



# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΒΟΗΘΕΙΑ  
ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ  
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Πελεκίδου Μαγδαληνή  
Κοινωνική Λειτουργός

### Επιβλέπων

- **Χ.Λιονής**, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Τμήμα Ιατρικής Παν.Κρήτης.

### Συνεπιβλέπων

- **Σ.Κουκούλη**, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Πολιτικής, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

### Συμβουλευτική-επιστημονική επιτροπή

- **Ε.Διαλονάκη**, Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, Τ.Ε.Ι.Κρήτης



## *Ευχαριστίες*

Η ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης δεν θα είχε ολοκληρωθεί χωρίς τη συμβολή και την υποστήριξη των συνεργατών και φίλων.

Οφείλω πρωτίστως να ευχαριστήσω τον Καθηγητή Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης Χ.Λιονή για την καθοδήγηση και σημαντική συμβολή του στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Επίσης, την συνεπιβλέπων Σ. Κουκούλη, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Πολιτικής, Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, Τ.Ε.Ι. Κρήτης για την υποστήριξη και συνεργασία της κατά τη διάρκεια συγγραφής της και την Ε. Διαλυνάκη, Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, Τ.Ε.Ι Κρήτης, για το αμέριστο ενδιαφέρον της και την συμβουλευτική και επιστημονική της υποστήριξη σε όλα τα στάδια εκπόνησης αυτής της μελέτης.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω, τον Θ. Αλεγκάκη, Phd Φυσικών Επιστημών, για τις πολύτιμες συμβουλές του και τη συνεχή ανατροφοδότηση στην προσπάθεια ολοκλήρωσης αυτής της εργασίας. Τους καθηγητές και συναδέλφους από το μεταπτυχιακό τμήμα για τις γνώσεις και τα πολύτιμα ερεθίσματα που πήρα κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Να ευχαριστήσω θερμά τους Καθηγητές, συναδέλφους και εκλεκτούς φίλους από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας Τ.Ε.Ι Κρήτης, Χ. Γιουλούντα, Χ. Κατσάπη, Κ. Κούτρα, Ι. Κύρου, Κ. Οικονόμου, Μ. Προκοπάκη και Ν. Ράτσικα, όπου η επαγγελματική τους πορεία και εξέλιξή τους στο χώρο της κοινωνικής επιστήμης, αποτέλεσαν κίνητρο και ένα πολύ καλό παράδειγμα για την προσπάθεια επίτευξης των εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μου στόχων.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στο οικογενειακό και φιλικό μου περιβάλλον που είναι πάντα δίπλα μου και με στηρίζει σε κάθε μου βήμα.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	1
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	
<b>1.1 Θεωρητική προσέγγιση της ποιότητας</b> .....	5
1.1.1 Η ποιότητα στην υγεία.....	5
1.1.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας .....	6
1.1.3 Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	10
<b>1.2 Δείκτες ποιότητας</b> .....	12
<b>1.3 Φροντίδα στο σπίτι στην Ευρώπη</b> .....	13
1.3.1 Το παράδειγμα της Γαλλίας.....	13
1.3.2 Το παράδειγμα της Αγγλίας.....	14
1.3.3 Το παράδειγμα της Ιταλίας.....	16
<b>1.4 Πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα</b> .....	18
1.4.1 Βασικές αρχές του προγράμματος.....	18
1.4.2 Γενικός σκοπός και στόχος του προγράμματος.....	19
1.4.3 Χαρακτηριστικά της πορείας του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι .....	20
<b>1.5. Αναγκαιότητα και σκοπός της μελέτης</b> .....	22
1.5.1 Αναγκαιότητα μελέτης .....	22
1.5.2 Ερευνητικά ερωτήματα και σκοπός της μελέτης.....	23
<b>2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	
2.1 Τύπος μελέτης-Στρατηγική αναζήτησης .....	25
2.2 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού μελετών .....	26
2.3 Κριτική αποτίμηση ποιότητας μελετών.....	27
<b>3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	
3.1. Αποκλεισμός μελετών .....	28
3.2 Περιγραφή μελετών που πληρούν τα κριτήρια .....	28
3.3 Εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν .....	29

<b>4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	
4.1 Κύρια ευρήματα της ανασκόπησης .....	33
4.2 Συνέπειες της συστηματικής ανασκόπησης στις υπηρεσίες ‘βοήθεια στο σπίτι’ στην Ελλάδα.....	34
4.3 Περιορισμοί της μελέτης .....	37
<b>5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	39
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	41
<b>ΠΙΝΑΚΕΣ</b> .....	46

## Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

**Τίτλος εργασίας:** Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών βοήθεια στο σπίτι: μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

**Της:** Μαγδαληνής Πελεκίδου, Κοινωνική Λειτουργό.

**Επιβλέπων :** Χ. Λιονής, Καθηγ. Γεν. Ιατρικής και Π.Φ.Υ, Τμήμα Ιατρ. Παν. Κρήτης

**Συνεπιβλέποντες:** Σ. Κουκούλη, Επίκουρη Καθηγήτρια, Κοιν. Πολιτικής, Τμήμα Κοιν. Εργ., Τ.Ε.Ι Κρήτης

Ε. Διαλυνάκη, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Κοιν. Εργασίας, Τ.Ε.Ι Κρήτης

**Ημερομηνία:** Μάρτιος 2010

**Εισαγωγή:** Ολοένα και περισσότερο γίνονται αναφορές σχετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι. Επαγγελματίες υγείας, εκπρόσωποι των προγραμμάτων καθώς και άλλοι προβληματίζονται και συζητούν για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους. Αναφέρεται ωστόσο έντονα η άποψη για τη δημιουργία ενός συστήματος φροντίδας στο σπίτι, που να είναι σχεδιασμένο και να κατευθύνεται με ξεκάθαρους στόχους και προοπτικές για τους χρήστες του.

**Σκοπός:** της παρούσας μελέτης είναι να αναζητηθούν οι πηγές που αναφέρονται στην αξιολόγηση της ποιότητας και να εντοπιστούν τα στοιχεία που συνθέτουν-σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται σε ένα πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι.

**Σχεδιασμός μελέτης:** Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση.

**Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονική αναζήτηση σε επιλεγμένες βιβλιογραφικές βάσεις (Medline, HMIC, Web of Science, κ.α.) και δικτυακούς τόπους που αποτέλεσαν τις πηγές των δεδομένων της μελέτης. Η επιλογή των μελετών έγινε στη βάση προεπιλεγμένων κριτηρίων από τον ερευνητή. Ακολούθησε η κριτική αποτίμηση της ποιότητας των ερευνών και η εξαγωγή και σύνθεση των ευρημάτων για τη διατύπωση των τελικών αποτελεσμάτων.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η έννοια της ποιότητας περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις. Για την αξιολόγηση των υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι πρέπει να ληφθούν υπόψη δείκτες που αφορούν στην ικανοποίηση των ασθενών και

εργαζομένων, στην οργάνωση της δομής, στη διαδικασία των παρεμβάσεων και τα αποτελέσματα αυτών.

**Συμπεράσματα:** Σημαντική είναι η εδραίωση ενός εργαλείου μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι για κάθε διαφορετικό σύστημα το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε ουσιαστικές αλλαγές στην κουλτούρα της υγείας και στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών.

**Λέξεις κλειδιά:** Ποιότητα υπηρεσιών, Δείκτες ποιότητας, Εργαλείο αξιολόγησης, Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι.

## Abstract

**Title:** Evaluation of the quality of domiciliary care home programs ‘help at home’: a systematic literature review.

**By:** Magdalini Pelekidou, Social Worker

**Supervisor :** C. Lionis MD, PhD, HonFRCCP Professor of General Pract.& Primary’s Health Care, Medicine School, University of Crete.

**Co supervisors:** S. Koukouli PhD, Assistant Professor of Social Policy, Department of Social Work, T.E.I Crete.

E. Dialinaki MPH, Lecturer of Social Work, T.E.I. Crete.

**Date:** March, 2010

**Background:** Recently there have been numerous referrals regarding the evaluation of the quality of domiciliary care home programs. Health professionals, representatives of those programs amongst others discuss and reflect on the effectiveness of these programs given the result and the data existing up to now. Most refer to the need for the development of a program of domiciliary care with clear objectives and that would be put in ‘good use’ by its participants.

**Aim:** The aim of this research is to be found all the sources that refer to the evaluation of the quality, as well as to determine the factors that influence the quality of the services provided in the program ‘help at home’.

**Research design:** Systematic Literature review.

**Methodology:** Electronic search has been conducted in selected bibliographic data bases (Medline, HMIC, Web of Science, e.t.c.). which were used as data sources. All data collected and used in accordance to specific criteria set by the researcher. Critical review of those data, regarding their quality and validity, was performed and the final conclusions were drawn.

**Results:** Overall quality of care has a multidimensional character. In order to evaluate domiciliary home care, factors such as patient satisfaction, workers satisfaction, organization of structure, process of interventions and the results of these should be carefully examined and analysed to make final conclusions.



**Conclusions:** It is important to be established an index by which the quality of domiciliary home care can be measured. This index should accommodate to all systems and it should overall influence and possibly alter the ‘culture’ of health care and its methods of delivery.

**Key words:** Quality of services, Quality indicators, Index of evaluation, Programme help at home

# 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## 1.1 Θεωρητική προσέγγιση της ποιότητας

### 1.1.1 Η ποιότητα στην υγεία

Το ραγδαία μεταβαλλόμενο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον και η ραγδαία μεταβαλλόμενη τεχνολογία θέτουν σε αμφισβήτηση τις αντιλήψεις για την ποιότητα σε σχέση με την υγειονομική περίθαλψη. Πολλές από αυτές έχουν βασιστεί στην ιατρική και χειρουργική περίθαλψη στα νοσοκομεία, χρησιμοποιώντας τις παραδοσιακές έννοιες εγγύησης ποιότητας ή ελέγχου ποιότητας.

Η μακροχρόνια αντίληψη της φροντίδας υγείας ως μιας οικοτεχνίας παρέμεινε στις δεκαετίες του 1960-1970. Από αυτήν την άποψη, η φροντίδα υγείας θεωρήθηκε ως μία τέχνη που παρεχόταν από ανεξάρτητους επαγγελματίες και οι οποίοι είχαν μάθει να εργάζονται σε ένα αποκεντρωμένο σύστημα. Οι επαγγελματίες προσάρμοζαν την τέχνη τους στην κατάσταση κάθε ατόμου χρησιμοποιώντας διαδικασίες που δεν καταγραφόταν ούτε σχεδιάζονταν και ήταν προσωπικά υπεύθυνοι για την επίδοση και τα οικονομικά αποτελέσματα της φροντίδας την οποία παρείχαν. Οι πρωτοβουλίες για ποιοτική αναβάθμιση στις υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη και την Αμερική, τη δεκαετία του '60 συμπεριλάμβαναν μελέτες για τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα. Τη δεκαετία του '70 αναπτύχθηκε ο αναδρομικός διαχειριστικός έλεγχος (retrospective audit). Οι δεκαετίες του 1980 και 1990 βίωσαν μια ευδιάκριτη αλλαγή, η οποία περιγράφεται συχνά ως η «βιομηχανοποίηση της φροντίδας υγείας». Αυτή η αλλαγή επηρέασε σχεδόν όλες τις εκφάνσεις της παροχής φροντίδας υγείας, επηρεάζοντας έτσι τους τρόπους με τους οποίους κατανέμονταν οι κίνδυνοι, τον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας και το πώς οι επαγγελματίες κινητοποιούνταν και αποκτούσαν κίνητρα. Τη δεκαετία αυτή, η διασφάλιση της ποιότητας (quality assurance) ήταν η επιλογή την οποία όλοι προτιμούσαν και η οποία προωθήθηκε έντονα. Τη δεκαετία του '90 οι τάσεις των οργανισμών στρέφονται γύρω από τη διοίκηση της ολικής ποιότητας. Οι υπηρεσίες υγείας δέχονται την πρόκληση και αρχίζουν ένα νέο ταξίδι για την ποιότητα μέσα από τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών. Η ουσιαστική φύση κάθε εξέλιξης είναι να διατηρεί τα πλεονεκτήματα

κάθε προσέγγισης και να βελτιώνει τα μειονεκτήματα διδασκόμενα από τα λάθη του παρελθόντος (Brown,1995).

Σήμερα, τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της περίθαλψης μεταβάλλονται σε διάστημα ενός εξαμήνου, ενός χρόνου, πέντε χρόνων από τις διαφορετικές παρεμβάσεις. Αυτό το γεγονός εισάγει μια νέα διάσταση στην ποιότητα της φροντίδας. Με την τεχνολογία υπάρχει πια η δυνατότητα να κρατούνται οι άνθρωποι ζωντανοί πέρα από κάθε συμβατική αντίληψη για την ποιότητα ζωής. Συνεπώς τώρα πρέπει να ληφθεί υπόψη όχι μόνο η ποιότητα φροντίδας αλλά και η ποιότητα της ζωής. Η διατήρηση της ποιότητα ζωής, όπως αυτή ορίζεται από το ίδιο το άτομο, μπορεί να είναι πιο σημαντική. Πολλές, λοιπόν, από αυτές τις αλλαγές θέτουν σε αμφισβήτηση τους στόχους και το σύστημα αξιών μας. Σύμφωνα με ποιους παράγοντες, λοιπόν, θα πρέπει να μετριέται η ποιότητα, με βάση τον ασθενή, τον επαγγελματία της υγείας, τον ασφαλιστικό οργανισμό ή το κοινό (Παπανικολάου, 2007);

### *1.1.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*

Οι διαχειριστές ορίζουν και προσεγγίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα με την επαγγελματική τους ιδιότητα εμπειρία. Για παράδειγμα ένας γιατρός μπορεί να δώσει έμφαση σε κλινικά αποτελέσματα στην υλοποίηση της ιατρικής η οποία βασίζεται σε στοιχεία η σε οδηγίες κλινικής πρακτικής. Ένας γιατρός ο οποίος έχει εκπαιδευτεί στη δημόσια υγεία μπορεί να δώσει έμφαση στην κοινότητα. Ένας στατιστικός να δώσει σημασία στον έλεγχο των στατιστικών διαδικασιών και τις ποσοτικές προσεγγίσεις. Ένας διαχειριστής ανθρώπινων πόρων να εστιάσει στην ομαδική εργασία και στην αξιολόγηση της επίδοσης η οποία βασίζεται στην ομάδα. Αυτά είναι μόνο μερικά παραδείγματα τα οποία απεικονίζουν την ποικιλία των οπτικών και των προτιμήσεων στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και τους πολυάριθμους τρόπους, με τους οποίους μπορεί να εκφραστεί εντός των οργανισμών υγείας. Δεδομένης της πολύπλευρης φύσης της ποιότητας, προκύπτουν αρκετά ερωτήματα. Τι είναι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας; Ποια προσέγγιση είναι η καλύτερη; Πώς σχετίζονται οι προσεγγίσεις (Γρηγορούδης, 2000);

Σύμφωνα με τους Dalrymple & Drew (2000), η «ποιότητα είναι μια σύνθετη έννοια και αντιπροσωπεύει μια σύνθεση μεθόδων και αποκτημένης γνώσης από μια σειρά επιστημονικών κλάδων». Ως αποτέλεσμα ένας διαχειριστής υγείας μπορεί εύκολα να καταβληθεί από την πολυπλοκότητα και την εκτεταμένη σειρά απόψεων σε αυτό το θέμα. Ωστόσο, αν θεωρεί αυτή την παράθεση απόψεων πλεονέκτημα και όχι εμπόδιο, έχει την ευκαιρία να επιλέξει από ένα ευρύ φάσμα μεθόδων και γνώσης της ποιότητας.

Όπως συμβαίνει με τις πρακτικές διοίκησης, το ζήτημα της ποιότητας στους οργανισμούς υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών προσπαθειών για γρήγορες λύσεις. Επειδή τα τμήματα και οι επαγγελματίες, οι οποίοι αναλαμβάνουν ευθύνες «ποιότητας», μπορεί να αλλάζουν τίτλους εργασίας σύμφωνα με την τελευταία τάση, οι διαχειριστές πρέπει να κατανοούν τις εξελίξεις στον οργανισμό ώστε να προωθούν την ποιότητα παράλληλα με το πώς ονομάζονται οι δραστηριότητες οι οποίες σχετίζονται με αυτή. Το πρώτο βήμα, λοιπόν, είναι η ανάπτυξη μια κοινής αντίληψης της ορολογίας της ποιότητας.

Η έννοια της ποιότητας είναι πολυδιάστατη και προσφέρεται για πολύπλευρη προσέγγιση, τόσο σε ό,τι αφορά τον ορισμό της όσο και σε ό,τι αφορά την μέτρησή της. Στις περισσότερες περιπτώσεις ορίζεται σε σχέση με τον αποδέκτη ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Γίνεται επίσης αντιληπτό ότι η ποιότητα αντανακλά τους σκοπούς και τις αξίες ενός συγκεκριμένου υγειονομικού συστήματος, της κοινωνίας και της κυβέρνησης στα πλαίσια των οποίων αυτό το σύστημα λειτουργεί.

Σήμερα, στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας, το επίκεντρο αποτελούν οι ασθενείς, το ενημερωμένο κοινό, το οποίο συγκρίνει την επίδοση με άλλες χώρες και η ανταγωνιστική αγορά. Η ανάπτυξη της τεχνολογίας και των πληροφοριών, οι απαιτήσεις για διαφάνεια, η δημόσια ευθύνη και τα όρια των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων υποχρεώνουν κάθε κράτος να περιγράψει και να μεταρρυθμίσει το σύστημα υγείας του σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα δομών, διαδικασιών, επίδοσης και αποτελεσμάτων. Ωστόσο η δημόσια, πολιτική και επαγγελματική δυσαρέσκεια με τις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει μια παγκόσμια ομοφωνία. Οι ανησυχίες συνδέονται ιδιαίτερα με την πρόσβαση και τη συνοχή της φροντίδας, την κλινική αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια των ασθενών, την αξία

των χρημάτων, την ανταπόκριση στις προσδοκίες των καταναλωτών και τη δημόσια ευθύνη. Συνεπώς, ο ανεπτυγμένος κόσμος έχει αρχίσει να στρέφει την προσοχή προς την πρόληψη, την πρωτοβάθμια φροντίδα, τη συμμετοχή των καταναλωτών. Δεν υπάρχει λοιπόν, ομοφωνία σχετικά με τον ορισμό της ποιότητας ή με τον τρόπο της μέτρησής της, είτε συνολικά στα συστήματα υγείας είτε στην ατομική φροντίδα υγείας (Παπανικολάου, 2007).

Οι διαφορετικές κουλτούρες θεμελιώνονται με διαφορετικές αξίες και προτεραιότητες. Για κάποιους η «καλή ποιότητα» σημαίνει την παροχή προσωπικού και εγκαταστάσεων, για άλλους σημαίνει αμεροληψία και κατανόηση, για κάποιους τρίτους σημαίνει βέλτιστα κλινικά αποτελέσματα. Η πρόκληση για κάθε χώρα είναι να αναγνωρίσει αυτές τις διαφορετικές εύλογες προσδοκίες και να τις συμφιλιώσει σε ένα ανταποκρινόμενο και ισορροπημένο σύστημα υγείας. Ωστόσο, σύμφωνα με το πλαίσιο το οποίο προτάθηκε από μία ομάδα εμπειρογνομόνων στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας/Ποιότητα Υγείας, 2001, η ποιότητα των συστημάτων υγείας ορίζεται ως «το επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση υγείας και την ανταπόκριση στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού» (Evans, 2001).

Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ο Avendis Donabedian, προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας και κατέληξε στην περιγραφή των επτά χαρακτηριστικών γνωρισμάτων.

1. Κλινική δραστικότητα (efficacy): η βέλτιστη δυνατότητα παροχής φροντίδας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας.
2. Αποτελεσματικότητα (effectiveness): ο βαθμός στον οποίο υλοποιούνται εφικτές υγειονομικές βελτιώσεις.
3. Αποδοτικότητα (efficiency): η ικανότητα επίτευξης των μέγιστων δυνατών υγειονομικών βελτιώσεων με το χαμηλότερο κόστος.
4. Βελτιστότητα (optimality): το ισοζύγιο κόστος-όφελος με τα μέγιστα πλεονεκτήματα.
5. Αποδεκτικότητα (acceptability): η προσαρμογή στις προτιμήσεις των ασθενών όσον αφορά στην προσπελασιμότητα, τη σχέση επαγγελματία-ασθενή, τις παροχές, τις συνέπειες της φροντίδας και το κόστος αυτής.
6. Νομιμότητα (legitimacy): η οποία σχετίζεται με όλα τα παραπάνω.

7. Δίκαιη διανομή ωφελειών (equity): ο δίκαιος καταμερισμός της παροχής φροντίδας και οι επιπτώσεις της στην υγεία (Donabedian, 1990).

Ο Maxwell, προσδιορίζει την ποιότητα αναφερόμενος σε έξι παραμέτρους:

1. Προσπελασιμότητα: η υπερπήδηση των πάσης φύσεως εμποδίων (γεωγραφικών, οικονομικών, γλωσσικών), προκειμένου να διασφαλισθεί η χρήση των υπηρεσιών υγείας.
2. Ισότητα: η παροχή υπηρεσιών οι οποίες εξυπηρετούν τις ανάγκες για όλα ανεξαιρέτως τα κοινωνικά στρώματα.
3. Κοινωνική αποδοχή: η άποψη του πελάτη σχετικά με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, η κριτική του, η αξιολόγηση της υπηρεσίας η οποία του προσφέρεται.
4. Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες: συμφωνία ανάμεσα στις ανάγκες των ατόμων, στην έννοια της αρρώστιας και της αναπηρίας η οποία γίνεται δεκτή σε συγκεκριμένο κοινωνικό σύνολο και την υπηρεσία η οποία παρέχεται.
5. Αποδοτικότητα: το χαμηλότερο δυνατό κόστος για συγκεκριμένες παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
6. Τεχνική αποτελεσματικότητα: η επίτευξη του καλύτερου τεχνικού αποτελέσματος στη θεραπεία (Maxwell, 1984).

Επιπρόσθετα, η Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανώσεων Υγείας ορίζει την ποιότητα ως «τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν τη πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη τη παρούσα γνώση» (JCAHO, 2004).

Η συνοπτική παράθεση των επιμέρους προσεγγίσεων που προέρχονται από χώρες με διαφορετικά υγειονομικά συστήματα και αναπτύχθηκαν σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα, υποδεικνύει ότι:

- α) Υπάρχει μια σειρά παραμέτρων, οι οποίες προσδιορίζουν τον καθένα από αυτούς τους ορισμούς.
- β) Ο κάθε ορισμός τοποθετείται στο πλαίσιο συγκεκριμένου υγειονομικού συστήματος.
- γ) Ο κάθε ορισμός με βάση τις παραμέτρους, οι οποίες τον προσδιορίζουν, αντανακλά τις αξίες και τους προβληματισμούς του υγειονομικού συστήματος στο πλαίσιο του οποίου διαμορφώνεται.

δ) Όλοι οι ορισμοί επικεντρώνονται στο όφελος το οποίο προκύπτει για τον ασθενή και σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι μεγαλύτερο από την πιθανή βλάβη.

ε) Το συνολικό όφελος για το κοινωνικό σύνολο και η αποτελεσματική χρήση των διατιθεμένων πόρων περικλείονται στους περισσότερους από τους ορισμούς της ποιότητας.

### *1.1.3 Προσεγγίσεις για την αξιολόγηση και τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας*

Μολονότι οι όροι «αξιολόγηση» και «μέτρηση» χρησιμοποιούνται συχνά ό ένας στη θέση του άλλου, στην ουσία απέχουν σημαντικά. Η μέτρηση αναφέρεται στη διαδικασία αποκόμισης της βαθμολογίας για μια μεταβλητή. Ενώ η αξιολόγηση είναι η διαμόρφωση κρίσης αναφορικά με την απόδοση. Αυτή η διάκριση είναι σημαντική, διότι η διαμόρφωση μιας κρίσης συνεπάγεται την αναγνώριση της επίδρασης των προσωπικών και των οργανωτικών συστημάτων στην αξιολόγηση. Παρ'όλο που συχνά διαμορφώνεται η εντύπωση πως η φροντίδα βελτιώνεται, υπάρχουν περιπτώσεις που υπό ορισμένες συνθήκες η ποιότητα υποβαθμίζεται. Πώς μπορεί κάποιος να γνωρίζει αν η ποιότητα πράγματι αυξάνεται, μειώνεται, ή παραμένει στάσιμη; Στην τρέχουσα πρακτική η μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας συχνά δεν επικεντρώνεται στην ίδια τη «φροντίδα» αλλά στα επιμέρους στοιχεία τα οποία τη συνιστούν.

Η αξιολόγηση είναι η διαδικασία διαπίστωσης της αξίας ενός πράγματος. Η έρευνα αξιολόγησης χρησιμοποιεί επιστημονικές μεθόδους για να διαπιστώσει την αξία ενός προγράμματος αναλύοντας τις σχέσεις αιτίας και αποτελέσματος (Donabedian, 1996). Η αξιολόγηση αποτελεσμάτων συγκεκριμένα προσδιορίζει και αξιολογεί τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων για την επίτευξη ενός στόχου (Lohrh, 1997). Η αξιολόγηση επιδιώκει τις λογικές ερμηνείες του, διότι μια παρέμβαση ή ένα πρόγραμμα θεραπείας έχει συγκεκριμένα αποτελέσματα, τόσο αναμενόμενα όσο και μη αναμενόμενα. Η αξιολόγηση ποιότητας ξεκινά με την πρόσβαση του ασθενή στο σύστημα φροντίδας υγείας και συνεχίζει μέχρι τη διαδικασία εξιτηρίου (Schiff et al., 1986, Welch, 1989).

Χρησιμοποιώντας με αυτόν τον τρόπο τις πληροφορίες αξιολόγησης, οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να αποφασίσουν: α) να διακόψουν ή να συνεχίσουν το πρόγραμμα, β) να βελτιώσουν τις διαδικασίες του, γ) να προσθέσουν ή να σταματήσουν συγκεκριμένες στρατηγικές ή τεχνικές, δ) να χρησιμοποιήσουν παρόμοια προγράμματα σε άλλους τομείς, ε) να καταναείμουν τους περιορισμένους πόρους μεταξύ των προγραμμάτων και στ) να αποδεχτούν ή να απορρίψουν την προσέγγιση ενός προγράμματος.

Η αξιολόγηση, ωστόσο, ενός προγράμματος βελτίωσης ποιότητας ασχολείται με δύο σημαντικά ερωτήματα: α) σε ποιο βαθμό οφείλονται πραγματικά τα αποτελέσματα στο ίδιο το πρόγραμμα και όχι στους ερμηνευτικούς παράγοντες; και β) σε ποιο βαθμό μπορούν τα ίδια τα αποτελέσματα να αναπαραχθούν; Η απάντηση στην πρώτη ερώτηση αξιολογεί την ακεραιότητα της θεραπείας ή την εγκυρότητα της επίδρασης της παρέμβασης. Το δεύτερο ερώτημα επιδιώκει να αξιολογήσει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Η σωστή μέτρηση, η συλλογή και η ανάλυση δεδομένων αποτελούν τις επιστημονικές βάσεις για την αξιολόγηση των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων από τις παρεμβάσεις, έτσι ώστε οι επαγγελματίες υγείας και υπεύθυνοι των προγραμμάτων να μπορούν να βελτιώσουν τις κλινικές και διοικητικές αποφάσεις (Balestracci & Barlow, 1996).

Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, επίσης, χρειάζεται να περιλαμβάνει τον καθορισμό συγκεκριμένων στόχων που πρέπει να επιτευχθούν, την παρακολούθηση των εισροών, τη μέτρηση των αποτελεσμάτων και την εκτίμηση πιθανών ανεπιθύμητων καταστάσεων. Μεταξύ άλλων, εναλλακτικές προσεγγίσεις στο συγκεκριμένο πρόβλημα περιλαμβάνουν είτε την αντίληψη του ασθενή ως βασική νόρμα της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών, είτε τη θεώρηση της αξιολόγησης ως μια τεχνική διαδικασία κατά την οποία η απόδοση μετριέται με βάση ένα σύνολο προκαθορισμένων στόχων (Sitzia & Wool, 1997).

Συνοπτικά, οι περισσότερες προσεγγίσεις στο συγκεκριμένο θέμα της αξιολόγησης εστιάζονται κυρίως στην ανάλυση των τριών βασικότερων παραγόντων ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας:



1. Δομή (structure): αναφέρεται στην οργάνωση του οργανισμού και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας και περιλαμβάνει τόσο χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το προσωπικό, όσο και άλλα «φυσικά» χαρακτηριστικά.
2. Διαδικασία (process): αφορά στις δραστηριότητες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας και εστιάζεται στην κλινική ή τεχνική φροντίδα που παρέχεται.
3. Αποτέλεσμα (outcome): αναφέρεται στην έκβαση των διαδικασιών των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει τόσο την κατάσταση της υγείας, όσο και την αξιολόγηση της από τον ασθενή (Donabedian, 1990).

## 1.2 Δείκτες ποιότητας

Οι δείκτες ποιότητας είναι ρητά καθορισμένα και μετρήσιμα στοιχεία που προσφέρονται για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Στην ουσία είναι μια δήλωση που αφορά στη δομή, στη διαδικασία και στα αποτελέσματα της φροντίδας υγείας, τα οποία χρησιμοποιούνται για να παράγουν επακόλουθα κριτήρια ανασκόπησης, καθώς και πρότυπα που βοηθούν στην εφαρμογή των δεικτών ποιότητας (Weiberg, 2001).

Οι δείκτες πρέπει να μετρούν την ποιότητα με έναν έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο με μικρή απόκλιση μεταξύ των ερευνητών, έτσι ώστε να προσφέρονται για σύγκριση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ιατρείων και οργανισμών. Επιπλέον, οι δείκτες απαιτείται να επιλέγονται σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα με στόχο την επικέντρωση στην καλύτερη φροντίδα των ασθενών (Campbell, Roland & Butow, 2000).

Στη διαδικασία επιλογής η εφαρμοσιμότητα και η μετρησιμότητά τους είναι σημαντική μαζί με την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Ένας δείκτης πρέπει να διασαφηνίζεται με ακρίβεια και να εκφράζεται ως πηλίκο. Έπειτα από μια δοκιμή πρέπει να ακολουθήσουν οι μετρήσεις και ο απολογισμός. Ο απολογισμός εμπεριέχει μία σε βάθος ανάλυση των παραγόντων που σχετίζονται με τα αποτελέσματα των μετρήσεων. Οι δείκτες, επίσης, οφείλουν να είναι μέρος μιας στρατηγικής βελτίωσης. Από τη σκοπιά της μέτρησης υπάρχουν τρεις τύποι δεικτών:

1. Δείκτης αποτελεσμάτων.
2. Δείκτης διαδικασιών.
3. Δείκτης δομών.

Η ανάπτυξη και η χρήση των δεικτών ποιότητας είναι σημαντικά βήματα στην προσπάθεια βελτίωσης της φροντίδας υγείας των ασθενών. Δεν προσφέρουν βέβαια οριστικές απαντήσεις, αλλά καταδεικνύουν δυνητικά προβλήματα τα οποία χρειάζονται επίλυση και γίνονται συνήθως έκδηλα από στατιστικά ακραίες τιμές ή από μια διακριτή, μη αποδεκτή απόκλιση στην υγεία (Oakland, 1999).

### ***1.3 Υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι στην Ευρώπη***

#### *1.3.1 Το παράδειγμα της Γαλλίας*

Ένα από τα παραδείγματα φροντίδας στο σπίτι αποτελεί το γαλλικό πρόγραμμα φροντίδα στο σπίτι το οποίο παρέχεται από τον οργανισμό A.F.A.P.( Provençal Family Assistance Association) και έχει ως αποστολή την παροχή βοήθειας σε άτομα που αντιμετωπίζουν διάφορες δυσκολίες και έχουν ανάγκη για φροντίδα στο δικό τους χώρο.

Ο οργανισμός παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον έχει αναπτύξει ένα σύστημα ποιότητας, που προδιαγράφει τους ρόλους όλων των εμπλεκόμενων, καθώς και τις διαδικασίες που ακολουθούνται (αφοσίωση στη σωστή διαχείριση, υποκίνηση του προσωπικού, σχεδιασμός διαδικασιών, αποσαφήνιση στόχων, συνοχή ομάδας προσωπικού, επικοινωνία). Αυτό το σύστημα ποιότητας αποτελεί την ειδοποιό διαφορά σε σχέση με τα συστήματα άλλων αντίστοιχων προγραμμάτων καθώς οδηγεί στην παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών που ικανοποιούν σε μεγάλο βαθμό τους αποδέκτες των υπηρεσιών.

Βάσει των αναφορών αξιολόγησης γίνεται επιλογή, οργάνωση και ιεράρχηση των βελτιώσεων που θα πρέπει να γίνουν έτσι ώστε να διαμορφωθεί συγκεκριμένο σχέδιο δράσης. Οι προτεραιότητες συνήθως διαμορφώνονται από τον διευθυντή ποιότητας

ενώ στη συνέχεια και σε συνεργασία με την καθοδηγητική επιτροπή αποφασίζονται οι μέθοδοι δράσεις.

Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση του σχεδίου δράσης είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες καθώς βοηθούν τους εμπλεκόμενους να κατανοήσουν τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί το πρόγραμμα και οι επιμέρους δράσεις. Τα σχέδια δράσης του προγράμματος φροντίδα στο σπίτι είναι συγκεκριμένα με μετρήσιμους στόχους, ακριβή, ποσοτικοποιημένα για να επιτυγχάνεται σωστή εφαρμογή τους. Επίσης γίνονται συχνοί έλεγχοι για να εξασφαλίζεται ότι τηρείται η σωστή εφαρμογή τους.

Η εφαρμογή του συστήματος ποιότητας έδωσε τη δυνατότητα στον οργανισμό του προγράμματος φροντίδα στο σπίτι να δομήσουν τις περιγραφές εργασιών, δηλαδή να αντιστοιχίσουν τις απαραίτητες για την εργασία δεξιότητες με τα καθήκοντα που πρέπει να αναληφθούν. Βάσει αυτών των περιγραφών ο οργανισμός δημιούργησε εργαλεία τα οποία συντελούν στις προσλήψεις, όπως ερωτηματολόγια, μήτρες συνεντεύξεων και περιλήψεις συνεντεύξεων.

Τελειώνοντας, ο οργανισμός APAF πήρε την απόφαση να εντάξει ένα ακόμα σύστημα ποιότητας στη λειτουργία του. Η ενσωμάτωση αυτή συνεπάγεται ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού, αλλαγές στην οργάνωση και τοποθέτηση του επωφελούμενου από την υπηρεσία στο κέντρο του ενδιαφέροντος. Έτσι συνεχίζει να εξελίσσει και να βελτιώνει τις παρεχόμενες υπηρεσίες του και με αυτό τον τρόπο να αποτελεί μία από τις πιο επιτυχημένες μελέτες περιπτώσεων στην Ευρώπη για το πρόγραμμα φροντίδα στο σπίτι (Schweinger, 2001).

### *1.3.2 Το παράδειγμα της Αγγλίας*

Στην Αγγλία ο τομέας της παροχής υπηρεσιών υγείας στο σπίτι θεσμοθετήθηκε υπό τις προβλέψεις των εθνικών προτύπων, οι οποίες τέθηκαν το 2000 και διαμορφώνουν τα κριτήρια που θα πρέπει να διέπουν έναν οργανισμό ή μια διοικητική αρχή στο ελάχιστο ώστε να είναι σε θέση να παρέχει κατ' οίκον υπηρεσίες υγείας (domiciliary care).

Ο αντιπρόσωπος όλων των οργανισμών των 4 εθνών του Ηνωμένου Βασιλείου, (συμπεριλαμβανομένης και της Αγγλίας) που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι είναι ο United Kingdom Homecare Association, (UKHCA). Ο οργανισμός αυτός διαθέτει νομική και τεχνική βοήθεια στα μέλη του και μεσολαβεί για την άντληση κονδυλίων από την Ευρωπαϊκή Ένωση για την εκπαίδευση και κατάρτιση των παροχών των υπηρεσιών υγείας στο σπίτι.

Σε γενικές γραμμές στην Αγγλία το συγκεκριμένο πρόγραμμα προσφέρει φροντίδα σε άτομα στον προσωπικό τους χώρο, τα οποία για λόγους υγείας χρειάζονται βοήθεια στην καθημερινότητά τους. Πιο συγκεκριμένα το πρόγραμμα απευθύνεται σε:

- Ηλικιωμένα άτομα.
- Άτομα με ψυχικές διαταραχές.
- Άτομα με δυσκολίες στη μάθηση.
- Οικογένειες με παιδιά.
- Άτομα με αναπηρία.

Η διοικητική αρχή του προγράμματος ακολουθεί συγκεκριμένες πολιτικές και διαδικασίες που στηρίζουν την ορθή λειτουργία του προγράμματος, οι οποίες ορίζονται από τη νομοθεσία, και αποτελούν μέρος της ποιοτικής εξασφάλισης του προγράμματος. Όλο το προσωπικό είναι ενήμερο για αυτές τις διαδικασίες και τις τηρεί. Οι διαδικασίες αφορούν σε :

- περιγραφές εργασιών
- εύρος δραστηριοτήτων και όρια ευθύνης
- προσωπική ασφάλεια στον χώρο εργασίας
- πρότυπα για πιστοποίηση ποιότητας
- εμπιστευτικότητα πληροφοριών
- πρακτικές κατά των διακρίσεων
- υγεία και ασφάλεια
- επείγοντα περιστατικά / κρίσιμες καταστάσεις
- αποκάλυψη κακών πρακτικών
- προστασία δεδομένων
- τρόπος διαχείρισης των οικονομικών θεμάτων
- παράπονα και φιλοφρονήσεις

- εκπαίδευση και ανάπτυξη προσωπικού

Η σωστή λειτουργία του προγράμματος επαφίεται στην ικανότητα των υπαλλήλων και των διευθυντών της διοικητικής αρχής του προγράμματος γι' αυτό θα πρέπει να είναι σε θέση να αποδεικνύουν ότι μπορούν να εκτελέσουν επιτυχώς τα καθήκοντά τους. Κρίνεται, επίσης, απαραίτητος ο τακτικός έλεγχος και αξιολόγηση των εργαζομένων. Ακόμη προβλέπεται έκδοση εγχειριδίου υπαλλήλων, το οποίο διατίθεται σε όλους τους εργαζομένους. Υπάρχει πλήρες καθηκοντολόγιο για κάθε θέση της αρχής που προσδιορίζει τις αρμοδιότητες, υποχρεώσεις και υπευθυνότητες καθώς και κατευθυντήριες γραμμές για αναμενόμενες συμπεριφορές και στάσεις του εργαζόμενου.

Οι υπάλληλοι της αρμόδιας αρχής για το πρόγραμμα ελέγχονται σε συχνή βάση και μία φορά το χρόνο γίνεται η αξιολόγηση της δουλειάς τους που έχει σαν αποτέλεσμα τον εντοπισμό των εκπαιδευτικών αναγκών. Όλοι οι υπάλληλοι έχουν τουλάχιστον τρεις συναντήσεις το μήνα με τον άμεσα προϊστάμενό τους για την εποπτεία της πορείας των εργασιών, τα συμπεράσματα των οποίων καταγράφονται και χρησιμοποιούνται για τυχόν βελτιώσεις. Οι διευθυντές και επιθεωρητές που αναλαμβάνουν τους ελέγχους λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση για να αναπτύξουν τις ικανότητές τους στην αξιολόγηση.

Τέλος όσον αφορά στους επωφελούμενους από την υπηρεσία γίνεται μία αξιολόγηση πριν την παροχή της υπηρεσίας βάση συγκεκριμένων επικοινωνιακών μεθόδων έτσι ώστε οι χρήστες των υπηρεσιών και οι κοντινοί τους άνθρωποι να συμμετέχουν όσο το δυνατό περισσότερο στις διαδικασίες (Kiassi et al., 2004).

### 1.3.3 Το παράδειγμα της Ιταλίας

Στην Ιταλία, βάση διατάγματος, οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, (που συμπεριλαμβάνουν και το πρόγραμμα homecare) χρηματοδοτούνται από τις περιφέρειες (regions) που κανονίζουν κάποιο ποσοστό του προϋπολογισμού των τοπικών μονάδων υγείας. Οι περιφέρειες χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας μέσω των φόρων και μέσω εθνικών επιχορηγήσεων από το εθνικό ταμείο

υγείας. Η δράση «Καθοδήγηση και συντονισμός υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης (2001) (“Guidance and Coordination of Health and Social Integration”), όρισε υπεύθυνη την Εθνική Υπηρεσία Υγείας για τα προγράμματα βοήθεια στο σπίτι (homecare) μέσα στα πλαίσια εντατικής φροντίδας. Για μακροχρόνια παροχή βοήθειας στο σπίτι το πρόγραμμα χρηματοδοτείται εξίσου από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας (50%) και από τοπικά συμβούλια (50%).

Πιο συγκεκριμένα οι υπηρεσίες που παρέχονται από το δίκτυο είναι οι εξής:

- Φροντίδα στο σπίτι (Home Care), (κοινωνική πρόνοια): Θέματα κοινωνικής σημασίας (βοήθεια στο σπίτι, προσωπική φροντίδα) και θέματα υγείας (ιατρικά, φροντίδα από νοσοκόμα, αποκατάσταση).
- Ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι: Συνδυασμός ολοκληρωμένων και συντονισμένων δράσεων υγείας και κοινωνικού περιεχομένου που έχουν σαν στόχο τη διατήρηση του ηλικιωμένου ατόμου στο σπίτι. Οι δραστηριότητες φροντίδας αφορούν σε ιατρική φροντίδα (γηριατρική, ψυχιατρική, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση, φάρμακα) και σε κοινωνικές υπηρεσίες (προσωπική φροντίδα, γεύματα, δουλειές στο σπίτι).
- Κέντρο ημέρας: παροχή υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, προώθησης αυτονομίας, κοινωνικών δραστηριοτήτων, σε 20 άτομα για μικρό χρονικό διάστημα σε συγκεκριμένο κέντρο της περιφέρειας (εξωνοσοκομειακό), (είναι ανοιχτό κατά τη διάρκεια της ημέρας, 5 ημέρες την εβδομάδα, 7 ώρες την ημέρα).
- Κέντρο Νοσηλευτικής φροντίδας (Nursing home): Φροντίδα σε ηλικιωμένους μέσω φιλοξενίας σε κέντρο όπου παρέχονται ιατρική φροντίδα, αποκατάσταση, κοινωνική φροντίδα. Γιατροί, νοσοκόμες, κοινωνικοί λειτουργοί είναι διαθέσιμοι.

Ο προγραμματισμός των υπηρεσιών λαμβάνει χώρα σε δύο διαφορετικά επίπεδα, με διαφορετικούς εμπλεκόμενους. Θεωρητικά οι γηριατρικές μονάδες ελέγχου έχουν την ευθύνη του προγραμματισμού, του συντονισμού, ελέγχου μέσω ενός διαχειριστή, (ο οποίος είναι συνήθως κοινωνικός λειτουργός).

Ένα παράδειγμα καλής πρακτικής αποτελεί το πρόγραμμα “Information System for all activities carried out in the territory”, το οποίο αφορά σε ένα πληροφοριακό σύστημα που παρέχει πληροφορίες για όλες τις δραστηριότητες των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας που συμβαίνουν στην επικράτεια. Η ανταλλαγή πληροφοριών για τις υπηρεσίες και για τις δράσεις από όλους τους οργανισμούς και τις αρχές και το διαθέσιμο προσωπικό βοηθάνε στην καλύτερη οργάνωση και διοίκηση.

Ένα τελευταίο παράδειγμα καλής πρακτικής αποτελεί το πρόγραμμα “The Multidimensional Assessment District Unit” το οποίο έλαβε χώρα στην περιοχή της Βενετίας και αφορά σε μια μονάδα πολυδιάστατου ελέγχου της περιφέρειας (MADU). Η μονάδα MADU αποτελεί τη λειτουργική μονάδα της περιφέρειας που ελέγχει τις ανάγκες των ηλικιωμένων και επομένως είναι υπεύθυνη για την εισαγωγή των ενδιαφερομένων στο πρόγραμμα και την επιλογή της κατάλληλης λύσης βάσει των αναγκών του. Προκειμένου να εντοπιστούν και να αξιολογηθούν οι ανάγκες των χρηστών με ένα τρόπο η μονάδα MADU χρησιμοποιεί ειδικό πρόγραμμα στο οποίο συλλέγονται τα προσωπικά δεδομένα το είδος των απαιτήσεων και τα αποτελέσματα από τους ελέγχους. Αυτά τα δεδομένα σε συνδυασμό με συμπληρωματικές πληροφορίες από άλλα μέλη της μονάδας συμβάλλουν στην δημιουργία του εξατομικευμένου σχεδίου δράσης. Αφού διοριστεί ο υπεύθυνος διαχειριστής ξεκινά η εφαρμογή του σχεδίου δράσης, τα αποτελέσματα του οποίου ελέγχονται σε συχνή βάση (Verhley, 1999).

## **1.4 Πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα**

### *1.4.1 Βασικές αρχές του προγράμματος*

Τα προγράμματα βοήθεια στο σπίτι αποτελούν κατεξοχήν δομές ανοιχτής φροντίδας. Η φροντίδα που παρέχεται στο σπίτι από τις δομές αυτές συνδέεται με τη σουηδική αρχή της «ομαλοποίησης» (normalization), σύμφωνα με την οποία το άτομο υποστηρίζεται να παραμείνει στο σπίτι του ώστε να συνεχίζει να απολαμβάνει την ανεξαρτησία του. Στο ίδιο πνεύμα βρίσκεται η ολλανδική αρχή της συστηματικής «υποκατάστασης υπηρεσιών» (substitution). Με την ανοικτή φροντίδα όχι μόνο

αντιμετωπίζονται οι ανάγκες των πολιτών αλλά και προλαμβάνονται φαινόμενα που είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε αποκλεισμό κοινωνικό και οικονομικό

Οι βασικές αρχές των προγραμμάτων αυτών είναι, ότι :

- η φροντίδα στο σπίτι αποτελεί δικαίωμα του πολίτη. Μέσω αυτής εξασφαλίζεται η παραμονή του στο φυσικό του περιβάλλον. Ειδικότερα για τον ηλικιωμένο πολίτη, επισημάνεται ότι, ακόμη και αν αυτός έχει χάσει εν μέρει την πνευματική του αυτονομία, είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπ' όψη η επιθυμία του και να μην αντιμετωπίζεται αυτός ως ανήλικος που έχει την ανάγκη κηδεμονίας . Επίσης, είναι σημαντικό να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ο καθένας τη μορφή φροντίδας που θα του παρασχεθεί και να μην είναι αποκλειστικά δέκτης υπηρεσιών
- η παραμονή στο νοσοκομείο ή σε κάποιο ίδρυμα πρέπει να περιορίζεται στο χρονικό διάστημα κατά το οποίο ωφελεί τον πάσχοντα
- η φροντίδα στο σπίτι συντελεί στη διατήρηση της ψυχικής υγείας και στην αποφυγή του στιγματισμού, της απόρριψης και του εγκλεισμού. Συμβάλλει
- επίσης στην καλλιέργεια των οικογενειακών, των φιλικών και των κοινωνικών σχέσεων.
- μέσω της φροντίδας στο σπίτι ενθαρρύνεται και αποκαθίσταται περισσότερο η ανεξαρτησία του ατόμου. Η πολιτεία θα πρέπει να προσφέρει τα μέσα και τις υπηρεσίες που συντελούν ώστε ο πολίτης να είναι όσο το δυνατόν αυτόνομος
- η εξασφάλιση της κατ' οίκον άσκησης, φυσικοθεραπείας και αποκατάστασης στις μεγάλες ηλικίες εντάσσεται στο πλαίσιο της *ορθολογική διαχείρισης των πόρων*, καθώς το κόστος της κλειστής φροντίδας είναι πολύ υψηλότερο από αυτό της ανοιχτής. Επιπλέον, αποσυμφορίζονται τα εξωτερικά ιατρεία, τα γηροκομεία, ακόμη και τα ψυχιατρεία.

#### *1.4.2. Γενικός σκοπός και στόχος του προγράμματος*

Σύμφωνα με το «Σχέδιο Περιγραφής της δράσης βοήθεια στο σπίτι στο πλαίσιο των Π.Ε.Π. του Γ' Κ.Π.Σ. που εξέδωσε η Ομάδα Διοίκησης Έργου (ΟΔΕ) του



Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. 2002). (πρώην Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας), ο γενικός σκοπός του προγράμματος είναι:

- Η παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον,
- η διατήρηση της συνοχής της οικογένειάς τους,
- η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού,
- η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και
- η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Στη συνέχεια στο ίδιο κείμενο προσδιορίζεται ως γενικός στόχος του προγράμματος ο εξής:

«Παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας από ειδικούς επιστήμονες και καταρτισμένα στελέχη όπως και από εθελοντές και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρίες, με προτεραιότητα σε αυτούς που διαβιούν μόνοι τους και το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και μέσω της ενδυνάμωσης να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία» (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., 2002).

#### *1.4.3 Χαρακτηριστικά της πορείας του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι*

Το βοήθεια στο σπίτι μπορεί να καλύψει βασικές ανάγκες των πολιτών και έχει θετική απήχηση σε αυτούς. Επίσης, μπορεί να συντελέσει στη μείωση του αριθμού των ηλικιωμένων που καταλήγουν στο νοσοκομείο και στον περιορισμό των ημερών που νοσηλεύονται σε αυτό, αφού αρκετοί ηλικιωμένοι δεν οδηγούνται εκεί για ιατρικούς λόγους. Το πρόγραμμα μπορεί να αποτελεί το απαραίτητο πρώτο βήμα σε επίπεδο νοσηλείας ώστε η ποιότητα της υγείας των ηλικιωμένων να μην αντανακλά την οικονομική τους κατάσταση, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις κατά τις οποίες επιλέγονται λύσεις ελεύθερης αγοράς. Επίσης, μέσω του προγράμματος μπορεί να

βελτιωθεί η ψυχική υγεία πολλών ηλικιωμένων αλλά και η σχέση με το οικογενειακό τους περιβάλλον και την κοινότητα.

Σχετικά με τις δυσκολίες, μια πρώτη παρατήρηση αφορά στο γεγονός ότι στο βοήθεια στο σπίτι εμπλέκονται τρία Υπουργεία. Εκτός από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, συμμετέχουν επίσης το Υπουργείο Απασχόλησης και το Υπουργείο Εσωτερικών στο σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και την εποπτεία του Προγράμματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κι έτσι δεν εξασφαλίζεται ο ενιαίος σχεδιασμός και συντονισμός του .

Είναι αλήθεια, ωστόσο, ότι η διαχείριση του προγράμματος στο πλαίσιο του Γ' ΚΠΣ πάσχει. Δεν υπάρχει υπηρεσία που να παρέχει σε σταθερή βάση υποστήριξη στους Δήμους οι οποίοι υλοποιούν το Πρόγραμμα και γενικότερα η διασύνδεση μεταξύ της κεντρικής διοίκησης και της τοπικής αυτοδιοίκησης δεν είναι πάντα η επιθυμητή . Η πρώτη λαμβάνει τις επιτελικές αποφάσεις για το Πρόγραμμα και η δεύτερη το εφαρμόζει, χωρίς όμως να έχει καλλιεργηθεί η απαραίτητη σε αυτές τις περιπτώσεις στενή συνεργασία, προκείμενου και οι ανάγκες των πολιτών να αντιμετωπίζονται και οι πόροι να αξιοποιούνται κατά τρόπο ορθολογικό. Επίσης, αποτελεί ζητούμενο η βελτίωση και του εσωτερικού συντονισμού μεταξύ των φορέων της τοπικής αυτοδιοίκησης που υλοποιούν το Πρόγραμμα. Υπάρχει στενή σχέση μεταξύ του βοήθεια στο σπίτι και του Κέντρου Αποκατάστασης των Ηλικιωμένων αλλά θα μπορούσε το Πρόγραμμα να υλοποιούνταν μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών των Δήμων.

Ένα επόμενο ζήτημα αποτελεί ο *τρόπος χρηματοδότησης του Προγράμματος*: δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα, στοιχείο που δυσχεραίνει το μακροπρόθεσμο σχεδιασμό. Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων γίνεται από το Γ' ΚΠΣ με την υποχρέωση των Δήμων να συνεχίσουν τη χρηματοδότηση για άλλα 2 χρόνια. Γνωρίζοντας την άσχημη οικονομική κατάσταση των ΟΤΑ, γίνεται αντιληπτός ο *κίνδυνος* διακοπής ενός τόσο σημαντικού, αποδοτικού και πολύτιμου θεσμού. Με το Δ' Κοινοτικό πλαίσιο (ΕΣΠΑ) 2009-2013, δίνεται παράταση χρόνου για τη συνέχιση των προγραμμάτων καθώς δίνεται το δικαίωμα λειτουργίας τους και από ιδιωτικούς-μη κερδοσκοπικούς φορείς.

Επίσης, απουσιάζουν περιοδικές εκθέσεις προόδου και αξιολόγησης οι οποίες θα ήταν πολύτιμες στις επιστημονικές ομάδες, καθώς θα παρείχαν την απαραίτητη ανατροφοδότηση και θα συντελούσαν στις αναγκαίες βελτιώσεις των υπηρεσιών (Καϊάφα και άλλοι, 2005).

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οδηγούν στην άποψη για τη δημιουργία ενός συστήματος φροντίδας στο σπίτι, που να είναι σχεδιασμένο και να κατευθύνεται με ξεκάθαρους στόχους και προοπτικές για τους χρήστες του. Διατυπώνεται τέλος η έμφαση που πρέπει να δοθεί όχι μόνο στην απλή αποτύπωση των χαρακτηριστικών τέτοιων προγραμμάτων, αλλά και στα στοιχεία που καθορίζουν την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και τη συνέχεια ενός συστήματος φροντίδας στο σπίτι (Lionis & Souliotis, 2004).

## **1.5 Αναγκαιότητα και σκοπός της παρούσας μελέτης**

### *1.5.1 Αναγκαιότητα έρευνας*

Την τελευταία εικοσαετία, έχει τονιστεί με έμφαση ότι η «αχίλλειος πτέρνα» του Εθνικού Συστήματος Υγείας εξακολουθεί να παραμένει η ανυπαρξία ενός ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η εθνική πολιτική για την υγεία ενοχοποιείται για ασυνέπεια στις επαναλαμβανόμενες διακηρύξεις για υποστήριξη και βελτίωση των δομών Π.Φ.Υ.

Ο πολυκερματισμός της Π.Φ.Υ και η έλλειψη συντονισμού δραστηριοτήτων, η ανυπαρξία μηχανισμών ελέγχου και διαχείρισης, η έλλειψη διασύνδεσής της με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, συνθέτουν σήμερα την εικόνα του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ενός συστήματος το οποίο δεν διασφαλίζει τη συνέχεια και πληρότητα της φροντίδας (Μωραΐτης, 2002).

Η συγκρότηση ενός ενιαίου συνόλου παροχής υπηρεσιών, αποτελεί ένα βασικό ζήτημα για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι ενέργειες για δραστηριότητες που αφορούν στην ολοκληρωμένη φροντίδα είναι ένα στρατηγικό όραμα που προωθεί τη συνεργασία και συνεπή δράση του εργατικού δυναμικού υγειονομικής περίθαλψης

για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Υπό το πρίσμα αυτό, η έμφαση δίνεται στη λειτουργία διεπιστημονικών ομάδων με στόχο την κοινή αντιμετώπιση ζητημάτων στον τομέα παροχής ποιοτικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας (Lionis, Symvoulakis, Markaki, Papadakaki, Daniilidou, Souliotis & Kygiopoulos, 2009).

Η σύνδεση και η συνεργασία των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την οργάνωση, το σχεδιασμό και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών μπορεί να προωθήσει σημαντικές αλλαγές στη βελτίωση της ποιότητάς τους. Το πλάνο αυτό οφείλει να ακολουθήσει και η διεπιστημονική ομάδα των προγραμμάτων βοήθεια στο σπίτι για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες σχετικά με τη διασύνδεσή της μέσα στην κοινότητα και τη διατήρηση και εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών της.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στο χώρο της υγείας και παρ'όλο που η έννοια της αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών κατέχει εξέχουσα θέση, οι περισσότερες διατάξεις παραμένουν ανεφάρμοστες. Το ζήτημα αυτό επηρεάζει έντονα τη λειτουργία προγραμμάτων Π.Φ.Υ, όπως είναι και το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι, και δημιουργεί αναπόφευκτα ένα στατικό χαρακτήρα στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών.

Η κατασκευή ενός ερωτηματολογίου αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι θα μπορούσε να αποτελέσει πολύτιμο εργαλείο σε μια προσπάθεια προσδιορισμού τομέων πρόσθετης ή εξειδικευμένης παρέμβασης, αποσαφήνισης ή πιθανής διαφορετικής οριοθέτησης των στόχων του αλλά και της εξασφάλισης της συνέχισης, διατήρησης, ενίσχυσης και σύνδεσής του μέσα στην κοινότητα.

#### *1.5.2 Ερευνητικά ερωτήματα και σκοπός της μελέτης*

Τα ερευνητικά ερωτήματα που αναδεικνύονται από τη μελέτη είναι:

1. Ποιοι είναι οι δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών βοήθεια στο σπίτι;
2. Είναι αυτοί οι δείκτες της αξιολόγησης σχετικοί με τους στόχους και σκοπούς του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι;
3. Υπάρχουν κατάλληλα και διαθέσιμα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών βοήθεια στο σπίτι;

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναζητηθούν οι πηγές που αναφέρονται στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στο σπίτι και να εντοπιστούν τα στοιχεία που συνθέτουν-σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται.

Η αναζήτηση και ανασκόπηση αυτής της βιβλιογραφίας αναμένεται να οδηγήσει στον καθορισμό πιθανών θεματικών ενοτήτων που θα μπορούσαν να αποτελούν ένα πρώτο βήμα για την κατασκευή ενός ερευνητικού εργαλείου αξιολόγησης για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται σε ένα πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα.

## **2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### *2.1 Τύπος μελέτης-Στρατηγική αναζήτησης*

Κατά τη διαδικασία επιλογής των τύπων των μελετών και των πηγών δεδομένων, σχεδιάστηκε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (systematic review), η οποία έλαβε χώρα το διάστημα Μάρτιος-Δεκέμβριος 2009 και περιελάμβανε αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις και επιλεγμένους δικτυακούς τόπους. Συγκεκριμένα αναζητήθηκαν δεδομένα στις βάσεις PUB MED, EMBASE, CINAHL και HMIC, λαμβάνοντας υπόψη την ιδιαιτερότητα του επιστημονικού περιεχομένου καθώς και την αλληλοσυμπληρωματικότητα των βάσεων.

Στη στρατηγική αναζήτησης χρησιμοποιήθηκαν όροι του MESH (Medical Subject Headings), όπως: (measure tool) (MESH) OR (planning questionnaire), (domiciliary care) (MESH) OR (home health care), (evaluation) (MESH) AND (domiciliary care), (outcomes) (MESH) AND (domiciliary care) (quality) MESH AND (home health care) (quality) MESH AND (domiciliary care) (quality) MESH OR (services) τα τελευταία δέκα χρόνια στην αγγλική γλώσσα.

Επιπρόσθετα έγινε δια χειρός αναζήτηση στη βιβλιοθήκη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι Κρήτης των επιστημονικών περιοδικών «Κοινωνική Εργασία» και «Εκλογή», καθώς και ηλεκτρονική αναζήτηση στις βιβλιοθήκες, των αντίστοιχων τμημάτων στην Αθήνα και Πάτρα. Ακόμα, πραγματοποιήθηκε και ηλεκτρονική αναζήτηση των τευχών και τίτλων των άρθρων του επιστημονικού περιοδικού «Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών». Επισημαίνεται ότι η διερεύνηση των άρθρων των παραπάνω περιοδικών κρίθηκε απαραίτητη για να οδηγήσει στην αποκάλυψη χρήσιμων δεδομένων και στη σκιαγράφηση της ελληνικής πραγματικότητας όσον αφορά στις προσπάθειες που έχουν καταβληθεί για την αξιολόγηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι.

Επιπλέον τα ονόματα των συγγραφέων των σχετικών-αντιπροσωπευτικών άρθρων, σύμφωνα με το θέμα μας και τα ερευνητικά ερωτήματα αυτής της μελέτης, εισήχθησαν ως όροι ευρετηριασμού (search terms) με στόχο τον εντοπισμό άλλων χρήσιμων μελετών.

## 2.2 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού μελετών

Ο τόπος και ο χρόνος διεξαγωγής των μελετών αποτέλεσε ένα από τα πρώτα κριτήρια. Σύμφωνα με αυτά, επιλέχθηκαν έρευνες των προγραμμάτων βοήθεια στο σπίτι ή της φροντίδας στο σπίτι, όπως αναφέρεται διεθνώς, οι οποίες έλαβαν χώρα τα τελευταία δέκα χρόνια σε ανεπτυγμένες χώρες όπως Καναδά, Ευρώπη, Η.Π.Α. και Αυστραλία. Στις συγκεκριμένες χώρες λειτουργεί οργανωμένη και θεσμοθετημένη η «φροντίδα στο σπίτι» είτε από το ίδιο το κράτος είτε από ιδιωτικούς αναγνωρισμένους οργανισμούς, σύμφωνα πάντα με το σύστημα υγείας που εκπροσωπεί κάθε μία χώρα. Με το κριτήριο αυτό έγινε προσπάθεια να μειωθούν οι οργανωτικές διαφορές των διαφορετικών συστημάτων υγείας στα πλαίσια της Π.Φ.Υ. στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες και να διασφαλιστεί έτσι περισσότερη ομοιογένεια και γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων.

Η χρονολογία δημοσίευσης θεωρήθηκε σκόπιμο να περιοριστεί, εξαιτίας των προοπτικών επιδράσεων (cohort specific effects) που πιθανώς επηρεάζουν τις αλλαγές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και κυρίως στις αλλαγές της μακροχρόνιας φροντίδας των ηλικιωμένων που αφορούν τώρα πλέον στα τυπικά δίκτυα και όχι στα άτυπα, όπως παλαιότερα. Επιπλέον ένας ακόμη λόγος που οδήγησε στην επιλογή του 1999 ως χρονικού κατωφλίου είναι η σχετικά πρόσφατη εξέλιξη των προγραμμάτων διεθνώς, σύμφωνα με τις αρχές της Π.Φ.Υ., που αναφέρονται σε ενέργειες οι οποίες αφορούν στην πρόληψη και εκπαίδευση των κατοίκων μιας κοινότητας στα θέματα της υγείας τους.

Σε ό,τι αφορά στο κυρίως θέμα των υποψήφιων για εισαγωγή μελετών, αυτές επικεντρώθηκαν ουσιαστικά στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, και κυρίως στην αξιολόγηση των παραμέτρων που συνάδουν με τον όρο ποιότητα, όπως αναφέρεται στο κεφάλαιο 1, «Εισαγωγή». Ωστόσο δεν συμπεριλήφθηκαν στα κριτήρια επιλογής έρευνες που εστίαζαν το αντικείμενο μελέτης τους σε οικονομικό επίπεδο, διότι το υγειονομικό προσωπικό των προγραμμάτων βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα δεν έχει αρμοδιότητες σχετικά με αυτό.

Τέλος, αποκλείστηκαν μέσω φίλτρων στην ηλεκτρονική αναζήτηση ή από τον ερευνητή όσες μελέτες δεν είχαν περίληψη και ήταν σε άλλη γλώσσα εκτός της αγγλικής και ελληνικής.

### *2.3 Κριτική αποτίμηση ποιότητας μελετών*

Κριτική αποτίμηση ονομάζεται η διαδικασία της προσεκτικής και λεπτομερούς συστηματικής εξέτασης των αποτελεσμάτων της αναζήτησης που προηγήθηκε, με σκοπό να κριθεί η αξία τους, ο βαθμός που μπορούμε να εμπιστευτούμε τα αποτελέσματά τους και η σχετικότητα με το δικό μας αντικείμενο μελέτης (Chambers R. 1998 στο *An introduction to critical appraisal*. Keele University [www.keele.ac.uk/depts/li/hl](http://www.keele.ac.uk/depts/li/hl) πρόσβαση στις 10/03/2009).

Υπάρχουν αρκετές καταστάσεις κριτηρίων για να συμβάλλουν στην αποτίμηση της ποιότητας και αυτές διαφοροποιούνται ανάλογα με τον τύπο μελέτης που αναλύουν. Όλες, βέβαια, καλύπτουν τρεις κύριες περιοχές που αποτελούν και προϋπόθεση για την ανάλυση, την εγκυρότητα, τα αποτελέσματα και τη σχετική με το θέμα καταλληλότητα (CASP. [www.phru.nhs.uk/casp](http://www.phru.nhs.uk/casp) πρόσβαση στις 10/03/2009).

Στη συστηματική αυτή ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν επτά κριτήρια για την αποτίμηση της ποιότητας (*Πίνακας, 1.*) Με τα κριτήρια αυτά ελέγχτηκε η σαφήνεια του σκοπού της μελέτης, η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, ο τρόπος συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων και τα ευρήματα.



### **3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

#### *3.1. Αποκλεισμός μελετών*

Η αναζήτηση της εν λόγω έρευνας παρουσίασε 22 μελέτες (*Πίνακας, 2.*) που ήταν πιθανό να σχετίζονται με το συγκεκριμένο θέμα και θα μπορούσαν να βοηθήσουν να απαντηθούν τα ερωτήματα που έχουν τεθεί. Η μελέτη όμως των άρθρων και η κριτική αποτίμηση της ποιότητάς τους οδήγησε στον αποκλεισμό 15 άρθρων. Τα άρθρα αυτά αποκλείστηκαν είτε λόγω της χαμηλής ποιότητας της μεθόδου που χρησιμοποιήθηκε, είτε λόγω του ότι αποτελούσαν περιγραφή προγραμμάτων φροντίδας στο σπίτι που αναφερόταν μόνο σε κλινικά αποτελέσματα ή που οι μετρήσεις τους και τα εργαλεία αξιολόγησης ήταν εφαρμόσιμα σε κλειστές μονάδες περίθαλψης ηλικιωμένων (νοσοκομείο, γηροκομείο κ.α.).

#### *3.2 Περιγραφή μελετών που πληρούν τα κριτήρια.*

Οι μελέτες που πληρούν όλα τα κριτήρια που τέθηκαν, είναι επτά (*Πίνακας, 3.1-3.7*). Οι δύο από αυτές δημοσιεύτηκαν το 1999 (χρονικό κατώφλι). Οι τρεις αφορούσαν χρονικά στο 2001-2007 και οι τελευταίες δύο στο έτος 2008. Ως προς τον τόπο διεξαγωγής τους, οι τρεις από τις μελέτες που επιλέχθηκαν έγιναν στη Αμερική (2) και συγκεκριμένα η μία στην πολιτεία του Καναδά και οι υπόλοιπες τέσσερις πραγματοποιήθηκαν σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Αγγλία (2), Δανία και Πορτογαλία).

Ως προς τον τύπο μελέτης, λόγω του περιεχομένου του διερευνούμενου θέματος βρέθηκαν κυρίως έρευνες με ποιοτική μεθοδολογία (qualitative studies) και συστηματικές ανασκοπήσεις (systematic reviews), καθώς μόνο μία από τις επτά παρουσίαζε κάποιο δομημένο ερωτηματολόγιο.

Το δείγμα στις έρευνες με ποιοτική μεθοδολογία αφορούσε στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε προγράμματα φροντίδας στο σπίτι, στους εξυπηρετούμενους των υπηρεσιών αυτών και στους άτυπους φροντιστές τους.

Σχετικά με τη μέθοδο συλλογής στοιχείων από τις μελέτες της συστηματικής ανασκόπησης, χρησιμοποιήθηκαν κυρίως πηγές από βιβλιογραφία εγκεκριμένων περιοδικών και βιβλίων που ανήκουν κυρίως στον τομέα της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας. Η συλλογή των στοιχείων από τις ποιοτικές μελέτες πραγματοποιήθηκε με συνεντεύξεις σε άτομα ή focus group, καθώς, τέλος, μία μόνο παρουσιάζει ερωτηματολόγιο για την έκβαση των ευρημάτων της.

Τέλος, η ομάδα υγείας που περιγράφεται στα πιο πολλά άρθρα, τα οποία ανακτήθηκαν από την ανασκόπηση, αναφέρεται στους νοσηλευτές και γιατρούς και λιγότερο στους κοινωνικούς επιστήμονες. Για το λόγο αυτό απορρίφθηκαν αρκετά από αυτά, κάνοντας έτσι μία προσπάθεια να συμπεριληφθούν κυρίως μελέτες που απευθύνονταν σε μια πιο διευρυμένη ομάδα επαγγελματιών υγείας, της οποίας το σύνολο των παρεμβάσεων να «περιέκλειε» γενικότερα την αξιολόγηση της ολοκληρωμένης κοινωνικής φροντίδας.

### *3.3. Εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν*

Όπως αναφέρθηκε προηγούμενα, στις μελέτες που ανακτήθηκαν από την ανασκόπηση, βρέθηκε μία που χρησιμοποίησε δομημένο ερωτηματολόγιο για την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδα στο σπίτι. Το εργαλείο αυτό, Case Management Quality Questionnaire, μέτρησε την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων από το πρόγραμμα, το προφίλ υγείας τους και σκιαγράφησε τα κοινωνικο-δημογραφικά τους στοιχεία. Η ικανοποίηση των ασθενών μετρήθηκε βάση την αποδοχή αυτών προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες, την επάρκεια σε σχέση με την κατάσταση της υγείας τους και τη σχέση ικανοποίησης βάση των αποτελεσμάτων-εκβάσεων στη φυσική τους κατάσταση. Για την ικανοποίηση των ασθενών και συγκεκριμένα για τα αποτελέσματα της υγείας τους, ερωτήθηκαν και κάποιες οικογένειες αυτών. Από το σύνολο των 178, οι 100 ήταν ασθενείς και 78, μέλη των οικογενειών τους. Η συμμετοχή των μελών της οικογένειάς τους, όπως αναφέρεται στη μελέτη, είχε ως σκοπό να αποσπάσει μια πιο αντικειμενική άποψη για την ικανοποίηση και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το πρόγραμμα. Οι απαντήσεις των ερωτώμενων δόθηκαν σε πέντε βαθμίδων κλίμακα Likert που ξεκινούσε από το «Πάρα πολύ» και έφτανε ως το «Καθόλου». Οι

ερωτήσεις του ερωτηματολογίου περιελάμβαναν προτάσεις που αφορούσαν στην ιατρό-κοινωνική παρέμβαση της διεπαγγελματικής ομάδας του προγράμματος. Σχετικά με τις ερωτήσεις που περιέγραφαν το προφίλ της υγείας τους, οι απαντήσεις του δείγματος δόθηκαν βάση της κατηγοριοποίησης των ασθενειών που πραγματοποιήθηκε. Στόχος του εργαλείου “CQQQ” ήταν η ανατροφοδότηση των εξυπηρετούμενων στο πρόγραμμα αυτό, η ανάπτυξη και η χρήση αυτού για τη διαχείριση της ποιότητας των υπηρεσιών ενός προγράμματος φροντίδας στο σπίτι μέσα στην κοινότητα. Για το ερωτηματολόγιο αυτό, δυστυχώς, δεν υπήρχε δυνατότητα πρόσβασης για να μελετηθεί ολοκληρωμένα. Αποτέλεσε, ωστόσο, ενδιαφέρον, διότι από την περιγραφή του δίνει σημαντικά στοιχεία για ένα μέρος της διάστασης του όρου «ποιότητα» που αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών-μελών προγράμματος φροντίδας στο σπίτι.

Οι τρεις (3) ποιοτικές μελέτες που βρέθηκαν χρησιμοποίησαν, ως εργαλείο συλλογής των στοιχείων για τη μέτρηση της ποιότητας, τη συνέντευξη σε άτομα και ομάδες εστίασης (focus group). Σε αυτές, το περιεχόμενο των προτάσεών τους ελέγχθηκε με τη μέτρηση του Cronbah’s Alpha. Οι δύο από τις μελέτες αυτές περιελάμβαναν θεματικές ενότητες-άξονες για τη μέτρηση της ποιότητας της οργάνωσης σε σχέση με τους στόχους που έχουν τεθεί αρχικά, ενώ η τρίτη συνδύαζε ερωτήσεις τόσο για την οργάνωση όσο και για την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων από την παροχή των υπηρεσιών.

Αναλυτικότερα, η πρώτη μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε στη Δανία, χρησιμοποιεί δεκαπέντε ανοιχτού τύπου ερωτήσεις οι οποίες είχαν ως στόχο να περιγράψουν τις συνθήκες που υπάρχουν στην οργάνωση του προγράμματος, τη δυνατότητα αλλαγής και προσθήκης νέων στοιχείων για τη βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται και την υποστήριξη από τον οργανισμό-εργοδότη του προγράμματος για τις νέες προσθήκες. Οι ερωτήσεις απευθύνονταν στο υγειονομικό προσωπικό του προγράμματος της κοινότητας που παρέχει φροντίδα στο σπίτι. Αυτές ήταν αριθμημένες από το 1 έως το 15 και οι ερωτώμενοι είχαν το περιθώριο να τις απαντήσουν στο χώρο της δουλειάς τους αποτυπώνοντας την άποψή τους για καθεμία από αυτές. Κάθε ερώτηση αντιστοιχούσε σε μία από τις παραπάνω τρεις θεματικές ενότητες που περιγράφηκαν, ήταν σύντομες, κατανοητές και με ξεκάθαρο περιεχόμενο.

Η δεύτερη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική και απευθυνόταν σε διεπιστημονική ομάδα ιδιωτικού προγράμματος φροντίδας στο σπίτι χρησιμοποίησε τις εξής τέσσερις θεματικές ενότητες: η πρώτη αναφερόταν στα αποτελέσματα της παρέμβασης ως προς το όφελος του εξυπηρετούμενου, η δεύτερη στη δυνατότητα εκπαίδευσης και συνέχισης αυτής για τους επαγγελματίες εργαζόμενους των προγραμμάτων, η τρίτη στις συνθήκες εργασίας της επαγγελματικής ομάδας σε σχέση με το μισθό τους, τη σύνταξή τους και το χρόνο μεταφοράς τους στην υπηρεσία από την οικεία τους και η τέταρτη στη στήριξη των φορέων της κοινότητάς τους σε σχέση με τη συνεργασία τους στα θέματα που αφορούν στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων μελών του προγράμματος. Οι ερωτήσεις ήταν στον αριθμό δεκαπέντε και είχαν την σειρά εμφάνισής τους σύμφωνα με την περιγραφή των αξόνων που προηγήθηκε, είχαν ξεκάθαρο περιεχόμενο και παρουσίαζαν ενδιαφέρον σε σχέση με τα αποτελέσματά τους. Στόχος των ερωτήσεων, σύμφωνα με τις θεματικές ενότητες, ήταν η υποστήριξη των εργαζομένων τέτοιων προγραμμάτων για τη συζήτηση και αξιολόγηση των δυνατών και αδύναμων σημείων των παρεμβάσεων υγείας στα μέλη τους. Η μελέτη αυτή δίνει ενδιαφέρον στην ανασκόπηση της παρούσας μελέτης, διότι προσθέτει ένα νέο στοιχείο στην αξιολόγηση των προγραμμάτων αυτών που αφορά στην εκπαίδευση των εργαζομένων κατά τη διάρκεια της εργασίας τους για τη διεύρυνση των γνώσεών τους και την αποτελεσματικότερη παρέμβασή τους στη αντιμετώπιση των περιστατικών.

Η τρίτη μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία, χρησιμοποίησε τέσσερις θεματικές ενότητες για να περιγράψει και να αναδείξει τα αποτελέσματά της σε σχέση με τα χαρακτηριστικά των προγραμμάτων φροντίδας στο σπίτι, τον τύπο της φροντίδας που παρέχεται στα μέλη, την ετοιμότητα της υπηρεσίας για την αντιμετώπιση των εκτάκτων περιστατικών, καθώς και την αποδοχή των υπηρεσιών φροντίδας από τα εξυπηρετούμενα μέλη και τους άτυπους φροντιστές τους (οικογένεια, φίλοι, γείτονες, εθελοντές). Σε αυτήν τη μελέτη βρέθηκε και το μεγαλύτερο δείγμα, 231, (100 επαγγελματίες, 100 εξυπηρετούμενοι και 31 άτυποι φροντιστές) Οι ερωτήσεις των θεματικών αξόνων ήταν είκοσι-πέντε. Αποτέλεσε από τις μεγαλύτερες σε εύρος ερωτήσεις μελέτη που ανακτήθηκε. Παρ'όλο το εύρος των ερωτήσεων δεν παρουσίασε κάποιο αρνητικό σημείο για τη συμπλήρωσή του, διότι οι επαγγελματίες των προγραμμάτων απάντησαν στις τρεις πρώτες θεματικές ενότητες

και οι εξυπηρετούμενοι μόνο στην τελευταία. Οι ερωτήσεις που αφορούσαν στα μέλη και τους άτυπους φροντιστές ήταν πέντε. Στο σημείο αυτό σημειώνεται ότι οι πρώτοι δύο θεματικοί άξονες που αφορούσαν στα χαρακτηριστικά και τον τύπο φροντίδας περιελάμβαναν και κλειστού τύπου ερωτήσεις με απαντήσεις πολλαπλής επιλογής. Γίνεται κατανοητό ότι με τον τρόπο αυτό ήταν πιο εύκολη, και σύντομη η καταγραφή και περιγραφή των χαρακτηριστικών των προγραμμάτων και του τύπου φροντίδας που παρέχεται.

Οι μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση απευθύνθηκαν σε βιβλιογραφία του χώρου της διοίκησης και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Οι συγγραφείς των άρθρων που χρησιμοποίησαν τη μέθοδο της συστηματικής ανασκόπησης ήταν επαγγελματίες στο χώρο της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Αγγλία και Πορτογαλία) και το ερευνητικό τους ενδιαφέρον αφορούσε κυρίως στη διαχείριση της ποιότητας μέσα στο σύστημα υγείας. Σκοπός και των τριών μελετών ήταν η διερεύνηση του τρόπου μέτρησης της ποιότητας και της σημαντικότητας κατασκευής ερευνητικού εργαλείου για την αξιολόγησή της.

## 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 4.1 Κύρια ευρήματα της ανασκόπησης

Κατά τη συστηματική ανασκόπηση βρέθηκαν επτά μελέτες που είχαν ως σκοπό να μετρήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι, βάση θεματικών ενοτήτων που αφορούν στις διαστάσεις αυτής και κάποιες να προτείνουν μέσω της συστηματικής τους ανασκόπησης τους θεματικούς άξονες που θα μπορούσαν να προσαρμοστούν σε ένα κατάλληλο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας.

Από τα ευρήματα αυτής της ανασκόπησης διαφαίνεται ο προβληματισμός και η δυσκολία του ορισμού της ποιότητας, καθώς και η σύνδεση των διαφορετικών παραγόντων που τη συνιστούν. Κοινό στοιχείο από την πλειοψηφία των μελετών (6) που ανακτήθηκε ήταν η ερμηνεία και η μέτρηση του όρου «ποιότητα» σύμφωνα με τη δομή-οργάνωση των υπηρεσιών, τη διαδικασία των παρεμβάσεων, τα αποτελέσματα αυτών και την ικανοποίηση των μελών που εξυπηρετούνται. Μία, ωστόσο, από τις μελέτες επικεντρώνει το ενδιαφέρον στην ικανοποίηση των επαγγελματιών σε σχέση με τις συνθήκες εργασίας τους και υποδεικνύει τη σημαντικότητα της μέτρησης αυτού του παράγοντα στη διαχείριση της ποιότητας των υπηρεσιών που δίνονται.

Λόγος, επίσης, γίνεται για τη σημασία του σχεδιασμού τέτοιων προγραμμάτων στην κοινότητα σύμφωνα με τις ανάγκες των μελών – εξυπηρετούμενων. Ένας σχεδιασμός διερεύνησης αναγκών υγείας για κοινωνική φροντίδα μπορεί να εξασφαλίσει την επιτυχία του προγράμματος φροντίδας στο σπίτι και να δώσει τη δυνατότητα αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του. Στην αξιολόγηση αυτή δίνεται έμφαση κυρίως στα στοιχεία που συλλέγονται από τους επαγγελματίες και εξυπηρετούμενους, καθώς και στην ανταπόκριση των παρεμβάσεων της διεπιστημονικής ομάδας στις πραγματικές ανάγκες της ομάδας στόχου.

Από τις μελέτες που χρησιμοποίησαν τη μέθοδο της συστηματικής ανασκόπησης αναδείχτηκαν πέντε σημαντικά στοιχεία. Το πρώτο αναφέρεται στο σύστημα φροντίδας που έχει κάθε χώρα και στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών. Το δεύτερο αφορά στην ανάμειξη, συνεργασία και ενδυνάμωση των υπηρεσιών φροντίδας στο

σπίτι από την ευρύτερη κοινότητά του, το τρίτο στις πραγματικές ανάγκες των μελών τέτοιων προγραμμάτων, το τέταρτο στα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία αυτών που απαραίτητα πρέπει να έχει κάθε υπηρεσία και τελευταία το πέμπτο που αφορά στις κατευθυντήριες οδηγίες (guide lines) που οφείλει κάθε υπηρεσία, ανάλογα με το σύστημα της χώρας και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, να έχει στο εσωτερικό της.

Επιπλέον, η ανασκόπηση ανέδειξε εκείνα τα μέρη που μπορεί να συγκεντρώσει κανείς για την αξιολόγηση της ποιότητας των προγραμμάτων βοήθεια στο σπίτι. Κάθε μία μελέτη χρησιμοποίησε έναν ή περισσότερους δείκτες για την αξιολόγηση των υπηρεσιών. Κάποιες έδωσαν έμφαση στη δομή, άλλες στη διαδικασία και άλλες στα αποτελέσματα. Ωστόσο, οι περισσότερες αναφέρθηκαν στο συνδυασμό των παραπάνω και παρουσίασαν τα στοιχεία τους, σύμφωνα και με τους τρεις δείκτες για την αξιολόγηση των υπηρεσιών τους. Επομένως ο συνδυασμός κάποιων στοιχείων (θεματικών ενοτήτων), σύμφωνα με τους στόχους της λειτουργίας των προγραμμάτων στην Ελλάδα, θα μπορούσαν να καλύψουν μια ολοκληρωμένη εικόνα για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών.

#### *4.2 Συνέπειες της συστηματικής ανασκόπησης στις υπηρεσίες βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα*

Η ανασκόπηση αυτής της μελέτης κατέδειξε εργαλεία μέτρησης της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν σε άλλα συστήματα υγείας και αποκάλυψε τη χρήση των δεικτών ποιότητας στη διαδικασία αξιολόγησής της.

Τα ερευνητικά ερωτήματα, που τέθηκαν κατά το σχεδιασμό αυτής της μελέτης, απαντήθηκαν σύμφωνα με τα ευρήματα που ανακτήθηκαν. Το πρώτο από αυτά αναφέρεται στην εύρεση των δεικτών ποιότητας οι οποίοι, σύμφωνα με τα ευρήματα, αφορούν στη δομή, στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι. Η μέτρηση της ποιότητας στις μελέτες που ανακτήθηκαν πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τους παραπάνω δείκτες.

Η σύνδεση των δεικτών ποιότητας με τους σκοπούς και στόχους των υπηρεσιών βοήθεια στο σπίτι ήταν το δεύτερο ερώτημα που απαντήθηκε μέσα από τα ευρήματα αυτής της ανασκόπησης. Βασικές αρχές και στόχοι των υπηρεσιών βοήθεια στο σπίτι συνδέονται με τους δείκτες ποιότητας και αναμένεται να οδηγήσουν στον καθορισμό πιθανών θεματικών ενότητων για την κατασκευή ερευνητικού εργαλείου αξιολόγησής της.

Η καταλληλότητα και διαθεσιμότητα των εργαλείων για την αξιολόγηση της ποιότητας ήταν το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα. Η ανασκόπηση αυτής της μελέτης ανέδειξε ερευνητικά εργαλεία αξιολόγησης, τα οποία αφορούσαν κυρίως έρευνες με ποιοτική μεθοδολογία για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι. Θεματικές ενότητες των ερευνητικών εργαλείων και επιμέρους ερωτήματα αυτών πιθανόν να μπορούν να σταθμιστούν, να προσαρμοστούν στην ελληνική πραγματικότητα και να οδηγήσουν στην αξιολόγηση των υπηρεσιών βοήθεια στο σπίτι. Συγκεκριμένα, η μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία δίνει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τη μέτρηση της ποιότητας, διότι χρησιμοποιεί και τους τρεις δείκτες καθώς απευθύνεται όχι μόνο στους επαγγελματίες και μέλη των υπηρεσιών βοήθεια στο σπίτι αλλά και στους άτυπους φροντιστές των τελευταίων. Η μελέτη αυτή απαντά ξεκάθαρα σε όλα τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν αρχικά.

Επίσης, η μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Δανία χρησιμοποιεί στο εργαλείο αξιολόγησής της ως θεματική ενότητα τη δυνατότητα των αλλαγών και προσθήκης νέων στοιχείων στην υπηρεσία φροντίδα στο σπίτι. Το μέρος αυτής της θεματικής ενότητας αποτελεί ενδιαφέρον για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα, διότι ένας από τους στόχους οργάνωσής του είναι η διάχυση καινοτόμων πρακτικών για τη συνέχιση και βιωσιμότητά τους στο χώρο της Π.Φ.Υ.

Γενικότερα, στην προσπάθεια σύνδεσης των ευρημάτων αυτής της ανασκόπησης με τις υπηρεσίες του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι, διαπιστώνονται κοινά σημεία που σχετίζονται με τη μέτρηση της ποιότητας. Στόχοι των ελληνικών προγραμμάτων φαίνεται να αποτελούν περιεχόμενο και ερωτήματα από τις θεματικές ενότητες των ερευνητικών εργαλείων που παρουσιάζονται στις μελέτες.



Οι στόχοι σχετικά με το όφελος των εξυπηρετούμενων στη φυσική και ψυχοκοινωνική τους κατάσταση και γενικότερα στην ανταπόκριση των υπηρεσιών στις πραγματικές τους ανάγκες μπορεί να αποτελέσουν τα στοιχεία για μία θεματική ενότητα που αφορά στη μέτρηση της ικανοποίησης και αντιστοιχεί στο δείκτη ποιότητας των αποτελεσμάτων. Το περιεχόμενο ωστόσο των παραπάνω στόχων αποτελεί και μία εικόνα για την εκτίμηση των παρεμβάσεων και των αποτελεσμάτων αυτών από τους επαγγελματίες.

Ο στόχος σχετικά με την αποφόρτιση των μελών της οικογένειας, καθώς εδώ θα μπορούσε να συμπληρωθεί και η εκπαίδευση αυτών για τη φροντίδα των μελών τους, αποτελεί ακόμα ένα περιεχόμενο για μία θεματική ενότητα που βρέθηκε στις μελέτες και αφορά στην άποψη και ικανοποίηση των συγγενών για τις υπηρεσίες του προγράμματος φροντίδας στο σπίτι.

Με λίγα λόγια οι στόχοι του ελληνικού προγράμματος βοήθεια στο σπίτι συμπίπτουν με τους δείκτες ποιότητας, που βρέθηκαν σε αυτήν την ανασκόπηση και τις διαστάσεις που δίνονται κατά την αξιολόγησή της. Κάθε μία από αυτές θα μπορούσε να αποτελέσει ένα ξεχωριστό θεματικό άξονα. Μέσα σε καθένα από αυτόν θα μπορούσαν να προσαρμοστούν ερωτήσεις για κάθε δείγμα: επαγγελματίες, χρήστες, φροντιστές και να αποτελέσουν ένα ενδιαφέρον ερευνητικό θέμα σε μία συνάθροιση ειδικών, που θα κληθεί να αξιολογήσει, οργανώσει και σχεδιάσει ένα εργαλείο αξιολόγησης για την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα (Πίνακας 4).

Αυτό που δεν συνδέθηκε με τις μελέτες που ανακτήθηκαν αφορά στη διαχείριση των θεμάτων για την ποιότητα και την αξιολόγησή της στην Ελλάδα. Από την ανασκόπηση αυτή διακρίνεται ότι η διατήρηση της ποιότητας των υπηρεσιών σε καθεμία από τις χώρες που περιγράφονται στις μελέτες αφορά στη διεπιστημονική ομάδα της υπηρεσίας ή στον υπεύθυνο φορέα υλοποίησης των προγραμμάτων φροντίδας στο σπίτι. Το εύρημα αυτό, παρ'όλο βέβαια που δεν αφορά στα ερευνητικά ερωτήματα αυτής της μελέτης, αποτελεί έναν προβληματισμό για τη συζήτηση της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα. Η οριοθέτηση της ευθύνης για την αξιολόγηση της ποιότητας είναι σημαντική στο σχεδιασμό και στην οργάνωση των υπηρεσιών βοήθεια στο σπίτι. Ένα επόμενο

ερευνητικό εγχείρημα θα μπορούσε ίσως να δώσει την απάντηση για την ευθύνη της διαχείρισης της ποιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στο σπίτι και τη δημιουργία μιας κοινής στοχοθεσίας για την αξιολόγησή της.

#### *4.3 Περιορισμοί της μελέτης*

Η συστηματική ανασκόπηση αυτής της μελέτης επικεντρώθηκε στη διερεύνηση των μελετών σχετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι.

Η ανασκόπηση επικεντρώθηκε σε μελέτες που απευθύνονταν σε προγράμματα φροντίδα στο σπίτι βασισμένα στη διεπιστημονική συνεργασία. Οπότε μελέτες και άρθρα που αναφέρονταν αποκλειστικά και μόνο σε μία ειδικότητα αποτέλεσαν έναν περιορισμό. Οι μελέτες αυτές στην πλειοψηφία τους επικεντρώνονταν σε κλινικές παρεμβάσεις που αφορούσαν στην ιατρική ή νοσηλευτική φροντίδα και για τον λόγο αυτό κρίθηκαν όχι σχετικές με το θέμα, αφού το ερευνητικό ενδιαφέρον εστιάστηκε στην ολοκληρωμένη κοινωνική φροντίδα. Άλλες, ωστόσο, μελέτες περιέγραφαν τις παρεμβάσεις της διεπιστημονικής ομάδας των προγραμμάτων σε σχέση με μία συγκεκριμένη ασθένεια ή νόσο. Έτσι και αυτή η κατηγορία των μελετών ήταν περιοριστική, αφού τα ευρήματα αυτών αφορούσαν κυρίως στην μέτρηση των αποτελεσμάτων υγείας συγκεκριμένης νόσου.

Επίσης, η αναζήτηση έγινε μόνο στην αγγλική και ελληνική γλώσσα και οι μελέτες που ανακτήθηκαν ήταν κυρίως στην αγγλική γλώσσα και αυτό αποτέλεσε έναν ακόμα περιορισμό. Ωστόσο δεν επιτεύχθηκε σε κάποια από τα άρθρα που χρησιμοποιήσαν ερωτηματολόγιο, όπως αυτό που συμπεριλήφθηκε στη μελέτη, να ανακτηθεί στην ολοκληρωμένη του μορφή, διότι η πρόσβασή του απαιτούσε σημαντικό χρηματικό ποσό, κάτι το οποίο δεν θεωρήθηκε ότι ήταν σκόπιμο να γίνει για το σκοπό της παρούσας μελέτης.

Ακόμα, η εργασία συμπεριέλαβε μόνο δημοσιευμένες μελέτες, γεγονός που την καθιστά ευάλωτη στο συστηματικό σφάλμα δημοσίευσης (publication bias), αν και

κατεβλήθη προσπάθεια να περιοριστεί με την αναζήτηση μη δημοσιευμένων δεδομένων και γκριζας βιβλιογραφίας (grey literature).

Τέλος, το γεγονός ότι η στρατηγικής αναζήτησης εκπονήθηκε και εκτελέστηκε από έναν μόνο ερευνητή και όχι από δύο ή περισσότερο ανεξάρτητους ερευνητές, που θα είχαν τη δυνατότητα να επιλύσουν ακόμη και διαφορές εισαγωγής και αποκλεισμού, θα έδινε μια πιο αντικειμενική προσέγγιση στο συγκεκριμένο θέμα.

## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως φαίνεται από τις μελέτες που βρέθηκαν κατά τη διαδικασία της συστηματικής ανασκόπησης η έννοια της ποιότητας έχει πολυσύνθετη διάσταση. Οι θεματικές ενότητες που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρησή της στις ποιοτικές μελέτες, αλλά και οι αναφορές αυτών που χρησιμοποίησαν τη μέθοδο της συστηματικής ανασκόπησης, όλα αυτά δηλαδή τα στοιχεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την αξιολόγηση της ποιότητας, συνθέτουν ένα δύσκολο και πολύπλοκο έργο για τους επαγγελματίες υγείας και όχι μόνο.

Συγκεντρώνοντας όλα αυτά τα στοιχεία που συνθέτουν την έννοια της ποιότητας, κάθε πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι οφείλει να μεριμνήσει και να αξιολογήσει αρκετά θέματα αν θέλει να διατηρήσει την ποιότητα στις υπηρεσίες του. Μερικά από αυτά, όπως προβάλλονται από την ανασκόπηση αυτή, είναι η ικανοποίηση των ασθενών και του οικογενειακού δικτύου αυτών, η διερεύνηση και καταγραφή των πραγματικών αναγκών της ομάδας στόχου, η ικανοποίηση και αποδοτικότητα των εργαζομένων, η δυνατότητα και ετοιμότητα για αλλαγή και προσθήκη νέων στοιχείων, η άρτια οργάνωση των παρεμβάσεων και η αποτελεσματικότητα αυτών για τη συνέχιση και βιωσιμότητα στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Οι μελέτες που εντοπίστηκαν από την ανασκόπηση αναφέρονται στην αναγκαιότητα σχεδίασης ενός εργαλείου μέτρησης που να ανταποκρίνεται στα χαρακτηριστικά κάθε εθνικού συστήματος φροντίδας στο σπίτι. Έτσι, μιλώντας για την παρουσία ερευνητικών εργαλείων μέτρησης της ποιότητας και τη δυνατότητα προσαρμογής αυτών στους σκοπούς και στόχους των προγραμμάτων βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα, δίνεται και η δυνατότητα απάντησης στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης.

Ωστόσο, άλλο σημαντικό συμπέρασμα από τα ευρήματα της ανασκόπησης αυτής είναι και η αναφορά στη διαρκή και συνεχή αξιολόγηση των συστημάτων φροντίδας στο σπίτι για την επίτευξη επιτυχών παρεμβάσεων και την περιγραφή των δυνατών και αδύναμων σημείων. Ακόμα, η σύνδεση και συνεργασία της υπηρεσίας φροντίδα στο σπίτι με την ευρύτερη κοινότητα για την ενδυνάμωσή της αποτελεί μια σημαντική

συνιστώσα για την επιτυχή έκβαση των παρεμβάσεων της Επίσης, ουσιαστική είναι κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης η συμμετοχή τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των εξυπηρετούμενων αλλά και των άτυπων φροντιστών τους (οικογένεια-φίλοι-εθελοντές). Με την αναφορά αυτή δίνεται σημασία στη μέτρηση της ποιότητας με αντικειμενικότητα, μετρώντας την άποψη και από τους επαγγελματίες αλλά και από τους δέκτες.

Τέλος, η σχεδίαση και αξιολόγηση των θεματικών ενοτήτων που προέκυψαν από τη μελέτη, καθώς και η συστηματική ανασκόπηση παρόμοιων μπορούν να αποτελέσουν θέμα αξιολόγησης και σχεδιασμού από μία συνάθροιση ειδικών για την κατασκευή εργαλείου μέτρησης της ποιότητας των προγραμμάτων βοήθεια στο σπίτι. Μια τέτοια προσπάθεια πιθανόν να οδηγήσει στην αλλαγή της κουλτούρας της υγείας και του τρόπου παροχής των υπηρεσιών.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### ***Ξενογλώσση***

Beech, R., Russell, W., Little, R., Sherlow-Jones, S. An evaluation of multidisciplinary team for intermediate care at home”, *Journal of Intermediate Care*, 2005; 10; 12-16.

Bell, D., & Macormac, JJ. Home care in New York City: providers, payers and clients *Pap.Ser, United Hosp Fund N.Y*, 1987; 6; 1-46

Bouman ,A., Rossum, E., Nelemans, P., Kempen, J., Knipschid, P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status, *BMJ*; 2008; 8; 74-80

Brown, LD. Lessons learned in institutionalization of quality assurance Programs: An International Perspective, *International Journal of Quality Health Care*, 1995; 7; 419-425

Burns, T., Knapp, M., Catty, J., Healey, A., Henderson, J., Watt, H., Wright, C. Home treatment for mental health problems: systematic review, *Health Technology Assesment*, 2001; 5; 234-240

Campbell, SM., Roland, MO & Buetow, SA. Defining quality of care, *Social Science*, 2000; 51; 1611-1625

Cinquini, L., Vainieri ,M. Measuring primary care services performance: issues and opportunities from a home care pilot experience in the Tuscan health system, *Health Services Management*, 2008; 9; 199-210

Cole, R., Bacdayan, P., White, J. Quality participation and competitiveness, *California Management Review*, 1993; 35; 68-81

Duckers, M., Wagner, C., Groenevegen, P. Developing and testing an instrument to measure the presence conditions for successful implementation of quality improvement collaborations, *BMC Health Service Resourses*, 2008; 11;172-180

Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1996; 44; 66-103

Donabedian, A. The seven pillars of quality, *Archives of Pathology and Labarotary Medicine*, 1990; 114; 1115-1118

Donabedian, A. The quality of care, how it can be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1998;260;1743-1748

Evans, DB., Edejer, TT., Lauer, J & Marray, CJ. Measuring quality: from the system to provider, *International Journal of Quality Health Care*,2001; 13; 439-446

Gerontol, J. Developing an aging prepared community: collaboration among countries, consumers, professionals and organizations, *Social Work*, 2008; 48; 233-255, available at <http://erl-server.ucl.ac.uk/>, accessed on 15<sup>th</sup> of April, 2009

Graldes, M. Efficiency versus quality in the NHS in Portugal: methodologies for evaluation, *Acta Medica Portuguesa*, 2008; 5; 397-420

Han, S., Park, E., Kang, D., Kang, I. Measuring workload of home visit care activities using relative values, *Preventive Medical Public Health*, 2008; 41; 331-8

Hadjistavropoulos, H., Sagan, M., Bierlein, C., Lawson, K. Development of a case management quality questionnaire, *Journal of Care Management*, 2003; 35; 8-17

Hirdes, J., Wposs, J., Curtin-Telegdi, N. The method for Assigning Priority Level's (MAPLE): A new decision-support for allocating home care resources, *BMC Medicine*, 2008; 90; 6-9

Huyck, M., Ayalon L., Yoder, J. Using mixed methods to evaluate the use of care givers strain, measure to access outcomes of a caregiver support programme, *International Geriatric Psychiatry*, 2007; 100; 160-165

Jennings, BN & Macclure, MC. Strategies to advance health care quality, *Nursing Outlook*, 2004; 52; 17-22

Jowell, T. Community care in London: the prospects, *BMJ*, 2002; 37; 1418-1420

Kiassi, A. How does the culture of medical group practices influence the type of programs used to assure quality of care?, *Health Care Management Review*, 2004; 29; 129-138

Lionis, C., Symvoulakis, E., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., Souliotis, K., Kyriopoulos, I. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review, *International Journal Of Integrated Care*, 2009; 9; 88-102

Lohr, K. How do we measure quality; *Health Affairs*, 1997; 16; 22-25

Long, A. Evidence-based decision making, *Health Service Journal*, 1996; 106; 1-11

Maxwell, R. Quality Assessment in Health, *British Medical Journal*, 1984; 288; 470-472

Morales, J., Gonzalo, J., Martin-Santos, F., Celedraan-Manas M. Effectiveness of a nurse led-case management home care model in Primary health care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study, *BMC*, 2008; 8; 193-200

McDonnell, SA., Vassin, S., Brown, W., Perry, H., Thacker, M. Measuring health programme effectiveness in the field: an assessment tool, *Prehospital Disaster Medicine*, 2007; 22; 396-405

- Milne, R., Chambers, L. Addressing the scientific quality of review articles, *Journal of Epidemiology and Community Health*; 1993; 47; 169-170
- Oakland, J.S. Total Quality Management, *Journal of Health Care Management*, 1999; 43;114-124
- Paleologou, V., Kontodimopoulos, N., Stamouli, A. Developing and testing an instrument for identifying performance incentives in the greek health care sector, *BMC*,2006; 6; 118-123
- Payne, S., Thomas, C., Fitzpatrick , T., Rahman, M., Kayne, H. Determinants of home health visit length: results of a multisite prospective study, *Medicine Care*, 1999; 36;1500-14
- Primpose, W. Community institutional care for frailty elder people, unitary care, homes must be the answer, *BMJ*, 1999; 30; 780-782
- Renwick, D. Community care and social services, *BMJ*, 1999; 30; 839-842
- Rothera, I., Jones, R., Harwood, R., Avery, A., Fisher, K., James, V., Slaw, I., Waite, J. An evaluation of a specialist multiagency home support service for older people with dementia using qualitative methods, *International Geriatric Psychiatry*, 2008; 23; 65-72
- Schiff, RL., Ansel, DA., Schloosser, JE., Idris, AH., Morrison, A., & Whitman, S. Transfer to a public hospital. A prospective study of 467 patients, *New England Journal Medicine*,1986; 3; 552-557
- Scrivens, E., Cummingham, D.,Clarlton, J.,Holland, W. Measuring the impact of health interventions a review of available instruments, *Effective Health Care*, 1999; 23; 247-261
- Sicotte, C. A conceptual framework for the analysis of health care organizations performance, *Health Care Management Research*,1998; 11; 24-48
- Sitzia, J., & Wool, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts, *Social Science and Medicine*, 1997 45; 1329-1843
- Spillman, BC., & Kemper, P. Long term arrangements for elderly people with disabilities private and public roles, *Home Health Care Service*, 1992; 15; 5-34, available at: <http://www.health.act.gov.au/> accessed on 15<sup>th</sup> of March.
- Tonks, A. 2000, Community care in Northern Ireland: a promising start, *BMJ*, 2000;32; 860-863
- Verhley, M. Quality management in home care: models for today's practice, *BMJ*, 1999; 31; 700-718
- Ware, J, Snyder, M, Wright, R. Defining and measuring patient satisfaction with medical care, *Eval Programme Plarm*, 1993; 6; 247-263



Welch, HG. Healthcare tickets for the insured first class or stand by?, *New England Journal Medicine*, 1989; 12; 1261-1264

Weiberg, N. Using performance measures identify plans of action to improve care, *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001; 27; 683-688

Williams, B. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels, *Social Science Medicine*, 1998; 47; 1351-1359

Wilson, J. The Canadian Hospital Accreditation Programme, *Canadian Nurse*, 2003; 79; 48-49

## **Ελληνική**

Αμίτσης, Γ. 2001, Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας: Το ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή Εμπειρία, Παπαζήση, Αθήνα; 32-34

Baldock, J. 2000, “Προγράμματα και υπηρεσίες για την τρίτη ηλικία με προοπτική το 2000” *Περιοδικό Εκλογή*; 100; 15-17

Γρηγορούδης, Ε., & Ζοπουνούδης, Κ. 2007, “Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας”, *Ιατρικά Χρονικά Κρήτης*; 6; 2-4

Δεμοίρου, Ηλ., Καραχρίστου, Θ., Καλατζής, Ν., & Μοίρου, Αγ. 2003, Αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, ΕΣΣΔ, Αθήνα; 27-29

Δημολιάτης, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ., Φιλαλήθης, Τ. 2002, Η Δημόσια υγεία στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα

Καιφά, Σ., Οικονομάκης, Φ., Πουτσιάκας, Ν., Φωτόπουλος, Γ. 2005, «Προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι», Πυλώνας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Πρακτικά 1<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου «Βοήθεια στο σπίτι στην 1<sup>η</sup> γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών»; 9-11

Κυριόπουλος, Ι., Γκρέγκορν, Σ., Οικονόμου, Χ. 2003, Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό, Παπαζήση, Αθήνα.

Παπανικολάου, Β. 2007, Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας Αρχές-Μέθοδοι και Εφαρμογές, Παπαζήση, Αθήνα; 79-80.

Souliotis, K., & Lionis, C. 2004, “Creating an integrated health care system: A primary care prospective”, αναφέρεται στο: Σουλιώτης, Κ., 2006, Πολιτική και Οικονομία Υγείας, Παπαζήση, Αθήνα; 643-52

## *Διαδικτυακοί Τόποι*

Centre for evidence based medicine, [www.cebm.net](http://www.cebm.net) πρόσβαση στις 5/4/2009

Critical Appraisal Skills Programme (CASP), [www.phru.nhs.uk/casp](http://www.phru.nhs.uk/casp) πρόσβαση στις 12/3/2009

EUROFAMCARE. Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. Research Action (REACT) Report February 2006 [www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/](http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/) πρόσβαση στις 20/5/2009

JACHO. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2004, Facts about the 2005 National Patient Safety Goals, [http://www.jacho.org/accredited\\_organizations/patient\\_safety/nspg.htm](http://www.jacho.org/accredited_organizations/patient_safety/nspg.htm) πρόσβαση 22/6/09

Keele university. Health library. An Introduction to Critical Appraisal. Training Notes [www.keele.ac.uk/depts/li/hl](http://www.keele.ac.uk/depts/li/hl) πρόσβαση στις 10/3/2009

ΚΕΔΚΕ. Έρευνα Καταγραφής και Αποτύπωσης των Προβλημάτων, των Αναγκών και των Ενεργειών για τη Συνέχιση Λειτουργίας των Μονάδων «Βοήθεια στο Σπίτι». Μελέτη της Αναπτυξιακής Καρδίτσας (ΑΝ.ΚΑ.) Α.Ε. για λογαριασμό της Κεντρικής Ένωσης Δήμων & Κοινοτήτων Ελλάδας (ΚΕΔΚΕ). Ιούνιος 2006 [www.kedke.gr](http://www.kedke.gr) πρόσβαση στις 20/6/09

## **ΠΙΝΑΚΕΣ**

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κριτική αποτίμηση των άρθρων

<b>ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΑΡΘΡΩΝ</b>	
<b>1</b>	ΕΧΕΙ ΣΑΦΕΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ;
<b>2</b>	ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΣΩΣΤΟ ΤΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗΣ;
<b>3</b>	ΕΙΝΑΙ ΞΕΚΑΘΑΡΟΣ Ο ΣΚΟΠΟΣ ,ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ;
<b>4</b>	ΕΙΝΑΙ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΜΕΝΟ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ; (ανάλυση δείγματος, δειγματοληψίας).
<b>5</b>	ΟΙ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΕΓΙΝΑΝ ΜΕ ΕΓΚΥΡΟ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΟ ΤΡΟΠΟ; (internal validity).
<b>6</b>	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ (γίνεται περιγραφή τους και αξιολόγηση στατιστικής σημαντικότητας).
<b>7</b>	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ (γίνεται επαρκής περιγραφή της σημασίας τους, ελήφθησαν υπόψη σφάλματα, ταιριάζουν με τη γενική-υπάρχουσα γνώση; external validity; οδηγεί σε κάποια αλλαγή; στην παροχή υπηρεσιών; στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας; στην οργάνωση των υπηρεσιών;)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.** Αποτελέσματα αναζήτησης

<b>ID</b>	<b>ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ</b>	<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ</b>	<b>ΠΗΓΗ</b>
<b>1</b>	Beech, R, Russell, W, Little R, Sherlow-Jones, S.	2004	INTERNATIONAL JOURNAL OF INTERMEDIATE CARE	PUB MED
<b>2</b>	Duckers, M, Wagner, C, Groenevegen P.	2008	BMC HEALTH SERVICES RECOURCE	PUB MED
<b>3</b>	McDonnell, SA, Vassin, S, Brown W, Perry H, Thacker S.	2007	PREHOSPITAL DISASTER MEDICINE	PUBMED
<b>4</b>	Morales, J., Gonzalo, J., Martin-Santos, F., Celedraan-Manas M.	2008	BMC HEALTH CARE SERVICES RECOURE	PUBMED
<b>5</b>	Bouman, A., Rossum E., Nelemans, P., Kempen J., Knipschid, P.	2008	BMC HELTH RESOURCE SERVICES	PUBMED
<b>6</b>	Han, S., Park E., Kang, D., Kang, I.	2008	PREVENTIVE MEDICAL PUBLIC HEALTH	OPOI ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ
<b>7</b>	Payne S., Thomas, C., Fitzpatrick T, Rahman, M, Kayne H.	1999	MEDICINE CARE	EMBASE
<b>8</b>	Hirdes, J., Wposs, J., Curtin-Telegdi N.	2008	BMC MEDICINE	EMBASE
<b>9</b>	Paleologou, V., Kontodimopoulos, N., Stamouli, A.	2006	BMC HEALTH SERVICE RESOURCES	OPOI ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ
<b>10</b>	Burns, T., Knapp, M., Catty J., Healey A., Henderson J., Watt H., Wright, C.	2001	HEALTH TECHNOLOGY ASSESMENT	EMBASE
<b>11</b>	Rothera I., Jones, R., Harwood R., Avery, A., Fisher, K., James V., Slaw I., Waite J.	2008	INTERNATIONAL GERIATRIC PSYCHIATRY	WEB OF SCIENCE
<b>12</b>	Scrivens, E., Cummingham, D, Clarlton., J., Holland, W.	1999	EFFECTIVE HEALTH CARE	OPOI ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ

13	Huyck M.,Ayalon L.,Yoder J.	2007	INTERNATIONAL GERIATRIC PSYCHIATRY	WEB OF SCIENCE
14	Verhley M.	1999	HOME CARE PROVIDER	HMIC
15	Cinquini, L.,Vainieri M.	1999	HEALTH SERVICES MANAGEMENT RESOURCE	OPOI ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ
16	Simon, C., Little, P., Birtwistle, J.,Kendrick T.	2003	HEALTH SOCIAL CARE COMMUNITY	WEB OF SCIENCE
17	Hadjistavropoulos, H.,Sagan, M.,Bierlein, C.,Lawson, K.	2003	JOURNAL OF CARE MANAGEMENT	HMIC
18	Graldes, M.	2008	ACTA MEDICA PORTUGESE	PUBMED
19	Jowell, T.	2002	BRITISH MEDICAL JOURNAL	OPOI ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ
20	Tonks, A.	2000	BRITISH MEDICAL JOURNAL	OPOI ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ
21	Renwick, D.	1999	BRITISH MEDICAL JOURNAL	OPOI ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ
22	Primpose, W.	1999	BRITISH MEDICAL JOURNAL	OPOI ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Άρθρα που πληρούν τα κριτήρια (αναλυτικά)

#### 3.1

<b>ID</b> 2	Duckers, M., Wagner, C., Groenevegen, P. Developing and testing an instrument for successful implementation of quality improvement collaboration, <i>BMC Health Service Resources</i> , 2008; 11; 172-180.
1	Σαφές ερευνητικό ερώτημα: παρουσία ή απουσία ερευνητικών εργαλείων για την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι
2	Τύπος μελέτης/Σχεδιασμός: Ποιοτική
3	Ξεκάθαρος σκοπός: η κατασκευή και δοκιμασία ενός εργαλείου για την αξιολόγηση της οργάνωσης
4	Δείγμα: είναι μικρό, επαγγελματίες υπηρεσίας, σε απόλυτο νούμερο αλλά είναι το 100% των επαγγελματιών του προγράμματος.
5	Έγκυρες μετρήσεις: open-ended ερωτήσεις που παρατίθενται στο άρθρο,
6	Γίνεται περιγραφή των μεθόδων: ανάλυση του περιεχομένου των ανοικτών ερωτήσεων, (συνεντεύξεων) με Cronbach Alpha.
7	Γίνεται επαρκής περιγραφή των αποτελεσμάτων. Σχετικά με τις θεματικές ενότητες που αποτέλεσαν το εργαλείο μέτρησης της ποιοτικής μελέτης για την αξιολόγηση της ποιότητας της οργάνωσης σχετικά με τη δομή της και βρέθηκαν ελλείψεις αναφορικά με το εργαλείο και τους πρόσθετους θεματικούς άξονες που έπρεπε να χρησιμοποιηθούν.

### 3.2

<b>ID</b> <b>14</b>	Verhey, M. Quality management in home care for today's practicer, <i>Home Care Provider</i> 1999; 4; 180-5
<b>1</b>	Σαφές ερευνητικό ερώτημα: πως ορίζεται η ποιότητα στο σύστημα φροντίδας στο σπίτι
<b>2</b>	Τύπος μελέτης/Σχεδιασμός: Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση.
<b>3</b>	Ξεκάθαρος σκοπός: διερεύνηση για τη φιλοσοφία της διαχείρισης της ποιότητας στην πρακτική ενός συστήματος φροντίδα στο σπίτι.
<b>4.</b>	Δείγμα/Συλλογή δεδομένων: από έγκυρες δημοσιευμένες πηγές, τομέας: διοίκησης, management and health care., σύμφωνα με κριτήρια ποιοτικής αποτίμησης
<b>5.</b>	Έγκυρες μετρήσεις: δεν αναφέρονται
<b>6.</b>	Γίνεται περιγραφή των στατιστικών μεθόδων: δεν αναφέρονται
<b>7</b>	Γίνεται επαρκής περιγραφή των αποτελεσμάτων. Στο άρθρο αναφέρονται, βάση του σχεδιασμού, πέντε θεματικές ενότητες που μπορεί να αποτελέσουν εργαλείο αξιολόγησης για την ποιότητα και αφορούν στο σύστημα και διαδικασία, στη συνεργασία, τα στοιχεία των μελών στα αποτελέσματα των παρεμβάσεων και στην ετοιμότητα για αλλαγή και προσθήκες.



### 3.3

<b>ID</b> <b>17</b>	Hadjistavropoulos, H.,Sagan, M.,Bierlin, C., Lawson, K. ,Development of a case management quality questionnaire, Journal of Care Management, 2003; 35 ;8-17
<b>1</b>	Σαφές ερευνητικό ερώτημα: ικανοποίηση ασθενών-μελών φροντίδας στο σπίτι.
<b>2</b>	Τύπος μελέτης/Σχεδιασμός: Ποσοτική, με χρήση ερωτηματολογίου.
<b>3</b>	Ξεκάθαρος σκοπός: η ανάπτυξη ενός εργαλείου για την μέτρηση της ικανοποίησης.
<b>4.</b>	Δείγμα/Συλλογή δεδομένων: 100 ασθενείς 78 μέλη των οικογενειών τους σε focus group.
<b>5.</b>	Έγκυρες μετρήσεις: ελέγχθηκε το περιεχόμενο των ερωτήσεων, οι απαντήσεις μετρήθηκαν σε κλίμακα Likert πέντε βαθμίδων.
<b>6.</b>	Γίνεται περιγραφή των στατιστικών μεθόδων: συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων με την ικανοποίηση,Whitman's test.
<b>7</b>	Γίνεται επαρκής περιγραφή των αποτελεσμάτων. Η κλίμακα CMQQ, κρίθηκε κατάλληλη για την ανατροφοδότηση των ασθενών και την ανάπτυξη της διαχείρισης της ποιότητας των παρεμβάσεων από την επαγγελματική ομάδα.

### 3.4

<b>ID 12</b>	Scrivens, E., Cummingham, D., Clarlton, J., Holland, W. Measuring the impact of health interventions a review of available instruments, <i>Effective Health Care</i> , 1999; 23;247-261.
<b>1</b>	Σαφές ερευνητικό ερώτημα: για την παρουσία ερευνητικών εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας
<b>2</b>	Τύπος μελέτης/Σχεδιασμός: Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση.
<b>3</b>	Ξεκάθαρος σκοπός: διερεύνηση των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η χρήση τους στον τομέα της διοίκησης.
<b>4.</b>	Δείγμα/Συλλογή δεδομένων: από έγκυρες δημοσιευμένες πηγές, τομέας: διοίκησης,management and health care.,κριτήρια ποιοτικής αποτίμησης
<b>5.</b>	Έγκυρες μετρήσεις: δεν αναφέρονται
<b>6.</b>	Γίνεται περιγραφή των στατιστικών μεθόδων: δεν αναφέρονται
<b>7</b>	Γίνεται επαρκής περιγραφή των αποτελεσμάτων. Η συστηματική ανασκόπηση της μελέτης, έδειξε τη σημασία κατασκευής εργαλείων μέτρησης της ποιότητας, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά κάθε εθνικού συστήματος υγείας και την οργάνωση και στοχοθεσία των υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι σύμφωνα με τους δείκτες ποιότητας.

### 3.5

<b>ID</b> <b>3</b>	Macdonnell, SA., Vassim, S,Brown, W,Perry, H., Thacker,S. 2007, Measuring health programme effectiveness in the field: an assesmnet tool, <i>Prehospital Disaster Medicine</i> , 2007; 22; 396-405
<b>1</b>	Σαφές ερευνητικό ερώτημα: αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα.
<b>2</b>	Τύπος μελέτης/Σχεδιασμός: Ποιοτική μελέτη, ημι-δομημένη συνέντευξη.
<b>3</b>	Ξεκάθαρος σκοπός: η υποστήριξη των εργαζομένων για την συζήτηση των δυνατών και αδύναμων σημείων της οργάνωσης τους
<b>4.</b>	Δείγμα/Συλλογή δεδομένων: επαγγελματίες ιδιωτικής εταιρείας προγράμματος φροντίδα στο σπίτι, μικρό σε δείγμα αλλά το 100% συμμετοχής.
<b>5.</b>	Έγκυρες μετρήσεις: μέτρηση περιεχομένου των ερωτήσεων με Crombah Alpha.
<b>6.</b>	Γίνεται περιγραφή των στατιστικών μεθόδων: η ανάλυση περιεχομένου των θεματικών ενότητων
<b>7</b>	Γίνεται επαρκής περιγραφή των αποτελεσμάτων. Τέσσερις θεματικές ενότητες για τα αποτελέσματα της παρέμβασης, δυνατότητα εκπαίδευσης του προσωπικού, συνθήκες εργασίας, συνεργασία οργάνωσης με άλλες υπηρεσίες. Ικανοποίηση των επαγγελματιών,ανάγκη για διαρκή αξιολόγηση για την ανατροφοδότηση των εργαζομένων και την επιτυχή έκβαση των παρεμβάσεών τους.

### 3.6

<b>ID</b> <b>1</b>	Beech, R., Russell, W., Little, R., Sherlow-Jones,S. An evaluation of multidisciplinary team for intermediate care at home”, <i>Journal of Intermediate care</i> , 2004; 10; 12-16.
<b>1</b>	Σαφές ερευνητικό ερώτημα: αξιολόγηση της ολοκληρωμένης φροντίδας στο σπίτι από διεπαγγελματική ομάδα
<b>2</b>	Τύπος μελέτης/Σχεδιασμός: Ποιοτική μελέτη, ημι-δομημένη συνέντευξη.
<b>3</b>	Ξεκάθαρος σκοπός: η ανάδειξη ενός εφικτού συστήματος αξιολόγησης φροντίδα στο σπίτι
<b>4.</b>	Δείγμα/Συλλογήδεδομένων. 100 Επαγγελματίες, 100 εξυπηρετούμενοι 31 φροντιστές
<b>5.</b>	Έγκυρες μετρήσεις: μέτρηση περιεχομένου των ερωτήσεων με C.A.
<b>6.</b>	Γίνεται περιγραφή των στατιστικών μεθόδων: η ανάλυση περιεχομένου των θεματικών ενότητων
<b>7</b>	Γίνεται επαρκής περιγραφή των αποτελεσμάτων. Κατάλληλο εργαλείο για την μέτρηση της ποιότητας. Θεματικές ενότητες τέσσερις. Η διερεύνηση των πραγματικών αναγκών των μελών αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την διαδικασία της αξιολόγησης.

### 3.7

<b>ID</b> <b>18</b>	Gradles, M. Efficiency versus quality in the NHS, in Portugal:methodologies for evaluation, <i>Acta Medica Portugese</i> , 2008; 5; 397-420.
<b>1</b>	Σαφές ερευνητικό ερώτημα: Παρουσία μεθόδων για αξιολόγηση
<b>2</b>	Τύπος μελέτης/Σχεδιασμός: Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση από το 1990-εώς σήμερα.
<b>3</b>	Ξεκάθαρος σκοπός: ανάδειξη της κατάλληλης μεθοδολογίας για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών
<b>4.</b>	Δείγμα/Συλλογή δεδομένων. Πηγές για την αξιολόγηση και ποιότητα από μελέτες στο τομέα της διοίκησης και της υγείας. Κριτήρια ποιοτικής αποτίμησης, χρονικός περιορισμός.
<b>5.</b>	Έγκυρες μετρήσεις: μέτρηση δεν αναφέρονται
<b>6.</b>	Γίνεται περιγραφή των στατιστικών μεθόδων: δεν αναφέρονται
<b>7</b>	Γίνεται επαρκής περιγραφή των αποτελεσμάτων. Κατάλληλο εργαλείο για την αξιολόγηση με δείκτες ποιότητας την διαδικασία και το αποτέλεσμα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4.**

<b>ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ</b>	<b>ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ (ΣΚΟΠΟΙ)</b>	<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ</b>
<b>ΔΟΜΗ</b>	<b>ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ</b>	1.Φυσικά χαρακτηριστικά της δομής, 2.Εξοπλισμός για τις παρεμβάσεις, 3.Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού, ωράριο, μισθοδοσία, καθηκοντολόγιο-ρόλοι, 4.Προγραμματισμός, έλεγχος, δυνατά σημεία, δυνατότητα αλλαγών σχετικά με την οργάνωση τον προγραμματισμό και τις συνθήκες εργασίας.
<b>ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ</b>	<b>ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΛΕΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	1.Πρόσβαση 2.Ιατρική φροντίδα (έγκυρη διάγνωση κατάστασης υγείας, συνταγογράφηση, διερεύνηση αναγκών υγείας, οργάνωση σχεδίου παρακολούθησης για το μέλος, τρόπος επικοινωνίας με αυτό κ.α.) 3.Νοσηλευτική φροντίδα (διερεύνηση αναγκών υγείας, εξετάσεις, προληπτικοί έλεγχοι, έγκαιρη αντιμετώπιση ζητήματος υγείας, παραπομπή κ.α.). 4.Κοινωνική φροντίδα (διερεύνηση κοινωνικών αναγκών, ενημέρωση μέλους και σύνδεσή του με την κοινότητα, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, εκπαίδευση μέλους και των φροντιστών του κ.α.)
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ</b>	<b>ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΞΙΟΠΡΕΠΟΥΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ</b>	Εκπαίδευση επαγγελματιών, σταθερότητα φροντίδας, διασύνδεση και ενδυνάμωση με την ευρύτερη κοινότητα, διάχυση καινοτόμων πρακτικών, τεκμηρίωση της βελτίωσης της υγείας εξυπηρετούμενου, πληροφόρηση, ικανοποίηση αυτού και των μελών-φροντιστών, ικανοποίηση επαγγελματία.