

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας ως πυλώνας βιωσιμότητας του συστήματος υγείας Άτυποι φροντιστές, προκλήσεις και προοπτικές

Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας (ΜΦΥ) αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο των συστημάτων υγείας, προσφέροντας υποστήριξη σε άτομα με χρόνιες παθήσεις, αναπηρίες ή δυσκολίες λόγω γήρανσης. Ως κρίσιμο μέρος της μετανοσοκομειακής φροντίδας αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων ατόμων μέσω τυπικών και άτυπων υπηρεσιών. Στην Ελλάδα, η ΜΦΥ περιλαμβάνει κατ' οίκον υπηρεσίες, κλειστές και ανοικτές δομές, καλύπτοντας ανάγκες όπως νοσηλευτική φροντίδα, αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη. Οι άτυποι φροντιστές, κυρίως μέλη οικογένειας, παρέχουν ζωτικής σημασίας στήριξη, αλλά συχνά αντιμετωπίζουν ψυχολογικές, οικονομικές και εκπαιδευτικές προκλήσεις. Αναγκαία μέτρα περιλαμβάνουν οικονομικά κίνητρα, νομικές διευκολύνσεις, επιμορφωτικά προγράμματα, ενίσχυση της ψυχικής ευεξίας και παροχή υπηρεσιών ανάπαυλας. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για τις γυναίκες, που συνιστούν την πλειονότητα των άτυπων φροντιστών και επωμίζονται δυσανάλογα βάρη, επισημαίνοντας την ανάγκη για κοινωνική ισότητα στις ευθύνες φροντίδας. Η εφαρμογή ολοκληρωμένων πολιτικών που συνδυάζουν την τυπική και την άτυπη φροντίδα είναι καθοριστικής σημασίας για τη διασφάλιση της ποιότητας φροντίδας, τη στήριξη των φροντιστών και τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης εξελίσσονται συνεχώς παγκοσμίως, ανταποκρινόμενα στις δημογραφικές αλλαγές, στις μεταβολές των ασθενειών, στην τεχνολογική πρόοδο και στις σύνθετες προκλήσεις χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών.^{1,2}

Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας (ΜΦΥ), ως μέρος της μετανοσοκομειακής φροντίδας, αποτελεί θεμελιώδη πυλώνα της υγειονομικής και κοινωνικής πολιτικής, ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Ελλάδα, όπου η έντονη γήρανση του πληθυσμού και οι αυξανόμενες κοινωνικοοικονομικές πιέσεις καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για βιώσιμες λύσεις. Η ΜΦΥ ορίζεται ως «ένα σύνολο υπηρεσιών που απευθύνονται σε ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν αδυναμία στην εκτέλεση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων εξ αιτίας χρόνιων παθήσεων, κινητικών ή νοητικών περιορισμών ή της φυσικής εξασθένησης που συνοδεύει τη διαδικασία της γήρανσης. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται με σεβασμό

στα δικαιώματά τους, στις θεμελιώδεις ελευθερίες και στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια».³ Η ΜΦΥ στοχεύει στη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών, μειώνοντας παράλληλα τις επανεισαγωγές. Οι υπηρεσίες ΜΦΥ περιλαμβάνουν τόσο τυπικές όσο και άτυπες μορφές φροντίδας.³⁻⁷

Στους τυπικούς φροντιστές ΜΦΥ ανήκει το εξειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό που προσφέρει, έναντι αμοιβής, τις υπηρεσίες του σε άτομα τα οποία χρήζουν υποστήριξης. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες τους ανταποκρίνονται σε ένα ευρύ φάσμα αναγκών, όπως ιατρονοσηλευτική παρακολούθηση, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη, καθώς και συνδρομή για την πραγματοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενούς.⁵

Ως άτυπη φροντίδα ορίζεται «η μη αμειβόμενη φροντίδα και η υποστήριξη που παρέχεται από μη επαγγελματίες φροντιστές, όπως μέλη της οικογένειας, φίλοι ή γείτονες, σε άτομα

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2026, 43(4):544-552
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2026, 43(4):544-552

Ε. Κωνσταντίνου,¹
Ι. Αποστολάκης,^{1,2}
Π. Σαράφης^{1,3}

¹Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
²Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
³Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Long-term health care as a cornerstone of health system sustainability: Informal caregiving, emerging challenges, and future perspectives

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ανακουφιστική φροντίδα
Άτυπος φροντιστής
Βιωσιμότητα συστημάτων υγείας
Μακροχρόνια φροντίδα υγείας

Υποβλήθηκε 27.3.2025
Εγκρίθηκε 19.4.2025

τα οποία χρειάζονται βοήθεια λόγω ασθένειας, χρόνιων παθήσεων, αναπηρίας ή περιορισμών που σχετίζονται με την τρίτη ηλικία».⁸⁻¹¹ Η άτυπη φροντίδα ωφελεί τους λήπτες, καθώς παρέχεται από άτομα του στενού τους περιβάλλοντος,⁸⁻¹⁰ ενώ οι άτυποι φροντιστές επωφελούνται με προσαρμοσμένα ωράρια και ειδική άδεια φροντίδας βάσει εθνικού δικαίου.¹² Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), οι γυναίκες συνιστούν την πλειονότητα των άτυπων φροντιστών, με το 13% των ατόμων ηλικίας 50+ να παρέχει άτυπη φροντίδα εβδομαδιαίως και το 60% των ηλικιωμένων να βασίζεται αποκλειστικά σε αυτή.¹³ Οι άτυποι φροντιστές αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, καθώς συμβάλλουν καθοριστικά στην παροχή ΜΦΥ. Χωρίς τη συμβολή τους, πολλά υγειονομικά συστήματα θα αδυνατούσαν να ανταποκριθούν στις αυξανόμενες ανάγκες φροντίδας του πληθυσμού, αντιμετωπίζοντας τον κίνδυνο κατάρρευσης. Ωστόσο, συχνά παραμελούνται στη διαμόρφωση πολιτικών και έρχονται αντιμέτωποι με ψυχολογικές, οικονομικές και κοινωνικές δυσκολίες.^{11,13,14}

2. Η ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

Στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες ΜΦΥ παρέχονται τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ψυχοσωματικής υγείας των εμπλεκόμενων μέσω οργανωμένης φροντίδας και διακρίνονται σε κατ' οίκον υπηρεσίες, σε κλειστές δομές και σε ανοικτές δομές.^{3,7}

2.1. Κατ' οίκον υπηρεσίες

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» παρέχει νοσηλευτική φροντίδα και υποστήριξη σε άτομα τρίτης ηλικίας ή σε ασθενείς οι οποίοι λόγω της σοβαρότητας της πάθησής τους αδυνατούν να μεταφερθούν σε κάποια υγειονομική δομή. Έτσι, αυτή παρέχεται στο οικιακό περιβάλλον του ασθενούς διευκολύνοντας την καθημερινότητά του σε δραστηριότητες, όπως η σίτιση και η προσωπική υγιεινή.

Αντίστοιχα, το πρόγραμμα «Νοσηλεία στο σπίτι» εξυπηρετεί κυρίως ασθενείς που χρήζουν συνεχούς ιατρονοσηλευτικής παρακολούθησης χωρίς να απαιτείται εισαγωγή τους σε κάποιο νοσοκομείο ή κλινική.^{3,7,15-17} Επιπρόσθετα, το πιλοτικό πρόγραμμα «Προσωπικός βοηθός για άτομα με αναπηρία» παρέχει εξατομικευμένη υποστήριξη από εκπαιδευμένους φροντιστές σε άτομα με αναπηρίες. Η εν λόγω πρωτοβουλία προάγει την κοινωνική ενσωμάτωση και συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, υποστηρίζοντας τη συμμετοχή τους σε εργασιακές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες.¹⁸

2.2. Κλειστές δομές

2.2.1. Κλειστές δομές αποκατάστασης και αποθεραπείας: Πρόκειται για εξειδικευμένα κέντρα που παρέχουν υπηρεσίες ολιστικής φροντίδας σε ασθενείς οι οποίοι έχουν υποστεί τραυματισμούς ή έχουν υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση του μυοσκελετικού ή του νευρικού συστήματος και σε ασθενείς με σοβαρές αναπηρίες ή νοητική υστέρηση. Σκοπός τους είναι η επαναφορά της λειτουργικής αυτονομίας του ασθενούς.³

2.2.2. Μονάδες Ανακουφιστικής Φροντίδας: Οι εν λόγω δομές στελεχωμένες από νοσηλευτές, ιατρούς, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς εστιάζουν στην ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών με σοβαρές ή προοδευτικά εξελισσόμενες χρόνιες παθήσεις, στην αναλγητική υποστήριξη αυτών και στην ψυχολογική υποστήριξη τόσο των ίδιων όσο και των οικογενειών τους. Περιλαμβάνουν νοσοκομειακές μονάδες, Κέντρα Ημερήσιας Ανακουφιστικής Φροντίδας Ασθενών (ΚΗΦΑ), Ξενώνες Ανακουφιστικής Φροντίδας Ασθενών (ΞΑΦΑ) και κατ' οίκον υπηρεσίες, εστιάζοντας στη διαχείριση πόνου και στην καθημερινή φροντίδα των ασθενών.^{3,16,19,20}

2.2.3. Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ): Πρόκειται για εξειδικευμένες δομές που παρέχουν στέγη και υποστήριξη σε άτομα τρίτης ηλικίας με σοβαρά προβλήματα υγείας τα οποία χρειάζονται παρατεταμένη περίοδο ανάρρωσης ή σε ασθενείς που απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα και αδυνατούν να διαβιώσουν αυτόνομα. Στοχεύουν στην προάσπιση της αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων και στην ανακούφιση των άτυπων φροντιστών από την επιβάρυνση της καθημερινής μέριμνας.^{3,7}

2.2.4. Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας (ΚΚΠ): Τα ΚΚΠ αποτελούν δομές ιδρυματικής φροντίδας που εξυπηρετούν ευάλωτες ομάδες, οι οποίες δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν ή στερούνται υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Ο ρόλος τους είναι καίριος για την κάλυψη των αναγκών των συγκεκριμένων ατόμων, όπως είναι η διατροφή, η διαμονή και η ιατρονοσηλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, στοχεύοντας στη διασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ωφελομένων.^{7,21}

2.3. Ανοικτές δομές

2.3.1. Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ): Πρόκειται για δομές που παρέχουν ημερήσιο κατάλυμα και φροντίδα σε άτομα τρίτης ηλικίας, τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν ή αδυνατούν να λάβουν φροντίδα λόγω επαγγελματικών, υγειονομικών ή οικονομικών περιορισμών των φροντιστών τους. Στοχεύουν στην αποφυγή της μόνιμης ιδρυματικής παραμονής των ηλικιωμένων,

διασφαλίζοντας αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης και αναβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής όλων των εμπλεκομένων. Συνεργάζονται με τοπικούς φορείς κοινωνικής πρόνοιας και υγείας και χρηματοδοτούνται από ευρωπαϊκούς πόρους.^{3,5,7}

2.3.2. Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ): Πρόκειται για δομές που προσφέρουν ψυχουσυναισθηματική υποστήριξη σε ηλικιωμένους, εξασφαλίζοντας ένα ήρεμο και ασφαλές περιβάλλον το οποίο προάγει την ψυχική τους ευεξία. Παράλληλα, μέσα από ψυχαγωγικές δραστηριότητες και επιμορφωτικά προγράμματα συμβάλλουν ενεργά στην κοινωνική ένταξη και στην ενδυνάμωση των ηλικιωμένων.²²

2.3.3. Κέντρα Κοινωνικής Φροντίδας (ΚΚΦ): Πρόκειται για ειδικά οργανωμένες δομές που παρέχουν κοινωνικές, υγειονομικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες σε άτομα με ανάγκες φροντίδας λόγω ηλικίας, αναπηρίας ή κοινωνικοοικονομικών δυσκολιών. Σε αυτές περιλαμβάνονται τα Κέντρα Διημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας για ΑμεΑ (ΚΔΗΦ), οι στέγες υποστηριζόμενης διαβίωσης (ΣΥΔ) για άτομα με νοητική υστέρηση, καθώς και παιδιατρικές δομές, όπως τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με Αναπηρία (ΚΔΑΠ ΑμεΑ), ειδικά σχεδιασμένες για παιδιά με σοβαρές ασθένειες ή αναπηρίες.^{5,7,23,24}

2.4. Δυνατότητες αξιοποίησης άτυπων φροντιστών

Η σχέση μεταξύ δομών ΜΦΥ και άτυπων φροντιστών είναι αμφίδρομη και ουσιαστική. Οι δομές ΜΦΥ υποστηρίζουν τους φροντιστές, προσφέροντάς τους εκπαίδευση, καθοδήγηση και πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, ενισχύοντας έτσι την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών. Επί πλέον, παρέχουν προσωρινή ανακούφιση (respite care), μειώνοντας την ψυχολογική και τη σωματική επιβάρυνσή τους. Τέλος, διευκολύνουν την ενημέρωσή τους για διαθέσιμες υπηρεσίες, παρέχουν συμβουλές για τη διαχείριση σύνθετων καταστάσεων και λειτουργούν ως συνδεδεμένος κρίκος με το δίκτυο επαγγελματιών υγείας, υποστηρίζοντας ολιστικά το έργο τους.

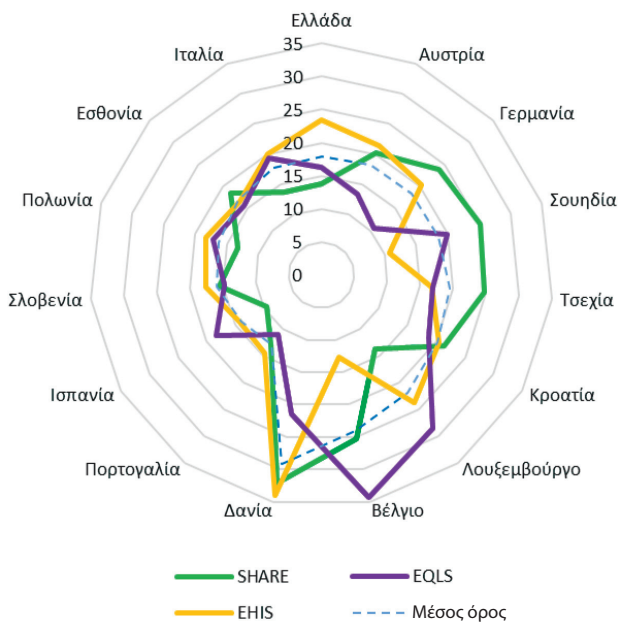
Παράλληλα, οι άτυποι φροντιστές συμβάλλουν καθοριστικά στη βιωσιμότητα των δομών ΜΦΥ, υποστηρίζοντας ψυχοσωματικά τους ωφελούμενους και εξασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας μεταξύ των επισκέψεων των επαγγελματιών κατ'όικον υπηρεσιών. Επίσης, ενημερώνουν τους ειδικούς για πιθανές μεταβολές της κλινικής εικόνας των φροντιζομένων ώστε να αναπροσαρμοστεί το σχέδιο φροντίδας τους και συνεργάζονται με τους επαγγελματίες υγείας για παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών. Ακόμη, συνοδεύουν τους χρήζοντες φροντίδας κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στις δομές, παρέχοντάς τους συναισθηματική ασφάλεια, συμπληρωματική υποστήριξη και

ενισχύουν τη συμμόρφωσή τους στις θεραπευτικές διαδικασίες. Μετά την έξοδο από τις δομές διασφαλίζουν τη συνέχιση της θεραπείας στο οικιακό περιβάλλον, σύμφωνα με τις συστάσεις που έχουν δοθεί. Επίσης, διευκολύνουν τη συμμετοχή των φροντιζομένων σε ψυχαγωγικές και επιμορφωτικές δραστηριότητες, παρέχοντας στήριξη για να ξεπεραστούν κινητικά ή ψυχολογικά εμπόδια και οργανώνουν τη μετακίνηση και την προσαρμογή τους. Τέλος, αξιοποιούν τις γνώσεις και την εμπειρία που αποκτούν από τις δομές για να ενισχύσουν την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας.

3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΤΥΠΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Έρευνες στον ευρωπαϊκό πληθυσμό, όπως οι (α) Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE),²⁵ (β) European Health Interview Survey (EHIS)²⁶ και (γ) European Quality of Life Survey (EQLS),²⁷ παρέχουν πολύτιμα δεδομένα σχετικά με τον επιπολασμό των άτυπων φροντιστών, ενώ παράλληλα προσφέρουν τη δυνατότητα ανάλυσης κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτούς.

Έτσι, ο επιπολασμός τους (μέσος όρος των τριών ερευνών):²⁸ (α) Κυμαίνεται περίπου στο 16% στην Εσθονία, στην Πολωνία και στη Σλοβενία, ενώ στην Ελλάδα είναι της τάξης του 18%. Τα ποσοστά των άτυπων φροντιστών σύμφωνα με την EQLS είναι αρκετά αυξημένα στο Βέλγιο και στο Λουξεμβούργο σε σχέση με τις EHIS και SHARE, ενώ, αντίθετα, για την Αυστρία, τη Γερμανία και τη Δανία παρουσιάζονται μειωμένα σε σχέση με τις άλλες δύο έρευνες. Επιπρόσθετα, αναφορικά με την Ελλάδα, τα ποσοστά σύμφωνα με την EHIS παρουσιάζονται σημαντικά αυξημένα σε σχέση με τις άλλες δύο έρευνες (εικ. 1, πίν. 1). (β) Μειώνεται στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες και επιπρόσθετα ποικίλλει μεταξύ των χωρών σε κάθε ηλικιακή ομάδα (εικ. 2, πίν. 2). (γ) Είναι υψηλότερος στις γυναίκες απ'ότι στους άνδρες, στο σύνολο σχεδόν των υπό εξέταση χωρών (εικ. 3, πίν. 3). (δ) Είναι χαμηλότερος στα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Οι εν λόγω διαφορές μπορεί να εξηγηθούν εν μέρει από τη γνωστή σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και υγείας.²⁹ Τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο συνήθως έχουν καλύτερη υγεία, γεγονός που ενδεχομένως τους επιτρέπει να αναλαμβάνουν πιο συχνά τον ρόλο του φροντιστή. Σημειώνεται ότι τα επίπεδα εκπαίδευσης κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με τη διεθνή τυποποιημένη ταξινόμηση της εκπαίδευσης (International Standard Classification of Education, ISCED) του 2011, ως εξής: χαμηλό (0–2), μεσαίο (3–4), υψηλό (5–8) (εικ. 4, πίν. 4).



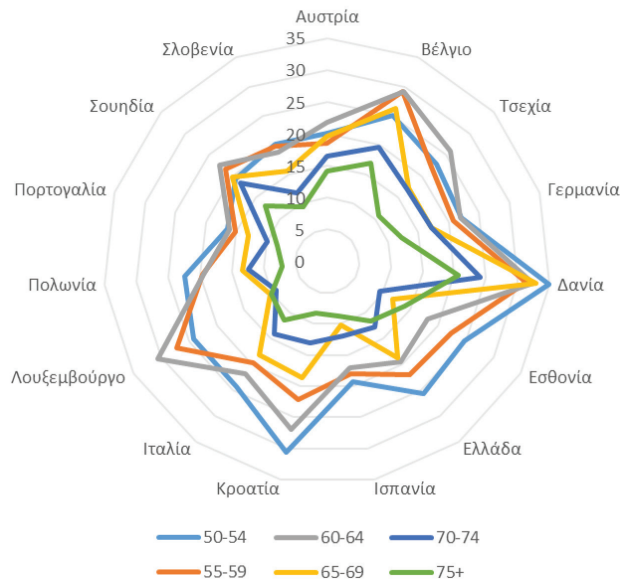
Εικόνα 1. Άτυποι φροντιστές ηλικίας >50 ετών (σταθμισμένα % ποσοστά). Προσαρμογή από Tur-Sinai et al²⁸ (υπό τους όρους της άδειας CCBY).

Πίνακας 1. Άτυποι φροντιστές ηλικίας >50 ετών (σταθμισμένα % ποσοστά).

Χώρα	SHARE	EHS	EQLS	Μέσος όρος
Ελλάδα	13,80	23,45	16,31	17,85
Αυστρία	20,13	21,33	13,31	18,25
Γερμανία	23,80	20,32	10,66	18,26
Σουηδία	25,14	10,76	20,00	18,63
Τσεχία	24,67	16,78	16,95	19,47
Κροατία	21,38	20,42	18,75	20,18
Λουξεμβούργο	13,75	23,77	28,57	22,03
Βέλγιο	25,31	12,75	34,28	24,11
Δανία	32,10	34,01	21,38	29,16
Πορτογαλία	13,05	14,56	11,18	12,93
Ισπανία	9,56	14,19	18,31	14,02
Σλοβενία	15,49	17,62	14,75	15,96
Πολωνία	13,28	18,37	17,20	16,28
Εσθονία	18,44	16,51	15,79	16,91
Ιταλία	13,66	20,02	19,40	17,70

Πηγή: Προσαρμογή από Tur-Sinai et al²⁸ (υπό τους όρους της άδειας CCBY)

Από τα παραπάνω ευρήματα προκύπτουν πολύτιμα συμπεράσματα που αναδεικνύουν τις κοινωνικές και δημογραφικές παραμέτρους της εποχής. Η άτυπη φροντίδα, αν και συνιστά κρίσιμη διάσταση της ΜΦΥ, συνοδεύεται συχνά από κοινωνικοοικονομικές ανισότητες για τους φροντιστές. Συνεπώς, αναδεικνύεται έντονα η ανάγκη κατανόησης και



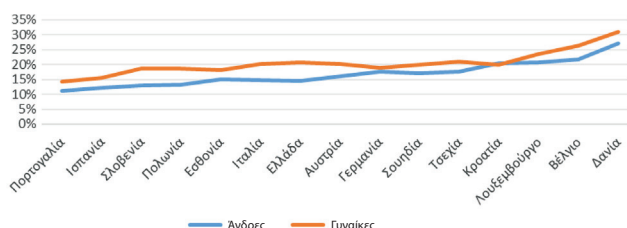
Εικόνα 2. Μέσος όρος δεδομένων από EHS, SHARE και EQLS: Άτυποι φροντιστές ηλικίας >50 ετών, ανά ηλικιακή ομάδα (σταθμισμένα % ποσοστά). Προσαρμογή από Tur-Sinai et al²⁸ (υπό τους όρους της άδειας CCBY).

Πίνακας 2. Άτυποι φροντιστές ηλικίας >50 ετών ανά ηλικιακή ομάδα (σταθμισμένα % ποσοστά).

Χώρα	Ηλικιακή ομάδα (έτη) (μέσος όρος στοιχείων από EHS, SHARE και EQLS)					
	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+
Αυστρία	20,12	18,49	21,75	19,60	16,57	14,22
Βέλγιο	25,14	29,11	29,24	26,21	19,66	16,80
Τσεχία	22,90	22,03	25,90	17,17	16,87	10,81
Γερμανία	22,01	20,77	21,93	17,16	17,20	12,25
Δανία	34,84	31,21	32,35	32,81	24,11	20,65
Εσθονία	24,80	22,43	18,14	11,73	9,42	14,04
Ελλάδα	25,53	21,91	19,55	18,69	12,77	11,63
Ισπανία	19,22	18,05	16,98	10,22	11,93	8,75
Κροατία	30,58	22,16	26,87	18,65	13,07	8,33
Ιταλία	24,19	19,68	21,82	18,16	14,14	11,35
Λουξεμβούργο	24,25	27,14	30,65	10,37	9,15	10,19
Πολωνία	22,38	19,64	19,48	13,43	12,41	7,05
Πορτογαλία	16,38	15,09	16,16	12,96	9,92	8,26
Σουηδία	19,27	21,54	22,69	19,89	18,36	13,08
Σλοβενία	20,07	19,86	18,71	15,44	11,70	9,36

Πηγή: Προσαρμογή από Tur-Sinai et al²⁸ (υπό τους όρους της άδειας CCBY)

αντιμετώπισης των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι άτυποι φροντιστές, ώστε να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα και η δικαιοσύνη των συστημάτων φροντίδας υγείας.

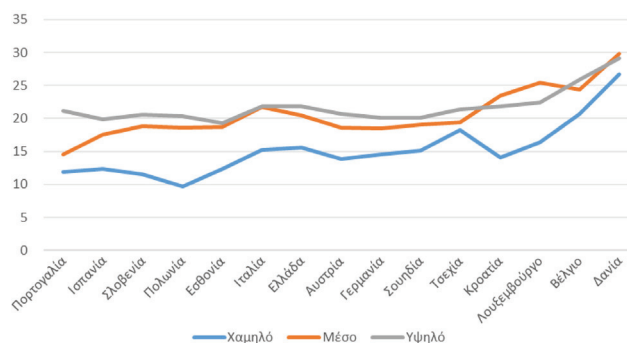


Εικόνα 3. Μέσος όρος δεδομένων από EHIS, SHARE και EQLS: Άτυποι φροντιστές ηλικίας >50 ετών, ανά φύλο (σταθμισμένα % ποσοστά). Προσαρμογή από Tur-Sinai et al²⁸ (υπό τους όρους της άδειας CC BY).

Πίνακας 3. Άτυποι φροντιστές ηλικίας >50 ετών ανά φύλο (σταθμισμένα % ποσοστά).

Χώρα	Φύλο (μέσος όρος στοιχείων από EHIS, SHARE και EQLS)	
	Ανδρες	Γυναίκες
Πορτογαλία	11,26	14,27
Ισπανία	12,16	15,63
Σλοβενία	12,96	18,54
Πολωνία	13,29	18,65
Εσθονία	14,98	18,21
Ιταλία	14,79	20,16
Ελλάδα	14,41	20,80
Αυστρία	16,00	20,25
Γερμανία	17,54	18,94
Σουηδία	17,13	19,99
Τσεχία	17,59	21,07
Κροατία	20,54	19,87
Λουξεμβούργο	20,59	23,43
Βέλγιο	21,62	26,30
Δανία	27,15	31,03

Πηγή: Προσαρμογή από Tur-Sinai et al²⁸ (υπό τους όρους της άδειας CC BY)



Εικόνα 4. Μέσος όρος δεδομένων από EHIS, SHARE και EQLS: Άτυποι φροντιστές ηλικίας >50 ετών, ανά επίπεδο εκπαίδευσης (σταθμισμένα % ποσοστά). Προσαρμογή από Tur-Sinai et al²⁸ (υπό τους όρους της άδειας CC BY).

Πίνακας 4. Άτυποι φροντιστές ηλικίας >50 ετών ανά επίπεδο εκπαίδευσης (σταθμισμένα % ποσοστά).

Χώρα	Επίπεδο εκπαίδευσης (μέσος όρος στοιχείων από EHIS, SHARE και EQLS)		
	Χαμηλό	Μέσο	Υψηλό
Πορτογαλία	11,94	14,59	21,16
Ισπανία	12,33	17,55	19,85
Σλοβενία	11,58	18,84	20,60
Πολωνία	9,66	18,55	20,31
Εσθονία	12,33	18,70	19,29
Ιταλία	15,22	21,68	21,89
Ελλάδα	15,57	20,50	21,86
Αυστρία	13,89	18,64	20,73
Γερμανία	14,53	18,55	20,09
Σουηδία	15,09	19,12	20,06
Τσεχία	18,22	19,46	21,34
Κροατία	14,10	23,48	21,88
Λουξεμβούργο	16,45	25,47	22,48
Βέλγιο	20,71	24,34	25,88
Δανία	26,72	29,82	29,11

Πηγή: Προσαρμογή από Tur-Sinai et al²⁸ (υπό τους όρους της άδειας CC BY)

Αναφέρεται ότι οι γυναίκες αποτελούν την πλειονότητα των άτυπων φροντιστών, με ποσοστό 59%, αντανακλώντας τις έμφυλες ανισότητες. Συχνά, επωμίζονται δυσανάλογο μερίδιο της φροντίδας, περιορίζοντας ή εγκαταλείποντας επαγγελματικές τους υποχρεώσεις.³⁰ Γυναίκες ηλικίας 45–64 ετών συχνά διακόπτουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα για να προσφέρουν φροντίδα, ενώ εκείνες ηλικίας 18–44 ετών περιορίζουν τις ώρες εργασίας τους. Αυτό συνεπάγεται πιθανή απώλεια εισοδημάτων και συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων. Η έλλειψη επαρκούς υποστήριξης τονίζει την ανάγκη για αλλαγή αντιλήψεων και χάραξη πολιτικών που προάγουν την ισότιμη κατανομή των ευθυνών φροντίδας.

Οι περισσότερες μελέτες παρουσιάζουν ασάφεια ως προς τον ορισμό της άτυπης φροντίδας και δεν προσδιορίζουν επακριβώς τη χρονική διάρκεια που περιλαμβάνει ο όρος «μακροχρόνια». Επί πλέον, η βάση δεδομένων SHARE επικεντρώνεται σε άτομα ηλικίας >50 ετών, γεγονός που περιορίζει την εξαγωγή συμπερασμάτων για νεότερους πληθυσμούς. Οι αποκλίσεις μεταξύ των μελετών υποδεικνύουν την ανάγκη για συλλογή δεδομένων με ενιαίο τρόπο ώστε να εξασφαλιστεί η συγκρισιμότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων για την άτυπη φροντίδα στην Ευρώπη.

Η εκτίμηση του αριθμού των άτυπων φροντιστών στις γηράσκουσες κοινωνίες είναι μια δραστηριότητα στρατη-

γικής σημασίας. Οποιαδήποτε προσπάθεια σχεδιασμού και εφαρμογής μέτρων και πολιτικών ΜΦΥ δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί χωρίς να ληφθεί υπ' όψιν ο ποσοτικά κρίσιμος ρόλος που διαδραματίζεται σε αυτόν τον τομέα από τους άτυπους φροντιστές, οι οποίοι εκτιμάται ότι υπερβαίνουν σε αριθμό τους επ' αμοιβή επαγγελματίες φροντιστές. Από ποιοτική άποψη, η αποτελεσματικότητα της επίσημης φροντίδας, τόσο σε θέματα υγείας όσο και σε οικονομικό επίπεδο, ενισχύεται σημαντικά όταν υιοθετείται μια ολιστική προσέγγιση. Αυτό σημαίνει ότι η τυπική και η άτυπη φροντίδα είναι δύο άρρηκτα συνδεδεμένα στοιχεία που πρέπει να παρέχονται με ολοκληρωμένο και συνεκτικό τρόπο.

4. ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΤΥΠΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

4.1. Ανάγκες άτυπων φροντιστών στην Ελλάδα

Οι άτυποι φροντιστές προσφέρουν καθοριστική στήριξη σε ευάλωτες ομάδες. Παρά τη συμβολή τους, οι ανάγκες τους συχνά παραμένουν ανικανοποίητες, καθιστώντας αναγκαία την ενίσχυσή τους για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της γήρανσης και της αυξημένης ζήτησης φροντίδας.^{11,13,31} Έτσι, οι ανάγκες των άτυπων φροντιστών μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στους παρακάτω βασικούς τομείς:

Ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη: Η ενασχόληση με τη φροντίδα μπορεί να είναι ένας ρόλος που χαρίζει ικανοποίηση και αίσθηση προσωπικής ανταπόδοσης.³² Ωστόσο, περιγράφεται συχνά ως εμπειρία χρόνιου stress και συναισθηματικής εξουθένωσης, επιβαρύνοντας τη σωματική και την ψυχική υγεία των φροντιστών. Επιπρόσθετα, το άγχος των φροντιστών μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, εντείνοντας τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν.^{33,34} Συνεπώς, προκύπτει επιτακτικά η ανάγκη παροχής ψυχολογικής υποστήριξης στους άτυπους φροντιστές και η συμμετοχή τους σε ομάδες συμβουλευτικής ώστε να καθοδηγηθούν στη διαχείριση του άγχους και της πίεσης που βιώνουν και να ενισχύσουν την ψυχική τους ευεξία.^{11,31}

Οικονομική υποστήριξη: Η φροντίδα επιφέρει σοβαρές οικονομικές και επαγγελματικές προκλήσεις για τους άτυπους φροντιστές, καθώς συχνά μειώνουν τις ώρες εργασίας ή εγκαταλείπουν την εργασία τους, επηρεάζοντας το εισόδημα και τα συνταξιοδοτικά τους δικαιώματα για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις που έχουν επωμιστεί. Παράλληλα, οι αυξημένες δαπάνες για φροντίδα, όπως η προμήθεια ειδικού εξοπλισμού, οι προσαρμογές του χώρου

διαμονής και τα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, προκαλούν σοβαρή οικονομική επιβάρυνση. Συνεπώς, είναι επιτακτική η ανάγκη παροχής χρηματοοικονομικής ενίσχυσης στους άτυπους φροντιστές για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας της παρεχόμενης φροντίδας.^{11,13,30,31,35}

Πρόσβαση σε εκπαίδευση: Οι άτυποι φροντιστές συχνά δεν διαθέτουν την απαιτούμενη εκπαίδευση και κατάρτιση για την παροχή φροντίδας, γεγονός που πιθανόν να επηρεάσει την αυτοπεποίθηση, τις ικανότητές τους και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Πολλοί άτυποι φροντιστές δηλώνουν απροετοίμαστοι για τον ρόλο τους, ενώ λαμβάνουν ελάχιστη ή καθόλου καθοδήγηση από παρόχους ΜΦΥ.³⁶ Συνεπώς, προκύπτει επιτακτικά η ανάγκη για παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης η οποία θα δώσει στους άτυπους φροντιστές γνώσεις και δεξιότητες, μειώνοντας παράλληλα το άγχος και την αβεβαιότητά τους. Τέλος, θα ενισχύσει την ψυχική τους ανθεκτικότητα και θα διασφαλίσει υψηλότερη ποιότητα φροντίδας για τους λήπτες.^{13,36}

4.1.4. Ιατρική και νοσηλευτική υποστήριξη στη φροντίδα:

Η ιατρονοσηλευτική υποστήριξη συνιστά ζωτική ανάγκη για τους άτυπους φροντιστές, οι οποίοι συχνά καλούνται να εκτελούν σύνθετες ιατρικές διαδικασίες χωρίς την απαραίτητη γνώση, αυξάνοντας έτσι την επιβάρυνση και τον κίνδυνο λαθών. Η παρέμβαση των ειδικών θα αποτρέψει πρακτικές των άτυπων φροντιστών που μπορεί να οδηγήσουν σε περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης των ληπτών φροντίδας. Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να κατανοούν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι οικογενειακοί φροντιστές και λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ιδιαίτερες συνθήκες κάθε οικογένειας, να παρέχουν εξειδικευμένη υποστήριξη και παρέμβαση, ιδίως σε περιπτώσεις όπου οι ανάγκες των φροντιζομένων υπερβαίνουν τις δυνατότητες των άτυπων φροντιστών.^{30,36}

4.2. Προτεραιότητες που πρέπει να θέσει η Ελλάδα για την υποστήριξή τους σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο

4.2.1. Οικονομική υποστήριξη: Τα προγράμματα «Μετρητά για φροντίδα» (cash-for-care) ή η χορήγηση επιδομάτων συνιστούν ουσιαστική προτεραιότητα για την οικονομική στήριξη των άτυπων φροντιστών, σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, καθώς παρέχουν οικονομική ενίσχυση είτε απ' ευθείας στους φροντιστές είτε στους φροντιζόμενους, εξασφαλίζοντας ευελιξία στις ρυθμίσεις φροντίδας. Η οικονομική εξάρτηση των άτυπων φροντιστών από τα φροντιζόμενα άτομα, σε συνδυασμό με την ενδεχόμενη υπερεστίαση στην προώθηση της άτυπης φροντίδας, μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρη αποχώρηση των φροντιστών

από την αγορά εργασίας. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής στην Ελλάδα καλούνται να εξισορροπήσουν τη διάρκεια και το μέγεθος των παροχών, αποζημιώνοντας επαρκώς τους φροντιστές, χωρίς να αποθαρρύνεται η συμμετοχή τους στην αγορά εργασίας ώστε η ρύθμιση να καταστεί βιώσιμη.^{11,12,14}

4.2.2. Θεσμική υποστήριξη: Η απουσία κρατικής υποστήριξης αναδεικνύει την ανάγκη για δράσεις, όπως η εξασφάλιση κοινωνικής ασφάλισης, περιλαμβανομένων συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων και εισφορών υγειονομικής ασφάλισης που θα ενισχύσουν τη βιωσιμότητα της άτυπης φροντίδας.¹¹ Ευέλικτες εργασιακές ρυθμίσεις, ειδικές άδειες και προστασία από διακρίσεις θα διευκολύνουν τους άτυπους φροντιστές να ισορροπήσουν ανάμεσα στη φροντίδα και στην εργασία.^{12,14,37,38} Τέλος, φορολογικά κίνητρα και ελαφρύνσεις μπορούν να μειώσουν το οικονομικό βάρος της φροντίδας, παρέχοντας στους φροντιστές τη δυνατότητα να ανταποκρίνονται πιο αποτελεσματικά στις ανάγκες των ευπαθών ηλικιωμένων που στηρίζουν.^{12,39}

4.2.3. Ψυχολογική υποστήριξη: Η φροντίδα ανάπαυλας (respite care) και η ψυχολογική στήριξη συνιστούν θεμελιώδεις προτεραιότητες για τη μέριμνα των άτυπων φροντιστών. Επίσης, προγράμματα συμβουλευτικής, ψυχοθεραπείας και ομάδες αυτοβοήθειας συνδράμουν στη διαχείριση του άγχους και της εξουθένωσής τους, προωθώντας την ανταλλαγή εμπειριών και ενισχύοντας την ψυχική ευημερία τους. Οι υπηρεσίες ανάπαυλας μειώνουν τον φόρτο και βελτιώνουν την ευημερία των φροντιστών, ενισχύοντας παράλληλα τη μακροχρόνια φροντίδα των εξαρτώμενων ατόμων. Ωστόσο, περιορισμοί όπως το υψηλό κόστος και η περιορισμένη πρόσβαση απαιτούν πολιτικές για την ευρύτερη εφαρμογή της.^{2,11,38}

4.2.4. Εκπαίδευση: Η κατάρτιση των άτυπων φροντιστών είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη δεξιοτήτων που εστιάζουν σε ιατρικές και ψυχολογικές ανάγκες, βελτιώνοντας τόσο την ποιότητα φροντίδας όσο και την ψυχο-

σωματική τους ευεξία. Η παροχή δωρεάν εκπαιδευτικών προγραμμάτων, η πιστοποίηση δεξιοτήτων, η συμβουλευτική υποστήριξη και η συνεργασία με επαγγελματίες υγείας συμβάλλουν στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των φροντιστών, ενώ μειώνουν την αβεβαιότητα και το άγχος τους. Η σωστή εκπαίδευση αποτρέπει πρακτικές που θα μπορούσαν να επιδεινώσουν την κατάσταση των φροντιζομένων, ενισχύοντας την ποιότητα ζωής και των δύο πλευρών.^{2,29,37}

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η άτυπη φροντίδα αποτελεί αναπόσπαστο και ζωτικό πυλώνα της ΜΦΥ παρέχοντας ουσιαστική υποστήριξη, ιδιαίτερα σε κοινωνίες με αυξητικές τάσεις γήρανσης του πληθυσμού. Παρά την αναντικατάστατη συμβολή τους στη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, οι άτυποι φροντιστές αντιμετωπίζουν ψυχολογικές, οικονομικές και επαγγελματικές προκλήσεις, οι οποίες επηρεάζουν τόσο τη δική τους ευημερία όσο και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η απουσία θεσμικής υποστήριξης, η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης, ψυχολογικής στήριξης και οικονομικών κινήτρων εντείνουν τις δυσκολίες τους.

Για την αντιμετώπιση των εν λόγω προκλήσεων προτείνονται μέτρα όπως (α) η ενίσχυση των οικονομικών παροχών και των φορολογικών κινήτρων, (β) η θέσπιση πολιτικών για ισορροπία μεταξύ φροντίδας και εργασίας, (γ) η ψυχολογική υποστήριξη μέσω συμβουλευτικής και αυτοβοήθειας και (δ) η εκπαίδευση και πιστοποίηση δεξιοτήτων των φροντιστών για τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας.

Η αναγνώριση της κρίσιμης συμβολής των άτυπων φροντιστών και η εφαρμογή των προτεινόμενων μέτρων συνιστούν απαραίτητη προϋπόθεση για τη βελτίωση της ευημερίας τους και τη διασφάλιση μιας ποιοτικής, βιώσιμης και δίκαιης φροντίδας για τους εξαρτώμενους λήπτες.

ABSTRACT

Long-term health care as a cornerstone of health system sustainability: Informal caregiving, emerging challenges, and future perspectives

E. KONSTANTINOU,¹ I. APOSTOLAKIS,^{1,2} P. SARAFIS^{1,3}

¹School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, ²School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, ³Department of Nursing, University of Thessaly, Larissa, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2026, 43(4):544–552

Long-term care (LTC) is a cornerstone of health systems, providing support to individuals with chronic illnesses, disabilities, or age-related difficulties. As a crucial component of post-hospital care, it aims to enhance the quality of life

of beneficiaries through both formal and informal services. In Greece, LTC encompasses home-based services, institutional and community-based structures, addressing needs such as nursing care, rehabilitation, and social integration. Informal caregivers, primarily family members, offer essential support but often face psychological, financial, and educational challenges. Necessary measures include financial incentives, legal facilitations, training programs, mental well-being support, and respite care services. Special attention must be given to women, who constitute the majority of informal caregivers and bear a disproportionate burden, underscoring the need for social equity in caregiving responsibilities. The implementation of comprehensive policies that integrate formal and informal care is vital for ensuring high-quality care, supporting caregivers, and maintaining the sustainability of health systems.

Key words: Health systems sustainability, Informal caregiver, Long-term care, Palliative care

Βιβλιογραφία

1. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. The OECD health project: Long-term care for older people. OECD Publishing, Paris, 2005. Available at: <https://doi.org/10.1787/9789264015852-en>
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. WHO, Geneva, 2015. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
3. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Θ. Η μετανοδομοκομειακή φροντίδα. Δομές και υπηρεσίες μετανοδομοκομειακής φροντίδας. Στο: Σαράφης Π, Μπαμίδης Π (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας: Συστήματα και πολιτικές*. Broken Hill Publishers, Λευκωσία, 2020:428–438
4. EUROPEAN COMMISSION: DIRECTORATE-GENERAL FOR EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS AND INCLUSION. Long-term care report – Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I. Publications Office, Brussels, 2021. Available at: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/677726>
5. ΠΕΤΜΕΖΙΔΟΥ Μ, ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Σ, ΠΕΜΠΕΤΖΟΓΛΟΥ Μ, ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ Χ, ΠΟΛΥΖΩΙΔΗΣ Π. Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα. ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα, 2015. Διαθέσιμο στο: <https://ine-observatory.gr/wp-content/uploads/2016/06/Meleti-35.pdf>
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Home-based long-term care. WHO, Geneva, 2000. Available at: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42343/WHO_TRS_898.pdf
7. ΙΩΑΝΝΟΥ Α, ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗΣ Ι, ΣΑΡΑΦΗΣ Π. Κοινωνική πολιτική, κράτος πρόνοιας και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρώπη: Οι προκλήσεις στην αυγή του 2020. *Νοσηλευτική* 2020, 59:212–220
8. NATIONAL RESEARCH COUNCIL. The role of human factors in home health care: Workshop summary. The National Academies Press, Washington, DC, 2010. Available at: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/12927/the-role-of-human-factors-in-home-health-care-workshop>
9. BAILEY C, GUO P, McARTNEY J, FINUCANE A, SWAN S, MEADE R ET AL. The experiences of informal carers during the COVID-19 pandemic: A qualitative systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2022, 19:13455
10. ADELMAN RD, TMANOVA LL, DELGADO D, DION S, LACHS MS. Caregiver burden: A clinical review. *JAMA* 2014, 311:1052–1060
11. EUROPEAN COMMISSION: DIRECTORATE-GENERAL FOR EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS AND INCLUSION; LONDON SCHOOL OF ECONOMICS AND POLITICAL SCIENCE (LSE); ZIGANTEV. Informal care in Europe – Exploring formalisation, availability and quality. Publications Office, Brussels, 2018. Available at: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/78836>
12. ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ. Οδηγία (ΕΕ) 2019/1158 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 20ής Ιουνίου 2019 σχετικά με την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και ιδιωτικής ζωής για τους γονείς και τους φροντιστές και την κατάργηση της οδηγίας 2010/18/ΕΕ του Συμβουλίου. Eur-Lex, Βρυξέλλες, 2019. Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019L1158>
13. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health at a glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing, Paris, 2023. Available at: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html
14. OBSERVATORY FOR SOCIOPOLITICAL DEVELOPMENTS IN EUROPE. Long-term care in the European Union: A study on member states' policy and the involvement of families and volunteers. Available at: <https://beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/f/04d661be68.pdf>
15. LEVINE S, STEINMAN BA, ATTAWAY K, JUNG T, ENGUIDANOS S. Home care program for patients at high risk of hospitalization. *Am J Manag Care* 2012, 18:e269–e276
16. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ. Ετήσιο σχέδιο δράσης 2024. Υπουργείο Υγείας, Αθήνα, 2024. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/egkyklioi/12102-ethsio-sxedio-drashs-2024-yπουργείο-υγείας>
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES; GENET N, BOERMA W, KRONE-MAN M, HUTCHINSON A ET AL. Home care across Europe: Current structure and future challenges. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2012. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/327948>
18. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ. Προσωπικός βοηθός. Διαθέσιμο στο: <https://prosopikosvoithos.gov.gr/#/info#top>
19. WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. Global atlas of palliative care. 2nd ed. WHPCA, London, 2020. Available at: <https://thewhpc.org/resources/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020/>
20. ΝΟΜΟΣ 5007/2022. Ολοκληρωμένο σύστημα παροχής ανα-

- κουφιστικής φροντίδας – Ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και την προστασία της δημόσιας υγείας και άλλες επείγουσες ρυθμίσεις. ΦΕΚ 241/Α/23.12.2022
21. HIRDES JP, MITCHELL L, MAXWELL CJ, WHITE N. Beyond the “iron lungs of gerontology”: Using evidence to shape the future of nursing homes in Canada. *Can J Aging* 2011, 30:371–390
 22. PONIROU P, DIOMIDOUS M, KALOKAIRINOU A, MANTAS J, TSIMAHIDOU C, TZAVARA C. Health related quality of life in a sample of older people who are members of open care centers for the elderly. *Stud Health Technol Inform* 2014, 202:269–272
 23. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ. Οδηγίες για τη λειτουργία προνοιακών δομών ανοικτής φροντίδας: ΚΔΗΦ, ΚΔΑΠμεΑ, ΚΗΦΗ, ΣΥΔ. Αθήνα, 2020. Διαθέσιμο στο: <https://ypergasias.gov.gr/egkyklios-odigies-gia-ti-leitourgia-pronoiakon-domon-anoiktis-frontidas-kdif-kdapmea-kifi-syd/>
 24. VLADECK BC. Long-term care for the elderly. The future of nursing homes. *West J Med* 1989, 150:215–220
 25. STATISTICAL OFFICE OF THE EUROPEAN UNION (EUROSTAT). Manual for European statistics on international migration. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-02-18-240>
 26. SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE (SHARE). Wave 6: Generic main questionnaire. SHARE, Berlin. Available at: http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_questionnaire_wave_6/Generic_main_qnn_6_3_13.pdf
 27. EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS (EUROFOUND). European Quality of Life Surveys (EQLS). Eurofound, Dublin, 2003. Available at: <https://www.eurofound.europa.eu/en/surveys/european-quality-life-surveys-eqls>
 28. TUR-SINAI A, TETI A, ROMMEL A, HLEBEC V, LAMURA G. How many older informal caregivers are there in Europe? Comparison of estimates of their prevalence from three European surveys. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17:9531
 29. ZIMMERMAN E, WOOLF SH. Understanding the relationship between education and health. Discussion paper. Institute of Medicine, Washington, DC, 2014. Available at: <https://doi.org/10.31478/201406a>
 30. EUROPEAN COMMISSION: DIRECTORATE-GENERAL FOR EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS AND INCLUSION. Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU. ECORYS, Brussels, 2021. Available at: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/06382>
 31. RIEDEL M, KRAUS M. Differences and similarities in monetary benefits for informal care in old and new EU member states. *Int J Soc Welf* 2016, 25:7–17
 32. WILLIAMS A, DUGGLEBY W, EBY J, COOPER RD, HALLSTROM LK, HOLTSLANDER L ET AL. Hope against hope: exploring the hopes and challenges of rural female caregivers of persons with advanced cancer. *BMC Palliat Care* 2013, 12:44
 33. VITALIANO PP, ZHANG J, SCANLAN JM. Is caregiving hazardous to one’s physical health? A meta-analysis. *Psychol Bull* 2003, 129:946–972
 34. SCHULZ R, SHERWOOD PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs* 2008, 108(Suppl 9):23–27; quiz 27
 35. GLENDINNING C, TJADENS F, ARKSEY H, MORÉE M, MORAN N, NIES H. Care provision within families and its socio-economic impact on care providers. Working paper no EU 2342. Report for the European Commission DG EMPL: Negotiated procedure VT/2007/114. SPRU, University of York, Heslington, York, 2009
 36. GIVEN B, SHERWOOD PR, GIVEN CW. What knowledge and skills do caregivers need? *Am J Nurs* 2008, 108(Suppl 9):28–34; quiz 34
 37. EUROFOUND. Greek law no 4808/2021: Protective framework for platform workers (initiative). Record number 2445. Platform Economy Database, Dublin, 2021. Available at: <https://apps.eurofound.europa.eu/platformeconomydb/greek-law-no-48082021-protective-framework-for-platform-workers-105256>
 38. HENDRICKSON MC. State tax incentives for person giving informal care of the elderly. *Health Care Financ Rev* 1988, Spec No(Suppl):123–128
 39. COLOMBO F, LLENA-NOZAL A, MERCIER J, TJADENS F. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2011. Available at: <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Corresponding author:*
- E. Konstantinou, 57 Filolaou street, 116 33 Athens, Greece
e-mail: evangeliak25@yahoo.com