

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Νοσοκομειακή περίθαλψη στο σπίτι Ένα μοντέλο υψηλού επιπέδου κλινικής διαχείρισης ασθενών στην κοινότητα

Οι κοινωνικές, δημογραφικές και οικονομικές προκλήσεις για τα συστήματα υγείας προσανατολίζουν προς νέες μορφές εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας. Το «Νοσοκομείο στο Σπίτι» (ΝοΣ) είναι ένα νέο μοντέλο φροντίδας, το οποίο τυγχάνει ιδιαίτερης ανάπτυξης σε προηγμένες χώρες και επιστημονικού ενδιαφέροντος για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η περιγραφή του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας αυτού του νέου μοντέλου διαχείρισης ασθενών στην κοινότητα, καθώς και η αναφορά στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητά του. Η υπηρεσία είναι ανεπτυγμένη με διαφορετικό τρόπο σε διάφορες χώρες. Σε κάποια μοντέλα λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα και σε άλλα ο νοσηλευτής και ο ιατρός είναι οι μόνοι πρωταγωνιστές. Ασθενείς με οξεία και χρόνια προβλήματα μπορούν να λαμβάνουν μεγάλο εύρος σύνθετων και υψηλού επιπέδου υπηρεσιών κατ' οίκον. Οι αναφορές για τη θεραπευτική έκβαση και την ασφάλεια των ασθενών, την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση των ασθενών είναι ανάλογες σε σύγκριση με αυτές της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Η αξιολόγηση του κόστους του μοντέλου είναι σημαντικό να εξεταστεί υπό το γενικότερο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας μιας χώρας. Γενικότερα, το ΝοΣ φαίνεται να συμβαδίζει με τους στόχους της υγειονομικής μεταρρύθμισης για υψηλή ποιότητα υπηρεσιών και ασθενοκεντρική φροντίδα. Για το δημόσιο ελληνικό τομέα η εφαρμογή του θα αποτελούσε μια πρωτοποριακή, ρηξικέλευθη, οικονομική και ποιοτική επιλογή στην παροχή υπηρεσιών υγείας, χρησιμοποιώντας μάλιστα και ως μέτρο σύγκρισης τα κριτήρια και την εμπειρία από την πολύχρονη εφαρμογή του εν λόγω συστήματος στον ιδιωτικό τομέα.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το νοσοκομείο θεωρείτο μέχρι πρόσφατα «ο ιδανικός χώρος» για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με οξεία αλλά και χρόνια νοσήματα. Τις τελευταίες δεκαετίες, παρ' όλα αυτά, αμφισβητήθηκε το συγκεκριμένο μοντέλο περίθαλψης και αναπτύχθηκαν νέοι τρόποι διαχείρισης ασθενών. Αιτία γι' αυτή τη στροφή αποτέλεσαν οι μελέτες που έδειχναν ότι ασθενείς, κυρίως ηλικιωμένοι, διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για ανεπιθύμητες καταστάσεις κατά την ενδονοσοκομειακή φροντίδα τους, όπως κατακλίσεις, ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, οξεία σύγχυση, αλλά και αυξημένη θνητότητα, τα οποία επιβάρυναν οικονομικά τα συστήματα υγείας.^{1,2}

Έτσι, πολλές χώρες διερεύνησαν εναλλακτικές λύσεις στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα εξ αιτίας του αυξημέ-

νου κόστους φροντίδας, της πίεσης για απελευθέρωση νοσοκομειακών κλινών και της πεποίθησης ότι η ενδο-νοσοκομειακή φροντίδα, σε ορισμένες ομάδες ασθενών, δεν οδηγεί στην καλύτερη έκβαση. Οι σύγχρονες τάσεις στη φροντίδα υγείας ευοδώνουν εναλλακτικές στην παραδοσιακή ενδονοσοκομειακή φροντίδα με τη δημιουργία και τη λειτουργία συστημάτων περίθαλψης περισσότερο εξατομικευμένων, ασφαλών και ευέλικτων, που αξιοποιούν την τεχνολογία και τις ευρυζωνικές υπηρεσίες. Ένα τέτοιο εναλλακτικό μοντέλο περίθαλψης για ασθενείς με οξεία και χρόνια νοσήματα είναι το «Νοσοκομείο στο Σπίτι» (ΝοΣ).

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η περιγραφή του μοντέλου νοσοκομειακής περίθαλψης στο σπίτι και η ανάλυση των παραμέτρων που σχετίζονται με την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά του μέσα από την εκτεταμένη αναζήτηση της βιβλιογραφίας.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(2):149-157
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2015, 32(2):149-157

Θ. Αδαμακίδου,¹
Μ. Σταθάτος,²
Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου³

¹Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό
Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα

²Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού,
Αχαρναί Αττικής

³Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Αθήνα

Hospital at home: A new model
of high quality clinical community
care

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Αποδοτικότητα
Αποτελεσματικότητα
Ικανοποίηση
Νοσοκομειακή περίθαλψη στο σπίτι
Νοσοκομείο στο σπίτι
Οργάνωση

Υποβλήθηκε 17.10.2014

Εγκρίθηκε 28.10.2014

Διεξήχθη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας της τελευταίας εικοσαετίας, με λέξεις-κλειδιά “hospital at home”, “hospital in the home”, “admission avoidance”, “home hospitalization”, “early discharge hospital at home” και “acute high-tech home care” στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus.

2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ «ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Σε μια κοινωνία όπου η διασφάλιση καλής υγείας των πολιτών σε ένα οργανωμένο κράτος αποτελεί την κορωνίδα των κοινωνικών παροχών ήταν επόμενο το κόστος της περίθαλψης να διογκώνεται σταδιακά και οι ανεπάρκειες να καθίστανται εμφανείς. Έτσι, μέσα από τις ατέλειες της αποκλειστικής νοσοκομειακής περίθαλψης αναπτύχθηκε ένα νέο μοντέλο περίθαλψης, το οποίο φιλοδοξούσε να παρέχει υπηρεσίες εξωνοσοκομειακά, για ένα συγκεκριμένο φάσμα νοσημάτων, χωρίς να υστερεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με το νοσοκομείο αλλά με στόχο να είναι οικονομικά βιώσιμο για το σύστημα υγείας.

Το μοντέλο αυτό ονομάστηκε «νοσοκομείο στο σπίτι» ή “hospital at home” και άρχισε να εφαρμόζεται στη Γαλλία το 1961 και αργότερα και σε άλλες χώρες, ενώ γνώρισε ιδιαίτερη άνθιση στη δεκαετία του 1980. Σύμφωνα με το μοντέλο ΝοΣ, παρέχεται φροντίδα υγείας νοσοκομειακού επιπέδου σε ασθενείς με σοβαρά οξεία ή χρόνια νοσήματα, στο σπίτι τους. Οι ασθενείς έχουν ως μοναδική εναλλακτική τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο, εάν απουσιάζει αυτή η υπηρεσία από το σύστημα υγείας.³ Σκοπός της υπηρεσίας είναι η επανεκτίμηση, η αποκατάσταση και η μείωση, η καθυστέρηση ή η αποφυγή της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.⁴

Πολλοί είναι οι λόγοι, οι οποίοι δρώντας συνεργικά και υλοποιώντας προσδοκίες παρόχων, χρηστών και συστημάτων υγείας συνέβαλαν στη διατήρηση, στην ανάπτυξη και στην εξέλιξη του μοντέλου του ΝοΣ και της κατ’οίκον φροντίδας γενικότερα.^{5,6} Συγκεκριμένα, ο αυξημένος αριθμός των ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων ασθενών, η μεγάλη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας από τις ανωτέρω ομάδες σε συνδυασμό με τη γεωγραφική ανισοκατανομή και επί πλέον η μειωμένη προσπελασιμότητα και διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας για κάποιες γεωγραφικές περιοχές, επιτάχυναν την ανάπτυξη της συγκεκριμένης εναλλακτικής μορφής φροντίδας προσδίδοντάς της το πλεονέκτημα της μοναδικής, σε κάποιες περιπτώσεις, προσβάσιμης υπηρεσίας. Η τεχνολογική ανάπτυξη και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης αύξησαν τη δυνατότητα παροχής σύνθετων και εξειδικευμένων υπηρεσιών με ασφάλεια, στο σπίτι. Επίσης, η αυξημένη εμπλοκή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στις αποφάσεις που σχετίζονται με την υγεία τους και η

επιλογή της κατ’οίκον φροντίδας έναντι της νοσοκομειακής συνέβαλαν στην εξάπλωση του μοντέλου.^{6,7}

Κρίνεται σκόπιμο να γίνει η διάκριση μεταξύ της υπηρεσίας ΝοΣ και της υπηρεσίας κατ’οίκον φροντίδας υγείας (home health care). Η τελευταία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ιατρικής, νοσηλευτικής, κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης, με τη χρήση απλών ή σύνθετων τεχνολογικών εφαρμογών⁹ χωρίς όμως να απαιτείται η καθημερινή και εντατική ιατρονοσηλευτική παρέμβαση. Επιπρόσθετα, η κατ’οίκον φροντίδα υγείας αφορά κύρια στην ανάρρωση, την αποθεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών για χρονικό διάστημα που ποικίλλει ανάλογα με τις ανάγκες φροντίδας των χρηστών.⁹

2.1. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας

Η υπηρεσία του ΝοΣ είναι ανεπτυγμένη σε διαφορετικό βαθμό και με διαφορετικό τρόπο σε χώρες όπως η Ιταλία, η Αγγλία, ο Καναδάς, η Νέα Ζηλανδία, η Αυστραλία, το Ισραήλ, η Γαλλία και η Αμερική. Κάθε χώρα ανάλογα με το σύστημα υγείας που διαθέτει έχει εφαρμόσει τροποποιήσεις και προσαρμογές προκειμένου αυτό να είναι οικονομικά βιώσιμο και ποιοτικά επαρκές, αλλά και να καλύπτει συγκεκριμένα κενά στη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη.⁷

Αν και το μοντέλο παροχής φροντίδας από το ΝοΣ μπορεί να διαφέρει στις διάφορες χώρες στις οποίες εφαρμόζεται, στα περισσότερα μοντέλα οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την άμεση παροχή φροντίδας, την παρακολούθηση και το συντονισμό της φροντίδας, ενώ ο ρόλος του ιατρού είναι η εποπτεία, οι παραπομπές στην υπηρεσία και η διενέργεια επισκέψεων σε καθημερινή ή εβδομαδιαία βάση. Οι φυσικοθεραπευτές και οι εργοθεραπευτές είναι οι ειδικότητες που συνεργάζονται συχνότερα με την υπηρεσία. Συνεργασία υπάρχει, όταν κρίνεται σκόπιμο, με κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές και διαιτολόγους.^{5,10} Το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό πρέπει να έχει κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, να γνωρίζει και να εφαρμόζει τις κατευθυντήριες οδηγίες και τα πρωτόκολλα θεραπείας για τη φροντίδα στο σπίτι. Η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και η καταγραφή των παρεμβάσεων είναι εξίσου σημαντική, όπως στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα, και ο φάκελος του ασθενούς μπορεί να διατηρείται στο σπίτι του ή στην υπηρεσία.⁷

Η υπηρεσία ΝοΣ μπορεί να εντάσσεται οικονομικά και λειτουργικά σε ένα νοσοκομείο ή να είναι ανεξάρτητη από αυτό. Τα βασικά μοντέλα του ΝοΣ που διακρίνονται στη βιβλιογραφία³ είναι (α) αυτό που αφορά στην ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων σε εξωτερικούς ασθενείς, στο σπίτι τους, (β) εκείνο που αφορά στην ενδοφλέβια έγχυση παρουσία ιατρού στο χώρο του ιατρείου, (γ) το τρίτο μοντέλο, το

οποίο εφαρμόζεται ευρέως στην Αμερική και αφορά στην παροχή κατ' οίκον φροντίδας από έναν οργανισμό, σε μετεγχειρητικούς ασθενείς οι οποίοι μεταφέρονται πρώιμα στο σπίτι τους και λαμβάνουν μετεγχειρητική νοσηλεία και εξειδικευμένες θεραπείες από νοσηλευτές με μικρή ή καμιά ιατρική παρέμβαση και (δ) το τέταρτο μοντέλο, στο οποίο παρέχεται οξεία νοσοκομειακού επιπέδου περίθαλψη στο σπίτι, με σύνθετες νοσηλευτικές παρεμβάσεις και παρουσία ιατρού με επισκέψεις που κυμαίνονται από 1 επίσκεψη/2-3 ημέρες έως 2-3 επισκέψεις/ημέρα. Αυτό αφορά σε δύο είδη περιπτώσεων: (α) Στην αποφυγή της εισαγωγής στο νοσοκομείο (admission avoidance), όπου το πρόβλημα αντιμετωπίζεται εξ ολοκλήρου στο σπίτι του ασθενούς και (β) στην πρώιμη έξοδο από το νοσοκομείο (early discharge), όπου ο ασθενής λαμβάνει την αρχική θεραπεία στο νοσοκομείο και τη συνεχίζει στην οικία του.^{11,12}

2.2. Οι ασθενείς

Οι ασθενείς που λαμβάνουν φροντίδα διακρίνονται στους οξείως και τους χρονίως πάσχοντες.⁵

Οι χρόνιοι πάσχοντες είναι ασθενείς που εμφανίζουν συχνές υποτροπές και χρειάζονται τακτικές νοσηλείες, όπως οι ηλικιωμένοι, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, με αναπνευστικά νοσήματα, οι ασθενείς τελικού σταδίου, οι ασθενείς περιορισμένης κινητικότητας που αδυνατούν να εκτελέσουν καθημερινές δραστηριότητες αυτοφροντίδας.^{3,5,13,14}

Οι ασθενείς με οξεία προβλήματα είναι ασθενείς κάθε ηλικίας, οι οποίοι ως αποτέλεσμα ενός οξέος προβλήματος υγείας χρειάζονται βραχύχρονη φροντίδα και οι οποίοι είτε εξέρχονται νωρίτερα από το νοσοκομείο είτε αμέσως μετά την εκτίμησή τους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) εντάσσονται στην υπηρεσία ΝοΣ και συνεχίζουν τη θεραπεία τους κατ' οίκον.^{7,18} Αυτοί είναι συνήθως ασθενείς με κατάγματα ισχίου,¹⁵ με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ),^{16,17} εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση,^{18,19} πνευμονία, ενδοκαρδίτιδα,²⁰ ουρολοίμωξη, κυτταρίτιδα,²¹ διάρροια, έμετο, οστεομυελίτιδα, καθώς και άλλα νοσήματα.^{3,22}

Οι προϋποθέσεις ταξινόμησης³ νοσολογικών καταστάσεων ως ικανών να νοσηλευτούν στο σπίτι είναι (α) το νόσημα να εμφανίζεται συχνά και να αποτελεί σημαντική αιτία εισαγωγών στο νοσοκομείο, (β) η διάγνωση να τίθεται με απλά μέσα, άμεσα και με ασφάλεια, χωρίς έλεγχο με επεμβατικές τεχνικές και (γ) η θεραπεία να είναι σαφώς καθορισμένη και να μπορεί να πραγματοποιηθεί στο σπίτι με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Η διαθεσιμότητα των φροντιστών που λαμβάνουν μέρος στη θεραπεία είναι απαραίτητη, αλλά όχι αναγκαία προϋπόθεση.

Οι βασικές αρχές λειτουργίας³ του ΝοΣ ως ένα κλινικό μοντέλο στο οποίο παρέχεται ενεργητική θεραπεία από επαγγελματίες, στο σπίτι του ασθενούς, για μια κατάσταση που θα απαιτούσε οξεία ενδονοσοκομειακή θεραπεία, παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

2.3. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες

Οι υπηρεσίες θεραπείας και φροντίδας υγείας παρέχονται σε 24ωρη βάση. Ορισμένα μοντέλα παρέχουν υψηλού επιπέδου φροντίδα στο σπίτι, όπως μηχανικός αερισμός, ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών και αντιθρομβωτικών, εντερική και παρεντερική διατροφή, παρακεντήσεις, ενώ άλλα μοντέλα επικεντρώνονται στη νοσηλευτική φροντίδα.²³ Ορισμένα μοντέλα απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών (π.χ. ηλικιωμένοι, ασθενείς με μετεγχειρητική αποκατάσταση ολικής αρθροπλαστικής ισχίου), ενώ άλλα απευθύνονται σε ασθενείς με διαφορετικά προβλήματα.^{10,23} Στον πίνακα 2 αναφέρονται ενδεικτικά υπηρεσίες που παρέχονται από το ΝοΣ.^{4,12,24}

Αναγκαία προϋπόθεση για τη λειτουργία και την παροχή τόσο σύνθετων και εξειδικευμένων παρεμβάσεων είναι η χρήση προηγμένης τεχνολογίας.⁷

Συχνή είναι η χρήση αυτόματων φορητών αντλιών προγραμματισμένης έγχυσης, συσκευών συνεχούς παρακολούθησης (monitors), κεντρικών φλεβοκαθετήρων, συμπυκνωτών οξυγόνου και αναπνευστήρων.^{18,25} Για την επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και της θεραπευτικής ομάδας αλλά και την παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών χρησιμοποιείται το (video)-τηλέφωνο. Επίσης,

Πίνακας 1. Βασικές προϋποθέσεις για τη λειτουργία του Νοσοκομείου στο Σπίτι.

Παρέχεται θεραπεία μιας κατάστασης, η βαρύτητα της οποίας απαιτεί συνήθως νοσηλεία
Παρέχεται θεραπεία που απαιτεί νοσοκομειακό τεχνολογικό εξοπλισμό
Υπάρχει αποδοχή της ευθύνης από το νοσοκομείο ή το σύστημα υγείας για τη νοσηλεία
Οι ασθενείς συνεχίζουν να θεωρούνται ενδονοσοκομειακοί, παρ' ότι νοσηλεύονται στην κοινότητα, στην οικία τους. Η κλίνη τους θεωρείται νοσοκομειακή κλίνη και δύναμη του νοσοκομείου
Η προμήθεια των φαρμακευτικών προϊόντων, των υλικών και η διενέργεια ιατρικών και ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων υλοποιούνται όπως και στον ενδονοσοκομειακό ασθενή
Παρέχεται 24ωρη ιατρική φροντίδα
Παρέχεται 24ωρη νοσηλευτική φροντίδα
Παρέχεται συντονισμένη φροντίδα, όπως στον ενδονοσοκομειακό ασθενή
Επιβάλλεται η συγκατάθεση των ασθενών στη θεραπεία

Πίνακας 2. Ενδεικτικές παρεχόμενες υπηρεσίες από το Νοσοκομείο στο Σπίτι.

Ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών και υγρών
Ενδοφλέβια χορήγηση αντιθρομβωτικών, κορτικοστεροειδών
Ενδοφλέβια ινóτροπη και διουρητική θεραπεία
Μεταγγίσεις αίματος και παραγώγων
Παρεντερική σίτιση
Οξυγονοθεραπεία, αναπνευστική φυσικοθεραπεία και υποστήριξη
Εφαρμογή ουροκαθετήρα, ρινογαστρικού καθετήρα
Αλλαγή τραχειοσωλήνα, τραυμάτων, ελκών, στομιών
Εργοθεραπεία, λογοθεραπεία
Χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ανακουφιστική φροντίδα
Παρακεντήσεις θώρακα και ασκίτικης συλλογής, αλλαγές τραυμάτων
Φροντίδα επιπόκου, λεχιάδας και βρέφους
Εκπαίδευση και συμβουλευτική ασθενούς και οικογένειας

πολύ συχνά πραγματοποιούνται εξετάσεις με φορητούς υπερηχογράφους, καρδιογράφους, αναλυτές αίματος και ακτινολογικά μηχανήματα.^{7,26-28}

Στα χρόνια νοσήματα, οι τεχνολογικές εφαρμογές μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα και το συντονισμό της φροντίδας, να μειώσουν την αναγκαιότητα της επί τόπου παρακολούθησης και να επιλύσουν προβλήματα πρόσβασης.⁷ Έτσι, για παράδειγμα, με τη χρήση της τηλε-παρακολούθησης το προσωπικό εκτιμά το αίτημα μεταφοράς σε ΤΕΠ κατά τη διάρκεια της νύκτας, μετά από αξιολόγηση σε πραγματικό χρόνο της καρδιακής και της αναπνευστικής λειτουργίας ενός ασθενούς.

3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ «ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Κρίνεται σκόπιμο να παρατεθεί ότι οι πρώτες αναφορές για το ΝοΣ στη βιβλιογραφία αρχίζουν τη δεκαετία του 1990, γεγονός που έμμεσα αποδεικνύει τη θέση την οποία άρχισε να λαμβάνει μέσα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, αναδείχθηκαν και προβληματισμοί για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του μοντέλου, που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη, τη λειτουργία, τη διάδοση και τη διατήρησή του.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Institute of Medicine,²⁹ οι στόχοι ποιότητας για τα συστήματα υγείας στον 21ο αιώνα είναι η ασφάλεια (safety), η αποτελεσματικότητα (effectiveness), η ασθενοκεντρική προσέγγιση (patient centered), η έγκαιρη παροχή των υπηρεσιών (timely), η αποδοτικότητα (efficiency) και η δικαιοσύνη (equitability). Οι στόχοι αυτοί, στο πλαίσιο της παρούσας ανασκόπησης,

θα συνοψιστούν σε τρεις τομείς και θα ακολουθήσουν αναφορές που σχετίζονται με τη θεραπευτική έκβαση και την ασφάλεια των ασθενών κατ'οίκον, την ποιότητα ζωής των ασθενών και την ικανοποίηση των ασθενών/φροντιστών και, τέλος, στο κόστος φροντίδας της υπηρεσίας ΝοΣ.

3.1. Θεραπευτική έκβαση και ασφάλεια των ασθενών

Το ΝοΣ δεν θα αποτελούσε μια εναλλακτική μορφή φροντίδας εάν η έκβαση των ασθενών και τα θέματα ασφάλειας (επιπλοκές, ανεπιθύμητες καταστάσεις) δεν ήταν τουλάχιστον παρόμοια με αυτά της κλασικής ενδο-νοσοκομειακής φροντίδας.

Μια προοπτική τυχαίοποιημένη μελέτη³⁰ διενεργήθηκε για να αξιολογήσει τη συχνότητα επανεισαγωγών και τη θνησιμότητα σε ηλικιωμένους ασθενείς με έξαρση της χρόνιας αναπνευστικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ). Σε παρακολούθηση 6 μηνών διαπιστώθηκε μικρότερη επίπτωση επανεισαγωγών στο νοσοκομείο της ομάδας των ηλικιωμένων του ΝοΣ (n=52) σε σύγκριση με την ομάδα που νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο (n=52) (42% έναντι 87%, p<0,001), αλλά οι ασθενείς του ΝοΣ είχαν το πλεονέκτημα ότι παρακολούθησαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από την υπηρεσία. Η θνησιμότητα μεταξύ των δύο ομάδων δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές. Η ομάδα όμως του ΝοΣ παρουσίασε επί πλέον βελτίωση της κατάθλιψης και της ποιότητας ζωής.

Σε άλλη μελέτη με ηλικιωμένους ανοϊκούς ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν κατ'οίκον λόγω υποσιτισμού, λοιμώξεων ή ΑΕΕ, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη θνησιμότητα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.³¹

Σε τυχαίοποιημένη μελέτη³² με 199 ασθενείς που έλαβαν φροντίδα από νοσηλευτές στο ΝοΣ διαπιστώθηκε σημαντικά μικρότερος χρόνος νοσηλείας σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν ενδο-νοσοκομειακή φροντίδα (8 έναντι 14,5 ημέρες). Οι ασθενείς αισθάνονταν ασφάλεια και η επιβάρυνση των φροντιστών δεν ήταν μεγαλύτερη από εκείνη της ενδο-νοσοκομειακής φροντίδας.³³

Το μοντέλο του ΝοΣ του νοσοκομείου John Hopkins προϋποθέτει εντατικοποιημένη νοσηλευτική φροντίδα και τουλάχιστον μία ιατρική επίσκεψη την ημέρα.³⁴ Οι ασθενείς που έλαβαν φροντίδα από το ΝοΣ με οξεία προβλήματα υγείας έκαναν μικρότερη χρήση ηρεμιστικών και είχαν λιγότερα επεισόδια οξείας νοητικής σύγχυσης.³⁵ Οι ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση στην εκτέλεση των ADL (activities of daily living) και IADL (instrumental activities of daily living) σε σύγκριση με εκείνους που έλαβαν ενδο-νοσοκομειακή φροντίδα.^{36,37}

Συγκριτική μελέτη³⁸ σε ηλικιωμένους ασθενείς στους οποίους μελετήθηκε η ανάπτυξη παραληρήματος (με το εργαλείο αξιολόγησης Delirium Rating Scale) κατά τη διάρκεια της φροντίδας στο σπίτι ή στο νοσοκομείο έδειξε, σε πολυμεταβλητή ανάλυση, ότι ο χώρος φροντίδας ήταν ο μόνος παράγοντας που σχετιζόταν στατιστικώς σημαντικά με την εμφάνιση του παραληρήματος. Ο παραληρηματικός ασθενής έπρεπε να νοσηλευτεί για περισσότερες ημέρες ανάλογα με τη διάρκεια και τη σοβαρότητα του παραληρήματος, αποδεικνύοντας ότι το περιβάλλον της οικίας λειτουργεί προστατευτικά στην εμφάνισή του. Σημαντική είναι επίσης και η μείωση των ιατρογενών ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, των πτώσεων και των ανεπιθύμητων καταστάσεων.³⁹

Σε άλλη μελέτη⁴⁰ βρέθηκε ότι 30% των ασθενών με αρθροπλαστική ισχίου που έλαβαν φροντίδα κατ' οίκον έκαναν επανεισαγωγή στο νοσοκομείο. Το αποτέλεσμα αυτό πιθανόν να σχετίζεται με την επιθυμία και την προτίμησή τους προς την ενδονοσοκομειακή φροντίδα και όχι στην αναποτελεσματικότητα του ΝοΣ.

Πρόσφατη μετα-ανάλυση⁴¹ αναφέρει ότι υπήρχε σημαντική μείωση της συχνότητας των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο των ασθενών που νοσηλεύονταν λόγω έξαρσης της ΧΑΠ στο σπίτι.

Σε άλλη μετα-ανάλυση¹¹ αναφέρονται ίδιοι δείκτες θνησιμότητας στους 3 μήνες για τους ασθενείς του ΝοΣ (admission avoidance) και εκείνων που έλαβαν ενδονοσοκομειακή φροντίδα, ενώ στους 6 μήνες η θνησιμότητα ήταν στατιστικώς σημαντικά μικρότερη για τους ασθενείς του ΝοΣ (adjusted hazard ratio [HR]: 0,62, 95% CI: 0,45–0,87, $p=0,005$). Οι επανεισαγωγές ήταν περισσότερες αλλά όχι όμως στατιστικά σημαντικές (adjusted HR: 1,49, 95% CI: 0,96–2,33, $p=0,08$), ενώ οι ασθενείς βρέθηκε να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με το ΝοΣ. Το γενικό συμπέρασμα των ερευνητών ήταν ότι για επιλεγμένους ασθενείς το ΝοΣ έχει παρόμοια έκβαση με την ενδονοσοκομειακή φροντίδα και παρόμοιο ή μικρότερο κόστος φροντίδας.

Σε μια άλλη πρόσφατη μετα-ανάλυση³⁹ αναφέρεται στατιστικά σημαντική μείωση της θνησιμότητας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και μείωση της συχνότητας των επανεισαγωγών συγκριτικά με την ενδονοσοκομειακή φροντίδα.

Θέματα ασφάλειας των επαγγελματιών υγείας στην υπηρεσία ΝοΣ απασχολούν επίσης τους παρόχους των υπηρεσιών, τους εργαζόμενους σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο και τους ερευνητές.

3.2. Ποιότητα ζωής των ασθενών και ικανοποίηση των ασθενών

Σε μελέτη⁴² για την αποτελεσματικότητα του ΝοΣ ανα-

φέρεται ότι δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση στην ποιότητα ζωής των ασθενών 4 εβδομάδες και 3 μήνες μετά από τη φροντίδα τους στις δύο υπηρεσίες (ενδονοσοκομειακή και ΝοΣ). Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής επιτεύχθηκε με το εργαλείο EuroQoL EQ-5D και το COOP WONCA.

Η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου που λάμβαναν χημειοθεραπεία κατ' οίκον δεν παρουσίαζε στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σύγκριση με τους ασθενείς του νοσοκομείου. Η ικανοποίηση των ασθενών στο ΝοΣ από τη φροντίδα ήταν στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη από την ομάδα των ασθενών του νοσοκομείου,⁴³ ενώ υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών αναφέρονται και στη μετα-ανάλυση των Shepperd et al.¹²

Σε μελέτες ασθενών με ΧΑΠ βρέθηκε ότι οι ασθενείς που έλαβαν φροντίδα από το ΝοΣ είχαν λιγότερες επισκέψεις στο ΤΕΠ, εμφάνιζαν καλύτερη ποιότητα ζωής, ήταν περισσότερο ενημερωμένοι για την ασθένεια και την κατάστασή τους, ενώ μετά από 8 εβδομάδες παρακολούθησης σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν ενδονοσοκομειακή θεραπεία ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα κατ' οίκον, η οποία διενεργήθηκε με πολλές επισκέψεις νοσηλευτών και σημαντικά μικρότερη εμπλοκή των ιατρών, αναδεικνύοντας το σημαντικό ρόλο των νοσηλευτών στη λειτουργία της υπηρεσίας.^{44,45}

Άλλη μελέτη³² αναφέρει αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών του ΝοΣ από την προσωπική φροντίδα, την επικοινωνία και τα θεραπευτικά οφέλη της παραμονής στο σπίτι. Όμοια υψηλά επίπεδα ικανοποίησης ασθενών και φροντιστών αναφέρονται και σε άλλες μελέτες.^{18,35,36,39} Μάλιστα, παρ' όλο που η ύπαρξη φροντιστή δεν ήταν απαραίτητη (30% των ασθενών δεν χρειάζονταν φροντιστή), η επιβάρυνση των φροντιστών, όταν αυτή απαιτείτο, ήταν μικρότερη,³⁴ ενώ σε άλλη μελέτη³⁹ παρατίθεται ότι η επιβάρυνση των φροντιστών δεν επηρεάζεται.

Γενικότερο συμπέρασμα είναι ότι η έκβαση από τη φροντίδα επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση. Όταν η έκβαση είναι ανάλογη μεταξύ των δύο ομάδων, τότε οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα στο ΝοΣ σε σύγκριση με την ενδονοσοκομειακή φροντίδα.⁸

3.3. Το κόστος της φροντίδας

Ο υπολογισμός του πραγματικού κόστους της φροντίδας είναι ιδιαίτερα δύσκολος, καθώς αυτό επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Οι οικονομολόγοι της υγείας εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στο ΝοΣ, ως μια οικονομικότερη εναλλακτική επιλογή από αυτή της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, με την αξιολόγηση της μείωσης της διάρκειας νοσηλείας ως μέσο αποφυγής της ενδονοσοκομειακής φροντίδας και μείωσης έτσι του κόστους φροντίδας.^{2,18,46}

Σε παλαιότερες μελέτες, το κόστος του ΝοΣ συγκριτικά με εκείνο της ενδοноσοκομειακής φροντίδας ήταν ανάλογο ή μεγαλύτερο.^{1,5} Μελέτες της τελευταίας δεκαετίας αναδεικνύουν ανάλογο ή μικρότερο κόστος των ασθενών που λαμβάνουν φροντίδα από το ΝοΣ σε σύγκριση με την κλασική νοσοκομειακή φροντίδα.^{11,12} Αναφέρεται μάλιστα ότι το μέσο κόστος ανά ασθενή είναι μικρότερο και κυμαίνεται στο 14–44% σε σύγκριση με το ενδοноσοκομειακό.²² Η ελάττωση αυτή ερμηνεύεται από τη μειωμένη ζήτηση εργαστηριακών εξετάσεων και τη μειωμένη χρήση διαγνωστικών μεθόδων υψηλής τεχνολογίας.³⁴

Παρόμοια είναι τα συμπεράσματα πρόσφατης μελέτης,⁴⁷ στην οποία αναφέρεται ότι το μέσο κόστος ανά ασθενή ήταν 19% μικρότερο απ' ό,τι το μέσο κόστος νοσηλείας στο νοσοκομείο για συγκρινόμενες ομάδες ασθενών. Η διαφορά αυτή προερχόταν από τον ελάχιστο μέσο όρο διάρκειας νοσηλείας και τη μικρότερη χρήση κλινικών εξετάσεων, γεγονός που αποδεικνύει την υπερκατανάλωση των διαγνωστικών εξετάσεων παρά την ίδια κλινική έκβαση και την ικανοποίηση των ασθενών των δύο ομάδων. Ο Montalto αναφέρει για 500 νοσοκομειακές κλίνες, οι οποίες δεν είναι εντός του κτηρίου του νοσοκομείου.¹⁸

Σε μελέτη³⁰ ασθενών με ΧΑΠ, η ομάδα του ΝοΣ παρουσίασε στατιστικά μικρότερο κόστος σε σύγκριση με την ομάδα του νοσοκομείου (101,4±61,3 \$ έναντι 151,7±96,4 \$, $p=0,002$). Ανάλογα ήταν τα αποτελέσματα μελέτης⁴⁸ σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, όπου το κόστος νοσηλείας των ασθενών του νοσοκομείου ήταν διπλάσιο από εκείνο των ασθενών του ΝοΣ (280,62 € έναντι 110,98 €), εύρημα που επιβεβαιώνεται και από άλλη μελέτη.⁴⁹ Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα⁵⁰ για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (2.541±1.334 € στο σπίτι έναντι 4.502±2.153 € στο νοσοκομείο, $p<0,001$), παρά το γεγονός της αυξημένης διάρκειας νοσηλείας στο ΝοΣ.

Στον αντίποδα βρίσκονται τα αποτελέσματα της μελέτης των Harris et al,⁵¹ όπου αναφέρεται ότι το κόστος του ΝοΣ ήταν σχεδόν διπλάσιο συγκριτικά με εκείνο της ενδοноσοκομειακής φροντίδας, αλλά σε ανάλυση ευαισθησίας οι μελετητές συμπέραναν ότι αν το τμήμα ΝοΣ λειτουργούσε στη μέγιστη δυναμική του (εξοπλισμός, στελέχωση και απρόσκοπτες υπηρεσίες), το κόστος νοσηλείας θα ήταν εφάμιλλο του νοσοκομείου.

Η μέση διάρκεια νοσηλείας (length of stay) διαφέρει μεταξύ των μελετών, με αντανάκλαση στα προβλήματα υγείας των ασθενών και στην οργάνωση του συστήματος υγείας.¹⁶ Αναφέρεται³² ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν μικρότερη στο ΝοΣ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (μέση διαφορά -14,13 ημέρες, 95% CI: -20,18 έως -7,08, $p<0,02$) ή μεγαλύτερη (μέση διαφορά 15,90 ημέρες, 95% CI: 8,10–23,70, $p<0,0001$).

Η παρεντερική αντιμικροβιακή θεραπεία σε εξωτερικούς ασθενείς (outpatient parenteral antimicrobial therapy, OPAT) στο πλαίσιο της υπηρεσίας ΝοΣ αναφέρεται να σχετίζεται με μικρότερο κόστος σε σύγκριση με το κόστος της ενδοноσοκομειακής θεραπείας, με την ίδια ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.^{24,52}

Αναφέρεται επίσης ότι μοντέλα τα οποία βασίζονται στις υπηρεσίες των γενικών ιατρών έχουν υψηλότερο κόστος σε σύγκριση με μοντέλα που συντονίζονται από νοσηλευτές ή μοντέλα στα οποία υπάρχει συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών υγείας.⁷

Γενικότερα, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα της υπηρεσίας ΝοΣ προτείνεται να εξετάζεται μέσα στο συνολικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας ενός συστήματος υγείας μιας χώρας και όχι ως μια ανεξάρτητη υπηρεσία. Να εξετάζεται επίσης ως τμήμα της συνέχειας της φροντίδας και των υπηρεσιών, όπου στο ένα άκρο βρίσκεται το νοσοκομείο και στο άλλο άκρο οι παρεχόμενες στην κοινότητα υπηρεσίες.^{5,8}

4. ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ «ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Η περιγραφή του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας αλλά και της αποτελεσματικότητας του ΝοΣ παρουσιάζει πλεονεκτήματα, αλλά δημιουργεί και προβληματισμούς.

Τα πλεονεκτήματα της υπηρεσίας διακρίνονται επιγραμματικά σε οφέλη για τους ασθενείς και για το σύστημα υγείας. Στα πλεονεκτήματα για τους ασθενείς περιλαμβάνονται η μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με την ενδοноσοκομειακή φροντίδα (νοσοκομειακές λοιμώξεις, πτώσεις, σύγχυση, κατακλίσεις), η μεγιστοποίηση της ανεξαρτησίας του ασθενούς, η αύξηση της αίσθησης ελέγχου και η βελτίωση της ευεξίας, η αυξημένη άνεση, το οικείο περιβάλλον, ο λιγότερος θόρυβος, η ανάλογη ή η καλύτερη κλινική έκβαση των περιστατικών σε σύγκριση με τη νοσοκομειακή φροντίδα για συγκεκριμένες περιπτώσεις, η μεγαλύτερη ικανοποίηση ασθενών και φροντιστών, η μείωση των επανεισαγωγών.^{1,7,24,53}

Στα πλεονεκτήματα για το σύστημα υγείας περιλαμβάνονται η απελευθέρωση νοσοκομειακών κλινών, οι μικρότερες λίστες αναμονής και η μείωση του κόστους φροντίδας, καθώς αποφεύγεται η ενδοноσοκομειακή φροντίδα.^{1,18,22,24}

Υπάρχουν όμως και προβληματισμοί για την υπηρεσία, όπως για το κόστος της φροντίδας, την ψυχοσωματική επιβάρυνση των φροντιστών και της οικογένειας, για τα κριτήρια εισόδου των ασθενών στην υπηρεσία και την πρόσβαση των ασθενών σε εργαστηριακές και θεραπευτικές παρεμβάσεις από ειδικευμένο προσωπικό.^{1,7,18}

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση διέπεται από κάποιους περιορισμούς, οι οποίοι προκύπτουν από τη διαφορετικότητα (α) στον ορισμό των υπηρεσιών ΝοΣ, (β) στην οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών από χώρα σε χώρα και (γ) στη διαφορετικότητα των ερευνητικών δεδομένων, των αποτελεσμάτων και των μελετών.

Οι διενεργούμενες μελέτες, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω, έρχονται να απαντήσουν σε ερωτήματα, σε προβληματισμούς, ίσως και σε ασάφειες που διέπουν τον τρόπο λειτουργίας του ΝοΣ. Συγχρόνως, η γνώση σε συνδυασμό με την εμπειρία από τον τρόπο λειτουργίας μπορεί να οδηγήσει σε ασφαλή μοντέλα φροντίδας νοσοκομειακού επιπέδου κατ' οίκον, σε συνάρτηση πάντα με το υπάρχον σύστημα υγείας κάθε χώρας.

Συνοψίζοντας, βασικά κριτήρια που οφείλει να πληροί η υπηρεσία ΝοΣ για να είναι ανάλογα αποτελεσματική με την ενδονοσοκομειακή φροντίδα θεωρούνται:^{1,54} (α) Η έκβαση των ασθενών (π.χ. ανεξαρτησία, θνησιμότητα, επανεισαγωγές σε νοσοκομείο), η οποία πρέπει να είναι το ίδιο καλή –αν όχι καλύτερη– με την κλασική νοσοκομειακή μορφή φροντίδας, (β) το συνολικό κόστος φροντίδας, το οποίο πρέπει να είναι όχι περισσότερο και ιδεατά λιγότερο από αυτό της ενδονοσοκομειακής, (γ) το γεγονός ότι η υπηρεσία πρέπει να είναι αποδεκτή από τους ασθενείς και τους φροντιστές τους και (δ) η επιβάρυνση των φροντιστών

να είναι μικρότερη συγκριτικά με την ενδονοσοκομειακή φροντίδα.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ΝοΣ φαίνεται να συμβαδίζει με τους στόχους της υγειονομικής μεταρρύθμισης για υψηλή ποιότητα υπηρεσιών και ασθενοκεντρική φροντίδα. Για τα ελληνικά δεδομένα στο δημόσιο χώρο ίσως να αποτελεί ένα ανατρεπτικό είδος φροντίδας, δεδομένης της γενικότερης υπανάπτυξης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της κοινωνικής φροντίδας αλλά και της νοσοκομειοκεντρικής αντίληψης και απουσίας ευαισθητοποίησης του πληθυσμού σε τέτοιες μορφές φροντίδας. Ο ιδιωτικός τομέας, περισσότερο ευέλικτος και πρωτοπόρος, για αρκετά χρόνια δοκίμαζε και δοκιμάζει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του μοντέλου της κατ' οίκον νοσηλείας και του ΝοΣ στην Ελλάδα με πολύ καλές σε ορισμένες περιπτώσεις δομές υπηρεσιών υγείας. Αναμφίβολα, η ευρύτερη εφαρμογή του θεσμού αυτού θα αναβάθμιζε την προσφορά των υπηρεσιών υγείας εν γένει, παρέχοντας αποτελεσματική και αποδοτική φροντίδα υγείας ιδιαίτερα σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, βελτιώνοντας την ασφάλεια, την ποιότητα και την ικανοποίηση των ασθενών, πάντα υπό την προϋπόθεση της κατάλληλης επαγγελματικής εκπαίδευσης αλλά και οργάνωσης.

ABSTRACT

Hospital at home: A new model of high quality clinical community care

T. ADAMAKIDOU,¹ M. STATHATOS,² A. KALOKERINOU-ANAGNOSTOPOULOU³

¹Department of Nursing, Technological Educational Institute of Athens, Athens, ²Olympic Village Polyclinic, Acharnes, Attica, ³Department of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2015, 32(2):149–157

In recent years the various social, financial and demographic challenges of health systems worldwide have forced the reorientation of social and national organizations towards new forms of community health care. "Hospital at home" is one of the new models that has been developed very well and has gained significant scientific interest in some countries due to its efficiency and effectiveness. This review describes the way this new model of patient care is organized in order to be both beneficial to patients and advantageous to health systems. This service has been developed differently in various countries, with the involvement of either an interdisciplinary team or a duet of a doctor and a nurse. Patients with acute or chronic diseases can receive complex, high standard care at home. Patient outcome and safety, quality of life and patient satisfaction are equivalent to those in hospital care. Cost evaluation of this model should be planned within the general design of the services and the budget of every national health system. The hospital at home model appears to conform to the aims of health care reform for high quality patient-centered care. For the Greek public sector the application of such an entrepreneurial, groundbreaking, cost-efficient and high quality model could great improvement in the efforts towards best patient care, using as a measure of comparison the experience of the private sector home hospital care agencies.

Key words: Effectiveness, Efficiency, Home hospitalization, Hospital at home, Organization, Satisfaction

Βιβλιογραφία

1. CORRADO OJ. Hospital-at-home. *Age Ageing* 2001, 30(Suppl 3):11–14
2. LEFF B. Acute care at home. The health and cost effects of substituting home care for inpatient acute care: A review of the evidence. *J Am Geriatr Soc* 2001, 49:1123–1125
3. CHENG J, MONTALDO M, LEFF B. Hospital at home. *Clin Geriatr Med* 2009, 25:79–91
4. AFRITE A, CHALEIX M, COM-RUELLE L, VALDELIEVRE H. Hospital at home (HAH), a structured, individual care plan for patients. An exploitation of data from the 2006 HAH medical information systems program. *IRDES: Questions d'economie de la Sante* 2009, 140:1–8
5. BENTUR N. Hospital at home: What is its place in the health system? *Health Policy* 2001, 55:71–79
6. TARRICONE R, TSOUROS AD. The solid facts: Home care in Europe. WHO, Denmark, 2008
7. DLA PHILLIPS FOX. *Literature review and background analysis – Hospital in the home*. DLA Phillips Fox, Melbourne, 2009
8. RODRIGUEZ-VERJAN CF, AUGUSTO V, XIE X, BUTHION V. Economic comparison between hospital at home and traditional hospitalization using a simulation-based approach. *Journal of Enterprise Information Management* 2013, 26:135–153
9. MARRELLI TM. *Home health standards: Quality, documentation and reimbursement*. 5th ed. Elsevier, Missouri, 2012:2–74
10. DUKE M, STREET A. Hospital in the home: Constructions of the nursing role – a literature review. *J Clin Nurs* 2003, 12:852–859
11. SHEPPERD S, DOLL H, ANGUS RM, CLARKE MJ, ILIFFE S, KALRA L ET AL. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: A systematic review and meta-analysis of individual patient data. *CMAJ* 2009, 180:175–182
12. SHEPPERD S, DOLL H, BROAD J, GLADMAN J, ILIFFE S, LANGHORNE P ET AL. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, 1:CD000356
13. MARTIN F, OYEWOLE A, MOLONEY A. A randomized controlled trial of a high support hospital discharge team for elderly people. *Age Ageing* 1994, 23:228–234
14. COTTON MM, BUCKNALL CE, DAGG KD, JOHNSON MK, MACGREGOR G, STEWART C ET AL. Early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *Thorax* 2000, 55:902–906
15. BORI G, AIBAR J, LAFUENTE S, GALLART X, VALLS S, SUSO S ET AL. Hospital at home in elective total hip arthroplasty. *Hip Int* 2010, 20(Suppl 7):S58–S62
16. RICAUDA NA, BO M, MOLASCHI M, MASSAIA M, SALERNO D, AMATI D ET AL. Home hospitalization service for acute uncomplicated first ischemic stroke in elderly patients: A randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2004, 52:278–283
17. RICAUDA NA, TIBALDI V, MARINELLO R, BO M, ISAIA G, SCARAFIOTTI C ET AL. Acute ischemic stroke in elderly patients treated in hospital at home: A cost minimization analysis. *J Am Geriatr Soc* 2005, 53:1442–1443
18. MONTALTO M. The 500-bed hospital that isn't there: The Victorian Department of Health review of the hospital in the home program. *MJA* 2010, 193:598–601
19. CHONG BH, BRIGHTON TA, BAKER RI, THURLOW P, LEE CH; ASTH DVT STUDY GROUP. Once-daily enoxaparin in the outpatient setting versus unfractionated heparin in hospital for the treatment of symptomatic deep-vein thrombosis. *J Thromb Thrombolysis* 2005, 19:173–181
20. CERVERA C, DEL RÍO A, GARCÍA L, SALA M, ALMELA M, MORENO A ET AL. Efficacy and safety of outpatient parenteral antibiotic therapy for infective endocarditis: A ten-year prospective study. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2011, 29:587–592
21. CORWIN P, TOOP L, McGEACH G, THAN M, WYNN-THOMAS S, WELLS JE ET AL. Randomised controlled trial of intravenous antibiotic treatment for cellulitis at home compared with hospital. *Br Med J* 2005, 330:129
22. PERICÁS JM, AIBAR J, SOLER N, LÓPEZ-SOTO A, SANCLEMENTE-ANSÓ C, BOSCH X. Should alternatives to conventional hospitalization be promoted in an era of financial constraint? *Eur J Clin Invest* 2013, 43:602–615
23. CORRADO OJ. Caring for older hospital-at-home patients. *Age Ageing* 2000, 29:97–98
24. SEATON RA, BARR DA. Outpatient parenteral antibiotic therapy: Principles and practice. *Eur J Intern Med* 2013, 24:617–623
25. LLOYD-OWEN SJ, DONALDSON GC, AMBROSINO N, ESCARABILL J, FARRE R, FAUROUX B ET AL. Patterns of home mechanical ventilation use in Europe: Results from the Eurovent survey. *Eur Respir J* 2005, 25:1025–1031
26. ARTINIAN NT, FLACK JM, NORDSTROM CK, HOCKMAN EM, WASHINGTON OG, JEN KL ET AL. Effects of nurse-managed telemonitoring on blood pressure at 12-month follow-up among urban African Americans. *Nurs Res* 2007, 56:312–322
27. PARÉ G, JAANA M, SICOTTE C. Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: The evidence base. *J Am Med Inform Assoc* 2007, 14:269–277
28. GREEN BB, COOK AJ, RALSTON JD, FISHMAN PA, CATZ SL, CARLSON J ET AL. Effectiveness of home blood pressure monitoring, Web communication, and pharmacist care on hypertension control: A randomized controlled trial. *JAMA* 2008, 299:2857–2867
29. INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press, 2001. Available at: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>
30. AIMONINO RICAUDA N, TIBALDI V, LEFF B, SCARAFIOTTI C, MARINELLO R, ZANOCCHI M ET AL. Substitutive “hospital at home” versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: A prospective randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2008, 56:493–500
31. TIBALDI V, AIMONINO N, PONZETTO M, STASI MF, AMATI D, RASPO S ET AL. A randomized controlled trial of a home hospital intervention for frail elderly demented patients: Behavioral disturbances and caregiver's stress. *Arch Gerontol Geriatr Suppl* 2004, 9:431–436
32. WILSON A, PARKER H, WYNN A, JAGGER C, SPIERS N, JONES J ET AL. Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care. *Br Med J*

- 1999, 319:1542–1546
33. WILSON A, WYNN A, PARKER H. Patient and carer satisfaction with “hospital at home”: Quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2002, 52:9–13
 34. LEFF B, BURTON L, MADER SL, NAUGHTON B, BURL J, INOUE SK ET AL. Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Ann Intern Med* 2005, 143:798–808
 35. LEFF B, BURTON L, MADER SL, NAUGHTON B, BURL J, CLARK R ET AL. Satisfaction with hospital at home care. *J Am Geriatr Soc* 2006, 54:1355–1363
 36. CAPLAN GA, COCONIS J, WOODS J. Effect of hospital in the home treatment on physical and cognitive function: A randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005, 60:1035–1038
 37. LEFF B, BURTON L, MADER SL, NAUGHTON B, BURL J, GREENOUGH WB 3rd ET AL. Comparison of functional outcomes associated with hospital at home care and traditional acute hospital care. *J Am Geriatr Soc* 2009, 57:273–278
 38. ISAIA G, ASTENGO MA, TIBALDI V, ZANOCCHI M, BARDELLI B, OBIALERO R ET AL. Delirium in elderly home-treated patients: A prospective study with 6-month follow-up. *Age (Dordr)* 2009, 31:109–117
 39. CAPLAN GA, SULAIMAN NS, MANGIN DA, AIMONINO RICAUDAN, WILSON AD, BARCLAY L. A meta-analysis of “hospital in the home”. *Med J Aust* 2012, 197:512–519
 40. SHEPPERD S, ILIFFE S. The effectiveness of hospital at home compared with in-patient hospital care: A systematic review. *J Public Health Med* 1998, 20:344–350
 41. JEPPESEN E, BRURBERG KG, VIST GE, WEDZICHA JA, WRIGHT JJ, GREENSTONE M ET AL. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, 5:CD003573
 42. RICHARDS SH, COAST J, GUNNELL DJ, PETERS TJ, POUNSFORD J, DARLOW MA. Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care. *Br Med J* 1998, 316:1796–1801
 43. BORRAS JM, SANCHEZ-HERNANDEZ A, NAVARRO M, MARTINEZ M, MENDEZ E, PONTON JL ET AL. Compliance, satisfaction, and quality of life of patients with colorectal cancer receiving home chemotherapy or outpatient treatment: A randomised controlled trial. *Br Med J* 2001, 322:826
 44. HERMIZ O, COMINO E, MARKS G, DAFFURN K, WILSON S, HARRIS M. Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ* 2002, 325:938
 45. HERNANDEZ C, CASAS A, ESCARRABILL J, ALONSO J, PUIG-JUNOY J, FARRERO E ET AL. Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J* 2003, 21:58–67
 46. LEFF B. Defining and disseminating the hospital-at-home model. *CMAJ* 2009, 180:156–157
 47. CRYER L, SHANNON SB, VAN AMSTERDAM M, LEFF B. Costs for “hospital at home” patients were 19 percent lower, with equal or better outcomes compared to similar inpatients. *Health Aff (Millwood)* 2012, 31:1237–1243
 48. TIBALDI V, ISAIA G, SCARAFIOTTI C, GARIGLIO F, ZANOCCHI M, BO M ET AL. Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure. A prospective randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2009, 169:1569–1575
 49. BOARD N, BRENNAN N, CAPLAN GA. A randomised controlled trial of the costs of hospitals as compared with hospital in the home for acute medical patients. *Aust N Z J Public Health* 2000, 24:305–311
 50. MENDOZA H, MARTIN MJ, GARCÍA A, ARÓS F, AIZPURU F, REGALADO DE LOS COBOS J ET AL. “Hospital at home” care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2009, 11:1208–1213
 51. HARRIS R, ASHTON T, BROAD J, CONNOLLY G, RICHMOND D. The effectiveness, acceptability and costs of a hospital-at-home service compared with acute hospital care: A randomized controlled trial. *J Health Serv Res Policy* 2005, 10:158–166
 52. PALADINO JA, PORETZ D. Outpatient parenteral antimicrobial therapy today. *Clin Infect Dis* 2010, 51(Suppl 2):S198–S208
 53. McCAIN J. Hospital at home saves 19% in real-world study. *Manag Care* 2012, 21:22–26
 54. LEFF B, MONTALTO M. Home hospital-toward a tighter definition. *J Am Geriatr Soc* 2004, 52:2141

Corresponding author:

T. Adamakidou, Department of Nursing, Technological Educational Institute of Athens, Athens, Greece
 e-mail: adamakidou@yahoo.gr

