

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: ΜΙΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Αικατερίνη Παχή, Παναγιώτα Τζανετή, Περικλής Τζιάρας¹

Περίληψη

Τα τελευταία χρόνια επικρατεί διεθνώς μια τάση εφαρμογής εξωνοσοκομειακών μορφών περίθαλψης και μείωσης των κλινών των νοσοκομειακών μονάδων, λόγω του υψηλού κόστους τους (Μπόνικος, 1994, Σουρτζή, 1997, Dobrof, 1991). Η πολιτική αυτή αυξάνει τις ανάγκες φροντίδας του ασθενή μετά το νοσοκομείο και δημιουργεί την ανάγκη δημιουργίας υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας (Balloch et al, 1999, Pahl, 1999).

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος κοινωνικής φροντίδας και φροντίδας υγείας στον «μετανοσοκομειακό» ασθενή και η αποτύπωση της παρούσας κατάστασης στην περιοχή της Δυτικής Αττικής.

Μελετώνται οι περιπτώσεις 157 ασθενών, οι οποίοι παραπέμφθηκαν στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας «Θριάσιο», στη διάρκεια ενός έτους (2007), λόγω της ανάγκης εξασφάλισης υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας μετά το εξιτήριο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το δίκτυο υπηρεσιών υποστήριξης του ασθενή μετά το Νοσοκομείο είναι ελλιπές και λειτουργεί αποσπασματικά. Επιπροσθέτως, η οικογένεια συχνά καλείται να καλύψει την ανυπαρξία δομών και υπηρεσιών.

Α. Εισαγωγή

Η ολοένα και μεγαλύτερη ενασχόληση, σε παγκόσμια κλίμακα, των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών, με την εξασφάλιση υπηρεσιών μετανοσοκομειακής και κοινωνικής φροντίδας για τους ασθενείς (Kitchen and Brook, 2005, Dobrof,

1. Αικατερίνη Παχή, Δρ., προϊσταμένη Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας - Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο», επιστημονική συνεργάτης - Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Τ.Ε.Ι Αθίνas.
Παναγιώτα Τζανετή, κοινωνική λειτουργός, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»
Περικλής Τζιάρας, κοινωνικός λειτουργός, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

1991, Auslander, 1997, Balloch et al, 1999, Taylor and Ford, 1989), καταδεικνύει εκτός των άλλων, τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν στον τομέα αυτό. Σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας της κοινωνικής εργασίας είναι αφιερωμένο στον φόρτο εργασίας των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται με ασθενείς, οι οποίοι έχουν χρόνια προβλήματα υγείας και κατά συνέπεια αυξημένες ανάγκες υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας ή/και ασθενείς που χρήζουν εισαγωγής σε προστατευμένες δομές παροχής ιατρονοσηλευτικής και κοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα (Davidson, 1978, Auslander, 1997, Dobrof, 1991, Ιατρίδης, 1989).

Η νομοθεσία του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μ. Βρετανίας και συγκεκριμένα η Συνθήκη Κοινοτικής Φροντίδας του 1990 (Community Care Act), εισαγάγει την υποχρεωτική εκτίμηση των αναγκών φροντίδας των ασθενών στην κοινότητα από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, πριν το εξιτήριο, καθώς και τον σχεδιασμό κάλυψης των αναγκών αυτών από δομές, υπηρεσίες και προγράμματα φροντίδας στην κοινότητα (Davies and Connolly, 1995a, 1995b, Tibbit and Connor, 1989, Balloch, McLean and Fisher, 1999).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αντίστοιχες ερευνητικές αναφορές που να αποτυπώνουν με σαφήνεια την παρούσα κατάσταση, ούτε υπάρχει θεσμοθετημένη διαδικασία, όπως στη Μ. Βρετανία, που να προσδιορίζει τη διαδικασία εξασφάλισης δομών και υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας. Από την παρούσα μελέτη, όμως, είναι προφανές ότι οι επαγγελματίες υγείας έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με το πρόβλημα της μετανοσοκομειακής φροντίδας των ασθενών και κυρίως οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι καλούνται να δώσουν λύσεις.

2. Μετανοσοκομειακή φροντίδα και Κοινωνική Εργασία

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια τάση να εφαρμοστούν εναλλακτικές-εξωνοσοκομειακές μορφές περίθαλψης λόγω του υψηλού ημερήσιου κόστους νοσηλείας στα νοσοκομεία (McLeod and Eriksson, 2002, Σουρτζή, 1997, Μπόνικος, 1994, Dobrof, 1991). Στόχος είναι η οικονομική αποδοτικότητα (efficiency) των μονάδων υγείας που επιτυγχάνεται με συντόμευση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών (Pecukonis, Cornelius and Parrish, 2003, Gutenschwager, 1989). Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών καθώς και οι επιπτώσεις τους, θετικές και αρνητικές, έχουν αναλυθεί εκτενώς στη βιβλιογραφία (π.χ. Ζηλίδης, 2005, Wolper et al, 2001, Nord, 2003) και είναι πέραν των προσδοκιών της παρούσας εργασίας. Για την παρούσα μελέτη είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η συντόμευση του χρόνου νοσηλείας επιβάλλει την άμεση πρόσβαση των ασθενών σε επαρκείς και οργανωμένες υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας, οι οποίες μπορούν να υποστηρίξουν ικανοποιητικά το άτομο και έχουν χαμηλότερο κόστος συγκριτικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Ο ρόλος του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Νοσοκομείου στον τομέα της μετανοσοκομειακής φροντίδας του ασθενή είναι πρωταρχικής σημασίας καθότι

αποτελεί τη γέφυρα της προσαρμοστικής σχέσης του ασθενή με το κοινωνικό του περιβάλλον κατά την επαναφορά του σε μια εξασφαλισμένη και αξιοπρεπή ζωή μετά τη νοσηλεία (Carr, 1994, Ιατρίδης, 1990). Πιο συγκεκριμένα, η συνεισφορά των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών συνίσταται στην αξιολόγηση των δυνατοτήτων του ασθενή και του περιβάλλοντός του να προσαρμοσθούν στις απαιτήσεις της ασθένειας και τις ανάγκες μετανοσοκομειακής φροντίδας, υποστηριζόμενοι από τους επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου και τις δομές και υπηρεσίες κοινωνικής και ιατρονοσηλευτικής φροντίδας της κοινότητας (McLeod and Eriksson, 2002).

Η μετανοσοκομειακή φροντίδα απαντά στα σύγχρονα αιτήματα για την όσο το δυνατόν βραχεία νοσηλεία και την εξασφάλιση ποιότητας και αξιοπρέπειας στη ζωή του ασθενή μετά την κρίση του Νοσοκομείου. Ο προγραμματισμός για τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης του ασθενή δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί χωρίς να λαμβάνεται υπόψη ο τρόπος ζωής του ασθενή και η προοπτική για την προσαρμογή του (Παπαδάτου, 1999, Καλλιγέρη-Βυθούλκα, 1991). Ο όρος «μετανοσοκομειακή φροντίδα» εδώ περιλαμβάνει τις έννοιες της φυσικής ιατρικής αποκατάστασης, της αποθεραπείας, της κοινωνικής επανένταξης και προσαρμογής καθώς η αποκατάσταση δεν μπορεί να νοηθεί χωρίς την εξασφάλιση των συνθηκών που καλύπτουν τις ιατρονοσηλευτικές, κοινωνικές και ψυχολογικές ανάγκες του ασθενή.

3. Υλικό και Μέθοδος

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από επαγγελματίες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας «Θριάσιο». Το «Θριάσιο» ανήκει στη 2^η Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.Π.Ε.) Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου και ο κύριος όγκος των νοσηλευομένων ασθενών προέρχεται από την περιοχή της Δυτικής Αττικής και της Δυτικής Αθήνας. Αξίζει να σημειωθεί ότι η περιοχή της Δυτικής Αττικής παραμένει στο περιθώριο του Λεκανοπεδίου όσον αφορά την ανάπτυξη μονάδων υγείας και κοινωνικής φροντίδας παρά τα έντονα κοινωνικά προβλήματα που τη χαρακτηρίζουν.

Συγκεκριμένα τα στοιχεία προέκυψαν από τη μελέτη των φακέλων ασθενών που διατηρεί το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας. Αυτό το είδος ανάλυσης αρχείων είναι συνηθισμένο στις κοινωνικές επιστήμες (Robson, 1993) και έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα από ερευνητές στο χώρο της υγείας. Συγκεκριμένα οι Jones and Hunter (1996) καθώς και η Bowling (1997), αναφέρουν ότι η μέθοδος αυτή έχει το πλεονέκτημα της διαχείρισης μεγάλου όγκου κλινικών δεδομένων που διαχειρίζονται οι ερευνητές στο χώρο αυτό. Για την παρούσα έρευνα, αφού τέθηκαν συγκεκριμένα κριτήρια για τα δεδομένα που θα συλλεχθούν και ορίστηκαν προ-κωδικοποιημένες κατηγορίες, έγινε εισαγωγή των πληροφοριών και στη συνέχεια ποσοτική ανάλυση μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή.

Μελετήθηκαν έτσι οι περιπτώσεις 157 ασθενών, οι οποίοι παραπέμφθηκαν στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας στη διάρκεια ενός έτους, (από Ιανουάριο έως και

Δεκέμβριο του 2007), λόγω της ανάγκης εξασφάλισης υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας μετά το εξιτήριο. Για τους ασθενείς αυτούς το συγγενικό περιβάλλον είτε δεν ήταν σε θέση να εξασφαλίσει άμεσα λύση φροντίδας, είτε απουσίαζε, είτε η ιδιαιτερότητα για αποκατάσταση του ασθενή απαιτούσε εξειδικευμένη δομή. Οι παραπομπές προέρχονταν από όλους τους τομείς του Νοσοκομείου πλην της Παιδιατρικής Κλινικής.

4. Αποτελέσματα

4.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος

Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό, 25%, από το σύνολο των ασθενών που παραπέμφθηκαν στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, το έτος 2007, αποτέλεσαν οι 157 ασθενείς του δείγματος, που εξαιτίας της απώλειας λειτουργικότητάς τους είχαν ανάγκη τακτικής εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας και κοινωνικής υποστήριξης, μετά την παροχή της αναγκαίας ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης στο Νοσοκομείο. Από αυτούς, το 50% ήταν άνδρες και το 50% γυναίκες. Το φύλο δεν αποτελεί στην παρούσα έρευνα παράγοντα έκφρασης ανάγκης για φροντίδα μετά τη νοσηλεία (πίνακας 1).

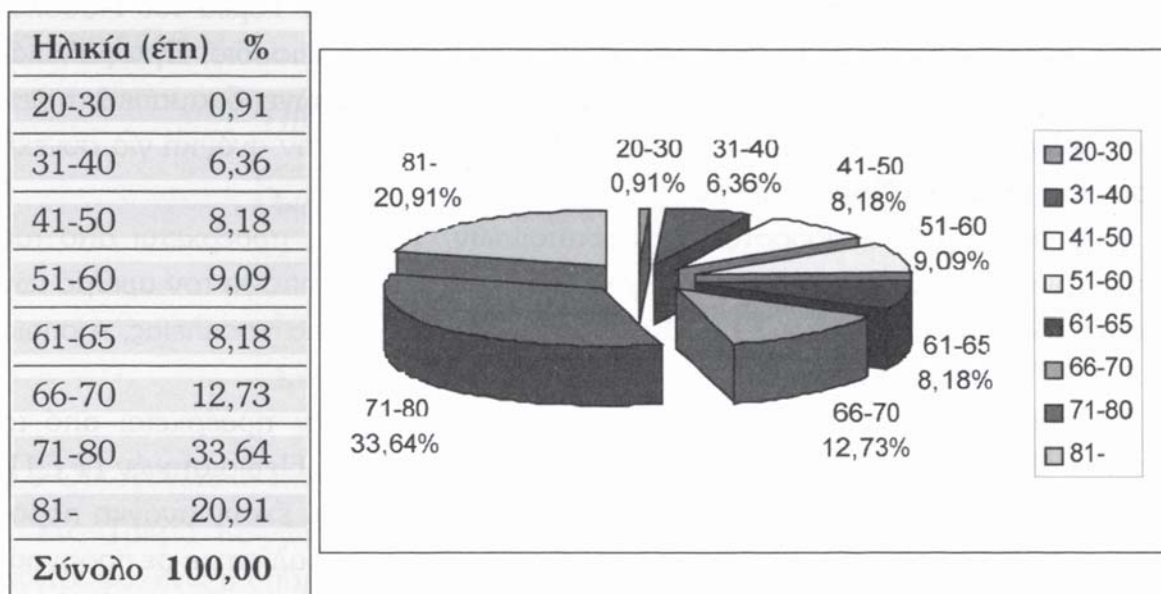
ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κατανομή ασθενών ανά φύλο

Φύλο	%
Άνδρες	50
Γυναίκες	50
Σύνολο	100

Η ανάγκη για φροντίδα μετά το Νοσοκομείο αυξάνει με την ηλικία. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα 2/3 των ασθενών που παραπέμφθηκαν είναι άνω των 65 ετών. Αυτό οφείλεται κυρίως στα σοβαρά προβλήματα υγείας που επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα των ασθενών αυτών και παρατηρούνται πιο συχνά στις μεγαλύτερες ηλικίες (πίνακας 2). Παρόμοιες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε άλλες χώρες, όπως στις Η.Π.Α (Martinson and Widmer, 1989, Dobrof, 1991) και στη Μ. Βρετανία (Moriarty, 1999, Ginn, Arber and Cooper, 1997), αναφέρουν ότι το ποσοστό χρήσης των υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας αυξάνει δραματικά με την ηλικία. Όπως ήδη αξιολογείται, το 2015, η συντήρηση των ατόμων άνω των 65 ετών στην Ευρώπη θα απαιτεί τις αποδοχές του 30% του ενεργού πληθυσμού, καθώς αυτά τα άτομα έχουν 4-7 φορές μεγαλύτερη ανάγκη ακριβών υπηρεσιών υγείας από τους νεότερους (Ματής, Μπιρμπίλης και Χρυσού, 2008). Επιπλέον, η αυξανόμενη ανάγκη για μετανοσοκομειακή φροντίδα προφανώς σχετίζεται με το φαινόμενο της περιθωριοποίησης των ανθρώπων τρίτης ηλικίας (Ευκλείδη, 1999, Σπινέλλη και Πίτσιου-Darrough, 1991, Triseliotis, 1990), αλλά και των σύγχρονων χαλαρών

δεσμών των μελών της οικογένειας, πρώην εκτεταμένης. Όπως αναφέρει η Πανέρα (1999) σε μια έρευνα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, το 71,5% των Ελλήνων ηλικιωμένων ανέφεραν ότι οι οικογένειες είναι λιγότερο πρόθυμες να βοηθήσουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Κατανομή ηλικιών ασθενών που παραπέμφθηκαν



Όσον αφορά την κατανομή του δείγματος ανά ασφαλιστικό ταμείο, προκύπτει ότι οι ασφαλισμένοι στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) αιτούνται υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας μέσω του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας σε ποσοστό 54,55%, και ακολουθούν οι ασφαλισμένοι του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) σε ποσοστό 17,27%, και οι ασθενείς που δεν έχουν καμιά ασφαλιστική κάλυψη σε ποσοστό 10%. Οι ασφαλισμένοι του Δημοσίου και άλλων εύρωστων ταμείων φτάνουν στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας σε μικρότερα ποσοστά (πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Κατανομή παραπομπών ανά ασφαλιστικό ταμείο

Ασφαλιστικό Ταμείο	%
ΙΚΑ	54,55
ΟΓΑ	17,27
NAT	4,55
ΔΗΜΟΣΙΟ	1,82
Λοιπά ταμεία	7,27
Βιβλιάριο Ανασφαλίστου (Απορίας)	4,55
Ανασφάλιστοι	10,00
Σύνολο	100,00

4.2 Κλινική προέλευσης – Διάγνωση – Λειτουργικότητα

Το αίτημα για μετανοσοκομειακή φροντίδα εκφράζεται από όλες τις κλινικές όλων των τομέων (πίνακες 5 και 6).

Παραπάνω από τους μισούς ασθενείς που χρήζουν εξεύρεσης υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας προέρχονται από το Παθολογικό Τομέα του Νοσοκομείου. Αυτό σχετίζεται με τη νόσο (Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, Εγκεφαλοπάθεια, Κίρρωση Ήπατος, Νόσος Alzheimer κ.α.), η οποία μειώνει δραματικά τη λειτουργικότητα του ασθενή και αντίστοιχα αυξάνει σημαντικά την ανάγκη για συνεχή φροντίδα και εκτός Νοσοκομείου.

Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των παραπομπών, 12,73%, προέρχεται από τον Ψυχιατρικό Τομέα και είναι αρκετά υψηλό εάν λάβει κανείς υπόψη τον αριθμό των κλινών του τομέα που είναι 19 κρεβάτια και τη μέση διάρκεια νοσηλείας, η οποία είναι 29,71 ημέρες (πίνακας 6).

Σημαντικό εύρημα είναι ότι το 4,55% των παραπομπών προέρχεται από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (Τ.Ε.Ι) και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π) και πρόκειται για ασθενείς που δεν χρήζουν νοσηλείας, αλλά έχουν ανάγκη παροχής μετανοσοκομειακής φροντίδας που προφανώς δεν εξασφαλίστηκε σε προηγούμενη νοσηλεία τους, ενώ την είχαν ανάγκη (πίνακας 5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Κλινική προέλευσης

Κλινική	%
Παθολογική	42,73
Νευροχειρουργική	14,55
Ορθοπαιδική	12,73
Ψυχιατρική	12,73
Πνευμονολογική	4,55
ΤΕΙ-ΤΕΠ	4,55
Καρδιολογική	3,64
Γενική Χειρουργική	2,73
Νευρολογική	0,91
Οφθαλμολογική	0,91
Σύνολο	100,00

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Τομέας προέλευσης

Τομέας	%
Παθολογικός Τομέας	51,82
Χειρουργικός Τομέας	30,90
Ψυχιατρικός Τομέας	12,73
Τ.Ε.Ι - Τ.Ε.Π	4,55
Σύνολο	100,00

Οι 4 στους 5 ασθενείς που παραπέμφθηκαν, κατά το εξιτήριο, είναι μη αυτοεξυπηρετούμενοι και άρα οι ανάγκες τους για φροντίδα πολύ αυξημένες. Το 20,91% των ασθενών απευθύνονται στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας γιατί η κατάσταση της

υγείας τους προκάλεσε σημαντικές αλλαγές στη ζωή τους που δεν σχετίζονται με την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησής τους (πίνακας 7). Οι ασθενείς αυτοί έχουν άλλα συνωδά προβλήματα, όπως έλλειψη στέγης, χρήση ουσιών, ή/και δυσκολίες διαπροσωπικών σχέσεων που επιδεινώνουν την κατάσταση της υγείας τους, τους καθιστούν ευάλωτους και συνεπώς χρήζουν υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας και υποστήριξης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Λειτουργικότητα κατά το εξιτήριο

Ικανότητα Αυτοεξυπηρέτησης	%
Αυτοεξυπηρετούμενοι	20,91
Μη αυτοεξυπηρετούμενοι	79,09
Σύνολο	100,00

4.3 Οικογενειακή κατάσταση και κοινωνική υποστήριξη

Στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας τείνουν να παραπέμπονται ασθενείς χωρίς σύντροφο, ενώ η ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια του ασθενή δεν αναιρεί την ανάγκη παραπομπής στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας για εξεύρεση δομών και υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας (πίνακας 8). Αυτό είναι αναμενόμενο, γιατί οι ανάγκες φροντίδας κυρίως των ηλικιωμένων απαιτούν τεράστια σωματική και πνευματική προσπάθεια από μέρους των φροντιστών (carers), και είναι ιδιαίτερα δύσκολο να την αναλάβουν χωρίς την υποστήριξη κατάλληλων κρατικών ή/και εθελοντικών οργανώσεων (Triseliotis, 1989, Pahl, 1999). Επιπλέον, όπως αναφέρει η Twigg, «η παροχή φροντίδας (caring) μπορεί να είναι ένας ιδιαίτερα αγχωτικός, μοναχικός και εξουθενωτικός στόχος, και οι φροντιστές είναι άνθρωποι, οι οποίοι πρέπει να τυγχάνουν δημόσιας αναγνώρισης και υποστήριξης» (Twigg, 1999, σελ. 424).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Οικογενειακή κατάσταση παραπεμπόμενων

Οικογ/κή Κατάσταση	%
Έγγαμος χωρίς παιδιά	5,45
Άγαμος	20,00
Χήρος χωρίς παιδιά	11,82
Έγγαμος με παιδιά	20,91
Σε διάσταση/διαζύγιο	14,55
Σε χηρεία με παιδιά	27,27
Σύνολο	100,00

Ύπαρξη συντρόφου	%
Με σύντροφο	26,36
Χωρίς σύντροφο	73,64
Σύνολο	100,00
Ύπαρξη παιδιών	
Με παιδιά	56,38
Χωρίς παιδιά	43,62
Σύνολο	100,00

Όσον αφορά την υποστήριξη που βιώνουν οι ασθενείς από το περιβάλλον τους, το 56,36% του δείγματος αναφέρει ότι λαμβάνει αρκετή ή πολύ υποστήριξη από το συγγενικό ή/και φιλικό περιβάλλον του (πίνακας 9). Αποδεικνύεται όμως ότι η αναφερόμενη υποστήριξη από το περιβάλλον δεν μειώνει την ανάγκη φροντίδας των ασθενών από δομές και υπηρεσίες εκτός της οικογένειας μετά το νοσοκομείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Υποστηρικτικό Περιβάλλον

Αναφερόμενη κατάσταση	%
Χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον	11,82
Με υποτυπώδη υποστήριξη από οικείο & φιλικό περιβάλλον	31,82
Με αρκετά υποστηρικτικό περιβάλλον	27,27
Με πολύ υποστηρικτικό περιβάλλον	29,09
Σύνολο	100,00

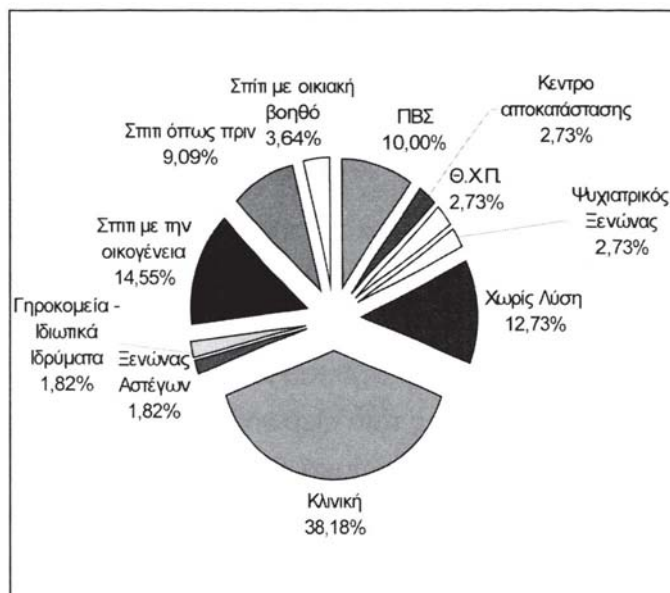
Παρά την πρόθεση υποστήριξης, που εκφράζεται από τους οικείους των ασθενών, είναι προφανές ότι χρειάζονται τη βοήθεια των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας για να αναλάβουν τη μετανοσοκομειακή φροντίδα των ασθενών. Αυτό οφείλεται εν μέρει στην έλλειψη λειτουργικής αυτοδυναμίας των ασθενών και την αδυναμία του περιβάλλοντος να αναλάβει και να φέρει εις πέρας, χωρίς την υποστήριξη των αρμόδιων υπηρεσιών, το έργο της μετανοσοκομειακής κοινωνικής φροντίδας των ασθενών και ειδικότερα των ηλικιωμένων (Σπινέλλη και Πίτσιου-Darrough, 1991). Εάν λάβουμε υπόψη ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχουν «επιλογές προνοιακών παροχών» (Πανέρα, 1999) και τα δίκτυα και οι οργανισμοί κοινωνικής φροντίδας είναι ανεπαρκέστατα, τότε συμπεραίνουμε ότι η πρόθεση υποστήριξης του περιβάλλοντος του ασθενή δεν ενισχύεται από θεσμούς και υπηρεσίες «βοήθειας κατ' οίκον» και έτσι δεν μπορούν να αναλάβουν εξ' ολοκλήρου τη φροντίδα του «μετανοσοκομειακού» ασθενή.

4.4 Δομές κοινωνικής φροντίδας - Αποκατάστασης

Στον παρακάτω πίνακα (10) καταγράφονται αναλυτικά οι υπάρχουσες δομές και υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας που ανέλαβαν τους ασθενείς της παρούσης μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους, για περαιτέρω φροντίδα και υποστήριξη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Αποκατάσταση μετά το εξιτήριο

Αποκατάσταση	%
Κέντρο Αποκατάστασης	2,73
Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων	2,73
Ψυχιατρικός Ξενώνας	2,73
Ξενώνας Αστέγων	1,82
Κλινική	38,18
Γηροκομεία - Ιδιωτικά Ιδρύματα	1,82
Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι (ΠΒΣ)	10,00
Σπίτι με την οικογένεια	14,55
Σπίτι όπως πριν	9,09
Σπίτι με οικιακή βοηθό	3,64
Χωρίς Λύση	12,73
Σύνολο	100,00



4.4.1 Κλινικές συμβεβλημένες με Ασφαλιστικά Ταμεία

Τέσσερις στους δέκα ασθενείς που παραπέμπονται για μετανοσοκομειακή φροντίδα θα εισαχθούν σε ιδιωτική κλινική που καλύπτει το Ταμείο Ασφάλισής τους. Στην πραγματικότητα, θα διακομιστούν σε νοσηλευτικές μονάδες με χαμηλή ποιότητα περίθαλψης, κυρίως παθολογικές (πίνακας 10). Αυτό συμβαίνει κατά κανόνα σε ασθενείς που η ηλικία και τα χρόνια προβλήματα υγείας, τους έχουν στερήσει τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης. Πολλές φορές η λύση αυτή αξιοποιείται για να καλύψει άμεσες κοινωνικές ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του, η οποία δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες καθημερινής προσωπικής φροντίδας του ασθενή ή δεν διατίθεται να εκπαιδευτεί σε θέματα φροντίδας του ασθενή.

4.4.2 Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων

Η Δυτική Αττική εξυπηρετείται κυρίως από το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Δυτικής Αθήνας. Ο περιορισμένος αριθμός κλινών, η έλλειψη προσωπικού και οι προϋποθέσεις εισαγωγής αποκλείουν πρακτικά την εισαγωγή στις δομές αυτές ενός σημαντικού αριθμού ασθενών.

Μη διαθέτοντας το κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αποκλείουν τη πρόσβαση σε ασθενείς που χρήζουν ιδιαίτερης παρακολούθησης και φροντίδας, όπως καρκινοπαθείς τελικού σταδίου, ασθενείς με λοιμώδη νοσήματα κ.α.. Για τους παραπάνω λόγους ένα μικρό ποσοστό (2,73%) του πληθυσμού μας εισήχθη σε Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων κατά το 2007 (πίνακας 10).

4.4.3 Κέντρα Αποκατάστασης

Μόνο το 2,73% των ασθενών (πίνακας 10) του δείγματος φτάνουν σε κέντρα Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης, καθώς για όλο το Λεκανοπέδιο της Αττικής την αυξανόμενη ανάγκη για φυσική ιατρική αποκατάσταση καλούνται να καλύψουν μεμονωμένες μονάδες Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης (Φ.Ι.ΑΠ) κρατικών νοσοκομείων, το Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων (Ε.Ι.Α.Α.) και οι δύο Μονάδες Αποκατάστασης των Θεραπευτηρίων Αττικής.

Η πρόσβαση σε ιδιωτικά κέντρα αποκατάστασης (ανύπαρκτα στη Δυτική Αττική) δεν είναι δυνατή για όλους τους ασθενείς λόγω του υψηλού κόστους των θεραπειών. Η σύμβαση των κέντρων αυτών με ασφαλιστικά ταμεία αποτελεί εξαίρεση στον κανόνα. Οι οικογένειες και οι ασθενείς που διαθέτουν την οικονομική δυνατότητα για τέτοιου είδους περίθαλψη δεν απευθύνονται στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Νοσοκομείου.

4.4.4 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων

Το ποσοστό των ασθενών που εισήχθη σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων ανέρχεται σε 1,82%. Η εισαγωγή σε αυτές τις μονάδες προϋποθέτει μια ικανοποιητική οικονομική κατάσταση του ατόμου και της οικογένειάς του, διότι το κόστος είναι συνήθως υψηλό. Συνεπώς, αποκλείονται άποροι, χαμηλοσυνταξιούχοι και γενικά άτομα και οικογένειες με περιορισμένο εισόδημα. Οι οικογένειες, σύμφωνα με την εμπειρία μας, αξιοποιούν τις μονάδες αυτές μετά από δραματικές αλλαγές της κατάστασης υγείας του ηλικιωμένου που προκύπτουν στη νοσηλεία του.

Στην περιοχή της Δυτικής Αττικής δεν λειτουργούν τέτοιες μονάδες. Η παραπομπή σε τέτοιου είδους μονάδες αποτελεί απόφαση της οικογένειας και δεν συστήνεται από κοινωνικούς λειτουργούς.

Τα Δημοτικά Γηροκομεία που λειτουργούν στο Λεκανοπέδιο της Αττικής δεν μπορούν να αποτελέσουν επιλογή μετανοσοκομειακής φροντίδας εξαιτίας του πολύ μικρού αριθμού κλινών και των αυστηρών προϋποθέσεων εισαγωγής (π.χ. ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης).

4.4.5 Δομές της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Οι ανάγκες μετανοσοκομειακής φροντίδας για τον ασθενή του ψυχιατρικού τομέα του Γενικού Νοσοκομείου καλύπτονται από τους Ξενώνες Βραχείας Παραμονής, οι οποίοι παρέχουν σημαντικές και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες.

Σε όλο το Λεκανοπέδιο έχουν δημιουργηθεί Ξενώνες Βραχείας Παραμονής, Οικοτροφεία, Ψυχογνηριατρικοί Ξενώνες και Προστατευμένα Διαμερίσματα, που φιλοξενούν ασθενείς από τα δύο μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της Αττικής, αποκλείοντας τους ασθενείς των Ψυχιατρικών Τομέων Γενικών Νοσοκομείων. Για το λόγω αυτό και κατόπιν διυπηρεσιακών παρεμβάσεων μόνο το 2,73% των ασθενών παραπέμφθηκε σε τέτοιες δομές (πίνακας 10).

Παρόλα αυτά η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, με την κατάργηση των Ψυχιατρείων και τη δημιουργία πολλών λειτουργικών μονάδων που λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τις ανάγκες του ψυχικά ασθενή, αποτελούν το ιδανικό παράδειγμα για μια «προνοιακή μεταρρύθμιση» (Λέκκα, Ζουλιάμη και Τρικοπούλου, 1993).

4.4.6 Δημοτικές Υπηρεσίες παροχής κατ' οίκον βοήθειας

Στη Δυτική Αττική όλοι οι Δήμοι διαθέτουν «Προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι» (Π.Β.Σ) και «Προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας» (Π.Κ.Μ) υποστηρίζοντας αποτελεσματικά ανθρώπους που επέστρεψαν μετά τη νοσηλεία τους στο σπίτι. Έτσι ένα ποσοστό 10% των ασθενών παραπέμφθηκε από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας στα παραπάνω προγράμματα (πίνακας, 10), που αντιστοιχεί στο 26,83% των ασθενών που επέστρεψαν στο σπίτι τους μετά το εξιτήριο (πίνακας 11).

Σημαντική θεωρείται η συμβολή των προγραμμάτων αυτών στην παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα, παρόλο που δεν είναι σχεδιασμένα για τη μετανοσοκομειακή φροντίδα ασθενών. Αποδεικνύουν δε, το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει η Τοπική Αυτοδιοίκηση σε ένα ορθολογικά δομημένο Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας. Δυστυχώς τα προγράμματα αυτά απειλούνται κατά περιόδους με κατάργηση λόγω της έλλειψης πόρων χρηματοδότησής τους.

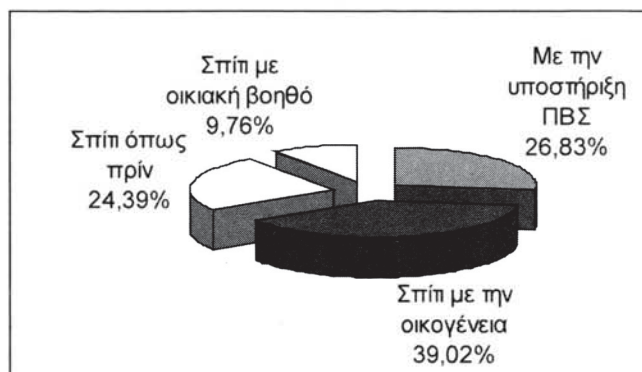
4.4.7 Επιστροφή στο Σπίτι

Παραπάνω από ένας στους τρεις ασθενείς που παραπέμπονται θα επιστρέψει στο σπίτι του αμέσως μετά το εξιτήριο. Αυτό συμβαίνει είτε επειδή έχει αξιολογηθεί ότι το γνώριμο περιβάλλον του θα τον βοηθήσει αποτελεσματικότερα, είτε γιατί δυστυχώς δεν ήταν δυνατό να βρεθεί δομή να τον καλύψει (πίνακας 10).

Το οικογενειακό περιβάλλον αναλαμβάνει την ευθύνη της μετανοσοκομειακής φροντίδας για το 39,02% των ασθενών που επιστρέφουν σπίτι τους χωρίς επιπλέον υποστήριξη (πίνακας 11). Οι κοινοτικές κατ' οίκον υπηρεσίες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους μόνο στο 26,83% από το σύνολο των ασθενών που επιστρέφουν σπίτι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Επιστροφή στο σπίτι

Κατάσταση	%
Με την υποστήριξη ΠΒΣ	26,83
Σπίτι με την οικογένεια	39,02
Σπίτι όπως πριν	24,39
Σπίτι με οικιακή βοηθό	9,76
Σύνολο	100,00



Η αξιοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος ως «μονάδας κοινωνικής φροντίδας» καλύπτει την ανυπαρξία υπηρεσιών μετά τη νοσηλεία (πίνακας 12). Όπως προκύπτει από τον πίνακα (12), ο οποίος καταδεικνύει την επιστροφή των ασθενών στο σπίτι χωρίς τη βοήθεια υπηρεσιών μετανοδοσκομειακής φροντίδας ανά ασφαλιστικό ταμείο, φαίνεται ότι πολλοί ασφαλισμένοι επιστρέφουν σπίτι γιατί δεν υπάρχει δομή να τους φροντίσει, σε αντίθεση με τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ, τους οποίους απορροφούν οι ιδιωτικές κλινικές που είναι συμβεβλημένες με το ταμείο και αποκαλούνται «κλινικές αποθεραπείας».

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Επιστροφή στο σπίτι και Ασφαλιστικό Ταμείο

Ταμείο	Ποσοστό παραπεμπόμενων που επιστρέφουν στο σπίτι
ΙΚΑ	18,33
Βιβλιάριο Ανασφαλίστου (Απορίας)	18,50
Ανασφαλιστοι	20,00
Υπόλοιπα Ταμεία	43,17
Σύνολο	100,00

Είναι προφανές ότι ο κύριος όγκος των παραπεμπόμενων πολιτών, που χρήζουν σταθερής παρακολούθησης μετά τη νοσηλεία τους, φτάνουν σε υπηρεσίες - δομές - προγράμματα ανάλογα με τις παροχές των ασφαλιστικών τους ταμείων και της οικονομικής τους κατάστασης και όχι ανάλογα με τις πραγματικές ανάγκες τους, όπως διαμορφώνονται από τις αλλαγές στη φυσική τους κατάσταση και το κοινωνικό τους περιβάλλον.

4.4.8 Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο)

Παρόλο που τα τελευταία χρόνια πολλές Μ.Κ.Ο έχουν αναπτύξει προγράμματα φροντίδας - πολλές φορές πρωτοποριακά - για άτομα που χρήζουν προστασίας, η δράση τους δεν φτάνει στα γεωγραφικά όρια της Δυτικής Αττικής και οι παραπομπές σε αυτά είναι μηδενικές.

4.4.9 Χωρίς Λύση – Παράταση νοσηλείας

Για ένα σημαντικό ποσοστό 12,73% των ασθενών για τους οποίους αξιολογήθηκε ότι έχει τελειώσει η νοσηλεία τους και παραπέμφθηκαν για την εξεύρεση μετανοσοκομειακής φροντίδας, δεν βρέθηκε λύση ως το θάνατό τους κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο Νοσοκομείο (πίνακας 10).

Πρόκειται για ασθενείς συνήθως χωρίς οικογενειακό περιβάλλον και με εύθραυστη κατάσταση υγείας που οι ανάγκες τους δεν καλύπτονται από υπηρεσίες. Οι άνθρωποι αυτοί στερήθηκαν το δικαίωμα μιας αξιοπρεπούς διαβίωσης εξαιτίας της έλλειψης δομών εκτεθειμένοι στην υψηλή νοσηρότητα (π.χ. ενδο-νοσοκομειακές λοιμώξεις) του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε εδώ το κόστος της επιπλέον παραμονής του ασθενή στο Νοσοκομείο εξαιτίας της έλλειψης δομών (Μπαλασοπούλου, Κυριόπουλος, Μπουρσανίδης, 1991). Κατά την έρευνά μας διαπιστώσαμε ότι υπάρχει ασθενής του Παθολογικού Τομέα, ο οποίος παρέμεινε νοσηλευόμενος ενώ δεν το χρειαζόταν, για έξι μήνες, διότι δεν γινόταν αποδεκτός από καμία δομή. Με δεδομένο ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας στον Παθολογικό Τομέα είναι 7,5 ημέρες, η παρατεταμένη νοσηλεία του ασθενή αυτού ισοδυναμεί με τη νοσηλεία 24 ασθενών. Το κόστος όπως φαίνεται δεν είναι μόνο οικονομικό, αλλά και σε επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών. Επιπλέον, η παράταση νοσηλείας του ασθενή αυτού στερεί το δικαίωμα νοσηλείας σε άλλους 24 πολίτες.

5. Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, ένα υψηλό ποσοστό των παραπομπών που δέχεται το τμήμα κοινωνικής εργασίας, 25%, αφορά την εξασφάλιση δομών και υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας. Είναι προφανές ότι η μετανοσοκομειακή φροντίδα των ασθενών απασχολεί τους κοινωνικούς λειτουργούς του νοσοκομειακού πλαισίου, γεγονός που επισημαίνεται και από αντίστοιχες ερευνητικές μελέτες στο διεθνή χώρο. Σύμφωνα με στοιχεία, ο αριθμός των ασθενών που απαιτείται παρέμβαση του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας για την εξασφάλιση παροχών και υπηρεσιών φροντίδας μετά το νοσοκομείο έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες (Proctor et al., 1995, Dobrof, 1991, Tibbitt and Connor, 1989, Dinerman, 1979. Αυτό οφείλεται αφενός στα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης που συνέβαλαν στην επιβίωση πολλών χρόνιων ασθενών που δεν θα είχαν προσδόκιμο ζωής σε παλαιότερες περιόδους (Υφαντόπουλος, 1988, Κατοστάρας, 2005, Υφαντόπου-

λος και Δαρδανός, 2003) και αφετέρου στις σύγχρονες ανάγκες μείωσης του χρόνου νοσηλείας και αντιμετώπισης των ασθενών στην κοινότητα (Dobrof, 1991, Fisher, 1999, Davies and Connolly, 1995a).

Παρόλα αυτά οι υπηρεσίες μετανοσοκομειακής κοινοτικής φροντίδας για τον ασθενή είναι σχεδόν ανύπαρκτες στη Δυτική Αττική. Πέραν των Προγραμμάτων Βοήθειας στο Σπίτι και των Προγραμμάτων Κοινωνικής Μέριμνας, που αποτελούν Δημοτικές Επιχειρήσεις και προσέφεραν υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον μετά το νοσοκομείο στο 10% του πληθυσμού μας, το συγκεντρωτικό σύστημα υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας αναγκάζει τον ασθενή της Δυτικής Αττικής να «μεταναστεύει» από τον τόπο κατοικίας του.

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των ατόμων που χρήζουν μετανοσοκομειακής φροντίδας, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η ανάγκη για υπηρεσίες φροντίδας μετά τη νοσηλεία αυξάνει με την ηλικία και σχετίζεται με την έλλειψη συντρόφου, ενώ η ύπαρξη παιδιών και υποστηρικτικού οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος δεν αναιρεί την ανάγκη παροχής υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας. Έκδηλη παρουσιάζεται η ανάγκη στήριξης του περιβάλλοντος του ασθενή από δομές και υπηρεσίες, ώστε να μπορέσει να παρέχει φροντίδα και στήριξη στο ασθενή κατά τη μετάβασή του στο σπίτι. Δυστυχώς, ένα μεγάλο ποσοστό από το σύνολο των ασθενών που επιστρέφουν στο σπίτι, 39,02%, δεν υποστηρίζεται από προγράμματα και υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον ή προγράμματα στήριξης των φροντιστών τους. Σε αντίθεση με την Ελλάδα, σε άλλες χώρες, όπως η Μ. Βρετανία, η στήριξη των φροντιστών αποτελεί μέρος της κοινωνικής πολιτικής. Η Γενική Γραμματεία Υγείας της Μ. Βρετανίας σε αναφορά της τονίζει: «Η κυβέρνηση αναγνωρίζει ότι ένα μεγάλο μέρος της κοινοτικής φροντίδας (community care) παρέχεται από τους φίλους, τις οικογένειες και τους γείτονες... Πρέπει όμως να αναγνωριστεί ότι οι φροντιστές χρειάζονται βοήθεια και υποστήριξη για να μπορούν να αντεπεξέλθουν στο ρόλο αυτό....και επομένως η πρακτική βοήθεια προς τους φροντιστές πρέπει να είναι υψηλή προτεραιότητα του κράτους» (Secretaries of State of Health 1989:4-556).

Στην Ελλάδα, παρά τη θεσμοθέτηση των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον Νόμο 2519/97 και στα άρθρα 31-33, η πολιτεία δεν κατάφερε να δημιουργήσει επαρκείς δομές και προγράμματα κάλυψης των νοσηλευτικών, ιατρικών και κοινωνικών αναγκών του «μετανοσοκομειακού» ασθενή. Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, η ανεπάρκεια των δομών μετανοσοκομειακής φροντίδας είναι έκδηλη στην περιοχή της Δυτικής Αττικής. Η κατάσταση δεν θα μπορούσε να είναι διαφορετική, αφού στη χώρα μας η χρηματοδότηση της υγείας επικεντρώνεται κυρίως στη νοσοκομειακή περίθαλψη και όχι στην πρωτοβάθμια (Πολύζος και Υφαντόπουλος 2000). Συνέπεια της απουσίας υποδομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι να υπερφορτώνονται τα νοσοκομεία και να αποπροσανατολίζονται από τον κύριο στόχο τους που είναι η παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας (Κατοστάρας, 2005).

Η κάλυψη των αναγκών των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας θα πρέπει να προβληματίσει σοβαρά, αφού υπολογίζεται ότι το 2030 στην Ευρώπη τα άτομα άνω των 65 ετών θα αντιστοιχούν στο 21.4% του πληθυσμού (Loyd-Sherlock, 2000). Θα πρέπει λοιπόν να προωθηθεί η επίτευξη ενός εγγυημένου επιπέδου κοινωνικών υπηρεσιών (από το κράτος) με νέους τρόπους προστασίας των ηλικιωμένων, όπως παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον. Εκτός όμως από την κάλυψη των αναγκών των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας, έκδηλη είναι και η ανάγκη δημιουργίας δομών και υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας και για τις υπόλοιπες κατηγορίες που χρήζουν υπηρεσιών φροντίδας μετά το νοσοκομείο.

Επιπλέον, την κακή εικόνα του συστήματος παροχής υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας συμπληρώνουν πρόσθετα χαρακτηριστικά, που δυσχεραίνουν την εξασφάλιση υπηρεσιών ποιότητας για τον ασθενή όπως: α) δυσνόητες γραφειοκρατικές διαδικασίες που απαιτούνται από τα ασφαλιστικά ταμεία και τα Θεραπευτήρια, β) αποκλεισμός ασθενών που είναι φορείς λοιμωδών νοσημάτων από οποιαδήποτε δομή κλειστής ή ανοικτής περίθαλψης, γ) αποκλεισμός παθολογικών ασθενών που φέρουν παράλληλα ψυχιατρικές ή ψυχογηριατρικές διαγνώσεις από Προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι ή άλλα προγράμματα μετανοσοκομειακής φροντίδας, δ) αποκλεισμός καταληκτικών ασθενών από όλες τις δομές, ε) χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών και κακές ξενοδοχειακές υποδομές των υπάρχοντων δομών κλειστής φροντίδας και, στ) ανυπαρξία ενός ενιαίου συστήματος αξιολόγησης και παραπομπής για την ορθολογική και αξιοκρατική αξιοποίηση των ήδη ελάχιστων δομών.

6. Συμπεράσματα – Προτάσεις

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να ερευνήσει την αποτελεσματικότητα του συστήματος κοινωνικής φροντίδας και δικτύωσης των κοινοτικών υπηρεσιών για την κάλυψη των αναγκών μετανοσοκομειακής φροντίδας των ασθενών στη Δυτική Απική. Από την έρευνα προκύπτει ότι το δίκτυο υπηρεσιών υποστήριξης του ασθενή μετά το Νοσοκομείο είναι ελλιπές και λειτουργεί αποσπασματικά και χωρίς συντονισμό. Οι ελάχιστες Δομές που λειτουργούν δεν μπορούν να καλύψουν τις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί καλούνται συνεχώς να εφευρίσκουν τρόπους εξασφάλισης των απολύτως βασικών αναγκών για επιβίωση του ασθενή καλύπτοντας την ανυπαρξία ενός οργανωμένου συστήματος κοινωνικής φροντίδας.

Προφανώς τα ευρήματα αυτά είναι αναγκαίο να υποστηριχτούν και από άλλες έρευνες, αφού είναι προκαταρκτικά και στόχος είναι να δώσουν το κίνητρο για τη διεξαγωγή παρόμοιων μελετών στο μέλλον. Οι κοινωνικοί λειτουργοί των νοσοκομειακών μονάδων είναι οι επιστήμονες που μπορούν να παίξουν ένα κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη κοινωνικής πολιτικής για τη δημιουργία των δομών και υπηρεσιών μετανοσοκομειακής και κοινωνικής φροντίδας, με την εμπειριστατωμένη παρου-

σίαση των τρεχουσών αναγκών και την επισήμανση των υφισταμένων ελλείψεων μέσα από ερευνητικές εργασίες και αναφορές. Επίσης, ο νέος ρόλος των Οργανισμών Κοινωνικής Φροντίδας που αφορά στη συμβολή τους στην κοινωνικοποίηση, την κοινωνική αλληλεγγύη, την ενίσχυση της οικογενειακής ζωής, της υγείας και της ενδυνάμωσης και ενίσχυσης των αποδυναμωμένων ατόμων (Ιατρίδης, 2004) πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στην οργάνωση δομών και υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας.

Πρέπει να τονιστεί ότι στη μελέτη αυτή δεν στάθηκε δυνατόν να επισημανθούν όλες οι ελλείψεις του συστήματος και επιπλέον δεν διερευνήθηκαν οι απόψεις των χρηστών και των οικογενειών τους για την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν, ούτε οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στην εξασφάλιση υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας. Πάντως στάθηκε δυνατόν να αποκαλυφθεί η ανεπάρκεια των υπάρχοντων υπηρεσιών και η αναγκαιότητα ανασυγκρότησης ή επέκτασης των ήδη υπάρχοντων υπηρεσιών και δημιουργίας νέων δομών και προγραμμάτων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι για τη μετανοσοκομειακή φροντίδα των ασθενών χρειάζονται επαρκή προγράμματα κατ'οίκον νοσηλείας (Dobrof, 1991), προγράμματα υποστηριζόμενης διαβίωσης για ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες (Τριανταφύλλου και Μεσθεναίου, 1991), ξενώνες και οικοτροφεία (Πετρίδης, 1991), προγράμματα παρηγορητικής φροντίδας για ασθενείς με καταληκτικά νοσήματα (Σπυράκη, Λαμπράκης και Φραιδάκη, 2007), μονάδες φυσικής ιατρικής αποκατάστασης, προγράμματα στήριξης των φροντιστών (McLeod and Eriksson, 2002), δομές για άτομα με λοιμώδη νοσήματα, κ.α..

Περισσότερο τώρα παρά ποτέ αναδεικνύεται η αναγκαιότητα μιας οργανωμένης «προνοιακής μεταρρύθμισης» που θα καταργεί την κλασσική «ιδρυματική» περίθαλψη και θα προβλέπει τη δημιουργία πολλών εναλλακτικών δομών που θα έχουν διαρκή στόχο την επιστροφή του ασθενή σε μια ποιοτικά εξασφαλισμένη «κανονική» ζωή. Ένα οργανωμένο διαβαθμισμένο σύστημα, γεωγραφικά ιεραρχημένο, στο οποίο θα συνεργάζονται οι Υγειονομικές Περιφέρειες και οι Μονάδες Υγείας τους, οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, οι Δήμοι και τα Ασφαλιστικά Ταμεία. Στη σημερινή συγκυρία, η εκπόνηση ενός επιχειρησιακού σχεδίου και η χρηματοδότησή του από την Ευρωπαϊκή Ένωση είναι ρεαλιστική, απαιτεί όμως, πολιτική βούληση. Η επιτυχία των Κέντρων Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η) και των Π.Β.Σ δείχνει το σημαντικό ρόλο που καλείται να παίξει η Τοπική Αυτοδιοίκηση με την ανάπτυξη νέων θεσμών κοινωνικής φροντίδας και φροντίδας υγείας (Κυριακάκης 1991, Σούντης 1993, Ζορμπά 1993, Καβατζά, 1993). Η δημιουργία περισσότερων και εξειδικευμένων δομών για τη φροντίδα του ασθενή μετά το νοσοκομείο μπορεί να βελτιώσει ουσιαστικά την ποιότητα των νοσοκομειακών μονάδων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, να μειώσει το κόστος για τα ασφαλιστικά ταμεία, να εξασφαλίσει παραγωγικούς και ευτυχισμένους πολίτες.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσσον

- Carr, J (1994) Κλινική Κοινωνική Εργασία στον Τομέα Υγείας, *Κοινωνική Εργασία*, 33, 15-30.
- Gutenschwager, G (1989) *Η Πολιτική Οικονομία της Υγείας στη Νεότερη Ελλάδα*, Αθήνα, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
- Ευκλείδη, Α (1999) Η Ανάπτυξη στην Ενήλικη Ζωή και το Γήρας στο: Κωσταρίδου-Ευκλείδη (επιμ) *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Ζηλίδης, Χ (2005) *Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας: Η Μεταρρύθμιση 2000-4*, MediForce, Αθήνα.
- Ζορμπά, Ε (1993) Κοινωνική Πολιτική στους Δήμους: Νέοι ρόλοι για τους κοινωνικούς λειτουργούς αλλά και για τους εκπροσώπους της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, στα Πρακτικά Εισηγήσεων Συνδιάσκεψης και Πανελληνίου Σεμιναρίου με θέμα: *Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση*, Σ.Κ.Λ.Ε., Τ.Ε.Δ.Κ.Ν.Α., 303-305, Αθήνα.
- Ιατρίδης, Δ.Σ (1989) Κοινωνική Εργασία και Υγεία, *Κοινωνική Εργασία*, 4(15), 71-89.
- Ιατρίδης, Δ.Σ (2004) Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής για Ανάπτυξη στους Οργανισμούς Κοινωνικής Φροντίδας, *Κοινωνική Εργασία*, 19(76), 199-207.
- Καβατζά, Μ (1993) Εναλλακτικές Μορφές Φροντίδας, στα Πρακτικά Εισηγήσεων Συνδιάσκεψης και Πανελληνίου Σεμιναρίου με θέμα: *Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση*, Σ.Κ.Λ.Ε., Τ.Ε.Δ.Κ.Ν.Α., 260-264, Αθήνα.
- Καλλιγέρη-Βυθούλκα, Π (1991) Κοινωνικά Προβλήματα των Ηλικιωμένων που νοσηλεύονται στα Γενικά Νοσοκομεία και η εκτός Νοσοκομείου αντιμετώπιση, *Κοινωνική Εργασία*, 24, 289-294.
- Κατοστάρας, Θ (2005) Οικονομική της υγείας στο: Αργυριάδου Σ, Θεοδώρου Μ, Θηραίος Ε, Καϊτελίδου Δ και συν. (επιμ), *Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Νέα Διαφημιστική- NEAdn, Αθήνα
- Κυριακάκης, Β (1991) Εναλλακτικές Μορφές στην Προστασία Ηλικιωμένων, *Κοινωνική Εργασία*, 24, 277-282.
- Λέκκα, Μ, Ζουλιάμη, Μ, Τρικοπούλου, Δ (1993) Προγράμματα αποσυλοποίησης-επανάταξης ψυχικά ασθενών στα Πρακτικά Εισηγήσεων Συνδιάσκεψης και Πανελληνίου Σεμιναρίου με θέμα: *Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση*, Σ.Κ.Λ.Ε., Τ.Ε.Δ.Κ.Ν.Α., 267-271, Αθήνα.
- Nord, E (2003) *Ανάλυση Κόστους-Αξίας στη Φροντίδα Υγείας*, MediForce, Αθήνα.
- Ματής, Γ.Κ, Μπιρμπίλης, Θ.Α και Χρυσού, Ο.Ι (2008) Η Κοινωνική Πολιτική και η Πολιτική Υγείας στο Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον: Κατάρρευση ή Μετάβαση; *Επιθεώρηση Υγείας*, 19(113), 11-24
- Μπαλασοπούλου, Α, Κυριόπουλος, Γ, Μπουρσανίδης, Χ (1991) Τρίτη Ηλικία και Οικονομικά της Υγείας, *Κοινωνική Εργασία*, 24, 245-253.
- Μπόνικος, Δ (1994) Η Ιατρική στο σταυροδρόμι ριζικών ανακατατάξεων, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 11, 246-251.
- Πανέρα, Ε (1999) Κοινωνική Υποστήριξη Ηλικιωμένων στο: Κωσταρίδου-Ευκλείδη (επιμ) *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάτου, Δ (1999) Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ή/και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας στο Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ, *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

- Πετρίδης, Κ (1991) Τρόποι βελτίωσης της διαμονής σε Κλειστές Μονάδες Περιθαλψής, *Κοινωνική Εργασία*, 24, 295-300.
- Πολύζος, Μ και Υφαντόπουλος, Ι (2000) Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 17, 627-639.
- Robson, C (1993) *Η Έρευνα του Πραγματικού Κόσμου: ένα μέσον για τους κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*, Αθήνα, Gutenberg.
- Σούντης, Σ (1993) Το ΚΑΠΗ: Μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Κριτική-Επαναπροσδιορισμός-Προοπτική, στα Πρακτικά Εισηγήσεων Συνδιάσκεψης και Πανελληνίου Σεμιναρίου με θέμα: *Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση*, Σ.Κ.Α.Ε., Τ.Ε.Δ.Κ.Ν.Α., 255-259, Αθήνα.
- Σουρτζή, Π (1997) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και νοσηλεία στο σπίτι, *Νοσηλευτική*, 1, 24-30.
- Σπινέλλη, Κ.Δ και Πίτσιου-Darrough, E (1991) Ηλικιωμένοι Θύματα Κακοποίησης και Παραμέλησης: Έρευνα βασισμένη σε τυχαίο δείγμα πληθυσμού ΚΑΠΗ Αττικής και ηλικιωμένων από τις ίδιες περιοχές, *Εκλογή*, 89, 1991.
- Σπυράκη, Χ, Λαμπράκης, Μ, Φραιδάκη, Π (2007) Παρηγορητική Φροντίδα σε Ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια, *Επιθεώρηση Υγείας*, 18(108), 33-35.
- Τριανταφύλλου, Τ, Μεσθεναίου, Λ (1991) Συστήματα παροχής υπηρεσιών –πρόνοιας για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα, *Κοινωνική Εργασία*, 24, 301-306.
- Triseliotis, J (1990) Οικογενειακή Φροντίδα και οι Ηλικιωμένοι, *Εκλογή*, 87, 140-146.
- Wolper, L.F et al (2001) *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*, MediForce, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος, Γ και Δαρδανός, Γ (2003) *Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική*, Εκδ. Τυπωθήτω, Αθήνα
- Υφαντόπουλος, Γ.Ν (1988) *Ο Προγραμματισμός του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα: Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις*, Αθήνα, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

Ξενόγλωσση

- Auslander, G.K (1997) *International Perspectives on Social Work in Health Care: Past, Present and Future*, New York, The Haworth Press
- Balloch, S, McLean, J and Fisher, M (1999) *Social Services: Working under pressure*, Bristol Policy Press.
- Balloch, S, Butt, J, Fisher, M and Lindow, V (1999) *Rights, Needs and the User Perspective: A Review of the National Health Service and Community Care Act 1990*, National Institute for Social Work, Joseph Rowntree Foundation.
- Bowling, A (1997) *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*, Buckingham, Open University Press
- Davidson, K.W ((1978) Evolving Social Work Roles in Health Care: The Case of Discharge Planning, *Social Work in Health Care*, 4(1), 43-54
- Davies, M.J and Connolly, J (1995a) Hospital Social Work and Discharge Planning: an Exploratory Study in East Anglia, *Health and Social Care in Community*, 3(6), 354-371.
- Davies, M.J and Connolly, J (1995b) The Social Worker's Role in the Hospital through the Eyes of Other Health Care Professionals *Health and Social Care in Community*, 3(5), 301-309.
- Dinerman, M (1979) In Sickness and in Health: Future Social Work Roles, *Health and Social Work*, 4(2), 5-23.
- Dobrof, J (1991) DRGs and the Social Worker's Role in Discharge Planning, *Social Work in*

- Health Care*, 16(2), 37-54.
- Fisher, M (1999) Some Key Issues in: *Rights, Needs and the User Perspective: A Review of the National Health Service and Community Care Act 1990*, National Institute for Social Work, Joseph Rowntree Foundation.
- Gin, J, Arber, S and Cooper, H (1997) *Researching Older People's Health Needs and Health Promotion Issues*, London: Health Education Authority.
- Jones, J and Hunter, D (1996) Consensus Methods for Medical and Health Services Research, in Mays N and Pope C (eds) *Qualitative Research in Health Care*, London, British Medical Journal Publishing Group.
- Kitchen, A and Brook, J (2005) Social Work at the Heart of the Medical Team, *Social Work in Health Care*, 40(4), 1-18.
- Lloyd-Sherlock, P (2000) Population ageing in developed and developing regions: Implications for health policy, *Social Science Medicine*, 51, 887-895.
- Martinson, I and Widmer, A ('1989) The continuum of care. Partners in acute and chronic care, in: Martinson, I and Widmer, A, *Home Health Care Nursing*, Philadelphia, W.B. Saunders Company.
- Moriarty, J (1999) Older People in: *Rights, Needs and the User Perspective: A review of the National Health Service and Community Care Act 1990*, National Institute for Social Work, Joseph Rowntree Foundation.
- Pahl, I (1999) The Family and Welfare in: *Social Policy*, Oxford University Press, Oxford.
- Pecukonis, E.V, Cornelius, L and Parrish, M (2003) The Future of Health Social Work, *Social Work in Health Care*, 37(3), 1-15.
- Proctor, E, Morrow-Howell, N, Kitchen, A and Wang, Yeong-Tsyr (1995), Pediatric Discharge Planning: Complications, efficiency and adequacy, *Social Work in Health Care*, 22(1), 1-18.
- Secretaries of State for Health (1989) *Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond*, Cm.849, London:HMSO.
- Taylor, R and Ford, J (1989) Social Work and Health Care in Three Settings: An Editorial Introduction, in: (eds) *Social Work and Health Care-Research Highlights in Social Work 19*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- Tibbitt, J and Connor, A (1989) Social Work and Health Care in Three Settings: An Editorial Introduction, in Taylor, R and Ford, J (1989) (eds) *Social Work and Health Care-Research Highlights in Social Work 19*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- Twigg, J (1999) Social Care in: *Social Policy*, Oxford University Press, Oxford.