάκων μέσω του προγράμματος "*Λαϊκό Φαρμακείο της Βραζιλίας*" (Farmácia Popular do Brazil), για παθήσεις όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης, το Άσθμα και η Υπέρταση.

Εκτός από το παραπάνω πρόγραμμα, η Βραζιλία δεν διαθέτει σε εθνικό επίπεδο ένα σύστημα το οποίο να συγκεντρώνει τα δεδομένα συνταγογράφησης και διανομής των φαρμάκων ή άλλων φαρμακευτικών υπηρεσιών από τα ιδιωτικά κοινοτικά φαρμακεία της χώρας [127].

- ΝΟΤΙΑ ΑΦΡΙΚΗ

Μετά από την κατάργηση του “Απαρτχάιντ” (Apartheid) τον Ιούνιο του 1991, η κυβέρνηση της Νότιας Αφρικής υιοθέτησε νέες πολιτικές υγείας με σκοπό τη μετάβαση προς την *Καθολική Υγειονομική Κάλυψη*. Με τη δημοσίευση του νομοσχεδίου για την *Εθνική Ασφάλιση Υγείας* (National Health Insurance - NHI), κάθε πολίτης έχει πρόσβαση σε ποιοτικές και οικονομικά προσιτές υπηρεσίες υγείας με βάση τις ανάγκες του, ανεξάρτητα από τη κοινωνική και οικονομική του κατάσταση [128]. Στο πλαίσιο του παραπάνω νομοσχεδίου (το οποίο προτάθηκε για πρώτη φορά το 1994 αλλά η φάση υλοποίησής του ξεκίνησε την πενταετία 2012-2017) οι φαρμακοποιοί αναμένεται να αναλάβουν ένα πιο ολοκληρωμένο ρόλο που θα έχει στο επίκεντρό του τον ασθενή και τις ανάγκες του. Η συμμετοχή των κοινοτικών φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της πίεσης η οποία ασκείται στα άλλα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης [129].

- ΡΟΥΑΝΤΑ

Σύμφωνα με το “Εθνικό Φαρμακευτικό Συμβούλιο” της Ρουάντα (National Pharmacy Council), στις κύριες δραστηριότητες του κοινοτικού φαρμακοποιού περιλαμβάνονται τα εξής:

- Διαδικασία συνταγογραφήσεων.
- Φροντίδα των ασθενών.
- Χορήγηση εμβολιασμών και μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού σε συμφωνία με τους νόμους και τους κανονισμούς της Ρουάντα.
- Παρακολούθηση της χρήσης των φαρμάκων.
- Αυτοσχέδια προετοιμασία και μικρής κλίμακας παρασκευή φαρμακευτικών προϊόντων.
- Διανομή και συμβουλές για τα συμπληρώματα διατροφής απαντώντας στα συμπτώματα μικροπροβλημάτων υγείας.
- Ενημέρωση άλλων επαγγελματιών υγείας και του κοινού.
- Προαγωγή της υγείας.
- Κατάλληλος προσανατολισμός και παραπομπή των ασθενών.
- Διαχείριση των εφοδιαστικών αλυσίδων φαρμακευτικών προϊόντων και τεχνολογιών [130].

- ΜΑΛΑΙΣΙΑ

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Υπουργείου Υγείας της Μαλαισίας, οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από τα κοινοτικά φαρμακεία διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, τις “Βασικές” και τις “Προαιρετικές”.

Οι βασικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν τα εξής:

- Έλεγχο των συνταγών.
- Διανομή των φαρμάκων.
- Σύνθεση των φαρμάκων - ειδικά για τον ασθενή
- Συμβουλευτική και παροχή συμβουλών.
- Παρακολούθηση και προσυμπτωματικοί έλεγχοι.
- Διαχείριση φαρμακείου στην προμήθεια των φαρμάκων.
- Κατάλληλη τεκμηρίωση.

Στις προαιρετικές υπηρεσίες περιλαμβάνονται η “Ανασκόπηση φαρμάκων” και διαπιστευμένες υπηρεσίες όπως:

- Ανασκόπηση φαρμάκων στο σπίτι.
- Κλινική συμμόρφωσης φαρμακευτικής θεραπείας.
- Πιστοποιημένος πάροχος υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος.
- Διαχείριση βάρους.
- Προσυμπτωματικός έλεγχος υγείας.
- Άλλες πιστοποιημένες υπηρεσίες Φαρμακευτικής Φροντίδας [131].

- ΤΑΪΛΑΝΔΗ

Στην Ταϊλάνδη, το “Εθνικό Γραφείο Ασφάλειας της Υγείας” (National Health Security Office - NHSO), το “Φαρμακευτικό Συμβούλιο της Ταϊλάνδης” (Pharmacy Council of Thailand - PCT) και τα φαρμακεία λιανικής, έχουν αποφασίσει την επέκταση του ρόλου των κοινοτικών φαρμακοποιών σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η παραπάνω συνεργασία αποσκοπεί στην αύξηση της πρόσβασης των πολιτών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι δικαιούχοι μπορούν να ζητήσουν δωρεάν διαβουλεύσεις με τα συνεργαζόμενα φαρμακεία και να λάβουν φάρμακα για τη θεραπεία δεκαέξι κοινών προβλημάτων υγείας (πυρετός, πόνος στις αρθρώσεις και στους μύες, βήχας, πονόλαιμος, δυσκοιλιότητα, δυσουρία κ.ά.) Οι φαρμακοποιοί μπορούν να λάβουν τα τέλη συμβουλευτικής και το κόστος των φαρμάκων από το “Εθνικό Γραφείο Ασφάλειας της Υγείας” και η πληρωμή γίνεται ανά επίσκεψη πελάτη [132].

ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

Σύμφωνα με την *Ελληνική Στατιστική Αρχή* (ΕΛΣΤΑΤ), ο αριθμός των κοινοτικών φαρμακείων το 2021 ήταν 10.400. Το περισσότερα βρίσκονται στην περιφέρεια Αττικής (3.676 φαρμακεία, 35.3%) και στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας (1.987 φαρμακεία, 19.1%). Ο δείκτης φαρμακεία ανά 10.000 κατοίκους ανέρχεται σε 9.7, με την Περιφέρεια Θεσσαλίας να έχει την υψηλότερη πυκνότητα ως προς τον πληθυσμό (10.9) και ακολουθεί η Κεντρική Μακεδονία με 10.7 φαρμακεία. Σύμφωνα

με στοιχεία του *Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου* (ΠΦΣ), ο αριθμός των φαρμακοποιών που εργάστηκαν σε φαρμακεία το έτος 2021 ανήλθε σε 11.414. Οι περισσότεροι στις Περιφέρειες Αττικής (3.974) και Κεντρικής Μακεδονίας (2.205). Ο δείκτης φαρμακοποιοί ανά 10.000 κατοίκους ανέρχεται σε 10,7, με τις Περιφέρειες Θεσσαλίας και Κεντρικής Μακεδονίας να κατέχουν και πάλι την υψηλότερη πυκνότητα ως προς τον πληθυσμό, 25,8 και 11,9 αντίστοιχα [133].

Το πρόγραμμα “Αρεταίος”

Τα τελευταία χρόνια, οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχουν αρχίσει να τοποθετούνται σταδιακά στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων και του ελληνικού φαρμακείου. Το 2014, η *Ομοσπονδία Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών Ελλάδος* (ΟΣΦΕ), σε συνεργασία με την *Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία* (ΕΔΕ) και την *Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία* (ΕΕΕ), σχεδίασε το πρόγραμμα “Αρεταίος”. Στους σκοπούς του προγράμματος περιλαμβάνονται η ενημέρωση των πολιτών για τον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 και τους παράγοντες κινδύνου, η ανίχνευση ατόμων με αδιάγνωστο ΣΔ τύπου 2 και ατόμων υψηλού κινδύνου. Η πιλοτική φάση ξεκίνησε από τις περιοχές της Καρδίτσας και της Σάμου, και το 2018 η δράση υλοποιήθηκε σε πανελλαδικό επίπεδο υπό τον συντονισμό της διασυνεταιριστικής εταιρείας *Logiscoop Pansyfa*. Την ευθύνη του προγράμματος σε τοπικό επίπεδο την είχαν οι *Συνεταιρισμοί των Φαρμακοποιών* και η λήψη του ερωτηματολογίου έγινε από τους φαρμακοποιούς. Συμμετείχαν συνολικά 617 φαρμακεία και συλλέχθηκαν στοιχεία από 13.700 ερωτηματολόγια. Τα αποτελέσματα του προγράμματος αναλύθηκαν και παρουσιάσθηκαν από την *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας* (ΕΣΔΥ) [134].

Το 2019, η ΟΣΦΕ δημιούργησε το “*Κέντρο Εκπαίδευσης και Υπηρεσιών Υγείας Συνεταιρισμένων Φαρμακοποιών Αρεταίος*”, το οποίο πήρε το όνομα του από το ομώνυμο πρόγραμμα. Στόχος του κέντρου εκπαίδευσης είναι η ενδυνάμωση των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας στο χώρο του φαρμακείου. Στα εργαλεία του περιλαμβάνονται δύο πλατφόρμες, η ενιαία πλατφόρμα υπηρεσιών *AretaiosHealth.gr* και η πλατφόρμα ασύγχρονης τηλεεκπαίδευσης *AretaiosEdu.gr*. Η πλατφόρμα *AretaiosHealth.gr* στοχεύει στη συστηματική παροχή υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής της υγείας και αντιμετώπισης της νόσου (εμβολιασμός, διακοπή του καπνίσματος, ανασκόπηση της χρήσης των φαρμάκων). Επίσης, στοχεύει στη καταγραφή των κλινικών παρεμβάσεων των φαρμακοποιών και στη διευκόλυνση της διεξαγωγής επιστημονικών μελετών σε θέματα δημόσιας υγείας [135].

Μετά από την επιτυχία του προγράμματος “Αρεταίος” για τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, η *Ομοσπονδία Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών Ελλάδος* ξεκίνησε την υλοποίηση δύο νέων δράσεων / υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με σκοπό την ενίσχυση του ασθενοκεντρικού χαρακτήρα του κοινοτικού

φαρμακοποιού και του φαρμακείου. Η πρώτη αφορά την “Ανίχνευση ατόμων με αδιάγνωστη αρτηριακή υπέρταση ή/και κολπική μαρμαρυγή ή / και άλλη αρρυθμία”.

Η υπηρεσία παρέχεται στον επισκέπτη του φαρμακείου ο οποίος δεν έχει διαγνωστεί με αρτηριακή υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή ή άλλη αρρυθμία, και είτε ζητά από τον φαρμακοποιό να του ελέγξει την αρτηριακή πίεση είτε ο φαρμακοποιός το προτείνει στον επισκέπτη. Ο στόχος της υπηρεσίας είναι η έγκαιρη ανίχνευση ενήλικων ατόμων που εμφανίζουν αδιάγνωστη αρτηριακή υπέρταση ή/και κολπική μαρμαρυγή ή / και άλλη αρρυθμία και η παραπομπή τους στον καρδιολόγο ώστε να γίνει η οριστική διάγνωση και να τεθεί η κατάλληλη θεραπεία [136]. Η δεύτερη δράση / υπηρεσία ΠΦΥ αφορά την “Ανίχνευση των εμβολιαστικών αναγκών ενηλίκων” με έμφαση στον Έρπητα Ζωστήρα, την Πνευμονιοκοκκική νόσο και την Γρίπη [137].

Μέσω της δράσης/υπηρεσίας ο φαρμακοποιός αναλαμβάνει το ρόλο της ανίχνευσης των εμβολιαστικών αναγκών των πολιτών με σκοπό την μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας του πληθυσμού.

Διενέργεια εποχιακού εμβολιασμού και χορήγηση αντιτετανικού ορού

Σημαντική νομοθετική παρέμβαση σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο χώρο του φαρμακείου αποτέλεσε η υπουργική απόφαση Γ5α/ Γ.Π. οικ. 49734/2019 (ΦΕΚ 2811/Β/04.07.2019). Με την παραπάνω απόφαση καθορίστηκαν οι όροι και οι προϋποθέσεις πιστοποίησης των φαρμακοποιών για την διενέργεια στα φαρμακεία εποχιακού εμβολιασμού και χορήγησης αντιτετανικού ορού στους πολίτες. Ως αρχή πιστοποίησης ορίστηκε η Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Η διαμόρφωση του εκπαιδευτικού προγράμματος, η διαδικασία εκπαίδευσης και ο τρόπος εξέτασης των φαρμακοποιών γίνεται από κοινού με τον ΠΦΣ. Οι επιτυγχόντες φαρμακοποιοί λαμβάνουν βεβαίωση πιστοποίησης διενέργειας στο φαρμακείο εποχιακού εμβολιασμού και χορήγησης αντιτετανικού ορού στους πολίτες [138].

Τέλος, ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος έχει καταθέσει στο υπουργείο Υγείας πρόταση αποζημίωσης για την παροχή πέντε πιστοποιημένων υπηρεσιών υγείας, με ορίζοντα υλοποίησης την επόμενη τριετία. Η παραπάνω πρόταση στοχεύει να αναβαθμίσει τη φαρμακευτική πρακτική και να φέρει το ελληνικό φαρμακείο πιο κοντά στα ευρωπαϊκά πρότυπα [139]. Οι μελέτες οι οποίες έχουν κατατεθεί αφορούν υπηρεσίες πρόληψης, και πιο συγκεκριμένα:

- Τη διαχείριση της φαρμακοθεραπείας και τη συμμόρφωση του ασθενούς με την ορθή λήψη των φαρμάκων.
- Την παρακολούθηση της αντιυπερτασικής αγωγής.
- Την εκπαίδευση χρήσης αναπνευστικών συσκευών.

- Την πρόληψη του καρκίνου μέσω της διακοπής του καπνίσματος.
- Τη διενέργεια και καταγραφή εμβολιασμών ενηλίκων.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ

- ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Σύμφωνα με το “Γενικό Φαρμακευτικό Συμβούλιο” (General Pharmaceutical Council - GPhC), στις 31 Μαρτίου 2023 υπήρχαν συνολικά 13.709 εγγεγραμμένα φαρμακεία, 11.687 στην Αγγλία, 1.300 στη Σκωτία και 722 στην Ουαλία [140]. Το 2015, τα κοινοτικά φαρμακεία στην Αγγλία ξεκίνησαν τη διενέργεια εμβολιασμών κατά της εποχικής γρίπης, λαμβάνοντας αμοιβή για την παροχή της υπηρεσίας. Την περίοδο Σεπτέμβριος 2021 / Μάρτιος 2022, χορηγήθηκαν 4.85 εκατομμύρια αντιγριπικά εμβόλια, 75.1% περισσότερα σε σχέση με την περίοδο 2020/21 [141]. Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί έχουν θετικές στάσεις απέναντι στην παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία από τους Dewsbury και συν., σε δείγμα 206 φαρμακοποιών από 16 περιοχές της χώρας, έδειξε ότι οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι ο αριθμός των παρεχόμενων υπηρεσιών θα αυξηθεί τα επόμενα χρόνια, αλλά ανησυχούν για τη διαδικασία ανάθεσής τους. Θεωρούν ότι απαιτείται υποστήριξη σε εθνικό και τοπικό επίπεδο ώστε να διασφαλιστεί η μελλοντική δυνατότητα παροχής υπηρεσιών υγείας από το φαρμακείο. Οι συχνότερα παρεχόμενες υπηρεσίες είναι η επείγουσα αντισύλληψη, η διακοπή του καπνίσματος και η παρακολούθηση της Αρτηριακής Πίεσης, η οποία σύμφωνα με τους φαρμακοποιούς θεωρείται μια από τις υπηρεσίες που εκτιμούν περισσότερο οι πελάτες. Το κίνητρο για την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι κυρίως επαγγελματικό και όχι οικονομικό, ιδιαίτερα για τους φαρμακοποιούς που εργάζονται σε ανεξάρτητα φαρμακεία [142].

Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί δηλώνουν πρόθυμοι να επεκτείνουν το ρόλο τους στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας με σκοπό τη μείωση της πίεσης που δέχονται οι Γενικοί Ιατροί και οι Ομάδες Υγείας. Τα παραπάνω προκύπτουν από τα αποτελέσματα ποιοτικής μελέτης η οποία πραγματοποιήθηκε πριν και μετά από την πραγματοποίηση ενός προγράμματος εκπαίδευσης των φαρμακοποιών. Την ευθύνη του προγράμματος την είχε η Ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου του Έξετερ (Exeter) σε συνεργασία με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στα διδακτικά αντικείμενα περιλαμβάνονταν πρακτικές κλινικές δεξιότητες, θεωρητική διδασκαλία για οξείες ασθένειες, μακροχρόνιες καταστάσεις και την πολυνοσηρότητα, πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις, φαρμακολογία πρωτοβάθμιας φροντίδας και θέματα που αφορούν την οργάνωση, δομή και παράδοση των υπηρεσιών, καθώς και τη σημασία της εμπειρίας του ασθενή. Οι συμμετέχοντες φαρμακοποιοί δήλωσαν ότι έχουν υψηλές προσδοκίες για το μέλλον σε σχέση με την εργασιακή τους ικανοποίηση και την κάλυψη των αναγκών των ασθενών

πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα είναι σε θέση στο μέλλον να αυτοδιαχειρίζονται την υγεία τους με αποτέλεσμα τη μείωση του οικονομικού κόστους για το σύστημα υγείας [143].

- ΙΡΛΑΝΔΙΑ

Σύμφωνα με τους Cooney και συν., οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί μπορούν να υποστηρίξουν τους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη στο πεδίο της εκπαίδευσης και αυτοδιαχείρισης της νόσου. Σημαντικοί παράγοντες αποτελούν η προσβασιμότητά τους σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας και η καθημερινή επαφή η οποία οδηγεί στην ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης. Εμπόδια στην παροχή της υπηρεσίας αποτελούν η έλλειψη πόρων και χρόνου, καθώς και η έλλειψη προσωπικού και χρηματοδότησης [144]. Τα κοινοτικά φαρμακεία μπορούν να παρέχουν στους ασθενείς και εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως η *“Περιπατητική Παρακολούθηση της Αρτηριακής Πίεσης”* (Ambulatory Blood Pressure Monitoring - ABPM). Η συγκεκριμένη εξέταση αφορά την 24ωρη παρακολούθηση και καταγραφή της ΑΠ, συνιστάται για τη διάγνωση της Αρτηριακής Υπέρτασης (ΑΥ) και πραγματοποιείται με τη χρήση φορητής συσκευής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 1698 ασθενών, τα χαρακτηριστικά των μετρήσεων μεταξύ των δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των φαρμακείων ήταν ίδια. Τα κοινοτικά φαρμακεία μπορούν να παρέχουν την παραπάνω υπηρεσία κάνοντας την εξέταση πιο προσιτή σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών με Υπέρταση [145].

Το καλοκαίρι του 2018, πραγματοποιήθηκε από την *“Ένωση Φαρμακείων της Ιρλανδίας”* (Irish Pharmacy Union - IPU) σε 68 κοινοτικά φαρμακεία της χώρας, μια μελέτη ανίχνευσης της ΑΥ και της κολπικής μαρμαρυγής για άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω. Οι φαρμακοποιοί αφού παρακολούθησαν ένα ημερήσιο πρόγραμμα εκπαίδευσης το οποίο πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με το *“Ιρλανδικό Ίδρυμα Καρδιάς”* (Irish Heart Foundation), έλαβαν μέρος σε μια διαδικτυακή έρευνα με σκοπό να εκτιμηθεί η αποδοχή της υπηρεσίας και οι τυχόν ελλείψεις. Το 83% του δείγματος θεωρεί ότι ήταν εύκολο να μετρήσει την ΑΠ και τον καρδιακό σφυγμό μετά από την εκπαίδευση που έλαβε και το 98% πιστεύει ότι η υπηρεσία θα πρέπει να ενταχθεί στις αμειβόμενες υπηρεσίες. Όσον αφορά το χρονικό διάστημα που απαιτήθηκε για την παροχή της, το 80% των συμμετεχόντων δήλωσε 5-15 λεπτά, το 16% 15-20 λεπτά και το 2% ανέφερε χρόνο μεγαλύτερο των 20 λεπτών [146].

Το 2020, οι παρεχόμενες υπηρεσίες με το υψηλότερο ποσοστό διαθεσιμότητας σε εθνικό επίπεδο ήταν η συμβουλευτική για τα φάρμακα, η παροχή της δόσης με παρακολούθηση, οι συμβουλές για την έλλειψη φαρμάκων και η απόρριψη των ανεπιθύμητων φαρμάκων. Σημαντικό ποσοστό διαθεσιμότητας παρουσιάζουν υπηρεσίες όπως η διαχείριση της ΑΠ (82%), η υποστήριξη Πρώτων Βοηθειών

(75%), η υποστήριξη διαλογής για τον Covid-19 (72%) και η χορήγηση του εμβολίου κατά της γρίπης (70%). Τέλος, η διακοπή του καπνίσματος (67%) και η κατ' οίκον παράδοση φαρμάκων και ειδών πρώτης ανάγκης (59%) εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά [147].

- Η.Π.Α.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι αρκετά περίπλοκο, αφού περιλαμβάνει ένα συνδυασμό δημόσιων, ιδιωτικών, κερδοσκοπικών και μη κερδοσκοπικών ασφαλιστών οι οποίοι παρέχουν υγειονομική φροντίδα στους πολίτες. Όπως προαναφέρθηκε, τα *κοινοτικά φαρμακεία* στις Η.Π.Α. διακρίνονται στα *“ανεξάρτητα φαρμακεία”*, στις *“παραδοσιακές αλυσίδες φαρμακείων”*, στα *“εντός σούπερ μάρκετ”* και στα *“φαρμακεία μαζικού εμπορίου”*. Σύμφωνα με τους *Munger* και συν., οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί έχουν θετικές στάσεις απέναντι στη διεύρυνση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσω των κοινοτικών φαρμακείων (57%) και στην παρακολούθηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης (74%). Ωστόσο, εκφράζουν τον προβληματισμό τους για την έλλειψη χρόνου (56%) και την ευθύνη του προσωπικού (55%). Η επέκταση του ρόλου τους στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ προϋποθέτει δύο βασικές παραμέτρους, την ύπαρξη καθορισμένου χρόνου και τη λήψη αμοιβής [148].

Σύμφωνα με την *“Εθνική μελέτη εργατικού δυναμικού φαρμακείων”* του 2019, οι υπηρεσίες υγείας με την υψηλότερη συχνότητα παροχής, σε εθνικό επίπεδο, είναι η χορήγηση εμβολίων (90.0%), η χορήγηση Ναλοξόνης (72.2%), οι υπηρεσίες διαχείρισης της φαρμακευτικής θεραπείας (66.7%) και ο συγχρονισμός των φαρμάκων (66.5%). Αντίθετα, υπηρεσίες με χαμηλή συχνότητα παροχής είναι οι εξετάσεις σημείου φροντίδας (19.6%), η χορήγηση ενέσεων (18.6%), η εξειδικευμένη σύνθεση (13.4%) και ο φαρμακογονιδιωματικός έλεγχος ή/και συμβουλευτική (3.9%). Οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι χρόνια προβλήματα υγείας με υψηλό ποσοστό παρακολούθησης στο χώρο του φαρμακείου είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης (35.7%), η Αρτηριακή Υπέρταση (35.6%) και η υψηλή χοληστερίνη (26.3%), ενώ τη χαμηλότερη τιμή παρουσιάζει η υπηρεσία ελέγχου της Βαρφαρίνης (Warfarin) / τιμή INR [149].

- ΚΑΝΑΔΑΣ

Οι φαρμακοποιοί οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ εκτιμούν ότι η σημαντικότερη ευθύνη τους αφορά την άμεση φροντίδα των ασθενών με έμφαση στη διαχείριση των φαρμακευτικών τους αναγκών. Απαραίτητες ικανότητες θεωρούνται οι δεξιότητες επικοινωνίας, συνεργασίας και επαγγελματισμού. Αντίθετα, λιγότερο σημαντικό ρόλο είναι η διαχείριση, η υπεράσπιση της υγείας (health advocacy) και η

λογιότητα (scholarship) [150]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης η οποία πραγματοποιήθηκε στην πόλη του Μόντρεαλ (Montreal), οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί “εμπλέκονται πολύ” σε δραστηριότητες που σχετίζονται με τον προσυμπτωματικό έλεγχο της Υπέρτασης (44.5%) και του Διαβήτη (34.8%), ενώ χαμηλότερα είναι τα ποσοστά υπηρεσιών όπως ο έλεγχος της δυσλιπιδαιμίας και η ανοσοποίηση. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων των φαρμακοποιοίων σε σχέση με τα ιδανικά και τα πραγματικά επίπεδα εμπλοκής τους στην παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, καθώς και τα εμπόδια που συναντούν. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η χρονική διάρκεια των διαβουλεύσεων ήταν 10 λεπτά ή λιγότερο και ότι θα έπρεπε ιδανικά να “εμπλέκονται πολύ” σε δραστηριότητες όπως η επείγουσα από του στόματος αντισύλληψη (89.1%), η διακοπή του καπνίσματος (84.3%), ο προσυμπτωματικός έλεγχος της Υπέρτασης (81.8%) και του Διαβήτη (76.0%). Ως κύρια εμπόδια αναφέρθηκαν η έλλειψη χρόνου (86.1%), συντονισμού με τους άλλους επαγγελματίες υγείας (61.1%), προσωπικού ή πόρων (57.2%) και οικονομικής αποζημίωσης (50.8%) [151].

Οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι φαρμακοποιοί στον Καναδά μπορούν να έχουν σημαντικό ρόλο και στην παροχή υπηρεσιών όπως η χορήγηση του εμβολίου κατά της γρίπης [152], η υποστήριξη ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη [153] και η πρόληψη και διαχείριση της οστεοπόρωσης και του κινδύνου πτώσεων [154].

Η χορήγηση του αντιγριπτικού εμβολίου από τους φαρμακοποιοί ξεκίνησε πριν από μία δεκαετία περίπου. Συγκεκριμένα, το 2012 οι φαρμακοποιοί της επαρχίας του Οντάριο (Ontario) απέκτησαν τη δυνατότητα να εμβολιάζουν τους πολίτες ηλικίας άνω των 5 ετών. Για να αποκτήσουν την πιστοποίηση παροχής της υπηρεσίας θα πρέπει να ολοκληρώσουν με επιτυχία ένα πρόγραμμα γνώσεων και δεξιοτήτων το οποίο παρέχεται από το *Κολλέγιο Φαρμακοποιοίων του Οντάριο* (Ontario College of Pharmacists - OCP). Ποιοτική μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε το 2017 στην ευρύτερη περιοχή του Τορόντο (Toronto), έδειξε ότι οι φαρμακοποιοί αποδέχονται το ρόλο τους ως εμβολιαστές και θεωρούν θετική την επίδραση που έχει η διαδικασία στη σχέση τους με τους ασθενείς [152].

Η υποστήριξη ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη μπορεί να αφορά άμεσα επωφελείς υπηρεσίες για τους ασθενείς, όπως η ανασκόπηση της φαρμακευτικής αγωγής, η χορήγηση εμβολιασμών, η ανανέωση συνταγών και η πρόσβαση στα αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων [153]. Οι φαρμακοποιοί πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να έχουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και διαχείριση της οστεοπόρωσης (46.6%) και του κινδύνου πτώσεων (50.3%). Ωστόσο, η πραγματική εμπλοκή τους στην παροχή των παραπάνω υπηρεσιών είναι σχετικά περιορισμένη (μικρότερη του 20%). Τα κύρια εμπόδια αφορούν την έλλειψη χρόνου (78.8%), κλινικών εργαλείων (65.4%) και συντονισμού με άλλους επαγγελματίες υγείας (54.5%). Σημαντικά επίσης εμπόδια θεωρούνται η έλλειψη προσωπικού ή πόρων (49.2%) και οικονομικής αποζημίωσης (44.3%) [154].

- ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ

Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί στην Αυστραλία πιστεύουν ότι μπορούν να έχουν σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών που αφορούν τη στοματική υγιεινή [155,156], τη διαχείριση άσθματος [157], τη διενέργεια εμβολιασμών [158] και τη διαχείριση μικροαγγειακών επιπλοκών που σχετίζονται με το Διαβήτη τύπου 2 [159]. Η εκπαίδευση και η συνεχιζόμενη κατάρτιση αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την ενσωμάτωση των παραπάνω υπηρεσιών. Μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στην πολιτεία της Δυτικής Αυστραλίας (Western Australia), τη μεγαλύτερη σε έκταση πολιτεία της χώρας, έδειξε ότι οι συχνότερα παρεχόμενες υπηρεσίες είναι η χορήγηση του εμβολίου κατά της γρίπης (45%) και η ανασκόπηση φαρμάκων στο σπίτι (52%) Ποσοστό μεγαλύτερο του 60% των φαρμακοποιών δήλωσε ότι λαμβάνει αμοιβή, ενώ η ύπαρξη ιδιωτικού χώρου διαβούλευσης συνδέεται θετικά με τη χορήγηση του εμβολίου κατά της γρίπης και τη γενικότερη παροχή των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, σημαντικά εμπόδια αποτελούν η έλλειψη χρόνου και η ανεπαρκής οικονομική αμοιβή [160].

- ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, τον Ιούλιο του 2012 εισήχθη η “*Συμφωνία Υπηρεσιών Κοινοτικού Φαρμακείου*” (Community Pharmacy Service Agreement - CP SA) με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από τα φαρμακεία της Νέας Ζηλανδίας. Σύμφωνα τα αποτελέσματα μελέτης η οποία πραγματοποιήθηκε το προηγούμενο έτος με σκοπό τη διερεύνηση των αντιλήψεων των φαρμακοποιών για τις υπηρεσίες που προσφέρονται σε ηλικιωμένα άτομα, η πλειοψηφία δήλωσε ότι παρέχει στους ασθενείς βοήθημα συμμόρφωσης και κατ’ οίκον παράδοση των φαρμάκων. Το 35% των φαρμακοποιών παρέχει υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου, όπως μέτρηση αρτηριακής πίεσης (34%), γλυκόζης του αίματος (15%), χοληστερίνης (2,5%) και ψευδαργύρου (2.%) [161].

Το 2014, δύο χρόνια μετά από την εισαγωγή της νέας συμφωνίας, οι Smith και συν. κατέγραψαν τις υπηρεσίες υγείας και τα εμπόδια κατά την παροχή τους. Πέρα από την προετοιμασία και διανομή των φαρμάκων, άλλες υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται είναι το πρόγραμμα Μεθαδόνης (60%), η χορήγηση Κλοζαπίνης (52%), η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (51%), η υποστήριξη της διακοπής του καπνίσματος (39%), η ανασκόπηση της χρήσης των φαρμάκων (31%), η εξέταση ψευδαργύρου (22%), η διενέργεια εμβολιασμών (22%), η μέτρηση της γλυκόζης του αίματος (19%) και της χοληστερίνης (3%). Σύμφωνα με τους φαρμακοποιούς, τα σημαντικότερα εμπόδια είναι η διαθεσιμότητα του προσωπικού και το οικονομικό κόστος [162].

Το 2018 τέθηκε σε ισχύ η νέα “Συμφωνία Ολοκληρωμένων Υπηρεσιών Κοινοτικού Φαρμακείου”, αντικαθιστώντας την προηγούμενη σύμβαση. Σύμφωνα με τους McDonald και συν., η πλειοψηφία των φαρμακοποιών παρέχει υπηρεσίες όπως η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης (90%), η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (81%) και η συμβουλευτική διακοπής του καπνίσματος (74%). Χαμηλότερα είναι τα ποσοστά παροχής υπηρεσιών όπως η ανοσοποίηση (34%), η ανασκόπηση της χρήσης των φαρμάκων (23%), η παρακολούθηση της αντιπηκτικής αγωγής (23%), καθώς και υπηρεσιών προσυμπτωματικού ελέγχου όπως η μέτρηση της γλυκόζης του αίματος (23%), της χοληστερίνης (7%) και της HbA1c (2%). Οι φαρμακοποιοί θεωρούν ότι χρειάζεται περαιτέρω εκπαίδευση και υποστήριξη από τους ιδιοκτήτες και διαχειριστές των φαρμακείων, ώστε να είναι σε θέση να προσφέρουν εκτεταμένες υπηρεσίες [163].

Τέλος, σημαντικό ρόλο μπορούν να έχουν οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί της Νέας Ζηλανδίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα και υποστήριξη ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας. Ποιοτική μελέτη των Morris και συν., έδειξε ότι πέρα από την προμήθεια των φαρμάκων και την παροχή συμβουλευτικής, οι φαρμακοποιοί είναι σε θέση να έχουν ρόλο συνηγορίας σε θέματα καθοδήγησης στο σύστημα υγείας και ευρύτερης κοινωνικής υποστήριξης. Βασικές παράμετροι αποτελούν η φιλοσοφία του ιδιοκτήτη του φαρμακείου και πως αυτή επηρεάζει τη φαρμακευτική πρακτική, και ο διαθέσιμος χρόνος για την υποστήριξη των ασθενών [164].

- ΓΑΛΛΙΑ

Σύμφωνα με έρευνα της “Εθνικής Ένωσης Φαρμακείων της Γαλλίας” (Union Nationale des Pharmacies de France - UNPF), η οποία πραγματοποιήθηκε σε εθνικό επίπεδο τον Μάιο του 2022, το 94% αισθάνεται ότι τα τελευταία χρόνια το επάγγελμά του φαρμακοποιού έχει αλλάξει και το 99% εκτιμά ότι αυτός ο μετασχηματισμός θα συνεχίσει να υφίσταται. Ως αναφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας στο χώρο του φαρμακείου, το 96% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι διενεργεί εμβολιασμούς κατά της γρίπης και ως επί το πλείστον και κατά του Covid-19. Χαμηλά είναι τα ποσοστά παροχής φαρμακευτικών συνεντεύξεων (19%) και ανασκοπήσεων φαρμάκων (18%). Η πλειοψηφία των φαρμακοποιών σχεδιάζει να πραγματοποιήσει τους εμβολιασμούς ενηλίκων που εγκρίθηκαν από το φθινόπωρο του 2022 και να παρέχει άλλες υπηρεσίες, όπως ο έλεγχος λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος, ο προσυμπτωματικός έλεγχος καρκίνου του παχέος εντέρου, η υποκατάσταση με βιο-ομοειδή και υβριδικά φάρμακα, η σύντομη φαρμακευτική συνέντευξη για την υποστήριξη της εγκύου, η διανομή κατ’ οίκον και η υπηρεσία του ανταποκριτή φαρμακοποιού. Η έλλειψη χρόνου (69%), αμοιβής (67%) και προσωπικού (65%) αποτελούν, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, τα σημαντικότερα εμπόδια παροχής υπηρεσιών υγείας [165].

- ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης η οποία διερεύνησε τη σχέση μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και του μάρκετινγκ προϊόντων, οι υπηρεσίες με τα υψηλότερα ποσοστά παροχής είναι η αυτοματοποιημένη χορήγηση δόσης (77%), οι μετρήσεις υγείας (35%) και η ανασκόπηση φαρμάκων (23%). Αντίθετα, χαμηλά είναι τα ποσοστά για υπηρεσίες όπως η διακοπή του καπνίσματος (8%) και ο έλεγχος της υγείας (8%) [166].

- ΕΣΘΟΝΙΑ

Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί της Εσθονίας έχουν αναλάβει τα τελευταία χρόνια σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, στην εκπαίδευση των ασθενών και στη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων. Η εφαρμογή των “Οδηγιών Ποιότητας Υπηρεσιών Κοινοτικού Φαρμακείου” (Community Pharmacy Service Quality Guidelines - CPSQG) είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι παραπάνω οδηγίες συντάχθηκαν για πρώτη φορά το 2012 και επικαιροποιήθηκαν το 2016 και το 2021. Για την εκπόνησή τους συνεργάστηκαν κρατικές υπηρεσίες, εκπαιδευτικά ιδρύματα και εν ενεργεία φαρμακοποιοί της Εσθονίας. Σύμφωνα με τους Sepp και συν., η πιο κοινή εκτεταμένη υπηρεσία είναι οι “Έλεγχοι σημείου φροντίδας” (μέτρηση αρτηριακής πίεσης, γλυκόζης του αίματος, ολικής χοληστερόλης, αιμοσφαιρίνης και η ανάλυσης της σύνθεσης του σώματος). Μόνο το 16% των φαρμακείων είχε ξεχωριστό χώρο διαβούλευσης ή παροχής συμβουλευτικής στους ασθενείς και μόλις στο 1/3 του προσωπικού των φαρμακείων έχει ολοκληρώσει σχετική εκπαίδευση [167]. Άλλες υπηρεσίες υγείας οι οποίες παρέχονται είναι η διανομή και παροχή συμβουλευτικής σε σχέση με τη χρήση προσωπικών ιατρικών συσκευών και προϊόντων χορήγησης φαρμάκων [168], και από το 2018 η διενέργεια εμβολιασμών [169]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 137 κοινοτικών φαρμακείων, το 51.8% των κοινοτικών φαρμακείων διανέμει, το 32.1% παρέχει συμβουλές πολλές φορές την ημέρα και το 79.6% πιστεύει ότι υπάρχει ανάγκη περαιτέρω εκπαίδευσης [168].

- ΜΟΛΔΑΒΙΑ

Οι φαρμακοποιοί της Μολδαβίας προσεγγίζουν την εργασία τους στο χώρο του φαρμακείου κυρίως με βάση το διανεμητικό μοντέλο. Η συμμετοχή τους σε δραστηριότητες δημόσιας υγείας, όπως η παροχή πληροφόρησης για τα φάρμακα σε ασθενείς και ιατρούς, η προαγωγή της υγείας και ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι χαμηλή. Η διαπίστωση του φαρμακείου φαίνεται να έχει θετική επίδραση στην φαρμακευτική πρακτική καθώς οι φαρμακοποιοί αντιλαμβάνονται

καλύτερα τις επαγγελματικές τους δραστηριότητες [170]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης η οποία κατέγραψε τις απόψεις 329 κοινοτικών φαρμακοποιών, το ποσοστό παροχής υπηρεσιών σε μόνιμη βάση είναι 59.6% για την παροχή πληροφόρησης για τα φάρμακα, 57.4% για την προαγωγή της υγείας και 33.1% για τη μέτρηση της Αρτηριακής Πίεσης. Χαμηλότερο είναι το ποσοστό της υποστήριξης της φαρμακευτικής αγωγής (29.5%), της διακοπής του καπνίσματος (22.8%) και της διαχείριση βάρους (13.4%). Η παράδοση των φαρμάκων στο σπίτι παρέχεται μόνιμα μόνο από το 5.5% των φαρμακοποιών, η μέτρηση της γλυκόζης του αίματος από το 0.6%, ενώ κανένας φαρμακοποιός δεν παρέχει υπηρεσίες μέτρησης της χοληστερίνης [171].

- ΠΟΛΩΝΙΑ

Το προσωπικό το οποίο εργάζεται στα φαρμακεία της Πολωνίας θεωρεί ότι υπάρχει ανάγκη για βελτίωση των προσόντων, των ικανοτήτων και της αποτελεσματικότητάς του σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών προαγωγής της υγείας στο χώρο του φαρμακείου [172]. Η αξιολόγηση της ετοιμότητας και της προθυμίας των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών εμβολιασμού μετά από την παρακολούθηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος, έδειξε ότι μεγαλύτερη ετοιμότητα παρουσίασαν όσοι προηγουμένως είχαν παρακολουθήσει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, απαραίτητες προϋποθέσεις για την παροχή της υπηρεσίας αποτελούν η ύπαρξη κατάλληλα διαμορφωμένου χώρου, η λήψη αμοιβής και η συνεργασία μεταξύ φαρμακοποιού και κέντρου υγείας [173].

Σύμφωνα με τους *Korciuch* και συν., το 76% των φαρμακοποιών γνωρίζει τον ορισμό της Φαρμακευτικής Φροντίδας αλλά μόνο το 15% έχει παρακολουθήσει κατά το παρελθόν κάποιο σχετικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Το 45% δηλώνει πρόθυμο να παρέχει υπηρεσίες φαρμακευτικής συμβουλευτικής και το 75% πιστεύει ότι η μελλοντική επιτυχία του φαρμακείου εξαρτάται από την παροχή επαγγελματικών υπηρεσιών πέρα από τη διανομή των φαρμάκων. Τα βασικότερα εμπόδια κατά τους φαρμακοποιούς, σχετίζονται με την έλλειψη χρόνου, νομικού πλαισίου και υποδομών. [174]. Τέλος, η πλειοψηφία των κοινοτικών φαρμακοποιών (95%) δηλώνει ότι τους έχει ζητηθεί βοήθεια από ασθενείς για τη διακοπή του καπνίσματος και το 79% πιστεύει ότι διαθέτει πλήρως τα προσόντα ώστε να παρέχει την υπηρεσία. Μόλις το 16% των φαρμακοποιών αφιερώνει σε κάθε ασθενή για την παροχή συμβουλευτικής, χρόνο περισσότερο των 5 λεπτών [175].

- ΟΥΓΓΑΡΙΑ

Σύμφωνα με την EPhEU (Employed community Pharmacists in Europe), στην Ουγγαρία των σχεδόν 10 εκατομμυρίων κατοίκων υπάρχουν 2.394 κοινοτικά

φαρμακεία [176]. Οι φαρμακοποιοί έχουν θετική στάση απέναντι στην παροχή Πρώτων Βοηθειών και το 88% επιθυμεί να βελτιώσει τις γνώσεις του. Οι πιο συχνές επείγουσες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν οι φαρμακοποιοί κατά τη διάρκεια της εργασίας τους είναι η αιμορραγία/τραυματισμός (69%), η ζάλη (55%), τα εγκαύματα (34%), η αλλεργική αντίδραση (32%), η λιποθυμία (29%) και ο πόνος στο στήθος (25%). Στις παρεμβάσεις τους περιλαμβάνονται η επίδεση/έλεγχος της αιμορραγίας (78%), η αντιμετώπιση του άγχους (68%), η χορήγηση νερού (55%), η τοποθέτηση του ασθενή σε ύπτια θέση (45%), ενώ η έναρξη Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ) αναφέρθηκε μόνο από το 1% [177].

- ΒΕΛΓΙΟ

Σύμφωνα με τους Rondeaux και συν., οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί μπορούν να έχουν ενεργό ρόλο στον εντοπισμό, την παροχή συμβουλευτικής και την παραπομπή ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη και καρδιαγγειακά νοσήματα. Η ευκολία πρόσβασης και η θετική εμπειρία των ασθενών αποτελούν ενθαρρυντικά στοιχεία για την εφαρμογή υπηρεσιών αξιολόγησης κινδύνου στο χώρο του φαρμακείου. Οι φαρμακοποιοί πιστεύουν ότι οι υπηρεσίες που σχετίζονται με την πρόληψη και τον προσυμπτωματικό έλεγχο θα αποτελέσουν στο μέλλον μέρος της επαγγελματικής τους πρακτικής. Επιπλέον, η παροχή της υπηρεσίας τους επέτρεψε να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο στους ασθενείς τους με αποτέλεσμα τη βελτίωση της σχέσης φαρμακοποιού-ασθενή. Τέλος, οι φαρμακοποιοί εξέφρασαν την ανάγκη δημιουργίας νομικού πλαισίου, οικονομικής υποστήριξης και μεγαλύτερης συνεργασίας με τους γενικού ιατρούς (δημιουργία ηλεκτρονικής πλατφόρμας επικοινωνίας) [178].

- ΑΥΣΤΡΙΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης η οποία πραγματοποιήθηκε σε εθνικό επίπεδο σε δείγμα 261 κοινοτικών φαρμακείων, η συχνότερα παρεχόμενη υπηρεσία είναι η ανασκόπηση φαρμάκων (51%). Μόνο το 18% προσφέρει σε καθημερινή βάση άλλες κλινικές υπηρεσίες, ενώ το 69% εξέφρασε την επιθυμία να επεκτείνει στο μέλλον το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η έλλειψη χρόνου και πόρων, η ανεπαρκής αμοιβή και η κακή σχέση μεταξύ φαρμακοποιών και ιατρών αποτελούν τα σημαντικότερα εμπόδια [179]. Η πλειοψηφία των κοινοτικών φαρμακοποιών (82%) δηλώνουν πρόθυμοι να διενεργήσουν εμβολιασμούς στο χώρο του φαρμακείου. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την παροχή της υπηρεσίας είναι η κατάλληλη εκπαίδευση (88.4%), η ασφάλιση αστικής ευθύνης (78.2%) και η αποδοχή από τους ασθενείς (73.7%). Λιγότερο σημαντικές θεωρούνται η αποδοχή από τους ιατρούς (39.2%) και η οικονομική αποζημίωση (30.8%) [180].

- ΙΣΠΑΝΙΑ

Η υλοποίηση ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του παχέος εντέρου στην Καταλονία (Catalonia) της Ισπανίας έδειξε ότι τα κοινοτικά φαρμακεία αποτελούν μια επιτυχημένη εναλλακτική λύση για την υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης της ασθένειας. Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί θεωρούν ότι η συμμετοχή τους έχει θετικό αντίκτυπο στον επαγγελματικό τους ρόλο και αυξάνει την εμπιστοσύνη των πελατών σε αυτού του είδους τις υπηρεσίες. Ποσοστό μεγαλύτερο του 90% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ο χρόνος που αφιέρωσε ανά χρήστη σε σχέση με τη διαδικασία ενημέρωσης, παράδοσης και συλλογής του δείγματος, ήταν κατά μέσο όρο λιγότερος από 10 λεπτά. [181].

- ΙΤΑΛΙΑ

Σύμφωνα με τους *Della Polla* και συν., το 91.7% των κοινοτικών φαρμακοποιών πιστεύει ότι θα μπορούσε να έχει σημαντικό ρόλο στις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για τους εμβολιασμούς και το 75.3% ότι θα πρέπει να εμπλακεί περισσότερο σε αυτού του είδους τις ενέργειες. Το 11.9% λαμβάνει συχνά ή πάντα ερωτήματα που αφορούν τους εμβολιασμούς τα οποία σχετίζονται με την αποτελεσματικότητά (46.9%), τις παρενέργειες (43.1%) και το κόστος (29.1%) των εμβολίων [182]. Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, η πλειοψηφία των κοινοτικών φαρμακοποιών (85.4%) γνωρίζει το αντικείμενο της ταξιδιωτικής ιατρικής και το 44.3% πιστεύει ότι αποτελεί μέρος των επαγγελματικών του αρμοδιοτήτων. Το 77.6% θεωρεί ότι είναι σημαντικό να παρέχει στο κοινό σχετικές πληροφορίες και το 56.2% ότι είναι σε θέση να προσφέρει κατάλληλες συμβουλές. Τα αιτήματα τα οποία λαμβάνουν οι φαρμακοποιοί αφορούν θέματα όπως η ταξιδιωτική διάρροια (83.4%), η ασφάλεια νερού και τροφίμων (77.6%), τα τσιμπήματα εντόμων (65.9%) και οι εμβολιασμοί (31.2%) [183].

- ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ

Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί αντιλαμβάνονται τη σημασία του ρόλου που έχουν στην πραγματοποίηση τεστ προσυμπτωματικού ελέγχου για την Ηπατίτιδα και τον HIV στο χώρο του φαρμακείου. Στα πλεονεκτήματα παροχής αυτής της υπηρεσίας περιλαμβάνονται παράγοντες όπως η ευκολία προσβασιμότητας, ο μικρός χρόνος αναμονής και η σχέση εμπιστοσύνης. Αντίθετα, σημαντικά εμπόδια θεωρούνται το στίγμα που σχετίζεται με αυτές τις λοιμώξεις, η έλλειψη εκπαίδευσης στον ψυχολογικό τομέα, η διαδικασία της εξέτασης και τα θέματα παραπομπής και συνεχιζόμενης φροντίδας του ασθενή [184]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης η οποία διερεύνησε την προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας σε δείγμα 396 κοινοτικών φαρμακοποιών, τρεις στους τέσσερις δήλωσαν ότι προωθούν τη

σωματική δραστηριότητα στην καθημερινή τους ρουτίνα. Το 92.3% παρέχει τις πληροφορίες προφορικά, με το περπάτημα να είναι η δραστηριότητα που προωθείται περισσότερο (99.4%). Τα σημαντικότερα εμπόδια στην παροχή της παραπάνω υπηρεσίας είναι η έλλειψη συντονισμού με άλλους επαγγελματίες υγείας, η έλλειψη ενδιαφέροντος από τους πελάτες και η έλλειψη χρόνου [185].

- ΒΡΑΖΙΛΙΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 112 κοινοτικών φαρμακοποιών, το 41% αναγνώρισε σωστά την έννοια της Φαρμακευτικής Φροντίδας και το 70.5% δήλωσε ότι την εφαρμόζει. Τα κυριότερα εμπόδια σύμφωνα με τους φαρμακοποιούς σχετίζονται με την έλλειψη χώρου (53.6%) και υλικών πόρων (14.0%) όπως οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές και η πρόσβαση στο διαδίκτυο [186].

- ΑΙΓΥΠΤΟΣ

Στην Αίγυπτο, υπάρχουν περίπου 75.165 φαρμακεία τα οποία εκτός από τις βασικές υπηρεσίες διανομής και ετοιμασίας των φαρμάκων, προσφέρουν υπηρεσίες όπως διαγνωστικές εξετάσεις για την παρακολούθηση και τον έλεγχο παθήσεων (μέτρηση αρτηριακής πίεσης, γλυκόζης του αίματος, χοληστερίνης) και δραστηριότητες δημόσιας υγείας που αποβλέπουν στην αγωγή και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (διακοπή του καπνίσματος, υγιεινή διατροφή και δίαιτα) [187]. Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί έχουν θετικές στάσεις ως προς τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες διατροφικής αξιολόγησης και ιατρικής διατροφικής θεραπείας και θεωρούν ότι οι δραστηριότητες αυτές αποτελούν μέρος των καθηκόντων τους. Η παροχή διατροφικής συμβουλευτικής στο χώρο του φαρμακείου αφορά μόνο ενήλικες με κύρια προβλήματα υγείας την παχυσαρκία, τον Διαβήτη και την Υπέρταση. Σύμφωνα με τους φαρμακοποιούς, εμπόδια κατά την παροχή της υπηρεσίας αποτελούν η ανεπαρκής γνώση τους σε θέματα διατροφής, η έλλειψη κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού και η έλλειψη χρόνου [188].

- ΑΙΘΙΟΠΙΑ

Η πλειοψηφία των κατοίκων στην πόλη Μπόνγκα (Bonga) της Αιθιοπίας συμφωνεί με την παροχή εκτεταμένων υπηρεσιών υγείας από τα κοινοτικά φαρμακεία, όμως τα ποσοστά χρήσης των υπηρεσιών στον πληθυσμό είναι σχετικά χαμηλά. Συγκεκριμένα, η υπηρεσία η οποία λαμβάνεται συχνότερα από τους ασθενείς είναι η διαχείριση του πόνου (51.4%), ενώ το ποσοστό λήψης υπηρεσιών προσυμπτωματικού ελέγχου δεν ξεπερνάει το 10% [189]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης η οποία πραγματοποιήθηκε σε κοινοτικά φαρμακεία έξι

πόλεων της περιφέρειας Αμχάρα (Amhara) της Αιθιοπίας, το επίπεδο συμμετοχής των κοινοτικών φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας είναι επίσης χαμηλό.

Το υψηλότερο ποσοστό συμμετοχής αφορά την υπηρεσία διαχείρισης και προσυμπτωματικού ελέγχου μολυσματικών ασθενειών (72.8%). Τα σημαντικότερα εμπόδια σχετίζονται με την έλλειψη γνώσεων και κλινικών δεξιοτήτων, την έλλειψη προσωπικού ή πόρων, την έλλειψη συνεργασίας με τους άλλους επαγγελματίες υγείας και την έλλειψη χρόνου [190].

- ΓΚΑΝΑ

Σύμφωνα με τους Mensah και συν., οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί αναγνωρίζουν τη σημασία της ενσωμάτωσης της προαγωγής της υγείας του καρκίνου στην καθημερινή τους πρακτική και θεωρούν ότι μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση πρακτικών προσυμπτωματικού ελέγχου από τους πολίτες. Τα σημαντικότερα εμπόδια που αντιμετωπίζουν σχετίζονται με την έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού (69.0%), επαρκών γνώσεων (68.1%), κατάλληλης εκπαίδευσης (64.4%) και προσωπικού (53.4%) [191].

Η πλειοψηφία των φαρμακοποιών γνωρίζει την έννοια της Φαρμακευτικής Φροντίδας (92.2%) και έχει θετική αντίληψη του ρόλου του στην πρόληψη και διαχείριση των καρδιαγγειακών παθήσεων. Παρέχει στο χώρο του φαρμακείου αρκετές δραστηριότητες έγκαιρης ανίχνευσης και διαχείρισης όπως η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (94.2%), της γλυκόζης του αίματος (83.5%) και του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) (78.6%). Η αποτελεσματικότητά των παρεμβάσεων τους παρεμποδίζεται παράγοντες όπως ο αυξημένος φόρτος εργασίας (93.2%), η έλλειψη χρόνου (88.4%), εκπαιδευτικού υλικού και κλινικών εργαλείων (54.4%) [192].

- ΖΙΜΠΑΜΠΟΥΕ

Στη Ζιμπάμπουε, η φαρμακευτική πρακτική προσανατολισμένη σε δραστηριότητες δημόσιας υγείας είναι σχετικά περιορισμένη [193].

Ο κύριος ρόλος των κοινοτικών φαρμακοποιών αφορά τη χορήγηση των φαρμάκων και την παροχή συμβουλών σε σχέση με τη λήψη τους.

Οι υπηρεσίες διαγνωστικού ελέγχου οι οποίες παρέχονται περιλαμβάνουν τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και της γλυκόζης του αίματος, καθώς και εξετάσεις για την ελονοσία και τον HIV.

Οι φαρμακοποιοί δηλώνουν πρόθυμοι να διενεργήσουν εμβολιασμούς του πληθυσμού μετά από κατάλληλη εκπαίδευση.

Τα κυριότερα εμπόδια κατά την παροχή των εκτεταμένων υπηρεσιών υγείας σχετίζονται με την έλλειψη ιδιωτικού χώρου διαβούλευσης εντός του φαρμακείου, την έλλειψη νομοθεσίας και αμοιβής [194].

- ΝΙΓΗΡΙΑ

Στη Νιγηρία, οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί έχουν θετικές στάσεις απέναντι στην παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας στο χώρο του φαρμακείου, αλλά θεωρούν ότι είναι αναγκαία η θέσπιση κινήτρων, η παροχή υποστήριξης και η ανάπτυξη, από τους επαγγελματικούς φορείς και το κράτος, κατευθυντήριων οδηγιών φαρμακευτικής πρακτικής [195].

Σημαντικοί περιορισμοί κατά τους φαρμακοποιούς αποτελούν η έλλειψη χρόνου, προσωπικού, εκπαίδευσης, κέρδους (αμοιβής), κατάλληλα διαμορφωμένου χώρου και χρόνου από μέρους των ασθενών [196].

Σύμφωνα με μελέτη η οποία διεξήχθη στην πολιτεία Λάγκος (Lagos) σε δείγμα 120 κοινοτικών φαρμακοποιών, το 97.5% θεωρεί ότι ο φαρμακοποιός μπορεί να παρέχει υπηρεσίες φροντίδας της υγείας, αλλά μόνο το 28.3% έχει παρακολουθήσει κάποιο σχετικό πρόγραμμα επικαιροποίησης γνώσεων.

Οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται στους ασθενείς αφορούν την προαγωγή της υγείας (υπηρεσίες συμβουλευτικής και προώθησης του υγιεινού τρόπου ζωής), υπηρεσίες πρόληψης (εργαστηριακός έλεγχος ρουτίνας, έλεγχος αλληλεπίδρασης φαρμάκων), υπηρεσίες θεραπείας (διαχείριση της διάρροιας στα παιδιά, θεραπεία ασθενειών όπως η ελονοσία, το κρουολόγημα, η καταρροή και ο πονόλαιμος). Χαμηλότερο είναι το ποσοστό των φαρμακοποιών που παρέχουν υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου για τον Σακχαρώδη Διαβήτη και την Υπέρταση (70.8%) και εξαιρετικά χαμηλό το ποσοστό διενέργειας εμβολιασμών (14.1%) [197].

Το εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό διενέργειας εμβολιασμών στο χώρο του φαρμακείου προκύπτει και από τα αποτελέσματα μελέτης η οποία πραγματοποιήθηκε το 2019 σε 6 πολιτείες της χώρας. Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι συχνότερα παρεχόμενες υπηρεσίες είναι η θεραπεία της ελονοσίας (συνδυαστική θεραπεία με βάση την αρτεμισινίνη), ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης και της γλυκόζης του αίματος, η παροχή συμβουλευτικής κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, η θεραπεία του κοινού κρουολογήματος ή της γρίπης, και τέλος, η συμμετοχή στη φαρμακευτική θεραπεία για χρόνια μη μεταδοτικά νοσήματα. Άλλες υπηρεσίες πέραν του εμβολιασμού οι οποίες παρέχονται σπανιότερα είναι ο έλεγχος της χοληστερίνης, ο έλεγχος του ΔΜΣ, η χρήση συσκευών οικογενειακού προγραμματισμού και η επίδεση μικρών τραυμάτων.

Οι φαρμακοποιοί θεωρούν ότι οι τρεις σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαχείριση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο κοινοτικό φαρμακείο είναι η έλλειψη επίγνωσης του ρόλου του κοινοτικού φαρμακοποιού από τους άλλους επαγγελματίες υγείας, η μη ενσωμάτωσή τους στην ΠΦΥ και το έλλειμμα ομαδικής προσέγγισης στη φροντίδα των ασθενών. Αντίθετα, η εκπαίδευση, οι δεξιότητες και η σχέση εμπιστοσύνης που έχουν αναπτύξει οι φαρμακοποιοί με τους πελάτες διευκολύνουν το έργο τους [198].

- ΝΟΤΙΑ ΑΦΡΙΚΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης η οποία πραγματοποιήθηκε το 2020, οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί στη Νότια Αφρική παρέχουν αρκετές υπηρεσίες υγείας με αμοιβή. Οι συχνότερα παρεχόμενες είναι η παρακολούθηση και ο προσυμπτωματικός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης (83.3%), της γλυκόζης του αίματος (82.1%), της χοληστερίνης και των τριγλυκεριδίων (62.6%). Η συγκεκριμένη μελέτη είχε σκοπό να αξιολογήσει τις αντιλήψεις και τη διαθεσιμότητα των κοινοτικών φαρμακοποιών σχετικά με την επέκταση του ρόλου τους στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες δήλωσαν ότι διενεργούν εμβολιασμούς, τεστ κυήσεως, εξέταση για τον HIV και παρέχουν υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας (προγεννητική φροντίδα, οικογενειακός προγραμματισμός, χάπι της επόμενης μέρας). Η πλειονότητα των φαρμακοποιών πιστεύει ότι η επέκταση του ρόλου τους θα έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της λειτουργικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ. Απαιτείται όμως περαιτέρω εκπαίδευση, καθώς μόνο το 36.6% δηλώνει ότι αισθάνεται απόλυτα σίγουρο για τις επαγγελματικές του ικανότητες [199].

