

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Δίκτυα Φροντίδας και Νοσηλείας στο Σπίτι: Η Πρόκληση για τα
Συστήματα Υγείας**

Συγγραφέας

Αφροδίτη Βαλιάδου

ΑΜ: 22028

Επιβλέπων:

Δρ. Γεώργιος Πιερράκος

Αθήνα, Μάιος 2024

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

Home Care and Nursing Networks: The Challenge for Health Systems

Student name and surname:

Afroditi Valiadou

Registration Number: 22028

Supervisor name and surname:

Georgios Pierrakos

Athens, May 2024

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τίτλος εργασίας

Δίκτυα Φροντίδας και Νοσηλείας στο Σπίτι: Η Πρόκληση για τα Συστήματα Υγείας

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/a	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Επιβλέπων Καθηγητής	Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής	
Μέλος	Ασπασία Γούλα	Καθηγήτρια	
Μέλος	Αναστάσιος Σεπετής	Επίκουρος Καθηγητής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αφροδίτη Βαλιάδου του Ιωάννη με αριθμό μητρώου 22028 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών 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».

Η Δηλούσα



(Υπογραφή)

* Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

https://www.uoiwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%83%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%83%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	9
Πίνακας Ακρωνυμίων και Συντομογραφιών	11
Κατάλογος Γραφημάτων	13
Κατάλογος Πινάκων.....	14
Κατάλογος Εικόνων	15
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	20
1.1. Έννοια της Υγείας	20
1.2. Γενικές Αρχές και σκοπός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	22
1.3. Εννοιολογικός προσδιορισμός των Συστημάτων Υγείας	24
1.4. Ο Ρόλος των συστημάτων Υγείας	25
1.5. Κατηγορίες Συστημάτων Υγείας	26
Συμπέρασμα.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	29
2.1. Ορισμός και στόχοι της κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας	29
2.2. Ιστορική εξέλιξη της κατ' οίκον φροντίδας και νοσηλείας.....	31
2.3. Θεσμικό πλαίσιο κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας στην Ελλάδα	32
2.4. Θεμελιώδεις αρχές της κατ' οίκον φροντίδας	36
2.5. Παράγοντες αύξησης της κατ' οίκον νοσηλείας και η σημασία της στο Σύστημα Υγείας. 37	
2.6. Ο ρόλος του Γιατρού της Διεπιστημονικής Ομάδας και της Οικογένειας στην κατ' οίκον νοσηλεία.....	40
2.7. Βασικές αρχές βιοηθικής και δεοντολογίας και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή με ασθενή	42
2.8. Κατηγορίες ασθενών που χρήζουν κατ' οίκον φροντίδας και νοσηλείας.....	44
2.9. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κατ' οίκον φροντίδας.....	45
2.10. Δείκτες αξιολόγησης ποιότητας του προγράμματος της κατ' οίκον φροντίδας	47
Συμπέρασμα.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ	50
3.1. Κατ' οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στην Ευρώπη	50
3.1.1. Κατ' οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	52
3.1.2. Κατ' οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στη Γερμανία.....	55
3.1.3. Κατ' οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στη Σουηδία	56

3.1.4. Κατ'οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στη Γαλλία.....	58
3.1.5. Κατ'οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στις Η.Π.Α.....	59
3.1.6. Κατ'οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στον Καναδά	65
3.1.7. Κατ'οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στην Αυστραλία.....	68
Συμπέρασμα.....	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	72
4.1. Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης	72
4.2. Ευρωπαϊκή Στρατηγική για την φροντίδα με επίκεντρο τους φροντιστές και τους αποδέκτες φροντίδας.....	74
4.3. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για τη μακροχρόνια φροντίδα	76
4.4. Χρηματοδότηση της κατ'οίκον φροντίδας και νοσηλείας	78
Συμπέρασμα.....	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΔΙΚΤΥΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	84
5.1. Τι ορίζουμε δίκτυο φροντίδας και νοσηλείας	84
5.2. Οργάνωση της κατ'οίκον νοσηλείας και φροντίδας στην Ελλάδα.....	84
5.3. Κατ'οίκον νοσηλεία στην Ελλάδα από Δημόσια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας.....	85
5.4. Κατ'οίκον νοσηλεία στην Ελλάδα από Ιδιωτικές εταιρίες	87
5.5. Μακροχρόνια φροντίδα και οι προκλήσεις στην Ελλάδα.....	87
5.6. Παρηγορητική - Ανακουφιστική φροντίδα	89
5.7. Μονάδες Hospice στην Ελλάδα	92
5.8. Βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα.....	94
Συμπέρασμα.....	99
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΩΝ ΔΙΚΤΥΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΤ ΟΙΚΟΝ.....	100
6.1. Τεχνολογία-Τηλεϊατρική στην κατ'οίκον νοσηλεία	100
6.2. Υπηρεσίες που παρέχονται μέσω της τηλεϊατρικής	101
6.3. Οφέλη Τηλεϊατρικής στην Φροντίδα και Νοσηλεία στο σπίτι	102
Συμπέρασμα.....	103
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΡΧΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	104
7.1. Βασικές Αρχές Ποιότητας στις Κοινωνικές Υπηρεσίες	104
7.2. Μεταρρυθμίσεις στο Ευρωπαϊκό Εθελοντικό Πλαίσιο για την Ποιότητα των Κοινωνικών Υπηρεσιών	106
7.3. Ο στόχος ενός βελτιωμένου ευρωπαϊκού πλαισίου ποιότητας των κοινωνικών υπηρεσιών	107

7.4. Μελλοντικό πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας διαφόρων χωρών	108
7.4.1. Αρχές διασφάλισης ποιότητας κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας στην Ιρλανδία...	108
7.4.2. Θεμελιώδεις αρχές της διασφάλισης ποιότητας στη Γαλλία.....	109
7.4.3. Θεμελιώδεις αρχές της διασφάλισης ποιότητας στη Ρουμανία	110
7.4.4. Θεμελιώδεις αρχές της διασφάλισης ποιότητας στην Κροατία.....	111
7.4.5. Θεμελιώδεις αρχές της διασφάλισης ποιότητας στη Σουηδία	111
7.5. Προτεινόμενες Αρχές Ποιότητας στις Κοινωνικές Υπηρεσίες από την Ομάδα Εργασία ..	112
7.6. Αξιολόγηση της ποιότητας των συστημάτων κοινωνικών υπηρεσιών.....	112
Συμπέρασμα.....	113
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	114

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα Δίκτυα Φροντίδας και Νοσηλείας στο Σπίτι αντιπροσωπεύουν έναν πρωτοποριακό τρόπο προσέγγισης της φροντίδας υγείας, που αναπτύσσεται με εντυπωσιακό ρυθμό τις τελευταίες δεκαετίες σε παγκόσμιο επίπεδο. Αυτή η προσέγγιση αντιμετωπίζει μια πληθώρα προκλήσεων για τα συστήματα υγείας, ανοίγοντας νέους δρόμους για την παροχή φροντίδας. Παρέχει στα άτομα υπηρεσίες φροντίδας χωρίς την ανάγκη νοσηλείας σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον, προσφέροντας προσαρμοσμένη, εξειδικευμένη και προσαρτημένη στις ανάγκες τους φροντίδα, στην άνεση του οικιακού τους περιβάλλοντος. Αυτό ενισχύει την αίσθηση της αυτονομίας, της ευεξίας και βελτιώνει την ποιότητα της ζωής τους. Παράγοντες όπως η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση των χρόνιων παθήσεων, ο αυξανόμενος αριθμός ατόμων που χρειάζονται μακροχρόνια και εξειδικευμένη φροντίδα και η προτίμησή τους για παραμονή στο γνώριμο και άνετο περιβάλλον του σπιτιού τους αντί της νοσοκομειακής φροντίδας διαμορφώνουν τη σύγχρονη πραγματικότητα της υγειονομικής φροντίδας, ενισχύοντας την ανάγκη για προσαρμοσμένες υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι και ενθαρρύνοντας την εξέλιξη και την επέκταση της νοσηλείας κατ' οίκον.

Ωστόσο, αυτό δημιουργεί προκλήσεις για τα συστήματα υγείας, όπως η ανάγκη για αποδοτική οργάνωση και διαχείριση των πόρων, η εκπαίδευση του προσωπικού και των οικογενειών, καθώς και η διασφάλιση της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ανάπτυξη καινοτόμων τεχνολογιών και πρακτικών, η ενίσχυση της επικοινωνίας μεταξύ υγειονομικών επαγγελματιών και ασθενών, καθώς και η δημιουργία συνεργιών μεταξύ των διαφόρων επιπέδων της φροντίδας, αποτελούν μερικούς από τους τρόπους με τους οποίους τα συστήματα υγείας μπορούν να ανταποκριθούν σε αυτήν την πρόκληση και να προσφέρουν φροντίδα υψηλής ποιότητας στο σπίτι. Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων και τη διασφάλιση της βιώσιμης ανάπτυξης των δικτύων φροντίδας και νοσηλείας στο σπίτι, προσφέροντας παράλληλα υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, απαιτείται αναδιάρθρωση του συστήματος, πολιτικές προσεγγίσεις και κατάλληλος σχεδιασμός.

Λέξεις Κλειδιά: Νοσηλεία στο σπίτι, μακροχρόνια φροντίδα, δίκτυα φροντίδας και νοσηλείας στο σπίτι, νοσηλευτής κατ' οίκον, συστήματα υγείας.

ABSTRACT

Home Care Networks represent a pioneering way of approaching health care, which has been growing at an impressive pace in recent decades worldwide. This approach addresses a myriad of challenges for health systems, opening up new avenues for care delivery. It provides individuals with care services without the need for hospitalisation in a hospital setting, offering tailored, specialised, and personalised care in the comfort of their home environment. This enhances their sense of autonomy, well-being and improves their quality of life. Factors such as the ageing population, the increase in chronic diseases, the growing number of people requiring long-term and specialised care and their preference for staying in the familiar and comfortable environment of their own home rather than hospital care are shaping the modern reality of healthcare, reinforcing the need for tailored home care services, and encouraging the development and expansion of home care.

However, this creates challenges for health systems, such as the need for efficient administration and management of resources, training of staff and families, and ensuring the quality and safety of services. Developing innovative technologies and practices, enhancing communication between health professionals and patients, and creating synergies between different levels of care are some of the ways in which health systems can meet this challenge and deliver high quality care at home. Addressing these challenges and ensuring the sustainable development of care and nursing home networks while providing high quality services requires system restructuring, policies shaping and appropriate planning.

Keywords: Home nursing, long-term care, home care and nursing home networks, home care nurse, healthcare systems.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα θερμά να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου και τις ευχαριστίες μου στον επιβλέπων καθηγητή μου κ. Πιερράκο, για την ανεκτίμητη υποστήριξη και καθοδήγηση που μου παρείχε κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Οι συμβουλές και η τεχνογνωσία του αποδείχθηκαν καθοριστικές για την επιτυχή ολοκλήρωσή της.

Επίσης, θέλω να εκφράσω τη βαθιά μου ευγνωμοσύνη προς την οικογένειά μου για τη συνεχή υποστήριξη, ενθάρρυνση και κατανόηση που μου παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Η παρουσία και η ακλόνητη πίστη τους στις ικανότητές μου αποτέλεσαν το θεμέλιο για την ακαδημαϊκή και προσωπική μου πρόοδο.

Πίνακας Ακρωνυμίων και Συντομογραφιών

Α.Φ. : Ανακουφιστική φροντίδα
Δ.Α.Φ.Α. : Δομές Ανακουφιστικής Φροντίδας Ασθενών
Ε.Σ.Δ.Α.Α.Φ. : Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ανάπτυξη της Ανακουφιστικής Φροντίδας
Ε.Ε : Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Κ.Χ. : Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης
ΕΟΠΥΥ : Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΠΑ : Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς
ΕΣΥ : Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΗΒ : Ηνωμένο Βασίλειο
Κ.Α.Π.Η : Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΚΕΝ : Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΚΟΝ : Κατ'οίκον Νοσηλεία
ΚΥΑ : Κοινή Υπουργική Απόφαση
ΚΦΥ : Κατ'οίκον Φροντίδα Υγείας
ΟΤΑ : Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΠΟΥ : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΤΠΕ : Τεχνολογία Πληροφοριών και Επικοινωνιών
ESN : European Social Network Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Δίκτυο
TCP : Transition Care Program
TOMY : Τοπικές Μονάδες Υγείας
HAD : Hospitalization at home
HBPC : Home Based Primary Care
HIQA : Health Information and Quality Authority
H&H : Hospital & Home
HHC : Hospital Home Care
UNICEF : United Nations Children's Fund

UKHCA: United Kingdom Homecare Association
VFQSS: Voluntary Framework on Quality in Social Services- Εθελοντικό Πλαίσιο για την Ποιότητα στις Κοινωνικές Υπηρεσίες
WHO : World Health Organization

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1. Προσδόκιμο επιβίωσης

Γράφημα 2. Προβλέψεις για τον πληθυσμό των ΗΠΑ ηλικίας 85 ετών και άνω, 2020-2060

Γράφημα 3. Δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ έτους 2021

Γράφημα 4. Δαπάνες της Ελλάδας για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα συγκριτικά με την Ε.Ε.

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Φορείς που παρέχουν ΠΦΥ στην ελληνική κοινωνία σήμερα

Πίνακας 2. Τομείς ανάπτυξης κατ'οίκον νοσηλείας και φροντίδας

Πίνακας 3. Οι διαστάσεις της ποιότητας στο μοντέλο του Donabedian

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1. Μοντέλο του νοσοκομείου στο σπίτι (HaH)

Εικόνα 2. Αρχές διασφάλισης ποιότητας στην Ιρλανδία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εννοιολογική προσέγγιση της φροντίδας, όπως την αντιλαμβάνονται τα άτομα, προάγει θεμελιωδώς τον ισχυρισμό ότι η φιλοσοφία που διέπει την επιστήμη της νοσηλευτικής έχει τις ρίζες της σε υπέρτατα ιδανικά και οικουμενικές αξίες. Υποστηρίζει ότι η τήρηση αυτών των αρχών από τους επαγγελματίες νοσηλευτές όχι μόνο υποστηρίζει την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας αλλά και προάγει την πρόοδο της νοσηλευτικής πρακτικής προς αμοιβαίο όφελος τόσο του ατόμου όσο και της κοινωνίας γενικότερα. Η φροντίδα των ατόμων έχει μια πλούσια ιστορία που χρονολογείται από την αρχαιότητα. Ο Ιπποκράτης εισήγαγε αρχικά την έννοια, και στη συνέχεια επεκτάθηκε από τον Πλάτωνα στα έργα του. Κατά τη βυζαντινή περίοδο, η κατανόηση της ολιστικής φροντίδας του ανθρώπου συνέχισε να εξελίσσεται και να αναπτύσσεται. Οι χριστιανικές διδασκαλίες διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής φροντίδας, όπου τη μέριμνα την αναλάμβαναν κυρίως μοναχοί, μοναχές ή γυναίκες σε διάφορα ιδρύματα, όπως νοσοκομεία, γηροκομεία και πτωχοκομεία, ενισχύοντας τελικά τη σημασία του συστήματος νοσηλευτικής φροντίδας. (Κοτρώτσιου Σ. και συν 2008).

Τα Δίκτυα Υγείας κατ'οίκον αποτελούν αναπόσπαστο στοιχείο του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Τα δίκτυα υπηρεσιών φροντίδας υγείας εξυπηρετούν τους ασθενείς εντός των ορίων της κατοικίας τους, επιτρέποντάς τους να παραμείνουν κοντά στα αγαπημένα τους πρόσωπα, ενώ υποβάλλονται σε θεραπεία σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από μειωμένο άγχος σε σύγκριση με τα νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Μια τέτοια προσέγγιση ελαχιστοποιεί τη διακοπή στην καθημερινή ρουτίνα των ασθενών και προωθεί ενεργά την αυτονομία τους. Στη σύγχρονη εποχή τα δίκτυα κατ' οίκον φροντίδας υγείας αποτελούν σημαντικό τμήμα του τομέα της υγείας. Συνεργάζονται με πολλούς επαγγελματίες υγείας, όπως ιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς, για να προσφέρουν μία ολοκληρωμένη φροντίδα. Περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα παροχής ιατρικών υπηρεσιών σε ασθενείς και ηλικιωμένους, υπηρεσίες όπως, κατ' οίκον επισκέψεις για άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας, φροντίδα οξέων τραυματισμών, φυσικοθεραπείες, ψυχιατρική φροντίδα κ.α. (Mahdyeh S.et al.2023).

Συνήθως, ένας νοσηλευτής από το κέντρο υγείας ξεκινά επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα, εξασφαλίζοντας έγκαιρη και εξατομικευμένη φροντίδα. Οι θεραπείες που χορηγούνται ή τα δείγματα που λαμβάνονται

από τους ασθενείς κατά τη διάρκεια αυτών των συνεδριών πρέπει να καταγράφονται επιμελώς και να υποβάλλονται αμέσως μετά το πέρας κάθε επίσκεψης. Αυτή η σχολαστική αναφορά και τεκμηρίωση αποτελούν θεμέλιο για τη διασφάλιση της ακρίβειας και αξιοπιστίας των ιατρικών φακέλων, συμβάλλοντας έτσι στην συνέχεια της ιατρικής περίθαλψης. Η λεπτομερής καταγραφή και η αρχειοθέτηση των πληροφοριών διασφαλίζουν όχι μόνο την ευκολία πρόσβασης στο ιστορικό του ασθενή, αλλά και τη συνολική συνεκτικότητα του ιατρικού πλαισίου κάθε ασθενούς. Αυτή η πρακτική συντελεί στη βελτιστοποίηση της ποιότητας της φροντίδας και στην εξασφάλιση της συνεχούς και συντονισμένης παροχής υγειονομικής περίθαλψης. (Fathollahi et.al, 2020)

Για να διασφαλιστεί η αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, πρέπει να ληφθούν καίριες αποφάσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν τη δημιουργία κέντρων υγείας, την κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού στους ασθενείς, τη συστηματική δρομολόγηση και τον προγραμματισμό των νοσηλευτών (Nikzad E. et al., 2021). Ο προγραμματισμός είναι ιδιαίτερα περίπλοκος, απαιτείται σημαντική προσπάθεια και χρόνο για τη διαμόρφωση αποτελεσματικών σχεδίων ικανών να αποφέρουν σημαντικά πλεονεκτήματα τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης. Τα δίκτυα στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, στη μείωση του κόστους νοσηλείας σε ιδρύματα, καθώς και στην αποφυγή των ενδεχόμενων λοιμώξεων που μπορεί να συμβούν στο νοσοκομείο (Grenouilleau F.et al. 2019).

Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο είναι πολλές και ποικίλες. Ένα από τα κυριότερα ζητήματα είναι η αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων και οι αυξανόμενες ανάγκες φροντίδας και νοσηλείας. Σε αυτό το πλαίσιο, τα δίκτυα φροντίδας και νοσηλείας στο σπίτι έχουν εμφανιστεί ως μια πιθανή λύση για την παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και ασθενείς, ενώ ταυτόχρονα αποτελούν μια πρόκληση για τα ίδια τα συστήματα υγείας.

Τα τελευταία χρόνια η αναγκαιότητα για κατ' οίκον φροντίδα γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη λόγω πολλών παραγόντων, όπως για παράδειγμα η αύξηση του προσδόκιμου διαβίωσης, η προτίμηση της οικογένειας αλλά και του ίδιου του ασθενή για ιατρική φροντίδα στο σπίτι, απ' ότι στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Για να εξασφαλιστεί η επιτυχής παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας υγείας, πρέπει να ληφθούν υπόψη διάφοροι καθοριστικοί παράγοντες. Οι αποφάσεις αυτές περιλαμβάνουν τη δημιουργία κέντρων υγείας, την κατανομή των νοσηλευτών στους

ασθενείς και τη διαμόρφωση βέλτιστων διαδρομών και προγραμμάτων για την ανάθεση των νοσηλευτών.

Το δίλημμα του προγραμματισμού χαρακτηρίζεται εξαιρετικά περίπλοκο και απαιτεί σημαντική προσπάθεια και σημαντική χρονική επένδυση για να δημιουργηθούν ικανά προγράμματα που μπορούν να αποφέρουν σημαντικά πλεονεκτήματα τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τα νοσοκομεία. Από τη μία πλευρά παρέχεται η δυνατότητα μείωσης του κόστους και ελάφρυνση του προϋπολογισμού νοσηλείας του κρατικού συστήματος υγείας καθώς και αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών, και από την άλλη πλευρά παρέχει την ευκαιρία στα νοσοκομεία να βελτιστοποιήσουν τη χρήση και τη διαθεσιμότητα των κλινών τους.

Η διπλωματική έχει σκοπό να αναλύσει την έννοια και την αναγκαιότητα υλοποίησης των δικτύων φροντίδας και νοσηλείας στο σπίτι, ως ανερχόμενη πρακτική στον τομέα της υγείας, για άτομα με χρόνιες ασθένειες, ηλικιωμένους ή με αναπηρίες, ενθαρρύνοντάς τους να παραμείνουν στο σπίτι τους αντί να νοσηλευτούν σε νοσοκομεία ή κάποια αλλά ιδρύματα. Έχει σκοπό να εξετάσει τις προκλήσεις και τους περιορισμούς που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας ως προς την εφαρμογή τους, να ανακαλύψει δίκτυα φροντίδας στις σύγχρονες οικονομίες, να ανακαλύψει το ρόλο της τεχνολογίας στην ανάπτυξη και βελτίωση των δικτύων φροντίδας. Τέλος, αποσκοπεί στην παρουσίαση πλεονεκτημάτων που μπορούν να επιτευχθούν μέσω της δημιουργίας τέτοιων δικτύων, βελτιώνοντας έτσι σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων που έχουν ανάγκη από υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας και νοσηλείας.

Η παρούσα διπλωματική περιλαμβάνει επτά κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η πρωτοβάθμια φροντίδα και τα συστήματα υγείας, εξετάζοντας την έννοια της υγείας και του σκοπού της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επίσης, δίνεται έμφαση στον εννοιολογικό προσδιορισμό και τον ρόλο των συστημάτων υγείας, καθώς και στις κατηγορίες τους, με ιδιαίτερη αναφορά στη χρηματοδότησή τους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην έννοια της κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας, συνοδευόμενη από μια ιστορική αναδρομή, καθώς και το θεσμικό πλαίσιο στην Ελλάδα στη διάρκεια των ετών. Επιπλέον, αναδεικνύονται οι θεμελιώδεις αρχές που απαιτούνται για την αειφορία του συστήματος νοσηλείας και φροντίδας στο σπίτι, ενώ επισημαίνονται οι βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση αυτής της μορφής φροντίδας και η σημασία της ανάπτυξής της για τα συστήματα υγείας. Επιπλέον, γίνεται

αναφορά στον ρόλο της διεπιστημονικής ομάδας και στις βασικές αρχές βιοηθικής. Πραγματοποιείται ανάλυση των κατηγοριών ατόμων που χρήζουν νοσηλείας και φροντίδας στο σπίτι, εξετάζοντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή αυτής της μορφής φροντίδας, καθώς και τους δείκτες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της ποιότητάς της.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα εξετάσουμε εκτενώς τα συστήματα που εφαρμόζονται για την κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, όπως του Ηνωμένου Βασιλείου, της Γερμανίας, της Σουηδίας και της Γαλλίας, καθώς επίσης και στις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά και την Αυστραλία.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύονται οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα ευρωπαϊκά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, η σημασία της συμμόρφωσης με τις οδηγίες της ΕΕ, η προώθηση μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής για τη φροντίδα, οι στόχοι της Βιώσιμης Ανάπτυξης, οι μεταρρυθμίσεις στην υγειονομική περίθαλψη και η χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη φροντίδα υγείας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μακροχρόνια φροντίδα υγείας, στην Ελλάδα, εξετάζοντας την οργάνωση και εφαρμογή δικτύων νοσηλείας και φροντίδας. Αναλύεται η συνολική προσέγγιση του δικτύου φροντίδας και νοσηλείας, εστιάζοντας στην ποιότητα και προσβασιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης, στις προκλήσεις της έλλειψης υπηρεσιών και χρηματοδότησης, και στη σημασία της θεραπευτικής, ανακουφιστικής φροντίδας και βοήθειας στο σπίτι.

Στο έκτο κεφάλαιο θα αναφερθούμε για τον ρόλο της τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνιών στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι, και τα οφέλη της στην ανάπτυξη των δικτύων νοσηλείας κατ' οίκον, εστιάζοντας στη διάγνωση, τη μείωση του κόστους περίθαλψης και την τηλεϊατρική ως καινοτόμο προσέγγιση.

Τέλος στο έβδομο κεφάλαιο αναλύεται το πλαίσιο ποιότητας για τις ευρωπαϊκές κοινωνικές υπηρεσίες από την Ομάδα Εργασίας του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Δικτύου (ESN), εστιάζοντας στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση, τη διασφάλιση δικαιωμάτων, την προσαρμογή υπηρεσιών στις ανάγκες του ατόμου, και τη διαχείριση υπηρεσιών για αποτελεσματική φροντίδα και διαφάνεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Έννοια της Υγείας

Η έννοια της υγείας αποτελεί έναν ευρύ και πολυδιάστατο όρο, που περιλαμβάνει διάφορες πτυχές και διαστάσεις, προωθώντας την έννοια της προληπτικής φροντίδας και της συνολικής ευεξίας. Είναι ένας συνδυασμός πολλών παραμέτρων, επηρεάζεται από την επιστημονική πρόοδο, τα παθοφυσιολογικά αίτια, τα κοινωνικοοικονομικά ζητήματα, καθώς και από πολιτικούς, ηθικούς, πολιτιστικούς παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην αλληλεξάρτηση μεταξύ υγείας και κοινωνίας. Αποτελεί το κυριότερο δικαίωμα κάθε ανθρώπου και ταυτίζεται με την κοινωνικοοικονομική πρόοδο μιας χώρας (Πιερράκος Γ. 2013).

Η έννοια της υγείας έχει υποστεί διάφορους ετυμολογικούς μετασχηματισμούς κατά τη διάρκεια της ιστορίας. Αρχικά, η υγεία συνδεόταν πρωτίστως με την ικανότητα του σώματος να επιτελεί τις βιολογικές του λειτουργίες, ενώ κάθε διαταραχή αυτών των λειτουργιών θεωρούνταν ασθένεια. Ωστόσο, ο ευρύτερα αποδεκτός σύγχρονος ορισμός της υγείας εισήχθη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 1946 όπου διατύπωσε το εξής: *«Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*(WHO 1946). Για πρώτη φορά εκτός από τις βιοϊατρικές θεωρήσεις, δίνεται έμφαση στην ψυχική και κοινωνική ευημερία. Ανεξάρτητα από τον ορισμό που επιλέγεται, η επίτευξη της υγείας απαιτεί τη μόχλευση των κοινοτικών πόρων. Ο Οργανισμός Δημόσιας Υγείας του Καναδά ορίζει την υγεία ως μια εποικοδομητική έννοια που αναδεικνύει τους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους, τις φυσικές ικανότητες, τις θετικές συνεισφορές και την ουσιαστική ύπαρξη σε έναν κόσμο γεμάτο προκλήσεις. Σημαίνει την κατοχή ολοκληρωμένων σωματικών, διανοητικών, συναισθηματικών και κοινωνικών ικανοτήτων που όχι μόνο ωφελούν τον εαυτό μας αλλά και συμβάλλουν θετικά στην κοινωνία, δημιουργώντας τελικά μια πιο λειτουργική, αρμονική και ακμάζουσα κοινότητα. (Oleribe O., Ukwedeh O. et al 2018)

Υπάρχουν πολλοί καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία όπως:

- Εισόδημα και κοινωνική θέση
- Δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης

- Εκπαίδευση
- Συνθήκες εργασίας/απασχόληση
- Κοινωνικές καταστάσεις
- Περιβαλλοντικές συνθήκες
- Προσωπικές πρακτικές υγείας και προσαρμοστικότητα
- Ανάπτυξη του παιδιού στα πρώτα του χρόνια
- Βιολογία και γενετικό πλεονέκτημα
- Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης
- Πολιτισμός. (Public Health Agency of Canada 2008)

Πριν από πενήντα χρόνια περίπου, ο ΠΟΥ θεωρούσε ότι η υγεία δεν πρέπει να χαρακτηρίζεται απλώς ως η απουσία ασθένειας, αλλά ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Η ιδεολογία αυτή, η οποία τεκμηριώνεται από μεταγενέστερα έγγραφα του ΠΟΥ, παραμένει ανεπαρκώς εφαρμοσμένη στην εθνική νομοθεσία και στους τυποποιημένους κώδικες πρακτικής, παρά τις εκκλήσεις του ΠΟΥ. Κατά συνέπεια, η άνιση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και η κοινωνική ανισότητα εξακολουθούν να υφίστανται, με την πλειοψηφία των χρηστών να αποκλείεται από την ανάπτυξη προτύπων και πολιτικών. (Habersack M. Luschin G. 2013)

Στη σύγχρονη κοινωνία, η έννοια της υγείας περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διασφάλιση και την ενίσχυση της συνολικής ευημερίας τόσο των ατόμων όσο και της κοινωνίας στο σύνολό της. Παρ' όλα αυτά, είναι αξιοσημείωτο ότι εξακολουθεί να μην υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός του όρου υγεία, τόσο μεταξύ των επιστημόνων όσο και μεταξύ του γενικού πληθυσμού. Εξακολουθεί να επικρατεί μια κυρίαρχη συναίνεση, η οποία αντικατοπτρίζει έναν πιο αρνητικό ορισμό, όπως διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος υποστηρίζει ότι υγεία είναι η απουσία ασθένειας. Ο παραπάνω ορισμός παρουσιάζει μια ιατροκεντρική τάση (Μαλάμου Θ. 2015).

Η έννοια της υγείας παρουσιάζει πολυδιάστατο χαρακτήρα, καθώς περιλαμβάνει πτυχές που αφορούν τη σωματική, νοητική και συναισθηματική ευεξία, παράλληλα με εκτιμήσεις κοινωνικών και πνευματικών διαστάσεων, καθώς και την υγεία του κοινωνικού περιβάλλοντος. (Πιερράκος Γ. 2015).

Η Διεθνής Ένωση για την Προαγωγή και την Εκπαίδευση της Υγείας ορίζει πως *«Η υγεία δημιουργείται όταν παρέχεται σε άτομα, οικογένειες και κοινότητες το εισόδημα, η εκπαίδευση και η εξουσία να ελέγχουν τη ζωή τους και οι ανάγκες και τα δικαιώματά τους*

υποστηρίζονται από συστήματα, περιβάλλοντα και πολιτικές που επιτρέπουν και συμβάλλουν σε καλύτερη υγεία». (McCartney G., Popham F. et al 2019)

Παρά τις αντικρουόμενες παραδοχές, υπάρχει μια καθολικά κοινή αποδοχή στο πεδίο των επιστημών υγείας και μεταξύ του γενικού πληθυσμού παγκοσμίως, ότι «η υγεία αποτελεί το πιο ανεκτίμητο ανθρώπινο αγαθό». Αυτό οφείλεται στη δυνατότητά της να επηρεάζει κάθε άτομο και να χρησιμεύει ως ακρογωνιαίος λίθος της ευημερίας του, επεκτείνοντας την επιρροή της σχεδόν σε κάθε πτυχή της ζωής, ακόμη και στην ίδια την ύπαρξή του. (Green J., Tones K. 2010)

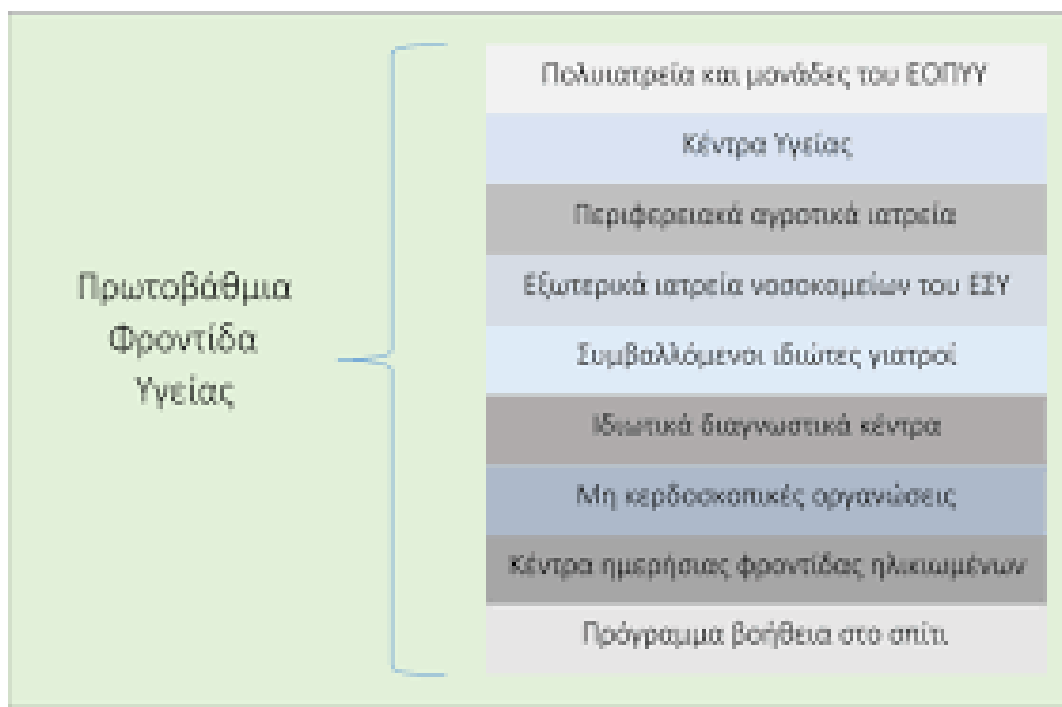
1.2. Γενικές Αρχές και σκοπός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, αποτελεί το αρχικό σημείο επαφής του ανθρώπου με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, καθιστώντας την υποχρεωτική ή προαιρετική επιλογή. Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα του 1978, η οποία υποστηρίχθηκε από 134 χώρες μέσω του ΠΟΥ και της UNICEF, είχε ως στόχο την επίτευξη “υγείας για όλους μέχρι το 2000” με την καθιέρωση της ΠΦΥ για την επίλυση των διαχειριστικών και οικονομικών θεμάτων των συστημάτων υγείας. Δυστυχώς, στην Ελλάδα, η ΠΦΥ δεν έχει δομηθεί επαρκώς για την πλήρη υλοποίηση αυτού του στόχου (Φιλαλήθης Α.2021).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ολοκληρωμένων υπηρεσιών που αποσκοπούν στην επίβλεψη, την ενίσχυση και τη διαφύλαξη της ανθρώπινης υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν την πρόληψη ασθενειών, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την συχνή παρακολούθηση, την φροντίδα και την αποκατάσταση της υγείας χωρίς την ανάγκη παραμονής σε νοσοκομείο. Την υποχρέωση για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών ΠΦΥ σε ολόκληρο τον πληθυσμό, την έχει το κράτος. (Μωραΐτης Ε. 2003)

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών, συμπεριλαμβανομένων γενικών γιατρών, ειδικών γιατρών, νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών, φυσιοθεραπευτών, επισκεπτών υγείας και κοινωνικών λειτουργών. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται πέρα από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και σε κέντρα υγείας, και κλινικές. Όλη αυτή η ομάδα επαγγελματιών υγείας αναφέρεται συχνά ως ομάδα υγείας (Σαρρής Μ, Σούλης Σ και συν.2001).

Η ΠΦΥ σύμφωνα με το Ν.4486/2017 «Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ» ΦΕΚ Α 115/ 7-8-217 παρέχεται από τα κέντρα υγεία του ΕΣΥ, τοπικές μονάδες υγείας ΤΟΜΥ, περιφερειακά ιατρεία, περιφερειακές κλινικές, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης ΟΤΑ, συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ πάροχοι (οικογενειακός γιατρός, ο προσωπικός γιατρός, κλινικές, διαγνωστικά κέντρα) και η κατ'οίκον νοσηλεία. Οι υπηρεσίες υγείας είναι δομημένες κατάλληλα για να παρέχουν, δωρεάν και ισότιμη υγειονομική περίθαλψη σε ολόκληρο τον πληθυσμό, ειδική φροντίδα στις ευάλωτες ομάδες και δέσμευση για παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσίες με παράλληλη διατήρηση της συνέχειας της φροντίδας των ασθενών. (Υπουργείο Υγείας, 2017)



Πίνακας 1. Φορείς που παρέχουν ΠΦΥ στην ελληνική κοινωνία σήμερα

Πηγή: Πετρέλης Μ, Δομάγερ Φ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το βήμα του Ασκληπιού, 2016.

Η ΠΦΥ διαδραματίζει ρυθμιστικό ρόλο στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, διευκολύνοντας την πρόσβαση των πολιτών, κατευθύνοντας την κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης και ελέγχοντας την πορεία των ασθενών σε διαγνωστικές, θεραπευτικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες. Επιπλέον, δίνει μεγάλη έμφαση στην προαγωγή της υγείας μέσω της συνεργασίας με διάφορες επαγγελματικές υπηρεσίες.

Κατά συνέπεια, λειτουργεί ως εργαλείο για τον έλεγχο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και την προώθηση του ορθολογικού σχεδιασμού των νοσοκομειακών υποδομών (Πιερράκος Γ. 2015).

Η ΠΦΥ προσανατολίζεται στη διασφάλιση και την ενίσχυση της υγείας του πληθυσμού μέσω μιας πολύπλευρης προσέγγισης που περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα, υπηρεσίες αγωγής υγείας, καθώς και θεραπεία και αποκατάσταση. Επιτυγχάνει το στόχο αυτό φέρνοντας τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης πιο κοντά στο σπίτι και στο επαγγελματικό περιβάλλον των ατόμων. (Πιερράκος Γ. 2018).

1.3. Εννοιολογικός προσδιορισμός των Συστημάτων Υγείας

Το σύστημα υγείας αναφέρεται σε ένα συνολικό πλαίσιο οργανωτικών, νομικών, οικονομικών και κλινικών δομών και διαδικασιών που έχουν σχεδιαστεί για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης και βοήθειας σε μια δεδομένη κοινότητα ή κράτος. Συμπεριλαμβάνει τις υποδομές, τους επαγγελματίες υγείας, τις υπηρεσίες, την χρηματοδότηση και την πολιτική διαχείριση, που απαιτούνται για την παροχή υγειονομικής φροντίδας σε μια κοινότητα ή μια χώρα. Αυτά τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζουν διαφορές από χώρα σε χώρα, με τις οργανωτικές τους δομές να εξαρτώνται από ένα πλήθος παραγόντων, όπως η πολιτική δυναμική, οι οικονομικές συνθήκες και η προσβασιμότητα των πόρων. Κάθε κράτος θεσπίζει και διαχειρίζεται το δικό του ξεχωριστό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, καθορίζοντας το εύρος της κάλυψης με βάση τις απαιτήσεις του πληθυσμού του και τους πόρους που διαθέτει (ανθρώπινο και νοσηλευτικό δυναμικό και υλικούς πόρους). Ωστόσο, η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα διασφαλίζοντας πως όλα τα άτομα έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας, στον κατάλληλο χρόνο και τόπο, χωρίς να υφίστανται οικονομικές επιβαρύνσεις (WHO 2000).

Τα συστήματα υγείας πρέπει να περιλαμβάνουν υπηρεσίες που να καλύπτουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την ανακουφιστική φροντίδα. Για την επίτευξη αυτού του στόχου απαιτείται εξειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό και σημαντικές επενδύσεις. Βασική προϋπόθεση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης είναι η δημιουργία ισχυρών συστημάτων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, με έμφαση όχι μόνο στην πρόληψη και τη θεραπεία

ασθενειών, αλλά και στην ενίσχυση της ευημερίας των ασθενών και της συνολικής ποιότητας ζωής στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (WHO 2000).

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί της έννοιας του συστήματος υγείας, ωστόσο κάθε ορισμός περιέχει τουλάχιστον τα τέσσερα δομικά χαρακτηριστικά που είναι: στοιχεία, σχέσεις, σκοπός, περιβάλλον. Ένας σύγχρονος ορισμός θεωρεί πως το σύστημα είναι μια έννοια που περιλαμβάνει διάφορα οργανωμένα και σύνθετα στοιχεία, όπως δομές, θεσμούς, υπηρεσίες, οργανισμούς, δίκτυα, άτομα και υλικά. Τα στοιχεία αυτά συνδέονται μεταξύ τους μέσω δυναμικών σχέσεων, στηριζόμενα σε συγκεκριμένους κανόνες που καθορίζονται από το νομοθετικό πλαίσιο μιας χώρας. Ο πρωταρχικός σκοπός ενός συστήματος είναι η επίτευξη συγκεκριμένων σκοπών και στόχων, καθιστώντας τις ενέργειές του σκόπιμες. Επιπλέον, ένα σύστημα διατηρεί ισχυρές διασυνδέσεις και περίπλοκες αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον του, γεγονός που το καθιστά υποσύστημα εντός ενός μεγαλύτερου συστήματος (Μπουρσανίδης Χ. 2020).

Εν κατακλείδι, ένα σύστημα υγείας είναι ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο που περιλαμβάνει διάφορους θεσμούς, ανθρώπινους, οικονομικούς και υλικούς πόρους και αποσκοπεί με τον κατάλληλο συντονισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού. Ένα υγιές σύστημα περιλαμβάνει, τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας περίθαλψης, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα στην παροχή υπηρεσιών, την καθολική πρόσβαση με πρωταρχικό στόχο τη βελτίωση, τη διατήρηση και εάν χρειαστεί, την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων μιας κοινωνίας, διατηρώντας παράλληλα την αξιοπρέπεια, την αυτονομία και την προστασία τους από τα οικονομικά βάρη της ασθένειας.(Παπαδόπουλος Κ. 2021)

1.4. Ο Ρόλος των συστημάτων Υγείας

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στη σημαντική αύξηση του προσδόκιμου ζωής που παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια του εικοστού αιώνα. Η συμβολή τους στην ενίσχυση της δημόσιας υγείας άφησε ανεξίτηλο σημάδι στη ζωή και την ευημερία δισεκατομμυρίων ατόμων σε ολόκληρο τον κόσμο. Η σημασία του ρόλου τους κλιμακώνεται συνεχώς. Παρ' όλα αυτά, είναι επιτακτική ανάγκη να αναγνωριστούν οι σημαντικές διαφορές στις δυνατότητες των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες οδηγούν σε έντονες διαφορές στα αποτελέσματα της

υγείας μεταξύ εθνών που φαινομενικά μοιράζονται παρόμοιους πόρους και δεξιότητες (WHO 2000).

Η ύπαρξη και η λειτουργία ενός συστήματος καθορίζεται από δύο βασικούς παράγοντες, την αξία των στόχων του και την ικανότητά του να επιτυγχάνει τους στόχους αυτούς προκειμένου να εξυπηρετεί τους σκοπούς του. Ο βασικός σκοπός ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι να ενισχύσει και να διασφαλίσει τη συνολική υγεία του πληθυσμού, συμβάλλοντας τελικά στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ως θεμελιώδη θεσμό στο πλαίσιο του κράτους πρόνοιας. Αυτός ο στόχος οδηγεί στην ευημερία και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων. Για την υλοποίηση αυτής της βασικής αποστολής, το σύστημα επικεντρώνεται στην παροχή υπηρεσιών και αγαθών προσαρμοσμένων στην αξιολόγηση των απαιτήσεων υγειονομικής περίθαλψης. Για να μπορεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας να λειτουργεί στο μέγιστο των δυνατοτήτων του και να προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες, θα πρέπει να διαθέτει την ικανότητα να αξιολογεί την αποτελεσματικότητά του όσον αφορά την επίτευξη των στόχων του, να επαναπροσδιορίζει τους στόχους αυτούς, όταν είναι απαραίτητο, να καταστρώνει στρατηγικές και να προγραμματίζει τις προσεγγίσεις που απαιτούνται για την επίτευξή τους (Σαρρής Μ, Σούλης Σ και συν.2001).

1.5. Κατηγορίες Συστημάτων Υγείας

Ο προσδιορισμός των συστημάτων υγείας βασίζεται στα παρακάτω συγκεκριμένα χαρακτηριστικά:

- Ισότητα στη χρηματοδότηση και τη χρήση των υπηρεσιών.
- Ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού με βάση τους διαθέσιμους πόρους.
- Εστίαση σε συγκεκριμένους τύπους υπηρεσιών υγείας.
- Η ισορροπία μεταξύ της παροχής υπηρεσιών του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, συμπεριλαμβανομένης της ασφάλισης.
- Ελευθερία επιλογής στην επιλογή παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.
- Αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Λιαρόπουλος 2007).

Τα συστήματα υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις θεμελιώδεις μορφές με βάση τη χρηματοδότησή τους, την παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας.

1) Το κρατικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης: Το σύστημα αυτό χρηματοδοτείται κυρίως από τους κρατικούς προϋπολογισμούς, με έσοδα που προέρχονται από τη φορολογία. Πρωταρχικός στόχος του είναι να εξασφαλίσει ισότιμη και δωρεάν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για το σύνολο του πληθυσμού. Προσπαθεί να καλύψει τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού παρέχοντας υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις. Η θεμελιώδης αρχή που διέπει το σύστημα αυτό είναι η αναγνώριση της υγειονομικής περίθαλψης ως κοινωνικό δικαίωμα για όλους τους πολίτες (Τούντας, 2008).

2.) Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης: Αυτό το σύστημα περιλαμβάνει ασφαλιστικά ταμεία που εκπροσωπούν παρόμοιες επαγγελματικές ομάδες. Εξασφαλίζει την υγειονομική κάλυψη μέσω της ασφάλισης, με γνώμονα τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, της συλλογικής κάλυψης του πληθυσμού και της υποχρεωτικής συμμετοχής. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων και περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, τόσο δημόσιων όσο και ιδιωτικών, κερδοσκοπικών ή μη, και συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών που παρέχονται από ανεξάρτητους επαγγελματίες ιατρούς (Τούντας, 2008).

3) Το ιδιωτικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης: Το σύστημα αυτό χρηματοδοτείται από ιδιωτικές δαπάνες και βασίζεται κυρίως σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι οικονομικοί του πόροι προέρχονται στο μεγαλύτερο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση. Σε αυτό το σύστημα, η ασφάλιση παρέχει στους καταναλωτές πλήρη ελευθερία στην επιλογή των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς και οι τιμές καθορίζονται σύμφωνα με την προσφορά και τη ζήτηση (Τούντας, 2008).

Συμπέρασμα

Η υγεία αντιπροσωπεύει ένα πολυδιάστατο όρο που περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία, όπως υπογραμμίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). Η υγεία δεν είναι απλά η απουσία ασθένειας, αλλά μια κατάσταση ολοκληρωμένης ευημερίας. Πολλοί παράγοντες, όπως η οικονομική κατάσταση και οι κοινωνικές συνθήκες, επηρεάζουν την υγεία. Η διασφάλιση πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη και η υποστήριξη πολιτικών για την υγεία είναι ζωτικής σημασίας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προσφέρει πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση, ενώ

διευκολύνει την πρόσβαση και ελέγχει τις δαπάνες, προσφέροντας ισότιμη φροντίδα σε όλο τον πληθυσμό. Τα συστήματα υγείας διαφέρουν ανάλογα με τη χρηματοδότηση, τις υπηρεσίες και τη διαχείριση. Επιδιώκουν υψηλή ποιότητα φροντίδας, δημόσια υγεία και ισότιμη πρόσβαση. Αν και έχουν συμβάλει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, εξακολουθούν να υπάρχουν διαφορές στην απόδοσή τους μεταξύ των εθνών. Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του πληθυσμού και να επικεντρώνεται στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Τα συστήματα υγείας κατηγοριοποιούνται σε κρατικά, κοινωνικά και ιδιωτικά, κάθε ένα με διαφορετικό μοντέλο χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

2.1. Ορισμός και στόχοι της κατ'οίκον νοσηλείας και φροντίδας

Η κατ' οίκον φροντίδα και νοσηλεία, μπορούν να οριστούν ως εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και υποστηρικτικής βοήθειας που παρέχονται σε ασθενείς οποιασδήποτε ηλικίας μέσα στο περιβάλλον της κατοικίας τους. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν ένα φάσμα ιατρικών, θεραπευτικών και μη ιατρικών παρεμβάσεων προσαρμοσμένων στις ανάγκες των ασθενών. Αφορά συνήθως άτομα που αναρρώνουν από ασθένεια, είτε αντιμετωπίζουν χρόνιες παθήσεις ή αναζητούν βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής καλύπτοντας τόσο τη σωματική όσο και την ψυχολογική υγεία (Καλοκαιρινού Α και συν 2014). Αντίστοιχα το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ έδωσε για την ΚΟΝ τον παρακάτω ορισμό:

«Η κατ' οίκον φροντίδα είναι η συνιστώσα εκείνη μίας συνεχούς περιεκτικής φροντίδας υγείας, από την οποία παρέχονται υπηρεσίες υγείας σε άτομα και οικογένειες στον τόπο διαμονής τους, με σκοπό την προώθηση, διατήρηση, ή αποκατάσταση της υγείας ή τη μεγιστοποίηση του επιπέδου λειτουργικής αυτονομίας, με παράλληλο περιορισμό των συνεπειών της ανικανότητας και της νόσου, συμπεριλαμβανόμενης και της νόσου τελικού σταδίου».

Αντίστοιχα το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Οικονομικών διαχωρίζει τους ορισμούς της κατ' οίκον νοσηλείας και νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι.

Ως κατ' οίκον νοσηλεία η οποία καθιερώνεται από τα Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ορίζεται η παροχή υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης και ιατρικών διαδικασιών που ευθυγραμμίζονται με τους στόχους του συστήματος κατ' οίκον νοσηλείας. Αυτές οι υπηρεσίες χορηγούνται εντός της κατοικίας του ασθενούς και εφαρμόζονται σε ενήλικες, εφήβους και παιδιά με βαριές και περίπλοκες καταστάσεις υγείας ή και χρόνιες ασθένειες. Τα άτομα αυτά χρειάζονται παρατεταμένη νοσηλεία που συνήθως παρέχεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον, αλλά και εντός της οικίας τους (ΦΕΚ Β3396/19-05-2023).

Ως νοσοκομειακή φροντίδα κατ' οίκον, ορίζεται η φροντίδα του ασθενή εντός των ορίων της κατοικίας του, υπό συνθήκες που προσομοιάζουν με τη νοσηλεία σε νοσοκομείο. Αυτό συνεπάγεται την παροχή ιατρικής υποστήριξης, συνεχή έλεγχο και ταυτόχρονη βοήθεια από εξειδικευμένους φροντιστές (όπως γονείς και άλλα μέλη της

οικογένειας) που έχουν εκπαιδευτεί για να ανταποκριθούν στις ειδικές απαιτήσεις του ασθενούς. Ταυτόχρονα, διασφαλίζει τη γρήγορη πρόσβαση στο νοσοκομείο παραπομπής ή σε μια καθορισμένη μονάδα υγείας σε περίπτωση που η πορεία της υγείας του το απαιτεί. Επομένως η νοσοκομειακή φροντίδα κατ' οίκον έχει δύο λειτουργίες την εξωνοσοκομειακή φροντίδα αλλά και την ενδονοσοκομειακή όταν είναι αναγκαία (ΦΕΚ Β3396/19-05-2023).

Ο πολύπλευρος ρόλος της κατ' οίκον φροντίδας περιλαμβάνει τους παρακάτω βασικούς στόχους, αποτρέποντας τη νοσηλεία των ασθενών σε νοσοκομείο ή σε ίδρυμα (Καλοκαιρινού Α και συν 2014):

- Πρόληψη και αναβάθμιση της υγείας δίνοντας έμφαση στην πρόληψη ατυχημάτων, και υποστήριξη στις οικογένειες.
- Προαγωγή της ευημερίας της ανεξαρτησίας και της ποιότητας των ασθενών.
- Αποκατάσταση και θεραπεία σε ασθενείς που χρειάζονται μετεγχειρητική φροντίδα.
- Εκπαίδευση και συμβουλές καθοδήγησης, σχετικά με τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, την προσωπική υγιεινή και την ψυχολογική υποστήριξη τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους.
- Φροντίδα ηλικιωμένων με σκοπό την εξασφάλιση και παροχή ποιοτικής φροντίδας προσαρμοσμένη στις ανάγκες τους.
- Τεχνολογικές εξελίξεις που αποβλέπουν στην ενσωμάτωση σύγχρονων τεχνικών και διαχειριστικών εργαλείων, υλικού και λογισμικού για την προσαρμογή των παραδοσιακών ιατρικών πρακτικών στις σύγχρονες απαιτήσεις υπηρεσιών υγείας.

Η φιλοσοφία της ΚΟΝ επικεντρώνεται στην παροχή ιατρικής περίθαλψης στο άνετο περιβάλλον του σπιτιού του ασθενούς, με την ενεργό συμμετοχή των μελών της οικογένειας, γλυτώνοντας την κλινική και απρόσωπη ατμόσφαιρα ενός νοσοκομείου. Επομένως πρωταρχικός στόχος όλης αυτής της διαδικασίας είναι η αναζωογόνηση του ασθενούς, ελαχιστοποιώντας την εξάρτησή του από άλλους και ενισχύοντας την αυτοφροντίδα και την ανεξαρτησία του. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία στην άνεση του σπιτιού τους, περιτριγυρισμένοι από τις οικογένειές τους, παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες αντιμετώπισης των ασθενειών τους, είναι πιο ικανοί στο να ακολουθούν τα θεραπευτικά τους σχέδια και βιώνουν ταχύτερη αποκατάσταση της ψυχικής τους ευεξίας. (Ντούμας Σ. 2021)

2.2. Ιστορική εξέλιξη της κατ' οίκον φροντίδας και νοσηλείας

Η κατ' οίκον νοσηλεία, η οποία έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα, αρχικά δεν είχε τη δομή μιας αμειβόμενης επαγγελματικής οργάνωσης για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά ήταν μια άτυπη και μη οργανωμένη πρακτική. Κατά τη βυζαντινή εποχή πριν από την ίδρυση των μοναστηριών και την ανάπτυξη των σύγχρονων νοσοκομείων, η φροντίδα γινόταν κυρίως μέσα στα σπίτια. Η χριστιανική εκκλησία διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο με την ίδρυση του Τάγματος των Διακονισσών, σηματοδοτώντας μία από τις πρώτες οργανωμένες πρωτοβουλίες για κατ' οίκον φροντίδας στο σπίτι. Αυτές οι διακόνισσες είχαν μια ξεχωριστή ευθύνη, για την παροχή βοήθειας στους φτωχούς και στην ανακούφιση τους από τον πόνο και όχι στην επιδίωξη ολοκληρωμένης ιατρικής θεραπείας ή πρόληψης ασθενειών. Αυτή η παράδοση διατηρήθηκε μέχρι τον πέμπτο και έκτο αιώνα. (<https://www.voitheiaospiti.gr>)

Πριν από την εποχή της Florence Nightingale στην Ευρώπη, η κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα παρέχονταν κυρίως από λαϊκές και θρησκευτικές ομάδες, συχνά από τις κατώτερες τάξεις, οι οποίες προσέφεραν εθελοντικά τις υπηρεσίες τους από συμπόνια για τους συμπολίτες τους. Η Florence Nightingale έφερε επανάσταση στη νοσηλευτική, θέτοντας υψηλότερα πρότυπα και ιδρύοντας νοσηλευτικές σχολές που εκπαίδευαν επαγγελματίες ικανούς να φροντίζουν τόσο τις οξείες όσο και τις χρόνιες ανάγκες μέσα στις κοινότητες. Το 1859 ο William Rathbone, πρωτοστάτησε στο πρώτο πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας στο Λίβερπουλ της Αγγλίας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, στη Βοστώνη δημιουργήθηκε το πρώτο πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας το 1796, ενώ η Ιεραποστολή της Νέας Υόρκης δημιούργησε το πρώτο πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας το 1877. (Clemen S. et.al 1987)

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, εδώ και κάποιες δεκαετίες οι υπηρεσίες ΚΟΦ προσφέρονται από διάφορους φορείς, όπως ο δημόσιος τομέας, ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, εθελοντές και οικογένειες. Οι υπηρεσίες αυτές απευθύνονται σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις και σε άτομα που χρειάζονται περίθαλψη μετά από το νοσοκομείο. Σε αυτό το πλαίσιο, η ΚΟΦ εποπτεύεται κυρίως από επαγγελματίες υγείας της κοινότητας. Ειδικεύονται σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις για συγκεκριμένες ασθένειες και ευρύτερα θέματα υγείας, με αυστηρή εκπαίδευση τόσο στη θεωρία όσο και στην πράξη, ώστε να παρέχουν εξατομικευμένη φροντίδα στους κατοίκους της κοινότητας. Επιπλέον, αναλαμβάνουν την ευθύνη της αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών και των

οικογενειών τους, διασφαλίζοντας έτσι την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας (Χρυσόχοου Ε. 2019).

Η Ελλάδα έχει τους δικούς της πρωτοπόρους στον τομέα της κατ' οίκον νοσηλείας. Το 1875 ιδρύεται η Σχολή Ευαγγελισμού, το 1923 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός εφάρμοσε εξάμηνη εκπαίδευση στη Δημόσια Υγιεινή για την προστασία των καταυλισμών των προσφύγων, το 1979 πάλι ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός μέσω του Κέντρου Υγείας του Βύρωνα εφαρμόζει την ΚΟΝ για την παροχή υπηρεσιών στους ηλικιωμένους ασθενείς. Το 1979 το Νοσοκομείο ΜΕΤΑΞΑ ξεκίνησε την πειραματική λειτουργία της ΚΟΝ, ακολούθησαν το 1987 το Νοσοκομείο Άγιοι Ανάργυροι, το 1999 το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου Αχιλλοπούλειο, όπου στη συνέχεια υιοθετήθηκαν και άλλες δομές, αναβαθμίζοντας το επίπεδο λειτουργίας και αποτελεσματικότητας. (<https://www.voitheiaospiti.gr>).

2.3. Θεσμικό πλαίσιο κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας στην Ελλάδα

Η κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί ξεχωριστή ειδικότητα στον τομέα της κοινοτικής νοσηλευτικής, διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο και στις τρεις βαθμίδες πρόληψης της υγείας (Καλοκαιρινού και συν. 2005).

Στην Ελλάδα, η μετάβαση προς μια προσέγγιση προσανατολισμένη στην πρόληψη αποτελεί θεμελιώδη στόχο του εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η αλλαγή αυτή αποτελεί τη θεμελιώδη αρχή της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, με ιδιαίτερη έμφαση στην δημιουργία νέων μονάδων κατ' οίκον φροντίδας και αποκατάστασης για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας του συστήματος. Ιστορικά, η δημιουργία υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας παρέμενε σε μεγάλο βαθμό αχαρτογράφητο έδαφος στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Μέχρι σήμερα δεν έχει υποστηριχθεί ή αναπτυχθεί (Χατζηανδρέου Ε., Σουλιώτης Κ.2005).

Ο θεσμός της Κ.Ο.Ν. αποτελεί ορόσημο στο χώρο των υπηρεσιών περίθαλψης, ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1979 με την ίδρυση της αντίστοιχης υπηρεσίας στο νοσοκομείο Μεταξά. Πρωταρχικός στόχος ήταν να ενισχύσουν τη συνολική ευημερία των καρκινοπαθών. Η έναρξη της κατ' οίκον υπηρεσίας, σηματοδότησε μια πρωτοποριακή φάση που χαρακτηρίζεται από φιλανθρωπία, θετικότητα και, κυρίως, συμπόνια για τους συνανθρώπους μας που αντιμετωπίζουν προκλήσεις υγείας. Το θεσμικό πλαίσιο και όλες

οι νομοθετικές διατάξεις που διέπουν την κατ' οίκον φροντίδα, όπως τροποποιήθηκαν και παραμένουν σε ισχύ μέχρι σήμερα είναι:

1. Ν.1397/1983(ΦΕΚ 143 Α/07-10-1983) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»,παρ. 1(β), άρθρο 15, «Σκοπός των Κέντρων Υγείας». Ο νόμος 1397/1983 αποτέλεσε κομβικό σημείο στην ιστορία της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Αποσκοπούσε στη βελτίωση της προσβασιμότητας στην υγειονομική περίθαλψη, καθιερώνοντας έναν ενιαίο, δημόσια χρηματοδοτούμενο φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελλάδα είχε ήδη ξεκινήσει τις προσπάθειες για τη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης δημόσιας υπηρεσίας υγείας, αντικατοπτρίζοντας τις τάσεις που παρατηρήθηκαν σε ολόκληρη την Ευρώπη (Σωτηριάδου και συν, 2011). Με τις διατάξεις του ίδιου νόμου άρθρο 15 παρ.1β τα κέντρα υγείας αποσκοπούσαν στην παροχή φροντίδας και συνεχούς παρακολούθησης των ασθενών κατά τη φάση της ανάρρωσής τους ή μετά την αποχώρησή τους από το νοσοκομείο.

2. Ν.2071/1992(ΦΕΚ 123 Α/15-07-1992) «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.» α) παρ. 2, άρθρο 16 «Σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης», β) παρ. 2, άρθρο 28 «Κατ' οίκον νοσηλεία», γ) παρ. 1,2,3,4, άρθρο 29 «Μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας». Καθιερώνεται το σύστημα της κατ' οίκον νοσηλείας. Το κράτος είναι υπεύθυνο για τη δημιουργία, τη λειτουργία, την οργάνωση, στελέχωση και την εποπτεία των μονάδων της ΚΟΝ με σκοπό να διασφαλίσουν την υγεία των ασθενών.

3. Ν.2519/1997 (ΦΕΚ Α' 165/21.08.1997) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», παρ. 2, άρθρο 21 «Παροχή μετανοσοκομειακής και ειδικής φροντίδας».

Ο νόμος 2519/1997, δίνει σημασία στα δικαιώματα και στην προστασία των πολιτών ως προς την παροχή της υγειονομικής τους περίθαλψης, θεσπίζοντας διοικητικές αρχές για τη διασφάλισή τους. Επιπλέον, περιλαμβάνει διατάξεις που αποσκοπούν τόσο στην αναδιάρθρωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης όσο και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητάς του. Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 21 παρ.2 του ίδιου νόμου τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ, έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών και τα κριτήρια για κατ' οίκον νοσηλεία. Η απόφαση αυτή περιγράφει επίσης την οργάνωση, τους όρους, το

ωράριο και τις διαδικασίες παροχής των υπηρεσιών αυτών από τα νοσοκομεία, καθώς και τους γενικούς όρους εφαρμογής των διατάξεων.

4. Ν.3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α'10-02-2003) «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις», άρθρο 13 «Βοήθεια στο σπίτι», άρθρο 17 «Ξενώνες Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Αγωγής Ασθενών». Ο νόμος αυτός εστιάζει στην αναδιοργάνωση των συστημάτων κοινωνικής φροντίδας. Με το άρθρο 13 δίνεται η δυνατότητα δημιουργίας προγραμμάτων «Βοήθειας στο Σπίτι» με σκοπό να εξασφαλίσουν φροντίδα σε ηλικιωμένους και σε άτομα με αναπηρία ή με προβλήματα υγείας ώστε να μπορούν να ζουν με αξιοπρέπεια και ανεξαρτησία. Το άρθρο 17 επιτρέπει σε κοινωφελή ιδρύματα και μη κερδοσκοπικά νομικά πρόσωπα να λειτουργήσουν ξενώνες, που να απευθύνονται σε ασθενείς οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει όλες τις απαραίτητες ιατρικές θεραπείες σε νοσοκομεία και αναζητούν παρηγορητική φροντίδα και νοσηλευτική βοήθεια.

5. Ν.3235/2004 (ΦΕΚ 53 Α'18-02-2004) «Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας», α) παρ. 3, άρθρο 3 «Ειδικές πρόσθετες υπηρεσίες στα Κέντρα Υγείας», β) παρ. 4, άρθρο 8 «Έργο Νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Ο νόμος αναφέρεται αποκλειστικά στην ΠΦΥ, το άρθρο 3 δίνει έμφαση στις πρόσθετες υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας για τη νοσηλεία στο σπίτι και τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, ενώ το άρθρο 8 του ίδιου νόμου εστιάζει στο έργο του νοσηλευτή και στον τρόπο παροχής υπηρεσιών του.

6. Ν.4199/2013 (ΦΕΚ 216 Α' 11-10-2013) άρθρο 127 ενότητα Γ, Ζ «Κατ'οίκον Νοσηλεία στο πλαίσιο του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Θεσμοθετείται ολοκληρωμένο πρόγραμμα της ΚΟΦ, που εποπτεύεται από κοινού από τα Υπουργεία Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, καθώς και από το Υπουργείο Εσωτερικών, με στόχο να εξασφαλίσει τη φροντίδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία μέσα στο σπίτι τους και στο οικείο περιβάλλον τους. Η πρωτοβουλία αυτή αποσκοπεί στην πρόληψη της ανάγκης μετεγκατάστασης τους σε κλειστές δομές φροντίδας καθώς και στην αποφυγή κοινωνικής απομόνωσης. Παρέχει υποστήριξη σε ανασφάλιστους και άτομα με οικονομική στέρηση.

7. Ν.4272/2014 (ΦΕΚ 145 Α'11-047-2014) παρ.1, άρθρο 35 «Κατ' οίκον νοσηλεία σε Μονάδες και Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Μονάδες Οικογενειακού Προγραμματισμού και Μονάδες Φροντίδας Μητέρας - Παιδιού». Με τις διατάξεις αυτού

του άρθρου επεκτείνεται η ΚΟΝ πέρα από τις Μονάδες Υγείας του ΕΣΥ και σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου κερδοσκοπικά και μη καθώς και σε Ιδιώτες και Επαγγελματίες Υγείας.

Από το 1983 η νομοθεσία αποτελεί τη βάση για τις υπηρεσίες ΚΟΦ στο σύστημα του ΕΣΥ. Ωστόσο, ήταν αξιοσημείωτη η απουσία σχετικών Προεδρικών Διαταγμάτων και Υπουργικών Αποφάσεων για τον καθορισμό των όρων και των προϋποθέσεων για την ίδρυση, τη στελέχωση και τη λειτουργία των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης (Μπέζας, 2014).

8. Κοινή Υπουργική Απόφαση Κ.Υ.Α ΔΥ8/Β/οικ.89126 (ΦΕΚ Α 1534/17-8-2007). Σύμφωνα με την ΚΥΑ αποτυπώνονται όλες οι προϋποθέσεις, οι όροι και οι προδιαγραφές για την σύσταση και λειτουργία των Ξενώνων Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Φροντίδας Ασθενών.

9. Ν.4931/2022(ΦΕΚ Α 94/13.5.2022) «Γιατρός για όλους ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στο ΕΣΥ». Με το άρθρο 50 «Οργάνωση της ΚΟΝ και ΚΟΦ σε μονάδες Υγείας του ΕΣΥ» ως αντικατάσταση του άρθρου 28 Ν. 2071/1992, καθιερώνεται η κατ' οίκον νοσηλεία ως μια υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στους πολίτες στο οικείο περιβάλλον τους από Διατομεακά Τμήματα ή από Μη Αυτόνομες Μονάδες , τα οποία λειτουργούν στα Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), καθώς και από δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι γιατροί και οι επαγγελματίες υγείας, που ορίζονται από τις περιφερειακές υγειονομικές διοικήσεις, παρέχουν φροντίδα στην κατοικία των ασθενών, για όσους έχει εγκριθεί η παροχή υπηρεσιών ΚΟΝ. Με το **άρθρο 51 «ΚΟΝ σε Μονάδες και Φορείς ΠΦΥ ως αντικατάσταση παρ.1του άρθρου 35 Ν.4272/2014.** Η ΚΟΝ στις Μονάδες και τα Ιδρύματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθιερώνεται και διοικείται εκτός του ΕΣΥ και από διάφορους φορείς, συμπεριλαμβανομένων δημόσιων και ιδιωτικών οργανισμών, κερδοσκοπικών και μη, καθώς και τοπικών αρχών που είναι αρμόδιες για τις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, στην παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας συμμετέχουν ιδιώτες επαγγελματίες υγείας με τα κατάλληλα προσόντα.

10.Ν.5007/2022(ΦΕΚ 241/Α/23-12-2022)«Ολοκληρωμένο Σύστημα Παροχής Ανακουφιστικής Φροντίδας - Ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και την προστασία της δημόσιας υγείας και άλλες επείγουσες

ρυθμίσεις.», όπου στα άρθρα 1 έως 15 γίνεται αφορά για τη δημιουργία, τη διάρθρωση τη λειτουργία και το σκοπό ενός αυτόνομου πλαισίου για την παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας. Το πλαίσιο αυτό σχεδιάστηκε με πρωταρχικό στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από ασθένεια που απειλεί τη ζωή τους ή από ασθένεια που εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου. Αναπόσπαστο μέρος αυτής της προσέγγισης είναι η ενσωμάτωση αυτών των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας με τις υπάρχουσες συνιστώσες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η συγχώνευση αυτή έχει σχεδιαστεί για να αντιμετωπίσει και να καλύψει τις ιδιαίτερες απαιτήσεις αυτών των ασθενών και των οικογενειών τους.

11. ΚΥΑ Αριθμ. Γ2α/οικ.28804/2023 (ΦΕΚ 3396/Β/19-5-2023)«Νοσοκομειακή Κατ' Οίκον Νοσηλεία και Φροντίδα Υγείας», όπου γίνεται αναφορά: στους όρους και τις προϋποθέσεις του πλαισίου εφαρμογής της ΚΟΝ, στη στελέχωση που αποτελείται από ιατρούς και νοσηλευτές, στις λειτουργίες του προγράμματος που διακρίνονται στην εξωνοσοκομειακή παροχή φροντίδας στην κατοικία του ασθενή και στην ενδονοσοκομειακή. Κέντρο Αναφοράς του προγράμματος ΚΟΝ έχει οριστεί η Κλινική ή Τμήμα Νοσοκομείου στο οποίο νοσηλεύτηκε ο ασθενής και θα συνεχίσει τη νοσηλεία του στο οικείο του περιβάλλον, στην κατοικία του. Η ΚΥΑ εφόσον οι ασθενείς πληρούν τις προϋποθέσεις απευθύνεται: α)σε παιδιά και ενήλικες που πάσχουν από χρόνια νοσήματα (καρδιολογικά νευρολογικά, αναπνευστικά, κινητικά και άλλα), β)καρκινοπαθείς εάν απαιτείται ογκολογική θεραπεία στο σπίτι.

Η εφαρμογή του θεσμού αυτού έχει αναμφισβήτητα τη δυνατότητα να ενισχύσει τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, προσφέροντας αποτελεσματική και αποδοτική φροντίδα, ιδίως για τους ευπαθείς πληθυσμούς. Η βελτίωση αυτή θα επηρεάσει θετικά την ποιότητα την ασφάλεια, και την ικανοποίηση των ασθενών, υπό την προϋπόθεση της σωστής επαγγελματικής κατάρτιση και οργάνωσης.

2.4. Θεμελιώδεις αρχές της κατ' οίκον φροντίδας

Η ΚΟΦ περιστρέφεται γύρω από πέντε βασικούς πυλώνες, η αποτελεσματική υλοποίηση των οποίων είναι επιτακτική ανάγκη για τη βιωσιμότητά της ως μοντέλο παροχής εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Αυτοί οι πυλώνες περιγράφονται ως εξής (Stanhope M, Lancaster J., 2009).:

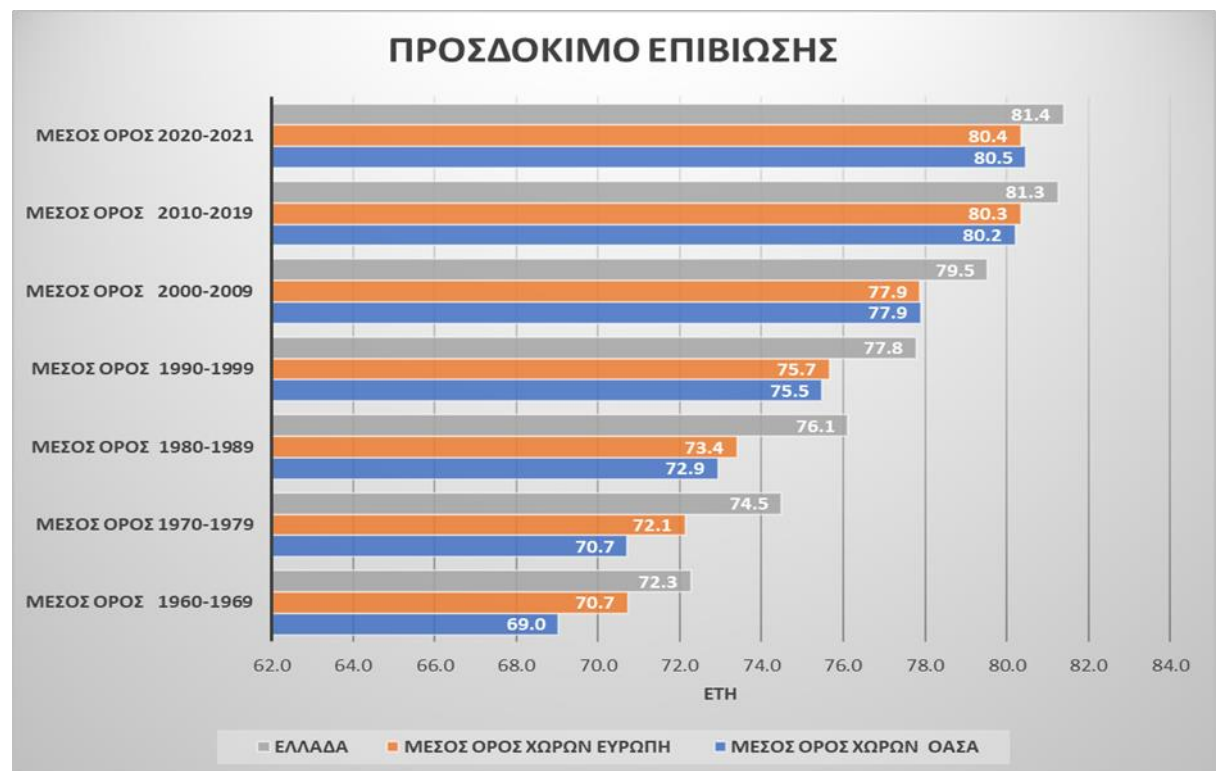
- **Δημιουργία κατάλληλων μοντέλων παροχής φροντίδας:** Η δημιουργία τους είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση της κατάλληλης και αποτελεσματικής παροχής φροντίδας στους ασθενείς, γεγονός που συχνά απαιτεί την οικονομική υποστήριξη από σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.
- **Παροχή ειδικής υποστηρικτικής φροντίδας για ασθενείς με ιδιαίτερες ανάγκες:** Πρέπει να υποστηρίζονται τα άτομα που αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες ιατρικές παθήσεις ή αναπηρίες, αντιμετωπίζοντας έτσι τις ειδικές προκλήσεις τους.
- **Αγωγή υγείας για τα μέλη της οικογένειας:** Η διάδοση των γνώσεων που σχετίζονται με την υγεία στα μέλη της οικογένειας, ιδίως όσον αφορά την πρόληψη και τη θεραπεία συγκεκριμένων ασθενειών, αποκτά καθοριστικό ρόλο στο πλαίσιο αυτό.
- **Έμφαση και ενίσχυση του ρόλου της οικογένειας στη θεραπεία:** Αξίζει να τονίσουμε το ρόλο της οικογένειας στη διευκόλυνση της επιτυχούς διαχείρισης της ασθένειας ή της αναπηρίας. Απώτερος στόχος είναι η βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής όλων των εμπλεκόμενων ατόμων.
- **Προώθηση ενός περιβάλλοντος που προάγει την υγεία:** Η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που θα ευνοεί την κατ' οίκον φροντίδα είναι υψίστης σημασίας. Το περιβάλλον αυτό θα πρέπει να είναι δομημένο έτσι ώστε να αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση της κατ' οίκον φροντίδας, ενώ ταυτόχρονα να αποδίδει τα επιθυμητά αποτελέσματα για τον ασθενή.

2.5. Παράγοντες αύξησης της κατ' οίκον νοσηλείας και η σημασία της στο Σύστημα Υγείας

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, ο δυτικός κόσμος παρουσιάζει μια αξιοσημείωτη αύξηση της ιατρικής περίθαλψης στο σπίτι. Η τάση αυτή οφείλεται σε παράγοντες όπως η αύξηση του πληθυσμού ηλικιωμένων και χρόνιων ασθενών, η περιορισμένη πρόσβαση σε νοσοκομειακές υπηρεσίες σε ορισμένες περιοχές, η τεχνολογική πρόοδος που επιτρέπει την κατ' οίκον περίθαλψη, η αύξηση του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης, η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, η αυξημένη συμμετοχή των ασθενών, η προτίμηση ορισμένων να λαμβάνουν ιατρική περίθαλψη στο σπίτι τους, αλλά και η κοινωνικοοικονομική κρίση.

Στη δεκαετία του 1960, παρατηρείται βελτίωση του προσδόκιμου ζωής, κυρίως λόγω της ανάπτυξης της τεχνολογίας και των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης καθώς και της ανακάλυψης πρωτοπόρων θεραπειών. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα, το μέσο προσδόκιμο ζωής των χωρών από το 1960 έως το 2021 μεγάλωσε κατά 11,5 έτη, καταλήγοντας το 2020-2021 σχεδόν στα 80,5 έτη. Παράλληλα, το προσδόκιμο ζωής στις ευρωπαϊκές χώρες από τη δεκαετία του 1960 έφθασε από την ηλικία των 70,7 ετών στην ηλικία των 80,4 ετών στις χρονιές του 2020-2021. Παρατηρείται πως την ίδια ακριβώς χρονική περίοδο, το προσδόκιμο ζωής στους Έλληνες ξεπέρασε τα όρια των ευρωπαϊκών χωρών αλλά και των χωρών του ΟΟΣΑ, αγγίζοντας την περίοδο 2020-2021 τα 81,4 χρόνια.

Γράφημα 1. Προσδόκιμο επιβίωσης



Πηγή: ΟΑΣΑ 2023 (Ιδία διαμόρφωση)

Τα διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης διαφέρουν ως προς τους στόχους τους όσον αφορά την ΚΟΝ. Οι στόχοι αυτοί περιλαμβάνουν την εξυπηρέτηση απομακρυσμένων και μικρών πληθυσμών, την ενίσχυση της προσβασιμότητας, την ανακούφιση των νοσοκομείων και την ικανοποίηση των προτιμήσεων των ασθενών. Κοινός στόχος όλων αυτών των συστημάτων είναι η εφαρμογή μέτρων εξοικονόμησης

κόστους χωρίς να διακυβεύεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Netta Bentur 2001).

Η δημιουργία του θεσμού της κατ' οίκον φροντίδας στην Ελλάδα, έχει ενταχθεί στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η εξέλιξη αυτή οφείλεται κατά κύριο λόγο στις αναγνωρισμένες ελλείψεις του ελληνικού συστήματος ΠΦΥ, οι οποίες περιλαμβάνουν ανεπάρκειες τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό όσο και σε υλικοτεχνικούς πόρους. Η εφαρμογή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας σε μεγάλα αστικά κέντρα υπόσχεται πολλά, προσφέροντας μια βιώσιμη λύση στις αμέτρητες προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα το ΕΣΥ στην Ελλάδα (Ντούμας Σ. 2021).

Έχοντας υπόψη όλους τους παράγοντες που οδηγούν στην αύξηση της κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας είναι επιτακτική ανάγκη η ανάπτυξη στους παρακάτω τομείς:

Ενδυνάμωση ασθενούς-Υποστήριξη Αυτοφροντίδας	Λήψη Αποφάσεων	Οργάνωση συστήματος διανομής	Κλινική Πληροφορία
Ενδυνάμωση Υγείας σε 3 επίπεδα: Α. Βιολογική Β. Κοινωνική Γ. Ψυχοσυναισθηματική ενδυνάμωση και υποστήριξη της Οικογένειας του ασθενούς και των Φροντιστών	Αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς : α) Τυποποίηση διαδικασιών β) Χρήση πρωτοκόλλων και εντύπων γ) Παρακολούθηση εξέλιξης κατάστασης ασθενούς με δείκτες.	Διατομεακή επικοινωνία και συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας Α. Οριζόντια διασυνδετική με κοινωνικές και άλλες υπηρεσίες Β. Κάθετη σύνδεση με Νοσοκομειακές Μονάδες Γ. Αξιοποίηση πόρων και δομών της Τοπικής Αυτοδιοίκησης Δ. Αξιοποίηση εθελοντικών άτυπων Δικτύων	Ιατρικός φάκελος φροντίδας. Δημιουργία ενιαίου περιβάλλοντος επικοινωνίας όλων των επαγγελματιών υγείας. Αξιοποίηση των επιδημιολογικών δεδομένων ως εργαλείου πολιτικής για την παρακολούθηση της ζήτησης. Ασφάλεια δεδομένων Διαβάθμιση πρόσβασης σε δεδομένα.

Πίνακας 2. Τομείς ανάπτυξης κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας

Πηγή: Οργάνωση και Διοίκηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Γ. Πιερράκος 2018

Η δυνατότητα των ασθενών να υποβάλλονται σε ιατρικές εξετάσεις στο σπίτι τους αντί να επισκέπτονται ένα δημόσιο νοσοκομείο προσφέρει σημαντικά οφέλη τόσο για το

σύστημα υγειονομικής περίθαλψης όσο και για τους ίδιους τους ασθενείς. Το πλεονέκτημα αυτό γίνεται ιδιαίτερα έντονο όταν ο γιατρός είναι ο τακτικός οικογενειακός γιατρός του ασθενούς ή γνωρίζει το ιατρικό ιστορικό του. Η προσέγγιση αυτή εξοικονομεί χρόνο, προσωπικό και οικονομικούς πόρους στο πλαίσιο του συστήματος πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα δημιουργεί νέες ευκαιρίες απασχόλησης στα δημόσια ιδρύματα για ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό που ειδικεύεται στην κατ' οίκον περίθαλψη (Munro & Campbell, 2002).

Επομένως η ΚΟΝ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση του ΕΣΥ, με την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη να βρίσκεται στο επίκεντρο. Αντιπροσωπεύει το μέλλον του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της τηλεϊατρικής μιας τάσης που ακολουθούν πολλές ευρωπαϊκές χώρες.

2.6. Ο ρόλος του Γιατρού της Διεπιστημονικής Ομάδας και της Οικογένειας στην κατ' οίκον νοσηλεία

Στη ΚΟΝ ο ρόλος του γιατρού μπορεί να ποικίλλει σημαντικά, ανάλογα με το μοντέλο παροχής υπηρεσιών που χρησιμοποιείται και τα κλινικά καθήκοντα που απαιτούνται στη φροντίδα του ασθενούς. Διάφορα μοντέλα, όπως η πρόωρη έξοδος και η αποφυγή εισαγωγής, συνεπάγονται διαφορετικές ευθύνες για τους εμπλεκόμενους ιατρούς. Αυτό περιλαμβάνει ένα φάσμα ιατρικών επαγγελματιών, από γενικούς ιατρούς της κοινότητας έως γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι συμμετέχουν στην παροχή φροντίδας ΚΟΝ. Αναγνωρίζοντας την ανάγκη της εξειδικευμένης κατάρτισης για την ΚΟΝ, υπάρχει αυξανόμενη ζήτηση τόσο για ποιοτική όσο και για ποσοτική βιβλιογραφία που να υποστηρίζει αυτή την ανάγκη. Είναι απαραίτητο οι ιατροί της ΚΟΝ να διαθέτουν εξειδικευμένη εκπαίδευση παρόμοια με εκείνη των νοσοκομειακών ιατρών. Ταυτόχρονα, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο συντονίζοντας τη φροντίδα των ασθενών που τους έχει ανατεθεί, η οποία περιλαμβάνει τη συγκέντρωση και την εξέταση κλινικών δεδομένων, τη διενέργεια βασικών εξετάσεων, διαδικασιών και θεραπειών. Οι γιατροί θα πρέπει να είναι ικανοί να εκτελούν παρόμοια καθήκοντα με εκείνα που αναλαμβάνονται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών. Όλη η διεπιστημονική ομάδα χρειάζεται εξειδικευμένη εκπαίδευση προσαρμοσμένη στις απαιτήσεις των ασθενών που χρήζουν κατ' οίκον φροντίδας. Ένας γιατρός και άλλα μέλη της ομάδας θα

πρέπει, να παρέχουν ιδιαίτερη εκπαίδευση και κατάρτιση σε ασθενείς και οικογένειες για κατ' οίκον φροντίδα (Henil Y. et.al. 2021).

Ο ρόλος του γιατρού και του νοσηλευτή στη φροντίδα των ασθενών κατ' οίκον περιλαμβάνει καθήκοντα όπως (healthpro):

- Διενέργεια κλινικών εκτιμήσεων για τη διάγνωση των ασθενών, τη δημιουργία σχεδίων θεραπείας, την παρακολούθηση των συμπτωμάτων, των ζωτικών σημείων και των αντιδράσεων στη θεραπεία.
- Χορήγηση φαρμάκων, εκτέλεση ιατρικών διαδικασιών ώστε να προσφέρουν εκπαίδευση και συναισθηματική υποστήριξη στους ασθενείς και στην οικογένεια τους.
- Συνεργασία με όλη την ιατρική ομάδα για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας των ασθενών. Η ομάδα αυτή μπορεί να περιλαμβάνει ειδικούς, διατροφολόγους, θεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλο ιατρικό προσωπικό. Η αποτελεσματική επικοινωνία και η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ της ομάδας διασφαλίζουν την καλά συντονισμένη φροντίδα των ασθενών.
- Οι γιατροί και οι νοσηλευτές στο σπίτι διατηρούν συνεχή παρακολούθηση των ασθενών κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, αξιολογώντας τις αλλαγές στην υγεία, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και αντιμετωπίζοντας πιθανά προβλήματα. Επίσης, επανεξετάζουν και προσαρμόζουν τα σχέδια θεραπείας ανάλογα με τις ανάγκες για να διασφαλίσουν τη βέλτιστη φροντίδα.
- Οι γιατροί και οι νοσηλευτές κατ' οίκον φροντίδας τεκμηριώνουν επιμελώς όλα τα δεδομένα για τη φροντίδα των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών αρχείων, των αποτελεσμάτων των εξετάσεων και των σχεδίων θεραπείας, ώστε να διασφαλίζεται η φροντίδα των ασθενών.
- Παροχή επίσης εκπαίδευσης στον ασθενή και την οικογένειά του, καλύπτοντας την κατάσταση της υγείας, τη διαχείριση της θεραπείας και τα προληπτικά μέτρα.

Επομένως κατά τη μετάβαση από το νοσοκομείο στην κατ' οίκον νοσηλεία, οι γιατροί και οι νοσηλευτές, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο, διασφαλίζοντας την ασφαλή και αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών. Διαχειρίζονται τις ιατρικές ανάγκες, προσφέρουν εκπαίδευση και υποστήριξη και συντονίζουν τη φροντίδα μεταξύ των παρόχων υγείας για τη βελτίωση της κατάστασης των ασθενών.

Για την αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και των οικογενειών τους, είναι ζωτικής σημασίας οι ασθενείς να αισθάνονται αποδεκτοί και να αντιμετωπίζονται ισότιμα. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να αξιολογούν την οικογένεια κατά τη διάρκεια των επισκέψεων για να σχεδιάζουν τις μελλοντικές επισκέψεις, καθώς η οικογένεια διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα του ασθενή. Τα μέλη της οικογένειας παρέχουν εποπτεία, βοήθεια και υποστήριξη σε διάφορες νοσηλευτικές υπηρεσίες, εξασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας μεταξύ των επισκέψεων των επαγγελματιών (Ταλαχούπη Μ.(2006)

Κατά την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τρεις βασικοί παράγοντες (Ταλαχούπη Μ. 2006):

- Οικονομικά πλεονεκτήματα της κατ' οίκον θεραπείας έναντι της νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Ποιότητα ζωής των ασθενών στο σπίτι, ιδιαίτερα όταν οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας αντιμετωπίζουν ικανοποιητικά τα προβλήματα του ασθενή.
- Διαφορές στα ποσοστά επιβίωσης μεταξύ οικιακού και νοσοκομειακού περιβάλλοντος (Ταλαχούπη Μ. 2006).

2.7. Βασικές αρχές βιοηθικής και δεοντολογίας και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή με ασθενή

Η σχέση νοσηλευτή-ασθενή επηρεάζεται από τον τύπο της ασθένειας, την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και το περιβάλλον φροντίδας του. Εξίσου καθοριστικό είναι το περιβάλλον στο οποίο αντιμετωπίζεται η ασθένεια και η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Οι μεταβλητές αυτές δημιουργούν διακρίσεις στους τρόπους αλληλεπίδρασης νοσηλευτή-ασθενούς, που περιλαμβάνουν ενεργητικούς, παθητικούς, καθοδηγητικούς ή αμοιβαία συμμετοχικούς ρόλους. Αυτοί οι παράγοντες οδηγούν σε διαφορετική δυναμική της σχέσης, με τους νοσηλευτές να έχουν μεγαλύτερη εξουσία στα νοσοκομεία, ενώ οι ασθενείς έχουν μεγαλύτερο έλεγχο σε καταστάσεις χρόνιας φροντίδας, όπου οι ίδιοι καθορίζουν το χώρο διαβίωσής τους για την υγειονομική περίθαλψη και την υποστήριξη (Σαρρής Μ. 2001).

Οι επαγγελματίες υγείας στον τομέα της κατ' οίκον φροντίδας τηρούν τέσσερις καθιερωμένες αρχές δεοντολογίας. Οι αρχές αυτές χρησιμεύουν ως κατευθυντήριες γραμμές για τη διασφάλιση της υγείας των ασθενών και είναι: (Ladd et.al., 2002)

α) Η αρχή της ωφελιμότητας περιλαμβάνει δύο διακριτές πτυχές: την αρχή του οφέλους και την αρχή της μη βλάβης. Τηρώντας την αρχή αυτή, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν όχι μόνο να αποφεύγουν να προκαλούν βλάβη στους ασθενείς τους, αλλά και να επιδιώκουν ενέργειες που προάγουν την ευημερία των ασθενών τους (Σαρρής Μ. 2001). Για την επιτυχία της ωφελιμότητας στην κατ' οίκον περίθαλψη απαιτείται από τους επαγγελματίες υγείας συνεχή κατάρτιση και εμπειρογνωμοσύνη. Η συνεχής εκπαίδευση σε αυτόν τον τομέα διασφαλίζει τη συμμόρφωση με τις κανονιστικές διατάξεις, βελτιώνει τα αποτελέσματα των ασθενών και μειώνει τον κίνδυνο τραυματισμών και ατυχημάτων, παραμένοντας ενήμερος για τις τελευταίες τεχνολογίες και μεθόδους φροντίδας (Ladd et.al., 2002).

β) Η αρχή της αυτονομίας υπογραμμίζει τη σημασία του σεβασμού της προσωπικής αυτονομίας του ατόμου και της ικανότητάς του να λαμβάνει αποφάσεις ως αυτόνομο και ελεύθερο ον (Σαρρής Μ. 2001). Στο πλαίσιο της κατ' οίκον φροντίδας, η διαδικασία ξεκινά με την επιλογή του ασθενούς, δηλαδή την φροντίδα στο σπίτι αντί κάποιου ιδρύματος, όπως τα γηροκομεία ή τα κέντρα υποστηριζόμενης διαβίωσης. Είναι επιτακτική ανάγκη οι πάροχοι κατ' οίκον φροντίδας να σεβαστούν αυτή την απόφαση. Ενώ οι επαγγελματίες υγείας, οι βοηθοί προσωπικής φροντίδας, οι βοηθοί κατ' οίκον φροντίδας και οι βοηθοί νοσηλευτών μπορούν να παρέχουν και να καθοδηγούν τον ασθενή σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού, η τελική απόφαση ανήκει στον ίδιο τον ασθενή (Ladd et.al., 2002).

γ) Η αρχή της δικαιοσύνης αφορά τη δίκαιη κατανομή όσων δικαιούται κάθε άτομο, όπως καθορίζεται από την ηθική λογική και τη φιλοσοφία. Οι ιδιαιτερότητες αυτές επηρεάζονται από τις γενικότερες παραδοχές και τις κοινωνικές αξίες σε κάθε περίπτωση (Σαρρής Μ. 2001). Αυτό συνεπάγεται δίκαιες αποφάσεις όσον αφορά τόσο το κόστος όσο και τα οφέλη, δίκαιη κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης και τήρηση των σχετικών νόμων και κανονισμών από τους γιατρούς. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εφαρμόζουν πολιτικές ώστε να παρέχουν φροντίδα, υπηρεσίες και θεραπεία στους ασθενείς χωρίς διακρίσεις με βάση την ηλικία, το φύλο, τη θρησκεία, την εθνικότητα ή την αναπηρία. (Ladd et.al., 2002)

(δ) Η αρχή της ισότητας είναι σταθερά ριζωμένη σε ένα θεμελιώδες αξίωμα της ηθικής φιλοσοφίας, το οποίο υποστηρίζει ότι κάθε άτομο είναι ίσο με τους άλλους και,

ανεξάρτητα από κοινωνικούς ή άλλους παράγοντες, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται αναλόγως (Σαρρής Μ. 2001).

2.8. Κατηγορίες ασθενών που χρήζουν κατ'οίκον φροντίδας και νοσηλείας

Τα νοσοκομεία θεωρούνταν το βέλτιστο περιβάλλον για τη φροντίδα οξέων και χρόνιων ασθενειών. Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες έχει αμφισβητηθεί αυτό το μοντέλο. Μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι οι ασθενείς, ιδίως οι ηλικιωμένοι, αντιμετωπίζουν αυξημένους κινδύνους δυσμενών καταστάσεων κατά τη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των κατακλίσεων, των νοσοκομειακών λοιμώξεων, και της αυξημένης θνησιμότητας. Τα ζητήματα αυτά επιφέρουν οικονομική επιβάρυνση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που υπαγορεύει την ανάγκη για νέες προσεγγίσεις στη διαχείριση των ασθενών. Οι ανάγκες αυτές οδήγησαν στη δημιουργία ενός νέου μοντέλου περίθαλψης, που ονομάστηκε «νοσοκομείο στο σπίτι», το οποίο αποσκοπεί στην προσφορά υπηρεσιών εξωτερικών ιατρείων για συγκεκριμένες ασθένειες χωρίς να θυσιάζεται η ποιότητα. Το μοντέλο αυτό δίνει προτεραιότητα τόσο στην ποιότητα των υπηρεσιών όσο και στην οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Διάφορες μελέτες έχουν προβάλει αρκετούς προσδιοριστικούς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν σημαντικά την τελική επιλογή λήψης απόφασης ενός ασθενούς να χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας μέσω της ΚΟΝ. Αυτοί είναι: (Bentur, 2001)

- Το φύλο και η ηλικία του ασθενούς παίζουν ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.
- Το επίπεδο οργάνωσης και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.
- Το κόστος των υπηρεσιών υγείας ιδίως όταν δεν καλύπτονται πλήρως ή εν μέρει από τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς.
- Η οικονομική κατάσταση και οι πόροι του ασθενούς.
- Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις του σε συνδυασμό με την εθνικότητά του.
- Εξέλιξη της νόσου και προσδόκιμο ζωής.
- Αντοχή στον πόνο.
- Συμμετοχή του οικογενειακού γιατρού.
- Ψυχολογική υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον.

- Η διαθεσιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Ο απαραίτητος εξοπλισμός του σπιτιού του ασθενούς για την ασφαλή και επιτυχή παροχή υπηρεσιών υγείας.

Οι ασθενείς μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε δύο διακριτές ομάδες: ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και ασθενείς με οξείες καταστάσεις. Οι χρόνιοι πάσχοντες, συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων της καρδιακής ανεπάρκειας των αναπνευστικών παθήσεων και των ασθενών σε τελικό στάδιο, απαιτούν συχνή νοσηλεία λόγω των επαναλαμβανόμενων υποτροπών και της αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησης. Αντίθετα, οι ασθενείς με οξέα προβλήματα, που καλύπτουν όλες τις ηλικιακές ομάδες, θέλουν βραχυπρόθεσμη φροντίδα. Τα άτομα αυτά είτε παίρνουν άμεσα εξιτήριο από το νοσοκομείο είτε, μετά από αξιολόγηση, μεταφέρονται στις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας για τη συνέχιση της θεραπείας. Τέτοιοι ασθενείς μπορεί να είναι με εγκεφαλικά επεισόδια, με πνευμονία, με κατάγματα με γαστρεντερικά με ουρολοιμώξεις και άλλα παρεμφερή νοσήματα.(Αδαμακίδου Θ. και συν.2015)

2.9. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κατ' οίκον φροντίδας

Η ΚΟΦ αντιπροσωπεύει έναν ευέλικτο συνδυασμό υπηρεσιών που εκτείνεται πέρα από το νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι υπηρεσίες αυτές αποσκοπούν στην προληπτική αντιμετώπιση πιθανών προκλήσεων στην καθημερινή ζωή ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της προσωπικής φροντίδας, της φροντίδας των ασθενών, της αποκατάστασης και της πρόληψης των δυσκολιών που μπορεί να προκύψουν στις καθημερινές δραστηριότητες διαβίωσης. Οι υπηρεσίες ΚΟΦ μπορούν να επιφέρουν τόσο θετικά όσο και αρνητικά αποτελέσματα τόσο στους ασθενείς και τις οικογένειές τους όσο στους φροντιστές και στο σύστημα υγείας. Πρώτα απ' όλα, η κατ' οίκον περίθαλψη φέρνει συχνά μια αίσθηση θετικότητας στους ασθενείς και τις οικογένειές τους (Ebru Ozturk Copur 2016).

Για τους ασθενείς, αξιοσημείωτα πλεονεκτήματα αποτελούν:

- Το περιβάλλον περίθαλψης, το οποίο βελτιώνει τόσο την ποιότητα ζωής όσο και τη φροντίδα. Η κατ' οίκον φροντίδα παρέχει στους ασθενείς την ευκαιρία να διατηρούν την επαφή με τα αγαπημένα τους πρόσωπα, διευκολύνοντας τη συναισθηματική υποστήριξη.

- Η δυνατότητα εκπαίδευσης για την αυτοεξυπηρέτηση ενισχύοντας παράλληλα το πνεύμα της ανεξαρτησίας.
- Το περιβάλλον του σπιτιού προσφέρει μεγαλύτερη άνεση και μια αίσθηση οικειότητας, με λιγότερες ενοχλήσεις και θορύβους.
- Ειδικότερα, σε κάποιες περιπτώσεις, η κατ' οίκον φροντίδα μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα συγκριτικά με τη νοσοκομειακή φροντίδα, ικανοποιώντας τους ασθενείς και τους φροντιστές ασθενών και μειώνοντας τις επανεισαγωγές στα νοσοκομεία.
- Η κατ' οίκον φροντίδα απαλλάσσει την οικογένεια από την ανάγκη για συχνές μετακινήσεις από και προς τα νοσοκομεία (Αδαμακίδου Θ. και συν.2015).

Οι προσεγγίσεις αυτές συμβάλλουν στη συνολική βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (Anthony & Milone-Nuzzo, 2005).

Τα πλεονεκτήματα του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την ΚΟΦ, είναι:

- Μεγαλύτερη ικανοποίηση στο επάγγελμά τους λόγω της αυτονομίας που απολαμβάνουν στη νοσηλευτική τους πρακτική. Αυτή η αυτονομία τους επιτρέπει να παρέχουν ατομική φροντίδα σε ένα πιο ευέλικτο και προσαρμόσιμο εργασιακό περιβάλλον.
- Μπορούν να αξιοποιήσουν περαιτέρω την τεχνογνωσία τους και να εξελιχθούν επαγγελματικά (Hartung S. 2005).
- Η παροχή φροντίδας ενός ασθενούς στο σπίτι τείνει να είναι λιγότερο αγχωτική σε σύγκριση με τη φροντίδα στο νοσοκομείο. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν μεγαλύτερη ανεξαρτησία όταν παρέχουν φροντίδα στο σπίτι του ασθενούς, σε σύγκριση με το νοσοκομειακό περιβάλλον.
- Η πρόοδος της υγείας ενός ασθενούς και η συμμετοχή σε δραστηριότητες προαγωγής της υγείας είναι πιο απλή σε ένα οικιακό περιβάλλον από ό,τι εντός των ορίων ενός νοσοκομείου (Ebru Ozturk Copur 2016).

Όσον αφορά το σύστημα υγείας παρουσιάζει διάφορα πλεονεκτήματα:

- Διάθεση περισσότερων κλινών.
- Μείωση των λιστών αναμονής και
- Μείωση του συνολικού κόστους περίθαλψης με την αποφυγή της ενδονοσοκομειακής θεραπείας.

- Ωστόσο, είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι ανησυχίες σχετικά με το κόστος της περίθαλψης, τη συναισθηματική ευημερία τόσο των φροντιστών όσο και των οικογενειών, καθώς και την ψυχολογική επιβάρυνση που μπορεί να βιώσουν. (Αδαμακίδου Θ. και συν.2015)

Παρ' όλα αυτά, η κατ' οίκον φροντίδα έχει και τα μειονεκτήματά της:

- Οι λήπτες κατ' οίκον φροντίδας είναι ηλικιωμένα άτομα που παλεύουν με χρόνιες ασθένειες, πράγμα που σημαίνει ότι οι φροντιστές μπορεί να μην παρατηρήσουν γρήγορες και αξιοσημείωτες βελτιώσεις στην κατάσταση της υγείας τους.
- Όταν εξετάζουμε το ενδεχόμενο μετάβασης της φροντίδας στο σπίτι του ασθενούς, πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη τις ανησυχίες για την ασφάλεια, ιδίως όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει ψυχικές ή ψυχολογικές προκλήσεις.
- Μπορεί να προκύψουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω των πολιτισμικών διαφορών μεταξύ της οικογένειας και των επαγγελματιών υγείας. (Ebru Ozturk Corur 2016).
- Η συχνή παρουσία των φροντιστών στο σπίτι μπορεί μερικές φορές να εισβάλλει στην ιδιωτική ζωή της οικογένειας, επηρεάζοντας ενδεχομένως τον τρόπο λήψης των οικογενειακών αποφάσεων και τη δυναμική μεταξύ των μελών της οικογένειας (Zuber R. 2002).
- Πρόσθετα έξοδα που πρέπει να επωμιστούν οι οικογένειες, τα οποία δεν καλύπτονται από την ασφάλιση των ασθενών. Η οικονομική επιβάρυνση αποτελεί συχνή πρόκληση για τις οικογένειες και αυτή η πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση μπορεί να οδηγήσει σε άγχος, εντάσεις ακόμα και συγκρούσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας (Sebern M. 2006).

2.10. Δείκτες αξιολόγησης ποιότητας του προγράμματος της κατ' οίκον φροντίδας

Προκειμένου να μετρήσουμε την ποιότητα των υπηρεσιών της κατ' οίκον φροντίδας πρέπει πρώτα, να διαχωρίσουμε το σύστημα περίθαλψης σε τρία βασικά επίπεδα (Möckli N.et all 2021):

α.) **Μάρκο**, τις αποφάσεις που λαμβάνει κάθε κυβέρνηση παγκοσμίως, προκειμένου να μεταρρυθμίσει τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, προσαρμόζοντας την παροχή

υπηρεσιών με τις προτιμήσεις των χρηστών, με απώτερο σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών τους.

β.) **Μέσο**, την ποιότητα των υπηρεσιών της ΚΟΦ, η οποία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποιότητα ζωής των δικαιούχων, δίνοντας τους το δικαίωμα κοινωνικοποίησης, ασφάλειας και διαβίωσης στο οικείο τους περιβάλλον.

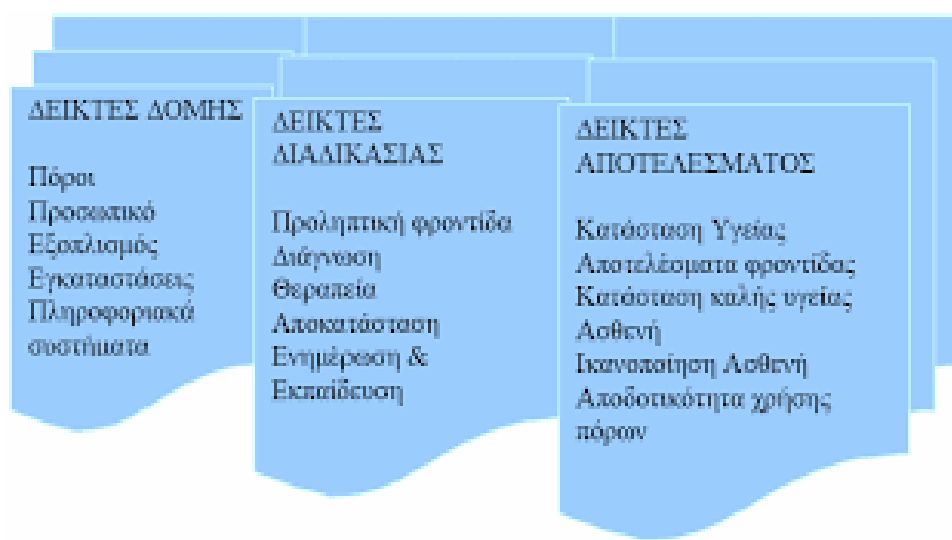
γ.) **Μίκρο**, τις σχέσεις μεταξύ του φροντιστή και του ατόμου που χρήζει ανάγκη φροντίδας. Όσο καλύτερη σχέση υπάρχει μεταξύ των φροντιστών και των δικαιούχων τόσο μεγαλύτερη θα είναι η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Το μοντέλο του Donabedian, περιγράφει τρεις θεμελιώδεις δείκτες ποιότητας για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Goodson Justin et.al. 2008):

α.) **Δείκτες Δομής**, αποτελούν τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος παροχής φροντίδας (προσωπικό, πόροι, τεχνολογικός εξοπλισμός, εγκαταστάσεις κτιρίων κ.α.).

β.) **Δείκτες Διαδικασίας**, οι δείκτες αυτοί αξιολογούν τον τρόπο παροχής φροντίδας των επαγγελματιών με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους (διάγνωση, θεραπεία κ.α.).

γ.) **Δείκτες Αποτελέσματος**, αφορούν συγκεκριμένα τις επιπτώσεις των καθηκόντων των φροντιστών στους δικαιούχους. Οι δείκτες αυτοί, περιλαμβάνουν ένα φάσμα μέτρων, με σκοπό τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας των ασθενών, τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής, την οικονομική ευημερία και τη διατήρηση της προσωπικής τους αξιοπρέπειας.



Πίνακας 3. Οι διαστάσεις της ποιότητας στο μοντέλο του Donabedian (πηγή: WHO, 1999)

Συμπέρασμα

Η κατ' οίκον φροντίδα παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας σε ασθενείς στο περιβάλλον τους με στόχο την πρόληψη, την ανεξαρτησία και τη βελτίωση της υγείας. Ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1979 με εστίαση στην περίθαλψη καρκινοπαθών. Τα νοσοκομεία παρουσιάζουν ανεπιθύμητα αποτελέσματα, ενώ η κοινωνική φροντίδα στο σπίτι προσφέρει ευέλικτες υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας. Η ΚΟΦ απαιτεί πέντε βασικούς πυλώνες για τη βιωσιμότητά της: δημιουργία μοντέλων παροχής φροντίδας, ειδική υποστηρικτική φροντίδα για ασθενείς, αγωγή υγείας για την οικογένεια, ρόλο της οικογένειας στη θεραπεία και προώθηση υγιούς περιβάλλοντος. Η δημιουργία ΚΟΝ στην Ελλάδα αντιμετωπίζει ελλείψεις στο σύστημα ΠΦΥ, ενώ η αξιολόγηση της είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωσή της. Οι επαγγελματίες υγείας ακολουθούν αρχές δεοντολογίας όπως η ωφέλιμη περίθαλψη, η αυτονομία του ασθενούς και η δικαιοσύνη. Αν και η κατ' οίκον φροντίδα προσφέρει πλεονεκτήματα όπως βελτίωση ποιότητας ζωής και εξοικονόμηση κόστους, αντιμετωπίζει και μειονεκτήματα όπως προβλήματα ασφάλειας και επικοινωνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ

3.1. Κατ'οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στην Ευρώπη

Οι δημογραφικές αλλαγές στην Ευρώπη, οι οποίες χαρακτηρίζονται από την αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού, την αλλαγή του τρόπου ζωής, τη μείωση των οικογενειών και την αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό, αυξάνουν τη ζήτηση για φροντίδα. Αυτό καθιστά αναγκαία τη στροφή προς τις υπηρεσίες φροντίδας, ιδίως της κατ'οίκον φροντίδας, η οποία είναι οικονομικά και συναισθηματικά αποδοτική. Πολλές ευρωπαϊκές χώρες προωθούν την κοινοτική διαβίωση και την κατ'οίκον φροντίδα ως μέσο για την υποστήριξη της ανεξαρτησίας και της ευημερίας του ατόμου. (Nadine G.et.al 2011)

Η συμμετοχή των κυβερνήσεων στον τομέα της κατ'οίκον φροντίδας, ποικίλλει σημαντικά σε όλη την Ευρώπη. Σύμφωνα με μελέτες αυτό οφείλεται, σε διαφορετικές οικονομικές, πολιτικές και δημογραφικές, ιστορικές εξελίξεις καθώς και στη διαφορετική συμμετοχή της άτυπης περίθαλψης κάθε χώρας. Επομένως :

- Σε κράτη που είναι αυξημένη η άτυπη φροντίδα (συμμετοχή της ίδιας της οικογένειας), παρατηρείται χαμηλή ανάγκη για ΚΟΦ.
- Σε κράτη που η κυβέρνηση παίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνία, τότε είναι αυξημένη και η συμμετοχή της στην ΚΟΦ
- Στα πλούσια κράτη η συμμετοχή της κυβέρνησης στην ΚΟΦ είναι σημαντική.
- Στα κράτη που παρουσιάζουν αυξημένο αριθμό ηλικιωμένων, η κυβέρνηση συμμετέχει ενεργά και στην ΚΟΦ (Nadine G.et.al 2013).

Στις πλούσιες χώρες με υψηλά εισοδηματικά κριτήρια, μια σημαντική πρόκληση έγκειται στην παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας σε άτομα που αντιμετωπίζουν ταυτόχρονες απαιτήσεις ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας. Παρά το γεγονός ότι αποτελούν μικρό μέρος του πληθυσμού, αντιπροσωπεύουν σημαντικό μερίδιο του κόστους των προγραμμάτων υγείας και κοινωνικής φροντίδας, συχνά βασιζόμενοι σε μη αμειβόμενους φροντιστές. Εκθέσεις από πολλές ευρωπαϊκές χώρες, υπογραμμίζουν την ανεπάρκεια των κατακερματισμένων συστημάτων υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών στην κάλυψη των αναγκών των ατόμων με υψηλές απαιτήσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μη ικανοποίηση των αναγκών τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές,

παρά τις σημαντικές δαπάνες. Αναγνωρίζοντας την επιτακτική ανάγκη αντιμετώπισης αυτής της πρόκλησης και αναγνωρίζοντας τις ελλείψεις των υφιστάμενων πολιτικών και συστημάτων, πολλές χώρες υψηλού εισοδήματος διερευνούν ενεργά νέες στρατηγικές για την ενσωμάτωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας για αυτό το πληθυσμό (Onil B., Shaw S. et.al 2020).

Τα ευρήματα και τα κυριότερα σημεία που προέκυψαν από τη συνολική ανάλυση των συστημάτων υγείας περιγράφονται ως εξής (Αδαμακίδου Θ.,Καλοκαιρινού Α.2007):

- Η μελέτη εισάγει νέα πρότυπα ΠΦΥ που εγκρίνουν τον έλεγχο της υγείας και της φροντίδας στο σπίτι .
- Η έρευνα υπογραμμίζει την αδιαμφισβήτητη σχέση κόστους-αποτελέσματος της ΚΟΦ, αναδεικνύοντας τα πιθανά οικονομικά της πλεονεκτήματα.
- Η ΚΟΦ αποδεικνύεται ότι βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων που λαμβάνουν αυτές τις υπηρεσίες, υπογραμμίζοντας τον θετικό αντίκτυπό της.
- Με την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, οι οποίοι αναζητούν πρόσβαση σε υπηρεσίες κοινοτικής και ΚΟΦ , υπάρχει αυξημένη ανάγκη για τέτοιου είδους υπηρεσίες.
- Η μελέτη υπογραμμίζει τη σημασία της παροχής υποστήριξης και πόρων για τους άτυπους φροντιστές, οι οποίοι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ΚΟΦ.
- Μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο, γεγονός που υποδηλώνει μια στροφή στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης.
- Επιτάχυνση της θεραπείας εξαιτίας της εξέλιξης της τεχνολογίας, καλύτερες θεραπείες και φάρμακα αυξάνουν τη δυνατότητα παροχής φροντίδας στην κατοικία του ασθενή αντί για νοσηλευτικά ιδρύματα ή άλλους κοινωφελείς οργανισμούς.
- Ηθικό κίνητρο για ΚΟΦ σε εξειδικευμένες καταστάσεις.
- Τα συστήματα υγείας πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στη διατήρηση των οικονομικών πόρων.

Ως απόκριση των ευρημάτων, τα συστήματα υγείας εισήγαγαν σημαντικές αλλαγές που κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις διακριτούς τομείς:

- Τη δημιουργία νέων σχέσεων κράτους-αγοράς.
- Την εισαγωγή αποκεντρωμένων διοικητικών δομών.
- Την ενίσχυση της εξουσίας και

- Την ενδυνάμωση των ασθενών.

Επιπλέον, τα μέτρα αυτά περιλάμβαναν τον εκσυγχρονισμό των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και των τρόπων εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στο πλαίσιο της παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

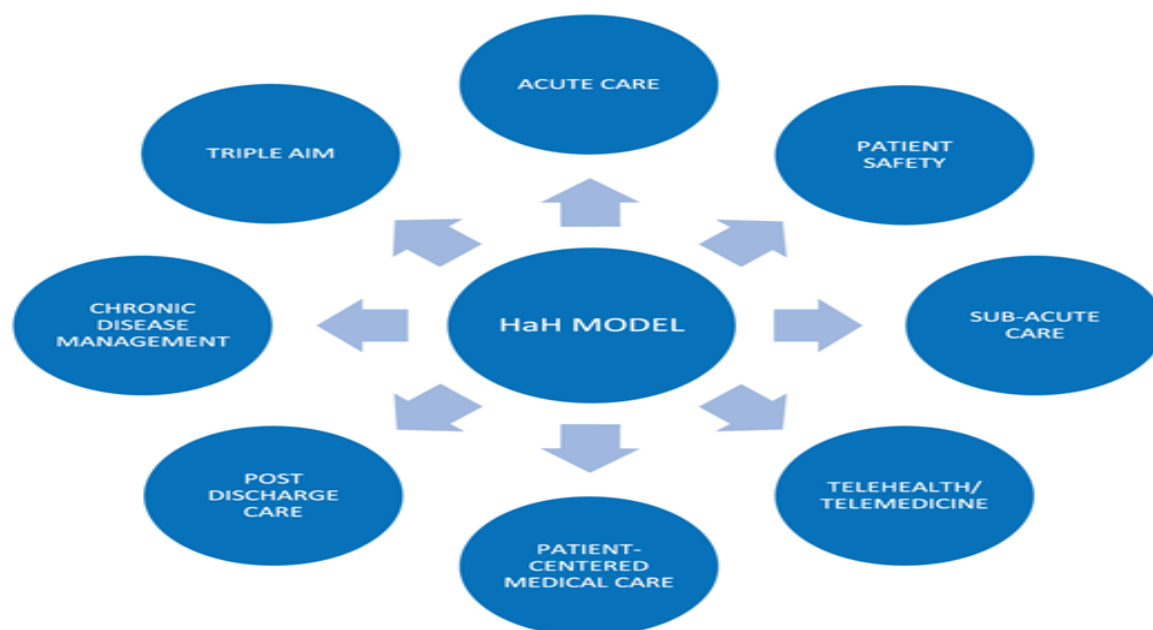
Παρακάτω θα προσεγγίσουμε συστήματα ΚΟΦ-ΚΟΝ αναπτυγμένων κρατών.

3.1.1. Κατ'οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στο Ηνωμένο Βασίλειο

Το Ηνωμένο Βασίλειο με 67 εκατομμύρια περίπου κατοίκους έχει προσδόκιμο ζωής γύρω στα 80 έτη. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει υγειονομική περίθαλψη, ακολουθώντας το μοντέλο Beveridge με χαρακτηριστικό την κρατική παρέμβαση, τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο και την εξασφάλιση ενός στοιχειώδους εισοδήματος για το συνολικό πληθυσμό. Οι γενικοί ιατροί καλύπτουν το 97% των αναγκών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας παρέχονται από τη δημόσια υπηρεσία υγείας, εθελοντές, τον ιδιωτικό τομέα και μέλη του οικείου περιβάλλοντός τους. Οι υπηρεσίες αυτές απευθύνονται σε ηλικιωμένους, άτομα με χρόνιες ασθένειες, ψυχικές παθήσεις, αναπηρίες, άτομα που χρειάζονται φροντίδα μετά από τη νοσοκομειακή νοσηλεία και άτομα με δυσκολίες μάθησης (Robinson R, Dixon A.1999).

Υιοθετείται μέσω Κυβερνητικής πρωτοβουλίας, το Ταμείο Καλύτερης Φροντίδας, το οποίο διαθέτει ποσό ύψους 3,8 δισεκατομμυρίων λιρών για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου προϋπολογισμού υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Σκοπός αυτής της πρωτοβουλίας είναι η ίδρυση ενός μοντέλου παροχής υποστήριξης προς άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και έχουν ανάγκη φροντίδας. Η πρωτοβουλία αυτή σχεδιάστηκε με στόχο την ενίσχυση της ποιότητας της φροντίδας και υποστήριξης που παρέχεται προς τα ηλικιωμένα άτομα και τα άτομα με αναπηρίες. Επιτυγχάνεται αυτό μέσω της ενοποίησης των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Οι τοπικές αρχές πρέπει να παρουσιάσουν αμοιβαία συμφωνημένα σχέδια για τη βελτίωση της παροχής φροντίδας. Τα σχέδια αυτά πρέπει να περιγράφουν στρατηγικές για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας επτά ημέρες την εβδομάδα, για την επιτάχυνση του εξιτηρίου από τα νοσοκομεία, την ανάθεση ενός ειδικού επαγγελματία για το συντονισμό της φροντίδας κάθε ατόμου, τη βελτίωση της ανταλλαγής δεδομένων και τη συμμετοχή σε κοινές αξιολογήσεις και σχεδιασμό της φροντίδας (Humphries R.2015).

Το Hospital at home (HaH) είναι ένα πρωτοποριακό μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης που εισήχθη στο John Hopkins το 1995 στο Η.Β. Προσφέρει οφέλη κόστους και αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Από τη σκοπιά του γιατρού, το HaH παρέχει ιατρική φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, μειώνοντας τις εισαγωγές στο νοσοκομείο και τις σχετικές επιπλοκές. Η αρχική εφαρμογή στο John Hopkins κατέδειξε θετικά αποτελέσματα όσον αφορά τη συντομότερη παραμονή, την αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών και τη μείωση των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Αυτό το μοντέλο προσφέρει οξεία νοσηλεία στους ασθενείς στο σπίτι, ελαχιστοποιώντας τις περιττές νοσηλείες και τις επιπλοκές. Σχεδιασμένο κυρίως για ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Το HaH έχει κερδίσει έδαφος λόγω των τεχνολογικών εξελίξεων και του αντίκτυπου της πανδημίας COVID-19. Παρά τα οφέλη του, αντιμετωπίζει προκλήσεις, που έχουν να κάνουν με την αποζημίωση, την αντίσταση των ιατρών και των ασθενών, τις ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών και την έλλειψη καλά τεκμηριωμένων ερευνητικών δεδομένων που να υποστηρίζουν την ευρεία υιοθέτησή του. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία του μοντέλου HaH είναι η ειδική εκπαίδευση των ιατρών, των νοσηλευτών και της διεπιστημονικής ομάδας. Η εκπαίδευση των ασθενών και των φροντιστών αποτελεί μεγάλη σημασίας για όσους επιλέγουν τη φροντίδα HaH. Ως το μέλλον των υπηρεσιών υγείας, το HaH διευκολύνει στην ολοκλήρωση των στόχων για την ενίσχυση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, την βελτίωση της ποιότητας και τη μείωση του συνολικού κόστους(Henil Y. Patel 2021).



Εικόνα 1. Μοντέλο του Hospital at home (HaH)

Η ΚΟΝ πραγματοποιείται από νοσοκόμες εντός της κοινότητας. Η υπηρεσία αυτή περιλαμβάνει περίπλοκες νοσηλευτικές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Οι νοσηλευτές αυτοί είναι ειδικά εκπαιδευμένοι και στη θεωρία αλλά και στην πράξη. Οι αρμοδιότητές τους επεκτείνονται στην αξιολόγηση των αναγκών των χρηστών και των οικογενειών τους, ενώ παράλληλα διασφαλίζουν καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών φροντίδας.

Η βοήθεια στο σπίτι, περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών προσωπικής φροντίδας όπως ιατροφαρμακευτικό έλεγχο, υγιεινή, υποστήριξη στο φαγητό, καθώς και οικιακή φροντίδα. Οι υπηρεσίες αυτές, παρέχονται συνήθως από βοηθούς νοσηλευτών ή φροντίδας, διαδραματίζοντας βασικό ρόλο στην παροχή αυτών των μορφών φροντίδας.

Η ΚΟΝ και η κοινοτική νοσηλευτική λειτουργούν με ένα διαφορετικό τρόπο σε σύγκριση με τα προϋπάρχοντα μοντέλα ΚΟΦ. Όταν οι ανάγκες ενός ατόμου γίνονται πιο σύνθετες, τότε ένας κοινοτικός νοσηλευτής ή κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει το συντονισμό της φροντίδας. Εξετάζει διάφορες πτυχές, όπως τη σωματική και ψυχική υγεία, την ασφάλεια, την ψυχική ευεξία κ.α., ώστε να δημιουργηθεί ένα σχέδιο που να ταιριάζει αποκλειστικά στην κατάσταση του ατόμου. Εξετάζονται οι οικονομικοί πόροι των ατόμων που έχουν ανάγκη για ΚΟΝ εστιάζοντας στους φτωχούς, τους κοινωνικά μειονεκτούντες και όσους αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα. Μόνο αυτοί είναι επιλέξιμοι για δωρεάν κοινωνικές υπηρεσίες. Ενώ όλοι έχουν δικαίωμα σε κοινωνικές υπηρεσίες, απαιτείται συμμετοχή, με βάση τους πόρους και το εισόδημα τους. Οι κρατικές επιχορηγήσεις καλύπτουν επιπλέον ιατρικές δαπάνες, ειδικά για όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας (Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού Α. 2007).

Οι ιδιώτες πάροχοι της ΚΟΦ ανήκουν στην ομοσπονδία των παρόχων ΚΟΦ του ΗΒ, UNITED KINGDOM HOMECARE ASSOCIATION. Η ομοσπονδία ξεκίνησε το 1989 με σκοπό να καλύψει τις ανάγκες ΚΟΦ σε διάφορα θέματα υγείας που δημιουργούνται από τις τροποποιήσεις στη νομοθεσία. Τα μέλη της UKHCA αποτελούνται από ιδιωτικές εταιρίες, από οργανώσεις μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, και από εθελοντικές οργανώσεις (Beresford et al., 2019).

Αρκετές κυβερνήσεις έχουν εφαρμόσει ή προωθήσει προγράμματα για να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους να επιστρέψουν στα σπίτια τους με στόχο την ενίσχυση της ευημερίας τους και τον περιορισμό των δαπανών. Πραγματοποιήθηκαν πολλές μελέτες προκειμένου

να ελέγξουν αν τέτοιου είδους προγράμματα μπορούν να ελαχιστοποιήσουν τα κόστη. Μία έρευνα ανάλυσης κόστους που έγινε στην Αγγλία για την επανεγκατάσταση των ηλικιωμένων στην ΚΟΦ σε σχέση με την τυπική ΚΟΦ που πραγματοποιείται σε νοσοκομειακή μονάδα, έδειξε πως στην ομάδα που ασχολήθηκε με την επανεγκατάσταση του ηλικιωμένου, το μέσο κόστος ανά άτομο ήταν 56.499 λίρες Αγγλίας ενώ στην ομάδα της συνήθους περίθαλψης στη νοσοκομειακή μονάδα ήταν 58.560 λίρες Αγγλίας. Επομένως η μέση διαφορά ήταν 2.061 λιγότερες λίρες Αγγλίας γεγονός που υποδηλώνει ότι η επανεγκατάσταση στην ΚΟΦ σχετιζόταν με χαμηλότερο κόστος (Bauer A., Fernandez J.et al.2019).

3.1.2. Κατ'οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στη Γερμανία

Η Γερμανία με 84,5 εκατομμύρια περίπου κατοίκους, έχει προσδόκιμο ζωής γύρω στα 81 έτη. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει υγειονομική περίθαλψη, ακολουθώντας το μοντέλο Bismark, δηλαδή η χρηματοδότησή του βασίζεται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση.

Η νοσηλευτική φροντίδα εκτός νοσοκομειακού περιβάλλοντος πραγματοποιείται από οργανισμούς κερδοσκοπικούς και μη. Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, συμπεριλαμβανομένων των φορέων που συνδέονται με την εκκλησία, την τοπική κοινότητα και τις ομάδες εργαζομένων, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον τομέα αυτό. Οι πάροχοι φροντίδας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τέσσερις τύπους ως προς τις υπηρεσίες που προσφέρουν: της νοσηλείας, της προσωπικής φροντίδας, της φροντίδας ηλικιωμένων και της φροντίδας για τους ασθενείς (Roth G, Reichert M. 2004). Η χρηματοδότηση της ΚΟΦ της ειδικής νοσοκομειακής φροντίδας γίνεται μέσω της ασφάλισης υγείας και η χρηματοδότηση της προσωπικής οικιακής φροντίδας μέσω της ασφάλειας φροντίδας η οποία είναι συμπληρωματική της ασφάλειας υγείας και είναι υποχρεωτική, ιδιωτική και συμπληρωματική.

Η κατ' οίκον νοσηλεία, περιλαμβάνει την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών σε οικιακό περιβάλλον. Οι επαγγελματίες νοσηλευτές που παρέχουν τις υπηρεσίες τους, διαφέρουν ως προς την εκπαίδευση και την εξειδίκευσή τους, μπορεί να είναι νοσηλευτές αποκλειστικά για παιδιά ή για ηλικιωμένους ακόμα και γενικοί νοσηλευτές. Οι κύριες αρμοδιότητές τους περιστρέφονται γύρω από τη νοσηλευτική φροντίδα (Busse R, Riesberg A 2004).

Η βοήθεια στο σπίτι, περιλαμβάνει προσωπική και οικιακή βοήθεια, η οποία πραγματοποιείται από δύο κατηγορίες επαγγελματιών: αυτούς που παρέχουν βοήθεια στην οικογένεια και αυτούς που παρέχουν οικιακή βοήθεια. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα σημαντικό μέρος των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας παρέχεται από μέλη της οικογένειας και εθελοντές.

Όσοι αναζητούν βοήθεια έχουν τη δυνατότητα να επικοινωνήσουν με τον ασφαλιστικό τους φορέα ή να επικοινωνήσουν απευθείας με τον πάροχο υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας. Για εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα απαιτείται παραπεμπτικό από γιατρό ή νοσηλεύτη, ενώ η προσωπική ή κατ' οίκον φροντίδα δεν απαιτεί ειδική διαδικασία. Το ασφαλιστικό ταμείο επιχορηγεί τον χρήστη, καλύπτοντας τις υπηρεσίες είτε σε είδος, είτε με χρηματικές εκταμιεύσεις, είτε συνδυάζοντας και τα δύο. (Busse R, Riesberg A 2004).

Οι ιδιωτικοί οργανισμοί προσφέρουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και πρόνοιας, ως συμπληρωματική στήριξη για τις οικογένειες. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν βοήθεια και συνδρομή που απευθύνονται σε ηλικιωμένους, παιδιά με αναπηρία, και σε άτομα ψυχικά εξαρτημένα (Busse R. 2002).

3.1.3. Κατ'οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στη Σουηδία

Η Σουηδία με 10,5 εκατομμύρια περίπου κατοίκους, έχει προσδόκιμο ζωής γύρω στα 82 έτη. Το ΕΣΥ παρέχει υγειονομική περίθαλψη, ακολουθώντας το μοντέλο Beveridge. Το σύστημα ελέγχεται σε εθνικό επίπεδο αλλά λειτουργεί σε τοπικό. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων κανονίζει τις πολιτικές που θα ακολουθηθούν, ενώ οι περιφέρειες διαχειρίζονται την υγειονομική περίθαλψη και οι δήμοι μεριμνούν για τους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρία. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από φόρους σε τοπικό επίπεδο, ενώ οι επιχορηγήσεις της κεντρικής κυβέρνησης μειώνουν τις περιφερειακές ανισότητες. Οκτώ κρατικοί φορείς εποπτεύουν την ιατρική περίθαλψη και τη δημόσια υγεία, διαδραματίζοντας καθοριστικό ρόλο στο αποκεντρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ελάχιστες πληρωμές γίνονται από την τσέπη των πολιτών οι οποίες καλύπτουν μόνο τις επισκέψεις και τα φάρμακα. Το ΕΣΥ της Σουηδίας βασίζεται σε τρεις θεμελιώδεις αρχές, οι οποίες επιβάλλουν την εφαρμογή τους σε ένα αποκεντρωμένο, περιφερειακό πλαίσιο παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η αυτονομία του πολίτη πρέπει οπωσδήποτε να προστατεύεται. Οι αρχές αυτές περιλαμβάνουν:

- **Ανθρώπινη αξιοπρέπεια:** επιβεβαίωση του εγγενούς δικαιώματος όλων των ατόμων σε ίση αξιοπρέπεια και σεβασμό.
- **Ισότητα δικαιώματα:** διασφάλιση ότι, ανεξάρτητα από την κοινωνική θέση του ατόμου, προτεραιότητα στην υγειονομική περίθαλψη έχουν όσοι έχουν περισσότερο ανάγκη.
- **Αποδοτικότητα κόστους:** έμφαση στη συνετή κατανομή των πόρων για την ενίσχυση της υγείας και της ποιότητας ζωής.

Το Κέντρο Ατομοκεντρικής Φροντίδας στο Πανεπιστήμιο του Γκέτεμποργκ (GPCC) έχει επιδράσει στην εξάπλωση και την ενσωμάτωση του ήθους της ανθρωποκεντρικής φροντίδας, στο σύστημα υγείας της Σουηδίας. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται σε τρεις πυλώνες:

- 1) Προσεκτική ακρόαση της υγείας του ασθενούς.
- 2) Από κοινού δημιουργία ενός σχεδίου υγείας μέσω κοινής λήψης αποφάσεων.
- 3) Τεκμηρίωση του σχεδίου υγείας.

Αυτή η μεθοδολογία έχει αναδειχτεί σημαντική για την εξέλιξη της υγειονομικής περίθαλψης, την προώθηση της μάθησης και την καλλιέργεια σχέσεων μέριμνας και συνεργασίας.

Η εκπαίδευση παίζει σημαντικό ρόλο στο σύστημα περίθαλψης. Δίνεται μεγάλη έμφαση στην επαγγελματική κατάρτιση για την καλύτερη απόδοση του συστήματος και την υγεία του πληθυσμού (Berith Hedberg et. All 2022).

Θεμελιώδης αρχή του Σουηδικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι να προσφέρει την απαραίτητη υποστήριξη και φροντίδα στα ηλικιωμένα άτομα που προτιμούν να παραμείνουν στο σπίτι τους παρά την ασθένεια ή την αναπηρία τους, με στόχο την εκπλήρωση της επιθυμίας τους μέσω της κατάλληλης βοήθειας και καθοδήγησης.

Η κατ' οίκον νοσηλεία: παρέχεται αποκλειστικά από αδειούχους νοσηλευτές, περιέχει μια σειρά από εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες, όπως τη διαχείριση του πόνου, τη φροντίδα τραυμάτων, την παροχή συμβουλών, εκπαιδευτική βοήθεια και διάφορες περίπλοκες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Συνήθως, οι νοσηλευτές διενεργούν την αρχική αξιολόγηση του ασθενούς για να κατανοήσουν την κατάσταση και τις απαιτήσεις του. Στη συνέχεια, αναλαμβάνουν την ευθύνη για την επίβλεψη της φροντίδας, αξιολογώντας συνεχώς την κατάσταση και την πρόοδο του ασθενούς.

Η βοήθεια στο σπίτι: διενεργείται είτε από βοηθούς νοσηλευτές είτε από βοηθούς κοινωνικών υπηρεσιών. Αυτοί οι βοηθοί διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή προσωπικής φροντίδας, βοηθώντας τους στις καθημερινές ανάγκες όπως μαγείρεμα, μπάνιο, ψώνια κ.α. Αυτές οι υπηρεσίες βοήθειας είναι διαθέσιμες όλο το εικοσιτετράωρο για τα άτομα που έχουν ανάγκη, ιδίως για ηλικίες πάνω των 65 ετών. Γίνονται προσπάθειες να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην πραγματική φροντίδα και όχι στη γενική βοήθεια. Οι άτυποι φροντιστές, συμπεριλαμβανομένων των συγγενών και των φίλων, συμβάλλουν σημαντικά στην κοινότητα (Αδαμακίδου Θ.,Καλοκαιρινού Α.2007).

3.1.4. Κατ'οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στη Γαλλία

Η Γαλλία έχει πληθυσμό περίπου 67 εκατομμυρίων κατοίκων με το 5,8% του πληθυσμού της να είναι ηλικίας πάνω από τα 80 έτη. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στη Γαλλία ακολουθεί το μοντέλο Bismark, το οποίο χρηματοδοτείται μέσω μηχανισμών κοινωνικής ασφάλισης σε συνδυασμό με την κρατική παρέμβαση. Το σύστημα λειτουργεί σε περιφερειακή βάση, υπό την εποπτεία ενός μοναδικού οργανισμού που έχει αναλάβει τη ρύθμιση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ο οργανισμός αυτός συνεργάζεται με τα νομαρχιακά συμβούλια σε επίπεδο τοπικό, τα οποία αναλαμβάνουν την ευθύνη για τις κοινωνικές υπηρεσίες (de Stampa, M, et al.2018).

Η κατ' οίκον νοσηλεία: Από τη δεκαετία του 1970, η Γαλλία ανέπτυξε επιμελώς ένα ξεχωριστό δίκτυο KON, παρέχοντας ένα ασφαλές πλαίσιο για την παροχή οξείας περίθαλψης των ασθενών εντός του οικείου τους περιβάλλοντος. Από το 2007, είναι υποχρεωτική σε εθνικό επίπεδο. Οι υπηρεσίες KON στη Γαλλία, λειτουργούν ως φορείς υγειονομικής περίθαλψης, τηρώντας τις ίδιες υποχρεώσεις που επιβάλλονται στα νοσοκομεία εσωτερικών νοσηλειών στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. Η κατ' οίκον περίθαλψη στη Γαλλία είναι προσβάσιμη σε όλους τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν σοβαρές, οξείες ή χρόνιες παθήσεις. Η περίθαλψη αυτή μπορεί να παρέχεται στην κατοικία τους, σε γηροκομεία, καθώς και σε διάφορα εξειδικευμένα κέντρα. Η Hospitalization at home (HAD), η οποία πραγματοποιείται κατόπιν ιατρικής συνταγογράφησης από τον θεράποντα γιατρό μετά από ιατρική εξέταση του ασθενούς, περιλαμβάνει σύνθετες και μακροχρόνιες θεραπείες που συντονίζονται από μια

διεπιστημονική ομάδα διαφορετικών επαγγελματιών υγείας. Η συνεχής 24ωρη φροντίδα που παρέχεται από αυτή την ομάδα εποπτεύεται από ειδικό γιατρό.

Τόσο η περίθαλψη εντός νοσοκομείων όσο και η ΚΟΝ, η οποία παρέχει υγειονομική περίθαλψη ανάλογη με τα πρότυπα νοσηλείας σε νοσοκομείο, χρηματοδοτούνται μέσω του συστήματος Κλειστών Ενοποιημένων Νοσήλιων (DRGs – Diagnosis Related Groups). Σε αυτό το πλαίσιο, η τιμολόγηση εκτελείται σύμφωνα με την κατηγορία ασθένειας του δικαιούχου, βάση ενός προκαθορισμένου ποσού που έχει ορισθεί και ισχύει για όλα τα νοσοκομεία (<https://www.cleiss.fr/particuliers> 2021).

Η βοήθεια στο σπίτι: Οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή βοήθειας των ηλικιωμένων ανθρώπων, οι οποίοι δεν επιθυμούν ή δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν τις βασικές τους ανάγκες (φαγητό, ντύσιμο, ψώνια, καθαριότητα, κ.α.). Οι ανάγκες αυτές αναλύονται από το προσωπικό υποστήριξης, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ανθρώπου, προκειμένου να φτιαχτεί ένα ατομικό πλάνο υποστήριξης για την αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας.

Για αυτού του είδους τις παρεμβάσεις βοήθειας, υπάρχει οικονομική στήριξη που χρηματοδοτείται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι υπηρεσίες παρέχονται είτε μέσω φορέων του δημοσίου, γιατρούς και νοσηλευτές, είτε από εθελοντικές οργανώσεις, είτε από ιδιωτικούς φορείς μη κερδοσκοπικούς. Η λειτουργία, η εποπτεία και ο έλεγχος όλων των υπηρεσιών που πραγματοποιούνται από τους παρόχους βοήθειας στο σπίτι, παρέχονται μέσω των προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας της Γαλλίας. (<https://www.cleiss.fr/particuliers> 2021)

3.1.5. Κατ'οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στις Η.Π.Α

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής στηρίζεται σε ένα πιο φιλελεύθερο πρότυπο ιδιωτικής ασφάλισης και συγκεκριμένα στο πλαίσιο των Οργανισμών Διατήρησης Υγείας. Η ομοσπονδιακή νομοθεσία ενθαρρύνει τα κράτη να ενισχύσουν τις υπηρεσίες που παρέχονται στο σπίτι και στην κοινότητα, ελαχιστοποιώντας την παραμονή των ατόμων σε οίκους ευγηρίας. Τα βασικά προγράμματα, το Money Follows the Person (MFP, από το 2005) και το Balancing Incentive Program (BIP, από το 2010), προσφέρουν οικονομική και πρακτική βοήθεια για να βοηθήσουν τα άτομα να παραμείνουν στο σπίτι ή να μεταβούν από τα γηροκομεία στην κοινότητα (Mattan Schuchman et al. 2018). Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση κατανέμει

οικονομικούς πόρους σε κάθε κράτος με βάση το κατά κεφαλήν εισόδημά του. Σε αυτό το πλαίσιο, οροθετούνται δύο επιλογές. Σύμφωνα με την πρώτη επιλογή, οι πάροχοι υπηρεσιών λαμβάνουν άμεση αποζημίωση για τις υπηρεσίες τους σύμφωνα με τις τιμές που επικρατούν στην αγορά. Αντίθετα, η δεύτερη επιλογή είναι να συνάψουν συμβάσεις με τους παρόχους, με σταθερή αμοιβή για κάθε μήνα παροχής τους. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, βασίζεται κυρίως σε ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς και επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων με σκοπό να παρέχουν τις πρώτες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των ασθενειών (Koperski M.2000).

Η υπηρεσία της ΚΟΝ ξεκίνησε το 1800 από τις ΗΠΑ. Στο Αμερικανικό Σύστημα Υγείας οι νοσηλευτές διακρίνονται στις εξής κατηγορίες: νοσηλευτές κλινικών, νοσηλευτές κατ' οίκον νοσηλείας, νοσηλευτές κοινότητας και νοσηλευτές διοικητικής υπηρεσίας, οι οποίοι προέρχονται από τις επαγγελματικές άδειες που εκδίδονται από την Αμερικανική Ένωση Πιστοποίησης Νοσηλευτών (American Nurses Credentialing Association) (Stanhope & Lancaster, 2009). Κάθε κατηγορία περιλαμβάνει υποκατηγορίες στις οποίες ένας νοσηλευτής μπορεί να ακολουθήσει εξειδικευμένους τομείς, όπως η νοσηλευτική στο χειρουργείο. Απαιτούμενα προσόντα που πρέπει να έχει ένας νοσηλευτής κατ' οίκον φροντίδας είναι: η άδεια άσκησης επαγγέλματος, ένας μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών με προσόντα κλινικής εξειδίκευσης στην κατ' οίκον νοσηλεία, επαγγελματική εμπειρία σε συγκεκριμένους νοσοκομειακούς τομείς που είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση ενός ολοκληρωμένου συνόλου δεξιοτήτων και ικανοτήτων στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλείας (Sines, 2011).

Τα μοντέλα προγραμμάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας κατ' οίκον Home Based Primary Care (HBPC) παρουσιάζουν διακρίσεις που βασίζονται κυρίως σε δύο καθοριστικούς παράγοντες: την αποστολή, που περιλαμβάνει τον πληθυσμό και το γεωγραφικό πεδίο εφαρμογής, και το επιχειρηματικό σχέδιο, που περιλαμβάνει την οργανωτική δομή και τον καθοριστικό ρόλο των πληρωμών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ανεξάρτητα από τους δύο παράγοντες, πολλά προγράμματα έχουν κοινά σημεία. Τα περισσότερα προγράμματα HBPC διαθέτουν μια ομάδα που αποτελείται από γιατρούς, βοηθούς γιατρού, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, επαγγελματίες υγείας. Η σύνθεση της ομάδας εξαρτάται από την αποστολή και την οικονομική δυνατότητα του προγράμματος. Οι πάροχοι πρέπει να έχουν ειδικότητα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, τη γηριατρική και την παρηγορητική φροντίδα, εστιάζοντας σε βασικές ικανότητες όπως η διαχείριση φροντίδας ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών, η διαχείριση χρόνιων

παθήσεων, η προσφορά οικογενειακής υποστήριξης, η πρόσβαση σε πόρους, το σωστό χειρισμό της φαρμακευτικής αγωγής, η διαχείριση των συμπτωμάτων και η φροντίδα της ζωής (Mattan Schuchman et al.2018).

Η κοινωνική ασφάλιση υγείας διαχειρίζεται μέσω των προγραμμάτων Medicare (Ομοσπονδιακή δημόσια φροντίδα ηλικιωμένων) και Medicaid (Ομοσπονδιακή δημόσια φροντίδα απόρων). Το Medicare αφορά την κατ' οίκον υγειονομική περίθαλψη η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από κατ' οίκον επισκέψεις που πραγματοποιούνται από νοσηλευτές και λοιπούς συνεργάτες υγείας, με απώτερο σκοπό την επιτάχυνση του εξιτηρίου από το νοσοκομείο. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αφορά τους ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρία στους οποίους παρέχονται υπηρεσίες εντός και εκτός της νοσοκομειακής μονάδας. Το Medicaid, με πρωτοβουλία κράτους-ομοσπονδίας, προσφέρει ιατρική περίθαλψη σε ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρία και άτομα που έχουν ανάγκη βοήθειας, με βασικό κριτήριο τα χαμηλά εισοδήματα. Οι δικαιούχοι του Medicare έχουν την δυνατότητα να επιλέξουν παρόχους, είτε ιδιωτικού τομέα είτε οργανισμών μη κυβερνητικών ή προμηθευτών.

Η χρηματοδοτική στήριξη της κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας και γενικά της μακροχρόνιας φροντίδας, προέρχεται από μια συρροή πηγών χρηματοδότησης. Αυτές περιλαμβάνουν το Medicaid, το πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης της ομοσπονδιακής κυβέρνησης που απευθύνεται σε άτομα με χαμηλό εισόδημα ή ιατρικές δαπάνες υψηλού κόστους. Τα προγράμματα αυτά χρηματοδοτούνται από τις πολιτείες και την ιδιωτική ασφάλιση.

Κάθε πολιτεία σχεδιάζει και επιβλέπει αυτόνομα το αντίστοιχο πρόγραμμά της, το οποίο περιλαμβάνει κοινοτική και κατ' οίκον φροντίδα μέσω τριών βασικών τρόπων (Αδαμακίδου Θ.,Καλοκαιρινού Α.2007):

- Κατ' οίκον νοσηλεία
- Προσωπική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων καθηκόντων όπως το μαγείρεμα, το ντύσιμο, το καθάρισμα και η αυτοεξυπηρέτηση
- Υποστηρικτικές υπηρεσίες

Η κλιμακούμενη αύξηση των ατόμων που διαμένουν μόνοι τους συνοδεύεται από μια αξιοσημείωτη αύξηση του σχετικού κόστους φροντίδας. Κατά συνέπεια, καθίσταται επιτακτική ανάγκη για την κυβέρνηση να αναζητήσει και να εφαρμόσει λύσεις για την αντιμετώπιση αυτής της αυξανόμενης πρόκλησης.

Η Αμερικανική Ένωση για την κατ' οίκον φροντίδα (American Association for Homecare- AANC) ως εθνικός οργανισμός, αναλαμβάνει έναν καθοριστικό ρόλο που είναι αφιερωμένος στην παροχή ενός ολοκληρωμένου φάσματος υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, με οικονομική συμμετοχή. Λειτουργεί ως ένα καλά οργανωμένο πλαίσιο, που διευκολύνει την παροχή ποικίλων υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, φυσιοθεραπευτών, νοσηλευτών, γιατρών, λογοθεραπευτών, εθελοντών, οικογενειακών φροντιστών και οικιακών βοηθών. Επιπλέον, ο Οργανισμός επεκτείνει τις υπηρεσίες υποστήριξης προς τους ασθενείς μέσω της τηλεϊατρικής και τηλευγείας. Σκοπός του Οργανισμού είναι η παροχή ποικίλων και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας για την κάλυψη των πολύπλευρων αναγκών των ασθενών. Οι υπηρεσίες αυτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που προκύπτουν από τον αυξανόμενο αριθμό ατόμων που ζουν ανεξάρτητα. Η Αμερικανική Ένωση για την ΚΟΦ συμβάλλει στη βελτίωση της προσβασιμότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών της ΚΟΦ (<https://www.linkedin.com>).

Το σύστημα μακροχρόνιας περίθαλψης στις ΗΠΑ είναι εκτεταμένο και περίπλοκο και περιλαμβάνει διάφορες κατηγορίες :

(α) Άτυπη φροντίδα: Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει την εθελοντική φροντίδα που παρέχεται από μέλη της οικογένειας ή άλλους συγγενείς, όπως φίλους ή γείτονες. Είναι αξιοσημείωτο πως 3/4 των ηλικιωμένων ατόμων με αναπηρίες, λαμβάνουν αυτή τη μορφή φροντίδας.

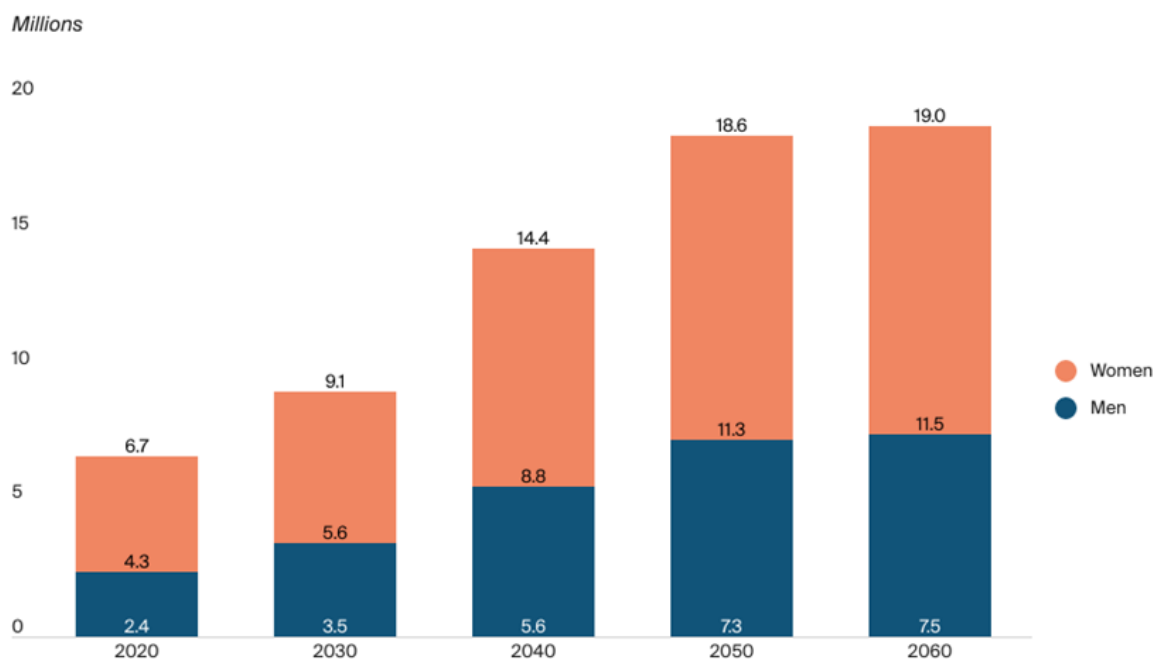
(β) Κοινωνική φροντίδα και κατ' οίκον νοσηλεία: Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει την παροχή τυπικών υπηρεσιών των ατόμων εντός της κοινότητας ή του σπιτιού τους.

(γ) Φροντίδα σε οίκους ευγηρίας: Περιλαμβάνει εξειδικευμένες ιατρικές, νοσηλευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες, η μορφή αυτή της φροντίδας χορηγείται εντός ιδρυμάτων. Η χρηματοδότηση αυτών των υπηρεσιών μπορεί να προέρχεται από δημόσιους πόρους, προσωπικές δαπάνες και, κυρίως, από ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης (Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού Α. 2007).

Η βοήθεια που χρειάζονται οι δικαιούχοι Medicare στο σπίτι τους συχνά βασίζεται στην υποστήριξη των άμισθων οικογενειακών φροντιστών για να διασφαλιστεί η υγεία και η ευημερία τους. Η πράξη βοήθειας μπορεί να έχει επιζήμιες επιπτώσεις στην υγεία, τη συναισθηματική ευημερία και την οικονομική σταθερότητα ενός ατόμου. Αυτός ο καταγισμός συνεπειών αποτελεί σημαντική απειλή για εκατομμύρια οικογενειακούς

φροντιστές. Η κρίση αυτή θα ενταθεί με τη γήρανση του πληθυσμού. Οι προβλέψεις δείχνουν ότι μέχρι το έτος 2060, ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας 85 ετών και άνω στις Ηνωμένες Πολιτείες αναμένεται να τριπλασιαστεί σχεδόν σε σύγκριση με τα στοιχεία που καταγράφηκαν το 2020 (<https://www.commonwealthfund.org/> 2023).

Γράφημα 2. Προβλέψεις για τον πληθυσμό των ΗΠΑ ηλικίας 85 ετών και άνω, 2020-2060



Πηγή: Barbara Lyons and Jane Andrews, “Supporting Family Caregivers of Medicare Beneficiaries: Actions the Administration Can Take Now,” To the Point (blog), Commonwealth Fund, Nov. 2, 2023. <https://doi.org/10.26099/ptxw-6j42>

Τα προγράμματα Hospital-at-Home, τα οποία προσφέρουν οξεία περίθαλψη σε ασθενείς εντός των ορίων της κατοικίας τους, έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους στον περιορισμό των επιπλοκών και την ταυτόχρονη μείωση του κόστους περίθαλψης κατά 30% τουλάχιστον. Η επιτυχία των προγραμμάτων, ώθησε τις επιχειρήσεις να αναλάβουν πρωτοβουλίες για την προώθηση της εφαρμογής τους. Ωστόσο, αυτό το μοντέλο έχει συναντήσει εμπόδια στις ΗΠΑ, κυρίως από τις ανησυχίες των ιατρών όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών και τις νομικές ευθύνες. Επιπλέον, η δυστοκία αποζημίωσης των παρόχων για τις υπηρεσίες που παρέχονται κατ' οίκον, αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την ενσωμάτωση αυτών των προγραμμάτων στο πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης. (<https://www.commonwealthfund.org/>).

Οι παρεμβάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας κατ' οίκον (HBPC) αντιπροσωπεύουν μια στροφή στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, μεταφέροντας την παροχή υπηρεσιών υγείας από τα παραδοσιακά γραφεία στα σπίτια των ασθενών. Με ρίζες στις ιστορικές πρακτικές της κατ' οίκον επικοινωνίας για την υγεία και της κοινοτικής πληροφόρησης για την υγεία, τα σύγχρονα προγράμματα HBPC ενσωματώνουν την ιατρική περίθαλψη στο οικιακό περιβάλλον. Το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση όχι μόνο στην κατ' οίκον ιατρική περίθαλψη, αλλά ενσωματώνει επίσης εντατική διαχείριση, συντονισμό της φροντίδας και, προαιρετικά, μακροχρόνιες υπηρεσίες και υποστήριξη. Οι παρεμβάσεις HBPC προτείνονται ως μια εναλλακτική προσέγγιση για την οργάνωση και την παροχή φροντίδας, ιδιαίτερα προσαρμοσμένη στις ανάγκες, τις αξίες και τις προτιμήσεις των χρονίως πασχόντων, των ασθενών και των ατόμων με σωματικές ή γνωστικές αναπηρίες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση στην παραδοσιακή πρωτοβάθμια περίθαλψη στο ιατρείο ή σε άλλα μοντέλα που απαιτούν επισκέψεις στο ιατρείο. Τα HBPC είναι πολύπλευρα και περιλαμβάνουν:

- Η HBPC διευκολύνει την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα στη μετακίνηση σε εξωτερικά ιατρεία.
- Περιλαμβάνοντας μια σειρά υπηρεσιών, όπως θεραπείες, φαρμακείο και διαχείριση φαρμάκων, το HBPC εξασφαλίζει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στη φροντίδα των ασθενών.
- Η διεξαγωγή της φροντίδας στο οικείο περιβάλλον του ασθενούς παρέχει ανεκτίμητες γνώσεις σχετικά με τις ανάγκες και τους περιορισμούς του ασθενούς, βελτιώνοντας τα τελικά αποτελέσματα.
- Οι κατ' οίκον επισκέψεις εστιάζουν στις προτιμήσεις του ασθενή προωθώντας την δέσμευση και την ενεργό συμμετοχή του.
- Μείωση των νοσηλειών και της χρήσης επείγουσας περίθαλψης.
- Το HBPC αναγνωρίζει και υποστηρίζει τον καθοριστικό ρόλο των οικογενειακών φροντιστών, παρέχοντας ένα πλαίσιο που αναγνωρίζει και καλύπτει τις ανάγκες τους στη διαδικασία φροντίδας.
- Αποδοτικότητα κόστους για τους πληρωτές, μέσω της μείωσης των νοσηλειών και της επείγουσας περίθαλψης, καθώς και της αποτελεσματικότερης και πιο στοχευμένης παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Annette M Totten et al.2016).

Έχουν διεξαχθεί πολλαπλές μελέτες για την ποιότητα της κατ' οίκον νοσηλείας, συμπεριλαμβανομένης μιας μελέτης που χρησιμοποίησε δίκτυα Bayes, για να εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ΚΟΝ. Ο σκοπός της μελέτης ήταν αφενός να εισαγάγει μια νέα μεθοδολογία για τη συγκέντρωση δεικτών ποιότητας προκειμένου να μετρήσει τη συνολική ποιότητα της φροντίδας και αφετέρου να διερευνήσει τις σχέσεις μεταξύ των μέτρων ποιότητας και των επιπτώσεών τους στην ποιότητα της φροντίδας στο σπίτι, χρησιμοποιώντας τις μετρήσεις του Οργάνου Ποιότητας Νοσηλευτικής Φροντίδας στο σπίτι (Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument). Τα αποτελέσματα έδωσαν χρήσιμες πληροφορίες τόσο για τη σύνθεση της ποιότητας της ΚΟΦ όσο και λύσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Το δίκτυο Bayes αναδείχθηκε ως ανώτερη μέθοδος σε σύγκριση με τις ήδη χρησιμοποιούμενες μεθόδους. Εντοπίστηκαν παράγοντες που επιδρούν σημαντικά στην ποιότητα της ΚΟΦ, συμπεριλαμβανομένου του αριθμού των ωρών των βοηθών νοσηλευτών, του επιπολασμού των κατάκοιτων ατόμων και του επιπολασμού των καθημερινών σωματικών περιορισμών. Ένα μοντέλο αξιολόγησης της ποιότητας της ΚΟΦ διατυπώθηκε από τον Donabedian το 1988, γνωστό ως SPO, το οποίο περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις πτυχές της αξιολόγησης της ποιότητας: Δομή, Διαδικασία και Αποτέλεσμα. (Justin Goodson, MS 2008)

3.1.6. Κατ'οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στον Καναδά

Ο Καναδάς μία χώρα με 39 εκατομμύρια περίπου κατοίκους, με προσδόκιμο ζωής γύρω στα 82 έτη είναι μια άκρως αποκεντρωμένη ομοσπονδία. Οι επαρχιακές κυβερνήσεις είναι κατά κύριο λόγο υπεύθυνες για τη διακυβέρνηση, την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Καθώς το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών υγείας, που αντιπροσωπεύουν το 70%, επιδοτείται από τις ομοσπονδιακές, επαρχιακές και εδαφικές κυβερνήσεις, ένα σημαντικό μέρος διατίθεται για τη διασφάλιση της καθολικής προσβασιμότητας σε νοσοκομειακές και ιατρικές υπηρεσίες. Επιπλέον, ένα σημαντικό μέρος αυτών των κονδυλίων κατευθύνεται προς ειδική κάλυψη για συνταγογραφούμενα φάρμακα και μακροχρόνια περίθαλψη. Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας, οι επαρχιακές και εδαφικές διοικήσεις έκανα προσπάθειες για την αναδιάρθρωση των περιφερειακών συστημάτων παροχής υπηρεσιών. Οι πρωταρχικοί στόχοι αυτών των προσπαθειών ήταν η βελτίωση της ποιότητας, της έγκαιρης

εξυπηρέτησης και της συνολικής εμπειρίας των ασθενών όσον αφορά τις ιατρικές υπηρεσίες οξείας και χρόνιας περίθαλψης και την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Παρά την αποτελεσματικότητα του συστήματος καθολικής κάλυψης του Καναδά για το Medicare όσον αφορά την παροχή ουσιαστικής οικονομικής προστασίας, το περιορισμένο πεδίο κάλυψης οδήγησε σε διακριτά κενά και ανισότητες στην πρόσβαση (Marchildon,S. Allin 2023).

Ενώ το καναδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από καθολικότητα, υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ των ομοσπονδιακών πολιτειών. Οι διαφορές αυτές εφαρμόζονται μέσω νομοθετικών μέτρων που ενισχύουν μια δομή προσανατολισμένη στην αγορά για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ευνοώντας κυρίως τον ιδιωτικό τομέα. Οι οικογενειακοί γιατροί αναλαμβάνουν τον ρόλο της επίβλεψης και της παραπομπής των ασθενών τους σε ειδικούς όταν αυτό απαιτείται, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην έχουν άμεση πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Παρά τον δημόσιο χαρακτήρα του συστήματος, οι γιατροί λειτουργούν κατά κύριο λόγο ως ανεξάρτητοι ελεύθεροι επαγγελματίες (Brandao, 2019).

Μια συστηματική πρωτοβουλία βρίσκεται επί του παρόντος σε εξέλιξη μέσω των συνεργατικών προσπαθειών του Canada Health Act και της Καναδικής Ένωσης για την Κοινωνική Φροντίδα, η οποία υποστηρίζεται από ένα εθνικό σχέδιο δράσης, για να εξασφαλιστεί η δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας σε όλη την επικράτεια. Η Καναδική Ένωση ως εθνικός μη κερδοσκοπικός οργανισμός, είναι αφοσιωμένη στον στόχο της διασφάλισης προσβάσιμων, οικονομικά βιώσιμων και άμεσων υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας και κοινοτικής υποστήριξης. Η δέσμευση αυτή έχει σχεδιαστεί για να δώσει τη δυνατότητα στα άτομα να παραμείνουν με ασφάλεια στα σπίτια τους, διατηρώντας παράλληλα την αξιοπρέπεια και την ποιότητα της ζωής τους.

Η κατ' οίκον περίθαλψη αποτελεί μια ολοκληρωμένη σειρά υπηρεσιών που χορηγούνται εντός του οικιακού περιβάλλοντος και καλύπτουν την προαγωγή της υγείας, τη θεραπεία, την ανακουφιστική φροντίδα στο τέλος της ζωής, την αποκατάσταση, την υποστήριξη, την προσαρμογή στην κοινωνία και τη βοήθεια στην επανένταξη. Σχεδιασμένα για να καλύπτουν τις ανάγκες ατόμων όλων των ηλικιακών ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών, των ατόμων με χρόνιες ασθένειες, των ατόμων με αναπηρίες και των ηλικιωμένων, τα προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας είναι δομημένα για να διευκολύνουν την ανεξάρτητη διαβίωση μέσα στην άνεση του σπιτιού. Η προσέγγιση αυτή επιδιώκει να προωθήσει την εγγύτητα με τους αγαπημένους, την

οικογένεια και την κοινότητα, εξασφαλίζοντας ένα υποστηρικτικό και οικείο περιβάλλον(Wei Zhang et al.2021).

Προγράμματα και υπηρεσίες οργανώνονται από τις δημόσιες αρχές ανάλογα με τις απαιτήσεις του κάθε ασθενούς. Τα προγράμματα δίνονται κατευθείαν από τις αρχές είτε μέσω παρόχων. Ανεξάρτητα από τις ανισότητες που υπάρχουν μεταξύ των κοινοτήτων, οι αρχές πρέπει να ελέγξουν πως το πρόγραμμα είναι καθολικό και μπορεί να εφαρμοστεί από οποιονδήποτε το έχει ανάγκη. Έτσι δημιουργήθηκαν ειδικές πλατφόρμες που αξιολογούνται από τα ίδια τα άτομα. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι (Forbes, D., & Edge, D. 2009):

1. Υπηρεσίες Φροντίδας
2. Υπηρεσίες κατ'οίκον στις οποίες περιλαμβάνονται:
 - Υπηρεσίες βοήθειας
 - Νοσηλεία κατ'οίκον
 - Υπηρεσίες για την αποκατάσταση
 - Υπηρεσίες Φροντίδας στο σπίτι
 - Υπηρεσίες HOSPICE (ξενώνες)

Όλες οι παραπάνω υπηρεσίες πρέπει να καλύπτουν τα παρακάτω :

- Τα προγράμματα να είναι κατάλληλα σχεδιασμένα ώστε να καλύπτει της ανάγκες του κάθε ατόμου.
- Να βελτιώνουν την υγεία, την ποιότητα, την αξιοπρέπεια και την ασφάλεια του ασθενή και των φροντιστών του.
- Οι πάροχοι υπηρεσιών να εφαρμόζουν πιστά το πρόγραμμα που έχει σχεδιαστεί σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.
- Οι υπηρεσίες που προσφέρονται όντως να βελτιώνουν την υγεία τους.
- Οι συγγενείς και γενικά οι φροντιστές να ακολουθούν πιστά τις υποδείξεις που τους έχουν δοθεί.
- Διατήρηση της βιωσιμότητας και της αποτελεσματικότητας του προγράμματος.
- Να μπορούν να διαχειριστούν τις έκτακτες περιπτώσεις ανάγκης.

Στον Καναδά, κάθε επαρχία διαχειρίζεται τη χρηματοδότηση και την εφαρμογή των δικών της δημόσιων χρηματοδοτούμενων ή επιδοτούμενων πρωτοβουλιών κατ'οίκον φροντίδας. Το εύρος και η φύση των υπηρεσιών ποικίλλουν από περιοχή σε περιοχή. Αν και οι περισσότερες δικαιοδοσίες προσφέρουν επαγγελματικές υπηρεσίες κατ'οίκον

φροντίδας υγείας, προσωπική φροντίδα και οικιακή φροντίδα, υπάρχουν διαφοροποιήσεις. Γενικά, οι επαγγελματικές υπηρεσίες παρέχονται χωρίς κόστος σε όλες τις περιοχές. Ωστόσο, έξι επαρχίες (Βρετανική Κολομβία, Αλμπέρτα, Σασκάτσουαν, New Brunswick, Νέα Σκωτία, Newfoundland and Labrador) χρεώνουν τέλη για υπηρεσίες κατ' οίκον υποστήριξης και φροντίδας, ανάλογα με την εκτίμηση του εισοδήματος (Wei Zhang et al.2021).

Μεγάλη έμφαση δίνεται στην ψυχική υγεία, τη φροντίδα μόλις ο ασθενής αποχωρήσει από το νοσοκομείο, την ανακουφιστική φροντίδα στο τέλος της ζωής και την υποστήριξη των φροντιστών, αναγνωρίζοντας ότι ένα σημαντικό μέρος της φροντίδας παρέχεται συνήθως από την οικογένεια και τους φίλους. Τα οφέλη της κατ' οίκον φροντίδας, οδήγησαν σε σημαντική αύξηση των υπηρεσιών αυτών στη χώρα τις τελευταίες τρεις δεκαετίες (Romanow R.2002).

3.1.7. Κατ'οίκον Νοσηλεία-Φροντίδα στην Αυστραλία

Η Αυστραλία έχει περίπου 26,3 εκατομμύρια κατοίκους με προσδόκιμο ζωής γύρω στα 83 έτη. Η υποχρέωση για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης κατανέμεται μεταξύ τριών οντοτήτων: της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, των επιμέρους πολιτειών και των τοπικών κοινοτήτων. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση, αν και δεν εμπλέκεται άμεσα στην παροχή υπηρεσιών, αναλαμβάνει πρωτίστως οικονομικό ρόλο, εστιάζοντας στη χρηματοδότηση και στην παροχή έμμεσης υποστήριξης σε επαγγέλματα υγειονομικής περίθαλψης στις διάφορες πολιτείες. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Αυστραλίας έχει κερδίσει διεθνή αναγνώριση, ως ένα από τα κορυφαία στον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Παρόλα αυτά, αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις που προκύπτουν από τις αυξανόμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης ζήτησης και του κόστους, των ανισοτήτων, των περίπλοκων συνθηκών υγείας και μιας συντονισμένης προσπάθειας για τη αναβάθμιση των αποτελεσμάτων. Το ισχύον σύστημα υιοθετεί ένα υβριδικό μοντέλο όπου οι πολίτες, έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν ιδιωτική ασφάλιση σε συνδυασμό με την υπάρχουσα δημόσια ασφάλισή τους, εξασφαλίζοντας έτσι πρόσβαση και σε δημόσια νοσοκομεία και σε ιδιωτικά νοσοκομεία (Sunil K Dixit, Murali Sambasivan 2018).

Το Medicare, ως καθολικό πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης της Αυστραλίας, ενσωματώνει μέτρα, που έχουν σχεδιαστεί για την ελάττωση του κόστους από την τσέπη των πολιτών, με ιδιαίτερη έμφαση στην ελάφρυνση της οικονομικής επιβάρυνσης για τα νοικοκυριά με χαμηλότερα εισοδήματα. Το πρόγραμμα παρέχει δωρεάν την περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία ενώ παράλληλα επιχορηγεί την περίθαλψη σε ιδιωτικά νοσοκομεία καθώς εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και συνταγογραφούμενα φάρμακα (Hsei Di Law et al.2023)

Η ανάγκη για υπηρεσίες οξείας περίθαλψης, λόγω της αύξησης του πληθυσμού των ηλικιωμένων και της έξαρσης των χρόνιων ασθενειών, έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη πιο εξατομικευμένων μοντέλων μετα-οξείας περίθαλψης. Αυτές οι καινοτόμες προσεγγίσεις αποσκοπούν στην παροχή όχι μόνο ιατρικής θεραπείας αλλά και συντονισμένης εξόδου, συνεχούς υποστήριξης και ιδιαίτερης έμφασης στην ενίσχυση των λειτουργικών ικανοτήτων μέσω της αποκατάστασης. Το αυστραλιανό Πρόγραμμα Μεταβατικής Φροντίδας Transition Care Program (TCP), εισήχθη το 2004 στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας της αυστραλιανής κυβέρνησης «Επενδύοντας στην Αυστραλία για τη φροντίδα ηλικιωμένων», η οποία ονομάστηκε εύστοχα «Περισσότερες θέσεις, καλύτερη φροντίδα», με στόχο στην εξασφάλιση ότι ένας σημαντικός αριθμός δικαιούχων φροντίδας μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι του αντί της πρόωρης μετάβασής τους σε ιδρύματα φροντίδας ηλικιωμένων. Επιδιώκει στη βελτιστοποίηση της λειτουργικής ικανότητας και στη μείωση του χρόνου νοσηλείας των ηλικιωμένων. Το TCP έχει σαφείς στόχους - παροχή στοχευμένης, βραχυπρόθεσμης και επικεντρωμένης στη θεραπεία φροντίδας. Σκοπός του δεν είναι μόνο να βοηθήσει στη διαδικασία αποκατάστασης, αλλά και να ενισχύσει τη λειτουργική ικανότητα και να υποστηρίξει τα ηλικιωμένα άτομα και τις οικογένειές τους στη διαμόρφωση μακροπρόθεσμων σχεδίων φροντίδας. Κατά μέσο όρο, το πρόγραμμα διαρκεί 7 εβδομάδες, με μέγιστη διάρκεια 12 εβδομάδες, ενώ υπάρχει περιθώριο παράτασης, έως και 6 επιπλέον εβδομάδες σε ορισμένες περιπτώσεις. Η χρηματοδότηση του TCP πραγματοποιείται από κοινού τόσο από την Κοινοπολιτεία όσο και από τις Κυβερνήσεις των Πολιτειών. Οι αρμοδιότητες υλοποίησης ανήκουν στις υγειονομικές υπηρεσίες της Πολιτείας/Περιφέρειας, που ενίοτε διευκολύνονται μέσω των Οργανισμών φροντίδας. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων, της διαχείρισης περιπτώσεων, της νοσηλευτικής φροντίδας, της κοινωνικής εργασίας, της φυσικοθεραπείας, της εργοθεραπείας και των υπηρεσιών

προσωπικής φροντίδας, όπως ντύσιμο, μαγείρεμα, μπάνιο (Gray C Leonard, Nancye M Peel et al.2012)

Το Νοσοκομείο στο σπίτι (HaH), παρέχει οξεία νοσοκομειακή περίθαλψη στο σπίτι του ασθενούς, αποτελώντας εναλλακτική λύση στην παραδοσιακή νοσηλεία. Για παράδειγμα στη Βικτώρια της Αυστραλίας, τα προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας είναι ευρέως διαδεδομένα και περιλαμβάνουν τόσο μητροπολιτικά όσο και περιφερειακά νοσοκομεία. Περίπου το 6% των συνολικών ημερών νοσηλείας στην περιοχή παρέχεται μέσω αυτών των προγραμμάτων. Οι κλινικές δοκιμές δείχνουν ότι η φροντίδα HaH μειώνει σημαντικά τη θνησιμότητα και τις επιπλοκές, βελτιώνει τις εμπειρίες των ασθενών και των φροντιστών και μειώνει το κόστος. Στην Αυστραλία, όπου η HaH αμείβεται με νοσοκομειακές τιμές, το κράτος αποκομίζει οικονομικό όφελος, συμβάλλοντας στην αποφυγή της κατασκευής νέων νοσοκομείων (Federman D.Alex, Tacara Soones et al.2018).

Στην Αυστραλία, η κατ' οίκον φροντίδα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του συστήματος κοινωνικής φροντίδας και θεωρείται υπηρεσία πρόνοιας. Η ευθύνη για τη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων βασίζεται παραδοσιακά σε μεγάλο βαθμό στην οικογενειακή υποστήριξη, η οποία αποκαλείται οικογενειακή φροντίδα και περιλαμβάνει μη αμειβόμενη φροντίδα που παρέχεται από την οικογένεια και τους συγγενείς. Παρά το γεγονός ότι χρηματοδοτούνται από το δημόσιο, οι περισσότεροι Οργανισμοί παροχής υπηρεσιών δεν έχουν δεσμευτική ευθύνη για την κάλυψη των αναγκών ολόκληρης της κοινότητας. Αυτή η έλλειψη διαρθρωτικού μηχανισμού οδηγεί τους μη κερδοσκοπικούς παρόχους να εξυπηρετούν τους πελάτες εντός των ορίων της χρηματοδότησής τους, χωρίς να έχουν την υποχρέωση να αντιμετωπίσουν και άλλες σημαντικές ανάγκες. Οι δημόσιοι πάροχοι, αν και λειτουργούν ως πάροχοι έσχατης ανάγκης για δύσκολες περιπτώσεις, είναι συχνά οι μοναδικοί πάροχοι υπηρεσιών σε απομακρυσμένες περιοχές. Η κατ' οίκον φροντίδα συνήθως περιλαμβάνει ένα μείγμα προσωπικής φροντίδας, το οποίο περιέχει σωματικές εργασίες, οικιακές ευθύνες και κοινωνική υποστήριξη (Meagher Gabrielle, Marta Szebehely et al.2016).

Συμπέρασμα

Οι δημογραφικές αλλαγές στην Ευρώπη δημιουργούν αυξημένη ζήτηση για φροντίδα, ενθαρρύνοντας την ανάπτυξη των υπηρεσιών φροντίδας, ιδιαίτερα της κατ' οίκον

φροντίδας. Η συμμετοχή των κυβερνήσεων στη φροντίδα ποικίλει ανάλογα με τον ρόλο τους στην κοινωνία. Πλούσιες χώρες αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας, ενώ νέες στρατηγικές εξετάζονται για την αντιμετώπιση των αναγκών. Οι μελέτες υπογραμμίζουν τα οφέλη της κατ' οίκον φροντίδας, προωθώντας την προσαρμογή και την ενίσχυση των συστημάτων υγείας για την παροχή φροντίδας στο σπίτι. Σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, οι προσεγγίσεις για τη φροντίδα διαφέρουν. Το Ηνωμένο Βασίλειο εστιάζει στη δημόσια παρέμβαση και την ολοκληρωμένη φροντίδα, ενώ η Γερμανία βασίζεται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση και στη συνεργασία διαφόρων οργανισμών. Η Σουηδία επιδιώκει τη διαχείριση σε τοπικό επίπεδο, ενώ η Γαλλία συνδυάζει την κοινωνική ασφάλιση και την κρατική παρέμβαση. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η ιδιωτική ασφάλιση παίζει κεντρικό ρόλο, ενώ στον Καναδά υπάρχει αποκεντρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Παρά την αναγνώριση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της Αυστραλίας, προκλήσεις όπως το κόστος και οι ανισότητες παραμένουν. Η ανάπτυξη νέων προσεγγίσεων και η ενίσχυση της παροχής φροντίδας στο σπίτι αποτελούν βασικούς στόχους για τη βελτίωση του συστήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες αντιμετωπίζουν σοβαρές προκλήσεις τα τελευταία χρόνια. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής ανησυχούν για τις αλλαγές αυτές. Πρέπει να επινοήσουν σχέδια, και προγράμματα για να αντιμετωπίσουν την αύξηση του προσδόκιμου ζωής καθώς και την αύξηση των χρόνιων ασθενειών. Δεδομένου ότι οι ανάγκες σχεδιασμού μπορεί να είναι διαφορετικές από τη μία χώρα στην άλλη, κάθε μία χωριστά έχει την ευθύνη να θέτει κανόνες σύμφωνα και με τις Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για τον τρόπο διαχείρισης της υγειονομικής περίθαλψης, τις προδιαγραφές και τα πρότυπα που πρέπει να πληροί, καθώς και τον τρόπο οργάνωσης και παροχής της, προκειμένου να διασφαλίσει την ανθρώπινη υγεία και τα δικαιώματα των πολιτών (Αδαμακίδου Θ.2007).

4.1. Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης

Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, μια συνθήκη του Συμβουλίου της Ευρώπης που υπογράφηκε από τα Κράτη Μέλη της Ε.Ε. στο Τορίνο της Ιταλίας στις 18 Οκτώβρη 1961, συμπληρώνει την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, διασφαλίζει βασικά κοινωνικά και οικονομικά δικαιώματα, καλύπτοντας τομείς όπως η απασχόληση, η στέγαση, η υγεία, η εκπαίδευση και η κοινωνική πρόνοια. Ο Χάρτης δίνει έμφαση στη διασφάλιση ευάλωτων πληθυσμών, όπως οι ηλικιωμένοι, τα παιδιά, τα άτομα με αναπηρία και οι μετανάστες. Στην Ελλάδα κυρώθηκε με το Ν.1426 στις 20/21 Μαρτίου του 1984. Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, θεωρείται το κοινωνικό Σύνταγμα της Ευρώπης, διαδραματίζοντας καθοριστικό ρόλο στο πλαίσιο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων της ηπείρου που αποτελεί το βασικό σημείο αναφοράς στο δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης δεσμεύτηκαν να βελτιώσουν το βιοτικό επίπεδο και να προωθήσουν την ευημερία ολόκληρου του πληθυσμού τους.

Το Άρθρο 11 του Ε.Κ.Χ, προβλέπει υποχρεώσεις για τα Συμβαλλόμενα Μέλη, να λαμβάνουν μέτρα είτε μέσω του δημοσίου είτε μέσω ιδιωτικών οργανώσεων, με σκοπό την αποτελεσματική προστασία της υγείας.

Συγκεκριμένα :

- 1. Εξάλειψη οποιασδήποτε αιτίας που δεν ικανοποιεί την υγεία:** Τα Συμβαλλόμενα Μέλη έχουν την υποχρέωση να λαμβάνουν μέτρα για την εξάλειψη των αιτιών που ενδέχεται να επηρεάζουν αρνητικά την υγεία.
- 2. Υπηρεσίες Διαφώτισης και Συμβουλευτικές Υπηρεσίες:** Υποστήριξη μέσω αυτών των υπηρεσιών για τη βελτίωση της υγείας και την ενίσχυση της ατομικής ευθύνης στον τομέα της υγείας.
- 3. Πρόληψη Επιδημιών και Ασθενειών:** Επιβάλλεται η πρόληψη, υπογραμμίζοντας τη σημασία της προληπτικής προσέγγισης για τη δημόσια υγεία.

Το Άρθρο 12 του Ε.Κ.Χ, επιβάλλει υποχρεώσεις προς τα Συμβαλλόμενα Μέρη για την αποτελεσματική άσκηση του δικαιώματος για κοινωνική ασφάλεια.

Συγκεκριμένα :

- 1. Καθιέρωση ή Διατήρηση Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας.**
- 2. Ικανοποιητικό Επίπεδο Κοινωνικής Ασφάλειας.**
- 3. Ανύψωση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας σε υψηλότερο επίπεδο.**
- 4. Διασφάλιση Δικαιωμάτων για Κοινωνική Ασφάλεια:** α) Μέτρα μέσω συμβάσεων ή άλλων μέσων για να διασφαλιστεί η ισότητα μεταχείρισης και τα δικαιώματα για κοινωνική ασφάλεια, ανάμεσα στους υπηκόους του κάθε Συμβαλλόμενου Μέλους καθώς και των άλλων Μελών. β) Συνυπολογισμός περιόδων ασφάλισης, σύμφωνα με τη νομοθεσία κάθε Συμβαλλόμενου Μέρους.

Το Άρθρο 13 του Ε.Κ.Χ. επιβάλλει υποχρεώσεις προς τα Συμβαλλόμενα Μέλη για τη διασφάλιση του δικαιώματος για κοινωνική και ιατρική αντίληψη.

Συγκεκριμένα:

- 1. Παροχή Βοήθειας σε κάθε πρόσωπο που δεν διαθέτει πόρους:** Πρέπει να διασφαλιστεί κατάλληλη βοήθεια και φροντίδα υγείας και σε ασθενείς που δεν διαθέτουν δικούς τους οικονομικούς πόρους.
- 2. Διασφάλιση Δικαιωμάτων χωρίς περιορισμούς:** Στα άτομα που λαμβάνουν βοήθεια δεν πρέπει να περιορίζονται τα πολιτικά ή τα κοινωνικά τους δικαιώματα.
- 3. Παροχή Επιτακτικής Προσωπικής Βοήθειας:** Οι υπηρεσίες δημοσίου ή ιδιωτικού χαρακτήρα πρέπει να παρέχουν αναγκαία προσωπική βοήθεια για την πρόληψη, καταπολέμηση ή βελτίωση περιστάσεων προσωπικής ή οικογενειακής ανάγκης.

4. Ισότητα μεταξύ Υπηκόων τους και των υπηκόων άλλων Συμβαλλομένων Μελών. Υποχρέωση της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Κοινωνικής και Ιατρικής Αντίληψης που υπογράφηκε το 1953(Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης 1984).

4.2. Ευρωπαϊκή Στρατηγική για την φροντίδα με επίκεντρο τους φροντιστές και τους αποδέκτες φροντίδας.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εισάγει ένα όραμα Ευρωπαϊκής Στρατηγικής, με στόχο να βελτιώσει τη ζωή όσων χρειάζονται φροντίδα και όσων την παρέχουν, είτε πρόκειται για επαγγελματίες είτε για τα άτομα που την παρέχουν άτυπα. Η στρατηγική τονίζει τη σημασία των ποιοτικών, οικονομικά προσιτών και προσβάσιμων υπηρεσιών φροντίδας σε ολόκληρη την Ε.Ε. Δύο συστάσεις προς τα κράτη μέλη συνοδεύουν αυτή την προσέγγιση: η μία αφορά την αναθεώρηση των στόχων της Βαρκελώνης του 2002 σχετικά με την εκπαίδευση και τη φροντίδα στη πρώιμη παιδική ηλικία, ενώ η άλλη επικεντρώνεται στη διασφάλιση προσιτής και υψηλής ποιότητας μακροχρόνιας φροντίδας για όλους. Αυτή η ανθρωποκεντρική στρατηγική επιδιώκει να βελτιώσει την ευημερία τόσο των αποδεκτών όσο και των παρόχων φροντίδας σε ολόκληρη την Ευρώπη.

Οι προσιτές και προσβάσιμες υπηρεσίες φροντίδας υψηλής ποιότητας προσφέρουν πλεονεκτήματα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, ιδίως όσον αφορά τη στήριξη ατόμων που εξαρτώνται από βοήθεια λόγω γήρανσης, ασθένειας ή αναπηρίας. Ωστόσο, πολλοί εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν προκλήσεις πρόσβασης σε αυτές τις υπηρεσίες. Η επένδυση στον τομέα της φροντίδας είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, την αύξηση των μισθών, την προσέλκυση και διατήρηση ταλέντων και την αντιμετώπιση των ελλείψεων εργατικού δυναμικού. Η επένδυση αυτή όχι μόνο βελτιώνει τις συνθήκες του τομέα της φροντίδας, αλλά ξεκλειδώνει το οικονομικό δυναμικό του και τις δυνατότητες δημιουργίας θέσεων εργασίας.

Η Επιτροπή για την επίλυση του ζητήματος της μακροχρόνιας φροντίδας, καλεί τα κράτη μέλη να συντάξουν εθνικά σχέδια δράσης επικεντρώνοντας, στη βελτίωση της προσβασιμότητας, της οικονομικής προσιτότητας και της συνολικής ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης για όλους. Αυτό περιλαμβάνει:

- Την εξασφάλιση έγκαιρης, ολοκληρωμένης και οικονομικά προσιτής μακροχρόνιας περίθαλψης για τη διατήρηση ενός αξιοπρεπούς βιοτικού επιπέδου για όσους το έχουν ανάγκη.

- Διαφοροποίηση των επαγγελματικών υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, όπως η κατ' οίκον φροντίδα, η φροντίδα στην κοινότητα και η ιδρυματική φροντίδα, ώστε να γεφυρωθούν τα κενά προσβασιμότητας. Η εφαρμογή ψηφιακών λύσεων για τις υπηρεσίες φροντίδας και η διασφάλιση ότι οι εγκαταστάσεις είναι προσβάσιμες για τα άτομα με αναπηρία είναι επίσης ζωτικής σημασίας.
- Καθιέρωση κριτηρίων και προτύπων υψηλής ποιότητας για τους παρόχους μακροχρόνιας φροντίδας.
- Υποστήριξη των άτυπων φροντιστών, που στην πλειονότητα είναι γυναίκες και μέλη της οικογένειας τους, μέσω της κατάρτισης, της παροχής συμβουλών και της παροχής ψυχολογικής και οικονομικής υποστήριξης. Λόγω της ανεπαρκούς υποστήριξης που παρέχεται στις οικογένειες για τη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων, είναι προφανές ότι πολλές γυναίκες αντιμετωπίζουν προκλήσεις στο να συμβιβάσουν τις απαιτήσεις της οικογενειακής αρμονίας με την επιδίωξη της επαγγελματικής ανέλιξης.
- Κινητοποίηση βιώσιμης χρηματοδότησης για τη μακροχρόνια φροντίδα, με έμφαση στην αξιοποίηση των κονδυλίων της ΕΕ.

Η προσέγγιση αυτή αποσκοπεί στην εξανθρωπισμό της υγειονομικής περίθαλψης, δίνοντας προτεραιότητα στην ευημερία των ατόμων, αναγνωρίζοντας τον κρίσιμο ρόλο των φροντιστών και εξασφαλίζοντας ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες για όλους στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Ως προς την αναβάθμιση των συνθηκών εργασίας προτείνεται στα Κράτη Μέλη:

- Προώθηση των συλλογικών διαπραγματεύσεων για την αύξηση των μισθών και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, με έμφαση στην ενθάρρυνση των ανδρών να εισέλθουν στο επάγγελμα του φροντιστή.
- Προτεραιότητα στην υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας, παρέχοντας στους φροντιστές ένα ασφαλές και υγιές εργασιακό περιβάλλον.
- Συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση των φροντιστών, επιτρέποντάς τους να βελτιώνουν τις δεξιότητές τους.
- Καταπολέμηση των στερεοτύπων που σχετίζονται με τη φροντίδα.
- Επικύρωση και εφαρμογή της σύμβασης 189 της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας (ΔΟΕ) για τις οικιακές βοηθούς, ώστε να διασφαλιστεί η δίκαιη μεταχείριση.

Ταυτόχρονα, η Επιτροπή δεσμεύεται :

- Να διευκολύνει τον κοινωνικό διάλογο σε επίπεδο ΕΕ για τις κοινωνικές υπηρεσίες .
- Να προωθήσει τη δημιουργία εταιρικής σχέσης δεξιοτήτων στο πλαίσιο του συμφώνου δεξιοτήτων για τον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας.
- Οικονομική στήριξη της έρευνας με τη χρηματοδότηση έργων και ερευνών για την αξιολόγηση της εργασίας και των συνθηκών της, στον τομέα της περίθαλψης.
- Επανεξέταση των προτύπων της ΕΕ που διέπουν τις συνθήκες εργασίας για να διασφαλίσει τη συμμόρφωση.
- Χαρτογράφηση της υφιστάμενης κατάστασης εισόδου των εργαζομένων και των απαιτήσεων τους από τρίτες χώρες στον κλάδο της μακροχρόνιας περίθαλψης, καθώς και διερεύνηση της βιωσιμότητας της εφαρμογής συστημάτων σε επίπεδο ΕΕ για την προσέλκυση τους στον τομέα της φροντίδας(Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2022).

4.3. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για τη μακροχρόνια φροντίδα

Τον Σεπτέμβριο του 2015, από όλους τους ηγέτες παγκοσμίως εγκρίθηκαν 17 στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης. Ένα ολοκληρωμένο όραμα για έναν κόσμο απαλλαγμένο από την πείνα, τις ασθένειες, τη φτώχεια και την ένδεια. Όλα τα έθνη πρέπει να λάβουν κατάλληλα μέτρα με σκοπό να εξασφαλίσουν υγιή ζωή και ευημερία σε όλα τα άτομα, ανεξαρτήτως ηλικίας.

Ένας από τους βασικούς στόχους της Βιώσιμης Ανάπτυξης είναι η επίτευξη καθολικής κάλυψης της υγείας (UHC) σε όλα τα άτομα και τις κοινότητες, περιλαμβάνοντας υπηρεσίες όπως αναβάθμιση της υγείας, πρόληψη, ίαση της ασθένειας, αποκατάσταση και ανακουφιστική φροντίδα για το υπόλοιπο της ζωής. Σκοπός είναι να διασφαλιστεί ότι οι υπηρεσίες αυτές θα είναι ποιοτικές, αποτελεσματικές και πως οι χρήστες θα μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν ανεξαρτήτως των οικονομικών τους δυσκολιών. Οι στόχοι για την καθολική κάλυψη της υγείας επαναβεβαιώθηκαν στη συνάντηση της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ το 2019, δίνοντας έμφαση στην ενίσχυση των συστημάτων υγείας. Συνεπώς μία από τις βασικές προτεραιότητες του ΠΟΥ αποτελεί η μεταρρύθμιση της υγείας σε πολλές χώρες παγκοσμίως με στόχο την καθολική υγειονομική περίθαλψη (W.H.O).

Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.), όρισε επίσημα την περίοδο 2021-2030 ως μια δεκαετία αντιμετώπισης της υγιούς γήρανσης και ανέθεσε στον Π.Ο.Υ. την καθοδήγηση της εφαρμογής της. Η πρωτοβουλία αυτή βασίζεται στις αρχές που διατυπώνονται στην Παγκόσμια Στρατηγική και το Σχέδιο Δράσης του ΠΟΥ, καθώς και στο Διεθνές Σχέδιο Δράσης των Ηνωμένων Εθνών της Μαδρίτης για τη Γήρανση. Ο πρωταρχικός στόχος αυτής της δεκαετίας, είναι η άμβλυνση των ανισοτήτων στην υγεία και η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, των οικογενειών τους και των κοινοτήτων μέσω της συνεργασίας σε τέσσερις καίριους τομείς:

- Μετασχηματισμός των κοινωνικών αντιλήψεων, στάσεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με την ηλικία και τη διαδικασία της γήρανσης,
- Εξασφάλιση ότι οι κοινότητες θα προωθήσουν και θα αξιοποιήσουν ενεργά τις ικανότητες των ηλικιωμένων ατόμων,
- Εξασφάλιση της ανθρωποκεντρικής, ολοκληρωμένης φροντίδας και των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που ανταποκρίνονται στις μοναδικές ανάγκες των ηλικιωμένων πληθυσμών,
- Πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας μακροχρόνια φροντίδα για τα ηλικιωμένα άτομα που χρειάζονται τέτοιες υπηρεσίες (W.H.O. 2023).

Εστιάζοντας σε αυτούς τους βασικούς τομείς, η δεκαετία αποσκοπεί στην προώθηση ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που εκτιμά, υποστηρίζει και ενδυναμώνει τα ηλικιωμένα άτομα, συμβάλλοντας σε ένα πιο δίκαιο και βιώσιμο μέλλον.

Ο Π.Ο.Υ. έχει δεσμευτεί για την ενίσχυση των εθνικών ικανοτήτων, τη συγκέντρωση και επεξεργασία των δεδομένων, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση τους. Επιπλέον, σε συνεργασία πάντα με τους εταίρους οι προσπάθειες του ΠΟΥ θα επεκταθούν και στην κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας και φροντίδας, εξασφαλίζοντας την ικανότητά τους στην παροχή ολοκληρωμένης και βιώσιμης φροντίδας. Ο ΠΟΥ συμμετέχει ενεργά σε πρωτοβουλίες για τη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων, καθώς και για την καταπολέμηση των προκλήσεων που συνδέονται με τη γήρανση του πληθυσμού. Η προσεχής έκθεση έχει προγραμματιστεί να δημοσιευθεί το 2026 και η τελική έκθεση συνεπειών το 2029 (W.H.O. 2023).

4.4. Χρηματοδότηση της κατ'οίκον φροντίδας και νοσηλείας

Η μακροχρόνια περίθαλψη θεωρείται ως ένα μη ορατό προνοιακό σύστημα για εξής δύο βασικούς λόγους. Πρώτον γιατί η χρηματοδότηση και η παροχή μακροχρόνιας φροντίδας, περιλαμβάνουν ένα συνδυασμό υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε πολλά ευρωπαϊκά έθνη και δεύτερον γιατί η μακροχρόνια φροντίδα βασίζεται κυρίως στην άμισθη άτυπη φροντίδα, η οποία παρέχεται από τα μέλη της οικογένειας και πρωτίστως από γυναίκες, των οποίων τα κοινωνικά δικαιώματα αποτελούν δευτερεύον μέλημα στο πλαίσιο της κοινωνικής προστασίας.

Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες παρατηρείται, τα συστήματα κοινωνικής προστασίας να αντιμετωπίζουν τέσσερις πρωταρχικές προκλήσεις στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας των ηλικιωμένων:

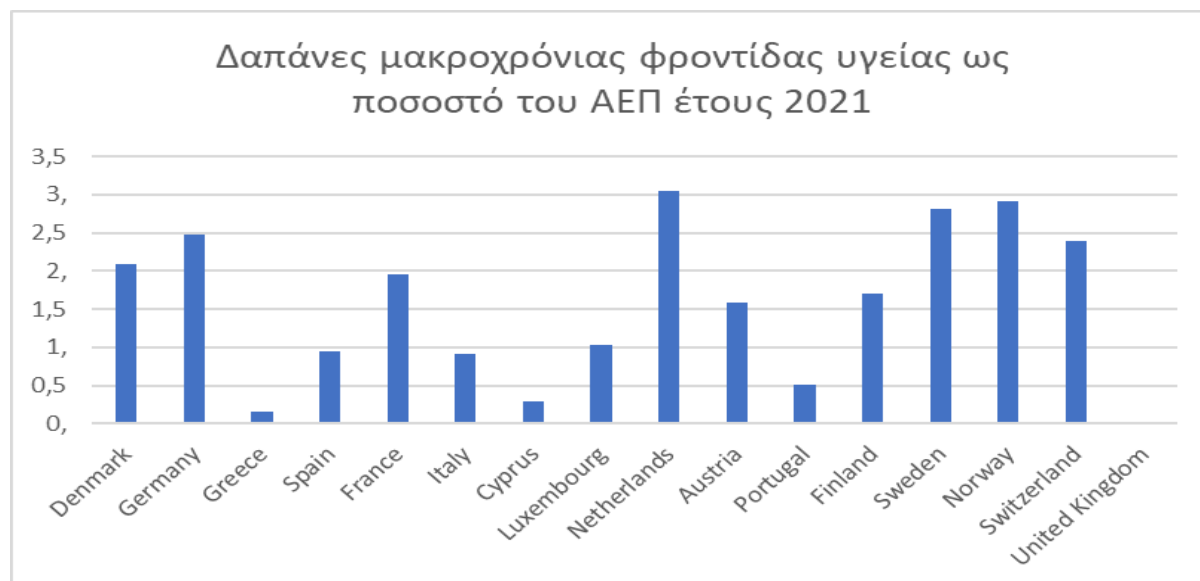
Η πρώτη αφορά την πρόσβαση και την επάρκεια, που σχετίζεται στενά με την ανεπαρκή ανάπτυξη των υπηρεσιών φροντίδας που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο και η έλλειψη συμπληρωματικών υπηρεσιών όπως υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας, νοσηλείας στο σπίτι, υπηρεσίες καθαριότητας κ.α.

Η δεύτερη την ποιότητα της κατ'οίκον φροντίδας, η οποία κινδυνεύει από τη σημαντική αύξηση της ζήτησης και την απουσία ισχυρών μηχανισμών ελέγχου της ποιότητας σε πολλές χώρες.

Η τρίτη αφορά την απασχόληση των άτυπων φροντιστών, που επηρεάζει ιδιαίτερα τις γυναίκες, οι οποίες αναγκάζονται να παραιτηθούν από τις θέσεις εργασίας τους λόγω των απαιτήσεων που επιβάλλονται από τις ευθύνες φροντίδας.

Η τέταρτη πρόκληση αφορά την οικονομική βιωσιμότητα, αυτή είναι συνυφασμένη με τη δημογραφική μετατόπιση προς τη γήρανση του πληθυσμού και την επακόλουθη κλιμάκωση των δημόσιων δαπανών για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, γεγονός που αποτελεί απειλή για την οικονομική βιωσιμότητα των υφιστάμενων συστημάτων (Spasova Slavina et al.2018).

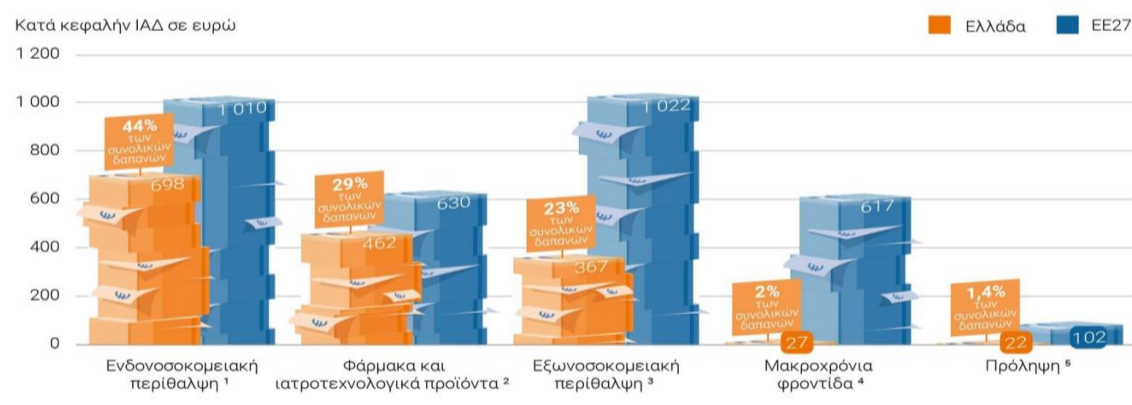
Γράφημα 3. Δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ έτους 2021



Πηγή δεδομένων: Eurostat 2023, Long-term care (health) expenditure [tps00214__custom_903326 (Ιδία διαμόρφωση)]

Η διάθεση πόρων για τη μακροχρόνια περίθαλψη στην Ελλάδα είναι μέτρια, αποτελώντας μόλις το 1,7% των συνολικών δαπανών, σε πλήρη αντίθεση με τον σημαντικά αυξημένο μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) που ανέρχεται σε 16,3%. Επιπλέον, η κατανομή για την προληπτική περίθαλψη ανέρχεται σε μόλις 1,4%, υπολειπόμενη του μέσου όρου της ΕΕ που είναι 2,9%. Αυτή η έντονη διαφορά υπογραμμίζει μια σημαντική ανισότητα στην ιεράρχηση και την επένδυση στη μακροχρόνια και προληπτική περίθαλψη εντός του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης σε σύγκριση με τα αντίστοιχα συστήματα της ΕΕ.

Γράφημα 4. Δαπάνες της Ελλάδας για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα συγκριτικά με την Ε.Ε.



Πηγή: ΟΟΣΑ για την υγεία 2021 βάση της Eurostat (στοιχεία 2019)

Σε πολλές χώρες, η παροχή φροντίδας σε άτομα που χρήζουν ανάγκη εντός της κατοικίας τους, δεν είναι σαφώς οριοθετημένη στο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής. Οι εμπειρογνώμονες υπογραμμίζουν την ύπαρξη κατακερματισμένων αρμοδιοτήτων μεταξύ κρατών, περιφερειών και τοπικής αυτοδιοίκησης, σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα, επισημαίνοντας την έλλειψη συνοχής μεταξύ της υγειονομικής και της κοινωνικοπολιτικής φροντίδας. Η χρηματοδότηση της κατ' οίκον φροντίδας προέρχεται από ανομοιογενείς πηγές και η οργάνωσή της γίνεται σε διάφορα επίπεδα.

Οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας παρέχονται από παρόχους συμβεβλημένους με το δημόσιο, από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, από ιδιωτικούς φορείς και από εθελοντές. Ορισμένες χώρες όπως η Ισπανία και η Ρουμανία έχουν αποκεντρωμένες πολιτικές, οργανωμένες σε δημοτικό και τοπικό επίπεδο, γεγονός που οδηγεί σε μια πιο ασταθή χρηματοδότηση. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η επιπρόσθετη χρηματοδότηση από τους χρήστες έχει μειώσει την κρατική χρηματοδότηση προς τις τοπικές αρχές. Σε κάποιες χώρες παρατηρείται οικονομική επιβάρυνση των τοπικών αρχών λόγω της συγχρηματοδότησης των αποκεντρωμένων υπηρεσιών, ενώ σε άλλες χώρες η αποκέντρωση έχει διευκολύνει τη συνύπαρξη υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας εξασφαλίζοντας καλύτερη παροχή υπηρεσιών.

Τα κράτη εμφανίζουν διαφορές στον καταμερισμό των αρμοδιοτήτων σχετικά με την πολιτική, τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών. Η κατανομή της χρηματοδότησης για την ΚΟΦ διαφέρει τόσο στο εσωτερικό μιας χώρας όσο και μεταξύ των χωρών. Οι πηγές χρηματοδότησης προέρχονται:

- **Από Δημόσιες πηγές.** Η ΚΟΦ χρηματοδοτούνταν από ένα συνδυασμό πηγών, τη γενική φορολογία, τους περιφερειακούς και τοπικούς προϋπολογισμούς, την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές. Ειδικότερα, χώρες όπως η Ολλανδία και η Ελβετία η δημόσια χρηματοδότηση, βασίζονταν στην υποχρεωτική ασφάλιση, ενώ η Δανία και η Πορτογαλία χρηματοδοτούνταν από άλλους φόρους. Στην Ισπανία σε αντίθεση με τη Δανία, η κάλυψη της προσωπικής φροντίδας μέσω κοινοτικών υπηρεσιών ήταν περιορισμένη, καθιστώντας αναγκαίους τους ιδιωτικούς πόρους. Η Γαλλία χρηματοδότησε σε εθνικό επίπεδο τη φροντίδα ηλικιωμένων, ενώ η Ελβετία χρηματοδότησε τις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας μέσω διάφορων διοικητικών επιπέδων (ομοσπονδιακό, εθνικό και τοπικό επίπεδο). Η χρηματοδότηση χορηγήθηκε σε συγκεκριμένες υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας.

- **Από Συμπληρωματικές καταβολές.** Σε αρκετές χώρες όπως την Αγγλία, την Ιρλανδία, τη Δανία, τη Φινλανδία, τη Γαλλία, τη Σουηδία και την Ολλανδία καθιερώθηκαν πρόσθετες πληρωμές για τη στήριξη συγκεκριμένων υπηρεσιών ΚΟΦ. Σε χώρες όπως τη Γαλλία και την Ολλανδία συνήθως, τα ποσά των εισφορών προέρχονταν από το εισόδημα ή τα περιουσιακά στοιχεία του δικαιούχου. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι συμπληρωματικές πληρωμές δίνονταν για καθορισμένες υπηρεσίες. Για παράδειγμα, η Σουηδία τις εφάρμοσε για την κατ' οίκον βοήθεια, ενώ στη Δανία περιορίζονταν σε ορισμένες υπηρεσίες.
- **Από τον Κρατικό Προϋπολογισμό για την πληρωμή των παρόχων.** Ορισμένες χώρες, όπως το Βέλγιο, χρησιμοποιούν ένα σταθερό ημερήσιο ποσό ως αμοιβή για τους δικαιούχους, ενώ άλλες π.χ. η Ιρλανδία, υιοθετούν ένα μοντέλο πληρωμής ανά είδος ΚΟΦ. Η ύπαρξη διαφορετικών συστημάτων χρηματοδότησης για διάφορους τύπους παρόχων, προωθεί το ενδεχόμενο άνισων κινήτρων και άνισου ανταγωνισμού, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της Ιρλανδίας.
- **Από μετρητά στους δικαιούχους φροντίδας.** Η μετάβαση από τις παροχές σε είδος στις πληρωμές σε μετρητά ή στα κουπόνια για την κατ' οίκον φροντίδα σηματοδοτεί μια αξιοσημείωτη εξέλιξη. Ωστόσο, συνεχίζουν να υπάρχουν ανισότητες σε σύγκριση με τα παραδοσιακά μοντέλα σε παγκόσμιο επίπεδο. Μία χρηματοδότηση υποκινούμενη από την επιθυμία για ευελιξία, εξατομικευμένες υπηρεσίες, αυξημένη αποτελεσματικότητα, ανταγωνισμό μεταξύ των ιδιωτικών παρόχων και συνολική ανάπτυξη της κατ' οίκον φροντίδας, αντιμετωπίζει αρκετές προκλήσεις όπως, έλλειψη ρύθμισης, ζητήματα κάλυψης του κόστους, ελλείψεις στην πληροφόρηση των χρηστών, αντίσταση των επαγγελματιών στις αλλαγές στον έλεγχο της χρηματοδότησης, εμπόδια για τα άτομα με νοητικές αναπηρίες και ανεπαρκή υποστήριξη για τους κατόχους παροχών με μετρητά.
- **Από επάρκεια δαπανών κατ' οίκον φροντίδας.** Οικονομικοί περιορισμοί καταγράφηκαν στην Ισπανία και την Πορτογαλία, όπου αναφέρθηκαν ελλείψεις χρηματοδότησης για την ΚΟΦ. Στην Ιταλία, η εφαρμογή της ΚΟΦ εξαρτιόνταν από τη διαθεσιμότητα των οικονομικών πόρων ενώ η κατ' οίκον ιατρική βοήθεια στη Σλοβενία φάνηκε πως ήταν απρόσιτη για την πλειονότητα των ηλικιωμένων ατόμων, γεγονός που υποδηλώνει ένα αξιοσημείωτο εμπόδιο στην πρόσβαση (Genet Nadine et al., 2011).

Η πανδημία COVID-19 έφερε στο φως τα τρωτά σημεία των συστημάτων υγείας σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), γεγονός που καθιστά αναγκαίες συνολικές μεταρρυθμίσεις και επενδύσεις για την ενδυνάμωση της ικανότητας, της ποιότητας και της αντοχής των συστημάτων αυτών. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές είναι επιβεβλημένες, όχι μόνο για να αντιμετωπίσουν στο μέλλον παρόμοιες αδυναμίες των συστημάτων υγείας αλλά και για τον κατάλληλο χειρισμό της κλιμακούμενης ζήτησης για περίθαλψη υγείας που απορρέει από τη σημαντική αύξηση του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού της ΕΕ. Τα κράτη μέλη μέσω στρατηγικών μέτρων, αγωνίζονται για τη βελτίωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, για την ενίσχυση των προληπτικών μέτρων, για τη βελτίωση της ποιότητας στη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών, για την ενίσχυση του υγειονομικού προσωπικού και του εκσυγχρονισμού των εγκαταστάσεων υγείας. Στο πλαίσιο των σχεδίων τους, τα κράτη μέλη έχουν ενσωματώσει μεταρρυθμίσεις και επενδύσεις με στόχο την ενίσχυση της ανθεκτικότητας, της προσβασιμότητας και της ποιότητας της υγείας και της μακροχρόνιας φροντίδας. Οι σωρευτικές δαπάνες για μέτρα που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη προσεγγίζουν τα 37 δισεκατομμύρια ευρώ, αποτελώντας το 8% των συνολικών δαπανών του σχεδίου (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021).

Το Ελληνικό στρατηγικό σχέδιο περιλαμβάνει μια σειρά μέτρων με επίκεντρο τους δημόσιους στόχους, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της προσβασιμότητας όλων των πολιτών σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Στο πλαίσιο αυτής της πρωτοβουλίας, η Ελλάδα εξασφάλισε 1,5 δισ. ευρώ από το χρηματοδοτούμενο από την ΕΕ Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας. Το κονδύλι αυτό προορίζεται για την ενίσχυση και τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος δημόσιας υγείας και πρόληψης. Στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας "Ελλάδα 2.0", έχει οριστεί ειδικός προϋπολογισμός ύψους 14.722.272 ευρώ, με χρονοδιάγραμμα έργου που εκτείνεται έως τις 30 Ιουνίου 2025. Οι πρωταρχικοί στόχοι του έργου είναι τρεις: α) βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, β) μείωση του συνολικού κόστους περίθαλψης και γ) ελάφρυνση της επιβάρυνσης των κέντρων τριτοβάθμιας περίθαλψης. Συγκεκριμένα, το σχέδιο περιγράφει τη δημιουργία οκτώ επιχειρησιακών μονάδων που προσφέρουν κατ' οίκον νοσηλεία, στρατηγικά τοποθετημένων στην Αθήνα (2), τη Θεσσαλονίκη (1), την Αλεξανδρούπολη (1), την Πάτρα (1), τα Ιωάννινα (1), το Ηράκλειο (1) και τη Λάρισα (1) (ΕΣΑΑ Ελλάδα 2.0).

Συμπέρασμα

Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν σοβαρές προκλήσεις που προκύπτουν από τις αλλαγές στις κοινωνίες και τις αυξανόμενες ανάγκες. Η συμμόρφωση με τις οδηγίες της ΕΕ είναι ζωτικής σημασίας, ενώ ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης εγγυάται βασικά δικαιώματα και υποχρεώσεις στην υγεία και την κοινωνική ασφάλεια. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προωθεί μια ολοκληρωμένη Στρατηγική για τη φροντίδα, επικεντρώνοντας στη βελτίωση της ποιότητας και προσβασιμότητας των υπηρεσιών φροντίδας σε όλη την ΕΕ. Παράλληλα, η Βιώσιμη Ανάπτυξη θέτει στόχους, όπως η Καθολική Κάλυψη Υγείας, ενισχύοντας τα συστήματα υγείας για την αντιμετώπιση προκλήσεων, ενώ η πανδημία COVID-19 αποκάλυψε τις αδυναμίες και επιβεβαίωσε την ανάγκη μεταρρυθμίσεων και επενδύσεων στην υγειονομική περίθαλψη. Η Ελλάδα προωθεί στρατηγικά μέτρα και επενδύσεις για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας του συστήματος υγείας. Όλα αυτά αναδεικνύουν τη σημασία των ολοκληρωμένων προσεγγίσεων και των επενδύσεων σε ένα βιώσιμο μέλλον για την υγεία και τη φροντίδα στην Ευρώπη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΔΙΚΤΥΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

5.1. Τι ορίζουμε δίκτυο φροντίδας και νοσηλείας

Δίκτυο φροντίδας και νοσηλείας είναι μια συντονισμένη προσπάθεια μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που αποσκοπεί στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας συγκεκριμένων πληθυσμών. Η ουσία της δικτυακής περίθαλψης έγκειται στην προθυμία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης να αναλάβουν συλλογικά τους κοινούς κινδύνους με στόχο τη βελτίωση τόσο της ποιότητας όσο και της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ένας ασθενής με χρόνια νοσήματα πρέπει να έρθει σε επαφή με ένα πλήθος παρόχων φροντίδας και βοήθειας, συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, γενικών και ειδικών ιατρών, νοσηλευτών, φυσικοθεραπευτών, φαρμακοποιών, οικιακών βοηθών υγείας, κέντρων ημερήσιας φροντίδας, εθελοντών και άτυπων φροντιστών. Καθένας από αυτούς τους φορείς αναλαμβάνει ξεχωριστό ρόλο και ευθύνη. Η αποτελεσματικότητα της δικτυακής φροντίδας εξαρτάται από τον συντονισμό και τις κοινές ευθύνες μεταξύ αυτών των επαγγελματιών υγείας. Αυτό το μοντέλο δικτύου φροντίδας είναι στρατηγικά σχεδιασμένο ώστε να ενισχύει την προσβασιμότητα, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της περίθαλψης, προωθώντας τελικά την ικανοποίηση των ασθενών. Ο ασθενής αποτελεί τον πυλώνα του δικτύου, η συνεργασία όλων των παρόχων είναι ο πυρήνας, οι επαγγελματίες υγείας λειτουργούν στο πλαίσιο των οργανισμών και οι οργανισμοί πρέπει να συμμαχήσουν για να δημιουργήσουν ένα ολοκληρωμένο δίκτυο περίθαλψης (Valentin P. essenburgh.com).

5.2. Οργάνωση της κατ'οίκον νοσηλείας και φροντίδας στην Ελλάδα

Με το άρθρο 35 παρ.1 του Ν.42725/2014, όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 51 παρ.1 του Ν.4931/2022, η εφαρμογή και η οργάνωση της κατ' οίκον φροντίδας και νοσηλείας εντός των Μονάδων και των φορέων ΠΦΥ, εκτός από τα ιδρύματα που συνδέονται με το ΕΣΥ δηλαδή τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εποπτεύεται και από διάφορους φορείς όπως:

(α) Νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, συμπεριλαμβανομένων τόσο μη κερδοσκοπικών όσο και κερδοσκοπικών οργανισμών, που ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών υγείας.

(β) Νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, που εκπροσωπούν τις τοπικές αρχές στο πρωτοβάθμιο επίπεδο της τοπικής αυτοδιοίκησης και ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών υγείας.

(γ) Ιδιωτικοί επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν σχετικά επαγγελματικά δικαιώματα. Για την παροχή των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας από φυσικά πρόσωπα που εμπíπτουν στις κατηγορίες (α) έως (γ) απαιτείται εγκριτική απόφαση του αρμόδιου οργάνου της οικείας Περιφέρειας.

5.3. Κατ' οίκον νοσηλεία στην Ελλάδα από Δημόσια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας

Οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας στην Ελλάδα παρέχονται από τον δημόσιο τομέα, κυρίως στο πλαίσιο ορισμένων νοσοκομείων και κέντρων υγείας, αν και οι πρωτοβουλίες αυτές βρίσκονται ακόμη σε πρώιμο στάδιο εφαρμογής. Ειδικότερα, το 2014 δημιουργήθηκε ένα πιλοτικό δίκτυο για τους δημόσιους φορείς.

Το θεσμικό πλαίσιο για την κατ' οίκον φροντίδα ξεκίνησε από το 1983 μέχρι και σήμερα σε όλες τις μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές λειτουργούν με διαφορετικές μορφές:

- **Διατομεακά τμήματα:** Περιλαμβάνουν τομείς όπως η επείγουσα περίθαλψη, η βραχεία νοσηλεία και η αποκατάσταση.
- **Τμήματα με πρωτοβουλία της διοίκησης του νοσοκομείου:** Άλλα ιδρύθηκαν ως ανεξάρτητα τμήματα με αποφάσεις των διοικήσεων των νοσοκομείων, αναπτύσσοντας τα προγράμματά τους αυτόνομα εντός του θεσμικού πλαισίου.
- **Ανεξάρτητα προγράμματα ή δράσεις:** Ορισμένα προέκυψαν ως ανεξάρτητα προγράμματα ή δράσεις, που ξεκίνησαν μέσω εκδήλωσης ενδιαφέροντος από επαγγελματίες υγείας (Μπέζας, 2014).

Τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας που συμμετέχουν στο πιλοτικό δίκτυο σύμφωνα με τις εγκυκλίους Υ3γ/ΓΦ12,14,25,27/Γ.Π./οικ.9395/30-01-2014 και Γ3δ/Γ.Φ.14/Γ.Π./οικ.54890/31-07-2015 του Υπουργείου Υγείας, σχετικά με την «Οργάνωση, λειτουργία και τον ενιαίο καθορισμό διαδικασιών για την ανάπτυξη του Πιλοτικού Δικτύου των Τμημάτων ή Υπηρεσιών Κατ' οίκον Νοσηλείας», είναι: (15) φορείς:

(11) Νοσοκομεία , (3) Κέντρα Υγείας και (1) Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο με κατάταξη σε τρεις τύπους : (Α) Μονάδες Υγείας που έχουν αναπτύξει προγράμματα και υπηρεσίες ΚΟΝ, 2 (Β) Μονάδες Υγείας όπου προβλέπεται η σύσταση Διατομεακού Τμήματος στον Οργανισμό τους, (Γ) Μονάδες Υγείας που αναπτύσσουν δραστηριότητες και ενέργειες άτυπου χαρακτήρα.

Ακόμη και σήμερα, οι υπηρεσίες αυτές δεν έχουν αξιοποιηθεί πλήρως. Αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη προσωπικού ή στις απαιτήσεις που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Τα νοσοκομεία που συμμετέχουν στο πιλοτικό δίκτυο σύμφωνα με την εγκύκλιο Γ3δ/Γ.Φ.14/Γ.Π./οικ.54890/31-07-2015 είναι:

(Α) Μονάδες Υγείας που έχουν αναπτύξει προγράμματα και υπηρεσίες ΚΟΝ:

- Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ», το οποίο λειτουργεί ως Διατομεακό τμήμα 24 έτη.
- Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ», το οποίο λειτουργεί ως Διατομεακό τμήμα 25 έτη. Τα άτομα που λαμβάνουν νοσοκομειακή περίθαλψη στο Νοσοκομείο Μεταξά κατηγοριοποιούνται σε δύο διαφορετικές ομάδες:
 - α) Μη περιπατητικούς ασθενείς για τους οποίους οι θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν είναι βιώσιμες. Σε αυτή την υποομάδα, η έμφαση δίνεται στην παροχή συμπτωματικής θεραπείας και στην αντιμετώπιση των γενικών συμπτωμάτων που απορρέουν από την ακινησία (Πιερράκος Γ. 2013).
 - β) Μη περιπατητικούς ή περιπατητικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε επώδυνες θεραπείες, οι οποίες καθιστούν αναγκαία την αντιμετώπιση των παρενεργειών που σχετίζονται με τη χημειοθεραπεία (<http://www.metaxa-hospital.gr/features/kat-oikon-noshleia/>)
- Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ», το οποίο λειτουργεί ως Διατομεακό τμήμα 18 έτη.
- Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, το οποίο λειτουργεί 5 έτη.
- Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο.

(Β) Μονάδες Υγείας όπου προβλέπεται η σύσταση Διατομεακού Τμήματος κατ' οίκον νοσηλείας στον Οργανισμό:

- Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»
- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης (κέντρο αναφοράς από το 2019 για το Λασίθι και το Ρέθυμνο)

- Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ»
- Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας

(Γ) Μονάδες Υγείας που αναπτύσσουν δραστηριότητες και ενέργειες άτυπου χαρακτήρα:

- Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ» λειτουργεί ως Κέντρο Υγείας Ελευσίνας.
- Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» λειτουργεί ως Κέντρο Υγείας.
- Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης λειτουργεί ως Κέντρο Υγείας.
- Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου λειτουργεί ως Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο Αγ. Θεοδώρων (Μπέζας, 2014).

5.4. Κατ'οίκον νοσηλεία στην Ελλάδα από Ιδιωτικές εταιρίες

Στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετές ιδιωτικές εταιρίες που παρέχουν κατ' οίκον φροντίδα, σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας και συνήθως στα μεγάλα αστικά κέντρα. Οι οργανωτικές δομές αυτών των εταιρειών ποικίλλουν. Αξίζει να σημειωθεί ότι κάθε εταιρεία κατ' οίκον φροντίδας μπορεί να διατηρεί οποιαδήποτε μορφή ατομική, Ο.Ε Ε.Ε, ΙΚΕ, Α.Ε και χωρίς καμία προκαθορισμένη δέσμευση όσον αφορά τις ιατρικές ειδικότητες ή τον απαιτούμενο αριθμό νοσηλευτών και υγειονομικού προσωπικού. Καθώς πρόκειται για ιδιωτικές επιχειρήσεις και δεν συμμετέχει ο ασφαλιστικός φορέας στην οικονομική κάλυψη, παρουσιάζονται αποκλίσεις στις χρεώσεις ανά πράξη ή επίσκεψη μεταξύ των διαφόρων εταιρειών. Ο καθορισμός του κόστους για κάθε επέμβαση ή επίσκεψη εξαρτάται από τη διακριτική ευχέρεια του κάθε επιχειρηματία. Η χρέωση των τιμών καθορίζεται από τη σοβαρότητα και την πολυπλοκότητα των περιπτώσεων (Οικονόμου, 2012).

5.5. Μακροχρόνια φροντίδα και οι προκλήσεις στην Ελλάδα

Στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (ΠΦΥ), η επέκταση των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας απευθύνεται σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (όπως σκλήρυνση κατά πλάκας, διαβήτη και νεοπλασίες) και μη αναστρέψιμες καταστάσεις, οι οποίες καθιστούν αναγκαία την προσαρμογή τους για κοινωνική ένταξη

και επίτευξη ενός ικανοποιητικού βαθμού αυτοφροντίδας. Ο αυξανόμενος επιπολασμός των μακροχρόνιων ασθενών αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας, σε συνδυασμό με την κλιμάκωση των δαπανών για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Στο πλαίσιο της μακροχρόνιας περίθαλψης, οι ασθενείς αναλαμβάνουν κεντρικό ρόλο στην αυτοδιαχείριση, ενώ οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν υποστηρικτικό ρόλο που αποσκοπούν στην ενίσχυση της ενδυνάμωσης και την ενίσχυση της αυτοφροντίδας, προωθώντας έτσι την επικοινωνία μεταξύ τους (Πιερράκος 2013).

Ο τομέας της μακροχρόνιας περίθαλψης στην Ελλάδα είναι υποβαθμισμένος και αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις, λόγω της έλλειψης υπηρεσιών που θα εξασφάλιζαν ομοιόμορφη και καθολική κάλυψη. Το σύστημα περιλαμβάνει ένα μείγμα τυπικής και άτυπης φροντίδας, με ανεπαρκείς κρατικές εισφορές. Στην τυπική φροντίδα, η βοήθεια παρέχεται από επαγγελματίες φροντιστές, συχνά επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλευτές, είτε με πλήρη είτε με μερική απασχόληση. Αυτοί οι φροντιστές λαμβάνουν αμοιβή από τον δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα, συμπεριλαμβανομένων ιδιωτικών εταιρειών φροντίδας, οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών οργανώσεων. Η φροντίδα πραγματοποιείται εκτός νοσοκομείου, σε σπίτια ή σε εξειδικευμένα ιδρύματα, όπως κλινικές, κέντρα αποκατάστασης, γηροκομεία κ.λπ. Τα ιδρύματα αυτά χρησιμεύουν τόσο ως κατοικίες όσο και ως εγκαταστάσεις φροντίδας. Ειδικότερα, οι δαπάνες της Ελλάδας για τη μακροχρόνια φροντίδα είναι ιδιαίτερα χαμηλές, γεγονός που αντανακλά την περιορισμένη κρατική χρηματοδότηση. Η χρηματοδότηση μπορεί να προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, τον ιδιωτικό τομέα μέσω της ασφάλισης ή ιδιωτικά από τους δικαιούχους (Πετμετζίδου Μ, και συν. 2019).

Η μακροχρόνια φροντίδα δεν αποτελεί βασικό στοιχείο της κοινωνικής πολιτικής της Ελλάδας και οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας είναι υποστελεχωμένες. Κατά συνέπεια, η Ελλάδα αντιμετωπίζει διάφορες προκλήσεις. Πρωταρχική πρόκληση αφορά την ενίσχυση της χρηματοδότησης, τον καθορισμό των αρμοδιοτήτων για την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας και την καθιέρωση πολιτικών τόσο της τυπικής όσο και της άτυπης φροντίδας. Η διασφάλιση της παροχής ποιοτικών και οργανωμένων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας για όσους τη χρειάζονται, αποτελεί εξίσου σημαντική πρόκληση. Για την επίτευξη όλων αυτών είναι απαραίτητο η θέσπιση ενός ρυθμιστικού πλαισίου μαζί με κατάλληλους χειρισμούς παρακολούθησης και εκτίμησης της ποιότητας των υπηρεσιών. Πρόκληση αποτελεί και η επιστροφή των γυναικών στην εργασία, προϋποθέτοντας την εναρμόνιση της φροντίδας

που παρέχουν οι γυναίκες με τις εργασιακές τους υποχρεώσεις. Τέλος, η υιοθέτηση πολιτικών προαγωγής της υγείας και πρόληψης καθίσταται απαραίτητη για την ελαχιστοποίηση των χρόνιων αναπηριών που απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα (Μενή Α. και συν. 2021).

5.6. Παρηγορητική - Ανακουφιστική φροντίδα

Οι ιατρικές υπηρεσίες με την μορφή Hospice ή Ανακουφιστικής φροντίδας ξεκίνησαν περίπου από το 1900 με σκοπό να παρηγορήσουν και να βοηθήσουν τους μελλοθάνατους ασθενείς και να στηρίξουν τις οικογένειές τους.

Η διαφορά μεταξύ της θεραπευτικής φροντίδας και της ανακουφιστικής-παρηγορητικής φροντίδας είναι πως η θεραπευτική φροντίδα επικεντρώνεται στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης μέσω της παροχής ιατρικής περίθαλψης και της αντιμετώπισης της νόσου. Από την άλλη πλευρά, η ανακουφιστική - παρηγορητική φροντίδα δίνει έμφαση στην ποιότητα ζωής και του θανάτου. Αντιμετωπίζει το θάνατο ως μία φυσιολογική εξέλιξη της ζωής, επικεντρώνοντας στην παροχή φροντίδας που ανακουφίζει τον πόνο, υποστηρίζει τον ασθενή και του προσφέρει άνεση και ευημερία κατά τη διάρκεια της τελευταίας φάσης της ζωής του (Πιερράκος Γ.2015).

Η παρηγορητική φροντίδα πέρα από τη νοσηλευτική, περιλαμβάνει την αναγνώριση του ασθενή ως άτομο με αξιοπρέπεια και ανθρώπινα δικαιώματα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας την ορίζει ως μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ατόμων με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες και των οικογενειών τους, δίνοντας έμφαση στον έγκαιρο εντοπισμό και την αξιολόγηση του σωματικού, ψυχοκοινωνικού και πνευματικού πόνου.

Καθώς η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώνεται, η αποτελεσματική παρηγορητική φροντίδα απαιτεί τη συνεργασία μιας διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει επαγγελματίες όπως γιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ιερείς και ενδεχομένως άλλους ειδικούς όπως φαρμακοποιούς, διαιτολόγους και εργοθεραπευτές. Πέρα από την επιστημονική εμπειρογνομosύνη, η συμμετοχή των φροντιστών (οικογένεια, φίλοι, γείτονες) είναι ζωτικής σημασίας σε μια καλά οργανωμένη υπηρεσία παρηγορητικής φροντίδας.

Η ανάγκη δημιουργίας αυτών των υπηρεσιών φροντίδας είναι εμφανής από τα παγκόσμια επιδημιολογικά δεδομένα, καθώς το 76% του παγκόσμιου πληθυσμού έχει

ανάγκη από ξενώνες και παρηγορητική φροντίδα, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ετησίως, 57 εκατομμύρια άνθρωποι, εκ των οποίων 25 εκατομμύρια στο τέλος της ζωής τους, χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα, ενώ 18 εκατομμύρια αντιμετωπίζουν δυσφορία και πόνο. Στην Ελλάδα, 120.000 έως 135.000 ασθενείς και οι οικογένειές τους χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα, με το 95% να επωμίζεται το κόστος. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 37% της ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα εξυπηρετεί καρκινοπαθείς, ενώ το 63% αφορά διάφορες χρόνιες παθήσεις, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, ΧΑΠ, AIDS, διαβήτης, κίρρωση, νεφροπάθεια, άνοια και άλλες σοβαρές ασθένειες (Γαλλιού Γ. 2022).

Η παρηγορητική φροντίδα απευθύνεται σε άτομα που αντιμετωπίζουν ανίατες ή χρόνιες ασθένειες που μπορεί τελικά να οδηγήσουν στο τέλος της ζωής, καθώς και σε ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν προβλήματα άνοιας ή αναπηρίας, ενώ η ανακουφιστική φροντίδα αποσκοπεί σε μία πιο ολοκληρωμένη φροντίδα, απευθύνεται σε ασθενείς που έχουν περίπου έξι μήνες ή και λιγότερο χρόνο ζωής. Εκτός από τις διαφορές υπάρχουν και ομοιότητες μεταξύ τους όπως:

- Παρέχεται εξατομικευμένη θεραπεία και φροντίδα σύμφωνα με τις μοναδικές ανάγκες του ασθενούς.
- Αναγνωρίζεται η ζωή και ο θάνατος ως φυσικές διαδικασίες.
- Η έμφαση δίνεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων των ασθενών, ώστε να βελτιωθεί η συνολική ποιότητα της υπόλοιπης ζωής τους.
- Οι ατομικές ανάγκες του ασθενούς έχουν προτεραιότητα, περιλαμβάνοντας ολοκληρωμένη σωματική, ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη. Αυτή η ολοκληρωμένη φροντίδα επεκτείνεται τόσο στους ασθενείς όσο και στις οικογένειές τους, βοηθώντας τους να ξεπεράσουν δύσκολες συνθήκες υγείας, να αντιμετωπίσουν τις πνευματικές προκλήσεις και να ξεπεράσουν τις δυσκολίες του πένθους (Sheikh M. et.al.2022).

Σύμφωνα με το Ν.5007/2022 και στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου δράσης για τη Δημόσια Υγεία, κατόπιν προτάσεως της επιτροπής της Εθνικής Επιτροπής για την Ανάπτυξη της Ανακουφιστικής Φροντίδας, εκπονείται από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), και εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ανάπτυξη της Ανακουφιστικής Φροντίδας (Ε.Σ.Δ.Α.Α.Φ.). Οι υπηρεσίες της ΑΦ παρέχονται σε Δομές Ανακουφιστικής Φροντίδας Ασθενών (Δ.Α.Φ.Α.). Οι Δ.Α.Φ.Α. είναι δημόσιες ή ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας που δραστηριοποιούνται στον

τομέα της παροχής υπηρεσιών ΑΦ. Λειτουργούν σε διάφορα επίπεδα συστημάτων υγείας, προσαρμοζόμενες στις ανάγκες του πληθυσμού. Περιλαμβάνουν κατηγορίες όπως:

(α) Μονάδες παρηγορητικής φροντίδας κατ' οίκον για εξωτερικούς ασθενείς, σε επίπεδο πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης.

(β) Εξειδικευμένα εξωτερικά ιατρεία ή κέντρα ημερήσιας φροντίδας για ανακουφιστική φροντίδα, επίσης σε επίπεδο πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης.

(γ) Ξενώνες ανακουφιστικής φροντίδας, σε επίπεδο δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης.

(δ) Μονάδες ΑΦ εντός νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών, σε επίπεδο δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης.

Στην Ελλάδα ασχολούνται με την παροχή των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας, διάφορες ενώσεις, ομάδες κατ' οίκον φροντίδας και δίκτυα εθελοντικής υποστήριξης. Εντός των νοσοκομείων υπάρχουν κέντρα και κλινικές διαχείρισης πόνου που συμβάλλουν σημαντικά στην παρηγορητική φροντίδα των ασθενών. Αξιοσημείωτη είναι και η εισφορά εξειδικευμένων ιατρών σε τομείς, όπως η ογκολογία και η αναισθησιολογία οι οποίοι συμμετέχουν ενεργά τόσο με μερική όσο και με πλήρη απασχόληση, υπογραμμίζοντας τον διεπιστημονικό χαρακτήρα αυτού του κρίσιμου τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Η εξειδικευμένη ανακουφιστική φροντίδα αποτελεί αναπόσπαστη πτυχή των υπηρεσιών της παρηγορητικής φροντίδας. Ωστόσο η δημιουργία ενός βιώσιμου, υψηλής ποιότητας και ευρέως προσβάσιμου συστήματος παρηγορητικής φροντίδας, απαιτεί την ενσωμάτωσή της στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, στις κοινοτικές υπηρεσίες, στα πλαίσια της κατ' οίκον φροντίδας και στα βοηθητικά δίκτυα υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένων των εθελοντών της οικογένειας και της κοινότητας. Η παροχή παρηγορητικής φροντίδας θα πρέπει να εκλαμβάνεται ως ηθική υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας (WHO 2020).

Εξετάζοντας το ελληνικό δημόσιο σύστημα και τον τρόπο που λειτουργούσε μέχρι πρότινος, το μοντέλο της κατ' οίκον φροντίδας θα χαρακτηριζόταν ως πρωτοποριακό και ανατρεπτικό, δεδομένης της υποβάθμισης του συστήματος υγείας στο σύνολό του, με τη «νοσοκομειακό- κεντρική» αντίληψη που επικρατεί και την ελλιπή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της ελληνικής κοινωνίας σε αυτό τον τύπο φροντίδας (Αδαμακίδου et al, 2015).

Από διάφορες ερευνητικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί για την εκτίμηση της ζήτησης ανακουφιστικής φροντίδας, προσδιορίστηκε πως, κατά μέσο όρο, 15.000 ασθενείς χρειάζονται τέτοια φροντίδα σε καθημερινή βάση, προϋποθέτοντας 525 ειδικά κρεβάτια. Επιπλέον, με βάση τα στοιχεία της έρευνας, υπολόγισαν ότι 500 γιατροί, 1.500 νοσηλευτές και 1.000 επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων είναι απαραίτητοι για τη λειτουργία της κατ' οίκον παρηγορητικής φροντίδας. Η μελέτη σκοπιμότητας για την παρηγορητική φροντίδα στην Ελλάδα, που διεξήχθη το 2019, εμβάθυνε επιπλέον τον καθοριστικό ρόλο των εθελοντών στην παροχή υποστήριξης στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η μελέτη υπολόγισε ότι το 25% των εθελοντών θα μπορούσε δυνητικά να διατεθεί τουλάχιστον 2 ώρες την εβδομάδα για να προσφέρει την ανεκτίμητη βοήθειά του σε αυτό το πλαίσιο (Μελέτη Σκοπιμότητας για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα, 2019).

5.7. Μονάδες Hospice στην Ελλάδα

Τα Hospices έχουν λατινική ρίζα που στα ελληνικά σημαίνει «Ξενώνες τελικού σταδίου», είναι δίκτυα που παρέχουν υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας μέσω μιας ειδικής διεπιστημονικής ομάδας. Οι δομές αυτές έχουν σχεδιαστεί για την αντιμετώπιση και τη διαχείριση των συμπτωμάτων των ασθενών για τους οποίους έχει αποφασιστεί η διακοπή των θεραπευτικών επεμβάσεων. Συνήθως, η φροντίδα ξενώνα αφορά άτομα των οποίων το προσδόκιμο ζωής, σύμφωνα με τη φυσική πορεία της υποκείμενης νόσου, δεν ξεπερνά το εξάμηνο.

Έκαναν την εμφάνισή τους κατά τον 11ο αιώνα ως ξενώνες για τραυματίες ή ταξιδιώτες που αναζητούσαν προσωρινή περίθαλψη. Η ιδέα διατηρήθηκε μέχρι την Αναγέννηση. Το 1843, η Γαλλία εισήγαγε τον όρο hospice για την περίθαλψη των ασθενών που είναι στο τέλος της ζωής τους, μια έννοια που αργότερα υπερασπίστηκε η Μητέρα Τερέζα στις Ηνωμένες Πολιτείες για τη δημιουργία τέτοιων εγκαταστάσεων.

Στην Ελλάδα, οι φορείς που είναι υπεύθυνοι για την εποπτεία και την προώθηση της ανακουφιστικής φροντίδας είναι:

- **Η Μέριμνα:** Είναι μία αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία, αφιερωμένη στην παροχή φροντίδας σε παιδιά και οικογένειες στο πλαίσιο της ασθένειας και του θανάτου. Ιδρύθηκε το 1995, και παρέχει παιδιατρική παρηγορητική φροντίδα στο σπίτι από το 2010. Η εταιρεία προσφέρει, ψυχοκοινωνικές και πνευματικές

ανάγκες σε παιδιά με χρόνιες παθήσεις, στις περιπτώσεις που δεν επαρκούν οι ιατρικές θεραπείες. Κύριος στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του πάσχοντος παιδιού, των γονιών και των αδελφών του. Μια διεπιστημονική ομάδα εθελοντών παιδίατρων, νοσηλευτών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών προσφέρει δωρεάν υπηρεσίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες της κάθε οικογένειας (<https://merimna.org.gr/>).

- **ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α:** Παρέχει εθελοντική, δωρεάν κατ' οίκον φροντίδα για ασθενείς που χρειάζονται θεραπεία πόνου και παρηγορητική φροντίδα, ειδικά για όσους αντιμετωπίζουν κινητικές δυσκολίες λόγω καρκίνου ή χρόνιων ασθενειών. Η πιστοποιημένη θεραπευτική ομάδα, αποτελούμενη από νοσηλευτές και ψυχολόγους, ειδικεύεται στην παροχή ποιοτικής φροντίδας με επίκεντρο τον χρόνιο πόνο και την παρηγορητική φροντίδα (<https://grpalliative.gr/katoikon-nosileia/>).
- **Η Γαλιλαία:** Ως ΜΚΟ από το 2010 ξεκίνησε να προσφέρει στο σπίτι δωρεάν υπηρεσίες ΑΦ σε καρκινοπαθείς. Η Γαλιλαία ανήκει στην Ιερά Μητρόπολη Μεσογαίας και Λαυρεωτικής. Στις 29 Ιανουαρίου του 2018 ξεκίνησε τη λειτουργία του ως πρώτος Ξενώνας ΑΦ στην Ελλάδα με εννέα κλίνες. Το πρόγραμμα είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες και τις προτιμήσεις τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειάς του. Η παροχή φροντίδας πραγματοποιείται από μια διεπιστημονική ομάδα εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας που συνεργάζονται για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τη διαχείριση των αναγκών, των επιθυμιών και των προκλήσεων του ασθενούς που απορρέουν από την ασθένεια. Πρωταρχικός τους στόχος είναι η δημιουργία ενός ξενώνα παρηγορητικής φροντίδας παράλληλα με τις υπάρχουσες υπηρεσίες, όπως το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας και η κατ' οίκον φροντίδα. Η Γαλιλαία στοχεύει να επεκτείνει την ανακουφιστική φροντίδα πέρα από τους ογκολογικούς ασθενείς και να συμπεριλάβει άλλες ομάδες με απειλητικές για τη ζωή παθήσεις, όπως νευρολογικές παθήσεις και χρόνιες νεφροπάθειες. (<https://galilee.gr/anakoufistikiki-frontida/ti-einai/kyries-plirofories>)
- **Ίδρυμα Τζένη Καρέζη:** Ιδρύθηκε το 1992 και λειτουργεί ως αναπόσπαστο τμήμα του Αρεταιείου Νοσοκομείου. Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι ο μοναδικός δημόσιος φορέας που παρέχει υπηρεσίες ΑΦ στην Ελλάδα, καλύπτοντας τις ανάγκες των χρόνιων ασθενών, ανεξάρτητα από τη συγκεκριμένη ιατρική τους κατάσταση. Αποστολή του Ιδρύματος είναι να προσφέρει ανακουφιστική φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο και χρόνιες παθήσεις, με την υποστήριξη της Μονάδας Ανακουφιστικής Φροντίδας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Επικεντρώνεται στη διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, την παροχή πρακτικών πληροφοριών, τη συνεχή υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της ασθένειας, τη διαχείριση των συναισθημάτων και την ενθάρρυνση της κοινωνικοποίησης και της δημιουργικότητας. Η μονάδα, ως μέρος του Πανεπιστημίου, εκπαιδεύει επαγγελματίες υγείας και εμπειρογνώμονες ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών μέσω θεωρητικής και κλινικής εκπαίδευσης, συμβάλλοντας στην ολοκληρωμένη ανακουφιστική φροντίδα (<https://jkf.gr/>).

- **ΑΓΑΠΑΝ:** Είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός, ιδρύθηκε από Έλληνες εθελοντές με σκοπό την παροχή υποστήριξης και φροντίδας σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο ανίατων, μη αναστρέψιμων ασθενειών. Το όραμά του είναι να προσφέρει υπηρεσίες σε κάθε ασθενή, ανακουφίζοντας τον από τον πόνο και διαφυλάσσοντας την σωματική και ψυχική του ηρεμία. Βασικός στόχος ήταν η ίδρυση και λειτουργία του πρώτου Ξενώνα Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Φροντίδας Ασθενών στην Ελλάδα (<https://ikee.lib.auth.gr>).
- **Υπηρεσία Παιδιατρικής Παρηγορητικής Φροντίδας στο Σπίτι:** Ιδρύθηκε το 2010, είναι σταθερή στην αποστολή της να παρέχει ολοκληρωμένη ιατρική και ψυχολογική υποστήριξη σε πολυάριθμες οικογένειες στο λεκανοπέδιο της Αττικής. Εκτός από τις συμβουλευτικές υπηρεσίες που προσφέρει στα παιδιατρικά νοσοκομεία και στην τοπική κοινότητα, η υπηρεσία έχει επεκτείνει την εμβέλειά της με τη δημιουργία ενός κέντρου υποστήριξης πένθους για παιδιά και οικογένειες στη Θεσσαλονίκη από το 2013. Η δέσμευση της υπηρεσίας έχει επιφέρει ουσιαστικό αντίκτυπο στις ζωές όσων εξυπηρετεί, υπογραμμίζοντας τον ζωτικό της ρόλο στην παροχή συμπονετικής φροντίδας και υποστήριξης σε δύσκολες στιγμές (<https://alivio.gr>).

5.8. Βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα

Το Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι (ΒσΣ) που θεσπίστηκε με το Ν. 2071/1992 αποτέλεσε σημαντικό ορόσημο στην Ελλάδα γιατί καθιερώθηκε για πρώτη φορά η δημιουργία κινητών μονάδων και μονάδων βοήθειας στο σπίτι. Με το Π4β/οικ. 2217/27.4.94, ΦΕΚ Β 382/24.05.1994, το πρόγραμμα, είχε ως βασικό στόχο την παροχή κοινωνικών και ιατρικών υπηρεσιών σε άτομα των διαφόρων ηλικιακών ομάδων με

χαμηλά εισοδήματα, που αντιμετώπιζαν είτε μόνιμα, είτε προσωρινά, είτε ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Η πρωτοβουλία αυτή σχεδιάστηκε με στόχο τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής τους, παρέχοντας συγχρόνως υποστήριξη προς τις οικογένειές τους, προκειμένου να αποφευχθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός τόσο των ίδιων των ατόμων όσο και των οικογενειών τους. Η συγκεκριμένη δράση θα πραγματοποιούνταν μέσα από τα ΚΑΠΗ. Στο πρόγραμμα θα απασχολούνταν:

- α) Ένας γιατρός.
- β) Δύο Επισκέπτριες Υγείας ή Νοσηλεύτριες
- γ) Ένας Κοινωνικός Λειτουργός
- δ) Ένας Φυσικοθεραπευτής
- ε) Τρεις Οικογενειακοί Βοηθοί
- στ) Εθελοντές από κάθε περιοχή που εφαρμόζεται το πρόγραμμα (Πιερράκος Γ. 2015).

Στη συνέχεια με το Ν.2519/1997, επιδίωξαν την ανάπτυξη και την σύγχρονη προσαρμογή της οργανωμένης φροντίδας στο σπίτι, προσφέροντας νέα ώθηση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτές οι νομοθετικές πρωτοβουλίες δημιούργησαν το πλαίσιο για την παρέμβαση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, παρέχοντας τη δυνατότητα προγραμματισμού και ενισχύοντας τον συντονισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας με πρωτοβουλίες όπως το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, που ξεκίνησε πιλοτικά το 1997 από το Δήμο Περιστερίου και στη συνέχεια επεκτάθηκε σε 102 άλλους Δήμους ολόκληρης της χώρας με τη βοήθεια των ΚΑΠΗ.

Υπεύθυνοι για την οργάνωση και την εφαρμογή του προγράμματος ΒσΣ είναι οι Δήμοι. Το πλαίσιο συνεργασίας για τη λειτουργία του δημιουργήθηκε μέσω συμφωνίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, του Υπουργείου Εσωτερικών και Δημόσιας Διοίκησης, του Υπουργείου Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας και του Υπουργείου Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Ενεργή συμμετοχή σε αυτή τη προσπάθεια αποτελούν η Κεντρική Ένωση Δήμων Ελλάδας (ΚΕΔΚΕ), τα (ΚΑΠΗ) και οι Δημοτικές Επιχειρήσεις που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην οργάνωση του προγράμματος (Αμίτσης, 2001).

Το πρόγραμμα ΒσΣ, προσφέρει ένα ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών με σκοπό να καλυφτούν οι διάφορες ανάγκες των δικαιούχων. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν:

Συμβουλευτική και συναισθηματική υποστήριξη: Εκπαιδευμένοι επαγγελματίες παρέχουν στους δικαιούχους συμβουλευτική και συναισθηματική υποστήριξη, αντιμετωπίζοντας την ψυχολογική τους ευημερία.

Ιατρική περίθαλψη με κατ' οίκον επισκέψεις: Εξειδικευμένοι νοσηλευτές πραγματοποιούν κατ' οίκον επισκέψεις για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, όπως μέτρηση αρτηριακής πίεσης, ζαχάρου, θερμοκρασίας, σφίξης, συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων.

Νοσηλευτική φροντίδα και φυσιοθεραπεία: Προσφέρονται εξειδικευμένες υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας και φυσιοθεραπείας για την ενίσχυση της υγείας και ευεξίας των δικαιούχων.

Οικογενειακή, οικιακή φροντίδα, και κάλυψη πρακτικών αναγκών διαβίωσης: Παρέχεται βοήθεια στις οικογένειες για την κάλυψη των πρακτικών αναγκών διαβίωσης όπως καθαριότητα, αγορές πρώτης ανάγκης, πληρωμή λογαριασμών κ.α.

Συνοδεία σε διάφορες υπηρεσίες: Οι δικαιούχοι συνοδεύονται σε διάφορες υπηρεσίες καθώς και σε νοσοκομεία, σε διαγνωστικά κέντρα για προκαθορισμένες εξετάσεις.

Το πρόγραμμα στελεγχώνεται από μια ομάδα καταρτισμένων επαγγελματιών και εξειδικευμένων επιστημόνων που είναι αφοσιωμένοι στην παροχή φροντίδας με σκοπό να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία. Το προσωπικό αποτελείται από:

Κοινωνικούς λειτουργούς: Διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στο πρόγραμμα, επιβλέποντας τους δικαιούχους, αξιολογώντας τις περιπτώσεις, παρέχοντας κοινωνική υποστήριξη. Λόγω της ειδικότητά τους, δεν ενσωματώνονται πάντα στην ομάδα της κατ' οίκον φροντίδας. Καθοδηγούν και αντιμετωπίζουν τα ερωτήματα της οικογένειας και δεν έχουν καμία επικοινωνία με τους γιατρούς. Είναι σημαντικό ότι δεν παρέχουν καθοδήγηση σε άλλες ειδικότητες εντός της ομάδας.

Νοσηλευτές: Παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης μέσω κατ' οίκον επισκέψεων. Καταγράφουν τα αποτελέσματα των μετρήσεων, ενημερώνουν το γιατρό για τυχόν αποκλίσεις ή αλλαγές στην υγεία του ασθενούς. Επικοινωνούν με τους άλλους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενούς, προκειμένου να τους ενημερώσουν για την πορεία της κατάστασής του.

Οικιακούς βοηθούς: Αναλαμβάνουν εξωτερικές εργασίες, προμηθεύουν είδη έκτακτης ανάγκης και διατηρούν την καθαριότητα των σπιτιών των δικαιούχων. Η συντροφική

υποστήριξη προς τους δικαιούχους αναδεικνύει και καθιστά καθοριστικό τον κοινωνικό χαρακτήρα του προγράμματος.

Περίπου 2900 εργαζόμενοι απασχολούνται με την υλοποίηση του προγράμματος σε ολόκληρη τη χώρα, εξασφαλίζοντας την διαθεσιμότητα την προσβασιμότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών (Ταλαχούπη Μ.2006).

Η χρηματοδότηση και υλοποίηση του Προγράμματος ΒσΣ με το Ν. 4735/2020 άρθρο 38 παρ.2(ΦΕΚ 197/Α/12-10-2020), καλύπτονται από πιστώσεις του τακτικού προϋπολογισμού του Υπουργείου Εσωτερικών. Η διαχείριση και η υλοποίηση του Προγράμματος, καθορίζεται με σύμβαση έργου, μεταξύ του Υπουργού Εσωτερικών και της Ελληνικής Εταιρείας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης Α.Ε. (Ε.Ε.Τ.Α.Α. Α.Ε., άρθρο 16 του ν. 1518/1985 (Α' 30).

Το Υπουργείο Εσωτερικών, για την προώθηση και υποστήριξη των Τοπικών Αρχών, χρηματοδότησε όλους τους Δήμους της χώρας ως πρώτη δόση του έτους 2023 για παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι με το συνολικό ποσό των σαράντα πέντε εκατομμυρίων ευρώ (45.000.000). Το εν λόγω ποσό περιλαμβάνει τη μισθολογική δαπάνη για τους 2.908 εργαζόμενους του προγράμματος, καθώς επίσης και τα διοικητικά και λειτουργικά έξοδα του προγράμματος, περιλαμβανομένων των εξόδων για καύσιμα και συντήρηση οχημάτων, εξοπλισμό, αναλώσιμα κ.α. Η χρηματοδότηση αποτελεί μέρος της στρατηγικής ενίσχυσης της κοινωνικής πρόνοιας και εξυπηρέτησης των πολιτών, ενισχύοντας την ικανότητα των Δήμων να παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες στους πολίτες μας (Υπ. Εσωτερικών 2023).

Το ειδικό τμήμα της Περιφερειακής Διοίκησης επιβλέπει κάθε φάση, από την αρχική προεργασία μέχρι την επιτυχή ολοκλήρωση των εργασιών, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 6 του Ν. 2860/2000 και την ΚΥΑ 4035/27-7-2001 που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ Β 1127/2001, με τις τροποποιήσεις και τους ισχύοντες κανονισμούς. Οι φορείς που ωφελούνται από το έργο, στους οποίους έχει ανατεθεί η εκτέλεση υπό την καθοδήγηση αρμοδίως εξουσιοδοτημένων προσώπων, υποχρεούνται να τηρούν τις οδηγίες της Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης της Περιφέρειας καθώς να παρέχουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για την ομαλή εκτέλεση των αρμοδιοτήτων τους.

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, που χρηματοδοτήθηκε μέσω επιχορήγησης της ΚΕΝΑΚΑΠ Α.Ε. του Μέτρου 3. «Ανάπτυξη της Γυναικείας Απασχόλησης και Επιχειρηματικότητας και Προώθηση της Ισότητας Ευκαιριών των Δύο Φύλλων» του Άξονα Προτεραιότητας 5. «Ανθρώπινοι Πόροι» του Γ' ΠΕΠ Θεσσαλίας 2000 – 2006

συγχρηματοδοτήθηκε από κοινοτικούς πόρους για 36 μήνες. Στη συνέχεια υπήρξε επέκταση του προγράμματος σε όλες τις μονάδες «Βοήθεια στο Σπίτι» μέχρι 30/9/2007 με συγχρηματοδότηση από κοινοτικούς πόρους και από 1/10/2007 έως 31/8/2008 με εθνικούς πόρους, ήταν μια σημαντική πρόοδο στην ενίσχυση της ευημερίας των ηλικιωμένων και των ατόμων που χρειάζονται βοήθεια. Η πρωτοβουλία που διήρκεσε 36 μήνες και συγχρηματοδοτήθηκε από κοινοτικούς πόρους, επικεντρώθηκε στην πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προκλήσεων μεταξύ των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία. Τα επιτεύγματα περιλάμβαναν την παροχή υγιεινής διαμονής, διατροφής και την ενίσχυση της αυτονομίας για την ομάδα-στόχο. Το πρόγραμμα επεκτάθηκε μέχρι το 2008, δίνοντας έμφαση στη συνεργασία με τις οικογένειες, την ευαισθητοποίηση του κοινού και τη συνεργασία με εξειδικευμένους φορείς για την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων αναγκών των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία. Στόχοι του προγράμματος ήταν η δημιουργία θέσεων εργασίας, η προώθηση ίσων ευκαιριών, η αύξηση της απασχόλησης των γυναικών και η συνολική βελτίωση των υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Η Αναπτυξιακή Τρικάλων – Αναπτυξιακή Ανώνυμη Εταιρία ΟΤΑ (ΚΕΝΑΚΑΠ ΑΕ) ως φορέας υλοποίησης του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» συνεργάστηκε με τους παρακάτω Δήμους :

- Δήμο Βασιλικής
- Δήμο Φαρκαδόνας
- Δήμο Οιχαλίας
- Δήμο Γόμφων
- Δήμο Φαλώρειας
- Την Κοινότητα Μυροφύλλου
- Την Δ. Κοινότητα Νεράιδας
- Δήμο Μεγάλων Καλυβίων

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι αποτελεί μία σημαντική εξέλιξη στην Ελλάδα, αντιμετωπίζοντας αποτελεσματικά τις κοινωνικές προκλήσεις και συμβάλλοντας ουσιαστικά στον κρίσιμο τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Είναι ορατές οι επιτυχημένες προσπάθειές του να ενισχύσει την ευημερία των ηλικιωμένων και των ατόμων που το έχουν ανάγκη, προωθώντας μια πιο περιεκτική και υποστηρικτική φροντίδα στην κοινότητα.

Συμπέρασμα

Το δίκτυο φροντίδας και νοσηλείας αποτελεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που ενισχύει την ποιότητα και προσβασιμότητα της φροντίδας υγείας. Με συντονισμένη συνεργασία και επίκεντρο τον ασθενή, δημιουργείται ένα ολοκληρωμένο δίκτυο που εξυπηρετεί αποτελεσματικά τις ανάγκες. Ωστόσο, η πρόκληση της έλλειψης υπηρεσιών και χρηματοδότησης απαιτεί πολιτικές και ρυθμίσεις για ποιοτική παροχή. Η ανάγκη δημιουργίας των υπηρεσιών φροντίδας είναι εμφανής. Η θεραπευτική φροντίδα εστιάζει στην αντιμετώπιση της νόσου για αύξηση της επιβίωσης, ενώ η ανακουφιστική φροντίδα δίνει έμφαση στην ποιότητα ζωής και του θανάτου αντιμετωπίζοντας τον θάνατο φυσιολογικά. Επικεντρώνεται στην παροχή φροντίδας για την άνεση και την ευημερία κατά τη διάρκεια της τελευταίας φάσης της ζωής. Το πρόγραμμα ΒσΣ παρέχει μεγάλη γκάμα υπηρεσιών, αποσκοπώντας στη βελτίωση της ζωής των δικαιούχων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΩΝ ΔΙΚΤΥΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΤ ΟΙΚΟΝ

6.1. Τεχνολογία-Τηλεϊατρική στην κατ' οίκον νοσηλεία

Οι εξελίξεις στην τεχνολογία πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ) ενισχύουν σημαντικά την παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας. Ο απαραίτητος ρόλος της ΤΠΕ στη διαμόρφωση του μέλλοντος της κατ' οίκον φροντίδας είναι προφανής, με διάφορα εργαλεία όπως η τηλεϊατρική, η τηλεπαρακολούθηση και άλλες τεχνολογικές παρεμβάσεις που διευκολύνουν την αυξημένη προσβασιμότητα και δίνουν τη δυνατότητα στα άτομα να διαχειρίζονται αποτελεσματικά την υγεία και τις ασθένειές τους (Keeling D 2014).

Υπό το πρίσμα των πρόσφατων εξελίξεων στην τεχνολογία των τηλεπικοινωνιών, η τηλεϊατρική έχει αναδειχθεί ως ένα βασικό εργαλείο για τη διευκόλυνση της διάγνωσης και της θεραπείας από απόσταση, ενισχύοντας έτσι το πεδίο της περίθαλψης των ασθενών στο πλαίσιο του μοντέλου κατ' οίκον νοσηλείας. Ο πρωταρχικός στόχος της τηλεϊατρικής ήταν να βελτιώσει την προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη για τα άτομα που κατοικούν σε γεωγραφικά απομακρυσμένες περιοχές.

Οι τεχνολογικές εξελίξεις διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή δυνατότητας προσωπικής παρακολούθησης, συμβάλλοντας έτσι στη μείωση του συνολικού κόστους περίθαλψης. Επιπλέον, η τηλεϊατρική διευκολύνει την εξ αποστάσεως παρακολούθηση ζωτικών σημείων και κλινικών εξετάσεων, σηματοδοτώντας μια σημαντική εξέλιξη στο τοπίο της παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Η εφαρμογή της τηλεϊατρικής όχι μόνο οδηγεί σε εξοικονόμηση χρόνου τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας, αλλά δίνει επίσης τη δυνατότητα στους γιατρούς να επικεντρωθούν αποτελεσματικότερα σε περίπλοκες περιπτώσεις ασθενών. Κατά συνέπεια, η τηλεϊατρική αποτελεί μια μετασχηματιστική δύναμη στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, προσφέροντας πολύπλευρα οφέλη μέσω της συγχώνευσης της τεχνολογικής προόδου και της ιατρικής περίθαλψης (Olwen E W. et.al. 2017).

6.2. Υπηρεσίες που παρέχονται μέσω της τηλεϊατρικής

Οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής χρησιμεύουν ως ένα ολοκληρωμένο σύστημα για την οργάνωση και τη διάδοση ιατρικών πληροφοριών, το οποίο περιλαμβάνει ποικίλα δεδομένα, όπως εργαστηριακές εξετάσεις, καρδιογραφήματα, υπερήχους και άλλα. Η τεχνολογία αυτή εφαρμόζεται στους τομείς της διάγνωσης, της θεραπείας και της επαγγελματικής εκπαίδευσης στον τομέα της υγείας. Ειδικά στον τομέα της κατ' οίκον νοσηλείας, αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα της τηλεϊατρικής, για τη βελτίωση της ζωής του ασθενούς και την έγκαιρη πρόληψη ασθενειών. Αξιοποιώντας τα συστήματα τηλεπικοινωνιών και πληροφορικής, σε συνδυασμό με τη μετατροπή των ιατρικών πληροφοριών σε ηλεκτρονικές μορφές, η τηλεϊατρική επικεντρώνεται κυρίως στους ακόλουθους βασικούς τομείς υπηρεσιών και εφαρμογών:

- **Τηλεδιάσκεψη με το ιατρικό προσωπικό:** Παρέχει δυνατότητα συνομιλίας με τον γιατρό μέσω διαδικτυακών συνδέσεων βίντεο, ελαχιστοποιώντας την ανάγκη επισκέψεων σε ιατρούς και νοσοκομεία, περιορίζοντας τις μετακινήσεις του ασθενή και μειώνοντας το κόστος.
- **Εφαρμογή τηλεδιάγνωσης:** Επιτρέπει αξιολόγηση ιατρικών αποτελεσμάτων από ειδικούς από απόσταση, καταγράφοντας διαγνώσεις εργαστηριακών ευρημάτων.
- **Ιατρική συνεννόηση μέσω τηλεδιάσκεψης:** Προσφέρει απομακρυσμένες συνεδριάσεις μεταξύ ασθενών και ιατρών, υποστηρίζοντας την απομακρυσμένη παρακολούθηση των ασθενών και επιτρέποντας τροποποιήσεις στη θεραπεία ανάλογα με τις ανάγκες.
- **Εφαρμογή τηλε-εκπαίδευσης:** Υποστηρίζει την συνεχή εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού, αναβαθμίζοντας τους επαγγελματίες υγείας.
- **Εφαρμογή της συμβουλευτικής:** Διευκολύνει τις συνεδρίες συμβουλευτικής, επιτρέποντας στους ειδικούς ιατρούς συνεργασία σε πολύπλοκες περιπτώσεις και ταυτόχρονες αξιολογήσεις ασθενών από επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων. (Αποστολάκης, Ι. 2002).

Είναι προφανές ότι η τηλεϊατρική έχει επαναπροσδιορίσει το πεδίο της υγείας, επιτρέποντας την ευκολότερη παροχή υπηρεσιών υγείας από τους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας γενικότερα. Η διαδικτυακή αυτή προσέγγιση διευκολύνει τη διασύνδεση ασθενών και επαγγελματιών υγείας, καθιστώντας το έργο τους πιο

αποτελεσματικό και προσβάσιμο. Η εξέλιξη αυτή συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και ανοίγει νέες προοπτικές για τον τομέα της υγείας.

6.3. Οφέλη Τηλεϊατρικής στην Φροντίδα και Νοσηλεία στο σπίτι

Η επιτακτική ανάγκη για μακροχρόνια περίθαλψη έχει οδηγήσει στην εξέλιξη νέων προτύπων περίθαλψης για τη θεραπεία και την παρακολούθηση των ατόμων εντός των ορίων της κατοικίας τους. Η τηλεϊατρική αποτελεί πρωτοπόρο δύναμη στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, αξιοποιώντας τις τεχνολογικές μεθόδους επικοινωνίας. Σύμφωνα με τις συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα, η ενσωμάτωση της τηλεϊατρικής αναμένεται να αποφέρει οικονομικά και κοινωνικά οφέλη:

- Δυνατότητα στα άτομα να ασκούν μεγαλύτερο έλεγχο σε θέματα υγείας και στον τρόπο ζωής τους, διατηρώντας παράλληλα την αυτονομία τους στο οικιακό περιβάλλον.
- Η τεχνολογία επιτρέπει τη δραστική μείωση του χρόνου επικοινωνίας μεταξύ νοσοκομείων και ιατρών, βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας.
- Μειώνει την ανάγκη για συχνές επισκέψεις σε νοσοκομεία ή κλινικές, οδηγώντας σε σημαντική εξοικονόμηση χρόνου και κόστους για τους ασθενείς.
- Υποστήριξη για τη διαρκή διαχείριση των καταστάσεων υγείας εντός του οικείου περιβάλλοντος, προάγοντας τη διαρκή υγεία και ευημερία.
- Οι ιατροί σε απομακρυσμένες περιοχές μπορούν να επικοινωνούν άμεσα για την ανταλλαγή απόψεων και την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών, προσφέροντας γρήγορη υποστήριξη και συνεργασία.
- Η τηλεϊατρική αναβαθμίζει τις υπηρεσίες, βελτιώνοντας την προσβασιμότητα και την ποιότητα της φροντίδας.
- Η αντιμετώπιση των ιατρικών περιστατικών μέσω τηλεϊατρικής ελαχιστοποιεί την άσκοπη μετακίνηση ασθενών, μειώνοντας κατά συνέπεια τα σχετικά κόστη.
- Ορισμένες μορφές τηλεϊατρικής προσφέρουν άμεση πρόσβαση σε επαγγελματίες υγείας, εξαλείφοντας ουσιαστικά τους παρατεταμένους χρόνους αναμονής.

- Η χρήση σύγχρονης τεχνολογίας εκσυγχρονίζει το περιβάλλον εργασίας του ιατρικού προσωπικού, εναρμονίζοντας το με διεθνή πρότυπα.
- Η τηλεματική διευκολύνει και αναβαθμίζει τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, ενισχύοντας τις γνώσεις και την επιδεξιότητά τους.
- Μετριασμός των ελλείψεων νοσηλευτικού προσωπικού (<https://europeanlung.org>).

Συμπέρασμα

Η τεχνολογία πληροφοριών και επικοινωνιών αναδεικνύεται ως ουσιαστικό εργαλείο στην παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, ενισχύοντας τη διάγνωση, μειώνοντας το κόστος περίθαλψης και επιτρέποντας αποτελεσματικότερη παρακολούθηση και θεραπεία ασθενών. Η τηλεϊατρική αντιπροσωπεύει μια καινοτόμο προσέγγιση που ενδυναμώνει την αυτονομία των ατόμων, βελτιώνει την πρόσβαση στη φροντίδα και εξαλείφει γραφειοκρατικά εμπόδια, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΡΧΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

7.1. Βασικές Αρχές Ποιότητας στις Κοινωνικές Υπηρεσίες

Η σύσταση της ομάδας εργασίας το 2022 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Δικτύου (European Social Network ESN) για την ποιότητα στις κοινωνικές υπηρεσίες, σηματοδοτεί μια στρατηγική πρωτοβουλία που αποσκοπεί στη διαμόρφωση ενός σύγχρονου ευρωπαϊκού πλαισίου ποιότητας για τις κοινωνικές υπηρεσίες, λαμβάνοντας υπόψη τις επικρατούσες τάσεις και εξελίξεις στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών. Κατά το πρώτο έτος της σύστασής της, το 2022, η Ομάδα Εργασίας ανέλαβε να εξετάσει διεξοδικά τις πρωταρχικές εξελίξεις στις μεθοδολογίες διασφάλισης ποιότητας. Στη συνέχεια, το έτος 2023, η Ομάδα κατέληξε σε συναίνεση σχετικά με τις θεμελιώδεις αρχές που προορίζονται να στηρίξουν τη συστηματική εφαρμογή ενιαίων ευρωπαϊκών προτύπων ποιότητας στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών.

Ο πρωταρχικός στόχος αυτής της συντονισμένης προσπάθειας είναι η προώθηση ενός εναρμονισμένου πλαισίου, υποστηρίζοντας έτσι την ομοιομορφία των προτύπων ποιότητας σε όλες τις ευρωπαϊκές κοινωνικές υπηρεσίες. Στο πλαίσιο αυτής της δέσμευσης, η ομάδα εργασίας φιλοδοξεί να διατυπώσει σαφή πρότυπα και να διαμορφώσει δείκτες συμμόρφωσης έως το 2025. Το αποτέλεσμα αυτών των προσπαθειών είναι η δημιουργία ενός ισχυρού Ευρωπαϊκού Πλαισίου Ποιότητας που όχι μόνο θα αντικατοπτρίζει τις σύγχρονες κοινωνικές ανάγκες αλλά και θα χρησιμεύει ως σημείο αναφοράς για τη βέλτιστη ποιότητα στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών. Τα μέλη της ομάδας από τις δεκαπέντε βασικές αρχές ποιότητας τελικά πρότειναν τις έξι οι οποίες αναλύονται παρακάτω: (ESN, European Social Network 2023)

1. Με βάση τα Ανθρώπινα Δικαιώματα

Η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών λειτουργεί στο πλαίσιο της προάσπισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων, όπως ορίζει η διεθνή και εθνική νομοθεσία. Η προσέγγιση της ποιότητας της κοινωνικής φροντίδας με βάση τα ανθρώπινα δικαιώματα δίνει έμφαση στην προστασία της αυτονομίας, της ιδιωτικής ζωής, της αξιοπρέπειας, των αξιών, των προτιμήσεων και της διαφορετικότητας των ατόμων που χρησιμοποιούν τις κοινωνικές υπηρεσίες.

Στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας και των υπηρεσιών, η προσέγγιση που βασίζεται στα ανθρώπινα δικαιώματα συνεπάγεται τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ατόμων να

συμμετέχουν στη φροντίδα και την υποστήριξή τους, τη δίκαιη πρόσβαση και την παροχή υπηρεσιών, την αξιοπρεπή και χωρίς διακρίσεις μεταχείριση, την ελευθερία επιλογής και την παροχή συναίνεσης όπου είναι δυνατόν, την ασφάλεια από βλάβη και βία και την ενδυνάμωση για την άσκηση ελέγχου στη ζωή του ατόμου, την αυτοδιαχείριση και τη διατήρηση της ανεξαρτησίας του.

2. Με επίκεντρο τον άνθρωπο

Οι υπηρεσίες είναι πολύπλοκα προσαρμοσμένες γύρω από το άτομο, θέτοντας τον στο επίκεντρο του σχεδιασμού και της παροχής. Οι πάροχοι εμπλέκουν ενεργά τα άτομα στο σχεδιασμό και τη διαμόρφωση των υπηρεσιών φροντίδας. Αυτό περιλαμβάνει την κατανόηση και την προσαρμογή στις απαιτήσεις του ατόμου και τη συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών.

Δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να καθορίζουν τις ανάγκες και τους στόχους τους, προωθώντας την αυτονομία και τον έλεγχο της ζωής τους. Η ελευθερία επιλογής των υπηρεσιών είναι υψίστης σημασίας. Η συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών διασφαλίζει την απρόσκοπτη και ολοκληρωμένη υποστήριξη φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της υγείας, της απασχόλησης, της εκπαίδευσης, και της κοινωνικής αλληλουχίας. Η υπηρεσία διασφαλίζει την προσβασιμότητα και την έγκαιρη διαθεσιμότητα για την άμεση κάλυψη των ατομικών αναγκών.

3. Με προσανατολισμό τα αποτελέσματα

Οι υπηρεσίες φροντίδας και υποστήριξης θα πρέπει να επικεντρώνονται σε μετρήσιμα αποτελέσματα, ώστε να διασφαλίζεται ότι τα άτομα λαμβάνουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα προσαρμοσμένα στις ανάγκες τους, προωθώντας μια υψηλή ποιότητα ζωής. Τόσο οι αντικειμενικές όσο και οι υποκειμενικές μετρήσεις θα πρέπει να αποτελούν βασικούς δείκτες στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, με καθορισμένα και μετρήσιμα από κοινού αποτελέσματα για την ενίσχυση της ευημερίας του ατόμου.

4. Με Ασφάλεια

Τα άτομα στα οποία παρέχονται υπηρεσίες φροντίδας προστατεύονται από βλάβες, παραμέληση και κακοποίηση, με δέσμευση να δίνεται προτεραιότητα στην ασφάλεια και να καλλιεργείται ένα συνεργατικό περιβάλλον. Προστατεύονται από διάφορους κινδύνους όπως: παραμέληση, εκφοβισμό, κακοποίηση, παρενόχληση, βλάβη, και προκατάληψη. Η διατήρηση της ελευθερίας διαφυλάσσεται προς το συμφέρον του ατόμου και σύμφωνα με το νόμο. Οι υπηρεσίες αναγνωρίζουν τη δυσκολία προσαρμογής που αντιμετωπίζουν τα άτομα κατά τη μετάβαση τους σε διαφορετικές υπηρεσίες

φροντίδας και σέβονται το δικαίωμα λήψης αποφάσεων, ακόμη και αν θεωρούνται επικίνδυνες.

5. Με βάση την κοινότητα

Οι υπηρεσίες φροντίδας και υποστήριξης αποσκοπούν στην ένταξη των ατόμων στην κοινότητά τους, προωθώντας να αποκτήσουν την ανεξαρτησία τους. Οι κοινωνικές υπηρεσίες δίνουν έμφαση στο να μπορούν τα άτομα να παραμείνουν σε ένα περιβάλλον που μοιάζει με το σπίτι τους, ενισχύοντας τους δεσμούς με την οικογένεια, τους φίλους και την ευρύτερη κοινότητα. Ενθαρρύνουν και προσπαθούν να ενημερώνουν τα άτομα και τις οικογένειές τους για τη διαθέσιμη υποστήριξη τόσο εντός όσο και εκτός της υπηρεσίας, διευκολύνοντας μεγαλύτερες περιόδους ανεξαρτησίας στο σπίτι. Το πρόγραμμα εμπλέκει κοντινά άτομα ως πιθανούς άτυπους φροντιστές και οι υπηρεσίες παρέχονται σε τοπικό επίπεδο για την αντιμετώπιση συνθηκών ή δυσκολιών στην κοινότητα.

6. Με βάση την καλή διαχείριση

Οι διευθυντές και οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών, προωθούν συλλογικά μια κουλτούρα συνεχούς μάθησης. Τα διευθυντικά στελέχη υποστηρίζουν τους εργαζόμενους και συνεργάζονται με τους εταίρους για την παροχή φροντίδας. Τα συστήματα διαχείρισης αξιοποιούν πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους, τις επιδόσεις και τα αποτελέσματα για την ενίσχυση της φροντίδας. Το κοινό έχει πρόσβαση σε διαφανείς πληροφορίες σχετικά με τους ελέγχους ποιότητας της περιθαλψής και τις συμβουλές βελτίωσης. Οι υπηρεσίες δίνουν προτεραιότητα στην οργάνωση του προσωπικού, εξασφαλίζοντας μια εξειδικευμένη και ευέλικτη ομάδα για να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά.

7.2. Μεταρρυθμίσεις στο Ευρωπαϊκό Εθελοντικό Πλαίσιο για την Ποιότητα των Κοινωνικών Υπηρεσιών

Η βασική στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την βελτίωση της ποιότητας στις κοινωνικές υπηρεσίες είναι το Εθελοντικό Πλαίσιο της ΕΕ για την Ποιότητα στις Κοινωνικές Υπηρεσίες (VFQSS) του 2010, το οποίο συντάχθηκε από την Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας το 2009. Το πλαίσιο αυτό είχε ως στόχο να βοηθήσει τις δημόσιες αρχές να ενισχύσουν την ικανότητά τους να οργανώνουν και να παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, ιδίως μετά τις περικοπές των δημόσιων δαπανών ύστερα από την οικονομική κρίση του 2008. Παρείχε εθελοντικές

κατευθυντήριες γραμμές για τις εθνικές και υποεθνικές ρυθμιστικές αρχές ποιότητας, προτείνοντας δεκατέσσερις αρχές ποιότητας, οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε επτά γενικές αρχές για την κάλυψη των αναγκών των ατόμων, δύο αρχές που καθορίζουν τις σχέσεις μεταξύ παρόχων και χρηστών, δύο αρχές που καθορίζουν τις σχέσεις μεταξύ δημόσιων αρχών και παρόχων υπηρεσιών και τρεις αρχές που αφορούν ειδικά το ανθρώπινο και το φυσικό κεφάλαιο.

Δεκατρία χρόνια μετά από την καθιέρωσή του, το Εθελοντικό Πλαίσιο της ΕΕ για την Ποιότητα στις Κοινωνικές Υπηρεσίες (VFQSS) του 2010 είχε περιορισμένη απήχηση. Μελέτη του 2022 για λογαριασμό της Ευρωπαϊκής Επιτροπής αποκάλυψε ότι μόνο τρία κράτη μέλη της ΕΕ (Βουλγαρία, Εσθονία και Ρουμανία) ενσωμάτωσαν τις αρχές του VQFSS στη νομοθεσία τους, ενώ ορισμένες χώρες δεν αναφέρθηκαν καθόλου στο πλαίσιο. Για παράδειγμα, ο Κατάλογος Αναφοράς Κοινωνικών Υπηρεσιών της Ισπανίας χρησιμοποιείται για τον συντονισμό μεταξύ των περιφερειών (Ministry of Health, Social Services And Equality, 2013). Η μελέτη αναφέρει ότι πολλά κράτη μέλη δεν θεωρούν το VFQSS σχετικό με τους εθνικούς τους κανονισμούς ποιότητας. Ορισμένα κράτη, όπως η Ουγγαρία και η Πολωνία, αμφισβητούν τις δυνατότητές του να ενισχύσει την ποιότητα των κοινωνικών υπηρεσιών σε εθνικό επίπεδο. Το ευρωπαϊκό πλαίσιο είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστο σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο, πράγμα που δεσμεύει την αποτελεσματικότητά του, καθώς αρκετά κράτη μέλη όπως Ισπανία, Γερμανία, Αυστρία, και Βέλγιο αναλαμβάνουν από κοινού την ευθύνη για τη διασφάλιση της ποιότητας των κοινωνικών υπηρεσιών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2022).

7.3. Ο στόχος ενός βελτιωμένου ευρωπαϊκού πλαισίου ποιότητας των κοινωνικών υπηρεσιών

Το ευρωπαϊκό πλαίσιο θα πρέπει να περιλαμβάνει υπηρεσίες που παρέχονται από δημόσιες αρχές, φορείς του ιδιωτικού τομέα και ιδιώτες παρόχους. Το πεδίο εφαρμογής του θα πρέπει να εκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών υπηρεσιών, με πρωταρχικό στόχο την καθιέρωση υψηλών εθνικών προτύπων που βασίζονται σε κοινές αρχές που ισχύουν για όλες τις κοινωνικές υπηρεσίες, δίνοντας έμφαση στην κοινωνική φροντίδα και ενίοτε ενσωματώνοντας την υγεία και την κοινωνική φροντίδα μαζί. Η προσέγγιση αυτή υποστηρίζει ένα ενοποιητικό σύνολο προτύπων, προωθώντας ένα υψηλό επίπεδο ομοιομορφίας και αποφεύγοντας την υιοθέτηση διαφορετικών προτύπων

προσαρμοσμένων σε συγκεκριμένες δημογραφικές ομάδες. Σύμφωνα με την επισκόπηση της (Scottish Care Inspectorate, 2017), υποστηρίζεται ότι τα πρότυπα στο πεδίο των κοινωνικών υπηρεσιών είναι εγγενώς περιεκτικά, υπερβαίνοντας τις διαφορές ηλικίας ή ικανοτήτων, επιβεβαιώνοντας έτσι το δικαίωμα κάθε ατόμου να λαμβάνει ομοιόμορφα άριστη φροντίδα και υποστήριξη (ESN, European Social Network 2023).

7.4. Μελλοντικό πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας διαφόρων χωρών

Μια έρευνα των πλαισίων ποιότητας, που πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Myers-JDC-Brookdale στο Ισραήλ, σε πέντε αγγλόφωνες χώρες, αποκάλυψε ένα σταθερό μοτίβο στη δομή των προτύπων ποιότητας. Τα πρότυπα αυτά διαχωρίζονται συνήθως σε τρία ιεραρχικά επίπεδα:

- στις θεμελιώδεις αξίες που συχνά αποκαλούνται αρχές
- στα γενικότερα πρότυπα που περιλαμβάνουν βασικά κριτήρια και
- στα ειδικά χαρακτηριστικά ή κριτήρια που οριοθετούν την ποιότητα υπηρεσιών.

7.4.1. Αρχές διασφάλισης ποιότητας κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας στην Ιρλανδία

Το προτεινόμενο πλαίσιο που εξέδωσε το Health Information and Quality Authority (HIQA) της Ιρλανδίας, διατυπώνει τέσσερις θεμελιώδεις αρχές που είναι απαραίτητες για τη διαμόρφωση των μελλοντικών εθνικών προτύπων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας :

- **Προσέγγιση με βάση τα ανθρώπινα δικαιώματα:** Υπογραμμίζει ότι οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας πρέπει με συνέπεια να υποστηρίζουν, να διασφαλίζουν και να προάγουν τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων που λαμβάνουν φροντίδα και υποστήριξη.
- **Αρχή της ασφάλειας και της ευημερίας:** Επικεντρώνεται στα μέτρα που λαμβάνουν οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας για τη διασφάλιση και την υποστήριξη της ασφάλειας και της συνολικής ευημερίας των ατόμων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες τους.
- **Αρχή της ανταπόκρισης:** Περιλαμβάνει τις οργανωτικές πτυχές των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας για την παροχή φροντίδας και υποστήριξης που

ευθυγραμμίζεται με τις συγκεκριμένες ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών. Επιπλέον, δίνει έμφαση στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες στο πλαίσιο αυτών των υπηρεσιών ανακαλύπτουν, αξιολογούν και ενεργούν άμεσα στις ατομικές ανάγκες στην καθημερινή πρακτική, διασφαλίζοντας την παροχή έγκαιρης και κατάλληλης φροντίδας και υποστήριξης στο σωστό περιβάλλον.

- **Η αρχή της λογοδοσίας:** Υπογραμμίζει τη διασφάλιση ότι τα άτομα λαμβάνουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, ασφαλή φροντίδα και υποστήριξη. Δίνει έμφαση στο συντονισμό και τη στοχευμένη προσέγγιση για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων, υπογραμμίζοντας τη δέσμευση των υπηρεσιών να διατηρούν τα πρότυπα και να θέτουν ως προτεραιότητα την ευημερία των ατόμων που βρίσκονται υπό τη φροντίδα τους.



Εικόνα 2. Αρχές διασφάλισης ποιότητας στην Ιρλανδία. Πηγή: HIQA, 2021

7.4.2. Θεμελιώδεις αρχές της διασφάλισης ποιότητας στη Γαλλία

Το Εθνικό Πλαίσιο Ποιότητας για τις κοινωνικές υπηρεσίες στη Γαλλία βασίζεται σε ένα σύνολο τεσσάρων βασικών αρχών, όπως διατυπώθηκαν από την Haute Autorité de Santé (HAS, 2022b):

- **Αυτονομία:** Η αρχή αυτή δίνει έμφαση στην δύναμη και την ικανότητα των ατόμων να κάνουν επιλογές σχετικά με τη ζωή τους στο πλαίσιο των κοινωνικών υπηρεσιών.

- **Σεβασμός των θεμελιωδών δικαιωμάτων:** Το πλαίσιο αποδίδει ύψιστη σημασία στην προάσπιση και τον σεβασμό των θεμελιωδών δικαιωμάτων των ατόμων, διασφαλίζοντας ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες λειτουργούν εντός ενός πλαισίου που διασφαλίζει αυτά τα εγγενή δικαιώματα.
- **Περιεκτική προσέγγιση της υποστήριξης:** Μια ολιστική και περιεκτική προσέγγιση της υποστήριξης χαρακτηρίζει το πλαίσιο, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για μια διεξοδική και ολοκληρωμένη στρατηγική στην αντιμετώπιση των ποικίλων αναγκών των ατόμων στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών.
- **Ηθικό προβληματισμό των επαγγελματιών:** Κεντρική θέση στο πλαίσιο, κατέχει η αναγνώριση και η υποστήριξη της ηθικής γνώσης των επαγγελματιών. Η αρχή αυτή υπογραμμίζει τη σημασία των ηθικών εκτιμήσεων στην κατάρτιση, τις πρακτικές και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών κοινωνικών υπηρεσιών, συμβάλλοντας στη συνολική ποιότητα και ακεραιότητα της παροχής υπηρεσιών (HAS, 2022b).

7.4.3. Θεμελιώδεις αρχές της διασφάλισης ποιότητας στη Ρουμανία

Η Adela Setet, διευθύντρια του Κέντρου Εκπαίδευσης και Αξιολόγησης στην Κοινωνική Εργασία της Ρουμανίας (CFCECAS), τόνισε ότι η εθνική νομοθεσία που τέθηκε σε ισχύ το 2012 για τη διασφάλιση της ποιότητας στις κοινωνικές υπηρεσίες περιλαμβάνει βασικές αρχές όπως:

- Διασφάλιση αποτελεσματικών, προσβάσιμων, ολοκληρωμένων και βιώσιμων κοινωνικών υπηρεσιών προσαρμοσμένων στις ατομικές ανάγκες των δικαιούχων.
- Καθορισμός της σχέσης μεταξύ παρόχων υπηρεσιών και δικαιούχων, δίνοντας έμφαση στη διαχείριση διαφανών και προσβάσιμων μέσων επικοινωνίας και ενημέρωσης.
- Υποστήριξη της ενεργού συμμετοχής των δικαιούχων και των οικογενειών τους στις φάσεις μελέτης, παροχής και εκτίμησης των κοινωνικών υπηρεσιών.
- Αποτελεσματικό συντονισμό μεταξύ παρόχων και δημόσιων αρχών.
- Ανάδειξη της σημασίας ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών (ESN, European Social Network 2023).

7.4.4. Θεμελιώδεις αρχές της διασφάλισης ποιότητας στην Κροατία

Η Κροατία το 2014 θέσπισε μία νομοθεσία που περιγράφει δεκαεπτά συγκεκριμένα πρότυπα ποιότητας για τις κοινωνικές υπηρεσίες, τα οποία διαμορφώθηκαν σε έξι θεμελιώδεις αρχές:

- Ολιστική και ολοκληρωμένη προσέγγιση για την αντιμετώπιση των ποικίλων αναγκών των ατόμων.
- Προσβασιμότητα στους χρήστες και τις οικογένειες στις τοπικές κοινότητες.
- Ενθάρρυνση της συνεργασίας μεταξύ των χρηστών, των παρόχων υπηρεσιών και των διαφόρων ενδιαφερόμενων φορέων.
- Ενδυνάμωση των χρηστών υπηρεσιών με την προάσπιση των δικαιωμάτων τους και της ελευθερίας επιλογής τους στο πλαίσιο της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών.
- Αποτελεσματικότητα στην κάλυψη των αναγκών και στην παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους.
- Οργανωμένη και εστιασμένη προσέγγιση των κοινωνικών υπηρεσιών με στόχο στην επίτευξη μετρήσιμων αποτελεσμάτων (ESN, European Social Network 2023).

7.4.5. Θεμελιώδεις αρχές της διασφάλισης ποιότητας στη Σουηδία

Στη Σουηδία, το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας, θεσπίζει και επιβλέπει τα πρότυπα ποιότητας για τις κοινωνικές υπηρεσίες. Το Συμβούλιο καθόρισε αρχικά τα πρότυπα αυτά το 2008 Good Quality in Social Services' (National Board of Health and Welfare, 2008). Με απόφαση του Συμβουλίου αναπτύχθηκε η έννοια της καλής φροντίδας και υποστήριξης, η οποία βασίζεται σε έξι επουσιώδεις αρχές:

- **Στη γνώση:** Φροντίδα και υποστήριξη βασισμένη στη γνώση και στην εμπειρία.
- **Στην ασφάλεια:** Μετριασμός των κινδύνων για την αποφυγή βλάβης, σύμφωνα με τους κανονισμούς.
- **Στην προσαρμογή του ατόμου:** Παροχή φροντίδας και υποστήριξης που αξιολογεί τις δυσκολίες και τις προσδοκίες, του ατόμου.
- **Στην αποτελεσματικότητα:** Βελτιστοποίηση των διαθέσιμων πόρων για την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων στην παροχή φροντίδας και υποστήριξης.

- **Στη ισότιμη πρόσβαση:** Διασφάλιση της ισότητας στην παροχή και υποστήριξη της φροντίδας σε όλα τα άτομα.
- **Στη διαθεσιμότητα:** Έγκαιρη και προσβάσιμη παροχή υπηρεσιών φροντίδας και υποστήριξης εντός χρονικού πλαισίου.

Με βάση τις προαναφερθείσες αρχές, έχουν εκπονηθεί περαιτέρω εξειδικευμένα πρότυπα και δείκτες για τις κοινωνικές υπηρεσίες (ESN, European Social Network 2023).

7.5. Προτεινόμενες Αρχές Ποιότητας στις Κοινωνικές Υπηρεσίες από την Ομάδα Εργασία

Η Ομάδα Εργασίας του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Δικτύου (ESN) για την Ποιότητα στις κοινωνικές υπηρεσίες μετά από γόνιμες συζητήσεις σχετικά με το πώς να βελτιώσουν ακόμη περισσότερο τα ποιοτικά πρότυπα, αποφάσισε να απλοποιήσει λίγο τα πράγματα μειώνοντας τον αριθμό των αρχών, με στόχο να αποφύγουν τις επαναλήψεις και να κάνουν τα πάντα να λειτουργούν πιο ομαλά. Ορισμένες από τις ιδέες που μοιράστηκαν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ανατροφοδότησης, ήταν πως η ιδέα της καλής χρηματοδότησης, θα ταίριαζε καλύτερα ως μέρος των προτύπων. Έτσι, σκέφτηκαν να συνδυάσουν ορισμένες έννοιες, όπως να συνδυάσουν την επιλογή με την εστίαση στην ανθρωποκεντρικότητα και να συνδέσουν την υποστήριξη του εργατικού δυναμικού με την ευρύτερη εικόνα της καλής διαχείρισης. Επίσης σκέφτηκαν να προσθέσουν κάποιες νέες ιδέες, όπως η ανταποδοτικότητα, που δεν είχαν σκεφτεί στην αρχή (ESN, European Social Network 2023).

7.6. Αξιολόγηση της ποιότητας των συστημάτων κοινωνικών υπηρεσιών

Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Δίκτυο (ESN) πρότεινε τον Δείκτη Κοινωνικών Υπηρεσιών (SSI) για τη μέτρηση των επιδόσεων των συστημάτων κοινωνικών υπηρεσιών, εστιάζοντας στα κοινωνικά δικαιώματα, τις οικονομικές επενδύσεις και την κάλυψη των αναγκών. Στόχος του ESN είναι να βοηθήσει την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στην αξιολόγηση των εθνικών συστημάτων και στην υποβολή συστάσεων. Οι αρχές ποιότητας του ESN επικεντρώθηκαν στην αξιολόγηση των υπηρεσιών και όχι στην αξιολόγηση του συστήματος, παραλείποντας αρχές όπως η οικονομική προσιτότητα και η διαθεσιμότητα.

Η νέα πρόταση περιλαμβάνει αρχές όπως η προσωποκεντρική προσέγγιση, ο σεβασμός των δικαιωμάτων του χρήστη και ο προσανατολισμός στα αποτελέσματα. Χαρακτηριστικά όπως η προσβασιμότητα και η πληρότητα θα εμπίπτουν στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση, ενώ η σωστή διακυβέρνηση θα αποτελεί μέρος της καλής διαχείρισης (ESN, European Social Network 2023).

Συμπέρασμα

Η Ομάδα Εργασίας του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Δικτύου (ESN) συνέταξε ένα εναρμονισμένο πλαίσιο ποιότητας για τις ευρωπαϊκές κοινωνικές υπηρεσίες, με στόχο τη διαμόρφωση συστηματικών προτύπων έως το 2025. Βασικές αρχές του πλαισίου είναι η ανθρωποκεντρική προσέγγιση και η διασφάλιση των δικαιωμάτων του ατόμου, ενισχύοντας την αυτονομία και την ικανότητα επιλογής του ατόμου. Επιπλέον, η προσαρμογή των υπηρεσιών στις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ατόμου, καθώς και η μέτρηση αποτελεσμάτων, είναι βασικά στοιχεία για τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας ζωής. Προωθώντας την προστασία και την ένταξη στην κοινότητα, ενισχύουν την ανεξαρτησία και την ασφάλεια του ατόμου. Επιπλέον, η καλή διαχείριση των υπηρεσιών εξασφαλίζει την αποτελεσματική παροχή φροντίδας και τη διαφάνεια προς το κοινό. Παρά τη δημιουργία του Εθελοντικού Πλαισίου της ΕΕ για την Ποιότητα στις Κοινωνικές Υπηρεσίες (VFQSS) το 2010, πολλά κράτη μέλη δεν έχουν ενσωματώσει τις αρχές του στη νομοθεσία τους, αμφισβητώντας την αποτελεσματικότητά του. Το ευρωπαϊκό πλαίσιο για τις κοινωνικές υπηρεσίες πρέπει να είναι πολυδιάστατο, συμπεριλαμβάνοντας δημόσιους, ιδιωτικούς και ιδιώτες παρόχους, ενώ η ενσωμάτωση κοινών αρχών εξασφαλίζει ομοιομορφία και υψηλά εθνικά πρότυπα. Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Δίκτυο (ESN) προτείνει τον Δείκτη Κοινωνικών Υπηρεσιών (SSI) για τη μέτρηση επιδόσεων, ενσωματώνοντας αρχές όπως η προσωποκεντρική προσέγγιση και ο σεβασμός των δικαιωμάτων του χρήστη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υγεία αναδεικνύεται ως πολυδιάστατη έννοια, ενσωματώνοντας τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Αποτελεί κατάσταση ολοκληρωμένης ευημερίας, η οποία διαμορφώνεται από πολλούς παράγοντες, όπως η οικονομική κατάσταση και οι κοινωνικές συνθήκες. Η παροχή πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη και η υποστήριξη πολιτικών για την υγεία αποτελούν ζωτικές προϋποθέσεις. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διαδραματίζει καίριο ρόλο στην πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση, προσφέροντας ισότιμη φροντίδα σε όλο τον πληθυσμό. Τα συστήματα υγείας, αν και ποικίλουν ανάλογα με τη χρηματοδότηση και τη διαχείριση, επιδιώκουν την υψηλή ποιότητα φροντίδας, τη δημόσια υγεία και την ισότιμη πρόσβαση. Η κατ' οίκον φροντίδα προσφέρει εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας με έμφαση στην πρόληψη και τη βελτίωση της υγείας, αντιμετωπίζοντας παράλληλα προκλήσεις όπως προβλήματα ασφάλειας και επικοινωνίας. Οι δημογραφικές αλλαγές δημιουργούν αυξημένη ζήτηση για φροντίδα, ενθαρρύνοντας την ανάπτυξη των υπηρεσιών φροντίδας, ιδιαίτερα της κατ' οίκον φροντίδας. Οι επιλογές και οι προσεγγίσεις των χωρών στη φροντίδα υγείας διαφέρουν, με κάθε μια να υιοθετεί διαφορετικά μοντέλα και πρακτικές. Παρά την αναγνώριση των οφελών της κατ' οίκον φροντίδας, προκλήσεις όπως το κόστος και οι ανισότητες παραμένουν, ενώ η συνεχής ανάπτυξη και ενίσχυση του συστήματος είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας. Η υγειονομική περίθαλψη στην Ευρώπη αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις λόγω των κοινωνικών αλλαγών και των αυξανόμενων αναγκών. Η συμμόρφωση με τις οδηγίες της ΕΕ και οι επενδύσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών αποτελούν προτεραιότητες. Η πανδημία COVID-19 αποκάλυψε αδυναμίες και επιβεβαίωσε την ανάγκη μεταρρυθμίσεων και επενδύσεων στην υγειονομική περίθαλψη. Η Ελλάδα προωθεί σταδιακά, στρατηγικά μέτρα και επενδύσεις για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης. Η χρήση τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνιών, καθώς και η τηλεϊατρική, αποτελούν καινοτόμες προσεγγίσεις που ενισχύουν τη φροντίδα και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των πολιτών. Αυτές οι προσεγγίσεις απαιτούν πολιτικές και ρυθμίσεις για την αποτελεσματική παροχή φροντίδας. Ο συνδυασμός της θεραπευτικής και ανακουφιστικής φροντίδας είναι σημαντικός για την ποιότητα ζωής των ασθενών. Το εναρμονισμένο πλαίσιο ποιότητας για τις ευρωπαϊκές κοινωνικές υπηρεσίες που συνέταξε η Ομάδα Εργασίας του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Δικτύου έχει ως βασικές

αρχές την ανθρωποκεντρική προσέγγιση και τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του ατόμου. Η προσαρμογή στις ανάγκες του ατόμου και η μέτρηση αποτελεσμάτων είναι ουσιαστικά στοιχεία για την υψηλή ποιότητα ζωής. Η καλή διαχείριση των υπηρεσιών εξασφαλίζει αποτελεσματική παροχή φροντίδας και διαφάνεια προς το κοινό. Η πρόταση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Δικτύου για τον Δείκτη Κοινωνικών Υπηρεσιών συμβάλλει στη μέτρηση επιδόσεων, ενσωματώνοντας βασικές αρχές όπως η προσωποκεντρική προσέγγιση και ο σεβασμός των δικαιωμάτων του χρήστη.

Συνοψίζοντας, είναι σαφές από τα σημεία που αναφέρθηκαν, πόσο κρίσιμη είναι πραγματικά η κατ' οίκον φροντίδα και νοσηλεία. Όταν εμβαθύνουμε σε έρευνες και αριθμούς, γίνεται φανερό ότι η λήψη υγειονομικής περίθαλψης στην άνεση του σπιτιού μας έχει πολλαπλά πλεονεκτήματα σε σχέση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Μεταξύ αυτών, ξεχωρίζουν η ψυχολογική ευημερία των ατόμων και η οικονομική εξοικονόμηση για το κράτος.

Η αντίληψη ότι η πρόληψη είναι ανώτερη από τη θεραπεία είναι ευρέως αποδεκτή. Πολλές χώρες έχουν εδώ και πολλά χρόνια αναγνωρίσει αυτή την αρχή και έχουν δώσει προτεραιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ενσωματώνοντας την κατ' οίκον φροντίδα σε ολοκληρωμένα προγράμματα που είναι καθιερωμένα και λειτουργούν αποτελεσματικά.

Η Εθνική Στρατηγική για την Υγεία φαίνεται να ευθυγραμμίζεται με τους στόχους της μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης, δίνοντας έμφαση στην παροχή υπηρεσιών υψηλού επιπέδου προσαρμοσμένων στις ανάγκες των ασθενών. Ωστόσο, στο πλαίσιο του ελληνικού δημόσιου τομέα, η υιοθέτηση μιας τέτοιας προσέγγισης μπορεί να αποτελέσει πρόκληση για την υφιστάμενη κατάσταση, δεδομένης της ιστορικής έμφασης στη νοσοκομειακή περίθαλψη και της σχετικής παραμέλησης της πρωτοβάθμιας υγείας και των κοινοτικών υπηρεσιών. Επιπλέον, φαίνεται να υπάρχει έλλειψη ευαισθητοποίησης του πληθυσμού σχετικά με εναλλακτικές επιλογές φροντίδας, όπως η κατ' οίκον φροντίδα. Αντίθετα, ο ιδιωτικός τομέας, γνωστός για την προσαρμοστικότητα και την καινοτομία του, πρωτοστατεί στον πειραματισμό και την εφαρμογή του μοντέλου της κατ' οίκον φροντίδας και της Εθνικής Στρατηγικής Υγείας στην Ελλάδα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία αξιόπαινων δομών υγειονομικής περίθαλψης σε ορισμένες περιπτώσεις, αναδεικνύοντας τις δυνατότητες αυτών των προσεγγίσεων για την ενίσχυση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης..

Η εξασφάλιση της ευημερίας του πληθυσμού εξαρτάται από την παρουσία ενός κράτους πρόνοιας και μιας ενεργού κοινωνικής πολιτικής, που αποσκοπεί στην προληπτική κάλυψη των αναγκών του και στον μετριασμό των πιθανών κινδύνων. Με τη δημογραφική γήρανση και την αύξηση του αριθμού των χρονίως πασχόντων ατόμων να αποτελούν σημαντικές προκλήσεις για τη σύγχρονη κοινωνία, η παροχή υψηλής ποιότητας και καλά οργανωμένων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας αποτελεί κρίσιμο δείκτη κοινωνικής φροντίδας και ευθύνης, ιδίως από την πλευρά του κράτους.

Ωστόσο, η Ελλάδα φαίνεται να υστερεί στο θέμα αυτό, καθώς δεν διαθέτει ένα ισχυρό πλαίσιο πολιτικής με επίκεντρο την ανάπτυξη και καθολική παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Αντ' αυτού, στηρίζεται κυρίως σε άτυπους μηχανισμούς φροντίδας. Για την τόνωση της προόδου στον τομέα αυτό, η Ελλάδα πρέπει να αντιμετωπίσει κατά μέτωπο τις αναδυόμενες προκλήσεις, επιλύοντας ζητήματα που αφορούν την επάρκεια των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, ενισχύοντας την ποιότητα, την οργάνωση και τις δομές διακυβέρνησης, εξασφαλίζοντας μια ολοκληρωμένη φροντίδα για τους πολίτες της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αδαμακίδου Θ., Σταθάτος Μ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α.(2015) Νοσοκομειακή περίθαλψη στο σπίτι. Ένα μοντέλο υψηλού επιπέδου κλινικής διαχείρισης ασθενών στην κοινότητα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015, 32(2):149-157
2. Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Η κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα σε διαφορετικά συστήματα υγείας. Νοσηλευτική 2007, 46(4):501-513
3. Αμίτσης, Γ. (2001). Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. Το Ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή εμπειρία. Αθήνα: Παπαζήση.
4. Αποστολάκης, Ι., 2002. Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας. Αθήνα: Παπαζήση.
5. Γαλλιού Γ. (2022), Π.Ε. Νοσηλεύτρια, Εθελόντρια & Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Συλλόγου ΝΟΣΗΛΕΙΑ, Ανακουφιστική Φροντίδα στο σπίτι.
6. Δανιηλίδου Α. (2009). Οικονομολόγος Υγείας. Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διδακτορική διατριβή,σελ.51-52
7. Εγκύκλιος Υπουργείο Υγείας Γ3δ/Γ.Φ.14/Γ.Π./οικ.54890/31-07-2015 «Οργάνωση, λειτουργία και ενιαίος καθορισμός διαδικασιών για την ανάπτυξη του Πιλοτικού Δικτύου των Τμημάτων ή Υπηρεσιών Κατ' οίκον Νοσηλείας»
8. Καλοκαιρινού, Α., Αναγνωστοπούλου, Α. & Αδαμακίδου, Θ., 2014. Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα. Έννοιες, Δεξιότητες, Εφαρμογές. Αθήνα: ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS
9. Κοτρώτσιου Σ., Παραλίκας Θ., Παπαθανασίου Ι., Λαχανά Ε., Κυπαρίση Γ., Ριζούλης Α. (2008). Η έννοια της φροντίδας. Το βήμα του Ασκληπιού 7 (1) : 57-69.
10. ΚΥ.Α ΔΥ8/Β/οικ.89126 (ΦΕΚ Α 1534/17-8-2007). Καθορισμός όρων, προϋποθέσεων για την ίδρυση και λειτουργία «Ξενώνων Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Αγωγής Ασθενών
11. ΚΥΑ Αριθμ. Γ2α/οικ.28804/2023 (ΦΕΚ 3396/Β/19-5-2023)«Νοσοκομειακή Κατ' Οίκον Νοσηλεία και Φροντίδα Υγείας

12. Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995). « Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών» Εκδόσεις θεμέλιο και ακαδημία επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα
13. Κωνσταντινίδης Θ.Ι. Φιλαλήθης Α. (2014). Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο Η νοσηλευτική προσέγγιση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31(4):412-422
14. Λιαρόπουλος Λ. (2007), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Τόμος Α, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
15. Μαλάμου Θ. (2015). Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας. Νοσηλευτική 2015, 54(3):231–240
16. Μελέτη Σκοπιμότητας για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα». Υπουργείο Υγείας-Εθνική επιτροπή για την ανάπτυξη και την υλοποίηση της στρατηγικής για την ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα. Νέα Υόρκη-Αθήνα, Ελλάδα, Φεβρουάριος 2019.
17. Μενή Α., Αποστολάκης Ι., Σαράφης Π. Η ύπαρξη κράτους πρόνοιας στο πλαίσιο της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού Τόμος 20, Τεύχος 4 (Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2021).
18. Μπέζας, Α., 2014. Σχεδιασμός ενεργειών και δράσεων για τον εκσυγχρονισμό των θεσμών της Κατ' Οίκον Νοσηλείας και του Οικογενειακού Προγραμματισμού, με την ανάπτυξη και την οργάνωση πιλοτικών δικτύων : α) «Πιλοτικό Δίκτυο Τμημάτων ή Υπηρεσιών Κατ' Οίκον Νοσηλείας», Αθήνα: Υ3γ/ΓΦ12,14,25,27/Γ.Π./οικ.9395.
19. Μπουρσανίδης Χρήστος (2020) Συστήματα Υγείας & Συγκριτική Πολιτική Υγείας ΕΣΔΔΑ
20. Μωραΐτης, Ε.(2003). Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας. Η σύγχρονη προσέγγιση στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων προστασίας της υγείας: Το διεθνές περιβάλλον και η θέση της Ελλάδας. Αθήνα: ΕΚΔΔ
21. Ν.1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α' 07-10-1983) Εθνικό Σύστημα Υγείας, 1983 Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο
22. Ν.2071/1992(ΦΕΚ 123 Α/15-07-1992) Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, 1992, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο

23. Ν.2519/1997 (ΦΕΚ Α΄ 165/21.08.1997) Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, 1997, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο
24. Ν.3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α'10-02-2003) Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις, 2003, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο
25. Ν.3235/2004 (ΦΕΚ 53 Α'18-02-2004) Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας, 2004, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο
26. Ν.4199/2013 (ΦΕΚ 216 Α' 11-10-2013) άρθρο127 ενότητα Γ,Ζ Κατ'οίκον Νοσηλεία στο πλαίσιο του Προγράμματος :Βοήθεια στο Σπίτι, 2013, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο
27. Ν.4272/2014 (ΦΕΚ145 Α'11-047-2014) παρ.1, άρθρο 35 Κατ'Οίκον νοσηλεία σε Μονάδες και Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Μονάδες Οικογενειακού Προγραμματισμού και Μονάδες Φροντίδας Μητέρας – Παιδιού, 2014, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο
28. Ν.4735/2020 άρθρο 38 παρ.2(ΦΕΚ197/Α/12-10-2020), Κεφάλαιο Ε΄ Ειδικές Ρυθμίσεις για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο
29. Ν.4931/2022(ΦΕΚ Α 94/13.5.2022) Γιατρός για όλους ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στο ΕΣΥ, 2022, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο
30. Ν.5007/2022(ΦΕΚ241/Α/23-12-2022)«Ολοκληρωμένο Σύστημα Παροχής Ανακουφιστικής Φροντίδας - Ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και την προστασία της δημόσιας υγείας και άλλες επείγουσες ρυθμίσεις.», 2022, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο
31. Ντούμας Σ. (2021) Κατ'οίκον νοσηλεία. Στόχοι και προοπτικές. Διαθέσιμο <https://anassageneral.gr/kat-oikon-nosileia-asthenon-stochoi-k/> πρόσβαση στις 27/9/2023
32. Οικονόμου Χ .(2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ Αθήνα: Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων
33. Παπαδόπουλος Κ. (2021) Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Μέθοδος, πηγές και αποτελεσματικότητα χρηματοδότησης. Προτάσεις για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της ισότητας
34. Πετμετζίδου Μ, Παπαναστασίου(2015) Σ. Υγεία και Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα, Σελ. 58-74

35. Πιερράκος Γ. (2013). Μοντέλα Διοίκησης Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας στην Τοπική Κοινωνία. Εκδόσεις Παπαζήση
36. Πιερράκος Γ. (2015) Οργάνωση & Διοίκηση Πρωτοβάθμιας, Η Δημόσια Υγεία στην ΠΦΥ. Ανοικτά Ακαδημαϊκά Μαθήματα στο ΤΕΙ Αθήνας. Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων
37. Πιερράκος Γ. (2020) Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, Μαθήματα στο ΠΑΔΑ ΠΜΣ Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας.
38. Πιερράκος Γ. (2015) Η Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Το θεσμικό πλαίσιο. Ανοικτά Ακαδημαϊκά Μαθήματα στο ΤΕΙ Αθήνας. Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων
39. Σαρρής Μ. 2001. Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής , Εκδόσεις Παπαζήση
40. Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Θεοδώρου Μ. 2001. Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση
41. Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ.(2008) Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, το ελληνικό παράδοξο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 25(5), σελ. 663-672.
42. Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιάρου, Μ. & Σαράφης, Π., 2011. Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, Κατάσταση και Προοπτικές. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, τεύχος 4 τόμος 3, pp. 140-148
43. Ταλαχούπη Μ.,(2006) Φροντίδα στο σπίτι, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Λάρισας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Λάρισα 2006.
44. Τούντας Γ. (2008), Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας
45. Υπουργείο Εσωτερικών (2023). Απόδοση από τους ΚΑΠ έτους 2023 της 1ης δόσης ποσού 45.000.000,00€, στους δικαιούχους Δήμους, για το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι. Αριθ. Πρωτ.:25213/24-03-2023
46. Υπουργείο Υγείας (2017). Σχέδιο Νόμου Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Αθήνα, ΦΕΚ 115 Α 7/8/2017 Ν.4486/2017
47. Υπουργείο Υγείας και Οικονομικών (ΦΕΚ Β' 3396/19-05-2023). Νοσοκομειακή Κατ' Οίκον Νοσηλεία και Φροντίδα Υγείας.
48. Φιλαλήθης Α.(2021) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα Χαμένη στον λαβύρινθο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , 38(4):548-556

49. Χατζηανδρέου Ε., Σουλιώτης Κ(2015), Μεταρρυθμίσεις Συστημάτων Υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση
50. Χλέτσος Μ. (2015) Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης . <https://qualityinhealth.gr/index.php/arhra/katigories-arthrwn/item/151> πρόσβαση στις 17/09/2023
51. Χρυσόχοου Ε.(2019)Παιδίατρος Διδακτορική διατριβή :Τα οφέλη από την κατ' οίκον νοσηλεία και παρακολούθηση παιδιών με χρόνια αναπνευστικά προβλήματα

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Annette M Totten, PhD, E Foy White-Chu, MD, Ngoc Wasson, MPH, Emily Morgan, MD, Devan Kansagara, MD, Cynthia Davis-O'Reilly, BA, and Sarah Goodlin, MD. (2016) Home-Based Primary Care Interventions
2. Anthony, A., & Milone-Nuzzo, P. (2005). Factors attracting and keeping nurses in home care. *Home Healthcare Nurse*, 23(6), 372–377.
3. Bauer Annette, Jose-Luis Fernandez, Cate Henderson, Raphael Wittenberg, Martin Knapp. Cost-minimisation analysis of home care reablement for older people in England: A modelling study. <https://doi.org/10.1111/hsc.12756> πρόσβαση 27/10/2023
4. Bentur N. Hospital at home: What is its place in the health system? *Health Policy* (2001) 55: 71-79.
5. 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>
6. Berith Hedberg , Helle Wijk , Boel Andersson Gäre , Christina Petersson(2022) Shared decision-making and person-centred care in Sweden: Exploring coproduction of health and social care services. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.016> πρόσβαση 30/10/2023
7. Brandao R., J., (2019), *Primary Health care in Canada : Current reality and Challenges*, Toronto Canada
8. Busse R. *Health care systems: Britain and Germany compared*. Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society, London, 2002
9. Busse R, Riesberg A. *Health care system in transition: Germany*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004
10. Clemen-Stone, S., Eigsti, D., & McGuire, S. (1987). *Comprehensive family and community health nursing* (2nd ed). New York: McGraw-Hill
11. Ebru Ozturk Copur (2016). Advantages and disadvantages of home care for care givers. 6 ο Παγκόσμιος Συνέδριο Νοσηλευτικής και Υγείας
12. European Commission (2022) *Study on social services with particular focus on personal targeted social services for people in vulnerable situations*, available at:

<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/cd93f493-d7e9-11ec-a95f-01aa75ed71a1/language-en>

13. European Social Network (ESN) 2023, Principles of Quality in Social Services, Co-funded by the European Union
14. Fathollahi A.M.-Fard, A. Ahmadi, B. Karimi (2020). A Robust Optimization for a Home Healthcare Routing and Scheduling Problem Considering Greenhouse Gas Emissions and Stochastic Travel and Service Times Green, Transportation and New Advances in Vehicle Routing Problems, Springer, Cham (2020), pp. 43-73
15. Federman D.Alex, MD, MPH; Rachel O’Conor, PhD; Irina Mindlis, MPH et.al. Association of a Bundled Hospital-at-Home and 30-Day Postacute Transitional Care Program With Clinical Outcomes and Patient Experiences. 2018;178(8):1033-1040.
16. Forbes, D., & Edge, D. Canadian home care policy and practice in rural and remote settings: challenges and solutions. *Agromedicine* 2009;14(2):119-24. doi: 10.1080/10599240902724135 πρόσβαση 26/11/2023
17. Fikar C., Hirsch P. (2017)Home health care routing and scheduling: A review *Computers & Operations Research*, 77 (2017), pp. 86-95
18. Genet Nadine, Wienke GW Boerma, Dionne S Kringos, Ans Bouman, Anneke L Francke, Cecilia Fagerström, Maria Gabriella Melchiorre, Cosetta Greco & Walter Devillé. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 11, 207 (2011). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-207>
19. Green J & Tones K. (2010) *Health Promotion: Planning and Strategies*, Scriven, pp. 14-15
20. Goodson Justin, MS, Wooseung Jang, PhD, and Marilyn Rantz, RN, PhD, FAAN (2008), *Nursing Home Care Quality: Insights From a Bayesian Network Approach* Vol. 48, No. 3, 338–348 <https://doi.org/10.1093/geront/48.3.338>
21. Gray C Leonard, Nancye M Peel, Maria Crotty, Susan E Kurrle, Lynne C Giles & Ian D Cameron. How effective are programs at managing transition from hospital to home? A case study of the Australian transition care program. Published: 14 March 2012 volume 12, Article number: 6 (2012).
22. Grenouilleau F., A. Legrain, N. Lahrichi, L.M. Rousseau A set partitioning heuristic for the home health care routing and scheduling problem, *European Journal of Operational Research*, 275 (1) (2019), pp. 295-303

23. Habersack M. Luschin G. 2013 WHO-definition of health must be enforced by national law: a debate. Article number: 24 (2013) <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-24> πρόσβαση 08/09/23
24. Hartung, S. Q. (2005). Choosing home health as a specialty and successfully transitioning into home health nursing practice. *Home Health Care Management & Practice*, 17(5), 370–387.
25. Haute Autorité de Santé (2022b) Understanding the new ESSMS assessment, available at https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838131/en/comprendre-la-nouvelle-evaluation-des-essms
26. Henil Y. ,Daniel J. West, Jr. (2021), Hospital at Home: An Evolving Model for Comprehensive Healthcare. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare* (2021) 4 (4): 141–146. <https://doi.org/10.36401/JQSH-21-4> πρόσβαση 12/10/2023.
27. Hsei Di Law, Dinith Marasinghe, Danielle Butler, Jennifer Welsh, Emily Lancsar, Emily Banks, Nicholas Biddle, Rosemary Korda. Progressivity of out-of-pocket costs under Australia's universal health care system: A national linked data study. Volume 127, January 2023, Pages 44-50.
28. Humphries Richard (2015), Integrated health and social care in England – Progress and prospects. *Health Policy* Volume 119, Issue 7, July 2015, Pages 856-859 <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.010> πρόσβαση 07/11/2023
29. Justin Goodson, MS, Wooseung Jang, PhD, and Marilyn Rantz, RN, PhD, FAAN. Nursing Home Care Quality: Insights From a Bayesian Network Approach. *The Gerontologist* .Vol. 48, No. 3, 338–348. <https://doi.org/10.1093/geront/48.3.338> πρόσβαση 15/11/2023
30. Keeling D (2014) Homecare user needs from the perspective of the patient and carers: a review. Volume 2014:2 Pages 63—76
31. Koperski M., (2000), The state of primary care in the United States of America and lessons for primary care groups in the United Kingdom.
32. Ladd, Rosalind & Pasquerella, Lynn & Smith, Sheri. (2002). Ethical issues in home health care. *Newsletter on philosophy and medicine / American Philosophical Association*. 2. 196-7.
33. Marchildon,S. Allin. Canada, Health System of. (2023) <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-99967-0.00063-6> πρόσβαση 26/11/2023

34. Mattan Schuchman, Mindy Fain, and Thomas Cornwell. The Resurgence of Home-Based Primary Care Models in the United States. 2018 Sep; 3(3): 41. doi: 10.3390/geriatrics3030041.
35. McCartney G., Popham F., McMaster R., Cumbers (2019) A. Defining health and health inequalities. Public Health Volume 172, July 2019, Pages 22-30 <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023> πρόσβαση 08/09/23
36. Meagher Gabrielle, Marta Szebehely and Jane Mears View all authors and affiliations. How institutions matter for job characteristics, quality and experiences: a comparison of home care work for older people in Australia and Sweden. July 9, 2016, Volume 30, Issue 5. <https://doi.org/10.1177/0950017015625601> πρόσβαση 03/12/2023
37. Ministry of Health, Social Services and Equality (2013) Spain's Reference Catalogue of Social Services, available at: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/Prestaciones-basicas/catalogo-referencia.htm>
38. Munro, J. F. & Campbell, I. W., 2002. MACLEOD'S ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ. 10η Έκδοση, Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
39. Nadine G., Madelon K., Wienke G. 2013. Explaining governmental involvement in home care across Europe: An international comparative study. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.009> πρόσβαση 23/10/2023
40. Nadine G., Wienke G., Dionne S Kringos, Ans Bouman, Anneke L Francke, Cecilia Fagerström, Maria Gabriella Melchiorre, Cosetta Greco & Walter Devillé Article number: 207 (2011). Home care in Europe: a systematic literature review. <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-11-207> πρόσβαση 23/10/2023
41. National Board of Health and Welfare (2013) What do the older people think about care for the older people? A nationwide survey of older people's perception of the quality of home care and Nursing homes, available at: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-11-4.pdf>
42. Nathalie Möckli, Michael Simon, Carla Meyer-Masseti, Sandrine Pihet, Roland Fischer, Matthias Wächter, Christine Serdaly & Franziska Zúñig. Factors associated with homecare coordination and quality of care: a research protocol for a national multi-center cross-sectional study. Article number: 306 (2021)

- <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06294-7>
πρόσβαση 09/11/2023
43. Nadine G., Wienke G., Dionne S Kringos, Ans Bouman, Anneke L Francke, Cecilia Fagerström, Maria Gabriella Melchiorre, Cosetta Greco & Walter Devillé Article number: 207 (2011). Home care in Europe: a systematic literature review. <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-11-207> πρόσβαση 23/10/2023
44. Netta Bentur (2021) Hospital at home: what is its place in the health system? [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(00\)00114-7](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00114-7) πρόσβαση 13/10/2023
45. Nikzad E. , M. Bashiri , B. Abbasi (2021) A matheuristic algorithm for stochastic home health care planning ,European Journal of Operational Research, 288 (3) (2021), pp. 753-774
46. Oleribe O.O., Ukwedeh O., Burstow N.J., Gomaa A.I., Sonderup M.W., Cook N., Waked I., Spearman W., Taylor-Robinson S.D.(2018). Health: redefined. Pan African Medical Journal. 2018; 30:292 doi:10.11604/pamj.2018.30.292.15436 πρόσβαση 10/09/23
47. Olwen E Williams, Salah Elghenzai, Chris Subbe, Jeremy C Wyatt and John Williams. The use of telemedicine to enhance secondary care: some lessons from the front line. Future Healthc J. 2017 Jun; 4(2): 109–114. doi: 10.7861/futurehosp.4-2-109.
48. Onil B.,James Shaw,Samir Sinha,Dara Gordon,Simone Shahid,Walter P. Wodchis, and Geoffrey Anderson 2020. Innovative Integrated Health And Social Care Programs In Eleven High-Income Countries. <https://www.healthaffairs.org/author/Bhattacharyya%2C+Onil> πρόσβαση 23/10/2023
49. Robinson R, Dixon A. Health care system in transition:United Kingdom.European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen,1999
50. Romanow R. Building on values: The future of health care in Canada–Final Report. Commission on the Future of Health Care in Canada, Canada, 2002
51. Roth G, Reichert M. Providing integrated health and social care for older persons in Germany. In: Leichsenring K, Alaszewski AM (eds) Providing integrated health and social care for older persons. Aldershot, Ashgate, 2004:269–328

52. Scottish Care Inspectorate (2017) Health and Social Care Standards, available at:<https://hub.careinspectorate.com/national-policy-and-legislation/health-and-social-care-standards/>
53. Sebern, M. (2006). Shared care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 170–179.
54. Sheikh Mona, Sruthi Sekaran, Hansini Kochhar, Asma Tasnim Khan, Ishita Gupta Arpit Mago, Upasana Maskey, Sima Marzban(2022) Hospice vs Palliative care: A comprehensive review for primary care physician. 10.4103/jfmprc.jfmprc_2262_21
55. Shiri Mahdyeh, Fardin Ahmadizar , Dhananjay Thiruvady , Hamid Farvaresh. A sustainable and efficient home health care network design model under uncertainty. *Expert Systems with Applications* Volume 211, January 2023. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2022.118185> πρόσβαση 24/12/2023
56. Spasova Slavina, Rita Baeten and Bart Vanhercke. Challenges in long-term care in Europe. *Eurohealth* — Vol.24 | No.4 | 2018.
57. Stampa Matthieu, Valérie Cerase, Emmanuel Bagaragaza, Elodie Lys, Quentin Alitta, Cedric Gammelin and Jean-Claude Henrard. Implementation of a Standardized Comprehensive Assessment Tool in France: A Case Using the InterRAI Instruments. *International Journal of Integrated Care*, 2018; 18(2): 5, 1–8. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.3297>.
58. Stanhope M & Lancaster J (2009). Κοινωνική Νοσηλευτική 2η Έκδοση Ανδρουλάκη Ζ και λοιποί.
59. Sunil K Dixit, Murali Sambasivan (2018). A review of the Australian healthcare system: A policy perspective. <https://doi.org/10.1177/2050312118769211> πρόσβαση 29/11/2023.
60. Wei Zhang, Huiying Sun, Jacynthe L'Heureux 2021. Substitutes or complements between informal and formal home care in the Canadian longitudinal study on aging: Functional impairment as an effect modifier. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.07.004> πρόσβαση 26/11/2023.
61. World Health Organization. Definition of health. New York, WHO, 1946.
62. World Health Organization – WHO (2000) Health Systems: Improving Performance
63. Zuber, R. (2002). Assessing Medicare eligibility: Suggestions for improving processes. *Home Healthcare Nurse*, 20(7), 425–430.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

1. Διαθέσιμο στο Ευρωπαϊκή Επιτροπή. A European Care Strategy for caregivers and care receivers. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_5169 πρόσβαση στις 10/12/2023
2. Διαθέσιμο στο Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Recovery and resilience scoreboard. Thematic analysis Healthcare (December 2021) https://ec.europa.eu/economy_finance/recovery-and-resilience-scoreboard/assets/thematic_analysis/5_Health.pdf πρόσβαση 17/12/2023
3. Διαθέσιμο στο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4c10ae992> πρόσβαση στις 10/12/2023
4. Διαθέσιμο στο Εθνικό Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας Ελλάδα 2.0 <https://greece20.gov.gr/?projects=systima-katoikon-nosileias-kai-perithalpsis-16753> πρόσβαση 17/12/2023
5. Διαθέσιμο στο Public Health Agency of Canada <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/population-health-approach/what-is-health.html> πρόσβαση στις 10/09/2023
6. Διαθέσιμο στο WHO <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major> πρόσβαση 12/12/2023
7. Διαθέσιμο στο WHO https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1 πρόσβαση στις 12/09/2023
8. Διαθέσιμο στο WHO <https://www.who.int/news/item/22-11-2023-united-nations-agencies-launch-first-report-on-the-decade-of-healthy-ageing--2021-2030> πρόσβαση στις 14/12/2023
9. Διαθέσιμο στο WHO <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> πρόσβαση 02/01/2024
10. <https://www.commonwealthfund.org/blog/2023/supporting-family-caregivers-medicare-beneficiaries-actions-administration-can-take-now> πρόσβαση στις 16/12/2023
11. <https://www.essenburgh.com/en/blog/four-care-coordination-network-strategies-to-achieve-the-triple-aim-objectives/> πρόσβαση στις 24/12/2023

12. <https://www.voitheiaospiti.gr/el/blog/%CE%B7-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CF%86%CF%81%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B1-%CF%83%CF%84%CE%BF-%CF%83%CF%80%CE%B9%CF%84%CE%B9.html> πρόσβαση στις 04/10/2023
13. <https://www.healthpro.id/post/the-role-of-home-care-doctors-and-nurses-in-caring-for-hospital-patients> . The Role of Home Care Doctors and Nurses in Caring for Hospital Patients πρόσβαση στις 12/10/2023
14. https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france_en.html πρόσβαση 12/11/2023
15. <https://www.linkedin.com/company/american-association-for-homecare> πρόσβαση 12/11/2023
16. <https://www.commonwealthfund.org/publications/newsletter-article/hospital-home-programs-improve-outcomes-lower-costs-face-resistance> πρόσβαση 12/11/2023
17. <https://www.kenakap.gr/el/%CE%B2%CE%BF%CE%B7%CE%B8%CE%B5%CE%B9%CE%B1-%CF%83%CF%84%CE%BF-%CF%83%CF%80%CE%B9%CF%84%CE%B9> πρόσβαση 30/12/2023
18. <https://merimna.org.gr/paidiatriki-anakoufistiki-frontida-sto-spiti/anakoufistiki-frontida-sto-spiti/> πρόσβαση στις 05/01/2024
19. <https://grpalliative.gr/katoikon-nosileia/> πρόσβαση στις 05/01/2024
20. <https://galilee.gr/anakoufistiki-frontida/ti-einai/kyries-plirofories/> πρόσβαση στις 05/01/2024
21. <https://j kf.gr/> πρόσβαση στις 05/01/2024
22. <https://ikee.lib.auth.gr/record/287623/files/GRI-2017-18473.pdf> πρόσβαση στις 06/01/2024
23. <https://alivio.gr/el/ta-kentra-anakoufistikis-frontidas-stin-ellada> πρόσβαση στις 06/01/2024
24. <https://europeanlung.org/el/information-hub/factsheets/%CF%84%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%8A%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE/> πρόσβαση στις 11/01/2023