

Η κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα σε διαφορετικά συστήματα υγείας

Θεοδούλα Αδαμακίδου

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Υποψήφια Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο
«Αγ. Σάββας», Αθήνα

Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου

Διδάκτωρ Νοσηλευτικής, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Κοινωνικής
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Η ανάπτυξη αποκεντρωμένων μορφών διοίκησης καθώς και η αναβάθμιση των εξωνοσοκομειακών μορφών περίθαλψης αποτελούν σημεία προσανατολισμού των συστημάτων υγείας, προκειμένου αυτά να καταστούν αποτελεσματικά, αποδοτικά και ποιοτικά. Η κατ' οίκον φροντίδα ικανοποιεί τους παραπάνω στόχους και αποτελεί έναν από τους ταχέως αναπτυσσόμενους τομείς των συστημάτων υγείας παγκοσμίως. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η παρουσίαση των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας αναπτυγμένων χωρών, όπως της Μ. Βρετανίας, της Φινλανδίας, της Σουηδίας, της Γερμανίας, της Αυστρίας, της Δανίας, της Νορβηγίας, των ΗΠΑ, του Καναδά και της Ελλάδας. Γίνεται αναφορά στους φορείς, τα είδη των υπηρεσιών, καθώς και τους πρωταγωνιστές στην παροχή της φροντίδας. Τέλος, διατυπώνονται μερικές προτάσεις με την προσδοκία της μεταρρύθμισης, και στην Ελλάδα, στον τομέα της κατ' οίκον φροντίδας.

Λέξεις-κλειδιά:

- Κατ' οίκον φροντίδα • Νοσηλεία στο σπίτι • Βοήθεια στο σπίτι
- Ελλάδα • Μ. Βρετανία • Φινλανδία • Σουηδία • Γερμανία
- Αυστρία • Δανία • Νορβηγία • ΗΠΑ • Καναδάς

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Θεοδούλα Αδαμακίδου
Κομνηνών 3, 173 41, Αγ. Δημήτριος, Αθήνα
Τηλ. 210-93 45 703, 697 483 98 30
e-mail: adamakidou@yahoo.gr

The home nursing care in different health care systems

Theodoula Adamakidou

RN, MSc, PhD Student, "St. Savvas" Hospital, Athens, Greece

Athena Kalokerinou-Anagnostopoulou

PhD, Assistant Professor of Nursing, Nursing Department,
University of Athens, Athens, Greece

Nursing Department, Laboratory of Community Health
Nursing-Home Health Care, University of Athens

ABSTRACT Health care systems are oriented to the development of decentralized management and the upgrading of ambulatory health care, in order to become more effective, efficient and of better quality. Home care satisfies the aims mentioned and consist one of the more rapidly growing sectors of health care systems. This review aims to present the home care system in the developed countries, United Kingdom, Finland, Sweden, Austria, Netherlands, Norway, USA, Canada and Greece. The carrier, the kind of services given and the care providers are described. Finally, some proposals are formulated with the expectation for reformation in the home health care sector in Greece.

Key words:

- Home care • Home nursing • Home help • Greece
- United Kingdom • Finland • Sweden • Germany
- Austria • Netherlands • Norway • USA • Canada

Corresponding author

Theodoula Adamakidou
3 Komnion street, GR-173 41 Ag. Dimitrios, Athens, Greece
Tel. +30 210-93 45 703, 6974 83 98 30
e-mail: adamakidou@yahoo.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρώπης, και όχι μόνο, δέχονται τα τελευταία χρόνια σημαντικές πιέσεις για αλλαγή. Οι ιθύνοντες προβληματίζονται και αντιμετωπίζουν νέες προκλήσεις για το σχεδιασμό, την οργάνωση και υλοποίηση προγραμμάτων που σχετίζονται με τη γήρανση του πληθυσμού, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και την αλλαγή του νοσηλολογικού προτύπου με τις χρόνιες πολυπαραγοντικές και εκφυλιστικές ασθένειες.^{1,2} Βασικές διαπιστώσεις και επισημάνσεις από τη μελέτη των συστημάτων υγείας³⁻⁶ είναι:

- Τα νέα πρότυπα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), τα οποία επιτρέπουν την παρακολούθηση της υγείας και την παροχή φροντίδας στο σπίτι και την κοινότητα
- Η αναντίρρητη οικονομική αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ και της φροντίδας υγείας στο σπίτι
- Η βελτίωση της ποιότητας ζωής ως αποτέλεσμα της ΠΦΥ και της φροντίδας υγείας στο σπίτι
- Ο συνεχώς αυξανόμενος πληθυσμός των ηλικιωμένων που θέλουν και απαιτούν πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα και το σπίτι
- Η ανάγκη για παροχή φροντίδας και υποστήριξης στους άτυπους φροντιστές (informal caregivers)
- Η τάση της μείωσης του χρόνου νοσηλείας και συγχρόνως της ασφαλούς εξόδου από το νοσοκομείο
- Η γενικότερη επιτάχυνση του χρόνου θεραπείας
- Η πρόοδος στις θεραπείες, τα φάρμακα και την τεχνολογία, που αυξάνουν την πιθανότητα φροντίδας των ατόμων στο σπίτι τους παρά σε νοσοκομεία ή άλλα ιδρύματα
- Η ηθική παρότρυνση για την παροχή φροντίδας στο σπίτι σε ειδικές περιπτώσεις
- Η αναγκαιότητα των συστημάτων υγείας για εξοικονόμηση πόρων.

Η απάντηση των συστημάτων υγείας στις παραπάνω διαπιστώσεις ήταν ο σχεδιασμός και η υλοποίηση αλλαγών, οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν σε 4 κατηγορίες: διαμόρφωση νέων σχέσεων κράτους και αγοράς, ανάπτυξη αποκεντρωμένων μορφών διοίκησης, ενδυνάμωση της εξουσίας και των επιλογών των ασθενών, αναβάθμιση της δημόσιας υγείας και των εξωνοσοκομειακών μορφών περίθαλψης.^{1,3}

Διαφοροποιήσεις υπάρχουν μεταξύ των χωρών ως προς τις μεταρρυθμίσεις, τις συγκεκριμένες απαντήσεις στα προβλήματα και αιτήματα των καιρών, καθώς και το βαθμό και τον τρόπο προσανατολισμού στους τέσσερις άξονες των αλλαγών. Αυτό συμβαίνει διότι κάθε σύστημα υγείας διαμορφώνεται σε συγκεκριμένο ιστορικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Ο ρόλος και η σημαντικότητα των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στις απαιτήσεις των καιρών για μακροχρόνια φροντίδα υγείας, την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και την ικανοποίηση των χρηστών έχουν αναγνωριστεί και κατευθύνουν τα συστήματα σε περισσότερο ολοκληρωμένες μορφές της.¹⁻³

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτελεί μια προσπάθεια προσέγγισης του συστήματος της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας αναπτυγμένων χωρών, όπως της Μ. Βρετανίας, της Φινλανδίας, της Σουηδίας, της Γερμανίας, της Αυστρίας, της Δανίας, της Νορβηγίας, των ΗΠΑ, του Καναδά και της Ελλάδας. Στους στόχους της παρούσας ανάλυσης δεν εμπίπτει η οργανοδιοικητική και οικονομική προσέγγιση των συστημάτων υγείας των χωρών, παρά μόνο οι πληροφορίες που σχετίζονται με τους φορείς, τα είδη των παρεχόμενων υπηρεσιών και τις «πηγές» της κατ' οίκον φροντίδας.

M. BPETANIA

Η Βρετανία είναι μια χώρα με πληθυσμό περίπου 60 εκατομμυρίων και προσδόκιμο επιβίωσης του πληθυσμού 77,4 έτη. Η χρηματοδότηση και η φροντίδα υγείας παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, δηλαδή η χώρα ανήκει στο μοντέλο Beveridge (National Health Services, NHS).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τους γενικούς ιατρούς. Αυτοί καλύπτουν τις ανάγκες σε πρωτοβάθμια φροντίδα του 97% του πληθυσμού, στο ιδιωτικό τους ιατρείο ή σε ομαδική βάση. Ο ρόλος τους είναι να ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών (gatekeeping), αλλά και να διαχειρίζονται τους πόρους (fundholders) για την αγορά νοσοκομειακών υπηρεσιών.^{1,2,7,8}

Κατ' οίκον φροντίδα υγείας παρέχεται από το δημόσιο τομέα, τις ιδιωτικές υπηρεσίες, τους εθελοντές και την οικογένεια, σε ηλικιωμένους, άτομα με χρόνια νοσήματα, με ψυχική νόσο, ανάπηρους, χρήζοντες με-

τανοσοκομειακής φροντίδας και άτομα με μαθησιακές δυσκολίες.⁷

Νοσηλεία στο σπίτι (home nursing): Παρέχεται από την κοινοτική νοσηλεύτρια (district nurse) και περιλαμβάνει σύνθετες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που σχετίζονται με την ασθένεια και τα προβλήματα υγείας. Η κοινοτική νοσηλεύτρια είναι κατάλληλα εκπαιδευμένη –θεωρητικά και πρακτικά– ώστε να παρέχει φροντίδα σε καθένα άτομο που ζει στην κοινότητα, καθώς και υπεύθυνη για την εκτίμηση των αναγκών των χρηστών και των οικογενειών τους και την εξασφάλιση ποιότητας στη φροντίδα.