- ΡΟΥΑΝΤΑ

Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί στη Ρουάντα, μιας από τις πιο πυκνοκατοικημένες χώρες της Αφρικής, έχουν θετικές στάσεις απέναντι στην παροχή υπηρεσιών προαγωγής της υγείας στο χώρο του φαρμακείου και δηλώνουν πρόθυμοι να τις παρέχουν. Οι δραστηριότητες δημόσιας υγείας αφορούν την επείγουσα από τους στόματος αντισύλληψη, τη διαχείριση βάρους και την παροχή συμβουλευτικής για τον σακχαρώδη διαβήτη, την καρδιαγγειακή νόσο, το άσθμα, τη διατροφή και σωματική άσκηση, τη στοματική υγιεινή, τη διακοπή του καπνίσματος, τους εμβολιασμούς κ.ά. Τα κύρια εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι φαρμακοποιοί σχετίζονται με τη δομή του συστήματος υγείας της χώρας, την έλλειψη συντονισμού με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, την έλλειψη εξοπλισμού, κλινικών εργαλείων και πρότυπων κατευθυντήριων γραμμών, και τέλος, την έλλειψη χώρου και χρόνου [200].

- ΣΟΥΔΑΝ

Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί στο Σουδάν σε ποσοστό μεγαλύτερο του 70% δηλώνουν πρόθυμοι να παρέχουν στους πολίτες υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται είναι οι πληροφορίες υγείας που αφορούν την υγιεινή διατροφή (89.1%), την παχυσαρκία και τη μείωση βάρους (78.1%), την άσκηση (76.6%), τη διακοπή του καπνίσματος (76.1%) και τις μεθόδους και

φάρμακα αντισύλληψης (73.4%). Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (89.1%) και της γλυκόζης του αίματος (85.9%) αποτελούν, κατά τους φαρμακοποιούς, τις πιο αποδεκτές και εύκολα διαχειρίσιμες υπηρεσίες. Τα κύρια εμπόδια που αντιμετωπίζουν σχετίζονται με την έλλειψη χρόνου, εκπαίδευσης, επίσημης αναγνώρισης και συνεργασίας με τους άλλους επαγγελματίες υγείας [201].

- ΙΝΔΟΝΗΣΙΑ

Μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στην επαρχία Γιογκιακάρτα (Yogyakarta) της Ινδονησίας έδειξε ότι η πλειοψηφία των κοινοτικών φαρμακοποιών θεωρεί ότι μπορεί να έχει σημαντικό ρόλο στη διενέργεια εμβολιασμών. Βασικά πλεονεκτήματα θεωρούνται η εύκολη προσβασιμότητα και η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ φαρμακοποιού και ασθενή. Αντίθετα, τα σημαντικότερα εμπόδια σχετίζονται με την έλλειψη νομοθετικών ρυθμίσεων (95.8%), ικανοτήτων (70.8%) και κατάρτισης (66.7%) [202]. Θετικές είναι οι αντιλήψεις των φαρμακοποιών σε σχέση με την χορήγηση εμβολιασμού κατά του Covid-19 [203] και με την επέκταση του ρόλου τους στη φροντίδα ασθενών με Διαβήτη τύπου 2. Προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί σε θέματα εκπαίδευσης (χρήση και παρενέργειες των φαρμάκων, διατροφή) και παρακολούθησης της συμμόρφωσης των ασθενών [204].

- ΜΑΛΑΙΣΙΑ

Η πλειοψηφία των κοινοτικών φαρμακοποιών έχει θετικές στάσεις απέναντι στην διενέργεια εμβολιασμών στο χώρο του φαρμακείου αλλά θεωρεί ότι απαιτείται περισσότερη εκπαίδευση και κατάρτιση με σκοπό την ασφαλή χορήγηση [205,206]. Σύμφωνα με τους Loh και συν., το 99.5% των φαρμακοποιών παρέχει υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου και παρακολούθησης. Ο έλεγχος αφορά τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (99.3%), της γλυκόζης του αίματος (97.9%) και των επιπέδων χοληστερόλης (74.5%). Το 53.3% παρέχει υπηρεσίες Φαρμακευτικής Φροντίδας σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, το άσθμα, τα δερματικά προβλήματα, η υπερουριχαιμία και τα γαστρεντερικά προβλήματα. Άλλες υπηρεσίες είναι η ανασκόπηση φαρμακευτικής αγωγής (68.8%), η διαχείριση βάρους (52.4%), η συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος (52.0%) και η διενέργεια τεστ κυήσεως (26.0%). [207].

Η εξάλειψη της φυματίωσης αποτελεί προτεραιότητα Δημόσιας Υγείας στη Μαλαισία. Οι φαρμακοποιοί δηλώνουν έτοιμοι να εμπλακούν στη διαχείριση του λοιμώδους νοσήματος με την εφαρμογή της υπηρεσίας “Άμεσα παρατηρούμενη θεραπεία της Φυματίωσης” (TB-Directly Observed Treatment, TB-DOT) με βάση το φαρμακείο. Η TB-DOT είναι μια στρατηγική ελέγχου της νόσου την οποία προτείνει

ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). Οι ασθενείς λαμβάνουν καθημερινά τα φάρμακά τους υπό την επίβλεψη ειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού για τους δύο πρώτους μήνες της θεραπείας. Με τη συμμετοχή τους στην αντιμετώπιση της Φυματίωσης, οι φαρμακοποιοί πιστεύουν ότι θα ενισχύσουν τον επαγγελματικό τους ρόλο στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης [208].

Τέλος, η Μαλαισία αποτελεί ταξιδιωτικό προορισμό για εκατομμύρια τουρίστες αλλά και μεγάλος αριθμός Μαλαισιανών πολιτών ταξιδεύει στο εξωτερικό. Τα κοινοτικά φαρμακεία βρίσκονται σε ιδανική θέση με σκοπό την παροχή υπηρεσιών που αφορούν την ταξιδιωτική υγεία. Η πλειοψηφία των φαρμακοποιών (85%) παρέχει στους διεθνείς ταξιδιώτες υπηρεσίες όπως παρακολούθηση χρόνιων παθήσεων (μέτρηση αρτηριακής πίεσης και γλυκόζης του αίματος), παροχή συμβουλών για μικροπροβλήματα υγείας (κρουολόγημα, αλλεργίες), συμπληρώματα και ιατροτεχνολογικά προϊόντα. Οι βασικές υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται στους εξερχόμενους ταξιδιώτες είναι η ενημέρωση σε σχέση με τις απαιτήσεις εμβολιασμού, η διαχείριση των χρόνιων παθήσεων και η φαρμακευτική διαχείριση της ασθένειάς κατά τη διάρκεια του ταξιδιού [209].

- ΠΑΚΙΣΤΑΝ

Το Πακιστάν, μια χώρα με πληθυσμό μεγαλύτερο των 200 εκατομμυρίων κατοίκων, ανήκει στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος στις οποίες ο ρόλος των κοινοτικού φαρμακοποιού στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν έχει εδραιωθεί πλήρως. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης μικτής μεθοδολογίας η οποία διεξήχθη στην πόλη Λαχόρη (Lahore), τα σημαντικότερα εμπόδια σχετίζονται με την έλλειψη φαρμακοποιών, την έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων, την κακή συνεργασία με τους Γενικούς Ιατρούς και την αδυναμία των πελατών να παρέχουν αμοιβή για τις υπηρεσίες τις οποίες λαμβάνουν. [210]. Η πλειονότητα των φαρμακοποιών συμφωνεί με την επέκταση των υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αλλά μόνο το 15.2% των κοινοτικών φαρμακείων έχει καθορισμένο χώρο ή χώρο παροχής συμβουλευτικής ασθενών [211].

- ΗΝΩΜΕΝΑ ΑΡΑΒΙΚΑ ΕΜΙΡΑΤΑ

Σύμφωνα με τους *Alzubaidi* και συν., η πλειοψηφία των κοινοτικών φαρμακοποιών στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα (ΗΑΕ) έχει θετική άποψη σε σχέση με την παροχή εκτεταμένων υπηρεσιών υγείας στο χώρο του φαρμακείου. Απαραίτητες προϋποθέσεις αποτελούν η επαρκής εκπαίδευση και οι αναγκαίες νομοθετικές ρυθμίσεις [212]. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα μελέτης η οποία πραγματοποιήθηκε το πρώτο τετράμηνο του 2020 σε δείγμα 195 φαρμακοποιών. Το 71.8% των ερωτηθέντων “*συμφωνεί απόλυτα*” και το 19.0% “*συμφωνεί*” ότι κάθε

κοινοτικός φαρμακοποιός θα πρέπει να παρέχει υπηρεσίες υγείας, όμως το 87.7% θεωρεί ότι η παραπάνω διεύρυνση απαιτεί σημαντική αναβάθμιση των κλινικών του δεξιοτήτων. Οι υπηρεσίες για τις οποίες οι φαρμακοποιοί δήλωσαν “εντελώς” πρόθυμοι να παρέχουν είναι η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, η διενέργεια του τεστ κυήσεως και η μέτρηση του *Δείκτη Μάζας Σώματος* (ΔΜΣ). Τα κύρια εμπόδια σχετίζονται με την ανεπάρκεια χρόνου και την έλλειψη ζήτησης από τους ίδιους τους ασθενείς. Η κατάλληλη εκπαίδευση, η κατάρτιση και η θεσμοθέτηση αμοιβής θα βοηθήσουν ώστε να ξεπεραστούν τα εμπόδια και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας να ενσωματωθούν στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας [213].

- ΙΟΡΔΑΝΙΑ

Ηδη από το 2010, η “Ένωση Φαρμακοποιών της Ιορδανίας” (Jordan Pharmacists Association - JPA) υιοθέτησε, στο πλαίσιο του 13ου Φαρμακευτικού Συνεδρίου της χώρας, τις κατευθυντήριες οδηγίες της “Καλής Φαρμακευτικής Πρακτικής” όπως αυτές αναπτύχθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '90 από τη “Διεθνή Φαρμακευτική Ομοσπονδία”. Η παραπάνω ενέργεια στόχευε στην αύξηση της παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στην κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού [214]. Η πλειοψηφία των κατοίκων της Ιορδανίας θεωρεί ότι οι φαρμακοποιοί παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή της Φαρμακευτικής Φροντίδας και επιθυμούν να έχουν τη δυνατότητα λήψης υπηρεσιών υγείας στο χώρο του φαρμακείου [215]. Σύμφωνα με τους *Elayeh* και συν., οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί είναι πρόθυμοι να εφαρμόσουν τα πρότυπα της ΦΦ. Τα βασικότερα εμπόδια κατά την εφαρμογή της σχετίζονται με την έλλειψη επαρκούς εκπαίδευσης, αποδοχής από τους ιατρούς και υποστηρικτικής νομοθεσίας [216]. Θετικές είναι οι στάσεις των φαρμακοποιών και απέναντι στη διενέργεια εμβολιασμών. Το 79.2% των φαρμακείων διαθέτει συγκεκριμένο χώρο/δωμάτιο για την παροχή της υπηρεσίας, αλλά μόνο το 36.2% την παρέχει. Το 93.8% αφορά εμβολιασμούς ενηλίκων, το 20.6% διατηρεί αρχείο εμβολιασμένων ασθενών και το 30.1% χρεώνει επιπλέον αμοιβή. Τα εμβόλια που χορηγούνται συχνότερα είναι το εμβόλιο κατά της γρίπης και το αντιτετανικό [217].

- ΚΑΤΑΡ

Η πλειοψηφία των κοινοτικών φαρμακοποιών έχει θετικές στάσεις απέναντι στη παροχή της Φαρμακευτικής Φροντίδας, γνωρίζει καλά τους στόχους της και αναγνωρίζει το ρόλο που έχει ο φαρμακοποιός κατά τη διαδικασία [218]. Θετικές είναι επίσης οι στάσεις τους απέναντι στην παροχή υπηρεσιών όπως η συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος [219], η βασική φροντίδα ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη [220], η διαχείριση του σωματικού βάρους και της παχυσαρκίας [221] και η προαγωγή της υγείας των γυναικών κατά του καρκίνου του

μαστού [222]. Τα σημαντικότερα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι φαρμακοποιοί κατά την παροχή των παραπάνω υπηρεσιών, σχετίζονται με τη δυσκολία πρόσβασης στις ιατρικές πληροφορίες του ασθενή, την έλλειψη προσωπικού, χρόνου και ιδιωτικού χώρου για την παροχή της υπηρεσίας, καθώς και η έλλειψη επαρκούς εκπαιδευτικού υλικού και ενδιαφέροντος από τους ασθενείς.

Σύμφωνα με τους *Shami* και συν., οι στάσεις των κοινοτικών φαρμακοποιών απέναντι στη διαχείριση της κατάθλιψης είναι μετρίως θετικές και η συμμετοχή τους στη φροντίδα της είναι πολύ χαμηλή [223]. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατατάσσει την κατάθλιψη ως μία από τις κύριες αιτίες αναπηρίας και το 2019 ξεκίνησε την “Ειδική Πρωτοβουλία του Π.Ο.Υ. για την Ψυχική Υγεία (2019-2023): Καθολική Κάλυψη Υγείας για την Ψυχική Υγεία”. Ο στόχος της παραπάνω πρωτοβουλίας αφορά τη διασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτική και οικονομικά προσιτή φροντίδα για καταστάσεις ψυχικής υγείας [224]. Η πλειοψηφία των φαρμακοποιών στο Κατάρ θεωρεί ότι τα κύρια εμπόδια στη διαχείριση και φροντίδα της κατάθλιψης είναι η αδυναμία πρόσβασης στο ιατρικό αρχείο των ασθενών, το έλλειμμα γνώσης των ίδιων των ασθενών για τη νόσο και τη σημασία της θεραπείας της, η έλλειψη των απαραίτητων γνώσεων και της εκπαίδευσης για την ψυχική υγεία και η έλλειψη ιδιωτικού χώρου στο περιβάλλον του φαρμακείου [223].

- ΚΟΥΒΕΙΤ

Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί στο Κουβέιτ έχουν θετικές στάσεις απέναντι στην παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής για θέματα αγωγής και προαγωγής της υγείας του πληθυσμού, αλλά η έλλειψη χρόνου (58%), η έλλειψη πληροφόρησης ή/και εκπαίδευσης (33%) και η έλλειψη ιδιωτικότητας (26%) αποτελούν εμπόδια περιορισμού των δραστηριοτήτων τους [225]. Σύμφωνα με μελέτη η οποία διερεύνησε το ρόλο τους στην παροχή συμβουλευτικής για την ευσαρκία (παχυσαρκία), οι φαρμακοποιοί μπορούν μετά από κατάλληλη εκπαίδευση να προσφέρουν στους πελάτες τους συμβουλές για σωστή διατροφή και υγεία [226]. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα έρευνας για την πρόληψη και διαχείριση του μεταβολικού συνδρόμου στο χώρο του φαρμακείου. Πέρα από τη μέτρηση του ύψους, του βάρους και της περιφέρειας μέσης, οι φαρμακοποιοί δήλωσαν ότι πραγματοποιούν μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (82.7%), της γλυκόζης του αίματος (59.5%) και του λιπιδαιμικού προφίλ (1.8%). Επίσης, συμμετέχουν στην παροχή συμβουλευτικής για την αλλαγή του τρόπου ζωής, όπως αύξηση της καθημερινής άσκησης και μείωση του σωματικού βάρους μέσω της διατροφής [227].

- ΛΙΒΑΝΟΣ

Σύμφωνα με την “Ένωση Φαρμακοποιών του Λιβάνου” (Order of Pharmacists of Lebanon - OPL), στα τέλη του 2017 λειτουργούσαν σε όλη την επικράτεια 3.157

φαρμακεία. Η ενσωμάτωση των κοινοτικών φαρμακείων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι σε χαμηλό επίπεδο [228]. Οι φαρμακοποιοί έχουν θετικές πεποιθήσεις σε σχέση με το ρόλο τους στη διαχείριση του βάρους και την παροχή συμβουλευτικής [229]. Το 92.7% εμφανίζει θετικές στάσεις απέναντι στον εμβολιασμό ενηλίκων και το 95.4% πιστεύει ότι μπορεί να έχει σημαντική θέση στην προώθησή του. Βασικές προϋποθέσεις για την παροχή της υπηρεσίας αποτελούν η υποστήριξη από τις υγειονομικές αρχές, η θεσμοθέτηση αμοιβής, η ζήτηση από τους ασθενείς, το ενδιαφέρον του ίδιου του φαρμακοποιού και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση [230]. Τέλος, οι φαρμακοποιοί του Λιβάνου εκτιμούν ότι είναι ικανοί να διαχειρίζονται ασθενείς με κοινά δερματολογικά προβλήματα. Οι πιο συχνές δερματικές παθήσεις που αντιμετωπίζουν στο περιβάλλον του φαρμακείου είναι το ηλιακό έγκαυμα, η ξηροδερμία και η ακμή [231].

- ΠΑΛΑΙΣΤΙΝΗ

Το πρώτο φαρμακείο στην Παλαιστίνη ιδρύθηκε στη Γιάφα (Jaffa) το 1924. Στα τέλη του 2020 υπήρχαν στη Δυτική Όχθη 1.101 φαρμακεία [232]. Η πλειοψηφία των κοινοτικών φαρμακοποιών δηλώνουν πρόθυμοι να εφαρμόσουν την πρακτική της Φαρμακευτικής Φροντίδας και να παρακολουθήσουν ειδικά προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης. Τα κύρια εμπόδια που αντιμετωπίζουν κατά την άσκηση του έργου τους είναι η κακή συνεργασία με τους ασθενείς (73%), η έλλειψη συνεργασίας από τους ιατρούς (61%), η έλλειψη χρόνου (60%), οι χαμηλοί μισθοί (52%) και η ανάγκη υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης (38%). Ο χρόνος που αφιερώνεται σε κάθε ασθενή, για τη διανομή και την παροχή συμβουλευτικής, κυμαίνεται από 1 έως 23 λεπτά (μέση τιμή 6.38) [233]. Τέλος, σημαντικό ρόλο μπορούν να έχουν οι φαρμακοποιοί στη διαχείριση ασθενών με καρκίνο του μαστού. Στα πλεονεκτήματα καταγράφονται η καλή γνώση της νόσου και οι θετικές στάσεις απέναντι στην παροχή υπηρεσιών προαγωγής της υγείας. Αντίθετα, η έλλειψη προσωπικού, αμοιβής, χρόνου και ειδικά διαμορφωμένου χώρου αποτελούν τα σημαντικότερα εμπόδια [234].

- ΣΑΟΥΔΙΚΗ ΑΡΑΒΙΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης η οποία πραγματοποιήθηκε στην επαρχία Ασίρ (Asir) της Σαουδικής Αραβίας, οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί παρουσιάζουν ενδιάμεσο επίπεδο συμμετοχής στην παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας όπως η διαχείριση βάρους, η σεξουαλική υγεία, η υγιεινή διατροφή, η προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας, η οδοντική υγεία και η διακοπή του καπνίσματος. Περιορισμένη είναι η συμμετοχή τους στην παροχή υπηρεσιών όπως η διενέργεια εμβολιασμών (21.8%), ο προσυμπτωματικός έλεγχος του σακχαρώδη διαβήτη

(39.4%), της υπέρτασης (35.7%) και της δυσλιπιδαιμίας (30.6%) [235]. Χαμηλό ποσοστό κοινοτικών φαρμακοποιών (55.0%) δηλώνουν πρόθυμοι να χορηγήσουν εμβόλια και να καθιερώσουν την υπηρεσία στο περιβάλλον του φαρμακείου [236]. Αντίθετα, η πλειονότητα έχει θετικές στάσεις απέναντι στην παροχή υπηρεσιών όπως η παροχή συμβουλών σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και αναπαραγωγικής υγείας [237], η στοματική υγιεινή και φροντίδα [238] και η διαχείριση των ασθενών με αναιμία [239].

- YEMENH

Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί στην Υεμένη έχουν θετικές στάσεις απέναντι στις δραστηριότητες δημόσιας υγείας στο χώρο του φαρμακείου. Συγκεκριμένα, υψηλά ποσοστά παροχής εμφανίζουν δραστηριότητες που αφορούν τη στοματική υγιεινή (96%), την εκπαίδευση για τη διακοπή κατανάλωσης αλκοόλ (92%), τη διακοπή του καπνίσματος (91%), την υγιεινή διατροφή (90%), την παροχή πληροφόρησης για το AIDS (88%), τις αντισυλληπτικές μεθόδους (82%) και τον καρκίνο (81%). Στο πεδίο της παροχής υπηρεσιών διαγνωστικού ελέγχου, τα υψηλότερα ποσοστά παρουσιάζουν η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (86%), της γλυκόζης του αίματος (45%) και η διενέργεια τεστ κυήσεως (17%). Αντίθετα, μικρός αριθμός φαρμακοποιών δήλωσε ότι παρέχει υπηρεσίες όπως η εξέταση χοληστερίνης (7%), η εξέταση ούρων (3%) και η πραγματοποίηση εμβολιασμών (3%). Τα σημαντικότερα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι φαρμακοποιοί είναι η έλλειψη χρόνου (71%), ομαδικής εργασίας (70%), εξωτερικών κονδυλίων (58%) και η έλλειψη εκπαίδευσης (56%) [240].

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των φαρμακοποιών ιδιωτικών φαρμακείων, τα οποία εδρεύουν στα γεωγραφικά όρια του Δήμου Θεσσαλονίκης, σε σχέση με τη συμβολή τους στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο χώρο του φαρμακείου.

Στόχοι

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

- Η καταγραφή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οι οποίες παρέχονται από τους φαρμακοποιούς στο κοινοτικό φαρμακείο.
- Η διερεύνηση της συχνότητας παροχής των υπηρεσιών υγείας.

- Η διερεύνηση του χρόνου που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί στην παροχή των υπηρεσιών.
- Η διερεύνηση των αντιλήψεων των φαρμακοποιών όσον αφορά τον όρο “Φαρμακευτική Φροντίδα”.
- Η διερεύνηση των αντιλήψεων των φαρμακοποιών όσον αφορά την έννοια “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”.
- Η διερεύνηση των στάσεων των φαρμακοποιών σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο κοινοτικό φαρμακείο.
- Η διερεύνηση των στάσεων των φαρμακοποιών σε σχέση με την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας.
- Η διερεύνηση της συσχέτισης και της επίδρασης των ανεξάρτητων μεταβλητών (φύλο, ηλικία, επίπεδο σπουδών, χρονική διάρκεια άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος, εργασιακή σχέση) στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, τον χρόνο και τη διαμόρφωση των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών.

Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιες είναι οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οι οποίες παρέχονται από τους φαρμακοποιούς στο κοινοτικό φαρμακείο;
2. Ποια είναι η συχνότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας από τους φαρμακοποιούς;
3. Ποιος είναι ο χρόνος που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί στην παροχή των υπηρεσιών;
4. Πώς αντιλαμβάνονται οι φαρμακοποιοί τον όρο “Φαρμακευτική Φροντίδα”;
5. Πώς αντιλαμβάνονται οι φαρμακοποιοί την έννοια “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”;
6. Ποιες είναι οι θέσεις των φαρμακοποιών όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο κοινοτικό φαρμακείο;
7. Ποιες είναι οι διαθέσεις των φαρμακοποιών όσον αφορά την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας;
8. Το φύλο επιδρά σημαντικά στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, τον χρόνο και τη διαμόρφωση των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών;
9. Η ηλικία επιδρά σημαντικά στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, τον χρόνο και τη διαμόρφωση των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών;
10. Το επίπεδο σπουδών επιδρά σημαντικά στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, τον χρόνο και τη διαμόρφωση των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών;
11. Η χρονική διάρκεια άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος επιδρά σημαντικά στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, τον χρόνο και τη διαμόρφωση των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών;

12. Η εργασιακή σχέση επιδρά σημαντικά στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, τον χρόνο και τη διαμόρφωση των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών;

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η εργασία αποτελεί μια συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) για τις ανάγκες της οποίας δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 19 ερωτήσεις. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 2022 σε ιδιωτικά φαρμακείων τα οποία εδρεύουν στα γεωγραφικά όρια του Δήμου Θεσσαλονίκης.

Το δείγμα

Το δείγμα της μελέτης χαρακτηρίζεται ως δείγμα ευκολίας. Το αποτέλεσαν 154 φαρμακοποιοί, ιδιοκτήτες ή υπάλληλοι, οι οποίοι εργάζονται σε ιδιωτικά φαρμακεία στο Δήμο Θεσσαλονίκης. Κριτήρια εισόδου των κοινοτικών φαρμακοποιών στο δείγμα της έρευνας ήταν να είναι ενήλικες και να επιθυμούν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Το 68.2% (n=105) του δείγματος ήταν γυναίκες και το 31.8% (n=49) ήταν άνδρες.

Εργαλείο μέτρησης

Για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας δημιουργήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου, πολλαπλών επιλογών και *πενταβάθμιας κλίμακας Likert*. Ο καθορισμός των ερωτήσεων έγινε βάσει του θέματος και των στόχων της έρευνας. Οι ερωτήσεις ήταν σαφείς, σύντομες και κατανοητές. Το είδος και η σειρά των ερωτήσεων διαμορφώθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε να προκαλέσουν το ενδιαφέρον του συμμετέχοντα. Το ερωτηματολόγιο ως εργαλείο μέτρησης των στάσεων και των αντιλήψεων των φαρμακοποιών αποτελείται από 19 ερωτήσεις, με αντίστοιχα υποερωτήματα, ομαδοποιημένες σε τρεις τομείς - διαστάσεις:

- Ο *πρώτος τομέας* (Α) αποτελείται από 5 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος (φύλο, ηλικία, επίπεδο σπουδών) και χαρακτηριστικών της εργασίας (χρονική διάρκεια άσκησης του επαγγέλματος, εργασιακή σχέση).
- Ο *δεύτερος τομέας* (Β) αποτελείται από 2 ερωτήσεις (στην πρώτη ερώτηση περιλαμβάνονται 21 υποερωτήματα) καταγραφής των υπηρεσιών ΠΦΥ, της συχνότητας και του χρόνου που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί κατά την παροχή των υπηρεσιών.
- Ο *τρίτος τομέας* (Γ) αποτελείται από 12 ερωτήσεις (στην ενδέκατη ερώτηση περιλαμβάνονται 6 υποερωτήματα) καταγραφής των στάσεων και των αντιλήψεων των φαρμακοποιών σε σχέση με τον όρο “*Φαρμακευτική Φροντίδα*” την έννοια

“Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”, την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ και τη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας στο περιβάλλον του φαρμακείου.

Ο έλεγχος αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου έγινε με το *συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's alpha*. Η ανάλυση έδειξε ότι για τις ερωτήσεις που ακολουθούν την κλίμακα *Likert*, η τιμή του δείκτη ήταν 0.848, ενώ στο σύνολο των ερωτήσεων η τιμή του δείκτη *Cronbach's alpha* ήταν 0.823 (αποδεκτή τιμή). Το ερωτηματολόγιο συνοδεύεται από κείμενο στο οποίο παρέχονται οι απαραίτητες πληροφορίες για το σκοπό, το θέμα της έρευνας και τη δήλωση συγκατάθεσης συμμετέχοντος. Διατηρήθηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων που συλλέχθηκαν, καθώς και ο εθελοντικός χαρακτήρας της συμμετοχής. Ο απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωσή του ήταν 5 έως 10 λεπτά.

Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η ποσοτική μέθοδος συλλογής των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ανώνυμου αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου. Η διαδικασία της διανομής του έγινε με αυτοπρόσωπη επίσκεψη στα φαρμακεία τον Ιούνιο του 2022. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δόθηκε το χρονικό περιθώριο 5-7 ημερών και κατόπιν, στη δεύτερη επίσκεψη, ζητήθηκε από τους φαρμακοποιούς να το επιστρέψουν. Σε κάποιες περιπτώσεις χρειάστηκαν και άλλες επισκέψεις, πέραν της μιας εβδομάδας.

Μέθοδος ανάλυσης

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού στατιστικής επεξεργασίας *Jamovi* ver. 2.3.26 σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.05$. Για την αποτύπωση των υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιήθηκαν η *συχνότητα* (n) και το *ποσοστό* (%).

Για την αποτύπωση των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες περιγραφικής στατιστικής: *Μέσος Όρος* (Mean) και *Τυπική Απόκλιση* (Standard Deviation).

Στο στάδιο της επαγωγικής στατιστικής χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι πιθανών διαφορών *Mann - Whitney U*, *Pearson's chi-square* και *Kruskal - Wallis*, και οι έλεγχοι συσχέτισης *Spearman correlation* και *Cramer's V*, ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Ηθική και Δεοντολογία

Η παρούσα μελέτη έλαβε την απαραίτητη από τον κανονισμό έγκριση διεξαγωγής από την *Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας* (Ε.Η.Δ.Ε.) του

Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης (Δ.Π.Θ.). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε χωρίς χρηματοδότηση και οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος εθελοντικά και χωρίς υλικές ή χρηματικές απολαβές.

Σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας διατηρήθηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων τα οποία συλλέχθηκαν. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη δεν διέτρεξαν κανένα κίνδυνο ή επιβάρυνση και μπορούσαν να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή από την ερευνητική διαδικασία κατόπιν επιθυμίας τους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνο για τον σκοπό και τους επιμέρους στόχους της μελέτης. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν τη συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

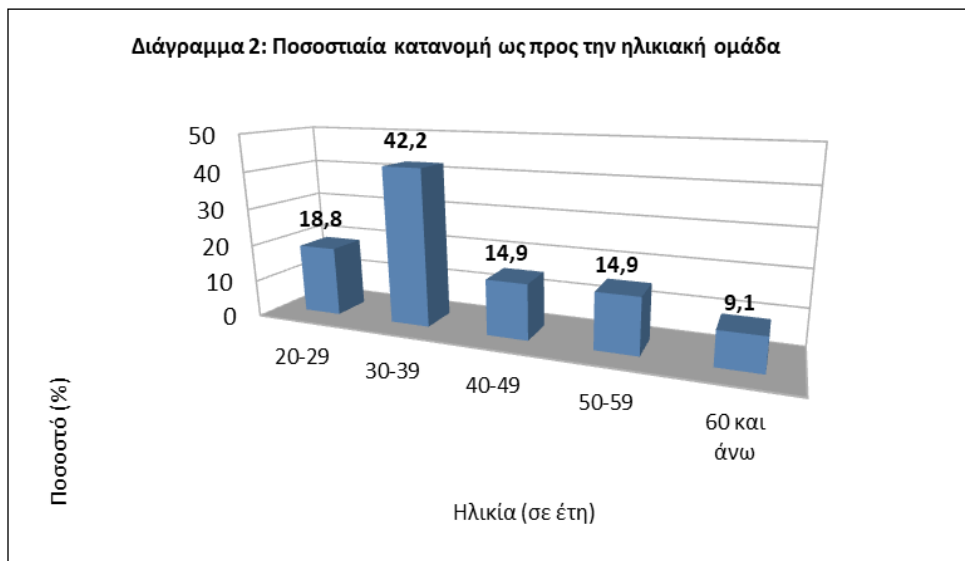
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

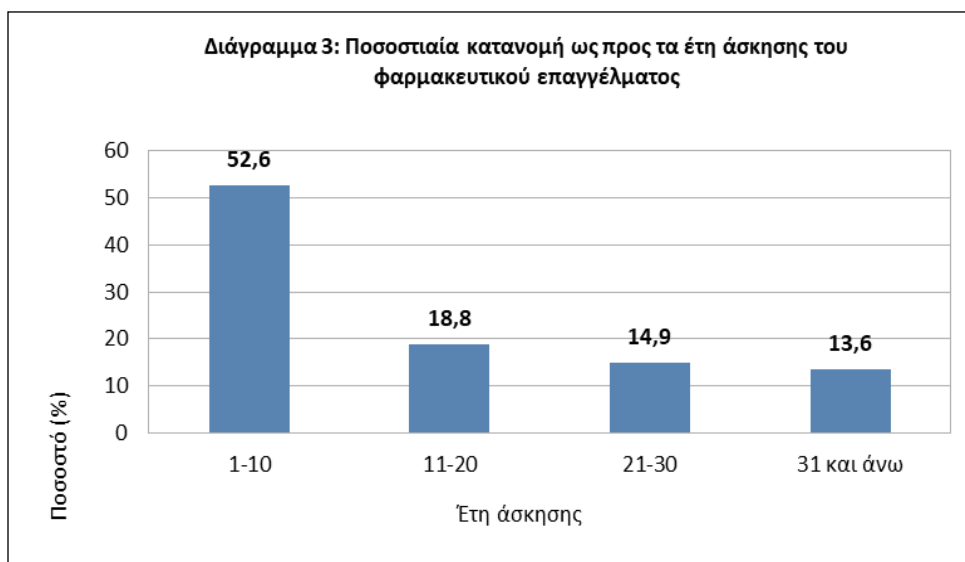
Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Από τους 154 φαρμακοποιούς που συμμετείχαν στη μελέτη, οι 105 (68.2%) ήταν γυναίκες και οι 49 (31.8%) άνδρες (διάγραμμα 1).



Το 42.2% (n=65) των συμμετεχόντων φαρμακοποιών ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 30-39 ετών και το 18.8% (n=29) στην ηλικιακή ομάδα 20-29 ετών (διάγραμμα 2).



Η πλειοψηφία των φαρμακοποιών (80.5%) ήταν απόφοιτοι Φαρμακευτικής Σχολής, το 18.8% κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος και το 0.6% κάτοχοι Διδακτορικού Διπλώματος. Όσον αφορά την επαγγελματική τους εμπειρία, σχεδόν οι μισοί φαρμακοποιοί (52.6%) ασκούν το επάγγελμα του φαρμακοποιού για χρονικό διάστημα από 1 έως 10 έτη, το 18.8% από 11 έως 20 έτη και το 14.9% από 21 έως 30 έτη (διάγραμμα 3).



Το 75.8% (n=116) των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν ιδιοκτήτες του φαρμακείου και το 24.2% (n=37) εργαζόμενοι στο φαρμακείο (διάγραμμα 4).



Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (n=154). Οι ελλείπουσες τιμές αποκλείστηκαν.

Χαρακτηριστικά	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Φύλο		
Άνδρες	49	31.8
Γυναίκες	105	68.2
Ηλικία		
20-29 ετών	29	18.8
30-39 ετών	65	42.2
40-49 ετών	23	14.9
50-59 ετών	23	14.9
60 ετών και άνω	14	9.1
Επίπεδο σπουδών		
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	124	80.5
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	29	18.8
Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος	1	0.6
Διάρκεια άσκησης του επαγγέλματος		
1-10 έτη	81	52.6
11-20 έτη	29	18.8
21-30 έτη	23	14.9
31 έτη και άνω	21	13.6
Εργασιακή σχέση		
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	116	75.8
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	37	24.2

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο χώρο του φαρμακείου

Οι υπηρεσίες οι οποίες παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό καθημερινής παροχής είναι οι “Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων” (94.8%), η “Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19” (58.4%), η “Μέτρηση του σωματικού βάρους” (47.4%) και η “Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης” (43.5%) (πίνακας 2). Η υπηρεσία “Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι” παρέχεται “κάποιες φορές την εβδομάδα” σε ποσοστό 31.8%, ενώ “κάποιες φορές τον μήνα” παρέχονται υπηρεσίες όπως η “Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων” (49.4%), η “Αντιμετώπιση τραυμάτων” (42.9%), οι “Εμβολιασμοί ενηλίκων” (37.0%) και η “Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων” (33.8%). Εξαιρετικά χαμηλά είναι τα ποσοστά παροχής υπηρεσιών προσυμπτωματικού ελέγχου και παρακολούθησης των ασθενών όπως η “Μέτρηση των λιπιδίων αίματος”, η “Μέτρηση του ουρικού οξέος”, η “Μέτρηση πήξης του αίματος” (χρόνος προθρομβίνης) και η “Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης”.

Πίνακας 2. Συχνότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας. Οι ελλείπουσες τιμές αποκλείσθηκαν.

Υπηρεσία	Καθημερινά n (%)	Κάποιες φορές την εβδομάδα n (%)	Κάποιες φορές τον μήνα n (%)	Κάποιες φορές τον χρόνο n (%)	Ποτέ n (%)
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων	146 (94.8)	7 (4.5)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων	10 (6.5)	55 (35.7)	76 (49.4)	13 (8.4)	0 (0)
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης	67 (43.5)	66 (42.9)	17 (11.0)	3 (1.9)	1 (0.6)
Μέτρηση θερμοκρασίας *	4 (2.7)	9 (6.1)	26 (17.6)	39 (26.4)	70 (47.3)
Μέτρηση της γλυκόζης αίματος *	13 (8.5)	31 (20.3)	42 (27.5)	29 (19.0)	38 (24.8)
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια) *	0 (0)	0 (0)	4 (2.6)	7 (4.6)	141 (92.8)
Μέτρηση του ουρικού οξέος *	0 (0)	1 (0.7)	1 (0.7)	1 (0.7)	150 (98.0)
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης) *	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)	1 (0.7)	150 (98.7)
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξύμετρο *	3 (2.0)	19 (12.4)	31 (20.3)	36 (23.5)	64 (41.8)
Χορήγηση αντιριπτικού εμβολίου *	37 (24.3)	16 (10.5)	16 (10.5)	83 (54.6)	0 (0)
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων	15 (9.7)	27 (17.5)	57 (37.0)	51 (33.1)	4 (2.6)
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)	17 (11.0)	35 (22.7)	51 (33.1)	37 (24.0)	14 (9.1)
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19	90 (58.4)	25 (16.2)	8 (5.2)	5 (3.2)	26 (16.9)
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης *	1 (0.7)	0 (0)	1 (0.7)	5 (3.3)	145 (95.4)
Μέτρηση του σωματικού βάρους *	72 (47.4)	27 (17.8)	13 (8.6)	5 (3.3)	35 (23.0)
Αντιμετώπιση τραυμάτων	11 (7.1)	39 (25.3)	66 (42.9)	34 (22.1)	4 (2.6)
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων *	7 (4.6)	18 (11.8)	48 (31.4)	69 (45.1)	11 (7.2)
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων	27 (17.5)	40 (26.0)	52 (33.8)	33 (21.4)	2 (1.3)
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας *	21 (13.7)	40 (26.1)	50 (32.7)	37 (24.2)	5 (3.3)
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι	23 (14.9)	49 (31.8)	38 (24.7)	24 (15.6)	20 (13.0)

Εκτός των παραπάνω υπηρεσιών υγείας, οι φαρμακοποιοί δήλωσαν ότι παρέχουν στο χώρο του κοινοτικού φαρμακείου και άλλες υπηρεσίες, όπως:

- Εκπαίδευση στη χρήση ιατρικών συσκευών (πιεσόμετρο, μετρητής γλυκόζης, θερμόμετρο).
- Διαχείριση μικροπροβλημάτων υγείας.
- Συμβουλευτική διατροφής.
- Καθοδήγηση σε άλλες υπηρεσίες υγείας.
- Παροχή Πρώτων Βοηθειών.
- Συμβουλευτική συγχορήγησης για βιταμίνες και σκευάσματα διαίτης.
- Ενημέρωση για τις παρενέργειες και τις αλληλεπιδράσεις φαρμάκων.
- Έκδοση βεβαίωσης του τεστ για τον Covid-19.
- Αναζήτηση και ανάκτηση ηλεκτρονικών συνταγών.
- Ψυχολογική υποστήριξη.

Η κατάταξη των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με βάση τη μέση τιμή (mean) παρουσιάζεται στον πίνακα 3. Τις υψηλότερες τιμές εμφανίζουν οι υπηρεσίες “Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων” (4.93), η “Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης” (4.27), η “Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19” (3.96) και η “Μέτρηση του σωματικού βάρους” (3.63). Οι υπηρεσίες παροχής Πρώτων Βοηθειών όπως η “Αντιμετώπιση τραυμάτων” (3.12) και η “Αντιμετώπιση εγκαυμάτων” (2.61) κυμαίνονται στο μέσο επίπεδο, ενώ εξαιρετικά χαμηλές είναι οι μέσες τιμές υπηρεσιών προσυμπωματικού ελέγχου και παρακολούθησης.

Πίνακας 3. Κατάταξη των παρεχόμενων υπηρεσιών με βάση τη μέση τιμή.

Υπηρεσία	Μέση τιμή (mean)	Τυπική απόκλιση (sd)	Κατάταξη (rank)
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων	4.93	0.38	1
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων	3.40	0.74	5
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης	4.27	0.78	2
Μέτρηση θερμοκρασίας	1.91	1.06	16
Μέτρηση της γλυκόζης αίματος	2.69	1.28	13
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)	1.10	0.38	17
Μέτρηση του ουρικού οξέος	1.04	0.30	19
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)	1.02	0.18	20
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξύμετρο	2.09	1.14	15
Χορήγηση αντιγριπτικού εμβολίου	3.05	1.28	10
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων	2.99	1.00	12
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)	3.03	1.13	11
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19	3.96	1.52	3
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης	1.07	0.40	18
Μέτρηση του σωματικού βάρους	3.63	1.63	4
Αντιμετώπιση τραυμάτων	3.12	0.92	9
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων	2.61	0.95	14
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων	3.37	1.05	6
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας	3.23	1.07	7
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι	3.20	1.25	8

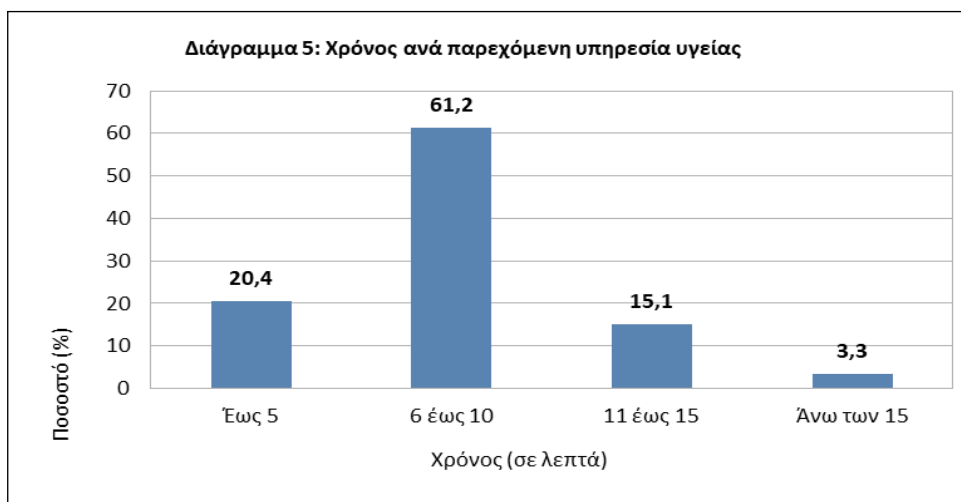
Χρόνος που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί κατά την παροχή υπηρεσιών

Η πλειοψηφία των κοινοτικών φαρμακοποιών (61.2%) δήλωσε ότι ο χρόνος που αφιερώνει κατά την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας κυμαίνεται από 6 έως 10 λεπτά (πίνακας 4).

Πίνακας 4. Ο χρόνος που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί για την παροχή μιας υπηρεσίας. (Οι ελλείπουσες τιμές αποκλείστηκαν).

Χρονικό διάστημα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έως 5 λεπτά	31	20.4
6 έως 10 λεπτά	93	61.2
11 έως 15 λεπτά	23	15.1
Περισσότερα από 15 λεπτά	5	3.3

Το 20.4% των φαρμακοποιών αφιερώνει χρόνο έως 5 λεπτά, το 15.1% από 11 έως 15 λεπτά και μόνο το 3.3% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ο χρόνος που αφιερώνει κατά την παροχή μιας υπηρεσίας είναι μεγαλύτερος από 15 λεπτά. Η μέση τιμή (mean) ισούται με 2.01 και η τυπική απόκλιση (sd) με 0.70 (διάγραμμα 5).



Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των φαρμακοποιών

Φαρμακευτική Φροντίδα και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Αρχικά, ζητήθηκε από τους φαρμακοποιούς να επιλέξουν μία ή περισσότερες απαντήσεις σε σχέση με τον όρο “Φαρμακευτική Φροντίδα” με σκοπό την καταγραφή των αντιλήψεών τους (πίνακας 5). Η πλειοψηφία (70.8%) των

φαρμακοποιών αντιλαμβάνεται τον όρο “Φαρμακευτική Φροντίδα” ως “μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιός συνεργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας” (δήλωση 2).

Πίνακας 5. Οι αντιλήψεις των φαρμακοποιών (n=154) για την “Φαρμακευτική Φροντίδα. (Επιτρέπονται πολλαπλές απαντήσεις).

Δήλωση	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
1 Τη φαρμακευτική πρακτική που έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και προσανατολίζεται με βάση τα αποτελέσματα.	77	50.0
2 Μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιός συνεργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.	109	70.8
3 Την εφαρμογή και παρακολούθηση ενός θεραπευτικού πλάνου προκειμένου αυτό να αποδώσει συγκεκριμένα θεραπευτικά αποτελέσματα στον ασθενή.	76	49.4

Ακολούθως, ζητήθηκε από τους φαρμακοποιούς να επιλέξουν μία ή περισσότερες απαντήσεις σε σχέση με την έννοια “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” με σκοπό την καταγραφή των αντιλήψεών τους (πίνακας 6). Το 55.6% των φαρμακοποιών αντιλαμβάνεται τις υπηρεσίες ως “το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας” (δήλωση 3). Το 51.6% θεωρεί ότι έχουν ως σκοπό “την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής”, το 49.7% “την πρόληψη και διάγνωση της νόσου” και το 41.2% “τη θεραπεία και αποκατάσταση της νόσου”.

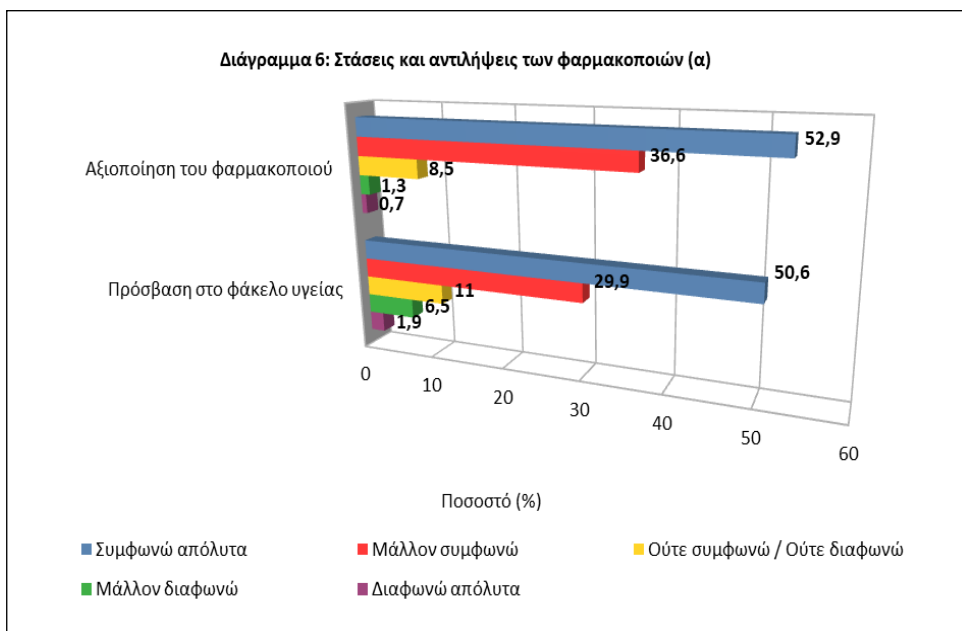
Πίνακας 6. Οι αντιλήψεις των φαρμακοποιών (n=153) για τις “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”. Είχαν επιτραπεί πολλαπλές απαντήσεις.

Δήλωση	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
1 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και διάγνωση της νόσου	76	49.7
2 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη θεραπεία και αποκατάσταση της νόσου	63	41.2
3 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας	85	55.6
4 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής	79	51.6

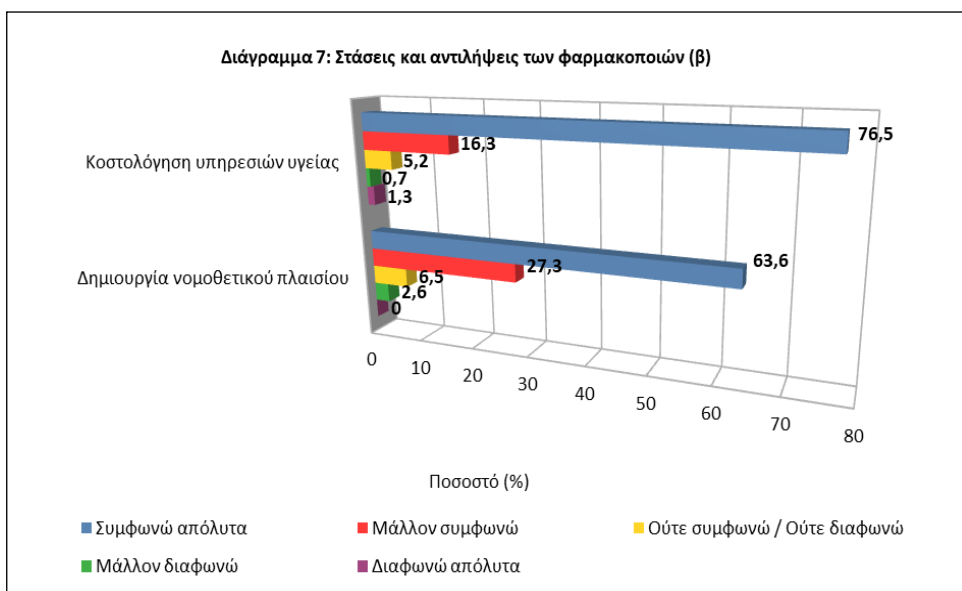
Κοινοτικό φαρμακείο και Εθνικό Σύστημα Υγείας

Η πλειοψηφία των φαρμακοποιών (89.5%) έχουν θετικές στάσεις απέναντι στην αξιοποίησή τους από το ΕΣΥ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στο χώρο του φαρμακείου (διάγραμμα 6).

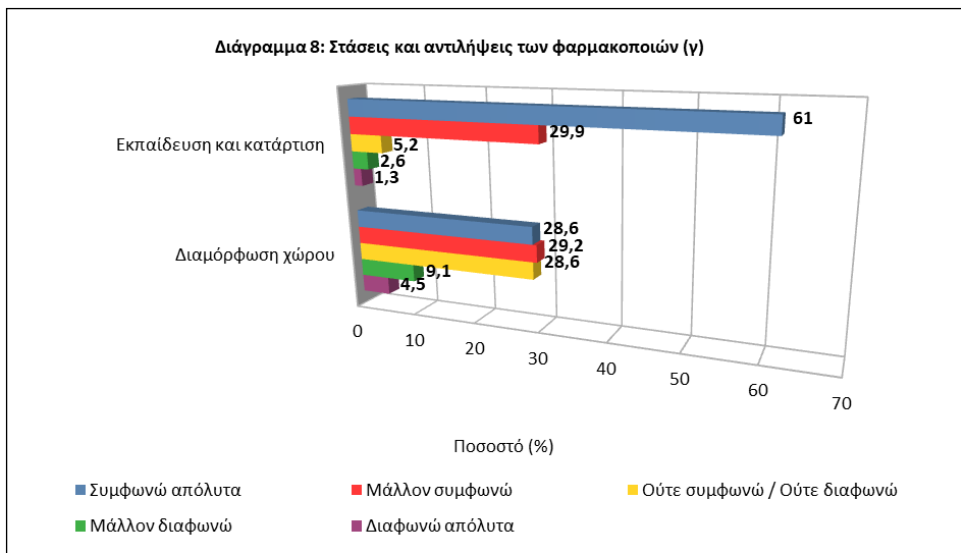
Το 80.5% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ο φαρμακοποιός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα πλήρους πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή με σκοπό την επικοινωνία και συνεργασία με τον οικογενειακό ιατρό (διάγραμμα 6).



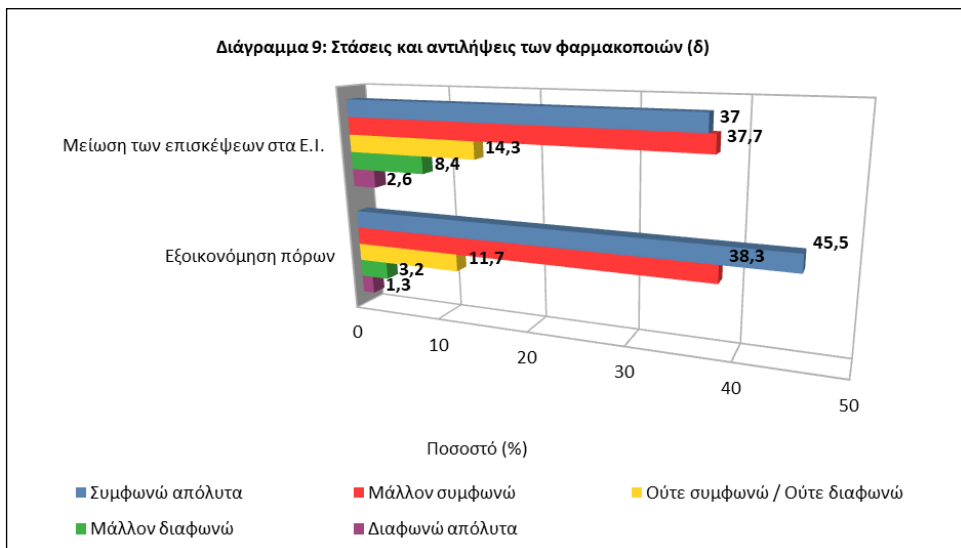
Η πλειονότητα των φαρμακοποιών (92.8%) συμφωνεί με την ανάγκη κοστολόγησης των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στο χώρο του κοινοτικού φαρμακείου και το 90.9% θεωρεί ότι είναι απαραίτητη η δημιουργία κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει τις παρεχόμενες υπηρεσίες (διάγραμμα 7).



Το 90.9% των φαρμακοποιών συμφωνεί με τη θεσμοθέτηση ενός οργανωμένου συστήματος διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης, την ευθύνη του οποίου θα έχουν οι φαρμακευτικοί σύλλογοι. Το 57.8% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο περιβάλλον του φαρμακείου είναι απαραίτητη (διάγραμμα 8).



Τέλος, το 74.7% των φαρμακοποιών πιστεύει ότι η αξιοποίησή τους στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα μειώσει την επισκεψιμότητα στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και το 83.8% θεωρεί ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας θα έχει μακροχρόνιο όφελος με την εξοικονόμηση πόρων και τη μείωση των δαπανών (διάγραμμα 9).



Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των κοινοτικών φαρμακοποιών σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο χώρο του φαρμακείου παρουσιάζονται στον πίνακα 7.

Πίνακας 7. Στάσεις και αντιλήψεις των φαρμακοποιών σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ. Οι ελλείπουσες τιμές αποκλείστηκαν.

Δήλωση	Συμφωνώ απόλυτα n (%)	Μάλλον συμφωνώ n (%)	Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ n (%)	Μάλλον διαφωνώ n (%)	Διαφωνώ απόλυτα n (%)
Το ΕΣΥ θα πρέπει να αξιοποιήσει τον φαρμακοποιό στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	81 (52.9)	56 (36.6)	13 (8.5)	2 (1.3)	1 (0.7)
Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα πλήρους πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή	78 (50.6)	46 (29.9)	17 (11.0)	10 (6.5)	3 (1.9)
Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ κρίνεται απαραίτητη	44 (28.6)	45 (29.2)	44 (28.6)	14 (9.1)	7 (4.5)
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ	94 (61.0)	46 (29.9)	8 (5.2)	4 (2.6)	2 (1.3)
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ από τον φαρμακοποιό	98 (63.6)	42 (27.3)	10 (6.5)	4 (2.6)	0 (0)
Είναι σημαντική η κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό	117 (76.5)	25 (16.3)	8 (5.2)	1 (0.7)	2 (1.3)
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα Ε.Ι. των νοσοκομείων	57 (37.0)	58 (37.7)	22 (14.3)	13 (8.4)	4 (2.6)
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες	70 (45.5)	59 (38.3)	18 (11.7)	5 (3.2)	2 (1.3)

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται η μέση τιμή (mean) και η τυπική απόκλιση (sd) των παραπάνω δηλώσεων.

Την υψηλότερη μέση τιμή (4.66) παρουσιάζει η “Κοστολόγηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό”.

Επεται η “Δημιουργία κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου, το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών από τον φαρμακοποιό” (μέση τιμή: 4.52) και ακολουθεί η “Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών” (μέση τιμή: 4.47).

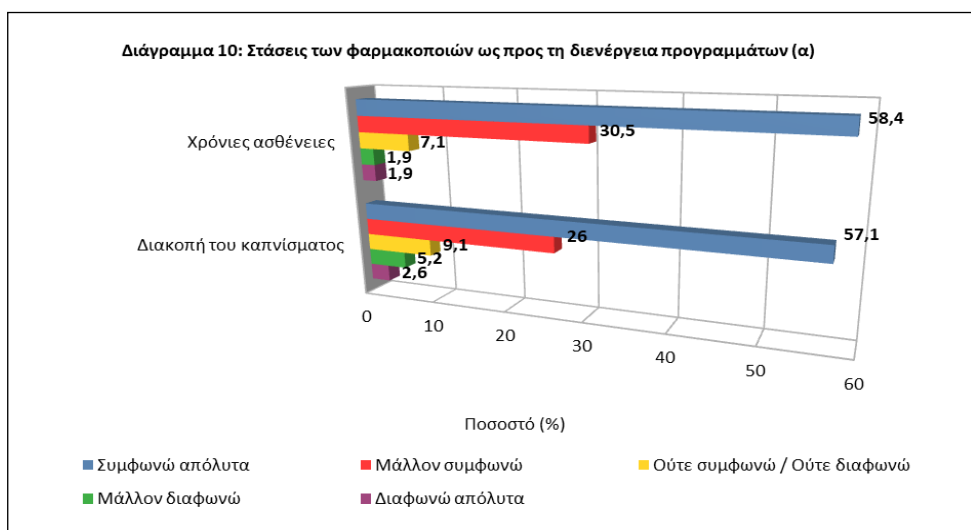
Η μέση τιμή της “Αξιοποίησης των φαρμακοποιών από το ΕΣΥ” είναι 4.40, ενώ τη χαμηλότερη τιμή παρουσιάζει η “Διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ” (3.68).

