



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΑΣ**

ΣΧΟΛΗ: Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

«Προγράμματα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι».

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Πρωτοπαπά Κάτια
Τσιώρη Ελένη
Χαβελέ Αθανασία

ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Γεωργοπούλου Λίλιαν

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	1
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

1.1 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ.....	6
1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ.....	8
1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΟΡΩΝ.....	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ.....	10
2.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ.....	11
2.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ.....	13
2.4 ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ.....	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

3.1 ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	17
3.1.1 Προγράμματα ανοιχτής και κλειστής περίθαλψης.....	19
3.1.2 Μεμονωμένα προγράμματα στέγασης, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας.....	22
3.1.3 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).....	23
3α. Διοικητικό Συμβούλιο-διοίκηση των ΚΑΠΗ.....	28
3β. Άρθρα – Διατάξεις που διέπουν τα ΚΑΠΗ.....	29
3γ. Πλαίσιο δράσης των ΚΑΠΗ.....	32
3δ. Σημαντικότητα των ΚΑΠΗ.....	34
3.1.4 Προγράμματα «Β.Σ.Σ.».....	37
3.1.5 Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ).....	42
5α. Σκοπός των ΚΗΦΗ.....	43
5β. Η σκέψη και ο στόχος της δημιουργίας των ΚΗΦΗ.....	44
5γ. Νομοθεσία – Διατάξεις.....	45
5δ. Υπηρεσίες που προσφέρουν τα ΚΗΦΗ.....	46

5ε. Λειτουργία των ΚΗΦΗ.....	48
3.1.6 Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ).....	50
3.1.7 Εταιρία Προστασίας Ατόμων Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ).....	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

4.1 Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ».....	52
4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.....	58
4.3 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.....	65
4.4 ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ.....	69
4.5 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ.....	74
4.6 ΤΡΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ.....	75
4.6.1 Προετοιμασία και κύριες φάσεις του προγράμματος.....	75
4.6.2 Τομείς υπηρεσιών του «Βοήθεια Στο Σπίτι».....	78
4.6.3 Προγράμματα – Πιλότοι του «Βοήθεια Στο Σπίτι».....	85
4.7 ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ.....	87
4.7.1 Τεχνολογία και φροντίδα στο σπίτι.....	89
4.7.2 Εκτίμηση του ασθενούς πριν την κατ’ οίκον νοσηλεία.....	92
4.7.3 Ενέργειες του ειδικού πριν την εισαγωγή του ατόμου στο πρόγραμμα	94
4.7.4 Κριτήρια για κατ’ οίκον νοσηλεία.....	95
4.7.5 Επίσκεψη στον ασθενή.....	97
4.7.6 Συμμετοχή της οικογένειας.....	98
4.7.7 Αποδέσμευση του ασθενούς από το πρόγραμμα.....	99
4.7.8 Κριτήρια αποδέσμευσης.....	100
4.8 ΠΟΙΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΤΟ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ».....	102
4.8.1 Αρμοδιότητες του Συντονιστή του «Βοήθεια Στο Σπίτι».....	104
4.8.2 Αρμοδιότητες του Κοινωνικού Λειτουργού.....	105
4.8.3 Αρμοδιότητες του Νοσηλευτή.....	112
4.8.4 Αρμοδιότητες Βοηθητικού προσωπικού – Οικογενειακής βοήθου.....	114
4.9 ΦΟΡΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ.....	115
4.9.1 Φορείς που συμμετέχουν στη δημιουργία και λειτουργία νέων δομών ή νέων τμημάτων σε υφιστάμενες δομές.....	115
4.9.2 Φορέας Υλοποίησης.....	117
4.9.3 Δημοτικό Δίκτυο Εθελοντών.....	118
4.9.4 Εθελοντισμός και «Βοήθεια Στο Σπίτι» σε συνεργασία με τον	

Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό.....	124
4.9.5 Συντονιστικό Όργανο Σωματείων «Βοήθεια Στο Σπίτι»	130
4.10 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ.....	131
4.10.1 Οι σχέσεις του επαγγελματία με το πρόγραμμα.....	132
4.10.2 Οι σχέσεις του προγράμματος με τους φορείς υλοποίησης, τη Δημοτική Αρχή και τις υπηρεσίες κοινωνικού χαρακτήρα.....	135
4.11 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΤΗΝ ΕΔΡΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....	136
4.12 ΟΜΑΔΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΈΡΓΟΥ.....	139

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΈΡΕΥΝΑ

5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	142
5.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	142
5.2.1 Δείγμα.....	142
5.2.2 Εργαλείο της έρευνας.....	142
5.2.3 Άξονας ερωτήσεων της συνέντευξης.....	143
5.2.4 Διαδικασία εκτέλεσης της έρευνας.....	143
5.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ.....	144
5.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	148
5.5 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	150

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

§ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ.....	155
- Νόμοι που αναφέρονται στο πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι».....	155
- Νόμος υπ' αριθμόν 3106.....	155
- Νόμος υπ' αριθμόν 3491/2-10-06.....	158
- Νομικές προσεγγίσεις στο θεσμικό πλαίσιο του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι».....	158
§ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	168

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Πρώτα από όλα τα άτομα θέλουμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια μας και επόπτρια της πτυχιακής εργασίας, κα Γεωργοπούλου Λίλιαν, για την πολύτιμη βοήθεια και την καθοδήγηση που μας προσέφερε κατά τη διεξαγωγή αυτής της μελέτης.

Επίσης, θέλουμε να ευχαριστήσουμε την κα Αθανασία Τσαλαφούτα προϊσταμένη Κοινωνική Λειτουργό του «Βοήθεια Στο Σπίτι» στο Δήμο Λαμιέων, την κα Τσαδήμα-Μπατίκα Κατερίνα Κοινωνιολόγο – υπεύθυνη του «Βοήθεια Στο Σπίτι» στο Δήμο Γοργοποτάμου και τον κο Οικονόμου Δημήτρη Κοινωνικό Λειτουργό του «Βοήθεια Στο Σπίτι» στο Δήμο Ναυπλίου, για την βοήθεια τους κατά τη διάρκεια της θεωρητικής και ερευνητικής διαδικασίας της εργασίας.

Τέλος, σημαντικό είναι να ευχαριστήσουμε το οικογενειακό μας περιβάλλον για την κατανόηση και την υποστήριξη σε όλη αυτή προσπάθεια.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία ξεκινάει αναλύοντας και παραθέτοντας στην πορεία τις παραμέτρους που αφορούν το θέμα μας.

Στο πρώτο (1^ο) κεφάλαιο θέτονται οι βάσεις και αναλύεται, αρχικά το πρόβλημα που τονίζει την αναγκαιότητα ύπαρξης των προγραμμάτων «Βοήθεια Στο Σπίτι». Στη συνέχεια αναφέρεται ο σκοπός της πτυχιακής και οι αντίστοιχοι ορισμοί των γηρατειών και του γήρατος. Στο κεφάλαιο δύο (2), αναλύονται οι μεταβολές που χαρακτηρίζουν την Τρίτη ηλικία, όσον αφορά όλους τους τομείς της ζωής ενός ηλικιωμένου ατόμου.

Συνεχίζοντας με το κεφάλαιο τρία (3), γίνεται ιστορική αναδρομή σε προγράμματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία και τι περιλαμβάνουν αναφορικά με τις ειδικότητες και τις υπηρεσίες τους. Στο επόμενο κεφάλαιο, κεφάλαιο τέσσερα (4), η εργασία επικεντρώνεται στα προγράμματα που αφορούν αποκλειστικά το «Βοήθεια Στο Σπίτι», επισημαίνοντας τους βασικούς στόχους του προγράμματος, τις ειδικότητες που το στελεχώνουν, τα άτομα που συμμετέχουν καθώς και τους φορείς με τους οποίους συνεργάζεται το πρόγραμμα.

Στο τελευταίο κεφάλαιο, πέμπτο (5^ο), παραθέτεται η έρευνα που διεξήχθη σε ηλικιωμένα άτομα, η διαδικασία εφαρμογής της και τα ανάλογα αποτελέσματα που προκύπτουν από αυτή καθώς και αντίστοιχες προτάσεις μας.

Τέλος, παραθέτεται σε παράρτημα η Νομοθεσία και τα εδάφια που αφορούν το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η έναρξη της πτυχιακής σηματοδοτήθηκε και είχε ως αφετηρία και αφορμή, το τεράστιο πρόβλημα που υπάρχει σήμερα όσον αφορά την Τρίτη ηλικία. Χιλιάδες ηλικιωμένοι στη χώρα μας κάθε χρόνο καταλήγουν σε ιδρυματοποίηση. Από την άλλη πλευρά, η πλειοψηφία των ατόμων τρίτης ηλικίας έχει εξασφαλίσει σύνταξη και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την ανεκτή κάλυψη των οικονομικών τους αναγκών και την προστασία της υγείας τους. Όμως, ένας σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων στερείται των προϋποθέσεων για να αντεπεξέλθει στις καθημερινές του ανάγκες.

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων και η έκταση της ευθύνης την οποία καλείται να επωμισθεί η οικογένεια είναι πλέον γεγονός. Η απάντηση, όμως, σε αυτό το ζήτημα βρίσκεται στα προγράμματα «Βοήθεια Στο Σπίτι». Η αναγκαιότητα ύπαρξης αυτών των προγραμμάτων στηρίζεται στην μοναδική ελπίδα κάθε ατόμου που χρήζει τέτοιας ανάγκης να συνεχίσει να ζει με αξιοπρέπεια και αυτοσεβασμό, χωρίς να μειώνεται η κοινωνική, συναισθηματική και οικονομική του αυτάρκεια παραμένοντας στο οικείο του περιβάλλον.

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 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 (OECD, 1996).

Είναι προφανές ότι η δημογραφική γήρανση συνδέεται με τις κοινωνικές μεταβολές στη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας και παρακινεί σε μετασχηματισμούς στο σύστημα κοινωνικής προστασίας. Η σχέση μεταξύ 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 υπερηλίκων. Ταυτόχρονα, τίθεται σε αμφισβήτηση το διαγενεακό κοινωνικό συμβόλαιο και η κοινωνική αλληλεγγύη των γενεών, όπως αυτή έλαβε χώρα με τη μορφή της κοινωνικής ασφάλισης. (Μουσούρου 1993, Walker 1996)

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 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, ανάλογα με τον τόπο κατοικίας, το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση. (Κανελλόπουλος 1984, Κρεμαλής & συν. 1990, Μπαλούρδος & συν. 1996)

Συνεπώς, τίθεται το ζήτημα ης 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.

1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι, αρχικά, να εξεταστούν οι τρόποι βάσει των οποίων αντιμετωπίζονται τα άτομα της τρίτης ηλικίας και καλύπτονται οι βασικές ανάγκες των ατόμων αυτών.

Παράλληλα, η φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι θεωρείται ότι αποτελεί ένα σύγχρονο μοντέλο παροχής υπηρεσιών από επαγγελματίες και εθελοντές και αποσκοπεί σε μια ολοκληρωμένη φροντίδα και αντιμετώπιση των αναγκών. Κατά συνέπεια, μελετάται η χάραξη της κοινωνικής πολιτικής, η οποία θεωρείται αποτελεσματικότερη όταν σχεδιάζεται, εφαρμόζεται και συντονίζεται μέσα στο χώρο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Στη συνέχεια, θελήσαμε να μελετήσουμε πώς στελεχώνονται και αν στελεχώνονται επαρκώς τα προγράμματα «Βοήθεια Στο Σπίτι», προσπαθώντας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο να αξιολογήσουμε τις επιπτώσεις των δράσεων του προγράμματος αναφορικά με το στόχο ενίσχυσης και καλυτέρευσης του τρόπου ζωής των ηλικιωμένων.

Τελικός, στόχος είναι να εξετασθεί από τους ίδιους τους ηλικιωμένους που συμμετέχουν στο πρόγραμμα, αν και ποιες ανάγκες καλύπτονται, η αντιμετώπισή τους από τα μέλη του προσωπικού και πώς οι ίδιοι αξιολογούν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος.

1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΟΡΩΝ

Ø Η έννοια των γηρατειών και του γήρατος

Τα γηρατεία σαν έννοια εμφανίζουν ιδιαίτερη δυσκολία στο να οριστούν. Χρησιμοποιούνται διάφοροι ορισμοί και πολύ συχνά δημιουργείται σύγχυση μεταξύ της έννοιας των γηρατειών και του γήρατος. Έτσι, είναι απαραίτητη μια διάκριση μεταξύ των όρων αυτών.

Τα γηρατεία θεωρούνται μια νοητική κατάσταση, η οποία γίνεται αντιληπτή με διαφορετικό τρόπο από τον καθένα. Έτσι, καθορίζεται είτε από εξωτερικά κριτήρια, όπως χρονολογική ηλικία, είτε από προσωπική κρίση του καθενός.

Παράλληλα, το γήρας είναι η φυσική διαδικασία εξέλιξης του ανθρώπου η οποία ξεκινάει πολύ νωρίς στη ζωή του και αποτελεί ένα σύνολο βιολογικών διαδικασιών που διαρκεί χρόνια και καθορίζει τις μεταβολές στο ανθρώπινο σώμα, το οποίο χαρακτηρίζεται από κάμψη των λειτουργιών. (P. Καστεμπάουμ, 1982, σελ. 15)

Κοινωνικοί Στατιστικολόγοι μέχρι πριν λίγα χρόνια θεωρούσαν ως όριο έναρξης της τρίτης ηλικίας τα εξήντα πέντε χρόνια, ενώ σήμερα το όριο αυτό έχει μετατεθεί στα εβδομήντα πέντε. Η χρονολογική αυτή οριοθέτηση συνήθως γίνεται για κοινωνικούς λόγους, όπως συνταξιοδότηση, κατανομή εισοδήματος και καθορισμός υποχρεώσεων, ευθυνών και δικαιωμάτων. Για αυτό η τοποθέτηση ορίου στην ηλικία μπορεί να θεωρηθεί αβάσιμη. (P. Καστεμπάουμ, 1982, σελ. 15)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2



ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ

Κατά την εισαγωγή του ατόμου στην Τρίτη ηλικία παρατηρείται αισθητή μείωση του ύψους. Παράλληλα, το δέρμα αλλάζει μορφή, χαλαρώνει και δημιουργούνται ρυτίδες οι οποίες με το πέρασμα των χρόνων γίνονται περισσότερο εμφανείς. Επίσης, το δέρμα προστατεύει το άτομο από ασθένειες σε μικρότερο βαθμό από ότι το προστάτευε σε νεαρή ηλικία.

Ο ηλικιωμένος μπορεί να υποστεί σημαντικές μεταβολές και στα οστά. Το ασβέστιο χάνεται και τα οστά γίνονται πιο εύθραυστα και λεπτά. Για αυτό το λόγο σε περίπτωση κάποιου τραύματος η επούλωση καθυστερεί και είναι πιο δύσκολη.

Η έλλειψη ελαστικότητας του κολλαγόνου σε συνδυασμό με τη φθορά των αρθρώσεων δημιουργούν δυσκολίες στην κίνηση, η οποία γίνεται πιο αργή και επίπονη.

Επίσης, παρατηρείται μείωση του μεγέθους και του αριθμού των μυϊκών ιστών του σώματος του ηλικιωμένου. Ωστόσο, ένα ηλικιωμένο άτομο με καλή φυσική κατάσταση και υγεία μπορεί να διατηρήσει αρκετή μυϊκή δύναμη.

Όσον αφορά τις ζωτικές λειτουργίες παρατηρείται μια κατάπτωση. Όσο περνούν τα χρόνια, χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια για την

πρόσληψη και αποβολή του οξυγόνου, για αυτό και οι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται στο να αναπνέουν. Οι πνεύμονες χάνουν την ελαστικότητα και την απορροφητική τους ικανότητα. Έτσι, πολλοί ηλικιωμένοι που δυσκολεύονται στην αναπνοή μπορούν να πάθουν σύγχυση εξαιτίας επαρκούς οξυγόνου στον εγκέφαλο.

Οι καρδιαγγειακές αρτηρίες στενεύουν και φράσσονται από διάφορες ουσίες και τη διάρκεια της κυκλοφορίας του αίματος. Συνεπώς, η πίεση του αίματος αυξάνεται και η υπέρταση είναι ένα συχνό φαινόμενο στους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας.

Μεταβολές σημειώνονται και στο νευρικό σύστημα. Το βάρος του εγκεφάλου ελαττώνεται και δημιουργείται σύγχυση στην εγκεφαλική λειτουργία. Κατά συνέπεια, ο ηλικιωμένος δεν αντιδρά άμεσα σε εξωτερικά ερεθίσματα, δυσκολεύεται στο συντονισμό των δραστηριοτήτων και οι αισθήσεις αμβλύνονται.

Τέλος, έχει παρατηρηθεί σε πολλές περιπτώσεις ότι η νοητική λειτουργία δεν εξασθενεί αισθητά. Για παράδειγμα η κατανόηση κάποιων εννοιών δεν δυσκολεύει τους ηλικιωμένους. Αντιθέτως, η μνήμη αλλάζει και μειώνεται. (ο.π., 1982, σελ.21-26,32,35)

2.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ

Συχνά το ηλικιωμένο άτομο καταλαμβάνεται από έντονα συναισθήματα μοναξιάς, φόβου και αίσθηση απώλειας του ελέγχου τόσο του εαυτού του όσο και του περιβάλλοντος του. (Μ. Μαλγάρινου, Ε. Γούλια, 1988, σελ. 59)

Το άτομο βιώνει έντονα την απώλεια καθώς πλησιάζει προς το θάνατο. Αυτό συμβαίνει γιατί ο ηλικιωμένος αδυνατεί να συμβιβαστεί με την ιδέα του θανάτου.

Συνήθως, το άτομο που περνά στην Τρίτη ηλικία απομονώνεται κοινωνικά, για αυτό γίνεται ευάλωτο κατά τη διάρκεια του γήρατος. Ο ηλικιωμένος μπορεί εύκολα να οδηγηθεί σε συναισθηματικό αδιέξοδο, στην εξαθλίωση, στην κατάθλιψη και συνεπώς στην κακή υγεία. (C.P. Brearley, 1975, σελ. 39-41)

Πολλές φορές η έλλειψη ζωντάνιας σε διάφορες καταστάσεις που βιώνει το άτομο, δημιουργεί μια στατικότητα στη ζωή του. Παράλληλα, η έλλειψη περιέργειας και η πλήρης αδιαφορία που παρουσιάζουν, συχνά διαμορφώνουν προσωπικότητες χωρίς σκοπό και στόχους. Η κατάληξη τους είναι να ζει στην αδράνεια, την πλήξη και να αισθάνεται άχρηστος.

Η αίσθηση ανικανότητας, της αδυναμίας και η εξάρτηση του ηλικιωμένου από τους ανθρώπου που τον φροντίζουν είναι βασικοί παράγοντες της ανασφάλειας και του άγχους που παρατηρείται σε προχωρημένες ηλικίες. Δεν εμπιστεύεται κανέναν και επειδή αισθάνεται συναισθηματικά ευάλωτος συχνά αποξενώνεται από τους γύρω του.

Παράλληλα, για να προστατευτεί από την αβεβαιότητα και το άγχος που κυριαρχεί στη ζωή του αναπτύσσει χαρακτηριστικές στάσεις, που οι περισσότερες είναι μορφές άμυνας. Η έλλειψη εμπιστοσύνης που ο ηλικιωμένος δείχνει για τον κόσμο πολλές φορές προκαλεί τη διακοπή επικοινωνίας του με αυτόν. (Σιμόν ντε Μπωβουάρ, 1980, σελ.449-457)

Η συναισθηματική αλλαγή που βιώνει ο ηλικιωμένος δημιουργεί την ανάγκη για την ύπαρξη ενός κατάλληλου περιβάλλοντος, ώστε να του παρέχεται η κατάλληλη στήριξη και συμπαράσταση. (C.P. Brearley, 1975)

2.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ

Κοινωνικοί λόγοι, συνήθως, οδηγούν του ηλικιωμένους στη συνταξιοδότηση. Η συνταξιοδοτική περίοδος δεν βιώνεται από όλους το ίδιο. Η απώλεια εργασίας, με όλες τις αλλαγές που συνεπάγεται, οικονομικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα. Το άτομο χάνει την αυτοεκτίμηση του, οδηγείται στην απραξία και κατά συνέπεια στην απομόνωση και ψυχολογική κατάπτωση. (Σιμόν ντε Μπωβουαρ, 1980, σελ.449)

Οι ηλικιωμένοι έχουν την ανάγκη να αισθάνονται χρήσιμοι και κοινωνικά αποδεκτοί για αυτό και οι απασχόληση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στη ζωή τους. Ιδιαίτερα σημαντική είναι επίσης η ανάγκη για κοινωνική αναγνώριση της προσφοράς τους. Παράλληλα, προσπαθούν να καλύψουν και τις ανάγκες τους για επικοινωνία, κοινωνική ένταξη και δραστηριοποίηση. (Η. Πουλοπούλου, 1991, σελ. 223-227)

Το ηλικιωμένο άτομο νιώθει ότι περνά στο περιθώριο και ότι χάνει την κοινωνική του θέση, συνεπώς, τη δύναμη και την εξουσία που μπορεί να είχε στο παρελθόν. Για αυτό πολλά από τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από την έλλειψη κοινωνικού ενδιαφέροντος.

2.4 ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

Οι μεταβολές που συμβαίνουν σε σωματικό και νοητικό επίπεδο κατά τη διάρκεια του γήρατος έχουν σαν αποτέλεσμα και τη μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Ωστόσο, η σεξουαλική ικανότητα μπορεί να διατηρηθεί μέχρι και τα προχωρημένα στάδια της ζωής του ατόμου.(Μ. Μαλγαρινού, Ε. Γούλια, 1988, σελ. 39)

Η σεξουαλική δραστηριότητα των ηλικιωμένων διαφέρει από ζευγάρι σε ζευγάρι και εξαρτάται από το επίπεδο της σεξουαλικής τους ζωής σε νεαρή ηλικία. Στις μεγαλύτερες όμως ηλικίες σημαντική δεν είναι τόσο η ποσοτική όσο η ποιοτική διάσταση του σεξ.

Σύμφωνα με την επικρατούσα άποψη, το ηλικιωμένο άτομο δεν θεωρείται ικανό σεξουαλικά. Παράλληλα, η σεξουαλική πράξη σε προχωρημένη ηλικία μπορεί να θεωρηθεί «ανήθικη». Η στάση αυτή της κοινωνίας μπορεί να επηρεάσει διαφορετικά τον άνδρα και διαφορετικά τη γυναίκα από βιολογική και ψυχοκοινωνική άποψη.

Η κοινωνική αυτή πίεση σε συνδυασμό με το γήρας οδηγεί τον άνδρα στην σεξουαλική ανικανότητα και παραίτηση. Ο άνδρας εμφανίζεται πιο ευάλωτος απέναντι στην αίσθηση της γελοιοποίησης και του στιγματισμού.

Από την άλλη, η σεξουαλικότητα των γυναικών επηρεάζεται από δυο παράγοντες α) από την κοινωνική στάση για τις ηλικιωμένες γυναίκες και β) από την σεξουαλική πτώση του συζύγου σε μια περίοδο που η σύζυγος αισθάνεται ιδιαίτερα απελευθερωμένη.

Συχνά, η σωματική ευχαρίστηση, η επιβεβαίωση της ατομικής αξίας και η επιβεβαίωση ότι ο ηλικιωμένος είναι ακόμη επιθυμητός, είναι κάποιες από τις προσωπικές ανάγκες των ατόμων τρίτης ηλικίας, οι οποίες μένουν ακάλυπτες αν η σεξουαλική ικανότητα έχει υποστεί κάποια πτώση.

Από πολλούς υποστηρίζεται πως η τρυφερότητα, μια ήρεμη κουβέντα, η συντροφικότητα καθώς και η σεξουαλική επαφή είναι κάποια από τα πολύτιμα αγαθά που διαθέτουν τα ηλικιωμένα άτομα, διαψεύδοντας έτσι την επικρατούσα θλιβερή άποψη του υπόλοιπου κοινωνικού συνόλου. (Ο.Π., 1982, σελ. 86)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Από τα προϊστορικά χρόνια ο άνθρωπος φρόντιζε τους ασθενείς της οικογένειας ή της «φυλής» του. Με βάση τα όσα μάθαιναν παρατηρώντας τα ζώα, οι γυναίκες που αναλάμβαναν τη φροντίδα των παιδιών και των ασθενών, παρείχαν τις υπηρεσίες τους δίνοντας το δικαίωμα να τις θεωρούν νοσηλεύτριες. (Donahue, 1985)

Σύμφωνα με την Mary Sewell Gardner, μια πρωτοπόρο της νοσηλείας, «οι πραγματικοί πρόγονοι της σύγχρονης νοσηλεύτριας είναι οι ευγενείς αβάδες και οι πρώτες Χριστιανές που προσπαθούσαν να κάνουν για την εποχή τους ό,τι η νοσηλεύτρια σήμερα προσπαθεί να κάνει για τη δική της. (1936, σελ. 3)

Κατά το Μεσαίωνα η φροντίδα για τους ασθενείς θεωρούνταν σύμφωνη με την Χριστιανική ηθική. Αργότερα, όμως, τα πράγματα άλλαξαν. Κατά τον 18^ο και τον 19^ο αιώνα, η Ευρωπαϊκή κοινωνία δεν είχε σε εκτίμηση το ιατρικό επάγγελμα στο σύνολο του. Οι συνθήκες εργασίας στα νοσοκομεία ήταν απαράδεκτες και οι περισσότερες γυναίκες που γίνονταν νοσηλεύτριες ήταν χαμηλών κοινωνικών στρωμάτων, αλκοολικές και πόρνες.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες κοινοφελείς οργανώσεις ανέπτυξαν προγράμματα επισκέψεων σε σπίτια τον 19^ο αιώνα. Πολλοί δημόσιοι οργανισμοί υγείας δημιουργήθηκαν στο δεύτερο μισό του αιώνα, καθώς προσπαθούσαν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που παρουσιάζονταν στους φτωχούς αστικούς πληθυσμούς, εξαιτίας της μεγάλης

μετανάστευσης από την Ευρώπη και των άλλων άθλιων συνθηκών διαβίωσης.

Οργανισμοί που αντιμετώπιζαν ζητήματα φτώχειας και δημόσιας υγείας άνησαν στην αυγή του 20^{ου} αιώνα. Τέτοιοι οργανισμοί δημιούργησαν Υπηρεσίες Επισκεπτριών Νοσηλευτριών για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα κακής διατροφής και μεταδοτικών ασθενειών που αντιμετώπιζαν οι Ηνωμένες Πολιτείες την εποχή εκείνη. Κύριο μέλημα τους ήταν η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους σε θέματα διατροφής και υγιεινής.

Πριν τον 2^ο Παγκόσμιο πόλεμο οι κατ' οίκον επισκέψεις ήταν η κύρια μέθοδος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Στις δεκαετίες του '40 και του '50 οι γιατροί να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε γραφεία και τα νοσοκομεία άρχισαν να ανοίγουν για το κοινό. Το κίνημα της νοσηλείας στο σπίτι ήρθε για να καλύψει το κενό που δημιουργήθηκε. Το νοσοκομείο Montefiore της Νέας Υόρκης δημιούργησε ένα μετανοσηλευτικό πρόγραμμα φροντίδας το 1946 και σύντομα αντίστοιχα προγράμματα δημιουργήθηκαν σε όλες τις Ηνωμένες Πολιτείες.

Πρωτοπόροι των προγραμμάτων νοσηλείας στο σπίτι, όπως ο St. Vincent De Paul, η Le Gras, η F. Nightingale, ο W. Rathbone και άλλοι, ξεκίνησαν από την Γαλλία και την Αγγλία του 17^{ου} και 18^{ου} αιώνα. Κάποιοι από αυτούς εκπαιδεύτηκαν στην Αδελφότητα των «Κυρίων της Ελεημοσύνης», η οποία ιδρύθηκε το 1617 στη Γαλλία και εκπαίδευε γυναίκες ως νοσηλεύτριες για κατ' οίκον επισκέψεις. Η συνεισφορά τους ήταν η παροχή γνώσης σε θέματα υγείας και επαγγελματικής επίβλεψης στους ασθενείς. Παράλληλα, στόχευαν στη βελτίωση της φροντίδας στα νοσοκομεία και στη δημιουργία κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τις νοσηλεύτριες. Επίσης, προσπάθησαν να αναπτύξουν ένα δίκτυο βοήθειας για τους προνομιούχους και έτσι

κατόρθωσαν να θεσπίσουν ένα πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι αποδεικνύοντας ότι κάτι τέτοιο είναι εφικτό.

Σήμερα, οι διάφορες εξελίξεις και βελτιώσεις στην τεχνολογία έχουν μειώσει το συνολικό κόστος υπηρεσιών υγείας, βοηθώντας έτσι στην ανάπτυξη της φροντίδας στο σπίτι και δίνοντας τη δυνατότητα στους ασθενείς να λαμβάνουν τις απαραίτητες υπηρεσίες κατ' οίκον. Επιπλέον, με τις τεχνολογικές εξελίξεις είναι πλέον δυνατό να υπάρχουν υπηρεσίες στο σπίτι που κάποτε προσφέρονταν αποκλειστικά και μόνο σε νοσοκομεία, μειώνοντας το κόστος των υπηρεσιών και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής πολλών ανθρώπων. Ένας από τους πλέον αναπτυσσόμενους τομείς της ιατρικής τεχνολογίας είναι η ανάπτυξη του εξοπλισμού κατάλληλου για φροντίδα στο σπίτι. (Freeman, 1995, σελ. 9)

Επίσης, στις μέρες μας, οι αυξανόμενες απαιτήσεις για οικονομικές υπηρεσίες καθώς και η αύξηση στον πληθυσμό της τρίτης ηλικίας, οδηγούν στη δημιουργία ανάγκης για παρεχόμενη φροντίδα στο σπίτι. Κύριος λόγος είναι η οικονομική απόδοση της φροντίδας στο σπίτι και η άμεση κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. (S.M. Zang, N.G. Bailley, 1997)

3.1 ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Σύμφωνα με μελέτη του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ), το οποίο πραγματοποιήθηκε σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, παρατηρήθηκε ότι εξακολουθεί να λειτουργεί το παραδοσιακό σύστημα βοήθειας προς τους ηλικιωμένους, το οποίο περιλαμβάνει την οικογένεια και άτυπα συστήματα φροντίδας,

όπως το συγγενικό περιβάλλον και τη γειτονιά. Οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να θεωρηθούν και «προσωπικές υπηρεσίες». (Μ. Κωνσταντοπούλου, 1989, ΚΕΠΕ, σελ. 39)

Ο τρόπος αυτός παροχής υπηρεσιών από την οικογένεια έχουν σαν αποτέλεσμα να κρατούν το ηλικιωμένο άτομο μέσα στην κοινότητα όπου ανήκει. Ωστόσο το κόστος παραμένει μεγάλο λόγω έλλειψης εκτεταμένων προγραμμάτων παραμονής του ατόμου στο σπίτι. (J. Triseliotis, 1990, σελ. 141)

Συχνά η παροχή υπηρεσιών πρόνοιας για τους ηλικιωμένους πραγματοποιείται σε μικρό ποσοστό και η πλήρης κάλυψη των αναγκών προστασίας δεν βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο. Παράλληλα, η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων σήμερα δεν τους επιτρέπει να καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες τους. (Μ. Κωνσταντοπούλου, 1989, σελ. 38-39)

Σήμερα η κρατική ευθύνη απέναντι στα άτομα της τρίτης ηλικίας μορφοποιήθηκε σύμφωνα με δύο βασικές αρχές. Οι αρχές αυτές περιλαμβάνουν από τη μια πλευρά το ατομικό και οικονομικό δικαίωμα των ηλικιωμένων για την παροχή υπηρεσιών και από την άλλη την κρατική μέριμνα προστασίας των ατόμων. Υπάρχει η τάση για μια αποκεντρωτική κοινωνική πολιτική στην παροχή υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς. (Χ. Βάγια, Κ. Κρεμαλής, 1991, σελ. 284)

Το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων χαρακτηρίζεται ως ένας από τους πιο βασικούς παράγοντες κρατικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους. Παράλληλα, όμως, και άλλοι κρατικοί οργανισμοί, όπως ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (Ε.Ο.Π.), η Τοπική Αυτοδιοίκηση, η εκκλησία και άλλες οργανώσεις, παρέχουν υπηρεσίες

πρόνοιας στα άτομα. Από την άλλη, η κοινωνική ασφάλιση εξασφαλίζει μόνο ένα εισόδημα και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Ωστόσο, στον τομέα της πρόληψης δεν υπάρχουν επαρκή προγράμματα. Βέβαια σημαντικό είναι να αναφερθούν οι γηριατρικές μονάδες οι οποίες λειτουργούν στα πλαίσια των περιφερειακών κέντρων υγείας, προσφέροντας δωρεάν προληπτική ιατρική στα άτομα τρίτης ηλικίας σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές. Επιπλέον οι μονάδες αυτές μελετούν τις συνθήκες ζωής του ηλικιωμένου, του παρέχουν φάρμακα, κοινωνική εργασία, επισκέψεις επισκεπτριών υγείας, ψυχαγωγία καθώς και νομικές συμβουλές. (Μ. Κωνσταντοπούλου ΚΕΠΕ, 1989, σελ. 32, 201-202)

3.1.1 Προγράμματα ανοιχτής και κλειστής περίθαλψης

Στις μέρες μας έχει παρατηρηθεί σημαντική εξέλιξη όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες οι οποίες είναι προσιτές στο κοινό και στοχεύουν στην ένταξη του ατόμου στην κοινότητα. Ωστόσο, εξακολουθούν να υφίστανται ακόμη προγράμματα τα οποία λειτουργούν στα πλαίσια του ιδρυματισμού και παροχής επιδομάτων.

Στα πλαίσια της κρατικής μέριμνας έχουν δημιουργηθεί προγράμματα ανοιχτής και κλειστής περίθαλψης. Τα προγράμματα αυτά παρέχουν είτε υπηρεσίες βοήθειας (υλικής, ψυχολογικής κ.α.) στοχεύοντας στην παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι, είτε ιδρυματική περίθαλψη για τα άτομα που δυσκολεύονται να αυτοεξυπηρετηθούν.

Στα πλαίσια της κλειστής περίθαλψης λειτουργούν τα Δημόσια γηροκομεία ή οι Οίκοι Ευγηρίας, τα άσυλα ανιάτων και τα ιδιωτικά γηροκομεία που εποπτεύονται από τα κράτος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γηροκομείων στη χώρα μας είναι Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού

Δικαίου. Παράλληλα, κάποια από τα ιδιωτικά ιδρύματα χορηγούνται από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Επιπλέον, ελέγχει κατά πόσο είναι εξασφαλισμένες οι βασικές προϋποθέσεις για την νόμιμη λειτουργία τους. (Μ. Κωνσταντοπούλου ΚΕΠΕ, 1989)

Υπάρχουν περιπτώσεις που το κράτος με ειδικές συμβάσεις στα ιδιωτικά γηροκομεία παρέχει δωρεάν περίθαλψη σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία διαθέτουν χαμηλό οικονομικό εισόδημα, καλύπτοντας έτσι στέγη, τροφή και φαρμακευτική περίθαλψη. (Β. Δερδεμέζης, 1975, σελ.31,32)

Η ιδρυματική περίθαλψη αποτελεί την έσχατη λύση για το μη αυτοεξυπηρετούμενο ηλικιωμένο άτομο, εφόσον έχουν αποκλειστεί άλλες μορφές περίθαλψης. Βασική προϋπόθεση όμως είναι η ανάπτυξη των υπηρεσιών που παρέχονται στα κλειστά ιδρύματα. Τα περισσότερα από αυτά τα ιδρύματα λειτουργούν με τέτοιο τρόπο ώστε οδηγούν το άτομο στον ιδρυματισμό και την κατάπτωση οργανική και ψυχολογική. (Κ. Πετρίδης, 1991, σελ. 295)

Οι συνθήκες διαβίωσης των κλειστών ιδρυμάτων δεν θεωρούνται κατάλληλες για τα άτομα τρίτης ηλικίας. Δεν υπάρχει χώρος για ανάπτυξη προσωπικών και ομαδικών δραστηριοτήτων. Έτσι καταπατάτε η ατομικότητα και η αυτάρκεια. Για αυτό το λόγο πολλοί από του σ ηλικιωμένους μετά την εισαγωγή τους στο γηροκομείο γίνονται αδρανείς καταλήγοντας σε ένα κρεβάτι. (Μ. Κωνσταντοπούλου ΚΕΠΕ, 1989, σελ. 204-206)

Κατά συνέπεια οι συνθήκες αυτές δεν είναι κατάλληλες για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες των ηλικιωμένων. Οι βασικές ανάγκες για υγεία και προστασία είναι εφικτό να καλυφθούν σε μεγάλο ποσοστό μέσω των ιδρυμάτων ανοιχτής περίθαλψης τα οποία επιδιώκουν την παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι και την κοινότητα.

Συγκεκριμένα, ως προγράμματα κλειστής προστασίας λειτουργούν στη χώρα μας οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων(Μ.Φ.Η.), θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας, όπως επίσης και η Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας(Ε.Π.Α.Ψ.Υ.). Επιπλέον, άλλα προγράμματα βοήθειας και στήριξης προς τους ηλικιωμένους είναι οι κατασκηνώσεις και οι λουτροθεραπείες. Τα προγράμματα κατασκηνώσεων και λουτροθεραπειών, τα οποία εφαρμόζει το Υπουργείο ξεκινούν τον Ιούλιο και διαρκούν έως τον Οκτώβριο. Αυτά παρέχουν τη δυνατότητα παραμονής των ηλικιωμένων σε παραθεριστικές περιοχές της χώρας και κάθε χρόνο συμμετέχουν στο πρόγραμμα 14.000 ηλικιωμένοι με προτεραιότητα στους χαμηλοσυνταξιούχους ή άπορους. Τέλος, εφαρμόζεται το πρόγραμμα της στεγαστικής συνδρομής στο οποίο συμμετέχουν μοναχικά ηλικιωμένα άτομα ή ζευγάρια με χαμηλό εισόδημα χωρίς ιδιόκτητη στέγη και τα οποία ενισχύονται στην καταβολή ενοικίου καθώς επίσης και το επίδομα ανασφάλιστου το οποίο χορηγείται μέσω του ΟΓΑ σε ηλικιωμένους που δεν έχουν άλλους πόρους ζωής. Το ποσό είναι ίσο με την κατώτερη ισχύουσα σύνταξη του ΟΓΑ.

Τα προγράμματα ανοιχτής προστασίας που εντάσσονται στην κοινότητα είναι ένας βασικός θεσμός στη ζωή των ατόμων αυτών. Παλαιότερα, ο θεσμός αυτός εφαρμοζόταν σε μικρή κλίμακα από το κράτος και από άλλους φορείς, όπως ο Ερυθρός Σταυρός και η τοπική αυτοδιοίκηση. Τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται προσπάθεια να αναπτυχθεί όλο και περισσότερο στη χώρα μας.

Σήμερα, στη χώρα μας λειτουργούν ως προγράμματα ανοιχτής περίθαλψης :

- τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

- τα προγράμματα «Βοήθεια Στο Σπίτι»
- Μεμονωμένα προγράμματα στέγασης, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας
- Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων(Κ.Η.Φ.Η.) (Σ.Κ.Λ.Ε., 1982, σελ. 140-141).

3.1.2 Μεμονωμένα προγράμματα στέγασης, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας

Αρχικά, τα προγράμματα αυτά λειτούργησαν στην πόλη της Αθήνας. Περιλάμβαναν συλλογική διαβίωση των ηλικιωμένων αλλά σε αυτόνομα διαμερίσματα. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες ήταν ιατρική περίθαλψη και βοήθεια σε καθημερινές ασχολίες.

Το πρόγραμμα αυτό στοχεύει στην αποφυγή του ιδρυματισμού και την διατήρηση της ανεξαρτησίας του ηλικιωμένου. Οι περισσότεροι που συμμετέχουν σε αυτό το πρόγραμμα είναι αυτοεξυπηρετούμενα άτομα και η συμμετοχή τους αυτή μπορεί να κρατήσει εφ' όρου ζωής.(Μ. Κωνσταντοπούλου, ΚΕΠΕ 1989, σελ. 133-201)

Σήμερα το πρόγραμμα αυτό δεν λειτουργεί με τη μορφή την οποία ξεκίνησε και προορίζεται για μετατροπή χώρου ο οποίος να είναι κατάλληλος να δεχτεί άτομα με χρόνιες παθήσεις. Παράλληλα, όμως υπάρχει και το πρόγραμμα «Λαϊκής Κατοικίας», το οποίο προσφέρει στέγη στα ηλικιωμένα άτομα.

Στον τομέα της επιμόρφωσης τα προγράμματα για τους ηλικιωμένους είναι σχεδόν ανύπαρκτα. Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιούνται σε Κ.Α.Π.Η. παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων είναι αναλφάβητο. Μόνο τα προγράμματα Λαϊκής

Επιμόρφωσης καλύπτουν εν μέρει το πρόβλημα αυτό. (Α. Τεπέρογλου, 1990, σελ. 58)

Στη χώρα μας το ήδη υπάρχον εκπαιδευτικό σύστημα αδυνατεί να καλύψει την ανάγκη των ηλικιωμένων για εκπαίδευση. Έτσι το άτομο δεν έχει τη δυνατότητα να συνεχίσει την επιμόρφωση του περνώντας στην Τρίτη ηλικία.

Επίσης, η ψυχαγωγία δεν θεωρείται σημαντική ανάγκη για τα ηλικιωμένα άτομα. Για αυτό το λόγο οι κοινωνικές παροχές στον τομέα αυτό είναι περιορισμένες. (Α. Τεπέρογλου, 1990, σελ. 146)

Τα τελευταία χρόνια όμως έχει γίνει προσπάθεια ανάπτυξης στον τομέα της ψυχαγωγίας. Πρόοδος σημειώθηκε με την δημιουργία των Κ.Α.Π.Η., τα οποία στοχεύουν κυρίως σε αυτόν τον τομέα.

3.1.3 Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Τη δεκαετία '80 το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων σε συνεργασία με διάφορους κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς δημιούργησαν τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Το κράτος είχε αναλάβει το θεσμικό πλαίσιο δημιουργίας τους και οι διάφοροι φορείς τη λειτουργία τους.

Στις αρχές της ίδιας δεκαετίας τη λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. αναλαμβάνει η τοπική αυτοδιοίκηση, υπό την εποπτεία όμως του κράτους. (Α. Τεπέρογλου, 1990, σελ. 19,20)

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ εξελίχθηκε σταδιακά, αναπτύχθηκε και διευρύνθηκε σε όλη τη χώρα όπου φθάνει μέχρι σήμερα να λειτουργούν περισσότερα από 300 κέντρα. Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες του κέντρου απευθύνονται σε άντρες και γυναίκες άνω των 60

ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση.

Αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία στην έννοια της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων είναι η παραμονή τους στην κοινότητα, στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας, της γειτονιάς, του φιλικού περίγυρου και η αποφυγή της ιδρυματικής κλειστής περίθαλψης και άλλης μορφής ασύλων. (www.kapi.gr)

Βασική αρχή του θεσμού αυτού είναι η παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι και στην κοινότητα. Σύμφωνα με αυτή την αρχή, η λειτουργία των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων έχουν σκοπό τους την πρόληψη στον τομέα της υγείας και της ψυχολογίας, βοηθώντας και ενισχύοντας την αυτονομία των ατόμων έτσι ώστε να παραμένουν ενεργά μέλη στην κοινότητα. Παράλληλα, επιδιώκεται η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού όσον αφορά τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων. Επίσης, αρκετά σημαντική είναι η συνεργασία με ειδικούς φορείς.

Στα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας γίνονται αποδεκτά ηλικιωμένα άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν ανεξάρτητα από το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο. Οι συνθήκες λειτουργίας του κέντρου και οι υπηρεσίες που προσφέρονται βρίσκονται σε ικανοποιητικό επίπεδο και δίνουν την ευκαιρία στον ηλικιωμένο να ενταχθεί ομαλά μέσα στην κοινότητα.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί η κοινωνικοποίηση που πραγματοποιείται μέσα από διάφορες δραστηριότητες και προγράμματα. Οι δραστηριότητες συνήθως περιλαμβάνουν κατασκηνώσεις, εκδρομές, εργασιοθεραπεία, συμμετοχή σε προγράμματα λουτροθεραπείας και θερινών κατασκηνώσεων, προγράμματα εθελοντισμού και επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε μουσεία και αρχαιολογικούς

χώρους και πραγματοποιούνται σε κατάλληλο περιβάλλον για τα άτομα τρίτης ηλικίας. Ο ηλικιωμένος έχει τη δυνατότητα να συμμετέχει σε διοικητικό συμβούλιο ή να οργανώνει ομάδες και έτσι να θεωρεί τον εαυτό του χρήσιμο και αξιόλογο. Παράλληλα, προσφέρεται οικονομική ενίσχυση και βοήθεια στο σπίτι όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο από τον κοινωνικό λειτουργό.

Σε ορισμένα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η πρωτογενής πρόληψη δηλαδή ο εμβολιασμός, φυσιοθεραπεία, ενημέρωση πάνω σε καθημερινές δραστηριότητες, καθώς και η δευτερογενής πρόληψη, δηλαδή συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων όπως επίσης και έγκαιρη διάγνωση ιατρικών προβλημάτων των ηλικιωμένων. Αυτό βέβαια δεν είναι πάντα εφικτό. Η πρόληψη είναι μία αξιόλογη προσέγγιση της τρίτης ηλικίας όπου οι ηλικιωμένοι δεν αντιμετωπίζονται ως άνθρωποι που έχουν ολοκληρώσει τον ανθρώπινο κύκλο της ζωής τους αλλά ως πρόσωπα με ιδιαίτερες ανάγκες περίθαλψης και προστασίας στη δεδομένη αυτή φάση της ζωής τους. (www.kapi.gr)

Ο ηλικιωμένος μέσω των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται στα πλαίσια του προγράμματος των Κ.Α.Π.Η., προσπαθεί να κοινωνικοποιηθεί και να περάσει στο στάδιο της ενεργοποίησης. Μέσα από τη συμμετοχή του σε ομαδικές δραστηριότητες αξιοποιεί και αναπτύσσει τις δεξιότητες του. Κατά συνέπεια θεωρείται έτοιμος να περάσει στη φάση της ενεργούς συμμετοχής στο Κ.Α.Π.Η., αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες και επιδιώκοντας συνεργασία με την κοινότητα.

Ένας από τους βασικούς στόχους των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας είναι και η ενεργή συμμετοχή της κοινότητας στο πρόγραμμα. Η ευαισθητοποίηση του κοινού ξεκινά από τη γειτονιά και από κάθε άτομο

ξεχωριστά. Έτσι επιδιώκεται η προσφορά των ανθρώπων και κυρίως των νέων ατόμων στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Για την καλύτερη υλοποίηση των στόχων τα Κ.Α.Π.Η. στελεχώνονται από επιστημονικό προσωπικό. Το προσωπικό αποτελείται από τον κοινωνικό λειτουργό, τον εργασιοθεραπευτή, τον φυσιοθεραπευτή, τον οικογενειακό βοηθό και τους νοσηλευτές/τριες και Ιατρούς φυσικής Ιατρικής.

Οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ και ειδικότερα οι συνταξιούχοι που είναι μέλη των ΚΑΠΗ δεν θα είναι υποχρεωμένοι να μετακινούνται για τη συνταγογράφηση των φαρμάκων τους. Με απόφαση της Διοίκησης του Ιδρύματος, στο εξής θα μπορούν να εξετάζονται στα ΚΑΠΗ από τους γιατρούς του ΙΚΑ.

Η επέκταση του μέτρου, που ίσχυε μέχρι σήμερα πιλοτικά, για την πλήρη κάλυψη των κέντρων με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αποσκοπεί στην ανακούφιση των ηλικιωμένων από πρόσθετες μετακινήσεις.

Στα ΚΑΠΗ όπου δεν απασχολούνται γιατροί θα μεταβαίνει γιατρός από την οικεία μονάδα υγείας του ΙΚΑ. Για τα σοβαρά περιστατικά, οι γιατροί θα αναγράφουν φάρμακα στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ για παθήσεις της ειδικότητάς τους. Για τις χρόνιες παθήσεις, θα αναγράφουν κι φάρμακα άλλων ειδικοτήτων, σύμφωνα με γνωμάτευση γιατρού ειδικότητας.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο πρόγραμμα περιλαμβάνει τον συντονισμό της λειτουργίας του Κ.Α.Π.Η. και την εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας στο ηλικιωμένο άτομο και τον οικογενειακό και συγγενικό του περιβάλλον. (Α. Αμηνά, Ε. Γεωργιάδη, Α. Τεπέρογλου, 1985, σελ. 16-18)

Συγκεκριμένα, σκοπός της κοινωνικής υπηρεσίας του ΚΑΠΗ είναι η πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση προβλημάτων της κοινωνικής και ψυχικής σφαίρας. Προϊσταται η κοινωνική Λειτουργός που είναι συντονιστής της καλής λειτουργίας όλων των υπηρεσιών του ΚΑΠΗ, η οποία έρχεται σε επαφή με το κοινωνικό του ιστορικό και να το ενημερώσει για τις υπηρεσίες που προσφέρει το κέντρο.

Εφαρμόζει όλες τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας, οι οποίες είναι: Κοινωνική εργασία με άτομα σύμφωνα με την οποία παρέχει ψυχολογική- συναισθηματική υποστήριξη στα άτομα μέλη του ΚΑΠΗ για την αντιμετώπιση ψυχολογικών δυσκολιών και προβλημάτων καθώς επίσης και συμβουλευτική Κοινωνική εργασία τόσο των ιδίων όσο και του οικογενειακού και κοινωνικού περιγυρου.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στα μέλη που χρειάζονται περισσότερη προστασία και στήριξη και είναι άτομα που βρίσκονται σε πρόσφατη χηρεία, τα μοναχικά άτομα, επειδή παρουσιάζουν συναισθηματικές στερήσεις και τέλος στους πολύ υπερήλικες επειδή διακατέχονται από το άγχος του θανάτου, παρουσιάζουν φοβίες και ανασφάλειες.

Άλλη μέθοδος είναι η Κοινωνική εργασία με ομάδες, σύμφωνα με την οποία οργανώνει, εμπνυχώνει, συντονίζει, βοηθά τις ομάδες ή επιτροπές αυτενέργειας των μελών που λειτουργούν στο ΚΑΠΗ όπως χορωδίες, αλληλοβοήθειας, καλής λειτουργίας, ψυχαγωγίας, εκδρομών, διαχείρισης κυλικείου.

Σκοπός αυτών των ομάδων είναι η επαναδραστηριοποίηση και κοινωνική επανένταξη των ηλικιωμένων, η καλλιέργεια ειδικών ενδιαφερόντων όπου μέσα από τη δημιουργική απασχόληση δημιουργείται το αίσθημα της ικανοποίησης και προσφοράς, η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, η δημιουργία συντροφικότητας και συνεργασίας. Ένα από τα μέσα της πραγματοποίησης των σκοπών και

στόχων είναι η εμφάνιση μέσα στον χώρο των ΚΑΠΗ, σε δημοτικές, πανελλαδικές εκδηλώσεις άλλων ΚΑΠΗ.

Επιπλέον, εφαρμόζεται η Κοινωνική εργασία με την κοινότητα η οποία αναπτύσσει δίκτυο επικοινωνίας και συνεργασίας με τους τοπικούς παράγοντες της περιοχής και τις υπηρεσίες του Δήμου με σκοπό την ενημέρωση και συμμετοχή σε διάφορα πράγματα. Επίσης, και με άλλους κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς όπως με πολιτιστικούς συλλόγους για προγράμματα λαϊκής παράδοσης, με την κοινωνική πρόνοια για προγράμματα κατασκηνώσεων και λουτρών, με την πυροσβεστική υπηρεσία για προγράμματα πυρασφάλειας, με τον Ερυθρό Σταυρό για πρόγραμμα πρώτων βοηθειών και τηλεσυναγερμού με την τροχαία για προγράμματα κυκλοφοριακής αγωγής, με σχολεία για προγράμματα σύνδεσης ηλικιών.

Τέλος, εφαρμόζεται Κοινωνική έρευνα όπου γίνεται έρευνα με επισκέψεις κατ' οίκον οι οποίες έγκειται στις ανάγκες των μελών που αφορά την οικογενειακή βοήθεια, οικονομική ενίσχυση, λουτρά και κατασκηνώσεις. Επιλέγει περιπτώσεις και καταρτίζει πρόγραμμα εργασίας για την οικογενειακή βοήθ. (www.kapi.gr)

Η δημιουργία των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα στην αντιμετώπιση των βασικών αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας. (Β. Κυριακάκης, 1991, σελ. 279)

3α) Το Διοικητικό Συμβούλιο- Διοίκηση των ΚΑΠΗ

Τα ΚΑΠΗ διοικούνται από 9μελές Διοικητικό Συμβούλιο τα μέλη του οποίου μαζί με τους αναπληρωτές τους ορίζονται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 240 του Ν.

3463/2006 όπως εκάστοτε ισχύει. Τα Διοικητικά Συμβούλια αποτελούνται από:

1. Τέσσερις τουλάχιστον αιρετούς εκπροσώπους του Δήμου, εκ των οποίων δύο ορίζονται από την μειοψηφία του Δ.Σ. Σε περίπτωση που η μειοψηφία δεν ορίσει συμβούλους ή εκείνοι που έχουν οριστεί παραιτηθούν χωρίς να αντικατασταθούν, μετέχουν σύμβουλοι της πλειοψηφίας.
2. Ένα αιρετό μέλος του ΚΑΠΗ που εκλέγεται από τα μέλη του ΚΑΠΗ.
3. Έναν εκπρόσωπο των εργαζομένων Ν.Π.Δ.Δ. αν αυτό απασχολεί περισσότερους από δέκα εργαζομένους.
4. Το Δ.Σ. συμπληρώνεται μέχρι του αριθμού των 9 μελών από δημότες ή κατοίκους που είναι χρήστες των υπηρεσιών του νομικού προσώπου ή που έχουν ανάλογη επαγγελματική ή κοινωνική δράση ή ειδικές γνώσεις σχετιζόμενες με τον σκοπό του Ν.Π.Δ.Δ. (www.kapi.gr)

3β) Τα άρθρα και οι διατάξεις που διέπουν τα ΚΑΠΗ

Άρθρο 1

Με την υπ' αριθμόν 1) Γ3/2907/5-10-1982 ΦΕΚ 1028/τεύχος Β/16-12-1982 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας εγκρίθηκε η εφαρμογή προγράμματος Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων και με την υπ' αριθμόν 2) 13281/1983 με κοινή απόφαση υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εσωτερικών συστήνεται Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου(Ν.Π.Δ.Δ.) με την επωνυμία Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων και υπο την εποπτεία του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 2

Σκοπός του ΚΑΠΗ 1) είναι η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων 2) η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων, 3) η έρευνα σχετικών θεμάτων με τους ηλικιωμένους.

Άρθρο 3

Μέλη των ΚΑΠΗ εγγράφονται άτομα από 60 ετών και άνω άνδρες και γυναίκες που κατοικούν στην περιοχή που λειτουργεί το κέντρο, χωρίς διάκριση οικονομικών δυνατοτήτων. Ο αριθμός των μελών κάθε κέντρου δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από 300 μέλη και μικρότερος από 50.

Άρθρο 4

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στα προστατευόμενα από τα ΚΑΠΗ άτομα είναι οι εξής:

1. Κοινωνική εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον τους
2. Φυσικοθεραπεία
3. Εργοθεραπεία
4. Βοήθεια στο σπίτι για τα άτομα που ζουν μόνα τους ή γι' αυτά που έχουν ιδιαίτερες ανάγκες εξυπηρέτησεως μέσα και έξω από το σπίτι
5. Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη.
6. Οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση

7. Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα και βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη.

Άρθρο 5

Το ΚΑΠΗ διοικείται από Συμβούλιο που έχει 7 μέλη με ισάριθμα αναπληρωματικά που το απαρτίζουν.

1. Ο κάθε φορά Δήμαρχος ή Αντιδήμαρχος ορίζει τον πρόεδρο του Συμβουλίου.
2. Ένας Δημοτικός Σύμβουλος, που ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ.
3. Ένα αιρετό μέλος του ΚΑΠΗ που εκλέγεται ανάμεσα στα μέλη του από αυτά.
4. Ένας κοινωνικός λειτουργός που ορίζεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
5. Ένας δημότης που προτείνει ο Δήμαρχος και ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ.
6. Ένας αιρετός εκπρόσωπος των εργαζομένων στο ΚΑΠΗ.
7. Ένας εκπρόσωπος των τοπικών συλλόγων των συνταξιούχων.

Από τα μέλη του Δ.Σ., εκλέγονται στην αρχή κάθε δημοτικής περιόδου, ο αντιπρόεδρος και ο γραμματέας αυτού.

Το Δ.Σ. φροντίζει, για την επιτυχία του σκοπού του ΚΑΠΗ, διαχειρίζεται την περιουσία του και γενικά τα συμφέροντα του και διοικεί, εποπτεύει και ελέγχει όλη τη λειτουργία του.

Το Δ.Σ. με απόφαση του μπορεί να αναθέτει σε μέλη του τη φροντίδα και επιμέλεια ορισμένων τομέων της δραστηριότητας του. Μπορεί επίσης να συγκροτεί επιτροπές, στις οποίες θα μετέχουν και ιδιώτες εθελοντές που δεν είναι μέλη του, με σκοπό να φροντίζουν και να επιμελούνται συγκεκριμένους τομείς της δραστηριότητας του.

Άρθρο 6

1. Η θητεία και εκλογή του Δ.Σ. ακολουθεί τη Δημοτική περίοδο.
2. Μέσα σε 15 ημέρες από την εγκατάσταση της δημοτικής αρχής, το Δ.Σ. συνεδριάζει και εκλέγει με μυστική ψηφοφορία και απόλυτη πλειοψηφία του συνολικού αριθμού των μελών του, ένα δημοτικό σύμβουλο και έναν δημότη που τον προτείνει ο Δήμαρχος. Κατά τη εκλογή εφαρμόζονται ανάλογα κατά περίπτωση και οι διατάξεις του Άρθρου 97 του υπ' αριθμ. 1065/80 «περί κυρώσεως του δημοτικού και κοινοτικού κώδικα» και όπως θα ισχύουν αυτές κάθε φορά.
3. Στο ίδιο αυτό χρονικό διάστημα τα μέλη του κέντρου εκλέγουν ανάμεσα από αυτά με απλή πλειοψηφία ένα για να είναι το αιρετό μέλος του Δ.Σ.(Οργανισμός λειτουργίας διοικήσεως και διαχειρίσεως των ΚΑΠΗ)

3γ) Το πλαίσιο δράσης των ΚΑΠΗ

Ø Διασυνδέσεις- συνεργασίες

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ ξεκίνησε με δυναμισμό και στέρεες βάσεις και αποτελεί την αρχή μιας νέας πολιτικής. Ο δυναμισμός του δεν του επιτρέπει στατικότητα, αλλά τον οδηγεί σε διασυνδέσεις και συνεργασίες με άλλους φορείς, που ο καθένας στον κύκλο της αρμοδιότητας του συμπληρώνει με παροχές και υπηρεσίες. Για παράδειγμα:

- οι Νομαρχιακές Επιτροπές Λαϊκή Επιμόρφωσης του Υπουργείου Παιδείας(Ν.Ε.Λ.Ε.) συνεργάζονται με τα ΚΑΠΗ στέλνοντας τα εξειδικευμένα στελέχη τους για μαθήματα επεξεργασίας χαλκού, δέρματος κ.α , αλλά και ανάπτυξη θεμάτων σχετικά με θέματα ψυχαγωγικά, καλλιτεχνικά, μορφωτικά, διατροφής κ.α.

- Ο Ελληνικός Οργανισμός Τουρισμού(ΕΟΤ) στην ανάπτυξη του προγράμματος «Κοινωνικός Τουρισμός» συμπεριέλαβε και τα μέλη των ΚΑΠΗ. Πρόκειται για επιδοτούμενο τουρισμό που απευθύνεται στις τάξεις περιορισμένου εισοδήματος του εσωτερικού τουρισμού.
- ακόμη για τη σμίκρυνση του χάσματος των γενεών και την πλήρη αρμονική συμμετοχή των ηλικιωμένων στην ευρύτερη κοινωνική ζωή, έχουν διασυνδεθεί με σχολεία και με πολιτιστικούς συλλόγους καθώς και άλλους φορείς της κοινότητας.

Ø Ιατροκοινωνική έρευνα

Με την επιστημονική εποπτεία Πανεπιστημιακών Κέντρων Έρευνας, το προσωπικό των ΚΑΠΗ, έχει συμβάλλει στην προαγωγή της ιατροκοινωνικής έρευνας για θέματα των ηλικιωμένων λόγω των εξειδικευμένων γνώσεων που διαθέτουν και τις σχέσεις εμπιστοσύνης που έχει δημιουργηθεί μεταξύ προσωπικού, για πχ έχουν γίνει έρευνες για τον θεσμό ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων στην Ελλάδα(Ε.Κ.Κ.Ε.) και την αξιολόγηση του έργου των ΚΑΠΗ(Ε.Κ.Ε.Κ.Ε.), τον ηλικιωμένο και την οστεοπόρωση(Πανεπ. Αθηνών), τον ηλικιωμένο και το χώρο(Πολυτεχν. Αθηνών), την ψυχική υγεία και τον ηλικιωμένο(Αιγινήτιου Νοσοκ.), τις συνθήκες υγείας των ηλικιωμένων σε αγροτικές περιοχές της χώρας(Π.Ο.Υ.), την καταγραφή των δημογραφικών, οικονομικών, ιατρικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων, τα ΚΑΠΗ σαν θεσμό σύνδεσης των ηλικιωμένων στην κοινότητα(Παντείου), τη βία στον ηλικιωμένο(Πανεπ. Αθηνών), τη διατροφή ηλικιωμένων(Υγειον. Σχολή Αθηνών), τη χρήση δημοσίων και ιδιωτικών χώρων από άτομα μειωμένης κινητικότητας(Πολυτεχν. Αθηνών), για τους χρόνιους πάσχοντες(Ε.Κ.Κ.Ε.), για το κάταγμα του άνω άκρου του μηριαίου

οστού(Πανεπ. Αθηνών), της ανάγκης χρόνιων πασχόντων ατόμων και ηλικιωμένων για πρόληψη και θεραπεία όσον αφορά νόσους και παθολογίες που ενδείκνυται η ιατρική οξυγονοθεραπεία(Πανεπ. Κρήτης).

Ø Εθελοντική αιμοδοσία

Τα μέλη των ΚΑΠΗ προσφέρουν σπουδαίο έργο στην στρατολόγηση εθελοντών αιμοδοτών, όπως τα παιδιά τους, φίλους, γείτονες. Έχει κυκλοφορήσει ειδικό έντυπο που ενημερώνει σχετικά με τον τρόπο ευαισθητοποίησης των μελών. Το πρόγραμμα έχει αποδώσει πολύ θετικά αποτελέσματα γιατί η χώρα μας δεν έχει Εθνική Επάρκεια Αίματος. Έτσι τα μέλη των ΚΑΠΗ δεν προσφέρουν μεν το αίμα τους, συμμετέχουν όμως ενεργά στην αιμοδοτική προσπάθεια.

Ø Ευαισθητοποίηση της γειτονιάς

Ο κύκλος επιτυχίας ενός ΚΑΠΗ κλείνει με την ευαισθητοποίηση της γειτονιάς, όπου τα νεότερα μέλη της αποδέχονται τα παλαιότερα και εκδηλώνουν την επιθυμία για προσφορά υπηρεσιών στο ΚΑΠΗ, στο σπίτι τους ή στις ποικίλες δραστηριοποιήσεις τους. Η κινητοποίηση της γειτονιάς μπορεί να γίνει από κάθε ηλικία, περιλαμβανομένων ακόμη και των παιδιών του δημοτικού σχολείου σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς. Ανάλογα με το πόσο ευαισθητοποιημένη είναι η γειτονιά κρίνεται και ο βαθμός αλληλεγγύης των γενεών από την οποία πηγάζει και η πραγματική ένταξη των ηλικιωμένων. (www.kapi.gr)

3δ) Η σημαντικότητα των ΚΑΠΗ

Καταλήγοντας, τα ΚΑΠΗ, όπου λειτούργησαν με πλήρη στελέχωση προσωπικού και στήριξη από τις αρχές της Τοπικής Αυτοδιοίκησης,

πέτυχαν σαν θεσμός, διότι εδραιώθηκαν στην συνείδηση των μελών τους, αλλά και της περιοχής τους με τη χρησιμότητα και τον δυναμισμό τους.

Αναμφίβολα πληρούν τις προδιαγραφές των Διεθνών Οργανισμών για να ανταποκριθούν στις σύγχρονες ανάγκες μιας πολιτικής για την Τρίτη ηλικία, όσον αφορά την Υγειονομική ΠΡΟΛΗΨΗ, όπως αυτή νοείται σήμερα διευρυμένη με τις κοινωνικές παρεμβάσεις και αυτό γιατί αποτελούν ιατροκοινωνικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο. Έχουν δηλαδή πραγματοποιήσει τη ζεύξη των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας κάτω από τη στέγη μιας και μόνης υπηρεσίας. Έχουν περάσει την εκπροσώπηση των ηλικιωμένων στη διοίκηση τους και δίνει κύρος στα μέλη το ότι κάθονται στο ίδιο τραπέζι με τον Δήμαρχο για να συζητήσουν.

Ακόμη από τον οργανισμό τους έχουν διεπιστημονική στελεχιακή δομή(κοινωνικός λειτουργός, επισκέπτης υγείας ή νοσηλεύτης, φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, ιατρός) και έχουν τη δυνατότητα να λειτουργούν σαν επιστημονική ομάδα. Έχουν συντελέσει στην ανάπτυξη της έρευνας για ιατροκινητικά και περιβαλλοντικά θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους παρέχοντας πληροφόρηση για τον μετασχηματισμό του τρόπου και συνθηκών ζωής των ηλικιωμένων. Τέλος, στοχεύουν στην αλλαγή συμπεριφοράς των ηλικιωμένων και τους βοηθούν στη συνειδητοποίηση του πλούσιου δυναμικού τους μέσα από τις υπηρεσίες που προσφέρουν.

Συνοψίζοντας, στη χώρα μας τα ΚΑΠΗ αποτελούν τις μοναδικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για τους ηλικιωμένους και σήμερα, αν τα ΚΑΠΗ κατάφεραν να επιβιώσουν αυτό οφείλεται στον ζήλο αυτών που πίστεψαν σε αυτόν τον θεσμό, είτε αυτοί είναι εκπρόσωποι της τοπικής αυτοδιοίκησης, είτε το προσωπικό των ΚΑΠΗ, είτε τα ίδια τα μέλη των ΚΑΠΗ. Όμως οι θεσμοί δεν επιβιώνουν χωρίς τη

στήριξη της πολιτείας γι' αυτό είναι συμφέρον της ίδιας της πολιτείας αυτή η στήριξη, διότι τα ΚΑΠΗ αποτελούν ένα πετυχημένο σχήμα, δοκιμασμένο ήδη μια 15ετία που δεν έχει καμία ανάγκη πειραματισμών και αλλαγών.

Η απήχηση που είχε ο θεσμός και εκτός Ελλάδας είναι μεγάλη. Στα ξένα δημοσιεύματα φαίνεται ότι κάθε φορά που οι Ευρωπαίοι επισκέφθηκαν τα ΚΑΠΗ εντυπωσιάστηκαν από τη ζεύξη των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας. Στις χώρες τους υπάρχει πληθώρα υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους, διάσπαρτες όμως, αλλού οι υπηρεσίες Υγείας και αλλού οι κοινωνικές υπηρεσίες.

Όταν τα ΚΑΠΗ επισκέφθηκαν άλλες Ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γαλλία, η Σουηδία, η Γερμανία, η Ουγγαρία κ.α. διακρίθηκαν, γιατί εντυπωσίασαν με τον δυναμισμό τους. Είναι καιρός και εδώ στη χώρα μας, να δούμε ότι κάτι καλό συμβαίνει στα ΚΑΠΗ.

ΚΑΠΗ σε κάθε γειτονιά αυτοδιοικούμενα, αυτοχρηματιζόμενα(μέσα από τα ταμεία των μελών, τις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ, την κοινότητα τους) και αυτοδιαχειριζόμενα, θα λέγαμε ότι είναι ένα ιδανικό σχήμα. Η τρίτη ηλικία είναι ομάδα έξω από την παραγωγή και σε γενικές γραμμές με περιορισμένα οικονομικά. Είναι όμως μια ομάδα με καλυμμένο το οικονομικό κατώτατο όριο με συνταξιοδότηση και με βασική υγειονομική κάλυψη. Είναι επίσης μία ομάδα που έχει ανάγκες υπηρεσιών υψηλού κόστους στις πολύ μεγάλες ηλικίες.

Τις ανάγκες αυτές έχουν τη δυνατότητα να τις καλύψουν σαν ομάδα γιατί έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν ο ένας στον άλλον την συντροφιά, τη φροντίδα στην αρρώστια και την ανταλλαγή υπηρεσιών χωρίς οικονομική επιβάρυνση. Με αυτό το δυναμικό, τα ΚΑΠΗ έχουν τη δυνατότητα να μην περιοριστούν μόνο σε παροχή υπηρεσιών αλλά να αποτελέσουν την πηγή, τη βάση ενός κοινωνικού κινήματός

αλληλοβοήθειας, που θα μπορεί να επεκταθεί και σε άλλες ομάδες της γειτονιάς, νεότερες, να δημιουργήσει μια παράδοση συμπαράστασης και κοινοτικής συνείδησης που θα θέσει τις βάσεις της ασφάλειας και της ταύτισης με τη γειτονιά και την κοινότητα για κάθε άτομο που κατοικεί εκεί. (Α. Αμηνά, Ε. Γεωργιάδη, Α. Τεπέρογλου, 1986)

3.1.4 Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι»

Το 1997 το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών, την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., τους Δήμους και τα ΚΑΠΗ αξιολογώντας τις απαιτήσεις της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας για μια πιο ολοκληρωμένη φροντίδα των ηλικιωμένων ξεκίνησε την εφαρμογή του εθνικού πιλοτικού προγράμματος με την ονομασία «Βοήθεια Στο Σπίτι». Η πορεία του κρίθηκε επιτυχημένη και έτσι το 2000 δημιουργήθηκαν οι πρώτες Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας συγχρηματοδοτούμενες από το Β' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης και το Υπουργείο Εργασίας. Το 2002 ξεκινάει η υλοποίηση των προγραμμάτων «Βοήθεια Στο Σπίτι» που συγχρηματοδοτούνται από το Γ' Κ.Π.Σ. και Εθνικούς Πόρους. Στόχος του προγράμματος είναι να λειτουργήσει και στους 900 Δήμους της χώρας. (www.anka.gr)

Το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» είναι ένα πρόγραμμα παροχής φροντίδας σε ηλικιωμένα άτομα, άτομα που δεν αυτοεξυπηρετούνται, μοναχικά άτομα, άτομα χωρίς επαρκείς οικονομικούς πόρους και άλλες ευπαθείς ομάδες, όπως άτομα με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.), για το οποίο γίνεται προσπάθεια ανάπτυξης τα τελευταία χρόνια. Την λειτουργία του προγράμματος αρχικά είχαν αναλάβει ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί φορείς πρόνοιας και η Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Ο Ερυθρός Σταυρός αποτελεί έναν από του βασικούς φορείς που οργάνωσαν προγράμματα «Βοήθειας Στο Σπίτι» σε πολλές περιοχές της Αθήνας και το πρόγραμμα του έχει αξιολογηθεί και εγκριθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.). Σήμερα τα προγράμματα αυτά λειτουργούν έχοντας την επιχορήγηση του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» έχει σαν βασικό σκοπό την παραμονή του ηλικιωμένου ατόμου στην κοινότητα και άμεση υποστήριξη του περιβάλλοντος του. Επίσης, σαν σκοπό τους έχουν την παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας σε ηλικιωμένα και σε άτομα με αναπηρίες στο οικείο, φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Έτσι προασπίζοντας τα ατομικά και κοινωνικά τους δικαιώματα εξασφαλίζεται η όσο το δυνατόν βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και η διαβίωση τους με αξιοπρέπεια και υγεία. Ακόμη, σκοπός του προγράμματος είναι η διασφάλιση και διατήρηση μιας καλής ποιότητας ζωής για τα ηλικιωμένα άτομα και η προσπάθεια βελτίωσης της στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον που έχουν τα ίδια επιλέξει να ζουν. Μέσω της εθελοντικής εργασίας στοχεύει στη συμμετοχή του κοινού στις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος.

Με την κατάλληλη ενημέρωση το κοινό ευαισθητοποιείται και καλείται να προσφέρει εθελοντικά τις υπηρεσίες του σε άτομα που έχουν ανάγκη. Με τη «Βοήθεια Στο Σπίτι» παρέχονται κατ' οίκον υπηρεσίες. Το σύστημα αυτό βοηθά μείωση του κόστους νοσηλείας και άμεση παρέμβαση στο άτομο.

Κάποιες από τις βασικές παρεχόμενες υπηρεσίες είναι η κοινωνική εργασία με άτομα, οικογένεια, ομάδα και κοινότητα, ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματα των ατόμων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα καθώς και νοσηλευτικές υπηρεσίες. (Α. Κανδυλάκη, Γ. Ζαϊμάκης, 2005)

Αναλυτικότερα, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» που σχεδιάστηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και υλοποιείται σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. είναι πλέον η νέα μορφή προστασίας των ηλικιωμένων που με την πλήρη εφαρμογή του θα καλύψει τις ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Στόχος του προγράμματος είναι ο ηλικιωμένος να συμμετέχει ενεργά, να αξιοποιεί τις δυνατότητες του, να ζει στο περιβάλλον του και να μη βιώνει τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Επιδίωξη της πολιτείας είναι να έρθει κοντά στους ηλικιωμένους, στο δικό τους περιβάλλον και να τους προσφέρει, μέσω εξειδικευμένων επιστημόνων και οικογενειακών βοηθών, τη φροντίδα και συμπαράσταση που τόσο έχουν ανάγκη, καθώς επίσης να αποφύγει τη χρήση Ιδρυματικών υπηρεσιών που επιδρούν αρνητικά στη σωματική και ψυχική υγεία τους. Προτεραιότητα δίνεται στους μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους, σε αυτούς που διαβιούν μόνοι τους και το εισόδημα τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης.

Η εφαρμογή του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» έχει σαν συστηματική και ουσιαστική φροντίδα που συνίσταται κυρίως σε πλήρη καταγραφή και μελέτη των αναγκών των ηλικιωμένων στο σπίτι και στην παροχή οργανωμένης φροντίδας στους ηλικιωμένους από ειδικούς επιστήμονες, στελέχη και εθελοντές(κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, οικογενειακούς βοηθούς) που περιλαμβάνει η οικιακή βοήθεια, σωματική περιποίηση, μεταφορά, απλή συντροφιά και ψυχολογική υποστήριξη.

Η ενεργοποίηση της πολιτείας δεν είναι αρκετή για να αντιμετωπίσει κάθε πρόβλημα. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι αναγκαία η συμμετοχή των πολιτών μέσω ατομικής ή ομαδικής δραστηριοποίησης τους. Υπάρχουν

ηλικιωμένοι που έχουν ανάγκη από βοήθεια, από συντροφιά, από χαμόγελο. Οι εθελοντικές πρωτοβουλίες και η ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας αποτελούν πολύτιμα όπλα στη μάχη μας για πιο ανθρώπινη διαβίωση σε μια κοινωνία αλληλεγγύης. (Καραντινός Δ., Ιωάννου Χ., Καβουνίδης Ι., 1992)

Η συμβατότητα του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι» με τους στόχους του εξασφαλίζεται από το ότι διευκολύνεται η προώθηση των γυναικών στην αγορά εργασίας λόγω απεμπλοκής τους από τις οικογενειακές υποχρεώσεις, δημιουργούνται νέες θέσεις απασχόλησης, εξασφαλίζεται η συνοχή στον κοινωνικό βίο. Κατ' αυτό τον τρόπο εξυπηρετείται α) η προώθηση της πολιτικής των ίσων ευκαιριών απασχόλησης και β) η άσκησης κοινωνικής πολιτικής.

Βέβαια, το κρίσιμο σημείο που θα πρέπει να προσέξουμε είναι ότι: ο θεσμός πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» εμπεριέχει μια σειρά παραμέτρων της σημερινής κοινωνικής πραγματικότητας, που αποτελούν θέματα προς παρέμβαση και αυτές είναι:

- Η ανεργία μεταξύ κατηγοριών πληθυσμού, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί – νοσηλευτές - ανειδίκευτοι.
- Η δυσκολία προώθησης στην αγορά εργασίας.
- Η ανισότητα των ευκαιριών στην απασχόληση.
- Η διαταράξεις που δημιουργούνται στον οικογενειακό ιστό από έλλειμμα στον οικογενειακό προϋπολογισμό, αλλά και από υποχρεώσεις οι οποίες αποτελούν ανασχετικό παράγοντα για ενίσχυση του οικογενειακού εισοδήματος.
- Η ύπαρξη ανισοτήτων για κοινωνικές μανάδες, οι οποίες περιθωριοποιούνται και απομονώνονται λόγω έλλειψης ή ανεπάρκειας στοιχειωδών ανθρώπινων εξυπηρετήσεων.

Όμως η πραγμάτωση του θεσμού αυτού συμβάλλει ουσιαστικά στην άρση αυτών των ανισοτήτων διότι δημιουργεί θέσεις εργασίας, κυρίως για γυναίκες, εξασφαλίζει εξυπηρετήσεις για άτομα που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και αίρει το συναίσθημα ανασφάλειας και εγκατάλειψης και συμβάλει κατά διττό τρόπο στην συνοχή των οικογενειών.

Να σημειωθεί εδώ ότι οι Δήμοι ζητούν χρηματοδότηση από το Υπουργείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την ενίσχυση του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι» έτσι ώστε να εξυπηρετηθεί μεγαλύτερος αριθμός ηλικιωμένων και ανήμπορων ατόμων και κατ' επέκταση θα δοθεί η δυνατότητα στα μέλη των οικογενειών τους(κυρίως δε στις γυναίκες) που είναι επιφορτισμένα με τη φροντίδα τους, να απεμπλακούν και να διευκολυνθούν στην ένταξη ή επανένταξη τους στην αγορά εργασίας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω τα αναμενόμενα αποτελέσματα είναι:

- η απεμπλοκή του γυναικείου εργατικού δυναμικού από αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις.
- Η δημιουργία ευνοϊκών προϋποθέσεων για τον συνδυασμό οικογενειακού και επαγγελματικού βίου των γυναικών καθώς και την επαγγελματική ανέλιξη των γυναικών.
- Η δημιουργία ευνοϊκών προϋποθέσεων για αναζήτηση εργασίας των ανέργων, κυρίως γυναικών.
- Η δημιουργία θέσεων απασχόλησης στη δομή(κυρίως γυναίκες) και η ποιοτική αναβάθμιση των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων και ανήμπορων ατόμων στην κάθε περιοχή.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω αποτελέσματα η άμεσα ωφελούμενοι του προγράμματος είναι:

- άνεργοι, κυρίως γυναίκες, που διαθέτουν επαγγελματικά προσόντα για απασχόληση στη μονάδα.
- Γυναίκες που επιθυμούν να ενταχθούν ή να επανενταχθούν στην αγορά εργασίας με αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις(φροντίδα ηλικιωμένων και ανήμπορων ατόμων).
- Γυναίκες εργαζόμενες που επιθυμούν την ανέλιξη τους.
(Λαμπροπούλου Κ., 1999)

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

Με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, ένας σημαντικός αριθμός ατόμων της 3^{ης} και 4^{ης} ηλικίας αντιμετωπίζει προβλήματα που, μερικές φορές, τα καθιστούν αδύναμα να αυτοεξυπηρετηθούν. Αρκετές φορές το οικογενειακό περιβάλλον αναγκάζεται να αναζητήσει λύσεις κλειστής φροντίδας ή σε άλλες περιπτώσεις την πρόσληψη προσωπικού, προκειμένου να αναλάβει την φροντίδα του ηλικιωμένου στο σπίτι. Ακόμη και στις περιπτώσεις που υπάρχει στην οικογένεια μέλος που δεν εργάζεται, η καθημερινή φροντίδα ενός ηλικιωμένου με αναπηρία ή χρόνιο νόσημα δημιουργεί σωματική και ψυχική κόπωση.

Παρ' όλο που οι οικογένειες συνεχίζουν να φροντίζουν τους ηλικιωμένους, νέοι σοβαροί παράμετροι δυσχεραίνουν αυτό το έργο. Έτσι η ιδρυματική περίθαλψη έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Φυσικά, δεν είναι η πλέον κατάλληλη επιλογή, αλλά και δεν καλύπτει την γενική αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που χρειάζονται βοήθεια. Είναι αποδεδειγμένο ότι το βιολογικό, συναισθηματικό και οικονομικό κόστος του φροντιστή είναι τεράστιο. Ακόμη και πολλά ψυχολογικά προβλήματα έχουν τη ρίζα τους στη μακρόχρονη

φροντίδα ενός ηλικιωμένου συγγενή. Έτσι, η κατά διαστήματα υποστήριξη- ανακούφιση του φροντιστή, αποτελεί μοναδικό φάρμακο.

5α) Σκοπός των Κ.Η.Φ.Η.

Το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων(Κ.Η.Φ.Η.) είναι μικρές μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων και απευθύνεται σε ηλικιωμένους της περιοχής της Πρόνοιας, μη δυνάμενων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα, (κινητικές δυσκολίες, άνοια χωρίς διεγέρσεις κτλ) των οποίων το περιβάλλον που τους φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά ή οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει. Το Κ.Η.Φ.Η. αποσκοπεί στο να αναπληρώσει αυτό το κενό με την παροχή οργανωμένης κοινωνικής φροντίδας, από εξειδικευμένο προσωπικό σε χώρους κατάλληλα διαμορφωμένους.

Η λειτουργία του Κ.Η.Φ.Η. αποσκοπεί στην παραμονή ατόμων 3^{ης} και 4^{ης} ηλικίας στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με ηλικιωμένο μέλος, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας.

Η λειτουργία του Κ.Η.Φ.Η. διέπεται από ειδικές αρχές, που αναφέρονται στους ηλικιωμένους. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διασφάλιση των παρακάτω δικαιωμάτων:

- Να διαβιούν οι ηλικιωμένοι σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.
- Να υποστηρίζονται ώστε να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και την αυτάρκεια τους.
- Να απολαμβάνουν υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, που τους εξασφαλίζουν υγεία και ποιοτική διαβίωση.

5β) Η σκέψη και ο στόχος της δημιουργίας των Κ.Η.Φ.Η.

Στόχος της ενέργειας είναι η δημιουργία υπηρεσιών, μέσω των οποίων προωθείται η απασχόληση ή η επανένταξη ανέργων στην αγορά εργασίας και ιδιαίτερα των γυναικών, λόγω της υψηλής μετοχής αυτών σε ειδικότητες που απαιτούν οι δημιουργημένες υπηρεσίες(κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, επισκεπτριών υγείας, νοσηλευτριών και βοηθητικού προσωπικού). Επίσης με τη δημιουργία των Κ.Η.Φ.Η. επιδιώκεται η διευκόλυνση της πρόσβασης των γυναικών που είναι επιφορτισμένες με τη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων στην αγορά εργασίας, συμβάλλοντας στην επίτευξη της εναρμόνισης του επαγγελματικού και οικογενειακού βίου. Οι ενέργειες αυτές αποτελούν επέκταση μιας εθνικής πολιτικής που υλοποιήθηκε κατά το Β' ΚΠΣ και συνεχίζεται να υλοποιείται και στο Γ' ΚΠΣ μέσω του Ε.Π. «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση» (απόφαση έγκρισης από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ε(2001) 38/9-3-01) άρθρο 2 του ΦΕΚ 6603.

5γ) Νομοθεσία – διατάξεις

Τα Κ.Η.Φ.Η. δημιουργούνται σε αστικές και ημιαστικές περιοχές και συνεργάζονται με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες καθώς και με μονάδες υγείας.

Δικαιούχοι Φορείς για τη σύσταση και λειτουργία του Κ.Η.Φ.Η. είναι οι φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, όπως ορίζονται στη ΚΥΑ 110941 ΦΕΚ 518/26-4-06 των Υπουργείων Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης –Οικονομίας και Οικονομικών- Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας – Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπως αυτές τροποποιήθηκαν και ισχύουν καθώς και οι διαδημοτικές επιχειρήσεις και οι αστικές εταιρίες, που έχουν συσταθεί από τους ΟΤΑ και οι οποίες έχουν σαν σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη, ή την πρόνοια ή συναφή προς τα ανωτέρω σκοπό, κατά το οικείο καταστατικό.

Για τη λειτουργία του Κ.Η.Φ.Η. είναι απαραίτητη η έκδοση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας από την οικεία Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση καθώς και η τήρηση κάποιων συγκεκριμένων προδιαγραφών όπως: αίθουσα υποδοχής- αναψυχής- συγκέντρωσης, χώροι υποστήριξης, χώροι ανάπαυσης, παρασκευαστήριο προγεύματος-γεύματος, ειδικός χώρος εξυπηρέτησης και αποθήκευσης.

Η νομοθεσία που διέπει τη σύσταση των Κ.Η.Φ.Η. καθώς και οι διατάξεις σύμφωνα με τις οποίες λειτουργούν είναι οι εξής:

1α) του Ν.Δ./τος 162/73 «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων» (ΦΕΚ 227/Α.73).

β) των παρ. 2 και 4 του άρθρου 1 του Ν. 2345/95 «Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις». (ΦΕΚ 213/Α. /95).

γ) του Ν. 2218/94 «Ίδρυση Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις». (ΦΕΚ 90/Α. /94).

δ) του Ν. 2240/94 «Συμπλήρωση διατάξεων για τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις». (ΦΕΚ 153/Α. /94).

ε) του άρθρου 29Α του Ν. 1558/85 (ΦΕΚ 137/Α) όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/92 (ΦΕΚ 154/Α/92) με το οποίο καθορίζεται έλεγχος των δαπανών που προκαλούν οι κανονιστικές διοικητικές πράξεις και όπως αυτό αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 παρ. 2 του Ν. 2469/97 (ΦΕΚ 38/Α/96).

2) το Π.Δ./μα 95/2000 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (ΦΕΚ 76/Α/2000), όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε μεταγενέστερα (Π.Δ./μα 299/2000 ΦΕΚ 240/Α 2000).

3) την αριθμ. 2850/2000 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας « Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Χριστίνα Σπυράκη και Δημήτριο Θάνο» (ΦΕΚ 565/Β/2000).

4) από τις διατάξεις αυτής της απόφασης δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού.

5δ) Υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Η.Φ.Η.

Το Κ.Η.Φ.Η. παρέχει υπηρεσίες ημερήσιας φιλοξενίας, στις οποίες περιλαμβάνονται:

- νοσηλευτική φροντίδα
- φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- ατομική υγιεινή
- προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης

- στο μέτρο του δυνατού, προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων

Το Κ.Η.Φ.Η. διασυνδέεται σε λειτουργικό επίπεδο με τα ΚΑΠΗ του εκάστοτε Δήμου, αξιοποιώντας την εμπειρία των στελεχών στην καταγραφή και αξιολόγηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων της περιοχής, αλλά και προσφορά εργασίας στελεχών του ΚΑΠΗ οι ειδικότητες των οποίων δεν περιλαμβάνονται στον βασικό κορμό στελεχών του Κ.Η.Φ.Η.

Οι κατηγορίες προσωπικού που απασχολούνται σε αυτές τις δομές είναι: επιστημονικό προσωπικό, εξειδικευμένο προσωπικό, βοηθητικό προσωπικό. Στο κέντρο μπορεί να απασχολείται και προσωπικό άλλων ειδικοτήτων, ανάλογα με τις ανάγκες των φιλοξενούμενων(κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές κτλ). Στην περίπτωση αυτή εμπλουτίζονται οι δραστηριότητες του Κέντρου με αντίστοιχα προγράμματα(πχ. Κοινωνική εργασία, εργοθεραπεία).

Με απόφαση του Δ.Σ. του κάθε Δήμου, ορίζεται για το Κ.Η.Φ.Η., υπεύθυνος. Το έργο της δομής απευθύνεται σε άτομα 3^{ης} ηλικίας και αφορά την παροχή υπηρεσιών α) νοσηλευτικής φροντίδας από νοσηλεύτη, β) ατομικής υποστήριξης από δύο επιμελητές Πρόνοιας ή κοινωνικούς φροντιστές και γ) εργασίες καθαριότητας και βοηθητικές εργασίες από βοηθητικό προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα:

Α. Έργο υπευθύνου νοσηλευτή

Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή στα Κ.Η.Φ.Η. αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, όπως εκείνοι την αντιλαμβάνονται, εφόσον είναι σε θέση, και στην ικανοποίηση βασικών αναγκών τους. Η παροχή φροντίδας πρέπει να είναι σωματική, ψυχική, νοητική, συναισθηματική και, όταν κρίνεται αναγκαίο, και πνευματική, με τη συμβολή ειδικού λειτουργού.

Β. Έργο κοινωνικών φροντιστών- επιμελητών Πρόνοιας:

Το έργο των κοινωνικών φροντιστών- επιμελητών Πρόνοιας αφορά στην παροχή ατομικής υποστήριξης προς τους εξυπηρετούμενους βάσει των αναγκών τους. Αυτό γίνεται με την υποδοχή- συμπλήρωση αίτησης υποψηφίου, την ατομική υγιεινή, καθαριότητα, την υποστήριξη στην λήψη φαρμάκων και την υποστήριξη σε μεταφορά- μετακίνηση- συνοδεία.

Γ. Έργο βοηθητικού προσωπικού

Το έργο του βοηθητικού προσωπικού αφορά στην εξέλιξη εργασιών καθαριότητας και βοηθητικών εργασιών. Δηλαδή, πραγματοποιούνται εργασίες καθαριότητας εσωτερικών και εξωτερικών χώρων και βοηθητικές εργασίες που του ανατίθενται από τον/την υπεύθυνο/η του Κέντρου. Το βοηθητικό προσωπικό επίσης είναι υποχρεωμένο να συμβάλλει στην εύρυθμη λειτουργία του Κέντρου, να εκτελεί τα καθήκοντα που του αναθέτουν και να φροντίζει για τη διατήρηση πρόχειρου φαρμακείου.

5ε) Λειτουργία των Κ.Η.Φ.Η.

Το Κ.Η.Φ.Η. διακόπτει τη λειτουργία του κατά τις επίσημες αργίες και κατά τις αργίες λόγω εορτασμού εθνικού ή τοπικού γεγονότος. Σε κάθε Κέντρο με ευθύνη του/της υπευθύνου τηρείται βιβλίο συμβάντων, βιβλίο παρουσίας φιλοξενουμένων, βιβλίο ή κατάσταση παρουσίας προσωπικού.

Οι κτιριακές εγκαταστάσεις πρέπει να πληρούν τις τεχνικές προδιαγραφές όπως αυτές ορίζονται στην Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Π1γ/Α.Γ.Π. οικ. 14963 (ΦΕΚ 1397/τ.Β/22-10-2001) του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Για να εγγραφεί κάποιο ηλικιωμένο άτομο στα Κ.Η.Φ.Η. πρέπει να προέρχεται κατά κύριο λόγο από την περιοχή της Πρόνοιας του κάθε Δήμου, χωρίς να αποκλείεται και η περίπτωση εγγραφής ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν σε όμορη περιοχή και εφόσον υπάρχουν κενές θέσεις ή με την εγγραφή τους εξυπηρετούνται ιδιαίτερα οξυμένες κοινωνικές ανάγκες των ατόμων του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος που απασχολούνται με τη φροντίδα των ατόμων αυτών. Η επιλογή των φιλοξενουμένων γίνεται με απόφαση του Δ.Σ. της Δ.Ε.Τ.Α.Ν. μετά από εισήγηση του υπευθύνου του Κ.Η.Φ.Η.

Την άμεση διοικητική λειτουργία του Κ.Η.Φ.Η. έχει το Δ.Σ. του κάθε Δήμου. Η Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης της οικείας Περιφέρειας ασκεί έλεγχο σε όλα τα στάδια, από την προετοιμασία μέχρι την ολοκλήρωση της πράξης, όπως αναλυτικά περιγράφεται στο άρθρο 6 του Ν. 2860/2000 και στην ΚΥΑ 110941 ΦΕΚ 518/26-4-2006 των Υπουργείων Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης- Οικονομίας και Οικονομικών- Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας- Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπως ισχύει.

Το Δ.Σ. του κάθε Δήμου υποχρεούται μέσω των εξουσιοδοτημένων αρμοδίων προσώπων, να ακολουθεί τις οδηγίες της Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης της Περιφέρειας και να παρέχει κάθε στοιχείο και διευκόλυνση στην άσκηση του έργου τους. Άλλο θέμα σχετικό με τη λειτουργία του Κ.Η.Φ.Η. που δεν συμπεριλαμβάνεται και δεν έρχεται σε αντίθεση με τα ανωτέρω, ρυθμίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του κάθε Δήμου. (Οδηγός Εφαρμογής για Β.Σ.Σ. και ΚΗΦΗ από ΠΕΠ για Γ' ΚΠΣ)

3.1.6 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων(Μ.Φ.Η.)

Τα Μ.Φ.Η. παρέχουν κλειστή περίθαλψη σε αυτοεξυπηρετούμενα και μη ηλικιωμένα άτομα που στερούνται οικογενειακού περιβάλλοντος ή υπάρχει δυσκολία να ζήσουν κοντά σε αυτό. Οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων(Μ.Φ.Η.) λειτουργούν υπό την άμεση εποπτεία της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης- Διευθύνσεις και Τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ενισχύει οικονομικά τις Μ.Φ.Η. που έχουν ιδρύσει Σωματεία, Οργανισμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης και η Εκκλησία, ώστε να παρέχεται δωρεάν περίθαλψη σε άπορους ηλικιωμένους. Για τις ανάγκες περίθαλψης ατόμων ηλικιωμένων χρονίως πασχόντων, λειτουργούν Θεραπευτήρια Χρονίως Πασχόντων που παρέχουν κλειστή και ανοικτή περίθαλψη. (www.vss.gr)

3.1.7 Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας(Ε.Π.Α.Ψ.Υ.)

Η Ε.Π.Α.Ψ.Υ. ξεκίνησε τη «διαδρομή» της στο χώρο της παροχής υπηρεσιών και φροντίδας ψυχικής υγείας το 1989 με την υλοποίηση δράσεων στο πλαίσιο του προγράμματος αποασυλοποίησης του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου. Αποτελεί επιστημονικό, μη κερδοσκοπικό σωματείο. Οι δράσεις χρηματοδοτούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, από εθνικούς πόρους(Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης) και από χορηγίες και δωρεές.

Το επιστημονικό και κοινωνικό έργο της Ε.Π.Α.Ψ.Υ. αποτελεί μια σημαντική πρόταση για την υπέρβαση των προβλημάτων στον χώρο. Μέσω της αναζήτησης εναλλακτικών μεθόδων ανάπτυξης της

ανταγωνιστικότητας δημιουργείται ένας «ενδιάμεσος χώρος» μεταξύ του Δημοσίου και του Ιδιωτικού τομέα προς όφελος των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Εξάλλου, ο σύγχρονος τρόπος οργάνωσης της Εταιρίας, σε συνδυασμό με την πολυετή πείρα επιτυχημένων συνεργασιών αποτελεί εγγύηση για την προοπτική ανάπτυξης και βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών.

Στην Εταιρία ανήκουν οι εξής δομές:

- Ø Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Χαλκίδας και Διαμέρισμα Αυτόνομης Διαβίωσης
- Ø Μονάδα Προεπαγγελματικής Αποκατάστασης: Συνεργείο Γενικών Καθαρισμών « Ο Νοικοκύρης»
- Ø Οικοτροφείο Πεντέλης
- Ø Οικοτροφείο Τρικάλων
- Ø Οικοτροφείο Χαλκίδας
- Ø Οικοτροφείο Ερέτριας
- Ø Οικοτροφείο Λιβαδειάς
- Ø Οικοτροφείο Λαμίας
- Ø Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Β.Α. Κυκλάδων
- Ø Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Δ. Κυκλάδων
- Ø Κέντρο Ημέρας για Ψυχικά Ασθενείς(Μελίσσια) (www.vss.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

4.1 Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ».

Η ηλικιακή σύνθεση που χαρακτηρίζει τον πληθυσμό των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει αλλάξει άρδην τις τελευταίες δεκαετίες. Έντονο είναι το φαινόμενο της γήρανσης, το οποίο αποτελεί συνέπεια της μείωσης τόσο της γονιμότητας όσο και της θνησιμότητας. Ορισμένα κράτη έχουν προσεγγίσει το όριο της αναπαραγωγής τους (2,1 παιδιά ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας) ενώ άλλα – μεταξύ των οποίων βρίσκεται η Ελλάδα – εμφανίζουν δείκτες κάτω του ορίου αυτού. Ίσως ο μεγαλύτερος φόβος που αντιμετωπίζει ένας άνθρωπος καθώς γερνά είναι η πιθανότητα να έχει ανάγκη από καθημερινή φροντίδα, ως αποτέλεσμα κάποιας ασθένειας ή προϊούσας συνολικής αδυναμίας. Η παραδοσιακή λύση σε αυτές τις περιπτώσεις ήταν, για τη μεν βόρεια Ευρώπη η εισαγωγή σε γηροκομείο, για τις δε μεσογειακές χώρες η παροχή φροντίδας από το οικογενειακό περιβάλλον. Όμως, η κλειστή περίθαλψη είναι δαπανηρή και οι δημοσιονομικές πιέσεις στις κοινωνικές δαπάνες οδήγησαν σε προσπάθειες για τον περιορισμό της. Από την άλλη πλευρά, η λειτουργία των συγγενικών δικτύων άλλαξε τα τελευταία χρόνια: η αύξηση της απασχόλησης των γυναικών (η των προσδοκιών τους για απασχόληση) επέδρασε στη διαθεσιμότητά τους ως φορέων φροντίδας και γενικώς ο ρόλος των άτυπων δικτύων φροντίδας αμβλύθηκε. 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. Από την άλλη πλευρά, 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. Στο επίπεδο της κοινωνικής πολιτικής της Κοινότητας, σταδιακά εγκαταλείπεται το παραδοσιακό μοντέλο της κλειστής περίθαλψης και αναπτύσσονται δομές ανοικτού τύπου. (Τεπερόγλου Α., 2004/Φωτόπουλος Γεώργιος).

Στην κλειστή περίθαλψη, το κράτος με επιχορηγήσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό, συντηρούν κρατικά ή ιδιωτικά ιδρύματα τα οποία σχεδόν στο σύνολό τους βρίσκονται σε αστικές περιοχές.

Στην κλειστή περίθαλψη περιλαμβάνονται τα εξής ιδρύματα: Δημόσια ή ιδιωτικά γηροκομεία και άσυλα ανιάτων στα οποία ζεί μεγάλο ποσοστό γερόντων.

Η ανοικτή περίθαλψη σήμερα είναι πολύ περιορισμένη. Τα προγράμματα ανοιχτής προστασίας εντάσσονται στην κοινότητα και είναι:

α. Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.).

β. Τα προγράμματα «βοήθεια στο σπίτι».

γ. Προγράμματα στέγασης, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας.

Η πρόνοια για τους γέροντες, που εκφράζεται με τα μέτρα που έχουν αναφερθεί, δεν ανταποκρίνονται και δεν καλύπτουν με επάρκεια τις

ανάγκες των γερόντων. Έτσι προκύπτει η αναγκαιότητα για σχεδιασμό και λειτουργία νέων προγραμμάτων.

Μελετώντας τις άλλες μορφές προστασίας επιλέχθηκε η εναλλακτική λύση, πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι», ως η ευνοϊκότερη για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η παραμέληση της προνοιακής προστασίας για τους γέροντες και η διάθεση που εκδηλώθηκε από την Τοπική Αυτοδιοίκηση για να λειτουργήσει πρόγραμμα ανοιχτής προστασίας για την γεροντική ηλικία, αποτέλεσαν κίνητρο για την επιλογή του θέματος.(Κανδυλάκη, Ζαϊφάκη 2005).

Η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων δεν χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, επειδή η οικογένεια τους συμπαρίσταται στις καθημερινές τους ανάγκες αλλά και σε έκτακτες περιστάσεις ασθένειας, ατυχημάτων & άλλων παροδικών δυσκολιών. Υπολογίζεται ότι η επικοινωνία μεταξύ των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους είναι σε καθημερινή βάση, για μία σε κάθε τρεις οικογένειες (Μουσούρου 1985). Όταν οι ηλικιωμένοι δεν έχουν παιδιά, ή τα παιδιά τους έχουν γεράσει, ή κατοικούν μακριά από τα παιδιά τους, οι γείτονες συχνά παρέχουν ένα ελάχιστο επίπεδο υποστήριξης (ψώνια, καθαριότητα κλπ). Μια έρευνα του ευρωβαρόμετρου έδειξε ότι 65% των ηλικιωμένων στην Ελλάδα έχουν πιθανότητα καθημερινής επαφής με τις οικογένειές τους και 80,3% εβδομαδιαίας (Τριανταφύλλου και Μεσθεναίου 1993). Συγκριτικά μόνο το 14% στη Δανία και το 22% στην Αγγλία δείχνει να έχει καθημερινή επαφή (Walker 1993). Παρά τις συχνές επαφές των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους, οι δυνατότητες της οικογένειας να προσφέρει διαρκή βοήθεια αμφισβητείται από τα ίδια τα ηλικιωμένα άτομα. Οι Έλληνες ηλικιωμένοι συμφωνούν (71,5%) με τους συνομήλικούς τους σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες ότι οι οικογένειες

αρχίζουν να είναι λιγότερο πρόθυμες ή σε θέση να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους συγγενείς τους (Baldock 1995).

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων και η έκταση της ευθύνης την οποία καλείται να επωμισθεί η οικογένεια διαφέρει για την Τρίτη (65-74 ετών) και τέταρτη ηλικία (75+ ετών). Άτομα στην Τρίτη ηλικία (ιδίως οι γυναίκες) βοηθούν με την φύλαξη των εγγονών, φροντίζουν το σπίτι και συχνά συνδράμουν οικονομικά τα παιδιά τους. Τα πράγματα αλλάζουν στην τέταρτη ηλικία, με τη βιολογική φθορά, τις ασθένειες και την αύξηση των ατυχημάτων. Όπως παρατηρεί ο Μητροσύλης (1995:122): «Η Τρίτη ηλικία» έχει ανάγκη πολιτισμικών και ψυχολογικών φροντίδων, ενώ η «τέταρτη ηλικία» είναι αντικείμενο φύλαξης & φυσιολογικών φροντίδων. Στη φάση αυτή, η οικογένεια αδυνατεί να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις ανάγκες του ηλικιωμένου. Αν ληφθεί υπ' όψη ότι η ομάδα ηλικιωμένων 84 ετών και άνω παρουσίασε στην τριακονταετία (από το 1961 – 1991) αύξηση από 17.639 σε 118.265 άτομα, γίνεται σαφές το μέγεθος του οικονομικού κόστους αλλά και του αριθμού των οικογενειών που καλούνται να παρέχουν φροντίδα. (Η καθημερινή 8/10/1995:15).

Αποτέλεσμα όλων αυτών των καταστάσεων είναι η αίσθηση της κοινωνικής απομόνωσης και συναισθηματικής αποξένωσης που νιώθουν οι ηλικιωμένοι. Εκτός από αυτούς τους περιβαλλοντικούς παράγοντες της σύγχρονης κοινωνίας, είναι γνωστό ότι η διαδικασία της γήρανσης είναι μια διαδικασία σταδιακής φθοράς και μείωσης των ικανοτήτων του ατόμου για ανεξάρτητη δράση και συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες.

Για να συνεχίσει το ηλικιωμένο άτομο να ζει με αξιοπρέπεια και αυτοσεβασμό, έχει ανάγκη από συμπαράσταση στο βαθμό που μειώνεται η κοινωνική, συναισθηματική και οικονομική του αυτάρκεια. Εκτιμάται

ότι η οικογένεια προσφέρει αυτή τη συμπαράσταση στο μεγάλο ποσοστό ένα 10% όμως των ηλικιωμένων χρησιμοποιεί τις κοινωνικές υπηρεσίες ενώ υπολογίζεται ότι το 1% διαβιών σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης.(Τριανταφύλλου και Μεσθεναίου 1993).

Οι Μονάδες «βοήθεια στο Σπίτι» δημιουργήθηκαν για την περίθαλψη ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν βοήθειας, η οποία του παρέχεται κατ' οίκον. Στο Γ'ΚΠΣ οι μονάδες αυτές ανάλαβαν και τη φροντίδα και μη ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθεια (ΑΜΕΑ κ.λ.π.). (Τριανταφύλλου και Μεσθεναίου 1993).

Η αναγκαιότητα εφαρμογής του προγράμματος «βοήθεια στο σπίτι» , απορρέει από τις αυξημένες ανάγκες των γερόντων της περιοχής. Η ανυπαρξία υπηρεσιών και προγραμμάτων ενισχύει την αναγκαιότητα αυτή.

Στην ιεράρχηση εναλλακτικών λύσεων, κρίνεται κατάλληλη η εφαρμογή του προγράμματος γιατί η αξιοποίησή τους μπορεί να γίνει από την κοινότητα, απ' όλους τους γέροντες (και τις οικογένειές τους) ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα του προβλήματος που ο καθένας αντιμετωπίζει.

Για την συμμετοχή στο πρόγραμμα δεν ισχύει κανένας ταξικός και φυσικός (σωματική – νοητική κατάσταση) διαχωρισμός.

Η εξυπηρέτηση που προσφέρει η βοήθεια στο σπίτι είναι άμεση, καλύπτει περισσότερες ανάγκες και είναι επαρκέστερη σε σχέση με άλλα προγράμματα. Εξασφαλίζει την παραμονή των γερόντων στην οικογένεια και στην κοινότητα. Επίσης διευκολύνει την οικογένεια στην φροντίδα του γέροντα.

Συγκεκριμένα, η προσφορά του προγράμματος στους γέροντες αποσκοπεί:

α.Στην κάλυψη πρακτικών αναγκών.

β. Στην παροχή ψυχολογικής στήριξης.

γ. Στην παροχή συμβουλευτικής βοήθειας πάνω σε πρακτικά θέματα.

δ. Στην πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας.

Η πραγμάτωση αυτή των στόχων οδηγούν στην κοινωνική ενσωμάτωση των γερόντων. Εμπλέκοντας τους γέροντες στη ζωή της κοινότητας, εξαλείφεται και η κοινωνική του απομόνωση.

Το πρόγραμμα είναι εγκατεστημένο στο χώρο της Κοινότητας, καλύπτει τις αυξημένες ανάγκες των γερόντων και παράλληλα βοηθά τις οικογένειες σχετικά με τη φροντίδα τους.

Η παρέμβαση, προσέγγιση και επίλυση γίνεται στο επίπεδο της γειτονιάς. Το πρόγραμμα στηρίζεται στην εθελοντική συμμετοχή και συνεργάζεται με άλλες Υπηρεσίες και οργανώσεις.

Οι υπηρεσίες του προγράμματος παρέχονται στο σπίτι από ομάδα ειδικών. Κοινωνικούς λειτουργούς, γιατρούς, οικογενειακούς βοηθούς, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, ψυχίατρο.

Το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» ωθεί τους γέροντες ώστε να αξιοποιούν τις ικανότητές τους και τις πηγές που μπορούν να τους προσφέρουν κάλυψη αναγκών.

Τον συντονισμό και την καθοδήγηση της «βοήθειας στο σπίτι» αναλαμβάνει ο κοινωνικός σχεδιαστής (κοινωνικός λειτουργός). (Σταθόπουλος 1995).

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες, έχουν αναπτυχθεί πολλά προγράμματα βοήθειας και νοσηλείας στο σπίτι, από διάφορες χώρες. Άλλοτε εφαρμόζονται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση και άλλοτε από εθελοντικές οργανώσεις ή την εκκλησία.

Η ανοικτή φροντίδα στη χώρα μας παρέχεται κυρίως στο πλαίσιο του δικτύου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με την εφαρμογή των Προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι», η οποία είναι πιο ευέλικτη στη

λήψη αποφάσεων, την ανάληψη πρωτοβουλιών και την εφαρμογή πρωτοποριακών προγραμμάτων. Εξάλλου, μέσω της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών στην κοινότητα ενθαρρύνεται η άσκηση των δικαιωμάτων του πολίτη, η συμμετοχή του αλλά και η διαβούλευση. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση αποτελεί, επίσης, το καταλληλότερο επίπεδο ανάπτυξης και έκφρασης των πρωτοβουλιών του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης. Η αποτελεσματικότητά της προκύπτει από την άμεση επαφή της με τους πολίτες και την ταχεία ανατροφοδότηση που μπορεί να λάβει για τις ανάγκες και τα προβλήματά τους. Έχει τη δυνατότητα, λοιπόν, να παρεμβαίνει δραστικά, αξιοποιώντας στο έπακρο τους πόρους της. Αλλά και ο σύγχρονος προνοιακός πλουραλισμός δίνει έμφαση στη φροντίδα στο επίπεδο της τοπικής κοινότητας και στην ενδυνάμωση τόσο των ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών πρωτοβουλιών όσο και της εθελοντικής δράσης, στο πλαίσιο της καλλιέργειας μορφών αυτοβοήθειας και αλληλεγγύης. (Φωτόπουλος Γεώργιος: «Προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι» Πυλώνας της πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας).

4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει πολλαπλές αρμοδιότητες για τη χάραξη πολιτικής, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων για την Τρίτη ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία, το Υπουργείο έχει την αρμοδιότητα για την περίθαλψη και προστασία των ηλικιωμένων. Τα μέτρα προστασίας περιλαμβάνουν:

- α) Παροχές σε χρήμα
- β) παροχές σε είδος
- γ) Προσωπικές Κοινωνικές Υπηρεσίες.

Κ.Ε.Π.Ε.

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, που υλοποιείται τα τελευταία οκτώ χρόνια στη χώρα μας, έχει αναβαθμίσει σημαντικά την πρωτοβάθμια φροντίδα αξιοποιώντας τόσο τους πόρους της Ελληνικής Πολιτείας όσο και της Ε.Ε. Συνολικά υπάρχουν 1166 προγράμματα εκ των οποίων τα 102 από το Β'ΚΠΣ μέσω του Υπουργείου Εσωτερικών με 300 εργαζόμενους και 1064 προγράμματα από το Γ'ΚΠΣ μέσω του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και 3500 εργαζόμενους. Ο αριθμός των ωφελούμενων δεν μπορεί να υπολογιστεί, διότι δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για τον ακριβή αριθμό κάτι που θα πρέπει να απασχολήσει τους αρμόδιους φορείς. (Πόζιος Κων/νος: «Βοήθεια στο Σπίτι, Στόχος προγράμματος»).

Το πρόγραμμα εντάσσεται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Με την δράση αυτή διευρύνονται ποσοτικά και ποιοτικά οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας και Οικογενειακής Οικιακής Βοήθειας και ανάπτυξη κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων για την κάλυψη βασικών αναγκών με δυνατότητα επέκτασης του είδους και του εύρους – των υπηρεσιών αυτών. Δίδεται προτεραιότητα στη φροντίδα των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους μόνιμα ή ορισμένες ώρες της ημέρας και δεν αυτοεξυπηρετούνται σε ικανοποιητικό βαθμό και των ΑΜΕΑ που ζουν μόνοι τους ή με την οικογένειά τους και αντιμετωπίζουν κινδύνους, απομόνωσης, αποκλεισμού, επιβίωσης, υπερβολικής επιβάρυνσης και κρίσης της οικογένειάς τους και κινδυνεύουν πρώιμα ή σε υπέρμετρο βαθμό να κάνουν χρήση ιδρυματικής φροντίδας και να υποστούν επιδείνωση της ποιότητας της ζωής τους.

Για την αποδοτικότερη λειτουργία και στήριξη του προγράμματος θα διατεθούν 500 πολυμορφικά οχήματα στους Καποδιστριακούς Δήμους που θα εφαρμόσουν το πρόγραμμα.

Σκοπός της δράσης για την κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των ΑΜΕΑ είναι:

Η δραστηριοποίηση όλων των μηχανισμών που θα επιτρέψουν την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση παραμένοντας στο φυσικό περιβάλλον και αναβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής των πολιτών. Οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν. Ακόμα, 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 της.

Ακόμα, η μελέτη και προώθηση των αναγκαίων αλλαγών στο εσωτερικό του σπιτιού, στον εξοπλισμό και στον περιβάλλοντα χώρο σύμφωνα με τους κανόνες εξασφάλισης της μέγιστης χρήσης και προσπέλασής τους. Η στήριξη και ανακούφιση της οικογένειάς τους και των προσώπων που έχουν ευθύνη φροντίδας τους, χωρίς να υποκατασταθούν από τις υπηρεσίες του προσωπικού του προγράμματος αλλά αντιθέτως να ενισχυθούν η αλληλεγγύη και οι οικογενειακοί δεσμοί.

Η εκπαίδευση των μελών της οικογένειας για συμμετοχή τους στην αντιμετώπιση των εξειδικευμένων αναγκών φροντίδας τους.

Η ρύθμιση των νοσηλευτικών και υγειονομικών αναγκών τους που είναι εφικτό να καλύπτονται στο σπίτι.

Η διασύνδεσή τους με τις υπηρεσίες που ικανοποιούν ανάγκες και δικαιώματά τους και ιδιαίτερα την συνεργασία και τον συντονισμό με το δίκτυο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και κοινωνικής προστασίας της

περιοχής και την συστηματοποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών. Η παραπομπή τους στις κατάλληλες υπηρεσίες για την κάλυψη εξειδικευμένων αναγκών κυρίως για υπηρεσίες δευτεροβάθμιας υγείας και πρόνοιας και η προετοιμασία της επιστροφής τους στο οικείο περιβάλλον και η εξασφάλιση υπηρεσιών αποκατάστασης.

Η ενίσχυση φιλικών δεσμών και κοινωνικών σχέσεων, όπως και συμπεριφορών κοινωνικού ενδιαφέροντος.

Όσον αφορά τους εργαζόμενους, σκοπός είναι η δημιουργία υπηρεσιών μέσω των οποίων προωθείται η απασχόληση ή η επανένταξη ανέργων στην αγορά εργασίας και ιδιαίτερα των γυναικών λόγω της υψηλής συμμετοχής αυτών, σε ειδικότητες που απαιτούν οι δημιουργημένες υπηρεσίες, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Κοινωνιολόγοι, Ψυχολόγοι, Νοσηλεύτριες, Οικογενειακοί βοηθοί, (ενώ σκοπός των Κ.Α.Π.Η. είναι η διευκόλυνση της πρόσβασης των γυναικών που είναι επιφορτισμένες με την φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων στην αγορά εργασίας).(Κανδυλάκη, Ζαϊφάκη 2005).

Ø Στόχοι του προγράμματος και Ενδογενείς αδυναμίες.

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι έχοντας ως πρώτο στόχο την παραμονή των ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ στο φυσικό τους περιβάλλον επιχειρεί να δώσει τη δυνατότητα στα άτομα να επιλέξουν έναν αυτόνομο τρόπο ζωής, παρέχοντας ψυχολογική υποστήριξη, νοσηλευτική πρωτοβάθμια φροντίδα και οικιακή φροντίδα. Κατά γενική ομολογία ο πρώτος στόχος επιτυγχάνεται σε ικανοποιητικό βαθμό, αλλά δεν λείπει και ο κίνδυνος οι ωφελούμενοι να αξιολογηθούν με λάθος κριτήρια ως προς τις ανάγκες τους από τον επαγγελματία (Ψυχολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό, Κοινωνιολόγο) ή συγγενικά τους πρόσωπα να καθορίσουν τον τρόπο ζωής τους. Απαιτείται κατά τη γνώμη μας να υπάρξουν δικλίδες ασφαλείας (δηλαδή διερεύνηση αναγκών βάση καθορισμένων

κριτηρίων, εποπτεία κλπ.), ώστε να περιοριστεί στο ελάχιστο αυτό το φαινόμενο.

Επιπλέον ο δεύτερος στόχος είναι να αυξήσει την απασχολησιμότητα των ατόμων που έχουν αναλάβει τη φροντίδα των ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ. Ως προς αυτό το στόχο το πρόγραμμα δεν μπορεί να υπερηφανεύεται ότι έχει σημειώσει επιτυχία και οι λόγοι που οδηγούν στη μη επίτευξη του στόχου είναι:

- . Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι μπορεί να εξυπηρετεί στην πράξη και όχι στη θεωρία συγκεκριμένες ημέρες και ώρες τα άτομα. Σε συνάρτηση με το γεγονός ότι οι ανάγκες είναι μεγάλες και πολλές όλη την ημέρα και όχι μόνο μία ή δύο ώρες το πρωί γίνεται αντιληπτό ότι το άτομο, που έχει επιφορτισθεί την φροντίδα ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ δεν δύναται, λόγω έλλειψης ελεύθερου χρόνου, να αναζητήσει εργασία.

- . Οι ωφελούμενοι είναι πολλοί περισσότεροι από ότι προβλέπονται στα ΤΔΕ/Υ με αποτέλεσμα το προσωπικό να αδυνατεί να καλύψει πραγματικά τα άτομα με τις μεγαλύτερες ανάγκες.

- . Άτομα που φροντίζουν ηλικιωμένους είναι επί τω πλείστον γυναίκες, χαμηλού βιοτικού, μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου και είναι συνήθως μεγάλες ηλικιακά για την αγορά εργασίας ιδίως για τον ιδιωτικό τομέα.

- . Τα περισσότερα προγράμματα εφαρμόζονται στην επαρχία και κυρίως σε αγροτικές περιοχές με υψηλούς δείκτες ανεργίας.

Έχοντας υπόψη τις παραπάνω επισημάνσεις μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι ο σχεδιασμός του προγράμματος αποδεικνύεται στην πράξη όχι ιδιαίτερα λειτουργικός. Αν συνυπολογίσουμε και τις παρακάτω παραμέτρους:

- . Έλλειψη υπηρεσιακών αυτοκινήτων. Μη διασύνδεση με το ΕΚΑΚΒ ή άλλους προνοιακούς φορείς.

- . Μη αναπλήρωση των κενών θέσεων σε προσωπικό λόγω εγκυμοσύνης ή εργατικών ατυχημάτων.
- . Διαφορετικές μισθολογικές και ασφαλιστικές κατηγορίες του προσωπικού (ίδιες ειδικότητες με τα ίδια τυπικά προσόντα να λαμβάνουν διαφορετικούς μισθούς, μη υπολογισμός των νόμιμων επιδομάτων, διαφορετικά ταμεία ασφάλισης ΙΚΑ – ΤΕΒΕ). Το πρόγραμμα υλοποιείται με δύο διαφορετικά μοντέλα χρηματοδότησης, όρους και προϋποθέσεις λειτουργίας, συμβάσεων και παρακολούθησης από τις αρμόδιες αρχές.
- . Την παρέμβαση στο έργο του προσωπικού και ιδίως του επιστημονικού από το Δήμαρχο ή ακόμη και από τους υπαλλήλους των Δήμων ή και των ΚΕΠ.
- . Έλλειψη καθοδήγησης, εποπτείας, αξιολόγησης, έρευνας, εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των στελεχών.
- . Έλλειψη διακρατικής συνεργασίας με άλλες ευρωπαϊκές χώρες που εφαρμόζουν με μεγαλύτερη επιτυχία το πρόγραμμα.
- . Έλλειψη δικτύωσης και διάχυσης των καλών πρακτικών, που εφαρμόζονται πανελλαδικά στα προγράμματα.
- . Η μη λειτουργία Κοινωνικής Υπηρεσίας στους Δήμους που θα αναλάβει το συντονισμό, το σχεδιασμό και την υλοποίηση των κοινωνικών προγραμμάτων.

Κατανοεί ο οποιοσδήποτε αντικειμενικός παρατηρητής ότι τα θεμέλια που στηρίζεται το πρόγραμμα δεν είναι στέρεα και χρειάζεται οπωσδήποτε να αναθεωρήσουμε το υπάρχον πλαίσιο λειτουργίας και να το βελτιώσουμε. Να ενδυναμώσουμε και να ενισχύσουμε τις Δομές, εξασφαλίζοντας τις προϋποθέσεις που απαιτούνται για τη σωστή λειτουργία. Ως προς αυτή την κατεύθυνση θεωρούμε σκόπιμο ότι πρέπει να γίνουν τα εξής:

- . Οριστική απόφαση για το αν το πρόγραμμα θα παραμείνει στην αρμοδιότητα των ΟΤΑ Α΄ βαθμού ή θα είναι στην αρμοδιότητα των αποκεντρωμένων δομών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- . Συγκρότηση ολιγομελούς επιτροπής σχεδιασμού, υλοποίησης και επίβλεψης του προγράμματος από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τη συμμετοχή τεχνοκρατών, που θα είναι γνώστες του αντικειμένου και όχι απλά ημέτεροι, εκπροσώπων της ΚΕΔΚΕ, των επιστημονικών και συνδικαλιστικών συλλόγων.
- . Εξασφάλιση και θεσμοθέτηση των πόρων χρηματοδότησης του προγράμματος, είτε μέσω της Κεντρικής εξουσίας ή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης από τους πόρους των ΚΑΠ, είτε με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια. Με άλλα λόγια διερεύνηση της δυνατότητας οι έχοντες και κατέχοντες να πληρώνουν για τις υπηρεσίες μέχρι ένα ποσό ή ποσοστό και το υπόλοιπο να καλύπτεται από το Κράτος ή το Δήμο ή τα Ασφαλιστικά Ταμεία (τριμερής χρηματοδότηση).
- . Αναθεώρηση του Συντάγματος για τις συμβάσεις και να δοθεί η δυνατότητα μετατροπής των συμβάσεων ορισμένου χρόνου σε αορίστου καθότι το προσωπικό καλύπτει πάγιες και διαρκείς ανάγκες μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα.
- . Συστηματική επίβλεψη και αξιολόγηση του προσωπικού με συγκεκριμένο τρόπο και μέσα με παράλληλη εκπαίδευση και επιμόρφωση.
- . Καθορισμός μετρήσιμων ποσοτικών και ποιοτικών standards της κάθε Δομής λαμβάνοντας υπόψη την γεωγραφική ιδιομορφία του κάθε Δήμου, τον αριθμό του προσωπικού, τα μέσα που διαθέτει, τον αριθμό των ωφελούμενων και την υπάρχουσα νοσοκομειακή υποδοχή στο Δήμο ή την ευρύτερη περιοχή.

- . Πιθανή συνένωση προγραμμάτων σε όμορους δήμους κάτι αντίστοιχο με το σχέδιο Καποδίστριας μετά από έρευνα.
- . Αναθεώρηση και βελτίωση του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας της Μονάδας και αποσαφήνιση των σημείων εκείνων που δημιουργούν ασάφειες. Ειδικότερα: Αναλυτική περιγραφή των καθηκόντων και των δικαιωμάτων του προσωπικού, ετήσιος έλεγχος των υπηρεσιακών αυτοκινήτων από Δημόσια ΚΤΕΟ και πιστή εφαρμογή των όποιων παρατηρήσεων.
- . Εμπλουτισμός του προσωπικού και με άλλες ειδικότητες, όταν κρίνεται σκόπιμο (ιατροί, ψυχίατροι, φυσικοθεραπευτές).
- . Διερεύνηση της δυνατότητας κάλυψης αναγκών και τις υπόλοιπες ώρες ημερησίως, είτε με αύξηση προσωπικού, είτε με διαφορετικό ωράριο.

Εκτίμησή μας αποτελεί ότι, εφόσον υλοποιηθούν οι παραπάνω προτάσεις, θα μπορούμε όλοι να είμαστε ακόμα πιο υπερήφανοι για το κοινωνικό πρόσωπο της Πολιτείας, εξασφαλίζοντας στους ηλικιωμένους και στα ΑΜΕΑ τη ζωή που επιθυμούν. Θα μπορούμε όλοι μας να θεωρούμε τους εαυτούς μας πολίτες μιας σύγχρονης Ευρωπαϊκής χώρας όχι μόνο στα χαρτιά, αλλά και στην πράξη. Οι προοπτικές του προγράμματος θα μπορεί να είναι καλύτερες και πιο ευοίωνες. Σαφώς περισσότερο ικανοποιημένους τους χρήστες, το προσωπικό και την Πολιτεία για τις ποιοτικές Υπηρεσίες που θα παρέχονται με συστηματικό τρόπο. (Πόζιος Κων/νος: «Βοήθεια στο Σπίτι, Στόχοι προγράμματος»).

4.3 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελούν λοιπόν κατ' εξοχήν δομές ανοικτής περίθαλψης. Η φροντίδα που παρέχεται στο σπίτι από τις

δομές αυτές συνδέεται με τη σουηδική αρχή της «ομαλοποίησης» (normalization), σύμφωνα με την οποία το άτομο υποστηρίζεται να παραμείνει στο σπίτι του ώστε να συνεχίζει να απολαμβάνει την ανεξαρτησία του. Στο ίδιο πνεύμα βρίσκεται η Ολλανδική αρχή της συστηματικής «υποκατάστασης υπηρεσιών» (substitution) . Με την ανοικτή φροντίδα, όχι μόνο αντιμετωπίζονται οι ανάγκες των πολιτών αλλά και προλαμβάνονται φαινόμενα που είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε αποκλεισμό κοινωνικό και οικονομικό (www.anka.gr).

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες αλλά νεωτεριστικά και κοινοτικά προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, νοσηλείας στο σπίτι και γενικότερα φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων, αλλά και ατόμων με αναπηρίες έχουν αναπτυχθεί σε πολλά μέρη του κόσμου. Τα προγράμματα αυτά εφαρμόζονται συνήθως από την Τοπική Αυτοδιοίκηση και από Μη Κυβερνητικές Εθελοντικές Οργανώσεις ή την Εκκλησία. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, προγράμματα αυτού του τύπου οργανώνονται από ιδιωτικούς φορείς σε επιχειρηματική (κερδοσκοπική) βάση. Τα πιο οργανωμένα προγράμματα απαντώνται σε ανεπτυγμένες χώρες. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν τα προγράμματα της Αυστραλίας, της Δανίας, της Νορβηγίας και της Μεγάλης Βρετανίας (v 1278/1982 & N 1397/1983 Ειρήνη Αναπλιώτη Βαζαίου 1987).

Οι βασικές αρχές των προγραμμάτων αυτών είναι ότι:

. Η φροντίδα στο σπίτι αποτελεί δικαίωμα του πολίτη. Μέσω αυτής εξασφαλίζεται η παραμονή του στο φυσικό περιβάλλον, στο σπίτι του, στη γειτονιά του, εκεί όπου έχει επιλέξει να ζήσει. Ειδικότερα για τον ηλικιωμένο πολίτη, επισημαίνεται ότι, ακόμη και αν αυτός έχει χάσει εν μέρει την πνευματική του αυτονομία, είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπ' όψιν η επιθυμία του και να μην αντιμετωπίζεται αυτός ως ανήλικος που έχει την ανάγκη κηδεμονίας. Πρέπει να γίνεται σεβαστή η

εκπεφρασμένη από τους περισσότερους ηλικιωμένους επιθυμία να παραμείνουν στο σπίτι τους επί όσο γίνεται πιο πολύ. Επίσης, είναι σημαντικό να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ο καθένας τη μορφή φροντίδας που θα του παρασχεθεί και να μην είναι αποκλειστικά δέκτης υπηρεσιών.

- . Η παραμονή στο νοσοκομείο ή σε κάποιο ίδρυμα πρέπει να περιορίζεται στο χρονικό διάστημα κατά το οποίο ωφελεί τον πάσχοντα. Όταν αυτό υπερβαίνεται, παρατηρούνται φαινόμενα ιδρυματισμού, τα οποία επιταχύνουν και τη βιολογική κάμψη του νοσηλευόμενου.

- . Η φροντίδα στο σπίτι συντελεί στη διατήρηση της ψυχικής υγείας και στην αποφυγή του στιγματισμού, της απόρριψης και του εγκλεισμού. Συμβάλλει επίσης στην καλλιέργεια των οικογενειακών, των φιλικών και των κοινωνικών σχέσεων.

- . Μέσω της φροντίδας στο σπίτι ενθαρρύνεται και αποκαθίσταται περισσότερο η ανεξαρτησία του ατόμου. Η πολιτεία θα πρέπει να προσφέρει τα μέσα και τις υπηρεσίες που συντελούν ώστε ο πολίτης να είναι όσο το δυνατόν αυτόνομος.

- . Η εξασφάλιση της κατ' οίκον άσκησης, φυσικοθεραπείας και αποκατάστασης στις μεγάλες ηλικίες εντάσσεται στο πλαίσιο της ορθολογικής διαχείρισης των πόρων, καθώς το κόστος της κλειστής περίθαλψης είναι πολύ υψηλότερο από αυτό της ανοιχτής φροντίδας. Επιπλέον, αποσυμφορίζονται τα εξωτερικά ιατρεία, τα γηροκομεία, ακόμη και τα ψυχιατρεία.

Η Κοινωνική Ψυχιατρική εισάγει δύο άλλες αρχές, αυτές της τομεοποίησης και της συνέχειας στη φροντίδα. Η τομεοποίηση αναφέρεται στην οργάνωση σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή ενός δικτύου από υπηρεσίες οι οποίες είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ τους και λειτουργούν με βάση ενιαίο πρόγραμμα δραστηριοτήτων. Η συνέχεια

στη φροντίδα αναφέρεται στη σημασία της ύπαρξης μιας σταθερής ομάδας, που φροντίζει τον ασθενή. Έτσι, καλλιεργείται η συναισθηματική σχέση με το θεραπευτή, η οποία λειτουργεί υποστηρικτικά για τη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς. Είναι σημαντικό για τον άνθρωπο που διέρχεται μια κρίση να αισθάνεται ότι έχει σταθερά πρόσωπα αναφοράς. Καθώς, μάλιστα, η αλλαγή στη σύσταση της οικογένειας και ο αστικός τρόπος ζωής τροποποίησαν τις σχέσεις στην κοινότητα, αυξήθηκαν οι ανήμποροι άνθρωποι χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον. Για αυτούς, καθίσταται ακόμη πιο απαραίτητη η ύπαρξη οργανωμένου δικτύου υπηρεσιών που να καλύπτει τις ανάγκες τους.

Προφανώς, τα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι δεν εξαλείφουν τελείως τη νοσοκομειακή ή την ιδρυματική περίθαλψη. Την περιορίζουν, όμως, σημαντικά, σε εκείνους οι οποίοι έχουν χάσει τελείως την αυτονομία τους και έχουν ανάγκη συνεχούς ιατρικής παρέμβασης και νοσηλευτικής φροντίδας. Το καλύτερο είναι να αποφεύγεται η διχοτόμηση μεταξύ της φροντίδας στο σπίτι και της ιδρυματικής περίθαλψης. Επίσης, είναι σημαντικό να υπάρχει σύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης και να αναπτύσσεται συνεργασία μεταξύ τους, για την αποτελεσματικότερη παροχή βοήθειας στον πολίτη. Η διασύνδεση αυτή συνάδει με τον ολοκληρωμένο ορισμό για την υγεία, όπως εκφράζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας: εκτός της απαλλαγής από τη νόσο, υγεία είναι η αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου. Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, λοιπόν, οι υπηρεσίες υγείας είναι αναγκαίο να στοχεύουν και στη γενικότερη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στη χώρα μας ξεκίνησε το 1981 και εξαπλώθηκε το 1997. Από το 1999 και εξής, σε αυτό ενεπλάκησαν οι

«Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας» του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ μετά από το 2002 σημαντικός αριθμός προγραμμάτων που εφαρμόστηκαν σε Δήμους όλης της Ελλάδας, εντάχθηκε στο Γ'ΚΠΣ δεχόμενοι ότι πρόκειται για ένα σημαντικό Πρόγραμμα, για την κάλυψη κοινωνικών αναγκών και για την αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού.(www.anka.gr).

4.4 ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ

Το πρόγραμμα απευθύνεται κυρίως σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες με προτεραιότητα σε αυτούς που:

- Δεν εξυπηρετούνται πλήρως
- Χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα.
- Διαβιούν μοναχικά ή είναι εγκαταλειμμένοι.
- Δεν έχουν επαρκείς οικονομικούς πόρους.

Ως άτομα με αναπηρίες σύμφωνα με τον παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) θεωρούνται όλα εκείνα τα άτομα που εμφανίζουν σοβαρή μειονεξία, η οποία προκύπτει από φυσική ή διανοητική βλάβη με επακόλουθο να υπολείπονται λειτουργικά. Είναι φανερό, λοιπόν, ότι τα άτομα με αναπηρία δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα και η προσέγγισή τους στις μέρες μας δεν είναι πλέον ιατροκεντρική.(Paul Paillar 1996).

Εκτός από τα άτομα με αναπηρία το πρόγραμμα απευθύνεται και στους ηλικιωμένους, ποιες είναι όμως οι συγκεκριμένες ανάγκες των ηλικιωμένων;

Οι ηλικιωμένοι, όπως και όλοι οι άνθρωποι, έχουν ανάγκη:

Πρώτον, από ικανοποιητική σε ποσότητα και θρεπτικά συστατικά τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα, αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια.

Δεύτερον, παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, ενσωμάτωση στην οικογένεια, χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους, σεβασμό της ελευθερίας τους να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό, αυτοσεβασμό και αυτονομία, ακύρωση της απομόνωσης και της απόρριψης από την οικογένεια και την κοινότητα.

Τρίτον, από ικανοποιητική σε ποσότητα και ποιότητα ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη, με σεβασμό στην προσωπικότητά τους και όχι καταρράκωση της υπερηφάνειας τους.

Τέταρτον, από δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες.

Πέμπτον, εξασφάλιση δυνατότητας να ζουν και κινούνται ανεξάρτητα στο χώρο τους.

Έκτον, έγκαιρη και σωστή ενημέρωση για τα θέματα που τους αφορούν.

Έβδομον, πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.

Η μοναξιά, το χαμηλό βιοτικό επίπεδο, τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας, οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια, η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους, η έλλειψη σεβασμού στα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων, η απώλεια της αυτονομίας και η ανάγκη βοήθειας τρίτου προσώπου αποτελούν τα πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων. (Paul Paillap 1996).

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος συνδέει τα δικαιώματα των ηλικιωμένων με τις έννοιες της ανεξαρτησίας, της συμμετοχής της περίθαλψης, της ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο εισόδημα, την απασχόληση, την πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην παραμονή στο σπίτι, στην ενεργό συμμετοχή στην κοινωνία και στην διαδικασία ανάπτυξης της χώρας της οποίας αποτελούν πολίτες. (N1278/1982 και N 1397/1983, Ειρήνη Αναπλιώτη Βαζαίου 1987).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας οι γυναίκες κάλυπταν το μεγαλύτερο ποσοστό του εξυπηρετούμενου πληθυσμού. Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλεται στο συγκριτικά μεγαλύτερο ποσοστό χήρων γυναικών από ότι χήρους άντρες στην Ελλάδα. Το 9.5% που αποτελούνταν από ηλικιωμένα ζεύγη θεωρήθηκε σημαντικό μια και δείχνει πως παρά το γεγονός πως το ζευγάρι ζει μαζί, τα γηρατειά φέρνουν προβλήματα για την αντιμετώπιση των οποίων απαραίτητη είναι η στήριξη από εξωτερικούς παράγοντες.

Όσο αφορά τις ηλικίες, τα μεγαλύτερα ποσοστά ανήκαν σε άτομα ηλικίας 71-80 ετών και 81-90 ετών. Τα άτομα αυτά έχουν να αντιμετωπίσουν βιολογικές, ψυχοδιανοητικές αλλαγές καθώς και μια σειρά από απώλειες στη ζωή τους, όπως έλλειψη παραγωγικότητας, θάνατος αγαπημένου προσώπου, μοναξιά. Η στήριξη που το πρόγραμμα πρέπει να παρέχει επομένως, οφείλει να είναι συνεχής και σταθερή μια και υπάρχει πάντα ο φόβος της απώλειας ή ενδεχόμενης απόρριψης. Όσον αφορά τους εξυπηρετούμενους νεαρής ηλικίας αυτοί ήταν άτομα με αναπηρίες ή ψυχικά προβλήματα σε συνδυασμό με απομόνωση και αποκλεισμό από τους γύρω.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση σχεδόν οι μισοί 47% έχουν ήδη βιώσει μια απώλεια στη ζωή τους, την απώλεια του συντρόφου, με όλες τις συνέπειες που αυτό μπορεί να έχει στην ψυχοσύνθεσή τους. Επίσης όσον αφορά τους άγαμους, αυτοί κυρίως προέρχονται από τις κατηγορίες των ατόμων με αναπηρίες και αυτό λόγω του ότι όπως πιθανόν η αναπηρία τους (νοητική, κινητική, αισθήσεων κ.ά.) φάνηκε να στάθηκε εμπόδιο στην δημιουργία οικογένειας από μέρους τους.

Σε μεγαλύτερο ποσοστό ο εξυπηρετούμενος πληθυσμός ήταν απόφοιτοι Δημοτικού ενώ το 18.8% ήταν αναλφάβητοι. Τα παραπάνω συνδέονται πιθανόν με:

Την αντίληψη ότι η μόρφωση δεν ήταν απαραίτητη για την γεωργική εργασία με την οποία ασχολούνταν οι περισσότεροι. Τους συχνούς πολέμους. Το γεγονός πως το προνόμιο της μόρφωσης ήταν κυρίως αντρικό και επειδή η περιοχή δεν έδινε ευκαιρίες για συνέχιση των σπουδών.

Επίσης μεγάλο μέρος του πληθυσμού σταμάτησε τη φοίτησή του στο δημοτικό χωρίς να πάρει το απολυτήριο, αποδεικνύοντας πως αυτό δεν θεωρούνταν απαραίτητο για τη μετέπειτα επαγγελματική σταδιοδρομία όπως στις μέρες μας.

Ο ασφαλιστικός φορέας που το μεγαλύτερο μέρος ανήκει είναι ο ΟΓΑ. Αυτό εξαιτίας της κύριας ασχολίας του πληθυσμού της περιοχής που ήταν η αγροτική. Επίσης πρέπει να σημειωθεί πως ο ΟΓΑ δίνει χαμηλές συντάξεις, κάτι που σημαίνει οικονομικές δυσχέρειες για μεγάλο μέρος των εξυπηρετούμενων.

Όσο αφορά τις συντάξεις οι περισσότεροι λαμβάνουν σύνταξη γήρατος. Μέσω της Κοινωνικής Λειτουργού αρκετοί ήταν εκείνοι που ενημερώθηκαν ή διευκολύνθηκαν στην διεκπεραίωση των απαραίτητων ενεργειών για την παροχή συντάξεως παραπληγίας - τετραπληγίας ή

τυφλότητας, δικαίωμα που συχνά αγνοούσαν. Το 35,3 % λαμβάνει κάποιο εξωϊδρυματικό επίδομα. Κύριοι φορείς παροχής τέτοιων επιδομάτων είναι:

Ο σύλλογος πολυτέκνων.

Η Διεύθυνση Πρόνοιας, με παροχή επιδομάτων σε συγκεκριμένες κατηγορίες ατόμων.

Ο ΟΓΑ με την παροχή εξωϊδρυματικού επιδόματος για την στήριξη σε μη αυτοεξυπηρετούμενους ασφαλισμένους για την πληρωμή βοηθού, καθώς και λόγω τυφλότητας.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, προτεραιότητα δίνεται στους ηλικιωμένους που διαβιούν με εισόδημα που τους κατατάσσει κάτω από το όριο της φτώχειας. Το ένα τρίτο περίπου από τους ηλικιωμένους δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως – επομένως χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα – και περίπου οι μισοί κατοικούν μόνοι τους. Τα πιο δύσκολα περιστατικά του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι οι άνθρωποι που συνδυάζουν τα δύο αυτά στοιχεία: δεν αυτοεξυπηρετούνται και διαβιούν μοναχικά. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο πρόγραμμα επιθυμούν να εγγραφούν και ηλικιωμένοι που δεν έχουν κάποια άμεση ανάγκη αλλά αισθάνονται ότι στο μέλλον θα έχουν. Ξεχωριστό ειδικό βάρος έχει η συμμετοχή στο πρόγραμμα ανθρώπων με ψυχιατρικά προβλήματα και πρώην τροφίμων ψυχιατρείων. Οι τελευταίοι κατοικούσαν στην κοινότητα στο πλαίσιο των προγραμμάτων αποασυλοποίησης αλλά αντιμετώπιζαν πολλές δυσκολίες. Η ένταξή τους στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» συντέλεσε στη βελτίωση της ενσωμάτωσής τους στην κοινότητα και στην καλύτερη αποδοχή τους από μέρους των υπολοίπων δημοτών. Επίσης αξιοσημείωτο είναι το πόσο βοηθήθηκαν από το πρόγραμμα άνθρωποι χωρίς προβλήματα υγείας, που ήταν όμως

εγκαταλελειμμένοι από τους συγγενείς τους και βίωναν έντονα συναισθήματα μοναξιάς και απόρριψης.

Εξάλλου, φάνηκε ότι το πρόγραμμα λειτουργεί ευεργετικά και στο συγγενικό περιβάλλον των εξυπηρετούμενων. Αν μεν πρόκειται για συγγενείς οι οποίοι κατοικούν μαζί με τους ηλικιωμένους, τους απαλλάσσει από μέρος της φροντίδας μαζί τους. Στην περίπτωση των συγγενών που δεν ζουν μαζί με τους ηλικιωμένους, τους ευαισθητοποιεί για τις ανάγκες των τελευταίων. (www.anka.gr).

4.5 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ

Από τα πρώτα στοιχεία που σίγουρα προβλημάτισαν τους υπεύθυνους Δομών είναι τα κριτήρια ένταξης – απόρριψης των επωφελούμενων στο πρόγραμμα. Βάση της οδηγίας εφαρμογής, οι άμεσα επωφελούμενοι πρέπει να είναι ηλικιωμένοι ή άτομα με αναπηρίες ή χρήζονται βοήθειας και να υποβάλλουν τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την εγγραφή τους στο πρόγραμμα (γνωμάτευση γιατρού, αντίγραφο φορολογικής δήλωσης ή του εκκαθαριστικού της Εφορίας). Κοινά συμπληρωματικά στοιχεία που προκύπτουν από τα τεχνικά δελτία αναφέρονται σε άτομα που βιώνουν έντονα συναισθήματα μοναξιάς ή απόρριψης ή περιθωριοποίησης, δεν έχουν το κατάλληλο υποστηρικτικό πλαίσιο – περιβάλλον και έχουν μειωμένη οικονομική δυνατότητα.

.Όλες οι προαναφερθείσες οδηγίες για ένταξη ή απόρριψη στο Πρόγραμμα δημιουργούν ή όχι δυνατότητες ευελιξίας ανάλογα με τους χειρισμούς ή τη διάθεση, θα λέγαμε, του κάθε υπεύθυνου Δομής «Βοήθεια στο Σπίτι». Στη μία ή στην άλλη περίπτωση διαφαίνεται άμεσος ο κίνδυνος για μη οριοθέτηση και ασάφεια ως προς τους τρόπους

και μεθόδους παροχής των απαιτούμενων υπηρεσιών.[Κοινωνική Πρόνοια, Κέντρο Προγραμματισμού και οικονομικών ερευνών (Κ.Ε.Π.Ε.)]

.Στην αμφίδρομη αυτή χειριστική διάθεση έρχεται να προστεθεί και το φαινόμενο της γραφειοκρατίας με όλες τις εκφάνσεις του. Η γραφειοκρατία, όχι με την έννοια της διοικητικής οργάνωσης αλλά με την έννοια της νοοτροπίας, αποτελεί τροχοπέδη τόσο για το ΒσΣ όσο και για όλα τα προγράμματα ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα.

.Οι πελατειακές σχέσεις, γνώρισμα της Ελληνικής κοινωνίας φθείρουν τον κοινωνικό επιστήμονα και τον οδηγούν ή σε αδιέξοδο ή σε ηθελημένα αλλότρια καθήκοντα.

.Το «Burn Out» του ειδικού που εντείνεται λόγω της έλλειψης κινήτρων και της χαμηλής κινητοποίησης από τους άμεσα εμπλεκόμενους φορείς για την εξέλιξη του προγράμματος. (Σταθόπουλος 1995).

4.6 ΤΡΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ

4.6.1 Προετοιμασία Και Κύριες Φάσεις Του Προγράμματος

Το πρόγραμμα στο στάδιο της προετοιμασίας και εκτέλεσης περιλαμβάνει: Έκπαίδευση προσωπικού, προσαρμογή του σχεδίου στις τοπικές ιδιαιτερότητες του προγράμματος κατά φάση ανάπτυξης, καθορισμός χρονοδιαγράμματος, επιλογή εργαλείων και τεχνικών, προμήθεια αναγκαίου υλικού και εξοπλισμού, επιλογή τρόπου εσωτερικής αξιολόγησης και στατική επεξεργασία για τις ανάγκες

παρακολούθησης και εξωτερικής αξιολόγησης και υποβολή ενδιάμεσων και τελικών εκθέσεων εκτέλεσης του προγράμματος.

Κύριες φάσεις ενεργειών

1. Κοινωνική χαρτογράφηση της περιοχής ευθύνης και της ευρύτερης κοινότητας.

2. Διερεύνηση, καταγραφή – συστηματική επεξεργασία των αναγκών των ηλικιωμένων που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα. Πηγές θα αποτελέσουν, οι επιστημονικές μελέτες, οι ανάγκες που έχουν εντοπίσει τα ΚΑΠΗ, οι συλλογικές οργανώσεις των ΑΜΕΑ, τα αιτήματα που θα υποβληθούν από τους πολίτες, οι παραπομπές άλλων τοπικών φορέων, οι καταγραφές των στελεχών της δράσης κ.ά.

3. Ιεράρχηση αναγκών ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ του πληθυσμού προς εξυπηρέτηση (καθορισμός προτεραιοτήτων)

- ανάγκες εξασφάλισης ή βελτίωσης της αυτοεξυπηρέτησης

- ανάγκες κάλυψης βασικών αναγκών καθημερινής λειτουργίας (διαβίωσης)

- αντιμετώπιση αναγκών πρόληψης, παρακολούθησης ή αποκατάστασης ψυχοσωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων

- κάλυψη πολιτιστικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων

4. Συνεργασία και συντονισμός με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΚΒ), με τοπικούς φορείς ή δίκτυα, με προτεραιότητα τις υγειονομικές και προνοιακές υπηρεσίες του δημοσίου τομέα, των ιδιωτικών φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, εθελοντικών οργανώσεων καθώς και των προγραμμάτων πρόνοιας της Εκκλησίας.

5. Ενημέρωση ευαισθητοποίηση και προετοιμασία της κοινότητας για τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες των ηλικιωμένων και των ΑΜΕΑ καθώς και για το περιεχόμενο του προγράμματος.

6. Παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρία στους τομείς:

- . Συμβουλευτικής και ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης στις ομάδες στόχο και την οικογένεια – εργασιοθεραπεία.
- . Εξασφάλισης υπηρεσιών, παροχών και μέτρων κοινωνικής προστασίας.
- . Έμπρακτης υπεράσπισης και προώθησης των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και ευαισθητοποίησης του άμεσου και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος.
- . Νοσηλευτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας λόγου χάρη: καθετηριασμό ουροδόχου κύστεως, πρόληψη και περιποίηση κατακλίσεων, ενεσοθεραπείες - μέρη ζωτικών σημείων (Α.Π.Γ.Λ.), συνταγογραφήσεις φαρμάκων – προμήθεια αυτών (όπως αυτή ορίζεται στο πρόγραμμα σπουδών σε συνδυασμό με τα επαγγελματικά δικαιώματα των στελεχών)
- . Οικογενειακής – Οικιακής βοηθητικής φροντίδας και ικανοποίησης πρακτικών αναγκών διαβίωσης.
- . Φροντίδας της ατομικής υγιεινής και καθαριότητας.
- . Αγωγής Υγείας και Πρόληψης.
- . Προσαρμογής και βελτίωσης της χρήσης και προσπέλασης των χώρων καθώς και εξοπλισμού του σπιτιού και του εξωτερικού περιβάλλοντος.
- . Διασυνδετικής με άλλους φορείς, μεσολάβηση σε Δημόσιες Υπηρεσίες για έκδοση επιδομάτων, δίκτυα, υπηρεσίες και προγράμματα για την αξιοποίηση των υπηρεσιών, μέσων και παροχών τους για την κάλυψη των αναγκών αξιοπρεπούς και υγιούς διαμονής, διαβίωσης, υγειονομικής περίθαλψης, σίτισης κ.λ.π.
- . Διευκόλυνσης των αναγκών μετακίνησης, ενημέρωσης και επικοινωνίας.
- . Διευκόλυνσης της πολιτιστικής θρησκευτικής και κοινωνικής συμμετοχής και δραστηριοποίησης.

. Συνοδεία σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα – Συνεργασία με ιατρούς.

7. Ανάπτυξη ασφαλούς και απόρρητου συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης των εξυπηρετούμενων του προγράμματος και συστήματος συγκέντρωσης στατιστικών δεδομένων, με ευθύνη του υπευθύνου του συντονισμού του προγράμματος για την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας της δράσης και τις ανάγκες ενημέρωσης των αρμοδίων εποπτικών αρχών, σχετικά με την πορεία και την εξέλιξη αυτής. (Κανδυλάκη, Ζαϊμάκη 2005).

4.6.2 Τομείς Υπηρεσιών Του «Βοήθεια Στο Σπίτι»

Οι υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι λειτουργούν σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες και σε μερικές από αυτές αποτελούν τμήμα του κρατικού προϋπολογισμού κοινωνικής πρόνοιας. Στην πλειοψηφία τους βέβαια έχουν σχεδιασθεί, αρχικά, περισσότερο για την ενίσχυση των ηλικιωμένων παρά των οικογενειακών τους φροντιστών.

Συχνά οι «φροντιστές» δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες καθώς και οι επαγγελματίες που τις στελεχώνουν τείνουν να καλύψουν τις πιο άμεσες ανάγκες που συνδέονται με τους ηλικιωμένους χωρίς οικογενειακή υποστήριξη. Η οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών αυτών μπορεί να είναι σχετικά δαπανηρή αλλά είναι προτιμότερη από την περίθαλψη που παρέχεται σε ιδρύματα. (Τριανταφύλλου και Μεσθεναίου 1993).

-Ένας τομέας που καλύπτουν οι υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι είναι:

Ø Οικιακή και Οικογενειακή φροντίδα.

Η φροντίδα αυτή προϋποθέτει κάποιο πρόσωπο που απασχολείται με την περιποίηση ενός εξαρτημένου ατόμου στο σπίτι και την ανάληψη δραστηριοτήτων όπως το μαγείρεμα, τα ψώνια, η καθαριότητα και το

πλούσιμο ώστε να διευκολυνθεί το άτομο αυτό να παραμείνει στο σπίτι του όσο το δυνατόν περισσότερο. Στην Ευρώπη βέβαια τα καθήκοντα της οικιακής φροντίδας είναι ακριβώς καθορισμένα: έτσι το μπάνιο και άλλες δραστηριότητες προσωπικής φροντίδας (π.χ. η αντιμετώπιση της ακράτειας) συχνά δεν περιλαμβάνονται στα αντίστοιχα επαγγελματικά καθήκοντα. Παρόμοια καθήκοντα μπορούν να επάγονται στις υποχρεώσεις των υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι αλλά γενικά παρατηρείται κάποιος δισταγμός για την ευθύνη εκπλήρωσής τους. Επομένως κάθε χώρα χρειάζεται να καθορίζει σαφώς τους κανόνες για τους φορείς παροχής προσωπικής φροντίδας κάθε τύπου.

Στις περισσότερες χώρες οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από γυναίκες που δουλεύουν με καθεστώς μερικής απασχόλησης, έχουν λάβει κάποια επαγγελματική κατάρτιση και οργανώνονται από τη διευθύντρια ή τον κοινωνικό λειτουργό της υπηρεσίας στο επίπεδο της κοινότητας. Οι πελάτες μπορεί να πληρώνουν για τη χρήση υπηρεσιών το αντίτιμο όμως σπάνια περιλαμβάνει τα διοικητικά έξοδα του προγράμματος. Από την άλλη πλευρά, εκείνοι που αδυνατούν να πληρώσουν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες δωρεάν ύστερα από έλεγχο του εισοδήματός τους. Βέβαια ένας παρόμοιος έλεγχος κοστίζει ακριβά για να μπορέσει να εφαρμοσθεί με δίκαια και ορθολογικά κριτήρια.

Ένας δεύτερος τομέας που καλύπτουν οι υπηρεσίες βοήθεια στο σπίτι είναι

Ø Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας συγκεκριμένα:

• Ιατρική υπηρεσία: Η υπηρεσία αυτή περιλαμβάνει επίσκεψη κατ' οίκον και εξέταση των γερόντων από τους ειδικούς γιατρούς για την πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Επίσης συνταγογραφία φαρμάκων για όλους τους γέροντες, ασφαλισμένους και μη. Ειδικότερα για τους ανασφάλιστους, θα υπάρχει συνεργασία με τη Διεύθυνση

Κοινωνικής Πρόνοιας και τα Νοσοκομεία, με σκοπό την δωρεάν παροχή φαρμάκων ή νοσηλείας.

Στην υπηρεσία απασχολούνται γιατροί με τις ειδικότητες του παθολόγου, του ορθοπεδικού, του καρδιολόγου και του ψυχίατρου.

• Φυσικοθεραπεία: Η φυσικοθεραπεία προσφέρεται κυρίως στους ανάπηρους, στους μη αυτοεξυπηρετούμενους καθώς και σ' αυτούς που αντιμετωπίζουν προβλήματα στη φυσική τους κατάσταση (π.χ. μειωμένη κινητικότητα).

• Νοσηλευτική υπηρεσία: Προσφέρεται νοσηλευτική φροντίδα σε περιπτώσεις προβλημάτων υγείας, που έχει δοθεί ειδική αγωγή (π.χ. ενέσεις, ορός). Επίσης γίνεται συχνή παρακολούθηση των γερόντων (π.χ. μέτρηση της πίεσέως τους).

(Ειδική Έκθεση δια τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών 1974).

Ένας άλλος τομέας πολύ σημαντικός που αξίζει παρατήρησης είναι υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι.

Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν γενικά τις τακτικές επισκέψεις νοσηλευτριών στο σπίτι (για μεγάλο ή μικρό διάστημα) και την παροχή πρακτικής νοσηλευτικής φροντίδας ή τη διευκόλυνση συνεργασίας με υπηρεσίες. Η φροντίδα αυτή παρέχεται τυπικά στα πλαίσια μιας ομάδας πρωτοβάθμιας υγείας. Οι ηλικιωμένοι και οι οικογενειακοί τους «φροντιστές» μπορούν να υποστηριχθούν στο σπίτι από παρόμοιες υπηρεσίες, που εκτός των άλλων, βοηθούν τους «φροντιστές» να αποκτήσουν περισσότερες γνώσεις για την αποτελεσματική περιποίηση ενός εξαρτημένου ατόμου. Σε χώρες, όπως η Μεγάλη Βρετανία, οι υπηρεσίες περιλαμβάνονται σε κρατικά προγράμματα που καλύπτουν όλη την χώρα και οργανώνονται σε τοπικό επίπεδο.

Η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί ένα αναγκαίο μέρος μιας καλής υπηρεσίας βοήθειας στο σπίτι. Η ανάπτυξή τους βέβαια προϋποθέτει

έναν ικανοποιητικό αριθμό διαθέσιμου και εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Στην περίπτωση αυτή οι νοσηλεύτριες εξασφαλίζουν συγκεκριμένα πλαίσια αυτόνομης δράσης, φροντίζοντας παράλληλα για την εκπλήρωση των υποχρεώσεών τους. (N 1278/1982 και N 1397/1993 Ειρήνη Αναπλιώτη Βαλαίου 1987).

Ø Παρέχονται όμως και άλλες υπηρεσίες διαφορετικού τύπου από τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι όπως:

. Πρακτικές υπηρεσίες: Με τη βοήθεια των οικογενειακών βοηθών πραγματοποιούνται ψώνια, συνοδεία σε διάφορες υπηρεσίες, εξόφληση λογαριασμών, οικιακή βοήθεια (καθαριότητα, μαγείρεμα, πλύσιμο ρούχων) καθώς και ατομική καθαριότητα των γερόντων που την έχουν ανάγκη. Μέσα απ' αυτή την υπηρεσία θα προσφέρεται και εξυπηρέτηση μετακίνησης των γερόντων η οποία καλύπτεται κυρίως με μέσα του φορέα του προγράμματος.

. Υπηρεσία δημοσίων σχέσεων: Με την ανάπτυξη των δημοσίων σχέσεων επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη συμμετοχή στο πρόγραμμα και η παρακίνηση των μελών της κοινότητας να πλαισιώνουν μια τέτοια προσπάθεια. Η ύπαρξη της υπηρεσίας αποσκοπεί στο να πραγματοποιηθούν με μεγαλύτερη επιτυχία και να αναγνωριστούν οι σκοποί και οι στόχοι του προγράμματος.

Η υπηρεσία των δημοσίων σχέσεων έχει συνεργασία με κοινωνικές οργανώσεις και φορείς με σκοπό την παροχή ηθικών και υλικών ενισχύσεων στο πρόγραμμα. Επίσης αναλαμβάνει τη διαφήμιση του προγράμματος στην ευρύτερη κοινότητα (φυλλάδια, πληροφόρηση απ' τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, επιστολές).

. Νομική υπηρεσία: Η υπηρεσία αυτή προσφέρει νομικές συμβουλές και νομική προστασία σε κάθε είδους θέματα στους γέροντες. Επίσης ο

δικηγόρος της υπηρεσίας προσφέρει νομικές συμβουλές στη λειτουργία του προγράμματος.

. Κοινωνική υπηρεσία: Η υπηρεσία αυτή αποσκοπεί στην κάλυψη των αναγκών και στην αντιμετώπιση των δυσκολιών των γερόντων, που προκύπτουν κυρίως από τις προσωπικές – οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές σχέσεις.

Αναπτύσσονται επιστημονικές τεχνικές (κοινωνική εργασία με άτομα, ομάδες και με κοινότητα), που βοηθούν τους γέροντες, τις οικογένειές τους, την κοινότητα και τις ομάδες (γερόντων και γερόντων – οικογενειών), να αναπτύξουν τις δυνατότητές τους για να προλάβουν, να επιλύσουν και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους. Μέσα απ' τη λειτουργία της, η υπηρεσία παρακινεί σε κοινωνική δράση, βοηθώντας τους γέροντες, την οικογένεια και την κοινότητα να βελτιώσουν τις μεταξύ τους σχέσεις και τις συνθήκες ζωής τους.

Ακόμη, προσφέρει συμβουλευτική βοήθεια, πληροφορίες για τα δικαιώματα των ενδιαφερομένων και ψυχολογική υποστήριξη.

Ολόκληρο το πλέγμα της προσφοράς, της κοινωνικής υπηρεσίας, διέπεται απ' τις αρχές και τη δεοντολογία της κοινωνικής εργασίας, στην οποία το άτομο αναγνωρίζεται σαν ξεχωριστή οντότητα με δικαιώματα και ευθύνες. Σημαντικό είναι ο κάθε άνθρωπος να επιλέγει μόνος του τον τρόπο της ζωής του, στο βαθμό που δεν καταπιέζονται τα δικαιώματα των άλλων.

Κατά τη λειτουργία της υπηρεσίας η εξασφάλιση της εχεμύθειας είναι απαραίτητη για την καλή εξυπηρέτηση των ενδιαφερομένων. Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι υπεύθυνοι για την κοινωνική υπηρεσία. Επίσης επιμελούνται και συντονίζουν την υπηρεσία δημοσίων σχέσεων και την ευαισθητοποίηση στην κοινότητα.

Ειδικότερα, παρέχουν υπηρεσίες που στοχεύουν ευρύτερα στην κοινωνική αλλαγή. Κινητοποιούν τους γέροντες, για χρησιμοποίηση κάθε αναγκαίας υπηρεσίας και συμβάλλουν στην ενσωμάτωση του γέροντα στο κοινωνικό σύνολο.

Οι υπευθυνότητες που έχουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στο πρόγραμμα είναι οι εξής: υπεύθυνος συντονισμού του προγράμματος, υπεύθυνος δημοσίων σχέσεων, υπεύθυνος ευαισθητοποίησης, υπεύθυνος εκπαίδευσης οικογενειακών βοηθών, υπεύθυνοι για την αντιμετώπιση ψυχολογικών, κοινωνικών και οικογενειακών προβλημάτων.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να είναι έμπειροι με εξιδικευμένες γνώσεις. Έχει παρατηρηθεί ότι η ανάγκη που εκφράζουν οι γέροντες για ψυχαγωγία είναι μεγάλη, σημαντική ένδειξη γι' αυτό και το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» καλύπτει αυτήν την ανάγκη με την παρακίνηση δημιουργίας επικοινωνίας μεταξύ των γερόντων, με την ανταλλαγή επισκέψεων στο σπίτι. Επίσης επιδιώκεται η ψυχαγωγία των γερόντων να παρέχεται μέσα από τα ψυχαγωγικά προγράμματα των ΚΑΠΗ και άλλων υπηρεσιών.

Όλες οι υπηρεσίες του προγράμματος εξυπηρετούνται απ' την γραμματειακή υποστήριξη για θέματα όπως: πρακτικών συνεδρίων, επιστολές, κ.ά.

Για την ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η διαδικασία της ευαισθητοποίησης.

Η επικοινωνία με τα μέλη της κοινότητας για ευαισθητοποίηση πάνω στο πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» η διοργάνωση ενημερωτικών εκδηλώσεων και επισκέψεων στα σπίτια.

Το πρόβλημα είναι κοινοτικό, άρα η συμμετοχή των κατοίκων της κοινότητας είναι συνδεδεμένη με την επίλυση του προβλήματος. Η ίδια η

φιλοσοφία του προγράμματος περιλαμβάνει την εθελοντική προσφορά των κατοίκων της κοινότητας και στηρίζεται σ' αυτήν.

Για να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι χρειάζεται ο κοινωνικός λειτουργός να γνωρίζει καλά την υφή της κοινότητάς του. Δηλαδή, να γνωρίζει τα χαρακτηριστικά του, τις σχέσεις και τις τάσεις μέσα σ' αυτή. Ακόμη πρέπει να έχει τη δυνατότητα να αξιολογεί αντικειμενικά την κοινότητα, ώστε οι τρόποι που θα επιλέξει για την ευαισθητοποίησή της να είναι επιτυχείς.

Οι ρόλοι αυτών που θα εργάζονται στο πρόγραμμα είναι συγκεκριμένοι, σύμφωνα με την επαγγελματική τους ιδιότητα και τα επαγγελματικά τους δικαιώματα.(Paue Raillap 1996).

Όσον αφορά το θέμα της διοίκησης των υπηρεσιών αυτών, η διοίκηση αναλαμβάνεται συνήθως από τις τοπικές αρχές ή τις ισχυρές εθελοντικές οργανώσεις και περιλαμβάνει την πρόσληψη και οργάνωση του προσωπικού και των εθελοντών που απασχολούνται στο πρόγραμμα.

Οι εθελοντές μπορεί να παίξουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο με την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών όπως οι επισκέψεις, η συνοδεία των ηλικιωμένων και τα θελήματα. Παρά τη ραγδαία εξέλιξη των νέων τεχνολογιών στον τομέα της φροντίδας στο σπίτι και τη συνδρομή που μπορεί να προσφέρουν στους ηλικιωμένους και στους «φροντιστές» τους στο μέλλον (π.χ. συσκευές συστημάτων που ενεργοποιούνται σε περίπτωση ανάγκης, τηλεφωνικές υπηρεσίες και αναπηρικές καρέκλες υψηλής τεχνολογίας), το σχετικά υψηλό τους κόστος και η πειραματική τους φύση δεν τις καθιστούν ακόμα την πρώτη επιλογή ή δυνατότητα για τους περισσότερους ηλικιωμένους.

Για να υλοποιηθεί το παραπάνω πρόγραμμα είναι απαραίτητη η ανάλογη χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών. Το θέμα της χρηματοδότησης αποτελεί ένα σημαντικό και διαρκώς αυξανόμενο

πρόβλημα για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες εξαιτίας τόσο των δημογραφικών μεταβολών όσο κυρίως λόγω της ανάπτυξης νέας πολιτικής που υποστηρίζει τη βοήθεια στο σπίτι σε αντίθεση με την παραδοσιακή ιδρυματική περίθαλψη για τους εξαρτημένους ηλικιωμένους. Αν και τα άτομα ή οι οικογένειές τους που έχουν επαρκές εισόδημα, μπορούν να πληρώσουν ιατρικές και επαγγελματικές υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον, το απαγορευτικό χρηματικό τους κόστος και η έλλειψη κατάρτισης, εμπειρίας και ελέγχου ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας δημιουργούν προβλήματα και δεν συμβάλλουν αποτελεσματικά στην κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων και των βοηθών τους. Έτσι κάθε χώρα πρέπει να διερευνήσει τις πηγές χρηματοδότησης των αντίστοιχων απαραίτητων υπηρεσιών, πράγμα που αναπόφευκτα συνεπάγεται ότι θα υπάρχει ένα σύστημα σχεδιασμού, εποπτείας και ελέγχου. (N 1278/1982 και N 1397/1983 Ειρήνη Αναπλιώτη Βαζαίου 1987).

4.6.3 Προγράμματα και πιλότοι του «Βοήθεια Στο Σπίτι»

Προγράμματα – πιλότοι που συνδέονται με τη βοήθεια στο σπίτι, εκτελούνται ήδη στην Ελλάδα από:

- Τον Ερυθρό Σταυρό σε αρκετές περιοχές π.χ. Αθήνα, Ηγουμενίτσα (στην πρώτη σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

- Ορισμένα ΚΑΠΗ (Δραπετσώνα, Ν. Ηράκλειο, Άντισσα, Κερατσίνι κ.ά.) ως αυτοτελής υπηρεσία ή ως επέκταση των συνηθισμένων υπηρεσιών στα μέλη τους.

. Μερικούς ΟΤΑ (Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης) ως αυτοτελή προγράμματα (π.χ. Αργυρούπολη) ή σε συνεργασία με τα ΚΑΠΗ της περιοχής.

Τα προγράμματα αυτά επικεντρώνονται πρωταρχικά στην προστασία των ηλικιωμένων στην οικία τους, όλο και περισσότερο όμως αρχίζουν να αναγνωρίζονται και οι ανάγκες των «οικογενειακών φροντιστών» τους. Τα περισσότερα προγράμματα προσφέρουν κοινωνική εργασία, πρακτική βοήθεια από οικογενειακούς βοηθούς και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας π.χ. επισκέψεις νοσηλευτριών και γιατρών, επισκεπτριών υγείας και φυσικοθεραπευτών. Ελάχιστα προγράμματα όμως έχουν αναπτύξει άλλες υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι, όπως εργασιοθεραπεία, πεντικιούρ, διανομή φαγητού, υπηρεσίες πλυσίματος και συνοδευτική βοήθεια. Παρόλο που γίνεται αποδεκτή η αξία των προγραμμάτων αυτών, υπάρχουν αρκετά προβλήματα για την ευρεία τους επέκταση. Με βάση την παρούσα κατάσταση οι μη κυβερνητικές οργανώσεις και οι ΟΤΑ δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στην οργάνωση και χρηματοδότηση τέτοιων υπηρεσιών.

Στόχος των προγραμμάτων είναι παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας από ειδικούς επιστήμονες, στελέχη, εθελοντές και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας σε μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους, με προτεραιότητα σε αυτούς που διαβιούν μόνοι τους ή που το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης.

Τα προγράμματα αυτά εντάσσονται στο πλαίσιο των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας. Με τις δράσεις αυτές διευρύνονται ποιοτικά και ποσοτικά οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής φροντίδας που παρέχονται στους πολίτες. Παρέχονται υπηρεσίες Κοινωνικής Εργασίας, Νοσηλευτικής Φροντίδας, Οικογενειακής

Οικιακής βοήθειας και ανάπτυξης των κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων των ηλικιωμένων, για την κάλυψη βασικών τους αναγκών, με δυνατότητα επέκτασης του είδους και του εύρους των υπηρεσιών αυτών. Δίδεται προτεραιότητα στη φροντίδα των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους ή με την οικογένειά τους αντιμετωπίζουν κινδύνους απομόνωσης, αποκλεισμού, επιβίωσης, υπερβολικής επιβάρυνσης και κρίσης της οικογένειάς τους και κινδυνεύουν πρώιμα ή σε υπέρμετρο βαθμό να κάνουν χρήση ιδρυματικής φροντίδας και να υποστούν επιδείνωση της ποιότητας της ζωής τους. (Κανελλόπουλος 1984).

4.7 ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Τα νοικοκυριά του ενός ατόμου αυξάνονται, τα διαζύγια είναι όλο και συχνότερα, ενώ συνήθεις είναι πλέον οι μεικτές οικογένειες καθώς και οι αδέσμευτοι γονείς. Όσο αυξάνεται η κινητικότητα της κοινωνίας τόσο οι άνθρωποι απομακρύνονται γεωγραφικά από την ευρύτερη οικογένειά τους, οδηγώντας σε μικρότερες πιθανότητες για φροντίδα από την οικογένεια σε περίπτωση ασθένειας. Κατά συνέπεια αυξάνονται οι ανάγκες για παροχή φροντίδας στο σπίτι από επαγγελματίες.

Οι πολίτες γίνονται όλο και πιο ενεργοί στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν την υγεία τους. Προτιμούν, όπου είναι δυνατόν, να δέχονται φροντίδα στο σπίτι παρά να νοσηλευτούν σε ίδρυμα. Οι πολίτες αρχίζουν να αισθάνονται υπεύθυνοι για την υγεία τους. Τα βιβλία υγείας αυξάνονται οι πωλήσεις βιταμινών ανθούν και όλο και περισσότεροι άνθρωποι προσφεύγουν σε εναλλακτικές μεθόδους. Ο δρ Jack Kenokan από το Michigan έχει προκαλέσει πλήθος αντιδράσεων αλλά και

υποστηρικτές με τις θέσεις του για υποβοηθούμενη αυτοκτονία ασθενών με μη αναστρέψιμες ασθένειες.

Στις ΗΠΑ οι νομοθέτες έχουν δώσει πολλά δικαιώματα στους ασθενείς για να κάνουν οι ίδιοι τις επιλογές τους σε θέματα υγείας.

Όσο αυξάνεται η ζήτηση για φροντίδα εκτός ιδρυμάτων το βάρος της ευθύνης μετατοπίζεται στους παρόχους φροντίδας. Η σχέση μεταξύ ενός ασθενή και του παρόχου φροντίδας ποικίλει – μπορεί να πρόκειται για συγγενή, φίλο, γείτονα, εθελοντή, επαγγελματία. Το κοινό χαρακτηριστικό των περισσότερων από αυτούς είναι η έλλειψη εκπαίδευσης.

Συνήθως οι άνθρωποι αυτοί εκπαιδεύονται από επαγγελματίες νοσηλεύτριες στα απαραίτητα για τον ασθενή – φάρμακα, ενέσεις, δίαιτες, φροντίδα πληγών, βελτίωση υγείας. Επίσης μαθαίνουν κατάλληλες ασκήσεις για ενδυνάμωση μυϊκών ομάδων, αλλά και τις διαθέσιμες κοινωνικές υπηρεσίες.

Αν ο παροχός φροντίδας είναι μέλος της οικογενείας είτε λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων, είτε για άλλους λόγους – υπάρχει ένας αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την πορεία του ασθενούς. Αν η οικογένεια είναι δυσλειτουργική το πιθανότερο είναι να οδηγήσει σε επιδείνωση της υγείας του ασθενούς αντί για βελτίωση. Ακόμα και σε εύρυθμες οικογένειες μπορούν να παρουσιαστούν προβλήματα η σε έρευνα του 1996 αποδείχθηκε ότι οι ασθενείς που αναρρώνουν από εμφράγματα γίνονται δεκτές υψηλού άγχους όταν επιστρέφουν στο σπίτι τους. (Sheryl Mara Zang Nellie G. Bailey, 1997).

4.7.1 Τεχνολογία Και Φροντίδα Στο Σπίτι

Στη σύγχρονη εποχή έχει μειωθεί δραστικά ο χρόνος παραμονής στα νοσοκομεία. Οι τεχνολογικές εξελίξεις δίνουν τη δυνατότητα στους ασθενείς να λαμβάνουν τις απαραίτητες υπηρεσίες στο σπίτι. «Σχεδόν κάθε μέθοδος που εφαρμόζεται σε νοσοκομεία & άλλα ιδρύματα μπορεί να γίνει φορητή και να παρέχεται στο σπίτι. Ένας από τους πλέον αναπτυσσόμενους τομείς της ιατρικής τεχνολογίας είναι η ανάπτυξη και παραγωγή ιατρικού εξοπλισμού κατάλληλου για φροντίδα στο σπίτι». (Freeman, 1995, σελ. 9). Το αποτέλεσμα είναι ένα πολύπλοκο σύστημα που χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στη διαχείρισή του για να αποφέρει τα επιθυμητά σε κάθε περίπτωση αποτελέσματα. Ο σχεδιασμός της νοσηλείας στο σπίτι είναι απαραίτητο να γίνεται από ένα άτομο με ικανότητα πρόβλεψης των αναγκών του ασθενούς με εκπαίδευση υψηλού επιπέδου στη νοσηλεία αλλά και με γνώσεις των απαραίτητων οικονομικών στοιχείων, κανονισμών, κοινωνικών πόρων και τεχνολογικών εξελίξεων. Κύρια ευθύνη είναι η εξασφάλιση των αναγκών του ασθενούς με ασφάλεια και οικονομία. Είναι απαραίτητη η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες του τομέα υγείας. Συχνά τα άτομα που απασχολούνται σε αυτούς τους ρόλους παρέχουν εκπαιδευτικά σεμινάρια πάνω στη νοσηλεία στο σπίτι σε επαγγελματίες του τομέα υγείας. (Sheryl Mara Zang Nellie G. Bailey, 1997).

Ø Παραπομπές Και Πόροι

Στα νοσοκομεία οι γιατροί είναι αυτοί που θεωρούνται υπεύθυνοι για τις ανάγκες των ασθενών. Καθώς παρακολουθούν τους ασθενείς σε καθημερινή βάση αντιλαμβάνονται πιο εύκολα προβλήματα και τι χρειάζεται από ειδικευμένους θεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και διαιτολόγους. Οι νοσηλευτές μπορούν επίσης να αναφέρουν τις δικές

τους παρατηρήσεις και να παραπέμψουν σε κάποιο γιατρό. Λόγω της λειτουργίας του νοσοκομείου μία ανάγκη μπορεί να μη γίνει αντιληπτή από κάποιο νοσηλευτή αλλά να γίνει από άλλον. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές δεν είναι εξίσου υπεύθυνοι ατομικά για να αναγνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών στο νοσοκομείο, όπως είναι στη φροντίδα στο σπίτι.

Στα νοσοκομεία υπάρχουν συγκεκριμένα άτομα σε συγκεκριμένες θέσεις με σκοπό την αξιολόγηση των αναγκών του ασθενούς για κοινωνικές παροχές και κάνουν τις κατάλληλες προτάσεις. Ο ρόλος τους είναι σημαντικός κυρίως στη διαδικασία αποχώρησης του ασθενούς από το νοσοκομείο, καθώς οι λειτουργικές ικανότητές του επηρεάζονται από τη νοσηλεία. Οι νοσηλευτές νοσοκομείων συνήθως δεν απαιτείται να γνωρίζουν τους διαθέσιμους κοινωνικούς πόρους για την κάλυψη των αναγκών αυτών. Αν Αναγνωρίσουν κάποια τέτοια ανάγκη συνήθως παραπέμπουν στον κατάλληλο υπάλληλο του νοσοκομείου.

Οι νοσηλευτές στο σπίτι είναι υπεύθυνοι για την αναγνώριση των αναγκών του ασθενούς που απαιτούν τις υπηρεσίες άλλων επαγγελματιών. Οι γιατροί συνήθως δεν έχουν τέτοιου είδους επαφή με τον ασθενή, έτσι οι νοσηλευτές είναι αυτοί που φέρουν την ευθύνη για την εστίαση των αναγκών, την ενημέρωση των γιατρών και την κρίση για την ανάγκη παροχής υπηρεσιών από άλλους επαγγελματίες. Πρέπει, επίσης, να γνωρίζουν τα κόστη των υπηρεσιών αυτών και να μεταφέρουν τις κατάλληλες πληροφορίες στους επαγγελματίες αυτούς.

Στη φροντίδα στο σπίτι, οι ειδικοί πρέπει να μπορούν να αναγνωρίσουν τις ανάγκες των ασθενών που μπορούν να καλυφθούν από κοινωνικούς πόρους, καθώς και πώς ο ασθενής μπορεί να αποκτήσει πρόσβαση σε αυτούς. Για παράδειγμα ο νοσηλευτής μπορεί να δει σημάδια κατάχρησης αλκοόλ ή να μάθει ότι ο ασθενής είναι οικονομικά

αδύναμος να προμηθευτεί τα φάρμακά του. Με τη διαμόρφωση φιλικών επαγγελματικών σχέσεων με τους ανθρώπους κοινωνικών οργανισμών ώστε να μπορούν να προτείνουν δωρεάν ή χαμηλού κόστους υπηρεσίες στους ασθενείς από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Απαιτείται λοιπόν από τους ειδικούς να έχουν δημιουργήσει ένα καλό δίκτυο με κοινωνικούς οργανισμούς για να προσφέρουν τις κατάλληλες υπηρεσίες στους ασθενείς τους.

Ø Σύντροφοι

Στη νοσηλεία η οικογένεια του ασθενούς συνήθως προσφέρει ελάχιστα στη βοήθεια του ασθενούς. Οι ώρες επισκεπτηρίου δεν επιτρέπουν τη συνεχή παρουσία τους, ενώ οι επαγγελματίες καλύπτουν τις περισσότερες ανάγκες των ασθενών. Λόγω της ελάχιστης επαφής με την οικογένεια του ασθενούς οι νοσηλευτές αδυνατούν να κατανοήσουν την οικογενειακή λειτουργία. Έτσι, δεν έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν ενδεχόμενα θετικά στοιχεία της οικογένειας.

Στη φροντίδα στο σπίτι οι ασθενείς μπορεί να έχουν ή να μην έχουν οικογένεια να τους βοηθήσει στις καθημερινές τους λειτουργίες. Ακόμα και αν είναι παρούσα η οικογένεια μπορεί να είναι και αυτοί ασθενείς ή να μην επιθυμούν να βοηθήσουν. Μπορεί να βοηθούν οι γείτονες παίζοντας ένα σημαντικό ρόλο στη φροντίδα του ασθενούς. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και τα κατοικίδια δια τους νοσηλευτές είναι καλό για τη σχέση με τον ασθενή να έχουν καλές σχέσεις με το κατοικίδιο.

Οι σύντροφοι μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά – αρνητικά ή θετικά – την ποιότητα της φροντίδας του ασθενούς. Παραδείγματα αρνητικής επιρροής είναι: γλωσσική, σωματική ή ψυχολογική καταπίεση του ασθενούς, αδιαφορία, μη παροχή φαρμάκων, προετοιμασία ακατάλληλων γευμάτων, λανθασμένη μεταφορά εντολών γιατρού.

Ø Πολιτισμική Προσαρμοστικότητα Στη Φροντίδα Στο Σπίτι

Ως πολιτισμό μπορούμε να ορίσουμε την κοινή μέθοδο επίκτητης συμπεριφοράς που μεταφέρεται σε άλλα άτομα της ίδιας ομάδας. Ο πολιτισμός συνήθως επηρεάζει τον τρόπο που ένα άτομο αντιμετωπίζει τη ζωή και εμφανίζεται στη συμπεριφορά, τις πράξεις και τις απόψεις του ατόμου. Βοηθάει τους ανθρώπους να αναγνωρίσουν «ποιοι» είναι και τι τους κάνει διαφορετικούς.

Οι επαγγελματίες στο σπίτι θα είναι επιτυχημένοι αν έχουν πλήρη κατανόηση των πολιτισμικών απόψεων και αντιλήψεων. Οι ειδικοί φέρουν και το δικό τους προσωπικό πολιτισμικό υπόβαθρο που έχει επηρεαστεί από την οικογένεια, την κοινωνία, την εκπαίδευση και την εργασιακή εμπειρία. Οι επαγγελματίες που έχουν επίγνωση της πολιτισμικής τους ταυτότητας μπορούν να αντιμετωπίσουν τη φροντίδα του ασθενούς ως αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ ειδήμονος και ασθενούς. Μία πολιτισμική αυτό-αξιολόγηση βοηθάει τους ειδικούς να κατανοήσουν καλύτερα τις δικές τους δράσεις, αξίες, αντιλήψεις και συμπεριφορές. Οι αποτελεσματικοί νοσηλευτές αναγνωρίζουν ότι οι αξίες και τα ιδανικά ενός ασθενούς είναι απίθανο να αλλάζουν και θέτουν στόχους βασισμένοι στο σύστημα αξιών του ασθενούς, που μπορεί να διαφέρουν από αυτό του νοσηλευτή ή του παραδοσιακού ιατρικού κατεστημένου. (Sheryl Mara Zang Nellie G. Bailey, 1997).

4.7.2 Εκτίμηση Του Ασθενούς Πριν Την Κατ' Οίκον Νοσηλεία

Η επιτυχία του σχεδιασμού της νοσηλείας στο σπίτι στηρίζεται στη σωστή εκτίμηση των αναγκών του ασθενούς ενώ βρίσκεται ακόμα στο νοσοκομείο. Πρώτα απ' όλα πρέπει να γίνει μία εκτίμηση των ιατρικών, κοινωνικών και νοσηλευτικών αναγκών του ασθενούς για τη διαπίστωση της καταλληλότητας του ασθενούς για νοσηλεία στο σπίτι , είτε από

πλευράς ασφαλιστικής κάλυψης, είτε από πλευράς προγράμματος νοσηλείας. Για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, αμέσως μετά, πρέπει να γίνει μία ανασκόπηση του ιστορικού της νοσηλείας (διαγνώσεις, ιατρικό ιστορικό, εργαστηριακά ευρήματα, θεραπείες και χορήγηση φαρμάκων). Επίσης, πρέπει να γίνει μία συνέντευξη με τον ασθενή και τους συγγενείς του για να γίνει κατανοητό το κοινωνικό και περιβαλλοντικό υπόβαθρο για τη νοσηλεία στο σπίτι. Σε αυτή τη συνέντευξη ο νοσηλευτής μπορεί να προβλέπει ενδεχόμενα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν κατά τη νοσηλεία στο σπίτι, καθώς και τις βοηθητικές συσκευές ή μηχανήματα που θα χρειαστούν.

Επίσης, σε αυτή τη συζήτηση, μπορούν να γίνουν κατανοητοί οι οικονομικοί πόροι του ασθενούς καθώς και η ασφαλιστική του κάλυψη. Έτσι, αναλόγως την περίπτωση μπορούν να γίνουν οι κατάλληλες προτάσεις σύμφωνα με τις δυνατότητες του ασθενούς. Τέλος, ο ασθενής ενημερώνεται για τους σκοπούς του προγράμματος αποκατάστασης ενώ μπορεί να εκφράσει τις επιθυμίες και τις προσδοκίες του.

Ακολουθεί μία φυσική αξιολόγηση του ασθενούς που δίνει τα πρωτογενή δεδομένα για να εξασφαλιστεί η συνέχεια στη φροντίδα του ασθενούς από το νοσοκομείο στο σπίτι. Επίσης σε αυτό το στάδιο μπορεί να ελεγχθεί η δυνατότητα του ασθενούς ή της οικογένειάς του για κάλυψη κάποιων αναγκών.

Τέλος, πρέπει να γίνει μια σύσκεψη με το άτομο που οργανώνει την αποχώρηση του ασθενούς από το νοσοκομείο (γιατρός, κοινωνικός λειτουργός, κλπ.) Κανονίζονται οι επισκέψεις στο νοσοκομείο μετά την εξαγωγή.

Όταν ο ασθενής παίρνει εξιτήριο πριν γίνει πλήρης προεργασία, θα είναι απαραίτητες τροποποιήσεις του προγράμματος κατά τη διάρκεια

της νοσηλείας στο σπίτι. Επίσης η προεργασία αυτή μπορεί να είναι απαραίτητη για την ασφαλιστική κάλυψη της κατ' οίκον νοσηλείας.

Σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση του ασθενούς παίζει και η ψυχολογική του κατάσταση – στοιχεία λεκτικής βίας, ή επιθετικότητας καθώς και τάσεις αυτοκτονίας πρέπει να αξιολογηθούν από ψυχολόγο πριν την έναρξη της κατ' οίκον νοσηλείας.

Επίσης, είναι απαραίτητο να γίνει μια αξιολόγηση της κινητικότητας του ασθενούς, της υποστήριξης που απαιτείται και της ανεξαρτησίας που μπορεί να έχει.

Σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι διαθέσιμο το τηλέφωνο του ασθενούς για τη δυνατότητα κάλυψης οποιασδήποτε ανάγκης.

4.7.3 Ενέργειες Του Ειδικού Πριν Την Εισαγωγή Του Ατόμου Στο Πρόγραμμα

Μερικές φορές η κατ' οίκον νοσηλεία δεν αποτελεί συνέχεια νοσηλείας σε νοσοκομείο, αλλά να αποτελεί συνταγή – πρόταση κάποιου γιατρού ή άλλου κοινωφελούς ιδρύματος. Και σε αυτή την περίπτωση πρέπει να ακολουθηθεί η ίδια διαδικασία συγκέντρωσης στοιχείων. Στην περίπτωση αυτή έχουμε τα παρακάτω – συνήθως τηλεφωνικά – βήματα:

- 1.Ο προτείνων την κατ' οίκον νοσηλεία παρέχει δημογραφικά και ασφαλιστικά στοιχεία του ασθενούς.
- 2.Μέσω συζήτησης με το γιατρό λαμβάνονται η διάγνωση και το ιατρικό ιστορικό. Επίσης, προφορικές οδηγίες για φαρμακευτική αγωγή, διατροφή κ.ά.
- 3.Ο γιατρός και ο νοσηλευτής συζητούν τους σκοπούς και τους στόχους του προγράμματος. Ο γιατρός πρέπει να είναι σύμφωνος με τη λύση της κατ' οίκον νοσηλείας.

4.Επαφή με τον ασθενή και την οικογένειά του για την περιγραφή του απαιτούμενου προγράμματος και αποδοχή του, καθώς και για επιβεβαίωση οικονομικών και ασφαλιστικών στοιχείων.

5.Το πρόγραμμα ξεκινάει μόνο μετά από μία κατ' οίκον επίσκεψη για αξιολόγηση.

Αν η υπόθεση κριθεί ακατάλληλη για κατ' οίκον νοσηλεία πρέπει να προταθούν στον ασθενή εναλλακτικές λύσεις – νοσοκομεία, κατάλληλα ιδρύματα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι απαραίτητος ο επί τόπου έλεγχος του χώρου της κατ' οίκον νοσηλείας. Πρέπει σε αυτές τις περιπτώσεις να ελεγχθεί ο τύπος της κατοικίας (μονοκατοικία – πολυκατοικία) αλλά και η προσβασιμότητα (κουδούνι, πόρτα, σκάλες, ασανσέρ). Επίσης πρέπει να ελεγχθεί η ευρύτερη περιοχή. Όταν ολοκληρωθεί η αξιολόγηση της κατοικίας από κάθε άποψη (χώροι υγιεινής, υδραυλικές και ηλεκτρικές εγκαταστάσεις, κατοικίδια). Τα στοιχεία που συλλέγονται βοηθούν στο σχεδιασμό του κατάλληλου προγράμματος.

4.7.4 Κριτήρια Για Κατ' Οίκον Νοσηλεία

Είναι απαραίτητο να παρέχεται κατ' οίκον νοσηλεία μόνο στους ασθενείς όπου αυτό μπορεί να γίνει με ασφάλεια. Την απόφαση αυτή την παίρνει κατάλληλα εκπαιδευμένος νοσηλευτής μετά την αξιολόγηση που προηγήθηκε. Υπάρχουν διάφορα κριτήρια που κρίνουν μία υπόθεση κατάλληλη ή όχι, αλλά αυτά που χρησιμοποιούνται συνηθέστερα είναι:

1.Ο ασθενής είναι αναγκασμένος να μένει στο σπίτι. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να φύγει από το σπίτι μόνο για σύντομα διαστήματα και μόνο για ιατρικούς λόγους. Τέτοιες περιπτώσεις είναι,

μεταξύ άλλων, ασθένειες που απαιτούν ακινησία και σοβαρές αναπνευστικές παθήσεις.

2.Ο ασθενής πρέπει να έχει ανάγκη από εξειδικευμένες υπηρεσίες. Τέτοιες ειδικές υπηρεσίες μπορεί να είναι εξειδικευμένες νοσηλευτικές υπηρεσίες (π.χ. φαρμακευτική αγωγή, εκπαίδευση ασθενούς, ψυχιατρική αξιολόγηση και θεραπεία), φυσικοθεραπείες (θεραπευτικές ασκήσεις, επιθέματα, λουτρά παραφίνης, δινόλουτρα), εργασιοθεραπείες ή λογοθεραπείες (παραγωγή λόγου, βελτίωση επικοινωνιακών χαρακτηριστικών καθημερινότητας, υποστήριξη ασθενών με αφασία ή δυσφασία). Μπορεί, επίσης, να απαιτείται συνδρομή κοινωνικού λειτουργού.

3.Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται από γιατρό που θα παρέχει τις οδηγίες αποθεραπείας. Ο νοσηλευτής και ο γιατρός σε συνεργασία με τον ασθενή δημιουργούν ένα πλάνο νοσηλείας με βάση τη διάγνωση και τις ανάγκες του ασθενούς. Σε αυτό περιλαμβάνονται διαγνώσεις, υπηρεσίες, εξοπλισμός, φαρμακευτικές αγωγές, δραστηριότητες που επιτρέπονται, συχνότητα επισκέψεων, μέτρα αποφυγής τραυματισμών, συγκεκριμένοι και μετρήσιμοι στόχοι, δυνατότητα αποκατάστασης και τελική στόχευση.

Ο ασθενής και η οικογένειά του πρέπει να επιθυμούν τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Κύριος στόχος είναι η παροχή στον ασθενή και την οικογένειά του των απαραίτητων ικανοτήτων και γνώσεων για την μέγιστη δυνατή αυτονομία τους.

Η νοσηλεία πρέπει να είναι απαραίτητη για την υγεία του ασθενούς. Στην πρώτη του επίσκεψη ο νοσηλευτής πρέπει να αποφασίσει αν το περιβάλλον του ασθενούς εξασφαλίζει την ασφάλεια και τη δυνατότητα παροχής υπηρεσιών. Πρέπει πάντα να έχει προβλεφθεί η ύπαρξη ενός συστήματος για περίπτωση ανάγκης, έστω και αν αυτό είναι απλά η κλήση ενός ασθενοφόρου.

4. Η νοσηλεία πρέπει να είναι απαραίτητη για την υγεία του ασθενούς. Στην πρώτη του επίσκεψη ο νοσηλευτής πρέπει να αποφασίσει αν το περιβάλλον του ασθενούς εξασφαλίζει την ασφάλεια και τη δυνατότητα παροχής υπηρεσιών. Πρέπει πάντα να έχει προβλεφθεί η ύπαρξη ενός συστήματος για περίπτωση ανάγκης, έστω και αν αυτό είναι απλά η κλήση ενός ασθενοφόρου. (Sheryl Mara Zang Nellie G. Bailey, 1997).

4.7.5 Επίσκεψη Στον Ασθενή

Πριν από κάθε επίσκεψη στον ασθενή ο ειδικός πρέπει να μελετήσει την αρχική αξιολόγηση, καθώς και όποιες σημειώσεις υπάρχουν από προηγούμενες επισκέψεις. Κατ' οίκον σχεδιασμό των επισκέψεων ο νοσηλευτής πρέπει να προβλέπει χρόνο για ενδεχόμενες επείγουσες καταστάσεις, ενώ πριν ξεκινήσει πρέπει να επικοινωνήσει με τους ειδικούς για την επιβεβαίωση του προγράμματος.

Κατά την επίσκεψη τόσο ο νοσηλευτής όσο και ειδικός είναι πιο άνετοι. Υπάρχει πλέον οικειότητα, ενώ και τα απαραίτητα διαδικαστικά έχουν ολοκληρωθεί. Ο ασθενής έχει μπει σε ένα πρόγραμμα και έχουν τεθεί στόχοι. Ο στόχος της επίσκεψης είναι η αξιολόγηση της προόδου του ασθενούς.

Σε κάθε περίπτωση ο νοσηλευτής πρέπει να δείχνει επαγγελματισμό.

Σημαντικές ερωτήσεις σε μία επίσκεψη είναι:

- Έχει ο ασθενής κάποια ανησυχία σχετικά με την υγεία του; Έχει παρατηρήσει αλλαγές;

- Έχει μεσολαβήσει επίσκεψη του γιατρού; Αν ναι, υπάρχουν νέα ευρήματα ή τροποποιήσεις στη φαρμακευτική αγωγή και τις θεραπείες;

Σε αυτή την περίπτωση ο ειδικός πρέπει να επικοινωνήσει και με το γιατρό για να επιβεβαιώσει ό,τι πει ο ασθενής.

Σε κάθε επίσκεψη πρέπει να τηρούνται όλοι οι κανόνες υγιεινής. Ο νοσηλευτής πρέπει να εξετάσει πλήρως τον ασθενή.

Αν υπάρχει νέα ασθένεια πρέπει να αξιολογηθεί ο βαθμός αποδοχής του ασθενούς. Αν υπάρχει σταθεροποίηση, ενδεχομένως να μπορεί να γίνει αλλαγή στο πρόγραμμα επισκέψεων. Πρέπει να διασφαλίζεται η ασφάλεια του ασθενούς μεταξύ των επισκέψεων αν η κατάστασή του παρουσιάζει αστάθεια, πρέπει να φανεί τι ευθύνεται (δίαιτα, φαρμακευτική αγωγή, τήρηση των παραπάνω).

Πρέπει να προσεχθεί ότι ο ασθενής ακολουθεί σωστά τη φαρμακευτική αγωγή, καθώς και ενδεχόμενες θεραπευτικές διαδικασίες που απαιτούνται.

Υπάρχουν περιπτώσεις που οι επισκέψεις απαιτείται να είναι καθημερινές. Όταν συμβαίνει αυτό ενδεχομένως να είναι καλύτερη η λύση μιας αποκλειστικής ή να απαιτείται εναλλακτικά η χρήση βοηθητικών συσκευών.

Ο ειδικός πρέπει να συντονίζει τους υπόλοιπους επαγγελματίες που ασχολούνται με τον ασθενή (φυσικοθεραπευτής, λογοθεραπευτής, κλπ.) και να γνωρίζει την πορεία του ασθενούς με καθέναν από αυτούς.

Επίσης, φροντίζει για τις προμήθειες υλικού του ασθενούς. Καλό είναι να υπάρχει πάντα απόθεμα 2 εβδομάδων.

Αν κριθεί απαραίτητο ο ειδικός πρέπει να ενημερώσει την οικογένεια και τον ασθενή, ότι μία μεταφορά σε κατάλληλο ίδρυμα είναι καλύτερη λύση από την κατ' οίκον νοσηλεία.

4.7.6 Συμμετοχή Της Οικογένειας

Ο ειδικός πρέπει να αξιολογεί το βαθμό συμμετοχής της οικογένειας στην ανάρρωση του ασθενούς. Πολλές φορές η συμπεριφορά μελών της

οικογένειας μεταβάλλεται στην πορεία. Σε κάθε περίπτωση το σημαντικό είναι να εξασφαλιστεί η ειλικρίνεια στην επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και οικογένειας. Το σχέδιο αποθεραπείας πρέπει να είναι αμοιβαία αποδεκτό και να αξιολογείται σε κάθε επίσκεψη.

Η κατ' οίκον νοσηλεία δεν εξυπηρετεί πάντα. Αν ο ασθενής είναι απόλυτα εξαρτημένος για τις δραστηριότητές του και η οικογένεια δεν μπορεί να αντεπεξέλθει, ίσως πρέπει να μεταφερθεί σε κάποιο ίδρυμα. Ενδεχομένως να είναι απαραίτητη η συνδρομή κοινωνικού λειτουργού ή ο επαναπρογραμματισμός της καθημερινότητας της οικογένειας.

Κάθε επίσκεψη πρέπει να οδηγεί πιο κοντά στην πλήρη αποθεραπεία του ασθενούς και να αξιολογεί την πορεία του.

Αν δεν επιτυγχάνεται η σταθερότητα του ασθενούς, πρέπει να εκπαιδευτεί στη σημασία της φαρμακευτικής αγωγής, της σωστής διατροφής και σε αλλαγές του τρόπου ζωής. Επίσης πρέπει να υπάρξει συνάντηση με τον γιατρό για την αξιολόγηση της πορείας του ασθενούς. Ενδεχομένως η αστάθεια να είναι κομμάτι της ζωής του. Σε αυτήν την περίπτωση δεν χρειάζονται επιπλέον επισκέψεις, αρκεί ο ασθενής να γνωρίζει τότε πρέπει να επικοινωνήσει με τον γιατρό του.

4.7.7 Αποδέσμευση Του Ασθενούς Από Το Πρόγραμμα

Αντίθετα με άλλους τομείς νοσηλείας στην κατ' οίκον νοσηλεία ο νοσηλευτής είναι ο υπεύθυνος για την αξιολόγηση της πορείας του ασθενούς και για την εκτίμηση της ετοιμότητάς του για αποδέσμευση, σε συνεργασία πάντα με τον ασθενή, την οικογένειά του και το γιατρό. Επίσης, πρέπει να προβλέπει ανάγκες του ασθενούς για τη διατήρηση του επιπέδου της υγείας του.

Επίσης στην κατ' οίκον νοσηλεία ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος και για τη διαχείριση του κόστους της νοσηλείας. Χρειάζεται προσεκτική ανάλυση και ικανότητα αντικειμενικής κρίσης αναγκών του ασθενούς. Έτσι, αν διαπιστωθεί ότι το κόστος νοσηλείας αυξάνεται συνεχώς, θα πρέπει να αντισταθμιστεί με το ενδεχόμενο κόστος νοσηλείας σε κάποιο ίδρυμα.

Τέλος, είναι απαραίτητη η συμμετοχή του ασθενούς και της οικογένειάς του στην πορεία αποδέσμευσης. Πρέπει να εκπαιδευτούν σε ενδεχόμενες θεραπείες που θα απαιτηθούν και μετά τη νοσηλεία και να συζητήσουν ανοιχτά όλα τα θέματα που αφορούν τη φροντίδα του ασθενούς.

Όπως πάντα, η αποδέσμευση του ασθενούς ξεκινάει με την εισαγωγή του. Από την πρώτη επίσκεψη χτίζεται μία σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Ο ειδικός πρέπει να απαντήσει σε κάθε ερώτημά του και να του μεταδώσει τους στόχους της νοσηλείας, θέτοντας έτσι ένα συγκεκριμένο χρονικό ορίζοντα. Συνήθως, αμέσως μετά τη νοσηλεία σε κάποιο ίδρυμα, ο ασθενής συζητάει πιο άνετα το πλάνο αποθεραπείας του.

Το σχέδιο αποδέσμευσης πρέπει να συζητηθεί με τον ασθενή και τους συγγενείς του. Έτσι μπορούν να δοθούν κατάλληλες οδηγίες, να λυθούν απορίες και όποια προβλήματα ενδεχομένως εμφανιστούν στο μέλλον.

Επίσης πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν ενδεχόμενα χρονικά περιθώρια που έχει θέσει η ασφαλιστική κάλυψη του ασθενούς.

4.7.8 Κριτήρια Αποδέσμευσης

Το ιδεαστό είναι η αποδέσμευση του ασθενούς όταν πληρωθούν όλοι οι στόχοι του προγράμματος. Μερικές φορές όμως αυτό δεν είναι εφικτό. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να κριθεί ότι ο ασθενής μπορεί να αποδεσμευθεί όταν:

-Είναι Ιατρικά σταθερός. Είναι ο πλέον συνήθης λόγος αποδέσμευσης και ουσιαστικά είναι ένα αποτέλεσμα αναμενόμενο και επιθυμητό για κάθε ασθενή. Ενδεχομένως να απαιτείται η εκπαίδευσή του σε κάποια λειτουργία, αλλά πλέον δεν απαιτείται η παρακολούθησή του.

-Η οικογένεια μπορεί να αναλάβει τη νοσηλεία. Υφίσταται τόσο ως λόγος όσο και ως λύση για την αποδέσμευση του ασθενούς. Ο ειδικός πρέπει να σιγουρευτεί ότι η οικογένεια έχει τις κατάλληλες γνώσεις για τη φροντίδα που χρειάζεται ο ασθενής και μόνο τότε μπορεί να τον αποδεσμεύσει.

-Ο ασθενής δεν επιθυμεί τη συμμετοχή του. Είτε ενεργητικά (με την άρνησή του για εκμάθηση των απαραίτητων διαδικασιών) είτε παθητικά (με τη μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής ή των υποχρεώσεών του) ο ασθενής μπορεί να αποσυρθεί από τη θεραπεία του. Ακόμα και αν ο ειδικός νιώθει εκνευρισμό από τη συμπεριφορά του ασθενούς πρέπει να προσπαθήσει να τον πείσει για τη σημασία της νοσηλείας. Μόνο αν όλες οι προσπάθειες αποτύχουν πρέπει να συζητηθεί η αποδέσμευσή του, διευκρινίζοντας ενδεχόμενες επιπτώσεις στην υγεία του. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να υπάρχει συνεννόηση με το γιατρό και την οικογένεια.

-Άλλοι λόγοι: Μετακόμιση ασθενούς, νοσηλεία σε ίδρυμα, άρνηση κάθε θεραπείας, απόφαση γιατρού, θάνατος ασθενούς.

Με την αποδέσμευση πρέπει να συμπληρωθεί πλήρως ένα ενημερωτικό σημείωμα που να εξηγεί πλήρως τους λόγους αποδέσμευσης του ασθενούς καθώς και τη γνώση που έχει λάβει για την υγεία του και την παρακολούθησή της ο ίδιος ο ασθενής και το βαθμό ικανότητάς του για τη διατήρησή της. (Sheryl Mara Zang Nellie G. Bailey, 1997).

4.8 ΠΟΙΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΤΟ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Οι άνθρωποι που έρχονται σε επαφή και προσφέρουν «βοήθεια στο Σπίτι» στους ηλικιωμένους και στα άτομα με ειδικές ανάγκες είναι Κοινωνικοί Λειτουργοί – Κοινωνιολόγοι – Νοσηλευτές και Οικογενειακοί Βοηθοί. Πιο συγκεκριμένα: .Κοινωνικός /ή λειτουργικός (Πτυχιούχος ΑΕΙ /ΤΕΙ με άδεια άσκησης επαγγέλματος). Στις περιπτώσεις που δεν εκδηλωθεί ενδιαφέρον από Κοινωνικό / ή λειτουργό, παρέχεται η ευχέρεια απασχόλησης ψυχολόγου ή κοινωνιολόγου. Νοσηλεύτη/τρια (πτυχιούχος ΑΕΙ/ΤΕΙ ΙΜΤΕΝΣ με άδεια άσκησης επαγγέλματος). Εάν δεν εκδηλωθεί ενδιαφέρον από νοσηλεύτη, μπορεί να απασχοληθεί επισκέπτης υγείας (Τ.Ε.Ι.). .Βοηθητικό προσωπικό, με αντίστοιχη κατάρτιση, ή αποδεδειγμένη εμπειρία.

Για κάθε μονάδα είναι απαραίτητη η απασχόληση όλων των ειδικοτήτων.

Τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι γνωστά και λειτουργούν εδώ και αρκετά χρόνια στην Ελλάδα.

Το πρόγραμμα στελεχώνεται από δύο ομάδες ειδικευμένου προσωπικού (Κοινωνική Λειτουργό, Νοσηλεύτρια και Οικογενειακή Βοηθό), που παρέχουν καθημερινά υπηρεσίες με προγραμματισμένες κατ' οίκον επισκέψεις. Η κοινωνική λειτουργός εμπυχώνει και υποστηρίζει το άτομο της 3^{ης} ηλικίας. Συζητά, πληροφορεί και συμμετέχει ενεργά στην επίλυση προβλημάτων που αντιμετωπίζει. Έχει την ευθύνη της κοινωνικής έρευνας, της αξιολόγησης και ένταξης των εξυπηρετούμενων στο πρόγραμμα.

Η Νοσηλεύτρια φροντίζει και ελέγχει τη γενική κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου. Ασχολείται με την μετανοδοκομειακή παρακολούθηση ασθενών, τον έλεγχο λήψης φαρμάκων και διασφάλιση της ατομικής υγιεινής των εξυπηρετούμενων. Η Οικογενειακή βοηθός φροντίζει για την καθαριότητα και υγιεινή του χώρου του ηλικιωμένου καθώς και για την καλή λειτουργία του σπιτιού του με τη διεκπεραίωση κάποιων πρακτικών αναγκών (εξόφληση λογαριασμών, αγορά αγαθών κ.ά.).

Το πρόγραμμα επίσης συνεργάζεται με γιατρό παθολόγο ο οποίος όταν χρειαστεί κάνει κατ' οίκον επισκέψεις με την νοσηλεύτρια γράφει φάρμακα και εξετάσεις στα μέλη του προγράμματος.

Έχει συχνά τηλεφωνική επικοινωνία μαζί του η νοσηλεύτρια για ενημέρωση της πορείας της υγείας των μελών του προγράμματος αλλά και συμβουλευτική υποστήριξη για την ομαλή διεξαγωγή της υγείας τους. Να ασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και μέσω της ενδυνάμωσης να αποκτήσουν την μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία.

Η ομάδα των στελεχών του προγράμματος εφαρμόζει τις αρχές και μεθόδους της ομαδικής εργασίας και του κοινωνικού σχεδιασμού. Στα πλαίσια αυτά μεταξύ άλλων, αφού έχουν προηγηθεί οι αναγκαίες αρχικές φάσεις των ενεργειών, ορίζεται σταθερή ημέρα και ώρα για τον μηνιαίο και εβδομαδιαίο προγραμματισμό και απολογισμό της ομάδας. Τα μέλη της ομάδας υποχρεούνται να τηρούν αρχείο με τα καθημερινά στατιστικά στοιχεία των υπηρεσιών τις οποίες παρέχουν και σε εβδομαδιαίο δελτίο θα τα παραδίδουν στον συντονιστή του προγράμματος για τις ανάγκες ενημέρωσης των αρμοδίων εποπτικών αρχών, σχετικά με την πορεία και την εξέλιξη του προγράμματος.

Τα τηρούμενα προσωπικά στοιχεία των εξυπηρετούμενων, φυλάσσονται σε ασφαλισμένο μέρος, με ευθύνη του / της κοινωνικής

λειτουργού υπευθύνου του προγράμματος, είναι απόρρητα και αποκλειστική πρόσβαση έχουν μόνο τα στελέχη του προγράμματος που δεσμεύονται για την τήρηση του απορρήτου (μέσω των αδειών τους άσκησης επαγγέλματος και οι εισαγγελικές αρχές).

Τα στελέχη του προγράμματος διευκολύνονται στην παρακολούθηση σεμιναρίων και συνεδρίων σχετικά με την ειδικότητά τους και το έργο που προσφέρουν. Το σκεπτικό του Υπουργείου ήταν να δημιουργηθεί ολιγομελής ομάδα επαγγελματιών, ώστε αφ' ενός να είναι ευέλικτη και αφ' ετέρου να μην έχει υψηλό κόστος.

Τα θέματα του προσωπικού που αφορούν τα τυπικά τους προσόντα, την μισθοδοσία τους κλπ ρυθμίζονται με την κοινή Υπουργική απόφαση αριθμ. 4035/27.7.2001 (ΦΕΚ 1127/τ.Β/30.8.2001), όπως συμπληρώθηκε μεταγενέστερα και ισχύει και τις σχετικές εγκυκλίους του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης), (Κανδυλάκη, Ζαϊμάκη 2005).

4.8.1 Αρμοδιότητες Του Συντονιστή Του «Βοήθεια Στο Σπίτι»

Απάντηση στην κλιμάκωση του κόστους της φροντίδας της υγείας και σαν αποτέλεσμα της ανάγκης της ανάπτυξης ενός πιο αποτελεσματικού συστήματος υγείας, τα νοσοκομεία παρέχουν εξιτήριο στους ασθενείς πιο νωρίς απ' ότι αυτοί μπορεί να είναι έτοιμοι. Αυτές οι πιέσεις δίνουν έμφαση στο βασικό ρόλο που παίζει ο «συντονιστής» του Β.Σ.Σ. στο συντονισμό της φροντίδας που ο ασθενής θα λάβει όταν επιστρέψει στο σπίτι. Ο συντονιστής της φροντίδας στο σπίτι είναι ο ευρετής της κατάστασης του νοσοκομείου και σύνδεσμος μεταξύ του νοσοκομείου και της επίδρασης της φροντίδας στο σπίτι.

Ο Συντονιστής του Β.Σ.Σ. πρέπει να έχει την ικανότητα να προβλέπει και να λύνει το σύμπλεγμα των αναγκών της φροντίδας του ατόμου. Το άτομο που εργάζεται ως συντονιστής του προγράμματος πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένο στην κλινική πρακτική, στους κανονισμούς της πρακτικής και στις κοινωνικές πηγές και την τεχνολογία που είναι διαθέσιμη.

Η ευθύνη του Συντονιστή του Β.Σ.Σ. είναι να εγγυάται ότι όλες οι ανάγκες των ατόμων εξυπηρετούμενων μπορούν να καλυφθούν στο σπίτι με ασφάλεια. Αυτός ο ρόλος περιλαμβάνει και συνεργασία με άλλους ειδήμονες της υγείας, έτσι ώστε να μπορούν να εγγραφούν μια επιτυχημένη μεταφορά στο σπίτι τους. Ο συντονιστής του Β.Σ.Σ. πληροφορεί τα άτομα για κοινωνικές πηγές από τις οποίες μπορούν να βοηθηθούν.

Συχνά η δουλειά του συντονιστή περιλαμβάνει την παρουσίαση εκπαιδευτικών σεμιναρίων στους ειδήμονες της υγείας, τους κανονισμούς και τις νέες υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες. Ένας επιτυχημένος συντονιστής έχει την ικανότητα να συνδυάζει όλες αυτές τις δεξιότητες έτσι ώστε να μπορεί να εγγυάται ότι οι εξυπηρετούμενοι λαμβάνουν μιας πολύ καλής ποιότητας φροντίδα. (Sheryl Mara Zang Nellie G. Bailey, 1997).

4.8.2 Αρμοδιότητες Κοινωνικού Λειτουργού

Στο κοινοτικό πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» , ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι σημαντικός.

Ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί στοιχεία, έτσι ώστε να βοηθά την κοινότητα να αξιοποιεί τις δυνατότητές της. Κινητοποιεί και

υποκινεί, μέσα από τις υπηρεσίες του προγράμματος τις ομάδες που συμμετέχουν σ' αυτό (γέροντες, οικογένεια, κοινότητα).

Η υποκίνηση των ομάδων αυτών, περιλαμβάνει την ευαισθητοποίηση για την αξιοποίηση του προγράμματος, την ανάπτυξη της πρωτοβουλίας τους σχετικά με το πρόγραμμα και τη βοήθεια στην ανάπτυξη ικανοτήτων αυτοοργάνωσης.

Οι στόχοι της «Βοήθεια στο Σπίτι» έχουν ήδη προσδιοριστεί από την κοινότητα με την βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού.

Ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται και συμμετέχει δημιουργικά τόσο με τις ομάδες του προγράμματος, όσο και με τους άλλους επαγγελματίες.

Σχετικά με την ομάδα των επαγγελματιών ο κοινωνικός λειτουργός τους ωθεί ώστε να λαμβάνουν πρωτοβουλία στον εργασιακό τους τομέα σύμφωνα με το πρόγραμμα. Βέβαια, αυτό προϋποθέτει πλήρη γνώση των αρχών και της ιδεολογίας του προγράμματος.

Αυτή η ισότιμη προσφορά και συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες, δεν εφησυχάζει τον κοινωνικό λειτουργό. Αντίθετα, τον κινητοποιεί, όταν χρειάζεται να ωθήσει καταστάσεις. Αφού αυτός είναι ο ειδικός, για την εφαρμογή της διαδικασίας της κοινωνικής εργασίας στην κοινότητα.

Ο διοικητικός συντονιστικός ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού που εργάζεται στο Κοινοτικό Πρόγραμμα, βασίζεται στην ανάπτυξη και λειτουργία προσεγγίσεων και μεθόδων, ώστε πολλά από τα καθημερινά προβλήματα να χειριστούν με επιτυχία. Επίσης οι στρατηγικές που αναπτύσσει μέσα από το ρόλο αυτό τον βοηθά να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα των πράξεων, μέσα από τις επιλογές και τις μεθόδους – ρόλους που ίδιος έχει κάνει.

Στα πλαίσια του διοικητικού – συντονιστικού ρόλου ο κοινωνικός λειτουργός: α. Καθορίζει τους σκοπούς για δράση μαζί με τους άλλους

επαγγελματίες, β. Κινητοποιεί και κατανέμει τους ανθρώπινους, φυσικούς και οικονομικούς πόρους, γ. Συντονίζει και παίρνει μέρος σε ενέργειες που θα προκαλέσουν την αλλαγή και δ. Αξιολογεί τα αποτελέσματα των ενεργειών, των δικών του και των άλλων. (Τριανταφύλλου και Μεσθεναίου 1993).

Έργο του κοινωνικού λειτουργού (συντονιστής του προγράμματος) είναι αρχικά να παραπέμπει τους ηλικιωμένους που έχουν ανάγκη από βοήθεια και μπορούν να ενταχθούν στο Πρόγραμμα. Στη συνέχεια συλλέγει στοιχεία για την υγεία του ηλικιωμένου, για την οικονομική και την οικογενειακή του κατάσταση καθώς και για το είδος της ασφαλιστικής του κάλυψης. Προσδιορίζει λεπτομερώς τις ανάγκες του και κρατά αρχείο για όλες τις περιπτώσεις που εντάσσονται στο πρόγραμμα. Επίσης, συνεργάζεται με την οικογένεια του ηλικιωμένου και τους τοπικούς φορείς δημόσιου και ιδιωτικού δικαίου που μπορούν να καταστούν αρωγοί στο Πρόγραμμα.

Η κοινωνική εργασία η οποία παρέχεται, δομείται από την οργάνωση – συντονισμό του προγράμματος σε κάθε διαμέρισμα, από την τήρηση των αρχών που συνιστούν τον κοινωνικό – αποκαταστασιακό του χαρακτήρα και από την κάλυψη των κοινωνικών και προνοιακών ψυχοσυναισθηματικών αναγκών των εξυπηρετούμενων.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι πολλαπλά και πολύπλοκα. Αισθάνονται έντονα τον κοινωνικό αποκλεισμό σε αντίθεση με τη νεότερη ηλικία, την οποία η δυτική κουλτούρα έχει αναγάγει σχεδόν σε αξία.

Συχνά η άσκηση κοινωνικής εργασίας στα ηλικιωμένα άτομα επικεντρώνεται στη φροντίδα και προστασία των ηλικιωμένων και οι ίδιοι λειτουργούν ως παθητικοί δέκτες των υπηρεσιών. Ένας βασικός στόχος της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών προς αυτή την ομάδα είναι η

ενεργοποίησή τους ώστε να ενισχυθούν τα συναισθήματα αυτοεκτίμησης και να αξιοποιήσουν το πολιτιστικό κεφάλαιο γνώσεων που διαθέτουν. Αυτό βέβαια είναι συχνά δύσκολο να πραγματοποιηθεί, καθότι η Τρίτη ηλικία δεν βιώνεται στην ελληνική κοινωνία με την αξιοπρέπεια που της αρμόζει και δεν της δίνεται η ευκαιρία να αισθανθεί χρήσιμη. Η πολιτεία έχει υποχρέωση να μεριμνήσει για καλύτερη συνταξιοδοτική πολιτική προς τους ηλικιωμένους έτσι ώστε να μην βρίσκονται στο όριο της επιβίωσης, όπου βέβαια δεν μπορούμε να μιλάμε για συναισθήματα αυτοεκτίμησης.

Ένα μέρος της κοινωνικής φροντίδας αναπτύσσεται μέσα στα άτυπα κοινωνικά δίκτυα (οικογένεια, συγγένεια, γειτονιά) τα οποία όμως σιγά – σιγά έχουν αρχίσει να εξασθενούν.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι απαιτεί:

- . Να γνωρίζει τις ανάγκες και τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας.
- . Να μπορεί να χειρισθεί οικογενειακές καταστάσεις που εμπλέκουν τον ηλικιωμένο.
- . Να μπορεί να αναγάγει κάποια προβλήματα που έχει ο ηλικιωμένος στις κοινωνικές καταστάσεις που τα δημιουργούν.
- . Να έχει ειδικές γνώσεις για την ισχύουσα νομοθεσία για την Τρίτη ηλικία.
- . Να γνωρίζει και να αξιοποιεί διάφορες δομές και υπηρεσίες της κοινότητας έτσι ώστε να υποβοηθήσει τα άτομα της τρίτης ηλικίας στην καινούργια κοινωνική προσαρμογή του.
- . Να έχει και να αποκτήσει διοικητικές δεξιότητες.
- . Να αποκτήσει επαγγελματικές τεχνικές ως προς
 - . τη διερεύνηση αναγκών (συνέντευξη, κοινωνική έρευνα)
 - . την εκτίμηση αναγκών

- . τον προσδιορισμό παρεμβάσεων
 - . την διερεύνηση των δυναμικών της οικογένειας
 - . τη διασύνδεση με άλλους φορείς
 - . την συστηματική παρακολούθηση του περιστατικού
 - . την αξιολόγηση των στοιχείων με την διεπιστημονική ομάδα.
- (Ζαϊμάκης,2002).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός στο πρόγραμμα παρέχει συναισθηματική στήριξη στον ηλικιωμένο, στήριξη της οικογένειας, προνοιακή κάλυψη και διασύνδεση με τους άλλους φορείς. Η επίλυση βιοποριστικών αιτημάτων και η ψυχοσυναισθηματική στήριξη των ηλικιωμένων αποτελούν βασικό μέλημα του επαγγελματία.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός λαμβάνει υπόψη την πολυπλοκότητα των προβλημάτων και διερευνά και επιλέγει την μέθοδο κοινωνικής εργασίας που ενδείκνυται να εφαρμόσει. Στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι έχει άμεση εφαρμογή η κοινωνική εργασία με άτομα και η παρέμβαση στην κοινότητα καθότι τα προγράμματα απευθύνονται σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο.

Από κοινού με τον εξυπηρετούμενο ο Κοινωνικός Λειτουργός

- . διαμορφώνει τους στόχους της παρέμβασης
- . αναπτύσσει το σχέδιο παρέμβασης
- . ενθαρρύνει τον ηλικιωμένο να διατηρήσει και να αξιοποιήσει τις δεξιότητές του για να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες (πληροφόρηση)
- . αξιολογεί την παρέμβαση.

(Καλλινικάκη, 1998).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι εκείνοι που συνήθως έχουν την αρμοδιότητα για την εκτίμηση των αναγκών των ηλικιωμένων και των «φροντιστών» τους για υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι. Στο έργο τους αυτό συνεργάζονται με τοπικά νοσοκομεία, ιατρούς και τις υπηρεσίες

πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Βέβαια συχνά βρίσκονται στη δύσκολη θέση ν' αποφασίσουν ποιος θα έχει πρόσβαση στις ούτως ή άλλως περιορισμένες υπηρεσίες. Από την άλλη πλευρά όμως ο ρόλος τους είναι πιο πολυσύνθετος: βοηθούν και ενισχύουν τους ηλικιωμένους, τους «φροντιστές» και τις οικογένειές τους με την παροχή συμβουλών και πληροφοριών που αποβλέπουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.

Οι αρμοδιότητες του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να ερευνά την υγεία, τις συνθήκες διαμονής, διατροφής), την οικογενειακή κατάσταση, οικονομική, ασφαλιστική και κοινωνική κατάσταση του χρήζοντος βοήθειας ατόμου προσδιορίζει τις ανάγκες και επιλαμβάνεται της επίλυσής τους.

Ποιο συγκεκριμένα να:

-Κάνει έρευνα των ατόμων που πρέπει να ενταχθούν στο πρόγραμμα συνεργαζόμενη με διάφορους φορείς (ΚΑΠΗ, συλλόγους κ.λ.π.)

-Λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό του κάθε ατόμου και αφού κάνει έκθεση κοινωνικής έρευνας για κάθε άτομο, καταγράφει ένα πλάνο των υπηρεσιών που θα πρέπει να προσφερθούν στα άτομα αυτά – ανάλογα με τις ανάγκες τους – και από τα άλλα δύο μέλη της ομάδας.

-Αναλαμβάνει την κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων αυτών.

-Συνεργάζεται με υπηρεσίες Υγείας Πρόνοιας και άλλους φορείς που καλύπτουν ανάγκες των ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ προκειμένου να διευθετηθούν διάφορα θέματα αυτών.

-Συνοδεύει σε Ιατρικά Κέντρα.

-Μαζί με τη νοσηλεύτρια κανονίζει τις επισκέψεις του γιατρού του προγράμματος εκεί που τον έχουν ανάγκη.

-Συνεργάζεται με τις εκκλησίες της περιοχής και τους συλλόγους για να καλυφθούν ανάγκες των μελών του προγράμματος στις περιπτώσεις ορεινών ή νησιώτικων ή παραμεθόριων ή φθινουσών περιοχών όπου αποδεδειγμένα δεν εκδηλωθεί ενδιαφέρον από κοινωνικό λειτουργό παρέχεται η ευχέρεια απασχόλησης ψυχολόγου. Στον παρακάτω πίνακα παραθέτεται είδος υπηρεσίας του Κοινωνικού λειτουργού στο Β.Σ.Β.



ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
Υποστηρικτική κοινωνική εργασία
Συμβουλευτική οικογένειας
Συνεργασία με αρμόδιους φορείς για έκδοση συντάξεων, αναπηρικά επιδόματα, επιδόματα συνοδών αναπήρων, έκτακτα οικιακά βοηθήματα από τη διεύθυνση κοινωνικής πρόνοιας.
Παραπομπή περιπτώσεων σε ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας.
Επανάταξη ατόμων του συγγενικού περιβάλλοντος των ηλικιωμένων στην αγορά εργασίας, λόγω της απαλλαγής τους από την ευθύνη της καθημερινής τους φροντίδας.

(Κανελλόπουλος 1984)

4.8.3 Αρμοδιότητες Νοσηλεύτη

Οι αρμοδιότητες του νοσηλεύτη είναι να λαμβάνει το ιστορικό υγείας του κάθε ατόμου, να παρέχει κατ' οίκον νοσηλευτικές υπηρεσίες και να συνοδεύει τους ηλικιωμένους ή τα άτομα με αναπηρίες στο νοσοκομείο ή τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία. Εάν στις περιπτώσεις ορεινών ή νησιωτικών ή παραμεθόριων ή φθινουσών περιοχών δεν εκδηλωθεί ενδιαφέρον από νοσηλευτές μπορεί να απασχοληθεί επισκέπτης υγείας.

Η νοσηλευτική φροντίδα, η οποία παρέχεται αφορά στην ατομική και στοματική υγιεινή, στις θεραπευτικές παρεμβάσεις (λήψη ζωτικών σημείων, πρόληψη – περιποίηση εγκαυμάτων και κατακλίσεων, ενέσεις, ενημέρωση – παρακολούθηση για σωστή λήψη φαρμάκων και εντοπισμό τυχόν παρενεργειών από την χρόνια λήψη τους, περιποίηση τραύματος) και προσαρμόζει το διαιτολόγιο ανάλογα με τις ανάγκες που η κατάσταση της υγείας του εξυπηρετούμενου υπαγορεύει στην αγωγή υγείας, στη συνοδεία σε νοσηλευτικά ιδρύματα με τη χρήση των αυτοκινήτων του Δήμου, στην παροχή Α' Βοηθειών σε έκτακτα περιστατικά, στη συνεργασία με ιατρικό προσωπικό, ΙΚΑ, νοσοκομεία, παραπομπή σε γιατρό κατάλληλης ειδικότητας, στη συνταγογραφία. Στους παρακάτω πίνακες παραθέτονται τα είδη υπηρεσιών από το νοσηλεύτη σε ένα χρόνο για:

- Συνοδεία σε υπηρεσίες.
- Άλλες νοσηλευτικές υπηρεσίες.
- Συνεργασία με τους φορείς.
- Εκπαίδευση οικογένειας.

ΓΙΑ ΣΥΝΟΔΕΙΑ

ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
Συνοδεία στο ΙΚΑ
Συνοδεία στο νοσοκομείο (Ιδιωτικό και δημόσιο)

ΑΛΛΕΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ



ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
Μέτρηση σακχάρου (πρόληψη)
Τακτική μέτρηση σακχάρου
Τακτική μέτρηση σακχάρου
Συνταγογράφηση φαρμάκων
Ατομική υγιεινή
Ενεσιοθεραπεία
Εμβολιασμός (κατά του ιού της γρίπης)

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΦΟΡΕΙΣ

ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
Συνεργασία με ιατρικό προσωπικό
Συνεργασία με το ΙΚΑ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
Εκπαίδευση οικογένειας (φροντίδα ασθενών – κατακλίσεις)

(Κανελλόπουλος 1984)

4.8.4 Αρμοδιότητες Βοηθητικού Προσωπικού

Οικογενειακοί Βοηθοί

- Ø Καθαριότητα κατοικίας
- Ø Εξωτερικές εργασίες (αγορά τροφίμων, πληρωμή λογαριασμών κ.ά.)
- Ø Βοήθεια στην ατομική υγιεινή
- Ø Μαγείρεμα
- Ø Μεταφορά φαγητού από την εκκλησία στο σπίτι
- Ø Συντροφιά

Η προσφορά του Οικογενειακού βοηθού στην ομαλή εξέλιξη του προγράμματος είναι αποφασιστικής σημασίας. Βοηθά τους ηλικιωμένους στην καθαριότητα της οικίας τους καθώς και στην πραγματοποίηση των καθημερινών τους εξωτερικών εργασιών (ψώνια, πληρωμή λογαριασμών

κ.ά.) Το προσωπικό αυτής της κατηγορίας συνεπικουρεί επίσης τους ηλικιωμένους στην φροντίδα της ατομικής τους υγιεινής, στην καθημερινή Παρασκευή των γευμάτων τους, στη μεταφορά του φαγητού από την εκκλησία στο σπίτι αλλά και στην ψυχολογική στήριξη των ατόμων, μέσω των φιλικών σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ τους. Το βοηθητικό προσωπικό του προγράμματος πρέπει να έχει την αντίστοιχη κατάρτιση ή αποδεδειγμένη εμπειρία. Στο παρακάτω πίνακα παραθέεται το είδος υπηρεσίας του βοηθητικού προσωπικού:

ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
Καθαριότητα χώρου κατοικίας
Εξωτερικές εργασίες
Σίτιση
Συντροφιά
Βοήθεια σε ατομική υγιεινή (συνεργασία με την Νοσηλεύτρια)

(Κανελλόπουλος, 1984)

4.9 ΦΟΡΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

4.9.1 Φορείς Που Συμμετέχουν Στη Δημιουργία και Λειτουργία Νέων Δομών ή Νέων Τμημάτων Σε Υφιστάμενες Δομές.

Φορείς που δικαιούνται να εκδηλώσουν ενδιαφέρον για την εφαρμογή παρεμβάσεων με αντικείμενο «τη Δημιουργία και Λειτουργία Νέων Δομών ή Νέων Τμημάτων σε υφιστάμενες δομές» είναι:

1) Οι επιχειρήσεις των Οργανισμών Τοπική Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) του άρθρου 277 και επόμενα του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα (Δ.Κ.Κ.) οι οποίες έχουν σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη ή πρόνοια ή συναφή προς τα ανωτέρω σκοπό, κατά το οικείο καταστατικό.

2) Οι διαδημοτικές επιχειρήσεις και οι αστικές εταιρίες που έχουν συσταθεί από τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) και οι οποίες σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη ή την συναφή προς τα ανωτέρω , σκοπό κατά το οικείο καταστατικό.

3) Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) που δεν έχουν συστήσει τις επιχειρήσεις της προηγούμενης παραγράφου μπορούν να εφαρμόσουν τις ενέργειες της παρούσας μέσω των δημοτικών επιχειρήσεων ύστερα από σύναψη σχετικής προγραμματικής σύμβασης.

4) Δικαιούχοι φορείς για την συνέχιση της λειτουργίας των ήδη υφιστάμενων δομών που συγχρηματοδοτήθηκαν από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) στο πλαίσιο του Β΄ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (Κ.Π.Σ.), είναι οι επιχειρήσεις των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης του άρθρου 277 και επόμενα του Δημοτικού Κοινοτικού Κώδικα, οι οποίες έχουν στο σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη ή πρόνοια ή συναφή με τα ανωτέρω σκοπό και οι οποίες δημιούργησαν και λειτούργησαν Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας στο πλαίσιο του Β΄ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (Κ.Π.Σ.). Οι δικαιούχοι φορείς της συγκεκριμένης περίπτωσης υποχρεούνται να υλοποιούν τα πρόγραμμα υπό την εποπτεία των Κέντρων Ανοιχτή Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) ή άλλων νομικών προσώπων των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) σκοπό τη φροντίδα των ηλικιωμένων.

4.9.2 Φορέας Υλοποίησης

Το πρόγραμμα υλοποιείται από τους φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης που ορίζονται στην αριθμ. 4035/27.7.2001 (ΦΕΚ 1127/τ.Β/30.8.2001) κοινή Υπουργική απόφαση, όπως συμπληρώθηκε μεταγενέστερα και ισχύει.

Ο δικαιούχος φορέας υλοποίησης απαγορεύεται να απασχολεί τα στελέχη του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι» για αλλότρια καθήκοντα. Η παραβίαση αυτής της υποχρέωσης, συνιστά παράβαση καθήκοντος δημοσίου λειτουργού, σε βάρος του κοινωνικού συμφέροντος και εγείρει τις ανάλογες κυρώσεις που προβλέπονται από τη σχετική νομοθεσία.

Ο δικαιούχος φορέας υλοποίησης οφείλει να παρέχει κάθε δυνατή πληροφόρηση για την πορεία και εξέλιξη της δράσης «Βοήθεια Στο Σπίτι», στην ομάδα Διοίκησης Έργου που εδρεύει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Επίσης υποχρεούται να υποβάλλει τα στοιχεία τα οποία θα συμβάλουν στην επικαιροποίηση των καταχωρημένων στοιχείων που υπάρχουν ήδη στο Χάρτη Πρόνοιας.

Επίσης υποχρεούται να εξασφαλίσει τα απαραίτητα μέσα και κάθε διευκόλυνση στην ομάδα των στελεχών του προγράμματος, για την απρόσκοπτη παροχή των υπηρεσιών προς τους εξυπηρετούμενους πολίτες.

Υποχρέωση του δικαιούχου φορέα είναι η παροχή του απαραίτητου νοσηλευτικού και καθαριότητας υλικού για την χρήση στις παρεχόμενες υπηρεσίες, εφ' όσον αυτά δεν εξασφαλίζονται από τον εξυπηρετούμενο. Παράλληλα, ο χώρος ο οποίος θα διατεθεί για να στεγαστεί το πρόγραμμα θα πρέπει να είναι κατάλληλα διαμορφωμένος και να

περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα χώρο για ατομικές συναντήσεις και ένα χώρο για ομαδικές συναντήσεις.

Όσα από τα παραπάνω δεν αποτελούν επιλέξιμες δαπάνες όπως έχουν καθορισθεί από τις σχετικές Κοινές Υπουργικές αποφάσεις, θεωρούμε ότι μπορεί να παρέχονται από το δικαιούχο φορέα υλοποίησης ή τον οικείο Δήμο εφόσον υπάρχει αυτή η δυνατότητα.

Τέλος, η έλλειψη προσωπικού από το φορέα υλοποίησης προκαλεί ελλείψεις στην στήριξη και συμβουλευτική με αποτέλεσμα την πιθανή μετακίνηση του βάρους σε άλλους φορείς και να δημιουργεί κενά στους ενδιαφερόμενους.

4.9.3 Δημοτικό Δίκτυο Εθελοντών

Ξεκινώντας το Δημοτικό Δίκτυο Εθελοντών, ένας από τους τομείς δράσης ήταν το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι». Πρωταρχικός στόχος του Δημοτικού Δικτύου Εθελοντών είναι η ευαισθητοποίηση των πολιτών, η επισήμανση του μεγέθους των προβλημάτων και της σημαντικότητας της προσφοράς τους. Με αυτό τον τρόπο κατάφεραν ένα ποσοστό των περιστατικών να καλύπτεται από εθελοντές, οι οποίοι ήρθαν κοντά στους ανθρώπους που έχουν ενταχθεί στο πρόγραμμα, τους φροντίσανε και τους προσεγγίσανε με τρόπο που ο καθένας είχε τη δυνατότητα και την επιλογή να κάνει.

Η εθελοντική εργασία είναι δύσκολο έργο και για αυτό έχει ανάγκη από υγιή, δυναμικά και συνειδητοποιημένα άτομα με ώριμη προσωπικότητα, ειλικρινή κίνητρα και αλτρουιστικά συναισθήματα.

Ως εθελοντής θεωρείται ο πολίτης που προσφέρει ανιδιοτελώς τον ελεύθερο χρόνο του ή τη γνώση του για χρήσιμες δράσεις προς όφελος

όλων, αντιμετωπίζοντας τα άτομα στα οποία προσφέρει εθελοντική εργασία ως ισότιμα.

Ήδη οι περισσότεροι εθελοντές συνεργάζονται με το πρόγραμμα συμβάλλοντας στη συντροφιά των ηλικιωμένων, το μαγείρεμα και άλλες καθημερινές δραστηριότητες. Συχνά οι συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων δεν είναι οι πρέπουσες. Κατά περιόδους πολλοί επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων, όπως υδραυλικοί, ηλεκτρολόγοι κ.α., βοηθούν στην καλύτερευση αυτών των συνθηκών. Σίγουρα από τους πλέον απαραίτητου εθελοντές είναι ο γιατρός και ο ψυχολόγος.

Η συνεργασία του Δημοτικού Δικτύου Εθελοντών με τα «Βοήθεια Στο Σπίτι» γίνεται κατ' αρχήν με την υποδοχή της αίτησης του υποψηφίου εθελοντή από τη γραμματεία του Δικτύου, μαζί με τα απαραίτητα για την έγκριση της αίτησης δικαιολογητικά. Ακολουθεί η αίτηση του περιστατικού που χρήζει βοήθειας εθελοντή από τη γραμματεία του Δικτύου. Στη συνέχεια γίνεται καταγραφή σε φάκελο των οικογενειακών και κοινωνικών στοιχείων (ηλικία, κατάσταση υγείας, οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική κατάσταση, κλπ). Έπειτα πραγματοποιείται η ένταξη του εθελοντή και αντίστοιχα του περιστατικού που χρειάζεται βοήθεια στο πρόγραμμα του Δικτύου και καθορισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παράλληλα, ο εθελοντής υπογράφει τους όρους ένταξης του στο Δίκτυο καθώς και του όρους λειτουργίας του.

Επιπλέον, υπάρχει τήρηση μητρώου των εθελοντών. Από την ένταξή του στο Δίκτυο μέχρι την ολοκλήρωση της εργασίας του, παρακολουθείται η συνεργασία του εθελοντή με το περιστατικό.

Δράσεις του Δημοτικού Δικτύου Εθελοντών είναι οι εξής:

- οργανώνει και συντονίζει την δράση των εθελοντών
- διοργανώνει προγράμματα κατάλληλης εκπαίδευσης ώστε ο εθελοντής να έχει την δυνατότητα να αναλάβει πρωτοβουλίες όπου και όταν

χρειαστεί. Είναι σημαντικό να νιώθει ασφάλεια ο εθελοντής ότι μπορεί να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε δύσκολη κατάσταση μπορεί να προκύψει κατά την επίσκεψη του στο περιστατικό.

-εξασφαλίζει τις κατάλληλες προϋποθέσεις, ώστε και ο εθελοντής και ο επωφελούμενος να αισθάνονται ασφάλεια και σιγουριά και κυρίως οικειότητα.

-φροντίζει ώστε ο εθελοντής να έχει ένα συγκεκριμένο καθήκον με αρχή και τέλος, καθώς και τη δυνατότητα να φύγει από το πρόγραμμα όποτε θελήσει.

-φροντίζει για την ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας σε θέματα εθελοντισμού και την ποιοτική και ποσοτική ανάπτυξη των εθελοντικών ενεργειών.

Παράλληλα, ο εθελοντής από τη μεριά του, δεσμεύεται για το χρονικό διάστημα που έχει προκαθοριστεί να φέρει εις πέρας την αποστολή που του έχει ανατεθεί. Είναι υποχρεωμένος με την υποβολή της αίτησης συμμετοχής, να ενημερώσει τον Υπεύθυνο του Δικτύου, για οποιοδήποτε ειδικό πρόβλημα υγείας τυχόν έχει και να προσκομίσει αντίγραφο Ποινικού Μητρώου, επικοινωνώντας έγκαιρα με τον υπεύθυνο του Δικτύου σε περίπτωση ακύρωσης μιας προγραμματισμένης εργασίας του. Επίσης, θα πρέπει να δεσμεύεται για τη διαφύλαξη των απορρήτων στοιχείων των υποθέσεων στις οποίες προσφέρει εθελοντική υπηρεσία και οφείλει οι πράξεις του να γίνονται πάντοτε με αίσθηση ευθύνης.

Στα πλαίσια της συνεργασίας με το Δημοτικό Δίκτυο Εθελοντών λειτουργεί σε κάθε πρόγραμμα και δανειστικό τμήμα βοηθητικών ειδών (πατερίτσες, αναπηρικά αμαξίδια κλπ). Υπάρχουν πολλά περιστατικά τα οποία με αυτό τον τρόπο καθώς και με την κάθε είδους εθελοντική ενίσχυση βοηθήθηκαν.

Βέβαια για πιο δυνατή ενίσχυση του Δημοτικού Δικτύου και την αύξηση της εθελοντικής εργασίας θα πρέπει να οργανώνονται συχνά δράσεις ευαισθητοποίησης, αναγνώρισης της προσφοράς του εθελοντισμού και αναθέρμανσης και ανανέωσης του κοινού ενδιαφέροντος. (Θ. Χ. Ανθόπουλος, 1993)

Παράλληλα, άλλη μια δράση των εθελοντών είναι η παρέμβαση του στο σπίτι ψυχικά ασθενών και της τρίτης ηλικίας, πέρα βέβαια από τους επαγγελματίες. Η δράση αυτή είναι πολύ χρήσιμη επειδή εξυπηρετούνται άτομα που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να αναζητήσουν βοήθεια σε δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Οι ασθενείς που εξυπηρετούνται αντιμετωπίζουν συνήθως ειδικά συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, οικονομικές ή ασφαλιστικές δυσχέρειες ή κατοικούν σε κάποιο απομακρυσμένο-απομονωμένο τόπο κατοικίας.

Μια ειδικά εκπαιδευμένη πολυεπιστημονική ομάδα διενεργεί την παρέμβαση στο σπίτι του ασθενούς, η οποία αποτελείται από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, ψυχιατρικό νοσηλευτή και εργοθεραπευτή. Η παρέμβαση στο σπίτι απαιτεί προσεκτικές και διακριτικές πρακτικές από μέρους των θεραπειών, δεδομένου ότι μπορεί ο εξυπηρετούμενος να το θεωρήσει ως μια «εισβολή» στον προσωπικό του χώρο.

Βασικοί όροι της παρέμβασης στο σπίτι είναι η σύμφωνη γνώμη του ατόμου και της οικογένειάς του, οι θεραπευτικοί στόχοι να είναι κοινά αποδεκτοί και αυτό επισφραγίζεται με τη σύναψη ενός συμβολαίου. Αποκλειόμενες περιπτώσεις της δράσης αυτής είναι:

- κατάχρηση ουσιών
- βαριά διαταραχή προσωπικότητας
- έντονος παρανοϊκός ιδεασμός
- ανοιχτές επιθετικές τάσεις

Την συχνότητα και τη διάρκεια των παρεμβάσεων καθορίζει το ψυχολογικό πρόβλημα του ασθενούς, οι επιπτώσεις στο υποστηρικτικό περιβάλλον, οι θεραπευτικοί στόχοι, η στάση του ασθενούς και του περιβάλλοντος του και η αντοχή της θεραπευτικής - εθελοντικής ομάδας.

Πλεονεκτήματα της παρέμβασης στο σπίτι είναι:

- παροχή θεραπείας σε ασθενείς και υποστηρικτικό περιβάλλον, που δεν μπορούν να τη ζητήσουν σε υπηρεσίες υγείας
- αποτελεί ιδανικό τρόπο για την αντιμετώπιση ασθενών σε ψυχολογική κρίση
- προσφέρει γρήγορη και αντικειμενική εκτίμηση του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς
- γίνεται αποτελεσματικότερη ενημέρωση, εκπαίδευση, υποστήριξη και αν χρειαστεί θεραπεία του υποστηρικτικού περιβάλλοντος
- βοηθά την καταπολέμηση του στίγματος που ακολουθεί την ψυχική υγεία

Αντιθέτως, καλό είναι να αναφερθούν και τα μειονεκτήματα της δράσης αυτής:

- απαιτείται καλή εκπαίδευση των επιστημόνων που παρεμβαίνουν είτε εθελοντικά είτε μη εθελοντικά
- απαιτείται περισσότερος διαθέσιμος χρόνος από τους εθελοντές
- αντιμετωπίζονται λιγότεροι ασθενείς από τους ίδιους θεραπευτές
- μεγαλύτερο κόστος βραχυπρόθεσμα.

Η μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση του κοινού και η συμμετοχή περισσότερων εθελοντών ψυχικής υγείας θα μπορέσει να βοηθήσει στην αντιμετώπιση αυτών των μειονεκτημάτων και στην πιο ουσιαστική αποτελεσματικότητα της δράσης. (E. Hollander, Ch. Wong, 2002)

Θα μπορούσαμε αντί του όρου «Βοήθεια Στο Σπίτι» να χρησιμοποιήσουμε τον όρο «Προαγωγή της υγείας στο σπίτι». Αυτό

σημαίνει την ανάγκη να περάσουμε από την παθητική αντίληψη της βοήθειας στην ενεργητική αντίληψη της προαγωγής της υγείας. Τα ευεργετικά αποτελέσματα αφορούν τόσο στους αποδέκτες του προγράμματος ηλικιωμένους, όσο και στους εθελοντές ηλικιωμένους, που συμμετέχουν στο πρόγραμμα προαγωγής της υγείας στο σπίτι. Η κοινωνική και πνευματική εγρήγορση των ηλικιωμένων εθελοντών που αναλαμβάνουν δράση στα προγράμματα προαγωγής της υγείας στο σπίτι ή στην κοινότητα, αποτελούν από μόνες τους, σημαντικά μέσα για την προστασία και προαγωγή της υγείας των ιδίων.

Η δραστηριοποίηση των εθελοντών ηλικιωμένων σε δραστηριότητες προαγωγής της υγείας, δεν προβλέπεται μόνο από το γεγονός ότι οι πόροι για την αποκλειστική απασχόληση επαγγελματιών, σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι περιορισμένοι, ούτε από την πρόδηλη σημασία της έμπρακτης έκφρασης κοινωνικής αλληλεγγύης, αποτελεί αποτελεσματική μέθοδο προαγωγής της υγείας των ιδίων εθελοντών.

Η δραστηριοποίηση των εθελοντών νεώτερης ηλικίας σε προγράμματα προαγωγής της υγείας που αφορούν ηλικιωμένους, είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντική, διότι συμβάλλει στην επικοινωνία και στην αλληλεγγύη των γενεών. Αυτό επίσης δημιουργεί μια συλλογική κουλτούρα για την προστασία και την προαγωγή της υγείας που διαπερνά τις γενεές. (ΕΓΓΕ, 2000).

Βασικοί στόχοι των εθελοντών που επιθυμούν την προαγωγή υγείας στο σπίτι είναι η ενθάρρυνση των ηλικιωμένων να ζουν μια ενεργό και όσο το δυνατόν ανεξάρτητη ζωή και η επιμήκυνση της διάρκειας ζωής χωρίς προβλήματα υγείας με την υιοθέτηση ενός υγιέστερου τρόπου ζωής σε ένα υποστηρικτικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. (Π.Ο.Υ.,1984)

4.9.4 Εθελοντισμός και «Βοήθεια Στο Σπίτι» σε συνεργασία με τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό

Ο Ε.Ε.Σ. στη χώρα μας έχει μακροχρόνια παράδοση και εμπειρία στον τομέα της στήριξης και παροχής υπηρεσιών προς ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, μέσω της Διεύθυνσης Κοινωνικής Πρόνοιας υλοποιεί ποικίλες δράσεις και προγράμματα στην Αθήνα και την Περιφέρεια και έχει την ευθύνη ανάπτυξης του Εθελοντισμού στον τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας.

Στις προνοιακές υπηρεσίες του Ερυθρού Σταυρού περιλαμβάνεται η Υπηρεσίες Εθελοντών Κοινωνικής Πρόνοιας, στην οποία ανήκει το τμήμα Εκπαίδευσης – Ανάπτυξης και Εποπτείας Εθελοντικού δυναμικού.

Η Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας βασιζόμενη στην θεμελιώδη αρχή του «Εθελοντισμού», εκπαιδεύει άτομα που επιθυμούν να παρέχουν ανθρωπιστική βοήθεια και υποστήριξη σε ποικίλους τομείς της Κοινωνικής Πρόνοιας.

Η εκπαίδευση διεξάγεται δυο φορές ετησίως και διαρκεί 3 μήνες στοχεύοντας: α)στην ενημέρωση και την εξειδίκευση των εθελοντών με τις Θεμελιώδεις Αρχές, τη φιλοσοφία και τις δράσεις του κινήματος, β)στη μετάδοση εξειδικευμένων γνώσεων και στην παροχή πληροφόρηση για τα εφαρμοζόμενα προγράμματα Κοινωνικής πρόνοιας και Κοινωνικής Πολιτικής στην Ελλάδα, γ)στην ευαισθητοποίηση τους για τις ιδιαίτερες ανάγκες των εξυπηρετούμενων και δ) στην εκπαίδευση τους σε επιτυχή μοντέλα παροχής της υποστήριξης και της βοήθειας που απαιτείται.

Όλοι οι εθελοντές Κοινωνικής Πρόνοιας του Ε.Ε.Σ. ακολουθούν τη δεοντολογία και τις βασικές αρχές εθελοντικής εργασίας στον τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας.

Η απασχόληση των εθελοντών στα πλαίσια της κλειστής περίθαλψης περιλαμβάνει ομαδική εργασία σε συγκεκριμένες μέρες και ώρες. Ο χρόνος απασχόλησης του είναι ορισμένος και αμετάβλητος ώστε η Προνοιακή Οργάνωση να είναι πάντα ενημερωμένη για την παρουσία και δράση των εθελοντών.

Παράλληλα, στα ανοιχτά πλαίσια (π.χ. «Βοήθεια Στο Σπίτι» κ.α.), οι εθελοντές εργάζονται ατομικά ανάλογα με τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν και τις ώρες που εκείνοι επιθυμούν (πρωί ή απόγευμα) σύμφωνα με το πλάνο εργασίας που έχουν συμφωνήσει με τον Υπεύθυνο Κοινωνικό Λειτουργό που εποπτεύει την εργασία τους.

Πλαίσια απασχόλησης των εθελοντών Κοινωνικής Πρόνοιας σε προγράμματα τρίτης ηλικίας είναι τα Κ.Α.Π.Η. του Ε.Ε.Σ., το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι», το πρόγραμμα «Φιλικές κατ' οίκον επισκέψεις» της Κοινωνικής Υπηρεσίας εξυπηρέτησης ατόμων και οικογενειών Ε.Ε.Σ., το Γηροκομείο και η Μονάδα Φιλοξενίας ηλικιωμένων και χρόνιων πασχόντων.

Οι δραστηριότητες εθελοντικών ομάδων σε προγράμματα που αφορούν του σ ηλικιωμένους είναι:

- συντροφιά και συμπαράσταση, σε εβδομαδιαία βάση, στα σπίτια των εξυπηρετούμενων ή στο γηροκομείο
- συνοδείες σε υπηρεσίες και φορείς (νοσοκομεία για την πραγματοποίηση εξετάσεων ή στα ασφαλιστικά ταμεία για διεκπεραίωση θεμάτων)
- πρακτικές εξυπηρετήσεις και διοικητικές εργασίες, όπως τακτοποίηση δικαιολογητικών, ασφαλιστικών θεμάτων, ανανεώσεις βιβλιαρίων υγείας κ.α.
- διάφορες εκδηλώσεις ψυχαγωγικού και πολιτιστικού περιεχομένου
- εκδρομές, περίπατοι ή μικρές έξοδοι

- διανομή γευμάτων σε μοναχικά ηλικιωμένα άτομα
- συγκρότηση ομάδων ειδικού ενδιαφέροντος από εθελοντές.
(www.anka.gr)

Όσον αφορά την εικόνα του εθελοντή, αυτή αποτελεί το βασικό στοιχείο για την ανάπτυξη της σχέσης του με τον εξυπηρετούμενο. Από την εικόνα του εθελοντή ο βοηθούμενος θα εμπιστευτεί ή όχι το πρόβλημά του και θα προαποφασίσει αν θα συνεργαστεί.

Οι εθελοντές έχουν επιλεγεί και παρακολουθήσει τη βασική εκπαίδευση της Διεύθυνσης Κοινωνικής Πρόνοιας κατά την άσκηση όμως των καθηκόντων τους θα πρέπει να αναδείξουν εκείνα τα στοιχεία της προσωπικότητας τους που θα βοηθήσουν τον εξυπηρετούμενο όπως, ευγένεια, διακριτικότητα, συνέπεια, κ.α.

Το βασικό εργαλείο του εθελοντή για να πλησιάσει τον εξυπηρετούμενο και να βοηθήσει τον ηλικιωμένο είναι η συζήτηση. Σημαντικό στοιχείο μιας πετυχημένης συζήτησης είναι το να μάθει ο εθελοντής να ακούει με προσοχή, χωρίς να διακόπτει τον ηλικιωμένο κάνοντας καίριες παρεμβάσεις για να τον ενθαρρύνει να συνεχίσει.

Χρειάζεται εκτίμηση εκ μέρους του εθελοντή ακόμη και για τον τύπο των ερωτήσεων (κλειστές ή ανοιχτές). Οι ανοικτές ερωτήσεις ενθαρρύνουν τους ηλικιωμένους να μιλήσουν περισσότερο, ενώ οι κλειστές είναι χρήσιμες για συγκέντρωση πληροφοριών ή για να περιορίσει ο εθελοντής έναν ηλικιωμένο που μιλά πάρα πολύ.

Επιπλέον οι εθελοντές θα πρέπει να τονίζουν τα θετικά στοιχεία σε έναν ηλικιωμένο αλλά να έχουν επίγνωση και της αρνητικής κατάστασης και θα πρέπει να βοηθήσουν τον ηλικιωμένο να αντιμετωπίσει πιο ρεαλιστικά την κατάσταση του. Θα πρέπει να είναι προσεκτικοί στην έκφραση για να μην δώσουν λάθος μήνυμα στον εξυπηρετούμενο.

Σημαντικό είναι να αποφεύγεται η αναφορά σε ιδιαίτερα προσωπικά ή οικογενειακά στοιχεία του εθελοντή παρά μόνο στα απαραίτητα στοιχεία που βοηθούν στη δημιουργία μιας σχέσης.

Τέλος, κατά την άσκηση των καθηκόντων τους οι εθελοντές έχουν τη δυνατότητα να εντοπίσουν αρχικά και να ενθαρρύνουν στη συνέχεια ειδικές δεξιότητες και ικανότητες των ηλικιωμένων ώστε να αναπτύξουν ενδιαφέροντα και να βελτιώσουν το επίπεδο ζωής τους.

Ø Συνεργασία Κοινωνικού Λειτουργού και εθελοντή

Οι εθελοντές και οι επαγγελματίες απασχολούνται με τον άνθρωπο και τα προβλήματα του. Για αυτό χρειάζεται η εθελοντική και επαγγελματική εργασία να είναι υπεύθυνη και όχι ερασιτεχνική. Η συνεργασία μεταξύ τους είναι αναγκαία και οι ρόλοι τους συμπληρωματικοί. Στο πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» χρειάζονται δύο. Η συνεργασία αυτή χαρακτηρίζεται από αλληλοσεβασμό, αλληλοσυμπλήρωση των ρόλων, κατανομή ευθυνών.

Αυτή η συνεργασία γίνεται μέσα στην ομάδα όπου δημιουργείται μια δυναμική, από όπου όλοι έχουν κάτι να δώσουν και να πάρουν. Απαιτείται εμπιστοσύνη ανάμεσα στον ένα ή στον άλλο, καλές σχέσεις, δυνατότητα να λεχθεί άμεσα η γνώμη του καθενός και τέλος καλή επικοινωνία. Σε αυτό τον τομέα ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να βοηθήσει ιδιαίτερα όλη την ομάδα και τον καθένα χωριστά, να δώσει τον καλύτερο εαυτό του.

Ο Κοινωνικός λειτουργός χρειάζεται να είναι διαθέσιμος για να καθησυχάσει και να απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις του εθελοντή. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί πρέπει να σέβονται τα κίνητρα, τη διάθεση, την προσωπικότητα, τις ιδέες και τις ικανότητες των εθελοντών, ενώ οι εθελοντές πρέπει να σέβονται τις ειδικές γνώσεις που έχουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί σαν συμβουλευτικό και συντονιστικό όργανο.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός θα δώσει στους εθελοντές ορισμένες πληροφορίες για τον τρόπο που θα χειριστούν (ένα άτομο ή μια ομάδα), ώστε η βοήθεια να είναι αποτελεσματικότερη. Επίσης, θα εξηγήσει στους εθελοντές ορισμένες τεχνικές Κοινωνικής Εργασίας και τρόπους κατανόησης των ανθρώπων και της συμπεριφοράς τους.

Όλα αυτά απαιτούν συστηματική, ατομική και ομαδική συνεργασία μεταξύ Κοινωνικού Λειτουργού και εθελοντών Κοινωνική Πρόνοιας. Οι εθελοντές της Κοινωνικής πρόνοιας κατά τη διάρκεια της άσκησης του εθελοντικού τους έργου συνεργάζονται εκτός από τον Κοινωνικό Λειτουργό και με άλλους επιστήμονες, όπως ψυχολόγους, επισκέπτριες υγείας, νοσοκόμες, εργοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές και βοηθητικό προσωπικό.

Οι εθελοντές Κοινωνική Πρόνοιας στα πλαίσια του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι», αναλαμβάνουν να εξυπηρετήσουν ένα μικρό αριθμό περιστατικών και προσδίδουν μια μοναδικότητα στις υπηρεσίες. Θεωρούνται απαραίτητοι για τη λειτουργία του προγράμματος και εκτός της αρχικής τους εκπαίδευσης από τον Ε.Ε.Σ. επανεκπαιδεύονται συνεχώς, όπως και το επαγγελματικό προσωπικό. Σε σχέση με τους επαγγελματίες, οι εθελοντές επικοινωνούν συχνότερα με τους εξυπηρετούμενους, οι οποίοι είναι κυρίως ηλικιωμένα, μοναχικά άτομα και έχουν άμεση ανάγκη να μοιραστούν με κάποιον, όχι μόνο τα σοβαρά προβλήματα (υγείας ή προσωπικά) αλλά και τα μικροσυμβάντα ή ακόμα και μια απλή συζήτηση.

Στα πλαίσια του «Βοήθεια Στο Σπίτι», η εθελοντική εργασία εποπτεύεται από τον υπεύθυνο πεπειραμένο Κοινωνικό Λειτουργό της διεύθυνσης Κοινωνικής Πρόνοιας με τη στενή συνεργασία του Κοινωνικού Λειτουργού που εργάζεται με τον εξυπηρετούμενο.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός σκιαγραφεί τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου στον εθελοντή και αντίστοιχα ενημερώνει τον βοηθούμενο για το αντικείμενο εργασίας του εθελοντή. Μαζί, ο Κοινωνικός Λειτουργός και ο εθελοντής, θα επισκεφθούν τον εξυπηρετούμενο για πρώτη φορά και αφού γίνουν οι συστάσεις θα καθοριστεί σε γενικές γραμμές το πλαίσιο συνεργασίας, δηλαδή τι θα κάνει ο εθελοντής με τον εξυπηρετούμενο και πότε.

Ο εθελοντής θα πρέπει σε τακτά χρονικά διαστήματα να ενημερώνει τον Κοινωνικό Λειτουργό για την κατάσταση του εξυπηρετούμενου αλλά και για το πώς αισθάνεται ο ίδιος σε σχέση με αυτό που αντιμετωπίζει στην εργασία του.

Από την εργασία των εθελοντών με τους εξυπηρετούμενους συχνά προκύπτουν διάφορες δυσκολίες που αν το επαγγελματικό προσωπικό τις ανακάλυπτε έγκαιρα θα ήταν πιο εύκολο να προστατευθεί το έργο των εθελοντών.

Όπως για παράδειγμα συχνά παρουσιάζεται το φαινόμενο οι εξυπηρετούμενοι να μοιράζονται διάφορα «μυστικά» τους με τον εθελοντή με την υπόδειξη να μένουν μεταξύ τους. Πρέπει όμως ο εθελοντής να διευκρινίσει ότι είναι εκπρόσωπος της υπηρεσίας και όχι κάποιος φίλος τους ή γείτονας. Επομένως, οφείλει να ενημερώσει τον Κοινωνικό Λειτουργό που εποπτεύει την εργασία του.

Στα πλαίσια αυτού του κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας ο εξυπηρετούμενος μπορεί να προτείνει στον εθελοντή να φυλάξει ή να του δανείσει χρήματα ή προσωπικά αντικείμενα. Οι εθελοντές έχουν εκπαιδευτεί έτσι ώστε να προσπαθούν να εξηγούν ευγενικά τους λόγους της άρνησης και παράλληλα, να ενημερώνουν την υπηρεσία ώστε να γίνουν κατανοητοί οι λόγοι που ο εξυπηρετούμενος έχει ένα τέτοιο

αίτημα. Συχνά, το πραγματικό αίτημα διαφέρει από αυτό που προβάλλεται.

Οι εθελοντές που εργάζονται χρόνια με το περιστατικό παρατηρούν ότι με τον καιρό τα αυστηρά καθορισμένα όρια «χαλαρώνουν» και αναπτύσσουν μεταξύ τους μια περισσότερο χαλαρή και φιλική ατμόσφαιρα, γεγονός που συχνά τροφοδοτείται και από το ίδιο το περιστατικό.

Όσο σκληρό και αν ακούγεται, κάποια όρια και βασικές αρχές πρέπει να τηρούνται εκ μέρους του εθελοντή, ώστε να συνεχιστεί η εργασία και να μην κουραστεί ο εθελοντής από τυχόν ενοχλήσεις του βοηθούμενου, ώστε στο τέλος να αναγκαστεί να εγκαταλείψει το περιστατικό.

Ο εξυπηρετούμενος μπορεί να ζητήσει από τον εθελοντή να κάνει επιπλέον πράγματα πέρα από τις αρμοδιότητες του. Σε ανάλογο αίτημα ο εθελοντής αρνείται ευγενικά και αναφέρει πως θα μεταφέρει τα αίτημα του στην υπηρεσία ώστε να μπορέσει να ικανοποιηθεί από εκεί. Συνοψίζοντας, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η καλή και συνεχής συνεργασία του Κοινωνικού Λειτουργού με τον εθελοντή, βοηθά στο να αποφεύγονται ορισμένες «παγίδες» και να αισθάνεται ο εθελοντής ευχαριστημένος για το έργο που προσφέρει. Επίσης, θα πρέπει ο εθελοντής να μην υπόσχεται τίποτα αλλά δεσμεύεται να ενημερώσει την υπηρεσία και να απαντήσει στον εξυπηρετούμενο κατάλληλα. (Θ. Αλεξίου, 2003)

4.9.5 Συντονιστικό Όργανο Σωματείων «Βοήθεια Στο Σπίτι»

Το συντονιστικό όργανο των σωματείων «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι το όργανο το οποίο ασχολείται με την ένωση των σωματείων όλης της Ελλάδας για την καλύτερη εκπροσώπηση των εργαζομένων σε

Πανελλαδικό επίπεδο. Στόχος του συντονιστικού σωματείου είναι και η δημιουργία, μακροπρόθεσμα, Πανελλήνιου Σωματείου Εργαζομένων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

Παράλληλα, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» περιλαμβάνει και την ένωση προσωπικού, η οποία ιδρύθηκε το 2004 και απαρτίζεται από έξι (6) Νομούς εκτός του Νομού Πέλλης που έχει δικό του σωματείο.

Οι Νομοί που απαρτίζουν το σωματείο είναι:

- Ν. Θεσσαλονίκης
- Ν. Χαλκιδικής
- Ν. Σερρών
- Ν. Κιλκίς
- Ν. Ημαθίας
- Ν. Πιερίας

(Internet site: www.vss.gr)

4.10 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕ ΦΟΡΕΙΣ

Στις τοπικές δράσεις καθοριστικό ρόλο έχει ο συντονισμός και συνεργασία των φορέων με το ίδιο αντικείμενο, (που κάνουν συμβουλευτική, υλοποιούν προγράμματα κλπ) ώστε οι ενδιαφερόμενοι να μην λαμβάνουν διαφορετικά μηνύματα και να μην διασπούν την ενεργητικότητά τους.

Ορισμένοι από τους λόγους της επιτυχίας των τοπικών φορέων στην επίτευξη της ενδογενούς ανάπτυξης είναι η ταύτιση των στελεχών με τον τόπο, η ηθική ικανοποίηση της προσφοράς στην κοινότητα, στο κοινό, η προσωπική επικοινωνία που έχει αναπτυχθεί ανάμεσα στους ενδιαφερόμενους και τα στελέχη.

Οι Αναπτυξιακές Εταιρίες και τα προγράμματα της Ε.Ε. αποτελούν σημαντικότερα εργαλεία ανάπτυξης για τους Ο.Τ.Α., οι οποίοι όμως εξακολουθούν να έχουν τον κύριο λόγο στην ανάπτυξη της κοινότητας. Στη συγκεκριμένη δράση αν ο Δήμος δεν παρείχε τα απαραίτητα μέσα, αν δεν στήριζε ηθικά, αν δεν είχε βρει την ομάδα στόχο και αν δεν διέθετε τα στελέχη του και την Δημοτική επιχείρηση δεν θα μπορούσε να επιτευχθεί. (Μ. Τομαρά-Σιδέρη, 1999)

4.10.1 Οι σχέσεις Του Επαγγελματία με το Πρόγραμμα

Οι διαδικασίες αξιοποίησης και διαχείρισης σε ένα δεύτερο επίπεδο των αναγκών κοινωνικής φροντίδας, των διαδικασιών ένταξης στην απασχόληση των ηλικιωμένων και ευπαθών ομάδων πληθυσμού μέσα από συλλογικές διαδικασίες δεν μπορούν να αποτελέσουν έργο των εργαζομένων του προγράμματος και κυρίως του Κοινωνικού Λειτουργού. Πρόκειται για μακροπρόθεσμη διαδικασία η οποία αποβαίνει σε βάρος της εργασίας του Κοινωνικού Λειτουργού και της λειτουργίας του προγράμματος. (Cannan Crecy et al., 1992)

Σημαντικό είναι να αναφερθούν και κάποιες πρακτικές οι οποίες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μια από αυτές τις πρακτικές είναι η συστηματική καταγραφή των αναγκών των εξυπηρετούμενων με σκοπό την αναζήτηση των τρόπων κάλυψής τους μέσα από την κοινότητα.

Παράλληλα, η εσωτερική οργάνωση και η προετοιμασία επιτυγχάνεται με την κατάρτιση καθηκοντολογίου, δηλαδή την περιγραφή των αρμοδιοτήτων θέσης εργασίας για την κάθε ειδικότητα και την οριοθέτηση ρόλων.

Ένα από σημαντικότερα εργαλεία των επαγγελματιών για την οργάνωση και τον συντονισμό τους είναι η ενημέρωση αρχείου. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκαν μια σειρά από φόρμες, οι οποίες περιλαμβάνουν τον ορισμό της διαδικασίας και τις προϋποθέσεις ένταξης στο πρόγραμμα προσαρμοσμένες στις ανάγκες των κατοίκων του εκάστοτε Δήμου. Επίσης, περιλαμβάνουν τον προγραμματισμό των ενεργειών για την επίτευξη των στόχων κάθε έτους με αποτέλεσμα την αξιολόγηση τους και τον εντοπισμό των αδυναμιών. Αυτό οδηγεί σε επαναπροσδιορισμό των στόχων.

Επιπλέον, εφαρμόζεται ένα οργανωμένο πλαίσιο συντονισμού:

- της ομάδας των επαγγελματιών, που εμπλέκονται στο κάθε περιστατικό
- της ομάδας των επαγγελματιών, που στελεχώνουν τα προγράμματα
- των προγραμμάτων «Βοήθεια Στο Σπίτι», που λειτουργούν με την ευθύνη άλλων φορέων στα όρια του εκάστοτε Δήμου.

Σύμφωνα με τα παραπάνω επιτυγχάνεται η συστηματική αξιολόγηση των επαγγελματιών που στελεχώνουν τα προγράμματα, η αξιοποίηση ευκαιριών για την επιμόρφωση και εκπαίδευση των στελεχών, καθώς και η προώθηση συνεργασιών και η δικτύωση φορέων. (Ε. Χναράκη, 2005)

Όσον αφορά τις σχέσεις του επαγγελματία με το πρόγραμμα:

- 1) Πρέπει οι ίδιοι οι επαγγελματίες να συνειδητοποιήσουν ότι αποτελούν τμήμα ενός ευρύτερου κοινωνικο-οικονομικού συστήματος και όσο και αν έχουν συνηθίσει να θεωρούν τις υπηρεσίες τους σαν πολιτικά ουδέτερες, να δεχτούν ότι στην πράξη αυτές έχουν αναμφισβήτητη πολιτική σημασία (προοδευτική κοινωνική εργασία), καταπολεμώντας έτσι το γραφειοκρατικό – στατικό χαρακτήρα της ελληνικής κοινωνίας.

2) Να μπορέσουν να αποσυνδέσουν το ατομικό πρόβλημα από το κοινωνικό και κατά συνέπεια να υιοθετήσουν και ανάλογους στόχους με έμφαση στην προαγωγή της νομοθεσίας και τις θεσμικές αλλαγές

3) Να στοχεύει στην προώθηση θεμάτων κοινού ενδιαφέροντος, δημιουργώντας σχέσεις και συμμαχίες με τους συγγενείς και το υπόλοιπο κοινωνικό περιβάλλον.

4) Η συνεχής εκπαίδευση, η επιμόρφωση, τα σεμινάρια, η συμμετοχή σε συνέδρια να αποτελέσουν μέρος της εργασίας και της ποιοτικής αναβάθμισης αυτής

5) Η εκπόνηση ερευνών / μελετών κοινωνικού περιεχομένου στους Δήμους που δραστηριοποιούνται πρέπει να κριθεί απαραίτητη.

6) Η δημιουργία δικτύου εθελοντών, με την προϋπόθεση το έργο τους να εποπτεύεται συνεχώς και να εκπαιδεύονται, ώστε να μπορούν να προσφέρουν και να λειτουργούν ανατροφοδοτικά στο έργο του επαγγελματία επιστήμονα.

7) Να πραγματοποιείται εποπτεία στον επαγγελματία έτσι ώστε να υπάρχει η δυνατότητα αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

(M. Payne, 1991)

4.10.2 Οι Σχέσεις Του Προγράμματος Με Τους Φορείς Υλοποίησης, Τη Δημοτική Αρχή Και Τις Υπηρεσίες Κοινωνικού Χαρακτήρα

- 1) Ειδικό επιστημονικό προσωπικό στο Φορέα υλοποίησης για να επιτυγχάνεται η σωστή εποπτεία, η ύπαρξη συμβουλευτικής, η αποφόρτιση του ειδικού και της ομάδας.
- 2) Ανάπτυξη συνεργασιών και συντονισμού με άλλους φορείς με σκοπό τη δημιουργία ενιαίας αντίληψης για το πρόγραμμα και την αποφυγή επικαλύψεων στις υπηρεσίες που παρέχουν.
- 3) Υλικοτεχνική στήριξη από Φορείς Υλοποίησης και Δημοτική Αρχή
- 4) Δημοκρατικός – κριτικός διάλογος και όχι στάση κηδεμόνα για την επίλυση προβλημάτων.
- 5) Δυναμική στάση απέναντι σε όποια πίεση για άσκηση αλλότριων καθηκόντων.
- 6) Η συνειδητοποίηση των εμπλεκόμενων φορέων ότι οι κοινωνικοί επιστήμονες δεν αντιπροσωπεύουν μια συναισθηματική «φιλική» υπηρεσία ή υπηρεσία αγάπης, αλλά λειτουργούν διαδραστικά, διαπραγματευτικά ή όταν τα παραπάνω αποτυγχάνουν συγκρουσιακά.
- 7) Παραδοχή ότι το μοντέλο «κράτους πρόνοιας», με βάση τις κλασικές θεωρίες, συμβάλλει στην απουσία κοινωνικής αλλαγής και απομακρύνει τη ρεαλιστική ανάλυση της κοινωνικής πραγματικότητας.

8) Στήριξη αγωγής υγείας – πρόληψης από πλευράς των Δήμων.

9) Αναγνωρισιμότητα από τις υπηρεσίες κοινωνικού χαρακτήρα, που θα βασίζεται σε νομοθετικά πλαίσια.

(Ο. Στασινοπούλου, 1999)

4.11 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» ΣΤΗΝ ΕΛΡΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Όσο οι ηλικιωμένοι αυξάνονται, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, τόσο περισσότερες ανάγκες και απαιτήσεις εμφανίζονται σε κάθε κοινωνία. 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.

Ακολουθώντας τις αρχές και τις αξίες της ελληνικής παράδοσης οι γυναίκες είναι αυτές που αποτελούν την πλειονότητα των φροντιστών. Πιστεύουν ότι είναι «υποχρέωση τους-καθήκον τους» να τους φροντίζουν. Σε επίπεδο κοινωνικών σχέσεων, η θέση των φροντιστών επιβαρύνεται, επίσης, το κοινωνικό τους περιβάλλον διαταράσσεται. Οξύνονται τα ενδοοικογενειακά δυναμικά, φιλίες και οι κοινωνικοί δεσμοί χαλαρώνουν.

Από την άλλη, όμως, πολλές φορές ο ρόλος των φροντιστών παρέχει ικανοποίηση και ευχαρίστηση στους ίδιους αφού αισθάνονται ότι ανταποδίδουν με κάποιον τρόπο όσα του πρόσφερε ο ηλικιωμένος. Συγχρόνως, είναι ένας τρόπος έκφρασης συναισθημάτων αγάπης, στοργής και αφοσίωσης. Από τη μια επέρχεται σωματική, προσωπική και

ψυχολογική εξάντληση και από την άλλη κοινωνική ηθική ικανοποίηση.
(L. Dominelli, 1995)

Το «Βοήθεια Στο Σπίτι», ανήκει στα προγράμματα κοινωνικής φροντίδας. Ένας από τους στόχους του είναι και ο απεγκλωβισμός των φροντιστών και κυρίως των γυναικών για την είσοδό τους στην αγορά εργασίας. Έτσι το πρόγραμμα συμβάλλει ουσιαστικά στην τοπική ανάπτυξη.

Σε τοπικό επίπεδο καλύπτει την δεδομένη, εξαιτίας των δημογραφικών και κοινωνικών αναγκών, ανάγκη της φροντίδας των ηλικιωμένων και των ευπαθών ομάδων. Αυτό επιτυγχάνεται με την αξιοποίηση του ενδογενούς ανθρώπινου δυναμικού, δημιουργώντας νέες θέσεις εργασίας, δίνοντας το κίνητρο στους εργαζόμενους να παραμείνουν στην περιφέρεια και να μην καταφύγουν στα μεγάλα αστικά κέντρα αναζητώντας εργασία. Οι οικογενειακοί βοηθοί, οι νοσηλευτές και λιγότερο οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι συνήθως δημότες των ΟΤΑ στα προγράμματα των οποίων εργάζονται.

Η ενίσχυση της απασχόλησης γίνεται ακόμα με την απασχόληση των εξωτερικών συνεργατών, τους οποίους χρησιμοποιούν τα προγράμματα για την κάλυψη αναγκών υγείας κυρίως των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Η λειτουργία των προγραμμάτων «Βοήθεια Στο Σπίτι» συμβάλλει θετικά στην τοπική ανάπτυξη εφόσον η πρωτοβάθμια και η δευτεροβάθμια τοπική αυτοδιοίκηση αξιολογήσει τα γνωστικά στοιχεία που προκύπτουν από την εφαρμογή του σε μια σχεδιασμένη περιφερειακή ανάπτυξη για την υγεία, την κοινωνική φροντίδα και την απασχόληση. Με τον όρο γνωστικά στοιχεία εννοούνται οι πληροφορίες (ανάγκες, κατάσταση υγείας, κοινωνικές συνθήκες, τοπικές τεχνογνωσίες, κλπ) που συλλέγονται από την λειτουργία του

προγράμματος, την επαφή με τον ίδιο τον εξυπηρετούμενο, την οικογένεια, την συμμετοχική παρατήρηση, την κοινότητα. Το «Βοήθεια Στο Σπίτι» και εν γένει όλα τα προγράμματα κοινωνικής φροντίδας είναι ιδιαίτερα σημαντικά στον τομέα αυτό, αρκεί να σκεφτούμε ότι ο κοινωνικός σχεδιασμός ξεκινάει την υλοποίηση του από τη πρώτη μονάδα της κοινότητας που είναι το άτομο και η οικογένεια. Αποτελεί επομένως την βάση για την κοινοτική εργασία και το σχεδιασμό. (Χ. Βάγια, 1993)

Ορισμένοι τρόποι που αξιοποιούνται από τα στοιχεία της λειτουργίας του προγράμματος είναι:

- η δημιουργία νέων δομών και η ενίσχυση εκείνων που ήδη υπάρχουν αξιολογώντας την κατάσταση της υγείας και των κοινωνικών συνθηκών των εξυπηρετούμενων. Με αυτό τον τρόπο ικανοποιούνται οι ανάγκες κοινωνικής φροντίδας του τόπου και εξασφαλίζονται θέσεις εργασίας.
- Αναδεικνύοντας και καταγράφοντας παραδοσιακές τέχνες και τοπικές τεχνογνωσίες μέσα από τις οποίες αναβιώνεται και διατηρείται η παράδοση του τόπου (παραδοσιακές καλλιέργειες κλπ)
- Αξιολογώντας την κατάσταση των οικογενειών των ηλικιωμένων επισημαίνεται η ανάγκη για ψυχοκοινωνική-οικονομική ή άλλου είδους ενίσχυσης τους, προωθώντας έτσι τα αιτήματά τους προς την πολιτεία.
- Οι ανάγκες των ηλικιωμένων και των φροντιστών μπορούν να οδηγήσουν στη δημιουργία ταμείου αλληλοβοήθειας ή συλλόγου στήριξης των μελών ή ακόμα και στη συμμετοχή τους σε συλλόγους κάνοντας τοπικά τμήματα και ανάλογες δράσεις στοχεύοντας όχι στο κέρδος αλλά στη συμμετοχή.

- Η οργάνωση μικρών κοινωνικών επιχειρήσεων από διάφορους τεχνίτες σε δημοτικό και διαδημοτικό επίπεδο, βοηθούν κάλυψη των μικροεργασιών που ενδεχομένως να υπάρχουν στα σπίτια των ηλικιωμένων.

Σύμφωνα με του παραπάνω τρόπους δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας σε τοπικό επίπεδο, νέες δομές, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής όχι μόνο των ευπαθών ομάδων πληθυσμού αλλά και όλης της κοινότητας, διευρύνοντας παράλληλα την κοινωνική συμμετοχή. (Ε. Χναράκη, 2005)

4.12 ΟΜΑΔΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΡΓΟΥ

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συγκρότησε Ομάδα Διοίκησης Έργου (Ο.Δ.Ε.) για την προετοιμασία της υλοποίησης και αξιολόγησης προγραμμάτων που αφορούν την οικογένεια και το παιδί, του ηλικιωμένους, τα άτομα με αναπηρία και τις ευπαθείς ομάδες.

Ο συντονισμός, η υποστήριξη και η παρακολούθηση της πορείας και εξέλιξης της δράσης «Βοήθεια Στο Σπίτι» αποτελεί ευθύνη της Ομάδας Διοίκησης Έργου (Ο.Δ.Ε.) που έχει συσταθεί με την αριθμ. ΔΥ1δ/οικ. 10024/1.6.2001 Κοινή Απόφαση (ΦΕΚ 726/τ.Β.2001) κατ' εξουσιοδότηση της παραγράφου 18 του άρθρου 18 του Ν. 2503/1997 (ΦΕΚ 107/τ.Α/1997), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

Στην Ομάδα Διοίκησης Έργου, η οποία εδρεύει στο καθ' ύλην αρμόδιο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, συμμετέχουν υπηρεσιακά στελέχη, εκπρόσωποι των συναρμοδίων Υπουργείων Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Εκπρόσωποι της Εκκλησίας της Ελλάδος, των κοινωνικών και επιστημονικών φορέων όπως και ειδικοί εμπειρογνώμονες.

Ειδικότερα το έργο της ομάδας συνίσταται:

- Στην εισαγωγή και εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης – τυποποιημένης τεχνογνωσίας , ως προς τον τρόπο σχεδίασης και παρακολούθησης προγραμμάτων που αφορούν την οικογένεια και το παιδί, τους ηλικιωμένους, τα άτομα με αναπηρία και τις ευπαθείς ομάδες, με την παροχή μεθοδολογίας και διαδικασιών.
- Στην υποστήριξη των στελεχών και των φορέων που θα υλοποιήσουν τα προγράμματα που αφορούν την οικογένεια και τα παιδιά, τους ηλικιωμένους, τα άτομα με αναπηρίες και τις ευπαθείς ομάδες.
- Κατάρτιση προδιαγραφών λειτουργίας του προγράμματος, στην παρακολούθηση αυτού σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην υποστήριξη των στελεχών και των φορέων υλοποίησης του προγράμματος, στην αύξηση του ρυθμού εκτέλεσης του έργου και στη μεγιστοποίηση του αναμενόμενου αποτελέσματος.
- Παράλληλα, η Ομάδα Διοίκησης Έργου στηρίζει τη διαδικασία καταχώρησης των πληροφοριών που εισάγονται στο Χάρτη της Πρόνοιας.

Στην εξασφάλιση καλύτερου προγραμματισμού και συντονισμού δράσεων σε εθνικό επίπεδο.

- Η χρονική διάρκεια του έργου της εν λόγω ομάδας προβλέπεται για ένα (1) έτος , όση είναι και η θητεία της Ομάδας Διοίκησης Έργου.

Την άμεση διοικητική εποπτεία του προγράμματος έχει το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) του τελικού δικαιούχου φορέα υλοποίησης του, το οποίο οφείλει να παρέχει κάθε δυνατή πληροφόρηση στην Ο.Δ.Ε. για τη πορεία και εξέλιξη της δράσης.

Η Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης της οικείας Περιφέρειας ασκεί έλεγχο σε όλα τα στάδια από την προετοιμασία μέχρι την ολοκλήρωση της πράξης όπως αναλυτικά περιγράφεται στο άρθρο 6 του ν. 2860/2000 και στην ΚΥΑ 4035/27.7.2001 (ΦΕΚ 1127/τ.Β/2001) όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

Ο δικαιούχος φορέας υλοποίησης της δράσης υποχρεούται μέσω των εξουσιοδοτημένων αρμοδίων προσώπων να ακολουθεί τις οδηγίες της Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης της Περιφέρειας και να παρέχει κάθε στοιχείο και διευκόλυνση στην άσκηση του έργου της.

Παράλληλα, σύμφωνα με το έγγραφο ΥΦΠ οικ. 1811 του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, στο πλαίσιο της ανάπτυξης του δικτύου Κοινωνικής Αλληλεγγύης το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι», το οποίο επεκτάθηκε σε ολόκληρη τη χώρα, για την υποστήριξη μοναχικών ηλικιωμένων και ατόμων με αναπηρίες, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με στόχο την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των μονάδων του προγράμματος, προχώρησε στην προμήθεια 500 πολυμορφικών αυτοκινήτων. Τα αυτοκίνητα αυτά διατέθηκαν στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης για αποκλειστική χρήση από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και ιδίως για την μεταφορά των στελεχών.

Η διάθεση των 500 αυτοκινήτων πραγματοποιήθηκε ύστερα από αξιολόγηση των τοπικών αναγκών και ιδιαιτεροτήτων των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης που ήδη υλοποιούν το πρόγραμμα.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΡΕΥΝΑ

5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα έχει ως σκοπό να αποτυπώσει τη ζήτηση των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι». Παράλληλα, διερευνάται το ποσοστό κάλυψης των αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι» από τα ίδια τα εξυπηρετούμενα άτομα.

5.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.2.1 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτελούν άτομα τρίτης ηλικίας τα οποία συμμετέχουν στο πρόγραμμα, το οποίο εφαρμόζεται σε τρεις διαφορετικούς Δήμους, το Δήμο Ναυπλίου, το Δήμο Λαμιέων και το Δήμο Γοργοποτάμου, σε ισάριθμο ποσοστό των πέντε ατόμων με τη μέθοδο των συνεντεύξεων.

5.2.2 Εργαλείο Έρευνας

Για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα της έρευνας, ως μέθοδος συλλογής πληροφοριών επιλέχθηκε η συνέντευξη καθώς είναι ο πιο άμεσος τρόπος για τη διεξαγωγή της έρευνας στα άτομα τρίτης ηλικίας.

Η συνέντευξη αποτελείται από ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις αυτές δίνουν τη δυνατότητα στα άτομα να απαντήσουν καταφατικά ή αρνητικά για το πρόγραμμα, αλλά τους δίνεται συγχρόνως και η ευκαιρία να εκφράσουν και να αναπτύξουν τις απόψεις τους. Με τον τρόπο αυτό, το προς μελέτη θέμα προσεγγίστηκε πιο ολοκληρωμένα

5.2.3 Άξονες Συνέντευξης

Η συνέντευξη στηρίχθηκε σε τέσσερις βασικούς άξονες πάνω στους οποίους δημιουργήθηκαν οι ερωτήσεις. Τα ερευνητικά αυτά ερωτήματα – άξονες της μεθόδου είναι:

1. Πόσο είναι ικανοποιητική η παροχή των υπαρχουσών υπηρεσιών;
2. Η συνεργασία μεταξύ προσωπικού και εξυπηρετούμενων θεωρείται ικανοποιητική;
3. Υπάρχει επάρκεια προσωπικού σε όλες τις ειδικότητες ώστε να καλύπτονται επαρκώς οι ανάγκες των ηλικιωμένων;
4. Οι ηλικιωμένοι επιθυμούν τη συνέχεια του προγράμματος;

Σύμφωνα με τους προαναφερθέντες άξονες δρομολογήθηκαν οι ερωτήσεις της συνέντευξης. Ταυτόχρονα με την σωστή καθοδήγηση του συνεντευκτή η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε ομαλά.

5.2.4 Διαδικασία Εκτέλεσης Της Έρευνας

Μετά από τον σχεδιασμό των αξόνων πάνω στους οποίους κινήθηκαν οι ερωτήσεις της συνέντευξης, ακολούθησε η αναζήτηση του δείγματος στους Δήμους Ναυπλίου, Λαμιέων και Γοργοποτάμου, των ηλικιωμένων ατόμων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι».

Εν συνεχεία, επιλέξαμε να πραγματοποιήσουμε δεκαπέντε συνεντεύξεις, από τις οποίες πέντε αντιστοιχούν σε κάθε Δήμο. Κατόπιν συνεννόησης με τους/τις Κοινωνικούς/ες Λειτουργούς των προγραμμάτων του εκάστοτε Δήμου, καταφέραμε και ήρθαμε σε επαφή με τα ηλικιωμένα άτομα.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στον προσωπικό χώρο του κάθε ατόμου. Αυτό τους διευκόλυνε να μας δεχτούν πιο εύκολα και να λειτουργήσουν πιο ελεύθερα στο δικό τους χώρο δημιουργώντας ταυτόχρονα μια άμεση επαφή. Τα άτομα αυτά όπως γνωρίζουμε στερούνται καινούργια ερεθίσματα λόγω του αποκλεισμού και της μοναξιάς ακόμη και λόγω της δικής τους παραίτησης πολύ συχνά. Για την διευκόλυνση των ερωτηθέντων, οι ερωτήσεις της συνέντευξης απλοποιήθηκαν δίνοντας την ευκαιρία στα άτομα να κατανοούν άμεσα αυτό που τους ζητάμε.

Τέλος, ταξινομήσαμε και ομαδοποιήσαμε τις πληροφορίες που μας έδωσαν οι ηλικιωμένοι και προχωρήσαμε στη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων.

5.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Από τα στοιχεία που συλλέξαμε προκύπτει ότι τα μέλη που συμμετέχουν στο «Βοήθεια Στο Σπίτι» είναι ηλικίας 70 έως 93 ετών. Το δείγμα αποτελείται από τρεις άνδρες και δώδεκα γυναίκες. Από αυτούς οι έντεκα δεν κατόρθωσαν να ολοκληρώσουν την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ οι υπόλοιποι τέσσερις έχουν φοιτήσει στο δημοτικό. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, οι δέκα είναι χήροι/ες και οι υπόλοιποι πέντε δεν έχουν παντρευτεί.

Όταν αναφερθήκαμε στον τρόπο με τον οποίο ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα, πήραμε ποικίλες απαντήσεις. Πέντε άτομα ενημερώθηκαν από κάποιο συγγενικό τους μέλος, πέντε από τα ίδια τα μέλη του προσωπικού του «Βοήθεια Στο Σπίτι» και τα υπόλοιπα ενημερώθηκαν από διάφορους φορείς, όπως, την ενορία, την Κοινωνική Πρόνοια, το Δημαρχείο καθώς και το ΚΑΠΗ. Οι ηλικιωμένοι μέλη του «Βοήθεια Στο Σπίτι» συμμετέχουν στο πρόγραμμα από έξι μήνες ως και πέντε χρόνια.

Στην ερώτηση μας εάν είναι ικανοποιημένοι/ες από τη λειτουργία του προγράμματος, η πλειοψηφία των απαντήσεων ήταν θετικές και ενθαρρυντικές, ενώ βρέθηκε ένα άτομο στα δεκαπέντε το οποίο ήταν απόλυτα αρνητικό. Συγκεκριμένα τόνισε πως δεν είναι «καθόλου ικανοποιημένη». Σε όλα τα άτομα οι βασικότερες ανάγκες που καλύπτει το πρόγραμμα είναι η συντροφικότητα, η υλική υποστήριξη, η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και λιγότερο η καθαριότητα του σπιτιού και η ατομική υγιεινή.

Από υλικοτεχνικής άποψης τα περισσότερα άτομα συμφώνησαν πως δεν χρειάζονται κάτι περισσότερο, αντιθέτως υπήρξαν απαντήσεις οι οποίες έδειχναν την ικανοποίηση τους όσον αφορά τη διευκόλυνση στη μετακίνηση τους με τα μέσα μαζικής μεταφοράς. Εντυπωσιακό ήταν πως κάποια από τα άτομα δεν ζητούν διευκόλυνση στη μετακίνηση τους διότι γνωρίζουν ότι δεν υπάρχει χρόνος για κάτι τέτοιο. Ωστόσο, σημειώθηκαν και ελάχιστες αρνητικές απόψεις επισημαίνοντας πως οι προσφερόμενες αυτές υπηρεσίες δεν τους ικανοποιούν «σε τίποτα».

Στη συνέχεια, πέντε στους δεκαπέντε ερωτώμενους το κυριότερο που θα ήθελαν να λύσουν μέσα από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, είναι τα προβλήματα υγείας και συγκεκριμένα διαδικαστικής φύσεως (π.χ. εγγραφή φαρμάκων, αποτελέσματα εξετάσεων κλπ). Παράλληλα, από τους υπόλοιπους δέκα, οι περισσότεροι θα επιθυμούσαν να λύσουν

προβλήματα οικονομικής φύσεως και συντροφικότητας. Όσον αφορά όμως ποια προβλήματα πιστεύουν πως έχουν λύσει από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, επτά στους δεκαπέντε πιστεύουν πως έχουν λύσει το πρόβλημα υγείας τους, οι έξι έχουν λύσει το οικονομικό, ενώ δύο άτομα δεν θεωρούν πως έχουν λύσει κάποιο πρόβλημα τους.

Στην ερώτηση πως βρίσκουν οι ηλικιωμένοι τη συνεργασία τους με το προσωπικό του «Βοήθεια Στο Σπίτι», σχεδόν όλοι απάντησαν πως είναι πολύ καλή έως άριστη. Επίσης, αναφέροντας τη σχέση μεταξύ μελών του προσωπικού και εξυπηρετούμενων την περιέγραψαν ως φιλική. Ωστόσο, υπήρξε και η αντίθετη άποψη όπου χαρακτήρισε τη σχέση αυτή ως αδιάφορη και τόνισε πως δεν υπάρχει συνεργασία.

Είναι χαρακτηριστικό ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων δεν έχουν ούτε μια εβδομαδιαία επίσκεψη των μελών του «Βοήθεια Στο Σπίτι», για αυτό και την επιθυμούν αλλά κατανοούν την έλλειψη χρόνου που υπάρχει. Από την άλλη, είναι σημαντικό να αναφερθούν πως στα πέντε από τα δεκαπέντε άτομα τα μέλη του προγράμματος πραγματοποιούν επίσκεψη μία φορά την εβδομάδα και αισθάνονται ικανοποιημένοι με αυτό. Όμως, κάποια άτομα νιώθουν την ανάγκη πιο συχνών επισκέψεων ακόμη και καθημερινών. Αυτό συνεπάγεται πως θα επιθυμούσαν και η διάρκεια των επισκέψεων να είναι όσο μεγαλύτερη γίνεται. Για αυτό η πλειοψηφία των ατόμων εξέφρασε την ανάγκη η παραμονή των μελών να ξεπερνά τη μία ώρα, γιατί νιώθουν έντονα το συναίσθημα της μοναξιάς.

Ρωτώντας τους αν χρειάζονται να έχουν τη συνοδεία του προσωπικού του «Βοήθεια Στο Σπίτι» σε υπηρεσίες, οι πέντε θεώρησαν αναγκαία τη συνοδεία αυτή. Ενώ οι υπόλοιποι συμφώνησαν πως δεν την χρειάζονται γιατί κάποιοι από αυτούς συνοδεύονται από οικογενειακό μέλος.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μόνο τρία άτομα γνώριζαν τις ειδικότητες των εργαζομένων του «Βοήθεια Στο Σπίτι», εκ των οποίων η

μία γνωρίζει μόνο την ειδικότητα του Κοινωνικού Λειτουργού. Από αυτό προκύπτει ότι η πλειοψηφία εντάσσει σε μια κατηγορία τα μέλη, θεωρώντας πως «όλοι μπορούν να τα κάνουν όλα», όπως χαρακτηριστικά μας είπαν. Κατ' επέκταση η σύγκυση αυτή δεν τους έδινε σαφή εικόνα για το κάθε μέλος ξεχωριστά για αυτό δεν ήταν εύκολο να μας πουν ποια ειδικότητα τους είναι πιο χρήσιμη. Απλοποιώντας έτσι την ερώτηση, αναφέρθηκαν στα ονόματα των μελών ξεχωρίζοντας το άτομο που θεωρούσαν πιο χρήσιμο για τις ανάγκες τους. Με τον τρόπο αυτό, καταλήξαμε ότι οι τέσσερις θεωρούν σημαντικό πρόσωπο την οικογενειακή βοηθό, οι δύο από τους δεκαπέντε την Κοινωνική Λειτουργό, ενώ οι περισσότεροι θεωρούν χρήσιμες όλες τις ειδικότητες.

Τέλος, οι απόψεις τους για το αν αξίζει να συνεχιστεί το πρόγραμμα, όλα τα άτομα απάντησαν θετικά, δηλώνοντας συγκεκριμένα: «*περιμένω πως και πώς να έρθουν να ανοίξει η πόρτα*» ή «*...δεν θέλω με τίποτα να φανταστώ ότι μπορεί να κλείσει*». Όμως, ένα και μόνο άτομο δεν έδειξε ενδιαφέρον για τη συνέχεια του προγράμματος καθώς πιστεύει ότι δεν του προσφέρει τίποτα. Ρωτώντας τους σε τι θα ήθελαν να βελτιωθεί το «Βοήθεια Στο Σπίτι» οι απόψεις δεν διαφοροποιούνται ιδιαίτερα η μια από την άλλη. Όλοι βέβαια νιώθουν ευχαριστημένοι με την λειτουργία του, αλλά σε αυτό που πιστεύουν πως είναι αναγκαίο να βελτιωθεί είναι η διάρκεια των επισκέψεων και η παροχή φαρμάκων, τονίζοντας: «*...αξίζει να συνεχιστεί αρκεί να έρχονται πιο συχνά και να μου γράφουν φάρμακα*» και επίσης «*να κάθονται περισσότερο στο σπίτι γιατί γεμίζει χαρά*».

5.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» μπορεί να καλύψει βασικές ανάγκες των πολιτών και έχει θετική απήχηση σε αυτούς όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των ηλικιωμένων στην έρευνα μας. Επίσης, συντελεί στη μείωση του αριθμού των ηλικιωμένων που καταλήγουν στο νοσοκομείο και στον περιορισμό των ημερών που νοσηλεύονται σε αυτό. Παράλληλα, μέσω του προγράμματος βελτιώνεται η ψυχική υγεία πολλών ηλικιωμένων αλλά και η σχέση με το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Μια άλλη παρατήρηση αφορά στη νομική βάση του προγράμματος. Έχει παρατηρηθεί εναλλαγή των άρθρων του Νομοθετικού διατάγματος από χρονιά σε χρονιά. Αυτό καταδεικνύει ότι το νομικό υπόβαθρο δεν είναι ισχυρό. Επίσης, το γεγονός ότι στο «Βοήθεια Στο Σπίτι» εμπλέκονται τρία Υπουργεία ανάγει σε προαπαιτούμενο για την επιτυχία του τον άρτιο συντονισμό τους, στοιχείο καθόλου αυτονόητο. Από την άλλη, Δεν υπάρχει υπηρεσία που να παρέχει σε σταθερή βάση υποστήριξη στους Δήμους οι οποίοι υλοποιούν το πρόγραμμα και γενικότερα η διασύνδεση μεταξύ της κεντρικής διοίκησης και της τοπικής αυτοδιοίκησης δεν είναι η επιθυμητή. Ένα ακόμη ζητούμενο αποτελεί ο τρόπος χρηματοδότησης του προγράμματος, ο οποίος δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα στοιχείο που δυσχεραίνει το μακροπρόθεσμο σχεδιασμό.

Τα προγράμματα «Βοήθεια Στο Σπίτι» έχουν προσλάβει κάποιο προσωπικό οι οποίοι εργάζονται ως εθελοντές και υποστηρίζουν ανθρώπους στο σπίτι τους. Όμως, η εθελοντική αυτή δράση δεν είναι πραγματοποιήσιμη σε όλους τους Δήμους. Όπως συμβαίνει σε όλους τους αντίστοιχους φορείς δεν έχουν αρκετά χρήματα για να

χρηματοδοτήσουν τους μισθούς περισσότερων εργαζομένων. Εξυπηρετούν τόσους ανθρώπους με αναπηρίες ή της τρίτης ηλικίας όσους μπορούν να προλάβουν να εξυπηρετήσουν οι υπάλληλοι στον χρόνο εργασίας τους. Όμως, οι ανάγκες είναι πολύ μεγαλύτερες. Αυτό διαπιστώθηκε και από πληροφορίες που συλλέξαμε από την έρευνα που διεξήχθη στα ηλικιωμένα άτομα.

Τα προγράμματα «Βοήθεια Στο Σπίτι» δεν έχουν ικανοποιητική οικονομική υποστήριξη για να προσλάβουν επιπλέον προσωπικό, αλλά ταυτόχρονα από το νόμο απαγορεύεται να εισπράξουν χρήματα από τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους, όπως τόνισαν και οι ίδιοι στις συνεντεύξεις, οι οποίοι θα επιθυμούσαν να χρησιμοποιήσουν το προσωπικό που διαθέτουν για να καλύψουν κάποιες προσωρινές ή διαρκείς ανάγκες. Όσοι πολίτες ενδιαφέρονται να κάνουν χρήση των υπηρεσιών τους δεν έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν οικονομικά στο κόστος των υπηρεσιών.

Για αυτό το λόγο πολλοί εξυπηρετούμενοι συμβιβάζονται με το ήδη υπάρχον προσωπικό και δηλώνουν ικανοποιημένοι, παρόλο που γνωρίζουν την έλλειψη που υπάρχει. Αυτό έχει σαν συνέπεια και τη μείωση των κατ' οίκον επισκέψεων, οι οποίες δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις επιθυμίες των ηλικιωμένων. Είναι ένα αξιοσημείωτο γεγονός το οποίο προκύπτει και από τα αποτελέσματα της έρευνας μας.

Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθούμε και στις ειδικότητες του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι». Σε ορισμένους Δήμους (π.χ. Δήμο Ναυπλίου που διεξήχθη η έρευνα), υπάρχει έλλειψη των απαραίτητων ειδικοτήτων. Όπως διαπιστώνεται από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων της έρευνας, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργείται μια σύγχυση ρόλων των μελών του προσωπικού στους ηλικιωμένους και να υπάρχει άγνοια των καθηκόντων τους.

5.5 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η επέκταση των δραστηριοτήτων των ΚΑΠΗ σε όλη την Ελλάδα, ώστε να περιλαμβάνουν και προγράμματα για τους ηλικιωμένους που είναι εξαρτημένοι ή κατάκοιτοι, θα μπορούσε να αποτελέσει μια βάση για την ανάπτυξη των υπηρεσιών βοήθειας στο σπίτι. Η χρηματοδότηση αντίστοιχων προγραμμάτων θα μπορούσε να στηριχθεί, εν μέρει, στις εισφορές των πελατών για ορισμένες υπηρεσίες που θα επέτρεπαν έτσι την επέκταση του θεσμού σε περισσότερα άτομα σε κατάσταση ανάγκης,

Η επέκταση υπηρεσιών βοήθειας στο σπίτι σε μόνιμο προσωπικό και εθελοντές θα μπορούσε να αναληφθεί από την τοπική αυτοδιοίκηση, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και τις μη κερδοσκοπικές εταιρίες, παρέχοντας έτσι ενίσχυση στους ηλικιωμένους και τους «οικογενειακούς φροντιστές» τους αλλά και δυνατότητα απασχόλησης για γυναίκες σε τοπικό επίπεδο.

Ένα παρόμοιο σύστημα δεν θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από τους «φροντιστές» ή τους εξαρτημένους ηλικιωμένους που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και αδυνατούν να πληρώσουν το πλήρες κόστος αντίστοιχων υπηρεσιών. Θα μπορούσε όμως να αποτελέσει μια εναλλακτική επιλογή για αρκετούς που, λόγω έλλειψης τέτοιων υπηρεσιών, δεν έχουν σήμερα καμία τέτοια επιλογή.

Θα πρέπει να τονιστεί και η ανάγκη της νομοθετικής κατοχύρωσης του προγράμματος. Μόνο εφόσον αυτή πραγματοποιηθεί θα είναι εξασφαλισμένη η συνέχιση του.

Επίσης, το «Βοήθεια Στο Σπίτι» θα πρέπει να επεκταθεί ώστε να καλύπτει τις ανάγκες όλων των πολιτών για κατ' οίκον φροντίδα. Μέχρι σήμερα αρκετοί απομακρυσμένοι Δήμοι δεν καλύπτονται. Απαιτείται, λοιπόν, να ολοκληρωθεί το δίκτυο του προγράμματος σε όλους

ανεξαιρέτως τους Δήμους. Επιπλέον, το «Βοήθεια Στο Σπίτι» θα μπορούσε να επεκταθεί στις οικογένειες των οποίων ένα μέλος χρειάζεται συνεχή φροντίδα, έτσι ώστε αυτές να μην οδηγούνται στην αναγκαστική επιλογή της ιδρυματικής περίθαλψης. Καλό θα ήταν, επίσης, το πρόγραμμα να μην περιορίζεται στους οικονομικά αδύναμους και ηλικιωμένους αλλά να επεκταθεί σε κάθε δημότη που έχει ανάλογες ανάγκες, ενδεχομένως με κάποια οικονομική επιβάρυνση, για όσους μπορούν να την αντιμετωπίσουν. Ιδιαίτερα θετικό πάντως, είναι το γεγονός ότι το πρόγραμμα επεκτάθηκε στα άτομα με αναπηρίες. Το βέλτιστο θα ήταν να ενοποιηθούν όλα τα προγράμματα που παρέχουν κατ' οίκον υπηρεσίες, ώστε να έχουν κοινή οργανωτική δομή και ενιαίο συντονισμό.

Η επιτυχία όλων των προγραμμάτων στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο αυτά ανταποκρίνονται στα προβλήματα των πολιτών. Για το σκοπό αυτό, θα πρέπει να αξιοποιηθεί η καταγραφή των ποιοτικών χαρακτηριστικών όσων εντάσσονται στο πρόγραμμα (ηλικία, είδος προβλήματος, οικογενειακό περιβάλλον, φορέας ασφάλισης, ενδεχόμενες ιδιαιτερότητες που σχετίζονται με χαρακτηριστικά της περιοχής). Είναι σημαντικό να υπάρχουν ενιαίες προδιαγραφές για την κάλυψη των αναγκών, έτσι ώστε να εξασφαλίζονται ισότιμες υπηρεσίες προς όλους τους πολίτες. Το μοναδικό κριτήριο για την οικοδόμηση του προγράμματος θα πρέπει να είναι οι κοινωνικές ανάγκες των πολιτών.

Μόνο, όμως, αν αυξηθεί η συμμετοχικότητα των πολιτών στο «Βοήθεια Στο Σπίτι» είναι δυνατόν να αναδυθούν οι πραγματικές τους ανάγκες και οι υπηρεσίες να λειτουργήσουν εξατομικευμένα. Το δίκαιο θα ήταν να συμμετείχαν εκπρόσωποι όσων εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα τόσο στη λήψη αποφάσεων σχετικά με αυτό και την

οργάνωση του, όσο και τους μηχανισμούς ελέγχου και αξιολόγησης του, ώστε να πάντων να είναι παθητικοί δέκτες υπηρεσιών. Η ενεργότερη συμμετοχή τους θα έχει θετική επίδραση στο είδος και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται, αφού οι ίδιοι προφανώς γνωρίζουν καλύτερα από τον καθένα τις ανάγκες τους.

Είναι απαραίτητο να ενημερωθούν για το πρόγραμμα και να κατανοήσουν το σκεπτικό και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών όλοι οι πολίτες που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από αυτό. Για το σκοπό αυτό, θα μπορούσε να προβληθεί περισσότερο, στα έντυπα και τα ηλεκτρονικά μέσα, και ιδίως στα δεύτερα που αποτελούν τη συντροφιά περισσότερων ηλικιωμένων. Οι ίδιοι άλλωστε εκφράζουν την επιθυμία να έχουν καλύτερη πληροφόρηση γενικότερα για τις παροχές και τις υπηρεσίες της πολιτείας.

Χρήσιμο θα ήταν να βελτιωθεί η επικοινωνία μεταξύ όλων όσοι εμπλέκονται στο πρόγραμμα, δηλαδή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, του Υπουργείου Απασχόλησης, του Υπουργείου Εσωτερικών, της ΚΕΔΚΕ και της επιστημονικής ομάδας. Επίσης, η συνεργασία με τις τοπικές αρχές και την τοπική υπηρεσία υγείας είναι δυνατόν να γίνει στενότερη. Γενικώς, το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» θα πρέπει να είναι περισσότερο προσανατολισμένο στην κοινότητα. Ενδιαφέρουσα είναι η πρόταση να εφαρμοστεί πρόγραμμα σίτισης για τους ηλικιωμένους που έχουν χαμηλό εισόδημα.

Είναι απαραίτητο να λειτουργήσουν μηχανισμοί που να αξιολογούν περιοδικά την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, έτσι ώστε αυτό να βελτιώνεται και ενδεχομένως να επαναπροσδιορίζονται οι τρόποι προσέγγισης του σκοπού του. Θα μπορούσαν να διαμορφωθούν δείκτες αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών και να συντάσσεται έκθεση αξιολόγησης, κοινοποιήσιμη σε όλους τους πολίτες.

Επίσης, πολύ χρήσιμο θα ήταν οι ομάδες εποπτείας και αξιολόγησης του προγράμματος να προχωρούσαν στην έκδοση οδηγού καλών πρακτικών σχετικά με την κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων αλλά και σχετικά με τους βέλτιστους τρόπους οργάνωσης του έργου των επαγγελματιών. Για την εξασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, απαραίτητη είναι η διαρκής επιμόρφωση της επιστημονικής ομάδας και η επανεκπαίδευση της σε τακτά χρονικά διαστήματα. Εξάλλου, με την πάροδο του χρόνου, οι ηλικιωμένοι που μετέχουν στο πρόγραμμα έχουν ανάγκη πιο τακτικών επισκέψεων και έτσι το έργο της επιστημονικής ομάδας γίνεται ολοένα και δυσκολότερο, και επομένως η στήριξη σε συνδυασμό με την αναβάθμιση των προσόντων της είναι αναγκαία.

Επωφελής θα ήταν η τακτική συνεργασία και ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών μεταξύ των επαγγελματιών στους Δήμους όπου εφαρμόζεται το πρόγραμμα. Επίσης, θα μπορούσαν να πραγματοποιούνται αμοιβαίες επισκέψεις σε άλλες χώρες που υλοποιούν τέτοια προγράμματα.

Τέλος, η προσέλευση και η εκπαίδευση εθελοντών είναι δυνατόν να οργανωθεί σε πιο συστηματική βάση, αξιοποιώντας ενδεχομένως την εμπειρία του Ερυθρού Σταυρού. Μετά την εδραίωση και την επέκταση του προγράμματος και με τη δημιουργία ενός εθνικού φορέα εθελοντών πρόνοιας, θα μπορούσε να οργανωθεί σε στέρεο έδαφος το έργο των εθελοντών.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» προσφέρει πολλά. Εναπόκειται, επομένως, στη διοίκηση να εξαντλήσει τα περιθώρια της διακριτικής της ευχέρειας και να αξιοποιήσει δημιουργικά τις υπάρχουσες δυνατότητες. Μόνο όταν οι κοινωνικές υπηρεσίες οργανωθούν με το βέλτιστο δυνατό τρόπο σε θεσμικό και

διοικητικό επίπεδο θα παρασχεθούν πραγματικά αποτελεσματικές λύσεις στα προβλήματα των πολιτών.

Τότε, θα εκπληρωθεί ο στόχος να αποτελέσει το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» ένα σημαντικό μέσο κάλυψης κοινωνικών αναγκών αλλά και αντιμετώπισης του εφιαλτικού φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού, στόχος ο οποίος είναι εφικτός.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

§ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Νόμοι Που Αναφέρονται Στο Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι»

Ο Νόμος υπ' αριθμό 3106 απευθύνεται στην αναδιοργάνωση του εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας και άλλες διατάξεις και πιο συγκεκριμένα το άρθρο 13 του νόμου 3106 απευθύνεται στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Παράλληλα, ο νόμος 3491/2-10-06 ΦΕΚ 207 αφορά το προσωπικό του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

α. Νόμος υπ' αριθμό 3106:

Σύμφωνα με το άρθρο 13 του νόμου 3106, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εγκρίνει, συντονίζει και εποπτεύει τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι». Σκοπών των προγραμμάτων είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων καθώς και ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα κοινωνικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας ή αναπηρίας.

Τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» έχουν ιδίως ως περιεχόμενο:

I. Την διερεύνηση, καταγραφή, επεξεργασία και μελέτη των αναγκών των κατηγοριών που αναφέρονται στο προηγούμενο εδάφιο και την κοινωνική χαρτογράφηση τους.

II. Την κάλυψη των βασικών αναγκών και εξυπηρετούμενων με την οργάνωση και συστηματική παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, ψυχοκοινωνικής στήριξης, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και οικογενειακής βοήθειας.

III. Την ενημέρωση των εξυπηρετούμενων για τα δικαιώματά τους και την επαφή τους με τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.

IV. Τη διευκόλυνση των εξυπηρετούμενων για τη συμμετοχή τους στις θρησκευτικές, πολιτιστικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες.

Επίσης, προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» μπορούν να υποβάλλουν για έγκριση στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, οι παρακάτω φορείς:

I. Υπηρεσίες Υπουργείων και Περιφερειών

II. Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.)

III. Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), ειδικώς πιστοποιημένα σύμφωνα με το άρθρο 5 του Νόμου 2646/1998

IV. Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης α΄ και β΄ βαθμού και οι επιχειρήσεις τους

V. Η εκκλησία, οι οργανωτικές υποδιαιρέσεις και φορείς της.

Τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» εγκρίνονται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εφόσον ο φορέας καλύπτει όλες τις απαιτούμενες προϋποθέσεις για την ομαλή πραγματοποίηση του προγράμματος.

Η εφαρμογή του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» τελεί υπό την εποπτεία της αρμόδιας διεύθυνσης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και μπορεί να την αναθέτει στο αρμόδιο Τμήμα του οικείου Περιφερειακού Συστήματος Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) ή της οικείας Περιφέρειας.

Με την εγκριτική απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορεί να συγκροτείται και τριμελής Επιτροπή Παρακολούθησης (Ε.Π.) του προγράμματος από υπαλλήλους των αρμοδίων υπηρεσιών. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορεί να ορίζεται αμοιβή για τα μέλη της Επιτροπής Παρακολούθησης η οποία βαρύνει το φορέα υλοποίησης. Η Επιτροπή Παρακολούθησης συνεπικουρεί την υπηρεσία που είναι αρμόδια για την εποπτεία του προγράμματος με την παρακολούθηση της τήρησης των όρων της εγκριτικής απόφασης, την αντιμετώπιση των προβλημάτων εφαρμογής του προγράμματος σε συνεργασία με τους φορείς υλοποίησης καθώς και με την σύνταξη εκθέσεων προόδου και αξιολόγησης του όλου προγράμματος.

Προϋπόθεση έγκρισης του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελεί η διάθεση των απαιτούμενων οικονομικών πόρων από το φορέα υλοποίησης. Επικουρικά τα προγράμματα επιτρέπεται να ενισχύονται από κρατικούς ή άλλους φορείς.

Με κοινή απόφαση Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του κατά περίπτωση συναρμοδίου Υπουργού καθορίζεται ο τρόπος και το ύψος της εκάστοτε επιχορήγησης.

Τα υφιστάμενα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» εξακολουθούν να εφαρμόζονται μέχρι τη λήξη τους με τις ισχύουσες μέχρι τη δημοσίευση αυτού του νόμου διατάξεις.

β. Νόμος 3491/2-10-06

Σύμφωνα με το άρθρο 16 του Νόμου 3491, εργαζόμενοι που είχαν προσληφθεί από επιχειρήσεις Δήμων ή Κοινοτήτων και των οποίων οι συμβάσεις ή οι σχέσεις κρίθηκαν, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία του άρθρου 11 του ποινικού κώδικα (π.δ.) 164/2004 (ΦΕΚ 134 Α'), ότι συνιστούν συμβάσεις εργασίας αορίστου χρόνου, εφόσον κάλυπταν ανάγκες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και των ατόμων με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ), μπορεί να ενταχθούν, με απόφαση του αρμόδιου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου και με την ίδια σχέση εργασίας, στο προσωπικό αντίστοιχων Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) ή υπηρεσιών του οικείου Οργανισμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης όπου απασχολούνται μέχρι την έκδοση της σχετικής απόφασης του ΑΣΕΠ. Οι εργαζόμενοι αυτοί, εφόσον στους ανωτέρω φορείς δεν υφίσταται κενές οργανικές θέσεις, εντάσσονται σε προσωποπαγείς, που συνιστώνται με απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Στις περιπτώσεις σύστασης προσωποπαγών θέσεων σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, απαιτείται επιπλέον γνώμη του οικείου Διοικητικού Συμβουλίου.

Νομικές Προσεγγίσεις Στο Θεσμικό Πλαίσιο Του Προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι»

Η Νομοθεσία για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» ήρθε να στηρίξει τις Ευρωπαϊκές κατευθύνσεις για την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου κοινωνικής προστασίας (υγειονομική περίθαλψη και μέριμνα) για τους ηλικιωμένους με το σκεπτικό ότι τα συστήματα κοινωνικής

προστασίας δεν προβλέπουν, απλώς, παροχές σε χρήμα σε περίπτωση ανεργίας, ασθένειας, αναπηρίας ή συνταξιοδότησης, αλλά ταυτόχρονα βοηθούν την πρόσβαση των ατόμων στις κατάλληλες ιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες μακροχρόνιας μέριμνας, το κόστος των οποίων συχνά υπερβαίνει τους οικονομικούς πόρους του ασθενούς και της οικογένειάς του. Σύμφωνα με το άρθρο 152 της συνθήκης για τη δημόσια υγεία, η Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) προσπαθεί να εξασφαλίσει υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου.

Η ανάγκη μακροχρόνιας μέριμνας που αναγνωρίζεται ως μείζων κοινωνικός κίνδυνος πρέπει να καλυφθεί από τα συστήματα κοινωνικής προστασίας. Μακροχρόνια μέριμνα είναι η βοήθεια σε άτομα που δεν είναι ικανά να ζουν αυτόνομα και επομένως εξαρτώνται από τη βοήθεια των άλλων στην καθημερινή τους ζωή. Οι ανάγκες τους για βοήθεια μπορούν να κυμαίνονται από τη διευκόλυνση της κινητικότητας, τα ψώνια, την προετοιμασία των γευμάτων και άλλες οικιακές εργασίες έως τη σωματική υγιεινή και τη χορήγηση τροφής στις πιο ακραίες περιπτώσεις.

Το κόστος της μακροχρόνιας μέριμνας πολύ συχνά υπερβαίνει τα τρέχοντα εισοδήματα του ατόμου που χρειάζεται φροντίδα. Έτσι, η ανάγκη μακροχρόνιας μέριμνας αποτελεί μείζονα κοινωνικό κίνδυνο και απαιτεί τη δημιουργία μηχανισμών κοινωνικής προστασίας.

Στην Ελλάδα του 2000, στο πλαίσιο του Γ' Κ.Π.Σ., άρχισε η δημιουργία τρόπων ενσωμάτωσης της χώρας στις πολιτικές της Ε.Ε. (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την κοινωνική ενσωμάτωση-Εθνική Πολιτική για τους τομείς Κοινωνικής Πολιτικής και Πρόνοιας) όσον αφορά στην ανάγκη μακροχρόνιας μέριμνας των κοινωνικά ευάλωτων πληθυσμιακά ατόμων και ανάπτυξη ειδικών μηχανισμών κοινωνικής προστασίας.

Όμως, σχεδόν 30 χρόνια πριν το Νομοθετικό Διάταγμα 162 (ΦΕΚ 227/24-9-1973) «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων» στο άρθρο 2 προβλέπει ότι η προστασία αυτή θα πρέπει να εκδηλώνεται ως ιδρυματική περίθαλψη ή ως κοινωνική αρωγή κατ' οίκον, παρεχόμενη υπό τη μορφή ηθικής συμπαράστασης, οικονομικής ενίσχυσης ή άλλης φύσεως υλικής βοήθειας, με σκοπό την εξασφάλιση των μέσων διαβίωσης και περίθαλψης.

Ειδική μνεία για τον προϋπολογισμό ή για το προσωπικό που θα αναλάβει αυτή τη δραστηριότητα δεν προβλέπεται. Αργότερα, το πρόγραμμα υλοποιήθηκε ως ανοιχτό πρόγραμμα μέσω των Κ.Α.Π.Η. με ευθύνη της κοινωνικής υπηρεσίας του Ερυθρού Σταυρού.

Πάντως, παρόλο που η έμφαση στο νομοθετικό διάταγμα δίνεται στα ιδρύματα, είναι ενδιαφέρον από άποψη νομοθετικής πρωτοβουλίας το γεγονός ότι μια τόσο προοδευτική διάταξη κοινωνικού χαρακτήρα θεσπίζεται από μια δικτατορική κυβέρνηση, η οποία αναλαμβάνει και το κόστος υλοποίησης της, φυσικά από εθνικούς πόρους. Βέβαια, λόγω των καταστάσεων της εποχής εκείνης, αυτή η ιδέα υλοποιήθηκε 30 χρόνια μετά από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Με Υπουργική Απόφαση 8084/20-2-2003 αναγορεύθηκαν οι Δήμοι ως δικαιούχοι φορείς για την πρόσληψη του αναγκαίου εξειδικευμένου προσωπικού για τη στελέχωση των ομάδων «Βοήθεια Στο Σπίτι».

Το νομικό πλαίσιο όμως που αφορά την παρούσα εισήγηση και αποτελεί σήμερα το νομολογιακό καταστάλαγμα όλων των προηγούμενων νομοθετικών ρυθμίσεων που αφορούν στο πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως στις 13-12-2004 με αριθμό ΦΕΚ 1845/Β, και πρόκειται για την Κοινή Υπουργική Απόφαση τεσσάρων υπουργείων: α) Οικονομίας και Οικονομικών – Εσωτερικών β) Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης

γ) Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και δ) Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το νομοθετικό πλαίσιο που ρυθμίζει το πρόγραμμα έχει τροποποιήσει ορισμένες διατάξεις. Χαρακτηριστική είναι η υπ' αριθμ. 4035/27-7-2001 Κοινή Απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών – Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομίας και Οικονομικών (ΦΕΚ 1127/β/30-8-2001). (www.anka.gr)

Ø Άρθρα Και Εδάφια Που Αφορούν Το Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι»

Ø

Άρθρο 1: Πλαίσιο ένταξης των ενεργειών

1. Τα Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα (ΠΕΠ) που έχουν εγκριθεί στο πλαίσιο του Γ' Κ.Π.Σ. περιλαμβάνουν ενέργειες που αναφέρονται στη λειτουργία νέων μονάδων «Βοήθεια Στο Σπίτι». Οι μονάδες «Βοήθεια Στο Σπίτι» δημιουργήθηκαν για την περίθαλψη ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν βοήθεια, η οποία τους παρέχεται κατ' οίκον. Στο Γ' Κ.Π.Σ. οι μονάδες αυτές θα αναλάβουν και την φροντίδα και μη ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθεια (ΑΜΕΑ κλπ).

2. Υπεύθυνοι φορείς για τη διαχείριση και εφαρμογή των προαναφερόμενων ενεργειών στα πλαίσια των ΠΕΠ θα είναι οι Ειδικές Υπηρεσίες Διαχείρισης των Περιφερειών της χώρας.

Άρθρο 2: Στόχος των ενεργειών - ωφελούμενοι

Στόχος της ενέργειας είναι η δημιουργία υπηρεσιών, μέσω των οποίων προωθείται η απασχόληση ή η επανένταξη ανέργων στην αγορά εργασίας

και ιδιαίτερα των γυναικών, λόγω της υψηλής συμμετοχής αυτών σε ειδικότητες που απαιτούν οι δημιουργημένες υπηρεσίες (κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, επισκεπτριών υγείας, νοσηλευτριών και βοηθητικού προσωπικού).

Η ενέργεια αποτελεί μέτρο προώθησης της πολιτικής ίσων ευκαιριών απασχόλησης και άσκησης κοινωνικής πολιτικής.

Άρθρο 4: Τελικοί δικαιούχοι

Δικαιούχοι Φορείς είναι:

α) οι επιχειρήσεις των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) του άρθρου 277 επόμενα του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα (Δ.Κ.Κ.), οι οποίες έχουν σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη, ή πρόνοια ή συναφή προς τα ανωτέρω σκοπό, κατά το οικείο καταστατικό.

β) οι διαδημοτικές επιχειρήσεις και οι αστικές εταιρίες που έχουν συσταθεί από τους Ο.Τ.Α. και οι οποίες έχουν σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη ή την πρόνοια ή συναφή προς τα ανωτέρω σκοπό, κατά το οικείο καταστατικό. Ως αστικές εταιρίες στις οποίες συμμετέχουν Ο.Τ.Α. α' βαθμού κατά πλειοψηφία σε σύγκριση με το ποσοστό που κατέχει κάθε άλλος εταίρος ξεχωριστά.

γ) Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) που δεν έχουν συστήσει τις επιχειρήσεις της προηγούμενης παραγράφου μπορούν να εφαρμόσουν τις ενέργειες της παρούσας μέσω των δημοτικών επιχειρήσεων όμορων δήμων ή μέσω διαδημοτικών επιχειρήσεων και αστικών εταιριών όμορων δήμων που έχουν συσταθεί από τους ΟΤΑ και οι οποίες έχουν σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη ή την πρόνοια ή συναφή προς τα ανωτέρω σκοπό, κατά οικείο καταστατικό, ύστερα από σύναψη σχετικής προγραμματικής σύμβασης.

Άρθρο 5: Επιλέξιμες δράσεις

Για τις μονάδες «Βοήθειας Στο Σπίτι» και τις μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας του Β΄ ΚΠΣ επιλέξιμες θεωρούνται οι δαπάνες:

- Κοινωνικού/ής Λειτουργού (πτυχιούχου ΑΕΙ/ΤΕΙ, με άδεια άσκησης επαγγέλματος) και εφόσον δεν εκδηλωθεί ενδιαφέρον από υποψήφιο Κοινωνικό Λειτουργό, Ψυχολόγο ΑΕΙ και σε περίπτωση έλλειψης Ψυχολόγων, πτυχιούχοι ΑΕΙ Κοινωνιολογίας ή Κοινωνικής Πολιτικής ή Κοινωνικής Διοίκησης.
- Νοσηλεύτη/τρια (με άδεια άσκησης επαγγέλματος και οποιοδήποτε πτυχίο ή δίπλωμα ΙΕΚ, πιστοποιημένο από τον ΟΕΕΚ, ή σχολών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ή άλλου ισότιμου τίτλου σχολών της ημεδαπής ή της αλλοδαπής με άδεια άσκησης επαγγέλματος). Σε περίπτωση που δεν εκδηλωθεί ενδιαφέρον από νοσηλεύτη μπορεί να απασχοληθεί Επισκέπτης Υγείας (ΤΕΙ).
- Βοηθητικό προσωπικό, με συναφή εμπειρία.

Για κάθε μονάδα «Βοήθεια Στο Σπίτι» είναι απαραίτητη η απασχόληση όλων των ειδικοτήτων κατά την έναρξη λειτουργίας του προγράμματος.

Άρθρο 8: Όροι υλοποίησης

1. Τα άτομα που θα απασχοληθούν στη λειτουργία των δομών πρέπει να είναι:

- Ανεργοί (επιδοτούμενοι ή μη) των ειδικοτήτων που απαιτούνται για τη λειτουργία των μονάδων και των δομών, οι οποίοι έχουν κάρτα ανεργίας από τον ΟΑΕΔ (Υπηρεσία Προώθησης της Απασχόλησης)
- Εργαζόμενοι των ειδικοτήτων που απαιτούνται για τη λειτουργία των μονάδων και των δομών, οι οποίοι έχουν ετήσιο εισόδημα από επαγγελματική δραστηριότητα το οποίο δεν ξεπερνά τα ύψος του

αφορολόγητου ποσού με βάση τα εκκαθαριστικά σημείωμα του προηγούμενου οικονομικού έτους. Στην περίπτωση αυτή υποβάλλουν δήλωση του Ν. 1599/86 αναφέροντας ότι θα παραιτηθούν από την απασχόληση τους αν επιλεγούν για την στελέχωση των εν λόγω δομών.

- Πτυχιούχοι των ειδικοτήτων που απαιτούνται για τη λειτουργία των μονάδων και των δομών, οι οποίοι νομίμως δεν έχουν υποβάλλει φορολογική δήλωση στο προηγούμενο οικονομικό έτος. Στην περίπτωση αυτή υποβάλλουν δήλωση του Ν, 1599/86 ότι είναι άνεργοι αναφέροντας και τα χρονικά διαστήματα ανεργίας τους στον κλάδο.

- Πτυχιούχοι ΑΕΙ-ΤΕΙ και άλλων σχολών, των ειδικοτήτων που απαιτούνται για τη λειτουργία των δομών, που απασχολούνται πρόσκαιρα σε εργασία διαφορετική από την ειδικότητά τους. Στην περίπτωση αυτή υποβάλλουν δήλωση του Ν. 1599/86 αναφέροντας ότι θα παραιτηθούν από την απασχόληση τους αν επιλεγούν για τη στελέχωση των εν λόγω δομών.

- Ειδικά για τις ήδη συγχρηματοδοτούμενες από το Β΄ ΚΠΣ δομές των οποίων η συγχρηματοδότηση θα συνεχιστεί και στο Γ΄ ΚΠΣ δεν είναι υποχρεωτική η εκπλήρωση των κριτηρίων των ανωτέρω περιπτώσεων.

2. Το μέγιστο χρονικό διάστημα για το οποίο θα ισχύσει η συγχρηματοδότηση από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) για την λειτουργία της κάθε δομής ορίζεται σε τριάντα έξι (36) μήνες. Για τις ήδη υφιστάμενες δομές από το Β΄ ΚΠΣ το μέγιστο χρονικό διάστημα για το οποίο θα ισχύσει η συγχρηματοδότηση από το ΕΚΤ για τη λειτουργία της κάθε δομής ορίζεται σε εικοσιτέσσερις (24) μήνες, με δυνατότητα α΄ φάσης παράτασης της συγχρηματοδότησης της λειτουργίας της μέχρι εξαντλήσεως του διαθέσιμου / εγκεκριμένου προϋπολογισμού. Οι δομές από το Β΄ ΚΠΣ δύνανται να συγχρηματοδοτηθούν σε β΄ φάση για δύο επιπλέον έτη. Στα εν λόγω χρονικά διαστήματα δεν περιλαμβάνονται οι

μήνες επιλεξιμότητας δαπανών που ξεκινούν πριν την έναρξη λειτουργίας της κάθε δομής και αναφέρονται στο πεδίο 2 του άρθρου 9. Η διάταξη αυτή ισχύει από 1-1-2004.

3. Ο δικαιούχος φορέας υποχρεούται να λειτουργήσει κατ' ελάχιστο επί μία διετία μετά την λήξη της χρηματοδότησης, εκτός αν ειδικές συνθήκες επιβάλλουν την διακοπή της λειτουργίας της ύστερα από διαπίστωση της Γενικής Γραμματείας της οικείας Περιφέρειας.

Άρθρο 9: Επιλέξιμες δαπάνες, δικαιολογητικά υλοποίησης και δαπανών

Ως επιλέξιμες δαπάνες των δράσεων στις οποίες αναφέρεται η παρούσα Υπουργική Απόφαση ορίζονται μεταξύ άλλων αυτές των αποδοχών του επιστημονικού και βοηθητικού προσωπικού που θα απασχοληθεί στις δημιουργούμενες μονάδες «Βοήθειας Στο Σπίτι» καθώς και του επιστημονικού και βοηθητικού προσωπικού που θα αντικαταστήσει, πρόσκαιρα ή μόνιμα, άτομο που αποχωρεί. Η διάταξη αυτή έχει αναδρομική ισχύ από την έναρξη λειτουργίας της κάθε δομής.

Τα ανώτατα όρια των δαπανών διαμορφώνονται σύμφωνα με την κατηγορία του προσωπικού και τον μήνα πλήρους απασχόλησης.

Οι πάσης φύσεως κρατήσεις συμπεριλαμβάνονται στα καθοριζόμενα ανώτατα όρια. Οι δαπάνες θεωρούνται επιλέξιμες εφόσον έχει αποδοθεί ο φόρος εισοδήματος. Επισημαίνεται ότι οι αμοιβές υπερωριακής απασχόλησης και υπερεργασίας καθώς και τα επιδόματα που τυχόν προβλέπονται από εσωτερικούς κανονισμούς των επιχειρήσεων ΟΤΑ, δεν αποτελούν επιλέξιμη δαπάνη.

Επίσης, επισημαίνεται ότι σε κάθε περίπτωση, ο Φόρος Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ) δεν αποτελεί επιλέξιμη δαπάνη για το πρόγραμμα και βαρύνει αποκλειστικά τους δικαιούχους φορείς.

Στις περιπτώσεις που οι ορισθείσες αμοιβές του προσωπικού είναι κατώτερες των ισχυουσών Εθνικών Συλλογικών Συμβάσεων Εργασίας, ισχύουν τα ποσά των Συλλογικών Συμβάσεων Εργασίας.

Όσον αφορά τις δαπάνες συντήρησης και μετακίνησης (καύσιμα) ή μετακίνησης με μαζικά μέσα μεταφοράς του προσωπικού ή ενοίκια μίσθωσης μηχανημάτων (κινητικός εξοπλισμός) με την προϋπόθεση ότι τα ανώτατο ποσό για επιχορήγηση της συγκεκριμένης δαπάνης δεν μπορεί να υπερβαίνει την αγοραία αξία του εκμισθωμένου πάγιου στοιχείου.

Τέλος, μια άλλη κατηγορία δαπανών είναι αυτή που περιλαμβάνει αμοιβές συνεργατών της κάθε δομής (π.χ. παθολόγος), λογαριασμούς γενικών εξόδων, τιμολόγια αγοράς καυσίμων, αποδείξεις πληρωμής κοινοχρήστων, ταχυδρομικών εξόδων κλπ.

Άρθρο 11: Χρηματοδότηση

Η χρηματοδότηση της ενέργειας προέρχεται από Κοινοτικούς και Εθνικούς Πόρους και αποτελεί εξ' ολοκλήρου Δημόσια Δαπάνη.

Ειδικότερα, η ενέργεια συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) κατά 75% σε ότι αφορά τις δαπάνες λειτουργίας των δομών και όπως το ποσοστό αυτό καθορισθεί για κάθε Επιχειρησιακό Πρόγραμμα κατόπιν της αναθεώρησης αυτών. Η αναλογούσα Εθνική Συμμετοχή καθώς και η αντίστοιχη συνδρομή του ΕΚΤ καλύπτεται από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων. Οι σχετικές εισροές των πόρων του ΕΚΤ αποτελούν έσοδα του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων και εκταμιεύονται σύμφωνα με την προβλεπόμενη διαδικασία. Οι τυχόν υπερβάσεις των εγκεκριμένων κονδυλίων, όπως αναφέρεται στις εγκριτικές αποφάσεις δεν χρηματοδοτούνται.

Ρητά ορίζεται ότι η υλοποίηση της κάθε δράσης, καθώς και όλα τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις που απορρέουν από τα εγκριτικά έγγραφα δεν μεταβιβάζονται, ούτε εκχωρούνται σε οποιονδήποτε τρίτο φορέα. Τέλος, ο δικαιούχος φορέας υποχρεούται να τηρεί ξεχωριστό τραπεζικό λογαριασμό, αποκλειστικά για την επιχορήγηση, από τον οποίο θα αποδεικνύονται οι εισροές και εκροές της δράσης. Η επιχορήγηση θα αποδίδεται στον τελικό δικαιούχο σταδιακά και με βάση την εκτέλεση και τις προοπτικές του έργου με την σύμφωνη γνώμη της Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης του Επιχειρησιακού Προγράμματος, η οποία και το ακολουθεί. (www.anka.gr)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ:

- Στασινοπούλου Ο., «Άτυπα Δίκτυα Φροντίδας και Σύγχρονος Προνοιακός Πλουραλισμός», εκλογή Απρίλιος – Μάιος, 1992
- Τεπέρογλου Α., Γεωργιάδη Ε., Αμηρά Α., «Θεσμός της ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων στην Ελλάδα», εκδόσεις ΕΚΚΕ, Αθήνα, 1996
- Αλεξίου Θ., «Κοινωνικές και Ιδεολογικές Λειτουργίες του εθελοντισμού και της εθελοντικής εργασίας», Αθήνα, 2003
- Ανθόπουλος Θ.Χ., «Εθελοντισμός, Αλληλεγγύη και Δημοκρατία, η εθελοντική δράση στην Συνταγματική προοπτική», εκδόσεις Ακτή, Αθήνα, 2000
- Βάγια Χ., «Δίκτυα Κοινωνικών Υπηρεσιών στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, Θεσμική επανεκτίμηση και Συντονισμός», στα πρακτικά εισηγήσεων Συνδιάσκεψης και Πανελληνίου Σεμιναρίου Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, ΣΚΛΕ – ΤΕΔΚΝΑ, 1993
- Ζαϊμάκης Γ., «Κοινοτική Εργασία και Τοπικές Κοινωνίες», εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2002
- Κανελλόπουλος Κ., «Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα, στατιστική ανάλυση των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών, Αθήνα ΚΕΠΕ, 1984
- Σταθόπουλος Π., «Κοινωνική Πρόνοια: μια γενική θεώρηση», εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», Αθήνα, 1995

- Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., «Υγεία και κοινωνική προστασία στην Τρίτη ηλικία», Αθήνα, 1993
- Αναπλιώτη-Βαζαίου Ε., «Παγκόσμιες αποδοχές στην υγεία και εθνικά συστήματα: Ν. 1278/1982 και Ν. 1397/1983», Αθήνα, 1987
- Κανδυλάκη Α., Ζαϊμάκης Γ., «Δίκτυα κοινωνικής προστασίας: Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες», εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 2005
- Το πρόβλημα του Γήρατος εις την Ελλάδα, ειδική έκθεσις δια τον οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, Αθήνα, 1974
- Τριανταφύλλου Τ. & Μεσθεναίου Ε., «Ποιος φροντίζει; Η οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων ηλικιωμένων στην Ελλάδα και Ευρώπη», εκδόσεις sextant, Αθήνα, 1993
- Φωτόπουλος Γ., «Πρόγραμμα Βοήθεια Στα Σπίτι: Πυλώνας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας», Αθήνα, 1996
- ΚΕΔΚΕ Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι», Αθήνα, ΚΕΔΚΕ, 2002
- Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας, «Συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων στην Ελλάδα» Υπόμνημα Κοινωνικής Πολιτικής, Εκλογή Δεκέμβριος 1982

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Sheryl Mara Zang, Nellie G. Bailey, «Home Care Manual, Making the transition», εκδόσεις Library of Congress, 1997
- Malcolm Payne, «Modern Social Work Theory, a critical introduction», MacMillan, 1991

- Dominelli L., «Women in the community: feminist principles and organizing in community work, community development journal», vol. 30, No 2, 1995
- Lorenz W., «Social Work in a changing Europe», 1994
- Franco A., «Ευρωπαϊκή κοινότητα: Αναπόφευκτη γήρανση του πληθυσμού, πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ «Γήρανση και κοινωνία» ΕΚΚΕ, αθήνα
- Paul Paillat (μετάφραση Ελένη Αστερίου), «Γήρας και Γήρανση», έκδοση Χατζηνικολή, Αθήνα, 1996
- Μπωβουάρ Ντ. Σ. (μετάφραση Έλλη Έμκε), «Τα γηρατειά», εκδόσεις Γλάρος, 1980
- Brearley P., «Social Work, Ageing and Society», εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 1990
- Kastenbaum R. (μετάφραση Τζελέπογλου Ελένη), «Η Τρίτη ηλικία», εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα, 1982

ΠΗΓΕΣ

Από internet:

- www.anka.gr
- www.vss.gr
- www.kapi.gr
- [www.sebs @ in.gr](http://www.sebs@in.gr)
- www.anflo.gr

Εισηγήσεις από το 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Βοήθεια Στο Σπίτι στην 1^η γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών», Μάιος 2005

