



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ

«Οι κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις της κατ' οίκον
νοσηλείας»

Όνομα φοιτητή

Μαρκόπουλος Γ. Απόστολος

Αθήνα, 2019

*Στη σύζυγο μου Βασιλική
και τον υιό μου Γρηγόρη*

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας τις μεταπτυχιακές μου σπουδές θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Ιωάννη Τούντα, για την ουσιαστική καθοδήγηση, υποστήριξη, καθώς και την αμέριστη βοήθεια που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας, αλλά και τα των σπουδών μου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω, επίσης, όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών, για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν αλλά και τις εμπειρίες που μοιράστηκαν μαζί μας. Συνέβαλαν ουσιαστικά στη διεύρυνση των πνευματικών μας οριζόντων και στάθηκαν δίπλα μας σε όλη τη διάρκεια της εκπαιδευτικής μας διαδρομής. Θερμές ευχαριστίες επίσης και στη γραμματέα του προγράμματος κ. Ιωάννα Τούπου, για τη συνεχή ενημέρωση και αρωγή της τον ενάμιση αυτό χρόνο.

Εν κατακλείδι θα ήθελα να αφιερώσω τη διπλωματική μου εργασία στον πολυαγαπημένο μου υιό Γρηγόρη και στην πολυαγαπημένη μου σύζυγο Βασιλική, για τη αμέριστη συμπαράστασή και υπομονή τους, καθ' όλη τη χρονική περίοδο που απουσίαζα από κοντά τους, με σκοπό την ολοκλήρωση των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
Κεφάλαιο 1: Η κατ' οίκον νοσηλεία στις μέρες μας	7
1.1 Πώς ορίζεται η νοσηλεία κατ' οίκον (home care)	8
1.2 Οι βασικές αρχές της κατ' οίκον νοσηλείας	9
1.3 Πού και σε ποιες ηλικιακές ομάδες απευθύνεται η παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω της κατ' οίκον νοσηλείας	11
1.4 Τρόποι παροχής της κατ' οίκον νοσηλείας	14
1.5 Δυσκολίες εφαρμογής της κατ' οίκον νοσηλείας	16
Κεφάλαιο 2: Περιγραφή μοντέλων παροχής νοσηλείας κατ' οίκον	17
2.1 Ο ρόλος του ιατρού	24
2.1.1 Συνεργασία του ιατρού με την λοιπή ομάδα	25
2.1.2 Εφαρμογή ιατρικής δεοντολογίας κατά την διάρκεια της νοσηλείας κατ' οίκον ..	26
2.1.3 Κίνδυνοι που ελλοχεύουν για τον ιατρό και τον ασθενή κατά την εφαρμογή νοσηλείας κατ' οίκον	29
2.1.4 Δικαιώματα ασθενούς	30
2.1.5 Υποχρεώσεις ασθενούς	31
2.1.6 Αντιμετώπιση περιστατικών κακοποίησης ασθενών, στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλείας τους	32
2.2 Εκπαίδευση και Κατάρτιση των Κοινοτικών Νοσηλευτών	33
2.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως προασπιστής των δικαιωμάτων του ασθενούς	37
2.2.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως συντονιστής των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον	38
2.2.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως εκπαιδευτής	39
2.2.4 Προετοιμασία του νοσηλευτή πριν την κατ' οίκον επίσκεψη	40
2.2.5 Συμπεριφορά του νοσηλευτή κατά την διάρκεια της κατ' οίκον επίσκεψης	41
2.2.6 Νέες Τάσεις στην Κοινοτική Νοσηλευτική	42
2.2.7 Νοσηλευτική διοίκηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη νοσηλεία στο σπίτι	44
2.3 Ο ρόλος του επισκέπτη υγείας	45
Κεφάλαιο 3: Η υφιστάμενη παροχή νοσηλείας κατ' οίκον στην Ελλάδα	48
Κεφάλαιο 4: Περιγραφή οικονομικών και κοινωνικών διαστάσεων παροχής νοσηλείας κατ' οίκον	52
4.1 Αξιολόγηση των υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον	53
4.1.1 Θεραπευτική έκβαση και ασφάλεια των ασθενών	54

4.1.2 Ποιότητα ζωής των ασθενών και βαθμός ικανοποίησης.....	57
4.1.3 Κόστος φροντίδας	59
4.2 Παράθεση ενδεικτικών μελετών της διεθνούς βιβλιογραφίας των συνεπειών παροχής υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον	61
Κεφάλαιο 5: Προτεινόμενες παρεμβάσεις βελτίωσης παροχής νοσηλείας κατ' οίκον στην Ελλάδα.....	75
Κεφάλαιο 6: Συζήτηση-Συμπεράσματα	78
Βιβλιογραφία	83

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις της κατ' οίκον νοσηλείας
Μαρκόπουλος Γ. Απόστολος

Η παροχή υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον αποτελεί έναν τρόπο προσέγγισης που δρα εναλλακτικά της ενδονοσοκομειακής φροντίδας και αναπτύσσεται ταχέως τις τελευταίες δεκαετίες ανά τον κόσμο. Η ενσωμάτωση δομών παροχής τέτοιων υπηρεσιών σε Εθνικά Συστήματα Υγείας διαφόρων χωρών έχει συνδυασθεί στον χώρο της διεθνούς βιβλιογραφίας με την εξαγωγή υποσχόμενων ευρημάτων, αναφορικά με τον δείκτη ικανοποίησης των ασθενών και την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Απαιτεί την συνεργασία διαφορετικών κλάδων επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, επισκεπτών υγείας, νοσηλευτών κ.ά, ανάλογα πάντα με τον βαθμό βαρύτητας ενός κλινικού περιστατικού. Ταυτόχρονα, το εν λόγω εγχείρημα φαίνεται να συνδυάζεται με αποσυμφόρηση των εκάστοτε νοσοκομειακών δομών του κρατικού μηχανισμού, μειώνοντας σημαντικά το σχετιζόμενο νοσοκομειακό κόστος νοσηλείας του ασθενούς.

Η εφαρμογή υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον στην Ελλάδα επιτελείται στην παρούσα φάση από ιδιωτικής φύσεως φορείς και απαιτείται η θέσπιση ενός ολοκληρωμένου νομοθετικού πλαισίου λειτουργίας. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή χρήζει πρόσθετης ανάδειξης, προκειμένου να δημιουργηθεί το πρόσφορο έδαφος για να ασκήσει το πολύπλευρο έργο του.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η περιγραφή της νοσηλείας κατ' οίκον ανά τον κόσμο, η αναφορά διαφορετικών μοντέλων παροχής υπηρεσιών νοσηλείας και η περιγραφή του ρόλου του κοινοτικού νοσηλευτή. Επιχειρήθηκε σχετική σύγκριση με την υφιστάμενη περίπτωση της Ελλάδας και αναφέρθηκαν σχετικές προτάσεις που αναμένεται να βελτιώσουν την παρούσα κατάσταση.

Λέξεις κλειδιά : κατ' οίκον νοσηλεία, κοινοτικός νοσηλευτής, μοντέλα κατ' οίκον νοσηλείας.

ABSTRACT

The social and economic dimensions of home care
Markopoulos G. Apostolos

Home care services comprise an alternative mode of offering nursing services to a patient, instead of receiving standard hospital services and constitutes a rapidly expanding field during the last decades around the world. Implementation of home care structures within the National Health Systems of different countries has been combined with promising results, in terms with the degree of patient satisfaction and improvement in quality of life. This particular concept requires collaboration between different categories of health professionals, including doctors, health visitors, nurses and others, depending always upon the degree of severity of a particular clinical case. Furthermore, administration of home care services seems to be associated with decongestion of specific hospital structures, resulting in a significant decrease in nursing expenses for patient hospitalization.

Implementation of home care services in Greece is currently underway mainly from private sector companies, making establishment of a fully-functional legislative framework an imperative need. The role of the community nursing staff needs to be further highlighted, in order to properly exert its multitask responsibilities.

The aim of the current thesis was description of home care services around the world, through description of different home care models and presentation of differences resulting from the structure of a National Health System of a given country. In addition to that, a thorough description of the role of community nurse, together with the current existing situation in Greece was resented, followed by specific suggestions in terms of improving further the current situation.

Key words : home care, community nursing staff, home care models.

Κεφάλαιο 1: Η κατ' οίκον νοσηλεία στις μέρες μας

1.1 Πώς ορίζεται η νοσηλεία κατ' οίκον (home care)

Ο όρος της νοσηλείας κατ' οίκον (home care, HC), σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σπίτι από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας και αποσκοπεί στην προαγωγή-αποκατάσταση και διατήρηση του επιπέδου υγείας-λειτουργικότητας και ευεξίας του ατόμου. Ο ίδιος όρος επίσης εφαρμόζεται και σε περιπτώσεις κλινικών περιστατικών μη-αναστρέψιμης μορφής, με μοναδικό γνώμονα την προάσπιση του βέλτιστου επιπέδου ποιότητας ζωής του ασθενούς. Ταξινομείται σε τέσσερις διαφορετικούς άξονες, που περιλαμβάνουν την προληπτική φροντίδα, την φροντίδα θεραπείας-αποκατάστασης, την φροντίδα χρονίως πασχόντων και την ανακουφιστική-παρηγορητική φροντίδα. Ο τελευταίος εκ των προαναφερθέντων αξόνων καλύπτει τις ανάγκες μίας ευρείας γκάμας κλινικών περιστατικών, που περιλαμβάνουν καρκινοπαθείς, πρόσφατα χειρουργημένους ασθενείς, ασθενείς με χρόνια νεφρική-αναπνευστική και καρδιακή ανεπάρκεια, διαβητικούς ασθενείς, ασθενείς με χρόνια ψυχολογικά ή νευρολογικά νοσήματα, ασθενείς με έλκη, ασθενείς με κατακλίσεις, HIV ασθενείς, καθώς επίσης ηλικιωμένους ασθενείς και ασθενείς με προβλήματα αναπηρίας.

1.2 Οι βασικές αρχές της κατ' οίκον νοσηλείας

Η κατ' οίκον νοσηλεία επικεντρώνεται γύρω από πέντε θεματικούς άξονες και συνεξαρτάται από την επιτυχή υλοποίησή τους, προκειμένου να είναι αποτελεσματική ως εξωνοσοκομειακό μοντέλο παροχής φροντίδας. Οι άξονες αυτοί παρουσιάζονται κατωτέρω:

1. Η διαμόρφωση κατάλληλων και αποτελεσματικών συστημάτων παροχής φροντίδας του ασθενούς, με οικονομική χρηματοδότηση από το εκάστοτε σύστημα υγείας
2. Η παροχή εξειδικευμένης υποστηρικτικής φροντίδας ασθενών με ειδικά προβλήματα ασθένειας ή αναπηρίας
3. Η υγειονομική εκπαίδευση οικογενειακών μελών, αναφορικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση μίας συγκεκριμένης ασθένειας
4. Η ανάδειξη και ενδυνάμωση του ρόλου της οικογένειας στην επιτυχή αντιμετώπιση μίας ασθένειας ή αναπηρίας, με απώτερο στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής όλων των εμπλεκόμενων μελών
5. Η διαμόρφωση ενός υγιεινού περιβάλλοντος που θα αποτελέσει την προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση της νοσηλείας κατ' οίκον και συνάμα των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων για τον ίδιο τον ασθενή

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατ' οίκον περιλαμβάνει το στάδιο της πρόληψης μίας νόσου, το στάδιο των επεμβατικών χειρισμών με απώτερο στόχο την βελτίωση της υγείας του ασθενούς και το στάδιο των διαφόρων νοσηλευτικών υπηρεσιών με γνώμονα την διαχείριση της νόσου στον χώρο της οικίας του ασθενούς (Stanhope & Lancaster, 2009). Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών, η κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα ορίζεται ως «η άσκηση νοσηλευτικής φροντίδας ενός ατόμου που εμφανίζει κάποιο πρόβλημα υγείας, στον χώρο όπου διαμένει». Αποδέκτες των εν λόγω υπηρεσιών είναι άτομα που τελούν στο στάδιο της ανάρρωσης, άτομα που πάσχουν από περιστασιακής φύσεως νοσήματα, καθώς επίσης και άτομα με αναπηρίες διαφόρων μορφών. Απώτερος στόχος παραμένει η διατήρηση-βελτίωση-αποκατάσταση της υγείας ενός ασθενούς, με όσο τον δυνατόν λιγότερο επώδυνο τρόπο, τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για τα πλησιέστερα οικογενειακά μέλη.

Το στάδιο της πρόληψης μίας νόσου υποδιαιρείται σε τρία διακριτά επίπεδα, την πρωτογενή-δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων, την ενημέρωση του ασθενούς αναφορικά με θέματα που άπτονται καθημερινής άσκησης και βελτίωσης της σωματικής κατάστασης, την υπόδειξη περί τροποποιήσεων καθημερινών συνηθειών και δυνητικών κινδύνων. Το συγκεκριμένο στάδιο απευθύνεται τόσο στον ασθενή, όσο και στα μέλη της οικογενείας του, ορισμένα εκ των οποίων δύνανται να συμβιώνουν σε κοινό χώρο. Η δευτερογενής πρόληψη επικεντρώνεται στην εκπαίδευση του ασθενούς αναφορικά με την υπό χορήγηση φαρμακευτική αγωγή, σε συνδυασμό με συγκεκριμένες ιατρικές οδηγίες που θα πρέπει να ακολουθηθούν σε καθημερινή βάση. Τέλος, η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει την διαχείριση και επιτυχή αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών της νόσου, με απώτερο στόχο την άμεση βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς.

Η συνεργασία ανάμεσα στον πυρήνα της οικογένειας του ασθενούς και τους εκάστοτε φροντιστές που έχουν επιμεληθεί την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατ' οίκον κρίνεται επιβεβλημένη, προκειμένου να επιτευχθούν τα αναμενόμενα για τον ασθενή αποτελέσματα σε βάθος χρόνου. Οι ανάγκες της σίτισης του ασθενούς και της εφαρμογής των κανόνων υγιεινής είναι απαραίτητες, όπως επίσης και η συμμόρφωση του ασθενούς στην χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και εφόσον κριθεί απαραίτητο νοσηλευτικών χειρισμών.

1.3 Πού και σε ποιες ηλικιακές ομάδες απευθύνεται η παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω της κατ' οίκον νοσηλείας

Έρευνες που έχουν διεξαχθεί στον χώρο της διεθνούς βιβλιογραφίας έχουν καταγράψει και αναδείξει μία σειρά διαφορετικών παραμέτρων που επηρεάζουν την τελική απόφαση ενός ασθενούς στο να λάβει υπηρεσίες υγείας μέσω της κατ' οίκον νοσηλείας. Οι σημαντικότερες εξ' αυτών παρουσιάζονται κατωτέρω και είναι οι ακόλουθες:

- Ο βαθμός οργάνωσης και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Το κόστος παροχής των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, παράμετρος που αποκτά πρόσθετη βαρύτητα εφόσον δεν καλύπτεται ή καλύπτεται μερικώς από τον εκάστοτε ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς
- Το φύλο και η ηλικία του ασθενούς
- Η οικονομική κατάσταση του ασθενούς
- Το θρήσκευμα σε συνδυασμό με την εθνικότητα του ασθενούς
- Ο βαθμός ανοχής του ασθενούς στον πόνο, ως αποτέλεσμα των εκάστοτε συμπτωμάτων της υποκείμενης νόσου
- Ο βαθμός εξέλιξης της υποκείμενης νόσου, σε συνδυασμό με την πρόγνωση περί προσδόκιμου επιβίωσης που έχει λάβει ο ασθενής από τον θεράποντα ιατρό του
- Ο βαθμός ψυχολογικής υποστήριξης από το οικείο περιβάλλον του ασθενούς, σε επίπεδο επιτυχούς διεξαγωγής των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Η δυνατότητα συμμετοχής του οικογενειακού ιατρού του ασθενούς στην συχνή υποστήριξη και κάλυψη βασικών ιατρικών αναγκών
- Η επάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού, σε επίπεδο παροχής βασικών νοσηλευτικών υπηρεσιών
- Η δυνατότητα επάνδρωσης της οικείας του ασθενούς με τον κατάλληλο υλικοτεχνικό εξοπλισμό, ο οποίος θα διασφαλίσει την επιτυχή και ασφαλή διεκπεραίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Οι κατηγορίες ασθενών που δύνανται να λάβουν φροντίδα υπό την μορφή παρεχομένων νοσηλευτικών υπηρεσιών διακρίνονται σε οξέως και χρονίως πάσχοντες ασθενείς (Bentur, 2001). Η πρώτη κατηγορία ασθενών περιλαμβάνει κλινικά περιστατικά ανεξαρτήτως ηλικιακών περιορισμών, τα οποία και λόγω της φύσεως της κλινικής τους εικόνας, δεν χρήζουν παρατεταμένης νοσοκομειακής παραμονής. Ως εκ τούτου, λαμβάνουν συνήθως γρήγορα το σχετικό εξιτήριο και ακολούθως έπεται η θεραπευτική τους αντιμετώπιση κατ' οίκον (Phillips Fox, 2009; Montalto, 2010). Ορισμένες χαρακτηριστικές περιπτώσεις περιλαμβάνουν αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (Ricauda et al., 2005), φλεβοθρομβώσεις (Chong et al., 2005), ενδοκαρδίτιδες (Cervera et al., 2011), διάρροιες, εμέτους και νοσήματα λοιπών περιπτώσεων (Pericas et al., 2013). Από την άλλη πλευρά, οι χρονίως πάσχοντες ασθενείς χαρακτηρίζονται από συχνές υποτροπές, με αποτέλεσμα να χρήζουν παροχής συνεχούς νοσηλευτικής φροντίδας. Στην εν λόγω κατηγορία συγκαταλέγονται οι ηλικιωμένοι, ασθενείς με αναπνευστικά νοσήματα, ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου, ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς επίσης και ασθενείς με περιορισμένο βαθμό κινητικότητας (Martin et al., 1994; Cotton et al., 2000; Bentur, 2001; Cheng et al., 2009).

Από τα παραπάνω καθίσταται σαφές πως θα πρέπει να υπάρχουν συγκεκριμένα κριτήρια, βάση των οποίων θα αξιολογείται ένα κλινικό περιστατικό ως επαρκές για λήψη παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω της κατ' οίκον νοσηλείας. Το πρώτο κριτήριο προϋποθέτει το υποκείμενο νόσημα να εκδηλώνεται με συχνότητα και να αποτελεί αίτιο νοσοκομειακής εισαγωγής. Το δεύτερο κριτήριο προϋποθέτει πως η εκάστοτε διάγνωση θα παρέχεται με τρόπο απλό, άμεσο και ασφαλή για τον ασθενή και δεν θα χρήζει πρόσθετων επεμβατικών τεχνικών. Το τρίτο και τελευταίο κριτήριο προϋποθέτει την εφαρμογή μίας σχεδιασμένης και καθορισμένης θεραπευτικής προσέγγισης, η υλοποίηση της οποίας θα είναι εφικτή κατά την παραμονή του ασθενούς στην οικεία του. Όπως περιγράφεται και στον πίνακα 1, ένα σύνολο διαφορετικών δραστηριοτήτων, οι οποίες σχετίζονται με την φύση του υποκείμενου νοσήματος, την επιλογή του θεραπευτικού πρωτοκόλλου αντιμετώπισης του ασθενούς, την επάρκεια νοσηλευτικών προμηθειών, τεχνολογικού εξοπλισμού, κατάλληλης στελέχωσης επαγγελματιών υγείας και τέλος αποδοχής του ιδίου του ασθενούς, θα πρέπει να πληρούνται ταυτόχρονα προκειμένου να καθίσταται εφικτή η νοσηλεία ενός ασθενούς κατ' οίκον.

Πίνακας 1 Σύνολο δραστηριοτήτων που οφείλουν να πληρούνται για την εφαρμογή νοσηλείας κατ' οίκον

Παρέχεται θεραπεία μιας κατάστασης, η βαρύτητα της οποίας απαιτεί συνήθως νοσηλεία
Παρέχεται θεραπεία που απαιτεί νοσοκομειακό τεχνολογικό εξοπλισμό
Υπάρχει αποδοχή της ευθύνης από το νοσοκομείο ή το σύστημα υγείας για τη νοσηλεία
Οι ασθενείς συνεχίζουν να θεωρούνται ενδονοσοκομειακοί, παρ' ότι νοσηλεύονται στην κοινότητα, στην οικία τους. Η κλίνη τους θεωρείται νοσοκομειακή κλίνη και δύναμη του νοσοκομείου
Η προμήθεια των φαρμακευτικών προϊόντων, των υλικών και η διενέργεια ιατρικών και ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων υλοποιούνται όπως και στον ενδονοσοκομειακό ασθενή
Παρέχεται 24ωρη ιατρική φροντίδα
Παρέχεται 24ωρη νοσηλευτική φροντίδα
Παρέχεται συντονισμένη φροντίδα, όπως στον ενδονοσοκομειακό ασθενή
Επιβάλλεται η συγκατάθεση των ασθενών στη θεραπεία

(Αδαμακίδου και συν., 2015)

1.4 Τρόποι παροχής της κατ' οίκον νοσηλείας

Ο τρόπος παροχής υπηρεσιών υγείας, στο πλαίσιο εφαρμογής κατ' οίκον νοσηλείας, πρέπει να γίνεται συνεχόμενα και σε 24ωρη βάση, ανεξαρτήτως του εκάστοτε μοντέλου προσέγγισης που θα επιλεγθεί. Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες το επιλεγθέν νοσηλευτικό μοντέλο διασφαλίζει παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου κατ' οίκον, υπό την μορφή μηχανικού αερισμού, ενδοφλέβιας χορήγησης αντιβιοτικών και αντιθρομβωτικών σκευασμάτων, εντερικής και παρεντερικής διατροφής και παρακεντήσεων. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν νοσηλευτικά μοντέλα που εστιάζονται ως επί το πλείστον στο κομμάτι της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς (Corrado, 2000). Επιπρόσθετα, υπάρχουν και περιπτώσεις κατά τις οποίες η παροχή νοσηλείας κατ' οίκον έχει ως αποδέκτη μία συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, με συγκεκριμένης φύσεως προβλήματα και ανάγκες. Ο πίνακας 2 συνοψίζει χαρακτηριστικές περιπτώσεις παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον, οι οποίες και απευθύνονται σε διαφορετικές ομάδες ασθενών.

Πίνακας 2 Σύνολο δραστηριοτήτων που οφείλουν να πληρούνται για την εφαρμογή νοσηλείας κατ' οίκον

Ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών και υγρών
Ενδοφλέβια χορήγηση αντιθρομβωτικών, κορτικοστεροειδών
Ενδοφλέβια ινóτροπη και διουρητική θεραπεία
Μεταγγίσεις αίματος και παραγώγων
Παρεντερική σίτιση
Οξυγονοθεραπεία, αναπνευστική φυσικοθεραπεία και υποστήριξη
Εφαρμογή ουροκαθετήρα, ρινογαστρικού καθετήρα
Αλλαγή τραχειοσωλήνα, τραυμάτων, ελκών, στομιών
Εργοθεραπεία, λογοθεραπεία
Χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ανακουφιστική φροντίδα
Παρακεντήσεις θώρακα και ασκτικής συλλογής, αλλαγές τραυμάτων
Φροντίδα επιτόκου, λεχωίδας και βρέφους
Εκπαίδευση και συμβουλευτική ασθενούς και οικογένειας

(Αδαμακίδου και συν., 2015)

Η μελέτη του πίνακα 2 καθιστά σαφή την αξιοποίηση της υπάρχουσας τεχνολογίας, προκειμένου να διευκολυνθεί η παροχή υπηρεσιών υγείας, προς όφελος του ιδίου του ασθενούς. Οι συγκεκριμένες παρεμβατικές κινήσεις περιλαμβάνουν την εποπτεία αυτόματων φορητών αντλιών έγχυσης φαρμακευτικών σκευασμάτων και καταγραφής κλινικών παραμέτρων του ασθενούς, συσκευών ζωτικών λειτουργιών, αναπνευστήρων, φλεβοκαθετήρων κ.ά. Εφαρμόζονται βιντεοκλήσεις ανάμεσα σε μέλη της οικογένειας του ασθενούς και μελών της θεραπευτικής ομάδας, με σκοπό την συνεχή και απρόσκοπτη παρακολούθηση της κλινικής πορείας του ασθενούς. Δεν είναι τυχαίο πως τα τελευταία χρόνια ο κλάδος της τηλεϊατρικής έχει σημειώσει αλματώδη ανάπτυξη και αποτελεί την ενδεδειγμένη λύση σε περιπτώσεις κατοίκων απομακρυσμένων γεωγραφικών ζωνών, οι οποίοι χρήζουν παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών και φροντίδας κατ' οίκον (Phillips Fox, 2009).

1.5 Δυσκολίες εφαρμογής της κατ' οίκον νοσηλείας

Η εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας συναντά συγκεκριμένες δυσκολίες εφαρμογής, οι οποίες και έχουν περιγραφεί και αναδειχθεί στον χώρο της διεθνούς βιβλιογραφίας. Πιο συγκεκριμένα, απαιτείται ένας συγκερασμός διαφορετικών επαγγελματιών υγείας, καθένας εκ των οποίων φέρει διαφορετικού τύπου δεξιότητες και θεωρητικές γνώσεις. Οι συγκεκριμένοι επιστημονικοί κλάδοι καλούνται να συνεργαστούν και να συντονιστούν, προκειμένου να είναι αποτελεσματική η παροχή υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον. Η σύσταση της κατάλληλης θεραπευτικής ομάδας θα πρέπει να περιλαμβάνει ιατρούς (ενίοτε διαφορετικών ειδικοτήτων αναλόγως της φύσεως του κλινικού περιστατικού), νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, καθώς επίσης και οικεία μέλη του περιβάλλοντος του ασθενούς.

Ο μέσος ηλικιωμένος ασθενής αποτελεί μία δεύτερη σημαντική εστία ανάδειξης δυσκολιών στην εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας. Αποτελεί κοινό τόπο πως σε αρκετές περιπτώσεις, καταγράφονται περισσότερα του ενός υποκείμενα νοσήματα (αυξημένος δείκτης συνοσηρότητας), διανοητική και/ή φυσική δυσλειτουργία (ενίοτε λόγω αναπηρίας οποιασδήποτε μορφής), καθώς επίσης και αδυναμία αυτοσυντήρησης (Duke & Street, 2003). Λόγω των διαφορετικών υποκείμενων νοσημάτων, απαιτούνται διαφορετικές φαρμακευτικές προσεγγίσεις, ο συνδυασμός χορήγησης των οποίων δυσχεραίνει την εφαρμογή ενός στοχευμένου θεραπευτικού πρωτοκόλλου αντιμετώπισης του ασθενούς (Rodriguez-Verjan et al., 2013). Δεν είναι άλλωστε τυχαίο πως η εν λόγω πραγματικότητα συγκαταλέγεται μεταξύ των 10 περισσότερο απαιτητικών προκλήσεων σε επίπεδο θεραπευτικής αντιμετώπισης ασθενών με συνοσηρότητα (Cryer et al., 2012).

Κεφάλαιο 2: Περιγραφή μοντέλων παροχής νοσηλείας κατ' οίκον

Η ανάγκη εύρεσης εναλλακτικών μοντέλων περίθαλψης ασθενών με οξεία και χρόνια νοσήματα δημιουργήθηκε τις τελευταίες δεκαετίες, ως αποτέλεσμα αμφισβήτησης του νοσοκομείου ως του ιδανικού χώρου παροχής υπηρεσιών παροχής φροντίδας. Μελέτες που έχουν δημοσιευθεί αναφέρουν πως ομάδες κυρίως ηλικιωμένων ασθενών διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ανεπιθύμητων καταστάσεων κατά την διάρκεια της ενδονοσοκομειακής παραμονής τους (Corrado, 2001; Leff, 2001). Οι περισσότεροι χαρακτηριστικές περιπτώσεις περιλαμβάνουν κατακλίσεις, εκδήλωση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, συγχυτικών καταστάσεων και αυξημένης θνητότητας, με συνοδό επακόλουθο την σημαντική οικονομική επιβάρυνση των διαφόρων συστημάτων υγείας ανά τον κόσμο. Ως εκ τούτου, αρκετές χώρες επεδίωξαν εναλλακτικές λύσεις στον τομέα της φροντίδας υγείας, οι οποίες θα συνδυάζουν την ασφάλεια, την ευελιξία και την αξιοποίηση τεχνολογικών και ευρυζωνικών υπηρεσιών, με την νοσηλεία κατ' οίκον να αποτελεί μία τέτοια πρόταση προς εφαρμογή.

Η νοσηλεία κατ' οίκον αποτελεί μοντέλο περίθαλψης ασθενών και αποσκοπεί στην παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, το επίπεδο ποιότητας των οποίων δεν θα υπολείπεται των αντίστοιχων ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών. Οι πρώτες αναφορές περιγράφουν την ίδρυση του πρώτου προγράμματος φροντίδας στο σπίτι από τον William Rathbone το 1859 στο Λίβερπουλ της Αγγλίας, προκειμένου να παράσχει υπηρεσίες νοσηλείας κατ' οίκον στην βαρέως πάσχουσα σύζυγό του. Εξαιτίας της προσωπικής του εμπειρίας, οργάνωσε ένα σύστημα επισκεπτών νοσηλευτών που θα μπορούσαν να βοηθήσουν άλλα άτομα με παρόμοιες ανάγκες. Το 1859, ο γιατρός Rathbone και η Florence Nightingale ίδρυσαν σχολή για την εκπαίδευση νοσηλευτών κατ' οίκον φροντίδας (Clemen-Stone et al., 1987).

Το τέλος του 18^{ου} αιώνα σηματοδύεται στην Αμερική από μεγάλη εισροή μεταναστών και ταχύτατη αύξηση του πληθυσμού των περισσότερων πόλεων. Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας άρχισαν να εφαρμόζονται στη Νέα Υόρκη, στη Βοστώνη και στη Φιλαδέλφεια για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες υγείας ασθενών. Το

1893, η Lillian Wald και η Mary Brewster ίδρυσαν το Henry Street Settlement House στην πόλη της Νέας Υόρκης. Οι επισκέπτες νοσηλευτές αυτής της υπηρεσίας παρείχαν φροντίδα στους φτωχούς κατοίκους λαϊκών συνοικιών. Τελικά, αυτοί οι επαγγελματίες της κατ' οίκον φροντίδας ίδρυσαν τις Ενώσεις Επισκεπτών Νοσηλευτών (Visiting Nurse Associations, VNAs), οι οποίοι επικεντρώνονταν αφενός στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς και αφετέρου στη διδασκαλία των οικογενειών.

Πρωτοεφαρμόστηκε στην Γαλλία το 1961 με την ονομασία «νοσοκομείο στο σπίτι» και σταδιακά άρχισε να υιοθετείται και από άλλες χώρες, με αποτέλεσμα να εφαρμόζεται ευρέως την δεκαετία του '80 (Corrado, 2001). Το 1976 λειτουργεί στις ΗΠΑ και συγκεκριμένα στην Βοστώνη το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι (American Nurses Association, 2016). Οι εν λόγω ασθενείς λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι τους, τόσο σε περιπτώσεις οξέων όσο και χρόνιων νοσημάτων. Το νοσοκομείο αποτελεί την εναλλακτική επιλογή νοσηλείας, σε περιπτώσεις χωρών όπου οι συγκεκριμένες δομές απουσιάζουν από το σύστημα υγείας (Cheng et al., 2009). Απώτερος στόχος της νοσηλείας κατ' οίκον είναι η επανεκτίμηση, αποκατάσταση και εν τέλει μείωση ή καθυστέρηση ή αποφυγή εκδήλωσης ενδονοσοκομειακής περίθαλψης (Afrite et al., 2009). Στην αρχή οι νοσηλευτές επισκέπτονταν τους φτωχούς και τους μετανάστες, προσπαθώντας να βελτιώσουν τη γενική κατάσταση της υγείας τους. Πριν το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, οι γιατροί συνήθιζαν τις κατ' οίκον επισκέψεις για τη θεραπεία των ασθενών, ενώ κατά τη διάρκεια του πολέμου, επήλθε αλλαγή στην πρακτική τους από το σπίτι στο περιβάλλον του νοσοκομείου και του ιδιωτικού ιατρείου. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, οι νοσηλευτές άρχισαν να πραγματοποιούν τις περισσότερες από τις κατ' οίκον επισκέψεις (Mundrigger, 1983).

Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα οι κατ' οίκον υπηρεσίες επεκτάθηκαν για να περιλάβουν την παροχή υπηρεσιών σε ηλικιωμένα άτομα. Το 1965 ο Νόμος για τη Κοινωνική Ασφάλεια (Social Security Act) παρείχε πρόγραμμα κάλυψης για φροντίδα υγείας στο σπίτι σε ηλικιωμένους με τη συμμετοχή στο πρόγραμμα Medicare και λίγο αργότερα, ξεκίνησε το πρόγραμμα του Medicaid. Σήμερα, τα προγράμματα του Medicare και του Medicaid, αποτελούν τα εθνικά συστήματα

υποδομής των περισσότερων υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας (National Association for Home Care, 1994).

Οι υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών υγείας στο σπίτι του ασθενούς έχουν αναπτυχθεί σε διαφορετικό βαθμό και με διαφορετικούς τρόπους ανά τον κόσμο. Στον Ευρωπαϊκό χώρο ξεχωρίζουν οι περιπτώσεις της Γαλλίας, της Ιταλίας και της Αγγλίας και ακολούθως οι περιπτώσεις του Καναδά, της Αμερικής, της Αυστραλίας και του Ισραήλ από τον υπόλοιπο κόσμο. Λαμβάνοντας υπ' όψη πως κάθε χώρα διαθέτει το δικό της σύστημα υγείας, με το δικό του πλαίσιο ιδιαιτεροτήτων, απαιτούνται ξεχωριστές τροποποιήσεις προκειμένου ένα συγκεκριμένο μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας στο σπίτι να δύνανται να καλύψει επαρκώς το εύρος αναγκών των ασθενών, έχοντας παράλληλα διασφαλίσει και την απαιτούμενη επάρκεια οικονομικών πόρων (Phillips Fox, 2009).

Η διερεύνηση του χώρου της διεθνούς βιβλιογραφίας αποδεικνύει πως η άσκηση της παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας έξω από τον χώρο του νοσοκομείου έχει σε μερικές χώρες ιστορία πολλών δεκαετιών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτό του Ηνωμένου Βασιλείου, όπου η παροχή των εν λόγω υπηρεσιών συμβαδίζει σχεδόν με την εμφάνιση της νοσηλευτικής ως επάγγελμα. Ήδη από τον προηγούμενο αιώνα υπήρχαν στη χώρα αυτή νοσηλεύτριες εργαζόμενες σε εργοστάσια και σχολεία ή απασχολούμενες στην κατ' οίκον φροντίδα των ασθενών, ενώ στα τέλη του ίδιου αιώνα πραγματοποιήθηκε η ίδρυση μιας υπηρεσίας επισκεπτριών υγείας, με σκοπό την προαγωγή της υγείας των νηπίων και των μικρών παιδιών, μέσω της εκπαίδευσης και της υποστήριξης των μητέρων. Επιπρόσθετα, σε λοιπές περιπτώσεις κρατών, όπως η Δανία, η Φιλανδία, το Βέλγιο, η Ιρλανδία και η Ολλανδία, αναφέρεται η ύπαρξη μακράς παράδοσης στο χώρο της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι. Σε όλες τις περιπτώσεις, ωστόσο η παρεχόμενη φροντίδα δεν είχε καθολικό χαρακτήρα με την έννοια ότι δεν απευθυνόταν στο σύνολο του πληθυσμού και αυτό διότι οι προσφερόμενες υπηρεσίες αποτελούσαν πρωτοβουλία φιλανθρωπικών οργανώσεων, χωρίς την παρέμβαση και συμμετοχή του κρατικού μηχανισμού.

Η θεσμοθέτηση της παροχής κοινοτικής νοσηλευτικής φροντίδας πραγματοποιήθηκε κυρίως μέσα από την εφαρμογή του εθνικού συστήματος υγείας,

αν και οι μεμονωμένες ρυθμίσεις για επιμέρους ιατρικές ειδικότητες (όπως για παράδειγμα την ψυχιατρική) είχαν εφαρμοστεί ήδη από την δεκαετία του 1930 στη Μ. Βρετανία και προέβλεπαν την ίδρυση εξωνοσοκομειακών μονάδων για την φροντίδα των ψυχιατρικών ασθενών. Στην ίδια χώρα η κοινοτική νοσηλευτική δοκιμάστηκε μέσα από την αλλαγή της παρεχόμενης φροντίδας από το νοσοκομειακό μοντέλο στο πρότυπο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Σύμφωνα με τον ορισμό που έδωσε ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών το 1986 «Η νοσηλευτική κοινοτικής υγείας σε επίπεδο εφαρμογής προάγει και προστατεύει την υγεία των πληθυσμών, ενοποιώντας τις δεξιότητες και τη γνώση που σχετίζονται τόσο με τη νοσηλευτική όσο και με τη δημόσια υγεία. Η εφαρμογή της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι ευρεία και γενική και δεν περιορίζεται σε μια συγκεκριμένη ηλικία ή διαγνωστική ομάδα. Είναι συνεχής και δεν περιορίζεται σε αποσπασματική φροντίδα. Αν και η νοσηλευτική κοινοτικής υγείας σε επίπεδο εφαρμογής απευθύνεται προς άτομα, οικογένειες και ομάδες, η κυρίαρχη ευθύνη της είναι προς τον πληθυσμό ως σύνολο».

Τα κεντρικά σημεία του παραπάνω ορισμού είναι ότι η κοινοτική νοσηλευτική αποτελεί σύνθεση θεωριών και εφαρμογής της νοσηλευτικής και της δημόσιας υγείας και απευθύνεται σε άτομα, οικογένειες και ομάδες με σκοπό τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας ολόκληρου του πληθυσμού. Φαίνεται επομένως, ότι η κοινοτική νοσηλευτική προσανατολίζεται περισσότερο προς την υγεία παρά προς την ασθένεια, εμφανίζοντας βασική διαφοροποίηση στη φιλοσοφία που τη διέπει σε σχέση με τη νοσηλευτική στο χώρο του νοσοκομείου. Προς τα παραπάνω χαρακτηριστικά γνωρίσματα της κοινοτικής νοσηλευτικής συγκλίνουν πολλοί ερευνητές, καθώς και ο Καναδικός Σύνδεσμος Δημόσιας Υγείας.

Κοινός τόπος στην πλειοψηφία των μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον, όπως αυτά περιγράφονται στον χώρο της διεθνούς βιβλιογραφίας, είναι ο πολύπλευρος ρόλος που επιτελεί ο νοσηλευτής, σε θέματα παρακολούθησης της καθημερινότητας του ασθενούς και παροχής φροντίδας. Ο αντίστοιχος ρόλος του ιατρού είναι ως επί το πλείστον εποπτικός, καθώς επίσης και επεμβατικός σε επίπεδο πραγματοποίησης επισκέψεων στην οικία του ασθενούς, η συχνότητα των οποίων άπτεται της γενικότερης κλινικής εικόνας και αναγκών του ασθενούς. Περιπτώσεις

ασθενών με εκδήλωση αναπηρίας οποιασδήποτε μορφής εμπλέκουν άμεσα το επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις όπου δύναται να εμπλακούν και λοιποί επαγγελματίες υγείας (π.χ. διαιτολόγοι, λογοθεραπευτές κ.ά) (Bentur, 2001; Duke & Street, 2003). Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο συντονισμός των προαναφερθέντων επαγγελματιών υγείας, σε συνδυασμό με την επάρκεια γνώσεων και δεξιοτήτων που άπτονται της ορθής και αποτελεσματικής εφαρμογής ενός πρωτοκόλλου παροχής υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον.

Η κατηγοριοποίηση διαφορετικών μοντέλων παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον επικεντρώνονται γύρω από τρεις διαφορετικούς άξονες, οι οποίοι παρουσιάζονται κατωτέρω και περιλαμβάνουν:

- Την ανάγκη ενδοφλέβιας έγχυσης φαρμακευτικού σκευάσματος, στο πλαίσιο συνέχισης μίας συγκεκριμένης θεραπευτικής αγωγής, που λαμβάνει χώρα στην οικία του ασθενούς. Το συγκεκριμένο μοντέλο αφορά αποκλειστικά παροχή νοσηλευτικής φροντίδας ήπιας μορφής και χρήζει της παρουσίας του νοσηλευτή.
- Την χορήγηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και εξειδικευμένων θεραπευτικών πρωτοκόλλων, σε ομάδες μετεγχειρητικών ασθενών, στο πλαίσιο υλοποίησης μετεγχειρητικής νοσηλείας, που λαμβάνει χώρα στην οικία του ασθενούς. Το συγκεκριμένο μοντέλο απαιτεί την υποχρεωτική παρουσία νοσηλευτή και την περιοδική παρουσία ιατρού.
- Την χορήγηση σύνθετων ιατρικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων, όπου απαιτείται παρουσία ιατρού με συχνές επισκέψεις κατ' οίκον, που λαμβάνει χώρα στην οικία του ασθενούς. Το συγκεκριμένο μοντέλο απαιτεί την διαρκή παρουσία ιατρού και νοσηλευτή, ως αποτέλεσμα της βαρύτητας της κλινικής εικόνας του ασθενούς.

Η τελευταία εκ των τριών προαναφερθέντων προσεγγίσεων εφαρμόζεται σε περιπτώσεις ασθενών, κατά τις οποίες κρίνεται ως μη επιθυμητή η επαναεισαγωγή στο νοσοκομείο, καθώς επίσης και σε περιπτώσεις ασθενών οπότε και ο ασθενής συνεχίζει συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή, την οποία και είχε ξεκινήσει κατά την διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο (Shepperd et al., 2009A; 2009B).

Η διατήρηση, ανάπτυξη και εξέλιξη της νοσηλείας κατ' οίκον οφείλεται σε μία πλειάδα διαφορετικών παραμέτρων, οι σημαντικότεροι εκ των οποίων παρατίθενται κατωτέρω (Bentur, 2001; Tarricone & Tsouros, 2008; DLA Phillips Fox, 2009):

- Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων ασθενών ανά τον κόσμο
- Ο κορεσμός των υπαρχόντων υπηρεσιών υγείας από τις προαναφερθείσες ευπαθείς πληθυσμιακά ομάδες
- Η πληθυσμιακή ανισοκατανομή σε διαφορετικές γεωγραφικές ζώνες ανά τον κόσμο
- Η έλλειψη δομών υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένες γεωγραφικές ζώνες
- Η αδυναμία πρόσβασης ευπαθώς πληθυσμιακά ομάδων σε συγκεκριμένες γεωγραφικές ζώνες
- Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης που επέτρεψαν την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών φροντίδας εντός της οικίας του ασθενούς
- Η αξιοποίηση των τεχνολογικών επιτευγμάτων που επέτρεψαν την ευελιξία εφαρμογής του συγκεκριμένου μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας

Η αξιοποίηση πληροφοριών στο χώρο της Υγείας επιτυγχάνεται σε τρία διακριτά στάδια που περιλαμβάνουν την παρατήρηση, την διάγνωση και την θεραπεία. Αρχικά, στο στάδιο της παρατήρησης, συλλέγονται δεδομένα σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς. Πρόκειται για δεδομένα προερχόμενα από διάφορες πηγές όπως το εργαστήριο, την κλινική εξέταση, την λήψη ιστορικού, τις ενδοσκοπικές και λοιπές απεικονιστικές μεθόδους (π.χ. ακτινογραφίες, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, αξονική τομογραφία) και το συνοδό εξοπλισμό παρακολούθησης. Η λήψη των αναγκαίων δεδομένων δεν είναι πάντα εύκολη, ενώ υπάρχει και ο κίνδυνος λάθους κατά την συλλογή. Μάλιστα περιπτώσεις που χαρακτηρίζονται από μεγάλο όγκο δεδομένων, κάνουν πρακτικά αδύνατη την εξαγωγή ευρημάτων. Για τον λόγο αυτό ακολουθείται ένα «άτυπο» πρωτόκολλο στην συλλογή των δεδομένων που καθορίζει ότι πρώτα λαμβάνεται το ιστορικό του ασθενούς, ακολουθεί η κλινική εξέτάσή του, η διεκπεραίωση των εργαστηριακών

εξετάσεων κ.ο.κ..Οι επαγγελματίες υγείας που δύνανται να συλλέξουν δεδομένα περιλαμβάνουν ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικό προσωπικό, εργαστηριακό προσωπικό, τεχνολογικό-ακτινολογικό προσωπικό, καθώς επίσης και φαρμακευτικό προσωπικό. Στο στάδιο της διάγνωσης, ο γιατρός αξιολογεί τις διαθέσιμες πληροφορίες (που πρόεκυψαν από την επεξεργασία των δεδομένων του σταδίου της παρατήρησης) και σε συνδυασμό με τις γνώσεις του, καταλήγει σε μία διαγνωστική απόφαση. Στο τελευταίο στάδιο της θεραπείας, χρησιμοποιείται το προϊόν του προηγούμενου σταδίου δηλαδή η διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς. Η κλινική γνώση που απαιτείται διαφέρει της αντίστοιχης που χρησιμοποιήθηκε για την διάγνωση. Είναι λοιπόν φανερό ότι η συλλογή των πληροφοριών υγείας αυξάνει τον βαθμό πολυπλοκότητας. Η εφαρμογή των υπολογιστών στη συλλογή της πληροφορίας, τη διάγνωση και τον καθορισμό της θεραπείας προσφέρει ουσιαστική λύση και εξομαλύνει αυτήν την πολυπλοκότητα. Η Πληροφορική Υγείας περιλαμβάνει ποικίλες εφαρμογές Πληροφορικής τόσο για την ανάλυση απλών μηχανισμών, όσο και για την επεξεργασία εξαιρετικά σύνθετων φαινομένων του χώρου της υγείας (Μπότσης & Χαλκίωτης, 2005).

2.1 Ο ρόλος του ιατρού

Η παροχή υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον εκκινεί από τη στιγμή που ο ιατρός διαγνώσει ότι η κατάσταση του ασθενούς είναι κατάλληλη τέτοιου είδους υπηρεσίες. Ο ιατρός, έπειτα από συνεννόηση με τον ασθενή, την οικογένειά του και λοιπά μέλη της ομάδας του, σχηματίζει ένα πλάνο οικιακής περίθαλψης, τη διεκπεραίωση του οποίου αναλαμβάνει μια εταιρεία παροχής υπηρεσιών οικιακής περίθαλψης. Ακολούθως, ο ιατρός είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση της εξέλιξης της υπηρεσίας αυτής, καθορίζοντας συγκεκριμένες ιατρικές παραμέτρους. Πιο συγκεκριμένα, ο ρόλος του ιατρού στην οικιακή περίθαλψη περιλαμβάνει τις ακόλουθες υποχρεώσεις:

- Διαχείριση τυχόν ιατρικών επιπλοκών
- Προσδιορισμός αναγκών του ασθενούς στο χώρο κατοικίας του
- Ανάπτυξη θεραπευτικού πρωτοκόλλου, με σκοπό την επιτυχή αντιμετώπιση παρόντων και μελλοντικών αναγκών του ασθενούς
- Υποστήριξη του ρόλου λοιπών μελών της επιβλέπουσας ομάδας
- Στενή παρακολούθηση της κλινικής εικόνας του ασθενούς και αυξημένη ετοιμότητα σε περίπτωση αναπροσαρμογής του εφαρμοσθέντος θεραπευτικού πρωτοκόλλου
- Αξιολόγηση και εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Παροχή 24ωρης κάλυψης των αναγκών του ασθενούς

2.1.1 Συνεργασία του ιατρού με την λοιπή ομάδα

Η οικιακή περίθαλψη απαιτεί ομαδική προσπάθεια, στην οποία ο ιατρός παίζει εξέχοντα ρόλο. Ο ιατρός θα πρέπει να είναι διαρκώς ενημερωμένος για τη δράση της ομάδας, όπως και τα μέλη της ομάδας οφείλουν να τον ενημερώνουν ανάλογα για την όποια έκβαση μίας ενδεχόμενης κλινικής κατάστασης. Σύγχρονες έρευνες δείχνουν ότι το υψηλό επίπεδο εμπλοκής του ιατρού στην ανάπτυξη και διεκπεραίωση του πλάνου θεραπείας αποδεικνύεται ωφέλιμο για τη συνολική υγεία του ασθενούς.

2.1.2 Εφαρμογή ιατρικής δεοντολογίας κατά την διάρκεια της νοσηλείας κατ' οίκον

Η εφαρμογή υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας, το έργο των οποίων συντονίζεται από τον επικεφαλής επιβλέποντα ιατρό. Θα πρέπει ωστόσο να γίνει πλήρως κατανοητό πως ο ιατρός θα πρέπει να τηρεί απερίφραστα μία σειρά από κανόνες ηθικής φύσεως, μέσω των οποίων θα αναδεικνύεται ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας που ισχύει ανεξαιρέτως για όλους τους ιατρούς ανά τον κόσμο. Ως εκ τούτου, ένας ιατρός θα πρέπει να αναγνωρίζει όχι μόνο την ευθύνη απέναντι στους ασθενείς και την κοινωνία, αλλά και προς τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας με τους οποίους καλείται να συνεργασθεί, ενώ ταυτόχρονα οι ενέργειές του θα πρέπει να γίνονται με τρόπο τέτοιο που να διασφαλίζεται και η ατομική του προστασία.

Ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος έχει εγκρίνει ένα σύνολο αρχών, το οποίο εάν και δεν περιορίζει το έργο ενός ιατρού σε νομικό επίπεδο, εντούτοις περιγράφει και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον σωστό τρόπο συμπεριφοράς που θα πρέπει να αντανακλάται και στον αντίστοιχο τρόπο παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον.

Κάθε ιατρός πρέπει να είναι αφοσιωμένος και να παρέχει την ιατρική υπηρεσία με συμπόνια και σεβασμό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Ως εκ τούτου, ο ιατρός που πραγματοποιεί την κατ' οίκον περίθαλψη πρέπει να σέβεται την αξιοπρέπεια και την ιδιωτική ζωή των ασθενών, σε συνάρτηση με τον προσωπικό χώρο νοσηλείας του ασθενούς. Απαιτείται συνεχής επαγρύπνηση αναφορικά με την διασφάλιση της ιατρικής και συναισθηματικής σχέσης με τον ασθενή. Επιπρόσθετα, ο τρόπος παροχής ιατρικών υπηρεσιών δεν θα πρέπει να αποτελεί μέρος οποιασδήποτε πολιτικής που να αποκλείει, εξευτελίζει, διαχωρίζει την αξιοπρέπεια του ασθενούς, λόγω παραμέτρων όπως αυτών της καταγωγής, φύλου, θρησκείας, ηλικίας, κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης ή σεξουαλικών προτιμήσεων.

Κάθε ιατρός θα πρέπει να αντιμετωπίζει με ειλικρίνεια τούς ασθενείς και συναδέλφους του και να ενημερώνει τούς ανωτέρους του εφόσον υποπέσει στην αντίληψή του οποιαδήποτε παράτυπη συμπεριφορά. Το είδος των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών θα πρέπει να συνάδει με τις αρμοδιότητές του προς τον εκάστοτε ασθενή. Απαραίτητη προϋπόθεση η πλήρης διασαφήνιση των όρων πληρωμής των

παρεχόμενων υπηρεσιών εκ μέρους του ιατρού, προς την πλευρά του ασθενούς. Το σύνολο των παρεχόμενων διαγνωστικών εξετάσεων, σε συνδυασμό με τον συνοδό ιατρικό εξοπλισμό θα πρέπει να δικαιολογείται από τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και να μην υποκινείται από προσωπικό όφελος ή ιδιοτέλεια. Ιατροί που ασκούν υπηρεσίες κατ' οίκον θα πρέπει να ενημερώνουν με εντιμότητα και ειλικρίνεια τους ασθενείς τους, για τυχόν παραμέτρους που δύνανται να επηρεάσουν τον τρόπο νοσηλείας τους.

Κάθε ιατρός οφείλει να σέβεται τους νόμους και να αναγνωρίζει τις ευθύνες του σε περίπτωση που επιδιώξει αλλαγές στη θεραπεία του ασθενούς, οι οποίες είναι αντίθετες προς το συμφέρον του ασθενούς. Ως εκ τούτου, η παροχή ιατρικών υπηρεσιών θα πρέπει να γίνεται στοχευμένα και με βάση τις ατομικές ανάγκες του ασθενούς. Ιατροί που παραγγέλλουν προμήθειες ή υπηρεσίες από ένα οργανισμό υγείας για ένα ασθενή όπου βρίσκεται στο σπίτι θα πρέπει να είναι υπεύθυνοι για την έγκαιρη έγκριση του σχεδίου φροντίδας και τις ενδεχόμενες μελλοντικές παραγγελίες που μπορεί να προκύψουν.

Κάθε ιατρός οφείλει να σέβεται τα δικαιώματα των ασθενών του, των συναδέλφων του, διασφαλίζοντας την αυτοπεποίθησή τους εντός των ορίων που θέτουν οι ισχύοντες νόμοι. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να προστατεύει την εμπιστευτικότητα του ασθενούς, δίδοντας ιδιαίτερη προσοχή στην προστασία του ιατρικού φάκελου και σε λοιπά έγγραφα πάσης φύσεως. Άρση του Ιατρικού απορρήτου από τον ιατρό επιτρέπεται μόνο έχοντας λάβει σχετική άδεια του ασθενούς ή έπειτα από σχετική παρέμβαση της δικαιοσύνης. Επιπρόσθετα, ο ιατρός οφείλει να σεβαστεί συνταγογραφούμενες οδηγίες άλλου συναδέλφου και τυχόν πρόσθετες διευκρινήσεις από την οικογένεια ή και από τον ίδιο τον ασθενή, εφόσον συντρέχουν λόγοι ελλιπών οδηγιών. Το ιατρικό επάγγελμα χρήζει συνεχούς επιμόρφωσης του εκάστοτε επιστημονικού υποβάθρου, με απώτερο στόχο την εφαρμογή αυτών των γνώσεων τόσο εμπειρικά σε επίπεδο του ασθενούς, όσο και θεωρητικά σε επίπεδο εκπαίδευσης λοιπών συναδέλφων.

Ένας ιατρός έχει το δικαίωμα της επιλογής των ασθενών με τους οποίους θα συνεργαστεί και θα προσφέρει ιατρικές υπηρεσίες κατ' οίκον. Το σπίτι του ασθενούς και ο βαθμός ασφάλειας για παροχή ιατρο-νοσηλευτικών υπηρεσιών αποτελεί την

βασική παράμετρο για ενδεχόμενη επαγγελματική συνεργασία ή απόρριψη ενός αιτήματος. Σημαντικό επίσης ρόλο στην τελική απόφαση ενός ιατρού παίζει η ίδια η διάθεση του ασθενούς για νοσηλεία κατ' οίκον, ωστόσο ακόμα και σε περίπτωση άρνησης οφείλει ο κάθε ιατρός να προτείνει έναν εναλλακτικό τρόπο φροντίδας του ασθενούς.

2.1.3 Κίνδυνοι που ελλοχεύουν για τον ιατρό και τον ασθενή κατά την εφαρμογή νοσηλείας κατ' οίκον

Πριν την εφαρμογή ενός προγράμματος νοσηλείας κατ' οίκον, ο ιατρός θα πρέπει να βεβαιωθεί πως ο υπάρχων οικιακός εξοπλισμός του ασθενούς είναι επαρκής και εν συνεχεία να υπογράψει το σχετικό σχέδιο υγείας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να διασφαλίσει πως ο εκάστοτε ασθενής πληροί τις προϋποθέσεις για την νοσηλεία κατ' οίκον, μία γνώμη που βασίζεται και στις επιμέρους παρατηρήσεις των υπολοίπων μελών της ομάδας. Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης η προσπάθεια του ιατρού να εξηγήσει το προτεινόμενο πρόγραμμα φροντίδας στον ασθενή, εξηγώντας το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών και την συχνότητα επισκέψεων. Τυχόν ατέλειες που αφορούν το πρόγραμμα φροντίδας του ασθενούς, θα πρέπει να διορθώνονται εγκαίρως πριν την υπογραφή του ασθενούς. Κρίνεται επίσης σημαντική η ενημέρωση και της οικογένειας του ασθενούς, αναφορικά με το προτεινόμενο πρόγραμμα φροντίδας, σε συνδυασμό με τις περιοδικές συζητήσεις με τον ίδιο τον ασθενή. Ο ατομικός βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς, σε συνδυασμό με την πρόοδο που διαπιστώνει η ίδια η οικογένεια, αποτελούν σημαντικότερες παρατηρήσεις για τον ιατρό, στην προσπάθεια συνεχούς παρακολούθησης της κλινικής πορείας του ασθενούς.

2.1.4 Δικαιώματα ασθενούς

Ο κάθε ασθενής που λαμβάνει ιατρο-νοσηλευτικές υπηρεσίες κατ' οίκον έχει συγκεκριμένα δικαιώματα, τα οποία συνοψίζονται στα ακόλουθα σημεία:

- Να χρήζει σεβασμού και αξιοπρέπειας από την ομάδα των επαγγελματιών υγείας που εφαρμόζει το πρόγραμμα νοσηλείας κατ' οίκον
- Την διασφάλιση του απορρήτου σε πάσης φύσεως πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία και φροντίδα του
- Του δικαιώματος για ενημέρωση σε θέματα που άπτονται του θεραπευτικού πρωτοκόλλου που θα υποβληθεί, του κόστους νοσηλείας και της συχνότητας επισκέψεων κατ' οίκον από τον επιβλέποντα ιατρό, καθώς επίσης και των ενδεχόμενων κινδύνων που απορρέουν από την εφαρμογή ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου και τυχόν εναλλακτικών λύσεων
- Του δικαιώματος σε επίπεδο ενημέρωσης των ονομάτων και σχετικών αρμοδιοτήτων της ομάδας που θα αναλάβει την νοσηλεία του
- Του δικαιώματος αποδοχής ή άρνησης της υγειονομικής περίθαλψης που προτείνει ένας συγκεκριμένος ιατρός και των συνεπειών που σχετίζονται με την εν λόγω απόφαση
- Της λήψης κατάλληλης εκπαίδευσης από την αρμόδια επιστημονική ομάδα, με απώτερο στόχο την σταδιακή αυτοεξυπηρέτησή του σε θέματα καθημερινότητας
- Της ενημέρωσης αρμόδιας υπηρεσίας καταγραφής παραπόνων ή ενδεχόμενης καταγγελίας, σε θέματα που παραβιάζουν τα προσωπικά του δικαιώματα ως ασθενούς

2.1.5 Υποχρεώσεις ασθενούς

Εκτός όμως από τα δικαιώματα ενός ασθενούς, υπάρχουν και ορισμένες υποχρεώσεις που θα πρέπει να πληρούνται προκειμένου να συντρέχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για παροχή υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον. Οι εν λόγω υποχρεώσεις συνοψίζονται στα ακόλουθα σημεία:

- Η παραμονή του ασθενούς υπό την εποπτεία του αρμόδιου ιατρού της υπηρεσίας κατ' οίκον ενώ λαμβάνει την υπηρεσία και η ενημέρωση την επιβλέπουσας ομάδας
- Η παροχή πλήρους και ακριβούς ιστορικού υγείας
- Η παροχή στοιχείων της εκάστοτε ασφαλιστικής κάλυψής
- Η ενημέρωση της επιβλέπουσας ομάδας, αναφορικά με την δυνατότητα ύπαρξης οικογενειακών μελών που δύνανται να συμμετέχουν σε επίπεδο ατομικής φροντίδας
- Η απρόσκοπτη συνεργασία με τους φροντιστές υγείας και η συμμόρφωση και αποδοχή στα συμφωνημένα
- Η αποδοχή των ευθυνών σε περίπτωση διακοπής των παρεχόμενων υπηρεσιών κατ' οίκον
- Ο σεβασμός στο έργο των μελών της επιβλέπουσας ομάδας
- Η ενημέρωση του υπευθύνου της ομάδας σε θέματα που σχετίζονται με προσωπικές ανησυχίες και ενδεχόμενες απορίες
- Η έγκαιρη ενημέρωση σε περιπτώσεις αλλαγής κατοικίας ή ακύρωσης προγραμματισμένων επισκέψεων

2.1.6 Αντιμετώπιση περιστατικών κακοποίησης ασθενών, στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλείας τους

Η παραμέληση ενός ασθενούς εκδηλώνεται πολλές φορές μέσω των άσχημων συνθηκών υγιεινής, της ανεπαρκούς διατροφής ή της μη συμμόρφωσης στην προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, είναι σημαντικό να μην παρερμηνευτούν οι εν λόγω διαπιστώσεις, καθώς κάποιος μεμονωμένος ασθενής μπορεί να αρνείται να φάει ή να λάβει τα φάρμακά του. Υποψίες λεκτικής και συναισθηματικής κακοποίησης μπορεί να υπάρχουν αν ένας ασθενής δείχνει φόβο ή εχθρότητα στην παρουσία του φροντιστή. Θα πρέπει να υπάρξει ιδιαίτερη προσοχή αν παρατηρηθεί σκόπιμη αμέλεια ή παράνομη ιδιοποίηση των οικονομικών πόρων του ασθενούς και αυτό μπορεί να σηματοδοτείται από απώλεια προμηθειών ή απουσία φαρμακευτικών συνταγών. Η σωματική κακοποίηση μπορεί να φάνει από μώλωπες, εκδορές τραυμάτων, εμφάνιση εγκαυμάτων από σχοινί στους καρπούς και στους αστραγάλους. Στους ηλικιωμένους, η εμφάνιση καταγμάτων μακρών οστών ή οι νευρώσεις αποτελούν πιο συχνά παθολογικά ευρήματα παρά σημάδια κακοποίησης. Οι επανειλημμένες ακυρώσεις των ήδη προγραμματισμένων επισκέψεων θα πρέπει να λειτουργήσουν σαν συναγερμός για την ομάδα περίθαλψης. Για την προστασία αυτών των ατόμων θα πρέπει να γίνονται αναφορές για την έκθεση και κακοποίηση, παραμέληση ή/και εκμετάλλευση. Θα πρέπει η αναφορά αυτή να γίνεται σε βάθος και να περιλαμβάνει όλες τις λεπτομέρειες των στοιχείων που βρέθηκαν, καθώς και εκτίμηση του μεγέθους του κινδύνου και εύρους κακοποίησης που έχει υποστεί το θύμα. Ακόμη θα πρέπει να αξιολογηθεί η ικανότητα του θύματος να κατανοήσει τον κίνδυνο και αν είχε συναινέσει με την επίγνωσή του. Το επόμενο βήμα είναι να δοθεί η πλήρης αναφορά στον αρμόδιο κοινωνικό λειτουργό ώστε να βρεθούν και να δρομολογηθούν άμεσα οι κατάλληλες λύσεις.

2.2 Εκπαίδευση και Κατάρτιση των Κοινοτικών Νοσηλευτών

Η άσκηση της κοινοτικής νοσηλευτικής προϋποθέτει την ύπαρξη πτυχιούχων νοσηλευτών, γεγονός που αποτυπώνεται στην τακτική που ακολουθούν χώρες, οι οποίες πρωτοπορούν στην ανάπτυξη και εφαρμογή της παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας, όπως οι ΗΠΑ, η Μ. Βρετανία, ο Καναδάς και άλλες. Στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης-υπάρχουν δύο τουλάχιστον διακριτά επίπεδα εκπαίδευσης των νοσηλευτών που παρέχουν υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι.

Το πρώτο επίπεδο εκπαίδευσης περιλαμβάνει νοσηλευτές με βασική 3ετή ή 4ετή εκπαίδευση σπουδών, ενώ το δεύτερο επίπεδο εκπαίδευσης περιλαμβάνει νοσηλευτές που έχουν ειδικότητα στην κοινοτική νοσηλευτική ή μεταπτυχιακό τίτλο (master's degree, MSc) ή διδακτορικό τίτλο σπουδών (postdoctoreate degree, PhD). Υπάρχουν επίσης και παραδείγματα χωρών, όπως η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η Ισπανία, και η Πορτογαλία, όπου στον τομέα της κοινοτικής νοσηλευτικής απασχολούνται μόνο νοσηλευτές βασικής εκπαίδευσης, καθώς στις εν λόγω χώρες ο θεσμός της φροντίδας στο σπίτι έχει αρχίσει να εφαρμόζεται πρόσφατα. Εκτός από τους νοσηλευτές, η κοινοτική νοσηλευτική ομάδα περιλαμβάνει και τους βαθμούς νοσηλευτών, οι οποίοι εμπλέκονται κυρίως στην εφαρμογή της φροντίδας της ατομικής υγιεινής και σε μη σύνθετες δεξιότητες και γνώσεις. Μπορεί, τέλος, να περιλαμβάνει βοηθητικό προσωπικό που δε φέρει άδεια άσκησης επαγγέλματος, όπως για παράδειγμα πτυχιούχους νοσηλευτές. Το τελευταίο σενάριο απαντάται συχνά στις ΗΠΑ, ως απόρροια της έμφασης που δίνεται στη συγκράτηση του κόστους, αλλά και εξαιτίας της έλλειψης πτυχιούχων νοσηλευτών και ειδικευμένων στην κοινοτική νοσηλευτική και την παροχή νοσηλείας στο σπίτι.

Εάν και τα δύο επίπεδα εκπαίδευσης είναι μεταξύ τους ξεκάθαρα διαφορετικά, εντούτοις η διάκριση των νοσηλευτικών καθηκόντων παραμένει σε αρκετές χώρες ασαφής, με αποτέλεσμα την ύπαρξη αβεβαιότητας σχετικά με τις επιμέρους νοσηλευτικές αρμοδιότητες και την ύπαρξη αλληλοεπικάλυψης ρόλων. Στην Ολλανδία, για παράδειγμα, μια έρευνα σε γραφεία παροχής κοινοτικής νοσηλευτικής φροντίδας έδειξε ασάφεια ρόλων μεταξύ των νοσηλευτών στο 41% των γραφείων. Επίσης, στο Βέλγιο η διαφοροποίηση των νοσηλευτικών καθηκόντων

μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης είναι εντελώς ανύπαρκτη (όσον αφορά στον τομέα της νοσηλείας στο σπίτι), δεδομένου ότι σε όλα τα επίπεδα αντιστοιχούν νομικά οι ίδιες αρμοδιότητες, διαφέρουν όμως οι θεωρητικές γνώσεις και δεξιότητες εφαρμογής της νοσηλευτικής. Για να ξεπεραστούν τα προβλήματα που δημιουργούνται από το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο και που εντοπίζονται κυρίως στη δυσκολία εξασφάλισης υψηλής ποιότητας φροντίδας και στην αποτελεσματική χρησιμοποίηση του προσωπικού, αναπτύχθηκαν σε διάφορες χώρες μοντέλα διαφοροποίησης μεταξύ διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης των νοσηλευτών, στην εφαρμογή της κοινοτικής νοσηλευτικής και της νοσηλείας στο σπίτι. Έτσι, στις ΗΠΑ το 1980 αναπτύχθηκε ένα μοντέλο ιεραρχιών για τους νοσηλευτές της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το οποίο προσαρμόστηκε στην ιεράρχηση των νοσηλευτών που εφαρμόζουν την κοινοτική νοσηλευτική, με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων στις εργασιακές σχέσεις των νοσηλευτών. Η εννοιολογική βάση του μοντέλου αυτού είναι η ανάλυση της κατάστασης του επαγγελματία νοσηλευτή σε ένα αριθμό επιπέδων, στα οποία βρίσκεται σε διαφορετικές περιόδους της καριέρας του με κριτήριο την εμπειρία. Η Benner περιγράφει ένα σύστημα πέντε επιπέδων του επαγγελματία νοσηλευτή, δηλαδή τα επίπεδα αρχαρίου, προχωρημένου αρχαρίου, επαρκή, έμπειρου και ειδικευμένου νοσηλευτή, το οποίο προσαρμόστηκε για χρήση στην εφαρμογή της κλινικής νοσηλευτικής στο νοσοκομείο. Για το χώρο της κοινοτικής νοσηλευτικής, οι Martin και McGuire περιγράφουν ένα διαφορετικό μοντέλο με τρία διακριτά επίπεδα.

Η διαφοροποίηση που εφαρμόζεται σε επίπεδο κοινοτικής νοσηλευτικής στην Ολλανδία βασίζεται σε τρεις παραμέτρους: στο επίπεδο εκπαίδευσης, στο βαθμό ευθύνης κατά την εφαρμογή και στο επίπεδο της πολυπλοκότητας της φροντίδας. Το μοντέλο αυτό ονομάζεται διαφοροποίηση νοσηλευτικών πράξεων. Το αποτέλεσμα αντιστοιχεί στη διάκριση μεταξύ δυο νοσηλευτικών ρόλων, τους οποίους εφαρμόζουν δύο επίπεδα εκπαίδευσης νοσηλευτών, οι κοινοτικοί νοσηλευτές και οι βοηθοί κοινοτικών νοσηλευτών. Οι βασικές διαφορές των ρόλων επικεντρώνονται στη σοβαρότητα της λήψης αποφάσεων και στη δυσκολία διαμόρφωσης της νοσηλευτικής διεργασίας για τον άρρωστο που νοσηλεύεται στο σπίτι, καθώς και στη διαμόρφωση του χώρου κατοικίας σε λειτουργικό χώρο φροντίδας του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, ο κοινοτικός νοσηλευτής παρέχει φροντίδα σε ασθενείς με πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ νοσηλευτικών διαγνώσεων, σε δομημένους και

μη δομημένους χώρους και καταστάσεις. Από την άλλη πλευρά, ο βοηθός κοινοτικού νοσηλευτή φροντίζει ασθενείς με απλές, καλά προσδιορισμένες ανάγκες για παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, στα πλαίσια δομημένων χώρων και απλών περιπτώσεων.

Ένα πρόσθετο επίπεδο διαφοροποίησης περιλαμβάνει την αξιοποίηση της έννοιας της ειδικότητας του κοινοτικού νοσηλευτή. Εδώ οι διαφορετικοί ρόλοι απευθύνονται σε νοσηλευτές από την ίδια βαθμίδα εκπαίδευσης, οι οποίοι αναλαμβάνουν να παράσχουν εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς ή γενικότερα σε πελάτες με ανάγκες φροντίδας που απαιτούν εξειδικευμένες δεξιότητες. Ο καθορισμός διαφορετικών περιοχών ειδικότητας απορρέει από το γεγονός του ότι οι πληθυσμοί που δέχονται τη φροντίδα των κοινοτικών νοσηλευτών είναι τόσο διαφορετικοί όσο και τα νοσήματα που φέρουν. Ενδεικτικά αναφέρονται καταστάσεις, όπως η εγκυμοσύνη και τα περιγεννητικά προβλήματα βρεφών, η νόσος Alzheimer και λοιπά χρόνια νοσήματα των ηλικιωμένων, καθώς επίσης και το AIDS. Παράλληλα, η ειδικότητα προκύπτει ως αναγκαιότητα από την παρουσία σύγχρονων δεδομένων που άπτονται της παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας στο σπίτι. Τα τελευταία σχετίζονται αφενός μεν, με τη δυνατότητα παροχής σύνθετης νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι λόγω των διαρκών τεχνολογικών εξελίξεων (η οποία όμως απαιτεί επιδεξιότητα από τον εκάστοτε νοσηλευτή), αφετέρου δε από τις κυβερνητικές απαιτήσεις για επίτευξη καλής αναλογίας κόστους και ποιότητας στη φροντίδα. Από τη βιβλιογραφία γίνεται φανερό ότι, η πρακτική εφαρμογή της ειδικότητας στην κοινοτική νοσηλευτική επιτυγχάνεται με δυο τρόπους: α) με τη χρησιμοποίηση ειδικευμένων κλινικών νοσηλευτών στην κοινότητα και β) με τη δημιουργία τομέων με ειδικό αντικείμενο των κοινοτικών νοσηλευτών «περιοχές ειδικής γνώσεις». Οι ειδικευμένοι κλινικοί νοσηλευτές δεν ανήκουν στη δύναμη των κοινοτικών νοσηλευτών, αλλά συνεργάζονται με αυτούς προσφέροντας τις εξειδικευμένες γνώσεις τους στη νοσηλεία στο σπίτι. Οι υπάρχουσες μελέτες καταδεικνύουν πως η παρεχόμενη από τους ειδικευμένους κλινικούς νοσηλευτές φροντίδα υγείας των ατόμων προσεγγίζει υψηλά επίπεδα ποιότητας και αποτελεσματικότητας στην αποκατάσταση της υγείας. Επίσης, συγκρινόμενη με την παρεχόμενη από μη ειδικευμένους κοινοτικούς νοσηλευτές φροντίδα φαίνεται ότι υπερέχει, τόσο σε επίπεδο ποιότητας όσο και αποδοτικότητας. Θα πρέπει όμως να επισημανθεί και να αναδειχθεί το γεγονός πως σε αρκετές περιπτώσεις, οι κοινοτικοί νοσηλευτές θεωρούν πως η εργασία των ειδικευμένων κλινικών νοσηλευτών

επεκτείνεται σε τομείς της δικής τους αρμοδιότητας. Οι «περιοχές ειδικής γνώσεις» είναι μοντέλο που απευθύνεται αποκλειστικά σε κοινοτικούς νοσηλευτές και αποτελεί ενδεχομένως μια συμβιβαστική λύση μεταξύ της ανάγκης για ειδικότητα στην κοινοτική νοσηλευτική και των προβλημάτων που δημιουργεί η εισαγωγή ειδικευμένων κλινικών νοσηλευτών. Η οριοθέτηση των περιοχών αυτών βασίζεται στην κατηγοριοποίηση των ασθενών και εφαρμόζεται στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- απαιτείται ιδιαίτερη γνώση για τη φροντίδα μίας συγκεκριμένης κατηγορίας ασθενών,
- συντρέχουν λόγοι για χορήγηση ειδικής θεραπείας,
- επισυμβαίνουν πολλές αλλαγές στη φροντίδα μίας συγκεκριμένης κατηγορίας ασθενών

Στα πλαίσια της προετοιμασίας τους για τις ειδικές περιπτώσεις ασθενειών (περιοχές ειδικής γνώσης), οι κοινοτικοί νοσηλευτές εκπαιδεύονται στα νεότερα δεδομένα και καταρτίζονται μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα ώστε να αναπτύξουν ειδικές δεξιότητες και γνώσεις μέσα από τις τελευταίες εξελίξεις. Μελέτες αξιολόγησης του προαναφερόμενου μοντέλου έδειξαν ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται από τους κοινοτικούς νοσηλευτές με ειδικότητα κλινικού νοσηλευτή σε ειδικά νοσήματα (περιοχές ειδικής γνώσης) είναι υψηλότερη, συγκρινόμενη με την αντίστοιχη των κοινοτικών νοσηλευτών που δε φέρουν την ειδικότητα σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο νοσηλευτικής (π.χ. παθολογική, χειρουργική, ψυχιατρική, παιδιατρική νοσηλευτική). Επιπρόσθετα, κατά τη σύγκριση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται από ειδικευμένους κλινικούς νοσηλευτές και κλινικούς νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται στην κοινότητα, δεν προέκυψαν διαφορές.

2.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως προασπιστής των δικαιωμάτων του ασθενούς

Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει μέσα από τον ρόλο του και τις ενέργειές του την προάσπιση των δικαιωμάτων του ασθενούς που χρήζει νοσηλείας κατ' οίκον. Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες η αξιολόγηση ενός ασθενούς γίνεται με τρόπο που να μην καλύπτονται στο έπακρο οι πραγματικές του ανάγκες για φροντίδα και νοσηλεία κατ' οίκον. Επιπρόσθετα, ενδέχεται να συντρέχουν λόγοι ασφαλείας όσον αφορά τις κτιριακές υποδομές της οικίας του ασθενούς και να πρέπει να γίνουν συγκεκριμένοι επεμβατικοί μηχανισμοί και ενέργειες. Όλα τα παραπάνω χρήζουν ενημέρωσης σε πρώτη τουλάχιστον φάση του ασφαλιστικού φορέα του ασθενούς, ούτως ώστε να καμφθούν με τρόπο αποτελεσματικό τα όποιες φύσεως γραφειοκρατικά προβλήματα (Kramer et al., 1990). Υπό αυτή την έννοια, ο νοσηλευτής ενδέχεται να βρίσκεται σε γραμμή επικοινωνίας με τον ασφαλιστικό φορέα, προκειμένου να περιγράψει την υφιστάμενη κατάσταση.

Η τακτική επικοινωνία του νοσηλευτή με τον επιβλέποντα ιατρό είναι επίσης υψίστης σημασίας, καθώς απαιτείται πλήρης ενημέρωση του τελευταίου αναφορικά με τις συνθήκες του περιβάλλοντος της οικίας του ασθενούς και ενδεχόμενους περιορισμούς μη εφαρμογής συγκεκριμένων θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Η ενδελεχής επικοινωνία διασφαλίζει στο έπακρο την περιγραφή των πραγματικών αναγκών του ασθενούς και προασπίζει την ποιότητα ζωής του (Forbes, 1996).

2.2.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως συντονιστής των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον

Ο νοσηλευτής συντονίζει τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας (π.χ. φυσικοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, λογοθεραπευτής, κοινωνικός λειτουργός κ.ά), οι οποίοι επισκέπτονται τον ασθενή στην οικία του. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να διαθέτει επικοινωνιακές δεξιότητες συντονισμού, οι οποίες επεκτείνονται και στον σύντροφο του ασθενούς (εφόσον υπάρχει) σε επίπεδο πραγματοποίησης των αναγκών του τελευταίου (Westra et al., 1995). Μία επιπρόσθετη ενέργεια εκ μέρους του νοσηλευτή είναι να εισηγηθεί την προσθήκη κάποιων συγκεκριμένων επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι κατά την κρίση του αναμένονται να δράσουν με τρόπο επιβοηθητικό στην υλοποίηση των απαιτούμενων υπηρεσιών φροντίδας και/ή νοσηλείας κατ' οίκον. Απώτερος στόχος θα πρέπει να παραμένει η βελτίωση της υγείας του ασθενούς και η σταδιακή ανεξαρτητοποίησή του σε θέματα καθημερινότητας (Leff et al., 2005).

2.2.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως εκπαιδευτής

Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή επεκτείνεται σε πολλά διαφορετικά επίπεδα, καθώς περιλαμβάνει τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς. Τα συχνότερα θεματικά αντικείμενα που χρήζουν ενημέρωσης και εκπαίδευσης από την πλευρά ενός νοσηλευτή περιλαμβάνουν διατροφικές υποδείξεις, υποδείξεις που άπτονται της φαρμακευτικής αγωγής του ασθενούς, υποδείξεις που άπτονται του υπό υλοποίηση θεραπευτικού πρωτοκόλλου, υποδείξεις που άπτονται συγκεκριμένων νοσηλευτικών πράξεων (π.χ. καθαρισμός τραυμάτων και επίδεση, εφαρμογή γενικότερων κανόνων υγιεινής κ.ά).

2.2.4 Προετοιμασία του νοσηλευτή πριν την κατ' οίκον επίσκεψη

Η συλλογή όσο των δυνατών περισσότερων στοιχείων που σχετίζονται με τον ιατρικό φάκελο ενός ασθενούς και περιγράφουν την υφιστάμενη κλινική πορεία αποτελούν υποχρέωση του νοσηλευτή πριν την επίσκεψή του για πρώτη φορά στην οικία του ασθενούς. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να συλλεχθούν ένα σύντομο ιστορικό του ασθενούς, οι όποιες ιατρικές γνωματεύσεις κατά την διάρκεια της νοσοκομειακής του παραμονής, καθώς επίσης και το είδος της θεραπευτικής αγωγής που καλείται να συνεχίσει κατ' οίκον. Εν συνεχεία, ο νοσηλευτής επικοινωνεί με τον ασθενή για να κανονίσει την επικείμενη συνάντηση.

2.2.5 Συμπεριφορά του νοσηλευτή κατά την διάρκεια της κατ' οίκον επίσκεψης

Κατά την διάρκεια των πρώτων συναντήσεων στην οικία του ασθενούς, ο νοσηλευτής προσπαθεί σταδιακά να κερδίσει την εμπιστοσύνη τόσο του ασθενούς, όσο και των οικείων μελών της οικογενείας του. Ταυτόχρονα, συλλέγει πληροφορίες και αξιολογεί την επάρκεια και ασφάλεια του περιβάλλοντος χώρου, προετοιμάζει τον εξοπλισμό που θα απαιτηθεί και θα πρέπει να έχει μαζί του κατά την παροχή των υπηρεσιών νοσηλείας και κρατάει προσωπικό αρχείο με ημερομηνίες των ενεργειών στις οποίες προβαίνει σε κάθε συνάντηση ξεχωριστά. Θα πρέπει να είναι κατανοητό πως ενδέχεται ενίοτε συγκεκριμένες προτροπές να μην γίνουν αποδεκτές εκ μέρους του ασθενούς, οπότε και θα πρέπει ο νοσηλευτής μέσω της διδασκαλίας να εξηγήσει την ορθότητα εφαρμογής συγκεκριμένων πράξεων στον ασθενή.

2.2.6 Νέες Τάσεις στην Κοινωνική Νοσηλευτική

Ο χώρος της κοινωνικής νοσηλευτικής αποτελεί έναν ταχέως αναπτυσσόμενο χώρο, με συνεχείς ζυμώσεις στον χώρο της διεθνούς βιβλιογραφίας. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει η ύπαρξη νέων δεδομένων, τα οποία ανοίγουν το δρόμο για την εισαγωγή και καθιέρωση νέων ρόλων στη εφαρμογή της κοινωνικής νοσηλευτικής.

Ο ρόλος του κοινωνικού νοσηλευτή σε ορισμένες χώρες, όπως οι ΗΠΑ και η Μ. Βρετανία, εμφανίζεται σαφώς αναβαθμισμένος, παρέχοντας την δυνατότητα συνταγογράφησης ενός ευρέος φάσματος φαρμακευτικών σκευασμάτων και είναι απόλυτα διασφαλισμένος από νομοθετικής άποψης. Οι εν λόγω νοσηλευτές εξασκούν την συγκεκριμένη δραστηριότητα επιλέγοντας από ένα ευρύ φάσμα κατηγοριών σκευασμάτων, όπως αντιυπερτασικά, αντιδιαβητικά, αντιβιοτικά, αναλγητικά, εμβόλια, κολλύρια (drops), αντιασθματικά και λοιπά σκευάσματα. Επιπρόσθετα, δύνανται να επέμβουν, πάντα σε επίπεδο συνταγογράφησης, είτε πάνω στη βάση μιας ήδη υπάρχουσας φαρμακευτικής συνταγής είτε εκ νέου να δημιουργήσουν ηλεκτρονικά μία καινούρια συνταγή. Υπάρχουν μάλιστα ευρήματα στον χώρο της βιβλιογραφίας, σύμφωνα με τα οποία ο τρόπος συνταγογράφησης κρίνεται ικανοποιητικός και ότι λαμβάνοντας το κατάλληλο επίπεδο κλινικής εκπαίδευσης, αναμένεται να συμβάλλει προοδευτικά στην συνετή φαρμακευτική συνταγογράφηση (κανόνες οι οποίοι εφαρμόζονται και για τον εκάστοτε κλινικό ιατρό). Αξίζει να σημειωθεί πως το ευρύ κοινό, μέσω εφαρμογής διαφόρων υπηρεσιών υγείας, φαίνεται να αποδέχεται τον ρόλο του κοινωνικού νοσηλευτή και να χαιρετίζει την ιδέα παροχής υπηρεσιών υγείας, σε συνδυασμό με την συνταγογράφηση των απαιτούμενων συνοδών φαρμακευτικών σκευασμάτων. Ο λόγος είναι προφανής αφού με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η παροχή του πλήρους φάσματος υπηρεσιών υγείας σε έναν ασθενή από έναν αποκλειστικό επαγγελματία υγείας.

Το θέμα της συνταγογράφησης κρίνεται ως σύνθετο, καθώς τις περισσότερες φορές απαιτείται η ανάγκη επικύρωσης μίας νοσηλευτικής συνταγής από το γενικό ιατρό. Η ρύθμιση αυτή συναντά πολλές αντιδράσεις από την πλευρά των νοσηλευτών, με το σκεπτικό ότι είναι άτοπο το να απαιτείται από επαγγελματίες με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης και με κλινική εμπειρία να ζητούν από έτερο

επαγγελματία υγείας να αναλάβει ευθύνη για τις αποφάσεις τους. Το συγκεκριμένο θέμα τελεί υπό αίρεση και μέχρι σήμερα δεν έχει καταστεί εφικτή η εφαρμογή κάποιας κοινής και κυρίως αποδεκτής λύσης.

2.2.7 Νοσηλευτική διοίκηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη νοσηλεία στο σπίτι

Αρκετές χώρες έχουν μελετήσει το σενάριο ένταξης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας υπό την μορφή νοσηλείας στο σπίτι, υπό την σκέπη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με τις όποιες ιδιαιτερότητες παρατηρούνται από χώρα σε χώρα. Πλειάδα διαφορετικών φορέων παροχής κοινοτικής φροντίδας έχει εκδηλώσει την πρόθεση για ίδρυση κέντρων υγείας με νοσηλευτική διεύθυνση, στα πλαίσια της προσπάθειας για μείωση του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν αναφορές για τέτοια κέντρα, η λειτουργία των οποίων έρχεται να καλύψει συγκεκριμένους τομείς της κοινοτικής νοσηλευτικής, όπως συμβουλευτική σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας της οικογένειας και υπηρεσίες υγείας σε σχολικούς πληθυσμούς. Υπάρχει ανάγκη για ανάπτυξη κατάλληλων προγραμμάτων που θα διασφαλίζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Ο προσανατολισμός αυτός θεωρείται κομβικής σημασίας στην επιτυχή ολοκλήρωση του συγκεκριμένου εγχειρήματος, καθώς πηγάζει από μια ενδογενή δέσμευση των σημερινών συστημάτων παροχής φροντίδας υγείας προς την προσφορά ποιοτικής φροντίδας. Θεωρείται επίσης καθοριστικός καθώς διαφαίνεται ότι τα αποτελέσματα από την εφαρμογή προγραμμάτων διαχείρισης ποιότητας θα αποτελέσουν σε δεύτερη φάση σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα για τη χρηματοδότηση και λοιπών αποφάσεων κατανομής πόρων.

2.3 Ο ρόλος του επισκέπτη υγείας

Ο ρόλος των επισκεπτών υγείας είναι πολυδιάστατος, με τον εν λόγω επαγγελματία υγείας να ανταποκρίνεται σε πολλαπλούς ρόλους και λειτουργίες, έχοντας την αυτονομία για προσωπικούς επεμβατικούς χειρισμούς που θα βελτιώσουν την ποιότητα παροχής υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον. Οι βασικές αρμοδιότητες περιλαμβάνουν τους άξονες της διδασκαλίας, της παρακίνησης και της διευκόλυνσης. Απώτερος στόχος του επισκέπτη υγείας θα πρέπει να είναι η ενδυνάμωση των ατόμων, οικογενειών και ομάδων, με τέτοιο τρόπο ώστε να δύνανται να αξιολογήσουν με ορθολογικό τρόπο τις ανάγκες τους και να αναλαμβάνουν με πρόσθετη υπευθυνότητα την επίλυση προβλημάτων που αφορούν την υγεία και βελτίωση της κλινικής τους εικόνας.

Οι παρεχόμενες κατ' οίκον υπηρεσίες δύνανται να περιλαμβάνουν φροντίδα από επισκέπτες υγείας, βοηθούς κατ' οίκον φροντίδας, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργασιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και υπηρεσίες σίτισης. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο σπίτι βρίσκονται υπό την επίβλεψη ιατρού και η φροντίδα τους εστιάζεται στη θεραπεία και αποκατάσταση. Οι επισκέπτες υγείας προσφέρουν άμεση φροντίδα, συντονίζοντας τη φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή σε συνεργασία με τον ιατρό, καθοδηγούν και προετοιμάζουν τα μέλη της οικογένειας στο να φροντίζουν με τρόπο αποτελεσματικό τον ασθενή όταν δεν θα χρήζει πλέον επαγγελματικής φροντίδας.

Οι ρόλοι του επισκέπτη υγείας στη κατ' οίκον φροντίδα είναι όμοιοι με εκείνους του επαγγελματία επισκέπτη υγείας σε οποιαδήποτε υπηρεσία. Για τους ασθενείς που δέχονται φροντίδα στο σπίτι, ο επισκέπτης υγείας παρέχει άμεση φροντίδα και επιπλέον ενεργεί ως συνήγορος του ασθενούς, εκπαιδευτής και συντονιστής των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι βασικότεροι σκοποί της επίσκεψης κατ' οίκον περιλαμβάνουν τις ακόλουθες διερευνητικές δραστηριότητες εκ μέρους του επισκέπτη υγείας:

- Ανακάλυψη συνοδών προβλημάτων υγείας που απασχολούν την οικογένεια. Συχνά, η αιτία για την οποία ζητήθηκε η αρχική βοήθεια της υπηρεσίας αποδεικνύεται αφορμή για την ανεύρεση λοιπών σοβαρότερων

ζητημάτων. Πολλές φορές ο επισκέπτης υγείας αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα, όπως κοινωνικά, οικονομικά, ανεργίας, θέματα προσαρμογής ενός παιδιού στο σχολείο ή κάποιου μέλους της οικογένειας στην εργασία, προβλήματα υγείας και αντιμετώπισης υπερηλίκων ατόμων μέσα στο σπίτι, τα οποία σχετίζονται κι επηρεάζουν την συνολική υγεία και ευημερία της οικογένειας. Ο τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων που ανακύπτουν στους κόλπους της οικογένειας ή στο εσωτερικό του ατόμου είναι κομβικής σημασίας και διασφαλίζουν την ποιότητα παροχής υπηρεσιών νοσηλείας και φροντίδας κατ' οίκον.

- Ψυχολογική και ηθική υποστήριξη, προκειμένου να αναδειχθούν τα πραγματικά προβλήματα και να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά. Σε πολλές περιπτώσεις, η μη αναγνώριση του πραγματικού προβλήματος ή η άρνηση της ταυτότητας της πραγματικής εστίας, καθυστερεί σημαντικά και την έναρξη εφαρμογής ενός σχεδίου παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον. Κάποια χαρακτηριστικά παραδείγματα περιλαμβάνουν προβλήματα κακής συμπεριφοράς, μη καλής προσαρμογής των παιδιών στο σχολείο, παρουσίας ψυχικής νόσου ή διανοητικής καθυστέρησης, αλκοολισμού κ.ά. Η αναγνώριση και παραδοχή του προβλήματος αποτελεί το πρώτο βήμα για τη λύση του.
- Εξασφάλιση υπηρεσιών τις οποίες χρειάζεται η οικογένεια αλλά δεν μπορεί να επιτύχει μόνη της, όπως τοποθέτηση ενός ηλικιωμένου ατόμου σε ίδρυμα όταν αυτό κριθεί αναγκαίο, νοσοκομειακή εισαγωγή αρρώστου, φυσιοθεραπευτική κάλυψη κ.ά.
- Βοήθεια υπό την μορφή διδασκαλίας, προκειμένου ο ασθενής και τα μέλη της οικογένειάς του να αναπτύξουν τρόπους αντιμετώπισης καθημερινών προβλημάτων.

Η επιτυχής υλοποίηση των προαναφερθέντων στόχων προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή της οικογένειας και τη στενή συνεργασία του επισκέπτη υγείας με λοιπούς συναδέλφους και συνεργάτες της ομάδας υγείας, καθώς και με κοινοτικούς παράγοντες, καθώς καμιά από τις ενδεικνυόμενες και σύνθετες ενέργειες δεν δύναται να επιτευχθεί μονομερώς. Επομένως, οι ενέργειες πρέπει να γίνονται «μαζί» με την οικογένεια παρά «για» την οικογένεια ή το άτομο. Τα μέλη της ομάδας αποτελούνται

από τον νοσηλευτή, τον επισκέπτη υγείας, το φυσιοθεραπευτή, το γιατρό, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, καθώς και την οικιακό βοηθό για τις βαριές δουλειές του σπιτιού, όπου και όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Η επιλογή των συναντήσεων κατ' οίκον αποτελεί την περισσότερη προσωπική και εξατομικευμένη μέθοδο επικοινωνίας που μπορεί να επιστρατεύσει ένας επαγγελματίας υγείας. Ο λόγος έγκειται στο ότι ο επισκέπτης υγείας εν προκειμένω, αναπτύσσει τις προσωπικές του ικανότητες, καθώς κάθε περίπτωση ασθενούς είναι ιδιαίτερη και χρήζει συγκεκριμένων τροποποιήσεων. Ορισμένα προσόντα βεβαίως αποκτώνται με την εκπαίδευση και την εμπειρία αλλά και την προσωπική καλλιέργεια, όπως για παράδειγμα ταχεία αντίληψη, ικανή διαίσθηση, έκδηλη ευγένεια, χωρίς τα οποία ο επισκέπτης υγείας θα παραμένει πάντα αδέξιος, έστω κι αν διαθέτει την αρτιότερη επιστημονική κατάρτιση. Η προσέγγιση γίνεται με λεπτό και διακριτικό τρόπο, για να επηρεάσει θετικά την οικογένεια. Είναι ανάγκη να δημιουργηθεί κλίμα ευνοϊκό και σ' αυτό συντελούν πολλοί παράγοντες, ιδιαίτερα όμως το γνήσιο ενδιαφέρον του επισκέπτη υγείας προς τον ασθενή και τα μέλη της οικογενείας του που απευθύνεται.

Κεφάλαιο 3: Η υφιστάμενη παροχή νοσηλείας κατ' οίκον στην Ελλάδα

Η Ελληνική αγορά στον χώρο παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών κατ' οίκον, στηρίζεται ως επί το πλείστον στη μεμονωμένη παροχή σχετικών υπηρεσιών από ιατρούς και νοσηλευτές. Το χαρακτηριστικό αυτό επιδιώκουν να εκμεταλλευτούν οι διάφορες ιδιωτικές εταιρείες υγείας, οι οποίες έχουν αρχίσει να εισέρχονται δυναμικά στον εν λόγω χώρο. Ο συγκεκριμένος τζίρος ανέρχεται σε δεκάδες εκατομμύρια ευρώ κέρδους, εάν και η ακριβής εκτίμηση εμφανίζει δυσκολίες στον υπολογισμό της. Αξίζει να αναφερθεί πως μόνο ο τζίρος των ακτινογραφιών που γίνονται κατ' οίκον με φορητά μηχανήματα εκτιμάται ότι ανέρχεται σε 1 εκατ. ευρώ ετησίως!

Η πρώτη νομοθετική ρύθμιση στο πεδίο της κοινοτικής φροντίδας χρονολογείται το 1937 και αφορούσε την ίδρυση της ΑΣΕΑΝ (Ανώτερη Σχολή Επισκεπτριών Αδελφών και Νοσοκόμων), με σκοπό την ενημέρωση του γενικότερου πληθυσμού από υγειονομικής άποψης και την αντιμετώπιση προβλημάτων δημόσιας υγείας. Αρκετά χρόνια αργότερα, ψηφίστηκε νόμος κατά την διάρκεια του έτους 1983, ο οποίος καθόρισε την ίδρυση κέντρων υγείας και έδωσε την δυνατότητα και σε νοσηλευτές να εμπλακούν σε θέματα κοινοτικής νοσηλευτικής, δεδομένου ότι ως τότε αρμοδιότητα απασχόλησης στο περιβάλλον της κοινότητας πάνω σε θέματα δημόσιας υγείας είχαν κατά κύριο λόγο οι επισκέπτες υγείας και απόφοιτοι σχολής νοσηλευτικής.

Ο νόμος 2071/1992 (άρθρο 28) οριοθέτησε το περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, στο οποίο εντάχθηκαν οι ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες, που αποσκοπούν στην πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και δεν χρήζουν νοσηλείας σε νοσοκομείο. Ο νόμος προβλέπει για την εφαρμογή του προγράμματος την πρόσληψη ιατρών, νοσηλευτών ΔΕ, ΤΕ, ΠΕ, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών Υγείας, ή άλλου εξειδικευμένου κατά περίπτωση επιστημονικού προσωπικού, με πλήρη ή μερική απασχόληση. Με τον ίδιο νόμο ορίστηκε η σύσταση νοσηλευτικής υπηρεσίας στα κέντρα υγείας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε 24ωρη βάση. Τα συγκεκριμένα κέντρα διοικούνται από προϊστάμενο που προέρχονταν σχολές νοσηλευτικής ή τεχνολογικής προέλευσης. Επιπλέον, στα πλαίσια του εν λόγω νομοθετήματος καθιερώθηκε σύστημα κατ' οίκον νοσηλείας, στελεχωμένο με τη

συμμετοχή ιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών και επισκεπτών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, το άρθρο 30 του Νόμου 2071/1992 ορίζει την σύσταση υπηρεσίας με την επωνυμία κατ' οίκον νοσηλεία στο υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Έργο της υπηρεσίας είναι ο συντονισμός και η γενικότερη προαγωγή του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας. Επιπλέον Προεδρικά διατάγματα καθορίζουν τους όρους και τις προϋποθέσεις για την παροχή του συστήματος κατ' οίκον νοσηλείας, τον χρόνο έναρξης, τις κατηγορίες ασθενών, τις εξειδικευμένες ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις, τα νοσηλευτικά ιδρύματα και τις μονάδες του τομέα υγείας ή πρόνοιας ή κοινωνικών ασφαλίσεων. Επιπλέον ρυθμίζονται οι δαπάνες μετακίνησης των ανθρώπων που δραστηριοποιούνται και η συμμετοχή του εκάστοτε ασφαλιστικού φορέα κ.α.

Πέντε (5) έτη αργότερα, η ελληνική νομοθεσία προσανατολίστηκε στην κάλυψη ενός μη ενεργού τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αυτού της σχολικής υγείας. Με το άρθρο 7 του νόμου 2519/1997 αποφασίστηκε η δημιουργία κεντρικής διεύθυνσης και περιφερειακών διευθύνσεων σχολικής υγείας, με απώτερο στόχο την κατάρτιση και υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας, τη μέριμνα για την εφαρμογή κανόνων δημόσιας υγείας στο σχολικό περιβάλλον και την τήρηση στοιχείων ατομικής υγείας των μαθητών της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η στελέχωση των παραπάνω υπηρεσιών έγινε με την τοποθέτηση ιατρών, οδοντιάτρων, ψυχολόγων, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας. Παράλληλα, δημιουργήθηκαν θέσεις επιστημόνων για την εφαρμογή της σχολικής υγείας κατά περιφέρεια, στις οποίες όμως, δεν συμπεριλαμβάνονταν θέσεις νοσηλευτών. Συνολικά, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η κοινοτική νοσηλευτική ορίστηκαν να ασκούνται στην ελληνική επικράτεια στις ακόλουθες δομές: κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων, ασφαλιστικών οργανισμών, εξωτερικών ιατρείων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, σχολικών μονάδων και ειδικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Από πλευράς εφαρμογής, η κοινοτική νοσηλευτική στην Ελλάδα αναπτύχθηκε κυρίως με τη μορφή της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι. Πρωτοπόρος στην παροχή νοσηλείας κατ' οίκον στην χώρα μας ήδη από το 1970, δηλαδή πολύ πριν από τη νομική σύσταση των κέντρων υγείας, η υπηρεσία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (ΕΕΣ).

Σήμερα η Ελλάδα εξακολουθεί να μην διαθέτει ένα οργανωμένο σύστημα υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας, το οποίο να καλύπτει τις ανάγκες όλης της επικράτειας. Υπάρχουν μερικές περιοχές (π.χ. Βόλος), στις οποίες η εν λόγω φροντίδα προσφέρεται μέσω υπηρεσιών των νομαρχιακών νοσοκομείων από νοσηλευτές που εργάζονται σ' αυτά, σε αντίθεση με τις μεγάλες πόλεις (π.χ. Αθήνα και Θεσ/νίκη) όπου παρέχεται κατά κύριο λόγο από ιδιωτικούς φορείς.

Σημαντική κρίνεται επίσης και η παροχή κατ' οίκον φροντίδας σε ηλικιωμένα κυρίως άτομα από υπηρεσίες των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Τα τελευταία χρόνια, μέσα από τις λειτουργίες των ΚΕΝΤΡΩΝ Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, δημιουργήθηκαν προγράμματα (φροντίδα στο σπίτι) κατ' οίκον νοσηλείας με σημαντικό βαθμό προσφοράς στους δημότες τους. Παρέχεται φροντίδα στους ηλικιωμένους για την κάλυψη των βασικών αναγκών σίτισης και στέγασης, ιατρονοσηλευτικής και φαρμακευτικής φροντίδας και αυτοφροντίδας. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων καλύπτονται μέσα από την συνεργασία των επίσημων φορέων της Κοινότητας. Τα προγράμματα αυτά χρηματοδοτούνται εν μέρει από την Ε.Ε, ενώ δεν αποτελούν δυστυχώς παγιωμένο κρατικό θεσμό. Λειτουργικά περιλαμβάνουν τις ειδικότητες του Κοινωνικού Λειτουργού, Νοσηλευτή, οικιακής βοηθού, στο πλαίσιο υλοποίησης προγραμμάτων παρακολούθησης ηλικιωμένων ατόμων, κυρίως με ειδικές ανάγκες. Δυστυχώς οι Νοσηλευτές που εργάζονται σ' αυτά τα προγράμματα τελούν υπό ειδική ετήσια σύμβαση (με το συχνό ενδεχόμενο της μη ανανέωσης), ενώ σε αρκετές περιπτώσεις τα άτομα που καλύπτουν τις θέσεις αυτές διαθέτουν πτυχία αμφιβόλου προελεύσεως (π.χ. Βοηθοί Νοσηλευτών, Νοσηλευτές από ανατολικές χώρες κ.λ.π.).

Στην Ελλάδα η παροχή φροντίδας ηλικιωμένων και αναπήρων καλύπτεται από το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι σε επίπεδο Δήμων. ΠΦΥ και κάλυψη των κοινωνικών αναγκών πραγματοποιείται από τον θεσμό των ΚΑΠΗ(Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων). Τα γεύματα στο σπίτι καλύπτουν τις ανάγκες σίτισης στο σπίτι, παρέχονται από τον δήμο ή άλλες φιλανθρωπικές οργανώσεις. Δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή καταβάλλοντας ένα μικρό ποσό ή δωρεάν να λαμβάνει σε καθημερινή βάση ένα πλήρες γεύμα. Η εκκλησία συχνά συμμετέχει σε τέτοιες πρωτοβουλίες.

Κεφάλαιο 4: Περιγραφή οικονομικών και κοινωνικών διαστάσεων παροχής νοσηλείας κατ' οίκον

4.1 Αξιολόγηση των υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον

Η παροχή των πρώτων υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον χρονολογείται τη δεκαετία του 1990, γεγονός που έμμεσα αποδεικνύει τη θέση την οποία άρχισε σταδιακά να λαμβάνει μέσα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ταυτόχρονα, έχουν αναδειχθεί προβληματισμοί για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του εν λόγω μοντέλου, οι οποίοι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη, λειτουργία, διάδοση και διατήρησή του.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ (Institute of Medicine, IOM) οι στόχοι ποιότητας για τα συστήματα υγείας στον 21ο αιώνα είναι η ασφάλεια (safety), η αποτελεσματικότητα (effectiveness), η ασθενοκεντρική προσέγγιση (patient centered), η έγκαιρη παροχή των υπηρεσιών (timely), η αποδοτικότητα (efficiency) και η δικαιοσύνη (equitability) (Institute of Medicine, 2001). Οι στόχοι αυτοί, συνοψίζονται σε τρεις διαφορετικούς άξονες και βασίζονται σε αναφορές που σχετίζονται με τη θεραπευτική έκβαση και ασφάλεια των ασθενών κατ' οίκον, την ποιότητα ζωής των ασθενών και την ικανοποίηση των ασθενών/φροντιστών και το απαιτούμενο κόστος φροντίδας.

4.1.1 Θεραπευτική έκβαση και ασφάλεια των ασθενών

Η παροχή νοσηλείας κατ' οίκον σε έναν ασθενή αποτελεί εναλλακτική μορφή φροντίδας, έναντι της κλασικής ενδονοσοκομειακής φροντίδας, γεγονός που αποτυπώνεται στο διαφορετικό τρόπο προσέγγισης παραμέτρων, όπως η έκβαση των ασθενών και θεμάτων που άπτονται της ασφάλειας του ασθενούς (π.χ. επιπλοκές και γενικότερες ανεπιθύμητες καταστάσεις της κλινικής εικόνας).

Τυχαιοποιημένη μελέτη με την συμμετοχή 199 ασθενών που έλαβαν νοσηλευτική φροντίδα κατ' οίκον κατέγραψε μειωμένο χρόνο νοσηλείας των συμμετεχόντων, έναντι αντίστοιχων ασθενών που έλαβαν ενδονοσοκομειακή φροντίδα (8 έναντι 14,5 ημερών, αντίστοιχα) (Wilson et al., 1999). Αξίζει να σημειωθεί πως οι ασθενείς που έλαβαν νοσηλεία κατ' οίκον εξέφρασαν αίσθημα ασφάλειας, ενώ επίσης η επιβάρυνση των νοσηλευτών δεν ήταν αυξημένη, έναντι των συναδέλφων τους στο νοσοκομείο (Wilson et al., 2002).

Έτερη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ηλικιωμένους ανοϊκούς ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν κατ' οίκον λόγω υποσιτισμού, λοιμώξεων ή αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, δεν κατέγραψε στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα θνησιμότητας, έναντι της ομάδας ελέγχου (Tibaldi et al., 2004).

Το μοντέλο νοσηλείας κατ' οίκον που εφαρμόζει το νοσοκομείο John Hopkins στις ΗΠΑ προϋποθέτει εντατικοποιημένη νοσηλευτική φροντίδα και τουλάχιστον μία ιατρική επίσκεψη ημερησίως (Leff et al., 2005). Ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας που νοσηλεύτηκαν κατ' οίκον πραγματοποίησαν μειωμένη χρήση ηρεμιστικών σκευασμάτων και είχαν μειωμένο αριθμό επεισοδίων οξείας νοητικής σύγχυσης (Leff et al., 2006). Καταγράφηκε βελτίωση στην εκτέλεση των καθημερινών και οργανικών δραστηριοτήτων, έναντι ασθενών που έλαβαν αποκλειστικά ενδονοσοκομειακή φροντίδα (Caplan et al., 2005; Leff et al., 2009).

Η διερεύνηση της εμφάνισης παραληρήματος σε ηλικιωμένους ασθενείς αποτέλεσε το αντικείμενο έρευνας μελέτης και κατά πόσο ο χώρος παροχής φροντίδας σχετίζεται με την συγκεκριμένη παράμετρο. Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο αξιολόγησης Delirium Rating Scale (DRS) σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο και στο σπίτι τους. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως ο χώρος

φροντίδας αποτέλεσε τον μοναδικό παράγοντα που σχετιζόταν με στατιστική σημαντικότητα με την εμφάνιση του παραληρήματος. Πιο συγκεκριμένα, ο παραληρηματικός ασθενής έπρεπε να νοσηλευτεί για περισσότερες ημέρες ανάλογα με τη διάρκεια και τη σοβαρότητα του παραληρήματος, αποδεικνύοντας ότι το περιβάλλον της οικίας λειτουργεί με τρόπο προστατευτικό στην εμφάνιση της εν λόγω κλινικής εκδήλωσης (Isaia et al., 2009). Στο ίδιο μήκος κύματος με τα προαναφερθέντα ευρήματα, έχουν καταγραφεί και λοιπές μειωμένης συχνότητας εκδηλώσεις σε ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί κατ' οίκον και περιλαμβάνουν την εκδήλωση ιατρογενών ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, πτώσεων και ανεπιθύμητων καταστάσεων (Caplan et al., 2012).

Υπάρχουν επίσης και περιπτώσεις μετα-αναλύσεων στο χώρο της διεθνούς βιβλιογραφίας, οι οποίες και έχουν διερευνήσει την συχνότητα επανεισαγωγής στο νοσοκομείο ασθενών που έλαβαν νοσηλεία κατ' οίκον. Σύμφωνα με τα ευρήματα μίας τέτοιας μελέτης σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) που νοσηλεύονταν στο σπίτι, καταγράφηκε σημαντικά μειωμένη συχνότητα επανεισαγωγής στο νοσοκομείο (Jeppesen et al., 2012). Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς διαφορετικών ηλικιακών ομάδων έδειξε πως η νοσηλεία κατ' οίκον συνδυάστηκε με στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων θνησιμότητας και δεν σχετίζονταν με την ηλικία του εκάστοτε ασθενούς (Caplan et al., 2012). Υπάρχουν επίσης αναφορές σύγκρισης των δεικτών θνησιμότητας σε ορίζοντα τριών και έξι μηνών νοσηλείας κατ' οίκον και στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με τα εξαχθέντα ευρήματα, δεν παρατηρούνται διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας για τους πρώτους τρεις μήνες νοσηλείας, ενώ καταγράφεται στατιστικά σημαντικά μειωμένη θνησιμότητα σε ασθενείς που έλαβαν νοσηλεία κατ' οίκον σε βάθος έξι μηνών νοσηλείας. Επιπρόσθετα, το γενικότερο αίσθημα ικανοποίησης ήταν αυξημένο στην κατηγορία των ασθενών που έλαβαν νοσηλεία κατ' οίκον. Οι συγγραφείς καταλήγουν λέγοντας πως η νοσηλεία κατ' οίκον δύνανται σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών να δράσει με περισσότερο αποτελεσματικό τρόπο και με υπηρεσίες μειωμένου κόστους, έναντι της ενδονοσοκομειακής παροχής φροντίδας.

Διενεργήθηκε προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη για να αξιολογήσει τη συχνότητα επανεισαγωγών και τη θνησιμότητα σε ηλικιωμένους ασθενείς με έξαρση χρόνιας αναπνευστικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ). Έπειτα από παρακολούθηση έξι

μηνών, διαπιστώθηκε μικρότερη επίπτωση επανεισαγωγών στο νοσοκομείο της ομάδας των ηλικιωμένων που είχαν λάβει νοσηλεία κατ' οίκον (n=52), έναντι της αντίστοιχης ομάδας που νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο (n=52) (42% έναντι 87%, αντίστοιχα, $p < 0.001$). Η θνησιμότητα μεταξύ των δύο ομάδων δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές. Επιπρόσθετα, η ομάδα που έλαβε νοσηλεία κατ' οίκον παρουσίασε βελτιωμένη ποιότητα ζωής και μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης (Ricauda et al., 2008).

4.1.2 Ποιότητα ζωής των ασθενών και βαθμός ικανοποίησης

Η ποιότητα ζωής των ασθενών και ο βαθμός ικανοποίησης αυτών από την χορήγηση νοσηλευτικών υπηρεσιών φροντίδας αποτελεί ίσως την σημαντικότερη παράμετρο στην πορεία της κλινικής εικόνας ενός ασθενούς.

Η αποτελεσματικότητα της νοσηλείας κατ' οίκον διερευνήθηκε σε μελέτη, στην οποία χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία EuroQoL EQ-5D και το COOP WONCA προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων. Δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντικός συσχετισμός στην ποιότητα ζωής των ασθενών (παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας ή νοσηλείας κατ' οίκον), τόσο έπειτα από τέσσερεις εβδομάδες όσο και έπειτα από τρεις μήνες παρακολούθησης (Richards et al., 1998).

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου που λάμβαναν χημειοθεραπεία κατ' οίκον δεν κατέγραψε στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο ποιότητας ζωής, έναντι ασθενών του νοσοκομείου. Η ικανοποίηση των ασθενών που έλαβαν νοσηλεία κατ' οίκον καταγράφηκε στατιστικώς σημαντικά αυξημένη (Borras et al., 2001), παρατήρηση η οποία επιβεβαιώνεται και σε έτερη μετα-ανάλυση (Shepperd et al., 2009B).

Μελέτες που διεξήχθησαν σε ασθενείς με ΧΑΠ έδειξαν πως οι ασθενείς που έλαβαν φροντίδα κατ' οίκον επισκέφτηκαν με μειωμένη συχνότητα το τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), εμφάνισαν καλύτερη ποιότητα ζωής και ήταν περισσότερο ενημερωμένοι για την ασθένεια και την κατάστασή τους. Επιπρόσθετα, έπειτα από οκτώ εβδομάδες παρακολούθησης σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν ενδονοσοκομειακή θεραπεία, ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες. Αξίζει να σημειωθεί πως οι πολλαπλές επισκέψεις νοσηλευτών και η μειωμένη εμπλοκή ιατρικών ειδικοτήτων φάνηκαν να χρήζουν εμπιστοσύνης εκ μέρους των ασθενών, αναδεικνύοντας το σημαντικό ρόλο των νοσηλευτών στη λειτουργία του θεσμού της νοσηλείας κατ' οίκον (Hermiz et al., 2002; Hernandez et al., 2003).

Υπάρχουν επίσης κατατεθειμένα ευρήματα μελετών που αναδεικνύουν την αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον, εστιάζοντας στις αξίες της προσωπικής φροντίδας, επικοινωνίας και

θεραπευτικών οφελών για τον ίδιο τον ασθενή (Wilson et al., 1999). Ταυτόχρονα, αρκετές μελέτες αναδεικνύουν τον πολύπλευρο ρόλο και την συνεισφορά των φροντιστών, με τους οποίους και αλληλεπιδρά ο ασθενής σε αυξημένη ή/και καθημερινή βάση (Caplan et al., 2005; Leff et al., 2006; Montalto, 2010; Caplan et al., 2012). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ξανά πως η επιβάρυνση του συγκεκριμένου κλάδου επαγγελματία υγείας δεν δυσχεραίνεται πρόσθετα έναντι του νοσοκομείου, μάλιστα υπάρχουν αρκετές αναφορές που είναι υπέρμαχες ακριβώς του αντίθετου σεναρίου (Leff et al., 2005; Caplan et al., 2012).

Το γενικότερο συμπέρασμα που προκύπτει από τα ανωτέρω είναι πως η επιτυχημένη παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών κατ' οίκον αντανakλούν άμεσα και στην βαθμό προσωπικής ικανοποίησης του ασθενούς. Όταν πληρείται λοιπόν η συγκεκριμένη εξίσωση, η παροχή νοσηλείας κατ' οίκον πλεονεκτεί έναντι της αντίστοιχης στο νοσοκομείο (Rodriguez-Verjan et al., 2013).

4.1.3 Κόστος φροντίδας

Η παράμετρος υπολογισμού του πραγματικού κόστους παροχής υπηρεσιών φροντίδας είναι σύνθετη και πολυπαραγοντική. Το μοντέλο της νοσηλείας κατ' οίκον αποτελεί μία ενδιαφέρουσα επιλογή στον χώρο των οικονομικών της υγείας, καθώς συνδυάζει την μειωμένη διάρκεια νοσηλείας και το μειωμένο οικονομικό κόστος υλοποίησης, έναντι της αντίστοιχης ενδονοσοκομειακής προσέγγισης (Leff, 2001; Leff, 2009; Montalto, 2010). Αποτελεί ενδιαφέρον πως εάν κάποιος επιχειρήσει μία ιστορική αναδρομή θα διαπιστώσει πως οι αρχικές θεωρήσεις αναλογικά με το κόστος της νοσηλείας κατ' οίκον έκαναν λόγο για μεγέθη που σε πολλές των περιπτώσεων ήταν μεγαλύτερα των αντίστοιχων απαιτούμενων ενδονοσοκομειακών πόρων (Bentur, 2001; Corrado, 2001). Ωστόσο, μελέτες της τελευταίας δεκαετίας αναδεικνύουν μία αντιστροφή στην συγκεκριμένη θεώρηση, με τα επίπεδα του οικονομικού κόστους να είναι ανάλογα ή και μικρότερα σε σύγκριση με την αποκλειστική παροχή νοσοκομειακής φροντίδας (Shepperd et al., 2009A; 2009B). Υπάρχουν μάλιστα και μεμονωμένες αναφορές που υπολογίζουν την μείωση του κόστους υπηρεσιών της νοσηλείας κατ' οίκον να κυμαίνεται μεταξύ 14-44%, έναντι του αντίστοιχου ενδονοσοκομειακού κόστους (Pericas et al., 2013). Οι πιθανότεροι λόγοι που δικαιολογούν αυτή την μείωση αποδίδονται στην μειωμένη ζήτηση εργαστηριακών εξετάσεων, σε συνδυασμό με την επίσης μειωμένη χρήση διαγνωστικών μεθόδων υψηλής τεχνολογίας (Leff et al., 2005). Στο ίδιο μήκος κύματος, τα ευρήματα πρόσφατης μελέτης, στην οποία αναφέρεται ότι το μέσο κόστος ανά ασθενή ήταν 19% μικρότερο απ' ό,τι το μέσο κόστος νοσηλείας στο νοσοκομείο για συγκρινόμενες ομάδες ασθενών. Η διαφορά αυτή προερχόταν από τον ελάχιστο μέσο όρο διάρκειας νοσηλείας και τη μικρότερη χρήση κλινικών εξετάσεων, γεγονός που αναδεικνύει το μείζον ζήτημα της υπερκατανάλωσης των διαγνωστικών εξετάσεων, ανεξαρτήτως κλινικής έκβασης του ασθενούς (Cryer et al., 2012).

Υπάρχουν επίσης κατατεθειμένα ευρήματα μελετών στο χώρο της διεθνούς βιβλιογραφίας, σε επίπεδο καθαρά οικονομικών όρων. Μελέτη ασθενών με ΧΑΠ έδειξε πως το κόστος νοσηλείας κατ' οίκον ήταν στατιστικά σημαντικά μειωμένο, έναντι του αντίστοιχου νοσοκομειακού κόστους ($101,4 \pm 61,3\$$ έναντι $151,7 \pm 96,4\$$, αντίστοιχα, $p=0,002$) (Ricauda et al., 2008). Ανάλογα ήταν τα αποτελέσματα μελέτης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, όπου το κόστος νοσηλείας των ασθενών του

νοσοκομείου ήταν διπλάσιο από εκείνο των ασθενών που έλαβαν νοσηλεία κατ' οίκον (280,62€ έναντι 110,98€, αντίστοιχα) (48/1), εύρημα που επιβεβαιώνεται και από έτερη μελέτη (Board et al., 2000).

Υπάρχουν όμως και μεμονωμένα κατατεθειμένα ευρήματα που αναδεικνύουν την αντίθετη όψη του νομίσματος, όπως για παράδειγμα η μελέτη των Harris et al. (2005) όπου αναφέρεται ότι το κόστος της νοσηλείας κατ' οίκον ήταν σχεδόν διπλάσιο συγκριτικά με εκείνο της ενδονοσοκομειακής φροντίδας (Harris et al., 2005).

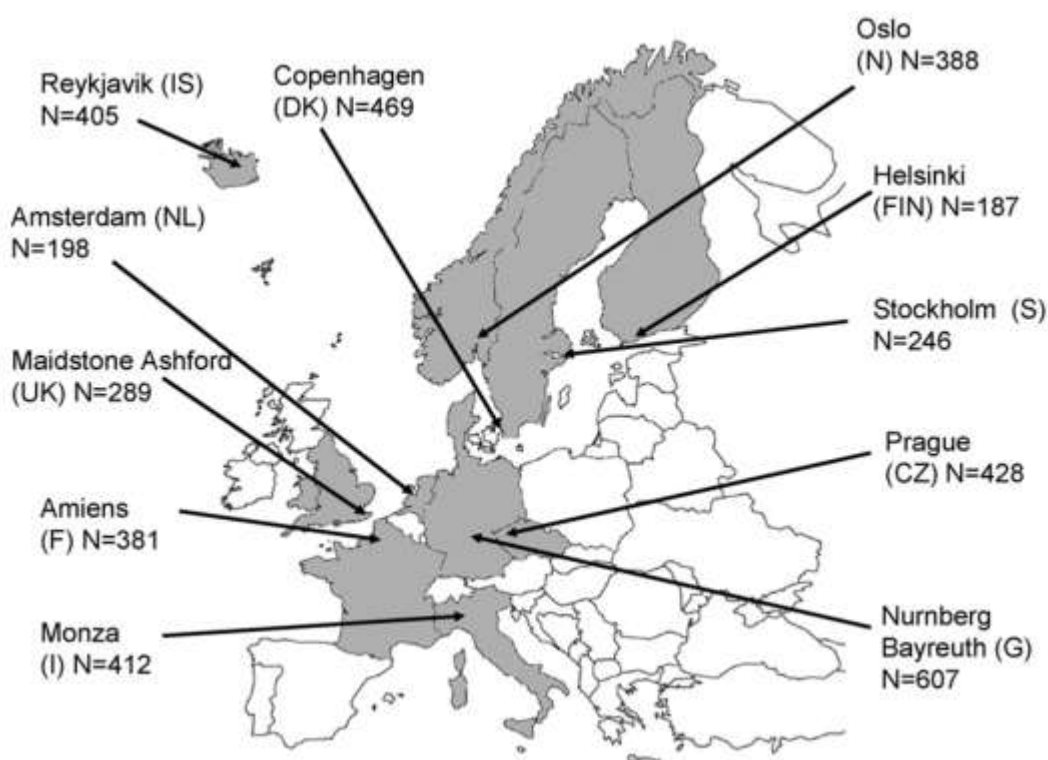
Η γενικότερη τάση που φαίνεται σταδιακά να επικρατεί στον χώρο της διεθνούς βιβλιογραφίας, αναφορικά με τα διάφορα μοντέλα νοσηλείας κατ' οίκον, κάνει λόγο οι συγκεκριμένες υπηρεσίες να εμπεριέχονται στο σύστημα υγείας μίας χώρας και να μην δρουν με τρόπο ανεξάρτητο (Bentur, 2001; Rodriguez-Verjan et al., 2013).

4.2 Παράθεση ενδεικτικών μελετών της διεθνούς βιβλιογραφίας των συνεπειών παροχής υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον

Παρουσίαση 1^{ης} χαρακτηριστικής μελέτης

Η ανασκόπηση των Sorbye et al. (2009) παρουσίασε τα ευρήματα της ADHOC (Aged in Home Care) μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε χώρες της Ευρώπης την χρονική περίοδο 2001-2004. Σύμφωνα με την συγκεκριμένη μελέτη, χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο αξιολόγησης υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον με την επωνυμία RAI-HC 2.0: Resident Assessment Instrument for Home Care), προκειμένου να αξιολογηθούν 4.010 πολίτες από 11 διαφορετικές Ευρωπαϊκές πόλεις που έλαβαν τις εν λόγω υπηρεσίες (Εικόνα 1).

Εικόνα 1 Απεικόνιση Ευρωπαϊκών πόλεων, με την αντίστοιχη κατανομή συμμετεχόντων, που έλαβαν μέρος στην ADHOC μελέτη



(Sorbye et al., 2009)

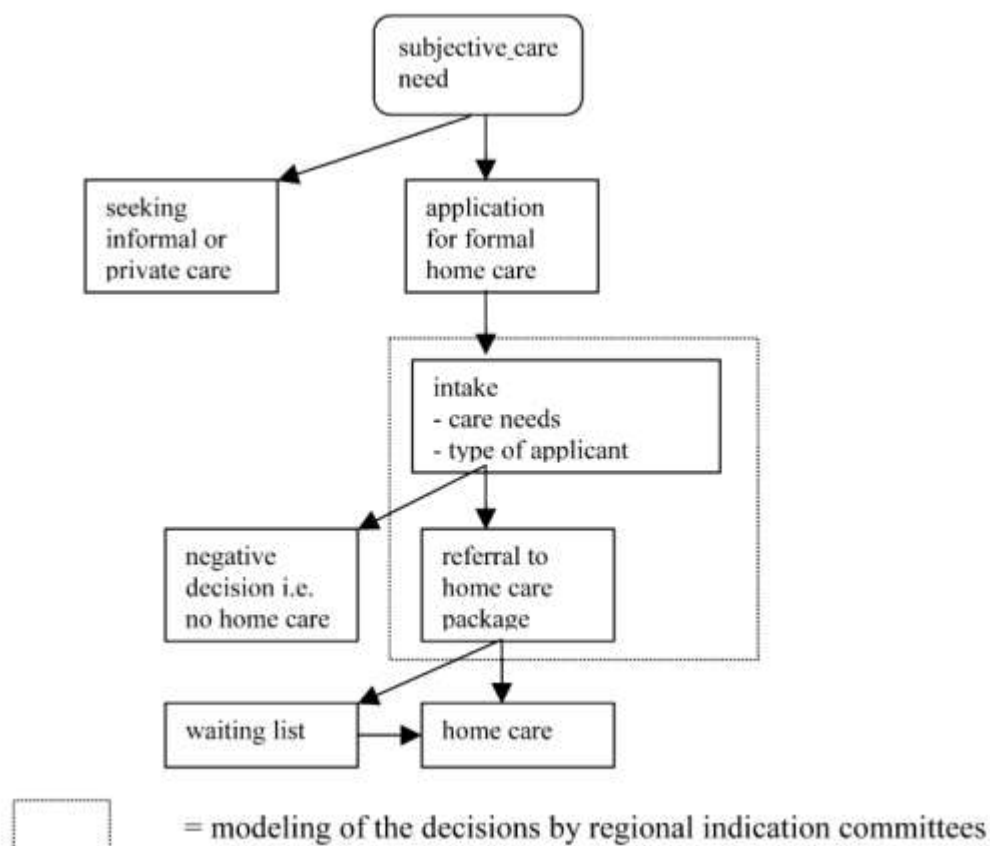
Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν πως η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 82,3 έτη, με τον μέσο όρο ηλικίας των γυναικών να υπερβαίνει κατά δύο έτη τον

αντίστοιχο μέσο όρο ηλικίας των ανδρών. Επιπρόσθετα, το 74% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, έναντι μόλις 26% των ανδρών. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ζούσε μόνη της και επομένως η αναζήτηση φροντίδας κατ' οίκον ήταν προσωπική επιλογή και όχι επιλογή κάποιου δεύτερου μέλους του στενού οικογενειακού κύκλου. Οι βασικές κλινικές εκδηλώσεις αναζήτησης φροντίδας κατ' οίκον περιελάμβαναν την εκδήλωση πόνου, κατάθλιψης και παχυσαρκίας, καθεμία εκ των οποίων συμβάλλει μεμονωμένα στην καθημερινή αδυναμία πραγματοποίησης δραστηριοτήτων και αυτονομίας. Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί πως η φύση των συγκεκριμένων εκδηλώσεων χρήζει φαρμακευτικής αγωγής, προκειμένου να αποφευχθεί το ενδεχόμενο πιθανής νοσοκομειακής εισαγωγής.

Παρουσίαση 2^{ης} χαρακτηριστικής μελέτης

Οι van Campen & Woittiez (2003) διεξήγαγαν σχετική μελέτη στην Ολλανδία, ο σκοπός της οποίας ήταν να καθοριστούν οι λόγοι που συμβάλλουν στην αναζήτηση υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον, σε συνδυασμό με το προφίλ χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Χρησιμοποιήθηκε πολυεθνικό ψηφιοποιημένο μοντέλο που βασίστηκε σε αριθμό 7.000 αιτημάτων για αναζήτηση υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον σε περιοχές της Βόρειας Ολλανδίας. Οι εκτιμήσεις του εν λόγω μοντέλου έδειξαν πως περιπτώσεις ηλικιωμένων με συνοδό χρόνιο κλινικό πρόβλημα έχουν αυξημένη πιθανότητα αναζήτησης τοπικής βοήθειας, ενώ περιπτώσεις φέρουσες ψυχοκοινωνικές διαταραχές υπόκεινται σε παροχή υπηρεσιών που περιλαμβάνει και κοινωνική υποστήριξη. Ασθενείς που λαμβάνουν εξιτήριο από νοσοκομείο αναζητούν τοπική βοήθεια όταν υπάρχει κάποια συνοδός μορφή αναπηρίας, ενώ περιπτώσεις με σοβαρής μορφής αναπηρία αναζητούν προγράμματα φυσικής ενδυνάμωσης. Τα προαναφερθέντα συνοψίζονται σε έναν αλγόριθμο, βάση του οποίου λαμβάνονται οι σχετικές αποφάσεις από την ανάγκη ενός ατόμου για παροχή φροντίδας, έως την στιγμή εφαρμογής των συγκεκριμένων υπηρεσιών κατ' οίκον (Εικόνα 2).

Εικόνα 2 Σχηματική απεικόνιση διαφορετικών επιπέδων αποφάσεων από την ανάγκη αναζήτησης φροντίδας κατ' οίκον έως την εφαρμογή συγκεκριμένων υπηρεσιών, βάση αξιολόγησης των αναγκών του ασθενούς



(van Campen & Woittiez, 2003)

Ο πίνακας 3 παρουσιάζει την ομαδοποίηση των διερευνηθέντων αιτημάτων σε διαφορετικές κατηγορίες βάση της ικανότητας πραγματοποίησης δραστηριοτήτων της καθημερινότητας (activities of daily living, ADL) και οργανικών δραστηριοτήτων της καθημερινότητας (instrumental activities of daily living, IADL). Η μεμονωμένη ικανότητα ή ο συνδυασμός των ADL-IADL και η συνύπαρξη κλινικών καταστάσεων χρησιμοποιήθηκαν από το εφαρμοσθέν μοντέλο για την δημιουργία των υποκατηγοριών ομαδοποίησης των αιτημάτων της συγκεκριμένης έρευνας.

Πίνακας 3 Κατηγοριοποίηση αναγκών συμμετεχόντων για αναζήτηση υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον (n= 7732) (Συντομογραφίες: IADL-instrumental activities of daily living, ADL-activities of daily living)

	<i>n</i>	%
Only IADL	1387	18
IADL and physical dysfunction	515	7
IADL and psychosocial disorder	496	6
IADL and ADL	1111	14
IADL, ADL and physical dysfunction	799	10
IADL, ADL and psychosocial or cognitive disorder	547	8
Complex (IADL, ADL, physical dysfunction and psychosocial or cognitive disorder)	808	10
Not classified	2069	27

(van Campen & Woittiez, 2003)

Ο πίνακας 4 παρουσιάζει την κατανομή των αιτημάτων με βάση το κριτήριο επιλογής πακέτου υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον, από όπου και προκύπτει πως τα περισσότερα αιτήματα επιλέγουν την παροχή τοπικής φροντίδας (27%) και έπονται υπηρεσίες φυσικής αποκατάστασης (19%), κοινωνικής υποστήριξης (16%) και νοσηλευτικών υπηρεσιών (16%). Ανάλογα με την βαρύτητα και τις ανάγκες ενός μεμονωμένου περιστατικού, υπάρχουν συνδυαστικά πακέτα παροχής υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον, τα οποία και είναι διαθέσιμα προς επιλογή.

Πίνακας 4 Κατηγοριοποίηση πακέτων υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον (n= 7732)

Home care package	Description	Referred to applicants	
		<i>n</i>	%
Domestic help only	Only domestic help services	2088	27
Physical care plus	Physical care alone or in combination with domestic help services	1469	19
Social support plus	Social help alone or in combination with physical care and/or domestic help	1241	16
Nursing plus	Nursing services alone or in combination with social support and/or physical care and/or domestic help	1237	16
Not classified		1697	21

(van Campen & Woittiez, 2003)

Τέλος, ο πίνακας 5 επιχειρεί μία σύγκριση των διαφορετικών πακέτων παροχής υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Όπως προκύπτει από την ανάλυση, η αναζήτηση τοπικής βοήθειας προτείνεται για ασθενείς με φυσική αναπηρία και σε φάση αποκατάστασης, ηλικιωμένους με περιορισμένον βαθμού αυτονομία, ασθενείς που έχουν λάβει εξιτήριο από το νοσοκομείο και ασθενείς με χρόνιας φύσεως ιατρικά προβλήματα με IADL αδυναμία. Το πακέτο υπηρεσιών φυσικής φροντίδας προτείνεται για περιπτώσεις με IADL αδυναμία και φυσικές δυσλειτουργίες. Το πακέτο υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης προτείνεται για περιπτώσεις που χρήζουν ψυχικής φροντίδας και κοινωνικής υποστήριξης στον χώρο εργασίας, συνδυάζοντας IADL αδυναμία και ψυχοκοινωνικές διαταραχές. Τέλος, το πακέτο νοσηλευτικών υπηρεσιών απευθύνεται σε ασθενείς με σύνθετα κλινικά προβλήματα και δεν απευθύνεται στις προηγούμενες κατηγορίες αιτημάτων.

Πίνακας 5 Κατηγοριοποίηση πακέτων υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον και κατηγορίες αιτημάτων που περιλαμβάνονται (n= 6035)

Applicants by origin	Care needs category	Domestic help only	Physical care plus	Social support plus	Nursing plus
Elderly with diminished autonomy	IADL	0.66	0.11	-0.35	-0.42
	IADL+physical dysfunction	0.51	0.06*	-0.16	-0.41
Chronically ill	IADL	0.49	-0.11	-0.26	-0.11
	IADL+ADL	0.05*	0.17	-0.16	-0.06
Hospital-discharged patients	IADL	0.50	-0.13	-0.08	-0.28
	IADL+ADL	0.02*	0.26	-0.16	-0.12
	IADL+ADL+physical dysfunction	-0.15	0.27	-0.16	0.04*
Physically disabled and rehabilitation patients	IADL	0.70	0.01*	-0.19	-0.52
	IADL+ADL	0.16*	0.19	-0.17	-0.08
	IADL+ADL+physical dysfunction	-0.10*	0.19	-0.10	0.01*
Client of mental health care and social work	IADL+psychosocial	0.16*	-0.25	0.39	-0.30
	IADL+ADL+psychosocial disorder	0.05*	-0.08*	0.13	-0.10*
	Complex	-0.24*	-0.09*	0.18	0.13
Patients with care from residential or nursing homes	IADL+ADL+physical dysfunction	-0.47	0.36	-0.04*	0.15*
	Complex	-0.27	0.02*	0.05*	0.20
$R^2L = 0.10$					

*Not significant ($P > 0.05$). R^2L is a measure of fit, analogous to the standard R^2 but adjusted to logistic models [31]. Small applicant categories with no significant effect are excluded from the table.

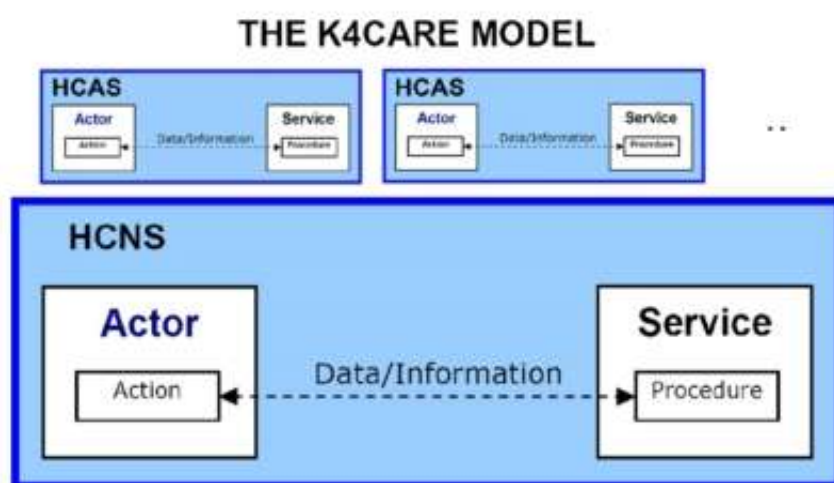
(van Campen & Woittiez, 2003)

Παρουσίαση 3^{ης} χαρακτηριστικής μελέτης

Οι Valls et al. (2010) παρουσιάζουν ένα οντολογικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο δίδεται η δυνατότητα για παροχή υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον, αξιοποιώντας τις δυνατότητες της τεχνολογίας. Ο λόγος έγκειται στο ότι η ήδη γηρασμένη Ευρώπη απαιτεί επεμβατικούς στρατηγικούς χειρισμούς, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα ενιαίο ηλεκτρονικό δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας, το οποίο θα ακολουθεί ένα ενιαίο τρόπο λειτουργίας μεταξύ των διαφορετικών χωρών της Ευρώπης. Η προτεινόμενη μεθοδολογία βασίζεται σε ένα ιατρικό μοντέλο φροντίδας κατ' οίκον, το οποίο συντάχθηκε από Ευρωπαίους επαγγελματίες υγείας και αποτελεί άξονα του project υγείας με την επωνυμία K4Care European project.

Οι συγγραφείς αναφέρουν πως η τεχνολογία της οντολογίας δύνανται να εξηγήσει τον σύνθετο τρόπο αλληλεπίδρασης μεταξύ διαφόρων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας και να προτείνει έναν τρόπο λειτουργίας αυτών. Η αρχή λειτουργίας παρουσιάζεται στην εικόνα 3, όπου γίνεται αντιληπτό πως οι όροι κλειδιά φέρουν τις επωνυμίες actor για να υποδηλώσουν μία ενέργεια και service για να υποδηλώσουν μία διαδικασία.

Εικόνα 3 Αρχιτεκτονική του K4Care HC μοντέλου (Συντομογραφίες: HC-home care)

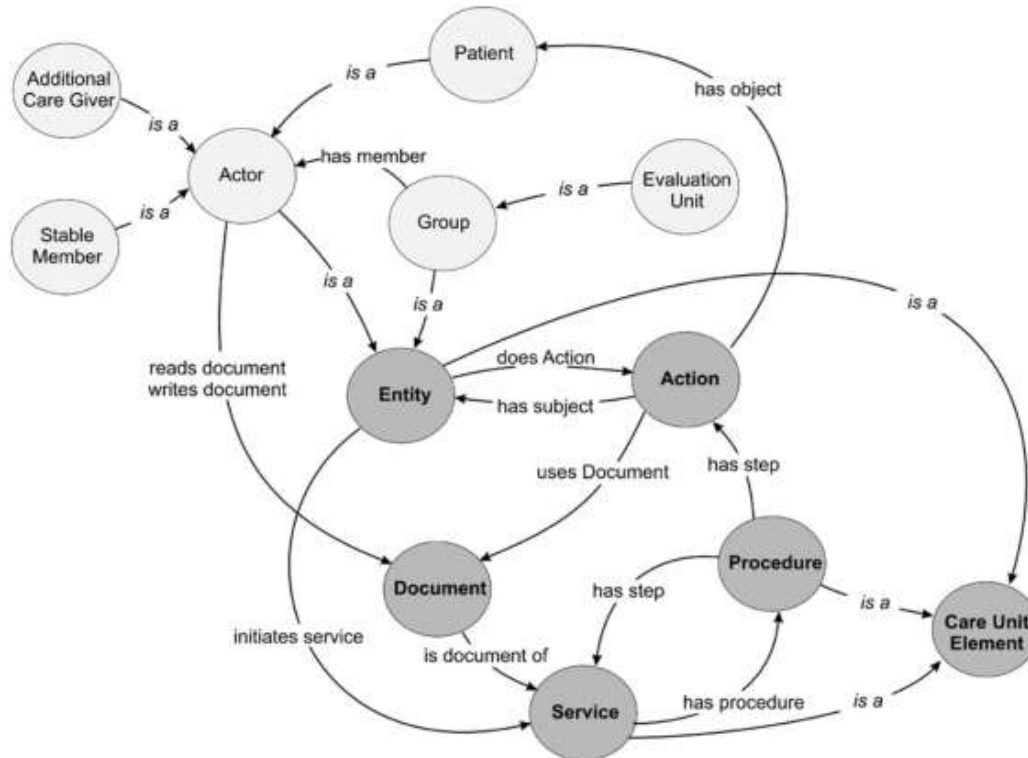


(Valls et al., 2010)

Η εφαρμογή γλωσσών οντολογίας επιτρέπει την σύνθεση ενός ηλεκτρονικού δικτύου ενημέρωσης διαφορετικών δομών παροχής φροντίδας, μέσω του οποίου για

κάθε ενέργεια που πραγματοποιείται ηλεκτρονικά, ενημερώνεται επίσης ηλεκτρονικά η εκάστοτε δομή, υπό την μορφή μίας ολοκληρωμένης διαδικασίας (Εικόνα 4).

Εικόνα 4 Διαγραμματική απεικόνιση προφίλ οντολογίας, από την στιγμή ενός αιτήματος και ενέργειας (actor), έως την στιγμή οριστικοποίησης και υλοποίησης μίας διαδικασίας (service)



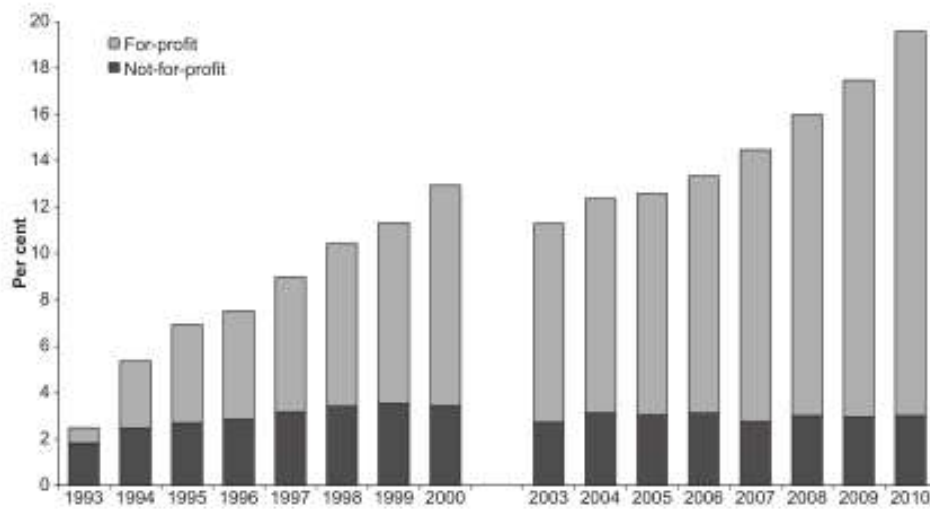
(Valls et al., 2010)

Παρουσίαση 4^{ης} χαρακτηριστικής μελέτης

Οι Szebehely & Trydegard (2011) πραγματοποίησαν στην Σουηδία έρευνα στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον σε ηλικιωμένους. Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να αναδείξει την στροφή που παρατηρείται σταδιακά στο Σύστημα Υγείας μίας προηγμένης χώρας όπως η Σουηδία, καθώς καταγράφεται πτωτική συχνότητα παροχής υπηρεσιών που χρηματοδοτούνται από το κρατικό μηχανισμό και αντίστοιχα προωθούνται υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται από ιδιωτικούς πόρους. Ως εκ τούτου, επιχειρήθηκε σύγκριση σε δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους, την περίοδο 1988-1989 και την περίοδο 2004-2005.

Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Σουηδικού κράτους, καταγράφεται μία προοδευτικά αυξητική τάση στην πρόσληψη υπαλλήλων για δομές παροχής υπηρεσιών υγείας για ηλικιωμένους και ανθρώπους με αναπηρία, οι οποίες χρηματοδοτούνται από ιδιωτικούς πόρους. Η εν λόγω επισήμανση ισχύει για την περίοδο 1993-2010, καλύπτοντας δηλαδή την μία εκ των δύο χρονικών περιόδων εστίασης της εν λόγω μελέτης (2004-2005). Αντίστοιχα, την ίδια περίοδο (1993-2010), καταγράφεται μία προοδευτικά μειωτική τάση στην πρόσληψη προσωπικού για δομές παροχής υπηρεσιών υγείας για ηλικιωμένους και ανθρώπους με αναπηρία, οι οποίες χρηματοδοτούνται από τον κρατικό μηχανισμό (Εικόνα 5).

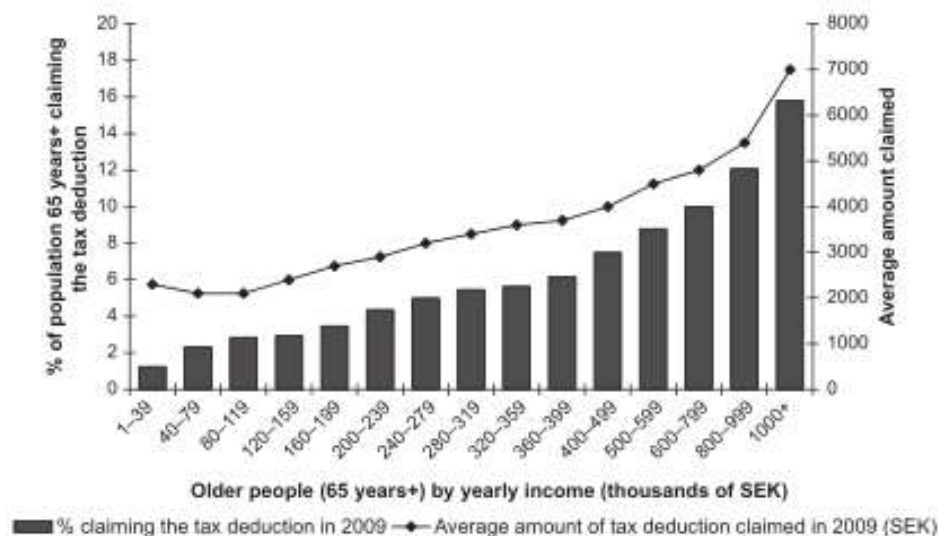
Εικόνα 5 Απεικόνιση ετήσιας κατανομής προσωπικού σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας σε ηλικιωμένους και ανθρώπους με αναπηρία στην Σουηδία, οι οποίες χρηματοδοτούνται από τον κρατικό μηχανισμό (ράβδοι σκούρου χρώματος) ή από ιδιωτικούς πόρους (ράβδοι ανοικτού χρώματος), για την χρονική περίοδο 1993-2010



(Szebehely & Trydegard, 2011)

Η μείωση του συντελεστή φορολόγησης στην Σουηδία το 2009 οδήγησε πολλούς πολίτες να στραφούν σε υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον, ιδιωτικών συμφερόντων (Εικόνα 6).

Εικόνα 6 Κατανομή Σουηδών πολιτών, ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, με βάση το κριτήριο του ετήσιου εισοδήματος, σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον ιδιωτικών συμφερόντων, για το έτος 2009 (έτος ψήφισης μείωσης φορολογίας στην Σουηδία)



(Szebehely & Trydegard, 2011)

Ως εκ τούτου, άρχισε να δημιουργείται μία κατάσταση σύμφωνα με την οποία οι δομές υπηρεσιών υγείας του κρατικού μηχανισμού ενισχύονταν από πολίτες με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και μειωμένο ετήσιο εισόδημα, με αποτέλεσμα να υπάρχει σαφής κίνδυνος υποβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, πολίτες με αυξημένα ετήσια εισοδήματα στρέφονταν σε υπηρεσίες ιδιωτικής χρηματοδότησης.

Οι συγγραφείς κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου, καθώς με αυτό τον τρόπο τίθεται σε κίνδυνο η λειτουργία του συστήματος υγείας με χρηματοδότηση από τον κρατικό μηχανισμό, ο οποίος και αρχικά είχε σχεδιασθεί για να απευθύνεται ενιαία σε όλους τους ασφαλισμένους πολίτες, ανεξαρτήτως εισοδηματικών κριτηρίων.

Παρουσίαση 5^{ης} χαρακτηριστικής μελέτης

Οι Landi et al. (2001) διεξήγαγαν στην Ιταλία μελέτη με σκοπό να αξιολογήσουν την επίδραση της νοσηλείας ηλικιωμένων κατ' οίκον, οι οποίοι είχαν νοσηλευθεί σε νοσοκομείο κατά το παρελθόν. Ως εκ τούτου, υπολογίσθηκαν όλες οι νοσοκομειακές εισαγωγές ένα έτος πριν την εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας κατ' οίκον και ακολούθησε σύγκριση ένα έτος έπειτα από νοσηλεία κατ' οίκον (Πίνακας 6).

Πίνακας 6 Σύγκριση αριθμού νοσοκομειακών εισαγωγών ηλικιωμένων 12 μήνες πριν και έπειτα από την εφαρμογή προγράμματος νοσηλείας κατ' οίκον

	Pre-intervention	Post-intervention	P
No. of persons admitted at least once (%)	536 (44.5)	317 (26.3)	<0.001
Total no. of hospital days	15490	6417	0.001
No. of hospital days (mean $\pm$ SD)			
Per user	28.9 $\pm$ 24.8	20.8 $\pm$ 22.1	<0.001
Per admission	17.7 $\pm$ 15.1	12.8 $\pm$ 11.7	<0.001

(Landi et al., 2001)

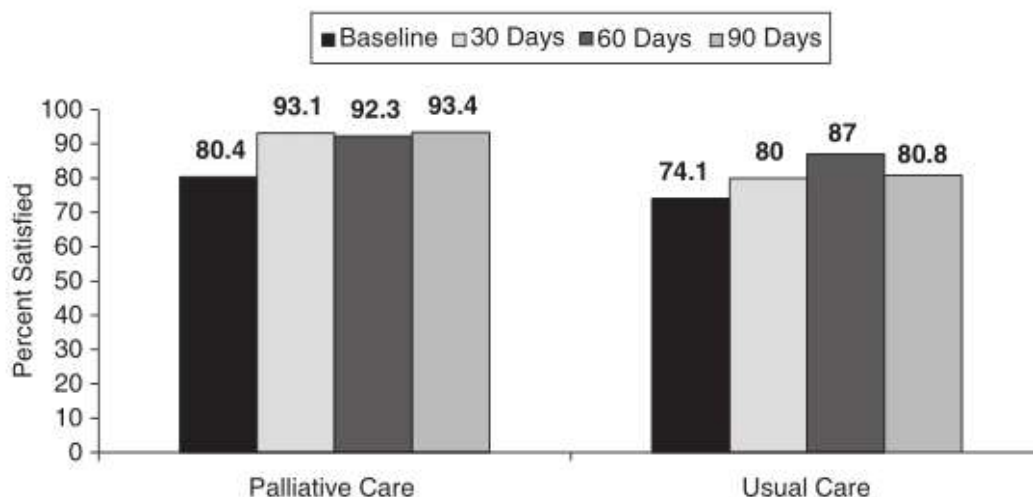
Η ανάλυση των ευρημάτων του πίνακα αναδεικνύει μία σημαντική μείωση του αριθμού νοσοκομειακών εισαγωγών έπειτα από την εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας κατ' οίκον, πιο συγκεκριμένα 26% έναντι 44%, αντίστοιχα. Επιπρόσθετα, καταγράφηκε σημαντική μείωση στον αριθμό των ημερών νοσηλείας, τόσο σε επίπεδο ασθενούς όσο και εισαγωγής. Επομένως, η εφαρμογή προγραμμάτων νοσηλείας κατ' οίκον σε ηλικιωμένους ανθρώπους συνδυάζεται με σημαντική μείωση του ρυθμού νοσοκομειακών εισαγωγών και επιπρόσθετα με μειωμένο κόστος νοσηλείας.

Παρουσίαση 6^{ης} χαρακτηριστικής μελέτης

Οι Brumley et al. (2007) πραγματοποίησαν τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη κλινική μελέτη στις ΗΠΑ, με σκοπό να διερευνήσουν την επίπτωση της νοσηλείας κατ' οίκον σε ομάδα ασθενών, με πρόγνωση τελικού σταδίου εξέλιξης της νόσου τους. Μελετήθηκαν συνολικά 298 ασθενείς, με προσδόκιμο επιβίωσης της τάξεως του ενός έτους ή και λιγότερο και αξιολογήθηκε ο αριθμός των επισκέψεών τους σε μονάδες νοσοκομείων ή επειγόντων περιστατικών τους τελευταίους 12 μήνες. Όλοι οι συμμετέχοντες μελετήθηκαν ανά 30, 60 και 90 ημέρες, από την στιγμή έναρξης της μελέτης.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι ασθενείς που έλαβαν νοσηλεία κατ' οίκον εξέφρασαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης 30 και 90 ημέρες έπειτα από την παρακολούθησή τους (Εικόνα 7).

Εικόνα 7 Απεικόνιση επιπέδων ικανοποίησης ασθενών τελικού σταδίου που έλαβαν υπηρεσίες νοσηλείας κατ' οίκον (palliative care), έναντι ασθενών που έλαβαν ενδονοσοκομειακή φροντίδα (usual care). Ελήφθησαν σχετικές μετρήσεις την στιγμή έναρξης της μελέτης, καθώς επίσης έπειτα από 30, 60 και 90 ημέρες παρακολούθησης

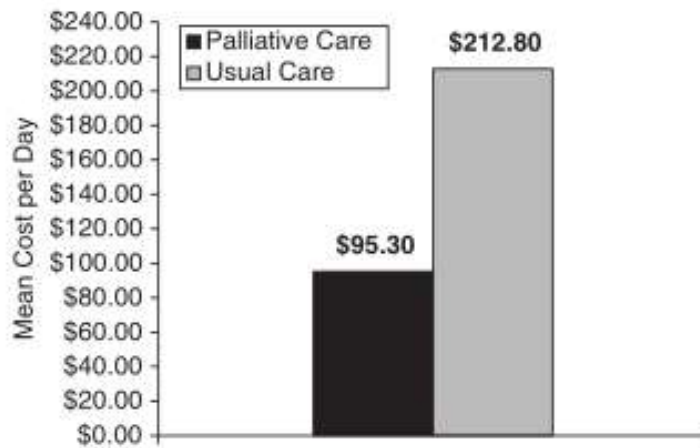


(Brumley et al., 2007)

Οι εν λόγω ασθενείς επισκέφτηκαν με μειωμένη συχνότητα τα επείγοντα περιστατικά, έναντι ασθενών τελικού σταδίου που έλαβαν αποκλειστικά ενδονοσοκομειακή φροντίδα. Επίσης μειωμένος ήταν και ο δείκτης νοσοκομειακής

επαναεισαγωγής για τους συγκεκριμένους ασθενείς, γεγονός το οποίο αποτυπώθηκε άμεσα και στο μειωμένο κόστος νοσηλείας (Εικόνα 8).

Εικόνα 8 Υπολογισμός ημερησίου κόστους νοσηλείας σε ασθενείς που έλαβαν νοσηλεία κατ' οίκον και ασθενείς που έλαβαν ενδονοσοκομειακή φροντίδα (n= 5297)



(Brumley et al., 2007)

Κεφάλαιο 5: Προτεινόμενες παρεμβάσεις βελτίωσης παροχής νοσηλείας κατ' οίκον στην Ελλάδα

Η παροχή νοσηλείας κατ' οίκον στην Ελλάδα χρήζει πρόσθετων βελτιώσεων και τροποποιητικών παρεμβατικών χειρισμών στο ήδη υπάρχον νομικό και θεσμικό πλαίσιο. Οι συγκεκριμένες ενέργειες είναι απαραίτητες προκειμένου να αναδειχθεί περαιτέρω η χρησιμότητα του κλάδου της κοινοτικής νοσηλευτικής και επιπρόσθετα ο πολύπλευρος ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην εφαρμογή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της κατ' οίκον νοσηλείας. Ως εκ τούτου, προτείνονται οι ακόλουθες προτάσεις:

- Να θεσπισθεί ειδικό νομοθετικό πλαίσιο που να διέπει αποκλειστικά την ειδικότητα της κοινοτικής νοσηλευτικής, ούτως ώστε οι όποιες εφαρμογές σχετίζονται με την εν λόγω ειδικότητα να είναι απολύτως διαφανείς και μη αμφισβητήσιμες από νομικής άποψης
- Να εμπλέκονται κλινικοί νοσηλευτές διαφορετικών ειδικοτήτων (π.χ. παθολογία, χειρουργική, παιδιατρική, ψυχολογία) στην εκπαίδευση υποψήφιων για τη λήψη ειδικότητας του κοινοτικού νοσηλευτή. Οι εν λόγω γνώσεις αποτελούν άλλωστε αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας και των προκλήσεων που καλείται να αντιμετωπίσει ένας κοινοτικός νοσηλευτής στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον.
- Νοσηλευτές που επιλέγουν να εργασθούν σε δομές παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας, θα πρέπει να έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία και να κατέχουν πρόσθετα και τον σχετικό τίτλο δημόσιας υγείας.

Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και οι τάσεις που επικρατούν σε αρκετές χώρες της Ευρώπης, αναφορικά με την επιλογή μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον σε ευπαθείς πληθυσμιακά ομάδες και κατηγορίες ασθενών, επιτάσσει περαιτέρω την ανάγκη για νομοθετική διασφάλιση και κατοχύρωση της ειδικότητας της κοινοτικής νοσηλευτικής στην χώρα μας. Απώτερος στόχος θα πρέπει να είναι η ένταξη των υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, με τρόπο που να είναι αδιαφανής και κυρίως προσβάσιμος με κοινά κριτήρια για όλους τους Έλληνες πολίτες. Με αυτό τον τρόπο σταδιακά θα επέλθει αποσυμφόρηση στα διάφορα νοσοκομεία του κρατικού

μηχανισμού, θα βελτιωθεί η ήδη υπάρχουσα ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον και θα μειωθεί σημαντικά το ήδη υπάρχον κόστος νοσηλείας, σύμφωνα με τα δεδομένα που προκύπτουν από μελέτες που έχουν γίνει στο εξωτερικό και έχουν επιβεβαιώσει την ορθότητα των συγκεκριμένων ισχυρισμών.

Κεφάλαιο 6: Συζήτηση-Συμπεράσματα

Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναδεικνύει και επιβεβαιώνει μία στροφή στον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να παρέχονται υπηρεσίες νοσηλείας και φροντίδας κατ' οίκον, καθώς είναι πλέον σαφές πως δεν είναι επαρκής η αποκλειστική ενδονοσοκομειακή φροντίδα. Υπάρχουν πλέον επαρκή βιβλιογραφικά ευρήματα που συνηγορούν υπέρ των πλεονεκτημάτων, τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για το κράτος που έχει ενσωματώσει στο υπάρχον σύστημα υγείας δομές παροχής υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου αναφορικά με τους πόρους που αναμένεται να επενδύσει στην παροχή υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον (Iacobucci, 2018). Πιο συγκεκριμένα, αναμένεται πρόσθετη επιχορήγηση της τάξεως των τεσσάρων δισ. ευρώ για την ενίσχυση κοινοτικών δομών και δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας, η απόσβεση των οποίων θα ολοκληρωθεί την περίοδο 2023-2024. Συνολικά, αναμένεται να δοθούν τα επόμενα πέντε έτη περί των 20.5 δισ. λιρών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, με απώτερο στόχο την σταδιακή αποφόρτιση των νοσοκομείων. Με αυτό τον τρόπο θα ενισχυθούν δράσεις όπως για παράδειγμα σύσταση ομάδων επαγγελματιών υγείας για παροχή υπηρεσιών και υποστήριξης της κοινότητας, σε 24ωρη βάση λειτουργίας. Επιπρόσθετα, θα συγκροτηθούν ομάδες ιατρών και φαρμακοποιών για παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον, τόσο σε θεραπευτικό όσο και σε υποστηρικτικό επίπεδο.

Τα βασικά πλεονεκτήματα της νοσηλείας κατ' οίκον για έναν ασθενή περιλαμβάνουν τους ακόλουθους άξονες (Corrado, 2001; Phillips Fox, 2009; McCain, 2012; Seaton & Barr, 2013):

- Μειώνεται η συχνότητα εκδήλωσης καταστάσεων που άπτονται ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, όπως για παράδειγμα ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, πτώσεων, συγχυτικών για τον ασθενή καταστάσεων, κατακλίσεων κ.ά
- Μεγιστοποιείται ο βαθμός ανεξαρτησίας του ασθενούς, όντας ευρισκόμενος σε οικείο για αυτόν περιβάλλον, με αποτέλεσμα να επιτελεί με πρόσθετη άνεση τις καθημερινές του λειτουργίες και δραστηριότητες (στο πλαίσιο βέβαια που επιτρέπει η ήδη υπάρχουσα κλινική εικόνα)
- Αυξάνεται η ευεξία του ασθενούς και ο βαθμός ικανοποίησης είναι μεγαλύτερος αναφορικά με την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας και φροντίδας, γεγονός που αποτυπώνεται σταδιακά στην

βελτίωση της κλινικής εικόνας και την μειωμένη συχνότητα νοσοκομειακών επανεισαγωγών

- Βελτιώνεται η ποιότητα ζωής, παράμετρος που χρήζει πρόσθετης αξίας για ασθενείς τελικού σταδίου πρόγνωσης, οπότε και ο ασθενής επιλέγει τους ανθρώπους με τους οποίους επιθυμεί να περάσει τις τελευταίες στιγμές της ζωής του, πάντα εντός ενός οικείου και φιλικού για αυτόν χώρου

Τα βασικά πλεονεκτήματα της νοσηλείας κατ' οίκον για ένα σύστημα υγείας μίας χώρας περιλαμβάνουν τους ακόλουθους άξονες (Corrado, 2001; Montalto, 2010; Pericas et al., 2013; Seaton & Barr, 2013):

- Αποσυμφορίζονται τα διάφορα κρατικά νοσοκομεία, μέσω της απελευθέρωσης νοσοκομειακών κλινών
- Μικραίνουν οι λίστες αναμονής για ασθενείς που χρήζουν νοσοκομειακής εισαγωγής και υπάρχει καλύτερη και ταχεία εξυπηρέτηση
- Μειώνεται το κόστος νοσηλείας, γεγονός που διευκολύνει τον ετήσιο προϋπολογισμό ενός νοσοκομειακού ιδρύματος

Στον αντίποδα υπάρχουν διάφοροι προβληματισμοί αναφορικά με την υιοθέτηση και αποδοχή της παροχής υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον, οι οποίοι και συνοψίζονται στα ακόλουθα ερωτήματα (Corrado, 2001; Phillips Fox, 2009; Montalto, 2010):

- Έχει προνοηθεί το απαιτούμενο κόστος για την παροχή πάσης φύσεως υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον (μηχανήματα και συνοδός εξοπλισμός στην οικία ασθενών, χρηματοδότηση εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας, κόστος εργαστηριακών εξετάσεων, κόστος νοσηλευτικών εξετάσεων) από μία αρμόδια υπηρεσία του κρατικού μηχανισμού;
- Έχει γίνει εκτίμηση του βαθμού ψυχοσωματικής επιβάρυνσης των φροντιστών που εμπλέκονται στην καθημερινότητα του ασθενούς;
- Έχει γίνει εκτίμηση του βαθμού ψυχοσωματικής επιβάρυνσης των οικείων μελών της οικογενείας του ασθενούς;

- Έχουν διασαφηνισθεί τα κριτήρια εισόδου και αντίστοιχα αποκλεισμού ασθενών στον θεσμό της παροχής υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον;

Η αποδοχή και εφαρμογή της νοσηλείας κατ' οίκον στην Ελλάδα, υπό την σκέπη του δημόσιου κρατικού μηχανισμού, ενδεχομένως να κρίνεται ως ανατρεπτικού χαρακτήρα δεδομένης της γενικότερης υπανάπτυξης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινοτικής φροντίδας αλλά και της νοσοκομειοκεντρικής αντίληψης και απουσίας ευαισθητοποίησης του πληθυσμού σε τέτοιες μορφές φροντίδας. Ο ιδιωτικός τομέας, περισσότερο ευέλικτος και πρωτοπόρος, για αρκετά χρόνια δοκίμαζε και δοκιμάζει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του μοντέλου της κατ' οίκον νοσηλείας στην Ελλάδα, με πολύ καλές σε ορισμένες περιπτώσεις δομές υπηρεσιών υγείας. Αναμφίβολα, η ευρύτερη εφαρμογή του θεσμού αυτού θα αναβάθμιζε την προσφορά των υπηρεσιών υγείας εν γένει, παρέχοντας αποτελεσματική και αποδοτική φροντίδα υγείας ιδιαίτερα σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, βελτιώνοντας την ασφάλεια, την ποιότητα και την ικανοποίηση των ασθενών, πάντα υπό την προϋπόθεση της κατάλληλης επαγγελματικής εκπαίδευσης αλλά και οργάνωσης.

Η ανασκόπηση των Low et al. (2011) αναδεικνύει τον διαφορετικό βαθμό αποτελεσματικότητας διαφορετικών μοντέλων παροχής νοσηλείας κατ' οίκον, αναλόγως της λειτουργίας που καλούνται να επιτελέσουν. Ως εκ τούτου, η παροχή νοσηλείας ενός συγκεκριμένου ασθενούς απευθύνεται στο να καλύψει τις αποκλειστικές ανάγκες του εν λόγω ασθενούς. Από την άλλη πλευρά, η παροχή νοσηλείας κατ' οίκον μίας δομής που είναι ενταγμένη υπό την σκέπη ενός συστήματος υγείας, εντάσσεται στην γενικότερη φιλοσοφία λειτουργίας του εν λόγω συστήματος. Επομένως, καθίσταται σαφές πως θα πρέπει να είναι απολύτως ξεκάθαρο το πλαίσιο λειτουργίας συγκεκριμένων υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον, σε συνδυασμό με την οριοθέτηση των εκάστοτε ιεραρχούμενων επιδιώξεων. Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί πως η βελτίωση ή διατήρηση της παραμέτρου της φυσικής και διανοητικής κατάστασης-λειτουργικότητας του ασθενούς υπερκαλύπτει την ανάγκη επίτευξης στόχων, όπως η αναστολή της θνησιμότητας, την οποία και θέτουν οι διάφορες δομές σε επίπεδο στρατηγικού σχεδιασμού. Το ιδανικό μοντέλο παροχής νοσηλείας κατ' οίκον θα πρέπει να συνδυάζει ένα ενσωματωμένο σύστημα

παροχής υπηρεσιών με πρόσβαση σε κοινοτικές δομές και στο σπίτι, με απώτερο στόχο την διασφάλιση της βέλτιστης κλινικής εικόνας του ασθενούς, την αποφυγή αχρείαστων νοσοκομειακών εισαγωγών και τον πλήρη σεβασμό στις ανάγκες του κάθε ασθενούς.

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών αποτελούν τον περισσότερο αξιόπιστο τρόπο εξαγωγής ποιοτικών ευρημάτων, αναφορικά με την αξιολόγηση του βαθμού αποτελεσματικότητας της νοσηλείας κατ' οίκον (National Medical & Health Research Council, 1999). Η δεύτερη κατά σειρά περισσότερο αξιόπιστη προσέγγιση είναι οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, οπότε και μία συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα αναδεικνύει μία μεμονωμένη παρεμβατική προσέγγιση. Οι υπάρχουσες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες στον χώρο της διεθνούς βιβλιογραφίας κρίνονται ως περιορισμένες και αναδεικνύουν την αυξημένη δυσκολία ενός μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας στην ερμηνεία πρακτικών που ακολουθούνται σε επίπεδο μίας συγκεκριμένης δομής ή ενός ολόκληρου συστήματος υγείας μίας χώρας. Απαιτούνται πρόσθετες μελέτες, σε επίπεδο αξιολόγησης υπηρεσιών κοινοτικής υγείας και νοσηλείας κατ' οίκον, προκειμένου να εξαχθούν περισσότερο ασφαλή και κυρίως ενιαία συμπεράσματα αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας και κυρίως αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας εκτός του χώρου του νοσοκομείου.

Βιβλιογραφία

Afrite A, Chaleix M, Com-Ruelle L, et al. Hospital at home (HAH), a structured, individual care plan for patients. An exploitation of data from the 2006 HAH medical information systems program. IRDES: Questions d'économie de la Santé 2009; 140: 1-8.

American Nurses Association (2016). A historical review, available at: <https://www.nursingworld.org/~48de64/globalassets/docs/ana/historical-review2016.-pdf>, accessed at 04-05-2019.

Bentur N. Hospital at home: What is its place in the health system? Health Policy 2001; 55: 71-79.

Board N, Brennan N, Caplan GA. A randomised controlled trial of the costs of hospitals as compared with hospital in the home for acute medical patients. Aust N Z J Public Health 2000; 24: 305-311.

Borras JM, Sanchez-Hernandez A, Navarro M, et al. Compliance, satisfaction, and quality of life of patients with colorectal cancer receiving home chemotherapy or outpatient treatment: A randomised controlled trial. Br Med J 2001; 322: 826-830.

Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, et al. Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care. J Am Geriatr Soc 2007; 55: 993-1000.

Caplan GA, Coconis J, Woods J. Effect of hospital in the home treatment on physical and cognitive function: A randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005; 60: 1035-1038.

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

Cervera C, Del Rio A, Garcia L, et al. Efficacy and safety of outpatient parenteral antibiotic therapy for infective endocarditis: A ten-year prospective study. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2011, 29: 587-592.

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

Chong BH, Brighton TA, Baker RI, et al. Once-daily enoxaparin in the outpatient setting versus unfractionated heparin in hospital for the treatment of symptomatic deep-vein thrombosis. *J Thromb Thrombolysis* 2005, 19: 173-181.

Clemen-Stone, S., Eigsti, D., & McGuire, S. (1987). *Comprehensive family and community health nursing* (2nd ed). New York: McGraw-Hill.

Corrado OJ. Caring for older hospital-at-home patients. *Age Ageing* 2000; 29: 97-98.

Corrado OJ. Hospital-at-home. *Age Ageing* 2001; 30: 11-14.

Cotton MM, Bucknall CE, Dagg KD, et al. Early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *Thorax* 2000; 55: 902-906.

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

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

Forbes DA. Clarification of the constructs of satisfaction and dissatisfaction with home care. *Public Health Nursing* 1996; 13: 377-385.

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

Hermiz O, Comino E, Marks G, et al. Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ* 2002; 325: 938-942.

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

Iacobucci G. Extra £3.5bn will fund community and care home services to reduce pressure on hospitals. *BMJ* 2018; 363: k4977.

Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academy Press, 2001. Available at: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf> , accessed at 02-05-2019.

Isaia G, Astengo MA, Tibaldi V, et al. Delirium in elderly home-treated patients: A prospective study with 6-month follow-up. *Age (Dordr)* 2009; 31: 109-117.

Jeppesen E, Brurberg KG, Vist GE, et al. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 5: CD003573.

Kramer AM, Shaughnessy PW, Bauman MK, et al. Assessing and assuring the quality of home health care: A conceptual framework. *The Milbank Quarterly* 1990; 68: 413-443.

Landi F, Onder G, Russo A, et al. A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 968-970.

Leff B, Burton L, Mader SL, et al. Comparison of functional outcomes associated with hospital at home care and traditional acute hospital care. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 273-278.

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

Leff B, Burton L, Mader SL, et al. Satisfaction with hospital at home care. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1355-1363.

Leff B. Acute care at home. The health and cost effects of substituting home care for inpatient acute care: A review of the evidence. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1123-1125.

Leff B. Defining and disseminating the hospital-at-home model. *CMAJ* 2009; 180: 156-157.

Low L-F, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Res* 2011; 11: 93-107.

Martin F, Oyewole A, Moloney A. A randomized controlled trial of a high support hospital discharge team for elderly people. *Age Ageing* 1994; 23: 228-234.

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

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

Mundrigger M. (1983). *Home care controversy: Too little, too late, too costly*. Rockville, MD: Aspen.

National Association for Home Care (1994). *Basic statistics about home care 1994*, Washington, DC: National Association of Home Care.

National Medical and Health Research Council: A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Canberra: Commonwealth of Australia; 1999.

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

Phillips Fox DLA. Literature review and background analysis-Hospital in the home. DLA Phillips Fox, Melbourne, 2009.

Rathbone William VI (1859), available at: https://en.wikipedia.org/wiki/William_Rathbone_VI, accessed at 04-05-2019.

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

Ricauda NA, Tibaldi V, Marinello R, et al. Acute ischemic stroke in elderly patients treated in hospital at home: A cost minimization analysis. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1442-1443.

Richards SH, Coast J, Gunnell DJ, et al. Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care. *Br Med J* 1998; 316: 1796-1801.

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

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

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

Shepperd S, Doll H, Broad J, et al. Early discharge hospital at home. Cochrane Database Syst Rev 2009B; 1: CD000356.

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

Stanhope M & Lancaster J (2009). Κοινωνική Νοσηλευτική 2η έκδοση. Αθήνα:

Szebehely M & Trydegard G-B. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. Health Soc Care Commun 2011; 20: 300-309.

Tarricone R & Tsouros AD. The solid facts: Home care in Europe. WHO, Denmark, 2008.

Tibaldi V, Aimonino N, Ponzetto M, et al. A randomized controlled trial of a home hospital intervention for frail elderly demented patients: Behavioral disturbances and caregiver's stress. Arch Gerontol Geriatr Suppl 2004; 9: 431-436.

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

van Campen & Woittiez IB. Client demands and the allocation of home care in the Netherlands. A multinomial logit model of client types, care needs and referrals. Health Policy 2003; 64: 229-241.

Westra BL, Cullen L, Brody D, et al. Development of the home care client satisfaction instrument. Public Health Nursing 1995; 12: 393-399.

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

Wilson A, Wynn A, Parker H. Patient and carer satisfaction with “hospital at home”: Quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2002; 52: 9-13.

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

Μπότσης Τ & Χαλκίωτης Σ. «ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ-Η εφαρμογή της πληροφορικής στο χώρο της υγείας» ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΑΥΛΟΣ, Αθήνα 2005.