

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**«Ενδυνάμωση ασθενών και βελτίωση της παροχής υπηρεσιών σε  
μονάδες στον χώρο της υγείας»**

**Αιμιλία Τσίρου**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**«Ενδυνάμωση ασθενών και βελτίωση της παροχής υπηρεσιών σε  
μονάδες στον χώρο της υγείας»**

**Αιμιλία Τσίρου, Α.Μ.: ΔΥ/1045**

Επιβλέπουσα: Ειρήνη Φαφαλιού Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Management**

**“Patient Empowerment and Improvement in Services of healthcare  
units”**

**Aimilia Tsirou**

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Στους γονείς μου

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## Ευχαριστίες

Στην Ελένη και τον Πάρι Κ. που άνοιξαν τον δρόμο

Στην Ρίτα Σ. που επέτρεψε τη συνέχεια

Στην Τζένη Α., Βιβή Γ. και Ελένη Χ. που φτάσαμε ως εδώ

Στους Frederic Arnold, Gerlin Bode, Sadie Cutland και Sabine Karner για τον χρόνο που αφιέρωσαν στις συνεντεύξεις μας

Σε όλους όσους συνέβαλαν με τον τρόπο τους στη συγγραφή αυτής της διπλωματικής

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



# «Ενδυνάμωση ασθενών και βελτίωση της παροχής υπηρεσιών σε μονάδες στον χώρο της υγείας»

**Σημαντικοί Όροι:** υγεία, σύστημα υγείας, ενδυνάμωση, ασθενής

## Περίληψη

Ο στόχος της διπλωματικής αυτής εργασίας είναι να διερευνήσει την υπόθεση ότι η «ενδυνάμωση των ασθενών» μπορεί να συμβάλλει θετικά στην λειτουργία ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν τα μεθοδολογικά εργαλεία της βιβλιογραφικής επισκόπησης και των συνεντεύξεων.

Στο επίκεντρο της έρευνας μας υπήρξε η ανάδειξη της ενδυνάμωσης του ασθενούς ως μια διαδικασίας στην οποία συμμετέχει, εκτός από τον ασθενή, και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και ο ευρύτερος κοινωνικός ιστός. Πυλώνες της διαδικασίας αυτής είναι η ενημέρωση - πληροφόρηση, η επικοινωνία, και η εκπαίδευση, και το ενδιαφέρον μας εστιάστηκε στον ασθενή με χρόνια νόσημα.

Τελικό συμπέρασμα είναι ότι η ενδυνάμωση του ασθενούς είναι εφικτή και οδηγεί στην βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

# “Patient Empowerment and Improvement in Services of healthcare units”

**Keywords:** health, health system, empowerment, patient

## Abstract

Aim of thesis is to examine whether patient empowerment can improve healthcare units' service. For this purpose we used the methodological tools of desk research and empirical research. The empirical research was conducted via in-depth interviews and semi-structured questionnaire. Our research proved the patient empowerment to be a procedure in which, apart from the patient, healthcare multidisciplinary team plays major role. The procedure of empowerment is consisted of three parameters: the information, the communication and the education. Centre of our research was the patient with chronic disease. The general conclusion is that patient empowerment is feasible and leads in improvement of healthcare units services.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## Περιεχόμενα

### Περίληψη

### Abstract

### Κατάλογος Πινάκων

### Κατάλογος Διαγραμμάτων

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Στόχοι της διπλωματικής εργασίας	1
1.3 Κίνητρο εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας – επιλογής του ερευνητικού πεδίου	2
1.4 Μεθοδολογία διπλωματικής εργασίας	3
1.5 Ανακεφαλαίωση	4

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΟΡΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1 Εισαγωγή	5
2.2 Διερεύνηση της έννοιας της «υγείας»	6
2.2.1. Σύντομη Ιστορική Αναδρομή	6
2.2.2 Οριοθέτηση της έννοιας «υγείας»	7
2.3 Διερεύνηση της έννοιας του «συστήματος υγείας»	9
2.3.1 Εισαγωγή	9
2.3.2 Οριοθέτηση της έννοιας του «συστήματος υγείας»	10
2.3.3 Δομή και λειτουργία του Συστήματος Υγείας	11
2.3.4 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα	14
2.4 Διερεύνηση της έννοιας της έννοιας της «ενδυνάμωσης» στον εργασιακό χώρο	16
2.4.1 Ορισμός της έννοιας της «ενδυνάμωσης» στον εργασιακό χώρο	16
2.4.2 Η διαδικασία της ενδυνάμωσης στον εργασιακό χώρο	18
2.4.3. Η μεθοδολογία της ενδυνάμωσης στον εργασιακό χώρο	19
2.4.4 Παράγοντες επιτυχίας της ενδυνάμωσης στον εργασιακό χώρο	19
2.4.5 Οφέλη της ενδυνάμωσης στον εργασιακό χώρο	20
2.5 Διερεύνηση της έννοιας της έννοιας της «ενδυνάμωσης ασθενούς»	21

2.5.1 Ορισμός της έννοιας της «ενδυνάμωσης ασθενούς»	21
2.5.2 Τι λένε οι ίδιοι οι ασθενείς για την ενδυνάμωση	23
2.5.3 Η ευρωπαϊκή έρευνα του Ινστιτούτου Καταναλωτών Υγείας (HCP)	26
2.5.4 Μια (και μοναδική περίπτωση) άριστης πρακτικής	28
2.6 Ανακεφαλαίωση	32

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

3.1 Εισαγωγή	33
3.2 Δεδομένα της εμπειρικής έρευνας	34
3.3 Ανάλυση των ημι-δομημένων συνεντεύξεων	35
3.4 Ανακεφαλαίωση	44

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΜΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

4.1 Εισαγωγή	45
4.2 Συμπεράσματα της έρευνας	45
4.3 Περιορισμοί της ερευνητικής διαδικασίας	50
4.4 Προτάσεις	51
4.5 Ανακεφαλαίωση	55

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	<b>57</b>
------------------	-----------

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>73</b>
---------------------	-----------

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Κατάταξη των ευρωπαϊκών χωρών αναφορικά με την Ενδυνάμωση Ασθενούς (HCP 2013)	27
Πίνακας 2: Συγκριτικός Πίνακας Διαφορών σε 12-μηνη παροχή υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στους ασθενείς που συμμετείχαν στο Πρόγραμμα Ενδυνάμωσης και σε άλλους που δεν συμμετείχαν	31
Πίνακας 3: Αποτελέσματα Απαντήσεων περί των προσωπικών στοιχείων των προσώπων που λάβαμε συνέντευξη	35
Πίνακας 4: Αποτελέσματα Απαντήσεων στην 1 <sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης	35
Πίνακας 5: Αποτελέσματα Απαντήσεων στην 2 <sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης	36
Πίνακας 6: Αποτελέσματα Απαντήσεων στην 3 <sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης	38
Πίνακας 7: Αποτελέσματα Απαντήσεων στην 4 <sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης	40
Πίνακας 8: Αποτελέσματα Απαντήσεων στην 5 <sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης	41
Πίνακας 9: Αποτελέσματα Απαντήσεων στην 6 <sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης	42
Πίνακας 10: Αποτελέσματα Απαντήσεων στην 7 <sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης	43
Πίνακας 11: Ανταλλαγή Εξειδικευμένων Γνώσεων	54

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Γράφημα από το EHCI 2013 report όπου παρουσιάζεται η διείσδυση της τεχνολογίας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, η οποία θεωρείται παράγοντας βελτίωσης των υπηρεσιών αυτών	50
Διάγραμμα 2: Μοντέλο Διαχείρισης Ενδυνάμωσης Ασθενών Χρόνιων Παθήσεων	53
Διάγραμμα 3: η προσωπική συμβολή του ασθενούς προς όφελος του συνόλου	55

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1.1 Εισαγωγή

Η παρούσα διπλωματική εργασία με τίτλο «Ενδυνάμωση ασθενών και βελτίωση παροχής υπηρεσιών σε μονάδες στο χώρο της υγείας» σκοπό έχει την ανάδειξη της σημαντικότητας της ενδυνάμωσης του ασθενούς και τη διασύνδεσή της με την παροχή υπηρεσιών υγείας, και κυρίως την πιθανότητα βελτίωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω της επίτευξης της ενδυνάμωσης των ασθενών. Με την παρούσα έρευνα επιχειρείται η πολύπλευρη προσέγγιση του όρου της ενδυνάμωσης, υπό το πρίσμα του εργαζόμενου, του ασθενούς, της ιατρονοσηλευτικής ομάδας φροντίδας και του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στόχος, πέραν της διερεύνησης κάποιων παραγόντων που απαρτίζουν το αντικείμενο της έρευνάς μας, η συνεισφορά της στη διαμόρφωση ενός πλαισίου βελτίωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας, συμβάλλοντας παράλληλα στον εμπλουτισμό της σχετικής βιβλιογραφίας και στον περιορισμό του ερευνητικού κενού, αφού η πλειοψηφία των μελετών εστιάζεται στη διερεύνηση μόνο της ενδυνάμωσης των εργαζομένων ή μόνο των ασθενών, και κυρίως ασθενών χρόνιων παθήσεων, αγνοώντας την όποια παράμετρο αλληλεπίδρασης αυτών και συμβολής και των δυο στα αποτελέσματα του μάνατζμεντ μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ως μεθοδολογικά εργαλεία επιλέξαμε την βιβλιογραφική επισκόπηση και την εμπειρική έρευνα, καθώς κρίνονται ως τα πιο κατάλληλα εργαλεία για την έρευνα μας. Έπειτα από την ανασκόπηση επί του θέματος, που θα αποτελέσει το θεωρητικό μας υπόβαθρο, επιχειρούμε να διερευνήσουμε τι ισχύει στον συγκεκριμένο τομέα μέσω της εμπειρικής έρευνας, δηλαδή των εμπειριών που γίναμε κοινωνοί μέσω των ημι-δομημένων συνεντεύξεων που μας παραχωρήθηκαν.

### 1.2 Στόχοι της διπλωματικής εργασίας

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία με θέμα «Ενδυνάμωση ασθενών και βελτίωση παροχής υπηρεσιών σε μονάδες στο χώρο της υγείας» έχει ως στόχο την ανάδειξη της σημαντικότητας της ενδυνάμωσης του ασθενούς και τη διασύνδεσή της με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Θεωρώντας τους εργαζόμενους και τους ασθενείς ως αναπόσπαστα μέρη του τομέα της παροχής υγείας, η εργασία μας διερευνά παράλληλα τον ρόλο τους και την επιρροή του στην παροχή υπηρεσιών υγείας και στην πιθανότητα βελτίωσής της.

Ερευνούμε το ζήτημα της ενδυνάμωσης των εργαζομένων και των ασθενών συγκριτικά ώστε να αναδείξουμε την παράμετρο της ενδυνάμωσης των ασθενών, παράμετρο

περιθωριοποιημένη σε σχέση με εκείνη της ενδυνάμωσης των εργαζομένων, μέσω της διοίκησης και της διαχείρισης μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας. Η σύγχρονη διοίκηση και διαχείριση (μάνατζμεντ) έχει αναδείξει τα τελευταία χρόνια την μέθοδο της αναδιοργάνωσης (re-engineering), προκρίνοντας την αναδιοργάνωση μιας μονάδας ή ενός οργανισμού μέσω της ενδυνάμωσης (empowerment), όπου έχουμε επέκταση των αρμοδιοτήτων και των υπευθυνοτήτων από την κορυφή της διοικητικής πυραμίδας, την ίδια την διοίκηση, στη βάση της, τους ίδιους τους εργαζόμενους. Πλήθος βιβλιογραφίας συνάδει με την ανάπτυξη και την καλλιέργεια αυτής της μεθόδου μάνατζμεντ, τονίζοντας την ενδυνάμωση του ενός μέρους του χώρου παροχής υπηρεσιών υγείας, των εργαζομένων (Μπουραντάς 2002, Russel-Walling 2001, Armstrong 2003, Blanchard et all 1999, Bowen et all 1992, Congeret all 1988, Kinlaw 1995, Nelson et all 2006). Το άλλο, αναπόσπαστο μέρος του χώρου αυτού, οι ασθενείς, παραμένει στο περιθώριο, με ρόλο υποδεέστερο και συνεισφορά στα αποτελέσματα του μάνατζμεντ που θεωρείται μικρή, αν όχι αμελητέα.

Με την εργασία μας επιθυμούμε να συνεισφέρουμε στην διαμόρφωση ενός πλαισίου βελτίωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας, συμβάλλοντας παράλληλα στον εμπλουτισμό της σχετικής βιβλιογραφίας και στον περιορισμό του ερευνητικού κενού, αφού η πλειοψηφία των μελετών εστιάζεται στη διερεύνηση μόνο της ενδυνάμωσης των εργαζομένων ή μόνο των ασθενών, και κυρίως ασθενών χρόνιων παθήσεων, αγνοώντας την όποια παράμετρο αλληλεπίδρασης αυτών και συμβολής και των δυο στα αποτελέσματα του μάνατζμεντ μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας.

### **1.3 Κίνητρο εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας – επιλογής του ερευνητικού πεδίου**

Το κίνητρο για την διερεύνηση του ρόλου του ασθενούς στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι η απουσία σχεδόν από την εγχώρια και διεθνή βιβλιογραφία της αναγνώρισης του ρόλου της ενδυνάμωσης του ασθενούς και της ενδεχόμενης επίδρασης αυτού στη διοίκηση (μάνατζμεντ) της μονάδας παροχής υπηρεσιών.

Μόλις πρόσφατα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναγνωρίζει την πιθανή και ενδεχόμενη συνεισφορά της ενδυνάμωσης του ασθενούς, με την διοργάνωση και διεξαγωγή συνεδρίου το 2012 (Πρώτο Ευρωπαϊκό Συνέδριο στην Ενδυνάμωση Ασθενούς, Κοπεγχάγη, Δανία, 11-12 Απριλίου 2012, Παράρτημα Α). Στο συνέδριο υπογραμμίζεται η ανάγκη για μεγαλύτερη πρόσβαση του ασθενούς σε πληροφορίες και γνώσεις, στα social media, και σε προγράμματα αυτόνομης διαχείρισης. Επίσης, τονίζεται και η ανάγκη για μεγαλύτερη συμμετοχή του ασθενούς στο νέο νομικό πλαίσιο που διαμορφώνεται, καθώς και στην αναδιοργάνωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και νέων τεχνολογιών. Όλα αυτά συνιστούν μια νέα δυναμική πραγματικότητα όπου οι ασθενείς ορίζουν ξανά τον ρόλο τους στον χώρο της υγείας και της

παροχής υπηρεσιών αυτής. Η απουσία κάθε άλλης αναφοράς του Π.Ο.Υ. στην ενδυνάμωση του ασθενούς (patient empowerment) είναι ενδεικτική του κενού που υπάρχει.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, το κίνητρο για την διερεύνηση του ρόλου του ασθενούς στην παροχή υπηρεσιών υγείας άπτεται σε καθαρά προσωπικούς λόγους. Η συγγραφέας της πτυχιακής εργασίας είχε την εμπειρία του καρκίνου στην ηλικία των 7 ετών και έχει γνωρίσει και βιώσει το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας για πολλά χρόνια έως σήμερα και από την πλευρά του ασθενούς (Παράρτημα Β). Η εμπειρία αυτή φαίνεται να συνάδει με το βιβλιογραφικό κενό που παρατηρείται αναφορικά με τον ρόλο της ενδυνάμωσης του ασθενούς (patient empowerment), γεγονός που αποτελεί και ένα δεύτερο κίνητρο για περαιτέρω ανάλυση.

#### **1.4 Μεθοδολογία της διπλωματικής εργασίας**

Στην παρούσα έρευνα ως εργαλείο μεθοδολογίας (methodology tool) χρησιμοποιούμε, κατ' αρχάς, την βιβλιογραφική επισκόπηση. Η βιβλιογραφική επισκόπηση πραγματοποιήθηκε με τη διερεύνηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας επί του θέματος του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και της έννοιας της ενδυνάμωσης. Η βιβλιογραφική μας έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω α) της αναζήτησης στο διαδίκτυο με βάση τις λέξεις κλειδιά της έρευνάς μας (υγεία, ασθενής, ενδυνάμωση, υπηρεσίες υγείας), β) της αναζήτησης στις βιβλιοθήκες και τους δικτυακούς τόπους οργανισμών και ιδρυμάτων σχετικών με το υπό διερεύνηση πεδίο (π.χ. Πανεπιστημίων, Α.Τ.Ε.Ι., νοσοκομειακών ιδρυμάτων, οργανισμών σχετικών με την υγεία και κοινότητες ασθενών), γ) μέσω αναζήτησης σχετικής αρθρογραφίας στα πλέον έγκυρα αγγλόφωνα ακαδημαϊκά περιοδικά με κριτές (*The Lancet*, *The Medical Oncology Journal*, *International Journal of Oncology*) καθώς και έγκυρες ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως το UpToDate ([www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)) και PubMed ([www.pubmed.com](http://www.pubmed.com)). Πρόκειται για ένα ευρύ αλλά εντούτοις όχι εξαντλητικό (λόγω του εύρους της θεματολογίας του αλλά και της πολλαπλότητας των φορέων με ευθύνη των οποίων υλοποιήθηκαν) πλέγμα σχετικών ερευνών. Άλλωστε καμία βιβλιογραφική επισκόπηση, όσο λεπτομερής και συστηματική να είναι, δεν μπορεί να ισχυριστεί ποτέ την πλήρη κάλυψη ενός επιστημονικού πεδίου, αφού πάντοτε ελλοχεύει ο κίνδυνος της παράλειψης (όχι πάντως εσκεμμένης) ορισμένων ερευνών, ιδιαίτερα εκείνων που έχουν τύχει της μικρότερης δημοσιοποίησης.

Έπειτα από την ολοκλήρωση της επισκόπησης, διενεργήθηκε εμπειρική έρευνα. Το υλικό της εμπειρικής έρευνας προήλθε από ημι-δομημένες συνεντεύξεις «εμπειρογνομόνων του είδους» (experts in the field) που πραγματοποιήθηκαν από τις 16 έως τις 18 Μαΐου του 2014 στην Βαλένθια (Ισπανία), στο πλαίσιο του 20ου Συνεδρίου της Παγκόσμιας Συνομοσπονδίας Συλλόγων Γονιών Παιδιών με Καρκίνο (ICCCPO) και στο περιθώριο των συναντήσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής

Υπεράσπισης Γονιών και Παιδιών (PPAC). Η διάρκειά τους ήταν κατά μέσο όρο 2 ώρες και το δείγμα ήταν πολύ περιορισμένο.

### **1.5 Ανακεφαλαίωση**

Η έρευνα θέτει στο ερευνητικό της επίκεντρο την έννοια της ενδυνάμωσης του ασθενούς και σκοπό έχει την διερεύνηση της υπόθεσης του κατά πόσον αυτός είναι εφικτός, κάτω από ποιες συνθήκες και προϋποθέσεις μπορεί αυτό να συμβεί, και, κυρίως, εάν αυτή αποτελέσει μια πραγματικότητα, κατά πόσο αυτή η πραγματικότητα οδηγεί ή συμβάλλει θετικά στην παροχή των ίδιων υπηρεσιών υγείας. Η βιβλιογραφική επισκόπηση και η εμπειρική έρευνα θα επιχειρήσουν να «ρίξουν φως» σε αυτήν την ερευνητική διαδρομή. Οι πηγές της επισκόπησης είναι βιβλιογραφικές και ηλεκτρονικές, ενώ η εμπειρική έρευνα έκανε χρήση εργαλείων όπως η συνέντευξη (ημι-δομημένη), η περίπτωση εξαιρετικής πρακτικής (case study) και έρευνες του Ινστιτούτου Καταναλωτών Υγείας Ευρώπης (NHP). Η παρούσα εργασία διαρθρώνεται μέσα από τέσσερα κεφάλαια, εκείνο της Εισαγωγής, της Αποσαφήνισης των Όρων και της Επισκόπησης της Βιβλιογραφίας, της Εμπειρικής Έρευνας και των Αποτελεσμάτων-Συμπερασμάτων, τα οποία ακολουθούν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 Εισαγωγή

Προκειμένου να είμαστε σε θέση να διερευνήσουμε σε βάθος και αντικειμενικά το ερώτημα της συνεισφοράς της ενδυνάμωσης των ασθενών στην παροχή υπηρεσιών σε μονάδες στο χώρο της υγείας, είμαστε υποχρεωμένοι να προχωρήσουμε σε επισκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και σε αποσαφήνιση των όρων που ενυπάρχουν στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγείας και στις μορφές διαχείρισης και διοίκησής του (management).

Οι όροι προς διερεύνηση που θέτουμε είναι εκείνοι της «υγείας», του «συστήματος υγείας», και της «ενδυνάμωσης». Στόχος της διερεύνησης αυτής είναι να αναδειχθεί ο πολύπτυχος χαρακτήρας του υπό διερεύνηση θέματος, καθώς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν, όπως και το πλαίσιο μέσα στο οποίο εντάσσεται και λειτουργεί.

Με αφετηρία την υγεία, και το τι μπορεί αυτή να σημαίνει και να σηματοδοτεί, θα μεταβούμε στη συνέχεια στον χώρο των συστημάτων υγείας και των υπηρεσιών που αυτά παρέχουν, προκειμένου να καταλήξουμε στην διεξοδική πραγμάτευση του όρου της ενδυνάμωσης σε εργασιακό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο ασθενούς, το οποίο και αποτελεί τη θεμέλιο λίθο της έρευνας μας. Ψάχνουμε την απάντηση στην ερώτηση «Είναι ο ενδυναμωμένος ασθενής ικανός να βελτιώσει το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας;» και με ποιόν τρόπο.

### 2.2 Διερεύνηση της έννοιας της «υγείας»

#### 2.2.1. Σύντομη Ιστορική Αναδρομή

Η αντίληψη σχετικά με την έννοια της υγείας, και αντίστοιχα της ασθένειας έχει διαφοροποιηθεί σε μικρό ή μεγάλο βαθμό κατά τη διάρκεια της ιστορίας, με κυρίαρχη πάντοτε όμως την πεποίθηση ότι πρόκειται για ένα ανθρώπινο αγαθό. Καίρια είναι η εξέλιξη της έννοιας από τον 17<sup>ο</sup> αιώνα κι έπειτα, καθώς έκτοτε την θέση της φιλοσοφικής θεώρησης περί δυισμού σώματος και ψυχής, και της καρτεσιανής εκδοχής ένωσης αυτών στη «σφηνοειδή» υπόφυση του κάθε ανθρώπου, παίρνει σταδιακά η ιατρική επιστήμη και η εξέλιξη αυτής και των συναφών με εκείνη επιστημών. Ο 19ος αιώνας αποτελεί σταθμό καθώς ο Παστέρ ανακαλύπτει και απομονώνει τα μικρόβια, όπου η υγεία σχετίζεται άμεσα, και σχεδόν αποκλειστικά, με βιολογικούς, συνήθως μεμονωμένους παράγοντες.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ. / W.H.O.) υποστηρίζει ότι υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» [Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1946, Διεθνές Συνέδριο Υγείας, Νέα



Υόρκη, Παράρτημα Γ]. Ο ορισμός αυτό διακρίνει τρεις μεταβλητές που προσδιορίζουν την έννοια της υγείας: την σωματική ευεξία, την ψυχική ευεξία και την κοινωνική ευεξία. Συνεπώς, η απουσία της υγείας, δηλ. η αρρώστια, σχετίζεται πλέον όχι μόνο με βιολογικούς-σωματικούς παράγοντες, αλλά θεωρείται φαινόμενο με προεκτάσεις, εκτός από βιολογικές, και ψυχολογικές και κοινωνικές, που απαιτούν αντιμετώπιση ειδική. Η συμμετοχή και η κοινωνική προσαρμογή του ατόμου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό της κατάστασης της υγείας του.

Πιο πρόσφατες προσεγγίσεις τονίζουν τον πολυπαραγοντικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα της έννοιας της υγείας. Εκφράζεται η αντίληψη ότι η έννοια της υγείας και της αρρώστιας αντανακλάται στο επίπεδο των σχέσεων του ατόμου με την κοινωνία. Ανάλογα με το επίπεδο της υγείας του διαμορφώνονται και οι κοινωνικές του σχέσεις. Σε ένα άρρωστο άτομο μεταβάλλεται η προσαρμοστικότητα του, αποδιοργανώνεται η προσωπικότητά του και η συμπεριφορά του δύναται να χαρακτηριστεί αποκλίνουσα (Αγραφιώτης 1988).

Προκρίνεται μια ολιστική προσέγγιση της υγείας, όπου ο πολυπαραγοντικός και πολυδιάστατος χαρακτήρας της σχετίζεται περισσότερο θετικά με το περιβάλλον (φυσικό, κοινωνικό και πολιτιστικό), και επηρεάζεται ταυτοχρόνως και από την βιολογική ταυτότητα του ατόμου (κληρονομικότητα) (Θεοδώρου Μ., κ.ά. 1997)

### 2.2.2 Οριοθέτηση της έννοιας «υγεία»

Αυτό που αποκαλούμε «υγεία» αποτελεί ένα από τα βασικότερα στοιχεία της ζωής του κάθε ανθρώπου. Εάν κάποιος άνθρωπος είναι υγιής, μπορεί να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της καθημερινότητάς του, που περιλαμβάνουν εργασία, κοινωνικές, οικογενειακές και άλλες υποχρεώσεις. Εάν ο άνθρωπος απολέσει την υγεία του και δεν είναι υγιής, παύει να μπορεί να είναι σε θέση να ανταπεξέλθει στις ως άνω υποχρεώσεις και, επιπλέον, αναγκάζεται να καταβάλει χρήματα προκειμένου να ανακτήσει την υγεία του ή το σημαντικότερο μέρος αυτής, ώστε να είναι πάλι σε θέση να ανταπεξέλθει στις ως άνω αναφερόμενες υποχρεώσεις του. Συχνά η «υγεία» συγχέεται με τον όρο και την έννοια της «φροντίδας της υγείας» (Αλετράς, Μαρσαγγάνης & Νιάκας, 2002)<sup>1</sup>. Η «υγεία» είναι μια κατάσταση που απολαμβάνει ο κάθε άνθρωπος, και η κατάσταση αυτή παράγεται μέσω της χρήσης διαφόρων παραγόντων, οικονομικών και μη (για παράδειγμα, ο μη υγιής άνθρωπος θα καταναλώσει κάποια φάρμακα, εφαρμόζοντας μια

---

<sup>1</sup> Αλετράς, Β., Μαρσαγγάνης, Μ., Νιάκας Δ. (2002). Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α, σ 17, Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα



συνιστώμενη θεραπεία, με απώτερο αποτέλεσμα να θεραπευτεί και να ξαναγίνει υγιής). Με τον όρο «φροντίδα της υγείας» εννοούμε το «αγαθό» που ο άνθρωπος απολαμβάνει αφού έχει καταβάλει γι' αυτό αμοιβή συγκεκριμένη (για παράδειγμα, η φροντίδα υγείας περιλαμβάνει υπηρεσίες ιατρικές, διαγνωστικές, ενδονοσοκομειακές ή κλινικές, καθώς και κατανάλωση αγαθών όπως φαρμακευτικών σκευασμάτων). Συνεπώς, η «φροντίδα της υγείας» υπερβαίνει τα στεγανά όρια των υπηρεσιών υγείας, καθώς συνεπάγεται και κατανάλωση αγαθών.

