

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Επιχειρησιακή πρόταση δημιουργίας μιας δομής αποθεραπείας-αποκατάστασης Το Κέντρο Αποκατάστασης στον νομό Ρεθύμνου

Τα άτομα με αναπηρία είναι μια ανομοιογενής ομάδα του πληθυσμού με ιδιαίτερες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Με τις υπηρεσίες αποθεραπείας-αποκατάστασης (ΑΑ) επιδιώκεται η βελτίωση ή η υποκατάσταση της λειτουργικότητας του ασθενούς και η κοινωνική επανένταξη. Η παροχή κατάλληλων υπηρεσιών υγείας και αποκατάστασης βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ατόμου, αυξάνει την ανεξαρτησία του και είναι αποδοτική για το σύστημα υγείας. Γίνεται συνοπτική παρουσίαση του τομέα της αποκατάστασης στην Ελλάδα, η ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου και ο υπολογισμός των αναγκών του πληθυσμού του νομού Ρεθύμνου σε υπηρεσίες ΑΑ για τη δημιουργία δομής αποκατάστασης. Για τον σκοπό αυτόν αντλήθηκαν και επεξεργάστηκαν στοιχεία από την Ελληνική Στατιστική Αρχή για την κλειστή νοσοκομειακή περίθαλψη και ενδεικτικοί χρόνοι νοσηλείας ανά πάθηση. Έγινε αναγωγή των αποτελεσμάτων στους κατοίκους του νομού Ρεθύμνου λόγω έλλειψης επίσημων στατιστικών στοιχείων για τα άτομα που χρήζουν ή έλαβαν υπηρεσίες στον συγκεκριμένο νομό. Οι ανάγκες σε υπηρεσίες ΑΑ μπορούν να υπολογιστούν με σχετική ακρίβεια παρά την έλλειψη επίσημης καταγραφής. Προκύπτει ότι η χρηματοδότηση από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) υπολείπεται σημαντικά των πραγματικών αναγκών. Χρειάζεται λεπτομερέστερη καταγραφή των ατόμων με αναπηρία (ΑμεΑ) και των νοσηλευτικών δεικτών ανά τύπο αναπηρίας, ανά κλινική και φορέα προκειμένου να σχεδιαστούν με ακρίβεια οι κατάλληλες πολιτικές και πρακτικές όσον αφορά στη φροντίδα υγείας των ΑμεΑ.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με την αρχική ταξινόμηση για την αναπηρία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) «Διεθνής ταξινόμηση βλάβης, αναπηρίας και μειονεξίας» (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH), η αναπηρία αποτελείται από τρία ξεχωριστά, αλλά αλληλοσυνδεόμενα μέρη, τα οποία ορίζονται ως εξής:¹ Ως βλάβη (impairment) ορίζεται η απώλεια ή η ανωμαλία ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής δομής ή λειτουργίας. Ως αναπηρία (disability) ορίζεται ο περιορισμός ή η έλλειψη ικανότητας προς εκτέλεση μιας δραστηριότητας, κατά τον τρόπο ή μέσα στο φάσμα δραστηριοτήτων που θεωρείται ομαλό για ένα ανθρώπινο ον, η οποία προκύπτει από μια βλάβη. Ως μειονεξία (handicap) ορίζεται το μειονέκτημα, που προκύπτει από μια βλάβη ή αναπηρία, η οποία περιορίζει ή εμποδίζει την εκπλήρωση ενός ρόλου που είναι ομαλός για το άτομο (ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, καθώς και κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες).

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2020, 37(2):257-266
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2020, 37(2):257-266

Ε. Τσουκνάκη,¹
Α. Ράπτης,²
Χ. Πλατής¹

¹Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

²Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Σχολή Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Operational proposal for
the creation of a recovery-
rehabilitation facility:
The Rehabilitation Center
in the prefecture of Rethymnon

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Άτομα με αναπηρία
Επιχειρησιακός σχεδιασμός
Κέντρα αποκατάστασης
Υπηρεσίες αποκατάστασης

Υποβλήθηκε 23.4.2019
Εγκρίθηκε 15.7.2019

Η πλέον πρόσφατη ταξινόμηση του ΠΟΥ, «Διεθνής ταξινόμηση λειτουργίας, αναπηρίας και προτύπου υγείας» (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)¹ δίνει έμφαση στη μη ομαλή αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον και συνδυάζει το κοινωνικό με το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας. Περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες: Βλάβη σε σωματική δομή ή λειτουργία (π.χ. τύφλωση), περιορισμός σωματικής δραστηριότητας (π.χ. βάδιση), περιορισμός στην κοινωνική συμμετοχή (π.χ. εργασία, μεταφορά, ψυχαγωγία, εκπαίδευση κ.ά.).

Τα άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ) είναι μια εξαιρετικά ανομοιογενής ομάδα του πληθυσμού και σύμφωνα με τον ΠΟΥ αποτελούν το 15% του παγκόσμιου πληθυσμού.² Η εκτίμηση του αριθμού των ΑμεΑ ποικίλλει ανάλογα με τον σκοπό συλλογής των δεδομένων, τον σχεδιασμό των ερωτήσεων, την ένταξη ή μη των χρόνιων παθήσεων στις αναπηρίες και γενικά με τα κριτήρια κατάταξης. Άλλωστε, όπως επισημαίνει ο ΠΟΥ, δεν υπάρχουν σαφή όρια μεταξύ

ΑμεΑ και υγιούς πληθυσμού.¹ Ειδική έρευνα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ)³ υπολογίζει τον αριθμό των ατόμων με προβλήματα υγείας ή και αναπηρία σε 1.600.000 (15% του πληθυσμού), περιλαμβάνοντας και τις χρόνιες παθήσεις (σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση). Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ,⁴ που αφορούν σε άτομα ηλικίας 15–64 ετών, τα άτομα με προβλήματα υγείας ή και αναπηρία αποτελούν το 12,6% του αντίστοιχου πληθυσμού. Το 6,4% του πληθυσμού δηλώνει περιορισμό της δραστηριότητας μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με πρόβλημα υγείας. Σε έρευνα της Eurostat, το ποσοστό των ΑμεΑ του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 15–64 ετών για το 2011 υπολογίστηκε στο 9,1%.⁵ Οι διαφορές αυτές πιθανόν οφείλονται σε ανομοιογένεια των ερωτηματολογίων ή του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε και σε διαφορά των κριτηρίων κατάταξης (πίν. 1).

Στην Ελλάδα οι υπηρεσίες υγείας για ΑμεΑ εμφανίζουν πολλές ελλείψεις. Επιχειρήθηκε υπολογισμός των αναγκών σε υπηρεσίες αποθεραπείας και αποκατάστασης (ΑΑ) και χρησιμοποιήθηκε ως παράδειγμα ο υποθετικός σχεδιασμός μιας τέτοιας δομής στον νομό Ρεθύμνου. Λόγω απουσίας επίσημης καταγραφής των ατόμων που χρήζουν ή έλαβαν υπηρεσίες ΑΑ κατά νομό, αλλά και πανελλαδικά, χρησιμοποιούνται στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ και γίνεται αναγωγή στον πληθυσμό του Ρεθύμνου. Οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν είναι πρωτογενείς και αντλήθηκαν από περιοδικά καταχωρημένα σε διεθνείς βάσεις δεδομένων, όπως PubMed, Cochrane library και Google Scholar.

Πίνακας 1. Τύπος κυριότερης δυσκολίας για άτομα ηλικίας 15–64 ετών (2011).

Δυσκολία	Στοιχεία ΕΛΣΤΑΤ		Στοιχεία Eurostat (%)
	Πληθυσμός	(%)	
Όραση	22.773	0,31	0,4
Ακοή	7.999	0,11	0,2
Μνήμη, συγκέντρωση	34.314	0,47	0,7
Πρόβλημα επικοινωνίας	28.862	0,4	–
Βάδιση, άνοδος κλίμακας	115.523	1,59	2,1
Κάθισμα-ορθοστασία	75.829	1,05	1,8
Άρση-μεταφορά αντικειμένων	90.774	1,25	2,2
Σκύψιμο	55.233	0,76	1,7
Άπλωμα-τέντωμα σώματος	27.441	0,38	–
Κράτημα-περιστροφή αντικειμένων	5.362	0,074	–
Σύνολο		6,39	9,1

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ⁴

2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

2.1. Η σημασία των υπηρεσιών αποθεραπείας και αποκατάστασης για άτομα με αναπηρία

Οι υπηρεσίες ΑΑ βελτιώνουν την ποιότητα ζωής του ατόμου, αυξάνουν την ανεξαρτησία του, την αυτοπεποίθηση και τη συμμετοχή στην κοινότητα, βοηθούν την ένταξη του στην αγορά εργασίας, μειώνουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και συνδράμουν στην προσαρμογή του ατόμου και των οικείων του στη νέα πραγματικότητα.² Περιλαμβάνουν φυσικοθεραπεία (κινησιοθεραπεία, ενδυνάμωση μυών, εκπαίδευση βάδισης), υδροθεραπεία, εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, ψυχολογική υποστήριξη και βιολογική επα-νατροφοδότηση σε κινητικές διαταραχές (biofeedback).

Η πρώιμη αποκατάσταση είναι πολύ σημαντική, γιατί προλαμβάνει ή ελαχιστοποιεί την απώλεια λειτουργικότητας και ελαττώνει τον χρόνο και το κόστος νοσηλείας.⁶ Βελτιώνει τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του ασθενούς σε μια σειρά από νοσήματα, όπως στη νόσο του Parkinson,⁷ στη σκλήρυνση κατά πλάκας,⁸ στα εγκεφαλικά επεισόδια,^{9,10} στην παραπληγία¹¹ κ.ά. Επί πλέον, προλαμβάνει την επιβράδυνση της ανάπτυξης στα παιδιά,¹² βελτιώνει τη φυσική κατάσταση ηλικιωμένων ασθενών¹³ και συνδράμει στην κοινωνική ένταξη.¹⁴ Η αποκατάσταση που γίνεται με τη βοήθεια υποστηρικτικής τεχνολογίας (αναπηρικά καροτσάκια, ακουστικά και οπτικά βοηθήματα) μπορεί να υποκαταστήσει ή να βελτιώσει τη λειτουργικότητα¹⁵ και την αυτοεξυπηρέτηση των ασθενών.¹⁶

Η έλλιπής αποκατάσταση έχει σημαντικές επιπτώσεις στο άτομο και στην κοινωνία. Το οικονομικό και το κοινωνικό κόστος της αναπηρίας είναι σημαντικά και είναι δύσκολο να υπολογιστούν.² Το άμεσο κόστος αφορά στην υπερκατανάλωση υπηρεσιών υγείας, στα επιδόματα, στις αναπηρικές συντάξεις και στο επιπρόσθετο κόστος για εξασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου ζωής (βοηθητικές συσκευές, μεταφορικά μέσα, βοηθητικό προσωπικό),¹⁷ το οποίο επιβαρύνει τα ήδη χαμηλά εισοδήματα των ΑμεΑ.¹⁸ Το έμμεσο κόστος προκύπτει από την απώλεια της παραγωγικότητας, ιδιαίτερα των νέων με ανεπαρκή εκπαίδευση, και αφορά στους ίδιους και στις οικογένειές τους που δεσμεύονται στη φροντίδα τους. Το κοινωνικό κόστος που οφείλεται στην περιθωριοποίηση και στον στιγματισμό των ΑμεΑ και στη χαμηλή ποιότητα ζωής των οικείων τους δεν μπορεί να υπολογιστεί. Επί πλέον, η έλλειψη κατάλληλων δομών στην Ελλάδα οδηγεί πολλούς ασθενείς, κυρίως νέους παραπληγικούς, σε εξειδικευμένα κέντρα του εξωτερικού για εντατική αποκατάσταση (intensive rehabilitation), με τεράστια οικονομική επιβάρυνση, ιδιωτική και δημόσια.¹⁹

2.2. Ο τομέας της αποκατάστασης σε υπερεθνικό περιβάλλον. Εμπλεκόμενοι επαγγελματίες υγείας και υπηρεσίες

