
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

Εκτίμηση Κόστους στις κατ'οικον ιατρικές υπηρεσίες

Αλούρδας Κυριάκος Γεώργιος

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

Πειραιάς, 2020

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

Εκτίμηση Κόστους στις κατ'οικον ιατρικές υπηρεσίες

Αλούρδας Κυριάκος Γεώργιος, Α.Μ.: ΟΔΥ/1702

Επιβλέπων: Ευάγγελος Σαμπράκος Καθηγητής Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2020

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

Home care medical services cost estimation

Alourdas Kyriakos Georgios

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

Piraeus, Greece, 2020

Στην αδερφή μου που με βοήθησε στην συλλογή των δεδομένων

Ευχαριστίες

Στα πλαίσια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την οικογένεια μου και τους καθηγητές μου για την ηθική υποστήριξη τους και την καθοδήγηση. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω για την παροχή των πληροφοριών τα νοσηλευτικά ιδρύματα και οργανισμούς.

Κόστος στις κατ'οικον ιατρικές υπηρεσίες

Σημαντικοί Όροι: κατ'οίκον νοσηλεία, νοσήλια, νοσηλευτικά ιδρύματα

Περίληψη

Η κατ'οίκον νοσηλεία εξελίσσεται εδώ και αρκετό καιρό, αναπτύσσεται γρήγορα ενώ ενσωματώνει πολλές νέες υπηρεσίες. Αν και είναι καλά εδραιωμένη στις ανεπτυγμένες χώρες, τέτοια φροντίδα σπάνια υπάρχει στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Τα πλεονεκτήματα της κατ'οίκον νοσηλείας είναι πολλά με βασικό αυτό της μείωσης του κόστους και της άνεσης που προσφέρει στο ίδιο τον ασθενή. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η σύγκριση του κόστους της κατ'οίκον νοσηλείας και του κόστους με βάση τα νοσήλια σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Η παρούσα σύγκριση αφορά τη λήψη αερίων αίματος, και τη διαδικασία σίτισης με ρινογαστρικό σωλήνα (levine) και τη σίτιση ενδοφλεβίως. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με αυτά της βιβλιογραφίας σύμφωνα με τα οποία η κατ'οίκον νοσηλεία έχει χαμηλότερο κόστος σε σύγκριση με την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία γεγονός που θα αποφορτίσει οικονομικά το κράτος, το φόρτο εργασίας στα νοσηλευτικά ιδρύματα καθώς και θα υπηρετεί οικονομικότερα, ορθότερα και πιο εξατομικευμένα τις ανάγκες των ασθενών.

Home care medical services cost

Keywords: home health care, cost of hospitalization, hospitals

Abstract

Home Health Care is continuously evolving and meanwhile it involves new other services. Despite the fact that home health care is well established in developed countries, such kind of health care is rare in the developing world. The advantages of home health care is of great number and the most important is this which is related to the reduction of cost and the comfort of the patients. The aim of the present paper is the comparison of the cost between this of the hospitals and the home care services. This comparison is made for activities such as taking blood saturation, feeding through the nasogastric tube (levine) and feeding through the veins. The findings of the present study are in line with those of the literature according to which home care has a lower cost compared to inpatient care, which will financially discharge the state, the workload in hospitals and will serve more economically, more correctly and more individualized patient needs.

Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – Η Κατ’οίκον Φροντίδα	3
1.1 Ορισμός & Επιδιώξεις	3
1.2 Ιστορική Αναδρομή	6
1.3 Η κατ’οίκον νοσηλεία στο εξωτερικό & στην Ελλάδα.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Η ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ	19
2.1 Η Διεπιστημονική Ομάδα & οι Διαγνωστικές Διαδικασίες.....	19
2.2 Τα Πλεονεκτήματα & τα Μειονεκτήματα Κατ’ Οίκον Νοσηλείας.....	21
2.3 Δυσκολίες στην Εφαρμογή της Κατ’ οίκον Νοσηλείας	22
2.4 Βασικές Αρχές Δεοντολογίας στην κατ’ οίκον νοσηλεία	23
2.5 Η σχέση επαγγελματιών υγείας & ο ρόλος της οικογένειας στην Κατ’ οίκον Νοσηλεία.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – Η ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ & ΟΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	29
3.1 Κατηγορίες Ασθενών για Κατ’ Οίκον Νοσηλεία	29
3.2 Οι Ηλικιωμένοι Ασθενείς	30
3.2.1 Παρηγορητική φροντίδα	30
3.2.2 Ψυχιατρικά νοσήματα	31
3.2.3 Σακχαρώδης διαβήτης.....	31
3.2.4 Καρκίνος	31
3.2.5 Καρδιακή ανεπάρκεια	31
3.2.6 Η Νόσος Alzheimer	32
3.2.7 Κινητικά προβλήματα	32
3.3 Παιδιατρική Κατ’οικον Νοσηλεία	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	35
ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ & ΠΟΙΟΤΗΤΑ	35
4.1 Κόστος & Ποιότητα.....	35
4.2 Συμβολή στο σύστημα υγείας.....	36
4.3 Ασφάλεια & ποιότητα στην κατ’ οίκον φροντίδα υγείας	37
4.4 Βαθμός Ικανοποίησης Ασθενών από την Κατ’ οίκον Νοσηλεία.....	38
4.5 Το κόστος της κατ’ οίκον νοσηλείας	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	41
ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΚΑΤ’ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	41
5.1 Τάσεις που επηρεάζουν το μέλλον της κατ’ οίκον νοσηλείας.....	41
5.2 Πρόταση Αξίας για το Παρόν & το Μέλλον	42

5.3 Σημαντικές Ανάγκες & Βήματα Ανάπτυξης για το Μέλλον	44
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	49
1. Ο Σκοπός & η Σημασία της Έρευνας	49
2. Η μεθοδολογία της έρευνας.....	49
3. Αποτελέσματα.....	49
4. Συμπεράσματα – Προτάσεις	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	53
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	53
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	54
ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ	61

Κατάλογος Πινάκων

Κόστος Παροχής	50
Κόστος ΚΕΝ	50

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα για πολλά χρόνια εθεωρείτο ο ιδανικότερος χώρος και το πιο κατάλληλο περιβάλλον για την παροχή φροντίδας υγείας σε ασθενείς οι οποίοι πάσχουν κυρίως από χρόνιες νόσους. Τα τελευταία χρόνια, με την πάροδο των ετών, το μοντέλο αυτό περίθαλψης έχει αμφισβητηθεί με αποτέλεσμα την ανάπτυξη νέων τρόπων διαχείρισης των ασθενών.

Ο λόγος της αμφισβήτησης αυτής είναι τα αποτελέσματα ερευνών που αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο ανεπιθύμητων καταστάσεων, κατά τη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής φροντίδας τους, όπως οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, η οξεία σύγχυση, οι κατακλίσεις και η αύξηση της θνησιμότητας, όλες αυτές οι καταστάσεις επιβάρυνουν κατά πολύ τα συστήματα υγείας (Corrado, 2001; Leff, 2001).

Με δεδομένη τη διαπίστωση αυτή, πολλά κράτη διερεύνησαν λεπτομερώς εναλλακτικές λύσεις όσο αφορά την ενδονοσοκομειακή φροντίδα, λόγω της αύξησης του κόστους και της πεποίθησης ότι η ενδονοσοκομειακή φροντίδα δεν επιφέρει θετικά αποτελέσματα σε ορισμένους ασθενείς. Οι πιο σύγχρονες τάσεις που αφορούν την φροντίδα υγείας ωθούν στην υιοθέτηση εναλλακτικών μεθόδων όπως την κατ'οίκον νοσηλεία με τη χρήση της τεχνολογίας.

Είναι πλέον ξεκάθαρο ότι ο 21ος αιώνας ήδη φαίνεται ότι δημιουργεί ένα εξαιρετικά διαφοροποιημένο περιβάλλον επαγγελματικής δραστηριότητας και έναν νέο τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν ιατρός και ασθενής. Σύμφωνα με την American Nurses Association (ANA) η κατ'οίκον νοσηλεία ορίζεται ως η παροχή ιατρικής φροντίδας σε ασθενείς με χρόνιες ή οξείες παθήσεις, υγιή άτομα αλλά και σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο νόσου (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αδαμακίδου, 2014).

Συνεπώς, η κατ'οίκον νοσηλεία απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας και ψυχολογικής ή/και οργανικής κατάστασης και αποτελεί μια ολόκληρη φιλοσοφία στον τομέα της περίθαλψης και της υγείας λαμβάνοντας υπόψη

όλους τους παράγοντες που ενδέχεται να προκαλέσουν μεταβολές στην υγεία των ατόμων όπως οι οικονομικοί, οι περιβαλλοντικοί, οι ατομικοί και οι πολιτισμικοί παράγοντες (Ewen & Nies, 2008; Stanhope & Lancaster, 2009).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η σύγκριση του κόστους της κατ'οίκον νοσηλείας και του κόστους με βάση τα νοσήλια σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Η παρούσα σύγκριση αφορά τη λήψη πίεσης, θερμοκρασίας, σφυγμών και κορεσμού αίματος Εκτίμηση καταστάσης θρέψης και σύστασης σώματος, την λήψη αίματος για εξετάσεις και τη διαδικασία σίτισης με ρινογαστρικό σωλήνα (levine).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – Η Κατ'οίκον Φροντίδα

1.1 Ορισμός & Επιδιώξεις

Η κατ'οίκον νοσηλεία αφορά ασθενείς κάθε ηλικίας των οποίων η υγεία τούς επιτρέπει να έχουν από την αρχή ή να εξακολουθήσουν τη νοσηλεία τους στον χώρο τους εκτός νοσηλευτικών μονάδων. Αφορά ασθενείς με χρόνιες ή οξείες παθήσεις σε οργανική και ψυχολογική κατάσταση. Οι βασικότεροι λόγοι για τους οποίους εφαρμόζεται η κατ'οίκον νοσηλεία είναι οι ακόλουθοι (Καλοκαιρινού et al., 2014):

- Πρόληψη και προαγωγή υγείας: ο συγκεκριμένος λόγος αφορά την πρόληψη των καταστάσεων, όπως οι κατακλίσεις και οι τραυματισμοί και η υποστήριξη των οικογενειών.
- Αποκατάσταση και θεραπεία για ασθενείς που έχουν ανάγκη μετεγχειρητική φροντίδα, περιποίηση κατάκλισης ή και εγκεφαλικά επεισόδια.
- Εκπαίδευση και συμβουλευτική για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, την ατομική υγιεινή των ασθενών και την ψυχολογική υποστήριξη αυτών και των οικογενειών τους.
- Προαγωγή αυτοδιαχείρισης και αυτοφροντίδας σε όσα νοσήματα είναι χρόνια και η αυτονομία είναι βασική για τους ασθενείς.
- Εξασφάλιση ή παροχή ποιοτικής φροντίδας των ηλικιωμένων.
- Η παρουσίαση των τεχνικών και διαχειριστικών μέσων, υλικού και λογισμικού, τα οποία υποστηρίζουν την προσαρμογή ενός αρχαίου ιατρικού τελετουργικού και ενός παραδοσιακού τρόπου παρέμβασης, στις ανάγκες της παροχής υπηρεσιών υγείας στη σύγχρονη εποχή.

Όσον αφορά στη λήψη ιατρικής απόφασης κατά τη διάρκεια της κατ'οίκον επίσκεψης, πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη ότι κάθε δραστηριότητα εμπεριέχει τη λήψη απόφασης, οι αποφάσεις είναι βασικές συνιστώσες της επιστημονικής, επαγγελματικής και ιδιωτικής ζωής. Τα περιστατικά που καλείται να αντιμετωπίσει ο Γενικός ιατρός στην κατ'οίκον νοσηλεία είναι (Καλοκαιρινού και σύν., 2015):

- Επείγουσες καταστάσεις που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα πριν τη μεταφορά τους σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

- Σε περιστατικά που ήδη βρίσκονται υπό παρακολούθηση μετά από εκτεταμένες ιατρικές παραβάσεις.
- Σε χρόνιες περιπτώσεις ή σε ασθενείς σε αποκατάσταση αλλά και σε περιπτώσεις νοσημάτων τελικού σταδίου σε παρηγορητική θεραπεία.

Μέσα στο σύνολο των προκλήσεων που καλείται να αντιμετωπίσει ο ιατρός στην κατ' οίκον νοσηλεία είναι η λήψη αποφάσεων για κάθε ασθενή λαμβάνοντας υπόψη και ηθικές παραμέτρους. Το καθήκον του είναι η διάγνωση σε περίπλοκες καταστάσεις, η παροχή φαρμακευτικής αγωγής και η επιλογή παραπομπής του ασθενή στο νοσοκομείο. Η διαδικασία αποτελείται από τις ακόλουθες ενέργειες (Κυριακίδου, 2005):

- Μια πολυπλοκότητα δεδομένων σχετικά με τη φυσική κατάσταση του εκάστοτε ασθενή από διαγνωστικές in vivo διαδικασίες.
- Η μεθοδολογία αποτίμησης για ασφαλή συμπεράσματα.

Τα δεδομένα προς επεξεργασία έχουν διαφορετικό ειδικό βάρος και προέλευση για τη διαδικασία της διάγνωσης. Συνεπώς, ο ιατρός κατά την επίσκεψη θα πρέπει να έχει πρόσβαση σε αυτά με τη χρήση συγκεκριμένων συσκευών για τη διάγνωση και τη θεραπεία για να αποτραπεί οποιαδήποτε μη αναστρέψιμη βλάβη στους ασθενείς. Η περιορισμένη έκταση και η ειδική φύση των δεδομένων που χρησιμοποιούνται, όπως και η αρμόζουσα διαδικασία λήψης απόφασης, οδηγούν στην υιοθέτηση διαδικασιών υποστηριζόμενων από συσκευές και τυποποιημένες κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα (Dailey & Newfield, 2005).

Τα περιστατικά κατ' οίκον παρακολούθησης και νοσηλείας ασθενών περιλαμβάνουν συνήθως πρόσωπα που έχουν πάρει εξιτήριο από μια νοσηλευτική μονάδα μετά από ιατρικές παρεμβάσεις για μερικές ημέρες ή και μήνες. Μια δέσμη αποφάσεων πριν και μετά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο, οι οποίες ενδέχεται να είναι οι ακόλουθες (Καλοκαιρινού και σύν., 2014):

- Η επιλογή του ασθενή που μπορεί να δεχτεί κατ' οίκον νοσηλεία υπό την επίβλεψη ιατρού.
- Η δημιουργία και η εφαρμογή στρατηγικής κατ' οίκον νοσηλείας.
- Η εκτίμηση δεδομένων.

- Η αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσιμων κατά την κατ'οίκον νοσηλεία.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι αυτή η ποικιλία αποφάσεων δημιουργεί πολλά διλήμματα στον ιατρό σε κάθε στάδιο της νοσηλείας γιατί αφορούν τη διαχείριση και την επιτήρηση μιας μακροχρόνιας αγωγής. Ο σκοπός της παρηγορητικής θεραπείας είναι η ανακούφιση των ασθενών για τη βελτίωση του ίδιου και της οικογένειάς του. Βασίζεται σε προσέγγιση και εστιάζει στις πρακτικές και ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών γεγονός που αποτελεί το κυριότερο καθήκον των ασθενών. Στην περίπτωση αυτή ο ιατρός πρέπει να διαφωτίσει τη στάση του ασθενούς για την ποιότητα ζωής, αναγνωρίζοντας εγκαίρως τις οριακές συνθήκες κάτω από τις οποίες ο ασθενής θεωρεί μη ανεκτή την παράταση της ζωής του. Πρέπει επίσης να εκτιμήσει τις συνθήκες ασφάλειας για τον ασθενή στο σπίτι και να εντοπίσει τις απαιτήσεις υποστήριξης αυτών που τον φροντίζουν (Morrison & Meier, 2004).

Η προσαρμογή της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στις ανάγκες της κατ'οίκον επίσκεψης και οι σύγχρονες διαγνωστικές διαδικασίες, που ενσωματώνουν τη χρήση της, είναι σήμερα άρρηκτα συνδεδεμένες με την εξέλιξή της. Οι διαδικασίες αυτές περιλαμβάνουν τη συλλογή διαγνωστικών πληροφοριών και την αποτίμηση και εκτίμηση του εκάστοτε ασθενή. Η πρώτη πλευρά, αυτή της συλλογής διαγνωστικών πληροφοριών, περιλαμβάνει κλινικές πληροφορίες, οι οποίες μπορούν να αντληθούν από τις παρακάτω πηγές (Αποστολάκης, 2002):

- Από το ιστορικό των ασθενών από τη φυσική τους εξέταση.
- Από in vivo διαγνώσεις που παρέχουν βιοσήματα.
- Η μέτρηση βιολογικών παραμέτρων σε μεθόδους in vitro.
- Απεικονιστικές μέθοδοι για την άντληση πληροφοριών σχετικών με τη λειτουργία και τη μορφολογία των οργάνων και του ανθρώπινου σώματος.

Είναι γεγονός ότι κατά την κατ'οίκον επίσκεψη ο ιατρός μπορεί να έχει πρόσβαση σε εξοπλισμό αρκετά περιορισμένο, σε σύγκριση με αυτόν που θα μπορούσε να διαθέτει σε μία αντίστοιχη περίπτωση νοσηλείας σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα. Ο εξοπλισμός αυτός μπορεί να του εξασφαλίσει τη λήψη λιγότερων όμως αξιόπιστων και επαρκών ιατρικών δεδομένων, τα οποία σε συνδυασμό με τη διαγνωστική αίσθησή του, η οποία

σχετίζεται άμεσα με την εμπειρία του, οδηγούν σε σωστές διαγνώσεις και θεραπευτικές αγωγές (Αποστολάκης, 2002).

1.2 Ιστορική Αναδρομή

Είναι πλέον ξεκάθαρο ότι ο 21ος αιώνας ήδη φαίνεται ότι δημιουργεί ένα εξαιρετικά διαφοροποιημένο περιβάλλον επαγγελματικής δραστηριότητας και έναν νέο τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν ιατρός και ασθενής. Σύμφωνα με την American Nurses Association (ANA) η κατ'οίκον νοσηλεία ορίζεται ως η παροχή ιατρικής φροντίδας σε ασθενείς με χρόνιες ή οξείες παθήσεις, υγιή άτομα αλλά και σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο νόσου (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου-Αδαμακίδου, 2014).

Συνεπώς, η κατ'οίκον νοσηλεία απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας και ψυχολογικής ή/και οργανικής κατάστασης και αποτελεί μια ολόκληρη φιλοσοφία στον τομέα της περίθαλψης και της υγείας, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους παράγοντες που ενδέχεται να προκαλέσουν μεταβολές στην υγεία των ατόμων, όπως οι οικονομικοί, οι περιβαλλοντικοί, οι ατομικοί και οι πολιτισμικοί παράγοντες (Ewen & Nies, 2008; Stanhope & Lancaster, 2009).

Πολλούς αιώνες πριν, στην Αρχαία Ελλάδα, η κοινοτική υγεία δεν ήταν τόσο διαδεδομένη σε σύγκριση με την ατομική με την εφαρμογή πρακτικών κατ'οίκον για να μπορέσουν να εξασφαλίσουν ποιότητα ζωής. Αλλά και μέσα στους αιώνες ακόμα και τα θρησκευτικά κινήματα και οι θρησκείες πρέσβευαν την κατ'οίκον νοσηλεία και φροντίδα των ασθενών. Ακολούθως στα μετέπειτα χρόνια, κατά τον αμερικανικό αποικισμό, οι γυναίκες – νοικοκυρές υπηρετούσαν την κατ'οίκον φροντίδα, ομοίως με την Ευρώπη (Johnson et.al., 2008).

Τον 19ο αιώνα όμως κρίθηκε απαραίτητη η μεταβολή του παραδοσιακού αυτού μοντέλου γιατί ο πληθυσμός της Αμερικής αυξήθηκε ταχύτητα. Συνεπώς, το βρετανικό μοντέλο φροντίδας υγείας άσκησε τεράστια επιρροή στους Αμερικάνους πολίτες. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Florence Nightingale, μιας σημαντικής

παρουσίας στην ιστορία της νοσηλευτικής, η οποία είχε όραμα το οποίο κατάφερε να πραγματοποιήσει. Κατάφερε να αλλάξει τη μέχρι τότε φιλοσοφία για τη νοσηλευτική φροντίδα που παρεχόταν από ανειδίκευτες νοικοκυρές και έκανε τη νοσηλευτική, επιστήμη. Η νοσηλευτική φροντίδα θα παρεχόταν πλέον μόνο από πτυχιούχους νοσηλευτές. Η Florence Nightingale εργάστηκε κοντά στον πάστορα Fliender και μαζί εφάρμοσαν το μοντέλο της συνοικιακής νοσηλευτικής, η οποία αργότερα οδήγησε στην ιδέα της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας (Johnson et.al., 2008).

Οι νοσηλεύτριες στον ιδιωτικό τομέα έμεναν μαζί με τις οικογένειες που φρόντιζαν και το κόστος ήταν υψηλό με αποτέλεσμα να μπορούν να ανταποκριθούν μόνο οι εύποροι πολίτες της εκάστοτε κοινότητας. Αργότερα όμως η κατ' οίκον φροντίδα διαμορφώθηκε έτσι ώστε να καλύπτει κατά το δυνατό όλη την κοινότητα και να είναι πιο οικονομικά προσιτή. Τελικά, ιδρύθηκαν δομές επισκεπτών νοσηλευτών. Οι επισκέπτες νοσηλευτές φρόντιζαν πλήθος οικογενειών ανά ημέρα και οι υπηρεσίες που παρείχαν ήταν πιο αποδοτικές, πιο οικονομικές αλλά και πιο οργανωμένες εξαιτίας της σύστασης των πρώτων δομών τοπικής αυτοδιοίκησης (Sines et.al., 2011).

Παρόλο που οι κατ' οίκον επισκέψεις ήταν ο πυρήνας της κατ' οίκον νοσηλείας, ο αριθμός και η συχνότητα των επισκέψεων αυτών μειώθηκε κατά πολύ μετά το πέρας του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Από το ποσοστό του 40% στη δεκαετία του '30, ανήλθε στο 0,6% τη δεκαετία του '80, το αντίστοιχο ποσοστό στις ΗΠΑ, και αφορούσε μόνο ηλικιωμένους ασθενείς. Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες η κατ' οίκον νοσηλεία ανακάμπτει δυναμικά παγκοσμίως (Gilman, 2006).

Πιο αναλυτικά, δεδομένα της Αμερικανικής εταιρείας Medicare δείχνουν μια αύξηση σε ποσοστό 37% στη δεκαετία 1995 έως 2005 (Gilman, 2006). Σημαντικές είναι και οι τάσεις οι οποίες παρουσιάζονται και σε άλλες χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, δηλαδή σε χώρες με ποιοτικά συστήματα υγείας, στα οποία οι ασθενείς επιδιώκουν κατ' οίκον επισκέψεις και συμφωνούν οι ιατροί με αυτό, διότι οι επισκέψεις αυτές είναι εξαιρετικά πολύτιμες για τη φροντίδα των ασθενών (Aylin et. al., 1996). Στην Ελλάδα, ενδεικτικά η τάση αυτή είναι αποδεκτή με 100.000 επισκέψεις που έλαβαν χώρα σε διάστημα πέντε ετών στην περιοχή της Αττικής από μια και μόνη ιδιωτική πρωτοβουλία (Peppas et al., 2006).

Θεωρητικά, η εποχή μας δημιουργεί ένα διαφορετικό περιβάλλον αλληλεπίδρασης ασθενή και ιατρού μέσα από τη χρήση της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας σε συνδυασμό με την εύκολη πρόσβαση σε συσκευές που διευκολύνουν την εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας. Η αναβίωση της κατ' οίκον νοσηλείας οφείλεται στην προσαρμογή των ασφαλιστικών ταμείων στα νέα κοινωνικά δεδομένα και στον διαθέσιμο εξελιγμένο εξοπλισμό (Tzavaras & Spyropoulos, 2013).

Η υπηρεσία της κατ' οίκον νοσηλείας στην Ελλάδα αποτελεί ένα διατομεακό τμήμα και ανήκει στη νοσηλευτική υπηρεσία των νοσοκομείων, έχοντας τη δική της αυτοτέλεια σε επίπεδο λειτουργικό και οργανωτικό και ακολουθώντας τα πρότυπα των άλλων τμημάτων, όπως προϊστάμενος, νοσηλευτικό προσωπικό, υπεύθυνος ιατρός και βοηθός. Η εργασία είναι πρωινή, πενθήμερη και πραγματοποιούνται επισκέψεις κατ' οίκον με όχημα από το νοσηλευτικό ίδρυμα και για δραστηριότητες εντός του νοσοκομείου, όπως παράδοση-παραλαβή εξετάσεων, διατμηματική επικοινωνία και συντονισμός. Επίσης, η κατ' οίκον νοσηλεία πραγματοποιείται από ιδιωτικούς και μη κερδοσκοπικούς φορείς, αλλά και ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Η παραπάνω περιγραφή των δομών που προσφέρουν κατ' οίκον νοσηλεία στην Ελλάδα καταδεικνύει στην ουσία τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο τομέας και προανατολίζει τον ερευνητή σε εύστοχα μέτρα για την αντιμετώπισή τους. Στο ευρύτερο πλαίσιο της μεταρρύθμισης και προαγωγής ενός ολοκληρωμένου δικτύου ΠΦΥ και μακροχρόνιας φροντίδας (long-term care) εντάσσονται μέτρα που σχετίζονται με την επέκταση των δομών στην περιφέρεια, την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, την επάρκεια σε εκπαιδευμένο προσωπικό, τη συνεχή επιμόρφωσή του, την εφαρμογή πρωτοκόλλων φροντίδας, τη μέριμνα για την οικογένεια και τους φροντιστές και γενικότερα τον συντονισμό και τη συνεργασία των υπηρεσιών και επαγγελματιών υγείας (Sissouras et.al., 2003).

1.3 Η κατ' οίκον νοσηλεία στο εξωτερικό & στην Ελλάδα

Η υπηρεσία της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας ξεκίνησε το 1800 στις ΗΠΑ. Η παροχή και ανάπτυξη της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στο σπίτι των ασθενών ανταποκρινόταν στις απαιτήσεις των κυβερνήσεων για πρόληψη των ασθενειών με

σκοπό την αντιμετώπιση του κόστους των θεραπειών. Οι κυβερνήσεις γενικότερα σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν στραφεί στην πρόληψη προκειμένου να επιτευχθεί ο εξορθολογισμός των δημοσίων δαπανών. Ταυτόχρονα αναζητούνται εναλλακτικές μέθοδοι οικονομίας και αποτελεσματικές πρακτικές για την αντιμετώπιση των ασθενειών (Sines, 2011).

Στην Ευρώπη αντίστοιχα χορηγείται πιστοποίηση εκπαίδευσης σε νοσηλευτές που έχουν τελειώσει τη νοσηλευτική, αλλά αργότερα ασχολούνται με την κατ' οίκον νοσηλεία ξεχωριστά ή αν θέλουν να εξειδικευθούν σε άλλο τομέα. Δεν υπάρχει εξαρχής τίτλος για κατ' οίκον νοσηλεία αλλά εξειδίκευση πάνω στην κατ' οίκον νοσηλεία. Ο καθορισμός των απαιτήσεων διαφέρει από χώρα σε χώρα και το ίδιο ισχύει και για τις ΗΠΑ (Stanhope & Lancaster, 2009).

Όπως και στον υπόλοιπο κόσμο, ο πληθυσμός των ΗΠΑ αποτελείται κατά μεγάλο ποσοστό από ηλικιωμένα άτομα. Μεταξύ του 2000 και του 2050, ο αριθμός των ηλικιωμένων αναμένεται να αυξηθεί κατά 135%. Επιπλέον, ο πληθυσμός ηλικίας 85 ετών και άνω, το οποίο αποτελεί την ηλικιακή αυτή ομάδα η οποία χρειάζεται περισσότερο την φροντίδα υγείας, πρόκειται να αυξηθεί κατά 350% μέχρι το 2050, γεγονός το οποίο θα αυξήσει το φορτίο της υγείας που χρηματοδοτείται από το κράτος. Το πρόγραμμα υγείας περίθαλψης στο σπίτι MEDICARE χρηματοδοτείται και παρέχεται από το κράτος ως ασφαλιστικό πρόγραμμα στις ΗΠΑ. Εκτός από τους ηλικιωμένους, το πρόγραμμα καλύπτει και νεότερους ασθενείς με αναπηρίες (Boeckxstaens & De Graaf, 2011).

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα καλύπτει τη φροντίδα υγείας στο σπίτι αν οι ασθενείς έχουν τα κατάλληλα κριτήρια και αν η περίθαλψη θεωρείται λογική και αναγκαία για την αντιμετώπιση της ασθένειας, όπως αυτή ταυτοποιείται από τους ιατρούς. Το πρόγραμμα καλύπτει μια μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών αλλά δεν καλύπτει τη φαρμακευτική αγωγή εκτός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τις οδοντιατρικές υπηρεσίες και τα γυαλιά οράσεως. Μερικές πολιτείες αναπτύσσουν προγράμματα φαρμακευτικής βοήθειας για τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες χαμηλού εισοδήματος.

Το πρόγραμμα MEDICARE καλύπτει τις ακόλουθες υπηρεσίες (Boeckxstaens & De Graaf, 2011):

- Ειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα: ειδικευμένες υπηρεσίες νοσηλευτικής παρέχονται από εγγεγραμμένους ή εξουσιοδοτημένους νοσηλευτές υγείας που παρέχουν άμεση φροντίδα και διδάσκουν στον ασθενή και την οικογένεια πώς μπορούν να συνεχίσουν τη φροντίδα στο σπίτι. Επίσης, διαχειρίζονται, παρατηρούν και αξιολογούν την κατάσταση του ασθενούς. Παραδείγματα ειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνουν:: χορήγηση ενδοφλέβων φαρμάκων, ενέσεων ή διατροφής με σωλήνα. αλλαγή επιδέσμων και εκπαίδευση σχετικά με τη λήψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων ή τη φροντίδα του διαβήτη.
- Υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και παθολογίας λόγου.
- Ιατρικές κοινωνικές υπηρεσίες: αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται από κοινωνικούς λειτουργούς ή ιατρούς για βοήθεια σε ασθενείς να ξεπεράσουν τις κοινωνικές και συναισθηματικές ανησυχίες που σχετίζονται με την ασθένεια. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει παροχή συμβουλών ή βοήθεια στην εύρεση πόρων στην κοινότητα.
- Ιατρικά είδη: προμήθειες, όπως επίδεσμοι πληγών, καλύπτονται όταν παραγγέλλονται ως μέρος της φροντίδας.
- Οι δικαιούχοι του προγράμματος Medicare έχουν πλήρη ελευθερία επιλογής παρόχων, οι οποίοι είναι ιδιωτικοί, μη κυβερνητικών οργανώσεων ή προμηθευτών. Χρηματοδότηση για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, όπως η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι και οι υπηρεσίες που βασίζονται στο σπίτι και στην κοινότητα, είναι μέσω ενός συνδυασμού Medicaid (το πρόγραμμα υγείας ομοσπονδιακού κράτους για άτομα με χαμηλό εισόδημα ή άτομα με υψηλά ιατρικά έξοδα), Τα προγράμματα που χρηματοδοτούνται από το κράτος και από ιδιωτική ασφάλιση.

Η φροντίδα στο σπίτι έχει αναπτυχθεί ραγδαία στο Ηνωμένο Βασίλειο (ΗΒ) από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Το Ηνωμένο Βασίλειο η Homecare Association (UKHCA) είναι η επαγγελματική ένωση περισσότερων από 2.000 παρόχων οικιακής φροντίδας από τους ανεξάρτητους, εθελοντικούς, μη κερδοσκοπικούς και συνταγματικούς τομείς στη Μεγάλη Βρετανία και το Βόρεια Ιρλανδία. Η UKHCA ιδρύθηκε το 1989 για να εκπροσωπήσει τις απόψεις ανεξάρτητων φορέων παροχής οικιακής υγειονομικής περίθαλψης και να ανταποκριθεί στις ανάγκες που απορρέουν από αλλαγές στη νομοθεσία για την υγεία και την κοινωνική περίθαλψη. Η αποστολή του UKHCA είναι να προωθήσει υψηλής ποιότητας, βιώσιμες υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι, έτσι ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να συνεχίσουν να ζουν σπίτι και στην τοπική τους κοινότητα.

Η UKHCA διαδραματίζει ενεργό ρόλο σε συνεργασία με την τοπική και την κεντρική κυβέρνηση σε όλες τις υπηρεσίες κατοικίας και συναφή θέματα. Εκπροσωπεί τις οργανώσεις-μέλη της στον ταχέως μεταβαλλόμενο τομέα κοινωνικής φροντίδας μέσω επαφής με (Wiener & Tilly, 2002):

- εθνική κυβέρνηση και αποκεντρωμένες διοικήσεις
- τοπική κυβέρνηση
- νομικές ρυθμιστικές αρχές
- επίτροποι κοινωνικής μέριμνας
- εθελοντές και εκστρατείες
- τα μέσα μαζικής ενημέρωσης
- το γενικό κοινό

Η UKHCA βοηθά οργανισμούς που παρέχουν κοινωνική φροντίδα και περιλαμβάνουν υπηρεσίες νοσηλευτικής, σε άτομα στα σπίτια τους, προώθηση υψηλών προδιαγραφών φροντίδας και παροχή εκπροσώπησης με εθνικούς και περιφερειακούς φορείς χάραξης πολιτικής και ρυθμιστικές αρχές. Η UKHCA παράγει πληροφορίες σχετικά με την ορθή πρακτική ως σημείο εστίασης για καινοτομία και ποιότητα στον κλάδο της οικιακής υγειονομικής περίθαλψης. Ενθαρρύνει την ανταλλαγή πληροφοριών και ιδεών μεταξύ των μελών της, παρακολουθεί τις εξελίξεις στο Ηνωμένο Βασίλειο και διεθνώς, που μπορεί να ενδιαφέρει μέλη και δίκτυα με άλλους οργανισμούς και άτομα που έχουν παρόμοιους στόχους, όπου η συνεργασία θα ωφελήσει τα μέλη και τους αποδέκτες της κατ' οίκον φροντίδας. Οι δραστηριότητές τους περιλαμβάνουν έρευνα,

επιχειρηματική υποστήριξη, εκπαίδευση, επικοινωνία και εκστρατεία εκ μέρους των μελών στο Ηνωμένο Βασίλειο στις ζητήματα που επηρεάζουν τους παρόχους οικιακής φροντίδας, τους χρήστες υπηρεσιών και άλλους στην κοινότητα (Wiener & Tilly, 2002).

Αναφορικά με την Ελλάδα, η στροφή στην πρόληψη είναι βασικός σκοπός πλέον του συστήματος υγείας στη χώρα. Αποτελεί τη βάση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και άμεση προτεραιότητα έχει δοθεί στην ανάπτυξη νέων μονάδων με τη νοσηλεία κατ' οίκον και την αποκατάσταση με σκοπό το σύστημα να γίνει πιο αποτελεσματικό. Μέχρι τώρα, ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας ήταν ένας άγνωστος τομέας για το σύστημα υγείας. Δεν υπήρχε η δυνατότητα υποστήριξης και της ανάπτυξής του (Χατζηανδρέου & Σουλιώτης, 2005).

Σήμερα η παροχή κατ' οίκον νοσηλείας από το σύστημα υγείας παρέχεται μόνο μέσω των προγραμμάτων «*Βοήθεια στο σπίτι*» από τους δήμους και μέσω κάποιων Κ.Α.Π.Η. Παρ' όλα αυτά όμως δεν καλύπτονται πλήρως οι ανάγκες γιατί δεν υπάρχει εικοσιτετράωρη λειτουργία του προγράμματος, όπως ήδη ισχύει σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες και βάσει των προτύπων των ΗΠΑ και της Ε.Ε. (Καλοκαιρινού, et al., 2014)

Οι πάροχοι κατ' οίκον νοσηλείας στην Ελλάδα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: η πρώτη κατηγορία είναι οι δημόσιοι φορείς και η δεύτερη κατηγορία είναι οι ιδιωτικοί φορείς. Η κατηγορία του δημοσίου τομέα στελεχώνει τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ταυτόχρονα, μαζί με το πρόγραμμα υποστήριξης «*Βοήθεια στο σπίτι*» που διενεργείται μέσω των δήμων και συγκεκριμένα στα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.). Την κατηγορία του ιδιωτικού τομέα στελεχώνουν ιδιωτικές εταιρείες παροχής νοσηλείας κατ' οίκον και ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που είτε έχουν δικό τους προσωπικό και ξεχωριστό τμήμα νοσηλείας, είτε συνεργάζονται με τις ιδιωτικές εταιρείες παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών. Και στις δύο περιπτώσεις, οι πάροχοι νοσηλευτικών υπηρεσιών αποσκοπούν στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ουσιαστικό στόχο έχουν

την αποφυγή άσκοπης επίσκεψης του ασθενούς στο νοσοκομείο ή σε τμήμα επειγόντων περιστατικών. (Γεωργούση & Κυριόπουλος, 1996).

Η κατ' οίκον νοσηλεία παρέχεται από το δημόσιο σε ορισμένα νοσοκομεία και κέντρα υγείας, τα οποία βρίσκονται ακόμα και σήμερα σε αρχικό στάδιο εφαρμογής. Το 2014 δημιουργήθηκε ένα δίκτυο πιλοτικού χαρακτήρα για τους δημόσιους φορείς που στελεχώνουν την κατ' οίκον νοσηλεία στην Ελλάδα βάσει της παρακάτω νομοθεσίας:

- Ν.1397/1983 (ΦΕΚ 143 τ. Α') «Εθνικό Σύστημα Υγείας», παρ. 1(β), άρθρο 15, «Σκοπός των Κέντρων Υγείας»
- Ν.2071/1992 (ΦΕΚ 123 τ. Α') «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», α) παρ. 2, άρθρο 16 «Σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης», β) παρ. 2, άρθρο 28 «Κατ' οίκον νοσηλεία», γ) παρ. 1,2,3,4, άρθρο 29 «Μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας», δ) άρθρο 30 «Σύσταση Υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας».
- Ν.2519/1997 (ΦΕΚ 165 τ. Α') «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», παρ. 2, άρθρο 21 «Παροχή μετανοσοκομειακής και ειδικής φροντίδας».
- Ν.3235 /2004 (ΦΕΚ 53 τ. Α') «Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας», α) παρ. 3, άρθρο 3 «Ειδικές πρόσθετες υπηρεσίες στα Κέντρα Υγείας», β) παρ. 4, άρθρο 8 «Έργο Νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»

Με βάση την παραπάνω νομοθεσία θεμελιώθηκε η κατ' οίκον νοσηλεία από το 1983 σε όλες τις μονάδες του Ε.Σ.Υ., όμως δεν υπάρχουν τα σχετικά προβλεπόμενα Προεδρικά Διατάγματα και οι Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις να καθορίζουν τους όρους και τις προϋποθέσεις συγκρότησης, στελέχωσης και λειτουργίας. Για αυτόν τον λόγο αναπτύχθηκαν αποσπασματικά μερικά τμήματα η υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα και στα κέντρα υγείας. Το καθεστώς λειτουργίας είναι το ακόλουθο:

- Είτε ως διατομεακά τμήματα (όπως το τμήμα επειγόντων περιστατικών, βραχείας νοσηλείας, φυσικής και ιατρικής αποκατάστασης κ.ο.κ.)
- Είτε συστάθηκαν ως υπηρεσίες, με αποφάσεις των εκάστοτε Διοικήσεων των νοσοκομείων και ανέπτυσαν τα προγράμματα τους ανεξαρτήτως θεσμικής αναγνώρισης
- Είτε αναπτύχθηκαν ως ανεξάρτητα προγράμματα ή δράσεις με την εκδήλωση ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας (Μπέζας, 2014).

Η δράση της κατ' οίκον νοσηλείας στα τμήματα αυτά παρέχεται σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο των καθηκόντων των επαγγελματιών υγείας (Γενικών και άλλων ειδικοτήτων ιατρών, νοσηλευτών, επισκεπτών υγείας κ.ο.κ.), την οποία και στελεχώνουν οι αντίστοιχες ειδικότητες. Οι χώροι που παρέχονται για την κατ' οίκον νοσηλεία είναι:

- Είτε ως διατομεακά τμήματα (όπως το τμήμα επειγόντων περιστατικών, βραχείας νοσηλείας, φυσικής και ιατρικής αποκατάστασης κ.ο.κ.)
- Είτε συστάθηκαν ως υπηρεσίες, με αποφάσεις των εκάστοτε Διοικήσεων των νοσοκομείων και ανέπτυσαν τα προγράμματα τους ανεξαρτήτως θεσμικής αναγνώρισης
- Είτε αναπτύχθηκαν ως ανεξάρτητα προγράμματα ή δράσεις με την εκδήλωση ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας (Μπέζας, 2014).

Οι δραστηριότητες της κατ' οίκον νοσηλείας στα τμήματα αυτά παρέχεται σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο των καθηκόντων των επαγγελματιών υγείας την οποία και στελεχώνουν οι αντίστοιχες ειδικότητες. Οι χώροι που παρέχονται για την κατ' οίκον νοσηλεία είναι κυρίως αίθουσες, γραφεία των εξωτερικών ιατρείων και παρέχουν υπηρεσίες οι οποίες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις
2. Συμβουλευτική – διασύνδεση με υπηρεσίες
3. Ενημέρωση – επιμόρφωση – έρευνα

Όλα τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας που παρείχαν υπηρεσίες νοσηλείας κατ' οίκον εντάχθηκαν στο πιλοτικό δίκτυο βάσει της εγκυκλίου που εκδόθηκε από το υπουργείο υγείας (ΓΦ12,14,25,27/Γ.Π./οικ.44499/17-5-2013) προκειμένου να συγχρονίζονται και να ακολουθούν κοινή πορεία. Όμως ακόμα και σήμερα υπολειτουργούν διότι δεν υπάρχει το απαραίτητο προσωπικό ή οι ανάγκες των νοσοκομείων ή των κέντρων υγείας είναι τόσες ώστε να δίνεται προτεραιότητα σε άλλα τμήματα όπως των επειγόντων περιστατικών ή βραχείας νοσηλείας παρά στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατ' οίκον.

Νοσηλευτικά ιδρύματα που προβλέπεται η σύσταση διατομεακού τμήματος κατ' οίκον νοσηλείας στον οργανισμό τους και εντάχθηκαν στο δίκτυο

1. Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ».
2. Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
3. Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ».
4. Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας.
5. Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ».

Φορείς υγείας που αναπτύσσουν δραστηριότητες και ενέργειες κατ' οίκον νοσηλείας με άτυπο χαρακτήρα:

1. Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ» - Κ.Υ. Ελευσίνας.
2. Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» - Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου Ν. Καλλικράτειας.
3. Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο Αγ. Θεοδώρων.
4. Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης - Κέντρο Υγείας Αιγινίου (Μπέζας, 2014)

Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" κατοχυρώθηκε το 1992 και αναπτύχθηκε περαιτέρω μέσα στην δεκαετία του '90 με σκοπό τη βοήθεια και την υποστήριξη των ατόμων της τρίτης ηλικίας ανά τους δήμους και την αποσυμφόρηση των γενικών νοσοκομείων από μη επείγοντα περιστατικά. Αν και η πρώτη ρύθμιση για την κατ' οίκον φροντίδα εντοπίζεται στο Νομοθετικό Διάταγμα 162/73 «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων». Το έτος 1992

θεσμοθετήθηκαν οι νέες τεχνικές κάλυψης των αναγκών ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και η κρατική χρηματοδότηση βάσει του (Ν.2082, 1992).

Μέχρι σήμερα υπάρχουν πάνω από 50 ιδιωτικές εταιρείες νοσηλείας κατ' οίκον σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας. Συγκεντρώνονται στις μεγάλες πόλεις όπου η ζήτηση είναι μεγαλύτερη. Η κάθε μια εταιρεία μπορεί να είναι από μια απλή ατομική επιχείρηση μέχρι Ο.Ε. ή Ε.Π.Ε. Σε κάθε περίπτωση η εκάστοτε εταιρεία διαθέτει προσωπικό χωρίς να υπάρχει δέσμευση για το ποιες ειδικότητες ιατρών ή τον αριθμό νοσηλευτών και επαγγελματιών υγείας πρέπει να έχει. Δεν υπάρχει συμμετοχή από τα ασφαλιστικά ταμεία και γι' αυτό η χρέωση ανά πράξη ή ανά επίσκεψη μπορεί να διαφέρει από εταιρεία σε εταιρεία. Το κόστος κάθε πράξης καθορίζεται από τον ιδιώτη μάντζερ και βάσει των αναγκών του ή της σοβαρότητας και της κρισιμότητας του περιστατικού που κάνει χρήση των υπηρεσιών. Το ωράριο λειτουργίας είναι 24ωρο και δεν σταματάει η λειτουργία σε περιπτώσεις οποιασδήποτε αργίας (Οικονόμου, 2012).

Μέχρι σήμερα υπάρχουν ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες διενεργούν και επισκέψεις κατ' οίκον νοσηλείας. Το κόστος που δύναται να καταβάλει ένας ασθενής είναι αρκετά μεγάλο με αποτέλεσμα να μη γίνεται συχνά χρήση της συγκεκριμένης υπηρεσίας. Συγκεκριμένα, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες στην Ελλάδα απευθύνονται σε ανασφάλιστους ή σε όσους θέλουν να έχουν μια ακόμα παροχή από ιδιωτικό τομέα. Και στις δύο περιπτώσεις το κόστος ασφάλισης μερικές φορές ξεπερνά το κόστος επίσκεψης σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. Συνεπώς, παραμένουν σε μικρό ποσοστό στην αγορά δραστήριες οι Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες (Οικονόμου, 2012).

Το δικαίωμα χρήσης των υπηρεσιών της κατ' οίκον νοσηλείας ορίζεται από τον νόμο και καλύπτει εκείνους οι οποίοι είναι εξαρτημένοι, φτωχοί και χωρίς άτυπους φροντιστές. Αυτών των οποίων οι φροντιστές – μέλη της οικογένειας (που είναι συνήθως γυναίκες) χρειάζεται να βρουν εργασία ή να αυτονομηθούν. Η νοσηλεία κατ' οίκον είναι αποκλειστικά προσανατολισμένη σε αυτές τις ομάδες οι οποίες πάσχουν από κοινωνικά προβλήματα, προβλήματα αναπηρίας και υγείας, μόνιμα ή προσωρινά. Ωστόσο, το δικαίωμα χρήσης δεν είναι απόλυτα προτυποποιημένα. Στις περισσότερες περιοχές υπάρχει περισσότερη ζήτηση με όχι αντίστοιχη προσφορά. Ο κοινωνικός

λειτουργός είναι αυτός που αποφασίζει την προσωπική φροντίδα και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες με έναν μη κρατικό σταθερό τρόπο αξιολόγησης, ο οποίος χρησιμοποιείται από τις τοπικές αρχές. Το δικαίωμα χρήσης των τεχνικών βοηθημάτων εξαρτάται από το αν το ασφαλιστικό ταμείο του ασθενή καλύπτει τις παροχές αυτές.

Ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς λαμβάνουν την κατ' οίκον νοσηλεία ποικίλει ανάλογα με τη γεωγραφική θέση και την ηλικία των ασθενών. Οι διαθέσιμες υπηρεσίες εξαρτώνται από τον πάροχο (τοπικές αρχές) και υπάρχει πιθανότητα έλλειψης πιστοποιημένου προσωπικού στις επαρχιακές περιοχές (Kirkoglou & Diamantara, 2010).

Το 2011 θεσπίστηκαν νόμοι για κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (KEN) με την αρ. Υ4α/οικ. 85649/27-7-2011 Κ.Υ.Α. που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 1702/τ.Β'/1-8-2011 και ισχύει πιλοτικά από τη δημοσίευσή της και οριστικά από 1/10/2011. Για κάθε νέο Κ.Ε.Ν. και μέχρις ότου αυτό λάβει αντίστοιχη κοστολόγηση θα καταβάλλεται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς ημερήσιο ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο και τα εξαιρούμενα αυτού σύμφωνα με την Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ.1320/98 (Β,99) όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει με βάση την αναπροσαρμογή του ημερήσιου νοσηλίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Η ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

2.1 Η Διεπιστημονική Ομάδα & οι Διαγνωστικές Διαδικασίες

Η κατ’ οίκον νοσηλεία σε όλα τα κράτη έχει συγκεκριμένους σκοπούς μέσα από την παροχή υπηρεσιών από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. Η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από διαφορετικές ειδικότητες, οι οποίες έχουν στόχο να καλύψουν σωματικές, κοινωνικές, ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών ανάλογα με την κατάσταση του (Anderson et. Al., 2012).

Πιο αναλυτικά, ο φυσιοθεραπευτής προσφέρει υπηρεσίες μυϊκής ενδυνάμωσης με σκοπό να βελτιωθεί η κινητικότητα και η βάδιση του ασθενή. Ο εργοθεραπευτής προσφέρει υπηρεσίες προκειμένου να διαμορφωθεί το κατάλληλο περιβάλλον στο σπίτι για την εξασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών και επίσης να εκπαιδεύσει την οικογένεια για τις καθημερινές δραστηριότητες με αποτελεσματικό τρόπο. Ο λογοθεραπευτής παρέχει ασκήσεις για τη βελτίωση του λόγου και της γλώσσας, όπως επίσης και για την ασφαλή μάσηση και την κατάποση. Ο ιατρός σχεδιάζει ένα πλάνο ιατρικής φροντίδας το οποίο θα είναι κατάλληλο για εφαρμογή στο περιβάλλον του σπιτιού. Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός παρέχει βοήθεια για την κάλυψη σύνθετων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, αναζήτηση οικονομικών πόρων, διευκόλυνση στην παροχή ιατρικού και νοσηλευτικού υλικού (Dewit, 2009).

Οι *in vivo* διαγνωστικές διαδικασίες σχετίζονται με τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος και πλέον σχεδόν πάντα βασίζονται στη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή. Ο εξοπλισμός του συστήματος αποτελείται από τα εξής στοιχεία:

- Μία διάταξη απαγωγής Ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ), η οποία είναι ιδιοκατασκευή, και είναι εξοπλισμένη με σύνδεση ραδιοσυχνότητας μεταξύ του Η/Υ και του ενισχυτή του ΗΚΓ.
- Έναν ανιχνευτή μέτρησης παλμικής οξυμετρίας δακτύλου, τύπου Nellcor, ο οποίος χρησιμοποιείται για μετρήσεις Κορεσμού Οξυγόνου (SpO₂) μέσω πληθυσμογραφίας, καθώς επίσης και για τον προσδιορισμό του Καρδιακού και του Αναπνευστικού Ρυθμού.
- Μία διάταξη καταγραφής των Καρωτιδικών Ήχων, και χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό του Καρδιακού και του Αναπνευστικού Ρυθμού.

Αναφορικά με τις *in vitro* διαδικασίες, θα πρέπει να αναφερθεί προσφέρεται σήμερα μεγάλη ποικιλία μετρητικών προϊόντων, τα οποία καλύπτουν ένα πολύ ευρύ φάσμα παραμέτρων, που επιτρέπει στην πραγματικότητα τη δημιουργία ενός υποτυπώδους Οικιακού *in vitro* Διαγνωστικού Εργαστηρίου. Ένα τέτοιο εργαστήριο μπορεί, με την κατάλληλη ιατρική επιτήρηση, να φανεί εξαιρετικά χρήσιμο κατά τη διάρκεια των κατ' οίκον επισκέψεων ή σε συνδυασμό με αυτές, ιδίως για την παρακολούθηση ηλικιωμένων ή ατόμων με κινητικές δυσκολίες (Angelopoulos et al., 2011).

Για πολλά χρόνια τα τεστ εγκυμοσύνης και προσδιορισμού ωορρηξίας, σε συνδυασμό με τις ταινίες μέτρησης σακχάρου, κυριαρχούσαν στην αγορά των κατ' οίκον Διαγνωστικών Δοκιμασιών. Σήμερα, ωστόσο, πολλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν ήδη κατ' οίκον δοκιμασίες μέτρησης της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων ή ακόμη και ανίχνευσης λανθάνοντος αίματος στα κόπρανα. Δεν θα πρέπει άλλωστε να ξεχνάμε ότι είναι πλέον εφικτός ο κατ' οίκον εντοπισμός χρήσης ναρκωτικών (Botsivaly et.al., 2015).

Όσον αφορά στον τομέα της Ιατρικής Απεικόνισης, θα πρέπει να αναφερθεί ότι, παρόλο που έχουν ήδη αναπτυχθεί αρκετά κινητά ακτινογραφικά συστήματα, τα περισσότερα από αυτά δεν είναι φορητά. Έτσι, μπορεί να θεωρηθεί ότι, για το προσεχές μέλλον, η χρήση παρακλίνων απεικονιστικών συστημάτων θα παραμείνει «προνόμιο» των ασθενών οι οποίοι νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, και, κατά κανόνα, τα Ακτινολογικά Τμήματα, καθώς και τα Τμήματα Πυρηνικής Ιατρικής θα εξακολουθούν να αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του πυρήνα του νοσοκομείου. Εξάιρεση σ' αυτόν τον κανόνα αποτελούν τα συστήματα Υπερηχογραφίας. Στην Υπερηχοκαρδιογραφία χρησιμοποιείται η τεχνολογία των υπερήχων προκειμένου να αναδειχθεί η ανατομία και η λειτουργία της καρδιάς και των καρδιακών αρτηριών. Έχουν ήδη αναπτυχθεί φορητές συσκευές Υπερηχοκαρδιογραφίας, το μέγεθος των οποίων δεν ξεπερνά αυτό ενός smart-phone, και οι οποίες χρησιμοποιούνται είτε ως παρακλίνες συσκευές στον χώρο του νοσοκομείου, είτε στον χώρο των ιατρείων προκειμένου να διευκολύνουν την εξέταση των ασθενών (Botsivaly et.al., 2015).

2.2 Τα Πλεονεκτήματα & τα Μειονεκτήματα Κατ' Οίκον Νοσηλείας

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός πλεονεκτημάτων στην παροχή φροντίδας υγείας στο σπίτι σε σύγκριση με τη ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Το κυριότερο πλεονέκτημα για το σύστημα υγείας είναι το χαμηλότερο κόστος. Για τους ασθενείς, ένα πλεονέκτημα είναι το ίδιο το περιβάλλον φροντίδας, το οποίο είναι λιγότερο απειλητικό γεγονός, που βελτιώνει την ποιότητα ζωής και φροντίδας. Η κατ' οίκον νοσηλεία επιτρέπει στους ασθενείς να έχουν πρόσβαση στα αγαπημένα τους πρόσωπα και να απολαμβάνουν την υποστήριξή τους και παράλληλα διδάσκονται την αυτο-φροντίδα και ενθαρρύνονται να είναι ανεξάρτητοι, γεγονός που κάνει τη ζωή τους πιο ποιοτική (Anthony & Milone-Nuzzo, 2005).

Η νοσηλεία στο σπίτι απομακρύνει το φορτίο από την οικογένεια που σχετίζεται με τις μετακινήσεις από και προς το νοσηλευτικό ίδρυμα. Επιπροσθέτως, συμβάλλει στην αποκατάσταση του ελέγχου της οικογένειας για τη φροντίδα που παρέχεται. Αυτά τα πλεονεκτήματα υποστηρίζονται από τη φιλοσοφία της κοινοτικής φροντίδας υγείας, η οποία εστιάζει στη βελτίωση της αυτονομίας στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας. Επίσης, υπάρχουν οφέλη και για το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο παρουσιάζει σε αυτήν την περίπτωση μεγαλύτερη ικανοποίηση από το επάγγελμά τους, γεγονός που αποδίδεται στην ανεξάρτητη φύση της νοσηλευτικής άσκησης, καθώς έχουν την ευκαιρία να την εφαρμόσουν ένας προς ένα σε ένα πιο ευέλικτο περιβάλλον εργασίας. Τέλος, οι νοσηλευτές έχουν την ευκαιρία για μια ακόμα ειδίκευση και συνεπώς εξέλιξη στην καριέρα τους (Hartung, 2005).

Η κατ' οίκον νοσηλεία έχει ωστόσο και αρκετά μειονεκτήματα. Η παρουσία του νοσηλευτή ή οποιοδήποτε άλλου επαγγελματία υγείας αποτελεί πολλές φορές εισβολή στην ιδιωτικότητα της οικογένειας, γεγονός που μπορεί να επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων της οικογένειας και την αλληλεπίδραση ανάμεσα στα μέλη της. Για πολλές δεκαετίες, η έρευνα έχει δείξει ότι στρες μπορεί να δημιουργηθεί εξαιτίας των πολλαπλών επισκέψεων των επαγγελματιών υγείας ως νέα πρόσωπα στο περιβάλλον της οικογένειας. Σε μερικές περιπτώσεις, έχουν καταγραφεί έντονες διαφωνίες όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν κατανοούν τις επιθυμίες και τα όρια της οικογένειας (Zuber, 2002).

Επίσης, υπάρχουν κάποια επιπλέον έξοδα από την οικογένεια που δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία των ασθενών. Η οικονομική πίεση είναι το πιο συχνό εμπόδιο για την οικογένεια που δημιουργεί επιπλέον άγχος γεγονός που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και σε επιθετική συμπεριφορά μεταξύ των μελών της οικογένειας (Sebern, 2006).

Από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, οι νοσηλευτές συχνά αναφέρουν τον υπερβολικό βαθμό γραφειοκρατίας και η συμπλήρωση εγγράφων, καθώς και οι συχνές μετακινήσεις θεωρούνται δυο από τα σημαντικότερα μειονεκτήματα της κατ' οίκον νοσηλείας. Επιπλέον, η επίσκεψη στο σπίτι σχετίζεται και με θέματα ασφάλειας για τους επαγγελματίες υγείας, ειδικά σε περιπτώσεις με νοητικά ή/και ψυχολογικά προβλήματα. Αν επίσης δεν υπάρχει θετική σχέση και επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και των επαγγελματιών υγείας, η διαδικασία της φροντίδας επηρεάζεται αρνητικά. Μπορούν, τέλος, να υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ της οικογένειας και των επαγγελματιών υγείας εξαιτίας διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου (Aspden et. al., 2007).

2.3 Δυσκολίες στην Εφαρμογή της Κατ' οίκον Νοσηλείας

Η εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας παρουσιάζει έναν αριθμό εμποδίων εφαρμογής, τα οποία έχουν αναδειχθεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, απαιτείται ένας συνδυασμός διαφορετικών επαγγελματιών υγείας, καθένας φέρει διαφορετικού τύπου δεξιότητες και θεωρητικές γνώσεις. Οι επιστημονικοί αυτοί κλάδοι καλούνται να συνεργαστούν και να συντονιστούν, προκειμένου να είναι αποτελεσματική η παροχή υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον. Η σύσταση της κατάλληλης θεραπευτικής ομάδας θα πρέπει να περιλαμβάνει ιατρούς νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, καθώς επίσης και οικεία μέλη του περιβάλλοντος του ασθενούς (Rodriguez-Verjan et al., 2013).

Ο μέσος ηλικιωμένος ασθενής αποτελεί μία δεύτερη σημαντική εστία ανάδειξης δυσκολιών στην εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας. Αποτελεί κοινό τόπο πως σε αρκετές περιπτώσεις, καταγράφονται περισσότερα του ενός υποκείμενα νοσήματα διανοητική ή φυσική δυσλειτουργία καθώς επίσης και αδυναμία αυτοσυντήρησης και αυτονομίας (Duke & Street, 2003).

Λόγω των διαφορετικών νοσημάτων, απαιτούνται διαφορετικές φαρμακευτικές προσεγγίσεις, ο συνδυασμός χορήγησης των οποίων δυσχεραίνει την εφαρμογή ενός στοχευμένου θεραπευτικού πρωτοκόλλου αντιμετώπισης του ασθενούς. Δεν είναι άλλωστε τυχαίο πως η πραγματικότητα συγκαταλέγεται μεταξύ των δέκα πιο απαιτητικών προκλήσεων σε επίπεδο θεραπευτικής αντιμετώπισης ασθενών με πολλά προβλήματα (Cryer et al., 2012).

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι αν οι πάροχοι περίθαλψης εξοικειωθούν με τη γλώσσα και την παράδοση των ασθενών, η συνεργασία μεταξύ τους είναι καλύτερη. Από την άλλη πλευρά, η πολιτισμική ανομοιογένεια μεταξύ του παρόχου και του ασθενή μπορεί να αναγκάσει τον πάροχο περίθαλψης να δώσει μεγαλύτερη προσοχή στη φυσική και ψυχολογική διάσταση των ασθενών (Meddings & Haith-Cooper, 2008).

Τα ευρήματα άλλων μελετών έδειξαν ότι ένα από τα εμπόδια στην φροντίδα υγείας στο σπίτι είναι η έλλειψη επαρκούς ασφάλειας για τους παρόχους φροντίδας και τις οικογένειες. Η βία από ασθενείς και τις οικογένειές τους αποτελούσαν επίσης μία από τις προκλήσεις στην φροντίδα στο σπίτι (Pane et al., 2015). Η φροντίδα παρέχεται σε ένα περιβάλλον που οι φυσικοί κίνδυνοι υπάρχουν και οι πάροχοι μπορούν ακόμα και να κινδυνεύσουν από άλλους κινδύνους, όπως τραυματισμό από βελόνες και μεταδοτικές ασθένειες. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο οι υγειονομικές αρχές να αναζητούν τρόπους επίλυσης αυτών των ζητημάτων (Baron et al., 2015).

2.4 Βασικές Αρχές Δεοντολογίας στην κατ' οίκων νοσηλεία

Υπάρχουν τέσσερις κοινώς αποδεκτές αρχές που διέπουν την ηθική δεοντολογία για την κατ' οίκων νοσηλεία οι οποίες ακολουθούνται από τους επαγγελματίες υγείας για να εξασφαλίζει την ασφάλεια των ασθενών και είναι οι ακόλουθες (Ladd et al., 2002):

Αυτονομία

Στον ιατρικό τομέα, η αυτονομία αναφέρεται στο δικαίωμα του ασθενούς να διατηρεί τον έλεγχο του σώματός του. Στο περιβάλλον περίθαλψης στο σπίτι, αρχίζει με την απόφαση του ασθενούς να λάβει φροντίδα στο σπίτι αντί του νοσηλευτικού ιδρύματος ή του βοηθού. Αυτός ή αυτή πήρε αυτήν την απόφαση λόγω της επιθυμίας της ηλικίας

της στην άνεση του σπιτιού. Ως πάροχος υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι, αυτή η απόφαση πρέπει να γίνεται σεβαστή. Είναι επίσης σημαντικό, ενώ η παροχή βοήθειας σε έναν ασθενή με καθημερινές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης της εξειδικευμένης νοσηλευτικής, της προσωπικής φροντίδας, της φυσικής θεραπείας, των διαιτητικών και διατροφικών υπηρεσιών, της λογοθεραπείας, της ιατρικής διαχείρισης και άλλων συναφών υπηρεσιών, ο ασθενής συνεχίζει να "έχει λόγο" για τις δικές του αποφάσεις. Οι επαγγελματίες υγείας και οι βοηθοί προσωπικής φροντίδας, βοηθοί φροντίδας υγείας στο σπίτι, βοηθοί νοσηλευτών μπορούν να προτείνουν ή να συμβουλεύουν μια σειρά μαθημάτων με βάση την εκτίμηση και τις οδηγίες του ιατρού, αλλά η τελική απόφαση εναπόκειται στον ασθενή. Εάν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων με βάση τις πεποιθήσεις ή τις αξίες του ασθενούς, το προσωπικό πρέπει να ειδοποιήσει αμέσως τον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης / εργοδότη του για να καθορίσει τα επόμενα βήματα. Η αυτονομία των ασθενών είναι επίσης σημαντική όταν πρόκειται για τον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας της χώρας ασχολούνται με τις ανεκμετάλλευτες αποφάσεις για τη θεραπεία ασθενών και τη διατήρηση της ζωής και οι πάροχοι διαδικασιών έχουν θεσπίσει. Απαιτούνται συνεπείς γραπτές πολιτικές και κατάρτιση για τους νοσηλευτές, τους βοηθούς και το λοιπό προσωπικό για την αντιμετώπιση τέτοιων δύσκολων δεοντολογικών διλημάτων.

Ευεργεσία

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης είναι υπεύθυνοι να κάνουν ό,τι μπορούν για να ωφελήσουν έναν ασθενή, με όλες τις συνιστώμενες διαδικασίες και θεραπείες που προορίζονται να κάνουν το καλύτερο για τον ασθενή. Για να γίνει αυτό, απαιτείται υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων και γνώσεων, συμπεριλαμβανομένης της συνεχούς κατάρτισης. Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι, η ωφέλεια για κάθε πελάτη επιτυγχάνεται με την παροχή συνεχούς εκπαίδευσης. Αυτό όχι μόνο διασφαλίζει τη συμμόρφωση με τις κανονιστικές ρυθμίσεις αλλά και συμβάλλει στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών και μετριάξει τους τραυματισμούς και τα ατυχήματα με την ενημέρωση σχετικά με τις τελευταίες τεχνολογίες και τεχνικές φροντίδας των ασθενών.

Μη Επιβλαβείς πρακτικές

Αυτή η αρχή είναι για τις πράξεις που δεν προκαλούν βλάβη που προορίζεται για τους παρόχους να εξετάσουν εάν οποιαδήποτε απόφαση μπορεί να βλάψει ένα άλλο άτομο ή την κοινωνία - ακόμη και αυτό γίνεται προς όφελος ενός μεμονωμένου ασθενούς. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο είναι τόσο σημαντικό για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι να εφαρμόζουν ισχυρές στρατηγικές διαχείρισης κινδύνου, διαδικασίες ασφάλειας και πρωτόκολλα και βέλτιστες πρακτικές για το προσωπικό που θα ακολουθήσει. Όταν τα μέλη του προσωπικού είναι καλά εξοικειωμένα - και κατανοούν - τα πρωτόκολλα ενός παροχέα, υπάρχει μικρό περιθώριο για απόκλιση ή εξαιρέσεις που, αν και μπορεί να εκτελούνται με καλές προθέσεις, μπορούν να προκαλέσουν ζητήματα συνολικής ζημίας και ευθύνης για τον πάροχο.

Δικαιοσύνη

Η αρχή της δικαιοσύνης αναφέρει ότι πρέπει να υπάρχει ένα στοιχείο της δικαιοσύνης σε όλες τις ιατρικές αποφάσεις. Αυτό σημαίνει δίκαιη λήψη αποφάσεων που επιβαρύνουν και ωφελούν, καθώς και ίση κατανομή των δολαρίων και των πόρων για την υγειονομική περίθαλψη, καθώς και για τους ιατρούς να τηρούν τους ισχύοντες νόμους και νομοθεσίες όταν κάνουν επιλογές. Για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, σημαίνει να υπάρχει πολιτική που να παρέχει φροντίδα, θεραπεία και υπηρεσίες στους ασθενείς ανεξάρτητα από την ηλικία, τη φυλή, τη θρησκεία, το φύλο, την εθνική προέλευση ή την αναπηρία. Απαιτεί επίσης από τους παρόχους να διασφαλίζουν ότι συμμορφώνονται τόσο με τις ομοσπονδιακές όσο και τις κρατικές ρυθμίσεις που τους διέπουν.

2.5 Η σχέση επαγγελματιών υγείας & ο ρόλος της οικογένειας στην Κατ' οίκον Νοσηλεία

Η φροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών και των ασθενών με χρόνια νοσήματα αποτελεί μια σημαντική πρόκληση στις Δυτικές κοινωνίες. Τα στοιχεία της βιβλιογραφίας για τη φροντίδα των ηλικιωμένων έχουν διαιρεθεί σε επίσημη και ανεπίσημη φροντίδα. Συνεπώς, δεν έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στη σχέση μεταξύ των επίσημων (επαγγελματιών) και των ανεπίσημων (οικογένεια) φροντιστών. Πολλοί μελετητές έχουν συγκεντρώσει δεδομένα από τους οικογενειακούς φροντιστές και τους

επαγγελματίες υγείας για το πώς δουλεύουν μαζί στην παροχή φροντίδας υγείας και πώς αυτή η σχέση έχει αλλάξει μέσα στον χρόνο (Dahlin, 2016).

Άλλοι μελετητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η διαπραγμάτευση των συνεργασιών αποτελεί μια δυναμική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει σημαντικές αντιπαραθέσεις. Όμως, δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία για τη σχέση αυτή στην κατ' οίκον νοσηλεία (Dahlin, 2016).

Η τοποθεσία και το περιβάλλον της παροχής φροντίδας υγείας είναι μια σημαντική παράμετρος, ωστόσο, δεν έχει μελετηθεί εις βάθος. Οι Fischer και Eustis (1994) μελέτησαν 39 εργαζόμενους στο σπίτι, σε 54 ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνια αναπηρία, και 15 οικογενειακούς φροντιστές και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των μελών της οικογένειας των ασθενών χαρακτηρίζεται από συνεργασία αλλά και διαπληκτισμούς. Συμμαχίες φροντίδας μεταξύ των οικογενειακών φροντιστών και των επαγγελματιών υγείας δημιουργήθηκαν για να διαχειριστούν τη φροντίδα και η υποστήριξη ο ένας στον άλλον εμφανιζόταν σε προβληματικές καταστάσεις φροντίδας. Σχέσεις σύγκρουσης αναφέρθηκαν όταν η εξουσία του εργαζομένου αμφισβητήθηκε από τους οικογενειακούς φροντιστές (Pitman et al., 2014).

Οι ερευνητές το βρήκαν επανειλημμένα. Πολλοί οικογενειακοί φροντιστές προσπαθούν να αποφύγουν ή να μειώσουν τις συγκρούσεις δημιουργώντας συνεργατικές σχέσεις με επαγγελματίες υγείας (Pitman et al., 2014).

Συνοπτικά, αν και πολλά έχουν γραφτεί για το πώς οι επαγγελματίες υγείας και οι άτυποι φροντιστές πρέπει να σχετίζονται μεταξύ τους, δεν έχει πραγματοποιηθεί συστηματική ανάλυση στις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους. Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν επικεντρωθεί μεμονωμένα για επαγγελματίες υγείας ή οικογενειακούς φροντιστές, χωρίς αναφορά στις σχέσεις τους. Με μερικές εξαιρέσεις, οι ερευνητές δεν κατάφεραν να αναλύσουν τους επαγγελματίες και οικογενειακούς φροντιστές αναφορικά με τις προσδοκίες των ρόλων και τις ευθύνες, και πώς οι διαπραγματεύσεις μεταξύ τους (Anderson & Elfert, 1989).

Οι απόψεις και τα αισθήματα της οικογένειας αποτελούν σημαντικό παράγοντα όπου στηρίζεται το πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι. Και αποτελούν τη βάση του προγραμματισμού της νοσηλευτικής παρέμβασης. Πολλές φορές δημιουργούνται προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ασθενών, οικογένειας και των επαγγελματιών υγείας (Ταλαχούπη, 2006).

Για την επίτευξη μιας σωστής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ όλων των μερών απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί το να αισθάνεται ο ασθενής αποδεκτός και να αντιμετωπίζεται ισότιμα. Αυτό αποτελεί τη λύση για μια αποδοτική συνεργασία επαγγελματιών υγείας, ασθενή και οικογένειας.

Όταν οι νοσηλευτές επισκεφθούν την οικογένεια θα πρέπει να αξιολογούν την οικογένεια για να οδηγηθούν στο κατάλληλο προγραμματισμό των μελλοντικών επισκέψεων. Η οικογένεια αποτελεί σημαντικό παράγοντα της νοσηλείας στο σπίτι. Στα καθήκοντα ενός μέλους του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή, περιλαμβάνεται η επίβλεψη και η βοήθεια, η υποστήριξη του σε κάθε νοσηλεία, όπως ατομική περιποίηση και καθαριότητα, η διατροφή, η λήψη φαρμάκων, η κινητοποίηση του ασθενή και σε κάθε δραστηριότητα που συντελεί στη βελτίωση της υγείας του. Το άτομο αυτό στον χώρο της οικογένειας είναι πολύτιμο, διότι εξασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας στα διαστήματα μεταξύ των επισκέψεων των επαγγελματιών υγείας.

Για την εκτίμηση της αποδοτικότητας αυτών των υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα ακόλουθα κριτήρια:

- Το οικονομικό όφελος το οποίο προκύπτει από τη νοσηλεία ασθενών στο σπίτι σε σύγκρισή με το νοσοκομείο.
- Η ποιότητα ζωής των ασθενών στο σπίτι και ειδικότερα εάν οι υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν.
- Η διαφορά επιβίωσης μεταξύ του περιβάλλοντος του σπιτιού και του νοσηλευτικού ιδρύματος (Βουλάγκα, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – Η ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ & ΟΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

3.1 Κατηγορίες Ασθενών για Κατ’ Οίκον Νοσηλεία

Τα ευρήματα από μελέτες σε διεθνή επίπεδο έχουν αναδείξει παραμέτρους οι οποίες επηρεάζουν αν ένας ασθενής θα μπορέσει να λάβει κατ’ οίκον νοσηλεία. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι ακόλουθοι (Seaton & Barr, 2013):

- Το κόστος των υπηρεσιών σχετικά και με το ασφαλιστικό ταμείο.
- Η ηλικία, το φύλο και η οικονομική κατάσταση του ασθενή.
- Τα συμπτώματα της νόσου σε συνδυασμό με την αντοχή στο πόνο.
- Η εξέλιξη και η πρόγνωση της νόσου.
- Το επίπεδο υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον.
- Η δυνατότητα συμμετοχής του οικογενειακού ιατρού του ασθενούς στη συχνή υποστήριξη και κάλυψη βασικών ιατρικών αναγκών.
- Η δυνατότητα για επάνδρωση του σπιτιού με τον κατάλληλο εξοπλισμό.

Οι κατηγορίες ασθενών που μπορούν να λάβουν φροντίδα υπό τη μορφή παρεχομένων νοσηλευτικών υπηρεσιών διακρίνονται σε οξείως και χρονίως πάσχοντες ασθενείς (Bentur, 2001). Μια κατηγορία ασθενών περιλαμβάνει κλινικά περιστατικά ανεξαρτήτως ηλικιακών περιορισμών, τα οποία και λόγω της φύσεως της κλινικής τους εικόνας, δεν χρήζουν παρατεταμένης νοσοκομειακής παραμονής. Συνεπώς, λαμβάνουν συνήθως γρήγορα το σχετικό εξιτήριο και ακολουθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση κατ’ οίκον (Montalto, 2010).

Ορισμένες περιπτώσεις περιλαμβάνουν αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, φλεβοθρομβώσεις, ενδοκαρδίτιδες, διάρροιες, εμέτους. Επίσης, οι πάσχοντες ασθενείς από χρόνια νοσήματα χαρακτηρίζονται από συχνές υποτροπές, με αποτέλεσμα να χρήζουν παροχής συνεχούς νοσηλευτικής φροντίδας. Στη συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται οι ηλικιωμένοι, ασθενείς με αναπνευστικά νοσήματα, ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου, ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς επίσης και ασθενείς με προβλήματα στην κίνηση (Pericas et al., 2013).

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές πως θα πρέπει να υπάρχουν κριτήρια, σύμφωνα με τα οποία αξιολογείται ένα κλινικό περιστατικό ως επαρκές για λήψη παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω της κατ' οίκον νοσηλείας. Το αρχικό κριτήριο προϋποθέτει το υποκείμενο νόσημα να εκδηλώνεται με συχνότητα και να αποτελεί αίτιο νοσοκομειακής εισαγωγής. Το επόμενο κριτήριο προϋποθέτει πως η κάθε διάγνωση θα παρέχεται με τρόπο απλό, ασφαλή και άμεσο για τον ασθενή και δεν θα χρήζει πρόσθετων επεμβατικών τεχνικών. Το τελευταίο κριτήριο προϋποθέτει την εφαρμογή μίας σχεδιασμένης και καθορισμένης θεραπευτικής πρακτικής, η εφαρμογή της οποίας θα είναι εφικτή κατά την παραμονή του ασθενούς στο περιβάλλον του σπιτιού του (Cheng et al., 2009).

Ένα σύνολο διαφορετικών δραστηριοτήτων, οι οποίες σχετίζονται με την φύση του εκάστοτε νοσήματος, την επιλογή του θεραπευτικού πρωτοκόλλου αντιμετώπισης του ασθενούς, την επάρκεια και την αξιοποίηση των νοσηλευτικών προμηθειών, τεχνολογικού εξοπλισμού, της κατάλληλης στελέχωσης επαγγελματιών υγείας και της αποδοχής από τον ίδιο τον ασθενή, θα πρέπει να πληρούνται ταυτόχρονα προκειμένου να καθίσταται εφικτή η νοσηλεία ενός ασθενούς κατ' οίκον (Αδαμακίδου και συν., 2015).

3.2 Οι Ηλικιωμένοι Ασθενείς

Η γήρανση αποτελεί ένα πανανθρώπινο φαινόμενο του οποίου το κύριο χαρακτηριστικό του είναι η εξασθένηση του ανθρώπινου οργανισμού και την παρουσία πολλών νοσημάτων. Είναι ενδεικτικό πως τα άτομα άνω των 60 ετών, 4 στους 10 ηλικιωμένους ασθενείς έχουν ανάγκη κατ' οίκον νοσηλεία. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, το ποσοστό αυτό αυξήθηκε περίπου 19% μέχρι το έτος 2013. Χώρες όπως η Ιταλία, η Γερμανία και η Ελλάδα παρουσιάζουν αυξητική τάση στην ανάγκη για κατ' οίκον νοσηλεία (Καλοκαιρινού και συν., 2015).

3.2.1 Παρηγορητική φροντίδα

Η κατ' οίκον ανακουφιστική φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι πολύ σημαντική επιτρέποντας έναν ήρεμο και αξιοπρεπή θάνατο στο περιβάλλον του σπιτιού

τους, δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση του πόνου με τη χορήγηση αναλγητικών. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι επίσης σημαντική για τους ασθενείς και στα μέλη της οικογένειάς τους (Higginson et al., 2003).

3.2.2 Ψυχιατρικά νοσήματα

Για την αντιμετώπιση περιστατικών με ψυχικά νοσήματα καθοριστική είναι η συνεργασία κοινωνικών και οικονομικών φορέων. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να εξασφαλίσουν ένα ασφαλές περιβάλλον, να ενημερώνουν συνεχώς για την κατάσταση του ασθενή και να σχεδιάζουν από κοινού το πλάνο παρέμβασης. Είναι σημαντικό να αξιολογείται η πιθανότητα αυτοκτονικών τάσεων για την ασφάλεια του ασθενή και της οικογένειάς του (Kohn et al., 2004).

3.2.3 Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα χρόνια νόσημα το οποίο διαταράσσει το μεταβολισμό της γλυκόζης, των πρωτεϊνών και των λιπών οδηγώντας σε επιλοκές των ζωτικών οργάνων. Στην κατ' οίκον νοσηλεία, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να ελέγχουν τα επίπεδα σακχάρου, να ορίζουν τη διατροφή των ασθενών και τη φαρμακευτική τους αγωγή, καθώς και να ελέγχουν τα επίπεδα συμμόρφωσης των ασθενών. Σε περίπτωση εμφάνισης διαβητικού άκρου, η περιποίηση των άκρων είναι επίσης αναγκαία (Travis et al., 2004).

3.2.4 Καρκίνος

Στην περίπτωση ασθενών με καρκίνο έχει παρατηρηθεί αύξηση στην ανάγκη για κατ' οίκον νοσηλεία, η οποία σχετίζεται με την αύξηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και τη μείωση του κόστους. Στην περίπτωση των καρκινοπαθών, η κατ' οίκον νοσηλεία εστιάζει και στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση των ασθενών και της οικογένειας αλλά κυρίως στη διαχείριση πόνου (Turkoglu & Kilic, 2012).

3.2.5 Καρδιακή ανεπάρκεια

Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια νόσος της οποίας ο επιπολασμός συνεχώς αυξάνεται και κατά συνέπεια οι δαπάνες στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι υψηλές. Στην κατ' οίκον νοσηλεία οι υγειονομικοί θα πρέπει να αξιολογούν και να καταγράφουν

προβλήματα αναπνευστικά, τη διατροφή και τα ζωτικά σημεία και φυσικά τη φαρμακευτική αγωγή. Η εκπαίδευση του ασθενή είναι πολύ σημαντική για να απαλλαγεί από βλαβερές συνήθειες όπως το κάπνισμα (Aikens, 2012).

3.2.6 Η Νόσος Alzheimer

Η νόσος Alzheimer είναι μια εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου που εξασθενεί τη μνήμη και οδηγεί σε προβλήματα που σχετίζονται με τη συμπεριφορά και τη σκέψη. Οι ασθενείς παρουσιάζουν δυσφαγία και προβλήματα ύπνου. Στην κατ' οίκον νοσηλεία οι επαγγελματίες υγείας δεν οφείλουν μόνο να χορηγούν την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή στον ασθενή, αλλά να εξασφαλίζουν ένα ήσυχο και ασφαλές περιβάλλον στο οποίο ο ασθενής θα μπορεί να έχει αυτονομία καθώς και πρόληψη για καθυστέρηση επιδείνωσης της κατάστασης του (Sanders et al., 2008).

3.2.7 Κινητικά προβλήματα

Τα κινητικά προβλήματα στους ηλικιωμένους προέρχονται από προβλήματα στο μυοσκελετικό και νευρικό σύστημα αιτίες των οποίων είναι πολλές, όπως οι εκφυλιστικές ασθένειες. Στα κινητικά προβλήματα στην κατ' οίκον νοσηλεία συμμετέχει ο εργοθεραπευτής, ο φυσικοθεραπευτής και ο λογοθεραπευτής. Η ψυχολογική υποστήριξη και η διαμόρφωση του χώρου είναι πολύ σημαντική καθώς και η παροχή κατάλληλου εξοπλισμού για την αποφυγή πτώσεων και κατακλίσεων (Xakellis, 2004).

3.3 Παιδιατρική Κατ'οικον Νοσηλεία

Η νοσηλεία κατ' οίκον για τα παιδιά με οξεία και χρόνια νοσήματα συνεχώς κερδίζει έδαφος τις τελευταίες δεκαετίες. Η Παιδιατρική κατ' οίκον νοσηλεία περιγράφεται ως η φροντίδα που αντικαθιστά τη φροντίδα σε νοσηλευτικό ίδρυμα μέσα από την οποία παρέχεται υποστήριξη, εκπαίδευση, φροντίδα και διαχείριση των παιδιών – ασθενών στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού τους (Parab et al., 2013).

Τα μοντέλα οργάνωσης, υποστήριξης, σχεδιασμού και εφαρμογής ποικίλουν από χώρα σε χώρα και τα μοντέλα αυτά βασίζονται στις αντίστοιχες δράσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των τοπικών κοινωνιών (Parker et al., 2011). Η προσβασιμότητα στην παιδιατρική κατ' οίκον νοσηλεία επίσης διαφοροποιείται από μερικές ώρες την ημέρα

έως και σε εικοσιτετράωρη εξυπηρέτηση. Η παιδιατρική κατ' οίκον νοσηλεία αποτελείται από νοσηλευτικό προσωπικό ή από ομάδες που απαρτίζονται από νοσηλευτές, ιατρούς, λογοθεραπευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας (Junger et al., 2010).

Υποστηρίζεται ότι τα παιδιά-ασθενείς θα πρέπει να νοσηλεύονται σε νοσοκομείο μόνο όταν η φροντίδα δεν μπορεί να είναι διαθέσιμη σε άλλο μέρος (European Association for Children in Hospital, 2015). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι ειδικά η παρηγορητική θεραπεία θα πρέπει να προσφέρεται στο περιβάλλον του σπιτιού (WHO, 1998).

Παιδιά στα νοσηλευτικά ιδρύματα περιγράφουν την περίοδο της νοσηλείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα με συναισθήματα φόβου, ανησυχίας και περιορισμένης αυτονομίας (Coyne, 2006). Οι οικογένειες των παιδιών-ασθενών βρίσκονται σε μια διαρκή προσπάθεια να πάρουν τον έλεγχο της ζωής τους διατηρώντας μια κανονική ζωή. Ωστόσο, η μακροχρόνια παραμονή στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι μια απειλή για αυτή την προσπάθεια (Bjork et al., 2009). Συνεπώς, η παιδιατρική κατ' οίκον νοσηλεία μειώνει το στρες της οικογένειας επιτρέποντάς της να ζει μια κανονική ζωή (Hansen et al., 2012).

Η πλειονότητα των μελετών αποδεικνύει πως οι οικογένειες με παιδιά-ασθενείς προτιμούν την παρηγορητική θεραπεία στο περιβάλλον του σπιτιού αλλά και σε περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών μειώνοντας το κόστος και την κοπιαστική εργασία (vonLutzau et al., 2012).

Οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών παιδιών και ειδικά στις περιπτώσεις που χρειάζονται την υποστήριξη από τεχνολογικό εξοπλισμό, απαιτούν εξειδικευμένο προσωπικό που θα συνδυάζει την πρακτική με την επιστημονική γνώση για την πρόληψη, τον εντοπισμό κλινικών αλλαγών και την εφαρμογή ευέλικτης παρέμβασης (Legare et al., 2008).

Οι μελέτες δυστυχώς αποκαλύπτουν πως υπάρχουν ελάχιστοι εκπαιδευόμενοι κατάλληλα φροντιστές, με αποτέλεσμα η διαδικασία νοσηλείας να εκτελείται από τους άτυπους φροντιστές (οικογένεια) γεγονός που βαραίνει συναισθηματικά τους γονείς και κλονίζει την οικογένεια (Hansson et al., 2013).

Το κενό ενημέρωσης και υποστήριξης των γονέων που οδηγεί στην περιθωριοποίηση καλύπτει η ομάδα που αποτελεί κατ' οίκον νοσηλεία η οποία βοηθά την οικογένεια να αποδεχθεί τη νέα πραγματικότητα. Με λίγα λόγια, η διεπιστημονική ομάδα παίζει και στην παιδιατρική κατ' οίκον νοσηλεία πολύπλευρο ρόλο με στόχο την ποιότητα ζωής του παιδιού που νοσεί (Kremeike et al., 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ & ΠΟΙΟΤΗΤΑ

4.1 Κόστος & Ποιότητα

Ο υπολογισμός του κόστους στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και είναι σύνθετη διαδικασία. Η κατ' οίκον νοσηλεία έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των οικονομολόγων της υγείας διότι μπορεί να συνδυάσει μειωμένο κόστος και διάρκεια νοσηλείας σε σύγκριση με την ενδονοσοκομειακή λειτουργία (Montalto, 2010).

Όμως, σύμφωνα με τα ευρήματα πρόσφατων ερευνών συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο με το οικονομικό κόστος να είναι πολύ χαμηλότερο από το ενδονοσοκομειακό (Shepperd et al., 2009). Μεμονωμένα ευρήματα αναφέρουν μείωση του κόστους σε ποσοστό από 14 έως 44% σε σύγκριση με το κόστος νοσηλείας στο νοσοκομείο (Pericas et al., 2013). Οι λόγοι οι οποίοι συμβάλλουν σε αυτή τη μείωση του κόστους είναι ο περιορισμός των εργαστηριακών εξετάσεων και η μη χρήση εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας (Peff et al., 2005). Ομοίως, ευρήματα άλλης πρόσφατης έρευνας δείχνουν ότι το κόστος ανά ασθενή μειώνεται κατά 19% (Cryer et al., 2012).

Ευρήματα στη διεθνή βιβλιογραφία, όπως μια μελέτη σε ασθενείς με ΧΑΠ, το κόστος της κατ' οίκον νοσηλείας είναι κατά πολύ περιορισμένο (Ricauda et al., 2008). Ομοίως, σε μελέτη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια το κόστος νοσηλείας στο σπίτι είναι δυο φορές λιγότερο (Board et al., 2000).

Αξίζει όμως να σημειωθεί πως υπάρχουν και έρευνες των οποίων τα ευρήματα αποδεικνύουν το αντίθετο όπως αυτή η οποία δείχνει ότι το κόστος νοσηλείας στο σπίτι ήταν διπλάσιο από το κόστος στο νοσηλευτικό ίδρυμα (Rodriguez- Vergan et al., 2013).

Στην Ελλάδα, οι κυριότερες πηγές χρηματοδότησης για την κατ' οίκον νοσηλεία είναι οι φόροι και οι χρηματοδοτήσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίες καλύπτουν το 75% του συνολικού κόστους. Οι βασικές υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας (κοινωνική

εργασία, νοσηλευτική και βοήθεια στο σπίτι) δεν καλύπτονται απόλυτα από την κοινωνική ασφάλιση ενώ καλύπτονται υπηρεσίες όπως φυσικοθεραπεία και κατ' οίκον επισκέψεις, παρέχοντας στους ασθενείς το 50% του κόστους. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναφέρει πως το ετήσιο κόστος της κατ' οίκον νοσηλείας ανέρχεται σε 834.000.000 ευρώ εξυπηρετώντας 9.500 ασθενείς (Kirkoglou & Diamantara, 2010).

4.2 Συμβολή στο σύστημα υγείας

Η εξωνοσοκομειακή και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι μια πολύ σημαντική πτυχή ενός συστήματος υγείας η οποία αποτελεί την πρώτη επαφή του ασθενή με τη φροντίδα υγείας ως το πρώτο βήμα της συνεχούς φροντίδας (Donev et al., 2000).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι εξαιρετικής σπουδαιότητας διότι κάνει προσβάσιμη τη φροντίδα υγείας σε όλους μακριά από τα νοσηλευτικά ιδρύματα με κόστος στο οποίο μπορεί να ανταποκριθεί το κράτος με μεθόδους οι οποίες είναι πρακτικές, επιστημονικά και κοινωνικά αποδεκτές (Magnusen et al., 2009).