Πίνακας 8. Στάσεις και αντιλήψεις των φαρμακοποιών σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ (μέση τιμή, τυπική απόκλιση).

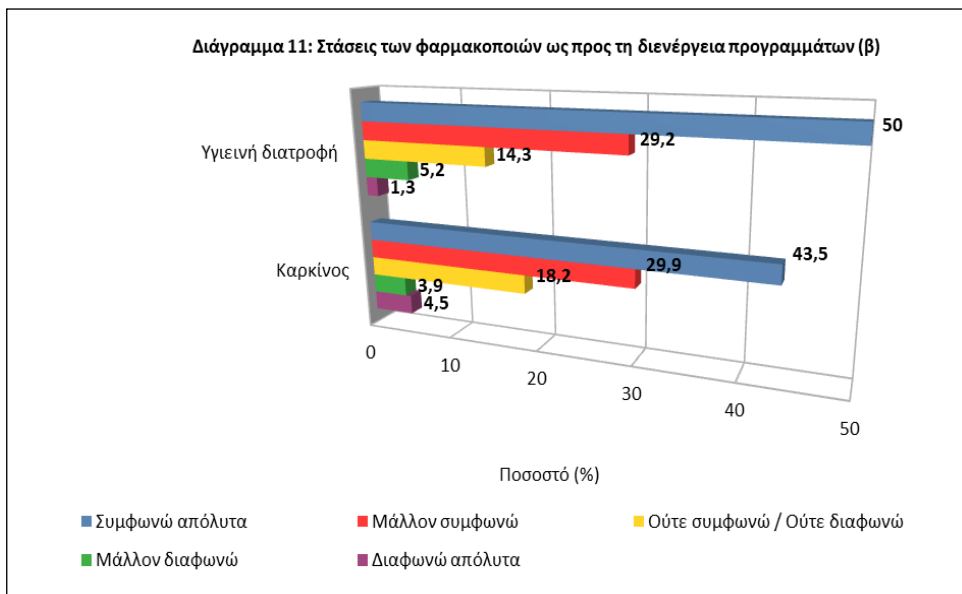
Δήλωση	Μέση τιμή (mean)	Τυπική απόκλιση (sd)
Το ΕΣΥ θα πρέπει να αξιοποιήσει τον φαρμακοποιό στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	4.40	0.76
Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα πλήρους πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή	4.21	1.01
Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ κρίνεται απαραίτητη	3.68	1.12
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ	4.47	0.82
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ από τον φαρμακοποιό	4.52	0.73
Είναι σημαντική η κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό	4.66	0.73
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων	3.98	1.05
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες	4.23	0.88

Η αξιοποίηση του κοινοτικού φαρμακοποιού στη διενέργεια προγραμμάτων

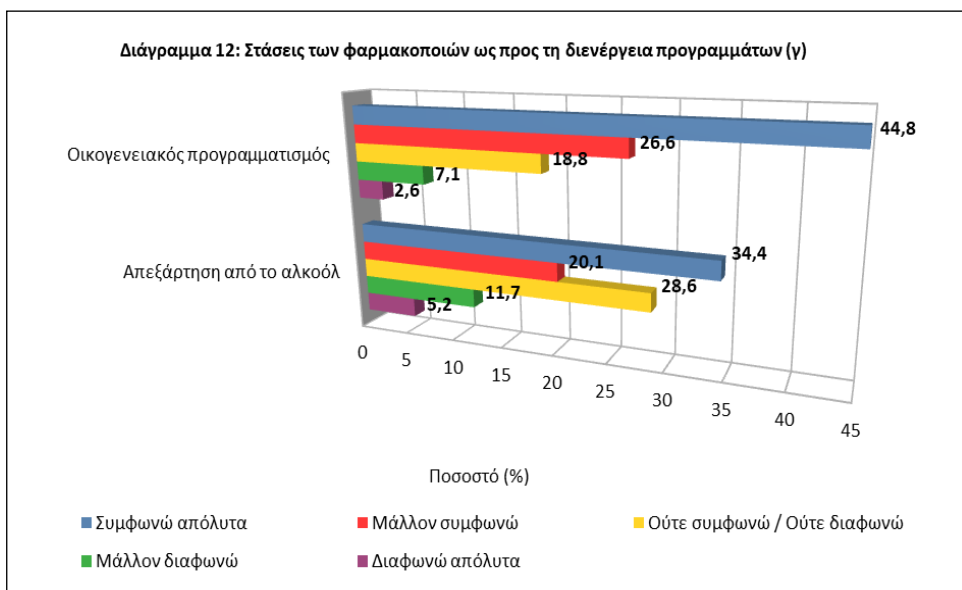
Οι φαρμακοποιοί έχουν θετικές στάσεις απέναντι στην αξιοποίησή τους όσον αφορά τη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας. Τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζουν η αξιοποίηση του κοινοτικού φαρμακείου στην “Πρόληψη και ενημέρωση του πληθυσμού για τις χρόνιες ασθένειες” (88.9%) και στην εφαρμογή προγραμμάτων “Διακοπής του καπνίσματος” (83.1%) (διάγραμμα 10).



Εξίσου υψηλό είναι το ποσοστό των φαρμακοποιών οι οποίοι συμφωνούν με τη διενέργεια προγραμμάτων “Ενημέρωσης και προαγωγής της υγιεινής διατροφής” (79.2%) και “Πρόληψης και ενημέρωσης του πληθυσμού για τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του” (73.4%) (διάγραμμα 11).



Τέλος, το 71.4% των συμμετεχόντων συμφωνεί με τη διενέργεια προγραμμάτων “Οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης” και το 54.5% με τη διενέργεια προγραμμάτων “Απεξάρτησης από το αλκοόλ” (διάγραμμα 12).



Η συχνότητα και τα ποσοστά των στάσεων των φαρμακοποιών σε σχέση με την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας παρουσιάζονται στον πίνακα 9.

Πίνακας 9. Στάσεις των φαρμακοποιών σε σχέση με την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας.

Πρόγραμμα	Συμφωνώ απόλυτα n (%)	Μάλλον συμφωνώ n (%)	Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ n (%)	Μάλλον διαφωνώ n (%)	Διαφωνώ απόλυτα n (%)
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά χρόνιες ασθένειες, π.χ. ΣΔ, υπέρταση	90 (58.4)	47 (30.5)	11 (7.1)	3 (1.9)	3 (1.9)
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του	67 (43.5)	46 (29.9)	28 (18.2)	6 (3.9)	7 (4.5)
Πρόγραμμα ενημέρωσης οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης	69 (44.8)	41 (26.6)	29 (18.8)	11 (7.1)	4 (2.6)
Ενημέρωση και προαγωγής της υγιεινής διατροφής	77 (50.0)	45 (29.2)	22 (14.3)	8 (5.2)	2 (1.3)
Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος	88 (57.1)	40 (26.0)	14 (9.1)	8 (5.2)	4 (2.6)
Πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ	53 (34.4)	31 (20.1)	44 (28.6)	18 (11.7)	8 (5.2)

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται η μέση τιμή (mean) και η τυπική απόκλιση (sd) των απαντήσεων. Τις υψηλότερες τιμές εμφανίζουν η αξιοποίηση του φαρμακοποιού στην “Πρόληψη και ενημέρωση του πληθυσμού για τις χρόνιες ασθένειες” (4.42), η εφαρμογή προγραμμάτων “Διακοπής του καπνίσματος” (4.30) και “Ενημέρωσης και προαγωγής της υγιεινής διατροφής” (4.21). Αντίθετα, η χαμηλότερη τιμή αφορά τα προγράμματα “Απεξάρτησης από το αλκοόλ” (3.67).

Πίνακας 10. Στάσεις των φαρμακοποιών σε σχέση με την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας (μέση τιμή, τυπική απόκλιση).

Πρόγραμμα	Μέση τιμή (mean)	Τυπική απόκλιση (sd)
Πρόληψης και ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού, όσον αφορά χρόνιες ασθένειες, π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση	4.42	0.86
Πρόληψης και ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού, όσον αφορά τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του	4.04	1.09
Πρόγραμμα ενημέρωσης οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης	4.04	1.08
Ενημέρωσης και προαγωγής της υγιεινής διατροφής	4.21	0.96
Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος	4.30	1.01
Πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ	3.67	1.21

Εκτός των παραπάνω προγραμμάτων, οι συμμετέχοντες φαρμακοποιοί δήλωσαν ότι ο χώρος του φαρμακείου θα μπορούσε να αξιοποιηθεί και σε άλλους τομείς και προγράμματα, όπως:

- Προγράμματα πρόληψης και αγωγής στοματικής υγείας
- Προγράμματα συμβουλευτικής για το μητρικό θηλασμό.
- Προγράμματα υποστήριξης εξαρτημένων ατόμων.
- Εμβολιασμοί ενηλίκων, παιδιών και ταξιδιωτών.
- Θεσμοθέτηση της διαχείρισης μικροπροβλημάτων υγείας, της παροχής Πρώτων Βοηθειών και της χορήγησης φαρμάκων (ενδομυϊκή, υποδόρια οδό χορήγησης).
- Υγιής και ενεργός γήρανση.
- Συμβουλευτική φαρμακευτικής αγωγής.
- Συνεργασία με τον ιατρό για την αποτελεσματικότερη φαρμακευτική αγωγή.
- Κλινική φαρμακευτική και φαρμακευτική ανάλυση.
- Κοινωνική έρευνα και στατιστική στην κατανάλωση φαρμάκων.
- Ανασκόπηση της χρήσης των φαρμάκων.
- Ενεργό συμμετοχή στη φαρμακοεπαγρύπνηση.
- Φαρμακογονιδιωματική και εξατομικευμένη θεραπεία.
- Ενημέρωση του ατομικού φακέλου του ασθενούς για αλληλεπιδράσεις φαρμάκων και παραφαρμάκων.
- Δυνατότητα συνταγογράφησης φαρμάκων σε χρόνιους ασθενείς με επαναλαμβανόμενες συνταγές.
- Δυνατότητα συνταγογράφησης φαρμάκων για την αντιμετώπιση μικροπροβλημάτων υγείας.

ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Επαγωγικοί έλεγχοι ως προς το φύλο

Με βάση τη μέση τιμή, τις υψηλότερες τιμές και στα δύο φύλα εμφανίζουν οι υπηρεσίες “Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων” (άνδρες 4.86, γυναίκες 4.96), “Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης” (άνδρες 4.20, γυναίκες 4.30), “Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19” (άνδρες 4.08, γυναίκες 3.90) και “Μέτρηση του σωματικού βάρους” (άνδρες 3.87, γυναίκες 3.52) (πίνακας 11).

Πίνακας 11. Συχνότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας ως προς το φύλο.

Φύλο	Καθημερινά n (%)	Κάποιες φορές την εβδομάδα n (%)	Κάποιες φορές τον μήνα n (%)	Κάποιες φορές τον χρόνο n (%)	Ποτέ n (%)
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων					
Άνδρες	45 (91.8)	3 (6.1)	0 (0)	0 (0)	1 (2.0)
Γυναίκες	101 (96.2)	4 (3.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων					
Άνδρες	3 (6.1)	19 (38.8)	20 (40.8)	7 (14.3)	0 (0)
Γυναίκες	7 (6.7)	36 (34.3)	56 (53.3)	6 (5.7)	0 (0)
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης					
Άνδρες	20 (40.8)	22 (44.9)	5 (10.2)	1 (2.0)	1 (2.0)
Γυναίκες	47 (44.8)	44 (41.9)	12 (11.4)	2 (1.9)	0 (0)
Μέτρηση θερμοκρασίας					
Άνδρες	1 (2.1)	4 (8.5)	9 (19.1)	12 (25.5)	21 (44.7)
Γυναίκες	3 (3.0)	5 (5.0)	17 (16.8)	27 (26.7)	49 (48.5)
Μέτρηση της γλυκόζης αίματος					
Άνδρες	3 (6.1)	13 (26.5)	16 (32.7)	5 (10.2)	12 (24.5)
Γυναίκες	10 (9.6)	18 (17.3)	26 (25.0)	24 (23.1)	26 (25.0)
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)					
Άνδρες	0 (0)	0 (0)	1 (2.0)	3 (6.1)	45 (91.8)
Γυναίκες	0 (0)	0 (0)	3 (2.9)	4 (3.9)	96 (93.2)
Μέτρηση του ουρικού οξέος					
Άνδρες	0 (0)	1 (2.0)	0 (0)	1 (2.0)	47 (95.9)
Γυναίκες	0 (0)	0 (0)	1 (1.0)	0 (0)	103 (99.0)
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)					
Άνδρες	0 (0)	0 (0)	1 (2.0)	1 (2.0)	47 (95.9)
Γυναίκες	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	103 (100)
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξυμετρο					
Άνδρες	2 (4.1)	7 (14.3)	9 (18.4)	12 (24.5)	19 (38.8)
Γυναίκες	1 (1.0)	12 (11.5)	22 (21.2)	24 (23.1)	45 (43.3)
Χορήγηση αντιγριπικού εμβολίου					
Άνδρες	9 (18.4)	5 (10.2)	4 (8.2)	31 (63.3)	0 (0)
Γυναίκες	28 (27.2)	11 (10.7)	12 (11.7)	52 (50.5)	0 (0)
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων					
Άνδρες	5 (10.2)	9 (18.4)	18 (36.7)	16 (32.7)	1 (2.0)
Γυναίκες	10 (9.5)	18 (17.1)	39 (37.1)	35 (33.3)	3 (2.9)
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)					
Άνδρες	6 (12.2)	10 (20.4)	19 (38.8)	8 (16.3)	6 (12.2)
Γυναίκες	11 (10.5)	25 (23.8)	32 (30.5)	29 (27.6)	8 (7.6)
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19					
Άνδρες	30 (61.2)	7 (14.3)	4 (8.2)	2 (4.1)	6 (12.2)
Γυναίκες	60 (57.1)	18 (17.1)	4 (3.8)	3 (2.9)	20 (19.0)
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης					
Άνδρες	0 (0)	0 (0)	1 (2.1)	1 (2.1)	46 (95.8)
Γυναίκες	1 (1.0)	0 (0)	0 (0)	4 (3.8)	99 (95.2)
Μέτρηση του σωματικού βάρους					
Άνδρες	25 (53.2)	7 (14.9)	7 (14.9)	0 (0)	8 (17.0)
Γυναίκες	47 (44.8)	20 (19.0)	6 (5.7)	5 (4.8)	27 (25.7)

Αντιμετώπιση τραυμάτων					
Ανδρες	1 (2.0)	14 (28.6)	23 (46.9)	10 (20.4)	1 (2.0)
Γυναίκες	10 (9.5)	25 (23.8)	43 (41.0)	24 (22.9)	3 (2.9)
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων					
Ανδρες	1 (2.0)	7 (14.3)	19 (38.8)	19 (38.8)	3 (6.1)
Γυναίκες	6 (5.8)	11 (10.6)	29 (27.9)	50 (48.1)	8 (7.7)
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων					
Ανδρες	7 (14.3)	15 (30.6)	15 (30.6)	11 (22.4)	1 (2.0)
Γυναίκες	20 (19.0)	25 (23.8)	37 (35.2)	22 (21.0)	1 (1.0)
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας					
Ανδρες	7 (14.3)	12 (24.5)	17 (34.7)	10 (20.4)	3 (6.1)
Γυναίκες	14 (13.5)	28 (26.9)	33 (31.7)	27 (26.0)	2 (1.9)
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι					
Ανδρες	11 (22.4)	11 (22.4)	8 (16.3)	9 (18.4)	10 (20.4)
Γυναίκες	12 (11.4)	38 (36.2)	30 (28.6)	15 (14.3)	10 (9.5)

Για τον έλεγχο διαφορών εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος *Mann-Whitney U* (η μεταβλητή δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή). Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 12), παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και της υπηρεσίας “Μέτρηση πήξης του αίματος” ($p=0.041$).

Πίνακας 12. Έλεγχος διαφορών μεταξύ παροχής υπηρεσιών υγείας και φύλου.

Υπηρεσία	Statistic	p
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων	2459	0.252
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων	2526	0.843
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης	2463	0.644
Μέτρηση θερμοκρασίας	2241	0.559
Μέτρηση της γλυκόζης αίματος	2340	0.405
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)	2492	0.782
Μέτρηση του ουρικού οξέος	2469	0.198
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)	2421	0.041
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξύμετρο	2379	0.487
Χορήγηση αντιγριπτικού εμβολίου	2187	0.143
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων	2507	0.790
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)	2522	0.841
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19	2440	0.565
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης	2481	0.874
Μέτρηση του σωματικού βάρους	2209	0.271
Αντιμετώπιση τραυμάτων	2522	0.837
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων	2331	0.366
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων	2508	0.795
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας	2523	0.919
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι	2431	0.572

Για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ της παροχής των υπηρεσιών υγείας και του φύλου εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός *συντελεστής συσχέτισης του Spearman*. Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 13), η συσχέτιση του φύλου και της υπηρεσίας “Μέτρηση πήξης του αίματος” είναι ασθενής αρνητική (-0.167).

Πίνακας 13. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ φύλου και παροχής υπηρεσιών υγείας.

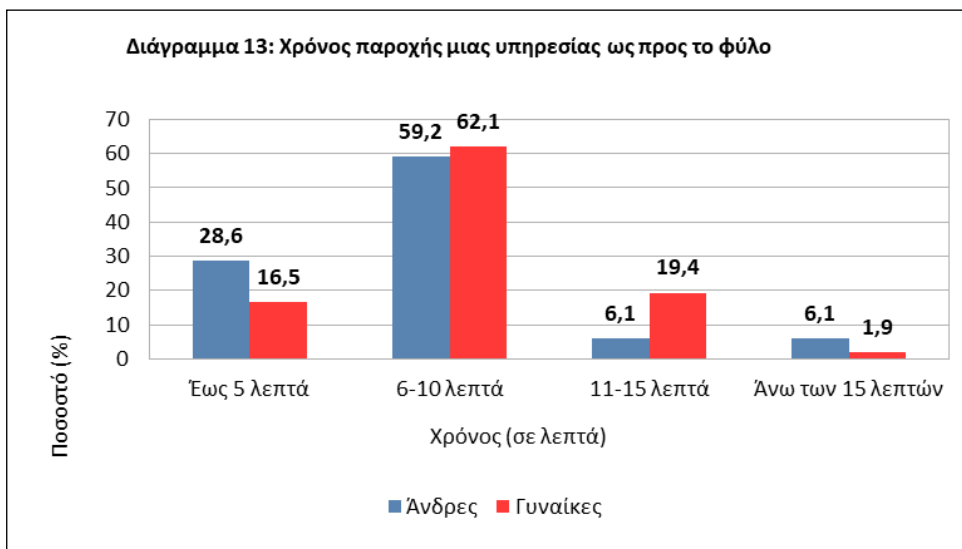
Υπηρεσία	Spearman's rho	df	p-value
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων	0.093	152	0.251
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων	0.016	152	0.842
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης	0.038	152	0.644
Μέτρηση θερμοκρασίας	-0.048	146	0.559
Μέτρηση της γλυκόζης αίματος	-0.068	151	0.405
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)	-0.023	150	0.780
Μέτρηση του ουρικού οξέος	-0.105	151	0.197
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)	-0.167	150	0.039
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξύμετρο	-0.057	151	0.487
Χορήγηση αντιγριπτικού εμβολίου	0.119	150	0.143
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων	-0.022	152	0.789
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)	-0.016	152	0.840
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19	-0.047	152	0.565
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης	0.013	150	0.871
Μέτρηση του σωματικού βάρους	-0.090	150	0.271
Αντιμετώπιση τραυμάτων	0.017	152	0.837
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων	-0.074	151	0.366
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων	0.021	152	0.795
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας	0.008	151	0.918
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι	0.046	152	0.572

Σχετικά με το χρόνο που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί κατά την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας, η πλειοψηφία και των δύο φύλων δήλωσε ότι αυτός κυμαίνεται από 6 έως 10 λεπτά (πίνακας 14).

Πίνακας 14. Συχνότητα χρόνου παροχής μιας υπηρεσίας υγείας ως προς το φύλο.

Φύλο	Έως 5 λεπτά n (%)	6 έως 10 λεπτά n (%)	11 έως 15 λεπτά n (%)	Περισσότερα από 15 λεπτά n (%)
Άνδρες	14 (28.6)	29 (59.2)	3 (6.1)	3 (6.1)
Γυναίκες	17 (16.5)	64 (62.1)	20 (19.4)	2 (1.9)

Η μέση τιμή (mean) του χρόνου παροχής μίας υπηρεσίας για τους άνδρες φαρμακοποιοί είναι 1.90 (sd=0.770) και για τις γυναίκες 2.07 (sd=0.661). Συγκεκριμένα, το 62.1% των γυναικών και το 59.2% των ανδρών αφιερώνουν από 6-10 λεπτά. Το 28.6% των ανδρών έως 5 λεπτά και το 19.4% των γυναικών από 11-15 λεπτά (διάγραμμα 13).



Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου *Mann-Whitney U* (πίνακας 15), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και του χρόνου που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας ($p=0.068$).

Πίνακας 15. Έλεγχος διαφορών μεταξύ του χρόνου για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας και του φύλου.

Mann-Whitney U	Statistic	p
Ο χρόνος που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί για την παροχή μιας υπηρεσίας	2119	0.068

Ακολούθως, ζητήθηκε από τους φαρμακοποιοί να επιλέξουν μία ή περισσότερες απαντήσεις σε σχέση με τον όρο “Φαρμακευτική Φροντίδα” με σκοπό την καταγραφή των αντιλήψεών τους (πίνακας 16). Με βάση το υψηλότερο ποσοστό, και τα δύο φύλα αντιλαμβάνονται την Φαρμακευτική Φροντίδα ως “μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιοί συνεργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας” (δήλωση 2).

Πίνακας 16. Οι αντιλήψεις των φαρμακοποιών για την “Φαρμακευτική Φροντίδα” ως προς το φύλο.

Φύλο	Δήλωση 1 n (%)	Δήλωση 2 n (%)	Δήλωση 3 n (%)
Ανδρες (n=49)	19 (38.8)	34 (69.4%)	24 (49.0)
Γυναίκες (n=105)	58 (55.2)	75 (71.4%)	52 (49.5)

Για τον έλεγχο των διαφορών μεταξύ των απαντήσεων των φαρμακοποιών και του φύλου εφαρμόστηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 του Pearson (Chi-squared test). Με βάση τα αποτελέσματα, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και των αντιλήψεων που έχουν οι φαρμακοποιοί για την Φαρμακευτική Φροντίδα (πίνακας 17).

Πίνακας 17. Έλεγχος διαφορών μεταξύ όρου “Φαρμακευτική Φροντίδα” και φύλου.

Δήλωση	χ^2 value	df	p
1 Τη φαρμακευτική πρακτική που έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και προσανατολίζεται με βάση τα αποτελέσματα.	3.62	1	0.057
2 Μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιός συνεργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.	0.067	1	0.795
3 Την εφαρμογή και παρακολούθηση ενός θεραπευτικού πλάνου προκειμένου αυτό να αποδώσει συγκεκριμένα θεραπευτικά αποτελέσματα στον ασθενή.	0.004	1	0.950

Στο ερώτημα πως οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί αντιλαμβάνονται την έννοια “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” (πίνακας 18), το 59% των γυναικών δήλωσε ότι αποτελούν “το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας” (δήλωση 3) και το 52.1% των ανδρών θεωρεί ότι αφορούν “το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και διάγνωση της νόσου” (δήλωση 1).

Πίνακας 18. Οι αντιλήψεις των φαρμακοποιών για τις “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας” ως προς το φύλο.

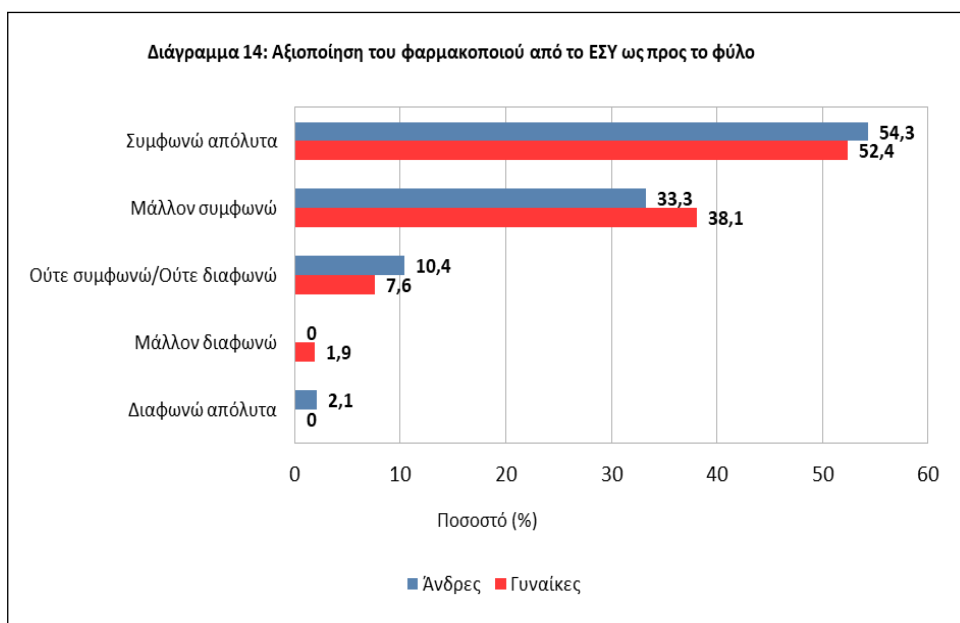
Φύλο	Δήλωση 1 n (%)	Δήλωση 2 n (%)	Δήλωση 3 n (%)	Δήλωση 4 n (%)
Άνδρες (n=48)	25 (52.1)	16 (33.3)	23 (47.9)	24 (50.0)
Γυναίκες (n=105)	51 (48.6)	47 (44.8)	62 (59.0)	55 (52.4)

Ο έλεγχος διαφορών μεταξύ των απαντήσεων των κοινοτικών φαρμακοποιών και του φύλου παρουσιάζεται στον πίνακα 19. Με βάση τα αποτελέσματα, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και των αντιλήψεων που έχουν οι φαρμακοποιοί για τις “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”.

Πίνακας 19. Έλεγχος διαφορών μεταξύ της έννοιας “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” και του φύλου.

Δήλωση	χ^2 value	df	p
1 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και διάγνωση της νόσου	0.16	1	0.687
2 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη θεραπεία και αποκατάσταση της νόσου	1.78	1	0.183
3 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας	1.65	1	0.199
4 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής	0.07	1	0.785

Και τα δύο φύλα έχουν θετικές στάσεις απέναντι στην αξιοποίησή τους από το ΕΣΥ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στο χώρο του φαρμακείου (διάγραμμα 14).

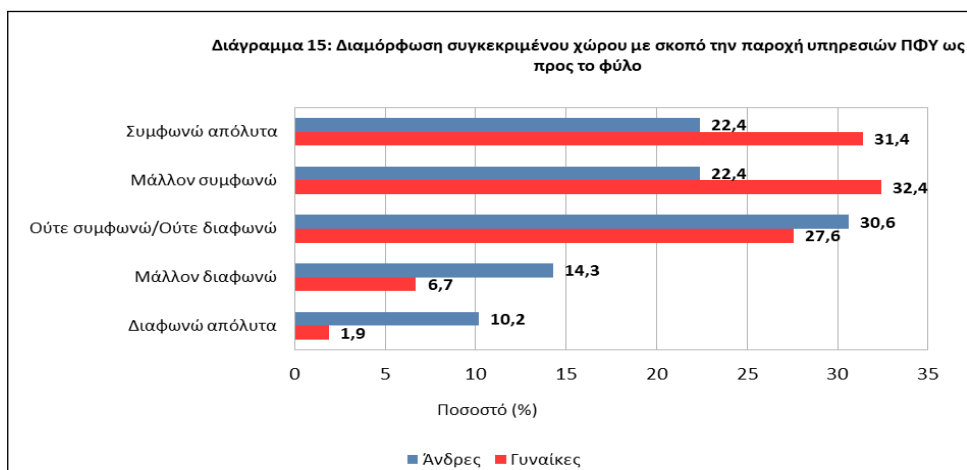


Το 93.8% των ανδρών συμφωνεί με την ανάγκη κοστολόγησης των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στο χώρο του φαρμακείου και το 93.4% των γυναικών θεωρεί ότι οι φαρμακευτικοί σύλλογοι θα πρέπει να θεσμοθετήσουν ένα οργανωμένο σύστημα διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των μελών τους (πίνακας 20).

Πίνακας 20. Συχνότητα των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ ως προς το φύλο.

Φύλο	Συμφωνώ απόλυτα n (%)	Μάλλον συμφωνώ n (%)	Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ n (%)	Μάλλον διαφωνώ n (%)	Διαφωνώ απόλυτα n (%)
Αξιοποίηση του φαρμακοποιού από το ΕΣΥ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ					
Ανδρες	26 (54.2)	16 (33.3)	5 (10.4)	0 (0)	1 (2.1)
Γυναίκες	55 (52.4)	40 (38.1)	8 (7.6)	2 (1.9)	0 (0)
Πρόσβαση στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή					
Ανδρες	20 (40.8)	18 (36.7)	8 (16.3)	3 (6.1)	0 (0)
Γυναίκες	58 (55.2)	28 (26.7)	9 (8.6)	7 (6.7)	3 (2.9)
Διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ					
Ανδρες	11 (22.4)	11 (22.4)	15 (30.6)	7 (14.3)	5 (10.2)
Γυναίκες	33 (31.4)	34 (32.4)	29 (27.6)	7 (6.7)	2 (1.9)
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών					
Ανδρες	26 (53.1)	16 (32.7)	4 (8.2)	2 (4.1)	1 (2.0)
Γυναίκες	68 (64.8)	30 (28.6)	4 (3.8)	2 (1.9)	1 (1.0)
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ					
Ανδρες	28 (57.1)	16 (32.7)	3 (6.1)	2 (4.1)	0 (0)
Γυναίκες	70 (66.7)	26 (24.8)	7 (6.7)	2 (1.9)	0 (0)
Κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό					
Ανδρες	36 (75.0)	9 (18.8)	2 (4.2)	0 (0)	1 (2.1)
Γυναίκες	81 (77.1)	16 (15.2)	6 (5.7)	1 (1.0)	1 (1.0)
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα Ε.Ι.					
Ανδρες	22 (44.9)	17 (34.7)	4 (8.2)	5 (10.2)	1 (2.0)
Γυναίκες	35 (33.3)	41 (39.0)	18 (17.1)	8 (7.6)	3 (2.9)
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες					
Ανδρες	22 (44.9)	19 (38.8)	7 (14.3)	1 (2.0)	0 (0)
Γυναίκες	48 (45.7)	40 (38.1)	11 (10.5)	4 (3.8)	2 (1.9)

Το 91.5% των γυναικών συμφωνεί με τη δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών και το 83.8% πιστεύει ότι η αξιοποίησή τους θα έχει ως αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων και τη μείωση των δαπανών. Το 79.6% των ανδρών θεωρεί ότι θα μειωθεί η επισκεψιμότητα στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και το 81.7% των γυναικών δήλωσε ότι ο φαρμακοποιός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα πλήρους πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή με σκοπό την επικοινωνία και συνεργασία με τον οικογενειακό ιατρό. Τέλος, μόνο το 44.8% των ανδρών και το 63.8% των γυναικών συμφωνούν με τη διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ (διάγραμμα 15).



Με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμογής του ελέγχου *Mann-Whitney U* (πίνακας 21), παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και των στάσεων των φαρμακοποιών για τη δήλωση “Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ στο φαρμακείο κρίνεται απαραίτητη” ($p=0.016$).

Πίνακας 21. Έλεγχος διαφορών μεταξύ των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και του φύλου.

Mann-Whitney U	Statistic	p
Το ΕΣΥ θα πρέπει να αξιοποιήσει τον φαρμακοποιό στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	2515	0.984
Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα πλήρους πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή	2250	0.173
Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στο φαρμακείο κρίνεται απαραίτητη	1975	0.016
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ	2223	0.116
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ από τον φαρμακοποιό	2331	0.270
Είναι σημαντική η κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό	2477	0.819
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα Ε.Ι. των νοσοκομείων	2262	0.203
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες	2570	0.992

Για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ των στάσεων των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και του φύλου εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός *συντελεστής συσχέτισης του Spearman*. Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 22), η συσχέτιση του φύλου και των στάσεων για τη δήλωση “Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στο φαρμακείο κρίνεται απαραίτητη” είναι ασθενής θετική (0.195).

Πίνακας 22. Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στο φύλο και τις στάσεις και αντιλήψεις των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ.

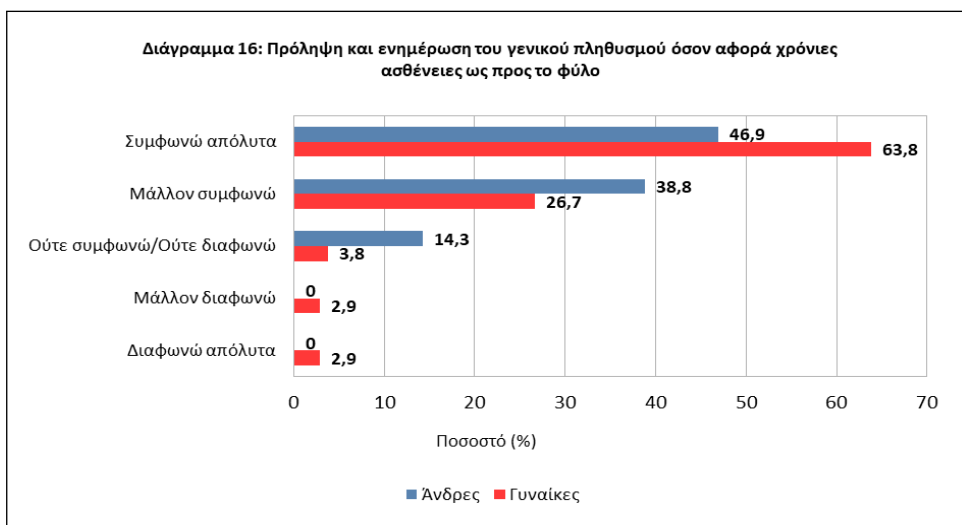
Υπηρεσία	Spearman's rho	df	p-value
Το ΕΣΥ θα πρέπει να αξιοποιήσει τον φαρμακοποιό στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	-0.002	151	0.983
Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα πλήρους πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή	0.110	152	0.173
Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στο φαρμακείο κρίνεται απαραίτητη	0.195	152	0.016
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ	0.127	152	0.116
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ από τον φαρμακοποιό	0.089	152	0.271
Είναι σημαντική η κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό	0.019	151	0.818
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων	-0.103	152	0.203
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες	0.001	152	0.990

Και τα δύο φύλα έχουν θετική στάση για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής υγείας (πίνακας 23).

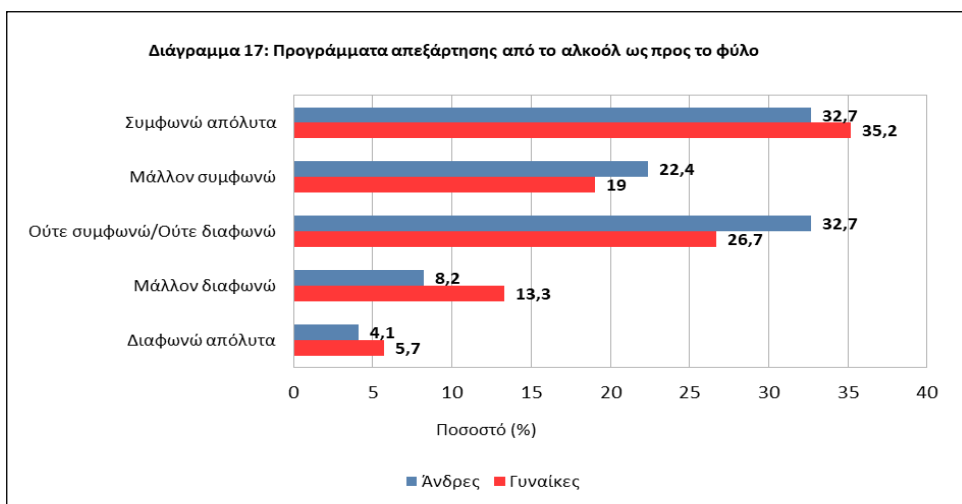
Πίνακας 23. Συχνότητα των στάσεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων ως προς το φύλο.

Φύλο	Συμφωνώ απόλυτα n (%)	Μάλλον συμφωνώ n (%)	Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ n (%)	Μάλλον διαφωνώ n (%)	Διαφωνώ απόλυτα n (%)
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά χρόνιες ασθένειες					
Άνδρες	23 (46.9)	19 (38.8)	7 (14.3)	0 (0)	0 (0)
Γυναίκες	67 (63.8)	28 (26.7)	4 (3.8)	3 (2.9)	3 (2.9)
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του					
Άνδρες	19 (38.8)	17 (34.7)	9 (18.4)	2 (4.1)	2 (4.1)
Γυναίκες	48 (45.7)	29 (27.6)	19 (18.1)	4 (3.8)	5 (4.8)
Πρόγραμμα ενημέρωσης οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης					
Άνδρες	17 (34.7)	16 (32.7)	12 (24.5)	3 (6.1)	1 (2.0)
Γυναίκες	52 (49.5)	25 (23.8)	17 (16.2)	8 (7.6)	3 (2.9)
Ενημέρωση και προαγωγή της υγιεινής διατροφής					
Άνδρες	18 (36.7)	19 (38.8)	9 (18.4)	2 (4.1)	1 (2.0)
Γυναίκες	59 (56.2)	26 (24.8)	13 (12.4)	6 (5.7)	1 (1.0)
Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος					
Άνδρες	26 (53.1)	14 (28.6)	7 (14.3)	2 (4.1)	0 (0)
Γυναίκες	62 (59.0)	26 (24.8)	7 (6.7)	6 (5.7)	4 (3.8)
Πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ					
Άνδρες	16 (32.7)	11 (22.4)	16 (32.7)	4 (8.2)	2 (4.1)
Γυναίκες	37 (35.2)	20 (19.0)	28 (26.7)	14 (13.3)	6 (5.7)

Το 90.5% των γυναικών και το 85.7% των ανδρών φαρμακοποιών συμφωνούν με την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης και ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού όσον αφορά χρόνιες ασθένειες (διάγραμμα 16).



Το 73.5% των ανδρών και το 73.3% των γυναικών συμφωνούν με τη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης και ενημέρωσης του πληθυσμού για τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του. Τέλος, τα χαμηλότερα ποσοστά και στα δύο φύλα παρουσιάζουν τα προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ, 55.1% στους άνδρες και 54.2% στις γυναίκες (διάγραμμα 17).



Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου *Mann-Whitney U* (πίνακας 24), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και των στάσεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων.

Πίνακας 24. Έλεγχος διαφορών μεταξύ των στάσεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων και του φύλου.

Mann-Whitney U	Statistic	p
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά χρόνιες ασθένειες	2157	0.067
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του	2447	0.606
Πρόγραμμα ενημέρωσης οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης	2248	0.181
Ενημέρωση και προαγωγή της υγιεινής διατροφής	2116	0.055
Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος	2453	0.603
Πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ	2521	0.837

Επαγωγικοί έλεγχοι ως προς την ηλικία

Στον πίνακα 25 παρουσιάζεται η συχνότητα παροχής υπηρεσιών υγείας ως την ηλικία. Με βάση τη μέση τιμή (mean), η υπηρεσία “Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων” εμφανίζει την υψηλότερη τιμή σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Πίνακας 25. Συχνότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας ως προς την ηλικία.

Ηλικία	Καθημερινά n (%)	Κάποιες φορές την εβδομάδα n (%)	Κάποιες φορές τον μήνα n (%)	Κάποιες φορές τον χρόνο n (%)	Ποτέ n (%)
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων					
20-29 έτη	27 (93.1)	2 (6.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
30-39 έτη	61 (93.8)	3 (4.6)	0 (0)	0 (0)	1 (1.5)
40-49 έτη	21 (91.3)	2 (8.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
50-59 έτη	23 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
60 και άνω	14 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων					
20-29 έτη	1 (3.4)	15 (51.7)	12 (41.4)	1 (3.4)	0 (0)
30-39 έτη	5 (7.7)	19 (29.2)	36 (55.4)	5 (7.7)	0 (0)
40-49 έτη	3 (13.0)	7 (30.4)	10 (43.5)	3 (13.0)	0 (0)
50-59 έτη	1 (4.3)	10 (43.5)	9 (39.1)	3 (13.0)	0 (0)
60 και άνω	0 (0)	4 (28.6)	9 (64.3)	1 (7.1)	0 (0)
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης					
20-29 έτη	7 (24.1)	19 (65.5)	3 (10.3)	0 (0)	0 (0)
30-39 έτη	28 (43.1)	25 (38.5)	9 (13.8)	2 (3.1)	1 (1.5)
40-49 έτη	14 (60.9)	9 (39.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
50-59 έτη	11 (47.8)	9 (39.1)	2 (8.7)	1 (4.3)	0 (0)
60 και άνω	7 (50.0)	4 (28.6)	3 (21.4)	0 (0)	0 (0)
Μέτρηση θερμοκρασίας					
20-29 έτη	1 (3.7)	2 (7.4)	6 (22.2)	7 (25.9)	11 (40.7)
30-39 έτη	1 (1.6)	5 (7.9)	10 (15.9)	12 (19.0)	35 (55.6)
40-49 έτη	1 (4.3)	2 (8.7)	4 (17.4)	4 (17.4)	12 (52.2)
50-59 έτη	1 (4.5)	0 (0)	5 (22.7)	9 (40.9)	7 (31.8)
60 και άνω	0 (0)	0 (0)	1 (7.7)	7 (53.8)	5 (38.5)

Μέτρηση της γλυκόζης αίματος					
20-29 έτη	2 (7.1)	5 (17.9)	12 (42.9)	5 (17.9)	4 (14.3)
30-39 έτη	6 (9.2)	10 (15.4)	17 (26.2)	14 (21.5)	18 (27.7)
40-49 έτη	3 (13.0)	5 (21.7)	4 (17.4)	5 (21.7)	6 (26.1)
50-59 έτη	2 (8.7)	6 (26.1)	4 (17.4)	2 (8.7)	9 (39.1)
60 και άνω	0 (0)	5 (35.7)	5 (35.7)	3 (21.4)	1 (7.1)
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)					
20-29 έτη	0 (0)	0 (0)	1 (3.4)	2 (6.9)	26 (89.7)
30-39 έτη	0 (0)	0 (0)	1 (1.6)	2 (3.1)	61 (95.3)
40-49 έτη	0 (0)	0 (0)	1 (4.3)	0 (0)	22 (95.7)
50-59 έτη	0 (0)	0 (0)	1 (4.5)	2 (9.1)	19 (86.4)
60 και άνω	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (7.1)	13 (92.9)
Μέτρηση του ουρικού οξέος					
20-29 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3.4)	28 (96.6)
30-39 έτη	0 (0)	1 (1.5)	1 (1.5)	0 (0)	63 (96.9)
40-49 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	23 (100)
50-59 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	22 (100)
60 και άνω	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (100)
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)					
20-29 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3.4)	28 (96.6)
30-39 έτη	0 (0)	0 (0)	1 (1.5)	0 (0)	64 (98.5)
40-49 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	23 (100)
50-59 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	21 (100)
60 και άνω	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (100)
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξύμετρο					
20-29 έτη	1 (3.4)	7 (24.1)	3 (10.3)	6 (20.7)	12 (41.4)
30-39 έτη	1 (1.5)	6 (9.2)	14 (21.5)	11 (16.9)	33 (50.8)
40-49 έτη	0 (0)	2 (8.7)	3 (13.0)	7 (30.4)	11 (47.8)
50-59 έτη	1 (4.5)	3 (13.6)	6 (27.3)	6 (27.3)	6 (27.3)
60 και άνω	0 (0)	1 (7.1)	5 (35.7)	6 (42.9)	2 (14.3)
Χορήγηση αντιγριπτικού εμβολίου					
20-29 έτη	3 (10.3)	6 (20.7)	6 (20.7)	14 (48.3)	0 (0)
30-39 έτη	17 (26.6)	7 (10.9)	5 (7.8)	35 (54.7)	0 (0)
40-49 έτη	5 (22.7)	2 (9.1)	2 (9.1)	13 (59.1)	0 (0)
50-59 έτη	6 (26.1)	0 (0)	2 (8.7)	15 (65.2)	0 (0)
60 και άνω	6 (42.9)	1 (7.1)	1 (7.1)	6 (42.9)	0 (0)
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων					
20-29 έτη	1 (3.4)	8 (27.6)	16 (55.2)	4 (13.8)	0 (0)
30-39 έτη	6 (9.2)	13 (20.0)	22 (33.8)	23 (35.4)	1 (1.5)
40-49 έτη	3 (13.0)	3 (13.0)	7 (30.4)	8 (34.8)	2 (8.7)
50-59 έτη	0 (0)	2 (8.7)	10 (43.5)	11 (47.8)	0 (0)
60 και άνω	5 (35.7)	1 (7.1)	2 (14.3)	5 (35.7)	1 (7.1)
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)					
20-29 έτη	4 (13.8)	9 (31.0)	12 (41.4)	3 (10.3)	1 (3.4)
30-39 έτη	7 (10.8)	16 (24.6)	19 (29.2)	15 (23.1)	8 (12.3)
40-49 έτη	3 (13.0)	4 (17.4)	7 (30.4)	9 (39.1)	0 (0)
50-59 έτη	1 (4.3)	4 (17.4)	8 (34.8)	6 (26.1)	4 (17.4)
60 και άνω	2 (14.3)	2 (14.3)	5 (35.7)	4 (28.6)	1 (7.1)

Διενέργεια ελέγχου (παστ) για τον Covid-19					
20-29 έτη	21 (72.4)	2 (6.9)	1 (3.4)	0 (0)	5 (17.2)
30-39 έτη	38 (58.5)	9 (13.8)	4 (6.2)	2 (3.1)	12 (18.5)
40-49 έτη	14 (60.9)	3 (13.0)	3 (13.0)	1 (4.3)	2 (8.7)
50-59 έτη	11 (47.8)	7 (30.4)	0 (0)	1 (4.3)	4 (17.4)
60 και άνω	6 (42.9)	4 (28.6)	0 (0)	1 (7.1)	3 (21.4)
Διενέργεια ελέγχου (παστ) εγκυμοσύνης					
20-29 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	29 (100)
30-39 έτη	1 (1.5)	0 (0)	1 (1.5)	2 (3.1)	61 (93.8)
40-49 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	23 (100)
50-59 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4.5)	21 (95.5)
60 και άνω	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (15.4)	11 (84.6)
Μέτρηση του σωματικού βάρους					
20-29 έτη	16 (55.2)	10 (34.5)	0 (0)	0 (0)	3 (10.3)
30-39 έτη	28 (43.8)	8 (12.5)	4 (6.3)	0 (0)	24 (37.5)
40-49 έτη	12 (52.2)	2 (8.7)	4 (17.4)	0 (0)	5 (21.7)
50-59 έτη	10 (43.5)	5 (21.7)	3 (13.0)	3 (13.0)	2 (8.7)
60 και άνω	6 (46.2)	2 (15.4)	2 (15.4)	2 (15.4)	1 (7.7)
Ανημετώπιση τραυμάτων					
20-29 έτη	2 (6.9)	14 (48.3)	10 (34.5)	3 (10.3)	0 (0)
30-39 έτη	5 (7.7)	11 (16.9)	29 (44.6)	18 (27.7)	2 (3.1)
40-49 έτη	2 (8.7)	6 (26.1)	10 (43.5)	5 (21.7)	0 (0)
50-59 έτη	1 (4.3)	4 (17.4)	13 (56.5)	3 (13.0)	2 (8.7)
60 και άνω	1 (7.1)	4 (28.6)	4 (28.6)	5 (35.7)	0 (0)
Ανημετώπιση εγκαυμάτων					
20-29 έτη	0 (0)	5 (17.9)	11 (39.3)	11 (39.3)	1 (3.6)
30-39 έτη	4 (6.2)	6 (9.2)	19 (29.2)	31 (47.7)	5 (7.7)
40-49 έτη	2 (8.7)	3 (13.0)	4 (17.4)	12 (52.2)	2 (8.7)
50-59 έτη	0 (0)	2 (8.7)	10 (43.5)	9 (39.1)	2 (8.7)
60 και άνω	1 (7.1)	2 (14.3)	4 (28.6)	6 (42.9)	1 (7.1)
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων					
20-29 έτη	4 (13.8)	7 (24.1)	11 (37.9)	7 (24.1)	0 (0)
30-39 έτη	11 (16.9)	15 (23.1)	23 (35.4)	15 (23.1)	1 (1.5)
40-49 έτη	9 (39.1)	4 (17.4)	7 (30.4)	3 (13.0)	0 (0)
50-59 έτη	1 (4.3)	8 (34.8)	8 (34.8)	5 (21.7)	1 (4.3)
60 και άνω	2 (14.3)	6 (42.9)	3 (21.4)	3 (21.4)	0 (0)
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας					
20-29 έτη	2 (6.9)	12 (41.4)	9 (31.0)	6 (20.7)	0 (0)
30-39 έτη	6 (9.2)	19 (29.2)	20 (30.8)	18 (27.7)	2 (3.1)
40-49 έτη	6 (26.1)	3 (13.0)	10 (43.5)	4 (17.4)	0 (0)
50-59 έτη	2 (9.1)	6 (27.3)	6 (27.3)	6 (27.3)	2 (9.1)
60 και άνω	5 (35.7)	0 (0)	5 (35.7)	3 (21.4)	1 (7.1)
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι					
20-29 έτη	5 (17.2)	10 (34.5)	8 (27.6)	4 (13.8)	2 (6.9)
30-39 έτη	11 (16.9)	19 (29.2)	18 (27.7)	9 (13.8)	8 (12.3)
40-49 έτη	4 (17.4)	6 (26.1)	8 (34.8)	2 (8.7)	3 (13.0)
50-59 έτη	2 (8.7)	6 (26.1)	3 (13.0)	7 (30.4)	5 (21.7)
60 και άνω	1 (7.1)	8 (57.1)	1 (7.1)	2 (14.3)	2 (14.3)

Για το στατιστικό έλεγχο των διαφορών εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος *Kruskal-Wallis* (η μεταβλητή δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή). Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 26), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικιακής ομάδας και της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 26. Έλεγχος διαφορών μεταξύ της παροχής υπηρεσιών υγείας και της ηλικιακής ομάδας.

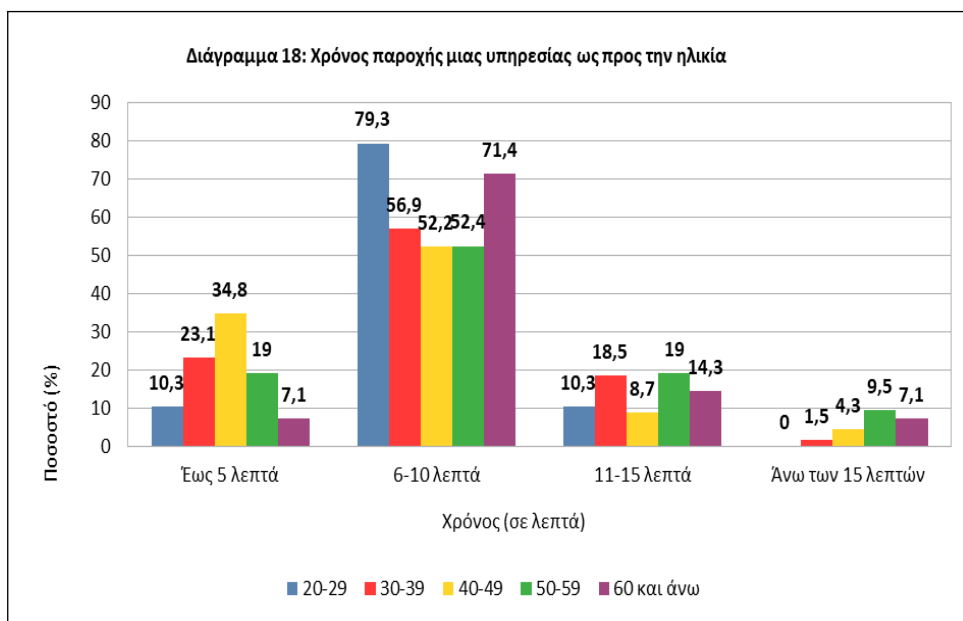
Υπηρεσία	χ^2	df	p
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων	2.86	4	0.582
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων	2.90	4	0.575
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης	6.80	4	0.147
Μέτρηση θερμοκρασίας	2.54	4	0.637
Μέτρηση της γλυκόζης αίματος	2.47	4	0.650
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)	2.59	4	0.628
Μέτρηση του ουρικού οξέος	1.92	4	0.751
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)	1.78	4	0.776
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξύμετρο	6.31	4	0.177
Χορήγηση αντιγριπτικού εμβολίου	2.28	4	0.685
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων	6.56	4	0.161
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)	6.08	4	0.193
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19	3.12	4	0.537
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης	6.16	4	0.187
Μέτρηση του σωματικού βάρους	5.00	4	0.287
Αντιμετώπιση τραυμάτων	8.79	4	0.067
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων	1.20	4	0.878
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων	5.51	4	0.239
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας	2.66	4	0.617
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι	4.37	4	0.358

Σχετικά με το χρόνο που αφιερώνουν οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί κατά την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας, η πλειοψηφία όλων των ηλικιακών ομάδων δήλωσε ότι αυτός κυμαίνεται από 6 έως 10 λεπτά (πίνακας 27). Τα υψηλότερα ποσοστά παρουσιάζουν οι φαρμακοποιοί ηλικίας 20-29 ετών (79.3%) και ηλικίας 60 ετών και άνω (71.4%).

Πίνακας 27. Συχνότητα του χρόνου για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας ως προς την ηλικία.

Ηλικία	Έως 5 λεπτά n (%)	6 έως 10 λεπτά n (%)	11 έως 15 λεπτά n (%)	Περισσότερα από 15 λεπτά n (%)
20-29 έτη	3 (10.3)	23 (79.3)	3 (10.3)	0 (0)
30-39 έτη	15 (23.1)	37 (56.9)	12 (18.5)	1 (1.5)
40-49 έτη	8 (34.8)	12 (52.2)	2 (8.7)	1 (4.3)
50-59 έτη	4 (19.0)	11 (52.4)	4 (19.0)	2 (9.5)
60 και άνω	1 (7.1)	10 (71.4)	2 (14.3)	1 (7.1)

Επίσης, το 34.8% των φαρμακοποιών ηλικίας 40-49 ετών αφιερώνει χρόνο έως 5 λεπτά. Το 19.0% ηλικίας 50-59 ετών 11 έως 15 λεπτά και το 9.5% της ίδιας ομάδας, χρόνο μεγαλύτερο των 15 λεπτών (διάγραμμα 18).



Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου *Kruskal-Wallis* (πίνακας 28), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικιακής ομάδας και του χρόνου που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας ($p=0.386$).

Πίνακας 28. Έλεγχος διαφορών μεταξύ του χρόνου για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας και της ηλικίας.

Kruskal-Wallis	χ^2	df	p
Ο χρόνος που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί για την παροχή μιας υπηρεσίας	4.15	4	0.386

Η μέση τιμή (mean) της ηλικιακής ομάδας 20-29 ετών είναι 2.00 (sd=0.463), της ηλικιακής ομάδας 30-39 ετών είναι 1.98 (sd=0.696), της ηλικιακής ομάδας 40-49 ετών είναι 1.83 (sd=0.778), της ηλικιακής ομάδας 50-59 ετών είναι 2.19 (sd=0.873) και της ομάδας 60 ετών και άνω είναι 2.21 (sd=0.699).

Ακολούθως, ζητήθηκε από τους φαρμακοποιοί να επιλέξουν μία ή περισσότερες απαντήσεις σε σχέση με τον όρο “Φαρμακευτική Φροντίδα” με σκοπό την καταγραφή των αντιλήψεών τους (πίνακας 29). Με βάση το υψηλότερο ποσοστό, όλες οι ηλικιακές ομάδες αντιλαμβάνονται την Φαρμακευτική Φροντίδα ως “μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιοί συνεργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας” (δήλωση 2).

Πίνακας 29. Αντιλήψεις των φαρμακοποίων για την “Φαρμακευτική Φροντίδα” ως προς την ηλικία.

Ηλικία		Δήλωση 1 n (%)	Δήλωση 2 n (%)	Δήλωση 3 n (%)
20-29 έτη	(n=29)	16 (55.2)	20 (69.0)	16 (55.2)
30-39 έτη	(n=65)	35 (53.8)	47 (72.3)	33 (50.8)
40-49 έτη	(n=23)	12 (52.2)	13 (56.5)	12 (52.2)
50-59 έτη	(n=23)	8 (34.8)	20 (87.0)	10 (43.5)
60 και άνω	(n=14)	6 (42.9)	9 (64.3)	5 (35.7)

Για τον έλεγχο των διαφορών εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 του Pearson (Chi-squared test). Με βάση τα αποτελέσματα δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικιακής ομάδας και των αντιλήψεων που έχουν οι φαρμακοποιοί για την Φαρμακευτική Φροντίδα (πίνακας 30).

Πίνακας 30. Έλεγχος διαφορών μεταξύ του όρου “Φαρμακευτική Φροντίδα” και της ηλικίας.

Δήλωση		χ^2 value	df	p
1	Τη φαρμακευτική πρακτική που έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και προσανατολίζεται με βάση τα αποτελέσματα.	3.15	4	0.532
2	Μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιός συνεργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.	5.58	4	0.233
3	Την εφαρμογή και παρακολούθηση ενός θεραπευτικού πλάνου προκειμένου αυτό να αποδώσει συγκεκριμένα θεραπευτικά αποτελέσματα στον ασθενή.	1.88	4	0.758

Στο ερώτημα πως οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί αντιλαμβάνονται την έννοια “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”, οι επιλογές με το υψηλότερο ποσοστό διαφέρουν μεταξύ των ηλικιακών ομάδων (πίνακας 31).

Πίνακας 31. Αντιλήψεις των φαρμακοποιών για τις “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” ως προς την ηλικία.

