



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

***«ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ, Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ
ΑΣΤΡΟΥΣ ΚΥΝΟΥΡΙΑΣ»***

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΓΙΑΤΡΑΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΖΑΡΚΑΔΑ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2006

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	1
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	3
ΕΛΛΗΝΙΚΗ:	3
ΞΕΝΗ:.....	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	11
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	
ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	17
«ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ».....	17
2.1 Ορισμός και Περιεχόμενο.....	197
2.2 Αιτίες που οδήγησαν στην «Κατ' Οίκον Νοσηλεία»	19
2.3 Βασικοί σκοποί και στόχοι της «Κατ' Οίκον Νοσηλείας».....	20
2.4 Φορείς παροχής Νοσηλείας στο Σπίτι	21
2.5 Υπηρεσίες «Κατ' Οίκον Νοσηλείας».....	22
2.6 Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Νοσηλείας στο Σπίτι	223
2.7 Αποτελέσματα της «Κατ' Οίκον Νοσηλείας».....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	25
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ - ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΗΣ.....	25
«ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ»	25
3.1 Πληθυσμός – Στόχος της «Κατ' Οίκον Νοσηλείας».....	25
3.2 Οργάνωση και Λειτουργία.....	28
3.3 Στελέχωση υπηρεσιών «Κατ' Οίκον Νοσηλείας».....	30
3.4 Ομάδα Υγείας - Επαγγελματίες Υγείας - ο Ρόλος τους.....	32
στην «Κατ' Οίκον Νοσηλεία»	32
3.4.1. Ο Ρόλος του Επισκέπτη/τριας Υγείας.....	32
3.4.2 Τα καθήκοντα του Ιατρού.....	33
3.4.3 Ο Ρόλος, ο Στόχος και τα Καθήκοντα του Νοσηλευτή/τριας.....	34
3.4.4 Ο Ρόλος του Φυσιοθεραπευτή/τριας.....	36
3.4.5 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού.....	36

3.4.6 Ο Ρόλος του Εργαστηριακού Επισκέπτη/τριας	37
3.4.7 Ο Ρόλος του Λογοθεραπευτή/τριας	37
3.4.8 Ο Ρόλος του Διαιτολόγου	37
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4 ^ο	38
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	38
4.1 Τι συμβαίνει στη χώρα μας.....	38
4.2 Θεσμικό Πλαίσιο για τη Νοσηλεία στο Σπίτι.....	41
4.3 Μορφές «Κατ' Οίκον Νοσηλείας»	43
4.4 Προγράμματα Νοσηλείας στο Σπίτι	44
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5 ^ο	53
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΤΡΟΥΣ	53
5.1 Το Κέντρο Υγείας Άστρους.....	53
5.2 Οικονομική αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.....	56
5.3 Ταυτότητα της έρευνας.....	58
5.3.1 Ερωτηματολόγιο – Αποτελέσματα της έρευνας	60
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 6 ^ο	84
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	84
Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α Τ Α	85
Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ.....	89
Γ Λ Ω Σ Σ Α Ρ Ι Ο	90
Π Η Γ Ε Σ.....	92
Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α:	92
Ελληνική:	92
Ξένη:	92
Ε Φ Η Μ Ε Ρ Ι Δ Ε Σ - Π Ε Ρ Ι Ο Δ Ι Κ Α:.....	93
Σ Υ Ν Ε Δ Ρ Ι Α:.....	94
Π Α Γ Κ Ο Σ Μ Ι Ο Σ Ι Σ Τ Ο Σ:.....	94
Π Α Ρ Α Ρ Τ Η Μ Α:.....	95
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ:.....	A-1
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:.....	B-1
Ε Φ Η Μ Ε Ρ Ι Δ Ε Σ Τ Η Σ Κ Υ Β Ε Ρ Ν Η Σ Ε Ω Σ:.....	Γ-1

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ:

Α.Ε.Π.	: Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
Α.Ε.Ε.	: Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο
Α.Π.	: Αρτηριακή Πίεση
Γ.Ν.	: Γενικό Νοσοκομείο
Δ.Υ.ΠΕ.	: Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια
Ε.Ε.Σ.	: Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
Ε.Σ.Υ.	: Εθνικό Σύστημα Υγείας
Η.Π.Α.	: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Ι.Κ.Α.	: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Κ.Α.Π.Η.	: Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
Κ.Υ.	: Κέντρο Υγείας
Μ.Ε.Θ.	: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
Ν.	: Νόμος
Ν.Δ.	: Νομοθετικό Διάταγμα
Ο.Γ.Α.	: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.Π.Α.Δ.	: Οργανισμός Περίθαλψης Ατόμων Δημοσίου
Π.Ε.	: Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση
Π.Ι.Κ.Π.Α.	: Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας & Αντίληψης
Π.Φ.Υ.	: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Σ.Δ.	: Σακχαρώδης Διαβήτης
Τ.Ε.	: Τεχνολογική Εκπαίδευση
Τ.Ε.Β.Ε.	: Ταμείο Εμπόρων & Βιοτεχνών Ελλάδος
Υ.Κ.Ο.Ν.	: Υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας
Υ.Ν.Σ.	: Υπηρεσία Νοσηλείας στο Σπίτι
Φ.Ε.Κ.	: Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως
Χ.Α.Π.	: Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
Χ.Ν.Α	: Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια

Ξ Ε Ν Η:

ANA	: American Nurses' Association
HITH	: Hospital In The Home
HIV	: Human Immunodefence Virus
LTCI	: Long-Term Care Insurance
NHS	: National Health Service
WHHO	: World Health Home Organisation
WHO	: World Health Organisation

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία εντάσσεται στα πλαίσια εκπόνησης των πτυχιακών εργασιών του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Καλαμάτας, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας και ειδικότερα του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας. Ο τίτλος της Πτυχιακής Εργασίας είναι: «Κατ' Οίκον Νοσηλεία, η περίπτωση του Αστρούς Κυνουρίας».

Κίνητρο για τη διερεύνηση αυτού του θέματος είναι εάν η Κατ' Οίκον Νοσηλεία μπορεί να δώσει καθοριστικής σημασίας απαντήσεις σε πολλά προβλήματα που μαστίζουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας.

Μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου το περιεχόμενο της ιατρικής επιστήμης άλλαξε σημαντικά. Οι μεγάλες ανακαλύψεις στο χώρο της υγείας συνέβαλαν σε αυξημένες ανάγκες για περισσότερο προσωπικό, νέα νοσοκομεία, υψηλή τεχνολογία και άλλα. Παρ' όλες όμως τις τεράστιες δαπάνες που καταλάωναν τα κράτη στον τομέα της υγείας, μετά την πάροδο της δεκαετίας 1960-1970 φάνηκε ότι το επίπεδο υγείας των λαών δεν παρουσίαζε αισθητή βελτίωση. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις, τα αποτελέσματα ήταν αντίθετα. Είχαν πια επισημανθεί στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου τα συμπτώματα μιας καινοφανούς υγειονομικής κρίσης, που χαρακτηρίζονταν από ιατρική αναποτελεσματικότητα απέναντι στη νεοδιαμορφωμένη νοσολογία, από συνεχώς μειούμενη αποδοτικότητα των ραγδαία αυξανόμενων δαπανών για την υγεία και από κρίση εμπιστοσύνης στις σχέσεις ιατρών με το κοινωνικό σύνολο.

Μελέτες για τη διαπίστωση των αιτιών που εμπόδιζαν την περαιτέρω βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας και συντελούσαν στην αύξηση των δαπανών για την υγεία έδειξαν ότι:

- Με δεδομένο το σημερινό επίπεδο προσφοράς υπηρεσιών υγείας, περαιτέρω αύξηση του αριθμού των ιατρών και των άλλων συντελεστών παραγωγής θα έχει ως αποτέλεσμα τη προκλητή ζήτηση (Πισιμίσης Θ., 1995).
- Οι περισσότερες από τις πιο αποτελεσματικές ιατρικές επεμβάσεις, όπως οι εμβολιασμοί και η αντιμετώπιση των βακτηριακών λοιμώξεων, είναι σχετικά

φτηνές και δεν επηρεάζονται από την αύξηση στη συνολική προσφορά υγείας. Αρκετές από αυτές τις δαπανηρές τεχνικές όπως οι μεταμοσχεύσεις οργάνων, δεν προβλέπεται να παίξουν σημαντικό ρόλο στη μείωση της θνησιμότητας, τουλάχιστον στο προβλεπόμενο μέλλον.

- Το μεγαλύτερο ποσό για την υγεία διατίθεται στο θεραπευτικό τομέα ενώ οι περισσότερες ανάγκες υγείας απαιτούν προληπτικές υπηρεσίες σε κοινοτικό επίπεδο.
- Η ασθένεια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο, αλλά έχει κοινωνική βάση και ο σημαντικότερος παράγοντας για την υγεία είναι η αρμονική συμβίωση του ανθρώπου με το κοινωνικό περιβάλλον.
- Οι ταχύτατοι ρυθμοί των μεταβολών που λαμβάνουν χώρα σε οικονομικό επίπεδο και η εκρηκτική ανάπτυξη της επιστημονικής γνώσης έχει ως αποτέλεσμα σήμερα να ξοδεύονται περισσότερα σε διαδικασίες υψηλής βιοτεχνολογίας, ενώ δεν έχει αναπτυχθεί καθόλου η φροντίδα σε χαμηλότερο επίπεδο, όπως η Νοσηλεία στο Σπίτι.

Ξεκινώντας, λοιπόν, με τη σκέψη ότι θα μπορούσαν να μειώσουν τις τεράστιες δαπάνες για την υγεία έχοντας ως αρχή την τάση για εξασφάλιση της άριστης περίθαλψης με το μικρότερο δυνατό κόστος, έγινε μια προσπάθεια για την πλέον ορθολογική χρήση της υπάρχουσας νοσοκομειακής υποδομής με την περιστολή των άσκοπων και αλόγιστων δαπανών. Η εφαρμογή σύγχρονων οικονομικοδιαχειριστικών και οργανωτικών μεθόδων, η αποφυγή άσκοπων εισαγωγών, ο περιορισμός της αδικαιολόγητης παράτασης του χρόνου νοσηλείας και των μη απόλυτα αναγκαίων ιατρικών πράξεων και ιδιαίτερα των παρακλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων πιστεύεται ότι θα εξασφαλίσουν την επιθυμητή μείωση του κόστους ή του ρυθμού αύξησης του κόστους νοσηλείας και θα δώσουν τη δυνατότητα για τη νοσηλεία μεγαλύτερου αριθμού αρρώστων χωρίς να είναι απαραίτητη η δημιουργία νέων νοσοκομειακών μονάδων.

Πέρα όμως από τα παραπάνω, στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. προωθείται τα τελευταία χρόνια η τάση να οδηγούνται ασθενείς σε μονάδες αποκατάστασης στην κοινότητα, σε μονάδες βραχείας νοσηλείας και τμήματα ημερήσιας νοσηλείας διαθέτοντας πόρους για την οργάνωση τέτοιου είδους προγραμμάτων κοινοτικής νοσηλευτικής. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο και για τη μείωση κυρίως του διαρκώς αυξανόμενου

αριθμού επανεισαγωγών χρονίως πασχόντων και ηλικιωμένων εμφανίστηκε η ανάγκη δημιουργίας μιας υπηρεσίας υγείας με τον τίτλο «Νοσηλεία στο Σπίτι» (Home Care ή Home Health Care), ως εναλλακτική λύση.

Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται ιστορικά στοιχεία της διαχρονικής ανάπτυξης του θεσμού καθώς και οι σκοποί και στόχοι που εξυπηρετεί. Ακολουθούν αναφορές για τη μορφή και την έκταση της Κατ' Οίκον Νοσηλείας στη χώρα μας τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, καθώς και στο πλαίσιο των κοινοτικών και εθελοντικών δραστηριοτήτων. Επιπλέον παρατίθενται στοιχεία για τη στελέχωση της Κατ' Οίκον Νοσηλείας, το νομοθετικό πλαίσιο και τέλος στοιχεία από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια παραμονής μας στο Κέντρο Υγείας του Άστρους Κυνουρίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Νοσηλεία στο Σπίτι είναι η κατεξοχήν δραστηριότητα που διεκπεραιώνεται στο χώρο που ζει το άτομο, δηλαδή στο σπίτι του.

Οι υπηρεσίες που είναι απαραίτητες προγραμματίζονται ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειας. Επιβλέπονται και προσφέρονται από το ειδικό κατά περίπτωση προσωπικό ή με τη χρησιμοποίηση ανάλογων μέσων και υπηρεσιών.

Η Νοσηλεία στο Σπίτι είναι ευρύτατα διαδεδομένη στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. καθώς δίνει τη δυνατότητα στους ασθενείς να απολαμβάνουν υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας στο οικείο περιβάλλον τους. Η πιο εξελιγμένη μορφή Κατ' Οίκον Νοσηλείας είναι αυτή που προσφέρει νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδα σε ασθενείς, που διαφορετικά θα χρειάζονταν εισαγωγή σε νοσοκομείο. Το είδος αυτό της Κατ' Οίκον Νοσηλείας, που διεθνώς τείνει να ονομάζεται «Hospital at Home» (Νοσοκομείο στο Σπίτι), δεν είναι ακόμη διαδεδομένο, προκαλεί όμως το ζωντανό ενδιαφέρον πολλών ερευνητών. Συγκεκριμένα οι ερευνητές θεωρούν, ότι αυτό το μοντέλο θα δώσει λύση σε πολλά προβλήματα τα προσεχή χρόνια και θα αλλάξει το «σκηνικό» στις υπηρεσίες υγείας των προηγμένων χωρών.

Ο αριθμός των ατόμων που χρειάζονται Νοσηλεία στο Σπίτι έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, για πολλούς λόγους, οι σπουδαιότεροι των οποίων είναι:

- Η άνοδος του ποσοστού των ηλικιωμένων.
- Η αναγκαία συντόμευση του χρόνου παραμονής των αρρώστων στα νοσοκομεία.
- Η ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι.
- Η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στο σπίτι.

Επειδή, ο πληθυσμός που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας στο σπίτι ποικίλλει σε ηλικία και σε ανάγκες και οι τομείς που συμπεριλαμβάνονται είναι πολλοί, την ομάδα Νοσηλείας στο Σπίτι αποτελούν επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων: ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγοι, διάφοροι

εργαστηριακοί, λογοθεραπευτές, καθώς και προσωπικό βοηθητικών υπηρεσιών στο σπίτι.

Τα τελευταία χρόνια στο χώρο της Υγείας παρατηρείται ολοένα και πιο έντονο ενδιαφέρον των λειτουργιών της για την αναζήτηση εναλλακτικών μορφών θεραπευτικής προσέγγισης, οι οποίες θα είναι οικονομικά συμφέρουσες και θα συμβάλλουν στην προαγωγή της ποιότητας ζωής των ατόμων. Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός, έχουν γίνει κάποιες κλινικές μελέτες, με σκοπό την ελάττωση του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης και την βελτίωση της ποιότητας φροντίδας υγείας. Υπηρεσίες για την Κατ' Οίκον Νοσηλεία των ασθενών έχουν αρχίσει σταδιακά να λειτουργούν και στη χώρα μας, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Αξιόλογες προσπάθειες λαμβάνουν χώρα και στο Κ.Υ. του Άστρους Κυνουρίας από το 2001 την εξέλιξη των οποίων παρακολουθήσαμε στα πλαίσια της έρευνάς μας για τη ολοκλήρωση της εργασίας μας.

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στον επιβλέποντα καθηγητή κ. Θεόδωρο Πισιμίση για την αμέριστη συμπαράσταση και καθοδήγηση που μας πρόσφερε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας. Την κ. Πηγή Περδικάκη – Γενική Ιατρό και Διευθύντρια του Κέντρου Υγείας του Άστρους Κυνουρίας για το ζήλο που δείχνει στο λειτούργημά της και τη θέλησή της να οργανώσει και να λειτουργήσει το πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλεία, δίνοντάς μας το έναυσμα να ασχοληθούμε με το θέμα αυτό. Την κ. Αργυρή Πέτσα επισκέπτρια υγείας του Κέντρου Υγείας του Άστρους Κυνουρίας. Παρόλο που δεν τη γνωρίσαμε θα θέλαμε να την ευχαριστήσουμε για τη δουλειά της στο πρόγραμμα αυτό, βοηθώντας πρώτα από όλα τα άτομα που χρήζουν Νοσηλεία στο Σπίτι και στη συνέχεια εμάς για τις πολύτιμες πληροφορίες που αντλήσαμε. Τον κ. Λουμάκη ιατρό επιμελητή Ά για την ευγενική παραχώρηση του δωματίου του. Την κ. Μαρία Ρέππα, την κ. Χαρά Καλυβιώτου, τον κ. Νίκο Χριστακόπουλο αγροτικούς ιατρούς καθώς και τον κ. Σωτήρη Πενέση, την κ. Μαρία Κουλούρη, την κ. Χρύσα Λυκουρέση, την κ. Ελένη Κρεμύδα, την κ. Όλγα Κοντογιαννοπούλου, την κ. Ελένη Μούγιου και την κ. Ζωή Δικαίου νοσηλεύτριες του Κέντρου Υγείας του Άστρους για όλα τα βράδια των ενημεριών που κάναμε παρέα ανταλλάσσοντας απόψεις και εμπλουτίζοντας τις

γνώσεις μας σε ιατρικά θέματα, καθώς επίσης και για τα έκτακτα περιστατικά που μας επέτρεψαν να παρακολουθήσουμε. Τους οδηγούς των ασθενοφόρων κ. Κανατά Παναγιώτη, κ. Δικαίο Γιώργο, κ. Βούλγαρη Γιώργο και κ. Μπούγιο Σαράντο για τη μεταφορά μας στις κατ' οίκον επισκέψεις καθώς επίσης και τη βοήθεια τους σε συνεργασία με την κ. Μαρία Μπάρα διευκολύνοντας μας στις τηλεφωνικές επικοινωνίες με τον πληθυσμό της έρευνας μας. Τον πληθυσμό της έρευνας μας για το χρόνο που μας διέθεσε, και τέλος το Διοικητή του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κέρκυρας κ. Σωτήρη Κουπίδη για τις πληροφορίες που μας έδωσε με μεγάλη προθυμία.

Η εργασία αυτή μας έδωσε την ευκαιρία να αποκομίσουμε πολλές εμπειρίες κατά την 15μερη διαμονή μας μέσα στο Κ.Υ. εμπλουτίζοντας τις γνώσεις μας τόσο θεωρητικά όσο και πρακτικά για τον τρόπο λειτουργίας της Π.Φ.Υ. και ειδικότερα για την Κατ' Οίκον Νοσηλεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Η Κατ' Οίκον Νοσηλεία τείνει να κατακτά περισσότερο έδαφος διεθνώς, με στόχο τη δραστική αποσυμφόρηση των μονάδων που παρέχουν δευτεροβάθμια περίθαλψη, τη μείωση του κόστους, την πρόληψη των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και τα ψυχολογικά και κοινωνικά οφέλη που απορρέουν για τον ασθενή και τους οικείους του. Στην Ελλάδα μέχρι σήμερα εφαρμόζεται από νοσηλευτές και νοσηλεύτριες ογκολογικών κυρίως νοσοκομείων, με αντικείμενο την ανακούφιση καρκινοπαθών σε καταληκτικό στάδιο της νόσου τους. Δεδομένου ότι στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. η Κατ' Οίκον Νοσηλεία περιορίζεται κυρίως στην μετανοσοκομειακή φροντίδα, μελετήθηκε και σχεδιάστηκε υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας που πρωτοτυπεί και στο διεθνή χώρο, εφαρμόζοντας δευτεροβάθμια περίθαλψη στο σπίτι. Για κάθε ασθενή ορίζεται από την υπηρεσία θεράπων ιατρός με ανάλογη ειδικότητα που φέρει τη συνολική ευθύνη και έχει υπό την εποπτεία του ομάδα ιατρών που πραγματοποιούν πρωινή και απογευματινή επίσκεψη στο σπίτι του ασθενούς.

Νοσηλευτές και νοσηλεύτριες επισκέπτονται τον ασθενή κάθε 6 ή 8 ώρες, ενώ η υπηρεσία βρίσκεται σε 24ωρη ετοιμότητα για έκτακτη και άμεση επέμβαση για να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε απρόβλεπτη διαταραχή. Οι διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες του συστήματος καλύπτουν με ασφάλεια τις ανάγκες ενός σημαντικού ποσοστού ασθενών που σήμερα νοσηλεύονται σε μονάδες παροχής δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Ο θεσμός της Νοσηλείας στο Σπίτι, ξεκίνησε στα 1800 στις Η.Π.Α. από κάποιους φιλόανθρωπους, που παρείχαν στοιχειώδη νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς και στις οικογένειές τους, όπως επίσης και υπηρεσίες καθαριότητας. Στα 1859, ο William Rathbone, Άγγλος φιλόανθρωπος, διαπιστώνει – λόγω της νόσου της γυναίκας του- την σπουδαιότητα του θεσμού και είναι ο πρώτος που βοηθά στην οργάνωση της Νοσηλείας στο Σπίτι για τους φτωχούς του Liverpool. Στα 1877, το γυναικείο κίνημα της Νέας Υόρκης, ήταν η πρώτη οργανωμένη ομάδα που προσέλαβε πτυχιούχους

νοσηλευτές προκειμένου να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι (Spiegel A.D.,1983). Στα 1883, ο σύλλογος των επισκεπτριών νοσηλευτριών της Νέας Υόρκης, δημιούργησε την πρώτη οργανωμένη νοσηλευτική υπηρεσία Νοσηλείας στο Σπίτι. Στα 1900 στο Μανχάταν, στην περίφημη Henry Street, εδρεύουν οι πρώτες νοσηλεύτριες που ήταν γόνοι αριστοκρατικών οικογενειών που φρόντιζαν τους φτωχούς και τους ηλικιωμένους. Μετά την πρωτοβουλία του συλλόγου των επισκεπτριών νοσηλευτριών της Νέας Υόρκης, η Ασφαλιστική Εταιρία Metropolitan στα 1900 ξεκινά ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα υγείας, που ενσωματώνει τη Νοσηλεία στο Σπίτι στις παρεχόμενες υπηρεσίες της (Mundinger M.,1983). Το πρώτο κυβερνητικό πλέον, πρόγραμμα παροχής Νοσηλείας στο Σπίτι, καθιερώνεται στο Los Angeles στα 1898 (Spiegel A.D.,1983). Στα 1900 οι Η.Π.Α. διέθεταν ήδη 20 δομές παροχής Νοσηλείας στο Σπίτι που απευθύνονταν σε μη αστικές περιοχές και στα 1912 ο Ερυθρός Σταυρός οργανώνει μια αντίστοιχη υπηρεσία. Μέχρι το 1905 στις Η.Π.Α. λειτουργούσαν ήδη 171 οργανισμοί που απασχολούσαν 455 επισκέπτριες, αδελφές.

Στα 1947 διαμορφώνεται το πρώτο πρόγραμμα συνεχιζόμενης Νοσηλείας στο Σπίτι μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, από τον Dr . E.M. Bluestone στο Montefiore νοσοκομείο της πόλης της Νέας Υόρκης. Επρόκειτο για ένα πρόγραμμα που αφορούσε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, οι οποίοι είχαν κατά μέσο όρο την μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας. Έτσι οργανώθηκε μία ομάδα επαγγελματιών υγείας, που στελεχωνόταν από νοσηλεύτριες, το έργο των οποίων συμπληρώνεται από φυσιοθεραπευτές, βοηθούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι ιατροί σπάνια επισκέπτονται ασθενείς στο σπίτι. Αργότερα, στα 1958, προστέθηκαν και οι υπηρεσίες καθαριότητας, διατροφής, κοινωνικής πρόνοιας και ορισμένες διαγνωστικές εξετάσεις (Mac Namara E., 1982).

Στις Η.Π.Α., το θεσμό της νοσηλεύτριας στο σπίτι, διαχειρίζονται ο Αμερικανικός Σύνδεσμος των Νοσηλευτριών, κάτω από την επιστασία κάποιων Αρχών Διαπίστευσης, όπως το Πρόγραμμα Διαπίστευσης των Κοινοτικών Υπηρεσιών, που ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας (Klainberg et al. 1998). Οι Palley H.A και Oktay J.S (1983) αναφέρουν ότι το 1981, υπήρξαν 3.136 υπηρεσίες Νοσηλείας στο Σπίτι υπό την αιγίδα του προγράμματος Medicare. Από αυτές, οι 1.231 ήταν κυβερνητικές, οι 544 ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές, οι 436 ήταν προέκταση

νοσοκομειακών μη κερδοσκοπικών προγραμμάτων, οι 515 ανήκαν στο Σύνδεσμο Επισκεπτριών Νοσηλευτριών και οι 297 ήταν ιδιωτικές. Το 1989, έφτασαν τις 11.000 εκ των οποίων οι 6.000 διαχειρίζονταν από το πρόγραμμα Medicare. Το αξιοσημείωτο είναι ότι υπήρξαν 5.000 υπηρεσίες οικιακής βοήθειας και 1.200 δομές φροντίδας και υποστήριξης των αρρώστων με προχωρημένη νόσο και των οικογενειών τους (hospice). Οι μισές από αυτές τις δομές, ανήκαν στις υπηρεσίες παροχής Νοσηλείας στο Σπίτι.

Παρ' όλο που σήμερα οι περισσότερες χώρες αναζητούν επιστημονικές αποδείξεις (evidence) για να αποφασίσουν αν θα υποστηρίξουν την ανάπτυξη Κατ' Οίκον Νοσηλείας, οι Αμερικανοί θεωρούν το είδος αυτό της περίθαλψης τόσο αυτονόητο, ώστε ξοδεύουν υπέρογκα ποσά χωρίς να χρειάζονται πλήρη επιστημονική τεκμηρίωση.

Σήμερα λειτουργούν 20.215 οργανισμοί Κατ' Οίκον Νοσηλείας στις Η.Π.Α., που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε περισσότερους από 7 εκατομμύρια πολίτες, υπηρεσίες που κοστίζουν 38 εκατομμύρια δολάρια το χρόνο.

Από τότε μέχρι σήμερα έχουν σημειωθεί κάποιες αλλαγές στην Ευρώπη προς αυτήν την κατεύθυνση, καθώς η Νοσηλεία στο Σπίτι αποτελεί το μέλλον για κάθε ποιοτικό και αποδοτικό σύστημα υγείας. Η Νοσηλεία στο Σπίτι, είναι πολύ καλά οργανωμένη στο Βέλγιο, στην Ολλανδία, στη Δανία, στον Καναδά, στη Γαλλία, στη Γερμανία, στη Μ. Βρετανία και στη Νορβηγία. Είναι αναπτυσσόμενη στην Ισπανία, στην Ιταλία ενώ δειλά βήματα γίνονται και στην Ελλάδα.

Στο Βέλγιο, η κοινωνική ασφάλιση μπορεί να καλύψει οικονομικά την φροντίδα στο σπίτι, αλλά και σε όλες τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην επαναδραστηριοποίηση, στην επανεκπαίδευση και στην αρμονική κοινωνική επανένταξη του ασθενή μετά την οξεία φάση της νοσηλείας του (WHO, 1997).

Στην Ισπανία, η Νοσηλεία στο Σπίτι είναι περιορισμένη στο δημόσιο τομέα, εκτός από την επαρχία των Βάσκων, όπου οι κοινοτικές νοσηλεύτριες έχουν εκπαιδευτεί και έχουν εισαχθεί από το 1990 σε ένα καλά οργανωμένο σύστημα Κατ' Οίκον Νοσηλείας.

Στην Ιταλία, έχει αναπτυχθεί σε μικρή έκταση στις περιφέρειες και συχνά παρέχεται μετά από σύμβαση με κάποιους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Έτσι μόνο ο 1 στους 500 κατοίκους του γενικού πληθυσμού μπορεί να λαμβάνει Νοσηλεία στο Σπίτι (WHO,1997).

Η Ολλανδία έχει ένα πολύ καλά αναπτυγμένο σύστημα Κατ' Οίκον Νοσηλείας, που χρηματοδοτείται από ένα εθνικό ασφαλιστικό πρόγραμμα και οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν στους βαριά πάσχοντες και σε εκείνους τους αρρώστους με προχωρημένη νόσο.

Στη Δανία φαίνεται ότι υπάρχει η πιο δυναμική και εκτεταμένη υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας, όπου οι κοινοτικές νοσηλεύτριες επισκέπτονται ασθενείς με αυτοκίνητα, ακόμα και κατά την διάρκεια της νύχτας, στους περισσότερους δήμους, για να κάνουν νοσηλευτικές παρεμβάσεις και να παρακολουθήσουν την εξέλιξη της υγείας τους (WHO,1997).