Ο κύριος σκοπός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η μείωση της νοσηλείας σε νοσοκομείο και να παρέχει θεραπεία σε ασθενείς σε πιο οικονομικές συνθήκες όποτε αυτό είναι δυνατό. Η φροντίδα κατ' οίκον αποτελεί ένα συνδυασμό ιατρικής, και μη θεραπειών και θα πρέπει να συντονίζεται από τα νοσηλευτικά ιδρύματα μέσα από οργανωμένα προγράμματα για την παροχή πλήρους φροντίδας με χαμηλότερο κόστος (Bartlet et al., 2012).

Στην Ελλάδα, η κατ' οίκον νοσηλεία τείνει να αντικαταστήσει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εξαιτίας των ελλείψεων της τελευταίας σε υλικοτεχνική υποδομή και προσωπικό παρόλο που η ύπαρξη της θα έλυne πολλά προβλήματα του υγειονομικού συστήματος (Kirkoglou & Diamantara, 2010).

Ο χρόνος που μπορούν οι ασθενείς να κερδίζουν αντικαθιστώντας την επίσκεψη σε νοσοκομείο με την κατ' οίκον επίσκεψη είναι πολύ σημαντικός για τους ασθενείς και για το σύστημα υγείας. Με αυτόν τον τρόπο, εξοικονομούνται χρόνος, οικονομικοί

πόροι και προσωπικό. Παράλληλα, δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας για το υγειονομικό προσωπικό (Munro & Campbell, 2002).

4.3 Ασφάλεια & ποιότητα στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας

Στη δεκαετία του 1990 εντοπίζονται οι πρώτες παροχές κατ' οίκον νοσηλείας και από τότε κερδίζει συνεχώς έδαφος στα συστήματα υγείας. Από τότε, έχουν εκφραστεί πολλά ερωτήματα για την αποδοτικότητα της κατ' οίκον φροντίδας υγείας τα οποία συμβάλλουν στη διατήρηση και στην εξέλιξή της.

Σύμφωνα με τις οδηγίες του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ, οι στόχοι της κατ' οίκον νοσηλείας είναι η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια, η προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή, η αποδοτικότητα, η δικαιοσύνη και οι έγκαιρες παροχές υπηρεσιών (IOM, 2001).

Τον Ιανουάριο του 2007, η ιατρική κοινότητα και οι οργανισμοί βελτίωσης της υγείας ξεκίνησαν την Καμπάνια Βελτίωσης της Κατ' οίκον Φροντίδας Υγείας. Στόχος της καμπάνιας ήταν η βελτίωση της ποιότητας φροντίδας υγείας με απώτερο στόχο να εμποδιστεί η νοσηλεία νοσοκομειακής περίθαλψης αν αυτό είναι δυνατό (Home Health Quality Improvement National Campaign, 2007).

Η πιθανότητα λάθους στην κατ' οίκον νοσηλεία είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με την νοσοκομειακή νοσηλεία λόγω του μη ορθά δομημένου περιβάλλοντος (Ellenbecker et al., 2004). Το γεγονός αυτό δημιουργεί συναίσθημα άγχους στους υγειονομικούς και θα πρέπει να έχουν συνεχή επικοινωνία με νοσηλευτικά ιδρύματα σε περίπτωση ανάγκης (Gate et al., 2005).

Ο βασικός στόχος της κατ' οίκον νοσηλείας είναι η αποφυγή νοσηλείας στο νοσοκομείο αλλά τα ευρήματα των ερευνών δεν αποδεικνύουν αυτό στην πράξη. Ενδεικτικά, παραπάνω από ένα εκατομμύριο ασθενείς από την κατ' οίκον νοσηλεία εισήχθησαν στο νοσοκομείο το 2004 ενώ το 2006 ο πληθυσμός αυτός αυξήθηκε κατά 28%. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι σε περιπτώσεις έξαρσης της ασθένειας ή τυχόν επιπλοκές, η κατ' οίκον νοσηλεία είναι ανεπαρκής για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών (Fortinsky et al., 2006).

Ευρήματα άλλων ερευνών έχουν πλέον αποδείξει τη συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης των νοσηλευτών και ιατρών και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όλες οι μελέτες έδειξαν πως η συνεχής πληροφόρηση και η εκπαίδευση των νοσηλευτών βελτιώνει την έκβαση της νοσηλείας σχετικά με τη διαχείριση του πόνου, την ποιότητα ζωής, την επικοινωνία και την ανακούφιση των συμπτωμάτων των ασθενών (Mc Donald et al., 2005; Feldman et al., 2005).

4.4 Βαθμός Ικανοποίησης Ασθενών από την Κατ' οίκον Νοσηλεία

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι η πιο σημαντική ένδειξη της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας (Mahon, 1996). Συνεπώς, η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα πεδίο έρευνας το οποίο καθοδηγεί την εξέλιξη στη φροντίδα υγείας με βάση τις ανάγκες των ασθενών. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχουν συγκεκριμένες κλίμακες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην κατ' οίκον νοσηλεία, γεγονός που οδήγησε τους μελετητές να χρησιμοποιήσουν διαφορετικές κλίμακες και μεθόδους στις μελέτες τους (Cross, 2009).

Τα ευρήματα των μελετών έχουν δείξει ότι οι ασθενείς έχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με την κατ' οίκον νοσηλεία. Πιο αναλυτικά, υπάρχουν μελέτες που έχουν δείξει ότι οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι είναι ικανοποιητικές. Η μελέτη των Leff και συνεργατών το 2006 απέδειξε πως η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται άμεσα με μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, αν οι ασθενείς μένουν μόνοι, την οικονομική τους κατάσταση, τα συνοδά προβλήματα υγείας, τον βαθμό περιορισμού της λειτουργικότητας τους, την ύπαρξη κατάθλιψης και τη νοητική τους λειτουργία (Leff et al., 2006).

Επίσης, η ικανοποίηση των ασθενών από τη κατ' οίκον νοσηλεία παρουσιάζεται να εξαρτάται άμεσα από τη συμπεριφορά, τη στάση και τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας (Kouli et al., 2013). Ομοίως, η σχέση των επαγγελματιών υγείας και των μελών της οικογένειας των ασθενών επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησής τους (Marak, 2016).

Σε ασθενείς με καρκίνο που λάμβαναν κατ' οίκον χημειοθεραπεία, η ικανοποίησή τους δεν διαφέρει σημαντικά από την ικανοποίηση των ασθενών στην ενδοσκοπομειακή θεραπεία σε επίπεδο ποιότητας ζωής (Shepperd et al., 2009). Έρευνες σε ασθενείς με

Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια σε κατ' οίκον νοσηλεία είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και παρουσιάστηκαν περισσότερο ενημερωμένοι για την ασθένεια τους με αυξημένη εμπιστοσύνη στον ρόλο των νοσηλευτών (Hernandez et al., 2003).

Πολλά ευρήματα μελετών φανερώνουν αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών από την κατ' οίκον νοσηλεία δίνοντας έμφαση στην αξία της προσωπικής φροντίδας, της επικοινωνίας και της θεραπείας για τους ίδιους τους ασθενείς (Wilson et al., 1999).

Επίσης, πολλές έρευνες αποδεικνύουν τον πολύπλευρο και πολυδιάστατο ρόλο των φροντιστών όλων των ειδικοτήτων με τους οποίους ο ασθενής αλληλοεπιδρά σχεδόν σε καθημερινή βάση (Carlan et al., 2012; Montalto, 2010).

Γίνεται σαφές πως όταν οι παροχές στην κατ' οίκον νοσηλεία είναι επαρκείς, οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσοκομειακές μονάδες (Rodriguez – Verjan et al., 2013).

Η ικανοποίηση των ασθενών καθορίζει τις αποφάσεις για τη χρήση της κατ' οίκον νοσηλείας. Για αυτόν τον λόγο, έχουν γίνει πολλές αρνητικές προσπάθειες για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών. Σύμφωνα με τον Robinson (1999), καταγράφονται οι αντιδράσεις των ασθενών κατά τη νοσηλεία γεγονός που επηρεάζεται από την προσωπικότητα καθώς και την εμπειρία ζωής των ασθενών. Επίσης, η καταγραφή αξιολόγησης των υπηρεσιών αξιολογείται μαζί με τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ασθενών (Κωσταγιόλας, 2006).

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών στην κατ' οίκον νοσηλεία ενισχύει το ηθικό του υγειονομικού προσωπικού και βελτιώνει την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών. Επιπλέον, η διαδικασία της αξιολόγησης αποτελεί ένα πολύ σημαντικό εργαλείο ανάπτυξης, οργάνωσης και διαχείρισης της κατ' οίκον νοσηλείας (Aspinal, 2003).

Παράλληλα, η αξία της αξιολόγησης αποτελεί και ένα μέσο λογοδοσίας για την ποιότητα των υπηρεσιών που μπορεί να οδηγήσει σε καινοτόμες πολιτικές (Sureshchandar et al., 2001).

4.5 Το κόστος της κατ' οίκον νοσηλείας

Η διαδικασία υπολογισμού του κόστους της κατ' οίκον νοσηλείας είναι πολύπλοκη και σχετίζεται με πολλούς παράγοντες. Η κατ' οίκον νοσηλεία είναι ένα ενδιαφέρον μοντέλο υγείας διότι συνδυάζει περιορισμένο κόστος και μικρότερο διάστημα νοσηλείας σε σύγκριση με το μοντέλο ενδονοσοκομειακής νοσηλείας (Montalto, 2010), παρά το γεγονός ότι στις απαρχές της εφαρμογής της κατ' οίκον νοσηλείας το κόστος ήταν δυσβάσταχτο και πολύ μεγαλύτερο από αυτό της νοσηλείας σε νοσηλευτικό ίδρυμα (Bentur, 2001).

Έρευνες των τελευταίων ετών αποδεικνύουν ότι το κόστος της κατ' οίκον νοσηλείας είναι χαμηλότερο, ή έστω ίδιο, με το κόστος της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας (Shepperd, 2009). Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι η μείωση του κόστους φτάνει ως και 44% από το κόστος σε οποιοδήποτε νοσηλευτικό ίδρυμα (Pericas et al., 2013).

Ομοίως, σε μια πρόσφατη μελέτη το κόστος ανά ασθενή μειώνεται κατά 19% σε ίδιες ομάδες νοσηλείας και τον περιορισμό περιττών διαγνωστικών εξετάσεων άσχετα με την έκβαση της κάθε περίπτωσης (Cryer et al., 2012),

Αξίζει να σημειωθεί πως έχουν καταγραφεί και ευρήματα που δείχνουν ότι το κόστος της κατ' οίκον νοσηλείας ήταν το διπλάσιο από το αντίστοιχο στη νοσηλεία σε νοσηλευτικά ιδρύματα (Harris et al., 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

5.1 Τάσεις που επηρεάζουν το μέλλον της κατ' οίκον νοσηλείας

Σε παγκόσμιο επίπεδο τίθεται το ερώτημα πως οι αλλαγές στα συστήματα υγείας μπορούν να επηρεάσουν την κατ' οίκον νοσηλεία. Οι αλλαγές στα δημογραφικά στοιχεία, η εξέλιξη των τεχνολογιών και η αλλαγή σχετικά με τα μοντέλα παροχής φροντίδας υγείας θα δημιουργήσουν προκλήσεις και ευκαιρίες. Ο κυριότερος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει το μέλλον της κατ' οίκον νοσηλείας είναι ότι η γενιά των ετών 1945-1965 έχει πλέον γεράσει. Σύμφωνα με το AARP (2014), το 2011, οι πρώτη αυτή ηλικιακή ομάδα έγινε 65 ετών με ρυθμό 8.000 ανά ημέρα, ρυθμός που θα συνεχιστεί μέχρι το 2029. Μέχρι το 2025, αναμένεται ο αριθμός ατόμων άνω των 65 ετών να αυξηθεί σε περίπου 72 εκατομμύρια (Chicago Sun Times, 2014).

Μέχρι το 2050, οι ηλικιωμένοι θα έχουν φτάσει τα 83.7 εκατομμύρια δηλαδή θα αποτελούν το 21% του πληθυσμού των ΗΠΑ. Η αύξηση στον ηλικιωμένο πληθυσμό θα σημαίνει αύξηση στις ανάγκες που σχετίζονται με τη φροντίδα υγείας και ειδικά για την αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών. Η διαχείριση των χρόνιων ασθενειών αποτελεί το 75% των εξόδων στη φροντίδα υγείας γεγονός που κόστισε 510 δις δολάρια το 2004 και αναμένεται να αυξηθεί σε τουλάχιστον ένα τρις το 2020 (Outcome Concept Systems, 2004). Αν αυτή η τάση εξακολουθήσει, τα έξοδα για τη φροντίδα υγείας θα αποτελεί το 30% του ΑΕΠ μέχρι το 2050 (Home Health Care News, 2012).

Η τηλε-ιατρική συνεχώς θα κερδίζει έδαφος για να λύσει το προαναφερόμενο πρόβλημα της αύξησης των ηλικιωμένων και της ανάγκης τους για φροντίδα υγείας. Οι ασθενείς θα απαντούν σε καθημερινές ερωτήσεις αξιολόγησης της υγείας σε αυτόνομο υπολογιστή με οθόνη αφής. Συσκευές τέτοιες που θα μπορούν οι μανσέτες της πίεσης του αίματος και τα παλμικά οξύμετρα να συνδεθούν για να λάβετε μετρήσεις. Τα αποτελέσματα θα αποστέλλονται σε ασφαλείς ιστότοπους, όπου οι ιατροί θα μπορούν να τα ελέγξουν και να επικοινωνήσουν αμέσως με τον ασθενή και τον πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εάν τα δεδομένα υποδεικνύουν κάποιο πρόβλημα υγείας (Penn Live, 2011).

Η αυξανόμενη πολυπλοκότητα της φροντίδας των ασθενών με χρόνιες ασθένειες απαιτεί τη συνεχή εκπαίδευση των κατ' οίκον νοσηλευτών, οι οποίοι θα πρέπει να είναι έμπειροι ακόμα και στην ηγεσία (IOM, 2010).

Ογδόντα εννέα τοις εκατό των σημερινών ηλικιωμένων λένε ότι θέλουν να μείνουν στα σπίτια τους όσο φυσικά είναι δυνατόν. Για να τιμήσουν τις επιθυμίες τους θα χρειαστούν επαγγελματίες του ιατρικού τομέα που είναι ειδικευμένοι σε χρόνια διαχείριση ασθενειών. Θα χρειαστούν επίσης την υποστήριξη των άτυπων φροντιστών. Μέχρι το 2050, η αναλογία πιθανών φροντιστών στα μέλη της οικογένειας που χρειάζονται τη φροντίδα θα είναι 4 μέλη της οικογένειας σε 1 ηλικιωμένο από 11 μέλη της οικογένειας σε 1 ηλικιωμένο το 1990 (Franchise Help, 2014). Θα υπάρχει επίσης τεράστια ανάγκη για βοηθούς υγείας στο σπίτι. Το Γραφείο Στατιστικής Εργασίας των ΗΠΑ (2014) προβλέπει αύξηση της ζήτησης 48% για την κατ' οίκον νοσηλεία μεταξύ των ετών 2012 και 2022.

Η έγκριση των ηλεκτρονικών αρχείων θα προετοιμάσει την οικιακή υγειονομική περίθαλψη για τη διάδοση συσκευών της τηλε-υγείας που είναι απαραίτητες για να καλύψουν τα κενά που η έλλειψη νοσηλευτικής θα προκαλέσει. Ανώτερη εκπαίδευση θα απαιτείται από τους νοσηλευτές οι οποίοι θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτελέσουν με μεγαλύτερη ανεξαρτησία από την εποπτεία των γιατρών. Εάν αυτές οι εξελίξεις συγκλίνουν σε σωστή ακολουθία, η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι θα μεταβεί ομαλά στο μοντέλο που απαιτείται για το μέλλον (Fikar & Hirsch, 2017).

5.2 Πρόταση Αξίας για το Παρόν & το Μέλλον

Η πρόταση αξίας την οποία η κατ' οίκον νοσηλεία προσφέρει σήμερα και στο μέλλον είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας της κατ' οίκον νοσηλείας θα πρέπει να έχουν σημαντική εξειδίκευση στο συγκεκριμένο πλαίσιο για να παρέχουν φροντίδα υγείας.

Καθώς τα συστήματα υγείας εξελίσσονται και αναμορφώνονται για να μπορέσουν να καλύψουν τις μελλοντικές ανάγκες του ηλικιωμένου κυρίως πληθυσμού, η αξία της κατ' οίκον νοσηλείας αυξάνεται διότι είναι προτιμητέα από τους ασθενείς και αποτελεί ένα οικονομικό μέσο παροχής φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας, καθώς νέα μοντέλα

παροχής φροντίδας υγείας έχουν ήδη ξεκινήσει να αναγνωρίζουν την αξία αυτή (Sorbyea et al., 2009).

Στο μέλλον, η κατ' οίκον νοσηλεία θα πρέπει να χρησιμοποιείται για να παρέχει φροντίδα υγείας σε ασθενείς των οποίων η συμπεριφορά και η ασθένεια τους αντιμετωπίζεται καλύτερα στο σπίτι προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία στο σύνολο της με το δυνατότερο λιγότερο κόστος. Συνεπώς, οι πάροχοι υγείας στην κατ' οίκον νοσηλεία θα πρέπει να προσφέρουν τα ακόλουθα (McCain, 2012):

- Διαχείριση των ασθενών και της κατάστασης τους μέσα από δεξιότητες που προωθούν την υγεία.
- Υπηρεσίες οι οποίες αξιοποιούν πολλά είδη τεχνολογιών και προσεγγίσεων, προκειμένου να αξιοποιούν με τη σειρά τους το υγειονομικό προσωπικό και η παροχή φροντίδας υγείας να έχει όσο το δυνατό κέντρο τον ασθενή.
- Συντονισμένη παροχή φροντίδας υγείας, η οποία θα διευκολύνεται από την ανταλλαγή πληροφοριών.
- Υπηρεσίες οι οποίες θα πρέπει να είναι αυτό που πραγματικά αναζητά ο ασθενής πέρα από το κόστος, τα νοσήλια και την ασφαλιστική κάλυψη.

