

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΔΗΜΟΣ ΙΛΙΟΥ»***

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΔΑΛΑΠΑΣ

A.M:18032

ΑΘΗΝΑ 2021

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων
Καθηγητής

Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια

ΑΣΠΑΣΙΑ
ΓΟΥΛΑ

Μέλος

Καθηγητής

ΜΑΡΚΟΣ
ΣΑΡΡΗΣ

Μέλος

Επιστημονικός
Συνεργάτης

ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΣΤΑΜΟΥΛΗ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Δαλάπας Κωνσταντίνος του Παρασκευά, με αριθμό μητρώου 18032, φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 01/06/2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο Δηλών



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ την επιβλέπουσα Καθηγήτρια Δρ. Ασπασία Γούλα, η οποία με τις οδηγίες και τις πολύτιμες παρατηρήσεις τις προσέφερε σημαντική βοήθεια και υποστήριξη για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Αντιδήμαρχο Κοινωνικών Υπηρεσιών του δήμου Ιλίου, τη διευθύντρια Κοινωνικής Προστασίας και υγείας, τον κοινωνικό λειτουργό Ανδρέα Σόλια, καθώς επίσης και όλες τις νοσηλεύτριες και τις οικιακές βοηθούς του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του δήμου Ιλίου, για την πολύτιμη βοήθειά τους.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους εξυπηρετούμενους του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι που διέθεσαν ένα μέρος από το χρόνο τους για να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατ'οίκον φροντίδα εφαρμόζεται και μελετάται τα τελευταία χρόνια ως ένας διαφορετικός και σύγχρονος τρόπος περίθαλψης. Τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής της είναι πολλά και το θεραπευτικό όφελος που αποκομίζουν οι ωφελούμενοι είναι μεγάλο. Η συνεισφορά της τεχνολογίας, της τηλεϊατρικής και η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στο σπίτι των ωφελούμενων, ενίσχυσαν την ανάγκη εφαρμογής της σε όλο τον κόσμο. Ωστόσο έχουν παρατηρηθεί και μελετηθεί πολλά προβλήματα κατά την εφαρμογή τη σε διάφορες χώρες. Η ανάλυση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» φανερώνει τις ελλείψεις προσωπικού ειδικότερα στην περίοδο της ελληνικής οικονομικής κρίσης. Μόλις 3.4 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα που αιτούνται βοήθεια στο σπίτι φαίνεται να είναι μια μάλλον υποβαθμισμένη υπηρεσία για την σημαντικότητα που πραγματικά έχει στην περίθαλψη των Ελλήνων πολιτών.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι μέτρηση της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων του προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι" του Δήμου Ιλίου και πώς αυτή η ικανοποίηση επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

Τα **αποτελέσματα** της έρευνας έδειξαν ότι το 65% του δείγματος ήταν γυναίκες και το 35 % άντρες. Το 42.5% του δείγματος ήταν άνω των 81 ετών. Η ειδικότητα που το δείγμα θεωρεί ότι τους έχει βοηθήσει περισσότερο είναι οι νοσηλευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Οι ωφελούμενοι εμπιστεύονται σε μεγάλο βαθμό τις υπηρεσίες του προγράμματος και όλοι θέλουν να συμμετέχουν σε αυτό, ενώ πάρα πολλοί θα το πρότειναν και σε κάποιον συγγενή τους ή φίλο. Ο τομέας που οι ωφελούμενοι θεωρούν ότι το πρόγραμμα τους βοηθάει περισσότερο αφορά την τήρηση της φαρμακευτικής τους αγωγής, ενώ στον ψυχολογικό τομέα, το πρόγραμμα τους βοηθάει με την επικοινωνία που έχουν με τους υπαλλήλους. Αυτό που ζητούν από το πρόγραμμα είναι περισσότερες επισκέψεις και περισσότερη ώρα παραμονής των υπαλλήλων σε κάθε επίσκεψη.

Λέξεις κλειδιά: Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι, αξιολόγηση, ποιότητα, νομοθεσία, home care.

ABSTRACT

Home care is considered a form of alternative care. Its advantages are many and the therapeutic benefit is great. Modern medical equipment and the ability to apply sophisticated techniques at home have given impetus to home health care around the world. However, the problems that have arisen in its implementation are not few. The analysis of the "Help at Home" program reveals staff shortages, especially in the period of the Greek financial crisis. Only 3.4 nurses per 1000 people seeking help at home seems to be a rather degraded service for the importance it really has in the care of Greek citizens.

The purpose of this research is to measure the satisfaction of those served in the program "Help at Home" of the Municipality of Ilion and how this satisfaction affects their quality of life.

The results of the research showed that 65% of the sample were women and 35% men. 42.5% of the sample was over 81 years old. The specialty that the sample considers to have helped them the most are nurses and social workers. The beneficiaries trust the services of the program to a great extent and everyone wants to participate in it, while many would recommend it to a relative or friend. The area where the beneficiaries think that the program helps them the most concerns the observance of their medication, while in the psychological area, the program helps them with the communication they have with the employees. What they ask of the program is more visits and more staff stay on each visit.

Keywords: Home help program, evaluation, quality, law, home care.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iii
ABSTRACT	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	ix
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	x
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	3
1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ;	3
1.2 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ, ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	4
1.2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ)	4
1.2.2 Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (Δ.Φ.Υ)	5
1.2.3 Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Τ.Φ.Υ)	5
1.3 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	5
1.4 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΥΓΕΙΑ, ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ;	6
1.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	7
1.6 Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	8
1.6.1 Μοντέλα κρατών πρόνοιας	8
1.7 Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.	11
1.7.1 Η γήρανση του πληθυσμού	11
1.7.2 Η συμβολή της πρωτοβάθμιας φροντίδας.	12
1.8 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΙ ΈΡΓΟ, ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ;	13
1.8.1 Οι διαφορές μεταξύ διαχείρισης έργων και προγραμμάτων	14
2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ	17
2.1 Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας υγείας	18
2.2 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	21
2.2.1 Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας	22
2.3 ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	24
2.4 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	25
2.4.1 Ποιοι αναζητούν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας;	26
2.5 Η ΠΡΟΣΔΟΚΙΑ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	27
2.6 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	29
2.6.1 Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών	29
3. Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	31

3.1 Το ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	31
3.2 ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ».....	33
3.3 ΟΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ.....	39
3.3.1 Κοινωνικός λειτουργός.....	39
3.3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ.....	39
3.3.3 Οικογενειακή βοηθός.....	39
3.4 Το Π.Β.Σ.Σ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΙΛΙΟΥ	40
3.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ Π.Β.Σ.Σ.....	41
3.5 Η ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΛΛΑ ΚΡΑΤΗ	42
3.5.1 Η κατ'οίκον φροντίδα στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	42
3.5.2 Η κατ'οίκον φροντίδα στην Ιταλία	44
3.5.3 Η κατ'οίκον φροντίδα στη Γαλλία.....	45
3.5.4 Η κατ'οίκον φροντίδα στην Αυστραλία.....	46
3.5.5 Η κατ'οίκον φροντίδα στον Καναδά.....	48
4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	50
4.1 Ο ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ.....	50
4.2 ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ Ε.Ε	52
4.3 Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε	59
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	62
5.1 ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ- ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	62
5.2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	63
5.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	64
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	65
6.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ.....	65
6.1.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	65
6.1.2 Στοιχεία σχετικά με το πρόγραμμα.....	67
6.1.3 Ειδικότητες προσωπικού και ικανοποίηση από το πρόγραμμα	69
6.1.4 Εμπιστοσύνη προς το πρόγραμμα και βελτίωση από αυτό.....	72
6.1.5 Σύσταση προγράμματος και προτάσεις βελτίωσης.....	75
6.2 ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ	78
6.2.1 Ανάλυση αξιοπιστίας και δημιουργία διαστάσεων.....	79
6.2.2 1 ^ο Ερευνητικό Ερώτημα.....	81
6.2.3 2 ^ο Ερευνητικό Ερώτημα.....	89
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	94
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	98

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	99
------------------	----

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία	65
Πίνακας 2: Περίοδος συμμετοχής στο πρόγραμμα.....	668
Πίνακας 3: Στοιχεία σχετικά με το πρόγραμμα	668
Πίνακας 4: Ειδικότητες που επισκέπτονται με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι.....	69
Πίνακας 5: Βαθμός βοήθειας από τις ειδικότητες	70
Πίνακας 6: Βαθμός ικανοποίησης από τη συμπεριφορά του προσωπικού.....	71
Πίνακας 7: Απόψεις ερωτηθέντων σχετικά με την εμπιστοσύνη και την βελτίωση από το πρόγραμμα.....	73
Πίνακας 8: Τομείς της κοινωνικής ζωής που παρουσιάστηκε βελτίωση	73
Πίνακας 9: Τομείς της ψυχολογικής κατάστασης που παρουσιάστηκε βελτίωση	73
Πίνακας 10: Από ποια από τις ειδικότητες θα θέλατε περισσότερη βοήθεια.....	75
Πίνακας 11: Απαντήσεις ερωτηθέντων για συνέχιση και σύσταση του προγράμματος	76
Πίνακας 12: Προτάσεις βελτίωσης προγράμματος.....	77
Πίνακας 13: Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας.....	79
Πίνακας 14: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση διαστάσεων	80
Πίνακας 15: Διαστάσεις*Φύλο, Mann-Whitney.....	81
Πίνακας 16: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων, Διαστάσεις*Φύλο	82
Πίνακας 17: Διαστάσεις*Ηλικία, Kruskal-Wallis	83
Πίνακας 18: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων, Διαστάσεις*Ηλικία	83
Πίνακας 19: Διαστάσεις*Εκπαίδευση, Kruskal-Wallis.....	85
Πίνακας 20: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων, Διαστάσεις*Εκπαίδευση	85
Πίνακας 21: Διαστάσεις*Οικογενειακή κατάσταση, Kruskal-Wallis	86
Πίνακας 22: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων, Διαστάσεις*Οικογενειακή κατάσταση	87
Πίνακας 23: Διαστάσεις*Μηνιαίο εισόδημα, Kruskal-Wallis	88
Πίνακας 24: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων, Διαστάσεις*Οικογενειακή κατάσταση	88
Πίνακας 25: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων, Διαστάσεις*Οικογενειακή κατάσταση	90

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Φύλο.....	66
Γράφημα 2: Ηλικία	66
Γράφημα 3: Εκπαίδευση	666
Γράφημα 4: Οικογενειακή κατάσταση	667
Γράφημα 5: Μηνιαίο εισόδημα.....	667
Γράφημα 6: Περίοδος συμμετοχής στο πρόγραμμα (σε χρόνια).....	68
Γράφημα 7: Συχνότητα επισκέψεων του προσωπικού προγράμματος.....	669
Γράφημα 8: Προβλήματα υγείας συμμετεχόντων στο πρόγραμμα	69
Γράφημα 9: Ειδικότητες που επισκέπτονται με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι	70
Γράφημα 10: Βαθμός βοήθειας από τις ειδικότητες.....	71
Γράφημα 11: Βαθμός ικανοποίησης από τη συμπεριφορά του προσωπικού	72
Γράφημα 12: Ποσό εμπιστεύεστε τις υπηρεσίες που σας παρέχονται;	73
Γράφημα 13: Ποσό έχει βελτιωθεί η κοινωνική σας ζωή με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;.....	74
Γράφημα 14: Ποσό έχει βελτιωθεί η ψυχολογική σας κατάσταση με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;.....	74
Γράφημα 15: Τομείς της κοινωνικής ζωής που παρουσιάστηκε βελτίωση.....	74
Γράφημα 16: Τομείς της ψυχολογικής κατάστασης που παρουσιάστηκε βελτίωση.....	75
Γράφημα 17: Τομείς της ψυχολογικής κατάστασης που παρουσιάστηκε βελτίωση.....	76
Γράφημα 18: Θέλετε να συνεχίσετε να είστε μέλος στο πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;	77
Γράφημα 19: Θα συστήναμε το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι σε συγγενείς σας;	77
Γράφημα 20: Προτάσεις βελτίωσης προγράμματος	78
Γράφημα 21: Error bar διαστάσεων.....	81
Γράφημα 22: Θηκογράμματα της διάστασης «Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλευτή» ως προς το φύλο.....	82
Γράφημα 23: Θηκογράμματα της διάστασης «Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης» ως προς την ηλικία.....	84
Γράφημα 24: Θηκογράμματα της διάστασης «Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό» ως προς την εκπαίδευση	85
Γράφημα 25: Θηκογράμματα της διάστασης «Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης» ως προς την εκπαίδευση.....	86
Γράφημα 26: Θηκογράμματα της διάστασης «Σύσταση προγράμματος» ως προς την οικογενειακή κατάσταση	87

Γράφημα 27: Θηκογράμματα της διάστασης «Σύσταση προγράμματος» ως προς το Μηνιαίο εισόδημα.....	89
---	----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατ'οίκον φροντίδα εφαρμόζεται και μελετάται τα τελευταία χρόνια ως ένας διαφορετικός και σύγχρονος τρόπος περίθαλψης. Τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής της είναι πολλά και το θεραπευτικό όφελος που αποκομίζουν οι ωφελούμενοι είναι μεγάλο. Η συνεισφορά της τεχνολογίας, της τηλεϊατρικής και η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στο σπίτι των ωφελούμενων, ενίσχυσαν την ανάγκη εφαρμογής της σε όλο τον κόσμο. Ωστόσο έχουν παρατηρηθεί και μελετηθεί πολλά προβλήματα κατά την εφαρμογή τη σε διάφορες χώρες. Επιθυμία κάθε ασθενούς είναι η επιστροφή στην οικία του. Το οικείο περιβάλλον, οι συγγενείς, οι φίλοι και οι οικείοι τους και το γνώριμο σε αυτούς φυσικό περιβάλλον, συνηγορούν σε αυτό. Η κατ'οίκον νοσηλεία είναι μια βολική και ασφαλής επιλογή για νοσηλεία, αφού επιτρέπει τη συνέχεια της ανάρρωσης στο οικείο περιβάλλον του ασθενούς, περιορίζει τις επιπλέον μετακινήσεις και τον κίνδυνο για επιπλοκές, εκπαιδεύει τους οικείους στη φροντίδα του ασθενούς, μειώνει τον κίνδυνο για ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και περιορίζει την πιθανότητα επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Παράλληλα εξασφαλίζει διαρκή παρακολούθηση και την ενημέρωση του αρμόδιου ιατρού και βελτιώνει την ψυχική διάθεση και την ποιότητα ζωής του ασθενούς. (Landers, et al., 2016)

Τα οφέλη είναι πολλαπλά τόσο για τους ασθενείς και τους ιατρούς αλλά και για το σύστημα υγείας. Τα πλεονεκτήματα επιβεβαιώνονται και από τα στατιστικά στοιχεία. Όπως δείχνουν σχετικές μελέτες σε ένα πιλοτικό πρόγραμμα στις Η.Π.Α το 89,6% των ασθενών αντιμετώπισε μια κατάσταση γλυτώνοντας μια περιττή εισαγωγή στο νοσοκομείο, ενώ το 79,2% δεν αντιμετώπισε τα ρίσκα μια πιθανής ενδονοσοκομειακής λοίμωξης. (Stuck, et al., 2017)

Η σύγχρονη αντίληψη ότι η ποιότητα υγείας οφείλει να είναι παράλληλα και οικονομικά βιώσιμη, οδήγησε το σύστημα υγείας στην ανάπτυξη του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη αφορά άτομα που νοσούν ή εκδηλώνουν συμπτώματα πιθανής νόσου. Ωστόσο, πολλές φορές δεν είναι αρκετό και χρήζει περαιτέρω φροντίδας, για αυτό δεν είναι παρά ένα υποσύστημα του συστήματος υγείας.

Όπως σε κάθε σύστημα υγείας, έτσι και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην κατ'οίκον παροχή υγείας οφείλει να ακολουθείται από ποιότητα, δηλαδή να αξιολογείται και να μελετάται με σκοπό τη διαρκή βελτίωσή του. Η ποιότητα είναι ο βαθμός τελειοποίησης του συστήματος,. Μετρώντας την ποιότητα μπορούν να αξιολογηθούν οι δυσλειτουργίες και οι δυσκολίες του συστήματος, δίνοντας τη δυνατότητα για την περαιτέρω βελτίωσή του. (Σαρρής, 2001)

Οι ελληνικές μελέτες είναι ακόμα λιγότερες. Η ανάλυση του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι φανερώνει τις ελλείψεις προσωπικού ειδικότερα στην περίοδο της ελληνικής οικονομικής κρίσης. Μόλις 3.4 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα που αιτούνται βοήθεια στο σπίτι φαίνεται να είναι μια μάλλον υποβαθμισμένη υπηρεσία για την σημαντικότητα που πραγματικά έχει στην περίθαλψη των Ελλήνων πολιτών.

Λόγω της μειωμένης αποτελεσματικότητας του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι, το κενό έρχεται να καλύψει ο ιδιωτικός τομέας αλλά και Μ.Κ.Ο καθώς και η Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία.(Adamakidou & Kalokerinou-Anagnostopoulou , 2016)

Σύμφωνα με παλαιότερες μελέτες για την αξιολόγηση της ποιότητας για το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι, αλλά και γενικότερα για την κατ'οίκον νοσηλεία και την κατ'οίκον παροχή ιατρικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, συμπεραίνεται ότι ακόμα και στο εξωτερικό δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα για την αξιόπιστη αξιολόγηση αυτών των προγραμμάτων.

Παρότι λοιπόν φαίνεται πως είναι δεδομένη η χρησιμότητα προγραμμάτων σε βοήθεια στο σπίτι, ακόμα δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την καταγραφή και την παραγωγή κατευθυντήριων γραμμών σε αυτά τα προγράμματα. Επιπροσθέτως, όσο αναφορά τις οικονομικές μελέτες των προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι καταγράφονται στοιχεία και μελετώνται, ειδικότερα στις Η.Π.Α χωρίς ωστόσο να είναι ακόμα επαρκή, αναγράφοντας την ανάγκη για περαιτέρω μελέτη. (Su-Yeon Park, 2017)

1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η υγεία είναι ο παράγοντας που μετράει τη φυσική, την ψυχολογική και την πνευματική κατάσταση ενός οργανισμού. Η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Δεν είναι η απουσία ασθένειας. Για αυτό το λόγο η υγεία δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική επιστήμη, αλλά εξαρτάται και από άλλους παράγοντες όπως η οικονομία, το περιβάλλον και η εργασία.

1.1 Τι είναι σύστημα υγείας;

Σύστημα υγείας ορίζουμε την κοινή αντίληψη, οργανωμένης προσφοράς υπηρεσιών υγείας στα άτομα του πληθυσμού που χρήζουν φροντίδας με σκοπό την διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Ο τρόπος οργάνωσης των συστημάτων υγείας διαφέρει από χώρα σε χώρα ανάλογα της κουλτούρας και της εκάστοτε νομοθεσίας. Τα συστήματα υγείας μπορούν να διακριθούν σε φιλελεύθερα, μικτά και εθνικά. Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας μπορούν και στηρίζουν το οργανωτικό πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγείας όσο αναφορά στο σύστημα τιμών, το οποίο διαμορφώνει και εξυπηρετεί την αγορά των υπηρεσιών υγείας. Τα μικτά συστήματα υγείας στηρίζονται στο θεσμό κοινωνικής ασφάλισης, καθώς επίσης και των ασφαλιστικών ταμείων, ταμείων υγείας. Στα εθνικά συστήματα υγείας το κράτος έχει τον άμεσο έλεγχο της παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας. Η πρόσβαση σε αυτά είναι ελεύθερη, και δέκτες των υπηρεσιών τις απολαμβάνουν χωρίς καμία επιβάρυνση. (Κυριόπουλος, Οικονόμου, Γεωργούση, & Γειτονά, 1999)

Σύμφωνα με τους (Θεοδώρου, Σούλης, & Σαρρής, 2001), σύστημα υγείας ορίζεται *«ως το σύνολο των επιμέρους στοιχείων-υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους όπως και με το περιβάλλον (του συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, ο οποίος είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού»*. Ένας ακόμη ορισμός που δίνουν οι παραπάνω συγγραφείς για το σύστημα υγείας *«το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας»*.

1.2 Η σημασία της Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και της Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

1.2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ)

Η διακήρυξη της Alma-Ata (1978) αποτελεί σταθμό για την ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και υιοθετήθηκε από 134 κράτη μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ). Η Διάσκεψη επιβεβαιώνει με έμφαση ότι η υγεία, η οποία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθενειών ή αναπηριών, αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και ότι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι έναν σημαντικότερο παγκόσμιο κοινωνικό στόχο του οποίου η υλοποίηση απαιτεί τη δράση πολλών άλλων κοινωνικών και οικονομικών τομέων πέραν του τομέα της υγείας.

Η υφιστάμενη μεγάλη ανισότητα στην κατάσταση της υγείας των λαών, ιδίως μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών καθώς και εντός των χωρών, είναι πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη και ως εκ τούτου αποτελεί κοινή μέριμνα όλων των χωρών.

Οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα και το καθήκον να συμμετέχουν είτε ατομικά, είτε να οργανωθούν συλλογικά στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της υγειονομικής περίθαλψής τους.

Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι η βασική υγειονομική περίθαλψη που βασίζεται σε επιστημονικά ορθές και κοινωνικά αποδεκτές πρακτικές, χρησιμοποιώντας τεχνολογικά μέσα που την καθιστούν καθολικά προσβάσιμη σε άτομα και οικογένειες της κοινότητας. Το κόστος συμμετοχής στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για τα μέλη της κοινότητας καλύπτεται καθολικά μέχρι η κοινότητα και η χώρα να αντέξουν οικονομικά σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής τους με πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας. Αποτελεί το επίκεντρο του συστήματος υγείας, καθώς συμβάλει στην συνολική κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, αφού φέρνει την υγειονομική περίθαλψη όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο όπου ζουν και εργάζονται και αποτελεί τα πρώτα στοιχεία μιας συνεχούς διαδικασίας περίθαλψης.

Η Π.Φ.Υ δεν τροποποιεί απλά την στρατηγική παροχής υγείας με σκοπό τον περιορισμό του κόστους και την αποσυμφόρηση των μεγάλων νοσοκομείων, παρά επικεντρώνεται στην αλλαγή της κουλτούρας και παροτρύνει πως την συμμετοχή του κόσμου στην προαγωγή της υγείας του και παράλληλα οδηγεί προς μια υγιή κοινωνική και οικονομική οργάνωση. (W.H.O, 2003)

1.2.2 Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (Δ.Φ.Υ)

Ως «Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας» (Δ.Φ.Υ.) ορίζονται όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και οι ιατρικές πράξεις, που διενεργούνται εντός του πλαισίου του νοσοκομείου, στις ιδιωτικές κλινικές που έχουν σύμβαση με τα ασφαλιστικά ταμεία, στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα αποθεραπείας και στα κέντρα αποκατάστασης με δομές κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας. (Θεοδώρου, Σούλης, & Σαρρής, 2001)

1.2.3 Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Τ.Φ.Υ)

Ως (Τ.Φ.Υ) ορίζουμε τη φροντίδα υγείας που απαιτεί υψηλά εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις και δεξιότητες (τεχνογνωσία), εξειδικευμένο εξοπλισμό και υποδομές, που αποτελούνται από διάφορες ειδικότητες και εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. (Θεοδώρου, Σούλης, & Σαρρής, 2001)

1.3 Η κοινωνική ευθύνη της προαγωγής της υγείας

Για την εύρυθμη λειτουργία του κοινωνικού συστήματος απαιτείται η προαγωγή της υγείας σε ομαδικό και ατομικό επίπεδο. Η κοινωνία μέσω της εκπαίδευσης και της κοινωνικοποίησης των ατόμων φροντίζει έμμεσα στην διατήρηση της υγείας στον κοινωνικό ιστό. Η πάσης φύσεως αρρώστια διαταράσσει άμεσα την υγεία του ατόμου βιολογικά, ενώ παράλληλα αυτό το φαινόμενο επηρεάζει και το γενικότερο κοινωνικό σύνολο, αφού διακόπτει τη συμμετοχή του ατόμου σε παραγωγικές, κινητικές και ψυχοκοινωνικές του διεργασίες επηρεάζοντας τελικά τη συμμετοχή του σε έργα και τη διατήρηση των ρόλων του ατόμου στην κοινωνία.

Ο ρόλος της θεραπείας λοιπόν οφείλει να στοχεύει πέρα από τη βιολογική ίαση και στην κοινωνική ίαση, με σκοπό την επαναφορά του ατόμου στους ρόλους του πέρα από την αντιμετώπιση της αρρώστιας (Breton & De Leeuw, 2011).

1.4 Τι είναι Υγεία, Προαγωγή της υγείας και Αγωγή της υγείας;

Η υγεία είναι ο δείκτης που μετράει τη φυσική, την ψυχολογική ακόμα και την πνευματική κατάσταση ενός ζωντανού οργανισμού.

Όπως διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α.(Kelley, 2008)

Ο ορισμός της υγείας και της ασθένειας ως μια κοινωνική αναπαράσταση, ίσως να διαφέρει ανάλογα τα πολιτισμικά ήθη, τις ιδέες, τις αξίες και τις πεποιθήσεις, τη δυνατότητα εκπαίδευσης, τη γενική παιδεία αλλά και τις θρησκευτικές αντιλήψεις για τη ζωή, καθώς επίσης και για τις αντιλήψεις για το σώμα όπως αυτές υπάρχουν σε κάθε κοινωνία. Ο αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού, συσχετίζεται άμεσα με την κοινωνική αναπαράσταση που έχει ο πληθυσμός για την υγεία του. Γενικοί παράγοντες όπως γενετικοί, περιβαλλοντικοί (τρόπος διαβίωσης, κατοικία, εργασία, συνθήκες εργασίας ρύπανση περιβάλλοντος) παράγοντες συνθηκών ζωής (διατροφή, κάπνισμα, άσκηση, χρήση εθιστικών ουσιών, συμπεριφορά), παράγοντες σχετιζόμενοι με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας και παράγοντες εκπαίδευσης υγείας επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και την κοινωνική αναπαράσταση του δίπολου υγείας-ασθένειας.

Προαγωγή της υγείας είναι η διαδικασία μέσα στην οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν.

Τα τελευταία χρόνια έχει υιοθετηθεί διεθνώς η στρατηγική του Π.Ο.Υ για την προάσπιση της υγείας, η οποία στοχεύει σε όλον τον πληθυσμό και όχι μόνο σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Για την προάσπιση και προαγωγή της υγείας απαιτείται

- Η ανάπτυξη μιας ενιαίας δημόσιας πολιτικής η οποία προασπίζει την υγεία.
- Η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος
- Η ενεργοποίηση και η κινητοποίηση της κοινότητας
- Η ανάπτυξη ατομικών δεξιοτήτων και η εκπαίδευση του πληθυσμού
- Ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας.

Στόχος της προαγωγής της υγείας είναι η βελτίωση όλων των παραμέτρων που επηρεάζουν θετικά στην υγεία. Είναι γνωστό ο πληθυσμός των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών τάξεων, παρά τα υψηλότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας και χειρότερους δείκτες υγείας, αναζητά σπανιότερα φροντίδα στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δεν ωφελείται αρκετά από προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Συμπεραίνεται λοιπόν πως οικονομική κατάσταση, το φυσικό περιβάλλον, ο τρόπος διαβίωσης και οι κοινωνικές συνθήκες επηρεάζουν την προαγωγή της υγείας.

Για να μπορέσει ο άνθρωπος να έχει πλήρη σωματική, ψυχική και σωματική ευεξία πρέπει να μπορεί να καθορίσει τις προσδοκίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του. Το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες το άγχος, η έλλειψη φυσικής άσκησης είναι κάποιοι παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν την νοσηρότητα και να μειώσουν την ευεξία.

Ως αγωγή της υγείας νοείται η διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης, δίνοντας τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ατομικά ή ομαδικά, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους. (Breton & De Leeuw, 2011)

Η αγωγή της υγείας είναι μια διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης, οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα στα άτομα και την κοινωνία να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους. Η αγωγή της υγείας, δεν προσπαθεί να επιβάλει συμπεριφορά αλλά να δώσει τη δυνατότητα στους πολίτες να αποφασίζουν ελεύθερα προσφέροντας όλη την απαραίτητη γνώση και επιστημονική τεκμηρίωση.

Η αγωγή και η προαγωγή της υγείας είναι αλληλένδετες έννοιες και συμπληρώνουν η μία την άλλη. Ωστόσο η προαγωγή της υγείας προσδιορίζει μια πιο δυναμική διάσταση για την αναβάθμιση της υγείας. Η αγωγή της υγείας στοχεύει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την υιοθέτηση μια υγιούς στάσης και συμπεριφοράς από τους πολίτες. (Kelley, 2008)

1.5 Κοινωνικές Υπηρεσίες

Ο όρος κοινωνικές υπηρεσίες περιλαμβάνει προγράμματα κοινωνικής προστασίας καθώς επίσης και τομείς όπως η εκπαίδευση, η υγεία, η στέγαση και η

κοινωνική ασφάλιση. Οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν έχουν σκοπό την υποβάθμιση άλλων θεσμών κοινωνικής οργάνωσης, αλλά την οργανωμένη αντιμετώπιση των κοινωνικών αναγκών και ανισοτήτων, που συνεχώς προκύπτουν τη σημερινή εποχή. Οι κοινωνικές υπηρεσίες συχνά συνεργάζονται και αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους αδυνατώντας να ξεχωρίσουν τα προβλήματα ξεχωριστά.

Η κοινωνική υπηρεσία χρησιμοποιείται επίσης για να υποδηλώσει φορείς ή τος οργανώσεις κοινωνικής πρόνοιας οι οποίες λειτουργούν είτε ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, είτε ως Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου. (Σακελλαροπουλος, 2013)

1.6 Η διαφορά του κοινωνικού κράτους από το κράτος πρόνοιας

Οι όροι κράτος πρόνοιας (Welfare State) και κοινωνικό κράτος (Social State) θεωρούνται συχνά ταυτόσημοι, ωστόσο είναι ορθότερο να αναδεικνύεται το διαφορετικό εννοιολογικό τους περιεχόμενο. Κράτος πρόνοιας ορίζεται το κράτος που μέσω του τρόπου οργάνωσής του συμπεριλαμβάνει μεταξύ των θεμελιωδών σκοπών του την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και παρεμβαίνει στον οικονομικό χώρο προκειμένου να αναδιανείμει στους πολίτες ένα μερίδιο του εθνικού εισοδήματος και να εγγυηθεί ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης (Spicker, 2004). Από την άλλη πλευρά, το κοινωνικό κράτος αποτελεί ένα υποσύνολο, μια συγκεκριμένη μορφή θεσμικής οργάνωσης του κράτους πρόνοιας. Η έννοια του κοινωνικού κράτους αναπτύχθηκε ιδίως σε χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης και συναρτάται με ιδιαίτερα οργανωτικά και κανονιστικά χαρακτηριστικά. Αναφέρεται επίσης και ως έννοια γένους, αντί του όρου κοινωνικό κράτος και εκφράζει μια συγκεκριμένη συνταγματική, νομοθετική και διοικητική-οργανωτική τυποποίηση των ρυθμιστικών μηχανισμών και των παροχών του κράτους. (Στασινόπουλου, 2003)

1.6.1 Μοντέλα κρατών πρόνοιας

Η διάκριση των μοντέλων κοινωνικής πρόνοιας αφορά την έκταση της κρατικής παρέμβασης. Για την δυνατότητα κατηγοριοποίησης των κοινωνικών και οικονομικών θεωριών πίσω από την εφαρμογή και την πρακτική της κοινωνικής πολιτικής, υπάρχουν τρία μοντέλα που μπορούν και αποτελούν έναν οδηγό, αν και πρόκειται για γενικές κατηγοριοποιήσεις που αμελούν τα έτερα σύνθετα κοινωνικά ζητήματα (Liebfried & Mau, 2008).

1. Το υπολειμματικό προνοιακό μοντέλο κοινωνικής πολιτικής. Ο σχηματισμός του μοντέλου βασίζεται στην υπόθεση ότι υπάρχουν δύο φυσικά ή κοινωνικά προκαθορισμένα δίκτυα μέσω των οποίων καλύπτονται με τον βέλτιστο τρόπο οι ανάγκες των ατόμων, η ιδιωτική αγορά και το οικογενειακό περιβάλλον. Όταν διαβρώνονται τα αυτά δίκτυα, τότε πρέπει να παρέμβουν οι θεσμοί της κοινωνικής πρόνοιας, μόνο για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Σύμφωνα με τον Peacock, ο πραγματικός στόχος του κράτους Πρόνοιας είναι να καταστήσει ικανούς ανθρώπους, ώστε να μάθουν να ζουν χωρίς τη βοήθειά του.
2. Το βιομηχανικό μοντέλο επιτυχίας-απόδοσης κοινωνικής πολιτικής. Το συγκεκριμένο μοντέλο δίδει σημαντικό ρόλο στους θεσμούς της κοινωνικής πολιτικής ως συστατικά στοιχεία της οικονομίας. Οι κοινωνικές ανάγκες πρέπει να καλύπτονται στη βάση της προστιθέμενης αξίας της εργασιακής απόδοσης και της παραγωγικότητας. Το μοντέλο αυτό απορρέει από διάφορες κοινωνικές και ψυχολογικές θεωρίες που αναφέρονται στα κίνητρα, την προσπάθεια και την ανταμοιβή καθώς επίσης και στον σχηματισμό κοινωνικών τάξεων και κοινωνικών ομάδων.
3. Το θεσμικό-αναδιανεμητικό μοντέλο κοινωνικής πολιτικής. Το μοντέλο αυτό θεωρεί την κοινωνική πολιτική ως ένα μείζονα ενσωματωμένο κοινωνικό θεσμό που παρέχει καθολικές υπηρεσίες εκτός του πλαισίου της αγοράς στη βάση της ανάγκης. Βασίζεται εν μέρη στις θεωρίες σχετικά με τις πολλαπλές επιδράσεις της κοινωνικής αλλαγής και του οικονομικού συστήματος, και εν μέρη στην αρχή της κοινωνικής ισότητας.

Ο Esping Andersen εντοπίζει τρία προνοιακά καθεστώτα, ασχολούμενος με την εποεμπορευματοποίηση της εργατικής δύναμης(Esping-andersen, Gallie, Hemerijck, & Myles, 2001).

1. Το φιλελεύθερο μοντέλο που ακολουθούν οι Η.Π.Α, η Βρετανία, ο Καναδάς και η Αυστραλία, όπου η εποεμπορευματοποίηση είναι λιγότερο ανεπτυγμένη, αφού το κράτος επιδοτεί τις παροχές μέσω της αγοράς, κατόπιν ελέγχου του εισοδήματος. Το κράτος πρόνοιας προστατεύει αυτούς οι οποίοι δεν έχουν σύνταξη. Η φιλοσοφία αυτού του μοντέλου βασίζεται στο ότι κοινωνική παρέμβαση οδηγεί σε κοινωνικές ανισότητες, καθώς η ισότητα που εξασφαλίζει, είναι η ισότητα προς τη φτώχεια.

