

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Γιάννης Κυριόπουλος,⁽¹⁾

Δέσποινα Ανδριώτη⁽¹⁾,

Wienke Boerma⁽²⁾

(1) Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή

Δημόσιας Υγείας

(2) Netherlands Institute for Primary Health Care

Οι συγγραφείς αισθάνονται την υποχρέωση να εκφράσουν θερμές ευχαριστίες στις συναδέλφους κυρίες Μ. Γείτονα, Β. Μαργαριτίδου, Δ. Σαπουντζή και Χ. Ξύκη για την πολύτιμη συμβολή τους, στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια καταγραφής των Υπηρεσιών Φροντίδας στο Σπίτι, με ιδιαίτερη αναφορά στους χρηματοδοτικούς μηχανισμούς και στο απασχολούμενο προσωπικό. Διαπιστώθηκε ότι υπηρεσίες τέτοιου τύπου παρέχονται σε πολύ μικρό βαθμό στη χώρα μας και κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Οι υπηρεσίες αυτές είναι οργανωμένες κυρίως στη βάση της εθελοντικής προσφοράς από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό και την Εκκλησία, οι οποίοι καταβάλλουν το 80% του συνολικού προϋπολογισμού, ενώ το υπόλοιπο 20% καταβάλλεται από τους ενδιαφερόμενους ως ιδιωτικές πληρωμές. Η δέσμη των Υπηρεσιών Φροντίδας στο Σπίτι παρέχεται από ομάδες που αποτελούνται από πεπειραμένες και διπλωματούχες και μη νοσηλεύτριες με διαφορετική εκπαίδευση, εξειδίκευση και εμπειρία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην καλύπτεται μεγάλο μέρος του πληθυσμού και κυρίως οι ηλικιωμένοι. Έτσι με τη μεταστροφή των παραδοσιακών οικογενειακών προτύπων της Ελληνικής οικογένειας, την αύξηση της απασχόλησης των γυναικών έξω από το σπίτι και την αύξηση του αριθμού ηλικιωμένων παρουσιάζεται επιτακτική η ανάγκη οργάνωσης, χρηματοδότησης και ανάπτυξης τέτοιων υπηρεσιών, σε ευρεία κλίμακα ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού.

Εισαγωγή

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ως ατελές Εθνικό Σύστημα Υγείας. Εγκαθιδρύθηκε το 1983 με την προοπτική της αντιμετώπισης πολλαπλών ελλείψεων των υπηρεσιών υγείας. Παρά το γεγονός αυτό, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην προσπελασιμότητα και στην ποιότητα της φροντίδας, άνιση κατανομή των πόρων, υπερπροσφορά γιατρών και δραματική έλλειψη νοσηλευτριών και σχεδόν ανυπαρξία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Niakas and Kyriopoulos 1993). Ως αποτέλεσμα της ανεπάρκειας του δημόσιου συστήματος, ένα υψηλό ποσοστό της κατανάλωσης υγείας προωθείται στον ιδιωτικό τομέα (Kyriopoulos et al 1992, Niakas and Kyriopoulos 1992, Boerma 1993).

Ένας από τους σκοπούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας υπήρξε η μείωση της εμπλοκής των γιατρών τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα και η βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, διά μέσου της ανάπτυξης κέντρων υγείας. Οι δημόσιες υπηρεσίες, θεωρητικά τουλάχιστον, είναι δωρεάν και παρέχονται κυρίως στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας. Τα ασφαλιστικά ταμεία λειτουργούν επίσης ως προμηθευτές, μερικές φορές σε δικές τους εγκαταστάσεις αλλά κυρίως με συμβόλαια που συνάπτουν με τον ιδιωτικό τομέα (Boerma 1993). Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι στην πραγματικότητα λαβύρινθος λόγω της δομής του, των πολλαπλών κανονισμών και των ενδιαφερόντων κατά τομέα και οφείλει το σχηματισμό του περισσότερο στην τύχη παρά στο σχεδιασμό (Matsaganis 1991). Φαίνεται ότι είναι πάρα πολύ δύσκολο να μεταβληθούν οι ατέλειες του συστήματος οι οποίες όμως είναι γνωστές σε όλους. Οι πλέον σημαντικές είναι: η ανισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες από τα μέλη των διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων, η υποανάπτυξη υπηρεσιών στις αγροτικές περιοχές, ο νοσοκομειοκεντρικός προσανατολισμός και η υποβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι ανεπαρκείς υπηρεσίες από τις πολυκλινικές του ΙΚΑ στις πόλεις, η ανεπάρκεια και η διάσπαση που οφείλονται κυρίως σε απουσία σχεδιασμού, η σχεδόν παντελής απουσία προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, η ανεξέλεγκτη αύξηση ιδιωτικού τομέα - παρά τις περιοριστικές διατάξεις - ο ιατρικός πληθωρισμός και η έλλειψη νοσηλευτών. Πρέπει να σημειωθεί βεβαίως ότι οι γιατροί όπως και οι εγκαταστάσεις είναι άνισα κατανεμημένοι. Στην Αθήνα με το 31% του πληθυσμού απασχολείται το 56% των γιατρών και βρίσκεται το 48% των νοσοκομειακών κρεβατιών (Boerma 1993).

Ένας μεγάλος αριθμός ασφαλιστικών ταμείων υποχρεωτικής ασφάλισης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας. Το παλαιότερο και μεγαλύτερο είναι το ΙΚΑ, ιδρύθηκε το 1937 και καλύπτει τους εργαζόμενους στις πόλεις. Κατά τη δεκαετία του 1960 ιδρύθηκαν τα νεότερα ασφαλιστικά ταμεία. Παρά τον ισχυρό τυπικό κρατικό έλεγχο, τα ασφαλιστικά ταμεία διαφέρουν σημαντικά στη δέσμη των υπηρεσιών που προσφέρουν, στα κριτήρια της φροντίδας, στους κανόνες και στα επίπεδα διανομής. Τα ασφαλιστικά ταμεία χρηματοδοτούνται από εισφορές, των εργαζομένων και των εργοδοτών. Αλλά η αποφυγή της εισφοράς φαίνεται να μην είναι ασυνήθιστη. Το κράτος δρα ως έμμεσος χρηματοδότης, επειδή όχι μόνο χρηματοδοτεί τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας αλλά επίσης επειδή επιχορηγεί τα ελλείμματα που προέρχονται από τις πολύ χαμηλές τιμές των υπηρεσιών υγείας. Οι ασφαλισμένοι ασθενείς βασικά μπορούν να χρησιμοποιούν νοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή φροντίδα και τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας δωρεάν. Σε πολλές άλλες περιπτώσεις υπάρχει συμμετοχή όπως για παράδειγμα στα φάρμακα. Πολλοί χρησιμοποιούν ιδιωτικές υπηρεσίες για τις οποίες γίνονται άμεσες πληρωμές (Matsaganis 1991, Kyriopoulos et al 1992, Boerma 1993). Συμπερασματικά, επί του παρόντος το σύστημα χρηματοδότησης δεν έχει ικανοποιητικό επίπεδο διανεμητικής δικαιοσύνης και οι δημόσιες δαπάνες στην υγεία διανέμονται χωρίς σύνδεση με τα αποτελέσματα των παρεχόμενων υπηρεσιών, και είναι τελείως αντίθετες από τους καθορισμένους σκοπούς της δημόσιας πολιτικής (Matsaganis 1991).

Η Φροντίδα για τους Ηλικιωμένους

Ο ηλικιωμένος πληθυσμός τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να απασχολεί αυτούς που λαμβάνουν αποφάσεις, για αρκετούς λόγους: η αναλογία του έχει αυξηθεί όπως και στις άλλες χώρες, και θα συνεχίσει να αυξάνεται την επόμενη δεκαετία, αλλά επιπροσθέτως έχουν μεταβληθεί οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες στην ελληνική κοινωνία. Ως αποτέλεσμα της αυξημένης κινητικότητας και του υψηλότερου βαθμού συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό, οι δυνατότητες για τη φροντίδα των ηλικιωμένων μέσα στην οικογένεια έχει μειωθεί. Η εξέλιξη αυτή έχει δημιουργήσει πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας και οι σχετικές δαπάνες αναμένεται να αυξηθούν (Κυριόπουλος και συν 1994). Η κυβερνητική πολιτική έχει επικεντρωθεί σε ορισμένα θέματα όπως: στην αποκέντρωση της οργάνωσης των υπηρεσιών ώστε να ανταποκρίνονται στις τοπικές ανάγκες. Επίσης στη διατήρηση ενεργού ρόλου στην κοινωνία από τους ηλικιωμένους για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα αυτό σημαίνει ότι θα παραμείνουν ανεξάρτητοι στο δικό τους περιβάλλον και με αυτή την έννοια υπάρχει μια μετατόπιση από την μόνιμη φιλοξενία σε ιδρύματα σε μια πιο ανοικτή προστασία (Nijkamp 1991, Giaoutzi 1991).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει ένα σύστημα υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους. Προσωρινά μπορούν να χρησιμοποιούν ιατρικές υπηρεσίες από τις προσφερόμενες στα νοσοκομεία, υπηρεσίες ειδικών και γενικών γιατρών, ενώ αναφορικά με τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας αν και υπάρχει ένας μικρός αριθμός δημόσιων και ιδιωτικών γηροκομείων, εντούτοις πολλοί ηλικιωμένοι δεν έχουν πρόσβαση σ' αυτά. Τα ιδρύματα των χρονίως πασχόντων παρέχουν δυνατότητα για μακροχρόνια φροντίδα υγείας, αλλά απευθύνονται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Ως αποτέλεσμα της μεταβαλλόμενης κυβερνητικής πολιτικής σ' όλη τη χώρα, έχουν δημιουργηθεί τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), η τελική ανάπτυξη των οποίων δεν έχει γίνει ακόμα σε όλες τις περιφέρειες. Τα ΚΑΠΗ είναι κέντρα ανοικτής προστασίας για τους ηλικιωμένους, στα οποία παρέχεται μια σειρά από κοινοτικές φροντίδες στα ηλικιωμένα άτομα που ζουν στα σπίτια τους. Οι ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες παρέχονται από γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτριες νοσηλεύτριες, φυσικοθεραπευτές, εργασιοθεραπευτές και οικιακές βοηθούς. Τα ΚΑΠΗ δεν μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά όσους έχουν μεγάλη ανάγκη από φροντίδα. Τα 250 κέντρα που έχουν δημιουργηθεί μέχρι σήμερα έχουν συνολική δυναμικότητα 135.000 θέσεων (Amira 1990, Giaoutzi 1991).

Αυτή η μορφή φροντίδας δεν είναι αρκετή για να καλύψει ολόκληρο τον ηλικιωμένο πληθυσμό ο οποίος έχει ποικιλία αναγκών. Έτσι πολλοί καταφεύγουν σε ιδιωτικές λύσεις. Παραδοσιακά η πλέον σημαντική λύση ήταν η φροντίδα από την οικογένεια, τους φίλους και τους γείτονες. Οι άλλες επιλογές είναι δυνατές μόνο κατόπιν πληρωμής, όπως για παράδειγμα τα ιδιωτικά γηροκομεία (nursing homes), τα ανάδοχα σπίτια (συνήθως από τις χήρες), και η πρόσληψη αποκλειστικής νοσοκόμας η οποία συνήθως είναι ανεκπαίδευτη. Υπάρχουν επίσης γραφεία που προσφέρουν νοσηλευτική φροντίδα και φροντίδα στο σπίτι (Amira 1990).

Η Οργάνωση της Νοσηλείας στο Σπίτι

Όπως ήδη αναφέρθηκε στη χώρα δεν έχει αναπτυχθεί ένα συντονισμένο σύστημα για τη φροντίδα στο σπίτι. Υπάρχουν ωστόσο κάποιες μορφές στις μεγάλες πόλεις, οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

(α) Φροντίδα Υγείας στο Σπίτι που παρέχεται από δημόσια νοσοκομεία στην Αθήνα (4 μονάδες) και στη Θεσσαλονίκη (1 μονάδα) και είναι μέρος του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

(β) Φροντίδα Υγείας στο Σπίτι από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη (3 ή 4 μονάδες), μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

(γ) Ιδιωτική φροντίδα, κερδοσκοπικού χαρακτήρα, η οποία παρέχεται επίσης στις μεγάλες πόλεις. Ο υπολογιζόμενος αριθμός τους ανέρχεται στις 20 μονάδες, αλλά υπάρχει και ένας άγνωστος αριθμός μικρών μονάδων.

Ο σκοπός αυτών των υπηρεσιών είναι θεραπευτικός και προληπτικός με έμφαση στους χρόνιως πάσχοντες.

Οι υπηρεσίες παρέχονται από μια ομάδα επαγγελματιών υγείας και θεωρητικά δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων και των ιδιωτικών γραφείων.

Στον Πίνακα 1, παρουσιάζεται ο αριθμός και οι κατηγορίες των εργαζομένων στις υπηρεσίες Φροντίδας στο Σπίτι, καθώς επίσης το επίπεδο εκπαίδευσης και ο βαθμός απασχόλησης.

Πίνακας 1. Αριθμός και Κατηγορία Νοσηλευτριών που εργάζονται στη φροντίδα στο Σπίτι*

Νοσηλευτικό Δυναμικό	Επίπεδο Εκπαίδευσης	Αριθμός	Ισοδύναμες Μονάδες Πλήρους Απασχόλησης	Ανεξάρτητοι Επαγγελματίες %
Επισκέπτριες νοσηλεύτριες και Κοινοτικές νοσηλεύτριες	τριτοβάθμια εκπαίδευση	60-80	60-80	<10
Βοηθοί νοσοκόμες	δευτεροβάθμια εκπαίδευση	120-150		?
Πρακτικές νοσοκόμες	χωρίς θεωρητική εκπαίδευση	1200-1300		?

* Δεν υπάρχουν επίσης στοιχεία, και οι υπολογισμοί βασίστηκαν σε εκτιμήσεις εμπειρογνομόνων

Επειδή δεν τηρούνται στατιστικά στοιχεία από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος μπορούν μόνο να γίνουν εκτιμήσεις οι οποίες αναφέρονται στον αριθμό του πληθυσμού που χρειάζεται φροντίδα, έτσι

περίπου το 1 έως 1,5% του Ελληνικού πληθυσμού έλαβαν κάποια μορφή φροντίδας στο σπίτι το 1993. Απ' αυτούς το 60% ήταν άνδρες και το 40% γυναίκες.

Η εκτίμηση για το έτος 1993 κατά ομάδες ηλικιών είναι η ακόλουθη:

Ομάδα Ηλικιών	% Πληθυσμός
50-59	40
60-69	40
70+	20

Επειδή η φροντίδα στο σπίτι δεν έχει αναπτυχθεί στην Ελλάδα, σε πολλές περιοχές οι υπηρεσίες δεν είναι διαθέσιμες. Στις περιοχές της η φροντίδα παρέχεται κυρίως στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη, ο πληθυσμός δεν έχει δυνατότητα επιλογής, επειδή οι οργανισμοί έχουν τις δικές τους περιοχές εμβέλειας και δεν επικαλύπτονται. Η πρώτη επαφή του πληθυσμού με τις μονάδες γίνεται από τους ίδιους ή από τα μέλη της οικογένειάς τους κατά 80% για το υπόλοιπο 20% των περιπτώσεων η επαφή γίνεται διαμέσου του νοσοκομείου ή του οίκου ευγηρίας.

Υπάρχει δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι, ενώ οι γενικοί γιατροί και οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρώτη επαφή.

Οι νοσοκομειακοί γιατροί ή οι νοσηλεύτριες (επισκέπτριες ή κοινοτικές) εκτιμούν την κατάσταση των αρρώστων και εκφέρουν γνώμη για το είδος, την ποιότητα και την ποσότητα της φροντίδας που θα παρασχεθεί και τη χρονική της διάρκεια. Οι επισκέπτριες νοσηλεύτριες στο σπίτι, στην Ελλάδα συνήθως εργάζονται σε ομάδες και εποπτεύονται από ένα δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο. Κάθε ομάδα αποτελείται από 1-2 γιατρούς οι οποίοι διευθύνουν την ομάδα και 1-2 άτομα που απασχολούνται στη γραμματειακή υποστήριξη της ομάδας.

Στον Πίνακα 2 που ακολουθεί προσδιορίστηκε ένας αριθμός καθηκόντων φροντίδας στο σπίτι και η κατηγορία του προσωπικού που έχει εκπαιδευτεί για αυτά τα καθήκοντα. Χρησιμοποιήθηκαν οι εξής συντμήσεις: ΕΝ=Επισκέπτρια Νοσηλεύτρια, ΚΝ=Κοινοτική Νοσηλεύτρια, Βν=Βοηθός νοσοκόμα, Πν=Πρακτική αδελφή.

Πίνακας 2: Νοσηλευτικά Καθήκοντα, Δικαίωμα Παροχής που προέρχεται από Ειδική Εκπαίδευση και Παροχή στην Πράξη, στη Φροντίδα στο Σπίτι.

Νοσηλευτικά Καθήκοντα	Δικαίωμα Παροχής	Παροχή στην Πράξη
Επαφή με τις υπηρεσίες	ΕΝ+ΚΝ	ΕΝ+ΚΝ+Βν
Υγιεινή και προσωπική φροντίδα	ΕΚ+ΚΝ+Βν	ΕΝ+ΚΝ+Βν+Πα
Καθημερινά τεχνικά νοσηλευτικά καθήκοντα	ΕΝ+ΚΝ	ΕΝ+ΚΝ+Βν
Πολυσύνθετες διαδικασίες	ΕΝ+ΚΝ	ΕΝ+ΚΝ+Βν
Διδασκαλία του ασθενούς	ΕΝ+ΚΝ	ΕΝ+ΚΝ+Βν
Ψυχοκοινωνικές δραστηριότητες	ΕΝ+ΚΝ	ΕΝ+ΚΝ+Βν
Άτυπη φροντίδα	ΕΝ+ΚΝ+Βν+Πα	ΕΝ+ΚΝ+Βν+Πα
Βοήθεια στο σπίτι	βλέπε ανάλογο κεφάλαιο	
Αξιολόγηση της φροντίδας	ΕΝ+ΚΝ	ΕΝ+ΚΝ+Βν

Όπως φαίνεται τα νοσηλευτικά καθήκοντα στο σπίτι διεκπεραιώνονται και από μη εκπαιδευμένες νοσοκόμες και είναι αποτέλεσμα της δραματικής έλλειψης ικανού αριθμού διπλωματούχων νοσηλευτριών.

Όλοι οι οργανισμοί που παρέχουν φροντίδα στο σπίτι αντιμετωπίζουν έλλειψη οικονομικών και ανθρωπίνων πόρων με αποτέλεσμα ο σκοπός και οι δραστηριότητές τους να είναι περιορισμένες ενώ υπάρχουν σειρές αναμονής, οι οποίες δεν φαίνεται να υπερβαίνουν περίοδο μεγαλύτερη από μερικές εβδομάδες. Δεν αναμένεται η διάθεση περισσότερων πόρων στο εγγύς μέλλον και δεν έχουν καταβληθεί προσπάθειες για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών, έτσι η κατάσταση δεν πρόκειται να αλλάξει σύντομα. Δυστυχώς οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι δεν είναι υψηλής προτεραιότητας για την Ελλάδα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι είναι δυνατόν ακόμα και χωρίς την αύξηση του προϋπολογισμού να έχουμε αποτέλεσμα μέσω της καλύτερης συνεργασίας μεταξύ των διαφορετικών υπηρεσιών υγείας και των επαγγελματιών. Εξαιτίας της παρατηρούμενης έλλειψης συνεργασίας των γενικών γιατρών και της απουσίας συντονισμού των νοσοκομείων με τις υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι η παροχή υπηρεσιών είναι ελλιπής.

Ας σημειωθεί ότι η φροντίδα στο σπίτι δεν αποτελεί προτεραιότητα για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα, ούτε έχουν προκαθοριστεί οι σκοποί και τα αντικείμενα ενώ δεν έχει εφαρμοστεί η κατάλληλη διοίκηση. Οι Κοινοτικές νοσηλεύτριες αποφασίζουν για τη διάχυση της φροντίδας στο σπίτι.

Η Οργάνωση των Υπηρεσιών Βοήθειας στο Σπίτι

Στην Ελλάδα οι διαθέσιμες υπηρεσίες δεν ανήκουν στη δημόσια φροντίδα ή στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, αλλά παρέχονται εθελοντικά από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς και ιδιωτικές επιχειρήσεις ως κατωτέρω (εκτιμήσεις).

Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (2-3 μονάδες)

Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία (25-30 μονάδες)

Ιδιωτικοί (κερδοσκοπικοί) οργανισμοί (10-15)

Όπως και στην περίπτωση της κοινοτικής νοσηλευτικής, μόνο οι αστικές περιοχές καλύπτονται, κυρίως δε, η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη.

Τα επίσημα καθήκοντα των οικιακών βοηθών που προσλαμβάνονται από αυτούς τους οργανισμούς είναι: καθαριότητα, μαγειρική και ψώνια για τους ηλικιωμένους και τους αναπήρους.

Πίνακας 3: Αριθμός και Κατηγορίες των Οικιακών Βοηθών που εργάζονται στη Φροντίδα στο Σπίτι.

Κατηγορία Νοσηλευτριών	Επίπεδο Εκπαίδευσης	Αριθμός	Ισοδύναμες Μονάδες Πλήρους Απασχόλησης
Νοσοκόμες των Κέντρων Υγείας	1-2 χρόνια	40-50	45-50
Πρακτικές νοσοκόμες	6 μήνες	150	100
Βοηθητικό προσωπικό	1-2 μήνες	1.500	?

Επειδή οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι καλύπτουν ένα μικρό μέρος της χώρας δεν είναι χρήσιμο να υπολογιστεί ο αριθμός των κατοίκων ανά οικιακό βοηθό.

Οι νοσοκόμες των κέντρων υγείας δεν ανήκουν στην ίδια κατηγορία με τις πρακτικές αδελφές. Οι πρώτες έχουν καθήκοντα στο σχεδιασμό και τη διοίκηση της φροντίδας στο σπίτι.

Στατιστικές πληροφορίες για τις υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι δεν είναι διαθέσιμες. Το 1993 υπολογίστηκε ότι περίπου 10.000 κάτοικοι έλαβαν αυτές τις υπηρεσίες. Απ' αυτούς το 60% ήταν άνδρες και το 40% γυναίκες. Επιπροσθέτως υπολογίστηκε ότι το 80% ζούσαν μόνοι τους και το υπόλοιπο 20% με σύζυγο. Αναφορικά με την ηλικιακή κατανομή το 20% ανήκε στην κατηγορία 65-74 ετών ενώ το 80% ήταν μεγαλύτερης ηλικίας.

Ο πληθυσμός δεν έχει επιλογή αναφορικά με τους οργανισμούς στους οποίους θα απευθυνθεί. Δεν υπάρχει επικάλυψη στην περιοχή των οργανισμών βοήθειας στο σπίτι.

Στις μισές περιπτώσεις η πρώτη επαφή γίνεται από τον ενδιαφερόμενο ή την οικογένειά του, ενώ υπολογίζεται το περίπου 30% των αιτήσεων γίνεται από το νοσοκομείο ή το γηροκομείο και το 10% από τις

υπηρεσίες κοινοτικής νοσηλευτικής και το υπόλοιπο 10% των περιπτώσεων από κάποιον επαγγελματία όπως κοινωνική λειτουργό ή φυσιοθεραπευτή.

Ούτως ή άλλως δεν είναι απαραίτητη η χορήγηση παραπεμπτικού προκειμένου κάποιος να γίνει δεκτός.

Οι αναγκαίες αξιολογήσεις γίνονται από την κοινοτική νοσηλεύτρια και την κοινωνική λειτουργό, οι οποίες μπορούν επίσης να αποφασίσουν για την πιθανή εμπλοκή της κοινοτικής νοσηλευτικής. Τέλος δεν χρησιμοποιούνται ειδικά έντυπα για τις διαδικασίες αυτές.

Οι οικιακοί βοηθοί εργάζονται σε ομάδες, ξεκινούν από τα γραφεία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, της Εκκλησίας και ιδιωτικών εταιριών.

Η σύνθεση των ομάδων αποτελείται από 1-2 κοινοτικές νοσηλεύτριες και 5-7 άτομα βοηθητικό προσωπικό. Μερικές φορές οι οικιακοί βοηθοί και οι κοινοτικές νοσηλεύτριες εργάζονται μαζί.

Μια σειρά από πιθανά καθήκοντα οικιακής βοήθειας περιγράφονται κατωτέρω, στον Πίνακα 4 καθώς και το προσωπικό που τα διεκπεραιώνει. Χρησιμοποιούνται οι εξής συντμήσεις:

Κν=Κοινοτική νοσοκόμα, ΠΑ=Πρακτική Αδελφή, ΒΠ = Βοηθητικό προσωπικό.

Πίνακας 3: Καθήκοντα Προσωπικού και Διεκπεραίωση Ενεργειών στην Οικιακή Βοήθεια

Καθήκοντα	Διεκπεραίωση
Πρώτη επαφή	Κν
Παράδοση φαγητού	ΠΑ+ΒΠ
Καθαριότητα σπιτιού	ΒΠ
Δραστηριότητες στο σπίτι	ΒΠ
Υγιεινή και προσωπική φροντίδα	Κν+ΠΑ
Συνήθειες τεχνικές νοσηλευτικές διαδικασίες	Κν+ΠΑ
Ηθική υποστήριξη/συμβουλές	Κν+ΠΑ+ΒΠ
Γενική και οικογενειακή υποστήριξη	ΠΑ+ΒΠ
Άτυπη φροντίδα στο σπίτι	Κν+ΠΑ+ΒΠ

Τα προβλήματα με τις υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι μοιάζουν με εκείνα της κοινοτικής νοσηλευτικής το οποίο σημαίνει χαμηλή προτεραιότητα και απώλεια πόρων, έλλειψη διαθεσιμότητας σε πολλές περιοχές και απουσία υπηρεσιών. Αφού η περίοδος αναμονής δεν υπερβαίνει τον ένα μήνα συμπεραίνεται ότι η ανάγκη του πληθυσμού δεν εκφράζεται μέσω της ζήτησης και πολλοί ηλικιωμένοι στρέφονται σε διάφορες μορφές άτυπης φροντίδας ή πληρώνουν εάν μπορούν ιδιωτικώς. Δεν αναμένεται μεταβολή βραχυχρόνια. Τα ΚΑΠΗ παρέχουν κυρίως νοσηλευτικές υπηρεσίες και βοήθεια στο σπίτι, αλλά και άλλες υπηρεσίες (προληπτική ιατρική, προαγωγή της υγείας κλπ.).

Σχέση μεταξύ Κοινοτικής Νοσηλευτικής και Υπηρεσιών Βοήθειας στο Σπίτι

Τα όρια μεταξύ των δύο δεν είναι σαφώς διαχωρισμένα. Ολόκληρη η ποικιλία των υπηρεσιών παρέχεται από ομάδες που αποτελούνται από πεπειραμένες και διπλωματούχες και μη πεπειραμένες νοσηλεύτριες και πρακτικές με διαφορετική εκπαίδευση, εξειδίκευση και εμπειρία. Οι ομάδες αυτές απασχολούνται και λειτουργούν ξεκινώντας από τις εγκαταστάσεις των μη κερδοσκοπικών οργανισμών και των ιδιωτικών. Το μειονέκτημα είναι ότι τα καθήκοντα διεκπεραιώνονται από άτομα που δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένα.

Η Χρηματοδότηση της Κοινοτικής Νοσηλευτικής Φροντίδας

Η δέσμη υπηρεσιών υγείας των ασφαλιστικών ταμείων δεν περιλαμβάνει κοινοτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες οι οποίες δεν χρηματοδοτούνται από τη φορολογία. Μερικές ιδιωτικές ασφάλειες καλύπτουν το κόστος για κοινοτική νοσηλευτική φροντίδα, αλλά πολύ λίγοι είναι ασφαλισμένοι (υπολογίζονται στο 2% του πληθυσμού). Ο πληθυσμός καταβάλλει σημαντικά ποσά για να αγοράσει τις υπηρεσίες κοινοτικής νοσηλευτικής όπου είναι διαθέσιμες. Ακολουθώντας δεν υπάρχουν κανόνες στην πρόσβαση ή όρια στο περιεχόμενο της φροντίδας που κάθε ενδιαφερόμενος παίρνει, και μόνο όσοι επιδοτούνται για την κοινοτική νοσηλευτική φροντίδα χρειάζεται παραπεμπικό από γιατρό.

Τα ΚΑΠΗ χρηματοδοτούνται από τις τοπικές αρχές και παρέχουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους.

Ο τρόπος χρηματοδότησης των οργανισμών κοινοτικής φροντίδας σχετίζεται με τον τύπο του οργανισμού. Οι ιδιωτικοί οργανισμοί χρηματοδοτούνται από ιδιωτικές πληρωμές ενώ ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί όπως ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και η Εκκλησία χρηματοδοτούνται εν μέρει από ίδιες πηγές και από τη συμμετοχή των αρρώστων. Η κοινοτική νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία χρηματοδοτείται από τον προϋπολογισμό.

Το συνολικό ποσό των διαθέσιμων πιστώσεων για τις κοινοτικές υπηρεσίες διακρίνονται ως εξής: (εκτιμήσεις 1993): 15% φορολογία, 5% ιδιωτική ασφάλιση, 10% δημόσια ασφάλιση, 20% ιδιωτικές δαπάνες, 50% ιδιωτικοί οργανισμοί.

Γενικά, η χρηματοδότηση των οργανισμών που παρέχουν ιδιωτικές υπηρεσιών κοινοτικής νοσηλευτικής στηρίζεται στον αριθμό των επισκέψεων και στο είδος των παρεχομένων δραστηριοτήτων, ενώ οι άλλοι οργανισμοί έχουν ένα συγκεκριμένο προϋπολογισμό που εξαρτάται από τον αριθμό των κατοίκων της συγκεκριμένης περιοχής. Δεν υπάρχουν καθορισμένες αμοιβές ή τιμές από το κράτος αλλά οι πληρωμές μερικές φορές είναι εθελοντικές. Το 50% των συνολικών πληρωμών καταβάλλεται στις ιδιωτικές εταιρίες.

Όλες οι κατηγορίες των νοσηλευτριών που εργάζονται στις υπηρεσίες κοινοτικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα είναι αμοιβόμενες. Ο μέσος μισθός για την κοινοτική νοσοκόμα και την επισκέπτρια υγείας είναι 150.000 δραχμές το μήνα. Η βοηθός νοσοκόμα παίρνουν 120.000 δραχμές το μήνα και οι πρακτικές αδελφές 100.000 δραχμές το μήνα. Οι αμοιβές καταβάλλονται για πλήρη απασχόληση και δεν εξαρτώνται από τον αριθμό των επισκέψεων ή από τον αριθμό των παρεμβάσεων.

Το ύψος της αμοιβής του νοσηλευτική προσωπικού δεν φαίνεται να αποτελεί πρόβλημα. Αναφορικά με τη χρηματοδότηση των οργανισμών όμως, η έλλειψη πόρων είναι ένα συνεχές πρόβλημα για το οποίο επί του παρόντος δεν υπάρχει λύση και επίσης δεν υπάρχει προγραμματισμός υπηρεσιών για το μέλλον.

Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Βοήθειας στο Σπίτι

Τα δημόσια και τα ιδιωτικά ασφαλιστικά ταμεία δεν καλύπτουν υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι. Στις περιοχές όπου παρέχονται τέτοιου είδους υπηρεσίες οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να καταβάλλουν χρήματα “από την τσέπη τους”. Για τις ιδιωτικές εταιρείες το ποσό ανέρχεται σε 1.200 δραχμές ανά ώρα. Η συμμετοχή για υπηρεσίες που παρέχονται από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό και την Εκκλησία είναι χαμηλότερη. Δεν υπάρχουν κανονισμοί στην πρόσβαση ούτε στο μέγιστο αριθμό υπηρεσιών που ο ενδιαφερόμενος μπορεί να λάβει και δεν χρειάζεται παραπεμπτικό από γιατρό. Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και η Εκκλησία χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες από τον προϋπολογισμό τους και από εθελοντικές εισφορές, ενώ μερικές φορές ο ενδιαφερόμενος πληρώνει επίσης από την τσέπη του.

Το 1993 υπολογίστηκε ότι το 80% του συνολικού προϋπολογισμού για τις υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι καταβλήθηκαν από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό και την Εκκλησία, ενώ το 20% από τους ενδιαφερόμενους ως ιδιωτικές πληρωμές. Οι ιδιωτικές εταιρίες χρηματοδοτούνται στη βάση των ωρών παροχής της φροντίδας. Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και η Εκκλησία έχουν ετήσιους προϋπολογισμούς. Το 20% του συνολικού κόστους καταβλήθηκε στις ιδιωτικές εταιρίες.

Όλες οι κατηγορίες οικιακών βοηθών αμοιβονται με μισθό. Ο μέσος μηνιαίος μισθός μιας κοινοτικής νοσοκόμας είναι 100.000 δραχμές. Το εισόδημα τόσο των πρακτικών αδελφών όσο και του βοηθητικού προσωπικού ανέρχεται σε 85.000 δραχμές το μήνα.

Σημαντικά προβλήματα παρουσιάζονται από την έλλειψη πόρων. Προβλήματα στο σχεδιασμό και έλλειψη συνεργασίας με τις άλλες υπηρεσίες υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες και δεν υπάρχει προοπτική επίλυσης τους, επειδή οι υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι δεν αποτελούν υψηλή προτεραιότητα.

Βιβλιογραφία

- Amira A. (1990) Family care in Greece. In: Jamieson A., Illsley R. Constrasting European policies for the Care of Older people. Aldershot: Avebury.
- Boerma WGW, De Jong, Mulder PH. (1993) Health care and general practice across Europe. Utrecht: NIVEL/NHG.
- Giaoutzi M. (1991) Greece: In: Nijkamp P., Pacolet J., Spinnewyn H., Vollerng A., Wilderom C., Winters S. Services for the elderly in Europe; a Cross-National Comparative Study. Leuven; HIVA/VU.

- Kyriopoulos J., Niakas D., Georgoussi E., Gitona M. (1992) Private Health Consumption in Greece Today, in: Chytil MK et al (eds). *Health Systems-Challenge of Change*, Omnipress, Prague, 75-78.
- Kyriopoulos J., and Tsalikis G. (1993) Public and private Imperatives of Greek Health Policies, *Journal of Health Policy*, 26: 105-117.
- Κυρίοπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., (1994) Οι Δαπάνες για την Υγεία στην Τρίτη Ηλικία, στο Κυρίοπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ. *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- Matsaganis M., (1991) Is health insurance in Greece in need of reform. *Health Policy and Planning*, 6 (3): 271-81 Oxford University Press.
- Niakas D., Kyriopoulos J. (1992) Financing Health Care in Greece and Health Expenditure, in: Chytil MK et al (eds). *Health Systems-The Challenge of Change*, Ompipress Prague, 601-64.
- Niakas D., Kyriopoulos J. (1993) Health Care Resource Allocation in Greece before and after NHS Establishment. in; Levy E. Mizrahi A. (eds). *From Economic Approach to Health Policies*, CREDESCES, Paris 85-91.
- Nijikamp P., Vollering A., (1991) Theoretical and empirical developments. In Pacolet J., and Wilderom C. (eds). *The Economics of Care for the Elderly*. Aldershot: Dartmouth.