Οι πάροχοι φροντίδας υγείας στην κατ' οίκον νοσηλεία μπορούν να παρέχουν φροντίδα υγείας με τα παραπάνω χαρακτηριστικά αλλά οποιαδήποτε πρόκληση θα μπορέσει να αντιμετωπιστεί προκειμένου να γίνει πλήρως κατανοητή η δυναμική της φροντίδας υγείας στο σπίτι μέσα από την επίτευξη ενός τριπλού σκοπού: την επίτευξη μιας φροντίδας υγείας ποιότητας, την αξιοποίηση του περιβάλλοντος του σπιτιού και την υποστήριξη για την υποδομή και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (Valls et al., 2010).

Με λίγα λόγια, το σύστημα της κατ' οίκον νοσηλείας στο μέλλον θα πρέπει να αναμορφωθεί για να προάγει και να παρέχει τα ακόλουθα (Sorbyea et al., 2009):

- Υψηλή ποιότητα στη φροντίδα υγείας με το λιγότερο δυνατό κόστος.
- Φροντίδα υγείας η οποία θα καθοδηγείται από τις προτιμήσεις του ασθενή.
- Υπεύθυνη φροντίδα μέσω τρόπων πληρωμής προσεγγίσεις που ευθυγραμμίζουν τα κίνητρα.
- Φροντίδα υγείας η οποία θα βασίζεται στις αρχές της ομαδικής εργασίας για την καλύτερη υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας.

5.3 Σημαντικές Ανάγκες & Βήματα Ανάπτυξης για το Μέλλον

Ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων και ο επιπολασμός των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων αυξάνονται συνεχώς τις τελευταίες δεκαετίες στις περιοχές της Ανατολικής Ευρώπης. Η κατ' οίκον νοσηλεία είναι πλέον μια αποδεκτή στρατηγική παγκοσμίως και αποτελεί τη βάση μιας οικονομικής προσέγγισης που οδηγεί στην ικανοποίηση των ασθενών, μειώνει το φορτίο στα ποσοστά πληρότητας των νοσοκομειακών κλινών και περιορίζει τις περιπτώσεις ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων (Gaugler et al., 2003).

Ως απόκριση στη γήρανση των πληθυσμών και της αύξησης των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων, υπάρχει η ανάγκη μετατόπισης του στόχου της παροχής φροντίδας υγείας στους ηλικιωμένους ασθενείς αλλά και στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα από το περιβάλλον του νοσοκομείου σε μια προσβάσιμη και βολική στρατηγική για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους (Cohen, 2012).

Οι υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας είναι αναγκαίο να σχεδιαστούν σε εθνικό επίπεδο και να ρυθμιστούν ως πακέτα φροντίδας τα οποία μπορούν να προσαρμοστούν και να παρέχονται στους ασθενείς στο περιβάλλον του σπιτιού τους. Ο σχεδιασμός της κατ' οίκον νοσηλείας θα πρέπει να επικεντρώνεται στον εντοπισμό των αναγκαίων υπηρεσιών, στο είδος των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι θα παρέχουν τις υπηρεσίες, τη βασική και τη διά βίου εκπαίδευση, τον απαιτούμενο εξοπλισμό και τις αναγκαίες παροχές, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και το επίπεδο εμπλοκής της κοινότητας (Cohen, 2012).

Η κατ' οίκον νοσηλεία θα πρέπει να θεωρείται ως αναπόσπαστο στοιχείο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε συνδυασμό με τους ιδιώτες επαγγελματίες υγείας. Θα πρέπει επίσης να είναι οικονομική και ποιοτική. Μεταξύ των σημαντικότερων ζητημάτων που πρέπει να εξεταστούν από τις εκάστοτε αρμόδιες αρχές είναι η κουλτούρα της κοινότητας, η ασφάλεια των παρόχων φροντίδας στο σπίτι, η συνέχεια της φροντίδας και τους συνδέσμους της οικιακής υγειονομικής περίθαλψης με τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας για τη διασφάλιση λειτουργικών καναλιών παραπομπής.

Ο γενικός στόχος αυτής της πρόσθετης στρατηγικής για την παροχή υπηρεσιών είναι να εξασφαλιστεί το υψηλότερο επίπεδο υγείας και ευεξίας για τον αυξανόμενο αριθμό ηλικιωμένων πολιτών και ασθενών με χρόνιες ασθένειες (Jones et al., 2012).

Για να ξεκινήσουν την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι, οι χώρες πρέπει (Jones et al., 2012) :

- Να πραγματοποιηθεί μια αξιολόγηση και χαρτογράφηση των υφιστάμενων δυνατοτήτων καθώς και ο βαθμός ανάγκης για περίθαλψη στο σπίτι που θα βασίζεται σε δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα.
- Να συσταθεί μια λίστα με συγκεκριμένες υπηρεσίες οι οποίες είναι αναγκαίες βασισμένη στις συνθήκες της κάθε περιοχής και στον επιπολασμό των ασθενειών (μη μεταδιδόμενα νοσήματα και γηριατρική).
- Να αξιολογηθούν οι δεξιότητες και η γνώση των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να επιλεγθούν ποιοι μπορούν να παρέχουν φροντίδα στην κατ' οίκον νοσηλεία.
- Να διευκολυνθεί η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην κατ' οίκον νοσηλεία με ρυθμιζόμενο τρόπο.
- Να εκπαιδευτεί το εργατικό δυναμικό υγείας χρησιμοποιώντας εγχειρίδια κατάρτισης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και να χαρτογραφηθούν οι ηλικιωμένοι και οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες σε συνδυασμό με τις ανάγκες τους για κατ' οίκον νοσηλεία και τις υφιστάμενες υποδομές υγείας.
- Να ελέγχονται συχνά και να αξιολογούνται οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας στο σπίτι και να γίνονται οι ακριβείς ρυθμίσεις που χρειάζονται.
- Να αξιολογηθούν οι οικονομικές απαιτήσεις σχετικά με την κατ' οίκον νοσηλεία και να αποφασιστεί αν θα πρέπει να περιλαμβάνονται ως ολική ή μερική κάλυψη στα ασφαλιστικά ταμεία.
- Να πραγματοποιηθεί μια πιλοτική μελέτη προκειμένου να εντοπιστεί το πιο αποτελεσματικό και αποδοτικό μοντέλο για την ενσωμάτωση της φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών και των ασθενών με χρόνια νοσήματα στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη.

Ο ΠΟΥ μπορεί να υποστηρίξει όλες τις χώρες να εξελίξουν τον τομέα της κατ' οίκον νοσηλείας για τους ηλικιωμένους ως αναπόσπαστο μέρος παροχής υπηρεσιών υγείας με τους παρακάτω τρόπους (WHO, 2012) :

- Προσδιορισμός τρόπων και στοιχείων ενσωμάτωσης υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και τον καθορισμό ομάδων / νοσηλευτών υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι, πιθανότατα από εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης ή παρόχους ιδιωτικής φροντίδας, ως αναπόσπαστο μέρος της παροχής υπηρεσιών.
- Ενθάρρυνση των κρατών να ενσωματώσουν την υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι ως μία από τις στρατηγικές παροχής υπηρεσιών ως προτεραιότητα που δίνεται στη φροντίδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με χρόνιες ασθένειες.
- Καθορισμός της σύνθεσης και των ευθυνών των παρόχων υπηρεσιών σε πρωτοβάθμιες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και εθελοντές σε κοινοτικό επίπεδο που έχουν εκπαιδευτεί και είναι σε θέση να παρέχουν οικιακή υγειονομική περίθαλψη για τα ηλικιωμένα άτομα με χρόνιες διαταραχές και εκπαίδευση των οικογενειών σχετικά με τον ρόλο τους ως φροντιστές.
- Ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών και εκπαιδευτικού υλικού για την οικιακή υγειονομική περίθαλψη που καλύπτει την προώθηση της υγείας και την πρόληψη, την έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση, και παροχή βασικών υπηρεσιών και παραπομπών όπου απαιτείται.
- Υποστήριξη σε δραστηριότητες ανάπτυξης ικανοτήτων για επαγγελματίες υγείας σχετικά με την παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης σε ηλικιωμένους και άτομα με χρόνιες ασθένειες.
- Υποστήριξη στην ενσωμάτωση εκπαιδευτικού υλικού στη νοσηλευτική και σε άλλους επαγγελματίες υγείας σε αναλυτικά προγράμματα.
- Διευκόλυνση της βραχυπρόθεσμης κατάρτισης σε προηγμένα κέντρα μέσω του προγράμματος υποτροφιών του ΠΟΥ για να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να γίνουν σημεία αναφοράς για την ανάπτυξη της φροντίδας των ηλικιωμένων σε χώρες.
- Αναγνώριση της ανάγκης για ανακούφιση και αποκατάσταση των ηλικιωμένων και εκείνων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες κατά τη διάρκεια συγκρούσεων και καταστάσεων έκτακτης ανάγκης.
- Συμβολή στις προσπάθειες αποκατάστασης κατά τη διάρκεια της μεταβατικής περίθαλψης μετά από νοσηλεία και σε συνδέσμους στις πρωτοβάθμιες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης με νοσοκομεία.

- Παροχή τεχνικής υποστήριξης στη μεθοδολογία της δημιουργίας τεκμηρίων και της έρευνας για την ενημέρωση βάσης δεδομένων για τον ηλικιωμένο πληθυσμό και τη χαρτογράφηση ατόμων με χρόνια αναπηρία.
- Δημιουργία περιφερειακών και διεθνών δικτύων μεταξύ οργανισμών και ακαδημαϊκών ιδρυμάτων που ασχολούνται με την υγεία των ηλικιωμένων και την κατ ' οίκον υγειονομική περίθαλψη.
- Προετοιμασία σχετικών δεικτών για παρακολούθηση και αξιολόγηση του προγράμματος.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Ο Σκοπός & η Σημασία της Έρευνας

Σύμφωνα με τα ευρήματα της βιβλιογραφίας , η κατ' οίκον νοσηλεία φαίνεται να συγκεντρώνει πολλά πλεονεκτήματα, με κυριότερο αυτό της μείωσης του κόστους φροντίδας σε σύγκριση με αυτήν στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί το κόστος συγκεκριμένων νοσηλευτικών δραστηριοτήτων σε κατ' οίκον νοσηλεία και σε νοσηλευτικό ίδρυμα.

Η σπουδαιότητα της μελέτης έγκειται ακριβώς σε αυτό το γεγονός ότι η κατ' οίκον νοσηλεία συγκεντρώνει έναν σημαντικό αριθμό πλεονεκτημάτων όπως το περιορισμένο κόστος και την άνεση που προσφέρει στους ασθενείς, τα οποία θα μπορούσαν να αποτελούν το κίνητρο της εφαρμογής της στην Ελλάδα και ειδικά στις απομακρυσμένες περιοχές.

2. Η μεθοδολογία της έρευνας

Προκειμένου να διερευνηθεί το κόστος που αφορά σε συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις θα πραγματοποιηθεί η διερεύνηση του κόστους στις παρακάτω δραστηριότητες :

- Λήψη αερίων αίματος
- Σίτιση με ρινογαστρικό σωλήνα (levine)
- Ενδοφλέβια σίτιση
- Τοποθέτηση ουροκαθετήρα

Οι παραπάνω ιατρικές πράξεις επιλέχθηκαν ως οι πιο συχνές στους ασθενείς αλλά και αυτές που θα μπορούσαν πιο εύκολα να εφαρμοστούν στα πλαίσια της κατ' οίκον νοσηλείας σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών και τις δυνατότητες στον ελληνικό χώρο.

3. Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας σύγκρισης αποδεικνύουν ότι η κατ'οίκον νοσηλεία είναι πιο οικονομική από το κόστος της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης όπως αυτό φαίνεται από τις επιμέρους τιμές αλλά και από το μέσο όρο τους (Πίνακας 1).

	ΣΙΤΗΣΗ LEVINE	ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΣΙΤΗΣΗ	ΛΗΨΗ ΑΕΡΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΟΥΡΟΚΑΘΗΤΗΡΑ
Νοσήλιο (Αθήνα)	45€	47€	60€ (2')	35€
DOCTOR HOME CARE (Αθήνα)	65€	35€	32€ (την ημέρα)	65€
SOS Ιατροί (Αθήνα & Θεσσαλονίκη)	20€	30€	25€	100€
1151 (Αθήνα & Θεσσαλονίκη)	60€	42€	20€	25€
Βοήθεια στο Σπίτι (Ηράκλειο Κρήτης)	30€	20€	10€	50€
Μέσος όρος Παροχής	44€	34,8€	29,4€	55€

Πίνακας 1: Κόστος παροχής

Η σύγκριση αυτή πραγματοποιήθηκε σε μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Ηράκλειο Κρήτης) σε σύγκριση πάντα με τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια των νοσοκομείων (Πίνακας 2).

Παθολογική Κλινική	65€/ημέρα
Χειρουργική Κλινική	75€/ημέρα
Οποιαδήποτε κλινική /1 day	80€/ημέρα
Παράδειγμα για Ιδιωτική Κλινική METROPOLITAN	248€/ημέρα

Πίνακας 2 : Κόστος ΚΕΝ

Είναι σαφές πως η κατ'οίκον νοσηλεία είναι οικονομικότερη από την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη η οποία από την μία πλευρά ο ασθενής δεν χρεώνεται επιπλέον για τις προαναφερόμενες πρακτικές αλλά τα νοσήλια είναι οικονομικά ασύμφορα. Επίσης, η κατ'οίκον νοσηλεία δεν εμπεριέχει επιπλέον έξοδα παρα μόνο αυτά ενός νοικοκυριού τα οποία έτσι και αλλιώς υφίστανται.

Συνεπώς, η κατ'οίκον νοσηλεία καθίσταται πιο οικονομική και προσφέρει σε ασθενείς και φροντιστές την άνεση της παροχής φροντίδας μέσα στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού όταν βέβαια αυτό επιτρέπεται από την κατάσταση του εκάστοτε ασθενή.

4. Συμπεράσματα – Προτάσεις

Από την παρούσα εργασία γίνεται σαφές πως η κατ'οίκον νοσηλεία αποτελεί ένα οικονομικότερο μέσο περίθαλψης. Πολλές υπηρεσίες θα μπορούσαν να παρασχεθούν μέσω της κατ'οίκον νοσηλείας που περιλαμβάνει βασική ιατρική περίθαλψη, βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενή, ψυχολογική και / ή κοινωνική υποστήριξη, ιατρικές συμβουλές και εκπαίδευση υγείας, συμμετοχή των μελών της οικογένειας για την υποστήριξη και τη φροντίδα των ασθενών, την παροχή προληπτικών υπηρεσιών και την παροχή διαφόρων ιατρικών και υποστηρικτικών εξοπλισμών.

Δεδομένου ότι ένας από τους βασικούς πυλώνες της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης είναι η «συνέχεια της φροντίδας», η κατ'οίκον νοσηλεία θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος αυτής της περίθαλψης, ώστε να είναι διαθέσιμη στο πλαίσιο της συνολικής παροχής υγειονομικής περίθαλψης για όλες τις χώρες.

Λαμβάνοντας υπόψη τα πολλά πλεονεκτήματα της κατ'οίκον νοσηλείας, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης είτε ιδιωτικοί είτε κρατικοί, θα πρέπει να εξετάσουν τη δυνατότητα επένδυσης στην υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι ως οικονομικά αποδοτική αντικατάσταση της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.

Είναι βέβαια αναγκαία η κατάλληλη υποδομή και η κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας καθώς και η κατάλληλη υποδομή σε εξοπλισμό ικανό να εκτελέσει την ιατρική και νοσηλευτική πράξη. Θα πρέπει λοιπόν να υπάρξει η κατάλληλα εκπαιδευμένη διεπιστημονική ομάδα η οποία θα απαρτίζεται από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές οι οποίοι θα μπορούν να ασκήσουν τα καθήκοντα τους για τη νοσηλεία των ασθενών προσαρμοσμένη στις ανάγκες τους αλλά και στις ανάγκες των άτυπων φροντιστών και των μελών της οικογένειας τους.

Συνεπώς εξάγεται το συμπέρασμα πως η κατ'οίκον νοσηλεία αποτελεί ιδανικό μέσο περίθαλψης αλλά με συγκεκριμένες προϋποθέσεις προκειμένου να έχουν πρόσβαση

όλοι οι πολίτες και συνεπώς πρέπει να αποτελέσει αναπόσπαστο μέρος της κρατικής φροντίδας υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδαμακίδου Θ, Σταθάτος Μ, (2015) Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Νοσοκομειακή περίθαλψη στο σπίτι. Ένα μοντέλο υψηλού επιπέδου κλινικής διαχείρισης ασθενών στην κοινότητα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015; 32: 149-157. Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Αποστολάκης, Ι., (2002). *Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

Βουλάγκα Φ., (2007) Φροντίδα Ηλικιωμένων, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας- Τμήμα Νοσηλευτικής, Λάρισα 2007

Καλοκαιρινού, Α. και συν., (2015) *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα: ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΩΝ (Σ.Ε.Α.Β.).

Καλοκαιρινού, Α., Αναγνωστοπούλου, Α. & Αδαμακίδου, Θ., 2014. *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα Έννοιες, Δεξιότητες, Εφαρμογές*. Αθήνα: ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS

Κυριακίδου, Ε. Θ., 2005. *Κοινωνική Νοσηλευτική*. 6η Έκδοση επιμ. Αθήνα: Η Ταβιθα.

Κωσταγιόλας, Π (2006), «Διοίκηση ποιότητας στις σύγχρονες βιβλιοθήκες – υπηρεσίες πληροφόρησης: Ο ρόλος των προσδοκιών των χρηστών», Τεκμήριον. Επιστημονική επετηρίδα του Τμήματος Αρχαιονομίας – Βιβλιοθηκονομίας, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, 6: 143-163

Μπέζας, Α., 2014. *Σχεδιασμός ενεργειών και δράσεων για τον εκσυγχρονισμό των θεσμών της Κατ' Οίκον Νοσηλείας και του Οικογενειακού Προγραμματισμού, με την ανάπτυξη και την οργάνωση πιλοτικών δικτύων : α) «Πιλοτικό Δίκτυο Τμημάτων ή Υπηρεσιών Κατ' Οίκον Νοσηλείας»*, Αθήνα: Υ3γ/ΓΦ12,14,25,27/Γ.Π./οικ.9395.

Οικονόμου, Χ., 2012. *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Καμπύλη.

Ταλαχούπη Μ., 2006 Φροντίδα στο σπίτι, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Λάρισας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Λάρισα 2006.

Χατζηανδρέου, Ε. & Σουλιώτης, Κ., 2005. *Μεταρρυθμίσεις Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

ΕΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aikens, J. E. (2012). Prospective associations between emotional distress and poor outcomes in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35(12), 2472-2478.
- Anderson J, Elfert H. (1989) Managing chronic illness in the family: women as caregivers. *J Adv Nurs.*; 14:735–745.
- Anderson D., St. Hilaire, D. & Flinter, M. (2012). Primary Care Nursing Role and Care Coordination: An Observational Study of Nursing Work in a Community Health Center. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 17 (2), Manuscript 3.
- Angelopoulos, C. Tsigkas, A. Tzavaras, B. Spyropoulos, (2010) “Digital Multiplexer supported scanning Data Collection Method to be employed in Electrical Impedance Tomography simulation measurements”, *ESCR 2010 Meeting*, Prague, Czech Republic, October 2010.
- Anthony, A., & Milone-Nuzzo, P. (2005). Factors attracting and keeping nurses in home care. *Home Healthcare Nurse*, 23(6), 372–377.
- Aspden, P., Wolcott, J., Bootman, J. L., & Cronenwett, L. R. (2007). Preventing medication errors; quality chasm series. National Academy of Sciences.
- Aspinal. F (2003) Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *JAN*, Volume 42, Issue 4 Pages 324-339
- Aylin, A.F. Mazeed, D.G. Cook, “Home visiting by general practitioners in England and Wales”, *BMJ* 313 (1996) 207-210.
- Baron, A. Hodgson, and C. Walshe, (2015) “Evaluation of an advance care planning education programme for nursing homes: a Longitudinal study,” *Nurse Education Today*, vol. 35, no. 5, pp. 689–695.
- Bartlet W, Bozikov J, Rechel (2012) *Health reforms in South-East Europe: New perspectives on South-East Europe*. Palgrave Macmillan, London.
- Bentur N. (2001) Hospital at home: What is its place in the health system? *Health Policy*; 55: 71-79.
- Bjork, M., Wiebe, T., & Hallstrom, I. (2009). An everyday struggle-Swedish families’ lived experiences during a child’s cancer treatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 24, 423–432.
- Board N, Brennan N, Caplan GA. (2000) A randomised controlled trial of the costs of hospitals as compared with hospital in the home for acute medical patients. *Aust N Z J Public Health*; 24: 305-311.

Boeckxstaens P, De Graaf P. (2011) Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care.*;19(6):369–89.

Botsivaly, B. Spyropoulos, V. Pierros, M. Kallergi, A. Tzavaras, (2015) “Supporting in- and off-Hospital Patient Management Using a Web-based Integrated Software Platform”, *26th Medical Informatics Europe Conference (MIE2015)*, 27-29 May 2015, Madrid, Spain.

Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, et al. (2012) A meta-analysis of “hospital in the home”. *Med J Aust*; 197: 512-519.

Cheng J, Montaldo M, Leff B. (2009) Hospital at home. *Clin Geriatr Med*; 25: 79-91.

Cohen M. (2012) *Caring for BC's aging population: improving health care for all*. Vancouver, BC: Canadian Centre for Policy Alternatives, BC Health Coalition; 2012.

Corrado., OJ. (2001) Hospital-at-home. *Age Ageing*, 30(Suppl 3):11–14

Coyne, I. (2006). Consultation with children in hospital: Children, parents’ and nurses’ perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 61–71.

Cryer L, Shannon SB, Van Amsterdam M, et al. (2012) Costs for “hospital at home” patients were 19 percent lower, with equal or better outcomes compared to similar inpatients. *Health Aff (Millwood)* , 31: 1237-1243.

Cross K, Cheevers N & Finkelstein J (2009) Home telemanagement for patients with ulcerative colitis (UC HAT). *Digestive Disease Sciences* 54, 2463– 2472.

Dahlin C. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 3rd ed. National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2013. http://www.nationalconsensusproject.org/Guidelines_Download2.aspx.

Dailey, J. Newfield, (2005) “Legal Issues in Home Care: Current Trends, Risk-Reduction Strategies, and Opportunities for Improvement”. *Home Health Care Management & Practice* 17 , 93-100.

Dewit, S., (2009). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Εννοιες και Πρακτικές*. Αθήνα: Πασχαλίδης

Donev D, Ivanovska L, Lazarevski P, Ruzin N. (2000) *Glossary of Social Protection Terms. Phare Consensus Programme Project: Dictionary and Glossary of Social Protection Terms*. European Commission, 2000:472.

Duke M & Street A. (2003) Hospital in the home: Constructions of the nursing role-a literature review. *J Clin Nurs*; 12: 852-859.

Ellenbecker CH, Frazier SC, Verney S. (2004) Nurses’ observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home health care. *Geriatr Nurs*;25(3):164-70.

European Association for Children in Hospital. (2015). European association for children in hospital. Retrieved from <https://www.each-for-sick-children.org/>

Ewen, S & Nies, M (2008) *Κοινωνική Νοσηλευτική* Εκδόσεις. Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα

Feldman PH, Murtaugh CM, Pezzin LE, et al. (2005) Just-in-time evidence-based e-mail "reminders" in home health care: impact on patient outcomes. *Health Serv Res*; 40:865-85.

Fikar, Christian, and Patrick Hirsch. 2017. "Home Health Care Routing and Scheduling: A Review." *Computers & Operations Research* 77: 86-95. doi.org/10.1016/j.cor.2016.07.019.

Fischer LR, Eustis NN. (1994) Care at home: family caregivers and home care workers. In: Kahana E, Biegel D, Wykle M, eds. *Family Caregiving across the Lifespan*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Fortinsky RH, Madigan EA, Sheehan TJ, et al. (2006) Risk factors for hospitalization among Medicare home care patients. *West J Nurs Res* ;28:902-17

Gates BJ, Setter SM, Corbett CF et al. (2005) A comparison of educational methods to improve NSAID knowledge and use of a medication list in an elderly population. *Home Health Care Management & Practice*;17(5):403-10.

Gaugler JE, Kane RL, Kane RA, Clay T, Newcomer R. (2003) Caregiving and institutionalization of cognitively impaired older people: utilizing dynamic predictors of change. *Gerontologist*.;43(2):219–29.

Gilman, L "A Doctor in the House", *Time* Sep. 24 (2006).

Hansson, H., Kjaergaard, H., Schmiegelow, K., & Hallstrom, I. (2012). Hospital-based home care for children with cancer: A qualitative exploration of family members' experiences in Denmark. *European Journal of Cancer Care*, 21, 59–66.

Hansson, H., Kjaergaard, H., Johansen, C., Hallstrom, I., Christensen, J., Madsen, M., & Schmiegelow, K. (2013). Hospital-based home care for children with cancer: Feasibility and psychosocial impact on children and their families. *Pediatric Blood & Cancer*, 60, 865–872.

Harris R, Ashton T, Broad J, et al. (2005) The effectiveness, acceptability and costs of a hospital-at-home service compared with acute hospital care: A randomized controlled trial. *J Health Serv Res Policy*; 10: 158-166.

Hartung, S. Q. (2005). Choosing home health as a specialty and successfully transitioning into home health nursing practice. *Home Health Care Management & Practice*, 17(5), 370–387.

Hernandez C, Casas A, Escarrabill J, et al. (2003) Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J*; 21: 58-67.

Higginson I, Finlay I, Goodwin DM, et al. (2003) Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage*; 25: 150-168.

Home Health Quality National Campaign (2007).
<http://www.homehealthquality.org/hh/about/default.aspx>.

Johnson P., et al.,(2008) *Τα γηρατειά από την αρχαιότητα έως την μετανεωτερικότητα, Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*, ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα

Jeunger, S., Pastrana, T., Pestinger, M., Kern, M., Zernikow, B., & Radbruch, L. (2010). Barriers and needs in paediatric palliative home care in Germany: A qualitative interview study with professional experts. *BMC Palliative Care*, 9, 10.

Jones AL, BS, Harris-Kojetin L, Valverde R. (2012) Characteristics and use of home health care by men and women aged 65 and over. National health statistics reports; no 52. Hyattsville, MD: *National Center for Health Statistics*, 2012.

Kirkoglou, C., Diamantara, H. (2010). Presentation: *Care workforce development in Greece with European Social Fund*, Hellenic Agency for Local Development and Local Government and ESF actions coordination and monitoring authority, Ministry of Labour and Social Security, Greece. Presentation: <http://www.esn-eu.org/e-news-may10-athens>

Institute of Medicine.(2001) *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press, 2001. Available at:
<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf> ,

Kohn R, Goldsmith E, Sedgwick TW, et al (2004) In-home mental health services for the elderly. *Clinical Gerontologist* 27:71–85.

Kouli, E., Kalokairinou, A. Prezerako, P., Lemonidou, C., Galanis, P., Tziaferi, S., & Kaitelidou, D. (2013). Patients' satisfaction with home care services in Greece. *International Journal of Health Research and Innovation*, 1(1), 47-54.

Kremeike, K., Eulitz, N., Jeunger, S., Sander, A., Geraedts, M., & Reinhardt, D. (2012). Paediatric palliative home care in areas of Germany with low population density and long distances: A questionnaire survey with general paediatricians. *BMC Research Notes*, 5, 498.

Ladd, Rosalind & Pasquerella, Lynn & Smith, Sheri. (2002). Ethical issues in home health care. Newsletter on philosophy and medicine / *American Philosophical Association*. 2. 196-7.

Leff B, Burton L, Mader SL, et al. (2005) Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Ann Intern Med*; 143: 798-808.

Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B., Burl, J., Clark, R., Greenough, W.B., Guido, S., Steinbach, D., & Burton, J. R. (2006). Satisfaction with hospital at home care. *Journal Compilation on The American Geriatrics Society*, 54,1355–1363.

Legare, F., Ratto, S., Gravel, K., & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*, 73, 526–535

von Lutzau, P., Otto, M., Hechler, T., Metzger, S., Wolfe, J., & Zernikow, B. (2012). Children dying from cancer: Parents' perspectives on symptoms, quality of life, characteristics of death, and end-of-life decisions. *Journal of Palliative Care*, 28, 274–281.

Marak, C. (2016). Benefits of home care: Reasons to select home care as a senior care option. *Home Health care.com*. Retrieved from <http://www.homeHealthcareagencies.com/resources/benefits-of-home-care/>

McDonald MV, Pezzin LE, Feldman PH, et al. (2005) Can just-in-time, evidence-based "reminders" improve pain management among home health care nurses and their patients? *J Pain Symptom Manage*;29(5):474-88.

Magnusen J, Vrangbaek K, Saltman R,(2009). *Nordic Health Care Systems - Recent reforms and current policy challenges*. The European Observatory on Health Systems and Policies. McGraw Hill Open University Press, Berkshire, UK - New York, USA,

McCain J. (2012) Hospital at home saves 19% in real-world study. *Manag Care*; 21: 22-26.

Meddings F and M. Haith-Cooper, (2008) "Culture and communication in ethically appropriate care," *Nursing Ethics*, vol. 15, no. 1, pp. 52–61.

Montaldo M.(2010) The 500-bed hospital that isn't there: The Victorian Department of Health review of the hospital in the home program. *MJA*; 193: 598-601.

Morrison, D. E. Meier, (2004) "Palliative Care", *N Engl J Med* 350, 2582-2590.

Munro, J. F. & Campbell, I. W., 2002. *MACLEOD'S ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ*. 10η Έκδοση επιμ. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε..

Pane Seifert, E. M. Z. Farmer, H. R. Wagner, L. T. Maultsby, and B. J. Burns, (2015) "Patterns of maltreatment and diagnosis across levels of care in group homes," *Child Abuse & Neglect*, vol. 42, pp. 72–83.

Parab, C. S., Cooper, C., Woolfenden, S., & Piper, S. M. (2013). Specialist home-based nursing services for children with acute and chronic illnesses. *Cochrane Database Systematic Review*, 6, CD004383.

Parker, G., Spiers, G., Cusworth, L., Birks, Y., Gridley, K., & Mukherjee, S. (2011). Care closer to home for children and young people who are ill: Developing and testing a model of service delivery and organization. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 2034–2046.

Peppas, G. Theocharis, E. A. Karveli, M.E. Falagas, (2016) "An analysis of patient house calls in the area of Attica, Greece", *BMC Health Srvs Res* 6 , 112

Pericas JM, Aibar J, Soler N, et al. (2013) Should alternatives to conventional hospitalization be promoted in an era of financial constraint? *Eur J Clin Invest*, 43: 602-615.

Pittman P, Horton K, Terry M, Bass E. (2014) Residency programs for home health and hospice nurses: prevalence, barriers, and potential policy responses. *Home Health Care Manag Pract*. 2014;26(2):86-91. doi:10.1177/1084822313511457.

Ricauda AN, Tibaldi V, Leff B, et al. (2008) Substitutive "hospital at home" versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: A prospective randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 56:493–500.

Rodriguez-Verjan CF, Augusto V, Xie X, et al. (2013) Economic comparison between hospital at home and traditional hospitalization using a simulation-based approach. *J Enterprise Information Management*; 26: 135-153.

Sanders S, Ott CH, Kelber ST, Noonan P. (2008) The experience of high levels of grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease and related dementia. *Death Stud*; 32(6): 495-523.

Seaton RA & Barr DA. (2013) Outpatient parenteral antibiotic therapy: Principles and practice. *Eur J Intern Med*; 24: 617-623.

Sebern, M. (2006). Shared care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 170–179.

Shepperd S, Doll H, Angus RM, et al. (2009) Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: A systematic review and meta-analysis of individual patient data. *CMAJ*; 180: 175-182.

Sines D, Saunders M, Forbes-Burford J, (2001) *Εφαρμοσμένη Κοινωνική Νοσηλευτική* 4η έκδοση, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Sissouras A, Ketsopoulou M, Bouzas N. (2004) Providing integrated health and social care for older persons in Greece. In: Leichsenring K, Alaszewski AM (eds) *Providing integrated health and social care for older persons*. Aldershot, Ashgate,:329–70

Sorbyea LV, Garms-Homolova V, Henrardc J-C, et al. (2009) Shaping home care in Europe: The contribution of the Aged in Home Care project. *Maturitas*; 62: 235-242.

Stanhope, M. & Lancaster, J., 2009. *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Sureshchandar, G. & Rajendran, Chandrasekharan & Tj, Kamalanabhan. (2001). Customer perceptions of service quality: A critique. *Total Quality Management & Business Excellence - TOTAL QUAL MANAG BUS EXCELL*. 12. 111-124. 10.1080/09544120020010138.

Travis SS, Buchanan RJ, Wang S, Kim M. (2004) Analyses of nursing home residents with diabetes at admission. *J Am Med Dir Assoc*; 5(5): 320–7.

Turkoglu N, Kilic D. (2012) Effects of care burdens of caregivers of cancer patients on their quality of life. *Asian Pac J Cancer Prev*;13:4141–5.

Tzavaras, B. Spyropoulos, B (2013) “A wireless monitoring system supporting contemporary Home-care”, *Proc. 35th IEEE-EMBS Conf*. 3-7 July 2013, Osaka, Japan.

Valls A, Gibert K, Sanchez D, et al. (2010) Using ontologies for structuring organizational knowledge in Home Care assistance. *Intern J Med Inform*; 79: 370-387.

Wiener J, Tilly J. (2002) Population ageing in the United States of America: implications for public programmes. *Int J Epidemiol*.;31(4):776–81.

Wilson A, Parker H, Wynn A, et al.(1999) Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care. *Br Med J*; 319: 1542-1546.

World Health Organization (1998). WHO definition of palliative care. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

World Health Organization, US National Institute of Aging. Global health and aging. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health; 2011 (NIH Publication no. 11-7737).

Xakellis GC. (2004) Who provides care to Medicare beneficiaries and what settings do they use? *J Am Board Fam Pract*.;17(5):384–387.

Zuber, R. (2002). Assessing Medicare eligibility: Suggestions for improving processes. *Home Healthcare Nurse*, 20(7), 425–430.

NΟΜΟΛΟΓΙΑ

N.1397/1983 (ΦΕΚ 143 τ. Α΄) «Εθνικό Σύστημα Υγείας», παρ. 1(β), άρθρο 15, «Σκοπός των Κέντρων Υγείας»

N.2071/1992 (ΦΕΚ 123 τ. Α΄) «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», α) παρ. 2, άρθρο 16 «Σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης», β) παρ. 2, άρθρο 28 «Κατ' οίκον νοσηλεία», γ) παρ. 1,2,3,4, άρθρο 29 «Μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας», δ) άρθρο 30 «Σύσταση Υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας».

N.2519/1997 (ΦΕΚ 165 τ. Α΄) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», παρ. 2, άρθρο 21 «Παροχή μετανοσοκομειακής και ειδικής φροντίδας».

N.3235 /2004 (ΦΕΚ 53 τ. Α΄) «Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας», α) παρ. 3, άρθρο 3 «Ειδικές πρόσθετες υπηρεσίες στα Κέντρα Υγείας», β) παρ. 4, άρθρο 8 «Έργο Νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»

Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ. 85649/27-7-2011 Κ.Υ.Α(ΦΕΚ 1702/τ.Β΄/1-8-2011) ΚΛΕΙΣΤΑ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΙΑ

Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ.1320/98 (Β,99) ΚΛΕΙΣΤΑ ΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΙΑ