



**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

*ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ*

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ
ΠΟΛΙΤΙΚΗ

**Η κοινωνική φροντίδα στην κοινότητα. Η περίπτωση των
ηλικιωμένων και το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τσώτα Χριστίνα

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Μ. Κορασίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια

Δ. Παπαδοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια

Χ. Μπάγκαβος, Επίκουρος Καθηγητής

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2012

Copyright © Τσώτα Χριστίνα, 2012.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

*Στην Οικογένειά μου,
και σε όλους όσους πίστεψαν
και πιστεύουν σε εμένα*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρώ υποχρέωσή μου να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν στην πραγματοποίηση την διπλωματικής μου εργασίας και ιδιαίτερα την κα Κορασίδου Μαρία, Επίκουρη Καθηγήτρια του τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου και Επιβλέπουσα της παρούσας εργασίας, για την παροχή των πολύτιμων επιστημονικών της συμβουλών και επισημάνσεων κατά την επίβλεψη της εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω και τους καθηγητές κα Παπαδοπούλου Δέσποινα, Επίκουρη Καθηγήτρια του τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής και τον κ. Μπάγκαβο Χρήστο, Επίκουρο Καθηγητή του τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου για τη βοήθειά τους και τις παρατηρήσεις τους για τη βελτίωση της εργασίας και τη συμμετοχή τους στη τριμελή επιτροπή μου, καθώς και όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος για τη συμβολή τους στην απόκτηση πολύ σημαντικών γνώσεων.

Θα ήταν παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω, όλα τα υπαλληλικά στελέχη του δήμου Αγίων Αναργύρων- Καματερού για τις χρήσιμες πληροφορίες που μου έδωσαν και οι οποίες με βοήθησαν στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης.

Τέλος, μέσα από την καρδιά μου ευχαριστώ την οικογένειά μου για την αμέριστη συμπαράσταση και ενθάρρυνση που μου προσφέρει όλα αυτά τα χρόνια για την επιτυχή ολοκλήρωση των σπουδών μου, αλλά και τους φίλους μου που βρίσκονται πάντα δίπλα μου και με στηρίζουν σε όλες τις προσπάθειές μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
Α΄ ΜΕΡΟΣ Η κοινωνική πρόνοια για τους ηλικιωμένους.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Τα χαρακτηριστικά της Τρίτη Ηλικίας.....	11
1.1 Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα.....	11
1.2 Προσδιορισμός της έννοιας των ηλικιωμένων.....	16
1.3 Οι ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων.....	18
1.4 Ο ρόλος των ηλικιωμένων στην οικογένεια-Επιπτώσεις και μεταβολές στη δομή της.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Ο προνοιακός πλουραλισμός στη κοινοτική φροντίδα.....	26
2.1 Η σύγχρονη έννοια του πλουραλισμού.....	26
2.2 Τα μοντέλα πρόνοιας στην κοινοτική φροντίδα.....	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Προγράμματα Κοινωνικής Πρόνοιας για ηλικιωμένους.....	32
--	----

3.1 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.).....	32
3.1.1. Ορισμός και Ιστορική αναδρομή των Κ.Α.Π.Η. – ΔΟ.Κ.Α.Π.Η.....	32
3.1.2. Σκοπός και υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η.....	36
3.1.3 Στόχοι και υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η.....	37
3.2 Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.).....	41
3.3Αναδοχή Ηλικιωμένων.....	43
3.4 Γηροκομεία.....	43
3.5 Η συμβολή των εθελοντικών οργανώσεων.....	49

Β' ΜΕΡΟΣ Η έρευνα πεδίου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Σχεδιασμός και ευρήματα της έρευνας πεδίου στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».....	55
4.1 Το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι στη Σουηδία, την Αυστραλία και τον Καναδά	55
4.2 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στην Ελλάδα	60
4.2.1 Αρχές του προγράμματος.....	60
4.2.2 Σκοποί του προγράμματος.....	61
4.2.3. Δομή και λειτουργία του προγράμματος (ανθρώπινο δυναμικό, πηγές χρηματοδότησης).....	62
4.3 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στο Δήμο Αγίων Αναργύρων-Καματερού.....	67
4.4 Σχεδιασμός της έρευνας στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Αγίων Αναργύρων- Καματερού.....	69
4.5 Τα ευρήματα της έρευνας πεδίου στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».....	73

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	86
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	88
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	90
ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	92
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	95
Παράρτημα 1 Οδηγός συνέντευξης.....	95
ABSTRACT.....	96

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αντικείμενο που πραγματεύεται η παρούσα εργασία αφορά το θέμα της κοινοτικής φροντίδας των ηλικιωμένων, που προβάλλεται πλέον, ως μια από τις βασικότερες κοινωνικές ανάγκες, εξαιτίας των δημογραφικών και κοινωνικών αλλαγών, που έχουν συντελεστεί στις σύγχρονες κοινωνίες και οι οποίες έχουν αλλάξει τον ηλικιακό χάρτη του πληθυσμού.

Μέσα από τη μελέτη της κοινοτικής φροντίδας και συγκεκριμένα των προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους, θα εστιάσουμε στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», με σκοπό να εξετάσουμε από την πλευρά του προσωπικού, αν το πρόγραμμα επιτυγχάνει τους σκοπούς του και αν και σε ποιο βαθμό καλύπτει τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Μεθοδολογικά, το προς μελέτη αντικείμενο ερευνάται μέσα από την επισκόπηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας, αλλά και από την ποιοτική έρευνα που διεξήχθη στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», που εφαρμόζεται στο δήμο Αγίων Αναργύρων-Καματερού.

Εν κατακλείδι, βασικός στόχος της κοινωνικής πολιτικής στο τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους, παραμένει η παραμονή τους όσο το δυνατόν περισσότερο μέσα στην κοινότητα, με την ενεργό συμμετοχή τους και την αποφυγή της ψυχολογικής αποστασιοποίησης και του κοινωνικού αποκλεισμού, από το ευρύτερο σύνολο.

Λέξεις- κλειδιά:

κοινοτική φροντίδα, προνοιακός πλουραλισμός, Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι δημογραφικές και κοινωνικές αλλαγές που συμβαίνουν στις σύγχρονες κοινωνίες έχουν αλλάξει τον ηλικιακό χάρτη του πληθυσμού και έχουν δημιουργήσει νέες κοινωνικές συνθήκες και ανάγκες. Η τρίτη ηλικία παρουσιάζεται ως η ομάδα που το ποσοστό της αυξάνεται συνεχώς ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού και κατά συνέπεια έχουν αρχίσει να γίνονται πιο έντονα και τα προβλήματα που αυτή αντιμετωπίζει.

Το θέμα της φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων προβάλλει πλέον ως μια από τις βασικότερες κοινωνικές ανάγκες, ενώ φαινόμενα όπως αυτά της παραμέλησης και της εγκατάλειψης ηλικιωμένων γίνονται ολοένα και περισσότερο αισθητά. Τα φαινόμενα αυτά είναι πολυδιάστατα και πολυάριθμοι οι παράγοντες που μπορούν να τα προκαλέσουν. Κατά συνέπεια και η αντιμετώπισή τους χρειάζεται μια ολιστική προσέγγιση και την εμπλοκή του συνόλου των παραγόντων (κοινωνικές δομές και δομές υγείας) που μπορούν να λειτουργήσουν υποστηρικτικά.

Οι κοινωνικές πολιτικές που στοχεύουν στην τρίτη ηλικία πολλές φορές φαίνεται να μην μπορούν να ανταποκριθούν στα νέα δεδομένα και στις νέες προκλήσεις, ωστόσο η σημασία του προβλήματος έχει γίνει αντιληπτή και παρατηρείται κινητικότητα στο θέμα του επαναπροσδιορισμού των πολιτικών και των δράσεων για τους ηλικιωμένους.

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας, είναι να διερευνήσουμε το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», που εφαρμόζεται στο Δήμο Αγίων Αναργύρων-Καματερού. Να εξετάσουμε, δηλαδή, από την πλευρά του προσωπικού που εργάζεται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, αν το πρόγραμμα με τις υπηρεσίες που προσφέρει, επιτυγχάνει τους σκοπούς του, αν καλύπτει τις ανάγκες των ηλικιωμένων και σε ποιο βαθμό, όπως επίσης να εντοπίσουμε τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα και τυχόν δυσκολίες ή αδυναμίες του προγράμματος, καθώς και να διερευνηθούν οι δυνατότητες επέκτασής του.

Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο μέρος της εργασίας, στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφονται τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα, οι ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων στην οικογένεια και οι επιπτώσεις- μεταβολές που έχουν συντελεστεί στη δομή της οικογένειας από την αλλαγή των οικογενειακών δομών.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται ο προνοιακός πλουραλισμός στη κοινοτική φροντίδα με ιδιαίτερη έμφαση στη σύγχρονη έννοια του πλουραλισμού και τα μοντέλα της κοινοτικής φροντίδας.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται τα προγράμματα κοινωνικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους με αναφορά στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), στην Αναδοχή των Ηλικιωμένων, στη κλειστή μορφή φροντίδας τα γηροκομεία, καθώς, και στις υπηρεσίες που προσφέρουν οι εθελοντικές οργανώσεις.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας θα γίνει η παρουσίαση της έρευνας πεδίου. Συγκεκριμένα, στο τέταρτο κεφάλαιο θα γίνει εκτενής αναφορά στο «Βοήθεια στο Σπίτι», στις αρχές που διέπουν το συγκεκριμένο Πρόγραμμα, καθώς, στους σκοπούς τη δομή και τη λειτουργία του. Ακόμα θα γίνει αναφορά στις περιπτώσεις του «Βοήθεια στο Σπίτι» στη Σουηδία, την Αυστραλία και τον Καναδά. Τέλος, θα επικεντρωθούμε στο σχεδιασμό της έρευνας πεδίου που πραγματοποιήθηκε στο Πρόγραμμα που εφαρμόζεται στο Δήμο Αγίων Αναργύρων- Καματερού, καθώς, και στα ευρήματα που προέκυψαν ύστερα από τις συνεντεύξεις με το προσωπικό του συγκεκριμένου προγράμματος.

Α΄ ΜΕΡΟΣ Η κοινωνική πρόνοια για τους ηλικιωμένους

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας

1.1 Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα

Το θέμα των ηλικιωμένων αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο κόσμος στον 21ο αιώνα, με δεδομένο, ότι στις αναπτυγμένες και στις αναπτυσσόμενες χώρες, αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων 65 ετών και άνω, λόγω της επιμήκυνσης της διάρκειας ζωής και της μείωσης του αριθμού των γεννήσεων. Στην Ελλάδα, το πρόβλημα παρουσιάζεται πολύ πιο έντονο τα τελευταία χρόνια, αφού οι ηλικιωμένοι από 7.4 % που ήταν το 1951, σήμερα καλύπτουν το 17-18% του συνολικού πληθυσμού, ποσοστό που αναμένεται να φτάσει το 24% το 2030, αφού υπάρχει μεγάλος περιορισμός της γονιμότητας. Στις περισσότερες παραδοσιακές κοινωνίες, οι ηλικιωμένοι θεωρούνται οι πρεσβύτεροι της κοινότητας ή του χωριού και παίζουν σημαντικό ρόλο στα διάφορα κοινωνικά θέματα που προκύπτουν.¹

Επίσης, η εξέταση της ηλικιακής δομής του πληθυσμού της Ελλάδας, όπως και των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οδηγεί στη διαπίστωση, ότι τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται σαφής τάση δημογραφικής γήρανσης των πληθυσμών αυτών.² Η προσδοκώμενη κατά τη γέννηση ζωή στην Ελλάδα το 2008 ήταν τα 76,85 χρόνια για τους άντρες και τα 82,06 χρόνια για τις γυναίκες, όταν οι αντίστοιχοι δείκτες για το 1960 ήταν 67,3 και 72,4 αντίστοιχα.³

Ανάμεσα στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η χώρα μας παρουσιάζει την έβδομη υψηλότερη προσδοκώμενη ζωή για τους άντρες, πίσω από τη Σουηδία (77,17 έτη). Η θέση ,αντίθετα, του γυναικείου φύλου είναι ακόμα μειονεκτικότερη, καθώς οι Ελληνίδες κατατάσσονται στην 7^η θέση το 1991 (με 79,5 έτη ζωής) και στην

¹ Μουσούρου Α., Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβολές και σύγχρονα οικογενειακά σχήματα, Αθήνα (3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, «Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα», Πάντειο Πανεπιστήμιο) 1993,44-68.

² Franco A., Ευρωπαϊκή Κοινότητα: Αναπόφευκτη γήρανση του πληθυσμού, Αθήνα (Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου ΕΚΚΕ, «Γήρανση και Κοινωνία») 1996, 76.

³ Central Intelligence Agency, The World Factbook , <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gr.html>, (πρόσβαση στις 28/06/2012).

τελευταία τετράδα (με 81,9 έτη προσδόκιμο ζωής) το 2006, μαζί με την Ελλάδα, το Λουξεμβούργο και τη Δανία.⁴

Η μεγάλη εξωτερική μετανάστευση, η οποία σημειώθηκε στη δεκαετία του 1960 και η μερική παλιννόστηση στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές της δεκαετίας του 1980, συμμετείχαν στη διαδικασία γήρανσης του πληθυσμού. Ταυτόχρονα, το φαινόμενο της εσωτερικής μετανάστευσης, κυρίως για λόγους αναζήτησης εργασίας, οδήγησε στην ανομοιόμορφη κατανομή του πληθυσμού στη χώρα, από πλευρά της ηλικιακής σύνθεσης.⁵

Το σχετικά πρόσφατο φαινόμενο της αναστροφής της εσωτερικής μετανάστευσης⁶ και της εγκατάστασης στην Ελλάδα μεγάλου αριθμού προσφύγων και αλλοδαπών, κυρίως από τα Βαλκανικά κράτη, εισάγει νέα δεδομένα, τα οποία αναμένεται να επιδράσουν στα δημογραφικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού.⁷ Σύμφωνα με τα κριτήρια του ΟΗΕ, μια χώρα χαρακτηρίζεται πληθυσμιακά νέα όταν το ποσοστό των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας είναι κάτω του 4%, ώριμη όταν το ποσοστό είναι έως 7% και ηλικιωμένη όταν είναι άνω του 7%.⁸ Στην Ελλάδα, το ποσοστό των ατόμων της τρίτης ηλικίας υπολογίζεται στο 18% (2011) του συνόλου του πληθυσμού της χώρας, στοιχείο το οποίο κατατάσσει τη χώρα μας ανάμεσα στις έξι πιο γηρασμένες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το 1960, ο γεροντικός πληθυσμός αντιπροσώπευε το 9,4% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Το αντίστοιχο ποσοστό για τον πληθυσμό ηλικίας έως 14 ετών ήταν 24,8%. Το 1998, το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 15,8%. Οι Ελληνίδες κατατάσσονται στην 14^η θέση στην «ΕΕ των 27» καθώς γεννούν κατά μέσο όρο 1,52 παιδιά έναντι 1,60 παιδιά στην «ΕΕ των 27». Τα μεγαλύτερα ποσοστά γονιμότητας καταγράφονται στην Ιρλανδία (2,07 παιδιά), στη Γαλλία (2 παιδιά), στη Μ. Βρετανία (1,96 παιδιά) και στη Σουηδία (1,94 παιδιά). Τα χαμηλότερα ποσοστά, αντίστοιχα,

⁴Αγοραστάκης Μιχάλης, Η εξέλιξη της θνησιμότητας στην Ελλάδα (1991-2006), http://www.demography-lab.prd.uth.gr/DEMO-NEWS_No4_A4.pdf, (πρόσβαση στις 28/06/2012).

⁵Εμκε-Πουλοπούλου Η., Προβλήματα μετανάστευσης-παλιννόστησης, Αθήνα (ΙΜΕΟ/ΕΔΗΜ) 1986,125-140.

⁶Κυριαζή-Αλλισον Ε., Εσωτερική μετανάστευση στην Ελλάδα του 1990: Τάσεις, προβληματισμοί, προοπτικές (Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών) 1998, 96-97, 279-309.

⁷Mestheneos Elizabeth, Migrants in the Balkans. Some health related aspects from a Greek perspective Athens (in Neighbours in the Balkans: Initiating a Dialogue for Health. Ed. Ritsatakis A., Levett J., Kyriopoulos J. WHO Europe and National School of Public Health) 1999,117-122.

⁸Βιολάκη Μ., Υγεία και Τρίτη ηλικία: Παγκόσμια αντιμετώπιση, Αθήνα (στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας) 1993,120-125.

καταγράφονται στη Λετονία (1,31 παιδιά), στην Ουγγαρία και την Πορτογαλία (1,32 παιδιά) και στη Γερμανία (1,36 παιδιά). (Eurostat 2000)

Σύμφωνα με τα στοιχεία, τα οποία παρουσιάστηκαν παραπάνω, καταδεικνύεται σαφώς ότι η δημογραφική εξέλιξη του ελληνικού πληθυσμού ακολουθεί το πρότυπο των χωρών της Δυτικής Ευρώπης. Με την τάση της αστικοποίησης από τις αγροτικές περιοχές, ο ρόλος των πρεσβυτέρων έχει σταδιακά μειωθεί και όπως συμβαίνει στις αστικοποιημένες κοινωνίες, όπου ο πληθυσμός των ηλικιωμένων είναι "συνταξιούχοι" οι ηλικιωμένοι είναι σήμερα έξω από το κύριο ρεύμα της κοινότητας. Αυτή η αλλαγή των κοινωνικών δομών που έχει ξεκινήσει από το 20ο αιώνα, θεωρεί τον ηλικιωμένο μη παραγωγικό, «αδέξιο», «συντηρητικό», μη προσαρμοζόμενο σε συνθήκες και τεχνολογία.

Επίσης, ο 20ος αιώνας προσέφερε την ουσία της κυρίαρχης θέσης για τους ηλικιωμένους. Ωστόσο, η κοινότητα μπορεί να τους αξιοποιήσει με πολλούς τρόπους, με τους οποίους θα ωφεληθούν τόσο οι ίδιοι, όσο και η κοινότητα.

Μια τέτοια υπηρεσία, που υπάρχει στην κοινότητα και θεωρείται "ο δικός τους χώρος", είναι το Κέντρο Ανοικτής Προστασίας ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), όπου με την ενεργή τους συμμετοχή αποδεικνύουν, ότι δεν ισχύει η αντίληψη που υπάρχει μέχρι τώρα για τους ηλικιωμένους.

Η δημογραφική γήρανση, ως συνέπεια της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης και της μείωσης της γεννητικότητας και της θνησιμότητας, αποτελεί στις βιομηχανικές χώρες ένα σημαντικό κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πρόβλημα και βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των κυβερνήσεων, των κοινωνικών εταίρων και των ερευνητών.

Το ενδιαφέρον αυτό, αναδύεται από το γεγονός, ότι η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων 65 ετών και άνω στο γενικό πληθυσμό και η ανισορροπία μεταξύ ενεργού και εξαρτώμενου πληθυσμού, προκαλεί μια σειρά παρενεργειών στην κοινωνική ασφάλιση, στις υπηρεσίες υγείας, στη σύνθεση της απασχόλησης και γενικότερα στην οικονομία.⁹

⁹ Μουσουρού Λ., Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβολές και σύγχρονα οικογενειακά σχήματα, Αθήνα (3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, «Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα», Πάντειο Πανεπιστήμιο) 1993,44-68

Οι επιπτώσεις είναι εξαιρετικά σημαντικές στα άτομα, στην οικογένεια, στην κατανομή του εισοδήματος, στην αγορά εργασίας, στην πορεία των μακροοικονομικών μεγεθών, στην άσκηση της δημόσιας πολιτικής και στην κοινωνία.¹⁰ Ειδικότερα, στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής προστασίας έχει πιστοποιηθεί η αύξηση των δαπανών υγείας και της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας κατά τέσσερις έως έξι φορές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.¹¹

Είναι προφανές, ότι η δημογραφική γήρανση συνδέεται με τις κοινωνικές μεταβολές στην δομή και τη λειτουργία της οικογένειας και παρακινεί σε μετασχηματισμούς στο σύστημα κοινωνικής προστασίας. Η σχέση μεταξύ των διαφορετικών γενεών χαλαρώνει και η απασχόληση της γυναίκας έξω από το σπίτι, περιορίζει τις φροντίδες που μπορεί να προσφέρει μέσα σε αυτό, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανάγκες για την προστασία των ηλικιωμένων.

Ταυτόχρονα, τίθεται σε αμφισβήτηση το κοινωνικό συμβόλαιο και η κοινωνική αλληλεγγύη των γενεών, όπως αυτή έλαβε χώρα με τη μορφή της κοινωνικής ασφάλισης¹². Οι δυσχέρειες επιβίωσης και φτώχειας, λόγω ανεπαρκούς εισοδήματος, ακατάλληλων συνθηκών στέγασης, χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και κοινωνικού αποκλεισμού, συνέβαλλαν στη μεταβολή και τη δημιουργία νέων κοινωνικών αναγκών στους ηλικιωμένους, οι οποίες δεν περιορίζονται πλέον στην παροχή περίθαλψης με τη στενή ιδρυματική έννοια, αλλά εκτείνονται και σε θέματα οικιακής βοήθειας, νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι και συμμετοχής στην καθημερινή κοινωνική και πολιτισμική δραστηριότητα της κοινότητας.

Ταυτόχρονα, παρατηρούνται σημαντικές ανισότητες στο εσωτερικό της ομάδας των ηλικιωμένων,¹³ ανάλογα με τον τόπο κατοικίας, το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση. Συνεπώς, τίθεται το ζήτημα της μεταρρύθμισης του θεσμικού πλαισίου, των μηχανισμών και των υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας του γήρατος, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις νέες συνθήκες και ανάγκες που διαμορφώνονται.

¹⁰Organization for Economic Co-operation and Development ,Globalisation: What Challenges and Opportunities for Governments?, Paris 1996,132.

¹¹Organization for Economic Co-operation and Development, Ageing populations. The social policy implications, Paris,132.

¹² Ο.π.,44-68.

Walker A., Introduction: The new generational contract, London (in: Walker A., (ed.), «The new generational contract. Intergenerational relations, old age and welfare», University College London Press) 1996,238-246.

¹³ Κρεμαλής Κ., Λεβέντης Γ., Φλογαίτης Σ., Υφαντόπουλος Γ., Σταθόπουλος Π., Πετρόγλου Α., Ματθαίου Α., Αμίτσης Γ., Κεχρή Β., Παπαλιού Ο., Φαγαδάκη Ε., Κοινωνική Πρόνοια. Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος, Αθήνα 1990,320-340.

Η ιδέα, ότι οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν, είναι πολύ διαδεδομένη, αλλά δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες, που προκύπτουν εξαιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών, που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη.

Εδώ αξίζει να σημειωθεί, πως οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες στην κατοικία τους, όπως το βάψιμο και μερικές μικροεπισκευές τις οποίες οι νεότεροι κάνουν μόνοι τους. Επομένως πρέπει να πληρώσουν άλλους για να κάνουν αυτές τις δουλειές. Αρκετοί αγρότες δεν μπορούν να ασχοληθούν με τον κήπο τους, να καλλιεργήσουν φρούτα και λαχανικά για την αυτοκατανάλωση τους.¹⁴

Η περιορισμένη κινητικότητα μερικών, καθιστά τη ζωή τους πιο ακριβή: για να μη ζουν κλεισμένοι στο σπίτι τους, πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να δαπανούν για ταξί, τηλέφωνο και συγκεντρώσεις φίλων, τις οποίες οργανώνουν στο δικό τους χώρο. Λίγα χρόνια μετά τη συνταξιοδότηση, οι ηλικιωμένοι διαπιστώνουν ότι τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά που διαθέτουν, χρειάζονται επισκευή ή αλλαγή. Όσοι έχουν χαμηλότερα εισοδήματα θίγονται περισσότερο, διότι συνήθως αγοράζουν είδη πιο φθηνά, επομένως χειρότερης ποιότητας.

Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν πολλοί συνταξιούχοι, είναι δύσκολο να αποταμιεύσουν, ώστε να αγοράζουν νέα, διαρκή και καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί. Τα ψώνια, επίσης, στοιχίζουν περισσότερο για ένα άτομο που ζει μόνο. Αγοράζει αγαθά σε μικρή ποσότητα, τα οποία κοστίζουν πιο ακριβά, γιατί δύσκολα βρίσκει, ιδιαίτερα στις υπεραγορές, προϊόντα σε μικρές συσκευασίες.

Για τους περισσότερους ηλικιωμένους, ικανοποιούνται με κάποιο τρόπο οι ανάγκες διατροφής και στέγασης. Ωστόσο όμως, πολλές άλλες ανάγκες τους δεν καλύπτονται. Οι βασικές οικονομικές ανάγκες, δεν καλύπτονται για ένα μεγάλο μέρος ατόμων προχωρημένης ηλικίας, αφού ουσιώδης και μερικές φορές μοναδικός

¹⁴ Κωσταρίδου– Ευκλείδη Α., Θέματα γηροψηυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα (Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα) 1999, 27-30.

πόρος ζωής των ηλικιωμένων, είναι η σύνταξη, η οποία είναι ανεπαρκής, καθώς οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι και στηρίζονται για την επιβίωση τους, είτε στα παιδιά τους, είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης. Πολλοί ηλικιωμένοι ζουν σε ακατάλληλα για τις ανάγκες τους σπίτια ή διαμερίσματα.¹⁵

Οι κοινωνικές ανάγκες, οι ανάγκες για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή συχνά δεν καλύπτονται. Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες, δεν ικανοποιούνται για τους περισσότερους ασθενείς με βαριές ή χρόνιες ασθένειες, οι οποίοι ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις. Η ενημέρωση των ηλικιωμένων για θέματα που τους αφορούν είναι ελλιπής, έως ανύπαρκτη. Οι ενδιαφερόμενοι συχνά δεν γνωρίζουν τα μέτρα που λαμβάνονται, τις υπηρεσίες Υγείας-Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τις διάφορες παροχές που προσφέρουν το Κράτος, η Τοπική Αυτοδιοίκηση και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις προς τους ηλικιωμένους-άρρωστους και τις οικογένειες τους.

1.2. Προσδιορισμός της έννοιας των ηλικιωμένων.

Ο ορισμός της τρίτης ηλικίας έχει διαφοροποιηθεί στη σημερινή εποχή. Δεν οριοθετείται με μια συγκεκριμένη ηλικία για τους άνδρες και τις γυναίκες, αλλά πιο σωστά καθορίζεται από τη λειτουργική ικανότητα του ανθρώπου να εκτελέσει κινήσεις και δραστηριότητες, οι οποίες τον κατατάσσουν σε μια ηλικιακή κατηγορία.¹⁶

Αξίζει να σημειωθεί, ότι σε ειδική σύνοδο του Ο.Η.Ε., που πραγματοποιήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και είχε ως αντικείμενο τη δημογραφική γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού, επισημάνθηκε ότι ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω θα ανέλθει το 2025 σε 1.121.000.000 από 214.000.000 που ήταν το 1950. Επίσης αναφέρθηκε, ότι από το 1975 έως το 2050, ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας

¹⁵ Ο.π., 72-107.

¹⁶ Georgas, J., Psychological consequences of family structure and function: A cross-cultural approach, Italy (Psicologia Italiana, 17) 1999, 40-41.

¹⁶ Νικολάου Κ., Άσκηση και Τρίτη ηλικία, http://dromeas.com.cy/arthra/askisi_triti_ilikia.htm, (πρόσβαση στις 29/06/2012).

άνω των 60 ετών θα πενταπλασιασθεί και ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών θα αυξηθεί κατά επτά φορές.¹⁷

Στα πλαίσια της αλματώδους αυξανόμενης σημασίας και του αριθμού των ωρίμων πολιτών, σκόπιμο θα ήταν να διαφοροποιήσουμε δύο βασικές περιπτώσεις του ζητήματος. Η πρώτη αφορά τα άτομα άνω των 60-65 ετών που βρίσκονται σε ικανοποιητική κατάσταση υγείας και ζωτικότητας και μπορούν όχι μόνο να συμμετέχουν ενεργά στον κοινωνικό τους περίγυρο, αλλά και εφ' όσον το επιθυμούν, να απασχολούνται με ελαστικό ωράριο της επιλογής τους.¹⁸ Στη δεύτερη κατηγορία, υπάγονται τα ηλικιωμένα άτομα που η κακή κατάσταση της υγείας τους, δεν επιτρέπει να αυτοεξυπηρετούνται και πολύ περισσότερο να αναπτύσσουν κάποια δραστηριότητα. Για την περίπτωση των ατόμων αυτών, η πολιτεία, η Τοπική Αυτοδιοίκηση, η εκκλησία και οι εθελοντικοί φορείς, οφείλουν να αναλάβουν την ευθύνη, για την αξιοπρεπή τους προστασία και διαβίωση. Θα ήταν σκόπιμο να προσδιορίσουμε ότι η τελευταία κατηγορία, ανήκει στη λεγόμενη "τέταρτη ηλικία", η οποία σύμφωνα με τον προτεινόμενο ορισμό της, περιλαμβάνει άτομα ηλικιωμένα, συνήθως άνω των 70 ή 75 ετών, που δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται. Σε αντιδιαστολή, η τρίτη ηλικία θα μπορούσε να οριστεί, ότι αφορά άτομα άνω των 60-65 ετών, που είναι σε θέση, εφ' όσον το επιθυμούν, να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική και οικονομική ζωή.¹⁹

Συχνά για την Τρίτη ηλικία αναφέρονται οι έννοιες χρονολογική, βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική. Ας αναφερθούμε για κάθε μια ξεχωριστά.

Η χρονολογική ηλικία μετριέται με τα χρόνια που περνούν από τη στιγμή της γέννησης. Αναφέρεται στο έτος της γέννησης, εκφράζεται σε χρόνια, ή χρόνια και μήνες ή ακόμα χρόνια, μήνες και ημέρες. Η χρονολογική ηλικία είναι πολύ συχνά άσχετη με τη βιολογική ηλικία και δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη για την κατάσταση της υγείας και την ικανότητα απόδοσης του ανθρώπου.

Η βιολογική ηλικία αφορά τη μορφολογική εμφάνιση και τη λειτουργική απόδοση οργάνων και συστημάτων. Προσδιορίζεται από εκατοντάδες παράγοντες, όπως την ταχύτητα αντίδρασης των εγκεφαλικών κυττάρων και του ανοσοποιητικού συστήματος, την ποιότητα και το είδος των ορμονών που παράγει ο οργανισμός, τη μυϊκή δύναμη κλπ.

¹⁷Ο.π.,33.

¹⁸ Κατσανέβας Θ., Ο Ρόλος και η σημασία της τρίτης ηλικίας στη σύγχρονη οικονομία, <http://www.unipi.gr/katsanevas/arthritis/arthritis.htm> (πρόσβαση στις 30/05/2012).

¹⁹ Ο.π., <http://www.unipi.gr/katsanevas/arthritis/arthritis.htm> .

Η ψυχολογική ηλικία προσδιορίζεται από τη θέση των ατόμων σε έναν πληθυσμό, ανάλογα με τις ικανότητες προσαρμογής που διαθέτουν. Σημασία δεν έχει η αναπόφευκτη φθορά του ανθρώπινου οργανισμού, αλλά οι επιπτώσεις της στην προσαρμογή του ηλικιωμένου, στο στενότερο ή το ευρύτερο περιβάλλον του.

Τέλος, η κοινωνική ηλικία έχει σχέση με τις κοινωνικές συνήθειες και τους ρόλους των ατόμων στην ομάδα τους και στην κοινωνία. Η κοινωνική ηλικία ενός ατόμου, συνδέεται με τη χρονολογική, βιολογική και ψυχολογική ηλικία, αλλά δεν καθορίζεται τελείως από αυτές.

1.3.Οι ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων.

Τα γηρατειά είναι ένα βιολογικό φαινόμενο, το οποίο έχει συνέχεια και αποτελεί το τελευταίο στάδιο μιας διαδικασίας. Το κυριότερο χαρακτηριστικό της διαδικασίας αυτής είναι η αλλαγή, τόσο στην εμφάνιση, όσο και στις δυνατότητες και τη ψυχολογία. Σωματικά, τα γηρατειά ταυτίζονται με την εξασθένηση του οργανισμού, την ασχήμια και την αρρώστια. Ωστόσο, είναι ανακριβές να καταλήξουμε στο συμπέρασμα, ότι τα γηρατειά είναι αυτά καθαυτά, μια μορφή γενικευμένης αρρώστιας.²⁰

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν διαφέρουν σε πολλά από αυτές των υπόλοιπων ανθρώπων. Όμως, η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες, οι οποίες χρήζουν μεγαλύτερης προσοχής. Οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο ευάλωτοι σε σχέση με τους υπόλοιπους ανθρώπους και ο οργανισμός τους σταδιακά γίνεται περισσότερο ευαίσθητος.

Στο κομμάτι που αφορά την σωματική τους υγεία, οι ηλικιωμένοι έχουν καταρχήν ανάγκη, από σωστή και θρεπτική τροφή, περισσότερο απ' ότι οι υπόλοιποι άνθρωποι, μιας και ο οργανισμός τους είναι περισσότερο επιρρεπής σε ασθένειες, όπως και σε πιο σωστή και προσεγμένη καθαριότητα, μιας και οι μολύνσεις μπορεί να τους προσβάλλουν πιο εύκολα. Επίσης, θα πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικούς ελέγχους και ιατρικές εξετάσεις, ώστε να μπορούν να γνωρίζουν αν είναι υγιείς και να προλάβουν κάτι, που ενδέχεται να δημιουργηθεί και που μπορεί να προκαλέσει κινδύνους. Θα πρέπει να ακολουθούν σωστά την φαρμακευτική τους αγωγή, όπως

²⁰ Κάστενμπαουμ Ρ., Η Τρίτη Ηλικία, Αθήνα (Ψυχογίος) 1982,19.

είναι καθορισμένη από τον ιατρό τους. Στις υπηρεσίες, θα πρέπει να εξυπηρετούνται με σεβασμό, όπως επίσης και να τους παρέχεται κατ' οίκον νοσηλεία όταν χρειάζεται.

Από συναισθηματικής πλευράς, οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από περισσότερη αγάπη, ζεστασιά και στοργή. Είναι πολύ σημαντικό για αυτούς, να νιώθουν ότι ανήκουν ακόμη στην οικογένεια, ανεξάρτητα από τις δυσκολίες, που μπορεί η ηλικία να προκαλεί. Η επαφή με άλλους ανθρώπους του οικογενειακού τους περιβάλλοντος και το ότι μπορούν να φανούν χρήσιμοι στα παιδιά και στα εγγόνια τους, τους δίνει ζωή.

Για τους ηλικιωμένους, είναι πολύ σημαντικό να ασχολούνται με κάποια ενδιαφέροντα και να διατηρούν κοινωνικές επαφές. Οι συναναστροφές και οι συζητήσεις με άλλους ανθρώπους, τους βοηθά να ξεφεύγουν από τα προβλήματα και να περνούν για λίγο ευχάριστες στιγμές. Ο ηλικιωμένος άνθρωπος, μέσα από τη συζήτηση, χαίρεται να δίνει βιώματα και εμπειρίες και νιώθει πολύ σημαντικός.

Η ενασχόληση τους με δραστηριότητες που προάγουν τις πνευματικές δυνάμεις, όπως το σκάκι, το τάβλι, τα χαρτιά, τα σταυρόλεξα, η παρακολούθηση τηλεοπτικών παιχνιδιών, η συγγραφή κειμένων, η απόκτηση κάποιου χόμπι, αλλά και οργανωμένα προγράμματα δραστηριοτήτων που λειτουργούν σε Κ.Α.Π.Η., τους δίνει τη δυνατότητα, να παραμένουν πνευματικά ενεργοί και μπαίνουν στη διαδικασία απόκτησης καινούριων εμπειριών και επιπροσθέτως εξασκούν την μνήμη τους.²¹

Τα προβλήματα που μπορεί να δημιουργούν οι διάφορες ασθένειες, οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς λόγω σωματικών προβλημάτων, οι περιορισμένες παροχές σε υπηρεσίες, η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους, η απώλεια αυτοεξυπηρέτησης και αυτονομίας και η ανάγκη βοήθειας από άλλο πρόσωπο, αποτελούν μια σειρά προβλημάτων που έχουν να αντιμετωπίσουν.²²

Σύμφωνα με την Κονδύλη (2009), τελευταίες έρευνες έχουν δείξει, ότι η απώλεια της μνήμης είναι μια από τις συχνότερες παθήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν οι ηλικιωμένοι. Η επιστημονική κοινότητα προσπάθησε να διερευνήσει το ρόλο των παραγόντων κινδύνου, παραγόντων που προδιαθέτουν για την εμφάνιση της Άνοιας. Από μελέτες προέκυψε, ότι αγγειακοί παράγοντες κινδύνου μπορούν να επηρεάσουν την εμφάνιση άνοιας. Επίσης, η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι

²¹ Περιοδική Έκδοση Εταιρίας Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, Τεύχος 14, 2009.

²²Ο.π.,26.

υψηλές τιμές χοληστερόλης και το κάπνισμα αποτελούν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης αγγειακών δυσλειτουργιών, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε Άνοια.²³

Δίνοντας έναν σύντομο ορισμό για την Άνοια, θα λέγαμε ότι αποτελεί έκπτωση της μνήμης και των άλλων γνωστικών λειτουργιών, η οποία προκύπτει από την κλινική εξέταση, το ιστορικό, τις νευροψυχολογικές δοκιμασίες, και η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη των έξι μηνών. Στην Άνοια παρατηρούνται διαταραχές στην συμπεριφορά, διαταραχές του συναισθήματος, καθώς επίσης και μορφές παραληρήματος, οι οποίες αξιολογούνται μέσα από κατάλληλες κλίμακες εκτίμησης.²⁴

Μια από τις συνηθέστερες μορφές Άνοιας, αποτελεί η Άνοια τύπου Alzheimer. Στις ΗΠΑ 5-10% των ηλικιωμένων ηλικίας άνω των 65 ετών πάσχουν από αυτή τη νόσο, ενώ 1-3 καινούργιοι ασθενείς προστίθενται το χρόνο σε 100 ηλικιωμένους, άνω των 65 ετών. Παρατηρείται, επίσης, σχεδόν στους μισούς ηλικιωμένους άνω των 85 ετών. Δίνοντας έναν σύντομο ορισμό, θα λέγαμε ότι η Άνοια αποτελεί προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή, με χαρακτηριστικά κλινικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, με ύπουλη έναρξη και βαθμιαία αποδιοργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ατόμου. Αποτέλεσμα αυτών των δυσλειτουργιών είναι η διαταραχή των κοινωνικών και επαγγελματικών υποχρεώσεων. Από άτομο σε άτομο, παρατηρούνται αλλαγές όσον αφορά την ηλικία έναρξης, το είδος των γνωστικών διαταραχών και το ρυθμό αποδιοργάνωσης του νου.²⁵

Από ψυχολογική άποψη, το σημαντικότερο πρόβλημα των ηλικιωμένων είναι η μοναξιά που αντιμετωπίζουν. Οι ηλικιωμένοι διαθέτουν πολύ χρόνο, δεν έχουν αρκετές ασχολίες και πολλές φορές κάνουν αρνητικές σκέψεις για τη ζωή. Μπαίνουν στη διαδικασία να συγκρίνουν την παλιά με την τωρινή τους ζωή και έτσι στεναχωριούνται και λυπούνται.²⁶

Ψυχολογικά, οι ηλικιωμένοι, εξαιτίας του ότι είναι μέλη μιας υποβαθμισμένης σε δικαιώματα κοινότητας ανθρώπων- της κοινότητας της τρίτης ηλικίας, διακατέχονται από συναισθήματα ματαιότητας, μελαγχολίας και αδράνειας. Ακόμη, οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας χάνουν την αισιοδοξία και το ενδιαφέρον τους, για έναν αφιλόξενο

²³ Περιοδική Έκδοση Εταιρίας Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, Τεύχος 14, 2009.

²⁴ Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας, Αθήνα (Ελληνικά Γράμματα) 1999, 318.

²⁵ Ο.π., 318-319.

²⁶ Βάρβογλη, Λ., (2009). *Τα αδιέξοδα της τρίτης ηλικίας*, www.health.in.gr.

κόσμο που αδιαφορεί για την ύπαρξη τους. Αυτό έχει συνέπεια, τη ψυχολογική τους κατάρπτωση, αφού νιώθουν ανασφαλείς, επιτείνοντας έτσι, την αδυναμία τους.²⁷

Στους ηλικιωμένους, μπορούν να παρουσιαστούν ψυχολογικές διαταραχές, οι οποίες είναι συμπτώματα κάποιων σωματικών ασθενειών ή και αντίστροφα. Η κατάθλιψη και το άγχος είναι μερικές από τις ασθένειες, οι οποίες μπορούν να δημιουργήσουν ή να δημιουργηθούν από σωματικές δυσλειτουργίες. Γι' αυτό το λόγο, συχνά τα άτομα αυτά χρειάζονται παρακολούθηση τόσο από παθολόγο ιατρό, όσο και από άλλες ειδικότητες ιατρών. Με αυτόν τον τρόπο, ελέγχονται τα συμπτώματα των φαρμάκων που ενδέχεται να επηρεάσουν την υγεία των ατόμων. Θα πρέπει επομένως, η θεραπεία τους να είναι ελεγχόμενη, ώστε να μην δημιουργούνται επιπλοκές.²⁸

Σε περιπτώσεις ηλικιωμένων με σοβαρά προβλήματα, επιβαρύνεται άμεσα το οικογενειακό περιβάλλον. Οι περιθάλποντες των ατόμων που πάσχουν από Άνοια, έχουν καθημερινά να αντιμετωπίσουν έναν κυκεώνα υποχρεώσεων και ευθυνών. Η καθημερινή φροντίδα για τον ασθενή, οι συχνές μετακινήσεις από και προς το σπίτι του, καθώς και τα οικονομικά ζητήματα που προκύπτουν, καθιστούν τα άτομα που έχουν την ευθύνη αυτών των ατόμων, ολοένα και πιο ανίσχυρα να αντιμετωπίσουν τη δική τους καθημερινότητα και τη δική τους προσωπική ζωή. Αξίζει να αναφέρουμε, ότι οι περιθάλποντες συχνά εμφανίζουν συμπτώματα, όπως άγχος, θυμό, ενοχή, θλίψη, αλλά και σωματικά επιβαρύνουν αρκετά την υγεία τους, αισθανόμενοι εξάντληση και έντονη κόπωση. Πολλές φορές αποσύρονται από την κοινωνική τους ζωή, κλείνονται στον εαυτό τους και επιβαρύνουν άμεσα το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον.²⁹

Για το λόγο ότι οι ηλικιωμένοι χρειάζονται βοήθεια και ενίσχυση και πέρα από το περιβάλλον της οικογένειας, υπάρχουν υπηρεσίες και προγράμματα όπου μπορούν να βοηθηθούν. Αρχικά, το "Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι" εντάσσεται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και παρέχει υπηρεσίες Κοινωνικής Εργασίας, Νοσηλευτικής Φροντίδας, Οικογενειακής Οικιακής Βοήθειας και ανάπτυξη κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων για την κάλυψη βασικών αναγκών. Δίδεται προτεραιότητα στη φροντίδα των ηλικιωμένων, που ζουν μόνοι

²⁷ Σταθόπουλος Π., Κοινωνική Πρόνοια - Μια Γενική Θεώρηση, Αθήνα (Ελλην) 1999, 307.

²⁸ Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α., Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας, Αθήνα (Ελληνικά Γράμματα) 1999,97.

²⁹ Τσολάκη Μ. & Καζής, Α. Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη, (Studio Press) 2005,512-514.

τους μόνιμα ή ορισμένες ώρες της ημέρας και δεν αυτοεξυπηρετούνται σε ικανοποιητικό βαθμό.³⁰

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας ηλικιωμένων Κ.Α.Π.Η, αποτελούν μια ακόμη υπηρεσία πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας. Τα Κ.Α.Π.Η λειτουργούν σε τοπικό επίπεδο και παρέχουν ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. Τα Κ.Α.Π.Η αποτελούν σύγχρονο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών σε ηλικιωμένους, οι οποίοι ζουν μόνοι ή δεν έχουν ιδιαίτερα ενδιαφέροντα στην καθημερινή τους ζωή. Στα Κ.Α.Π.Η γίνονται δεκτοί άνδρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών και αποτελούν κατοίκους του Δήμου στον οποίο ανήκει το Κ.Α.Π.Η.³¹

Οι Λέσχες Φιλίας του Δήμου Αθηναίων, αποτελούν θεσμό που εξυπηρετεί ανάγκες ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας που είναι δημότες Αθηναίοι. Ιδρύθηκαν το 1985 με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου, σε διαμερίσματα και συνοικίες της Αθήνας, σε ιδιόκτητα ακίνητα του Δήμου, έχοντας μέλη, άτομα και των δυο φύλων άνω των 60 ετών. Λειτουργούν από τις 8 το πρωί έως τις 8 το βράδυ και στοχεύουν στην φροντίδα, υποστήριξη, δημιουργική απασχόληση, προληπτική φροντίδα υγείας, ψυχαγωγία των ηλικιωμένων ατόμων. Επίσης, διαθέτουν Συμβουλευτική υπηρεσία σε μοναχικά άτομα, που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην καθημερινότητα και παραπέμπει στις κατάλληλες υπηρεσίες, όταν χρειάζεται.³²

Τα προβλήματα και οι ανάγκες των ηλικιωμένων, αξίζουν ιδιαίτερης προσοχής και διερεύνησης από τους επαγγελματίες του χώρου υγείας. Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ομάδα ανθρώπων, που χρειάζονται το σεβασμό και την αγάπη από τις νέες γενιές και όχι την περιθωριοποίηση και την αδιαφορία.

1.4 Ο ρόλος των ηλικιωμένων στην οικογένεια- Επιπτώσεις και μεταβολές στη δομή της.

Στην Ελλάδα, το σχήμα της αγροτικής οικογένειας φαίνεται να εκλείπει σταδιακά, διότι μειώνεται η παραδοσιακή μορφή της οικογενειακής γεωργικής απασχόλησης. Δεν έχει εκλείψει, ωστόσο, το σχήμα της εκτεταμένης ελληνικής οικογένειας. Αν

³⁰ Σχέδιο περιγραφής της δράσης «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ», 2009

³¹ Έμκε-Πουλοπούλου Η., Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες-Παρελθόν παρόν και μέλλον, Αθήνα (Ελλην) 1999,432.

³² Ο.π.,438.

λάβουμε υπόψη ένα εξαιρετικής σημασίας ψυχολογικό στοιχείο της σημερινής ελληνικής οικογένειας, όπως είναι οι αξίες, καθώς επίσης και η γεωγραφική εγγύτητα και οι προσωπικές επαφές, είναι σαφέστατο, ότι λειτουργικά, η ελληνική οικογένεια διατηρεί ακόμα τη φυσιολογία της εκτεταμένης οικογένειας.

Είναι γεγονός ότι ακόμα και στην οικογενειοκεντρική Ελλάδα, που η φροντίδα των ηλικιωμένων θεωρείται παραδοσιακά οικογενειακή υπόθεση, με την αλλαγή της δομής της οικογένειας αντιμετωπίζονται δυσκολίες. Η οικογένεια εξακολουθεί να παίζει, σε μικρότερο βαθμό σε σύγκριση με το παρελθόν, το ρόλο ενός άτυπου δικτύου φροντίδας. Στην περίπτωση αυτή, οι δεσμοί που ενώνουν το/τα άτομο/-α, που προσφέρουν τη φροντίδα, με αυτόν που τη δέχεται, δεν είναι υλικοί, αλλά η αγάπη, η ηθική υποχρέωση και η αμοιβαιότητα των συναισθημάτων.

Είναι γεγονός, ότι στην Ελλάδα και ιδιαίτερα στην περιφέρεια, παρατηρείται έντονα η γειτονιά. Το γεγονός αυτό, συνδέεται με ζητήματα που αφορούν στην διατήρηση των δεσμών των Ελλήνων με την εκτεταμένη οικογένεια και την αντίληψη, ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων για παράδειγμα, είναι οικογενειακή ευθύνη - ιδιαίτερα των γυναικών, αλλά και με το έλλειμμα ανάπτυξης αντίστοιχων επίσημων δομών. Αντίστοιχη φαίνεται να είναι η κατάσταση στον τομέα της φροντίδας, αλλά και της γενικότερης δομής του κράτους πρόνοιας και σε άλλες χώρες - κυρίως του Νότου - όπως για παράδειγμα στην Ισπανία, Πορτογαλία την Νότια Ιταλία, αλλά και στην Ιρλανδία, όπου η εκτεταμένη οικογένεια, αλλά και η Καθολική εκκλησία παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση και την παροχή υπηρεσιών.

Οι οικογενειακές αξίες και η οικογενειακή αλληλεγγύη, εξακολουθούν να είναι ισχυρές. Αυτό προδιαγράφει, ότι οι οικογένειες στην Ελλάδα αναλαμβάνουν αυξημένες ευθύνες έναντι των μελών τους, ειδικά των πιο αδύναμων (παιδιά και ηλικιωμένοι), με σκοπό να διασφαλίζουν ένα δίκτυο ασφαλείας. Μ' αυτό τον τρόπο η οικογένεια, πολλές φορές, αντικαθιστά το κράτος πρόνοιας. Οι οικογενειακές αξίες, η παράδοση και η θρησκευτική συνείδηση επηρεάζουν σημαντικά τη συμπεριφορά και το ρόλο του κάθε μέλους μέσα στην οικογένεια.

Ακολουθώντας τις αρχές και τις αξίες της ελληνικής παράδοσης, οι γυναίκες είναι αυτές που αποτελούν την πλειονότητα των φροντιστών. Οι μεσήλικες γυναίκες και οι γυναίκες τρίτης ηλικίας είναι αυτές που φροντίζουν τους ηλικιωμένους συζύγους ή γονείς τους. Πιστεύουν ότι είναι «υποχρέωσή τους- καθήκον τους» να τους

φροντίζουν, όμως στη σημερινή κοινωνία με τις αυξημένες επαγγελματικές και κοινωνικές ανάγκες, επιζητούν την ελευθερία και το χρόνο αναψυχής τους.

Επομένως, η γήρανση του πληθυσμού, το υψηλό ποσοστό συμμετοχής των γυναικών στην αγορά εργασίας και η διάλυση του μοντέλου της παραδοσιακής οικογένειας, μετατρέπουν την ηθική μέχρι τώρα υποχρέωση της οικογένειας να παρέχει φροντίδα σε μια έννοια πιο ρευστή και διαπραγματεύσιμη απ' ότι στο παρελθόν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αλλάξει η λειτουργία των συγγενικών δικτύων τα τελευταία χρόνια, καθώς, η αύξηση της απασχόλησης των γυναικών (ή των προσδοκίων τους για απασχόληση), επέδρασε στη διαθεσιμότητα τους ως φορέων φροντίδας και γενικώς, ο ρόλος των άτυπων δικτύων φροντίδας αμβλύνθηκε. Η πυρηνική οικογένεια δεν είναι σε θέση πια να φροντίζει τους ηλικιωμένους σε διαρκή βάση, ούτε και να τους παρέχει στέγη. Η χωριστή διαμονή του ηλικιωμένου είναι πια ο κανόνας και στη Νότια Ευρώπη, ενώ μέχρι πριν από μερικά χρόνια συναντιόταν κατ'εξαίρεση. Εξάλλου, ακόμη και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η οικογένεια αποτελεί το βασικό φορέα πρόνοιας των ηλικιωμένων, αναγνωρίζεται πλέον, ότι είναι απαραίτητο να υποστηριχθεί. Στην χώρα μας τα τελευταία τριάντα χρόνια, υπερδιπλασιάστηκαν οι Έλληνες άνω των 65 ετών. Μεγάλο ποσοστό από αυτούς έχει χαμηλό εισόδημα και αρκετοί βρίσκονται στο όριο της φτώχειας. Παρατηρείται ότι με το πέρασμα των χρόνων, τα άτυπα δίκτυα στήριξης της ελληνικής οικογένειας αμβλύνονται, η δομή και η σύνθεση αυτής αλλάζει και έτσι, είναι όλο και λιγότερο σε θέση να φροντίσει τα ηλικιωμένα μέλη της.

Οι οικογένειες, που είναι κατά κύριο λόγο οι ανεπίσημοι φροντιστές των ηλικιωμένων, έχουν επιβαρυνθεί έντονα από την φροντίδα που τους παρέχουν και χρειάζονται την υποστήριξη και ενίσχυση από τις υπηρεσίες υγείας και φροντίδας στην Ελλάδα.

Στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, η εκτεταμένη οικογένεια χωρίς καμία κρατική βοήθεια φροντίζει τους ηλικιωμένους της. Η μετακίνηση του πληθυσμού από τις αγροτικές περιοχές προς τα αστικά κέντρα και η επακόλουθη διάσπαση των μεγάλων οικογενειακών μονάδων, σε συνδυασμό με την αυξημένη προσδοκώμενη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων, δυσχεραίνουν τη φροντίδα των ηλικιωμένων από την οικογένεια, ενώ οι νεότεροι ανησυχούν για τα δικά τους γεράματα. Σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το κράτος βελτίωσε σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο τις παροχές προς τους ηλικιωμένους, για να τους επιτρέψει να παραμείνουν στο φυσικό τους περιβάλλον, να ζουν ανεξάρτητα και να καθορίζουν τη ζωή τους, να

έχουν δικό τους νοικοκυριό, να μπορούν να επιλέξουν τη συγκατοίκηση τους με τα παιδιά τους ή άλλους συγγενείς, να έχουν τη δυνατότητα να αποφασίσουν ή να απορρίψουν τον εγκλεισμό τους σε ίδρυμα.

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται συρρίκνωση και εξασθένηση της ομάδας που παραδοσιακά στήριζε τους ηλικιωμένους: εκτεταμένη οικογένεια, συγγένεια, κοινότητα. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν είχαν ποτέ ή δεν έχουν πια παιδιά, ενώ γήρανση του πληθυσμού σημαίνει ότι τα παιδιά των ηλικιωμένων είναι και αυτά ηλικιωμένα. Η οικογένεια είναι σε θέση να καταλάβει και να αντιμετωπίσει τις προσωπικές ανάγκες του ηλικιωμένου και η βοήθεια της είναι αναντικατάστατη. Παρόλα αυτά όμως, πρέπει να σημειωθεί, ότι δεν μπορούν όλες οι οικογένειες να προσφέρουν φροντίδα στα ηλικιωμένα μέλη τους για διάφορους λόγους. Η παραπάνω διαπίστωση σχετίζεται με διάφορες κοινωνικές αλλαγές, οι οποίες έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια και θέτουν την δυνατότητα της οικογένειας να προσφέρει την απαιτούμενη φροντίδα, υπό αμφισβήτηση. Οι αλλαγές αυτές αφορούν στην μεγαλύτερη γυναικεία συμμετοχή στην αγορά εργασίας, στην τεράστια αύξηση των διαζυγίων σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, την ποικιλία οικογενειακών σχημάτων, αλλά και στο γεγονός ότι η ανάπτυξη ενός συστήματος πολύπλευρης ενίσχυσης για τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες και τις οικογένειες τους, καθώς και η ποσοτική και ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών στήριξης από την πολιτεία παραμένει σε εκκρεμότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Ο προνοιακός πλουραλισμός στη κοινοτική φροντίδα

2.1 Η σύγχρονη έννοια του πλουραλισμού

Η συνεχής αύξηση του γηράσκοντος πληθυσμού, ως αποτέλεσμα της αύξησης του μέσου προσδόκιμου ορίου ζωής και πτώσης της γεννητικότητας, αποτελεί μια πρόκληση για το κοινωνικό κράτος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τον περιορισμό του κράτους ως άμεσου προμηθευτή κοινωνικών υπηρεσιών, στις χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου, καθώς και μεταβολή στη σχέση μεταξύ δημόσιων-ιδιωτικών πόρων. Η στροφή προς περισσότερο πλουραλιστικές λύσεις, γίνεται ιδιαίτερα εμφανής σε ορισμένους τομείς της κοινωνικής πολιτικής, όπως η υγεία, η εκπαίδευση και η κοινωνική ασφάλιση.

Ο προνοιακός πλουραλισμός ή η μικτή οικονομία της πρόνοιας, υποδηλώνει τη μετάβαση από το κράτος πρόνοιας στην κοινωνία πρόνοιας. Δεν πρόκειται για ένα ενιαίο ρεύμα, χρησιμοποιεί όμως, με επιλεκτικό τρόπο τις αρχές και τα μοντέλα της κοινωνικής πολιτικής, ενώ αναφέρεται έντονα στις εθνικές, πολιτιστικές, θρησκευτικές, ιδεολογικές παραδόσεις κάθε χώρας. Αυτή η στρατηγική αμφισβητεί τον κεντρικό ρόλο του κράτους στην παροχή κοινωνικής φροντίδας και τάσσεται υπέρ της μείωσης του, με παράλληλη αύξηση του ανεπίσημου, του εθελοντικού ή και του ιδιωτικού τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Οι ερμηνείες του προνοιακού πλουραλισμού είναι πολλές.

Στην εθελοντική του εκδοχή, τονίζεται η σημασία των εθελοντικών κοινωνικών πρωτοβουλιών με τη μορφή των ομάδων αλληλοβοήθειας, αυτοβοήθειας, ομάδες παροχής εισοδήματος και απασχόλησης κ.ά. Η έμφαση στον ανεπίσημο τομέα, αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών από την οικογένεια, τους φίλους, τους συγγενείς. Η κριτική σ' αυτές τις προσεγγίσεις, κυρίως όσον αφορά το περιορισμένο της δράσης τους, την εξάρτηση της χρηματοδότησης από το κράτος κλπ., οδήγησε σε μια άλλη πλουραλιστική στρατηγική, όπου προβλέπεται η αρμονική συνύπαρξη του επίσημου και ανεπίσημου, του θεσμικού και εθελοντικού τομέα μεταξύ τους. Σ' αυτά τα

μοντέλα, προβλέπεται ο πλουραλισμός στις παροχές, η αποκέντρωση των υπηρεσιών, η συμμετοχή των ενδιαφερομένων και ο συντονιστικός ρόλος του κράτους.

Η κριτική που ασκήθηκε στο πλουραλιστικό ρεύμα ήταν έντονη. Εκτός από τη συγγένεια του με τις νεοσυντηρητικές αντιλήψεις, κατηγορείται ότι συγκαλύπτει προθέσεις ιδιωτικοποίησης και εμπορευματοποίησης της κοινωνικής πολιτικής, αντίστοιχου περιορισμού του ρόλου του κράτους και μετατόπισης της ευθύνης της φροντίδας στα άτομα. Ο θετικός πυρήνας του προνοιακού πλουραλισμού, δηλαδή η αποκέντρωση των υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο, η συμμετοχή των πολιτών καθώς και η προληπτική του στρατηγική, συναντούν μεγαλύτερη αποδοχή και επιδοκιμασία εφόσον συναρτώνται με τη διατήρηση της χρηματοδοτικής παρουσίας του κράτους. Το τελευταίο εγγυώνται οι στόχοι της κοινωνικής ισότητας και ασφάλισης, αλλά και της οικονομικής ανάπτυξης. Πρόβλημα ουσιαστικό παραμένει, ωστόσο, ο ακριβής ρόλος του μίγματος, δηλαδή η συμμετοχή του κάθε τομέα και η εξασφάλιση της επιζητούμενης ισορροπίας.

Εδώ αξίζει να σημειωθεί και παρόλες τις κριτικές που έχουν ασκηθεί, πως πλουραλισμός δεν σημαίνει άρνηση της αναγκαιότητας κρατικής παρέμβασης, αλλά αναζήτησης νέας συναίνεσης και συνεργασίας μεταξύ αγοράς, κράτους και ιδιωτικού/οικογενειακού χώρου. Σε μια ελεύθερη και δημοκρατική κοινωνία, όπως αναφέρει και ο Pinker, είναι απαραίτητος ο συμβιβασμός μεταξύ των αντιτιθέμενων πολιτικών στόχων που μπορεί να είναι εξίσου επιθυμητοί, αλλά δεν μπορούν να ικανοποιηθούν στη βάση ενός κριτηρίου. Επομένως, δεν προϋποθέτει ευρεία συναίνεση, αλλά μάλλον μια διαρκή διαδικασία εξισορρόπησης συμφερόντων και επίλυσης συγκρούσεων, μέσα από την αναζήτηση των κατάλληλων δομών και σχέσεων.³³

Όπως και να'χει, η επικράτησή του είχε μερικές απρόβλεπτες ή μη επιδιωκόμενες συνέπειες³⁴. Η πρώτη σχετίζεται με την ανεπίσημη φροντίδα και αφορά την αύξηση του ενδιαφέροντος, στη διερεύνηση και τη θεωρητικοποίηση της φροντίδας από την οικογένεια, την κοινότητα και τα εθελοντικά σχήματα, αλλά και την προώθηση υποστηρικτικών μέτρων και θεσμών στη πράξη με άμεσο στόχο την παρέμβαση στην ανισότητα των δύο φύλων και την ενδυνάμωση των πολιτών.

³³ Στασινοπούλου Β. Όλγα, Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής. Από το κράτος πρόνοιας στο «νέο» προνοιακό πλουραλισμό, Φροντίδα και Γήρανση-Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση, Αθήνα (Gutenberg) 2002,63.

³⁴ Ο.π.,61-62.

Η δεύτερη, αφορά, σε ευρύτερες θεωρητικές, εννοιολογικές αναζητήσεις, όπου η συγκρότηση και σχέση ιδιωτικού και δημόσιου χώρου γίνονται πάλι αντικείμενο διερεύνησης και αντεγκλήσεων.

Η τρίτη έχει να κάνει με την επαναφορά στο προσκήνιο της ηθικής διάστασης της κοινωνικής πολιτικής και την εκ νέου αξιολόγηση των εννοιών της αλληλεγγύης, της εξάρτησης της συμμετοχής και της ενδυνάμωσης των πολιτών.

Και η τέταρτη, αναφέρεται στο χώρο του μανάτζμεντ, με την αναζήτηση νέων μορφών οργάνωσης και διοίκησης στην εφαρμογή του πλουραλισμού, των μεθόδων διευθέτησης των συγκρούσεων και επιβολής ελέγχου.

Κλείνοντας, αξίζει να σημειωθεί, πως ένα πλουραλιστικό μοντέλο στη κοινότητα, για να είναι λειτουργικό και αποτελεσματικό, οφείλει να πληρεί ορισμένες προϋποθέσεις που αφορούν: πρώτον την ύπαρξη και ενίσχυση του «κοινωνικού κεφαλαίου, δεύτερον την ύπαρξη ενημερωμένων πολιτών που συμμετέχουν ενεργά, των οποίων η γνώμη θα λαμβάνεται υπόψη και οι οποίοι θα διαμορφώνουν πολιτικές από κοινού με τους ιθύνοντες και τους ειδικούς. Εδώ πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση, στην ενίσχυση του ρόλου των ατόμων ως μελών, συμπαραγωγών και πολιτών, παρά ως καταναλωτών, φορολογούμενων και ψηφοφόρων, στόχος, ο οποίος δεν είναι ιδιαίτερα εύκολος, καθώς στηρίζεται στην ενδυνάμωση του εξυπηρετούμενου. Και τρίτον, τη συνεργασία και το συντονισμό των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας και εκείνων της πρόνοιας, καθώς το νέο πολύπλοκο περιβάλλον των πολλαπλών φορέων, που παρέχουν κοινοτική φροντίδα, σε συνδυασμό με την αποκέντρωση των πόρων προωθεί περισσότερο ανταγωνιστικές σχέσεις μεταξύ τους, γεγονός που τον καθιστά ιδιαίτερα προβληματικό.

2.2 Τα μοντέλα πρόνοιας.

Για την κοινοτική φροντίδα εξαρτώμενων ηλικιωμένων, στο σύνολο τους τα κράτη επιλέγουν τη μικτή πρόνοια, ως μια προσπάθεια περικοπής των δαπανών σε σχέση και με τις δημογραφικές αλλαγές. Παρόλα αυτά, παρατηρούμε ομάδες χωρών με διαφορετική δομή συστημάτων πρόνοιας και κοινοτικής φροντίδας που φαινομενικά όμως, συγκλίνουν στους ίδιους στόχους. Πιο αναλυτικά:

Υπολειμματικό μοντέλο:

Στο υπολειμματικό μοντέλο πρόνοιας, το κράτος αποτελεί ένα δίκτυ ασφαλείας για τις περισσότερο ευάλωτες κατηγορίες του πληθυσμού και ο ρόλος του γενικά, στην παροχή φροντίδας είναι ρυθμιστικός. Κεντρικός μοχλός της φροντίδας των ηλικιωμένων, είναι τα άτυπα δίκτυα φροντίδας, που πλέον όμως έχουν δημιουργηθεί με καλύτερες προϋποθέσεις, για τη λειτουργικότητα ενός συστήματος μικτής πρόνοιας. Βασική εκπρόσωπος του υπολειμματικού μοντέλου, είναι η Μ. Βρετανία, η οποία αποτελεί μια χώρα που παραδοσιακά στο χώρο της πρόνοιας είχε έναν ισχυρό ιδιωτικό τομέα. Από το 1990 και μετά, τέθηκαν βάσεις, έτσι ώστε, η προσοχή της χώρας να δίνεται στη λειτουργία ενός μοντέλου κρατικής ρύθμισης αλλά ιδιωτικών παροχών. Αυτό όμως, δε σημαίνει ότι δεν υπάρχουν προβλήματα, όπως το κόστος για τους ηλικιωμένους που έχουν καλύτερα εισοδήματα ή το θέμα του συντονισμού των υπηρεσιών. Βέβαια, σε θέματα που αφορούν την ενεργοποίηση και την ενδυνάμωση του ηλικιωμένου έχουν προχωρήσει αρκετά . Η αξιοποίηση του εθελοντικού, μη κερδοσκοπικού, καθώς και του ιδιωτικού τομέα, από τις κρατικές ή τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες, αποτελεί μια στρατηγική επιλογή της πολιτείας στην διαδικασία αναζήτησης περισσότερο οικονομικών λύσεων, της αποκέντρωσης και της ιδιωτικοποίησης της πρόνοιας. Σε αυτό το πλαίσιο, η Βρετανία έχει προχωρήσει αρκετά προς την κατεύθυνση σύναψης συμβολαίων (contracting) με εθελοντικούς φορείς και οργανισμούς. Στην ίδια κατεύθυνση, κινείται και η Γαλλία, όπως και η Ιταλία. Με το σύστημα αυτό, κρατικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο συνάπτουν συμβόλαια - τα οποία περιλαμβάνουν κανονισμούς και όρους για το τι θα προσφέρεται και πως - με εθελοντικές οργανώσεις ή κερδοσκοπικές επιχειρήσεις για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας σε συγκεκριμένες κατηγορίες «πελατών».

Κορπορατιστικό Μοντέλο:

Στα κορπορατιστικά μοντέλα (Γερμανία), επικρατεί η δραστηριοποίηση τόσο του εθελοντικού τομέα, όσο και του ιδιωτικού με κεντρικό άξονα την οικογένεια στη μακρόχρονη φροντίδα, όπως και σε άλλες προνοιακές υπηρεσίες. Όμως, παρουσιάζεται εξαιρετικά υψηλό το κόστος φροντίδας, τόσο για τις οικογένειες, όσο και για τον ηλικιωμένο τον ίδιο. Οι λύσεις που αναζητήθηκαν, ήταν κυρίως στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης, δίνοντας τη δυνατότητα στον ίδιο τον ασφαλισμένο να επιλέξει και να αγοράσει στη συνέχεια, το είδος της φροντίδας που επιθυμεί, από τον ιδιωτικό τομέα ή και από την οικογένεια. Σε αυτό το μοντέλο, ενώ υπάρχει πολλαπλότητα τομέων παροχής φροντίδας και κάλυψη των δαπανών από την κοινωνική ασφάλιση, διαπιστώνεται συγχρόνως η έλλειψη καθοδήγησης του πολίτη στις υπηρεσίες και του συντονισμού των φορέων.

Σκανδιναβικό Μοντέλο:

Τέλος, ιδιαίτερη ομάδα αποτελούν οι Σκανδιναβικές χώρες, που ήδη διαθέτουν ένα ισχυρά αποκεντρωτικό σύστημα, με αυτόνομη χρηματοδότηση, με πολύ καλό επίπεδο υπηρεσιών, όπου οι υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας είναι υπό την εποπτεία και την καθοδήγηση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Οι χώρες αυτές δεν στηριζόντουσαν ποτέ ιδιαίτερα στα άτυπα δίκτυα για τη φροντίδα των ηλικιωμένων, αλλά θέλουν να βελτιώσουν ακόμη περισσότερο την ποιότητα των υπηρεσιών και να ενισχύσουν την ανεξάρτητη διαβίωση των ατόμων τρίτης ηλικίας.

Βγαίνει, λοιπόν, το συμπέρασμα, ότι η πορεία από το κράτος στα μικτά σχήματα πρόνοιας, στην κοινοτική φροντίδα θα είναι σταθερή στο μέλλον, διότι υπάρχουν πλέον εξωτερικές πιέσεις, που ωθούν τα συστήματα πρόνοιας προς διαφορετικές επιλογές. Επίσης, πρέπει να τονιστεί, ότι παρά τις σημαντικές αλλαγές, η οικογένεια παραμένει το κύριο στήριγμα αυτών που χρειάζονται φροντίδα σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, είτε με την άμεση παροχή υπηρεσιών στα εξαρτώμενα μέλη, είτε με το διαμεσολαβητικό της ρόλο στην περίπτωση των Σκανδιναβικών χωρών.

Στην Ελλάδα, έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στον τομέα κοινοτικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους. Γενικότερα, γίνεται περισσότερο λόγος για φροντίδα από την κοινότητα παρά στην κοινότητα. Αν σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, χρειάστηκαν

αρκετά χρόνια νέο – φιλελεύθερων πολιτικών και προσπάθειες ιδιωτικοποίησης της πρόνοιας, για να «πείσουν» τους «ενεργούς πολίτες», να αναλάβουν την φροντίδα των ίδιων και μελών της οικογένειας τους, αποσυνδέοντας την έννοια της ευημερίας και της πρόνοιας από την κρατική της διάσταση και τονίζοντας παράλληλα την ατομική ευθύνη και το δικαίωμα επιλογής, στην χώρα μας ακολουθήθηκε μια διαφορετική - και ίσως σε αρκετά σημεία αντίθετη - πρακτική. Είναι γεγονός, ότι στην Ελλάδα και ιδιαίτερα στην περιφέρεια, παρατηρούμε την κυριαρχία των άτυπων δικτύων κοινωνικής φροντίδας (οικογένεια, γειτονιά). Το γεγονός αυτό, συνδέεται με ζητήματα που αφορούν στην διατήρηση των δεσμών των Ελλήνων με την εκτεταμένη οικογένεια και την αντίληψη ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων για παράδειγμα, είναι οικογενειακή ευθύνη - ιδιαίτερα των γυναικών, αλλά και με το έλλειμμα ανάπτυξης αντίστοιχων επίσημων δομών. Αντίστοιχη φαίνεται να είναι η κατάσταση στον τομέα της φροντίδας, αλλά και της γενικότερης δομής του κράτους πρόνοιας και σε άλλες χώρες - κυρίως του Νότου - όπως για παράδειγμα στην Ισπανία, Πορτογαλία την Νότια Ιταλία αλλά και στην Ιρλανδία όπου η εκτεταμένη οικογένεια, αλλά και η καθολική εκκλησία παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση και την παροχή υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Προγράμματα Κοινωνικής Φροντίδας για τους Ηλικιωμένους

Μέχρι την τελευταία δεκαετία, η φροντίδα των ηλικιωμένων είχε βασικά αντιμετωπισθεί στα πλαίσια της οικογένειας. Ωστόσο, οι κοινωνικό-οικονομικές αλλαγές που σημειώνονται σε όλες τις περιοχές της χώρας, έχουν αρχίσει να δημιουργούν προβλήματα στη φροντίδα των ηλικιωμένων από τη μεριά της οικογένειας. Οι εξελίξεις αυτές, επέβαλαν τη δημιουργία δικτύου υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των αναγκών των ηλικιωμένων, με κύριο στόχο την ευημερία, την ψυχαγωγία και την καλύτερη διαβίωσή τους.

Ένας βασικός στόχος της κοινωνικής πολιτικής, στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους, είναι η παραμονή τους, όσο το δυνατόν, μέσα στη κοινότητα, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας. Μέσω της συμμετοχής των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας, περιορίζεται η ψυχολογική αποστασιοποίηση και η περιθωριοποίησή τους, από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Η πολιτική για τους ηλικιωμένους, περικλείει τη φροντίδα στο σπίτι και την κοινότητα, μέσω των υπηρεσιών ανοιχτής φροντίδας για τους ηλικιωμένους, που παρέχονται στο πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης μέσω των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων και του Προγράμματος «Βοήθειας στο Σπίτι», σε ανάδοχες οικογένειες, σε κέντρα προστασίας γήρατος, σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων για ηλικιωμένους που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις.

3.1. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.).

3.1.1. Ορισμός και Ιστορική αναδρομή των Κ.Α.Π.Η. - ΔΟ.Κ.Α.Π.Η.

Τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν έναν χώρο συνάντησης των ηλικιωμένων, αλλά παρέχουν, επιπροσθέτως, υπηρεσίες όπως: φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα, καθώς και κοινωνικές υπηρεσίες από κοινωνικούς

λειτουργούς, οι οποίοι έχουν την ευθύνη και τον συντονισμό όλου του προγράμματος.³⁵

Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. υιοθετήθηκε το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Ο θεσμός εξελίχθηκε σταδιακά, μέσω των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης, αναπτύχθηκε και διευρύνθηκε σε όλη τη χώρα. Σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν περισσότερα από 900 κέντρα.³⁶

Το πρώτο Κ.Α.Π.Η. στην Ελλάδα, στο Ν. Κόσμο Αττικής, λειτούργησε με καθαρά εθελοντικό χαρακτήρα με την ονομασία "Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς" το 1979 και αποτέλεσε παράδειγμα οργάνωσης και λειτουργίας για άλλα που ακολούθησαν. Μέχρι το τέλος του 1981 λειτούργησαν 8 Κ.Α.Π.Η. με φορείς εθελοντικές οργανώσεις, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, την ΧΕΝ, το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας Παιδιού και ακόμη με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας.

Το 1982, με το νόμο 1416/84 άρθρο 38, το κράτος μεταβιβάζει πλέον την αρμοδιότητα διοίκησης και λειτουργίας των ΚΑΠΗ, στην τοπική αυτοδιοίκηση, έτσι, αποτελούν πλέον Ν.Π.Δ.Δ. (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου) των Δήμων και Κοινοτήτων. Έκτοτε, επεκτάθηκε η λειτουργία τους και καλύφθηκε σχεδόν το σύνολο της χώρας. Στην δεύτερη αυτή φάση, ο θεσμός αναπτύσσεται και διευρύνεται σ' όλη την χώρα όπου και τα Κ.Α.Π.Η. φθάνουν τον αριθμό των 260, εκ των οποίων τα 80 βρίσκονται στην Αθήνα. Έως το τέλος του 1988 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, μέσω της Διεύθυνσης Προστασίας Ηλικιωμένων, κάλυπτε τις δαπάνες μισθοδοσίας και λειτουργικών αναγκών των Κ.Α.Π.Η. και εφόσον οι Δήμοι διέθεταν οικοπεδικό χώρο, επιχορηγούσε και για την ανέγερση κτιρίου του Κ.Α.Π.Η. Από το 1989, τις δαπάνες μισθοδοσίας - λειτουργικών αναγκών υποχρεώθηκαν να αναλάβουν οι Δήμοι και Κοινότητες. Το 1990, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνεχίζει να επιχορηγεί για εξοπλισμό και κτιριακά, κυρίως όμως, εποπτεύει και φροντίζει τον θεσμό των Κ.Α.Π.Η. Από το 1991, η θέση του Υπουργείου διαφοροποιείται απέναντι στον θεσμό. Υποστηρίζεται ότι δεν ανήκουν πια στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, αλλά στο Υπουργείο Εσωτερικών.³⁷

Το 2008, τα Κ.Α.Π.Η μετονομάζονται σε Δημοτικοί Οργανισμοί Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων Δ.Ο.Κ.Α.Π.Η. Η αλλαγή αυτή στην ονομασία,

³⁵ Σταθόπουλος Π., Κοινωνική Πρόνοια - Μια Γενική Θεώρηση, Αθήνα (Έλλην) 1999,311.

³⁶ Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η., (2007). www.dhmoskilkis.gr.

³⁷ Κ.Α.Π.Η., 2008

φέρνει μια σειρά από άλλες τροποποιήσεις και αλλαγές στη λειτουργία των Κέντρων αυτών. Τα δημοτικά, νομικά πρόσωπα με την επωνυμία Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, συγχωνεύτηκαν σε ενιαίο Νομικό Πρόσωπο, με την επωνυμία Δημοτικός Οργανισμός Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, σύμφωνα με την 7385/4-4-2006 Απόφαση Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας Κρήτης, που εκδόθηκε ύστερα από την 198/ 2006 Απόφαση Δημοτικού Συμβουλίου Ηρακλείου, που δημοσιεύτηκε στο Φ.Ε.Κ. 585/ 10-5-2006, τεύχος Β', σύμφωνα με τις διατάξεις του Δ.Κ.Κ., όπως ισχύουν κάθε φορά. Το νέο αυτό Νομικό Πρόσωπο έχει δική του περιουσία (των συγχωνευθέντων Νομικών Προσώπων), διοίκηση, σφραγίδα που φέρει την επωνυμία του και συντάσσει δικό του Προϋπολογισμό.³⁸

Τα ΚΑΠΗ διοικούνται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο, χρηματοδοτούνται από το Δήμο και έχουν δικό τους προϋπολογισμό. Στο διοικητικό συμβούλιο συμμετέχουν και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, μέσω ενός εκπροσώπου τους. Με τη συμμετοχή των ηλικιωμένων, μέσω ενός εκπροσώπου στο διοικητικό συμβούλιο, προλαμβάνεται η περιθωριοποίηση και η διατήρηση των ηλικιωμένων σε κατάσταση ενεργού κοινωνικής παρουσίας. Για να συμβεί κάτι τέτοιο, τα ΚΑΠΗ δεν αποτελούν ένα κοινωνικά κλειστό σύστημα παροχής υπηρεσιών, αλλά διάυλο μιας αμφίδρομης σχέσης των ηλικιωμένων και του κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Η δημιουργία των ΚΑΠΗ θεωρήθηκε πρωτοποριακή και επιτυχής παρέμβαση, δεδομένου, ότι διαφέρει από τις παραδοσιακές υπηρεσίες, καθόσον οι δράσεις τους επικεντρώνονται στην εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων για την κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων, την ενεργοποίηση τους, την πρόληψη της υγείας τους, καθώς και την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Τα ΚΑΠΗ, ως προγράμματα ανοικτής περίθαλψης και φροντίδας, ξεκίνησαν με την προοπτική να ανταποκριθούν σε μια σειρά από βασικές ανάγκες του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού ηλικιωμένων.

Ωστόσο, διάφορες μελέτες και έρευνες διαπίστωσαν ότι τα ΚΑΠΗ έχουν προσελκύσει συγκεκριμένες κατηγορίες ηλικιωμένων, δηλαδή τους νεότερους, με καλή υγεία και οι οποίοι σε μεγάλο ποσοστό δεν μένουν μόνοι. Αυτό σημαίνει, ότι ένα σημαντικό μέρος των ηλικιωμένων δεν συμμετέχει ή αποκλείεται από τις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ, γεγονός που υπαγορεύει τη διεύρυνση των προγραμμάτων για την ένταξη και των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι, είναι μη αυτοεξυπηρετούμενοι, έχουν μειωμένη κινητικότητα κ.λ.π. Παρόλα αυτά ο ρόλος και

³⁸ Αρχείο του Ε' Τμήματος Δ.Ο.Κ.Α.Π.Η. Φορτέτσας Ηρακλείου Κρήτης, 2008

το έργο τους, έχουν ευρέως αναγνωριστεί και κυρίως, εκ μέρους των ίδιων των ηλικιωμένων, οι οποίοι δηλώνουν, ότι έχουν συμβάλει θετικά στην αναβάθμιση της καθημερινής τους ζωής. Αυτό προκύπτει και από τα αποτελέσματα δυο ερευνών, που διεξήχθησαν στο παρελθόν από το ΕΚΚΕ, και αφορούν, η πρώτη τη μελέτη των διαφορών, κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων των περιοχών, όπου προγραμματιζόταν να λειτουργήσουν τα ΚΑΠΗ (προλειτουργική έρευνα - 1986) και η δεύτερη, τη διερεύνηση των απόψεων των ηλικιωμένων, όσον αφορά τα προγράμματα των ΚΑΠΗ³⁹

Συγκεκριμένα, τα ΚΑΠΗ, κατά τους ηλικιωμένους, τους προσφέρουν ψυχαγωγία και συντροφιά. Ένα μεγάλο ποσοστό (89%) είναι ευχαριστημένοι από τη λειτουργία και τα προγράμματα των κέντρων. Πρέπει να αναφερθεί, ότι η τέταρτη ηλικία δηλώνει ικανοποιημένη σε μεγαλύτερο ποσοστό από την τρίτη, ενώ η τρίτη ηλικία εκφράζει σε μεγαλύτερο ποσοστό αιτήματα για βελτίωση των προγραμμάτων. Επίσης, το 42% του δείγματος, δηλώνει, ότι είναι ικανοποιημένο από τα προγράμματα και δεν ζητά τίποτε περισσότερο. Τα αιτήματα που διατυπώνουν για επιπλέον υπηρεσίες, αφορούν ιατρική περίθαλψη και ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Η αποδοχή και η στήριξη του θεσμού εκ μέρους των ηλικιωμένων προέκυψαν από έρευνες, που αναφέρονται στα πρώτα χρόνια λειτουργίας των ΚΑΠΗ. Έκτοτε και μέχρι σήμερα, δεν έχουν διεξαχθεί σε ευρεία κλίμακα παρόμοιες έρευνες και μελέτες. Για το λόγο αυτό, έχει προκύψει η αναγκαιότητα δημιουργίας ενός μηχανισμού, αφενός παρακολούθησης των συνεχώς διαμορφούμενων αναγκών των ηλικιωμένων και αφετέρου, αξιολόγησης της συμβολής των ΚΑΠΗ στην κάλυψη των αναγκών αυτών.

Σύμφωνα με τις σημερινές αντιλήψεις, όσον αφορά στην κοινωνική φροντίδα, οι ηλικιωμένοι δεν θα πρέπει να βρίσκονται εγκλωβισμένοι μέσα στο σπίτι, αλλά να αποτελούν κομμάτι σε ένα ανοικτό περιβάλλον, ενταγμένοι στην κοινότητα και στην αγορά. Η αντίληψη των Γηροκομείων και της κλειστής Ιδρυματικής ζωής δεν αποτελεί σύγχρονη αντίληψη, αλλά ιδεολογία ενός πατερναλιστικού τρόπου προστασίας των ηλικιωμένων.⁴⁰

Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες του κέντρου απευθύνονται σε άντρες και γυναίκες,

³⁹Τεπέρογλου Α. Αξιολόγηση της Προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, Αθήνα (Ε.Κ.Κ.Ε. Μελέτη/Έρευνα 28) 1991,275-285.

⁴⁰ Αμηνά Α., Γεωργιάδη Ε., Τεπέρογλου, Α.,Ο Θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα, Αθήνα (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών) 1986,15.

άνω των 60 ετών, που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους, ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση.⁴¹

3.1.2. Σκοπός και υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η.

Η λειτουργία των ΚΑΠΗ εντάσσεται σε ένα σύγχρονο πλαίσιο, με το οποίο προωθείται το μοντέλο της ανοικτής φροντίδας και εξυπηρετεί του εξής σκοπούς:

- Την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, που θα τους βοηθήσει να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Τη διαφώτιση και την συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Την αξιοποίηση της έρευνας, για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ηλικιωμένων.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα ΚΑΠΗ, συνδυάζουν τις παραδοσιακές υπηρεσίες ιατρικής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με τις προνομιακές υπηρεσίες ανοικτού τύπου. Συγκεκριμένα:⁴²

- Γίνεται πρωτοβάθμια φροντίδα και συμβουλευτική για τη χρήση παροχών ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης
- Φυσιοθεραπεία και εργασιοθεραπεία
- Κοινωνική εργασία
- Βοήθεια στο σπίτι, για όσους δε μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν
- Οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση
- Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις.

Η εξέλιξη του θεσμού μέχρι σήμερα, αποδεικνύει, ότι λειτούργησε θετικά και ενισχύθηκε η κοινωνική αυτονομία των ηλικιωμένων, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στη βελτίωση των δυνατοτήτων παραμονής τους στο κοινωνικό περιβάλλον και στην αξιοποίηση εκείνων των μηχανισμών για την κοινωνική προστασία, που προβλέπονται γι' αυτούς. Ελλείψεις, όμως, εστιάζονται στην υλικοτεχνική υποδομή και διάρθρωση των προγραμμάτων, γι' αυτό και χρειάζεται να γίνει αναθεώρηση του

⁴¹ Ο θεσμός των Δ.Ο.Κ.Α.Π.Η, 2007

⁴² Αμίτσης Γ., Το θεσμικό πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής σε σχέση με τις λιγότερο ευνοημένες ομάδες - Η κάλυψη των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες, Αθήνα (σε Χ. Χτούρη (επ.), Θεσμοί και ρυθμίσεις της κοινωνικής πολιτικής, Πράξις) 1993,148-219.

θεσμού και να αναπροσαρμοστεί στις νέες οικονομικές και κοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων.⁴³

3.1.3 Στόχοι και υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η.

Οι στόχοι του θεσμού των Κ.Α.Π.Η., πέρα από την παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι, είναι:⁴⁴

α) Κοινωνικοποίηση: Το πρόγραμμα ενός Κ.Α.Π.Η είναι εντελώς διαφορετικό από τα άλλα γνωστά έως σήμερα προγράμματα, που οργανώνονται από την εκκλησία και τις άλλες διάφορες φιλανθρωπικές οργανώσεις, οι οποίες παρέχουν περιορισμένες υπηρεσίες. Ο παραδοσιακός τρόπος παροχής βοήθειας, παραχωρεί την θέση του στην αναζήτηση κάθε μέσου, που οδηγεί στην ένταξη στην κοινότητα. Οι ποιοτικές υπηρεσίες, οι φροντισμένες αίθουσες των Κ.Α.Π.Η., η συμμετοχή των ηλικιωμένων στην διοίκηση και στην οργάνωση πολιτιστικών δραστηριοτήτων αλλά και επιτροπών αυτενέργειας, δημιουργούν ισχυρά κίνητρα συμμετοχής που οδηγούν στην πλήρη κοινωνικοποίηση. Αποτέλεσμα όλων αυτών, είναι η προσέλευση ηλικιωμένων που δεν προέρχονται πια, όπως άλλοτε μόνο από τις πολύ χαμηλές εισοδηματικές τάξεις.

Έτσι, ξεφεύγουμε από τους περιορισμούς που επιβάλει η κοινωνική προστασία στον άπορο ηλικιωμένο και επιδιώκουμε, χωρίς να λαμβάνουμε υπόψη κοινωνικές τάξεις, μία από κοινού αντιμετώπιση των ιδιαίτερων καταστάσεων και προβλημάτων τους με πρωταρχικό στόχο το πρόβλημα της ψυχικής του μοναξιάς. Η έλλειψη οικονομικών πόρων απομονώνεται ή περιορίζεται σαν πρόβλημα, με την επιδοματική πολιτική που ασκείται από την κοινωνική υπηρεσία και την οικογενειακή βοήθεια από την οικογενειακή βοηθό που παρέχεται από τις υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η. Θετική συμβολή στην κοινωνικοποίηση, αποτελούν, επίσης, οι εκδρομές, συνεστιάσεις, επισκέψεις σε μουσεία, εορταστικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις.⁴⁵

β) Προληπτική Ιατρική: Σύμφωνα με ορισμένες παρατηρήσεις, οι ηλικιωμένοι δεν είναι πολλές φορές σε θέση να ξεχωρίσουν τα γηρατειά από την ασθένεια. Αυτό αποτελεί και την κυριότερη αιτία, για την οποία κάνουν τόσο μεγάλη χρήση

⁴³Τεπέρογλου Α., Αξιολόγηση της Προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, Αθήνα (ΕΚΚΕ) 1991, 275-285.

⁴⁴ Σταθόπουλος Π., Κοινωνική Αλληλεγγύη- μια γενική θεώρηση, Αθήνα (Ελλην) 1999, 77.

⁴⁵ Αμηνά Α., Δοντά Α., Τριανταφύλλου Τ., Υγεία και χρήση υπηρεσιών από τους ηλικιωμένους στην αγροτική Ελλάδα, Αθήνα (στο έργο Επιστημονικές Συναντήσεις 1986. Κοινωνική έρευνα και προγραμματισμός για τους ηλικιωμένους, Ελληνική Γεροντολογική Εταιρεία) 1987, 63-74.

φαρμάκων οι άνω των 65 ετών, οι οποίοι καταλαμβάνουν αναλογικά το μεγαλύτερο ποσοστό των κρεβατιών στα νοσοκομεία, σε σχέση με τις νεότερες ηλικίες. Η πρόληψη μέσα στα ΚΑΠΗ διακρίνεται:

α) σε πρωτογενή, (εμβολιασμοί, συμβουλές για την σωστή διατροφή, ένδυση και αποφυγή ατυχημάτων) και

β) δευτερογενή, που σκοπό έχει την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφεύγεται η μακροχρόνια συνήθως θεραπεία.

Στο ΚΑΠΗ, εφόσον εφαρμόζεται σωστά η προληπτική υγιεινή, οι ηλικιωμένοι υποβάλλονται σε εξετάσεις αίματος (καμπύλη σακχάρου, χοληστερίνης), καρδιολογικές με ηλεκτροκαρδιογραφήματα, μέτρηση πίεσης κλπ. Όσοι από τους εξεταζόμενους παρουσιάζουν πρόβλημα σοβαρό, παραπέμπονται στο δικό τους ασφαλιστικό ταμείο για εξετάσεις ή σε νοσοκομεία.

γ) Ενεργοποίηση: Η ενεργοποίηση είναι μία Τρίτη φάση, στην οποία φτάνει ο ηλικιωμένος όταν έχει πια ησυχάσει ότι η υγεία του είναι υπό παρακολούθηση και έχει ήδη κοινωνικοποιηθεί με την συμμετοχή του στα ποικίλα προγράμματα του κέντρου. Εδώ κρίνεται η ικανότητα του προσωπικού του Κέντρου με πρωταγωνιστή τον υπεύθυνο του, δηλαδή τον κοινωνικό λειτουργό, ο οποίος με την εμπειρία του και σε συνεργασία με τον εργοθεραπευτή και το υπόλοιπο προσωπικό, διακρίνει τις ικανότητες των ηλικιωμένων και τα ταλέντα τους, εντοπίζει την δυνατότητα δημιουργίας ομάδων, εκείνων που μπορούν να φτιάξουν κάτι με τα χέρια τους, αρχίζοντας από τα κεντήματα, κάθε είδους χειροτεχνία και κατασκευές και χαρτοκοπτική. Εδώ θα πρέπει να υποδεικνύεται στο Διοικητικό Συμβούλιο του Κ.Α.Π.Η, να προσκαλέσει έναν ειδικό για να διδάξει απλά μαθήματα ζωγραφικής, μουσικής, χορού, επεξεργασία χαλκού, κηπουρικής, ή να γίνουν επιμορφωτικές και ενημερωτικές διαλέξεις, γύρω από θέματα θεολογικού περιεχομένου ή για θέματα υγείας, ή για τις καλλιέργειες ή και για την προστασία του περιβάλλοντος κ.α. Συνεργασία για τα παραπάνω θέματα μέχρι τώρα, τα Κ.Α.Π.Η ανέπτυσαν κυρίως με την Ν.Ε.Λ.Ε (Νομαρχιακή Επιτροπή Λαϊκής Επιμόρφωσης) του Υπουργείου Παιδείας ή με μορφωτικούς, εξωραϊστικούς, πολιτιστικούς, συλλόγους της περιοχής ή ιδιωτικούς φορείς από την ελεύθερη αγορά. Η συνεργασία με τους παραπάνω φορείς σε διάφορες δραστηριότητες που αναπτύσσουν, δίνουν στους ηλικιωμένους ιδέες για την ανάπτυξη δικών τους πρωτοβουλιών. Έχουμε πολλά παραδείγματα από πολλά ΚΑΠΗ, τα οποία μέσα από ένα πρόγραμμα κηπουρικής μετέτρεψαν οικόπεδα δήμων σε αληθινούς ανθόκηπους. Τέλος, η επικοινωνία και η συνεργασία με άλλα ΚΑΠΗ,

με τοπικούς συλλόγους ανοίγει τους ορίζοντες των ηλικιωμένων και τους δίνει έναν ιδιαίτερο δυναμισμό.

δ) Ευαισθητοποίηση της γειτονιάς και της τοπικής κοινότητας: Ο κύκλος επιτυχίας ενός Κ.Α.Π.Η., κλείνει με την ευαισθητοποίηση της γειτονιάς, όπου τα νεότερα μέλη της αποδέχονται τα παλιότερα και εκδηλώνουν την επιθυμία για προσφορά υπηρεσιών στο Κ.Α.Π.Η, στο σπίτι τους ή στους διάφορους τομείς δραστηριοποίησης. Η κινητοποίηση της κοινότητας μπορεί να γίνει από κάθε ηλικία, συμπεριλαμβανομένων ακόμα και των παιδιών των δημοτικών σχολείων, σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς. Όταν ευαισθητοποιηθεί η γειτονιά, όταν αναπτυχθεί η κοινωνική συνείδηση και η κοινωνική προσφορά, τότε γεφυρώνεται το χάσμα των γενεών και παγιώνεται η αλληλεγγύη μεταξύ τους, που αποτελεί την ουσιαστική προϋπόθεση ένταξης του ηλικιωμένου.

Τα Κ.Α.Π.Η αποτελούν, λοιπόν, ένα κοινωνικοπρονοιακό θεσμό, που αναπτύχθηκε ιδιαίτερα από το 1981 και μετά, και βασική του επιδίωξη είναι η παραμονή του ηλικιωμένου στο γνώριμο του περιβάλλον, κάτω από τις κατά το δυνατόν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, καθώς και η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης. Επίσης, τα ΚΑΠΗ είναι ένας χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων, αλλά και παροχής ιατροκοινωνικών υπηρεσιών, όπου τα προγράμματα τους αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, την δημιουργική απασχόληση, την ψυχαγωγία και την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα.⁴⁶

Τα προγράμματα και οι υπηρεσίες που παρέχονται σε ένα ΚΑΠΗ είναι οι εξής:

1. Οργανωμένη ψυχαγωγία, εκδρομές, θεατρικές παραστάσεις κ.α.
2. Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε μουσεία και σε αρχαιολογικούς χώρους.
3. Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και ψυχολογική βοήθεια από ειδικευμένο προσωπικό (Ιατρό, ψυχολόγο, νοσηλεύτρια).
4. Κοινωνική εργασία στους ίδιους, αλλά και στο άμεσο συγγενικό περιβάλλον τους από κοινωνικό λειτουργό.
5. Φυσικοθεραπεία για τις μυοσκελετικές παθήσεις τους, από φυσιοθεραπευτή.
6. Εργοθεραπεία από ειδικευμένο εργοθεραπευτή, για ενεργοποίηση και διατήρηση, αλλά και αποκατάσταση της υγείας τους μετά από εγκεφαλικά επεισόδια.

⁴⁶ Σταθόπουλος Π., Κοινωνική Πρόνοια – Μια γενική θεώρηση, Αθήνα (Ελλην) 1999, 127.

7. Βοήθεια στο σπίτι, για τα άτομα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης από όλες τις παραπάνω ειδικότητες που προαναφέραμε και από οικογενειακή βοήθ.
8. Εντευκτήριο, στο οποίο λειτουργεί κυλικείο που προσφέρει ροφήματα, γλυκά, αναψυκτικά σε χαμηλές τιμές και όπου βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη.
9. Συγκρότηση ομάδων αυτενέργειας και ενδιαφερόντων όπως: (ομάδα καλλωπιστικών φυτών, ομάδα αθλητισμού μπότσια, ομαδοποίησης, ομάδα εφημερίδας, καλλιτεχνική ομάδα, ομάδα χορού, ομάδα περιήγησης, ομάδα περιβάλλοντος, ομάδα εθελοντικής βοήθειας και επισκέψεων κλπ).
10. Προγράμματα βοήθειας στο σπίτι και κοινωνικής μέριμνας, αλλά και Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, στα οποία παρέχονται υπηρεσίες, σε μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα και χωρίς στενό συγγενικό περιβάλλον από ειδικευμένο προσωπικό, (Κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλεύτριες, οικογενειακούς βοηθούς, Ιατρούς, φυσιοθεραπευτές κ.α.) και όπου τα Κ.Α.Π.Η είναι συνεργαζόμενοι φορείς ή συνδιοργανωτές και συντονιστές αυτών των προγραμμάτων που χρηματοδοτούνται από το Ε.Κ.Τ., μέσω δημοτικών επιχειρήσεων ή αναπτυξιακών εταιριών της περιοχής.

Ο Θεσμός των Κ.Α.Π.Η., ξεκίνησε με δυναμισμό και στέρεες βάσεις και αποτελεί την αρχή μίας νέας πολιτικής και οι στόχοι που καλείται να εκπληρώσει, είναι η κοινωνική συμμετοχή, η προληπτική υγιεινή, η ενεργοποίηση, η ευαισθητοποίηση της γειτονιάς και της τοπικής κοινότητας, με τις διασυνδέσεις και συνεργασίες.⁴⁷

Η καταξίωση του θεσμού στην συνείδηση των ηλικιωμένων, αλλά και των πολιτών της ελληνικής κοινωνίας, είναι δεδομένη και η επίτευξη των στόχων έχει πραγματοποιηθεί σε μεγάλο ποσοστό, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν έχουν εντοπιστεί και πολλά κενά αλλά και άλλα προβλήματα.⁴⁸

Συμπερασματικά, μπορούμε να αναφέρουμε την έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού, την έλλειψη κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής και ακατάλληλων κτιριακών εγκαταστάσεων με πολυδιασπασμένες υπηρεσίες και έλλειψη συντονισμού των υπηρεσιών κοινωνικού χαρακτήρα και ακόμη η ελλιπής και αποσπασματική επιμόρφωση και εκπαίδευση των ηλικιωμένων μελών των Κ.Α.Π.Η. Σαν βασική αιτία

⁴⁷ Ο.π., 130.

⁴⁸ Παναγιωτάκης Γ., Ο θεσμός των ΚΑΠΗ - Τάσεις και προοπτικές, Ηράκλειο (στο: Πρακτικά Εισηγήσεων Πανελλήνιας Διημερίδας- Σύγχρονες ανάγκες κοινωνικής φροντίδας- Δομές και προγράμματα, έκδοση Κοινωνοπολιτία Κρήτης, ΣΚΛΕ) 2005.

της κατάστασης που επικρατεί σήμερα στα περισσότερα από αυτά τα Κέντρα, θεωρούμε τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Καλικοκρατικοί πλέον Δήμοι, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν και την οικονομική δραστηριότητα και λειτουργία των Νομικών τους προσώπων όπως είναι τα Κ.Α.Π.Η. Επίσης η έλλειψη Κεντρικών Κοινωνικών Υπηρεσιών στους περισσότερους δήμους, επιφέρει και την έλλειψη συντονισμού όλων των κοινωνικών υπηρεσιών, που εφαρμόζονται σε ένα Δήμο, με αποτέλεσμα να έχουμε πολυδιάσπαση υπηρεσιών χωρίς κεντρικό σχεδιασμό, έρευνα και οργάνωση.⁴⁹

Βασική προϋπόθεση για κάθε εφαρμογή θεσμού, είναι η ύπαρξη κατάλληλης υποδομής, άλλωστε με βάση την θεωρητική άποψη του ερευνητή Bertrand Schwartz: «Κάθε κοινωνικός μετασχηματισμός που αντιφάσκει προς το όλο κοινωνικό σύστημα και την φιλοσοφία του, γρήγορα αποτυγχάνει με την μία ή με την άλλη μορφή».

Η ιδέα, ο σχεδιασμός λειτουργίας και οργάνωσης των κέντρων, ανταποκρίνονται πραγματικά, στα Ευρωπαϊκά πρότυπα των ανεπτυγμένων κοινωνιών. Παρ' όλα αυτά, είναι ανάγκη να υπάρξουν κοινωνικές μελέτες -έρευνες, για να διαπιστωθούν οι πραγματικές ανάγκες των ηλικιωμένων, έτσι ώστε, η απλή και πολύπλευρη ενημέρωση του κοινού, η παιδεία και η επιμόρφωση των ηλικιωμένων και η προώθηση τους στα κοινά, είναι σπουδαίος παράγοντας για την απορρόφηση σύγχρονων επιστημονικών εφαρμογών.

3.2 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)

Τα ΚΗΦΗ είναι σύγχρονες, ανοικτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και το περιβάλλον που τα φροντίζει, εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας, αδυνατώντας να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει.

Βασικοί σκοποί των ΚΗΦΗ, είναι να παραμένουν τα ηλικιωμένα άτομα στο οικείο, φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, έτσι ώστε να υπάρχει διατήρηση της συνοχής της οικογένειας. Επίσης, επιδιώκεται εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο άτομο, η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και κοινωνικού αποκλεισμού και τέλος, η υποστήριξη, ώστε

⁴⁹ Δρακάκης Ν., Οι Τοπικές Κοινωνίες ως παράγοντας συνδιαμόρφωσης της κοινωνικής πολιτικής - Εκπαιδευτικοί σχεδιασμοί- Δημιουργικά περιβάλλοντα μάθησης, Αθήνα (ΟΕΒΔ) 2005.

να διατηρήσουν την αυτονομία τους, την κοινωνική συμμετοχή και το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα ΚΗΦΗ είναι:

1. Νοσηλευτική φροντίδα
2. Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
3. Ατομική υγιεινή
4. Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
5. Προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων
6. Διασύνδεση των ΚΗΦΗ

Τα ΚΗΦΗ διασυνδέονται με τα ΚΑΠΗ, που ενδεχομένως υπάρχουν στην περιοχή. Συνεργάζονται επίσης, με τοπικούς φορείς, που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΚΒ). Τα ΚΗΦΗ στελεχώνονται από: Νοσηλευτές/τριες, Κοινωνικούς Φροντιστές, Βοηθητικό Προσωπικό, Γιατρό και Φυσικοθεραπευτή.

Η λειτουργία των ΚΗΦΗ, είναι από το πρωί ως το μεσημέρι, εκτός τις ημέρες Σαββάτου και Κυριακής και η μεταφορά των ατόμων γίνεται από ειδικό όχημα, που προσφέρεται στα κέντρα, αν και σε πολλά κέντρα στερούνται κάτι τέτοιο, με αποτέλεσμα, το στενό περιβάλλον να φροντίζει για τη μεταφορά των μελών.

Για την εγγραφή των ηλικιωμένων, απαιτούνται τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

- Αίτηση του ιδίου του ηλικιωμένου ή παραπομπή του ατόμου από το συγγενικό περιβάλλον ή κάποιον άλλο φορέα .
- Γνωμάτευση γιατρού δημοσίου , Ν.Π.Δ.Δ ή ασφαλιστικού οργανισμού σχετική με την κατάσταση υγείας του ηλικιωμένου .
- Αντίγραφο δήλωσης φορολογίας εισοδήματος
- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- Βεβαίωση μόνιμης κατοικίας

Ενώ σε περίπτωση διακοπής της φιλοξενίας, αυτό μπορεί να γίνει, είτε μετά από αίτηση των ιδίων των ατόμων που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα, είτε από τους ίδιους τους ειδικούς, όταν εμφανίσουν σοβαρά προβλήματα στη συμπεριφορά ή την υγεία του ηλικιωμένου, που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου ή των υπολοίπων μελών ή του προσωπικού .

3.3 Αναδοχή ηλικιωμένων

Η αναδοχή των ηλικιωμένων αποτελεί ένα προσωρινό μέτρο για άτομα που παρουσιάζουν δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτηση και έκπτωση στην κοινωνική λειτουργικότητά τους. Ο στόχος είναι η πρόληψη, η φροντίδα και η εγκατάλειψη του ιδρυματισμού. Η αναδοχή στην τρίτη ηλικία περιλαμβάνει περιπτώσεις ηλικιωμένων ατόμων με χαμηλές συντάξεις και χωρίς άλλους οικονομικούς πόρους, άστεγα ή εγκαταλελειμμένα σε νοσοκομεία ή γηροκομεία, άτομα με προβλήματα υγείας ή με βαριές αναπηρίες (το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» καλύπτει αυτή την ανάγκη), ηλικιωμένα άτομα που έχουν άρρωστα ή ανάπηρα παιδιά, που πάσχουν από άνοια και άλλες ψυχικές διαταραχές και τέλος άτομα που έχουν κακοποιηθεί.⁵⁰

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η άτυπη μορφή αναδοχής, που παρέχεται από το κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον. Συγκεκριμένα, κάποιες μορφές είναι, η άτυπη αναδοχή ηλικιωμένων ατόμων από τους γείτονές τους, που τους παρέχουν κάθε δυνατή φροντίδα, η πρόσληψη κυρίως αλλοδαπών γυναικών για την παροχή φροντίδας, αλλά και εθελοντές ανάδοχοι, οι οποίοι επισκέπτονται ηλικιωμένους σε κλειστά κέντρα περίθαλψης ή στο σπίτι τους κρατώντας τους συντροφιά για μερικές μέρες.

Ολοκληρώνοντας, οφείλουμε να τονίσουμε, ότι η ελληνική κοινή γνώμη χρειάζεται μεγαλύτερη ενημέρωση για το θεσμό της αναδοχής στην τρίτη ηλικία, αλλά και το κράτος Πρόνοιας οφείλει να λάβει δραστικότερα μέτρα, σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη των ατόμων αυτών. Χρειάζονται μέτρα με σεβασμό για το παρελθόν, παρέχοντας ταυτόχρονα την ελπίδα του παρόντος και του μέλλοντος.

3.4 Τα γηροκομεία

Η πολιτική του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη περίθαλψη των ηλικιωμένων, έχει δώσει έμφαση στην εξωιδρυματική μορφή φροντίδας. Δεν πρέπει όμως να παραβλέπεται το γεγονός, ότι ένα ποσοστό ηλικιωμένων, ασχέτως από την έκταση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην κοινότητα, χρειάζεται ιδρυματική φροντίδα. Το ίδρυμα είναι ένας απαραίτητος κρίκος στην αλυσίδα των

⁵⁰ Αμηνά Α., Γεωργιάδη., Τεπέρογου., Ο θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα, Αθήνα (Υπουργείο Υγείας-Κοινωνική Αλληλεγγύης και Κοινωνικών Ασφαλίσεων-ΕΚΚΕ) 1986, 76.

προγραμμάτων, τα οποία είναι αναγκαία για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Αρκεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στο ίδρυμα, να είναι του κατάλληλου επιπέδου και η εισαγωγή και παραμονή στο ίδρυμα, να γίνεται με επιστημονικά κριτήρια και με μοναδικό κίνητρο την κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου.

Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δυο κατηγορίες:

1. Τα γηροκομεία, στα οποία εισάγονται ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως και
2. Τα άσυλα, τα οποία δέχονται κατάκοιτους ηλικιωμένους που πάσχουν από χρόνιες (ανίατες) παθήσεις.

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι η ιδρυματική περίθαλψη πρέπει να είναι η τελευταία επιλογή για περιπτώσεις, όπου η οικογένεια αδυνατεί να φροντίσει τον ηλικιωμένο ή η φροντίδα στο σπίτι από τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας δεν αρκεί. Στις περιπτώσεις εισαγωγής σε ίδρυμα, είναι απαραίτητο να εξασφαλίζονται όσο το δυνατόν πιο φυσικές συνθήκες διαβίωσης.

Η φροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας στην κοινότητα, από τις υπηρεσίες που αναφέρθηκαν παραπάνω, τις τελευταίες δεκαετίες κάλυψαν ένα σοβαρό κενό και αγκαλιάστηκαν με ενθουσιασμό από αρκετούς ηλικιωμένους. Από μελέτες που έχουν γίνει όμως, φαίνεται ότι χρειάζεται συνεχής προσπάθεια για να εξασφαλιστεί η λειτουργία όλων των υπηρεσιών (Κ.Α.Π.Η, Βοήθεια στο σπίτι κ.α.) έτσι ώστε, να εγγυάται την εκπλήρωση του βασικού τους σκοπού, που είναι η διατήρηση του ηλικιωμένου στην κοινότητα, καθώς και η εξυπηρέτηση των ατόμων που έχουν πράγματι τη μεγαλύτερη ανάγκη. Επίσης, για να αποφευχθεί η συνέχιση της παροχής υπηρεσιών που δεν είναι αποτελεσματικές ή αποδοτικές, θα πρέπει να εφαρμοστεί η κοινή πρακτική της τακτικής αξιολόγησης των υπηρεσιών πρόνοιας.

Τέλος, οι υπηρεσίες στην κοινότητα που έχουν αναπτυχθεί για τους ηλικιωμένους, είναι απαραίτητο να διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο, αξιοποιώντας την εμπειρία των στελεχών στην καταγραφή και αξιολόγηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων της περιοχής σύμφωνα με το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών.

Τα Γηροκομεία, αποτελούν μια μορφή ιδρυματικής περίθαλψης. Το πρώτο γηροκομείο στην Ελλάδα, ιδρύθηκε το έτος 1838 από την Αγγλική κατοχική διοίκηση στην νήσο της Κέρκυρας και μάλιστα σε κτίριο που στέγαζε στρατιωτικές φυλακές και λειτουργεί ακόμα εκεί. Ένα άλλο πρωτοποριακό γηροκομειακό και ψυχιατρικό

ίδρυμα στην Ελλάδα ήταν το γνωστό Δρομοκαΐτειο. Το ίδρυμα αυτό ήταν Δημοσίου Δικαίου, που άνοιξε τις πύλες του το έτος 1887 στην περιοχή του Δαφνίου.

Στο τέλος του 2ου παγκοσμίου πολέμου, ο υπερκορεσμός των νοσοκομείων από κάθε είδος αρρώστων τρίτης ηλικίας, οδήγησε στην δημιουργία μιας πρώτης αποικίας ανιάτων σε εγκαταστάσεις της Σαλαμίνας. Το έτος 1965, ιδρύεται το γηροκομείο-ψυχιατρείο της Λέρου και το οποίο σε σύντομο χρονικό διάστημα απέκτησε την φήμη ενός παραμελημένου ασύλου. Το έτος 1964 ιδρύεται, ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου το πρώτο γηροκομείο της πόλης της Αθήνας. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, αρχίζουν να ακούγονται εντονότερα ορισμένες φωνές διαμαρτυρίας για την εξαθλίωση της ιδρυματικής γηροκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα. Στο χρονικό εκείνο σημείο, εμφανίζονται οι πρώτες συστηματικές μελέτες, είτε σχετικά με την ιστορία της γηροκομειακής, είτε αναφορικά με αυτήν και την περίθαλψη και τις συνθήκες των εγκλείστων στα Ελληνικά γηροκομεία. Διαπιστώνεται με τον τρόπο αυτό, ότι οι συνθήκες στα Ελληνικά γηροκομεία είναι απάνθρωπες. Υλικοτεχνική υποδομή και συνθήκες διαβίωσης φτάνουν σε ακραία όρια υποβάθμισης. Η ολοκληρωτική εγκατάλειψη και παραμέληση των εγκλείστων είναι το κοινό χαρακτηριστικό των δημόσιων γηροκομείων εκείνης της εποχής. Η φύλαξη και η διατήρηση της ιδρυματικής τάξης, αποτελούν τους βασικούς «θεραπευτικούς» στόχους. Το μεγαλύτερο μέρος, όμως, των οικονομικών πόρων διατίθεται για λειτουργικά έξοδα και ψυχοφάρμακα. Το εξειδικευμένο προσωπικό συγκεντρώνεται στα αστικά άσυλα, χωρίς όμως αυτό να διαφοροποιεί σημαντικά τις συνθήκες από τα περιφερειακά γηροκομεία.

Το «Ελληνο-Γαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Γηροκομεικής» το οποίο πραγματοποιείται το έτος 1981, αναδεικνύεται σε βήμα συστηματικής προσέγγισης των μεταρρυθμιστικών αναγκών, συζήτησης γύρω από την υποβαθμισμένη πραγματικότητα της γηροκομεικής και συζήτησης για νέες εξω-νοσοκομειακές γηροκομειακές δομές. Η επεξεργασία του «Εθνικού Συστήματος Υγείας», από τη νέα τότε σοσιαλιστική κυβέρνηση, η πορεία του και η ένταξη της Ελλάδας στην ΕΟΚ, αναδεικνύονται σε δύο σημαντικά γεγονότα για το γεγονός εκείνο, που από το έτος 1984 και έπειτα θα χαρακτηριστεί ως «γηροκομειακή μεταρρύθμιση».⁵¹

Σημαντικό αποτέλεσμα του προγράμματος ΕΟΚ 815/84, για την γηροκομειακή μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, ήταν η εμφανής μείωση του αριθμού των χρόνιων

⁵¹ Δρ. Ουζούνη Χρ., Το Στρες των Νοσηλευτών που Εργάζονται σε Ψυχιατρικά Τμήματα, Αθήνα (Νοσηλευτική 43) 2004.

ασθενών στα δημόσια γηροκομεία. Εμφανίστηκε μια νέα μορφή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με την ανάπτυξη εξωτερικών ιατρείων, κέντρων ψυχικής υγείας, γηροκομειακών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, προγραμμάτων και δημιουργία ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα.

Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός, πως για να επιτευχθεί η βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς στα διάφορα γενικά γηροκομεία, θα πρέπει να υπάρξει ένα σύστημα ελέγχου ποιότητας, σχετικά με αυτές τις υπηρεσίες.⁵² Το όποιο σύστημα εφαρμοστεί, με σκοπό την διασφάλιση του ελέγχου ποιότητας στα γενικά γηροκομεία, θα πρέπει να προωθεί, αποτελεσματικά, την συνεχή βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας, καθώς και της αποτελεσματικότητας με το δυνατό λιγότερο κόστος για την άμεση ωφέλεια των γερόντων - ασθενών. Ποια είναι, όμως, εκείνα τα συστήματα, τα οποία χαρακτηρίζονται από ποιότητα και πως μπορούν να επιτευχθούν εντός των γηροκομείων;

Εκείνοι, οι οποίοι ασχολούνται με τα συστήματα ποιότητας, έχουν αναφέρει πως αυτά χαρακτηρίζονται από τις εξής τρεις παραμέτρους.⁵³

- Βασίζονται σε μια κουλτούρα ποιότητας και όχι σε απόλυτες μετρήσεις και προδιαγραφές επιστημονικών περιεχομένων
- Αποτελούν εργαλεία διαχείρισης και βάση στοιχείων που έχουν δημιουργηθεί από τις συμμετοχικές διαδικασίες
- Διεξάγεται ένας μεθοδικός εντοπισμός προβλημάτων, που δίνεται προς επίλυση και βελτίωση και όχι μέθοδος τιμωρίας των υπευθύνων

Βάσει των παραπάνω στοιχείων λοιπόν, γίνεται αντιληπτό πως ένας νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών, η οποία εργάζεται εντός ενός γενικού γηροκομείου, θα πρέπει να διενεργεί κατάλληλα, έτσι ώστε, να υπάρχει ο σωστός συντονισμός, προγραμματισμός, επίβλεψη, επικοινωνία μεταξύ των μελών με τους διαμένοντες γέροντες, συλλογή δεδομένων, επεξεργασία αυτών, διεξαγωγή ερευνών και αξιολόγηση. Οι νοσηλευτές ποιότητας, θα πρέπει να αποτελούν τον σύνδεσμο μεταξύ των νοσηλευτικών προσωπικών στα γηροκομεία και των υπευθύνων για την εφαρμογή της ποιότητας. Οι υποχρεώσεις του, θα είναι να προγραμματίζει και να ταξινομεί τα προβλήματα, ανάλογα με την νοσηλευτική φροντίδα των γερόντων που

⁵² Δρακουλογκώνα Σ., Ο Ρόλος της Νοσηλευτικής στο Σύστημα Ελέγχου Ποιότητας στο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα (Το Βήμα του Ασκληπείου) 2004.

⁵³ Νιάκας Δ., Μπεαζόγλου Τ., Είναι αναγκαία η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης για την τρίτη ηλικία στην Ελλάδα, Αθήνα (στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας) 1993,38.

διαμένουν εκεί. Θα πρέπει, επίσης, να προχωρά στην αναγκαία συλλογή στοιχείων και πληροφοριών, σχετικά με την αξιολόγηση της παρεχόμενης ποιότητας στο γηροκομείο όπου εργάζεται. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί, πως κάποιος ο οποίος αναφέρεται ως νοσηλευτής ποιότητας, θα πρέπει να ενημερώνει κατάλληλα το νοσηλευτικό προσωπικό για τις ενέργειες αυτών, σχετικά με προσπάθειες διασφάλισης της ποιότητας και να εφαρμόζει όλες εκείνες τις προσπάθειες, που καταβάλλονται με σκοπό την ενημέρωση και την σωστή αντιμετώπιση των γερόντων.

Από όλα τα παραπάνω, λοιπόν, γίνεται αντιληπτό, πως η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχεται στους γέροντες που διαμένουν στα γενικά γηροκομεία, μπορεί να καθορίζεται από τον βαθμό ικανοποίησης του κάθε γέροντα, αλλά και από την ανάλυση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας αυτών. Η βελτίωση της ποιότητας, σχετικά με τις παρεχόμενες φροντίδες στα γηροκομεία, αποτελεί μια συνεχή ενέργεια, που αποσκοπεί στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των διεργασιών ενός νοσηλευτή ή μιας ομάδας νοσηλευτών. Τέλος, στο σημείο αυτό, θα πρέπει να αναφερθεί, ότι όποιες διορθωτικές παρεμβάσεις εκτελούνται στα αποτελέσματα της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας στα γενικά γηροκομεία, μπορούν να ελαττώνουν ή να διαγράφουν τα όποια προβλήματα έχουν προκύψει.

Πολλές φορές στην Ελλάδα, έχει επικριθεί κατηγορητικά, ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν τα ιδρύματα φιλοξενίας ηλικιωμένων ανθρώπων και τα γηροκομεία. Μια πρόσφατη έρευνα, η οποία διεξήχθη από την Νομαρχία Αθηνών⁵⁴, ανέδειξε για μια ακόμη φορά, την αθλιότητα και την απανθρωπιά που υπάρχει σε αυτά τα ιδρύματα και γηροκομεία της χώρας μας. Βέβαια, τα τελευταία χρόνια το πρόβλημα που υπάρχει και ασχολείται με την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται σε αυτά τα γηροκομεία, έχει απασχολήσει πολλές φορές τους υπευθύνους λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και της υπογεννητικότητας. Στην Ελλάδα και ιδιαίτερα μετά το έτος 1960 όπου η οικογένεια μειώνει τον αριθμό των παιδιών που αποκτά, η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων που αναζητούν φροντίδα σε γηροκομεία και ιδιωτικά κέντρα διαμονής ενηλίκων, είναι ιδιαιτέρως σημαντική. Στις αντίστοιχες χώρες της Ευρώπης, η φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι, από τους συγγενείς τους, διεξάγεται με την μορφή χρηματοδότησης, σε μια προσπάθεια μείωσης του μεγάλου

⁵⁴ Τα γηροκομεία διοικούνται από αδειές, <http://www.disabled.gr/lib/?p=8602> (πρόσβαση στις 21/06/2012).

και σημαντικού κόστους λειτουργίας των γηροκομείων, αλλά και την επιπλέον επιβάρυνση, που μπορούν αυτά να επιφέρουν στον κρατικό προϋπολογισμό.

Στην Ελλάδα, το θέμα της λειτουργίας των γηροκομείων έχει εξελιχθεί σε μείζον θέμα, αφού η χρήση αυτών, λόγω της αύξησης της ηλικίας και της μείωσης των παιδιών σε μια οικογένεια, θέτουν μια σημαντική σειρά προβλημάτων σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας των δημοσίων και ιδιωτικών γηροκομείων στην χώρα μας. Η άποψη, βέβαια, που υπάρχει, πως τα μη κερδοσκοπικά γηροκομεία στην Ελλάδα μπορούν και προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες σε σύγκριση με τα ιδιωτικά, δεν επιβεβαιώνεται από τις σχετικές έρευνες. Μια πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα,⁵⁵ έδειξε, ότι, ενώ τα δημόσια γηροκομεία διαθέτουν όλα τα απαραίτητα εφόδια και συνθήκες για την καλύτερη περίθαλψη και διαμονή των ασθενών σε αυτά, εντούτοις αδυνατούν να πράξουν το γεγονός αυτό, λόγω την διαφόρων διοικητικών ανεπαρειών και των ανθρώπων, που χρειάζονται ως εκπαιδευμένο προσωπικό σε αυτά.

Με άλλα λόγια, θα μπορούσαμε να πούμε πως τα δημόσια γηροκομεία έχουν σοβαρή έλλειψη σωστού μάνατζμεντ και διαχείρισης των υπηρεσιών τους προς τους διαμένοντες σε αυτά, καθώς πολλές φορές υπάρχουν σε αυτά πολλοί, οι οποίοι δεν είναι αρμόδιοι για να διοικήσουν σωστά τα ιδρύματα αυτά. Είναι ενδεικτικό να αναφέρουμε, πως η ανάγκη για τέτοια ικανά στελέχη είναι τόσο μεγάλη στην Ευρώπη, όπου το πανεπιστήμιο του London School of Economics στην Μεγάλη Βρετανία έχει θεσπίσει ειδικό μεταπτυχιακό πρόγραμμα για την «Διοίκηση Μη Κερδοσκοπικών Οργανισμών Διαμονής και Φιλοξενίας Ενηλίκων». Στην Ελλάδα, βέβαια, τόσο τα δημόσια, αλλά και τα ιδιωτικά γηροκομεία διαθέτουν σοβαρές ελλείψεις διοίκησης, αλλά και συναισθηματικής ηθικής των ανθρώπων που ασχολούνται με την διοίκηση τους. Σύμφωνα με νέο θεσμικό πλαίσιο, που έχει ετοιμαστεί και προταθεί από το Υπουργείο Υγείας, θα απαγορεύεται, στο εξής, η απασχόληση των ατόμων, που δεν έχουν τις κατάλληλες γνώσεις με τα διοικητικά και την λειτουργία των γηροκομείων.

Σημαντικό πρόβλημα των γηροκομείων στις μέρες μας, αποτελεί και η βασική τους έλλειψη στελέχωσης, από άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό και ιατρούς, οι οποίοι θα μπορούν να επανδρώσουν τα γηροκομεία και να είναι διαθέσιμοι για παροχή φροντίδας προς τους διαμένοντες σε αυτά. Είναι φανερό, επίσης, πως ένα γηροκομείο

⁵⁵ Τα γηροκομεία διοικούνται από αδαείς, <http://www.disabled.gr/lib/?p=8602>, (πρόσβαση στις 21/06/2012).

στην Ελλάδα δεν ελκύει τους καλύτερους επιστήμονες και σωστά διοικητικά στελέχη, αφού άνθρωποι με ειδικότητες, όπως νοσοκόμοι, ιατροί και διοικητικοί υπάλληλοι προτιμούν άλλου είδους θέσεις, σε δημόσια νοσοκομεία ή ιδιωτικά ιατροδιαγνωστικά κέντρα. Η ποιότητα ενός προσωπικού, που υπάρχει στα γηροκομεία, μπορεί να επηρεάσει και να προσδιορίσει την ποιότητα της φροντίδας, που παρέχει το κάθε γηροκομείο εντός της Ελληνικής επικράτειας. Η σωστή διοίκηση των γηροκομείων, στην Ελλάδα, και εκτός από την σωστή στελέχωση και ηγεσία ανθρώπων, θα μπορούσαν να συμπεριλάβουν στις στρατηγικές τους αποφάσεις και την γνώμη των συγγενών των πελατών τους. Απώτερος στόχος τους, θα πρέπει να είναι η βελτίωση της ποιότητας της φαρμακευτικής φροντίδας, προς τους διαμένοντες σε αυτά. Τα γηροκομεία, τα οποία παρέχουν τέτοιου είδους υπηρεσίες στους πελάτες τους και τους συγγενείς αυτών, θα πρέπει να διεξάγουν έρευνες με σκοπό την καταγραφή των προτάσεων για καλύτερη παροχή ποιότητας, όπως κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και στις χώρες της Ευρώπης.

Κλείνοντας, αξίζει να σημειωθεί πως στην περίπτωση που κάποιος ηλικιωμένος αντιμετωπίζει χρόνιο πρόβλημα υγείας, είτε σωματικό, είτε ψυχικό, δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθεί και αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του και για τους συνανθρώπους του, τότε κρίνεται αναγκαία η εισαγωγή του σε θεραπευτήριο χρόνιων παθήσεων. Η υπηρεσία αυτή, παρέχει στους υπερήλικες στέγη, τροφή, φαρμακευτική αγωγή και γενικότερα όλα τα απαραίτητα, έως ότου το πρόβλημά του να αποκατασταθεί και να μπορέσει να επιστρέψει υγιής στην κοινωνία. Είναι κατανοητό, ότι τα Θεραπευτήρια, όπως και τα Γηροκομεία, αποτελούν υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης.

3.5 Η συμβολή των εθελοντικών οργάνωσης

Με τη σημερινή στελέχωση των Κέντρων Υγείας και τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού σε μικρά ή μεγαλύτερα χωριά, με τις δυσκολίες μεταφοράς, η παροχή νοσηλείας στο σπίτι είναι μερική και η παροχή φροντίδας, κυρίως, των κατακεκλιμένων είναι δυνατόν να αντιμετωπισθεί με εθελοντική εργασία.

Η εθελοντική εργασία επιδέχεται ποικιλίας ορισμών, ανάλογα με την οργανωτική δομή της, το χαρακτήρα των δραστηριοτήτων της, τη μορφή κινήτρων της, κ.α. Υπό

την ευρεία έννοια, καθορίζεται ως η συνεισφορά ατόμων στο πλαίσιο μιας μη κερδοσκοπικής, μη αμειβόμενης δράσης που δεν προβλέπει επαγγελματική εξέλιξη.⁵⁶ Σκοπό έχει την ευημερία του συνανθρώπου, της κοινότητας ή της κοινωνίας γενικότερα. Η εθελοντική εργασία αποτελούσε, ανέκαθεν, μέρος κάθε πολιτισμού και κοινωνίας. Σήμερα, βέβαια, έχει αλλάξει περιεχόμενο, μορφή, μεθόδους και πεδία παρέμβασης, ανταποκρινόμενη στις απαιτήσεις της σύγχρονης κοινωνίας.

Η εθελοντική εργασία, αποτελεί μια μορφή συμμετοχής και έμπρακτης κοινωνικής αλληλεγγύης, από συνειδητοποιημένους πολίτες. Αναπτύσσεται στη βάση υγιών κινήτρων και εφ' όσον προσφέρει ικανοποίηση στους ίδιους τους εθελοντές. Δημιουργεί όρους βαθμιαίας επίλυσης κάποιων καίριων κοινωνικών προβλημάτων, όταν το κράτος αδυνατεί. Αποτελεί μια διαρκή διαδικασία, που φέρνει κοντά τους ανθρώπους, προωθεί την επικοινωνία και τη συνεργασία και παράγει δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης και αλληλοβοήθειας.

Όταν λοιπόν, η εθελοντική προσφορά ενθαρρύνεται, οργανώνεται και εποπτεύεται σωστά, αποτελεί πολύ σημαντική χρήση του ανθρώπινου δυναμικού. Η παρουσία ενός ατόμου, που βοηθά στη φροντίδα ανεπίσημα, όπως ένας εθελοντής, μπορεί μερικές φορές να περιορίσει την πιθανότητα να είναι οι κρατικές υπηρεσίες αναγκαίες. Σε καμία περίπτωση όμως, η εθελοντική υπηρεσία δεν πρέπει να οδηγήσει στο συμπέρασμα, ότι μπορεί ή πρέπει να αντικαθιστά την επαγγελματική εργασία.

⁵⁶ http://www.vprc.gr/7/11/1_gr.html (πρόσβαση στις 28/06/2012).

Ο εθελοντισμός αποτελεί σημαντικό κεφάλαιο, σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, ενώ συχνά επηρεάζεται από τις πολιτισμικές αξίες και την παράδοση εθελοντισμού κάθε χώρας. Στις χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης παρατηρείται προθυμία για την παροχή εθελοντικής εργασίας, αλλά δεν συμβαίνει το ίδιο στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και ιδιαίτερα στην Ελλάδα.⁵⁷ Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των Ελλήνων πολιτών, σχετικά με τον εθελοντισμό και τη συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις, τα τελευταία χρόνια, είναι αμφίθυμες. Από στοιχεία που προέρχονται από έρευνα⁵⁸ που πραγματοποιήθηκε, στα τέλη του 2000, διαφαίνεται, ότι μόλις το 3,8% του συνόλου του δείγματος, συμμετείχε σε κάποια εθελοντική οργάνωση συστηματικά, ενώ το 16,1% συμμετείχε περιστασιακά και το 9,4% δήλωσε ότι έχει συμμετάσχει μια φορά σε κάποια ομάδα εθελοντικής προσφοράς εργασίας. Αντίθετα, το 70,1% δήλωσε ότι δε συμμετείχε ποτέ, έστω και μια φορά σε κάποια εθελοντική ομάδα για την επίτευξη ενός σκοπού.

Άλλη έρευνα που έγινε στην Ελλάδα, έδειξε ότι οι περισσότεροι εθελοντές είναι γυναίκες. Σε σύνολο σχεδόν 55 χιλιάδων ατόμων, το 19,3% είναι 45-64 ετών και το 2,6% είναι 65 ετών και άνω, ενώ υπάρχουν και εθελοντές 80 ετών και άνω.⁵⁹ Είναι μία ομάδα με ικανότητες, γνώσεις, εμπειρία και ψυχικό πλούτο, που θέλουν να προσφέρουν στους συνανθρώπους τους. Μερικοί συνταξιούχοι, μάλιστα, που έχουν καλύψει τις οικονομικές τους ανάγκες με τη σύνταξη και έχουν υγειονομική κάλυψη, είναι πρόθυμοι να προσφέρουν.

Οι νέοι στην Ελλάδα καταλαμβάνουν την τελευταία θέση στην προσφορά εθελοντικής εργασίας, ανάμεσα σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. (μέσος όρος 7,4%).⁶⁰ Το γεγονός αυτό, δικαιολογείται εν μέρει, αν ληφθεί υπόψη ότι οι νέοι έχουν περιορισμένο ελεύθερο χρόνο, λόγω του βεβαρημένου εκπαιδευτικού προγράμματος, που ακολουθούν οι περισσότεροι. Ωστόσο, όμως, ακόμη και τον ελεύθερο χρόνο που τους απομένει, φαίνεται να τον διανέμουν σε άλλου είδους ασχολίες όπως, να συναντούν τους φίλους τους, να βλέπουν τηλεόραση, να ακούν μουσική ή ακόμη πιο συχνά να ασχολούνται με το διαδίκτυο.

⁵⁷ ΕΜΚΕ– Πουλοπούλου Ήρα, Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες– Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον, Αθήνα (Έλλην) 1999, 68.

⁵⁸ Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μεταξύ 27.11. και 1.12.2000 με τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε τυχαίο δείγμα 1000 ενήλικων ατόμων, κατοίκων του Λεκανοπεδίου Αττικής από το Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών. Πρβλ., Β. Διονυσοπούλου, "Εθελοντισμός: Τέσσερις στους 10 δεν θέλουν", εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 6.12.2000, σ. 18 και 47.

⁵⁹ Ο.π., 18 και 47.

⁶⁰ http://www.vprc.gr/7/11/1_gr.html%20. (πρόσβαση 28/06/2012)

Σύμφωνα με απόφαση του Συμβουλίου Ευρώπης, για την ανάπτυξη του εθελοντισμού, που είναι δικαίωμα κάθε πολίτη, πρέπει όλοι οι πολίτες με την εκπαίδευση, τη συνεχή ενημέρωση από όλα τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, να συνειδητοποιήσουν τα διάφορα κοινωνικά προβλήματα και τη σημασία της εθελοντικής συνεισφοράς για την επίλυση τους.⁶¹ Η μύηση στον εθελοντισμό πρέπει να αρχίσει από την παιδική ηλικία : η ευαισθητοποίηση για τον αδύναμο, τον χρόνια πάσχοντα μπορεί να πραγματοποιηθεί από τα ΜΜΕ, τα σχολεία και γενικότερα την εκπαίδευση. Η προσπάθεια για την εκπαίδευση εθελοντών βοηθών φροντίδας στο σπίτι, χτίζει την ελπίδα για μια καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση μιας ομάδας ανθρώπων, που είναι στην πλειονότητα τους υπερήλικες και στο σύνολο τους κατάκοιτοι. Για την φροντίδα αυτών των ατόμων, παράλληλα με τη συστηματική και περιοδική επίλυση των προβλημάτων υγείας τους, απαιτείται και η καθημερινή κοινή φροντίδα τους.

Οι εθελοντικές οργανώσεις, στις μέρες μας, έχουν εξαπλωθεί σε πολλά και διαφορετικά αντικείμενα, έχουν αποκτήσει ένα σημαντικό ρόλο στην διαχείριση μεγάλου πλήθους και μεγέθους κοινωνικών προβλημάτων. Από την αντιμετώπιση προβλημάτων στην μικρότερη και εγγύτερη κοινότητα, μέχρι την αντιμετώπιση προβλημάτων με παγκόσμια διάσταση.

Οι εθελοντικές οργανώσεις μελετούν και διερευνούν τα σύγχρονα προβλήματα και επισημαίνουν τρόπους αντιμετώπισης τους, ενθαρρύνουν την συμμετοχή των πολιτών στην εθελοντική προσφορά και καλλιεργούν την κοινωνική αλληλεγγύη και αλληλοβοήθεια, ως μια υγιή στάση ζωής και τέλος, αποβλέπουν στο να στηρίζουν τα άτομα όλων των ηλικιών, που παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα, και ειδικότερα, όσον αφορά τους ηλικιωμένους, συμβάλλουν ώστε να παραμένουν στο σπίτι τους και τη γειτονιά τους.

⁶¹ Άτομα με χρόνια νοσήματα και αναπηρίες: Φροντίδα στο σπίτι, Ρέθυμνο, (Πανεπιστήμιο Κρήτης) 1996.

Περίληπτικά, οι ελληνικές εθελοντικές οργανώσεις είναι κυρίως μη κερδοσκοπικές, καταστατικά κατοχυρωμένες, στην πλειονότητά τους ολιγομελείς, χωρίς αυστηρούς κανόνες συμμετοχής, μη ανήκουσες στην Εκκλησία. Όσον αφορά τους σκοπούς τους, υπερτερούν, σαφώς, οι φιλανθρωπικές και έπονται οι πολιτιστικές και οι περιβαλλοντικές εθελοντικές οργανώσεις. Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα λειτουργούν 3 είδη εθελοντικών οργανώσεων : α) οργανώσεις που συντονίζουν προγράμματα εθελοντικής εργασίας, για ομάδες εθελοντών για διάστημα 2-3 εβδομάδων, με πλήρη απασχόληση, β) οργανώσεις που δρουν σε τοπικό επίπεδο, με συγκεκριμένο στόχο, γ) οργανώσεις που διοχετεύουν μεμονωμένους εθελοντές, για προσφορά εργασίας κοινωνικού χαρακτήρα.⁶²

Η πιο σημαντική και γνωστή Οργάνωση, είναι ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, που από το 1877 που ιδρύθηκε,⁶³ παραμένει αφοσιωμένος στις ανθρωπιστικές αρχές του και δεν σταμάτησε ούτε μια στιγμή να διεξάγει το πολύτιμο έργο του, το οποίο συνίσταται, κυρίως, στην φροντίδα των πιο αδύναμων πληθυσμιακών ομάδων της χώρας. Πιο συγκεκριμένα, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός παρέχει στα άτομα της τρίτης ηλικίας, υπηρεσίες βοήθειας και νοσηλείας στο σπίτι, με εθελοντές που τους επισκέπτονται συχνά στο σπίτι ή στο χώρο που βρίσκονται, προσφέροντας τους συντροφιά, συναισθηματική συμπαράσταση, μικροεξυπηρετήσεις (στη σχέση τους με τις υπηρεσίες, στη πληρωμή λογαριασμών, ψώνια, κ.τ.λ.), καθώς και διευκόλυνση ή συνοδεία των ηλικιωμένων σε φορείς (νοσοκομεία, ιατρεία) ή σε κάποιο περίπατο. Τα τελευταία χρόνια, επίσης, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός σε συνεργασία με τον Ο.Τ.Ε., εφαρμόζει με επιτυχία το πρόγραμμα τηλεσυναγερμού, το οποίο είναι βοηθητικό και ιδιαίτερα χρήσιμο κυρίως για τους μοναχικούς ηλικιωμένους.

Το μέγεθος των εθελοντικών οργανώσεων κυμαίνεται από μερικές δεκάδες μέχρι μερικές εκατοντάδες μέλη, σε πολλές περιοχές της χώρας, όπου βοηθούν οικογένειες και ηλικιωμένους, που ζουν σε κατάσταση φτώχειας. Επειδή, όμως, οι οργανώσεις αυτές λειτουργούν με τρόπο ανεξάρτητο, συνήθως χωρίς συνεργασία με τις τοπικές αρχές ή το κράτος, δεν είναι δυνατόν να υπολογισθεί η έκταση των πολύτιμων υπηρεσιών που προσφέρουν. Σίγουρα όμως, βάσιμο είναι, να ισχυριστεί κανείς, ότι οι εθελοντές έχουν αποκτήσει το δικό τους ουσιαστικό ρόλο, και ποσοτικά και ποιοτικά,

⁶² ΕΜΚΕ– Πουλοπούλου Ήρα, Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες– Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον, Αθήνα (Έλλην) 1999, 87.

⁶³ Ερυθρός Σταυρός, <http://www.redcross.gr/default.asp?pid=7&la=1> (πρόσβαση στις 5/07/2012).

στην ευημερία και στην πρόοδο των σύγχρονων κοινωνιών, τόσο των αναπτυγμένων όσο και των αναπτυσσόμενων χωρών.⁶⁴

⁶⁴ Ερυθρός Σταυρός, <http://www.redcross.gr/default.asp?pid=7&la=1> (πρόσβαση στις 5/07/2012).

Β' ΜΕΡΟΣ Η Έρευνα Πεδίου

Στο δεύτερο μέρος της παρούσας εργασίας θα γίνει αναφορά στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» όπως αυτό εφαρμόζεται σε διάφορες χώρες του εξωτερικού και συγκεκριμένα στη Σουηδία, την Αυστραλία και τον Καναδά. Θα γίνει ακόμα εκτενής αναφορά στις αρχές που διέπουν το συγκεκριμένο Πρόγραμμα, στους σκοπούς, τη δομή και τη λειτουργία του. Τέλος, θα γίνει παρουσίαση της έρευνας πεδίου που πραγματοποιήθηκε στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» που εφαρμόζεται στο Δήμο Αγίων Αναργύρων- Καματερού, καθώς, και στα ευρήματα που προέκυψαν ύστερα από τις συνεντεύξεις με το προσωπικό που απασχολείται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο Σχεδιασμός και ευρήματα της έρευνας πεδίου στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»

4.1 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στη Σουηδία, την Αυστραλία και τον Καναδά.

Σουηδία

Η Σουηδία έχει ένα εκτενές σύστημα φροντίδας για τους ηλικιωμένους στο σπίτι, στόχος του οποίου είναι η παραμονή του εξυπηρετούμενου στο φυσικό κοινωνικό του περιβάλλον. Το παραπάνω επιτυγχάνεται, παρέχοντας βοήθεια στους ηλικιωμένους στις καθημερινές δραστηριότητές τους και συγκεκριμένα στην καθαριότητα, στα ψώνια, στις πληρωμές λογαριασμών, στο μαγείρεμα, στο πλύσιμο των ρούχων, στην ατομική υγιεινή, στο μπάνιο και στο ντύσιμο. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η ενσωμάτωση του ηλικιωμένου στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Η ευθύνη για την φροντίδα και τη βοήθεια των ηλικιωμένων στηρίζεται στο δημόσιο σύστημα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Οι επίσημοι φροντιστές παρέχονται από το Κράτος και χρηματοδοτούνται κυρίως από τα φορολογικά έσοδα. Οι άτυποι φροντιστές, δηλαδή οι συγγενείς, οι φίλοι και οι γείτονες συμπληρώνουν το έργο των επίσημων φροντιστών. Το Κράτος ακολουθεί την αρχή σύμφωνα με την οποία, έχοντας οι ηλικιωμένοι τις μεγαλύτερες ανάγκες για προστασία και φροντίδα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα σε αυτούς χωρίς την αναφορά εάν τα οικογενειακά

μέλη είναι διαθέσιμα ή όχι. Οι δημόσιες υπηρεσίες στο σπίτι, παρέχονται κατά προτίμηση στα άτομα που είναι αδύναμα και ζουν μοναχικά χωρίς συγγενείς, με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να παραμείνουν στο σπίτι. Η διαδικασία ένταξης ενός ηλικιωμένου στο πρόγραμμα είναι περίπου όμοια με αυτή του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι». Αρχικά ο ενδιαφερόμενος καταβάλλει το αίτημα, το οποίο εξετάζεται από τους φορείς, και στη συνέχεια, μετά την επίσκεψη του υπευθύνου στον χώρο του ηλικιωμένου για την λήψη ιστορικού αποφασίζεται αν χρειάζεται βοήθεια, σε ποιο βαθμό και με τι συχνότητα.⁶⁵

Στα μέσα περίπου της δεκαετίας του 1990 έκαναν την εμφάνιση τους οι πρώτες ιδιωτικές επιχειρήσεις με στόχο την παροχή υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι για τους ηλικιωμένους, υποστηρίζοντας ότι η ύπαρξή τους στην αγορά έδινε το δικαίωμα στον εξυπηρετούμενο την ελευθέρια να επιλέξει και να συνδυάσει τις παροχές του δημοσίου με αυτές του ιδιωτικού τομέα. Επιπλέον οι επιχειρήσεις εισήχθησαν στην αγορά προκειμένου να ικανοποιηθούν καλύτερα τα δικαιώματα του πολίτη. Εδώ το πρότυπο είναι όχι ένα πραγματικό πρότυπο προμηθευτή- αγοραστή αλλά υπάρχει ένας διαχωρισμός μεταξύ της «διαταγής» για την υπηρεσία και της «πραγματοποίησης» αυτής. Η ευθύνη για τη «διαταγή» δίνεται από έναν ειδικό ανώτερο υπάλληλο, ο οποίος θα αξιολογήσει την ανάγκη του ηλικιωμένου και θα αποφασίσει σε ποιο βαθμό χρειάζεται βοήθεια. Είναι δεδομένο ότι στην Σουηδία οι δαπάνες για την φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι αυξάνονται συνεχώς διότι αυξάνεται συνεχώς και ο αριθμός αυτών.⁶⁶

Σε περίπτωση που οι συγγενείς ενός ηλικιωμένου, εγκαταλείψουν την εργασία τους και φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονείς τους, μπορούν να υιοθετηθούν από τους δήμους ως «δωρητές - φροντίδας». Οι άτυποι φροντιστές πληρώνονται από το Κράτος μέσω ενός Εθνικού προγράμματος με την ονομασία «Caregiver». Ο μισθός καθορίζεται από τις ανάγκες που υπάρχουν για την φροντίδα του ηλικιωμένου και την αναλογία του αριθμού ωρών που απαιτούνται για την εκτέλεση του έργου. Οι φροντιστές λαμβάνουν όλα τα οφέλη της κοινωνικής ασφάλισης, μαζί με τις συνταξιοδοτικές πιστώσεις που θα είχαν λάβει στην κανονική τους απασχόληση.

⁶⁵ Πεξάρια Ε., Βοήθεια στο Σπίτι. Μια Σύγχρονη Μορφή Κοινωνικής Μέριμνας στην Ελλάδα, στην Ευρώπη, Παγκόσμια. Καρδίτσα, (1ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Βοήθεια στο Σπίτι στην 1^η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών») 2005,33.

⁶⁶ Ο.π., 34.

Αυστραλία

Στην Αυστραλία η φροντίδα των ηλικιωμένων βασίζεται στο πρόγραμμα «Φροντίδα στο σπίτι και στην κοινότητα» και προωθεί κοινοτικές υπηρεσίες φροντίδας των αδύναμων και μη αυτοεξυπηρετούμενων καθώς και των φροντιστών τους. Οι στόχοι του προγράμματος είναι να παρέχει μία πλήρης, ισότιμη και ολοκληρωμένη σειρά από βασικές υπηρεσίες συντήρησης και υποστήριξης για τους αδύναμους ηλικιωμένους, τα άτομα με αναπηρίες καθώς και των φροντιστών τους και να υποστηρίξει τα άτομα αυτά ώστε να είναι περισσότερο ανεξάρτητα τόσο στο σπίτι όσο και στην κοινότητα, ώστε με αυτόν τον τρόπο να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Οι υπηρεσίες που παρέχει το πρόγραμμα είναι η νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα, γεύματα και άλλες υπηρεσίες φαγητού, οικιακή βοήθεια, εργασίες συντήρησης του σπιτιού και προσωπική φροντίδα. Επίσης στις υπηρεσίες το προγράμματος είναι οι μεταφορές των ηλικιωμένων, η συντροφιά και η παροχή συμβουλών, υποστήριξης και υπεράσπισης. Όλες οι παραπάνω υπηρεσίες παρέχονται έναντι αμοιβής, η οποία διαφέρει από πολιτεία σε πολιτεία και εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση του ατόμου καθώς και από το πλήθος των υπηρεσιών που θα κάνει χρήση ο εξυπηρετούμενος. Το πρόγραμμα επιχορηγείται κατά 60% από τα κονδύλια της Κυβέρνησης της Αυστραλίας και κατά 40% από τα κονδύλια της εκάστοτε Πολιτείας. Το 2003 υπήρχαν περίπου 3.000 προγράμματα και κατά μέσο όρο εξυπηρετούν 700.000 άτομα το χρόνο.⁶⁷

Στα **Κοινοτικά Κέντρα Αποκατάστασης**, ομάδες από ειδικευμένους γιατρούς προωθούν μία ποικιλία από θεραπείες με στόχο την ανεξάρτητη επιβίωση των ηλικιωμένων στο σπίτι. Οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται είναι συμβουλές υγείας, νοσηλευτική φροντίδα (συμβουλές υγείας, επιμόρφωση), φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, κοινωνική εργασία και διαιτολογία.

Το πρόγραμμα **Καθορισμός της φροντίδας των ηλικιωμένων** χρηματοδοτείται από την Αυστραλιανή Κοινοπολιτεία και την Κυβέρνηση, διαμέσου του Εθνικού προγράμματος καθορισμού της φροντίδας των ηλικιωμένων. Σκοπός του είναι να εξασφαλίσει την πρόσβαση των μη αυτοεξυπηρετούμενων στις υπηρεσίες τις οποίες χρειάζονται και κατέχει σημαντική θέση στο σύστημα φροντίδας καθώς είναι ο συνδετικός ανάμεσα στην φροντίδα στο σπίτι και τις πρόσθετες υπηρεσίες της

⁶⁷ Ο.π.,31.

Κοινότητας. Τροφοδοτεί το σύστημα πληροφόρησης και παρέχει βοήθεια σε όσους επιθυμούν την παραμονή τους στο σπίτι ή μην έχοντας άλλη εναλλακτική λύση σκέφτονται να εισαχθούν σε οίκο ευγηρίας ή σε ιδιωτική κλινική.

Το πρόγραμμα **Ομάδες καθορισμού φροντίδας ηλικιωμένων**, έχει σκοπό να βοηθήσει τα άτομα να αποκτήσουν μία σειρά από τις χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες της Αυστραλιανής Κοινοπολιτείας ώστε να συνεχίσουν να διαμένουν στο σπίτι τους ή αν το επιλέξουν να εισαχθούν σε οικοτροφείο ή σε ιδιωτική κλινική. Τα άτομα που εργάζονται στις ομάδες αυτές βοηθούν τους ηλικιωμένους να αποφασίσουν τι υπηρεσίες χρειάζονται. Βοηθούν στην απόκτηση Φροντίδας Στο Σπίτι ή ένα συνδυασμό των υπηρεσιών που παρέχει η κοινότητα. Η επαφή με τις ομάδες αυτές γίνεται διαμέσου των γιατρών, οι οποίοι κρίνουν αν είναι απαραίτητο να έρθει σε επαφή ο ηλικιωμένος με μία ομάδα Καθορισμού Φροντίδας. Η ομάδα δραστηριοποιείται ή σε Νοσοκομείο ή σε κάποιο κοινοτικό κέντρο και περιλαμβάνει γιατρό, νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό και φυσιοθεραπευτή.

Μέλος της ομάδας έρχεται σε επαφή με τον ηλικιωμένο και τον επισκέπτεται είτε στο σπίτι είτε στο νοσοκομείο προκειμένου να γίνει η καταγραφή των αναγκών του. Αφού καθοριστούν οι ανάγκες του τότε τα μέλη της ομάδας σε συνεργασία με τον εξυπηρετούμενο επιλέγουν είτε την Φροντίδα Στο Σπίτι είτε την εισαγωγή του σε οίκο ευγηρίας ή σε ιδιωτική κλινική. Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται από την Αυστραλιανή Κοινοπολιτεία και εφαρμόζεται στις Διοικητικές Περιοχές της Αυστραλίας.

Καναδάς

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης του Καναδά έχει προτείνει μία «ενεργή ενηλικίωση», να επιτραπεί δηλαδή στους ηλικιωμένους να συνεχίσουν να παίζουν ενεργό ρόλο στην κοινωνία και την οικονομία. Ένα από τα πολλά προγράμματα που προωθούν τον παραπάνω στόχο είναι το «Υπηρεσίες Οικιακής Φροντίδας και Βοήθειας». Κέντρα Υγείας και Κοινωνικά Κέντρα παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι με στόχο να κρατήσουν τα άτομα ενεργά στην κοινωνία. Οι υπηρεσίες αυτές είναι νοσηλευτική φροντίδα, φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ψυχοκοινωνική στήριξη, προετοιμασία φαγητού και προσωπική φροντίδα.

Οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες που προσφέρονται από το πρόγραμμα «Υπηρεσίες Οικιακής Φροντίδας και Βοήθειας» περιλαμβάνουν προγράμματα που προσαρμόζονται στις δύσκολες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν κάποιοι ηλικιωμένοι. Οι κοινωνικοί λειτουργοί διευκολύνουν τη ζωή τους εφαρμόζοντας μεθόδους που τους βοηθούν να σπάσουν την απομόνωσή τους, να αντιμετωπίσουν την απώλεια αγαπημένου προσώπου, ή να βρίσκουν την υποστήριξη που χρειάζονται προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές που παρουσιάζονται από μια ασθένεια.

Εκείνοι που πιστεύουν ότι μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν στο σπίτι, μπορούν να ζητήσουν από τα στελέχη του προγράμματος «Υπηρεσίες Οικιακής Φροντίδας και Βοήθειας», να διευθύνουν μια αξιολόγηση της κατάστασής τους χρησιμοποιώντας το εργαλείο multiclientele, το οποίο καθορίζει ακριβώς ποιες είναι οι υπηρεσίες που πρέπει να τους παρασχεθούν προκειμένου να τους βοηθήσουν να παραμείνουν στο σπίτι. Εάν, παρά τις υπηρεσίες οικιακής φροντίδας, τις κεντρικές υπηρεσίες ημέρας, την υποστήριξη των φροντιστών τους (caregiver) και την βοήθεια από τις κοινοτικές οργανώσεις, οι εξυπηρετούμενοι δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, θα καθοριστεί η στέγαση που είναι πιο κατάλληλη για τις ανάγκες τους. Τα στελέχη του προγράμματος «Υπηρεσίες Οικιακής Φροντίδας και Βοήθειας» προσπαθούν, όσο αυτό είναι δυνατό, να λάβουν υπόψη τις προτιμήσεις του ηλικιωμένου στην επιλογή του νέου περιβάλλοντος διαβίωσης.

Τα **Σπίτια των ηλικιωμένων** ή οι **Ενδιάμεσοι πόροι**, αποτελούν δύο τύπους κατοικίας, οι οποίες προσφέρουν στους ηλικιωμένους ένα περιβάλλον ζεστό και φιλικό μέσα στο οποίο λαμβάνουν την υποστήριξη και τη βοήθεια που χρειάζονται. Οι άνθρωποι που κατευθύνονται για να ζήσουν στους ενδιάμεσους πόρους ή στα σπίτια των ηλικιωμένων δεν είναι απαραίτητο να πληρώσουν τίποτα για την υγειονομική περίθαλψη που λαμβάνουν εκεί, αλλά πρέπει να έχουν μια οικονομική συμβολή στις δαπάνες κατοικίας τους. Το ποσό αυτό καθορίζεται ανάλογα με την κατοικία και τους οικονομικούς πόρους του ατόμου. Στα μακροπρόθεσμα και κατοικημένα κέντρα περίθαλψης ή νοσοκομεία, οι ευπαθείς ηλικιωμένοι κατευθύνονται στα ιδρύματα που προσφέρουν τη μακροπρόθεσμη φροντίδα εάν η αξιολόγησή τους καταδεικνύει αυτό για να είναι η πιο κατάλληλη αντιμετώπιση της κατάστασής τους. Όπως στο πρόγραμμα «σπίτια των ηλικιωμένων ή ενδιάμεσοι πόροι» τα άτομα έχουν το δικαίωμα λόγου στην επιλογή του ιδρύματος όπου θα ζουν. Θα πρέπει επίσης να καλύψουν το κόστος του δωματίου το οποίο εξαρτάται από τον

τύπο του δωματίου που θα επιλεγθεί, το εισόδημα του ατόμου, τους πόρους χρηματοδότησης και τις οικογενειακές υποχρεώσεις.

Τέλος οι **Εγχώριες προσαρμογές για την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων**, αποτελεί ένα πρόγραμμα που επιχορηγεί τους χαμηλού εισοδήματος ηλικιωμένους 65 ετών και άνω, με σκοπό να τους επιτρέπει να κάνουν ελάχιστες αλλαγές στο σπίτι τους ώστε να συνεχίζουν να ζουν εκεί ανεξάρτητα και με ασφάλεια για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Όταν η εργασία εκτελείται από μία ανάδοχη εταιρεία που έχει την κατάλληλη άδεια, η χρηματοδοτική συνδρομή μπορεί να είναι μέχρι και 3.500 δολάρια. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, το μέγιστο είναι 1.750 δολάρια και καλύπτει μόνο τις δαπάνες των υλικών και του εξοπλισμού.⁶⁸

4.2 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στην Ελλάδα

4.2.1 Αρχές του προγράμματος

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι για ηλικιωμένους, εγκαινιάστηκε το 1994 και άρχισε να εφαρμόζεται πιλοτικά, από το 1996. Το πρόγραμμα αυτό, εφαρμόστηκε ολοκληρωμένα και η λειτουργία του θεσμοθετήθηκε από το 1997, γι' αυτό και επιλέχθηκαν συγκεκριμένοι Δήμοι, οι οποίοι παρείχαν τις σχετικές υπηρεσίες, σε συνεργασία με τα Υπουργεία Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το πρόγραμμα « Βοήθεια στο Σπίτι », εφαρμόστηκε πρώτα πιλοτικά στο Δήμο Περιστερίου το έτος 1997 και το έτος 1998, μετά την εφαρμογή του στον ανωτέρω δήμο, αποφασίστηκε η επέκτασή του σε 102 Δήμους της Χώρας που διαθέτουν επαρκώς οργανωμένο Κ.Α.Π.Η., σύμφωνα με τις προδιαγραφές και την αξιολόγηση της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.

Η προνομιακή λειτουργία των υπηρεσιών, που παρέχονται στο σπίτι των ενδιαφερομένων, συμβαδίζει με τις παρεμβάσεις στη δεκαετία του 1980 που έγινε στον τομέα της Υγείας.⁶⁹

⁶⁸ Ο.π., 33.

⁶⁹ Κυριακάκης Β., Εναλλακτικές μορφές στην προστασία Ηλικιωμένων (στο Κοινωνική Εργασία) 1991, τεύχος 24.

Το πρώτο ολοκληρωμένο σχέδιο για την προώθηση του Προγράμματος, κατοχυρώνει την ενεργοποίηση των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, για την υλοποίηση των δράσεων. Τα ΚΑΠΗ, επίσης, χρησιμοποιούνταν ως οργανωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους (άρθρο 1 της υπ'αρ. Π4β/οικ.5814/17.10.97)

4.2.2 Σκοποί του προγράμματος

Ο κύριος στόχος των προγραμμάτων, είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων. Δίδεται προτεραιότητα σε κατηγορίες ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν πρόσθετα προβλήματα, όπως οι ηλικιωμένοι που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως, εκείνοι που χρειάζονται ειδική φροντίδα, διαβιούν μοναχικά και δεν έχουν επαρκείς πόρους για να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους και να διατηρηθούν οι ίδιοι και οι οικογένειές τους στον κοινωνικό ιστό, παραμένοντας στο φυσικό και στο κοινωνικό τους περιβάλλον.

Με τα προγράμματα αυτά επιδιώκεται:

- Η ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ, κατά προτεραιότητα στο σπίτι, στο άμεσο τοπικό επίπεδο και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τους και την ενημέρωση των φορέων σχεδιασμού κοινωνικής πολιτικής, όπως και άλλων ενδιαφερομένων οργανισμών.
- Η παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και στις οικογένειές τους, από ειδικούς επιστήμονες, από καταρτισμένα στελέχη και από εθελοντές, για να αναπτύξουν τις άμεσες ανάγκες αξιοπρεπούς επιβίωσης
- Ο εντοπισμός και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του Δήμου, των πολιτών και των οργανωμένων τοπικών φορέων, για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων δημοτών.
- Την συστηματική αξιοποίηση των εθελοντικών πρωτοβουλιών, την διαρκή ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και δυνατότητες των ηλικιωμένων, με έμφαση στην αλληλεγγύη των γενεών.

- Την σύνδεση των εξυπηρετούμενων με τα ΚΑΠΗ και ταυτόχρονη αξιοποίηση και δραστηριοποίηση των μελών των ΚΑΠΗ.
- Την οργάνωση και συστηματική παροχή υπηρεσιών Κοινωνικής Εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσιοθεραπείας, εργοθεραπείας και οικογενειακής βοήθειας, για την κάλυψη των βασικών αναγκών των ηλικιωμένων.⁷⁰
- Τη διαρκή μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων, ώστε να υποβάλλονται οι σχετικές εισηγήσεις προς τους αρμόδιους φορείς, προκειμένου να λαμβάνονται μέτρα για την κάλυψη αυτών των αναγκών
- Τη διαρκή επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων εφαρμογής και των αποτελεσμάτων του προγράμματος, για την επανατροφοδότηση του σχεδιασμού και των μεθόδων που εφαρμόζονται.

4.2.3. Δομή και λειτουργία του προγράμματος (ανθρώπινο δυναμικό, πηγές χρηματοδότησης)

Οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται είναι:

- Η διερεύνηση, η καταγραφή, η επεξεργασία και η μελέτη των αναγκών των ηλικιωμένων στους Δήμους και η κοινωνική χαρτογράφησή τους
- Η εκπαίδευση εθελοντών και διοργάνωση δράσεων κοινωνικής αλληλεγγύης
- Η κοινωνική εργασία με άτομα, ομάδες και οικογένειες
- Η ενημέρωση για τα προνομιακά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων
- Η διασύνδεση με υπηρεσίες Υγείας – Πρόνοιας και άλλες, που καλύπτουν ανάγκες των ηλικιωμένων (Ασφαλιστικούς Οργανισμούς κ.λ.π.)
- Η ιατρική παρακολούθηση, η νοσηλευτική φροντίδα και η φυσικοθεραπεία στο σπίτι ή όπου αλλού παρέχεται
- Οι υπηρεσίες οικογενειακής, βοηθητικής φροντίδας (ατομική και οικιακή καθαριότητα, κάλυψη καθημερινών αναγκών διαβίωση, κ.ά.).
- Η διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες των ηλικιωμένων

⁷⁰ Ο.π., τεύχος 24.

- Η συστηματοποίηση του δικτύου υπηρεσιών του Δήμου, για την κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι και η σύνδεση με τις αντίστοιχες υπηρεσίες της ευρύτερης κοινότητας.

Η υλοποίηση των προγραμμάτων τυποποιήθηκε, θεσμικά, με την υπογραφή της σύμβασης, μεταξύ του Υπουργείου Υγείας – Κοινωνικής Αλληλεγγύης, του Υπουργείου Εσωτερικών και Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, της ΚΕΔΚΕ, των εκπροσώπων των ΚΑΠΗ και των Δημοτικών Επιχειρήσεων των αντίστοιχων δήμων. Οι φορείς για την υλοποίηση του προγράμματος, ορίστηκαν οι 102 δήμοι, οι οποίοι προώθησαν τις δράσεις για 5 έτη.

Η εφαρμογή των προγραμμάτων τελεί, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ασκείται από την αρμόδια Διεύθυνση Ηλικιωμένων και Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, και από τα αρμόδια Τμήματα Κοινωνικής Αλληλεγγύης της Περιφερειακής Διοίκησης.

Οι δήμοι, οι οποίοι επιλέχθηκαν διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

- Στην πρώτη κατηγορία, εντάσσονται οι Δήμοι που επιχορηγούνται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.
- Στην δεύτερη κατηγορία, εντάσσονται οι Δήμοι που επιχορηγούνται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνική Αλληλεγγύης με τα ίδια ποσά, όπως επιχορηγούνταν και οι δήμοι από το Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.

Η υλοποίηση των προγραμμάτων ανατέθηκε στα ΚΑΠΗ των δήμων, τα οποία εκτός από το τακτικό τους προσωπικό, απασχολούν και εξειδικευμένο προσωπικό (κοινωνικό λειτουργό ΑΕΙ/ΤΕΙ, νοσηλεύτη ΤΕΙ/ΜΤΕΝΣ και οικογενειακή βοηθό). Η πρόσληψη του προσωπικού του προγράμματος γίνεται με σύμβαση μίσθωσης έργου. Για τη σύναψη μίσθωσης έργου απαιτείται :

- 1) Η ύπαρξη κανονισμού της επιχείρησης
- 2) Απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου αυτής στην οποία θα περιλαμβάνονται :
 - ο αριθμός των προσώπων στα οποία θα ανατεθεί το έργο
 - η ειδικότητα των ατόμων αυτών (κοινωνικός ή κοινωνική λειτουργός, νοσηλεύτης ή νοσηλεύτρια και οικογενειακή βοηθός)
 - ο επακριβής προσδιορισμός του έργου που θα εκτελεσθεί στα πλαίσια της προγραμματικής σύμβασης

- ο χρόνος απασχόλησης τους, το συνολικό ποσό της αμοιβής τους ή η τμηματική καταβολή αυτής
- ο τόπος που πρόκειται να εκτελεσθεί έργο
- ρητή αναφορά ότι δεν καλύπτουν πάγιες και διαρκείς ανάγκες

Με βάση τα παραπάνω θα καταρτισθεί η σύμβαση και θα υπογραφεί μεταξύ του αρμόδιου οργάνου της επιχείρησης και του εργαζόμενου. Στο σημείο αυτό διευκρινίζεται ότι το προσωπικό που προσλαμβάνεται με σύμβαση μίσθωσης έργου από τις δημοτικές επιχειρήσεις για την υλοποίηση του προγράμματος αυτού, θα απασχοληθεί κατ' αρχήν για ένα έτος. Επειδή όμως το πρόγραμμα εντάσσεται στο γενικότερο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής της Κυβέρνησης, η οποία μελετά την επέκταση αυτού του προγράμματος στο σύνολο της Χώρας και δεδομένης της ευαισθησίας τόσο του Υπουργείου Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης όσο και του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας σε κοινωνικά θέματα, έχοντας υπόψη και τα αποτελέσματα της εφαρμογής του κατά τα πρώτο χρόνο, θα επιδιωχθεί η απασχόληση του προσωπικού αυτού σε μονιμότερη βάση. Οι δήμοι, μάλιστα, υποχρεούνται να επιχορηγούν τα ΚΑΠΗ με 9.000 € για δύο χρόνια.

Το πεδίο εφαρμογής του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», διευρύνθηκε το 2000 με την ένταξη ειδικών υπηρεσιών τηλεβοήθειας, οι οποίες παρέχονται στα ηλικιωμένα άτομα. Οι υπηρεσίες «Τηλεβοήθεια στο σπίτι», εγκαινιάζονται κανονιστικά με την έκδοση της υπ'αρ. Π1Γ/οικ. 4128/18.10.2000 Απόφασης των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΕΚ Β' 1360), με την οποία ορίζονται ως φορείς υλοποίησης του προγράμματος οι δήμοι, που εφαρμόζουν το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» και τον Οργανισμό Τηλεπικοινωνιών της Ελλάδας.

Το πρόγραμμα «Τηλεβοήθεια στο Σπίτι» εποπτεύεται από τη Διεύθυνση Προστασίας Οικογένειας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, για την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων ατόμων που διαβιώνουν μόνοι και αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν, λόγω νοητικής ή κινητικής αναπηρίας και προβλημάτων υγείας. Αυτό είναι ένα πιλοτικό πρόγραμμα κοινωνικών υπηρεσιών, με το οποίο προωθείται η διασύνδεση των χρηστών με προνοιακές μονάδες άμεσης παρέμβασης, καθώς και

την άμεση επικοινωνία με το συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον.⁷¹ Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι για ηλικιωμένους", θεσπίστηκε με το Ν. 2082/92 και εφαρμόζεται από το Υπουργείο Υγείας, σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, την Εκκλησία, και τις μη Κυβερνητικές/ Εθελοντικές Οργανώσεις.

Το πρόγραμμα αυτό, εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και συγχρηματοδοτείται από τα Υπουργεία Υγείας-Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, λειτουργούν σε άμεση σχέση και διασύνδεση με τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) κάθε δήμου, ενώ το συνολικό Πρόγραμμα συντονίζεται και αξιολογείται από μία Επιτροπή παρακολούθησης. Η βοήθεια στο σπίτι είναι δικαίωμα του ηλικιωμένου πολίτη, δεδομένου, ότι εξασφαλίζει την παραμονή του στο σπίτι και την κοινότητα που επιλέγει να ζήσει, όταν αντιμετωπίζει προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης και αποσκοπεί στην ενθάρρυνση των ανθρώπων αυτών. Τα προγράμματα αυτά έχουν συμβάλλει θετικά στην αναβάθμιση της καθημερινής τους ζωής.⁷²

Σημειώνεται ότι, το 2001, τρία χρόνια μετά την έναρξη λειτουργίας του Πιλοτικού προγράμματος "Βοήθεια στο σπίτι για ηλικιωμένους" (1998 - 2003) και ενώ το πρόγραμμα είχε ήδη επεκταθεί, επιχειρήθηκε μια πρώτη αξιολόγηση σε εκατό δήμους που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, με βάση τα απολογιστικά στοιχεία που συλλέγονταν για τον ποιοτικό και διαχειριστικό του έλεγχο. Η Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος, αποφάσισε την αξιολόγηση της τριετούς λειτουργίας του, για την επανατροφοδότηση του σχεδιασμού και των μεθόδων που εφαρμόζονται, για την εκτίμηση της αποδοτικότητας του και τον εντοπισμό των αδυναμιών του. Η αξιολόγηση βασίστηκε στα στοιχεία που συλλέγονται από τους επαγγελματίες που φροντίζουν τους εξυπηρετούμενους. Συγκεκριμένα έγινε επεξεργασία των πληροφοριών που υπάρχουν, τόσο στα διάφορα έντυπα/ερωτηματολόγια εκτίμησης αναγκών για την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας, όσο και στα έντυπα του Κοινωνικού Ιστορικού κάθε ηλικιωμένου - μέλους της "Βοήθειας στο σπίτι".

Τα συμπεράσματα από την έρευνα ήταν, ότι οι κάτοικοι των περιοχών που λειτούργησαν τα προγράμματα, δέχθηκαν πολύ θετικά τη νέα αυτή υπηρεσία και τη

⁷¹ Αμίτσης Γ., Το θεσμικό πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής σε σχέση με τις λιγότερο ευνοημένες ομάδες - Η κάλυψη των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες, Αθήνα (σε Χ. Χτούρη (επ.), Θεσμοί και ρυθμίσεις της κοινωνικής πολιτικής, Πράξις) 1993, 148-219.

⁷² Ο.π., 148-219

στήριξαν, είτε με εθελοντική εργασία, είτε με προσφορά ειδών και χρημάτων. Στα τρία χρόνια λειτουργίας του, εξυπηρετήθηκαν περίπου 9.000 ηλικιωμένα άτομα και αυτός ο αριθμός θεωρείται ότι είναι αρκετά ικανοποιητικός, δεδομένης της περιορισμένης έκτασης του προγράμματος. Από το σύνολο των εξυπηρετηθέντων, το 47% ήταν άτομα που διαβιούν μοναχικά και το 34% ήταν μη αυτοεξυπηρετούμενα. Οι μορφές φροντίδας που προσφέρθηκαν στο σύνολο των εξυπηρετούμενων, αφορούσαν υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας και οικογενειακής βοήθειας. Από τις υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας που προσφέρθηκαν, το μεγαλύτερο ποσοστό εξυπηρετούμενων (39%), έκανε χρήση υποστηρικτικής κοινωνικής εργασίας. Όσον αφορά τις υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και η αγωγή υγείας, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης από τους εξυπηρετούμενους (26% και 24% αντίστοιχα). Τέλος, από τις υπηρεσίες οικογενειακής φροντίδας, τα μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης από τους εξυπηρετούμενους εμφανίζουν η συντροφιά και οι εξωτερικές εργασίες (28% και 27% αντίστοιχα). Ως προς τη συχνότητα παροχής, η κοινωνική εργασία, στην πλειονότητα εξυπηρετούμενων, προσφέρθηκε μια φορά το δεκαπενθήμερο (38%) ή μία φορά την εβδομάδα (34%), ενώ στο υπόλοιπο των εξυπηρετούμενων συχνότερα (2-3 φορές την εβδομάδα ή και καθημερινά). Όσον αφορά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και οικογενειακής βοήθειας, εμφανίζεται σε συχνότερη βάση, μια φορά την εβδομάδα (34% και 41% αντίστοιχα). Όπου κρίνεται βέβαια αναγκαίο, υπάρχει και καθημερινή προσφορά υπηρεσιών κάθε κατηγορίας.

Το κόστος λειτουργίας μιας υπηρεσίας "Βοήθεια στο Σπίτι για ηλικιωμένους", είναι για τους 60 ηλικιωμένους 35.000 ευρώ, κόστος που αναλογεί κατά προσέγγιση στην παραμονή δύο ηλικιωμένων σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί, ότι λόγω των υπηρεσιών που προσφέρθηκαν στους ηλικιωμένους από τα προγράμματα, υπήρξε πιθανά μείωση της χρησιμοποίησης των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Αυτό δεν ήταν δυνατόν να εκτιμηθεί, αλλά θα μπορούσε να ειπωθεί, ότι περιορίστηκε σημαντικά η χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Τα πλεονεκτήματα από τα προγράμματα αυτά, είναι ότι προσέφεραν ένα αίσθημα ασφάλειας στους μοναχικούς ηλικιωμένους και προσέφεραν την απαραίτητη νοσηλευτική και υποστηρικτική φροντίδα σε όσους δεν ήταν απαραίτητο να παραμείνουν στο νοσοκομείο. Προσέφεραν τη δυνατότητα διεξαγωγής εργαστηριακών εξετάσεων, που θα απασχολούσαν τα εξωτερικά ιατρεία των

νοσοκομείων και πιθανά και κλίνες. Και τέλος, συνέβαλαν στην πρόληψη εξελίξεων παθήσεων με παρακολούθηση και συχνή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», που είναι πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας και στοχεύει στην παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, έχει τη μορφή των αντίστοιχων «home care» του Ηνωμένου Βασιλείου ή των Σκανδιναβικών χωρών. Αυτή η μορφή της υγειονομικής περίθαλψης, δίνει μια νέα μορφή στην παροχή κοινωνικής προστασίας στον πολίτη.⁷³

Η μορφή αυτή της υγειονομικής περίθαλψης, χρηματοδοτείται κατά 75% από το ευρωπαϊκό ταμείο περιφερειακής ανάπτυξης της Ευρωπαϊκής Ένωσης και κατά 25% από το Ελληνικό δημόσιο και έχει ως αποτέλεσμα, οι υπηρεσίες να προσφέρονται δωρεάν στο σπίτι των πολιτών.

Στην περιφέρεια, υλοποιείται από τη Στερεά Ελλάδα, με ευθύνη του Δήμου Σχηματαρίου και φορέα υλοποίησης τη Δημοτική επιχείρηση πολιτιστικής ανάπτυξης Σχηματαρίου, η οποία παρέχει- εκτός από υλικοτεχνικό εξοπλισμό- και κάθε δυνατή βοήθεια, που κρίνεται απαραίτητη για τη λειτουργία του προγράμματος και την καλή εξυπηρέτηση των πολιτών του δήμου.⁷⁴

4.3 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στο Δήμο Αγίων Αναργύρων-Καματερού

Ο Δήμος Αγίων Αναργύρων-Καματερού είναι ένας από τους δήμους της περιφέρειας Αττικής που προέκυψε με το Πρόγραμμα Καλλικράτης από την συνένωση των παλαιότερων δήμων Αγίων Αναργύρων και Καματερού. Ο δήμος έχει πληθυσμό 62.440 κατοίκους, σύμφωνα με την απογραφή του 2011 και είναι ο 52ος μεγαλύτερος δήμος της Ελλάδας. Έδρα του είναι οι Άγιοι Ανάργυροι. Η έκτασή του είναι 9,11 τ.χλμ.

Σε ποσοστό 18,9% επί του συνολικού αριθμού των κατοίκων του δήμου είναι ηλικίας άνω των 60 ετών. Για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων κατοίκων του Δήμου Αγίων Αναργύρων λειτουργούν επτά Κ.Α.Π.Η., εκ των οποίων τα τρία λειτουργούν με στοιχειώδη προσωπικό ενώ τα υπόλοιπα τέσσερα λειτουργούν σαν εντευκτήρια στα οποία λειτουργεί κυλικείο και όπου βρίσκουν συντροφιά και

⁷³ Ο.π., 148-219

⁷⁴ Βοήθεια στο Σπίτι, <http://www.depoansx.gr/index.php> ,(πρόσβαση στις 28/06/2012).

απασχόληση τα μέλη, ενώ, περιστασιακά ενισχύονται μια φορά την εβδομάδα με κοινωνικό λειτουργό.

Στο Δήμο Αγίων Αναργύρων Καματερού λειτουργεί ακόμα το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι που έχει στόχο την παροχή συστηματικής και οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας στα ηλικιωμένα άτομα και άτομα με ειδικές ανάγκες. Η παρέμβαση των στελεχών του προγράμματος αποσκοπεί στην διαμόρφωση εκείνων των όρων που επιτρέπουν την παραμονή του ηλικιωμένου ανθρώπου στο σπίτι του, την αποφυγή της ιδρυματοποίησης ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού, την διατήρηση της ενότητας της οικογένειας του και την βελτίωση της ποιότητας της ζωής του με την εξασφάλιση συνθηκών υγιεινής.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» παρέχει ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες, φροντίδα ατομικής υγείας, νοσηλευτική πρωτοβάθμια φροντίδα, οικιακή φροντίδα και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης, αγωγή υγείας και πρόληψη, διευκόλυνση των αναγκών μετακίνησης, ενημέρωσης και επικοινωνίας και διασύνδεση με άλλους φορείς, δίκτυα, υπηρεσίες και προγράμματα, για την αξιοποίηση μέσων και παροχών που αφορούν την κάλυψη αναγκών των ηλικιωμένων. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Αγίων Αναργύρων-Καματερού περιλαμβάνει 4 δομές:

- «Κοινωνική Μέριμνα Άτταλος» η οποία εξυπηρετεί 33 περίπου περιπτώσεις
- «Κοινωνική Μέριμνα Γεροβουνό» η οποία εξυπηρετεί 35 περίπου περιπτώσεις
- «Βοήθεια στο Σπίτι Καματερού» το οποίο εξυπηρετεί περίπου 30 περιπτώσεις
- «Βοήθεια στο Σπίτι Αγίων Αναργύρων» το οποίο εξυπηρετεί 23 περίπου περιπτώσεις

Και το οποίο συγχρηματοδοτείται από την Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.) και το Υπουργείο Εργασίας. Στο Δήμο δεν υπάρχουν Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η). Λειτουργεί επίσης Τμήμα Κοινωνικής Μέριμνας το οποίο απευθύνεται σε άτομα κάθε ηλικίας, οικογένειες, άτομα με ιδιαιτερότητες, ειδικές κατηγορίες πληθυσμού, σχολεία και μαζικούς φορείς σε όλη τη πόλη και βασικό στόχο έχει την στήριξη και τη φροντίδα του ατόμου και της οικογένειάς του, την πρόληψη και προαγωγή της ατομικής και δημόσιας υγείας

και τη βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών ζωής των πολιτών. Οι γενικές δραστηριότητες που πραγματοποιεί το τμήμα Κοινωνικής Μέριμνας είναι :

- Ενημέρωση, ειδική πληροφόρηση.
- Συμβουλευτική Υποστήριξη, ευαισθητοποίηση σε κοινωνικά θέματα.
- Εφαρμογή προγραμμάτων πρόνοιας.
- Καταγραφή κοινωνικών προβλημάτων και χάραξη δράσης για την αντιμετώπισή τους.
- Υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.
- Πραγματοποίηση ημερίδων, εκδηλώσεων.

Εδώ αξίζει να σημειωθεί πως η συνένωση του Δήμου Αγίων Αναργύρων με το Καματερό σύμφωνα με τον Καλλικράτη δεν ήταν τόσο ευνοϊκή για το Δήμο Αγίων Αναργύρων και αυτό γιατί σύμφωνα με τα λεγόμενα της Ψυχολόγου Β η περιοχή του Καματερού ήταν μια «παρθένα» περιοχή χωρίς κοινωνική υπηρεσία με τις ανάγκες του κόσμου να είναι πολλές και η οποία χρειαζόταν ενίσχυση με συγκεκριμένο προσωπικό και όχι με διοικητικό προσωπικό. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα ο Δήμος Αγίων Αναργύρων να πρέπει να καλύψει και τις αναγκές του Δήμου Καματερού με την ίδια πενιχρή χρηματοδότηση εξαιτίας και της οικονομικής κρίσης εισπράτοντας έτσι την έντονη διαμαρτυρία των δημοτών του για παραμέληση των δικών τους αναγκών.

4.4 Σχεδιασμός της έρευνας στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Αγίων Αναργύρων- Καματερού

Κύριος στόχος της έρευνας πεδίου, είναι να αξιολογήσουμε το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», που εφαρμόζεται στο Δήμο Αγίων Αναργύρων-Καματερού. Να εξετάσουμε, δηλαδή, από την πλευρά του προσωπικού, αν το πρόγραμμα με τις υπηρεσίες που προσφέρει, επιτυγχάνει τους σκοπούς του, αν καλύπτει τις ανάγκες των ηλικιωμένων και σε ποιο βαθμό, όπως επίσης να εντοπίσουμε τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα και τυχόν δυσκολίες ή αδυναμίες του προγράμματος, καθώς και να διερευνηθούν οι δυνατότητες επέκτασής του.

Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων

Στην παρούσα έρευνα τέθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα τα οποία, απαντήθηκαν **αποκλειστικά και μόνο** από το προσωπικό του συγκεκριμένου Προγράμματος **και όχι** από τους λήπτες των υπηρεσιών :

1. Τα άτομα, που δέχονται τις υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», πληρούν τις προϋποθέσεις ένταξης στο πρόγραμμα;
2. Οι υπηρεσίες, που παρέχει το πρόγραμμα, καλύπτουν τις ανάγκες των εντασσόμενων σε αυτό;
3. Η λειτουργία του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» επιτυγχάνει του σκοπούς της;
4. Αντιμετωπίζει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» δυσκολίες ή ελλείψεις και ποίες είναι αυτές;
5. Τι παραπάνω θα μπορούσε να προσφέρει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»;

Πεδίο μελέτης

Στη προσπάθειά μας, να φέρουμε εις πέρας το σκοπό της έρευνάς μας, δηλαδή να αξιολογήσουμε το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», επιλέξαμε τρία από τα επτά Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Αγίων Αναργύρων-Καματερού, καθώς αυτά λειτουργούν μονό με στοιχειώδη προσωπικό, και με την προϋπόθεση να εφαρμόζουν το πρόγραμμα πάνω από δυο χρόνια, ώστε να έχουν οργανωμένη λειτουργία και αφού ζητήσαμε τη συνεργασία τους προχωρήσαμε στη διεξαγωγή της έρευνας.

Στον πληθυσμό της έρευνάς μας, εντάσσονται τα μέλη που απαρτίζουν το προσωπικό του προγράμματος. Το προσωπικό των πέντε προγραμμάτων που εφαρμόζονται στο συγκεκριμένο δήμο, αποτελείται από κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο, νοσηλεύτη και οικογενειακή βοηθό.

Τεχνικές συλλογής δεδομένων

Για την υλοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας, έπρεπε να χρησιμοποιήσουμε τα κατάλληλα μέσα, που να ανταποκρίνονται στους στόχους μας και να μπορούν να μας δώσουν πληροφορίες για τα θέματα που μας αφορούν.

Έτσι, για τη συλλογή των στοιχείων αποφασίσαμε να χρησιμοποιήσουμε συνεντεύξεις. Στις συνεντεύξεις του προσωπικού, όπου πραγματοποιήθηκαν υπό την μορφή συζητήσεως, πήραμε γενικές πληροφορίες, σχετικά με την λειτουργία του προγράμματος και πιο συγκεκριμένα εξετάσαμε τις εξής ενότητες :

- Προϋποθέσεις ένταξης στο πρόγραμμα - παραπομπή
- Υπηρεσίες προγράμματος – βαθμός ικανοποίησης τους
- Συχνότητα παροχής υπηρεσιών
- Δυσκολίες που αντιμετωπίζει το πρόγραμμα
- Ελλείψεις του προγράμματος
- Προτάσεις για την καλύτερη λειτουργία του

Συλλογή και επεξεργασία δεδομένων

Όσον αφορά τις συνεντεύξεις του προσωπικού, πραγματοποιήθηκαν στο χώρο όπου στεγάζεται το πρόγραμμα, δηλαδή στο Κ.Α.Π.Η. , υπό τη μορφή συζητήσεως. Έτσι, συλλέξαμε τις πληροφορίες και τα στοιχεία που ήταν απαραίτητα για το σκοπό της έρευνας μας, ενώ η επεξεργασία τους, έγινε στο τέλος, με την ποιοτική ανάλυση των δεδομένων των συνεντεύξεων (με τη μέθοδο της κωδικογράφησης).

Δυσκολίες κατά την υλοποίηση της έρευνας

Κατά την υλοποίηση της έρευνας, η πιο σημαντική δυσκολία που αντιμετωπίσαμε ήταν η άρνηση ορισμένων, εκ του προσωπικού, που στελεχώνουν το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στο να μας απαντήσουν στις ερωτήσεις που θα τους θέταμε. Αυτό οφειλόταν αρχικά στην άγνοια και στο φόβο που τους διακατείχε για το τι θα τους ρωτήσουμε και αν θα μπορέσουν να ανταποκριθούν στις ερωτήσεις όσο και στην αβεβαιότητα για τη συνέχιση ή μη του προγράμματος, καθώς, η πλειονοψηφία του προσωπικού που στελεχώνει το συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι με συμβάσεις

ορισμένου χρόνου, και οι οποίες έληγαν σε σύντομο χρονικό διάστημα από τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας.

Χρόνος διεξαγωγής της έρευνας

Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε σε διάστημα δύο μηνών (από 1 Απριλίου 2012 – 1 Ιουνίου 2012), ενώ η ανάλυση των αποτελεσμάτων ακολούθησε, έπειτα από τη συγγραφή και μελέτη και του θεωρητικού μέρους της διπλωματικής μου εργασίας.

Παρουσίαση Συνεντευξιζόμενων:

Παρακάτω κάνουμε μια σύντομη παρουσίαση του προσωπικού των δυο προγραμμάτων, που έλαβαν μέρος στην έρευνας μας.

- Κοινωνική Λειτουργός Α: Απόφοιτη Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Εργασίας, εργάζεται 12 χρόνια στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Αγίων Αναργύρων- Καματερού.
- Κοινωνική Λειτουργός Β: Απόφοιτη Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Εργασίας, εργάζεται 8 χρόνια στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Αγίων Αναργύρων- Καματερού.
- Ψυχολόγος Α: Απόφοιτη Φιλοσοφικής Σχολής Αθηνών στο Πρόγραμμα Ψυχολογίας (Φ.Π.Ψ.), εργάζεται 3 χρόνια στο Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Αγίων Αναργύρων- Καματερού.
- Ψυχολόγος Β: Απόφοιτη Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Επισκεπτών και Επισκεπτριών Υγείας, εργάστηκε στο Κ.Α.Π.Η του Δήμου Αγίων Αναργύρων και σήμερα στελεχώνει την κοινωνική υπηρεσία στο τομέα της πρόνοιας του Δήμου Αγίων Αναργύρων- Καματερού.
- Νοσηλεύτρια Α: Δ.Ε. Παίδων Αγία Σοφία, εργάζεται 4 χρόνια στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Αγίων Αναργύρων- Καματερού.
- Νοσηλεύτρια Β: Δ.Ε. Κρατικό Νίκαιας, εργάζεται 13,5 χρόνια στη κοινωνική μέριμνα του Δήμου Αγίων Αναργύρων- Καματερού.
- Νοσηλεύτρια Γ: Δ.Ε. Ερυθρού Σταυρού, εργάζεται 12 χρόνια στη κοινωνική μέριμνα του Δήμου Αγίων Αναργύρων- Καματερού.

- Νοσηλεύτρια Δ: Δ.Ε. Παίδων Αγία Σοφία, εργάζεται 12 χρόνια στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Αγίων Αναργύρων- Καματερού.
- Οικογενειακή Βοηθός Α: Απόφοιτη Γυμνασίου, εργάζεται 12 χρόνια στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Αγίων Αναργύρων-Καματερού.
- Οικογενειακή Βοηθός Β: Απόφοιτη Γυμνασίου, εργάζεται 14 χρόνια στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Αγίων Αναργύρων-Καματερού.

4.5 Τα ευρήματα της έρευνας πεδίου στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»

Πριν όμως αναφερθούμε στα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας, θα ήταν σκόπιμο να αναφερθούμε στο προφίλ των ηλικιωμένων, που δέχονται αυτή τη μορφή φροντίδας. Σύμφωνα με τη συνέντευξη της κοινωνικής λειτουργού του Δήμου Αγίων Αναργύρων-Καματερού, τα άτομα που δέχονται την φροντίδα των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων είναι ηλικίας 65 ετών και άνω και τα επισκέπτονται με σκοπό την ψυχαγωγία τους, ενώ ταυτόχρονα δέχονται και φροντίδα ιατρικής φύσεως. Σύμφωνα με τα λεγόμενα της κοινωνικής λειτουργού:

«Η διεθνής τάση αναδιάρθρωσης των προσωπικών-κοινωνικών υπηρεσιών, με έμφαση στο ρόλο της τοπικής κοινότητας και την αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας, βρήκε έκφραση, όσον αφορά τους ηλικιωμένους, με την σύσταση των Κ.ΑΠ.Η και την θεσμοθέτηση προγραμμάτων, όπως το Βοήθεια Στο Σπίτι και το Κατ'οίκον νοσηλεία».

Προφίλ των ηλικιωμένων- κατάσταση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας

Σύμφωνα με το αρχικό ερευνητικό ερώτημα, τα άτομα που δέχονται την φροντίδα του Βοήθεια στο Σπίτι, είναι καταρχήν μοναχικά και σημαντικό ρόλο παίζουν το εισόδημα τους και η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας τους. Η κοινωνική λειτουργός, υπογραμμίζει ότι οι ηλικιωμένοι που καταφεύγουν σε τέτοιες υπηρεσίες για βοήθεια, προέρχονται από οικογένειες που αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα ή ακόμα και προβλήματα με την δική τους υγεία. Επίσης, μια άλλη κατηγορία ηλικιωμένων, είναι αυτοί που έχουν χάσει τις οικογένειες τους ή αυτοί των οποίων οι οικογένειες αδιαφορούν και δεν επιθυμούν να λάβουν ιδρυματική φροντίδα. Βέβαια, αυτό προϋποθέτει ότι έχουν επαρκή νοημοσύνη και η κατάσταση

της υγείας τους, τους επιτρέπει να αυτοσυντηρούνται. Επιπλέον, μερικοί δέχονται ως ένα βαθμό, περίθαλψη και από τους δικούς τους ανθρώπους.

Οι ιδιαιτερότητες αυτών των ανθρώπων είναι σχετικές. Αρκετοί ηλικιωμένοι είναι μοναχικοί και άλλοι δεν θέλουν να επιβαρύνουν τις οικογένειες τους παραπάνω. Σημαντικό ρόλο σε αυτό το σημείο, παίζει ο χαρακτήρας του ηλικιωμένου. Πολύ συχνά, οι άνθρωποι τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν δύστροπο χαρακτήρα, απότομο και μη συνεργάσιμο. Αυτή την κατάσταση την επιβαρύνουν τα συνοδά προβλήματα υγείας του καθενός και η δυνατότητα της οικογένειας για περίθαλψη. Τέλος, υπάρχουν περιπτώσεις ηλικιωμένων, με νοητικά προβλήματα, των οποίων οι οικογένειες δεν επιθυμούν την εισαγωγή σε ίδρυμα, αλλά επιζητούν μερική βοήθεια από τέτοιες δομές. Σε κάθε περίπτωση, το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, αποτελεί σημαντικό παράγοντα υποστήριξης των ηλικιωμένων, αλλά και των οικογενειών τους.

Κατάσταση των δομών αυτών σήμερα και ποιότητα των παροχών

Στην περίπτωση του δήμου Αγίων Αναργύρων-Καματερού, λειτουργούν 4 δομές «Βοήθεια στο Σπίτι» και είναι οι ακόλουθες:

- «Κοινωνική Μέριμνα Ατταλος» η οποία εξυπηρετεί 33 περίπου περιπτώσεις
- «Κοινωνική Μέριμνα Γεροβουνό» η οποία εξυπηρετεί 35 περίπου περιπτώσεις
- «Βοήθεια στο Σπίτι Καματερού» το οποίο εξυπηρετεί περίπου 30 περιπτώσεις
- «Βοήθεια στο Σπίτι Αγίων Αναργύρων» το οποίο εξυπηρετεί 23 περίπου περιπτώσεις

Κάθε δομή στελεχώνεται από μια κοινωνική λειτουργό ή ψυχολόγο, μια νοσηλεύτρια και μια οικογενειακή βοηθό, εκτός από τη «Κοινωνική Μέριμνα Αττάλου» που απασχολεί δυο οικογενειακές βοηθούς.

Οι δομές αυτές χρηματοδοτούνται από την Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.) και το Υπουργείο Εργασίας. Η χρηματοδότησή τους ίσχυε μέχρι 30 Ιουνίου με απόφαση όμως της υπηρεσιακής κυβέρνησης Παπαδήμου

πήρε παράταση μέχρι 30 Σεπτεμβρίου. Από το Σεπτέμβριο και έπειτα θα αναζητηθούν νέοι πόροι για την εκ νέου χρηματοδότηση αυτών των δομών.

Παράλληλα με τις δομές αυτές ο Δήμος Αγίων Αναργύρων- Καματερού στελεχώνεται, ακόμα, από δυο κοινωνικούς λειτουργούς, τρεις νοσηλεύτριες και δυο οικογενειακές βοηθούς. Προσωπικό το οποίο ναι μεν ξεκίνησε να εργάζεται μέσω των ευρωπαϊκών προγραμμάτων σήμερα όμως έχει ενταχθεί στην κοινωνική υπηρεσία του δήμου και παρέχει τις υπηρεσίες του ως μόνιμο προσωπικό.

Η κοινωνική λειτουργός, τονίζει ότι οι ηλικιωμένοι που δέχονται φροντίδα από τέτοιες δομές, στην πλειοψηφία τους, παρουσιάζουν μεγάλη βελτίωση, ανάλογα με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

«Ειδικά οι μοναχικοί άνθρωποι, με προβλήματα υγείας, βρίσκουν μεγάλη ανακούφιση-σωματική και ψυχολογική-μέσω του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι. Είναι μια επιπρόσθετη υποστήριξη, την οποία σε άλλες συνθήκες δεν θα είχαν και αυτό τους ενθαρρύνει πολύ. Επίσης, εκτός από την υγεία τους, συχνά βλέπουμε βελτίωση στην κοινωνικότητα και την διάθεση τους. Εδώ, μπορούμε να σημειώσουμε ότι ταυτόχρονα με τους ηλικιωμένους, μεγάλη βοήθεια και ανακούφιση, δέχονται και οι οικογένειες τους. Φυσικά, η βελτίωση αυτή αυξάνεται όσο το άτομο παραμένει στο πρόγραμμα και όσο ζει σε σταθερές- χωρίς αρνητικές αλλαγές-συνθήκες».

Σύμφωνα με τα δεδομένα στο δήμο Αγίων Αναργύρων- Καματερού, η ποιότητα των παροχών και ο εξοπλισμός, επαρκούν για την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων, ειδικά σε σύγκριση με άλλους δήμους, όπου τα μέσα δεν αρκούν και οι χρηματοδοτήσεις είναι ελάχιστες. Γενικά, πάντως στην Ελλάδα, οι δομές αυτές δεν είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένες στον βαθμό που χρειάζεται, εκτός μερικών εξαιρέσεων. Στο μεγαλύτερο ποσοστό, τα αποτελέσματα παροχής των υπηρεσιών δεν είναι τα επιθυμητά και πολλές βελτιώσεις είναι αναγκαίες.

Καταρχήν, ο εξοπλισμός είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες για την ιατρική εξυπηρέτηση και περίθαλψη των ηλικιωμένων, όπως φυσικά και η συντήρηση του υπάρχοντος εξοπλισμού. Υπάρχουν αρκετοί δήμοι που πληρούν τις προϋποθέσεις για τα προγράμματα αυτά, αλλά ο εξοπλισμός δεν επαρκεί και σε μερικές περιπτώσεις είναι ανύπαρκτος.

Σύμφωνα με την κοινωνική λειτουργό, εκτός από τις βελτιώσεις και προσθήκες στο θέμα του εξοπλισμού, θα μπορούσαν να γίνουν και άλλες επιπλέον βελτιώσεις.

«Ένας μακροπρόθεσμος στόχος μας, είναι να καταφέρουμε να γίνουν τα προγράμματα αυτά επί καθημερινής και 24ωρου βάσης, έτσι ώστε να βοηθάμε τα άτομα που μας έχουν ανάγκη στο έπακρον. Επίσης, είναι απαραίτητη η αύξηση του ειδικευμένου προσωπικού και η στελέχωση των υπηρεσιών αυτών από περισσότερους ειδικούς και συγκεκριμένα από ψυχολόγους και ψυχιάτρους, οι οποίοι είναι άκρως απαραίτητοι. Τέλος, χρήσιμο θα ήταν να επεκταθεί το πρόγραμμα σε μια ανοιχτή γραμμή επικοινωνίας, ώστε οι ηλικιωμένοι να έρχονται σε άμεση επικοινωνία και τις ώρες της νύχτας, ειδικά σε περίπτωση ανάγκης και σε επείγοντα περιστατικά».

Βέβαια, σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως αυτή που βιώνουμε, κάθε βελτίωση και αλλαγή είναι μακρινό σενάριο. Το κράτος δυσκολεύεται να χρηματοδοτεί ακόμα και την ύπαρξη αυτών των προγραμμάτων στην βάση που είναι σήμερα. Όποια χρηματοδότηση και αν υπάρχει είναι μέσω Ευρωπαϊκών προγραμμάτων. Συνεπώς, οι κρατικές βοήθειες και πρωτοβουλίες εκλείπουν σημαντικά, κάνοντας έτσι το έργο αυτών των υπηρεσιών, εξαιρετικά δύσκολο. Σε αυτό το σημείο, οφείλουμε να αναφέρουμε ότι υπάρχουν προσπάθειες σε φιλανθρωπικό βαθμό, από την Εκκλησία, η οποία παρέχει μερική σίτιση σε ηλικιωμένους, οι οποίοι έχουν σοβαρό πρόβλημα επιβίωσης.

Όσο αφορά την αποτελεσματικότητα αυτών των δομών σε τοπικό επίπεδο γίνεται σαφές πως εξυπηρετούνται καλύτερα οι στόχοι τέτοιων προγραμμάτων και αυτό γιατί ο κάθε δήμος ξεχωριστά μπορεί να εξετάσει τις ανάγκες του. Παρόλα αυτά, σύμφωνα, με τα λεγόμενα του νοσηλευτικού προσωπικού, μια τέτοια δομή θα ήταν καλύτερο να υλοποιείται μέσω του Υπουργείου Υγείας και όχι μέσω των δήμων το οποίο θα έχει και την κεντρική οργάνωσή της. Και αυτό γιατί όπως υποστηρίζει η νοσηλεύτρια,

«Οι δομές αυτές διατηρούνται λόγω της συνείδησης των ίδιων των εργαζόμενων οι οποίοι προσπαθούν να ξεπεράσουν κάθε εμπόδιο»

Και συνεχίζει λέγοντας,

«Πως ένα σοβαρό πρόβλημα ήταν η έλλειψη μέσου μεταφοράς τόσο των εξυπηρετούμενων όσο και του ίδιου του προσωπικού, πρόβλημα το οποίο, εν μέρει,

λύθηκε σ'ένα βαθμό το τελευταίο διάστημα με τη παροχή μεταφορικού μέσου όχι όμως εξολοκλήρου καθώς συνεχίζει να μην υπάρχει οδηγός. Επίσης σε περίπτωση που κάποιος εξυπηρετούμενος χρήζει ιατρικής περίθαλψης επαφιάμαστε στην καλή διάθεση του γιατρού εθελοντή του Κ.Α.Π.Η. του δήμου μας»

Κοινωνικός Αποκλεισμός- ένα αναπόφευκτο φαινόμενο

Ο κοινωνικός αποκλεισμός, αποτελεί μείζον θέμα και ειδικά σε αυτές τις δομές στήριξης. Στόχος τέτοιων δομών είναι και η κοινωνικοποίηση των ανθρώπων, όχι μόνο η ιατρική βοήθεια. Άρα, η αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού είναι πολύ σημαντική, ακόμα και για τη λειτουργικότητα των προγραμμάτων αυτών. Σε αντίθετη περίπτωση, οι ανοιχτές δομές στήριξης δεν θα είχαν λόγο ύπαρξης και η ιδρυματοποίηση όλων των περιπτώσεων θα αποτελούσε μονόδρομο.

Σύμφωνα με την κοινωνική λειτουργό, στις περιπτώσεις που καθίσταται δυνατό, πρέπει να επιλέγεται μια ανοιχτή μορφή φροντίδας, όπως τα Κ.Α.Π.Η και το Βοήθεια στο Σπίτι. Αυτή η επιλογή, βοηθά τους ηλικιωμένους να μην απομονώνονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον, καθώς και από τον κοινωνικό περίγυρο. Η ιδρυματοποίηση, αποτελεί λύση μόνο στις περιπτώσεις, που η οποιαδήποτε ανοιχτή μορφή φροντίδας δεν επαρκεί για την εξυπηρέτηση του ηλικιωμένου, ή σε περίπτωση που το άτομο χρήζει νοσηλείας, λόγω επικινδυνότητας ή σοβαρότατων προβλημάτων υγείας που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν εντός του σπιτιού. Συνεπώς, οι ανοιχτές μορφές φροντίδας, αποτελούν την ιδανική επιλογή εφόσον αυτό είναι δυνατό.

Δυστυχώς, είναι δύσκολο να αποφύγουμε τον κοινωνικό αποκλεισμό εντελώς. Στην Ελλάδα, τα προγράμματα ανοιχτής φροντίδας εξυπηρετούν μόνο δύο φορές την εβδομάδα εντός σπιτιού. Αυτό σημαίνει ότι το μεγαλύτερο μέρος της εβδομάδας, οι άνθρωποι αυτοί το περνούν μόνοι τους και αποκλεισμένοι από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Άρα, υπάρχει κοινωνικός αποκλεισμός ως ένα βαθμό και γίνεται προσπάθεια ώστε να περιοριστεί στο ελάχιστο. Σύμφωνα με την κοινωνική λειτουργό,

«Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι άνθρωποι που δέχονται βοήθεια στο σπίτι διαφοροποιούνται από τα άτομα που επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η. Τα άτομα των Κ.Α.Π.Η βρίσκονται σε κοινωνική αλληλεπίδραση με τους υπόλοιπους και είναι ικανά να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες, με απώτερο σκοπό την ψυχαγωγία τους

και την βελτίωση της ψυχολογίας τους. Νιώθουν έτσι, ενεργά και ισότιμα μέλη της κοινωνίας και αποφεύγουν την κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας. Είναι συχνό φαινόμενο στους ηλικιωμένους, να έχουν τάσεις απομόνωσης και να νιώθουν ότι περισσεύουν και γίνονται βάρος στην οικογένεια και τα παιδιά τους. Με τις κοινωνικές επαφές που αναπτύσσονται στα Κ.Α.Π.Η, αυτά τα φαινόμενα κατάθλιψης εξαλείφονται σε μεγάλο βαθμό. Αντίθετα, τα άτομα που έχουν ανάγκη την βοήθεια στο σπίτι, προφανώς δεν έχουν την δυνατότητα να βγουν εκτός σπιτιού, λόγω προβλημάτων υγείας και είναι εκ των πραγμάτων αποκλεισμένα από τους υπολοίπους. Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, βοηθά τους ανθρώπους αυτούς στον βαθμό που μπορεί, ώστε να μην νιώθουν εντελώς αποκομμένα. Επιπροσθέτως, δεν πρέπει να ξεχνάμε τον οικογενειακό αποκλεισμό, ο οποίος ξεφεύγει από τα πλαίσια της δικής μας φροντίδας και επίβλεψης, και μπορεί να πλήττει εξίσου όλους τους ηλικιωμένους, είτε επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η, είτε δέχονται βοήθεια στο σπίτι. Άρα, ο κοινωνικός αποκλεισμός, είναι ένας παράγοντας μερικώς ελέγξιμος, τον οποίο επιθυμούμε να μειώσουμε στο μέγιστο».

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι παρουσιάζει επίσης μια ιδιαιτερότητα. Από τη μία πλευρά, στις περιπτώσεις που είναι δυνατό, βοηθά ώστε να αποφύγει το άτομο τον εγκλεισμό σε ίδρυμα και κατ'επέκταση τον στιγματισμό, τις διακρίσεις και τον αποκλεισμό-ειδικά από την οικογένεια. Από την άλλη πλευρά, όμως, όπως προείπαμε, τα άτομα που έχουν ανάγκη την βοήθεια στο σπίτι είναι ήδη ως ένα σημείο αναγκαστικά αποκλεισμένα από την κοινωνία. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, βοηθά και στηρίζει ψυχολογικά τους ηλικιωμένους, ώστε να βελτιώσει και την σωματική και την ψυχική τους υγεία. Συμπεραίνουμε επομένως ότι το πρόγραμμα αυτό, συμβάλλει στην αποφυγή της ιδρυματοποίησης και βοηθά στην μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού, αλλά δυστυχώς δεν έχει την δυνατότητα να τον εξαλείψει στο έπακρο από την ζωή των ανθρώπων.

Εθελοντισμός- Ιδιωτικές και Δημόσιες πρωτοβουλίες

Σύμφωνα με τα λεγόμενα της κοινωνικής λειτουργού, δεν υπάρχουν οργανωμένες προσπάθειες εθελοντισμού αν και θα ήταν πολύ επιθυμητές.

«Είμαι υπέρ του εθελοντισμού σε κάθε τομέα, όμως σε αυτό το πρόγραμμα έχουμε ανάγκη από εθελοντές ειδικούς και όχι τόσο από τον απλό κόσμο. Δυστυχώς, μέχρι στιγμής αυτός ο τομέας δεν είναι καθόλου ανεπτυγμένος στην χώρα μας».

Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η Εκκλησία, που όπως προαναφέραμε, φροντίζει για την μερική σίτιση των ηλικιωμένων με βιοποριστικά προβλήματα. Επίσης, πρέπει να προσθέσουμε την ιδιωτική και δημόσια πρωτοβουλία, δηλαδή τα ιδιωτικά και δημόσια γηροκομεία, τα οποία ναι μεν συμβάλλουν στην εξυπηρέτηση πάγιων αναγκών των ηλικιωμένων, αλλά έρχονται σε αντίθεση με την γενικότερη τάση απόιδρυματοποίησης της κοινωνικής φροντίδας.

Καθήκοντα Νοσηλευτικού Προσωπικού και Οικογενειακών Βοηθών

Στη συνέχεια, θέλοντας να εμβαθύνουμε περισσότερο στο συγκεκριμένο πρόγραμμα και να κατανοήσουμε καλύτερα τη λειτουργία του, ήρθαμε σε επαφή με την νοσηλεύτρια και την οικογενειακή βοηθό. Από την μεταξύ μας συζήτηση προέκυψαν τα ακόλουθα στοιχεία και συμπεράσματα:

Σύμφωνα με την έρευνα που διενεργήθηκε, διαπιστώσαμε ότι τα τέσσερα προγράμματα, τα οποία είναι σε εφαρμογή στον δήμο Καματερού, το προσωπικό εργάζεται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα. Καταρχήν, υπάρχει μεγάλη εργασιακή ανασφάλεια, καθώς οι εργαζόμενοι δεν γνωρίζουν εάν θα ανανεωθούν οι συμβάσεις τους και για πόσο θα συνεχίσουν να εργάζονται. Σύμφωνα με την νοσηλεύτρια:

«Τα προγράμματα που εφαρμόζονται αυτή τη στιγμή, λήγουν τέλη Ιουνίου, με αποτέλεσμα ο φόβος της ανεργίας να είναι πλέον εντονότερος. Παρόλα αυτά προσπαθούμε και παρέχουμε όσο καλύτερες υπηρεσίες μπορούμε, χωρίς να μας επηρεάζει η αβεβαιότητα που υπάρχει. Αντίστοιχα με εμάς, ανησυχούν και οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι πιθανότατα θα περάσουν ένα καλοκαίρι δύσκολο, χωρίς τις υπηρεσίες μας. Επιπλέον, ανησυχούν καθώς οι υπηρεσίες μας δεν είναι τυπικού επιπέδου, αλλά έχουν αναπτυχτεί και διαπροσωπικές σχέσεις, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ψυχική και ψυχολογική υγεία των ατόμων της τρίτης ηλικίας και πιθανότατα μετά την λήξη των συμβάσεων και αυτές θα ανατραπούν».

Πρέπει σε αυτό το σημείο, να αναφέρουμε τα λόγια της οικογενειακής βοηθού, σύμφωνα με την οποία:

« Μετά από 12,5 χρόνια προϋπηρεσίας, ο μισθός μου δεν ξεπερνάει τα 680 ευρώ, ποσό που δεν αντιστοιχεί στις υπηρεσίες που παρέχω». Αντίστοιχα, η νοσηλεύτρια αναφέρει ότι:

«Ο δικός μου μισθός είναι περίπου 620 ευρώ, ενώ μετά τις πρόσφατες μειώσεις έχει φτάσει στα 574 ευρώ, μην μπορώντας έτσι να καλύψω ούτε τα στοιχειώδη έξοδα της δουλειάς μου».

Τα καθήκοντα που αναλαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό, αφορούν εξετάσεις και συγκεκριμένα, την εξέταση ζαχάρου που πρέπει να γίνεται μια φορά τον μήνα για κάθε περιστατικό, την εξέταση χοληστερόλης δύο φορές κάθε μήνα και την εξέταση της αρτηριακής πίεσης όποτε κρίνεται απαραίτητο. Βέβαια, η συχνότητα των εξετάσεων, ποικίλει ανά περίπτωση και σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό ασχολείται με την καθαριότητα και την υγιεινή των συγκεκριμένων ατόμων. Δηλαδή, ασχολούνται με το μπάνιο τους και την γενικότερη φροντίδα της σωματικής τους υγιεινής. Έπειτα, είναι επιφορτισμένοι με την συνοδεία των ηλικιωμένων σε διάφορους φορείς που σχετίζονται με την περίθαλψη τους (π.χ. Ε.Ο.Π.Υ.) ή ακόμα και με την μεταφορά τους σε κάποιο νοσοκομείο, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Τέλος, καθήκον του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι η φροντίδα για την φαρμακευτική αγωγή των ασθενών:

« Συνήθως οι νοσηλευτές, αναλαμβάνουμε την συνταγογράφηση των φαρμάκων των ηλικιωμένων, καθώς και την αγορά αυτών των φαρμάκων, όταν η κατάσταση της υγείας του ασθενούς, δεν του επιτρέπει να τα αγοράσει ή όταν δεν έχουν κάποιον άλλο να τους βοηθήσει».

Τώρα, όσον αφορά τα καθήκοντα της οικογενειακής βοηθού, αυτά είναι πολυάριθμα και διαφορετικού είδους. Αρχικά, η οικογενειακή βοηθός, είναι η υπεύθυνη για την καθαριότητα του σπιτιού. Αυτό συμπεριλαμβάνει πολλούς τομείς, όπως πλύσιμο ρούχων και πιάτων, καθαρισμό του σπιτιού και επίβλεψη του. Επίσης, οι οικογενειακοί βοηθοί, βοηθούν τον ηλικιωμένο στο ντύσιμο, του ετοιμάζουν κάποιο ελαφρύ γεύμα και επιφορτίζονται και με τις εξωτερικές δουλειές, όπως τα ψώνια του σπιτιού και την πληρωμή των λογαριασμών (π.χ. ΔΕΚΟ). Εδώ, αξίζει να

σημειωθεί ότι σύμφωνα με την οικογενειακή βοηθό, τα άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα επιβίωσης, δέχονται την παροχή συσσιτίου από την εκκλησία. Το συσσίτιο διανέμεται μέσω των οικογενειακών βοηθών.

«Η συμβολή της εκκλησίας είναι μια πολύ σημαντική φιλανθρωπική κίνηση από τις ελάχιστες και αξίζει να το γνωρίζουμε όλοι αυτό».

Βέβαια, σε αυτά τα προγράμματα, υπάρχουν και πολλές ελλείψεις τις οποίες το υπάρχον προσωπικό καλείται να αντισταθμίσει. Μια πολύ βασική έλλειψη, η οποία προκαλεί μεγάλη ανασφάλεια σε νοσηλευτές και οικογενειακούς βοηθούς, είναι η απουσία γιατρού. Σύμφωνα με την νοσηλεύτρια:

«Το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι σε θέση να προσφέρει τις πρώτες βοήθειες σε έκτακτες και επείγουσες περιπτώσεις, όμως μέχρι να έρθει το ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ, χάνεται πολύτιμος χρόνος που ίσως να αποβεί μοιραίος για την ζωή του ασθενούς».

Αντίστοιχα, η οικογενειακή βοηθός, δηλώνει ότι η θέση της είναι δυσμενέστερη καθώς, δεν έχει γνώσεις νοσηλεύτριας ώστε να προσφέρει τις πρώτες βοήθειες σε επάρκεια, σε κάποιον που κινδυνεύει. Όλα αυτά καθιστούν την παρουσία του γιατρού πολύτιμη και απαραίτητη και την απουσία του, άκρως επικίνδυνη και στρεσογόνα, για προσωπικό και ασθενείς. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι δεν υπάρχει κατάλληλη συνεργασία, μεταξύ γιατρών του ΙΚΑ και νοσηλευτικού προσωπικού, για την συνταγογράφηση των φαρμάκων των ασθενών. Όπως τονίζει, λοιπόν, η νοσηλεύτρια:

«Αυτή η μη συνεργασία, οδηγεί στο να χάνουμε πολύ χρόνο και να εξυπηρετούμε λιγότερες περιπτώσεις».

Ένα, ακόμα, σημαντικό εμπόδιο στην προσφορά αυτών των προγραμμάτων, είναι η έλλειψη των κατάλληλων μέσων, που είναι απαραίτητα για την εξυπηρέτηση των αναγκών και ειδικά των ιατρικών. Σύμφωνα και με τις δύο εργαζόμενες:

« Υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις ακόμα και στα στοιχειώδη, όπως γάζες, γάντια, σύριγγες, με αποτέλεσμα πολλές φορές να τα πληρώνουμε εμείς από την τσέπη μας».

Επίσης, σημαντικό πρόβλημα αποτελεί το θέμα της μετακίνησης των νοσηλευτών και των οικογενειακών βοηθών. Στο δήμο υπάρχει διαθέσιμο αυτοκίνητο για την μεταφορά και την εξυπηρέτηση του προσωπικού, αλλά δεν υπάρχει οδηγός. Αυτό είναι αποτέλεσμα της μείωσης των εξόδων των προγραμμάτων εξαιτίας, της

οικονομικής κρίσης. Όμως, έτσι δυσχεραίνεται το έργο του προσωπικού, καθώς μερικοί δεν διαθέτουν δίπλωμα οδήγησης, δικό τους μέσο μεταφοράς ή χρήματα για καύσιμα και σπαταλούν πολλές ώρες για να φτάσουν στο κάθε περιστατικό, με τις συγκοινωνίες, γεγονός που τους περιορίζει στην εξυπηρέτηση λιγότερων περιστατικών. Φυσικά, υπάρχει συνεργασία μεταξύ των μελών του προσωπικού, ώστε να εξυπηρετεί ο ένας τον άλλο, αλλά αν λάβουμε υπ' όψιν μας ότι πρέπει να μένουν σε κάθε περιστατικό μόνο 45 λεπτά, διαπιστώνουμε το μέγεθος του προβλήματος της μετακίνησης. Για παράδειγμα η οικογενειακή βοηθός, υποστηρίζει ότι:

«Επειδή δεν διαθέτω ούτε δίπλωμα οδήγησης ούτε δικό μου αυτοκίνητο, τις ημέρες που τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς δεν λειτουργούν, δεν έχω κανένα τρόπο να μετακινηθώ στα σπίτια, με αποτέλεσμα να ακυρώνω συνεχόμενα κάποια ραντεβού. Ανάλογη δυσκολία αντιμετωπίζω όταν οι καιρικές συνθήκες είναι ακραίες. Υπάρχουν μέρες που έχω εξυπηρετήσει ένα ή και κανένα περιστατικό».

Ένας άλλος σημαντικός τομέας είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις, που αναπτύσσονται μεταξύ ασθενών και προσωπικού. Επειδή η συνεργασία τους είναι αρκετά συχνή και σε ένα περιβάλλον οικείο για τον ασθενή, όπως το περιβάλλον του σπιτιού, πολλές φορές οι σχέσεις συσφίγγονται ακόμη περισσότερο και αυτό βοηθά πολύ την ψυχολογική κατάσταση του ηλικιωμένου. Αυτό όμως, μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα στην προσωπική ζωή του προσωπικού, καθώς η διατήρηση των ισορροπιών είναι εξαιρετικά δύσκολη, ίσως και αδύνατη με κάποιους ασθενείς. Σύμφωνα με την οικογενειακή βοηθό:

«Όταν ξεκίνησα να συμμετέχω σε αυτά τα προγράμματα και για πολλούς μήνες, είχα μεγάλη δυσκολία και δεν μπορούσα να μη μεταφέρω τα προβλήματα της δουλειάς και στην προσωπική μου ζωή. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να είμαι συνεχώς καταβεβλημένη και σωματικά και ψυχολογικά. Βέβαια, αυτό μειώνεται καθώς ο καιρός περνάει και γίνεται μέρος της ζωής σου, χωρίς να σε επιβαρύνει ιδιαίτερα. Όμως πάντα, με κάποιους ασθενείς δένεσαι παραπάνω, αποκτάς πιο προσωπική σχέση και μέχρι ένα σημείο οι άνθρωποι αυτοί εντάσσονται στην προσωπική μας ζωή και την καθημερινότητά μας. Αυτό είναι δύσκολο να το αποφύγουμε εντελώς».

Φυσικά οι διαπροσωπικές σχέσεις έχουν να κάνουν και με το χαρακτήρα του κάθε ατόμου. Σύμφωνα με την νοσηλεύτρια:

«Εγώ προσωπικά, μετά από πολλά χρόνια σε αυτή την θέση και έχοντας δουλέψει και σε νοσοκομεία με πολύ βαρύτερα περιστατικά και μεγάλο αριθμό ασθενών, έχω πάψει πλέον να επηρεάζομαι και τα βλέπω όλα αυτά από μια σκοπιά πιο συντηρητική, ώστε να καταφέρνω να ισορροπώ συναισθηματικά και να είμαι αντικειμενική και επαρκής στην δουλειά μου. Είναι υποχρεωτικό και αναγκαίο να μπαίνουν όρια στις σχέσεις μας με τους ασθενείς, για την ψυχική υγεία και των δύο πλευρών και την καλύτερη συνεργασία μας».

Όπως έχουμε προαναφέρει, σε αυτά τα προγράμματα στόχος είναι η αποφυγή της ιδρυματοποίησης των ασθενών, ώστε να αποφύγουμε τον κοινωνικό αποκλεισμό, όμως δυστυχώς αυτό δεν είναι εφικτό σε μεγάλο βαθμό. Τα άτομα που έχουν ανάγκη από αυτά τα προγράμματα, όπως έχουμε ήδη πει, είναι άτομα με προβλήματα που δεν μπορούν να βγουν από το σπίτι εύκολα και δεν έχουν οικογένεια ή άλλο κοινωνικό περίγυρο να απευθυνθούν. Το προσωπικό των προγραμμάτων, πρέπει να αντιμετωπίσει όλη αυτή την κατάσταση, καθώς οι ηλικιωμένοι, κοινωνικά αποκλεισμένοι, εξωτερικεύουν την απόρριψη που νιώθουν και την ανεπάρκεια τους, στα μέλη του προσωπικού, μέσω της συνεχούς γκρίνιας, των έντονων παραπόνων, των ψυχολογικών ξεσπασμάτων και των παράλογων απαιτήσεων τους, όπως να μην αφήνουν περιθώρια χρονικής καθυστέρησης στο προσωπικό ή να τους τηλεφωνούν πολλές φορές την ημέρα για να διαμαρτυρηθούν, να διασφαλίσουν ότι δεν θα αλλάξει το ραντεβού τους ή ακόμα να τους ζητήσουν να πάνε στο σπίτι εκτάκτως, χωρίς ραντεβού και χωρίς κανένα σοβαρό λόγο. Όλες αυτές οι συμπεριφορές, απορρέουν από την ανυπαρξία φυσιολογικού οικογενειακού περιβάλλοντος και από τον αποκλεισμό και την απόρριψη που τα άτομα αυτά, βιώνουν στον μέγιστο βαθμό. Το προσωπικό που στελεχώνει αυτά τα προγράμματα, είναι υποχρεωμένο να αντιμετωπίζει αυτές τις καταστάσεις με σύνεση και ψυχραιμία, να μην τις αφήνει να επηρεάζουν τα συναισθήματα τους και κατ'επέκταση την δουλειά τους. Οι εργαζόμενοι είναι υποχρεωμένοι να είναι ευγενικοί, ψύχραιμοι, εξυπηρετικοί και καθησυχαστικοί προς τους ασθενείς. Σύμφωνα με τα λεγόμενα της οικογενειακής βοήθου:

«Πρέπει να δείχνουμε σε αυτούς τους ανθρώπους ότι ενδιαφερόμαστε προσωπικά, ότι τους αγαπάμε και να αντισταθμίσουμε έτσι την απόρριψη που ήδη αισθάνονται. Γι'αυτό το λόγο ανέφερα πριν το μέγεθος της δυσκολίας της αποστασιοποίησης συναισθηματικά, από τους ασθενείς. Από την μια μεριά πρέπει να δείχνεις ότι τους

νιώθεις σαν μέλη της οικογένειας σου και από την άλλη να μένεις ανεπηρέαστη. Επίσης, πρέπει να είμαστε και ειλικρινείς, καθώς όταν το ενδιαφέρον είναι ψεύτικο, ο ηλικιωμένος το αντιλαμβάνεται, έτσι χειροτερεύει η κατάσταση του και διαταράσσεται η σχέση του με τον βοηθό του, δυσκολεύοντας την κατάσταση ακόμα παραπάνω».

Υπάρχουν ακόμα πολλοί αστάθμητοι παράγοντες που δυσκολεύουν τους εργαζόμενους. Ένας από αυτούς είναι η ασθένεια από την οποία πάσχει ο ασθενής ή τα άλλα μέλη του σπιτιού. Αυτό σημαίνει ότι το προσωπικό, κινδυνεύει από μεταδιδόμενες ασθένειες καθώς είναι σε πολύ στενή σωματική επαφή με τον ασθενή και καθώς χρησιμοποιεί βελόνες και άλλα τέτοια αντικείμενα. Μια αρκετά δύσκολη περίπτωση, είναι όταν σε κάποια σπίτια υπάρχουν τοξικομανείς, οι ίδιοι φορείς πολλών επικίνδυνων ασθενειών και μικροβίων. Αυτοί συχνά έχουν πολύ επιθετική και εχθρική συμπεριφορά, σε σημείο που καθίσταται αδύνατη η εισαγωγή του βοηθού στο σπίτι. Επίσης, σοβαρό πρόβλημα αποτελούν τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας. Συχνά οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι είναι τα θύματα αυτών των καταστάσεων και πολλές φορές η παρέμβαση της αστυνομίας κρίνεται απαραίτητη. Η θέση όμως του νοσηλευτή και του βοηθού είναι πολύ λεπτή, διότι αν προκύψει ενδεχόμενη διαμάχη με μέλος της οικογένειας, υπάρχει πιθανότητα να χάσει το περιστατικό και να έχει σοβαρό πρόβλημα με την δουλειά του. Η ακραία πιθανότητα είναι να αντιμετωπίζει κίνδυνο το ίδιο το προσωπικό μέσα στο σπίτι. Όπως αναφέρει η νοσηλεύτρια σχετικά με το ζήτημα:

«Για εμένα το να δουλεύω σε νοσοκομείο, μου προσφέρει μεγαλύτερη ασφάλεια και πιο σταθερό και ακίνδυνο περιβάλλον εργασίας. Στο πρόγραμμα που είμαι τώρα, έχει συμβεί να πάω επίσκεψη στο σπίτι και να βρω τον ηλικιωμένο χτυπημένο από κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας ή να έχει χτυπήσει μόνος του στην προσπάθεια του να αυτοεξυπηρετηθεί. Πολλές φορές έχω καλέσει ασθενοφόρο για άμεση μεταφορά στο νοσοκομείο».

Τέλος, πρέπει να αναφερθούμε και στους ασθενείς με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα. Αυτοί χρήζουν παρακολούθησης από ψυχίατρο, η οποία όμως δεν προβλέπεται. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η στάση του προσωπικού πρέπει να είναι πολύ διακριτική και προσεχτική, καθώς τα άτομα αυτά, εύκολα ενοχλούνται, παρεξηγούνται ή γίνονται ακόμη και επικίνδυνα. Γι' αυτό το λόγο, σημαντικό ρόλο παίζει να δείχνει το προσωπικό ότι δεν φοβάται και να καλύπτει τέτοιου είδους

συναισθήματα. Επίσης, σε περίπτωση που διαπιστωθεί σε ραντεβού, ότι ο ασθενής δεν χρειάζεται κάτι, δεν πρέπει οι εργαζόμενοι να τον ενοχλούν, αλλά να αποχωρούν από το σπίτι.

Ολοκληρώνοντας, θα γίνει αναφορά στα γενικότερα συμπεράσματα και προσδοκίες της νοσηλεύτριας και της οικογενειακής βοηθού. Αρχικά, και οι δύο συμφωνούν ότι τα προγράμματα αυτά, είναι αναγκαίο να συνεχιστούν, καθώς εξυπηρετούν πολύ κόσμο σε ανάγκη, αλλά υπό κάποιες προϋποθέσεις, όπως π.χ. τα κριτήρια εισαγωγής ατόμων στο πρόγραμμα. Προς το παρόν, έχουν δικαίωμα ένταξης, όσοι έχουν στην οικογένεια τους τουλάχιστον ένα άτομο άνεργο, αποκλείοντας έτσι άλλα άτομα με μεγαλύτερη ανάγκη υποστήριξης. Έπειτα, θεωρούν περιττό την επέκταση του ωραρίου και τα απογεύματα, καθώς γιατρός δεν υπάρχει και το ΙΚΑ δουλεύει μόνο πρωινές ώρες, άρα εμποδίζεται η συνταγογράφηση των φαρμάκων. Τέλος, και οι δύο επιθυμούν ένα πιο ευέλικτο ωράριο, με δύο βάρδιες 8 π.μ-4 μμ και 10 π.μ-6 μμ, ώστε να καλύπτονται περισσότερα περιστατικά και να επεκτείνεται το πρόγραμμα, κατά κάποιο τρόπο, και τις απογευματινές ώρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βασική επιδίωξη της έρευνας πεδίου στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Αγίων Αναργύρων- Καματερού ήταν να εξετάσουμε από την πλευρά του προσωπικού που εργάζεται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, αν το πρόγραμμα επιτυγχάνει τους σκοπούς του και αν καλύπτει τις ανάγκες των ηλικιωμένων και σε ποιο βαθμό.

Αρχικά παρατηρούμε ότι στη πλειοψηφία των περιπτώσεων οι ηλικιωμένοι-εξυπηρετούμενοι του προγράμματος, πληρούν τις προϋποθέσεις ένταξης σ' αυτό εκτός ελαχίστων περιπτώσεων. Και αυτό, γιατί, πληρούν έστω και ένα από τα κριτήρια ένταξης σ' αυτό τα οποία σχετίζονται όπως αναφέρθηκε και παραπάνω με την αδυναμία του εξυπηρετούμενου να αυτοεξυπηρετείται πλήρως, να χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας, να διαβιεί μοναχικά ή να μην έχει επαρκείς οικονομικούς πόρους.

Σχετικά με τη παροχή των υπηρεσιών διαπιστώσαμε πως η συχνότητα των επισκέψεων του προσωπικού του προγράμματος, εξαρτάται από τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων, σε κάθε χρονική περίοδο. Όσον αφορά τις υπηρεσίες που παρέχει το πρόγραμμα στους εξυπηρετούμενους, φαίνεται να καλύπτουν τις ανάγκες τους σε κάποιο βαθμό, όχι όμως απόλυτα. Σύμφωνα με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους ίδιους και καλύπτουν τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό, είναι η ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα – για θέματα υγείας – για τη διαδικασία της συνταξιοδότησης, ακόμη σε ικανοποιητικό βαθμό καλύπτεται η ψυχολογική - συναισθηματική στήριξη και η διασύνδεση με υπηρεσίες της τρίτης ηλικίας, ενώ σε λιγότερο ικανοποιητικό βαθμό καλύπτεται η συνεργασία με την οικογένεια των εξυπηρετούμενων, όπου αυτή υπάρχει.

Σύμφωνα με τις Νοσηλεύτριες, οι υπηρεσίες που παρέχονται και καλύπτονται απόλυτα ή σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό από τις ίδιες, είναι η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών (μετρήσεις ζαχάρου, χοληστερίνης, αρτηριακής πίεσης), η αγωγή υγείας (συμβουλές διατροφής και ατομικής υγιεινής, φροντίδα για τη λήψη φαρμάκων, κ.α.) και η συνταγογραφία. Σε λιγότερο ικανοποιητικό βαθμό καλύπτεται η παραπομπή – συνοδεία σε φορείς (νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία, εργαστήρια).

Τέλος, σύμφωνα με τις οικογενειακούς βοηθούς, οι υπηρεσίες που εκείνες παρέχουν και καλύπτουν τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων σε απόλυτο ή πολύ ικανοποιητικό βαθμό, είναι η ατομική φροντίδα (τάισμα, ντύσιμο, μπάνιο), η οικιακή φροντίδα (σκούπισμα, σφουγγάρισμα, ξεσκόνισμα σπιτιού) και οι εξωτερικές εργασίες (ψώνια, εξόφληση λογαριασμών). Σε λιγότερο ικανοποιητικό βαθμό καλύπτονται, το μαγείρεμα – σίτιση, και ο περίπατος, ενώ σε μη ικανοποιητικό βαθμό η διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες.

Σε γενικές γραμμές οι εργαζόμενοι στο πρόγραμμα, πιστεύουν ότι αυτό, καλύπτει τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό. Εντοπίζουν όμως κάποιες δυσκολίες και κάποιες ελλείψεις του προγράμματος, οι οποίες εμποδίζουν την κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων σε απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό. Οι δυσκολίες λοιπόν που αναφέρουν, είναι πρώτον ο μικρός αριθμός του προσωπικού και έπειτα οι ώρες και οι μέρες που εφαρμόζεται το πρόγραμμα, οι οποίες κατά την γνώμη τους, δεν επαρκούν ώστε να καλύψουν τις ανάγκες του συνεχώς αυξανόμενου αριθμού των εξυπηρετούμενων. Ακόμα μερικές φορές, αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την επαφή τους με διάφορους άλλους φορείς της κοινότητας, καθώς αυτοί δεν συνεργάζονται και δεν δίνουν προτεραιότητα στην εξυπηρέτηση των εργαζομένων στο πρόγραμμα. Αυτές είναι οι βασικότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στο πρόγραμμα.

Εκτός όμως από τις δυσκολίες, αναφέρουν και κάποιες σοβαρές ελλείψεις του προγράμματος, οι οποίες είναι, ο μικρός αριθμός του προσωπικού και η έλλειψη άλλων ειδικοτήτων, ανεπάρκεια οικονομικών πόρων και έλλειψη μεταφορικού μέσου για την διευκόλυνση στη μετακίνηση τόσο των εργαζομένων, όσο και των εξυπηρετούμενων.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Έπειτα από την έρευνα, για την αξιολόγηση του Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι και τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε, σημαντικό είναι να αναφερθούμε και σε μερικές προτάσεις, οι οποίες αν εφαρμοστούν, θα καλύψουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις ανάγκες των ηλικιωμένων - εξυπηρετούμενων του Προγράμματος και θα συμβάλλουν γενικότερα στην ενίσχυση και στην αποτελεσματικότερη λειτουργία του.

Καταρχήν, μια πρόταση, είναι αυτή που έχει γίνει και από τους εργαζόμενους στο Πρόγραμμα, αλλά και από τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους, για την επέκταση της λειτουργίας του Προγράμματος, κατά τις απογευματινές ώρες και τα Σαββατοκύριακα. Αυτό είναι κάτι, που θα βοηθούσε και θα εξυπηρετούσε σε μεγάλο βαθμό τόσο τους ίδιους τους ηλικιωμένους, όσο και τις οικογένειες τους, οι οποίες αναλαμβάνουν την φροντίδα των ηλικιωμένων τους, εκείνες τις ώρες.

Ακόμα, η αύξηση του αριθμού του προσωπικού του Προγράμματος, είναι μια αναγκαία ενέργεια και όχι απλά μια πρόταση. Και τούτο, διότι είναι σημαντικά μικρός ο αριθμός του προσωπικού του Προγράμματος, σε σχέση με τους ηλικιωμένους που πρέπει να εξυπηρετήσει. Από την μια μεριά λοιπόν, ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων, και από την άλλη, οι ανάγκες και οι απαιτήσεις τους που είναι τόσες πολλές, δυσκολεύουν την κατάσταση, ώστε 3 άτομα είναι σχεδόν αδύνατον να φέρουν εις πέρας το πολυσήμαντο έργο τους, σε απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό.

Εκτός όμως από την αύξηση του αριθμού των ειδικοτήτων που ήδη υπάρχουν στο Πρόγραμμα, επιθυμητό θα ήταν και η ένταξη άλλων ειδικοτήτων, όπως για παράδειγμα γιατρών (παθολόγων, ψυχιάτρων, κ.α.) ή φυσιοθεραπευτών. Οι υπηρεσίες που προσφέρουν αυτές οι ειδικότητες, είναι πολύ σημαντικές για τους ηλικιωμένους και πολλοί από αυτούς αναγκάζονται να πληρώνουν από την πενιχρή τους σύνταξη, για επισκέψεις φυσιοθεραπευτών ή γιατρών, ενώ κάποιοι άλλοι που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν, πολλές φορές μένουν αβοήθητοι. Επομένως, η ένταξη νέων ειδικοτήτων στο Πρόγραμμα, θα έδινε τη δυνατότητα κάλυψης των αναγκών των εξυπηρετούμενων, σε ευρύτερα πλαίσια.

Η οικονομική ενίσχυση στους εξυπηρετούμενους, που έχουν απάνθρωπο επίπεδο διαβίωσης, καθώς και η αύξηση του ορίου εισοδήματος από τα ασφαλιστικά ταμεία ή

την Κοινωνική Πρόνοια, είναι επίσης καθοριστικές ενέργειες για την εξασφάλιση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Επιπλέον, οικονομική ενίσχυση θα μπορούσε να δοθεί και προς τις οικογένειες για την αναδοχή των ηλικιωμένων.

Ακόμα, η συνεργασία του προσωπικού, με τους διάφορους φορείς της κοινότητας, για την καλύτερη εξυπηρέτηση τους, εκπαιδευτικά σεμινάρια των στελεχών του Προγράμματος που θα τους βοηθήσουν να προσφέρουν το καλύτερο δυνατό, Ημερήσιοι Σταθμοί Παραμονής Ηλικιωμένων που θα ανακουφίσουν σημαντικά τόσο τους ίδιους τους ηλικιωμένους, όσο και τις οικογένειες τους, που πολλές φορές πληρώνουν γυναίκες για να τους φροντίζουν όταν εκείνοι δεν μπορούν. Και τέλος, η ύπαρξη μεταφορικού μέσου, διαθέσιμου για τις μετακινήσεις των μοναχικών ηλικιωμένων, καθώς και η ύπαρξη ασθενοφόρου διαθέσιμου για την μεταφορά τους στο νοσοκομείο, είναι μερικές ακόμα προτάσεις, για την ενίσχυση και την αποτελεσματικότερη λειτουργία του Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Εν κατακλείδι, σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας, ήταν η μελέτη της κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων μέσα από τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας με αναφορά στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, την αναδοχή των ηλικιωμένων, τα γηροκομεία, το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» για το οποίο έγινε και εκτενής αναφορά στη παρούσα εργασία, καθώς, και στη συμβολή των εθελοντικών οργανώσεων.

Οι δημογραφικές και κοινωνικές αλλαγές που έχουν συντελεστεί στις σύγχρονες κοινωνίες, αλλάζουν συνεχώς των ηλικιακό χάρτη, με αποτέλεσμα, το ποσοστό της τρίτης ηλικίας να αυξάνεται συνεχώς και να γίνεται επιτακτική η ανάγκη εξεύρεσης ή επαναπροσδιορισμού νέων πολιτικών και δράσεων για την αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου.

Ο περιορισμός του κράτους πρόνοιας ως άμεσου προμηθευτή κοινωνικών υπηρεσιών, στις χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου καθώς και η μεταβολή στη σχέση μεταξύ δημόσιων-ιδιωτικών πόρων έχει ως αποτέλεσμα τη στροφή προς περισσότερο πλουραλιστικές λύσεις. Ο προνοιακός πλουραλισμός ή η μικτή οικονομία της πρόνοιας υποδηλώνει τη μετάβαση από το κράτος πρόνοιας στη κοινωνία πρόνοιας. Δεν πρόκειται για ένα ενιαίο ρεύμα, χρησιμοποιεί όμως, με επιλεκτικό τρόπο τις αρχές και τα μοντέλα της κοινωνικής πολιτικής, ενώ αναφέρεται έντονα στις εθνικές, πολιτιστικές, θρησκευτικές, ιδεολογικές παραδόσεις κάθε χώρας. Αυτή η στρατηγική αμφισβητεί τον κεντρικό ρόλο του κράτους στην παροχή κοινωνικής φροντίδας και τάσσεται υπέρ της μείωσης του, με παράλληλη αύξηση του ανεπίσημου, του εθελοντικού ή και του ιδιωτικού τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών.

Παρόλα αυτά η κριτική που του ασκήθηκε ήταν έντονη, καθώς εκτός από τη συγγένεια του με τις νεοσυντηρητικές αντιλήψεις, κατηγορείται ότι συγκαλύπτει προθέσεις ιδιωτικοποίησης και εμπορευματοποίησης της κοινωνικής πολιτικής, αντίστοιχου περιορισμού του ρόλου του κράτους και μετατόπισης της ευθύνης της φροντίδας στα άτομα.

Αξίζει να σημειωθεί πάντως ότι παρόλες τις κριτικές που έχουν ασκηθεί, πως πλουραλισμός δεν σημαίνει άρνηση της αναγκαιότητας κρατικής παρέμβασης, αλλά αναζήτησης νέας συναίνεσης και συνεργασίας μεταξύ αγοράς, κράτους και ιδιωτικού/οικογενειακού χώρου. Όπως αναφέρει και ο Pinker, είναι απαραίτητος ο συμβιβασμός μεταξύ των αντιτιθέμενων πολιτικών στόχων που μπορεί να είναι

εξίσου επιθυμητοί, αλλά δεν μπορούν να ικανοποιηθούν στη βάση ενός κριτηρίου. Επομένως, δεν προϋποθέτει ευρεία συναίνεση, αλλά μάλλον μια διαρκή διαδικασία εξισορρόπησης συμφερόντων και επίλυσης συγκρούσεων, μέσα από την αναζήτηση των κατάλληλων δομών και σχέσεων.

ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

<http://www.redcross.gr/default.asp?pid=7&la=1> (πρόσβαση στις 5/07/2012).
Αγοραστάκης Μιχάλης, *Η εξέλιξη της θνησιμότητας στην Ελλάδα* (1991-2006), http://www.demography-lab.prp.uth.gr/DEMO-NEWS_No4_A4.pdf, (πρόσβαση στις 28/06/2012).
Νικολάου Κ., Άσκηση και Τρίτη ηλικία, http://dromeas.com.cy/arthra/askisi_triti_ilikia.htm, (πρόσβαση στις 29/06/2012).
Central Intelligence Agency, The World Factbook, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gr.html>, (πρόσβαση στις 28/06/2012).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αμηνά Α., Γεωργιάδη, Τεπέρογλου, *Ο θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα*, Αθήνα (Υπουργείο Υγείας-Κοινωνική Αλληλεγγύης και Κοινωνικών Ασφαλίσεων-ΕΚΚΕ) 1986.
Αμηνά Α., Δοντά Α., Τριανταφύλλου Τ., «Υγεία και χρήση υπηρεσιών από τους ηλικιωμένους στην αγροτική Ελλάδα», στο έργο *Επιστημονικές Συναντήσεις 1986. Κοινωνική έρευνα και προγραμματισμός για τους ηλικιωμένους*, Ελληνική Γεροντολογική Εταιρεία, Αθήνα 1987.
Αμίτσης Γ., «Το θεσμικό πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής σε σχέση με τις λιγότερο ευνοημένες ομάδες - Η κάλυψη των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες», στο Χ. Χτούρη (επ.), *Θεσμοί και ρυθμίσεις της κοινωνικής πολιτικής*, Αθήνα (Πράξις) 1993.
Βάρβογλη, Λ., *Τα αδιέξοδα της τρίτης ηλικίας*, www.health.in.gr, 2009.
Βιολάκη Μ., «Υγεία και Τρίτη ηλικία: Παγκόσμια αντιμετώπιση», στο Δρακάκης Ν., *Οι Τοπικές Κοινωνίες ως παράγοντας συνδιαμόρφωσης της κοινωνικής πολιτικής - Εκπαιδευτικοί σχεδιασμοί- Δημιουργικά περιβάλλοντα μάθησης*, Αθήνα (ΟΕΒΔ) 2005.
Δρακουλογκώνα Σ., *Ο Ρόλος της Νοσηλευτικής στο Σύστημα Ελέγχου Ποιότητας στο Γενικό Νοσοκομείο*, Αθήνα (Το Βήμα του Ασκληπείου) 2004.
Δρακάκης Ν., *Οι Τοπικές Κοινωνίες ως παράγοντας συνδιαμόρφωσης της κοινωνικής πολιτικής - Εκπαιδευτικοί σχεδιασμοί- Δημιουργικά περιβάλλοντα μάθησης*, Αθήνα (ΟΕΒΔ) 2005.
Έμκε-Πουλοπούλου Η., *Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες-Παρελθόν παρόν και μέλλον*, Αθήνα, (Ελλην) 1999.
Κρεμαλής Κ., Λεβέντης Γ., Φλογαίτης Σ., Υφαντόπουλος Γ., Σταθόπουλος Π., Πετρόγλου Α., Ματθαίου Α., Αμίτσης Γ., Κεχρή Β., Παπαλιού Ο., Φαγαδάκη Ε., *Κοινωνική Πρόνοια. Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος*, Αθήνα 1990.
Κάστενμπαουμ Ρ., *Η Τρίτη Ηλικία*, Αθήνα (Ψυχογίος) 1982.

Κατσανέβας Θ., *Ο Ρόλος και η σημασία της τρίτης ηλικίας στη σύγχρονη οικονομία*, <http://www.unipi.gr/katsanevas/arthra/arthra.htm>, 2008.

Κυριαζή-Αλλισον Ε., *Εσωτερική μετανάστευση στην Ελλάδα του 1990: Τάσεις, προβληματισμοί, προοπτικές* (Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών) 1998.

Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α., *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα (Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα) 1999.

Κυριακάκης Β., *Εναλλακτικές μορφές στην προστασία Ηλικιωμένων* (στο Κοινωνική Εργασία) 1991, τεύχος 24.

Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας) 1993.

Μουσούρου Α., «Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβολές και σύγχρονα οικογενειακά σχήματα», στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, *Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα*, Αθήνα (Πάντειο Πανεπιστήμιο) 1993.

Νιάκας Δ., Μπεαζόγλου Τ., «Είναι αναγκαία η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης για την τρίτη ηλικία στην Ελλάδα», στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Αθήνα (Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας) 1993.

Παναγιωτάκης Γ., «Ο θεσμός των ΚΑΠΗ - Τάσεις και προοπτικές», στο: Πρακτικά Εισηγήσεων Πανελλήνιας Δημερίδας- *Σύγχρονες ανάγκες κοινωνικής φροντίδας-Δομές και προγράμματα*, Ηράκλειο (Κοινωνιοπολιτία Κρήτης, ΣΚΛΕ) 2005.

Περιοδική Έκδοση Εταιρίας Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, Τεύχος 14, 2009.

Πεξάρα Ε., «Βοήθεια στο Σπίτι. Μια Σύγχρονη Μορφή Κοινωνικής Μέριμνας στην Ελλάδα, στην Ευρώπη, Παγκόσμια», στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο *Βοήθεια στο Σπίτι στην 1^η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών*, Καρδίτσα 2005.

Ουζούνη Χρ., *Το Στρες των Νοσηλευτών που Εργάζονται σε Ψυχιατρικά Τμήματα*, Αθήνα (Νοσηλευτική 43) 2004.

Σταθόπουλος Π., *Κοινωνική Πρόνοια - Μια Γενική Θεώρηση*, Αθήνα (Έλλην) 1999

Τσολάκη Μ. & Καζής, Α. *Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση*, Θεσσαλονίκη, (Studio Press) 2005.

Στασινοπούλου Β. Όλγα, *Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής. Από το κράτος πρόνοιας στο «νέο» προνοιακό πλουραλισμό, Φροντίδα και Γήρανση-Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση*, Αθήνα (Gutenberg) 2002.

Τεπέρογλου Α. *Αξιολόγηση της Προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων*, Αθήνα (Ε.Κ.Κ.Ε. Μελέτη/Έρευνα 28) 1991, 275-285.

Αμηνά Α., Γεωργιάδη Ε., Τεπέρογλου, Α., *Ο Θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα*, Αθήνα (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών) 1986.

Franco A., «Ευρωπαϊκή Κοινότητα: Αναπόφευκτη γήρανση του πληθυσμού», Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου ΕΚΚΕ, *Γήρανση και Κοινωνία*, Αθήνα 1996.

Georgas, J., *Psychological consequences of family structure and function: A cross-cultural approach*, Italy (Psicologia Italiana, 17) 1999.

Mestheneos Elizabeth, «Migrants in the Balkans. Some health related aspects from a Greek perspective» in *Neighbours in the Balkans: Initiating a Dialogue for Health*. Ed. Ritsatakis A., Levett J., Kyriopoulos J. WHO Europe and National School of Public Health 1999.

Organization for Economic Co-operation and Development, Globalisation: What Challenges and Opportunities for Governments? , Paris.

Walker A., Introduction: The new generational contract, in: Walker A., (ed.), *The new generational contract. Intergenerational relations, old age and welfare*», London (University College, London Press) 1996.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

I. Ο ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

1. Σύμφωνα με την εμπειρία σας οι ηλικιωμένοι που καταφεύγουν σε τέτοιες υπηρεσίες σε ποιο είδος οικογένειας ανήκουν και σε τι ποσοστό;
2. Υπάρχουν ιδιαιτερότητες στους ανθρώπους γ' ηλικίας οι οποίοι προσέρχονται σε τέτοιες δομές;
3. Παρατηρείται βελτίωση της κατάστασης των ηλικιωμένων κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στις δομές ανοιχτής φροντίδας;
4. Πως θα αξιολογούσατε α) την ποιότητα των παροχών αυτών στην Ελλάδα; β) τον υπάρχον εξοπλισμό;
5. Στην περίοδο της οικονομικής κρίσης στην χώρα μας πως βοηθά το κράτος στην παροχή των υπηρεσιών και ποιες πρωτοβουλίες παίρνει;
6. Κατά τη γνώμη σας ποιες αλλαγές ή προσθήκες είναι απαραίτητες στο σύστημα ανοιχτής φροντίδας στη χώρα μας;
7. Εσείς ως ειδικός τι θα προτείνατε σ' αυτά τα άτομα μια ανοιχτή μορφή φροντίδας ή μια κλειστή μορφή φροντίδας;
8. Οι άνθρωποι που καταφεύγουν σ' αυτές τις υπηρεσίες βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και αν ναι πως αντιμετωπίζονται από τις οικογένειες τους και τον κοινωνικό τους περίγυρο;
9. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» συμβάλλει στην αποφυγή της ιδρυματικής φροντίδας ή οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό;
10. Ποιος ο ρόλος του εθελοντισμού σ' αυτά τα προγράμματα; Είστε υπέρ ή κατά και για ποιους λόγους;
11. Υπάρχουν οργανωμένες προσπάθειες εθελοντισμού; Και αν ναι επικροτούνται και αξιοποιούνται στο έπαρκο;

**The social care in the community. The case of the elderly and the Program
"Help at Home"**

Tsota Xristina

ABSTRACT

The object of the present work deals with the issue of community care for the elderly, raised now, as one of the most basic social needs, due to demographic and social changes, which have occurred in modern societies and which have changed the map of population age.

Through the study of community care and especially the social care programs for the elderly, we will focus on the program "Help at Home" to inquire from the side of the staff, whether the program achieves its objectives and whether and to what extent meets the needs of elderly.

Methodologically, the object to be studied, is inquired through a review of Greek and foreign literature and the qualitative research, which was conducted in the program "Help at Home," applicable to the municipality of Agii Anargyri- Kamatero.

In conclusion, the main aim of social policy in social care for the elderly remains their stay, as much as possible, in the community with their active participation and the avoidance of the psychological distancing and the social exclusion from the larger whole.

Keywords: community care, privileged pluralism, program "Help at Home"

