

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

"ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΔΟΜΩΝ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ"

υπό

ΜΑΡΙΑΣ -ΔΗΜΗΤΡΑΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**"ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΔΟΜΩΝ
ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ"**

υπό

ΜΑΡΙΑΣ -ΔΗΜΗΤΡΑΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Αλγολογία και Ανακουφιστική/Παρηγορική Φροντίδα»

Λάρισα, 2023

Επιβλέπουσα: Αθανασία Τσαρουχά ,Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Α΄
Αναισθησιολογική Κλινική ΕΚΠΑ Αρεταίειο Νοσοκομείο

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Ελένη Αρναούτογλου, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, *Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
2. Αθανασία Τσαρουχά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, *Α΄ Αναισθησιολογική Κλινική ΕΚΠΑ Αρεταίειο Νοσοκομείο*
3. Βασιλεία Νύκταρη, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, *Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης*

Αναπληρωματικό μέλος:

Αργυρώ Πετσίτη MD, MSc, PhD, Διευθύντρια Αναισθησιολογίας Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

Palliative care organization and staffing models

EΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνησή της.

Ευχαριστώ θερμά την καθηγήτρια , κυρία Αρναούτογλου Ελένη , για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε εξ' αρχής, αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα για τη διπλωματική μου εργασία .Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω και την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου , κυρία Τσαρουχά Αθανασία ,για την επιστημονική της καθοδήγηση, τις υποδείξεις της, και το ενδιαφέρον που έδειξε από την αρχή μέχρι το τέλος.

Τέλος, θα ήθελα εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου ,στο σύντροφο μου και στους φίλους μου για όλη τη στήριξη, τη συμπαράσταση και την κατανόησή τους, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Στο σύντροφό μου, Δημήτρη
και στους γονείς μου, Άγγελο & Χρύσα

Περίληψη

Εισαγωγή: Τις τελευταίες δεκαετίες δίνεται ολοένα και μεγαλύτερη βαρύτητα στην παρηγορική φροντίδα, δεδομένου ότι σε παγκόσμιο επίπεδο αυξάνεται η συχνότητα των χρόνιων νοσημάτων και βελτιώνεται το προσδόκιμο ζωής.

Στόχος: Με βάση τα ανωτέρω, η συγκεκριμένη μελέτη εξέτασε την οργάνωση και στελέχωση δομών παρηγορικής φροντίδας.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στη βάση δεδομένων Pubmed, χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά: “palliative care” AND (units OR center OR hospital) AND staff AND management. Η αρχική αναζήτηση οδήγησε σε ένα σύνολο 1.232 αποτελεσμάτων. Η εξέταση των ερευνών αυτών οδήγησε στη διαπίστωση πως 7 επιμέρους μελέτες εξέταζαν τα ζητήματα οργάνωσης και στελέχωσης των δομών παρηγορικής φροντίδας. Οι έρευνες αυτές αναλύθηκαν περαιτέρω.

Αποτελέσματα: Σε γενικές γραμμές, μέσα από τις εξεταζόμενες μελέτες η παρηγορική φροντίδα αναδεικνύεται ως μία ειδικότητα που οδηγεί σε έντονη εξουθένωση από πλευράς των εργαζομένων, χωρίς να αναπτύσσονται παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση αυτής, προκύπτουν επικοινωνιακά προβλήματα με άλλους επαγγελματίες υγείας, υπάρχει μία περιορισμένη διασύνδεση της παρηγορικής φροντίδας με το έργο που πραγματοποιείται σε άλλες μονάδες υγείας και αναδύονται σημαντικές ακάλυπτες υποστηρικτικές ανάγκες από πλευράς των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται σε αυτή. Επιπλέον, η παρηγορική φροντίδα φαίνεται να απαιτεί ιδιαίτερα χαμηλές απαιτήσεις σε επιπρόσθετο ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή, χωρίς όμως ο σχεδιασμός των σχετικών μονάδων να πραγματοποιείται κατόπιν λεπτομερούς και αναλυτικού υπολογισμού των αναγκών παραμέτρων.

Συμπεράσματα: Τα συστήματα υγείας είναι αναγκαίο να αναπτύξουν δομές παρηγορικής φροντίδας βάσει συγκεκριμένου στρατηγικού σχεδιασμού, με στόχο τη βέλτιστη δυνατή κατανομή του προσωπικού σε αυτές και την βελτίωση της αποδοτικότητάς τους. Η ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης για την προστασία των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτές τις μονάδες από την εξουθένωση είναι επίσης επιβεβλημένη.

Λέξεις κλειδιά: ασθενείς; επαγγελματίες υγείας; παρηγορική φροντίδα; σύστημα υγείας

Abstract

Introduction: In recent decades, increasing emphasis has been placed on palliative care, as the incidence of chronic diseases is increasing globally and life expectancy is improving.

Aim: In view of the above, this study examined the organisation and staffing of palliative care structures.

Methodology: A systematic review of the literature in the Pubmed database was conducted using keywords: "palliative care" AND (units OR center OR hospital) AND staff AND management. The initial search resulted in a total of 1,232 results. Examination of these studies led to the finding that 7 individual studies examined the issues of organisation and staffing of palliative care facilities. These studies were further analysed.

Results: In general, through the studies reviewed, palliative care emerges as a specialty that leads to intense burnout on the part of workers, without interventions being developed to address this, communication problems with other health professionals arise, there is a limited interface between palliative care and the work carried out in other health units, and significant unmet support needs emerge on the part of the health professionals working in it. Moreover, palliative care appears to require very little in the way of additional human and material resources, but the design of the units concerned is not based on a detailed and detailed calculation of the necessary parameters.

Conclusions: It is necessary for health systems to develop palliative care structures on the basis of a specific strategic planning, with the aim of optimally allocating staff to them and improving their efficiency. The development of intervention programmes to protect the health professionals working in these units from burnout is also imperative.

Key-words: health professionals; health system; palliative care; patients

Πίνακας περιεχομένων

1. Εισαγωγή.....	2
2. Γενικό Μέρος.....	4
2.1 Η έννοια της παρηγορικής φροντίδας	4
2.2 Οργάνωση συστημάτων υγείας & παρηγορική φροντίδα	8
3. Ειδικό Μέρος	13
3.1 Μεθοδολογία	13
3.1.1 Σχεδιασμός μελέτης	13
3.1.2 Διαδικασία αναζήτησης	13
3.1.3 Κριτήρια εισαγωγής-αποκλεισμού.....	13
3.1.4 Δεδομένα προς εξαγωγή.....	14
4. Αποτελέσματα.....	16
5. Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	23
Βιβλιογραφία	27-30

1. Εισαγωγή

Δίχως αμφιβολία, η παροχή υπηρεσιών υγείας έχει επηρεαστεί σε σημαντικό βαθμό από την επικράτηση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου. Με βάση το συγκεκριμένο μοντέλο, οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να καλύπτουν ταυτόχρονα τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες των ασθενών. Το μοντέλο αυτό βρίσκεται σε αντιδιαστολή με το βιοϊατρικό μοντέλο, το οποίο αναπτύχθηκε εστιάζοντας στις αμιγώς ιατρικές ανάγκες των ασθενών.¹

Κατά μήκος του χρόνου συντελέστηκε μία αύξηση της δημοτικότητας αυτού του μοντέλου, ως συνάρτηση της συνειδητοποίησης των σχετικών αναγκών, αλλά και λόγω του ότι ο ασθενής του 21^{ου} αιώνα ζει πλέον πολύ περισσότερα έτη με ανικανότητα σε σχέση με το παρελθόν.¹ Πράγματι, η βελτίωση και η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης οδήγησε σε επέκταση του προσδόκιμου ζωής των ασθενών με χρόνια νοσήματα, οδηγώντας όμως ταυτόχρονα και σε αύξηση του χρόνου ζωής με ανικανότητα και αναπηρία. Συνεπώς, ενώ ο σύγχρονος άνθρωπος ζει περισσότερο, οι πολυδιάστατες υποστηρικτικές του ανάγκες επίσης αυξάνονται.²

Η παρηγορική φροντίδα εστιάζει στην κάλυψη των σχετικών αναγκών. Συχνά πλέον γίνεται λόγος για ένταξη της παρηγορικής φροντίδας στο σύνηθες πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας, παρότι κάτι τέτοιο δεν έχει ακόμα συμβεί σε παγκόσμιο επίπεδο.³ Στο άμεσο μέλλον αναμένεται τα συστήματα υγείας να εστιάσουν στην παρηγορική φροντίδα λόγω της δημογραφικής αλλαγής και της ταυτόχρονης αύξησης των ετών με ανικανότητα.⁴

Πέραν από την μεταβολή των αναγκών των πολιτών, κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί και ένας σημαντικός μετασχηματισμός του τρόπου με τον οποίο λειτουργούν τα συστήματα υγείας. Ειδικότερα, στις μεταβιομηχανικές κοινωνίες, που οριοθετούνται σε γενικές γραμμές από την Πτώση του Τείχους του Βερολίνου και ύστερα, κυριάρχησε η προσέγγιση της Νέας Δημόσιας Διοίκησης, δηλαδή η προσέγγιση για λειτουργία του δημόσιου τομέα, συμπεριλαμβανομένων και των συστημάτων υγείας, υπό το πρίσμα και τις αρχές του τρόπου λειτουργίας των επιχειρήσεων.⁵ Σαφώς, τα συστήματα υγείας, και σήμερα δεν έχουν μπορέσει να ανταποκριθούν με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο στη θεώρησή τους ως

οικονομικούς οργανισμούς που οφείλουν να εστιάζουν στην αποδοτικότητα. Έτσι, ανακύπτουν σημαντικές προκλήσεις σε επίπεδο οργάνωσης και στελέχωσης αυτών.⁶

Εξετάζοντας τα δύο παραπάνω ζητήματα συνδυαστικά, η συγκεκριμένη μελέτη επικεντρώνεται στη διερεύνηση της οργάνωσης και στελέχωσης των δομών που παρέχουν παρηγορική φροντίδα. Αρχικά, πραγματοποιείται μία σχετική βιβλιογραφική ανασκόπηση όσον αφορά την έννοια της παρηγορικής φροντίδας και τον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται σε διεθνές επίπεδο τα συστήματα υγείας. Εν συνεχεία, εξετάζεται η παρηγορική φροντίδα και ειδικότερα το ζήτημα της οργάνωσης και στελέχωσης των σχετικών δομών, βάσει μίας συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας.