Όπως δείχνει η διεθνής πρακτική στον τομέα της αποκατάστασης, τα τελευταία έτη παρατηρείται μια μεγάλη προσπάθεια να οργανωθεί θεσμικά και επιχειρησιακά το σύνολο όλων των υπηρεσιών σε ένα υπερεθνικό πλαίσιο που περιλαμβάνει τις παρακάτω δράσεις:³³ τη διαχείριση σε κορυφαίο επίπεδο (ηγεσία) και τη διακυβέρνηση των υπηρεσιών για την ενίσχυση των πολιτικών, τη βιωσιμότητα του συστήματος μέσω της εξασφάλισης της χρηματοδότησης, την επέκταση των υπηρεσιών αποκατάστασης και τη διασύνδεσή τους με τα άλλα υποσυστήματα (π.χ. πρωτοβάθμια περίθαλψη), την εξασφάλιση προσβασιμότητας σε νέες τεχνολογίες κ.ά. Παράλληλα, η σημασία και η σπουδαιότητα των υπηρεσιών αποκατάστασης αποδεικνύεται και από τον αριθμό των επαγγελματικών ειδικοτήτων που δραστηριοποιούνται στην Ευρώπη (π.χ. Μεγάλη Βρετανία³⁴ και Γερμανία), σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο, το οποίο διακρίνεται από το πυκνό πλέγμα των συνεργατικών δράσεων. Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες διακρίνονται τόσο για τον διεπιστημονικό τους χαρακτήρα, όσο και για την εντατικοποιημένη προσπάθεια διαμόρφωσης του πλαισίου παροχής τους.³⁵ Υπηρεσίες λοιπόν προσφέρονται από τις παρακάτω ειδικότητες με τις αντίστοιχες θεραπευτικές επιδιώξεις: Ιατροί ιατρικής αποκατάστασης (συνεργάζονται στενά με άλλες ιατρικές ειδικότητες και επαγγελματίες του τομέα της υγείας για να υποστηρίξουν άτομα με σύνθετες καταστάσεις αναπηρίας. Μέσω της ολιστικής προσέγγισης στη θεραπεία επιδιώκουν να βελτιώσουν τη λειτουργία των ασθενών, με κύριο στόχο τη σταδιακή επανένταξή τους στην κοινωνία). Άλλες ιατρικές και λοιπές επιστημονικές ειδικότητες που παρέχουν υπηρεσίες είναι οι ακτινολόγοι (σε διαγνωστικό και θεραπευτικό επίπεδο), οι ακοολόγοι (εκτιμούν, διαγιγνώσκουν και διαχειρίζονται προβλήματα ακοής και ισορροπίας, περιλαμβανομένης της παροχής βοήθημάτων ακοής), οι ποδολόγοι-ποδίατροι (διαγιγνώσκουν και θεραπεύουν τις ανωμαλίες του ποδιού, παρέχοντας συμβουλές για την πρόληψη των προβλημάτων και για τη σωστή φροντίδα των ποδιών) και οι ιατροί εργασίας. Στις θεραπευτικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης συμμετέχουν επίσης διαιτολόγοι (με κύριο σκοπό τη θεραπεία μέσω της χρήσης κατάλληλων διατροφικών προϊόντων), προσθετιστές (παρέχουν φροντίδα και συμβουλές στην αποκατάσταση ασθενών που έχουν απολέσει ή έχουν γεννηθεί χωρίς άκρο, τοποθετώντας την καλύτερη δυνατή τεχνητή αντικατάσταση), εργοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές και λογοθεραπευτές.

Στον τομέα της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας δραστηριοποιούνται ειδικότητες (που παρέχουν τις

ανάλογες υπηρεσίες), ψυχίατροι, κλινικοί ψυχολόγοι και θεραπευτές τέχνης (οι οποίοι ουσιαστικά παρεμβαίνουν ψυχοθεραπευτικά και βελτιώνουν τη φυσική αλλά και τη συναισθηματική και ψυχική κατάσταση των ληπτών(τριών) μέσω των διαφόρων εκφράσεων της τέχνης). Στο πλαίσιο αυτό, δραστηριοποιούνται διάφορες ειδικότητες ψυχοθεραπευτών όπως δραματοθεραπευτές –οι οποίοι ενθαρρύνουν τους πελάτες να βιώσουν, να αναπτύξουν την ικανότητα έκφρασης όλου του εύρους των συναισθημάτων τους και να αυξήσουν τη γνώση τους για τον εαυτό τους και τους άλλους– και μουσικοθεραπευτές (διευκολύνουν την αλληλεπίδραση και την κατανόηση της συμπεριφοράς και των συναισθηματικών δυσκολιών μέσω της μουσικής).

Επίσης, σημαντικός είναι ο ρόλος των ειδικών νοσηλευτών (specialist nurses).³⁶ Σε αυτό το σημείο αξίζει να γίνει περαιτέρω αναφορά, γιατί πρόκειται για έναν θεσμό που δεν υφίσταται στην Ελλάδα για τον συγκεκριμένο τομέα υπηρεσιών. Πρόκειται για νοσηλευτικό προσωπικό που ειδικεύεται σε μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας ή ανήκει σε μια συγκεκριμένη ομάδα φροντίδας, όπως η νόσος του Parkinson, η कुστική ίνωση, ο διαβήτης και το εγκεφαλικό επεισόδιο. Συχνά εργάζονται στο πλαίσιο μιας διεπιστημονικής ομάδας που έχει την ευθύνη του προγραμματισμού, της παροχής συμβουλών, της αξιολόγησης συγκεκριμένων παρεμβάσεων, της παρακολούθησης, της συνταγογράφησης και παραπομπής για περαιτέρω εξετάσεις σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Μια ακόμη χαρακτηριστική υποκατηγορία ειδίκευσης αποτελούν οι κοινοτικοί(ές) νοσηλευτές(τριες) ψυχικής υγείας, που ειδικεύονται στην εργασία στην ευρύτερη κοινότητα με άτομα τα οποία χρήζουν υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τέλος, το όλο φάσμα υπηρεσιών συμπληρώνουν –ειδικά στην Αγγλία– οι υπηρεσίες των ειδικών κοινωνικών λειτουργών –οι οποίοι διαχειρίζονται μερικούς από τους πλέον δύσκολους και περίπλοκους κινδύνους για τα άτομα και την κοινωνία– και οι επαγγελματίες υγείας.

2.3. Υπηρεσίες αποθεραπείας και αποκατάστασης στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, παρέχονται υπηρεσίες αποκατάστασης από τα τμήματα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης των γενικών νοσοκομείων, τα Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας (ΚΚΠ) και τα Κέντρα Αποθεραπείας, Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΑΦΚΑ).

Τα ΚΚΠ, ένα σε κάθε διοικητική περιφέρεια, συστάθηκαν με τον νόμο 4109/2013²⁰ και τελούν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σε αυτά εντάχθηκαν ως αποκεντρωμένες υπηρεσίες (παραρτήματα) οι υφιστάμενες Μονάδες

Κοινωνικής Φροντίδας (ΜΚΦ), οι οποίες είχαν συσταθεί με τον νόμο 3106/2003²¹ και περιλάμβαναν τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων (ΘΧΠ), τα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρία (ΚΑΑΠ), τα Κέντρα Προστασίας Παιδιού (ΚΠΠ) και τα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία.

Τα ΚΑΦΚΑ είναι 7 σε ολόκληρη την Ελλάδα (Κόρινθος, Αργίνο, Πτολεμαΐδα, Σέρρες, Πάτρα, Καλαμάτα, Ρόδος) και εντάχθηκαν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) με το άρθρο 10 του νόμου 4025/2011.²² Διασυνδέονται λειτουργικά και επιστημονικά με το Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης που εδρεύει στο Ίλιον και υπάγεται διοικητικά στο Νοσοκομείο ΚΑΤ.

Τα Κέντρα Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) προέκυψαν με το άρθρο 11 του νόμου 4025/2011²² από τη μετονομασία των Κέντρων Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ), τα οποία ήταν νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ) και υπάγονταν στον τομέα της πρόνοιας ως Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας. Σύμφωνα με τον ίδιο νόμο, τα ΚΕΦΙΑΠ δεν λειτουργούν ως αυτόνομα ΝΠΔΔ, αλλά βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται οργανικά και διοικητικά (άρθρο 13). Παρέχουν υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας σε ασθενείς εσωτερικούς και εξωτερικούς, οι οποίοι πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, του νευρικού, του κυκλοφορικού, του ερειστικού, του αναπνευστικού συστήματος και σε άτομα όλων των ηλικιών με κινητικά ή νοητικά προβλήματα, με σκοπό την πρώιμη διάγνωση, την ψυχολογική, την κοινωνική και τη συμβουλευτική υποστήριξη, την επαγγελματική κατάρτιση, τη λειτουργική αποκατάσταση και την ένταξη στον κοινωνικό ιστό (άρθρο 12).

Υπηρεσίες αποκατάστασης παρέχονται και από ιδιωτικά Κέντρα Αποκατάστασης-Αποθεραπείας (ΚΑΑ), που ιδρύονται από φυσικά ή νομικά πρόσωπα σύμφωνα με τον νόμο 2072/1992²³ και είναι συνήθως συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ. Τα ΚΑΑ, σύμφωνα με το προεδρικό διάταγμα (ΠΔ) 395/1993, διακρίνονται σε: (α) ΚΑΑ κλειστής νοσηλείας, (β) ΚΑΑ ημερήσιας νοσηλείας, (γ) Ελάχιστες Μονάδες Ιατρικής Αποκατάστασης και (δ) Κέντρα Διήμερης-Ημερήσιας Φροντίδας.

Η αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ για νοσηλεία σε ιδιωτικό κέντρο ΑΑ καθορίζεται με το ΠΔ 187/2005 ως εξής: (α) Ημερήσιο ειδικό νοσήλιο για εσωτερικούς ασθενείς των ΚΑΑ κλειστής νοσηλείας του άρθρου 15 του ΠΔ 395/1993 (ΦΕΚ 166/Α/1993): 150 €, (β) ημερήσιο ειδικό νοσήλιο για εξωτερικούς ασθενείς του ΚΑΑ ημερήσιας νοσηλείας: 70 €, (γ) νοσήλιο των Κέντρων Διήμερης-Ημερήσιας Φροντίδας

ανάλογα με τη διάρκεια του χρόνου παραμονής των ΑμεΑ στα κέντρα αυτά: για παραμονή-ημερήσια φροντίδα μέχρι 8 ώρες καθορίζεται σε 40 €, ενώ για παραμονή-ημερήσια φροντίδα >8 ωρών σε 50 €.

3. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΔΟΜΗΣ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΝΟΜΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και του υφιστάμενου υγειονομικού χάρτη δεν βρέθηκαν επίσημα στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των κατοίκων του νομού Ρεθύμνου που χρειάζονται ή λαμβάνουν υπηρεσίες αποκατάστασης ούτε για τον μέσο χρόνο νοσηλείας τους.^{24,25} Στον νομό Ρεθύμνου οι δομές με υπηρεσίες για άτομα με αναπηρία είναι το παράρτημα ΑμεΑ (πρώην Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων), στο οποίο στεγάζεται το Δημόσιο Γηροκομείο και το Άσυλο Ανιάτων και το ΚΕΦΙΑΠ, που υπολειτουργεί προς το παρόν.²⁶ Είναι το πρώην ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ, το οποίο βάσει του νόμου 4025/2011 (άρθρο 11, παρ. ζζ) εντάχθηκε διοικητικά και λειτουργικά στο Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου και είναι η μόνη δημόσια δομή αποκατάστασης σε ολόκληρο το νησί της Κρήτης. Η λειτουργία του ΚΕΦΙΑΠ στο Νοσοκομείο Νεάπολης Λασιθίου δεν έχει αρχίσει ακόμη. Στο Ρέθυμνο δεν λειτουργεί ούτε ιδιωτικό κέντρο ΑΑ και οι ανάγκες του πληθυσμού δεν καλύπτονται. Οι ασθενείς μεταβαίνουν αναγκαστικά σε ιδιωτικό κέντρο των Χανίων ή του Ηρακλείου, γεγονός που συνεπάγεται μεγάλη οικονομική επιβάρυνση για τους ίδιους και τον ΕΟΠΥΥ.

Προτείνεται να δημιουργηθεί δομή ΑΑ με ενίσχυση των υπηρεσιών του ΚΕΦΙΑΠ. Να δημιουργηθεί μονάδα κλειστής νοσηλείας για άμεση αποκατάσταση ασθενών μετά από οξεία νόσο ή τραυματισμό (παραπληγία, τετραπληγία, εγκεφαλικό επεισόδιο, κρανιοεγκεφαλική κάκωση κ.ά.) μετά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο. Θα δέχεται επίσης άτομα με χρόνια προβλήματα (νόσος Parkinson, σκλήρυνση κατά πλάκας, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κ.ά.) που δεν έχουν υποβληθεί σε πρόγραμμα αποκατάστασης.

3.1. Υπολογισμός των κατοίκων Ρεθύμνου που χρήζουν αποθεραπείας και αποκατάστασης

Για τον αριθμό των ατόμων που έχουν νοσηλευτεί στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου και για την αιτία εισαγωγής τους αξιοποιήσαμε τη βάση της ΕΛΣΤΑΤ «Εξεληθόντες ασθενείς, κατά κατηγορία νόσων και τόπο μόνιμης κατοικίας», όπου οι νόσοι αναφέρονται αθροιστικά κατά κατηγορίες. Οι κατηγορίες που περιείχαν τα νοσήματα που μας ενδιέφεραν είναι οι νόσοι του νευρικού, του κυκλοφορικού, του αναπνευστικού και του μυοσκελετικού συστήματος, καθώς και

οι κακώσεις-δηλητηριάσεις. Ο αριθμός των ασθενών ανά συγκεκριμένη πάθηση (π.χ. η σκλήρυνση κατά πλάκας, η οποία ανήκει στην κατηγορία παθήσεων του νευρικού ιστού) είναι καταγεγραμμένος στους πίνακες της ΕΛΣΤΑΤ «Αριθμός εξελθόντων ασθενών κατά κατηγορίες νόσων και νόσο»,²⁷ αλλά αφορά στο σύνολο του πληθυσμού. Ο συνολικός πληθυσμός της Ελλάδας σύμφωνα με την απογραφή του 2011 είναι 10.815.000 άτομα, ενώ του νομού Ρεθύμνου 85.600 άτομα. Η αναλογία είναι 1/126. Μια ορθολογική προσέγγιση υπολογισμού του αριθμού των ασθενών στον νομό Ρεθύμνου είναι ο πολλαπλασιασμός του πανελλαδικού αριθμού ασθενών με τον συντελεστή 1/126. Επιπρόσθετα, μια προσεκτική μελέτη των στοιχείων της ΕΛΣΤΑΤ «Εξελθόντες ασθενείς, κατά κατηγορία νόσων και τόπο μόνιμης κατοικίας» αποκαλύπτει ότι ο αριθμός των ασθενών ανά κατηγορία νόσων δεν αντιπροσωπεύει τον πληθυσμό του Ρεθύμνου (π.χ. στα νοσήματα του αναπνευστικού ο αναμενόμενος αριθμός ήταν μικρότερος από τον πραγματικό, ενώ συμβαίνει το αντίθετο στα νοσήματα του κυκλοφορικού). Στους πίνακες 2 και 3 παρουσιάζονται τα παραπάνω στοιχεία και εξάγεται ο μέσος όρος για μια πενταετία (2008–2012), ώστε να επιτευχθεί η μεγαλύτερη ακρίβεια των αποτελεσμάτων.

Η μεγάλη διαφορά ανάμεσα στον αναμενόμενο και στον πραγματικό αριθμό ασθενών (κατηγορία 1 του πίνακα 3) θα πρέπει να αποδοθεί στη διαφορά που υφίσταται στον αριθμό των ατόμων τα οποία χειρουργούνται για καταρ-

ράκτη ανάμεσα στα μεγάλα αστικά κέντρα και στις μικρές πόλεις. Σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη οι ασθενείς με νόσους της κατηγορίας 1 αντιστοιχούν στο 2% του πληθυσμού ετησίως, ενώ σε απομονωμένες περιοχές χωρίς μεγάλα νοσοκομεία, όπως στην περιφέρεια νοτίου Αιγαίου (Κυκλάδες και Δωδεκάνησα), σε 1%. Για τον λόγο αυτόν χρησιμοποιήσαμε ως πληθυσμό αναφοράς για τα νοσήματα της κατηγορίας 1 τον αριθμό 1.717 (πίν. 3).

Για να είναι τα στοιχεία πιο κοντά στην πραγματικότητα έγινε αναγωγή τους σε δύο φάσεις. Στην πρώτη φάση υπολογίστηκε το ποσοστό εμφάνισης της συγκεκριμένης νόσου σε σχέση με την κατηγορία στην οποία ανήκει. Για παράδειγμα, από τους 303.000 ασθενείς με νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (πίν. 2) οι 9.950 έπασχαν από ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο (πίν. 4), δηλαδή ποσοστό 3,28%. Στη δεύτερη φάση το ανωτέρω ποσοστό πολλαπλασιάστηκε με τον αριθμό των ασθενών του νομού Ρεθύμνου που ανήκει στην αντίστοιχη κατηγορία νόσων. Συγκεκριμένα, πολλαπλασιάστηκε το ποσοστό 3,28% με τον αριθμό 1.926 (μέσος όρος εξερχομένων κατοίκων του νομού Ρεθύμνου με παθήσεις του κυκλοφορικού για τα έτη 2008–2012). Στη συνέχεια, υπολογίστηκε ο αριθμός των κατοίκων Ρεθύμνου που νοσηλεύτηκαν για ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο: $1926 \times 3,28\% = 63$ άτομα. Ακολουθώντας αυτή τη μεθοδολογία, όπως φαίνεται στους πίνακες 4 και 5, γίνεται υπολογισμός των δυνητικών ασθενών της υπό σχεδιασμό δομής ΑΑ.

Πίνακας 2. Εξελθόντες ασθενείς πανελλαδικά κατά κατηγορία νόσων που δυνητικά χρήζουν αποκατάστασης.

Κατηγορία νόσου	2008	2009	2010	2011	2012	Μέσος όρος
Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων	214.300	230.400	214.400	217.000	206.000	216.400
Νοσήματα κυκλοφορικού	308.000	307.900	302.100	306.200	291.100	303.000
Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού	97.100	101.500	91.700	90.300	86.500	93.400
Νοσήματα αναπνευστικού	163.800	180.400	169.200	181.400	180.600	175.000
Κακώσεις και δηλητηριάσεις	171.800	169.400	163.500	157.100	158.500	164.000

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ: «Εξελθόντες ασθενείς, κατά κατηγορία νόσων και τόπο μόνιμης κατοικίας». Ίδια επεξεργασία

Πίνακας 3. Εξελθόντες ασθενείς νομού Ρεθύμνου κατά κατηγορία νόσων που δυνητικά χρήζουν αποκατάστασης.

Κατηγορία νόσου	2008	2009	2010	2011	2012	Μέσος όρος	Αναμενόμενος αριθμός αναλογικά με τον πληθυσμό
Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων	953	1.008	889	1.044	997	978	1.717
Νοσήματα κυκλοφορικού	2.144	1.848	2.200	1.704	1.736	1.926	2.405
Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού	752	576	640	584	584	627	741
Νοσήματα αναπνευστικού	1.672	1.552	1.528	1.464	1.880	1.619	1.389
Κακώσεις και δηλητηριάσεις	1.480	1.496	1.368	1.384	1.568	1.459	1.301

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ: «Εξελθόντες ασθενείς, κατά κατηγορία νόσων και τόπο μόνιμης κατοικίας». Ίδια επεξεργασία

Πίνακας 4. Εξεληθόντες ασθενείς πανελλαδικά κατά κατηγορία νόσων που χρήζουν αποκατάστασης.

Έτος	2008	2009	2010	2011	2012	Μέσος όρος
<i>Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων</i>						
Νόσος Parkinson	1.530	1.534	1.520	1428	1.513	1.505
Συγγενείς και εκφυλιστικές παθήσεις ΚΝΣ	7.730	6.320	5.480	5.176	6.008	6.142
Σκλήρυνση κατά πλάκας	4.430	6.430	8.200	7.765	8.138	8.034*
<i>Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος</i>						
Επιζήσαντες από υπαραχνοειδή-ενδοκρανιακή αιμορραγία	4.300	4.530	4.550	5.480-1750	6.150-1.300	4.290**
Επιζήσαντες από ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο	3.670	3.770	4.050	7.230-440	14.330-1.220	9.950**
Επιζήσαντες από άλλα οξέα εγκεφαλικά επεισόδια	28.830	27.300	26.500	22.930-3500	14.430-2.340	15.760**
<i>Νοσήματα του αναπνευστικού</i>						
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	26.600	25.950	26.010	25.110-770	23.280-810	25.390
<i>Νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού</i>						
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	4.750	5.430	5.370	5.170	4.760	5.096
Άλλες αρθροπάθειες	29.450	30.330	26.900	27.000	25.170	27.770
Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα	820	830	960	1.030	904	908
Άλλες παθήσεις της ράχης, ρευματισμός εκτός ράχης	35.000	35.700	31.100	30.900	31.500	32.840
Άλλα νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού	8.490	7.890	7.950	6.190	6.030	7.310
<i>Κακώσεις και δηλητηριάσεις</i>						
Κάταγμα αυχένα και κορμού	9.300	9.800	8.630	9.140	10.200	9.410
Κάταγμα αυχένα του μηριαίου	21.200	22.580	22.460	22.780-600	19.790-680	21.762
Επιζήσαντες από ενδοκρανιακές κακώσεις	9.100	10.630	9.560	9.300-540	6.330-660	7.215**

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ: «Αριθμός εξεληθόντων ασθενών κατά κατηγορίες νόσων και νόσο» και «Εξεληθόντες ασθενείς κατά φύλο, κατηγορία νόσων και έκβαση νοσηλείας». Ίδια επεξεργασία

* Λόγω της σαφώς αυξητικής τάσης της πάθησης, ελήφθησαν υπ' όψη μόνο τα 3 τελευταία έτη

** Σε παθήσεις με θνητότητα >5% αφαιρέθηκε ο αριθμός των θανάτων και υπολογίστηκαν μόνο τα έτη 2011 και 2012, επειδή για τα έτη 2008-2010 δεν υπάρχουν στοιχεία σχετικά με την έκβαση της νόσου
ΚΝΣ: Κεντρικό νευρικό σύστημα

3.2. Υπολογισμός ημερών νοσηλείας και απαιτούμενων κλινών

Σύμφωνα με βιβλιογραφικά δεδομένα,²⁸ το 1/3 των αναπηριών δεν απαιτεί καθόλου αποκατάσταση, το 1/3 χρειάζεται αποκατάσταση στην κοινότητα και μόνο για το 1/3 των ασθενών θα απαιτηθεί αποκατάσταση σε εξειδικευμένο κέντρο. Επομένως, μπορεί να υποτεθεί ότι από τα 1.396 άτομα θα χρειαστούν αποκατάσταση τα $1.396 \times 30\% = 419$ άτομα. Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας δεν προέκυψαν στοιχεία για τον απαιτούμενο χρόνο νοσηλείας σε κέντρο ΑΑ ανά πάθηση. Μπορούν όμως να χρησιμοποιηθούν στοιχεία από τον ενδεικτικό χρόνο νοσηλείας σε κέντρα ΑΑ κλειστής νοσηλείας ανά πάθηση, που προτείνει ο ΕΟΠΥΥ.²⁹ Για τα εγκεφαλικά επεισόδια ο προτεινόμενος χρόνος είναι 45-120 ημέρες ανάλογα με τη βαρύτητα (μέσος όρος: 82,5 ημέρες). Ο υπολογισμός των ημερών νοσηλείας γίνεται στον πίνακα 6.

Η μέση διάρκεια νοσηλείας υπολογίζεται σε $18.372/$

$462 = 39,76$ ημέρες. Σύμφωνα με στοιχεία του ΚΑΤ, η μέση διάρκεια νοσηλείας στο Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης είναι 37,7 ημέρες (Διεύθυνση Πληροφορικής του ΚΑΤ), διάρκεια η οποία προσεγγίζει αυτή που υπολογίστηκε στον πίνακα 6. Για τις ημέρες αυτές θα απαιτηθούν $18.372/365 = 50$ κλίνες κλειστής νοσηλείας με πληρότητα 100%. Για να υπάρξει πληρότητα 80% (0,8), ο αριθμός των κλινών πρέπει να είναι $50/0,8 = 62$ κλίνες. Οι 18.372 ημέρες κλειστής νοσηλείας αποζημιώνονταν ετησίως από τον ΕΟΠΥΥ με 2.755.800 € (18.372×150 €) μέσω της αναδρομικής χρηματοδότησης. Επειδή ο προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ είναι προοπτικός (σφαιρικός), το ετήσιο όριο δαπάνης για υπηρεσίες ΚΑΑ κλειστής περίθαλψης έχει οριστεί πανελλαδικά στα 54.000.000 € για το 2017.³⁰ Αν ισχύει η λογική υπόθεση ότι η χρηματοδότηση γίνεται αναλογικά με τον πληθυσμό, στον νομό Ρεθύμνου (1/126 του συνολικού πληθυσμού) αναλογούν μόλις 404.762 €, ποσό πολύ μικρότερο από τις πραγματικές ανάγκες, οι οποίες είτε παραμένουν ανικανοποίητες είτε ικανοποιούνται με ιδιωτική δαπάνη.

Πίνακας 5. Εξεληθόντες ασθενείς του νομού Ρεθύμνου κατά κατηγορία νόσων που χρήζουν αποκατάστασης.

Νοσήματα	Πανελλαδικός μέσος όρος για τα έτη 2008-2012	Ποσοστό (%) της νόσου σε σχέση με την αντίστοιχη κατηγορία νόσων	Ασθενείς νομού Ρεθύμνου
<i>Νοσήματα του νευρικού συστήματος</i>			
Νόσος Parkinson	1.505	Γίνεται αναγωγή απ' ευθείας με βάση τον πληθυσμό	1.505/126=12
Συγγενείς και εκφυλιστικές παθήσεις ΚΝΣ	6.142		6.142/126=49
Σκλήρυνση κατά πλάκας	8.034		8.034/126=64
<i>Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος</i>			
Επιζήσαντες από υπαραχνοειδή-ενδοκρανιακή αιμορραγία	4.290	1,41	0,0141×1.926=27
Επιζήσαντες από ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο	9.950	3,28	0,0328×1.926=63
Επιζήσαντες από άλλα οξεία νοσήματα αγγείων του εγκεφάλου	15.760	5,2	0,052×1.926=100
<i>Νοσήματα του αναπνευστικού</i>			
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	25.390	14,5	0,145×1.619=235
<i>Νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού</i>			
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	5.096	5,4	0,054×627=34
Άλλες αρθροπάθειες	27.770	29,7	0,297×627=186
Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα	908	1	0,01×627=6
Άλλες παθήσεις της ράχης, ρευματισμός εκτός ράχης	32.840	35,2	0,352×627=220
Άλλα νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού	7.310	7,8	0,078×627=49
<i>Κακώσεις και δηλητηριάσεις</i>			
Κάταγμα αυχένα και κορμού	9.410	6,5	0,065×1.459=94
Κάταγμα αυχένα του μηριαίου	21.762	13,3	0,133×1.459=193
Επιζήσαντες από ενδοκρανιακές κακώσεις, εκτός της διάσεισης	7.215	4,4	0,044×1.459=64
<i>Σύνολο</i>			<i>1.396 άτομα</i>

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ «Αριθμός εξελθόντων ασθενών κατά κατηγορίες νόσων και νόσο» και «Εξεληθόντες ασθενείς κατά φύλο, κατηγορία νόσων και έκβαση νοσηλείας». Ίδια επεξεργασία
ΚΝΣ: Κεντρικό νευρικό σύστημα

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη σύγχρονη κοινωνία των πολιτών τα ΑμεΑ δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως πολίτες δεύτερης διαλογής. Με βάση τη διεθνή και την εθνική νομοθεσία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως πολίτες με ίσα δικαιώματα, αντιμετώπιση που βρίσκει εφαρμογή και στον τομέα της υγείας. Ως άτομα που κινδυνεύουν περισσότερο από απώλεια της υγείας, έχουν ανάγκη πρόσβασης σε δομές οι οποίες θα παρέχουν ενδεδειγμένη θεραπεία και αποκατάσταση, με την αποκατάσταση να αποτελεί το σύνολο των μέτρων που βοηθούν τα ΑμεΑ να επιτύχουν και να διατηρήσουν τη βέλτιστη δυνατή λειτουργικότητα. Η έλλειψη πρόσβασης σε δομές αποκατάστασης επιδεινώνει την υγεία τους και μειώνει το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους.³¹

Θα πρέπει επομένως να αναπτυχθούν εκείνες οι στρατηγικές που θα επιτρέπουν στα ΑμεΑ να αντιμετωπίζουν

αποτελεσματικά τα προβλήματα υγείας τους και να απολαμβάνουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Η δημιουργία δομών οι οποίες θα παρέχουν ολιστική φροντίδα σε ΑμεΑ εξασφαλίζει τις τέσσερις αρχές ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, που είναι η προαγωγή υγείας, η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η καθολική πρόσβαση.³²

Μένουν ωστόσο αρκετές πτυχές οι οποίες θα πρέπει να διερευνηθούν και πολλές διοικητικές και οργανωτικές παράμετροι του θέματος που πρέπει να βελτιωθούν. Η απουσία συστηματικής και αναλυτικής καταγραφής λειτουργικών δεικτών (π.χ. μέσης διάρκειας νοσηλείας κ.ά.) ανά τύπο αναπηρίας, ανά κλινική και φορέα είναι μία από αυτές. Επίσης, απαιτείται λεπτομερέστερη καταγραφή των ΑμεΑ προκειμένου να υπολογιστούν με ασφάλεια οι αριθμοί τους και να σχεδιαστούν με ακρίβεια οι κατάλληλες πολιτικές και πρακτικές όσον αφορά στη φροντίδα υγείας τους. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην έρευνα σχετικά με

Πίνακας 6. Υπολογισμός ημερών κλειστής νοσηλείας σε Κέντρο Αποθεραπείας-Αποκατάστασης (ΚΑΑ).

Νοσήματα	Αριθμός ασθενών	Ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας σε ΚΑΑ	Ημέρες νοσηλείας
<i>Νοσήματα του νευρικού συστήματος</i>			
Νόσος Parkinson	12	12/3=4	4×30=120
Συγγενείς και εκφυλιστικές παθήσεις ΚΝΣ	49	49/3=16	16×30=480
Σκλήρυνση κατά πλάκας	64	64/3=21	21×45=945
<i>Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος</i>			
Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	190 (το σύνολο των νοσημάτων της κατηγορίας 2)	190/3=63	63×82,5=5.197
<i>Νοσήματα του αναπνευστικού</i>			
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	235	235/3=78	78×15=1.170
<i>Νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού</i>			
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	40	40/3=13	13×25=325
Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα			
Άλλες αρθροπάθειες, παθήσεις της ράχης, ρευματισμός εκτός ράχης, άλλα νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού	455	455/3=151	151×15=2.265
<i>Κακώσεις και δηλητηριάσεις</i>			
Κάταγμα αυχένα και κορμού	94	94/3=31	31×90=2.790
Κάταγμα αυχένα του μηριαίου	193	193/3=64	64×40=2.560
Επιζήσαντες από ενδοκρανιακές κακώσεις, εκτός της διάσεισης	64	64/3=21	21×120=2.520
<i>Σύνολο</i>		<i>462 άτομα</i>	<i>18.372 ημέρες</i>

ΚΝΣ: Κεντρικό νευρικό σύστημα

τις ανάγκες για ολιστική θεραπεία των ΑμεΑ και να προωθηθεί με πληρέστερο τρόπο η ενημέρωση της κοινής γνώμης όσον αφορά στην αναπηρία. Τέλος, να διερευνηθεί

η δυνατότητα σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα προς όφελος των ΑμεΑ.²

ABSTRACT

Operational proposal for the creation of a recovery-rehabilitation facility: The Rehabilitation Center in the prefecture of Rethymnon

E. TSOUKNAKI,¹ A.E. RAPTIS,² C.G. PLATIS¹

¹School of Political Sciences, Hellenic Open University, Patra, ²Department of Economics, School of Economics and Political Sciences, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2020, 37(2):257–266

Persons with disabilities are a disparate group of the population with special healthcare needs. Rehabilitation services are intended to improve or reinstate the functionality of patients and enable them to achieve social reintegration. The provision of adequate healthcare and rehabilitation services improves their quality of life, increases their independence and is cost-effective for the health system and for society. A short presentation is made here of the rehabilitation sector in Greece, with a review of the legislative framework. This study aims to estimate the needs for rehabilitation services of the population of Rethymnon, in order to plan the establishment of an operational rehabilitation setting. Data were retrieved on inpatient care from the Hellenic Statistical Authority (ELSTAT), and indicative times of hospitalization per dysfunction category were analyzed, based on which the needs were deduced for the popu-

lation of Rethymnon as a whole. This was carried out because of the lack of official statistics for persons who need or who have received rehabilitation services. In this way, the needs for rehabilitation services can be estimated with reasonable accuracy, despite the lack of an official registry. The results showed that the present funding mechanism of the National Health Service, ΕΟΡΥΥ, is far behind the current needs for rehabilitation. It is apparent that more detailed recording of disabled people and care indicators with respect to the type of disability is needed. These are the only rational and validated methods on which it is possible to design the appropriate policies, facilities and practices for persons with disabilities.

Key words: Operational planning, Persons with disabilities, Rehabilitation center, Rehabilitation services

Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The international classification of functioning, disability and health (ICF). WHO Press, Geneva, 2001
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on disability 2011. WHO Press, Geneva, 2011
3. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Ειδική έρευνα για τα άτομα με προβλήματα υγείας ή αναπηρία (ad hoc 2002)/2007. Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SJO12/>
4. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Ειδική έρευνα για την απασχόληση των ατόμων με προβλήματα υγείας (ad hoc 2011)/2011. Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SJO24/>
5. EUROPEAN COMMISSION. Employment, social affairs & inclusion – Persons with disabilities. Available at: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1137&langId=en>
6. STUCKI G, STIER-JARMER M, GRILL E, MELVIN J. Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disabil Rehabil* 2005, 27:353–359
7. TOMLINSON CL, PATEL S, MEEK C, HERD CP, CLARKE CE, STOWE R ET AL. Physiotherapy versus placebo or no intervention in Parkinson's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, 9:CD002817
8. KHAN F, TURNER-STOKES L, NG L, KILPATRICK T. Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, 2:CD006036
9. LEGG L, DRUMMOND A, LEONARDI-BEE J, GLADMAN JRF, CORR S, DONKERVOORT M ET AL. Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: Systematic review of randomized trials. *Br Med J* 2007, 335:922
10. QUINN TJ, PAOLUCCI S, SUNNERHAGEN KS, SIVENIUS J, WALKER MF, TONI D ET AL. Evidence-based stroke rehabilitation: An expanded guidance document from the European Stroke Organization (ESO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *J Rehabil Med* 2009, 41:99–111
11. YARKONY GM, ROTH EJ, MEYER PR Jr, LOVELL L, HEINEMANN AW, BETTS HB. Spinal cord injury care system: Fifteen-year experience at the Rehabilitation Institute of Chicago. *Paraplegia* 1990, 28:321–329
12. ROBERTS G, HOWARD K, SPITTLE AJ, BROWN NC, ANDERSON PJ, DOYLE LW. Rates of early intervention services in very preterm children with developmental disabilities at age 2 years. *J Paediatr Child Health* 2008, 44:276–280
13. CROCKER T, FORSTER A, YOUNG J, BROWN L, OZER S, SMITH J ET AL. Physical rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, 2:CD004294
14. SCHERER MJ. Assessing the benefits of using assistive technologies and other supports for thinking, remembering and learning. *Disabil Rehabil* 2005, 27:731–739
15. HATEM SM, SAUSSEZ G, DELLA FAILLE M, PRIST V, ZHANG X, DISPA D ET AL. Rehabilitation of motor function after stroke: A multiple systematic review focused on techniques to stimulate upper extremity recovery. *Front Hum Neurosci* 2016, 10:442
16. AGREE EM, FREEDMAN VA. A comparison of assistive technology and personal care in alleviating disability and unmet need. *Gerontologist* 2003, 43:335–344
17. ZAIDI A, BURCHARDT T. Comparing incomes when needs differ: Equivalization for the extra costs of disability in the UK. *Review of Income and Wealth* 2005, 51:89–114
18. BRAITHWAITE J, MONT D. Disability and poverty: A survey of World Bank poverty assessments and implications. *Alter* 2009, 3:219–232
19. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Β. Οργάνωση, λειτουργία και πιστοποίηση υπηρεσιών αποκατάστασης αναπήρων. Διπλωματική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2004
20. ΝΟΜΟΣ 4109/2013. Κατάργηση και συγχώνευση νομικών προσώπων του Δημοσίου και του ευρύτερου δημόσιου τομέα – Σύσταση Γενικής Γραμματείας για το συντονισμό του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. Άρθρο 9: Συγχώνευση Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας (ΜΚΦ) σε συνιστώμενα ανά Περιφέρεια, νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου. ΦΕΚ 16/Α/23.1.2013
21. ΝΟΜΟΣ 3106/2003. Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 30/Α/10.2.2003
22. ΝΟΜΟΣ 4025/2011. Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση ΕΣΥ και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 228/Α/2.11.2011
23. ΝΟΜΟΣ 2072/1992. Ρύθμιση επαγγέλματος ειδικού τεχνικού προθετικών και ορθωτικών κατασκευών και λοιπών ειδών αποκατάστασης και άλλες διατάξεις. Άρθρο 10: Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης. ΦΕΚ 125/Α/23.7.1992
24. 7Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ. Χάρτης υγείας της 7ης ΥΠΕ. Διαθέσιμο στο: <https://www.hc-crete.gr/>
25. 7Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ. Ιστορικά στοιχεία κόστους-πα-

- ραγωγής νοσοκομείων της Κρήτης. Διαθέσιμο στο: <https://www.hc-crete.gr/>
26. GOODNET.gr. Ενεργοποιείται η διαδικασία για παροχή νοσηλείας στο ΚΕΦΙΑΠ. Διαθέσιμο στο: <https://www.goodnet.gr/news-item/energoipoitai-i-diadikasia-gia-parochi-nosileias-sto-kefiap.html>
 27. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Κλειστή νοσοκομειακή περίθαλψη (εξερχόμενοι ασθενείς). ΕΛΣΤΑΤ, 2013. Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE12/>
 28. KUMAR SG, ROY G, KAR SS. Disability and rehabilitation services in India: Issues and challenges. *J Family Med Prim Care* 2012, 1:69–73
 29. EUROMEDICA. Ενδεικτικός χρόνος νοσηλείας σε κλειστά κέντρα αποθεραπείας-αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας, ανά πάθηση. Διαθέσιμο στο: http://www.euromedica-arogi.gr/_files/PDF-DOCUMENTS/
 30. ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ, ΑΡΙΘΜ. Γ3γ/37400. Επιτρεπόμενα όρια δαπανών του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) για παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους και για παροχή ιατροτεχνολογικών προϊόντων και συμπληρωμάτων ειδικής διατροφής από συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ κατασκευαστές, εισαγωγείς, διανομείς/προμηθευτές, έτους 2017. ΦΕΚ 1752/Β/22.5.2017
 31. DARZI AJ, OFFICER A, ABUALGHAIB O, AKL EA. Stakeholders' perceptions of rehabilitation services for individuals living with disability: A survey study. *Health Qual Life Outcomes* 2016, 14:2
 32. HAVERCAMP SM, SCANDLIN D, ROTH M. Health disparities among adults with developmental disabilities, adults with other disabilities, and adults not reporting disability in North Carolina. *Public Health Rep* 2004, 119:418–426
 33. GUTENBRUNNER C, BICKENBACH J, MELVIN J, LAINS J, NUGRAHA B. Strengthening health-related rehabilitation services at national level. *J Rehabil Med* 2018, 50:317–325
 34. NATIONAL HEALTH SERVICE. Commissioning guidance for rehabilitation. Available at: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/rehabilitation-comms-guid-16-17.pdf>
 35. FRONTERA W, BEAN J, DAMIANO D, EHRlich-JONES L, FRIED-OKEN M, JETTE A ET AL. Rehabilitation research at the National Institutes of Health: Moving the field forward. *Am J Occup Ther* 2017, 71: 7103320010P1–7103320010P123
 36. LONG AF, KNEAFSEY R, RYAN J, BERRY J. The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *J Adv Nurs* 2002, 37:70–78

Corresponding author:

C.G. Platis, 211 Piraeus street, 177 78 Tavros, Greece
e-mail: charisplatis@gmail.com