Στην περίπτωση που ένας άνθρωπος ασθενήσει, αναζητά την «φροντίδα της υγείας», δηλαδή την παροχή υπηρεσιών υγείας (υπηρεσίες ιατρών, κλινικών, διαγνωστικών κέντρων και νοσοκομείων), καθώς και συγκεκριμένα αγαθά (φάρμακα, μέσα ίασης). Συνεπώς, η επιθυμία του ανθρώπου να διατηρεί την κατάσταση της υγείας του σε ικανοποιητικό επίπεδο δημιουργεί την ζήτηση για φροντίδα της υγείας. Το επίπεδο της υγείας του ανθρώπου είναι αντιστρόφως ανάλογο με την ζήτηση για φροντίδα της υγείας. Η ζήτηση είναι μικρή εάν ο άνθρωπος παραμένει υγιής. Και το αντίστροφο, όσο πιο χαμηλό είναι το επίπεδο της υγείας ενός ανθρώπου, τόσο και πιο αυξημένη ζήτηση φροντίδας υγείας θα παρατηρηθεί. Οφείλουμε να σημειώσουμε πάντως ότι η ποσότητα και η ποιότητα της φροντίδας υγείας που θα ζητηθεί, στην περίπτωση ενός χαμηλού επιπέδου υγείας, δεν εξαρτάται ή ορίζεται από τον ίδιο τον άνθρωπο που ασθενεί και θέλει να βελτιώσει το επίπεδο της υγείας του, αλλά από τον επαγγελματία της υγείας, τον ιατρό ή τον νοσηλευτή.

Το θέμα της έννοιας και της ίδιας της υγείας έχει διερευνηθεί υπό πολλά διαφορετικά πρίσματα και από επιστήμες διαφορετικές όπως η ιατρική, η ψυχολογία, η επιδημιολογία, η κοινωνιολογία, η δημογραφία και η οικονομία. Έχουν αποδοθεί αρκετοί ορισμοί της έννοιας της «υγείας». Ενδεικτικά θα αναφέρουμε τους ακόλουθους (Λιαρόπουλος, 2007 & Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- τον ορισμό από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ. / W.H.O.) όπου αναφέρει ότι «υγεία είναι όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας, αλλά η πλήρης σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία του ατόμου». Στον ορισμό αυτό η «υγεία» αντιμετωπίζεται ως κάτι ευρύ και τονίζονται τα χαρακτηριστικά που με την παρουσία τους συμβάλλουν στην επίτευξη ενός καλού επιπέδου υγείας. Ο ορισμός αυτό χαρακτηρίζεται θετικός, καθώς δίνεται έμφαση στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών, και οριοθετεί το τι πρέπει να περιλαμβάνει η κατάσταση του «κάλλιστου» επιπέδου υγείας.
- Στον αντίποδα στέκεται ο ορισμός του J. Bentham ότι «υγεία είναι η απουσία νόσου». Ο ορισμός αυτός χαρακτηρίζεται αρνητικός καθώς δίνεται έμφαση στην απουσία, και η ιατρική απέδειξε, με την πάροδο των χρόνων ότι δύνανται να υπάρχουν αλλοιώσεις στον οργανισμό, χωρίς εμφανή συμπτώματα, οπότε η «καλή υγεία» μπορεί να μην υπάρχει, ακόμη και χωρίς εμφανή συμπτώματα.

- Ο ορισμός του T. Parson (1979) αναφέρει ότι η υγεία ορίζεται αναφορικά με την ικανότητα του ανθρώπου να ανταποκρίνεται σε κοινωνικούς ρόλους, και χαρακτηρίζεται ως λειτουργικός, καθώς η υγεία σκιαγραφείται βάσει της σχέσης του ανθρώπου με το περιβάλλον του και τις λειτουργίες που μπορεί να επιτελέσει εντός των ορίων αυτού.
- Τέλος, υπάρχει και ο βιωματικός ορισμός της υγείας, όπου η υγεία του ανθρώπου εστιάζεται στον τρόπο που ίδιος την αντιλαμβάνεται.

Ο όρος «υγεία» εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος, το 1946, στην ιδρυτική του διακήρυξη, όρισε την υγεία σαν «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας». Αυτό αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης ή ένα στόχο παρά μια απλή σύλληψη της υγείας. Με βάση τα παραπάνω, θα ορίζαμε την υγεία σαν μια κατάσταση όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβεί τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, διαμορφώνοντας νέους κανόνες συμπεριφοράς και νέες αξίες

## **2.3 Διερεύνηση της έννοιας του «συστήματος υγείας»**

### **2.3.1 Εισαγωγή**

Η παροχή υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει την ύπαρξη μιας ορισμένης δομής και μιας ορισμένης οργάνωσης που θα είναι σε θέση να υλοποιήσει την παροχή υπηρεσιών υγείας και θα συνδράμει στην επίτευξη των στόχων της. Αυτή η συγκεκριμένη δομή και η οργάνωση στον χώρο της υγείας είναι το σύστημα υγείας. Και στη χώρα μας, η δομή και η οργάνωση του συστήματος υγείας διαμορφώθηκαν βάσει συγκεκριμένων δεδομένων (πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών), τα οποία σε μικρό ή μεγάλο βαθμό αντανακλούν την ίδια την δομή της κοινωνίας και τον τρόπο διοίκησής της. Το μόνο βέβαιο είναι ότι τα δεδομένα αυτά σε βάθος χρόνου αλλάζουν και διαφοροποιούνται, απαιτώντας τον επανασχεδιασμό του συστήματος, προκειμένου αυτό να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις σύγχρονες ανάγκες.

Στον τόπο μας, η ανάπτυξη του συστήματος υγείας επηρεάστηκε σε σημαντικό βαθμό από την κοινωνική πολιτική και τα χαρακτηριστικά της, καθώς και από την νοοτροπία, κυρίως της δημόσιας διοίκησης. Έντονα είναι τα χαρακτηριστικά της πελατειακής σχέσης και της άμεσης, και ασφυκτικής, εξάρτησης πολιτικής εξουσίας και συστήματος υγείας, στερώντας από το τελευταίο οργανωτική και διοικητική αυτονομία.

Στην εποχή μας, παρατηρείται έντονη δυσαρέσκεια από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς και ανισότητα τόσο στην πρόσβαση παροχής υπηρεσιών υγείας, όσο και στις ίδιες τις παροχές. Η συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων στο νεφελώδες τοπίο της σύγχρονης παροχής υπηρεσιών υγείας οξύνει αυτήν την διαφορετικότητα των παροχών και έχει ως

συνέπεια την διόγκωση των ανισοτήτων και τον διαχωρισμό του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το ελληνικό σύστημα υγείας, όπως κάθε σύστημα υγείας, διαρθρώνει την παροχή των υπηρεσιών του σε τρία επίπεδα: την πρωτοβάθμια, την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η βασική φροντίδα υγείας που βασίζεται σε πρακτικές επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία, και είναι προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινωνίας. Η συμμετοχή των ατόμων είναι πλήρης και το κόστος της καλύπτεται από την κοινότητα, και κατ' επέκταση το κράτος, σε κάθε βήμα ανάπτυξής της, εντός του πνεύματος της αυτοδυναμίας και του αυτοπροσδιορισμού. Αποτελεί δε το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου και της οικογένειας με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο είναι ο πλησιέστερος φορέας υπηρεσιών υγείας του κάθε τόπου, και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας φροντίδας της υγείας (Διακήρυξη της Άλμα-Άτα, 1978, Παράρτημα Γ). Στην χώρα μας, μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι τα Κέντρα Υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα πολυιατρεία (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και τα ιδιωτικά ιατρεία με άμεσο στόχο την πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας. Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας περικλείουν κυρίως δράσεις στον ενδονοσοκομειακό χώρο, με τα νοσοκομεία να αποτελούν της μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και με άμεση στόχο την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Τα τρία επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι σε λειτουργική διασύνδεση, της οποίας η αποτελεσματικότητα καθορίζει την έκβαση ολόκληρου του συστήματος υγείας.

### 2.3.2 Οριοθέτηση της έννοιας του «συστήματος υγείας»

Ο όρος «σύστημα» μας παραπέμπει σε ένα σύνολο από στοιχεία τα οποία είναι μεταξύ τους συνδεδεμένα (Καλογεροπούλου-Μουρδουκούτας, 2007 & Λιαρόπουλος, 2007)<sup>2</sup>. Μπορούμε επίσης να ορίσουμε το «σύστημα» ως άθροισμα τμημάτων ανεξάρτητων αλλά συνδεδεμένων μεταξύ τους με τρόπο τέτοιο που να απαρτίζουν ένα σύνολο ενιαίο, ικανό να πραγματώσει μια λειτουργία. Η αντίληψη αυτή «χάνει έδαφος» στις μέρες μας, και την θέση της λαμβάνει η συστημική αντίληψη, ότι δηλαδή το «σύστημα» δεν αποτελεί ένα άθροισμα επιμέρους τμημάτων αλλά είναι ένα σύνολο ενιαίο που έχει την δική του λειτουργία.

Βάσει λοιπόν της συστημικής θεωρίας η έννοια του συστήματος έχει τα εξής

---

<sup>2</sup> Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, σ 64, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα  
Λιαρόπουλος, Λ. Λ., 2007. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, σ 199-201, εκδ. Βήτα, Αθήνα

χαρακτηριστικά. Δεν αποτελεί απλώς και μόνον άθροισμα των επιμέρους μερών του . Τα επιμέρους αυτά στοιχεία βρίσκονται σε συνεχή και δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον. Καθώς επίσης, το ίδιο το σύστημα ως ολότητα, όπως και τα επιμέρους στοιχεία τους λειτουργούν έτσι ώστε να επιτελούν τον λόγο ύπαρξής τους και τους σκοπούς στους οποίους οφείλουν την ύπαρξή τους (Καλογεροπούλου-Μουρδουκούτας, 2007)<sup>3</sup>.

Όλα τα συστήματα ανεξαιρέτως έχουν κάποια σταθερά χαρακτηριστικά όπως: η σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον, η οριοθέτηση των ορίων του από το ίδιο το σύστημα εντός του περιβάλλοντός του, η συνεχής ανταλλαγή πληροφοριών ανάμεσα σε σύστημα και σε περιβάλλον, η πολυπλοκότητα του συστήματος και άμεση εξάρτηση αυτής με τον πλουραλισμό των στοιχείων που το συναποτελούν και την σχέση αυτών μεταξύ τους, η ιεραρχική δομή που διέπει το σύστημα και πως αυτή το διακρίνει, ο λόγος ύπαρξης του συστήματος και οι στόχοι που πρέπει να επιτύχει, καθώς και η λεπτομερής ανάλυση της συμπεριφοράς του συστήματος και ο τρόπος που επηρεάζει την δυνατότητά του να εκπληρώσει τους στόχους του και να επηρεάζει το περιβάλλον και τις συνθήκες που επικρατούν σε αυτό.

Κατ' αναλογία, ο ορισμός ενός συστήματος υγείας μπορεί να είναι ένα σύστημα επιμέρους υποσυστημάτων που βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση τόσο μεταξύ τους, όσο και με το περιβάλλον, και σκοπός της ύπαρξης και λειτουργίας του συστήματος αυτού είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. (Καλογεροπούλου- Μουρδουκούτας, 2007)<sup>4</sup>. Ένας άλλος ορισμός του συστήματος είναι ότι αυτό αποτελεί ένα τρόπο συγκεκριμένο οργάνωσης και διοίκησης ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, ο οποίος μέσω προγραμματισμένης ανάπτυξης υπηρεσιών, στοχεύει στην μεγιστοποίηση της στάθμης του πληθυσμού, εντός του πλαισίου των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας (Λιαρόπουλος, 2007)<sup>5</sup>.

### 2.3.3 Δομή και λειτουργία του Συστήματος Υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), το σύστημα υγείας ορίζεται ως «οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας» (Λιαρόπουλος, 2007)<sup>6</sup>. Σύμφωνα με τον Roemer (1991) σύστημα υγείας είναι ο «συνδυασμός πόρων, οργανωτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό».

<sup>3</sup> Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, σ 64, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα

<sup>4</sup> Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, σ 67, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα

<sup>5</sup> Λιαρόπουλος, Α. Α., 2007. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, σ 202, εκδ. Βήτα, Αθήνα

<sup>6</sup> Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, σ 81, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα

Ο Λιαρόπουλος, πάλι, (2007)<sup>7</sup> θεωρεί ότι το ολοκληρωμένο σύστημα υγείας αποτελεί έναν συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα υγείας, ο οποίος μέσω της προγραμματισμένης ανάπτυξης υπηρεσιών έχει ως στόχο την μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, εντός του οικονομικού πλαισίου της κοινωνίας.

Οι Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας (2007) θεωρούν ότι το σύστημα υγείας αποτελεί έναν συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης ανθρώπων και υλικών πόρων προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού, με βασικές αρχές λειτουργίας εκείνες της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της ισότητας.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να ορίσουμε ως σύστημα υγείας ένα σύνολο υποσυστημάτων που αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοσχετίζονται μεταξύ τους και με το ευρύτερο περιβάλλον (οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτιστικό), και σκοπό έχει την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μιας χώρας. Το σύστημα αυτό θα πρέπει να είναι οικονομικά αποτελεσματικό και κοινωνικά δίκαιο, δηλαδή να παράγει υπηρεσίες υγείας ει δυνατόν τις περισσότερες και με το ελάχιστο κόστος, και παράλληλα να διασφαλίζει την ίση πρόσβαση υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες.

Η δομή του συστήματος υγείας μιας χώρας αντανακλά την φιλοσοφία του συστήματος κοινωνικής προστασίας της ίδιας, ειδικότερα δε την μορφή κάλυψης κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού. Μπορούμε να διαχωρίσουμε τρεις διαφορετικές δομές συστημάτων υγείας. Παράμετρος της διάκρισης παραμένει πάντοτε το πως καλύπτονται οι πολίτες έναντι του κοινωνικού κινδύνου της ασθένειας, του ατυχήματος και της ανικανότητας. Υπάρχει το «μοντέλο Bismark» όπου η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται με άξονα αναφοράς την εργασία, και καλύπτονται δηλαδή κυρίως οι εργαζόμενοι. Αυτό θεωρείται ως σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Υπάρχει επίσης το «μοντέλο Beveridge» όπου η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών παρέχεται από το κράτος σε όλους τους πολίτες βάσει της λογικής υποχρεώσεων-δικαιωμάτων ανάμεσα σε κράτος και πολίτες. Στην περίπτωση αυτή αναφερόμαστε σε ένα εθνικό σύστημα υγείας. Τέλος, έχουμε και το φιλελεύθερο μοντέλο όπου ο ρόλος του κράτους περιορίζεται στον έλεγχο και στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών αποκλειστικά και μόνο σε ομάδες και άτομα που μπορούν να τις αγοράσουν.

Το «μοντέλο Bismark» ή αλλιώς σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στηρίχτηκε στο πρώτο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης που θέσπισε ο Bismark στη Γερμανία το 1880. Η Γερμανία και η Γαλλία είναι οι κυριότεροι εκπρόσωποι αυτού του μοντέλου. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στο ότι οι

---

<sup>7</sup> Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, σ 81, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα



ανάγκες του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας καλύπτονται μέσω της λογικής της ασφάλισης. Η Γερμανία προχώρησε στην ασφάλιση ορισμένων επαγγελματικών κλάδων ενώ η Γαλλία σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα ασφάλισης της υγείας, μέσω της δημιουργίας διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων.

Τα τυπικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismark) είναι: η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, η κάλυψη του πληθυσμού στο σύνολό του, η χρηματοδότηση της κάλυψης προέρχεται αφενός μεν από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, καθώς και από το ατομικό ύψος εισοδήματος και την δυνατότητα εισφορών που αυτό επιτρέπει, η υποχρέωση ασφαλιστικής κάλυψης όλο του πληθυσμού, οι συντελεστές παραγωγής ανήκουν είτε στον δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα, και οι παρεχόμενες υπηρεσίες προσφέρονται στο πλαίσιο ενός μεικτού συστήματος, και, τέλος, υπάρχει έντονη παρέμβαση του κράτους με σκοπό την επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας ως αναφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου-Μουρδουκούτας, 2007)<sup>8</sup>

Το «μοντέλο Beveridge» ή αλλιώς εθνικό σύστημα υγείας εκπροσωπείται από τη Μεγάλη Βρετανία και το Εθνικό της Σύστημα Υγείας (National Health Service-NHS). Αυτό το σύστημα αναπτύχθηκε με βάση τις αρχές του Beveridge και η φιλοσοφία του είναι ότι κοινωνικό δικαίωμα του πολίτη η καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας. Βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως της οικονομικής-κοινωνικής τους κατάστασης. Βασικά χαρακτηριστικά του αποτελούν το ότι η κύρια πηγή χρηματοδότησης είναι η φορολογία, το ότι η κάλυψη του πληθυσμού είναι καθολική και πλήρης, βάσει των αναγκών του πληθυσμού, υπάρχει διαχωρισμός των αναγκών του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, και, τέλος, υφίσταται κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση είτε από την φορολογία είτε από τις ασφαλιστικές εταιρείες (Καλογεροπούλου-Μουρδουκούτας, 2007)<sup>9</sup>.

Στο πλαίσιο του συστήματος αυτού, ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει το κράτος είναι ιδιαίτερος περιορισμένος, καθώς «εγκλωβίζεται» στο να βρει και να προσφέρει υπηρεσίες υγείας σε εκείνους τους πολίτες που δεν μπορούν να τις αγοράσουν. Χαρακτηριστικό του συστήματος

---

<sup>8</sup> Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, σ 87-88, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα

<sup>9</sup> Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, σ 85, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα

είναι η λειτουργία ενός συστήματος τιμών, το οποίο διαμορφώνει, με κριτήριο την ζήτηση που παρουσιάζεται, την παροχή και την αγορά των υπηρεσιών της υγείας. Επικρατεί πλήρης ελευθερία όπου ο καταναλωτής-πολίτης ζητά, αγοράζει και καταναλώνει υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από ιδιώτες. Η τιμή στην οποία αγοράζει ο πολίτης τις υπηρεσίες έχει διαμορφωθεί από το προαναφερθέν σύστημα τιμών και το κράτος καλύπτει το κόστος αγοράς υπηρεσιών υγείας για όσους πολίτες δεν δύνανται να το καλύψουν. Οι Η.Π.Α. αποτελούν χαρακτηριστικό παράδειγμα φιλελεύθερου μοντέλου όπου ο ρόλος της κυβέρνησης αναφορικά με την υγεία συνίσταται στην αγορά υπηρεσιών υγείας για τους ηλικιωμένους (πρόγραμμα Medicaid) και για τους φτωχούς (πρόγραμμα Medicare). Βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος αυτού είναι η διαμόρφωση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας από τους χρήστες, λαμβάνοντας υπόψη την τιμή των σχετικών υπηρεσιών. Γεγονός είναι ότι βασίζεται κυρίως στην ιδιωτική ασφάλιση, με το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού να μένει ανασφάλιστο και το κράτος δεν εμπλέκεται στις συναλλαγές καταναλωτών-παραγωγών, παρά μόνο διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο εντός του οποίου αυτές λειτουργούν. Παρουσιάζει μεγάλες ανισότητες υγειονομικές και η χρηματοδότηση πηγάζει από τους ασφαλιστικούς φορείς των καταναλωτών, οι οποίοι καλύπτουν οικονομικά τους ιδιωτικούς φορείς ασφάλισης (Καλογεροπούλου-Μουρδουκούτας, 2007)<sup>10</sup>.

#### 2.3.4 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Το σύστημα υγείας στην χώρας μας χαρακτηρίζεται ως μεικτό, καθώς, ενώ βασίζεται στην υποχρεωτική ασφάλιση κατά κύριο λόγο, ένα μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από την φορολογία και ένα άλλο από ασφαλιστικές εισφορές. Επίσης, αυξημένος είναι ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Το Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Σύστημα Υγείας) ιδρύθηκε το 1983 και στόχο είχε την αναμόρφωση του χώρου της υγείας στην χώρα μας, με βασικούς στόχους την ισότιμη παροχή υπηρεσιών με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, την ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την αποκέντρωση της παροχής υπηρεσιών και την βελτίωση στην οργάνωση των υπηρεσιών.

Το ελληνικό σύστημα υγείας, όπως κάθε σύστημα υγείας, διαρθρώνει την παροχή των υπηρεσιών του σε τρία επίπεδα: την πρωτοβάθμια, την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η βασική φροντίδα υγείας που βασίζεται σε πρακτικές επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και

---

<sup>10</sup> Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, σ 85, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα

τεχνολογία, και είναι προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινωνίας. Η συμμετοχή των ατόμων είναι πλήρης και το κόστος της καλύπτεται από την κοινότητα, και κατ' επέκταση το κράτος, σε κάθε βήμα ανάπτυξής της, εντός του πνεύματος της αυτοδυναμίας και του αυτοπροσδιορισμού. Αποτελεί δε το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου – της οικογένειας με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο είναι ο πλησιέστερος φορέας υπηρεσιών υγείας του κάθε τόπου, και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας φροντίδας της υγείας (Διακήρυξη της Άλμα-Άτα, 1978, Παράρτημα Γ). Στην χώρα μας, μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι τα Κέντρα Υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα πολυιατρεία (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και τα ιδιωτικά ιατρεία με άμεσο στόχο την πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας. Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει κυρίως δράσεις στον ενδονοσοκομειακό χώρο, με τα νοσοκομεία να αποτελούν της μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και με άμεσο στόχο την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Τα τρία επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι σε λειτουργική διασύνδεση, της οποίας η αποτελεσματικότητα καθορίζει την έκβαση ολόκληρου του συστήματος υγείας.

Βασικά χαρακτηριστικά του ελληνικού εθνικού συστήματος υγείας είναι ότι αποτελεί ένα μεικτό σύστημα, ότι χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση και την γενική φορολογία, η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα πολυιατρεία και τα ιδιωτικά ιατρεία, η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια από τα νοσοκομεία, η αμοιβή των ιατρών είναι είτε κατά υπηρεσία είτε με πάγια αμοιβή, και, τέλος, τα νοσοκομεία αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση των πολιτών και την φορολογία (Καλογεροπούλου-Μουρδουκούτας, 2007)<sup>11</sup>.

Τελευταίος σταθμός του συστήματος υγείας στην Ελλάδα αποτελεί το Π.Ε.Δ.Υ. (Πρωτοβάθμιο Δίκτυο Υγείας). Το σχέδιο νόμου για το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Σύστημα Υγείας περιλαμβάνει το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) όπου το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στο σύνολο των πολιτών, οι οποίες είναι αναγκαίες και ικανές να διασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) δημιουργείται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της χώρας. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ένα

---

<sup>11</sup> Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, σ 111, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα



καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), που οργανώνεται και λειτουργεί σύμφωνα με τις ακόλουθες διατάξεις.

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας και του παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Παράλληλα, εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας που απαιτείται για τον πολίτη και την ιατρική πράξη σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας και ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πολιτών, σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους, στα πλαίσια των κανόνων της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας.

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν:

- i) όλες τις σχετικές υπηρεσίες με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση - που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσοκομείο,
- ii) την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προ-συμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα,
- iii) την παροχή πρώτων βοηθειών,
- iv) την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας,
- v) την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συν-διαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα,
- vi) την τακτική παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα,
- vii) τις υπηρεσίες μετα-νοσοκομειακής φροντίδας, και φροντίδας στο σπίτι,
- viii) τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας – παιδιού,
- ix) την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας,
- x) τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας,
- x) την πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική, και
- xi) την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

Στις Δημόσιες Δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. εντάσσονται:

- τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε. αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ.
- τα Κέντρα Υγείας της Χώρας 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 ΠΦΥ του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

(Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.Πε. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, εξαιρουμένων των Φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ, τα οποία παραμένουν και λειτουργούν στον Οργανισμό<sup>12</sup>.

---

## 2.4 Διερεύνηση της έννοιας της έννοιας της «ενδυνάμωσης»

### 2.4.1 Ορισμός της έννοιας της «ενδυνάμωσης» στον εργασιακό χώρο

Η ενδυνάμωση έχει ερμηνευτεί και εφαρμοστεί πολύπλευρα από την έναρξη της εφαρμογής της. Για τον Holden (Holden, 1998)<sup>13</sup> η ενδυνάμωση (empowerment) είναι η δυνατότητα το σύνολο των εργαζομένων να έχει υπευθυνότητα και εξουσία στην εργασία του, εντός ενός πλαισίου συγκεκριμένων και γνωστοποιημένων κατευθυντήριων εντολών, που έχουν τεθεί από την διοίκηση της επιχείρησης ή ενός οργανισμού. Στην πραγματικότητα, η ενδυνάμωση είναι η ικανότητα που μπορεί να διαθέτει ένα άτομο να υποκινεί - παρακινεί τον εαυτό του. Ο κάθε εργαζόμενος δεσμεύεται εθελοντικά, χωρίς να εξαναγκάζεται ή να του ανατίθεται ή επιβάλλεται η συγκριμένη εργασία. Μέσο της ενδυνάμωσης είναι η αυτο-υποκίνηση και η αυτο-καθοδήγηση. Η διοίκηση του οργανισμού ή της επιχείρησης εμπλέκεται μόνον στον προσδιορισμό των στόχων και την ενίσχυση-συνδρομή των εργαζομένων, προς επίρρωση της επίτευξης των στόχων αυτών.