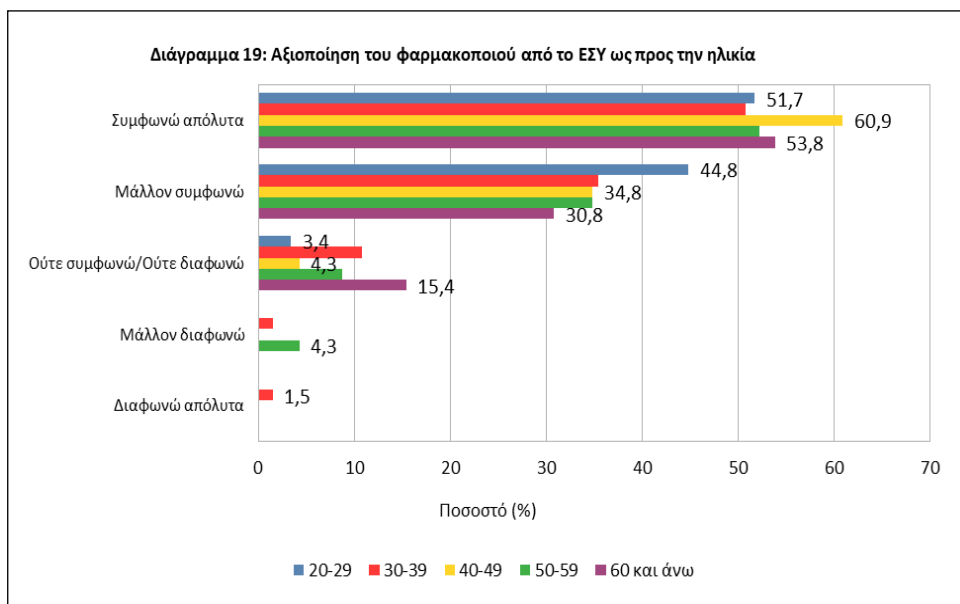
Ηλικία		Δήλωση 1	Δήλωση 2	Δήλωση 3	Δήλωση 4
20-29 έτη	(n=29)	13 (44.8)	10 (34.5)	21 (72.4)	16 (55.2)
30-39 έτη	(n=65)	36 (55.4)	25 (38.5)	33 (50.8)	35 (53.8)
40-49 έτη	(n=23)	11 (47.8)	11 (47.8)	10 (43.5)	13 (56.5)
50-59 έτη	(n=23)	13 (56.5)	10 (43.5)	15 (65.2)	9 (39.1)
60 και άνω	(n=13)	3 (23.1)	7 (53.8)	6 (46.2)	6 (46.2)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 του Pearson, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικιακής ομάδας και των αντιλήψεων που έχουν οι φαρμακοποιοί για τις “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” (πίνακας 32).

Πίνακας 32. Έλεγχος διαφορών μεταξύ της έννοιας “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας” και της ηλικίας.

Δήλωση	χ^2 value	df	p
1 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και διάγνωση της νόσου	5.26	4	0.261
2 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη θεραπεία και αποκατάσταση της νόσου	2.07	4	0.724
3 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας	6.63	4	0.157
4 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής	2.09	4	0.719

Όλες οι ηλικιακές ομάδες έχουν θετικές στάσεις απέναντι στην αξιοποίησή τους από το ΕΣΥ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο χώρο του φαρμακείου (διάγραμμα 19).



Το υψηλότερο ποσοστό (96.5%) εμφανίζεται στην ηλικιακή ομάδα 20-29 ετών. Αντίθετα, η δήλωση “Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο φαρμακείο κρίνεται απαραίτητη” εμφανίζει το χαμηλότερο ποσοστό σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (πίνακας 33), με χαμηλότερο το ποσοστό των φαρμακοποιών ηλικίας 40-49 ετών (26.0%).

Πίνακας 33. Συχνότητα των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ ως προς την ηλικία.

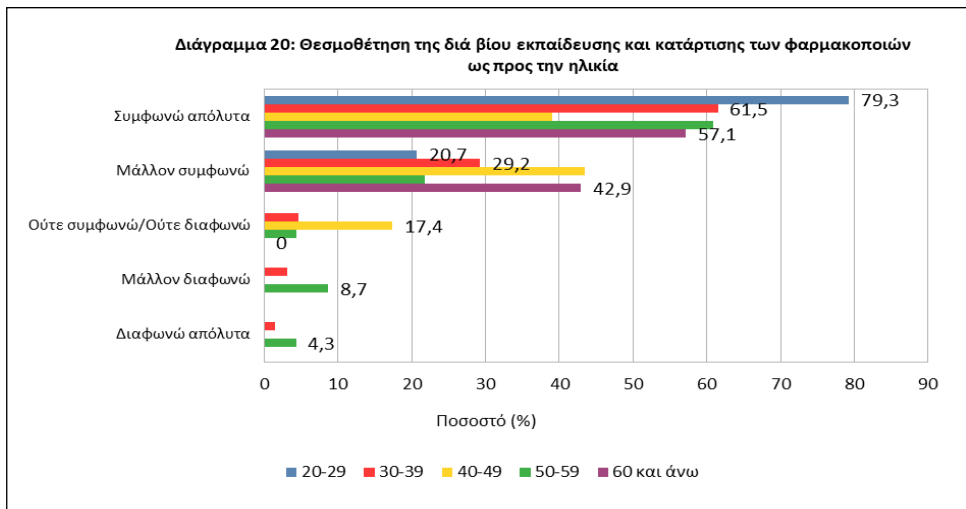
Ηλικία	Συμφωνώ απόλυτα n (%)	Μάλλον συμφωνώ n (%)	Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ n (%)	Μάλλον διαφωνώ n (%)	Διαφωνώ απόλυτα n (%)
Αξιοποίηση του φαρμακοποιού από το ΕΣΥ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ					
20-29 ετη	15 (51.7)	13 (44.8)	1 (3.4)	0 (0)	0 (0)
30-39 ετη	33 (50.8)	23 (35.4)	7 (10.8)	1 (1.5)	1 (1.5)
40-49 ετη	14 (60.9)	8 (34.8)	1 (4.3)	0 (0)	0 (0)
50-59 ετη	12 (52.2)	8 (34.8)	2 (8.7)	1 (4.3)	0 (0)
60 και άνω	7 (53.8)	4 (30.8)	2 (15.4)	0 (0)	0 (0)
Πρόσβαση στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή					
20-29 ετη	14 (48.3)	13 (44.8)	2 (6.9)	0 (0)	0 (0)
30-39 ετη	38 (58.5)	15 (23.1)	5 (7.7)	7 (10.8)	0 (0)
40-49 ετη	9 (39.1)	7 (30.4)	4 (17.4)	1 (4.3)	2 (8.7)
50-59 ετη	14 (60.9)	5 (21.7)	1 (4.3)	2 (8.7)	1 (4.3)
60 και άνω	3 (21.4)	6 (42.9)	5 (35.7)	0 (0)	0 (0)
Διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ					
20-29 ετη	8 (27.6)	10 (34.5)	10 (34.5)	0 (0)	1 (3.4)
30-39 ετη	22 (33.8)	21 (32.3)	13 (20.0)	5 (7.7)	4 (6.2)
40-49 ετη	3 (13.0)	3 (13.0)	12 (52.2)	4 (17.4)	1 (4.3)
50-59 ετη	8 (34.8)	7 (30.4)	4 (17.4)	3 (13.0)	1 (4.3)
60 και άνω	3 (21.4)	4 (28.6)	5 (35.7)	2 (14.3)	0 (0)
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών					
20-29 ετη	23 (79.3)	6 (20.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
30-39 ετη	40 (61.5)	19 (29.2)	3 (4.6)	2 (3.1)	1 (1.5)
40-49 ετη	9 (39.1)	10 (43.5)	4 (17.4)	0 (0)	0 (0)
50-59 ετη	14 (60.9)	5 (21.7)	1 (4.3)	2 (8.7)	1 (4.3)
60 και άνω	8 (57.1)	6 (42.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ					
20-29 ετη	20 (69.0)	7 (24.1)	1 (3.4)	1 (3.4)	0 (0)
30-39 ετη	45 (69.2)	15 (23.1)	4 (6.2)	1 (1.5)	0 (0)
40-49 ετη	11 (47.8)	10 (43.5)	2 (8.7)	0 (0)	0 (0)
50-59 ετη	14 (60.9)	5 (21.7)	2 (8.7)	2 (8.7)	0 (0)
60 και άνω	8 (57.1)	5 (35.7)	1 (7.1)	0 (0)	0 (0)
Κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό					
20-29 ετη	20 (69.0)	4 (13.8)	4 (13.8)	0 (0)	1 (3.4)
30-39 ετη	53 (81.5)	10 (15.4)	1 (1.5)	0 (0)	1 (1.5)
40-49 ετη	18 (78.3)	4 (17.4)	0 (0)	1 (4.3)	0 (0)
50-59 ετη	16 (69.6)	5 (21.7)	2 (8.7)	0 (0)	0 (0)
60 και άνω	10 (76.9)	2 (15.4)	1 (7.7)	0 (0)	0 (0)
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα Ε.Ι.					
20-29 ετη	8 (27.6)	13 (44.8)	6 (20.7)	2 (6.9)	0 (0)
30-39 ετη	24 (36.9)	25 (38.5)	6 (9.2)	8 (12.3)	2 (3.1)
40-49 ετη	7 (30.4)	9 (39.1)	4 (17.4)	1 (4.3)	2 (8.7)
50-59 ετη	13 (56.5)	5 (21.7)	3 (13.0)	2 (8.7)	0 (0)
60 και άνω	5 (35.7)	6 (42.9)	3 (21.4)	0 (0)	0 (0)
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες					
20-29 ετη	13 (44.8)	14 (48.3)	2 (6.9)	0 (0)	0 (0)
30-39 ετη	31 (47.7)	22 (33.8)	10 (15.4)	1 (1.5)	1 (1.5)
40-49 ετη	8 (34.8)	10 (43.5)	2 (8.7)	2 (8.7)	1 (4.3)
50-59 ετη	14 (60.9)	6 (26.1)	1 (4.3)	2 (8.7)	0 (0)
60 και άνω	4 (28.6)	7 (50.0)	3 (21.4)	0 (0)	0 (0)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου *Kruskal-Wallis* (πίνακας 34), παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικιακής ομάδας και των στάσεων για τη “Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ ($p=0.05$).

Πίνακας 34. Έλεγχος διαφορών μεταξύ των στάσεων και των αντιλήψεων που έχουν οι φαρμακοποιοί για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και της ηλικίας.

Kruskal-Wallis	χ^2	df	p
Το ΕΣΥ θα πρέπει να αξιοποιήσει τον φαρμακοποιό στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	1.28	4	0.865
Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα πλήρους πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή	7.64	4	0.106
Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στο φαρμακείο κρίνεται απαραίτητη	8.94	4	0.063
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ	9.49	4	0.050
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ από τον φαρμακοποιό	3.56	4	0.469
Είναι σημαντική η κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό	3.07	4	0.547
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων	3.42	4	0.490
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες	4.48	4	0.345

Στο διάγραμμα 20 παρουσιάζονται οι στάσεις των φαρμακοποιών για τη “Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”.



Για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ των στάσεων των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της ηλικιακής ομάδας εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός *συντελεστής συσχέτισης του Spearman*. Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 35), η συσχέτιση της ηλικιακής ομάδας και των στάσεων για τη “Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ” είναι ασθενής αρνητική (-0.173).

Πίνακας 35. Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικιακή ομάδα και τις στάσεις και αντιλήψεις των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ.

Δήλωση	Spearman's rho	df	p-value
Το ΕΣΥ θα πρέπει να αξιοποιήσει τον φαρμακοποιό στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	0.008	151	0.925
Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα πλήρους πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή	-0.126	152	0.119
Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στο φαρμακείο κρίνεται απαραίτητη	-0.106	152	0.190
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ	-0.173	152	0.032
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ από τον φαρμακοποιό	-0.115	152	0.157
Είναι σημαντική η κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό	0.019	151	0.819
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων	0.090	152	0.269
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες	-0.051	152	0.533

Τέλος, όλες οι ηλικιακές ομάδες έχουν θετικές στάσεις σε σχέση με την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας (πίνακας 36). Τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζουν τα προγράμματα “Πρόληψης και ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού για τις χρόνιες ασθένειες” και “Διακοπής του καπνίσματος”.

Πίνακας 36. Συχνότητα των στάσεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων ως προς την ηλικία.

Ηλικία	Συμφωνώ απόλυτα n (%)	Μάλλον συμφωνώ n (%)	Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ n (%)	Μάλλον διαφωνώ n (%)	Διαφωνώ απόλυτα n (%)
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά χρόνιες ασθένειες					
20-29 έτη	17 (58.6)	8 (27.6)	3 (10.3)	0 (0)	1 (3.4)
30-39 έτη	36 (55.4)	22 (33.8)	5 (7.7)	1 (1.5)	1 (1.5)
40-49 έτη	15 (65.2)	7 (30.4)	0 (0)	0 (0)	1 (4.3)
50-59 έτη	15 (65.2)	3 (13.0)	3 (13.0)	2 (8.7)	0 (0)
60 και άνω	7 (50.0)	7 (50.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του					
20-29 έτη	9 (31.0)	9 (31.0)	9 (31.0)	1 (3.4)	1 (3.4)
30-39 έτη	28 (43.1)	22 (33.8)	10 (15.4)	1 (1.5)	4 (6.2)
40-49 έτη	12 (52.2)	7 (30.4)	1 (4.3)	2 (8.7)	1 (4.3)
50-59 έτη	13 (56.5)	3 (13.0)	4 (17.4)	2 (8.7)	1 (4.3)
60 και άνω	5 (35.7)	5 (35.7)	4 (28.6)	0 (0)	0 (0)
Πρόγραμμα ενημέρωσης οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης					
20-29 έτη	11 (37.9)	10 (34.5)	6 (20.7)	1 (3.4)	1 (3.4)
30-39 έτη	28 (43.1)	14 (21.5)	16 (24.6)	5 (7.7)	2 (3.1)
40-49 έτη	11 (47.8)	8 (34.8)	3 (13.0)	1 (4.3)	0 (0)
50-59 έτη	13 (56.5)	3 (13.0)	3 (13.0)	3 (13.0)	1 (4.3)
60 και άνω	6 (42.9)	6 (42.9)	1 (7.1)	1 (7.1)	0 (0)
Ενημέρωση και προαγωγή της υγιεινής διατροφής					
20-29 έτη	12 (41.4)	10 (34.5)	4 (13.8)	1 (3.4)	2 (6.9)
30-39 έτη	33 (50.8)	16 (24.6)	12 (18.5)	4 (6.2)	0 (0)
40-49 έτη	14 (60.9)	7 (30.4)	2 (8.7)	0 (0)	0 (0)
50-59 έτη	12 (52.2)	5 (21.7)	3 (13.0)	3 (13.0)	0 (0)
60 και άνω	6 (42.9)	7 (50.0)	1 (7.1)	0 (0)	0 (0)
Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος					
20-29 έτη	16 (55.2)	9 (31.0)	3 (10.3)	0 (0)	1 (3.4)
30-39 έτη	38 (58.5)	11 (16.9)	8 (12.3)	6 (9.2)	2 (3.1)
40-49 έτη	15 (65.2)	6 (26.1)	2 (8.7)	0 (0)	0 (0)
50-59 έτη	15 (65.2)	4 (17.4)	1 (4.3)	2 (8.7)	1 (4.3)
60 και άνω	4 (28.6)	10 (71.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ					
20-29 έτη	6 (20.7)	6 (20.7)	13 (44.8)	3 (10.3)	1 (3.4)
30-39 έτη	24 (36.9)	9 (13.8)	17 (26.2)	10 (15.4)	5 (7.7)
40-49 έτη	10 (43.5)	6 (26.1)	5 (21.7)	1 (4.3)	1 (4.3)
50-59 έτη	10 (43.5)	5 (21.7)	5 (21.7)	2 (8.7)	1 (4.3)
60 και άνω	3 (21.4)	5 (35.7)	4 (28.6)	2 (14.3)	0 (0)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου *Kruskal-Wallis* (πίνακας 37), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικιακής ομάδας και των στάσεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας.

Πίνακας 37. Έλεγχος διαφορών μεταξύ των στάσεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων και της ηλικίας.

Kruskal-Wallis	χ^2	df	p
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά χρόνιες ασθένειες	0.868	4	0.929
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του	3.185	4	0.527
Πρόγραμμα ενημέρωσης οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης	1.622	4	0.805
Ενημέρωση και προαγωγή της υγιεινής διατροφής	2.834	4	0.586
Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος	2.859	4	0.582
Πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ	4.594	4	0.332

Επαγγελματικοί έλεγχοι ως προς το επίπεδο σπουδών

Στον πίνακα 38 παρουσιάζεται η συχνότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας ως προς το επίπεδο σπουδών. Οι κάτοχοι Διδακτορικού λόγω του μικρού πλήθους (n=1) αφαιρέθηκαν από τη στατιστική ανάλυση. Με βάση τη μέση τιμή, η υπηρεσία “Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων” εμφανίζει την υψηλότερη τιμή (4.93) και στα δύο εκπαιδευτικά επίπεδα. Ακολουθεί, για απόφοιτους Φαρμακευτικής η υπηρεσία “Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης” (4.27) και για τους κατόχους Μεταπτυχιακού Διπλώματος η “Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19” (4.31).

Πίνακας 38. Συχνότητα παροχής υπηρεσιών υγείας ως προς το επίπεδο σπουδών.

Επίπεδο σπουδών	Καθημερινά n (%)	Κάποιες φορές την εβδομάδα n (%)	Κάποιες φορές τον μήνα n (%)	Κάποιες φορές τον χρόνο n (%)	Ποτέ n (%)
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	118 (95.2)	5 (4.0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.8)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	27 (93.1)	2 (6.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	9 (7.3)	40 (32.3)	64 (51.6)	11 (8.9)	0 (0)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	1 (3.4)	14 (48.3)	12 (41.4)	2 (6.9)	0 (0)
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	58 (46.8)	47 (37.9)	15 (12.1)	3 (2.4)	1 (0.8)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	9 (31.0)	18 (62.1)	2 (6.9)	0 (0)	0 (0)
Μέτρηση θερμοκρασίας					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	4 (3.4)	5 (4.2)	19 (16.1)	28 (23.7)	62 (52.5)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	0 (0)	4 (13.8)	7 (24.1)	11 (37.9)	7 (24.1)

Μέτρηση της γλυκόζης αίματος					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	11 (8.9)	26 (21.1)	30 (24.4)	23 (18.7)	33 (26.9)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	2 (6.9)	5 (17.2)	11 (37.9)	6 (20.7)	5 (17.2)
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	0 (0)	0 (0)	4 (3.3)	7 (5.7)	112 (91.1)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	28 (100)
Μέτρηση του ουρικού οξέος					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	0	1	1	1	120
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	0	0	0	0	29
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	0 (0)	0 (0)	1 (0.8)	1 (0.8)	120 (98.4)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	29 (100)
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξύμετρο					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	2 (1.6)	16 (13.0)	24 (19.5)	27 (22.0)	54 (43.9)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	1 (3.4)	3 (10.3)	6 (20.7)	9 (31.0)	10 (34.5)
Χορήγηση αντιγριπτικού εμβολίου					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	30 (24.6)	11 (9.0)	13 (10.7)	68 (55.7)	0 (0)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	6 (20.7)	5 (17.2)	3 (10.3)	15 (51.7)	0 (0)
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	12 (9.7)	22 (17.7)	44 (35.5)	43 (34.7)	3 (2.4)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	2 (6.9)	5 (17.2)	13 (44.8)	8 (27.6)	1 (3.4)
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	13 (10.5)	29 (23.4)	43 (34.7)	30 (24.2)	9 (7.3)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	3 (10.3)	6 (20.7)	8 (27.6)	7 (24.1)	5 (17.2)
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	68 (54.8)	22 (17.7)	7 (5.6)	4 (3.2)	23 (18.5)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	21 (72.4)	3 (10.3)	1 (3.4)	1 (3.4)	3 (10.3)
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.8)	3 (2.5)	117 (95.9)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3.4)	28 (96.6)
Μέτρηση του σωματικού βάρους					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	54 (44.3)	24 (19.7)	11 (9.0)	5 (4.1)	28 (23.0)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	17 (58.6)	3 (10.3)	2 (6.9)	0 (0)	7 (24.1)
Αντιμετώπιση τραυμάτων					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	8 (6.5)	33 (26.6)	52 (41.9)	27 (21.8)	4 (3.2)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	3 (10.3)	6 (20.7)	13 (44.8)	7 (24.1)	0 (0)
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	6 (4.8)	14 (11.3)	43 (34.5)	52 (41.9)	9 (7.3)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	1 (3.6)	4 (14.3)	4 (14.3)	17 (60.7)	2 (7.1)
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	20 (16.1)	32 (25.8)	44 (35.5)	26 (21.0)	2 (1.6)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	6 (20.7)	8 (27.6)	8 (27.6)	7 (24.1)	0 (0)
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	18 (14.6)	33 (26.8)	41 (33.3)	27 (22.0)	4 (3.3)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	2 (6.9)	7 (24.1)	9 (31.0)	10 (34.5)	1 (3.4)
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	19 (15.3)	40 (32.3)	26 (21.0)	21 (16.9)	18 (14.5)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	4 (13.8)	8 (27.6)	12 (41.4)	3 (10.3)	2 (6.9)

Για το στατιστικό έλεγχο των διαφορών εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος *Mann-Whitney U* (δεδομένου ότι η μεταβλητή δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή). Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 39), παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου σπουδών και της υπηρεσίας “Μέτρηση της θερμοκρασίας” ($p=0.012$).

Πίνακας 39. Έλεγχος διαφορών μεταξύ της παροχής υπηρεσιών υγείας και του επιπέδου σπουδών.

Υπηρεσία	Statistic	p
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων	1762	0.668
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων	1620	0.364
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης	1643	0.432
Μέτρηση θερμοκρασίας	1227	0.012
Μέτρηση της γλυκόζης αίματος	1707	0.713
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)	1568	0.103
Μέτρηση του ουρικού οξέος	1740	0.403
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)	1740	0.497
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξύμετρο	1671	0.579
Χορήγηση αντιγριπικού εμβολίου	1730	0.841
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων	1774	0.907
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)	1606	0.357
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19	1481	0.098
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης	1757	0.867
Μέτρηση του σωματικού βάρους	1580	0.342
Αντιμετώπιση τραυμάτων	1776	0.914
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων	1499	0.229
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων	1703	0.648
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας	1488	0.151
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι	1731	0.748

Για το στατιστικό έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ της παροχής υπηρεσιών υγείας και του επιπέδου σπουδών εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός *συντελεστής συσχέτισης του Spearman*. Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 40), η συσχέτιση του επιπέδου σπουδών και της υπηρεσίας “Μέτρηση θερμοκρασίας” είναι ασθενής θετική (0.209).

Πίνακας 40. Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στο επίπεδο σπουδών και την παροχή υπηρεσιών υγείας

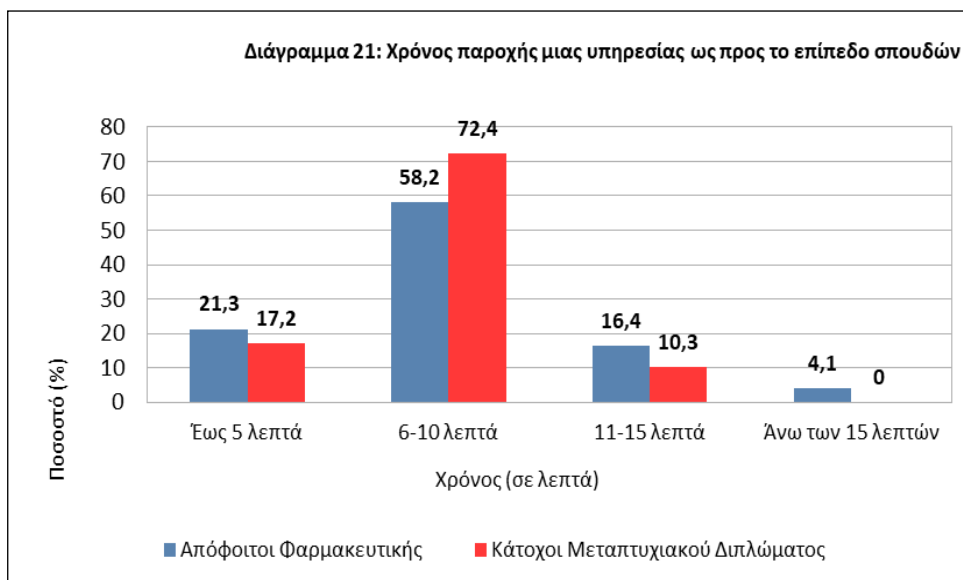
Υπηρεσία	Spearman's rho	df	p-value
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων	-0.035	151	0.665
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων	0.074	151	0.364
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης	-0.064	151	0.432
Μέτρηση θερμοκρασίας	0.209	145	0.011
Μέτρηση της γλυκόζης αίματος	0.030	150	0.712
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)	-0.134	149	0.102
Μέτρηση του ουρικού οξέος	-0.069	150	0.399
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)	-0.056	149	0.491
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξύμετρο	0.045	150	0.579
Χορήγηση αντιγριπτικού εμβολίου	0.017	149	0.839
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων	0.010	151	0.905
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)	-0.075	151	0.357
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19	0.134	151	0.098
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης	-0.014	149	0.862
Μέτρηση του σωματικού βάρους	0.078	149	0.342
Αντιμετώπιση τραυμάτων	0.009	151	0.912
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων	-0.098	150	0.230
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων	0.037	151	0.648
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας	-0.117	150	0.151
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι	0.026	151	0.748

Όσον αφορά το χρόνο που αφιερώνουν οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί κατά την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας, η πλειοψηφία και των δύο εκπαιδευτικών επιπέδων δήλωσε ότι αυτός κυμαίνεται από 6 έως 10 λεπτά (πίνακας 41).

Πίνακας 41. Συχνότητα του χρόνου για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας ως προς το επίπεδο σπουδών.

Επίπεδο σπουδών	Έως 5 λεπτά n (%)	6 έως 10 λεπτά n (%)	11 έως 15 λεπτά n (%)	Περισσότερα από 15 λεπτά n (%)
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	26 (21.3)	71 (58.2)	20 (16.4)	5 (4.1)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	5 (17.2)	21 (72.4)	3 (10.3)	0 (0)

Συγκεκριμένα, το 72.4% των κατόχων Μεταπτυχιακού Διπλώματος και το 58.2% των απόφοιτων Φαρμακευτικής αφιερώνει από 6 έως 10 λεπτά. Το 21.3% των απόφοιτων έως 5 λεπτά, το 16.4% από 11 έως 15 λεπτά και το 4.1% αφιερώνει χρόνο μεγαλύτερο των 15 λεπτών (διάγραμμα 21).



Η μέση τιμή (mean) στους απόφοιτους Φαρμακευτικής είναι 2.03 (sd=0.738) και στους κατόχους Μεταπτυχιακού Διπλώματος είναι 1.93 (sd=0.530). Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου *Mann-Whitney U* (πίνακας 42), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου σπουδών και του χρόνου που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας ($p=0.622$).

Πίνακας 42. Έλεγχος διαφορών μεταξύ του χρόνου για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας και του επιπέδου σπουδών.

Mann-Whitney U	Statistic	p
Ο χρόνος που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί για την παροχή μιας υπηρεσίας	1678	0.622

Ακολούθως, ζητήθηκε από τους φαρμακοποιοούς να επιλέξουν μία ή περισσότερες απαντήσεις σε σχέση με τον όρο “Φαρμακευτική Φροντίδα”, με σκοπό την καταγραφή των αντιλήψεών τους (πίνακας 43). Το υψηλότερο ποσοστό στους απόφοιτους Φαρμακευτικής εμφανίζει η δήλωση 2 (71.8%), ενώ οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος επέλεξαν τις δηλώσεις 2 και 3 με ποσοστό 69% αντίστοιχα.

Πίνακας 43. Αντιλήψεις των φαρμακοποιών για την “Φαρμακευτική Φροντίδα” ως προς το επίπεδο σπουδών.

Επίπεδο σπουδών	Δήλωση 1 n (%)	Δήλωση 2 n (%)	Δήλωση 3 n (%)
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής (n=124)	56 (45.2)	89 (71.8)	61 (49.2)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος (n=29)	20 (69.0)	20 (69.0)	15 (51.7)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 του Pearson (πίνακας 44), παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου σπουδών και της δήλωσης 1 ($p=0.021$).

Πίνακας 44. Έλεγχος διαφορών μεταξύ του όρου “Φαρμακευτική Φροντίδα” και του επιπέδου σπουδών.

Δήλωση	χ^2 value	df	p
1 Τη φαρμακευτική πρακτική που έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και προσανατολίζεται με βάση τα αποτελέσματα.	5.33	1	0.021
2 Μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιός συνεργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.	0.0905	1	0.764
3 Την εφαρμογή και παρακολούθηση ενός θεραπευτικού πλάνου προκειμένου αυτό να αποδώσει συγκεκριμένα θεραπευτικά αποτελέσματα στον ασθενή.	0.0602	1	0.806

Για τον έλεγχο της συσχέτισης εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός *συντελεστής συσχέτισης του Spearman*. Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 45), η συσχέτιση του επιπέδου σπουδών και της “Δήλωσης 1” είναι ασθενής αρνητική (-0.187).

Πίνακας 45. Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στον όρο “Φαρμακευτική Φροντίδα” και το επίπεδο σπουδών.

Δήλωση	Spearman's rho	df	p- value
1 Τη φαρμακευτική πρακτική που έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και προσανατολίζεται με βάση τα αποτελέσματα.	-0.187	151	0.021
2 Μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιός συνεργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.	0.024	151	0.765
3 Την εφαρμογή και παρακολούθηση ενός θεραπευτικού πλάνου προκειμένου αυτό να αποδώσει συγκεκριμένα θεραπευτικά αποτελέσματα στον ασθενή.	-0.020	151	0.808

Στο ερώτημα πώς οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί αντιλαμβάνονται την έννοια “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”, η επιλογή με το υψηλότερο ποσοστό στους απόφοιτους Φαρμακευτικής είναι η Δήλωση 3 (54.5%), ενώ για τους κατόχους Μεταπτυχιακού Διπλώματος, με ποσοστό 65.5%, η Δήλωση 1 (πίνακας 46).

Πίνακας 46. Αντιλήψεις των φαρμακοποιών για τις “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” ως προς το επίπεδο σπουδών

Επίπεδο σπουδών		Δήλωση 1	Δήλωση 2	Δήλωση 3	Δήλωση 4
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	n=123	57 (46.3)	47 (38.2)	67 (54.5)	64 (52.0)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	n=29	19 (65.5)	15 (51.7)	18 (62.1)	15 (51.7)

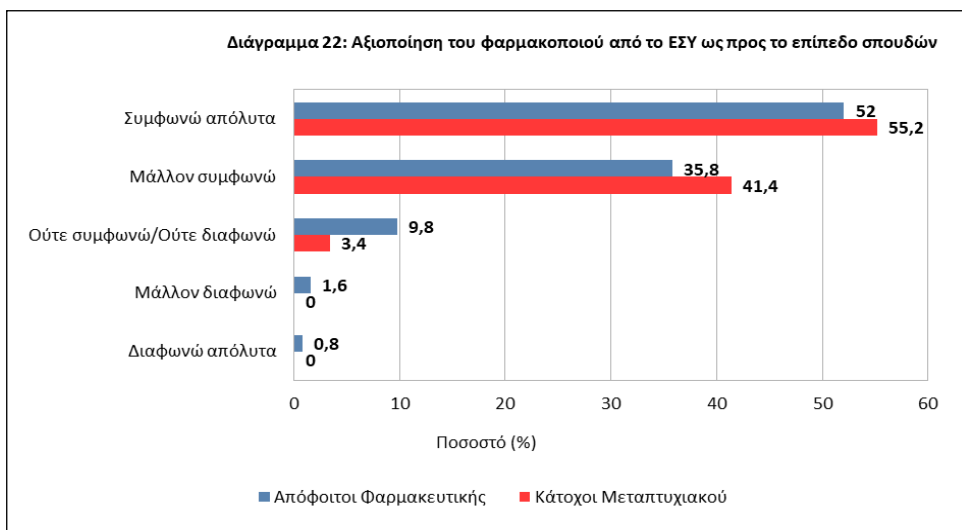
Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 του Pearson (πίνακας 47), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου σπουδών και των αντιλήψεων που έχουν οι φαρμακοποιοί για τις “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”.

Πίνακας 47. Έλεγχος διαφορών μεταξύ της έννοιας “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας” και του επιπέδου σπουδών.

Δήλωση	χ^2 value	df	p
1 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και διάγνωση της νόσου	3.45	1	0.063
2 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη θεραπεία και αποκατάσταση της νόσου	1.77	1	0.183
3 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας	0.55	1	0.459
4 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής	<0.01	1	0.976

Και οι δύο ομάδες έχουν θετικές στάσεις απέναντι στην αξιοποίησή τους από το ΕΣΥ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο χώρο του φαρμακείου (διάγραμμα 22).

Οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό (96.6%) σε σχέση με τους απόφοιτους Φαρμακευτικής (87.8%). Αντίθετα, η “Διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ” εμφανίζει τα χαμηλότερα ποσοστά και στις δύο ομάδες.



Οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με τους απόφοιτους Φαρμακευτικής (πίνακας 48).

Πίνακας 48. Συχνότητα των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ ως προς το επίπεδο σπουδών.

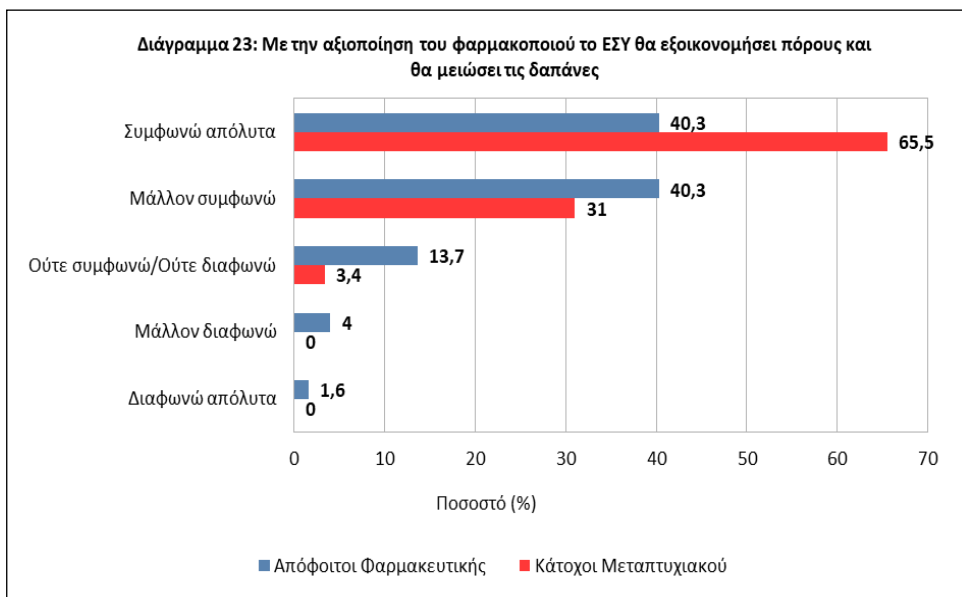
Επίπεδο σπουδών	Συμφωνώ απόλυτα n (%)	Μάλλον συμφωνώ n (%)	Ούτε συμφωνώ / Ούτε Διαφωνώ n (%)	Μάλλον διαφωνώ n (%)	Διαφωνώ απόλυτα n (%)
Αξιοποίηση του φαρμακοποιού από το ΕΣΥ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	64 (52.0)	44 (35.8)	12 (9.8)	2 (1.6)	1 (0.8)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	16 (55.2)	12 (41.4)	1 (3.4)	0 (0)	0 (0)
Πρόσβαση στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	61 (49.2)	37 (29.8)	13 (10.5)	10 (8.1)	3 (2.4)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	17 (58.6)	8 (27.6)	4 (13.8)	0 (0)	0 (0)
Διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	37 (29.8)	33 (26.6)	35 (28.2)	13 (10.5)	6 (4.8)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	7 (24.1)	11 (37.9)	9 (31.0)	1 (3.4)	1 (3.4)
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	73 (58.9)	39 (31.5)	6 (4.8)	4 (3.2)	2 (1.6)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	20 (69.0)	7 (24.1)	2 (6.9)	0 (0)	0 (0)
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	78 (62.9)	33 (26.6)	10 (8.1)	3 (2.4)	0 (0)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	19 (65.5)	9 (31.0)	0 (0)	1 (3.4)	0 (0)
Κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	92 (74.8)	23 (18.7)	6 (4.9)	1 (0.8)	1 (0.8)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	24 (82.8)	2 (6.9)	2 (6.9)	0 (0)	1 (3.4)
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα Ε.Ι.					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	43 (34.7)	48 (38.7)	17 (13.7)	12 (9.7)	4 (3.2)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	13 (44.8)	10 (34.5)	5 (17.2)	1 (3.4)	0 (0)
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	50 (40.3)	50 (40.3)	17 (13.7)	5 (4.0)	2 (1.6)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	19 (65.5)	9 (31.0)	1 (3.4)	0 (0)	0 (0)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου *Mann-Whitney U* (πίνακας 49), παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου σπουδών και των στάσεων των φαρμακοποιών για τη δήλωση “Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες” ($p=0.006$).

Πίνακας 49. Έλεγχος διαφορών μεταξύ των στάσεων και των αντιλήψεων που έχουν οι φαρμακοποιοί για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και του επιπέδου σπουδών.

Mann-Whitney U	Statistic	p
Το ΕΣΥ θα πρέπει να αξιοποιήσει τον φαρμακοποιό στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	1658	0.513
Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα πλήρους πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή	1573	0.253
Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ κρίνεται απαραίτητη	1738	0.774
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ	1608	0.307
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ από τον φαρμακοποιό	1714	0.648
Είναι σημαντική η κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό	1670	0.473
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων	1561	0.244
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες	1259	0.006

Για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και του επιπέδου σπουδών εφαρμόστηκε ο *μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Spearman*. Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 50), η συσχέτιση του επιπέδου σπουδών και των στάσεων για τη δήλωση “Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες” είναι ασθενής θετική (0.221).



Πίνακας 50. Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στο επίπεδο σπουδών και τις στάσεις και αντιλήψεις των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ.

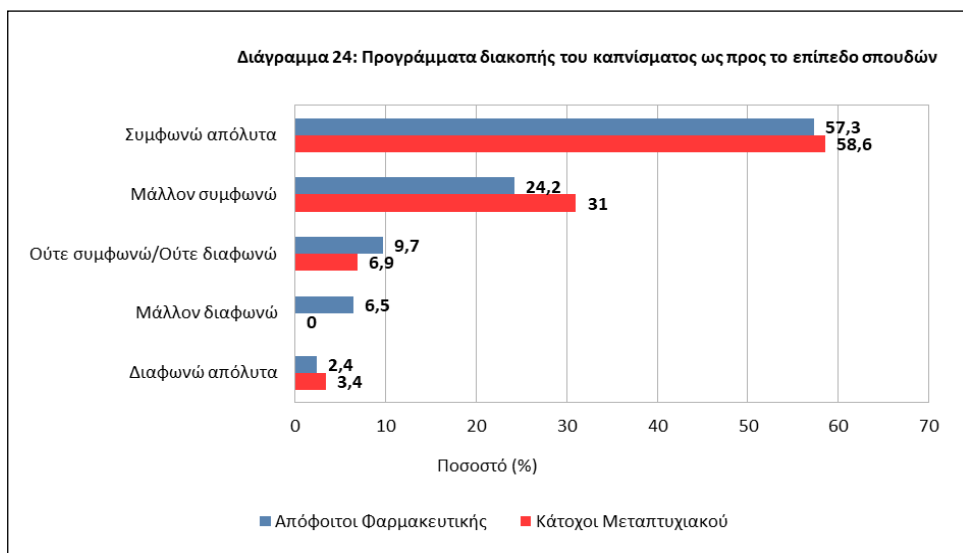
Δήλωση	Spearman's rho	df	p-value
Το ΕΣΥ θα πρέπει να αξιοποιήσει τον φαρμακοποιό στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	0.053	150	0.513
Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα πλήρους πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή	0.093	151	0.254
Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στο φαρμακείο κρίνεται απαραίτητη	0.024	151	0.773
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ	0.083	151	0.307
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ από τον φαρμακοποιό	0.037	151	0.647
Είναι σημαντική η κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό	0.059	150	0.473
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων	0.095	151	0.244
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες	0.221	151	0.006

Τέλος, οι απόφοιτοι Φαρμακευτικής και οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος έχουν θετικές στάσεις σε σχέση με την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας (πίνακας 51).

Πίνακας 51. Συχνότητα των στάσεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων ως προς το φύλο.

Επίπεδο σπουδών	Συμφωνώ απόλυτα n (%)	Μάλλον συμφωνώ n (%)	Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ n (%)	Μάλλον διαφωνώ n (%)	Διαφωνώ απόλυτα n (%)
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά χρόνιες ασθένειες					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	70 (56.5)	38 (30.6)	10 (8.1)	3 (2.4)	3 (2.4)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	19 (65.5)	9 (31.0)	1 (3.4)	0 (0)	0 (0)
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	51 (41.1)	37 (29.8)	23 (18.5)	6 (4.8)	7 (5.6)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	15 (51.7)	9 (31.0)	5 (17.2)	0 (0)	0 (0)
Πρόγραμμα ενημέρωσης οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	53 (42.7)	31 (25.0)	26 (21.0)	10 (8.1)	4 (3.2)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	15 (51.7)	10 (34.5)	3 (10.3)	1 (3.4)	0 (0)
Ενημέρωση και προαγωγή της υγιεινής διατροφής					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	59 (47.6)	39 (31.5)	18 (14.5)	7 (5.6)	1 (0.8)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	17 (58.6)	6 (20.7)	4 (13.8)	1 (3.4)	1 (3.4)
Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	71 (57.3)	30 (24.2)	12 (9.7)	8 (6.5)	3 (2.4)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	17 (58.6)	9 (31.0)	2 (6.9)	0 (0)	1 (3.4)
Πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ					
Απόφοιτος φαρμακευτικής σχολής	43 (34.7)	20 (16.1)	39 (31.5)	15 (12.1)	7 (5.6)
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	10 (34.5)	10 (34.5)	5 (17.2)	3 (10.3)	1 (3.4)

Τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζουν τα προγράμματα “Πρόληψης και ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού για τις χρόνιες ασθένειες” και “Διακοπής του καπνίσματος” (διάγραμμα 24).



Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου *Mann-Whitney U* (πίνακας 52), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου σπουδών και των στάσεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας.

Πίνακας 52. Έλεγχος διαφορών μεταξύ των στάσεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων και του επιπέδου σπουδών.

Mann-Whitney U	Statistic	p
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά χρόνιες ασθένειες	1579	0.248
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του	1506	0.149
Πρόγραμμα ενημέρωσης οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης	1489	0.126
Ενημέρωση και προαγωγή της υγιεινής διατροφής	1644	0.437
Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος	1714	0.662
Πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ	1607	0.355

Επαγωγικοί έλεγχοι ως προς τα έτη άσκησης φαρμακευτικού επαγγέλματος

Στον πίνακα 53 παρουσιάζεται η συχνότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας ως προς τα έτη άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Πίνακας 53. Συχνότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας ως προς τα έτη άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Έτη άσκησης του επαγγέλματος	Καθημερινά n (%)	Κάποιες φορές την εβδομάδα n (%)	Κάποιες φορές τον μήνα n (%)	Κάποιες φορές τον χρόνο n (%)	Ποτέ n (%)
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων					
1-10 έτη	76 (93.8)	4 (4.9)	0 (0)	0 (0)	1 (1.2)
11-20 έτη	26 (89.7)	3 (10.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
21-30 έτη	23 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
31 και άνω	21 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων					
1-10 έτη	5 (6.2)	29 (35.8)	41 (50.6)	6 (7.4)	0 (0)
11-20 έτη	3 (10.3)	7 (24.1)	15 (51.7)	4 (13.8)	0 (0)
21-30 έτη	2 (8.7)	13 (56.5)	8 (34.8)	0 (0)	0 (0)
31 και άνω	0 (0)	6 (28.6)	12 (57.1)	3 (14.3)	0 (0)

Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης					
1-10 έτη	30 (37.0)	40 (49.4)	8 (9.9)	2 (2.5)	1 (1.2)
11-20 έτη	14 (48.3)	11 (37.9)	4 (13.8)	0 (0)	0 (0)
21-30 έτη	13 (56.5)	9 (39.1)	1 (4.3)	0 (0)	0 (0)
31 και άνω	10 (47.6)	6 (28.6)	4 (19.0)	1 (4.8)	0 (0)
Μέτρηση θερμοκρασίας					
1-10 έτη	3 (3.9)	6 (7.8)	12 (15.6)	16 (20.8)	40 (51.9)
11-20 έτη	0 (0)	2 (6.9)	6 (20.7)	8 (27.6)	13 (44.8)
21-30 έτη	1 (4.5)	1 (4.5)	6 (27.3)	5 (22.7)	9 (40.9)
31 και άνω	0 (0)	0 (0)	2 (10.0)	10 (50.0)	8 (40.0)
Μέτρηση της γλυκόζης αίματος					
1-10 έτη	8 (10.0)	13 (16.3)	25 (31.3)	16 (20.0)	18 (22.5)
11-20 έτη	2 (6.9)	5 (17.2)	6 (20.7)	8 (27.6)	8 (27.6)
21-30 έτη	3 (13.0)	6 (26.1)	4 (17.4)	2 (8.7)	8 (34.8)
31 και άνω	0 (0)	7 (33.3)	7 (33.3)	3 (14.3)	4 (19.0)
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)					
1-10 έτη	0 (0)	0 (0)	2 (2.5)	3 (3.8)	75 (93.8)
11-20 έτη	0 (0)	0 (0)	1 (3.4)	1 (3.4)	27 (93.1)
21-30 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	22 (100)
31 και άνω	0 (0)	0 (0)	1 (4.8)	3 (14.3)	17 (81.0)
Μέτρηση του ουρικού οξέος					
1-10 έτη	0 (0)	1 (1.2)	1 (1.2)	1 (1.2)	78 (96.3)
11-20 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	29 (100)
21-30 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	22 (100)
31 και άνω	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	21 (100)
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)					
1-10 έτη	0 (0)	0 (0)	1 (1.2)	1 (1.2)	79 (97.5)
11-20 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	29 (100)
21-30 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	21 (100)
31 και άνω	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	21 (100)
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξόμετρο					
1-10 έτη	2 (2.5)	11 (13.6)	12 (14.8)	16 (19.8)	40 (49.4)
11-20 έτη	0 (0)	4 (13.8)	5 (17.2)	8 (27.6)	12 (41.4)
21-30 έτη	1 (4.5)	2 (9.1)	6 (27.3)	5 (22.7)	8 (36.4)
31 και άνω	0 (0)	2 (9.5)	8 (38.1)	7 (33.3)	4 (19.0)
Χορήγηση ανηριτικού εμβολίου					
1-10 έτη	17 (21.3)	10 (12.5)	10 (12.5)	43 (53.8)	0 (0)
11-20 έτη	8 (28.6)	3 (10.7)	2 (7.1)	15 (53.6)	0 (0)
21-30 έτη	5 (21.7)	2 (8.7)	2 (8.7)	14 (60.9)	0 (0)
31 και άνω	7 (33.3)	1 (4.8)	2 (9.5)	11 (52.4)	0 (0)
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων					
1-10 έτη	6 (7.3)	18 (22.2)	32 (39.5)	23 (28.4)	2 (2.5)
11-20 έτη	3 (10.3)	4 (13.8)	8 (27.6)	14 (48.3)	0 (0)
21-30 έτη	1 (4.3)	4 (17.4)	10 (43.5)	7 (30.4)	1 (4.3)
31 και άνω	5 (23.8)	1 (4.8)	7 (33.3)	7 (33.3)	1 (4.8)

Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)					
1-10 έτη	10 (12.3)	21 (25.9)	26 (32.1)	17 (21.0)	7 (8.6)
11-20 έτη	3 (10.3)	5 (17.2)	9 (31.0)	8 (27.6)	4 (13.8)
21-30 έτη	2 (8.7)	6 (26.1)	6 (26.1)	7 (30.4)	2 (8.7)
31 και άνω	2 (9.5)	3 (14.3)	10 (47.6)	5 (23.8)	1 (4.8)
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19					
1-10 έτη	50 (61.7)	8 (9.9)	5 (6.2)	2 (2.5)	16 (19.8)
11-20 έτη	18 (62.1)	7 (24.1)	2 (6.9)	1 (3.4)	1 (3.4)
21-30 έτη	14 (60.9)	1 (4.3)	1 (4.3)	2 (8.7)	5 (21.7)
31 και άνω	8 (38.1)	9 (42.9)	0 (0)	0 (0)	4 (19.0)
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης					
1-10 έτη	1 (1.2)	0 (0)	1 (1.2)	1 (1.2)	78 (96.3)
11-20 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3.4)	28 (96.6)
21-30 έτη	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4.3)	22 (95.7)
31 και άνω	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (10.5)	17 (89.5)
Μέτρηση του σωματικού βάρους					
1-10 έτη	39 (48.8)	15 (18.8)	5 (6.3)	0 (0)	21 (26.3)
11-20 έτη	15 (51.7)	4 (13.8)	0 (0)	1 (3.4)	9 (31.0)
21-30 έτη	9 (39.1)	4 (17.4)	5 (21.7)	1 (4.3)	4 (17.4)
31 και άνω	9 (45.0)	4 (20.0)	3 (15.0)	3 (15.0)	1 (5.0)
Αντιμετώπιση τραυμάτων					
1-10 έτη	6 (7.4)	24 (29.6)	33 (40.7)	16 (19.8)	2 (2.5)
11-20 έτη	2 (6.9)	4 (13.8)	13 (44.8)	8 (27.6)	2 (6.9)
21-30 έτη	2 (8.7)	7 (30.4)	11 (47.8)	3 (13.0)	0 (0)
31 και άνω	1 (4.8)	4 (19.0)	9 (42.9)	7 (33.3)	0 (0)
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων					
1-10 έτη	3 (3.8)	10 (12.5)	28 (35.0)	33 (41.3)	6 (7.5)
11-20 έτη	2 (6.9)	3 (10.3)	4 (13.8)	17 (58.6)	3 (10.3)
21-30 έτη	1 (4.3)	3 (13.0)	9 (39.1)	9 (39.1)	1 (4.3)
31 και άνω	1 (4.8)	2 (9.5)	7 (33.3)	10 (47.6)	1 (4.8)
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων					
1-10 έτη	12 (14.8)	20 (24.7)	31 (38.3)	17 (21.0)	1 (1.2)
11-20 έτη	10 (34.5)	5 (17.2)	5 (17.2)	9 (31.0)	0 (0)
21-30 έτη	3 (13.0)	8 (34.8)	11 (47.8)	1 (4.3)	0 (0)
31 και άνω	2 (9.5)	7 (33.3)	5 (23.8)	6 (28.6)	1 (4.8)
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας					
1-10 έτη	5 (6.2)	28 (34.6)	26 (32.1)	20 (24.7)	2 (2.5)
11-20 έτη	6 (20.7)	6 (20.7)	8 (27.6)	9 (31.0)	0 (0)
21-30 έτη	5 (22.7)	5 (22.7)	11 (50.0)	0 (0)	1 (4.5)
31 και άνω	5 (23.8)	1 (4.8)	5 (23.8)	8 (38.1)	2 (9.5)
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι					
1-10 έτη	12 (14.8)	24 (29.6)	24 (29.6)	11 (13.6)	10 (12.3)
11-20 έτη	5 (17.2)	10 (34.5)	6 (20.7)	6 (20.7)	2 (6.9)
21-30 έτη	4 (17.4)	6 (26.1)	6 (26.1)	3 (13.0)	4 (17.4)
31 και άνω	2 (9.5)	9 (42.9)	2 (9.5)	4 (19.0)	4 (19.0)

Η υπηρεσία “Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων” εμφανίζει την υψηλότερη μέση τιμή (mean) και στις τέσσερις ομάδες. Για τον έλεγχο των διαφορών εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος *Kruskal-Wallis* (η μεταβλητή δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή). Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 54), παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ετών άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος και της υπηρεσίας “Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων” ($p=0.040$).

Πίνακας 54. Έλεγχος διαφορών μεταξύ της παροχής υπηρεσιών υγείας και των ετών άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Υπηρεσία	χ^2	df	p
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων	4.070	3	0.254
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων	8.329	3	0.040
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης	3.432	3	0.330
Μέτρηση θερμοκρασίας	0.932	3	0.818
Μέτρηση της γλυκόζης αίματος	1.147	3	0.766
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)	6.033	3	0.110
Μέτρηση του ουρικού οξέος	2.702	3	0.440
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)	1.765	3	0.623
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξύμετρο	3.707	3	0.295
Χορήγηση αντιγριπικού εμβολίου	0.617	3	0.892
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων	1.475	3	0.688
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)	1.706	3	0.635
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19	2.549	3	0.467
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης	1.664	3	0.645
Μέτρηση του σωματικού βάρους	0.363	3	0.948
Αντιμετώπιση τραυμάτων	5.260	3	0.154
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων	2.574	3	0.462
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων	2.523	3	0.471
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας	4.550	3	0.208
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι	0.546	3	0.909

Για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ της παροχής υπηρεσιών υγείας και των ετών άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός *συντελεστής συσχέτισης του Spearman*. Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 55), δεν παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των ετών άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος και της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 55. Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στα έτη άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος και την παροχή υπηρεσιών υγείας.

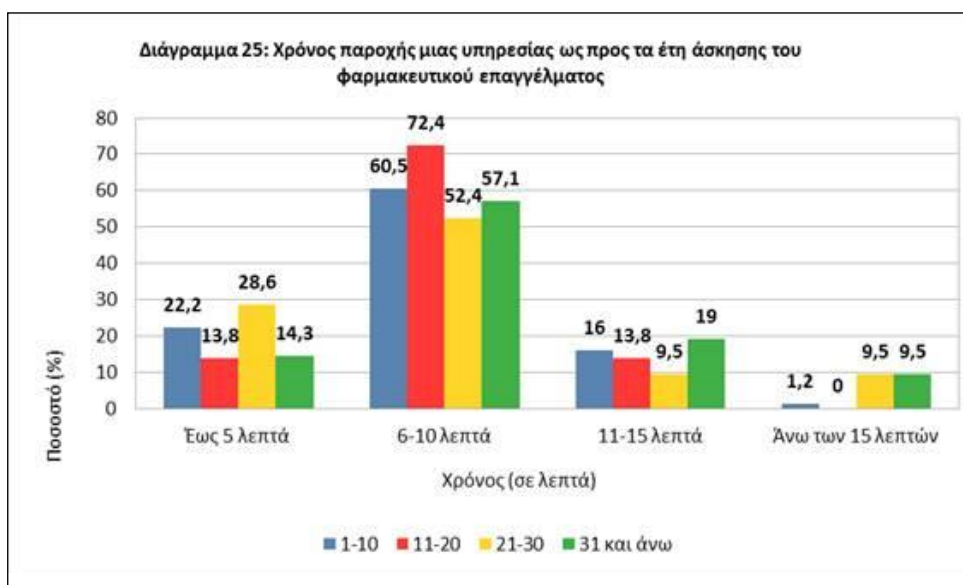
Υπηρεσία	Spearman's rho	df	p-value
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων	0.092	152	0.257
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων	-0.012	152	0.886
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης	0.100	152	0.217
Μέτρηση θερμοκρασίας	0.034	146	0.686
Μέτρηση της γλυκόζης αίματος	0.013	151	0.870
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)	0.074	150	0.368
Μέτρηση του ουρικού οξέος	-0.126	151	0.121
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)	-0.102	150	0.210
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξύμετρο	0.143	151	0.077
Χορήγηση αντιγριπτικού εμβολίου	0.016	150	0.847
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων	-0.054	152	0.503
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)	-0.077	152	0.345
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19	-0.063	152	0.441
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης	0.068	150	0.405
Μέτρηση του σωματικού βάρους	-0.008	150	0.923
Αντιμετώπιση τραυμάτων	-0.074	152	0.363
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων	-0.014	151	0.860
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων	0.030	152	0.708
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας	0.014	151	0.865
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι	-0.017	152	0.832

Ως αναφορά τον χρόνο που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί κατά την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας, η πλειοψηφία όλων των ομάδων δήλωσε ότι αυτός κυμαίνεται από 6 έως 10 λεπτά (πίνακας 56).

Πίνακας 56. Συχνότητα του χρόνου για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας ως προς τα έτη άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Έτη άσκησης του επαγγέλματος	Έως 5 λεπτά n (%)	6 έως 10 λεπτά n (%)	11 έως 15 λεπτά n (%)	Περισσότερα από 15 λεπτά n (%)
1-10 έτη	18 (22.2)	49 (60.5)	13 (16.0)	1 (1.2)
11-20 έτη	4 (13.8)	21 (72.4)	4 (13.8)	0 (0)
21-30 έτη	6 (28.6)	11 (52.4)	2 (9.5)	2 (9.5)
31 και άνω	3 (14.3)	12 (57.1)	4 (19.0)	2 (9.5)

Τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζουν οι φαρμακοποιοί με 11-20 έτη άσκησης (72.4%) και με 1-10 έτη άσκησης (60.5%). Την υψηλότερη μέση τιμή (mean) παρουσιάζει η ηλικιακή ομάδα 31 ετών και άνω με 2.24 (sd=0.831). Επίσης, το 28.6% των φαρμακοποιών με 21-30 έτη άσκησης αφιερώνει χρόνο έως 5 λεπτά, το 19.0% με 31 και άνω έτη άσκησης 11 έως 15 λεπτά και το 9.5% της ίδιας ομάδας και της ομάδας με 21-30 έτη άσκησης αφιερώνουν χρόνο μεγαλύτερο των 15 λεπτών (διάγραμμα 25).



Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου *Kruskal-Wallis* (πίνακας 57), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ετών άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος και του χρόνου που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας ($p=0.561$). Η μέση τιμή (mean) των φαρμακοποιών με 1-10 έτη άσκησης είναι 1.96 (sd=0.660), των φαρμακοποιών με 11-20 έτη άσκησης είναι 2.00 (sd=0.535), των φαρμακοποιών με 21-30 έτη άσκησης είναι επίσης 2.00 (sd=0.894), και τέλος, των φαρμακοποιών με 31 έτη και άνω είναι 2.24 (sd=0.831).

Πίνακας 57. Έλεγχος διαφορών μεταξύ του χρόνου για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας και των ετών άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Kruskal-Wallis	χ^2	df	p
Ο χρόνος που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί για την παροχή μιας υπηρεσίας	2.05	3	0.561

Ακολούθως, ζητήθηκε από τους φαρμακοποιούς να επιλέξουν μία ή περισσότερες απαντήσεις σε σχέση με τον όρο “Φαρμακευτική Φροντίδα”, με σκοπό την καταγραφή των αντιλήψεών τους. Το υψηλότερο ποσοστό και στις τέσσερις ομάδες το εμφανίζει η “Δήλωση 2” (πίνακας 58).

Πίνακας 58. Αντιλήψεις των φαρμακοποιών για την “Φαρμακευτική Φροντίδα” ως προς τα έτη άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Έτη άσκησης του επαγγέλματος		Δήλωση 1 n (%)	Δήλωση 2 n (%)	Δήλωση 3 n (%)
1-10 έτη	(n=81)	46 (56.8)	56 (69.1)	40 (49.4)
11-20 έτη	(n=29)	11 (37.9)	22 (75.9)	15 (51.7)
21-30 έτη	(n=23)	13 (56.5)	16 7(69.6)	14 9(60.9)
31 και άνω	(n=21)	7 (33.3)	15 (71.4)	7 (33.3)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 του Pearson (πίνακας 59), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ετών άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος και των αντιλήψεων που έχουν οι φαρμακοποιοί για την Φαρμακευτική Φροντίδα.

Πίνακας 59. Έλεγχος διαφορών μεταξύ του όρου “Φαρμακευτική Φροντίδα” και των ετών άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Δήλωση	χ^2 value	df	p
1 Τη φαρμακευτική πρακτική που έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και προσανατολίζεται με βάση τα αποτελέσματα.	5.91	3	0.116
2 Μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιός συνεργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.	0.489	3	0.921
3 Την εφαρμογή και παρακολούθηση ενός θεραπευτικού πλάνου προκειμένου αυτό να αποδώσει συγκεκριμένα θεραπευτικά αποτελέσματα στον ασθενή.	3.44	3	0.328

Στο ερώτημα πώς οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί αντιλαμβάνονται την έννοια “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”, οι απαντήσεις μεταξύ των ομάδων διαφέρουν (πίνακας 60). Συγκεκριμένα, στους φαρμακοποιούς με 11-20 έτη άσκησης του επαγγέλματος το υψηλότερο ποσοστό το εμφανίζει η “Δήλωση 4” (72.4%). Στους φαρμακοποιούς με 21-30 έτη άσκησης η “Δήλωση 1” (65.2%). Στους φαρμακοποιούς με 1-10 έτη άσκησης η “Δήλωση 3” (61.7%) και στους φαρμακοποιούς με 31 έτη και άνω επίσης η “Δήλωση 3” (50%).

Πίνακας 60. Αντιλήψεις των φαρμακοποιών για τις “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” ως προς τα έτη άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

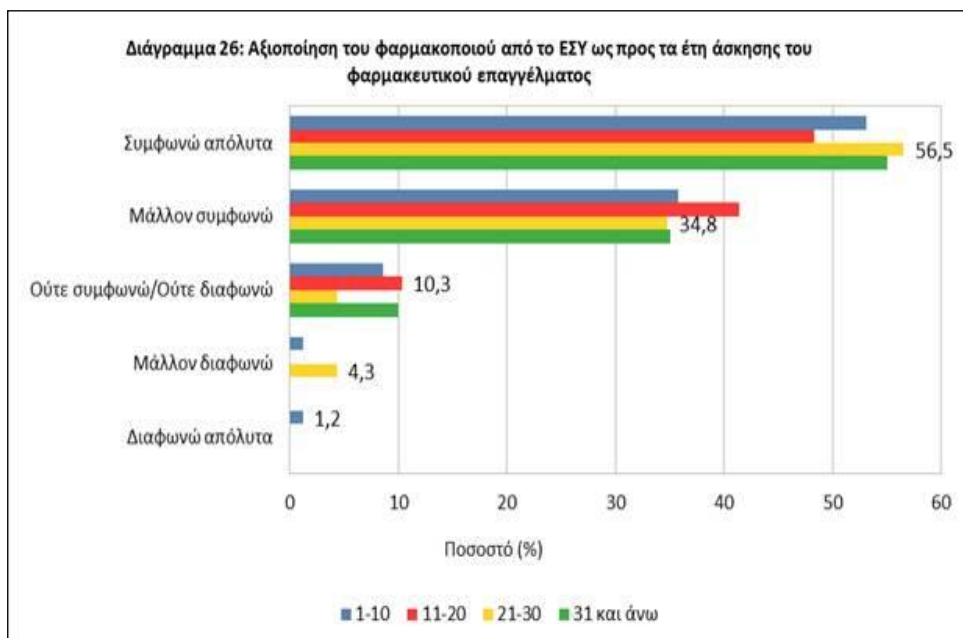
Έτη άσκησης του επαγγέλματος		Δήλωση 1	Δήλωση 2	Δήλωση 3	Δήλωση 4
1-10 έτη	(n=81)	41 (50.6)	26 (32.1)	50 (61.7)	38 (46.9)
11-20 έτη	(n=29)	15 (51.7)	15 (51.7)	11 (37.9)	21 (72.4)
21-30 έτη	(n=23)	15 (65.2)	14 (60.9)	14 (60.9)	11 (47.8)
31 και άνω	(n=20)	5 (25.0)	8 (40.0)	10 (50.0)	9 (45.0)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 του Pearson (πίνακας 61), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ετών άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος και των αντιλήψεων που έχουν οι φαρμακοποιοί για τις “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”. Οριακό είναι το αποτέλεσμα του ελέγχου για τη “Δήλωση 2” ($p=0.051$).

Πίνακας 61. Έλεγχος διαφορών μεταξύ της έννοιας “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” και των ετών άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Δήλωση	χ^2 value	df	p
1 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και διάγνωση της νόσου	7.17	3	0.067
2 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη θεραπεία και αποκατάσταση της νόσου	7.78	3	0.051
3 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας	5.41	3	0.144
4 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής	6.22	3	0.101

Η πλειοψηφία των φαρμακοποιών και στις τέσσερις ομάδες έχει θετικές στάσεις απέναντι στην αξιοποίησή τους από το ΕΣΥ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο χώρο του φαρμακείου (διάγραμμα 26).



Το υψηλότερο ποσοστό (91.3%) εμφανίζουν οι φαρμακοποιοί με 21 έως 30 έτη άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος. Οι φαρμακοποιοί με 31 και άνω έτη άσκησης παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά στα περισσότερα ερωτήματα. Αντίθετα, η “Διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ” εμφανίζει το χαμηλότερο ποσοστό σε όλες τις ομάδες, με μικρότερο (48.2%) αυτό των φαρμακοποιών με 11 έως 20 έτη άσκησης (πίνακας 62).

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου *Kruskal-Wallis* (πίνακας 63), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ετών άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος και των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών για την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ.

Τέλος, η πλειοψηφία των φαρμακοποιών έχει θετικές στάσεις σε σχέση με την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας (πίνακας 64). Οι φαρμακοποιοί με 21-30 έτη άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά σε όλα τα προγράμματα.

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου *Kruskal-Wallis* (πίνακας 65), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ετών άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος και των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων.

Πίνακας 62. Συχνότητα των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών για παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ ως προς έτη άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Έτη άσκησης του επαγγέλματος	Συμφωνώ απόλυτα n (%)	Μάλλον συμφωνώ n (%)	Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ n (%)	Μάλλον διαφωνώ n (%)	Διαφωνώ απόλυτα n (%)
Αξιοποίηση του φαρμακοποιού από το ΕΣΥ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ					
1-10 έτη	43 (53.1)	29 (35.8)	7 (8.6)	1 (1.2)	1 (1.2)
11-20 έτη	14 (48.3)	12 (41.4)	3 (10.3)	0 (0)	0 (0)
21-30 έτη	13 (56.5)	8 (34.8)	1 (4.3)	1 (4.3)	0 (0)
31 και άνω	11 (55.0)	7 (35.0)	2 (10.0)	0 (0)	0 (0)
Πρόσβαση στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή					
1-10 έτη	42 (51.9)	24 (29.6)	6 (7.4)	7 (8.6)	2 (2.5)
11-20 έτη	17 (58.6)	8 (27.6)	4 (13.8)	0 (0)	0 (0)
21-30 έτη	11 (47.8)	7 (30.4)	3 (13.0)	2 (8.7)	0 (0)
31 και άνω	8 (38.1)	7 (33.3)	4 (19.0)	1 (4.8)	1 (4.8)
Διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ					
1-10 έτη	26 (32.1)	24 (29.6)	20 (24.7)	6 (7.4)	5 (6.2)
11-20 έτη	5 (17.2)	9 (31.0)	13 (44.8)	2 (6.9)	0 (0)
21-30 έτη	9 (39.1)	3 (13.0)	5 (21.7)	5 (21.7)	1 (4.3)
31 και άνω	4 (19.0)	9 (42.9)	6 (28.6)	1 (4.8)	1 (4.8)
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών					
1-10 έτη	54 (66.7)	23 (28.4)	2 (2.5)	1 (1.2)	1 (1.2)
11-20 έτη	14 (48.3)	8 (27.6)	5 (17.2)	2 (6.9)	0 (0)
21-30 έτη	13 (56.5)	7 (30.4)	1 (4.3)	1 (4.3)	1 (4.3)
31 και άνω	13 (61.9)	8 (38.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ					
1-10 έτη	55 (67.9)	19 (23.5)	5 (6.2)	2 (2.5)	0 (0)
11-20 έτη	17 (58.6)	9 (31.0)	2 (6.9)	1 (3.4)	0 (0)
21-30 έτη	13 (56.5)	7 (30.4)	2 (8.7)	1 (4.3)	0 (0)
31 και άνω	13 (61.9)	7 (33.3)	1 (4.8)	0 (0)	0 (0)
Κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό					
1-10 έτη	62 (76.5)	11 (13.6)	5 (6.2)	1 (1.2)	2 (2.5)
11-20 έτη	24 (82.8)	4 (13.8)	1 (3.4)	0 (0)	0 (0)
21-30 έτη	16 (69.6)	5 (21.7)	2 (8.7)	0 (0)	0 (0)
31 και άνω	15 (75.0)	5 (25.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα Ε.Ι.					
1-10 έτη	28 (34.6)	30 (37.0)	12 (14.8)	9 (11.1)	2 (2.5)
11-20 έτη	10 (34.5)	12 (41.4)	4 (13.8)	2 (6.9)	1 (3.4)
21-30 έτη	11 (47.8)	6 (26.1)	3 (13.0)	2 (8.7)	1 (4.3)
31 και άνω	8 (38.1)	10 (47.6)	3 (14.3)	0 (0)	0 (0)
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες					
1-10 έτη	38 (46.9)	29 (35.8)	11 (13.6)	2 (2.5)	1 (1.2)
11-20 έτη	11 (37.9)	14 (48.3)	3 (10.3)	1 (3.4)	0 (0)
21-30 έτη	14 (60.9)	5 (21.7)	2 (8.7)	1 (4.3)	1 (4.3)
31 και άνω	7 (33.3)	11 (52.4)	2 (9.5)	1 (4.8)	0 (0)

Πίνακας 63. Έλεγχος διαφορών μεταξύ των στάσεων και των αντιλήψεων των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και των ετών άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Kruskal-Wallis	χ^2	df	p
Το ΕΣΥ θα πρέπει να αξιοποιήσει τον φαρμακοποιό στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	0.327	3	0.955
Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα πλήρους πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή	2.717	3	0.437
Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στο φαρμακείο κρίνεται απαραίτητη	1.218	3	0.749
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ	5.308	3	0.151
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ από τον φαρμακοποιό	1.455	3	0.693
Είναι σημαντική η κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό	1.288	3	0.732
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων	1.435	3	0.697
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες	1.961	3	0.581

Πίνακας 64. Συχνότητα στάσεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων ως προς τα έτη άσκησης φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Έτη άσκησης του επαγγέλματος	Συμφωνώ απόλυτα n (%)	Μάλλον συμφωνώ n (%)	Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ n (%)	Μάλλον διαφωνώ n (%)	Διαφωνώ απόλυτα n (%)
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά χρόνιες ασθένειες					
1-10 έτη	45 (55.6)	27 (33.3)	6 (7.4)	1 (1.2)	2 (2.5)
11-20 έτη	18 (62.1)	8 (27.6)	3 (10.3)	0 (0)	0 (0)
21-30 έτη	16 (69.6)	5 (21.7)	0 (0)	1 (4.3)	1 (4.3)
31 και άνω	11 (52.4)	7 (33.3)	2 (9.5)	1 (4.8)	0 (0)
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του					
1-10 έτη	33 (40.7)	24 (29.6)	16 (19.8)	3 (3.7)	5 (6.2)
11-20 έτη	12 (41.4)	10 (34.5)	6 (20.7)	1 (3.4)	0 (0)
21-30 έτη	14 (60.9)	7 (30.4)	0 (0)	1 (4.3)	1 (4.3)
31 και άνω	8 (38.1)	5 (23.8)	6 (28.6)	1 (4.8)	1 (4.8)
Πρόγραμμα ενημέρωσης οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης					
1-10 έτη	31 (38.3)	20 (24.7)	21 (25.9)	6 (7.4)	3 (3.7)
11-20 έτη	14 (48.3)	9 (31.0)	5 (17.2)	1 (3.4)	0 (0)
21-30 έτη	14 (60.9)	6 (26.1)	2 (8.7)	1 (4.3)	0 (0)
31 και άνω	10 (47.6)	6 (28.6)	1 (4.8)	3 (14.3)	1 (4.8)
Ενημέρωση και προαγωγή της υγιεινής διατροφής					
1-10 έτη	39 (48.1)	23 (28.4)	13 (16.0)	4 (4.9)	2 (2.5)
11-20 έτη	15 (51.7)	7 (24.1)	6 (20.7)	1 (3.4)	0 (0)
21-30 έτη	14 (60.9)	7 (30.4)	1 (4.3)	1 (4.3)	0 (0)
31 και άνω	9 (42.9)	8 (38.1)	2 (9.5)	2 (9.5)	0 (0)
Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος					
1-10 έτη	45 (55.6)	19 (23.5)	9 (11.1)	5 (6.2)	3 (3.7)
11-20 έτη	18 (62.1)	7 (24.1)	3 (10.3)	1 (3.4)	0 (0)
21-30 έτη	17 (73.9)	4 (17.4)	1 (4.3)	1 (4.3)	0 (0)
31 και άνω	8 (38.1)	10 (47.6)	1 (4.8)	1 (4.8)	1 (4.8)
Πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ					
1-10 έτη	26 (32.1)	12 (14.8)	27 (33.3)	10 (12.3)	6 (7.4)
11-20 έτη	12 (41.4)	6 (20.7)	8 (27.6)	2 (6.9)	1 (3.4)
21-30 έτη	10 (43.5)	7 (30.4)	3 (13.0)	3 (13.0)	0 (0)
31 και άνω	5 (23.8)	6 (28.6)	6 (28.6)	3 (14.3)	1 (4.8)

Πίνακας 65. Έλεγχος διαφορών μεταξύ των στάσεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων και των ετών άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Kruskal-Wallis	χ^2	df	p
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά χρόνιες ασθένειες	1.67	3	0.643
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του	4.62	3	0.201
Πρόγραμμα ενημέρωσης οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης	6.00	3	0.112
Ενημέρωση και προαγωγή της υγιεινής διατροφής	2.13	3	0.546
Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος	5.19	3	0.159
Πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ	4,60	3	0.204

Επαγωγικοί έλεγχοι ως προς την εργασιακή σχέση

Στον πίνακα 66 φαίνεται η συχνότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας ως προς την εργασιακή σχέση. Με βάση τη μέση τιμή, οι υπηρεσίες “Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων”, “Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης” και “Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19” εμφανίζουν τις υψηλότερες τιμές και στις δύο ομάδες.

Πίνακας 66. Συχνότητα παροχής υπηρεσιών υγείας ως προς εργασιακή σχέση.

Εργασιακή σχέση	Καθημερινά n (%)	Κάποιες φορές την εβδομάδα n (%)	Κάποιες φορές τον μήνα n (%)	Κάποιες φορές τον χρόνο n (%)	Ποτέ n (%)
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	111 (95.7)	4 (3.4)	0 (0)	0 (0)	1 (0.9)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	34 (91.9)	3 (8.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	7 (6.0)	38 (32.8)	60 (51.7)	11 (9.5)	0 (0)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	3 (8.1)	17 (45.9)	15 (40.5)	2 (5.4)	0 (0)
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	53 (45.7)	46 (39.7)	13 (11.2)	3 (2.6)	1 (0.9)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	14 (37.8)	20 (54.1)	3 (8.1)	0 (0)	0 (0)
Μέτρηση θερμοκρασίας					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	2 (1.8)	7 (6.3)	19 (17.0)	31 (27.7)	53 (47.3)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	2 (5.7)	2 (5.7)	7 (20.0)	7 (20.0)	17 (48.6)
Μέτρηση της γλυκόζης αίματος					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	9 (7.8)	25 (21.6)	31 (26.7)	22 (19.0)	29 (25.0)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	4 (11.1)	6 (16.7)	11 (30.6)	7 (19.4)	8 (22.2)
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	0 (0)	0 (0)	2 (1.8)	6 (5.3)	106 (93.0)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	0 (0)	0 (0)	2 (5.4)	1 (2.7)	34 (91.9)

Μέτρηση του ουρικού οξέος					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	0 (0)	1 (0.9)	0 (0)	0 (0)	114 (99.1)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	0 (0)	0 (0)	1 (2.7)	1 (2.7)	35 (94.6)
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	0 (0)	0 (0)	1 (0.9)	0 (0)	113 (99.1)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.7)	36 (97.3)
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξύμετρο					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	2 (1.7)	11 (9.6)	27 (23.5)	28 (24.3)	47 (40.9)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	1 (2.7)	7 (18.9)	4 (10.8)	8 (21.6)	17 (45.9)
Χορήγηση αντιηγηρτικού εμβολίου					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	30 (26.1)	11 (9.6)	12 (10.4)	62 (53.9)	0 (0)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	6 (16.7)	5 (13.9)	4 (11.1)	21 (58.3)	0 (0)
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	11 (9.5)	19 (16.4)	41 (35.3)	41 (35.3)	4 (3.4)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	4 (10.8)	8 (21.6)	16 (43.2)	9 (24.3)	0 (0)
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	11 (9.5)	22 (19.0)	39 (33.6)	33 (28.4)	11 (9.5)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	6 (16.2)	13 (35.1)	12 (32.4)	4 (10.8)	2 (5.4)
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	65 (56.0)	20 (17.2)	7 (6.0)	5 (4.3)	19 (16.4)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	25 (67.6)	4 (10.8)	1 (2.7)	0 (0)	7 (18.9)
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	1 (0.9)	0 (0)	1 (0.9)	5 (4.4)	107 (93.9)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	37 (100)
Μέτρηση του σωματικού βάρους					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	55 (48.2)	18 (15.8)	10 (8.8)	4 (3.5)	27 (23.7)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	17 (45.9)	9 (24.3)	3 (8.1)	0 (0)	8 (21.6)
Αντιμετώπιση τραυμάτων					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	8 (6.9)	27 (23.3)	49 (42.2)	29 (25.0)	3 (2.6)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	3 (8.1)	12 (32.4)	17 (45.9)	5 (13.5)	0 (0)
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	5 (4.3)	13 (11.2)	36 (31.0)	54 (46.6)	8 (6.9)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	2 (5.6)	5 (13.9)	12 (33.3)	15 (41.7)	2 (5.6)
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	23 (19.8)	33 (28.4)	35 (30.2)	24 (20.7)	1 (0.9)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	4 (10.8)	7 (18.9)	17 (45.9)	8 (21.6)	1 (2.7)
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	18 (15.7)	26 (22.6)	36 (31.3)	31 (27.0)	4 (3.5)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	3 (8.1)	13 (35.1)	14 (37.8)	6 (16.2)	1 (2.7)
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	19 (16.4)	35 (30.2)	28 (24.1)	18 (15.5)	16 (13.8)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	4 (10.8)	14 (37.8)	10 (27.0)	5 (13.5)	4 (10.8)

Για το στατιστικό έλεγχο των διαφορών εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος *Mann-Whitney U* (η μεταβλητή δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή). Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 67), παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εργασιακής σχέσης και της υπηρεσίας "Χορήγηση φαρμάκων με ένεση" ($p=0.006$).

Πίνακας 67. Έλεγχος διαφορών μεταξύ της παροχής υπηρεσιών υγείας και της εργασιακής σχέσης.

Υπηρεσία	Statistic	p
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων	2066	0.380
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων	1799	0.106
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης	2085	0.776
Μέτρηση θερμοκρασίας	1901	0.773
Μέτρηση της γλυκόζης αίματος	2036	0.817
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)	2081	0.792
Μέτρηση του ουρικού οξέος	2032	0.090
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)	2071	0.413
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξύμετρο	2108	0.932
Χορήγηση αντιγριπτικού εμβολίου	1921	0.472
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων	1818	0.142
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)	1524	0.006
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19	1947	0.339
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης	1980	0.126
Μέτρηση του σωματικού βάρους	2082	0.900
Αντιμετώπιση τραυμάτων	1774	0.094
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων	1934	0.475
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων	1781	0.106
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας	1984	0.524
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι	2116	0.897

Για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ της παροχής υπηρεσιών υγείας και της εργασιακής σχέσης εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός *συντελεστής συσχέτισης του Spearman*. Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 68), η συσχέτιση της εργασιακής σχέσης και της υπηρεσίας "Χορήγηση φαρμάκων με ένεση" είναι ασθενής θετική (0.222).

Πίνακας 68. Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στην εργασιακή σχέση και την παροχή υπηρεσιών υγείας.

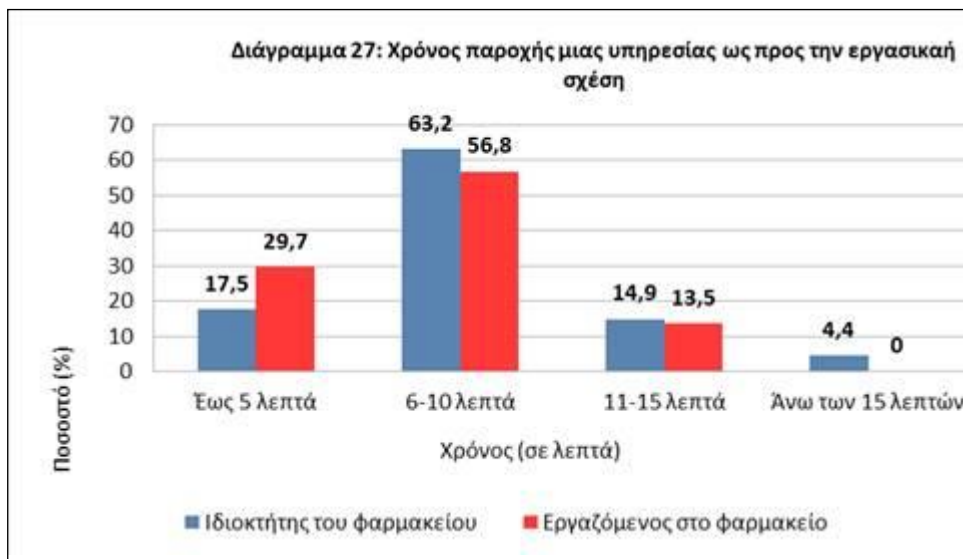
Υπηρεσία	Spearman's rho	df	p-value
Οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων	-0.072	151	0.378
Παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων	0.131	151	0.105
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης	-0.023	151	0.775
Μέτρηση θερμοκρασίας	0.024	145	0.773
Μέτρηση της γλυκόζης αίματος	0.019	150	0.816
Μέτρηση των λιπιδίων αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)	0.022	149	0.789
Μέτρηση του ουρικού οξέος	0.138	150	0.089
Μέτρηση πήξης αίματος (χρόνου προθρομβίνης)	0.068	149	0.408
Μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα με παλμικό οξύμετρο	-0.007	150	0.930
Χορήγηση αντιγριπτικού εμβολίου	-0.059	149	0.472
Διενέργεια άλλων εμβολιασμών ενηλίκων	0.119	151	0.142
Χορήγηση φαρμάκων με ένεση (ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό)	0.222	151	0.006
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) για τον Covid-19	0.078	151	0.340
Διενέργεια ελέγχου (τεστ) εγκυμοσύνης	-0.126	149	0.124
Μέτρηση του σωματικού βάρους	0.010	149	0.899
Αντιμετώπιση τραυμάτων	0.136	151	0.093
Αντιμετώπιση εγκαυμάτων	0.058	150	0.475
Εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων	-0.131	151	0.106
Κλείσιμο ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας	0.052	150	0.525
Μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι	0.011	151	0.896

Όσον αφορά τον χρόνο που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί κατά την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας, η πλειοψηφία ιδιοκτητών και εργαζόμενων δήλωσε ότι αυτός κυμαίνεται από 6 έως 10 λεπτά, με τους πρώτους να εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό (63.2%) (πίνακας 69).

Πίνακας 69. Συχνότητα του χρόνου για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας ως προς την εργασιακή σχέση.

Εργασιακή σχέση	Έως 5 λεπτά n (%)	6 έως 10 λεπτά n (%)	11 έως 15 λεπτά n (%)	Περισσότερα από 15 λεπτά n (%)
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	20 (17.5)	72 (63.2)	17 (14.9)	5 (4.4)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	11 (29.7)	21 (56.8)	5 (13.5)	0 (0)

Οι ιδιοκτήτες φαρμακοποιοί παρουσιάζουν υψηλότερη μέση τιμή (mean) με 2.06 (sd=0.708) έναντι 1.84 (sd=0.646) των εργαζόμενων. Επίσης, το 29.7% των εργαζόμενων αφιερώνει χρόνο έως 5 λεπτά, το 14.9% των ιδιοκτητών από 11 έως 15 λεπτά και το 4.4% χρόνο μεγαλύτερο των 15 λεπτών (διάγραμμα 27).



Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου *Mann-Whitney U* (πίνακας 70), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εργασιακής σχέσης και του χρόνου που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας ($p=0.111$). Η μέση τιμή στους ιδιοκτήτες φαρμακοποιοί είναι 2.06 (sd=0.708) και στους εργαζόμενους φαρμακοποιοί 1.84 (sd=0.646).

Πίνακας 70. Έλεγχος διαφορών μεταξύ του χρόνου για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας και της εργασιακής σχέσης.

Mann-Whitney U	Statistic	p
Ο χρόνος που αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί για την παροχή μιας υπηρεσίας	1789	0.111

Ακολούθως, ζητήθηκε από τους φαρμακοποιοί να επιλέξουν μία ή περισσότερες απαντήσεις σε σχέση με τον όρο “Φαρμακευτική Φροντίδα”, με σκοπό την καταγραφή των αντιλήψεών τους. Το υψηλότερο ποσοστό στους ιδιοκτήτες φαρμακοποιοί εμφανίζει η “Δήλωση 2” (71.6%). Αντίθετα, στους εργαζόμενους, η “Δήλωση 1” και η “Δήλωση 2” εμφανίζουν παρόμοιο ποσοστό (πίνακας 71).

Πίνακας 71. Αντιλήψεις των φαρμακοποιών για την “Φαρμακευτική Φροντίδα” ως προς την εργασιακή σχέση.

Εργασιακή σχέση		Δήλωση 1 n (%)	Δήλωση 2 n (%)	Δήλωση 3 n (%)
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	(n=116)	52 (44.8%)	83 (71.6%)	58 (50.0%)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	(n=37)	25 (67.6%)	25 (67.6%)	18 ((48.6%)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 του Pearson (πίνακας 72), παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εργασιακής σχέσης και της “Δήλωσης 1” ($p=0.016$)

Πίνακας 72. Έλεγχος διαφορών μεταξύ της όρου “Φαρμακευτική Φροντίδα” και της εργασιακής σχέσης.

Δήλωση	χ^2 value	df	p
1 Τη φαρμακευτική πρακτική που έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και προσανατολίζεται με βάση τα αποτελέσματα.	5.80	1	0.016
2 Μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιός συνεργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.	0.21	1	0.643
3 Την εφαρμογή και παρακολούθηση ενός θεραπευτικού πλάνου προκειμένου αυτό να αποδώσει συγκεκριμένα θεραπευτικά αποτελέσματα στον ασθενή.	0.02	1	0.886

Για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ του όρου “Φαρμακευτική Φροντίδα” και της εργασιακής σχέσης εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός *συντελεστής συσχέτισης Cramer’s V*. Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 73), η συσχέτιση της εργασιακής σχέσης και της “Δήλωσης 1” είναι αδύναμη (0.195).

Πίνακας 73. Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στον όρο “Φαρμακευτική Φροντίδα” και την εργασιακή σχέση.

Δήλωση	Cramer’s V
1 Τη φαρμακευτική πρακτική που έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και προσανατολίζεται με βάση τα αποτελέσματα.	0.195
2 Μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιός συνεργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.	0.037
3 Την εφαρμογή και παρακολούθηση ενός θεραπευτικού πλάνου προκειμένου αυτό να αποδώσει συγκεκριμένα θεραπευτικά αποτελέσματα στον ασθενή.	0.012

Στο ερώτημα πως οι φαρμακοποιοί αντιλαμβάνονται την έννοια “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”, οι απαντήσεις μεταξύ των δύο ομάδων διαφέρουν (πίνακας 74). Στους ιδιοκτήτες φαρμακοποιούς το υψηλότερο ποσοστό εμφανίζουν η “Δήλωση 3” και η “Δήλωση 4” με 53.0%, ενώ στους εργαζόμενους η “Δήλωση 3” με 62.2%.

Πίνακας 74. Αντιλήψεις των φαρμακοποιών για τις “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” ως προς την εργασιακή σχέση.

Εργασιακή σχέση		Δήλωση 1	Δήλωση 2	Δήλωση 3	Δήλωση 4
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	(n=115)	57 (49.6)	54 (47.0)	61 (53.0)	61 (53.0)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	(n=37)	19 (51.4)	9 (24.3)	23 (62.2)	18 (51.4)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 του Pearson (πίνακας 75), παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εργασιακής σχέσης και της “Δήλωσης 2” ($p=0.015$).

Πίνακας 75. Έλεγχος διαφορών μεταξύ της έννοιας “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” και της εργασιακής σχέσης.

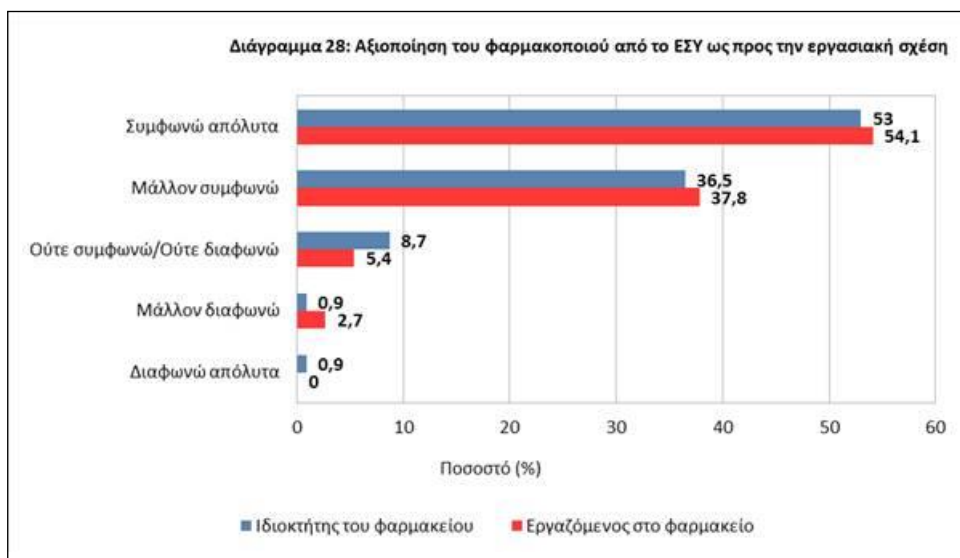
Δήλωση		χ^2 value	df	p
1	Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και διάγνωση της νόσου	0.04	1	0.850
2	Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη θεραπεία και αποκατάσταση της νόσου	5.91	1	0.015
3	Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας	0.94	1	0.332
4	Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής	0.22	1	0.642

Για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ της έννοιας “Υπηρεσίες ΠΦΥ” και της εργασιακής σχέσης εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός *συντελεστής συσχέτισης Cramer’s V*. Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 76), η συσχέτιση της εργασιακής σχέσης και της “Δήλωσης 2” είναι αδύναμη (0.198).

Πίνακας 76. Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στην έννοια “Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” και την εργασιακή σχέση.

Δήλωση	Cramer's V
1 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και διάγνωση της νόσου	0.015
2 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη θεραπεία και αποκατάσταση της νόσου	0.198
3 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας	0.079
4 Το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής	0.038

Η πλειοψηφία των ιδιοκτητών φαρμακοποιών (91.9%) και των εργαζόμενων φαρμακοποιών (89.5%) έχει θετικές στάσεις απέναντι στην αξιοποίησή τους από το ΕΣΥ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο χώρο του φαρμακείου (διάγραμμα 28).

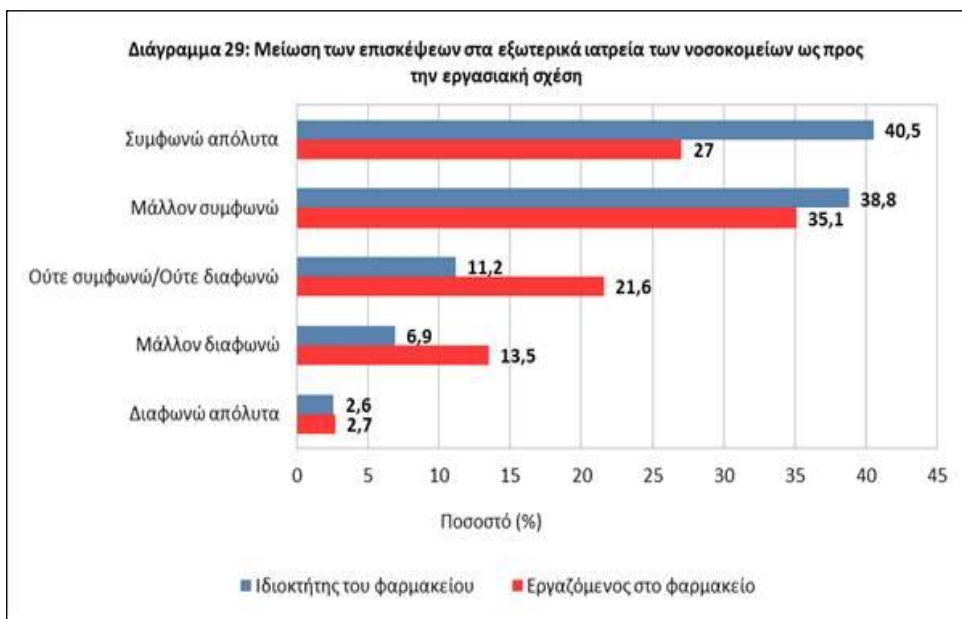


Το 97.3% των εργαζόμενων φαρμακοποιών συμφωνεί με τη θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών και το 94.6% με τη δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Οι ιδιοκτήτες φαρμακοποιοί, σε ποσοστό 94.8% συμφωνούν με την κοστολόγηση των υπηρεσιών. Το 85.4% θεωρεί ότι με την αξιοποίησή τους το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες και το 82.8% συμφωνεί με τη δυνατότητα πλήρους πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή, με σκοπό την επικοινωνία και συνεργασία με τον οικογενειακό ιατρό (πίνακας 77).

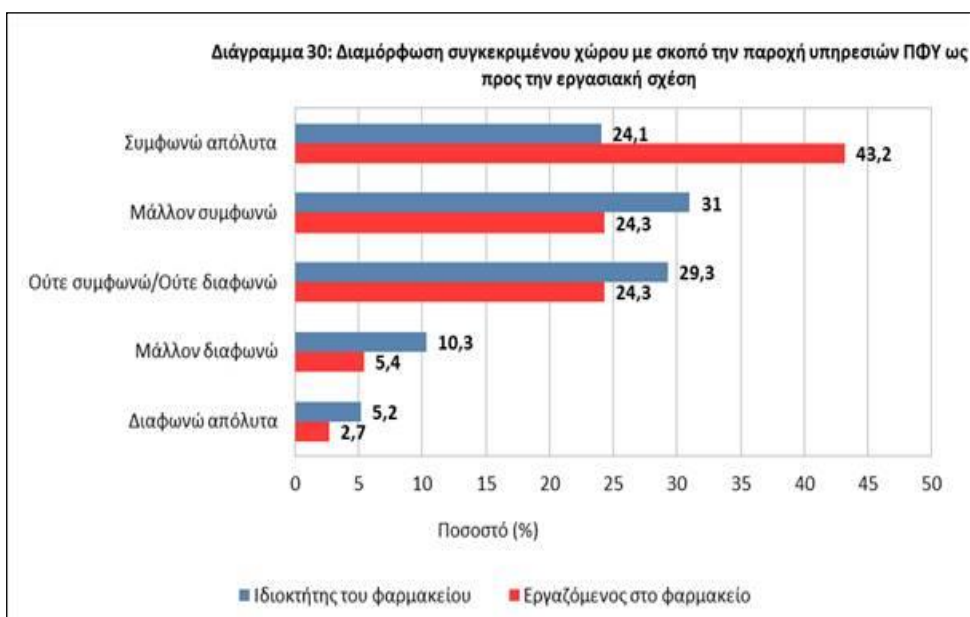
Πίνακας 77. Συχνότητα των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ ως προς την εργασιακή σχέση.

Εργασιακή σχέση	Συμφωνώ απόλυτα n (%)	Μάλλον συμφωνώ n (%)	Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ n (%)	Μάλλον διαφωνώ n (%)	Διαφωνώ απόλυτα n (%)
Αξιοποίηση του φαρμακοποιού από το ΕΣΥ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	61 (53.0)	42 (36.5)	10 (8.7)	1 (0.9)	1 (0.9)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	20 (54.1)	14 (37.8)	2 (5.4)	1 (2.7)	0 (0)
Πρόσβαση στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	61 (52.6)	35 (30.2)	9 (7.8)	9 (7.8)	2 (1.7)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	17 (45.9)	11 (29.7)	7 (18.9)	1 (2.7)	1 (2.7)
Διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	28 (24.1)	36 (31.0)	34 (29.3)	12 (10.3)	6 (5.2)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	16 (43.2)	9 (24.3)	9 (24.3)	2 (5.4)	1 (2.7)
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	68 (58.6)	36 (31.0)	7 (6.0)	3 (2.6)	2 (1.7)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	26 (70.3)	10 (27.0)	0 (0)	1 (2.7)	0 (0)
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	72 (62.1)	33 (28.4)	8 (6.9)	3 (2.6)	0 (0)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	26 (70.3)	9 (24.3)	1 (2.7)	1 (2.7)	0 (0)
Κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	90 (78.3)	19 (16.5)	5 (4.3)	0 (0)	1 (0.9)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	26 (70.3)	6 (16.2)	3 (8.1)	1 (2.7)	1 (2.7)
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα Ε.Ι.					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	47 (40.5)	45 (38.8)	13 (11.2)	8 (6.9)	3 (2.6)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	10 (27.0)	13 (35.1)	8 (21.6)	5 (13.5)	1 (2.7)
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	54 (46.6)	45 (38.8)	12 (10.3)	3 (2.6)	2 (1.7)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	16 (43.2)	13 (35.1)	6 (16.2)	2 (5.4)	0 (0)

Το 79.3% των ιδιοκτητών πιστεύει ότι η αξιοποίηση του φαρμακοποιού και του χώρου του φαρμακείου στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (διάγραμμα 29).



Το 67.5% των εργαζόμενων φαρμακοποιών συμφωνεί με την αναγκαιότητα διαμόρφωσης συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο περιβάλλον του φαρμακείου (διάγραμμα 30).



Με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμογής του ελέγχου *Mann-Whitney U* (πίνακας 78), παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εργασιακής σχέσης και των στάσεων των φαρμακοποιών για τη δήλωση “Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στο φαρμακείο κρίνεται απαραίτητη” ($p=0.043$) και για τη δήλωση “Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού και του χώρου του φαρμακείου στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων” ($p=0.047$).

Πίνακας 78. Έλεγχος διαφορών μεταξύ των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και της εργασιακής σχέσης.

Mann-Whitney U	Statistic	p
Το ΕΣΥ θα πρέπει να αξιοποιήσει τον φαρμακοποιό στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	2088	0.849
Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα πλήρους πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή	1982	0.447
Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στο φαρμακείο κρίνεται απαραίτητη	1688	0.043
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ	1857	0.153
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ από τον φαρμακοποιό	1956	0.340
Είναι σημαντική η κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό	1925	0.243
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων	1706	0.047
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες	2011	0.532

Για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και της εργασιακής σχέσης εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός *συντελεστής συσχέτισης του Spearman*. Με βάση τα αποτελέσματα (πίνακας 79), η συσχέτιση της εργασιακής σχέσης και των στάσεων των φαρμακοποιών για τη δήλωση “Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο φαρμακείο κρίνεται απαραίτητη”, είναι ασθενής θετική (0.164). Αντίθετα, η συσχέτιση της εργασιακής σχέσης και των στάσεων για τη δήλωση “Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού και του χώρου του φαρμακείου στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων”, είναι ασθενώς αρνητική (-0.161).

Πίνακας 79. Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στην εργασιακή σχέση και τις στάσεις και αντιλήψεις των φαρμακοποιών για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ.

Υπηρεσία	Spearman's rho	df	p-value
Το ΕΣΥ θα πρέπει να αξιοποιήσει τον φαρμακοποιό στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	0.016	150	0.848
Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα πλήρους πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή	-0.062	151	0.447
Η διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στο φαρμακείο κρίνεται απαραίτητη	0.164	151	0.042
Θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ	0.116	151	0.152
Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ από τον φαρμακοποιό	0.078	151	0.340
Είναι σημαντική η κοστολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίες παρέχονται από τον φαρμακοποιό	-0.095	150	0.243
Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων	-0.161	151	0.047
Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες	-0.051	151	0.532

Πίνακας 80. Συχνότητα των στάσεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων ως προς την εργασιακή σχέση.

Εργασιακή σχέση	Συμφωνώ απόλυτα n (%)	Μάλλον συμφωνώ n (%)	Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ n (%)	Μάλλον διαφωνώ n (%)	Διαφωνώ απόλυτα n (%)
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά χρόνιες ασθένειες					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	70 (60.3)	34 (29.3)	8 (6.9)	2 (1.7)	2 (1.7)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	20 (54.1)	12 (32.4)	3 (8.1)	1 (2.7)	1 (2.7)
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	51 (44.0)	37 (31.9)	18 (15.5)	4 (3.4)	6 (5.2)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	16 (43.2)	9 (24.3)	9 (24.3)	2 (5.4)	1 (2.7)
Πρόγραμμα ενημέρωσης οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	53 (45.7)	35 (30.2)	17 (14.7)	8 (6.9)	3 (2.6)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	16 (43.2)	6 (16.2)	11 (29.7)	3 (8.1)	1 (2.7)
Ενημέρωση και προαγωγή της υγιεινής διατροφής					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	60 (51.7)	36 (31.0)	13 (11.2)	7 (6.0)	0 (0)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	17 (45.9)	9 (24.3)	8 (21.6)	1 (2.7)	2 (5.4)
Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	67 (57.8)	32 (27.6)	8 (6.9)	6 (5.2)	3 (2.6)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	21 (55.8)	7 (18.9)	6 (16.2)	2 (5.4)	1 (2.7)
Πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ					
Ιδιοκτήτης του φαρμακείου	40 (34.5)	25 (21.6)	30 (25.9)	15 (12.9)	6 (5.2)
Εργαζόμενος στο φαρμακείο	13 (35.1)	6 (16.2)	13 (35.1)	3 (8.1)	2 (5.4)

Η πλειοψηφία των φαρμακοποιών έχει θετικές στάσεις σε σχέση με την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας. Οι ιδιοκτήτες φαρμακοποιοί εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με τους εργαζόμενους σε όλα τα προγράμματα (πίνακας 80).

Πίνακας 81. Έλεγχος διαφορών μεταξύ των στάσεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων και της εργασιακής σχέσης.

Mann-Whitney U	Statistic	p
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά χρόνιες ασθένειες	1996	0.468
Πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού όσον αφορά τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του	2057	0.687
Πρόγραμμα ενημέρωσης οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης	1942	0.356
Ενημέρωση και προαγωγή της υγιεινής διατροφής	1916	0.286
Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος	2055	0.665
Πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ	2144	0.993

Με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμογής του ελέγχου *Mann-Whitney U* (πίνακας 81), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εργασιακής σχέσης και των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών για την αξιοποίησή τους στη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τις στάσεις και αντιλήψεις των φαρμακοποιών ιδιωτικών φαρμακείων, τα οποία εδρεύουν στα γεωγραφικά όρια του Δήμου Θεσσαλονίκης, σε σχέση με τη συμβολή τους στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο χώρο του φαρμακείου. Οι φαρμακοποιοί παρέχουν όλες τις υπηρεσίες για τις οποίες ρωτήθηκαν, αλλά και επιπλέον υπηρεσίες όπως η εκπαίδευση στη χρήση ιατρικών συσκευών (πιεσόμετρο, μετρητής γλυκόζης, θερμόμετρο), διαχείριση μικροπροβλημάτων υγείας, συμβουλευτική διατροφής κ.ά. Η υπηρεσία με την υψηλότερη συχνότητα παροχής είναι οι οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης παρέχεται από το 99.4% των φαρμακοποιών, ποσοστό το οποίο συμφωνεί με αρκετές μελέτες οι οποίες έχουν διεξαχθεί σε άλλες χώρες. [163, 192, 199, 201, 207, 227, 240]. Άλλες υπηρεσίες οι οποίες παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα παροχής είναι η διενέργεια ελέγχου για τον Covid-19 και η μέτρηση του σωματικού βάρους.

Η πλειοψηφία των φαρμακοποιών παρέχει υπηρεσίες όπως η εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων (98.7%), ο προγραμματισμός ραντεβού σε άλλες υπηρεσίες υγείας (96.7%) και η μεταφορά φαρμάκων στο σπίτι (87.0%). Χαμηλότερα είναι τα ποσοστά υπηρεσιών Πρώτων Βοηθειών, όπως η αντιμετώπιση τραυμαμάτων και εγκαυμάτων, αποτέλεσμα το οποίο συμφωνεί με αυτό μελέτης αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών στο φαρμακείο, η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ουγγαρία [177]. Σε ό,τι αφορά τη διενέργεια εμβολιασμών, όλοι οι φαρμακοποιοί οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι χορηγούν εμβόλια κατά της γρίπης. Εξίσου υψηλά ποσοστά βρέθηκαν σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε από την “Εθνική Ένωση Φαρμακείων της Γαλλίας” το 2022 [165]. Επίσης, περισσότεροι από 9 στους 10 συμμετέχοντες διενεργούν άλλους εμβολιασμούς ενηλίκων και χορηγούν φάρμακα μέσω ενδομυϊκής ή υποδόριας οδού χορήγησης.

Στον τομέα του προσυμπτωματικού ελέγχου, το 75.2% των φαρμακοποιών παρέχει την υπηρεσία μέτρησης της γλυκόζης αίματος. Ποσοστό αρκετά υψηλότερο σε σύγκριση με μελέτες οι οποίες έχουν διεξαχθεί στον Καναδά, τη Νέα Ζηλανδία και τη Σαουδική Αραβία [151, 162, 163, 235]. Αντίθετα, μόνο το 7.2% παρέχει την υπηρεσία μέτρησης των λιπιδίων αίματος, αποτέλεσμα το οποίο συμφωνεί με αρκετές μελέτες [162, 163, 227, 240]. Εξίσου χαμηλό είναι και το ποσοστό παροχής υπηρεσιών όπως η μέτρηση του ουρικού οξέος (2.0%) και της πήξης του αίματος (1.3%). Ο έλεγχος (τεστ) εγκυμοσύνης διενεργείται μόνο από το 4.6% των φαρμακοποιών, ποσοστό το οποίο είναι χαμηλότερο από αυτό μελέτης στη χώρα της Υεμένης [240].

Αναφορικά με το χρόνο τον οποίο αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί κατά την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας, η πλειονότητα (61.2%) δήλωσε ότι αυτός κυμαίνεται από 6 έως 10 λεπτά. Σύμφωνα με μελέτη του *Laliberté* και των συνεργατών του, η οποία πραγματοποιήθηκε στον Καναδά, η χρονική διάρκεια των διαβουλεύσεων για τους περισσότερους φαρμακοποιούς ήταν 10 λεπτά ή λιγότερο [151]. Λιγότερος από 10 λεπτά ήταν και ο χρόνος υλοποίησης μιας υπηρεσίας προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του παχέος εντέρου στην Καταλονία της Ισπανίας [181]. Αντίθετα, μελέτη ανίχνευσης της αρτηριακής υπέρτασης και της κολπικής μαρμαρυγής στην Ιρλανδία έδειξε ότι ο χρόνος παροχής της παραπάνω υπηρεσίας ήταν από 5 έως 15 λεπτά, σε ποσοστό 80.0% [146].

Η πλειονότητα των φαρμακοποιών (70.8%) αντιλαμβάνεται τη Φαρμακευτική Φροντίδα ως μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιός συνεργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι μισοί φαρμακοποιοί θεωρούν ότι η Φαρμακευτική Φροντίδα έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και προσανατολίζεται με βάση τα αποτελέσματα και λιγότεροι από τους μισούς ότι αφορά την εφαρμογή και παρακολούθηση ενός θεραπευτικού πλάνου προκειμένου αυτό να αποδώσει συγκεκριμένα θεραπευτικά αποτελέσματα. Από την άλλη πλευρά, οι απαντήσεις των φαρμακοποιών για τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας παρουσιάζουν τα ίδια ποσοστά. Οι περισσότεροι πιστεύουν ότι οι υπηρεσίες ΠΦΥ έχουν ως σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας ή την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Λιγότεροι φαρμακοποιοί αντιλαμβάνονται τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ως υπηρεσίες πρόληψης και διάγνωσης της νόσου και ακόμα λιγότεροι ότι έχουν ως σκοπό τη θεραπεία και αποκατάσταση της νόσου.

Οι φαρμακοποιοί έχουν θετικές στάσεις απέναντι στην αξιοποίησή τους από το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας με σκοπό την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Απαραίτητες προϋποθέσεις αποτελούν η δημιουργία κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα ρυθμίζει τις παρεχόμενες υπηρεσίες [178] και η κοστολόγησή των υπηρεσιών υγείας οι οποίες παρέχονται στο χώρο του κοινοτικού φαρμακείου. Για να είναι σε θέση οι φαρμακοποιοί να ανταπεξέλθουν στο νέο τους ρόλο, θα πρέπει αφενός να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας του ασθενή [178] και αφετέρου να θεσμοθετηθεί ένα οργανωμένο σύστημα διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης [148], την ευθύνη του οποίου θα έχουν οι φαρμακευτικοί σύλλογοι. Η πρώτη ενέργεια στοχεύει στη βέλτιστη συνεργασία φαρμακοποιού και οικογενειακού ιατρού και η δεύτερη αποσκοπεί στην απαραίτητη ενημέρωση και επικαιροποίηση των γνώσεων των φαρμακοποιών.

Οι φαρμακοποιοί συμφωνούν ότι με την αξιοποίηση του κοινοτικού φαρμακείου θα μειωθούν οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, με αποτέλεσμα το Εθνικό Σύστημα Υγείας να εξοικονομήσει πόρους και να μειώσει τις δαπάνες. Διστακτικοί φαίνονται να είναι όσον αφορά τη διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου παροχής υπηρεσιών στο περιβάλλον του φαρμακείου, καθώς η έλλειψη χώρου αποτελεί σοβαρό πρόβλημα των ελληνικών φαρμακείων. Μεγάλος αριθμός μελετών έχουν αναδείξει την έλλειψη ιδιωτικού χώρου παροχής υπηρεσιών υγείας ως ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι φαρμακοποιοί στο κοινοτικό φαρμακείο [186, 194, 196, 200, 220, 221, 223, 234].

Οι φαρμακοποιοί έχουν θετικές στάσεις απέναντι στην αξιοποίησή τους με σκοπό τη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας στο περιβάλλον του φαρμακείου. Θετικότερα αντιμετωπίζονται τα προγράμματα πρόληψης και ενημέρωσης του πληθυσμού για τις χρόνιες ασθένειες (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση), διακοπής του καπνίσματος και προαγωγής της υγιεινής διατροφής [188]. Χαμηλότερα είναι τα ποσοστά που αφορούν προγράμματα για τον οικογενειακό προγραμματισμό/αντισύλληψη και για τον καρκίνο και τις πιο συχνές μορφές του. Επίσης, σχετική διστακτικότητα εκ μέρους των φαρμακοποιών παρατηρείται σε σχέση με τα προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ.

Τέλος, η διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων και των στάσεων και αντιλήψεων των φαρμακοποιών έδειξε ότι το φύλο σχετίζεται με την παροχή της υπηρεσίας “Μέτρηση πήξης του αίματος” ($p=0.039$) και με την ανάγκη διαμόρφωσης συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ

($p=0.016$). Η ηλικία σχετίζεται με τις στάσεις των φαρμακοποιών απέναντι στη θεσμοθέτηση της διά βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης ($p=0.032$). Το επίπεδο σπουδών σχετίζεται με την παροχή της υπηρεσίας “Μέτρηση θερμοκρασίας” ($p=0.011$), με τις αντιλήψεις των φαρμακοποιών για την Φαρμακευτική Φροντίδα (δήλωση 1) ($p=0.021$) και με τις στάσεις τους απέναντι στο γεγονός ότι με την αξιοποίησή τους το ΕΣΥ θα εξοικονομήσει πόρους και θα μειώσει τις δαπάνες ($p=0.006$). Δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση όσον αφορά τα έτη άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος. Αντίθετα, η εργασιακή σχέση σχετίζεται με την παροχή της υπηρεσίας “Χορήγηση φαρμάκων με ένεση” ($p=0.006$), με τις αντιλήψεις των φαρμακοποιών για την Φαρμακευτική Φροντίδα (δήλωση 1) και τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (δήλωση 2). Με την ανάγκη διαμόρφωσης συγκεκριμένου χώρου με σκοπό την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ ($p=0.042$) και με τις στάσεις τους απέναντι στο γεγονός ότι η αξιοποίησή τους θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ($p=0.047$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας προκύπτει ότι οι φαρμακοποιοί παρέχουν στο χώρο του κοινοτικού φαρμακείου μεγάλο αριθμό υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Και τα δύο φύλα παρέχουν με την ίδια περίπου συχνότητα το σύνολο των υπηρεσιών. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της υπηρεσίας μέτρησης της πήξης του αίματος, του επιπέδου σπουδών και της υπηρεσίας μέτρησης της θερμοκρασίας, της εργασιακής σχέσης και της υπηρεσίας χορήγησης φαρμάκων με ένεση. Ο χρόνος τον οποίο αφιερώνουν οι φαρμακοποιοί για την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας είναι συνήθως από 6 έως 10 λεπτά, ενώ δεν παρατηρήθηκε στατιστική συσχέτιση μεταξύ του χρόνου και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

Οι φαρμακοποιοί αντιλαμβάνονται τη Φαρμακευτική Φροντίδα ως μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας ο φαρμακοποιός συνεργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Το επίπεδο σπουδών και η εργασιακή σχέση σχετίζονται σημαντικά με “τη φαρμακευτική πρακτική που έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και προσανατολίζεται με βάση τα αποτελέσματα”. Οι αντιλήψεις των φαρμακοποιών σε σχέση με τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μοιράζονται μεταξύ των δηλώσεων. Η πλειοψηφία θεωρεί ότι αφορούν το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας. Η εργασιακή σχέση σχετίζεται σημαντικά με “το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό τη θεραπεία και αποκατάσταση της νόσου”.

Οι φαρμακοποιοί έχουν θετικές στάσεις απέναντι στην αξιοποίησή τους από το ΕΣΥ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και τη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης,

ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας του πληθυσμού στο χώρο του φαρμακείου. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της εργασιακής σχέσης με τις στάσεις των φαρμακοποιών για τη διαμόρφωση συγκεκριμένου χώρου παροχής υπηρεσιών στο περιβάλλον του φαρμακείου. Η ηλικία σχετίζεται σημαντικά με τη θεσμοθέτηση ενός οργανωμένου συστήματος διάβιου εκπαίδευσης και κατάρτισης των φαρμακοποιών και το επίπεδο σπουδών με τη δήλωση “Με την αξιοποίηση του φαρμακοποιού και του χώρου του φαρμακείου στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, το εθνικό σύστημα υγείας θα έχει μακροχρόνιο όφελος με την εξοικονόμηση πόρων και τη μείωση των δαπανών”. Επίσης η εργασιακή σχέση σχετίζεται σημαντικά με τη δήλωση “Η αξιοποίηση του φαρμακοποιού και του χώρου του φαρμακείου στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων”.

Τα κοινοτικά φαρμακεία στην Ελλάδα δεν έχουν καταφέρει μέχρι σήμερα να υιοθετήσουν το νέο ρόλο του φαρμακοποιού στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες. Το σύνολο των υπηρεσιών οι οποίες παρέχονται από τους φαρμακοποιούς, παρέχονται ανεπίσημα και τις περισσότερες φορές χωρίς αμοιβή. Με την πραγματοποίηση του προγράμματος “*Αρεταίος*” για τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 από την *Ομοσπονδία Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών Ελλάδος* (ΟΣΦΕ), σε συνεργασία με την *Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία* (ΕΔΕ) και την *Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία* (ΕΕΕ), ξεκίνησε η σταδιακή τοποθέτηση των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του ελληνικού φαρμακείου.