Βοήθεια στο σπίτι (home help): Περιλαμβάνει την προσωπική φροντίδα (personal care), όπως η υγιεινή και η βοήθεια στο φαγητό, και την οικιακή φροντίδα (domestic care), όπως η καθαριότητα του σπιτιού, τα ψώνια κ.λπ. Οι δύο τελευταίες αποτελούν αντικείμενο των κοινωνικών υπηρεσιών και παρέχονται από βοηθούς νοσηλευτών (auxiliary nurse) και βοηθούς για τη φροντίδα υγείας^{9,10} (health care assistants).

Η νοσηλεία στο σπίτι και η Κοινοτική Νοσηλευτική οργανώνονται σε διαφορετικό πλαίσιο από την προσωπική και οικιακή φροντίδα. Στην περίπτωση που οι ανάγκες του ατόμου είναι πολύπλευρες, η κοινοτική νοσηλεύτρια ή ο κοινωνικός λειτουργός (social worker) αναλαμβάνουν το ρόλο του διαχειριστή (care manager) για το συντονισμό της παρεχόμενης φροντίδας. Η αξιολόγηση των αναγκών αφορά σε κατηγορίες όπως η φυσική ασφάλεια, η ανικανότητα, η ψυχική υγεία, η απώλεια της ανεξαρτησίας και οι κοινωνικές ανάγκες.^{9,10}

Επίσης, γίνεται εκτίμηση και της οικονομικής κατάστασης του ατόμου. Μόνο οι φτωχοί και άτομα με σοβαρά προβλήματα, όπως αυτά αξιολογήθηκαν παραπάνω, μπορούν να λάβουν δωρεάν κοινωνικές υπηρεσίες. Δικαίωμα κοινωνικών υπηρεσιών έχουν όλοι, όμως με ποσοστό συνασφάλισης (co-payment), το οποίο εξαρτάται από τους πόρους και το εισόδημά του. Οι κρατικές επιχορηγήσεις έχουν σκοπό τη δυνατότητα κάλυψης των πρόσθετων εξόδων της ασθένειας.^{7,8,11}

Πρόσφατη αναφορά για την κατ' οίκον φροντίδα των ηλικιωμένων χαρακτηρίζει το μοντέλο των «15 λεπτών» επίσκεψης ξεπερασμένο, ανέντιμο και ανασφαλές. Προμηθευτές και πελάτες παραπονιούνται για τη βιασύνη, την αποθάρρυνση, την αδυναμία επικοινωνίας και την ανικανότητα παροχής ποιοτικής φροντίδας. Προβλήματα όπως η αδυναμία προσέλευσης, εκπαίδευσης και

αποζημίωσης του προσωπικού που εργάζεται σε αυτόν τον τομέα επιτείνουν το πρόβλημα, αλλά και την αναγκαιότητα θεμελιώδους αλλαγής των υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους.¹²

ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ

Η Φινλανδία είναι μια χώρα με πληθυσμό περίπου 5 εκατομμυρίων, όπου η ηλικιακή ομάδα ατόμων άνω των 65 ετών αποτελεί το 15% του πληθυσμού. Ποσοστό 40% των ενηλίκων αναφέρεται να πάσχει από χρόνιες νόσους.¹³

Η φινλανδική πολιτική για τους ηλικιωμένους περιλαμβάνει έξι στόχους: τη βελτίωση της υγείας και της λειτουργικής ικανότητας των ηλικιωμένων, την υποστήριξη διαβίωσης στο σπίτι τους, τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, τη διευκρίνιση και ενίσχυση των δικαιωμάτων των πελατών, την προστασία των αναγκαίων πόρων διαβίωσης και την εξασφάλιση της οικονομικής σταθερότητας των υπηρεσιών.¹³⁻¹⁶

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στα κέντρα υγείας (health centers), τα οποία μπορεί να διαθέτουν 30–60 κρεβάτια, και περιλαμβάνει οδοντιατρική φροντίδα, φυσιοθεραπεία, εργαστηριακό έλεγχο, μαιευτικό και παιδιατρικό τμήμα, τμήμα για οξεία και χρόνια περιστατικά. Η πλειοψηφία των ασθενών που νοσηλεύονται σε αυτά είναι ηλικιωμένοι και χρόνιοι πάσχοντες. Οι επισκέψεις κατ' οίκον εμπίπτουν στην υπευθυνότητα των δήμων (municipalities) στο πλαίσιο της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών (social services). Η πλειοψηφία των ασθενών που λαμβάνουν μακροχρόνια φροντίδα (long term care) είναι ηλικιωμένοι (σχεδόν 90% άνω των 65 ετών). Η μακροχρόνια φροντίδα μπορεί να παρέχεται στα σπίτια, στα κέντρα υγείας –ως εσωτερικοί ασθενείς– και στα σπίτια για ηλικιωμένους (homes for the elderly). Τα τελευταία μπορεί να ανήκουν στους δήμους ή να είναι ιδιωτικές πρωτοβουλίες.^{13,16,17}

Νοσηλεία στο σπίτι (home nursing): Παρέχεται από νοσηλευτές. Αυτοί διακρίνονται σε 3 κατηγορίες, ανάλογα με την εκπαίδευσή τους, τους διπλωματούχους νοσηλευτές (register nurse), τους επισκέπτες υγείας (health visitor) και τους πρακτικούς νοσοκόμους (practical nurse). Θεωρητικά, οι ανωτέρω κατηγορίες νοσηλευτών έχουν τα ίδια καθήκοντα, όμως στην πράξη οι πτυχιούχοι νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας αναλαμβάνουν σύνθετες νοσηλευτικές πράξεις, όπως

καθετηριασμούς, φαρμακοθεραπεία, εκπαίδευση, συμβουλευτική, γενικότερη αξιολόγηση των αναγκών και της φροντίδας, σχεδιασμό και συντονισμό της φροντίδας, ενώ οι πρακτικοί νοσοκόμοι έχουν καθήκοντα που σχετίζονται με την υγιεινή και την προσωπική φροντίδα (μπάνιο, ντύσιμο κ.λπ). Για την εκτίμηση του ατόμου συμπληρώνονται ειδικές φόρμες –μόνο από ιατρούς, διπλωματούχους νοσηλευτές ή επισκέπτες υγείας– οι οποίες δίνουν μια ολοκληρωμένη εικόνα για το άτομο, τις ανάγκες του και την αναγκαιότητα υποστήριξής του από κατ' οίκον υπηρεσίες νοσηλευτικές ή/και βοηθητικές.^{17,18}

Βοήθεια στο σπίτι (home help): Οργανώνεται από τα κέντρα υγείας ή από ιδιώτες και παρέχεται από τους οικιακούς βοηθούς (home makers και home helps). Τα καθήκοντά τους περιλαμβάνουν βοήθεια σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως μπάνιο, ντύσιμο, αγορές, καθάρισμα, προετοιμασία γευμάτων.^{17,18}

Άλλοι φορείς παροχής υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, για τους ηλικιωμένους και τα άτομα με περιορισμένες ικανότητες, είναι οι οίκοι ευγηρίας (nursing homes), τα νοσοκομεία ημέρας (day hospitals), τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας (day care centers) και τα κέντρα φροντίδας μισής μέρας (part day nursing centers), που χαρακτηρίζονται και ως «οικιακές υπηρεσίες» (service houses). Οι «οικιακές υπηρεσίες» είναι η μοναδική υπηρεσία όπου ο αριθμός των πελατών αυξήθηκε κατά 170% την κρίσιμη δεκαετία του '90 και στην οποία σημειώθηκαν πολλές περικοπές σε κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες.^{14,15}

ΣΟΥΗΔΙΑ

Η Σουηδία έχει πληθυσμό 8,9 εκατομμύρια και το σύστημα υγείας της στηρίζεται στο μοντέλο Beveridge. Ανήκει στις χώρες με το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης, έχει παγκοσμίως το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών (ένας στους πέντε ανήκει σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία), ενώ συνεχώς αυξάνει ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων που μένουν μόνοι τους. Οι πολιτικές και κοινωνικές συνέπειες της γήρανσης, φυσικά, επηρεάζουν και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας.^{4,19}

Η λέξη «αποκέντρωση» είναι αυτή που χαρακτηρίζει τον τομέα φροντίδας υγείας της Σουηδίας. Τα «επαρχιακά συμβούλια» (county councils) έχουν αναλάβει, ως πολιτική ευθύνη, τη χρηματοδότηση και την πα-

ροχή υπηρεσιών υγείας, ενώ οι τοπικοί δήμοι (local municipality) είναι υπεύθυνοι για τη διανομή των υπηρεσιών και τη χρηματοδότηση ατόμων που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα υγείας, όπως οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με ανικανότητα και ψυχιατρικά προβλήματα.^{2,4,20,21}

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υγείας στο σπίτι εντάσσεται στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (primary health care services), των υπηρεσιών δημόσιας υγείας (public health services) και των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (social care). Αναφέρεται επίσης ότι μικρός αριθμός νοσοκομείων παρέχει νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι.²⁰ Βασική αρχή του συστήματος φροντίδας υγείας της Σουηδίας είναι ότι σε κάθε άτομο-ηλικιωμένο το οποίο επιθυμεί να παραμείνει στο σπίτι του, παρά την ασθένεια και την ανικανότητά του, πρέπει να παρέχεται η ανάλογη υποστήριξη και φροντίδα προκειμένου να ικανοποιήσει αυτή την επιθυμία.^{2,4,21}

Νοσηλεία στο σπίτι (home nursing): Παρέχεται μόνο από πτυχιούχους νοσηλευτές και περιλαμβάνει ανακούφιση του πόνου, οξυγονοθεραπεία, καθετηριασμούς, αλλαγές τραυμάτων, συμβουλευτική, διδασκαλία και άλλες σύνθετες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που κάνουν συνήθως την πρώτη επίσκεψη στο χρήζοντα βοήθειας και εκτιμούν την κατάσταση και τις ανάγκες του, ενώ επίσης αναλαμβάνουν την υπευθυνότητα για την παρακολούθηση όλης της διαδικασίας παροχής φροντίδας και την αξιολόγησή της.²⁰

Βοήθεια στο σπίτι (home help): Οι βοηθοί της κατ' οίκον φροντίδας²⁰ (home care assistants) μπορεί να είναι βοηθοί νοσηλευτών ή κοινωνικών υπηρεσιών (nursing and social services assistants) και είναι υπεύθυνοι για την προσωπική φροντίδα των ατόμων και τη βοήθεια σε καθημερινές δραστηριότητες (προετοιμασία γευμάτων, καθαριότητα, αγορές, μπάνιο κ.λπ.). Αποτέλεσμα είναι οι υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι να παρέχονται 24 ώρες την ημέρα, για τους έχοντες ανάγκη. Για τα άτομα άνω των 65 ετών, ένα ποσοστό 8–9% λαμβάνει βοήθεια στο σπίτι από την αντίστοιχη τοπική υπηρεσία και ένα ανάλογο ποσοστό λαμβάνει φροντίδα σε οίκους ευγηρίας και σε γηροκομεία.⁴

Αναφέρεται ότι γίνεται προσπάθεια αλλαγής των υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι, ώστε να προσανατο-

λιστούν περισσότερο στη φροντίδα και λιγότερο στην παροχή γενικών υπηρεσιών.¹⁹

Σημαντικός είναι και ο ρόλος των άτυπων φροντιστών (μέλη της οικογένειας, φίλοι κ.λπ.), οι οποίοι υπολογίζεται ότι συμμετέχουν στην παροχή των 2/3 της συνολικής φροντίδας που παρέχεται στην κοινότητα.²⁰

ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Η Γερμανία είναι μια χώρα με 82,2 εκατομμύρια πληθυσμό και το σύστημα υγείας αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Bismark, δηλαδή η χρηματοδότησή του βασίζεται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Το προσδόκιμο επιβίωσης είναι 76,5 έτη για τους άνδρες και 81,6 έτη για τις γυναίκες. Το έτος 2003, το ποσοστό ατόμων άνω των 64 ετών ήταν 18% και άνω των 80 ετών 3,8%. Ποσοστό 2,3% (αυξανόμενο με την ηλικία) του πληθυσμού ελάμβανε νόμιμα τα οφέλη της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας.^{11,22}

Η εξωνοσοκομειακή κοινωνική και νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται από κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί (έξι εθνικοί οργανισμοί) μπορεί να ανήκουν στην εκκλησία, σε τοπικές κοινότητες ή σε ομάδες εργαζομένων. Οι βασικοί φορείς παροχής φροντίδας διακρίνονται σε 4 κατηγορίες, οι οποίες διαφέρουν ως προς το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν (νοσηλευτικές, προσωπικές, οικιακής φροντίδας ή συνδυασμούς αυτών). Το μέγεθος του πληθυσμού που εξυπηρετούν εξαρτάται από το μέγεθος του φορέα-σταθμού, αλλά και το βαθμό αστικοποίησης. Οι κερδοσκοπικοί οργανισμοί αποτελούν ένα καλά οργανωμένο δίκτυο, το οποίο παρέχει νοσηλευτικές υπηρεσίες στο σπίτι αλλά και βοηθητικές υπηρεσίες.²³⁻²⁵

Η φροντίδα στο σπίτι διακρίνεται^{24,25} στην «ειδική νοσηλευτική φροντίδα», η οποία χρηματοδοτείται από την ασφάλεια υγείας, την προσωπική (personal) και την οικιακή (domiciliary) φροντίδα, οι οποίες καλύπτονται από την ασφάλεια φροντίδας (care insurance ή Pflegeversicherung) (είναι υποχρεωτική, ιδιωτική και συμπληρωματική της ασφάλειας υγείας).

Νοσηλεία στο σπίτι (home nursing): Οι νοσηλευτές που χρησιμοποιούνται για την κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών διαφέρουν, όπως και σε άλλες χώρες, ανάλογα με την εκπαίδευση και την ειδίκευσή τους (γενικοί νοσηλευτές, νοσηλευτές με παιδιατρική, με γηριατρική

ειδικότητα). Τα καθήκοντά τους είναι καθαρά νοσηλευτικά.

Βοήθεια στο σπίτι (home help): Περιλαμβάνει την προσωπική και οικιακή φροντίδα και παρέχεται από δύο κατηγορίες προσωπικού, τους βοηθούς για το σπίτι και τους βοηθούς για την οικογένεια (home and family help και home and family aide). Αναφέρεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό της φροντίδας στο σπίτι παρέχεται από τους φροντιστές και εθελοντές. Ποσοστό 80-90% λαμβάνει βοήθεια από την οικογένεια και 83% των φροντιστών είναι γυναίκες^{23,24} (σύζυγοι, κόρες).

Το άτομο που έχει ανάγκη βοήθειας μπορεί να απευθυνθεί είτε στο ασφαλιστικό του ταμείο είτε άμεσα στον παραγωγό φροντίδας στο σπίτι. Η ειδική νοσηλευτική φροντίδα απαιτεί παραπομπή από ιατρό, ενώ η προσωπική ή οικιακή φροντίδα είναι ελεύθερης πρόσβασης. Η ιατρική εκτίμηση και παραπομπή γίνεται από ιατρό ή νοσηλεύτη του ασφαλιστικού ταμείου, βάσει ειδικής φόρμας αξιολόγησης των αναγκών. Το ασφαλιστικό ταμείο, με επιχορήγηση, μπορεί να καλύψει το κόστος με υπηρεσίες σε είδος, σε χρήματα ή συνδυασμό των δύο.^{22,23,25}

Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας-πρόνοιας παρέχονται κυρίως από ιδιωτικούς οργανισμούς, είναι συμπληρωματικές της οικογένειας και περιλαμβάνουν βοήθεια και υποστήριξη για τους ηλικιωμένους, τα παιδιά με ειδικές ανάγκες και τα φυσικά και ψυχικά εξαρτημένα άτομα.^{11,22}

ΑΥΣΤΡΙΑ

Η Αυστρία²⁶ είναι μια χώρα με πληθυσμό 8,1 εκατομμύρια. Το έτος 2004, το ποσοστό των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών ήταν 15,7%.

Οι υπηρεσίες της κοινότητας²⁷⁻²⁹ (κατ' οίκον νοσηλεία και κατ' οίκον βοήθεια) παρέχονται κυρίως από ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς και σε μικρότερο βαθμό από τους δημόσιους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Περιλαμβάνουν νοσηλευτική φροντίδα κατ' οίκον, κατ' οίκον βοήθεια, ψυχαγωγία και κοινωνικές εκδηλώσεις, καθώς και άλλες δραστηριότητες όπως γεύματα (meals on wheels).

Νοσηλεία στο σπίτι (home nursing): Παρέχεται από διπλωματούχους νοσηλευτές. Οι βοηθοί νοσηλευτών αναλαμβάνουν την προσωπική και οικιακή φροντίδα.