2. Γενικό Μέρος

2.1 Η έννοια της παρηγορικής φροντίδας

Η πρόσβαση στην παρηγορική φροντίδα, που αποτελεί βασικό πυλώνα της υγειονομικής περίθαλψης και αναπόσπαστο μέρος της καθολικής υγειονομικής κάλυψης⁹ εξακολουθεί να είναι εξαιρετικά ανεπαρκής ή ανύπαρκτη στα περισσότερα μέρη του κόσμου (World Palliative Care Alliance, 2015). Η Επιτροπή Lancet για την παγκόσμια πρόσβαση στην παρηγορική φροντίδα και την ανακούφιση από τον πόνο έχει εκτιμήσει ότι ετησίως, περισσότεροι από 61 εκατομμύρια άνθρωποι αντιμετωπίζουν καταστάσεις υγείας που συνδέονται με πόνο και θα μπορούσαν να βελτιωθούν σημαντικά μέσω της παρηγορικής φροντίδας. Με βάση την σχετική επιτροπή, τουλάχιστον το 80% δεν έχει πρόσβαση ακόμη και στις πιο βασικές παρεμβάσεις παρηγορικής φροντίδας, όπως η φαρμακευτική ανακούφιση του πόνου.¹⁰

Ο κατάλληλος ορισμός και η οριοθέτηση της φύσης και του πεδίου εφαρμογής της παρηγορικής φροντίδας είναι καθοριστικής σημασίας για την ενσωμάτωση αυτής στο ευρύτερο μοντέλο περίθαλψης, για τον προσδιορισμό των ανθρώπινων, οικονομικών και φυσικών πόρων που απαιτούνται για την κάλυψη των σχετικών αναγκών των ασθενών και για την εξάλειψη των τεράστιων ανισομερών διαφορών στην πρόσβαση. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει ωστόσο έναν σαφή και αμοιβαία αποδεκτό από τα μέλη της επιστημονικής κοινότητας ορισμό της παρηγορικής φροντίδας.⁹

Η παρηγορική φροντίδα αρχικά και ιστορικά επικεντρώθηκε στην ανακούφιση του πόνου στο τέλος της ζωής. Ωστόσο, σήμερα θεωρείται βέλτιστη πρακτική και εφαρμόζεται όλο και περισσότερο νωρίτερα στην πορεία των απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων υγείας. Επιπλέον, η ιστορική εξέλιξη της παρηγορικής φροντίδας επικεντρώθηκε σε μεγάλο βαθμό σε ασθενείς με καρκίνο, ενώ τώρα ενσωματώνεται στη θεραπεία όλων των απειλητικών για τη ζωή νοσημάτων. Τα υφιστάμενα δεδομένα οδηγούν στην διαπίστωση ότι η παρηγορική φροντίδα είναι αποτελεσματική στη μείωση της επιβάρυνσης από τα συμπτώματα μιας νόσου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, οικονομικά αποδοτική και συνώνυμη με την ποιότητα της περίθαλψης.¹⁰⁻¹¹

Με βάση τα ανωτέρω, απαιτείται συναίνεση ως προς τον ορισμό για την εννοιολογική σαφήνεια της παρηγορικής φροντίδας, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει το πεδίο εφαρμογής της πρακτικής, τους θεραπευτικούς στόχους και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Η έλλειψη εννοιολογικής σαφήνειας μπορεί να παρεμποδίσει τις προσπάθειες των χωρών, ιδίως των χωρών χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, να εφαρμόσουν την παρηγορική φροντίδα και έτσι να επιτύχουν την καθολική υγειονομική περίθαλψη. Στην εννοιολογική οριοθέτηση του ζητήματος συνέβαλε, έστω και με χρονική καθυστέρηση, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). Το 1990, ο ΠΟΥ δημοσίευσε έναν ορισμό της παρηγορικής φροντίδας.¹² Ο ορισμός του ΠΟΥ αναθεωρήθηκε το 2002 (Πίνακας 1).¹³ Ο ορισμός αυτός διεύρυνε σημαντικά το πεδίο εφαρμογής της παρηγορικής φροντίδας και έδωσε την απαραίτητη έμφαση στην προσέγγιση της δημόσιας υγείας. Ωστόσο, υπήρξε και κριτική για τον ορισμό αυτό, καθώς περιορίζει την παρηγορική φροντίδα σε προβλήματα που σχετίζονται με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες και όχι στην επιβαρυντική εμπειρία των ασθενών με σοβαρές και συχνά πολλαπλές χρόνιες παθήσεις. Με βάση την σχετική κριτική, το εύρος και η σοβαρότητα των δυνητικών αναγκών παρηγορικής φροντίδας μπορεί να είναι πιο σημαντικοί δείκτες της ανάγκης για τους ασθενείς αυτούς από ότι η πρόγνωση και μόνο.¹⁴

Πίνακας 1. Ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την παρηγορική φροντίδα

Η παρηγορική φροντίδα είναι μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα που σχετίζεται με απειλητική για τη ζωή ασθένεια, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του πόνου μέσω της έγκαιρης αναγνώρισης και της άψογης αξιολόγησης και θεραπείας του πόνου και άλλων προβλημάτων, σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών.

Παρέχει ανακούφιση από τον πόνο και άλλα οδυνηρά συμπτώματα,

Επιβεβαιώνει τη ζωή και θεωρεί το θάνατο ως φυσιολογική διαδικασία,

Δεν σκοπεύει ούτε να επισπεύσει ούτε να αναβάλει τον θάνατο,

Ενσωματώνει τις ψυχολογικές και πνευματικές πτυχές της φροντίδας των ασθενών,

Προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης για να βοηθήσει τους ασθενείς να ζήσουν όσο το δυνατόν πιο ενεργά μέχρι το θάνατο,

Προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης για να βοηθήσει την οικογένεια να αντεπεξέλθει κατά τη διάρκεια της ασθένειας του ασθενούς και στο δικό της πένθος,

Χρησιμοποιεί μια ομαδική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένης της συμβουλευτικής πένθους, εάν ενδείκνυται,

Θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής και μπορεί επίσης να επηρεάσει θετικά την πορεία της ασθένειας,

Εφαρμόζεται νωρίς στην πορεία της νόσου, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που αποσκοπούν στην παράταση της ζωής, όπως η χημειοθεραπεία ή η ακτινοθεραπεία, και περιλαμβάνει εκείνες τις έρευνες που απαιτούνται για την καλύτερη κατανόηση και διαχείριση των δυσάρεστων κλινικών επιπλοκών

Ένας άλλος βασικός προβληματισμός για την συγκεκριμένη οριοθέτηση είναι το ότι δεν γίνεται αναφορά στη δυνατότητα να παρέχεται η φροντίδα οπουδήποτε λαμβάνει χώρα η υπόλοιπη φροντίδα του ασθενούς, ότι είναι απαραίτητη για χρόνιες και ανίατες ασθένειες και ότι μπορεί να προσαρμοστεί σε διαφορετικά γεωπολιτικά, πολιτισμικά και οικονομικά περιβάλλοντα.¹⁵ Πιο πρόσφατα, έχουν συζητηθεί και άλλες αλλαγές στην έννοια της παρηγορικής φροντίδας, διαπιστώνοντας με βάση την έκταση και τη σημαντικότητα των αναγκαίων επαναπροσδιορισμών πως πλέον το ζήτημα δεν αφορά μόνο την ίδια την έννοια της παρηγορικής αγωγής, αλλά και το ευρύτερο μοντέλο οργάνωσης και παροχής της φροντίδας από τα συστήματα υγείας.⁹

Σε κάθε περίπτωση, η οριοθέτηση αυτή επηρέασε σημαντικά την κλινική πρακτική. Ορισμένοι οργανισμοί, όπως η African Palliative Care Association και το Asian Pacific Hospice Palliative Care Network, έχουν υιοθετήσει τον ορισμό του ΠΟΥ, ενώ άλλοι έχουν υιοθετήσει τους δικούς τους ορισμούς όσον αφορά την παρηγορική φροντίδα.¹⁵⁻¹⁹ Ωστόσο, σε γενικές γραμμές υπάρχει σύγκλιση των περισσότερων ορισμών ως προς τα βασικά στοιχεία της παρηγορικής φροντίδας. Μια ανασκόπηση των διαφορετικών ορισμών διαπίστωσε διαφορές ως προς τον τρόπο (ως ιατρική ειδικότητα ή ως γενική προσέγγιση) και το πότε (τέλος της ζωής ή πρόωγη ενσωμάτωση) εφαρμόζεται η παρηγορική αγωγή στη συνέχεια της φροντίδας.²⁰ Η ενσωμάτωση της παρηγορικής φροντίδας νωρίς στην πορεία της ασθένειας μπορεί να βελτιώσει τόσο τον έλεγχο των συμπτωμάτων όσο και την ποιότητα ζωής, ενώ έχει υποστηριχθεί η πρόωγη ενσωμάτωση στα θεραπευτικά πρωτόκολλα τόσο για ενήλικες όσο και για παιδιά.^{21,22} Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για ασθένειες εκτός από τον καρκίνο, όπως για παράδειγμα ο HIV και η φυματίωση στην υποσαχάρια Αφρική,²³ όπου υπάρχουν επαρκή στοιχεία που υποστηρίζουν την παροχή παρηγορικής φροντίδας με βάση την ανάγκη και όχι την πρόγνωση ή το στάδιο της νόσου. Η παρηγορική φροντίδα θεωρείται πλέον επίσης σημαντικό στοιχείο για την αντιμετώπιση οξέων επιδημιών και ανθρωπιστικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης.²⁴ Παρά τις σχετικές διαφορές και τις ανάγκες στις οποίες προσανατολίζεται από τους επιμέρους μελετητές του ζητήματος, φαίνεται να υπάρχει κοινή αντίληψη και συζήτηση. Μια ανάλυση 37 αγγλικών και 26 γερμανικών ορισμών προσδιόρισε την πρόληψη και την ανακούφιση του πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ως κοινούς στόχους της παρηγορικής φροντίδας.²⁵

Το 2018, η Επιτροπή Lancet παρουσίασε ένα πλαίσιο για τη μέτρηση της παγκόσμιας επιβάρυνσης από την χρόνια νοσηρότητα ως μέτρο της ανάγκης για την παρηγορική φροντίδα. Η ταλαιπωρία ορίζεται ως σχετιζόμενη με την υγεία όταν συνδέεται με ασθένεια ή τραυματισμό οποιουδήποτε είδους. Ο πόνος που σχετίζεται με την υγεία είναι σοβαρός όταν δεν μπορεί να ανακουφιστεί χωρίς επαγγελματική παρέμβαση και όταν θέτει σε κίνδυνο τη σωματική, κοινωνική, πνευματική και/ή συναισθηματική λειτουργικότητα. Η σχετική εκτίμηση περιλαμβάνει τις 20 καταστάσεις υγείας ή ομάδες ασθενειών που είναι πιο πιθανό να δημιουργήσουν ανάγκη για παρηγορική φροντίδα. Αυτή η νέα προσέγγιση οδήγησε σε μια ακόμη ευρύτερη εννοιολόγηση του πεδίου εφαρμογής της παρηγορικής φροντίδας. Η Επιτροπή Lancet συνέστησε να επανεξεταστεί και να αναθεωρηθεί ο ορισμός του ΠΟΥ, ώστε να περιλαμβάνει καλύτερα όλα τα επίπεδα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και τις ποικίλες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, ιδίως στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, όπου οι επαγγελματίες του ιατρικού κλάδου έχουν συχνά το δύσκολο έργο της περίθαλψης ασθενών με σοβαρά περιορισμένη πρόσβαση σε απαραίτητα φάρμακα, εξοπλισμό ή εκπαίδευση.²⁶

2.2 Οργάνωση συστημάτων υγείας & παρηγορική φροντίδα

Τα συστήματα οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών υγείας μπορούν να διακριθούν σε δύο βασικές κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά τα δημόσια συστήματα υγείας, που περιγράφονται ως εθνικά συστήματα υγείας. Πρόκειται για μονάδες υγείας που βρίσκονται υπό την κρατική ιδιοκτησία και όπου οι επαγγελματίες που απασχολούνται αμείβονται από το κράτος. Σε αυτά τα συστήματα υγείας υπάρχουν τέσσερις βασικές αρχές όπου πληρούνται. Πρώτον, οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται μέσω της φορολογίας και παρέχονται δωρεάν ή με μία ελάχιστη συμμετοχή από πλευράς των πολιτών. Δεύτερον, η κατανομή της φροντίδας στους ασθενείς δεν αποφασίζεται από τους ίδιους, αλλά από τους επαγγελματίες υγείας βάσει μη οικονομικών κριτηρίων, δηλαδή με βάση τις ανάγκες που έχουν. Τρίτον, οι επαγγελματίες υγείας δεν αμείβονται κατά πράξη, αλλά με μισθό, περιορίζοντας έτσι το ρίσκο της ώθησης των ασθενών σε περαιτέρω χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τέταρτον, η προσφορά υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται βάσει διοίκησης αυτής από κάποιο ανώτερο κρατικό όργανο (π.χ. Υπουργείο Υγείας).⁶

Η δεύτερη κατηγορία αφορά τα ανοικτά συστήματα. Τα συστήματα διακρίνονται από ποικιλία όσον αφορά την ιδιοκτησιακή μορφή μονάδων υγείας. Τα νοσοκομεία είναι σχεδόν πάντα ιδιωτικά ιδρύματα, όμως δεν συνιστούν αναγκαστικά κερδοσκοπικές επιχειρήσεις. Οι επαγγελματίες υγείας είναι ιδιώτες που είτε εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες είτε έχουν σύμβαση με κάποιον ασφαλιστικό φορέα. Η ιδιωτική ασφάλιση έχει κεντρικό ρόλο στην διασφάλιση πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας σε αυτά τα μοντέλα, με κατεξοχήν παράδειγμα αυτό των Ηνωμένων Πολιτειών.²⁷

Μία άλλη ταξινόμηση των συστημάτων υγείας είναι αυτή μεταξύ καθαρών συστημάτων (ολοκληρωμένων συμβασικών συστημάτων και συστημάτων αποζημίωσης), συστημάτων Bismark/Beveridge και οιονεί αγορών. Ενώ η παραπάνω ταξινόμηση ήταν κυρίαρχη μέχρι τη δεκαετία του 1990, από το σημείο αυτό και ύστερα και ιδίως λόγω μιας σχετικής επιδραστικής μελέτης του ΟΑΣΑ²⁸ προέκυψε μία νέα κατηγοριοποίηση. Οι καθαρές μορφές αφορούν τρία πρότυπα οργάνωσης στα οποία είναι δυνατόν να ταξινομηθεί το σύνολο των δημόσιων συστημάτων υγείας. Η πρώτη κατηγορία αφορά τα ολοκληρωμένα συστήματα, όπου η χρηματοδότηση πραγματοποιείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, υπάρχει μία κάθετη ιεραρχική δομή σε περιφερειακό επίπεδο, οι διοικητικοί μηχανισμοί είναι υπεύθυνοι για την μεταφορά των πόρων, τα νοσοκομεία και οι μονάδες υγείας ανήκουν στο κράτος και το προσωπικό αμείβεται με μισθό ή ισοδύναμες συμβάσεις. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της κατηγορίας είναι η Μεγάλη Βρετανία. Η δεύτερη κατηγορία των καθαρών μορφών αφορά τα συμβασιακά συστήματα, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα αυτό της Γερμανίας. Στα συστήματα αυτά η χρηματοδότηση πραγματοποιείται από τις ασφαλιστικές εισφορές ή από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω ειδικής φορολογίας. Η δομή του συστήματος υγείας είναι βαθιά αποκεντρωμένη. Οι ασφαλιστικοί φορείς έχουν χαρακτήρα δημόσιο. Η παροχή υπηρεσιών υγείας έχει όμως χαρακτήρα ιδιωτικό. Η πληρωμή των πάροχων λαμβάνει χώρα με σύμβαση, δηλαδή αυτοί αμείβονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η τρίτη περίπτωση της κατηγορίας των καθαρών μορφών αφορά τα συστήματα αποζημίωσης. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της κατηγορίας είναι η Γαλλία. Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται μέσα από ασφαλιστικές εισφορές ανάλογες με το εισόδημα των πολιτών, η δομή είναι αποκεντρωμένη, οι ασφαλιστικοί φορείς έχουν δημόσιο χαρακτήρα, οι πάροχοι έχουν χαρακτήρα ιδιωτικό και η πληρωμή των πάροχων

πραγματοποιείται από τους χρήστες, οι οποίοι εν συνεχεία αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά τους ταμεία.

Η δεύτερη κεντρική κατηγορία που προέκυψε από την κατηγοριοποίηση του ΟΑΣΑ²⁸ αφορά τα συστήματα Bismarck και Beveridge. Στο μοντέλο του Bismarck υπάρχει μία ατομιστική φιλοσοφία και έμφαση στο δικαίωμα στην ιατρική περίθαλψη υπό τον όρο καταβολής ασφαλιστικών εισφορών. Το μοντέλο αυτό οδηγεί ωστόσο σε έναν κατακερματισμό του ασφαλιστικού συστήματος. Σε χώρες όπου αυτό εφαρμόστηκε, αντιμετωπίστηκε μέσα από τον καθορισμό ενός κοινού minimum πακέτο παροχών προς τους πολίτες, από την βαθμιαία εξίσωση των συντελεστών ασφαλιστικών εισφορών και την θεσμοθέτηση αναδιανεμητικών μηχανισμών ανάμεσα στους ασφαλιστικούς φορείς. Στο μοντέλο Beveridge υπάρχει αντιθέτως μια κολεκτιβιστική παράδοση, με έμφαση στην υποχρέωση της πολιτείας για μέριμνα της υγείας των πολιτών. Πρόκειται συνεπώς για δύο μοντέλα τα οποία εξετάζονται από κοινού ακριβώς επειδή βρίσκονται σε πλήρη αντιδιαστολή μεταξύ τους, καθώς το πρώτο βασίζεται σε μία παράδοση ατομικιστική και το τρίτο σε μια παράδοση κολεκτιβιστική. Εξετάζονται ωστόσο Από κοινού ακριβώς επειδή διαφέρουν σε πολύ μεγάλο βαθμό ως προς τις δομικές τους αρχές και αξίες, αλλά και επειδή αναπτύχθηκαν στη βάση της ατομικότητας/ συλλογικότητας κατά την αλληλεπίδραση του πολίτη με το κράτος και το σύστημα υγείας.

Η τρίτη κατηγορία αφορά τις οιονεί αγορές. Αυτές περιγράφουν το γενικό πνεύμα μιας σειράς από μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα στις αρχές της δεκαετίας του 1990 σε διάφορες χώρες, όπως η Ολλανδία και η Σουηδία. Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτών των αγορών είναι η πρόσβαση στις σχετικές υπηρεσίες με τρόπο ελεύθερο, η παροχή των σχετικών υπηρεσιών από κερδοσκοπικούς ή μη οργανισμούς που συνάπτουν συμβάσεις με το δημόσιο υπό ανταγωνιστικές μεταξύ τους συνθήκες, η εκπροσώπηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας από ειδικούς διαμεσολαβητές οι οποίοι αγοράζουν υπηρεσίες υγείας για λογαριασμό τους (π.χ. οικογενειακός ιατρός) και το γεγονός πως η αγοραστική δύναμη του καταναλωτή- χρήστη δεν εκφράζεται υποχρεωτικά με χρηματική πληρωμή, αφού συχνά λαμβάνει τη μορφή επιλογής διαμεσολαβητή ή πάροχου, ο οποίος με τη σειρά του λαμβάνει αποζημίωση από τις δημόσιες αρχές.⁶

Η ανωτέρω ταξινόμηση είναι σημαντική, δεδομένου ότι διαφοροποιεί ολοκληρωτικά το management των μονάδων υγείας. Οι διαφορετικοί στόχοι και τα διαφορετικά μέσα επίτευξης αυτών από τα συστήματα υγείας καθορίζουν την οργάνωση του εσωτερικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου, αλλά και τη θέση του νοσοκομείου εντός του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος.²⁹

Στο εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου κυρίαρχη θέση κατέχουν οι οικονομικές συναλλαγές που αφορούν τη βιωσιμότητα ενός ιδρύματος, η οποία συνδέεται άμεσα με τις πιθανές πηγές άντλησης των εσόδων του. Έτσι, εμπλέκεται η κρατική παρέμβαση για την υποστήριξη των νοσοκομείων, δεδομένων πως λόγω της φύσης των παραγόμενων υπηρεσιών αυτές δεν μπορούν να καθορίζονται από την ελεύθερη αγορά. Οι διαφορετικές μέθοδοι και διαδικασίες χρηματοδότησης και αποζημίωσης των νοσοκομείων που χρησιμοποιούνται σε κάθε εθνικό νοσοκομειακό υποσύστημα συνιστούν τη σχέση κλειδί που καθορίζει το περιεχόμενο, τον χαρακτήρα και τις μεθόδους που ακολουθεί το νοσοκομειακό management ώστε να πετύχει τον τελικό του σκοπό, που δεν είναι άλλος από την βιωσιμότητα του νοσοκομείου.⁶

Το μάνατζμεντ των νοσοκομείων βασίζεται σε γενικές γραμμές σε δύο φαινομενικά σχετιζόμενες αλλά αρκετά διαφορετικές μεταξύ τους έννοιες. Η πρώτη έννοια είναι αυτή της αποτελεσματικότητας. Η αποτελεσματικότητα έχει να κάνει επομένως με την συνολική κάλυψη των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού. Η δεύτερη έννοια αφορά την αποδοτικότητα. Η αποδοτικότητα αναφέρεται στην αξιοποίηση των πόρων κατά τον βέλτιστο δυνατό τρόπο, ώστε να προκύπτουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα που μπορούν από αυτούς. Πρόκειται συνεπώς για μία σχέση εισροών και εκροών, με έμφαση όχι στη συνολική αποτελεσματικότητα, αλλά στην αποτελεσματικότητα που προκύπτει κατόπιν των διαθέσιμων πόρων.⁶

Στο σημείο αυτό οφείλει να πραγματοποιηθεί αναφορά στις διαχρονικές παθογένειες που χαρακτήριζαν το σύστημα υγείας της Ελλάδας πριν από την κρίση. Είναι γεγονός πως το σύστημα υγείας της Ελλάδας έδινε σημαντική έμφαση στην αποτελεσματικότητα και όχι στην αποδοτικότητα. Μάλιστα, κάτι τέτοιο ενδεχομένως να ανατροφοδοτούταν σε μία κατάσταση όπου η αποδοτικότητα καθίστατο ολοένα και περισσότερο προβληματική. Για παράδειγμα, χρηματοδοτώντας τα νοσοκομεία με βάση το χρονικό διάστημα παραμονής των ασθενών εντός αυτών δεν παρέχονταν σε αυτά σχετικά κίνητρα προκειμένου να μην επιμηκύνεται ο χρόνος νοσηλείας, όπου κάτι

τέτοιο ήταν εφικτό. Έτσι, η σημαντική έμφαση που δινόταν στην αποτελεσματικότητα έπληξε σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η οικονομική κρίση μετέβαλλε άρδην αυτή την αντίληψη, στρέφοντας το σύστημα υγείας της Ελλάδας από την αποτελεσματικότητα στην αποδοτικότητα.³⁰

Στην περίπτωση της παρηγορικής φροντίδας, παρατηρείται μία σημαντική εξαίρεση ως προς την ταξινόμηση των ανωτέρω μοντέλων των συστημάτων υγείας και την οργάνωση των δομών υγείας βάσει αυτών. Σε διεθνές επίπεδο φαίνεται ότι η παρηγορική φροντίδα συχνά δεν παρέχεται από τα συστήματα υγείας ως μέρος της συνήθους φροντίδας που αυτά παρέχουν προς τους ασθενείς τους. Ακόμα επομένως και σε συστήματα υγείας στα οποία η παροχή υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται δωρεάν, οι ασθενείς αναγκάζονται να καταφύγουν σε ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας προκειμένου να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες παρηγορικής φροντίδας, δεδομένης δηλαδή της εξαίρεσης αυτής από τις παροχές που υποστηρίζουν τα συστήματα υγείας. Παράλληλα, η απουσία μιας ισχυρής κρατικής υποστήριξης της παρηγορικής φροντίδας οδηγεί και σε σημαντική ετερογένεια ως προς τον τρόπο με τον οποίο δημιουργούνται οι σχετικές μονάδες που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες. Καθώς επομένως δεν είναι κυρίαρχη η θεώρηση πως η παρηγορική φροντίδα συνιστά αναπόσπαστο τμήμα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς, το κενό το οποίο προκύπτει στο ζήτημα της χρηματοδότησης των σχετικών υπηρεσιών οδηγεί και σε μία ασάφεια ως προς τον τρόπο με τον οποίο αυτή παρέχεται εντός των μονάδων υγείας, αλλά και εκτός αυτών, δηλαδή σε μονάδες υγείας που είναι επικεντρωμένες κατεξοχήν στην παρηγορική φροντίδα.¹

3. Ειδικό Μέρος

3.1 Μεθοδολογία

3.1.1 Σχεδιασμός μελέτης

Η συγκεκριμένη μελέτη αφορά συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Η μεθοδολογία αυτή αποτελεί μια προσέγγιση που χρησιμοποιείται ούτως ώστε να απαντώνται καλά διαμορφωμένα ερευνητικά ερωτήματα μέσα από την αξιολόγηση του συνόλου της διαθέσιμης γνώσης για ένα εξεταζόμενο αντικείμενο.³¹ Καθώς συνεπώς η συγκεκριμένη μελέτη επεδίωξε την εξέταση της ευρύτερης γνώσης ως προς την οργάνωση και στελέχωση των συγκεκριμένων δομών, χρησιμοποιήθηκε η συγκεκριμένη ερευνητική προσέγγιση.

3.1.2 Διαδικασία αναζήτησης

Η αναζήτηση μελετών έλαβε χώρα στη βάση δεδομένων Pubmed. Ως φίλτρα στη διαδικασία αναζήτησης τέθηκαν το χρονικό διάστημα από 01.01.2012 ως 15.11.2022 και η αγγλική γλώσσα. Ως λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκε ο συνδυασμός “palliative care” AND (units OR center OR hospital) AND staff AND management. Τα δεδομένα που εντοπίστηκαν εισήχθησαν στο λογισμικό Zotero, το οποίο αποτελεί ένα ελεύθερης πρόσβασης και χρήσης λογισμικό για την πραγματοποίηση συστηματικών ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων.³² Για την εκάστοτε έρευνα όπου δεν πληρούνταν τα σχετικά κριτήρια, καταγραφόταν λεπτομερώς ο λόγος αποκλεισμού της. Στο τελικό στάδιο, εντός του αρχείου είχαν μείνει μόνο οι μελέτες αυτές που πληρούσαν τα σχετικά κριτήρια, οι οποίες και αναλύθηκαν.

3.1.3 Κριτήρια εισαγωγής-αποκλεισμού

Τα κριτήρια εισαγωγής στη συγκεκριμένη έρευνα ήταν τα ακόλουθα:

- α) άρθρο δημοσιευμένο σε περιοδικά με κριτές
- β) μελέτη είτε ζητημάτων της στελέχωσης είτε ζητημάτων της οργάνωσης των δομών

Ως κριτήρια αποκλεισμού, τέθηκαν τα παρακάτω:

- α) η μη διαθεσιμότητα του πλήρους άρθρου

3.1.4 Δεδομένα προς εξαγωγή

Τα δεδομένα που προέκυψαν από το κάθε άρθρο ήταν τα παρακάτω:

- 1) οι συγγραφείς του άρθρου
- 2) το έτος δημοσίευσης
- 3) η χώρα διεξαγωγής της μελέτης και η σχετική δομή
- 4) οι μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν
- 5) οι σχετικές με την οργάνωση των μονάδων πληροφορίες
- 6) οι σχετικές με την στελέχωση των μονάδων πληροφορίες

Η ροή πληροφοριών της μελέτης πραγματοποιήθηκε με βάση το διάγραμμα ροής του PRISMA Statement,³³ το οποίο και παρατίθεται στο κάτωθι Γράφημα. Όπως αναφέρεται και στο σχετικό Γράφημα, αρχικά προέκυψαν 1.232. Εξ αυτών των ερευνών 1.108 αποκλείστηκαν βάσει του τίτλου τους και εξετάστηκαν περαιτέρω 124 έρευνες. Από αυτές, 6 δεν ήταν δημοσιευμένες σε περιοδικά με κριτές και 111 δεν πραγματεύονταν άμεσα το εξεταζόμενο ζήτημα. Συνεπώς, 7 επιμέρους έρευνες εντάχθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση και αναλύθηκαν περαιτέρω.

Γράφημα 1. Το διάγραμμα ροής της έρευνας

4. Αποτελέσματα

Η πρώτη από τις εξεταζόμενες έρευνες πραγματοποιήθηκε από πλευράς των Bergenholtz et al.³⁴ στη Δανία. Στη μελέτη αυτή συγκεντρώθηκαν δεδομένα από ένα περιφερειακό νοσοκομείο του οποίου η ανωνυμία διατηρείται στο άρθρο. Ειδικότερα, συγκεντρώθηκαν δεδομένα 1) μια μελέτη πιστοποίησης ποιότητας για το νοσοκομείο 2) μια διερευνητικής στόχευσης μελέτη από πλευράς του κεντρικού συστήματος υγείας στο νοσοκομείο 3) μια μελέτη εσωτερικής αξιολόγησης. Επρόκειτο συνεπώς για μια δευτερογενή ανάλυση δεδομένων ενός μεγάλου όγκου πληροφοριών από τρεις επιμέρους μελέτες με ετερογενή ως ένα βαθμό μεταξύ τους στόχευση. Αναλύοντας τα δεδομένα αυτά, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η γενική παρηγορική φροντίδα οργανώθηκε και ιεραρχήθηκε με διαφορετικό τρόπο στα διάφορα τμήματα και ότι δεν υπήρχε συνολική πολιτική ή στόχος για την παροχή παρηγορικής φροντίδας στο νοσοκομείο. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η στελέχωση των τμημάτων δεν πραγματοποιούνταν βάσει των αναγκών του εκάστοτε τμήματος και ήταν περισσότερο αποτέλεσμα συγκυριών παρά συστηματικού σχεδιασμού. Συνεπώς, διαπιστώθηκαν σημαντικές ελλείψεις τόσο σε επίπεδο οργάνωσης, όσο και σε επίπεδο στελέχωσης. Η μελέτη αυτή μας οδηγεί συνεπώς στο συμπέρασμα πως η παρηγορική φροντίδα ενδεχομένως να μην είναι αναπτυγμένη επαρκώς ακόμα και σε ιδιαίτερα αναπτυγμένα κατά τα άλλα συστήματα υγείας, όπως αυτό της Δανίας.

Σε μία δεύτερη σχετική έρευνα των Cherin et al.³⁵ στις Ηνωμένες Πολιτείες εξετάστηκαν 10 διαφορετικά νοσοκομεία. Επρόκειτο συνεπώς για μια μελέτη ενός μεγάλου φάσματος νοσοκομείων, που κάλυπταν ετερογενείς ανάγκες ασθενών με διαφορετικά μεταξύ τους νοσήματα. Για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν 46 συνεντεύξεις με εργαζόμενους στην παρηγορική φροντίδα. Στην έρευνα εξετάστηκαν οι παράμετροι της οργάνωσης του νοσοκομείου, μέσα από διαμορφωμένες προς αυτή την κατεύθυνση ερωτήσεις του οδηγού συνέντευξης. Τα δεδομένα αναλύθηκαν μέσω θεματικής ανάλυσης περιεχομένου. Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων αναδείχθηκε ο σχεδιασμός και εφαρμογή συστημάτων παρακολούθησης για τον εντοπισμό των ασθενών που διέτρεχαν τον μεγαλύτερο κίνδυνο επανεισαγωγής, η ανάγκη παροχής εκπαίδευσης σχετικά με τον ξενώνα και την παρηγορική φροντίδα στην οικογένεια σε εσωτερικές και εξωτερικές κλινικές και

η αναγκαιότητα ανάπτυξης στενότερων δεσμών με μετανοσοκομειακές δομές. Συνεπώς, στη μελέτη αυτή διαπιστώθηκαν ελλείμματα σε επίπεδο οργάνωσης των εξεταζόμενων νοσοκομείων. Επιπλέον, η έρευνα αυτή αναδεικνύει την αξία της μελέτης της αποτίμησης των ίδιων των εργαζομένων ως εργαλείου για τον επανασχεδιασμό της παρηγορικής φροντίδας.

Στην τρίτη σχετική έρευνα³⁶ μελετήθηκε το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Πίτσμπουργκ στις Ηνωμένες Πολιτείες. Στη συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις με ερωτηματολόγιο σε 11 εργαζόμενους στην παρηγορική φροντίδα και σε 25 εργαζόμενους στη Μ.Ε.Θ. του νοσοκομείου. Τα δεδομένα εξετάστηκαν συγκριτικά ανάμεσα στις δύο αυτές ομάδες μέσω στατιστικής ανάλυσης δεδομένων. Επρόκειτο επομένως για μια συγκριτική μελέτη μεταξύ δύο διαφορετικών ομάδων. Με βάση την ανάλυση των δεδομένων, οι εργαζόμενοι στην παρηγορική φροντίδα ανέπτυσαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό προσπάθειες επικοινωνίας για την διαχείριση συγκρούσεως και ανάπτυξης σχέσεων με τους άλλους συναδέλφους σε σύγκριση με τους εργαζόμενους στις Μ.Ε.Θ. Συνεπώς, οι εργαζόμενοι στην παρηγορική φροντίδα φαίνεται πως διαχειρίζονται κατά τρόπο διαφορετικό τις συγκρούσεις αυτές σε σύγκριση με τους άλλους εργαζόμενους. Η μελέτη αυτή θίγει ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον ζήτημα, αυτό των συγκρούσεων, που πιθανώς να προκύπτουν κατόπιν μιας διαφορετικής ιεράρχησης στόχων στην παροχή υπηρεσιών υγείας μεταξύ των εργαζόμενων στην παρηγορική φροντίδα και των λοιπών επαγγελματιών υγείας.

Σε μία άλλη έρευνα στην Αυστραλία³⁷ εξετάστηκε το Sydeny North Health Network, που συνεργάζεται με διάφορα νοσοκομεία για την παροχή υπηρεσιών παρηγορικής φροντίδας. Στη μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις μέσω αναδρομικής εξέτασης δεδομένων του νοσοκομείου για τη διερεύνηση της σχέσης των υπερωριών με ιατρικές εκβάσεις των ασθενών. Επρόκειτο συνεπώς για μια δευτερογενή και αναδρομική έρευνα. Όπως διαπιστώθηκε, οι υπερωρίες σχετίζονταν με 50% μείωση του ρίσκου νοσηλείας των ασθενών για σοβαρούς λόγους και με αύξηση κατά 17% της πιθανότητας οι ασθενείς να παραμείνουν σπίτι τους. Επιπλέον, το προσωπικό αξιολογούσε θετικά τις υπερωρίες, παρά τη σημαντική επιβάρυνση στην οποία οδηγούσαν για την ψυχική και σωματική τους υγεία, αντιλαμβανόμενο την ευεργετικότητα αυτών για τους ασθενείς. Συνεπώς, ενώ οι υπερωρίες με αντικειμενικούς όρους και κριτήρια θα μπορούσαν να αποτιμώνται αρνητικά (π.χ. να συνδέονται με μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών), η αποτίμησή τους με αντικειμενικούς

όρους, αλλά και υπό το υποκειμενικό πρίσμα των επαγγελματιών υγείας είναι θετική. Η θετική αποτίμηση των υπερωριών ενδεχομένως να αντανακλά την αναγκαιότητα περαιτέρω στελέχωσης των μονάδων παρηγορικής φροντίδας.

Σε άλλη σχετική μελέτη των Røytiä et al.³⁸ στην Τανζανία και συγκεκριμένα στο Pemba District Designated Hospital πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις μέσω ερωτηματολογίου στο προσωπικό του νοσοκομείου. Στη μελέτη αυτή εξετάστηκε η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η οργάνωση του νοσοκομείου, που αποτιμήθηκαν άριστα από το προσωπικό. Ωστόσο, διαπιστώθηκαν σημαντικά ελλείμματα όσον αφορά τη στελέχωση και συγκεκριμένα τις δεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού. Ειδικότερα, το 50% του προσωπικού θεωρούσε πως είχε ακάλυπτες επιμορφωτικές ανάγκες για την παρηγορική φροντίδα. Το βασικό έλλειμμα δεν αφορούσε επομένως τον αριθμό των εργαζομένων, αλλά τις γνώσεις και την κατάρτιση αυτών. Η μελέτη αυτή είναι μια εκ των ελάχιστων που έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου. Πιθανώς να αντανακλά μια μειωμένη έμφαση των συστημάτων υγείας αυτών των κρατών στην παρηγορική φροντίδα, δεδομένης της ύπαρξης πιο άμεσων υποστηρικτικών αναγκών, που πρέπει να καλύπτονται κατά προτεραιότητα. Επιπλέον, μέσω της έρευνας αυτής αναδεικνύεται η αναγκαιότητα περαιτέρω εκπαίδευσης και κατάρτισης των εμπλεκόμενων στην παρηγορική φροντίδα.

Σε μία άλλη μελέτη των Rogers et al.³⁹ στις Ηνωμένες Πολιτείες αναλύθηκαν τα δεδομένα της πανεθνικής έρευνας National Palliative Care Registry, που αφορά την παιδική παρηγορική φροντίδα. Όσον αφορά τα ζητήματα της οργάνωσης που εξετάστηκαν, τα προγράμματα που λειτουργούσαν για περισσότερα χρόνια είχαν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, εξυπηρετώντας με τους ίδιους πόρους περισσότερους ασθενείς. Όσον αφορά τη στελέχωση, διαπιστώθηκαν σημαντικά ελλείμματα. Μόλις στο 37% των προγραμμάτων υποστηρικτικής φροντίδας δεν διαπιστώθηκε υποστελέχωση προσωπικού. Το 63% των εργαζομένων έπασχαν από εξουθένωση και το 60% αδυνατούσε να ανταποκριθεί στον φόρτο εργασίας. Συνεπώς, η έρευνα αυτή οδηγεί στη διαπίστωση περί μιας σημαντικής υποστελέχωσης των μονάδων παρηγορικής φροντίδας και περί θεώρησης αυτής ως δευτερεύουσας προτεραιότητας από πλευράς των όσων χαράσσουν πολιτικές υγείας. Η θετική συσχέτιση του χρόνου με την αποτελεσματικότητα αναδεικνύει επίσης μια κατά μία

έννοια αυτοδιαχείριση της προόδου σε ζητήματα παρηγορικής φροντίδας από πλευράς των ίδιων των μονάδων κατά μήκος του χρόνου.

Στην τελευταία από τις έρευνες που εντάχθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση, η οποία έδειξε και από πλευράς των Ziegler & Kuebelbeck,⁴⁰ μελετήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες δεδομένα του νοσοκομείου Mary Washington, εξετάζοντας τον τρόπο με τον οποίο αναπτύχθηκε η μονάδα παρηγορικής φροντίδας. Όπως διαπιστώθηκε, τόσο σε επίπεδο εξοπλισμού, όσο και σε επίπεδο στελέχωσης, δεν απαιτήθηκαν περαιτέρω πόροι για την ανάπτυξη της μονάδας. Η έρευνα αυτή οδηγεί επομένως στη διαπίστωση πως αυτό που απαιτείται είναι περισσότερο η ύπαρξη θέλησης και η ανάπτυξη ενός εφαρμόσιμου πλάνου εντός των μονάδων υγείας, παρά επιπρόσθετοι πόροι και κόστος για τα συστήματα υγείας. Κατά συνέπεια, η μελέτη αυτή αναδεικνύει την παρηγορική φροντίδα ως μια μορφή υποστήριξης των ασθενών που θα μπορούσε δυνητικά να έχει θέση σε κάθε μονάδα και σύστημα υγείας.

Πίνακας 2. Τα αποτελέσματα της μελέτης					
Συγγραφέας	Έτος δημοσίευσης	Χώρα διεξαγωγής/δομή	Μετρήσεις	Σχετικές με την οργάνωση πληροφορίες	Σχετικές με την στελέχωση πληροφορίες
Bergenholtz et al.	2015	Δανία, περιφερειακό νοσοκομείο του οποίου η ανωνυμία διατηρείται στην έρευνα	Δεδομένα από 1) μια μελέτη πιστοποίησης ποιότητας για το νοσοκομείο 2) μια διερευνητική στόχευσης μελέτη από πλευράς του κεντρικού συστήματος υγείας στο νοσοκομείο 3) μια	Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η γενική παρηγορική φροντίδα οργανώθηκε και ιεραρχήθηκε με διαφορετικό τρόπο στα τμήματα και ότι δεν υπήρχε συνολική πολιτική ή στόχος για την παροχή παρηγορικής	Η στελέχωση των τμημάτων δεν πραγματοποιούταν βάσει των αναγκών του εκάστοτε τμήματος και ήταν περισσότερο αποτέλεσμα συγκυριών παρά συστηματικού υ σχεδιασμού

			μελέτη εσωτερικής αξιολόγησ ς	φροντίδας στο νοσοκομείο.	
Cherlin et al.	2017	10 διαφορετικ ά νοσοκομεία στις Ηνωμένες Πολιτείες	46 συνεντεύξει ς με εργαζόμενο υς στην παρηγορική φροντίδα	(1) σχεδιασμός και εφαρμογή συστημάτων παρακολούθησ ης για τον εντοπισμό των ασθενών που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο επανεισαγωγής , (2) παροχή εκπαίδευσης σχετικά με τον ξενώνα και την παρηγορική φροντίδα στην οικογένεια, σε εσωτερικές και εξωτερικές κλινικές ομάδες και (3) δημιουργία στενότερων δεσμών με τις μετανοσοκομει ακές δομές	
Chiarchi aro et al., 2016	2016	Πανεπιστημ ιακό νοσοκομείο του Πίτσμπουργ κ, Ηνωμένες Πολιτείες	Μετρήσεις με ερωτηματο λόγιο σε 11 εργαζόμενο υς στην παρηγορική φροντίδα και σε 25 εργαζόμενο υς σε Μ.Ε.Θ.	Οι εργαζόμενοι στην παρηγορική φροντίδα ανέπτυσαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό προσπάθειες επικοινωνίας για την διαχείριση συγκρούσεως και ανάπτυξης σχέσεων με τους άλλους συναδέλφους σε σύγκριση με τους	

				εργαζόμενους στις Μ.Ε.Θ.	
Keall & Lovell	2020	Αυστραλία, Sydney North Health Network	Μετρήσεις μέσω αναδρομικής εξέτασης δεδομένων του νοσοκομείου για τη διερεύνηση της σχέσης των υπερωριών με ιατρικές εκβάσεις των ασθενών	Οι υπερωρίες σχετίζονταν με 50% μείωση του ρίσκου νοσηλείας των ασθενών για σοβαρούς λόγους και με αύξηση κατά 17% της πιθανότητας οι ασθενείς να παραμείνουν σπίτι τους	Το προσωπικό αξιολογούσε θετικά τις υπερωρίες, παρά τη σημαντική επιβάρυνση στην οποία οδηγούσαν για την ψυχική και σωματική τους υγεία, αντιλαμβανόμενο την ευεργετικότητα αυτών για τους ασθενείς
Pöyhiä et al.	2020	Τανζανία, Ilmbula District Designated Hospital	Μετρήσεις με ερωτηματολόγια στο προσωπικό του νοσοκομείου	Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η οργάνωση του νοσοκομείου αποτιμήθηκαν άριστα από το προσωπικό	Το 50% του προσωπικού θεωρούσε πως είχε ακάλυπτες επιμορφωτικές ανάγκες για την παρηγορική φροντίδα. Το βασικό έλλειμμα δεν αφορούσε επομένως τον αριθμό των εργαζομένων, αλλά τις γνώσεις και την κατάρτιση αυτών
Rogers et al.	2021	Ηνωμένες Πολιτείες	Ανάλυση των δεδομένων της πανεθνικής έρευνας National Palliative	Τα προγράμματα που λειτουργούσαν για περισσότερα χρόνια είχαν μεγαλύτερη	Μόλις στο 37% των προγραμμάτων υποστηρικτικής φροντίδας δεν διαπιστώθηκε

			Care Registry για την παιδική παρηγορική φροντίδα	αποτελεσματικ ότητα, εξυπηρετώντας με τους ίδιους πόρους περισσότερους ασθενείς	υποστελέχως η προσωπικού. Το 63% των εργαζομένων έπασχαν από εξουθένωση και το 60% αδυνατούσε να ανταποκριθεί στον φόρτο εργασίας.
Ziegler & Kuebelbeck	2020	Ηνωμένες Πολιτείες, νοσοκομείο Mary Washington	Μελέτη περίπτωσης αναλύοντας δεδομένα του νοσοκομείου	Η ανάπτυξη της μονάδα παρηγορικής φροντίδας πραγματοποιήθηκε με βάση τους διαθέσιμους πόρους και τον διαθέσιμο εξοπλισμό του νοσοκομείου	Η ανάπτυξη της μονάδας παρηγορικής φροντίδας πραγματοποιήθηκε χωρίς υψηλές απαιτήσεις όσον αφορά την περαιτέρω στελέχωση του νοσοκομείου με ανθρώπινο δυναμικό

5. Συζήτηση-Συμπεράσματα

Στη συγκεκριμένη έρευνα εξετάστηκε μέσω συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας η οργάνωση και στελέχωση των μονάδων παρηγορικής φροντίδας. Μέσα από τις επιμέρους έρευνες, αναδεικνύονται ορισμένα ενδιαφέροντα στοιχεία, χωρίς όμως να μπορούν να προκύψουν κάποιες κεντρικές διαπιστώσεις, καθώς η εκάστοτε έρευνα εξέτασε διαφορετικές παραμέτρους. Σε γενικές γραμμές, μέσα από τις εξεταζόμενες μελέτες η παρηγορική φροντίδα αναδεικνύεται ως μία ειδικότητα που οδηγεί σε έντονη εξουθένωση από πλευράς των εργαζομένων, χωρίς να αναπτύσσονται παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση αυτής, προκύπτουν επικοινωνιακά προβλήματα με άλλους επαγγελματίες υγείας, υπάρχει μία περιορισμένη διασύνδεση της παρηγορικής φροντίδας με το έργο που πραγματοποιείται σε άλλες μονάδες υγείας και αναδύονται σημαντικές ακάλυπτες υποστηρικτικές ανάγκες από πλευράς των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται σε αυτή. Επιπλέον, η παρηγορική φροντίδα φαίνεται να απαιτεί ιδιαίτερα χαμηλές απαιτήσεις σε επιπρόσθετο ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή, χωρίς όμως ο σχεδιασμός των σχετικών μονάδων να πραγματοποιείται κατόπιν λεπτομερούς και αναλυτικού υπολογισμού των αναγκαίων παραμέτρων.

Σε κάθε περίπτωση, η συγκεκριμένη μελέτη συναντά μια σειρά περιορισμών, οι οποίοι οφείλουν να επισημανθούν. Ένας πρώτος περιορισμός έχει να κάνει με τις χώρες από τις οποίες συγκεντρώθηκαν οι σχετικές μελέτες. Παρότι υπάρχει μία έρευνα που διεξήχθη στην Τανζανία, οι περισσότερες μελέτες έχουν διεξαχθεί σε χώρες του αναπτυγμένου κόσμου. Αρκετές εκ των μελετών που εντάχθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση έχουν διεξαχθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες, ενώ υπάρχουν επίσης έρευνες σε χώρες όπως η Δανία και η Αυστραλία. Ως εκ τούτου, οι μελέτες που εντάχθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση έχουν διεξαχθεί σε χώρες με υψηλό εισόδημα. Παραδοσιακά υπάρχει μία σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των υποστηρικτικών αναγκών υγείας στις χώρες του ανεπτυγμένου και του αναπτυσσόμενου κόσμου, καθώς στις δεύτερες κυριαρχούν τα μεταδιδόμενα και όχι τα χρόνια νοσήματα.¹ Κατά τον τρόπο αυτό, προκύπτουν συμπεράσματα που ενδεχομένως να μην είναι η γενικεύσιμα στο σύνολο των μονάδων που αφορούν την παρηγορική φροντίδα, δηλαδή να μην είναι γενικεύσιμα σε παγκόσμιο επίπεδο. Πράγματι, μέσω της μίας μελέτης που διεξήχθη στην Τανζανία δεν μπορούν να εξαχθούν γενικεύσιμα συμπεράσματα όσον αφορά την οργάνωση και στελέχωση των μονάδων στις χώρες της υποσαχάριας Αφρικής, που

πλήττονται σε μεγάλο βαθμό από την επιδημία του HIV και όπου η οργάνωση και στελέχωση των συστημάτων υγείας πρέπει να προσανατολίζεται στις σχετικές με την παρηγορική φροντίδα υποστηρικτικές ανάγκες των ασθενών.⁴¹

Ένας δεύτερος σημαντικός περιορισμός της έρευνας έχει να κάνει με την απουσία ερευνών που να εξετάζουν την οργάνωση των μονάδων και τη στελέχωση τους κατά τη διάρκεια της τρέχουσας πανδημίας. Ενώ είναι αδιαμφισβήτητο πως οι ασθενείς με COVID-19 έχουν ιδιαίτερα υψηλές υποστηρικτικές ανάγκες παρηγορικής φροντίδας, καθώς αρκετοί εξ αυτών αδυνατούν να βελτιωθούν παρά την όποια ιατρική θεραπευτική αντιμετώπιση, στη βιβλιογραφία εντοπίζονται κυρίως θεωρητικές μελέτες που να αναδεικνύουν την αναγκαιότητα σχετικών παρεμβάσεων υποστηρικτικής φροντίδας, αλλά όχι αντίστοιχες εμπειρικές έρευνες.⁴² Κατά τον τρόπο αυτό, αναδεικνύεται ένας δεύτερος σχετικός περιορισμός της παρούσας έρευνας.

Ένας τρίτος περιορισμός της μελέτης έχει να κάνει με τον συνολικό αριθμό ερευνών που εντάχθηκαν στη συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση. Πράγματι, στη συγκεκριμένη μελέτη εντάχθηκαν μόλις 7 επιμέρους έρευνες, με τον αριθμό αυτό να είναι συνεπώς σχετικά μικρός.

Με αφετηρία τη στόχευση, τα αποτελέσματα και τους περιορισμούς της συγκεκριμένης μελέτης, μπορούν να πραγματοποιηθούν και ορισμένες προτάσεις για τη μελλοντική έρευνα. Μία πρώτη πρόταση έχει να κάνει με τη διεξαγωγή εμπειρικών ερευνών για τη διερεύνηση της παρηγορικής φροντίδας υπό το πρίσμα της τρέχουσας πανδημίας. Όπως αναφέρεται και ανωτέρω, οι όποιες διαπιστώσεις προκύπτουν βάσει ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί ανεξάρτητα από την πανδημία COVID-19. Ως εκ τούτου, απαιτείται η πραγματοποίηση ερευνών για τη διερεύνηση της οργάνωσης των σχετικών μονάδων και της στελέχωσης αυτών στην περίοδο της πανδημίας.

Μία δεύτερη πρόταση για τη μελλοντική έρευνα κάνει με την εξέταση ζητημάτων που αφορούν τις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου. Στην περίπτωση όπου δεν υπάρχουν ικανά δεδομένα όσον αφορά την κατάσταση που επικρατεί στο ζήτημα της οργάνωσης και στελέχωσης μονάδων παρηγορικής φροντίδας σε αυτές τις χώρες, είναι αρκετά δύσκολη η ανάπτυξη ευρύτερων πολιτικών για τη βελτίωση του τρόπου με τον οποίον λειτουργούν οι τοπικές μονάδες υγείας σε αυτές. Κατά συνέπεια, διεθνείς οργανισμοί, όπως ο ΠΟΥ, οφείλουν σε πρώτη φάση να αναλάβουν πρωτοβουλίες για την ερευνητικού χαρακτήρα μελέτη της κατάστασης της παρηγορικής φροντίδας σε αυτές τις χώρες, ώστε να προκύψουν εν συνεχεία οι ανάλογες προεκτάσεις σε επίπεδο Δημόσιας Υγείας και κλινικής πρακτικής.

Μία τρίτη σχετική πρόταση έχει να κάνει με την περαιτέρω διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων, ως συνάρτηση της οργάνωσης και του τρόπου λειτουργίας των σχετικών μονάδων. Στη σχετική μελέτη των Chiarchiaro et al.³⁶ διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι στην παρηγορική φροντίδα καλούνταν να διαχειριστούν συγκρούσεις που προέκυπταν με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως αυτοί που εργάζονταν στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Είναι κατά συνέπεια επιβεβλημένη η περαιτέρω εξέταση του ζητήματος των συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών που απασχολούνται στην παρηγορική φροντίδα και των υπολοίπων, ώστε να προκύψει δηλαδή ένας συνολικότερος όγκος γνώσεων ως προς τον τρόπο με τον οποίο οι μονάδες υγείας διαχειρίζονται αυτό το ζήτημα.

Τέλος, μπορούν να πραγματοποιηθούν και ορισμένες προτάσεις σε επίπεδο Δημόσιας Υγείας με βάση τις διαπιστώσεις της συγκεκριμένης έρευνας. Αρχικά, αναδεικνύεται η αναγκαιότητα ενδελεχούς και λεπτομερούς σχεδιασμού του τρόπου με τον οποίο αναπτύσσεται μία σχετική μονάδα παρηγορικής φροντίδας. Προβληματισμό αποτελεί το ότι στη μελέτη των Bergenholtz et al.³⁴ διαπιστώθηκε η ανάπτυξη μιας σχετικής μονάδας κατά τρόπο συγκυριακό και χωρίς να πραγματοποιείται κάποιο αναγκαίο πλάνο από πλευράς της διοίκησης του νοσοκομείου. Συνεπώς, η ανάπτυξη τέτοιων μονάδων οφείλει να λαμβάνει χώρα κατόπιν προσεκτικού υπολογισμού του τρόπου με τον οποίο πρέπει να κατανέμονται οι επαγγελματίες υγείας εντός μίας μονάδας. Η μελέτη του αν υπάρχει ο διαθέσιμος υλικοτεχνικός εξοπλισμός ή όχι κρίνεται επιβεβλημένη.

Μία δεύτερη πρόταση έχει να κάνει με τη συνεργασία με άλλες μονάδες υγείας. Όπως διαπιστώθηκε από τη μελέτη των Cherlin et al.³⁵ προκαλούσε σημαντικό προβληματισμό η συνεργασία με δομές υγείας εκτός του πλαισίου του νοσοκομείου. Συνεπώς, κρίνεται επιβεβλημένη η αποτελεσματική συνεργασία των μονάδων παρηγορικής φροντίδας με άλλες μονάδες ενός συστήματος υγείας. Για παράδειγμα, οι μονάδες αυτές θα μπορούσαν να αναπτύξουν αποτελεσματικές πρωτοβουλίες με κλειστές δομές φιλοξενίας ηλικιωμένων, ώστε η παρηγορική φροντίδα να λαμβάνει χώρα και εντός αυτών των δομών.

Επιπλέον, σε ευρύτερο επίπεδο φαίνεται πως είναι επιβεβλημένη η περαιτέρω στελέχωση των μονάδων παρηγορικής φροντίδας, κατόπιν αναλυτικού υπολογισμού και εξέτασης των σχετικών αναγκών. Θετική εντύπωση προκαλεί το ότι στην έρευνα των Keall & Lovell³⁷ διαπιστώθηκε μία σημαντική μείωση του ρίσκου νοσηλείας των ασθενών για σοβαρούς λόγους όταν οι επαγγελματίες υγείας πραγματοποιούσαν

υπερωρίες. Η διαπίστωση αυτή σε ένα ιδιαίτερα αναπτυγμένο σύστημα υγείας, όπως αυτό της Αυστραλίας, οδηγεί στο συμπέρασμα σε γενικές γραμμές δεν υπάρχει η αναγκαία στελέχωση των μονάδων παρηγορικής φροντίδας. Επίσης, στο σενάριο κατά το οποίο τα συστήματα υγείας θα επένδυαν περισσότερο στην παρηγορική φροντίδα θα μπορούσε να προκύψει και μία μείωση του κόστους για αυτά, λόγω δηλαδή του περιορισμού της επανεισαγωγής ασθενών. Αντί συνεπώς τα συστήματα υγείας να επικεντρώνονται στις υπερωρίες των εργαζομένων, που ενδεχομένως να έχουν μία σημαντική επιβαρυντική επίδραση προς αυτούς, μπορούν καλύτερα να επικεντρώνονται στην πρόσληψη περισσότερων εργαζομένων με εξειδίκευση στην παρηγορική αγωγή.

Τέλος, η μελέτη των Keall & Lovell³⁷ ανέδειξε το ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στην παρηγορική φροντίδα. Κάτι τέτοιο ενδεχομένως να είναι συνάρτηση όχι μόνο του αυξημένου φόρτου εργασίας και των υπερωριών που διαπιστώθηκαν μέσω της συγκεκριμένης έρευνας, αλλά και της διαρκούς επαφής με τον ανθρώπινο πόνο, που ως γνωστόν αυξάνει τον κίνδυνο για εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας.⁴³ Ως εκ τούτου, μέσω της συγκεκριμένης έρευνας αναδεικνύεται η αναγκαιότητα ανάπτυξης προγραμμάτων ψυχολογικής παρέμβασης για την διαχείριση της εξασθένησης στις μονάδες που ασχολούνται με την παρηγορική φροντίδα, ώστε να ενισχύεται η ανθεκτικότητα των εργαζομένων και αυτοί να μην είναι ευάλωτοι έναντι της εξουθένωσης.

Βιβλιογραφία

1. Δαρβίρη, Χ. (2009). *Προαγωγή Υγείας*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Νοσηλευτική βιβλιοθήκη: Αθήνα.
2. James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... & Briggs, A. M. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858.
3. Groeneveld, E. I., Cassel, J. B., Bausewein, C., Csikós, Á., Krajnik, M., Ryan, K., ... & Murtagh, F. E. (2017). Funding models in palliative care: lessons from international experience. *Palliative medicine*, 31(4), 296-305.
4. Λύκουρας, Ε., Πολίτης, Α., Γουρνέλλης, Ρ., Μαίλλης, Α. (2011). *Στοιχεία Ψυχογηριατρικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
5. Van Dooren, W., Bouckaert, G., & Halligan, J. (2015). *Performance management in the public sector*. London: Routledge.
6. Αλετράς, Β., Μαρσαγγάνης, Μ., & Νιάκας, Δ. (2021). *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: ΕΑΠ.
7. World Health Organization, United Nations Children's Fund Declaration of Astana. (2018). Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> Τελευταία πρόσβαση: 06.11.2022
8. Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Kwete, X. J., ... & Zimmerman, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391-1454.
9. Gomez-Batiste, X., & Connor, S. (2017). Building integrated palliative care programs and services. *Liberdúplex*, Barcelona.
10. Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., & Higginson, I. J. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

11. Smith, S., Brick, A., O'Hara, S., & Normand, C. (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliative medicine*, 28(2), 130-150.
12. World Health Organization. (1990). Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organization, Geneva.
13. World Health Organization National Cancer Control Programmes. (2002). Policies and managerial guidelines (2nd ed.), World Health Organization, Geneva.
14. Murray, S. A., Kendall, M., Mitchell, G., Moine, S., Amblas-Novellas, J., & Boyd, K. (2017). Palliative care from diagnosis to death. *Bmj*, 356.
15. Gwyther, E., & Krakauer, E. (2011). WPCA Policy statement on defining palliative care. Διαθέσιμο στο: <http://www.thewhpca.org/resources/item/defining-palliative-care> Τελευταία πρόσβαση: 02.11.2022
16. European Association for Palliative Care (EAPC). What is palliative care? Διαθέσιμο στο: <https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do> Τελευταία πρόσβαση: 05.11.2022
17. Palliative Care Australia. What is palliative care? Διαθέσιμο στο: <https://palliativecare.org.au/what-is-palliative-care> Τελευταία πρόσβαση: 06.11.2022
18. The National Council for Palliative Care. Palliative care explained. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncpc.org.uk/palliative-care-explained> Τελευταία πρόσβαση: 05.11.2022
19. Ministry of Health New Zealand (Palliative care subcommittee). What is palliative care? Τελευταία πρόσβαση: <https://www.health.govt.nz/your-health/services-and-support/health-care-services/palliative-care> 05.11.2022
20. Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, C., Elsner, F., & Radbruch, L. (2008). A matter of definition—key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative medicine*, 22(3), 222-232.
21. Dalgaard, K. M., Bergenholtz, H., Nielsen, M. E., & Timm, H. (2014). Early integration of palliative care in hospitals: a systematic review on methods, barriers, and outcome. *Palliative & supportive care*, 12(6), 495-513.

22. Haun, M. W., Estel, S., Ruecker, G., Friederich, H. C., Villalobos, M., Thomas, M., & Hartmann, M. (2017). Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
23. Harding, R., Foley, K. M., Connor, S. R., & Jaramillo, E. (2012). Palliative and end-of-life care in the global response to multidrug-resistant tuberculosis. *The Lancet infectious diseases*, 12(8), 643-646.
24. Nouvet, E., Kouyaté, S., Bezanson, K., Bah-Sow, O., Schwartz, L., Hunt, M., ... & Diallo, P. (2018). Preparing for the dying and 'dying in honor': Guineans' perceptions of palliative care in Ebola treatment centers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(6), e55-e56.
25. Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, C., Elsner, F., & Radbruch, L. (2008). A matter of definition—key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative medicine*, 22(3), 222-232.
26. Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Kwete, X. J., ... & Zimmerman, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391-1454.
27. Fielding, J. E., Teutsch, S., & Breslow, L. (2010). A framework for public health in the United States. *Public Health Reviews*, 32(1), 174-189.
28. OECD. (1992). *The Reform of Healthcare*. Paris.
29. Reinke, W. A. (1988). *Health Systems Reserch in Relation to Planning*. New York: Oxford University Press.
30. Νιάκας, Δ. (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*, 5(1), 3-7.
31. Ryś, P., Władysiuk, M., Skrzekowska-Baran, I., & Małecki, M. (2009). Review articles, systematic reviews and meta-analyses: which can be trusted?. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 119(3), 148-156.
32. Ahmed, K. M., & Al Dhubaib, B. (2011). Zotero: A bibliographic assistant to researcher. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, 2(4), 303.
33. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS med*, 6(7), e1000097.

34. Bergenholtz, H., Hølge-Hazelton, B., & Jarlbaek, L. (2015). Organization and evaluation of generalist palliative care in a Danish hospital. *BMC palliative care*, 14(1), 1-11.
35. Cherlin, E. J., Brewster, A. L., Curry, L. A., Canavan, M. E., Hurzeler, R., & Bradley, E. H. (2017). Interventions for reducing hospital readmission rates: the role of hospice and palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 34(8), 748-753.
36. Chiarchiaro, J., White, D. B., Ernecoff, N. C., Buddadhumaruk, P., Schuster, R. A., & Arnold, R. M. (2016). Conflict management strategies in the ICU differ between palliative care specialists and intensivists. *Critical care medicine*, 44(5), 934.
37. Keall, R., & Lovell, M. (2020). Extended-hours palliative care service with a hospital-avoidance and enhanced-care approach: report of a quality improvement project. *International journal of palliative nursing*, 26(5), 222-228.
38. Pöyhiä, R. T. I., Mwalumuli, E. O., Mtega, A. C., & Vegula, J. J. (2020). Sustainability of palliative care in a rural hospital in Tanzania: a longitudinal and prospective 4-year study. *Journal of Palliative Care*, 35(3), 192-198.
39. Rogers, M. M., Frieber, S., Williams, C. S., Humphrey, L., Thienprayoon, R., & Klick, J. C. (2021). Pediatric palliative care programs in US hospitals. *Pediatrics*, 148(1).
40. Ziegler, T. R., & Kuebelbeck, A. (2020). Close to home: perinatal palliative care in a community hospital. *Advances in Neonatal Care*, 20(3), 196-203.
41. Harding, R., Albertyn, R., Sherr, L., & Gwyther, L. (2014). Pediatric palliative care in sub-Saharan Africa: a systematic review of the evidence for care models, interventions, and outcomes. *Journal of pain and symptom management*, 47(3), 642-651.
42. Fadul, N., Elsayem, A. F., & Bruera, E. (2021). Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *BMJ supportive & palliative care*, 11(1), 40-44.
43. Di Matteo, M.R., & Martin, L.R. (2002). *Health Psychology. Person Education*: Boston.