Στον Καναδά οι υπηρεσίες Κατ' Οίκον Νοσηλείας όπως ορίζει η Canadian Home Care Association παρέχονται σε άτομα όλων των ηλικιών. Η Κατ' Οίκον Νοσηλεία έχει παρουσιάσει τεράστια αύξηση κατά την διάρκεια των τελευταίων 30 ετών, καθώς γίνονται συνεχώς εμφανή τα οφέλη για το σύστημα υγείας της χώρας.

Από το 1962, έτος της «Εκθεσης Lagoque», που προώθησε την πολιτική για τους ηλικιωμένους στη Γαλλία, δόθηκε έμφαση στην παροχή επαγγελματικής φροντίδας. Η κατ' οίκον βοήθεια και οι νοσηλευτικές υπηρεσίες παρέχονται κυρίως από μη κερδοσκοπικές ενώσεις και λιγότερο από τις τοπικές αρχές και τα κέντρα κοινοτικής και κοινωνικής δράσης. Τα τελευταία χρόνια αναπτύσσεται και εφαρμόζεται σχετικό πρόγραμμα, που προήλθε από ανάγκη περίθαλψης του συνεχώς αυξανόμενου αριθμού των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Το 1995, η Γερμανία υιοθέτησε ένα υποχρεωτικό σύστημα Ασφάλισης Μακροχρόνιας Φροντίδας (Long-term Care Insurance, LTCI), προκειμένου να μειωθούν οι οικονομικές δαπάνες των ατόμων που έχουν ανάγκη φροντίδας λόγω ανικανότητας και ασθένειας. Στο πλαίσιο του συστήματος LTCI, τα άτομα με ειδικές

ανάγκες απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους ηλικιωμένους. Η Κατ' Οίκον Νοσηλεία εμπίπτει στο πρόγραμμα LTCI.

Στη Μεγάλη Βρετανία σε μια δημοσκόπηση που έγινε το 1999, προέκυψε ότι σε μία εβδομάδα είχαν παρασχεθεί 2,7 εκατομμύρια ώρες Κατ' Οίκον Νοσηλείας σε 424.000 νοικοκυριά, με σκοπό να παραμένουν στο σπίτι τους άνθρωποι που διαφορετικά θα έπρεπε να πάνε σε οίκους ευγηρίας. Οι υπηρεσίες αυτές συνίστανται σε βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες, όπως η έγερση από το κρεβάτι, η κατάκλιση, το ντύσιμο, το πλύσιμο, η προσωπική υγιεινή, το νοικοκυριό, τα ψώνια, το μαγείρεμα και η χορήγηση φαρμάκων.

Η Norway Social Services Act ορίζει ότι εκείνοι που είναι ανίκανοι να φροντίσουν τον εαυτό τους λόγω ασθένειας ή ανικανότητας, έχουν δικαίωμα να λάβουν τη σχετική βοήθεια. Οι πολιτικές υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών της Νορβηγίας καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών για τα άτομα αυτά, από τη βοήθεια στο σπίτι ως την Κατ' Οίκον Νοσηλεία. Οι υπηρεσίες παρέχονται από τις δημοτικές αρχές, ενώ το είδος και η ποσότητα των υπηρεσιών μπορεί να διαφέρει από δήμο σε δήμο.

Το 1995 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Κατ' Οίκον Νοσηλείας (WHO) προσπάθησε να συλλέξει πληροφορίες από όλα τα κράτη σχετικά με το είδος Κατ' Οίκον Νοσηλείας που προσφέρεται σε αυτά. Ερωτήθηκαν 187 χώρες. Από αυτές 63 απάντησαν ότι παρείχαν κάποιο είδος Κατ' Οίκον Νοσηλείας, όπως βοήθεια σε άτομα με ειδικές ανάγκες, νοσηλεία, αγωγή υγείας, ανακούφιση του πόνου, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση, εμβολιασμοί, φροντίδα τραύματος. Αυτά είναι μερικά από τα είδη φροντίδας που προσφέρονται κατ' οίκον.

Hospital at Home. Μια νεοεμφανιζόμενη μορφή Κατ' Οίκον Νοσηλείας.

Τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκε στη διεθνή σκηνή μια νέα ιδέα. Η παροχή κάποιου βαθμού νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι, ώστε να μειωθεί η μέση διάρκεια νοσηλείας στα νοσοκομεία. Η ιδέα αυτή φαίνεται συναρπαστική και προκλητική και έχει τύχει κάποιων εφαρμογών. Τέτοια σχήματα ονομάζονται διεθνώς "Hospital at Home" ή "Hospital-in-the-Home HITH" όρος που αντιδιαστέλλει το είδος αυτό της υπηρεσίας από τον ευρύτερο όρο "Home Care".

Τα περισσότερα αναφερθέντα σχήματα συνίστανται σε πρόωμη έξοδο των ασθενών από τα νοσοκομεία, σε φάση, κατά την οποία έχει ουσιαστικά συμπληρωθεί το μεγαλύτερο μέρος της νοσηλείας τους και χρειάζεται μικρή ακόμη συνέχιση της θεραπείας. Μερικά σχήματα Hospital at Home ονομάζονται «αποφυγή εισαγωγής» (Admission avoidance or total episode substitutions). Η κατάσταση των ασθενών αυτών εκτιμάται από τα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία κάποιου νοσοκομείου και μερικές φορές νοσηλεύονται για μία ημέρα. Επί πλέον κατάλληλοι για να νοσηλευθούν στο σπίτι τους κρίνονται ασθενείς με επιβεβαιωμένη διάγνωση, των οποίων η κατάσταση της υγείας είναι αρκετά σταθερή ώστε να χρειάζεται ελάχιστη υποστήριξη. Σχεδόν σε όλους αυτούς τους ασθενείς η νοσηλεία προσφέρεται αποκλειστικά από νοσηλεύτριες και νοσηλευτές και μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις υπάρχει κάποιου βαθμού συμμετοχή από συνοικιακούς γενικούς ιατρούς.

Στην Ελλάδα οι πρώτες προσπάθειες ξεκίνησαν από τους απόφοιτους του «Νοσηλευτικού Παιδευτηρίου», που ιδρύθηκε από την Βασίλισσα Όλγα το 1875. Οι απόφοιτοι αυτοί, μετά από εξάμηνη εκπαίδευση, προσέφεραν Νοσηλεία στο Σπίτι σε εύπορους και άπορους ασθενείς στην πόλη των Αθηνών, μέχρι τα 1884. Την επιμέλειά τους είχε αναλάβει ο «Σύλλογος κυριών υπέρ της γυναικείας Παιδείσεως».

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2^ο

«ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ»

2.1 Ορισμός και περιεχόμενο

Κατ' Οίκον Νοσηλεία είναι «Η παροχή υπηρεσιών υγείας στο σπίτι από επαγγελματίες και μη φροντιστές με σκοπό την προαγωγή, αποκατάσταση και διατήρηση του μέγιστου βαθμού ευεξίας, λειτουργικότητας και υγείας του ατόμου, περιλαμβάνοντας φροντίδα για έναν αξιοπρεπή θάνατο».

Οι υπηρεσίες Κατ' Οίκον Νοσηλείας μπορούν να ταξινομηθούν σε προληπτικές, θεραπευτικές, αποκατάστασης, φροντίδας χρόνιων νόσων και παρηγορητικές. Είναι φανερό ότι αυτός ο ορισμός παραπέμπει σε τεράστιο φάσμα υπηρεσιών που συνήθως περιλαμβάνουν τη φροντίδα χρονίως πασχόντων, σίτιση ατόμων με ειδικές ανάγκες (meals on wheels), επισκέψεις οικογενειακών ιατρών, εμβολιασμούς, χορήγηση φαρμάκων, οξυγόνου και ιατρικών αναλώσιμων στο σπίτι, συμβουλευτική, λογοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, φυσιοθεραπεία.

Πολύ συχνά με τον όρο Κατ' Οίκον Νοσηλεία χαρακτηρίζονται υπηρεσίες που δεν είναι καν ή είναι οριακά νοσηλευτικές, όπως για παράδειγμα βοήθεια ατόμων με αναπηρίες ως προς την προσωπική τους υγιεινή, το λουτρό, το ντύσιμο, την καθημερινή φροντίδα του σπιτιού τους, τα καθημερινά τους ψώνια, επισκευές του σπιτιού, πληρωμές λογαριασμών, γραφική εργασία, επισκέψεις ιερέων και κοινωνικών λειτουργών.

Η πολυφωνία οδηγεί σε απόλυτη σύγχυση. Σχεδόν κάθε χώρα στον κόσμο αναφέρει ότι παρέχει Κατ' Οίκον Νοσηλεία, τα είδη όμως των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι τόσο ποικίλα, ώστε δύσκολα μπορεί κανείς να διακρίνει τη σκοπιμότητα της αθρόας ταξινόμησης τους κάτω από την ίδια επικεφαλίδα.

Η Νοσηλεία στο Σπίτι, περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες και τα προϊόντα που παρέχονται στους χρήστες στο σπίτι τους προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να

διατηρήσουν, να αποκαταστήσουν και να προάγουν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία (Stadley B.W., 1990). Ο στόχος λοιπόν της Νοσηλείας στο Σπίτι είναι η μεγιστοποίηση του επιπέδου της ανεξαρτησίας του ασθενή-χρήστη, η ελαχιστοποίηση του κόστους, η αποφυγή της ιδρυματοποίησης σε άτομα με αναπηρία, για την παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών και την ικανοποίηση των προσδοκιών των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η Canadian Home Care Association ορίζει την Κατ' Οίκον Νοσηλεία ως: «σειρά υπηρεσιών που παρέχονται στο σπίτι και περιλαμβάνουν την προαγωγή και την αγωγή της υγείας, τη θεραπευτική παρέμβαση, τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, την αποκατάσταση, την υποστήριξη και τη συντήρηση, την κοινωνική προσαρμογή και επανένταξη καθώς και την υποστήριξη από έναν άτυπο οικογενειακό παροχέα φροντίδας».

Ο ορισμός που έχει επικρατήσει στη διεθνή βιβλιογραφία είναι της Warhola C. (1980) και έχει ως εξής: «Η Νοσηλεία στο Σπίτι αποτελεί μια συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα, που παρέχει υγειονομικές, κοινωνικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες σε άτομα και οικογένειες στον τόπο της διαμονής τους και στην ευρύτερη κοινότητα, με στόχο την προαγωγή, τη διατήρηση, την αποκατάσταση της υγείας ή τη μεγιστοποίηση του επιπέδου ανεξαρτησίας». Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών γίνεται με γνώμονα την ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων και της οικογένειας, χρησιμοποιώντας όλους τους διαθέσιμους υλικούς και ανθρώπινους πόρους.

Οι υπηρεσίες που μπορεί να παρέχει ένα πρόγραμμα Νοσηλείας στο Σπίτι είναι οι ακόλουθες:

- Φροντίδα Ημέρας.
- Υπηρεσίες αποκατάστασης, στις Η.Π.Α. υπάρχει ειδικότητα της νοσηλεύτριας του άσθματος, asthma care.
- Υπηρεσίες πρόληψης.
- Υπηρεσίες εκπαιδεύσεις συνοδών ατόμων με ειδικές ανάγκες, που στόχο έχει την παρουσίαση τεχνικών φροντίδας και ανάπτυξης των ατόμων αυτών. Στις Η.Π.Α. οι οικογένειες που έχουν κάποιο άτομο με ειδικές ανάγκες, τυγχάνουν εκπαίδευσης στο σπίτι από τη νοσηλεύτρια αποκατάστασης.

2.2 Αιτίες που οδήγησαν στην «Κατ' Οίκον Νοσηλεία»

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μία τάση να εφαρμοστούν εναλλακτικές εξωνοσοκομειακές μορφές περίθαλψης. Η Νοσηλεία στο Σπίτι είναι μια από αυτές και δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα της αυξημένης ζήτησης τέτοιου είδους υπηρεσιών. Μία από τις σπουδαιότερες αιτίες που οδήγησαν στη Νοσηλεία στο Σπίτι ήταν ότι: Η φροντίδα στο σπίτι είναι φτηνότερη από την νοσοκομειακή φροντίδα. Έτσι επιβάλλεται συντόμευση του χρόνου παραμονής των αρρώστων στο νοσοκομείο πριν την πλήρη ανάρρωσή τους λόγω του μεγάλου ημερήσιου κόστους νοσηλείας.

Οι σπουδαιότεροι λόγοι που καθιστούν αναγκαία την εφαρμογή της Κατ' Οίκον Νοσηλείας είναι:

- Η άνοδος του ποσοστού των ηλικιωμένων που έχει σαν συνέπεια την ανάγκη παροχής περισσότερης φροντίδας για πολλαπλά χρόνια νοσήματα και ανάγκες. Όσο μεγαλώνει ο μέσος όρος ζωής τόσο αυξάνεται και ο αριθμός των ηλικιωμένων.
- Η συντόμευση του χρόνου παραμονής των αρρώστων στα νοσοκομεία που επιβάλλεται από την πίεση του υψηλού κόστους νοσηλείας, η οποία αυξάνει τον αριθμό ατόμων όλων των ηλικιών που χρειάζονται φροντίδα στο σπίτι για κάποιο χρονικό διάστημα. Με τον περιορισμό των ημερών νοσηλείας μειώνεται το οικονομικό κόστος.
- Ο ασθενής μπορεί να μην έχει κάποιο άτομο της οικογένειάς του διαθέσιμο ή ικανό να παρέχει φροντίδα στο σπίτι.
- Πολλοί ασθενείς προτιμούν να δέχονται φροντίδα στο σπίτι τους, ειδικότερα τα τελευταία χρόνια με την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι, ιδιαίτερα στις χώρες όπου οι υπηρεσίες είναι σωστά οργανωμένες και αποτελεσματικές. Φαίνεται επίσης ότι αυτοί και οι οικογένειές τους δέχονται λιγότερη συναισθηματική πίεση στο σπίτι από ότι στο νοσοκομείο, αποφεύγοντας το χωρισμό από τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους και το περιβάλλον που ζουν.
- Πολλοί άνθρωποι προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι και χρειάζεται η ανάλογη φροντίδα.

- Η ανακάλυψη υπερσύγχρονων ηλεκτρονικών συσκευών, αλλά και η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στο σπίτι ώθησε πολλά άτομα να δέχονται θεραπεία στο σπίτι με τη βοήθεια των νοσηλευτών ή των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας. Στο σπίτι υπάρχει η δυνατότητα να γίνει χημειοθεραπεία, φορητή περιτοναϊκή κάθαρση, εκπαίδευση στη χορήγηση οξυγόνου, εκμάθηση του αναπηρικού καροτσιού, λήψη δειγμάτων, οδηγίες για την εντερική ή παρεντερική διατροφή, λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος από το τηλέφωνο και διάφορα άλλα.
- Η έλλειψη νοσοκομειακών κλινών καθώς και η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Η παρακολούθηση του αρρώστου σε όλη την πορεία της νόσου, από το ίδιο νοσοκομειακό κέντρο.

Οι ασθενείς, αναρρώνοντας στο ζεστό οικογενειακό τους περιβάλλον, ανακτούν ευκολότερα τη ψυχική τους ισορροπία και σιγουριά, πράγμα που τους βοηθά να αντεπεξέλθουν στην ασθένεια και στην εφαρμογή της θεραπείας τους χωρίς προβλήματα.

2.3 Βασικοί σκοποί και στόχοι της «Κατ' Οίκον Νοσηλείας»

Σκοπός της Κατ' Οίκον Νοσηλείας είναι η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων υψηλής ποιότητας κάτω από ιατρική παρακολούθηση με ταυτόχρονη κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του. Είναι εφικτή με την προϋπόθεση ότι ένα τουλάχιστον μέλος της οικογένειας θα συμμετάσχει ενεργά στο πρόγραμμα, προσφέρει δε υπηρεσίες φροντίδας σε όλα τα μέλη της οικογένειας από τη βρεφική μέχρι την τρίτη ηλικία.

Οι βασικοί στόχοι που μπορεί να εξυπηρετήσει είναι:

- Εξοικονόμηση νοσοκομειακών κλινών.
- Εκμάθηση από το στενό περιβάλλον του ασθενούς της απαραίτητης νοσηλευτικής φροντίδας του.

- Δημιουργία ψυχοκοινωνικής υποστήριξης του ασθενούς και καθιέρωση της μη εγκατάλειψής του από το νοσοκομείο.
- Παραμονή του ασθενούς στο σπίτι με όλα τα οφέλη που αυτή συνεπάγεται σε σχέση με την παραμονή του στο νοσοκομείο όπως ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητας της οικογένειας και προαγωγή ενός υγιεινού περιβάλλοντος.
- Παροχή φροντίδας υγείας από ιατρό του νοσοκομείου ή οικογενειακό ιατρό.
- Παροχή στο σπίτι φαρμακευτικής αγωγής και εκτέλεση αιμοληψιών για εργαστηριακές εξετάσεις.
- Προώθηση υποστηρικτικών συστημάτων, τα οποία είναι κατάλληλα και αποτελεσματικά για την ενθάρρυνση της χρήσης των πόρων που σχετίζονται με την υγεία.

2.4 Φορείς παροχής Νοσηλείας στο Σπίτι

Στην Ελλάδα, οι φορείς που έχουν τη δυνατότητα να οργανώσουν και να οργανώνουν την παροχή Νοσηλείας στο Σπίτι, είναι:

- Τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ.
- Τα Αγροτικά Ιατρεία.
- Τα Κέντρα Υγείας των ασφαλιστικών Ταμείων, για παράδειγμα το Ι.Κ.Α.
- Ιδιωτικοί Κοινοφελείς Οργανισμοί, όπως ο Ε.Ε.Σ.
- Μονάδες Κοινωνικής Πρόνοιας, όπως το Π.Ι.Κ.Π.Α.
- Τοπική Αυτοδιοίκηση, δηλαδή Δήμοι και Κοινότητες.
- Εθελοντικές οργανώσεις.
- Τα νοσοκομεία, για παράδειγμα τα αντικαρκινικά νοσοκομεία για την υποστήριξη των καρκινοπαθών.
- Οι ιδιώτες.
- Τα ιδιωτικά νοσοκομεία.
- Κινητές μονάδες ψυχιατρικών νοσοκομείων, μέσω των προγραμμάτων Ψυχαργώς.

2.5 Υπηρεσίες «Κατ' Οίκον Νοσηλείας»

Εκτός από την κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση, η Κατ' Οίκον Νοσηλεία περιλαμβάνει επίσης:

- Ιατρική φροντίδα, από ιατρό ή υπό την επίβλεψή του.
- Νοσηλευτική φροντίδα, όπως οροί, φάρμακα, ενεσοθεραπείες, χρήση συσκευών και μέσων για την χορήγηση οξυγόνου, περιποίηση στρώματος κατακλίσεων, έλεγχο αρτηριακής πίεσης, έλεγχο γλυκόζης αίματος.
- Φυσικοθεραπεία, λογοθεραπεία που προσφέρεται από ειδικούς επιστήμονες στον κάθε τομέα.
- Μερική ή κατά τακτά χρονικά διαστήματα βοηθητική υπηρεσία.
- Υποστήριξη των ατόμων και των οικογενειών τους ώστε να αποφευχθεί μία μη αναγκαία εισαγωγή στο νοσοκομείο.
- Βοήθεια στο να διατηρηθούν οι ηλικιωμένοι και οι ασθενείς με χρόνια νόσημα μέσα στην οικογένεια σε καλό βιοτικό επίπεδο.
- Παροχή υπηρεσιών στο σπίτι σε αρρώστους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ασθένειας, με σκοπό την δυνατότητα αντιμετώπισης του θανάτου στο οικογενειακό περιβάλλον για ένα όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο θάνατο.

Γενικά, η φιλοσοφία του συστήματος στηρίζεται στο ότι ο ασθενής πρέπει να νοσηλεύεται στην προσωπική ατμόσφαιρα του σπιτιού του, μεταξύ των συγγενών που συμμετέχουν ενεργά στον αγώνα, αποφεύγοντας το απρόσωπο περιβάλλον του νοσοκομείου.

2.6 Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Νοσηλείας στο Σπίτι

Σε κράτη με ανεπτυγμένα συστήματα παροχής Κατ' Οίκον Νοσηλείας η πρόσβαση σε αυτή την υπηρεσία μπορεί να γίνει με πέντε τρόπους:

- Ο ασθενής παραπέμπεται από τον οικογενειακό ιατρό εφόσον διαπιστωθεί τέτοια ανάγκη.
- Ο ασθενής απευθύνεται σε μια μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και συνήθως στο Κέντρο Υγείας για κάποιο πρόβλημα υγείας και εκεί αποφασίζεται ότι μπορεί να αντιμετωπιστεί στο σπίτι.
- Ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και μετά την έξοδό του συνεχίζεται η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι.
- Ο κοινοτικός νοσηλευτής, η οικογένεια, ή η κοινότητα διαπιστώνει ότι ένα άτομο έχει κάποιο πρόβλημα και ζητά την παρέμβαση της αρμόδιας υπηρεσίας.

2.7 Αποτελέσματα της «Κατ' Οίκον Νοσηλείας»

Στα οφέλη, που απορρέουν από την ανάπτυξη και την εφαρμογή της Κατ' Οίκον Νοσηλείας, συμπεριλαμβάνονται τα παρακάτω:

- Περιορισμός εισαγωγών στα νοσοκομεία και εξοικονόμηση πολύτιμων οικονομικών πόρων.
- Δυνατότητα παραμονής του ασθενούς στο οικογενειακό περιβάλλον και προώθηση αποτελεσματικής φροντίδας, ενός μέλους μίας οικογένειας με ειδικό πρόβλημα ασθένειας.
- Ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητα της οικογένειας.
- Προαγωγή υγιεινού περιβάλλοντος.
- Δυνατότητα στους εργαζόμενους ασθενείς να συνεχίσουν να εργάζονται, όσοι τουλάχιστον είναι σε θέση και το επιθυμούν.

Πέρα από τα αναμφισβήτητα πλεονεκτήματα που έχουν τα προγράμματα Νοσηλείας στο Σπίτι, υπάρχουν και ορισμένα μειονεκτήματα που πρέπει να λάβουμε υπόψη.

Τα κυριότερα από αυτά είναι:

- Είναι λιγότερο αποτελεσματικό για το νοσηλευτή να επισκέπτεται ασθενείς κατ' οίκον από το να εργάζεται με ομάδες ή να βλέπει πολλά άτομα σε μια μονάδα βραχείας νοσηλείας.
- Ο χρόνος μετακίνησης μπορεί να είναι μεγάλος ή και οικονομικά ασύμφορος.
- Ίσως είναι δύσκολο να ελεγχθούν αποσπάσεις της προσοχής της ομάδας υγείας από ζωνρά παιδιά ή τηλεόραση.
- Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να φοβούνται με την οικειότητα που αποκτάται στις επισκέψεις στο σπίτι.
- Μπορεί επίσης να τεθεί ως ζήτημα και η ασφάλεια του νοσηλευτή/τριας κατά την επίσκεψη σε ένα άγνωστο περιβάλλον.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3^ο

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ - ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΗΣ

«ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ»

3.1 Πληθυσμός – Στόχος της «Κατ' Οίκον Νοσηλείας»

Στη χώρα μας η εφαρμογή προγραμμάτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας έχει συναντήσει αρκετά προβλήματα εάν και ο νομοθέτης προσπάθησε με τους νόμους 1397/83 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας και 2071/92 περί Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης του Συστήματος Υγείας, να θέσει τις βάσεις λειτουργίας τους. Η Νοσηλεία στο Σπίτι που αποτελεί το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας και προϋποθέτει σωστή οργάνωση και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αναπτύχθηκε κυρίως σαν συνέχεια της φροντίδας από το νοσοκομείο στο σπίτι και αφορά κυρίως φροντίδα καρκινοπαθών και ηλικιωμένων.

Πρακτικά κάθε ασθενής, οποιασδήποτε ηλικίας, που δε χρειάζεται χειρουργική επέμβαση ή εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, μπορεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα να νοσηλευθεί στο σπίτι του. Έτσι αντιμετωπίζονται στο σπίτι μια σειρά από ασθένειες, όπως λοιμώξεις, αναπνευστικά νοσήματα, χρόνια νοσήματα, ενώ χορηγούνται στους ασθενείς ανάλογα με τις ανάγκες τους οροί, ενδοφλέβια φάρμακα, οξυγόνο και άλλα.

Στο ερώτημα εάν είναι προτιμότερη η Νοσηλεία στο Σπίτι ή στο νοσοκομείο για τις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει η δυνατότητα επιλογής, η απάντηση δεν είναι ούτε μονολεκτική ούτε μονοσήμαντη. Πολλοί είναι οι παράγοντες που καθορίζουν το πού πρέπει να νοσηλευτούν οι ασθενείς. Τέτοιοι είναι:

- Ιατρική συγκατάθεση. Αυτή εξαρτάται από τις κλινικές ενδείξεις και τη διαγνωστική ικανότητα του ιατρού.
- Οργανωμένη υπηρεσία Νοσηλείας στο Σπίτι. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η κατάλληλη οργανωτική υποδομή των υγειονομικών υπηρεσιών και η στελέχωσή τους με το απαραίτητο προσωπικό, όπως οικογενειακοί ιατροί,

επισκέπτριες υγείας, νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί, ώστε να προσφέρεται στον άρρωστο η αναγκαία φροντίδα και να του εξασφαλίζεται αίσθημα ασφάλειας.

- Η κατάσταση της κατοικίας.
- Η οικονομική δυνατότητα του αρρώστου και της οικογένειας σε σχέση με το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα.
- Εκτίμηση της διάθεσης του πάσχοντος να αρχίσει ή να συνεχίσει σε ένα πρόγραμμα Νοσηλείας στο Σπίτι.
- Η εκτίμηση της διάθεσης των οικείων να προσαρμοστούν σε ένα νέο πρόγραμμα ζωής που εξαρτάται από το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον.

Η Νοσηλεία στο Σπίτι αποτελεί τη μοναδική συνισταμένη δύναμη που διασφαλίζει μια αποδοτική και ποιοτική διαχείριση ενός αμαλγάματος ανθρώπων με διαφορετικό νοσολογικό προφίλ και διαφορετικές ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας. Πρακτικά λοιπόν, οι υπηρεσίες Νοσηλείας στο Σπίτι μπορεί να απευθύνονται σε ασθενείς αλλά και σε υγιείς. Έτσι, σε αυτές τις περιπτώσεις, τον πληθυσμό στόχο της Νοσηλείας στο Σπίτι, συνιστούν:

- Τα παιδιά με κάποια αναπηρία (handicapped children).
- Οι χειρουργημένοι ασθενείς.
- Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.
- Άτομα με αναπηρία.
- Οι ασθενείς με αγγειακό επεισόδιο.
- Οι ασθενείς μετά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ.
- Οι ασθενείς με νεοπλασία.
- Οι ασθενείς με ψυχική νόσο.
- Οι ηλικιωμένοι με ανικανότητα (disabled elderly).
- Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.
- Οι ασθενείς, ηλικιωμένοι και μη, που πάσχουν από Η.Ι.Υ.
- Οι νέες μητέρες και τα βρέφη τους.
- Η οικογένεια ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.
- Ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

Υπολογίζεται, ότι υπάρχουν στη χώρα μας 400.000 περιπτώσεις ατόμων που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια και κάθε χρόνο αυξάνονται κατά 150.000. Κατά την πενταετία 1990-1995 η θνητότητα τους άγγιζε το 50%. Η θνητότητα των ασθενών με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια εμφανίζεται σε ποσοστό 50% κατά το πρώτο έτος του νοσήματός τους. Έχει βρεθεί ότι το 57% των ηλικιωμένων άνω των 70 ετών επανεισάγονται στο νοσοκομείο μέσα σε 90 ημέρες από την έξοδό τους από αυτό. Οι κυριότερες αιτίες είναι η ανεπαρκής παρακολούθηση σε ποσοστό 41% και η αδυναμία της έγκαιρης επικοινωνίας με κάποιον επαγγελματία υγείας, όταν εμφανιστούν τα συμπτώματα σε ποσοστό 20%. Ως εκ τούτου, επιβάλλεται η νοσηλευτική παρακολούθηση των ασθενών αυτών στο σπίτι, αρχίζοντας με μία επίσκεψη ημερησίως στις πρώτες 7 ημέρες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο (Κοσμίδου Χ., Ράπτη-Γαλανουδάκη Α., 1998).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Στατιστική Υπηρεσία, η πληθυσμιακή μονάδα που κάνει την μεγαλύτερη χρήση της υπηρεσίας Νοσηλείας στο Σπίτι, είναι οι ηλικιωμένοι. Η αναφορά του 1984 σημειώνει ότι 4.900.000 ηλικιωμένοι, χρειάζονται την βοήθεια κάποιου προσώπου για να φέρουν εις πέρας τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Στην ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών, μόνο ο 1 στους 10 χρειάζεται κάποια βοήθεια ενώ το ποσοστό ανεβαίνει στους 4 στους 10 σε αυτούς που είναι άνω των 85 ετών. Ο Bakken K.L.(1983) υποστηρίζει ότι αυτοί οι ηλικιωμένοι μπορούν να αποφύγουν την εισαγωγή σε μονάδες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας εάν λαμβάνουν κάποια υποστήριξη στην καθημερινή τους φροντίδα. Σε δύο άλλες μελέτες, ασθενών που λαμβάνουν Νοσηλεία στο Σπίτι, βρέθηκε ότι τα 2/3 τα αποτελούν γυναίκες και το 1/3 ζει μόνο του (Home Health,1979). Όλες αυτές οι έρευνες συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι 4.900.000 ηλικιωμένοι και 1.100.000 παιδιά στις Η.Π.Α., χρήζουν κάποιας μορφής Νοσηλείας στο Σπίτι.

Μια άλλη ομάδα που αποτελεί πρόκληση (Louden T.L., 1983), είναι η υγιής ομάδα του πληθυσμού (wellness home care market). Πρόκειται για τους ανθρώπους που δεν έχουν ανάγκη από φροντίδα, αλλά προαγωγή της υγείας τους μέσω στρατηγικών πρόληψης, όπως διαγνωστικές εξετάσεις, παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, συμβουλευτική οικογένειας και παιδιού, διατροφική αγωγή και ψυχοπροφυλακτική.

3.2 Οργάνωση και Λειτουργία

Η Νοσηλεία στο σπίτι μπορεί να είναι αυτόνομη ή εξαρτημένη δορυφορική μονάδα από ένα συντονιστικό φορέα. Ο φορέας της μπορεί να είναι νοσοκομείο, Κέντρο Υγείας ή κάποιος άλλος καινούριος εξωνοσοκομειακός φορέας. Είναι σαφές ότι η νοσηλεύτρια στην Κατ' Οίκον Νοσηλεία δεν εργάζεται μόνη της. Για να πετύχει τους στόχους και τη φροντίδα του αρρώστου, θα πρέπει να υπάρχει οργανωμένη ομάδα εργασίας που στελεχώνεται από τον ιατρό, τη νοσηλεύτρια, την επισκέπτρια υγείας, το Φυσιοθεραπευτή, την κοινωνική λειτουργό και το ψυχολόγο. Η επιτυχία της εφαρμογής του προγράμματος Νοσηλεία στο Σπίτι εξαρτάται άμεσα από την πετυχημένη συνεργασία όλων αυτών που ασχολούνται με τη σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία και ευεξία του ασθενή.

Η Νοσηλεία στο Σπίτι αποτελεί την καλύτερη σύγχρονη δομή της φροντίδας υγείας στην κοινότητα, τόσο για την αντιμετώπιση των ασθενειών όσο και για την πρόληψη, τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας.

Στη χώρα μας, είναι γνωστό, το υπάρχον παραδοσιακό σύστημα υγείας, που επικεντρώνει το ενδιαφέρον του στη κλειστή περίθαλψη αφ' ενός και αφ' ετέρου η ασφάλεια και η σιγουριά που αισθάνονται οι ασθενείς όταν νοσηλεύονται σε νοσοκομείο, έχουν σαν αποτέλεσμα σημαντικός αριθμός ασθενών να νοσηλεύεται στα νοσοκομεία χωρίς να έχει ανάγκη για συνεχή και άμεση ιατρονοσηλευτική περίθαλψη, ενώ θα ήταν πιο ανθρώπινο να νοσηλευθούν στο σπίτι τους, αν είχαν την υποστήριξη από οργανωμένα προγράμματα υγείας της κοινότητας.

Δομικοί παράγοντες για το σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Νοσηλείας στο Σπίτι:

Για να πραγματοποιηθούν όλοι οι στόχοι, που τίθενται από την υγειονομική ομάδα, η οποία ασχολείται με τη Νοσηλεία στο Σπίτι, χρειάζεται να υπάρχουν σε συνεργασία οι κατάλληλοι πόροι, τόσο σε προσωπικό όσο και σε εξοπλισμό. Υπεύθυνος για την οργάνωση είναι συνήθως ένας εκπαιδευμένος κοινοτικός νοσηλευτής, ο οποίος και φροντίζει για όλες τις πλευρές της φροντίδας, καθώς και για όλες τις δραστηριότητες της υγειονομικής ομάδας.

Οι σπουδαιότεροι από τους παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι:

- Ανθρώπινο δυναμικό. Η υγειονομική ομάδα αποτελείται από επαγγελματίες πολλών ειδικοτήτων: επισκέπτες υγείας, ιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, εργασιοθεραπευτές, άτομα των εργαστηρίων και βοηθητικό προσωπικό, όπως οικιακοί βοηθοί, οδηγοί, γραμματείς και καθαρίστριες.
- Είδος ασθενών. Θα πρέπει να διευκρινισθεί:
 - Εάν οι ασθενείς που θα συμμετάσχουν στο πρόγραμμα ανήκουν σε μια συγκεκριμένη ομάδα για παράδειγμα καρκινοπαθείς, ηλικιωμένοι ή αφορούν όλα τα άτομα που έχουν ανάγκη τέτοιου είδους υπηρεσίες.
 - Εάν οι ασθενείς προέρχονται από ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο με το οποίο είναι συνήθως συνδεδεμένη η υπηρεσία Νοσηλείας στο Σπίτι ή αφορούν όλα τα άτομα της κοινότητας.
- Χώρος ευθύνης. Αφορά την περιοχή, στην οποία πρέπει να κατοικούν άτομα για να μπορούν να γίνουν αποδεκτά στο πρόγραμμα.
- Χώροι λειτουργίας. Είναι επιθυμητό ο χώρος, στον οποίο είναι εγκατεστημένοι να βρίσκεται όσον αφορά στην κοινότητα στα Κέντρα Υγείας, ενώ στις αστικές περιοχές κοντά στο νοσοκομείο, με το οποίο είναι συνήθως λειτουργικά συνδεδεμένοι.
 - Απαραίτητοι χώροι είναι: γραφεία υπαλλήλων, αίθουσα συσκέψεων ή εκπαίδευσης, αποθήκες για το υγειονομικό υλικό, χώρος αρχείου.
- Διάρκεια λειτουργίας. Οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι μπορεί να είναι μακράς διάρκειας, για παράδειγμα ένας ηλικιωμένος με ρευματοειδή αρθρίτιδα, ή μικρής διάρκειας για παράδειγμα επίσκεψη στο σπίτι μιας νέας μητέρας. Επίσης ρυθμίζεται ο χρόνος λειτουργίας το 24ωρο, αλλά και οι ημέρες λειτουργίας στο διάστημα της εβδομάδας. Υπάρχουν υπηρεσίες που λειτουργούν συνεχώς 7 ημέρες την εβδομάδα όλο το 24ωρο.
- Χρηματοδότηση. Υπάρχουν οι κρατικές υπηρεσίες Νοσηλείας στο Σπίτι που συνήθως συντηρούνται από το κράτος και είναι συνήθως συνδεδεμένοι με κάποιο νοσοκομείο και οι ιδιωτικοί. Στις κρατικές υπηρεσίες μπορεί οι ασφαλισμένοι να πληρώνουν μέσω των ασφαλιστικών τους ταμείων. Οι ιδιωτικές χωρίζονται σε αυτές που λειτουργούν με κέρδος (private for profit) και αυτές που είναι αφιλοκερδείς και στηρίζονται σε εθελοντές ιδιώτες (non

profit-voluntary). Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί συνήθως επιδοτούνται για τα λειτουργικά τους έξοδα από δήμους, κοινότητες ή ενορίες εκκλησιών.

Οι υπηρεσίες υγείας Νοσηλείας στο Σπίτι φαίνεται ότι αποδίδουν πιο γρήγορα όταν αυτές είναι συνδεδεμένες με κάποιο νοσοκομείο, διότι μπορούν να καλύψουν από τις υπάρχουσες πηγές αρκετές από τις ανάγκες τους σε προσωπικό και εξοπλισμό. Η ανάπτυξη στην Ελλάδα της Π.Φ.Υ. μέσω των Κέντρων Υγείας συναντά πολλές δυσκολίες γιατί δε συνοδεύεται από αναδιανομή των απαραίτητων πόρων που διατίθενται για την υγεία ενώ θεωρείται δεδομένη η αδυναμία αποκλειστικής χρηματοδότησης από δημόσιους οργανισμούς (Τσιούρη Ευαγ., 1993).

3.3 Στελέχωση υπηρεσιών «Κατ' Οίκον Νοσηλείας»

Η στελέχωση των υπηρεσιών Κατ' Οίκον Νοσηλείας παρουσιάζει αρκετές δυσχέρειες, οι οποίες πρώτα από όλα σχετίζονται με τις ιδιαιτερότητες που εμφανίζει το συγκεκριμένο μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Για τη στελέχωση μιας υπηρεσίας Κατ' Οίκον Νοσηλείας θα πρέπει κανείς να βασιστεί στη μικρή εμπειρία από τα μέχρι τώρα χρησιμοποιούμενα μοντέλα στελέχωσης σε άλλες τέτοιες υπηρεσίες, αλλά και σε δανεισμένα και τροποποιημένα μοντέλα στελέχωσης από οργανωμένες νοσηλευτικές υπηρεσίες και ιδρύματα, δεδομένου ότι εκεί έχουν υπολογισθεί και ποσοτικοποιηθεί ορισμένα μεγέθη.

«...Κατά καιρούς, έχουν αναπτυχθεί διάφορα συστήματα στελέχωσης και μοντέλα για την αξιολόγηση της επάρκειας του προσωπικού σε υπηρεσίες και μονάδες υγείας. Αυτά μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε πολλές ομαδοποιημένες μεθόδους, προσεγγίσεις και αναλύσεις, ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται, κυριότερα από τα οποία είναι τα εξής:

- Προσέγγιση συναίνεσης. Οι αρμόδιοι για την προσέλκυση του προσωπικού διοικούντες, χρηματοδότες, επιτελικά όργανα και άλλοι γνωμοδοτούν και καταλήγουν σε μια ενδιάμεση λύση.

- Διαισθητική μέθοδος. Με υποκειμενικά – διαισθητικά κριτήρια βαθμολογείται αδρά ο φόρτος εργασίας και ανάλογα, αποφασίζεται πόσο, προσωπικό χρειάζεται ή καλείται ένα έμπειρο πρόσωπο να γνωμοδοτήσει με βάση την πείρα και τη διαίσθησή του.
- Κατά προσέγγιση μέθοδοι. Αντιγράφεται προσεγγιστικά το πρότυπο μιας υπηρεσίας που θεωρείται ότι λειτουργεί σωστά ή υπολογίζεται πόσο προσωπικό χρειάζεται με στατιστικές μελέτες που βασίζονται σε δημογραφικά στοιχεία ενός συγκεκριμένου πληθυσμού και σε μελέτες νοσηρότητας.

Άλλες μέθοδοι χρησιμοποιούν:

- Ανάλυση επικεντρωμένη στη σχέση του πληθυσμού προς το ιατρικό – νοσηλευτικό δυναμικό μιας χώρας.
- Ανάλυση επικεντρωμένη στο προσωπικό, που λαμβάνει υπόψη, εκτός από το χρόνο απασχόλησης σε διάφορες δραστηριότητες και το επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού.
- Ανάλυση επικεντρωμένη στον ασθενή, η οποία κατατάσσει τους ασθενείς σε τάξεις ανάλογα με το βαθμό ιατρικής - νοσηλευτικής φροντίδας που απαιτείται...» (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Αγ., 1997).

Παράδειγμα στελέγωσης μιας υπηρεσίας Κατ' Οίκον Νοσηλείας

1. Ο χρόνος που χρειάζεται για να καλυφθούν οι ανάγκες 100 ασθενών το έτος (364 ημέρες) με καθημερινή επίσκεψη είναι:

Ασθενείς σε ένα έτος * (Μέση διάρκεια νοσηλείας ενός ασθενούς + Μέσος χρόνος μετάβασης) * 364 =

$$100 * (1+0,33) * 364 = 36.884 \text{ ώρες.}$$

2. Υπολογίζονται οι εργάσιμες ημέρες κάθε μέλους του προσωπικού. Από τις 364 ημέρες αφαιρούνται 104 εβδομαδιαίας αδείας, 22 ετήσιας αδείας, 12 αργίες, 20 αναρρωτικής αδείας, μητρότητας εκπαίδευσης και άλλα. Έτσι έχουμε 206 εργάσιμες ημέρες. Οι ετήσιες εργάσιμες ώρες είναι:

Ετήσιες εργάσιμες ημέρες * ημερήσιες εργάσιμες ώρες =

$$206 * 8 = 1.648 \text{ ώρες για κάθε μέλος της ομάδας.}$$

3. Διαιρούνται 36.884/1.648, βρίσκουμε ότι χρειάζονται περίπου 22 άτομα, συνολικά, για να συστήσουν την ομάδα της Κατ' Οίκον Νοσηλείας για ένα έτος (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Αγ., 1997).

3.4 Ομάδα Υγείας - Επαγγελματίες Υγείας - ο Ρόλος τους στην «Κατ' Οίκον Νοσηλεία»

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ομάδα υγείας καλείται ένας μη ιεραρχικός συνεταιρισμός ανθρώπων διαφορετικής επιστημονικής ειδικότητας που έχουν κοινό αντικειμενικό σκοπό την προσφορά της καλύτερης δυνατής φροντίδας υγείας στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα. Επειδή, ο πληθυσμός που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας στο σπίτι ποικίλλει σε ηλικία και σε ανάγκες και οι τομείς που συμπεριλαμβάνονται είναι πολλοί, την ομάδα υγείας αποτελούν επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων.

- Επισκέπτης/τρια Υγείας.
- Ιατρός.
- Νοσηλεύτης/τρια.
- Φυσιοθεραπευτής/τρια.
- Κοινωνικός Λειτουργός.
- Εργαστηριακός Επισκέπτης/τρια.
- Λογοθεραπευτής/τρια.
- Διαιτολόγος.

3.4.1. Ο Ρόλος του Επισκέπτη/τριας Υγείας

Ως μέλος της ομάδας υγείας ασκεί έργο αγωγής υγείας, συμβουλευτικής υγείας και φροντίδας υγείας. Είναι αυτός που θα έρθει σε πρώτη επαφή με τον άρρωστο, επομένως η καταγραφή, η συγκέντρωση των πρώτων πληροφοριών και η αξιολόγησή του περιστατικού είναι δικό του έργο.

- Πραγματοποιεί επισκέψεις στο σπίτι σε ομάδες υψηλού κινδύνου για γενετικά αλλά και προβλήματα μετά τη γέννηση, κοινωνικά νοσήματα και νοσήματα φθοράς, όπως καρκίνοι, καρδιοπάθειες, ατυχήματα, φυματίωση και αλκοολισμό, καθώς και σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού για παράδειγμα ηλικιωμένους, έγκυες, βρέφη και παιδιά.
- Συμβάλλει στη διερεύνηση των οικογενειακών συνθηκών για τη δυνατότητα και τον προγραμματισμό της Νοσηλείας στο Σπίτι.

- Παρέχει Κατ' Οίκον Νοσηλεία, διδάσκει και εκπαιδεύει τα ικανά μέλη της οικογένειας για το σκοπό αυτό.
- Παρέχει διδασκαλία στις οικογένειες των υπερηλίκων για μεταβολές βιολογικές στο γήρας, για να κατανοήσουν τη συμπεριφορά τους. Μεριμνά για συστηματική περιοδική ιατρική παρακολούθηση και εξασφάλιση ανάλογων προσβάσεων.
- Ενημερώνει το άτομο για την ασθένειά του, τη θεραπεία του, τον τρόπο αντιμετώπισης, έτσι ώστε να μπορεί να αποδεχθεί τη νόσο του και να παίρνει ο ίδιος αποφάσεις όπου είναι δυνατό.
- Αποτελεί συνδετικό κρίκο μεταξύ αρρώστου – οικογένειας με τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και φροντίζει για τη σύνδεση και πρόσβαση σε ανάλογες υγειονομικές κοινωνικές και άλλες υπηρεσίες στην κοινότητα που σχετίζονται με το πρόβλημα του ασθενή.

3.4.2 Τα καθήκοντα του Ιατρού

Ο ιατρός της υπηρεσίας ρυθμίζει την όλη λειτουργία ιατρικά, μέσω της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, ιατρικών πράξεων, παρακολούθησης και αποκατάστασης. Συνεργάζεται στενά για κάθε περίπτωση με τις άλλες ειδικότητες της ομάδας και ρυθμίζει την πορεία των ασθενών θεραπευτικά, με την ρύθμιση φαρμάκων, συνταγογράφηση, εργαστηριακό έλεγχο και καρδιογραφήματα

- Προγραμματίζει τη νοσηλεία για κάθε ασθενή σε συνεργασία με ιατρούς ανάλογων ειδικοτήτων του νοσοκομείου.
- Επισκέπτεται κατ' οίκον τους ασθενείς σε τακτική βάση ανάλογα με τις ανάγκες, καθημερινά, εβδομαδιαία, μηνιαία χωρίς να ξεχνάμε τις έκτακτες επισκέψεις. Ακόμη στα πλαίσια του επιστημονικού του έργου ασχολείται με την εκπόνηση ερευνητικών εργασιών όπου καταδεικνύεται το συνολικό έργο της υπηρεσίας αλλά και τα θεραπευτικά και οικονομικά της οφέλη σε σύγκριση με άλλες μορφές περίθαλψης.

Ο ρόλος του ιατρού στο σπίτι είναι πιο δύσκολος από το ρόλο του νοσοκομειακού ιατρού, γιατί οι τεχνολογικές εξελίξεις στο χώρο της επιστήμης, η στήριξη των υποειδικοτήτων, η άμεση αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών και η οργάνωση των

νοσοκομείων έχουν σαν μόνο αντίβαρο τη γνώση, την πείρα, το ψυχικό σθένος και την προσωπικότητα του ιατρού στο σπίτι.

3.4.3 Ο Ρόλος, ο Στόχος και τα Καθήκοντα του Νοσηλεύτη/τριας

Ο ρόλος του νοσηλεύτη/τριας είναι πολυδύναμος και καθοριστικός μέσα στο τροποποιημένο αυτό σύστημα νοσηλείας.

Η νοσηλεία στηρίζεται στην ολιστική θεώρηση των βιολογικών, πνευματικών και κοινωνικών αναγκών τόσο του αρρώστου, όσο και της οικογένειας που είναι ο πυρήνας της φροντίδας της.

Κάθε Νοσηλεύτης/τρια εργάζεται σε συγκεκριμένη περιοχή, έχει ορισμένο αριθμό ασθενών, που επισκέπτεται και εφαρμόζει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα ανάλογα με τις ανάγκες, τις οποίες αξιολογεί, ιεραρχεί και θέτει αντικειμενικούς σκοπούς.

Ο ρόλος τους επικεντρώνεται επίσης στη βοήθεια του αρρώστου ή του ανάπηρου ατόμου να δραστηριοποιηθεί με σκοπό να προληφθεί η εξάρτησή του από τους άλλους και να αυξηθεί το επίπεδο ανεξαρτησίας και αυτοφροντίδας.

Στόχοι του Νοσηλεύτη/τριας:

- Νοσηλεία και εφαρμογή θεραπευτικής αγωγής.
- Συμβολή στην πρόληψη επιπλοκών.
- Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.
- Δημιουργία θετικού διαπροσωπικού κλίματος.
- Συμβολή στην αποκατάσταση.
- Ανίχνευση ευεργετημάτων για τον ασθενή και την οικογένεια του.
- Εκπαίδευση και ενθάρρυνση του ασθενούς και των μελών της οικογένειας για συμμετοχή στη νοσηλεία.
- Εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση εθελοντικού δυναμικού.
- Υποστήριξη των πνευματικών αναγκών του αρρώστου.

Η εμπειρία στο χώρο της κοινότητας έδειξε ότι οι νοσηλευτές/τριες πρέπει να διαθέτουν επιστημονική κατάρτιση, πλήρη ενημέρωση για τις σύγχρονες εξελίξεις στην επιστήμη και στην υλικοτεχνική υποδομή στο χώρο της υγείας, καθώς και άρτια δεξιότητες και εμπειρία για να ανταποκριθούν στις πολλαπλές ανάγκες που αντιμετωπίζουν.

Καθήκοντα νοσηλευτή/τριας στη Νοσηλεία στο Σπίτι:

Η Νοσηλεία στο Σπίτι επικεντρώνεται σύμφωνα με το ολιστικό μοντέλο τόσο στο άτομο που ζητά φροντίδα όσο και στην οικογένεια ή το υποστηρικτικό του σύστημα. Αυτό το είδος νοσηλευτικής απαιτεί γνώση και ικανότητες στη νοσηλευτική εκτίμηση, στην επείγουσα φροντίδα, στη διατήρηση και στην προαγωγή της υγείας, στους τρόπους αποκατάστασης και στη φροντίδα του ατόμου σε τελικό στάδιο.

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες και ικανότητες που χρησιμοποιούνται στη φροντίδα στο σπίτι περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Συντονίζει το νοσηλευτικό με το ιατρικό προσωπικό και τα άλλα μέλη της ομάδας για να εξασφαλίσει τη συνέχεια της φροντίδας.
- Συμβουλεύει τον ασθενή και θεωρείται ο σύνδεσμος με το Σύστημα Υγείας.
- Οργανώνει και παρέχει υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα. Εκτιμά τη συνολική κατάσταση που υπάρχει στο σπίτι. Ο νοσηλευτής/τρια είναι σε μια ειδική θέση για να εκτιμήσει τη φροντίδα που θα δοθεί, την καθαριότητα και την καταλληλότητα του σπιτιού, το είδος του φαγητού που δίνεται στον ασθενή, τη χορήγηση των φαρμάκων και τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες που του παρέχονται.
- Εκτιμά την ασφάλεια του σπιτιού για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να γνωρίζει καλά και να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις πηγές και τα μέσα που διαθέτει η κοινότητα ή η νοσηλευτική μονάδα για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας προτείνοντας τον εξοπλισμό που χρειάζεται ή τις αλλαγές που πρέπει να γίνουν ώστε να βοηθήσουν για ένα σπίτι πιο ασφαλές.
- Έχει τηλεφωνική επικοινωνία με το άτομο. Σε μέρες που οι επισκέψεις στο σπίτι δεν είναι προγραμματισμένες ίσως χρειαστεί να τηλεφωνήσει και να δώσει υποστήριξη ή να απαντήσει σε ερωτήσεις.

- Ενδιαφέρεται για τη συνεχή ενδοϋπηρεσιακή επιμόρφωση της ομάδας και τον προσανατολισμό του νέου προσωπικού.
- Αξιολογεί τις άμεσες και μακροχρόνιες ανάγκες υγείας των αρρώστων και των οικογενειών τους εξασφαλίζοντας προτεραιότητες προκειμένου να μειώσει την ταλαιπωρία του αρρώστου.
- Δημιουργεί ευκαιρίες ομαδικών συναντήσεων με τις οικογένειες των χρόνιων πασχόντων με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων, λύσεων, προβλημάτων, αλληλοϋποστήριξη και ηθική ενίσχυση.

3.4.4 Ο Ρόλος του Φυσιοθεραπευτή/τριας

Οι φυσιοθεραπευτές με χρήση σύγχρονων φορητών μηχανημάτων στοχεύουν: στην ανάκτηση της λειτουργικότητας, στην αυτοεξυπηρέτηση των ασθενών και στην επανένταξή τους στο οικείο και γενικότερο περιβάλλον. Παράλληλα δε στην αποδέσμευση ενός έμψυχου δυναμικού που ασχολείται με τις ανάγκες του αρρώστου, εφόσον ο ίδιος σταδιακά αρχίζει να τις καλύπτει μόνος του.

Επί του συνόλου των ασθενών του Ε.Ε.Σ. που δέχτηκαν φυσιοθεραπεία κατ' οίκον το 68,6% παρουσίασε βελτίωση μέχρι και αποκατάσταση, το 20% παρουσίασε σταθερή πορεία ενώ μόλις το 11,4% παρουσίασε αρνητική πορεία, λόγω βαρύτητας της κατάστασης

(Τσιούρη Ευ., 1993).

3.4.5 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Ο Κοινωνικός Λειτουργός συμβάλλει σημαντικά στην όσο το δυνατόν καλύτερη επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων του αρρώστου.

- Συνδέει την οικογένεια, είτε άμεσα είτε έμμεσα με τις διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής, όπως ασφαλιστικοί φορείς, ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας και άλλους οργανισμούς.
- Παρεμβαίνει και επηρεάζει θετικά τη δυναμική των οικογενειακών σχέσεων όταν αυτές είναι αρνητικές ή απορριπτικές ως προς το άρρωστο μέλος.

- Εργάζεται, επίσης, με την κοινότητα, δηλαδή με τους φορείς και τις αρχές, τους οποίους και κινητοποιεί για την αποτελεσματική υποστήριξη των αρρώστων χωρίς υποστηρικτικό σύστημα.
- Ασκεί έργο συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης.

3.4.6 Ο Ρόλος του Εργαστηριακού Επισκέπτη/τριας

Οι εργαστηριακές εξετάσεις αποτελούν τον καθρέφτη της κατάστασης υγείας του ασθενή, επομένως αποτελούν πολύτιμο εργαλείο στα χέρια του ιατρού προκειμένου να παρέμβει αποτελεσματικά.

- Είναι υπεύθυνος για τη διενέργεια των αιματολογικών-βιοχημικών και άλλων ειδικών εξετάσεων, σύμφωνα πάντα με την εντολή του ιατρού της ομάδας, οι οποίες απαιτούνται για τη σφαιρική αντιμετώπιση του αρρώστου και την ουσιαστική παροχή φροντίδας.

3.4.7 Ο Ρόλος του Λογοθεραπευτή/τριας

- Αναλαμβάνει τη φροντίδα και αποκατάσταση ατόμων με διαταραχές λόγου που είτε υπήρχαν ή προέκυψαν μετά από κάποιο ατύχημα, όπως για παράδειγμα τη νόσο του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου (Α.Ε.Ε.).

3.4.8 Ο Ρόλος του Διαιτολόγου

- Είναι υπεύθυνος για τη διαιτητική αγωγή του ασθενή. Διαμορφώνει, προσαρμόζει το διαιτολόγιο του ασθενή σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού και τα συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η επιτυχία της εφαρμογής της Κατ' Οίκον Νοσηλείας εξαρτάται άμεσα από την πετυχημένη συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

4.1 Τι συμβαίνει στη χώρα μας

Η πολιτική υγείας μιας χώρας συγκροτείται από τα μέτρα και τους κανόνες που ρυθμίζουν την παραγωγή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, με σκοπό τη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του.

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε σταδιακά στο χρόνο και επηρεάστηκε από την εξέλιξη της κοινωνίας και των ανθρωπίνων αξιών, της ιατρικής, της επιστήμης, της οικονομίας, χωρίς όμως ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχους. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο έγινε συνειδητή η ανάγκη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στις αναπτυγμένες χώρες με σημαντικό σταθμό τη λειτουργία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service ή N.H.S), το 1948 στην Μ. Βρετανία.

Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας έγινε το 1953 επί κυβερνήσεως Παπάγου με το Ν.Δ. 2592/53 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως» όμως μόλις το 1983 με τον Ν. 1397/83 επιχειρείται η μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο Ελληνικό Υγειονομικό Σύστημα αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και οι βάσεις ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Βασικές αρχές του Ν.1397/83 ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης. Βασικοί στόχοι του ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η καθιέρωση του ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας.

Παρά τα μέτρα που λήφθηκαν την τελευταία 15ετία, η πολιτική υγείας στην Ελλάδα σήμερα παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα. Αυτά αφορούν στη χρηματοδότηση και

αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας με το Ε.Σ.Υ. από τη μια και τα πολλά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης από την άλλη, στις περιφερειακές ανισότητες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την χωροταξική τους κατανομή, προβλήματα στην εσωτερική οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων και ένα υπερσυγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης και ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας. Το σύστημα προμηθειών συχνά δημιουργεί τεχνητές ανάγκες και οι «άτυπες» ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν σημαντικό μέρος των δαπανών για την υγεία. Ως αποτέλεσμα εκτιμάται ότι η Ελλάδα δαπανά περίπου 9,5% του Α.Ε.Π. για ένα προϊόν αμφίβολης ποιότητας και χαμηλής κοινωνικής αποδοχής.

Όσον αφορά τώρα την Κατ' Οίκον Νοσηλεία στη Ελλάδα είναι μια έννοια που έχει εφαρμοστεί αποσπασματικά με ελλείψεις στην οργάνωση και χωρίς χρηματοδότηση, που θα μπορούσε να μειώσει τα έξοδα νοσηλείας κατά άτομο μέχρι 85%. Στόχος της είναι να υποκαταστήσει την ακριβή νοσοκομειακή περίθαλψη για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, με φροντίδα στο σπίτι υπό την παρακολούθηση επισκεπτών, νοσηλευτών. Όμως μέχρι σήμερα λειτουργεί πρόχειρα και αποσπασματικά και κυρίως χάρη στον εθελοντισμό των ιατρών. Ενώ υπάρχει το απαραίτητο νομοθετικό πλαίσιο, δεν έχουν βγει ακόμη οι υπουργικές αποφάσεις που θα το θέσουν σε εφαρμογή (Πετροπούλου Μαρ., 2000).

Συγκεκριμένα, με μία σειρά από νόμους, από το 1992 μέχρι και το 2005, το κράτος αναγνωρίζει την υποχρέωση του Ε.Σ.Υ. και των Κέντρων Υγείας να παρέχουν υπηρεσίες Κατ' Οίκον Νοσηλείας (Μπούτση Μυρ., 2005).

Σε πρόσφατο νόμο του 2004 προβλέπεται η υπογραφή ειδικής σύμβασης μεταξύ του Οργανισμού Περίθαλψης Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) και των αντίστοιχων τμημάτων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Καμία τέτοια σύμβαση δεν έχει υπογραφεί μέχρι σήμερα (Μπούτση Μυρ., 2005).

Το αποτέλεσμα είναι τα τμήματα Κατ' Οίκον Νοσηλείας να μην ανήκουν στους οργανισμούς των περισσότερων δημόσιων νοσοκομείων, δηλαδή να μη λαμβάνουν χρηματοδότηση για να καλύψουν τις βασικές δαπάνες τους. Επίσης, τα έξοδα των ασθενών που βρίσκονται στο πρόγραμμα δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Κάποιοι ιατροί μάλιστα σκαρφίζονται διάφορα «τεχνάσματα», προκειμένου

να μπορέσουν να καλύψουν το κόστος της Κατ' Οίκον Νοσηλείας από τον προϋπολογισμό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, στα οποία εργάζονται. «Όχι μόνο δουλεύουμε την Κατ' Οίκον Νοσηλεία εθελοντικά στον ελεύθερο χρόνο μας αλλά τελικά θα μας κατηγορήσουν και για απάτη», τονίζουν (Πετροπούλου Μαρ., .2000).

Κι όμως, με βάση τα στοιχεία της Κατ' Οίκον Νοσηλείας του Ογκολογικού Νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι», το κόστος της Νοσηλείας στο Σπίτι υπολογίζεται περίπου στο 1/6 του συνολικού κόστους νοσηλείας στο νοσοκομείο (Πετροπούλου Μαρ., .2000).

Σύμφωνα με τους υπεύθυνους ιατρούς της Κατ' Οίκον Νοσηλείας στο Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων και στο Περιφερειακό Ιατρείο των Αγίων Θεοδώρων η οργανωμένη εφαρμογή του προγράμματος θα οδηγούσε στην αποσυμφόρηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ενώ θα έβαζε τέλος στα ράντζα και στην ταλαιπωρία πολλών ασθενών με χρόνιες παθήσεις, που αναγκάζονται να επισκέπτονται συχνά το νοσοκομείο για τις πιο απλές εξετάσεις τους. Τέλος, και ίσως το πιο σημαντικό, η Κατ' Οίκον Νοσηλεία μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, που συχνά γίνονται αιτία θανάτου για πολλούς ασθενείς με παθήσεις τελικού σταδίου (Μπούτση Μυρ., 2005).

Υπηρεσίες για την Κατ' Οίκον Νοσηλεία των ασθενών λαμβάνουν χώρα κυρίως στον ιδιωτικό τομέα. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν τη δυνατότητα διάγνωσης κάνοντας μια σειρά εξετάσεις, όπως αίματος, ακτινογραφίες, ηλεκτροκαρδιογραφήματα με τη βοήθεια ιατρικών μηχανημάτων που υπάρχουν στο σπίτι του ασθενούς. Σε τακτά χρονικά διαστήματα και όταν ο ασθενής επισκέπτεται το ιατρείο καταχωρούνται στον ηλεκτρονικό του φάκελο, ο οποίος περιέχει το ιστορικό του, τα πρόσφατα αποτελέσματα των εξετάσεών του και οποιοδήποτε άλλο νέο ιατρικό δεδομένο τον αφορά. Παράλληλα με τη βοήθεια του διαδικτύου οι ιατροί είναι σε θέση να βλέπουν από απόσταση τα αποτελέσματα των εξετάσεων του ασθενούς και να προχωρούν σε διάγνωση ή γνωμάτευση. Η τηλεϊατρική προσφέρει τη δυνατότητα για δεύτερη διάγνωση από άλλους εξειδικευμένους επιστήμονες χρησιμοποιώντας δορυφορικές συνδέσεις ή το διαδίκτυο. Οι υπηρεσίες της Κατ' Οίκον Νοσηλείας βρίσκονται σε ετοιμότητα όλο το 24ωρο και παρέχουν τη δυνατότητα άμεσης ιατρικής επίσκεψης όταν αυτό κριθεί απαραίτητο.

Προγράμματα Κατ' Οίκον Νοσηλείας λειτουργούν στην Ελλάδα στα νοσοκομεία Μεταξά, Άγιοι Ανάργυροι, στο Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων, στο Σωτηρία, στο Κέντρο Υγείας του Άστρους Κυνουρίας, στο Περιφερειακό Ιατρείο Αγίων Θεοδώρων και τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια φροντίδας στο σπίτι από το Δήμο Τριανδρίας της Θεσσαλονίκης και το Δήμο Αρχανών στην Κρήτη, στο νοσοκομείο Υγεία όπου υπάρχει και ειδική τηλεφωνική γραμμή «1051», στον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, στο νοσοκομείο Αρεταίειο, από το σύλλογο Παμμακάριστος του ομώνυμου νοσοκομείου, από το Εθνικό πρόγραμμα Ψυχαγωγής, στο Ογκολογικό Νοσοκομείο «Γεώργιος Γεννηματάς», και από το Σύλλογο παροχής φροντίδας και Κατ' Οίκον Νοσηλείας Σύρου (Καρατσής Π., Σουσαμλής Μ., Σπυράκη Χ., Φραγκιαδάκη Ε., 2006).

Βεβαίως στην Ελλάδα η Κατ' Οίκον Νοσηλεία δεν οργανώθηκε ποτέ συστηματικά όπως στις χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής, όπου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των υγειονομικών υπηρεσιών.

4.2 Θεσμικό Πλαίσιο για τη Νοσηλεία στο Σπίτι

Ο νόμος που διέπει την Κατ' Οίκον Νοσηλεία στην Ελλάδα είναι ο Ν. 2071/1992, ο οποίος τροποποιήθηκε μερικώς από το Ν. 2519/1997.

Η θεσμοθέτηση υπηρεσιών Νοσηλείας στο Σπίτι έγινε με το νόμο 2071/92 και αφορά στα άρθρα 28-30. Σύμφωνα με το άρθρο 28, προεδρικά διατάγματα που εκδόθηκαν ρυθμίζουν τους όρους και τις προϋποθέσεις για την παροχή της Κατ' Οίκον Νοσηλείας, το χρόνο ενάρξεως του συστήματος αυτού, τις κατηγορίες ασθενών, τις τυχόν εξειδικευμένες ιατρικές ή νοσηλευτικές πράξεις, τις νοσηλευτικές μονάδες ή άλλες μονάδες του τομέα υγείας ή πρόνοιας ή κοινωνικών ασφαλίσεων, με μέριμνα και ευθύνη των οποίων εφαρμόζεται η Κατ' Οίκον Νοσηλεία, τις δαπάνες κινήσεως των ατόμων, που συντελούν στην Κατ' Οίκον Νοσηλεία, τη συμμετοχή του ασφαλιστικού φορέα του νοσηλευόμενου στις δαπάνες της νοσηλείας αυτής.

Η στελέχωση αυτών των μονάδων ορίζεται στο άρθρο 29 τη διεύθυνση της στελέχωσης έχει ιατρός. Για την εφαρμογή του προγράμματος της Κατ' Οίκον Νοσηλείας είναι δυνατή η πρόσληψη ιατρών, νοσηλευτών Π.Ε. ή Τ.Ε., εξειδικευμένου, κατά περίπτωση επιστημονικού προσωπικού. Επίσης συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας ειδική υπηρεσία με τον τίτλο «Υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας» με κύριο σκοπό το συντονισμό και όλη την προαγωγή του προγράμματος «Νοσηλεία στο Σπίτι».

Το άρθρο 30 αναφέρεται στη σύσταση ειδικής «Υπηρεσίας Κατ' Οίκον Νοσηλείας» στο Υπουργείο, για το συντονισμό και την προαγωγή του προγράμματος σε όλη την ελληνική επικράτεια.

Με το άρθρο 21 του Ν. 2519/1997 διευκρινίζεται ότι τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες Κατ' Οίκον Νοσηλείας.

Σε όλες τις χώρες του κόσμου η ανάγκη αναπροσανατολισμού των συστημάτων φροντίδας υγείας τα τελευταία χρόνια οδήγησε στην ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η Νοσηλεία στο Σπίτι αποτελεί ένα από τα βασικά στοιχεία της Π.Φ.Υ. και δηλώνει την επιστροφή στην προσωπική φροντίδα του αρρώστου στο σπίτι με όλα τα πλεονεκτήματα που αυτή μπορεί να έχει. Η ανάπτυξη της νοσηλευτικής στο μέλλον θα συνοδεύεται από αυξημένη εξειδίκευση, ανεξάρτητη άσκηση του επαγγέλματος, φροντίδα σε εξωνοσοκομειακή βάση και περισσότερη επαφή με την κοινότητα. Η έξοδος από μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης με έμφαση στη Νοσηλεία στο Σπίτι και η ανάγκη για τους νοσηλευτές να εκπαιδεύουν τα άτομα, να επιμελούνται της αυτοφροντίδας τους και να εμπλέκουν την οικογένεια στη φροντίδα των ασθενών και των ηλικιωμένων θα είναι από τους βασικούς στόχους της νοσηλευτικής.

Θα πρέπει όμως να σημειωθεί πως για να γίνει αποδεκτή η πρόταση της εναλλακτικής αυτής μορφής νοσηλείας από τους πολίτες, θα πρέπει να προηγηθεί η κατάλληλη και πλήρης ενημέρωσή τους για τα πλεονεκτήματά της καθώς και η σωστή ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών. Αυτό μπορεί να γίνει μέσα από τους τομείς κοινωνικής ιατρικής των νοσοκομείων και μέσα από τις δραστηριότητες των Κέντρων Υγείας. Θα πρέπει, επίσης, να ενεργοποιηθούν όλες οι επί μέρους διατάξεις, οι οποίες

αφορούν τη νομοθεσία στη συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας και στην ειδίκευση των νοσηλευτών στην κοινοτική νοσηλευτική.

4.3 Μορφές «Κατ' Οίκον Νοσηλείας»

Υπάρχουν διάφορες μορφές και προγράμματα Νοσηλείας στο Σπίτι ανάλογα με τον οικονομικό φορέα που της συντηρεί και τη διοικητική τους οργάνωση:

1. Κρατικές ή Δημόσιες Υπηρεσίες Νοσηλείας στο Σπίτι.

Κατευθύνονται και συντηρούνται από το κράτος. Οι διάφοροι ασφαλιστικοί οργανισμοί μπορεί να συμβληθούν με το κράτος και να καλύπτουν έτσι το σύνολο ή μέρος των εξόδων των ατόμων που εξυπηρετούνται.

2. Ιδιωτικοί μη Κερδοσκοπικοί οργανισμοί.

Μπορεί να διαθέτουν υπηρεσίες Νοσηλείας στο Σπίτι, οι οποίες να επιχορηγούνται και από το κράτος ή την κοινότητα την οποία υπηρετούν, όπως Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Ε.Ε.Σ.)

3. Υπηρεσίες Νοσηλείας στο Σπίτι που ανήκουν ή ξεκινούν από ένα μεγάλο Νοσοκομείο.

Τα πλεονεκτήματα των υπηρεσιών αυτών είναι ότι μπορούν να χρησιμοποιήσουν της ήδη υπάρχουσες πηγές και μέσα του νοσοκομείου για να καλύψουν τις ανάγκες των ατόμων.

4. Υπηρεσίες Νοσηλείας στο Σπίτι που ανήκουν σε κάποιο συγκεκριμένο Δήμο ή Κοινότητα.

Συντηρούνται από αυτόν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι Δήμοι Αρχανών στην Κρήτη και Τριανδρίας στη Θεσσαλονίκη.

5. Υπηρεσίες νοσηλείας που λειτουργούν εθελοντικά.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα ο σύλλογος παροχής φροντίδας και Κατ' Οίκον Νοσηλείας Σύρου.

4.4 Προγράμματα Νοσηλείας στο Σπίτι

1. Νοσοκομείο Μεταξά:

Υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας λειτουργεί στο νοσοκομείο Μεταξά από το 1979 και αφορά Κατ Οίκον Νοσηλεία στο δημόσιο τομέα.

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα σε ορισμένα νοσοκομεία στον τομέα της υγείας είναι η εξεύρεση νοσοκομειακής κλίνης. Στα ογκολογικά νοσοκομεία το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα οξύ. Ο ογκολογικός ασθενής έχει ανάγκη από συχνή ιατρο-νοσηλευτική παρακολούθηση και φροντίδα.

Για τους λόγους αυτούς ιδρύθηκε το 1979 και άρχισε να λειτουργεί ένα πειραματικό πρόγραμμα στην περιοχή του Πειραιά, για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα τελικού σταδίου καρκίνου, που εξέρχονταν από το νοσοκομείο. Πιο συγκεκριμένα την Υπηρεσία Νοσηλείας στο Σπίτι (Υ.Ν.Σ.) του νοσοκομείου Μεταξά, η οποία συνεχίζει να λειτουργεί και σήμερα. Είναι μία ευκίνητη μονάδα με χαμηλό κόστος που προσπαθεί συνεχώς να βελτιώσει τις υπηρεσίες που προσφέρει. Η υπηρεσία αυτή θεωρείται μια προέκταση του νοσοκομείου. Η ομάδα που προσφέρει τις υπηρεσίες Κατ' Οίκον Νοσηλείας αποτελείται από έμπειρες νοσηλεύτριες, τα υπόλοιπα μέλη όπως, φυσιοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας και άλλους επαγγελματίες υγείας λόγω έλλειψης προσωπικού δεν υφίστανται (www.metaxa-hospital.gr).

Συνεργάζονται με τους ιατρούς που παρακολουθούν τους ασθενείς και τους ενημερώνουν για την πορεία και την εξέλιξη της υγείας τους.

Παρέχουν υπηρεσίες:

- Ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στους ασθενείς και στις οικογένειές τους.
- Πρόληψης και φροντίδας κατακλίσεων.
- Περιποίησης τραυμάτων.
- Διενέργειας αιμοληψιών.
- Φροντίδας στομίων (κολοστομία, τραχειοστομία).
- Ελέγχου αποτελεσματικότητας αναλγητικής αγωγής.
- Κάλυψη διατροφικών αναγκών με χορήγηση ειδικών σκευασμάτων.

- Εκπαίδευση της οικογένειας για την σωστή παροχή φροντίδας στον ασθενή.

Στόχοι:

1. Αποσυμφόρηση του νοσοκομείου.
2. Μείωση ζήτησης νοσηλευτικών κλινών. Ελάττωση ημερών νοσηλείας. Μείωση κόστους νοσηλείας.
3. Ψυχοκοινωνική στήριξη.
4. Παραμονή του ασθενή στο γνώριμο οικογενειακό περιβάλλον.
6. Βελτίωση ποιότητας ζωής (Μπρατάνη, Π., 1996).

Γεωγραφική ακτίνα:

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. Δήμος Πειραιά | 6. Δήμος Καλλιθέας |
| 2. Δήμος Κερατσινίου | 7. Δήμος Μοσχάτου |
| 3. Δήμος Περάματος | 8. Δήμος Ν. Φαλήρου |
| 4. Δήμος Δραπετσώνας | 9. Δήμος Κορυδαλλού |
| 5. Δήμος Νίκαιας | |

Η Υ.Ν.Σ. είναι μονάδα ευέλικτη με χαμηλό οικονομικό κόστος:

1. Παρέχει ιατρικές - νοσηλευτικές υπηρεσίες χωρίς επιβάρυνση του ασφαλιστικού φορέα.
2. Φάρμακα όπως παυσίπονα, ναρκωτικά, αναλώσιμο και υγειονομικό υλικό χορηγούνται δωρεάν από το νοσοκομείο.
3. Πραγματοποιούνται στο νοσοκομείο εργαστηριακές εξετάσεις, όπως αιματολογικές, βιοχημικές, ακτινολογικές, δωρεάν για τους ασθενείς της Κατ' Οίκον Νοσηλείας.

Οι προϋποθέσεις για να γίνει υπαγωγή του ασθενή στην υπηρεσία είναι οι εξής:

1. Να είναι διαγνωσμένος ογκολογικός ασθενής από το Νοσοκομείο Μεταξά.
2. Να κατοικεί στις προαναφερόμενες περιοχές.
3. Να υπάρχει παραπομπή στην υπηρεσία από το θεράπων ιατρό.

2. Νοσοκομείο Άγιοι Ανάργυροι:

Από το 1986 λειτουργεί υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας στο ογκολογικό νοσοκομείο Άγιοι Ανάργυροι και αφορά Κατ' Οίκον Νοσηλεία στο δημόσιο τομέα.

Παρέχει υπηρεσίες σε άτομα με καρκίνο τελικού σταδίου, που εξέρχονται από το νοσοκομείο. Δημιούργησε μια μικρή ευέλικτη ιατρονοσηλευτική υπηρεσία για την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών στο σπίτι από την Υ.Κ.Ο.Ν. (Υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας). Συνεχίζει να λειτουργεί μέχρι σήμερα.

Η υπηρεσία απαρτίζεται:

- Διευθυντή Ιατρό.
- Προϊσταμένη.
- 3 Νοσηλεύτριες.
- Γραμματέα.
- Κοινωνικό Λειτουργό.
- Ψυχολόγο.

Παρέχουν υπηρεσίες σε όλη την Αττική εκτός Πειραιά. Τα σπουδαιότερα προβλήματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς στο σπίτι είναι: χρόνιος πόνος, προβλήματα πεπτικού και διατροφής, προβλήματα αναπνευστικού, τραύματα, κατακλίσεις, λοιμώξεις ουροποιητικού, προβλήματα καθετήρων.

3. Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων:

Το «Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων εφαρμόζει από το 2001 Κατ' Οίκον Νοσηλεία, σε ασθενείς που εξέρχονται από το νοσοκομείο που είναι κυρίως ηλικιωμένοι με χρόνια νοσήματα.

Η υπηρεσία απαρτίζεται:

- Ιατρό.
- Επισκέπτη Υγείας.
- Νοσηλεύτη.
- Φυσιοθεραπευτή.
- Ψυχολόγο.

Λειτουργεί σε καθημερινή πενθήμερη βάση στο πρωινό ωράριο εργασίας. Το νοσοκομείο καλύπτει ό,τι χρειάζεται για τη φροντίδα των αρρώστων στο σπίτι τους.

4. Ογκολογικό Νοσοκομείο ΙΚΑ «Γεώργιος Γεννηματάς»:

Λειτουργεί αυτοδύναμη μονάδα Κατ' Οίκον Νοσηλείας, που περιλαμβάνει: επιστημονικό υπεύθυνο, νοσηλευτές και συνεργαζόμενες ειδικότητες που παρέχει τις υπηρεσίες της, στο χώρο του ασφαλισμένου ασθενούς με τη σύμφωνη γνώμη του. Ιδιαίτερη μέριμνα προβλέπεται για τους καρκινοπαθείς που δεν είναι σε θέση να μετακινηθούν.

5. Νοσοκομείο Παμμακάριστος:

Υπηρεσίες Κατ' Οίκον Νοσηλείας παρέχονται σε καρκινοπαθείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο, αλλά και όσους υποφέρουν από καρδιακή ανεπάρκεια, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, παραπληγία, νευραλγίες, γεροντική άνοια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια τελικού σταδίου, αλτσχάιμερ, πνευμονικές ιώσεις, αλλά και κατάγματα και άλλες παθήσεις.

6. Νοσοκομείο Αρεταίειο:

Στο Αρεταίειο νοσοκομείο και στο πλαίσιο του ιατρείου θεραπείας πόνου και παρηγορητικής αγωγής ιδρύθηκε και λειτουργεί από το 1999 μονάδα Κατ' Οίκον Νοσηλείας για τους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε παρεμβατική θεραπεία, αποτελούμενη από 1 ιατρό, 2 νοσηλευτές, και 1 ψυχολόγο. Η επίβλεψη της ομάδας γίνεται από την αντίστοιχη Επίκουρο Καθηγήτρια που συμβουλεύει την ομάδα σε 24ωρη βάση.

7. Νοσοκομείο Υγεία:

Στα πλαίσια του ιδιωτικού τομέα, το νοσοκομείο Υγεία προσφέρει Κατ' Οίκον Νοσηλεία. Η τηλεφωνική γραμμή «1051» του νοσοκομείου Υγεία παρέχει νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι του ασθενούς. Λειτουργεί σαν μία κανονική κλινική του νοσοκομείου, με τη μόνη διαφορά ότι οι ασθενείς βρίσκονται στα σπίτια

τους. Επισκέψεις γίνονται τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα από την ομάδα υγείας και μία φορά ημερησίως επισκέπτεται τον ασθενή ιατρός.

Το χαρακτηριστικό της οργάνωσης του «1051» που το ανάγει σε επίπεδο κλινικής νοσοκομείου, είναι ότι διαθέτει όλες τις δυνατότητες εκτός από χειρουργείο και εντατική.

Εκτός από τους ασθενείς που πρέπει να χειρουργηθούν, οι μόνοι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο, είναι αυτοί που πληρούν τα κριτήρια εισαγωγής σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και εισάγονται κατ' ευθείαν σε τέτοια μονάδα.

Η υπηρεσία απαρτίζεται:

- Ιατρό.
- Νοσηλευτές.
- Νοσοκόμους.

Μέσω του προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλεία, είτε πραγματοποιείται η ταχύτερη εξαγωγή του ασθενή από το θεραπευτήριο για παράδειγμα μετεγχειρητικές περιπτώσεις είτε, σε περιπτώσεις όπου αυτό είναι εφικτό, αποφεύγεται τελείως η νοσηλεία του σε κλίνη του Υγεία.

Ουσιαστικά, η ένταξη του ασθενή στο πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλεία, ισοδυναμεί με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, με τη σημαντική διαφορά ότι δε χρειάζεται να μετακινηθεί από το σπίτι του. Με αυτόν τον τρόπο, οι μεν ασθενείς απολαμβάνουν την παροχή ποιοτικών ιατρικών υπηρεσιών στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού τους, το δε Υγεία αυξάνει τη δυναμικότητα των κλινών του, χωρίς το αντίστοιχο κόστος, καθώς, λόγω του προγράμματος, απελευθερώνει κλίνες για τη νοσηλεία ασθενών, στην περίπτωση των οποίων, η νοσηλεία καθίσταται απαραίτητη (www.hygeia.gr).

8. Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός:

Ο Ε.Ε.Σ., ο οποίος συμπληρώνει τις παρεχόμενες από το κράτος υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας, γνωρίζοντας ότι οι ανάγκες για ιατρονοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι είναι έντονες και ότι η Ελληνική κοινωνία στερείται οργανωμένου Υπηρεσιακού

φορέα, άρχισε να λειτουργεί από το Σεπτέμβριο του 1990 την υπηρεσία «Νοσηλεία στο Σπίτι», η οποία στεγάζεται στην οδό Μεσογείων 117 στους Αμπελόκηπους και αποτελεί αυτοτελή μονάδα παροχής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι για ασθενείς που εξέρχονται από το Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο- Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ. Η νοσηλεία παρέχεται σε όλες τις ηλικίες και αφορά 2 κατηγορίες ασθενών, το χρόνιο ασθενή και τον ασθενή μετά από οξεία νόσο ή ατύχημα. Η επιλογή των ασθενών γίνεται ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, με μοναδικά κριτήρια: Να έχουν οικογενειακό περιβάλλον και να βρίσκονται στην καθορισμένη ακτίνα κάλυψης.

Περιοχές που καλύπτει το πρόγραμμα:

1. Αμπελόκηποι	11. Θησείο	21. Αγ.Παρασκευή
2. Αγ. Αρτέμιος	12. Ιλίσια	22. Πατήσια
3. Βριλήσσια	13. Καισαριανή	23. Πολύγωνο
4. Γαλάτσι	14. Ν. Κόσμος	24. Τρεις Γέφυρες
5. Γκόζη	15. Κυψέλη	25. Υμηττός
6. Γουδί	16. Μαρούσι	26. Φιλοθέη
7. Δάφνη	17. Μοναστηράκι	27. Χαλάνδρι
8. Εξάρχεια	18.Μπραχάμι	28. Χολαργός
9. Ελληνορώσων (Φιξ)	19. Παγκράτι	29. Ν. Ψυχικό
10. Ζωγράφου	20. Παπάγου	30. Π. Ψυχικό

Η ευρύτερη λειτουργία της υπηρεσίας επιτεύχθηκε χάρη στη σωστή οργανωτική υποδομή, στην κατάλληλη στελέχωση αλλά και στη συνεργασία των ειδικοτήτων της επιστημονικής ομάδας, η οποία αποτελείται:

- Από 2 Ιατρούς (1 μόνιμο με ωράριο 8:00-13:00 καθημερινά και 1 εθελοντή).
- Από 2 Νοσηλεύτριες.
- Από 2 Φυσιοθεραπευτές.
- Από 1 Οικιακή Βοηθό.
- Από 3 οδηγούς αυτοκινήτων.

Η υπηρεσία πλαισιώνεται από εθελοντές και υπάρχει άμεση συνεργασία με το προσωπικό του νοσοκομείου, όπως με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, κοινωνικούς λειτουργούς και διαιτολόγους.

Παροχή Υπηρεσιών:

Παρέχει εντελώς δωρεάν τις εξής υπηρεσίες:

- Νοσηλεία και εφαρμογή θεραπευτικής αγωγής.
- Ιατρική εξέταση των ατόμων που εντάσσονται στο πρόγραμμα κυρίως στο σπίτι αλλά και στο ιατρείο.
- Φυσιοθεραπεία – Αποκατάσταση.
- Βοήθεια για εξέταση από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων.
- Εργαστηριακές εξετάσεις – Ηλεκτροκαρδιογραφήματα.
- Εκπαίδευση των αρρώστων και των μελών της οικογένειας.
- Εκπαίδευση φοιτητών και σπουδαστών της νοσηλευτικής.
- Δανείζει διάφορα ιατρικά βοηθητικά όργανα της: νοσοκομειακά κρεβάτια, αναπηρικά αμαξίδια, περιπατητήρες.
- Λειτουργία ιατρείου για την πρόληψη και θεραπεία της οστεοπόρωσης για γυναίκες 45-65 ετών.

9. Το Κέντρο Υγείας του Άστρους:

Το Κέντρο Υγείας του Άστρους Κυνουρίας παρέχει Κατ' Οίκον Νοσηλεία από τον Οκτώβρη του 2001. Εκτενέστερη αναφορά θα γίνει στη συνέχεια στο 5^ο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης.

10. Το Περιφερειακό Ιατρείο Αγίων Θεοδώρων:

Το Περιφερειακό Ιατρείο Αγίων Θεοδώρων παρέχει Κατ' Οίκον Νοσηλεία από τον Ιούλιο του 2002.

Η Ομάδα Υγείας απαρτίζεται:

- 3 Ιατρούς ένας εκ' των οποίων είναι Γενικός Ιατρός.
- 1 Χειρουργό.
- 1 Νοσηλεύτρια.

Συνεργάζονται με ιδιώτες ιατρούς της περιοχής, 2 μικροβιολόγους και 1 Φυσιοθεραπευτή. Παρέχουν ιατρονοσηλευτική και παρηγορητική φροντίδα σε άτομα κυρίως τρίτης ηλικίας, ακόμα μετά από ατύχημα, καθώς και σε άτομα με καρκίνο. Οι

υπηρεσίες προσφέρονται σε καθημερινή βάση εκτός Σαββάτου και Κυριακής, καθώς επίσης εθελοντικά παρέχονται εργασίες και εκτός ωραρίου.

11. Δήμος Τριανδρίας Θεσσαλονίκης:

Μια πρωτοποριακή προσπάθεια του δήμου Τριανδρίας Θεσσαλονίκης στον τομέα της υγείας είναι η σύσταση της μονάδας πρωτοβάθμιας υγείας που λειτουργεί ως δημοτική επιχείρηση με στόχο τη βελτίωση της περίθαλψης και της υγείας των κατοίκων της περιοχής. Η μονάδα αυτή είναι μία από τις δύο που υπάρχουν σε όλη την Ελλάδα και οι δραστηριότητές της επεκτείνονται σε θέματα ενημέρωσης, φροντίδας υγείας και πρόληψης. Λειτουργήσει σε πειραματική - εθελοντική βάση στο Δήμο από το 1993 έως 1996 απευθυνόμενη κυρίως σε άτομα της τρίτης ηλικίας και παρουσιάζει ακόμη και σήμερα μεγάλη επιτυχία. Η επιχείρηση λειτουργεί ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου και έχει έδρα το Δήμο Τριανδρίας. Διοικείται από πενταμελές Διοικητικό Συμβούλιο (Μπρατάνη Π., 1996).

12. Δήμος Αρχανών Κρήτης:

Η μονάδα πρωτοβάθμιας υγείας Αρχανών έχει δημιουργήσει το πρόγραμμα «Φροντίδα Ηλικιωμένων στο Σπίτι» που απευθύνεται σε όλους της ηλικιωμένους άνω των 60 ετών, του Δήμου Αρχανών, οι οποίοι για σωματικούς, ψυχοκοινωνικούς και άλλους λόγους δεν έχουν επαφή με της υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας και έχουν ανάγκη φροντίδας στο σπίτι.

13. Το Εθνικό πρόγραμμα Ψυχαγωγός:

Το εθνικό πρόγραμμα Ψυχαγωγός, μέρος του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης της χώρας, παρέχει υπηρεσίες Κατ' Οίκον Νοσηλείας. Επιπλέον το ιατροπαιδαγωγικό κέντρο, που απευθύνεται σε παιδιά, εφήβους και τις οικογένειές τους, περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής βοήθειας σε επίπεδο κατ' οίκων επισκέψεων.(www.msu.gr).

14. Σύλλογος παροχής φροντίδας και Κατ' Οίκον Νοσηλείας Σύρου:

Υπηρεσίες Κατ' Οίκον Νοσηλείας παρέχονται στη χώρα μας και από εθελοντικούς μη κερδοσκοπικούς φορείς, χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο Σύλλογος Παροχής Φροντίδας και Κατ' Οίκον Νοσηλείας Σύρου, που ιδρύθηκε το 1995, αν και η παροχή Νοσηλείας στο Σπίτι ξεκίνησε από τα μέλη του συλλόγου το 1993 εθελοντικά. Το παρεχόμενο έργο της νοσηλευτικής ομάδας περιλαμβάνει ατομική καθαριότητα, μέτρηση αρτηριακής πίεσης και σακχάρου αίματος, αιμοληψίες, αλλαγή καθετήρα κύστεως, περιποίηση τραυμάτων, κατακλίσεων και διάφορα άλλα.

Τέλος υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας παρέχει και το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων για τους ασθενείς με AIDS (www.elpida.gr).

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5^ο

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΤΡΟΥΣ

5.1 Το Κέντρο Υγείας Άστρους

Το Κέντρο Υγείας του Άστρους καλύπτει από πλευράς υπηρεσιών υγείας το Δήμο Βόρειας Κυνουρίας, ο οποίος έχει μεγάλη γεωγραφική έκταση, με πληθυσμό περίπου 20.000 άτομα και διασπορά μικρών κοινοτήτων σε δυσπρόσιτα σημεία.

Το Κ.Υ του Άστρους Κυνουρίας στελεχώνεται από:

- 5 Ιατρούς, εκ των οποίων: 3 αγροτικούς, 1 ειδικευμένο επιμελητή Α και 1 Διευθυντή.
- 10 Νοσηλευτές.
- 2 Παρασκευάστριες.
- 1 Μαία.
- 1 Παιδίατρο, η οποία πραγματοποιεί ελάχιστες κατ' οίκον επισκέψεις.
- 2 Οδοντιάτρους, οι οποίοι δεν πραγματοποιούν κατ' οίκον επισκέψεις.
- 5 Οδηγούς.

Μετά από συζητήσεις που είχαμε με το προσωπικό του Κ.Υ μας δήλωσαν ότι: «Ο κύριος σκοπός της Κατ' Οίκον Νοσηλείας των ασθενών, είναι η παροχή καλύτερης ποιότητας ζωής για τον ασθενή και την οικογένεια του. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν πρωτόκολλα παρακολούθησης ασθενών στο σπίτι, αν και η παρουσία τους δεν είναι εγγύηση για καλύτερη ποιότητα φροντίδας. Σε συνάρτηση με την έλλειψη άλλων υπηρεσιών όπως Κ.Α.Π.Η. καθώς και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, ο οποίος ασχολείται κυρίως με τις αγροτικές εργασίες, οδήγησαν στη δημιουργία ενός προγράμματος παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον».

Μέχρι τότε, μας ανέφεραν, ότι υπήρχαν κλήσεις για φροντίδα κατ' οίκον που αφορούσαν διάφορα περιστατικά για παράδειγμα αλλαγή καθετήρα, αιμόληψια και άλλα, τα οποία παρέχονταν χωρίς προγραμματισμό και καταγραφή των περιστατικών.

Από τον Οκτώβριο του 2001 λειτουργεί υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας. Η Νοσηλεία στο Σπίτι αποτελεί την καλύτερη σύγχρονη δομή της φροντίδας υγείας στο Κέντρο Υγείας του Άστρους, τόσο για την αντιμετώπιση ασθενειών όσο και για την πρόληψη, τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας.

Η υπηρεσία στελεχώνεται:

- Ιατρό.
- Επισκέπτρια Υγείας.
- Νοσηλεύτρια.
- Μαία.
- Παρασκευάστρια.
- Οδηγό.

Κριτήρια επιλογής ασθενών για Κατ' Οίκον Νοσηλεία στο Κ.Υ. του Άστρους :

Οι υπηρεσίες Νοσηλείας στο Σπίτι παρέχονται σε όλες τις ηλικίες και προσφέρονται σε άτομα μετά από:

- Ξαφνική ασθένεια.
- Υποτροπή χρόνιας ασθένειας.
- Μακροχρόνια αναπηρία και ανικανότητα.
- Ηλικιωμένα άτομα.
- Άτομα μη αυτοεξυπηρετούμενα.
- Άτομα με ανεπαρκείς πόρους.
- Καρκινοπαθείς τελευταίου σταδίου.

Ο ασθενής πρέπει να μάθει να ζει με την ασθένειά του. Να ζει συμφιλιωμένα με αυτήν χρησιμοποιώντας τα υγιή μέρη του σώματος του. Η εισαγωγή του στο νοσοκομείο δε λύνει το πρόβλημα του, απλώς επιβεβαιώνει την αδυναμία του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Η δυναμική παρέμβαση της Νοσηλείας στο Σπίτι είναι αναγκαία για να ελαχιστοποιήσει τον ατομικό και οικογενειακό προβληματισμό με το υπηρεσιακό κύρος και την έμπρακτη πολύπλευρη προσφορά της. Είναι κάποιες από τις δηλώσεις του προσωπικού του Κέντρου Υγείας.

Τα βασικότερα νοσήματα των ασθενών στην ακτίνα δράσης του Κ.Υ. του Άστρους:

- Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια .
- Καρδιαγγειακά Νοσήματα.
- Ψυχικά Νοσήματα.
- Κακοήθη Νεοπλάσματα.
- Ορθοπαιδικά Νοσήματα.
- Διάφορα (ΧΝΑ, ΣΔ, ΧΑΠ).

Τα παραπάνω νοσήματα αποτελούν την κύρια διάγνωση των ατόμων που έλαβαν Κατ' Οίκον Νοσηλεία. Η Κατ' Οίκον Νοσηλεία δεν είναι βέβαιο ότι απευθύνεται στη θεραπεία της κύριας νόσου, για παράδειγμα τα άτομα με Α.Ε.Ε. λαμβάνουν θεραπεία για κατάκλιση.

Από τον Ιανουάριο έως και το Δεκέμβριο του 2005 η ομάδα υγείας της Κατ' Οίκον Νοσηλείας του Άστρους πραγματοποίησε συνολικά 421 επισκέψεις, 81 έκτακτες και 340 κατόπιν ραντεβού, σε 60 ασθενείς εκ των οποίων 38 ήταν γυναίκες και 17 άνδρες.

Οι συχνότερες αιτίες επίσκεψης κατ' οίκον είναι:

- Περιποίηση κατακλίσεων 41 επισκέψεις.
- Διενέργεια αιμολοψίας 76 επισκέψεις.
- Περιποίηση τραυμάτων 73 επισκέψεις.
- Διενέργεια ενεσοθεραπείας 72 επισκέψεις.
- Ιατρική εξέταση 41 επισκέψεις.
- Διερεύνηση συνθηκών υγιεινής 7 επισκέψεις.
- Συμβουλευτική και Ψυχολογική υποστήριξη 7 επισκέψεις.
- Αλλαγή ουροκαθετήρα 10 επισκέψεις.
- Διενέργεια αντιγριπικού εμβολιασμού 9 επισκέψεις.
- Αφαίρεση ραμμάτων 9 επισκέψεις.

Τα παραπάνω στοιχεία βρίσκονται σε βιβλίο καταγραφής και παρακολούθησης των περιστατικών, όπου εκτός από τα ατομικά στοιχεία και το ιστορικό, καταγράφονται

οι παρατηρήσεις και οι παρεμβάσεις που έγιναν από την ομάδα Κατ' Οίκον Νοσηλείας κάθε φορά που πραγματοποιούνται επισκέψεις.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι κατ' οίκον επισκέψεις πραγματοποιούνται σε πενθήμερη εντός εργασίμων ωρών βάση, αλλά και εκτός ωραρίου όταν αυτό κριθεί αναγκαίο από την ομάδα υγείας της Κατ' Οίκον Νοσηλείας. Οι χρήστες που ζητούν την παροχή υπηρεσιών Κατ' Οίκον Νοσηλείας πηγαίνουν στο Κέντρο Υγείας ή επικοινωνούν στα τηλέφωνα και σε συνεννόηση με την επισκέπτρια υγείας, η οποία κατέχει και το συντονιστικό ρόλο της ομάδας υγείας, καθορίζει τα ραντεβού και προγραμματίζει τις επισκέψεις.

Κάθε κατ' οίκον επίσκεψη διαρκεί περίπου 30 λεπτά συμπεριλαμβανομένου του χρόνου μετακίνησης και του χρόνου παροχής υπηρεσιών υγείας. Γίνονται κατά μέσο όρο 3 επισκέψεις ημερησίως, με αποτέλεσμα η ομάδα υγείας που πραγματοποιεί τις κατ' οίκον επισκέψεις και η οποία αποτελείται από προσωπικό που στελεχώνει το Κ.Υ. του Άστρους, να απουσιάζει από αυτό για χρονικό διάστημα περίπου 1:30 ώρας. Παρόλα αυτά το Κ.Υ. παραμένει από πλευράς προσωπικού ικανό να αντιμετωπίσει οποιοδήποτε περιστατικό του προκύψει.

5.2 Οικονομική αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας

Η οικονομική αξιολόγηση είναι ένας γενικός όρος για μία σειρά τεχνικών που αναπτύχθηκαν κατά καιρούς από οικονομολόγους με σκοπό να βοηθηθεί η διαδικασία λήψης αποφάσεων και χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις που πρέπει να γίνουν επιλογές μεταξύ διαφορετικών προγραμμάτων ή δραστηριοτήτων (Πισιμίσης Θ., 1995).

Οι συνήθεις μορφές οικονομικής αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας είναι:

- Ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους. (Cost – minimization analysis)
- Ανάλυση αυξανόμενου κόστους (incremental cost analysis)
- Ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας (Cost - effectiveness analysis).
- Ανάλυση κόστους – χρησιμότητας (Cost - utility analysis).

- Ανάλυση κόστους – οφέλους (Cost – benefit analysis) (Πισιμίσης Θ., 1995).

Ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους. (Cost – minimization analysis):

Είναι μέθοδος περιορισμένης χρήσης, λόγω του ότι χρησιμοποιείται μόνο όταν η υπό εξέταση εναλλακτικές λύσεις έχουν ίδια αποτελέσματα και συνεπώς η ανάλυση περιορίζεται στο να εντοπίσει αυτή που θα είναι λιγότερο δαπανηρή (Πισιμίσης Θ., 1995).

Ανάλυση αυξανόμενου κόστους (incremental cost analysis)

Είναι ο προσδιορισμός και υπολογισμός του επιπρόσθετου κόστους, το οποίο μία υπηρεσία ή ένα πρόγραμμα επιβάλλει σε ένα άλλο συγκεκριμένο, με τα επιπρόσθετα αποτελέσματα, οφέλη ή χρησιμότητες, τις οποίες το πρόγραμμα αποδίδει

Η ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας (Cost - effectiveness analysis):

Τα περισσότερα προγράμματα υγείας διαφέρουν μεταξύ τους τόσο ως προς τις διαδικασίες, όσο και ως προς τα αποτελέσματα. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να αξιολογηθούν και τα κόστη και τα αποτελέσματα των προτεινόμενων εναλλακτικών επιλογών.

Η ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας είναι μέθοδος οικονομικής αξιολόγησης προγραμμάτων των οποίων τόσο τα κόστη όσο και τα αποτελέσματα είναι διαφορετικά και ποικίλα. (Πισιμίσης Θ., 1995).

Η ανάλυση κόστους – χρησιμότητας (Cost - utility analysis):

Η ανάλυση κόστους – χρησιμότητας είναι μέθοδος που συγκρίνει το κόστος διαφόρων μεθόδων με την χρησιμότητα – ωφελιμότητα που προκύπτει από αυτά και η οποία μετρείται σε μονάδες που στηρίζονται στην ωφελιμότητα. Η συνήθης μονάδα μέτρησης της χρησιμότητας είναι τα QALYs (Πισιμίσης Θ., 1995).

Η ανάλυση κόστους – οφέλους (Cost – benefit analysis):

Η ανάλυση κόστους – οφέλους είναι η πιο σύνθετη μέθοδος οικονομικής αξιολόγησης . Διαφέρει από τις άλλες μεθόδους στο ότι είναι η μόνη που υπολογίζει και τις εισροές (κόστη) και τις εκροές (οφέλη) σε νομισματικές μονάδες.

Αυτό την καθιστά ικανή να συγκρίνει τις αποδόσεις εναλλακτικών επενδύσεων όχι μόνο στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, αλλά και αποδόσεις επενδύσεων σε διαφορετικούς τομείς της οικονομίας. (Πισιμίσης Θ., 1995).

Επιπλέον, το γεγονός ότι τα κόστη και τα οφέλη εκφράζονται με ίδιους όρους (νομισματικούς) επιτρέπει την άμεση σύγκριση τους και ανάλογα με το θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα να αποφαινεται κανείς εύκολα για το κέρδος ή την ζημία που αποφέρει στην κοινωνία το πρόγραμμά αυτό καθεαυτό και όχι μόνο τη σύγκριση του με κάποιο άλλο. (Robinson R., 1993).

Στην αρχή της έρευνάς μας προσπαθήσαμε να αντλήσουμε πηγές κόστους, οι οποίες θα επιβάρυναν το πρόγραμμα Κατ Οίκον Νοσηλείας, αλλά το κόστος ήταν ανύπαρκτο. Από τις παραπάνω μορφές αξιολόγησης, η αξιολόγηση που πρέπει να χρησιμοποιηθεί σε έναν τέτοιο οργανισμό είναι η incremental cost analysis. Αυξανόμενο κόστος (incremental cost) δεν υπάρχει, αφού η ομάδα παροχής Κατ' Οίκον Νοσηλείας στελεχώνεται από το υπάρχον προσωπικό του Κέντρου Υγείας του Άστρους και δεν πληρώνεται επιπλέον για τις υπηρεσίες που παρέχει.

5.3 Ταυτότητα της έρευνας

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Υγείας του Άστρους Κυνουρίας. Το εργαλείο της έρευνάς μας ήταν ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού, ανοιχτού αλλά και μεικτού τύπου και το οποίο θα εκθέσουμε παρακάτω στο Παράρτημα Α. Το ερωτηματολόγιο είναι το βασικό μέσο επικοινωνίας ανάμεσα στο συνεντευκτή και στον ερωτώμενο. Αποτελείται από μια σειρά ερωτήσεων πάνω στα προβλήματα που απαιτούν κάποια πληροφορία από τον ερωτώμενο. Είναι το εργαλείο, με το οποίο πρέπει να επιτύχουμε το διπλό σκοπό της συνέντευξης: πρώτα να δημιουργήσουμε το κίνητρο στον ερωτώμενο να μιλήσει, ύστερα να μαζέψουμε τις κατάλληλες πληροφορίες για την έρευνα. Το ερωτηματολόγιο πρέπει να απεικονίζει με ιδιαίτερες ερωτήσεις το αντικείμενο της έρευνας και να προκαλεί απαντήσεις σε σχέση με αυτήν. Οι απαντήσεις πρέπει να είναι ειλικρινείς και να μπορούν να αναλυθούν σε σχέση με το αντικείμενο της έρευνας. Με άλλα λόγια, η ερώτηση που

μπαίνει σε σχέση με ένα συγκεκριμένο σκοπό, πρέπει να προκαλεί μια απάντηση που να ανταποκρίνεται στο σκοπό αυτό και να απεικονίζει έγκυρα και αμερόληπτα τη συμπεριφορά του ερωτώμενου (Φίλιας Β., 2003).

Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε μετά από συνεργασία των: κ. Πισιμίση, κ. Περδικάκη και εμάς. Ιδιαίτερη μέριμνα είχε ληφθεί ώστε να μη δημιουργεί σύγχυση αλλά και συναισθηματική φόρτιση και να μπορεί να είναι κατανοητό από όλους. Ο τρόπος συμπλήρωσης αυτού του ερωτηματολογίου ήταν με επισκέψεις Κατ' Οίκον. Κατά τη διάρκεια των επισκέψεών μας φιλοξενηθήκαμε από το Κέντρο Υγείας του Άστρους μετά από άδεια διάρκειας δύο εβδομάδων, η οποία μας δόθηκε από το Γ.Ν Τρίπολης.

Στην πορεία διαπιστώσαμε ότι στο χρονικό διάστημα των δύο εβδομάδων ήταν ανέφικτη η πραγματοποίηση επισκέψεων σε όλους τους χρήστες του προγράμματος της Κατ' Οίκον Νοσηλείας, με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος των χρηστών να δώσουν απαντήσεις μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας. Πέρα από το γεγονός αυτό καταλάβαμε ότι δεν ήταν δυνατόν ενώ ο ασθενής εξεταζόταν να του τίθενται ερωτήσεις και να δίνει αντικειμενικές απαντήσεις ενώπιον ιατρού και νοσηλευτικού προσωπικού. Επομένως, οι απαντήσεις μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας ήταν πιο ειλικρινείς και άμεσες με αποτέλεσμα να μην οδηγηθούμε σε ερευνητικό σφάλμα.

Ο πληθυσμός της έρευνάς μας ήταν άνδρες και γυναίκες, οι οποίοι κάνουν χρήση των υπηρεσιών Νοσηλείας στο Σπίτι στο Κέντρο Υγείας του Άστρους. Πιο συγκεκριμένα το μέγεθος του πληθυσμού μας ήταν 60 άτομα για τα οποία το Κέντρο Υγείας του Άστρους έχει κρίνει ότι έχουν πραγματικά ανάγκη για Κατ' Οίκον Νοσηλεία. Από αυτά λοιπόν τα 60 άτομα τα 50 δέχτηκαν πρόθυμα να μας απαντήσουν αρκετά όμως από αυτά δεν ήταν σε θέση να απαντήσουν και μας απάντησαν τα άμεσα συγγενικά τους πρόσωπα, 5 άτομα δε θέλησαν να απαντήσουν γιατί η νοητική τους κατάσταση δεν το επέτρεπε και άλλα 5 απεβίωσαν.

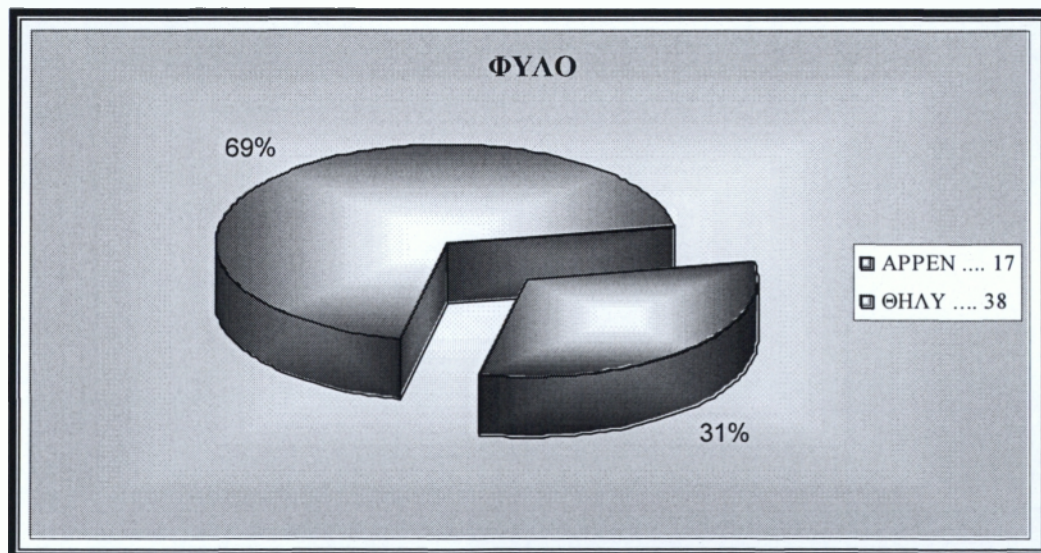
Σκοπός και στόχος της έρευνας είναι να διαπιστώσουμε κατά πόσο είναι απαραίτητη και οικονομικά συμφέρουσα η Κατ' Οίκον Νοσηλεία στην περιοχή του Άστρους, καθώς επίσης και κατά πόσο το πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των χρηστών του προγράμματος.

5.3.1 Ερωτηματολόγιο – Αποτελέσματα της έρευνας

Μετά τη συλλογή των στοιχείων, με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τον πληθυσμό της έρευνάς μας, στρέφουμε την προσοχή μας στην ανάλυση και στην ερμηνεία των απαντήσεων, μια διαδικασία που αποτελείται από σειρά, στενά συνδεδεμένων μεταξύ τους διεργασιών. Ο σκοπός της ανάλυσης είναι να τακτοποιήσει τις παρατηρήσεις που έχουν συγκεντρωθεί με έναν τέτοιο τρόπο, ώστε να δίνουν απαντήσεις στα ερωτήματα που διατυπώθηκαν με την έρευνα.

ΦΥΛΟ

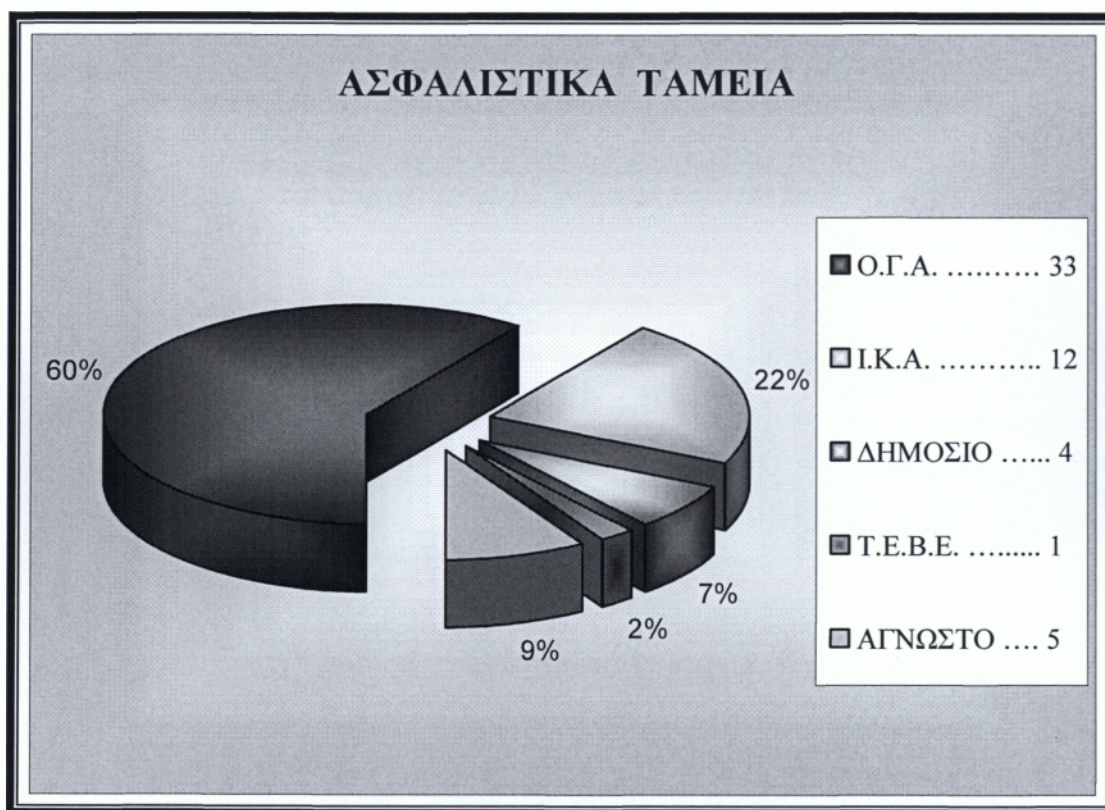
<u>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ</u>		
<u>ΦΥΛΟ</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΑΡΡΕΝ	17	31%
ΘΗΛΥ	38	69%



Στην παρούσα έρευνα μελετήσαμε 55 ασθενείς ηλικίας από 11 έως και 97 ετών και στους οποίους πραγματοποιήθηκε Κατ' Οίκον Νοσηλεία διάρκειας ενός έτους. Οι 38 ήταν γυναίκες και οι 17 άνδρες με ποσοστά 69% και 31% αντίστοιχα

ΑΣΦΑΛΙΣΗ

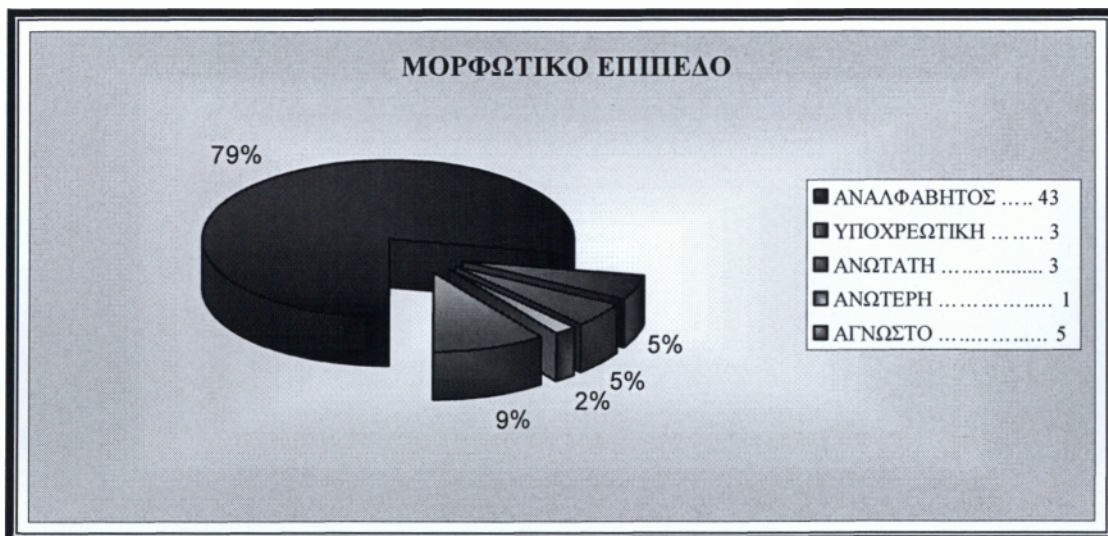
<u>ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ</u>		
<u>ΤΑΜΕΙΟ</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
Ο.Γ.Α.	33	60%
Ι.Κ.Α.	12	22%
ΔΗΜΟΣΙΟ	4	7%
Τ.Ε.Β.Ε.	1	2%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%



Τα ασφαλιστικά τους ταμεία έχουν ως εξής: ο Ο.Γ.Α. καλύπτει το 60% του πληθυσμού, το Ι.Κ.Α. καλύπτει πληθυσμό με ποσοστό 22%, τα 5 άτομα που δε δέχτηκαν να απαντήσουν καλύπτουν ποσοστό 9%, το Δημόσιο καλύπτει ένα ποσοστό της τάξεως 7% και τέλος το Τ.Ε.Β.Ε. καλύπτει το μικρότερο ποσοστό που ανέρχεται σε 2%. Είναι προφανές ότι απευθυνόμαστε κυρίως σε αγροτικό πληθυσμό και ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α. Από το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τις επισκέψεις που έγιναν στο σπίτι μας δείχνουν ότι η Νοσηλεία Κατ' Οίκον απευθύνεται σε άτομα χαμηλού εισοδηματικού επιπέδου.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

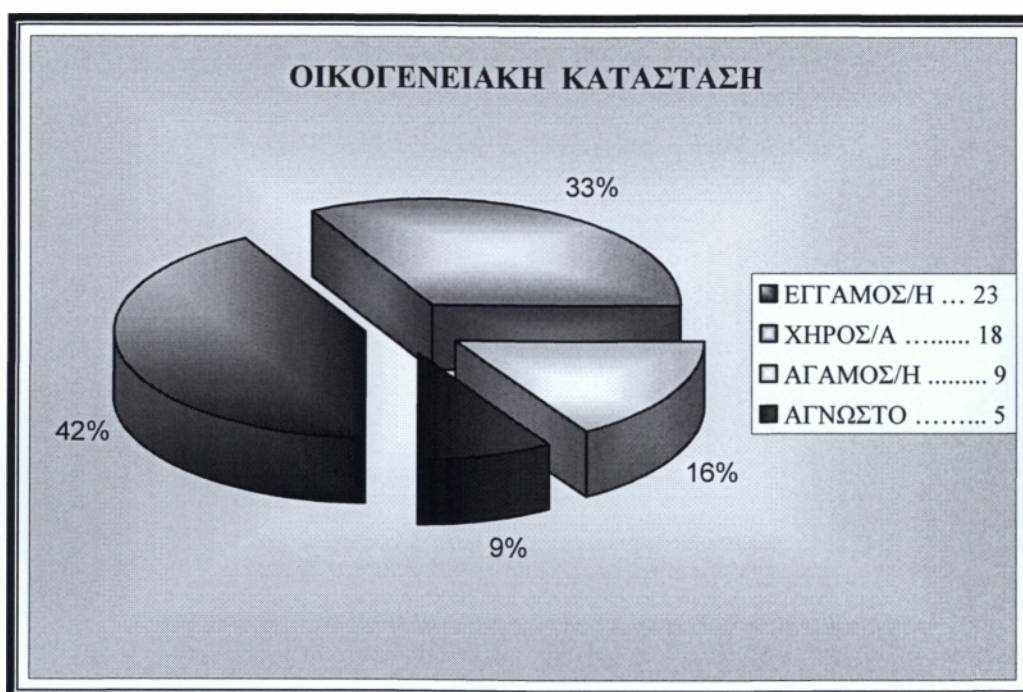
<u>ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ</u>		
<u>ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	43	79%
ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ	3	5%
ΑΝΩΤΑΤΗ	3	5%
ΑΝΩΤΕΡΗ	1	2%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%



Όσον αφορά την εκπαίδευση του πληθυσμού της έρευνάς μας: το 79% είναι αναλφάβητοι, την υποχρεωτική και ανώτατη εκπαίδευση αντιπροσωπεύει ένα ποσοστό της τάξεως του 5%, ενώ την ανώτερη εκπαίδευση το 2%. Τέλος, τα 5 άτομα που δε δέχτηκαν να απαντήσουν και συνεπώς μας είναι άγνωστη η εκπαίδευσή τους το 9%.