Προβληματισμό όμως φαίνεται να προκαλεί ο ορισμός της ενδυνάμωσης σχετικά με το περιεχόμενο το οποίο της αποδίδουν οι ίδιοι εκείνοι που χρησιμοποιούν τον όρο. Ο Μ. Armstrong (Armstrong 2003)<sup>14</sup> πρεσβεύει ότι η ενδυνάμωση εξ ορισμού διασφαλίζει στους εργαζόμενους ότι είναι ικανά να αναπτύξουν και να χρησιμοποιούν δεξιότητες και γνώσεις με τρόπους τέτοιους που βοηθούν την επίτευξη τόσο των προσωπικών όσο και εργασιακών στόχων. Η ενδυνάμωση καθίσταται δυνατή μέσω προσεγγίσεων του οργανισμού και προγραμματισμού των εργασιών, που μεταθέτουν την υπευθυνότητα σε ομάδες ατόμων ή σε μεμονωμένα άτομα, αναγνωρίζοντας την συμβολή τους στην επίτευξη του ομαδικού/εργασιακού στόχου, που παρέχουν την κατάλληλη υποδομή, και εκπαιδεύουν και αναπτύσσουν προγράμματα με στόχο την βελτίωση ικανοτήτων και αυτοπεποίθησης.

Μια άλλη θεώρηση της ενδυνάμωσης, η οργανωσιακή ενδυνάμωση, πρεσβεύει ότι η πραγματοποίηση των εργασιακών στόχων μετακυλύεται προς τις κατώτερες διοικητικές βαθμίδες και, εν τέλει, στους εργαζόμενους. Με τον τρόπο αυτό γεννάται η προσδοκία οι ίδιοι οι εργαζόμενοι

---

<sup>13</sup> Νόμος υπ' αριθ. 4238, Φ.Ε.Κ 38/ 17 -2- 2014

<sup>13</sup> Holden, P. (1998). The Excellent Manager's Companion. Aldershot, Hamshire: Gower Publishing, p. 93

<sup>14</sup> Armstrong, M. (2003). A Handbook of Human Resource Management Practice (9<sup>th</sup> ed). London: Kogan p.78

να προσδώσουν αξία και να συνδράμουν ώστε η επιχείρηση/ οργανισμός να παραμείνει ανταγωνιστικός. Το γεγονός αυτό έρχεται σε αντίθεση με την παραδοσιακή ερμηνεία του όρου καθώς η χάραξη στρατηγικής και ο έλεγχος εφαρμογής αυτής είναι ευθύνη αποκλειστική του ανώτατου επιπέδου διοικητικά, με αποκλεισμό των εργαζομένων (Nelson & Quick, 2006)<sup>15</sup>.

«Κοινός τόπος» όλων των θεωριών ενδυνάμωσης αποτελεί αυτή αποτελεί ένα σημείο όπου οι ανάγκες των εργαζομένων και οι εργασιακοί στόχοι συμπίπτουν. Ωστόσο, σε ένα κοινωνικό ή πολιτικό πλαίσιο η φύση της ενδυνάμωσης διαφοροποιείται. Οι Barbee & Bott<sup>16</sup> (1991) ορίζουν την ενδυνάμωση ως «δράση παραχώρησης υπευθυνότητας σε ανθρώπους που βρίσκονται κοντά στο πρόβλημα». Επιπροσθέτως, για τους Bowen & Lawler (1992)<sup>17</sup> η ενδυνάμωση είναι μια «διοικητική στρατηγική για την κατανομή της δύναμης λήψης αποφάσεων».

Στο σημείο αυτό, θεωρούμε απαραίτητη την αναφορά ορισμένων σημείων που καθιστούν την έννοια και την ερμηνεία της ενδυνάμωσης πολύσημη και, ίσως, δυσνόητη, ή ακόμα και παρερμηνεύσιμη: I) το γεγονός ότι η ενδυνάμωση είναι μονοδιάστατη και έχει μια και μοναδική κατεύθυνση από τα ανώτατα διοικητικά κλιμάκια προς τους εργαζομένους των κατώτερων και κατώτατων βαθμίδων, II) το ζήτημα επίσης της μη συνύπαρξης της και εναρμόνισής της με τα παραδοσιακά μοντέλα διοίκησης, και III) συχνά, τα αποτελέσματα της ενδυνάμωσης συγχέονται με το μέσο για την επίτευξή της (Kinlaw, 1995)<sup>18</sup>.

#### 2.4.2 Η διαδικασία της ενδυνάμωσης στον εργασιακό χώρο

Η ενδυνάμωση, βάσει της θεωρίας των Conger & Canungo (1988)<sup>19</sup>, επιτυγχάνεται μέσω μιας διαδικασίας (empowerment process) πέντε σταδίων. Στο πρώτο στάδιο επιχειρείται η άρση

---

<sup>15</sup> Nelson, D. L., Quick, C. (2006). *Organizational behavior: Foundations, realities, and challenges* (5<sup>th</sup> ed). Mason, Ohio: Thomson/South Western, pp563. "Organizational empowerment means that power flows down to business units and in turn to employees".

<sup>16</sup> Barbee, C., Bott, V. (1991). Customer Treatment as a Mirror of Employee Treatment. *Advanced Management Journal*; 5: 27-31

<sup>17</sup> Bowen D. E., Lawler, E. E. (1992). The Empowerment of Service Workers: Why, How and When?. *Sloan Management Review*; Spring: 31-39, pp31: (Empowerment is defined as) "Management strategies for sharing decision making power".

<sup>18</sup> Kinlaw, D.C. (1995). *The Practice of Empowerment: Making the Most of Human Competence*. Aldershot, Hamshire: Gower Publishing, pp 13-22

<sup>19</sup> Conger, J. A., Canungo R. A., (1988): *The Empowerment process: Integrating Theory and Practice*. *Academy of Management Review*; 13(3): 471-482

των συνθηκών εκείνων που προκαλούν την ψυχολογική αδυναμία των εργαζόμενων, και οι συνθήκες αυτές ενδέχεται να σχετίζονται με ποικίλους παράγοντες οργάνωσης, όπως η μορφή και το είδος της επιτήρησης, η φύση της εργασίας και το σύστημα ανταμοιβής. Στο δεύτερο στάδιο σχεδιάζονται, αναπτύσσονται και υιοθετούνται στρατηγικές και τεχνικές που στόχο έχουν την ενδυνάμωση. Τέτοιες μπορεί να είναι τεχνικές συμμετοχικής διοίκησης, συστήματα ανατροφοδοσίας, στοχοθέτηση, μηχανισμοί ανταμοιβών κ.α. Στο τρίτο στάδιο η απαραίτητη πληροφορία που σχετίζεται με την προσωπική αποτελεσματικότητα του εργαζόμενου δίδεται στον ίδιο. Πηγή της πληροφόρησης αυτής είναι η προσωπική εκτίμηση του ίδιου και των άλλων, εκτίμηση αναφορικά με την ανάπτυξή του. Στο επόμενο στάδιο (4ο) ο εργαζόμενος δραστηριοποιείται προς την επίτευξη των ορισμένων στόχων και καλλιεργεί την προσδοκία της δικής του αποτελεσματικότητας. Ενώ στο πέμπτο, και τελευταίο, στάδιο ο εργαζόμενος οδηγείται πλέον σε διαφοροποίηση της συμπεριφοράς του, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την επίτευξη των στόχων της εργασίας σε συνεχή βάση.

#### 2.4.3. Η μεθοδολογία της ενδυνάμωσης στον εργασιακό χώρο

Οι Conger & Canungo (1988)<sup>20</sup> υπογραμμίζουν την διττή φύση της ενδυνάμωσης, η οποία δύναται να οριστεί ως σχεσιακή (relational) αλλά και ταυτόχρονα και ως υποκινητική (motivational), λόγω των παραγόντων που υποκινούν προς την επίτευξή της. Η μεθοδολογία εφαρμογής της ενδυνάμωσης περιλαμβάνει τεχνικές όπως η συμμετοχή και η εμπλοκή των εργαζομένων σε ζητήματα οργάνωσης, ίσως και διοίκησης, αναλόγως την βαθμίδα, γεγονός αντίθετο με την παραδοσιακή λειτουργία ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης. Η αποτελεσματική εφαρμογή όμως της ενδυνάμωσης σε επιχειρήσεις ή οργανισμούς έχει να κάνει με την εφαρμογή συγκεκριμένων μεθοδολογιών – στρατηγικών. Αυτές μπορεί να είναι η ενδυνάμωση μέσω αυτοδιοικούμενων ομάδων εργασίας, η ενδυνάμωση μέσω της εκπαίδευσης, και η ενδυνάμωση μέσω της συνεργασίας (Kernaghan et al, 2000)<sup>21</sup>, ενώ μια άλλη θεωρία (Blanchard et al, 1999)<sup>22</sup> κατατάσσει τις απαραίτητες ενέργειες που οδηγούν στην ενδυνάμωση σε κατηγορίες: εκείνη που οδηγεί στην διάχυση των πληροφοριών, αυτή που καθορίζει τον βαθμό αυτονομίας των εργαζόμενων, και εκείνη που αφορά τις ενέργειες που οδηγούν στην δημιουργία ομάδων και την

---

<sup>20</sup> Conger, J. A., Canungo R. A. (1988): The Empowerment process: Integrating Theory and Practice. Academy of Management Review; 13(3): 471-482, pp 471

<sup>21</sup> Kernaghan, K., Borins, S. F., Marson, B. (2000). The New Public Organization. Toronto: Institute of Public Administration of Canada, pp 161

<sup>22</sup> Blanchard, K., Carlos J., Randolph, A. (1999). The 3 keys to empowerment. San Francisco: Berrett-Koehler pp141

συνεργασία αυτών.

#### 2.4.4 Παράγοντες επιτυχίας της ενδυνάμωσης

Ο Δ. Μπουραντάς (2002)<sup>23</sup> αναφέρει τις τέσσερις βασικές προϋποθέσεις ώστε η ενδυνάμωση να καταστεί επιτυχής:

Κατ' αρχάς, κρίνεται αναγκαίο ο εργαζόμενος να αντιληφθεί την σημασία της εργασίας του για τη συνολική αποδοτική λειτουργία του οργανισμού. Το γεγονός αυτό αυξάνει την αποδοτικότητά του, καθώς και το αίσθημα ικανοποίησης του ίδιου.

Επιπροσθέτως, ο εργαζόμενος ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης που εφαρμόζεται η τακτική της ενδυνάμωσης είναι απαραίτητο να διαθέτει τα προσόντα και τις ικανότητες εκείνες ώστε να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις των καθηκόντων που του έχουν ανατεθεί. Το γεγονός αυτό αυξάνει την αυτοπεποίθηση του και καλλιεργεί την ανάπτυξη πρωτοβουλιών εκ μέρους του.

Η ενδυνάμωση παρέχει το δικαίωμα σε κάθε εργαζόμενο να προβαίνει στις απαραίτητες διορθώσεις προκειμένου να γίνεται πιο αποδοτικός, γεγονός που του επιτρέπει να εκπληρώνει τα καθήκοντα του με μεγαλύτερο ζήλο, άνεση και ευχαρίστηση. Η αίσθηση αυτονομίας προάγει την υπευθυνότητά του και τη δέσμευση για την βελτίωση των αποτελεσμάτων της εργασίας του, ενώ η αίσθηση ανεξαρτησία οδηγεί στην μείωση της εργασιακής πίεσης (stress).

Τέλος, η δυνατότητα που δίδεται στον εργαζόμενο να επηρεάζει τον τρόπο λειτουργίας και τα αποτελέσματα του οργανισμού/ επιχείρησης προσαυξάνει την κριτική, τον προβληματισμό και την αναζήτηση λύσεων εναλλακτικών, που οδηγούν σε βελτίωση των διαδικασιών, και αποτελεσμάτων, και ταυτόχρονα αυξάνει την υπευθυνότητά του απέναντι στον οργανισμό/ επιχείρηση και την ομάδα εργασίας του.

#### 2.4.5 Οφέλη της ενδυνάμωσης στον εργασιακό χώρο

Η εφαρμογή της ενδυνάμωσης σε έναν οργανισμό ή μια επιχείρηση επηρεάζει θετικά τόσο τον οργανισμό/ επιχείρηση στο σύνολό του, όσο και κάθε εργαζόμενο που την «ασπάζεται» ξεχωριστά. Για τους εργαζόμενους που την υιοθετούν: Η εφαρμογή της ενδυνάμωσης σε έναν οργανισμό ή μια επιχείρηση επηρεάζει και οδηγεί σε αλλαγή την οργανωσιακή κουλτούρα, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ευελιξίας σε πολλούς τομείς όπως η υιοθέτηση πρωτοποριών και καινοτομιών, η λήψη αποφάσεων και η ανάληψη πρωτοβουλιών, η βελτίωση της

---

<sup>23</sup> Μπουραντάς, Δ. (2002). Μάνατζμεντ. Θεωρητικό Υπόβαθρο. Σύγχρονες Πρακτικές. Αθήνα: Εκδόσεις Γ. Μπένου, σελ. 497.



ταχύτητας ανταπόκρισης του οργανισμού, και, εν τέλει, η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών ή των παραγομένων αγαθών, καθώς και της ικανοποίησης του κοινού που απολαμβάνει τις παρεχόμενες υπηρεσίες ή των πελατών που αγοράζουν το αγαθό. Επιπροσθέτως, από την στιγμή της αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας και της υιοθέτησης και εφαρμογής εκπαιδευτικών προγραμμάτων, η εκπορευόμενη μάθηση και γνώση αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης του εργασιακού ανταγωνισμού και της ανάγκης για αυξημένη αποτελεσματικότητα.

Για τους εργαζόμενους που είναι αποδέκτες και μέτοχοι της ενδυνάμωσης στον εργασιακό τους χώρο, έρευνες για την υιοθέτηση τακτικών ενδυνάμωσης από οργανισμούς ή επιχειρήσεις έδειξαν ότι συμβάλλει με θετικό τρόπο στην αποτελεσματικότητα και την ικανοποίηση των εργαζομένων (Μπουραντάς, 2002)<sup>24</sup>. Πιο συγκεκριμένα, δημιουργείται στον εργαζόμενο η αίσθηση του νοήματος της εργασίας, γεγονός που επιφέρει την ικανοποίησή του μέσω της εργασίας του στον μέγιστο βαθμό, καθώς και ικανοποίηση της ανάγκης του για εκτίμηση. Επίσης, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του ενδιαφέροντος του εργαζόμενου για την εργασία του και την καταβολή μεγαλύτερης προσπάθειας. Σε ένα άλλο επίπεδο, δημιουργείται η αίσθηση ικανότητας στον εργαζόμενο, αίσθηση που οδηγεί σε βελτιωμένη εργασιακή απόδοση καθώς αυξάνεται η αυτοπεποίθησή του και η θέληση για ανάληψη πρωτοβουλιών, σε βαθμό αυτοπαρακίνησης, από την στιγμή που πραγματώνονται οι ανάγκες για αναγνώριση και ολοκλήρωσή του. Η αίσθηση του αυτοπροσδιορισμού του εργαζόμενου, καταδεικνύει ένα άλλο επίπεδο της θετικής επιρροής της ενδυνάμωσης.

Η αίσθηση αυτοπροσδιορισμού συνδράμει στη βελτίωση των ικανοτήτων του εργαζόμενου και προκαλεί, ταυτόχρονα, την αύξηση της δημιουργικότητάς του, της σημαντικότητάς του, και της ολοκλήρωσης μέσω συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, την ανάληψη πρωτοβουλιών και την αύξηση της δικής του αυτονομίας. Συμβάλλει δε στην μείωση του εργασιακού στρες καθώς υφίσταται μειωμένα επίπεδα ελέγχου και πίεσης. Τέλος, καλλιεργείται η αίσθηση της επιρροής, καθώς οι εργαζόμενοι ως ομάδες ή μονάδες, μπορούν να επηρεάσουν το σύστημα οργάνωσης στο οποίο ανήκουν, καθώς και τα αποτελέσματα που προκύπτουν, αίσθηση που οδηγεί στην καταβολή μεγαλύτερης προσπάθειας προκειμένου να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα από την εργασία τους.

Η ενδυνάμωση είναι μια διαδικασία που ενσωματώνει την συμμετοχή του εργαζόμενου, ως

---

<sup>24</sup> Μπουραντάς, Δ. (2002). Μάνατζμεντ. Θεωρητικό Υπόβαθρο. Σύγχρονες Πρακτικές. Αθήνα: Εκδόσεις Γ. Μπένου, σελ. 498-9.

μονάδα ή ομάδα, στην διαδικασία πραγματοποίησης των στόχων του οργανισμού/ επιχείρησης, χωρίς να απαιτείται αυστηρή επιτήρηση και με αποτέλεσμα την επίτευξη υψηλού ποσοστού απόδοσης, κατόπιν της προσωπικής εμπλοκής του εργαζόμενου. Μέσω των μεθόδων της ενδυνάμωσης το ανθρώπινο δυναμικό δύναται να συμβάλλει στην αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού/ επιχείρησης, καθιστώντας τον ανταγωνιστικό. Όσο αναγκαία και αν κρίνεται, αποτελεί πρόκληση για τους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις, καθώς απαιτεί μακροπρόθεσμο και πολυεπίπεδο σχεδιασμό, πολλή και συνεχή προσπάθεια, στελέχη ικανά, κατηρτισμένα και φιλομαθή, πρόθυμα να υιοθετήσουν τις μεθόδους ενδυνάμωσης προς όφελος όλων (του οργανισμού ή της επιχείρησης, των ιδίων και των αποδεκτών των υπηρεσιών που παρέχονται ή των πελατών που εξυπηρετούν).

## **2.5 Διερεύνηση της έννοιας της «ενδυνάμωσης ασθενούς»**

### **2.5.1 Ορισμός της έννοιας της ενδυνάμωσης ασθενούς**

Η απουσία, ενδεικτικής έστω, βιβλιογραφίας στην ελληνική γλώσσα στρέφει την έρευνά μας στην ξενόγλωσση, και δη αγγλόφωνη βιβλιογραφία, με την επιλογή των ακόλουθων ορισμών ως αντιπροσωπευτικών:

i) Ενδυνάμωση ασθενούς: γενικός όρος, δημοφιλής στο Ηνωμένο Βασίλειο, βάσει του οποίου η ενδυνάμωση ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς και των φροντιστών στην επιλογή διαχειριστικών αποφάσεων, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν αποφάσεις και επιλογές, κατόπιν ωφέλιμων για την ποιότητα της ζωής του ασθενούς συζήτησης, διαδραστικά video κ.α.<sup>25</sup>

ii) Ενδυνάμωση ασθενούς: η παροχή πληροφόρησης αναφορικά με τις θεραπευτικές επιλογές ώστε ένας ασθενής να είσαι σε θέση να συμμετέχει ενεργά στην απόφαση του να υποβληθεί σε μια διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία, ή να αναζητήσει εναλλακτικές<sup>26</sup>.

iii) Ενδυνάμωση ασθενούς: Η ενδυνάμωση ασθενούς είναι μια φιλοσοφία όπου οι ασθενείς είναι ενεργοί συμμετέχοντες στην διαδικασία της φροντίδας, και όχι παθητικοί δέκτες αυτής, και για

---

<sup>25</sup> Ιατρικό Λεξικό Segen's, © 2012, «patient empowerment: generic term popular in the UK for encouraging the active participation of patients and carers in choosing management options, including eliciting quality-of-life utilities and preferences by discussion, viewing of interactive videos, etc.»

<sup>26</sup> McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine © 2002, by The McGraw-Hill Companies, Inc., «patient empowerment: the providing of information regarding therapeutic options so that a patient can actively participate in the decision on whether to undergo a diagnostic or therapeutic procedure, or pursue alternatives»

αυτόν τον λόγο θα πρέπει να είναι καλά πληροφορημένοι αναφορικά με όλες της παραμέτρους που αφορούν την υγεία τους, την φυσική τους κατάσταση και το στάδιο της νόσου, ώστε να αποκομίσουν το μεγαλύτερο δυνατόν όφελος στο πλαίσιο των κοινωνικών τους απαιτήσεων<sup>27</sup>.

iv) Ενδυνάμωση ασθενούς: Η ενδυνάμωση ασθενούς τοποθετεί τον ασθενή στην καρδιά και το επίκεντρο των υπηρεσιών. Αφορά στον σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών πρόνοιας και υγείας με τρόπο τέτοιο ώστε να είναι συνολικός και να επιτρέπει στους ασθενείς να έχουν τον έλεγχο της φροντίδας υγείας που χρειάζονται.

Ένας ενεργός, ενδυναμωμένος ασθενής:

- κατανοεί την κατάσταση της υγείας του και τις επιπτώσεις αυτής στο σώμα του
- αισθάνεται ικανός να συμμετέχει στην λήψη αποφάσεων μαζί με τους επαγγελματίες φροντιστές της υγείας του
- αισθάνεται ικανός να προβεί σε ενήμερες αποφάσεις σχετικά με την υγεία του
- αντιλαμβάνεται την ανάγκη να προβεί σε απαραίτητες αλλαγές του τρόπου ζωής του ώστε να διαχειριστεί την κατάστασή του
- είναι ικανός να απευθύνει και να κάνει ερωτήσεις στους επαγγελματίες φροντιστές αναφορικά με την υγεία του
- αναλαμβάνει την ευθύνη για την υγεία του και αναζητά την φροντίδα μόνο όταν αυτό είναι απαραίτητο
- αναζητά, αξιολογεί και κάνει χρήση της πληροφόρησης

Οι ενδυναμωμένοι ασθενείς θα αντιληφθούν καλύτερα τον τρόπο που θα «ελιχθούν» ανάμεσα στους πολλούς πυλώνες του συστήματος υγείας συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας, των ιατρών, των ασφαλιστών, των ρυθμιστών της υγείας και των φαρμακοποιών. Όταν εξασφαλίσει την κατεύθυνση ή το επόμενο κίνηση, ο ενδυναμωμένος ασθενής θα αισθανθεί σίγουρος να ρωτήσει για τις πληροφορίες που χρειάζεται (Παράρτημα Δ).

#### 2.5.2 Τι λένε οι ίδιοι οι ασθενείς για την ενδυνάμωση

Το κίνητρο για την διερεύνηση του ρόλου του ασθενούς στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι η απουσία σχεδόν από την εγχώρια και διεθνή βιβλιογραφία της αναγνώρισης του ρόλου της

---

<sup>27</sup> Λεξικό Elsevier Limited © 2009, «patient empowerment philosophy that patients are active participants in, not passive recipients of, the caring process, and thus should be well informed about all aspects of their health, 'wellness status' and disease state, to gain maximum health benefit within the context of their social demands»



ενδυνάμωσης του ασθενούς και της ενδεχόμενης επίδρασης αυτού στη διοίκηση (μánaτζμεντ) της μονάδας παροχής υπηρεσιών.

Μόλις πρόσφατα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναγνωρίζει την πιθανή και ενδεχόμενη συνεισφορά της ενδυνάμωσης του ασθενούς στον ευρύτερο χώρο της υγείας, με την διοργάνωση και διεξαγωγή συνεδρίου το 2012 (Πρώτο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ενδυνάμωσης Ασθενούς, Κοπεγχάγη, Δανία, 11-12 Απριλίου 2012, Παράρτημα Α), όπου υπογραμμίζεται η ανάγκη για μεγαλύτερη πρόσβαση του ασθενούς σε πληροφορίες και γνώσεις, στα social media, και σε προγράμματα αυτόνομης διαχείρισης, καθώς και για μεγαλύτερη συμμετοχή του αφενός μεν στο νέο νομικό πλαίσιο που διαμορφώνεται, αφετέρου δε στην αναδιοργάνωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και νέων τεχνολογιών. Όλα αυτά συνιστούν μια νέα δυναμική πραγματικότητα όπου οι ασθενείς επιχειρούν να επαναπροσδιορίσουν και να ορίσουν εκ νέου τον ρόλο τους στον χώρο της υγείας και της παροχής υπηρεσιών αυτής. Η απουσία κάθε άλλης αναφοράς του Π.Ο.Υ. στην ενδυνάμωση του ασθενούς (patient empowerment) είναι ενδεικτική του κενού που υπάρχει.

Το πρώτο αυτό ευρωπαϊκό συνέδριο ανέδειξε τα πολύπτυχα χαρακτηριστικά της έννοιας της ενδυνάμωσης του ασθενούς (Παράρτημα Ε). Η διοργάνωση ετέθη υπό την αιγίδα του Π.Ο.Υ. αλλά κινητήριος δύναμη και ψυχή του συνεδρίου ήταν το E.N.O.P.E. (European Network on Patient Empowerment), το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ενδυνάμωσης Ασθενών, ένα δίκτυο μη πολιτικό και μη κερδοσκοπικό. Εκπρόσωπος του Δικτύου είπε ότι «η ενδυνάμωση του ασθενούς είναι απλώς μια διαδικασία όπου βοηθάμε τους ανθρώπους να αποκτήσουν τον έλεγχο της κατάστασής τους, δηλαδή να παίρνουν πρωτοβουλίες, να λύνουν προβλήματα και να λαμβάνουν αποφάσεις, κάτι που βρίσκει εφαρμογή σε διαφορετικά επίπεδα στον χώρο της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας, και μ' αυτόν τον τρόπο να είναι ικανοί να διαχειριστούν μόνοι τους την κατάστασή τους». Στο συνέδριο συμμετείχαν (250 συμμετέχοντες) ασθενείς, ειδικοί στην δημόσια υγεία, αξιωματούχοι Ευρωπαϊκών Υπουργείων Υγείας, και «μια χούφτα» γιατροί. Με στόχο την ανταλλαγή εμπειριών στα διαφορετικά, και πολλαπλά, επίπεδα της διαδικασίας της ενδυνάμωσης του ασθενούς, κατέληξαν στο να αναδείξουν ως βασικές παραμέτρους της διαδικασίας της ενδυνάμωσης: την γνώση-πληροφόρηση της υγείας, την δυνατότητα αυτό-διαχείρισης χρόνιων παθήσεων και την τεχνολογία, και τον ρόλο που δύναται να διαδραματίσει. Οι ασθενείς απαίτησαν έναν πιο ενεργό ρόλο στον σχεδιασμό τόσο της νομοθεσίας όσο και του ίδιου του συστήματος υγείας, με τους γιατρούς να αναδύουν την διάσταση της έλλειψης χρόνου και πόρων, ενώ δεν πρέπει να παραγκωνίζεται η παράμετρος των ασθενών εκείνων που δεν μπορούν ή δεν θέλουν να ενδυναμωθούν.