2. Το συντηρητικό μοντέλο που ακολουθούν οι Γαλλία, η Γερμανία και η Αυστρία, το οποίο χαρακτηρίζεται από τη διαφοροποίηση μεταξύ των κοινωνικών ομάδων και την αναγνώριση προνομίων με κριτήρια την κοινωνική και οικονομική θέση. Το μοντέλο ευνοεί τα άτομα που έχουν επαγγελματική και κοινωνική θέση ενώ αποκλείει τους ανέργους, καθώς βασίζεται στο ότι το δικαίωμα στις κοινωνικές παροχές, προέρχεται από την ανταποδοτικότητα της απασχόλησης του ατόμου. Ουσιαστικά ο αναδιανεμητικός ρόλος του κράτους είναι περιορισμένος, αφού η όποια αναδιανομή γίνεται στον κύκλο των εργαζόμενων και της οικογένειας. Σε αυτό το μοντέλο, η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα της κοινωνικής προστασίας, δηλαδή η ιδιωτική ασφάλιση είναι περιορισμένη.
3. Το κοινωνικό-δημοκρατικό μοντέλο, το οποίο βασίζεται στη εποεμπορευματοποίηση των κοινωνικών παροχών. Η κάλυψη των αναγκών είναι καθολική, ενώ η απασχόληση και η ισότητα είναι βασικοί στόχοι της κοινωνικής πολιτικής. Η αρχή της καθολικότητας των παροχών συνδέεται με την ιδιότητα του πολίτη και όχι με τη θέση εργασίας ή την ανάγκη. Χώρες όπως η Σουηδία, η Νορβηγία και η Δανία χρησιμοποιούν αυτό το μοντέλο, το οποίο αποκαλείται και σοσιαλδημοκρατικό ή Σκανδιναβικό.

Ο Espring Andersen δεν συμπεριέλαβε τις χώρες του Νότου όπως Ιταλία, Ελλάδα. Το κενό αυτό κάλυψε ο Maurizio Ferrera, ο οποίος πρότεινε ένα τέταρτο μοντέλο το οποίο συνδυάζει στοιχεία από το μοντέλο Beveridge και το μοντέλο Bismark και διαφοροποιείται από τα υπόλοιπα μοντέλα. Σύμφωνα με το μοντέλο Ferrera, οι πολιτικές κοινωνικής πρόνοιας έχουν σκοπό τη υπεράσπιση ή την προώθηση της κοινωνικής ένταξης, ενισχύοντας τα άτομα και τις οικογένειες να μην αποσπαστούν από τον κοινωνικό και εγγυόνται ίσες ευκαιρίες προς όλους.

Αυτό που ξεχωρίζει την κοινωνική βοήθεια από την απλή εθελοντική βοήθεια, είναι η φύση της παρέμβασης όπου δεν αποτελείτε από δωρεές και φιλανθρωπίες βασιζόμενες στην ατομική πρωτοβουλία, αλλά από ειδικές μεταρρυθμίσεις που σηματοδοτούν την αναβάθμιση από τη φιλανθρωπία στην θεμελίωση των κοινωνικών δικαιωμάτων, αποκλείοντας τον κοινωνικό αποκλεισμό μέσω οικονομικών μεταρρυθμίσεων χρηματοδοτούμενων από τη γενική φορολογία. Η ανάλυση του Ferrera αρχίζει από την ανάλυση του μοντέλου κάλυψης και οδηγεί στην αναγνώριση

δύο κύριων παραλλαγών, του μοντέλου έργου και του καθολικού μοντέλου. Το μοντέλο κάλυψης ξεχωρίζει από την ουδετερότητα και την αποκλειστική περιγραφή των κριτηρίων και είναι κατάλληλη για τη διαδικασία της κατηγοριοποίησης.

Τα δύο μοντέλα που περιέγραψε ο Ferrara διαφέρουν με τη σειρά τους ως ανάμεικτα και αυτούσια και βασίζονται στην έκτασή τους από την αρχική περιγραφή.

Στο μοντέλο έργου, το ασφαλιστικό δίκτυο προστασίας προορίζεται για ορισμένες κατηγορίες εργαζομένων και η αλληλεγγύη του κοινού είναι κατακερματισμένη σύμφωνα με την επαγγελματική οριοθέτηση που δημιουργεί το πλήθος του πληθυσμού που κινδυνεύει.

Το καθολικό μοντέλο, χαρακτηρίζεται από μια εθνική πολιτική κοινωνικής ασφάλειας με ομοιογενή και σταθερή απόδοση.

Η εξερεύνηση των παραγόντων επιρροής των επιλογών κάθε χώρας στην υιοθέτηση ενός μοντέλου έργου από του καθολικού μοντέλου αναγνωρίζεται από δυο κατευθύνσεις, την θεσμική και την συναφή.

Η συναφής κατεύθυνση αναγνωρίζει την δομή έργου, την σχέση των κοινωνικών τάξεων ή την αλληλεπίδραση ανάμεσα σε στις κατηγορίες κινδύνου των διαφορετικών περιεχομένων κοινωνικής πολιτικής, συμπεριλαμβανομένου του μοντέλου κάλυψης (Ferrara, 1996).

1.7 Η γήρανση του πληθυσμού και η σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

1.7.1 Η γήρανση του πληθυσμού

Η ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια, με το μέσο όρο ηλικίας να ανεβαίνει διαρκώς. Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού παρουσιάζεται από τη διαρκώς μείωση του ποσοστού γονιμότητα, όσο και του ποσοστού θνησιμότητας. Παρόλο που κάποια κράτη προσεγγίζουν το όριο του 2,1 παιδιά ανά γυναίκα, τα περισσότερα κράτη παραμένουν κάτω από το όριο.

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, το μέσο προσδόκιμο ζωής ενός ανθρώπου που γεννιέται σήμερα είναι σχεδόν τα 81 έτη, παρόλο που σε μερικές χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, η Γαλλία και η Ολλανδία φαίνεται ο ρυθμός αύξησης του προσδόκιμου ζωής να μειώνεται σημαντικά, ενώ 19 κράτη έχουν αρνητικό ρυθμό, δηλαδή μείωση των προσδοκώμενων ετών ζωής.

Ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο οδηγεί σε αυτά τα αποτελέσματα. Τα αυξημένα επίπεδα παχυσαρκίας και διαβήτη καθιστούν δύσκολη τη διατήρηση του ρυθμού αύξησης του προσδόκιμου ζωής, αφού οι θάνατοι λόγω καρδιαγγειακών παθήσεων και τα εγκεφαλικά επεισόδια έχουν αυξηθεί σημαντικά, παρότι οι θάνατοι από μολυσματικές ασθένειες έχουν μειωθεί, οι θάνατοι από τον ιό της γρίπης που προκαλούν πνευμονία, έχουν αυξηθεί τους θανάτους στις μεγάλες ηλικιακές ομάδες.

Στις μικρότερες ηλικίες, οι θάνατοι από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι σημαντικά υψηλοί. Μόνο στις Η.Π.Α έχουν αυξηθεί κατά 20% από το 2011 και έχουν στοιχήσει περισσότερους από 400.000.

Ένας στους δέκα πολίτες χαρακτηρίζουν την κατάσταση της υγείας τους ως κακή, ενώ το 1/3 των ενηλίκων των χωρών που ανήκουν στο ΟΟΣΑ ζουν με τουλάχιστον δύο χρόνια νοσήματα. Σημαντικός είναι και ο βαθμός των ατόμων που αντιμετωπίζουν ή έχουν αντιμετωπίσει τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους προβλήματα με την ψυχική υγεία. (O.E.C.D, 2019)(Jacobzone, 1999)

1.7.2 Η συμβολή της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η ασφάλεια των νοσηλευόμενων ασθενών είναι σημαντικά αυξημένη σύμφωνα με πολλούς δείκτες. Ωστόσο υπάρχει ακόμα μεγάλο περιθώριο βελτίωσης, αφού το 5% των ασθενών στα νοσοκομεία προσβάλλονται από κάποιοι νοσοκομειακή λοίμωξη. Όπως όλα δείχνουν, ένα ισχυρό σύστημα πρωτοβάθμια περίθαλψης, συμπεριλαμβανόμενης της κατ'οίκον φροντίδας μπορεί να αντιμετωπίσει τις περισσότερες από τις απλές περιπτώσεις επιπλοκών υγείας χωρίς να χρειαστεί ο ασθενής να νοσηλευτεί, ενώ παράλληλα μειώνεται ο φόρτος εργασίας στα νοσοκομεία.

Τα πρότυπα ποιότητας μπορούν να συμβάλουν σημαντικά αφού μέσω αυτών, το σύστημα υγείας μπορεί να αντιληφθεί καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών. χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι περιπτώσεις αρθροπλαστικών ισχίου, όπου φαίνεται πως υπάρχει βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων κατά 20% όταν η συνέχεια της αποκατάστασης συνεχίζεται στο σπίτι, χωρίς να χρειάζεται ο ασθενής να παραμείνει στο νοσοκομείο για μεγαλύτερο του απαραίτητου χρόνου διάστημα. (Μανωλιάδης & Δημοπούλου, 2012)

1.8 Πρόγραμμα και Έργο, ποιες οι διαφορές;

Ένα πρόγραμμα υφίσταται από το σύνολο των δραστηριοτήτων που συνέβησαν με στόχο τη συντονισμένη διαχείριση των αναγκών που ανάγκασαν τη δρομολόγησή του. Συνήθως αποτελούν μέρος ενός γενικότερου στρατηγικού σχεδίου και οργανώνονται και αξιολογούνται σε έργα (projects). Επομένως το πρόγραμμα αποτελεί μια δομή που αποτελεί μέρος ενός γενικότερου στρατηγικού σχεδίου, έχει οργανωτική δομή και επιβλέπει την εφαρμογή επιμέρους έργων για την γενική ανάπτυξη του οργανισμού που το ανέπτυξε.

Σήμερα η λέξη πρόγραμμα ποικίλει. Είναι μια ομάδα συναφών έργων που διαχειρίζονται με συντονισμένο τρόπο για να ληφθούν τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα και ο έλεγχος των εργασιών, που είναι αδύνατο όταν τα έργα διαχειρίζονται ξεχωριστά. Ένα πρόγραμμα είναι μια μη επαναλαμβανόμενη και μοναδική στο είδος της δραστηριότητα. Πρόκειται για μια σύνθετη προσπάθεια που διαρκεί τουλάχιστον τρία χρόνια και αποτελείται από εκάστοτε έργα που τελούνται ξεχωριστά.

Τα προγράμματα όπως και τα έργα αποτελούν ένα μέσο επίτευξης του στρατηγικού σχεδιασμού. Ένα πρόγραμμα αποτελεί μια προσωρινή οργανωτική δομή που συντονίζει και διευθύνει και επιβλέπει την εφαρμογή ενός συνόλου έργων, προκειμένου αυτά να επιφέρουν τη μέγιστη αποτελεσματικότητα στον οργανισμό. Το έργο από την άλλη είναι μια προσωρινή προσπάθεια για τη δημιουργία ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας.

Η βασική διαφορά τους είναι ο πεπερασμένος χαρακτήρας του έργου. Ένα έργο έχει συγκεκριμένα χρονικά περιθώρια επίτευξης. Τα προγράμματα απαιτούν μια χρονική δέσμευση και μία αφοσίωση από μια πληθώρα ατόμων και φορέων.

Κάθε έργο ή πρόγραμμα έχει τέσσερις βασικές διαστάσεις:

- Το εγγενές του μέγεθος, συνήθως μετριέται από την άποψη της αξίας.
- Ο βαθμός τεχνικής δυσκολίας στη δημιουργία της παραγωγής.
- Η πολυπλοκότητα των σχέσεων («μικρή πολιτική») με τους ενδιαφερόμενους και
- Ο βαθμός αβεβαιότητας που εμπλέκεται στο έργο.

Η διαφορά μεταξύ του πόσο περίπλοκη είναι η εργασία και της πολυπλοκότητάς της είναι ότι η διαχείριση περίπλοκης εργασίας (δηλαδή, εργασία με υψηλό επίπεδο τεχνικής δυσκολίας) είναι εφικτή με την εφαρμογή κατάλληλων συστημάτων όπως η διαχείριση ποιότητας και η διαχείριση διαμόρφωσης. Οι συνέπειες της τεχνικής δυσκολίας είναι προσδιορίσιμες, προβλέψιμες και διαχειρίσιμες με τους κατάλληλους ανθρώπους. Η ουσία της πολυπλοκότητας, από την άλλη πλευρά, είναι ότι το μέλλον είναι εγγενώς απρόβλεπτο και οι αντιδράσεις των ανθρώπων μεταξύ τους στο δίκτυο σχέσεων του έργου ή του προγράμματος είναι μη γραμμικές. Οι απαντήσεις / αντιδράσεις των ενδιαφερομένων στο έργο και οι συνέπειες οποιασδήποτε αλληλεπίδρασης ή επικοινωνίας δεν είναι προβλέψιμες σε γραμμική κλίμακα.

Τα περίπλοκα έργα υψηλής τεχνολογίας και τα προγράμματα είναι εγγενώς πιο δύσκολο να διαχειριστούν από τα τεχνικά απλά έργα και προγράμματα. Η φύση των τεχνικών δυσκολιών και ο βαθμός βεβαιότητας εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το πόσο καλά κατανοητή είναι η εργασία. Η έρευνα αιμορραγίας έχει πολύ υψηλότερο επίπεδο αβεβαιότητας που σχετίζεται με κάθε πτυχή της διαχείρισής της από το έργο παρόμοιας τεχνικής δυσκολίας που έχει αναληφθεί αρκετές φορές πριν. Ο βαθμός κατανόησης τόσο των χαρακτηριστικών της εργασίας όσο και του τρόπου με τον οποίο θα επιτευχθεί εκ μέρους του πελάτη είναι εξίσου σημαντικός για την επιτυχία της προσπάθειας όπως και η κατανόηση της ομάδας. Όσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα γνώσης και κατανόησης, τόσο πιο δύσκολο είναι να επιτευχθεί ένα επιτυχημένο αποτέλεσμα. (Weaver, 2010)

1.8.1 Οι διαφορές μεταξύ διαχείρισης έργων και προγραμμάτων

Από πολλές απόψεις, η διαχείριση έργων και προγραμμάτων φαίνεται παρόμοια. Και οι δύο επιλέγονται μέσω των διαδικασιών διαχείρισης χαρτοφυλακίου με βάση το ότι υποστηρίζουν ή επιτρέπουν μία ή περισσότερες από τις βασικές στρατηγικές πρωτοβουλίες του οργανισμού. Και οι δύο ξεκινούν, σχεδιάζονται, εκτελούνται και κλείνουν με συνεχή παρακολούθηση και έλεγχο κατά τη διάρκεια των κύκλων ζωής τους. Επιπλέον, και οι δύο εφαρμόζουν κοινές διαδικασίες όπως ο χρόνος, ο κίνδυνος και η διαχείριση της επικοινωνίας.

Ωστόσο, η διαχείριση έργων και προγραμμάτων έχει σαφώς διαφορετικά θέματα και θέματα, τα οποία έχουν σημαντικές συνέπειες στο στυλ διαχείρισης:

Ένα επιτυχημένο έργο παραδίδεται «εγκαίρως και στον προϋπολογισμό», ενώ ένα πρόγραμμα πρέπει να επικεντρώνεται στα συνολικά οφέλη που δημιουργούνται, να παίρνει περισσότερο χρόνο ή να ξοδεύει περισσότερα χρήματα για να προσφέρει αυξημένα οφέλη για να επιτύχει ένα καλό αποτέλεσμα. Με τα προγράμματα, το «value» είναι το πρόγραμμα οδήγησης και όχι ο προϋπολογισμός.

Οι διαχειριστές έργων επικεντρώνονται στην παραγωγή του βέλτιστου παραδοτέου. Οι διαχειριστές προγράμματος επικεντρώνονται στην ενσωμάτωση των παραδοτέων στις λειτουργίες του οργανισμού για να αποκομίσουν το μέγιστο όφελος από τη χρήση των παραδοτέων.

Η διαχείριση των ενδιαφερομένων είναι ένα πολύ πιο περίπλοκο και σημαντικό ζήτημα για τους διαχειριστές προγραμμάτων, καθώς τα περισσότερα οφέλη μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνο στο μέλλον. Οι διαχειριστές έργων πρέπει να εργάζονται σε ένα πιο περιορισμένο πλαίσιο.

Το πλαίσιο διαχείρισης κινδύνων ενός έργου πρέπει να είναι σε μεγάλο βαθμό προσδιορισμένο. Το προφίλ διαχείρισης κινδύνου ενός προγράμματος είναι ανοιχτό και επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από εξωτερικούς παράγοντες.

Τα τρία βασικά θέματα διαχείρισης που διαμορφώνουν το πλαίσιο για το PMI's Standard for Program Management (Project Management Institute [PMI]) είναι η διαχείριση ωφελημάτων, η διαχείριση του προγράμματος και η διαχείριση των ενδιαφερομένων. Τα έργα, από την άλλη πλευρά, διαχειρίζονται σύμφωνα με την ορθή πρακτική διαχείρισης έργων, όπως ορίζεται στον Οδηγό για το Σώμα της Γνώσης Διαχείρισης Έργου (Οδηγός PMBOK®) και επικεντρώνονται στην ελαχιστοποίηση των περιττών αλλαγών.

Μερικές από τις βασικές διαφορές επισημαίνονται παρακάτω:

1. Διαχείριση της αβεβαιότητας

Η προβολή του έργου - αναζητήστε βεβαιότητα πριν ξεκινήσετε την εκτέλεση.

Η προβολή του προγράμματος - περιμένετε αβεβαιότητα, καθώς ο κόσμος αλλάζει και επηρεάζει τον οργανισμό.

2. Διαχείριση αλλαγής

Η προβολή του έργου - επιδιώκει να ελαχιστοποιήσει τις περιττές αλλαγές.

Η προβολή του προγράμματος - αγκαλιάζει την αλλαγή σε μελλοντικά έργα για να μεγιστοποιήσει τα οφέλη που παρέχονται στον οργανισμό.

3. Διαχείριση κινδύνου

Η προβολή του έργου - επιδιώκει να ελαχιστοποιήσει τους απροσδιόριστους κινδύνους κλειδώνοντας τα οφέλη και μετριάζοντας τις απειλές.

Η προβολή του προγράμματος - αναμένεται να προκύψουν απροσδιόριστοι κίνδυνοι. Διατηρήστε επαρκή απρόβλεπτα για μελλοντικά συμβάντα και αναζητήστε νέες ευκαιρίες για να δημιουργήσετε αξία.

4. Διαχείριση ενδιαφερομένων και επικοινωνίας

Η προβολή του έργου - επιδιώκει να ευθυγραμμίσει τους ενδιαφερόμενους με τον στόχο του έργου.

Η προβολή του προγράμματος - επικοινωνήστε με τους ενδιαφερόμενους και χρησιμοποιήστε σχέσεις για να χαρτογραφήσετε μελλοντικές δυνατότητες που εστιάζονται στη μεγιστοποίηση της μακροπρόθεσμης αξίας για τον οργανισμό.

5. Διαχείριση του προγράμματος

Η προβολή του έργου - επιδιώκει να συμπεριλάβει το 100% της εργασίας εντός του προγράμματος.

Η προβολή προγράμματος - ενσωματώστε τα προγράμματα έργου σε συνοπτικό επίπεδο και διαχειριστείτε τα κενά και τις διαπαφές μεταξύ των έργων. (Weaver, 2010)

2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει η παροχής της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή. Δηλαδή μέσω της παροχής υπηρεσιών υγείας να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται ο ασθενής στον κατάλληλο χρόνο, με τον κατάλληλο τρόπο, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα. Από τη διοικητική ματιά, ποιότητα σημαίνει η παροχή αποτελεσματικής φροντίδας, με το λιγότερο κόστος και την ορθολογικότερη κατανομή των διαθέσιμων πόρων. Από την πλευρά των ασθενών, ποιότητα σημαίνει η δυνατότητα επιλογής και η πρόσβαση στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο δυνατό χρόνο. Είναι ξεκάθαρο, ότι η έννοια της ποιότητας έχει διαφορετικές αποχρώσεις για τους άμεσα ενδιαφερόμενους.

Η συνεχής προσπάθεια ορισμού και προσέγγισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με την επαγγελματική ιδιότητα και την εμπειρία όλων των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα ο γιατρός εστιάζει στα κλινικά αποτελέσματα και στη διατήρηση της δημόσιας υγείας, ο στατιστικολόγος δίνει έμφαση στον έλεγχο των στατιστικών δεδομένων και στα αποτελέσματα των ποιοτικών μετρήσεων. Ο διαχειριστής των ανθρωπίνων πόρων εστιάζει στην ομαδική εργασία και στην ομοιογένεια με σκοπό την μέγιστη αποδοτικότητα του προσωπικού. Γίνεται σαφές ότι ο ορισμός της ποιότητας είναι κάτι σύνθετο και πολυπαραγοντικό, ενώ προκύπτουν συνεχώς νέα ερωτήματα του τρόπου προσέγγισης και μελέτης της ποιότητας στο χώρο της υγείας (Κυριοπούλου, Λιόνη, Σουλιώτη, & Τσάκος, 2003).

«Ποιότητα είναι μια σύνθετη έννοια και αντιπροσωπεύει μια σύνθεση μεθόδων και αποκτημένης γνώσης από μια σειρά επιστημονικών κλάδων»

Παρότι ως γενική έννοια είναι κατανοητή σε όλους, η προσπάθεια να οριστεί με ακρίβεια δεν είναι εύκολη. Μάλιστα όσο αναφορά την ποιότητα στο χώρο της υγείας, αυτό γίνεται όλο και πιο δύσκολο διότι πρέπει να διαφοροποιηθεί από τα χαρακτηριστικά της απλής κατανάλωσης άλλων προϊόντων.

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται αρκετές προσεγγίσεις που ορίζουν τις συνιστώσες της ποιότητας περίθαλψης. Μία από τις πιο προβεβλημένες προσεγγίσεις είναι εκείνη του (Koch , 1991) κατά την οποία οι κύριες συνιστώσες είναι:

- Η προσβασιμότητα

- Η διαθεσιμότητα
- Η ισότητα

Στη σημερινή εποχή στο επίκεντρο της ποιότητας μπαίνει ο ασθενής, ο οποίος συγκρίνει τη επίδοση με άλλες χώρες και άλλους παρόχους. Για αυτό επιβάλλεται η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα δομών, διαδικασιών, επίδοσης και αποτελεσμάτων, ώστε να διατηρείται η διαφάνεια, η δημόσια ευθύνη και τα όρια των οικονομικών και ανθρωπίνων πόρων.

Οι διαφορετικές κουλτούρες αντιλαμβάνονται διαφορετικά τις αξίες και τις προτεραιότητες στην ποιότητα της υγείας. Ωστόσο οι αρμόδιοι φορείς οφείλουν να προσπαθήσουν για ένα υγιές και ποιοτικό σύστημα υγείας και να αναγνωρίσουν όλες αυτές τις διαφορές ενοποιώντας τις σε μια ενιαία προσέγγιση. Ο Π.Ο.Υ εξέδωσε έναν ορισμό για την ποιότητα των συστημάτων υγείας και αναφέρει ότι πρόκειται για το επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων των συστημάτων υγείας για την βελτίωση υγείας και την ανταπόκριση στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού.

2.1 Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας υγείας

Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αφορά την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, της ασφάλειας, της προσβασιμότητας και της ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας, θέτοντας ως κέντρο τον ασθενή με σκοπό τη συνεχιζόμενη φροντίδα. Σύμφωνα με τις μελέτες του Avedis Donabedian κατά την περίοδο 1954-1984 και την ανάπτυξη του μοντέλου του, η διασφάλιση της ποιότητας διαμορφώνεται με το τρίπτυχο σωστή δομή, καλή διαδικασία και κατάλληλα αποτελέσματα.

Σε όλες τις κατηγορίες υπάρχουν μετρήσιμα χαρακτηριστικά όπως η εκπαίδευση και η εμπειρία των ιατρών, ο χρόνος αναμονής των ασθενών, η ακρίβεια των εξετάσεων, η τελική ικανοποίηση των ασθενών και το ποσοστό επιτυχίας της θεραπευτικής παρέμβασης. Για την μέτρηση των παραπάνω χαρακτηριστικών αρκεί να εντοπιστούν τα σημεία ενδιαφέροντος των υπηρεσιών και να οριστούν τα κατάλληλα πρότυπα καλής πρακτικής, οι κατάλληλοι δείκτες αξιολόγησης και οι σωστές δράσεις συμμόρφωσης. Μέσω της σωστής καταγραφής των υπηρεσιών και της παρουσίασης των αποτελεσμάτων των πρακτικών της κλινικής, μπορούν οι διοικούντες να αντλήσουν χρήσιμα συμπεράσματα για την επίλυση σημαντικών προβλημάτων. Μέσω της προαπαιτούμενης πειθαρχίας, και της ασυτηρής τήρησης

των διαδικασιών από όλα τα τμήματα των κλινικών, επιτρέπεται η σύγκριση των αποτελεσμάτων και παρέχεται αξιόπιστο υλικό για μελέτες.

Σύμφωνα με τη μελέτη του Donabedian η μέτρηση της ποιότητας δεν πρέπει να επικεντρώνεται στην ίδια την φροντίδα αλλά σε όλα τα επιμέρους στοιχεία που την επιφέρουν. Έτσι η αξιολόγηση μετατρέπεται σε μια διαδικασία διαπίστωσης της αξίας, χρησιμοποιώντας τεχνοκρατικές και επιστημονικές μεθόδους (Donabedian, 2005).

Τύποι αξιολόγησης

Οι συχνότεροι τύποι αξιολόγησης των επιδράσεων, των επιπτώσεων, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας επικεντρώνονται στα μοντέλα ανάλυση κόστους-ωφέλειας, ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας, ανάλυση κόστους-χρησιμότητας, ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους, ανάλυση κόστους-ασθένειας, ανάλυση ποιότητας ζωής.

1. Ανάλυση κόστους-ωφέλειας

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη ανάλυση, το κόστος μετριέται σε οικονομικές μονάδες, κάνοντας έτσι συγκρίσιμο το ποσό και επιτρέπει στους ερευνητές την σύγκριση διαφορετικών στοιχείων και καταστάσεων. Έτσι είναι δυνατό να υπολογιστούν τα κόστη για δύο προτάσεις. Ωστόσο είναι αδύνατο να αξιολογηθεί το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας για τις ίδιες καταστάσεις.

2. Ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας

Η μέθοδος της ανάλυσης κόστους αποτελεσματικότητας αποτελεί τη σύγκριση των αποτελεσμάτων διαφόρων δράσεων κατά την οποία το κόστος αναλύεται και μετριέται σε χρηματικά δεδομένα και το αποτέλεσμα μετριέται και αναλύεται σε κλινικούς όρους. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση παρόμοιων θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

3. Ανάλυση κόστους χρησιμότητας

Με τη μέθοδο ανάλυσης κόστους χρησιμότητας μπορεί να συγκριθεί το κόστος ως προς το όφελος οποιασδήποτε παρέμβασης υπηρεσίας υγείας. Το όφελος μετριέται ως προς τη διάρκεια ζωής και της ποιότητας ζωής μετά από τη θεραπευτική παρέμβαση. Το αποτέλεσμα εκφράζεται και ως κόστος ανά ποιοτικώς προσαρμοσμένα έτη ζωής.

4. Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους

Με τη μέθοδο ανάλυσης ελαχιστοποίησης κόστους μπορούν να συγκριθούν παρεμβάσεις οι οποίες αποδεδειγμένα έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα. Εφόσον η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων δεν επηρεάζεται από το κόστος, η ανάλυση αυτή βοηθά στην επιλογή της οικονομικότερης λύσης. Ωστόσο η μέθοδος αυτή δεν είναι πολύ διαδεδομένη, καθώς οι συνθήκες εφαρμογής της είναι περιορισμένες. Το μεγάλο μειονέκτημα της παραπάνω μεθόδου είναι ότι πολλές φορές αμελείται η εξέταση των οφελών των υπηρεσιών υγείας και μοναδικό κριτήριο αποτελεί η εξοικονόμηση χρηματικών πόρων.

5. Ανάλυση κόστους ασθένειας

Η συγκεκριμένη ανάλυση σκοπεύει στη μέτρηση του κόστους μιας ασθένειας συνολικά στην κοινότητα και όχι μόνο του κόστους αντιμετώπισής της μέσω της θεραπείας και της κοστολόγησης της θεραπευτικής πράξης. Η μέτρηση του συνολικού κόστους περιλαμβάνει το άμεσο κόστος αντιμετώπισης της ασθένειας από το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά περιλαμβάνει και το έμμεσο κόστος που αφορά τη ζημιά που δέχεται η κοινωνία και το οικονομικό σύστημα από την απώλεια λόγω της ασθένειας, καθώς επίσης και της ζημιάς που δέχεται το άτομο και το περιβάλλον του.

6. Ανάλυση ποιότητας ζωής

Γενικά, η ποιότητα ζωής είναι η αντιληπτή ποιότητα της καθημερινής ζωής ενός ατόμου, δηλαδή, μια αξιολόγηση της ευημερίας ή της έλλειψής τους. Αυτό περιλαμβάνει όλες τις συναισθηματικές, κοινωνικές και σωματικές πτυχές της ζωής του ατόμου. Στην υγειονομική περίθαλψη, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία είναι μια εκτίμηση του τρόπου με τον οποίο η ευημερία του ατόμου μπορεί να επηρεάζεται με την πάροδο του χρόνου από μια ασθένεια, αναπηρία ή διαταραχή.

δείκτες επιπέδου υγείας πληθυσμού, δείκτες παροχής υπηρεσιών υγείας και δείκτες κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Το βασικό πλαίσιο των στόχων ανάπτυξης δεικτών μέτρησης των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει:

- Την κατεύθυνση της διαδικασίας συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας μέσω της αξιολόγησης της επίδρασης εισαγόμενων αλλαγών στις διαδικασίες.
- Την αυτοαξιολόγηση και σύγκριση στοιχείων που αφορούν το ποιοτικό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών ανταγωνιστικών φορέων
- Την αναλυτική ενημέρωση των ωφελούμενων
- Τη μέτρηση αποτελέσματος της ιατρικής-νοσηλευτικής πράξης στο γενικό πληθυσμό (Donabedian, 2005)

2.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας

Η μέτρηση και η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας παρουσιάζει ξεχωριστές προκλήσεις. Η μεγάλη επιρροή που διαδραματίζουν οι υποκειμενικές κρίσεις σχετικά με την ποιότητα των προσωπικών σχέσεων μεταξύ φροντιστή και χρήστη και των χαρακτηριστικών υπηρεσιών που σχετίζονται με τη διαδικασία καθιστούν δύσκολη την ανάπτυξη δεικτών ποιότητας υπηρεσίας, συμπεριλαμβανομένων αυτών του αντίκτυπου της υπηρεσίας στα τελικά αποτελέσματα. υπηρεσιών και της χρήσης τους για την αξιολόγηση της απόδοσης των παρόχων υπηρεσιών.

Οι κυβερνήσεις ανά τον κόσμο έχουν προβεί σε πολλές αναδιαμορφώσεις των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας ώστε να είναι ανταγωνιστικές ποιοτικά σε σχέση με παρόχους φροντίδας της αγοράς αλλά και σε σχέση με τις υπηρεσίες φροντίδας που παρέχουν οι Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο). Ο τρόπος που γίνονται αυτές οι αναδιαμορφώσεις βασίζονται στον τρόπο που οι ωφελούμενοι αξιολογούν και διαλέγουν τον τρόπο παροχής υπηρεσιών ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Η κακή συνεργασία των άμεσων παρόχων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και των κρατικών υπαλλήλων φαίνεται να είναι ένας βασικός λόγος που επηρεάζει την ποιότητα των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, διότι δεν γίνεται σωστή ανατροφοδότηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών (Group, 2000).

Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας εμπεριέχει πολλές προκλήσεις ως προς την ανάλυση των δεδομένων, όχι μόνο ως προς την

πολυπλοκότητα και την ποικιλία στους ορισμούς της ποιότητας, αλλά και στο ότι η ποιότητα των υπηρεσιών συγχέεται με την ποιότητα υγείας από τους ωφελούμενους.

Η ποιότητα ζωής των ωφελούμενων, εξαρτάται άμεσα από τις υπηρεσίες των προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες νοσηλείας, καθώς και ενεργή βοήθεια σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής, εξασφαλίζουν την ασφάλεια στους ωφελούμενους, καθώς και ένα καθαρό περιβάλλον διαβίωσης και διατηρούν ένα επίπεδο κοινωνικοποίησης σε άτομα που δεν έχουν τη δυνατότητα να διατηρούν όλες αυτές τις δεξιότητες χωρίς βοήθεια. Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητή αυτή η συνεργασία εργαζόμενων και ωφελούμενων, ώστε να μπορέσει αυτή η σχέση «παραγωγής και κατανάλωσης» να αξιολογηθεί αποτελεσματικά. (Μανωλιάδης & Δημοπούλου, 2012)

2.2.1 Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας

Για την αξιολόγηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας είναι χρήσιμη η ανάπτυξη δεικτών ως προς τη δομή, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα των υπηρεσιών. Οι δείκτες δομής αναφέρονται στα χαρακτηριστικά των παρόχων υπηρεσιών, των εργαλείων και των πόρων που διαθέτουν, καθώς και του φυσικού και οργανωτικού περιβάλλοντος στο οποίο δουλεύουν.

Σε προηγούμενες μελέτες παρατηρήθηκε μεγάλη δυσκολία στην αξιολόγηση της απόδοσης των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, διότι τα αποτελέσματα ποικίλουν από εργαζόμενο σε εργαζόμενο, από μέρα σε μέρα, και από ωφελούμενος σε ωφελούμενο. Αυτό οδήγησε τους ερευνητές να αναζητήσουν την ποιότητα σε πιο μετρήσιμα και αξιολογήσιμα σημεία των υπηρεσιών.

Για τις υπηρεσίες όπου προσφέρονται σε μια συγκεκριμένη δομή, τεχνικά χαρακτηριστικά όπως το μέγεθος των δωματίων, ο αριθμός των ωφελούμενων ανά δωμάτιο και ο αριθμός των εργαζόμενων είναι σημαντικά και αξιόπιστα στοιχεία για την αξιολόγηση της ποιότητας. Ωστόσο σε παροχές που δεν γίνονται σε συγκεκριμένο φυσικό περιβάλλον αλλά στην οικία των ωφελούμενων, όπου η παροχές των υπηρεσιών αφορούν βοήθεια σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής, δε μπορούν να χρησιμοποιηθούν αυτά τα μέσα αξιολόγησης. Για αυτό το λόγω στράφηκαν στα κριτήρια των παρόχων των υπηρεσιών φροντίδας όπως την αναγνώριση των προσόντων τους, ώστε οι ωφελούμενοι να αξιολογούν τους παρόχους βάση αυτών. Ωστόσο αποδείχτηκε πως αυτή η μέθοδος δεν μπορεί να

προβλέπει απαραίτητα την ικανοποίηση των ωφελούμενων. Λόγω της ιδιαιτερότητας των υπηρεσιών και στη βαρύτητα που οι ωφελούμενοι τελικά δίνουν στη σχέση τους με τους παρόχους υπηρεσιών φροντίδας, φαίνεται πως οι δείκτες δομής δεν σχετίζονται με τους δείκτες ποιότητας ζωής των ωφελούμενων, παρόλο που κάποιες έρευνες σχετίζουν την ποιότητα ζωής με τον αριθμό των παρόχων ανά ωφελούμενο (Donabedian, 2005).

Οι δείκτες διαδικασίας αφορούν την αξιολόγηση για το πως τελικά παρέχονται οι υπηρεσίες από τους παρόχους. Οι δείκτες αξιολόγησης της διαδικασίας σαν εργαλείο χρησιμοποιούνται κυρίως σα διοικητικό εργαλείο για τη βελτιστοποίηση της ποιότητας από τα διοικητικούς υπαλλήλους των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Η μακροχρόνια παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας αποτελεί εν τέλη κομμάτι της ζωής πολλών ωφελούμενων. Παρότι δεν έχει άμεση επαφή με την παρέμβαση η διασφάλιση του επιπέδου των υπηρεσιών από τους παρόχους, δηλαδή η διασαφήνιση της παροχής, ο χρόνος και η διάρκεια της παροχής, και το πως τελικά γίνεται η παροχή, σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ωφελούμενων. Πολλοί μελετητές συσχέτισαν τη διασφάλιση του επιπέδου των παροχών με την ποιότητα ζωής των ωφελούμενων.

Οι δείκτες αποτελέσματος δεν αφορούν μόνο τι θετικές ή της αρνητικές συνέπειες της παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, αλλά την αξία της προσφοράς. Πολλές φορές η φροντίδα των ατόμων δε γίνεται αποκλειστικά από τα μέσα κοινωνικής φροντίδας αλλά και από το ευρύτερο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον, καθώς και από μη επαγγελματίες φροντιστές. Για αυτό το λόγο, υπάρχουν κάποιοι οι δείκτες αποτελέσματος όπως η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ατόμων, η βελτίωση της ποιότητας ζωής, η παρατήρηση της θετικής συνεισφοράς των υπηρεσιών, η οικονομική άνεση καθώς και η προσωπική αξιοπρέπεια.

Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων τα οποία μακροπρόθεσμα δε θα μπορούσαν να διατηρήσουν χωρίς κάποια φροντίδα. Δε στοχεύουν αποκλειστικά στη βιολογική βελτίωση ή την ίαση από την κατάσταση την οποία βρίσκονται, αλλά τη βοήθεια στη διαχείριση της εκάστοτε κατάστασης. Η αξιολόγηση αποκλειστικά της φυσικής κατάστασης των

ατόμων από την άποψη της αποκατάστασης, όπως η βελτίωση τη υγείας των ατόμων δε μπορεί να χαρακτηριστεί αξιόπιστη καθώς λόγω της χρονιότητας των υπηρεσιών είναι πιθανή η σταδιακή μείωση της απόδοσης των ατόμων με καθαρά βιομετρικούς δείκτες (Lloyd, 2004).

2.3 Αναδρομή της ποιότητας στην Ελλάδα

Η οργάνωσης της τυποποίησης σαν θεσμός, τέθηκε σαν ιδέα στην Ελλάδα το 1931, με σκοπό τη βέλτιστη λειτουργία και προστασία των βιομηχανικών προϊόντων.

Η διοίκηση του Τεχνικού Επιμελητηρίου Ελλάδος, αντιλήφθηκε το όφελος της τυποποίησης και την ανάγκη εφαρμογής του. Ωστόσο το συγκεκριμένο μοντέλο οργάνωσης δεν μπόρεσε να υιοθετηθεί από μια μεγάλη γκάμα φορέων. Μόλις το 1933 ,μέσω του Τ.Ε.Ε συστάθηκε μια τετραμελής επιτροπή, η «Ελληνική Επιτροπή Προτυποποίησης» όντας ουσιαστικά ο πρώτος φορέας στη χώρα που στήριξε το μοντέλο της τυποποίησης, παρωθώντας έτσι τη χρήση του μοντέλου στην Ελλάδα. Παρότι η οποιαδήποτε ανάπτυξη του μοντέλου τυποποίησης αναβλήθηκε λόγω του πολέμου και των μεταπολεμικών περιπετειών που ενεπλάκη η χώρα, ο θεσμός της τυποποίησης συνέχισε να χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο θέτοντας όλο και μεγαλύτερες βάσεις. Έτσι η διοίκηση του Τ.Ε.Ε έλαβε πραγματικά υπόψιν τα λάθη και τις εμπειρίες των προηγούμενων εγχειρημάτων και έθεσε ως βάση την ιδέα ενός πολυμετοχικού μοντέλου οργάνωσης.

Το 1955 υπογράφηκε το «Πρωτόκολλο Συνεργασίας» μεταξύ τεσσάρων εμπλεκόμενων που πρωτοστάτησαν στην καθίδρυση του μοντέλου της τυποποίησης, του Τ.Ε.Ε, του Συνδέσμου Επιχειρήσεων και Βιομηχάνων (Σ.Ε.Β), του Ελληνικού Κέντρου Παραγωγικότητας (ΕΛ.ΚΕ.ΠΑ) και του Εμπορικού και Βιομηχανικού Επιμελητηρίου Ελλάδος (Ε.Β.Ε.Α). Με την παραπάνω συνεργασία δημιουργήθηκε η «Ελληνική Επιτροπή Προτυποποίησης-ΕΝΟ» με τη συμμετοχή εκπροσώπων και από τους τέσσερις αυτούς φορείς.

Η Ελληνική Επιτροπή Προτυποποίησης-ΕΝΟ, βάση τη αντιπροσωπευτικότητάς της λόγω του Πρωτόκολλου Συνεργασίας, υπήρξε ο εκπρόσωπος της Ελλάδας στο Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO), ενώ κατάφερε και εκπόνησε 29 Ελληνικά Πρότυπα, τα οποία ωστόσο δεν έτυχαν ευρείας εφαρμογής.

Η είσοδος της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 1981 σαν οικονομική οντότητα οδήγησε σταδιακά και εντατικοποίησε τον ανταγωνισμό των Ελλήνων παραγωγών, δημιουργώντας έντονες πιέσεις για βελτιωμένη απόδοση στην παραγωγή και στις υπηρεσίες. Σε αυτή την περίοδο διακρίνεται σταδιακά η εφαρμογή της ποιότητας στις ελληνικές επιχειρήσεις, παρόλο που οφείλονταν περισσότερο σε εξατομικευμένες προσπάθειες ηγετών και εργαζομένων, παρά σε κάποια οργανωμένη προσπάθεια διαχείρισης της ποιότητας στην διαδικασία της παραγωγής. Ωστόσο με την εισχώρηση παγκόσμιων εταιριών στον ελληνικό χώρο παρατηρήθηκε η ολοένα και μεγαλύτερη υιοθέτηση της έννοιας της ποιότητας στην ελληνική πραγματικότητα.

Οι Έλληνες καταναλωτές έδειξαν την προτίμησή τους στα ξένα προϊόντα που βάσιζαν την παραγωγή τους σε πρωτόκολλα ποιότητας θεωρώντας τα καλύτερα από τα εκάστοτε ελληνικά που δε διέθεταν κάποια πιστοποίηση. Αυτό εξώθησε τους Έλληνες επιχειρηματίες στην υιοθέτηση της ποιότητας στην ελληνική παραγωγή. Έτσι, η πίεση του ανταγωνισμού της αγοράς, επηρέασε τις επιλογές για βελτίωση της ποιότητας, της παραγωγικότητας τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Η ομοσπονδία Ελλήνων Βιομηχάνων, ο Ελληνικός Σύνδεσμος Διαχείρισης και το Εθνικό Κέντρο Παραγωγής υπήρξαν από τους πρώτους οργανισμούς που κάλεσαν ειδικούς και οργάνωσαν σεμινάρια για τη διαχείριση της ποιότητας στα τέλη του 1980. Τα επόμενα χρόνια, όλο και περισσότεροι οργανισμοί και επιχειρήσεις έδειξαν ενδιαφέρον για την πιστοποίηση ISO 9000, στοχεύοντας έτσι στην εξασφάλιση της ποιότητας, ειδικότερα στα εξαγόμενα προϊόντα.

Στα τέλη της δεκαετίας του 90, υπήρξε η αναγνώριση για τη βελτίωση της ποιότητας στο δημόσιο τομέα. Σημαντικός παράγοντας υπήρξε η ένταξη της Ελλάδας στην οικονομική και νομισματική πολιτική της Ευρώπης το 2000. Αυτό οδήγησε στην ανάπτυξη της αποδοτικότητας και της ποιότητας στο δημόσιο τομέα εφαρμόζοντας καλύτερα συστήματα στην εκπαίδευση, στις τηλεπικοινωνίες, στις υπηρεσίες υγείας και σε πολλούς άλλους φορείς στοχεύοντας στην ενδυνάμωση της ελληνικής οικονομίας σε παγκόσμιο επίπεδο. (Ε.Λ.Ο.Τ, 2008)

2.4 Ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η έννοια της ποιότητας είχε πάντοτε πολλούς ορισμούς που προσπάθησαν να εξηγήσουν διάφορα φαινόμενα. Λόγω της πολυπλοκότητας της υγείας και της ποικιλίας των συμμετεχόντων σε αυτή είναι δύσκολο να καθοριστεί με σαφήνεια η

έννοια της ποιότητας στην υγεία. Οι ορισμοί είναι πολλοί και διαφορετικοί και εξαρτώνται από το άτομο και την ειδικότητα που την ορίζει. Πρωτοπόρος στα θέματα ορισμού και βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία είναι ο Avedis Donabedian, ο οποίος ασχολήθηκε εκτενώς με την ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και κατέγραψε μια σειρά από παραμέτρους που επιδρούν σημαντικά στον ορισμό της. (Donabedian, 2005)

«Ποιότητα είναι το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενούς, λαμβανομένων υπόψιν των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία»

Ο Thompson έδωσε τον ακόλουθο ορισμό για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.

«Το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή είτε στη διάγνωση είτε στη θεραπεία ή την αποκατάσταση στην αποφυγή ιατρικών λαθών και στην ευαισθητοποίηση και προσοχή για τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας του με ένα τρόπο που ενσωματώνει τόσο το κόστος όσο και την αποτελεσματικότητα και παράλληλα καταγράφει το σύνολο των αποτελεσμάτων»

Συνεπώς η ανάγκη για τη βέλτιστη ικανοποίηση των ασθενών, σε συνδυασμό με το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, εστιάζει παράλληλα στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας. Ο στόχος της διατήρησης της ισορροπίας μεταξύ της αποτελεσματικότητας και του κόστους των υπηρεσιών αποτελούν πρόσθετους ορισμούς.

Η American Medical Association θεωρεί ότι η φροντίδα υψηλής ποιότητας, είναι η ιατρική φροντίδα που συμβάλει σταθερά και διαρκώς στη βελτίωση της διατήρησης της ποιότητας και της διάρκειας της ζωής. Χαρακτηριστικά της φροντίδας είναι η προώθηση και η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη ασθενειών, η έγκαιρη παρέμβαση, η ενημέρωση και η συμμετοχή των ασθενών, η προσήλωση στην επιστημονική βάση της ιατρικής και η αποτελεσματική χρήση των πόρων (Thompson, 1980).

2.4.1 Ποιοι αναζητούν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας;

Οι αναζητητές της ποιότητας στην υγεία έχουν διαφορετική αντίληψη και απαιτήσεις από τις υπηρεσίες και τα κριτήρια που την αξιολογούν δεν είναι ενιαία.

Οι καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας αναζητούν τη γρήγορη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζουν με τη χρήση σύγχρονων ιατρικών τεχνολογιών σε χαμηλό κόστος.

Οι επαγγελματίες υγείας συνδυάζουν την ποιότητα με την αποτελεσματικότητα των παροχών τους.

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και τα ασφαλιστικά ταμεία συσχετίζουν την ποιότητα με την καλή λειτουργία και τον περιορισμό των περιττών και δυσλειτουργικών μηχανισμών.

Η κοινωνία αναζητά την ποιότητα με κάθε δυνατό τρόπο, ενώ η πολιτεία οφείλει να σχεδιάσει και να δεχθεί την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα ως καθολικές προσδοκίες με στόχο τη δημιουργία ενός ορθού συστήματος υγείας.

Οι διεθνείς οργανισμοί όπως ο Π.Ο.Υ διευρύνουν συνεχώς τις συνθήκες της ποιότητας, ωστόσο η τήρηση της ποιότητας εξαρτάται από το επίπεδο κάθε χώρας. (Dunn, 1989)

2.5 Η προσδοκία για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Τις τελευταίες δεκαετίες τα συστήματα υγείας και οι διοικητές τους αντιμετωπίζουν συνεχείς προκλήσεις. Η συνεχής ενημέρωση του κόσμου λόγω της εύκολης πρόσβασης στο διαδίκτυο και η συνεχής ανάγκη του για καλύτερες παροχές υγείας είναι συνεχείς προκλήσεις που αντιμετωπίζουν.

Χαρακτηρίστηκες προκλήσεις όπως η απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας, των διεθνών οργανισμών και των κοινωνιών για ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας για όλους, το διαρκές αυξανόμενο κόστος παροχής των υπηρεσιών και η συνεχής ανάγκη και εισαγωγή νέων τεχνολογιών με κριτήριο την αποτελεσματικότητα αποτελούν μείζον ζητήματα διοίκησης και διατήρησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας παγκοσμίως.

Οι απαντήσεις στις παραπάνω προκλήσεις από τη μεριά των διοικητικών έρχονται να δώσουν με τη σειρά τους τομές όπως η εφαρμογή καταλληλότερων περιφερειακών πολιτικών στην υγεία, δηλαδή η προσπάθεια οργάνωσης μιας καλά ελεγχόμενης περιφερειακής πολιτικής όπου είναι ευκολότερα διαχειρίσιμη, αξιολογήσιμη και αποτελεσματικότερη. Επιπροσθέτως, η συνεχής εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης των δαπανών και ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών

υγείας περιορίζοντας τις σπατάλες και εξαντλώντας την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας και θεσπίζοντας παράλληλα όρια για επενδύσεις στον τομέα της βιοϊατρικής τεχνολογίας εξασφαλίζοντας έτσι τη συνεχή πρόοδο των ιατρικών υπηρεσιών με την πάροδο του χρόνου.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας απασχολεί πλέον τους επαγγελματίες υγείας, τους διεθνείς οργανισμούς, τις κυβερνήσεις των χωρών, αλλά και όλους του καταναλωτές των υπηρεσιών, δηλαδή τους πολίτες του κόσμου. Το διαρκές αίτημα για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας είναι πλέον διευρυμένο γεωγραφικά σε όλα τα μέρη του πλανήτη και κοινωνικά σε όλες τις κοινωνικές τάξεις. Πρόκειται δηλαδή για ένα καθολικό αίτημα και για αυτό η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας τοποθετείται σε πέντε βασικές ομάδες:

- Το κλινικό επίπεδο
- Το φυσικό περιβάλλον
- Την ικανοποίηση των χρηστών
- Την ανάπτυξη του προσωπικού
- Τις σχέσεις με τους χρήστες

Διαπιστώνεται δηλαδή ότι η ποιότητα επεκτείνεται στις μέρες μας σε ολόένα και περισσότερους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας και το περιεχόμενο της διαρκώς αυξάνεται.

Συνεπώς οι καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή οι ασθενείς και συνάμα η ίδια η κοινωνία, αναμένουν και απαιτούν την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας και των λειτουργιών τους. Τα βασικότερα κριτήρια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας, ανεξαρτήτως του τύπου της παροχής υγείας είναι:

- Η αξιοπιστία όσο αφορά την εκτέλεση της υπηρεσίας αλλά και τη διάρκεια παροχής της υπηρεσίας.
- Η ανταπόκριση που αφορά την προθυμία και την ετοιμότητα των εργαζομένων των υπηρεσιών.
- Η ικανότητα που αφορά τα προσόντα και τις δεξιότητες των εργαζομένων για να ακολουθήσει η προβλεπόμενη διαδικασία.
- Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες

- Η ευγένεια σε όλες τις επαφές του καταναλωτή με κάθε επίπεδο του πάροχου των υπηρεσιών υγείας.
- Η επικοινωνία και ο εκλαϊκευμένος τρόπος πληροφόρησης που εξασφαλίζει το δικαίωμα επιλογής.
- Η επαγγελματική πίστη, η εμπιστοσύνη, η ειλικρίνεια και η καλή φήμη των παρόχων υπηρεσιών υγείας.
- Η ασφάλεια και το μικρότερο δυνατό ρίσκο ή αμφιβολία
- Η ενσυναίσθηση μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας
- Τα φυσικά χαρακτηριστικά του χώρου παροχής υπηρεσιών υγείας όπως οι συνθήκες διαμονής και ο περιβάλλοντας χώρος. (Dunn, 1989)

2.6 Η ικανοποίηση των ασθενών

Παρότι φαίνεται να είναι κατανοητό από όλους τι σημαίνει ο όρος ικανοποίηση των ασθενών, δεν είναι δυνατό να αποδοθεί με σαφήνεια ένας σαφής και καθολικά αποδεκτός ορισμός.

Οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις μεθόδους διαχείρισης παραπόνων, τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, την άμεση ή μη παροχή υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας και τη γενικότερη εικόνα του οργανισμού παροχής υπηρεσιών. Αυτό οδηγεί τους καταναλωτές στη λανθασμένη κρίση των παροχών αφού πολλές φορές κρίνουν ένα νοσοκομείο από τις ξενοδοχειακές ανέσεις και την εξυπηρέτηση. Η εκτίμηση των ασθενών είναι περίπλοκη διότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα, οι ασθενείς δε μπορούν να προγραμματίσουν τις ανάγκες τους για αυτή τη μορφή υπηρεσιών. Επίσης τις περισσότερες φορές δε μπορούν να κάνουν άμεσα σύγκριση των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν σε σχέση με ανταγωνιστικούς οργανισμούς. Τέλος η χρήση υπηρεσιών υγείας είναι από μόνη της μια δυσάρεστη κατανάλωση υπηρεσιών και δημιουργεί ανασφάλεια και άγχος στον καταναλωτή. Εμπειρικά φαίνεται πως οι επικοινωνιακές δεξιότητες των εργαζόμενων σε υπηρεσίες υγείας φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά το αντιληπτό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. (Καλογεροπούλου, 2011)

2.6.1 Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι χρήσιμη για τη συλλογή πληροφοριών και την ανάδειξη πιθανών προβλημάτων κατά την παροχή

υγειονομικών παροχών και έχει σκοπό τη αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και των διοικητικών δραστηριοτήτων. Η μέγιστη ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, είναι ο κύριος σκοπός των υγειονομικών υπηρεσιών. Μάλιστα σε πολλές φορές η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζει και την πορεία της υγείας των ασθενών αφού η ικανοποίηση τους από τις υπηρεσίες επηρεάζει και την ενεργό συμμετοχή τους στην αποκατάσταση της υγείας τους.

Πέρα από τα οφέλη των ασθενών, η μέτρηση της ικανοποίησης ωφελεί σημαντικά και τις διοικήσεις των υγειονομικών μονάδων. καθώς προσφέρει σημαντικά στοιχεία για την αποδοτικότητα του προσωπικού. Η αξιολόγηση του προσωπικού μέσω της ικανοποίησης των ασθενών ενισχύει την αξιοπιστία της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή και ενισχύει την υπευθυνότητα των εργαζομένων, προσφέροντας παράλληλα στους διοικούντες αξιόπιστα μέσα αξιολόγησης των εργαζομένων, βασιζόμενα σε αντικειμενικά κριτήρια, ενώ ενισχύει το ανθρωποκεντρικό μοντέλο.

Τα ποιοτικά οφέλη που προκύπτουν από την ικανοποίηση των ασθενών είναι:

1. Τα υγειονομικά οφέλη τα οποία πηγάζουν από την έγκαιρη διάγνωση, την καλύτερη διαχείριση του πόνου και την αποφυγή των επιπλοκών,
2. Τα ψυχολογικά οφέλη τα οποία οδηγούν σε καλύτερη πρόγνωση και μειωμένο χρόνο νοσηλείας το οποίο αποτελεί και αυτοσκοπό της θεραπείας,
3. Τα διοικητικά και ερευνητικά οφέλη, μέσω των οποίων η διοίκηση μπορεί να χρησιμοποιήσει τις μετρήσει με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία της υγειονομικής μονάδας και την αξιοποίηση των στοιχείων για ερευνητικούς σκοπούς,

Τα αξιολογητικά οφέλη που οδηγούν στη βέλτιστη αξιολόγηση του προσωπικού και την απόδοση επιβραβεύσεων, αυξάνοντας έτσι το κίνητρο των εργαζομένων, ενώ ο ίδιος ο οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί και πλεονεκτεί έναντι του ανταγωνισμού αφού αναγνωρίζει καλύτερα τις ανάγκες του κοινού, εντοπίζει ταχύτερα τα κενά μεταξύ των υπηρεσιών και των χρηστών και θέτει συνεχώς στόχους για το προσωπικό και τους ασθενείς. (Καλογεροπούλου, 2011)

3. Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

3.1 Το Πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα

Προπομπός του «Προγράμματος Βοήθεια» στο σπίτι υπήρξε ο Νόμος 2071/1992 εισήγαγε για πρώτη φορά στην Ελλάδα τον όρο της «νοσηλείας στο σπίτι», ενώ αργότερα ο Νόμος 2519/1997 για την ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, θεσμοθέτησε την κατ'οίκον νοσηλεία δίνοντας νέα ώθηση στην οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Με την εφαρμογή των παραπάνω νόμων, δόθηκε η δυνατότητα στην τοπική αυτοδιοίκηση να οργανώνει άμεσα υπηρεσίες υγείας με αρμοδιότητες προγραμματισμού ενώ συνδέεται η πρωτοβάθμια φροντίδα με υπηρεσίες όπως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι». Το πρόγραμμα εφαρμόζεται με αυτή τη μορφή θεσπίζεται νομικά μέσα από το Νόμο 3106/2003. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» ξεκίνησε ουσιαστικά πιλοτικά το 1994 και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά δυο χρόνια αργότερα από το Δήμο Περιστερίου (Οικονόμου, 2004).

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» σχεδιάστηκε για να μπορέσει να εξυπηρετήσει τις ευπαθείς ομάδες ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες ανάγκες της καθημερινότητάς τους. Παράλληλα ο σχεδιασμός του προγράμματος αφορά και τη διαχείριση του δημογραφικού ζητήματος και την περεταίρω ανάπτυξη κοινωνικής δράσης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ενώ παράλληλα συμβάλει στον περιορισμό των δαπανών υγείας μέσα από την παροχή κατ'οίκον νοσηλείας με στόχο την αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών κλινών και τη μείωση των δαπανών υγείας.

Η ανάγκη για την ανάπτυξη του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» πηγάζει επίσης από την έλλειψη κλινών για αποθεραπεία ή μακροχρόνια νοσηλεία των ηλικιωμένων, των ΑμΕΑ και γενικά των αναξιοπαθούντων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα του χαμηλού κόστους του προγράμματος είναι το γεγονός ότι για την φροντίδα εξήντα ηλικιωμένων από το «Βοήθεια στο Σπίτι», το ετήσιο κόστος ανέρχεται στα 35.000 ευρώ, ποσό που στον ιδιωτικό τομέα, σε μια μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων καλύπτει μόλις τα δυο άτομα (Sissouras, et al., 2002)

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» λειτουργεί σε όλη την Ελλάδα σε 253 δήμους. Σύμφωνα με στοιχεία ερευνών από την Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας, κατά την περίοδο 1998-2001, το πρόγραμμα έχει εξυπηρετήσει πάνω από 9000 άτομα άνω των 60 ετών, παρέχοντας κοινωνικές υπηρεσίες καθώς και

ιατρικές υπηρεσίες δωρεάν. Επιπλέον το πρόγραμμα καλύπτει κοινωνικές παροχές, υγειονομική περίθαλψη και οικογενειακή βοήθεια όπως ψώνια και υπηρεσίες καθαριότητας και το προσωπικό που απασχολείται είναι Κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, οικογενειακοί βοηθοί και εθελοντές (Sissouras, και συν., 2002).

Οι αρμόδιοι για την οργάνωση και την υλοποίηση του προγράμματος είναι οι Δήμοι. Η λειτουργία του προγράμματος θεσπίστηκε με την συμφωνία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, του Υπουργείου Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, της ΚΕΔΚΕ, των ΚΑΠΗ και των Δημοτικών Επιχειρήσεων που έχουν και την ευθύνη οργάνωσής του (Αμίτσης, 2001).

Το Μάρτιο του 1998 ξεκίνησε η πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», ενός από τα σημαντικότερα προγράμματα κοινωνικού χαρακτήρα που. Η εφαρμογή του ξεκίνησε μόλις σε δύο περιοχές του Δήμου Αθηναίων, στο Γκύζη και τα Σεπόλια. Η απήχρησή του ήταν τεράστιο και καθιερώθηκε γρήγορα ως ένας θεσμός, ο οποίος παρέχει αδιάκοπα μέχρι σήμερα υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στους δημότες των Αθηνών. Η επιτυχημένη πορεία του Προγράμματος, οδήγησε στην απόφαση της επέκτασής του και στα υπόλοιπα επτά Δημοτικά Διαμερίσματα του Δήμου Αθηναίων. Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" απευθύνεται σε ηλικιωμένους που δυσκολεύονται να φέρουν εις πέρας τις δραστηριότητες καθημερινής ζωής και σε άτομα με κινητικά ελλείματα, με προτεραιότητα τα μοναχικά άτομα χωρίς ένα άμεσο βοηθητικό οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα με χαμηλό εισόδημα που δε τους επιτρέπεται να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Σκοπός του προγράμματος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς και ατόμων με κινητικά ή άλλα ειδικά προβλήματα (ΑμεΑ), μέσω παροχών που προσφέρονται από εξειδικευμένο και καταρτισμένο προσωπικό. Οι υπηρεσίες του Προγράμματος αφορούν, ψυχολογική υποστήριξη, νοσηλευτικές υπηρεσίες, καθώς και οικιακή βοήθεια και συντροφιά. Η εύρυθμη λειτουργία του προγράμματος εξασφαλίζεται εξειδικευμένο και καλά οργανωμένο προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων όπως κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη και οικογενειακό βοηθό, που διασφαλίζει τη παροχή βέλτιστων υπηρεσιών. Ο κοινωνικός λειτουργός του προγράμματος έχει τη συνολική εποπτεία των ωφελούμενων, αξιολογεί τα περιστατικά και παρέχει κοινωνική υποστήριξη ερχόμενος σε επαφή με συναρμόδιους φορείς και παραπέμποντας περιστατικά που δεν άπτονται των

υπηρεσιών του προγράμματος. Οι εξυπηρετούμενοι ωφελούνται των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει ο νοσηλευτής και αφορούν τη μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων κατ' οίκον, καθώς επίσης και τη συνταγογράφηση των φαρμάκων και συνοδεία σε νοσοκομεία για τις προγραμματισμένες εξετάσεις των ωφελούμενων. Παράλληλα, η οικογενειακή βοηθός του προγράμματος αναλαμβάνει να φέρει εις πέρας τις εξωτερικές εργασίες των ωφελούμενων, την προμήθεια των ηλικιωμένων με είδη άμεσης ανάγκης, καθώς και την καθαριότητα του σπιτιού τους. Η σημαντικότερη ωστόσο αρμοδιότητα των οικογενειακών βοηθών, είναι η συντροφιά που προσφέρουν αποδεικνύοντας έμπρακτα τον κοινωνικό χαρακτήρα του προγράμματος.

3.2 Κανονισμός λειτουργίας του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

Η παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, καθώς και η διατήρηση της συνοχής του θεσμού της οικογένειας με την ταυτόχρονη αποφυγή της ιδρυματοποίησης των ασθενών και του κοινωνικού αποκλεισμού τους, αποτελεί πρωταρχικό σκοπό του Π.Β.Σ.Σ σε συνδυασμό με την εξασφάλιση μια αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης των ατόμων στην οικία τους και τη διατήρηση της ποιότητας της ζωής τους.

Η επίτευξη του προγράμματος ολοκληρώνεται με την παροχή οργανωμένων και συστηματικών παροχών υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας από ειδικούς επιστήμονες και διοικητικά στελέχη καθώς και από εθελοντές και άλλους κοινωνικούς φορείς των δήμων σε ηλικιωμένους που δε μπορούν να αυτοϋπηρετηθούν και σε άτομα με αναπηρίες, βάζοντας σε προτεραιότητα αυτούς που διαμένουν μόνοι τους και το εισόδημά τους δεν επαρκεί ώστε να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα ώστε να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα, με σκοπό τη διευκόλυνση τους στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής και τη διευκόλυνσή τους ώστε να αποκτήσουν τη μέγιστη αυτονομία και να διατηρήσουν την ποιότητα ζωής τους.

Οι βασικές αρχές του προγράμματος διέπονται από τις γενικές διακηρύξεις και συνθήκες των ανθρώπινων δικαιωμάτων που αναφέρονται στους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρία. Έμφαση δίνεται στη διασφάλιση των δικαιωμάτων όπως στο να:

- Επιλέγουν οι ίδιοι οι χρήστες τον τρόπο ζωής τους
- Διαβιώνουν με αξιοπρέπεια στο δικό τους περιβάλλον (φυσικό και κοινωνικό)

- Διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή και την επικοινωνία με το περιβάλλον τους και να αυξάνουν την αυτάρκειά τους
- Διατηρούν ίσες ευκαιρίες και δικαιώματα ώστε να προλαμβάνεται ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι προκαταλήψεις
- Δέχονται υπηρεσίες και παροχές που διασφαλίζουν τη διατήρηση της υγείας τους και της αξιοπρέπειάς τους
- Επιλέγουν και να εξασφαλίζουν τον τρόπο και τα μέσα διατήρησης και βελτίωσης της ποιότητας της ζωής τους. (Κοινοφελής επιχείρηση Δήμου Πρεσπών, 2018)

Σύμφωνα με τους βασικούς άξονες του προγράμματος, το Π.Β.Σ.Σ εντάσσεται στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας υπηρεσίας κοινωνικής φροντίδας. Με τη δράση αυτή διερευνώνται ποιοτικά και ποσοτικά οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας που παρέχονται στους πολίτες. Παρέχονται υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, νοσηλευτικής φροντίδας, οικιακής φροντίδας καθώς και η ενίσχυση και ανάπτυξη των κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων για την κάλυψη βασικών αναγκών και επέκταση των υπηρεσιών ανάλογα με τις ανάγκες των χρηστών.

Οι μοναχικοί ηλικιωμένοι που μπορούν να αυτοϋπηρετηθούν σε ικανοποιητικό βαθμό, καθώς και τα άτομα με αναπηρία που ζουν μόνοι τους ή με την οικογένειά τους και έρχονται αντιμέτωπα με την απομόνωση και τον κοινωνικό αποκλεισμό λαμβάνουν προτεραιότητα στην ιεράρχηση των αιτημάτων των χρηστών του προγράμματος.

Στους σκοπούς της δράσης για την κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των ΑΜΕΑ περιέχονται:

- Η ανίχνευση, η καταγραφή και η μελέτη των αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας και των ατόμων με αναπηρία στο φυσικό, σε τοπικό και στο ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον, καθώς και την ενημέρωση των φορέων κοινωνικής πολιτικής και άλλων ενδιαφερομένων οργανισμών.
- Η ανάπτυξη των προϋποθέσεων για την διατήρηση της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής ευημερίας των ωφελούμενων.
- Η προάσπιση των ατομικών και των κοινωνικών δικαιωμάτων των εξυπηρετούμενων και η προστασία τους από τον κοινωνικό στιγματισμό και την περιθωριοποίηση.

- Η αποφυγή της ιδρυματοποίησης μέσω της διασφάλισης της παραμονής τους στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.
- Η εξασφάλιση της μέγιστης ανεξαρτησίας σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής.
- Η διασφάλιση της κοινωνικής φύσης τους και η διευκόλυνση των μετακινήσεών τους.
- Η μελέτη και η εργονομική προσαρμογή του φυσικού περιβάλλοντα χώρου, σύμφωνα με τους κανόνες εξασφάλισης της μέγιστης προσπελασιμότητας.
- Η ανακούφιση του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος, χωρίς την υποκατάστασή τους από τις υπηρεσίες του προσωπικού του προγράμματος, αλλά αντιθέτως ενισχύοντας τους οικογενειακούς δεσμούς.
- Η εκπαίδευση του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος των ωφελούμενων στην ενεργή και ασφαλή συμμετοχή τους στην αντιμετώπιση των εξειδικευμένων αναγκών φροντίδας τους.
- Η διευθέτηση των νοσηλευτικών και των υγειονομικών αναγκών τους που είναι εφικτό να καλύπτονται στο σπίτι.
- Η διασύνδεση τους με τις υπηρεσίες που ικανοποιούν ανάγκες και δικαιώματά τους και ιδιαίτερα την συνεργασία τους και τον συντονισμό με το δίκτυο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και κοινωνικής προστασίας της περιοχής και την συστηματοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Η έγκαιρη παραπομπή τους στις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας και πρόνοιας και η εξασφάλιση υπηρεσιών αποκατάστασης.
- Η ενίσχυση των φιλικών δεσμών και κοινωνικών σχέσεων, όπως και συμπεριφορών κοινωνικού ενδιαφέροντος.

Ο προγραμματισμός και η προετοιμασία του προγράμματος περιλαμβάνει την εκπαίδευση του προσωπικού και την προσαρμογή του προγράμματος στις ιδιαιτερότητες της εκάστοτε τοπικής κοινωνίας. Γίνεται εξαρχής η επιλογή εργαλείων και τεχνικών, γίνεται η προμήθεια του αναγκαίου εξοπλισμού και υλικού, ενώ επιλέγεται ο τρόπος αξιολόγησης και επεξεργασίας των δεδομένων με σκοπό την παρακολούθηση και την εξωτερική αξιολόγηση του προγράμματος καθώς και η υποβολή των εκθέσεων εκτέλεσης.

Η κοινωνική χαρτογράφηση της περιοχής ευθύνης του προγράμματος και της ευρύτερης κοινότητας, γίνεται με τη συστηματική διερεύνηση και την συστηματική επεξεργασία των αναγκών των ηλικιωμένων που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα. Λαμβάνονται υπόψιν οι υπάρχουσες συστηματικές μελέτες, καθώς και τα στοιχεία που έχουν καταγραφεί από άλλες δομές και οργανώσεις της περιοχής όπως τα Κ.Α.Π.Η, οι συλλογικές οργανώσεις των ατόμων με αναπηρία, τα αιτήματα των πολιτών και οι παραπομπές άλλων φορέων του δημοσίου ή του ιδιωτικού τομέα.

Έπειτα ακολουθεί η ιεράρχηση των αναγκών των ηλικιωμένων και των Α.Μ.Ε.Α του πληθυσμού προς εξυπηρέτηση από το πρόγραμμα, εξασφαλίζοντας τις βασικές τους ανάγκες και βοηθώντας τους ενεργά στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής. Παράλληλα, γίνεται αντιμετώπιση ή πρόληψη ψυχοσωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων των ατόμων μέσω των εργαζομένων στο πρόγραμμα.

Σημαντική είναι η συνεργασία των φορέων όπως η συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β), με άλλους φορείς υγειονομικής και προνοιακής περίθαλψης του δημοσίου, του ιδιωτικού ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και με την Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία.

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας στους ωφελούμενους του Προγράμματος αφορά:

- Ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη στους ωφελούμενους και συμβουλευτική στο οικογενειακό περιβάλλον.
- Διασφάλιση των παροχών κοινωνικής προστασίας.
- Την έμπρακτη υπεράσπιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων, καθώς και την ενημέρωση και ευαισθητοποίησης του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος.
- Νοσηλευτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Οικιακή φροντίδα και κάλυψη των πρακτικών αναγκών διαβίωσης.
- Την παροχή υπηρεσιών ατομικής φροντίδας και οικιακής καθαριότητας.
- Πρόληψη και προαγωγή της υγείας.
- Βελτίωση της προσπελασιμότητας μέσω παρέμβασης στην εργονομία του σπιτιού, με την αναπροσαρμογή ή τη χρήση προσαρμοστικού εξοπλισμού.

- Συντονισμός με άλλους φορείς και υπηρεσίες, όπου μέσω των παροχών τους διασφαλίζεται η αξιοπρεπείς διαβίωση των ωφελούμενων, η υγειονομικές υπηρεσίες, και η σίτιση.
- Συμμετοχή στην κάλυψη των αναγκών μεταφοράς και επικοινωνίας των εξυπηρετούμενων.
- Διατήρηση των πολιτιστικών και θρησκευτικών ρόλων των ωφελούμενων.
- Ανάπτυξη ενός πρότυπου και ασφαλούς συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης των ωφελούμενων του προγράμματος, καθώς επίσης τη δημιουργία ενός συστήματος διατήρησης των δεδομένων των εξυπηρετούμενων, με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία για την εξυπηρέτηση των αναγκών ενημέρωσης του προσωπικού.

Οι φορείς υποχρεούνται να διασφαλίσουν χώρο στέγασης, με διασφαλισμένη προσβασιμότητα, καθώς επίσης και να εξασφαλίσει τα απαραίτητα υλικά νοσηλευτικής φροντίδας και καθαριότητας, όταν αυτά δε διατίθενται από τον ωφελούμενο.

Το προσωπικό υλοποίησης του προγράμματος αποτελείται από τις παρακάτω ειδικότητες:

- Τον κοινωνικό λειτουργό, ο οποίος είναι υπεύθυνος του συντονισμού του προγράμματος
- Τον νοσηλεύτη
- Την οικογενειακή βοηθό

Τα μέλη των μονάδων του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» πρέπει να τηρούν:

- Μια ημερήσια λίστα καταγραφής των επισκέψεων στους ωφελούμενους.
- Έναν ατομικό φάκελο κάθε ατόμου.
- Μια αναλυτική κατάσταση των ωφελούμενων που ήρθαν σε επαφή τα μέλη του προσωπικού, για την καταγραφή των ατόμων που χρήζουν βοήθειας.

Το προσωπικό του Προγράμματος εφαρμόζει τις αρχές της ομαδικής εργασίας και του κοινωνικού σχεδιασμού. Αφού διενεργηθούν οι αρχικές φάσεις, θεσμοθετείται μια συγκεκριμένη μέρα για τον απολογισμό της ομάδας η οποία γίνεται σε εβδομαδιαίο κα μηνιαίο επίπεδο. Τα μέλη του προσωπικού, τα οποία οφείλουν να διατηρούν καθημερινό αρχείο με τα στατιστικά των υπηρεσιών που παρέχουν,

παραδίδουν μια εβδομαδιαία αναφορά στο συντονιστή του Προγράμματος. Σκοπός είναι η ενημέρωση των εποπτικών αρχών σχετικά με την πορεία του Προγράμματος.

Οι ενέργειες συντονισμού και παρακολούθησης του Προγράμματος αποτελούν ευθύνη της Ομάδας Διοίκησης Έργου (ΟΔΕ) που έχει συσταθεί με την αριθ. ΔΥ1δ/οικ 10024/1.6.2001 Κοινή Απόφαση (ΦΕΚ 726/τ.Β/2001) κατ' εξουσιοδότηση της παραγρ. 18 του άρθρου 18 του Ν.2503/1997 (ΦΕΚ 107/τΑ/97), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

Στην ΟΔΕ, η οποία εδρεύει στο Υπουργείο Υγείας συμμετέχουν υπηρεσιακά στελέχη, διάφοροι εκπρόσωποι των συναρμόδιων Υπουργείων Εσωτερικών, Δημοσίας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, εκπρόσωποι της Εκκλησίας της Ελλάδος, καθώς και εκπρόσωποι κοινωνικών και επιστημονικών φορέων και ειδικοί εμπειρογνώμονες.

Το έργο της ΟΔΕ αφορά την κατάρτιση των προδιαγραφών λειτουργίας του προγράμματος, την παρακολούθηση αυτού και τον έλεγχο σχετικά με την τήρηση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας, την υποστήριξη των στελεχών και των φορέων υλοποίησης του προγράμματος, την συνεχή άνοδο του ρυθμού εκτέλεσης του έργου και την άντληση του μέγιστου αναμενόμενου αποτελέσματος. Παράλληλα, στηρίζει τη διαδικασία καταχώρησης των πληροφοριών που εισάγονται στο Χάρτη της Πρόνοιας. Η λειτουργία και οι δραστηριότητες της ΟΔΕ υποστηρίζονται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, των συναρμόδιων Υπουργείων και των Περιφερειών. Την άμεση εποπτεία του προγράμματος έχει το Διοικητικό Συμβούλιο του εκάστοτε Δήμου, το οποίο παρέχει συνεχώς χρήσιμες πληροφορίες στην ΟΔΕ για την εξελικτική πορεία του Προγράμματος.

Η εκάστοτε ειδική υπηρεσία της Περιφέρειας ελέγχει όλα τα στάδια από την προετοιμασία μέχρι την ολοκλήρωση της πράξης όπως περιγράφεται από το 6 του Ν.2860/2000 και στην ΚΥΑ 4035/27-7-2001 (ΦΕΚ 1127/τ.Β/2001) όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα και ισχύει. Ο δικαιούχος φορέας υλοποίησης της δράσης υποχρεούνται μέσω των εξουσιοδοτημένων αρμοδίων προσώπων ν' ακολουθεί τις οδηγίες της Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης της Περιφέρειας και να παρέχει κάθε στοιχείο και διευκόλυνση στην άσκηση του έργου της.

3.3 Οι αρμοδιότητες των μελών της ομάδας

3.3.1 Κοινωνικός λειτουργός

Ο κοινωνικός λειτουργός φέρει την ευθύνη λειτουργίας του Προγράμματος, ενώ συνοδεύει την ομάδα στις ανάγκες των ωφελούμενων. Ο σημαντικότερος τομέας ευθύνης του είναι η συνεύρεση των εξυπηρετούμενων με την ομάδα κοινωνικής μέριμνας. Ευθύνεται για τη διατήρηση και τη σωστή προστασία του αρχείου καθώς και του εμπλουτισμού αυτού με πληροφορίες που μπορούν να φανούν χρήσιμες και πολύτιμες για τα υπόλοιπα στελέχη της ομάδας του Προγράμματος.

Στις αρμοδιότητές του είναι η καταγραφή:

1. Των ατομικών στοιχείων κάθε ωφελούμενου στο πρόγραμμα της Κοινωνικής Πρόνοιας.
2. Του οικογενειακού περιβάλλοντος των ατόμων.
3. Της κατάστασης υγείας των περιπτώσεων.
4. Των στοιχείων της οικονομικής κατάστασης των εξυπηρετούμενων.
5. Της συνθήκης διαβίωσης και το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ατόμων.
6. Των στοιχείων που σχετίζονται με άλλους φορείς όπως το Ε.Σ.Υ και τα Ασφαλιστικά.

3.3.2 Νοσηλευτές

Οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών αφορούν τις κατ'οίκον επισκέψεις στις οποίες μπορεί και παρέχονται νοσηλείες πρώτου βαθμού όπως η μέτρηση των ζωτικών σημείων, δηλαδή η αρτηριακή πίεση, η μέτρηση των σφίξεων, η θερμοκρασία, η μέτρηση του σακχάρου και η μέτρηση της χοληστερόλης. Επίσης συνοδεύει γιατρό, παρέχεται η υπηρεσία αλλαγής τραυμάτων, αλλαγής καθετήρων, ενέσεις, καθώς και αιματολογικές εξετάσεις. (Κοινοφελής επιχείρηση Δήμου Πρεσπών, 2018)

3.3.3 Οικογενειακή βοηθός

Η οικογενειακή βοηθός συμμετέχει στο πρόγραμμα και σε συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους νοσηλευτές προσφέρει υπηρεσίες όπως (Κοινοφελής επιχείρηση Δήμου Πρεσπών, 2018):

- Αγορά φαρμάκων
- Αγορά προϊόντων καθημερινής διαβίωσης σε άτομα που δε μπορούν να εξυπηρετηθούν

- Βοήθεια στη σωστή παροχή της φαρμακευτικής αγωγής
- Συντροφιά
- Οικιακές εργασίες

3.4 Το Π.Β.Σ.Σ στο Δήμο Ιλίου

Το Πρόγραμμα αποτελείται από εννιά ομάδες δράσης και απευθύνεται σε ηλικιωμένους και άτομα με κινητικούς περιορισμούς και προβλήματα, που δε μπορούν να εξυπηρετηθούν, ή δεν έχουν ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, ή έχουν χαμηλό εισόδημα και δε τους επιτρέπεται η διασφάλιση της αξιοπρεπούς διατήρησης της ποιότητας ζωής τους. Σκοπό του Προγράμματος αποτελεί η διατήρηση και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ωφελούμενων και η υποβοήθησή τους για αυτόνομη διαβίωση και παράλληλα η ψυχολογική και φυσική υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος των ατόμων μέσω των παροχών από εξειδικευμένο προσωπικό. Το Πρόγραμμα παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, νοσηλευτική φροντίδα, οικογενειακή βοήθεια και συντροφιά. Η εύρυθμη λειτουργία του Προγράμματος εξασφαλίζεται από ένα εξειδικευμένο και καλά οργανωμένο προσωπικό το οποίο απαρτίζει μια ομάδα δράσης σε κάθε δομή και αποτελείται από κοινωνική λειτουργό, νοσηλεύτη και οικογενειακή βοηθό. Ο κοινωνικός λειτουργός του προγράμματος έχει τη συνολική εποπτεία των ωφελούμενων, αξιολογεί τα περιστατικά, παρέχει κοινωνική υποστήριξη και έρχεται σε επαφή με συναρμόδιους φορείς, παραπέμποντας τα περιστατικά που δεν άπτονται των υπηρεσιών του Προγράμματος. Ο νοσηλευτής προσφέρει τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας που προβλέπονται και αφορούν κατ'οίκον επισκέψεις για τη μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων, τη συνταγογράφηση των φαρμάκων καθώς και συνοδεία σε νοσοκομεία για τις προγραμματισμένες εξετάσεις των ωφελούμενων. Παράλληλα, η οικογενειακή βοηθός του προγράμματος αναλαμβάνει τη διεκπεραίωση εξωτερικών εργασιών, την προμήθεια των ηλικιωμένων με είδη άμεσης ανάγκης, καθώς και την καθαριότητα του σπιτιού τους. Μια επιπλέον αρμοδιότητα των οικογενειακών βοηθών, ίσως η πλέον σημαντική για τους ανθρώπους αυτούς, είναι η συντροφιά που προσφέρουν αποδεικνύοντας έμπρακτα τον κοινωνικό χαρακτήρα του προγράμματος. (Δήμος Ιλίου, n.d.)

3.4 Ιστορική αναδρομή του Π.Β.Σ.Σ

1981: Προστασία στο Σπίτι

Προπομπός του Π.Β.Σ.Σ αποτελεί το Πρόγραμμα Προστασία στο Σπίτι που εφαρμόστηκε το 1981 και υλοποιήθηκε από τον όμιλο εθελοντών και τη μονάδα Νοσηλεία στο σπίτι του διαγνωστικού κέντρου Μεταξά. Σκοπός του προγράμματος ήταν η βελτίωση της ψυχοσωματικής υγείας των ατόμων που κατοικούσαν στη Δραπετσώνα και είχαν ηλικία άνω των εξήντα ετών με κινητική αναπηρία ή νοητική υστέρηση. Το πρόγραμμα προστασία στο σπίτι παρείχε ιατροφαρμακευτική φροντίδα, κατ'οίκον φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη παρέχοντας μάλιστα την επιλογή για ένταξη στην κοινωνική εργασία.

1983: Πρόγραμμα Ανοικτής Προστασίας

Το Π.Α.Π εφαρμόστηκε ως συνέχεια του Π.Π.Σ και αφορούσε την προστασία ηλικιωμένων στους δήμους Δραπετσώνας, Κερατσινίου και Βύρωνα με στόχο την ιατροκοινωνική προστασία ατόμων άνω των εξήντα ετών με σκοπό τη διατήρηση των ρόλων των ατόμων στην οικογένεια και την κοινότητα. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες του Π.Α.Π ήταν ίδιες με του Π.Π.Σ.

1987: Βοήθεια στο Σπίτι-Ερυθρός Σταυρός

Το 1987 δόθηκε άδεια για την εφαρμογή του Προγράμματος Β.Σ από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό στις περιοχές της Κυψέλης, των Πατησίων, του Κολωνού, του Βοτανικού και των Εξαρχείων. Η εφαρμογή του Προγράμματος χαρακτηρίστηκε πειραματική και ορίστηκε να είναι διετής η διάρκειά του. Το 1989 το Πρόγραμμα επεκτάθηκε στην Ηγουμενίτσα, τη Θεσσαλονίκη και τη Βέροια και το 1990 Στην Αρκαδία.

1988-1996: Βοήθεια στο σπίτι στους πρώτους Δήμους

Το 1988 εγκρίθηκε η εφαρμογή του Προγράμματος στους δήμους Δράμας, Αργυρούπολης και Υμηττού, ενώ το 1994 η εφαρμογή του Προγράμματος προχώρησε στα Ιωάννινα, τη Βέροια τα Χανιά και τρεις κοινότητες της Ικαρίας. Επιπροσθέτως από το 1995 το Πρόγραμμα περιελάμβανε πολίτες μικρότερης ηλικίας από αυτής των εξήντα ετών, εφόσον αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας τα οποία

επηρέαζαν την ποιότητα ζωής τους. Το 1996 εφαρμόστηκε πιλοτικά το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι στο Δήμο Περιστερίου. Αρχικά εντάχθηκε στα προγράμματα Κ.Α.Π.Η του δήμου και αποτελούνταν από πέντε ομάδες επαγγελματιών.

1997: Η εξάπλωση του Προγράμματος σε όλους τους Δήμους.

Μέσω της υπουργικής απόφασης του 1997 το Πρόγραμμα εφαρμόζεται μέσω των Κ.Α.Π.Η σε 102 Δήμους. Στην πρώτη φάση εντάσσονται 51 Δήμοι σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, ενώ σε δεύτερη φάση εντάσσονται άλλοι 51 Δήμοι σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

2002: Η ένταξη των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΑμΕΑ) στο Πρόγραμμα και το Γ΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης

Από το 2002 εντάσσονται ακόμα 1000 Δήμοι στο Πρόγραμμα ενώ πλέον συμπεριλαμβάνονται και τα ΑμΕΑ που αντιμετωπίζουν εξίσου τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού.

Επιπροσθέτως το 2002 το πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε από το Γ΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης, αρχικά στους πρώτους 191 Δήμους που υλοποιούσαν το πρόγραμμα και αποτελούνταν από τρεις έως έξι επαγγελματίες όπως κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές και οικογενειακοί βοηθοί. Πέρα από την εξυπηρέτηση σε άτομα με δυσκολία στην μετακίνηση στην κοινωνία το Πρόγραμμα στόχευσε και στην επανένταξη των ατόμων στην αγορά εργασίας.

Έπειτα το πρόγραμμα παρατείνεται μέχρι και σήμερα.

3.5 Η κατ'οίκον φροντίδα σε άλλα κράτη

3.5.1 Η κατ'οίκον φροντίδα στο Ηνωμένο Βασίλειο

Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας παρουσιάστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο ως μια ελπιδοφόρος λύση στα προβλήματα συμφοράς του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Πρόκληση ωστόσο αποτέλεσε η διατήρηση της ποιότητας από τα δημόσια και τα ιδιωτικά προγράμματα βοήθειας στο σπίτι.

Το πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι προσφέρει στους εξυπηρετούμενους μια δωρεάν αξιολόγηση και προσφέρει δωρεάν εξοπλισμό προσαρμογών αξίας έως 1000£, βοήθεια στο σπίτι τις πρώτες μέρες μετά την επιστροφή από το νοσοκομείο,

καθώς και συνεχή ιατροφαρμακευτική παρακολούθηση και χρόνια κατ'οίκον νοσηλεία.

Οι ιδιωτικοί πάροχοι υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας υπάγονται στην ομοσπονδία των παρόχων κατ'οίκον φροντίδας του Ηνωμένου Βασιλείου, United Kingdom Homecare Association.

Η UKHCA ιδρύθηκε το 1989 για να εκπροσωπήσει τις απόψεις ανεξάρτητων φορέων παροχής κατ'οίκον υπηρεσιών φροντίδας. Δημιουργήθηκε για να ανταποκριθεί στα πολλά ζητήματα που προκύπτουν από τις αλλαγές στη νομοθεσία για την υγεία και την κοινωνική περίθαλψη, οι οποίες διαμόρφωσαν το μέλλον του τομέα. Η ομοσπονδία έχει αναπτυχθεί και προσφέρει περισσότερα οφέλη στα μέλη του και έναν υψηλό προφίλ αντιπροσωπευτικό ρόλο. Διαδραματίζει ενεργό ρόλο σε συνεργασία με τις τοπικές κυβερνήσεις, αλλά και με την κεντρική κυβέρνηση σε όλα τα θέματα περί της φροντίδας στο σπίτι καθώς επίσης και υπηρεσίες υγείας στο σπίτι. Εκπροσωπεί τις οργανώσεις-μέλη του ταχέως μεταβαλλόμενου τομέα κοινωνικής φροντίδας μέσω επαφής με:

- Εθνική κυβέρνηση και αποκεντρωμένες διοικήσεις
- Τοπική κυβέρνηση
- Νόμιμους ρυθμιστές
- Επίτροπους κοινωνικής μέριμνας
- Εθελοντικές οργανώσεις και εκστρατείες
- Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης
- Το γενικό κοινό

Η αποκεντρωμένη ατζέντα έχει γίνει όλο και πιο σημαντική με την εισαγωγή κανονισμού περί φροντίδας στην Αγγλία, τη Σκωτία, την Ουαλία και τη Βόρεια Ιρλανδία. Όπου και αν βρίσκονται, οι πάροχοι-μέλη λαμβάνουν την επαγγελματική υποστήριξη της UKHCA. Τα μέλη της UKHCA που παρέχουν οικιακή φροντίδα αντιπροσωπεύουν μια ευρεία διατομή των παρόχων, από μικρές επιχειρήσεις έως μεγάλους οργανισμούς που περιλαμβάνουν τον νόμιμο τομέα, ιδιωτικές εταιρίες, μη κερδοσκοπικές οργανώσεις καθώς επίσης και εθελοντικές και φιλανθρωπικές πρωτοβουλίες. Τα μέλη της UKHCA εδρεύουν σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο, από κέντρα πόλεων έως αγροτικές περιοχές. (Beresford et al., 2019)

3.5.2 Η κατ'οίκον φροντίδα στην Ιταλία

Η κοινωνική και υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει τις απαραίτητες υπηρεσίες για την ικανοποίηση της ανάγκης, για μακροπρόθεσμη κάλυψη της υγείας των πολιτών και τη σταθεροποίηση της κλινικής εικόνας, τη θεραπεία και την αποκατάσταση με σκοπό την διατήρηση της ποιότητας ζωής των πολιτών και τη διατήρηση των ρόλων του ατόμου στην κοινωνία.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, ορίζεται εξειδικευμένη ομάδα παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελούμενη από υγειονομικούς και κοινωνικούς λειτουργούς για τη θεραπεία και την αποκατάσταση παθολογικών καταστάσεων, για τη βοήθεια στα προβλήματα καθημερινής ζωής και την αντιμετώπιση της περιθωριοποίησης που μπορεί να επέλθει. Πρωταρχικό μέλημα αποτελεί η βοήθεια στην προσωπική υγιεινή και το περιβάλλον μέχρι και την διαχείριση του σπιτιού και την προετοιμασία γευμάτων.

Σύμφωνα με Πρωθυπουργικό διάταγμα, το LEA υποδεικνύει τις κατηγορίες πολιτών στους οποίους εγγυάται η κοινωνική και υγειονομική βοήθεια και περιγράφει τους τομείς δραστηριότητας, τα προγράμματα βοήθειας και τις υπηρεσίες υγείας (πχ ιατρική, νοσηλευτική, ψυχολογική, αποκατάσταση)

Οι κατηγορίες των πολιτών που λαμβάνουν τις υπηρεσίες είναι:

- Ασθενείς με χρόνια νοσήματα (πχ άνοια)
- Άτομα στο τέλος της ζωής τους
- Άτομα με ψυχικές διαταραχές
- Ανήλικοι με ψυχικές και νεύρο-αναπτυξιακές διαταραχές (πχ αυτισμός)
- Άτομα με παθολογικούς εθισμούς
- Άτομα με αναπηρία

Ανάλογα με τη συγκεκριμένη κατάσταση και τη σοβαρότητα και την εξέλιξη της κατάστασης του ατόμου, οι υπηρεσίες μπορούν να παρέχονται σε εντατική μορφή ή στην απλή διατήρηση της υγείας και της λειτουργικότητας του ατόμου. Συνολικά διασφαλίζεται μια ολοκληρωμένη φροντίδα η οποία οφείλει άμεσα την υγεία του ατόμου αλλά και κοινωνικά οφέλη.

Για την διασφάλιση της ποιότητας και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, τα υποκαταστήματα των μονάδων LEA δραστηριοποιούνται σε όλες τις τοπικές

υγειονομικές αρχές ή τους δήμους με σκοπό την άμεση επικοινωνία των πολιτών και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Οι ανάγκες υγείας και κοινωνικής προστασίας των πολιτών ανιχνεύονται με τυποποιημένα και ομοιόμορφα εργαλεία αξιολόγησης σε όλες τις περιφέρειες. Η πολυδιάστατη αξιολόγηση προσδιορίζει τις ανάγκες υγείας και φροντίδας του ατόμου, ανεξάρτητα από την παθολογία του και κατευθύνει τους χειριστές να οργανώσουν την κοινωνικό-υγειονομική παρέμβαση με τον καταλληλότερο τρόπο (Torbica & Fattore, 2005).

3.5.3 Η κατ'οίκον φροντίδα στη Γαλλία

Το HAD (νοσηλεία στο σπίτι) είναι μια μορφή νοσηλείας που επιτρέπει, στο σπίτι, να παρέχει συγκεκριμένη τεχνική, εντατική ή περίπλοκη φροντίδα. Εγγυάται τη συνέχεια της φροντίδας (7 ημέρες την εβδομάδα, 24 ώρες την ημέρα) σε ένα οικείο περιβάλλον. Το HAD (νοσηλεία στο σπίτι) εφαρμόζεται με ιατρική συνταγή από γιατρό νοσοκομείου ή από τον θεράποντα ιατρό και μετά από αξιολόγηση της κατάστασης από την ομάδα συντονισμού του HAD.

Η ομάδα HAD πηγαίνει πάντα στο σπίτι για να ελέγξει αν πληρούνται οι προϋποθέσεις φροντίδας εκεί. Εάν είναι απαραίτητο, ενδέχεται να είναι απαραίτητες ορισμένες προσαρμογές, για παράδειγμα η εγκατάσταση ιατρικού κρεβατιού. Το HAD (νοσηλεία στο σπίτι) είναι προσβάσιμο σε κάθε άτομο του οποίου η κατάσταση υγείας το δικαιολογεί και το οποίο δίνει τη συγκατάθεσή του για αυτήν τη μορφή παρέμβασης. Το πεδίο παρέμβασης του HAD είναι ευέλικτο: ιατρική, μετεγχειρητική, μαιευτική, παρακολούθηση, θεραπεία καρκίνου. Οι πιο συχνές θεραπείες που εκτελούνται στο HAD είναι παρηγορητική φροντίδα και σύνθετοι επιδέσμοι (HAD France, n.d.).

Οι υπηρεσίες οικιακής βοήθειας μπορούν να παρέμβουν για να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους να κάνουν ό, τι δεν θέλουν πλέον ή να έχουν την ικανότητα να κάνουν, για παράδειγμα να ντύνονται, να ψωνίζουν, να προετοιμάζουν γεύματα. Υπάρχει βοήθεια για τη χρηματοδότηση του κόστους της παρέμβασης μιας υπηρεσίας οικιακής βοήθειας. Η διαχείριση των υπηρεσιών οικιακής βοήθειας μπορεί να γίνεται από το CCAS (δημοτικά κέντρα κοινωνικής δράσης), από ενώσεις ή από εμπορικές επιχειρήσεις. Οι πάροχοι υπηρεσιών οικιακής βοήθειας και υποστήριξης είναι εξουσιοδοτημένοι να λειτουργούν από το διοικητικό συμβούλιο. Είναι

ειδικά εξουσιοδοτημένοι να παρεμβαίνουν σε έναν πληθυσμό που θεωρείται εύθραυστος όπως παιδιά κάτω των 3 ετών, οικογένειες σε δυσκολία ή σε κατάσταση αποκλεισμού, άτομα με αναπηρίες και ηλικιωμένοι με απώλεια αυτονομίας.

Έχουν το καθεστώς της ιατροκοινωνικής υπηρεσίας και πρέπει να εκπληρώνουν αυστηρές κανονιστικές υποχρεώσεις και να υποβάλλουν τακτικά εκθέσεις στο υπουργικό συμβούλιο. Το διοικητικό συμβούλιο ελέγχει κυρίως την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από αυτές τις υπηρεσίες.

Οι οικιακοί βοηθοί πληρώνονται από τον πάροχο υπηρεσιών οικιακής βοήθειας. Το άτομο που λαμβάνει την υπηρεσία πληρώνει στον οργανισμό ένα τιμολόγιο που αντιστοιχεί στην κατανάλωσή του. (Le, Ehesp, & Martin, 2018)

3.5.4 Η κατ'οίκον φροντίδα στην Αυστραλία

Το πρόγραμμα πακέτων οικιακής φροντίδας υποστηρίζει ηλικιωμένους με πολύπλοκες ανάγκες να ζουν ανεξάρτητα στα σπίτια τους. Χρησιμοποιεί μια προσέγγιση φροντίδας που απευθύνεται στον καταναλωτή για να βεβαιωθεί ότι η υποστήριξη ταιριάζει στις ανάγκες και τους στόχους ενός ατόμου.

Η υποστήριξη παρέχεται μέσω ενός πακέτου οικιακής φροντίδας - ενός συντονισμένου συνδυασμού υπηρεσιών που μπορεί να περιλαμβάνει:

- βοήθεια με οικιακές εργασίες
- εξοπλισμός
- μικρές τροποποιήσεις στο σπίτι
- προσωπική φροντίδα
- κλινική φροντίδα όπως νοσηλευτική, συναφείς υπηρεσίες υγείας και φυσιοθεραπείας

Υπάρχουν 4 επίπεδα πακέτων οικιακής φροντίδας - από το επίπεδο 1 για βασικές ανάγκες φροντίδας έως επίπεδο 4 για υψηλές ανάγκες φροντίδας.

Είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι άνθρωποι θέλουν να μείνουν στο σπίτι όσο το δυνατόν περισσότερο όσο μεγαλώνουν. Για να το υποστηριχτεί αυτό, το πρόγραμμα επιδοτεί υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων στο σπίτι και υπηρεσίες που βοηθούν τους ανθρώπους να παραμείνουν συνδεδεμένοι με την κοινότητά τους

Οι εγκεκριμένοι πάροχοι συνεργάζονται με τους παραλήπτες φροντίδας για να σχεδιάσουν, να οργανώσουν και να παραδώσουν πακέτα οικιακής φροντίδας.

Αυτό σημαίνει ότι ένα άτομο μπορεί να επιλέξει έναν πάροχο στην περιοχή του που ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες του. Σημαίνει επίσης ότι το άτομο μπορεί να πάρει το πακέτο του μαζί του εάν θέλει να αλλάξει πάροχο.

Το εθνικό σύστημα δίνει προτεραιότητα στα άτομα εγκεκριμένα άτομα για ένα πακέτο στο εθνικό σύστημα προτεραιότητας, με βάση την αξιολογημένη προτεραιότητά τους για φροντίδα στο σπίτι (μεσαία ή υψηλή) και την ημερομηνία έγκρισής τους.

Το συνολικό ποσό χρηματοδότησης σε έναν προϋπολογισμό πακέτου οικιακής φροντίδας αποτελείται από την κρατική επιχορήγηση, συμπεριλαμβανομένων των συμπληρωμάτων για συγκεκριμένες ανάγκες φροντίδας εάν ένα άτομο είναι επιλέξιμο. Το ποσό περιλαμβάνει τις βασικές ημερήσιες χρεώσεις, πληρωτέες από όλους όσους λαμβάνουν ένα πακέτο, τις αμοιβές περίθαλψης που ελέγχονται από εισόδημα και καταβάλλονται από άτομα που έχουν εισόδημα πάνω από ένα συγκεκριμένο ποσό. Επίσης περιλαμβάνει ποσά για πρόσθετη φροντίδα και υπηρεσίες, πληρωτέα εάν ένα άτομο θέλει επιπλέον υπηρεσίες που δεν θα καλύπτει διαφορετικά η χρηματοδότηση πακέτων

Η κυβέρνηση και ο παραλήπτης φροντίδας πληρώνουν αυτά τα ποσά απευθείας στον πάροχο.

Οι πάροχοι καθορίζουν τιμές για καθεμία από τις υπηρεσίες πακέτου οικιακής φροντίδας. Μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες εσωτερικά ή να αναθέσουν σε υπεργολαβία άλλους οργανισμούς για την παροχή υπηρεσιών.

Οι πάροχοι πρέπει να συνεργαστούν με το άτομο που λαμβάνει φροντίδα για να προγραμματίσουν τη φροντίδα και τις υπηρεσίες του και παράλληλα να χρησιμοποιούν μια προσέγγιση φροντίδας που απευθύνεται στον καταναλωτή κατά την παροχή υπηρεσιών.

Οι πάροχοι χρησιμοποιούν τη χρηματοδότηση του πακέτου οικιακής φροντίδας ενός ατόμου για να πληρώσουν το κόστος των υπηρεσιών. Πρέπει να διασφαλίσουν ότι το άτομο έχει αρκετή χρηματοδότηση για να καλύψει το κόστος των

προγραμματισμένων υπηρεσιών που ορίζονται στο σχέδιο φροντίδας τους και απολαμβάνει πλήρως το πακέτο οικιακής φροντίδας

Το Υπουργείο Υγείας διαχειρίζεται και αναπτύσσει πολιτική για το πρόγραμμα. Παράλληλα διαχειρίζεται πληρωμές σε παρόχους εκ μέρους των πολιτών, αξιολογεί και προσαρμόζει τα τέλη, τις επιδοτήσεις και τα ποσοστά συμπληρωμάτων, παρέχει διαδικτυακές υπηρεσίες αξίωσης για παρόχους, αξιολογεί και παρακολουθεί τις υπηρεσίες οικιακής φροντίδας για να βεβαιωθεί ότι πληρούν τα πρότυπα ποιότητας και επιλύει παράπονα σχετικά με αυτές τις υπηρεσίες (Day, et al., 2017).

3.5.5 Η κατ'οίκον φροντίδα στον Καναδά

Οι δημόσιες επιδοτούμενες υπηρεσίες οικιακής και κοινοτικής φροντίδας παρέχουν μια σειρά υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και υποστήριξης για επιλέξιμα άτομα που έχουν οξείες, χρόνιες, ανακουφιστικές ή ανάγκες αποκατάστασης και υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι υπηρεσίες έχουν σχεδιαστεί για να συμπληρώνουν, αλλά όχι να αντικαθιστούν, τις προσπάθειες για αυτοφροντίδα με τη βοήθεια της οικογένειας, των συνοδών και της κοινότητας. Οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι και στην κοινότητα μπορούν να βοηθήσουν σε βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη βάση ανάλογα με τις ανάγκες των πολιτών.

Το φάσμα των υπηρεσιών περιλαμβάνει κοινοτική νοσηλευτική, κοινοτική αποκατάσταση και υπηρεσίες οικιακής υποστήριξης, καθώς και υπηρεσίες ημερήσιων ενηλίκων, υπηρεσίες υποβοηθούμενης διαβίωσης και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων υπηρεσιών βραχείας διαμονής.

Οι αρχές οργανώνουν και παραδίδουν στους πολίτες υπηρεσίες, είτε άμεσα, είτε μέσω εγκεκριμένων παρόχων, μια ποικιλία προγραμμάτων και υπηρεσιών ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου, των δυνατοτήτων του και των δυνατοτήτων της κοινότητας. Παρά τις δίφορες που προκύπτουν από κοινότητα σε κοινότητα, οι αρχές πρέπει να διασφαλίζουν ότι το πρόγραμμα είναι καθολικό και μπορεί να το χρησιμοποιήσει όποιος πολίτης το χρειαστεί. Για αυτό υπάρχουν πλατφόρμες αξιολόγησης από τους πολίτες και συνεχής παρακολούθηση. Οι υπηρεσίες που παρέχονται περιλαμβάνουν:

- Διαχείριση φροντίδας
- Κατοίκων υπηρεσίες υγείας όπως
 - Υπηρεσίες υποστήριξης

- Κατοίκων νοσηλεία
- Υπηρεσίες αποκατάστασης
- Υπηρεσίες οικιακής φροντίδας
- Παροχή υπηρεσιών «Hospice»

Σύμφωνα με τις αρχές που έχει θέσει το υπουργείο οι υπηρεσίες οφείλουν:

- Να προσφέρουν υπηρεσίες που προάγουν την υγεία, την ασφάλεια, την ποιότητα ζωής, την αξιοπρέπεια και την ανεξαρτησία των ατόμων που τις χρειάζονται και των οικογενειών τους, μέχρι το τέλος της ζωής τους.
- Να εξασφαλίζουν ότι όλοι οι πάροχοι ακολουθούν με συνέπεια όλες τις διαδικασίες και τα πρωτόκολλα όπως ορίζονται από το υπουργείο.
- Να σχεδιάζουν τα κατάλληλα προγράμματα, ανάλογα με τις ανάγκες και την ενεργή συμμετοχή των πολιτών σε αυτά, αλλά και τη συμμετοχή της επιστημονικής κοινότητας.
- Να παρακολουθούν ότι οι πράξεις υγείας που θα παρέχονται είναι αποδεδειγμένες και με σκοπό τη βελτίωση της υγείας των πολιτών
- Να διατηρείται η βιωσιμότητα του προγράμματος καθώς και η αποτελεσματικότητά του.
- Να είναι προετοιμασμένες να ανταπεξέλθουν σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.
- Να παρακολουθούν ότι οι εξυπηρετούμενοι και οι συγγενείς τους ακολουθούν τις οδηγίες που τους έχουν δοθεί. (Forbes & Edge, 2009)

4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Το προσδόκιμο ζωής έχει ανέβει σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες στις χώρες της ένωσης. Συνεπώς το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων επί του γενικού πληθυσμού αυξάνεται συνεχώς σε ολόένα και περισσότερες χώρες της Ε.Ε και προβλέπεται να αυξηθεί ακόμα περισσότερο της επόμενες δεκαετίες. Αυτό έχει ως συνέπεια τη συνεχή αύξηση της ανάγκης για φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων. Σύμφωνα με έρευνα στον πληθυσμό της Ε.Ε, οι ηλικιωμένοι φαίνεται να προτιμούν τη φροντίδα στο σπίτι από τη φροντίδα σε κάποιο ίδρυμα ή χώρος περίθαλψης.

Μια σημαντική αλλαγή που παρατηρείται σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες είναι η κοινωνικό-δημογραφική αλλαγή που επηρεάζει τις οικογένειες. Αν και στον επαρχιακό ιστό δεν παρατηρούνται πολλές αλλαγές, στον αστικό αστό φαίνεται πως η δομή της οικογένειας έχει διαφοροποιηθεί. Αρχικά οι οικογένειες είναι οι περισσότερες ολιγομελείς, ενώ τα μέλη της οικογένειας μένουν σε μεγάλες αποστάσεις το ένα από το άλλο λόγω των εργασιακών τους απαιτήσεων. Αυτή η συνθήκη φαίνεται να ενισχύει την ανάγκη για ανάπτυξη μιας πολιτικής για τη φροντίδα στο σπίτι από όλα τα επίπεδα της διοίκησης(Organizatiion, 2003).

4.1 Ο Ευρωπαϊκός κοινωνικός χάρτης

Με τον όρο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, αναφερόμαστε στη διεθνή συνθήκη που υπογράφηκε από κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο Τορίνο της Ιταλίας το 1961 και που αναθεωρήθηκε το 1996. Η συνθήκη αυτή παρείχε εξ' αρχής τη δυνατότητα ακόμα και της μερικής επικύρωσης από τα κράτη μέλη. Οι πρώτες χώρες που επικύρωσαν τον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη ήταν η Αυστρία, η Γαλλία, η Δανία, η Δυτική Γερμανία, η Ελλάδα, η Μεγάλη Βρετανία, η Ιρλανδία, η Ισλανδία, η Ισπανία, η Ιταλία, η Κύπρος, η Ολλανδία και η Σουηδία. Η Ελλάδα επικύρωσε τη συνθήκη το 1984 με το Νόμο 1426/1984. Κατά την εφαρμογή της παραπάνω συνθήκης ιδρύθηκε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Κοινωνικών Δικαιωμάτων που παρακολουθεί τις ετήσιες αναφορές - εκθέσεις των κρατών μελών στην ευρύτερη εφαρμογή της, εξετάζοντας παράλληλα σχετικές καταγγελίες.

Η συμβολή του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη του Συμβουλίου της Ευρώπης στην προσπάθεια για τη διασφάλιση των κοινωνικών δικαιωμάτων και η επίδραση του στην ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική δεν είναι αρκούντως γνωστή. Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης πέρα από την προστασία των δικαιωμάτων των εργαζομένων,

καλύπτει και ένα ευρύ φάσμα ασφάλειας της κοινωνικής βοήθειας, της υγείας, των κοινωνικών υπηρεσιών, της αναπηρίας, της οικογένειας, της μητέρας του παιδιού, των μεταναστών καθώς και της φτώχειας, του κοινωνικού αποκλεισμού και της στέγης όπως προστέθηκαν μετά την αναθεώρησή του.

Οι κυβερνήσεις που υπέγραψαν τον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη και ανήκουν στο Συμβούλιο της Ευρώπης ενέκριναν το σκοπό του Συμβουλίου της Ευρώπης, ο οποίος είναι η πραγματοποίηση μιας συμμαχίας για τη διαφύλαξη και την προώθηση των ιδανικών και των αρχών που αποτελούν κοινή κληρονομιά και ενίσχυση της οικονομικής και κοινωνικής προόδου των μελών, μέσω της προάσπισης και της ανάπτυξης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών. Η απόλαυση των κοινωνικών δικαιωμάτων οφείλει να διασφαλίζεται χωρίς διακρίσεις που βασίζονται στο χρώμα, στη φυλή, στο φύλο, στη θρησκεία, στις πολιτικές πεποιθήσεις, στην εθνική καταγωγή ή την κοινωνική προέλευση. Τα μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης αποφάσισαν να καταβάλλουν προσπάθειες για τη βελτιστοποίηση του βιοτικού επιπέδου και την προώθηση της καλής διαβίωσης όλων των κατηγοριών του πληθυσμού τους, αγροτικών και αστικών, με τα καλύτερα μέσα.

Στο άρθρο 11 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη αναφέρεται το δικαίωμα για την προστασία της υγείας. Τα Συμβαλλόμενα Μέλη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να λαμβάνουν είτε απευθείας είτε με τη συνεργασία δημόσιων και ιδιωτικών οργανώσεων, κατάλληλα μέτρα που αποσκοπούν ιδίως :

1. Στην άμβλυνση των αιτιών μη ικανοποιητικής υγείας.
2. Στο σχηματισμό συμβουλευτικών υπηρεσιών, καθώς και στη σύσταση υπηρεσιών πληροφόρησης όσο αφορά τη βελτίωση της υγείας και την ανάπτυξη της συναίσθησης ατομικής ευθύνης στον τομέα της υγείας.
3. Στην πρόληψη των επιδημικών, ενδημικών, πανδημικών και άλλων ασθενειών.

Στο Άρθρο 12 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη, τα συμβαλλόμενα μέλη αναλαμβάνουν την υποχρέωση:

1. Να καθιερώνουν ή να διατηρούν σύστημα κοινωνικής ασφάλειας.

2. Να διατηρούν το σύστημα κοινωνικής ασφάλειας σε ικανοποιητικό επίπεδο ίσο τουλάχιστο με εκείνο που απαιτείται για την επικύρωση της 102 Διεθνούς Σύμβασης Εργασίας σχετικά με τα ελάχιστα όρια κοινωνικής ασφάλειας.
3. Να καταβάλλουν προσπάθειες για την ανύψωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας σε υψηλότερο επίπεδο.
4. Να λαμβάνουν μέτρα με τη σύναψη των κατάλληλων διμερών ή πολυμερών συμβάσεων ή με άλλα μέσα και με την επιφύλαξη των προϋποθέσεων που καθορίζονται με τις συμφωνίες αυτές, για να διασφαλίζουν την ισότητα μεταχείρισης ανάμεσα στους υπηκόους του κάθε Συμβαλλόμενου Μέλους και τους υπηκόους άλλων Μελών αναφορικά με τα δικαιώματα για κοινωνική ασφάλεια, περιλαμβάνοντας και τις διαφυλάξεις των πλεονεκτημάτων που έχουν παραχωρηθεί από τις νομοθεσίες κοινωνικής ασφάλειας, ανεξάρτητα με τις μετακινήσεις που θα ήταν δυνατόν να πραγματοποιήσουν τα προστατευόμενα πρόσωπα στο έδαφος των Συμβαλλομένων Μελών, καθώς επίσης την παροχή, διατήρηση και αποκατάσταση των δικαιωμάτων για κοινωνική ασφάλεια με μέσα όπως είναι ο συνυπολογισμός των περιόδων ασφάλισης ή απασχόλησης που πραγματοποιούνται σύμφωνα με τη νομοθεσία του καθενός από τα Συμβαλλόμενα Μέλη

4.2 Οι πολιτικές προκλήσεις στην κατ'οίκον φροντίδα στη Ε.Ε

Οι πολιτικοί στόχοι όσο αφορά την παροχή κατ'οίκον φροντίδας στους πολίτες της Ε.Ε οφείλουν να ισορροπούν σε βασικούς στόχους της κοινωνικής πολιτικής όπως την καθολικότητα, την διασφάλιση της ποιότητας και την αποδοτικότητα, χρησιμοποιώντας πηγές από όλα είδη παροχής υπηρεσιών υγείας, με την οικονομική σταθερότητα και τη βιωσιμότητα των προγραμμάτων που σχεδιάζονται.

Ο τρόπος σχεδιασμού και διοίκησης των προγραμμάτων παροχής κατ'οίκον υπηρεσιών υγείας διαφέρουν ανά κράτος μέλος σε διάφορα συστήματα, αφού παρατηρούνται κεντρικά σχεδιασμένα προγράμματα, διοικούμενα από τα υπουργεία υγείας των κρατών μελών ή αποκεντρωμένα προγράμματα που διοικούνται από τις περιφέρειες και τους δήμους. Παρότι τα περιφερειακά οργανωμένα προγράμματα φαίνεται από έρευνες να είναι πιο αποδοτικά, αναφέρονται πολλές φορές ανισότητες μεταξύ των υπηρεσιών από περιφέρεια σε περιφέρεια. Ωστόσο τα περιφερειακά διοικούμενα προγράμματα δείχνουν να είναι πιο ευέλικτα σε σχέση με τα κεντρικά,

δημιουργώντας συχνά ευκαιρίες για καινοτομίες στο χώρο παροχής των υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας λόγω των ιδιαιτεροτήτων τη κάθε περιφέρειας ξεχωριστά.

Η πολιτική χρηματοδότησης των προγραμμάτων κατ'οίκον φροντίδας είναι και αυτή μια σύνθετη διαδικασία και μπορεί να διαφέρει ανά κράτος μέλος. Οι επιλογές χρηματοδότησης μέσω της κρατικής ασφάλισης, μέσω της φορολογίας, μέσω ιδιωτικής ασφάλισης, μέσω της άμεσης κοστολόγησης των υπηρεσιών ή ο συνδυασμός των παραπάνω είναι πολιτικές που έχουν καταγραφεί, η καθεμία με τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματά της.

Η χρηματοδότηση μέσω κρατικής ασφάλισης έχει μεγάλα πλεονεκτήματα όσο αφορά την ισότητα των υπηρεσιών, ενώ δίνεται η δυνατότητα δημιουργίας μίας σταθερής δομής κοινωνικής φροντίδας. Ωστόσο η αρνητική επίπτωση της παραπάνω πολιτικής είναι ότι συχνά παρατηρείται η υπερβολική χρήση των υπηρεσιών, υποβαθμίζοντας την ποιότητα, από τους ωφελούμενους, δημιουργώντας την ανάγκη για διευθέτηση της παραπάνω κατάστασης μέσω της συμμετοχής των ωφελούμενων ή την εφαρμογή αυστηρών κριτηρίων συμμετοχής στο πρόγραμμα.

Η συνεισφορά του ιδιωτικού τομέα μέσω των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών θα μπορούσε να δώσει σημαντική "ανάσα" στα προγράμματα κατ'οίκον φροντίδας. Ωστόσο φαίνεται πως ακόμα αποτελεί μεγάλο ρίσκο για τις ιδιωτικές εταιρίες η παροχή κεφαλαίων σε πληθυσμιακές ομάδες που απαιτούν υπηρεσίες για μεγάλη χρονική περίοδο, για αυτό συχνά αποκλείουν τη χρηματοδότηση προγραμμάτων κατ'οίκον φροντίδας.

Η χρηματοδότηση που βασίζεται στη φορολογία των πολιτών, δίνει τη δυνατότητα δημιουργίας ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας το οποίο θα μπορεί να αντλεί πόρους από άλλες δημόσιες δαπάνες για την υγεία αλλά και γενικότερες κρατικές δαπάνες. Αυτό σημαίνει ότι και ο ίδιος ο προϋπολογισμός για τα προγράμματα κατ'οίκον φροντίδας δε θα είναι σταθερός, δημιουργώντας ανασφάλεια τόσο στους ωφελούμενους, όσο και στους υπαλλήλους των προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών.

Σύμφωνα με την ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, για την αξιοποίηση του δυναμικού απασχόλησης των προσωπικών και των οικιακών υπηρεσιών, αναλύεται ότι οι δραστηριότητες πως οι υπηρεσίες που συμβάλουν στην φροντίδα των οικογενειών και των ατόμων στο σπίτι, παρουσιάζουν

σημαντικό δυναμικό δημιουργίας θέσεων απασχόλησης. Σύμφωνα με έρευνες στις χώρες της Ε.Ε, φαίνεται πως οι υπηρεσίες φροντίδας ατόμων κατ'οίκον εντάσσονται στις λευκές θέσεις εργασίας, καθώς επίσης και οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης κατ'οίκον. Φαίνεται μάλιστα πως η ζήτηση για υπηρεσίες φροντίδας θα αυξηθεί στο μέλλον λόγω της διαρκούς αύξησης του μέσου όρου ηλικίας του πληθυσμού σε όλα τα Ευρωπαϊκά κράτη.

Σε πολιτικό επίπεδο φαίνεται πως οι υπηρεσίες κατ'οίκον φροντίδας παρουσιάζονται σαν απάντηση σε πολλές προκλήσεις των κρατών μελών όπως την καλύτερη ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, τη δημιουργία νέων ευκαιριών απασχόλησης, καθώς επίσης και τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Αυτό βασίζεται στο ότι με το πέρασμα των υπηρεσιών αυτών από την παραοικονομία και την αδήλωτη εργασία στην επίσημη οικονομία, θα συμβάλει στην ανάπτυξη μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων, δεδομένο ότι οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από αυτοαπασχολούμενα άτομα.

Ο καθορισμός και η μέτρηση των προσωπικών και οικιακών υπηρεσιών σύμφωνα με μια προσέγγιση του Π.Ο.Υ, εκτιμάται στα 7.5 εκατομμύρια ευρώ. Η φροντίδα παιδιών αλλά και η μακροχρόνια φροντίδα για ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες είναι κοινωνικές υπηρεσίες, είναι κοινωνικές υπηρεσίες και διακατέχουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, για αυτό και κατά κανόνα χρηματοδοτούνται από δημόσιους προϋπολογισμούς. Τα τελευταία χρόνια η κατ'οίκον φροντίδα έχει αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης σχετικά με την ενσωμάτωσή της σε κανόνες εσωτερικής αγοράς και ανταγωνισμού. Από το 2011 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προώθησε την ανάπτυξη ενός πλαισίου για την ανάπτυξη της κοινωνικής προστασίας, βασιζόμενο σε ένα εθελοντικό ευρωπαϊκό πλαίσιο ποιότητας για τις κοινωνικές υπηρεσίες το οποίο θα αποτελεί αναφορά για τον καθορισμό, τη διασφάλιση, την αξιολόγηση και τη βελτίωση της ποιότητας των παραπάνω υπηρεσιών.

Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά από πολιτική άποψη για την απασχόληση όπως:

- Χαμηλούς εισαγόμενους συντελεστές παραγωγής
- Υψηλό περιεχόμενο απασχόλησης
- Ποικίλα επίπεδα τεχνικών δεξιοτήτων

- Υψηλό δυναμικό έμμεσης παραγωγικότητας
- Αξιοποίηση αδήλων εργαζομένων, χωρίς την ανάγκη για μετατόπιση υπάρχοντος προσωπικού
- Διαρκή αύξηση της ανάγκης για υπηρεσίες φροντίδας λόγω της γήρανσης του πληθυσμού
- Αύξηση του ποσοστού συμμετοχής των γυναικών στην αγορά εργασίας.

Η συνεχής αλλαγή της δομής της παραδοσιακής οικογένειας φαίνεται να επιτάσσει την ανάπτυξη πολιτικών για την φροντίδα ατόμων, με σκοπό τη διασφάλιση της κοινωνικής συνοχής. Σύμφωνα με έρευνα του Eurofound του 2011, συμπεραίνεται πως το 80% του χρόνου που δαπανάται για τη φροντίδα ατόμων με ειδικές ανάγκες και εξαρτώμενων ηλικιωμένων, παρέχεται από άτυπους φροντιστές που είτε ανήκουν στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, είτε είναι φίλοι, γείτονες ακόμα και πάροχοι άτυπων υπηρεσιών. Οι παροχές αυτές μπορεί να επιφέρουν οικονομική επιβάρυνση στον εξυπηρετούμενο είτε να παρέχονται εθελοντικά.

Ωστόσο η συνεχής αύξηση του ποσοστού απασχόλησης των γυναικών τις τελευταίες δεκαετίες, καθώς επίσης και η αύξηση των ποσοστών των διαζυγίων ανά τα έτη φαίνεται πως επηρεάζει την παραδοσιακή παροχή υπηρεσιών στους εξαρτώμενους ηλικιωμένους. Συμπεραίνεται λοιπόν πως η σχέση ποιότητας ζωής και η οικογενειακή, επαγγελματική εξέλιξη οδηγεί σε συνεχή μείωση της ικανοποίησης των ανθρώπων από τη ζωή τους. Λόγω της ελλιπούς στήριξης των οικογενειών για τη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων, παρατηρείτε πως πολλές γυναίκες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εξισορρόπηση μεταξύ της οικογενειακής αρμονίας και της επαγγελματικής ανέλιξης.

Φαίνεται λοιπόν πως η ανάπτυξη μιας πολιτικής κατ'οίκον φροντίδας τόσο για τους ηλικιωμένους και των ατόμων με αναπηρία, τόσο και της φροντίδας των παιδιών, θα έχει μια σημαντική ενίσχυση του ποσοστού απασχόλησης των γυναικών όπως έχει τεθεί ως στόχος στο πλαίσιο στρατηγικής "Ευρώπη 2020". (Spasova, Baeten, Coster, & Ghailani, 2018)

Η υποστήριξη της κατ'οίκον φροντίδας στο πλαίσιο της επίτευξης των στόχων της κοινωνικής πολιτικής, αποτελούν σημαντικό παράγοντα ενίσχυσης της κοινωνικής ένταξης, αλλά και της συμμετοχής των γυναικών στην αγορά εργασίας. η πολιτική των κρατών μελών της Ε.Ε στοχεύει στην παροχή υψηλής ποιότητας

υπηρεσιών ανεξαρτήτου πλούτου ή εισοδήματος. Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται απευθείας από τις δημόσιες αρχές, είτε μέσω της υποστήριξης ιδιωτικών παρόχων κερδοσκοπικού ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ελέγχοντας και εξασφαλίζοντας τη συμμόρφωσή τους με τους κανόνες της Ε.Ε.

Οι παροχές οικιακών υπηρεσιών είναι αρκετά δαπανηρές για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Επιπροσθέτως παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων, παρόχων οικιακών υπηρεσιών είναι αδήλωτο και παράνομο. Το ακριβές ποσοστό δεν είναι δυνατό να καταγραφεί. Ωστόσο, όπως καταγράφηκε σε ένα ειδικό Ευρωβαρόμετρο σχετικά με την αδήλωτη εργασία στη Ε.Ε, σε συνέντευξη 26.755 πολιτών της ΕΕ ηλικίας 15 ετών και άνω, το 11% του πληθυσμού αποκάλυψε ότι αγόρασε υπηρεσίες σε πλαίσιο αδήλωτης εργασίας. αυτό συνεπάγεται ότι οι αδήλωτοι εργαζόμενοι που παρέχουν οικιακές εργασίες εκτιμώνται σε 1 εκατομμύριο.

Για τη μείωση του ποσοστού της αδήλωτης εργασίας στις κατ'οίκον υπηρεσίες, οι δημόσιες αρχές οφείλουν να σκεφτούν εναλλακτικές πολιτικές ώστε να ενσωματώσουν τους εργαζόμενους στο πλαίσιο της επίσημης οικονομίας, χωρίς παράλληλα να ανεβάσουν το κόστος παροχής των υπηρεσιών ου προσφέρουν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι οι πολιτικές που έχουν σε εφαρμοστεί σε χώρες όπως η Γαλλία, η Γερμανία και η Αυστρία, οι οποίες εφαρμόζοντας μια σειρά από έξυπνα μέτρα κατάφεραν να μειώσουν την αδήλωτη εργασία στις κατ'οίκον υπηρεσίες μέχρι και κατά 70%. Η εν λόγω πολιτική έλαβε τη μορφή μιας άμεσης παρέμβασης στην τιμή που καταβάλλεται από το δέκτη των υπηρεσιών μέσω δελτίων πληρωμής υπηρεσιών ορισμένων καθηκόντων. Ο δέκτης των υπηρεσιών καταβάλλει μέρος της πραγματικής τιμής και οι δημόσιες αρχές καταβάλλουν τη διαφορά. Η επιταγή πληρωμής υπηρεσιών είναι ένα μέσο που βελτιώνει την αξιοπιστία της υπηρεσίας, και παράλληλα αποτελεί ένα ευέλικτο και εύχρηστο εργαλείο. Η χρήση της επιταγής πληρωμής των κατ'οίκον υπηρεσιών, απλουστεύει τις διοικητικές διαδικασίες και επιτρέπει την εξακρίβωση του αποδέκτη, ευνοώντας την ανάπτυξη των τοπικών επιχειρηματικών δραστηριοτήτων. Σημαντική είναι και η δυνατότητα αξιολόγησης των υπηρεσιών μέσω αυτής της πολιτικής αφού επιτρέπεται η συσχέτιση κόστους οφέλους.

Η δημόσια παρέμβαση στις κατ'οίκον υπηρεσίες χρειάζεται προσεκτική μελέτη, αφού η κακή εφαρμογή αυτής της πολιτικής μπορεί να αυξήσει το δημόσιο έλλειμμα. Επομένως μια ανάλυση σε βάθος είναι αναγκαία για την εφαρμογή της. Αν και αυτά τα συστήματα φαίνονται εξ αρχής δαπανηρά για τα δημόσια ταμεία, το κράτος μπορεί και ανακτά μέρος της παρέμβασης μέσω της φορολογίας επί του εισοδήματος των φυσικών προσώπων και μέσω της μείωσης των παροχών ανεργίας, εφόσον μέσω της εφαρμογής της πολιτικής μειώνονται σημαντικά τα ποσοστά της. Επίσης ανακτά σημαντικό ποσοστό της παρέμβασης μέσω εξωγενών αποτελεσμάτων που είναι πιο δύσκολο να υπολογιστούν ποσοτικά όπως η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, η οποία συμβάλει στην αύξηση της ανταγωνιστικότητας και στη μείωση του άγχους, οδηγώντας έτσι στην αύξηση της παραγωγικότητας και τη μείωση του κόστους μέσω εναλλακτικών λύσεων.

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του Βελγίου, όπου δελτία υπηρεσιών μπορούν να χρησιμοποιηθούν για δραστηριότητες που πραγματοποιούνται στο σπίτι και εκτός του σπιτιού. Ο χρήστης των υπηρεσιών πληρώνει 7.5 ευρώ την ώρα για μια υπηρεσία με πραγματικό κόστος 20.80 ευρώ την ώρα, εξοικονομώντας έτσι 13.30 ευρώ τα οποία καταβάλλονται στον εργαζόμενο από την RVA/ONEM. (Δημόσια Υπηρεσία Απασχόλησης). Η κυβέρνηση μάλιστα επιτρέπει στους χρήστες να αφαιρούν από τις δαπάνες τους για δελτία από το φορολογικό τους εισόδημα. Σύμφωνα με τη μελέτη το καθαρό κόστος παρέμβασης είναι:

Ακαθάριστο κόστος € 1.430.432.704

Αποτέλεσμα ανάκτησης € 629.734.509

Έμμεσο αποτέλεσμα ανάκτησης € 418.275.083-534.575.083

Καθαρό κόστος € 382.423.112-266.123.112

Σύμφωνα με την παραπάνω έκθεση, το καθαρό κόστος για τις δημόσιες αρχές είναι 82.478.861 ή κέρδος 33.821.139 ευρώ.. Άρα κατά μέσο όρο κόστους 24.328.861 ευρώ φαίνεται να αναπτύχθηκαν 80.000 μόνιμες θέσεις εργασίας. Η ανάλυση του συστήματος με την παροχή δελτίων υπηρεσιών στον Βέλγιο έδειξε ότι είναι ρεαλιστικό και λογικό. Μάλιστα οι εργαζόμενοι δήλωσαν πως με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσαν να αυξήσουν τις ώρες εργασίας και να αυξήσουν την παραγωγικότητά τους.

Στο πλαίσιο των διαπιστώσεων της έρευνας στο Βέλγιο, η εφαρμογή του παραπάνω σχεδίου στην κλίμακα της Ε.Ε προκύπτει καθαρό κόστος για κατ'οίκον παροχές ύψους 1.2 δισεκατομμυρίων ευρώ και ανάπτυξη 4 εκατομμυρίων νέων θέσεων απασχόλησης. Εάν κάθε εργαζόμενος από την Ε.Ε ανέθετε νόμιμα μία ώρα τη βδομάδα για κατ'οίκον υπηρεσίες, τότε θα προκύπταν περίπου 5.5 εκατομμύρια νέες θέσεις εργασίας.

Στη χάραξη της πολιτικής για κατ'οίκον φροντίδα, σημαντική είναι η θέσπιση της ποιότητας των υπηρεσιών. Οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε είναι ως επί το πλείστον γυναίκες που εργάζονται σε καθεστώς μερικής απασχόλησης, χωρίς αναγνωρισμένα προσόντα και συνήθως μεταναστευτικής προέλευσης. Αυτό συνεπάγεται πως το επίπεδο των υπηρεσιών είναι χαμηλής ποιότητας. Για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών, οι εργαζόμενοι πρέπει να εισαχθούν σε ένα πιο σταθερό καθεστώς εργασίας, σταθερής απασχόλησης, κατέχοντας τις κατάλληλες δεξιότητες και την ευκαιρία να τις αναπτύξουν σε σταθερές και καλές συνθήκες εργασίας. ένα οργανωμένο σχέδιο δημόσιας παροχής υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας οφείλει να διασφαλίζει την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει.

Η ποιότητα πρέπει να καθορίζεται σε τοπικό επίπεδο, αναγνωρίζοντας κατάλληλα τις ιδιαιτερότητες των εκάστοτε χρηστών. Είναι σημαντικό να γίνονται σεβαστές οι ανάγκες των χρηστών όπως το φύλο, η ηλικία, η θρησκεία και η εθνοτική προέλευση. Σύμφωνα με ένα σχέδιο του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Δικτύου, φαίνεται θα μπορούσαν να θεσπιστούν μηχανισμοί ελέγχου για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας, ενώ παράλληλα να δημιουργηθούν μηχανισμοί επιβολής κυρώσεων στα άτομα που απασχολούν άτυπους παρόχους των υπηρεσιών αυτών. Σημαντική είναι και η ανάπτυξη δεικτών ποιότητας των υπηρεσιών αυτών. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Ποιότητας, οι αρχές ποιότητας για αυτού του τύπου τις υπηρεσίες, είναι η διαθεσιμότητα, η προσβασιμότητα, το προσιτό κόστος, η επικέντρωση στο άτομο, η πληρότητα, η συνέχεια, ο προσανατολισμός ως προς το αποτέλεσμα, ο σεβασμός των δικαιωμάτων των χρηστών, η συμμετοχή και παρέμβαση των πολιτών, , οι εταιρικές σχέσεις, η χρηστή διακυβέρνηση, οι καλές συνθήκες εργασίας και η επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο, οι κατάλληλες φυσικές υποδομές. Στο πλαίσιο αυτό προτείνει επίσης κριτήρια λειτουργίας που είναι χρήσιμα για την παρακολούθηση της ποιότητας στις

υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, ενώ αναλύει μεθοδολογικά στοιχεία για την ανάπτυξη εργαλείων ποιότητας σε εθνικό και τοπικό επίπεδο. Όσο αφορά τις υπηρεσίες φροντίδας ατόμων με αναπηρία, απαιτείται καλή ποιότητα φροντίδας και οικιακών δραστηριοτήτων, βασιζόμενα σε αυστηρά πρότυπα ποιότητας και συνεχή αξιολόγησή τους. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012)

4.3 Η χρηματοδότηση της κατ'οίκον φροντίδας στην Ε.Ε

Στις περισσότερες χώρες, η κατ'οίκον φροντίδα για τους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρία, δεν αποτελεί ξεχωριστό πεδίο κοινωνικής πολιτικής. Οι ειδικοί επισημαίνουν τον κατακερματισμό των ευθυνών και των πολιτικών για την κατ'οίκον φροντίδα και την έλλειψη συνεπειών μεταξύ τη υγείας και των κοινωνικών πτυχών των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η κατ'οίκον φροντίδα χρηματοδοτείται από διαφορετικές πηγές και οργανώνεται σε διάφορα επίπεδα, είτε οριζόντια είτε κάθετα.

Στις περισσότερες χώρες υπάρχει αρχικά μια οργάνωση βασισμένη σε ένα οριζόντιο επίπεδο διαχείρισης των ευθυνών μεταξύ του τομέα της υγείας και του κοινωνικού τομέα όσο αναφορά τους κανονισμούς, τη χρηματοδότηση και τις υπηρεσίες πρόνοιας. Πολλοί ειδικοί τόνισαν ότι αυτό το οριζόντιο επίπεδο οργάνωσης εμποδίζει το συντονισμό των υπηρεσιών φροντίδας, ενώ σε ορισμένες χώρες, όπως η Λιθουανία, αυτός ο κατακερματισμός των ευθυνών εμποδίζει ακόμα και την παροχή των υπηρεσιών, αφού γίνεται αδύνατο να συμφωνηθεί στο τι πρέπει να πληρώσει ο κάθε τομέας. Κάποιες χώρες έχουν καταφέρει να οργανώσουν τα δικά τους ολοκληρωμένα συστήματα παροχής υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας με ένα σχετικά ολοκληρωμένο πλάνο μεταξύ υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιρλανδία και η Δανία. Όλο και περισσότερες προσπάθειες για την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας γίνονται σε χώρες όπως η Γαλλία και η Νορβηγία. Μάλιστα η Νορβηγία ωθεί συνεχώς την ευθύνη και την οργάνωση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών στις περιφέρειες και έτσι όλο το σύστημα έχει ενισχυθεί ως προς αυτό το σκοπό. Είναι σημαντικό πως από το 2015, οι Κάτω Χώρες, με σκοπό τη διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας έχουν κινηθεί στην αντίθετη κατεύθυνση από παλαιότερες κεντρικά οργανωμένες πολιτικές. Ενισχύουν ένα σύστημα που περιλαμβάνει διάφορα επίπεδα διακυβέρνησης με ευθύνες που χωρίζονται μεταξύ της υγείας και της κοινωνικής περίθαλψης. Αυτός ο οριζόντιος διαχωρισμός μεταξύ του τομέα της υγείας και του κοινωνικού τομέα υιοθετείται σε ολοένα και περισσότερες χώρες σε σύγκριση με

έναν κάθετο διαχωρισμό ευθυνών, με αρμοδιότητες που χωρίζονται μεταξύ διαφορετικών θεσμικών επιπέδων, όπως εθνικό, περιφερειακό και τοπικό.(Genet et al., 2011)

Η κατ'οίκον φροντίδα παρέχεται από επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές και γενικούς ιατρούς και οργανώνεται και χρηματοδοτείται από τον εθνικό προϋπολογισμό στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε, καθώς και σε περιφερειακό επίπεδο όπως στη Δανία και την Ιταλία.

Η κοινωνική φροντίδα για τους ηλικιωμένους περιλαμβάνει υπηρεσίες φροντίδας που έχουν σκοπό την ενίσχυση του επιπέδου ανεξαρτητοποίησης των ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, βοηθώντας τους έτσι να συμμετέχουν σε βασικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής όπως η περιποίηση του σπιτιού. Τα προγράμματα υπηρεσιών φροντίδας χρηματοδοτούνται και οργανώνονται σε εθνικό επίπεδο σε χώρες όπως η Βουλγαρία, η Κύπρος, η Ελλάδα, η Ουγγαρία, η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Βόρεια Μακεδονία, η Μάλτα και η Σλοβενία, και σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο σε χώρες όπως η Δανία, η Φινλανδία η Λετονία, η Νορβηγία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Συχνά παρατηρείται και ο συνδυασμός των δύο επιπέδων οργάνωσης και χρηματοδότησης σε χώρες όπως η Αυστρία, το Βέλγιο, η Τσεχία, η Ισπανία, η Γαλλία, η Κροατία, η Ουγγαρία, η Ισλανδία, η Λιθουανία, το Λιχτενστάιν, η Ολλανδία, η Πολωνία, η Ρωσία, η Σερβία και η Τουρκία. Η κατ'οίκον φροντίδα παρέχεται συχνότερα από τους δήμους. Μερικές χώρες έχουν επίσης κεντρικούς παρόχους υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας για ορισμένες περιοχές, ή οίκους που μπορούν να φιλοξενήσουν ηλικιωμένους χρηματοδοτούμενους από τα ταμεία συντάξεων.

Η κατ'οίκον φροντίδα παρέχεται από δημόσιους παρόχους/δήμους, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, παρόχους ιδιωτικού δικαίου και εθελοντές. Στη Δανία μάλιστα οι πάροχοι των υπηρεσιών φροντίδας μπορούν να αποζημιωθούν από τις ασφαλιστικές εταιρίες. Σε ορισμένες χώρες υπηρεσίες κατ'οίκον φροντίδας μη σχετιζόμενες με την υγειονομική περίθαλψη έχουν υιοθετήσει την αποκεντρωμένη πολιτική, βασίζοντας την οργάνωσή τους σε δημοτικό και τοπικό επίπεδο. Οι ειδικοί τονίζουν πως οι αποκεντρωμένες πολιτικές κατέστησαν τη χρηματοδότηση ασταθή σε χώρες όπως η Ισπανία και η Ρουμανία. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η επιπλέον χρηματοδότηση από το χρήστη είναι αρκετά διαδεδομένη και έχει μειώσει σημαντικά

την κρατική χρηματοδότηση στις τοπικές αρχές. Τα δημοσιονομικά κίνητρα αποτελούν κύριο παράγοντα για τις αποκεντρωμένες πολιτικές. Σε ορισμένες χώρες, οι δημοτικές αρχές έχουν σημαντική οικονομική επιβάρυνση από τη συγχρηματοδότηση αποκεντρωμένων υπηρεσιών. Σε άλλες χώρες η αποκεντροποίηση των αρμοδιοτήτων είχε καταστήσει εφικτή την συνύπαρξη μεταξύ υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, εξασφαλίζοντας μια πιο ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσίας.

Πολλές χώρες στην Ε.Ε αντιλαμβάνονται την σημαντικότητα της αποκεντροποίησης των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, ακόμα και μέσω συγχρηματοδοτούμενων προγραμμάτων ή μέσω της επιπλέον χρέωσης των δεκτών υπηρεσιών φροντίδας, αφού τα οφέλη της περιφερειακής ανάπτυξης των προγραμμάτων όπως η ευελιξία και η απόλυτη κατανόηση των αναγκών είναι πολύ σημαντικά. (Kiersey & Coleman, 2017)

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1 Οριοθέτηση πληθυσμού έρευνας- Κριτήρια επιλογής δείγματος

Η δειγματοληψία αποτελεί μια από τις ουσιαστικότερες διαδικασίες του πλαισίου σχεδιασμού και εφαρμογής μιας ερευνητικής διαδικασίας. Σκοπό έχει την εξαγωγή συμπερασμάτων, από τη μελέτη ενός πληθυσμού, μέσω του δείγματος. Πληθυσμός ονομάζονται τα άτομα μιας ομάδας, όπου ο ερευνητής επιλέγει να ερευνήσει και να συμπεράνει μέσω της γενίκευσης των απόψεων του πληθυσμού.

Το δείγμα αποτελείται από το σύνολο των περιπτώσεων το οποίο ο ερευνητής επιλέγει να ερευνήσει και να καταλήξει σε συμπεράσματα μέσω της γενίκευσης. Για την διατήρηση της αξιοπιστίας της μελέτης, το δείγμα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού, ώστε να καθοριστούν τα χαρακτηριστικά όλου του πληθυσμού. Ένα δείγμα που αντιπροσωπεύει ακριβώς τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού ονομάζεται αντιπροσωπευτικό δείγμα. Ωστόσο η δυνατότητα εύρεσης ενός απολύτως αντιπροσωπευτικού δείγματος είναι πολύ μικρή, διότι πάντοτε θα υπάρχουν διαφορές μεταξύ δείγματος και πληθυσμού. Η διαφορά μεταξύ της πραγματικής αποτύπωσης των χαρακτηριστικών του πληθυσμού και της αποτύπωσης των χαρακτηριστικών του δείγματος ονομάζεται δειγματοληπτικό σφάλμα. Ο ερευνητής σκοπεύει στη μικρότερη δυνατή διαφορά μεταξύ των χαρακτηριστικών του πληθυσμού και του δείγματος με σκοπό την εξάλειψη του δειγματοληπτικού σφάλματος και την αύξηση της αξιοπιστίας της έρευνάς του.

Τα δείγματα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, τα πιθανά και τα μη πιθανά. Τα πιθανά δείγματα είναι αυτά τα οποία κάθε μέλος του πληθυσμού έχει ίδια ακριβώς πιθανότητα να επιλεγεί στο δείγμα όσο οποιοδήποτε άλλο μέλος του πληθυσμού. Μη πιθανό δείγμα ονομάζεται το δείγμα το οποίο τα μέλη του πληθυσμού έχουν διαφορετικές πιθανότητες συμμετοχής στο δείγμα. Οι διαφορές των δύο κατηγοριών αφορούν την αξιοπιστία της έρευνας. Τα πιθανά δείγματα θεωρούνται καλύτερα διότι μπορούν και παράγουν αντιπροσωπευτικότερα δείγματα, μειώνοντας έτσι το δειγματοληπτικό σφάλμα. Για τη διασφάλιση της χρήσης του πιθανού δείγματος, η επιλογή του δείγματος πρέπει να γίνεται με τυχαία επιλογή.

Τα πιθανά δείγματα διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- Το απλό τυχαίο δείγμα
- Το διαστρωματωμένο τυχαίο δείγμα

- Το ομαδοποιημένο δείγμα
- Το πολυβαθμικό δείγμα

Τα μη πιθανά δείγματα χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- Τη δειγματοληψία επιτρεπτού ορίου
- Τη δειγματοληψία σκοπιμότητας
- Τη συμπτωματική δειγματοληψία
- Την αυξητική δειγματοληψία

Αρκετές είναι οι φορές, όπου τα πιθανά δείγματα δεν είναι πρακτικά και πολλές φορές μάλιστα δεν είναι απαραίτητα. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιούνται τα μη πιθανά δείγματα. Τα είδη της τεχνικής των μη πιθανών δειγμάτων είναι κατάλληλα όταν τα δειγματοληπτικά πλαίσια είναι μη διαθέσιμα, είτε όταν ο πληθυσμός διάσπαρτος και καθιστά τη μελέτη του μη λειτουργική. Για την παρακάτω έρευνα επιλέχθηκε η δειγματοληψία του πιθανού ορίου, αφού από το σύνολο του πληθυσμού επιλέχθηκε ένας μόνο Δήμος. Ωστόσο από σύνολο του πληθυσμού του Δήμου δεν έχει γίνει κάποια προσπάθεια επιλογής τυχαίου δείγματος. Αυτή η έλλειψη τύχης στην επιλογή του δείγματος σημαίνει ότι παρά την προσπάθεια του ερευνητή να πετύχει τη σωστή αναλογία, η πιθανότητα προκατάληψης αυξάνεται αφού κάθε μέλος του πληθυσμού δεν είχε ίση πιθανότητα επιλογής.

5.2 Σκοπός και στόχος της μελέτης

Η παρακάτω μελέτη είχε σκοπό τη μέτρηση της ικανοποίησης των ωφελούμενων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του δήμου Ιλίου, και η διερεύνηση του τρόπου που η ικανοποίηση αυτή επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

Οι αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας καταγράφονται ως:

- Η καταγραφή των ποιοτικών χαρακτηριστικών των υπηρεσιών που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ωφελούμενων,
- Η διερεύνηση των χαρακτηριστικών των ωφελούμενων του προγράμματος που σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες
- Η μελέτη του ποσοστού της συμπεριφοράς του προσωπικού του προγράμματος επηρεάζει την ικανοποίηση των ωφελούμενων.

5.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Με βάση τους στόχους της μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

- Είναι ικανοποιημένοι οι χρήστες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»;
- Βελτιώθηκε η καθημερινότητάς τους μετά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»;
- Τι σχετίζεται με την ικανοποίηση τους από το πρόγραμμα και πως βελτιώθηκε η καθημερινότητά τους;

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Περιγραφική Στατιστική

6.1.1 Δημογραφικά στοιχεία

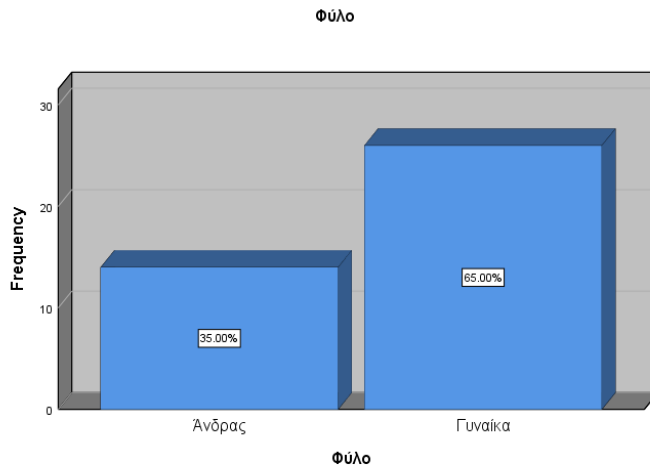
Στον Πίνακα 1 (και στα Γραφήματα 1-5) παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Το δείγμα αποτελούνταν συνολικά από 40 άτομα, εκ των οποίων το 84,82% (N=26) ήταν γυναίκες και το 35,00% (N=14) άνδρες. Όσον αφορά την ηλικία των ερωτηθέντων, το 42,50% (N=17) ήταν 81 ετών και πάνω, το 20,00% (N=8) 71-80 ετών, το 20,00% (N=8) 61-70 ετών, το 10,00% (N=4) 51-60 ετών και το 7,50% (N=3) 41-50 ετών. Σχετικά με την εκπαίδευση των ερωτηθέντων, το 52,50% (N=21) είχε τελειώσει το δημοτικό, το 25,00% (N=10) το λύκειο, ενώ το 22,50% (N=9) το γυμνάσιο. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, το 37,50% (N=15) ήταν χήροι, το 30,00% (N=12) άγαμοι, το 20,00% (N=8) έγγαμοι και το 12,50% (N=5) διαζευγμένοι. Τέλος, όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα, το 45,00% (N=18) του δείγματος δήλωσε 301-500€ μηνιαίο εισόδημα, το 35,00% (N=14) έως 300€, ενώ το 20,00% (N=8) 501-700€.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία

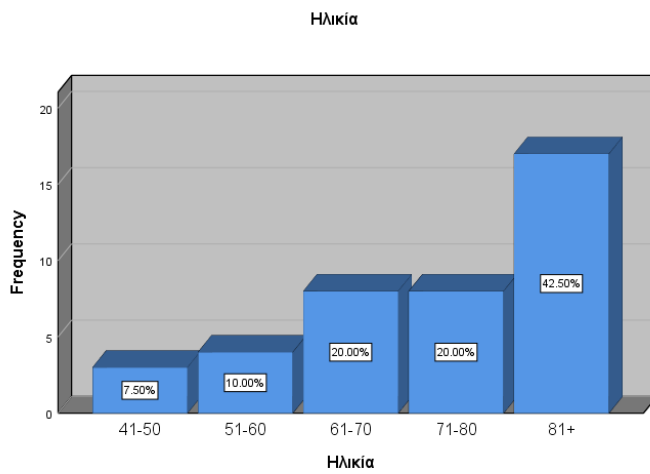
Στοιχείο	Κατηγορία	N	f %
Φύλο	Άνδρας	14	35,00%
	Γυναίκα	26	65,00%
Ηλικία	41-50	3	7,50%
	51-60	4	10,00%
	61-70	8	20,00%
	71-80	8	20,00%
	81+	17	42,50%
Εκπαίδευση	Δημοτικό	21	52,50%
	Γυμνάσιο	9	22,50%
	Λύκειο	10	25,00%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος-η	12	30,00%
	Έγγαμος-η	8	20,00%
	Χήρος-α	15	37,50%
	Διαζευγμένος-η	5	12,50%
Μηνιαίο εισόδημα	Έως 300€	14	35,00%
	301-500€	18	45,00%
	501-700€	8	20,00%

N: Συχνότητα

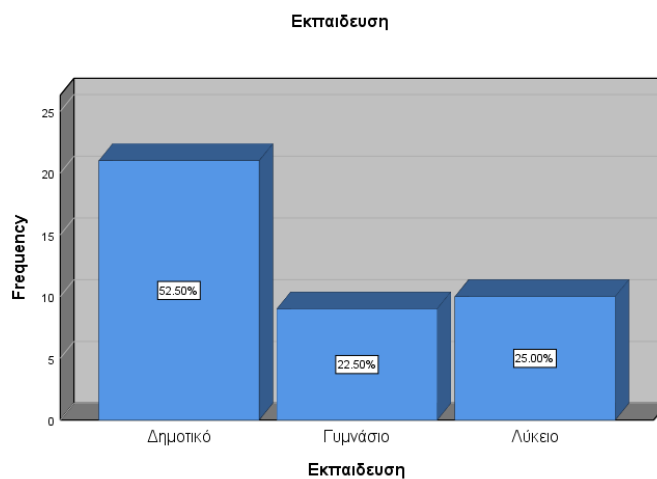
f %: Σχετική συχνότητα %



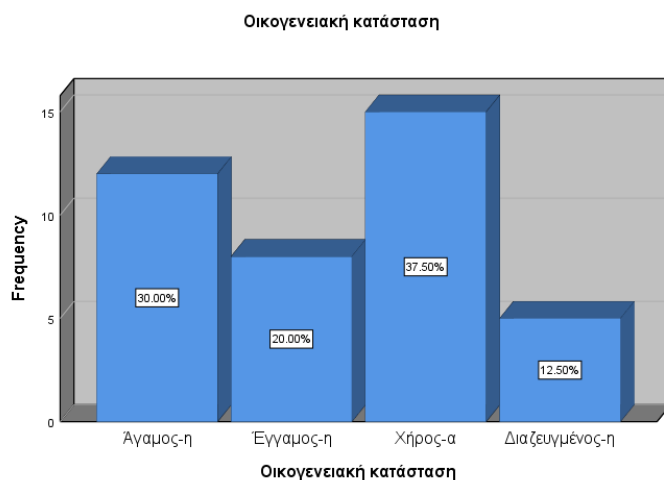
Γράφημα 1: Φύλο



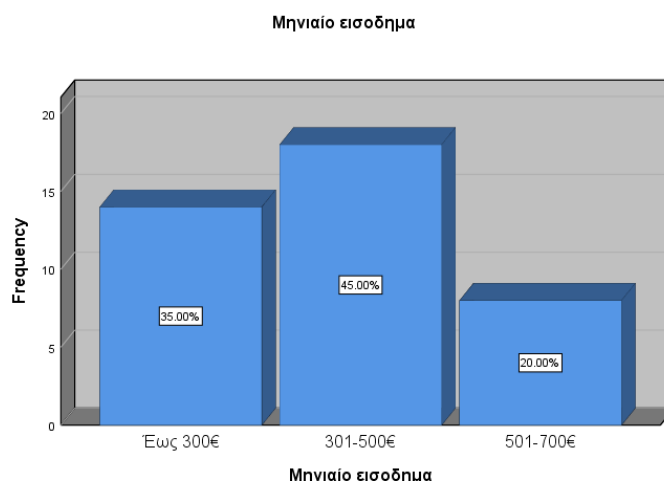
Γράφημα 2: Ηλικία



Γράφημα 3: Εκπαίδευση



Γράφημα 4: Οικογενειακή κατάσταση



Γράφημα 5: Μηνιαίο εισόδημα

6.1.2 Στοιχεία σχετικά με το πρόγραμμα

Στους Πίνακες 2 και 3 (και στα Γραφήματα 6-8) παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με την χρονική περίοδο που οι συμμετέχοντες είναι στο πρόγραμμα, τη συχνότητα επίσκεψης του προσωπικού του προγράμματος καθώς και το είδος των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες. Αρχικά, οι συμμετέχοντες είναι στο πρόγραμμα από 0,17 έως και 22 έτη, με τη μέση χρονική περίοδο να διαμορφώνεται στα $7,38 \pm 5,77$ έτη. Αναφορικά με την συχνότητα επισκέψεων του προσωπικού προγράμματος, το 20,00% (N=9) δήλωσε ότι το επισκέπτονται 1 φορά τη βδομάδα, το 20,00% (N=8) 2 φορές τη βδομάδα, το 12,50% (N=5) 2-3 φορές τη βδομάδα, το 12,50% (N=5) 3-5 φορές τη βδομάδα, το 12,50% (N=5) 5 φορές τη βδομάδα, το 7,50% (N=3) 2 φορές το μήνα, το 7,50% (N=3) 3-4 φορές τη βδομάδα και το 5,00% (N=2) 1-2 φορές το μήνα. Τέλος, σχετικά με τα προβλήματα υγείας που

αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες, κινητικό πρόβλημα δήλωσε πως έχει το 69,44% (N=25) των ερωτηθέντων, ψυχιατρικό το 33,33% (N=12), καρδιαγγειακό το 16,67% (N=6) και άνοια το 8,33% (N=3).

Πίνακας 2: Περίοδος συμμετοχής στο πρόγραμμα

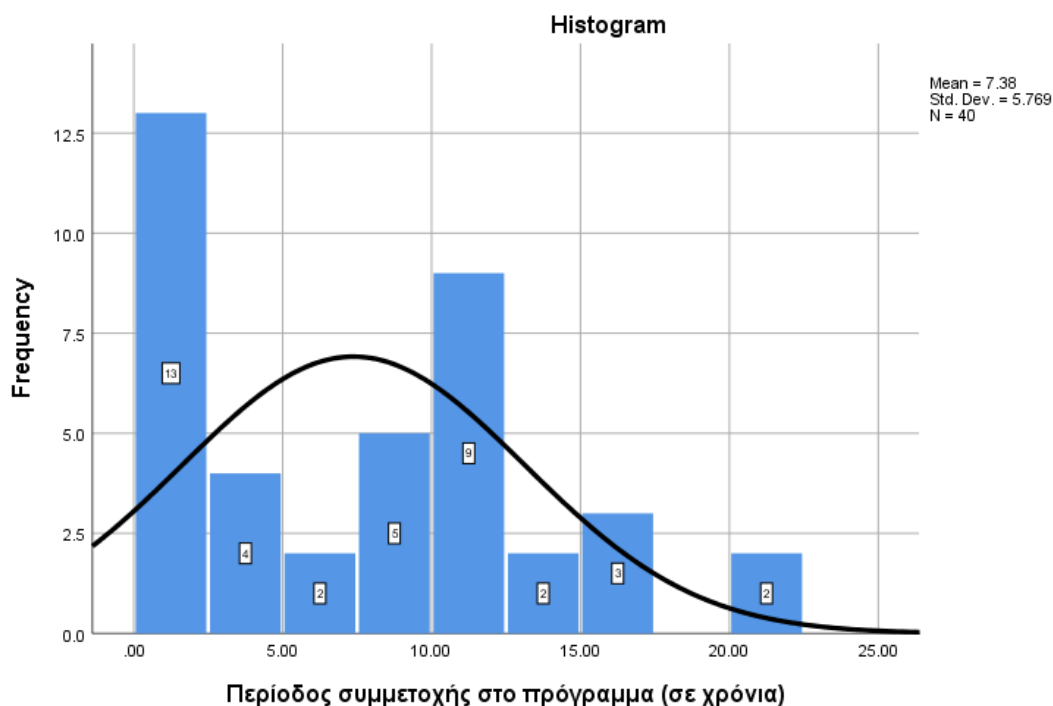
Στοιχείο	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τ.Α.
Περίοδος συμμετοχής στο πρόγραμμα (σε χρόνια)	0,17	22,00	7,38	5,77

Πίνακας 3: Στοιχεία σχετικά με το πρόγραμμα

Στοιχείο	Κατηγορία	N	f %
Συχνότητα επισκέψεων του προσωπικού προγράμματος	1-2 φορές το μήνα	2	5,00%
	2 φορές το μήνα	3	7,50%
	1 φορά τη βδομάδα	9	22,50%
	2 φορές τη βδομάδα	8	20,00%
	2-3 φορές τη βδομάδα	5	12,50%
	3-4 φορές τη βδομάδα	3	7,50%
	3-5 φορές τη βδομάδα	5	12,50%
	5 φορές τη βδομάδα	5	12,50%
Προβλήματα υγείας συμμετεχόντων στο πρόγραμμα	Κινητικό	25	69,44%
	Άνοια	3	8,33%
	Καρδιαγγειακό	6	16,67%
	Ψυχιατρικό	12	33,33%

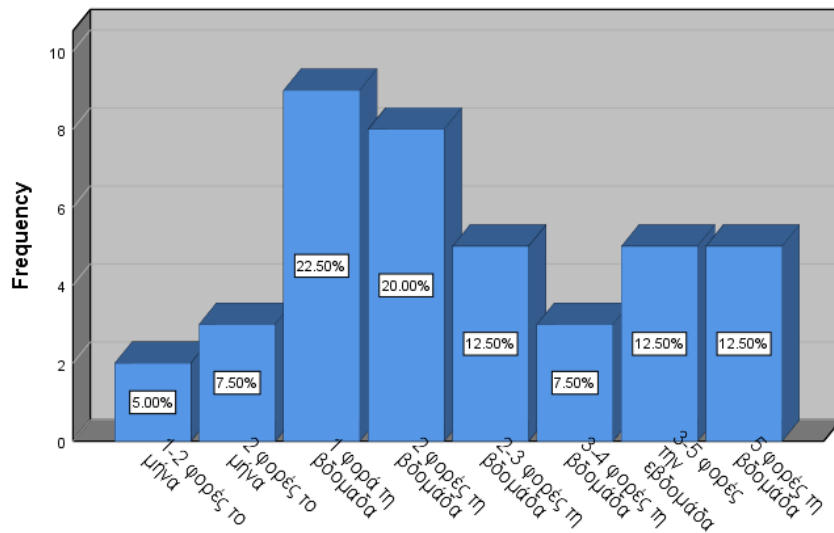
N: Συχνότητα

f %: Σχετική συχνότητα %

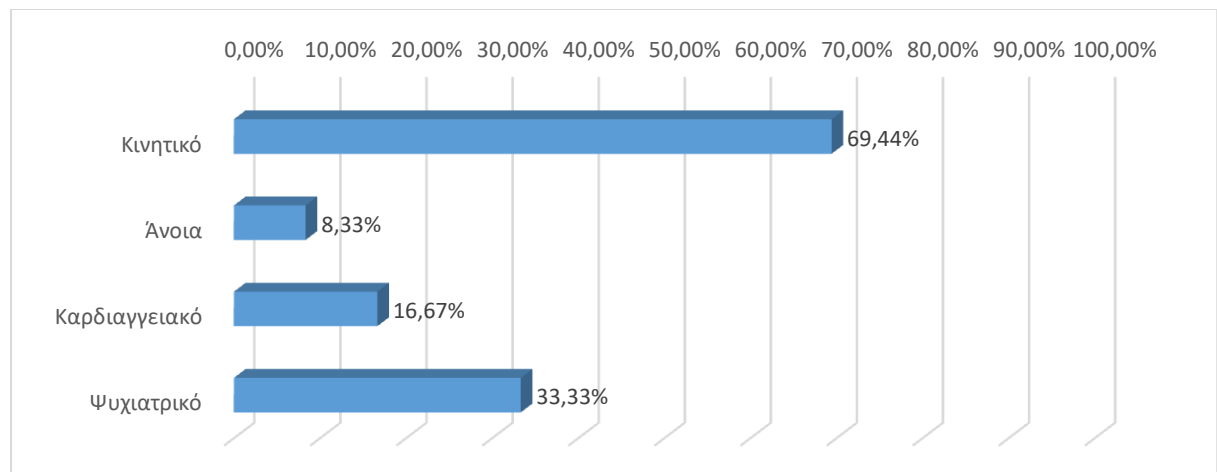


Γράφημα 6: Περίοδος συμμετοχής στο πρόγραμμα (σε χρόνια)

Συχνότητα επισκέψεων του προσωπικού προγράμματος



Γράφημα 7: Συχνότητα επισκέψεων του προσωπικού προγράμματος



Γράφημα 8: Προβλήματα υγείας συμμετεχόντων στο πρόγραμμα

6.1.3 Ειδικότητες προσωπικού και ικανοποίηση από το πρόγραμμα

Στον Πίνακα 4 (και το Γράφημα 9) παρουσιάζονται οι ειδικότητες που επισκέπτονται με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι τους ερωτηθέντες. Το 82,50% (N=33) δήλωσε πως το επισκέπτεται κοινωνική λειτουργός, το 80,00% (N=32) νοσηλεύτης, το 52,50% (N=21) οικογενειακή βοηθός, το 5,00% (N=2) φυσικοθεραπευτής, επίσης το 5,00% (N=2) γιατρός, ενώ το 20,00% (N=8) δήλωσε ότι το επισκέπτεται προσωπικό άλλης ειδικότητας.

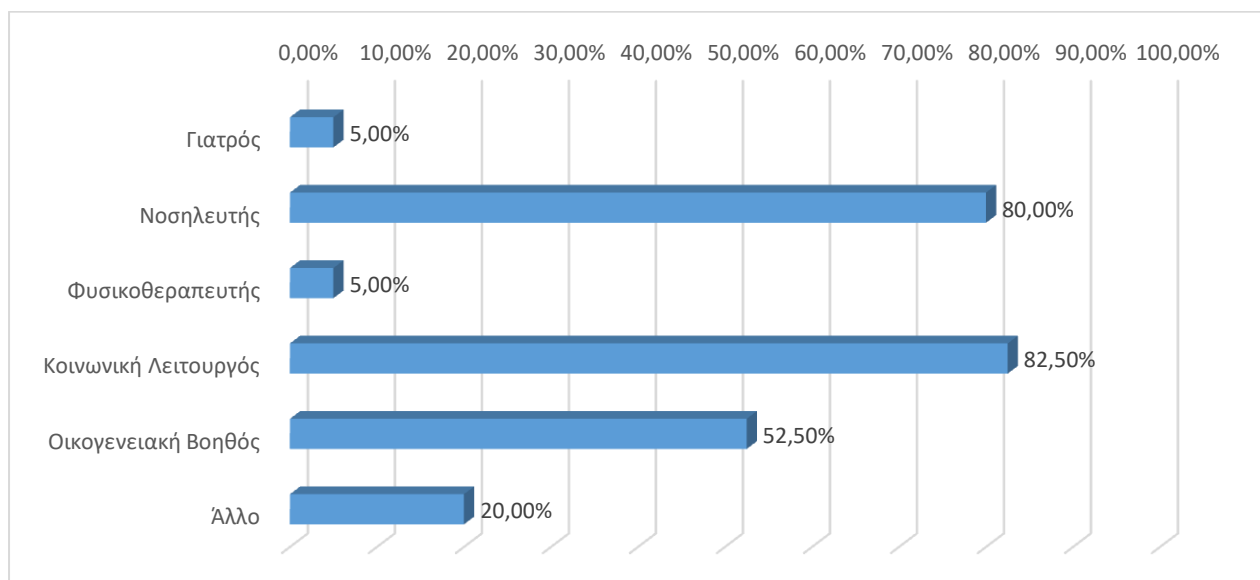
Πίνακας 4: Ειδικότητες που επισκέπτονται με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι

Ειδικότητα	N	f %
Γιατρός	2	5,00%

Νοσηλεύτης	32	80,00%
Φυσικοθεραπευτής	2	5,00%
Κοινωνική Λειτουργός	33	82,50%
Οικογενειακή Βοηθός	21	52,50%
Άλλο	8	20,00%

N: Συχνότητα

f %: Σχετική συχνότητα %

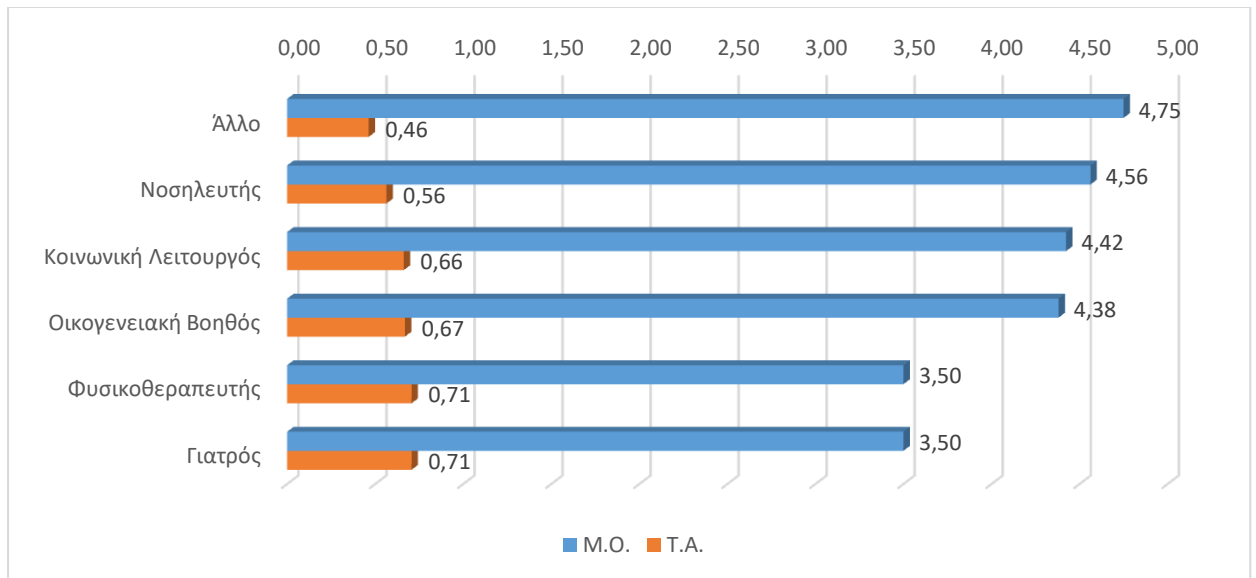


Γράφημα 9: Ειδικότητες που επισκέπτονται με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι

Στον Πίνακα 5 (και το Γράφημα 10) παρουσιάζεται ο βαθμός βοήθειας που θεωρούν ότι λαμβάνουν οι ερωτηθέντες από τις ειδικότητες. Οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως δέχθηκαν πολύ έως πάρα πολύ βοήθεια από τον νοσηλεύτη (M.O.=4,56±0,56) και τον κοινωνικό λειτουργό (M.O.=4,42±0,66). Επίσης, δήλωσαν πως δέχθηκαν πολύ βοήθεια από την οικογενειακή βοηθό (M.O.=4,38±0,67), ενώ μέτρια έως πολύ από τον φυσικοθεραπευτή (M.O.=3,50±0,71) και το γιατρό (M.O.=3,50±0,71). Τέλος, από το προσωπικό άλλων ειδικοτήτων δέχθηκαν πάρα πολύ βοήθεια (M.O.=4,75±0,46).

Πίνακας 5: Βαθμός βοήθειας από τις ειδικότητες

Ειδικότητα	M.O.	T.A.
Άλλο	4,75	0,46
Νοσηλεύτης	4,56	0,56
Κοινωνική Λειτουργός	4,42	0,66
Οικογενειακή Βοηθός	4,38	0,67
Φυσικοθεραπευτής	3,50	0,71
Γιατρός	3,50	0,71

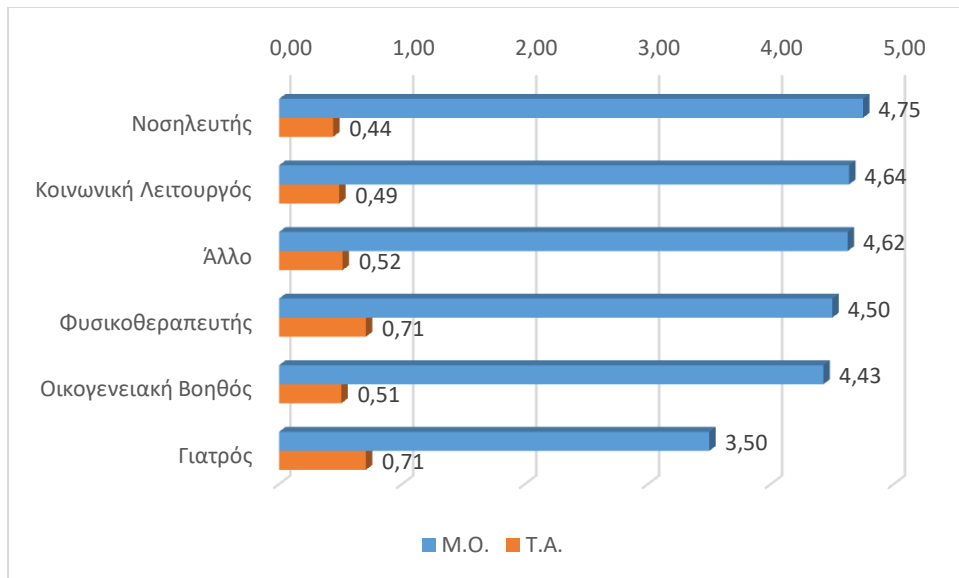


Γράφημα 10: Βαθμός βοήθειας από τις ειδικότητες

Στον Πίνακα 6 (και το Γράφημα 11) παρουσιάζεται ο βαθμός ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τη συμπεριφορά του προσωπικού. Οι ερωτηθέντες ήταν πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του νοσηλευτή (M.O.=4,75±0,44) και του κοινωνικού λειτουργού (M.O.=4,64±0,49), ενώ έμειναν πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του φυσικοθεραπευτή (M.O.=4,50±0,71) και της οικογενειακής βοηθού (M.O.=4,43±0,51). Τέλος, έμειναν πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του προσωπικού άλλων ειδικοτήτων (M.O.=4,63±0,52).

Πίνακας 6: Βαθμός ικανοποίησης από τη συμπεριφορά του προσωπικού

Ειδικότητα	M.O.	T.A.
Νοσηλεύτης	4,75	0,44
Κοινωνική Λειτουργός	4,64	0,49
Άλλο	4,63	0,52
Φυσικοθεραπευτής	4,50	0,71
Οικογενειακή Βοηθός	4,43	0,51
Γιατρός	3,50	0,71



Γράφημα 11: Βαθμός ικανοποίησης από τη συμπεριφορά του προσωπικού

6.1.4 Εμπιστοσύνη προς το πρόγραμμα και βελτίωση από αυτό

Στον Πίνακα 7 (και στα Γραφήματα 12-14) παρουσιάζονται οι απόψεις των ερωτηθέντων που αφορούν την εμπιστοσύνη τους στις υπηρεσίες του προγράμματος καθώς και την βελτίωση που έχουν παρατηρήσει από την συμμετοχή τους σε αυτό. Συγκεκριμένα οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι εμπιστεύονται πολύ τις υπηρεσίες που τους παρέχονται (M.O.=4,35±0,77) από το πρόγραμμα. Επίσης, δήλωσαν πως η κοινωνική τους ζωή βελτιώθηκε πολύ (M.O.=4,30±0,76) με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι. Από τον Πίνακα 8 και το Γράφημα 15 προκύπτουν οι τομείς της κοινωνικής ζωής που παρουσίασαν βελτίωση. Συγκεκριμένα, την τήρηση φαρμακευτικής αγωγής δήλωσε το 30,00% (N=12) του δείγματος, την επικοινωνία το 15,00% (N=6), την ηθική υποστήριξη το 10,00% (N=4), τη βελτίωση της κινητικότητας το 10,00% (N=4), την καθαριότητα το 7,50% (N=3), τα ραντεβού και τη μεταφορά σε γιατρούς το 7,50% (N=3), το καθημερινό φαγητό το 7,50% (N=3), τη βοήθεια σε θέματα προσωπικής φροντίδας το 7,50% (N=3) και την ασφάλεια το 5,00% (N=2). Τέλος, οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως βελτιώθηκε πολύ και η ψυχολογική τους κατάσταση (M.O.=3,70±1,09). Συγκεκριμένα, όπως προκύπτει από τον Πίνακα 9 και το γράφημα 16, το 76,00% (N=19) εμφάνισε βελτίωση στην επικοινωνία, το 64,00% (N=16) στην ασφάλεια και την επικοινωνία, το 48,00% (N=12) στη μείωση άγχους, το 44,00% (N=11) στη χαρά και το 40,00% (N=10) στην καλύτερη διάθεση.

Πίνακας 7: Απόψεις ερωτηθέντων σχετικά με την εμπιστοσύνη και την βελτίωση από το πρόγραμμα

Ερώτηση	M.O.	T.A.
Ποσό εμπιστεύεστε τις υπηρεσίες που σας παρέχονται;	4,35	0,77
Ποσό έχει βελτιωθεί η κοινωνική σας ζωή με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;	4,30	0,76
Ποσό έχει βελτιωθεί η ψυχολογική σας κατάσταση με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;	3,70	1,09

Πίνακας 8: Τομείς της κοινωνικής ζωής που παρουσιάστηκε βελτίωση

Τομέας	N	f %
Καθαριότητα	3	7,50%
Επικοινωνία	6	15,00%
Ραντεβού και μεταφορά σε γιατρούς	3	7,50%
Βελτίωση της κινητικότητας	4	10,00%
Τήρηση φαρμακευτικής αγωγής	12	30,00%
Καθημερινό φαγητό	3	7,50%
Ηθική υποστήριξη	4	10,00%
Βοήθεια με την προσωπική φροντίδα	3	7,50%
Ασφάλεια	2	5,00%

N: Συχνότητα

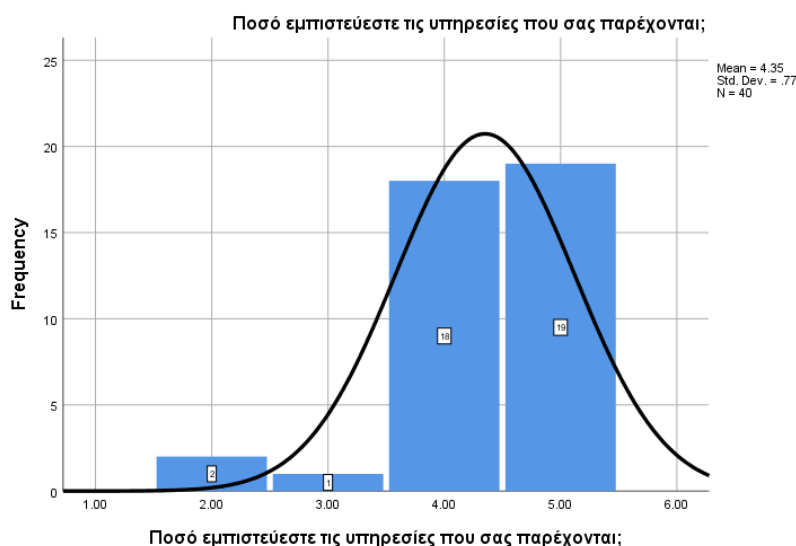
f %: Σχετική συχνότητα %

Πίνακας 9: Τομείς της ψυχολογικής κατάστασης που παρουσιάστηκε βελτίωση

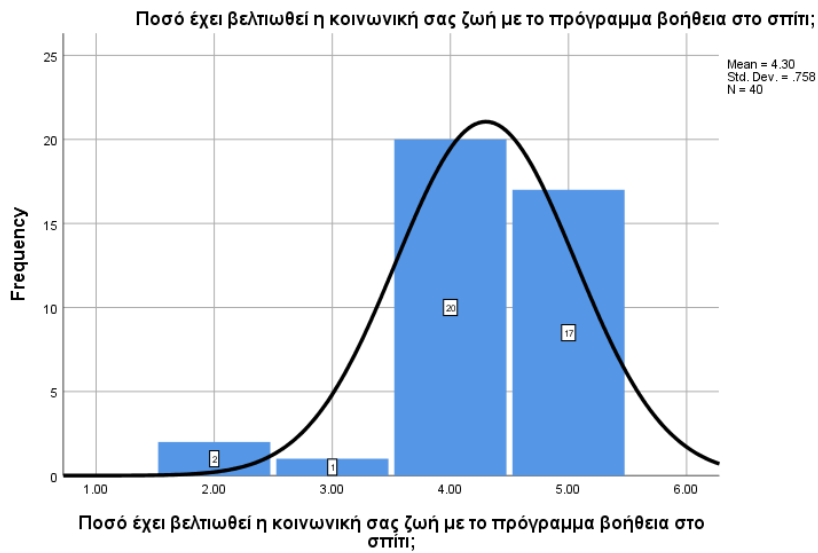
Τομέας	N	f %
Χαρά	11	44,00%
Επικοινωνία	19	76,00%
Μείωση άγχους	12	48,00%
Καλύτερη διάθεση	10	40,00%
Ασφάλεια και επικοινωνία	16	64,00%

N: Συχνότητα

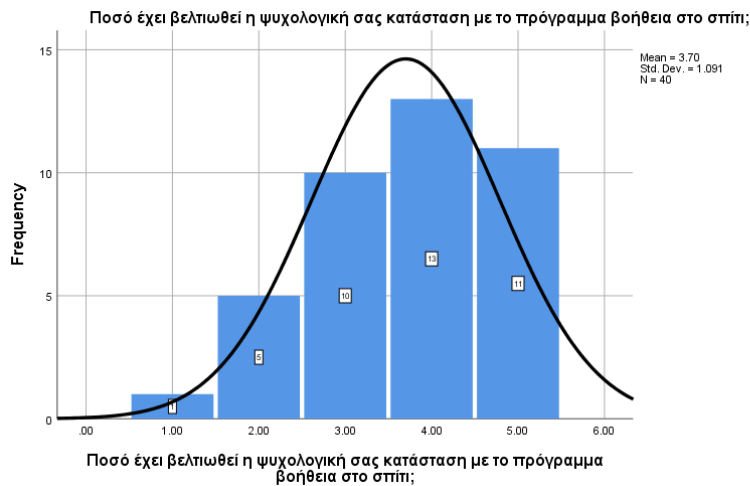
f %: Σχετική συχνότητα %



Γράφημα 12: Ποσό εμπιστεύεστε τις υπηρεσίες που σας παρέχονται;



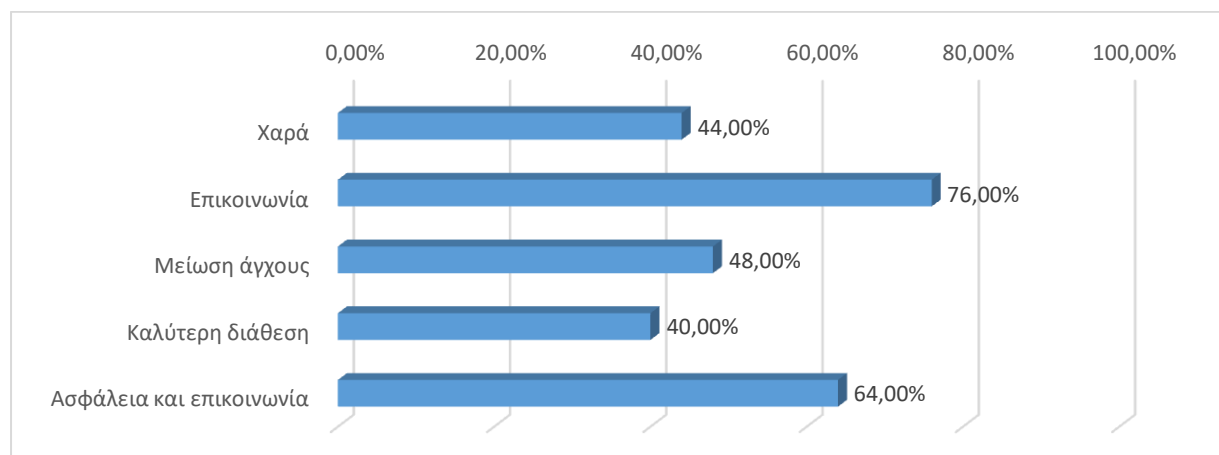
Γράφημα 13: Ποσό έχει βελτιωθεί η κοινωνική σας ζωή με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;



Γράφημα 14: Ποσό έχει βελτιωθεί η ψυχολογική σας κατάσταση με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;



Γράφημα 15: Τομείς της κοινωνικής ζωής που παρουσιάστηκε βελτίωση



Γράφημα 16: Τομείς της ψυχολογικής κατάστασης που παρουσιάστηκε βελτίωση

6.1.5 Σύσταση προγράμματος και προτάσεις βελτίωσης

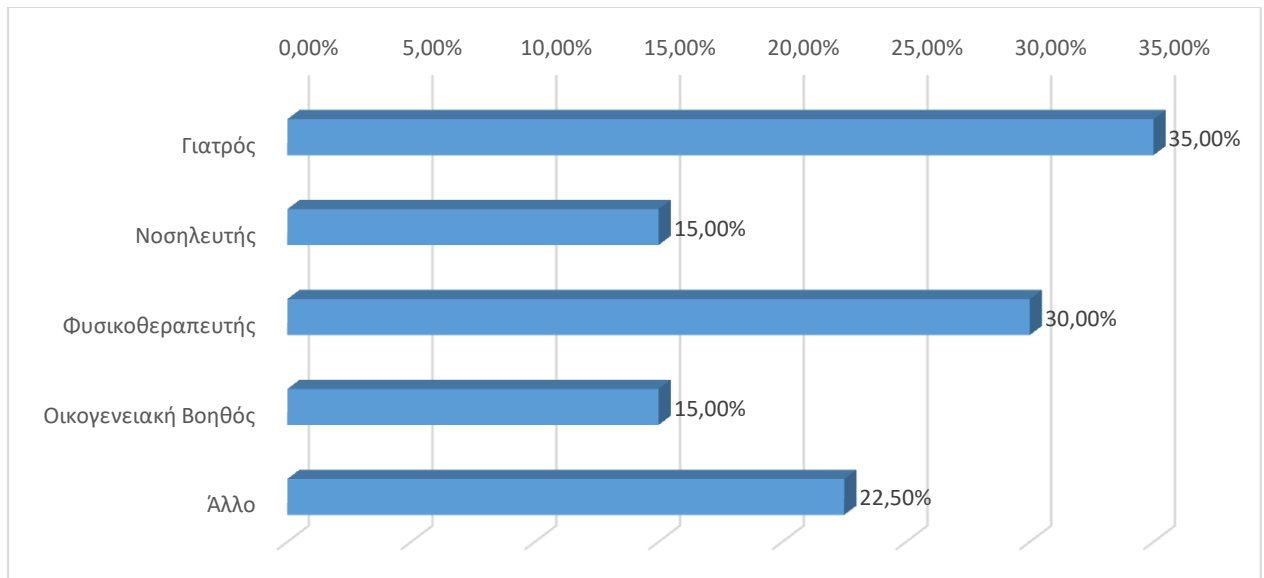
Ο Πίνακας 10 (και το Γράφημα 17) παρουσιάζει τις ειδικότητες από τις οποίες οι ερωτηθέντες θα ήθελαν περισσότερη βοήθεια. Περισσότερη βοήθεια από τον γιατρό δήλωσε πως θα ήθελε το 35,00% (N=14), από το φυσικοθεραπευτή το 30,00% (N=12), από την οικογενειακή βοηθό το 15,00% (N=6), από τον νοσηλευτή επίσης το 15,00%, ενώ τέλος από προσωπικό άλλης ειδικότητας το 22,00% (N=9).

Πίνακας 10: Από ποια από τις ειδικότητες θα θέλατε περισσότερη βοήθεια

Τομέας	N	f %
Γιατρός	14	35,00%
Νοσηλευτής	6	15,00%
Φυσικοθεραπευτής	12	30,00%
Οικογενειακή Βοηθός	6	15,00%
Άλλο	9	22,50%

N: Συχνότητα

f %: Σχετική συχνότητα %



Γράφημα 17: Τομείς της ψυχολογικής κατάστασης που παρουσιάστηκε βελτίωση

Ο Πίνακας 11 (και τα Γραφήματα 18 και 19) παρουσιάζει τις απαντήσεις ερωτηθέντων σχετικά με την συνέχιση και τη σύσταση του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι. Στην πρώτη ερώτηση σχετικά με το αν θα ήθελαν να συνεχίσουν να είναι μέλος στο πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι όλοι οι ερωτηθέντες (N=40) απάντησαν «Ναι». Στη δεύτερη ερώτηση για αν θα συστήνανε το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι σε συγγενείς τους, το 91,18% (N=31) απάντησε θετικά, ενώ το 8,82% (N=3) απάντησε αρνητικά.

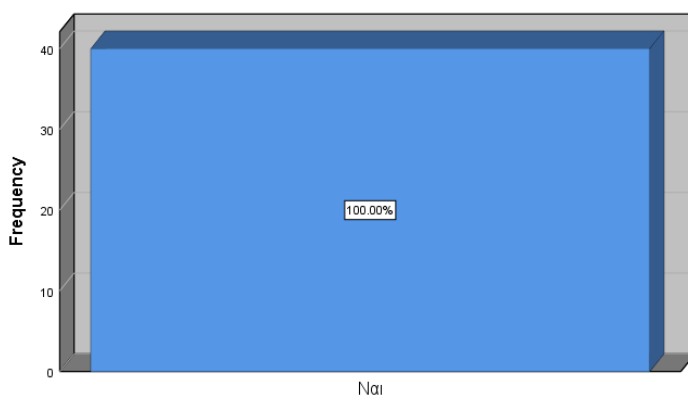
Πίνακας 11: Απαντήσεις ερωτηθέντων για συνέχιση και σύσταση του προγράμματος

Στοιχείο	Κατηγορία	N	f %
Θέλετε να συνεχίσετε να είστε μέλος στο πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;	Ναι	40	100%
	Όχι	3	8,82%
Θα συστήναμε το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι σε συγγενείς σας;	Όχι	3	8,82%
	Ναι	31	91,18%

N: Συχνότητα

f %: Σχετική συχνότητα %

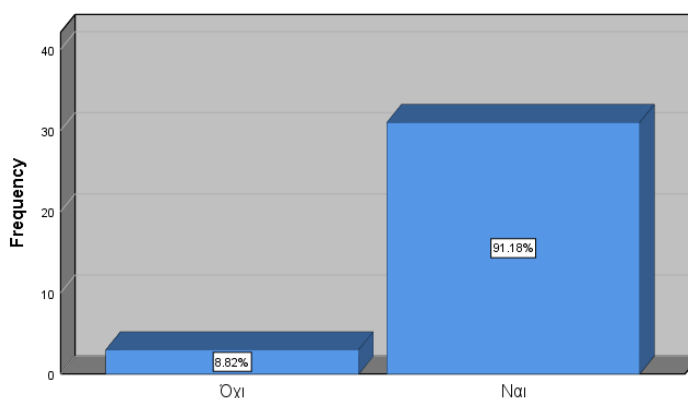
Θέλετε να συνεχίσετε να είστε μέλος στο πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;



Θέλετε να συνεχίσετε να είστε μέλος στο πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;

Γράφημα 18: Θέλετε να συνεχίσετε να είστε μέλος στο πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;

Θα συστήναμε το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι σε συγγενείς σας;



Θα συστήναμε το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι σε συγγενείς σας;

Γράφημα 19: Θα συστήναμε το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι σε συγγενείς σας;

Ο Πίνακας 12 (και τα Γραφήματα 20) παρουσιάζει τις προτάσεις των ερωτηθέντων σχετικά με τη βελτίωση του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι. Το 43,33% (N=13) των ερωτηθέντων πρότεινε περισσότερες επισκέψεις και περισσότερες ώρες επίσκεψης, το 23,33% (N=7) πρότεινε περισσότερο προσωπικό και περισσότερες ειδικότητες, το 16,67% (N=5) πρότεινε βοήθεια στην καθαριότητα, το 6,67% (N=2) πρότεινε καλύτερες υπηρεσίες ενώ το 10,00% (N=3) δεν πρότεινε κάτι.

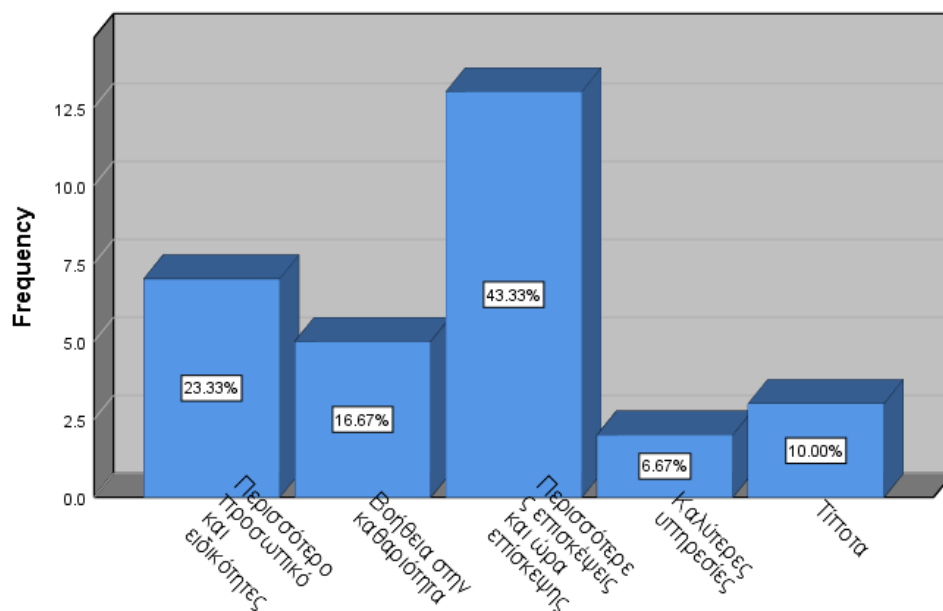
Πίνακας 12: Προτάσεις βελτίωσης προγράμματος

Πρόταση	N	f %
Περισσότερο προσωπικό και ειδικότητες	7	23,33%
Βοήθεια στην καθαριότητα	5	16,67%
Περισσότερες επισκέψεις και ώρα επίσκεψης	13	43,33%
Καλύτερες υπηρεσίες	2	6,67%

N: Συχνότητα

f %: Σχετική συχνότητα %

Τι προτείνετε ώστε να βελτιωθεί το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;



Γράφημα 20: Προτάσεις βελτίωσης προγράμματος

6.2 Επαγωγική Στατιστική

Στην παρούσα ενότητα θα μελετηθούν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Διαφοροποιούνται η βοήθεια-ικανοποίηση από τις διάφορες ειδικότητες του προσωπικού, η εμπιστοσύνη προς τις υπηρεσίες, η βελτίωση της κοινωνικής ζωής και την ψυχολογικής κατάστασης, καθώς και η συνέχεια και σύσταση του προγράμματος βάσει των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων;
2. Διαφοροποιούνται η βοήθεια-ικανοποίηση από τις διάφορες ειδικότητες του προσωπικού, η εμπιστοσύνη προς τις υπηρεσίες, η βελτίωση της κοινωνικής ζωής και την ψυχολογικής κατάστασης, καθώς και η συνέχεια και σύσταση του προγράμματος βάσει της χρονικής περιόδου συμμετοχής στο πρόγραμμα, την συχνότητα επισκέψεων του προσωπικού και του πλήθους των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ερωτηθέντες;

Πριν την μελέτη των ερευνητικών ερωτημάτων πραγματοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας για τις διαστάσεις για τη βοήθεια-ικανοποίηση από τις διάφορες ειδικότητες του προσωπικού.

6.2.1 Ανάλυση αξιοπιστίας και δημιουργία διαστάσεων

Ο Πίνακας 13 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας των διαστάσεων για τη βοήθεια-ικανοποίηση από τις διάφορες ειδικότητες του προσωπικού. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχει ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία, αφού οι τιμές του Cronbach Alpha σε όλες τις διαστάσεις ήταν μεγαλύτερες από 0,6. Συγκεκριμένα η διάσταση «Βοήθεια-ικανοποίηση από γιατρό» είχε εσωτερική αξιοπιστία 1, η «Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη» 0,724, η «Βοήθεια-ικανοποίηση από φυσικοθεραπευτή» 1, η «Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό» 0, 719, η «Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό» 0,787 και η «Άλλη βοήθεια-ικανοποίηση» 0,851.

Λόγω της καλής εσωτερικής αξιοπιστίας οι μεταβλητές σε κάθε διάσταση, ομαδοποιήθηκαν με χρήση του αμερόληπτου εκτιμητή της μέσης τιμής. Σε όλες τις απαντήσεις των ερωτήσεων έγινε χρήση πενταβάθμιας κλίμακας όπου η τιμή 1 αντιπροσωπεύει την απάντηση «Καθόλου», η 2 την «Λίγο», η 3 την «Μέτρια», η 4 την «Πολύ» και η 5 την «Πάρα πολύ». Στη συνέχεια όλες οι διαστάσεις, μετατράπηκαν στην κλίμακα [0, 100].

Πίνακας 13: Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας

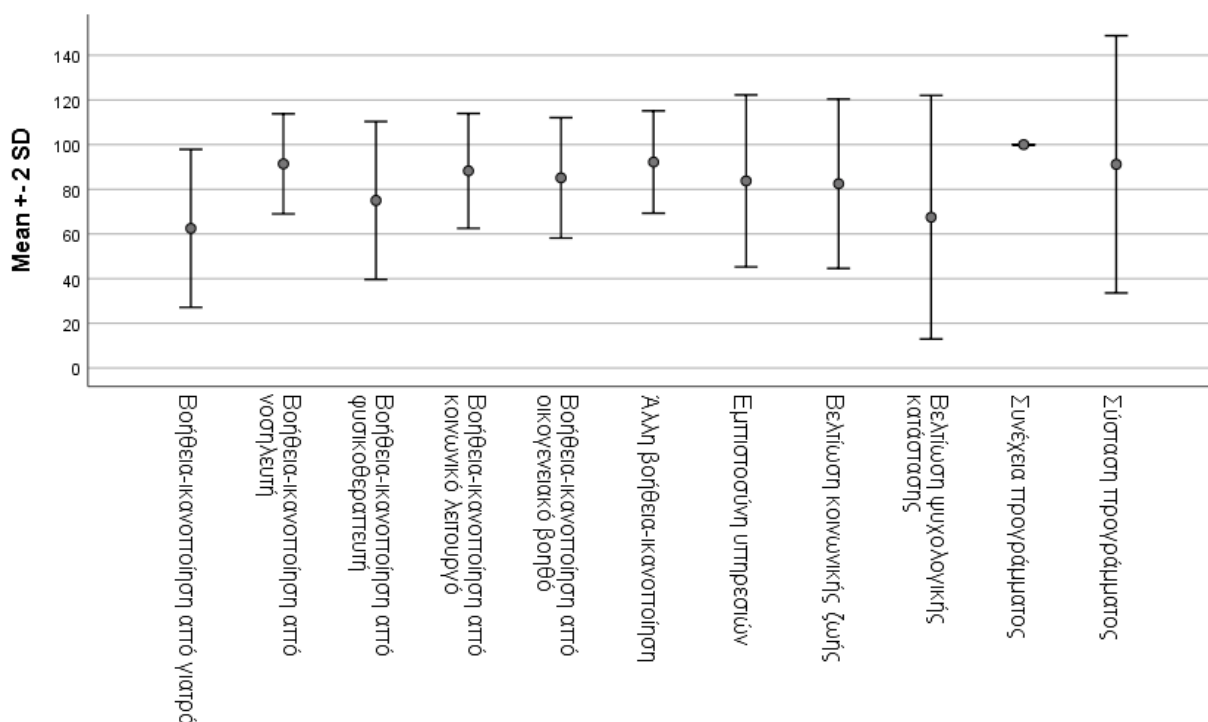
Διάσταση	Ερώτηση	Cronbach's Alpha
Βοήθεια-ικανοποίηση από γιατρό	10α, 11α	1
Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη	10β, 11β	0,724
Βοήθεια-ικανοποίηση από φυσικοθεραπευτή	10γ, 11γ	1
Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό	10δ, 11δ	0,719
Βοήθεια-ικανοποίηση από οικογενειακό βοηθό	10ε, 11ε	0,787
Άλλη βοήθεια-ικανοποίηση	10ζ, 11ζ	0,851
Εμπιστοσύνη υπηρεσιών	12	-
Βελτίωση κοινωνικής ζωής	13	-
Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης	14	-
Συνέχεια προγράμματος	18	-
Σύσταση προγράμματος	19	-

Στον Πίνακα 14 (και στο Γράφημα 21) παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των διαστάσεων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ερωτηθέντες δήλωσαν

πως συμφωνούν πάρα πολύ με την «Συνέχεια προγράμματος» (M.O.=100,00), με την «Άλλη βοήθεια-ικανοποίηση» (M.O.=92,19±11,45), με την «Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη» (M.O.=91,41±11,20) και την «Σύσταση προγράμματος» (M.O.=91,18±28,79). Επίσης, δήλωσαν πως συμφωνούν πολύ έως πάρα πολύ με την «Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό» (M.O.=88,26±12,86) και την «Βοήθεια-ικανοποίηση από οικογενειακό βοηθό» (M.O.=85,12±13,47). Ακόμη, δήλωσαν πως συμφωνούν πολύ με την «Εμπιστοσύνη υπηρεσιών» (M.O.=83,75±19,24), τη «Βελτίωση κοινωνικής ζωής» (M.O.=82,50±18,95), τη «Βοήθεια-ικανοποίηση από φυσικοθεραπευτή» (M.O.=75,00±17,68) και τη «Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης» (M.O.=67,50±27,27). Τέλος, δήλωσαν πως συμφωνούν μέτρια έως πολύ με τη «Βοήθεια-ικανοποίηση από γιατρό» (M.O.=62,50±17,68).

Πίνακας 14: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση διαστάσεων

Διάσταση	M.O.	T.A.
Βοήθεια-ικανοποίηση από γιατρό	62,50	17,68
Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη	91,41	11,20
Βοήθεια-ικανοποίηση από φυσικοθεραπευτή	75,00	17,68
Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό	88,26	12,86
Βοήθεια-ικανοποίηση από οικογενειακό βοηθό	85,12	13,47
Άλλη βοήθεια-ικανοποίηση	92,19	11,45
Εμπιστοσύνη υπηρεσιών	83,75	19,24
Βελτίωση κοινωνικής ζωής	82,50	18,95
Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης	67,50	27,27
Συνέχεια προγράμματος	100,00	0,00
Σύσταση προγράμματος	91,18	28,79



Γράφημα 21: Error bar διαστάσεων

6.2.2 1^ο Ερευνητικό Ερώτημα

Διαφοροποιούνται η βοήθεια-ικανοποίηση από τις διάφορες ειδικότητες του προσωπικού, η εμπιστοσύνη προς τις υπηρεσίες, η βελτίωση της κοινωνικής ζωής και την ψυχολογικής κατάστασης, καθώς και η συνέχεια και σύσταση του προγράμματος βάσει των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων;

Φύλο

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μη παραμετρικών ελέγχων Mann-Whitney των διαστάσεων ως προς τον φύλο των ερωτηθέντων. Προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη διάσταση «Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη» ($U=50,5$, $p=0,014 < 0,05$). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων βαθμίδων παρουσιάζονται στον Πίνακα 16 (και στο Γράφημα 22).

Συγκεκριμένα, στη διάσταση «Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη» το μεγαλύτερο μέσο βαθμό είχαν οι γυναίκες ($M.B.=19,20$), ενώ το μικρότερο οι άνδρες ($M.B.=10,55$).

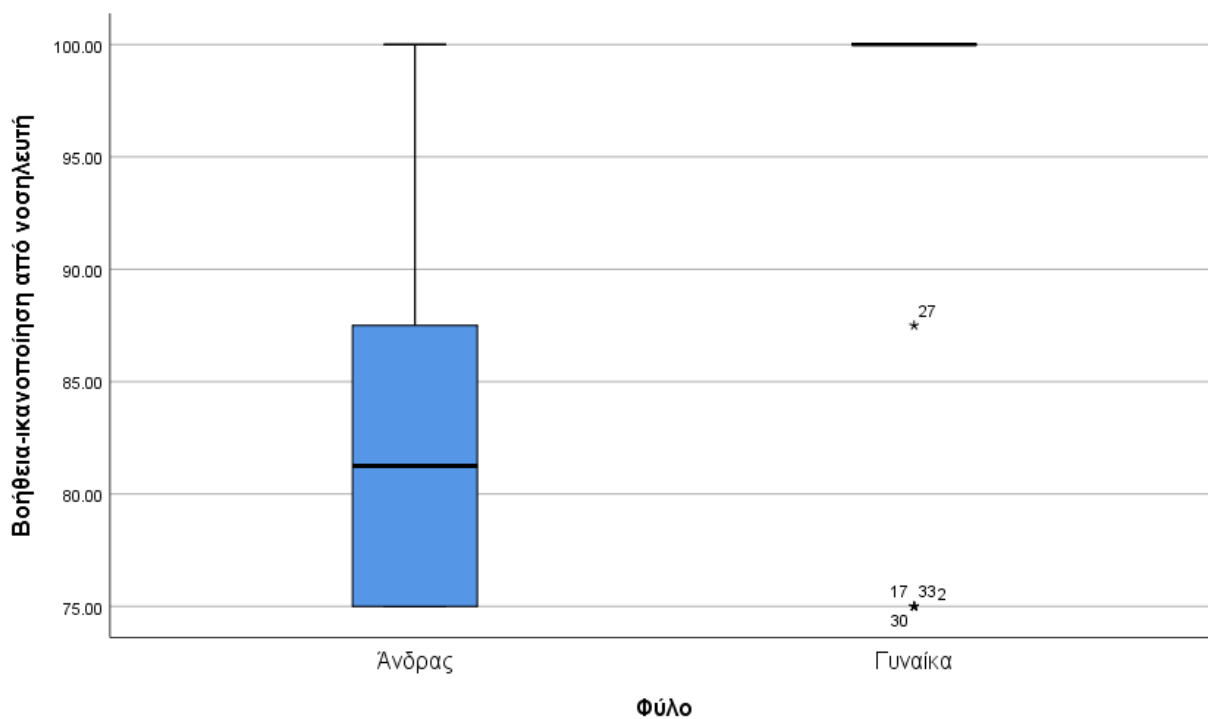
Πίνακας 15: Διαστάσεις*Φύλο, Mann-Whitney

Διάσταση	U	p
----------	---	---

Βοήθεια-ικανοποίηση από γιατρό	0	1.000
Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη	50,5	0,014
Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό	111	0,593
Βοήθεια-ικανοποίηση από οικογενειακό βοηθό	21,5	0,275
Άλλη βοήθεια-ικανοποίηση	6	0,786
Εμπιστοσύνη υπηρεσιών	175,5	0,856
Βελτίωση κοινωνικής ζωής	127,5	0,123
Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης	160	0,547
Συνέχεια προγράμματος	182	1.000
Σύσταση προγράμματος	114	0,534

Πίνακας 16: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων βαθμίδων, Διαστάσεις*Φύλο

Διάσταση	Φύλο	N	M.B.	U	p
Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη	Άνδρας	10	10,55	50,5	0,014
	Γυναίκα	22	19,20		



Γράφημα 22: Θηκογράμματα της διάστασης «Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη» ως προς το φύλο

Ηλικία

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μη παραμετρικών ελέγχων Kruskal-Wallis των διαστάσεων ως προς την ηλικία των ερωτηθέντων.

Προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη διάσταση «Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης» ($H(4)=16,076$, $p=0,003<0,01$). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων βαθμίδων για αυτές τις διαστάσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 17 (και στο Γράφημα 23).

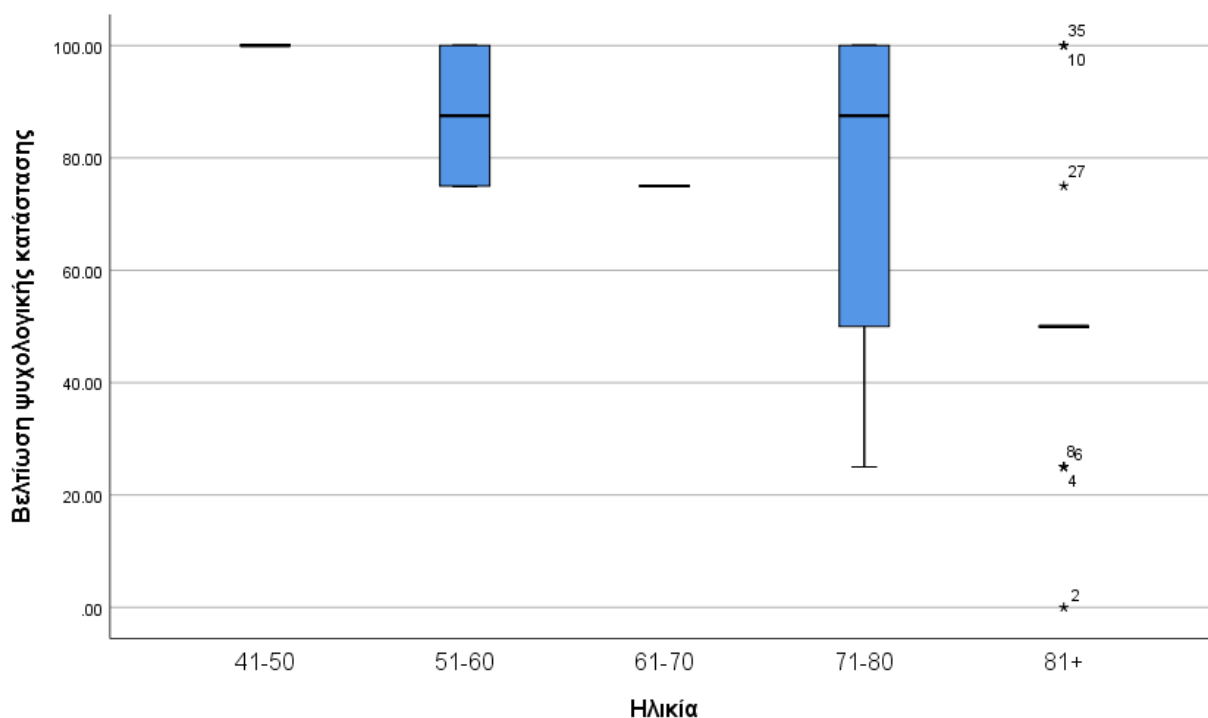
Συγκεκριμένα, στη διάσταση «Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης», το μεγαλύτερο μέσο βαθμό είχαν οι ερωτηθέντες 41-50 ετών (M.B.=35) και 51-60 ετών (M.B.=29), ενώ το μικρότερο οι ερωτηθέντες 81 ετών και πάνω (M.B.=13).

Πίνακας 17: Διαστάσεις*Ηλικία, Kruskal-Wallis

Διάσταση	df	H	p
Βοήθεια-ικανοποίηση από γιατρό	1	1,000	0,317
Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη	4	4,137	0,388
Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό	4	7,368	0,118
Βοήθεια-ικανοποίηση από οικογενειακό βοηθό	2	2,884	0,236
Άλλη βοήθεια-ικανοποίηση	3	1,167	0,761
Εμπιστοσύνη υπηρεσιών	4	5,395	0,249
Βελτίωση κοινωνικής ζωής	4	2,481	0,648
Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης	4	16,076	0,003
Συνέχεια προγράμματος	4	0,000	1,000
Σύσταση προγράμματος	4	5,159	0,271

Πίνακας 18: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων βαθμίδων, Διαστάσεις*Ηλικία

Διάσταση	Ηλικία	N	M.B.	df	H	p
Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης	41-50	3	35	4	16,076	0,003
	51-60	4	29			
	61-70	8	23			
	71-80	8	24,25			
	81+	17	13			



Γράφημα 23: Θηκογράμματα της διάστασης «Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης» ως προς την ηλικία

Εκπαίδευση

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μη παραμετρικών ελέγχων Kruskal-Wallis των διαστάσεων ως προς την εκπαίδευση των ερωτηθέντων. Προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις διαστάσεις «Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό» ($H(2)=8,031, p=0,018<0,05$) και «Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης» ($H(2)=11,306, p=0,004<0,01$). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων βαθμίδων για αυτές τις διαστάσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 20 (και στα Γραφήματα 24 και 25).

Συγκεκριμένα, στη διάσταση «Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό», το μεγαλύτερο μέσο βαθμό είχαν οι ερωτηθέντες που είχαν τελειώσει το λύκειο (M.B.=24,56), ενώ το μικρότερο όσοι είχαν τελειώσει δημοτικό (M.B.=13,53) και γυμνάσιο (M.B.=16,81).

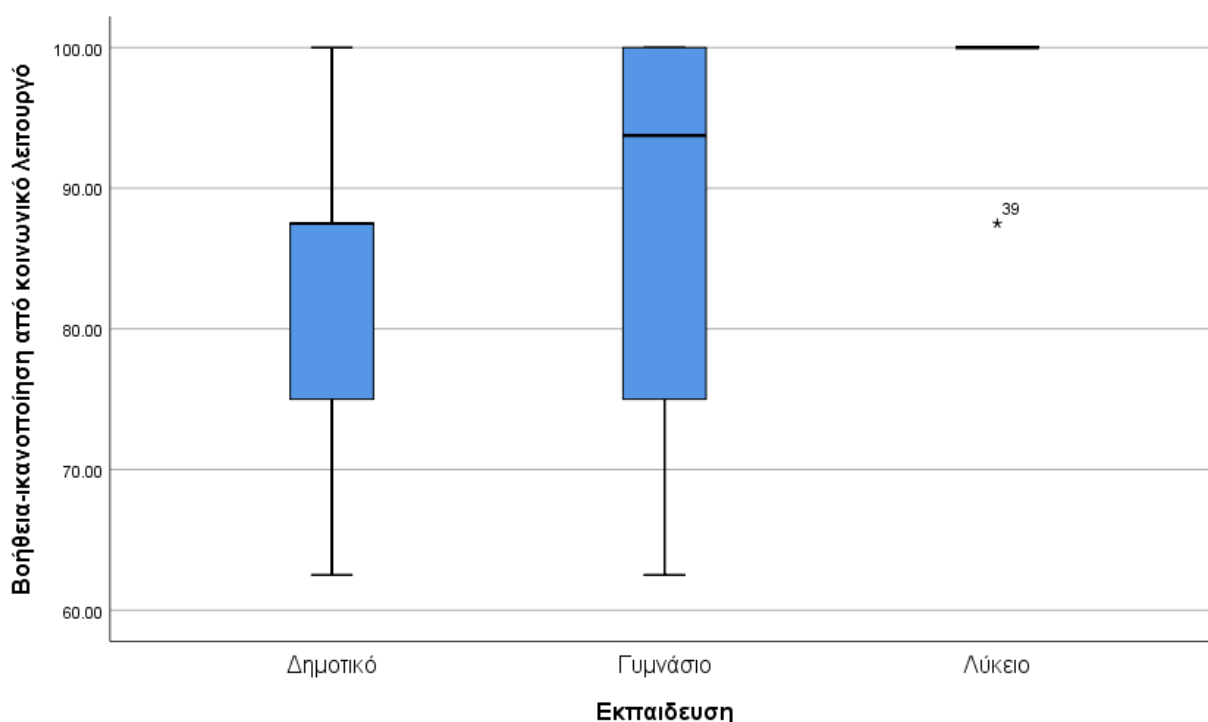
Τέλος, στη διάσταση «Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης», το μεγαλύτερο μέσο βαθμό είχαν οι ερωτηθέντες που είχαν τελειώσει το λύκειο (M.B.= 30,20), ενώ το μικρότερο όσοι είχαν τελειώσει δημοτικό (M.B.=15,67) και γυμνάσιο (M.B.=21,00).

Πίνακας 19: Διαστάσεις*Εκπαίδευση, Kruskal-Wallis

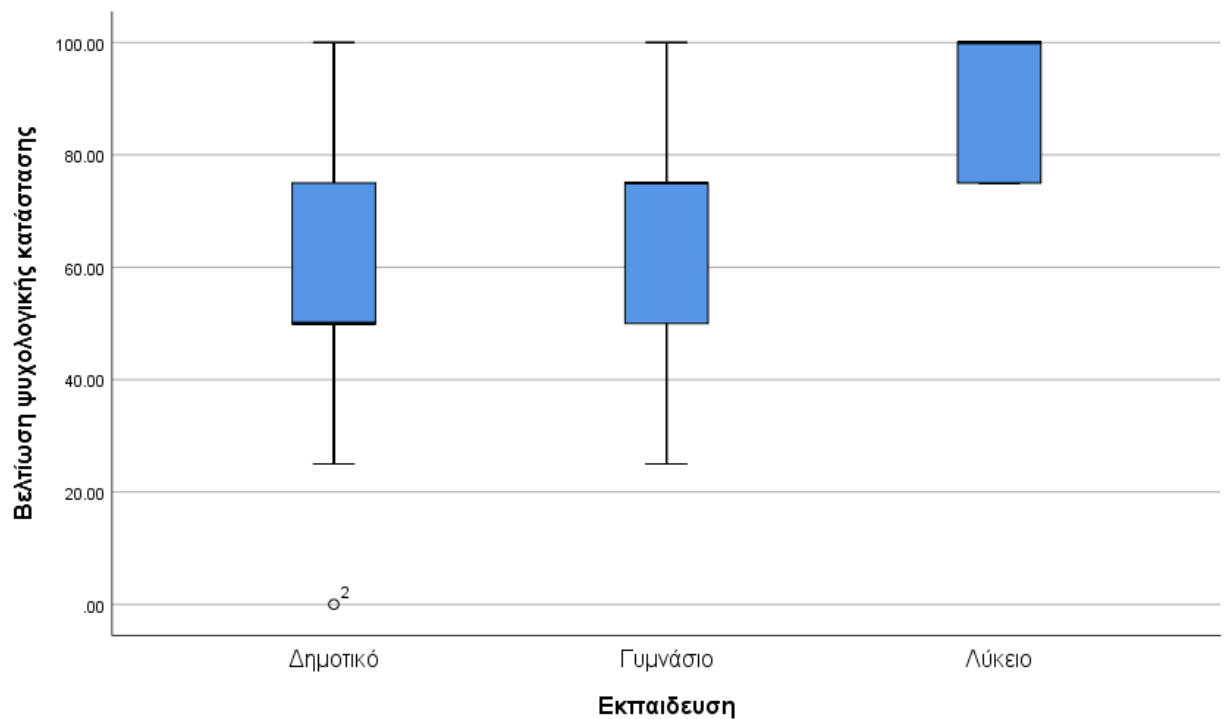
Διάσταση	df	H	p
Βοήθεια-ικανοποίηση από γιατρό	1	1,000	0,317
Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη	2	1,275	0,528
Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό	2	8,031	0,018
Βοήθεια-ικανοποίηση από οικογενειακό βοηθό	2	0,655	0,721
Άλλη βοήθεια-ικανοποίηση	2	2,583	0,275
Εμπιστοσύνη υπηρεσιών	2	1,573	0,455
Βελτίωση κοινωνικής ζωής	2	0,278	0,870
Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης	2	11,306	0,004
Συνέχεια προγράμματος	2	0,000	1,000
Σύσταση προγράμματος	2	3,593	0,166

Πίνακας 20: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμίδων, Διαστάσεις*Εκπαίδευση

Διάσταση	Εκπαίδευση	N	M.B.	df	H	p
Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό	Δημοτικό	17	13,53	2	8,031	0,018
	Γυμνάσιο	8	16,81			
	Λύκειο	8	24,56			
Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης	Δημοτικό	21	15,67	2	11,306	0,004
	Γυμνάσιο	9	21,00			
	Λύκειο	10	30,20			



Γράφημα 24: Θηκογράμματα της διάστασης «Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό» ως προς την εκπαίδευση



Γράφημα 25: Θηκογράμματα της διάστασης «Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης» ως προς την εκπαίδευση

Οικογενειακή κατάσταση

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μη παραμετρικών ελέγχων Kruskal-Wallis των διαστάσεων ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων. Προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη διάσταση «Σύσταση προγράμματος» ($H(3)=10,379$, $p=0,016 < 0,05$). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων βαθμίδων για αυτές τις διαστάσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 22 (και στο Γράφημα 26).

Συγκεκριμένα, στη διάσταση «Σύσταση προγράμματος», το μεγαλύτερο μέσο βαθμό είχαν οι διαζευγμένοι (M.B.=19), οι άγαμοι (M.B.=19) και οι χήροι (M.B.=19), ενώ το μικρότερο όσοι οι έγγαμοι (M.B.= 12,63).

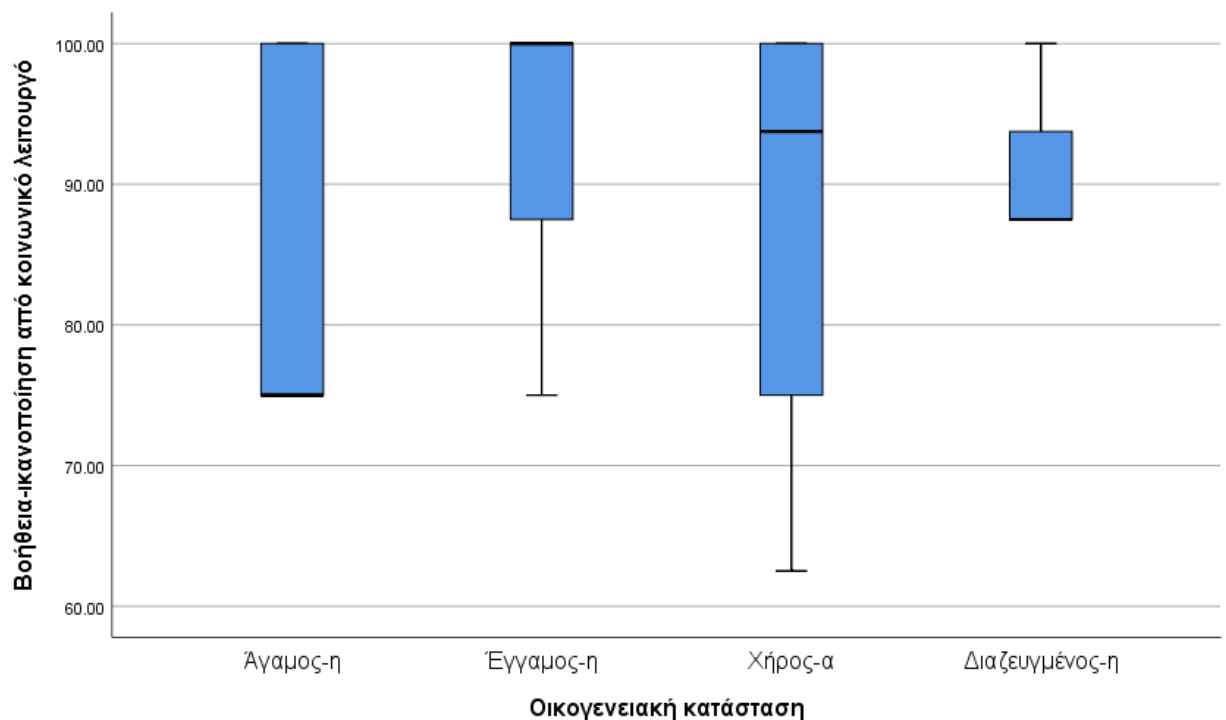
Πίνακας 21: Διαστάσεις*Οικογενειακή κατάσταση, Kruskal-Wallis

Διάσταση	df	H	p
Βοήθεια-ικανοποίηση από γιατρό	1	1,000	0,317
Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη	3	2,935	0,402
Βοήθεια-ικανοποίηση από φυσικοθεραπευτή	1	1,000	0,317
Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό	3	1,604	0,658
Βοήθεια-ικανοποίηση από οικογενειακό βοηθό	3	2,744	0,433
Άλλη βοήθεια-ικανοποίηση	3	3,000	0,392
Εμπιστοσύνη υπηρεσιών	3	6,274	0,099

Βελτίωση κοινωνικής ζωής	3	1,935	0,586
Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης	3	3,194	0,363
Συνέχεια προγράμματος	3	0,000	1,000
Σύσταση προγράμματος	3	10,379	0,016

Πίνακας 22: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων, Διαστάσεις*Οικογενειακή κατάσταση

Διάσταση	Οικογενειακή κατάσταση	N	M.B.	df	H	p
Σύσταση προγράμματος	Έγγαμος-η	8	12,63	3	10,379	0,016
	Διαζευγμένος-η	5	19			
	Άγαμος-η	9	19			
	Χήρος-α	12	19			



Γράφημα 26: Θηκογράμματα της διάστασης «Σύσταση προγράμματος» ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Μηνιαίο εισόδημα

Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μη παραμετρικών ελέγχων Kruskal-Wallis των διαστάσεων ως προς το μηνιαίο εισόδημα των ερωτηθέντων. Προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη διάσταση «Εμπιστοσύνη υπηρεσιών» ($H(2)=6,815$, $p=0,033 < 0,05$). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων βαθμίδων για αυτές τις διαστάσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 24 (και στο Γράφημα 27).

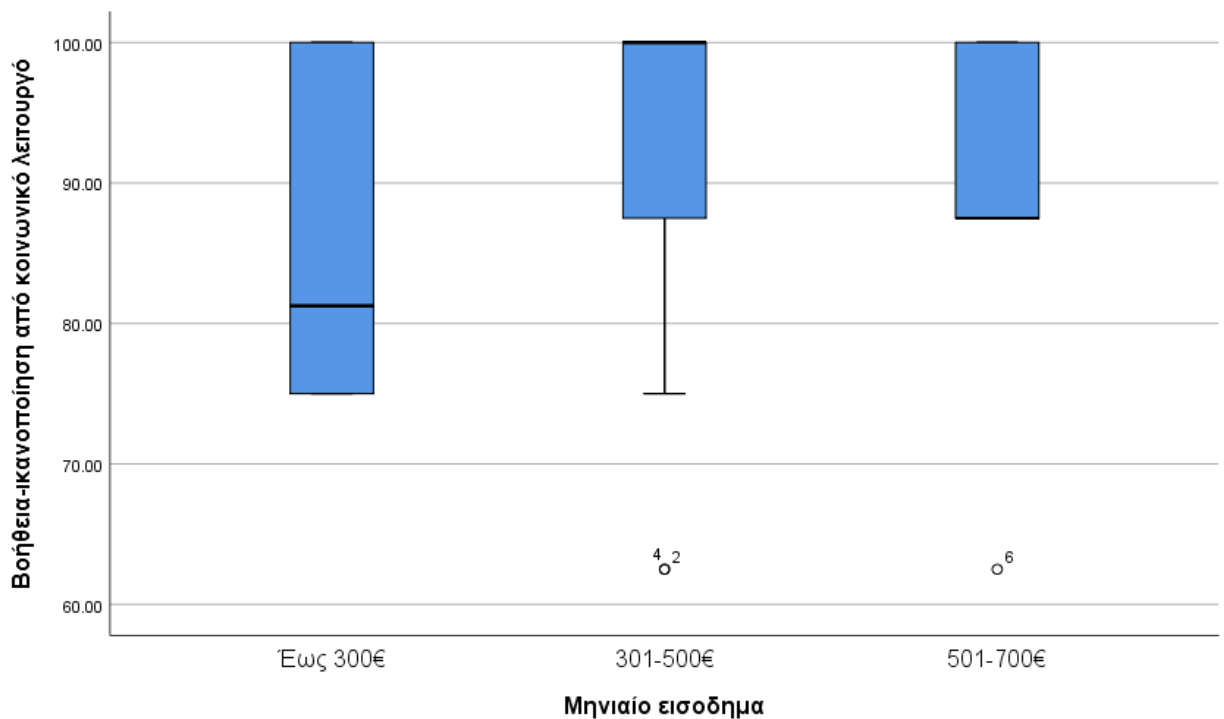
Συγκεκριμένα, στη διάσταση «Εμπιστοσύνη υπηρεσιών», το μεγαλύτερο μέσο βαθμό είχαν οι ερωτηθέντες με μηνιαίο εισόδημα 301-500€ (M.B.=19), ενώ το μικρότερο οι ερωτηθέντες με μηνιαίο εισόδημα 501-700€ (M.B.= 12,63).

Πίνακας 23: Διαστάσεις*Μηνιαίο εισόδημα, Kruskal-Wallis

Διάσταση	df	H	p
Βοήθεια-ικανοποίηση από γιατρό	1	1,000	0,317
Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη	2	1,930	0,381
Βοήθεια-ικανοποίηση από φυσικοθεραπευτή	1	1,000	0,317
Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό	2	1,535	0,464
Βοήθεια-ικανοποίηση από οικογενειακό βοηθό	2	2,921	0,232
Άλλη βοήθεια-ικανοποίηση	1	0,250	0,617
Εμπιστοσύνη υπηρεσιών	2	6,815	0,033
Βελτίωση κοινωνικής ζωής	2	0,891	0,640
Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης	2	0,162	0,922
Συνέχεια προγράμματος	2	0,000	1,000
Σύσταση προγράμματος	2	1,948	0,378

Πίνακας 24: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων, Διαστάσεις*Οικογενειακή κατάσταση

Διάσταση	Μηνιαίο εισόδημα	N	M.B.	df	H	p
Εμπιστοσύνη υπηρεσιών	Έως 300€	14	19,11	2	6,815	0,033
	301-500€	18	24,72			
	501-700€	8	13,44			



Γράφημα 27: Θηκογράμματα της διάστασης «Σύσταση προγράμματος» ως προς το Μηνιαίο εισόδημα

6.2.3 2^ο Ερευνητικό Ερώτημα

Διαφοροποιούνται η βοήθεια-ικανοποίηση από τις διάφορες ειδικότητες του προσωπικού, η εμπιστοσύνη προς τις υπηρεσίες, η βελτίωση της κοινωνικής ζωής και την ψυχολογικής κατάστασης, καθώς και η συνέχεια και σύσταση του προγράμματος βάσει της χρονικής περιόδου συμμετοχής στο πρόγραμμα, την συχνότητα επισκέψεων του προσωπικού και του πλήθους των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ερωτηθέντες;

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων spearman των διαστάσεων με την περίοδο συμμετοχής στο πρόγραμμα (σε χρόνια), τη συχνότητα επισκέψεων του προσωπικού του προγράμματος και του συνολικού αριθμού των προβλημάτων υγείας που αντιμετώπιζαν οι ερωτηθέντες. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως:

- Με την περίοδο συμμετοχής στο πρόγραμμα (σε χρόνια) συσχετίζονται θετικά οι διαστάσεις «Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης» ($\rho=0,319$, $p<0,05$) και «Σύσταση προγράμματος» ($\rho=0,415$, $p<0,05$).
- Με την συχνότητα επισκέψεων του προσωπικού του προγράμματος συσχετίζονται θετικά οι διαστάσεις «Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη»

(rho=0,417, p<0,05) και «Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό» (rho=0,375, p<0,05).

- Με τον συνολικό αριθμό προβλημάτων υγείας συσχετίζεται αρνητικά η διάσταση «Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη» (rho=-0,388, p<0,05).

Πίνακας 25: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων, Διαστάσεις*Οικογενειακή κατάσταση

Συσχετίσεις Spearman	Περίοδος συμμετοχής	Συχνότητα επισκέψεων	Αριθμός προβλημάτων
Βοήθεια-ικανοποίηση από γιατρό	-1,000	-	-1,000
Βοήθεια-ικανοποίηση από νοσηλεύτη	0,040	0,417*	-0,388*
Βοήθεια-ικανοποίηση από φυσικοθεραπευτή	1,000	-	-
Βοήθεια-ικανοποίηση από κοινωνικό λειτουργό	0,277	0,375*	-0,110
Βοήθεια-ικανοποίηση από οικογενειακό βοηθό	0,059	0,346	-0,186
Άλλη βοήθεια-ικανοποίηση	-0,480	-0,130	0,286
Εμπιστοσύνη υπηρεσιών	-0,128	0,045	-0,096
Βελτίωση κοινωνικής ζωής	0,268	0,275	-0,183
Βελτίωση ψυχολογικής κατάστασης	0,319*	0,268	-0,300
Συνέχεια προγράμματος	-	-	-
Σύσταση προγράμματος	0,415*	0,065	-0,173

*: Συσχέτιση σε στάθμη σημαντικότητας 5%

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη συμμετείχαν 40 άτομα στην πλειοψηφία τους γυναίκες, ενώ είχαν ηλικία 61 ετών και πάνω. Επίσης, το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων αποτελούνται από άτομα που είχαν τελειώσει το δημοτικό ή το λύκειο, καθώς και από άτομα που ήταν σε χηρεία ή άγαμα. Τέλος, η πλειονότητα των ερωτηθέντων είχε μηνιαίο εισόδημα που έφτανε έως τα 500€.

Όσον αφορά την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι, οι ερωτηθέντες συμμετείχαν σε αυτό κατά μέσο όρο για 7μηνη χρόνια περίπου, ενώ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεχόταν επισκέψεις από το προσωπικό του προγράμματος από 1 έως και 5 φορές τη βδομάδα. Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι συμμετέχοντες του προγράμματος ήταν κατά κύριο λόγο κινητικά.

Σχετικά με την βοήθεια που έλαβαν από τις διάφορες ειδικότητες του προσωπικού που τους επισκέφτηκε, οι ερωτηθέντες δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι από το νοσηλευτή, τον οικογενειακό βοηθό, τον κοινωνικό λειτουργό, το φυσικοθεραπευτή, το γιατρό καθώς και προσωπικό άλλων ειδικοτήτων. Επίσης, οι ερωτηθέντες βάσει των απαντήσεων τους έδειξαν πως εμπιστεύονται σε πολύ μεγάλο βαθμό τις παρεχόμενες από το πρόγραμμα υπηρεσίες, καθώς όπως δήλωσαν εμφάνισαν βελτίωση τόσο στην κοινωνική τους ζωή όσο και στην ψυχική τους κατάσταση. Τέλος, άπαντες ερωτηθέντες δήλωσαν πως θα συνεχίσουν να συμμετέχουν στο πρόγραμμα και ότι πολύ μεγάλο βαθμό θα το συνιστούσαν και σε συγγενικά τους πρόσωπα.

Στο 1ο ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκε πως διαφοροποιείται η βοήθεια και η ικανοποίηση από τις διάφορες ειδικότητες του προσωπικού, η εμπιστοσύνη προς τις υπηρεσίες, η βελτίωση της κοινωνικής ζωής και την ψυχολογικής κατάστασης, καθώς και η συνέχεια και σύσταση του προγράμματος βάσει των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων. Αναδείχθηκε πως οι γυναίκες είναι περισσότερο ικανοποιημένες από την βοήθεια του νοσηλευτή από ότι οι άνδρες. Επίσης, αναδείχθηκε πως τα άτομα 41-60 ετών παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση στην ψυχολογική τους κατάσταση σε σχέση με τα άτομα 81 ετών και πάνω. Επιπλέον, προέκυψε πως τα άτομα που τελείωσαν το λύκειο ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού και είχαν μεγαλύτερη βελτίωση στην ψυχολογική τους κατάσταση σε σχέση με τα άτομα που είχαν τελειώσει το δημοτικό

ή το γυμνάσιο. Ακόμη, αναδείχθηκε πως οι άγαμοι, οι χήροι και οι διαζευγμένοι είναι περισσότερο πιθανό να προτείνουν το πρόγραμμα σε κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο σε σχέση με τους παντρεμένους, ενώ τέλος προέκυψε πως οι συμμετέχοντες με μηνιαίο εισόδημα έως 500€ εμφανίζουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην ποιότητα των υπηρεσιών του προγράμματος από ότι όσοι έχουν μηνιαίο εισόδημα 501-700€.

Στο 2ο ερευνητικό ερώτημα διερευνήθηκε η συσχέτιση της βοήθειας-ικανοποίησης από τις διάφορες ειδικότητες του προσωπικού, της εμπιστοσύνης προς τις υπηρεσίες, της βελτίωση της κοινωνικής ζωής και της ψυχολογικής κατάστασης, καθώς και της συνέχισης και σύστασης του προγράμματος ως προς τη χρονική περίοδο συμμετοχής στο πρόγραμμα, την συχνότητα επισκέψεων του προσωπικού και του πλήθους των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ερωτηθέντες. Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως όσο περισσότερο χρονικό διάστημα συμμετείχαν στο πρόγραμμα οι ερωτηθέντες τόσο βελτιώθηκε η ψυχολογική κατάσταση τους, ενώ τόσο πιο πιθανό είναι να συστήσουν το πρόγραμμα σε κάποιο συγγενή τους. Επίσης, όσο πιο συχνές ήταν οι επισκέψεις από το προσωπικό τόσο περισσότερο ήταν ικανοποιημένοι με την βοήθεια από το νοσηλευτή και τον κοινωνικό λειτουργό. Τέλος, όσα περισσότερα ήταν τα προβλήματα που είχαν οι συμμετέχοντες τόσο μικρότερη ήταν η ικανοποίηση από την βοήθεια του νοσηλευτή.

Σύμφωνα με το μοντέλο ποιότητας των υπηρεσιών υγείας Donabedian, η ποιότητα στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» μπορεί να διακριθεί σε τρία συστατικά στοιχεία:

- Δομή
- Διαδικασίες
- Αποτέλεσμα

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μπορούν να προσθέσουν δείκτες αξιολόγησης του αποτελέσματος της δράσης του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Οι δείκτες αποτελέσματος επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες εκτός της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως η ηλικία και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ωφελούμενων.

Οι δείκτες που μπορούν να αναπτυχθούν και να αξιολογηθούν σε μελλοντικές έρευνες και προκύπτουν από την παρούσα έρευνα είναι:

- Ο αριθμός των επισκέψεων υπαλλήλου / ωφελούμενο
- Ο αριθμός των επισκέψεων της οικιακής βοηθού / ωφελούμενο
- Ο αριθμός επισκέψεων του νοσηλευτή / ωφελούμενο
- Ο αριθμός επισκέψεων του κοινωνικού λειτουργού / ωφελούμενο
- Ο αριθμός των γευμάτων / εβδομάδα
- Το ποσοστό τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής των ωφελούμενων

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Beresford, B., Mann, R., Parker, G., Kanaan, M., Faria, R., Rabiee, P., ... Aspinall, F. (2019). Reablement services for people at risk of needing social care: the MoRe mixed-methods evaluation. *Health Services and Delivery Research*, 7(16), 1–218. <https://doi.org/10.3310/hsdr07160>
- Breton, E., & De Leeuw, E. (2011). Theories of the policy process in health promotion research: A review. *Health Promotion International*, 26(1), 82–90. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq051>
- Day, J., Taylor, A., Summons, P., Van Der Riet, P., Hunter, S., Maguire, J., . . . Higgins, I. (2017, April). Home care packages: insights into the experiences of older people leading up to the introduction of consumer directed care in Australia. *Aust J Prim Health*, σσ. 162-169.
- Donabedian, A. (2005, December). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly*, σσ. 691-729.
- Dunn, J. D. (1989). Quality of care. *Annals of Emergency Medicine*, 18(7), 799. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(89\)80039-3](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(89)80039-3)
- Esping-andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A., & Myles, J. (2001). A NEW WELFARE ARCHITECTURE FOR EUROPE? Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union. (September).
- Ferrara, M. (1996). The Southern Model of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, σσ. 17-37.
- Forbes, D., & Edge, D. (2009). Canadian home care policy and practice in rural and remote settings: challenges and solutions. *J Agromedicine*, σσ. 19-24.
- Genet, N., Boerma, W. G., Kringos, D. S., Bouman, A., Francke, A. L., Fagerström, C., ... Devillé, W. (2011). Home care in Europe: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11(1), 207. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-207>

- Group, W. H. O. S. (2000). Home-based long term care. World Health Organization - Technical Report Series, (898), 1–43. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne485xx>
- HAD France. (n.d.). *HAD France*. Ανάκτηση από HAD France: <https://www.hadfrance.fr/>
- Jacobzone, S. (1999). Ageing and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, (38), 1–49. Retrieved from https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/ageing-and-care-for-frail-elderly-persons_313777154147
- Karokis, A., & Sissouras, A. (1994). *The greek Health Care System, in health care systems in seventeen countries*. Paris: O.E.C.D.
- Kelley, L. (2008). The World Health Organization (WHO). The World Health Organization (WHO), (July 1946), 1–157. <https://doi.org/10.4324/9780203029732>
- Kiersey, R. A., & Coleman, A. (2017). Approaches to the regulation and financing of home care services in four European countries. An evidence review. 113. Retrieved from http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/Approaches_to_the_regulation_and_financing_of_home_care_services_in_four_European_countries.pdf
- Koch, H. (1991). *Total Quality Management in Health Care*. Cornel: Longman.
- Le, B., Ehesp, B., & Martin, C. (2018). French social and long term care system. 7, 1–9.
- Liebfried, S., & Mau, S. (2008). *Welfare States Construction Deconstruction Reconstruction*. Berlin: Edwar Elgar.
- Lloyd, R. C. (2004). *Quality in Health Care: A Guide to developing and Using Indicators*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Organization, W. H. (2003). the Solid Facts the Solid Facts. 33. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf%0Aht

[tp://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)0Aww
w.euro.who.int

O.E.C.D. (2019). *Health at a glance*. O.E.C.D.

Sissouras, A., Ketsetzopoulou, M., Bouza, N., Fagadaki, E., Papaliou, O., & Fakouras, A. (2002). *Providing integrated health and social care for older person in Greece*. Athens: EKKE.

Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., & Ghailani, D. (2018). Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies. Retrieved from https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies%2C European social policy network%2C %28ESPN%29&publication_year=2018&author=Spasova%2CS&author=Baeten%2CR&a

Spicker, P. (2004). *Το κρατος προνοιας, μια γενική θεωρία*. Αθήνα: Διόνικος.

Thompson, R. E. (1980). *Next steps in implementing quality appraisal/action plans in hospitals*. Thompson, Mohr & Associates.

Torbica, A., & Fattore, G. (2005). The “essential levels of care” in Italy: When being explicit serves the devolution of powers. *European Journal of Health Economics*, 6(SUPPL. 1), 46–52. <https://doi.org/10.1007/s10198-005-0318-x>

W.H.O. (2003). *Health Systems: Principled Intergated Care*. Στο W.H.O, *The World Health Report* (σσ. 103-132). Geneva: W.H.O.

Weaver, P. (2010). *Undrestanding programs and projects-oh there's a difference*. Asia Pacific, Melbourne, Victoria, Australia: Project Manager Institute.

Αμίτσης, Γ. (2001). *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. Το Ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή εμπειρία*. Αθήνα: Παπαζήση.

Δήμος Ιλίου. (n.d.). *Δήμος Ιλίου*. Ανάκτηση από ilion.gr: <https://www.ilion.gr/%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%B3%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%B1-%CE%B2%CE%BF%CE%AE%CE%B8%CE%B5%CE%B9%CE%B1->

%CF%83%CF%84%CE%BF-

%CF%83%CF%80%CE%AF%CF%84%CE%B9/

Ε.Λ.Ο.Τ. (2008). *Ιστορικό Τυποποίησης*. Αθήνα: Ε.Λ.Ο.Τ.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2012). *Στοχεύοντας σε μια ανάκαμψη με άφθονες θέσεις απασχόλησης για την αξιοποίηση του δυναμικού απασχόλησης των προσωπικών και των οικιακών υπηρεσιών*. Στρασβούργο: Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Θεοδώρου, Μ., Σούλης, Σ., & Σαρρής, Μ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

Καλογεροπούλου, Μ. (2011). Measurement of patient satisfaction: A method for improving hospital quality and effectiveness. *Archives of Hellenic Medicine*, 28(5), 667–673. Retrieved from <http://www.mednet.gr/archives/2011-5/pdf/667.pdf>

Κοινοφελής επιχείρηση Δήμου Πρεσπών. (2018). *Κατάρτιση και ψήφιση Κανονισμού λειτουργίας του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» της Κοινοφελούς Επιχείρησης του Δήμου Πρεσπών*. Πρέσπες: Δήμος Πρεσπών.

Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε., & Γειτονά, Μ. (1999). *Τα οικονομικά της υγείας απο το Α έως το Ω*. Αθήνα: Εξάντας.

Κυριοπούλου, Γ., Λιόνη, Χ., Σουλιώτη, Κ., & Τσάκος, Γ. (2003). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Θεμέλιο.

Μανωλιάδης, Ι., & Δημοπούλου, Σ. (2012, Μάιος-Ιούνιος). Η ποιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα. *Ιατρικά Θέματα*, σσ. 17-21.

Οικονόμου, Χ. (2004). *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*. Αθήνα: Διόνικος.

Σακελλαροπουλος, Θ. (2013). *Ευρωπαϊκή Πολιτική στην Ελλάδα*. Αθήνα: Κριτική.

Στασινόπουλου, Ο. (2003). *Κράτος Πρόνοιας*. Αθήνα: Gutenberg.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ



ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας»

MSc in Health and Social Care Management

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Ανάπτυξη δεικτών για την αξιολόγηση του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΗΝΗ: Γούλα Ασπασία

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ: Δαλάπας Κωνσταντίνος

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ: Τα ερωτηματολόγια θα μοιράζονται στους εξυπηρετούμενους από τους εργαζόμενους του Δήμου. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα με σκοπό τη διαφύλαξη των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ: Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται με τη μελλοντική δημοσίευση των αποτελεσμάτων της με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δεν θα αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με αριθμό, ώστε το όνομά σας δε θα φαίνεται πουθενά

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Μη διστάσετε να κάνετε ερωτήσεις γύρω από το σκοπό ή την διαδικασία της εργασίας. Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία ή ερώτηση ζητήστε μας να σας δώσουμε διευκρινίσεις.

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ: Η συμμετοχή σας στην εργασία είναι εθελοντική. Είστε ελεύθερος/η να μην συναινέσετε ή να διακόψετε τη συμμετοχή σας όποτε το επιθυμείτε.

Υπογραφή Συμμετέχοντος

Υπογραφή Ερευνητή

.....

.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

1. Φύλο:

- A. Άνδρας B. Γυναίκα

2. Ηλικία:

- A. 1-30 Δ. 51-60 Η. 81+
B. 31-40 Ε. 61-70
Γ. 41-50 Ζ. 71-80

3. Εκπαίδευση:

- A. Δημοτικό Δ. Πανεπιστήμιο
B. Γυμνάσιο Ε. Άλλο
Γ. Λύκειο

4. Οικογενειακή κατάσταση:

- A. Άγαμος-η Γ. Χήρος-α
B. Έγγαμος-η Δ. Διαζευγμένος-η

5. Μηνιαίο εισόδημα:

- A. 300€ Δ. 701-900€
B. 301-500€ Ε. 901+€
Γ. 501-700€

6. Περίοδος συμμετοχής στο πρόγραμμα;

7. Συχνότητα επισκέψεων του προσωπικού του προγράμματος;

8. Πρόβλημα που αντιμετωπίζετε;

9. Ειδικότητες που επισκέπτονται με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι:

- A. Γιατρός
B. Νοσηλεύτης
Γ. Φυσικοθεραπευτής
Δ. Κοινωνική Λειτουργός
Ε. Οικογενειακή Βοηθός
Ζ. Άλλο

10. Πόσο σας βοήθησε;

	1. Πάρα πολύ	2. Πολύ	3 Μέτρια	4. Λίγο	5. Καθόλου
Γιατρός					
Νοσηλεύτης					
φυσικοθεραπευτής					
Κοινωνική λειτουργός					
Οικογενειακή βοηθός					
Άλλο					

11. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τη συμπεριφορά του προσωπικού;

	1. Πάρα πολύ	2. Πολύ	3 Μέτρια	4. Λίγο	5. Καθόλου
Γιατρός					
Νοσηλεύτης					
φυσικοθεραπευτής					
Κοινωνική λειτουργός					
Οικογενειακή βοηθός					
Άλλο					

12. Πόσο εμπιστεύεστε τις υπηρεσίες που σας παρέχονται;

- A. Πάρα πολύ
B. Πολύ
Γ. Μέτρια
Δ. Λίγο
Ε. Καθόλου

13. Πόσο έχει βελτιωθεί η κοινωνική ζωή σας με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;

- A. Πάρα πολύ Δ. Λίγο
B. Πολύ Ε. Καθόλου
Γ. Μέτρια

14. Αν έχει βελτιωθεί, σε πόσους τομείς;

15. Πόσο έχει βελτιωθεί η ψυχολογική σας κατάσταση με το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;

- A. Πάρα πολύ Δ. Λίγο
B. Πολύ Ε. Καθόλου
Γ. Μέτρια

16. Αν έχει βελτιωθεί, σε πόσους τομείς;

17. Από ποια από τις ειδικότητες θα θέλατε περισσότερη βοήθεια;

- A. Γιατρός Δ. Κοινωνική λειτουργός
B. Νοσηλεύτης Ε. Οικογενειακή βοηθός
Γ. φυσικοθεραπευτής Ζ. Άλλο

18. Θέλετε να συνεχίσετε να είστε μέλος στο πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;

- A. Ναι B. Όχι Γ. Δε γνωρίζω/Δεν απαντώ

19. Θα συστήνατε το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι σε συγγενείς;

- A. Ναι B. Όχι Γ. Δε γνωρίζω/Δεν απαντώ

20. Τι προτείνεται ώστε να βελτιωθεί το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;