Ποία είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

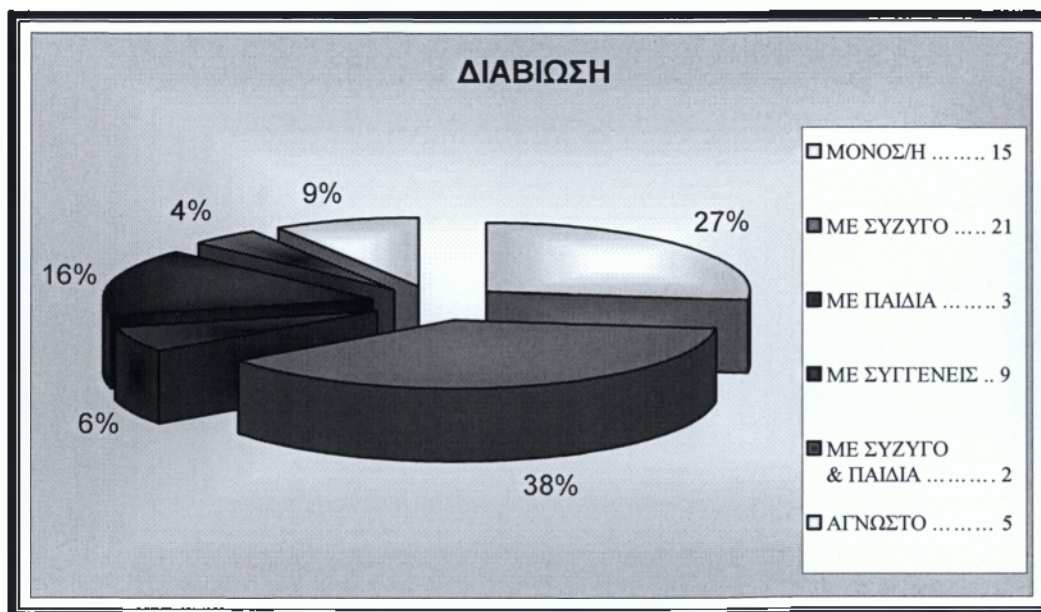
<u>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</u>		
<u>ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	23	42%
ΧΗΡΟΣ/Α	18	33%
ΑΓΑΜΟΣ/Η	9	16%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%



Η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων έχει ως εξής: το 42% αντιπροσωπεύει τους έγγαμους, στον αντίποδα βρίσκονται οι άγαμοι με ποσοστό 16% και χήρες/οι είναι το 33%. Τα 5 άτομα που αρνήθηκαν να απαντήσουν αντιπροσωπεύονται με ποσοστό της τάξεως 9%.

Διαβίωση

<u>ΔΙΑΒΙΩΣΗ</u>		
<u>ΠΩΣ;</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΜΟΝΟΣ/Η	15	27%
ΜΕ ΣΥΖΥΓΟ	21	38%
ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	3	6%
ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	9	16%
ΜΕ ΣΥΖΥΓΟ & ΠΑΙΔΙΑ	2	4%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%

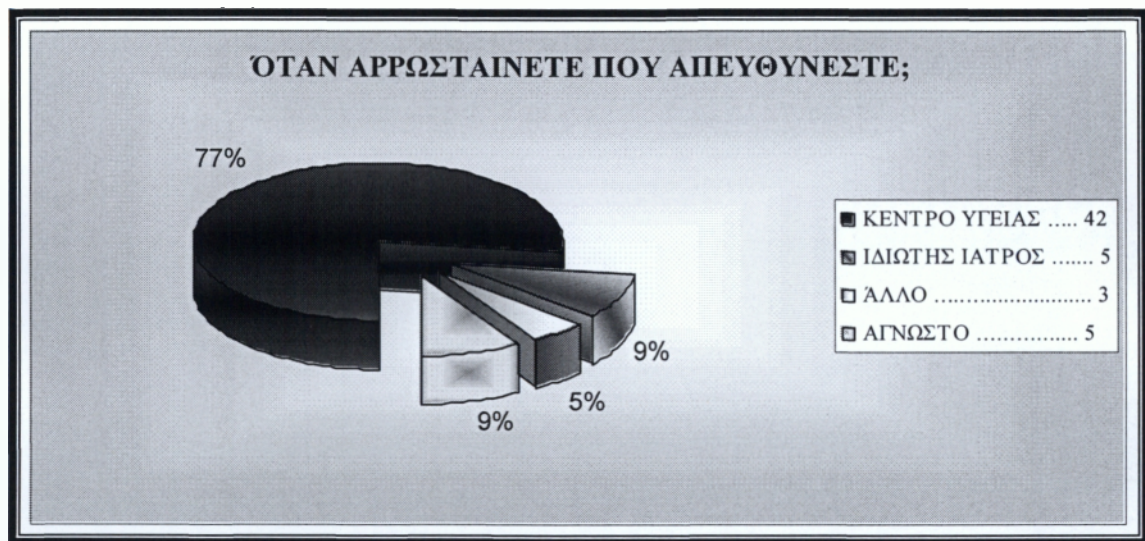


Από τους 55 ερωτηθέντες το 38% ζει με το/τη σύζυγο του, το 27% ζει μόνο του και είναι κυρίως γυναίκες, το 16% ζει με συγγενείς, ένα 4% ζει με σύζυγο και παιδιά, μόνο του ζει ένα ποσοστό της τάξεως του 27% και τέλος το 9% αντιπροσωπεύει τα άτομα που δεν απάντησαν.

Το μεγαλύτερο μέρος είναι άτομα, τα οποία ζουν μόνα τους ή με ένα ηλικιωμένο σύζυγο και μόνο ένα μικρό ποσοστό ζει με παιδιά, τα οποία βέβαια είναι άγνωστο αν μπορούν να τους προσφέρουν φροντίδα στο σπίτι.

Έχετε Ιδιώτη Οικογενειακό Ιατρό όταν αρρωσταίνει κάποιος στο σπίτι ή απευθύνεστε στο Κέντρο Υγείας;

<u>ΟΤΑΝ ΑΡΡΩΣΤΑΙΝΕΤΕ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΕΣΤΕ</u>		
<u>ΜΕΡΟΣ</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	42	77%
ΙΔΙΩΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ	5	9%
ΆΛΛΟ	3	5%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%

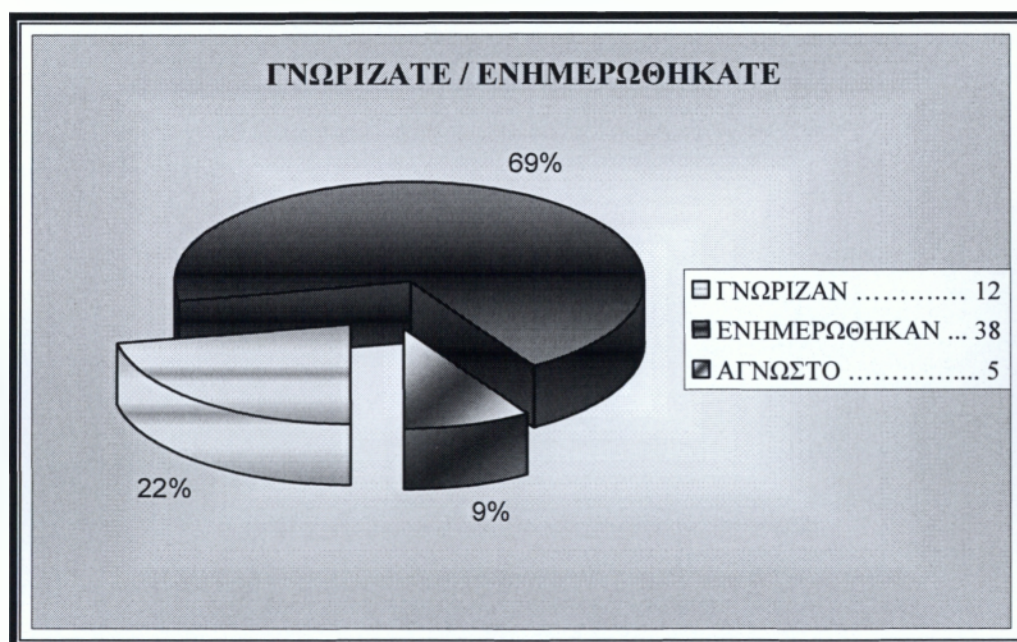


Στην ερώτηση που απευθύνεστε όταν αρρωσταίνετε: μόνο το 9% απάντησε ότι πάει σε ιδιώτη ιατρό, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι απευθύνεται στο Κέντρο Υγείας ποσοστό της τάξεως του 77% και το μικρότερο ποσοστό 5% απευθύνεται σε νοσοκομείο ή στο συγγενικό και φιλικό του περιβάλλον. Τα άτομα που δε δέχτηκαν να απαντήσουν αντιπροσωπεύονται με ποσοστό 9%.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι το Κέντρο Υγείας στην εκεί περιοχή είναι υψίστης σημασίας για τους κατοίκους διότι τα δύο πλησιέστερα Γενικά Νοσοκομεία βρίσκονται στην Τρίπολη και στο Ναύπλιο απόσταση από το Κ.Υ. πλέον της μίας ώρας και συνεπώς δεν είναι εύκολη η πρόσβαση σε αυτά. Αφού, η πλειοψηφία του πληθυσμού είναι από 60 ετών και πάνω ίσως να μη διαθέτουν δικό τους μεταφορικό μέσο. Η πρόσβαση στο Κέντρο Υγείας του Άστρους Κυνουρίας είναι η πιο εύκολη λύση για όλους.

Γνωρίζετε και ζητήσατε φροντίδα στο σπίτι ή σας ενημέρωσε το Κέντρο Υγείας για αυτή την υπηρεσία που παρέχει;

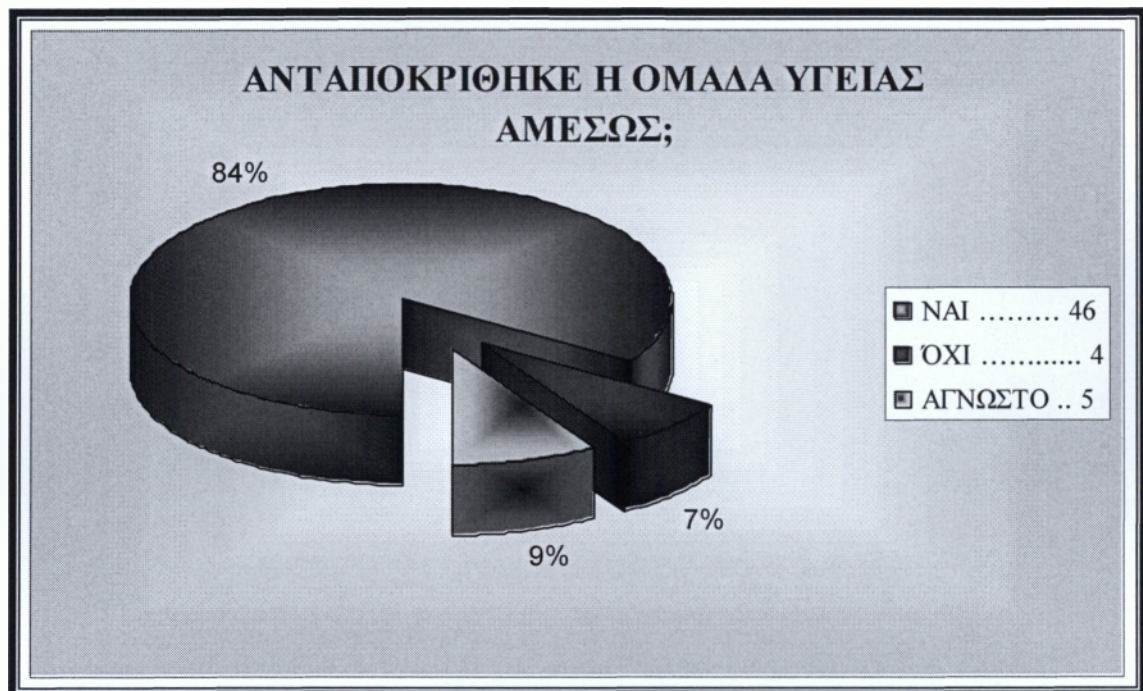
<u>ΓΝΩΡΙΖΑΤΕ / ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑΤΕ</u>		
	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΓΝΩΡΙΖΑΝ	12	22%
ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑΝ	38	69%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%



Στην ερώτηση αν γνώριζαν ή ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας: μόνο το 22% το γνώριζε, το 69% ενημερώθηκε και το 9% αντιπροσωπεύει το ποσοστό εκείνο, του πληθυσμού που αρνήθηκε να απαντήσει. Το γεγονός ότι το σύνολο των ατόμων που απάντησαν είτε γνώριζαν την ύπαρξη του προγράμματος, είτε ενημερώθηκαν από το Κ.Υ. σημαίνει ότι τα στελέχη του Κ.Υ. παρά το φόρτο εργασίας τους δημιουργούν ζήτηση για το πρόγραμμα αντί της φυγοπονίας που συνήθως απαντάται σε δημόσιες υπηρεσίες τέτοιου είδους.

Ανταποκρίθηκε η Ομάδα Υγείας αμέσως;

<u>ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ</u>		
	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΝΑΙ	46	84%
ΟΧΙ	4	7%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%

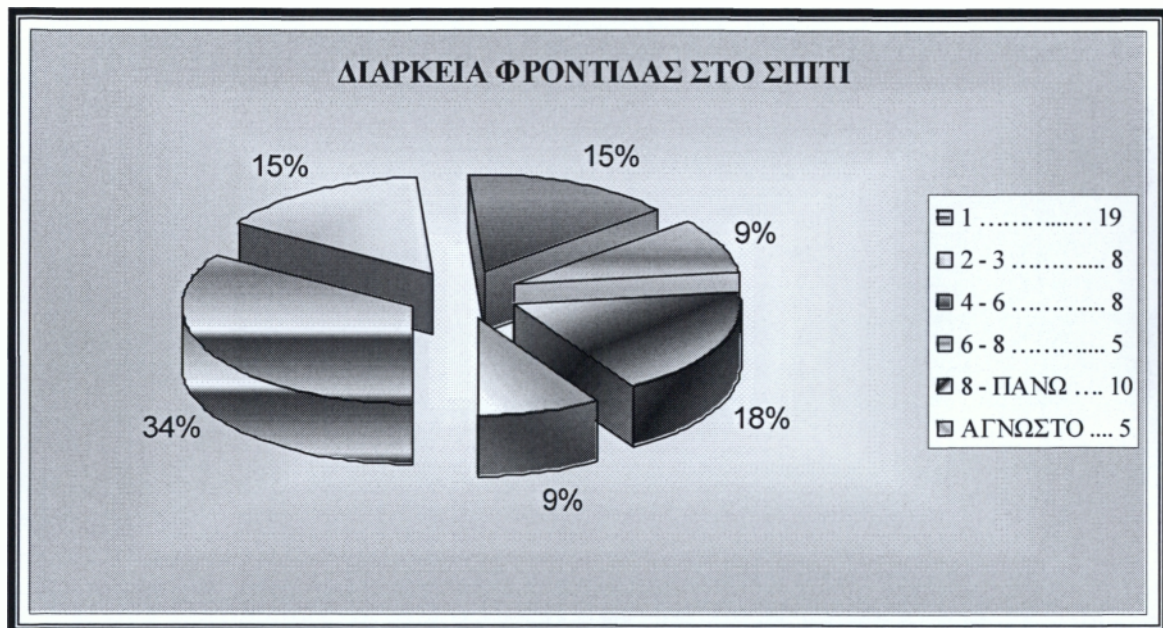


Στην ακόλουθη ερώτηση αν, ανταποκρίθηκε η ομάδα υγείας αμέσως: τα 46 άτομα απάντησαν θετικά ενώ μόλις τα 4 άτομα υποστήριξαν ότι υπήρξε κάποια καθυστέρηση. Άγνωστη μας είναι η απάντηση που θα έδιναν τα 5 άτομα του πληθυσμού μας.

Οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή αποτελούν κατά τη γνώμη μας επιβεβαίωση του σχολίου της προηγούμενης ερώτησης σχετικά με την εργατικότητα των στελεχών του Κέντρου Υγείας

Πόσες ημέρες διήρκεσε η φροντίδα υγείας στο σπίτι;

<u>ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ</u>		
<u>ΗΜΕΡΕΣ</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
1	19	34%
2 έως 3	8	15%
4 έως 6	8	15%
6 έως 8	5	9%
8 και ΠΑΝΩ	10	18%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%



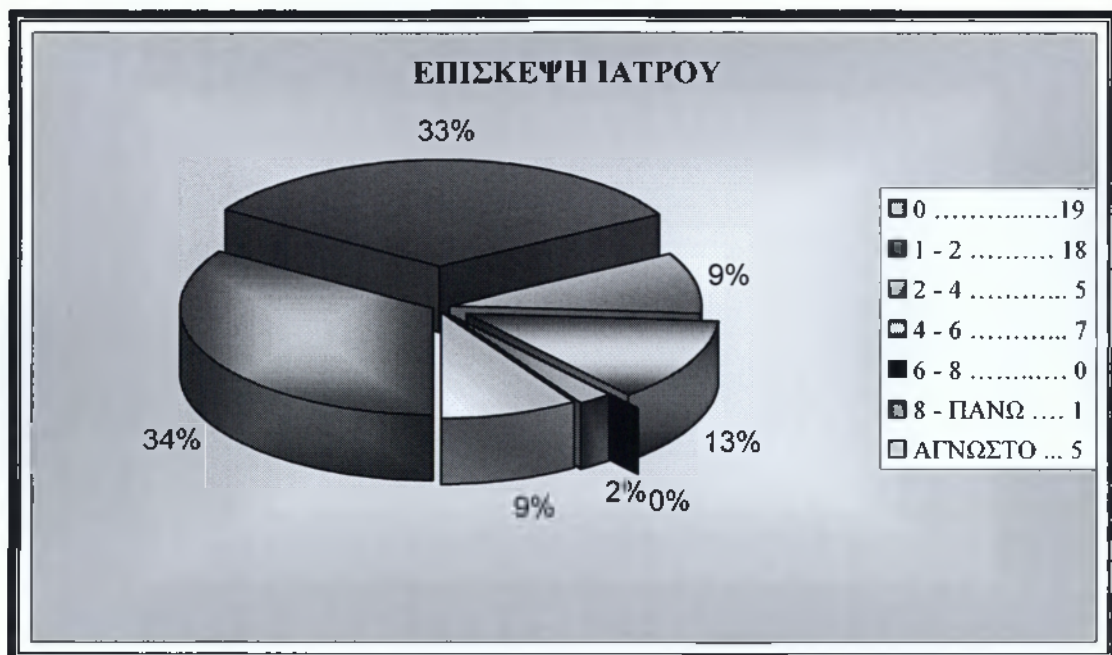
Στο ερώτημα πόσες μέρες κράτησε η φροντίδα υγείας στο σπίτι: 1 ημέρα απάντησε το 34%, 2-3 ημέρες απάντησε το 15%, 4-6 ημέρες απάντησε το 15%, 6-8 ημέρες απάντησε το 9%, 8-9 απάντησε το 18% και μας είναι άγνωστο το 9%.

Τα στοιχεία που παρατίθενται στον πίνακα αυτό είναι με κάθε επιφύλαξη διότι στη συντριπτική τους πλειοψηφία τα άτομα αυτά δε θυμόντουσαν τις επισκέψεις στο σπίτι και οι απαντήσεις τους ήταν στο σύνολό τους κατά προσέγγιση.

Στις περισσότερες δε, των περιπτώσεων, η αίσθηση που αποκομίσαμε ήταν ότι οι μέρες Νοσηλείας στο Σπίτι ήταν πολλαπλάσιες από αυτές που τελικά δήλωναν.

Πόσες φορές σας επισκέφτηκε ο/η ιατρός στο σπίτι;

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΙΑΤΡΟΥ		
ΕΠΙΣΚΕΨΗ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0	19	34%
1 έως 2	18	33%
2 έως 4	5	9%
4 έως 6	7	13%
6 έως 8	0	0%
8 και ΠΑΝΩ	1	2%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%

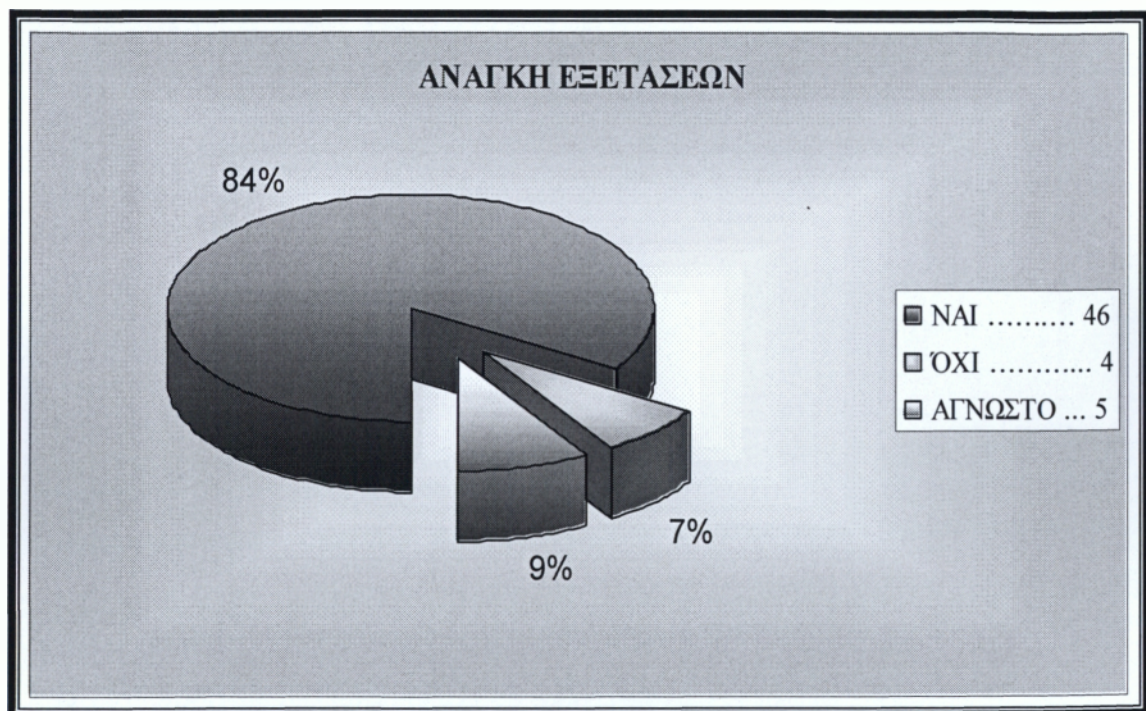


Στην ερώτηση πόσες φορές σας επισκέφθηκε ο/η ιατρός: 0 φορές ποσοστό 34%. Πρέπει να σημειωθεί ότι μπορεί να μην επισκέπτεται ιατρός τον ασθενή όταν δεν είναι απαραίτητος πηγαίνουν όμως παρασκευάστριες, επισκέπτρια υγείας και νοσηλεύτριες. 1-2 φορές το 33%, 2-4 φορές το 9%, 4-6 φορές το 13%, 6-8 φορές 0%, 8-και πάνω φορές το 2% και άγνωστο πόσες φορές τους επισκέφθηκε ο/η ιατρός το 9%.

Σε καμία περίπτωση όμως οι ερωτώμενοι δεν παραπονέθηκαν ή υπονόησαν κάτι αρνητικό, αλλά αποδέχονταν ότι αυτές ήταν οι απαραίτητες επισκέψεις που έπρεπε να έχει κάνει ο ιατρός.

Χρειάστηκε να γίνουν κάποιες εξετάσεις;

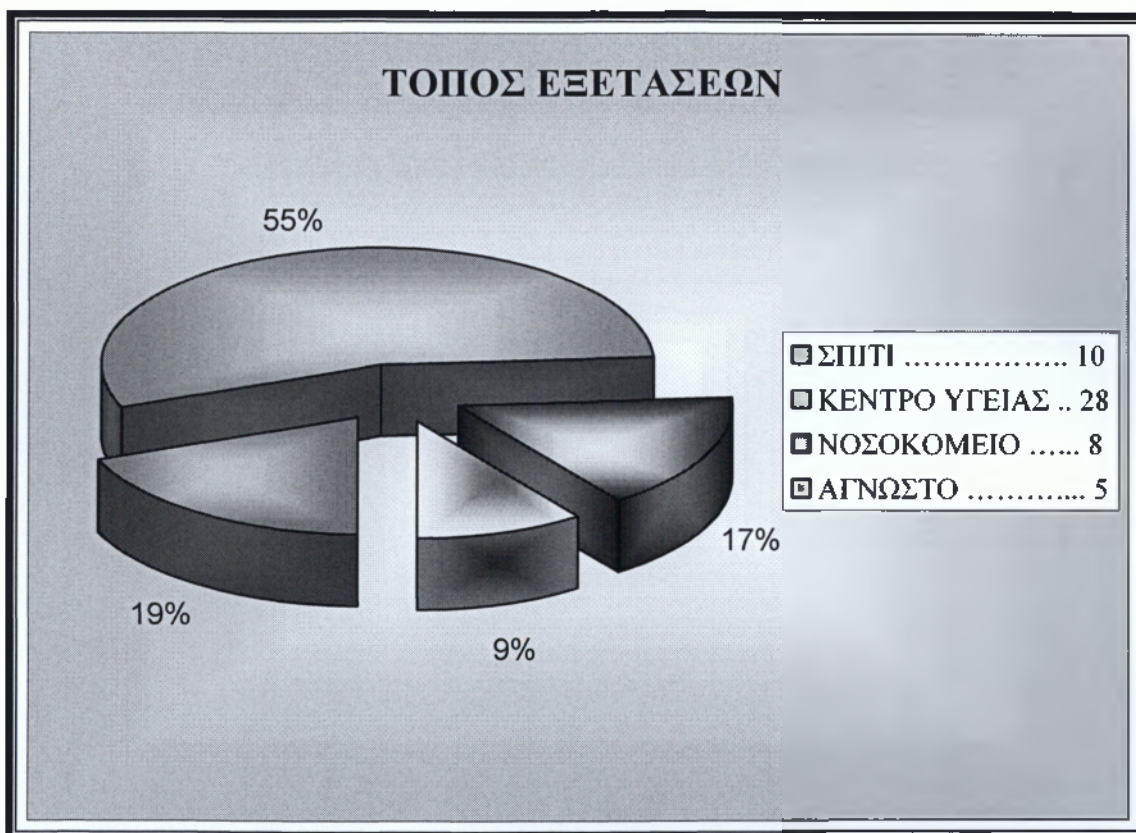
<u>ΑΝΑΓΚΗ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ</u>		
-	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΝΑΙ	46	84%
ΟΧΙ	4	7%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%



Στην ερώτηση αν χρειάστηκε να γίνουν κάποιες εξετάσεις: ΟΧΙ μας απάντησε το 7% και ΝΑΙ μας απάντησε η πλειοψηφία το 84%. Άγνωστο μας είναι το 9%.

Αν ΝΑΙ, πού έγιναν αυτές οι εξετάσεις;

<u>ΤΟΠΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ</u>		
<u>ΜΕΡΟΣ</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΣΠΙΤΙ	10	19%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	28	55%
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	8	17%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%



Στο υποερώτημα της ερώτησης που έγιναν αυτές οι εξετάσεις: στο Κέντρο Υγείας μας απάντησε το 55%, στο σπίτι το 19%, στο νοσοκομείο το 17% και άγνωστο μας είναι το 9%.

Εάν δεν υπήρχε φροντίδα στο σπίτι, τι θα κάνατε;

<u>ΕΑΝ ΔΕΝ ΥΠΗΡΧΕ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΠΟΥ ΘΑ ΠΗΓΑΙΝΑΤΕ:</u>		
<u>ΜΕΡΟΣ</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	37	67%
ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ	6	11%
ΆΛΛΟ	7	13%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%



Στην ερώτηση αν δεν υπήρχε φροντίδα στο σπίτι τι θα κάνατε: το 67% του πληθυσμού απάντησε ότι θα πήγαινε στο νοσοκομείο, το 11% θα απευθυνόταν σε ιδιώτη ιατρό, το 13% θα περίμενε από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον να τους φροντίσει και τέλος το 9% αντιπροσωπεύει τα 5 άτομα που αρνήθηκαν να απαντήσουν.

Προκύπτει ότι τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων θα νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο. Εάν η μέση διάρκεια νοσηλείας τους ήταν πέντε ημέρες και κατά προσέγγιση υπολογισθεί το μέσο πραγματικό κόστος νοσηλείας συμπεριλαμβανομένης της μισθοδοσίας πλησιάζει τα τριακόσια ευρώ ημερησίως, κάτι που σημαίνει ότι η Κατ' Οίκον Νοσηλεία μειώνει σημαντικά το κόστος των νοσοκομείων.

Η κατάστασής σας, επιτρέπει να μεταφερθείτε στα παιδιά σας;

<u>Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΕΠΙΤΡΕΠΕΙ</u> <u>ΝΑ ΜΕΤΑΦΕΡΘΕΙΤΕ</u> <u>ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ</u>		
<u>ΕΠΙΤΡΕΠΕΙ:</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΝΑΙ	31	56%
ΟΧΙ	19	35%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%

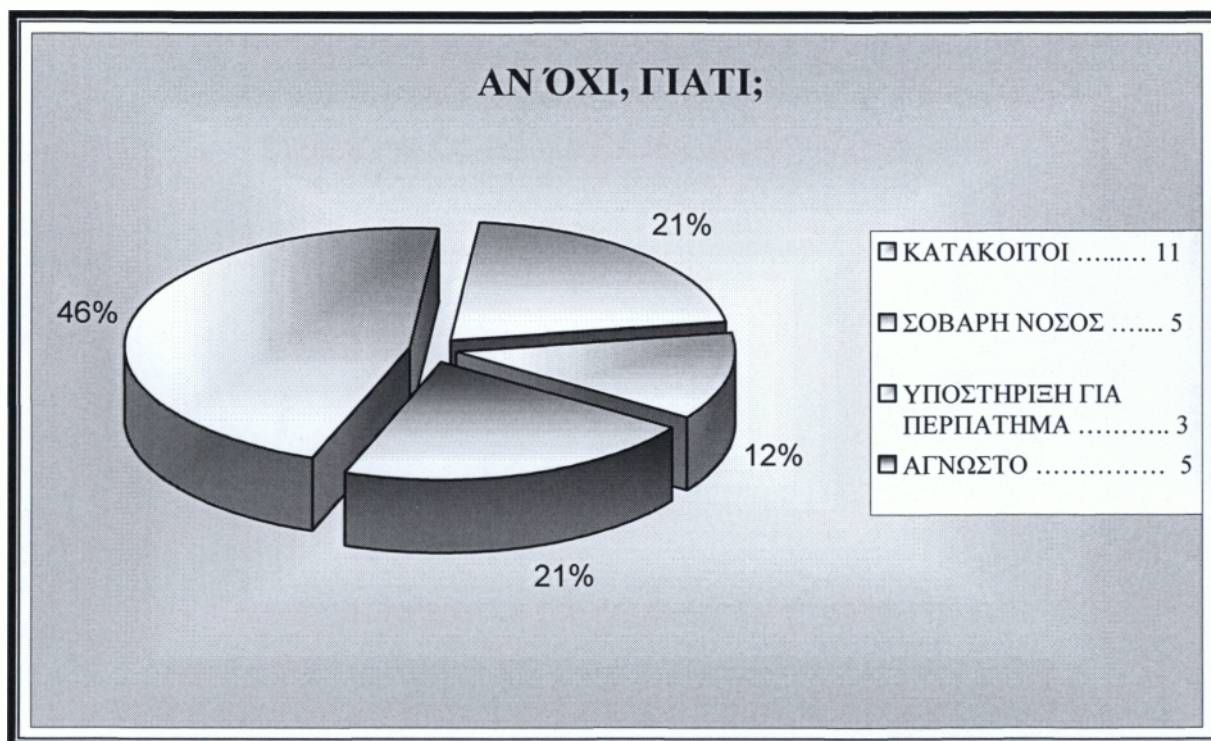


Στην ερώτηση η κατάσταση της υγείας σας επιτρέπει να μεταφερθείτε στα παιδιά σας: Πάνω από το ένα τρίτο των ερωτηθέντων ήταν κατάκοιτοι και δε μπορούσαν να μετακινηθούν. Το 56% του πληθυσμού δήλωσε ότι μπορούσε να μεταφερθεί στα παιδιά του, η απάντηση αφορούσε στη δυνατότητα μεταφοράς από πλευράς κατάστασης της υγείας και όχι αν τα παιδιά τους ήθελαν να τους φιλοξενήσουν – φροντίσουν.

Φυσικά τέτοιες ερωτήσεις δε μπορούσαν να τεθούν στα παιδιά τους γιατί εφόσον το ερώτημα είναι υποθετικό και η απάντηση θα είναι υποθετική.

Αν ΟΧΙ, γιατί;

<u>ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑΤΙ;</u>		
<u>ΛΟΓΟΣ</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΚΑΤΑΚΟΙΤΟΙ	11	46%
ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΣΟΣ	5	21%
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ	3	12%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	21%



Στο υποερώτημα της ερώτησης αυτής αν ΟΧΙ, γιατί: το 46% απάντησε ότι είναι κατάκοιτοι ποσοστό που αντιπροσωπεύει 11 άτομα στα 19, λόγω σοβαρής νόσου το 21% 5 άτομα στα 19, χρειάζονται υποστήριξη για να περπατήσουν ποσοστό της τάξεως 12% 3 άτομα στα 19 και σε αυτό το υποερώτημα λάβαμε υπόψη και τους 5 που δεν απάντησαν ποσοστό που αντιπροσωπεύει το 21% 5 άτομα στα 19.

Η κατάσταση της υγείας σας, είναι τέτοια που επιβάλλει φροντίδα στο σπίτι σε μόνιμη βάση;

<u>Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΕΠΙΒΑΛΛΕΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ</u>		
	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΝΑΙ	24	44%
ΌΧΙ	26	47%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%

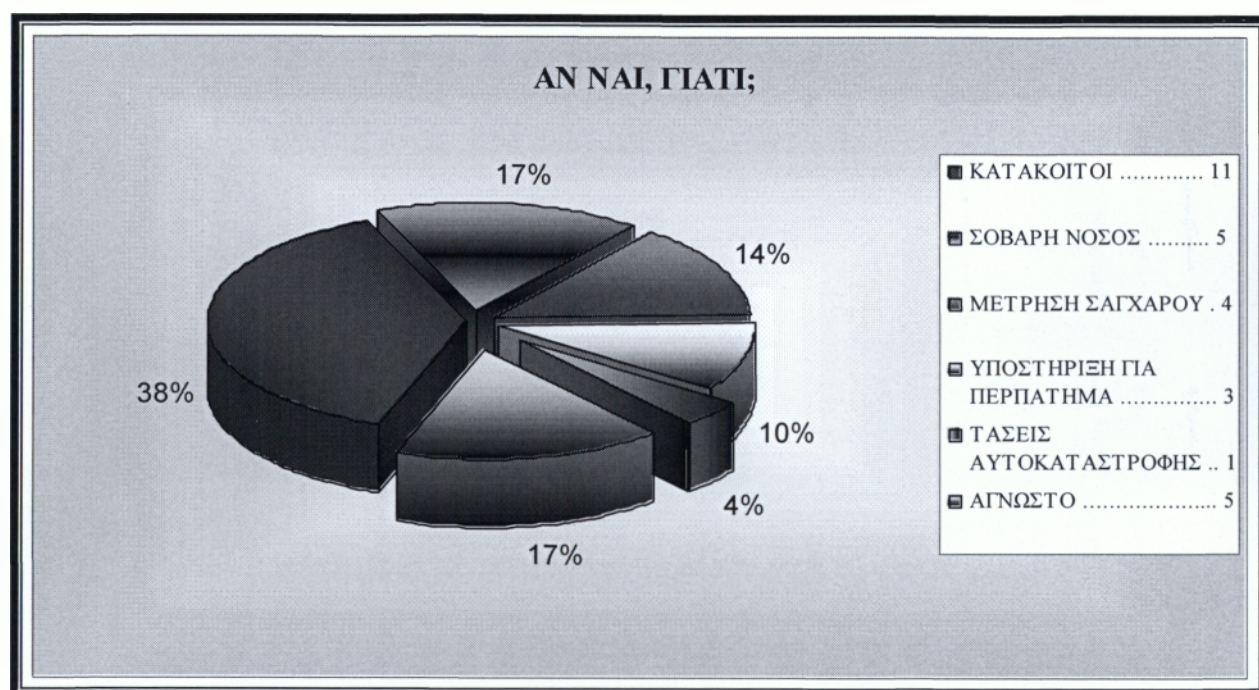


Στην ερώτηση που ακολουθεί, η κατάστασή της υγείας σας είναι τέτοια που επιβάλλει φροντίδα στο σπίτι σε μόνιμη βάση: ΟΧΙ μας απάντησε το 47%, ΝΑΙ το 44% και 9% είναι τα 5 άτομα που δεν απάντησαν.

Από αυτή την πολλή σημαντική ερώτηση προκύπτει ότι εάν δεν υπήρχε Κατ' Οίκον Νοσηλεία στο Κέντρο Υγείας του Άστρους το 44% του πληθυσμού μας θα αποτελούσε μόνιμους ασθενείς στα γειτονικά νοσοκομεία με ότι αυτό προκύπτει σε νοσοκομειακό κόστος, συμφόρηση των κλινών και άλλα.

Αν ΝΑΙ, γιατί;

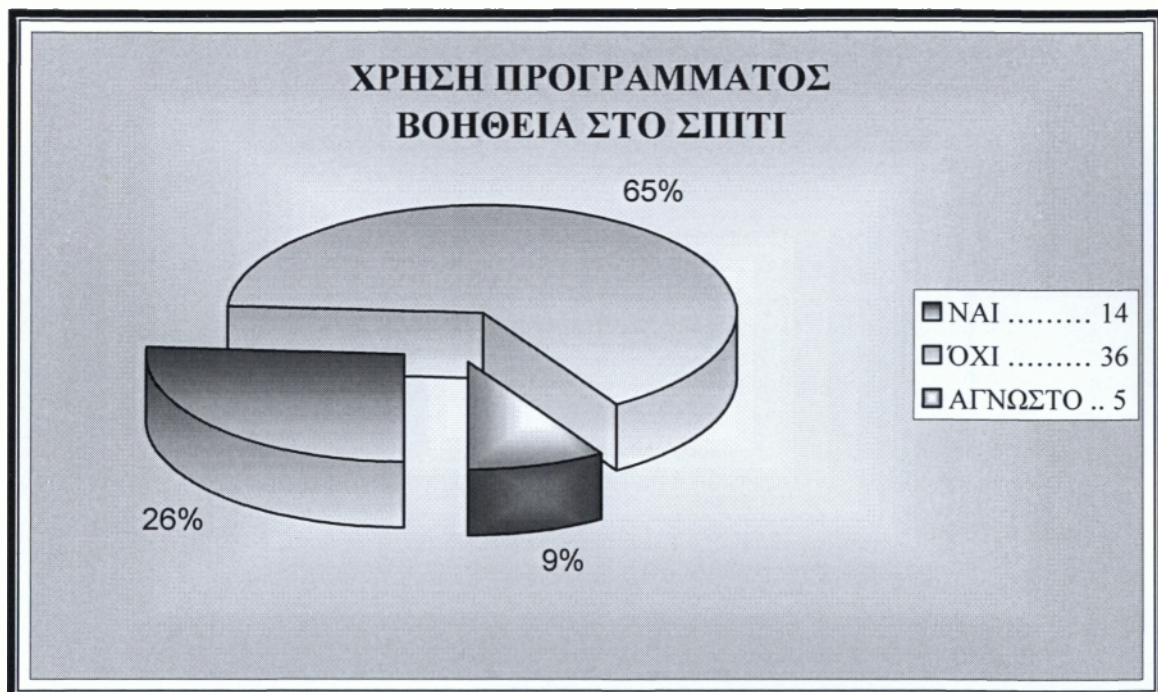
<i>ΑΝ ΝΑΙ, ΓΙΑΤΙ:</i>		
<u>ΛΟΓΟΣ</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΚΑΤΑΚΟΙΤΟΙ	11	38%
ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΣΟΣ	5	17%
ΡΥΘΜΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ	4	14%
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ	3	10%
ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ	1	4%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	17%



Στο υποερώτημα της ερώτησης αυτής, αν ΝΑΙ, γιατί: τα 24 άτομα στα 55 άτομα. Το 14% απάντησε για μέτρηση σακχάρου δηλαδή τα 4 άτομα στα 24, το 38% είναι κατάκοιτοι δηλαδή τα 11 άτομα στα 24, το 4% διότι έχει τάσεις αυτοκαταστροφής αναλογία 1 προς 24, το 10% διότι χρειάζεται υποστήριξη για να περπατήσει 3 άτομα στα 24 και το 17% επειδή πάσχει από σοβαρή νόσο 5 άτομα στα 24. Λέγοντας στην προκειμένη περίπτωση σοβαρή νόσο εννοούμε καρκίνο, καρδιακή ανεπάρκεια, alzheimer που δεν καθιστούν εφικτή την μετακίνησή τους. Και σε αυτή την περίπτωση συμπεριλάβαμε και τα 5 άτομα που δεν απάντησαν με ποσοστό 17%.

Χρησιμοποιείτε το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Βόρειας Κυνουρίας;

<u>ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ</u> <u>ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ</u>		
<u>ΧΡΗΣΗ:</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΝΑΙ	14	26%
ΟΧΙ	36	65%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%

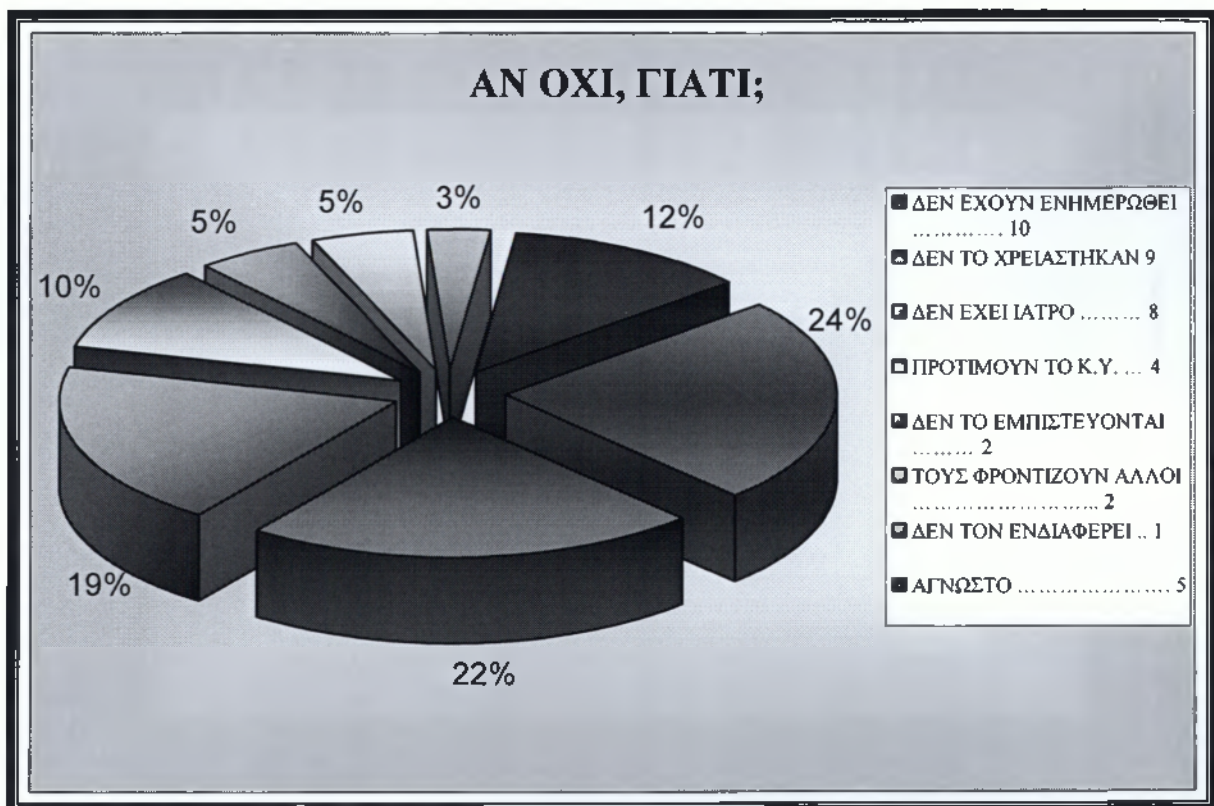


Καθοριστικής σημασίας είναι η ερώτηση που τέθηκε για λόγους σύγκρισης αν χρησιμοποιείτε το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Βόρειας Κυνουρίας: μόνο το 26% απάντησε ΝΑΙ, ενώ στον αντίποδα βρίσκεται η πλειοψηφία με ποσοστό 65%, που απάντησε ΟΧΙ και το 9% που δε γνωρίζουμε την απάντησή του.

Τα αποτελέσματα στην απάντηση αυτή αποδεικνύουν το γεγονός ότι δεν πρέπει να συγχέεται η Βοήθεια στο Σπίτι με την Κατ' Οίκον Νοσηλεία γιατί, παρά την κοινή πελοίθηση, τα προγράμματα αυτά δεν έχουν τίποτα κοινό μεταξύ τους.

Αν ΟΧΙ, γιατί;

<i>ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑΤΙ;</i>		
<u>ΛΟΓΟΣ</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ	10	24%
ΔΕΝ ΤΟ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΑΝ	9	22%
ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΙΑΤΡΟ	8	19%
ΠΡΟΤΙΜΟΥΝ ΤΟ Κ.Υ.	4	10%
ΔΕΝ ΤΟ ΕΜΠΙΣΤΕΥΟΝΤΑΙ	2	5%
ΤΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΖΟΥΝ ΑΛΛΟΙ	2	5%
ΔΕΝ ΤΟΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ	1	3%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	12%



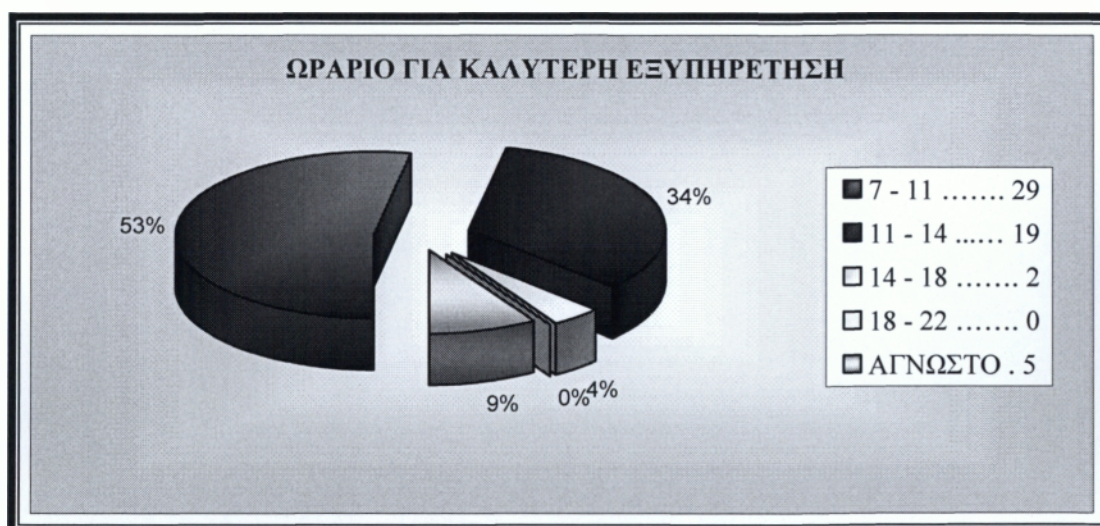
Στο υποερώτημα αυτής της ερώτησης, αν ΟΧΙ, γιατί: δε το γνωρίζει το 24%, δε το χρειάζεται το 22%, δεν έχει ιατρό το 19%, προτιμάει το Κέντρο Υγείας το 10%, δεν το εμπιστεύεται το 5%, τους φροντίζει κάποιος άλλος 5%, δεν τους ενδιαφέρει 3% και άγνωστο 12%.

Στο άκουσμα της ερώτησής αυτής οι χρήστες του προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας ήταν πολύ αρνητικοί με το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Βόρειας Κυνουρίας. Η πλειοψηφία δε γνώριζε την ύπαρξη του προγράμματος αυτού, ενώ πολύ σημαντικό για κάποιους είναι ότι δε διαθέτει ιατρό και γενικά κάποια ομάδα υγείας.

Αυτό όμως που είναι ιδιαίτερα σημαντικό και θα πρέπει να επισημανθεί είναι ότι οι χρήστες του προγράμματος Νοσηλεία στο Σπίτι δίνουν μεγάλη έμφαση στο Κέντρο Υγείας της περιοχής, το εμπιστεύονται και εμάς αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ομάδα υγείας του προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλεία προσπαθεί να ικανοποιήσει όλον αυτό τον καιρό λειτουργίας του τις απαιτήσεις, ανάγκες και προσδοκίες των χρηστών

Ποιο από τα παρακάτω ωράρια νομίζετε ότι εξυπηρετεί καλύτερα να σας επισκέπτεται η Ομάδα Υγείας του Κέντρου Υγείας του Αστρους;

<u>ΩΡΑΡΙΟ ΓΙΑ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ</u>		
<u>ΩΡΑΡΙΟ</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
7:00 - 11:00	29	53%
11:00 - 14:00	19	34%
14:00 - 18:00	2	4%
18:00 - 22:00	0	0%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%



Θέτοντας την ερώτηση αυτή, θέλαμε να επιβεβαιώσουμε αν τελικά το ωράριο επισκέψεων εξυπηρετεί τους χρήστες του προγράμματος: το 53% η πλειοψηφία, απάντησε 7:00-11:00 το πρωί, το 34% απάντησε 11:00-14:00, το 4% απάντησε 14:00-18:00, ώρες επίσκεψης 18:00-22:00 δε διαλέχτηκαν από κανέναν ποσοστό δηλαδή 0% και το 9% είναι τα 5 άτομα που δεν απάντησαν. Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε ότι οι επισκέψεις κατ' οίκον προγραμματίζονται και γίνονται το πρωί στο Κέντρο Υγείας του Αστρους.

Η συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών του προγράμματος (87% των ερωτηθέντων) προτιμούν επισκέψεις εντός του πρωινού ωραρίου εργασίας. Αυτό σημαίνει, δεδομένου ότι οι ώρες αυτές είναι ώρες αιχμής του Κέντρου Υγείας, το πρόγραμμα λειτουργεί με υπερεργασία του προσωπικού και για τη σωστή λειτουργία του θα πρέπει να ενισχυθεί το προσωπικό του Κέντρου Υγείας.

Αν σας ζητούσαν να βαθμολογήσετε την Ομάδα Υγείας με βαθμολογία από 1-10, τι βαθμό θα βάζατε;

<u>ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ</u>		
<u>ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</u>		
<u>ΕΠΙΣΚΕΥΗ</u>	<u>ΑΤΟΜΑ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
1 έως 4	0	0%
5 έως 6	5	9%
7 έως 8	23	42%
9 έως 10	22	40%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%



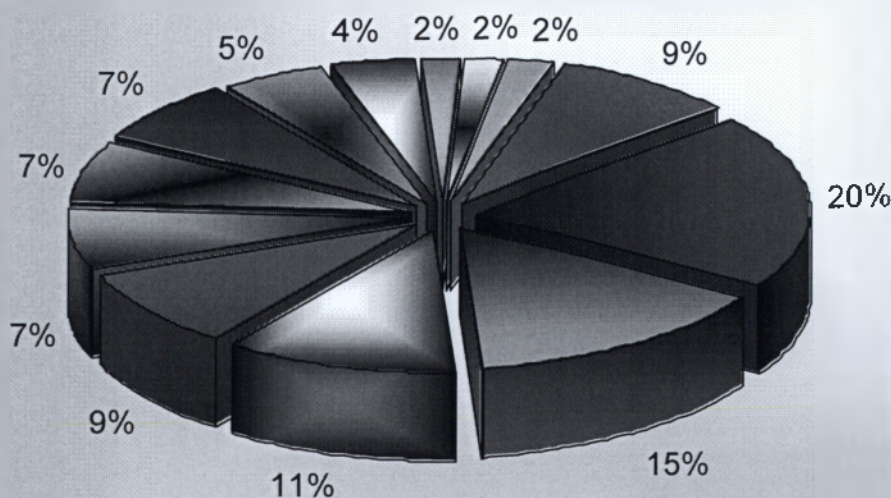
Στην επόμενη ερώτηση ζητήσαμε από τους χρήστες να βαθμολογήσουν την ομάδα υγείας από 1 έως 10: βαθμολογία 1-4 δεν επιλέχτηκε από κανέναν, άρα δεν υπάρχουν άτομα που δεν είναι ικανοποιημένα από την ομάδα υγείας, 5-6 επέλεξε το 9% που είναι και η μειοψηφία, η πλειοψηφία βαθμολόγησε με 7-8 που αντιστοιχεί σε ποσοστό 42%, ακολουθεί το 40% που αντιπροσωπεύει την βαθμολογία 9-10.

Πολύ μεγάλο ποσοστό δίνει τόσο υψηλή βαθμολογία σε αντιδιαστολή με τα καθημερινά παράπονα που εκφράζονται για το σύστημα υγείας, για τους ιατρούς και για το νοσηλευτικό προσωπικό. Στο Κέντρο Υγείας του Άστρους φαίνεται η ομάδα υγείας να δίνει τον καλύτερό της εαυτό και να ασκεί το λειτούργημά της με ήθος. Άγνωστη είναι η απάντηση που θα έδιναν τα 5 άτομα που αντιπροσωπεύει ποσοστό της τάξεως 9%.

Ποία βελτίωση ή αλλαγή νομίζετε ότι θα ήταν αναγκαία;

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ		
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΠΟΛΥΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	11	20%
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΙΑΤΡΟΙ	8	15%
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	6	11%
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΑ	5	9%
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΙΑΤΡΟΙ & ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΑ	4	7%
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ	4	7%
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ	4	7%
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΙΑΤΡΟΙ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	3	5%
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	2	4%
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	1	2%
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΑ, ΙΑΤΡΟΙ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	1	2%
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΙΑΤΡΟΙ & ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	1	2%
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	9%

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ



■ ΑΠΟΛΥΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	..... 11
■ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΙΑΤΡΟΙ	..... 8
■ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	..... 6
■ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΑ	..... 5
■ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΙΑΤΡΟΙ & ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΑ	..... 4
■ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ	..... 4
■ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ	..... 4
■ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΙΑΤΡΟΙ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	..... 3
■ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	..... 2
■ ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	..... 1
■ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΑ, ΙΑΤΡΟΙ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	..... 1
■ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΙΑΤΡΟΙ & ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	..... 1
■ ΑΓΝΩΣΤΟ	..... 5

Και στην τελευταία ερώτηση ανοικτού τύπου, ποια βελτίωση ή αλλαγή νομίζετε ότι θα ήταν αναγκαία: η πλειοψηφία απάντησε ότι είναι απόλυτα ικανοποιημένοι ποσοστό 20% επιβεβαιώνοντας έτσι και την υψηλή βαθμολογία αλλά και εμπιστοσύνη που τρέφουν για το Κέντρο Υγείας της περιοχής τους, περισσότερους ιατρούς μας απάντησε το 15%, περισσότερες Κατ' Οίκον επισκέψεις το 7%, περισσότεροι ιατροί και ασθενοφόρα το 7%, περισσότεροι ειδικευμένοι ιατροί το 7%, περισσότερες ειδικότητες το 11%, περισσότερα ασθενοφόρα το 9%.

Το Κέντρο Υγείας του Άστρους Κυνουρίας διαθέτει 1 μόνιμο ασθενοφόρο σε 24ωρη βάση. Αν τυχόν προσέλθει στο Κέντρο Υγείας περιστατικό που χρήζει άμεσης μεταφοράς στο νοσοκομείο της Τρίπολης υπάρχει και εφεδρικό ασθενοφόρο. Περισσότεροι ιατροί και νοσηλευτές 5%, πρόγραμμα για ηλικιωμένους προτείνει το 4%, να υπάρχουν ψυχολόγοι στο Κέντρο Υγείας προτείνει το 2%, περισσότερα ασθενοφόρα, ιατροί και νοσηλευτές το 2%, περισσότεροι ιατροί και ειδικότητες το 2%, άγνωστες μας είναι οι απαντήσεις των 5 ατόμων με ποσοστό 9%.

Παρά το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών του προγράμματος είναι απόλυτα ικανοποιημένοι με τη λειτουργία του, στις προτάσεις βελτίωσης η συντριπτική επίσης πλειοψηφία ζητεί περισσότερους πόρους ανθρώπινους ή σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό για την καλύτερη λειτουργία του προγράμματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Τα τελευταία χρόνια, λόγοι οικονομικοί και κοινωνικοί επέβαλαν την καθιέρωση της Νοσηλείας στο Σπίτι για μεγάλες κατηγορίες πασχόντων. Δεν υπάρχουν μελέτες από τα μεγάλα νοσοκομεία για τα προγράμματα της Νοσηλείας στο Σπίτι. Τα μοναδικά στοιχεία που βρέθηκαν και τα οποία είναι παρωχημένα, είναι αυτά, τα οποία επισυνάπτονται στο Παράρτημα β και αφορούν στοιχεία από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό και από το νοσοκομείο Μεταξά.

Από τα μέχρι σήμερα δεδομένα προκύπτει ότι η Κατ' Οίκον Νοσηλεία με την ευέλικτη μορφή λειτουργίας της και τα θετικά αποτελέσματά της, μπορεί να αποτελέσει μια ιδιαίτερα χρήσιμη μορφή εναλλακτικής περίθαλψης για ανάρρωση, αποκατάσταση και θεραπευτική υποστήριξη των μεταβατικών ή χρόνιων προβλημάτων υγείας μέσα στο νοσοκομειακό χώρο.

Για πιο πρόσφατα οικονομικά οφέλη υπέρ της υπηρεσίας Κατ' Οίκον Νοσηλείας απευθυνθήκαμε στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας αλλά δυστυχώς δε μπόρεσαν να μας εξυπηρετήσουν. Παρά το γεγονός ότι υπάρχει εργασία για το αντίστοιχο πραγματικό κόστος νοσηλείας τα στοιχεία αυτά δε δίνονται γιατί η έρευνα δεν έχει χρηματοδοτηθεί.

Την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών κατ' οίκον είναι δύσκολο να τις μετρήσει κανείς, αφού δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα αλλά ούτε και έρευνες που να έχουν πραγματοποιηθεί στη χώρα μας. Παρόλα αυτά υπάρχουν μελέτες που καταδεικνύουν ότι το κόστος των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο είναι πολύ μεγαλύτερο από το κόστος περίθαλψης των ασθενών που λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι.

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α Τ Α

Η Κατ' Οίκον Νοσηλεία αποτελεί έναν από τους βασικούς τομείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και δηλώνει την επιστροφή στην προσωπική φροντίδα του ασθενή στο σπίτι με όλα τα πλεονεκτήματα που αυτή μπορεί να έχει.

Η εμπειρία μας στο χώρο του Κέντρου Υγείας Άστρους έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στην ομάδα Κατ' Οίκον Νοσηλεία, διαθέτουν επιστημονική κατάρτιση, υψηλού επιπέδου καθώς και άρτια εμπειρία και σφαιρική γνώση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για να ανταποκριθούν στις πολλαπλές ανάγκες που αντιμετωπίζουν.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν κατ' οίκον ήταν κυρίως απότοκα μακροχρόνιας αναπηρίας και ανικανότητας που θα απαιτούσαν μακροχρόνια νοσηλεία στο χώρο του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τις δραστηριότητες και τη συνολική αξιολόγηση της λειτουργίας της ομάδας της Κατ' Οίκον Νοσηλείας, προκύπτει ότι η Νοσηλεία στο Σπίτι προσφέρει ιατρονοσηλευτική φροντίδα, που εξασφαλίζει οικογενειακή ατμόσφαιρα καθώς και υγιεινό περιβάλλον με την εκπαίδευση και ενεργοποίηση του ίδιου του ασθενή αλλά και των μελών της οικογένειας για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας.

Παρέχεται, επίσης, ψυχολογική υποστήριξη στα άτομα που βρίσκονται σε καταστάσεις τελικού σταδίου, με στόχο την βελτίωση και καλύτερευση της ποιότητας ζωής αυτών των ατόμων.

Με τον προγραμματισμό των επισκέψεων επιτυγχάνεται αποσυμφόρηση της κίνησης του Κέντρου Υγείας γεγονός που είναι ικανοποιητικό και για τους χρήστες και για το ίδιο το Κέντρο Υγείας.

Ο ρόλος όλων των μελών της ομάδας της Κατ' Οίκον Νοσηλείας είναι σημαντικός και καθοριστικός για τη σωστή παρέμβαση και ολοκληρωμένη φροντίδα. Η μέχρι τώρα επιτυχημένη πορεία του προγράμματος δίνει στην ομάδα υγείας της Κατ' Οίκον

Νοσηλείας το κίνητρο για την συνέχιση του προγράμματος, τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ενδυνάμωση της ομάδας αυτής με άλλες ειδικότητες, για παράδειγμα κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο, όπως διαπιστώθηκε κατά τη διάρκεια της έρευνας.

Πιστεύουμε ότι η βοήθεια που προσφέρεται στο σπίτι στο Κέντρο Υγείας του Άστρους είναι πολύτιμη αφού μπορούν να παραμείνουν οι χρόνιοι πάσχοντες στη θαλπωρή του οικογενειακού περιβάλλοντος, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής, ελαχιστοποιώντας τα προβλήματά τους και απομακρύνοντας το αίσθημα απομόνωσης, εγκατάλειψης και φθοράς.

Επίσης, απελευθερώνει νοσοκομειακά κρεβάτια για την κάλυψη επειγόντων περιστατικών, προστατεύει τον ασθενή από τις νοσοκομειακές λοιμώξεις, ενώ παράλληλα επιφέρει οικονομικό όφελος λόγω του μειωμένου κόστους νοσηλείας των ασθενών στο σπίτι.

Μετά από συζητήσεις που είχαμε με το προσωπικό του Κέντρου Υγείας διαπιστώσαμε ότι δεν υπάρχει επιπλέον χρηματοδότηση για τις υπηρεσίες Κατ' Οίκον Νοσηλείας. Αν και αξιόπαινη αυτή η προσπάθεια, δεν μπορεί να συνεχίσει να λειτουργεί μόνο εθελοντικά.

Το οριακό κόστος του προγράμματος της Κατ' Οίκον Νοσηλείας είναι μηδενικό και συνεπώς δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί το incremental analysis.

Τα συμπεράσματα της έρευνας μας πείθουν για τη θετική συμβολή της Κατ' Οίκον Νοσηλείας στο σύστημα υγείας της χώρας μας και ως εκ τούτου για την ανάγκη να στελεχωθούν τα Κέντρα Υγείας με περισσότερο προσωπικό, ώστε να λειτουργήσει ολοκληρωμένα η κατ' οίκον φροντίδα σε 24ωρη βάση.

Ο θεσμός «Νοσηλεία στο Σπίτι» μπορεί να εξαπλωθεί ακόμη και στις πιο απομακρυσμένες περιοχές ως εξής:

1. Στις αστικές περιοχές μέσω των νοσοκομείων, όπως γίνεται στα νοσοκομεία: Άγιοι Ανάργυροι, Μεταξάς και Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ., με νοσοκομεία, τα οποία θα αναλάβουν μετανοσοκομειακή Κατ' Οίκον Νοσηλεία και τα Κ.Υ. αστικού τύπου που θα αναλάβουν την προνοσοκομειακή ή την εναλλακτικού τύπου νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι.
2. Στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές που δεν υπάρχουν νοσοκομεία, μέσω των Κέντρων Υγείας.

Παράλληλα με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας του Ε.Σ.Υ. θα πρέπει να αναπτυχθούν ομάδες Κατ' Οίκον Νοσηλείας σε κοινοτικό επίπεδο. Ειδικότερα δε, για τους ηλικιωμένους μέσω των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κ.Α.Π.Η.

Για την υλοποίηση του θεσμού πρέπει:

- Η πολιτεία να αποδεχθεί την επίσημη λειτουργία των υπηρεσιών στο σπίτι όπου αυτές υπάρχουν.
- Να συμβάλλει στη σωστότερη τοποθέτηση της υπηρεσίας Νοσηλείας στο Σπίτι μέσα στο ισχύον σύστημα υγείας της χώρας μας.
- Να συμβάλλει στην συστηματικότερη ενημέρωση του κοινού για το νοσηλευτικό, ιατρικό και κοινωνικό ρόλο των υπηρεσιών Νοσηλείας στο Σπίτι.
- Να μεριμνήσει ώστε να υπάρξουν ειδικές συμβάσεις και συνεργασία με τα ασφαλιστικά ταμεία των ασθενών για τη συμμετοχή τους στην παροχή φαρμάκων και άλλου υλικού.
- Να εγκρίνει κονδύλια για την πρόσληψη προσωπικού και τη στελέχωση των υπηρεσιών Κατ' Οίκον Νοσηλείας με στόχο την επέκτασή της σε όλη τη χώρα.

Βασικός στόχος της Π.Φ.Υ. σε αυτό τον τομέα είναι ότι τέτοιου είδους προγράμματα πρέπει να σχεδιάζονται και να λειτουργούν όχι μόνο από το Ε.Σ.Υ. αλλά και μέσα στα πλαίσια της κοινότητας.

Η οργανωμένη φροντίδα στο σπίτι είναι ένας κρίκος στην αλυσίδα της φροντίδας υγείας των προηγμένων κοινωνιών και για αυτό θα πρέπει να καταβληθεί σοβαρή προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων που λυμνάζουν και δεν επιτρέπουν την αναβάθμιση και εξάπλωσή της. Η προσωπική φροντίδα του αρρώστου και η ανάπτυξη του θεσμού Νοσηλεία στο Σπίτι μπορεί να ονομαστεί πρόοδος, διότι αποσυμπιέζει τα νοσοκομεία με την αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών κλινών και στρέφεται στον άνθρωπο αγγίζοντας τα πεδία της επιστήμης και της ηθικής.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη του τομέα της υγείας παγκοσμίως κατευθύνεται στη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών, που θα περιλαμβάνουν πρόληψη και προαγωγή της υγείας, πρωτοβάθμια περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη, μετανοσοκομειακή φροντίδα, αποκατάσταση και Κατ' Οίκον Νοσηλεία. Η δημιουργία και λειτουργία προγραμμάτων Κατ' Οίκον Νοσηλεία αποτελεί σημαντικά βήματα προς την κατεύθυνση αυτή και ταυτόχρονα εναλλακτικό τρόπο περιορισμού των συνεχώς αυξανόμενων δαπανών.

Στις προηγμένες υγειονομικά χώρες του κόσμου, όπως Αμερική, Καναδάς, Δυτική Ευρώπη, τα προγράμματα παροχής Νοσηλείας στο Σπίτι με το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό και την υποστήριξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας αποτελούν την καινοτόμο πρόταση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της παραδοσιακής νοσοκομειακής περίθαλψης.

Παρά τα θετικά αποτελέσματα όμως, που έχουν καταγραφεί τόσο στην ικανοποίηση των ασθενών, όσο και στη μείωση του κόστους νοσηλείας, στον Ελληνικό χώρο η Κατ' Οίκον Νοσηλεία δε λειτουργεί στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. πλην ελαχίστων εξαιρέσεων. Ίσως η πολυπλοκότητα των ενεργειών που πρέπει να συντονιστούν, το σύνολο των ανθρώπων που πρέπει να συνεργαστούν και η έλλειψη κρατικής βούλησης (Νομοθετικό Πλαίσιο, δημιουργία κατάλληλων υποδομών και άλλα), να αποθαρρύνουν μέχρι τώρα τις διοικήσεις των δημόσιων νοσοκομείων. Ωστόσο, η Κατ' Οίκον Νοσηλεία παρουσιάζει ενδιαφέρον και θα συνεχίσει να αποτελεί πρόκληση για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Γ Λ Ω Σ Σ Α Ρ Ι Ο

1. Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (Α.ΕΘ.Π.): είναι το εισόδημα που αποκτούν όλοι όσοι ζουν μέσα στη χώρα, καθώς και το μέρος του εισοδήματος που οι πολίτες της αποκτούν στο εξωτερικό και αποστέλλουν στη χώρα., χωρίς να περιλαμβάνεται, το τμήμα του εισοδήματος που δημιουργείται μέσα στη χώρα από τους αλλοδαπούς και αποστέλλεται στο εξωτερικό.
2. Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο: Λειτουργεί στελεχωμένο με επιστημονική ομάδα που αποτελείται από παιδοψυχίατρο, κλινική ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, ειδικό παιδαγωγό και γραμματέα. Παρέχει παιδοψυχιατρικές και εκπαιδευτικές υπηρεσίες σε παιδιά ηλικίας έως 14 ετών. Δέχεται σε ατομικά ραντεβού. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει συμβουλευτική παιδιών και οικογένειας, ψυχοθεραπεία ατομική και οικογένειας, κοινωνική εργασία με άτομα και οικογένειες, παρέμβαση στο σχολείο, στο σπίτι και λογοθεραπεία. Έχει συνεργασία και στενή διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες όπως ιατρικές, σχολικές Πρόνοιας.
3. Κλειστό Νοσήλιο: το Κλειστό Νοσήλιο είναι ένα πάγιο που καταβάλλεται στο νοσοκομείο για κάθε μέρα νοσηλείας, ανεξάρτητα από το είδος και την ποσότητα των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν την ημέρα αυτή και το οποίο υποτίθεται ότι καλύπτει το μέσο κόστος νοσηλείας του ασθενούς. Δηλαδή το κλειστό νοσήλιο είναι ο λόγος των συνολικών δαπανών του νοσοκομείου προς το συνολικό αριθμό ημερών νοσηλείας.
4. Προκλητή Ζήτηση: είναι όταν ο ιατρός προκαλεί ζήτηση για υπηρεσίες που κανένα όφελος δε θα αποφέρουν στον ασθενή, με μοναδικό σκοπό τη μεγιστοποίηση του κέρδους του ή την επίτευξη κάποιου εισοδηματικού στόχου.
5. Τηλεϊατρική: Ο συνδυασμός των υπολογιστών και των επικοινωνιακών δικτύων ή καλύτερα ο συνδυασμός της πληροφορικής και των επικοινωνιών δημιουργεί την Τηλεματική. Προϊόν της Τηλεματικής είναι η Τηλεϊατρική που ορίζεται ως η διαδικασία άμεσης πρόσβασης σε εξειδικευμένη ιατρική εμπειρία,

ανθρώπινη ή μέσω τραπεζών πληροφοριών, ανεξαρτήτως αποστάσεων μεταξύ δότη και λήπτη των πληροφοριών.

6. *OALY*: Είναι ένας απόλυτος αριθμός, ο οποίος αντιπροσωπεύει μια ομάδα οφέλους, η οποία συνδυάζει μια μέτρηση του προσδόκιμου επιβίωσης με μία μέτρηση της ποιότητας ζωής.



Π Η Γ Ε Σ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Ελληνική:

1. Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Αγ., «Νοσηλεία στο Σπίτι», Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 1997.
2. Κοσμίδου, Χ., Ράπτη – Γαλανουδάκη, Α., « Συμβουλευτική: Θεωρία – Πρακτική», Ασημάκου, Αθήνα 1998.
3. Πισιμίσης, Θ., «Οικονομική της Υγείας», Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτα, σσ. 25-26, Καλαμάτα 1995.
4. Τριχοπούλου, Α., Τριχόπουλος, Δ., «Προληπτική Ιατρική», Εκδόσεις Παρισιάνος Γ., σσ. 19-21, Αθήνα 1986.

Ξένη:

1. Bolander, V., «Home care nursing, In: Sorensen and Luckmann's basic nursing, A psychophysiologic approach», W.B. Saunders, pp. 400-401, Philadelphia 1994.
2. Nuzzo-Milone, P., «Home health nursing», In: Smith, C., Maurer A., Community health nursing, theory and practice, W.B. Saunders Company, pp. 779, Philadelphia 1995.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ - ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ:

1. Καρατσής, Π., Σουσαμλής, Μ., Φραγκιαδάκη, Ε., « Κατ' Οίκον Νοσηλεία: Μια Εναλλακτική Μορφή Περίθαλψης», περ. Επιθεώρηση Υγείας, Μάρτιος – Απρίλιος 2006.
2. Κωνσταντινίδης, Θ., Τζαγκαράκη, Ε., «Νοσηλευτικό Δελτίο Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος», περ. τεύχος 4, σσ. 5-6, Αθήνα 1996.
3. Μπούτση, Μυρ., «Κατ' Οίκον Νοσηλεία», ο Έλλην ασθενής, εφ. Ελεύθερος Τύπος, 2 Νοεμ. 2005.
4. Μωραΐτης, Ε., «Εναλλακτικές μορφές περίθαλψης Νοσηλεία στο Σπίτι, μονάδες βραχείας νοσηλείας», περ. Νοσοκομείου Χρονικά 47, σσ. 64-71, Αθήνα 1985.
5. Πετροπούλου, Μαρ., «Η σύγχρονη Κατ' Οίκον Νοσηλεία», εφ. Το ΒΗΜΑ, σσ. Α56, Αθήνα 26 Νοεμ. 2000.
6. Τσιούρη, Ευ., « Λειτουργία του προγράμματος Νοσηλεία στο Σπίτι – Ε.Ε.Σ.», περ. Οικογενειακή Γενική Ιατρική, τεύχος 4^ο, Οκτωμ – Δεκεμ. 1993.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ:

1. Κούτης, Α., Λιονής, Χ., Μπένος, Α., «Φροντίδα υγείας και κοινωνική αλληλεγγύη στην τρίτη ηλικία, Πεδίο ανάπτυξης της τοπικής αυτοδιοίκησης», Πρακτικά 4^ο Πανελληνίου Συνεδρίου Γεροντολογίας-Γηριατρικής, Αθήνα 1995.
2. Κούτης, Α., Λιονής, Χ., Σηφάκη, Θ., συν. ΦΡΟΝΤΗΣ, «Ένα πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων στο σπίτι: εμπειρία της Μονάδας Π.Φ.Υ. Αρχανών», Πρακτικά 4^ο Πανελληνίου Συνεδρίου Γεροντολογίας-Γηριατρικής, Αθήνα 1995.
3. Μπρατάνη, Π., «Νοσηλευτική Διοίκηση: Εξελίξεις και Προοπτικές», 23^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Καβάλα 1996.
4. Πορτοκαλάκη, Α., «Νοσηλεία στο σπίτι», Πρακτικά ΙΕ Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, σσ. 270-278, Λευκωσία 1988.

ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΙΣΤΟΣ:

1. <http://www.google.com/>
2. <http://www.hygeia.gr/>
3. <http://www.in.gr/>
4. <http://www.metaxa-hospital.gr/>
5. <http://www.msu.gr/>
6. <http://www.elpida.gr/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ

ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΠΕΡΙΦ. ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣ. ΤΡΙΠΟΛΗΣ

"Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΡΟΥΣ

ΑΣΤΡΟΣ...../...../.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΦΥΛΟ

ΗΛΙΚΙΑ

ΑΣΦΑΛΕΙΑ

ΔΙΑΜΟΝΗ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ :

ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΑΝΩΤΕΡΗΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΑΝΩΤΑΤΗΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

1) Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Έγγαμος/η

Χήρος/α

Αγαμος/η

2) Ζείτε:

Μόνος / η

Με σύζυγο

Με παιδιά

Με συγγενείς

3) Αν υπάρχουν άλλα μέλη της οικογένειας που μένουν;

.....
.....

4) Έχετε ιδιώτη οικογενειακό ιατρό όταν αρρωσταίνει κάποιος στο σπίτι ή απευθύνεστε στο Κέντρο Υγείας;

Ιδιώτης Ιατρός

Κέντρο Υγείας

Κάτι άλλο.....

5) Γνωρίζετε και ζητήσατε φροντίδα στο σπίτι ή σας ενημέρωσε το Κέντρο Υγείας για αυτή την υπηρεσία που παρέχει;

Γνώριζα

Ενημερώθηκα από τους εργαζόμενους του Κέντρου Υγείας

Ανταποκρίθηκε η Ομάδα Υγείας αμέσως; Ναι

Όχι

6) Πόσες μέρες κράτησε η φροντίδα υγείας στο σπίτι;

.....
.....

7) Πόσες φορές σας επισκέφτηκε ο / η ιατρός στο σπίτι;

.....

8) Χρειάστηκε να γίνουν κάποιες εξετάσεις;

Όχι

Ναι

Πού έγιναν αυτές οι εξετάσεις;.....

9) Αν δεν υπήρχε φροντίδα στο σπίτι, τι θα κάνατέ;

Θα πηγαίνατε στο Νοσοκομείο

Θα απευθυνόσασταν σε ιδιωτική κλινική / ιατρό

Θα περιμένατε από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον να σας φροντίσει

Κάτι άλλο.....
.....

10) Η κατάσταση σας, επιτρέπει να μεταφερθείτε στα παιδιά σας;

Ναι

Όχι

Αν όχι, γιατί;.....

11) Η κατάσταση της υγείας σας είναι τέτοια που επιβάλλει φροντίδα στο σπίτι σε μόνιμη βάση;

Όχι

Ναι

Αν ναι, γιατί;.....

12) Χρησιμοποιείτε το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Βόρειας Κυνουρίας;

Ναι

Όχι

Αν όχι,
γιατί;.....
.....

13) Ποιο από τα παρακάτω ωράρια νομίζετε ότι εξυπηρετεί καλύτερα να σας επισκέπτετε η Ομάδα Υγείας του Κέντρου Υγείας του Άστρους;

7 - 11

11 - 14

14 - 18

18 - 22

14) Αν σας ζητούσαμε να βαθμολογήσετε την Ομάδα Υγείας με βαθμολογία από 1 - 10 τι βαθμό θα βάζατε;

1 2 3 4 5

6 7 8 9 10

15) Ποία βελτίωση ή αλλαγή νομίζετε ότι θα ήταν αναγκαία ;

.....

.....

.....

.....

.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας ανά Ασθενή στο Νοσοκομείο Ε.Ε.Σ.
με Μέσο Όρο Ημερών Παραμονής στο Νοσοκομείο Δέκα(10) Ημέρες.

Κατά τα έτη	1990	1991	1992
	39.954δρχ.	46.294δρχ.	49.592δρχ.

Πηγή: Ε.Ε.Σ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

α) Λειτουργικές Δαπάνες τις Υ.Κ.Ο.Ν. Ε.Ε.Σ.

Σεπτέμβριος 1990 έως Σεπτέμβριο 1993.

β) Λειτουργικό Κόστος χωρίς μισθοδοσία ανά επίσκεψη Κατ' Οίκον

	Σεπτέμβριος 1990 έως Σεπτέμβριο 1991	Σεπτέμβριος 1991 έως Σεπτέμβριο 1992	Σεπτέμβριος 1992 έως Σεπτέμβριο 1993
Λειτουργικές Δαπάνες	30.080.750δρχ.	28.332.000δρχ.	33.647.000δρχ.
Λειτουργικό Κόστος ανά επίσκεψη	8.666δρχ.	7.655δρχ.	9.627δρχ.

Πηγή: Ε.Ε.Σ.

Οι οικονομικοί λόγοι φαίνονται από τους πίνακες 1 και 2, στους οποίους συγκρίνουμε το κόστος νοσηλείας στο νοσοκομείο, τόσο με το κλειστό νοσήλιο, όσο και με το πραγματικό όπως ορίζεται επίσημα, με το κόστος νοσηλείας στο σπίτι και διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο οικονομικό όφελος είναι υπέρ της Νοσηλείας στο Σπίτι. Δηλαδή το κόστος νοσηλείας ενός αρρώστου που νοσηλεύεται στο σπίτι είναι το 1/5 έως το 1/6 του κόστους νοσηλείας στο νοσοκομείο. Η αναλογία αυτή θεωρείται Διεθνώς οικονομικά συμφέρουσα

Οικονομικά στοιχεία Νοσοκομείου Μεταζά:

Από τα οικονομικά οφέλη της υπηρεσίας Νοσηλεία στο Σπίτι το 1991 προκύπτει ότι ενώ το μέσο ημερήσιο κόστος νοσηλείας του αρρώστου ήταν 42.000 δρχ., ο ασθενής της Κατ' Οίκον Νοσηλείας στοίχιζε 2.000 δρχ. ημερησίως. Η διαφορά είναι συντριπτική. Το όφελος είναι της τάξης των 30.000 – 40.000δρχ. ημερησίως κατά άρρωστο (Μπρατάνη Π., 1996).

Από την οικονομική εκτίμηση της τετραετούς λειτουργίας της Υ.Κ.Ο.Ν. και μετά την αφαίρεση του κόστους λειτουργίας της υπηρεσίας προκύπτει ότι:

- Το Οικονομικό όφελος ανέρχεται συνολικά σε 172.000.000 δρχ. εάν υπολογιστεί με το συμβατικό κλειστό νοσήλιο των ασφαλιστικών ταμείων, και σε 2.447.000 δρχ. αν υπολογισθεί με το πραγματικό νοσοκομειακό νοσήλιο,
- Η μετατροπή των «ημερών νοσηλείας στο σπίτι» σε νοσοκομειακά κρεβάτια, αντιστοιχεί σε μια επιπλέον κλινική δυνάμεως 34 (τριάντα τεσσάρων) κρεβατιών για το πρώτο έτος, 77 (εβδομήντα επτά) κρεβατιών για το δεύτερο έτος, 74 (εβδομήντα τεσσάρων) κρεβατιών για το τρίτο έτος και 62 (εξήντα δύο) κρεβατιών για το τέταρτο έτος (Μπρατάνη Π., 1996).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ:

1. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, «Εθνικό Σύστημα Υγείας», Νόμος 1397/1983, Φ.Ε.Κ., Α143/7-10-1983.
2. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας», Νόμος 2071/1992, Φ.Ε.Κ., Α123/15-7-1992.
3. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», Νόμος 2519/1997, Φ.Ε.Κ., Α165/21-8-1997.