Η διαχείριση των χρόνιων παθήσεων, και η άμεση διασύνδεσή της με την ενδυνάμωση των ασθενών, υπήρξε το επίκεντρο του ενδιαφέροντος. Ως μέσο ενδυνάμωσης προκρίθηκαν προγράμματα εκμάθησης αυτό-διαχείρισης ασθενών με χρόνιες παθήσεις, ώστε όχι μόνο αυτοί να καταστούν ικανοί να διαχειριστούν αποτελεσματικά την πάθησή τους (αναγνωρίζοντας τα συμπτώματα, λαμβάνοντας την φαρμακευτική αγωγή και επιλέγοντας την καλύτερη δυνατή για την περίπτωση τους θεραπεία), αλλά και να παραμένουν δραστήριοι στον χώρο της κοινωνίας και της εργασίας τους. Η ευρωπαϊκή ηγεσία του χώρου της υγείας δεσμεύτηκε ότι με το «Health 2020» η Ευρώπη θα οδηγηθεί σε ένα σύστημα υγείας με τον ασθενή στο επίκεντρο, και το τελικό συμπέρασμα ήταν η ανάγκη άμεσης έναρξης διαλόγου με τους επαγγελματίες της υγείας σχετικά με την ενδυνάμωση των ασθενών. Μια αποτίμηση αυτού του συνεδρίου θα μπορούσε να είναι ότι, εν τέλει, ενώ οι ιατροί είναι εκείνοι που θα πρέπει να είναι υπεύθυνοι και να κάνουν την αρχή για την ενδυνάμωση των ασθενών, οι ίδιοι οι ασθενείς είναι εκείνοι που μοχθούν για να τους πείσουν γι' αυτό. Εύλογη και η ερώτηση του περιοδικού «LANCET» με τον τίτλο του άρθρου να αναρωτιέται «Ποιός ενδυναμώνει ποιον;» (Παράρτημα Ε). Ο ασθενείς θέλουν, οι γιατροί;

Έως τον Μάρτιο του 2014 και την διοργάνωση του Δεύτερου Συνεδρίου περί Ενδυνάμωσης του Ασθενούς, το E.N.O.P.E. (European Network on Patient Empowerment - Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ενδυνάμωσης Ασθενών) καταρτίζει ιστοσελίδα και διευκρινίζει τις προθέσεις και τις αποφάσεις που έχει λάβει. Αναλύοντας τα του 1ου συνεδρίου, και με έρεισμα τα συμπεράσματα και τις αποφάσεις αυτού, το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ασθενών περιγράφει αναλυτικά τις δραστηριότητές του:

- η προώθηση της ενημέρωσης στο κοινό/ δημόσιο, επαγγελματίες και πολιτικούς του κριτικού ρόλου που διαδραματίζουν οι ασθενείς που ζουν με χρόνιες παθήσεις
- η υποστήριξη της ενσωμάτωσης της ενδυνάμωσης του ασθενούς στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- να καταστεί η γνώση δοκιμασμένων προγραμμάτων ενδυνάμωσης διαθέσιμη και σε άλλους
- η διοργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων αναφορικά με την εφαρμογή προσεγγίσεων που προωθούν την ενδυνάμωση του ασθενούς
- η αύξηση των στοιχείων για προγράμματα ενδυνάμωσης ασθενών
- η υποστήριξη της ανταλλαγής και διάδρασης των μελών μέσω της οργάνωσης ειδικών μαθημάτων, συναντήσεων και συνεδρίων

Στο πλαίσιο των ως άνω αποφάσεων, και μόλις πριν από δυο μήνες, τον Μάρτιο δηλαδή του 2014, πραγματοποιήθηκε στην Βασιλεία (Ελβετία) το Δεύτερο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο του

E.N.O.P.E. (European Network on Patient Empowerment) του Ευρωπαϊκού Δικτύου Ενδυνάμωσης Ασθενών, χωρίς την αιγίδα του Π.Ο.Υ. αυτή τη φορά, γεγονός που δικαιολογεί και την απουσία αναφοράς του από τον ιστότοπό του ([www.who.org](http://www.who.org)). Με τίτλο «Η δύναμη των ασθενών» αυτή τη φορά προσκλήθηκαν, και συμμετείχαν, όλοι εκείνοι που εργάζονται σε συστήματα υγείας τα οποία τοποθετούν τον ασθενή στο επίκεντρό τους (;), δηλαδή οι ίδιοι οι ασθενείς, οι επαγγελματίες, οι κυβερνήσεις, οι πολιτικοί και οι επιχειρήσεις που εμπλέκονται στον χώρο. Σ' αυτό το συνέδριο του 2014, και δυο χρόνια μετά την πρώτη απόπειρα επαφής και συνεργασίας όλων των εμπλεκόμενων στο χώρο της υγείας αναφορικά με την ενδυνάμωση του ασθενούς, είχαν ήδη διατυπωθεί και αποσαφηνιστεί οι πέντε νέες καινοτόμοι παράμετροι που θα ετίθετο προς διερεύνηση:

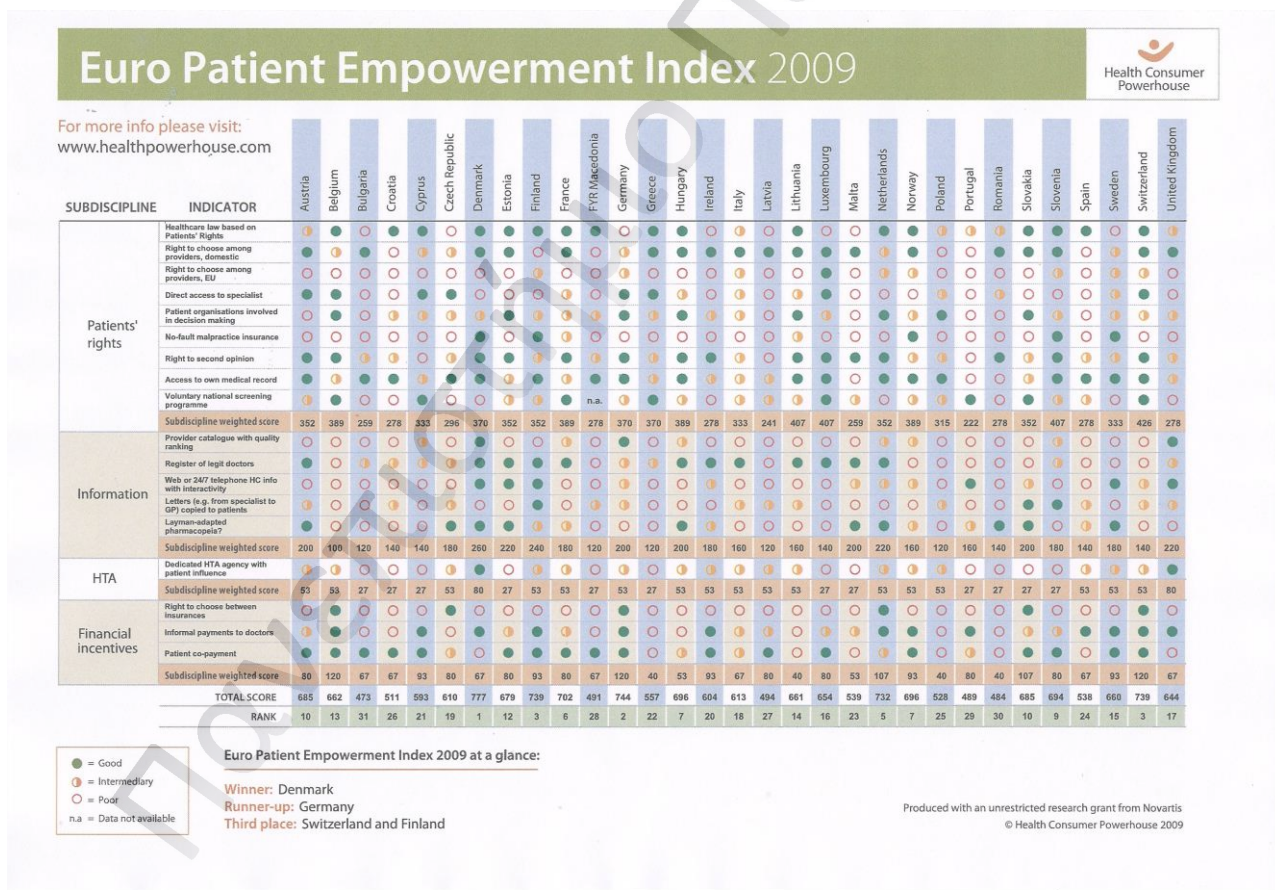
- η συμμετοχική παραγωγή της υγείας, ο συμμετοχικός σχεδιασμός της φροντίδας, η προώθηση καινοτόμων πρακτικών για το τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας ώστε να τοποθετήσει τον ασθενή στο επίκεντρο
- η «ιθαγένεια» της υγείας – η υποστήριξη των ασθενών και όσων ζουν με χρόνιες παθήσεις και ειδικές ανάγκες να συμμετέχουν στην προάσπιση και την προώθηση της υγείας τους, διαμορφώνοντας το δικό τους σύστημα υγείας και διασφαλίζοντας τα δικαιώματά τους
- το Υγεία 3.0 – το οποίο δεσμεύει το δημόσιο, τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τους επαγγελματίες της υγείας στην αναζήτηση των ωφελημάτων/ πλεονεκτημάτων μιας ανοιχτής αρχιτεκτονικής της πληροφορίας της υγείας και των social media για την υγεία, την ανάρρωση και την ίαση
- η Ενδυνάμωση του Ασθενούς – η παροχή της δυνατότητας στον καθένα να έχει τον έλεγχο της διαχείρισης της υγείας, της ευημερίας και της ασθένειάς του, και να συμμετέχει σε αποφάσεις που επηρεάζουν την υγεία και την φροντίδα του
- Ζώντας με χρόνιες παθήσεις, πολύ-νοσηρότητα και σπάνιες παθήσεις – η αντιμετώπιση τριών σπουδαίων προκλήσεων, των επιπτώσεών τους στους ασθενείς, την φροντίδα υγείας, τον αλφαριθμητισμό/γνώση (literacy) της υγείας και την έρευνα μέσω της βελτίωσης της ζωής τους και της υποστήριξης της αυτο-διαχείρισης

Αναμένοντας ακόμη τα συμπεράσματα και τα αποτελέσματα αυτής της δεύτερης απόπειρας παραγωγικής σύμπραξης όλων εκείνων που εμπλέκονται στον χώρο της υγείας και της παροχής υπηρεσιών αυτής, το μόνο που θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε είναι ότι διαφαίνεται η τάση έμπρακτης εφαρμογής των διαδικασιών που πραγματώνουν την ενδυνάμωση των ασθενών, καθώς από το θεωρητικό επίπεδο του Π.Ο.Υ. και της χάραξης πολιτικής στο πρώτο συνέδριο του 2012, στο δεύτερο συνέδριο του 2014 διαφαίνεται μια απόπειρα μετάβασης από την θεωρία στην πράξη

με την τάση πραγμάτωσης μια δέσμης εκπαιδευτικών προγραμμάτων υπό την αιγίδα του Careum.

### 2.5.3 Η ευρωπαϊκή έρευνα του Ινστιτούτου Καταναλωτών Υγείας (HCP)

Κι ενώ από την πλευρά των ίδιων των ασθενών – χρηστών του συστήματος υγείας φαίνεται μια έντονη κινητικότητα και αποφασιστικότητα να αναγνωριστεί ο ρόλος τους στο σύστημα υγείας και να γίνει η ενδυνάμωση του ασθενούς μια πραγματικότητα, τα ίδια τα συστήματα υγείας, και κατά συνέπεια οι κυβερνήσεις -χώρες, της Ευρώπης εν προκειμένω, φαίνονται αμέτοχες στον τομέα αυτό. Η μόνη εικόνα που μπορούμε να έχουμε σε ευρωπαϊκό επίπεδο για την ενδυνάμωση ασθενών προέρχεται από το Ινστιτούτο Καταναλωτών Υγείας (Health Consumer Powerhouse, [www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)) και μια έρευνα με τίτλο «Η Ενδυνάμωση του Ευρωπαίου Ασθενούς – Όψεις και Σκιές» που δημοσιεύτηκε το 2009.



Πίνακας 1: Κατάταξη των ευρωπαϊκών χωρών αναφορικά με την Ενδυνάμωση Ασθενούς (HCP 2009)

Στο Δελτίο Τύπου στις 31 Μαρτίου του 2009 οι Δανοί αναγορεύονται ως πιο ενδυναμωμένοι Ευρωπαίοι ασθενείς, με χώρες της Δυτικής και Μεσο-Ανατολικής Ευρώπης να καταλαμβάνουν τις



πρώτες θέσεις ανάμεσα σε 31 χώρες. Η έρευνα που διεξήχθη έχει ως εύρημα το γεγονός ότι τα λεφτά δεν είναι το μόνο που μετράει όταν πρόκειται για την ενδυνάμωση του ασθενούς, αλλά το όλο ζήτημα άπτεται και εξαρτάται από την θέληση και την αντίληψη για το ποιος είναι αυτός που πρέπει να εξυπηρετεί το σύστημα υγείας. Η Ελλάδα καταλαμβάνει την 22η θέση (;!) στην έρευνα που χρησιμοποίησε 18 δείκτες κατηγοριοποιημένους σε 4 κατηγορίες: τα Δικαιώματα των Ασθενών (Patient's rights), την Πληροφόρηση (Information), την Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (Health Technology Assessment – HTA) και τα Οικονομικά Κίνητρα (Financial incentives), με κάθε κατηγορία να έχει και τον δικό της νικητή. Στα Δικαιώματα των Ασθενών πρώτη έρχεται η Ελβετία, στην Πληροφόρηση η Δανία, στην Αξιολόγηση Νέων Τεχνολογιών η Δανία και το Ηνωμένο Βασίλειο και στα Οικονομικά Κίνητρα το Βέλγιο, η Γερμανία και η Ελβετία.

Οι πρώτες πέντε χώρες είναι οι: Δανία, Γερμανία, Φινλανδία και Ελβετία, και ο λόγος της «πρωτιάς» τους φαίνεται να οφείλεται στο γεγονός ότι νομοθέτες έχουν συνειδητοποιήσει το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι για τον ασθενή και όχι απλώς για να διατηρεί υγιές το ανθρώπινο δυναμικό ώστε αυτό να δουλεύει και να πληρώνει φόρους. Το καλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς. Αυτά τα συστήματα λειτουργούν ώστε οι ασθενείς να κρατούν τον ασθενή ενήμερο για προσφορές με οικονομικά κίνητρα, να παρέχουν στον ασθενή δύναμη μέσω της πληροφόρησης και των δικαιωμάτων των ασθενών, ώστε οι ασθενείς να οδηγούνται σε αποφάσεις κατόπιν πλήρους και δυναμικής ενημέρωσης.

Στις χώρες που αξιολογούνται στη μέση της κλίμακας (10-16), διακρίνεται η ανάγκη για να διευρύνουν τις υπηρεσίες υγείας που παρέχουν στους ασθενείς ώστε οι τελευταίοι να είναι σε θέση να προβούν σε ποιοτικές αποφάσεις. Η ενδυνάμωση προέρχεται από τα οικονομικά κίνητρα όπως η πρόσθετη πληρωμή και η ελεύθερη επιλογή ιατρού και νοσοκομείου. Κάθε χώρα θα πρέπει να διαθέτει έναν κατάλογο των παροχών υπηρεσιών υγείας

Στις χώρες που βρίσκονται στις τελευταίες θέσεις (17-31), συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας στην 22η θέση, το θεμελιώδες βήμα που πρέπει να κάνουν για ανέβουν στην κλίμακα της ενδυνάμωσης του ασθενούς είναι η καλύτερη χρήση της πληροφόρησης. Η πρώτη παράμετρος έχει να κάνει με την ενθάρρυνση του αλφαριθμητισμού (literacy) της υγείας. Και άλλα εργαλεία είναι απαραίτητα για να επιτρέψουν στους ασθενείς να συμμετέχουν ενεργά στην φροντίδα τους. Η πρόσθετη πληρωμή συχνά συμβαδίζει, και παρερμηνεύεται, με την φιλική προς τον χρήστη υπηρεσία. Σημαντικά βήματα είναι επίσης τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής για κοινά νοσήματα και η έναρξη ανοιχτών προγραμμάτων Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας για ενημέρωση των ασθενών.

Πιο επιγραμματικά, η αναφορά στη χώρα μας λέει ότι υπάρχει ξεκάθαρη ανάγκη για οικονομικά κίνητρα στον χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας ώστε να κινητοποιήσουν μεγαλύτερη συμμετοχή του ασθενούς.

#### 2.5.4 Μια (και μοναδική περίπτωση) άριστης πρακτικής

Εύρημα της έρευνάς μας αναφορικά με το ρόλο που δύναται να διαδραματίσει η ενδυνάμωση των ασθενών στην παροχή υπηρεσιών υγείας, και δη στην βελτίωση αυτών, αποτελεί η μελέτη περίπτωσης άριστης πρακτικής, ένα case study που δημοσιεύτηκε μόλις τον Μάιο του 2014 με τίτλο «Τα Αποτελέσματα ενός Προγράμματος Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΑ) με Διαβήτη Τύπου 2 Mellitus στην Κλινική Κατάσταση και στην Χρήση Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Μια Προοπτική Μελέτη Παρατήρησης». Η δημοσίευση έγινε στο ηλεκτρονικό ιατρικό περιοδικό PloS ONE (Μάιος 2014, Τόμος 9, Τεύχος 5, e95328) και ο αριθμός της Μελέτης Παρατήρησης είναι: [ClinicalTrials.gov](http://ClinicalTrials.gov) NTC01935349. Επιλέξαμε την αναφορά στη συγκεκριμένη μελέτη όχι μόνο επειδή είναι αντιπροσωπευτική ως προς την έρευνά μας, αλλά και επειδή είναι και η μοναδική δημοσιευμένη μελέτη που συσχετίζει την εφαρμογή της ενδυνάμωσης των ασθενών με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρακτικό επίπεδο.

Το πλαίσιο της μελέτης αυτής ήταν η αξιολόγηση των επιπτώσεων σε επίπεδο κλινικής κατάστασης αλλά και παροχής υπηρεσιών υγείας ενός μεγάλου πληθυσμού ασθενών με Διαβήτη Τύπου 2 Mellitus (T2DM) που ακολούθησαν Προγράμματα Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΑ) σε Επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επιλέχθηκε ένα τυχαίο δείγμα 1.141 ασθενών με T2DM το οποίο εντάχθηκε σε Προγράμματα Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΑ) από τον Μάρτιο έως τον Σεπτέμβριο του 2010. Το δείγμα αυτό επιλέχθηκε από Γενικά Εξωτερικά Ιατρεία που βρίσκονται στην ευρύτερη περιοχή του Hong Kong, και πραγματοποιήθηκε σύγκριση με όμοιο (και κατά γένος, ηλικία, και επίπεδο HbAc1) πληθυσμό ασθενών με T2DM που δεν είχε ενταχθεί σε Προγράμματα Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΑ).

Η Κλινική Κατάσταση των ασθενών εκτιμήθηκε βάσει των μετρήσεων του επιπέδου του HbAc1 ενώ η Χρήση Παροχής Υπηρεσιών Υγείας εκτιμήθηκε βάσει των επισκέψεων των ασθενών σε εξειδικευμένες κλινικές εξωτερικής παρακολούθησης, σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και σε εισαγωγές στο νοσοκομείο για την χρονική περίοδο από τη έναρξη και για τους ακόλουθους 12 μήνες. Στον υπολογισμό των ποσοστών χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές διαφορικών αναλύσεων και μοντέλα εξισώσεων.

Ο Διαβήτης Τύπου 2 Mellitus (T2DM) είναι μια χρόνια ασθένεια που απαιτεί αλλαγές στον

τρόπο ζωής και στις ιατρική περίθαλψη σε βάθος χρόνου. Ο έλεγχος του μεταβολισμού του ασθενούς μέσω της διατροφής και της φυσικής άσκησης, με παράλληλη φαρμακευτική αγωγή κατά του διαβήτη, μπορούν να μειώσουν δραστικά τον κίνδυνο επιπλοκών. Παρ' όλα αυτά, οι ασθενείς συνήθως αποτυγχάνουν να θέσουν σε έλεγχο τη νόσο τους, γεγονός που υπογραμμίζει την αναγκαιότητα υιοθέτησης μιας πιο αποτελεσματικής προσέγγισης που θα εμπλέκει τους ασθενείς σε τεχνικές αυτο-ελέγχου, απαραίτητες για τον βέλτιστο έλεγχο της νόσου.

«Η ενδυνάμωση του ασθενούς» αναφέρεται «σε μια διαδικασία όπου οι άνθρωποι αποκτούν μεγαλύτερο έλεγχο στις αποφάσεις που αφορούν στην υγεία τους» (Nutbeam, 1998). Αυτό είναι και το σκεπτικό που επιλέχθηκε να εφαρμοστεί και για τον έλεγχο του διαβήτη. Η αρχή είναι να καταστήσουν τους ασθενείς ικανούς να αποφασίζουν εκείνοι πρώτοι και κύρια σχετικά με την διαχείριση της νόσου τους, βασισμένοι στην αντίληψη ότι οι ασθενείς είναι πιο πρόθυμοι να ασπαστούν και να διατηρήσουν διαφορετικές συμπεριφορές με την θέλησή τους παρά μετά από υπόδειξη τρίτων (Anderson RM & Funnell MM, 2002 and Tang TS, Funnell MM, Brown MB, Kurlander JE, 2010). Η προσέγγιση αυτή απαιτεί μια σχέση συνεργασίας ανάμεσα στον ασθενή και τον πάροχο υπηρεσιών υγείας, όπου ο δεύτερος θα πρέπει να προσφέρει τις υπηρεσίες του στον ασθενή ώστε να τον διευκολύνει στην λήψη ενήμερων αποφάσεων, έχοντας υπόψη του τις απαραίτητες βοηθητικές πληροφορίες. Επί του παρόντος δεν υπάρχει ομοφωνία για την καλύτερη δυνατή κατάρτιση και οργάνωση Προγραμμάτων Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΑ) ώστε να προκύψουν άριστα αποτελέσματα αναφορικά με τον Διαβήτη. Οι συνιστώσες όμως ενός προγράμματος ενδυνάμωσης ασθενών είναι η διατροφή, η φυσική άσκηση, ο αυτό-έλεγχος (αίματος και γλυκόζης), η τήρηση της θεραπείας, η φροντίδα των ποδιών, η διαχείριση επιπλοκών και παρενεργειών της θεραπείας, καθώς και τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς όπως η συναισθηματική διαχείριση, η επίλυση προβλημάτων, ο ορισμός στόχων και η κατάρτιση πλάνου δράσης. (Tang TS et al, 2010 and Rutten G, 2005 and National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 and American Diabetes Association, 2012).

Τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν σημαντικές θετικές διαφοροποιήσεις και στους δυο άξονες μετρήσεων (βλ. Πίνακας 2: Συγκριτικός Πίνακας Διαφορών σε 12-μηνη παροχή υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στους ασθενείς που συμμετείχαν στο Πρόγραμμα Ενδυνάμωσης και σε άλλους που δεν συμμετείχαν). Σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν εντάχθηκαν σε Προγράμματα Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΑ), οι «ενδυναμωμένοι» ασθενείς εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά σε διαβητικούς δείκτες T2DM ( $HbA1c \leq 7\%$  ή  $LDL-C \leq 2.6 \text{ mmol/L}$  στις επαναληπτικές εξετάσεις ρουτίνας κατά τους 12 μήνες παρακολούθησης), καθώς επίσης έκαναν και λιγότερες επισκέψεις στα Γενικά Εξωτερικά Ιατρεία (κατά 0.813) από τους ασθενείς εκείνους που δεν είχαν ενταχθεί σε

Προγράμματα Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΑ).

	PEP				Non-PEP				Unadjusted Difference-in-difference			Adjusted Difference-in-difference		
	Baseline	After PEP	Paired Difference	P-value*	Baseline	After 12 months	Paired Difference	P-value*	Estimate	95%CI	P-value <sup>†</sup>	Estimate	95%CI	P-value <sup>‡</sup>
<b>Clinical Outcomes</b>														
HbA1c (Mean ± SD)	7.297±1.245	7.094±0.985	0.203	<0.001	7.289±1.189	7.224±1.141	0.065	0.090	-0.138	(-0.252, -0.024)	0.017*	-0.160	(-0.272, -0.048)	0.005*
≤7% (n, %)	395 (50.254%)	441 (56.107%)	-5.852%	0.003	358 (48.840%)	369 (50.341%)	-1.414%	0.455	4.438%	(4.025,4.851)	<0.001*	5.100%	(0.002,0.100)	0.043*
>7% (n, %)	391 (49.746%)	345 (43.893%)			375 (51.160%)	364 (49.659%)								
SBP (Mean ± SD)	134.209±16.741	130.162±14.611	4.047	<0.001	134.999±17.663	132.977±16.417	2.022	<0.001	-2.025	(-3.609, -0.440)	0.012*	-2.127	(-3.702, -0.553)	0.008*
≤130 mmHg (n, %)	433 (43.474%)	513 (51.506%)	-8.032%	<0.001	399 (40.508%)	451 (45.787%)	-5.279%	0.008	2.753%	(2.094,3.412)	0.018*	3.136%	(-0.021,0.084)	0.240
>130 mmHg (n, %)	563 (56.526%)	483 (48.494%)			586 (59.492%)	534 (54.213%)								
DBP (Mean ± SD)	76.063±9.683	73.274±9.543	2.789	<0.001	75.464±10.904	74.148±10.474	1.316	<0.001	-1.473	(-2.344, -0.602)	<0.001*	-1.512	(-2.382, -0.643)	0.001*
≤80 mmHg (n, %)	684 (68.675%)	767 (77.008%)	-8.333%	<0.001	668 (67.817%)	717 (72.792%)	-4.975%	0.004	3.359%	(2.693,4.024)	0.014*	3.675%	(-0.008,0.081)	0.107
>80 mmHg (n, %)	312 (31.325%)	229 (22.992%)			317 (32.183%)	268 (27.208%)								
<b>SBP/DBP</b>														
≤130/80 mmHg (n, %)	384 (38.554%)	457 (45.884%)	-7.329%	<0.001	350 (35.533%)	407 (41.320%)	-5.787%	0.003	1.543%	(0.904,2.181)	0.195	0.019	(-0.032,0.070)	0.471
>130/80 mmHg (n, %)	612 (61.446%)	539 (54.116%)			635 (64.467%)	578 (58.680%)								
LDL-C (Mean ± SD)	2.801±0.803	2.547±0.702	0.254	<0.001	2.894±0.802	2.776±0.732	0.118	<0.001	-0.136	(-0.223, -0.048)	<0.001*	-0.129	(-0.212, -0.045)	0.002*
≤2.6 mmol/l (n, %)	267 (40.639%)	372 (56.621%)	-15.982%	<0.001	182 (38.641%)	211 (44.798%)	-6.157%	0.011	9.825%	(8.635,11.014)		7.878%	(0.022,0.135)	0.006*
>2.6 mmol/l (n, %)	390 (59.361%)	285 (43.379%)			289 (61.359%)	260 (55.202%)								
<b>12-month Health Service Utilization</b>														
GOPC visits (Mean ± SD)	4.101±2.448	3.794±2.482	0.307	<0.001	4.491±2.413	4.997±2.356	-0.507	<0.001	-0.813	(-0.994, -0.632)	<0.001*	-0.813	(-0.968, -0.659)	<0.001*
Unchanged/Decreased(n, %)	814	71.341%			683	59.860%					<0.001			
Increased (n, %)	327	28.659%			458	40.140%								
SOPC visits (Mean ± SD)	2.052±3.008	2.319±3.529	-0.267	<0.001	2.069±3.523	2.142±3.288	-0.073	0.321	0.195	(-0.015,0.404)	0.069	0.195	(0.103,0.286)	<0.001*
Unchanged/Decreased(n, %)	837	73.357%			847	74.233%					0.634			
Increased (n, %)	304	26.643%			294	25.767%								
ED visits (Mean ± SD)	0.368±0.852	0.358±0.918	0.010	0.749	0.442±0.994	0.427±1.041	0.015	0.678	0.005	(-0.087,0.097)	0.911	0.005	(-0.055,0.066)	0.865
Unchanged/Decreased(n, %)	967	84.750%			953	83.523%					0.422			
Increased (n, %)	174	15.250%			188	16.477%								
Inpatient admissions (Mean ± SD)	0.169±0.550	0.185±0.718	-0.016	0.510	0.218±0.701	0.223±0.712	-0.004	0.857	0.011	(-0.056,0.078)	0.739	0.011	(-0.033,0.056)	0.615
Unchanged/Decreased(n, %)	1044	91.499%			1019	89.308%					0.076			
Increased (n, %)	97	8.501%			122	10.692%								

PEP = Patient Empowerment Programme; HbA1c = Haemoglobin A1c; SBP = Systolic Blood Pressure; DBP = Diastolic Blood Pressure; LDL-C = Low Density Lipoprotein - Cholesterol; GOPC = General Outpatient Clinic; SOPC = Specialist Outpatient Clinic; ED = Emergency Department; CI = Confidence Interval; \*P-value of testing significance using paired t-test. †P-value of testing significance using independent t-test or Chi-square test, where appropriate. ‡P-value of testing significance in adjusted difference-in-difference estimate (The result of Generalized Estimating Equation was attached in Table S1). doi:10.1371/journal.pone.0095328.t002

Πίνακας 2: Συγκριτικός Πίνακας Διαφορών σε 12-μηνη παροχή υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στους ασθενείς που συμμετείχαν στο Πρόγραμμα Ενδυνάμωσης και σε άλλους που δεν συμμετείχαν

Το συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι τα Προγράμματα Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΑ) επέδρασαν θετικά τόσο στην κλινική κατάσταση των ασθενών με Διαβήτη Τύπου 2 Mellitus, μειώνοντας τους δείκτες αυτού, όσο και στην λειτουργία και χρήση υπηρεσιών υγείας, μειώνοντας



και εκεί σημαντικά τον αριθμό των επισκέψεων σε ετήσια βάση.

## 2.6 Ανακεφαλαίωση

Η διερεύνηση των όρων της «υγείας», του «συστήματος υγείας», και της «ενδυνάμωσης» οδηγεί στο συμπέρασμα ότι αυτοί συναποτελούν και συγκροτούν το πλαίσιο της έρευνάς μας. Η υγεία είναι η επιθυμητή εκείνη κατάσταση, η ισορροπία της οποίας κινητοποιεί το σύστημα υγείας και έχει ως παράμετρο της ενδυνάμωση. Με κέντρο του ενδιαφέροντός μας την ενδυνάμωση του ασθενούς, οδηγούμαστε σε μια πολύπλευρη προσέγγιση μέσω των ίδιων των ασθενών και της εμπειρίας τους (ENOPE), των πρόσφατων ευρημάτων της έρευνας του ευρωπαϊκού Ινστιτούτου Καταναλωτών Υγείας (NHP) και μιας –και μοναδικής- περίπτωσης άριστης πρακτικής (case study). Όλες οι προσεγγίσεις φέρνουν στο προσκήνιο την έννοια του ενδυναμωμένου ασθενούς και, μέσω της πραγματικότητάς που πρεσβεύουν, επιβεβαιώνουν την αναγκαιότητά του.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

#### **3.1 Εισαγωγή**

Η εμπειρική έρευνα είναι η μέθοδος που χρησιμοποιούμε σε αυτή της φάση της εργασίας μας. Πρόθεσή μας είναι μέσω αυτής να επιβεβαιώσουμε ή όχι να τα ευρήματα του προηγούμενου σταδίου και προς τούτο χρησιμοποιούμε το μεθοδολογικό εργαλείο (methodology tool) της συνέντευξης, και δη της ημι-δομημένης, προσώπων που γνωρίζουν πολύ καλά τον χώρο της υγείας μέσω της εμπειρίας τους. Η μορφή της ημι-δομημένης συνέντευξης μας προσφέρει ευελιξία χειρισμών κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, επιτρέποντάς μας είτε να αλλάξουμε τη σειρά των ερωτήσεων είτε να παραλείψουμε κάποια από αυτές, καθώς τα τέσσερα πρόσωπα που δέχθηκαν να μας παραχωρήσουν συνέντευξη προέρχονται από τέσσερις διαφορετικές χώρες, με διαφορετικό κοινωνικό ιστό, κουλτούρα και καθημερινότητα, οπότε οι προσφερόμενη ευελιξία του μέσου μας διευκολύνει.

Όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο διάστημα 16 με 18 Μαΐου 2014 στην Βαλένθια (Ισπανία) κατά τη διάρκεια του 20ου Συνεδρίου της Παγκόσμιας Συνομοσπονδίας Συλλόγων Γονιών Παιδιών με Καρκίνο (ICCCPO) και στο περιθώριο των συναντήσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Υπεράσπισης Γονιών και Παιδιών (PPAC). Με μέση διάρκεια των συνεντεύξεων τις 2 ώρες, οι Frederic Arnold (πατέρας παιδιού, πρώην ασθενούς με καρκίνο – Γαλλία), Gerlind Bode [expert in the field – ιδρυτικό μέλος της Παγκόσμιας Συνομοσπονδίας Συλλόγων Γονιών Παιδιών με Καρκίνο (ICCCPO) – Γερμανία], Sadie Cutland (συνταξιούχος νοσηλεύτρια σε ασθενείς με καρκίνο παιδικής ηλικίας για πάνω από 20 χρόνια – Νότια Αφρική) και Sabine Karner (πρώην ασθενής με καρκίνο παιδικής ηλικίας – Αυστρία) απαντούν στα ερωτήματα ανοιχτού τύπου και, ως επί το πλείστον, επιβεβαιώνουν τα αρχικά ευρήματά μας.

Η διάρθρωση των ερωτήσεων γίνεται με σκοπό της σταδιακή διερεύνηση του θέματος, και ξεκινά με τα απαραίτητα δημογραφικά-προσωπικά στοιχεία. Τα στοιχεία αυτά «μαρτυρούν» το γεγονός ότι οι τέσσερις συνεντευξιζόμενοι έχουν πολύπλευρη εμπειρία στον χώρο της υγείας, διατηρώντας ένα πολύ ενεργό προφίλ έως σήμερα. Η πλειοψηφία των ερωτήσεων αφορούσε την έννοια και τον ρόλο της ενδυνάμωσης.

#### **3.2 Δεδομένα της εμπειρικής έρευνας**

Επόμενο στάδιο της έρευνάς μας αποτελεί η εμπειρική ποιοτική έρευνα. Επιλέξαμε αυτό το μεθοδολογικό εργαλείο προκειμένου να διαμορφώσουμε μια πιο ξεκάθαρη εικόνα σχετικά με τον

όρο «ενδυνάμωση ασθενών» με τη βοήθεια ανθρώπων που έρχονται σε καθημερινή διάδραση με τον χώρο παροχής υπηρεσιών, από διαφορετική θέση το καθένα.

Καταρτίσαμε ένα πλάνο ημι-δομημένων συνεντεύξεων (Παράρτημα Στ) προκειμένου να διεξαγάγουμε τις συνεντεύξεις με βάση αυτό. Η μορφή των ημι-δομημένων συνεντεύξεων είναι η πιο ευέλικτη και μας επιτρέπει να αλλάζουμε τις διευκρινιστικές ερωτήσεις ή την σειρά τους, όπως επίσης επιτρέπει και την εμβάθυνση σε ένα θέμα. Χρησιμοποιήσαμε ανοιχτού τύπου ερωτήσεις, προκειμένου να αποδοθεί η προσωπική αντίληψη του κάθε ατόμου αναφορικά με την «ενδυνάμωση ασθενούς» σε επίπεδο εργασίας και χρήσης υπηρεσιών υγείας.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από τις 16 έως τις 18 Μαΐου 2014 στην Βαλένθια (Ισπανία) στο πλαίσιο του 20ου Συνεδρίου της Παγκόσμιας Συνομοσπονδίας Συλλόγων Γονιών Παιδιών με Καρκίνο (ICCCPO) και στο περιθώριο των συναντήσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Υπεράσπισης Γονιών και Παιδιών (PPAC). Η διάρκειά τους ήταν κατά μέσο όρο 2 ώρες και το δείγμα ήταν πολύ περιορισμένο. Επιλέξαμε το νόσημα του καρκίνου παιδικής ηλικίας όχι μόνο λόγω προσωπικής εμπλοκής αλλά και λόγω του γεγονότος ότι θεωρείται «χρόνιο», με το προσδόκιμο ζωής των ασθενών να είναι πολύ μεγάλο. Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκαν 4 ημι-δομημένες συνεντεύξεις, πολύ μικρός αριθμός λόγω του εξαιρετικά περιορισμένου χρόνου λόγω του συνεδρίου και των συναντήσεων, και εξαιτίας της πρόσφατης εύρεσης της περίπτωσης άριστης πρακτικής (case study) που «έριξε φως» σε αρκετά σκοτεινά σημεία της διερεύνησης της έννοιας του όρου, καθώς και της δυνατότητας πρακτικής συνεισφοράς του στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Θεωρούμε ότι οι 4 αυτές ημι-δομημένες συνεντεύξεις είναι αρκετά αντιπροσωπευτικές, διαφωτίζοντας η κάθε μια άλλη πτυχή της ενδυνάμωσης. Πιο συγκεκριμένα στις συνεντεύξεις ζητήθηκε η συμβολή των:

- Frederic Arnold (πατέρας παιδιού, πρώην ασθενούς με καρκίνο – Γαλλία)
- Gerlind Bode [expert in the field – ιδρυτικό μέλος της Παγκόσμιας Συνομοσπονδίας Συλλόγων Γονιών Παιδιών με Καρκίνο (ICCCPO) – Γερμανία]
- Sadie Cutland (συνταξιούχος νοσηλεύτρια σε ασθενείς με καρκίνο παιδικής ηλικίας για πάνω από 20 χρόνια – Νότια Αφρική)
- Sabine Karner (πρώην ασθενής με καρκίνο παιδικής ηλικίας – Αυστρία)

### **3.3 Ανάλυση των ημι-δομημένων συνεντεύξεων**

Στο πρώτο στάδιο των συνεντεύξεων καταγράψαμε τα προσωπικά στοιχεία των προσώπων που μας παραχώρησαν συνέντευξη ως ακολούθως:

<b>ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ/ PERSONAL DETAILS</b>				
<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ FULL NAME:</b>	Frederic Arnold	Gerlind Bode	Sadie Cutland	Sabine Karner
<b>ΙΔΙΟΤΗΤΑ/POSITION:</b>	πατέρας αγοριού που είχε καρκίνο & Πρόεδρος της Γαλλικής Συνομοσπονδίας Συλλόγων Γονιών Παιδιών με Καρκίνο «UNAPECLE»	πρόεδρος και ιδρυτικό μέλος του τοπικού Γερμανικού Συλλόγου κατά του καρκίνου παιδικής ηλικίας «FoerDerKreis»	συνταξιούχος νοσηλεύτρια (κυρίως σε Ογκολογικά Τμήματα Παιδών)	πρώην ασθενής με καρκίνο παιδικής ηλικίας & στέλεχος του τοπικού Αυστριακού Συλλόγου κατά του καρκίνου παιδικής ηλικίας «KINDER-KREBS-HILFE»
<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ/ DATE INTERVIEW:</b>	17.05.2014	18.05.2014	18.05.2014	16.05.2014

Πίνακας 3: Αποτελέσματα Απαντήσεων περί των προσωπικών στοιχείων των προσώπων που λάβαμε συνέντευξη

Ένα πρώτο σχόλιο αναφορικά με το στάδιο αυτό και τα στοιχεία που καταγράψαμε είναι ότι ηθελημένα επιλέξαμε τα πρόσωπα αυτά προκειμένου να φωτίσουμε την έννοια της ενδυνάμωσης ασθενών από διαφορετικές οπτικές γωνίες, κατεξοχήν αντιπροσωπευτικές του χώρου παροχής υπηρεσιών. Ένας γονιός, μια επαγγελματίας, ειδήμων του χώρου του καρκίνου παιδικής ηλικίας, μια επαγγελματίας της παροχής υπηρεσιών υγείας για πάνω από 20 συναπτά έτη και μια πρώην ασθενής απαρτίζουν το αντιπροσωπευτικό μας δείγμα.

Στην πρώτη αυτή ουσιαστικά ερώτηση με τίτλο «Παρούσα Θέση/ Current Position» το κάθε πρόσωπο αναφέρθηκε στην παρούσα επαγγελματική ή/και μη κατάστασή του που τον συνδέει με τον χώρο του καρκίνου παιδικής ηλικίας ως ακολούθως:

	<b>ΠΑΡΟΥΣΑ ΘΕΣΗ/ CURRENT POSITION</b>
<b>Frederic Arnold</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Πατέρας ενός αγοριού που είχε καρκίνο</li> <li>- Πρόεδρος της Γαλλικού Εθνικού Συλλόγου «UNAPECLE»</li> <li>- Μέλος του Δ.Σ. του Περιφερειακού Συλλόγου «APECO»</li> <li>- Μέλος του τοπικού Συλλόγου «Conquelicot» (fund raising dpt)</li> <li>- Μέλος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Υπεράσπισης Γονιών και Ασθενών (PPAC)</li> </ul>

<b>Gerlind Bode</b>	- Πρόεδρος και ιδρυτικό μέλος του τοπικού Συλλόγου «FoerDerKreis»
<b>Sadie Cutland</b>	- Συνταξιούχος Νοσηλεύτρια - Μέλος του τοπικού Συλλόγου CHOC (Childhood Cancer Foundation of South Africa)
<b>Sabine Karner</b>	- Πρώην ασθενής με καρκίνο παιδικής ηλικίας - Στέλεχος στον Αυστριακό Εθνικό Σύλλογο «KINDER-KREBS-HILFE» - Υπεύθυνη Project για την Παγκόσμια Συνομοσπονδία Συλλόγων Γονιών Παιδιών με Καρκίνο (ICCCPO) - Μέλος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Υπεράσπισης Γονιών και Ασθενών (PPAC)

Πίνακας 4: Αποτελέσματα Απαντήσεων στην 1<sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης

Η ερώτηση αυτή ετέθη με σκοπό να διερευνηθεί η σύγχρονη δράση και συμβολή των συγκεκριμένων προσώπων στον εξειδικευμένο χώρο της υγείας που αφορά τον καρκίνο παιδικής ηλικίας. Όλοι οι συμμετέχοντες, πέρα από την προσωπική τους εμπλοκή με τον καρκίνο παιδικής ηλικίας, είναι μέλη των τοπικών ή εθνικών Συλλόγων κατά του Καρκίνου Παιδικής Ηλικίας της χώρας τους [Γαλλία: «UNAPECLE» & «APECO» & «Conquelicot», Γερμανία: «FoerDerKreis», Νότια Αφρική: CHOC (Childhood Cancer Foundation of South Africa), και Αυστρία: «KINDER-KREBS-HILFE»]. Το γεγονός αυτό φανερώνει ότι οι συγκεκριμένοι άνθρωποι είναι γνώστες του χώρου τόσο σε προσωπικό όσο και σε τοπικό, κοινωνικό και εθνικό επίπεδο.

Στην δεύτερη ερώτηση με τίτλο «Προϋπηρεσία στον χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας (έτη-αντικείμενο)/ Background in Healthcare (ages- field of interest)» το κάθε πρόσωπο έκανε εκτενή αναφορά στην ευρύτερη διαδρομή του στον χώρο του καρκίνου παιδικής ηλικίας ως ακολούθως:

	<b>ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ/ BACKGROUND</b>
<b>Frederic Arnold</b>	- Πατέρας ενός αγοριού που διαγνώστηκε τον Αύγουστο του 2001 με νευροβλάστωμα και πέθανε τον Αύγουστο του 2003 - Συμμετέχει στον τοπικό σύλλογο από το 2003 - Συμμετέχει στον εθνικό Σύλλογο από το 2008 κ είναι πρόεδρος από το 2012 - Εκπαιδεύτηκε το 2009 στα Ερευνητικά Πρωτόκολλα και την

	<p>Πληροφορημένη Συναίνεση που αυτά απαιτούν από το Εθνικό Ινστιτούτο Ιατρικής Έρευνας (Γαλλία)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Μέλος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Υπεράσπισης Γονίων και Ασθενών (PPAC) από την ίδρυσή της (2011)</li> </ul>
<b>Gerlind Bode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δεν έχει αμιγώς επαγγελματική εμπλοκή με τον χώρο της υγείας</li> <li>- από το 1983 εμπλέκεται στον ευρύτερο χώρο του καρκίνου παιδικής ηλικίας με την ίδρυση και λειτουργία τοπικού Συλλόγου «FoerDerKreis» (1983) και στη συνέχεια Παγκόσμιας Συνομοσπονδίας Συλλόγων (ICCCPO) (1994)</li> <li>- Ιδρυτικό Μέλος και Διευθύνων Σύμβουλος του Εθνικού Οργανισμού-ομπρέλα των γερμανικών Συλλόγων DLFH (Deutsche Leukaemie Forschungshilfe – Aktion foer Krebskranke Kinder) (1994)</li> <li>- Ιδρυτικό Μέλος και Διευθύνων Σύμβουλος (έως το 2008) του Γερμανικού Ινστιτούτου Κατά του Καρκίνου Παιδικής Ηλικίας (1987)</li> <li>- Σύμβουλος σε πολλά ευρωπαϊκά project και οργανισμούς (EPOC, ENCCA, InterALL, PANCARE SurFup, PDCO/ EMA)</li> <li>- Σύμβουλος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Υπεράσπισης Γονίων και Ασθενών (PPAC) από την ίδρυσή της (2011)</li> </ul>
<b>Sadie Cutland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- από το 1981 είναι Νοσηλεύτρια σε Παιδιατρικά-Ογκολογικά Τμήματα στη Νότια Αφρική, με προϋπηρεσία σε Ιρλανδία, Αγγλία και Ζάμπια</li> <li>- Συμμετέχει στον εθνικό Σύλλογο της Νότιας Αφρικής από το 1986</li> </ul>
<b>Sabine Karner</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Πρώην ασθενής με καρκίνο παιδικής ηλικίας</li> <li>- Μέλος και Στέλεχος (από το 2011) στον Αυστριακό Εθνικό Σύλλογο «KINDER-KREBS-HILFE»</li> <li>- Υπεύθυνη Project για την Παγκόσμια Συνομοσπονδία Συλλόγων Γονίων Παιδιών με Καρκίνο (ICCCPO) (από το 2011)</li> <li>- Μέλος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Υπεράσπισης Γονίων και</li> </ul>



Πίνακας 5: Αποτελέσματα Απαντήσεων στην 2<sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης

Η ερώτηση αυτή ετέθη με σκοπό την ανάδειξη της πολύπλευρης και πολύχρονης δράσης και δραστηριότητας εκ μέρους του κάθε ατόμου στον χώρο της υγείας και της παροχής υπηρεσιών αυτής. Έτσι διαπιστώνουμε ότι εκτός από μέλος στον τοπικό ή εθνικό Σύλλογο κατά του Καρκίνου Παιδικής Ηλικίας (Γαλλία: «UNAPECLE» & «APECO» & «Conquelicot», Γερμανία: «FoerDerKreis», Νότια Αφρική: CHOC (Childhood Cancer Foundation of South Africa), τα συγκεκριμένα άτομα έχουν αναπτύξει, ανάλογα με την ηλικία τους και την εμπειρία τους πολύπτυχη δραστηριότητα γύρω από τον καρκίνο παιδικής ηλικίας, δραστηριότητα που δικτυώνεται σε επίπεδο τοπικό, περιφερειακό, εθνικό και ευρωπαϊκό, γεγονός που καταδεικνύει τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους στον χώρο, καθώς και την αφοσίωσή τους στην διαμόρφωση σταθερών και αξιών στον χώρο αυτό. Ως μακροχρόνιοι χρήστες του συστήματος υγείας, κρίνονται οι «εξ αντικειμένου» αρμόδιοι περί μιας διαδικασίας ενδυνάμωσης, και του κατά πόσον αυτή είναι εφικτή και λειτουργικά θετική για το σύστημα υγείας.

Με την τρίτη ερώτηση με τίτλο «Τι θεωρείτε ότι είναι «ενδυνάμωση/ What do you consider as empowerment» θελήσαμε να οδηγηθούμε στην «καρδιά» της έρευνάς μας, αφήνοντας πίσω τα προσωπικά και στατιστικά δεδομένα, επιχειρώντας μια πρώτη διερεύνηση του όρου ενδυνάμωση. Τα πρόσωπα απάντησαν ως ακολούθως:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩ NYMO/ FULL NAME:	Frederic Arnold	Gerlind Bode	Sadie Cutland	Sabine Karner
<b>Ενδυνάμωση για μένα είναι/ for me empowerment is:</b>	<p><u>πληροφόρηση</u> &amp; <u>εκπαίδευση</u> &amp; <u>επικοινωνία</u> (...ο γονιός πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις για να λάβει τις σωστές αποφάσεις για το συμφέρον της υγείας του παιδιού του. Προς τούτο απαιτείται εκπαίδευση του γονιού και ανοιχτή επικοινωνία με το</p>	<p><u>πληροφόρηση</u> (...η στήριξη και πληροφόρηση των γονιών και της οικογένειας του ασθενούς ώστε να είναι ικανοί «να πάρουν την τύχη τους στα χέρια τους» στο βαθμό που μπορούν... η ικανότητα υπεράσπισης των δικαιωμάτων τους...)</p>	<p><u>επικοινωνία</u> (...ανοιχτή και ειλικρινής επικοινωνία ΟΛΩΝ με την πολυεπιστημονική ιατρονοσηλευτική ομάδα...)</p>	<p><u>πληροφόρηση</u> (...η πρόσβαση στην πληροφόρηση, που σου επιτρέπει την συμμετοχή στην διαδικασία και την λήψη αποφάσεων...)</p>



	ιατρονοσηλευτικό προσωπικό...)			
--	-----------------------------------	--	--	--

Πίνακας 6: Αποτελέσματα Απαντήσεων στην 3<sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης

Η ερώτηση αυτή ετέθη με σκοπό μια πρώτη απόπειρα προσωπικής απόδοσης ερμηνείας στον όρο της ενδυνάμωσης. Μέσω των απαντήσεων είμαστε σε θέση να διακρίνουμε το υπόβαθρο του κάθε συμμετέχοντα καθώς η εμπειρία του κάθε ενός αντικατοπτρίζεται από το κύριο χαρακτηριστικό το οποίο αποδίδει στην ενδυνάμωση, με τους χρήστες του συστήματος υγείας (F.A. & S.K.) να προσδίδουν στην ενδυνάμωση την έννοια της πληροφόρησης, την λειτουργό της υγείας (S.C.) να τοποθετεί την επικοινωνία ως κύριο χαρακτηριστικό, και την «ειδήμονα» (G.B.) να προκρίνει την έννοια της πληροφόρησης. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μόνο ο F. A. αποδίδει παραπάνω από μια διάσταση την έννοια, αλλά οφείλουμε να σημειώσουμε ότι όλες οι απαντήσεις ήταν σύμφωνες με τις προσδοκίες μας και αναμενόμενες, καθώς όλες ήταν εντός της τριπλής διάστασης της ενδυνάμωσης που κινείται στους άξονες την πληροφόρησης - γνώσης, της εκπαίδευσης και της επικοινωνίας (information – education – communication). Οι επεξηγήσεις των αποδιδόμενων όρων μαρτυρούν ότι όλοι οι συμμετέχοντες θεωρούν την ενδυνάμωση ως ένα είδος διαδικασίας και όχι ως ένα μεμονωμένο χαρακτηριστικό.

Η τέταρτη ερώτηση με τίτλο «Ενδυνάμωση στον εργασιακό χώρο/ Empowerment in professional area» είχε σκοπό την διερεύνηση της διάκρισης του όρου της ενδυνάμωσης αναφορικά με την επαγγελματική διάσταση του κάθε συμμετέχοντα, δηλαδή κατά πόσο έχουν γίνει δέκτες της τεχνικής διοίκησης (management tool) της ενδυνάμωσης στην εργασία τους, και τι χαρακτηριστικά της αποδίδουν. Τα πρόσωπα απάντησαν ως ακολούθως:

<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩ NYMO/ FULL NAME:</b>	Frederic Arnold	Gerlind Bode	Sadie Cutland	Sabine Karner
---	-----------------	--------------	---------------	---------------

<b>Ενδυνάμωση στην εργασία/ empowerment in professional area</b>	«...ως manager θεωρώ την λίμνη της «ενδυνάμωσης» του προσωπικού μου ως κύρια πηγή ψυχοκοινωνικών μπελάδων σε επαγγελματικό επίπεδο.. η κατάσταση αδυναμίας λήψης αποφάσεων είναι επικίνδυνη και γι' αυτό θεωρώ ότι η παροχή ενδυνάμωσης πρέπει να γίνεται σταδιακά...»	δεν έχει αντίστοιχη επαγγελματική εμπειρία	- η συμμετοχή σε συνέδρια και σεμινάρια  - «ποτέ μην σταματάς να ακούς» (“never stop hearing”)	«...η ενδυνάμωση στον επαγγελματία ενσωματώνει τις παραμέτρους της πληροφόρησης, της επικοινωνίας και της ικανότητας λήψης αποφάσεων. Κρίσιμο χαρακτηριστικό είναι η σωστή μετάδοση της πληροφορίας...»
--	--	--	--	---

Πίνακας 7: Αποτελέσματα Απαντήσεων στην 4<sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης

Οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή είναι αφενός μεν εντός του αναμενόμενου πλαισίου, αφετέρου δε προκαλούν και έκπληξη. Ο πατέρας (F.A.), ως επαγγελματίας manager, θεωρεί την ενδυνάμωση ως πηγή προβλημάτων, καθώς η επαγγελματική του βαθμίδα διοικητικά τον καθιστά παραγωγό της ενδυνάμωσης προς τις κατώτερες διοικητικά βαθμίδες. Η έκπληξη προέρχεται από την αντίληψη ότι ο μη ενδυναμωμένος εργαζόμενος είναι σε κατάσταση αδυναμίας λήψης αποφάσεων, γεγονός που προκαλεί προβλήματα. Ο χαρακτηρισμός «λίμνη της ενδυνάμωσης» δείχνει πόσο αχανή θεωρεί τον τομέα της ενδυνάμωσης στον επαγγελματικό χώρο, και γι' αυτό η λύση που προτείνει είναι ο επιμερισμός των ενεργειών προώθησής της στα κατώτερα διοικητικά στρώματα. Ένα άλλο είδος έκπληξης προκύπτει από την απουσία της ενδυνάμωσης στην «ειδήμονα του χώρου» (G.B.). Προφανώς, η απάντηση της απουσίας δικαιολογείται από το γεγονός ότι υπήρξε πρωτοπόρος στο χώρο αυτό, άρα δεν υπήρχε ανώτερη διοικητικά βαθμίδα από την οποία θα μπορούσε να δεχθεί μορφές ενδυνάμωσης. Εντός του αναμενόμενου πλαισίου κινούνται οι άλλες δυο απαντήσεις, με την επαγγελματία του χώρου (S.C.) να κινείται σταθερά στους άξονες εκπαίδευσης-πληροφόρησης (η συμμετοχή σε συνέδρια και σεμινάρια) και της επικοινωνίας («ποτέ μην σταματάς να ακούς»). Η συνάφεια του επαγγέλματος της S.K. δικαιολογεί και αυτή την εναρμόνιση με το ως άνω τρίπτυχο και κυρίως την πληροφόρηση και την επικοινωνία.

Ακολούθως, ετέθη η (πέμπτη) ερώτηση με τίτλο «Ενδυνάμωση ασθενών/ Patient empowerment» με στόχο την διερεύνηση πιθανής διαφοροποίησης στην απόδοση της έννοιας, αφού στην προκειμένη περίπτωση αφορά στον ασθενή. Τα πρόσωπα απάντησαν ως ακολούθως:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩ NYMO/ FULL NAME:	Frederic Arnold	Gerlind Bode	Sadie Cutland	Sabine Karner
<p><b>Ενδυνάμωση ασθενών/ patient empowerment</b></p>	<p>[θέτει εξ αρχής ως δέκτη της ενδυνάμωσης μόνο τον πρώην ασθενή (survivor)]</p> <p><u>πληροφόρηση (ιατρικό ιστορικό)</u></p> <p><u>&amp;</u></p> <p><u>εκπαίδευση (υγιεινός τρόπος διαβίωσης)</u></p> <p><u>&amp;</u></p> <p><u>επικοινωνία (μονάδα παροχής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας)</u></p> <p>- άμεση εφαρμογή της τεχνικής της ενδυνάμωση ανάλογα με την ηλικία ώστε το άτομο να είναι σε θέση να λαμβάνει ενήμερες αποφάσεις προς το συμφέρον της υγείας του</p>	<p>[Ταυτίζεται με την απάντηση στην ερώτηση 3]</p> <p><u>πληροφόρηση</u> (...η στήριξη και πληροφόρηση των γονιών και της οικογένειας του ασθενούς ώστε να είναι ικανοί «να πάρουν την τύχη τους στα χέρια τους» στο βαθμό που μπορούν... η ικανότητα υπεράσπισης των δικαιωμάτων τους...)</p>	<p>Συνοφασμένες με την ενδυνάμωση ασθενών είναι οι έννοιες της <u>πληροφόρησης</u> της <u>διαβεβαίωσης (reassurance)</u>, και της <u>παραχώρησης ενός εύλογου χρόνου αποδοχής (facilitating time/ counselling)</u></p>	<p>[θέτει ως δέκτη της ενδυνάμωσης τον πρώην ασθενή (survivor)]</p> <p><u>πληροφόρηση</u> αναφορικά με το ιατρικό του ιστορικό την θεραπεία που έλαβε και τις ανάγκες του, η οποία οδηγεί στην ικανότητά του να λάβει αποφάσεις προς όφελος της υγείας του</p>

Πίνακας 8: Αποτελέσματα Απαντήσεων στην 5<sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης

Οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή είναι αναμενόμενες και ομόφωνα συγκλίνουν στο γεγονός ότι ενδυνάμωση στον ασθενή πραγματώνεται μέσω της πληροφόρησης - ενημέρωσης του ασθενούς περί του ιατρικού του ιστορικού και της θεραπείας που έχει λάβει και των πιθανών κινδύνων που αυτή ενέχει για την παρούσα κατάσταση της υγείας του. Αναδύεται μια κοινή πεποίθηση ότι η γνώση του παρελθόντος βοηθά στον καλύτερο προγραμματισμό του μέλλοντος, και συνεπώς στην καλύτερη επιβίωση. Μόνο ο ένας από τους τέσσερις (F.A.) απηχεί την διάσταση της ενδυνάμωσης στην ολότητα της, προσθέτοντας τις παραμέτρους της εκπαίδευσης (αναφορικά τόσο με ιατρικά θέματα, όσο και με τον υγιεινό τρόπο διαβίωσης) και της επικοινωνίας με την πολυεπιστημονική ομάδα φροντίδας και την μονάδα παροχής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Κοινή πίστη και αντίληψη σε όλους φαίνεται να είναι ότι η σωστή πληροφόρηση - ενημέρωση οδηγεί στη ικανότητα λήψης σωστών αποφάσεων, δηλαδή αποφάσεων προς το συμφέρον της υγείας του ατόμου.

Η ακόλουθη ερώτηση (έκτη) στο πλάνο της ημι-δομημένης συνέντευξής μας είχε τίτλο «Η ενδυνάμωση στον χώρο της υγείας/ Empowerment in health care services», και οι συμμετέχοντες απάντησαν ως εξής:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩ NYMO/ FULL NAME:	Frederic Arnold	Gerlind Bode	Sadie Cutland	Sabine Karner
Ενδυνάμωση ασθενών/ patient empowerment	<u>X</u>	«...Υπεύθυνοι για την ενδυνάμωση των ασθενών είναι οι επαγγελματίες της υγείας και θα πρέπει να είναι ικανοί σε επαγγελματικό επίπεδο να φέρουν σε πέρας την διαδικασία αυτή ξανά και ξανά –για όσο χρειαστεί...»	«...Υπεύθυνοι για την ενδυνάμωση των ασθενών είναι οι επαγγελματίες της υγείας, οι οποίοι όμως επηρεάζονται από σαφείς παραμέτρους του χώρου όπως η παρασκηνακή πολιτική που ασκείται (lobbying), η αποσαφήνιση των αναγκών (making clear the needs) και η κοινή αντιμετώπιση καταστάσεων (standing together)...»	«...Υπεύθυνοι για την ενδυνάμωση των ασθενών είναι οι επαγγελματίες της υγείας, το αυστριακό ιατρικό σύστημα όμως είναι ιεραρχικό και γραφειοκρατικό, γεγονός που εμποδίζει, εν τέλει, την πληροφόρηση των ασθενών και δεν τους θεωρεί ισότιμους συμμετέχοντες στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία τους...»

Πίνακας 9: Αποτελέσματα Απαντήσεων στην 6<sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης

Με την ερώτηση αυτή έγινε απόπειρα να διερευνηθεί η παρούσα ισχύουσα κατάσταση στα διάφορα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας των συνεντευξιζόμενων προσώπων, και κατά πόσο αυτή συνάδει με την απόδοση της έννοιας της ενδυνάμωσης του ασθενούς, όπως την έχουν περιγράψει οι ίδιοι. Ένα από τα τέσσερα πρόσωπα δεν απάντησε και τα υπόλοιπα τρία συμφώνησαν ότι πομποί και υπεύθυνοι για την διαδικασία ενδυνάμωσης ασθενών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, δηλαδή οι επαγγελματίες της υγείας. Κάθε πρόσωπο υπογράμμισε και μια διαφορετική διάσταση του χώρου της υγείας που επηρεάζει την όλη διαδικασία, με την G.B. να τονίζει την σπουδαιότητα του επαγγελματισμού του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, την S.C. να θέτει την όλη κατάσταση σε μια ρεαλιστική βάση (λόγω της επαγγελματικής στις εμπειρίας στον χώρο) τονίζοντας την επιρροή των παραμέτρων του παρασκηνίου, των πραγματικών αναγκών και της κοινής αντίληψης και αντιμετώπισης

καταστάσεων, και την S.K. να αναγνωρίζει μια πραγματικότητα πολύ διαφορετική από εκείνη που περιγράφει η (ιδεατή) έννοια του όρου ενδυνάμωση, και η οποία με τα χαρακτηριστικά της ιεραρχίας και της γραφειοκρατίας, δυσκολεύει, εν τέλει, την πληροφόρηση/ ενημέρωση του ασθενούς, υποτιμώντας τον «ισότιμο» ρόλο του στην λήψη αποφάσεων.

Τέλος, ετέθη η ερώτηση (έβδομη) με τίτλο «Ενδυνάμωση και βελτίωση Υπηρεσιών υγείας/ Empowerment and health services improvement», και οι συμμετέχοντες απάντησαν ως εξής:

ΟΝΟΜΑΤΕΠ ΩΝΥΜΟ/ FULL NAME:	Frederic Arnold	Gerlind Bode	Sadie Cutland	Sabine Karner
<b>Ενδυνάμωση και βελτίωση υπηρεσιών υγείας/ empowerment and health services improvement</b>	<u>Θεωρεί ότι είναι δυνατή/ εφικτή</u> «...μόνον κατόπιν πληροφόρησης/ ενημέρωσης όλων των ενδιαφερόμενων μερών...»	<u>Εκφράζει την επιφυλακτικότητα της</u> και τονίζει την σημασία του επαγγελματισμού του ιατρικονοσηλευτικού προσωπικού	<u>Θεωρεί ότι είναι δυνατή/ εφικτή</u> - «...Ένας «συνειδητοποιημένος» ασθενής «διευκολύνει» την παροχή υπηρεσιών υγείας... / a “conscious” patient “facilitates” the healthcare system...»	<u>Θεωρεί ότι είναι δυνατή/ εφικτή</u> και διακρίνει την αναγκαιότητα ύπαρξης ενός μηχανισμού ανταλλαγής απόψεων και εμπειριών ανάμεσα στον πάροχο υπηρεσιών υγείας και στον ασθενή/ χρήστη του συστήματος ώστε να σημειωθεί πρόοδος στην παροχή υπηρεσιών...»

Πίνακας 10: Αποτελέσματα Απαντήσεων στην 7<sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης

Με την τελευταία αυτή ερώτηση έγινε απόπειρα να διερευνηθεί η περίπτωση του εάν και κατά πόσο μπορεί η ενδυνάμωση των ασθενών να επηρεάσει. Και δη θετικά, την παροχή υπηρεσιών υγείας. Τρεις στους τέσσερις θεωρούν ότι είναι δυνατή η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω της ενδυνάμωσης, ενώ το ένα πρόσωπο εκφράζει την επιφυλακτικότητα του. Η επιφυλακτικότητα της G.B. ως προς το εφικτό της ενδεχόμενης βελτίωσης του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να μεταφραστεί και ως απογοήτευση από τα πρακτικά αποτελέσματα της μακροχρόνιας προσπάθειάς τους. Ο F.A. πιστεύει ότι η ενδυνάμωση μπορεί να βελτιώσει την παροχή υπηρεσιών υγείας υπό την προϋπόθεση ότι θα υπάρχει πληροφόρηση/ ενημέρωση όλων, η S.K. παρά την θετική της απάντηση διακρίνει την αναγκαιότητα ύπαρξης ενός μηχανισμού ανταλλαγής απόψεων ανάμεσα στον ασθενή και τον πάροχο υπηρεσιών υγείας, και η S.C., με την μακρόχρονη επαγγελματική της εμπειρία, επιβεβαιώνει –άθελά της- το θετικό πόρισμα της

προαναφερθείσας περίπτωσης άριστης πρακτικής: «Ένας «συνειδητοποιημένος» ασθενής «διευκολύνει» την παροχή υπηρεσιών υγείας».

### **3.4 Ανακεφαλαίωση**

Οι τέσσερις ημι-δομημένες συνεντεύξεις που μας παραχώρησαν τα προαναφερόμενα πρόσωπα κρίνονται πολύ παραγωγικές και ιδιαίτερες ενδιαφέρουσες. Όλοι επιβεβαιώνουν ότι θεωρούν τη ενδυνάμωση μια διαδικασία με απαραίτητα και δομικά στοιχεία την πληροφόρηση (information), την επικοινωνία (communication) και την εκπαίδευση (education). Παρά το γεγονός ότι οι ίδιοι, στον επαγγελματικό τους χώρο διαφοροποιούν την έννοια της ενδυνάμωσης, αναφορικά με την ενδυνάμωση του ασθενούς, θεωρούν απαραίτητη την ύπαρξη και την διαφύλαξή της στον χώρο της υγείας. Θεωρούν ως πολύ σημαντική συνιστώσα της διαδικασίας το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, και, με την επιφύλαξη του ενός προσώπου, όχι μόνο εφικτή την ενδυνάμωση του ασθενούς, αλλά και με λειτουργία βελτιωτική προς το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### 4.1 Εισαγωγή

Στο τελευταίο στάδιο της εργασίας μας είμαστε σε θέση να περιγράψουμε τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, να προσδιορίσουμε τους περιορισμούς που η παρούσα εργασία υπόκειται και να διατυπώσουμε τις προτάσεις μας. Η βιβλιογραφική επισκόπηση, με περιεχόμενό της και την έρευνα του Ινστιτούτου Καταναλωτών Υγείας (NHP) και την περίπτωση εξαιρετικής πρακτικής (case study), και η εμπειρική μας έρευνα (συνεντεύξεις) φαίνεται να οδηγούν σε συμπεράσματα όμοια.

Το άμεσα εξαγόμενο συμπέρασμα, έπειτα από την διεξαγωγή των συνεντεύξεων, είναι ότι και τα τέσσερα αυτά πρόσωπα συγκλίνουν ως προς τα ίδια 3 θεμελιώδη χαρακτηριστικά της ενδυνάμωσης ασθενούς, και αυτά είναι η πληροφόρηση - ενημέρωση (information), η επικοινωνία (communication), και η εκπαίδευση (education). Το συμπέρασμα αυτό συμφωνεί πλήρως με τα πρότερα ευρήματα του Ινστιτούτου Καταναλωτών Υγείας (NHP), το οποίο όχι μόνο θεωρεί απαραίτητη την ενδυνάμωση των ασθενών, αλλά διεξάγει έρευνα το 2009 στα ευρωπαϊκά κράτη περί του επιπέδου αυτής, και να προβαίνει και σε συστάσεις σε χώρες με χαμηλά ποσοστά (Ελλάδα, 22<sup>η</sup> θέση) προκειμένου να βελτιώσει την παρούσα κατάσταση. .

Επίσης, είναι απόλυτα σύμφωνο και με τα ευρήματα της περίπτωσης άριστης πρακτικής (case study) η οποία επιβεβαιώνει ότι ενδυναμωμένοι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 μετά από παρακολούθηση ενός έτους πραγματοποίησαν λιγότερες επισκέψεις, άρα έκαναν και λιγότερη χρήση του συστήματος υγείας, και μάλιστα είχαν, και καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.

#### 4.2 Συμπεράσματα της έρευνας

Η πορεία της έρευνάς μας χρησιμοποίησε διαφορετικές πηγές και μεθοδολογικά εργαλεία. Επιχειρώντας να προσεγγίσουμε την έννοια της ενδυνάμωσης, αναφερθήκαμε αρχικά στην έννοια της υγείας. Μέσω μιας μικρής ιστορικής αναδρομής, καταλήξαμε στην σύγχρονη απόδοση ορισμού από τον Π.Ο.Υ. όπου υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»<sup>28</sup>. Ο ορισμός αυτό διακρίνει τρεις μεταβλητές που προσδιορίζουν την έννοια της υγείας: την σωματική ευεξία, την ψυχική ευεξία και την κοινωνική ευεξία. Συνεπώς, η απουσία της υγείας, δηλ. η αρρώστια, σχετίζεται πλέον όχι μόνο

---

<sup>28</sup> W.H.O., 1946, International Health Conference, New York

με βιολογικούς-σωματικούς παράγοντες, αλλά θεωρείται φαινόμενο με προεκτάσεις, εκτός από βιολογικές, και ψυχολογικές και κοινωνικές, που απαιτούν αντιμετώπιση ειδική. Η συμμετοχή και η κοινωνική προσαρμογή του ατόμου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό της κατάστασης της υγείας του. Επίσης, αναφερθήκαμε στην συσχέτιση του όρου με την ποιότητα ζωής, ο οποίος αντανακλά τον δείκτη ευημερίας και ευεξίας του ατόμου.

Ακολούθως περιγράψαμε περιληπτικώς το σύγχρονο σύστημα παροχής υπηρεσιών της χώρας μας από την γέννηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) έως το σύγχρονο Π.Ε.Δ.Υ. (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Σύστημα Υγείας), και στη συνέχεια επικεντρώσαμε την προσοχή μας στην έννοια της ενδυνάμωσης, τόσο σε έναν επαγγελματικό χώρο όσο και στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον ασθενή.

Αναφορικά με την ενδυνάμωση στο χώρο εργασίας, ενδυνάμωση (empowerment) είναι η δυνατότητα το σύνολο των εργαζομένων να έχει υπευθυνότητα και εξουσία στην εργασία του, εντός ενός πλαισίου συγκεκριμένων και γνωστοποιημένων κατευθυντήριων εντολών, που έχουν τεθεί από την διοίκηση της επιχείρησης ή του οργανισμού. Στην πραγματικότητα, η ενδυνάμωση είναι η ικανότητα που μπορεί να διαθέτει ένα άτομο να υποκινεί - παρακινεί τον εαυτό του. Ο κάθε εργαζόμενος δεσμεύεται εθελοντικά, χωρίς να εξαναγκάζεται ή να του ανατίθεται ή επιβάλλεται η συγκεκριμένη εργασία. Μέσο της ενδυνάμωσης είναι η αυτο-υποκίνηση και η αυτο-καθοδήγηση. Η διοίκηση του οργανισμού/ επιχείρησης εμπλέκεται μόνον στον προσδιορισμό των στόχων και την ενίσχυση-συνδρομή των εργαζομένων, προς επίρρωση της επίτευξης των στόχων αυτών (Holden, 1998).

Παράγοντες επιτυχίας της ενδυνάμωσης στον χώρο εργασίας, σύμφωνα με τον Δ. Μπουραντά (2002) είναι οι ακόλουθες τέσσερις βασικές προϋποθέσεις :

- η ανάγκη ο εργαζόμενος να αντιληφθεί την σημασία της εργασίας του για τη συνολική αποδοτική λειτουργία του οργανισμού. Το γεγονός αυτό αυξάνει την αποδοτικότητά του, καθώς και το αίσθημα ικανοποίησης του ίδιου.

- ο εργαζόμενος ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης που εφαρμόζεται η τακτική της ενδυνάμωσης είναι απαραίτητο να διαθέτει τα προσόντα και τις ικανότητες εκείνες ώστε να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις των καθηκόντων που του έχουν ανατεθεί. Το γεγονός αυτό αυξάνει την αυτοπεποίθησή του και καλλιεργεί την ανάπτυξη πρωτοβουλιών εκ μέρους του.

- η παροχή του δικαιώματος σε κάθε εργαζόμενο να προβαίνει στις απαραίτητες διορθώσεις προκειμένου να γίνεται πιο αποδοτικός, γεγονός που του επιτρέπει να εκπληρώνει τα καθήκοντα του με μεγαλύτερο ζήλο, άνεση και ευχαρίστηση. Η αίσθηση αυτονομίας προάγει την υπευθυνότητά του και τη δέσμευση για την βελτίωση των αποτελεσμάτων της εργασίας του, ενώ η



αίσθηση ανεξαρτησία οδηγεί στην μείωση της εργασιακής πίεσης (stress).

- η δυνατότητα που δίδεται στον εργαζόμενο να επηρεάζει τον τρόπο λειτουργίας και τα αποτελέσματα του οργανισμού/ επιχείρησης προσαυξάνει την κριτική, τον προβληματισμό και την αναζήτηση λύσεων εναλλακτικών, που οδηγούν σε βελτίωση των διαδικασιών, και αποτελεσμάτων, και ταυτόχρονα αυξάνει την υπευθυνότητά του απέναντι στον οργανισμό/ επιχείρηση και την ομάδα εργασίας του.

Αναφορικά με την ενδυνάμωση στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας. Η πλήρης, σχεδόν, απουσία στην ελληνική βιβλιογραφία έστρεψε την ερευνά μας στην αγγλόφωνη βιβλιογραφία, και η απόπειρα ορισμού της έννοιας της ενδυνάμωσης του ασθενούς ακολούθησε δυο παράλληλα «μονοπάτια», τον ορισμό των βιβλίων-λεξικών και τον ορισμό των ίδιων των ασθενών. Τα βιβλία αναφέρουν ότι ενδυνάμωση είναι η παροχή πληροφόρησης αναφορικά με τις θεραπευτικές επιλογές ώστε ένας ασθενής να είσαι σε θέση να συμμετέχει ενεργά στην απόφαση του να υποβληθεί σε μια διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία. Χαρακτηριστικών του ενδυναμωμένου ασθενούς είναι:

- να κατανοεί την κατάσταση της υγείας του και τις επιπτώσεις αυτής στο σώμα του
- να αισθάνεται ικανός να συμμετέχει στην λήψη αποφάσεων μαζί με τους επαγγελματίες φροντιστές της υγείας του
- να αισθάνεται ικανός να προβεί σε ενήμερες αποφάσεις σχετικά με την υγεία του
- να αντιλαμβάνεται την ανάγκη να προβεί σε απαραίτητες αλλαγές του τρόπου ζωής του ώστε να διαχειριστεί την κατάστασή του
- να είναι ικανός να απευθύνει και να κάνει ερωτήσεις στους επαγγελματίες φροντιστές αναφορικά με την υγεία του
- να αναλαμβάνει την ευθύνη για την υγεία του και αναζητά την φροντίδα μόνο όταν αυτό είναι απαραίτητο
- να αναζητά, να αξιολογεί και να κάνει χρήση της πληροφόρησης

Οι ενδυναμωμένοι ασθενείς θα αντιληφθούν καλύτερα τον τρόπο που θα «ελιχθούν» ανάμεσα στους πολλούς πυλώνες του συστήματος υγείας συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας, των ιατρών, των ασφαλιστών, των ρυθμιστών της υγείας και των φαρμακοποιών. Όταν εξασφαλίσει την κατεύθυνση ή το επόμενη κίνηση, ο ενδυναμωμένος ασθενής θα αισθανθεί σίγουρος να ρωτήσει για τις πληροφορίες που χρειάζεται.

Το ίδιο το Δίκτυο των Ασθενών προχωρά ένα ακόμη βήμα παρακάτω με την διοργάνωση το 2012 και το 2014 συνεδρίων με συμμετοχή όλων των εμπλεκομένων στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας (ασθενών, επαγγελματιών της υγείας, φορείς της δημόσιας υγείας, νομοθέτες και κυβερνητικούς παράγοντες, και βιομηχανίες) . Οι τρεις θεμελιώδεις έννοιες που απαρτίζουν την ενδυνάμωση τους ασθενούς, η οποία χαρακτηρίζεται ως διαδικασία, είναι η πληροφόρηση-

ενημέρωση (information), η επικοινωνία (communication), και η εκπαίδευση (education). Στόχος της διαδικασίας της ενδυνάμωσης του ασθενούς είναι ο “ει δυνατόν αρτιότερος εξοπλισμός” του ασθενούς, που θα οδηγήσει στην βέλτιστη απόφαση για το συμφέρον της υγείας του.

Μια πρακτική διάσταση της διαδικασίας ενδυνάμωσης ασθενών καταδεικνύει η έρευνα του Ινστιτούτου Καταναλωτών Υγείας (Health Consumer Powerhouse) που είδε το φως της δημοσιότητας το 2009. Κατά την μελέτη σημειώνεται μια «αδράνεια» ή μια «αδυναμία δράσης» των περισσότερων κυβερνήσεων -χωρών της Ευρώπης στον τομέα αυτό. Η Ελλάδα καταλαμβάνει την 22η θέση ανάμεσα σε 31 χώρες και επιτακτική κρίνεται η ανάγκη ανάληψης πρωτοβουλιών προς επίτευξη διαδικασιών ενδυνάμωσης των ασθενών. Η αναφορά στη χώρα μας λέει ότι υπάρχει ξεκάθαρη ανάγκη για οικονομικά κίνητρα στον χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας ώστε να κινητοποιήσουν μεγαλύτερη συμμετοχή του ασθενούς.

Η μελέτη περίπτωσης άριστης πρακτικής, ένα case study που δημοσιεύτηκε μόλις τον Μάιο του 2014 με τίτλο «Τα Αποτελέσματα ενός Προγράμματος Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΑ) με Διαβήτη Τύπου 2 Mellitus στην Κλινική Κατάσταση και στην Χρήση Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Μια Προοπτική Μελέτη Παρατήρησης» έρχεται να επιβεβαιώσει τον θετικό ρόλο που δύναται να διαδραματίσει η ενδυνάμωση ασθενών. Το πλαίσιο της μελέτης αυτής ήταν η αξιολόγηση των επιπτώσεων σε επίπεδο κλινικής κατάστασης αλλά και παροχής υπηρεσιών υγείας ενός μεγάλου πληθυσμού ασθενών με Διαβήτη Τύπου 2 Mellitus (T2DM) που ακολούθησαν Προγράμματα Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΑ) σε Επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επιλέχθηκε ένα τυχαίο δείγμα 1.141 ασθενών με T2DM το οποίο εντάχθηκε σε Προγράμματα Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΑ) από τον Μάρτιο έως τον Σεπτέμβριο του 2010. Το δείγμα αυτό επιλέχθηκε από Γενικά Εξωτερικά Ιατρεία (General Outpatient Clinics - GOPC) που βρίσκονται στην ευρύτερη περιοχή του Hong Kong, και πραγματοποιήθηκε σύγκριση με όμοιο (και κατά γένος, ηλικία, και επίπεδο HbAc1) πληθυσμό ασθενών με T2DM που δεν είχε ενταχθεί σε Προγράμματα Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΑ).

Η Κλινική Κατάσταση των ασθενών εκτιμήθηκε βάσει των μετρήσεων του επιπέδου του HbAc1 ενώ η Χρήση Παροχής Υπηρεσιών Υγείας εκτιμήθηκε βάσει των επισκέψεων των ασθενών σε εξειδικευμένες κλινικές εξωτερικής παρακολούθησης, σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και σε εισαγωγές στο νοσοκομείο για την χρονική περίοδο από τη έναρξη και για τους ακόλουθους 12 μήνες. Στον υπολογισμό των ποσοστών χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές διαφοράς διαφορών και μοντέλα εξισώσεων.

Τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν σημαντικές θετικές διαφοροποιήσεις και στους δυο άξονες μετρήσεων. Σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν εντάχθηκαν σε Προγράμματα

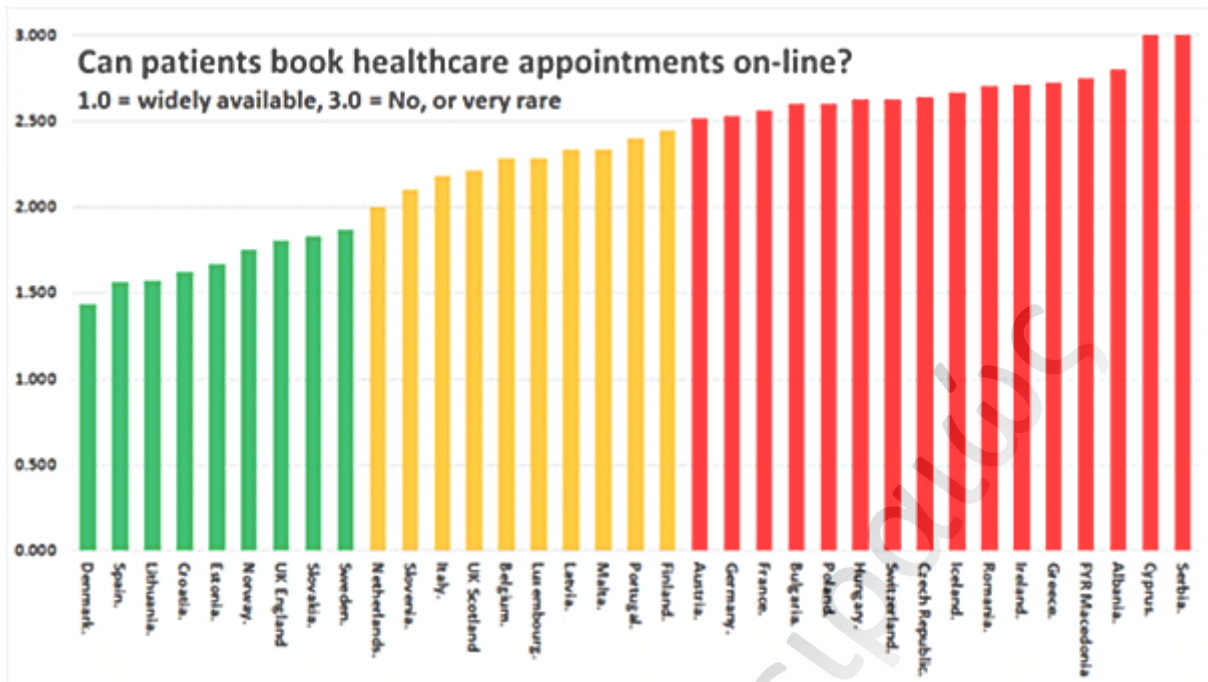
Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΠ), οι «ενδυναμωμένοι» ασθενείς εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά σε διαβητικούς δείκτες T2DM καθώς επίσης έκαναν και λιγότερες επισκέψεις στα Γενικά Εξωτερικά Ιατρεία από τους ασθενείς εκείνους που δεν είχαν ενταχθεί σε Προγράμματα Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΑ). Το συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι τα Προγράμματα Ενδυνάμωσης Ασθενών (ΠΕΑ) επέδρασαν θετικά τόσο στην κλινική κατάσταση των ασθενών με Διαβήτη Τύπου 2 Mellitus, μειώνοντας τους δείκτες αυτού, όσο και στην λειτουργία και χρήση υπηρεσιών υγείας, μειώνοντας και εκεί σημαντικά τον αριθμό των επισκέψεων σε ετήσια βάση.

Τελευταίο στάδιο της έρευνάς μας αποτελεί η εμπειρική ποιοτική έρευνα με την πραγματοποίηση τεσσάρων ημι-δομημένων συνεντεύξεων ανθρώπων που θα χαρακτηρίζονταν «ειδήμονες του χώρου» και πιο συγκεκριμένα των:

- Frederic Arnold (πατέρας παιδιού, πρώην ασθενούς με καρκίνο – Γαλλία)
- Gerlind Bode [expert in the field – ιδρυτικό μέλος της Παγκόσμιας Συνομοσπονδίας Συλλόγων Γονιών Παιδιών με Καρκίνο (ICCCPO) – Γερμανία]
- Sadie Cutland (συνταξιούχος νοσηλεύτρια σε ασθενείς με καρκίνο παιδικής ηλικίας για πάνω από 20 χρόνια – Νότια Αφρική)
- Sabine Karner (πρώην ασθενής με καρκίνο παιδικής ηλικίας – Αυστρία)

Το συμπέρασμα έπειτα από την διεξαγωγή των συνεντεύξεων είναι ότι και τα τέσσερα αυτά πρόσωπα “κλείνουν” ως προς τα ίδια 3 θεμελιώδη χαρακτηριστικά της ενδυνάμωσης ασθενούς, και αυτά είναι η πληροφόρηση - ενημέρωση (information), η επικοινωνία (communication), και η εκπαίδευση (education).

Προς επίρρωση όλων των ως άνω συμπερασμάτων έρχεται το πρόσφατα δημοσιευμένο πόρισμα (τέλη 2013, [www.healthpowerhouseindex.php](http://www.healthpowerhouseindex.php), Euro Health Consumer Index 2013) από το Ινστιτούτο Καταναλωτών Υγείας (Health Consumer Powerhouse) με τον εύλογο τίτλο «Οι ενδυναμωμένοι ασθενείς συμβάλλουν στην βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας» (Παράτημα Στ). Στο πόρισμα αναφέρεται ότι το κενό ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες της υγείας μειώνεται καθώς τα δικαιώματα των ασθενών και η συμμετοχή τους στην νομοθετική διαδικασία έχουν γίνει αξίωμα. Αναπόσπαστο τμήμα της ενδυνάμωσης του ασθενούς είναι η πληροφόρηση - ενημέρωση και η επικοινωνία, και απαίτηση των καιρών είναι η χρήση υπηρεσιών διαδικτύου (internet services) προς την κατεύθυνση αυτή, και την διευκόλυνση του ασθενούς. Το ακόλουθο διάγραμμα δείχνει την ανάπτυξη μιας τέτοιας υπηρεσίας (διεκπεραίωση ραντεβού με τον ιατρό μέσω διαδικτύου).



Διάγραμμα 1: Γράφημα από το EHCI 2013 report όπου παρουσιάζεται η διείσδυση της τεχνολογίας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, η οποία θεωρείται παράγοντας βελτίωσης των υπηρεσιών αυτών.

Το μέλλον είναι ξεκάθαρο: οι ασθενείς-καταναλωτές θα αναμένουν καλύτερη πληροφόρηση, οικοδόμηση της γνώσης που θα τους επιτρέψει να προβούν σε συνειδητές αποφάσεις, μέσω ενός ικανοποιητικού μετασχηματισμού της υγειονομικής περίθαλψης σε φροντίδα προστιθέμενης αξίας. Αφήστε τους ασθενείς να συμμετάσχουν! - ο πιο εποικοδομητικός τρόπος για την καταπολέμηση της λιτότητας και της κρίσης

#### 4.3 Περιορισμοί της ερευνητικής διαδικασίας

Ως περιορισμούς στην έρευνά μας θεωρούμε τους ακόλουθους:

- την περιορισμένη χρονική περίοδο τόσο της γενικής έρευνας όσο και της διεξαγωγής των συνεντεύξεων
- την πρόσφατη ανάδειξη της σπουδαιότητας της ενδυνάμωσης του ασθενούς, και την εξαιτίας αυτού περιορισμένη δυνατότητα εύρεσης βιβλιογραφίας, ακόμα και στην αγγλική γλώσσα. Μια ακόμη παράμετρος αυτού είναι η πιθανή δημοσίευση άρθρων και ερευνών σχετικών με το αντικείμενο ακόμη και την παρούσα χρονική στιγμή της συγγραφής, και η αδυναμία ένταξης αυτών στην παρούσα διπλωματική εργασία
- τον περιορισμένο αριθμό συμμετοχών στις συνεντεύξεις λόγω της ιδιαίτερης φύσης του ερευνητικού αντικειμένου
- την ίδια την ιδιαιτερότητα του χώρου παροχής υπηρεσιών υγείας τόσο από την άποψη του

κατεστημένου και του παρασκηνίου που τον διακρίνει, όσο και από τις ταχύτατες αλλαγές που τον «μαστίζουν», και δη στη χώρα μας τους τελευταίους μήνες

- η εύρεση βιβλιογραφίας στην αγγλική γλώσσα, όχι ως βαθμό δυσκολίας στην κατανόηση, όσο ως έκφραση δεδομένων, καταστάσεων και εμπειριών άλλης κουλτούρας και πολιτισμών, όχι ελληνικών, άρα και ίσως όχι αντιπροσωπευτικών για εμάς
- η απουσία, για άλλη μια φορά, ελληνικής διάστασης του όρου υπό έρευνα

#### 4.4 Προτάσεις

Οι προτάσεις μας θα κινηθούν στο πλαίσιο της ενδυνάμωσης του ασθενούς, στις παραμέτρους που το απαρτίζουν καθώς και στο ιδιαίτερα κρίσιμο ερώτημα της πρακτικότητας και της θετικής συνεισφοράς αυτής στον χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Τοποθετώντας τα όρια του πλαισίου αυτού, θα πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι θα κάνουμε μια παραδοχή στις προτάσεις αναμόρφωσης και αλλαγής. Η παραδοχή αυτή είναι ότι όταν θα αναφερόμαστε από τούδε και στο εξής σε ασθενείς, θα εννοούμε ασθενείς χρόνιων παθήσεων (διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος), καθότι αυτοί είναι οι ασθενείς που «αναγκάζονται» να ζήσουν με την πάθηση αυτή και τοιουτοτρόπως να αλλάξουν την μέχρι τώρα ζωή και καθημερινότητά τους. Η εμπειρία μάς μας έχει δείξει ότι κατά κανόνα η ενασχόληση των επαγγελματιών της υγείας με κάποιον ασθενή περιορίζεται σε κάποιες ώρες ανά μήνα/ έτος κλπ. Η φροντίδα όμως του ίδιου του ασθενούς για την υγεία του δεν περιορίζεται και διαρκεί για μια ολόκληρη ζωή. Η παραδοσιακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής θα μπορούσε να κριθεί προβληματική, ή λιγότερα αυστηρά, ανεπαρκής. Πέραν της πραγματικότητας ότι έχει «ξεσηκώσει» κινήματα ενδυνάμωσης ασθενών», η πραγματικότητα είναι ότι προκαλεί σχέση εξάρτησης με τον ιατρό, αποθαρρύνει την ανάπτυξη αυτοδυναμίας και αυτο-ελέγχου του ασθενούς, αγνοεί (ή παρακάμπτει) τις προτιμήσεις του ασθενούς, υπονομεύει την αυτοπεποίθησης του ασθενούς και δεν ενθαρρύνει τον υγιεινό τρόπο ζωής.

Η διαδικασία της ενδυνάμωσης ενέχει τρεις θεμελιώδεις παραμέτρους: την ενημέρωση - πληροφόρηση, την επικοινωνία και την εκπαίδευση. Αποτέλεσμα της διαδικασίας αυτής είναι ο ασθενής να έχει την γνώση, τις ικανότητες και την αυτοπεποίθησης να διαχειρίζεται την υγεία του και την φροντίδα αυτής, καθώς και να προβαίνει σε επιλογές ενός υγιεινού τρόπου ζωής, να παίρνει αποφάσεις κατόπιν ενημέρωσης/πληροφόρησης και προσωπικής αντίληψης σχετικά με την θεραπεία και την φροντίδα του, να παραμένει πιστός στην θεραπευτική αγωγή, να αντιμετωπίζει και να βιώνει λιγότερες παρενέργειες και, εν τέλει, να χρησιμοποιεί λιγότερο το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.

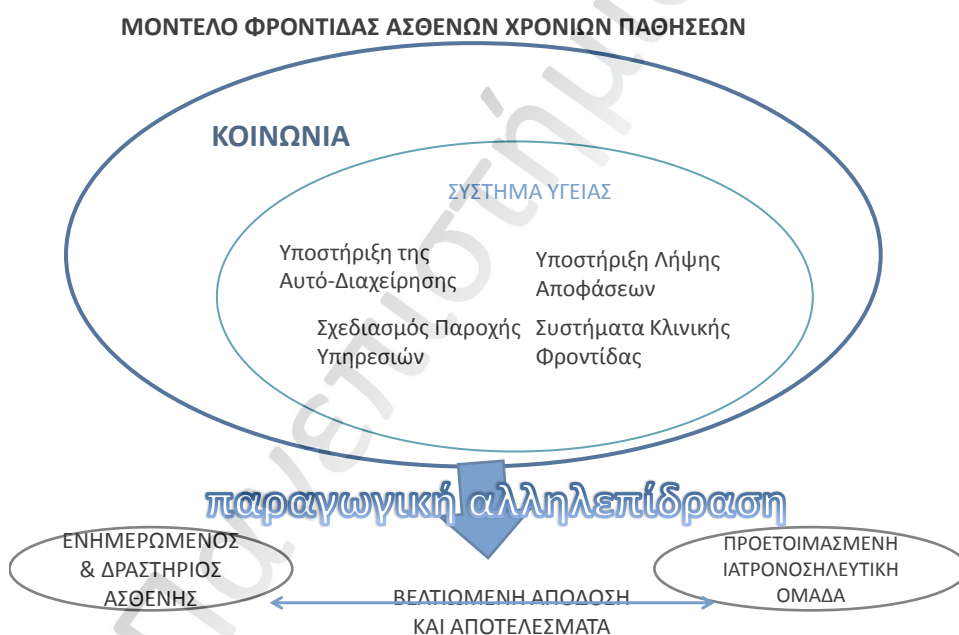
Οι προτάσεις μας θα πρέπει να διαρθρώνονται και να καλύπτουν τις επιμέρους ανάγκες των



ασθενών για καλύτερη γνώση και κατανόηση της κατάστασής τους, της θεραπείας, της υγιεινής διατροφής και της άσκησης, της φαρμακευτικής αγωγής, των τεχνικών διαχείρισης της νόσου και πρόληψής της, και των συσκευών/ μαθημάτων και ομάδων υποστήριξης. Επίσης, θα πρέπει να καλυφθεί και η ανάγκη για καθοδήγηση και στήριξη αυτο-διαχείρισης και αυτο-ελέγχου από τους επαγγελματίες της υγείας.

Η επιθυμητή αλλαγή στο ήδη υπάρχον σύστημα θα πρέπει να προκύψει μέσω της συμμετοχής των ίδιων των ασθενών και η αλλαγή πολιτικής να επέλθει μετά από απαίτηση, επιλογή και συνεργασία των ίδιων για μια φροντίδα που προϋποθέτει τη συνεργασία (Διάγραμμα 2).

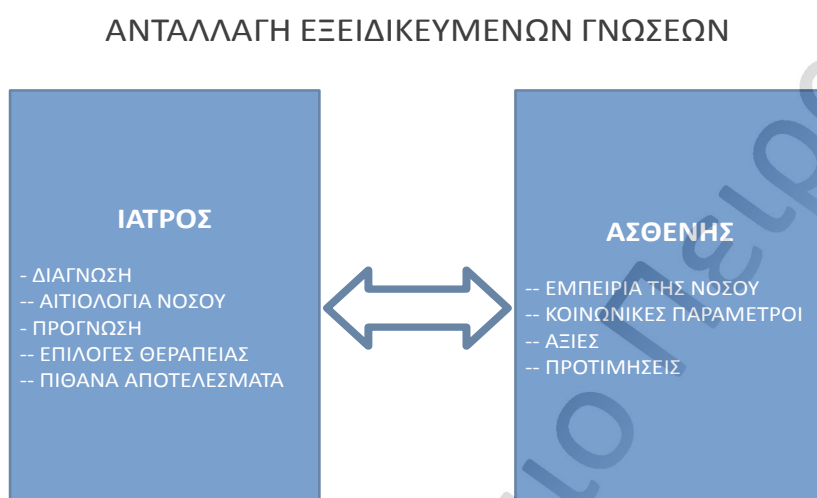
Η λύση που εμείς θα προτείναμε δεν είναι απλώς να πειστούν οι γιατροί να συνεργαστούν σε μεγαλύτερο βαθμό ή να παρακολουθήσουν όλοι οι ασθενείς μαθήματα επιμόρφωσης σχετικά με τη νόσο τους και την πρόληψή της. Θεωρούμε ότι θα πρέπει να υιοθετηθεί μια πιο ολιστική στρατηγική, ένα μοντέλο διαχείρισης των χρόνιων παθήσεων που θα οδηγήσει στην ενδυνάμωση ως διαδικασία και ως αποτέλεσμα. Το ιατρικό σύστημα, που αποτελεί τμήμα της κοινωνίας, θα πρέπει να προσφέρει στήριξη για αυτο-διαχείριση, σχεδιασμό για το σύστημα διανομής, στήριξη για τη λήψη αποφάσεων και συστήματα κλινικής ενημέρωσης - πληροφόρησης.



Διάγραμμα 2: Μοντέλο Διαχείρισης Ενδυνάμωσης Ασθενών Χρόνιων Παθήσεων ([www.enope.eu](http://www.enope.eu))

Αυτό το σύστημα υγείας θα οδηγήσει σε μια παραγωγική αλληλεπίδραση όπου ο ασθενής θα είναι ενημερωμένος - πληροφορημένος και ικανός για συμμετοχή, ενώ η ιατρική ομάδα θα είναι προετοιμασμένη και δυναμική.

Σε ένα τέτοιο μοντέλο θεωρούμε απαραίτητη μια αμφίπλευρη ανταλλαγή ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή της «ειδικότητας» του καθενός. Δηλαδή την διάδραση ανάμεσα στον ιατρό και τις ευρύτερες «γνώσεις και πληροφορίες» αναφορικά με την διάγνωση, την αιτία της νόσου, την πρόγνωση, τις επιλογές θεραπείας και τα πιθανά αποτελέσματα, και τον ασθενή αναφορικά με την εμπειρία της νόσου, τις κοινωνικές συνθήκες, την έκθεση σε κίνδυνο, τις αξίες και τις προτιμήσεις του.



Πίνακας 11: Ανταλλαγή Εξειδικευμένων Γνώσεων ([www.enope.eu](http://www.enope.eu))

Οι θεμελιώδεις τρεις παράμετροι της ενδυνάμωσης (ενημέρωση – πληροφόρηση, επικοινωνία, και εκπαίδευση) πραγματώνονται μέσω τριών θεμελιωδών υπο-διαδικασιών της διαδικασίας της ενδυνάμωσης. Η ενημέρωση - πληροφόρηση πραγματώνεται μέσω της υπεύθυνης, αξιόπιστης, βασισμένης σε γεγονότα πληροφόρησης περί της διαχείρισης της νόσου ή την πρόληψη εμφάνισης αυτής. Η επικοινωνία πραγματώνεται μέσω της ανοιχτής συνδιαλλαγής ασθενούς και ιατρονοσηλευτικής ομάδας αναφορικά με τη κατάσταση, τις επιλογές και τις προτιμήσεις του πρώτου. Και η εκπαίδευση υλοποιείται μέσω προγραμμάτων επιμόρφωσης, διαφόρων βαθμίδων, σχετικά με την θεραπεία και την πρόληψη της νόσου.

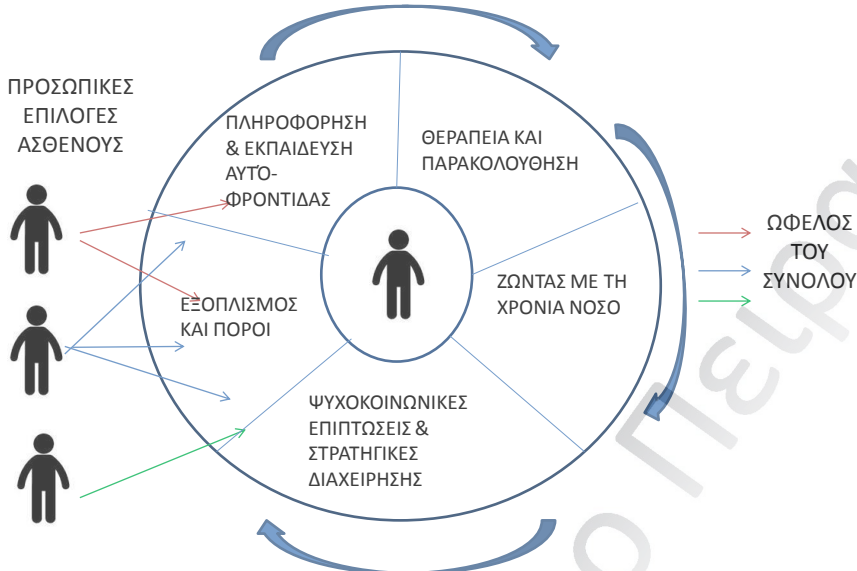
Αποφασιστικής σημασίας αποδεικνύεται η έννοια της αυτο-διαχείρισης και η εφαρμογή αυτής. Είναι εκείνη η δυνατότητα, που αν καταστεί ικανότητα θα «μας λύσει τα χέρια» και θα οδηγήσει μοιραία στην ελαχιστοποίηση της ανάγκης του χρήστη να χρησιμοποιήσει το σύστημα υγείας, επομένως θα οδηγήσει και στην καλύτερη (υπό την έννοια της λιγότερο επιβαρυσμένης) λειτουργία του.

Η ικανότητα αυτο-διαχείρισης συναποτελείται από την εκπόνηση ενός συνεργατικού



πλάνου δράσης, την βοήθεια στη λήψη αποφάσεων, την πρόσβαση στο ιστορικό του ασθενούς, την τηλεφωνική διαχείριση, τα εκπαιδευτικά προγράμματα, τις ομάδες υποστήριξης και την τηλειατρική. Από τα όλα όσα αναφέρθηκαν έως τώρα, γίνεται πλέον κατανοητό και αντιληπτό ότι η λύση είναι η αλλαγή, αν όχι μεταμόρφωση, του συστήματος φροντίδας.

#### Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΣ ΩΦΕΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ



Διάγραμμα 3<sup>ο</sup> : η προσωπική συμβολή του ασθενούς προς όφελος του συνόλου (www.enope.eu)

Οι επιλογές του κάθε ασθενούς οδηγούν στην δημιουργία ενός συστήματος υγείας με το ασθενή στο επίκεντρο και αλληλοεπηρεαζόμενες παραμέτρους την ενημέρωση και εκπαίδευση αναφορικά με την νόσο του κάθε ασθενούς, την θεραπεία, παρακολούθηση και πρόληψη, την διαβίωση με το χρόνιο νόσημα, τις ψυχολογικές συνέπειες και την διαχείριση αυτών, και τις συσκευές και τους πόρους διαχείρισης αυτής. Η προσωπική συμβολή του κάθε ασθενή οποιασδήποτε βαθμίδας οδηγεί στην αλλαγή σε μακρο-οικονομικό επίπεδο του συστήματος φροντίδας για όλο τον πληθυσμό.

#### 4.5 Ανακεφαλαίωση

Κλείνοντας, θα θέλαμε να τονίσουμε ότι άμεσο συμπέρασμα μας ότι οι ασθενείς είναι και εκείνοι συμμετοχοί στην παραγωγή της υγείας και των υπηρεσιών αυτής. Οι όποιες προτάσεις ενδυνάμωσής τους ενέχουν τις παραμέτρους της ενημέρωσης - πληροφόρησης (information), επικοινωνίας (communication) και εκπαίδευσης (education). Όπως μαρτυρά η παρούσα εργασία, μέσω της χρήση διαφόρων τεχνικών και εργαλείων [περίπτωση άριστης πρακτικής, έρευνες του

Ινστιτούτου Καταναλωτών Υγείας (HCP), συνεντεύξεις από ειδήμονες], η ενδυνάμωση είναι εφικτή, και η ύπαρξη της λειτουργεί βελτιωτικά στην παροχή υπηρεσιών υγείας, υπό την έννοια της μείωσης χρήσης εκ μέρους των χρηστών, αλλά και σε ένα δεύτερο επίπεδο, υπό την έννοια της προσωπικής αναβάθμισης χρηστών (ασθενών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού) και συστήματος λόγω των ως άνω παραμέτρων και των λειτουργιών που το απαρτίζουν. Αναμένουμε, και ελπίζουμε, στην σύγχρονη Ελλάδα κινήσεις προς την κατεύθυνση της ενδυνάμωσης των ασθενών, με το βλέμμα στραμμένο στην Ευρώπη και τις σύγχρονες και καταγιστικές εξελίξεις.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α:

#### **Πρώτο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ενδυνάμωσης Ασθενούς - First European Conference on Patient Empowerment**

**Place:** Copenhagen, Denmark

**Date:** 11–12 April 2012

The First European Conference on Patient Empowerment will address how patient and citizen empowerment can contribute to the future of health and social care in Europe.

Increased access to information and knowledge, social media, self-management programmes, new legal requirements for patient involvement, reorganization of health care systems, new technologies – all contribute to a new dynamic where patients and citizens are redefining their role in living with chronic disease.

The conference is organized in close technical collaboration with the WHO Regional Office for Europe under the auspices of the Danish Presidency of the Council of the European Union – the Danish Ministry of Health, the National Board of Health, Danish Committee for Health Education, Careum Foundation Switzerland and Expert Patient Programme, England.

([http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2012/patient\\_empowerment/en/](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2012/patient_empowerment/en/))

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β:

### Διαδρομή και Δράση Κατά του Καρκίνου Παιδικής Ηλικίας

Ονομάζομαι Αιμιλία Τσίρου και το 1987 (7 ετών) διαγνώστηκα με Οξεία Λεμφοβλαστική Λευχαιμία (Ο.Λ.Λ.). Οι γονείς μου συμμετείχαν από την πρώτη στιγμή στις δράσεις του συλλόγου των γονιών παιδιών με καρκίνο “Φλόγα”, όπου σταδιακά διαμορφώθηκε μια ομάδα δράσης νέων που είχαν αποθεραπευτεί από τον καρκίνο που είχαν ως παιδιά ή έφηβοι. Η ομάδα αυτή αποτέλεσε τον πυρήνα του “Κυττάρου”, του συλλόγου ενηλίκων που έχουν νοσήσει από καρκίνο ως παιδιά ή έφηβοι, και ιδρύθηκε το 2007. Η δράση του “Κυττάρου” συνοψίζεται στα ακόλουθα:

- την συμπαράσταση στα παιδιά και στους εφήβους που τώρα νοσούν, και στις οικογένειές τους
- την ενημέρωση αναφορικά με τον καρκίνο της παιδικής και εφηβικής ηλικίας· το γεγονός ότι ο καρκίνος δεν είναι επάρατος ούτε ανίατος και ότι πλέον 3 στα 4 παιδιά νικούν τον καρκίνο
- την αντιμετώπιση ειδικών ζητημάτων των ενηλίκων που έχουν νοσήσει από καρκίνο κατά την παιδική και εφηβική ηλικία και την οργάνωση και θεσμοθέτηση υποδομών υποστηρικτικών για την ενήλικη ζωή των πρώην ασθενών

Κύριο μέλημα του Συλλόγου είναι η δημιουργία όλων εκείνων των συνθηκών που απαιτούνται για την κατάργηση της περιθωριοποίησης και της κοινωνικής απομόνωσης των ενηλίκων που έχουν νοσήσει από καρκίνο κατά την παιδική και εφηβική ηλικία και η ομαλή επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο.

Η προσωπική μου συμμετοχή σε ευρωπαϊκό επίπεδο περιλαμβάνει:

(EUROPEAN ACTIVITY AGAINST CHILDHOOD CANCER of Aimilia Tsirou)

- since 2002, attending **ICCCPO** (International Confederation of Childhood Cancer Parent Organizations) **International meetings**
  - 2002, Oporto, Portugal
  - 2004, Oslo, Norway
  - 2006, Geneva, Switzerland
  - 2008, Berlin, Germany

and **Europe meetings**

- 2011, Bonn, Germany

- 2013, Basel, Switzerland
  - 2014, Valencia, Spain
- 
- since 2007, Chairperson of “**Kyttaro**”, Greek Association of Childhood and Adolescence Cancer Survivors
  - since 2011, member of **PanCare** (Pan-European Network for Care of Survivors after Childhood and Adolescence Cancer) attending 2 meetings in Amsterdam (1.10.2011 and 1-2.10.2013)
  - since 2012, member of **PPAC** Committee (Parents and Patients Advocacy Committee) within **ENCCA** (European Network of Cancer Research in Children and Adolescence), attending Serajevo Meeting, 11-13.07.2013 and Valencia Meeting 14-19.05.2014
    - \* 18.02.2014, representation of childhood cancer survivors needs in the awareness event in the European Parliament 2014 (“Tackling inequalities in paediatric cancer care and research”)
    - \* involvement in the creation of **Survivorship Passport** and **Long-Term Follow-Up Guidelines**
  - since 2013, actively involved in organizing and expanding ICCSN (International Confederation of Childhood Cancer Survivors' Network) in Europe
  - since 10.2013, is “representative” of ICCCP and PPAC for **PanCareLife project**, a 5-year (2013-2018) project in EU framework 7 Programme in the Health Theme that studies the impact of treatment regimes on the long-term health of childhood cancer survivors. Specially, PanCareLife studies on Fertility and Ototoxicity to Improve Quality of Life after Cancer during Childhood, Adolescence and Young Adulthood.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ:

### ΔΙΑΚΥΡΗΞΗ ΤΗΣ ΑΛΜΑ-ΑΤΑ

#### **Declaration of Alma-Ata**

#### **International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978**

The International Conference on Primary Health Care, meeting in Alma-Ata this twelfth day of September in the year Nineteen hundred and seventy-eight, expressing the need for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world, hereby makes the following Declaration:

#### I

The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.

#### II

The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.

#### III

Economic and social development, based on a New International Economic Order, is of basic importance to the fullest attainment of health for all and to the reduction of the gap between the health status of the developing and developed countries. The promotion and protection of the health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace.

#### IV

The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.

## V

Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.

## VI

Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

## VII

Primary health care:

1. reflects and evolves from the economic conditions and sociocultural and political characteristics of the country and its communities and is based on the application of the relevant results of social, biomedical and health services research and public health experience;
2. addresses the main health problems in the community, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services accordingly;
3. includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; promotion of food supply and proper nutrition; an adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization against the major infectious diseases; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common diseases and injuries; and provision of essential drugs;

4. involves, in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community development, in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communications and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors;

5. requires and promotes maximum community and individual self-reliance and participation in the planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate;

6. should be sustained by integrated, functional and mutually supportive referral systems, leading to the progressive improvement of comprehensive health care for all, and giving priority to those most in need;

7. relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.

## VIII

All governments should formulate national policies, strategies and plans of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country's resources and to use available external resources rationally.

## IX

All countries should cooperate in a spirit of partnership and service to ensure primary health care for all people since the attainment of health by people in any one country directly concerns and benefits every other country. In this context the joint WHO/UNICEF report on primary health care constitutes a solid basis for the further development and operation of primary health care throughout the world.

## X

An acceptable level of health for all the people of the world by the year 2000 can be attained

through a fuller and better use of the world's resources, a considerable part of which is now spent on armaments and military conflicts. A genuine policy of independence, peace, détente and disarmament could and should release additional resources that could well be devoted to peaceful aims and in particular to the acceleration of social and economic development of which primary health care, as an essential part, should be allotted its proper share. The International Conference on Primary Health Care calls for urgent and effective national and international action to develop and implement primary health care throughout the world and particularly in developing countries in a spirit of technical cooperation and in keeping with a New International Economic Order. It urges governments, WHO and UNICEF, and other international organizations, as well as multilateral and bilateral agencies, nongovernmental organizations, funding agencies, all health workers and the whole world community to support national and international commitment to primary health care and to channel increased technical and financial support to it, particularly in developing countries. The Conference calls on all the aforementioned to collaborate in introducing, developing and maintaining primary health care in accordance with the spirit and content of this Declaration.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ:

### Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ενδυνάμωσης Ασθενών

#### About ENOPE

##### Our objective

**European Network on Patient Empowerment (ENOPE) is a non political, non profit network.**

The goal of ENOPE is to promote patient empowerment in Europe through evidence based programmes which focus on living with chronic disease.

The ENOPE network brings together organizations which implement or plan to implement such programmes though out Europe.

#### Activities

Promoting public, professional and political awareness of the critical role patients play in living with chronic disease

- ⤴ Advocating for the integration of patient empowerment in the health systems of the European Region
- ⤴ Making the expertise of the experienced programmes available to others
- ⤴ Organizing training courses on implementing approaches which promote patient empowerment
- ⤴ Increasing the evidence base of programmes on patient empowerment
- ⤴ Supporting the exchange between members by organizing master classes, meetings and conference

#### About Patient Empowerment

Patient empowerment puts the patient in the heart of services. It is about designing and delivering health and social care services in a way, which is inclusive and enables citizens to take control of their health care needs.

An empowered activated patient:

- ⤴ Understands their health condition and its effect on their body.

- ⤴ Feels able to participate in decision-making with their healthcare professionals
- ⤴ Feels able to make informed choices about treatment.
- ⤴ Understands the need to make necessary changes to their lifestyle for managing their condition.
- ⤴ Is able to challenge and ask questions of the healthcare professionals providing their care.
- ⤴ Takes responsibility for their health and actively seeks care only when necessary
- ⤴ Actively seeks out, evaluates and makes use of information.

Empowered patients will better understand how to navigate between the many players in the healthcare system including family, physicians, health insurers, healthcare regulators, pharmacists. When unsure about where to go or what to do next, the empowered patient will feel confident to ask for the information they need.

## Members

The following are members of ENOPE

Careum was founded in 1882 to act as an independent teaching hospital (Red Cross Hospital, Zurich). Today, it promotes healthcare education through innovation and development based on “Thinking about the future of health and care”. Careum is a leading institution for future-oriented issues in healthcare training. ([www.careum.ch](http://www.careum.ch))



The Danish Committee for Health Education is a non-profit non-governmental organization with close working relations with public authorities like the Ministry of Health and the National Board of Health.

The Committee develops and produces health promotion material on many themes and to many target groups. ([www.sundhedsoplysning.dk](http://www.sundhedsoplysning.dk))



The European Patients' Forum is an umbrella Americanization that works with patients' groups in public health and health advocacy across Europe. The EPF's mission is to ensure that the patients' community drives policies and programmes that affect patients' lives to bring changes empowering them to be equal citizens in the EU. ([www.eu-patient.eu](http://www.eu-patient.eu))



Expert Patients  
Programme  
Community Interest Company

[Expert Patients Programme Community Interest Company](http://www.expertpatients.co.uk) (EPP CIC) provide and deliver free courses aimed at helping people who are living with a long-term health condition to manage their condition better on a daily basis. ([www.expertpatients.co.uk](http://www.expertpatients.co.uk))

([www.enope.eu](http://www.enope.eu))

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε:

Περιοδικό «The Lancet»

The Lancet, [Volume 379, Issue 9827](#), Page 1677, 5 May 2012

doi:10.1016/S0140-6736(12)60699-0

Copyright © 2012, Elsevier Ltd All rights reserved.

### **Patient empowerment— who empowers whom?**

What is patient empowerment? Over 250 participants discussed this question at the first European Conference on Patient Empowerment, recently held in Copenhagen, Denmark, by the European Network on Patient Empowerment ([ENOPE 2012](#)). The conference was convened under the auspices of the Danish Presidency of the European Union (EU), and organised by the WHO Regional Office for Europe, Denmark's Ministry of Health, the Danish Committee for Health Education, the Caerum Foundation of Switzerland, and the English Expert Patient's group. ENOPE 2012 co-organiser Ilona Kickbusch says that “patient empowerment is simply a process to help people gain control, which includes people taking the initiative, solving problems, and making decisions, and can be applied to different settings in health and social care, and self-management”. Speakers argued that the traditional, paternalistic approach to patient care tends to ignore personal preferences, and creates dependency—there needs to be a shift towards patient-centered care.

The aim of the conference, attended by patients, public health experts, European ministry of health officials, and a handful of doctors, was to share experiences on different aspects of patient empowerment. These include health literacy, chronic disease self-management, and the role of technology. Empowerment is also about respecting patients' rights and voice. Participants advocated for more patient involvement in designing national policies, to make health systems more user friendly and information more accessible. Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials ([OMERACT](#)) is an international network which has involved patients in improving disease outcome measures. The experiences of people living with HIV/AIDS are also an example of constructive, if historically hard-fought, patient-policy engagement.

Critics worry that the proposed shifting of power, a concept in itself potentially threatening to medical professionals, could abrogate governments' responsibilities to fund health systems sufficiently to manage the growing burden of chronic disease. Implementation of health-literacy programmes and promotion of self-managed care both face huge practical challenges, including

how to reach the most vulnerable groups. The reality is that doctors have limited consultation time and resources, and not all patients can, or want to be empowered. Robert Johnstone (of the International Alliance of Patients' Organization) says that “doctors should get down from their pedestals, but patients must get up from their knees.” Yet he adds: “empowerment is not about trying to wrest power from the doctors, it is essentially helping people lead more proactive and fulfilling lives.”

In chronic-disease management, speakers agreed that we cannot afford not to self empower. Cardiovascular diseases, cancer, diabetes, obesity, and chronic respiratory diseases cause an estimated 77% of the disease burden in Europe as measured by disability-adjusted life years. “In countries such as China and India, health systems will only be able to cope with the onslaught of chronic disease with patient empowerment”, says Kickbusch. Although this will never substitute professional acute care, by learning to self manage, people with chronic diseases are more likely to remain integrated into society and the workforce. Programmes on chronic disease self management support individuals to gain confidence and acquire the skills to recognize warning symptoms, take medication, and decide the treatment that is best suited to them. However, evaluation of these programmes on a larger scale, and international evidence based guidelines for self-care, are urgently awaited.

High-level political commitment for patient empowerment is forthcoming. On her first day back from maternity leave, Astrid Kaag, the Danish Minister of Health, gave the conference's opening remarks and announced that she was hosting an informal meeting of EU health ministers to discuss more patient-centred health systems. The WHO Regional Office for Europe has also embedded patient empowerment in a new European health policy, [Health 2020](#), to be adopted later this year.

Virtually all people are patients at some point in their lives. Improving a person's ability to understand and manage his or her own health and disease, negotiate with different cadres of health professionals, and navigate the complexities of health systems is crucial to achieving better health outcomes. ENOPE 2012, and the political commitment it fostered, is most welcome. However, empowerment is a process for the individual and all those who might advocate for it. Of all the challenges ahead, starting a dialogue directly with medical professionals on patient empowerment seems the critical next step.

**This online publication has been corrected. The corrected version first appeared at [thelancet.com](http://thelancet.com) on August 17, 2012**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Στ:**

Πλάνο του πλαισίου των ημι-δομημένων συνεντεύξεων

**ΠΛΑΝΟ ΗΜΙ-ΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ**  
**PLAN OF SEMI-STRUCTURED INTERVIEW**

	<b>PERSONAL DETAILS/ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</b>
<b>FULL NAME/ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:</b>	
<b>POSITION/ ΙΔΙΟΤΗΤΑ:</b>	
<b>DATE/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:</b>	

<b>ΠΑΡΟΥΣΑ ΘΕΣΗ / CURRENT POSITION:</b>

<b>ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΤΗ-ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ) / BACKGROUND IN HEALTHCARE (AGES-FIELD OF INTEREST):</b>

<b>ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ «ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ»; / WHAT DO YOU CONSIDER AS “EMPOWERMENT”?</b>

<b>ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ / EMPOWERMENT IN PROFESSIONAL AREA:</b>

<b>ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ / PATIENT EMPOWERMENT:</b>

**ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ / EMPOWERMENT IN HEALTH CARE SERVICES:**

**ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ & ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ / EMPOWERMENT & HEALTH SERVICES IMPROVEMENT:**



Πανεπιστήμιο Πειραιώς

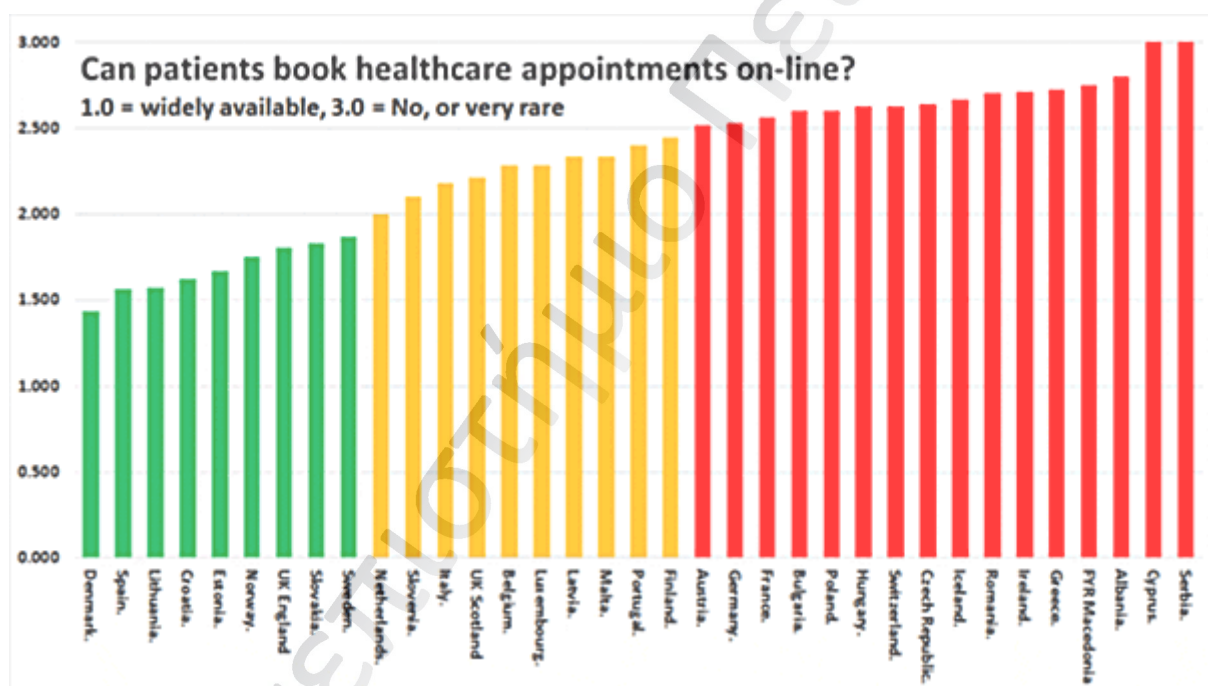
## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ:

### Έρευνα του Ινστιτούτου Καταναλωτών Υγείας

#### Empowered patients contribute to healthcare improvement

As highlighted by the EHCI 2013 report, the gap between patients and professionals is diminishing: patient rights legislation and involvement in policy-making has become standard in Europe. Year by year healthcare systems – often a bit reluctant – open for patient engagement, as second opinion, access to own medical record etc become tools for empowerment.

The demand for choice in healthcare as well as in other parts of modern society is gradually implemented as web-services invite patients to compare the quality of medical services and pharmaceuticals, making healthcare navigation much easier than before.



Among the user-friendly systems, making booking of appointments easy, you find “Internet-mature” UK, Denmark and Sweden but also small front-runners such as Estonia, Croatia and Lithuania, understanding the potential dynamics of e-Health. (Graph from the EHCI 2013 report.)

A new phase now illustrated by EHCI and other HCP Indices is about e-Health, facilitating booking of doctor appointments etc to become as simple and user-friendly as ordering a home-delivery pizza. This development is far from uncontroversial, as easy access to healthcare in some cultures is still looked upon as accepting immoral overconsumption of something that should remain strictly rationed, while in other countries the family doctor is regarded the only really acceptable

information channel, with the Internet a vulgar, third-class solution.

Regardless of this, the future is clear: patients and consumers will expect better information, building knowledge to make informed decisions in a mutually rewarding transformation of healthcare towards interaction for value-added care. The EHCI top performers are on their way, understanding that dedicated individuals are an enormous asset, not a threat to professionalism or a nuisance as “good, old” routines are questioned and turned upside down.

Let the patients in – the constructive way to fight austerity and crisis!

Euro Health Consumer Index 2013.

[\[http://healthpowerhouse.com/index.php?option=com\\_content&archive=news&view=article&id=362:&itemid=50&menu=yes#sthash.pzi64Q2z.dpuf\]](http://healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&archive=news&view=article&id=362:&itemid=50&menu=yes#sthash.pzi64Q2z.dpuf)



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

Αγραφιώτης Θ. (1988) Υγεία και Αρρώστια, κοινωνικο-πολιτιστικές διαστάσεις, εκδ. Λίτσας, Αθήνα.

Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., Νιάκας Δ., (2002). Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α, Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Γιαννακόπουλος Δ., Μανωλιτζάς Π. (Μάρτιος 2009). Η Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση: Μια Πολυκριτηριακή Προσέγγιση, Τ.Ε.Ι. Αθηνών.

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1997). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Ιωακίμογλου Η. (2010). Υπηρεσίες Υγείας – Από το Δημόσιο Αγαθό στο Εμπόρευμα, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ.

Καδδά Ό., Μαρβάκη Α., Τζαβάρας Α., Μαζγάλα Κ., Παληός Θ., Κόντας Ν. , Ανδρουλάκη Ζ. (Ιούνιος – Μάρτιος 2010). Έρευνα: Οι ανάγκες των πολιτών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμος 9<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ο</sup>.

Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα

Λιαρόπουλος, Λ. Λ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα.

Μπουραντάς, Δ. (2002). Μάνατζμεντ. Θεωρητικό Υπόβαθρο. Σύγχρονες Πρακτικές. Αθήνα: Εκδόσεις Γ. Μπένου

Μπουραντάς Δ. (2005). ΗΓΕΣΙΑ, Ο δρόμος της διαρκούς επιτυχίας, Business Management, εκδόσεις Κριτική.

Μπουρσανίδης, Χ. (1996). “Ο ενιαίος φορέας υγείας ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας”, στα Πρακτικά Ημερίδας με θέμα “Η υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα”, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Θεσ/κη.

Τούντας Γ. και Συνεργάτες (Μάιος 2008). Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996-2006, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα..

Σαρρής Μ. Γουλιά Α. (2006). Η ποιότητα ζωής των ασθενών ως κριτήριο – εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, σειρά: Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία, επιμέλεια, εκδόσεις Παπαζήσης.

Χλέτσος Μ. (2012) Οικονομικά της Υγείας, εκδόσεις Πατάκης

Russel-Walling E. (2011). 50 βασικές έννοιες που πρέπει να γνωρίζετε για το Μάνατζμεντ, εκδ. Μοντέρνοι Καιροί.

### **Ξενόγλωσση**

Anderson RM, Funnell MM (2002) Using the empowerment approach to help patients change behavior, American Diabetes Association

Armstrong, M. (2003), A Handbook of Human Resource Management Practice (9<sup>th</sup> ed). London: Kogan.

Blanchard, K., Carlos J., Randolph, A. (1999). The 3 keys to empowerment. San Fransisco: Berrett-Koehler

Bowen D. E., Lawler, E. E. (1992). The Empowerment of Service Workers: Why, How and When?. Sloan Management Review; Spring.

Conger, J. A., Canungo R. A. (1988): The Empowerment process: Integrating Theory and Practice. Academy of Management Review; 13(3)

Holden, P. (1998), The Excellent Manager's Companion. Aldershot, Hamshire: Gower Publishing.

Karnaghan, K., Borins, S. F., Marson, B. (2000). The New Public Organization. Toronto: Institute of Public Administration of Canada.

Kinlaw, D. C. (1995). The Practice of Empowerment: Making the Most of Human Competence. Aldershot, Hamshire: Gower Publishing.

Lawler M, Chevallier Le Th., Murphy J.M., et al (March 2014). A Catalyst for Change: The European Cancer Patient;s Bill of Rights, The Oncologist, Vol. 19, No. 3.

Moynihan J.J., McLure L.M. (October 1996). EDI – A Guide to Electronic Data Interchange and Electronic Commerce Applications in the Healthcare Industry, Probus Professional Pub; 1st ed.

Nelson, D. L., Quick, C. (2006). Organizational behavior: Foundations, realities, and challenges (5<sup>th</sup> ed). Mason, Ohio: Thomson/South Western.

Nutbeam D (1998) Health promotion glossary. Health Promotion International .

Roemer M. (1991). National Health Systems of the World, Volume 1, The Countries, New York: Oxford University Press.

Rutten G (2005) Diabetes patient education: time for a new era. Dianetic Medicine National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) National Institute for Health and Clinical

Excellence Guidance 87. Type 2 diabetes: the management of type 2 diabetes (partial update)

Salmon P., Hall M.H. (February 2004). Patient empowerment or the emperor's new clothes, Journal of the Royal Society of Medicine, Volume 97.

Shortell M.S., Kaluzny D.A. (2006). Health Care Management Organization Design and Behavior, 5<sup>th</sup> edition, Delmar Cengage Learning Editions.

Tang TS, Funnell MM, Brown MB, Kurlander JE (2010) Self-management support in “real-world” settings: an empowerment-based intervention. Patient education and counseling

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## Διαδικτυακές Πηγές

<http://healthpowerhouse.com>

<https://openlibrary.org/>

<http://www.mheducation.com>

<http://www.dorlands.com>

[www.clinmed.rcpjournal.org](http://www.clinmed.rcpjournal.org)

[www.elsevier.com](http://www.elsevier.com)

[www.enope.eu](http://www.enope.eu)

[www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

[www.healthpowerjouse.com](http://www.healthpowerjouse.com)

[www.moj-medmof.org](http://www.moj-medmof.org)

[www.neaygeia.gr/](http://www.neaygeia.gr/)

[www.nih.gov](http://www.nih.gov)

[www.plosone.org](http://www.plosone.org)

[www.pubmed.com](http://www.pubmed.com)

<http://www.thedoctor.com.gr/>

[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

[www.vima-asklipiou.gr](http://www.vima-asklipiou.gr)

[www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

[www.who.org](http://www.who.org)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς