

ΠΜΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διοίκηση και Βελτίωση Υπηρεσιών Κατ' οίκον Νοσηλείας Improving and Managing Home Care Services

ΙΩΑΝΝΗΣ Ν. ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ

Υποβλήθηκε ως αιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού
διπλώματος στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Επιβλέπων Καθηγήτρια: Κάτου Αναστασία

Σεπτέμβριος 2019

Copyright © Δημητρόπουλος Ιωάννης, 2019
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος: «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» του τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα της διπλωματικής εργασίας, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας κ. Κάτου Αναστασία που μου έδωσε την δυνατότητα να εργαστώ πάνω σε ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα καθώς και για το χρόνο που μου αφιέρωσε. Με πλήρη ελευθερία των κινήσεών μου και για τις επιλογές μου, την ευχαριστώ για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου.

Η έρευνα της εργασίας δεν θα μπορούσε να είχε ολοκληρωθεί χωρίς τη συμβολή ορισμένων ανθρώπων για τους οποίους αισθάνομαι ευγνώμων και οφείλω να τους ευχαριστήσω για την υποστήριξη και τη βοήθεια που μου παρείχαν στην υλοποίηση της διπλωματικής εργασίας. Αναφέρομαι συγκεκριμένα στην γυναίκα μου και τους γονείς μου για το ήθος, την υποστήριξη, την παιδεία και τη μόρφωση που διαχρονικά μου παρείχαν.

Τέλος ευχαριστώ θερμά όλους τους ασθενείς και συνοδούς αυτών που συμμετείχαν στην έρευνα, χωρίς τη συνεργασία των οποίων η έρευνα αυτή δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί.

Περίληψη

Τίτλος Εργασίας: Διοίκηση και Βελτίωση Υπηρεσιών Κατ' οίκον Νοσηλείας

Σκοπός: Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει ως σκοπό να αναδείξει τη σημασία της αποτελεσματικής διοίκησης αλλά και βελτίωσης των υπηρεσιών Κατ' οίκον Νοσηλείας μέσα από μια αναφορά στην σύγχρονη διοίκηση και στη συνέχεια τη διοίκηση στον τομέα της υγείας. Παρουσιάζεται η σημερινή κατάσταση της Κατ' οίκον νοσηλείας στην Ελλάδα μέσα από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα και στη συνέχεια αναλύονται τα στοιχεία της έρευνας.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση με χρονικό διάστημα την περίοδο Φεβρουάριος 2019 - Ιούλιος 2019. Για την έρευνα κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο έπειτα από ένα Pilot Study που διενεργήθηκε αρχικά, με ερωτήσεις πολλαπλών απαντήσεων σε 5 βάρη κλίμακα. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε εκτυπώσιμη μορφή σε ασθενείς που έκαναν χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας αλλά ταυτόχρονα αναρτήθηκε και σε ιστολόγιο ιδιωτικής εταιρίας νοσηλείας κατ' οίκον. Απάντησαν συνολικά στην έρευνα 481 ασθενείς διαφόρων ηλικιών και παθήσεων.

Αποτελέσματα: Η κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί το μέλλον για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τα οφέλη της είναι πολλά, η καινοτομία, το χαμηλό κόστος, η πρακτική εφαρμογή της, η έξυπνη χρήση της τεχνολογίας και της τηλεϊατρικής για την εξυπηρέτηση των ασθενών στο σπίτι. Απαιτούν εξειδικευμένη διοικητική υπηρεσία και σύγχρονους μανάτζερ που να εφαρμόζουν όλες τις αρχές μιας σύγχρονης διοίκησης και να αναζητούν τρόπους συνεχούς βελτίωσης με απώτερο σκοπό την επιτυχία και σε συνέχεια την προαγωγή της υγείας

Συμπεράσματα: Η σωστή σύγχρονη Διοίκηση και η Βελτίωση των Υπηρεσιών Κατ' οίκον Νοσηλείας βοηθούν σημαντικά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Μειώνοντας σημαντικά το κόστος της κρατικής δαπάνης για την υγεία αλλά ταυτόχρονα περιορίζεται ο αριθμός των περιστατικών που εισέρχονται στα δημόσια νοσοκομεία και αποφεύγεται έτσι η ταλαιπωρία και η καθυστέρηση εξυπηρέτησης επειγόντων περιστατικών σώζοντας με αυτό τον τρόπο περισσότερες ανθρώπινες ζωές.

Λέξεις κλειδιά: Υπηρεσίες Κατ' οίκον Νοσηλείας - Σύγχρονη Διοίκηση – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας- κατ' οίκον φροντίδα

Abstract

Title: Improving and Managing Home Care Services

Purpose: This research project aims to highlight the importance of effective Improving and Managing Home Care Services through a reference to modern administration and also health management. Current situation of home care services in Greece presented through public and private operators. Analyzed advantages and disadvantages, and data of the research.

Material and Methods: Complete bibliographic research was carried out between February 2019 and July 2019. A simple questionnaire constructed for the survey after a Pilot Study initially conducted, with multiple answers on a 5-point scale. Questionnaire was distributed in printable form to patients using home care services but was also posted on a blog of a private hospitalization company at home. A total of 481 patients of various ages and diseases responded to the survey.

Results: Home care services builds the future for Primary Health Care. Benefits are plenty, innovation, its low cost, its practical application, the smart use of technology and telemedicine to serve patients at home. All these require specialized administration and modern managers to apply principles of, modern administration and find ways to continue improving aiming for an ideal healthcare service.

Conclusions: Proper Modern Management and Improvement of Home Care Services greatly aids Primary Health Care by effectively reducing the government funds spent on healthcare, and at the same time limiting the number of incidents entering public hospitals, avoiding in that way the inconvenience and the disabling emergency services, thus saving more human lives.

Keywords: Home Care Services - Contemporary Management - Primary Health Care - Home Care

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	iii
Περίληψη	iv
Abstract.....	v
Κατάλογος Πινάκων.....	viii
Κατάλογος Διαγραμμάτων	viii
Κατάλογος Ραβδογραμμάτων	ix
Εισαγωγή	x
Κεφάλαιο 1^ο Η Διοίκηση στον τομέα της Υγείας	1
1.1 Ορισμός της Υγείας	1
1.2 Χαρακτηριστικά Υπηρεσιών Υγείας	1
1.3 Περιγραφή της έννοιας Διοίκηση (Management).....	2
1.4 Ανάλυση των Λειτουργιών της Διοίκησης	3
1.5 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας	7
1.5.1 Βασικές Αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας	7
1.5.2 Αντικειμενικοί σκοποί της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας	8
1.6 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην υγεία	8
1.7 Βασικά εργαλεία ποιότητας	9
1.8 Σύγχρονη Διοίκηση στις Μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας	13
1.9 Συστήματα Πιστοποίησης Ποιότητας στον τομέα της Υγείας.....	14
1.9.1 Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας (ΣΔΠ) ISO 9001:2015.....	14
1.9.2 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα από την εφαρμογή του ISO 9001:2015	15
1.9.3 Το πρότυπο πιστοποίησης ISO 22000:2005.....	16
1.9.4 HACCP και ISO 22000:2005.....	17
1.9.5 Γιατί επιλέγεται το ISO 22000:2005 αντί του HACCP.....	18
1.10 Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων (Human Resources).....	18
1.10.1 Στόχοι της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων	22
Κεφάλαιο 2^ο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	23
2.1 Ιστορική εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα	23
2.2 Τί είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας.....	25
2.3 Ποιες υπηρεσίες περιλαμβάνει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	26
2.4 Δημόσιοι φορείς που στελεχώνουν σήμερα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	27
2.5 Κατ' οίκον Νοσηλεία σε δημόσιους φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	27
Κεφάλαιο 3^ο Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας	29
3.1 Η Κατ' οίκον νοσηλεία και γιατί είναι σημαντική στον τομέα της υγείας	29
3.2 Η κατ' οίκον νοσηλεία στο εξωτερικό	31

3.3 Το σύστημα υγείας και η κατ' οίκον νοσηλεία στη Ελλάδα.....	32
3.4 Πώς η κατ' οίκον νοσηλεία συμβάλει στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα.....	34
3.5 Πάροχοι κατ' οίκον νοσηλευτικών υπηρεσιών	34
3.5.1 Δημόσια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας	35
3.5.2 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»	38
3.5.3 Ιδιωτικές Εταιρείες Νοσηλείας Κατ' οίκον.....	39
3.5.4 Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες	40
3.5.5 Ιδιωτικές κλινικές με παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας	40
3.6 Ομάδα κατ' οίκον νοσηλείας	41
Κεφάλαιο 4^ο Η έρευνα	45
4.1 Σκοπός της έρευνας.....	45
4.2 Μεθοδολογία – Συλλογή δεδομένων	45
4.3 Περιορισμοί της έρευνας.....	46
4.4 Σχεδιασμός ερωτηματολογίου.....	48
4.5 Ανάλυση δεδομένων	49
4.6 Παρουσίαση και ερμηνεία αποτελεσμάτων	50
4.7 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	71
Κεφάλαιο 5^ο Βελτίωση Υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.....	72
5.1 Σύγχρονη διοίκηση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.....	72
5.2 Προτεραιότητες.....	72
5.3 Νομοθεσία κατ' οίκον νοσηλείας.....	73
5.4 Ασφαλιστικοί φορείς.....	74
5.5 Ενημέρωση, εκπαίδευση ασθενών και επαγγελματιών υγείας.....	74
5.6 Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας - Τεχνολογικός εξοπλισμός.....	75
5.6.1 Υποσυστήματα και εφαρμογές πληροφοριακού συστήματος υγείας.....	76
5.7 Τηλεϊατρική.....	79
5.7.1 Υπηρεσίες και εφαρμογές της τηλεϊατρικής	80
5.7.2 Οφέλη της τηλεϊατρικής στην διοίκηση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας	80
5.8 Συμπεράσματα Διοίκησης και Βελτίωσης Υπηρεσιών Κατ' οίκον Νοσηλείας.....	81
Βιβλιογραφία.....	84

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Σχήματα που χρησιμοποιούνται στο διάγραμμα ροής.....	10
Πίνακας 2 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ασθενών.....	51
Πίνακας 3 Κριτήρια Επιλογής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.....	52
Πίνακας 4 Μικρόβια νοσοκομειακών λοιμώξεων βάσει της εντόπισης της λοίμωξης..	53
Πίνακας 5 Κύρια χρήση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας	54
Πίνακας 6 Εκτιμώμενος χρόνος εκτέλεσης υπηρεσιών	55
Πίνακας 7 Προτιμώμενη πάθηση για χρήση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.....	56
Πίνακας 8 Χρήση ιατρικής παρέμβασης	57
Πίνακας 9 Χρήση ειδικού εξοπλισμού	58
Πίνακας 10 Εκτιμώμενο κόστος νοσηλείας σε διάρκεια 30 ημερών	59
Πίνακας 11 Ασφαλιστική κάλυψη.....	61
Πίνακας 12 Πότε ξεκίνησε η κατ' οίκον νοσηλεία.....	62
Πίνακας 13 Επιλογή προσωπικού κατ' οίκον νοσηλείας.....	63
Πίνακας 14 Προτιμώμενες ηλικίες για το προσωπικό της κατ' οίκον νοσηλείας.....	64
Πίνακας 15 Κάλυψη αναγκών πάθησης από την κατ' οίκον νοσηλεία	65
Πίνακας 16 Εξειδίκευση επαγγελματιών κατ' οίκον νοσηλείας.....	66
Πίνακας 17 Βαθμός ικανοποίησης παρεχόμενων υπηρεσιών	67
Πίνακας 18 Βαθμός υποστήριξης ψυχικής υγείας από την κατ' οίκον νοσηλεία.....	68
Πίνακας 19 Επιλογή κατ' οίκον νοσηλείας αντί του νοσοκομείου	69
Πίνακας 20 Σύσταση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας σε ασθενείς	70
Πίνακας 21 Ποσοστά αύξησης ηλικιών άνω των 65 από το 2010 μέχρι και το 2050 ...	85

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 Λειτουργίες Διοίκησης στη λήψη αποφάσεων.....	7
Διάγραμμα 2 Παράδειγμα διαγράμματος διασποράς	11
Διάγραμμα 3 Παράδειγμα διαγράμματος Pareto.....	12
Διάγραμμα 4 Διάγραμμα fishbone	13
Διάγραμμα 5 Ταξινόμηση Παρόχων Κατ' οίκον Νοσηλευτικών Υπηρεσιών	35
Διάγραμμα 6 Ομάδα παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.....	43

Κατάλογος Ραβδόγραμμάτων

Ραβδόγραμμα 1 Κύριος Λόγος επιλογής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.....	52
Ραβδόγραμμα 2 Κύρια χρήση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας	54
Ραβδόγραμμα 3 Εκτιμώμενος χρόνος εκτέλεσης υπηρεσιών	55
Ραβδόγραμμα 4 Προτιμώμενη πάθηση για χρήση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας....	56
Ραβδόγραμμα 5 Χρήση ιατρικής παρέμβασης.....	57
Ραβδόγραμμα 6 Χρήση ειδικού εξοπλισμού.....	58
Ραβδόγραμμα 7 Εκτιμώμενο κόστος νοσηλείας σε διάρκεια 30 ημερών	59
Ραβδόγραμμα 8 Ασφαλιστική κάλυψη.....	61
Ραβδόγραμμα 9 Πότε ξεκίνησε η κατ' οίκον νοσηλεία.....	62
Ραβδόγραμμα 10 Επιλογή προσωπικού κατ' οίκον νοσηλείας.....	63
Ραβδόγραμμα 11 Ηλικίες προτίμησης.....	64
Ραβδόγραμμα 12 Κάλυψη αναγκών πάθησης από την κατ' οίκον νοσηλεία	65
Ραβδόγραμμα 13 Εξειδίκευση επαγγελματιών κατ' οίκον νοσηλείας.....	66
Ραβδόγραμμα 14 Βαθμός ικανοποίησης παρεχόμενων υπηρεσιών	67
Ραβδόγραμμα 15 Βαθμός υποστήριξης ψυχικής υγείας από την κατ' οίκον νοσηλεία..	68
Ραβδόγραμμα 16 Επιλογή κατ' οίκον νοσηλείας αντί του νοσοκομείου	69
Ραβδόγραμμα 17 Σύσταση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας σε ασθενείς	70

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στις σύγχρονες αναπτυγμένες κοινωνίες το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης λαμβάνει τεράστιες διαστάσεις. Πιο συγκεκριμένα καταγράφεται στα πλαίσια της ΕΕ αύξηση 18.2% του ποσοστού των υπερηλίκων, δηλαδή των ατόμων άνω των 65 ετών. Παράλληλα το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε κατά 10 χρόνια την τελευταία πεντηκονταετία αγγίζοντας τα 82.5 έτη. Φανερό είναι η τρίτη ηλικία να παρουσιάζει αύξηση σε αριθμούς τέτοιους ώστε να επηρεάζεται σημαντικά ο κλάδος της οικονομίας αλλά και της υγείας. Παράλληλα το φαινόμενο αύξησης των ασθενών σε φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η αδυναμία εξυπηρέτησης αυτών δεν είναι κάτι καινούριο, ο κλάδος της υγείας εξαρτάται άμεσα από την οικονομία της χώρας και το αντίστροφο. Η μείωση των δαπανών στην υγεία ήταν οι πρώτες ενέργειες των κυβερνήσεων την περίοδο 2011-2015 στην Ελλάδα όμως και πάλι το πρόβλημα συνεχίζει να υπάρχει στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ο τομέας της κατ' οίκον νοσηλείας όμως μπορεί να βοηθήσει τόσο στην αποσυμφόρηση των περιστατικών στα νοσοκομεία όσο και στις δαπάνες που γίνονται για την υγεία. Μέσα από μια καλή διαχείριση και σωστή σύγχρονη λειτουργία (Διοίκηση) μπορεί να επιφέρει πολλαπλά οφέλη και αρκετά από αυτά να διατηρηθούν ως θεσμός για το μέλλον.

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην σημασία που πρέπει να δίδεται σε μια ανάπτυξη σωστής και σύγχρονης διοίκησης στον τομέα της υγείας. Παρουσιάζεται και αναλύεται ο τομέας της κατ' οίκον νοσηλείας, τα πολλαπλά οφέλη που διαθέτει, πως μπορεί να συμβάλει στο σύστημα υγείας. Καταλήγοντας στη σημασία της Διοίκησης και βελτίωσής των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας, Τόσο σε επίπεδο ασθενών αλλά και σε επίπεδο βελτίωσης του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Κεφάλαιο 1^ο Η Διοίκηση στον τομέα της Υγείας

1.1 Ορισμός της Υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας: «Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (W.H.O., 1946, p. 100)

Η υγεία όμως δεν αποδίδεται μόνο στην ιατρική, οφείλεται και σε άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία, το μορφωτικό επίπεδο μιας χώρας κ.α. Το πως ορίζεται βέβαια η υγεία και η ασθένεια ίσως να διαφέρει από χώρα σε χώρα και ανάλογα με τις πολιτιστικές διαφορές, τις ιδέες, την εκπαίδευση, την θρησκεία, καθώς και τις αντίληψη για το ανθρώπινο σώμα που υπάρχει σε κάθε κοινωνία. Ταυτόχρονα μεγάλος αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού είναι και η κοινωνική αντίληψη που έχει ο πληθυσμός για την υγεία. Παράγοντες γενετικοί, περιβαλλοντικοί (τρόπος διαβίωσης, κατοικία, εργασία, συνθήκες εργασίας, ρύπανση περιβάλλοντος) παράγοντες συνθηκών ζωής (διατροφή, κάπνισμα, άσκηση, χρήση ουσιών, αλκοόλ), παράγοντες σχετιζόμενοι με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας (βαθμός εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας) και παράγοντες εκπαίδευσης στον ανήλικο πληθυσμό επηρεάζουν την υγεία. Σε γενικότερο πλαίσιο η Υγεία είναι ανάγκη, αγαθό αλλά ταυτόχρονα ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα το οποίο σε αρκετές χώρες ακόμα και σήμερα δεν αποτελεί προτεραιότητα.

1.2 Χαρακτηριστικά Υπηρεσιών Υγείας

Οι Υπηρεσίες Υγείας οφείλουν να ανταποκρίνονται σε ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά, για να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των ανθρώπων για τους οποίους έχουν δημιουργηθεί. Αυτό σημαίνει ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει:

- α) Να είναι διαθέσιμες στον πληθυσμό ευθύνης, για κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας, περίθαλψης ή πρόληψης.
- β) Να υπάρχει δυνατότητα από τους πολίτες να τις προσπελάσουν για να τις χρησιμοποιήσουν στη διάρκεια ολόκληρου του εικοσιτετράωρου.
- γ) Η προσφορά των υπηρεσιών να μην περιορίζεται μόνο στο στάδιο της αντιμετώπισης μιας ασθένειας, αλλά να καλύπτει επίσης και τα στάδια πριν και μετά την εμφάνισή της. Επομένως, πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της προσφοράς τους.

- δ) Να είναι αποδεκτές από τους πολίτες διότι η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και η συνέχεια της προσφοράς τους δε σημαίνει αυτομάτως και επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πολίτες που τις χρησιμοποιούν. (Κουτούζης, et al., 1999)

1.3 Περιγραφή της έννοιας Διοίκηση (Management)

Η διοίκηση (Management) αποτελεί τον πιο σημαντικό τομέα σε μια σύγχρονη επιχείρηση. Ανώτερος σκοπός της είναι να παρέχει τεκμηριωμένα στοιχεία, βάσει των οποίων θα λειτουργήσουν και θα κινηθούν τα διοικητικά στελέχη της επιχείρησης για την επίλυση προβλημάτων, τη λήψη αποφάσεων και την επίτευξη των στόχων. Για να επιτευχθούν οι στόχοι της επιχείρησης πρέπει ένας μάνατζερ που είναι επικεφαλής όλων των διοικητικών στελεχών να ακολουθήσει συγκεκριμένες διαδικασίες και λειτουργίες, οι οποίες ονομάζονται κατά τον Henri Fayol: «Λειτουργίες του μάνατζμεντ». Επιγραμματικά αποτελούνται από:

- 1 Τον **Σχεδιασμό - Προγραμματισμό** των στόχων, των δράσεων και των μέσων που θα χρησιμοποιηθούν. Την στρατηγική που θα ακολουθήσει η εταιρεία αλλά και τα αναγκαία μέσα στα οποία θα χρησιμοποιήσει.
- 2 Την **Οργάνωση** όπου καθορίζονται οι επιμέρους εργασίες, η ανάθεσή τους από συγκεκριμένα άτομα ή ομάδες ατόμων με ταυτόχρονα καθορισμό των αρμοδιοτήτων για την εκτέλεσή τους.
- 3 Την **Καθοδήγηση - Διεύθυνση**, το πώς δηλαδή θα καθοδηγηθούν οι άνθρωποι που την απαρτίζουν την επιχείρηση και τον τρόπο υποκίνησής τους προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι.
- 4 Τον **Έλεγχο**, βάσει του οποίου ελέγχεται το αποτέλεσμα σε σχέση με το επιθυμητό (σύγκριση, διάγνωση και ανάλυση αυτών) και ο καθορισμός των ενεργειών εκείνων που θα διορθώσουν τυχόν τα αίτια που αποκλίνουν από τους στόχους. (Κάτου, 2017)

Για την επίτευξη του συστήματος λειτουργιών απαιτείται η ανθρώπινη παρέμβαση ή αλλιώς μια σειρά ικανοτήτων που πρέπει να διαθέτει το άτομο που εφαρμόζει τις λειτουργίες του management στην πράξη, βάσει των γνώσεων αλλά και των δυνατοτήτων που διαθέτει. Στην πραγματικότητα τα εμπόδια που πρέπει να αντιμετωπιστούν δεν περιορίζονται μόνο εκεί. Καθώς υπάρχουν αστάθμητοι παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο διοίκηση όπως: η νοοτροπία του ατόμου που ασκεί διοίκηση,

η κουλτούρα του οργανισμού, η κοινωνική οργάνωση μέσα στην οποία ασκείται, η προδιάθεση για βελτίωση κ.ο.κ.

Για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του απαιτούνται κάποια βασικά «εργαλεία» με τα οποία θα μπορέσει αυτός που ασκεί τη διοίκηση να αντιμετωπίσει τους αστάθμητους παράγοντες. Αυτά είναι: τα συστήματα πληροφοριών, τα συστήματα προγραμματισμού ελέγχου αλλά και αμοιβών. Ένα εκ των οποίων αν δεν είναι σε αρμονία με τα υπόλοιπα καθιστά αδύνατη την λειτουργία και την άσκηση του σωστού Management. (Μπουραντάς, 1992, p. 15)

1.4 Ανάλυση των Λειτουργιών της Διοίκησης

Η λειτουργία του **προγραμματισμού** περιλαμβάνει κυρίως την μελλοντική πορεία που θα ακολουθήσει η επιχείρηση προσδιορίζοντας την παρούσα κατάσταση με απώτερο σκοπό την εύρεση των μέσων που θα χρειαστούν για να επιτευχθούν τα μελλοντικά σχέδια. Με τον προγραμματισμό σχεδιάζεται η στρατηγική, καθιερώνονται οι στόχοι, προσδιορίζονται τα μέσα με τα οποία θα επιτευχθούν οι στόχοι και το αντίστοιχο χρονικό πλαίσιο. (Morgan, 2000)

Ταυτόχρονα μέσα στον προγραμματισμό κατατάσσεται και το Marketing management το οποίο βοηθά εξίσου σημαντικά τα μελλοντικά σχέδια και την επίτευξη των στόχων. Το marketing management ασχολείται με την προώθηση και διανομή ιδεών, αγαθών και υπηρεσιών με απώτερο σκοπό την εξυπηρέτηση των στόχων της επιχείρησης. Αναλύονται οι τάσεις της αγοράς, δημιουργεί προνομιακές σχέσεις με την στοχευμένη αγορά, καθορίζεται το κοινό στο οποίο απευθύνεται η επιχείρηση και μπορεί να επηρεάσει τόσο τον προγραμματισμό έτσι ώστε να αλλάξει ολόκληρη η στρατηγική της επιχείρησης. (Σαλαβού & Κυριακίδου, 2010)

Επίσης πέραν της βασικής ιδιότητας του marketing για την εύρεση πελατών. Το Marketing management πρέπει να μπορεί να προσαρμόζεται σε διαφορετικά επίπεδα ζήτησης. Ελέγχει και αναλύει τα επίπεδα τόνωσης της ζήτησης, τις αυξομειώσεις που υφίσταται και ενεργεί αναλόγως με τρόπο τέτοιο ώστε να βοηθήσει την εκπλήρωση των στόχων της επιχείρησης. (Τσακλάγκανος, 2004)

Η **οργάνωση** αποτελεί το μείζον ζήτημα για θέματα συνεργασίας μεταξύ των ατόμων μιας επιχείρησης. Όταν γίνεται προσπάθεια συνεργασίας μιας ομάδας ατόμων πάντα υπάρχουν ζητήματα. Κυρίως αφορούν το ποιος θα αναθέσει καθήκοντα, ποιος θα

είναι ο υπεύθυνος, ποιος θα καθορίζει τα όρια, ποιος θα επιθεωρεί την εργασία κ.ο.κ. Αυτά τα ζητήματα έρχεται να τα λύσει μια σωστή οργάνωση σε μια επιχείρηση με απώτερο σκοπό την αποφυγή τλαιπωρίας, σύγχυσης και εύρυθμης λειτουργίας. Η οργάνωση επι της ουσίας θέτει την γραμμή πορείας στον τρόπο με τον οποίο θα εργάζονται οι άνθρωποι της επιχείρησης αναλύοντας τις εργασίες που πρέπει να γίνουν και ποιος θα αναλάβει τι. Για το λόγο αυτό καθιερώνονται υπεύθυνοι, (άτομα στα οποία τους δίνεται μερική “εξουσία” για να μπορέσουν να κατευθύνουν) μαζί με τα ανάλογα εργαλεία και την ανάλογη πληροφόρηση με σκοπό την επίτευξη του στόχου που τους ανατέθηκε. (Γαρουφάλης & Ζώης, 2008)

Το αποτέλεσμα της καλής οργάνωσης είναι να υπάρχει εργασιακό περιβάλλον τέτοιο ώστε να προσφέρει τα μέγιστα στην απόδοση των εργαζομένων αρμονικά και χωρίς περαιτέρω προβλήματα. Πρέπει η οργάνωση να είναι το μέσο και όχι ο σκοπός. (Πετρίδου, 2001)

Γενικότερα με απλό ορισμό μπορεί να χαρακτηριστεί ότι: Οργάνωση είναι η δομή και η διαδικασία με την οποία μια συνεργαζόμενη ομάδα ανθρώπων κατανέμει τα καθήκοντα της ανάμεσα στα μέλη της, αναγνωρίζει τις σχέσεις της και εκτελεί τις δραστηριότητες εκείνες που οδηγούν σε κοινούς στόχους. (Σαλαβού & Κυριακίδου, 2010)

Διακρίνεται έτσι η δυναμική και η στατική έννοια της οργάνωσης. Η πρώτη αναφέρεται στις λειτουργίες του «μάνατζμεντ» που αποβλέπει αφενός στην αποτελεσματικότητα και την προσαρμογή της οργανωτικής δομής στις μεταβολές του περιβάλλοντος και αφ’ ετέρου στην τυποποιημένη εκτέλεση των εργασιών. Η δεύτερη αναφέρεται στην οργανωτική διάρθρωση, δηλαδή στο πλέγμα των συγκεκριμένων σχέσεων στις θέσεις εργασίας, δηλαδή την τυπική οργάνωση.

Με τη σωστή οργάνωση αποφεύγονται:

- Η Ασύμμετρη κατανομή εργασίας
- Οι διαφωνίες και οι συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων λόγω ασάφειας των αρμοδιοτήτων ή της μη αντικειμενικής εκτίμησης των αναγκών σε κάθε τμήμα
- Η υπερβολική ανάπτυξη της δύναμης των άτυπων ομάδων
- Η Σύγχυση της διοίκησης και του εργαζομένου για το ποιος είναι υπεύθυνος να δώσει εντολή και σε ποιόν
- Τα κενά θέσεων εργασίας για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Η υποαπασχόληση ανθρώπων και παραγωγικών μέσων

Για την εύρυθμη και αποτελεσματική οργάνωση θα πρέπει να τηρούνται οι εξής βασικές οργανωτικές αρχές:

- **Ενότητα εντολής:** ο εκάστοτε υφιστάμενος παίρνει εντολή από έναν και μόνο αρμόδιο της αντίστοιχης θέσης.
- **Όριο διεύθυνσης ή εποπτείας:** Το προσωπικό το οποίο θα απασχολείται σε κάθε θέση εξαρτάται από το είδος της εργασίας, το βαθμό δυσκολίας, τον τομέα ευθύνης και αντίστοιχα αυτό ισχύει και για τους προϊστάμενους των αντίστοιχων τμημάτων.
- **Εναρμόνιση ευθύνης και εξουσίας:** είναι ο βαθμός εξουσίας που δίνεται σε κάθε αρμόδιο τμήματος ή προϊστάμενο βάσει των ανάλογων των παραγωγικών πόρων που χρησιμοποιεί για να φέρει εις πέρας το έργο που ανατίθεται.
- **Τμηματοποίηση:** το είδος του έργου που εκτελείται, η λειτουργία της επιχείρησης που ανήκει, το προϊόν, η γεωγραφική περιοχή, η κατηγορία των πελατών κατηγοριοποιούνται για περαιτέρω διευκόλυνση της λειτουργίας της επιχείρησης.
- **Συντονισμός:** Σε κάθε θέση και σε κάθε τομέα υπάρχει ένας κώδικας επικοινωνίας και συνεργασίας ο οποίος αποτυπώνεται στο οργανόγραμμα της εταιρίας.
- **Οργανόγραμμα και περιγραφή θέσης εργασίας:** Τα οποία σχηματίζονται βάσει των αναγκών και για την καλύτερη λειτουργία όλων των τμημάτων μεταξύ τους. Στο μεν οργανόγραμμα (organizational chart) απεικονίζεται η καταστατική δομή του οργανισμού, με τις θέσεις εργασίας και τις σχέσεις εξουσίας που τις συνδέουν. Ιεραρχούνται από πάνω προς τα κάτω και χωρίζονται σε επίπεδα βάσει του είδους της εργασίας ή λειτουργίας. Στην δε περιγραφή εργασιών (job description) προσδιορίζονται: τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα κάθε θέσης (τίτλος θέσης, φύση-ειδικότητα της θέσης, οργανωτική σύνδεση της θέσης με τις άλλες), οι αντίστοιχες ευθύνες και οι αρμοδιότητες με αναλυτική περιγραφή της ευθύνης και λειτουργίας, και τέλος τα προσόντα που πρέπει να πληρούν τα άτομα που θα αναλάβουν την αντίστοιχη θέση. (Πετρίδου, 2001)

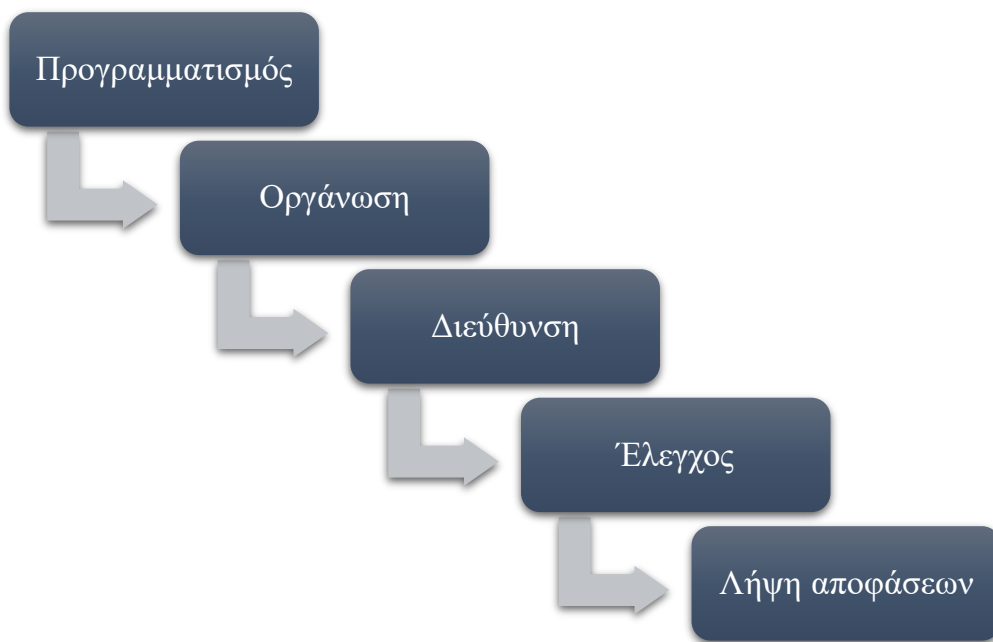
Η Διεύθυνση ή Ηγεσία της επιχείρησης έχει ως απώτερο σκοπό να κατευθύνει και να καθοδηγεί τους ανθρώπους της και τα στελέχη της με σκοπό να προσφέρουν τον

καλύτερο δυνατό τους εαυτό στην επιχείρηση. Ασχολείται κυρίως με τις διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στο management και τους υπαλλήλους. Για το λόγο αυτό η διοίκηση πρέπει όχι μόνο να κατευθύνει αλλά και να εμπνέει για να την ακολουθούν οι εργαζόμενοι σε κάθε της απόφαση. Ηγεσία που δεν περιέχει την υποκίνηση ή την επικοινωνία δυστυχώς αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα και δεν πετυχαίνει πάντα τους στόχους της. (Μαγκλιβέρας, 1997)

Με τον **έλεγχο** η διοίκηση και τα στελέχη που την απαρτίζουν έχουν μια συνεχή εικόνα για την πορεία των εργασιών σε όλα τα τμήματα της επιχείρησης. Η άμεση ενημέρωση και τα αποτελέσματα του ελέγχου αναδεικνύουν την επίτευξη των αντικειμενικών στόχων που τέθηκαν στον προγραμματισμό και επιπλέον τα σφάλματα που προέκυψαν ή τα πιθανά σφάλματα που θα κάνουν την εμφάνισή τους στο μέλλον. Με την άμεση και αμφίδρομη ενημέρωση κατά την διαδικασία του ελέγχου γίνονται και απαραίτητες διορθωτικές ενέργειες σε άμεσα προβλήματα και σε πραγματικό χρόνο εάν χρειαστεί. (Πετρίδου, 2001)

Ο προγραμματισμός και ο έλεγχος είναι δυο λειτουργίες που συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους και δεν μπορεί να υπάρξει η μια χωρίς την άλλη. Η σημασία δε του ελέγχου για τον προγραμματισμό φαίνεται στον καθορισμό των αντικειμενικών στόχων οι οποίοι εξετάζονται συνεχώς μέσα από τις πληροφορίες που δίνονται από το σύστημα ελέγχου.

Αν το σύστημα ελέγχου δεν εμφανίσει το επιθυμητό αποτέλεσμα δεν μπορεί να προγραμματιστεί περαιτέρω εργασία ή στόχος. Αντίθετα αν το επιθυμητό αποτέλεσμα δεν έρχεται σε κανέναν έλεγχο, τότε δύναται να αλλάξει η λειτουργία του προγραμματισμού. Για το λόγο αυτό ο έλεγχος συνδέεται περισσότερο με τον προγραμματισμό, όχι όμως ότι δεν είναι παρόν και στις υπόλοιπες λειτουργίες της διοίκησης. Γενικότερα μπορεί και πληροφορεί για την αποτελεσματικότητα της οργανωτικής δομής και της οργάνωσης των εργασιών, της επικοινωνίας, του κατάλληλου τρόπου διοίκησης ανά τμήμα και την ορθή λήψη αποφάσεων. (Μανιάτης, 2005)



Διάγραμμα 1 Λειτουργίες Διοίκησης στη λήψη αποφάσεων

1.5 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Δ.Ο.Π.) είναι η νέα μορφή διοίκησης που ασκείται για την αποτελεσματική ανάπτυξη και την ανταγωνιστικότητα σε μια σύγχρονη διοίκηση. Βασικό στοιχείο της Δ.Ο.Π είναι η καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των απαιτήσεων των ατόμων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών. Τόσο αυτών που τις λαμβάνουν όσο και αυτών που τις προσφέρουν. Οι λεγόμενοι ‘πελάτες’ χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Εξωτερικοί πελάτες είναι οι τελικοί καταναλωτές και χρήστες των υπηρεσιών. Εσωτερικοί πελάτες είναι τα διοικητικά στελέχη και οι εργαζόμενοι οι οποίοι με τη σειρά τους συμβάλλουν στην δημιουργία των υπηρεσιών και επηρεάζουν την ποιότητα. (Lock, 1994)

1.5.1 Βασικές Αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Οι γενικές αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας σε μια σύγχρονη διοίκηση και στη συνέχεια σε διοίκηση παροχής υπηρεσιών υγείας ορίζονται ως εξής:

- 1η Αρχή: Υποστήριξη και ενεργός συμμετοχή της ανώτατης διοίκησης, με προτεραιότητα στην ποιότητα και τους τρόπους συνεχούς βελτίωσης
- 2η Αρχή: Εστίαση στις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών και των εργαζομένων

- 3η Αρχή: Έμφαση σε συνεχείς βελτιώσεις
- 4η Αρχή Συνολική και συστηματική συμμετοχή εργαζομένων
- 5η Αρχή λήψη αποφάσεων με αντικειμενικά κριτήρια (Δερβιτσιώτης, 2001)

1.5.2 Αντικειμενικοί σκοποί της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Οι αντικειμενικοί σκοποί της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας σε μια σύγχρονη διοίκηση προκειμένου να είναι σε θέση να γίνει ποιο αποτελεσματική είναι οι εξής:

- Αύξηση της ικανοποίησης των ατόμων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών
- Διασφάλιση μεγάλη αποτελεσματικότητας του οργανισμού σε σχέση με το κόστος λειτουργίας του
- Αύξηση της ικανότητας της επιχείρησης για καινοτομίες και ευελιξία στις αναγκαίες προσαρμογές
- Βελτίωση της αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού
- Αξιοποίηση νέων τεχνολογιών σε εξοπλισμό, λογισμικό για την ενίσχυση των στρατηγικών στόχων. (Johnson & Omachonu, 1995)

1.6 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην υγεία

Το σύστημα υγείας αντιμετωπίζει αρκετά προβλήματα τα οποία κάνουν το έργο της παροχής φροντίδας αρκετά δύσκολο. Η γενικότερη πρόοδος που σημειώνεται στην ιατρική και την τεχνολογία, η αύξηση των προϋπολογισμών και οι υψηλές προσδοκίες των ασθενών, η γήρανση του πληθυσμού και το περιορισμένο κεφάλαιο, θέτουν συνεχώς νέα διλήμματα. Αναμφίβολα οι αλλαγές στην υγειονομική περίθαλψη απαιτούν περισσότερες καινοτόμες προσεγγίσεις και έγκαιρη δράση. Στην υγειονομική περίθαλψη, οι διοικητικές αποφάσεις γίνονται όλο και πιο περίπλοκες και απαιτητικές. Οι δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης ολοένα και αυξάνονται. Ενώ οι απαιτήσεις για επέκταση της τεχνολογίας ασκούν πιέσεις να βελτιστοποιηθεί η σύνδεση των πόρων με το αποτέλεσμα.

Οι ασθενείς και γενικότερα όλοι οι επαγγελματίες υγείας, έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται όλο και πιο έντονα για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και απαιτούν τη βελτίωση τους. Οι υγειονομικές αρχές απαιτούν τη μέτρηση της ποιότητας καθώς και τη συνεχή βελτίωση της. Για το λόγο αυτό πρέπει να εφαρμόζονται τα εργαλεία

διοίκησης ολικής ποιότητας, όπως αυτά αποτυπώνονται στον τομέα του management αλλά με πρακτική εφαρμογή για τις υπηρεσίες υγείας. Ορισμένες καλές πρακτικές όπως:

- Το σύστημα **just in time** με τη μείωση των αποθεμάτων και με τη συνεχή προσπάθεια απομάκρυνσης απωλειών, βασισμένη στην υψηλή ποιότητα, σε μικρές παρτίδες και ομαδική εργασία.
- Τον ανταγωνισμό με βάση το χρόνο όπου ο χρόνος αποτελεί σημαντικό κριτήριο για τις υπηρεσίες υγείας.
- Οι σύγχρονες τεχνολογίες στην διοίκηση και παραγωγή των υπηρεσιών. Τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας,
- Ο προγραμματισμός εκτέλεσης των εργασιών και ο έλεγχος όλων των λειτουργιών με τη μέθοδο της αξιολόγησης. (Τσιότρας, 1999)

Πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών και ειδικά στον τομέα παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.

1.7 Βασικά εργαλεία ποιότητας

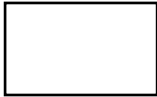



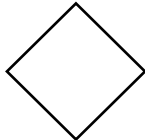

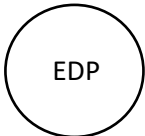
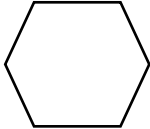
Για να ξεκινήσει σωστά η λειτουργία του προγραμματισμού (πρώτο στάδιο εφαρμογής λειτουργιών διοίκησης) κρίνεται απαραίτητη η χρήση ορισμένων εργαλείων, τα οποία με βάση τη στατιστική ελέγχουν τις διεργασίες που γίνονται στις υπηρεσίες και εντοπίζουν τα προβλήματα που είτε τις καθυστερούν είτε μπορούν να τις βελτιώσουν. Έτσι με τα εργαλεία αυτά οι σύγχρονες διοικήσεις μπορούν να:

- Πραγματοποιούν σωστή διάγνωση της παρούσας κατάστασης και των προβλημάτων που επηρεάζουν την ποιότητα.
- Μετράνε και αναλύουν το χρόνο που χρειάζεται κάθε στάδιο λειτουργίας για την παραγωγή προϊόντος ή υπηρεσίας.
- Διαμορφώνουν τις κατάλληλες λύσεις (Quesenberry, 1997)

Αναλόγως τη φύση και την εμβέλεια του προβλήματος, διαφέρουν οι συνδυασμοί τεχνικών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση της ποιότητας. Σε κάθε περίπτωση τα προβλήματα αναλύονται με την μορφή διαγράμματος με απώτερο σκοπό τον εντοπισμό όλων εκείνων των παραγόντων που συντελούν στη δημιουργία τους. Ορισμένα χρήσιμα εργαλεία στατιστικού ελέγχου διεργασιών είναι τα εξής:

Το **Διάγραμμα ροής**: όπου απεικονίζονται γραφικά τα διαδοχικά στάδια στην παραγωγή; ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Παρουσιάζονται αναλυτικά:

- Οι διαδικασίες παραγωγής της υπηρεσίας, οι απαραίτητες ενέργειες σε διαδοχικές φάσεις ή στάδια. Το ίδιο ισχύει και για τις εσωτερικές διαδικασίες υποστήριξης.
- Οι πληροφορίες, τα υλικά ή εξαρτήματα και τα προϊόντα που περιγράφουν τις εισροές και εκροές μιας διαδικασίας.
- Οι εργαζόμενοι ή τα διοικητικά στελέχη και ο τρόπος με τον οποίο εμπλέκονται σε διαδικασίες για τις επεξεργασίες ή τη λήψη αποφάσεων. (Τσιότρας, 2002)

Πίνακας 1			
	Διαδικασία – Ενέργεια		Εργασία σε τερματικό ή PC
	Εναλλακτική διαδικασία		Έγγραφα – Έντυπα
	Απόφαση – έλεγχος		Ροή Εργασίας
	Μηχανογράφηση		Προετοιμασία

Πίνακας 1 Σχήματα που χρησιμοποιούνται στο διάγραμμα ροής

Το **Ιστόγραμμα**: στο οποίο απεικονίζεται η συχνότητα με την οποία παρατηρείται ένα σύνολο από τις τιμές μιας μεταβλητής που έχει ενδιαφέρον. Με το ιστόγραμμα μαθαίνουμε:

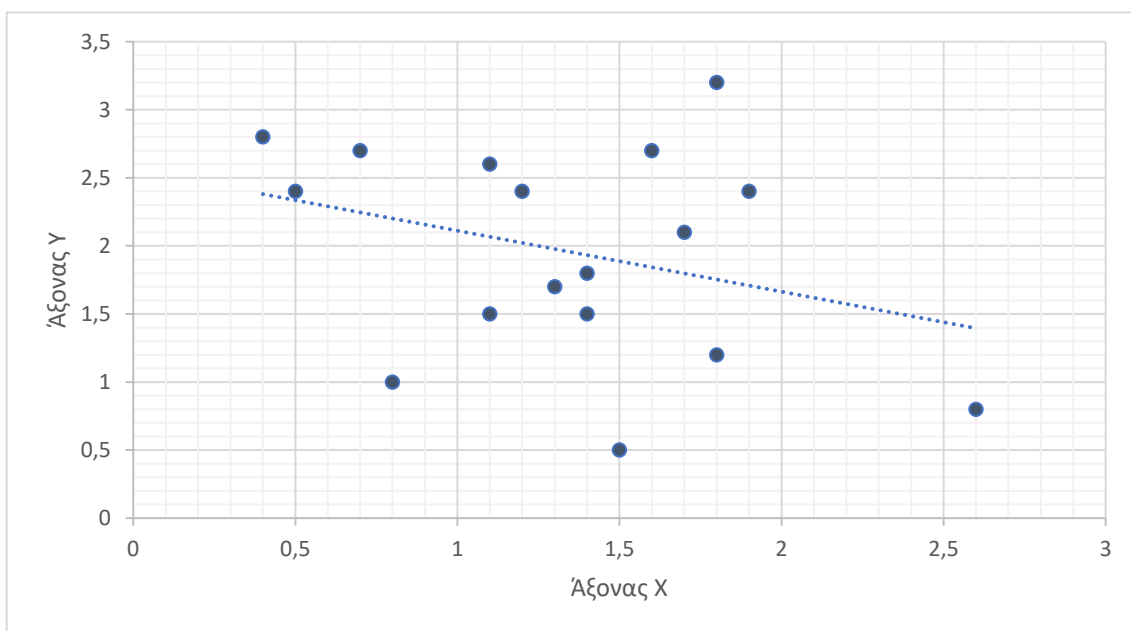
- Αν υπάρχει αισθητή αλλαγή της μεταβλητότητας, των διακυμάνσεων μιας διαδικασίας απ τη μια περίοδο στην άλλη
- Αν από την παρεχόμενη εικόνα μπορούμε να προσδιορίσουμε το βαθμό στον οποίο η διαδικασία ικανοποιεί τις απαιτήσεις πελατών.
- Αν η κατανομή για διαφορετικές τιμές της μεταβλητής είναι ή όχι συμμετρική

Ο **κατάλογος ελέγχου (Check list)**: ο οποίος είναι ένα προσεκτικό δομημένο έντυπο για τη συλλογή και την ανάλυση στοιχείων από άμεση παρατήρηση ή από μέτρηση ορισμένων χαρακτηριστικών. Ο λόγος για τους οποίους γίνεται η χρήση του καταλόγου ελέγχου είναι:

- Η συλλογή στοιχείων για τον προσδιορισμό της συχνότητας κάποιου συμβάντος ή του τρόπου διάθεσης του χρόνου ενός διοικητικού στελέχους ή κάποιου πολύ εξειδικευμένου τεχνικού.
- Η καταγραφή των όσων συμβαίνουν κατά τη λειτουργία μιας διαδικασίας παραγωγής ή παραλαβής υλικών
- Η τυποποίηση μιας σειράς ενεργειών σε μια πολύπλοκη διαδικασία.

Το διάγραμμα διασποράς: το οποίο απεικονίζει τον τρόπο με τον οποίο μια μεταβλητή έχει σχέση με κάποια άλλη. Οι λόγοι για τους οποίους χρησιμοποιείται το διάγραμμα αυτό είναι οι εξής:

- Κατανόηση των επιρροών που ορισμένες μεταβλητές ασκούν σε άλλες
- Η διερεύνηση των αιτιών που δημιουργούν τα προβλήματα στην ποιότητα
- Η διαμόρφωση μιας, όσο γίνεται πληρέστερης, συστημικής εικόνας του υπό μελέτη προβλήματος.

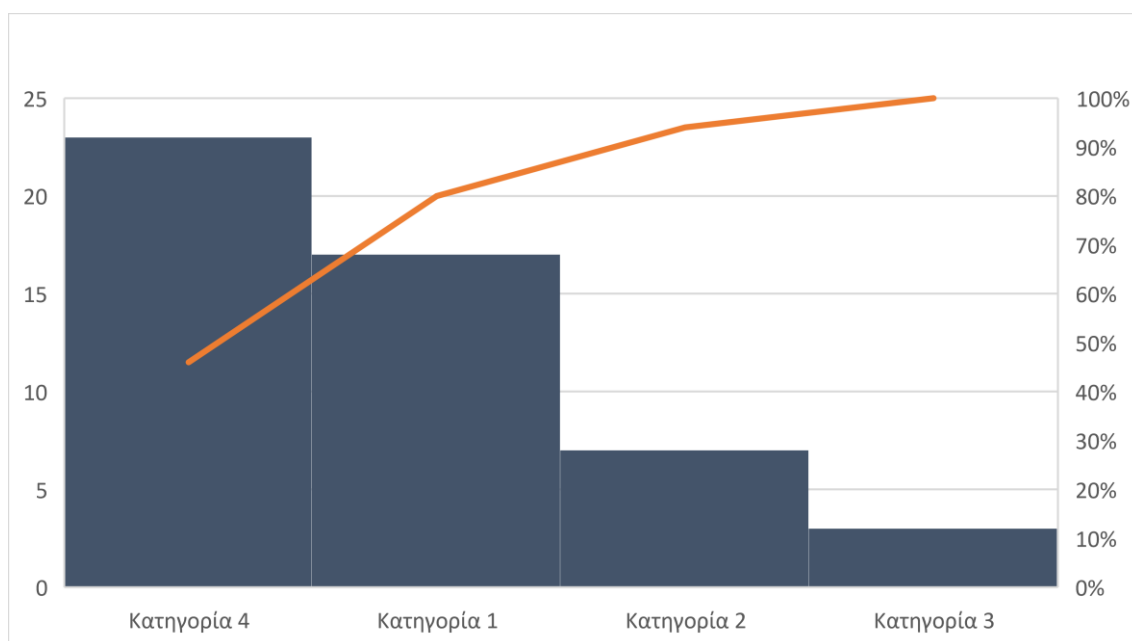


Διάγραμμα 2 Παράδειγμα διαγράμματος διασποράς

Το φύλλο ελέγχου: ο οποίος είναι ένα διάγραμμα που απεικονίζονται οι διακυμάνσεις σε ένα κρίσιμο για την ποιότητα χαρακτηριστικό μιας διαδικασίας. Σε κάθε παραγωγική διαδικασία παρατηρούνται ορισμένες διακυμάνσεις στις υπηρεσίες όσον αφορά τα κρίσιμα για την ποιότητα χαρακτηριστικά. Σε μερικές περιπτώσεις οι διακυμάνσεις αυτές είναι τόσο μεγάλες που καθιστούν την υπηρεσία ελαττωματική. (Ψωμάς & Τσαρουχάς, 2016)

Η **Ανάλυση Pareto**: είναι η ποσοστιαία ταξινόμηση των σφαλμάτων μιας διαδικασίας ανάλογα με τις αιτίες που τα δημιουργούν. Με το διάγραμμα αυτό γίνεται σαφές πως ορισμένοι παράγοντες έχουν δυσανάλογα μεγαλύτερη συμβολή στο τελικό αποτέλεσμα από άλλους. Η ανάλυση Pareto επιτρέπει να προσδιορίσουμε εκείνο το σχετικά μικρό αριθμό αιτιών ή παραγόντων, ως ποσοστό συνήθως 20% που έχει το μεγαλύτερο ποσοστό συμβολής, συνήθως 80%, στο τελικό αποτέλεσμα. Συγκεκριμένα:

- Επικεντρώνεται στα πιο κρίσιμα θέματα κατηγοριοποιώντας τα με βάση την σπουδαιότητα και τη συχνότητα εμφάνισής τους.
- Θέτει σε προτεραιότητα τα προβλήματα ή τις αιτίες που τα προκαλούν έτσι ώστε να είναι αποτελεσματικότερη η επίλυσή τους.
- Αναλύει την επιρροή των αλλαγών πριν και μετά την εμφάνισή τους. (Ψωμάς & Τσαρουχάς, 2016)

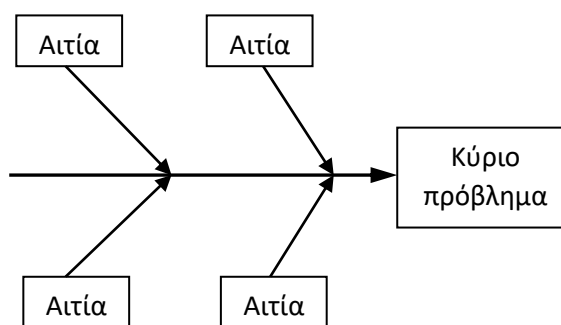


Διάγραμμα 3 Παράδειγμα διαγράμματος Pareto

Το **Διάγραμμα αιτιών – αποτελεσμάτων** γνωστό και ως «**ψαροκόκαλο**» (**Fishbone**): Ιδρυτής του οποίου είναι ο καθηγητής Kaoru Ishikawa του Πανεπιστημίου του Τόκυο με το οποίο γίνεται η απεικόνιση των σημαντικών αιτιών που επηρεάζουν και δημιουργούν το κυρίως πρόβλημα. Η χαρτογράφηση μέσα από το διάγραμμα αιτιών-αποτελεσμάτων, αναδεικνύει όλους εκείνους τους παράγοντες που συμβάλουν στη δημιουργία του προβλήματος. Γεγονός που βοηθάει την εκάστοτε διοίκηση να ανακαλύψει τυχόν παράγοντες στους οποίους δεν είχε εικόνα ότι συντελούν στην δημιουργία του προβλήματος. (Ψωμάς & Τσαρουχάς, 2016)

Βασικές αιτίες που συνθέτουν το πρόβλημα είναι:

- Ο τρόπος διαχείρισης
- Ο ανθρώπινος παράγοντας
- Οι μέθοδοι εργασίας
- Μετρήσεις
- Τεχνολογικός εξοπλισμός
- Υλικά
- Περιβάλλον



Διάγραμμα 4 Διάγραμμα fishbone

1.8 Σύγχρονη Διοίκηση στις Μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Η σύγχρονη διοίκηση στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας πέραν της βασικής λειτουργίας επίλυσης και εντοπισμού προβλημάτων που πρέπει να μπορεί να κάνει θα πρέπει επίσης να έχει:

- 1) Το ενδιαφέρον και την ευαισθησία που συνοδεύουν κάθε πρόβλημα υγείας.
- 2) Την κατάσταση συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας.
- 3) Την έντονη και καθολική απαίτηση για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.
- 4) Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας.
- 5) Τις προσδοκίες της κοινωνίας (Κουτούζης, et al., 1999)

Στόχος αυτής της νέας πολιτικής είναι να καθιερωθεί μια αμφίδρομη ενημέρωση και επικοινωνίας, ανταλλαγής εμπειριών και απόψεων, που θα θέσει τις βάσεις για μία νέα σύγχρονη διοίκηση στον κλάδο της υγείας, σε ένα περιβάλλον που εξελίσσεται συνεχώς και απαιτεί νέα επιστημονικά δεδομένα και ικανότητες για τη λήψη αποφάσεων. Για το λόγο αυτό το Health Management ορίζεται σαν μία εφαρμογή του Management - σύγχρονη διοίκηση, στον κλάδο της υγείας.

Με την εφαρμογή της σύγχρονη διοίκησης στις μονάδες υγείας εξασφαλίζεται η εύρυθμη λειτουργία, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα, καθώς τηρείται ό έλεγχος και η οικονομία, δύο στοιχεία απαραίτητα για την αντιμετώπιση των σύγχρονων καθημερινών προβλημάτων.

1.9 Συστήματα Πιστοποίησης Ποιότητας στον τομέα της Υγείας

Επίσης σημαντικό εργαλείο του Management στις επιχειρήσεις και κατ' επέκταση του Health Management είναι τα συστήματα πιστοποίησης ποιότητας. Είναι διεθνώς αναγνωρισμένα πιστοποιητικά τα οποία αποδεικνύουν την ύπαρξη πρακτικών και λειτουργιών με βάση τα διεθνή πρότυπα, όπου πιστοποιούν έναν τομέα ή μια διαδικασία για την ορθή λειτουργία του. Στην περίπτωση παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας έχουμε τα εξής πιο γνωστά πιστοποιητικά:

- 1) Το πρότυπο Πιστοποίησης ISO 9001:2015 (Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας)
- 2) Το πρότυπο Πιστοποίησης ISO 22000:2005 (Σύστημα Διαχείρισης Ασφάλειας Τροφίμων)

Τα δύο αυτά πρότυπα πιστοποίησης ποιότητας αποτελούν μέρος της σύγχρονης διοίκησης και τα επιλέγουν ολοένα και περισσότερες επιχειρήσεις παροχής υγείας. Είτε ιδιωτικές κλινικές είτε κέντρα αποκατάστασης είτε δομές που εξυπηρετούν ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

1.9.1 Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας (ΣΔΠ) ISO 9001:2015

Το πρότυπο ISO 9001:2015 περιγράφει γενικά το πλαίσιο οργάνωσης μιας Επιχείρησης ή Οργανισμού και τη σχέση της με τους προμηθευτές και τους αποδέκτες των προϊόντων ή υπηρεσιών της, ώστε να επιτυγχάνεται:

- Σταθεροποίηση των υλοποιούμενων διεργασιών (δραστηριοτήτων)
- Συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Αύξηση της παραγωγικότητας
- Ανάπτυξη των δεξιοτήτων του προσωπικού
- Μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των πελατών, αποδεκτών, χρηστών των προϊόντων ή υπηρεσιών του Οργανισμού.

Για την οικοδόμηση ενός Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας, καταρτίζεται και ακολουθείται ένα δομημένο πρόγραμμα εργασίας, στη βάση των αρχών του Management, με τελικό στόχο την πιστοποίηση του Οργανισμού. Το πρόγραμμα αυτό απαρτίζεται συνοπτικά από τις ακόλουθες φάσεις:

- Αρχική ανάλυση και διάγνωση.
- Ανάπτυξη και τεκμηρίωση του ΣΔΠ (πολιτική ποιότητας, διαδικασίες, οδηγίες, έντυπα, εγχειρίδιο ποιότητας).
- Περιγραφή αρμοδιοτήτων και ευθυνών των κρίσιμων θέσεων εργασίας
- Καθιέρωση δεικτών και μετρήσεων σχετικά με τις ιδιαίτερες λειτουργίες του Οργανισμού.
- Δοκιμαστική λειτουργία του ΣΔΠ.
- Εσωτερικές επιθεωρήσεις.
- Ανασκόπηση του ΣΔΠ και προετοιμασία της επιθεώρησης από τον Φορέα Πιστοποίησης.
- Πιστοποίηση του Οργανισμού.

1.9.2 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα από την εφαρμογή του ISO 9001:2015

Τα οφέλη που αποκομίζονται από την πρακτική εφαρμογή του ISO είναι τα εξής:

- Βελτιστοποίηση των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας
- Ελαχιστοποίηση πιθανότητας εμφάνισης δυσμενών περιστατικών
- Αύξηση παραγωγικότητας και μείωση λειτουργικού κόστους
- Αύξηση της ικανοποίησης των πελατών
- Αποσαφήνιση υπευθυνοτήτων και μεθόδων εργασίας
- Εντοπισμός και αξιοποίηση ευκαιριών για βελτίωση
- Βελτίωση συνθηκών εργασίας
- Ισχυροποίηση της θέσης αγοράς και αύξηση διαπραγματευτικής δύναμης
- Βέλτιστη ικανοποίηση νομοθετικών και κανονιστικών απαιτήσεων
- Ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων από την λειτουργία των νοσοκομείων στο περιβάλλον

Τα μειονεκτήματα που εντοπίζονται από την εφαρμογή του ISO 9001:2015 είναι τα εξής:

- Εμπλέκει αρκετή γραφειοκρατία
- Είναι χρονοβόρα και επίπονη διαδικασία εκμάθησης και υιοθέτησης της ιδεολογίας και των τεχνικών που χρησιμοποιεί το πρότυπο
- Δημιουργεί ανακατατάξεις στον μέχρι τώρα εργασιακό ρυθμό λόγω της καθιέρωσης περιγραφής θέσεων εργασίας

- Είναι πιθανό να επιφέρει ανεπιθύμητο φόρτο εργασίας
- Χαρακτηρίζεται από υψηλό κόστος για την υλοποίηση του και απαιτεί αναδιοργάνωση του οργανισμού και εκπαίδευση του προσωπικού. (Abuhav, 2017)

1.9.3 Το πρότυπο πιστοποίησης ISO 22000:2005

Το Σύστημα Διαχείρισης Ασφάλειας Τροφίμων (ΣΔΑΤ) κατά το πρότυπο ISO 22000 είναι το πλέον πιο διαδεδομένο σύστημα διαχείρισης τροφίμων, περιλαμβάνει την έννοια του HACCP (Hazard Analysis & Critical Control Points), την εφαρμογή της σχετικής με το κάθε είδος τροφίμου νομοθεσίας, ενώ ο τρόπος σχεδιάσής του το καθιστά συμβατό με άλλα πρότυπα συστημάτων διαχείρισης όπως τα ISO 9001 και ISO 14001, ώστε να είναι δυνατή η ενοποίηση διαφορετικών συστημάτων διαχείρισης σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης. Σκοπός του είναι μέσω της αναγνώρισης, αξιολόγησης και ανάλυσης όλων των σταδίων της διαδικασίας παραγωγής, στον αποτελεσματικό έλεγχο και πρόληψη όλων των πιθανών κινδύνων, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί ή να μειωθεί σε αποδεκτά επίπεδα η παρουσία τους. Είναι ένα πρότυπο που δρα προληπτικά και δεν εξετάζει ποιοτικά χαρακτηριστικά, αλλά εστιάζει στην ασφάλεια των τροφίμων. Βασικά στοιχεία του προτύπου είναι:

- Η ύπαρξη βασικών συνθηκών και δραστηριοτήτων για τη διατήρηση κατάλληλου υγιεινού περιβάλλοντος (καθαριότητα, εξοπλισμός, κτιριακές εγκαταστάσεις, συνθήκες θερμοκρασίας)
- Η καθιέρωση διαδικασιών για την αποτελεσματική διαχείριση και επικαιροποίηση του συστήματος μέσω τυποποιημένων διαδικασιών και εκπαίδευσης του προσωπικού.
- Η αποτελεσματική επικοινωνία των επιχειρήσεων στην αλυσίδα των τροφίμων με προμηθευτές, καταναλωτές, συμβούλους, αρμόδιες αρχές και κάθε οργανισμό που μπορεί να επηρεάζει το σύστημα διαχείρισης της επιχείρησης

Σημειώνεται ότι: Η πιστοποίηση ελέγχου ποιότητας και διαχείρισης, στις επιχειρήσεις τροφίμων & ποτών και σε συνέχεια στις ιδιωτικές κλινικές που διαχειρίζονται τρόφιμα για τους ασθενείς τους, είναι υποχρεωτική, βάσει του προβλεπόμενου νομοθετικού & κανονιστικού πλαισίου το οποίο καλύπτεται και από το ISO 22000:2005. Μέχρι τώρα οι

εταιρίες λαμβάναν πιστοποίηση HACCP οι οποίες καλύπτονταν σε μεγάλο βαθμό στον έλεγχο και διαχείριση των τροφίμων και των πρώτων υλών αυτών (Ν.2741, 1999)

Συγκριτικά με το HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points) που είναι αντίστοιχο σύστημα για την διαχείριση τροφίμων το νέο πρότυπο ISO 22000 κάνει άμεση αναφορά στην ικανοποίηση των αιτημάτων για ασφάλεια των τροφίμων όχι μόνο των διαφόρων κρατικών υπηρεσιών (Υγειονομικές και Κτηνιατρικές Υπηρεσίες) αλλά και στον ασθενή.

1.9.4 HACCP και ISO 22000:2005

Το ISO 22000 είναι το διεθνές πρότυπο για τη διαχείριση της ασφάλειας των τροφίμων, που μπορεί να εφαρμοσθεί σε οποιοδήποτε οργανισμό στην διατροφική αλυσίδα. Βασίστηκε πάνω σε υφιστάμενα εθνικά πρότυπα όπως το ισχύον Ελληνικό Πρότυπο ΕΛΟΤ 1416:2000 «Σύστημα διαχείρισης της ασφάλειας των τροφίμων – Ανάλυση κινδύνων και κρίσιμα σημεία ελέγχου (HACCP)» και στις εμπειρίες της εφαρμογής τους. Οι διαφορές του ISO 22000:2005 με το HACCP είναι:

- Η συμπερίληψη όλων των επιχειρήσεων που ασχολούνται με διαχείριση τροφίμων.
- Η συμπερίληψη στους κινδύνους που απαιτούν έλεγχο και των κινδύνων που διαχειρίζονται με CCP (κρίσιμα σημεία ελέγχου). Στην πράξη, ο έλεγχος πραγματοποιείται με συνεχή παρακολούθηση ή με επαρκή συχνότητα για έγκαιρη επέμβαση διορθωτικών ενεργειών, καθώς και μέσω προ απαιτούμενων προγραμμάτων
- Η πρόβλεψη διαδικασιών ανταπόκρισης σε έκτακτα περιστατικά, για την αντιμετώπιση κινδύνων που συνήθως δεν περιλαμβάνονται στην ανάλυση των κινδύνων, όπως από φυσικές καταστροφές, περιβαλλοντική επιβάρυνση κ.ο.κ.
- Η προσθήκη απαιτήσεων για εξωτερική επικοινωνία, ανάμεσα στις επιχειρήσεις της αλυσίδας τροφίμων, καθώς και με αρχές και οργανισμούς σχετικούς με την ασφάλεια των τροφίμων, πέραν των απαιτήσεων για εσωτερική επικοινωνία
- Η εναρμόνιση με άλλα πρότυπα για συστήματα διαχείρισης.

Το πρότυπο ISO 22000 δεν είναι απλά ένα σύστημα διαχείρισης της ασφάλειας των τροφίμων, αλλά περιλαμβάνει ως ένα τμήμα του το σύστημα HACCP και δεν αποτελεί τη συνέχεια του. Γι' αυτό το λόγο προτιμάται από το σύνολο των επιχειρήσεων που κάνουν διαχείριση τροφίμων, ακόμα και από τις υπηρεσίες υγείας όπως: ιδιωτικές κλινικές, κέντρα αποκατάστασης κ.ο.κ. (Arvanitoyannis, 2009)

1.9.5 Γιατί επιλέγεται το ISO 22000:2005 αντί του HACCP

Υπάρχει συνεχώς η διαφορά και το ερώτημα για ISO ή HACCP και συνήθως κρίνεται στην πρακτική εφαρμογή που μπορεί να έχει από κάθε επιχείρηση ή πάροχο υπηρεσιών υγείας τα κύρια στοιχεία όμως που διακρίνουν το ISO 22000:2005 και αυτό που κάνει τους περισσότερους να το επιλέγουν είναι τα εξής:

- Είναι συμβατό με άλλα Πρότυπα διαχείρισης όπως το EN ISO 9001:2015
- Είναι αποδεκτό παγκοσμίως.
- Αποτελεί κοινή βάση αναφοράς σε επιθεωρήσεις.
- Μπορεί να πιστοποιηθεί.
- Αυξάνει την εμπιστοσύνη στους πελάτες/ ασθενείς της.
- Παρέχει την δυνατότητα στην εταιρία να τεκμηριώνει τη συμμόρφωσή της με τις αμοιβαίως συμφωνημένες απαιτήσεις πελατών.
- Διασφαλίζει την ασφαλή διαχείριση και διάθεση των τροφίμων
- Δεν μπορεί να αμφισβητηθεί και μπορεί να επιβεβαιωθεί οποιαδήποτε στιγμή από οποιονδήποτε.
- Η μη εφαρμογή του καλυπτόταν μερικώς από περιορισμένης εφαρμογής πιστοποιήσεις κατά HACCP, από τον ΕΛΟΤ, τον ΕΦΕΤ και άλλους ελεγκτικούς φορείς, οι οποίοι δεν χαίρουν καθολικής αποδοχής.
- Στοχεύει στη μείωση του οικονομικού κόστους εφαρμογής του ΣΔΑΤ μέσω εκλογικευμένης, ορθής πρακτικής
- Ενσωματώνει και βρίσκεται σε πλήρη αρμονία με υγιείς πρακτικές του παρελθόντος, τα οποία θεωρούνται προαπαιτούμενα
- Σε μελλοντική μεταρρύθμιση των απαιτούμενων πιστοποιητικών ενδεχομένως να ενθαρρυνθεί ή να επιβληθεί με νομικό πλαίσιο η εφαρμογή του από την ΕΕ, όπως συνέβη με το HACCP

1.10 Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων (Human Resources)

Ένα άλλο εργαλείο στη σύγχρονη διοίκηση και κατ' επέκταση βασικό εργαλείο στο Health Management είναι η διοίκηση ανθρωπίνου δυναμικού ή ανθρωπίνων πόρων (Human resources). Δεν γίνεται λόγος για σύγχρονη επιχείρηση αν δεν υπάρχει μέσα της ο τομέας του HR. Με λίγα λόγια η Διοίκηση ανθρωπίνου δυναμικού είναι ένα ξεχωριστό κομμάτι της επιχείρησης και ασχολείται αποκλειστικά με τις πρακτικές και πολιτικές

εκείνες που ασκούνται στο προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα σε μια τέτοια θέση ο μάνατζερ και η ομάδα της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων, ασχολείται με θέματα που αφορούν αποκλειστικά τους εργαζόμενους τα οποία είναι:

1. Η **ανάλυση εργασίας** (Job description) Περιγράφει αναλυτικά την εκάστοτε θέση εργασίας με το αντίστοιχο καθήκοντολόγιο προκειμένου να αποδώσει σε μέγιστο βαθμό ο εργαζόμενος και να είναι σαφές και κατανοητό απ την αρχή της πρόσληψής του. Η ανάλυση εργασίας γίνεται σε δύο στάδια με την περιγραφή της εργασίας και την προδιαγραφή της εργασίας:
 - Στην περιγραφή της εργασίας αναλύεται το τι γίνεται και σε ποιο φυσικό χώρο και το πώς γίνεται. Προσδιορίζονται τα καθήκοντα, με τις υποχρεώσεις, τις απαιτούμενες δεξιότητες και τις ευθύνες, ενώ στο τέλος ορίζεται ενδεικτικά μια αναμενόμενη πρότυπη απόδοση.
 - Στην προδιαγραφή της εργασίας: βάσει των πληροφοριών και των δεδομένων που έχουν προκύψει από την περιγραφή της θέσης, συντάσσεται ένας κατάλογος με τις γνώσεις και τις δεξιότητες, ταυτόχρονα με τις ικανότητες και τα στοιχεία προσωπικότητας που απαιτούνται από ένα άτομο για να εκτελέσει επιτυχώς την εκάστοτε εργασία. (Μπιτσάνη, 2006)
2. Η **εύρεση των υποψηφίων εργαζομένων βάσει σχεδιασμού αναγκών**. Αφού έχει προηγηθεί ή ανάλυση της θέσης εργασίας σε αυτό το στάδιο ο μάνατζερ γνωρίζοντας τις ανάγκες της επιχείρησης στοχεύει συγκεκριμένες κατηγορίες υποψηφίων που να έχουν τα προσόντα και να μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις.
3. Η **σωστή επιλογή των εργαζομένων** για τις θέσεις εργασίας. Αυτό πραγματοποιείται με διάφορα «εργαλεία» για έναν μάνατζερ τα οποία μπορεί να είναι: μια προκαταρκτική εξέταση-συνέντευξη, ένα τεστ ικανοτήτων, συλλογή συστάσεων από προηγούμενους εργοδότες κ.ο.κ. Ακολουθώντας μια διαδικασία για την επαλήθευση των πληροφοριών που έχουν συλλεχθεί και με βάσει την εικόνα που δόθηκε στην αρχική συνέντευξη. Ο εκάστοτε μάνατζερ προβαίνει στην επιλογή του εργαζομένου που θεωρεί ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες για τη θέση εργασίας. (Χυτήρης, 2001)
4. Η **εκπαίδευσή των εργαζομένων**, το οποίο είναι ένα βασικό εργαλείο για κάθε επιχείρηση να είναι το προσωπικό εκπαιδευμένο κατάλληλα και ενημερωμένο σε οτιδήποτε χρειάζεται να ανταποκριθεί. Φυσικά αυτό έχει διπλό αντίκτυπο το ένα

είναι να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή απόδοση μέσω της εκπαίδευσης του εργαζομένου και το άλλο είναι η προσωπική ανάπτυξη του εργαζομένου σαν επαγγελματία. Αποκτά γνώσεις και δεξιότητες μέσα από τη δουλειά του τις οποίες αργότερα θα μπορεί να χρησιμοποιήσει και σε άλλη εργασία. (De Cenzo & Robbins, 1996)

5. Η **διαχείριση των αμοιβών** όπου καθορίζονται ανάλογα με τη θέση, την ευθύνη, τις κατηγορίες των εργαζομένων, τα ωράρια εργασίας και κινούνται στα πλαίσια της αγοράς. Απαιτείται ειδικό σχέδιο μισθών ή ημερομισθίων το οποίο να εξασφαλίζει μια σχετικά σταθερή σχέση ανάμεσα στην αμοιβή και την πραγματική απόδοση στην εργασία.
6. Η **παροχή κινήτρων (motivation)** η οποία αφορά είτε χρηματοοικονομικά κίνητρα τα οποία μπορεί να είναι κάποια ατομικά ή ομαδικά βραβεία, κάποια αμοιβή με βάση την αποδοτικότητα ή το χρόνο εκτέλεσης εργασίας κ.ο.κ. Είτε εργασιακά κίνητρα όπως: αναβάθμιση θέσης εργασίας, ανανέωση σύμβασης με μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κ.ο.κ. (Χυτήρης, 2001)
7. Η **διαχείριση των εργασιακών σχέσεων** και αφορά κυρίως τον τρόπο με τον οποίο συνεργάζονται μεταξύ τους οι υπάλληλοι, την στάση που πρέπει να κρατάει ο προϊστάμενος προς τον υφιστάμενο. Τον βαθμό ελευθερίας που μπορεί να έχει κάθε υπάλληλος για να αποφευχθούν οι συγκρούσεις και τα παράπονα. Καθώς και η παρακίνηση για την ομαδική εργασία και την συλλογική απόδοση, με σκοπό ο υπάλληλος να αισθάνεται χρήσιμος και κομμάτι της ομάδας στην συλλογική απόδοση.
8. Η **ασφάλειά και η ηθική αντιμετώπιση των εργαζομένων**. Σε αυτό το κομμάτι το οποίο ίσως είναι και ένα από τα πιο κρίσιμα. Η ασφάλεια αποτελεί σημαντικό παράγοντα, τόσο για τον εργαζόμενο όσο και για την ίδια την επιχείρηση. Έχει ανάγκη ο εργαζόμενος να αισθάνεται ασφαλής αν θέλει ένας μάνατζερ να λάβει το 100% της απόδοσής του. Όπως επίσης έχει ανάγκη η επιχείρηση να γνωρίζει πως το περιβάλλον στο οποίο εργάζονται οι υπάλληλοί της είναι ασφαλές και δεν διατρέχει κανέναν κίνδυνο από εργατικό ατύχημα. Επίσης στο κομμάτι της ηθικής αντιμετώπισης των εργαζομένων και εδώ οφείλει ο μάνατζερ να ελέγχει την κατάσταση με τη μορφή αξιολόγησης όχι μόνο από τους προϊσταμένους προς τους υφισταμένους αλλά και αντίστροφα. Κανένας εργαζόμενος δεν θέλει να εργάζεται με συνθήκες δύσκολες ή υποτιμητικές προς το πρόσωπό του και αντίστοιχα καμία επιχείρηση δεν θέλει να έχει τέτοιες συμπεριφορές από υψηλόβαθμα στελέχη προς τους εργαζομένους της. (Cole, 2002)

9. Η **διαχείριση παραπόνων – προβλημάτων**. Συχνά δημιουργούνται προβλήματα μεταξύ των εργαζομένων με απώτερο σκοπό την ανάδειξη κάποιου προσωπικού προβλήματος, την αλλαγή θέσεως εργασίας, την υποβίβαση κ.ο.κ. Όλα αυτά τα προβλήματα και τα παράπονα που γίνονται καθημερινά από τους εργαζομένους για τους αντίστοιχους συναδέλφους τους, ο μάνατζερ θα πρέπει να είναι σε θέση να τα επιλύσει και βάσει των στοιχείων που έχει και να μπορέσει να τα εξαλείψει στο μέλλον. Συνήθως μέσα σε όλα αυτά τα προβλήματα περιλαμβάνονται: ο αλκοολισμός, η χρήση παραισθησιογόνων ναρκωτικών ουσιών, ψυχολογικά προβλήματα ακόμα και οικονομικά προβλήματα. Αξίζει να αναφερθεί ότι στο εξωτερικό υπάρχουν προγράμματα όπως το Employee Assistance program (EAPs) το οποίο ασχολείται με τέτοια θέματα που αφορούν τους εργαζομένους. (Byars & Rue, 1997)
10. Η αξιολόγηση των εργαζομένων, όπου εδώ πλέον καθορίζεται η αποδοτικότητα όχι μόνο του εργαζομένου αλλά και της ίδιας της επιχείρησης. Βάσει της αξιολόγησης διορθώνονται πολλά λάθη και οι εργαζόμενοι μαθαίνουν και αποφεύγουν τα λάθη τους. Η αξιολόγηση μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους είτε με τη μορφή βαθμολογικής κλίμακας (ranking system) είτε με το βαθμό απόδοσης σε χρόνο εκτέλεσης υπηρεσιών, παραγωγής, συνεργασίας με συναδέλφους κ.ο.κ. (Dessler, 2013)

Ο Τομέας της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων, δίνει την δυνατότητα σε κάθε επιχείρηση να αξιοποιεί τους εργαζόμενους της ώστε να παίρνει το μεγαλύτερο δυνατό κέρδος από τις ικανότητες τους, ενώ παράλληλα οι εργαζόμενοι ανταμείβονται τόσο οικονομικά, όσο και ψυχολογικά για τις επιδόσεις τους. Βασίζεται κυρίως σε τεχνικές και εργαλεία από τον τομέα της ψυχολογίας, αλλά και σε τεχνικές της «διοίκησης προσωπικού». Δίνει προτεραιότητα στην ικανοποίηση των αναγκών του προσωπικού και εφαρμόζονται κανόνες και διεργασίες που διέπουν τις σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων και της επιχείρησης.

Σύμφωνα με τη Θεωρία των Πόρων και των Ικανοτήτων (Resource Based View Theory), το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα μιας επιχείρησης απορρέει από τις ικανότητες και τους πόρους που διαθέτει η επιχείρηση, οι οποίοι όμως δεν μπορούν να αντιγραφούν από τους ανταγωνιστές. Τέτοιου είδους πόροι και ικανότητες αποτελούν οι διοικητικές και ηγετικές ικανότητες της επιχείρησης, οι εταιρικές διαδικασίες και τα συστήματα, οι πληροφορίες και η γνώση που ελέγχει. (Barney, et al., 2001)

1.10.1 Στόχοι της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων

Η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων παρ' όλο που ασχολείται κατά κύριο λόγο με το προσωπικό και τις επιδόσεις του δεν παύει να είναι ένα εργαλείο στο Health Management το οποίο έχει στόχους και επιθυμητά αποτελέσματα. Οι πέντε βασικοί στόχοι που πρέπει να εκπληρώσει η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων έχουν ως εξής:

1. Βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας
2. Αύξηση της ανταγωνιστικότητας του οργανισμού
3. Τήρηση των Νομικών και Κοινωνικών Υποχρεώσεων
4. Ανάπτυξη του προσωπικού σε προσωπικό και ομαδικό επίπεδο
5. Επίτευξη των στόχων της επιχείρησης ή του οργανισμού. (DeNisi & Griffin, 2007)

Επίσης μέσα στους στόχους εντάσσονται και η δημιουργία αισθήματος αφοσίωσης στους εργαζομένους, η ενίσχυση της Οργανωσιακής κουλτούρας, η δημιουργικότητα και η καινοτομία αλλά και η επικοινωνία εντός και εκτός της επιχείρησης. Οι στόχοι αυτοί αποτελούν το γενικότερο ρόλο αυτού του είδος διοίκησης ο οποίος είναι υποστηρικτικός, συμβουλευτικός, εκτελεστικός και εποπτικός. (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003)

Κεφάλαιο 2^ο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

2.1 Ιστορική εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Οι πρώτες προσπάθειες παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης ξεκινούν από τη σύσταση του ελληνικού κράτους με τη θέσπιση του θεσμού του επαρχιακού ιατρού το 1852, ενώ στις αστικές περιοχές λειτουργούν ήδη τα πρώτα νοσοκομεία της χώρας. Εξίσου σημαντική είναι η ίδρυση της πολυκλινικής Αθηνών το 1903, η οποία παρείχε σημαντικό έργο στο χώρο της υγείας, καθώς και του γραφείου Δημόσιας Υγείας στη Θεσσαλονίκη το 1915 με το Ν. 582 Το 1937 με τον Ν. 965 η χώρα αποκτά τα πρώτα πολυιατρεία στις πόλεις και υγειονομικούς σταθμούς στις αγροτικές κοινότητες, ενώ με το Ν.3487/1955 προβλέπεται η σύσταση ενός ικανού αριθμού αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών και δημιουργείται ένα δίκτυο παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της υπαίθρου (Αλεξιάδου, et al., 2008, pp. 106-110)

Παράλληλα, το 1836 οργανώνεται και ο τομέας της κοινωνικής ασφάλισης με τη σύσταση του πρώτου ασφαλιστικού ταμείου, του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (ΝΑΤ), και αρχή λειτουργίας το 1861. Το 1834 ψηφίζεται ο Ν. 6298 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων», ενώ το 1935 καθιερώνεται η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ). Την ίδια περίοδο ιδρύεται το Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων (ΤΑΕ) και το Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών (ΤΕΒΕ), ενώ το 1861 η ασφαλιστική προστασία επεκτείνεται και στον αγροτικό πληθυσμό με τον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ). Η λειτουργία του ΙΚΑ άρχισε την 1.1.1937, αλλά η χορήγηση παροχών ρυθμίστηκε το 1951 με τον Νόμο 1846/51, ο οποίος με τις διαδοχικές του τροποποιήσεις συνέθεσε και το θεσμικό πλαίσιο του φορέα. Όλα αυτά τα χρόνια ανέπτυξε δικές του μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας στις οποίες παρείχε δωρεάν περίθαλψη στους ασφαλισμένους του μέχρι πρόσφατα, ενώ οι δικαιούχοι των ασφαλιστικών φορέων που δεν διέθεταν δικές τους υπηρεσίες υγείας καλύπτονταν μέσω συμβάσεων με ιδιωτικά σχήματα και ιατρούς. Αναμφισβήτητα η πρώτη ολοκληρωμένη προσπάθεια για τη συγκρότηση ενιαίας ΠΦΥ γίνεται με το Ν. 1397/1983 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας» με τον οποίο η χώρα αποκτά ένα οργανωμένο σύστημα υγείας, στο οποίο έχουν όλοι οι πολίτες ίση και δωρεάν πρόσβαση. Στο πλαίσιο του ΕΣΥ προβλέπονταν η δημιουργία αστικών και μη αστικών κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων, τα οποία ως αποκεντρωμένες μονάδες των οικείων νοσοκομείων θα αναλάμβαναν την παροχή της ΠΦΥ. Επιπρόσθετα, ο Ν. 1397 προέβλεπε την ένταξη των

ιατρείων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στο Ε.Σ.Υ. και τη δημιουργία ειδικού λογαριασμού για την κάλυψη των δαπανών υγείας από τα ασφαλιστικά ταμεία. Τα αστικού τύπου κέντρα υγείας, η ένταξη των ιατρείων των ταμείων και ο κοινός ειδικός λογαριασμός δεν κατάφεραν να εφαρμοστούν. Ακολούθησε πλήθος μεταγενέστερων νόμων που σκοπό είχαν τη βελτίωση του ΕΣΥ και περιείχαν σημαντικές διατάξεις για την αναδιοργάνωση της ΠΦΥ, η πλειοψηφία των οποίων όμως δεν εφαρμόστηκε ποτέ. Στην ουσία, η διαφοροποίηση των νομοθετικών ρυθμίσεων περιορίστηκε στη διοικητική οργάνωση της ΠΦΥ, η οποία συνέχισε όλα αυτά τα χρόνια να παρέχεται κατακερματισμένη (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012)

Τα τελευταία χρόνια η χαμηλή χρηματοδότηση που υπάρχει στον τομέα της υγείας, σε συνδυασμό με την ανεργία και τις σημαντικές αρνητικές επιδράσεις της στην υγεία, και την αυξημένη ζήτηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης, οδήγησε σε μία ακόμα προσπάθεια οργάνωσης του συστήματος υγείας στη χώρα μας. (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010)

Το 2011 γίνεται ένα ακόμα σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα με τον Ν.3918/2011 με τον οποίο ιδρύεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Στον ΕΟΠΥΥ εντάσσονται αρχικά τα τέσσερα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ) με τους κλάδους υγείας τους δημιουργώντας ένα ενιαίο δίκτυο παροχής υπηρεσιών. Ένα από τα αδύνατα σημεία του ΕΟΠΥΥ αφορά στο γεγονός ότι ήταν την ίδια στιγμή αφ' ενός φορέας παροχής υπηρεσιών (με τα πολυιατρεία του ΙΚΑ) και αφ' ετέρου φορέας αγοράς αυτών των υπηρεσιών (με τους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων). Επίσης ενώ κάλυπτε τους ασφαλισμένους των τεσσάρων ταμείων, οι κλάδοι υγείας των οποίων εντάχθηκαν σε αυτόν άφηνε εκτός ένα, όχι αμελητέο, ποσοστό του πληθυσμού (άποροι, μετανάστες, μειονεκτικές κοινωνικές ομάδες, ανασφάλιστοι). (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012)

Μία ακόμα κίνηση που έγινε μετά την ενοποίηση των ταμείων στον ΕΟΠΥΥ είναι αυτό της ύπαρξης δύο υποσυστημάτων παροχής ΠΦΥ, δημόσιου χαρακτήρα, τα οποία απευθύνονταν στο συνολικό πληθυσμό της χώρας αποτελούμενα από τα κέντρα υγείας και τα πρώην πολυιατρεία του ΙΚΑ. (Ποτήρης & Σαράφης, 2014)

Το κενό αυτό έρχεται να καλύψει η πλέον πρόσφατη παρέμβαση στο χώρο της ΠΦΥ, η σύσταση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) με το Ν. 4238/2014. Σύμφωνα με τον νόμο αυτόν τα Κέντρα Υγείας της χώρας, με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά και

Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) και οι Μονάδες Παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε) ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους και αποτελούν τις Δημόσιες Δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. Ο νόμος περιλαμβάνει και την αλλαγή σκοπού του ΕΟΠΥΥ ο οποίος ως ενιαίος ασφαλιστικός φορέας είναι πλέον αγοραστής και όχι πάροχος υπηρεσιών υγείας (Ν.4238, 2014)

2.2 Τί είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας

Σύμφωνα με τον Ν. 4486/2017 Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) ορίζεται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του. (Ν.4486, 2017)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα είναι το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας της χώρας. Λειτουργεί ως «φίλτρο» των περιστατικών που έρχονται σε αυτό πριν προωθηθούν στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012) Είναι το σύνολο αυτό των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδας. (Κυριόπουλος, 1995)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι πιο αποδοτική και οικονομική σε σχέση με την καταπολέμηση της ασθένειας σε Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η πρώτη φροντίδα αυτή που παρέχεται καλύπτει κυρίως την προσπάθεια εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων της ασθένειας (Πρωτογενής πρόληψη) καθώς και την πρόωπη και έγκαιρη διάγνωσή της. Είναι το σημείο που ασκείται η προληπτική ιατρική με στόχο τη βελτίωση της υγιεινής στον πληθυσμό ευθύνης, την ελαχιστοποίηση των ατυχημάτων και την ενημέρωση αλλά και εκπαίδευση ατόμων με ειδικές ανάγκες. (Κυριόπουλος, 1995)

Τις υπηρεσίες αυτές εκτελούν ιατροί ειδικότητας γενικού ιατρού ή οικογενειακού ιατρού αλλά και από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Συμμετέχουν ταυτόχρονα νοσηλευτές,

βοηθοί νοσηλευτών, φυσιοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας και κοινωνικοί λειτουργοί. Οι γιατροί δύναται να προσφέρουν αυτές τις υπηρεσίες πέρα από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων της χώρας και σε κέντρα υγείας, πολυιατρεία, και πολυκλινικές. Αξίζει να αναφερθεί ότι η ομάδα των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ονομάζεται και «ομάδα υγείας». (Θεοδώρου, et al., 2001)

2.3 Ποιες υπηρεσίες περιλαμβάνει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

- 1) Τις υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτική μονάδα
- 2) Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προ συμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας
- 3) Τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα
- 4) Την αναπαραγωγική υγεία και τη φροντίδα μητέρας – παιδιού
- 5) Την παρακολούθηση και κατά περίπτωση συν διαχείριση περιστατικών με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια Φροντίδα
- 6) Την παροχή επείγουσας προ νοσοκομειακής φροντίδας
- 7) Την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού
- 8) Τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας
- 9) Την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας,
- 10) Την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων
- 11) Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη
- 12) Τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας
- 13) Τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας
- 14) Τις υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας σε συνεργασία με τους συναρμόδιους κατά περίπτωση φορείς
- 15) Την κατ' οίκον φροντίδα υγείας και την κατ' οίκον νοσηλεία (Ν.4486, 2017)

Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. οργανώνονται και λειτουργούν, σύμφωνα με τις αρχές της δωρεάν καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της ειδικής μέριμνας για τις ευάλωτες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες,

της διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της συνέχειας της φροντίδας υγείας, της ευθύνης και λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών υγείας, της δεοντολογίας του ιατρικού επαγγέλματος ή κάθε άλλου επαγγέλματος υγείας, της εγγύτητας των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, διαμονής ή εργασίας, της διασύνδεσης με λοιπές υπηρεσίες υγείας, της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ ή συμβεβλημένων παρόχων για διάγνωση, θεραπεία νοσηλεία ή περαιτέρω φροντίδα, της δια τομεακής συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς, καθώς και της αγωγής υγείας της κοινότητας και της ενεργούς συμμετοχής της στην ικανοποίηση των υγειονομικών της αναγκών.

2.4 Δημόσιοι φορείς που στελεχώνουν σήμερα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

- 1) Οι δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ (Τακτικά εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων)
- 2) Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.)
- 3) Τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.)
- 4) Τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι.)
- 5) Τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία(Ε.Π.Ι.)
- 6) Τα Τοπικά Ιατρεία
- 7) Τα κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια
- 8) Τα κέντρα Ειδικής Φροντίδας (οδοντοπροσθετικά και παιδοδοντιατρικά κέντρα, κέντρα φυσικοθεραπείας και κέντρα ειδικής αγωγής)
- 9) Συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι Π.Φ.Υ. (Ιδιώτες ιατροί, Ιδιωτικές Κλινικές)
- 10) Ο Οικογενειακός Ιατρός
- 11) Η Κατ' οίκον Νοσηλεία

2.5 Κατ' οίκον Νοσηλεία σε δημόσιους φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Μέχρι σήμερα δεν έχει ολοκληρωθεί πλήρως το πρόγραμμα της κατ' οίκον νοσηλείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σε ορισμένες δομές και σε αποκεντρωμένες περιοχές της χώρας η κατ' οίκον νοσηλεία λειτουργεί υπό την μορφή προγράμματος από τον εκάστοτε δήμο (Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι) συγχρηματοδοτούμενο από προγράμματα Ε.Σ.Π.Α. Ελάχιστος είναι επίσης ο αριθμός των νοσοκομείων που παρέχουν κατ' οίκον νοσηλεία. Αυτό όμως δεν μπορεί να θεωρηθεί

ότι στο μέλλον θα αυξηθεί ο αριθμός τους ή θα συνεχίσει να υφίστανται. Για το λόγο αυτό την κατ' οίκον νοσηλεία σήμερα την έχουν αναλάβει κυρίως ιδιωτικές εταιρείες και βάσει του αντίστοιχου προϋπολογισμού που διαθέτουν, παρέχονται οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μέσο της κατ' οίκον νοσηλείας εργάζονται οι περισσότερες ειδικότητες ιατρών κατόπιν σε συνεργασία με νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και λοιπών ειδικοτήτων βάσει των αναγκών του ασθενούς.

Η ανάγκη ένταξης της κατ' οίκον νοσηλείας σε όλους τους δημόσιους φορείς που στελεχώνει σήμερα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, φαίνεται να λαμβάνει τεράστιες διαστάσεις. Καθώς ο αριθμός των ασθενών αυξάνεται και οι ανάγκες ολοένα γίνονται και περισσότερες. Η καθολική ένταξη της κατ' οίκον νοσηλείας σε όλους τους δημόσιους φορείς, μπορεί να αποδώσει και να βελτιώσει την οικονομία της υγείας και σε εθνικό επίπεδο τις δαπάνες που αναλογούν στα νοσοκομεία όλης της χώρας.

Κεφάλαιο 3^ο Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας

3.1 Η Κατ' οίκον νοσηλεία και γιατί είναι σημαντική στον τομέα της υγείας

Η κατ' οίκον νοσηλεία απευθύνεται σε ασθενείς όπου η κατάσταση της υγείας τους το επιτρέπει να συνεχίσουν ή να πραγματοποιήσουν εξ αρχής νοσηλεία, στον δικό τους χώρο και όχι σε νοσοκομειακή μονάδα ή κλινική. Αφορά όλες τις ηλικιακές ομάδες ασθενών με οξείες ή χρόνιες παθήσεις, σε οποιαδήποτε οργανική και ψυχολογική κατάσταση, ανεξαρτήτου είδους αναπηρίας και πάθησης.

Οι βασικοί λόγοι για τους οποίους διενεργείται κατ' οίκον νοσηλεία είναι οι εξής:

- **Πρόληψη και προαγωγή της υγείας.** Αφορά την πρόληψη κατακλίσεων, υποστήριξη οικογένειας ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη, πρόληψη τυχόν τραυματισμών στο σπίτι κ.ο.κ.
- **Θεραπεία και αποκατάσταση.** Για ασθενείς που χρειάζονται φροντίδα έπειτα από χειρουργική επέμβαση, περιποίηση κατακλίσεων, βοήθεια σε ασθενείς μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο κ.ο.κ.
- **Συμβουλευτική και εκπαίδευση.** Για τη σωστή διαχείριση και λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, εκπαίδευση στην ατομική υγιεινή του ασθενούς, υποστήριξη του ατόμου και της οικογένειας κ.ο.κ.
- **Προαγωγή της αυτοφροντίδας και αυτοδιαχείρισης** Εκπαίδευση ατόμων που λαμβάνουν ινσουλίνη, να είναι αυτόνομα. Ενθάρρυνση ατόμων με στομία να μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν κ.ο.κ. Γενικότερα σε όλα τα χρόνια νοσήματα όπου ο ασθενής παραμένει με την πάθηση ή το πρόβλημα υγείας για το υπόλοιπο της ζωής του. (Καλοκαιρινού, et al., 2014)

Για τους ασθενείς, τα πλεονεκτήματα από την κατ' οίκον νοσηλεία είναι πολλά. Για όλους τους παραπάνω λόγους υπάρχουν και τα αντίστοιχα αίτια πάθησης που κάνουν την κατ' οίκον νοσηλεία σημαντική και ως μοναδική λύση για την θεραπεία. Για να αποφευχθεί το φαινόμενο της ιδρυματοποίησης και της κατάθλιψης επιβάλλεται η ανάγκη παραμονής και ιδιαίτερα της τρίτης ηλικίας σε οικείο περιβάλλον μακριά από τον απρόσωπο χαρακτήρα των ιδρυμάτων- νοσοκομείων κλειστής περίθαλψης. Δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να έχει εξατομικευμένη φροντίδα μιας και οι επαγγελματίες υγείας ασχολούνται αποκλειστικά με αυτόν. Δεν απαιτείται η χρονοβόρα μετακίνησή του και η ταλαιπωρία του ίδιου από μια κλινική σε μία άλλη ή την μεταφορά του σε

μικροβιολογικό – διαγνωστικό εργαστήριο. Μιας και οι περισσότερες εργαστηριακές εξετάσεις που απαιτούν δείγμα μπορούν να πραγματοποιηθούν κατ' οίκον. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να καθορίσουν ευέλικτο πρόγραμμα ατομικής θεραπείας βάσει των αναγκών του ασθενούς για να μην υπάρχει χρονική πίεση. (θεραπείες που δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν πρωινές ώρες δύναται να μεταφερθούν απόγευμα. κ.ο.κ.) (Allender, et al., 2014)

Για τον κρατικό μηχανισμό, τα πλεονεκτήματα από την εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας είναι επίσης αρκετά. Συμβάλει στη μείωση των περιστατικών που επισκέπτονται καθημερινά τα δημόσια νοσοκομεία, με αποτέλεσμα λιγότερες εισαγωγές ασθενών, μείωση της δημόσιας δαπάνης σε αναλώσιμα υλικά, υγειονομικό εξοπλισμό, λιγότερο φόρτο εργασίας σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό (Burn out). Ποιοτικότερη και αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση ασθενών σε δημόσια νοσοκομεία λόγω του χρόνου που εξοικονομείται. Ταχύτερη εξυπηρέτηση σε τμήματα επειγόντων περιστατικών και τέλος παρατηρείται σε χώρες όπου έχει εφαρμοσθεί καθολικά ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας και μείωση του ποσοστού ανεργίας, βάσει των νέων θέσεων εργασίας που δημιουργούνται για την σωστή και άρτια ολοκληρωμένη φροντίδα στο σπίτι. Γενικότερα προβλήματα όπως η έλλειψη προσωπικού στα νοσοκομεία μπορούν να μειωθούν με την εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας μιας και ασθενείς οι οποίοι δεν απαιτείται να επισκεφθούν το τμήμα επειγόντων περιστατικών σε ένα νοσοκομείο μπορούν να εξυπηρετηθούν με μια απλή επίσκεψη επαγγελματία υγείας στο σπίτι τους. (Διλιντάς, 2010)

Τα μειονεκτήματα από την εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας δεν είναι τόσα όσα τα πλεονεκτήματα. Όμως αξίζει να αναφερθούν διότι σε ένα από αυτά αποσκοπεί και η παρούσα έρευνα. Κύριο μειονέκτημα είναι η απόκτηση ειδικού νέου εξοπλισμού για την εκτέλεση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας, Οι επαγγελματίες δεν μπορούν να κάνουν χρήση των ασθενοφόρων των δημόσιων νοσοκομείων διότι αυτά προορίζονται για συγκεκριμένο σκοπό. Γι' αυτό απαιτείται ειδικό μέσο μετακίνησης και μόνο για αποκλειστική χρήση των υπηρεσιών αυτών. Άρα μία δαπάνη που προκύπτει αυτόματα είναι η αγορά μέσου μεταφοράς για όλες τις δυνατότητες της κατ' οίκον νοσηλείας. Ταυτόχρονα δημιουργείται και η ανάγκη απόκτησης φορητού εξοπλισμού για την τέλεση των υπηρεσιών, μιας και οι περισσότερες συσκευές ενός νοσοκομείου ή κλινικής έχουν σχεδιαστεί να είναι εκεί και όχι φορητές. Συνεπώς η απόκτηση του ίδιου εξοπλισμού με δυνατότητα μεταφοράς, καθιστά αυτόματα την ανάγκη για μεγαλύτερη δαπάνη ίσως και πιο μεγάλη από αυτήν της απόκτησης μέσου μεταφοράς, (Φορητός αναλυτής δειγμάτων

αίματος, φορητή συσκευή ακτινογραφίας κ.ο.κ.) Ένα κρίσιμο μειονέκτημα δηλαδή είναι η αυξημένη δαπάνη που απαιτείται για την τέλεση της υπηρεσίας. Ένα άλλο μειονέκτημα που παρατηρείται σε απομακρυσμένες περιοχές κυρίως είναι ο χρόνος στον οποίο απαιτείται για τη μεταφορά του επαγγελματία υγείας από και προς τον ασθενή. Όσοι διαμένουν σε μακρινές περιοχές δύναται να κάνουν χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας για 3 ώρες εκ των οποίων οι 2 να είναι μόνο για τη μεταφορά του προσωπικού να πάει στον ασθενή.

Το πιο σημαντικό ίσως απ όλα είναι η διοίκηση και η οργάνωση μιας τέτοιας υπηρεσίας. Προκειμένου να είναι όσο το δυνατόν σε μικρότερο βαθμό εμφανίσιμα τα μειονεκτήματα που προαναφέρθηκαν πρέπει να υπάρχει μια διοικητική υπηρεσία τόσο ικανή ώστε να μπορεί να συνδυάσει και την μείωση του κόστους για την απόκτηση εξοπλισμού, μεταφορικού μέσου, υγειονομικού υλικού και λοιπών αναγκών αλλά και τον προγραμματισμό περισσότερων επισκέψεων σε ασθενείς ανά περιοχές στον λιγότερο δυνατό χρόνο. Απαιτείται δηλαδή ξεχωριστή διοίκηση της υπηρεσίας αυτής και όχι της ήδη υπάρχουσας υπηρεσίας του νοσοκομείου ή ιδιωτικής κλινικής. Πρέπει να δημιουργηθεί εκ νέου ένα αυτόνομο ξεχωριστό τμήμα διότι σε αρκετές δομές όπου εφαρμόζεται σήμερα η κατ' οίκον νοσηλεία, το προσωπικό δεν γνωρίζει από διοίκηση ή κατέχουν τη θέση της διοίκησης βάσει της ειδικότητας του (π.χ. ιατροί) και ενώ τα καθήκοντά τους είναι διαφορετικά, για το λόγο του ότι πρέπει να εκτελέσουν χρέη διοικητή – μάνατζερ μειώνεται η δυναμικότητα και η αποδοτικότητα της υπηρεσίας. (Καλοκαιρινού, et al., 2014)

3.2 Η κατ' οίκον νοσηλεία στο εξωτερικό

Η υπηρεσία της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας ξεκίνησε το 1800 από της Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Η παροχή και ανάπτυξη της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στο σπίτι ανταποκρινόταν στις απαιτήσεις των εκάστοτε κυβερνήσεων για πρόληψη ασθενειών προκειμένου να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν το κόστος των θεραπειών. Οι κυβερνήσεις γενικότερα σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν στραφεί στην πρόληψη προκειμένου να επιτευχθεί ο εξ ορθολογισμός των δημοσίων δαπανών. Ταυτόχρονα αναζητούνται εναλλακτικές μέθοδοι οικονομίας και αποτελεσματικές πρακτικές για την αντιμετώπιση των ασθενειών. Με βάση το Αμερικανικό Σύστημα Υγείας το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει ξεχωριστό τίτλο για τον τομέα ευθύνης του και χωρίζεται σε κατηγορίες όπως:

- Νοσηλευτικό προσωπικό κλινικών
- Νοσηλευτικό προσωπικό κατ' οίκον νοσηλείας
- Νοσηλευτικό προσωπικό κοινότητας
- Νοσηλευτικό προσωπικό διοικητικής υπηρεσίας.

Οι παραπάνω κατηγορίες νοσηλευτών τιτλοδοτούνται βάσει της άδειας άσκησης επαγγέλματος, όπως την χορηγεί η Αμερικανική Ένωση Πιστοποίησης Νοσηλευτών. Η κάθε κατηγορία έχει υποκατηγορίες οι οποίες μπορεί ένας νοσηλευτής/τρια να εξειδικευθεί περαιτέρω (π.χ. νοσηλευτικό προσωπικό χειρουργείου) (Stanhope & Lancaster, 2009)

Στην Ευρώπη αντίστοιχα χορηγείται πιστοποίηση εκπαίδευσης σε νοσηλευτές που έχουν τελειώσει την νοσηλευτική αλλά αργότερα ασχολούνται με την κατ' οίκον νοσηλεία ξεχωριστά ή αν θέλουν να εξειδικευθούν σε άλλο τομέα. Δεν υπάρχει εξ αρχής τίτλος για κατ' οίκον νοσηλεία αλλά εξειδίκευση πάνω στην κατ' οίκον νοσηλεία. Ο καθορισμός των απαιτήσεων διαφέρει από χώρα σε χώρα και το ίδιο ισχύει και για τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Ενδεικτικά αναφέρονται μερικοί παράγοντες που επηρεάζουν ή είναι απαιτούμενα προσόντα προκειμένου να εργαστεί κάποιος ως προσωπικό της κατ' οίκον νοσηλείας.

- Να είναι κάτοχος άδειας άσκησης επαγγέλματος
- Να είναι κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος με τίτλο κλινικού ειδικού στην κατ' οίκον νοσηλεία
- Να έχει συμπληρώσει κάποια έτη προϋπηρεσίας σε συγκεκριμένους τομείς νοσοκομείου
- Να γνωρίζει ή να μπορεί να πιστοποιήσει ότι γνωρίζει ορισμένες τεχνικές όπως καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, περιποίηση τραύματος κ.ο.κ. (Sines, 2011)

3.3 Το σύστημα υγείας και η κατ' οίκον νοσηλεία στη Ελλάδα

Όπως σε κάθε σύστημα υγείας έτσι και το ελληνικό σύστημα υγείας ακολουθεί τρεις βασικές αρχές σαν οδηγό για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του. Οι αρχές αυτές είναι:

1. Η **Αρχή της αποδοτικότητας**. Όπου μετριέται η οικονομική σχέση μεταξύ εισροών και εκροών (Ασθενείς, υγειονομικό υλικό, εξοπλισμός, δαπάνες)
2. Η **Αρχή της Κλινικής αποτελεσματικότητας**. Που ως στόχο της έχει την ορθολογική χρήση των κλινικών πόρων του συστήματος.
3. Η **Αρχή της ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης**. Όπου βασίζεται σε ηθικά κριτήρια και έχει έντονες πολιτικές διαστάσεις ανά κυβερνήσεις. Όμως δεν πρέπει να παραλείπεται διότι όλοι έχουν δικαίωμα στην υγεία.

Η πραγματοποίηση των προαναφερθέντων αρχών του συστήματος υγείας συνεπάγεται και ένα επιθυμητό επίπεδο κοινωνικής ευημερίας. Που ακόμα και σήμερα δεν έχει επιτευχθεί πλήρως. (Υφαντόπουλος, 2006)

Η παρούσα εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι αποτέλεσμα της κοινωνικής, πολιτικής και οικονομικής εξέλιξης που επικράτησε στη χώρα ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της. Έχουν γίνει σοβαρές και ουσιώδεις μεταρρυθμίσεις όμως, υπάρχουν σημαντικά προβλήματα οργάνωσης και διαχείρισης, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Ο υγειονομικός τομέας χρειάζεται περαιτέρω οικονομική ενίσχυση λόγω της αυξημένης ζήτησης υπηρεσιών και των νέων τεχνολογιών. Οφείλει να προσαρμόζεται και να αναπτύσσεται βάσει των αναγκών που προκύπτουν στον πληθυσμό της χώρας. (Θεοδώρου, et al., 2001)

Η στροφή στην πρόληψη είναι βασικός στόχος πλέον του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Αποτελεί πυλώνα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και άμεση προτεραιότητα στην ανάπτυξη νέων μονάδων με τη νοσηλεία κατ' οίκον και την αποκατάσταση προκειμένου το σύστημα να γίνει αποτελεσματικό και αποδοτικό. Μέχρι τώρα ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας ήταν άγνωστος τομέας για το σύστημα υγείας. Δεν υπήρχε η δυνατότητα υποστήριξης του αλλά ούτε και της ανάπτυξής του. (Χατζηανδρέου & Σουλιώτης, 2005, p. 99)

Σήμερα η παροχή κατ' οίκον νοσηλείας από το σύστημα υγείας παρέχεται μόνο μέσω των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι» από τους δήμους και μέσω κάποιων Κ.Α.Π.Η. Παρόλα αυτά όμως δεν καλύπτονται πλήρως γιατί δεν υπάρχει 24 ωρη λειτουργία του προγράμματος όπως ήδη ισχύει σε ανεπτυγμένες χώρες και βάσει των προτύπων των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Καλοκαιρινού, et al., 2014)

3.4 Πώς η κατ' οίκον νοσηλεία συμβάλει στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας έχει πάρει θέση στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επειδή το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα έχει ελλείψεις τόσο σε προσωπικό όσο και σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό. Η καθιέρωσή της και στις μεγαλουπόλεις θα αποτελούσε μεγάλη βοήθεια και λύση στα περισσότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει σήμερα το υγειονομικό σύστημα.

Ο χρόνος που θα μπορούσε να κερδίσει ένας ασθενής αντί να πάει σε ένα δημόσιο νοσοκομείο να τον εξετάσουν, απλά καλώντας τον γιατρό στο σπίτι του, είναι μεγάλο πλεονέκτημα τόσο για το σύστημα υγείας όσο και για τον ίδιο. Ειδικά στην περίπτωση που ο γιατρός είναι οικογενειακός ή είναι γνώστης του ιστορικού υγείας του ασθενούς, θα χρειαστεί από 5 έως 15 λεπτά για να γίνει η διάγνωση και να βγει το πόρισμα. Ενώ αντίστοιχα στην περίπτωση που έκανε επίσκεψη σε ένα νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική, αναλόγως την ειδικότητα που θα τον εξέταζε, το χρόνο μετακίνησης και τον χρόνο αναμονής στο νοσοκομείο θα μπορούσε να κυμανθεί από 2 έως 3 ώρες. Έτσι εξοικονομείται χρόνος, προσωπικό και οικονομικοί πόροι από το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ταυτόχρονα δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας σε φορείς του δημοσίου για παροχή κατ' οίκον νοσηλείας τόσο σε ιατρικό όσο και σε παραϊατρικό προσωπικό. (Munro & Campbell, 2002)

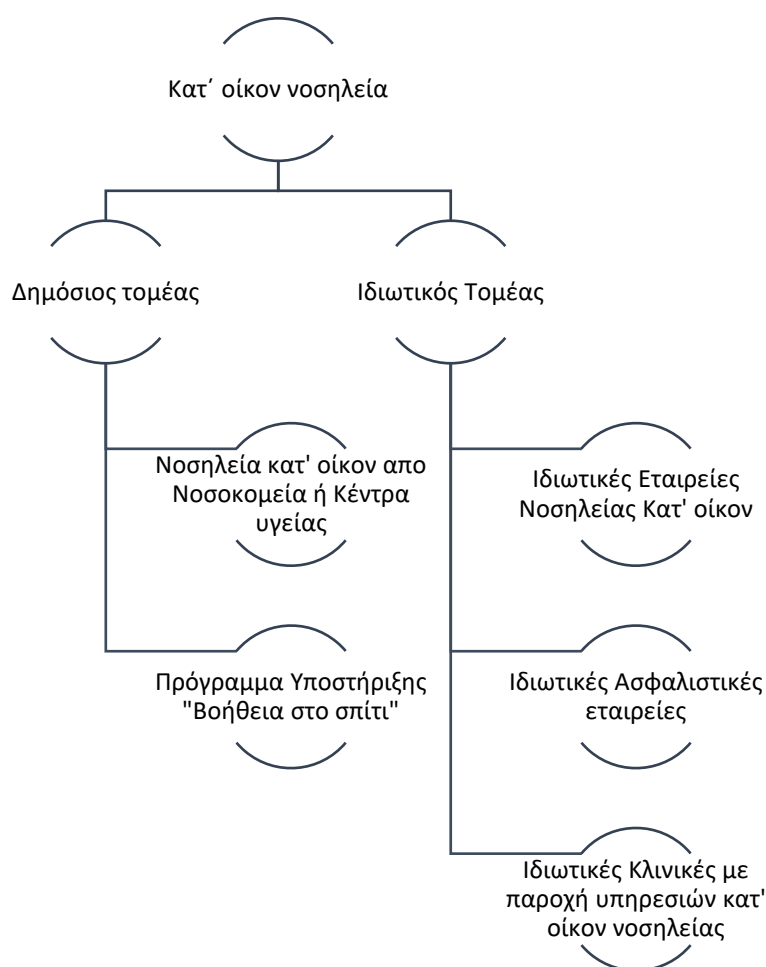
Συνεπώς η κατ' οίκον νοσηλεία συμβάλει σημαντικά στο Εθνικό σύστημα υγείας με κυρίαρχο ρόλο την Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας. Αποτελεί το μέλλον στον τομέα της υγείας και της τηλεϊατρικής, κάτι το οποίο λειτουργεί εδώ και αρκετά χρόνια σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες.

3.5 Πάροχοι κατ' οίκον νοσηλευτικών υπηρεσιών

Οι πάροχοι κατ' οίκον νοσηλείας στην Ελλάδα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, την πρώτη κατηγορία αποτελούν οι δημόσιοι φορείς και την δεύτερη κατηγορία οι ιδιωτικοί φορείς παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών. Την κατηγορία του δημοσίου τομέα στελεχώνουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ταυτόχρονα μαζί με το πρόγραμμα υποστήριξης «Βοήθεια στο σπίτι» που διενεργείται μέσω των δήμων και συγκεκριμένα στα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.). Την κατηγορία του ιδιωτικού τομέα στελεχώνουν ιδιωτικές εταιρίες παροχής νοσηλείας κατ' οίκον και ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες που είτε

έχουν δικό τους προσωπικό και ξεχωριστό τμήμα νοσηλείας, είτε συνεργάζονται με τις ιδιωτικές εταιρείες παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Σε κάθε περίπτωση οι πάροχοι νοσηλευτικών υπηρεσιών είτε αυτοί είναι από δημόσιο τομέα είτε από ιδιωτικό αποσκοπούν στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ουσιαστικό στόχο έχουν την αποφυγή άσκοπης επίσκεψης του ασθενούς στο νοσοκομείο ή σε τμήμα επειγόντων περιστατικών. Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται η κατανομή της κατ' οίκον νοσηλείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. (Γεωργούση & Κυριόπουλος, 1996)



Πηγή: (N.4272, 2014)

Διάγραμμα 5 Ταξινόμηση Παρόχων Κατ' οίκον Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

3.5.1 Δημόσια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας

Η κατ' οίκον νοσηλεία παρέχεται από τον δημόσιο τομέα σε ορισμένα νοσοκομεία και κέντρα υγείας τα οποία βρίσκονται ακόμα και σήμερα σε αρχικό στάδιο εφαρμογής. Το 2014 δημιουργήθηκε ένα πιλοτικό δίκτυο για τους δημόσιους φορείς που στελέχωναν την κατ' οίκον νοσηλεία στην Ελλάδα βάσει της νομοθεσίας:

- Ν.1397/1983 (ΦΕΚ 143 τ. Α΄) «Εθνικό Σύστημα Υγείας», παρ. 1(β), άρθρο 15, «Σκοπός των Κέντρων Υγείας»
- Ν.2071/1992 (ΦΕΚ 123 τ. Α΄) «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», α) παρ. 2, άρθρο 16 «Σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης», β) παρ. 2, άρθρο 28 «Κατ' οίκον νοσηλεία», γ) παρ. 1,2,3,4, άρθρο 29 «Μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας», δ) άρθρο 30 «Σύσταση Υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας».
- Ν.2519/1997 (ΦΕΚ 165 τ. Α΄) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», παρ. 2, άρθρο 21 «Παροχή μετανοσοκομειακής και ειδικής φροντίδας».
- Ν.3235 /2004 (ΦΕΚ 53 τ. Α΄) «Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας», α) παρ. 3, άρθρο 3 «Ειδικές πρόσθετες υπηρεσίες στα Κέντρα Υγείας», β) παρ. 4, άρθρο 8 «Έργο Νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»

Με βάση αυτή τη νομοθεσία θεμελιώθηκε η κατ' οίκον νοσηλεία από το 1983 έως και σήμερα σε όλες τις μονάδες του Ε.Σ.Υ. όμως δεν υπάρχουν τα σχετικά προβλεπόμενα Προεδρικά Διατάγματα και οι Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις να καθορίζουν τους όρους και τις προϋποθέσεις συγκρότησης, στελέχωσης, λειτουργίας κ.λ.π. Για το λόγο αυτό αναπτύχθηκαν αποσπασματικά μερικά τμήματα η υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα και στα κέντρα υγείας. Το καθεστώς λειτουργίας τους είναι:

- Είτε ως διατομεακά τμήματα (όπως το τμήμα επειγόντων περιστατικών, βραχείας νοσηλείας, φυσικής και ιατρικής αποκατάστασης κ.ο.κ.)
- Είτε συστάθηκαν ως υπηρεσίες, με αποφάσεις των εκάστοτε Διοικήσεων των νοσοκομείων και ανέπτυσαν τα προγράμματα τους ανεξαρτήτως θεσμικής αναγνώρισης
- Είτε αναπτύχθηκαν ως ανεξάρτητα προγράμματα ή δράσεις με την εκδήλωση ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας. (Μπέζας, 2014)

Η δράση της κατ' οίκον νοσηλείας στα τμήματα αυτά παρέχεται σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο των καθηκόντων των επαγγελματιών υγείας (Γενικών και άλλων ειδικοτήτων ιατρών, νοσηλευτών, επισκεπτών υγείας κ.ο.κ.), την οποία και στελεχώνουν οι αντίστοιχες ειδικότητες. Οι χώροι που παρέχονται για την κατ' οίκον νοσηλεία είναι

κυρίως αίθουσες, γραφεία των εξωτερικών ιατρείων και παρέχουν υπηρεσίες οι οποίες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις
2. Συμβουλευτική – διασύνδεση με υπηρεσίες
3. Ενημέρωση – επιμόρφωση – έρευνα

Όλα τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας που παρείχαν υπηρεσίες νοσηλείας κατ' οίκον εντάχθηκαν στο πιλοτικό δίκτυο βάσει της εγκυκλίου που εκδόθηκε από το υπουργείο υγείας (ΓΦ12,14,25,27/Γ.Π./οικ.44499/17-5-2013) προκειμένου να συγχρονίζονται και να ακολουθούν κοινή πορεία. Όμως ακόμα και σήμερα υπολειτουργούν διότι δεν υπάρχει το απαραίτητο προσωπικό ή οι ανάγκες των νοσοκομείων ή των κέντρων υγείας είναι τόσες ώστε να δίνεται προτεραιότητα σε άλλα τμήματα όπως των επειγόντων περιστατικών ή βραχείας νοσηλείας παρά στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατ' οίκον. Ενδεικτικά αναφέρονται τα νοσοκομεία που εντάχθηκαν στο πιλοτικό δίκτυο βάσει της εγκυκλίου το 2014 ήταν τα εξής:

Νοσηλευτικά ιδρύματα που είχαν αναπτύξει τα τμήματα και τις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας με μακροχρόνια εμπειρία:

1. **Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ».** Η Κατ' Οίκον Νοσηλεία προβλέπεται στον Οργανισμό του Νοσοκομείου (αριθμ. Α3β/οικ.17538/3-11-1989, ΦΕΚ 853 τ. Β' και αριθμ. Υ4α/20074/15-2-2013, ΦΕΚ 557 τ. Β') και λειτουργεί ως Διατομεακό τμήμα. Λειτουργεί είκοσι τέσσερα (24) έτη.
2. **Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ»** Η Κατ' Οίκον Νοσηλεία προβλέπεται στον Οργανισμό του Νοσοκομείου (αριθμ. Υ4Α/οικ.43126/20-4-2012, ΦΕΚ 1484 τ. Β') και λειτουργεί ως Διατομεακό τμήμα. Λειτουργεί περίπου είκοσι πέντε (25) έτη.
3. **Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ».** Η Κατ' Οίκον Νοσηλεία προβλέπεται στον Οργανισμό του Νοσοκομείου (αριθμ. Υ4α/οικ.38861/10-4-2012 ΦΕΚ 1236 τ. Β') και λειτουργεί ως Διατομεακό τμήμα. Λειτουργεί δεκαοχτώ (18) έτη.
4. **Γενικό Νοσοκομείο Δράμας.** Δεν προβλέπεται η σύσταση τμήματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας στον οργανισμό του νοσοκομείου ούτε από απόφαση της Διοίκησης αυτού. Λειτουργεί ως «πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας» από το 2011 με

έγκριση του Διοικητή του Νοσοκομείου (το πρόγραμμα λειτουργούσε και πριν την έγκριση του Διοικητή για δύο χρόνια).Λειτουργεί πέντε (5) έτη.

5. **Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο – Πατησίων** (σε μεταφορά από το Τμήμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας του Νοσοκομείου Πατησίων).³

Νοσηλευτικά ιδρύματα που προβλέπεται η σύσταση διατομεακού τμήματος κατ' οίκον νοσηλείας στον οργανισμό τους και εντάχθηκαν στο δίκτυο

1. Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ».
2. Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
3. Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ».
4. Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας.
5. Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ».

Φορείς υγείας που αναπτύσσουν δραστηριότητες και ενέργειες κατ' οίκον νοσηλείας με άτυπο χαρακτήρα:

1. Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ» - Κ.Υ. Ελευσίνας.
2. Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» - Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου Ν. Καλλικράτειας.
3. Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο Αγ. Θεοδώρων.
4. Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης - Κέντρο Υγείας Αιγινίου (Μπέζας, 2014)

3.5.2 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" κατοχυρώθηκε το 1992 και αναπτύχθηκε περαιτέρω μέσα στην δεκαετία του '90 με σκοπό τη βοήθεια και την υποστήριξη των ατόμων της τρίτης ηλικίας ανά τους δήμους και την αποσυμφόρηση των γενικών νοσοκομείων από μη επείγοντα περιστατικά. Αν και η πρώτη ρύθμιση για την κατ' οίκον φροντίδα εντοπίζεται στο Νομοθετικό Διάταγμα 162/73 «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων». Το έτος 1992 θεσμοθετήθηκαν οι νέες τεχνικές κάλυψης των αναγκών ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και η κρατική χρηματοδότηση βάσει του (Ν.2082, 1992)

Το 1997 το πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε 102 δήμους της χώρας σε Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) σύμφωνα με την υπ. αριθμ. Π4β/5814 κοινή Υπουργική απόφαση (ΦΕΚ Β' φυλ.917 17.10.1997) Τα Κέντρα Ανοιχτής

Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ). Διοικούνται από ενδεκαμελές Διοικητικό Συμβούλιο και συμμετέχουν εκλεγμένοι αντιπρόσωποι της τοπικής αυτοδιοίκησης. Ο τομέας ευθύνης των Κ.Α.Π.Η. ορίζεται από τον εκάστοτε δήμο καθώς και το ωράριο λειτουργίας τους. Εγγράφονται άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών και παρέχονται σε αυτά ψυχολογική και συμβουλευτική στήριξη, διεκπεραίωση υποθέσεων και κατάθεση δικαιολογητικών σε υπηρεσίες και φορείς, οικογενειακή συμβουλευτική και κοινωνική δικτύωση.

Σκοπός του Προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι" που λειτουργεί μέσω των Κ.Α.Π.Η. είναι να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς και ατόμων με ειδικές ανάγκες (ΑμεΑ), να υποβοηθήσει την αυτόνομη διαβίωση, να υποστηρίξει το οικογενειακό περιβάλλον των επωφελούμενων και να προωθήσει την απασχόληση εξειδικευμένου προσωπικού.

Τα κριτήρια επιλογής των ατόμων που εντάσσονται στο πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" είναι βάση του ατομικού τους εισοδήματος (προτεραιότητα έχουν άτομα με χαμηλότερο εισόδημα πχ 5000€). Η οικογενειακή τους κατάσταση (επίσης έχουν προτεραιότητα τα άτομα που ζουν μόνα τους) και τέλος η κατάσταση της υγείας τους (δίνεται προτεραιότητα σε όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν)

Οι υπηρεσίες που προσφέρει το πρόγραμμα είναι οι εξής:

- Ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στο σπίτι
- Νοσηλευτική φροντίδα
- Φυσιοθεραπεία
- Οικογενειακή – οικιακή φροντίδα και υποστήριξη
- Συμβουλευτική και συναισθηματική στήριξη
- Συνοδεία σε διάφορες υπηρεσίες

3.5.3 Ιδιωτικές Εταιρείες Νοσηλείας Κατ' οίκον.

Μέχρι σήμερα αριθμούνται πάνω από 50 διαφορετικές ιδιωτικές εταιρείες νοσηλείας κατ' οίκον σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας. Συγκεντρώνονται κυρίως στις μεγάλες πόλεις όπου η ζήτηση είναι μεγαλύτερη και ιδιαίτερα σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Η κάθε μια εταιρία μπορεί να είναι από μια απλή ατομική επιχείρηση μέχρι Ο.Ε. ή Ε.Π.Ε. Σε κάθε περίπτωση η εκάστοτε εταιρία διαθέτει προσωπικό χωρίς να υπάρχει δέσμευση για το ποιες ειδικότητες ιατρών ή τον αριθμό νοσηλευτών και

επαγγελματιών υγείας πρέπει να έχει. Δεν υπάρχει συμμετοχή από τα ασφαλιστικά ταμεία και γι' αυτό η χρέωση ανά πράξη ή ανά επίσκεψη μπορεί να διαφέρει από εταιρεία σε εταιρεία. Το κόστος κάθε πράξης/επίσκεψης καθορίζεται από τον εκάστοτε ιδιώτη μάνατζερ και βάσει των αναγκών του ή της σοβαρότητας και της κρισιμότητας του περιστατικού που κάνει χρήση των υπηρεσιών. Το ωράριο λειτουργίας είναι 24ωρο και δεν σταματάει η λειτουργία σε περιπτώσεις αργίας ή Εθνικών εορτών. (Οικονόμου, 2012)

3.5.4 Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες

Μέχρι σήμερα υπάρχουν ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες οι οποίες διενεργούν και επισκέψεις κατ' οίκον νοσηλείας. Το κόστος όμως που δύναται να καταβάλει ένας ασφαλισμένος για την παροχή αυτών των υπηρεσιών είναι αρκετά μεγάλο με αποτέλεσμα να μη γίνεται τόσο συχνά χρήση της υπηρεσίας αυτής. Συγκεκριμένα οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες στην Ελλάδα απευθύνονται σε ανασφάλιστους ή σε όσους θέλουν να έχουν μια ακόμα παροχή από ιδιωτικό τομέα. Όμως και στις δύο περιπτώσεις το κόστος ασφάλισης μερικές φορές ξεπερνά το κόστος επίσκεψης σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. Για το λόγο αυτό παραμένουν σε μικρό ποσοστό στην αγορά δραστήριες οι Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες.

Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι ιδιωτικές ασφαλιστικές δεν έχουν όλες δικιές τους υποδομές παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας, αλλά τις 'ενοικιάζουν'. Πραγματοποιούν σύμβαση ή αμοιβή ανά πράξη με ιδιώτη πάροχο και για το λόγο αυτό το κόστος κάλυψης των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας αυξάνεται σημαντικά.

3.5.5 Ιδιωτικές κλινικές με παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας

Σε μερικούς ιατρικούς ομίλους που έχουν τη δυνατότητα μεταφοράς ασθενών από και προς τον χώρο της ιδιωτικής κλινικής. Υπάρχει η δυνατότητα της παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Φυσικά υπάρχουν διάφορες ειδικότητες ιατρών που μπορούν να επισκεφθούν έναν ασθενή όμως επειδή είναι ιδιωτικός φορέας, δεν υπάρχει δυνατότητα αποζημίωσης της υπηρεσίας από κρατικό μηχανισμό. Συνεπώς το κόστος των υπηρεσιών αυτών το επιφορτίζεται εξ ολοκλήρου ο ασθενής και γι' αυτό το λόγο είναι μεγάλο. Πράγμα που καθιστά αυτόματα την κατ' οίκον νοσηλεία από ιατρικό όμιλο ακριβή και στη συνέχεια να μην γίνεται η χρήση της σε επιθυμητό επίπεδο.

Στο παρελθόν είχε γίνει προσπάθεια συνεργασίας ενός δημόσιου ασφαλιστικού ταμείου με ιδιώτη πάροχο αλλά μόνο για συγκεκριμένη ομάδα ασφαλισμένων (Συνταξιούχους του ταμείου ΙΚΑ) όμως και πάλι δεν προχώρησε αυτή η συνεργασία επειδή η αποζημίωσης που έδινε το ταμείο δεν μπορούσε να καλυφθεί ούτε το κόστος μεταφοράς του προσωπικού από και προς τον ασθενή. Το αποτέλεσμα ήταν και πάλι να μη γίνεται χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας και το δύσκολο έργο αυτό να το επιφορτιστούν πάλι οι δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Ν.4052, 2012)

3.6 Ομάδα κατ' οίκον νοσηλείας

Η κατ' οίκον νοσηλεία έχει συγκεκριμένους σκοπούς και στόχους. Ως ομάδα κατ' οίκον φροντίδας ορίζεται το σύνολο των διαφορετικών ειδικοτήτων που δραστηριοποιούνται στο χώρο του ασθενούς με σκοπό την κάλυψη των σωματικών, κοινωνικών, ψυχολογικών αναγκών του, όπως αυτές προκύπτουν από την ιδιαιτερότητα της κατάστασής του. Ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς παρέχεται μερική ή χρόνια νοσηλευτική φροντίδα από πτυχιούχο νοσηλευτή ή υπό την επίβλεψή του με την συμβολή ιατρού. Κάποιες φορές απαιτούνται εξειδικευμένες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες όπου σε αυτή την περίπτωση μεταβαίνει σε αντίστοιχο διαγνωστικό κέντρο ή αποστέλλεται δείγμα για εξέταση πχ αίματος προκειμένου να αποφύγει την ταλαιπωρία της μετακίνησης. Σε κάθε περίπτωση η εκάστοτε ειδικότητα αναλαμβάνει συγκεκριμένο έργο και ρόλο στην εύρυθμη λειτουργία της κατ' οίκον νοσηλείας

Οι **ιατροί** όλων των ειδικοτήτων είναι υπεύθυνοι εξολοκλήρου για την υγεία των ασθενών που έχουν αναλάβει. Με τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού που ισχύει σήμερα ο βασικός ιατρός είναι ένας, ελέγχει εξ ολοκλήρου το φάκελο του ασθενούς και τον ενημερώνει, απευθύνει περαιτέρω ελέγχους ή εξετάσεις σε άλλες ειδικότητες ιατρών όπου χρειάζεται και κατευθύνει- συντονίζει την υπόλοιπη ομάδα νοσηλευτών φυσιοθεραπευτών, λογοθεραπευτών κ.ο.κ.

Οι **Νοσηλευτές** που ασκούν την νοσηλεία κατ' οίκον είναι υπεύθυνοι για την τήρηση προγράμματος νοσηλείας που έχει λάβει ως οδηγία από τον ιατρό, τον έλεγχο και τη μέτρηση των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς (πίεση, θερμοκρασία, σφίξεις, αναπνοές). Ενημέρωση του ιατρικού φακέλου, και καταγραφή των αποτελεσμάτων από μετρήσεις των ζωτικών λειτουργιών, έλεγχο και άμεση ενημέρωση του ιατρού σε τυχόν αποκλίσεις από τα φυσιολογικά όρια, η οποιασδήποτε αλλαγής της κατάστασης της υγείας του ασθενούς. Τέλος οφείλουν να ενημερώσουν τους υπόλοιπους επαγγελματίες

υγείας που αναλαμβάνουν τον ασθενή για τυχόν επιπλοκές ή αλλαγές στην κατάσταση της υγείας του, τηρώντας λογοδοσία τόσο σε ηλεκτρονική μορφή, όσο και σε έντυπη.

Οι **Φυσιοθεραπευτές** έχοντας λάβει οδηγία είτε από τον οικογενειακό ιατρό, είτε από τον φυσίατρο, αναλαμβάνουν το έργο της μυϊκής ενδυνάμωσης όπου απαιτείται με σκοπό την βελτίωση της βάδισης και της κινητικότητας. Φυσικά και σε αυτή την ειδικότητα τηρείται λογοδοσία για ενημέρωση τόσο των ιατρών όσο και των υπόλοιπων ειδικοτήτων. (Taylor, et al., 2002)

Οι **Εργοθεραπευτές** συμβάλλουν στη διαμόρφωση του χώρου και στις καθημερινές διαδικασίες, όπως την ατομική υγιεινή, το ντύσιμο ή αλλαγή ρούχων κ.ο.κ. Προτεραιότητά τους είναι η ασφάλεια και η εκπαίδευσή τόσο στον ίδιο αλλά και στην οικογένεια για τον τρόπο εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων. Ενεργούν βάσει οδηγιών που τους δίνεται από τον οικογενειακό γιατρό και τηρούν λογοδοσία για ενημέρωση των υπολοίπων ειδικοτήτων αλλά και των επιτευχθέντων στόχων.

Οι **Λογοθεραπευτές** παρέχουν ασκήσεις για την βελτίωση του λόγου και της επικοινωνίας, όπως επίσης και για την ασφαλή μάσηση και την κατάποση. Έπειτα από οδηγίες που λαμβάνουν από τον οικογενειακό γιατρό του ασθενούς, Τηρούν και αυτοί λογοδοσία και ενημερώνουν άμεσα τον ιατρό για τυχόν προβλήματα κατάποσης ή κατακράτησης υγρών στον πνεύμονα για περαιτέρω ενέργειες και διακοπή σίτισης από το στόμα.

Οι **Οικιακοί Βοηθοί** συμβάλλουν στην φροντίδα ατομικής υγιεινής του ασθενούς και την φροντίδα του σπιτιού. Εκτελούν όλες τις εργασίες που χρειάζονται, από την προετοιμασία γευμάτων (βάσει οδηγιών του γιατρού π.χ. ειδική διαίτα σε περιπτώσεις διαβητικών) μέχρι και την καθαριότητα του. Οι οικιακοί βοηθοί δύναται να διανυκτερεύουν στο σπίτι του ασθενούς, σε περιπτώσεις όπου κρίνεται αναγκαίο και έπειτα από τις συστάσεις των ιατρών και της οικογένειας. Ειδικά σε περιπτώσεις μη περιπατητικών και ατόμων με ψυχικά νοσήματα, Alzheimer κ.ο.κ. που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή τους.

Οι **Κοινωνικοί Λειτουργοί** αναλαμβάνουν την κάλυψη σύνθετων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, αναζήτηση οικονομικών πόρων, διευκόλυνση στην παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών πόρων κ.ο.κ. Λειτουργούν αυτόνομα και έχουν άμεση επικοινωνία με την οικογένεια του ασθενούς. (Dewit, 2009)

Σημειώνεται ότι: οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν εντάσσονται πάντα στην ομάδα της κατ' οίκον φροντίδας μιας και ο κλάδος τους είναι διαφορετικός και δεν έχουν άμεση σχέση με τον ιατρό, προτείνουν, καθοδηγούν και διευκρινίζουν τυχόν απορίες που έχει η οικογένεια αλλά δεν μπορούν να καθοδηγήσουν τις υπόλοιπες ειδικότητες σε κάτι.

Η ομάδα παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς. Μια ολοκληρωμένη φροντίδα όμως πρέπει να **απαρτίζεται από την πολυεπιστημονική συνεργασία των:**



Ιατρών: Διάγνωση, θεραπεία, οδηγίες προς τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας



Νοσηλευτών: Νοσηλεία, ενημέρωση ιατρού για την πορεία του ασθενούς, τήρηση οδηγιών



Φυσιοθεραπευτών: Φυσιοθεραπείες κατόπιν οδηγίας θεραπόντων ιατρού



Εργοθεραπευτών: Εργοθεραπείες κατόπιν οδηγίας θεραπόντων ιατρού



Λογοθεραπευτών: Θεραπείες του λόγου κατόπιν οδηγίας θεραπόντων ιατρού



Οικιακών Βοηθών: Παροχή βοήθειας σε καθημερινές εργασίες του σπιτιού



Κοινωνικών Λειτουργών: Παροχή συμβουλών και πρόληψη κοινωνικών προβλημάτων

Πηγή: (Καλοκαιρινού, et al., 2015)

Διάγραμμα 6 Ομάδα παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας

Σε κάθε περίπτωση αξίζει να αναφερθεί ότι ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται ανά τις ειδικότητες είναι και ο τομέας ευθύνης. Η κάθε ειδικότητα έχει έναν τομέα ευθύνης και όρια τα οποία δεν δύναται να τα ξεπεράσει. Ο τρόπος λειτουργίας και θεραπείας της κάθε ειδικότητας δεν πρέπει να επηρεάζει τις υπόλοιπες. Η θεραπεία στο σπίτι πραγματοποιείται στα πλαίσια του δυνατού και εφόσον δεν καθίσταται απειλητική για τη ζωή του ασθενούς. Σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση, ειδικότητα δει υποτροπιάζουσα μορφή της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, οφείλει να ενημερώσει τις υπόλοιπες ειδικότητες για την άμεση διακομιδή του σε νοσοκομείο. Σε μερικές

περιπτώσεις αυτό δεν είναι πάντα αντιληπτό με αποτέλεσμα να δημιουργείται σύγχυση σε κάθε μεταβολή της κατάστασης της υγείας του. Για το λόγο αυτό απαιτείται μία σωστή ενημέρωση – διαχείριση περιστατικών από έμπειρο μάνατζερ που θα κατευθύνει και θα ενημερώνει τις εμπλεκόμενες ειδικότητες, τον γιατρό αλλά και το οικείο περιβάλλον του ασθενούς.

Κεφάλαιο 4^ο Η έρευνα

4.1 Σκοπός της έρευνας

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε έχει ως σκοπό να αναδείξει τη σημασία του σωστού μάνατζμεντ προκειμένου να βελτιωθούν οι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες νοσηλείας κατ' οίκον και ταυτόχρονα να επισημανθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κλάδος. Μέσα όμως από την έρευνα φανερώνεται και η χρησιμότητα της κατ' οίκον νοσηλείας τόσο ως νέα μέθοδος νοσηλείας αλλά και ως αναβάθμιση του επίπεδου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας μάνατζερ στον τομέα αυτό είναι κοινά, είτε αφορούν τον δημόσιο είτε τον ιδιωτικό φορέα. Στο μεν δημόσιο φορέα έχουμε ως αποτέλεσμα της σωστής διοίκησης την οικονομία και την βελτίωση του πρωτογενή τομέα στο σύστημα υγείας (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας). Στον ιδιωτικό τομέα έχουμε την καλύτερη λειτουργία της επιχείρησης (αποδοτικότητα), την αύξηση της παραγωγικότητας και τη μεγιστοποίηση του κέρδους. Σε κάθε περίπτωση η σωστή πρακτική εφαρμογή του μάνατζμεντ και οι τρόποι βελτίωσης των υπηρεσιών αποσκοπούν και στους δύο φορείς.

Ερευνητικοί στόχοι:

- ✓ Πώς η σωστή διοίκηση επηρεάζει τον βαθμό αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας σε μια εταιρία παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας
- ✓ Πώς και με ποιούς τρόπους μπορεί να βελτιωθεί η αποδοτικότητα ενός φορέα παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας
- ✓ Ποιά είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κλάδος
- ✓ Ποιά είναι τα δυνατά σημεία κλειδιά στα οποία πρέπει να εστιάσει ένας μάνατζερ για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

4.2 Μεθοδολογία – Συλλογή δεδομένων

Η έρευνα διεξήχθη σε ασθενείς αλλά και σε άτομα που έχουν ασθενείς στο σπίτι και κάνουν χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας, είτε μέσα από δημόσιο είτε από ιδιωτικό φορέα. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τους μήνες Φεβρουάριο

με Ιούλιο του 2019 στην πόλη της Θεσσαλονίκης. Τον μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν ασθενείς με τις παρακάτω παθήσεις- προβλήματα υγείας:

- Ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα
- Ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα
- Ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις
- Ασθενείς με παθήσεις του νευρικού συστήματος
- Ασθενείς με προβλήματα του ουροποιητικού συστήματος
- Ασθενείς με παθήσεις του ανοσοποιητικού συστήματος
- Ασθενείς με παθολογικά και χειρουργικά προβλήματα
- Ασθενείς με προβλήματα στο πεπτικό σύστημα

Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ερωτηματολογίου (βλέπε - Παράρτημα 1) , το οποίο κατασκευάστηκε ώστε να περιέχει κλειστού τύπου ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις. Από αυτές οι πρώτες 6 αφορούν δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ατόμων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας. Οι 11 αφορούν κατά κύριο λόγο τις υπηρεσίες της κατ' οίκον νοσηλείας και οι 6 τελευταίες ερωτήσεις την αξιολόγηση των υπηρεσιών με απώτερο σκοπό την αξιολόγηση της διοίκησης του φορέα παροχής υπηρεσιών.

4.3 Περιορισμοί της έρευνας

Όλη η διαδικασία της έρευνας έγινε στα πλαίσια του επιτρεπτού ορίου και χωρίς να επηρεάσει την κατάσταση της υγείας ή το ημερήσιο πρόγραμμα νοσηλείας των ασθενών. Επειδή το κομμάτι της έρευνας αφορούσε αποκλειστικά τους ασθενείς που κάνουν χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας, υπήρξαν ορισμένοι περιορισμοί προς αποφυγή της αλλοίωσης του αποτελέσματος της διατριβής. Πιο συγκεκριμένα:

1. Το όριο ηλικίας δεν μπορούσε να είναι μικρότερο των 18 ετών (ανήλικοι ασθενείς) καθότι η ηλικία από 0 έως 18 είναι ελάχιστοι που κάνουν χρήση των υπηρεσιών. Αντιθέτως όσοι χρειάζονται νοσηλεία (συνήθως είναι κρίσιμα και επείγοντα περιστατικά) απευθύνονται σε νοσοκομεία ή ιδιωτικές κλινικές. Επίσης δεν επιτρέπεται από το νόμο σε ορισμένες ειδικότητες να προσφέρουν υπηρεσίες σε αυτές τις ηλικίες, χωρίς την παρουσία και καθοδήγηση άλλου επαγγελματία υγείας, παιδίατρου ή οικογενειακού ιατρού. Συνεπώς για λόγους βαρύτητας της

κατάστασης και επειδή σε αυτές τις ηλικίες οι περισσότεροι γονείς απευθύνονται σε νοσοκομεία παρά σε υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και για το λόγο του νομικού περιορισμού. Δεν ήταν επιτρεπτό να διεξαχθεί ή έρευνα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

2. Το όριο ηλικίας άνω των 90 το οποίο ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις θεωρείται σημαντικό, δεν μπορούσε να μας δώσει σαφή εικόνα για τη χρήση και εμπειρία των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας. Η κατάσταση της υγείας δεν το επέτρεπε και αυτό έγινε σεβαστό τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για το συγγενικό περιβάλλον, παρόλο που σε αρκετές περιπτώσεις οι ασθενείς αυτοί κάνουν χρήση των υπηρεσιών για αρκετά χρόνια. Τέλος το δείγμα της ομάδας αυτού του πληθυσμού ήταν πολύ μικρό και τα αποτελέσματα της έρευνας δεν θα αντιπροσώπευαν την πλειοψηφία των ασθενών.
3. Αλλοδαποί ασθενείς – πρόσφυγες δεν ήταν εφικτό να συμμετάσχουν στην έρευνα, καθ' ότι δεν γνωρίζουν το σύστημα υγείας και την νομοθεσία στην Ελλάδα. Ενώ μπορεί να έχουν δεχθεί υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας όμως είναι άγνωστο το ποιος προσέφερε, τι ειδικότητα ήταν, πόσο υπήρχε εξειδίκευση στο αντικείμενο και το κόστος των υπηρεσιών αυτών. Για όλους τους παραπάνω λόγους και για να μην έρθουν σε δύσκολη θέση, δεν ήταν εφικτό να συμπεριληφθεί αυτή η ομάδα ασθενών.
4. Άτομα με νοητική υστέρηση και άτομα στο φάσμα του αυτισμού. Δεν μπορούσαν να συμπεριληφθούν στην έρευνα, παρ' όλο που ίσως να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή ή να έχουν ως βοήθεια έναν νοσηλευτή ή βοηθό γενικών καθηκόντων στο σπίτι. Η κατηγορία αυτή είναι τελείως διαφορετική σε σχέση με τον μελετώμενο πληθυσμό ασθενών της έρευνας και γι' αυτό το λόγο δεν γινόταν να συμπεριληφθεί.
5. Δεν ερωτήθηκαν ασθενείς ή συγγενείς οι οποίοι είναι στο χώρο της υγείας. Επαγγελματίες υγείας, γιατροί, νοσηλευτές και οι λοιπές ειδικότητες δεν μπορούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα καθότι οι απαντήσεις τους είναι προκαθορισμένες και στοχευμένες. Σκοπός της έρευνας ήταν να ληφθούν απαντήσεις από άτομα που δεν έχουν σχέση με το χώρο της υγείας και να απαντήσουν καθαρά υποκειμενικά, για να υπάρξει μια σαφή εικόνα του πώς βλέπει την κατ' οίκον νοσηλεία αυτή τη στιγμή ένας ασθενής και να βγουν τα αντίστοιχα συμπεράσματα.
6. Ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια, πέραν του αρχικού σταδίου (Pilot study) και για την ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου που θα μοιραζόταν σε έντυπη μορφή. Δεν

λήφθηκαν υπόψιν στο κυρίως κομμάτι της έρευνας καθώς δεν υπήρχε η δυνατότητα να αποδειχθεί αν αυτός που το συμπλήρωνε ήταν ασθενής ή όχι, ενήλικας ή ανήλικος κ.ο.κ. Οπότε για λόγους εγκυρότητας και αξιοπιστίας των απαντήσεων δεν μπορούσαν να συμπεριληφθούν στην έρευνα.

7. Μη πλήρη ερωτηματολόγια, τα οποία είχαν συμπληρωθεί κατά το ήμισυ ή υπήρχαν κενές απαντήσεις. Δεν λήφθηκαν υπόψιν και ταυτόχρονα απορρίφθηκαν ή ξανασυμπληρώθηκαν εκ νέου από τους ίδιους τους ερωτώμενους.

4.4 Σχεδιασμός ερωτηματολογίου

Για τον σχεδιασμό του ερωτηματολογίου αρχικά έγινε ένα pilot study σε άτομα που κάνουν χρόνια χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας (είτε σε ιδιωτικό είτε σε δημόσιο φορέα). Προκειμένου να προστεθούν ή να αφαιρεθούν ερωτήσεις που θα βελτιώναν την έρευνα. Στη συνέχεια, σύμφωνα με τα όσα παρουσιάστηκαν στα προηγούμενα τμήματα της διπλωματικής διαμορφώθηκε το τελικό ερωτηματολόγιο της έρευνας που παρουσιάζεται στο Παράρτημα 1. Καθορίστηκε το μέγεθος του ερωτηματολογίου (συνολικός αριθμός ερωτήσεων) και μελετήθηκε ο μέσος χρόνος συμπλήρωσής του προκειμένου να είναι άνετο και εύκολο για άτομα μεγάλης ηλικίας. Στη συνέχεια κατηγοριοποιήθηκαν όλες οι ερωτήσεις προς ευκολότερη ερμηνεία και παρουσίαση των αποτελεσμάτων σε 3ς βασικές κατηγορίες.

Κατηγορία ερωτήσεων 1: Δημογραφικά στοιχεία

Κατηγορία ερωτήσεων 2: Ερωτήσεις για την Κατ' οίκον Νοσηλεία

Κατηγορία ερωτήσεων 3: Αξιολόγηση υπηρεσιών Κατ' οίκον Νοσηλείας

Σε κάθε κατηγορία οι ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου (Closed and questions) όπου έδιναν τη δυνατότητα στους ερωτώμενους να επιλέξουν μεταξύ προκαθορισμένων απαντήσεων. Τα είδη των κλειστών ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν είναι τα εξής:

- Η διπλής επιλογής (Dichotomous) στις οποίες οι ερωτώμενοι είχαν δύο επιλογές για την απάντησή τους, όπως χρησιμοποιήθηκε στο φύλο του ασθενούς .
- Η πολλαπλής επιλογής (Multiple choice). Οι ερωτήσεις αυτές έδιναν τη δυνατότητα στους ερωτώμενους να επιλέξουν μία απάντηση ανάμεσα σε τρεις ή περισσότερες επιλογές.

- Ερωτήσεις όπου η απάντηση διαβαθμιζόταν σύμφωνα με την κλίμακα LIKERT (Likert Scale). Σε αυτή την περίπτωση οι ερωτώμενοι διαβάθμιζαν την απάντησή του ως προς το κατά πόσον συμφωνεί ή διαφωνεί.
- Και τέλος ερωτήσεις με κλίμακα αξιολόγησης (Rating Scale), στις οποίες οι ερωτώμενοι αξιολογούσαν συγκεκριμένους τομείς των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας. (Wrenn, et al., 2002)

Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ανήλθε στα 3 λεπτά. Σε κάθε περίπτωση, είτε λόγο βαριάς πάθησης είτε λόγω ηλικίας του ασθενή υπήρχε η δυνατότητα συμπλήρωσής του ερωτηματολογίου τόσο από τους ίδιους τους ασθενείς όσο και από τους συνοδούς. Βασικό χαρακτηριστικό και δυνατό σημείο της έρευνας ήταν η δυνατότητα αυτή έτσι ώστε να υπάρχει μια ολοκληρωμένη εικόνα τόσο από τη μεριά του ασθενή όσο και από του συνοδού.

4.5 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση λογισμικού SPSS v23. Ο συνολικός αριθμός των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν ανέρχεται στα 481 και απαντήθηκαν από ασθενείς που κάνουν χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας είτε σε δημόσιους φορείς είτε σε ιδιωτικούς. Αφού έγινε η κωδικοποίηση σε μορφή υπολογιστικού κειμένου excel (.xls) στη συνέχεια περάστηκαν τα δεδομένα στο πρόγραμμα SPSS v23 και έγινε ανάλυση των συχνοτήτων σε κάθε κατηγορία και σε κάθε απάντηση. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με τη μορφή πινάκων και ιστογραμμάτων για περαιτέρω ανάλυση και ερμηνεία.

Μόνο για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά χρησιμοποιήθηκε ένας ενιαίος πίνακας στον οποίο αναλύονται τα ποσοστά φύλου, οικογενειακής κατάστασης, ηλικίας, επαγγέλματος, εκτιμώμενου χρόνου τέλεσης των υπηρεσιών και του ασφαλιστικού φορέα για ευκολία και γρήγορη ανάλυση των αποτελεσμάτων. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις (Κατηγορίας 2 για την κατ' οίκον νοσηλεία και Κατηγορίας 3 Αξιολόγησης υπηρεσιών) έγιναν με ανάλυση σε πίνακα και του αντίστοιχου ραβδογράμματος για κάθε ερώτηση ξεχωριστά. Στους πίνακες φαίνεται το συνολικό ποσοστό απαντήσεων και στα αντίστοιχα ραβδογράμματα παρουσιάζεται ο αντίστοιχος ο αριθμός του δείγματος.

Τα αποτελέσματα της έρευνας και για κάθε πίνακα ξεχωριστά αναλύονται βάσει αυτών των ποσοστών για το δείγμα που λήφθηκε και ερμηνεύονται σε σύγκριση με άλλες απαντήσεις της ίδιας κατηγορίας. Σε αρκετές περιπτώσεις και για την κατανόηση του αποτελέσματος αναφέρονται στοιχεία που δόθηκαν κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των

ερωτηματολογίων από τους ασθενείς ή τις οικογένειές τους για ευκολότερη κατανόηση των συμπερασμάτων.

Δεν αναλύθηκαν περαιτέρω ομάδες που τυχόν συγκλίνουν στις ίδιες απαντήσεις ή φαίνονται να είναι στην ίδια κατηγορία, μιας και η ανάλυση αποσκοπεί τη βελτίωση των υπηρεσιών και όχι την έρευνα πλειοψηφίας κοινών χαρακτηριστικών των ατόμων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών.

4.6 Παρουσίαση και ερμηνεία αποτελεσμάτων

Όπως φαίνεται από την ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του **Πίνακα 2**, στα 481 ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν οι γυναίκες αποτέλεσαν την πλειονότητα με ποσοστό 62% έναντι 38% των ανδρών. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας ποσοστό της τάξεως του 44,7% ενώ η ηλικιακή ομάδα βρίσκεται στα 75-90 έτη με ποσοστό 45%. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων είναι συνταξιούχοι (43%) και εκτιμούν ότι θα κάνουν χρήση ή ήδη κάνουν χρήση την νοσηλεία κατ' οίκον από 6 έως 12 Μήνες (36%)

Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά συμπεραίνεται επίσης ότι οι χρήστες των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας είναι κυρίως άτομα που έχουν μείνει μόνα τους είτε πρόσφατα είτε εδώ και καιρό και κάνουν χρήση των υπηρεσιών είτε για λόγους υγείας είτε για λόγους βοήθειας ή υποστήριξης στις καθημερινές τους ανάγκες. Ο επικρατέστερος ασφαλιστικός φορέας είναι αυτός του δημοσίου με ποσοστό 71% στον οποίο υπάγονται πλέον τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία μέσω του Ε.Φ.Κ.Α.

Σημειώνεται ότι: Ο ασφαλιστικός φορέας του δημοσίου Ε.Φ.Κ.Α. (Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης) περιλαμβάνει πλέον τα εξής ταμεία στα οποία οι ασφαλισμένοι μέχρι πρότινος δήλωναν ότι είχαν ιδιωτικό φορέα ασφάλισης:

1. Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.)
2. Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Ε.Τ.Α.Π. – Μ.Μ.Ε.)
3. Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (Ε.Τ.Α.Α.)
4. Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ)
5. Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ)
6. Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ)

7. Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω.)
8. Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Τραπεζοϋπαλλήλων (ΕΤΑΤ)

Πηγή: (Ν.4387, 2016)

Πίνακας 2		Ποσοστό %
Φύλο Ασθενούς	Άρρεν	37,8
	Θήλυ	62,2
Οικογενειακή κατάσταση ασθενούς	Έγγαμος/η	30,6
	Άγαμος/η	15,6
	Χήρος/α	44,7
	Διαζευγμένος/η	7,1
	Μέρος συμφώνου συμβίωσης	2,1
Ηλικία ασθενούς	18-35	7,1
	36-55	16,4
	56-75	25,8
	75-90	44,9
	90+	5,8
Επάγγελμα ασθενούς	Δημόσιος Υπάλληλος	28,9
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	13,3
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	7,7
	Άνεργος/η	6,9
	Συνταξιούχος	43,2
Εκτιμώμενος χρόνος εκτέλεσης υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας:	0 Έως 3 Μήνες	21
	3 Έως 6 Μήνες	24,7
	6 Έως 12 Μήνες	36
	12 Έως 24 Μήνες	11,4
	Άνω των 2 ετών	6,9
Ασφαλιστικός φορέας	Δημόσιος	70,9
	Ιδιωτικός	18,3
	Χωρίς ασφαλιστικό φορέα	9,8
	Ασφαλιστικός φορέας εξωτερικού	1

Πίνακας 2 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ασθενών

Στον **Πίνακα 3** αναλύεται περαιτέρω ο λόγος για τον οποίο επιλέγεται η κατ' οίκον νοσηλεία από τους ασθενείς αλλά και το συγγενικό περιβάλλον, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον το ποσοστό του 47% που επιλέγει την κατ' οίκον νοσηλεία για την αποφυγή ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει τον φόβο του ασθενούς και των συγγενών του γιατί προφανώς είτε γνωρίζει, είτε στο παρελθόν έχει νοσήσει από κάποια ενδονοσοκομειακή λοίμωξη ή έχει εμπειρία από συγγενικό πρόσωπο για τους κινδύνους που επιφέρουν οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.

Η μόλυνση από ένα τέτοιου είδους μικρόβιο δυσκολεύει την ανάρρωση, απαιτεί μεγαλύτερο κόστος και ταλαιπωρία για τον ίδιο τον ασθενή και μπορεί εύκολα να το αποκτήσει όσο παραμένει στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Φαίνεται ότι αρκετοί από τους ερωτηθέντες το γνωρίζουν. Όμως το 13.3% των ερωτηθέντων που απάντησαν όλες τις περαιτέρω απαντήσεις φαίνεται και αυτό να γνωρίζει τον κίνδυνο των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων όμως προτίμησε και τις υπόλοιπες απαντήσεις για το λόγο ότι αρκετοί έχουν εμπειρία από τα νοσοκομεία και γνωρίζουν πως το οικείο περιβάλλον βοηθάει στην κατάσταση του ασθενούς αλλά και το κόστος αναλογεί σε μια μεγάλη παραμονή ιδιωτικής κλινικής ή νοσοκομείου. Το αποτέλεσμα είναι να επιλέγουν την κατ' οίκον νοσηλεία ως μια βέλτιστη λύση με όλα τα οφέλη που μπορεί να έχει από αυτήν.

Ένα μικρό ποσοστό του 15,8% αναγνωρίζει την οικονομία που προκύπτει από την χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας και αυτό γιατί στο παρελθόν έχει ανταπεξέλθει στην ανάγκη της μεγάλης διάρκειας παραμονή σε ιδιωτική κλινική. Τέλος ένα ελάχιστο ποσοστό της τάξεως του 7,3% κάνει χρήση αυτού του είδους νοσηλείας προκειμένου να αποφύγει τις μετακινήσεις ή την αναμονή στην ουρά του τμήματος επειγόντων περιστατικών.

Πίνακας 3	Ποσοστό %
Είναι οικονομική μέθοδος νοσηλείας	15,8
Αποφεύγω τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις	47,0
Το οικείο περιβάλλον βοηθάει σημαντικά στην ψυχική υγεία	16,6
Αποφεύγω την ταλαιπωρία της αναμονής και των μετακινήσεων	7,3
Όλες οι απαντήσεις	13,3

Πίνακας 3 Κριτήρια Επιλογής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας



Ραβδόγραμμα 1 Κύριος Λόγος επιλογής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας

Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι οι λοιμώξεις που εμφανίζονται στο νοσοκομείο και οφείλονται σε μικροβιακά αίτια είτε της χλωρίδας του ασθενούς είτε του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Η λοίμωξη αυτή δεν πρέπει να είναι σε στάδιο επώασης κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Επίσης ως ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις χαρακτηρίζονται και οι λοιμώξεις που εμφανίζονται κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο αλλά στις οποίες η μόλυνση έγινε κατά την παραμονή του σε αυτό. Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα μικρόβια που παρατηρούνται συχνά αναλόγως με το σύστημα που προσβάλλει το καθένα και αν δεν ληφθούν σοβαρά υπόψη δύναται να επιφέρουν ακόμη και το θάνατο. (Αποστολοπούλου, 1996)

Πίνακας 4	
Εντόπιση Λοίμωξης	Είδος Μικροβίου
Ουροποιητικό σύστημα	Escherichia coli 29%, Proteus 13%
	Pseudomonas aeruginosa 9%
Κατώτερο αναπνευστικό	Pseudomonas aeruginosa 10%
	Streptococcus pneumoniae 6%
	Staphylococcus aureus 5%
Χειρουργική τομή	Staphylococcus aureus 14% E. Coli 9%
	Pseudomonas aeruginosa 5%
Τραύματα και εγκαύματα	Pseudomonas aeruginosa 29%
	S. aureus 20%, E. coli 8%
Δέρμα	S. aureus 18% P. aeruginosa 6%
	Proteus spp 4%

Πίνακας 4 Μικρόβια νοσοκομειακών λοιμώξεων βάσει της εντόπισης της λοίμωξης

Η βασική χρήση της κατ' οίκον νοσηλείας πέραν της κύριας επιλογής για τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις αφορά κυρίως τις ώρες εργασίας, όταν λείπει ο συνοδός και θέλει να υπάρχει άτομο στο σπίτι για όλες τις ανάγκες του ασθενούς. Βλέπουμε στον **Πίνακα 5** ότι το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 45,1% και δείχνει το αίσθημα ασφάλειας που έχουν ανάγκη να αισθάνονται οι συνοδοί προς τους ανθρώπους τους. Ορισμένες φορές παρερμηνεύεται η φροντίδα του ασθενή με ολόκληρη την παροχή νοσηλείας κατ' οίκον. Όσοι απλά έχουν ένα άτομο στο σπίτι τους για περαιτέρω βοήθεια δεν σημαίνει ότι ταυτόχρονα εκτελείται και η κατ' οίκον νοσηλεία με την βασική έννοια όπως περιεγράφηκε στα προηγούμενα κεφάλαια.

Σημαντικό όμως είναι και το ποσοστό του 25,2% το οποίο απλά αναζητά επιπλέον βοήθεια είτε γιατί αδυνατεί, είτε γιατί δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του ασθενή. Σε αυτό το ποσοστό επίσης μπορεί να ενταχθεί το αίσθημα ασφάλειας καθώς αντίστοιχο φαινόμενο βλέπουμε και στα νοσοκομεία. Είναι συχνό το φαινόμενο ενώ οι

ασθενείς να παραμένουν κλινήρεις και να μην απαιτούν συνεχόμενη φροντίδα, αρκετοί είναι οι συνοδοί που θα πληρώσουν για μια αποκλειστική νοσηλεύτρια για περαιτέρω προσοχή τις ώρες που απουσιάζουν οι ίδιοι από το θάλαμο.

Ένα ελάχιστο ποσοστό του 7,3% και του 5,6% ανέφερε ότι κάνουν χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας για συγκεκριμένη νοσηλευτική πράξη και αδυναμία εξυπηρέτησης λόγω φυσικής κατάστασης αντίστοιχα. Συνήθως αυτό το ποσοστό είναι μεγάλες ηλικίες και πάλι εντάσσεται το θέμα ασφάλειας σε αυτή την κατηγορία ασθενών. Διότι νιώθουν εμπιστοσύνη να λάβουν υποστήριξη και βοήθεια από έναν επαγγελματία υγείας.

Πίνακας 5		Ποσοστό %
Επιπλέον βοήθεια		25,2
Τις ώρες εργασίας μου να είναι κάποιος στο σπίτι για οτιδήποτε χρειαστεί		45,1
Δεν έχω γνώσεις για περιποίηση ασθενή		16,8
Για συγκεκριμένη νοσηλευτική πράξη που δεν έχω γνώσεις για να προσφέρω		7,3
Αδυνατώ/δεν μπορώ λόγω φυσικής κατάστασης		5,6

Πίνακας 5 Κύρια χρήση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας



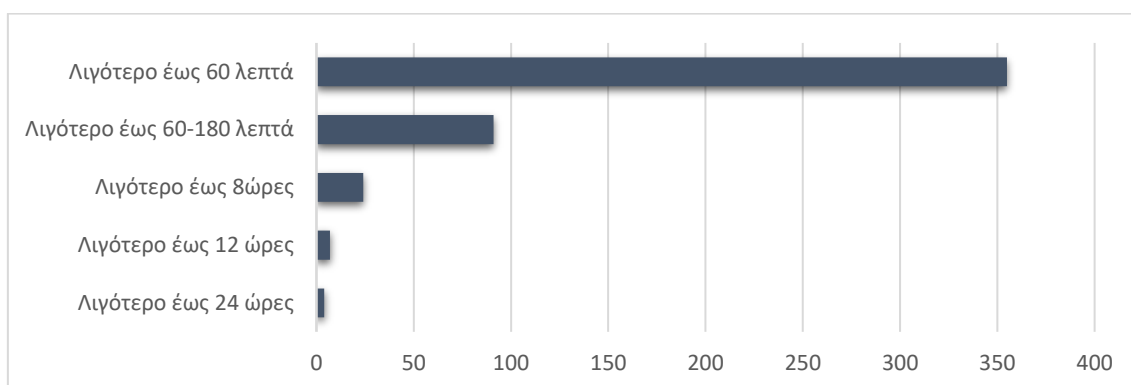
Ραβδόγραμμα 2 Κύρια χρήση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας

Στην ερώτηση για τον εκτιμώμενο χρόνο εκτέλεσης των υπηρεσιών όπως φαίνεται στον Πίνακα 6 οι παρεχόμενες υπηρεσίες στους ασθενείς δεν απαιτούν παραπάνω από τα 60 λεπτά του μέσου όρου εκτέλεσης τους. Αυτό επιβεβαιώνεται από το 73,8% των ερωτηθέντων ενώ ο αμέσως επόμενος εκτιμώμενος χρόνος εκτέλεσης των υπηρεσιών, ο οποίος αγγίζει τα 180 λεπτά ανέρχεται σε ποσοστό 18,9%. Ελάχιστο ποσοστό επέλεξε ότι απαιτείται 8, 12 και 24 ώρες αντίστοιχα. Συγκεκριμένα το 5% απάντησε σε 8 ώρες και είναι συνήθως οι συγγενείς που τις αντίστοιχες ώρες εργάζονται και θέλουν να υπάρχει ένα άτομο στο σπίτι τους. Στις 12 ώρες το ποσοστό του 1,5% αφορά κυρίως τους ασθενείς με σοβαρά προβλήματα και κυρίως αναφέρεται σε

νευρολογικές και ψυχιατρικές παθήσεις. Ενώ το 0.8% που απάντησε λιγότερο έως 24 ώρες είναι ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση όπου η κατάσταση της υγείας τους απαιτεί 24ωρη παρακολούθηση. Συνήθως ασθενείς που απαιτούν τέτοιου είδους φροντίδα και βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, διακομίζονται σε μονάδα αυξημένης φροντίδας (Μ.Α.Φ) ή μονάδα εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) και γι' αυτό το λόγο δεν κάνουν τόσο μεγάλη χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.

Πίνακας 6	Ποσοστό %
Λιγότερο έως 60 λεπτά	73,8
Λιγότερο έως 60-180 λεπτά	18,9
Λιγότερο έως 8ώρες	5,0
Λιγότερο έως 12 ώρες	1,5
Λιγότερο έως 24 ώρες	0,8

Πίνακας 6 Εκτιμώμενος χρόνος εκτέλεσης υπηρεσιών



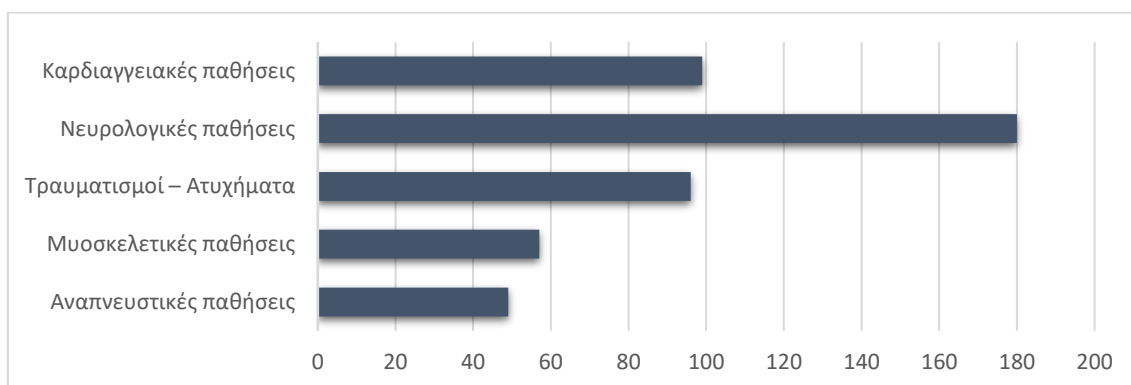
Ραβδόγραμμα 3 Εκτιμώμενος χρόνος εκτέλεσης υπηρεσιών

Στον Πίνακα 7 ενδιαφέρον παρουσιάζουν η κατηγορίες των παθήσεων που απαιτείται πιο πολύ η χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας. Στη συγκεκριμένη έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό που χρειάζεται υποστήριξη αφορά τους ασθενείς με νευρολογικές παθήσεις και ανέρχεται στο 37,4%. Για τις νευρολογικές παθήσεις κυρίαρχος όλων είναι το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (πληροφορίες που δόθηκαν κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και στο pilot study που πραγματοποιήθηκε στην αρχή της έρευνας) και το ποσοστό αυτό του 37,4% αναφέρεται κυρίως σε αυτή την πάθηση Δεδομένου ότι στο Ισχαιμικό και το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο οι βλάβες που προκαλούνται είναι αρκετά σοβαρές και απαιτούν πολύ χρόνο για να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδο ο ασθενής. Η θεραπεία αυτών απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα με αποτέλεσμα ο ασθενής να συνεχίζει τις περισσότερες θεραπείες του κατ' οίκον. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι καρδιαγγειακές παθήσεις που φτάνουν σε ποσοστό

20,6% δίχως όμως να απαιτούν τον ίδιο βαθμό δυσκολίας και σε χρόνο νοσηλείας. Συνήθως ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις απαιτούν λιγότερο χρόνο για θεραπεία σε σχέση με τις Νευρολογικές καθώς η θεραπεία περιορίζεται στην λήψη φαρμακευτικής αγωγής και επανελέγχου σε μελλοντικό διάστημα. Παρόλα αυτά στα ίδια επίπεδα κινείται και η κατηγορία των ασθενών που έχουν τραυματιστεί ή είχαν ατύχημα και φτάνουν το 20%. Σε χαμηλότερα ποσοστά έρχονται οι μυοσκελετικές παθήσεις με ποσοστό 11,9% και οι ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα με ποσοστό 10,2%

Πίνακας 7	Ποσοστό %
Καρδιαγγειακές παθήσεις	20,6
Νευρολογικές παθήσεις	37,4
Τραυματισμοί – Ατυχήματα	20,0
Μυοσκελετικές παθήσεις	11,9
Αναπνευστικές παθήσεις	10,2

Πίνακας 7 Προτιμώμενη πάθηση για χρήση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας



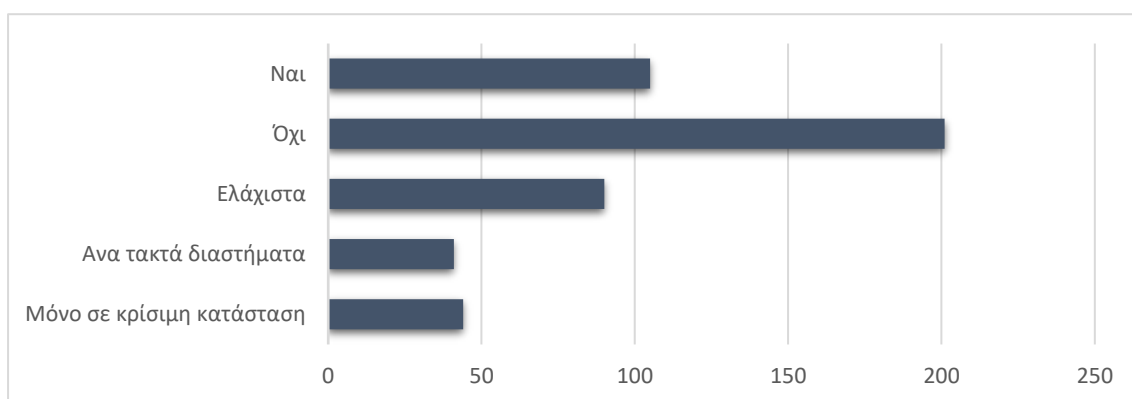
Ραβδόγραμμα 4 Προτιμώμενη πάθηση για χρήση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας

Για την ιατρική καθοδήγηση όπως φαίνεται στον Πίνακα 8 το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε πως δεν χρειάζεται περαιτέρω οδηγίες και αφορά το 41% των ερωτηθέντων. Αυτό σημαίνει ότι οι περισσότεροι που κάνουν χρήση των υπηρεσιών, πήραν οδηγίες εξ αρχής για το τι πρέπει να γίνεται και πως, για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Δεν απαιτείται κυρίως ιατρική παρακολούθηση, πέραν των επιπλοκών και των μη επιθυμητών αποτελεσμάτων όπου αναγκαστικά γίνεται απαραίτητη η γνώμη του ιατρού. Σημαντικό όμως είναι και το ποσοστό που απαιτεί ιατρική καθοδήγηση και φτάνει το 21% για το λόγο του ότι η πάθηση ή η αντιμετώπιση του προβλήματος στο σπίτι απαιτεί ενημέρωση του ειδικού. Συνήθως η ιατρική καθοδήγηση αφορά άτομα τα οποία είναι ινσουλινοεξαρτώμενα (ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη) ή μετράνε σε καθημερινή βάση, πίεση ή καρδιακούς παλμούς και απαιτείται η καθημερινή επικοινωνία

με τον γιατρό τους για οδηγίες στη φαρμακευτική αγωγή (αύξηση του φαρμάκου ή ελάττωση αντίστοιχα) Τα υπόλοιπα ποσοστά δείχνουν ότι το 18.7% χρειάζεται ελάχιστα την ιατρική καθοδήγηση ενώ το 8.5% και το 9.1% αναφέρονται σε τακτά διαστήματα και στην περίπτωση κρίσιμης κατάστασης αντίστοιχα. Από τον πίνακα φαίνεται ότι η υπηρεσία της κατ' οίκον νοσηλείας μπορεί να λειτουργεί με ελάχιστη καθοδήγηση του ιατρού, Γεγονός που δίνει την ευκαιρία στον εκάστοτε ιατρό να ασχοληθεί με νέα περιστατικά και να αφιερώσει χρόνο σε νέες ανάγκες που προκύπτουν.

Πίνακας 8	Ποσοστό %
Ναι	21,8
Όχι	41,8
Ελάχιστα	18,7
Ανά τακτά διαστήματα	8,5
Μόνο σε κρίσιμη κατάσταση	9,1

Πίνακας 8 Χρήση ιατρικής παρέμβασης



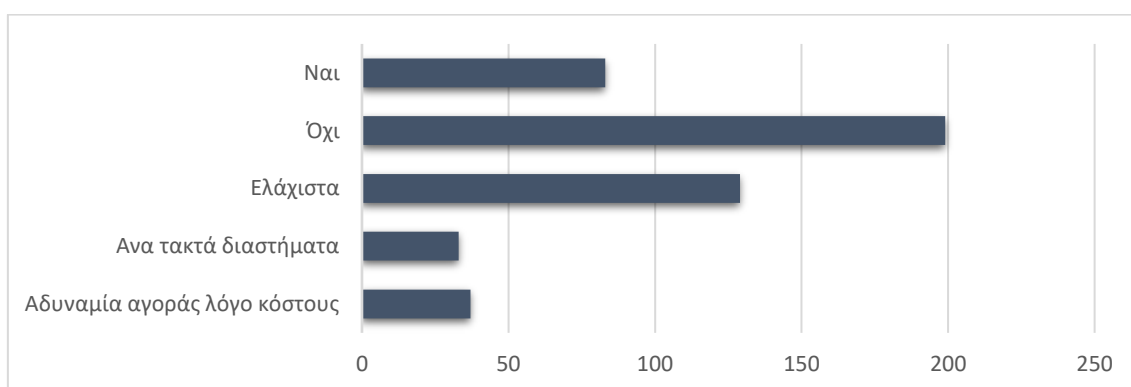
Ραβδόγραμμα 5 Χρήση ιατρικής παρέμβασης

Στην ερώτηση για τη χρήση ειδικού εξοπλισμού αν απαιτείται για την εκτέλεση των υπηρεσιών, όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 9 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων απάντησε ότι δεν απαιτείται η αγορά επιπλέον εξοπλισμού. Συγκεκριμένα το 41% των ερωτηθέντων δεν χρειάστηκε την απόκτηση ειδικού αμαξιδίου ή βοηθήματος στο σπίτι για την εκτέλεση των υπηρεσιών. Ενώ το 17% που δήλωσε ότι χρειάστηκε, αυτό το ποσοστό ασθενών ήταν κυρίως με χρόνιες παθήσεις για τους οποίους έστω και ένα αναπηρικό αμαξίδιο ή μία ειδική κλίνη να χρειάζεται για της καθημερινές ανάγκες τους. Το 26,8% που απάντησε ότι χρειάστηκε ελάχιστα ειδικό εξοπλισμό αφορά κυρίως μυοσκελετικές παθήσεις για τις οποίες χρειάζεται περαιτέρω η αγορά κάποιου είδους νάρθηκα ή βοηθήματος βάδισης, τραπεζοειδούς βακτηρίας κ.ο.κ. Σημαντικό θεωρείται και το ποσοστό που χρειάστηκε να αγοράσει εξοπλισμό, αλλά αδυνατούσε λόγω κόστους,

το οποίο ανέρχεται στο 7,7%. Σαν μία γενική εικόνα φαίνεται ότι για την εκτέλεση των υπηρεσιών δεν απαιτείται άμεσα η αγορά ειδικού εξοπλισμού. Πράγμα το οποίο αποδεικνύει ότι αυτού του είδους η νοσηλεία δεν είναι πολύπλοκη και απαιτητική. Μπορεί να πραγματοποιηθεί με τον ήδη υπάρχον εξοπλισμό του ασθενή που διαθέτει στο σπίτι και μόνο σε ειδικές περιπτώσεις απαιτείται ελάχιστα η αγορά κάποιου συγκεκριμένου βοηθήματος ή εξοπλισμού που θα κάνει την λειτουργία και την θεραπεία του ασθενή πιο αποδοτική.

Πίνακας 9	Ποσοστό %
Ναι	17,3
Όχι	41,4
Ελάχιστα	26,8
Ανά τακτά διαστήματα	6,9
Αδυναμία αγοράς λόγω κόστους	7,7

Πίνακας 9 Χρήση ειδικού εξοπλισμού



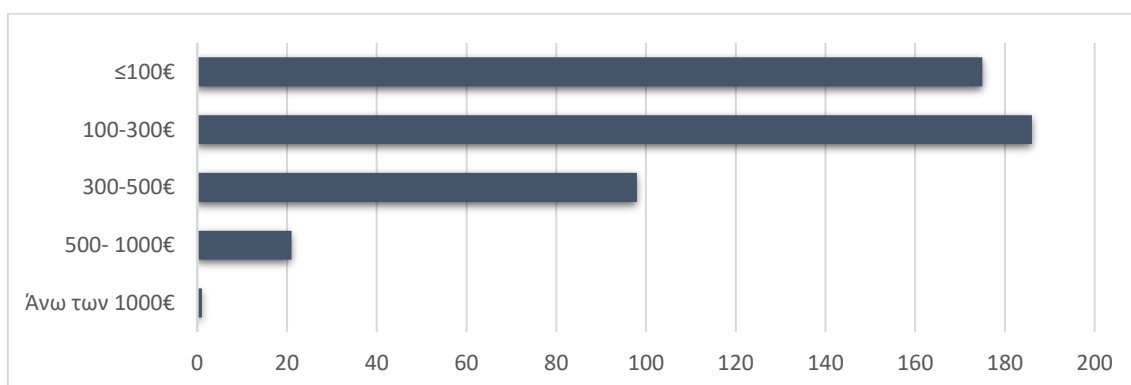
Ραβδόγραμμα 6 Χρήση ειδικού εξοπλισμού

Το κόστος για την υπηρεσία της κατ' οίκον νοσηλείας παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς είναι ένα έξοδο που απασχολεί και φυσικά επηρεάζει τις μελλοντικές του αποφάσεις στο πού θα απευθυνθεί για νοσηλεία κατ' οίκον ο ασθενής και το συγγενικό του περιβάλλον. Επειδή η πλειοψηφία των ερωτώμενων ήταν ασθενείς που έκαναν χρήση ιδιωτικών εταιρειών νοσηλείας κατ' οίκον. Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 10, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι σε διάστημα μικρότερο ή ίσο των 30 ημερών, το μεγαλύτερο ποσοστό δεν ξεπερνούσε το ποσό των 300 ευρώ. Το 36% δήλωσε ότι ξοδεύει περί τα 100 ευρώ μηνιαίως ενώ το 38% δήλωσε πως αρκούν μέχρι τα 300 ευρώ μηνιαίως. Συνολικά το ποσοστό αυτό είναι πάνω από το 50% που ξοδεύει λιγότερο από 300 ευρώ.

Στη συνέχεια η επόμενη κατηγορία ασθενών και με ποσοστό που φτάνει το 20,4% απάντησε πως ξοδεύει από 300 έως και 500 ευρώ το μήνα για την μηνιαία νοσηλεία. Η κατηγορία αυτή αφορά ασθενείς που έχουν προγραμματισμένες επισκέψεις ιατρών ή άλλων επαγγελματιών υγείας σε μηνιαία βάσει και γι' αυτό το λόγο το κόστος είναι αυξημένο σε σχέση με την πλειοψηφία. Το ποσοστό του 4,4% αφορά ασθενείς που ξοδεύουν από 500 έως και 1000 ευρώ και προσαρμόζεται αναλόγως με την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Εξου και η μεγάλη διαφορά σε σχέση με τις προηγούμενες κατηγορίες. Ενώ ελάχιστοι ήταν εκείνοι που απάντησαν ότι ξοδεύουν πάνω από 1000 ευρώ για την νοσηλεία τους με το ποσοστό να ανέρχεται μόλις το 0,2%. Όπως φαίνεται το μεγαλύτερο μέρος των ερωτώμενων δεν χρειάζεται να ξοδέψει πάνω από 300 ευρώ γεγονός που αποδεικνύει την οικονομία που γίνεται μέσω της κατ' οίκον νοσηλείας. Αξίζει να αναφερθεί πάλι ότι το παραπάνω κόστος προέρχεται από ιδιωτικές εταιρείες παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας πράγμα που σημαίνει ότι σε μεγαλύτερο επίπεδο (Δημόσιο τομέα) το κόστος αυτό δύναται να είναι και μικρότερο.

Πίνακας 10	Ποσοστό %
≤100€	36,4
100-300€	38,7
300-500€	20,4
500- 1000€	4,4
Άνω των 1000€	0,2

Πίνακας 10 Εκτιμώμενο κόστος νοσηλείας σε διάρκεια 30 ημερών



Ραβδόγραμμα 7 Εκτιμώμενο κόστος νοσηλείας σε διάρκεια 30 ημερών

Ο ασφαλιστικός φορέας όπως έχει προαναφερθεί μέχρι και σήμερα έχει συγκεκριμένες δομές με ιδιαίτερο τρόπο λειτουργίας για τον τομέα της κατ' οίκον νοσηλείας. Οι καλύψεις που προσφέρει μέσω των προγραμμάτων βοήθεια στο σπίτι και του προσωπικού από τα δημόσια νοσοκομεία είναι ελάχιστες με αποτέλεσμα οι ασθενείς να κάνουν ολοένα και περισσότερο χρήση των υπηρεσιών από ιδιωτικούς φορείς.

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 11 κανένας από του ερωτώμενους δεν ανέφερε ότι ο ασφαλιστικός του φορέας καλύπτει ολόκληρο το πακέτο νοσηλείας. Δεν υπάρχει ακόμα τέτοιου είδους ασφάλιση που να καλύπτει τις ανάγκες για νοσηλεία στο σπίτι χωρίς τη συμμετοχή του ασθενούς. Το μεγαλύτερο ποσοστό του 49% απάντησε πως δεν καλύπτει τίποτα. Ενώ το ποσοστό του 28% απάντησε μόνο τον εξοπλισμό (το ποσοστό αυτό αναφέρεται σε εξοπλισμό όπως: αναπηρικό αμαξίδιο, ειδική κλίνη, αερόστρωμα κατακλίσεων κ.ο.κ.) τα οποία καλύπτει μέρος των χρημάτων ο ασφαλιστικός φορέας με τη συμμετοχή του ασφαλισμένου και απαιτούνται για την ορθή εκτέλεση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.

Η κάλυψη του ειδικού αυτού εξοπλισμού γίνεται με την προσκόμιση παραστατικού απόδειξης αγοράς και η επιστροφή χρημάτων γίνεται σε διαφορετικό χρονικό διάστημα από την ημερομηνία αγοράς. Δηλαδή ο ασφαλισμένος πρέπει να έχει καταβάλει το 100% του ποσού για την αγορά του εξοπλισμού και στη συνέχεια με την καταβολή του παραστατικού αγοράς (απόδειξη) λαμβάνει σε δεύτερο χρόνο το 75- 80 % της αξίας πίσω. Το 17% που απάντησε για την κάλυψη της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών αφορούσε ιδιαίτερες παθήσεις και ασθένειες οι οποίες δύναται να ξεπεράσουν σε προϋπολογισμό τις 2500€ σε φάρμακα όπως καρκινοπαθείς ή άλλες κατηγορίες και χορηγούνται από τον ασφαλιστικό φορέα δωρεάν. Ενώ το 5,2% που απάντησε ότι καλύπτει ορισμένες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας αφορά κυρίως τους φυσιοθεραπευτές και τους θεραπευτές λόγω οι οποίοι εργάζονται με σύμβαση μέσω του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.) και σε αυτές τις περιπτώσεις ο ασθενής δύναται να λάβει μέρος των χρημάτων του ως επιστροφή με την προσκόμιση των αποδείξεων και των παραστατικών της εκάστοτε θεραπείας. Σε κάθε περίπτωση και εδώ ο ασθενής καταβάλει ολόκληρο το ποσό και στη συνέχεια μετά λαμβάνει την επιστροφή της συμμετοχής του από το ασφαλιστικό ταμείο.

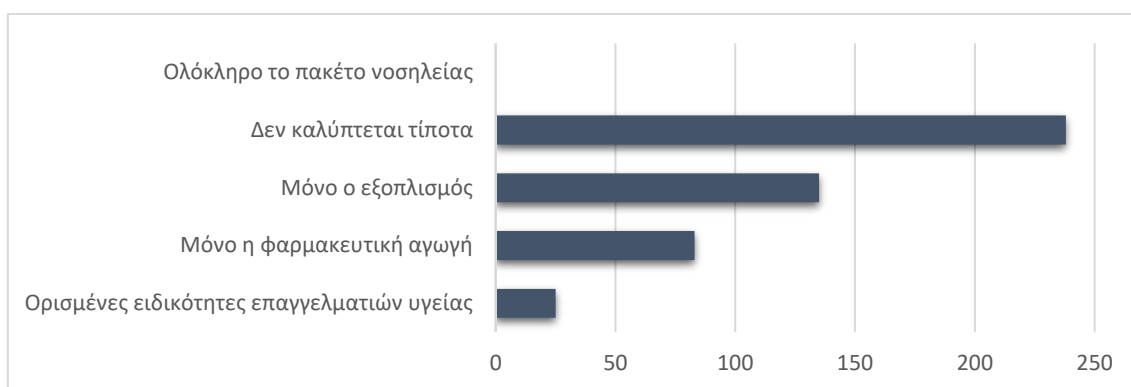
Ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης συμμετέχει ενεργά μόνο σε ιδιαίτερες παθήσεις και ασθένειες. Ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα ή νευρολογικές παθήσεις θα πρέπει να καταβάλουν εξ αρχής ολόκληρο το ποσό και στη συνέχεια να περιμένουν έγκριση της συμμετοχής του ασφαλιστικού φορέα για την επιστροφή χρημάτων που τους αναλογεί. Η διαδικασία αυτή δύναται να ολοκληρωθεί σε βάθος 4 έως 6 εβδομάδων από την προσκόμιση των εγγράφων, κάτι το οποίο όπως ανέφεραν και οι ίδιοι οι ερωτώμενοι μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά.

Σημειώνεται ότι: Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών με εισόδημα κάτω από του ορίου της φτώχειας, για τους οποίους το κόστος αγοράς ειδικού εξοπλισμού είναι αρκετά

μεγάλο και συνεχώς αναβάλλεται η αγορά του. Δεδομένου ότι θα πάρουν πίσω επιστροφή των χρημάτων τους (όπως προαναφέρθηκε περίπου το 75-80% επι του συνολικού ποσού) αρκετοί ασθενείς απάντησαν ότι καλύπτεται η αγορά ειδικού εξοπλισμού αλλά αυτό δε σημαίνει ότι πάντα την πραγματοποιούν.

Πίνακας 11	Ποσοστό %
Ολόκληρο το πακέτο νοσηλείας	0
Δεν καλύπτεται τίποτα	49,5
Μόνο ο εξοπλισμός	28,1
Μόνο η φαρμακευτική αγωγή	17,3
Ορισμένες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας	5,2

Πίνακας 11 Ασφαλιστική κάλυψη



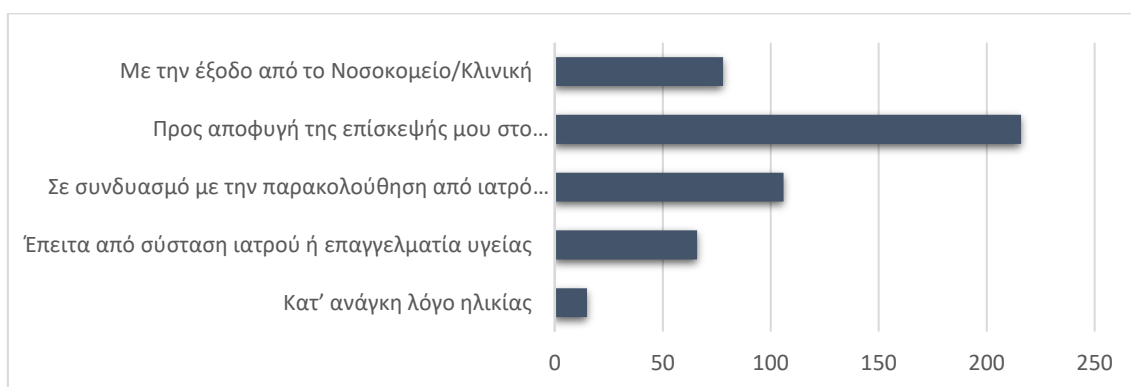
Ραβδόγραμμα 8 Ασφαλιστική κάλυψη

Μέχρι πρότινος η κατ' οίκον νοσηλεία είχε συνδυαστεί με την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο ή την κλινική και αυτή ήταν η επικρατέστερη άποψη. Όμως στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε ο λόγος για τον οποίο κάνουν χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας οι ασθενείς έχει αλλάξει. Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 12 το 44,9% απάντησε ότι ξεκινάει την κατ' οίκον νοσηλεία προς αποφυγή μελλοντικής επίσκεψης του στο νοσοκομείο/κλινική. Αντίστοιχα το ποσοστό που κάνει έναρξη της νοσηλείας κατ' οίκον με την έξοδο από το νοσοκομείο/ κλινική αφορά πλέον το 16,2% το οποίο είναι λιγότερο από το αναμενόμενο. Το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό 22% ανέφερε ότι κάνει χρήση των υπηρεσιών συνδυαστικά με τον φορέα παρακολούθησης (Αιμοκαθαρόμενοι ασθενείς, καρκινοπαθείς κ.ο.κ.) Το 13,7% ανέφερε ότι ξεκίνησε έπειτα από σύσταση ιατρού ή επαγγελματία υγείας. Κυρίως αυτό γίνεται έπειτα από επίσκεψη του ιατρού είτε στο σπίτι είτε σε ιατρείο, δίνονται οδηγίες οι οποίες δεν μπορούν να εκτελεστούν από τους ίδιους τους ασθενείς και γι' αυτό τον λόγο απευθύνονται στη συνέχεια σε επαγγελματίες υγείας που κάνουν κατ' οίκον επισκέψεις. Το 3,1% μόνο ανέφερε ότι ξεκίνησε κατ' ανάγκη λόγω ηλικίας το μεγαλύτερο μέρος του

ποσοστού αυτού είναι άτομα που μένουν μόνα τους και για τον απλούστατο λόγο ότι δεν μπορούν είτε να αυτοεξυπηρετηθούν, είτε να ολοκληρώσουν μια θεραπεία χωρίς βοήθεια, είτε πρέπει να λάβουν συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή, κάνουν έναρξη των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.

Πίνακας 12	Ποσοστό %
Με την έξοδο από το Νοσοκομείο/Κλινική	16,2
Προς αποφυγή της επίσκεψής μου στο Νοσοκομείο/Κλινική	44,9
Σε συνδυασμό με την παρακολούθηση από ιατρό του Νοσοκομείου/Κλινικής	22
Έπειτα από σύσταση ιατρού ή επαγγελματία υγείας	13,7
Κατ' ανάγκη λόγω ηλικίας	3,1

Πίνακας 12 Πότε ξεκίνησε η κατ' οίκον νοσηλεία



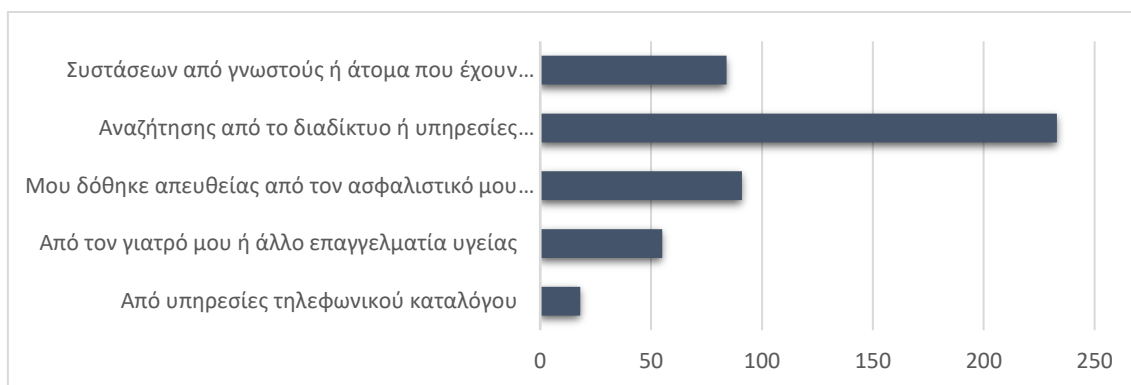
Ραβδόγραμμα 9 Πότε ξεκίνησε η κατ' οίκον νοσηλεία

Ο τρόπος επιλογής του προσωπικού για την κατ' οίκον νοσηλεία παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα ήταν η σύσταση του προσωπικού από τον γιατρό του ασθενή ή άλλου συγγενή που έχει κάνει χρήση των υπηρεσιών, όμως όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 13 το μεγαλύτερο ποσοστό συγκέντρωσε η αναζήτηση από το διαδίκτυο ή τις υπηρεσίες του τηλεφωνικού καταλόγου με ποσοστό 48,4%. Δεύτερη επιλογή και σε ποσοστό 18,9% έρχεται η σύσταση απευθείας από τον ασφαλιστικό φορέα ή του χώρου στον οποίο νοσηλεύθηκε ο ασθενής. (αφορά κυρίως τις ιδιωτικές κλινικές και κέντρα αποκατάστασης). Το οποίο είναι στο ίδιο επίπεδο με τις συστάσεις από γνωστούς και άτομα που έχουν βρεθεί σε αντίστοιχη θέση ποσοστό που άγγιξε το 17.5%. Τα δύο αυτά ποσοστά φαίνονται να κυμαίνονται στο ίδιο επίπεδο και αυτό γιατί οι πάροχοι υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον δεν είναι αρκετοί με αποτέλεσμα και οι ιδιωτικοί πάροχοι νοσηλείας αλλά και οι προηγούμενοι ασθενείς να έχουν εξυπηρετηθεί από τις ίδιες εταιρίες νοσηλείας κατ' οίκον και ταυτόχρονα τους ίδιους επαγγελματίες υγείας. Στη συνέχεια το 11.4% ανέφερε ότι η επιλογή του προσωπικού

ήταν απευθείας από τον γιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας. Ενώ μόνο το 3.7% ανέφερε πως επέλεγε το προσωπικό από υπηρεσίες τηλεφωνικού καταλόγου και αυτό κατά βάσει άτομα που είτε δεν έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο είτε δεν μπορούν λόγω ηλικίας να κάνουν χρήση του διαδικτύου.

Πίνακας 13	Ποσοστό %
Συστάσεων από γνωστούς ή άτομα που έχουν βρεθεί στην αντίστοιχη θέση	17,5
Αναζήτησης από το διαδίκτυο ή υπηρεσίες τηλεφωνικού καταλόγου	48,4
Δόθηκε από τον ασφαλιστικό μου φορέα ή εκεί που νοσηλεύθηκα	18,9
Από τον γιατρό μου ή άλλο επαγγελματία υγείας	11,4
Από υπηρεσίες τηλεφωνικού καταλόγου	3,7

Πίνακας 13 Επιλογή προσωπικού κατ' οίκον νοσηλείας



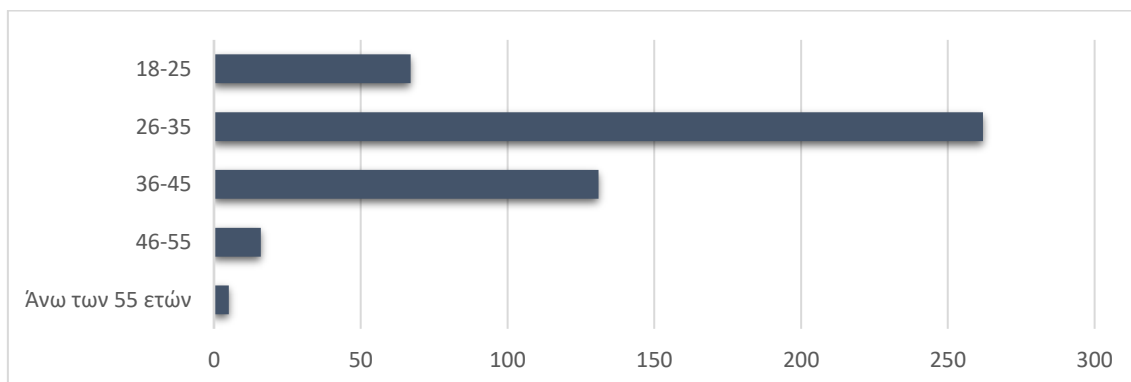
Ραβδόγραμμα 10 Επιλογή προσωπικού κατ' οίκον νοσηλείας

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η προτίμηση των ηλικιών που θέλουν οι ασθενείς για την παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας και αφορά όπως φαίνεται από τον Πίνακα 14 το 54,5% που κάνει λόγο για τις ηλικίες μεταξύ των 26-35. Ο λόγος για αυτή την ηλικία γίνεται διότι το προσωπικό που τις παρέχει είναι νέοι/νέες και έχουν αντοχές τόσο σε θέματα εκπαίδευσης αλλά και εξυπηρέτησης. Υπάρχει όρεξη για εργασία, απαιτείται υπομονή και μυϊκή δύναμη την οποία αρκετές φορές χρειάζεται ένας επαγγελματίας της νοσηλείας κατ' οίκον. Ταυτόχρονα βρίσκεται σε ένα καλό επίπεδο εμπειρίας και μπορεί να ανταπεξέλθει στις οποιοσδήποτε ανάγκες του ασθενή. Η αμέσως επόμενη προτίμηση αναφέρεται στις ηλικίες 36-45 και αφορά μόνο το 27,2% και αυτό είτε γιατί έχει λάβει συστάσεις από προηγούμενους επαγγελματίες υγείας. Είτε γνωρίζει τον ίδιο/α επαγγελματία και τον προτιμά λόγω εμπειρίας. Στη συνέχεια και με πολύ μικρότερο ποσοστό έρχονται οι ηλικίες μεταξύ των 46-55 ετών και αυτό αφορά τους ασθενείς οι οποίοι δεν απαιτούν τόσο την θεραπεία όσο την παρακολούθηση ή την βοήθεια σε καθημερινές διαδικασίες στο σπίτι. Το ποσοστό αυτό δεν ενδιαφέρεται για

την ηλικία ή δεν απαιτείται και μικρότερη ηλικία γι' αυτό και υπάρχει σε μικρό βαθμό σε σχέση με τα υπόλοιπα. Ενώ το ποσοστό του 1% που απάντησε ότι προτιμά ηλικίες άνω των 55 ετών είναι το χαμηλότερο απ' όλα. Αφορά κυρίως τις περιπτώσεις ασθενών που μένουν μόνοι τους και δεν έχουν συγγενή στο σπίτι. Είτε ζητάνε άτομα της ίδιας ηλικίας, ίσως και λίγο μικρότερα για να έχουν καλύτερη επικοινωνία και τρόπο λειτουργίας στις θεραπείες ή την επικοινωνία με ιατρούς και θεραπευτές, Είτε γνωρίζουν προσωπικά τα άτομα αυτά και νιώθουν εμπιστοσύνη να δεχθούν βοήθεια ακόμα και αν είναι άνω των 55 ετών. Γενικότερα οι ηλικίες που προτιμούν οι ασθενείς αφορούν τις ηλικίες μεταξύ 26-45 είτε σαν πιο αποδοτικές είτε σαν πιο έμπειρες. Όμως βάσει των πληροφοριών που δόθηκαν προφορικά από τους ασθενείς που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, ανεπίσημα τα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και είναι ηλικίας άνω των 55 ετών ανέφεραν ότι δεν απαιτείται το ίδιο χρηματικό κόστος σε σχέση με τα άτομα μικρότερης ηλικίας που είναι πιο δραστήρια και αποδοτικά. Συνεπάγεται ότι οι ηλικίες που επιλέγονται δεν είναι καθόλου τυχαίες, αλλά επιλέγονται βάσει του κόστους που έχει προβλέψει να διαθέσει ο κάθε ασθενής για την εκτέλεση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.

Πίνακας 14	Ποσοστό %
18 έως 25 ετών	13,9
26 έως 35 ετών	54,5
36 έως 45 ετών	27,2
46 έως 55 ετών	3,3
Άνω των 55 ετών	1

Πίνακας 14 Προτιμώμενες ηλικίες για το προσωπικό της κατ' οίκον νοσηλείας



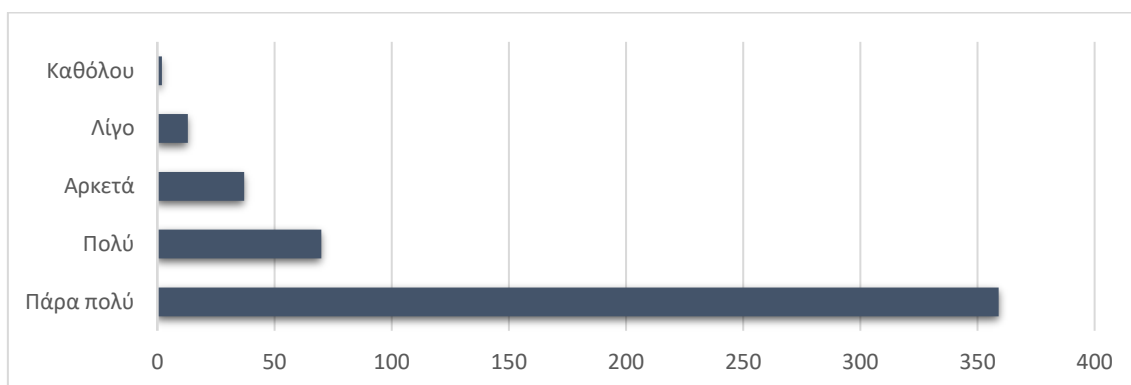
Ραβδόγραμμα 11 Ηλικίες προτίμησης

Στην ερώτηση για το πόσο καλύπτονται οι ανάγκες της πάθησης μέσω της κατ' οίκον νοσηλείας όπως φαίνεται και από τον πίνακα 14, το ποσοστό του 74% καλύπτεται

πάρα πολύ και γι' αυτό τον λόγο συνεχίζει να κάνει χρήση των υπηρεσιών. Αυτό αποδεικνύει ότι η κατ' οίκον νοσηλεία καλύπτει ένα μεγάλο φάσμα παθήσεων στον τομέα της υγείας, πράγμα που σημαίνει ότι είναι χρήσιμη, αποτελεσματική, και σε αρκετές περιπτώσεις αναγκαία. Το 14,6% των ερωτώμενων απάντησε πως καλύπτεται πολύ για τις ανάγκες της πάθησης που αντιμετωπίζει. Το οποίο είναι και αυτό ένα θετικό ποσοστό για την χρησιμότητα της κατ' οίκον νοσηλείας γενικότερα. Στη συνέχεια το 7,7% απάντησε πως καλύπτεται αρκετά, δίχως όμως να σημαίνει ότι δεν υπήρξαν φορές που δεν καλύφθηκε. Τα επόμενα αποτελέσματα της ελάχιστης κάλυψης της πάθησης από την κατ' οίκον νοσηλεία κάνουν λόγο για το ποσοστό του 2,7% και το ποσοστό του 0,4% αντίστοιχα που δεν καλύφθηκαν καθόλου οι ανάγκες τους. Σε αρκετές περιπτώσεις αυτά τα ποσοστά οφείλονται σε σοβαρά περιστατικά τα οποία χρήζουν περαιτέρω παρακολούθησης στο νοσοκομείο και είτε δεν θέλουν να μεταβούν για περαιτέρω παρακολούθηση και ψάχνουν εναλλακτικές μεθόδους μέσω της κατ' οίκον νοσηλείας. Είτε έχουν σοβαρή και κρίσιμη κατάσταση η οποία όμως δεν αντιμετωπίζεται στο σπίτι.

Πίνακας 15	Ποσοστό %
Καθόλου	0,4
Λίγο	2,7
Αρκετά	7,7
Πολύ	14,6
Πάρα πολύ	74,6

Πίνακας 15 Κάλυψη αναγκών πάθησης από την κατ' οίκον νοσηλεία



Ραβδόγραμμα 12 Κάλυψη αναγκών πάθησης από την κατ' οίκον νοσηλεία

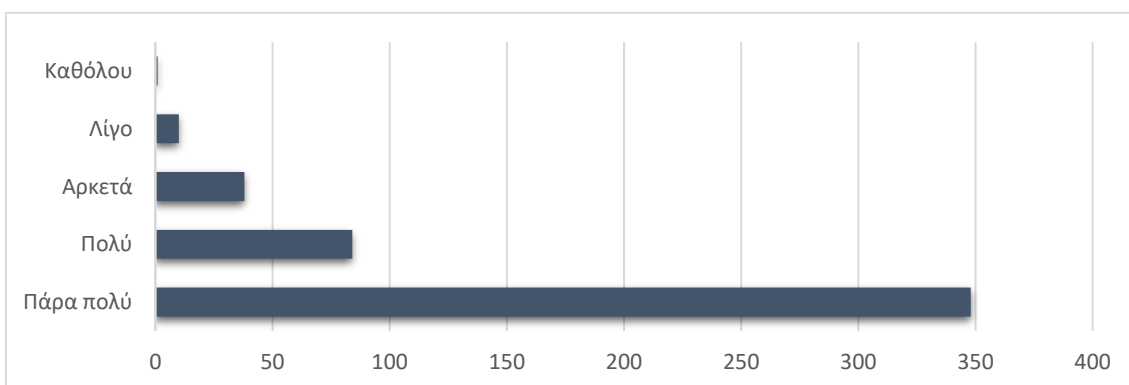
Στην ερώτηση όσον αφορά την επάρκεια και την εξειδίκευση του προσωπικού που εκτελεί τις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας. Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 16 το 72,3% και το 17,5% απάντησαν Πάρα πολύ και πολύ αντίστοιχα. Γεγονός που κάνει το 89,8% αρκετά επαρκές και εξειδικευμένο σε αυτό που κάνει, Θετικό αποτέλεσμα και

για τον κλάδο αλλά και για τους ασθενείς που λαμβάνουν τις υπηρεσίες αυτές. Το 7.9% απάντησε ότι το προσωπικό είναι αρκετά εξειδικευμένο, πράγμα που σημαίνει ότι οι ανάγκες καλύφθηκαν αλλά υπάρχουν τρόποι βελτίωσης σε θέματα απόδοσης, ταχύτητας και συνέπειας, όπως μας ανέφεραν προφορικά οι ερωτώμενοι. Ενώ το ποσοστό 2,1% και 0,2% κάνουν λόγο για ελάχιστη εξειδίκευση έως καθόλου αντίστοιχα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το προσωπικό που παρείχε τις αντίστοιχες υπηρεσίες είτε δεν ήταν καλά εκπαιδευμένο, είτε ήταν καινούριο στο χώρο της κατ' οίκον νοσηλείας είτε δεν είχε την απαραίτητη εμπειρία στο να φέρει εις πέρας όλο το έργο που απαιτείται για την ορθή εκτέλεση των υπηρεσιών.

Σε κάθε περίπτωση το προσωπικό που δεν έχει εκπαιδευθεί κατάλληλα δεν μπορεί να κατηγορηθεί για το γεγονός ότι δεν έχει εμπειρία καθώς η διαλογή και η επιλογή του προσωπικού γίνεται από την εκάστοτε διοίκηση. Σε αυτή την περίπτωση φαίνεται ξεκάθαρα ότι το ποσοστό που καλύφθηκε από λίγο έως καθόλου είναι θέμα περισσότερο της αντίστοιχης διοίκησης παρά του ίδιου του προσωπικού. Ειδικά για τον τομέα της υγείας δεν πρέπει να αγνοείται αυτή τη λεπτομέρεια από την διοίκηση. Πρέπει και έχει το δικαίωμα ο ασθενής να λαμβάνει θεραπεία από άρτια εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας για την σωστή εκτέλεση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.

Πίνακας 16	Ποσοστό %
Καθόλου	0,2
Λίγο	2,1
Αρκετά	7,9
Πολύ	17,5
Πάρα πολύ	72,3

Πίνακας 16 Εξειδίκευση επαγγελματιών κατ' οίκον νοσηλείας

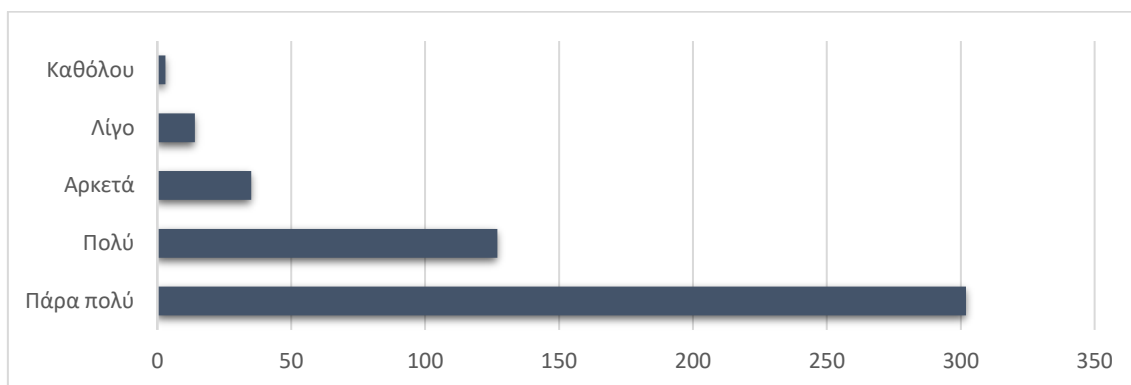


Ραβδόγραμμα 13 Εξειδίκευση επαγγελματιών κατ' οίκον νοσηλείας

Όσον αφορά το κομμάτι της αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών για το βαθμό ικανοποίησης των υπηρεσιών. Από τον Πίνακα 17 φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό 62,8% απάντησε πως είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες. Αντίστοιχα το 26% να συμφωνεί με μια μικρή επιφύλαξη για περαιτέρω βελτίωση τους στο μέλλον. Ενώ το 7,3% απάντησε πως ικανοποιεί τις ανάγκες τους η κατ' οίκον νοσηλεία αλλά αφήνει το ενδεχόμενο περαιτέρω βελτίωσής τους. Στη συνέχεια το 2,9 και το 0,6% απάντησε πως οι παρεχόμενες υπηρεσίες ικανοποίησαν από λίγο έως καθόλου τις προσδοκίες τους. Οι λόγοι για τους οποίους δεν αναφέρθηκαν, όμως κατανοητό είναι οι υπηρεσίες να θέλουν συνεχή βελτίωση. Με σκοπό αυτά τα ποσοστά να μειωθούν περαιτέρω στο μέλλον και να ικανοποιούν πλήρως τις απαιτήσεις των ασθενών. Επίσης σε αυτή την περίπτωση τίθεται θέμα σωστής διοίκησης για τους λόγους που προαναφέρθηκαν στον Πίνακα 16.

Πίνακας 17	Ποσοστό %
Καθόλου	0,6
Λίγο	2,9
Αρκετά	7,3
Πολύ	26,4
Πάρα πολύ	62,8

Πίνακας 17 Βαθμός ικανοποίησης παρεχόμενων υπηρεσιών



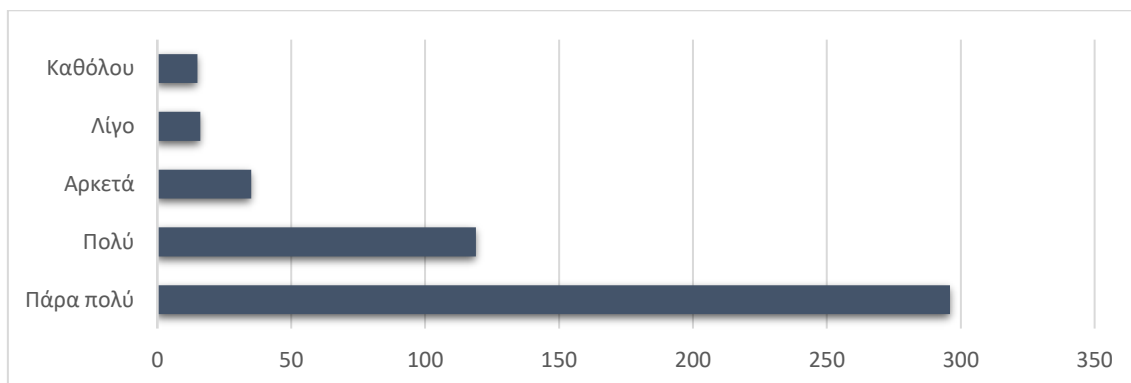
Ραβδόγραμμα 14 Βαθμός ικανοποίησης παρεχόμενων υπηρεσιών

Στην ερώτηση για τον πόσο βοηθάει η κατ' οίκον νοσηλεία την ψυχική κατάσταση του ασθενή. Από τον Πίνακα 18 βλέπουμε ότι το 61,5% και το 24,7% απάντησε πάρα πολύ έως πολύ αντίστοιχα. Φαίνεται δηλαδή ότι συμβάλει και στην ψυχική υγεία του ασθενούς καθώς οι παρεχόμενες υπηρεσίες στο σπίτι κάνουν τον ασθενή να αισθάνεται καλύτερα στο δικό του χώρο παρά στο χώρο του νοσοκομείου. Αν και αυτού του είδους η νοσηλεία δεν είναι κάτι καινούριο για τον τομέα της υγείας.

Αρκετοί άνθρωποι παρ' όλα αυτά, δεν δίνουν τη σημασία που θα έπρεπε για το περιβάλλον στο οποίο γίνεται η θεραπεία. Το οικείο περιβάλλον είναι πάντα ένας χώρος σημαντικός για τον οποιονδήποτε πόσο μάλλον σε κατάσταση ασθένειας. Δεδομένου και του αποτελέσματος που προαναφέρθηκε στον Πίνακα 3 όπου το μεγαλύτερο ποσοστό ξεκινάει την κατ' οίκον νοσηλεία προς αποφυγή των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Φαίνεται για ακόμα μια φορά το πόσο βοηθάει η παραμονή του ασθενούς στο σπίτι και το αίσθημα ασφάλειας που νιώθει και στη συνέχεια αυτό να βοηθάει σημαντικά την ψυχική υγεία του ασθενούς. Το 7,3% που απάντησε ότι βοηθάει αρκετά, είναι εκείνο το ποσοστό που προσδιορίζει την πιθανότητα βελτίωσης των υπηρεσιών και δεν πρέπει να περάσει απαρατήρητο. Θεωρείται σημαντικό και στη συνέχεια αξιόλογο είναι και το ποσοστό του 3,3% και 3,1% που απάντησαν από λίγο έως καθόλου. Τα τρία αυτά ποσοστά είναι σημαντικά και πρέπει να μειωθούν στο μέλλον για να είναι όσο το δυνατόν πιο αποδοτική η κατ' οίκον νοσηλεία στην ψυχική κατάσταση της υγείας των ασθενών.

Πίνακας 18	Ποσοστό %
Καθόλου	3,1
Λίγο	3,3
Αρκετά	7,3
Πολύ	24,7
Πάρα πολύ	61,5

Πίνακας 18 Βαθμός υποστήριξης ψυχικής υγείας από την κατ' οίκον νοσηλεία



Ραβδόγραμμα 15 Βαθμός υποστήριξης ψυχικής υγείας από την κατ' οίκον νοσηλεία

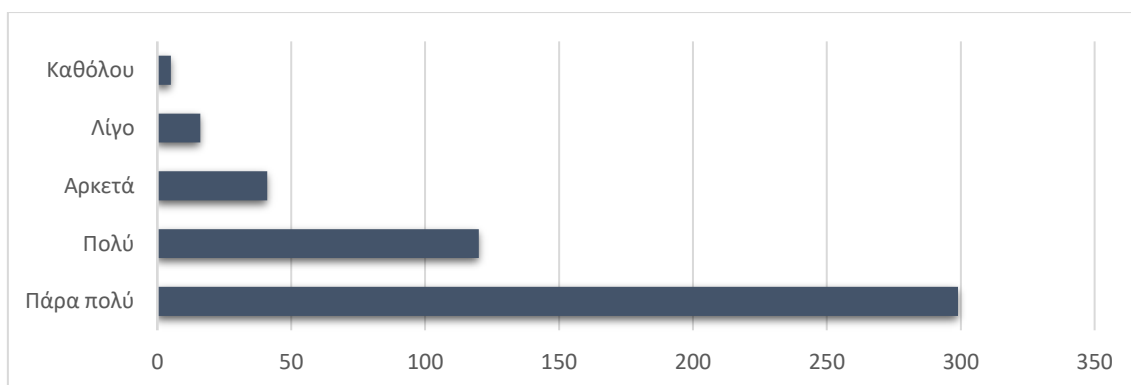
Όσον αφορά την προτίμηση των ασθενών στο ερώτημα, νοσηλεία στο σπίτι ή στο νοσοκομείο, το αποτέλεσμα φαίνεται από τον Πίνακα 19 όπου το 62,2% και το 24,9% αντίστοιχα θα προτιμούσαν ξανά την κατ' οίκον νοσηλεία αντί του νοσοκομείου. Αυτό όμως δεν σημαίνει πως δεν υπάρχουν ασθενείς που επιλέγουν το χώρο του νοσοκομείου. Το ποσοστό του 8,5% ναι μεν προτιμάει ξανά την νοσηλεία κατ' οίκον αλλά δεν

αποκλείει και το ενδεχόμενο μελλοντικής επίσκεψής του σε νοσοκομείο. Είτε γιατί εμπνέει εμπιστοσύνη, είτε λόγω της κρισιμότητας της κατάστασης του ασθενή. Το ποσοστό αυτό των ερωτώμενων ανέρχεται σε 1% το οποίο φαίνεται ότι αναγκαστικά κάνει χρήση των υπηρεσιών για το λόγο ότι δεν μπορούσε να κάνει αλλιώς.

Αξίζει να αναφερθεί ότι, αρκετές είναι οι περιπτώσεις ασθενών που ενώ έχουν νοσηλευθεί σε νοσοκομείο, λαμβάνουν εξιτήριο για τον απλούστατο λόγο ότι δεν μπορεί να τους προσφέρει τίποτε παραπάνω η παραμονή τους εκεί. Το αποτέλεσμα είναι να γίνεται χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας και ειδικά σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου όπου για ευνόητους λόγους πηγαίνουν σπίτι προκειμένου να βρίσκονται κοντά στους συγγενείς. Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματικά η κατ' οίκον νοσηλεία φαντάζει ρουτίνα τόσο από την μεριά του ασθενή όσο και του επαγγελματία υγείας. Για τον απλούστατο λόγο ότι ο ασθενής αρκείται μόνο και μόνο που βρίσκεται σπίτι του, ενώ ο επαγγελματίας υγείας καλείται να τελέσει πρόγραμμα θεραπειών ασχέτως με την βαρύτητα της κατάστασης. Παρ' όλο που θα γίνει κατανοητό από τα πορίσματα του νοσοκομείου και τις διαγνώσεις των γιατρών δεν μπορεί ένας επαγγελματίας υγείας που θα αναλάβει ένα περιστατικό να μην εκτελέσει τα βασικά σε μια θεραπεία. Λογικό είναι για τον ίδιο τον ασθενή και για το συγγενικό περιβάλλον να μην είναι θεμιτή ή όλη διαδικασία των υπηρεσιών. Το ποσοστό του 1% επιβεβαιώνει αυτό ακριβώς το κομμάτι της κατ' οίκον νοσηλείας που μοιάζει πιο πολύ με ρουτίνα παρά βοήθεια.

Πίνακας 19	Ποσοστό %
Καθόλου	1
Λίγο	3,3
Αρκετά	8,5
Πολύ	24,9
Πάρα πολύ	62,2

Πίνακας 19 Επιλογή κατ' οίκον νοσηλείας αντί του νοσοκομείου

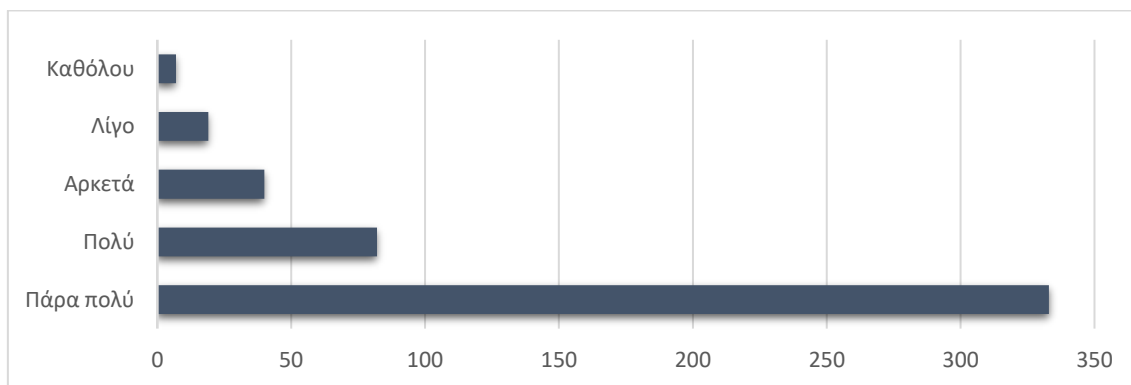


Ραβδόγραμμα 16 Επιλογή κατ' οίκον νοσηλείας αντί του νοσοκομείου

Η πιθανότητα σύστασης των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 20 είναι σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό με ποσοστό 69,2% και σε πολύ μεγάλο βαθμό με αντίστοιχο ποσοστό 17%. Τα δύο αυτά ποσοστά είναι επι της ουσίας η πλειονότητα των ερωτώμενων και γενικότερα φαίνεται μια θετική εικόνα στην σύσταση των υπηρεσιών αυτών. Το ποσοστό του 8,3% απάντησε ότι έχει αρκετές πιθανότητες σύστασης, χωρίς όμως να αποκλείει το ενδεχόμενο της μη σύστασης για διάφορους λόγους. Αντίθετα το 4% και το 1,5% αντίστοιχα ανέφερε ξεκάθαρα πως δεν υπάρχει πιθανότητα να συστήσει τις υπηρεσίες νοσηλείας κατ' οίκον σε άλλους ασθενείς. Εδώ εξετάζονται πολλά δεδομένα και λαμβάνονται υπ όψιν αρκετοί παράγοντες όπως: οικονομική, εξειδίκευση, ηλικία κ.ο.κ. το οποίο σχετίζεται πάλι στα θέματα της διοίκησης για την εύρυθμη λειτουργία.

Πίνακας 20	Ποσοστό %
Καθόλου	1,5
Λίγο	4
Αρκετά	8,3
Πολύ	17,0
Πάρα πολύ	69,2

Πίνακας 20 Σύσταση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας σε ασθενείς



Ραβδόγραμμα 17 Σύσταση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας σε ασθενείς

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή της έρευνας οι περισσότεροι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα, κάνουν χρήση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας από ιδιωτικές εταιρείες. Σε κάθε περίπτωση καμία ιδιωτική εταιρεία δεν θέλει οι πελάτες της να μην τη συστήνουν σε άλλους και να ακούγονται τα οποιαδήποτε αρνητικά σχόλια. Ειδικά τα τελευταία δυο ποσοστά της έρευνας στον Πίνακα 20 (1,5% και 4% αντίστοιχα) που δεν θα πρότειναν τις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας σε άλλους ασθενείς είναι σημαντικά και πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψιν.

4.7 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Προς βελτίωση και αξιοποίηση των πληροφοριών που συλλέχθηκαν στην παρούσα διατριβή, δεν πρέπει να παραληφθούν προτάσεις για περαιτέρω έρευνα και μελλοντικές ενέργειες έτσι ώστε να καλυφθεί πλήρως το κομμάτι της νοσηλείας κατ' οίκον στο μέλλον. Δεδομένου ότι οι τρόποι συνεχούς βελτίωσης είναι αναγκαίοι και απαραίτητοι. Οι ενέργειες που προτείνονται είναι οι εξής:

1. Επανάληψη της ίδιας έρευνας ανά τακτά χρονικά διαστήματα και με διάρκεια τουλάχιστον 2 ετών από την παρούσα. Ο λόγος για τον οποίο προτείνεται να επαναληφθεί η αντίστοιχη έρευνα θα δείξει κατά πόσο αυξάνεται ή μειώνεται το ποσοστό των ανθρώπων που εμπιστεύονται τη νοσηλεία κατ' οίκον αντί του νοσοκομείου. Δεδομένου της χρονικής στιγμής και με βάση τα στοιχεία που δόθηκαν. Θα ήταν ενδιαφέρον να επαναληφθεί και να συγκριθεί το κόστος νοσηλείας, οι ασθενείς που το επιλέγουν, ο χρόνος εκτέλεσης των υπηρεσιών και ο βαθμός ικανοποίησης γενικότερα. Στην παρούσα έρευνα δόθηκαν στοιχεία τα οποία αναμένεται και είναι επιθυμητό να αλλάξουν στο μέλλον.
2. Στοχευμένη έρευνα. Σε αυτή την περίπτωση επιθυμητό θα ήταν να ερευνηθεί συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών πχ καρκινοπαθείς και όχι μόνο το γενικό πλαίσιο. Αυτό θα έδινε μια σαφή εικόνα για κάθε κατηγορία ξεχωριστά το οποίο απαιτεί μεγάλο βαθμό δυσκολίας καθώς η συγκέντρωση στοιχείων μπορεί να διαρκέσει αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Το όφελι όμως τέτοιου είδους έρευνα θα είναι πολλά! Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν δύναται να χρησιμοποιηθούν τόσο σε επίπεδο διοίκησης μιας υπηρεσίας όσο και βελτίωση του υγειονομικού συστήματος σε εθνικό επίπεδο.
3. Προτάσεις για βελτίωση ή αναφορά περαιτέρω προβλημάτων. Η δυνατότητα του ασθενή ή του συνοδού να μπορέσει να πει τη γνώμη του ελεύθερα και να ληφθεί υπόψιν είναι πολύ σημαντική. Αυτό θα βοηθούσε σε τυχόν επανασχεδιασμό του ερωτηματολογίου, εύρεση νέων αναγκών, συμπερίληψη και ανάδειξη νέων προβλημάτων και βελτίωση περαιτέρω των παρεχόμενων υπηρεσιών.
4. Διεξαγωγή της αντίστοιχης έρευνας σε χώρες εντός Ευρώπης για περαιτέρω σύγκριση μεταξύ των συστημάτων υγείας. Τα οφέλη από τη διεξαγωγή μιας τέτοιας έρευνας θα είναι απαραίτητα έτσι ώστε να μπορέσει να βελτιωθεί ή και να αλλάξουν ορισμένα πρωτόκολλα – πρότυπα στο χώρο της κατ' οίκον νοσηλείας.

Κεφάλαιο 5^ο Βελτίωση Υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας

5.1 Σύγχρονη διοίκηση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας

Για το λόγο του ότι η κατ' οίκον νοσηλεία είναι ένας διαφορετικός κλάδος της νοσηλευτικής. Εντάσσεται δηλαδή στην κοινοτική νοσηλευτική που στόχο της έχει την νοσηλεία του ατόμου για την βελτίωση της ζωής του, όχι μόνο για την υγεία του αλλά και για το γενικότερο περιβάλλον. Απαιτείται μια ξεχωριστή διοίκηση η οποία θα εφαρμόζει όλες τις μεθόδους και πρακτικές που πρέπει να έχει μια σύγχρονη διοίκηση. Για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει να υπάρχει γνώση των κυρίων χαρακτηριστικών της κοινοτικής νοσηλευτικής σε συνδυασμό με μια σύγχρονη διοίκηση για να επέλθει η βελτίωση των υπηρεσιών και η καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Τα 6 βασικά χαρακτηριστικά της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι τα εξής:

- Είναι διαφορετικός κλάδος αλλά αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής και αντλεί όλα τα βασικά χαρακτηριστικά της
- Συνδυάζονται οι γνώσεις και οι δεξιότητες νοσηλευτικής και δημόσιας υγιεινής
- Ο προσανατολισμός γίνεται όχι μόνο σε ατομικό επίπεδο αλλά με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού της κοινότητας.
- Δίνεται έμφαση στην υγεία αντί στην ασθένεια
- Υπάρχει άμεση συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας και ειδικούς στο χώρο της δημόσιας υγείας
- Προωθείται η ενεργός συμμετοχή των ατόμων της κοινότητας σε θέματα υγείας. (Κυριακίδου, 2005)

Με δεδομένου την αύξηση του γηριατρικού πληθυσμού στη χώρα μας (Παράρτημα 2) αλλά και σε όλη την Ευρώπη γενικότερα. Η άμεση εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας αντλώντας στοιχεία της κοινοτικής νοσηλευτικής, κρίνεται απαραίτητη για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Η λειτουργία της οποίας απαιτεί υψηλά στάνταρ και σύγχρονη μορφή διοίκησης. (Allender, et al., 2014)

5.2 Προτεραιότητες

Από τις άμεσες προτεραιότητες που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι η καθολική εφαρμογή του θεσμού παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας σε όλη την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ο τομέας αυτός υστερεί και πρέπει να αναβαθμιστεί για

να μπορέσει στη συνέχεια να αποδώσει όλο το σύστημα υγείας. Για να μπορέσει αυτό να πραγματοποιηθεί θα πρέπει να γίνουν τα εξής:

- Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου που να ξεκαθαρίζει όλες τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον
- Πιλοτικό σύστημα το οποίο θα μπορεί να συνεργάζεται και να επικοινωνεί με τους εκάστοτε φορείς υγείας για τις ανάγκες του ασθενή.
- Δημιουργία διοικητικής υπηρεσίας κατάλληλης ώστε να μπορεί να υποστηρίξει την παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας
- Συνεχής εκπαίδευση των στελεχών της και αξιολόγηση σε κάθε επίπεδο.
- Εφαρμογή τηλεϊατρικής σε όλα τα επίπεδα με ταυτόχρονη μείωση του χρόνου εκτέλεσης των υπηρεσιών από τα πληροφοριακά συστήματα υγείας.
- Εύκολη πρόσβαση των υπηρεσιών αυτών προς τους πολίτες και ιδιαίτερα στις ομάδες υψηλού κινδύνου. (Balogh, et al., 2015)

5.3 Νομοθεσία κατ' οίκον νοσηλείας

Στην Ελλάδα η κατ' οίκον νοσηλεία ξεκίνησε με τον Ν.2071/1992. Με βάση το νόμο αυτό στο άρθρο 28 προβλέπεται η καθιέρωσή της. Ο νόμος αυτός αποτελεί βασική μεταρρύθμιση στην ιστορία της νοσηλευτικής στην Ελλάδα. Εδραιώνει τη λειτουργία του θεσμού, τον χρόνο έναρξης, τους όρους και προϋποθέσεις και οποιαδήποτε άλλη λεπτομέρεια σχετικά με τη λειτουργία της. Επιπλέον, στο άρθρο 29 αναφέρεται πως η εφαρμογή αυτού του προγράμματος είναι δυνατή η πρόσληψη ιατρών και νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας και λοιπού επιστημονικού προσωπικού ανάλογα με τις ανάγκες. Στη συνέχεια και με τον Ν.2519/1997 προστέθηκαν οι κατηγορίες ασθενών και παθήσεων για τις οποίες εφαρμόζεται κατ' οίκον νοσηλεία. Επισημαίνεται ότι στους ψυχιατρικούς ασθενείς είχε τεθεί σε ισχύ η κατ' οίκον νοσηλεία με τον Ν.1397/1983

Ακόμα και σήμερα δεν υπάρχουν καθοριστικές διατάξεις που να ορίζονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις μεταξύ των ασθενών και των νοσηλευτών που εμπλέκονται στην κατ' οίκον νοσηλεία. Αντιθέτως σε άλλες χώρες έχουν αναγνωρισθεί τα δικαιώματα για τα άτομα που νοσηλεύονται κατ' οίκον. Επίσης ένα άλλο θέμα το οποίο δεν έχει τεθεί σε εφαρμογή είναι ο καθορισμός του κόστους ανά πράξη ή ανά επίσκεψη του προσωπικού που παρέχει κατ' οίκον νοσηλεία. Μέχρι πρωτινός η κατ'

οίκον νοσηλεία σε δημόσιες δομές αποπληρώνονταν με τη συμμετοχή της κυβέρνησης. Σε ιδιώτες παρόχους ο ασθενής καλείται να πληρώσει εξ ολοκλήρου το ποσό και δεν υπάρχει ποσοστό συμμετοχής από τον ασφαλιστικό φορέα. Υπάρχει ένα μεγάλο νομικό κενό όσον αφορά την τιμολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων ή των επισκέψεων από του επαγγελματίες υγείας.

5.4 Ασφαλιστικοί φορείς

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει θεσμικό πλαίσιο από τους ασφαλιστικούς φορείς για την πραγματοποίηση εξολοκλήρου των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας στο σπίτι. Με την παρούσα έρευνα φαίνονται τα οφέλη από τη χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας και η ανάγκη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα για άμεση στελέχωση και καθιέρωσή της σε όλο το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το παράδειγμα του ασφαλιστικού ταμείου ΙΚΑ- ΕΤΑΜ με τον Ν.4052/2012 αναδεικνύει ότι η συμμετοχή που είχε το ταμείο ήταν πάρα πολύ μικρή με αποτέλεσμα οι ιδιώτες πάροχοι να μη συμμετέχουν.

Με την ενσωμάτωση των περισσότερων ταμείων στον ενιαίο φορέα κοινωνικής ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.). Ίσως είναι ποιο εύκολο για μια κυβέρνηση να ενεργοποιήσει το θεσμό της κατ' οίκον νοσηλείας, προκειμένου να μειώσει το κόστος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τόσο σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό όσο και σε ανθρώπινο δυναμικό. Με ταυτόχρονη μείωση των δαπανών για την υγεία.

5.5 Ενημέρωση, εκπαίδευση ασθενών και επαγγελματιών υγείας

Αρκετοί ασθενείς δεν γνωρίζουν ή δεν έχουν ακούσει ποτέ για τον θεσμό της κατ' οίκον νοσηλείας. Αρχίζουν να ενδιαφέρονται μόνο όταν ένας συγγενής ή οι ίδιοι χρειάζονται ένα άτομο στο σπίτι για βοήθεια ή επίβλεψη. Γενικότερα δεν υπάρχει ενημέρωση διότι δεν είναι υπεύθυνος κανένας να ενημερώσει για αυτού του είδους νοσηλεία. Οι επαγγελματίες υγείας και όσοι κάνουν κατ' οίκον επισκέψεις είναι ελάχιστοι και δεν μπορούν να αναλάβουν τον τεράστιο αυτό αριθμό ατόμων που χρειάζεται βοήθεια.

Για το λόγο αυτό απαιτείται ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών για το πως να κάνουν χρήση των υπηρεσιών αυτών, σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Προκειμένου να διευκολυνθούν στο μέλλον και οι ασθενείς αλλά και οι άμεσα εμπλεκόμενοι επαγγελματίες υγείας. Με την έξοδό από το νοσοκομείο, την παρότρυνση του οικογενειακού ιατρού ή την καθοδήγηση άλλης ειδικότητας ιατρού μπορεί να γίνεται

μια απλή ενημέρωση για τα οφέλη και την εξοικονόμηση χρόνου που μπορεί να αποφευχθεί κάνοντας χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.

Ταυτόχρονα οι επαγγελματίες που απασχολούνται μέσω της κατ' οίκον νοσηλείας θα πρέπει και οι ίδιοι να είναι ενημερωμένοι. Οφείλουν να είναι εκπαιδευμένοι και συνεχώς να ενημερώνονται για τις τελευταίες εξελίξεις στο χώρο της υγείας και ταυτόχρονα να εφαρμόζουν πρακτικές τέτοιες ώστε να ωφελούν με τη σειρά τους το έργο της κατ' οίκον νοσηλείας.

Αξίζει να αναφερθεί ότι, ειδικά στο στάδιο της εκπαίδευσης μπορεί να βοηθήσει μόνο μια σωστή σύγχρονη διοίκηση. Οι επαγγελματίες υγείας λόγω φόρτου εργασίας και έλλειψης χρόνου δεν είναι πάντα εύκολο να αξιοποιήσουν τον ελάχιστο ελεύθερο χρόνο που τους απομένει για μια ενημέρωση ή εκπαίδευση. Αντιθέτως μία σωστή σύγχρονη διοίκηση ή θα μπορέσει και πρέπει να βρει τον απαιτούμενο αυτό χρόνο για την εκπαίδευση του προσωπικού της. Επιβάλλεται να είναι ενημερωμένο το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό σε κάθε υπηρεσία παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών.

5.6 Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας - Τεχνολογικός εξοπλισμός

Δεν μπορεί να γίνεται λόγος για μια σύγχρονη διοίκηση υπηρεσιών υγείας χωρίς ένα σύγχρονο τεχνολογικά εξοπλισμένο πληροφοριακό σύστημα. Η διατήρηση και η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, της ανθρώπινης κοινότητας απαιτεί μεταξύ άλλων, την οργάνωση και λειτουργία ενός μεγάλου πληροφοριακού συστήματος υγείας που πραγματοποιείται η άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής. Η παραγωγή και η διανομή των φροντίδων υγείας βασίζεται στα δομημένα υποσύνολα του συστήματος υγείας, τις μονάδες παραγωγής υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας κ.α.) οι οποίες αποτελούν παραγωγικές δομές μεγάλης έντασης και υψηλού καταμερισμού της εργασίας. Με αυτή την έννοια η παραγωγική διαδικασία στις μονάδες υγείας προϋποθέτει την οργάνωση και λειτουργία ενός συστήματος ροής και επεξεργασίας των πληροφοριών. Η αξία της άμεσης πληροφόρησης στον τομέα της υγείας είναι μεγάλη. Ο τελικός στόχος της πληροφορικής στο επίπεδο αυτό είναι η βελτίωση της περιθαλψης και της υγείας- του πληθυσμού μέσω της αξιολόγησης δεδομένων και της βελτιωμένης αποτελεσματικότητας των διαφόρων υπηρεσιακών βαθμίδων του συστήματος υγείας. (Λαζακίδου, 2005)

Με τον όρο πληροφοριακά συστήματα υγείας νοείται η επιστήμη και η τεχνολογία της επεξεργασίας πληροφοριών αποκλειστικά και μόνο στον τομέα της

υγείας. Οι εφαρμογές αυτών αποσκοπούν στην εισαγωγή πληροφοριών, μεθόδων και κατευθύνσεων στη διοίκηση, το σχεδιασμό και την αξιολόγηση των μονάδων-οργανισμών παραγωγής υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα:

- Στη **διοίκηση-διαχείριση** των υπηρεσιών αυτών με εφαρμογή στη διαχείριση πληροφοριών, των ανθρώπινων και των οικονομικών πόρων σε διαδικασίες ανάλυσης και ελέγχου κ.λ.π.
- Στο **σχεδιασμό** των στατιστικών αναλύσεων, επιχειρησιακής έρευνας και προϋπολογιστικών τεχνικών και την διευκόλυνση της διαδικασία αποφάσεων και η ιεράρχησης προτεραιοτήτων.
- Στην **αξιολόγηση** και τον **έλεγχο** των αποτελεσμάτων (διαγνώσεις, θεραπείες, δείκτες υγείας κ.α.) ταυτόχρονα και για την παρακολούθηση της διοικητικής και οικονομικής λειτουργίας (λογιστικές, δαπάνες περίθαλψης κ.α.)

5.6.1 Υποσυστήματα και εφαρμογές πληροφοριακού συστήματος υγείας

Σε ένα πληροφοριακό σύστημα υγείας υπάρχουν αρκετοί τρόποι για να αξιοποιηθούν οι εισερχόμενες πληροφορίες. Προκειμένου να αναπτυχθεί μια αρμονία μεταξύ την πληροφοριών και για την καλύτερη εξυπηρέτηση των επαγγελματιών υγείας (γρήγορη ανάκτηση δεδομένων) το πληροφοριακό σύστημα χωρίζεται σε υποκατηγορίες τα λεγόμενα υποσυστήματα. Τα υποσυστήματα που είναι απαραίτητα για τις ανάγκες στον τομέα της υγείας και σε συνέχεια στην παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας. Τα πιο βασικά υποσυστήματα που πρέπει να διαθέτει μια σύγχρονη διοίκηση για την διαχείριση των πληροφοριών είναι:

Το Υποσύστημα πυρήνα (Core system)

- Εκτελεί τις βασικές κεντρικές λειτουργίες διαχείρισης σε μία μονάδα υγείας: προγραμματισμό ασθενών, υποδοχή, μεταφορά και εξαγωγή (ADT: Admission-Discharge –Transfer)
- Τηρεί κατάλογο ασθενών (μέσω του ADT) και τον ιατρικό φάκελο τους.
- Κάνει στατιστική επεξεργασία των στοιχείων των ασθενών, τόσο για την εξαγωγή συμπερασμάτων σε νοσοκομειακό επίπεδο, όσο και για την διαβίβαση των συνολικών στοιχείων στον εποπτεύοντα φορέα (π.χ. ΠΕΣΥ)
- Υποστηρίζει όλες τις ενέργειες που αφορούν την νοσηλεία του ασθενή. Δηλαδή καταχωρεί και επεξεργάζεται την συμπτωματολογία, την διάγνωση τις ιατρικές

πράξεις και τις θεραπευτικές αγωγές ενημερώνοντας παράλληλα τον ιατρικό φάκελο του ασθενή.

- Δίνει με περαιτέρω επεξεργασία των παραπάνω στοιχείων δευτερογενή στοιχεία όπως: δείκτες θνησιμότητας και βιωσιμότητας, δείκτες συχνότητας ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, δείκτες αποτελεσματικότητας αγωγών. Η μελέτη των δεικτών αυτών μπορεί να βοηθήσει τόσο για τη βελτίωση της λειτουργίας όσο και για τη χάραξη σωστής στρατηγικής (Magnuson & Paul, 2014)

Τα διοικητικό-οικονομικά υποσυστήματα (Business and Financial Systems)

- Παρέχει όλες τις παραδοσιακά διοικητικό-οικονομικές εφαρμογές όπως: φαρμακείο, διαχείριση προσωπικού, λογιστήριο, προμηθευτές, αποθέματα, μισθοδοσία, προϋπολογισμός/απολογισμός, διαχείριση παγίων, διαχείριση ιατρικού εξοπλισμού, διαχείριση εγγράφων κ.λ.π.
- Δίνει αναλύσεις κόστους/ωφέλειας

Υποσύστημα επικοινωνιών και δικτύωσης (Communications and Networking System)

- Εξασφαλίζει την αρμονική συνεργασία όλων των συνιστωσών του συστήματος: θαλάμων και βοηθητικών/υποστηρικτικών τμημάτων, όπως και μεταξύ τμημάτων
- Αυτοματοποιεί την εισαγωγή των εξετάσεων των ασθενών καθώς και την παραλαβή των αποτελεσμάτων, δηλαδή εξασφαλίζει:
 - α) αυτόματη παραγγελία από τον θάλαμο ή ένα επιμέρους τμήμα προς το τμήμα αποδέκτη
 - β) αυτόματη αποστολή των αποτελεσμάτων που παρήχθησαν προς το τμήμα/θάλαμο που τις ζήτησε (παρακάμπτοντας την παραδοσιακή γραφειοκρατία
 - γ) αυτόματη ενημέρωση του ιατρικού φακέλου των ασθενών

Υποσύστημα διαχειριστικής υποστήριξης επιμέρους τμημάτων (Departmental Management System)

- Υποστηρίζει τις πληροφοριακές ανάγκες επιμέρους τμημάτων σε νοσοκομειακό επίπεδο (π.χ. εργαστήρια , χειρουργεία κ.λ.π.). Αντλώντας πληροφορίες από τα πληροφοριακά συστήματα εργαστηρίων (Laboratory Information Systems LIS) τα οποία παρέχουν λειτουργίες όπως: διαχείριση καταλόγων αναμονής,

αντιστοίχιση εξετάσεων-δειγμάτων για συγκεκριμένο ασθενή (με χρήση του Barcode), αυτόματη καταγραφή αποτελεσμάτων κ.ο.κ.

Υποσύστημα ιατρικής υποστήριξης (Medical Support System)

- Βοηθά τους διευθύνοντες για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών
- Οργανώνει την παρουσίαση της κλινικής πληροφορίας με στόχο την καλύτερη δυνατή φροντίδα σε κάθε ασθενή
- Βοηθά τους κλινικούς ιατρούς στην ανάλυση και ερμηνεία των στοιχείων των ασθενών καθώς και στη λήψη της τελικής απόφασης για θεραπεία.
- Βοηθά στον ποιοτικό έλεγχο των ιατρικών αποφάσεων.

Υποσύστημα υποστήριξης νοσηλευτικής δραστηριότητας (Nursing Information System- NIS)

- Υποστηρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στις νοσηλευτικές διαγνώσεις (φυσιολογικές-λειτουργικές ενδείξεις) π.χ. υποθερμία , ενδείξεις συμπεριφοράς, κοινωνική απομόνωση, ψυχολογικές αντιδράσεις κ.ο.κ.
- Βοηθά στη διαμόρφωση σχεδίου νοσηλευτικής θεραπείας (Roussel, 2005)

Υποσύστημα ιατρικής έρευνας (Medical Research System)

- Υποστηρίζει ανάλυση δεδομένων (κατανομές ασθενειών, συσχετίσεις κ.λ.π.) των στοιχείων που υπάρχουν στους ιατρικούς φακέλους των ασθενών.
- Αριθμός περιστατικών με την ίδια νόσο και ανά χρονική περίοδο.
- Κατανομή περιστατικών βάσει την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, διαβίωσης κ.ο.κ.

Η αξιοποίηση και η ορθή εφαρμογή των υποσυστημάτων εξαρτάται πάντα από τη διαχείριση του προγράμματος (Software) που χρησιμοποιεί ο εκάστοτε φορέας κατ' οίκον νοσηλείας. Η εταιρία ή ο τομέας του προγραμματισμού βρίσκεται διαρκώς σε ενημέρωση των υποσυστημάτων και για την ορθή χρήση και λειτουργία τους αλλά και για την προστασία αυτών από εξωτερικούς κινδύνους όπως: ανάκτηση δεδομένων από τρίτους, παράνομη δραστηριότητα, μη τήρησης του απορρήτου του ασθενή κ.ο.κ. Επισημαίνεται ότι: ο τεχνολογικός εξοπλισμός που απαιτείται για την λειτουργία των πληροφοριακών συστημάτων στον τομέα της κατ' οίκον νοσηλείας πρέπει:

- Να είναι φορητός και λειτουργικός 24 ώρες/24ωρο.

- Το λογισμικό μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα και να ανταποκρίνεται στην ελληνική νομοθεσία, να είναι φιλικό προς το χρήστη και εύχρηστο
- Να εξασφαλίζει την ακεραιότητα των δεδομένων και μπορεί να γίνει εύκολα η διανομή τους.
- Να υπάρχει δυνατότητα αντιγράφων ασφαλείας σε περίπτωση απώλειας.
- Να υπάρχει δυνατότητα υποστήριξης σε πραγματικό χρόνο (Online help)
- Να εξασφαλίζεται η διασύνδεση με τα πληροφοριακά συστήματα των εργαστηρίων (LIS)
- Να υπάρχει σύνδεσή με το σύστημα τηλεϊατρικής. (Αποστολάκης, 2002)

5.7 Τηλεϊατρική

Για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας είναι φανερό ότι πρέπει να υπάρχει η εφαρμογή της τηλεϊατρικής σε όλα τα επίπεδα. Σε μια σύγχρονη διοίκηση που θέλει και απαιτεί την αρτιότητα εκτέλεσης των υπηρεσιών και την απόδοση στο 100% του προσωπικού της. Πρέπει να έχει μεριμνήσει στην αξιόπιστη εφαρμογή της τηλεϊατρικής. Ειδικά στις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας όλη η δομή και η πρακτική εφαρμογή βασίζεται στην τηλεϊατρική. Μέσω ειδικής πλατφόρμας επικοινωνίας ή αξιοποίησης των ήδη υπάρχων εφαρμογών στο χώρο της υγείας, Το προσωπικό πρέπει να έχει άμεση πρόσβαση και εξοικείωση με ηλεκτρονικούς υπολογιστές, laptop, tablet, smartphone και ιατρικά μηχανήματα τα οποία βρίσκονται σε Online σύνδεση για την ενημέρωση του ιατρού αλλά και του φακέλου του ασθενή.

Τα προαναφερθέντα υποσυστήματα που είναι η ολοκληρωτική δομή της τηλεϊατρικής έχουν ως κύριο στόχο την σωστή και εύρυθμη λειτουργία οποιασδήποτε υπηρεσίας νοσηλείας κατ' οίκον είτε σε δημόσιο είτε σε ιδιωτικό τομέα. Μέσω αυτής μπορεί να επιτευχθεί ή άμεση συνεργασία και ενημέρωση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, να δοθούν οδηγίες, να αξιολογηθούν και να συγκριθούν αποτελέσματα εργαστηριακών και κλινικών εξετάσεων και να υπάρχει ένα πλήρη ιστορικό υγείας διαχρονικό, χωρίς να επιβαρύνει τους ασθενείς μεταφέροντας συνεχώς έγγραφα ή βιβλιάρια υγείας.

Με λίγα λόγια η τηλεϊατρική αφορά το σύνολο των εφαρμογών που αξιοποιούν την τεχνολογία της πληροφορικής και των επικοινωνιών για τη διευκόλυνση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. (Lazakidou, 2009)

5.7.1 Υπηρεσίες και εφαρμογές της τηλεϊατρικής

Οι υπηρεσίες της τηλεϊατρικής παρέχουν ένα σύστημα διαχείρισης και διακίνησης ιατρικών πληροφοριών (εργαστηριακές εξετάσεις, καρδιογράφημα, υπερηχογράφημα κ.λ.π.) με πλήθος εφαρμογών στους τομείς διάγνωσης, θεραπείας και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Με βάση τη χρήση τηλεπικοινωνιακών και πληροφορικών συστημάτων και τη μετατροπή Ιατρικής πληροφορίας σε ηλεκτρονική μορφή, διακρίνονται οι παρακάτω κύριες κατευθύνσεις υπηρεσιών και εφαρμογών:

- **Εφαρμογή τηλεδιάγνωσης:** που καλύπτει την από απόσταση μελέτη από ειδικούς των αποτελεσμάτων των ιατρικών εξετάσεων (ακτινογραφίες, εργαστηριακά ευρήματα κ.λ.π) και τη σύνταξη των αντίστοιχων διαγνώσεων
- **Εφαρμογή ιατρικής επίσκεψης μέσω τηλεδιάσκεψης:** που καλύπτει την από απόσταση παρακολούθηση ασθενών όπου ο ιατρός ή ο επαγγελματίας υγείας από το σπίτι του ασθενή, επικοινωνεί με τον θεράπον ιατρό για περαιτέρω έλεγχο παρακολούθηση, ενημέρωση και τροποποίηση της θεραπείας.
- **Εφαρμογή τηλεεκπαίδευσης:** όπου καλύπτει τις ανάγκες του ενεργού ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού για συνεχή ενημέρωση σε διάφορους τομείς της ιατρικής. Επιπλέον, εξασφαλίζεται εκπαίδευση του υγιούς πληθυσμού μέσω προγραμμάτων Αγωγής Υγείας με σκοπό να διαμορφωθούν νέοι τρόποι συμπεριφοράς.
- **Εφαρμογή συμβουλευτικής:** που καλύπτει την ανάγκη ανταλλαγής απόψεων καθώς και την οργάνωση συμβουλίων ειδικών γιατρών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων σύνθετων καταστάσεων, όπου απαιτείται η ταυτόχρονη μελέτη της κατάστασης του ασθενούς από γιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων ή επαγγελματίες υγείας. (Αποστολάκης, 2002)

5.7.2 Οφέλη της τηλεϊατρικής στην διοίκηση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας

Είναι φανερό ότι η τηλεϊατρική έχει αλλάξει τα δεδομένα στον χώρο της υγείας και κάνει το έργο των ιατρών αλλά και των επαγγελματιών υγείας στο σύνολο ευκολότερο. Ειδικά στον χώρο της κατ' οίκον νοσηλείας κρίνεται απαραίτητο εργαλείο για την ζωή του ασθενούς και την έγκαιρη πρόληψη ασθενειών. Τα πλεονεκτήματα από τη χρήση της τηλεϊατρικής στην κατ' οίκον νοσηλεία είναι τα ακόλουθα:

- Άμεση επικοινωνία ιατρών που βρίσκονται σε απομακρυσμένες κυρίως περιοχές, για ανταλλαγή απόψεων και αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών.
- Δραστική μείωση του χρόνου επικοινωνίας μεταξύ νοσοκομείων και ιατρών.
- Ελαχιστοποίηση της άσκοπης μετακίνησης των ασθενών που συνεπάγεται μείωση κόστους.
- Αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης.
- Ευρεία κάλυψη ιατρικών περιστατικών.
- Αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσιάζονται σε απομακρυσμένες και απομονωμένες περιοχές και σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω των εφαρμογών της Τηλεματικής.
- Εκσυγχρονισμός του περιβάλλοντος εργασίας του ιατρικού προσωπικού με χρήση σύγχρονης τεχνολογίας και υπηρεσιών βάσει διεθνών προτύπων.
- Διευκόλυνση και αναβάθμιση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας. (Λαζακίδου, 2005)

5.8 Συμπεράσματα Διοίκησης και Βελτίωσης Υπηρεσιών Κατ' οίκον Νοσηλείας

Το κεφάλαιο διοίκηση αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα σημεία σε έναν οργανισμό, είτε αυτό απευθύνεται σε υλικά αγαθά είτε σε υπηρεσίες, πόσο μάλλον σε θέματα υγείας. Αρκετές επιχειρήσεις και οργανισμοί υγείας αντιμετωπίζουν καθημερινά προβλήματα τα οποία οφείλονται καθαρά και μόνο στο κεφάλαιο διοίκησης – management. Είναι σημαντικό να υπάρχει μια σύγχρονη διοίκηση και όχι απλά μια διοίκηση. Οι τρόποι συνεχούς βελτίωσης, οι εφαρμογές του management, οι νέες τεχνολογίες, τα εργαλεία και οι πιστοποιήσεις ελέγχου ποιότητας είναι αυτά που καθορίζουν μια διοίκηση σύγχρονη στη σημερινή εποχή. Είναι ανάγκη και απαραίτητο πλέον να εφαρμόζονται όλα τα προαναφερθέντα σε κάθε μορφή διοίκησης.

Στην περίπτωση της παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας, το άτομο που κάνει χρήση των υπηρεσιών αυτών (ασθενής), δικαιούται και πρέπει να έχει μια ολοκληρωμένη φροντίδα. Όλες οι ειδικότητες ιατρών, όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν μια ροή συνεργασίας και δομημένους τρόπους λειτουργίας. Ο βαθμός δυσκολίας που απαιτείται για κάτι τέτοιο είναι μεγάλος. Άρα απαιτείται και εδώ μια σύγχρονη διοίκηση. Δέσμευσή της οποίας είναι η παροχή υπηρεσιών υψηλού επιπέδου με φόντο την αναβάθμιση και τους τρόπους συνεχούς βελτίωσης. Η υγεία δεν μπορεί να

δικαιολογήσει λάθη. Ίσως είναι η πιο σημαντική μορφή διοίκησης ο τομέας της υγείας, διότι δεν έχει να κάνει με προϊόντα αλλά με τον άνθρωπο. Ένα λάθος, μια λάθος απόφαση μπορεί να επιφέρει το ελάχιστο, μια ζημία στον πάροχο υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας, μέχρι και να χαθεί μία ανθρώπινη ζωή. Δεν πρέπει να στηρίζεται ο ασθενής σε μια «διορισμένη» διοίκηση βάσει μόνο των προσόντων αλλά και των ικανοτήτων.

Συνεπώς η διοίκηση πρέπει να ασκείται στον συγκεκριμένο τομέα από άτομα που γνωρίζουν μεν τον τομέα τις υγείας αλλά να έχουν και τη σχετική εμπειρία. Προς αποφυγή μελλοντικών λαθών η εμπειρία μπορεί να προβλέψουν και να βελτιώσει την κατάσταση σε έναν οργανισμό ή φορέα.

Βελτίωση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας σημαίνει ταυτόχρονα και βελτίωση του χρόνου παροχής των υπηρεσιών αυτών. Σημαντικό ρόλο παίζει η ταχύτητα στον τομέα αυτό και ειδικά σε περιπτώσεις όπου κρίνεται η κατάσταση της υγείας του ασθενή. Όπως και σε ένα νοσοκομείο έτσι και στο χώρο του ασθενή η ταχύτητα εξαγωγής εργαστηριακών αποτελεσμάτων, η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση ενημέρωση των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων. Κρίνουν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και την βελτίωση της κατάστασης της υγείας του ασθενή. Δεν υπάρχει βελτίωση μόνο στο κομμάτι της οργάνωσης και του πλάνου εργασίας, πρέπει να γίνεται βελτίωση και στους χρόνους εκτέλεσης των υπηρεσιών.

Αρκετές φορές και για λόγους ποιότητας μια διαδικασία προκειμένου να βελτιωθεί, με τη γραφειοκρατία που προκύπτει αντί να γίνει αποτελεσματική γίνεται χρονοβόρα και δύσκολη. Το αποτέλεσμα αυτών των ενεργειών είναι να υπάρχει σύγχυση και ταλαιπωρία των άμεσα εμπλεκόμενων και στη συνέχεια να καθυστερεί όλη η προσπάθεια. Με την νέα τεχνολογία μπορούν να λυθούν αρκετά προβλήματα γραφειοκρατίας, όμως ταυτόχρονα μπορούν να δημιουργηθούν περαιτέρω και ακόμη πιο δύσκολα και χρονοβόρα. Σκοπός της είναι όχι μόνο να την αξιοποιήσουμε πλήρως αλλά και με τρόπο τέτοιο ώστε να είναι κατανοητή, απλή και αποτελεσματική.

Ειδικά στο κομμάτι της τηλεϊατρικής η εφαρμογή και η απήχηση που έχει είναι τεράστια. Όμως η συνιστώσα σε κάθε οργανισμό είναι να γίνεται λειτουργική μόνο με το δικό της πρόγραμμα – λογισμικό. Σε κάθε περίπτωση που ένας τομέας προσπαθεί να επικοινωνήσει με έναν άλλο αυτό δεν είναι πάντα εφικτό. Η περίπτωση μεταφοράς εργαστηριακών αποτελεσμάτων από μια ιδιωτική κλινική σε ένα δημόσιο νοσοκομείο ή αντίστοιχα από ένα νοσοκομείο σε μια ιδιωτική κλινική. Απαιτεί ακόμα και σήμερα την έντυπη μορφή εργαστηριακών αποτελεσμάτων και την κατοχύρωσή τους σε φάκελο για

τον εκάστοτε ασθενή. Ο ηλεκτρονικός φάκελος και η τηλεϊατρική μέχρι στιγμής αφορά αυτούσια το εκάστοτε σύστημα ή φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας ξεχωριστά. Δηλαδή η ηλεκτρονική μορφή των εγγράφων σταματά μέχρι να χρειαστεί η μεταφορά τους σε άλλο φορέα ή πάροχο.

Το μοναδικό online μέχρι στιγμής σήμερα σύστημα στον τομέα της υγείας και σε συνέχεια της κατ' οίκον νοσηλείας είναι η καταχώρηση του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) ο οποίος μπορεί να δώσει πληροφορίες για το τον ασθενή σε ιδιώτη γιατρό αλλά και δημόσιο πάροχο για την κατάσταση της ασφάλισής του και τα στοιχεία του. Ο οποίος στη συνέχεια μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων απ οποιοδήποτε σημείο της χώρας μέσα από την πρόσβαση που παρέχεται στον εκάστοτε οικογενειακό γιατρό. Περαιτέρω εξετάσει, πληροφορίες δεν μπορεί να ανακτήσει ο ασθενής ούτε ο θεράπων ιατρός.

Συνεπώς απαιτείται μια βάση δεδομένων καταχώρησης, διαγνωστικών εξετάσεων σε κάθε ασθενή. Στην οποία να έχει πρόσβαση ανάγνωσης και καταχώρησης στοιχείων – δεδομένων που αφορούν την υγεία του ασθενή. Κατανοητό είναι και το σύστημα αυτό να βρίσκεται Online και σε 24 ωρη λειτουργία για οποιοδήποτε σημείο πρόσβασης είτε στην Ελλάδα είτε στο εξωτερικό. Με δεδομένη την ασφάλεια και την προστασία των προσωπικών αυτών στοιχείων στο διαδίκτυο, προς αποφυγή υποκλοπής προσωπικών δεδομένων ασθενή ή παραποίησης στοιχείων.

Όλα τα παραπάνω βοηθούν και συντελούν στην βελτίωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας και σε συνέχεια την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.) με απώτερο σκοπό τη μείωση του όγκου των ασθενών που επισκέπτονται τα νοσοκομεία της χώρας, τη μείωση της κρατικής δαπάνης, την αποτελεσματική εξυπηρέτηση των ασθενών αλλά και αύξηση του επιπέδου παροχής υγείας για όλους.

Βιβλιογραφία

- Abuhav, I., 2017. *ISO 9001: 2015 A complete Guide to Quality Management Systems*. Boca Raton: CRC Press Taylor & Francis.
- Allender, J. A., Rector, C. & Warner, K. D., 2014. *Community & Public Health Nursing promoting the public's Health*. 8η έκδοση επιμ. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Arvanitoyannis, I. S., 2009. *HACCP and ISO 22000 Application to foods of ANimal Origin*. University of Thessaly, Greece: wiley -Blackwell.
- Balogh, E. P., Miller, B. T. & Ball, J. R., 2015. *Improving diagnosis in health care*. Washington : The National Academies Press.
- Barney, J., Wright, M. & Ketchen, D., 2001. The resource-based view of the firm: Ten years after 1991. *Journal of management* 27 6, Νοέμβριος, pp. 625-641.
- Byars, L. & Rue, L., 1997. *Human Resource Management*. 5th επιμ. s.l.:Irwin.
- Cole, G., 2002. *Personnel and Humman Resource Management*. 5th επιμ. s.l.:Thomson.
- De Cenzo, D. & Robbins, S., 1996. *Human Resource Management*. 5th επιμ. s.l.:John Wiley & Sons.
- DeNisi, A. S. & Griffin, R. W., 2007. *Human resource Management*. Boston: Houghnton Mifflin Company.
- Dessler, G., 2013. *Human resource management*. 13th επιμ. United States Of America: Prentice Hall.
- Dewit, S., 2009. *Παθολογική χειρουργική Νοσηλευτική Ένοιες & Πρακτικές*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Johnson, J. & Omachonu, V., 1995. Total quality Management as a Health Care Corporate Strategy. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, pp. 23-28.
- Lazakidou, A. A., 2009. *Distributed Medical Informatics and E-Health*. New York: Information Science Reference.
- Lock, D., 1994. *Gower Handbook of Quality Management Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. 2nd Edition επιμ. St Albans, London: ΕΛΛΗΝ.

- Magnuson, A. J. & Paul, C., 2014. *Public Health Informatics and Information Systems*. 2η Έκδοση επιμ. London: Springer.
- Morgan, G., 2000. *Οι όψεις της οργάνωσης : Εισαγωγή στις θεωρίες Οργάνωσης και Διοίκησης*. Αθήνα: Κατανιώτη.
- Munro, J. F. & Campbell, I. W., 2002. *MACLEOD'S ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ*. 10η Έκδοση επιμ. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε..
- Nadine, G., Wienke, B. & Madelon, K., 2012. Home Care across Europe. *Observatory Studies Series No 27*.
- Quesenberry, C. P., 1997. *SPC Methods for quality improvement*. New york: John Wiley & Sons.
- Roussel, L., 2005. *Management and leadership for Nurse Administrators*. 4th edition επιμ. s.l.:Jones & Bartlett Learning.
- Sines, D., 2011. *Εφαρμοσμένη Κοινωνική Νοσηλευτική*. 4η επιμ. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Stanhope, M. & Lancaster, J., 2009. *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Taylor, C., Lillis, C. & LeMone, P., 2002. *Fundamentals of Nursing*. 3η Έκδοση επιμ. Αθήνα: Πασχαλίδη.
- W.H.O., 1946. *Official Records Of W.H.O. No2*, s.l.: s.n.
- Wrenn, B., Stevens, R. & Loudon, D., 2002. *Marketing Research text and cases*. New York: Best Business books.
- Αλεξιάδου, Σ. Α., Αλεξιάδου, Ε. Α. & Χαμαλίδου, Α., 2008. Ιστορική εξέλιξη του θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Διοικητική Ενημέρωση*.
- Αποστολάκης, Ι., 2002. *Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Αποστολοπούλου, Ε. Α., 1996. *Νοσοκομειακές Λοιμώξεις*. 1η έκδοση επιμ. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Βραχάτης, Δ. & Παπαδόπουλος, Α., 2012. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική*, Issue 51.
- Γαρουφάλης, Κ. & Ζώης, Κ., 2008. *Οικονομικός Προγραμματισμός Επιχειρήσεων*. Αθήνα: Σύγχρονη εκδοτική.

- Γεωργούση , Ε. & Κυριόπουλος, Γ., 1996. Η οικονομία της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Issue 8, pp. 137-143.
- Γιανασμίδης, Α. & Τσιαούση, Μ., 2012. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008). *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, pp. 106-115.
- Δερβιτσιώτης, Κ., 2001. *Ανταγωνιστικότητα με διοίκηση ολικής ποιότητας*. Αθήνα: Interbooks.
- Διλιντάς, Α., 2010. Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ., 2001. *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Καλοκαιρινού, Α., Αναγνωστοπούλου, Α. & Αδαμακίδου, Θ., 2014. *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα Έννοιες, Δεξιότητες, Εφαρμογές*. Αθήνα: ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS.
- Καλοκαιρινού, Α. και συν., 2015. *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα: ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΩΝ (Σ.Ε.Α.Β.).
- Κάτου, Α., 2017. *Οργανωσιακή Συμπεριφορά*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζυγός.
- Κουτούζης, Μ., Δικαίος, Κ. & Πολύζος, Ν., 1999. *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) υπηρεσιών υγείας*, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Κυριακίδου, Ε. Θ., 2005. *Κοινωνική Νοσηλευτική*. 6η Έκδοση επιμ. Αθήνα: Η Ταβίθα.
- Κυριόπουλος, Γ., 1995. *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Κυριόπουλος, Γ. & Τσιάντου, Β., 2010. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Issue 27, pp. 834-840.
- Λαζακίδου, Α., 2005. *Πληροφοριακά Συστήματα Νοσοκομείων και Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Μαγκλιβέρας, Δ., 1997. *Δημόσιες Σχέσεις*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Μανιάτης, Π., 2005. *Το μάνατζμεντ Διαμέσου της Πρακτικής*. Αθήνα: Δημακαράκου.
- Μπέζας, Α., 2014. *Σχεδιασμός ενεργειών και δράσεων για τον εκσυγχρονισμό των θεσμών της Κατ' Οίκον Νοσηλείας και του Οικογενειακού Προγραμματισμού, με την ανάπτυξη και την οργάνωση πιλοτικών δικτύων : α) «Πιλοτικό Δίκτυο Τμημάτων ή Υπηρεσιών Κατ' Οίκον Νοσηλείας»*, Αθήνα: Υ3γ/ΓΦ12,14,25,27/Γ.Π./οικ.9395.

- Μπιτσάνη, Ε., 2006. *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων Ζητήματα και σύγχρονες προσεγγίσεις στη θεωρία της οργανωσιακής και διοικητικής συμπεριφοράς*. Αθήνα: Εκδόσεις Διονικος.
- Μπουραντάς, Δ., 1992. *Μάνατζμεντ. Οργανωτική Θεωρία και Συμπεριφορά: Η επιστημονική βάση του μάνατζμεντ*. Αθήνα: TEAM.
- Μπουραντάς, Δ. Κ. & Παπαλεξανδρή, Ν. Α., 2003. *Διοίκηση Ανθρωπίνων πόρων*. Αθήνα: Μπένου.
- Ν.2082, 1992. Αναδιοργάνωση της Κοινωνικής Πρόνοιας και καθιέρωση νέων θεσμών Κοινωνικής Προστασίας. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*, p. 188.
- Ν.2741, 1999. Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων, άλλες ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Ανάπτυξης και λοιπές διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*.
- Ν.4052, 2012. Πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας Συνταξιούχων. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*.
- Ν.4238, 2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*.
- Ν.4272, 2014. Άρθρο 35 Κατ' οίκον νοσηλεία σε Μονάδες και Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Μονάδες Οικογενειακού Προγραμματισμού και Μονάδες Φροντίδας Μητέρας-Παιδιού. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*.
- Ν.4387, 2016. Άρθρο 53 Ένταξη φορέων, κλάδων, τομέων και λογαριασμών στον Ε.Φ.Κ.Α.. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*.
- Ν.4486, 2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*, Issue 115.
- Οικονόμου, Χ., 2012. *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Καμπύλη.
- Πετρίδου, Ε., 2001. *Διοίκηση - Μάνατζμεντ: μια εισαγωγική προσέγγιση*. 2η επιμ. Θεσσαλονίκη: Ζυγός.
- Ποτήρης, Α. & Σαράφης, Π., 2014. Ανασκόπηση του Νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα - Προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, pp. 116-121.
- Σαλαβού, Ε. & Κυριακίδου, Ο., 2010. *Μάνατζμεντ : εταιρικές λειτουργίες*. Αθήνα: Rosili.
- Τσακλάγκανος, Ά., 2004. *Βασικές Αρχές του Μάρκετινγκ*. 2η επιμ. Θεσσαλονίκη: Αφοι Κυριακίδη.
- Τσιότρας, Γ. Δ., 1999. *Διοίκηση Παραγωγής*. Αθήνα: ΜΠΕΝΟΥ.

Τσιότρας, Γ. Δ., 2002. *Βελτίωση Ποιότητας*. 2η έκδοση επιμ. Αθήνα: Μπένου.

Υφαντόπουλος, Γ. Ν., 2006. *Τα Οικονομικά της Υγείας*. 2η επιμ. Αθήνα: Τυπωθήτων - Γιώργος Δαρδάνος.

Χατζηανδρέου, Ε. & Σουλιώτης, Κ., 2005. *Μεταρρυθμίσεις Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

Χυτήρης, Λ., 2001. *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*. Αθήνα: Interbooks.

Ψωμάς, Ε. & Τσαρουχάς, Π., 2016. *Τεχνικές βελτίωσης Ποιότητας*. Θεσσαλονίκη: ΖΗΤΗ.

Παράρτημα 1 Το ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο Υπηρεσιών Κατ' οίκον Νοσηλείας

Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση σημειώνοντας με √ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και πραγματοποιείται στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» του Πανεπιστημίου Μακεδονίας και θα χρησιμοποιηθεί στη διπλωματική εργασία με θέμα «Διοίκηση και Βελτίωση Υπηρεσιών κατ' οίκον Νοσηλείας» που εκπονείται από τον φοιτητή Δημητρώπουλο Ιωάννη. Μέσος χρόνος συμπλήρωσης ερωτηματολογίου τα 2 λεπτά.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1 Φύλλο Ασθενούς

- Άρρεν Θήλυ

2 Οικογενειακή κατάσταση Ασθενούς

- Έγγαμος/η Άγαμος/η Χήρος/α Διαζευγμένος/η Μέρος συμφώνου συμβίωσης

3 Ηλικία Ασθενή

- 18-35 36-55 56-75 75-90 90+

4 Επάγγελμα ασθενή

- Δημ. Υπάλληλος Ιδ. Υπάλληλος Ελ. Επαγγελματίας Άνεργος Συνταξιούχος

5 Εκτιμώμενος χρόνος εκτέλεσης υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας

- 0 έως 3 μήνες 3 έως 6 μήνες 6 έως 12 μήνες 12 -24 μήνες Άνω των 2ετών

6 Ο ασφαλιστικός σας φορέας είναι:

- Δημόσιος Ιδιωτικός Χωρίς ασφαλιστικό φορέα Ασφαλιστικός φορέας εξωτερικού

ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

7 Γιατί επιλέγετε την κατ' οίκον νοσηλεία;

- Είναι οικονομική μέθοδος νοσηλείας
 Αποφεύγω τις ενδοσοκομειακές λοιμώξεις
 Το οικείο περιβάλλον βοηθάει σημαντικά στην ψυχική υγεία
 Αποφεύγω την ταλαιπωρία της αναμονής και των μετακινήσεων
 Όλα τα παραπάνω

8 Γιατί κυρίως χρειάζεστε τις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας;

- Επιπλέον βοήθεια
 Τις ώρες εργασίας μου να είναι κάποιος στο σπίτι για οτιδήποτε χρειαστεί.
 Δεν έχω γνώσεις για περιποίηση ασθενή
 Για συγκεκριμένη νοσηλευτική πράξη που δεν έχω γνώσεις για να προσφέρω
 Αδυνατώ/δεν μπορώ λόγω φυσικής κατάστασης

9 Ποιος είναι ο εκτιμώμενος χρόνος που απαιτείται για την καθημερινή κατ' οίκον νοσηλεία;

- ≤60 λεπτά ≤60-180 λεπτά ≤8ώρες ≤12 ώρες ≤24 ώρες

10 Για ποια πάθηση χρειάζεστε την κατ' οίκον νοσηλεία;

- Καρδιαγγειακές παθήσεις (Έμφραγμα, Στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια κτλ)
 Νευρολογικές παθήσεις (Εγκεφαλικό, Χρόνια νοσήματα, Parkinson κτλ)
 Τραυματισμοί – Ατυχήματα (Τροχαία ατυχήματα, Πολυτραυματίες, πτώσεις κτλ)
 Μυοσκελετικές παθήσεις (Κατάγματα, Παθήσεις σπονδυλικής στήλης κτλ)
 Αναπνευστικές παθήσεις (Χρόνιες Παθήσεις Πνεύμονα, Καρκίνος κτλ)

Το παρόν Ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και θα χρησιμοποιηθεί σε έρευνα για τη συγγραφή της διπλωματικής εργασίας «Διοίκηση και Βελτίωση Υπηρεσιών κατ' οίκον Νοσηλείας»

11 Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για περαιτέρω οδηγίες κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας;

Ναι Όχι Ελάχιστα Ανά τακτά διαστήματα Μόνο σε κρίσιμη κατάσταση

12 Χρειάστηκε περαιτέρω ειδικός εξοπλισμός, για την εκτέλεση της κατ' οίκον νοσηλείας; (Ειδικό κρεβάτι, στρώμα κατακλίσεων, συσκευές μέτρησης σακχάρου, συσκευή αναρρόφησης κτλ)

Ναι Όχι Ελάχιστα Ανά τακτά διαστήματα Αδυνατούσα να αγοράσω λόγω κόστους

13 Ποιο το εκτιμώμενο κόστος της κατ' οίκον νοσηλείας σε διάρκεια 30 ημερών;

≤100€ 100-300€ 300-500€ 500- 1000€ Άνω των 1000€

14 Τί καλύπτεται από τον ασφαλιστικό σας φορέα για την κατ' οίκον νοσηλεία;

Ολόκληρο το πακέτο νοσηλείας
 Δεν καλύπτεται τίποτα
 Μόνο ο εξοπλισμός (Ειδικό κρεβάτι, αναπηρικό αμαξίδιο κτλ)
 Μόνο η φαρμακευτική αγωγή
 Ορισμένες ειδικότητες όπως (Κοιν. Λειτουργός, Λογοθεραπευτή και συγκεκριμένες ειδικότητες ιατρών)

15 Την κατ' οίκον νοσηλεία την ξεκινήσατε:

Με την έξοδο από το Νοσοκομείο/Κλινική
 Προς αποφυγή της επίσκεψής μου στο Νοσοκομείο/Κλινική
 Σε συνδυασμό με την παρακολούθηση από ιατρό του Νοσοκομείου/Κλινικής (Αιμοκαθαρόμενοι ασθενείς)
 Έπειτα από σύσταση ιατρού ή επαγγελματία υγείας
 Κατ' ανάγκη λόγω ηλικίας

16 Το προσωπικό της κατ' οίκον νοσηλείας το επιλέξατε βάσει:

Συστάσεων από γνωστούς ή άτομα που έχουν βρεθεί στην αντίστοιχη θέση
 Αναζήτησης από το διαδικτυο ή υπηρεσίες τηλεφωνικού καταλόγου
 Μου δόθηκε απευθείας από τον ασφαλιστικό μου φορέα ή εκεί που νοσηλεύθηκα
 Από τον γιατρό μου ή άλλο επαγγελματία υγείας
 Από υπηρεσίες τηλεφωνικού καταλόγου

17 Τι ηλικίες επαγγελματιών υγείας προτιμάτε για την κατ' οίκον νοσηλεία;

18-25 26-35 36-45 46-55 Άνω των 55

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

18 Η κατ' οίκον νοσηλεία καλύπτει πλήρως τις ανάγκες της πάθησης;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ

19 Η εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας στην κατ' οίκον νοσηλεία είναι επαρκής;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ

20 Πόσο ικανοποιημένος/η είστε γενικά από τις υπηρεσίες κατ' οίκον;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ

21 Πόσο πιστεύετε ότι η κατ' οίκον νοσηλεία βοηθάει στην ψυχική υγεία του ασθενή;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ

22 Θα προτιμούσατε ξανά την κατ' οίκον νοσηλεία στο μέλλον αντί του νοσοκομείου;

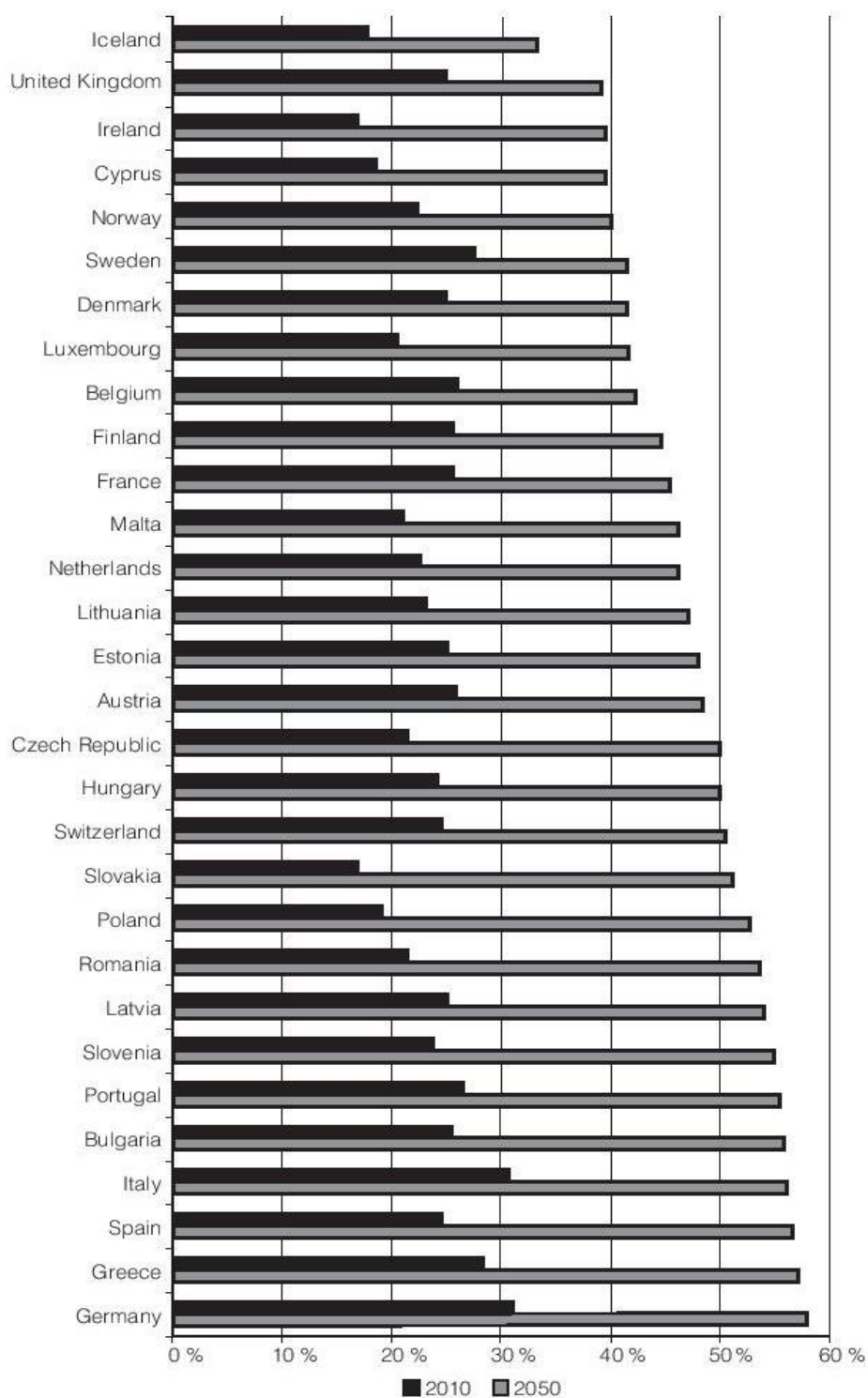
Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ

23 Πόσο πιθανό είναι να συστήσετε την κατ' οίκον νοσηλεία σε άλλον ασθενή;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ

Το παρόν Ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και θα χρησιμοποιηθεί σε έρευνα για τη συγγραφή της διπλωματικής εργασίας «Διοίκηση και Βελτίωση Υπηρεσιών κατ' οίκον Νοσηλείας»

Παράρτημα 2 Ηλικίες άνω των 65 από το 2010 έως το 2050



Πίνακας 21 Ποσοστά αύξησης ηλικιών άνω των 65 από το 2010 μέχρι και το 2050

Πηγή: Eurostat (Nadine, et al., 2012)