Σημαντική εξέλιξη αποτέλεσε και η νομοθέτηση της διενέργειας εποχιακού εμβολιασμού κατά της γρίπης και της χορήγησης αντιτετανικού ορού από τους φαρμακοποιούς. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω ήταν η έναρξη της υλοποίησης δύο νέων προγραμμάτων, της ανίχνευσης ατόμων με αδιάγνωστη αρτηριακή υπέρταση ή/και κολπική μαρμαρυγή ή/και άλλη αρρυθμία και των εμβολιαστικών αναγκών ενηλίκων με έμφαση στον έρπητα ζωστήρα, την πνευμονιοκοκκική νόσο και τη γρίπη. Οι πολιτικές υγείας στην Ελλάδα οφείλουν να υποστηρίξουν τη δραστηριοποίηση του κοινοτικού φαρμακείου στο τομέα της παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η πρόσφατη πρόταση του *Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου* (ΠΦΣ) για την υλοποίηση πέντε νέων προγραμμάτων πρόληψης στοχεύει στην αναβάθμιση της φαρμακευτικής πρακτικής, και αποτελεί σημαντική ευκαιρία ώστε να προλάβει το ελληνικό φαρμακείο την εξέλιξη του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Γιαπιτζάκης Χ., Μπαρτσακούλια Μ. και Πατρινός Γ.Π.** (2013). Ιπποκράτης, ο πατέρας της κλινικής Ιατρικής και Ασκληπιιάδης, ο πατέρας της μοριακής Ιατρικής. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. **30**(1):88-96.
2. **Κουτρούμπας Δ.** (2010). Η φαρμακολογία του Γαληνού. Διδακτορική Διατριβή. *Εθνικό και Καιϋδοστραξλι Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή*. Αθήνα.
3. **Καραμπερόπουλος Δ. και Ανδρούτσος Γ.** (2011). Αναφορές στον Αριστοτέλη και Γαληνό του William Harvey στο έργο του *De motu cordis* (1628). *Ιατρική*. **99**(4):229-234.
4. **Φιλαλήθης Α., Φωτόπολος Α. και Τρομπούκης Κ.** (2020). Δημόσια Υγεία - Κοινωνική Ιατρική. Η ιστορία και η σημειολογία του όρου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. **37**(3):395-405.
5. **World Health Organization.** (1946). Constitution of the World Health Organization. Geneva. *World Health Organization*.
6. **Huber M., Knottnerus J.A., Green L., van der Horst H., Jadad A.R., Kromhout D., Leonard B., Lorig K., Loureiro M.I., van der Meer J.W., Schnabel P., Smith R., van Weel C. and Smid H.** (2011). How should we define health? *BMJ*. **343**:d4163.
7. **World Health Organization.** (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva, Switzerland. *World Health Organization*.
8. **World Health Organization.** (1986). The Ottawa charter for health promotion. The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. Geneva, Switzerland. *World Health Organization*.
9. **Dahlgren G. and Whitehead M.** (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in health. Stockholm (Sweden). *Institute for Futures Studies*.
10. **Dahlgren G. and Whitehead M.** (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*. **199**:20-24.
11. **World Health Organization.** (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland. *World Health Organization*.
12. **World Health Organization.** (2023). Social determinants of health. Geneva, Switzerland. *World Health Organization*.
13. **World Health Organization.** (2000). The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva, Switzerland. *World Health Organization*.
14. **World Health Organization.** (2007). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, Switzerland. *World Health Organization*.
15. **Figueras J. and McKee M.** (2012). Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being: Assessing the case for investing the case for investing in health systems. *Open University Press*.
16. **Θεοδώρου Μ. και Μητροσύλη Μ.** (1999). Δομή και λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (διοικητικές και νομικές διαστάσεις). Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Τόμος Γ'. *Εκδόσεις ΕΑΠ, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών*. Πάτρα.
17. **Smólka J.** (2022). Institutional Analysis of Healthcare Systems in Selected Developed Countries. Chapter 4. In: **Weresa M.A., Ciecierski C. and Filus L.** (2022). Economics and Mathematical Modeling in Health-Related Research. *Brill*. Boston.

18. **Roberts J.L.** (1998). Terminology: a glossary of technical terms on the economics and finance of health services. *WHO Regional office for Europe. Copenhagen.*
19. **Ευρωπαϊκή Ένωση.** (2015). Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Κανονισμός (ΕΕ) 2015/359 της Επιτροπής 04.03.2015/06.03.2015.
20. **World Health Organization.** (2022). WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. Geneva. *World Health Organization.*
21. **World Health Organization.** (2023). Primary care. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>. *World Health Organization.*
22. **Hopayian K.** (2022). Health Care Systems: Primary, Secondary, Tertiary and Quaternary Care. *J Fam Med Med Sci Res.* 11(4):133.
23. **Σακελλαρόπουλος Θ., Οικονόμου Χ., Σκαμνάκης Χ. και Αγγελάκη Μ.** (2018). Κοινωνική Πολιτική. *Εκδόσεις Διδόνικος.* Αθήνα.
24. **Cueto M.** (2004). The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *Am J Public Health.* 94(11):1864-1874.
25. **World Health Organization.** (2008). The world health report 2008: Primary health care: Now more than ever. WHO, Geneva, Switzerland. *World Health Organization.*
26. **World Health Organization.** (2008). Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, Astana, Kazakhstan, 25-26 October 2018. Geneva, Switzerland. *World Health Organization.*
27. **World Health Organization.** (2018). A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). *World Health Organization.*
28. **World Health Organization.** (2020). Operational framework for primary health care: Transforming vision into action. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). *World Health Organization.*
29. **Δαρδαβέσης Θ.** (2008). Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981). *Ιατρικό Βήμα.* 69:50-61.
30. **Δηλιγιάννης Θ. και Ζηνόπουλος Γ.** (1862). Ελληνική Νομοθεσία από του 1833. Τόμος Γ'. Αθήνα.
31. **Ελληνική Δημοκρατία.** (1932). Περί των Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Νόμος 5733/1932. *Εφημερίς της Κυβερνήσεως.* Τεύχος 1, ΦΕΚ 364.
32. **Ελληνική Δημοκρατία.** (1934). Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Νόμος 6298/1934. *Εφημερίς της Κυβερνήσεως.* ΦΕΚ 346, Τεύχος 1.
33. **Βασιλείον της Ελλάδος.** (1953). Περί οργανώσεως της Ιατρικής αντιλήψεως. Νομοθετικό Διάταγμα 2592. *Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος.* ΦΕΚ 254, Τεύχος 1.
34. **Βασιλείον της Ελλάδος.** (1955). Περί Κοινωνικής Ασφαλίσεως των Αγροτών. Νόμος 3487. *Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος.* ΦΕΚ 354, Τεύχος 1.
35. **Ελληνική Δημοκρατία.** (1983). Εθνικό Σύστημα Υγείας, Νόμος 1397/1983. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.* ΦΕΚ 143, Τεύχος 1.
36. **Economou C.** (2010). Greece: Health system review. *Health Syst Transit.* 12(7):1-177, xv-xvi.
37. **Ελληνική Δημοκρατία.** (1985). Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. Νόμος 1579/1985. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.* ΦΕΚ 217, Τεύχος 1.

38. **Ελληνική Δημοκρατία.** (1992). Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, Νόμος 2071/1992. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. Τεύχος 1, ΦΕΚ 123.
39. **Ελληνική Δημοκρατία.** (1994). Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. Νόμος 2194/1994. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. Τεύχος 1, ΦΕΚ 34.
40. **Ελληνική Δημοκρατία.** (1995). Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις. Νόμος 2345/1995. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. Τεύχος 1, ΦΕΚ 213.
41. **Ελληνική Δημοκρατία.** (1997). Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις. Νόμος 2519/1997. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. Τεύχος 1, ΦΕΚ 165.
42. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2001). Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. Νόμος 2889/2001. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. Τεύχος 1, ΦΕΚ 37.
43. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2003). Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις. Νόμος 3106/2003. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. Τεύχος 1, ΦΕΚ 30.
44. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2003). Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Υγείας και άλλες διατάξεις. Νόμος 3172/2003. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ 197, Τεύχος 1.
45. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2004). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Νόμος 3235/2004. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ 53, Τεύχος 1.
46. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2005). Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. Νόμος 3329/2005, *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ 81, Τεύχος 1.
47. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2007). Νόμος 3527/2007 *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ, τεύχος Α', 25/09.02.2007).
48. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2010). Νόμος 3852/2010. Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ, τεύχος Α', 87/07.06.2010.
49. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2011). Νόμος 3918/2011. Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ, τεύχος Α', 31/02.03.2011.
50. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2012). Νόμος 4052/2012. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ, τεύχος Α', 41/01.03.2012.
51. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2014). Νόμος 4238/2014. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ, τεύχος Α', 38/17.02.2014.
52. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2014). Νόμος 4272/2014. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ, τεύχος Α', 145/11.07.2014.
53. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2017). Νόμος 4461/2017. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ, τεύχος Α', 38/28.03.2017.
54. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2017). Νόμος 4486/2017. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ, τεύχος Α', 115/07.08.2017.
55. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2019). Νόμος 4600/2019. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ, τεύχος Α', 43/09.03.2019.
56. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2019). Νόμος 4633/2019. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ, τεύχος Α', 161/16.10.2019.
57. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2022). Νόμος 4931/2022. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ, τεύχος Α', 94/13.05.2022.

58. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2022). Νόμος 4958/2022. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ, τεύχος Α', 142/21.07.2022.
59. **World Health Organization.** (2011). Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice standards for quality of pharmacy services. *WHO Technical Report Series*. No. 961.
60. **World Health Organization.** (1997). WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist in the Health Care System. 3rd edition. *World Health Organization*. Vancouver, Canada. and **World Health Organization.** (1997). Division of Drug Management and Policies. The role of the pharmacist in the health care system: preparing the future pharmacist: curricular development: report of a third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. *World Health Organization*. Vancouver, Canada.
61. **International Pharmaceutical Federation Council.** (2000). FIP statement of policy on good pharmacy education practice. Vienna, Austria. *International Pharmaceutical Federation Council*.
62. **Sam A.T. and Parasuraman S.** (2015). The Nine-Star Pharmacist: An Overview. *Journal of Young Pharmacists*. 7(4):281-284.
63. **Kremin Y., Lesyk L., Lesyk R., Levytska O. and Hromovyk B.** (2023). Detailing the Ten Main Professional Roles of a Pharmacist to Provide the Scope of Professional Functions. *Sci. Pharm.* 91(1):5.
64. **Pharmaceutical Group of European Union.** (2022). Pharmacy 2030: A Vision for Community Pharmacy in Europe. https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/04/Pharmacy-2030_-A-Vision-for-Community-Pharmacy-in-Europe.pdf. *Pharmaceutical Group of European Union*.
65. **Brodie D.C.** (1973). Is pharmaceutical education prepared to lead its profession? The Ninth Annual Rho Chi Lecture. *Rep Rho Chi*. 39:6-12.
66. **Mikeal R.L., Brown T.R., Lazarus H.L. and Vinson M.C.** (1975). Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm*. 32(6):567-574.
67. **Brodie D.C., Parish P.A. and Poston J.W.** (1980). Societal needs for drugs and drug-related services. *Am J Pharm Educ*. 44(3):276-278.
68. **Hepler C.D. and Strand L.M.** (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 47(3):533-543.
69. **Strand L.M., Morley P.C., Cipolle R.J., Ramsey R. and Lamsam G.D.** (1990). Drug-related problems: their structure and function. *DICP*. 24(11):1093-1097.
70. **Pharmaceutical Care Network Europe Association.** (2020). PCNE Classification for Drug-Related Problems V9.1. May 2020. *Pharmaceutical Care Network Europe Association*.
71. **American Society of Health-System Pharmacists.** (1996). guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. *Am J Health Syst Pharm*. 53:1713-1716.
72. **Cipolle R.J., Strand L.M. and Morley P.C.** (2012). *Pharmaceutical Care Practice: The Patient Centered Approach to Medication Management Services*, 3rd Edition. *Mc Graw Hill Medical*.
73. **Roberts A.S., Benrimoj S., Chen T.F., Williams K.A. and Aslani P.** (2006). Implementing cognitive services in community pharmacy: a review of facilitators used in practice change. *Intern J of Pharm Pract*. 14(3):163-170.
74. **Moullin J.C., Sabater - Hernández D., Fernandez - Llimos F. and Benrimoj S.I.** (2013). Defining professional pharmacy services in community pharmacy. *Res Social Ad Pharm*. 9(6):989-995.
75. **Pharmaceutical Services Negotiating Committee.** (2022). psnc.org.uk.

76. **Pharmaceutical Services Negotiating Committee and British Medical Association.** (2019). The community pharmacy - a guide for general practitioners and practice staff.
77. **NHS services.** (2023). Find your local integrated care board (ICB). Find your local integrated care board (ICB) - NHS.
78. **Pharmaceutical Society of Ireland.** (2023). PSI data, Pharmacies. *Pharmaceutical Society of Ireland*.www.thepsi.ie/Libraries/Monthly_Statistics/Pharmacies_-_Website_Statistics.sflb.ashx.
79. **Pharmaceutical Society of Ireland.** (2008). Statutory Instrument No 488 of 2008. Regulation of Retail Pharmacy Businesses Regulations 2008. Dublin, Ireland. *Pharmaceutical Society of Ireland*.
80. **Pharmaceutical Society of Ireland.** (2015). Guidelines on Patient Consultation Areas in Retail Pharmacy Businesses to Facilitate Compliance with Regulation 4(3) of the Regulation of Retail Pharmacy Businesses Regulations 2008 (S.I. No. 488 of 2008). Version 2. *Pharmaceutical Society of Ireland*.
81. **Henman M.C.** (2020). Primary Health Care and Community Pharmacy in Ireland: a lot of visions but little progress. *Pharm Pract (Granada)*. **18**(4):2224.
82. **National Community Pharmacists Association - NCPA** (2021). NCPA Digest 2021: The voice of the community pharmacist. *National Community Pharmacists Association*.
83. **Community Pharmacy Enhanced Services Network.** (2022). EngageRx Services: The Best-Kept Secret to Achieving Business Metrics. <https://cpesn.com/solutions-payers>.
84. **Goode J.V., Owen J., Page A. and Gatewood S.** (2019). Community-Based Pharmacy Practice Innovation and the Role of the Community-Based Pharmacist Practitioner in the United States. *Pharmacy (Basel)*. **7**(3):106.
85. **Salgado T.M., Rosenthal M.M., Coe A.B., Kaefer T.N., Dixon D.L. and Farris K.B.** (2020). Primary healthcare policy and vision for community pharmacy and pharmacists in the United States. *Pharm Pract (Granada)*. **18**(3):2160.
86. **National Association of Pharmacy Regulatory Authorities.** (2022). National Statistics. <https://napra.ca/national-statistics>.
87. **Raiche T., Pammett R., Dattani S., Dolovich L., Hamilton K., Kennie - Kaulbach N., Mccarthy L. and Jorgenson D.** (2020). Community pharmacists' evolving role in Canadian primary health care: a vision of harmonization in a patchwork system. *Pharm Pract (Granada)*. **18**(4):2171.
88. **Canadian Foundation for Pharmacy.** (2022). Supporting innovation in pharmacy for a healthier Canada (Provincial Services Chart). <https://cfpnet.ca/publications/details/id/28>.
89. **Papastergiou J., Folkins C., Li W. and Zervas J.** (2014). Community pharmacist - administered influenza immunization improves patient access to vaccination. *Can Pharm J (Ott)*. **147**(6):359-365.
90. **Australian Government, Department of Health.** (2022). The Pharmacy Guild of Australia. Vital facts on community pharmacy. guild.org.au/_data/assets/pdf_file/0017/115127/Vital-Facts-Sept2022.pdf.
91. **Australian Government, Department of Health.** (2022). Seventh Community Pharmacy Agreement. guild.org.au/_data/assets/pdf_file/0028/93655/20200611-7CPA-signed-Agreement.pdf. *Australian Government, Department of Health*.
92. **Australian Government, Department of Health.** (2022). The Pharmacy Guild of Australia. <https://www.findapharmacy.com.au/our-services>. *Australian Government, Department of Health*.
93. **TAS.** (2023). ICPSA Monitoring Report. ICPSA Monitoring Report - TAS | Harnessing smart thinking on health for New Zealand.

94. **TAS.** (2023). Integrated Community Pharmacy Services Agreement (ICPSA). History of the Agreement. Integrated Community Pharmacy Services Agreement (ICPSA) - TAS | Harnessing smart thinking on health for New Zealand.
95. **Te Whatu Ora - Health New Zealand.** (2022). Integrated Community Pharmacy Services Agreement (variation 4, 01.10.2022).
96. **Eickhoff C., Griese - Mammen N., Müller U., Said A. and Schulz M.** (2021). Primary healthcare policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Germany. *Pharm Pract (Granada)*. **19**(1):2248.
97. **Statista.** (2022). Number of pharmacies in France as of January 1, 2020, by municipality size. <https://www.statista.com/statistics/752925/number-of-pharmacies-by-size-of-commune-france/>.
98. **République française.** (2022). Dossier pharmaceutique (vérifié le 07 octobre 2022). <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16033>.
99. **Norwegian Pharmacy Association.** (2023). Apotekforeningen. Key Figures 2022. *Pharmacies and pharmaceuticals in Norway*.
100. **Sveriges Apoteksförening.** (2022). Sveriges Apoteksförening. Branschrapport 2022 (annual report). http://www.sverigesapoteksforening.se/wp-content/uploads/2022/05/ENG_SVAP-Apoteksf%C3%B6reningen_%C3%A5rsrapport_2022_Korr1.pdf.
101. **Hammar T., Hellström L. and Ericson L.** (2020). The Use of a Decision Support System in Swedish Pharmacies Identify Potential Drug-Related Problems-Effects of a National Intervention Focused on Reviewing Elderly Patients' Prescriptions. *Pharmacy (Basel)*. **8**(3):118.
102. **Westerlund T. and Marklund B.** (2020). Community pharmacy and primary health care in Sweden - at a crossroads. *Pharm Pract (Granada)*. **18**(2):1927.
103. **Association of Finish Pharmacies.** (2021). Annual Review 2021. *Association of Finish Pharmacies*. https://www.apteekkariliitto.fi/media/vuosikatsaus_2021_en_lowres_final.pdf.
104. **Airaksinen M., Toivo T., Jokinen L., Savela E., Parkkamäki S., Sandler C., Kalliomäki H. and Dimitrow M.** (2021). Policy and vision for community pharmacies in Finland: A roadmap towards enhanced integration and reduced costs. *Pharm Pract (Granada)*. **19**(1):2288.
105. **Hansen R.N., Nørgaard L.S., Hedegaard U., Søndergaard L., Servilieri K., Bendixen S. and Rossing C.** (2021). Integration of and visions for community pharmacy in primary health care in Denmark. *Pharm Pract (Granada)*. **19**(1):2212.
106. **Republic of Estonia - State Agency of Medicines.** (2022). Statistical Yearbook of the State Agency of Medicines.
107. **Sepp K., Tuula A., Bobrova V. and Volmer D.** (2021). Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Estonia. *Pharm Pract (Granada)*. **19**(2):2404.
108. **Statistics Poland.** (2022). Pharmacies and pharmaceutical outlets in 2021. <https://stat.gov.pl/en/topics/health/health/pharmacies-and-pharmaceutical-outlets-in-2021,8,6.html>.
109. **Wiśniewski M., Religioni U. and Merks P.** (2020). Community Pharmacies in Poland - The Journey from a Deregulated to a Strictly Regulated Market. *Int J Environ Res Public Health*. **17**(23):8751.
110. **Andrzejewska M., Religioni U., Piątkiewicz P., Barańska A., Herda J., Czerw A., Krysiński J. and Merks P.** (2022). Public Perception of Pharmacists in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. **19**(5):2515.
111. **Merks P., Drozd M., Swieczkowski D., Białoszewski A., Sola K.F., Harezlak T., Chmielewska - Ignatowicz T. and Jaguszewski M.** (2020). A comparison of patient attitudes

towards community pharmacies in Poland and in England. *Acta Poloniae Pharmaceutica - Drug Research*. **77**(5):805-813.

112. **Waszyk - Nowaczyk M., Guzenda W., Plewka B., Michalak M., Cerbin - Koczorowska M., Stryczyński Ł., Byliniak M. and Ratka A.** (2020). Screening Services in a Community Pharmacy in Poznan (Poland) to Increase Early Detection of Hypertension. *J Clin Med*. **9**(8):2572.

113. **pharmaSuisse / Schweizerischer Apothekerverband.** (2022). Fakten und Zahlen Schweizer Apotheken 2021. <https://www.pharmasuisse.org/data/docs/de/45138/Fakten-und-Zahlen-pharmaSuisse-2021.pdf?v=1.0>.

114. **Erni P., von Overbeck J., Reich O. and Ruggli M.** (2016). netCare, a new collaborative primary health care service based in Swiss community pharmacies. *Res Social Adm Pharm*. **12**(4):622-626.

115. **Stämpfli D., Winkler B.A., Vilei S.B. and Burden A.M.** (2022). Assessment of minor health disorders with decision tree-based triage in community pharmacies. *Res Social Adm Pharm*. **18**(5):2867-2873.

116. **Statista.** (2022). Number of pharmacies in Spain in 2021, by autonomous community. <https://www.statista.com/statistics/778678/number-of-pharmacies-in-spain-by-autonomous-community/>.

117. **Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria.** (2022). Practical guide to Clinical Professional Pharmacy Services in Community Pharmacy. Madrid. *General Pharmaceutical Council of Spain*.

118. **Gastelurrutia M.A., Faus M.J. and Martínez - Martínez F.** (2020). Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Spain. *Pharm Pract (Granada)*. **18**(2):1999.

119. **Statista.** (2022). Number of pharmacies in Italy in selected years from 1990 to 2021. <https://www.statista.com/statistics/921044/number-of-pharmacies-in-italy/>.

120. **Caminati M., Senna G., Segala N., Bacchini M., Stefanizzi G., Bovo C., Schiappoli M. and Canonica G.W.** (2017). Evaluation of asthma control in the pharmacy: an Italian cross-sectional study. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. **49**(5):225-230.

121. **Caminati M., Cegolon L., Bacchini M., Segala N., Dama A., Bovo C., Olivieri B., Furci F. and Senna G.** (2021). The potential role of local pharmacies to assess asthma control: an Italian cross-sectional study. *BMC Public Health*. **21**(1):19.

122. **Omboni S., Mancinelli A., Rizzi F., Parati G. on behalf of the TEMPLAR - TeleMonitoring of blood Pressure in Local phARmacies Project Group.** (2019). Telemonitoring of 24-Hour Blood Pressure in Local Pharmacies and Blood Pressure Control in the Community: The Templar Project. *Am J Hyperten*. **32**(7):629-639.

123. **Pordata.** (2022). Pharmacies: number. pordata.pt/en/Portugal/Pharmacies+number-153.

124. **Ribeiro N., Mota - Filipe H., Guerreiro M.P. and Costa F.A.** (2020). Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Portugal. *Pharm Pract (Granada)*. **18**(3):2043.

125. **Félix J., Ferreira D., Afonso - Silva M., Gomes M.V., Ferreira C., Vandewalle B., Marques S., Mota M., Costa S., Cary M., Teixeira I., Paulino E., Macedo B. and Barbosa C.M.** (2017). Social and economic value of Portuguese community pharmacies in health care. *BMC Health Serv Re*. **17**(1):606.

126. **Armando P.D., Uema S.A. and Vega E.M.** (2020). Integration of Community pharmacy and pharmacists in primary health care policies in Argentina. *Pharm Pract (Granada)*. **18**(4):2173.

127. **Melo A.C., Trindade G.M., Freitas A.R., Resende K.A. and Palhano T.J.** (2021). Community pharmacies and pharmacists in Brazil: A missed opportunity. *Pharm Pract (Granada)*. **19**(2):2467.
128. **South Africa Department of Health.** (2003.) No 627. National Health Act, 2003. National Health Insurance Policy for South Africa towards Universal Health Coverage. *Government Gazette*. No 40955.
129. **Naidoo V., Suleman F. and Bangalee V.** (2020). The transition to universal health coverage in low and middle-income countries: new opportunities for community pharmacists. *J Pharm Policy Pract.* **13**:10.
130. **National Pharmacy Council.** (2021). Good pharmacy practice in Rwanda. Kigali, Rwanda.
131. **Pharmaceutical Services Division, Ministry of Health Malaysia.** (2016). Community pharmacy benchmarking guideline. Second edition.
132. **National Health Security Office - NHSO.** (2022). Strengthen primary care through pharmacies (15 November 2022). <https://eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/Strengthen-primary-care-through-pharmacies/480/EN-US>.
133. **Ελληνική Στατιστική Αρχή - ΕΛΣΤΑΤ.** (2022). Δελτίο τύπου: Έρευνα Επαγγελματιών Υγείας, Έτος 2021.
134. **Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας «Αρεταίος».** (2023). <https://www.logiscoopansyfa.gr/ipiresies-pfy-aretaios/>.
135. **AretaiosHealth.gr.** (2023). Η πλατφόρμα υπηρεσιών υγείας των συνεταιρισμένων φαρμακοποιών. <https://www.aretaioshealth.gr/portal/aretaeus/el/about>.
136. **AretaiosHealth.gr.** (2023). Τί είναι η υπηρεσία ανίχνευσης ατόμων με αδιάγνωστη αρτηριακή υπέρταση ή/και κοιλιακή μαρμαρυγή. [aretaioshealth.gr/portal/aretaeus/el/faq](https://www.aretaioshealth.gr/portal/aretaeus/el/faq).
137. **Εμβολιασμός Ενηλίκων «Ανιχνεύω».** (2023). Υπηρεσία ανίχνευσης εμβολιαστικών αναγκών ενηλίκων με έμφαση στον Έρπητα Ζωστήρα, την Πνευμονιοκοκκική Νόσο και την Γρίπη.
138. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2019). Υπουργική Απόφαση Γ5α/ Γ.Π. οικ. 49734/2019. Καθορισμός όρων, προϋποθέσεων και διαδικασίας πιστοποίησης φαρμακοποιών για την διενέργεια στα φαρμακεία εποχιακού εμβολιασμού και χορήγησης αντιεπιφανικού ορού στους πολίτες. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. ΦΕΚ 2811, τεύχος Β', 04.07.2019.
139. **Φαρμακευτικός Κόσμος - farmakeutikoskosmos.gr.** (2023). Οι πέντε νέες υπηρεσίες που έρχονται στα ελληνικά στα ελληνικά φαρμακεία (ημερομηνία δημοσίευσης 27.03.2023). Οι 5 νέες υπηρεσίες που έρχονται στα ελληνικά φαρμακεία.
140. **General Pharmaceutical Council - GPhC.** (2023). The GPhC register as of 31 May 2023 - Trend data. <https://www.pharmacyregulation.org/about-us/research/gphc-registers-data#previous>.
141. **NHS Business Services Authority - NHSBSA.** (2022). General Pharmaceutical Services England 2015/16 to 2021/22.
142. **Dewsbury C., Rodgers R.M. and Krska J.** (2015). Views of English Pharmacists on Providing Public Health Services. *Pharmacy (Basel)*. **3**(4):154-168.
143. **Butterworth J., Sansom A., Sims L., Healey M., Kingsland E. and Campbell J.** (2017). Pharmacists' perceptions of their emerging general practice roles in UK primary care: a qualitative interview study. *Br J Gen Pract.* **67**(662):e650-e658.
144. **Cooney E., O'Riordan D. and McSharry J.** (2022). Pharmacists' perceived role in supporting diabetes education and self-management in Ireland: a qualitative study. *HRB Open Res.* **4**:20.

145. **James K., Dolan E. and O'Brien E.** (2014). Making ambulatory blood pressure monitoring accessible in pharmacies. *Blood Press Monit.* **19**(3):134-139.
146. **Irish Pharmacy Union - IPU and Irish Heart Foundation.** (2018). IPU Pilot to Detect Hypertension and Atrial Fibrillation in the Community.
147. **Irish Pharmacy Union - IPU.** (2021). Annual review of community pharmacy in Ireland 2020 - KPMG report.
148. **Munger M.A., Walsh M., Godin J. and Feehan J.** (2017). Pharmacist's Demand for Optimal Primary Care Service Delivery in a Community Pharmacy: The OPTiPharm Study. *Ann Pharmacother.* **51**(12):1069-1076.
149. **Arya V., Bakken B.K., Doucette W.R., Gaither C.A., Kreling D.H., Mott D.A., Schommer J.C. and Witry M.J.** (2020). National pharmacist Workforce Study 2019, Final report.
150. **Kennie - Kaulbach N., Farrell B., Ward N., Johnston S., Gubbels A., Eguale T., Dolovich L., Jorgenson D., Waite N. and Winslade N.** (2012). Pharmacist provision of primary health care: a modified Delphi validation of pharmacists' competencies. *BMC Fam Pract.* **13**:27.
151. **Laliberté M.C., Perreault S., Damestoy N. and Lalonde L.** (2012). Ideal and actual involvement of community pharmacists in health promotion and prevention: a cross-sectional study in Quebec, Canada. *BMC Public Health.* **12**:192.
152. **Gerges S., Peter E., Bowles S.K., Diamond S., Bucci L.M., Resnick A. and Taddio A.** (2018). Pharmacists as vaccinators: An analysis of their experiences and perceptions of their new role. *Hum Vaccin Immunother.* **14**(2):471-477.
153. **Mansell K., Edmunds K. and Guirguis L.** (2017). Pharmacists' Scope of Practice: Supports for Canadians with Diabetes. *Can J Diabetes.* **41**(6):558-562.
154. **Laliberté M.C., Perreault S., Damestoy N. and Lalonde L.** (2013). The role of community pharmacists in the prevention and management of osteoporosis and the risk of falls: results of a cross-sectional study and qualitative interviews. *Osteoporos Int.* **24**(6):1803-1815.
155. **Taing M.W., Ford P.J., Gartner C.E. and Freeman C.R.** (2016). Describing the role of Australian community pharmacists in oral healthcare. *Int J Pharm Pract.* **24**(4):237-246.
156. **Freeman C.R., Abdullah N., Ford P.J. and Taing M.W.** (2017). A national survey exploring oral healthcare service provision across Australian community pharmacies. *BMJ Open.* **7**(9):e017940.
157. **Kritikos V.S., Reddel H.K. and Bosnic - Anticevich S.Z.** (2010). Pharmacists' perceptions of their role in asthma management and barriers to the provision of asthma services. *Int J Pharm Pract.* **18**(4):209-216.
158. **Hattingh H.L., Sim T.F., Parsons R., Czarniak P., Vickery A. and Ayadurai S.** (2016). Evaluation of the first pharmacist-administered vaccinations in Western Australia: a mixed-methods study. *BMJ Open.* **6**(9):e011948.
159. **Woodhams L., Chalmers L., Hillis G.S. and Sim T.F.** (2023). Developing community pharmacists' role in the management of type 2 diabetes and related microvascular complications: a nationwide survey in Australia. *Peer J.* **11**:e14849.
160. **Sim T.F., Wright B., Hattingh L., Parsons R., Sunderland B. and Czarniak P.** (2020). A cross-sectional survey of enhanced and extended professional services in community pharmacies: A pharmacy perspective. *Res Social Adm Pharm.* **16**(4):511-521.
161. **Tordoff J., Chang S.Y. and Norris P.T.** (2012). Community pharmacists' perceptions of services that benefit older people in New Zealand. *Int J Clin Pharm.* **34**(2):342-50.

162. **Smith A.J., Scahill S.L., Harrison J., Carroll T. and Medicott N.J.** (2018). Service provision in the wake of a new funding model for community pharmacy. *BMC Health Serv Res.* **18**(1):307.
163. **McDonald J., Morris C., Pledger M., Dunn P., Fa'asalele Tanuvasa A., Smiler K. and Cumming J.** (2021). A national survey of pharmacists and interns in Aotearoa New Zealand: provision and views of extended services in community pharmacies. *BMC Health Serv Res.* **21**(1):1147.
164. **Morris C., Wong M. and McKinlay E.** (2021). A qualitative study of community pharmacists' perceptions of their role in primary mental health care in New Zealand. *Int J Pharm Pract.* **29**(5):499-507.
165. **Union Nationale des Pharmacies de France - UNPF.** (2022). Le «Oui mais» des pharmaciens d' officine aux nouvelles missions. UNPF_Document_Sondage.pdf.
166. **Jokinen L., Puumalainen I. and Airaksinen M.** (2020). Factors associated with health service orientation and active product marketing orientation in Finnish community pharmacies: a nationwide study among private pharmacy owners. *BMC Health Serv Res.* **20**(1):667.
167. **Sepp K., Cavaco A.M., Raal A. and Volmer D.** (2021). Profession Driven Improvement of the Quality of Pharmacy Practice-Implementation of Community Pharmacy Services Quality Guidelines in Estonia. *Healthcare (Basel).* **9**(7):804.
168. **Volmer D., Ratassepp T., Shagandina A., Turunen J., Ahonen R. and Heinämäki J.** (2015). The role of community pharmacies in counseling of personal medical devices and drug-delivery products in Estonia. *Expert Rev Med Devices.* **12**(4):487-493.
169. **Sepp K., Kukk C., Cavaco A. and Volmer D.** (2020). How involvement of community pharmacies improves accessibility to and awareness about flu vaccination? - An example from Estonia. *Expert Rev Vaccines.* **19**(10):983-990.
170. **Cordina M., Safta V., Ciobanu A. and Sautenkova N.** (2008). An assessment of community pharmacists' attitudes towards professional practice in the Republic of Moldova. *Pharm Pract (Granada).* **6**(1):1-8.
171. **Bezverhni Z.** (2010). Consumers' and pharmacists' view on community pharmacy services in the republic of Moldova. *Farmacia.* **58**(3):378-390.
172. **Raczkiewicz D., Sarecka - Hujar B., Pawelczak - Barszczowska A. and Bojar I.** (2022). How do Polish pharmacy staff evaluate own qualifications, competences, relevance, motivation, effectiveness in health promotion? *Health Promot Int.* **37**(1):daab043.
173. **Merks P., Religioni U., Bilmin K., Lewicki J., Jakubowska M., Waksmundzka - Walczuk A., Czerw A., Barańska A., Bogusz J., Plagens - Rotman K., Świetlik D., Drelich E., Świczkowski D., Lambert J., Jaguszewski M., Juszczyk G., Balkhi B. and Vaillancourt R.** (2021). Readiness and Willingness to Provide Immunization Services after Pilot Vaccination Training: A Survey among Community Pharmacists Trained and Not Trained in Immunization during the COVID-19 Pandemic in Poland. *Int J Environ Res Public Health.* **18**(2):599.
174. **Kopciuch D., Paczkowska A., Zaprutko T., Ratajczak P., Nowakowska E. and Kus K.** (2021). A survey of pharmacists' knowledge, attitudes and barriers in pharmaceutical care concept in Poland. *BMC Med Educ.* **21**(1):458.
175. **Goniewicz M.L., Lingas E.O., Czogala J., Koszowski B., Zielinska - Danch W. and Sobczak A.** (2010). The Role of Pharmacists in Smoking Cessation in Poland. *Eval Health Prof.* **33**(1):81-95.
176. **Employed community Pharmacists in Europe - EPHEU.** (2022). <https://epheu.eu/hungary-more-about-pharmacy/>.

177. **Felkai P.P.** and **Iván Z.** (2019). Managing Medical Emergencies in Hungarian Pharmacies. *Pharmacy (Basel)*. **7**(3):95.
178. **Rondeaux S., Braeckman T., Beckwé M., Biset N., Maesschalck J., Duquet N., De Wulf I., Devroey D. and De Vriese C.** (2022). Diabetes and Cardiovascular Diseases Risk Assessment in Community Pharmacies: An Implementation Study. *Int J Environ Res Public Health*. **19**(14):8699.
179. **Deibl S., Mueller D., Kirchdorfer K., Stermer G., Hoppel M. and Weidmann A.E.** (2020). Self-reported clinical pharmacy service provision in Austria: an analysis of both the community and hospital pharmacy sector-a national study. *Int J Clin Pharm*. **42**(4):1050-1060.
180. **Lindner N., Riesenhuber M., Müller - Uri T. and Weidmann A.E.** (2022). The role of community pharmacists in immunisation: a national cross-sectional study. *Int J Clin Pharm*. **44**(2):409-417.
181. **Santolaya M., Aldea M., Grau J., Estrada M., Barau M., Buron A., Francesc M., Castell A., Rodriguez C., Gascón P., Rius P., Guayta - Escolies R. and Procolon Research Group.** (2017). Evaluating the appropriateness of a community pharmacy model for a colorectal cancer screening program in Catalonia (Spain). *J Oncol Pharm Pract*. **23**(1):26-32.
182. **Della Polla G., Napolitano F., Pelullo C.P., De Simone C., Lambiase C. and Angelillo I.F.** (2020). Investigating knowledge, attitudes, and practices regarding vaccinations of community pharmacists in Italy. *Hum Vaccin Immunother*. **16**(10):2422-2428.
183. **Della Polla G., Pelullo C.P., Napolitano F., Lambiase C., De Simone C. and Angelillo I.F.** (2020). Knowledge, Attitudes, and Practices towards Infectious Diseases Related to Travel of Community Pharmacists in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. **17**(6):2147.
184. **Figueira I., Teixeira I., Rodrigues A.T., Gama A. and Dias S.** (2022). Point-of-care HIV and hepatitis screening in community pharmacies: a quantitative and qualitative study. *Int J Clin Pharm*. **44**(5):1158-1168.
185. **Viegas R., Godinho C.A. and Romano S.** (2021). Physical activity promotion in community pharmacies: pharmacists' attitudes and behaviours. *Pharm Pract (Granada)*. **19**(3):2413.
186. **Reis T.M., Guidoni C.M., Giroto E., Rascado R.R., Mastroianni P.C., Cruciol J.M. and Pereira L.R.L.** (2015). Pharmaceutical care in Brazilian community pharmacies: Knowledge and practice. *Afr J Pharm Pharmacol*. **9**(9):287-294.
187. **Abdel - Latif M.M.M., Hassan S.B. and Sabra K.** (2021). The Status of Community Pharmacy in Egypt: Are community pharmacies ready to deliver clinical pharmacy services at the national level? *Bull Pharm Sci Assiut University*. **44**(1):99-110.
188. **Medhat M., Sabry N. and Ashoush N.** (2020). Knowledge, attitude and practice of community pharmacists towards nutrition counseling. *Int J Clin Pharm*. **42**(6):1456-1468.
189. **Tesfaye Z.T. and Yismaw M.B.** (2020). Community's extent of use and approval of extended pharmacy services in community pharmacies in Southwest Ethiopia. *PLoS One*. **15**(4):e0230863.
190. **Erku D.A. and Mersha A.G.** (2017). Involvement of community pharmacists in public health priorities: A multi-center descriptive survey in Ethiopia. *PLoS One*. **12**(7):e0180943.
191. **Mensah K.B., Oosthuizen F. and Bangalee V.** (2020). Cancer health promotion in Ghana: A survey of community pharmacists' perception and barriers. *J Oncol Pharm Pract*. **26**(6):1361-1368.
192. **Henneh A.H. and Teg - Nefaa Tabong P.** (2022). Community pharmacists perception and role in the prevention and management of cardiovascular disease conditions: Evidence from Ghana. *Int J Health Plann Manage*. **37**(5):2794-2808.

193. **Mdege N.D., Chevo T. and Toner P.** (2016). Perceptions of current and potential public health involvement of pharmacists in developing nations: The case of Zimbabwe. *Res Social Adm Pharm.* **12**(6):876-884.
194. **Chiutsi D., Suleman F. and Perumal - Pillay V.A.** (2022). Extending Pharmacist Roles in Primary Healthcare to Meet the Needs of Universal Health Coverage in Zimbabwe: A Pharmacist Perspective and Curriculum Evaluation. *Pharmacy (Basel).* **10**(3):54.
195. **Olutuase V.O., Adeniyi M.A., Adewuyi E.O., Olutuase S.O. and Khanal V.** (2021). Knowledge and attitude of community pharmacists towards the practice of pharmaceutical public health in north-central Nigeria. *Journal of Science and Practice of Pharmacy.* **8**(1):406-416.
196. **Osemene K.P. and Erhun W.O.** (2018). Evaluation of community pharmacists' involvement in public health activities in Nigeria. *Braz J Pharm Sci.* **54**(3):e17447.
197. **Olumide I.S. and Oladipo O.H.W.** (2015). Knowledge, attitudes and participation of community pharmacists in Lagos State, Nigeria towards primary health care (PHC). *Journal of Public Health and Epidemiology.* **7**(1):15-19.
198. **Ihekoronye M.R. and Osemene K.P.** (2022). Evaluation of the Participation of Community Pharmacists in Primary Healthcare Services in Nigeria: A Mixed-Method Survey. *Int J Health Policy Manag.* **11**(6):829-839.
199. **Naidoo V., Suleman F. and Bangalee V.** (2021). Roles and reimbursement of pharmacists as South Africa transitions towards Universal Health Coverage (UHC): An online survey-based study. *PLoS One.* **16**(9):e0257348.
200. **Nsengimana A., Biracyaza E., Hategekimana J.C., Tuyishimire J., Nyiligira J. and Rutembesa E.** (2022). Attitudes, perceptions, and barriers of community pharmacists in Rwanda towards health promotion: a cross sectional study. *Arch Public Health.* **80**(1):157.
201. **Mohamed S.S., Mahmoud A.A. and Ali A.A.** (2013). Involvement of Sudanese community pharmacists in public health activities. *Int J Clin Pharm.* **35**(3):393-400.
202. **Nurfirda Kristina S.A. and Hanifah S.** (2021). Readiness to provide immunization services among community pharmacists in Yogyakarta, Indonesia. *Res J of Pharm Technol.* **14**(5):2543-2547.
203. **Kristina S.A., Aditama H. and Annisa M.** (2022). Pharmacists' willingness to administer COVID-19 vaccine: A survey from Yogyakarta community pharmacists. *Pharm Sci Asia.* **49**(3):217-222.
204. **Wibowo Y., Parsons R., Sunderland B. and Hughes J.** (2015). Evaluation of community pharmacy-based services for type-2 diabetes in an Indonesian setting: pharmacist survey. *Int J Clin Pharm.* **37**(5):873-882.
205. **Qamar M., Koh C.M., Choi J.H. and Mazlan N.A.** (2022). Community pharmacist's knowledge towards the vaccination and their willingness to implement the community-based vaccination service in Malaysia. *J Appl Pharm Sci.* **12**(06):128-139.
206. **Ang W.C., Fadzil M.S., Ishak F.N., Adenan N.N. and Nik Mohamed M.H.** (2022). Readiness and willingness of Malaysian community pharmacists in providing vaccination services. *J Pharm Policy Pract.* **15**(1):81.
207. **Loh P., Chua S.S. and Karuppanan M.** (2021). The extent and barriers in providing pharmaceutical care services by community pharmacists in Malaysia: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* **21**(1):822.
208. **Wong Y.J., Thum C.C., Ng K.Y. and Lee S.W.H.** (2023). Engaging community pharmacists in tuberculosis-directly observed treatment: a mixed-methods study. *Prim Health Care Res Dev.* **24**:e21.

209. **Kc B., Khan T.M., Xuan W.Y., Alrasheedy A.A., Mohamed Ibrahim M.I. and Leggat P.A.** (2020). Travel health-related activities and services provided by community pharmacies in Selangor, Malaysia: A cross-sectional analysis. *Travel Med Infect Dis.* **33**:101463.
210. **Hashmi F., Hassali M.A., Saleem F., Saeed H., Islam M., Malik U.R., Atif N. and Babar Z.U.** (2021). Perspectives of community pharmacists in Pakistan about practice change and implementation of extended pharmacy services: a mixed method study. *Int J Clin Pharm.* **43**(4):1090-1100.
211. **Arif R., Khan A.Z., Hammad M., Ghani U., Vaddepalli R. and Sanker V.** (2023). Current Practices and Perceived Role of Community Pharmacists in Type 2 Diabetes Services in Pakistan. *Cureus.* **15**(4):e37311.
212. **Alzubaidi H., Saidawi W. and Mc Namara K.** (2018). Pharmacist views and pharmacy capacity to deliver professional services in the United Arab Emirates. *Int J Clin Pharm.* **40**(5):1106-1115.
213. **Palaian S., Alomar M., Hassan N. and Boura F.** (2022). Opportunities for extended community pharmacy services in United Arab Emirates: perception, practice, perceived barriers and willingness among community pharmacists. *J Pharm Policy Pract.* **15**(1):24.
214. **Asab M.A., Abushams L., Albsoul A. and Wazaify M.** (2019). "A Decade in Leaps and Bounds": Pharmacy in Jordan-rivisited. *Jordan Journal of Pharmaceutical Sciences.* **12**(3).
215. **Mukattash T.L., Bazzi N.H., Nuseir K.Q., Jarab A.S., Abu - Farha R.K. and Khmour M.R.** (2018). Pharmaceutical care in community pharmacies in Jordan: a public survey. *Pharm Pract (Granada).* **16**(2):1126.
216. **Elayeh E., Akour A., Almadaeen S., AlQhewii T. and Basheti I.A.** (2017). Practice of pharmaceutical care in community pharmacies in Jordan. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research.* **16**(2):463-470.
217. **Alnahr S.A., Gkountouras G., Darwish R.M. and Bates I.** (2022). Community pharmacists workforce readiness to deliver vaccination services: A cross-sectional study from Jordan. *Pharmacol Res Perspect.* **10**(2):e00943.
218. **El Hajj M.S., Al-Saeed H.S. and Khaja M.** (2016). Qatar pharmacists' understanding, attitudes, practice and perceived barriers related to providing pharmaceutical care. *Int J Clin Pharm.* **38**(2):330-343.
219. **El Hajj M.S., Al Nakeeb R.R. and Al-Qudah R.A.** (2012). Smoking cessation counseling in Qatar: community pharmacists' attitudes, role perceptions and practices. *Int J Clin Pharm.* **34**(4):667-76.
220. **El Hajj M.S., Abu Yousef S.E. and Basri M.A.** (2018). Diabetes care in Qatar: a survey of pharmacists' activities, attitudes and knowledge. *Int J Clin Pharm.* **40**(1):84-93.
221. **AlMukdad S., Zaghloul N., Awaisu A., Mahfoud Z.R., Kheir N. and El Hajj M.S.** (2021). Exploring the Role of Community Pharmacists in Obesity and Weight Management in Qatar: A Mixed-Methods Study. *Risk Manag Healthc Policy.* **14**:2771-2787.
222. **El Hajj M.S. and Hamid Y.** (2011). Breast cancer health promotion in Qatar: a survey of community pharmacists' interests and needs. *Int J Clin Pharm.* **33**(1):70-79.
223. **Shami R., Alam M.F. and ElHajj M.S.** (2022). The role of community pharmacists in depression management: a survey of attitudes, practices and perceived barriers. *Int J Clin Pharm.* **44**(1):214-226.
224. **World Health Organization.** (2023). Mental health (who.int). Geneve. *World Health Organization.*

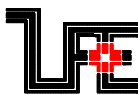
225. **Awad A. and Abahussain E.** (2010). Health promotion and education activities of community pharmacists in Kuwait. *Pharm World Sci.* **32**(2):146-153.
226. **Awad A. and Waheedi M.** (2012). Community Pharmacists role in obesity treatment in Kuwait: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* **12**:863.
227. **Katoue M.G., Awad A.I. and Kombian S.B.** (2013). Role of community pharmacists in the prevention and management of the metabolic syndrome in Kuwait. *Int J Clin Pharm.* **35**(1):57-64.
228. **Hallit S., Selwan C.A. and Salameh P.** (2020). Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Lebanon. *Pharm Pract (Granada).* **18**(2):2003.
229. **Hijazi M.A., Shatila H., El-Lakany A., Al Rifai H., Aboul - Ela M. and Naja F.** (2020). Role of community pharmacists in weight management: results of a national study in Lebanon. *BMC Health Serv Res.* **20**(1):386.
230. **Youssef D., Abou - Abbas L., Farhat S. and Hassan H.** (2021). Pharmacists as immunizers in Lebanon: a national survey of community pharmacists' willingness and readiness to administer adult immunization. *Hum Resour Health.* **19**(1):131.
231. **Chahine B., Cherfane M., Sakr F., Safwan J., Dabbous M., Akel M. and Rahal M.** (2021). Community pharmacists' perceptions and role in the management of common dermatological problems in Lebanon: a cross-sectional study. *Int J Pharm Pract.* **29**(6):573-579.
232. **Ministry of Health, State of Palestine.** (2021). Health Annual Report 2020. Palestine.
233. **Al-Ramahi R., Alkhaleq A.A., Malawani A., Laboom K., Rajab S. and Kittani S.** (2016). The Present and Future of Pharmaceutical Care in Palestine: A Survey among Pharmacists. *Palestinian Medical and Pharmaceutical Journal.* **1**(2):59-64.
234. **Shawahna R. and Awawdeh H.** (2021). Pharmacists' knowledge, attitudes, beliefs, and barriers toward breast cancer health promotion: a cross-sectional study in the Palestinian territories. *BMC Health Serv Res.* **21**(1):429.
235. **Almanasef M., Almaghaslah D., Kandasamy G., Vasudevan R. and Batool S.** (2021). Involvement of Community Pharmacists in Public Health Services in Asir Region, Saudi Arabia: A Cross-sectional Study. *Int J Clin Pract.* **75**(12):e14940.
236. **Balkhi B., Aljadhey H., Mahmoud M.A., Alrasheed M., Pont L.G., Mekonnen A.B. and Alhawassi T.M.** (2018). Readiness and willingness to provide immunization services: a survey of community pharmacists in Riyadh, Saudi Arabia. *Saf in Health.* **4**:1.
237. **Alshahrani A.M. and Alsheikh M.Y.** (2021). Community Pharmacists' Perceptions, Barriers, and Willingness for Offering Sexual and Reproductive Health Services. *Int J Environ Res Public Health.* **18**(20):10735.
238. **Almaghaslah D., Almanasef M., Vasudevan R., Kandasamy G., Venkatesan K., Batool S., Alqadi K.A., Alshehri R.D. and Alasmari S.A.** (2022). Community pharmacists' knowledge, attitude and practice of oral health care in Asir region, Kingdom of Saudi Arabia. *Int J Dent Hyg.* **20**(4):732-738.
239. **Madkhali O.A. and Alzahrani F.** (2022). Community Pharmacists' Perceptions of Their Role in Provision of Anemia Management in Jazan Region, Saudi Arabia, and the Associated Barriers. *Healthcare (Basel).* **10**(8):1452.
240. **Yousuf S.A., Alshakka M., Badulla W.F.S., Ali H.S. and Shankar P.R. and Mohamed Ibrahim M.I.** (2019). Attitudes and practices of community pharmacists and barriers to their participation in public health activities in Yemen: mind the gap. *BMC Health Serv Res.* **19**(1):304.

ATTITUDES AND PERCEPTIONS OF PHARMACISTS REGARDING THEIR CONTRIBUTION IN THE PHARMACY AREA TO THE PROVISION OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICES

Stylianos Panos, T.C. Constantinidis, Evangelia Nena and Christos Kontogiorgis

Programm of Postgraduate Studies Primary Health Care, Social Medicine and Pharmaceutical Care, organized by Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

Abstract: Aim of this study is to investigate the attitudes and perceptions of pharmacists of private pharmacies, which are based in the geographical boundaries of the Municipality of Thessaloniki, in relation to their contribution to the provision of Primary Health Care services in the pharmacy area. A cross-sectional study was conducted with a sample of pharmacists working in community pharmacies, in June 2022. To carry out the research, a questionnaire consisting of 19 questions was created. Statistical analysis was performed with the statistical package Jamovi 2.3.26. The sample consisted of 154 pharmacists, 68.2% were women and 31.8% were men. The services with the highest mean were instructions for the correct use of medicines, blood pressure measurement and testing for Covid-19. 61.2% spend 6-10 minutes providing a service. The majority (70.8%) perceive Pharmaceutical Care as a process in the context of which the pharmacist collaborates with the patient and other health professionals. 55.6% perceives the PHC services as the set of integrated services that aim to maintain and promote health. Pharmacists have positive attitudes towards their utilization for the purpose of providing health services and implementing programs. Gender and working relationship are related to the formation of a specific area of health services provision and age with the institutionalization of lifelong education and training. In conclusion pharmacists provide a large number of services and have positive attitudes towards their utilization. Health policies should focus on supporting them.



ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΥΧΕΝΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Παναγιώτης Τσιουτσιούλης

B.A., M.Sc., M.B.A.

Περίληψη: Η αντιμετώπιση των παθήσεων του αυχένα συνεπικουρείται πλέον από την τεχνολογία και τα επιτεύγματα αυτής, όπως η τεχνητή νοημοσύνη που αποτελεί την εξέλιξη της πληροφορικής στα υπολογιστικά συστήματα και στις γλώσσες προγραμματισμού, ώστε να αποφεύγονται τα ανθρώπινα λάθη και να μεγιστοποιείται η απόδοση σε κάθε επιστημονικό ή τεχνολογικό τομέα. Η αυτοματοποίηση της τεχνολογίας με τη χρήση της τεχνητής νοημοσύνης εφαρμόζεται πλέον και στην ιατρική επιστήμη και της ρομποτικής χειρουργικής οδηγεί αναπόφευκτα στην εγκατάλειψη των παραδοσιακών χειρουργικών μεθόδων και στην αντικατάσταση της από σύγχρονες, αναίμακτες τεχνικές που ελαχιστοποιούν τον χρόνο αντιμετώπισης των ασθενών και τελειοποιούν το χειρουργικό αποτέλεσμα. Οι περιοχές όπου η τεχνητή νοημοσύνη χρησιμοποιείται πιο συχνά είναι οι χειρουργικοί τομείς της ιατρικής. Πολλές εφαρμογές που σχετίζονται με τη χρήση της τεχνητής νοημοσύνης, ειδικά οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές προβλέψεις αυξάνονται στη βιβλιογραφία. Τόσο η νευροχειρουργική όσο και η ωτορινολαρυγγολογία έχουν πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα στις μελέτες τεχνητής νοημοσύνης και οι εφαρμογές είναι υποψήφιος των μελλοντικών βοηθών χειρουργικής στον κόσμο. Σε αυτό το άρθρο, δίνονται πρόσφατες μελέτες τεχνητής νοημοσύνης που χρησιμοποιούνται σε χειρουργικές επεμβάσεις κεφαλής και τραχήλου και νευροχειρουργικές.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μελέτη των αυχενικών παθήσεων και η σύγκριση σύγχρονων ερευνών για την εξαγωγή συμπερασμάτων που θα βοηθήσουν τον κάθε ασθενή να βελτιώσει τον τρόπο ζωής του. Αναλύονται διεξοδικά η παθολογοανατομία του αυχένα, τα γενικά χαρακτηριστικά του αυχένα και τα ειδικά σε επιμέρους παραγράφους, καθώς επίσης και οι αρθρικές αποφύσεις.

Οι αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης, δηλαδή οι αρθρώσεις των σπονδυλικών τόξων, των σπονδυλικών σωμάτων, οι κρανιοσπονδυλικές, οι σπονδυλοπλευρικές αρθρώσεις και οι ιερολαγόνιες αποτελούν τις κύριες αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης. Τα κύρια χαρακτηριστικά των σπονδύλων περιγράφονται αναλυτικά και είναι το σπονδυλικό τρήμα, το σπονδυλικό τόξο, οι αποφύσεις και το σπονδυλικό σώμα, ενώ τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αναφέρονται ανά μοίρα με εξαίρεση τους δύο πρώτους αυχενικούς σπονδύλους που διαφέρουν από τους υπόλοιπους.

Μετά την περιγραφή των αρθρικών αποφύσεων ταξινομούνται οι παθήσεις και οι τραυματισμοί του αυχένα. Εντρυφούμε στην αυχενική δυσκοπάθεια, την αυχεναλγία, την αυχενική ριζοπάθεια, τον αυχενικό ίλιγγο, την αυχενική μυελοπάθεια, τα κατάγματα και εξάρθραμα ΑΜΣΣ και τους μυοσκελετικούς όγκους ΑΜΣΣ.

Συνεχίζουμε με τις αιτίες και τα συμπτώματα που τις προκαλούν και προτείνουμε μεθόδους θεραπείας των αυχενικών παθήσεων για να μετριάσουμε τα συμπτώματα που μπορεί να είναι από ελάχιστονο σημασίας, όπως πόνος στον αυχένα, ίλιγγος, αίσθημα καύσου των άνω και κάτω άκρων, μυρμηγκιάσματα, πονοκέφαλος, αρτηριακή υπέρταση μέχρι μείζονος με ημιπληγία ή παραπληγία άνω και κάτω άκρων που παραπέμπουν άμεσα σε χειρουργική επέμβαση. Τα αίτια που οδηγούν στις αυχενικές παθήσεις είναι πολυπαραγοντικής αιτιολογίας και οφείλονται σε καταπόνηση του αυχένα και εκδήλωση συμπτωμάτων δυσκοπάθειας από φθορά του δίσκου λόγω ατυχήματος ή φυσιολογικής φθοράς.

Επίσης, είναι παθήσεις όπως η σπονδυλοαρθρίτιδα που δημιουργεί οστεόφυτα. Άλλοι παράγοντες είναι οι μικροτραυματισμοί από άσκηση ή κακή στάση σώματος, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επιβαρύνουν τον αυχένα και δημιουργούν μυϊκές συσπάσεις. Προτείνονται θεραπείες που θα βοηθήσουν στην αποσυμφόρηση των αιτιών με τη χρήση αρχικά κολάρου παράλληλα με την συντηρητική αγωγή που περιλαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή και την φυσικοθεραπεία, ενώ παράλληλα αναλύονται και εναλλακτικές μέθοδοι αποκατάστασης μέσα στο νερό, η υδροθεραπεία και η λουτροθεραπεία, ο βελονισμός και τα οφέλη αυτών. Επίσης, το άρθρο αναφέρεται στις χειρουργικές μεθόδους αντιμετώπισης πρόσθιας ή οπίσθιας προσπέλασης που αξιολογούνται από τον θεράποντα ιατρό. Γίνεται σύγκριση ερευνητικών

μεθόδων, παραθέτονται τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα των επιστημονικών μελετών για τον αυχένα και προτείνονται λύσεις για την αντιμετώπιση του αυχενικού πόνου που προσδιορίζεται πλέον σαν χρόνια πάθηση και σαν την τέταρτη αιτία αναπηρίας παγκοσμίως.

Η σπονδυλική στήλη αποτελείται από σπονδύλους και μεσοσπονδύλιους δίσκους, το σκελετό του αυχένα και της ράχης. Οι σπόνδυλοι ενός ατόμου ενήλικου είναι 33 και εντοπίζονται κατά περιοχές: 5 ιεροί, 5 οσφυϊκοί, 4 κοκκυγικοί, 12 θωρακικοί και 7 αυχενικοί. Οι ανώτεροι είναι οι αυχενικοί, οι θωρακικοί, οι οσφυϊκοί, 25 στο σύνολο και οι κατώτεροι, οι ιεροί και οι κοκκυγικοί που είναι 9. Υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις όσον αφορά τους σπονδύλους και αντί να υφίστανται 33, να υπάρχουν 32 ή 34. Αυτό οφείλεται στο φύλο, στην παρουσία κάποιων γενετικών παθήσεων και ανωμαλιών οφειλόμενων σε επίκτητους ή μεταλλαξιόγόνους παράγοντες, όπως η ραδιενέργεια, η χημική έκθεση του εμβρύου ή της εγκύου, το αλκοόλ, η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, το κάπνισμα, η κληρονομική σύσταση του DNA που μεταφέρει τα γονίδια της κάθε φυλής από γενεά σε γενεά. Αντιθέτως ο αριθμός των αυχενικών σπονδύλων είναι σταθερός και δεν αλλάζει ούτε στα σπονδυλωτά γι' αυτό όταν υπάρχει ένδειξη κάκωσης πρέπει να εξετάζεται η θωρακική και η οσφυϊκή μοίρα για να εντοπίζεται ακριβώς που είναι η βλάβη.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΑΥΧΕΝΑ

Αυχενική δισκοκήλη: Η αυχενική δισκοκήλη ή κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου όπως είναι αλλιώς γνωστή, παρατηρείται συνήθως στα μεσοσπονδύλια διαστήματα A5-A6 (ποσοστό 51%) και A6-A7 (ποσοστό 24%) εξαιτίας της επιβάρυνσης και της κινητικότητας στα επίπεδα αυτά είναι σε ποσοστό 15-17%, κήλη μπορεί να εμφανισθεί και στο A4-A5 μεσοσπονδυλικό επίπεδο, όπως και σε όλα τα μεσοσπονδύλια διαστήματα της αυχενικής μοίρας. Επίσης η απότομη κάμψη της αυχενικής μοίρας κατά την διάρκεια μια πρόσκρουσης με το κεφάλι επιφέρει τραυματισμό στην αυχενική μοίρα από έναν απλό μυϊκό τραυματισμό έως κάτι σοβαρότερο, όπως η εμφάνιση δισκοκήλης ή ακόμα και το κάταγμα αυχένα. Είναι δυνατό ακόμα να προκληθεί κήλη μεσοσπονδύλιου χωρίς κάταγμα του σπονδύλου. Η τοποθέτηση των μεσοσπονδύλιων δίσκων μπροστά στο κέντρο του τρήματος στον αυχένα έχει σαν επακόλουθο η δισκοκήλη να προξενεί νευρικά ερεθίσματα και άλγος, αιμωδίες, μυρμηγκιάσματα και αλλά σοβαρότερα συμπτώματα όπως μυϊκή ατροφία. Τα νεύρα του νωτιαίου μυελού που βρίσκονται στον αυχένα έχουν την ίδια αρίθμηση με τον αντίστοιχο σπόνδυλο, έτσι συμπίπτουν όταν αριθμούμε με βάση την δισκοκήλη. Τα συμπτώματα μιας δισκοκήλης που περνάει από πολλά στάδια, από μια απλή πρόπτωση του δίσκου έως ολική πίεση της κήλης στο νωτιαίο σάκο είναι πόνος στον λαιμό, στον ώμο, στον βραχίονα και στην άκρα χείρα μέχρι την ημιπληγία

και την παραπληγία σε σοβαρότερες καταστάσεις που υποτροπιάσαν συνεχόμενα. Κύρια αιτία της δισκοκήλης είναι η βιοχημική αλλοίωση της σύνθεσης του μεσοσπονδύλιου δίσκου. Η εκφύλιση του μεσοσπονδύλιου δίσκου, απώλεια τις ικανότητας των πρωτεογλυκανών να δεσμεύουν ύδωρ οδηγεί σε αφυδάτωση του δίσκου με αποτέλεσμα την αλλοίωση της δομής του και δημιουργία ρήξεων στην περιφέρεια του ινώδους δακτυλίου. Αυτό θα έχει σαν συνέπεια την πρόπτωση του πηκτοειδή πυρήνα διαμέσου του δακτυλίου ινώδους υφής και του πηκτοειδούς πυρήνα που προβάλλει από το σημείο ρήξης ως «εξόγκωμα» . Παρατηρείται συχνά, ο πηκτοειδής πυρήνας να εισχωρεί μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα (στον νωτιαίο χώρο) και γι' αυτόν το λόγο οι αυχενικές δισκοκήλες είναι συνήθως εμφανείς στην πίσω πλευρά της αυχενικής μοίρας. Οι αιτίες της δισκοκήλης είναι η καταπόνηση μηχανικής φύσεως που οφείλεται στη συμμετοχή αθλητικών δραστηριοτήτων, η λάθος τήρηση στάσης σώματος που μπορεί να επιφέρει βλάβες κατασκευαστικές στην ανατομία του αυχένα, καθώς επίσης και τραυματισμοί από τροχαία και άλλα ατυχήματα όπως: των σπονδυλικών αρθρώσεων, των μυών του αυχένα, των συνδέσμων και κυρίως των μεσοσπονδυλίων δίσκων, με ρήξη του δακτυλίου ινώδους υφής και πρόπτωση του πυρήνα πηκτοειδούς σύνθεσης. Η ηλικία του ατόμου και η φθορά των δίσκου λόγω της μη αιμάτωσής του, αποτελούν πρόσθετους παράγοντες που ενισχύουν τον κίνδυνο δημιουργίας κήλης. Άλλοι παράγοντες όπως προαναφέρθηκε είναι οι τραυματισμοί της σπονδυλικής στήλης και ιδιαίτερα του αυχένα καθώς και φλεγμονώδους, νεοπλασματικής ή εκφυλιστικής αιτιολογίας βλάβες στην ανατομική κατασκευή της περιοχής του αυχένα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΥΧΕΝΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Πολλά είναι τα συμπτώματα του αυχενικού συνδρόμου και ανάλογα με τη βαρύτητα της ασθένειας. Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι: πόνος και δυσκαμψία στον αυχένα, ζαλάδες, πονοκέφαλοι, πόνος που φτάνει έως τους ώμους και τα άνω άκρα, με μουδιάσματα στα δάχτυλα. Οι δυσλειτουργίες αυτές, μπορεί να έχουν αιτία διάφορες παθολογικές καταστάσεις που επηρεάζουν τους μύες της σπονδυλικής στήλης, τα οστά, τις αρθρώσεις και τα νεύρα ή μπορεί να οφείλονται σε μη παθολογικές καταστάσεις, όπως: ψυχολογικοί παράγοντες, άγχος, ένταση κ.ά.

Αυχενική δισκοπάθεια: Η λόρδωση του αυχένα μπορεί να χάσει τη φυσιολογική της στάση, όταν καταπονείται από συχνή κίνηση του κεφαλιού για πολλή ώρα προς τα κάτω ή γύρισμα από την μία πλευρά (λόγω προβλημάτων ακοής, όρασης, κακού ύπνου ή εργασίας). Οι δίσκοι καθώς πιέζονται πολύ λόγω πολλαπλάσιας φόρτισης, φθείρονται και προκαλούν πόνο.

Σπονδυλοαθρίτιδα: Όσο προχωρά η ηλικία, εκφυλίζονται οι αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης (δημιουργούνται τα γνωστά αρθριτικά).

Οστεόφυτα: Τα «άλατα» που δημιουργούνται στον αυχένα, στη πορεία τους ερεθίζουν τα νεύρα, δημιουργώντας πόνο και τσιμπήματα.

Σπονδυλολίθωση: Πρόκειται για κακώσεις του αυχένα που έχουν δημιουργηθεί από κάποιο ατύχημα ή από πτώση. Μυϊκές συσπάσεις: Συνήθως δημιουργούνται από απότομη κίνηση ή από ξαφνικές εναλλαγές θερμοκρασίας.

Μικροτραυματισμοί: Πρόκειται για μικροτραυματισμούς, από άγαρμπη γυμναστική, κακή στάση, κ.ά.

Στρες: Η ένταση που δημιουργείται στο σώμα από το στρες, δεν το αφήνει να χαλαρώσει, με αποτέλεσμα την δημιουργία πόνου στον αυχένα.

Τραυματική σπονδυλολίθωση του άξονα της αυχενικής μοίρας: Εφόσον ο πόνος και οι ενοχλήσεις γίνονται συχνότεροι, πρέπει ο ασθενής να επισκεφθεί έναν Ορθοπεδικό, ώστε να διαπιστώσει από τί πάσχει.

Ο γιατρός ανάλογα τα συμπτώματα που θα αναφερθούν και τα αποτελέσματα της πραγματοποιηθείσας κλινικής εξέτασης, θα ζητήσει και κάποιες συμπληρωματικές διαγνωστικές εξετάσεις (ακτινογραφίες, αιματολογικές εξετάσεις κ.λπ.). Στην περίπτωση που θεωρήσει ότι είναι αναγκαίο θα προβεί στη διενέργεια μαγνητικής ή αξονικής τομογραφίας. Η μαγνητική τομογραφία, η οποία δείχνει περισσότερες λεπτομέρειες, είναι απολύτως ακίνδυνη και απεικονίζει όλα τα στοιχεία του σκελετού, αλλά και του νευρικού συστήματος. Μετά την πραγματοποίηση όλων των απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων, χορηγείται η κατάλληλη θεραπεία. Η προσέγγιση είναι ανάλογη με τα συμπτώματα και τη πάθηση. Ο γιατρός ενδέχεται να συνταγογραφήσει αντιφλεγμονώδη φάρμακα, αναλγητικά, αντικαταθλιπτικά, μυοχαλαρωτικά, φυσικοθεραπευτική αγωγή, την τοποθέτηση κολάρου στον αυχένα, και σε σπάνιες περιπτώσεις χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς, προκειμένου να μην επιδεινωθεί ο πόνος στον αυχένα, να απαλύνουν τα ενοχλήματα και να αποφύγουν μελλοντική πρόκληση αυχενικού συνδρόμου, πρέπει να ακολουθούν τις εξής οδηγίες. Να μη περπατούν καμπουριαστά, αλλά με όρθιο το κεφάλι. Να αναπνέουν βαθιά και καλά. Κατά τη διάρκεια του στρες, το άτομο αναπνέει γρήγορα, με αποτέλεσμα οι αναπνευστικοί μύες του αυχένα να επιβαρύνονται. Να αποφεύγουν να κρεμούν στον ώμο βαριές τσάντες και να σηκώνουν βάρη. Στα ψώνια να χρησιμοποιούν καροτσάκι με ρόδες. Να γνωρίζουν ότι τα διπλοεστιακά γυαλιά, επιδεινώνουν τη κατάσταση, καθώς αυξάνουν τη μυϊκή ένταση του αυχένα. Όλα τα αντικείμενα του προσωπικού γραφείου να βρίσκονται σε απόσταση έως 35 εκ., ώστε το σώμα να μη τεντώνεται σε περίπτωση επιθυμίας χρήσης τους. Αποφεύγονται οι αιφνίδιες εναλλαγές θερμοκρασίας και τα ρεύματα. Στην περίπτωση παραμονής σε όρθια θέση για πολύ ώρα, το γόνατο, το ισχίο, ο ώμος και το αφτί, πρέπει να βρίσκονται στην ίδια ευθεία. Αποφεύγονται οι ψυχικές εντάσεις, καθώς αυξάνουν το πόνο και τη μυϊκή ένταση. Όταν απουσιάζουν οι κρίσεις αυχεναλγίας, το άτομο πρέπει να γυμνάζεται. Η ορθή εκγύμναση των αυχενικών

μυών, βοηθά στη καλή μυϊκή στατική ισορροπία. Στην περίπτωση παρουσίας αυχενικού συνδρόμου, αποφεύγει κανείς τις αθλητικές δραστηριότητες που απαιτούν ένταση κινήσεων, καθώς αυξάνουν τον πόνο και τη μυϊκή ένταση. Όσα άτομα κοιμούνται το βράδυ καλά, έχουν την ημέρα λιγότερες ενοχλήσεις. Συχνά το αυχενικό σύνδρομο ή η επιδείνωσή του, δημιουργείται από το μη λειτουργικό μαξιλάρι. Κατάλληλο είναι το μαξιλάρι που καλύπτει τον κενό χώρο ανάμεσα στο αφτί και τον ώμο, όταν κοιμάται κανείς πλαγιαστά. Το στρώμα προτείνεται να δέχεται τις καμπύλες του σώματος ομαλά και να είναι ορθοπεδικό.

Στην καρέκλα πρέπει κανείς να κάθεται όσο το δυνατό πιο «άνετα», ώστε η πλάτη της καρέκλας να υποστηρίζει: το κεφάλι, τη πλάτη και τον αυχένα. Κατά τη ξεκούραση το βάθος της καρέκλας ωφέλιμο θα ήταν, να είναι 40-45 εκ. και η θέση του σώματος κατά την εργασία 35-42 εκ. Σε γενικές γραμμές, το κάθισμα προτείνεται να είναι: σκληρό στα μπράτσα, μέτριο στο κάθισμα, μαλακό στην πλάτη, και μαλακό κατά τη στήριξη του κεφαλιού. Το κάθισμα του γραφείου, πρέπει να παρέχει ελευθερία κινήσεων, να είναι σταθερό, να εξασφαλίζει άνετη στάση, και να προσαρμόζεται στην κλίση του σώματος και το ύψος. Στα μπράτσα της καρέκλας ξεκουράζονται τα άνω άκρα, καθώς με τον τρόπο αυτό περιορίζεται το βάρος του φορτίου και τόσο ο αυχένας, όσο και η μέση δεν πιέζονται πολύ.

Δεν πρέπει να είναι καθηλωμένος κανείς για πολύ ώρα στο κάθισμα εργασίας. Πρέπει, τακτικά να περπατά και να σηκώνεται για λίγο, ώστε να ξεμουδιάζει. Μία γρήγορη και εύκολη μέθοδος για να βελτιώσει κανείς την ελαστικότητα της περιοχής και το εύρος της κίνησης και να περιορίσει κατά μεγάλο ποσοστό την παρουσία των συμπτωμάτων, είναι η εκτέλεση των κατάλληλων ασκήσεων διάτασης και ελαστικότητας, όποτε μπορεί, ακόμα και στο περιβάλλον της εργασίας του.

Κατά την εκτέλεση των ασκήσεων, συνίσταται να δίνεται μεγάλη προσοχή, με σκοπό να αποφεύγεται η επιδείνωση των συμπτωμάτων ή η αναπαραγωγή τους. Ακολουθούν προτεινόμενες διατάσεις:

Έκταση του αυχένα: Ο ασθενής κινεί το κεφάλι προς τα πάνω με ελεγχόμενο και αργό ρυθμό, προσπαθώντας να κοιτάξει όσο πιο πίσω μπορεί. Το εύρος της κίνησης μπορεί να αυξηθεί ακόμα περισσότερο, τοποθετώντας το χέρι στο μέτωπο. Όταν γίνει αισθητή η διάταση στο μπροστινό μέρος του λαιμού, σταματά η κίνηση προς τα πίσω και ο ασθενής παραμένει σε αυτή τη θέση για 10''.

Αυχενική κάμψη: Ο ασθενής κινεί το πηγούνι με αργό ρυθμό προς τα κάτω και προς τα μέσα, έως το σημείο που να μπορεί να βλέπει τα δάχτυλα των ποδιών. Η κίνηση γίνεται πιο εύκολη όταν τοποθετείται στο πίσω μέρος της κεφαλής, το ένα χέρι. Μόλις το άτομο αισθανθεί στην περιοχή τη διάταση, σταματά την κίνηση και παραμένει σε αυτή τη θέση για 10 δευτερόλεπτα.

Αυχενικές στροφές: Ο ασθενής κάνει στροφές του αυχένα αργά, επάνω από τον αριστερό ώμο. Κατόπιν προσπαθεί να αυξήσει το εύρος της κίνησης, τοποθετώντας το ένα χέρι στο δεξί μάγουλο. Σταματά την κίνηση, όταν αισθανθεί τη διάταση στη δεξιά του πλευρά και παραμένει σε αυτή τη θέση για 10''. Η ίδια κίνηση πραγματοποιείται και από την δεξιά ώμο.

Πλευρική κάμψη: Ο ασθενής με αργές κινήσεις προσπαθεί να πλησιάσει με τον αριστερό του ώμο, το αριστερό του αφτί. Για να αυξήσει το εύρος της κίνησης, τοποθετεί το δεξί χέρι στο δεξί αφτί, και το πιέζει με ήπιο τρόπο. Η κίνηση τελειώνει όταν το άτομο νιώσει τη διάταση και παραμένει σε αυτή τη θέση για 10''. Η ίδια άσκηση πραγματοποιείται και στην άλλη πλευρά. Δεδομένου ότι οι ασκήσεις των διατάσεων θα πραγματοποιηθούν δίχως να προκύψει κανένα πρόβλημα, ακολουθούν οι ισομετρικές ασκήσεις για την ενδυνάμωση της περιοχής του αυχένα. Ισομετρική άσκηση καλείται η άσκηση όταν εφαρμόζεται αντίσταση, χωρίς όμως να πραγματοποιείται κίνηση .

Άσκηση 1: Ο ασθενής προσπαθεί να κινήσει το κρανίο εμπρός, χρησιμοποιώντας το χέρι ως αντίβαρο. Το χέρι βρίσκεται στο μέτωπο προσπαθώντας να κρατήσει τον αυχένα στη φυσιολογική του θέση. Η διάρκεια της αντίστασης είναι 10''. Για καλύτερα αποτελέσματα η άσκηση επαναλαμβάνεται τρεις φορές.

Άσκηση 2: Παραμένοντας ο αυχένος σε φυσιολογική ανατομική θέση, ο πάσχων τοποθετεί την παλάμη του στο αριστερό μέρος της κεφαλής. Στη θέση αυτή, προσπαθεί να κάμψει προς τα αριστερά και πλευρικά το κεφάλι, ενώ παράλληλα, βάζει δύναμη με το χέρι του να μπλοκάρει τη κίνηση. Η αντίσταση διατηρείται σταθερή για 10''. Ακολουθεί επανάληψη της άσκησης και από την άλλη μεριά. Για καλύτερα αποτελέσματα πρέπει να επαναλαμβάνεται τρεις φορές.

Τα διάφορα φαρμακευτικά σπρέι, roll-on και τζελ, ανακουφίζουν από τις αρθρώσεις και του μύες από τους πόνους, καθώς βασίζονται στις ευεργετικές ιδιότητες της κρυοθεραπείας.

Το κολύμπι εκτός από δροσιά, προσφέρει και ανακούφιση από τον πόνο και βοηθά στην ταχύτερη ανάρρωση των ασθενών. Το συγκεκριμένο άθλημα θεωρείται ιδανική άσκηση για τα ενήλικα άτομα, καθώς με αυτό ασκείται όλο το σώμα, και ταυτόχρονα θεραπεύει και προλαμβάνει μεγάλο ποσοστό των μυοσκελετικών παθήσεων.

Σύμφωνα με έρευνα, η υδρόβια αεροβική και η κολύμβηση βοηθούν τους ασθενείς με τραυματισμούς στην επέκταση της κίνησης και στην ανάκτηση της δύναμής τους. Η υδροστατική πίεση του νερού περιορίζει τα οίδημα, και αυξάνει το εύρος της κίνησης, ενώ έχει αποδειχτεί πως η μετεγχειρητική αποκατάσταση είναι συντομότερη.

Σύμφωνα με τη μελέτη των παραπάνω άρθρων αλλά και το σύνολο της εργασίας, συμπεραίνεται ότι οι αυχενικές παθήσεις αποτελούν πλέον χρόνιες

καταστάσεις που θεραπεύονται είτε συντηρητικά είτε χειρουργικά. Ανάλογα με την πάθηση στον αυχένα οι ασθενείς πρέπει να αντιμετωπίζονται ξεχωριστά και να προτείνεται μια θεραπεία προς αποκατάσταση του προβλήματος για να μην οδηγηθούν στην σωματική αναπηρία.

Οι παράγοντες που οδηγούν σε αυχενικές παθήσεις και τραυματισμούς πρέπει να προλαμβάνονται και να βελτιωθεί η υγεία του κάθε ανθρώπου ατομικά.

Η υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών από τον καθένα, αλλά και από την πολιτεία είναι ο μόνος τρόπος για να αρθούν όλα τα εμπόδια και να ομαλοποιηθούν οι ασθενείς αυτοί σε ιατροφαρμακευτικό επίπεδο και όλοι οι υποψήφιοι ασθενείς.

Η σύγκριση των παραπάνω μελετών ήταν αναπόφευκτη και τα συμπεράσματα παρόμοια ότι δηλαδή οι αυχενικές παθήσεις όπως και αυτές της σπονδυλικής στήλης έχουν τάσεις ανόδου εξαιτίας του σύγχρονου τρόπου ζωής που οδηγεί σε πολλούς τραυματισμούς από φυσικά αίτια και περιβαλλοντικούς κινδύνους.

Οι μέθοδοι αποκατάστασης και αποθεραπείας μαζί με τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων οδηγούν σε μείωση των συμπτωμάτων και αντιμετώπιση του προβλήματος σε μεγάλο βαθμό.

Οι παράγοντες που οφείλονται οι αυχενικές παθήσεις συσχετίζονται με την εργασία και πρέπει να προλαμβάνεται κάθε είδους βλάβη από αυτήν.

Σκοπός του άρθρου ήταν η μελέτη της παθολογοανατομίας και φυσιολογίας της αυχενικής μοίρας, η ανάλυση κάθε αυχενικής πάθησης ξεχωριστά, η μελέτη επιστημονικών άρθρων και η σύγκριση μεταξύ τους για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων.

Προτείνονται επίσης, θεραπείες αποκατάστασης των παθήσεων του αυχένα συντηρητικά ή χειρουργικά. Η εμπειριστατωμένη μελέτη και ανάλυση όλων αυτών θα βοηθήσει τον κάθε αναγνώστη να μελετήσει την αυχενική μοίρα και να αντιμετωπίσει κάποια πάθηση που οφείλεται σε αυτή πιο επιστημονικά με βάση τα σύγχρονα ιατρικά δεδομένα. Η σαφής τεκμηρίωση όλων αυτών των αυχενικών παθήσεων, της αυχενικής δυσκοπάθειας, του αυχενικού ιλιγγού, της αυχενικής ριζοπάθειας, των καταγμάτων και εξάρθρημάτων της ΑΜΣΣ, των όγκων της ΑΜΣΣ σε συνδυασμό με την περιγραφή των αιτιών και των συμπτωμάτων στα οποία οφείλονται, για να εξευρεθεί η αρτιότερη ιατρική και θεραπευτική λύση. Έτσι εξασφαλίζεται στους ασθενείς αυτούς καλύτερη ποιότητα ζωής που είναι απαραίτητη. Συνεπώς οφείλει η πολιτεία να την προσταπίζεται με ειδικούς νόμους και διατάξεις.

Η ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Η Τεχνητή Νοημοσύνη (AI) είναι ένα νέο επιστημονικό πεδίο στο οποίο οι υπολογιστές θα παρέχουν εργαλεία υποστήριξης αποφάσεων για να βοηθήσουν τους γιατρούς να κάνουν δύσκολες κλινικές επιλογές.

Πρόσφατες εφαρμογές τεχνητής νοημοσύνης στην Ωτορινολαρυγγολογία περιλαμβάνουν την ογκολογία κεφαλής και τραχήλου, την ρινολογία, τη νευρολογία και τη λαρυγγολογία.

Στόχος αυτής της συστηματικής ανασκόπησης είναι να περιγράψει τις πιθανές χρήσεις της τεχνητής νοημοσύνης στην ογκολογία κεφαλής και τραχήλου με ιδιαίτερη έμφαση στο χειρουργικό πεδίο.

Η επίτευξη μεγάλου αριθμού δεδομένων υγείας και η επιθυμία πρόβλεψης τέτοιων δεδομένων έχει προκαλέσει σημαντικό ενδιαφέρον στη μηχανική μάθηση (ML).

Η μηχανική μάθηση αντιπροσωπεύει ένα υποσύνολο της τεχνητής νοημοσύνης που επιτρέπει στους υπολογιστές να μαθαίνουν από δεδομένα και εμπειρίες και να ενεργούν χωρίς να προγραμματίζονται ειδικά.

Οι κλινικές εφαρμογές της μηχανικής μάθησης περιλαμβάνουν τη βελτίωση της διάγνωσης του καρκίνου και την πρόβλεψη της πρόγνωσης με ενσωμάτωση κλινικών και γονιδιωματικών δεδομένων, οι αλγόριθμοι όρασης μέσω υπολογιστή επιτρέπουν, για παράδειγμα, την οριοθέτηση της χειρουργικής ανατομίας, την ταχεία ανίχνευση ακτινολογικών ανωμαλιών ή την ταξινόμηση του κακοήθους ιστού σε παθολογικά δείγματα, όπως δείγματα αναρρόφησης λεπτής βελόνας ή διεγχειρητικά κατεψυγμένα τμήματα.

Οι πρόσφατες εφαρμογές μηχανικής μάθησης στην ωτορινολαρυγγολογία περιλαμβάνουν την ογκολογία κεφαλής και τραχήλου (ταξινόμηση του κακοήθους ιστού με βάση τα ακτινογραφικά και ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά), την ρινολογία (τυποποίηση της αναφοράς απεικόνισης), τη νευρολογία (κωδικοποίηση των τύπων απώλειας ακοής ενηλίκων) και τη λαρυγγολογία (ταξινόμηση των φωνητικών διαταραχών).

Στον τομέα της ογκολογίας κεφαλής και τραχήλου, η τεχνητή νοημοσύνη παρουσιάζει μεγάλες δυνατότητες τόσο για τη διαγνωστική όσο και για τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Όσον αφορά τη διάγνωση, οι μέθοδοι μηχανικής μάθησης (ML) έχουν ερευνηθεί εκτενώς σε όλες τις απεικονιστικές μεθόδους, συμπεριλαμβανομένων των υπερήχων (US), της υπολογιστικής τομογραφίας (CT), του μαγνητικού συντονισμού (MRI) και της πυρηνικής ιατρικής.

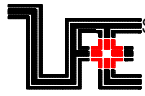
Είναι ενδιαφέρον ότι μερικοί συγγραφείς πρόσφατα πρότειναν μια ταξινόμηση νευρωνικού δικτύου για τη διάκριση του φυσιολογικού ιστού από τους καρκινικούς ιστούς της κεφαλής και του τραχήλου με τη χρήση υπερφασματικής απεικόνισης (HSI). Το HSI είναι ένας μη επεμβατικός διαγνωστικός τρόπος που παρέχει πληροφορίες σχετικά με την παθολογία των ιστών μετρώντας το ανακλώμενο, φθορίζον και μεταδιδόμενο φως που αλληλεπιδρά με τον ιστό.

Ένας άλλος πολλά υποσχόμενος ρόλος της ML στην ογκολογία κεφαλής και τραχήλου είναι για αυτόματο σχεδιασμό ακτινοθεραπείας. Στην πραγματικότητα, οι εφαρμογές ML περιλαμβάνουν διάφορες φάσεις της όλης διαδικασίας ακτινοθεραπείας όπως η αυτόματη διαμόρφωση περιγράμματος, ο σχεδιασμός

και η παροχή (προσαρμοστική θεραπεία) τόσο για την εξωτερική ακτινοθεραπεία δέσμης όσο και για την επεμβατική ακτινοθεραπεία (βραχυθεραπεία).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Ασβεστά Μ.Σ.** (2024). Ο ρόλος του talent management στην απόδοση των επιχειρήσεων. *Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Επιχειρήσεων»*. Θεσσαλονίκη.
2. **Costantino A., Sampieri C., Pirola F., De Virgilio A. and Kim S.H.** (2023). Development of machine learning models for the prediction of positive surgical margins in transoral robotic surgery (TORS). *Head Neck*. **45**:675-684.
3. **de Souza L.L., Fonseca F.P., Araújo A.L.D. et al.** (2023). Machine learning for detection and classification of oral potentially malignant disorders: a conceptual review. *J Oral Pathol Med*. **52**:197-205.
4. **Franzese C., Dei D., Lambri N. et al.** (2023). Enhancing radiotherapy workflow for head and neck cancer with artificial intelligence: a systematic review. *J Pers Med*. **13**:946.
5. **Han J., Davids J., Ashrafian H., Darzi A., Elson D.S. and Sodergren M.** (2022). A systematic review of robotic surgery: from supervised paradigms to fully autonomous robotic approaches. *Int J Med Robot Comput Assist Surg*. **18**(2):e2358.
6. **Hutson M.** (2017). AI glossary: artificial intelligence, in so many words. *Science*. **357**(6346):19.
7. **Mäkitie A.A., Alabi R.O., Ng S.P. et al.** (2023). Artificial intelligence in head and neck cancer: a systematic review of systematic reviews. *Adv Ther*. **40**:3360-3380.
8. **Marsden M., Weyers B.W., Bec J. et al.** (2021). Intraoperative margin assessment in oral and oropharyngeal cancer using label-free fluorescence lifetime imaging and machine learning. *IEEE Trans Biomed Eng*. **68**:857-868.
9. **Tama B.A., Kim D.H., Kim G., Kim S.W. and Lee S.** (2020). Recent advances in the application of artificial intelligence in otorhinolaryngology - head and neck surgery. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. **13**:326-339.
10. **Τσιουτσιούλης Π.** (2020). Αυχένιας: φυσιολογία, ανατομία, παθήσεις, τραυματισμοί, συμπτώματα και αντιμετώπισή τους. *Διδρυματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Υγεία και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες»*. Θεσσαλονίκη.
11. **Τσιουτσιούλης Π.** (2020). Η Τεχνητή Νοημοσύνη στο Μάνατζμεντ των Επιχειρήσεων. *Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση Επιχειρήσεων*. Θεσσαλονίκη.
12. **Vasey B., Lippert K.A.N., Khan D.Z. et al.** (2022). Intraoperative applications of artificial intelligence in robotic surgery: a scoping review of current development stages and levels of autonomy. *Ann Surg*. **278**:896-903.
13. **Weissmann T., Huang Y., Fischer S. et al.** (2023). Deep learning for automatic head and neck lymph node level delineation provides expert-level accuracy. *Front Oncol*. **13**:1115258.

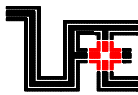


ARTICLE OF GENERAL INTEREST
**APPLICATIONS OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE
IN PATIENTS WITH DISEASES OF THE NECK
AND RESULTS OF THERAPIES**

Panagiotis Tsioutsoulis

B.A., M.Sc., M.B.A.

Abstract: The treatment of neck diseases is now assisted by technology and its achievements, such as artificial intelligence which is the evolution of IT in computing systems and programming languages to avoid human errors and maximize performance in every scientific or technology sector. The automation of technology with the use of artificial intelligence is now also applied in medical science and robotic surgery inevitably leads to the abandonment of traditional surgical methods and its replacement by modern, bloodless techniques that minimize the time of dealing with patients and perfect the surgical result. The areas where artificial intelligence is most commonly used are the surgical fields of medicine. Many applications related to the use of artificial intelligence, especially preoperative and postoperative predictions are growing in the literature. Both neurosurgery and otolaryngology have promising results in artificial intelligence studies and applications are candidates of the world's future surgical assistants. In this article, recent studies of artificial intelligence used in head and neck and neurosurgery are given.



ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΓΙΑ ΛΙΠΟΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΝΕΚΡΩΣΗ

Παναγιώτης Τσιουτσιούλης

B.A., M.Sc., M.B.A.

Περίληψη: Η τεχνητή νοημοσύνη αποτελεί πλέον παγκοσμίως την εξέλιξη της τεχνολογικής προόδου στον τομέα της πληροφορικής και των τεχνολογιών. Η ανάπτυξη της πληροφορικής και η χρήση της σε όλες τις επιστήμες και σε κάθε εργασιακό περιβάλλον είναι πρωταρχικής σημασίας και η πιο καθοριστική. Η τεχνητή νοημοσύνη εκτός από τον τομέα της βιομηχανίας, της τεχνολογίας και των μεταφορών που χρησιμοποιείται ήδη ευρέως βοηθάει και την επιστήμη της Ιατρικής να επιτελέσει ορθά το καθήκον της μέσω της εφαρμογής της είτε ρομποτικά είτε μέσω της μηχανικής μάθησης. Η λιπομεταφορά σε ασθενείς με ακτινονέκρωση που είναι κυρίως ογκολογικοί ασθενείς μπορεί να τελειοποιηθεί με τη ρομποτική χρήση της τεχνητής νοημοσύνης και της εκπαίδευσης του κάθε επιστήμονα ιατρού, ώστε να περιορισθούν οι κίνδυνοι και το αποτέλεσμα να είναι άρτιο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα εργαλεία τεχνητής νοημοσύνης χρησιμοποιούνται σε διάφορα στάδια της ροής εργασιών της ακτινοθεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της περιγραφής στόχου και οργάνου - κινδύνου, του σχεδιασμού της θεραπείας και της παροχής. Αυτά τα εργαλεία έχουν στόχο την αυτοματοποίηση σύνθετων εργασιών και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ακρίβειας της διαδικασίας ακτινοθεραπείας.

Οι θεραπείες που προτείνονται από την ιατρική κοινότητα για την αποκατάσταση ασθενών με ακτινονέκρωση είναι:

1. η χειρουργική αντιμετώπιση όπου ο νεκρωτικός ιστός αφαιρείται χειρουργικά για αποκατάσταση της ροής του αίματος και προώθηση της επούλωσης και
2. η θεραπεία με υπερβαρικό οξυγόνο στην οποία το καθαρό οξυγόνο χορηγείται σε όλο το σώμα για να υποστηρίξει την επούλωση.

Στο άρθρο αυτό θα αναλυθεί διεξοδικά και ο μηχανισμός που προκαλεί την ακτινονέκρωση και τις αιτίες της και πώς η λιπομεταφορά αποκαθιστά τις βλάβες με την χρήση της τεχνολογίας και της τεχνητής νοημοσύνης (AI).

Η ακτινοθεραπεία χρησιμεύει ως ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας του καρκίνου. Η διαδικασία περιλαμβάνει την προβολή φωτονίων υψηλής ενέργειας, ή ιονίζουσας ακτινοβολίας, προς έναν όγκο ώστε να προκαλέσει μη αναστρέψιμη βλάβη στο DNA των κακοηθών κυττάρων του και να αποτρέψει περαιτέρω νεοπλασματική εξέλιξη. Ωστόσο, η ακτινοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει αδιακρίτως βλάβη στον περιβάλλοντα υγιή ιστό με αποτέλεσμα ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Με τον αυξανόμενο αριθμό των επιζώντων από καρκίνο λόγω της γενικής προόδου στη θεραπεία του καρκίνου, οι κλινικοί ιατροί ασχολούνται όλο και περισσότερο με αυτές τις παρενέργειες. Η *προκαλούμενη από ακτινοβολία ίνωση* (RIF) είναι ένα αναγνωρισμένο αποτέλεσμα της ακτινοθεραπείας με εξωτερική δέσμη, ειδικά μετά από πολλαπλά, παρατεταμένα δοσολογικά σχήματα. Αυτό μπορεί να οριστεί ως υπερανάπτυξη, σκλήρυνση ή/και ουλές του δέρματος σε υποκείμενο μαλακό ιστό ή/και όργανα στα οποία έχει εφαρμοστεί ακτινοβολία.

Η παθοφυσιολογία του χαρακτηρίζεται από οξεία βλάβη ακολουθούμενη από άστοχη επούλωση, που περιλαμβάνει υπερβολική εναπόθεση *συστατικών της εξωκυτταρικής μήτρας* (ECM), όπως το κολλαγόνο. Αυτή η αντίδραση μπορεί να εμφανισθεί σε αρκετές περιοχές, συμπεριλαμβανομένων όχι μόνο του δέρματος, του υποδόριου ιστού, των πνευμόνων, των μαστών και της γαστρεντερικής οδού.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΘΟΔΩΝ

Οι μέθοδοι για την εξαγωγή των δεδομένων που χρησιμοποιούνται ευρέως, ερευνούν την λιπομεταφορά σε περιπτώσεις ακτινονέκρωσης και ειδικότερα στην *ίνωση από ακτινοβολία* (RIF) με την χρήση της τεχνητής νοημοσύνης. Η εισαγωγή της παγκόσμιας βιβλιογραφίας από ιατρικά περιοδικά ηλεκτρονικού και έντυπου τύπου, οι διδακτορικές έρευνες, τα αποτελέσματα ιατρικών συνεδρίων και μελετών προστίθενται και με την τεχνητή νοημοσύνη παράγουμε το αποτέλεσμα όλων προς όφελος της ιατρικής κοινότητας και του κάθε ασθενούς.

Τα αποτελέσματα της έρευνας βασίζονται σε μελέτες που αφορούν ακτινονέκρωση και πληρούσαν τα κριτήρια: Ένα ενιαίο, οριστικό μοντέλο της RIF δεν έχει ακόμη καθιερωθεί, αλλά τέσσερις κυτταρικοί μηχανισμοί αναγνωρίστηκαν μέσω μελετών *in vitro*. Προσδιορίστηκε ο αυξητικός παράγοντας του συνδετικού ιστού και αναλύθηκαν οι μηχανισμοί. Οι μελέτες προσδιόρισαν τον αυξητικό παράγοντα του συνδετικού ιστού και τον αυξητικό παράγοντα μετασχηματισμού β1 κυτταροκίνες ως παράγοντες ινώδους καταρράκτη. Η υποξία αποδείχθηκε ότι διαδίδει την ινογένεση σε τρεις μελέτες. Το οξειδωτικό στρες από την απελευθέρωση των αντιδραστικών ειδών οξυγόνου και των ελεύθερων ριζών συνδέθηκε επίσης με RIF σε εργαστηριακές μελέτες. Τα καθαρισμένα αυτόλογα μοσχεύματα λίπους περιέχουν κυτταρικές και μη κυτταρικές ιδιότητες που ενδεχομένως αλληλεπιδρούν με αυτές τις διαδικασίες. Αξιολογήθηκαν μέθοδοι για την ποσοτικοποίηση των ινωματικών μεταβολών, συμπεριλαμβανομένης της δυρομετρίας, της ελαστογραφίας υπερήχων διατμητικών κυμάτων, της θερμογραφίας, της απεικόνισης σκοτεινών πεδίων και της ροομετρίας laser doppler και laser speckle flowmetry.

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τις μελέτες βοήθησαν στον τρόπο κατανόησης της λιπομεταφοράς που προκαλεί παλινδρόμηση του RIF και ουσιαστικά παρέμειναν ασαφή με αποτέλεσμα να υπάρχουν πολλές νέες υποθέσεις για τη μελλοντική έρευνα.

Παράλληλα, το άρθρο εξετάζει και την αυτόλογη μεταφορά λίπους που είναι μια άλλη ευρέως διαδεδομένη τεχνική της πλαστικής χειρουργικής.

Η αυτόλογη μεταφορά λίπους είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη χειρουργική τεχνική, που επιλέγεται από πολλούς πλαστικούς χειρουργούς για χειρουργική προσθετική στήθους. Αυτή η τεχνική βασίζεται σε τρία βήματα:

1. συγκομιδή του λιποασπιρίτη από τον ασθενή,
2. φυγοκέντρηση και αφαίρεση της κορυφής, ελαιώδες, στρώμα και
3. εμφύτευση στο στήθος του ασθενούς. Έχει συσχετισθεί με διάφορες επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένης της μετεγχειρητικής απορρόφησης λίπους, όπως μετρήθηκε ποσοτικά με MRI, CT και άλλα συστήματα ποσοτικού προσδιορισμού 3D.

Τα βλαστοκύτταρα που προέρχονται από λιπώδη ιστό έχουν διερευνηθεί ως ένα μέσο αντιμετώπισης της απορρόφησης λίπους. Μπορούν να διαχωριστούν από το λιποασπιρίτη μετά από φυγοκέντρηση και να καθαρισθούν ενζυματικά από ανεπιθύμητα υπολείμματα, με κολλαγόναση, σχηματίζοντας το στρωματικό αγγειακό κλάσμα. Στη συνέχεια, το στρωματικό αγγειακό κλάσμα ανασυνδυάζεται με τον όγκο του μοσχεύματος πριν από την εμφύτευση. Αυτή η νέα τεχνική, που αναφέρεται ως «κυτταροεξαρτώμενη λιπομεταφορά», έχει δείξει ελπιδοφόρα αποτελέσματα όσον αφορά τη μείωση της απορρόφησης λίπους. Τα αποτελέσματα αυτά οφείλονται στην προ-αγγειογενετική και προ-λιπογενετική ικανότητα των βλαστοκυττάρων, η οποία επιτρέπει στο μόσχευμα

να αντιμετωπίσει τις συνθήκες της ισχαιμίας πιο αποτελεσματικά από ότι η μεταφορά αυτόλογου λίπους.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΛΙΠΟΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΛΟΓΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΛΙΠΟΥΣ

Αναλύονται, λοιπόν, στο άρθρο διεξοδικά και προσδιορίζονται εμπειριστατωμένα οι τρόποι με τους οποίους η κυτταρική λιπομεταφορά διαφέρει από την αυτόλογη μεταφορά λίπους, καθώς και το πώς και γιατί τα λιπωματισμένα βλαστοκύτταρα μπορούν να συμβάλουν στον περιορισμό της απορρόφησης λίπους. Η ίνωση που προκαλείται από ακτινοβολία (RIF) είναι μια κοινή όψιμη επιπλοκή της ακτινοθεραπείας που έχει ως αποτέλεσμα προοδευτική λειτουργική και αισθητική δυσλειτουργία. Οι μισοί από τους ασθενείς με καρκίνο λαμβάνουν περιφερειακή ακτινοθεραπεία στο πλαίσιο της διαχείρισής τους, πέραν της χειρουργικής επέμβασης και της χημειοθεραπείας. 1. Η RIF μπορεί να επηρεάσει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής δευτερογενώς σε σχέση με τις ουλές ιστών, τη σκληρότητα και τη σύσπαση, μειώνοντας την ποιότητα ζωής. 2. Καθώς βελτιώνεται η επιβίωση του καρκίνου, ένας αυξημένος αριθμός ασθενών θα υποφέρει από τα εξασθενητικά επακόλουθα της RIF. 3. Εμφανίζονται νέες γνώσεις σχετικά με τη γενετική ευαισθησία στη RIF. Οι διορθωτικές χειρουργικές διαδικασίες περιορίζονται από την ευερεθιστότητα και την κακή επούλωση του ακτινοβολημένου ιστού.

Το καθαρισμένο αυτόλογο λίπος έχει χρησιμοποιηθεί ως πληρωτικό για να περιγράψει τις παραμορφώσεις για αρκετά χρόνια. Η ηλεκτρονική μικροσκοπία μετάδοσης των βιοψιών του υποδόριου ιστού έδειξε ικανοποιητική αγγειοποίηση και ενυδάτωση του ιστού, ώριμα λιποκύτταρα και ολική παλινδρόμηση της ίνωσης σε 1 χρόνο μετά τη λιπομεταφορά. Αυτά τα ευρήματα αποδόθηκαν σε λιπασματογενή πολυδύναμα στρωματικά κύτταρα, τα οποία απομονώθηκαν από λιποασπιρίτες.

Ο υποκείμενος μηχανισμός βελτίωσης τόσο της λειτουργίας όσο και της ποιότητας του ινώδους

δέρματος μετά τη λιπομεταφορά παραμένει άγνωστος. Ο χαρακτηρισμός της κυτταρικής επίδρασης της λιπομεταφοράς θα επέτρεπε την απομόνωση βασικών παραγόντων που θα μπορούσαν να αποτελέσουν στόχο.

Το άρθρο διερευνά την τρέχουσα κατανόηση των κυψελοειδών μηχανισμών που διέπουν το RIF, συζητά τον πιθανό ρόλο της λιπομεταφοράς στην εξασθένηση αυτών των διαδικασιών και προτείνει τομείς για περαιτέρω έρευνα. Επιπλέον, εξετάζονται οι διαθέσιμες μέθοδοι για την ποσοτικοποίηση της ίνωσης, προκειμένου να προωθηθεί η χρήση αντικειμενικών συλλογών δεδομένων στην έρευνα.

Ο ιστός είναι άφθονος στο ανθρώπινο σώμα και συλλέγεται εύκολα. Το μεταμοσχευμένο λίπος είναι βιοσυμβατό και ενσωματώνεται καλά με τον ιστό του

ξενιστή, παρουσιάζοντας έτσι αρκετές ιδιότητες ενός ιδανικού πληρωτικού⁸⁷. Αρκετές πιλοτικές μελέτες έχουν αναφέρει παλινδρόμηση του δερματικού RIF μετά από το μπόλιασμα λίπους, αλλά οι μηχανισμοί που βρίσκονται πίσω από αυτό το φαινόμενο παραμένουν άγνωστοι.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

Ένα σημαντικό επόμενο βήμα στην κλινική έρευνα είναι η χρήση αντικειμενικών μεθόδων συλλογής δεδομένων για τον ποσοτικό προσδιορισμό των μεταβολών της ποιότητας των ιστών μετά τη λιπομεταφορά. Η αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας θα μπορούσε επομένως να αξιολογηθεί πιο αξιόπιστα και να συγκριθούν διαφορετικά θεραπευτικά σχήματα. Διαφορετικές τεχνικές επεξεργασίας του συλλεγόμενου λιπώδους ιστού μπορεί να οδηγήσουν σε διάφορους βαθμούς αποκατάστασης των ιστών όταν χαράσσονται, και η γνώση της πιο αποτελεσματικής μεθόδου θα βελτίωνε την κλινική πρακτική, και θα παρείχε μια καλύτερη ιδέα των συστατικών για τη διερεύνηση *in vitro*. Οι προκαταρκτικές μελέτες σε ζώα θα μπορούσαν επίσης να ωφεληθούν από τη χρήση των προαναφερόμενων μεθόδων. Αυτό όχι μόνο θα βελτίωνε την κατανόηση της επίδρασης της λιπομεταφοράς στους ακτινοβολημένους ιστούς, αλλά θα λειτουργούσε ως σημαντική γέφυρα μεταξύ εργαστηριακής και κλινικής έρευνας.

Υπάρχουν διάφορες διαθέσιμες επιλογές για την ποσοτικοποίηση της ίνωσης του δέρματος, αλλά δεν έχει ακόμη καθοριστεί ένα πρότυπο πρωτόκολλο αξιολόγησης. Από τεχνική άποψη, η ανάπτυξη μιας αναπαραγωγίσιμης μεθόδου μπορεί να περιοριστεί από τη μεταβλητή περιφερειακή ανατομία μεταξύ ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση. Οι ιδιότητες ιστού του κάθε ασθενούς μπορούν να τροποποιηθούν από συνυπάρχουσα παθολογία, όπως το λεμφοίδημα. Ένα φάσμα τεχνικών απαιτεί αξιολόγηση σε μεγάλο πληθυσμό ασθενών, προκειμένου να εντοπιστούν οι πιο ευαίσθητες μέθοδοι. Είναι πιθανό ότι θα απαιτηθεί ένας συνδυασμός τρόπων για τον ποσοτικό προσδιορισμό των μεταβολών των δερματικών RIF.

Μαθαίνοντας περισσότερα για το πώς συστατικά του εμβολιασμένου λίπους επηρεάζουν τους κυτταρικούς μηχανισμούς οδήγησης RIF είναι επίσης απαραίτητη για τη βελτίωση των θεραπειών.

Η τρέχουσα έρευνα έχει επικεντρωθεί σε μεγάλο βαθμό στα *πολυδύναμα στρωματικά κύτταρα* (ADMSCs) που προέρχονται από λιπώδη ιστό, τα οποία έχουν σημαντική πλαστικότητα και αναγεννητική δυναμική. Αυτά τα κύτταρα βρίσκονται στο στρωματικό αγγειακό κλάσμα των επεξεργασμένων, φυγοκεντρημένων λιποασπιρίτη, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εμπλουτίσει τα μοσχεύματα λίπους με μια υψηλότερη συγκέντρωση ADMSCs. ADMSCs είναι γνωστό ότι απελευθερώνουν μια ποικιλία κυτοκινών, που

προκαλούν σύνθετα αποτελέσματα, τα οποία ενδεχομένως αλληλεπιδρούν με τις κυτταρικές διαδικασίες.

Ένας ευνοϊκός μηχανισμός μπορεί να σχετίζεται με την απελευθέρωση προαγγειογόνων παραγόντων, όπως ο αγγειακός ενδοθηλιακός αυξητικός παράγοντας και ο ηπατοκυτταρικός αυξητικός παράγοντας. Αυτοί θα μπορούσαν να μετριάσουν τη χρόνια υποξία που σχετίζεται με το RIF προωθώντας την επαναγγείωση των ιστών. Μια αντιοξειδωτική δράση που προστατεύει τα κύτταρα από την ROS έχει επίσης αποδοθεί στην ADMSCs.

Μετά την ανάπτυξη βασικής κατανόησης των αλληλεπιδράσεων μεταξύ ADMSC και παθολογικών μυοϊνοβλαστών, θα πρέπει να διερευνηθεί ο υποτιθέμενος ρόλος άλλων περιφερειακών κυττάρων, όπως των κερατινοκυττάρων, τα οποία είναι γνωστό ότι τροποποιούν τον φαινότυπο των ινοβλαστών σε άλλες ινωτικές νόσους όπως το σκληρόδερμα.

Τελικά, οι επιδράσεις του χαραγμένου λίπους μπορεί απλά να οφείλονται στη φυσική του παρουσία. Με τη διακοπή της εστιακής πρόσφυσης του μυοϊνομύος και τη μείωση του στρες ECM, ένα μόσχευμα μπορεί να προκαλέσει ουσιαστική απόπτωση των παθολογικών κυττάρων και να προωθήσει την κανονική επιβίωση των δερματικών ινοβλαστών, ενώ αποκαθιστά την ακεραιότητα του υποδόριου ιστού, διευκολύνοντας έτσι την επούλωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της αυτόλογης λιπομεταφοράς παραμένει πρόκληση, λόγω της πολυπλοκότητας των υποκείμενων κυτταρικών μηχανισμών. Τα μέρη των μοσχευμάτων λίπους πιθανόν επηρεάζουν ακτινοβολημένους μυοϊνοβλάστες μέσω διεργασιών εξαρτημένων από την κυτοκίνη και ανεξάρτητων από την κυτοκίνη, οι οποίες μπορεί να αποσαφηνιστούν από μελλοντική έρευνα *in vitro*. Η προώθηση της χρήσης ποσοτικών μετρήσεων για την αξιολόγηση της ίνωσης των ιστών θα επιτρέψει την αντικειμενική ανάλυση των θεραπευτικών σχημάτων και θα βοηθήσει στην ενσωμάτωση της εργαστηριακής και κλινικής έρευνας.

Η επαγόμενη από ακτινοβολία ίνωση συμβαίνει μέσω ενός σύνθετου μοριακού μηχανισμού που προκαλεί χρόνια βλάβη στους ιστούς και υψηλή νοσηρότητα στους ασθενείς. Επί του παρόντος, οι θεραπευτικές επιλογές επιδιώκουν να αντικαταστήσουν τον κατεστραμμένο ιστό. Το αυτόλογο μόσχευμα λίπους έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την ποιότητα των μαλακών ιστών και τα λιπώδη προερχόμενα στρωματικά κύτταρα είναι αποτελεσματικά στην καταπολέμηση αυτής της παθολογικής διαδικασίας και την αναγέννηση του προσβεβλημένου ιστού. Η μοριακή μηχανική των μοσχευμάτων λίπους με συγκεκριμένο πληθυσμό κυττάρων μπορεί να ενισχύσει την αγγειογενετική και λιπογενετική δράση τους και να οδηγήσει σε βελτιωμένη επούλωση. Τα εξωσώματα που

μεταφέρουν microRNA που προέρχονται από ASCs μπορούν να αλλάξουν την γονιδιακή έκφραση στα επηρεαζόμενα κύτταρα και να αλλάξουν άμεσα τη λειτουργία του κυττάρου.

Οι κλινικές δοκιμές απαιτούνται για να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια αυτών των μορφών θεραπείας αναγέννησης στην μετα-ογκολογική ή τραυματική ανακατασκευή. Ειδικότερα σε ασθενείς με καρκίνο στο μαστό, η λιπομεταφορά για να καλυφθούν οι βλάβες στους ιστούς που προκαλούνται από την ακτινοβολία αποτελούν πρόκληση για τον επανορθωτικό χειρουργό, ειδικά στη ρύθμιση των διαδικασιών που βασίζονται στη μεταμαστεκτομή της πρόθεσης. Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι το λίπος εμβολιασμού έχει ευεργετικές επιδράσεις στον ακτινοβολημένο ιστό. Η έρευνά μας έδειξε ενθαρρυντικά αποτελέσματα όταν χρησιμοποιήθηκε αυτόλογη λιπομεταφορά για τη διευκόλυνση στηθαγμένων αναδομήσεων του μαστού διαστολής - εμφύτευσης σε ακτινοβολημένους ασθενείς με μαστεκτομή. Αν και το μέγεθος των δειγμάτων είναι περιορισμένο, πιστεύουμε ότι το έργο αυτό είναι σημαντικό, καθώς συμβάλλει σε ένα αυξανόμενο σώμα της βιβλιογραφίας που ενδεχομένως θα βελτιώσει την ικανότητά μας να διασώσουμε τον ιστό του μαστού και να προωθήσουμε ένα ευρύτερο φάσμα επανορθωτικών επιλογών για ακτινοβολημένους ασθενείς μετά μαστεκτομή.

Η τεχνητή νοημοσύνη στην εφαρμογή της ιατρικής ειδικότητας της πλαστικής χειρουργικής εμφανίζεται σε αισθητικές επεμβάσεις κυρίως με την ονομασία LipoAI στην λιποαναρρόφηση.

Το LipoAI ενσωματώνει έναν προγνωστικό αλγόριθμο που έχει διαμορφωθεί σε χιλιάδες σημεία δεδομένων, μετρώντας τη θερμοκρασία και την ενέργεια σε ποικίλα και δυναμικά περιβάλλοντα, για την πρόβλεψη της θερμοκρασίας και τον καθορισμό ορίων για τη λιπόλυση. Κατά τη χρήση της AI, η συσκευή είναι σε θέση να ερμηνεύσει τις κινήσεις του χειρουργού για να προβλέψει τη σωστή παροχή ενέργειας στον ιστό και να προσαρμοστεί έξυπνα και αυτόματα σε πραγματικό χρόνο.

Επιτυγχάνοντας μια σημαντικά υψηλότερη μέγιστη ισχύ και μεγαλύτερη συχνότητα από ότι οι προηγούμενες γενιές των συσκευών LAL, το LipoAI είναι σε θέση να καταστρέψει τα λιποκύτταρα γρηγορότερα, πιο δυναμικά, και πιο αποτελεσματικά. Η υψηλότερη μέγιστη ισχύς παράγει επίσης λιγότερο θερμικό αφύπνιση, οδηγώντας σε ασφαλέστερη, πιο ελεγχόμενη παροχή ενέργειας λείζερ σε στοχευμένες περιοχές. Σε συνδυασμό με την ευφυΐα της λειτουργίας τεχνητής νοημοσύνης, αυτή η ακριβέστερη, ομοιόμορφη παροχή ενέργειας έχει ως αποτέλεσμα ομαλότερα, αυστηρότερα περιγράμματα.

Το LipoAI μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μεγάλες και μικρές, δύσβατες περιοχές. Χάρη στα οφέλη σύσφιξης του δέρματος του LAL, οι ασθενείς που δεν είναι υποψήφιοι για παραδοσιακή λιποαναρρόφηση μπορούν να επωφεληθούν από αυτήν τη διαδικασία. Οι επεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν στο

χειρουργείο ή στο γραφείο, αυξάνοντας περαιτέρω το εύρος των επιλογών που είναι διαθέσιμες για τον χειρουργό.

Σε σύγκριση με την παραδοσιακή λιποαναρρόφηση, το LipoAI προωθεί μια ασφαλέστερη και πιο αποτελεσματική καταστροφή του λίπους και μια ανώτερη επίδραση σύσφιξης του δέρματος, που οδηγεί σε μια βελτιωμένη εμπειρία του ασθενούς συνολικά: λιγότεροι μώλωπες, ελάχιστος πόνος, λιγότερος χρόνος αποκατάστασης και αυστηρότερα αποτελέσματα.

Συνοψίζοντας, η επέκταση του LipoAI με την κατάλληλη μετατροπή σε ασθενείς με ακτινονέκρωση και όχι μόνο στην αισθητική πλαστική χειρουργική θα ανοίξει το πεδίο εφαρμογής τους για την αποκατάσταση με λιπομεταφορά και την επούλωση με την χρήση της τεχνητής νοημοσύνης και την παράλληλη χρήση του λέιζερ ογκολογικών ασθενών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Erstad D.J. and **Tanabe K.K.** (2019). Prognostic and Therapeutic Implications of Microvascular Invasion in Hepatocellular Carcinoma. *Ann Surg Oncol.* **26**:1474-1493.

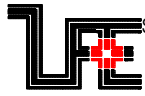
Gillies R.J., Kinahan P.E. and **Hricak H.** (2016). Radiomics: Images Are More than Pictures, They Are Data. *Radiology.* **278**:563-577.

Lambin P., Leijenaar R.T.H., Deist T.M., Peerlings J., de Jong E.E.C., van Timmeren J., Sanduleanu S., Larue R.T.H.M., Even A.J.G., Jochems A., van Wijk Y., Woodruff H., van Soest J., Lustberg T., Roelofs E., van Elmpt W., Dekker A., Mottaghy F.M., Wildberger J.E. and **Walsh S.** (2017). Radiomics: the bridge between medical imaging and personalized medicine. *Nat Rev Clin Oncol.* **14**:749-762.

Liao H., Xiong T., Peng J., Xu L., Liao M., Zhang Z., Wu Z., Yuan K. and **Zeng Y.** (2020). Classification and Prognosis Prediction from Histopathological Images of Hepatocellular Carcinoma by a Fully Automated Pipeline Based on Machine Learning. *Ann Surg Oncol.* **27**:2359-2369.

Ma X., Wei J., Gu D., Zhu Y., Feng B., Liang M., Wang S., Zhao X. and **Tian J.** (2019). Preoperative radiomics nomogram for microvascular invasion prediction in hepatocellular carcinoma using contrast-enhanced CT. *Eur Radiol.* **29**:3595-3605.

Villanueva A. (2019). Hepatocellular Carcinoma. *N Engl J Med.* **380**:1450-1462.

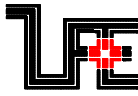


ARTICLE OF GENERAL INTEREST
**APPLICATIONS OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE
FOR LIPOTRANSFER
IN PATIENTS WITH RADIONECROSIS**

Panagiotis Tsioutsoulis

B.A., M.Sc., M.B.A.

Abstract: Artificial intelligence is now globally the evolution of technological advancement in the field of IT and technologies. The development of informatics and its use in all sciences and in every working environment is of primary importance and the most decisive. Artificial intelligence apart from the field of industry, technology and transportation which is already widely used is also helping the science of Medicine to perform its task properly through its application either robotically or through machine learning. Lipotransfer in radionecrosis patients who are mainly oncology patients can be perfected with the robotic use of artificial intelligence and the training of each medical scientist to reduce the risks and the result is even.



ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΘΕΜΙΤΗ Η ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ;

Θ.Κ. Κωνσταντινίδης



Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Καθηγητής Ιατρικής ΔΠΘ, Διευθυντής του Εργαστηρίου Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Κοσμήτορας της Σχολής Επιστημών Υγείας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Περίληψη: Προβληματισμοί σχετικά με τη συνταγογράφηση από τους Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας και Περιβάλλοντος (στο πλαίσιο της άσκησης της ειδικότητάς τους) με αφορμή και την ένταξη της προώθησης δημιουργίας «Φορέα Ασφάλισης Επαγγελματικού Κινδύνου» στην Εθνική Στρατηγική για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία 2022-2027 (ΦΕΚ Β 4359/17.08.2022). Στο άρθρο διερευνάται αν είναι θεμιτή η συνταγογράφηση τόσο για κοινά, όσο και για επαγγελματικά νοσήματα.

*Αν μια κρύα νύκτα του χειμώνα... καταγραφεί περιστατικό κρουσπαγήματος που επήλθε σε ώρα εργασίας και με αφορμή την εργασία σε μια σιδηροδρομική γραμμή, είτε σε εργασίες σε ψυκτικό θάλαμο ή επιδιορθώσεις ψυγείων (ακόμα και κατά τη μετακίνηση (προσέλευση ή αποχώρηση) για εργασία, τότε αρχίζουν τα δύσκολα... Σαφώς πρόκειται για εργατικό ατύχημα, το οποίο συνέβη εξαιτίας της εργασίας (με αφορμή την εργασία) και οδήγησε σε βλάβη της υγείας. Η διάσταση της πιθανής ατομικής ευθύνης ή του τυχαίου συμβάντος δεν υπάρχει λόγος να απασχολήσουν ενπροκειμένω, αλλά έχει ενδιαφέρον να διασαφηνισθεί αν ήταν προβλέψιμο. Αν υπήρχε υποχρέωση για *Γραπτή Εκτίμηση Επαγγελματικού Κινδύνου* (ΓΕΕΚ), παρεπόμενα, αν υπήρχε τέτοια μελέτη και αν περιλαμβάνονταν σχετική αναφορά, με την έννοια της *εφαρμογής τεχνικής πρόληψης και της χρήσης μέσων ατομικής προστασίας*.*

Επομένως, είναι αδιάφορο αν συνέβη με όρους *μισθωτής εργασίας*, είτε με όρους *αυτοαπασχόλησης*. Όπως και να έχει, πρόκειται για *επαγγελματικά κρουσπαγήματα*, σύμφωνα με τη σχετική ιατρική κατάσταση, η οποία τα διακρίνει από τα λεγόμενα *μετεωρολογικά κρουσπαγήματα*. Με μια πρώτη προσέγγιση, κατ' επιταγή του *Κώδικα Νόμων για την Υγεία και την Ασφάλεια των Εργαζομένων* (Ν. 3850/2010, ΦΕΚ Α/84/02.06.2010), ακόμα και οι ιατρικές εξετάσεις πρόληψης «δεν βαρύνουν τον ίδιο τον εργαζόμενο» (π.χ. για πιθανή διερεύνηση *φαινομένου Raynaud* κ.ά.), πόσο περισσότερο οι νοσηλευτικές και φαρμακοθεραπευτικές δράσεις, δεδομένου ότι πρόκειται για κατάσταση που οφείλεται στην εργασία. Νομοθετικά, προβλέπεται συγκεκριμένος κατάλογος εργασιών: *Περί Εισφοράς Επαγγελματικού Κινδύνου* (Β.Δ. 473/1961, ΦΕΚ Α/119/26.07.1961), όπου όμως δεν περιλαμβάνεται μνεία για τις συγκεκριμένες εργασίες και επομένως αν δεν έχει καταβληθεί η σχετική εισφορά, το οποίο κόστος (φαρμακευτικό, αλλά και νοσηλευτικό) πρέπει να επιβαρύνει την εργοδοσία. Επί αυτοαπασχόλησης δεν νοείται κάποια λύση... Εκτός κι υπήρχε *Φορέας Ασφάλισης Επαγγελματικού Κινδύνου* (ΦΑΕΚ), όπως προβλέπεται εδώ και χρόνια στην *Εθνική Στρατηγική για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία* (Υ.Α. 48416/2564, ΦΕΚ Β/3757/25.10.2017, Υ.Α. 73066/2022, ΦΕΚ Β/4359/17.08.2022 και Υ.Α. 112803/2023, ΦΕΚ Β/112803/27.12.2023), οπότε ακόμα και μια νοικοκυρά θα καλύπτονταν, κατά το γερμανικό πρότυπο, εφόσον το νόσημά της είχε αιτία την απασχόλησή της και αν καταβάλλονταν η σχετική εισφορά.

Η θεώρηση που περιγράφηκε παραπάνω αποτελεί σαφή οικονομική διευκόλυνση της εργοδοτικής πλευράς. Ωστόσο, η αδιαφορία της εφαρμογής της νομοθεσίας ενδεχομένως οδηγεί σε επιβάρυνση του εργαζόμενου, είτε του ασφαλιστικού φορέα υγείας, επιβαρύνοντας τον ασφαλισμένο -εργαζόμενο, τουλάχιστο μέσω οικονομικής συμμετοχής του στην εκτέλεση συνταγής – εμφανώς παράνομα...

Μια εύκολη λύση στο πρόβλημα, που στο παρελθόν είχε εφαρμοσθεί επιτυχώς, ήταν η *ιδιωτική ασφάλιση*, με πλήρη οικονομική κάλυψη των εισφορών από την εργοδοσία, ως πρόσθετη παροχή προς το προσωπικό. Στην περίπτωση αυτήν είναι αδιάφορο αν πρόκειται για *κοινό νόσημα* ή για *επαγγελματική ασθένεια*.

Ξαναγυρνώντας στο αρχικό παράδειγμα, αν όντως πρόκειται για *μετεωρολογικά κρυσπαγήματα*, τα οποία εμφανίσθηκαν εξαιτίας της μετάβασης για προσέλευση ή αποχώρηση για εργασία, λόγω ιδιαίτερων συνθηκών περιβάλλοντος εργασίας, τότε το εργατικό ατύχημα και η βλάβη στην υγεία εμφανίσθηκε και πάλι με αφορμή την εργασία. Ακόμα και στην περίπτωση αυτήν, το όποιο κόστος μέχρι την αποθεραπεία επιβάλλεται να το χρεωθεί ο εργοδότης (χωρίς καμία επιβάρυνση του εργαζόμενου). Επομένως και η όποια φαρμακευτική αγωγή επιβάλλεται να χορηγηθεί χωρίς καμιά απολύτως οικονομική συμμετοχή του εργαζόμενου. Είναι, ωστόσο, εξαιρετικά ασαφή τα όρια μεταξύ *κοινής νόσου* και *επαγγελματικού νοσήματος* στη συγκεκριμένη περίπτωση – επομένως εύκολα μπορεί να γίνει κατάχρηση παροχών, οδηγώντας σε υπερβάλλουσα επιβάρυνση της εργοδοσίας, είτε αλλιώς του *Φορέα Ασφάλισης Επαγγελματικού Κινδύνου* (ΦΑΕΚ). Προφανώς επιβάλλεται να τεθούν αυστηροί κανόνες με στόχο την ενδελεχή τεκμηρίωση της εργασιακής συμβολής στην εμφάνιση της βλάβης στην υγεία, όταν τίθεται η σχετική διάγνωση από τον Ειδικό Ιατρό Εργασίας και Περιβάλλοντος. Συζητώντας το θέμα αυτό προς την ίδια κατεύθυνση, αναρωτιέται κανείς αν είναι θεμιτό να χορηγείται *αντικαταθλιπτική* ή *αντιυπερτασική* φαρμακευτική αγωγή, χωρίς να επιβαρύνεται διόλου οικονομικά ο εργαζόμενος, με το πρόσχημα ότι η *κατάθλιψη* ή η *υπέρταση* (παρά το γεγονός ότι ίσως προπήρχαν) επιτείνονται λόγω εργασιακών συνθηκών... Στην περίπτωση των εμβολιασμών ενηλίκων, το *Εθνικό Εμβολιαστικό Πρόγραμμα* περιλαμβάνει ειδικές κατηγορίες εργαζομένων, αλλά είναι σαφές ότι ο εμβολιασμός των εργαζόμενων πραγματοποιείται χωρίς καμιά οικονομική χρέωσή τους. Όμως, είναι γνωστό ότι τουλάχιστον κατά το παρελθόν συχνά συνταγογραφούνταν στα βιβλιάρια υγείας εργαζόμενων, επιβαρύνοντας καταχρηστικά τον ασφαλιστικό φορέα υγείας, με κάποια ψευδεπίγραφη και πλασματική διάγνωση νοσηρότητας, που ενέτασσε το προσωπικό ως ασφαλισμένο σε ειδική κατηγορία λόγω κοινής νόσου. Προφανώς η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει περιορίσει το φαινόμενο. Προχωρώντας τη συζήτηση ανάστροφα, για την *ελονοσία*, παρότι ο *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* (ΠΟΥ) ήδη από το περασμένο έτος ενέκρινε δύο εμβόλια, η παραγωγή τους δεν έχει ξεκινήσει, άρα η πρόληψη του νοσήματος περιλαμβάνει προστασία από τσιμπήματα και χημειοπροφύλαξη με *χλωροκίνη*, *προγουανίλη*, *ατοβακόνη*, *προγουανίλη*, *δοξυκυκλίνη* ή *μεφλοκίνη*, ανάλογα με τη γεωγραφική ενδημικότητα και τα επίπεδα ανοχής κατά στέλεχος. Η απάντηση είναι μάλλον απλή: ο εργαζόμενος δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά, ούτε κατ' ελάχιστον, ενώ η εργοδοσία θα χρεωθεί πλήρως το όποιο κόστος. Εκτός κι αν ήδη ο εργοδότης πληρώνει ασφάλιστρο επαγγελματικού κινδύνου, επομένως ο ασφαλιστικός φορέας υγείας λειτουργεί και ως *Φορέας Ασφάλισης Επαγγελματικού Κινδύνου* (ΦΑΕΚ). Αν είναι έτσι ο Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος πρέπει να συνταγογραφήσει χημειοπροφύλαξη με μηδενική συμμετοχή για τον εργαζόμενο. Μήπως αυτό συνέβαινε τόσα χρόνια με το ΙΚΑ μέσω της εργοδοτικής καταβολής για επαγγελματικό κίνδυνο; Εστω όπου γινόταν... Μήπως ο ΕΦΚΑ το συνεχίζει;

Καταληκτικά: *Αν μια νύκτα του χειμώνα ένας ταξιδιώτης...* (όπως περιγράφει ο Ιταλο Καλβίνο στο ομότιπλο μυθιστόρημά του) είχε πάθει *κρυοπαγήματα*, ενόσω δεν ταξίδευε για επαγγελματικούς λόγους, αυτά θα θεωρούνταν *μετεωρολογικά κρυοπαγήματα* μη σχετιζόμενα με την εργασία και όλη αυτή η συζήτηση δεν θα είχε κανένα νόημα... Με την *ελονοσσία* είναι ακόμα πιο απλό!

N. 3850/2010 (ΦΕΚ Α/84/02.06.2010)

Κύρωση του Κώδικα νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων.

Άρθρο 18

Επίβλεψη της υγείας των εργαζομένων

6. Η επίβλεψη της υγείας των εργαζομένων στον τόπο εργασίας δεν μπορεί να συνεπάγεται οικονομική επιβάρυνση γι' αυτούς και πρέπει να γίνεται κατά τη διάρκεια των ωρών εργασίας τους.

8. Ο ιατρός εργασίας στο πλαίσιο των υποχρεώσεών του και των υποχρεώσεων του εργοδότη, σύμφωνα με τις κείμενες ειδικές διατάξεις, εφόσον η επιχείρηση δεν διαθέτει την κατάλληλη υποδομή, έχει υποχρέωση να παραπέμπει τους εργαζομένους για συγκεκριμένες συμπληρωματικές ιατρικές εξετάσεις. Οι εξετάσεις αυτές διενεργούνται σε Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞΥΠΠ), ή σε κατάλληλες υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα ή σε προσδιοριζόμενες από τους Υπουργούς Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αρμόδιες μονάδες των ασφαλιστικών οργανισμών ή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Στη συνέχεια ο ιατρός εργασίας λαμβάνει γνώση και αξιολογεί τα αποτελέσματα των παραπάνω εξετάσεων. Οι δαπάνες που προκύπτουν από την εφαρμογή της παραγράφου αυτής βαρύνουν τον εργοδότη.

Άρθρο 19

Δικαίωμα για ιατρικό έλεγχο - Υποχρέωση ενημέρωσης

3. Σε κάθε περίπτωση οι δαπάνες που προκύπτουν από την εφαρμογή του άρθρου αυτού δεν βαρύνουν τον ίδιο τον εργαζόμενο.

Υ.Α. 112803/2023 (ΦΕΚ Β/112803/27.12.2023)

Τροποποίηση της υπ' αρ. 73066/2022 απόφασης του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων «Έγκριση Εθνικής Στρατηγικής για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία 2022-2027» (ΦΕΚ Β/4359/17.08.2022).

Σχετ.: Υπ' αρ. 07/18.12.2023 γνώμη του Συμβουλίου Υγείας και Ασφάλειας των Εργαζομένων (ΣΥΑΕ)

Παράρτημα II

Εθνικό Πρόγραμμα Δράσεων για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία (ΥΑΕ) 2024

Δράση 1.1.2

Ενέργειες για τη δημιουργία «Φορέα Ασφάλισης Επαγγελματικού Κινδύνου»

Εμπλεκόμενοι φορείς:

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Αφάλισης, Κοινωνικοί Εταίροι

Δείκτες πρόοδου:

α) Συντονιστική Επιτροπή, β) Μελέτη, γ) Λοιπές ενέργειες

Χρηματοδότηση:

Εθνική ή ενωσιακή χρηματοδότηση

Υλοποίηση:

Εως 31.12.2024

Υ.Α. 73066/2022 (ΦΕΚ Β/4359/17.08.2022)

Έγκριση Εθνικής Στρατηγικής για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία 2022-2027.

Σχετ.: Υπ' αρ. 03/09.05.2022, 04/30.05.2022 και 05/22.06.2022 πρακτικά των συνεδριάσεων του Συμβουλίου Υγείας και Ασφάλειας των Εργαζομένων (ΣΥΑΕ)

Αξονας 1.1

Επιτελικός συντονισμός δημόσιων πολιτικών για θέματα ΥΑΕ

Στοχεύοντας στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της επαγγελματικής νοσηρότητας (εργατικά ατυχήματα, επαγγελματικές ασθένειες) μέσω της πρόληψης, την υιοθέτηση σύγχρονων κινητροδοτικών εργαλείων, καθώς και τη συνέργεια με το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, σκόπιμη θεωρείται η προώθηση της δημιουργίας ειδικού «Φορέα Ασφάλισης Επαγγελματικού Κινδύνου (επαγγελματικής νοσηρότητας)», κατόπιν ολοκλήρωσης σειράς αναγκαίων ενεργειών, όπως η δημιουργία συντονιστικού οργάνου, η εκτεταμένη διαβούλευση με τους κοινωνικούς εταίρους, η εκπόνηση αναλογιστικών μελετών κλπ. Η εν λόγω πρωτοβουλία αποτελεί διαχρονικό αίτημα των εκπροσώπων εργαζομένων και εργοδοτών και είχε συμπεριληφθεί στις δράσεις της Στρατηγικής 2016-2020 χωρίς, ωστόσο, να πραγματοποιηθούν στη συνέχεια τα αναγκαία βήματα για την υλοποίησή της. Παράγοντα «κλειδί» για την επιτυχία του εγχειρήματος θα αποτελέσει αναμφισβήτητα και η οργανική συνέργεια με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και ιδίως με τις σχετικές με την ΥΑΕ κλινικές και δομές του.

Παράρτημα Ι

Εθνικό Πρόγραμμα Δράσεων για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία (ΥΑΕ) 2022-2023

Δράση 1.1.2

Μελέτη δημιουργίας «Φορέα Ασφάλισης Επαγγελματικού Κινδύνου» και λοιπές προπαρασκευαστικές ενέργειες

Εμπλεκόμενοι φορείς:

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων,
Ελληνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία (ΕΛΙΝΥΑΕ)

Δείκτες προόδου:

Μία (1) μελέτη και λοιπές αναγκαίες ενέργειες

Χρηματοδότηση:

Εθνική ή κοινοτική χρηματοδότηση

Υλοποίηση:

Εως 30.06.2023

Υ.Α. 48416/2564 (ΦΕΚ Β/3757/25.10.2017)

Έγκριση Εθνικής Στρατηγικής για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία για τα έτη 2016-2020.

σελ. 45027

Τέλος, ποτέ δεν δημιουργήθηκε στη χώρα μας φορέας για την ασφάλιση του επαγγελματικού κινδύνου, στον οποίο σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική, το ασφαλιστρο καταβάλλεται αποκλειστικά και μόνο από την εργοδοτική πλευρά (το εργασιακό περιβάλλον που μπορεί να προκαλέσει βλάβη στην υγεία των εργαζομένων βρίσκεται στην ιδιοκτησία, εποπτεία και αποκλειστική ευθύνη του εργοδότη), είναι κλιμακωτό (και αυξομειούμενο) και εξαρτάται από την κατηγορία της επιχείρησης, από τους δείκτες επαγγελματικής νοσηρότητας, από το εργασιακό περιβάλλον της συγκεκριμένης επιχείρησης και από τα λαμβανόμενα μέτρα για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων.

σελ. 45029

Για όλους τους προαναφερθέντες λόγους, την επόμενη προγραμματική περίοδο η Πολιτεία πρέπει να εντατικοποιήσει το εύρος και την αποτελεσματικότητα των προσπαθειών της, σε συνεργασία με τους κοινωνικούς εταίρους, τους εργαζόμενους και τους παραγωγικούς φορείς.

Σε αυτό το πλαίσιο είναι αναγκαία η, θεσμική, διοικητική και λειτουργική συνάρθρωση και η αναβάθμιση όλων των επιμέρους υφιστάμενων δομών για την ΥΑΕ, σε ένα ενιαίο, συνεκτικό, πολυδιάστατο και πολυσυλλεκτικό Εθνικό Σύστημα Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία (ΕΣυσΥΑΕ), το οποίο όσον αφορά τη διοικητική/λειτουργική του διάσταση θα βασίζεται στη συνεργασία και δικτύωση του συνόλου των συμμετεχόντων φορέων και στη μεταξύ τους δημιουργία των αναγκαίων θετικών συνεργειών, ενώ όσον αφορά τη διασφάλιση των αναγκαίων πόρων αυτή θα βασίζεται στη δημιουργία ενός φορέα για την ασφάλιση του επαγγελματικού κινδύνου, (βλ. Άξονα 1 του Στρατηγικού Σχεδιασμού).

Σύμφωνα με την 187 Διεθνή Σύμβαση Εργασίας (ΔΣΕ) «Πλαίσιο προαγωγής της υγείας και ασφάλειας στην εργασία», η οποία ας σημειωθεί δεν έχει ακόμα κυρωθεί από τη χώρα μας, το «Εθνικό Σύστημα ΥΑΕ» ορίζεται ως «η υποδομή που αποτελεί το βασικό πλαίσιο για την υλοποίηση της εθνικής πολιτικής και των εθνικών προγραμμάτων υγείας και ασφάλειας στην εργασία» και θα πρέπει να περιλαμβάνει μεταξύ άλλων:

- α) τη νομοθεσία, τις συλλογικές συμβάσεις, ανάλογα με την περίπτωση, καθώς και κάθε άλλο κείμενο σχετικό με την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία,
- β) μια αρχή ή έναν οργανισμό, ή αρχές ή οργανισμούς, υπεύθυνους για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία, που προσδιορίζονται σύμφωνα με τη εθνική νομοθεσία και πρακτική,
- γ) μηχανισμούς που διασφαλίζουν τη συμμόρφωση με την εθνική νομοθεσία, συμπεριλαμβανομένων των συστημάτων επιθεώρησης,
- δ) μέτρα για την προώθηση, σε επίπεδο επιχείρησης, της συνεργασίας μεταξύ της διεύθυνσης, των εργαζομένων και των εκπροσώπων τους, ως ένα απαραίτητο στοιχείο για την πρόληψη στον χώρο εργασίας.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία (ΕΣυσΥΑΕ) θα πρέπει να περιλαμβάνει ανάλογα με την περίπτωση:

- α) ένα εθνικό τριμερές συμβουλευτικό όργανο ή εθνικά συμβουλευτικά τριμερή όργανα αρμόδια για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία,
- β) υπηρεσίες πληροφόρησης και συμβουλευτικές υπηρεσίες για θέματα υγείας και ασφάλειας στην εργασία,
- γ) πρόνοια για κατάρτιση σε θέματα ασφάλειας και υγείας στην εργασία,
- δ) υπηρεσίες υγείας στην εργασία σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία και πρακτική,
- ε) έρευνα σε θέματα ασφάλειας και υγείας στην εργασία,
- στ) ένα μηχανισμό συλλογής και ανάλυσης στοιχείων για τις επαγγελματικές ασθένειες και τους τραυματισμούς σε χώρο εργασίας, λαμβανομένων υπ' όψιν των σχετικών κανόνων της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας (ΔΟΕ),
- ζ) διατάξεις που να αποβλέπουν στη συνεργασία με τα συστήματα ασφάλισης του επαγγελματικού κινδύνου ή τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία καλύπτουν τα εργατικά ατυχήματα και τις ασθένειες.
- η) μηχανισμούς υποστήριξης για την προοδευτική βελτίωση των συνθηκών υγείας και ασφάλειας στις μικρές και μικρομεσαίες επιχειρήσεις και την άτυπη οικονομία.

σελ. 45032

- Διασύνδεση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία (ΕΣυσΥΑΕ) με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) ιδίως μέσω της δημιουργίας σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα ειδικής υπηρεσίας / μονάδας Υγείας και Ασφάλειας που θα περιλαμβάνει εκτός από την Υπηρεσία Προστασίας και Πρόληψης (ΥΠΠ) των εργαζομένων του Νοσοκομείου, την Υπηρεσία αναγνώρισης, διάγνωσης, τεκμηρίωσης και αναγγελίας των επαγγελματικών ασθενειών αλλά και εργατικών ατυχημάτων, για την παραπομπή τους για αποζημίωση στο Φορέα Ασφάλισης του Επαγγελματικού Κινδύνου και την καταγραφή τους για στατιστικούς λόγους (βλ. Άξονα 4).

- Δημιουργία ειδικής υπηρεσίας στους ασφαλιστικούς φορείς για τον έλεγχο των νοσημάτων που αναγνωρίζονται και αποζημιώνονται ως κοινά νοσήματα, για το ενδεχόμενο αναγνώρισής τους ως επαγγελματικής ασθένειας (βλ. Άξονα 4).

- Δόμηση ενός αξιόπιστου συστήματος καταγραφής της επαγγελματικής νοσηρότητας (εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες) με παράλληλο επανασχεδιασμό των μεθόδων και διαδικασιών αναγγελίας, αναγνώρισης και καταγραφής των εργατικών ατυχημάτων στη βάση του κοινού ευρωπαϊκού προτύπου ESAW και των επαγγελματικών ασθενειών (στη βάση του κοινού ευρωπαϊκού προτύπου EOD) της EUROSTAT (βλ. Άξονα 4).

- Δημιουργία επιτελικής δομής συνεργασίας με το Υπουργείο Παιδείας για την πολυεπίπεδη ενσωμάτωση των αρχών υγείας και ασφάλειας στην εργασία σε κάθε πτυχή του εκπαιδευτικού έργου και σε κάθε βαθμίδα της εκπαίδευσης

συμπεριλαμβανομένης της αρχικής επαγγελματικής και της δια βίου κατάρτισης (βλ. Άξονα 7).

- Προώθηση της δημιουργίας ειδικού «Φορέα Ασφάλισης Επαγγελματικού Κινδύνου» με βασικό πόρο τη θεσμοθετημένη από το Ν. 2084/1992 εισφορά επαγγελματικού κινδύνου 1% επί των αποδοχών των απασχολουμένων (που σήμερα εισπράττεται για μια σειρά υπόχρεων επιχειρήσεων από το ΙΚΑ) και με συνεκτίμηση τόσο των σχετικών μελετών που έχουν εκπονηθεί από το ΕΛΙΝΥΑΕ όσο και της κοινής πρότασης των εκπροσώπων επιστημονικών και συνδικαλιστικών φορέων (ΕΕΙΕΠ / Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής Εργασίας και Περιβάλλοντος, ΕΕΧ / Ένωση Ελλήνων Χημικών, ΤΕΕ / Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδας, ΓΣΕΕ / Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας, ΓΣΕΒΕΕ / Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών Βιοτεχνών Εμπόρων Ελλάδας), προς την Διαρκή Επιτροπή Κρίσης για τα Βαρέα και Ανθυγιεινά Επαγγέλματα για την «άμεση δημιουργία κατά τα πρότυπα των χωρών της ΕΕ ενός ασφαλιστικού φορέα για την ασφάλιση του επαγγελματικού κινδύνου» (βλ. Άξονα 4). Στόχος του φορέα αυτού θα είναι η προαγωγή της εργασιακής υγείας και ασφάλειας μέσω των διαδικασιών της πρόληψης υγείας και γενικότερα της δημόσιας υγείας, η ασφαλιστική κάλυψη των επαγγελματικών νοσημάτων και εργατικών ατυχημάτων (νοσήλια, ημέρες άδειας, αποκατάσταση, σύνταξη ή συμπληρωματική σύνταξη λόγω αλλαγής θέσης εργασίας ή επαγγέλματος) και η μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης των Ασφαλιστικών Ταμείων. Σημειώνεται ότι σήμερα τα ασφαλιστικά ταμεία πιέζονται ασφυκτικά από το τεράστιο κόστος της νοσηλείας, αποκατάστασης και συνταξιοδότησης της επαγγελματικής νοσηρότητας (η οποία δεν αναγνωρίζεται ως επαγγελματική αλλά ως κοινή νόσος και αποζημιώνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία), Παράλληλα λοιπόν με την προαγωγή της εργασιακής υγείας και ασφάλειας μέσω της πρόληψης, η δημιουργία του συγκεκριμένου φορέα φορέα ασφάλισης του επαγγελματικού κινδύνου εκτιμάται ότι θα συμβάλλει και στη βιωσιμότητα των ασφαλιστικών ταμείων της χώρας μας.

σελ. 450342

Τα εργαστήρια της Διεύθυνσης Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία (ΔΑΥΕ) έχουν σημαντική τεχνογνωσία στα θέματα προσδιορισμού χημικών και φυσικών παραγόντων, εργονομίας και ιατρικής της εργασίας, μέρος της οποίας χρησιμοποιείται ήδη για εκπαιδευτικούς σκοπούς, διενέργεια μετρήσεων και για εφαρμοσμένη έρευνα. Μετά τη λειτουργική και την οργανωτική αναβάθμισή τους, μπορούν να αποτελέσουν τη βάση ανάπτυξης του προτεινόμενου Εθνικού Κέντρου Έρευνας και Αναφοράς Μετρήσεων για την ΥΑΕ (όσον αφορά τους βλαπτικούς παράγοντες στους χώρους εργασίας) και να λειτουργήσουν είτε αυτόνομα, είτε σε συνεργασία και συνδυαστικά με άλλα δημόσια εργαστήρια στον τομέα της ΥΑΕ (όπως π.χ. είναι το ΚΔΙΕ / Κέντρο Διάγνωσης και Ιατρικής της Εργασίας), στηρίζοντας με τη λειτουργία τους το έργο του «Φορέα Ασφάλισης του Επαγγελματικού Κινδύνου» στον τομέα της πρόληψης.

N. 4931/2022 (ΦΕΚ Α/94/13.05.2022)

Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις.

Άρθρο 57

Συνταγογράφηση από ιατρούς που κατέχουν την ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας

Οι Ειδικοί Ιατροί Εργασίας, σύμφωνα με το γνωστικό τους αντικείμενο, την εκπαίδευσή τους και τα επιμέρους στάδια αυτής και στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς και υπηρεσιών Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας, δύνανται να συνταγογραφούν φάρμακα, θεραπευτικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις, μέσω του Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, εντός του ιατρείου της επιχείρησης, με την οποία ο Ειδικός Ιατρός Εργασίας έχει συνάψει σύμβαση παροχής υπηρεσιών ιατρού εργασίας, ή εντός του ιδιωτικού ιατρείου τους. Η συνταγογράφηση εντός της επιχείρησης γίνεται εκτός του ωραρίου Ιατρικής της Εργασίας στο πλαίσιο της ελεύθερης διαπραγμάτευσης. Οι εξετάσεις που αφορούν στον επαγγελματικό κίνδυνο, δεν συνταγογραφούνται.

Άρθρο 58

Σύσταση Εθνικού Μητρώου Εγκαυματιών - Θυμάτων από κάθε αιτία Εγκαύματος

Το μητρώο εγκαυματιών από δασικές πυρκαγιές του άρθρου 2 του Ν. 4626/2019 (Α' 141) μετονομάζεται και μετατρέπεται σε Εθνικό Μητρώο Εγκαυματιών - Θυμάτων από κάθε αιτία Εγκαύματος. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας εντάσσονται στο Εθνικό Μητρώο Εγκαυματιών, εγκαυματίες από ατύχημα ή δασική ή αστική πυρκαγιά ή από οποιαδήποτε άλλη αιτία πρόκλησης εγκαύματος κάθε τύπου, όπως θερμικού, χημικού, ηλεκτρικού, από ακτινοβολία, συμπεριλαμβανομένων των θυμάτων εγκληματικών ενεργειών, για τα οποία υπάρχει σχετική δικογραφία, και ορίζεται διαδικασία κατηγοριοποίησής τους, κατά παρέκκλιση κάλυψής τους από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και διάθεσης σε αυτούς των πάσης φύσεως φαρμάκων, επουλωτικών και αναπλαστικών σκευασμάτων (γέλες σιλικόνης, ενυδατικές αλοιφές, αντηλιακές αλοιφές, προϊόντα αντισηψίας), επιθεμάτων (σιλικόνη, γάζες), ελαστικών και πιεστικών ενδυμάτων, πιεστικής μάσκας προσώπου - νάρθηκα, καθώς και παροχής της απαραίτητης κατ' οίκον νοσηλείας, συμπεριλαμβανομένων των φυσικοθεραπειών, των φυσιοθεραπειών και λοιπών θεραπειών και επεμβάσεων για την αποκατάστασή τους.

N. 4626/2019 (ΦΕΚ Α/141/16.09.2019)

Κύρωση της από 24.07.2019 Π.Ν.Π. «Λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση άμεσων κινδύνων και αναγκών στις περιοχές της Περιφερειακής Ενότητας Ανατολικής Αττικής που επλήγησαν από τις πυρκαγιές της 23ης Ιουλίου 2018» (Α' 127), σύσταση και καταστατικό λειτουργίας της εταιρείας «Μάτι Ξανά» και άλλες διατάξεις.

Άρθρο 2

Μέτρα για την ανακούφιση των πληγέντων και την αποκατάσταση του περιβάλλοντος από τις πυρκαγιές της 23ης και 24ης Ιουλίου 2018 - Καταστατικό της Αστικής Μη Κερδοσκοπικής Εταιρείας με την επωνυμία «Μάτι Ξανά»

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως εντός δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος, συντάσσεται μητρώο εγκαυματιών, θυμάτων δασικών πυρκαγιών, συμπεριλαμβανομένων και των εγκαυματιών - θυμάτων των πυρκαγιών της 23ης και 24ης Ιουλίου 2018, και ορίζεται διαδικασία κατηγοριοποίησής τους κατά παρέκκλιση κάλυψης από τον ΕΟΠΥΥ και διάθεσης σε αυτούς των πάσης φύσεως φαρμάκων, επουλωτικών και αναπλαστικών σκευασμάτων (γέλες σιλικόνης, ενυδατικές αλοιφές, αντηλιακές αλοιφές, προϊόντα αντισηψίας), επιθεμάτων (σιλικόνη, γάζες), ελαστικών και πιεστικών ενδυμάτων, καθώς και της παροχής της απαραίτητης κατ' οίκον νοσηλείας, συμπεριλαμβανομένων και των φυσιοθεραπειών και λοιπών θεραπειών αποκατάστασής τους.

N. 2084/1992 (ΦΕΚ Α/165/07.10.1992)

Αναμόρφωση της Κοινωνικής Ασφάλισης και άλλες διατάξεις.

Άρθρο 23

Εισφορά πρόωρης συνταξιοδότησης και επαγγελματικού κινδύνου

4. Η πρόσθετη ειδική εισφορά επαγγελματικού κινδύνου για τους απασχολούμενους μισθτούς σε επιχειρήσεις και εργασίες, που ορίζονται στην παρ. 1 του άρθρου 1 του Β.Δ. 473/1961 (ΦΕΚ 119 Α') και διεξάγονται κάτω από εισφορές συνθήκες ώστε να τίθεται σε κίνδυνο η ζωή ή η υγεία των εργαζομένων, ορίζεται σε ποσοστό 1% επί των αποδοχών των εργαζομένων και βαρύνει τους εργοδότες.

Οι επιχειρήσεις καταβάλλουν ολόκληρη την εισφορά επαγγελματικού κινδύνου και για το προσωπικό τους που υπάγεται σ' έναν κλάδο ασφαλίσεως του φορέα ασφάλισης.

Β.Δ. 473/1961 (ΦΕΚ Α/119/26.07.1961)

Περί εισφορᾶς ἐπαγγελματικοῦ κινδύνου.

Ἄρθρον 1

Ἵπόχρεοι εἰς καταβολὴν εισφορᾶς ἐπαγγελματικοῦ κινδύνου

1. Ἵπόχρεοι ἐργοδότηι διὰ τὴν καταβολὴν ὑπὲρ τοῦ Ἰδρύματος Κοινωνικῶν Ἀσφαλίσεων τῆς εισφορᾶς ἐπαγγελματικοῦ κινδύνου ὀρίζονται οἱ ἀπασχολοῦντες μισθωτοὺς ὑπαγομένους εἰς τὴν ἀσφάλισιν τοῦ Ι.Κ.Α., ἐφ' ὅσον οὔτοι ἐργάζονται εἰς τινὰ τῶν κάτωθι κατὰ κατηγορίας ἐπιχειρήσεων ἢ ἐργασιῶν.

- Ἐργασίαι μηχανικῆς καλλιέργειας ἐν γένει.
- Ἐργασίαι δι' ἐλκυστήρων (τρακτέρ) καὶ σκαπτικῶν μηχανῶν.
- Ἐργασίαι διὰ θεριστικῶν ἢ ἀλωνιστικῶν μηχανῶν.
- Ἐργασίαι διὰ θεριζοαλωνιστικῶν μηχανῶν (κομπίνες).
- Ἐργασίαι διὰ μηχανῶν πρὸς καταπολέμησιν ἐπιβλαβῶν ἐντόμων, μυκήτων, βακτηρίων καὶ ἰῶν.
- Λιγνιτωρυχεῖα.
- Μεταλλεῖα σιδήρου πάσης φύσεως.
- Μεταλλεῖα ἄλλων μετάλλων.
- Ὀρυχεῖα ὑδρογονοθράκων καὶ γηγενῶν καυσίμων ἀερίων (πετρελαιοπηγαί, ὄρυχεῖα, πισσωδῶν οὐσιῶν κλπ.).
- Λατομεῖα οἰκοδομικῶν λίθων, μαρμάρων, σχιστολίθων.
- Λατομεῖα διὰ τὴν χημικὴν βιομηχανίαν καὶ παραγωγὴν λιπασμάτων.
- Ὀρυχεῖα θείου καὶ θειούχα μικτά.
- Ὀρυχεῖα βαρυτίνης.
- Ὀρυχεῖα λευκολίθου.
- Λατομεῖα γύψου.
- Λατομεῖα χαλαζίου.
- Λατομεῖα μυλοπετρῶν.
- Ὀρυχεῖα ἀμιάντου.
- Σμυριδορυχεῖα.
- Ὀρυχεῖα στεατίτου.
- Ἐργασίαι πρὸς ἀνεύρεσιν παντοειδῶν ὀρυκτῶν.
- Σφαγὴ ζώων καὶ ἐκδορὰ αὐτῶν.
- Ἀκροκαθαριστήρια, κατεργασία ἐντέρων.
- Ἀλλαντοποιία, χρησιμοποιοῦσα ἀξιόλογα μηχανικὰ μέσα καὶ κινητήριον δύναμιν.
- Βιομηχανία ἐδωδίων ζωϊκῶν λιπῶν.
- Βιομηχανία διατηρουμένων ὀπωρῶν καὶ λαχανικῶν.
- Βιομηχανία ζαχαρωδῶν προϊόντων ἐκ φρούτων καὶ φυτῶν, διατηρουμένων ἐντὸς στεγανῶν δοχείων.
- Ἀλευροποιία μὲ δευτερεύουσαν δραστηριότητα ἐλαιοτριβείου.
- Ἀποφλοίωσις, ἀπόξεσις καὶ στίλβωσις ὀρύζης.

- Βιομηχανία έπεξεργασίας όσπρίων.
- Βιομηχανία μπισκότων.
- Βιομηχανία ζαχαροπλαστικής.
- Ζαχαροποιία.
- Σοκολατοποιία.
- Βιομηχανία ζαχαρωδών προϊόντων.
- Διάφοροι βιομηχανία είδων διατροφής (παραγωγή άμύλου, άμυλοσακχάρου, σταφυλοσακχάρου, ζυμών, ζυμαρικών, μαγειρικών λιπών, παρασκευή τροφών δια ζώα και πτηνά, παραγωγή πάγου, καθαρισμός και τριβή άλατος, τριβή και συσκευασία μπαχαρικών, παραγωγή μουστάρδας και μαγιονέζας, παραγωγή όξους).
- Βιομηχανία ποτών (οίνοπνευματοποιία, ποτοποιία).
- Οίνοποιία, ζυθοποιία και βυνοποιία, παρασκευή χυμού όπωρων και άεριούχων ποτών.
- Καπνοβιομηχανία (έπεξεργασία φύλλων καπνοϋ, παραγωγή σιγάρων, σιγαρέτων και ταμπάκου).
- Ύφαντικαί βιομηχανία έκκοκιστήρια, νηματουργεία στριππήρια και ύφαντήρια βάμβκος έριουργία, μεταξουργεία, κατεργασία ίούτης, λίνου και καννάβευς, δαντελοποιία και ταινιοπλεκτική, βαφεία, τυποβαφεία, και φινιριστήρια νημάτων και ύφασμάτων, καλτσοποιία, φανελοποιία, πλεκτική ύφασμάτων βιομηχανία σχοινίων και σπάγγων, λοιπαί ύφαντικαί βιομηχανία και βιοτεχνία, έφ' όσον έχουν περισσοτέρους τών πέντε ίστών.
- Βιομηχανία είδων ύποδήσεως.
- Βιομηχανία είδων ένδυμασίας (ραπτική έν γένει, χρησιμοποιοϋσα ήλεκτροκίνητα μηχανήματα κοπής, κατασκευή όρθοπεδικών και ίατρικών ζωνών και έπίδέσμων, περιλαμβανομένων και τών κορσέδων, λαστέξ κηλεπιδέσμων, κλπ. πιλοποιία κατασκευή χειροκτίων, άλεξιβροχίων, άλεξιλιών και ράβδων).
- Βιομηχανία διαφόρων είδων έξ ύφάσματος (στρωματοποιία, έφαπλωματοποιία, κατασκευή πανιών οικιακής χρήσεως κεντημάτων, τεντών, σκηνών, σάκκων, σημαίων κλπ.).
- Βιομηχανία ξύλου και φελλοϋ (πριστήρια και μηχανική κατεργασία τοϋ ξύλου κατασκευή είδων συσκευασίας έκ ξύλου και διαφόρων φυτών, κατασκευή είδων έκ φελλοϋ).
- Βιομηχανία έπίπλων και είδων έπιπλώσεως.
- Βιομηχανία χάρτου και κατασκευής είδων έκ χάρτου (παραγωγή χαρτομάζης, χάρτου, χαρτονίου, κατασκευή χαρτοσάκκων και χαρτοσακκουλών, κυτιοποιία, βιομηχανία έπεξεργασίας χάρτου).
- Βιομηχανία έκτυπώσεως έκδόσεως βιβλίων και έντύπων έν γένει.
- Βιομηχανία άσβεστοποιίας.
- Βιομηχανία δέρματος και είδων έκ δέρματος.
- Βιομηχανία έλαστικοϋ.
- Βασικαί χημικαί βιομηχανία, περιλαμβανομένης και τής παραγωγής λιπασμάτων.

- Βιομηχανία λιπαρών ουσιών ζωικής ή φυτικής προελεύσεως.
- Βιομηχανία έλαιοχρωμάτων, βερνικίων και στιλβωμάτων.
- Βιομηχανία φαρμακευτικών προϊόντων, άρωματοποιίας, παρασκευή καλλυντικών,
- Σαπωνοποιία.
- Βιομηχανία διυλίσεως πετρελαιωειδών.
- Βιομηχανία διαφόρων προϊόντων πετρελαίου και άνθρακος.
- Βιομηχανία κατασκευής υλικών δι' οικοδομὰς ἐξ ὀπτιῆς γῆς.
- Ὑαλουργία καὶ κατασκευὴ κατόπτρων χρησιμοποιοῦσα μηχανήματα.
- Βιομηχανία κατασκευής ειδών ἐκ πηλοῦ, πορσελάνης καὶ φαβεντιανῶν.
- Βιομηχανία τσιμέντων.
- Βιομηχανία μὴ μεταλλικῶν ὀρυκτῶν (γύψου, στόκου, τριβῆς μαρμάρου, τσιμεντοσωλήνων καὶ τσιμεντολίθων, κατασκευὴ μωσαϊκῶν πλακῶν καὶ πλακῶν ἐπιστρώσεως, κατεργασία μαρμάρου, σμύριδος).
- Βιομηχανία παραγωγῆς καὶ κατεργασίας χυτοσιδήρου, σιδήρου καὶ χάλυβος.
- Μεταλλουργία μολύβδου, σιδηρονικελίου, χαλκοῦ καὶ αλουμινίου καὶ τῶν κραμάτων αὐτῶν.
- Μεταλλουργία ἄλλων κοινῶν μετάλλων.
- Βιομηχανία κατασκευῆς ἀντικειμένων ἐκ μετάλλου.
- Βιομηχανία κατασκευῆς μηχανῶν καὶ συσκευῶν.
- Μηχανουργία.
- Βιομηχανία κατασκευῆς ἠλεκτρικῶν μηχανῶν καὶ συσκευῶν καὶ λοιπῶν ἠλεκτρικῶν ειδῶν.
- Κατασκευὴ μεταφορικῶν μέσων (ναυπηγεῖα κατασκευῶν καὶ ἐπισκευῶν πλοίων, διάλυσις πλοίων, κατασκευὴ σιδηροδρομικοῦ υλικοῦ, κατασκευὴ καὶ ἐπισκευὴ αὐτοκινήτων ὀχημάτων, μοτοσυκλετῶν καὶ ποδηλάτων, κατασκευὴ καὶ ἐπισκευὴ ἀεροπλάνων, ἄμαξῶν).
- Βιομηχανία κατασκευῆς ἰατροχειρουργικῶν ἐργαλείων καὶ ὀργάνων ἀκριβείας μετρήσεως καὶ ἐλέγχου.
- Βιομηχανία κατασκευῆς φωτογραφικοῦ υλικοῦ καὶ ὀπτικῶν ὀργάνων.
- Βιομηχανία κατασκευῆς ειδῶν γραφείου.
- Βιομηχανία κατασκευῆς ψευδοκοσμημάτων, πτερῶν, τεχνητῶν ἀνθέων, κομβίων ἐξ ὀστῶν, ψηκτρῶν καὶ σημάτων.
- Ἐργοτάξια τεχνικῶν ἔργων καὶ οἰκοδομῶν.
- Ἡλεκτρισμὸς καὶ φωταερίον.
- Ὑπηρεσίαι διανομῆς ὕδατος.
- Ὑπηρεσίαι ὑγιεινῆς (ὑπόνομοι, ἀποκομιδὴ ἀπορριμμάτων, χρησιμοποίησις καὶ καταστροφὴ ἀπορριμάτων, ἐκκένωσις βόθρων).
- Μεταφοραὶ ἐμπορευμάτων δι' αὐτοκινήτων.
- Θαλάσσιαι μεταφοραὶ ἐμπορευμάτων.
- Ὑπηρεσίαι φορτώσεως καὶ ἐκφορτώσεως πλοίων.
- Ἐναέριοι μεταφοραὶ ἐπιβατῶν καὶ ἐμπορευμάτων.
- Ἀποθηκεύσεις.
- Ἴπποδρομία.
- Ἴπποδρόμια (τσίρκα).

2. Δέν καταβάλλεται είσφορά έπαγγελματικόϋ κινδύνου διά τò ύπαλληλικòν και ύπηρετικόν προσωπικόν τò άπασχολούμενον είς τὰ γραφεΐα τών περι ών ή προηγουμένη παράγραφος έπιχειρήσεων και έργασιών και διά τò προσωπικόν τò άπασχολούμενον είς άποθήκας έτοιμών προϊόντων τών έργοστασιών τών έν λόγω έπιχειρήσεων ύπό τόν όρον ότι ταύτα άποθηκεύονται είς κειχωρισμένας άποθήκας πληρούσας τούς όρους ύγιεινής και άσφαλείας. Όμοίως δέν καταβάλλεται ή έν λόγω είσφορά διά τò προσωπικόν τών Τμημάτων Συσκευασίας τών αύτών έπιχειρήσεων και έργασιών είς τὰ όποΐα δέν χρησιμοποιούνται μηχανικά μέσα συσκευασίας, έξαιρείσει τών τμημάτων συσκευασίας τών καπνοβιομηχανιών, άποθηκών έπεξεργασίας καπνού και τών τμημάτων συσκευασίας προϊόντων κωνιδών, έκρηκτικών, άναφλεξίμων, δηλητηριωδών και καυστικών.

Άρθρον 2

Ύποχρεώσεις εργοδοτών δηλώσεως άτυχημάτων

1. Οί ύπαγόμενοι είς τās διατάξεις τοϋ παρόντος εργοδóται ύποχρεοϋνται όπως τηροϋν «Βιβλίον δηλώσεως εργατικών άτυχημάτων», ό τύπος τοϋ όποΐου θέλει καθορισθεΐ δι' άποφάσεως τοϋ Ύπουργοϋ Έργασίας.

2. Οί αύτοί εργοδóται ύποχρεοϋνται όπως αναγγέλλουν είς τήν άρμοδίαν Έπιθεώρησιν Έργασίας τοϋ Ύπουργείου Έργασίας πάν άτύχημα έπισυμβάν κατά τήν έκτέλεσιν τής εργασίας ή έξ άφορμής αύτής είς πρόσωπα ύπαγόμενα είς τήν άσφάλισιν τοϋ ΙΚΑ. Η άναγγελία ενεργείται καθ' όν τρόπον και έντός τών προθεσμιών τών όριζομένων ύπό τής ίσχυούσης νομοθεσίας.

3. Ο εργοδóτης, ό άντιπρόσωπος αύτοϋ, ό ήσφαλισμένος και έν άδυναμία ή θανάτω τούτου οί έξ αύτοϋ έλκοντες δικαίωμα, ό τās πρώτας βοηθείας παρασχών ίατρος και πās ύπάλληλος τοϋ ΙΚΑ ως έκ τής ύπηρεσίας του λαβών γνώσιν, ύποχρεοϋνται νά αναγγείλουν είς τò ΙΚΑ πάν άτύχημα έπισυμβάν κατά τήν έκτέλεσιν τής εργασίας ή έξ άφορμής αύτής είς πρόσωπον ύπαγόμενον είς τήν άσφάλισιν τοϋ ΙΚΑ. Ο εργοδóτης ύποχρεοϋται ώσαύτως, άσχέτως πρòς τήν άνωτέρω άναγγελίαν νά έφοδιάζη τον παθόντα με βεβαίωσιν περι τής έπελεύσεως έν τή εργασία ή έξ άφορμής αύτής τοϋ άτυχήματος. Η άναγγελία τοϋ άτυχήματος ενεργείται καθ' όν τρόπον και έντός τών προθεσμιών τών όριζομένων ύπό τής έκάστοτε ίσχυούσης νομοθεσίας τοϋ ΙΚΑ περι άναγγελίας τών εργατικών άτυχημάτων.

Άρθρον 3

Άναγγελία άτυχημάτων είς Ύπουργείον Έργασίας

1. Τò ΙΚΑ ύποχρεοϋται όπως κατ' έτος και έντός τοϋ πρώτου διμήνου έκάστου ήμερολογιακοϋ έτους αναγγέλλη είς τò Ύπουργείον Έργασίας πάντα τὰ δηλωθέντα αύτῶ έντός τοϋ προηγουμένου ήμερολογιακοϋ έτους εργατικά άτυχήματα, τὰ προκαλέσαντα σωματικήν βλάβην ή βλάβην τής ύγείας είς ήσφαλισμένον τοϋ Ι.Κ.Α. συνεπεία τής όποΐας έπήλθεν άνικανότης αύτῶν διαρκείας έπτά (7) τοϋλάχιστον

ήμερῶν παρέχον πλήρης στοιχεῖα τῶν ἐρδοδοτῶν, τῶν παθόντων ἠσφαλισμένων, τῆς προκληθείσης αὐτοῖς βλάβης καὶ τῆς διάρκειας καὶ ἀνικανότητός των.

2. Ὅπου ἐν των παρόντι Β.Δ. γίνεται χρῆσις τοῦ ὄρου «ἀτύχημα» ἢ «ἐργατικὸν ἀτύχημα» νοεῖται καὶ ἡ ἐπαγγελματικὴ ἀσθένεια.

Ἄρθρον 4

Ὅροι μειώσεως τῆς εἰσφορᾶς

Ἐφ' ὅσον ἐκ τῶν τηρουμένων παρὰ τῷ ΙΚΑ στοιχείων προκύπτει ὅτι οὐδὲν ἀτύχημα ἢ ἐπαγγελματικὴ ἀσθένεια ἐξ ὧν προεκλήθη ἀνικανότης πρὸς ἐργασίαν δι' ἣν κατεβλήθη ἐπίδομα πλέον τῶν ἐπτὰ τοῦλάχιστον ἡμερῶν ἔλαβε χώραν παρὰ τινι τῶν ὑπαγομένων εἰς τὰς διατάξεις τοῦ ἄρθρου 3 τοῦ Ν.Δ. 4104/1960 ἐπιχειρήσεων ἐπὶ δύο συνεχῆ ἔτη δύνανται ὁ ἐργοδότης δι' ἐγγράφου αἰτήσεως ἀπευθυνομένης εἰς τὸ Ὑποκατάστημα τοῦ ΙΚΑ τῆς περιφερείας ἔνθα αἱ ἐγκαταστάσεις τῆς ἐπιχειρήσεως νὰ αἰτήσῃται τὴν μείωσιν τῆς εἰσφορᾶς ἐπαγγελματικοῦ κινδύνου εἰς 0,5%. Ὡς χρόνος ἐνάρξεως τῆς πρώτης διετίας θεωρεῖται ἡ 1η Ὀκτωβρίου 1960.

Ἡ αἴτησις μετὰ τῆς σχετικῆς γνωμοδοτήσεως τοῦ Διοικητικοῦ Συμβουλίου τοῦ ΙΚΑ ὑποβάλλεται εἰς τὸ Ὑπουργεῖον Ἐργασίας διὰ τὴν ἐκδοσιν τοῦ κατὰ τὸ ἄρθρον 3 τοῦ Ν.Δ. 4104/1960 Β.Δ.

Ἡ μείωσις τῆς εἰσφορᾶς ἐπαγγελματικοῦ κινδύνου ἰσχύει ἀπὸ τῆς δημοσιεύσεως τοῦ οἰκείου Β.Δ. εἰς τὴν Ἐφημερίδα τῆς Κυβερνήσεως αἶρεται δὲ ἐφ' ὅσον ἤθελεν ἐπισυμβῆ ἔργατικὸν ἀτύχημα ἢ ἐπαγγελματικὴ ἀσθένεια ἐξ ὧν προεκλήθη ἀνικανότης δι' ἣν κατεβλήθη ἐπίδομα ἐπτὰ τοῦλάχιστον ἡμερῶν εἰς ἠσφαλισμένον μισθωτῶν τῆς ἣν ἀφορᾶ τοῦτο ἐπιχειρήσεων καὶ οὐχὶ πάντως πρὸ τῆς παρόδου διετίας ἀπὸ τῆς δημοσιεύσεως τοῦ ὀρίζοντος τὴν μείωσιν Β.Δ.

Ἄρθρον 5

Προϋποθέσεις καταβολῆς ἡυξημένης εἰσφορᾶς

Ἐὰν παρὰ τῆς ἀρμοδίας Ἐπιθεωρήσεως Ἐργασίας διαπιστοῦται ἡ παρὰ τινος των ὑπαγομένων εἰς τὰς διατάξεις τοῦ ἄρθρου 3 Ν.Δ. τοῦ 4104/1960 ἐπιχειρήσεων μὴ τήρησις τῶν ὄρων ἀσφαλείας καὶ ὑγιεινῆς τοῦ προσωπικοῦ, αὕτη γνωστοποιεῖ τοῦτο ἐγγράφως εἰς τὸ ΙΚΑ.

Εἰς τὸ ἐγγραφον δεόν νὰ σημειοῦται ἡ ἔκτασις τῶν σημειουμένων παραλείψεων καὶ τὸ μέγεθος τοῦ κινδύνου ἐπελεύσεως ἐργατικῶν ἀτυχημάτων καὶ ἐπαγγελματικῶν ἀσθενειῶν.

Ἡ βάση τοῦ ἀνωτέρω ἐγγράφου ἐκδομένης γνωμοδοτήσεως τοῦ Διοικητικοῦ Συμβουλίου τοῦ ΙΚΑ εἰς ἣν ἀπαραιτήτως θὰ προτείνεται καὶ τὸ ποσοστὸν αὐξήσεως τῆς εἰσφορᾶς ἐπαγγελματικοῦ κινδύνου, ὑποβάλλεται εἰς τὸ Ὑπουργεῖον Ἐργασίας διὰ τὴν ἐκδοσιν τοῦ κατὰ τὸ ἄρθρον 3 τοῦ Ν.Δ. 4104/1960 Β.Δ. Ἐὰν ἡ κατὰ τὰ ἀνωτέρω μὴ τήρησις τῶν ὄρων ὑγιεινῆς καὶ ἀσφαλείας τοῦ προσωπικοῦ παρὰ τινι ἐπιχειρήσει διαπιστοῦται παρὰ τοῦ ΙΚΑ, τοῦτο γνωστοποιεῖ δι' ἐγγράφου τοῦ τὰς σημειωθείσας παραλείψεις εἰς τὴν ἀρμοδίαν Ἐπιθεώρησιν Ἐργασίας, ἥτις ἐντὸς

τριμήνου όφείλει να γνωρίση εις τὸ ΙΚΑ ἐπὶ τῆς περὶ τούτου γενομένης ἐρεύνης καὶ τῆς συμμορφώσεως ἢ μὴ τῆς ἐπιχειρήσεως πρὸς τὰς ὑποδείξεις ταύτης.

Παρερχομένου ἀπράκτου τοῦ τριμήνου ἐκδίδεται ἢ κατὰ τὴν προηγούμενην παράγραφον γνωμοδότησις τοῦ Δ.Σ. τοῦ ΙΚΑ καὶ κινεῖται ἡ ὅλη διαδικασία αὐξήσεως τῆς εἰσφορᾶς ἐπαγγελματικοῦ κινδύνου ἐπὶ τῇ βάσει ἐκθέσεως τοῦ οἰκείου Ὑποκαταστήματος τοῦ ΙΚΑ.

Ἡ αὐξήσις τῆς εἰσφορᾶς ἐπαγγελματικοῦ κινδύνου ἰσχύει ἀπὸ τῆς δημοσιεύσεως τοῦ οἰκείου Β.Δ. εἰς τὴν Ἐφημερίδα τῆς Κυβερνήσεως, αἴρεται δὲ ἐφ' ὅσον, ἢ καθ' ἧς αὕτη ἐπιχειρήσις ἠθέλην συμμορφωθῆ πρὸς τὰς ὑποδείξεις τῆς οἰκείας Ἐπιθεωρήσεως Ἐργασίας καὶ πάντως οὐχὶ πρὸ τῆς παρόδου ἔτους ἀπὸ τῆς δημοσιεύσεως τοῦ ἐπιβάλλοντος τὴν αὐξήσιν Β.Δ. Περὶ τῆς συμμορφώσεως τῆς ἐπιχειρήσεως πρὸς τὰς ὑποδείξεις τῆς οἰκείας Ἐπιθεωρήσεως Ἐργασίας ἐνημεροῦται ἐγγράφως παρὰ ταύτης τὸ ΙΚΑ.

Ἄρθρον 6

Εἰσφορὰ μικτῶν ἐπιχειρήσεων

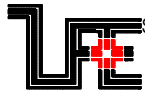
1. Ως μικταὶ ἐπιχειρήσεις διὰ τὴν ἐφαρμογὴν τοῦ παρόντος νοοῦνται αἱ ἐμποροβιομηχανικαί, αἱ ἐμποροβιοτεχνικαί, καὶ ἐπαγγελματοβιοτεχνικαὶ τοιαῦται, ἐφ' ὅσον ἀξιόλογον τμῆμα τῆς δραστηριότητος αὐτῶν, αὐτοτελῶς ἐξεταζόμενον ἐμπύπτη εἰς τινὰ τῶν ἐν ἄρθρῳ 1 παρ. 1 ἀναφερομένων κατηγοριῶν βιομηχανιῶν καὶ ἐργατῶν.

2. Διὰ τὰς μικτὰς ἐπιχειρήσεις ἢ ὑποχρέωσις καταβολῆς εἰσφορᾶς ἐπαγγελματικοῦ κινδύνου περιορίζεται εἰς τὸ προσωπικὸν τὸ ἀπασχολούμενον εἰς τὸ τμῆμα τῆς ἐπιχειρήσεως ὅπερ περιλαμβάνεται εἰς τινὰς τῶν κατηγοριῶν τῶν περὶ ὧν τὸ ἄρθρον 1 παρ. 1 τοῦ παρόντος βιομηχανιῶν ἢ ἐργασιῶν.

Ἄρθρον 7

Ἐναρξίς καταβολῆς εἰσφορᾶς

Ἡ ὑποχρέωσις καταβολῆς εἰσφορᾶς ἐπαγγελματικοῦ κινδύνου ἀρχεται ἀπὸ τῆς πρώτης τοῦ ἐπομένου τῆς δημοσιεύσεως τοῦ παρόντος μηνός.



ARTICLE OF GENERAL INTEREST
**IS PRESCRIBING LEGITIMATE
WITHIN THE PRACTICE
OF THE SPECIALTY OF OCCUPATIONAL
AND ENVIRONMENTAL MEDICINE?**

T.C. Constantinidis



Specialist in Occupational and Environmental Medicine, Professor of Medical Faculty at the Democritus University of Thrace, Director of the Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Dean of the School of Health Sciences at the Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece

Abstract: Concerns regarding the prescribing by Occupational and Environmental Physicians (within the scope of their specialty) on the occasion of the inclusion of the promotion of the creation of an "Occupational Risk Insurance Agency" in the *National Strategy for Health and Safety at Work 2022-2027* (Government Gazette, FEK B, 4359/17.08.2022). The article explores whether it is legitimate to prescribe for both common and occupational diseases.