Βοήθεια στο σπίτι (home help): Οι υπηρεσίες στελεχώνονται από τους βοηθούς της οικογένειας (family help),

τους βοηθούς του σπιτιού (home help) και τους γείτονες βοηθούς (neighbourhood help). Αξίζει να σημειωθεί ότι το είδος των υπηρεσιών που παρέχεται σε κάθε επαρχία διαφέρει ανάλογα με τις διαθέσιμες υπηρεσίες που υπάρχουν σε αυτή.²⁷⁻²⁹

Κάθε πολίτης που χρειάζεται φροντίδα στο σπίτι απευθύνεται στις δημόσιες μη κερδοσκοπικές υπηρεσίες της περιοχής του. Αρχικά, γίνεται εκτίμηση των αναγκών του από νοσηλεύτη και τις πρώτες εβδομάδες του παρέχονται οι ανάλογες νοσηλευτικές ή/και οικιακές υπηρεσίες. Όταν βρεθεί ο κατάλληλος για τις ανάγκες ιδιώτης μη κερδοσκοπικός προμηθευτής, αναλαμβάνει αυτός την παροχή φροντίδας. Εάν το άτομο λαμβάνει οικονομική επιχορήγηση για μακροχρόνια φροντίδα (long term care allowance), μπορεί να αγοράσει φροντίδα από την οικογένεια, τους φίλους ή τους γείτονες.²⁷⁻²⁹

Ιδιαίτερα μεγάλο είναι το ποσοστό (48,1%) των πολιτών που λαμβάνουν επιχορήγηση και επιλέγουν τους άτυπους φροντιστές για την ικανοποίηση των αναγκών τους. Αυτό συμβαίνει διότι οι κοινωνικές μη κερδοσκοπικές υπηρεσίες είναι ακριβές, περιλαμβάνουν μεγάλο αριθμό φροντιστών, ενώ τα οργανωτικά και συντονιστικά προβλήματα δημιουργούν δυσφορία. Οι επιχορηγήσεις για φροντίδα, οι τοπικές αρχές και η συνασφάλιση αποτελούν τους τρόπους χρηματοδότησης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η γενική αρχή που επικρατεί είναι «όταν υπάρχει άτυπη φροντίδα, δεν προσφέρονται τυπικές υπηρεσίες· εάν αυτές χρειάζονται, τότε ο ασθενής πρέπει να τις πληρώσει»²⁶⁻²⁸ (εκτός από απλές τεχνικές νοσηλευτικές δραστηριότητες, οι οποίες αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας).

Στην Αυστρία, οι υπηρεσίες διαμονής³⁰ (residential services), όπως οι οίκοι ευγηρίας (nursing homes), τα σπίτια για ηλικιωμένους (old peoples homes), τα κέντρα μίας ημέρας για ηλικιωμένους, ειδικά κέντρα για άτομα με ανικανότητα, καθώς και αυτά με ψυχική νόσο, αυξήθηκαν σημαντικά σε αριθμό μετά το 2002.

Τέλος, αξίζει να επισημανθεί ο ρόλος του Ερυθρού Σταυρού, ο οποίος μπορεί να οργανώνει επισκέψεις ανάλογα με τη σοβαρότητα του περιστατικού σε καθημερινή βάση ή 1-3 φορές την εβδομάδα.²⁷

ΔΑΝΙΑ

Ο πληθυσμός της Δανίας το 2004 ήταν 16,5 εκατομμύρια, από τους οποίους ποσοστό 10,5% ήταν ηλικίας 65-79 ετών και 3,4% 80 ετών και άνω.³¹

Η υγεία και η φροντίδα στο σπίτι χρηματοδοτούνται από ένα σύστημα δημόσιας (AWBZ, καλύπτει όλους τους πολίτες), ιδιωτικής και συμπληρωματικής-εθελοντικής ασφάλισης υγείας.³²

Βασικό ρόλο στην ΠΦΥ έχει ο οικογενειακός ιατρός, οι υπηρεσίες του οποίου λειτουργούν ως φίλτρο των περιστατικών που απευθύνονται στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Στο πλαίσιο της κοινωνικής φροντίδας εντάσσεται η φροντίδα που παρέχεται από το μεγάλο αριθμό οίκων ευγηρίας, ψηχογηριατρικών κλινικών, ειδικών κλινικών για ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρία. Αποδέκτες της κοινωνικής φροντίδας είναι ηλικιωμένοι, ψυχικά ασθενείς και άτομα με αναπηρίες³¹ (σωματικές και πνευματικές).

Η φροντίδα στο σπίτι σε εθνικό επίπεδο ελέγχεται από τη National Association for Home Care. Σε περιφερειακό επίπεδο, η φροντίδα παρέχεται από φορείς όπως η Regional Cross Association, η οποία είναι υπεύθυνη για την παροχή ειδικής νοσηλευτικής φροντίδας κατ'οίκον, η Home Care Organization, που παρέχει όλα τα είδη φροντίδας, και η Home Help Organization για την παροχή προσωπικής και οικιακής φροντίδας. Οι δύο πρώτοι παρέχουν φροντίδα 24 ώρες την ημέρα, σε κυκλικό ωράριο καθώς και τα Σαββατοκύριακα. Τα έξοδα για φροντίδα στο σπίτι καλύπτονται από την ασφάλεια και υπάρχει ποσοστό συνασφάλισης (δηλαδή, συμμετοχή του συμβαλλομένου στα έξοδα). Αναπτυγμένος είναι και ο ιδιωτικός τομέας στην παροχή κατ'οίκον φροντίδας, καθώς και τα μεσάζοντα γραφεία, τα οποία φέρνουν σε άμεση επαφή το χρήστη με τον ανεξάρτητο προμηθευτή φροντίδας.³¹⁻³⁴

Νοσηλεία στο σπίτι (home nursing): Παρέχεται από τους κοινοτικούς νοσηλευτές (community nurse). Τα καθήκοντά τους σχετίζονται με εκτίμηση των αναγκών και αξιολόγηση της φροντίδας και της κατάστασης του ατόμου, εκτέλεση απλών και πολύπλοκων νοσηλευτικών πράξεων, διδασκαλία, ψυχολογική υποστήριξη, υποστήριξη της οικογένειας. Οι βοηθοί των κοινοτικών νοσηλευτών (auxiliary community nurse) ασχολούνται με απλές νοσηλευτικές διαδικασίες και την προσωπική φροντίδα.^{33,34}

Βοήθεια στο σπίτι (home help): Ο βοηθός κοινοτικός νοσηλευτής (auxiliary community nurse) παρέχει προσωπική φροντίδα, ο φροντιστής (home carer) είναι υπεύθυνος για την προσωπική και οικιακή φροντίδα

και ο άλφα βοηθός (alpha helper) αποκλειστικά για την οικιακή βοήθεια.³⁴

Αξιοσημείωτη είναι η συμβολή των άτυπων φροντιστών στην κατ' οίκον φροντίδα.³⁴ Συμμετέχουν κυρίως γυναίκες (σύζυγοι, κόρες, φίλοι, γείτονες), με μέσο όρο ηλικίας τα 50 έτη.

Η κρατική επιχορήγηση που δίνεται, στο πλαίσιο της κοινωνικής πρόνοιας, σε όσους έχουν ανάγκη ειδικής φροντίδας, μπορεί να είναι σε είδος ή σε χρήματα. Η επιλογή εξαρτάται από το χρήστη των υπηρεσιών.³¹⁻³³

Όταν ένα άτομο χρειάζεται φροντίδα στο σπίτι, οι τοπικές αρχές αναλαμβάνουν με ειδική υπηρεσία –στελεχωμένη από κοινοτικούς νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς– να κάνουν την πρώτη εκτίμηση όσον αφορά στο είδος των αναγκών, τη βοήθεια που θα παρασχεθεί και από ποιον επαγγελματία. Στη συνέχεια, ανάλογα με την ασφάλεια και την οικονομική δυνατότητα, τη φροντίδα αναλαμβάνει δημόσιος ή ιδιωτικός οργανισμός ή ανεξάρτητος επαγγελματίας ή ο άτυπος φροντιστής.^{33,34}

ΝΟΡΒΗΓΙΑ

Η Νορβηγία είναι μια χώρα με πληθυσμό 4,4 εκατομμύρια, στην οποία αναμένεται ότι το ποσοστό ατόμων άνω των 60 ετών από 20% για το έτος 2000 θα αυξηθεί στο 26% το έτος 2020. Το προσδόκιμο επιβίωσης είναι 77,7 έτη για τους άνδρες και 81,93 έτη για τις γυναίκες.^{5,35}

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

Η Νορβηγία έχει ένα εκτεταμένο σύστημα υπηρεσιών υγείας και ένα καλά αναπτυγμένο δίκτυο κοινωνικής ασφάλισης.³⁶ Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα οικονομικής βοήθειας και κοινωνικής στήριξης κατά τη διάρκεια της ασθένειας. Περίπου το 35% των εξόδων της χώρας διατίθεται στην υγεία και το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας. Βασική αρχή του συστήματος είναι «η παροχή φροντίδας υγείας σε όποιον την έχει ανάγκη και όχι σε όποιον μπορεί να πληρώσει».

Αναφέρεται σε έρευνα του 1995 για τις συνθήκες διαβίωσης των Νορβηγών ότι 40% των ατόμων άνω των 67 ετών είχαν ασθένειες ή καταστάσεις που περιορίζαν σημαντικά τη λειτουργική ικανότητά τους στην καθημερινή ζωή. Περίπου 4 στους 10 ηλικιωμένους λαμβάνουν βοήθεια στο σπίτι (home help), ενώ ποσοστό 8% αναφέρεται ότι ζουν σε οίκους ευγηρίας (nursing homes). Για την ηλικιακή ομάδα άνω των 80 ετών, 40% λαμβάνουν βοήθεια στο σπίτι (home help), ενώ ποσοστό 17% ζουν σε ιδρύματα.^{30,36} Αναφέρεται επίσης ότι ο αριθμός των εργαζομένων στην κατ' οίκον φροντίδα και τον τομέα υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας δεν συμβαδίζει με την απότομη αύξηση του πληθυσμού ηλικίας άνω των 80 ετών. Στη σύγχρονη αστική Νορβηγική κοινωνία, ο νέος και ο ηλικιωμένος ζουν συνήθως μακριά και οι γυναίκες εργάζονται έξω από το σπίτι, με αποτέλεσμα να μην παρέχεται φροντίδα μέσα από την οικογένεια.

Οι 435 δήμοι (municipalities) είναι υπεύθυνοι για την παροχή και χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και των κοινωνικών υπηρεσιών. Συνήθως διαχωρίζονται σε τρεις διοικητικούς τομείς: της ιατρικής φροντίδας (medical care), της νοσηλευτικής και κατ' οίκον φροντίδας (nursing and home care) και της κοινωνικής πρόνοιας (social welfare) (οίκους ευγηρίας-nursing homes). Βασική αρχή της φροντίδας των ηλικιωμένων και των ατόμων με ανικανότητες είναι η παροχή εξατομικευμένης φροντίδας στην οικία τους. Νοσηλευτές και προσωπικό κατ' οίκον φροντίδας (home care personnel) κάνουν κατ' οίκον επισκέψεις για την παροχή υπηρεσιών, όπως ατομικής υγιεινής, καθαριότητας, μαγειρικής, πλυσίματος σε άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, αλλά και ανακουφιστική φροντίδα (respite care), φυσιοθεραπεία, εκπαίδευση σε καθημερινές δραστηριότητες και προσωπική βοήθεια (personal assistance). Ποσοστό 80% των δήμων παρέχουν υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας 24 ώρες την ημέρα. Αναφέρεται ότι το 1999 έλαβαν υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας 155.000 άτομα, από τα οποία 21% ήταν ηλικίας μικρότερης των 67 ετών, 32% ήταν ηλικίας 67-79, 40% ήταν ηλικίας 80-89 ετών, ενώ ποσοστό 7% ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 90 ετών.⁵

ΗΠΑ

Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ δίνει έμφαση στη ιδιωτική ασφάλιση. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας παρέχεται με το πρόγραμμα Medicare και Medicaid. Η ΠΦΥ παρέχεται από ιδιώτες ιατρούς στα ιδιωτικά τους ια-

τρεία, καθώς και τα κέντρα υγείας, τα ειδικά κέντρα, τα χειρουργεία και τις κλινικές ημέρας.¹

Το πρόγραμμα Medicare απευθύνεται^{1,37} σε ευπαθείς ομάδες (ηλικιωμένους και ανάπηρους), που αποτελούν ποσοστό 14% του πληθυσμού, παρέχοντας νοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες (όχι όμως φροντίδα στο σπίτι).

Το πρόγραμμα Medicaid είναι ένα κρατικό-ομοσπονδιακό πρόγραμμα, που παρέχει ιατρική βοήθεια σε άτομα με ανικανότητα, ηλικιωμένα, τυφλά, άτομα χρήζοντα βοήθειας, και με χαμηλό εισόδημα, που αποτελούν το 15% του πληθυσμού. Κάθε πολιτεία σχεδιάζει και διαχειρίζεται το δικό της πρόγραμμα. Το πρόγραμμα καλύπτει την κοινοτική και τη φροντίδα στο σπίτι με 3 τρόπους: τη φροντίδα υγείας στο σπίτι (home health care), την προσωπική φροντίδα (βοήθεια στην υγιεινή, το ντύσιμο, την αυτοεξυπηρέτηση) και τις υποστηρικτικές υπηρεσίες (home and community based waiver services). Καθώς ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν μόνοι τους αυξάνεται σημαντικά (από 600.000 την προηγούμενη δεκαετία αναμένεται το 2020 να φθάσει τα 1,6 εκατομμύρια), ομοίως αυξάνεται και το κόστος της μακροχρόνιας φροντίδας αυτών των ατόμων. Η εύρεση λύσεων από την κυβέρνηση κρίνεται περισσότερο από αναγκαία.³⁸⁻⁴⁰

Η American Association for Homecare (AAHC) είναι η εθνική υπηρεσία που παρέχει κάθε είδους υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι και προωθεί την πρόσβαση των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη μέσα από τα σπίτια τους, με οικονομική συμμετοχή. Η εταιρεία έχει στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τις οικονομικά αποδοτικότερες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι, εφόσον το επιθυμούν οι ασθενείς. Πρόκειται για ένα πολύ καλά οργανωμένο πλαίσιο παροχής μεγάλου εύρους φροντίδας υγείας στο σπίτι (φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές, ιατροί, λογοθεραπευτές, εθελοντές, άτομα για συντροφικότητα, εργασιοθεραπευτές, οικογενειακοί φροντιστές, βοηθοί για τις δουλειές του σπιτιού κ.ά.) καθώς και υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ασθενείς με νοσήματα του αναπνευστικού, τη χορήγηση ενδοφλέβιας αγωγής, την παρεντερική διατροφή, την παροχή υπηρεσιών τηλεϊατρικής (telemedicine) και τηλευγείας (telehealth), την αποκατάσταση, την αποασυλοποίηση, την προσφορά του απαιτούμενου εξοπλισμού.⁴¹

Το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας (long term care system) στην Αμερική είναι μεγάλο και πολύπλο-

κο.^{39,42} Περιλαμβάνει τα εξής: (α) Την άτυπη φροντίδα (informal care), η οποία παρέχεται εθελοντικά από μέλος της οικογένειας ή άλλο συγγενή (φίλο, γείτονα). Αναφέρεται ότι τα 3/4 των ηλικιωμένων με λειτουργική ανικανότητα λαμβάνουν αυτού του είδους τη φροντίδα. (β) Την κοινοτική φροντίδα και φροντίδα υγείας στο σπίτι (home and community based care), η οποία περιλαμβάνει την παροχή επίσημων-τυπικών υπηρεσιών. Υπολογίζεται ότι για κάθε άτομο που λαμβάνει φροντίδα σε οίκο ευγηρίας αντιστοιχούν τρία άτομα που διαμένουν στην κοινότητα και χρειάζονται φροντίδα. (γ) Τη φροντίδα στους οίκους ευγηρίας (nursing home care), οι οποίοι παρέχουν εξειδικευμένες ιατρικές, νοσηλευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες μέσα στο πλαίσιο του ιδρύματος. Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να χρηματοδοτούνται από το δημόσιο (public funds), από προσωπικά έξοδα (out-of-pocket expenditures) και, σε μεγάλο βαθμό, από την ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας υγείας (private long term care insurance).

ΚΑΝΑΔΑΣ

Ο Καναδάς είναι μια χώρα με πληθυσμό 32 εκατομμύρια και προσδόκιμο επιβίωσης 77,7-82,2 έτη. Το ποσοστό των Καναδών ηλικίας άνω των 60 ετών, από 17%, αναμένεται να ανέλθει στο 28,5% το 2035. Καθώς οι δαπάνες για τη φροντίδα υγείας αυξάνονται ανά ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών, το σύστημα υγείας μελλοντικά θα έχει να αντιμετωπίσει νέες προκλήσεις^{43,44} (γεγονός που ισχύει για όλες τις χώρες και όχι μόνο για τον Καναδά).

Μια οργανωμένη προσπάθεια γίνεται από την Canada Health Act και την Canadian Association for Community Care, με ένα εθνικό σχέδιο, για την εξασφάλιση της ομοιόμορφης κατανομής των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας σε όλη την επικράτεια της χώρας.

Η Canadian Home Care Association⁴⁵ είναι μια εθνική μη κερδοσκοπική ένωση που στοχεύει στην εξασφάλιση διαθέσιμων, προσιτών και άμεσων υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι και υποστήριξης της κοινότητας, οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα στα άτομα να μείνουν στο σπίτι τους με ασφάλεια, να διατηρήσουν την αξιοπρέπεια και την ποιότητα στη ζωή τους. Ορίζει την κατ' οίκον νοσηλεία ως μια σειρά υπηρεσιών που παρέχονται στο σπίτι και περιλαμβάνουν την προαγωγή και την αγωγή της υγείας, τη θεραπευτική παρέμβαση, τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, την αποκατάσταση, την υποστή-

ριξη και τη συντήρηση, την κοινωνική προσαρμογή, την επανένταξη και την υποστήριξη από και προς τους φροντιστές. Τα προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας παρέχονται σε άτομα όλων των ηλικιών, παιδιά, άτομα με χρόνια νοσήματα, άτομα με ανικανότητες, τους ηλικιωμένους, προκειμένου να ζήσουν ανεξάρτητα στα σπίτια τους κοντά στους αγαπημένους τους, την οικογένεια και την κοινότητά τους. Ιδιαίτερη μέριμνα⁶ λαμβάνει ο τομέας της ψυχικής υγείας, της μετα-νοσοκομειακής φροντίδας (post acute medical care or rehabilitation), της ανακουφιστικής φροντίδας στο τέλος της ζωής και της υποστήριξης των φροντιστών (υπολογίζεται ότι το 85–90% της φροντίδας παρέχεται από την οικογένεια και τους φίλους). Η αναγνώριση των πλεονεκτημάτων της κατ' οίκον φροντίδας για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας είχε ως αποτέλεσμα την τεράστια αύξηση των εν λόγω υπηρεσιών στη χώρα τα 30 τελευταία χρόνια.⁶

ΕΛΛΑΔΑ

Ο πληθυσμός της Ελλάδας το 2004 ανερχόταν σε 11 εκατομμύρια. Η ηλικιακή ομάδα ατόμων άνω των 65, από 16,9% το 1993, αυξήθηκε στο 18% το 2004. Το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση είναι 76,6 για τους άνδρες και 81,5 έτη για τις γυναίκες.⁴⁶

Θα ακολουθήσει αναλυτική αναφορά σε όλες τις δομές και τους φορείς που προσφέρουν κατ' οίκον νοσηλεία στον ελληνικό πληθυσμό.

*Α. Κρατικές υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας,*⁴⁷ όπως είναι τα νοσοκομεία Μεταξά και Άγ. Ανάργυροι, και τα κέντρα υγείας.

Η υπηρεσία⁴⁸ κατ' οίκον νοσηλείας των δύο νοσοκομείων αποτελεί ένα διατομεακό τμήμα, ανήκει στη νοσηλευτική υπηρεσία του νοσοκομείου, έχει τη δική του οργανωτική και λειτουργική αυτοτέλεια και ο τρόπος οργάνωσής του ακολουθεί τα πρότυπα των άλλων τμημάτων (προϊστάμενος, νοσηλεύτριες, βοηθός και υπεύθυνος γιατρός). Η εργασία είναι πρωινή, πενθήμερη και περιλαμβάνει επισκέψεις κατ' οίκον με όχημα του νοσοκομείου, αλλά και δραστηριότητες εντός του νοσοκομείου (π.χ. παράδοση-παραλαβή εξετάσεων, διατηρησιακή επικοινωνία και συντονισμός).

Τα περιστατικά που αναλαμβάνουν συνήθως παρέχονται από ιατρό του νοσοκομείου. Οι υπηρεσίες παρέχονται από νοσηλευτές ή/και βοηθούς νοσηλευτές και περιλαμβάνουν αιμοληψίες, πρόληψη και φροντίδα

κατακλίσεων, φροντίδα τραυμάτων, φροντίδα στομιών, έλεγχο αποτελεσματικότητας αναλγητικής αγωγής, κάλυψη διατροφικών αναγκών (χορήγηση ειδικών σκευασμάτων), ψυχοκοινωνική υποστήριξη ασθενούς και οικογένειας, εκπαίδευση της οικογένειας για τη σωστή παροχή φροντίδας στον ασθενή, προγραμματισμός εξετάσεων, μεταγγίσεων, χημειο- και ακτινο-θεραπείας.

Β. Τοπική αυτοδιοίκηση. Στο πλαίσιο του Γ' ΚΠΣ έχουν εγκριθεί Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα,⁴⁹ τα οποία περιλαμβάνουν τη λειτουργία της νέας μονάδας «Βοήθεια στο Σπίτι» (και των «Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων») με σκοπό την περίθαλψη ηλικιωμένων και μη ατόμων που χρήζουν βοήθειας, δεν αυτοεξυπηρετούνται, διαβιούν μοναχικά, δεν έχουν επαρκείς πόρους, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους και να διατηρηθούν τα ίδια και οι οικογένειές τους στον κοινωνικό ιστό παραμένοντας στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Δικαιούχος φορέας για τη λειτουργία του προγράμματος είναι οι επιχειρήσεις των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Η χρηματοδότηση της ενέργειας προέρχεται από κοινοτικούς και εθνικούς πόρους και αποτελεί εξ ολοκλήρου δημόσια δαπάνη. Ειδικότερα, η ενέργεια συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο (ΕΚΤ) κατά 75%. Η εθνική συμμετοχή καλύπτεται από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων.

Το απαραίτητο προσωπικό για τη λειτουργία των μονάδων είναι ο κοινωνικός λειτουργός (πτυχιούχος ΑΕΙ/ΤΕΙ), ο νοσηλευτής (πτυχιούχος ΑΕΙ/ΤΕΙ ή βοηθός νοσηλευτή) και το βοηθητικό προσωπικό (οικογενειακός βοηθός). Οι υπηρεσίες που προσφέρει περιλαμβάνουν συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική στήριξη, νοσηλευτική φροντίδα, ιατρικές υπηρεσίες και φυσιοθεραπεία, φροντίδα του νοικοκυριού, συντροφιά, μικροαγορές, πληρωμή λογαριασμών, βοήθεια στην ατομική υγιεινή, συνοδεία στο νοσοκομείο, συνταγογράφηση φαρμάκων στους οικογενειακούς γιατρούς και άλλες υπηρεσίες που κρίνονται αναγκαίες. Οι υπηρεσίες παρέχονται με περιοδικές επισκέψεις του προσωπικού στο σπίτι των εξυπηρετούμενων με συχνότητα (καθημερινή, εβδομαδιαία ή δεκαπενθήμερη) ανάλογη με τις ανάγκες και ιδιαιτερότητές τους.

Γ. Μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, όπως ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός. Η υπηρεσία «Νοσηλεία στο Σπίτι» λειτουργεί από το 1990 και εξυπηρετεί ασθενείς εξερχόμενους από το Κοργιαλένιο Μπενάκειο Νοσοκομείο ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση, με

την προϋπόθεση να ζουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον και να βρίσκονται στην περιοχή κάλυψης της Υπηρεσίας. Μια εξειδικευμένη επιστημονική ομάδα, αποτελούμενη από νοσηλεύτριες, γιατρό και φυσικοθεραπευτές, προσφέρει τις υπηρεσίες της και φροντίζει για την αποκατάσταση και επανένταξη των ασθενών στην κοινότητα, με την υποστήριξη των ιδίων και των οικογενειών τους.⁵⁰

Δ. *Ιδιωτικοί οργανισμοί*. Μεγάλο νοσοκομείο της Αττικής διαθέτει ανάλογο πρόγραμμα. Απευθύνεται σε ασθενείς όλων των ηλικιών με λοιμώξεις, αναπνευστικά και χρόνια νοσήματα.^{51,52}

Ε. *Ασφαλιστικοί οργανισμοί*. Το ογκολογικό νοσοκομείο του ΙΚΑ «Γεώργιος Γεννηματάς» διαθέτει αυτοδύναμη μονάδα κατ' οίκον νοσηλείας.⁵³

Στ. *Ιδιωτικά γραφεία*

Ζ. Άλλοι φορείς επιτελούν περιστασιακά κατ' οίκον επισκέψεις:

- Το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων⁵⁴ για τους ασθενείς με AIDS.
- Το Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχαργώς, που με την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας διεξάγει κατ' οίκον επισκέψεις παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης, νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας.⁵⁵
- Η Μονάδα Ανακούφισης Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής του Αρεταίειου Νοσοκομείου Αθηνών,⁵⁶ η οποία παρέχει περιστασιακά κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, όπως επίσης και η Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και Μη Ασθενών.⁵⁷
- Ο Σύλλογος Παροχής Βοήθειας και Κατ' Οίκον Νοσηλείας «Η Παμμακάριστος». Παρέχει κατ' οίκον νοσηλεία σε άτομα που δεν χρειάζονται νοσοκομειακή νοσηλεία, αλλά έχουν ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι, στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Είναι ακόμη στην αρχή της δράσης του και οι υπηρεσίες του περιορίζονται στα μέλη του Συλλόγου και σε ασθενείς που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή κοντά στο Νοσοκομείο.⁵⁸
- Εθελοντικός μη κερδοσκοπικός φορέας είναι επίσης ο Σύλλογος Παροχής Φροντίδας και Κατ' οίκον Νοσηλείας Σύρου, που ιδρύθηκε το 1995 και διεξάγει κατ' οίκον επισκέψεις στους χρήζοντες βοήθειας.

Από τις παραπάνω υπηρεσίες, το νοσοκομείο «Μεταξά», το νοσοκομείο «Αγ. Ανάργυροι» και το νοσοκο-

μείο ΙΚΑ προσφέρουν συστηματικά μετανοσοκομειακή φροντίδα μόνο σε ογκολογικούς ασθενείς, ενώ οι υπόλοιποι φορείς παρέχουν εξωνοσοκομειακή φροντίδα σε κάθε άτομο που την έχει ανάγκη, υπό προϋποθέσεις.

Η ανωτέρω περιγραφή των δομών που προσφέρουν κατ' οίκον νοσηλεία στην Ελλάδα καταδεικνύει στην ουσία τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο τομέας και προσανατολίζει τον ερευνητή σε εύστοχα μέτρα για την αντιμετώπισή τους. Στο ευρύτερο πλαίσιο της μεταρρύθμισης και προαγωγής ενός ολοκληρωμένου δικτύου ΠΦΥ και μακροχρόνιας φροντίδας (long-term care) εντάσσονται μέτρα που σχετίζονται με την επέκταση των δομών στην περιφέρεια, την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, την επάρκεια σε εκπαιδευμένο προσωπικό, τη συνεχή επιμόρφωσή του, την εφαρμογή πρωτοκόλλων φροντίδας, τη μέριμνα για την οικογένεια και τους φροντιστές και γενικότερα το συντονισμό και τη συνεργασία υπηρεσιών και επαγγελματιών.^{2,59} Τα ανωτέρω μέτρα, σε συνδυασμό με τις προτάσεις της μεταρρύθμισης που ακολουθούν, αναζητώντας το μέλλον της κατ' οίκον φροντίδας διεθνώς στα διάφορα συστήματα υγείας, μπορούν να συμβάλουν γενικότερα στην παροχή αποτελεσματικής και ανθρωποκεντρικής ποιοτικής κατ' οίκον φροντίδας και για τον ελληνικό πληθυσμό.

ΑΝΑΖΗΤΩΝΤΑΣ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η μελέτη της βιβλιογραφίας για την παραπάνω νοσηλευτική προσέγγιση, αναδεικνύει την οργανο-διοικητική, χρηματοδοτική και κοινωνικο-πολιτιστική ποικιλία στην κατ' οίκον φροντίδα των διαφόρων χωρών, ως αποτέλεσμα του μοντέλου του συστήματος υγείας, των οικονομικών δυνατοτήτων της χώρας, αλλά και των αναγκών του πληθυσμού. Κάθε χώρα έχει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά της, τα δυνατά και αδύνατα σημεία των υπηρεσιών της κατ' οίκον φροντίδας. Προβλήματα συντονισμού των προμηθευτών, μικρού εύρους κάλυψης του πληθυσμού, μειωμένης ικανοποίησης των χρηστών, διαθεσιμότητας στην επαρχία, οικονομικών ανισοτήτων, έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού, λίστες αναμονής, ποιότητα στη φροντίδα, είναι μερικές πηγές δυσφορίας των χρηστών, αλλά και αιτίες διατάραξης και υποβάθμισης του έργου των προμηθευτών.^{3,6,60-62}

Κοινό σημείο στην πορεία ανάπτυξης και μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας των χωρών είναι η προαγωγή ενός ολοκληρωμένου δικτύου ΠΦΥ και μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, το οποίο θα παρέχει μια ευρεία

δέσμη υπηρεσιών στην κοινότητα στο χώρο διαμονής των χρηστών. Ενδεικτικά, αναφέρονται μερικά βήματα-προτάσεις στην πορεία της μεταρρύθμισης.^{3,6,60,62}

- Η συντονισμένη αξιολόγηση και η ύπαρξη ενός δικτύου αξιολόγησης και προσδιορισμού των αναγκών του χρήστη και σχεδιασμού του πλάνου φροντίδας για την κάλυψη των αναγκών του.
- Ο ενιαίος τρόπος πρόσβασης στις υπηρεσίες κατ' οίκον και βελτίωση της διαθεσιμότητας και προσβασιμότητάς τους στις επαρχίες.
- Η ανάπτυξη επίσημων δικτύων συνεργασίας μεταξύ ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας, νοσοκομείων ή άλλων φορέων παροχής φροντίδας υγείας για τη διευκόλυνση παροχής μακροχρόνιας φροντίδας και τη διαχείριση των περιπτώσεων.
- Στον τομέα της κατ' οίκον φροντίδας, ανάπτυξη συντονισμένων συστημάτων πληροφόρησης και υποστήριξη των παραπάνω δικτύων.
- Η διάθεση ενός συστήματος ταξινόμησης των χρηστών, το οποίο να επιτρέπει συγκρίσεις αυτών με τους τομείς παροχής υπηρεσιών και το είδος της φροντίδας.
- Η ανάπτυξη πολιτικών που καλλιεργούν οικονομικά αποδοτικές λύσεις παροχής υπηρεσιών, μέσα από τη συντονισμένη, συνεχή και σταθερή διαχείριση της φροντίδας, οι οποίες όμως παρέχουν σταθερότητα στους πελάτες, τις οικογένειες και τους φορείς παροχής των υπηρεσιών.
- Ο σχεδιασμός διαδικασιών οργάνωσης της κατ' οίκον φροντίδας και της κοινοτικής φροντίδας από εκπροσώπους του συστήματος υγείας και τα τοπικά δίκτυα παροχής φροντίδας.
- Η διερεύνηση των επιλογών για την παροχή υποστήριξης και βοήθειας στις οικογένειες και στους άτυπους κατ' οίκον φροντιστές
- Η αναζήτηση τρόπων και μεθόδων για την ευρύτερη υιοθέτηση της τεχνολογίας (telehealth) στο περιβάλλον του σπιτιού και τις υπηρεσίες της κοινότητας γενικότερα.
- Η ενθάρρυνση της υποστηρικτικής συνεργασίας μεταξύ των φροντιστών, των προμηθευτών νοσηλευτικής και οικιακής φροντίδας, με στόχο την επίτευξη καινοτόμων, προσιτών και αποτελεσματικών ρυθμίσεων της ζωής.

Είναι τρόποι με τους οποίους θα ευοδωθούν οι προκλήσεις, κυρίως οικονομικές, που αντιμετωπίζουν σήμερα τα συστήματα υγείας, θα εξασφαλιστεί η συνέχεια, ο συντονισμός, η ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας, η επέκταση του θεσμού της κατ' οίκον φροντίδας και η εξασφάλιση επαρκούς ανθρώπινου δυναμικού για τη λειτουργία του.⁶²

Ευελπιστούμε στην υλοποίηση μιας μεταρρύθμισης και στην Ελλάδα, η οποία θα συμβάλει, εκτός από την αναγνώριση του έργου του νοσηλευτή και τη διεύρυνση του πεδίου δραστηριοποίησής του, στην παροχή ποιοτικής φροντίδας και αυξημένης ικανοποίησης του χρήστη από αυτή μέσα στον καθημερινό του χώρο, το σπίτι του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τούντας Γ. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2003, 20:76-87
2. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. *Συστήματα υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
3. Alaszewski AM, Billings J, Coxon K. Integrated health and social care for older persons: theoretical and conceptual issues. In: Leichsenring K, Alaszewski AM (eds) *Providing integrated health and social care for older persons*. Aldershot, Ashgate, 2004:53-96
4. Hjortsberg C, Ghatnekar O. *Health care system in transition: Sweden*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001
5. Furuholmen C, Magnussen J. *Health care system in transition: Norway*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000
6. Romanow R. Building on values: *The future of health care in Canada-Final Report*. Commission on the Future of Health Care in Canada, Canada, 2002
7. Robinson R, Dixon A. *Health care system in transition: United Kingdom*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999
8. Coxon K, Billings J, Alaszewski A. Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdom. In: Leichsenring K, Alaszewski AM (eds) *Providing integrated health and social care for older persons*. Aldershot, Ashgate, 2004:455-98
9. Weekers S. A report from the United Kingdom. In: Weekers S, Pijl M (eds) *Home care and allowances in the European Union*. Netherlands Institute of Care and Welfare (NIZW), Utrecht, 1998:183-214
10. Hutten JBF. Home care in the United Kingdom. In: Hutten JBF, Kerkstra A (eds) *Home care in Europe: a country*

- specific guide to its organization and financing*. England, Arena, 1996:297–317
11. Busse R. *Health care systems: Britain and Germany compared*. Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society, London, 2002
 12. Times Online. Home care for elderly not good enough (18/10/2006). <http://www.timesonline.co.uk/article/0,,8122-2409713,00.html> (πρόσβαση: 05/10/06)
 13. Jarvelin J. *Health care system in transition: Finland*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2002
 14. Ministry of Labour. A home in Finland: information for immigrants about living, studying and social security. Ministry of Labour, Finland, 2003. http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/04_maahanmuutto/07_aineistot_kirjasto/01_esitteet/kotisuo/kotisuo_eng.pdf (πρόσβαση: 26/2/2007)
 15. Ministry of Social Affair and Health Finland. Health care and long term care: A preliminary report in Finland, 2005. http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/docs/hc_ltc2005_fi_en.pdf (πρόσβαση: 26/2/2007)
 16. Salonen P, Haverinen R. Providing integrated health and social care for older persons in Finland. In: Leichsenring K, Alaszewski AM (eds) *Providing integrated health and social care for older persons*. Aldershot, Ashgate, 2004:181–228
 17. Hutten JBF. Home care in Finland. In: Hutten JBF, Kerkstra A (eds) *Home care in Europe: a country specific guide to its organization and financing*. England, Arena, 1996:97–115
 18. Hamalainen H. *Care and services for older people 2002*. Stakes, Finland, 2003
 19. Andersson G, Karlberg I. Integrated care for the elderly: The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. *Int J Integr Care* 2000
 20. Hutten JBF. Home care in Sweden. In: Hutten JBF, Kerkstra A (eds) *Home care in Europe: a country specific guide to its organization and financing*. England, Arena, 1996:280–295
 21. The Official getaway in Sweden. Health care system in Sweden. <http://www.sweden.se/templates/cs/BasicFactsheet-6856.aspx> (πρόσβαση: 26/2/2007)
 22. Busse R, Riesberg A. *Health care system in transition: Germany*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004
 23. Delnoij DMJ. Home care in Germany. In: Hutten JBF, Kerkstra A (eds) *Home care in Europe: a country specific guide to its organization and financing*. England, Arena, 1996:130–149
 24. Weekers S. A report from Germany. In: Weekers S, Pijl M (eds) *Home care and allowances in the European Union*. Netherlands Institute of Care and Welfare (NIZW), Utrecht, 1998:119–145
 25. Roth G, Reichert M. Providing integrated health and social care for older persons in Germany. In: Leichsenring K, Alaszewski AM (eds) *Providing integrated health and social care for older persons*. Aldershot, Ashgate, 2004:269–328
 26. Hofmarcher MM, Rack HM. *Health care system in transition: Austria*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006
 27. Wagner C. Home care in Austria. In: Hutten JBF, Kerkstra A (eds) *Home care in Europe: a country specific guide to its organization and financing*. England, Arena, 1996:41–61
 28. Grilz-Wolf M, Strümpel Ch, Leichsenring K, Komp K. Providing integrated health and social care for older persons in Austria. In: Leichsenring K, Alaszewski AM (eds) *Providing integrated health and social care for older persons*. Aldershot, Ashgate, 2004:97–138
 29. Weekers S. A report from Austria. In: Weekers S, Pijl M (eds) *Home care and allowances in the European Union*. Netherlands Institute of Care and Welfare (NIZW), Utrecht, 1998:59–86
 30. Federal Ministry of Social Security Generations and Consumer Protection. Social protection in Austria. Federal Ministry of Social Security, Generations and Consumer Protection, Vienna, 2006
 31. Exter A, Hermans H, Dosljak M. *Health care systems in transition: Netherlands*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004
 32. Ex C, Gorter K, Jansen U. Providing integrated health and social care for older persons in the Netherlands. In: Leichsenring K, Alaszewski AM (eds) *Providing integrated health and social care for older persons*. Aldershot, Ashgate, 2004:415–454
 33. Kerkstra A. Home care in Netherlands. In: Hutten JBF, Kerkstra A (eds) *Home care in Europe: a country specific guide to its organization and financing*. England, Arena, 1996:219–244
 34. Weekers S. A report from Netherlands. In: Weekers S, Pijl M (eds) *Home care and allowances in the European Union*. Netherlands Institute of Care and Welfare (NIZW), Utrecht, 1998:147–182
 35. Helgoy I. Active ageing and the Norwegian health care system. Stein Rokkan Centre for Social Studies, working paper 13-2005
 36. ODIN, Ministry of Foreign Affairs. Norway's social security and health services. <http://odin.dep.no/odin/english/norway/social/032005-990494/dok-bn.html> (πρόσβαση: 15/10/06)
 37. US Department of Health and Human Services. Centers for Medicare and Medicaid Services. <http://www.cms.hhs.gov/MedicareGenInfo/> (πρόσβαση: 15/10/06)
 38. Long-termcare. The Ticking Bomb. <http://www.governing.com/gpp/2004/long.htm> (πρόσβαση: 26/2/2007)

39. United States General Accounting Office. Report to the Chairman, Special Committee on Aging, US Senate. Long term care: Availability of Medicaid home and community services for elderly individuals varies considerably. [http://www.gao.gov/cgi-bin/getrpt? GAO-02-1121](http://www.gao.gov/cgi-bin/getrpt?GAO-02-1121) (πρόσβαση: 26/2/2007)
40. US Department of Health and Human Services. Medicare: The Official US Government site for people with Medicare. [http://www.medicare.gov/LongTermCare/Static/Steps Overview.asp](http://www.medicare.gov/LongTermCare/Static/StepsOverview.asp) (πρόσβαση: 26/2/2007)
41. American Association for Homecare. www.aahomecare.com (πρόσβαση: 05/10/06)
42. Clark FR. *Home and community-based care in the USA*. US Department of Health and Human Services, 1999
43. Figueras J, Marshall T, McKee M. *Health care systems in transition: Canada*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996
44. European Observatory on Health Care Systems. Health care systems in transition: Canada HiT Summary. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2005
45. Canadian Home Care Association. www.cdnhomecare.on.ca (πρόσβαση: 05/10/06)
46. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. Δελτίο Τύπου: Στατιστικές φυσικής κίνησης του πληθυσμού. Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Αθήνα, 2006
47. Νόμος 2519/1997. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις. Άρθρο 21: Παροχή μετανοσοκομειακής και ειδικής φροντίδας. ΦΕΚ 165/Α/1997
48. Νοσοκομείο Μεταξά. www.metaxa-hospital.gr (πρόσβαση: 05/10/06)
49. Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων «Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης και Ελέγχου-Διαδικασία εφαρμογής της ενέργειας «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων» (ΚΗΦΗ), συγχρηματοδοτούμενης από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ), στο πλαίσιο των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (ΠΕΠ) του Γ' ΚΠΣ». <http://www.pepdym.gr/upload/nomoi/ya-1-270701.pdf> (πρόσβαση: 05/10/06)
50. Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Τομέας Υγείας: Υπηρεσία «Νοσηλεία στο σπίτι». http://www.redcross.gr/pegasus/bin/pegweb3.dll?method=../h002/keim&tkeim=54&pcode=H002_KEIM54 (πρόσβαση: 26/2/2007)
51. Τμήμα κατ' οίκον νοσηλείας στο νοσοκομείο «Υγεία». www.hospitalathome.gr (πρόσβαση: 05/10/06)
52. Τμήμα κατ' οίκον νοσηλείας στο νοσοκομείο «Υγεία». www.hygeia.gr/katoikon (πρόσβαση: 05/10/06)
53. Ογκολογικό Νοσοκομείο ΙΚΑ «Γεώργιος Γεννηματάς». <http://www.ika.gr/gr/infopages/healthservices/hospgen/home.cfm> (πρόσβαση: 05/10/06)
54. Κατ' οίκον νοσηλεία ασθενών AIDS. http://users.hol.gr/~cfil/xrisimes_gr.htm (πρόσβαση: 05/10/06)
55. Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχαγωγίας, Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας. <http://www.msu.gr> (πρόσβαση: 05/10/06)
56. Μονάδα Ανακούφισης Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής του Αρεταίειου Νοσοκομείου Αθηνών. http://www.jkf.gr/pain/pain_home.html (πρόσβαση: 05/10/06)
57. Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και Μη Ασθενών. <http://www.grpalliative.org> (πρόσβαση: 05/10/06)
58. Σύλλογος Παροχής Βοήθειας και Κατ' Οίκον Νοσηλείας «Η Παμμακάριστος». http://www.anthropos.gr/show_mko.asp?Id=760 (πρόσβαση: 05/10/06)
59. Sissouras A, Ketsetzopoulou M, Bouzas N. Providing integrated health and social care for older persons in Greece. In: Leichsenring K, Alaszewski AM (eds) *Providing integrated health and social care for older persons*. Aldershot, Ashgate, 2004:329–70
60. Kerkstra A, Hutten JBF. A cross national comparison on home care in Europe. In: Hutten JBF, Kerkstra A (eds) *Home care in Europe: a country specific guide to its organization and financing*. England, Arena, 1996:1–40
61. Pijl M, Weekers S. Part I. In: Weekers S, Pijl M (eds) *Home care and allowances in the European Union*. Netherlands Institute of Care and Welfare (NIZW), Utrecht, 1998:13–53
62. Larizgoitia I. Approaches to evaluating LTC systems. In: Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M (eds) *Key policy issues in long-term care*. Geneva, World Health Organization collection on long-term care, 2003:227–244

Υποβλήθηκε: 30/04/2007

Επανυποβλήθηκε: 18/10/2007

Εγκρίθηκε: 30/10/2007