

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΑΣ**

ΣΧΟΛΗ: Σ. Ε. Υ. Π.

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

«Η Τρίτη ηλικία και η φροντίδα της από τις κοινωνικές υπηρεσίες του κράτους».

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Γεωργιοπούλου Αθανασία

Ζαπάντη Μαρία

Παρασκευοπούλου Μαρία

ΕΠΟΠΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Κολοκυθάς Γεώργιος

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	4
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	12
«Ορισμός τρίτης ηλικίας, Ιστορική αναδρομή, τα χαρακτηριστικά της (βιοσωματικές, νοητικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές). Ο θεσμός των κοινωνικών υπηρεσιών και η ανάγκη της οργανωμένης λειτουργίας του στις δυτικές κοινωνίες.».....	12
Βιοσωματικές αλλαγές	16
Νοητικές αλλαγές.....	16
Συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές	17
ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ.....	18
ΜΑΚΡΟΒΙΟΤΗΤΑ	20
ΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	20
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΛΕΥΡΕΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ	21
ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ Ν. ALZHEIMER	22
Θεωρητικά Πρότυπα Οργάνωσης Κοινωνικών Υπηρεσιών	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	37
«Η Τρίτη ηλικία, ως ομάδα που χρήζει της προσοχής των κοινωνικών υπηρεσιών».....	37
Ικανοποιούνται οι βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων;	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	42
«Λόγοι ανόδου αύξησης του μέσου όρου ζωής. Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των ηλικιωμένων».....	42
Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	48
«Η αντιμετώπιση των ηλικιωμένων από το οικογενειακό και οικείο περιβάλλον τους. Η κατ' επέκταση ανάγκη συμπαράστασης και προστασίας, εκ μέρους των κοινωνικών υπηρεσιών».....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	52
«Οι ειδικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους, τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα».....	52
Ιστορική αναδρομή.....	53
Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)	54
Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»	60
ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	60
Άλλοι φορείς.....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	76
«Εντοπισμός πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της δομής και λειτουργίας των προγραμμάτων στην Ελλάδα. Συνέπειες στην Τρίτη ηλικία».....	76
Αξιολόγηση του έργου των ΚΑΠΗ.....	77
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	81

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	104
«Η ιδρυματοποίηση στο μέλλον, προτάσεις για καλύτερη οργάνωση και λειτουργία».....	104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	119

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας και επόπτη της πτυχιακής εργασίας κο Κολοκυθά Γεώργιο, για την πολύτιμη βοήθεια και την καθοδήγηση που μας προσέφερε κατά τη διεξαγωγή αυτής της μελέτης.

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

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

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 κοινωνικής πολιτικής, η οποία θεωρείται αποτελεσματικότερη όταν σχεδιάζεται και συντονίζεται μέσα στο χώρο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Στη συνέχεια, θελήσαμε να μελετήσουμε πώς στελεχώνονται και αν στελεχώνονται επαρκώς τα προγράμματα των ΚΑΠΗ, «Βοήθεια στο σπίτι» και άλλα παρόμοια, προσπαθώντας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο να αξιολογήσουμε τις επιπτώσεις των δράσεων των προγραμμάτων αναφορικά με το στόχο ενίσχυσης και καλύτερευσης του τρόπου ζωής των ηλικιωμένων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι καταβολές της κοινωνικής πρόνοιας στις δυτικές κοινωνίες βρίσκονται στις παραδόσεις, στα έθιμα και στις επιταγές των διαφόρων θρησκειών. Η φροντίδα, η συμπαράσταση και η αλληλεγγύη προς τους φτωχούς, τους πάσχοντες, τα μικρά παιδιά και τους ηλικιωμένους θεωρούνται από τα βάθη των αιώνων καθήκοντα και υποχρεώσεις εκείνων που έχουν τα μέσα να τους φροντίσουν.

Στο κείμενο που ακολουθεί, κύριο μέλημά μας, είναι να τονίσουμε, πως δεν υπάρχει ασυμβατότητα μεταξύ της αγάπης για τον εαυτό μας και της αγάπης και προσφοράς προς τον πλησίον. Η φιλανθρωπία, ως έμπρακτη εκδήλωση αυτού του συναισθήματος, συναντάται, έστω και σε υποτυπώδη μορφή, σε κάθε ανθρώπινη κοινωνία.

Οι μέθοδοι, οι διαδικασίες και οι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την εκπλήρωση των λειτουργιών του θεσμού της κοινωνικής πρόνοιας καθορίζονται από την ιδεολογία, τις αξίες, τα ήθη και τα έθιμα και γενικά τον πολιτισμό κάθε κοινωνίας.

Ωστόσο, η βιομηχανική επανάσταση στις χώρες της δυτικής Ευρώπης αποτελεί αφετηρία για την εδραίωση της κοινωνικής πρόνοιας ως βασικού θεσμού της κοινωνίας. Μέσα από τα διάφορα προγράμματα της κοινωνικής προστασίας, επιδιώκεται μεταξύ άλλων, (διατήρηση και ανακατανομή του εισοδήματος, κοινωνικότητα των νέων, προστασία της μητρότητας και της οικογένειας, κοινωνικός έλεγχος των φτωχών) και η φροντίδα για τους αναπήρους και τους ηλικιωμένους.

Στη χώρα μας, η κοινωνική πρόνοια περιορίζεται κυρίως σε προγράμματα κοινωνικής προστασίας με την στενή έννοια του όρου. Η τάση, εντούτοις είναι η επέκταση των κοινωνικών παραδοσιακών υπηρεσιών, ώστε να καλύψουν ολόκληρο τον πληθυσμό.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν αντικαθιστούν άλλες μορφές κοινωνικής οργάνωσης (οικογένεια), αλλά είναι νέες μορφές αντιμετώπισης κοινωνικών αναγκών που ανταποκρίνονται στις σημερινές κοινωνικές συνθήκες. Πολλές φορές, ένα άτομο ή μια οικογένεια, έχουν ένα πρόβλημα το οποίο για να λυθεί χρειάζεται την παροχή τέτοιου είδους υπηρεσιών. Η ιδέα ότι οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη, αλλά δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Μερικές δαπάνες μειώνονται, ενώ ταυτόχρονα

αυξάνονται άλλες, που προκύπτουν εξαιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν, θα γίνει ιδιαίτερη προσπάθεια επισήμανσης των βασικών αναγκών των ανθρώπων της ηλικίας αυτής. Αφετηρία θα αποτελέσει η αναφορά στην εννοιολογική προσέγγιση της ηλικίας και των δικαιωμάτων που αυτή έχει σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία, προκειμένου να γίνουν αντιληπτές οι ανάγκες που παρατηρούνται, καθώς αυτές θα αναλυθούν διεξοδικά στη συνέχεια.

Έπειτα θα αποδειχθεί, εάν ικανοποιούνται οι ανάγκες αυτές, με ποιους τρόπους και από ποιους φορείς. Στο σημείο αυτό, έρχεται δυναμικά, πρώτα ο ρόλος των οικογενειών στις οποίες ανήκουν οι ηλικιωμένοι και στη συνέχεια κατεξοχήν η συμβολή των κοινωνικών υπηρεσιών του κράτους. Θα παρουσιαστούν τα κοινωνικά προγράμματα που υπάρχουν στην Ελλάδα, αφού πρώτα συγκριθούν με αυτά της υπόλοιπης Ευρώπης. Αξιοσημείωτη θα είναι η προβολή της προσφοράς των διαφόρων επαγγελματιών πρόνοιας, όπως, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας, στελεχών κοινωνικής πολιτικής και κοινωνικής διοίκησης στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή των διαφόρων προγραμμάτων.

Ιδιαίτερη αναφορά θα γίνει και στους χώρους που φιλοξενούν τους ηλικιωμένους ανθρώπους, στα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που παρουσιάζουν, όχι μόνο στους ίδιους τους τροφίμους, αλλά και στην οικογένεια και την κοινωνία.

Τέλος, η μελέτη αυτή, θα συνοψίσει το μέλλον των κοινωνικών αυτών υπηρεσιών και τις προτεραιότητες που επιβάλλεται να δοθούν από τους αρμόδιους φορείς, με απώτερο σκοπό να αποφεύγονται οι δυσάρεστες εξελίξεις, στην πορεία ζωής της ευαίσθητης αυτής ομάδας των ηλικιωμένων ανθρώπων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρατηρούμενη με ταχείς ρυθμούς παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, της μετακίνησης πληθυσμού από τις φτωχότερες στις πιο πλούσιες χώρες, έχει άμεσες και ουσιαστικές επιπτώσεις στον τομέα της Κοινωνικής Πολιτικής και Κοινωνικής Πρόνοιας, σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και φυσικά της Ελλάδας.

Οι επιπτώσεις αυτές είναι περισσότερο έκδηλες στους τομείς της Κοινωνικής Ασφάλισης, της Υγείας και της Κοινωνικής Προστασίας.

Η χρηματοδότηση των Κοινωνικών Υπηρεσιών επηρεάζεται, όχι μόνον από την κατάσταση της οικονομίας σε δεδομένη χρονική περίοδο, αλλά και από τις στάσεις, αντιλήψεις και τα συμφέροντα συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού.

Τα τελευταία χρόνια, γίνεται συχνά αναφορά στην κρίση του κράτους πρόνοια. Η «κρίση» αυτή, συνδέεται με την δυσανεμία του εκλογικού σώματος και ιδιαίτερα της μεσαίας τάξης η οποία αντιτίθεται στην ανακατανομή πόρων που επιχειρείται μέσα από τις διάφορες πολιτικές.

Η πολιτική της ιδιωτικοποίησης μεταθέτει το βάρος των κοινωνικών δαπανών στις κοινωνικές τάξεις που έχουν τη μικρότερη δυνατότητα να επωμισθούν το οικονομικό βάρος για την κοινωνική προστασία και γενικά τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας. (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 23).

Αξίζει να διερωτηθούμε, σε ποιο βαθμό η ιστορία, η παράδοση, τα έθιμα, ο πολιτισμός μας σε τελική ανάλυση, έχει επηρεάσει τα προγράμματα και τις πρακτικές που εφαρμόζονται από τις κοινωνικές υπηρεσίες. Πρέπει να μας απασχολήσει ιδιαίτερα η διάρθρωση και οι μορφές των διαφόρων παροχών κοινωνικής πρόνοιας, καθώς επίσης και η φιλοσοφία και οι αρχές πάνω στις οποίες κυρίως στηρίζονται τα προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας στην Ελλάδα.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

Τρίτη ηλικία

Στην προσπάθεια της εννοιολογικής προσέγγισης της τρίτης ηλικίας, πρέπει να σημειωθεί, ότι:

1. Η κατηγορία αυτή επιβλήθηκε τεχνητά και οι περισσότεροι κοινωνικοί επιστήμονες που ασχολούνται με το θέμα την απορρίπτουν. Αντί γι' αυτόν τον όρο, προτείνεται η χρησιμοποίηση των φράσεων, «συνταξιούχοι και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όταν αφήσουν την ενεργό ζωή», καθώς και «εξαρτημένοι ηλικιωμένοι», ως μια κατηγορία που περιλαμβάνει όλα εκείνα τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν κάποια εξάρτηση.
2. Τα όρια των 65 ετών θεωρούνται συμβατικά. Οι άνθρωποι που ανήκουν στην λεγόμενη τρίτη ηλικία, είναι από 60-75 ή 65-75 ετών και άνω.
3. Ορισμένοι συγγραφείς (π.χ. ο Girard) θεωρούν την τρίτη ηλικία, ως περίοδο χωρίς δραστηριότητα πριν από την εξάρτηση της τέταρτης ηλικίας (άτομα 75 ετών και άνω). (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.23).

Κοινωνικές Υπηρεσίες

Προκειμένου να γίνει κατανοητή η έννοια των κοινωνικών υπηρεσιών, θα δοθούν διάφοροι ορισμοί.

1. Ο όρος κοινωνικές υπηρεσίες συχνά χρησιμοποιείται κυρίως από γαλλόφωνους συγγραφείς, ώστε να υποδηλώνει το έργο των κοινωνικών λειτουργιών.
2. Μια άλλη χρήση του όρου, ταυτίζεται με τις οργανώσεις, τους φορείς εκείνους οι οποίοι καλύπτουν τις ανάγκες των ατόμων με διάφορα προβλήματα. Με άλλα λόγια οι οργανώσεις και τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, αναφέρονται ως κοινωνικές υπηρεσίες.
3. Ένας άλλος ορισμός ο οποίος έχει υιοθετηθεί από τα Ηνωμένα Έθνη είναι ο ακόλουθος: «Κοινωνικές υπηρεσίες είναι τα μέσα γενικά και ο μηχανισμός για την βοήθεια των ατόμων, ομάδων και κοινοτήτων ώστε να βελτιώσουν τη θέση τους, να προσαρμοσθούν στην κοινωνική εξέλιξη και να συμμετέχουν στην ανάπτυξη της κοινωνίας μας». (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια,

Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 255-256).

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

Το 1979, η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, σε συνεργασία με τον Όμιλο Εθελοντών, δημιούργησαν ένα Πειραματικό Κέντρο Ανοικτής (εξωιδρυματικής) Προστασίας Ηλικιωμένων, που λειτούργησε με τον τίτλο «η γωνιά του παππού και της γιαγιάς». Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων.

Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Η ανοικτή φροντίδα στην χώρα μας παρέχεται κυρίως στο πλαίσιο του δικτύου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με την εφαρμογή των Προγραμμάτων «Βοήθειας 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 .

ΚΗΦΗ

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

Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είναι ο μεγαλύτερος μη κυβερνητικός οργανισμός στην Ελλάδα με σύνθετο έργο που βασίζεται στην εθελοντική δράση και την άμεση ανταπόκριση των πολιτών. Κινητοποιείται στοχεύοντας πάντα στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου σε περιόδους πολέμου και ειρήνης, στηρίζοντας τραυματίες, ασθενείς, πρόσφυγες, ηλικιωμένους, ανθρώπους με οικονομικές δυσκολίες και άτομα από κάθε ευάλωτη ομάδα του πληθυσμού. Η δράση του έχει συνδεθεί με την επαγρύπνηση, την αλληλεγγύη και τη φιλαλληλία και είναι συνώνυμη της αφιλοκερδούς προσφοράς και της ανιδιοτέλειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

«Ορισμός τρίτης ηλικίας, Ιστορική αναδρομή, τα χαρακτηριστικά της (βιοσωματικές, νοητικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές). Ο θεσμός των κοινωνικών υπηρεσιών και η ανάγκη της οργανωμένης λειτουργίας του στις δυτικές κοινωνίες.».

Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας καταδεικνύει την ασάφεια η οποία επικρατεί στον ορισμό των κοινωνικών υπηρεσιών. Η ποικιλία των ορισμών επιβεβαιώνει τις διαφορετικές αντιλήψεις που επικρατούν για την αποστολή και την λειτουργία των κοινωνικών υπηρεσιών σε κάθε κοινωνία. Προκειμένου να γίνει κατανοητή η έννοια των κοινωνικών υπηρεσιών, θα δοθούν διάφοροι ορισμοί.

1. Ο όρος κοινωνικές υπηρεσίες συχνά χρησιμοποιείται κυρίως από γαλλόφωνους συγγραφείς, ώστε να υποδηλώνει το έργο των κοινωνικών λειτουργιών.
2. Μια άλλη χρήση του όρου, ταυτίζεται με τις οργανώσεις, τους φορείς εκείνους οι οποίοι καλύπτουν τις ανάγκες των ατόμων με διάφορα προβλήματα. Με άλλα λόγια οι οργανώσεις και τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, αναφέρονται ως κοινωνικές υπηρεσίες.
3. Ένας άλλος ορισμός ο οποίος έχει υιοθετηθεί από τα Ηνωμένα Έθνη είναι ο ακόλουθος: «Κοινωνικές υπηρεσίες είναι τα μέσα γενικά και ο μηχανισμός για την βοήθεια των ατόμων, ομάδων και κοινοτήτων ώστε να βελτιώσουν τη θέση τους, να προσαρμοσθούν στην κοινωνική εξέλιξη και να συμμετέχουν στην ανάπτυξη της κοινωνίας μας». (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 255-256).

Από την κλασική αρχαιότητα μέχρι σήμερα, σε όλες τις κοινωνίες αναγνωρίζεται η υποχρέωση της κοινωνίας να περιθάλπει αναξιοπαθούντα άτομα, ιδιαίτερα όταν δεν ευθύνονται για την κατάστασή τους. Για ιδεολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, ιστορικούς λόγους όλες οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν τυγχάνουν του ίδιου βαθμού αποδοχής. Οι Kamerman και Kahn (1976:78) μελέτησαν τα προγράμματα κοινωνικής

προστασίας στις Η. Π. Α. και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει διαφοροποίηση του κοινού απέναντι στις κοινωνικές παροχές.

Για μερικά προγράμματα υπάρχει έντονη υποστήριξη από την κοινή γνώμη. Τέτοια προγράμματα είναι η δημόσια εκπαίδευση, η δημόσια υγεία, η κοινωνική ασφάλεια. Είναι προγράμματα τα οποία καλύπτουν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού, η σημασία τους θεωρείται ανταποδοτική για την κοινωνία και συνεπώς έχουν την υποστήριξη της κοινής γνώμης. Είναι προγράμματα για τα οποία ισχύει η αρχή της καθολικότητας και οι αποδέκτες αυτών των παροχών και χρήστες των ανάλογων υπηρεσιών δεν στιγματίζονται. Η ευρεία πολιτική υποστήριξη για αυτά τα προγράμματα δεν επέτρεψε στις συντηρητικές κυβερνήσεις τόσο του προέδρου Ρήγκαν όσο και της πρωθυπουργού Θάσερ να τα αποδυναμώσει, παρά τις προσπάθειές τους προς αυτή την κατεύθυνση.

Για μια άλλη κατηγορία κοινωνικών υπηρεσιών και προγραμμάτων υπάρχει μια στάση αμφιθυμίας στην κοινή γνώμη. Τα προγράμματα αυτά καλύπτουν ανάγκες ειδικών κατηγοριών π. χ. ανάπηροι πολέμου, μετανάστες, ηλικιωμένοι, ξένοι, εργάτες κ. τ. λ. Όμως υπάρχουν ανάμεικτα συναισθήματα στην κοινή γνώμη ως προς το ύψος και την έκταση της παρεχόμενης βοήθειας προς αυτές τις ομάδες.

Στην Τρίτη κατηγορία ανήκουν προγράμματα για τα οποία η κοινή γνώμη έχει αρνητικά συναισθήματα. Για τα προγράμματα αυτά υπάρχει η αντίληψη στην κοινή γνώμη ότι οι αποδέκτες είναι, σε ένα βαθμό τουλάχιστον υπεύθυνοι για την κατάστασή τους. Συνεπώς υπάρχει μια τιμωρική στάση και φυσικά ένας στιγματισμός για τα άτομα εκείνα τα οποία ανήκουν σ' αυτήν την κατηγορία. Αυτά τα προγράμματα είναι φυσικό ότι δεν έχουν μεγάλη πολιτική υποστήριξη και είναι τα πρώτα τα οποία περικόπτονται ή μειώνονται δραστικά όταν η οικονομία βρίσκεται σε κάμψη. Οι χρήστες αυτών των προγραμμάτων επιδοτούνται μόνο εφ' όσον εκπληρώνουν κάποιες υποχρεώσεις π. χ. οι άνεργοι πρέπει να δείχνουν ότι ψάχνουν για δουλειά, ότι είναι διατεθειμένοι να δεχτούν εργασία οπουδήποτε γιατί αλλιώς παύει η επιδότηση. Για την αποφυγή ή την μείωση του στιγματισμού των χρηστών αυτών των υπηρεσιών υποστηρίζεται η αρχή της καθολικότητας στην κάλυψη του πληθυσμού. Κάτι τέτοιο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την υποστήριξη ενός προγράμματος από τη μεσαία και την ανώτερη τάξη αλλά ταυτόχρονα την οικειοποίησή του σε βάρος εκείνων οι οποίοι έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη, αλλά την μικρότερη κοινωνική και οικονομική επιρροή. Ένα σχετικό παράδειγμα, είναι η ίδρυση των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας στις Η. Π. Α. τα οποία αρχικά επρόκειτο να

εξυπηρετούν άτομα με σοβαρές ψυχικές παθήσεις- κυρίως πρώην ασθενείς δημόσιων ψυχιατρείων. Σταδιακά η αρχική πολιτική και οι κύριοι στόχοι άλλαξαν και εξυπηρετούνται άτομα από τη μεσαία τάξη με λιγότερο σοβαρές μορφές ψυχικών ασθενειών. Έτσι η καθολικότητα της χρήσης έκαμε τα κέντρα αποδεκτά στην κοινή γνώμη, εκτόπισε όμως τα άτομα τα οποία είχαν την μεγαλύτερη ανάγκη για να τα χρησιμοποιούν.

Γι' αυτό η διάρθρωση και η λειτουργία των κοινωνικών υπηρεσιών, ενώ πρέπει να γίνεται με βάση την αρχή της καθολικότητας, ταυτόχρονα πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στην ισονομία, δηλαδή οι υπηρεσίες να παρέχονται με βάση τις ανάγκες του ατόμου και όχι με βάση την ικανότητα να πληρώσει. Παράλληλα οι σχεδιαστές των κοινωνικών υπηρεσιών δεν μπορούν να αγνοούν ότι υπάρχει περιορισμένη υποστήριξη για ριζοσπαστικές αλλαγές στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας. Το σημείο αυτό επισημαίνει ο καθηγητής Robert Morris στο πολυσυζητημένο βιβλίο του με τίτλο Επανεξετάζοντας το Κράτος Πρόνοιας (1987). Διερωτάται γιατί το 85% του Αμερικάνικου λαού το οποίο εργάζεται και περνάει καλά με το παρόν κοινωνικό- πολιτικό σύστημα να επιδιώξει ριζοσπαστικές λύσεις για να ανταποκριθεί στις ανάγκες του υπόλοιπου 15% του πληθυσμού. Το βασικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουμε στο σχεδιασμό των κοινωνικών υπηρεσιών είναι πώς να τις γενικεύσουμε ώστε να αποφεύγουμε το στίγμα και από την άλλη πλευρά πώς να διοχετεύουμε τους περιορισμένους πόρους σε εκείνες τις κατηγορίες του πληθυσμού οι οποίες έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη. Αν στην προσπάθειά μας να αποφύγουμε ή να μειώσουμε το στίγμα, μειώνουμε ουσιαστικά και τα ευεργετήματα προς τα άτομα τα οποία έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη, τότε σαφώς έχουμε αποτύχει στην εκπλήρωση του αναδιανεμητικού ρόλου των κοινωνικών υπηρεσιών.

Ο σχεδιασμός των κοινωνικών υπηρεσιών ξεκινάει βέβαια με κεντρικό άξονα ότι ο δημόσιος τομέας παίζει καθοριστικό ρόλο επειδή οι υπηρεσίες αυτές πρέπει να έχουν ουσιαστικά αναδιανεμητικό χαρακτήρα. Εκτός όμως από το στοιχείο της αναδιανομής των πόρων οι κοινωνικές υπηρεσίες αποσκοπούν στην στερέωση της κοινωνικής δικαιοσύνης, της αρμονικής συμβίωσης, όσο είναι δυνατό αυτό να διασφαλισθεί μέσα από την άσκηση κοινωνικής πολιτικής και τις προνοιακές παροχές, καθώς επίσης και στην εξυπηρέτηση ατόμων ή ομάδων πληθυσμού με τρόπους οι οποίοι συμβάλλουν στην ανάπτυξη αισθήματος κοινωνικής αποδοχής και προσωπικής αξιοπρέπειας. Ο καθηγητής R. Pinker (1971:35) εκφράζει μια πιο ρεαλιστική αντίληψη της κοινής γνώμης για την κοινωνική πρόνοια, όταν επισημαίνει, ότι «οι

κοινωνικές υπηρεσίες αντιπροσωπεύουν ένα είδος συμβιβασμού μεταξύ της συμπόνοιας και της αδιαφορίας, καθώς εκφράζουν την προδιάθεσή μας να θυμόμαστε και να ξεχνάμε τις κοινωνικές μας υποχρεώσεις». Και συνεχίζει. Το έργο της Κοινωνικής Πολιτικής είναι να βρίσκει τρόπους, ώστε να διαφοροποιεί τις προνοιακές παροχές υπέρ εκείνων οι οποίοι τις χρειάζονται, χωρίς όμως να στιγματίζονται επειδή ευεργετούνται από τις παροχές και τα ποικίλα προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας. (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 257-259).

Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά τους ρόλους των ηλικιωμένων στις παραδοσιακές και στις σύγχρονες κοινωνίες, θα λέγαμε, ότι στις πρώτες, ο ηλικιωμένος άνδρας αποφάσιζε, διέταζε, απολάμβανε την οικογενειακή αποδοχή. Δεν είχε σύνταξη, αλλά η διαχείριση και κατανομή της οικογενειακής περιουσίας αποτελούσε γι' αυτόν πηγή εξουσίας. Υπήρχε άτυπη κοινωνική πρόνοια από τα μέλη της οικογένειας και για τους ηλικιωμένους χωρίς οικογένεια, τη σημερινή κρατική πρόνοια, παραχωρούσε η κοινότητα. Στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες, η θέση των ηλικιωμένων ποικίλλει σημαντικά, ανάλογα με τη φυλή, το φύλο και την κοινωνικο- οικονομική κατάσταση.

Στη σύγχρονη οικογένεια, όταν ο ηλικιωμένος έχει οικονομική αυτάρκεια από τη σύνταξή του ή και άλλα εισοδήματα, έχει τη δυνατότητα να διατηρεί δικό του ανεξάρτητο νοικοκυριό. Την ίδια δυνατότητα υποτίθεται ότι έχει η ηλικιωμένη γυναίκα, η οποία όμως συχνά λόγω της χαμηλότερης σύνταξης αναγκάζεται να ζει μαζί με τα παιδιά της ή με άλλους συγγενείς. Στις σύγχρονες οικογένειες οι ηλικιωμένοι δείχνουν στοργή, παιδαγωγούν, μαθαίνουν τρόπους και συμπεριφορά στα εγγόνια τους. Η γιαγιά έχει συχνά το ρόλο της φύλαξης των εγγονών, όταν και οι δύο γονείς εργάζονται. Ο ρόλος του παππού και της γιαγιάς είναι συχνά πιο ευχάριστος από τον ρόλο των γονιών, γιατί χαίρονται τα παιδιά χωρίς να έχουν την ευθύνη τους. Ο ρόλος της γιαγιάς είναι πιθανότερο να αρχίσει στη μέση παρά στη γερωνική ηλικία. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.27).

Στην προσπάθεια της εννοιολογικής προσέγγισης της τρίτης ηλικίας, πρέπει να σημειωθεί, ότι:

1. Η κατηγορία αυτή επιβλήθηκε τεχνητά και οι περισσότεροι κοινωνικοί επιστήμονες που ασχολούνται με το θέμα την απορρίπτουν. Αντί γι' αυτόν τον όρο, προτείνεται η χρησιμοποίηση των φράσεων, «συνταξιούχοι και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όταν αφήσουν την ενεργό ζωή», καθώς και «εξαρτημένοι ηλικιωμένοι», ως μια κατηγορία που περιλαμβάνει όλα εκείνα τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν κάποια εξάρτηση.
2. Τα όρια των 65 ετών θεωρούνται συμβατικά. Οι άνθρωποι που ανήκουν στην λεγόμενη τρίτη ηλικία, είναι από 60-75 ή 65-75 ετών και άνω.
3. Ορισμένοι συγγραφείς (π.χ. ο Girard) θεωρούν την τρίτη ηλικία, ως περίοδο χωρίς δραστηριότητα πριν από την εξάρτηση της τέταρτης ηλικίας (άτομα 75 ετών και άνω). (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.23).

Βιοσωματικές αλλαγές

Το 85% των ενηλίκων άνω των 65 ετών, υποφέρουν από τουλάχιστον μία χρόνια ασθένεια, όπως τα αρθρικά και οι ρευματισμοί. Τα άτομα όμως που εξακολουθούν να έχουν καλή υγεία, μπορεί να ζήσουν μια δραστήρια ζωή. Παρόλο που οι μυς συρρικνώνονται και τα οστά γίνονται πιο εύθραυστα, τα άτομα που γυμνάζονταν παραμένουν σχετικά δυνατά. Η σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να διαρκέσει και μέχρι τα ογδόντα, ανάλογα με την υγεία των δυο συντρόφων.

Η διαφορά στην ποιότητα ζωής ανάμεσα σε ένα ηλικιωμένο άτομο που έχει διατηρηθεί σε φόρμα και σε ένα συνομήλικό του άτομο που δεν έχει κρατηθεί σε φόρμα μπορεί να είναι τεράστια. Στην πραγματικότητα, η μεγαλύτερη έκπτωση που συμβαίνει στην τρίτη ηλικία έχει να κάνει περισσότερο με τις επιδράσεις διαφόρων χρόνιων ασθενειών, που εξασθενούν το άτομο, παρά με την ίδια την τρίτη ηλικία.

Νοητικές αλλαγές

Η τρίτη ηλικία, συνδέεται συνήθως με μια έκπτωση της νοητικής ικανότητας. Ωστόσο, μόνον το 5% περίπου των ανθρώπων είναι υποχρεωμένοι, λόγω της έκπτωσης αυτής, να ζήσουν την υπόλοιπη ζωή τους σε ιδρυματικό περιβάλλον. Αν και οι

νοητικές τους αντιδράσεις δεν είναι τόσο ταχείες όσο ήταν στο παρελθόν, τα άτομα της ηλικίας αυτής ανταποκρίνονται ακόμη με επιτυχία σε περιπτώσεις και έργα που απαιτούν δεξιότητες μάθησης. Μερικοί επιλέγουν να διαβάζουν, ενώ άλλοι παραμένουν ζωηροί και σε εγρήγορση καθώς απασχολούνται ενεργά με κάτι που τους ενδιαφέρει στη ζωή τους.

Συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι άνθρωποι που αποκτούν εγγόνια, βρίσκουν ότι ο ρόλος του παππού και της γιαγιάς είναι πιο εύκολος από το ρόλο του γονέα και συχνά αντλούν μεγάλη ευχαρίστηση από αυτόν. Οι παππούδες και οι γιαγιάδες έχουν ηλικία που κυμαίνεται από 40 έως 100 ετών. Οι πιο νέοι από αυτούς εργάζονται ακόμη και δεν είναι πάντοτε διαθέσιμοι στα εγγόνια τους. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική, έδειξε ότι το 60% των παππούδων και των γιαγιάδων βλέπουν τα εγγόνια τους μία ή δύο φορές το μήνα, αν και οι επισκέψεις αυτές μειώνονται καθώς τα εγγόνια μεγαλώνουν. Το 33% των γιαγιάδων αξιολογούσαν τις σχέσεις τους με τα εγγόνια τους ως «πολύ σημαντικές», αλλά ένα άλλο 25% δεν είχε καμιά ανάμειξη στη σχέση αυτή (Neugarten & Weinstein, 1964).

Οι σταθεροί και ευτυχισμένοι γάμοι εξακολουθούν να είναι σημαντικοί στην ηλικία αυτή, ιδιαίτερα όταν βοηθούν τα άτομα να αποφεύγουν το πρόβλημα της μοναξιάς. Μια έρευνα στην Αμερική, έδειξε ότι το 90% των ηλικιωμένων έγγαμων ζευγαριών περιέγραψαν τη σχέση τους ως πολύ καλή. Αλλά οι ηλικιωμένοι άνθρωποι που ζουν μόνοι τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν μοναξιά στην περίοδο αυτή. Από το τέλος της εφηβείας και έπειτα, τα κοινωνικά προγράμματα στήριξης για τους περισσότερους ανθρώπους συνήθως μειώνονται. Η τρίτη ηλικία αφήνει κάποτε τους ανθρώπους με λίγους φίλους, ενώ συγχρόνως ελαχιστοποιεί την ενέργεια και την πίστη στην ικανότητά τους να συνάπτουν καινούριες κοινωνικές σχέσεις (Dickens & Perlman, 1981).

Πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι γίνονται πιο εσωστρεφείς με την πάροδο της ηλικίας, καθώς με τη θέλησή τους απομακρύνονται από τις κοινωνικές δραστηριότητες και προτιμούν να παραμένουν στο σπίτι. Αλλά για ορισμένους από αυτούς, έχει ακόμη σημασία να διατηρούν τους δεσμούς τους με την ευρύτερη κοινότητα, να παραμένουν ενεργά μέλη της και να αντλούν ικανοποίηση από συνεχείς κοινωνικές επαφές με τους άλλους.

Στις περιπτώσεις αυτές, μια υποστηρικτική κοινότητα, που προσφέρει ένα μεγάλο εύρος ευκαιριών, μπορεί να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο να ζήσει χαρούμενα και δημιουργικά. Εάν όμως τέτοιου είδους υπηρεσίες- καταφύγια είναι περιορισμένες και οι ηλικιωμένοι φοβούνται να βγουν έξω λόγω της μεγάλης εγκληματικότητας, το φυσικό επακόλουθο μπορεί να είναι η κατάθλιψη. Αυτό ισχύει περισσότερο για τους ανθρώπους των οποίων οι προηγούμενοι δεσμοί με την κοινότητα, οι οποίοι είχαν λειτουργήσει καλά στο παρελθόν, διακόπτονται λόγω μιας ακούσιας συνταξιοδότησης ή του θανάτου του/ της συζύγου. Μια κοινότητα που δεν προνοεί για τα ηλικιωμένα μέλη της, δεν πρέπει να εκπλήσσεται αν τα μέλη αυτά αντιδρούν αρνητικά, μερικές φορές εκδηλώνοντας κακή ψυχική και σωματική υγεία, κάτι που θα είχε αποφευχθεί εάν οι συνθήκες ήταν πιο ευνοϊκές.

Τα ποσοστά των αυτοκτονιών στα άτομα άνω των 65 ετών είναι τρεις φορές περισσότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού. Το ποσοστό των αυτοκτονιών στους άνδρες, κορυφώνεται περίπου στα ογδόντα. Στις γυναίκες κορυφώνεται στα πενήντα και μετά μειώνεται. Ο θάνατος του/ της συζύγου, η εισαγωγή σε ίδρυμα, μια σοβαρή ασθένεια, η απώλεια της εργασίας ή το διαζύγιο, όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν σοβαρή κατάθλιψη, η οποία σε ορισμένες περιπτώσεις οδηγεί στην αυτοκτονία. (Tucker Nicolas, «Εφηβεία, ωριμότητα και τρίτη ηλικία», επιμέλεια Γιαννίτσας Δ. Νικόλαος, επόπτης ελληνικής έκδοσης Παρασκευόπουλος Ν. Ιωάννης, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999).

Πιο συγκεκριμένα, οι αλλαγές που παρατηρούνται συνοψίζονται στις παρακάτω:

ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

- **Κυτταρικό επίπεδο**

Αλλαγές στην δομή του κυτταρικού DNA & RNA.

Εκφύλιση ΚΝΣ, αλλαγές στους υποδοχείς.

Μείωση μεταβολισμού και αναβολισμού.

- **Ανοσολογικό**

Μείωση των Τ-λεμφοκυττάρων και μείωση της απαντητικότητας σε ερεθίσματα.

Ενεργοποίηση αυτοάνοσων και νεοπλασματικών καταστάσεων.

- **Μυοσκελετικό**

Μείωση μυϊκής μάζας

Μείωση ύψους λόγω βράχυνση της σπονδυλικής στήλης (περίπου 2 εκατοστά)

Αύξηση λιπώδους ιστού

Οστεοπόρωση και εκφυλισμός των αρθρώσεων - κίνδυνος καταγμάτων.

- **Καλυπτήριο**

Το τρίχωμα ασπρίζει λόγω μείωσης της μελανίνης. Στα 50 το 50% των ατόμων έχει το 50% των τριχών άσπρο. Τελευταίο ασπρίζει το τρίχωμα του εφηβαίου.

Ρυτίδωση δέρματος λόγω αύξησης της ελαστίνης και κολλαγόνου.

- **Ουροποιητικό - γεννητικό**

Μείωση της κάθαρσης των νεφρών

Μείωση της στύσης και την γλυστερότητας του κόλπου

Ακράτεια

Αύξηση του προστάτη.

- **Νευροψυχιατρική**

Απαιτείται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για την εκμάθηση νέου υλικού, η ευφυΐα παραμένει σταθερή

Ψυχοκινητική επιβράδυνση.

Δυσκολίες στην διατήρηση της προσοχής, μνήμης (κυρίως πρόσφατης)

Μείωση του βάρους του εγκεφάλου (περίπου 17%) εις βάρος του φλοιού κυρίως, διεύρυνση αυλακών, αύξηση κοιλιών, μείωση της οξυγόνωσης.

Μείωση της νορεπινεφρίνης και αύξηση MAO και σεροτονίνης.

- **Καρδιαγγειακό**

Αύξηση του μεγέθους της καρδιάς

Αρρυθμίες

ΜΑΚΡΟΒΙΟΤΗΤΑ

Η μακροβιότητα εξαρτάται από την κληρονομική προδιάθεση

Το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται συνεχώς - Το 1900 ήταν 45 έτη και το 1991 τα 75,5 έτη.

Η αύξηση του ορίου προσδόκιμου επιβίωσης οφείλεται στην βελτίωση σε μια σειρά από τομείς (Σύστημα υγείας, οικονομική βελτίωση, μεγάλες ανακαλύψεις ιατρικής κλπ)

Η Θνησιμότητα άλλαξε - μείωση θανάτου από εγκεφαλικά, αύξηση από καρκίνους και ατυχήματα.

Κατά μέσο όρο οι γυναίκες ζουν περισσότερο.

ΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

- **Eric Eriksson** : Το όγδοο στάδιο της ζωής. Σύγκρουση ανάμεσα στο αίσθημα της ολοκλήρωσης και την απόγνωση. Το άτομο για να γαληνεύσει πρέπει να κάνει υπέρβαση του ναρκισσισμού του και να έχει κατακτήσει την συντροφικότητα και την γεννητικότητα.
- **Heinz Kohut** : Τα άτομα έρχονται συνεχώς αντιμέτωπα με τον ναρκισσισμό τους και υφίστανται ματαιώσεις ένεκα της φυσιολογικής φθοράς του σώματος. Η αυτοεκτίμηση βάλλεται και για να διατηρηθεί ο ηλικιωμένος χρειάζεται οικονομική ασφάλεια, υποστηρικτικό περιβάλλον, καλή ψυχική και σωματική υγεία.
- **Bernicke Neugarten** : Οι ηλικιωμένοι υφίστανται σύγκρουση με την παραίτηση από θέσεις εξουσίας και την επαναξιολόγηση παλιών ικανοτήτων
- **Daniel Levinson** : Η φυσιολογική φθορά και η απώλεια αγαπημένων προσώπων οδηγούν τον ηλικιωμένο σε μια συνεχή ενασχόληση με τον θάνατο. Η πνευματική και σωματική δραστηριότητα βοηθά τον ηλικιωμένο να ανταπεξέλθει.
- **S. Freud** : Στην τρίτη ηλικία επισυμβαίνει μια παλινδρόμηση σε πιο πρωτόγονους τρόπους λειτουργίας και εκφράζεται με φαντασιώσεις και ανάδυση επιθετικών και σεξουαλικών ενορμήσεων. Σε επίπεδο Υπερεγώ η παλινδρόμηση εκδηλώνεται με υπερβολικές ή απούσες ενοχές.
- **G. Vailant** : Μελέτησε ομάδες πληθυσμού από την ηλικία των 20 έως ότου έφθασαν στην γεροντική ηλικία και διαπίστωσε ότι η καλή συναισθηματική υγεία ήταν

καλός προδιαθεσικός παράγοντας για την προσαρμογή στο γήρας εν αντιθέσει με την παρουσία καταθλιπτικών επεισοδίων στις ηλικίες 21-50.

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΛΕΥΡΕΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

- **Κοινωνική δραστηριότητα** : Η κοινωνικότητα δεν αλλοιώνεται κατά την τρίτη ηλικία. Απώλειες φίλων και κακή σωματική υγεία, είναι παράγοντες που παραβλάπτουν την κοινωνικότητα. Σημαντική είναι και η επαφή με νεότερα άτομα.
- **Γεροντισμός** : Όρος του Butler και αναφέρεται σε διακρίσεις και αρνητικά στερεότυπα που συμβαίνουν κατά των ηλικιωμένων. Το νοητικό σχήμα των διακρίσεων βασίζεται στην άποψη ότι οι ηλικιωμένοι έχουν κακή υγεία και πάσχουν από μοναξιά. Οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι όμως δεν θεωρούν ότι αυτά είναι προβλήματα για αυτούς, τουλάχιστον όχι στο ποσοστό που πιστεύουν οι νέοι.
- **Αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα στους θεράποντες** : Συχνά οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρνητική αντιμεταβίβαση στους ηλικιωμένους, που το άτομο συχνά την προσλαμβάνει και αντιδρά είτε με επιθετικότητα είτε με επιδείνωση της εικόνας εαυτού και κατάθλιψη.
- **Ψυχοδυναμική του γήρατος** : Η προσαρμογή στο γήρας εξαρτάται από τους μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιήθηκαν στην προηγούμενη ενήλικη ζωή:
 - (1) άρνηση,
 - (2) παλινδρόμηση,
 - (3) αντιφοβία με παράτολμες ενέργειες,
 - (4) ακαμψία διατηρώντας μη πλέον χρήσιμες συνήθειες,
 - (5) αποκλεισμός εξωτερικών ερεθισμάτων που τον αναστατώνουν,
 - (6) εκλεκτική μνήμη,
 - (7) προβολή,
 - (8) μετατροπή στο αντίθετο.
- **Κοινωνικοοικονομικά ζητήματα** : Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα της τρίτης ηλικίας είναι τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, με προβάδισμα των γυναικών σε αυτά. Το αποτέλεσμα της οικονομικής ανασφάλειας είναι η

επιβάρυνση της ψυχολογικής και η ελλιπής φροντίδα της σωματικής υγείας.

- **Συνταξιοδότηση** : Συχνά πηγή άγχους λόγω των οικονομικών προβλημάτων που συνοδεύουν την συνταξιοδότηση. Σε κάποιες χώρες τα όρια ηλικίας συνταξιοδότησης αυξάνονται, ενώ σε άλλες είναι κατοχυρωμένο το δικαίωμα επιλογής στην συνταξιοδότηση για την ηλικία μετά των 65, με κατάργηση της υποχρεωτικής παύσης εργασίας.
- **Σεξουαλικότητα** : Το 70% των ανδρών άνω των 65 και το 20% των γυναικών είναι σεξουαλικά ενεργείς. Τα προβλήματα ανακύπτουν στην δυσκολία ανεύρεσης συντρόφου.
- **Παραμονή σε ίδρυμα** : Το 5% των ηλικιωμένων παραμένει μόνιμα σε ίδρυμα, ενώ το 35% θα χρειαστεί μακρόχρονη παραμονή σε ίδρυμα. Στους οίκους ευγηρίας οι τρόφιμοι είναι κυρίως γυναίκες και το 50% έχουν ηλικία άνω των 85. Οι πολιτισμικές προσδοκίες απαιτούν οι γυναίκες (κόρες και νύφες) να φροντίζουν τους ηλικιωμένους και συχνά δαπανώνται σημαντικά ποσά γι αυτό.
- **Συναισθηματικά προβλήματα των ηλικιωμένων** : Τα κυριότερα είναι:
 - (1) Πένθος από την απώλεια αγαπημένων προσώπων
 - (2) Κατάθλιψη
 - (3) Τάσεις αυτοκτονίας

ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ Ν. ALZHEIMER

Η Άνοια δεν είναι νόσος αλλά σύνδρομο, που εκδηλώνεται κυρίως με διαταραχές στην εγγραφή μνημονικού υλικού, κυρίως πρόσφατου καθώς και με δυσκολίες στην ανάκληση αρχικά της πρόσφατης και σε μεταγενέστερα στάδια της απώτερης μνήμης.

Αιτιολογία της άνοιας :

- Χωροκατακτητικές διεργασίες στον εγκέφαλο (όγκοι πάσης φύσεως)
- Μεταβολικές διαταραχές - διαταραχές στο επίπεδο βιταμινών, ιχνοστοιχείων, αμινοξέων, ουρίας κλπ.
- Ασθένειες όπως Αλκοολισμός, Σ. Διαβήτη, Pick, Parkinson, Creutzfeld.
- Πρόσφατο ή παλαιό ιστορικό Α.Ε.Ε. , μικροαγγειακή εγκεφαλοπάθεια (το 20-30% των ανοϊκών συνδρόμων). Τραύματα και εγχειρήσεις στο ΚΝΣ

- N. Alzheimer-το 50-60% περίπου

H N. Alzheimer ανήκει στις εκφυλιστικές νόσους του Κ.Ν.Σ. που εμφανίζονται κατά την τρίτη ηλικία. Το 5% των ατόμων άνω των 65 και το 20% άνω των 80 έχουν N. Alzheimer - η δεύτερη πιο συχνή πάθηση στην ηλικία των 80 μετά τις αρθρίτιδες.

Δέκα χαρακτηριστικά συμπτώματα:

1. Απώλεια μνήμης. Από τα πλέον συχνά συμπτώματα είναι η δυσκολία ή αδυναμία ανάκλησης πρόσφατης μνήμης, που εκδηλώνεται με δυσκολία του ατόμου να θυμηθεί τηλέφωνα, πληροφορίες, ειδήσεις, ραντεβού κλπ. Το σύμπτωμα έχει προοδευτική εμφάνιση και επιδείνωση, που είναι όμως αντιληπτή στους οικείους και ενίοτε στο ίδιο το άτομο.

2. Δυσκολία στην εκτέλεση συνηθισμένων πράξεων. Το άτομο δυσκολεύεται να εκτελέσει καθημερινές πράξεις που κάποτε ήταν σχεδόν αυτοματοποιημένες. Για παράδειγμα μπερδεύεται με τους μοχλούς του αυτοκινήτου, δεν θυμάται πώς να μαγειρέψει κλπ.

3. Δυσκολία στην κρίση. Εκφράζεται με την αδυναμία να καθορίσουν και να αποφασίσουν με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα. Παράδειγμα σε μια ζεστή μέρα ντύνονται πολύ βαριά, διότι δεν συνδυάζουν την ζέστη με τα λεπτά ρούχα.

4. Αποπροσανατολισμός σε τόπο και χρόνο. Υπάρχει μεγάλη δυσκολία να ανακαλέσουν ημερομηνία, ημέρα ακόμα και διάστημα ημέρας (αν είναι πρωί ή μεσημέρι), συχνά δε χάνονται στην ίδια τους την γειτονιά, δυσκολεύονται να γυρίσουν πίσω και πολλές φορές αναρωτιούνται γιατί βγήκαν έξω.

5. Δυσκολία στην χρήση της γλώσσας. Παρόλο που ο καθένας μας και ανάλογα με την ψυχολογική του κατάσταση ξεχνά μερικές φορές τι θέλει να πει ή το όνομα ενός αντικειμένου, στον ανοϊκό αυτό παίρνει μεγαλύτερες διαστάσεις και πολλές φορές μιλά περιφραστικά και περιγραφικά λόγω της αδυναμίας του να βρει τις κατάλληλες λέξεις. Π.χ. για την οδοντόβουρτσα αναφέρεται στο «αντικείμενο που χρησιμοποιεί για να πλένει τα δόντια του»

6. Δυσκολίες με την αφαιρετική και προσθετική σκέψη. Μια σειρά από αριθμούς σε ένα λογαριασμό, φαντάζουν στο μυαλό των ανοϊκών ως ένας

δυσεπίλυτος γρίφος και συχνά ανατρέχουν στην βοήθεια άλλων για να τα καταφέρουν

7. Απώλειες αντικειμένων. Οι ανοϊκοί δεν χάνουν μόνο αντικείμενα, όπως κλειδιά, πορτοφόλι κλπ. αλλά συχνά βρίσκει κανείς αντικείμενα στα πιο απίθανα μέρη, όπως το σίδερο στο ψυγείο, το τηλέφωνο στο ντουλάπι κλπ.

8. Αλλαγές στην διάθεση. Οι αλλαγές στην συναισθηματική τους κατάσταση είναι ταχύτερες από την βαθιά λύπη στον θυμό η το μεγάλο κέφι, συχνά χωρίς προκλητό αίτιο.

9. Αλλαγές στην προσωπικότητα. Συχνά απαντάται μια μεγάλη αλλαγή στην προσωπικότητα και συμπεριφορά του ανοϊκού, που εκδηλώνεται άλλοτε με παρανοϊκότητα, ή με υποβολιμότητα και εξάρτηση από οικεία πρόσωπα κλπ. και γενικώς με συμπεριφορές που δεν τον χαρακτήριζαν στην προηγούμενη ζωή του.

10. Απώλεια πρωτοβουλίας. Συχνά οι ανοϊκοί μοιάζουν να μην έχουν κανένα ενδιαφέρον, προσηλώνονται σε παθητικές δραστηριότητες όπως το να κοιτούν ώρες τηλεόραση, χωρίς όμως να την παρακολουθούν.

Πρόγνωση - Θεραπεία:

Η άνοια είναι μια χρόνια προοδευτικά εξελισσόμενη κατάσταση που δεν ανατρέπεται. Η πορεία είναι συνήθως αργή - περίπου 20 χρόνια, αν και υπάρχουν περιπτώσεις που το τελικό στάδιο της άνοιας επήλθε μετά από μια 5ετία. Τα προαναφερθέντα συμπτώματα ολοένα και επιδεινώνονται έως την στιγμή που το άτομο δεν έχει καμία πλέον δυνατότητα εγγραφής και ανάκλησης μνήμης και τελικά επέρχεται ο θάνατος από την αδυναμία του ατόμου να αυτοσυντηρηθεί (το άτομο ξεχνά ακόμα να φάει, δεν λειτουργεί η στοιχειώδης κρίση και το ένστικτο της αυτοσυντήρησης και τελικά πεθαίνει από ασιλία ή από ατυχήματα). Η Θεραπεία εστιάζεται σε τρεις τομείς:

1. Φαρμακοθεραπεία. Κυρίως με αναστολείς της χοληνεστεράζης. Πρόκειται για μακροχρόνιες θεραπείες, που προσφέρουν επιβράδυνση της εξελικτικής πορείας της νόσου, χωρίς όμως αναστολή της. Αγχολυτικά και ενίοτε νευροληπτικά για τις ψευδαισθήσεις.

2. Δημιουργία και οργάνωση κατάλληλου υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τον πάσχοντα. Πολλές συμπεριφορές πρέπει να υποδεικνύονται ξανά και ξανά, διευκόλυνση της ζωής του ατόμου σε λιτό οικιακό περιβάλλον, με λίγα και μόνο τα απαραίτητα έπιπλα

και σκεύη, φώτα την νύκτα (κατά την οποία συνήθως οι ανοϊκοί αποδιοργανώνονται), πινακίδες σε πόρτες και διακόπτες, ηχητικά σήματα όταν προσεγγίζει την εξώπορτα, ταυτότητα που να φορά συνέχεια, πνευματικές ενασχολήσεις που τον κρατούν σε κάποια εγρήγορση.

3. Υποστηρικτικό περιβάλλον για τους οικείους που ασχολούνται με τον ανοϊκό. Συμβουλευτική και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία με στόχο την εκτόνωση και άμβλυση των αρνητικών συναισθημάτων, κατάθλιψη και επιθετικότητα, που προκαλούνται από την συνεχή και αδιάλειπτη επαφή και φροντίδα του ανοϊκού. (Πολυζόπουλος Εμμανουήλ, «Όψιμη ενήλικη ζωή, γήρας», διάλεξη στην Κοινωνική Ψυχιατρική, Νοέμβριος 2003)

Θεωρητικά Πρότυπα Οργάνωσης Κοινωνικών Υπηρεσιών

1. Υπολειμματικό Πρότυπο

Για την οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών, υπάρχουν βασικά δύο θεωρητικά πρότυπα. Το πρώτο, είναι γνωστό ως υπολειμματικό πρότυπο κοινωνικής πρόνοιας και το δεύτερο ως θεσμικό. Είναι αυτονόητο, ότι θα πρότυπα αυτά είναι σχήματα ανάλυσης της πραγματικότητας, δεν είναι η ίδια η πραγματικότητα. Χρησιμοποιούνται για να γίνεται καλύτερα κατανοητή η διάρθρωση των κοινωνικών υπηρεσιών. Το υπολειμματικό πρότυπο εκφράζει την αντίληψη, ότι άσχετα από το πόσο καλά η οικονομία λειτουργεί και παράγει αγαθά και υπηρεσίες, ένα μικρό υπόλειμμα του πληθυσμού αντιμετωπίζει οικονομικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν οι υπηρεσίες της κοινωνικής πρόνοιας. Έτσι τα άτομα εκείνα τα οποία χρειάζονται κοινωνικές παροχές αντιπροσωπεύουν μόνο ένα πολύ μικρό μέρος του πληθυσμού. Τα αίτια για την κατάστασή τους αυτή, οφείλονται σε σωματικές αναπηρίες, προσωπικές αδυναμίες, ψυχικές διαταραχές. Αυτά τα αίτια καθιστούν με τον ένα ή τον άλλον τρόπο τα άτομα αυτά προβληματικά, με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να εξεύρουν εργασία είτε να παραμείνουν στην εργασία τους. Μ' άλλα λόγια, η κατάστασή τους αποτελεί προσωπικό κυρίως

πρόβλημα. Στις περιπτώσεις αυτές, οι υποστηρικτές του υπολειμματικού πρότυπου θεωρούν ότι η σωστή αντιμετώπιση για τα άτομα αυτά συνίσταται κυρίως σε θεραπευτική αγωγή και άλλες προνοιακές παροχές, παρά στην αλλαγή του κοινωνικού συστήματος, το οποίο μπορεί και να ευθύνεται για τα προσωπικά προβλήματα. Οι παροχές δίδονται επιλεκτικά μόνον σε όσους έχουν πράγματι ανάγκη και μετά από εξακρίβωση από τον κοινωνικό λειτουργό των αιτίων και της έκτασης των αναγκών του ατόμου ή της οικογένειας.

Σύμφωνα με το υπολειμματικό πρότυπο, το κράτος έχει έναν περιορισμένο ρόλο παρέμβασης στην ζωή των ατόμων και των οικογενειών, επειδή οι ανάγκες του ατόμου καλύπτονται από την αγορά και την οικογένεια. Όταν αυτοί οι δύο μηχανισμοί δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των ατόμων, ο τομέας της κοινωνικής πρόνοιας δραστηριοποιείται και μόνον προσωρινά. (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 260-262).

2. Το θεσμικό πρότυπο

Το δεύτερο πρότυπο οργάνωσης κοινωνικών υπηρεσιών, γνωστό ως θεσμικό, εκφράζει την αντίληψη ότι, στις σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες, η οικογένεια, η εκκλησία, η κοινότητα, δεν μπορούν, όπως έκαναν στο παρελθόν, να καλύψουν τις ανάγκες των ανθρώπων σε περιστάσεις αρρώστιας και άλλων προβλημάτων. Αυτό βέβαια, δεν σημαίνει ότι σήμερα η οικογένεια δεν παίζει κρίσιμο και σημαντικό ρόλο στην κάλυψη των αναγκών των μελών της. Η οικογένεια, στην εκτεταμένη αλλά και στην πυρηνική της μορφή, καλύπτει τις κοινωνικές, συναισθηματικές και οικονομικές ανάγκες των μελών της, όταν δεν είναι σε θέση από μόνα τους να τις αντιμετωπίσουν. Η οικογένεια είναι η πρώτη γραμμή άμυνας ή το πρώτο «σύστημα κοινωνικών υπηρεσιών», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Moroney (1989:13). Εν τούτοις, η αλλαγή στη δομή της οικογένειας, η αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών, η ευρεία συμμετοχή της γυναίκας στην εργασία, έχουν περιορίσει δραστικά τις δυνατότητες της σημερινής οικογένειας να παρέχει φροντίδα στα μέλη της για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Στο παρελθόν, ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων ήταν πολύ μικρός σε σχέση με το σημερινό. Η ομάδα ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών- γνωστή ως «υπερήλικες ηλικιωμένοι»- αυξάνει σε ρυθμό μεγαλύτερο από κάθε άλλη δημογραφική κατηγορία.

Η καλή διατροφή, η βελτίωση ποιότητας κατοικίας, οι εξελίξεις της ιατρικής, συντηρούν όλο και περισσότερα άτομα στη ζωή. Αυτό συνεπάγεται μία πρωτοφανή ανάγκη για τον σχεδιασμό και την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών για την κάλυψη ποικίλων αναγκών. Για τους ίδιους λόγους, περισσότερα παιδιά με σοβαρές μορφές αναπηρίας- σωματικές, πνευματικές και διανοητικές, γεννιούνται και παραμένουν στη ζωή. Για τα άτομα αυτά, χρειάζονται ποικίλες και δαπανηρές ιατροκοινωνικές υπηρεσίες, ώστε να τους εξασφαλίζεται μια στοιχειωδώς ανθρώπινη και αξιοπρεπής φροντίδα.

Εξάλλου, η αυτοματοποίηση και η τεχνολογική εξέλιξη δημιουργούν όλο και περισσότερους χρόνιους ανέργους, για τους οποίους επίσης χρειάζονται ποικίλες παροχές, τόσο οικονομικές όσο και συμβουλευτικές. Επιπλέον, στη σημερινή μεταβιομηχανική κοινωνία, υπάρχει περισσότερος ελεύθερος χρόνος παρά ποτέ άλλοτε. Για να αξιοποιηθεί αυτός ο χρόνος δημιουργικά, χρειάζεται μια ολόκληρη υποδομή για την παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών. Για πρώτη φορά λοιπόν οι σημερινές κοινωνίες, καλούνται να βρουν τρόπους για την κάλυψη νέων αναγκών για τόσα πολλά άτομα. Παράλληλα βέβαια, χρειάζεται να καλύψουν ανάγκες, τις οποίες στο παρελθόν κάλυπταν η οικογένεια, η Εκκλησία, η γειτονιά, η κοινότητα. Έτσι, οι κοινωνικές υπηρεσίες, δεν αντικαθιστούν απλά άλλες μορφές κοινωνικής οργάνωσης, αλλά και νέες μορφές αντιμετώπισης κοινωνικών αναγκών που ανταποκρίνονται στις σημερινές κοινωνικές συνθήκες. Η κοινωνική πρόνοια είναι ένας θεσμός, όπως και οι άλλοι βασικοί θεσμοί στις σύγχρονες κοινωνίες.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες καλύπτουν βασικές ανάγκες όλου σχεδόν του πληθυσμού. Δεν απευθύνονται μόνο στους λίγους (τους φτωχούς, τους ανέργους, τα άτομα με ειδικές ανάγκες και αναπηρίες) αλλά στο σύνολο του πληθυσμού. Για παράδειγμα, τα σχολεία, τα νηπιαγωγεία, οι παιδικοί σταθμοί, οι υπηρεσίες υγείας, καλύπτουν κοινωνικές ανάγκες όλων σχεδόν των κατοίκων: υπ' αυτή την έννοια, πρέπει να προσφέρονται σε όλους. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες θα πρέπει να αγνοούν το γεγονός, ότι κάποιοι έχουν μεγαλύτερες οικονομικές ανάγκες και συνεπώς πρέπει να επωφελούνται με τρόπο που οι ανάγκες τους να καλύπτονται ουσιαστικά. Το βασικό πρόβλημα στην οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών, είναι πώς να βοηθούνται αποτελεσματικά όσοι έχουν πραγματικά ανάγκες, χωρίς να στιγματίζονται από το γεγονός ότι καταφεύγουν στις κοινωνικές υπηρεσίες για την κάλυψη των αναγκών τους. Συνεπώς το κύριο χαρακτηριστικό του θεσμικού προτύπου, είναι ο αναδιανεμητικός χαρακτήρας: αυτοί δηλαδή που ωφελούνται δεν

είναι εκείνοι οι οποίοι πληρώνουν ανάλογα για τις υπηρεσίες που χρησιμοποιούν. Το πρότυπο αυτό στηρίζεται στην αντίληψη, ότι οι οικονομικές και κοινωνικές αλλαγές έχουν συνέπειες για ολόκληρες κατηγορίες του πληθυσμού, και το κράτος παρεμβαίνει μέσα από τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, για να αμβλυνθούν οι αρνητικές συνέπειες της οικονομικής πολιτικής και οι δυσλειτουργίες της αγοράς.

Το θεσμικό πρότυπο ανάπτυξης κοινωνικών υπηρεσιών, συνδέεται με την αρχή της καθολικότητας. Οι κοινωνικές υπηρεσίες δηλαδή, όπως και οι δημόσιες υπηρεσίες κοινής ωφέλειας, καλύπτουν τις ανάγκες ολόκληρου του πληθυσμού. Μ' αυτόν τον τρόπο εξαφανίζεται το φαινόμενο του στιγματισμού όσων χρησιμοποιούν ή εξυπηρετούνται από τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας. Η προσφορά όμως των κοινωνικών υπηρεσιών σε όλο τον πληθυσμό δεν σημαίνει ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι ή πρέπει να είναι δωρεάν για όλους. Πρέπει να υπάρχει ένα σύστημα πληρωμής, είτε από τους χρήστες με βάση την ικανότητά τους να πληρώσουν, είτε μέσω κάποιας ασφαλιστικής κάλυψης. Εκείνο που κυρίως σημαίνει είναι, ότι όταν οι υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας χρησιμοποιούνται από όλες τις κοινωνικές τάξεις είναι υπηρεσίες υψηλής ποιότητας.

(Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 262-266).

Ο όρος «Κοινωνικές Υπηρεσίες» περιλαμβάνει, εκτός από τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας και άλλους τομείς, όπως η υγεία (σωματική και ψυχική), η κατοικία, η κοινωνική ασφάλιση και η εκπαίδευση. Οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι αλληλένδετες και στην πράξη είναι πολλές φορές αδύνατο να ξεχωρίσουμε τα προβλήματα ως προβλήματα υγείας, ασφάλισης, κοινωνικής πρόνοιας κ. λ. π. Τα προβλήματα που φέρνουν οι άνθρωποι στις Κοινωνικές Οργανώσεις, σπάνια είναι απλά και μονοδιάστατα. Συνήθως είναι πολύπλοκα, πολυσύνθετα και απαιτούν πολύ χρόνο και την συμμετοχή πολλών επιστημόνων από διάφορες ειδικότητες για την επίλυσή τους. Ο όρος Κοινωνική Υπηρεσία, χρησιμοποιείται επίσης στη σχετική βιβλιογραφία για να υποδηλώσει τους φορείς ή τις οργανώσεις κοινωνικής πρόνοιας, οι οποίες λειτουργούν είτε ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου είτε ως Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 31).

Στην εποχή μας αναγνωρίζεται, ότι ένα μίγμα προνοιακών φορέων συμβάλλει στην παραγωγή και διανομή κοινωνικών υπηρεσιών σε χρήμα (επιδόματα), είδος (κατοικία, τρόφιμα) και παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών με την ευρύτερη έννοια του όρου. Αυτό δεν σημαίνει, ότι στο παρελθόν- ακόμη και στην πρόσφατη «χρυσή εποχή» του κράτους πρόνοιας-οι άλλοι τομείς παροχής υπηρεσιών δεν υπήρχαν. Την περίοδο της ακμής του κράτους πρόνοιας, η δραστηριότητά τους σε σχέση με το κράτος ήταν πιο περιορισμένη. Η πολυμέρεια (πλουραλισμός) στην κοινωνική πρόνοια και πιο συγκεκριμένα η άτυπη κοινοτική φροντίδα, δεν είναι κάτι καινούργιο. Το καινούργιο είναι ότι οι ακαδημαϊκοί και οι ερευνητές πρόσφατα ανακάλυψαν αυτούς τους τομείς της προνοιακής δραστηριότητας. Ιδιαίτερα στην Ελλάδα η κοινοτική φροντίδα αποτελεί βασικό στοιχείο στο δίκτυο παροχής υπηρεσιών. Μετά την αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας και τη συρρίκνωσή του, τόσο στη Δυτική Ευρώπη όσο και στη Βόρεια Αμερική, επανεκτιμάται η σημασία και σπουδαιότητα των δικτύων της ανεπίσημης κοινοτικής φροντίδας και του εθελοντικού τομέα. Στο πλαίσιο της ανακατανομής των ρόλων, υπάρχει μια προσδοκία ισότιμης μεταχείρισης των τομέων στο πλαίσιο του ανταγωνισμού για την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών, με τον επακόλουθο περιορισμό του κυρίαρχου ρόλου του κράτους στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας. (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 223).

Προσωπικές Κοινωνικές Υπηρεσίες

Ο τομέας των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, περιλαμβάνει κυρίως προγράμματα κοινωνικής αντίληψης, περίθαλψης και προστασίας για τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Συχνά στη βιβλιογραφία, χρησιμοποιείται ο όρος «κοινωνική πρόνοια με την περιορισμένη έννοια» για να υποδηλώσει τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας.

Ο σχεδιασμός των προγραμμάτων αυτών, συνδέεται άμεσα με την επιστήμη της κοινωνικής εργασίας και τους κοινωνικούς λειτουργούς ως κατ' εξοχήν ειδικούς για την παροχή προσωπικών υπηρεσιών.

Ανάλογα με το μέγεθος της κοινότητας, τη γεωγραφία της περιοχής, το οδικό δίκτυο, τον αγροτικό ή αστικό χαρακτήρα της κοινότητας, τα μέσα συγκοινωνίας, υπάρχει η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών με διαφορετικούς τρόπους. Οι προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες μπορούν να οργανωθούν με βάση το σημείο παροχής

υπηρεσιών, δηλαδή τη συγκεκριμένη κοινωνικοπρονοιακή οργάνωση, στην οποία προσφεύγει ο πολίτης για την κάλυψη των αναγκών του, ή την αντιμετώπιση των ατομικών ή οικογενειακών του υποθέσεων. (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 266,275).

Η παραγωγή και διανομή κοινωνικών υπηρεσιών εντάσσεται στο πλαίσιο ασκήσεως κοινωνικής πολιτικής σε κάθε κράτος. Ο τρόπος διάρθρωσης και λειτουργίας του συστήματος των κοινωνικών υπηρεσιών αντανακλά μέχρι ενός βαθμού την ιστορία, τις αξίες, τον πολιτισμό γενικά κάθε χώρας. Για το λόγο αυτό δεν είναι αποτελεσματική η άκριτη εισαγωγή προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας. Παρά τις ιδιομορφίες όμως κάθε χώρας δεν πρέπει να αγνοείται το γεγονός, ότι υπάρχουν πολλά κοινά γνωρίσματα των συστημάτων κοινωνικών υπηρεσιών, τουλάχιστον στις αναπτυγμένες χώρες της Δύσης. (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 269).

Επιπρόσθετα, στο κεφάλαιο αυτό, εξετάζονται οι μορφές λειτουργίας του δικτύου των κοινωνικών υπηρεσιών. Αναλύονται ειδικότερα οι στόχοι τους. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην λειτουργία του τομέα των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, επειδή ο τομέας αυτός αποτελεί το κύριο αντικείμενο μελέτης και απασχόλησης των επαγγελματιών πρόνοιας.

Το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο των Ηνωμένων Εθνών (1970:82) έχει καθορίσει τους εξής στόχους για τις κοινωνικές υπηρεσίες:

- Οι κοινωνικές υπηρεσίες μπορούν να συμβάλουν στην επίτευξη των στόχων των άλλων τομέων της Κοινοτικής Ανάπτυξης, όπως είναι η υγεία, η παιδεία, η κατοικία κ.ο.κ.
- Οι κοινωνικές υπηρεσίες μπορούν να προάγουν την ανάπτυξη ενθαρρύνοντας άτομα και ομάδες να συμμετέχουν στα διάφορα προγράμματα με στόχο τη βελτίωση της λειτουργικότητας και των στάσεων των ίδιων των ατόμων και των ομάδων.
- Οι κοινωνικές υπηρεσίες, μπορούν να αποτελέσουν ένα ξεχωριστό τομέα ανάπτυξης με στόχο να βοηθηθούν εκείνα τα άτομα και ομάδες πληθυσμού, τα οποία βρίσκονται σε πλέον ευάλωτη κατάσταση, παρέχοντάς τους τις

δυνατότητες για την πλέον στοιχειώδη αλλά και αξιοπρεπή ανάπτυξη. Οι κατηγορίες αυτές των ατόμων που βρίσκονται σε ευάλωτη θέση σε κάθε κοινωνία, είναι συνήθως οι: μετανάστες, πρόσφυγες, ομάδες μειονοτήτων προς τις οποίες υπάρχει προκατάληψη, άτομα με ειδικές ανάγκες, ηλικιωμένοι, προβληματικές οικογένειες, θύματα από φυσικές καταστροφές και θεομηνίες κ.ο.κ.

Οι Κοινωνικές υπηρεσίες διαφοροποιούνται από άλλες Δημόσιες Υπηρεσίες, όχι τόσο από το τι κάνουν, αλλά και όσο από τον τρόπο με τον οποίο εκτελούν το έργο τους. Όπως υποστηρίζει ο Spicker (1988:74), η διαφορά μεταξύ των δημόσιων και των κοινωνικών υπηρεσιών είναι πολλές φορές δυσδιάκριτη. Οι κοινωνικές υπηρεσίες έχουν συχνά έναν υπολειμματικό χαρακτήρα, αποτελούν ένα «δίχτυ ασφαλείας», όταν όλες οι άλλες προσπάθειες και μέθοδοι αποτυγχάνουν να βοηθήσουν το άτομο ή την οικογένεια. Οι Kamerman και Kahn (1976) θεωρούν ότι στις σύγχρονες κοινωνίες, οι βασικοί τομείς κοινωνικών υπηρεσιών έχουν ως στόχο την:

- Την διασφάλιση του εισοδήματος,
- Την προαγωγή της υγείας,
- Εκπαίδευση,
- Διασφάλιση αξιοπρεπούς στέγης,
- Απασχόληση,
- Και τέλος την παροχή προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 256).

Στόχοι των κοινωνικών υπηρεσιών

Ένα ολοκληρωμένο δίκτυο κοινωνικών υπηρεσιών στις σύγχρονες κοινωνίες, πρέπει να έχει συγκεκριμένους σκοπούς, τα μέσα για την επίτευξή τους και την αποτίμηση της αποδοτικότητας του συστήματος. Σε μια εμπειριστατωμένη μελέτη, ο Pascal (1969:76) εξετάζοντας τις αναρίθμητες δραστηριότητες και τα προγράμματα πρόνοιας προτείνει, ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες έχουν τους εξής πέντε βασικούς στόχους:

- Προστασία ατόμων με διάφορες μορφές ανικανότητας. Προστασία ατόμων τα οποία λόγω ηλικίας, διανοητικής, ή σωματικής αναπηρίας, αλκοολισμού και άλλων καταστάσεων χρειάζονται προστασία αφ' ενός και αφ' ετέρου κάποια

υπηρεσία η οποία αναλαμβάνει την νομική ευθύνη για να προωθήσει τα δικαιώματά τους, αφού οι ίδιοι δεν έχουν πάντα το νόμιμο δικαίωμα να αυτοπροστατευθούν.

- Ενημέρωση και βοήθεια προς το καταναλωτικό κοινό, ώστε να μπορεί με βάση την παρεχόμενη πληροφόρηση να γνωρίζει κανείς ποιες κοινωνικές υπηρεσίες υπάρχουν και ποια η σημασία -χρησιμότητα- των παρεχομένων υπηρεσιών. Παράδειγμα τέτοιων υπηρεσιών είναι τα Κέντρα Εξυπηρέτησης των Πολιτών στη χώρα μας.
- Ανάπτυξη της κοινωνικής ευθύνης και λειτουργικότητας των πολιτών με προγράμματα και υπηρεσίες, οι οποίες αποσκοπούν στην υποστήριξη της οικογένειας, στην κοινωνική ψυχαγωγία, στην υγεία, γιατί έτσι προφυλάσσονται τα ίδια τα άτομα αλλά και το κοινωνικό σύνολο, το οποίο ωφελείται με την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων, π.χ. οικογενειακός προγραμματισμός, προγράμματα δημόσιας υγείας.
- Προώθηση νομοθεσίας και κοινωνικών παρεμβάσεων με σκοπό την παροχή ίσων ευκαιριών στους πολίτες μιας κοινωνίας. Είναι γνωστό, ότι ο μηχανισμός της αγοράς δεν δίδει σε όλους τις ίδιες ευκαιρίες για αξιοποίηση των έμφυτων δυνατοτήτων τους. Προκατάληψη διαφόρων ειδών χρειάζεται να καταπολεμείται μέσα από διάφορες κοινωνικές υπηρεσίες, όπως π.χ. με την σύσταση γραφείων επιτρόπου διοίκησης (ombudsman).
- Θεσμοθέτηση μέτρων για την στοιχειώδη οικονομική επάρκεια. Ένα μεγάλο μέρος των κοινωνικών υπηρεσιών στοχεύει στη βελτίωση της οικονομικής κατάστασης ατόμων και ομάδων οι οποίες δεν έχουν τη δυνατότητα, μέσα από τους μηχανισμούς της αγοράς να εξασφαλίσουν μια οικονομική ανεξαρτησία. Η επίτευξη των σκοπών αυτών πρέπει επίσης να διασφαλίζει τα βασικά δικαιώματα των ατόμων και ομάδων που χρησιμοποιούν και επωφελούνται από τις κοινωνικές υπηρεσίες. Τέτοια δικαιώματα είναι η ελευθερία επιλογής, η μείωση της γραφειοκρατικής διαδικασίας και βέβαια, η οικονομική αναποτελεσματικότητα. Οι διαθέσιμοι πόροι είναι συνήθως περιορισμένοι και οι ανάγκες πάντα μεγαλύτερες από τις δυνατότητες κάθε κοινωνίας. (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 259-260).

Η καταγραφή και πολύ περισσότερο η ταξινόμηση των προσωπικών υπηρεσιών, είναι δύσκολη υπόθεση, όπως συμβαίνει και με τους υπόλοιπους τομείς κοινωνικών υπηρεσιών γενικότερα. Το σύστημα ταξινόμησης εξαρτάται από την ιδεολογία, τους επιδιωκόμενους στόχους, το επίπεδο, την έκταση και τη δομή και λειτουργία των προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας. Οι κυριότεροι τρόποι ταξινόμησης, είναι οι ακόλουθοι:

- Ο Titmuss, με βασικό κριτήριο τις «έκδηλες λειτουργίες που επιτελούν», οι κοινωνικές υπηρεσίες, ανέπτυξε ένα σύστημα ταξινόμησης των προσωπικών υπηρεσιών στις σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες:
 1. Υπηρεσίες ή επιδόματα τα οποία προορίζονται να συμβάλλουν στην ευημερία των ατόμων, οικογενειών, ομάδων άμεσα ή στο απώτερο μέλλον (όπως π.χ. προγράμματα παιδικών σταθμών).
 2. Υπηρεσίες ή επιδόματα τα οποία συμβάλλουν στην προστασία της κοινωνίας (λ.χ. επιμελητές ανηλίκων).
 3. Υπηρεσίες ή επιδόματα τα οποία αποσκοπούν στην επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό ή στην επίτευξη κοινωνικά επιθυμητών στόχων (π.χ. προγράμματα επιμόρφωσης εργατικού δυναμικού).
 4. Υπηρεσίες ή επιδόματα τα οποία αποσκοπούν στην αποζημίωση ατόμων και ομάδων από παραλείψεις και ζημιές που προκαλούνται από διάφορες αιτίες (λ.χ. εργατικά ατυχήματα).
- Ο Kahn προτείνει το διαχωρισμό, για αναλυτικούς τουλάχιστον λόγους, σε δυο μεγάλες κατηγορίες:
 1. Στην πρώτη εντάσσονται οι «περιπτωσιολογικές υπηρεσίες». Οι υπηρεσίες αυτές χρησιμοποιούνται για διαγνωστικούς λόγους ή για την αξιολόγηση μιας προβληματικής κατάστασης. Λειτουργούν με βάση την αρχή ότι ο εξυπηρετούμενος έχει κάποια ειδική ανάγκη ή κάποιο ατομικό ή οικογενειακό πρόβλημα. Μ' άλλα λόγια, οι περιπτωσιολογικές υπηρεσίες αποσκοπούν στην αποκατάσταση ή στη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, προσφέροντας θεραπεία, συμβουλευτική βοήθεια, αποκατάσταση και κοινωνική προστασία. Μερικές από αυτές τις υπηρεσίες, στοχεύουν στην κοινωνικοποίηση και ανάπτυξη του ατόμου. Περιλαμβάνουν τα εξής προγράμματα:
 - Ø Παιδικούς και βρεφονηπιακούς σταθμούς,

- Ø Κέντρα απασχόλησης και κοινωνικής ψυχαγωγίας,
- Ø Κατασκηνώσεις,
- Ø Οικογενειακό προγραμματισμό,
- Ø Κ.Α.Π.Η. Αυτά, αποτελούν υπηρεσίες για ηλικιωμένους σε τοπικό επίπεδο, που παρέχουν ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. Ο θεσμός των ΚΑΠΗ αποτελεί ένα σύγχρονο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών στους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους ή σαν μέλη της οικογένειας. Γίνονται δεκτοί άνδρες και γυναίκες ηλικίας 60 ετών και άνω, που είναι κάτοικοι του Δήμου στον οποίο λειτουργεί ΚΑΠΗ. Η ίδρυση και η λειτουργία των κέντρων αυτών, αποτελεί το πρώτο θετικό βήμα στον τομέα της κοινωνικής αντιμετώπισης των ηλικιωμένων από την κοινωνία και το κράτος.
- Ø Φαγητό και περιποίηση κατ' οίκον ώστε να παραμείνουν τα άτομα στην οικογένεια και στην κοινότητά τους.

Άλλες προσωπικές υπηρεσίες στοχεύουν κυρίως στην συμβουλευτική βοήθεια και περιλαμβάνουν τις εξής υπηρεσίες και προγράμματα:

- Ø Προγράμματα αναδοχής και υιοθεσίας,
- Ø Επιμέλεια ανηλίκων, ενηλίκων, υπερηλίκων,
- Ø Ομαδική θεραπεία,
- Ø Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα,
- Ø Σχολική κοινωνική εργασία για προβληματικά παιδιά,
- Ø Ιδρύματα κλειστής φροντίδας και αναμορφωτικά καταστήματα ανηλίκων.

2. Στην δεύτερη κατηγορία εντάσσονται τα προγράμματα που λειτουργούν ως υπηρεσίες «κοινής ωφελείας». Οι υπηρεσίες αυτές προορίζονται για να χρησιμοποιούνται από όλο τον πληθυσμό (λ.χ. ταχυδρομείο, ύδρευση, αποχέτευση, πυροσβεστική υπηρεσία).

Παρόμοιες υπηρεσίες κοινωνικής υποδομής είναι τα μουσεία, οι δημόσιες βιβλιοθήκες, τα πάρκα, τα σχολεία, οι παιδικοί σταθμοί. Η χρησιμοποίησή τους από το κοινό δεν συνεπάγεται κοινωνικό στίγμα, οι δε χρήστες αυτών των υπηρεσιών χαρακτηρίζονται ως πολίτες ή καταναλωτές. Οι Δημόσιες υπηρεσίες θεωρούνται συλλογικοί πόροι, τους οποίους οι πολίτες

δικαιωματικά χρησιμοποιούν. Οι κοινωνικές υπηρεσίες αντίθετα, ενώ θεωρούνται συλλογικοί πόροι, χρησιμοποιούνται κυρίως για την κάλυψη αναγκών ατόμων, τα οποία δεν έχουν τη δυνατότητα από μόνα τους να τις καλύψουν (Spicker 1988:75). Σε τελική ανάλυση, ο ορισμός των προσωπικών υπηρεσιών, εξαρτάται από την κρατούσα ιδεολογία και τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες. Η κοινωνία θα πρέπει βέβαια, να διαλέξει τι προτεραιότητα θα δώσει στις κοινωνικές υπηρεσίες, δεδομένου ότι καμιά χώρα δεν έχει τις οικονομικές δυνατότητες να αντιμετωπίσει το σύνολο των αναγκών όλων των ατόμων και των κατοίκων με προβληματικές καταστάσεις από τη μια μέρα ως την άλλη.

Η πείρα των τελευταίων δεκαετιών, τόσο στην Ευρώπη, όσο και στην Αμερική, έδειξε, ότι, όσο βελτιώνεται το επίπεδο των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών, τόσο αυξάνει η ζήτηση και το κόστος. Οι προσδοκίες του κοινού για την παροχή υπηρεσιών αυξάνουν, ενώ ταυτόχρονα, οι διαθέσιμοι πόροι μειώνονται. Συνεπώς το θέμα της χρηματοδότησης των κοινωνικών υπηρεσιών γίνεται όλο και περισσότερο αντικείμενο πολιτικής αντιπαράθεσης, χωρίς να διαφαίνονται πολιτικά αποδεκτές λύσεις.

- Ένα τρίτο σύστημα ταξινόμησης των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών χρησιμοποιεί ως κριτήριο την αποστολή και τους σκοπούς του φορέα-οργάνωσης που παρέχει προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες. Με βάση το κριτήριο αποστολής οι προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες διαχωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Πρωτογενείς και Δευτερογενείς. Στην πρώτη κατηγορία, ανήκουν οι οργανώσεις στις οποίες η παροχή προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών είναι η κυρίαρχη βασική λειτουργία. Τέτοιες οργανώσεις στην Ελλάδα είναι οι Διευθύνσεις Πρόνοιας, το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας, Το Κέντρο Βρεφών «Μητέρα», το Ίδρυμα Κοινωνικής Εργασίας.
- Στην δεύτερη κατηγορία, ανήκουν οι οργανώσεις για τις οποίες η παροχή προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών αποτελεί συμπληρωματική ή δευτερεύουσα λειτουργία. Τέτοια παραδείγματα είναι η κοινωνική υπηρεσία στα Νοσοκομεία, στα Ψυχιατρεία, στις Βιομηχανίες, στα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα, στο Στρατό, στα Σωφρονιστικά καταστήματα. (Σταθόπουλος

Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 266-269).

Από τα παραπάνω στοιχεία συμπεραίνουμε, ότι υπάρχουν κοινωνικές οργανώσεις και προγράμματα, τα οποία αφορούν συγκεκριμένες κατηγορίες πληθυσμού, που τα έχουν ανάγκη. Η προσέγγιση αυτή, ξεκινάει με αφετηρία μια κατηγορία πληθυσμού η οποία θεωρείται ότι χρειάζεται ειδική και προνομιακή μεταχείριση. Δημιουργούνται έτσι προγράμματα, όχι μόνο για ομάδες όπως η νεότητα, αλλά και για την τρίτη ηλικία, ώστε να καλυφθούν οι ειδικές ανάγκες τους.

Κατά κανόνα η χρηματοδότηση γίνεται σε βάρος άλλων ομάδων, μια που σε όλες τις κοινωνίες τα ποσά που διατίθενται για την κοινωνική πρόνοια είναι περιορισμένα. Πίσω από αυτήν την προσέγγιση, βρίσκεται η αντίληψη ότι, αν χρηματοδοτηθούν γενναιόδωρα προγράμματα, τα οποία αποβλέπουν στην αντιμετώπιση προβλημάτων μιας κατηγορίας πληθυσμού, τότε θα επιλυθούν τα προβλήματα με ικανοποιητικό τρόπο. Μ' άλλα λόγια, η προσέγγιση αυτή εκφράζει την αρχή της γενναιόδωρης επιλεκτικότητας για μία κατηγορία του πληθυσμού. (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 270).

Τα κύρια χαρακτηριστικά ενός ολοκληρωμένου συστήματος κοινωνικών υπηρεσιών είναι απαραίτητο να περιορίζονται στην ανταπόκριση αυτών στις ανάγκες του κοινού. Αυτό με άλλα λόγια σημαίνει, ικανότητα για ανταπόκριση των φορέων κοινωνικής πρόνοιας με γραφειοκρατική ευελιξία και προσαρμοστικότητα στις προσδοκίες των ενδιαφερομένων, αλλιώς οι υπηρεσίες μένουν αχρησιμοποίητες, ιδιαίτερα από εκείνους που τις έχουν περισσότερο ανάγκη (π.χ. άτομα τρίτης ηλικίας).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

«Η Τρίτη ηλικία, ως ομάδα που χρήζει της προσοχής των κοινωνικών υπηρεσιών».

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους.

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

- Αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια, επομένως εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς «φιλανθρωπία».
- Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Σεβασμό της ελευθερίας τους, δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό. Αυτοσεβασμό και αυτονομία. Αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων. Όχι στην απομόνωση και στην απόρριψη από την οικογένεια και την κοινότητα.
- Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητά τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειάς τους.
- Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες.
- Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια στην κίνησή τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο.
- Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.

- Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.
- Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα.

Η ιδέα ότι οι υπερήλικες έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη, αλλά δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξ' αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη. Μερικά παραδείγματα: οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες στην κατοικία τους, όπως το βάψιμο και μερικές μικροεπισκευές τις οποίες οι νεότεροι κάνουν μόνοι τους. Πρέπει να πληρώσουν άλλους για να κάνουν αυτές τις δουλειές. Αρκετοί αγρότες δεν μπορούν να ασχοληθούν με τον κήπο τους, να καλλιεργήσουν φρούτα και λαχανικά για αυτοκατάναλωσή τους.

Η περιορισμένη κινητικότητα μερικών καθιστά τη ζωή τους πιο ακριβή: για να μην ζουν κλεισμένοι στο σπίτι τους πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να δαπανούν για ταξί, τηλέφωνο και συγκεντρώσεις φίλων που οργανώνουν στο δικό τους χώρο. Λίγα χρόνια μετά τη συνταξιοδότηση οι ηλικιωμένοι διαπιστώνουν ότι τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά που διαθέτουν χρειάζονται επισκευή ή αλλαγή. Όσοι έχουν χαμηλότερα εισοδήματα θίγονται περισσότερο διότι συνήθως αγοράζουν είδη πιο φθηνά, επομένως χειρότερης ποιότητας. Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν πολλοί συνταξιούχοι, είναι δύσκολο να αποταμιεύουν, ώστε να αγοράζουν νέα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα άτομο και για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί. Τα ψώνια επίσης στοιχίζουν περισσότερο για ένα άτομο που ζει μόνο. Αγοράζει αγαθά σε μικρή ποσότητα, που κοστίζουν ακριβά γιατί δύσκολα βρίσκει, ιδιαίτερα στις υπεραγορές, προϊόντα σε μικρές συσκευασίες. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ. 24-25).

Ικανοποιούνται οι βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων;

Το πρόβλημα που θα μας απασχολήσει εδώ λοιπόν, είναι, αν πραγματικά ικανοποιούνται οι βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων.

Για τους περισσότερους ηλικιωμένους, ικανοποιούνται με κάποιο τρόπο οι ανάγκες διατροφής και στέγασης. Ωστόσο οι βασικές οικονομικές ανάγκες δεν καλύπτονται για ένα μεγάλο μέρος ατόμων μεγάλης ηλικίας, αφού ουσιώδης και μερικές φορές μοναδικός πόρος ζωής των ηλικιωμένων είναι η σύνταξη και οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι και στηρίζονται για την επιβίωσή τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης. Πολλοί ηλικιωμένοι ζουν σε ακατάλληλα για τις ανάγκες τους σπίτια ή διαμερίσματα.

Οι κοινωνικές ανάγκες, οι ανάγκες για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή, συχνά δεν καλύπτονται. Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες, δεν ικανοποιούνται για τους περισσότερους ασθενείς με βαριές χρόνιες ασθένειες που ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις.

Στην Ελλάδα, δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες για κατ' οίκον υπηρεσίες: τα προγράμματα που υπάρχουν είναι πιλοτικά, ή βρίσκονται στα πρώτα βήματά τους. Ο τομέας αυτός σήμερα καλύπτεται μόνο εν μέρει και με πολλές ελλείψεις, από την Τοπική Αυτοδιοίκηση μέσω των Κ.Α.Π.Η., από την εκκλησία και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις. Εξ' άλλου στερούνται σωστής ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης οι ηλικιωμένοι που ζουν σε αγροτικές περιοχές και σε μικρά νησιά. Η ενημέρωση των ηλικιωμένων για θέματα που τους αφορούν είναι ελλιπής έως ανύπαρκτη. Οι ενδιαφερόμενοι συχνά δεν γνωρίζουν τα μέτρα που λαμβάνονται, τις υπηρεσίες υγείας- πρόνοιας και τις διάφορες παροχές που προσφέρουν το Κράτος, η Τοπική Αυτοδιοίκηση και μη Κυβερνητικές οργανώσεις προς τους ηλικιωμένους- αρρώστους και τις οικογένειές τους. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ. 25).

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού που διαρκώς αυξάνει. Ξεκινώντας με αυτήν την διαπίστωση συμπεραίνεται, ότι όσο περισσότερα γίνονται για τους ηλικιωμένους τόσο μεγαλύτερη πληθυσμιακή ομάδα καλύπτεται.

Ενώ η πλειοψηφία των ηλικιωμένων παραμένει σχετικά υγιής κατά τη μεγαλύτερη διάρκεια της ζωής τους, συμβάλλοντας μάλιστα αρκετές φορές ενεργητικά στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή αλλά και στην παραγωγική διαδικασία, τα αυξανόμενα ποσοστά ασθενειών σε μεγάλη ηλικία, οδηγούν σε υψηλότερους βαθμούς αναπηρίας και εξάρτησης και συνακόλουθα στην ανάγκη διαφοροποιημένων ειδών φροντίδας.

Σε μια έρευνα του 1986 για τις συνθήκες υγείας και κοινωνίας ενός δείγματος ηλικιωμένων Ελλήνων άνω των 65 ετών που ζούσαν στην ύπαιθρο, 33,5% έκριναν την υγεία τους «άσχημη» (22,8%=αρκετά κακή και 10,7%=κακή). Η πολύ άσχημη υγεία, συνδέεται συνήθως με την απώλεια ανεξαρτησίας και την ανάγκη φροντίδας και βοήθειας από ένα άλλο πρόσωπο που επωμίζεται σημαντικά καθημερινά καθήκοντα. Παρά το μεγαλύτερό τους γενικά, όριο επιβίωσης, οι γυναίκες, σε όλες τις μεγάλες ηλικίες, χαρακτηρίζουν την υγεία τους χειρότερη σε σχέση με τους άνδρες. Κάτι παρόμοιο επιβεβαιώνεται και στις μελέτες των άλλων ευρωπαϊκών χωρών και επομένως δεν αποτελεί πρωτοτυπία η περίπτωση της Ελλάδας. Όλα αυτά υποδηλώνουν, ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες μπορεί να χρειάζονται περισσότερη φροντίδα και ενίσχυση από ότι οι άνδρες της ίδιας ηλικίας και μάλιστα, επειδή ζουν περισσότερο, έχουν αυτή την ανάγκη για μεγαλύτερο διάστημα.

Η αναπηρία που οδηγεί σε εξάρτηση μπορεί να οφείλεται τόσο σε σωματικούς όσο και σε ψυχικούς παράγοντες. Ενδεχομένως, η πιο δύσκολη περίπτωση παροχής φροντίδας δημιουργείται όταν ένας ηλικιωμένος πάσχει από γεροντική άνοια (σύνδρομο του Alzheimer κ.α.), που διαβρώνει βαθμιαία την αυθεντική προσωπικότητα, οδηγεί σε αλλόκοτη αντικοινωνική και μερικές φορές βίαιη συμπεριφορά, προκαλεί συχνά ακράτεια ούρων και κοπράνων και δημιουργεί μεγάλο άγχος και ένταση στην οικογένειά του. Ενώ η συχνότητα της συγκεκριμένης ασθένειας ποικίλλει ανάμεσα στις διάφορες χώρες, όλες οι πρόσφατες σχετικές μελέτες αναφέρουν μια αύξηση της συχνότητας που συνδέεται με την ηλικία των ασθενών. Από την άλλη πλευρά, ενώ η ασθένεια οδηγεί σε μια αναπόφευκτη μείωση των νοητικών λειτουργιών, η σωματική κατάσταση είναι, σχετικά καλή, ώστε οι ασθενείς μπορεί να ζουν για ένα μεγάλο διάστημα σε κατάσταση πλήρους εξάρτησης, χωρίς να το συναισθάνονται. (Τριανταφύλλου Τζούντιθ και Μεσθεναίου

Ελίζαμπεθ, «Ποιος φροντίζει;», Η οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων ηλικιωμένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, Αθήνα, Δεκέμβριος 1993).

Ο Adler αναφέρει, ότι η πραγματική θέση των ηλικιωμένων στην κοινωνία μας, απειλείται σοβαρά, γιατί η αξία της εργασίας είναι αποφασιστικός παράγοντας για την εκτίμηση της προσωπικότητας. Τα γηρατειά με τις απώλειες που επιφέρουν στο άτομο, μοιάζουν με όλες τις άλλες πράξεις που συντελούν στο να αυτοϋποτιμάται η ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Σιγά- σιγά και στην χώρα μας, ο κοινωνικός ιστός χαλαρώνει. Η οικογενειακή φροντίδα και η άτυπη κοινωνική φροντίδα, μέσω της κοινωνικής αλληλεγγύης συνεχώς μειώνεται, ευτυχώς στη χώρα μας με αργότερους ρυθμούς.

Το γέρασμα στην δική μας κοινωνία, είναι συνώνυμο με το περιπτώ. Δε διαθέτουμε κατάλληλους ρόλους για τους ηλικιωμένους, με αποτέλεσμα να τους αποστερούμε συστηματικά. Αποφεύγουμε να σκεπτόμαστε το γήρας, αισθανόμαστε ότι η πορεία αυτή είναι ανατρέψιμη και αναφερόμαστε σ' αυτό, σαν κάτι παθολογικό. Κάποιος μεγάλος φιλόσοφος είχε αναφερθεί στο θέμα, λέγοντας ότι σ' αυτή τη ζωή από τη στιγμή που θα γεννηθούμε για ένα πράγμα είμαστε σίγουροι, ότι θα πεθάνουμε. Δεν γνωρίζουμε, ούτε πόσο θα ζήσουμε, ούτε πως θα ζήσουμε.

Αυτό το άγχος του θανάτου, δεν αντιτίθεται στην Φροϋδική αντίληψη του ενστίκτου της ζωής, της αυτοσυντήρησης, αλλά έχει να κάνει μάλλον με τον μηχανισμό άμυνας της άρνησης, εθελουφλούμε μπροστά σε μια φυσική κατάληξη κάθε έμβιου όντος, το θάνατο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

«Λόγοι ανόδου αύξησης του μέσου όρου ζωής. Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των ηλικιωμένων».

Η δημογραφική γήρανση, ή γήρανση του πληθυσμού, δηλαδή η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό και η ζωή των ατόμων μεγάλης ηλικίας, έχουν προκαλέσει το ενδιαφέρον των επιστημόνων και της κοινής γνώμης. Τα πρώτα πενήντα χρόνια του αιώνα μας, παρά το γεγονός ότι ο ηλικιωμένος πληθυσμός σχεδόν διπλασιάστηκε σε πολλές χώρες της Ευρώπης, ελάχιστες συζητήσεις είχαν γίνει γι' αυτά τα θέματα. Το ενδιαφέρον άρχισε στις δεκαετίες του 1950 και του 1960, όταν κοινωνιολογικές μελέτες ανέλυσαν τη θέση των ηλικιωμένων στην κοινωνία και την έκταση των οικογενειακών δεσμών και είδαν το φως οι πρώτες δημογραφικές μελέτες που ανέλυαν τη γήρανση του πληθυσμού. Στη δεκαετία του 1970, δόθηκε έμφαση στους υπερήλικες που τους όριζαν ως άτομα άνω των 75 ετών. Στη δεκαετία του 1980, έγιναν οι περισσότερες μελέτες για τη γήρανση του πληθυσμού, τα αίτια και τις επιπτώσεις της. Τότε ιδρύθηκαν ή ενισχύθηκαν τα περισσότερα Ινστιτούτα ή Κέντρα Μελετών στις χώρες της Ευρώπης ή και οι ερευνητικοί φορείς και τα πανεπιστήμια ασχολήθηκαν με θέματα γεροντολογίας και γηριατρικής. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980, η γήρανση του πληθυσμού αποτελούσε θέμα άμεσου ενδιαφέροντος μόνο για τις αναπτυγμένες χώρες, όπου εξαιτίας της μείωσης της γονιμότητας υπήρξε μια σημαντική αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό. Από την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος το 1982, φάνηκε ότι η κατάσταση είχε αλλάξει και ότι η δημογραφική γήρανση αποτελεί γεγονός και στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες.

Το ενδιαφέρον των επιστημόνων, των επαγγελματιών, των πολιτικών και της κοινής γνώμης για τη γήρανση των πληθυσμών και των ατόμων, αποδίδεται στις ακόλουθες αιτίες:

1. Στη μεγάλη αύξηση του αριθμού και της αναλογίας των ηλικιωμένων. Ποτέ άλλοτε στην ιστορία της ανθρωπότητας δεν ήταν τόσο μεγάλος ο αριθμός των ηλικιωμένων και η αναλογία τους στον πληθυσμό.
2. Στις αλλαγές στις δημογραφικές μεταβλητές που σημειώθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες. Οι μεταβολές στην γονιμότητα, αλλά και στην θνησιμότητα, ακόμα και στις μεταναστεύσεις, είχαν ως αποτέλεσμα τη γήρανση του πληθυσμού, ιδιαίτερα του αγροτικού πληθυσμού.
3. Στις αλλαγές στις κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές: η εκβιομηχάνιση και η αστικοποίηση, συνέβαλαν στην επιτάχυνση του ρυθμού γήρανσης.
4. Στα μέτρα που έλαβαν πολλές κυβερνήσεις, τα οποία είχαν ως συνέπεια τη συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας.
5. Στις μεταβολές στη δομή της οικογένειας και στο μέγεθος των νοικοκυριών που είχαν επιπτώσεις στη ζωή των ηλικιωμένων. Τα τελευταία χρόνια περισσότεροι από κάθε άλλη φορά ηλικιωμένοι, αισθάνονται ότι δεν είναι ικανοποιητικά ενσωματωμένοι ή ότι είναι αποκλεισμένοι από την κοινωνία. Η δημιουργία νέου τρόπου ζωής μέσα και έξω από την οικογένεια, το συναίσθημα που προκαλεί το τέλος της επαγγελματικής δραστηριότητας, φέρνουν τα ηλικιωμένα άτομα των αστικών κέντρων στο περιθώριο, δημιουργώντας τους συναίσθημα μοναξιάς και κοινωνικής απόρριψης.

Χωρίς καμιά αμφιβολία, την πρωτοπορία σε θέματα έρευνας, μελετών, δημοσιεύσεων, έχουν οι Η.Π.Α. Η έρευνα στην Ευρώπη, άρχισε καθυστερημένα και δεν έλαβε τόσο μεγάλη έκταση. Έχει όμως και η γηραιά ήπειρος να επιδείξει πολλές σημαντικές μελέτες και έρευνες για τη δημογραφική γήρανση και τα γηρατειά. Παρά το γεγονός ότι η γεροντολογική έρευνα έχει διευρυνθεί σημαντικά, βασικά στοιχεία για τη ζωή των ηλικιωμένων δεν είναι γνωστά σε πολλές χώρες της Ευρώπης, ιδιαίτερα στις λιγότερο αναπτυγμένες. Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι τα υγιή ηλικιωμένα άτομα έχουν αποτελέσει αντικείμενο ερευνών και μελετών λιγότερο συχνά από τα ηλικιωμένα ασθενή άτομα.

Με την πληθυσμιακή και την ατομική γήρανση ασχολούνται διάφορες επιστήμες και ειδικότητες που επιδιώκουν να δώσουν στον άνθρωπο τη δυνατότητα καλής υγείας, ανέσεων και γαλήνης στο τελευταίο στάδιο της ζωής του. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.19-20).

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι πολίτες, έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις που αναφέρονται σε κείμενα του Ο.Η.Ε. της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλων διεθνών οργανισμών, οργανώσεων ηλικιωμένων και στη νομοθεσία κάθε χώρας. Από όλα τα κείμενα προκύπτει, ότι οι ηλικιωμένοι δεν διαφέρουν από τους άλλους πολίτες και ότι ακόμα οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι μπορούν να εξακολουθήσουν να ασκούν τα δικαιώματά τους και τις ελευθερίες τους ως πολίτες. Τα περισσότερα κείμενα περιέχουν αμέσως ή εμμέσως την αρχή της μη διάκρισης λόγω ηλικίας και της κοινωνικής συμμετοχής όλων, περιλαμβανομένων και των ηλικιωμένων. Η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (άρθρο 25 παρ.1), διακηρύσσει μεταξύ άλλων ότι καθένας έχει το δικαίωμα ασφάλισης γήρατος. Τα άρθρα 48 και 52 της Συνθήκης της Ε.Ο.Κ. που παρέχουν ελευθερία κίνησης για τους εργαζόμενους και τους αυτοαπασχολούμενους, συνεπάγονται το δικαίωμα διαμονής στις χώρες μέλη, στις οποίες εξακολουθούν την επαγγελματική τους δραστηριότητα: το δικαίωμα της διαμονής πρέπει να χορηγείται και σε όσους έχουν παύσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Ο Κοινωνικός Χάρτης αφορά τα δικαιώματα των ατόμων σε μια κοινωνία όλων των ηλικιών επομένως και των ηλικιωμένων για θέματα σχετικά με την υγεία, τις συντάξεις, την κατοικία, τις υπηρεσίες, την οικογένεια, την εκπαίδευση, τα Μ.Μ.Ε., την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση, την παραγωγικότητα. Στις παραγράφους 24 και 25, αναφέρει, ότι κάθε άτομο που φτάνει στη συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που να του/ της επιτρέπει ένα λογικό βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και δεν διαθέτει άλλα μέσα, πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογο με τις ανάγκες του. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθέτησε κείμενο για την αρχή της ίσης αμοιβής άσχετα από φυλή, φύλο, ηλικία, αναπηρία, ή θρησκεία. Σύσταση του Συμβουλίου της ΕΕ αναφέρεται σε «επαρκείς πόρους και παροχές ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής ανθρώπινη διαβίωση». Κύριο αίτημα είναι να καθιερωθεί σε όλα τα κράτη μέλη ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα και να προχωρήσει μια πολυδιάστατη στρατηγική καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού. Η αρνητική αντιμετώπιση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και οι δυσκολίες που έχουν στην εξεύρεση εργασίας, είναι ένα

σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ευρώπη σήμερα. Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας, έχει αναλάβει τη διεξαγωγή μελέτης, με σκοπό την εξεύρεση θετικών ενεργειών από τους εργοδότες, ώστε να βοηθήσουν τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας να παραμείνουν ενεργοί και δραστήριοι στις θέσεις εργασίες τους, αν το επιθυμούν.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος αναφέρεται εκτός από τα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων. Τα δικαιώματα προσδιορίζονται με τις έννοιες της ανεξαρτησίας, συμμετοχής, περίθαλψης, ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και αξιοπρέπειας. Δίνεται έμφαση στο εισόδημα, την απασχόληση, την πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην παραμονή στο σπίτι τους, στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία και τη διαδικασία ανάπτυξης της χώρας τους κλπ.

Όσον αφορά τις υποχρεώσεις- ευθύνες των ηλικιωμένων όσο το επιτρέπει η υγεία τους και η προσωπική τους κατάσταση, είναι:

1. Να παραμείνουν ενεργοί, ικανοί, να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι χρήσιμοι.
2. Να εφαρμόζουν σωστές αρχές σωματικής και πνευματικής υγείας στη ζωή τους.
3. Να επωφελούνται από την εκπαίδευση και την ειδίκευση.
4. Να προγραμματίζουν και να ετοιμάζονται για τα γηρατειά και τη συνταξιοδότηση.
5. Να ενημερώνουν τις γνώσεις τους και τις ειδικότητές τους, ώστε να έχουν δυνατότητα απασχόλησης.
6. Να είναι ευέλικτοι, μαζί με τα άλλα μέλη της οικογένειας και να προσαρμόζονται στις σχέσεις που αλλάζουν.
7. Να μοιράζονται γνώσεις, ειδικότητες, εμπειρία και αξίες με τις νεότερες γενιές.
8. Να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας.
9. Να αναζητούν και να αναπτύσσουν νέες υπηρεσίες στην κοινότητα.
10. Να αποφασίζουν για την περίθαλψή τους την οποία γνωρίζει ο γιατρός τους και η οικογένεια.

Τα δικαιώματα των εξαρτημένων ηλικιωμένων

Από το Ινστιτούτο Γεροντολογίας της Γαλλίας, έχει προταθεί ένας Χάρτης, που έχει ως στόχο τη διατήρηση των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των εξαρτημένων ηλικιωμένων που ορίζει: την ελευθερία επιλογής και του τρόπου ζωής, τον τρόπο ζωής που πρέπει να είναι προσαρμοσμένος στις ανάγκες του, τη διατήρηση των οικογενειακών σχέσεων και των φίλων, τη δυνατότητα διατήρησης της ελευθερίας επικοινωνίας, μετακινήσεων και συμμετοχής στην κοινωνική ζωή, την ενθάρρυνση της διατήρησης των δραστηριοτήτων του, τη δυνατότητα άσκησης θρησκείας της επιλογής του, την πρόληψη της εξάρτησης, το δικαίωμα στην περίθαλψη που του χρειάζεται, την ειδίκευση των ατόμων που ασχολούνται με τον ηλικιωμένο εξαρτημένο, την περίθαλψη και βοήθεια στο άτομο που πεθαίνει. Ο κίνδυνος καταχρηστικής θεραπευτικής άρνησης σε άτομο που έχει προσβληθεί σοβαρά αλλά μπορεί να θεραπευθεί, αποτελεί κίνδυνο εξ ίσου απαράδεκτο με εκείνο της αδικαιολόγητης επιμονής για θεραπεία. Ο Χάρτης θεωρεί επίσης, ότι η διεπιστημονική έρευνα για τη γήρανση και την εξάρτηση αποτελεί προτεραιότητα και ότι το σύνολο του πληθυσμού πρέπει να έχει πληροφόρηση για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα εξαρτημένα άτομα.

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ασθενών και εξαρτημένων στην Ελλάδα

Η ισχύουσα νομοθεσία, δηλαδή το Ποινικό και Αστικό Δίκαιο, καθώς και η σχετική νομολογία, καλύπτουν τα ατομικά δικαιώματα του πολίτη σε περίπτωση ασθένειας. Τα δικαιώματα όλων των ασθενών είναι: η ενημέρωση για την πραγματική κατάσταση της υγείας τους για την ιατρική διάγνωση και θεραπεία, η συμμετοχή στο σχεδιασμό της θεραπείας και της φροντίδας, η άρνηση του ηλικιωμένου για συμμετοχή σε πειραματική έρευνα, το δικαίωμα να μην υποβάλλεται σε χειρουργικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις χωρίς πλήρη ενημέρωση για τους κινδύνους που διατρέχει και χωρίς την έγγραφη συγκατάθεσή του που μπορεί ανά πάσα στιγμή να ανακαλέσει, η προσωπική ρύθμιση οικονομικών υποθέσεων, η τήρηση του ιατρικού και νοσηλευτικού απορρήτου.

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων σε ίδρυμα

Ο σεβασμός των δικαιωμάτων και των ελευθεριών των ηλικιωμένων εξαρτημένων ατόμων, η αναγνώριση της αξίας τους και η προστασία της αξιοπρέπειάς τους αφορά όλα τα μέρη που ζουν: σε ξενοδοχεία ηλικιωμένων, σε οίκους ευγηρίας, κατοικίες, νοσοκομεία, νοσοκομεία χρονίως πασχόντων. Κανείς δεν μπορεί να γίνει δεκτός σε ίδρυμα χωρίς προηγούμενο διάλογο και χωρίς τη συναίνεσή του. Ο τρόφιμος πρέπει να εκφράζει τις επιλογές του και τις επιθυμίες του. Το ίδρυμα πρέπει να διαθέτει ένα προσωπικό χώρο, να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του, να ικανοποιεί τις επιθυμίες του, να ενθαρρύνει τις πρωτοβουλίες, να ευνοεί τις ατομικές δραστηριότητες και να αναπτύσσει συλλογικές δραστηριότητες μέσα και έξω από το ίδρυμα. Πρέπει επίσης να εξασφαλίζει νοσηλευτική και ιατρική περίθαλψη προσαρμοσμένη στην κατάσταση υγείας του τροφίμου και σε περίπτωση ανάγκης, περίθαλψη εκτός ιδρύματος. Το ίδρυμα να δέχεται την οικογένεια, τους φίλους και τους εθελοντές και να τους ενθαρρύνει να συμμετέχουν στις δραστηριότητές του. Μετά από μια προσωρινή απουσία (νοσοκομειακή περίθαλψη, διακοπές, κλπ) ο τρόφιμος ξαναβρίσκει τη θέση του. Κάθε τρόφιμος πρέπει να διαθέτει προσωπικούς πόρους και να χρησιμοποιεί ελεύθερα το διαθέσιμο τμήμα του εισοδήματός του. Έχει το δικαίωμα ελεύθερης έκφρασης παραπόνων και προτάσεων για αλλαγή στην παρεχόμενη φροντίδα του, προστασίας από σωματική και ψυχική κακοποίηση, ελευθερίας από σωματικό ή άλλο περιορισμό. Τέλος, έχει τη δυνατότητα επιλογής και χρήσης ενδυμασίας και προσωπικών αντικειμένων, αποδοχής ή μη αποδοχής ορισμένων προσφερομένων υπηρεσιών και το δικαίωμα της ομιλίας. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.29-31).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

«Η αντιμετώπιση των ηλικιωμένων από το οικογενειακό και οικείο περιβάλλον τους. Η κατ' επέκταση ανάγκη συμπαράστασης και προστασίας, εκ μέρους των κοινωνικών υπηρεσιών».

Η οικογένεια, είναι ο χώρος όπου οι σχέσεις είναι έντονες και πλούσιες και το καλύτερο περιβάλλον για την ανατροφή των παιδιών και την παροχή φροντίδας προς τα ηλικιωμένα, ανάπηρα ή άρρωστα άτομα. Οι έρευνες δείχνουν, ότι η οικογένεια θεωρείται πρώτη κοινωνική αξία. Οικογένεια, είναι ο/ η σύζυγος, τα παιδιά, τα αδέρφια, οι γονείς, άλλοι συγγενείς. Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αύξηση των οικογενειών των 3,4 ή 5 γενεών στις αναπτυγμένες χώρες, ενώ στις λιγότερο αναπτυγμένες, αυξάνεται ο αριθμός των γενεών της ίδιας οικογένειας που επιβιώνουν.

Οι ηλικιωμένοι 65+ αποτελούν ανομοιογενή ομάδα από την άποψη της οικογενειακής κατάστασης, της συγκατοίκησης, της απόστασης που χωρίζει τους γονείς από τα παιδιά τους. Οι εύποροι ηλικιωμένοι αποτελούν μια προνομιούχο ομάδα που συχνά παίζει το ρόλο του αρχηγού στις οικογένειές τους. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.281).

Η οικογένεια, αποτελεί έναν από τους βασικούς φορείς πρόνοιας των ηλικιωμένων: παρέχει φροντίδα και οικονομική βοήθεια σε ηλικιωμένους γονείς και συγγενείς που έχουν ανάγκη. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν χρειάζονται βοήθεια για την καθημερινή τους επιβίωση και είναι ικανοί να ρυθμίσουν τις υποθέσεις τους. Επομένως για τον υγιή, τον αυτοεξυπηρετούμενο ηλικιωμένο, δεν τίθεται θέμα σημαντικής βοήθειας ή συστηματικής παρακολούθησης.

Τα προβλήματα των ηλικιωμένων (στέγασση, συντήρηση, υγεία, ελεύθερος χρόνος κλπ.), απασχολούν τα παιδιά τους ιδιαίτερα όταν οι γονείς είναι χήροι ή χωρισμένοι. Τα παιδιά αναγνωρίζουν την προσφορά των γονιών τους και αισθάνονται σεβασμό και εκτίμηση γι' αυτούς. Η οικογένεια προσφέρει βοήθεια που αφορά την υγεία των ηλικιωμένων γονέων ή άλλων συγγενών π.χ. στις αστικές περιοχές τα παιδιά, όταν

χρειάζεται, κανονίζουν να μπουν οι ηλικιωμένοι σε νοσοκομεία. Στις αγροτικές περιοχές φροντίζουν να μεταφέρουν τους ηλικιωμένους ασθενείς στις αστικές περιοχές για να θεραπευθούν. Ο ρόλος της οικογένειας είναι σημαντικός για τους ηλικιωμένους ασθενείς, αναπήρους ή κατάκοιτους οι οποίοι στηρίζονται στη βοήθειά της και προκαλούν μεγάλη συναισθηματική και οικονομική επιβάρυνσή της. Οι περισσότεροι ανάπηροι και κατάκοιτοι ηλικιωμένοι ζουν είτε με συγγενείς και φίλους είτε μόνοι και ελάχιστους φροντίζουν τα δημόσια και ιδιωτικά ιδρύματα.

Οι έρευνες στην Ελλάδα στις αστικές περιοχές, έδειξαν ότι ακόμα και οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι δεν είναι απομονωμένοι. Για τους περισσότερους υπάρχει αμοιβαία βοήθεια ανάμεσα στις γενεές της ίδιας οικογένειας. Οι νέοι προσφέρουν βοήθεια κάνοντας ψώνια, μαγείρεμα, καθάρισμα και φροντίζοντας τους ασθενείς και ανάπηρους. Στις αγροτικές περιοχές, πολλοί ηλικιωμένοι χωρίς παιδιά ή με παιδιά που μετακινήθηκαν στις πόλεις, συνδέονται με ένα άτυπο σύστημα υποστήριξης που αποτελείται από συγγενείς, γείτονες και φίλους οι οποίοι παρέχουν κοινωνική επαφή και ποικίλη βοήθεια συχνά αναγκαία για τη στήριξη της αυτονομίας τους. Οι νεότεροι σέβονται τους ηλικιωμένους και τους αναγνωρίζουν ορισμένους ρόλους.

Οι Ελληνικές έρευνες καταλήγουν στα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό λαμβάνει βοήθεια είτε για να αντιμετωπίσει τις καθημερινές ανάγκες π.χ. τους χαμηλοσυνταξιούχους χωρίς άλλα εισοδήματα βοηθούν συχνά τα παιδιά τους, αφού με τις ανεπαρκείς συντάξεις δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες τους. Επίσης τους βοηθούν οικονομικά σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης π.χ αντιμετώπιση μιας αρρώστιας.
- Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι που λαμβάνουν χρηματική βοήθεια ανήκουν στις κατώτερες εισοδηματικές τάξεις.
- Περισσότερες γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες χρειάζονται βοήθεια.
- Η μη οικονομική βοήθεια αφορά το νοικοκυριό των ηλικιωμένων- μαγείρεμα, ψώνια, δουλειές σπιτιού. Κυρίως οι σύζυγοι και τα παιδιά φροντίζουν τους ηλικιωμένους. Κάποιο ρόλο παίζει και η αμειβόμενη οικιακή βοήθεια.
- Σημαντικός είναι ο ρόλος των γειτόνων.
- Τα παιδιά και τα εγγόνια παρέχουν συντροφιά, μικροεξυπηρετήσεις, οικιακή βοήθεια. Στα μεγάλα αστικά κέντρα, 3 φορές περισσότεροι νέοι κάνουν τα

ψώνια στους ηλικιωμένους. Αυτό αντικατοπτρίζει τη δυσκολία που έχουν οι ηλικιωμένοι για τέτοιου είδους δραστηριότητα στη μεγαλούπολη. Επίσης, όσο μεγαλύτερος είναι ο οικισμός, τόσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός της οικιακής βοήθειας που προσφέρουν οι νέοι. Οι νέες γυναίκες βοηθούν περισσότερο από τους νέους στον τομέα της οικιακής βοήθειας. Ο βαθμός αλληλοβοήθειας και αλληλοεξυπηρέτησης είναι αισθητά σημαντικότερος όταν οι ηλικιωμένοι ζουν με τα παιδιά και τα εγγόνια τους, παρά όταν ζουν μόνοι.

Οι ηλικιωμένοι του μέλλοντος μπορεί να είναι διαφορετικοί από τους σημερινούς, όπως και οι ηλικιωμένοι του σήμερα είναι διαφορετικοί από τους ηλικιωμένους του παρελθόντος. Ο αριθμός των παιδιών μειώνεται, η επιβίωση των ηλικιωμένων αυξάνεται, ενώ η ικανότητα της οικογένειας για παροχή φροντίδας αποδυναμώνεται. Και η οικογένεια στο μέλλον θα είναι διαφορετική αν συνεχιστούν οι τάσεις αύξησης των διαζυγίων και των μονογονεϊκών οικογενειών και μείωσης της διάρκειας του γάμου. Υπάρχουν ενδείξεις, ότι τα παιδιά διαζευγμένων γονιών προσφέρουν μικρότερη βοήθεια στους ηλικιωμένους συγγενείς σε σύγκριση με τα παιδιά των σταθερών γάμων και οι πιθανότητες να έχουν επαφή με τους ηλικιωμένους συγγενείς είναι πολύ μικρότερες. Αλλά και τα παιδιά των ηλικιωμένων θα είναι για διάφορους λόγους π.χ. μετανάστευση, απασχόληση κλπ λιγότερο διαθέσιμα. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.294-297).

Υπάρχουν λοιπόν οικογένειες που δεν είναι διαθέσιμες, ή δεν επιθυμούν να παρέχουν περίθαλψη σε ασθενείς ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι τους, αυτοεγκαταλείπονται. Εξάλλου, εκτός των παραπάνω στοιχείων, αιτία σοβαρή που αναγκάζει την είσοδο ηλικιωμένων σε ίδρυμα, αποτελεί κυρίως η κατάσταση της υγείας. Οι άρρωστοι, ανάπηροι ή ευάλωτοι ηλικιωμένοι που δεν παρουσιάζουν δυνατότητες οργανικής ή διανοητικής βελτίωσης και έχουν ανάγκη προσωρινής ή οριστικής περίθαλψης 24 ώρες το 24ωρο, δηλαδή όσοι πάσχουν από νευροφυτικές διαταραχές, διανοητικές διαταραχές κλπ. διαταράσσουν κάθε ομαλή οικογενειακή ζωή. Πολλοί ενοχλούν τη νύχτα και δεν αφήνουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να κοιμηθούν ή εξαφανίζονται όταν βγαίνουν έξω από το σπίτι.

Μερικοί συγγενείς δεν δέχονται τον ασθενή στο σπίτι μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Τελικά, η κινητικότητα και η άνοια, καθορίζουν αν ένα ηλικιωμένο άτομο

μπορεί να παραμείνει σπίτι του. Χωρίς αμφιβολία υπάρχουν ασθένειες που δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν σωστά στο σπίτι.

Επιπρόσθετα, οι οικονομικές δυσχέρειες, η φτώχεια, δεν επιτρέπουν την αυτόνομη διαβίωση σε ιδιωτικές κατοικίες, ιδιαίτερα όταν τα άτομα είναι ενοικιαστές της κατοικίας τους. Όλα τα σπίτια, δεν είναι κατάλληλα για τη διατήρηση ενός ευάλωτου ηλικιωμένου. Οι οικονομικές δυσχέρειες γίνονται ιδιαίτερα αισθητές σε άτομα, που στηρίζονται μόνο στη σύνταξη και λιγότερο σε άτομα που ήταν προηγουμένως ελεύθεροι επαγγελματίες. Το κόστος διατήρησης στο σπίτι είναι υψηλό και περιλαμβάνει εκτός από τις αμειβόμενες υπηρεσίες, εκείνες που προσφέρονται από την οικογένεια και τους φίλους και τις εξωτερικές κοινοτικές υπηρεσίες.

Επιπλέον, λόγοι ιδιαίτεροι που προδιαθέτουν την είσοδο σε ίδρυμα, είναι η έλλειψη υπηρεσιών κατ' οίκον, καθώς και ο εγωκεντρισμός του σύγχρονου ανθρώπου. Ορισμένα άτομα της οικογένειας προβάλλουν σαν δικαιολογία ότι δεν αντέχουν να βλέπουν την κατάρρευση του ηλικιωμένου συγγενή μέσα στο σπίτι τους, ή να τον επισκέπτονται καθημερινά στο σπίτι του.

Στην Ελλάδα, οι μελέτες δείχνουν ότι η πλειονότητα των ηλικιωμένων ζουν στα σπίτια τους με την οικογένειά τους ή μόνοι. Ο μεγαλύτερος αριθμός των ηλικιωμένων με εγκεφαλική ανεπάρκεια παραμένει για καιρό στο σπίτι. Ωστόσο, επειδή οι χρόνιες συγχυτικές καταστάσεις καταστρέφουν την ικανότητα του αρρώστου να ζήσει ανεξάρτητη ζωή μέσα στην οικογένεια, όταν η συμπεριφορά γίνει ανυπόφορη- διεγέρσεις, αύπνιες, πρόκληση ατυχημάτων- οι συγγενείς αναγκάζονται να τους περιορίσουν σε ειδικά ιδρύματα, σε ψυχιατρεία ή σε ιδρύματα για χρονίως πάσχοντες. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.443-444).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

«Οι ειδικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους, τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα».

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 (ή 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 .

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 .

Ιστορική αναδρομή

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 αβιάδες 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 19^ο αιώνα, η Ευρωπαϊκή κοινωνία δεν είχε σε εκτίμηση το ιατρικό επάγγελμα στο σύνολό 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 κοινωνικές 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 άνηθαν στην αυγή του 20^{ου} αιώνα. Τέτοιοι οργανισμοί δημιούργησαν Υπηρεσίες Επισκεπτριών Νοσηλευτριών για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα κακής

διατροφής και μεταδοτικών ασθενειών που αντιμετώπιζαν οι Ηνωμένες Πολιτείες την εποχή εκείνη. Κύριο μέλημά 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 1940 και 1950, οι γιατροί 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 που 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 (Freeman, 1995).

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

Το 1979, η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, σε συνεργασία με τον Όμιλο Εθελοντών, δημιούργησαν ένα Πειραματικό Κέντρο Ανοικτής (εξωιδρυματικής) Προστασίας Ηλικιωμένων, που λειτούργησε με τον τίτλο «η γωνιά του παππού και της γιαγιάς». Μέχρι το τέλος του 1981, λειτούργησαν 8 ΚΑΠΗ με φορείς εθελοντικές οργανώσεις τον ΕΕΣ και τη ΧΕΝ. Τα ΚΑΠΗ θεσμοθετήθηκαν το 1980 και το 1989, η αρμοδιότητα διοίκησης και λειτουργίας τους

περιήλθε στην τοπική αυτοδιοίκηση. Το 1998 λειτουργούσαν 195 σε όλη την Ελλάδα. Διοικούνται από 7μελές διοικητικό Συμβούλιο, του οποίου πρόεδρος είναι ο Δήμαρχος ή ο αντιδήμαρχος. Το προσωπικό συνίσταται από ιατρό με μερική απασχόληση, κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτρια αδελφή ή νοσοκόμα τριετούς φοίτησης, φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, οικογενειακή βοηθό.

Ο θεσμός εξελίχθηκε σταδιακά μέσω των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης, αναπτύχθηκε και διευρύνθηκε σε όλη τη χώρα όπου φθάνει μέχρι σήμερα να λειτουργούν περισσότερα από 900 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.

Αρνητικό είναι ότι μετά από 20 χρόνια λειτουργίας τους ακόμα δεν υπάρχει μια τυπική δικτύωση μεταξύ τους.

Αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία στην έννοια της ανοιχτής 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.

Σκοποί, στόχοι και υπηρεσίες που προσφέρουν τα ΚΑΠΗ.

Σύμφωνα με τον Οργανισμό των ΚΑΠΗ σκοπός είναι η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Πρωτογενής πρόληψη (προγραμματισμός και υλοποίηση)

Ενημέρωση σε θέματα υγείας (κάπνισμα, διατροφή, καρδιοπάθειες, σακχαρώδη διαβήτη κλπ).

Δημιουργία ομάδων από μέλη του ΚΑΠΗ που έχουν το ίδιο πρόβλημα υγείας (Σακχαροδιαβητικοί, υπέρτασικοί, καρδιοπαθείς, άτομα με αυξημένη χοληστερίνη και τριγλυκερίδια).

Συνεχή παρακολούθηση και ενημέρωση.

Διανομή διαιτολογίων ανάλογων με τις παθήσεις.

Προσωπική επαφή και συζήτηση με μικρές ομάδες μελών, με σκοπό την από κοινού ανεύρεση λύσεων ανάλογα με την πάθηση.

Επισκέψεις στο σπίτι για:

- Ψυχολογική υποστήριξη
- Καταγραφή προβλημάτων
- Διαμόρφωση χώρου έτσι ώστε να διευκολύνονται τα ηλικιωμένα άτομα στις μετακινήσεις τους.

Δευτερογενής πρόληψη (Μόνο προγραμματισμός)

Προληπτικές εξετάσεις :

Ακτινολογικό έλεγχο

Καρδιολογικό έλεγχο

Βιοχημικό έλεγχο

Οφθαλμολογικό έλεγχο

Οδοντιατρικό έλεγχο

Τεστ Παπανικολάου - ψηλάφηση μαστού

Έλεγχο αρτηριακής πίεσης

Έλεγχο βάρους

Το βασικό νομοθέτημα το οποίο διέπει τη σύσταση των ΚΑΠΗ είναι το Ν.Δ. 162/1974, «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων» (ΦΕΚ Α' 227). Στο πρώτο άρθρο του Ν.Δ. αναγνωρίζεται η αρμοδιότητα του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών όσον αφορά στην προστασία των υπερηλίκων. Για το σκοπό αυτό, μεταξύ άλλων μέτρων, στο άρθρο τρία του Ν.Δ. παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης Κέντρων Προστασίας Γήρατος, τα οποία θα παρέχουν εξωιδρυματική φροντίδα, ψυχαγωγία και απασχόληση των υπερηλίκων ατόμων.

Τα παραπάνω Κέντρα συνιστώνται με Προεδρικά Διατάγματα, ως ΝΠΔΔ υπαγόμενα στην αρμοδιότητα και την άμεση εποπτεία του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών. Η σύσταση, η λειτουργία, η διοίκηση, η στελέχωση και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών των ΚΑΠΗ ρυθμίζονται με το Ν.Δ. 162/73, όπως συμπληρώθηκε από το Π.Δ. 631/74. Με το Ν.1416/84, για την ενίσχυση της αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, το κράτος μεταβίβασε στην τοπική αυτοδιοίκηση την ευθύνη για την ανάπτυξη του θεσμού των ΚΑΠΗ. Σύμφωνα με το

νόμο προβλέπεται η ετήσια επιχορήγηση, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, των δήμων και των κοινοτήτων, καθώς και των ΚΑΠΗ των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, για σκοπούς και δραστηριότητες αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ. 329/89, για κάθε ΚΑΠΗ γίνεται σύσταση Οργανισμού Λειτουργίας, Διοίκησης και Διαχείρισης. Με βάση τον Οργανισμό, σκοπός των ΚΑΠΗ είναι:

- Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Η έρευνα σχετικών θεμάτων με τους ηλικιωμένους.

Μέλη του ΚΑΠΗ εγγράφονται άντρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας του Κέντρου, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση. Τα ενεργά μέλη του ΚΑΠΗ δεν μπορεί να είναι λιγότερα από 50 και περισσότερα από 300. Για την εγγραφή τους τα μέλη πληρώνουν μια συμβολική συνδρομή ανάλογα με τις οικονομικές τους δυνατότητες. Ανάλογη είναι και η οικονομική συμμετοχή στις διάφορες εκδηλώσεις του ΚΑΠΗ.

Οι βασικές υπηρεσίες τις οποίες παρέχει το ΚΑΠΗ είναι: (α) η οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση, (β) η παροχή οδηγιών για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, (γ) η προσφορά κοινωνικής εργασίας στους ηλικιωμένους και στο άμεσο περιβάλλον τους, (δ) η παροχή υπηρεσιών φυσιοθεραπείας και εργοθεραπείας, (ε) η βοήθεια στο σπίτι στις περιπτώσεις αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησης, (στ) η συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις και (ζ) εντευκτήριο.

Το ΚΑΠΗ διοικείται από επταμελές συμβούλιο, το οποίο απαρτίζουν:

- Ο Δήμαρχος ή ο Αντιδήμαρχος που ορίζει ο Δήμαρχος, ως Πρόεδρος.
- Ένας Δημοτικός Σύμβουλος, που ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.

- Ένα αιρετό μέλος του ΚΑΠΗ, που εκλέγεται μεταξύ των μελών του, από τους ίδιους τους ηλικιωμένους.
- Ένας Κοινωνικός Λειτουργός, υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που ορίζεται από το Υπουργείο.
- Ένας Δημότης που προτείνει ο Δήμαρχος, ανάμεσα σε άτομα που ασχολούνται με ανθρωπιστικά επαγγέλματα και ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
- Ένας αιρετός εκπρόσωπος των εργαζομένων στο ΚΑΠΗ.
- Ένας εκπρόσωπος των Τοπικών Συλλόγων των Συνταξιούχων.

Για την εκπλήρωση του έργου τους, τα ΚΑΠΗ στελεχώνονται με: (α) κοινωνικό λειτουργό, (β) φυσικοθεραπευτή, (γ) εργοθεραπευτή, (δ) ιατρό φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης ή γηρίατρο, (ε) αδελφή επισκέπτρια και (στ) οικογενειακή βοηθό. Η γραμματειακή και διοικητική υποστήριξη του ΚΑΠΗ ανατίθεται σε δημοτικό ή κοινοτικό υπάλληλο, με βάση το άρθρο 109 του Ν.1188/81 και σε μέλη του Κέντρου. Εφόσον οι ανάγκες το απαιτούν, για κάθε μία από τις παραπάνω ειδικότητες μπορεί να προσληφθεί και δεύτερο άτομο.

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ άρχισε να λειτουργεί το 1979 όταν στήθηκε πειραματικά το πρώτο Κέντρο, ενώ στη συνέχεια λειτούργησαν οχτώ Κέντρα με φορείς εθελοντικές οργανώσεις. Σήμερα, στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης, λειτουργούν περισσότερα από 300 ΚΑΠΗ σε όλη την Ελλάδα.

Ειδικότερα, ο παραδοσιακός στόχος «παροχής βοήθειας», παραχωρεί τη θέση του στην αναζήτηση κάθε μέσου που οδηγεί στην «ένταξη» στην κοινότητα.

- Κοινωνική συμμετοχή. Οι φροντισμένες αίθουσες των ΚΑΠΗ, το γεγονός ότι Πρόεδρος είναι ο Δήμαρχος και η συμμετοχή των μελών δημιουργούν ισχυρά κίνητρα και επιτυγχάνουν την κοινωνική συμμετοχή με αποτέλεσμα την προσέλευση ηλικιωμένων που δεν προέρχονται πια, όπως άλλοτε, μόνο από τις χαμηλές εισοδηματικές τάξεις. Δεν πρόκειται για κοινωνική προστασία στον άπορο ηλικιωμένο, αλλά επιδιώκεται χωρίς διάκριση κοινωνικών τάξεων μια από κοινού αντιμετώπιση των ιδιαίτερων καταστάσεων και προβλημάτων με

πρωταρχικό στόχο το πρόβλημα της μοναξιάς. Στο εντευκτήριο όπου λειτουργεί καντίνα, βρίσκουν συντροφιά τα μέλη. Θετική συμβολή στην κοινωνική συμμετοχή αποτελούν επίσης οι εκδρομές, συνεστιάσεις, επισκέψεις μουσείων, θεάτρων κ.α. Όλη η ομάδα έχει σκοπό να βοηθήσει τον ηλικιωμένο να μην αισθάνεται μοναξιά, δίνοντάς του ευκαιρίες συζήτησης, επικοινωνίας, ανάπτυξης ενδιαφερόντων και το αίσθημα ότι είναι χρήσιμος και αναγκαίος στην οικογένειά του και στην κοινωνία.

- Προληπτική Ιατρική. Η ιατρική πρόληψη στα ΚΑΠΗ, διακρίνεται σε πρωτογενή (εμβολιασμοί, τεστ Παπανικολάου, ακτινογραφίες θώρακος, συμβουλές για σωστή διατροφή και για την πρόληψη ατυχημάτων) και δευτερογενή (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια πολλές φορές θεραπεία). Προσφέρεται φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, κοινωνική εργασία. Διενεργούνται αιματολογικές εξετάσεις π.χ. καμπύλη σακχάρου, χοληστερίνη, ουρία κλπ. καρδιολογικές με ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφίες θώρακα, κυτταρολογικές εξετάσεις και μαστογραφία στη γυναίκα, εξετάσεις προστάτη στον άνδρα κλπ. Από το 1987, τα ΚΑΠΗ διασυνδέθηκαν με τις μονάδες υγείας του ΙΚΑ για την κάλυψη των αναγκών των μελών τους, ανεξάρτητα ασφαλιστικών φορέων του κάθε μέλους και παραπομπή όταν χρειάζεται σε γιατρούς ειδικοτήτων των ασφαλιστικών τους φορέων. Τα περισσότερα ΚΑΠΗ δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στα μοναχικά άτομα, π.χ. όταν αργούν να έλθουν στα ΚΑΠΗ μαθαίνουν τι τους συμβαίνει, φροντίζουν πίσω από την πόρτα της κρεβατοκάμαράς τους να γράφονται τα φάρμακα που παίρνουν.
- Ενεργοποίηση. Η κοινωνική λειτουργός σε συνεργασία με τον εργοθεραπευτή διακρίνει τις ικανότητες των ηλικιωμένων, τα μικρά τους ταλέντα και υποκινεί κάθε δυνατότητα δημιουργίας, ομάδων αυτενέργειας, που συγκροτούνται ανάλογα με τα ενδιαφέροντά τους. Ενδεικτικά αναφέρονται μερικές: θεάτρου με συμμετοχή άλλων ηλικιών, χορωδιών, παραδοσιακών χωρών, γυμναστικής, δημοσιογραφίας κλπ. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.432-433).

Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Η ανοικτή φροντίδα στην χώρα μας παρέχεται κυρίως στο πλαίσιο του δικτύου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με την εφαρμογή των Προγραμμάτων «Βοήθειας 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 .

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» αποτελούν λοιπόν κατεξοχήν δομές ανοιχτής 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)² . Με την ανοικτή φροντίδα , όχι μόνο αντιμετωπίζονται οι ανάγκες των πολιτών αλλά και προλαμβάνονται φαινόμενα που είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε αποκλεισμό κοινωνικό και οικονομικό .

Οι βασικές αρχές των προγραμμάτων αυτών είναι ότι :

∅ η φροντίδα στο σπίτι αποτελεί δικαίωμα του πολίτη . Μέσω αυτής εξασφαλίζεται η παραμονή του στο φυσικό του περιβάλλον , 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 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 πρόνοιας , 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 .

Με υπουργική απόφαση 8084/20-2-2003 αναγορεύθηκαν οι δήμοι ως δικαιούχοι φορείς για την πρόσληψη του αναγκαίου εξειδικευμένου προσωπικού για την 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», δημοσιεύθηκε στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως στις 13-12-2004 με αριθμό ΦΕΚ 1845/Β και πρόκειται για την Κοινή Υπουργική Απόφαση τεσσάρων Υπουργείων: Οικονομίας και Οικονομικών- Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και 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).

ΟΙ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ – ΟΙ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Οι κατηγορίες επαγγελματιών που εργάζονται στα Πρόγραμμα είναι κοινωνικοί λειτουργοί , νοσηλευτές και οικογενειακοί βοηθοί και ως εξωτερικοί συνεργάτες, ιατροί, φυσιοθεραπευτές. Το σκεπτικό του Υπουργείου ήταν να δημιουργηθεί ολιγομελής ομάδα επαγγελματιών , ώστε αφ 'ενός να είναι ευέλικτη και αφ 'ετέρου να μην έχει υψηλό κόστος.

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.

Ο νοσηλευτής παρέχει παντός είδους νοσηλευτικές υπηρεσίες (π.χ. τακτικός έλεγχος ζωτικών οργάνων , πρώτες βοήθειες) και προσαρμόζει το διαιτολόγιο ανάλογα με τις ανάγκες που η κατάσταση της υγείας του εξυπηρετούμενου υπαγορεύει. Ακόμη , παραπέμπει τον ηλικιωμένο σε γιατρό της κατάλληλης ειδικότητας ή στο νοσοκομείο , αν προκύψει τέτοια ανάγκη , συνεργάζεται με τον ιατρό του προγράμματος και τους ιατρικούς φορείς και εκπαιδεύει την οικογένεια στην αγωγή υγείας .

Ο οικογενειακός βοηθός ασχολείται με τις οικιακές και τις εξωτερικές εργασίες (π.χ. την πληρωμή λογαριασμών ,την αγορά φαρμάκων ή την αγορά τροφίμων) και -εφόσον χρειάζεται - με την ατομική υγιεινή του ηλικιωμένου . Τέλος, τον συνοδεύει εκτός σπιτιού (αν πρόκειται για μοναχικό άνθρωπο, χωρίς οικογενειακό περιβάλλον) και γενικώς τον συντροφεύει και ενισχύει τη σχέση εμπιστοσύνης του προς το Πρόγραμμα .

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω , προτεραιότητα δίνεται στους ηλικιωμένους που διαβιούν μόνοι τους και δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους . Το εισόδημα τους προέρχεται κατά κανόνα από τη σύνταξή τους και ένα μεγάλο μέρος από αυτούς είναι συνταξιούχοι του ΟΓΑ , έχουν δηλαδή 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 στην βελτίωση της ενσωμάτωσής τους στην κοινότητα και στην καλύτερη αποδοχή τους από μέρους των υπόλοιπων 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 σε πρακτικό επίπεδο . Έτσι , τους εξασφαλίζει περισσότερο ελεύθερο χρόνο , παρέχοντάς τους παράλληλα τη δυνατότητα να έχουν μια πιο ποιοτική σχέση φροντίδας μαζί τους . Στην περίπτωση των συγγενών που δεν ζουν μαζί με τους ηλικιωμένους, τους ευαισθητοποιεί για τις ανάγκες των τελευταίων. (Φωτόπουλος Γεώργιος, «Προγράμματα Βοήθεια στο σπίτι», εισήγηση στο συνέδριο "Η Βοήθεια στο σπίτι στην πρώτη γραμμή των κοινωνικών υπηρεσιών», Μάιος 2005).

Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι" λοιπόν, είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που έχει στόχο την παροχή συστηματικής και οργανωμένης

Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας στα ηλικιωμένα άτομα. Το πρόγραμμα υλοποιείται από τους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εφαρμόζεται από το 1998 συνολικά σε 101 ΚΑΠΗ της χώρας. Το πρόγραμμα τελεί υπό την άμεση εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, αλλά την ευθύνη για το συντονισμό και την παρακολούθηση της εφαρμογής έχει η Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.

Από την έναρξη του προγράμματος μέχρι το τέλος του 2004, εξυπηρετήθηκαν από το πρόγραμμα 9000 άτομα. Πολιτική του κράτους είναι η σταδιακή επέκταση του προγράμματος, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες όλων των περιοχών της χώρας. Από το 2003 με νομοθετική ρύθμιση δίδεται η δυνατότητα και σε άλλους φορείς (Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ) να οργανώσουν προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», μετά από σχετική έγκριση. (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 350).

Το απασχολούμενο προσωπικό είναι κυρίως κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας και οικογενειακοί βοηθοί, τουλάχιστον ένας ανά ειδικότητα, και σε αρκετές περιπτώσεις έχουμε μέχρι και 6 άτομα ανά ειδικότητα.

Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται κυρίως από το Υπουργείο Εργασίας και την Ευρωπαϊκή Ένωση (33,6%) και από το Υπουργείο Υγείας (22,1%). Άλλοι φορείς που συμμετέχουν σε μικρότερο βαθμό στη χρηματοδότηση του προγράμματος είναι το Υπουργείο Εσωτερικών και οι Δήμοι.

Η συμβατότητα του προγράμματος αυτού με τους στόχους του, εξασφαλίζεται από το ότι διευκολύνεται η προώθηση των γυναικών στην αγορά εργασίας λόγω της απεμπλοκής τους από τις οικογενειακές υποχρεώσεις, δημιουργούνται νέες θέσεις απασχόλησης, εξασφαλίζεται η συνοχή στον κοινωνικό βίο. Κατ' αυτόν τον τρόπο εξυπηρετείται:

- Η προώθηση της πολιτικής των ίσων ευκαιριών απασχόλησης και,
- Η άσκηση κοινωνικής πολιτικής.

Βέβαια, το κρίσιμο σημείο που πρέπει να προσέξουμε είναι ότι: ο θεσμός αυτός 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 ευκαιριών στην απασχόληση.
- Οι 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 μονάδες, οι οποίες περιθωριοποιούνται και απομονώνονται λόγω έλλειψης ή ανεπάρκειας στοιχειωδών ανθρώπινων εξυπηρετήσεων.

Όμως η πραγμάτωση του θεσμού αυτού συμβάλλει ουσιαστικά στην άρση 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 συμβάλλει κατά διπλό τρόπο στη 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 να δοθεί η δυνατότητα στα μέλη των οικογενειών τους (κυρίως στις γυναίκες) που είναι επιφορτισμένα με τη φροντίδα τους, να απεμπλακούν και να διευκολυνθούν στην ένταξη ή επανένταξή 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 θέσεων απασχόλησης στην δομή (κυρίως γυναίκες) και η ποιοτική αναβάθμιση των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων και ανήμπορων ατόμων στην κάθε περιοχή.

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

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

Το «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι μια καταπληκτική υπόθεση, γιατί μπορεί να κρατήσει έναν ηλικιωμένο στο οικείο περιβάλλον και να προλάβει ατυχήματα από πτώσεις, να του εξασφαλίσει τη φροντίδα της σίτισης και της ιατρικής παρακολούθησης, καθώς και τη συντροφικότητα. Αποτελεί ολοκληρωμένο πακέτο υπηρεσιών, μια τεράστια κοινωνική προσφορά, που σημαίνει και εξοικονόμηση χρημάτων. Για παράδειγμα, η πτώση στην τρίτη ηλικία οδηγεί σε ορθοπεδικούς και νοσοκομεία και οι ανάλογες εξετάσεις κοστίζουν πανάκριβα λόγω του υψηλού κόστους των μηχανημάτων που χρησιμοποιούνται. Το χειρότερο είναι ότι σε κανένα νοσοκομείο στην Ελλάδα δεν υπάρχουν μονάδες αποκατάστασης! (εφημερίδα «Ελεύθερος Τύπος», 14/3/08).

Άλλοι φορείς

Η Εκκλησία της Ελλάδος, τόσο σε επίπεδο Μητροπόλεων όσο και σε επίπεδο ενοριών, έχει συστήσει διάφορα προγράμματα πρόνοιας στο πλαίσιο της φιλανθρωπικής της αποστολής. Επειδή δεν είναι δυνατή η απαρίθμηση των δραστηριοτήτων όλων των Μητροπόλεων και ενοριών, θα γίνει ενδεικτικά αναφορά στα προγράμματα για τους ηλικιωμένους τα οποία λειτουργούν με ευθύνη της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών. Οι 140 ενορίες της Αρχιεπισκοπής έχουν καταμερισθεί σε κοινωνικούς λειτουργούς, ο καθένας από τους οποίους έχει την ευθύνη για περιστατικά από έναν συγκεκριμένο αριθμό ενοριών και ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης.

- Κέντρα Ενοριακής Αγάπης. Με τη φροντίδα των ενοριών και με την ευθύνη ιερέως και μελών της Φιλοπτώχου, ηλικιωμένα άτομα έχουν τη δυνατότητα ψυχαγωγίας και σίτισης σε κάποια αίθουσα της ενορίας. Λειτουργούν συνολικά

58 κέντρα στην Αρχιεπισκοπή Αθηνών και εξυπηρετούνται περισσότεροι από 1700 ηλικιωμένους. Εθελοντές φροντίζουν για τη διανομή φαγητού στο σπίτι ασθενών ή ανήμπορων ηλικιωμένων. Όταν χρειάζεται, ειδοποιείται η κοινωνική λειτουργός για να επιληφθεί ειδικών αναγκών για νοσηλεία ή παροχή άλλων συμβουλευτικών υπηρεσιών.

- Οι ομάδες «ελευθέρως διαβιούντων υπερηλίκων», λειτουργούν σε δέκα ενορίες. Δίνουν την ευκαιρία σε ηλικιωμένους οι οποίοι είναι αυτοσυντήρητοι να βρίσκονται σε τακτά διαστήματα και να συζητούν, με την παρουσία κοινωνικού λειτουργού, για διάφορα θέματα που τους απασχολούν. Οι κοινωνικοί λειτουργοί επισκέπτονται επίσης τα μέλη των ομάδων στο σπίτι τους, για να διαπιστώσουν τις συνθήκες διαβίωσης και να εντοπίσουν προβληματικές καταστάσεις που χρήζουν ειδικών υπηρεσιών. (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 352-353).

Επίσης η Εκκλησία, με τις κατά τόπους Μητροπόλεις, λειτουργεί πολλά γηροκομεία, είτε άμεσα ως εκκλησιαστικά ιδρύματα είτε έμμεσα ως Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς χαρακτήρα. Υπό την αιγίδα της Αρχιεπισκοπής Αθηνών, λειτουργούν συνολικά εννέα Στέγες Γερόντων σε αντίστοιχο αριθμό ενοριών. Οι Στέγες αυτές ουσιαστικά είναι γηροκομεία με μικρό αριθμό κρεβατιών, ώστε να υπάρχει άμεση σχέση και επικοινωνία μεταξύ των φιλοξενούμενων και του προσωπικού. Φιλοξενούνται περίπου 230 γέροντες αυτοεξυπηρετούμενοι, ενώ μια στέγη δέχεται κατάκοιτους, τους οποίους εξυπηρετεί επαγγελματικό προσωπικό. Η παροχή υπηρεσιών στις στέγες είναι εντελώς δωρεάν και δίνεται προτεραιότητα σε άτομα με περιορισμένα εισοδήματα. (Σταθόπουλος Πέτρος, «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ. 358).

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

Βασικοί σκοποί των ΚΗΦΗ είναι να παραμένουν τα ηλικιωμένα άτομα στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, έτσι ώστε να υπάρχει διατήρηση της συνοχής της

οικογένειας. Επίσης επιδιώκεται εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο άτομο, η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και κοινωνικού αποκλεισμού και τέλος η υποστήριξη ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία τους, την κοινωνική συμμετοχή και το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι:

- Νοσηλευτική φροντίδα
- Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- Ατομική υγιεινή
- Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
- Προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων

Τα ΚΗΦΗ διασυνδέονται με τα ΚΑΠΗ που ενδεχομένως υπάρχουν στην περιοχή. Συνεργάζονται επίσης, με τοπικούς φορείς που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΚΒ).

- Νοσηλευτής /τρια
- Κοινωνικοί Φροντιστές
- Βοηθητικό Προσωπικό

Εγγραφή ηλικιωμένων:

Τα εγγραφόμενα ηλικιωμένα άτομα προέρχονται κατά κύριο λόγο από την περιοχή του ΟΤΑ στον οποίο ανήκουν τα ΚΗΦΗ.

Ο **Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός** είναι ο μεγαλύτερος μη κυβερνητικός οργανισμός στην Ελλάδα με σύνθετο έργο που βασίζεται στην εθελοντική δράση και την άμεση ανταπόκριση των πολιτών. Κινητοποιείται στοχεύοντας πάντα στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου σε περιόδους πολέμου και ειρήνης, στηρίζοντας τραυματίες, ασθενείς, πρόσφυγες, ηλικιωμένους, ανθρώπους με οικονομικές δυσκολίες και άτομα από κάθε ευάλωτη ομάδα του πληθυσμού. Η δράση του έχει συνδεθεί με την επαγρύπνηση, την αλληλεγγύη και τη φιλαλληλία και είναι συνώνυμη της αφιλοκερδούς προσφοράς και της ανιδιοτέλειας.

Οι βασικοί σκοποί και στόχοι του Ε.Ε.Σ. είναι:

- **Σε καιρό πολέμου:** η συνδρομή και επικουρία στο έργο της Στρατιωτικής Υγειονομικής Υπηρεσίας, η νοσηλευτική περίθαλψη τραυματιών και ασθενών, καθώς και η προστασία των αιχμαλώτων, του άμαχου πληθυσμού και των θυμάτων πολέμου.
- **Σε καιρό ειρήνης:** η αρωγή και συμπαράσταση στα θύματα θεομηνιών και επιδημιών, καθώς και η αυτόνομη ή σε συνεργασία με το Κράτος και κοινωνικούς φορείς, ανθρωπιστική δραστηριότητα.

Από το 1877 έως σήμερα, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός συνεχίζει άκοπα να επιτελεί το ανθρωπιστικό του έργο φροντίζοντας τις πιο αδύναμες πληθυσμιακές ομάδες της χώρας. Σε συνεργασία με άλλους θεσμικούς φορείς, κρατικούς και μη, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είναι στο πλευρό κάθε ανθρώπου, οικογένειας ή ομάδας που αντιμετωπίζει δυσκολίες χωρίς να θέτει φυλετικά, εθνικά ή οικονομικής κατάστασης όρια στη δράση του. Παράλληλα, όταν και όποτε υπάρχει ανάγκη στο εξωτερικό, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ενεργοποιείται σε συνεργασία με τους Εθνικούς Συλλόγους άλλων χωρών για την αποστολή διεθνούς βοήθειας.

Με βαθιά ανθρωπιστικά ιδανικά και με αίσθημα ευθύνης, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ήταν και είναι παρών στα σημαντικότερα ιστορικά γεγονότα της Ελλάδας αλλά και διεθνώς, και συνεχίζει να επιτελεί το σύνθετο ανθρωπιστικό έργο πάντα με στόχο τον άνθρωπο και πάντα με σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα και το Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο.

Οι Λέσχες Φιλίας

Οι Λέσχες Φιλίας του Δήμου Αθηναίων, είναι θεσμός που εξυπηρετεί ανάγκες ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας που είναι δημότες και κάτοικοι της Αθήνας. Ιδρύθηκαν το 1985 με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου στα διαμερίσματα και συνοικίες της Αθήνας σε ιδιόκτητα ακίνητα του Δήμου με μέλη άτομα και των δύο φύλων που έχουν περάσει τα 60 και κατοικούν στη συνοικία όπου λειτουργούν από τις 8 το πρωί μέχρι τις 8 το βράδυ. Το προσωπικό αποτελείται από υπαλλήλους του Δήμου ειδικούς-κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές- και βοηθητικό προσωπικό. Το 1997 υπήρχαν 17 Λέσχες με 7027 φιλοξενούμενους, 3315 άνδρες και 3802 γυναίκες. Τα προγράμματα διαμορφώνονται ανάλογα με τις ανάγκες κάθε συνοικίας και περιλαμβάνουν κοινωνική εργασία, ψυχαγωγία, φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία,

άθληση, επιμορφωτικά μαθήματα και ό,τι κρίνεται χρήσιμο για την εξυπηρέτηση των μελών τους.

Τα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας του ΕΟΠ

Στα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας του ΕΟΠ, επιδιώκεται η δημιουργία ενός ιδιαίτερου και μόνιμου χώρου, όπου τα άτομα τρίτης ηλικίας συναντώνται και αναπτύσσουν την κοινωνικότητά τους, αξιοποιώντας ομαδικά και δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους. Το 1994, υπήρχαν 357 Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας σε ολόκληρη τη χώρα. Σε ορισμένα από αυτά, από το 1991 εφαρμόζεται πειραματικά ένα πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι.

Η ανάγκη δημιουργίας και ανάπτυξης υπηρεσιών στήριξης και βοήθειας των φροντιστών είναι μεγάλη. Οι υπηρεσίες που υπάρχουν είναι πιλοτικού χαρακτήρα, ή αφορούν ελάχιστα άτομα. Αντίθετα στις Ελληνικές κοινότητες του εξωτερικού (π.χ. στην Αυστραλία), υπάρχουν και εξυπηρετούν ουσιαστικά τους ευάλωτους ηλικιωμένους και τους φροντιστές τους.

Το Πρόγραμμα Ageing Well Europe αποτελεί ένα πρωτοποριακό πανευρωπαϊκό πρόγραμμα υγείας για ηλικιωμένους, που έχει ως στόχο την επιμήκυνση της ενεργού και μη εξαρτημένης διάρκειας ζωής των ηλικιωμένων, μέσω της προαγωγής της καλής υγείας και τη μείωση των ασθενειών και αναπηριών που παρουσιάζονται σ' αυτούς. Το πρόγραμμα αντιμετωπίζει τις ανάγκες των κατά τόπους κοινοτήτων, εμπλέκει ενεργά τα ηλικιωμένα άτομα: εθελοντές μεγάλης ηλικίας εκπαιδεύονται κατάλληλα, έτσι ώστε να προάγουν υγιείς τρόπους ζωής και να παρέχουν πληροφόρηση σε θέματα υγείας στα άτομα της ίδιας κοινωνικής ομάδας με αυτούς με διάφορους τρόπους, που ξεκινούν από την παροχή υπηρεσιών από κέντρα υγείας και φτάνουν μέχρι ανεπίσημες συγκεντρώσεις των ενδιαφερομένων. Δημιουργεί «συνασπισμούς σε θέματα υγείας» σε συνεργασία με υπουργεία, τοπικούς φορείς υγείας και πρόνοιας, υπηρεσίες υγείας, οργανώσεις ηλικιωμένων, μη κυβερνητικές οργανώσεις, ερευνητικά ιδρύματα, μέσα μαζικής ενημέρωσης. Ενθαρρύνει τη διάδοση κάθε ορθής πρακτικής. Το Ελληνικό πρόγραμμα προαγωγής της υγείας στην τρίτη ηλικία ξεκίνησε το 1996 από την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία. Σκοπός είναι η δημιουργία εθνικού δικτύου προαγωγής υγείας **για και μαζί** με τους ηλικιωμένους.

Πρόγραμμα για το ρόλο αγωγής υγείας στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, το οποίο ξεκίνησε το 1995 ως μια πιλοτική προσπάθεια με ομιλίες ειδικών, εργασίες με ομάδες ηλικιωμένων, ατομική συμβουλευτική και γραπτές πληροφορίες. Σκοπός να ετοιμάσει φυλλάδια για την πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων για τους ηλικιωμένους και οδηγούς αγωγής υγείας και πρόληψης.

Προγράμματα αγωγής υγείας ηλικιωμένων. Σε μερικές περιοχές της Ελλάδας, όπως Τριανδρία, Αρχάνες Ηρακλείου Κρήτης και Ν. Δημητριάδα Βόλου, υπάρχουν προγράμματα με σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και την παροχή φροντίδων υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στους ηλικιωμένους. Τα προγράμματα περιλαμβάνουν εκτίμηση και καταγραφή των κοινωνικών αναγκών και προβλημάτων υγείας, φροντίδα ειδικών αναγκών όπως παρακολούθηση διαβητικών, υπέρτασικών, ενημέρωση, εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση σε θέματα πρόληψης, διατροφής και υγιεινού τρόπου ζωής, άσκηση, πεζοπορία, υδροκινησιοθεραπεία, δημιουργία ομάδων εθελοντών με στόχο τη δημιουργία δικτύου κοινωνικής αλληλεγγύης.

Η ιδιωτική πρωτοβουλία. Υπάρχουν οργανώσεις, σύλλογοι, σύνδεσμοι κλπ. που έχουν ως στόχο τη φροντίδα και εξυπηρέτηση ατόμων που έχουν ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομεία, γηροκομεία κλπ. ή δίνουν φάρμακα σε οικονομικά αδύνατα και ασθενή άτομα π.χ. Αγαθοεργός Σύνδεσμος η Ευαγγελίστρια.

Ανάδοχες οικογένειες. Ως ανάδοχη φαίνεται η ανάληψη φροντίδας ενός πλήρως ή μερικώς εξαρτημένων ατόμων ενηλίκων από μια οικογένεια, ή άτομο για μεγάλο ή μικρό χρονικό διάστημα κατά κανόνα έναντι αμοιβής (επιδόματος ή μισθού). Η αναδοχή έχει ως στόχο την αποασυλοποίηση- αποιδρυματοποίηση και την αποκέντρωση με έμφαση στο τοπικό επίπεδο. Ο Ελληνικός Σύλλογος Ανάδοχων οικογενειών, καθιέρωσε τακτικές επισκέψεις σε γηροκομείο, στην πτέρυγα απόρων ηλικιωμένων, έκανε διάφορες εκδηλώσεις. Η αναδοχή φιλοξενίας την τρίτης ηλικίας συνάντησε δυσκολίες. Ωστόσο αρκετοί ηλικιωμένοι έζησαν τη φιλοξενία μιας ημέρας σε οικογένειες του Συλλόγου. Δεν έχει καθιερωθεί στην Ελλάδα η μακροχρόνια αναδοχή όπως σε άλλες χώρες.

Στην Ιταλία ισχύει ένα νέο σύστημα, επινόηση του 85χρονου Τζοβάνι Μπεγκίνι, ο οποίος σκέφτηκε έξυπνους τρόπους για να αποφύγουν οι συνταξιούχοι τη φρίκη των ιταλικών γηροκομείων. Οι συνταξιούχοι μετατρέπονται σε «επίτιμους παππούδες», ή «επίτιμες γιαγιάδες», σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν οικονομικές ανάγκες. Σε αντάλλαγμα της φροντίδας που τυγχάνουν οι «επίτιμοι», εκχωρούν στις οικογένειες αυτές μέρος των συντάξεών τους και υπόσχονται να τις θυμηθούν στη διαθήκη τους. Ήδη έχει λάβει εκατοντάδες αιτήσεις από ενδιαφερόμενους που θέλουν να επωφεληθούν του σχεδίου του. Η κυριότερη φροντίδα του είναι να ξεχωρίσει τους απατεώνες από τις οικογένειες που πραγματικά ενδιαφέρονται αν προσφέρουν θαλπωρή σε ηλικιωμένους με αντάλλαγμα. Πριν από 20 χρόνια θα ήταν αδιανόητο για τους Ιταλούς να αφήσουν μόνα τα ηλικιωμένα μέλη των οικογενειών τους. Πολλοί ηλικιωμένοι Ιταλοί έχουν αρχίσει να ζητούν μέσω αγγελιών οικογένειες που θα τους «υιοθετήσουν» έναντι μέρους της κληρονομιάς τους. Η ιδέα του Μπεγκίνι έγινε δεκτή από τις ιταλικές αρχές, οι οποίες με ομάδα κοινωνικών λειτουργών βοηθούν στην εφαρμογή της.

Τα γηροκομεία

Το γηροκομείο είναι η έσχατη και αναπόφευκτη λύση όταν δεν υπάρχει κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο να συνεχιστεί ομαλά η ζωή του ηλικιωμένου, ή όταν αποκλειστεί εντελώς η περίθαλψή του στο σπίτι και για τους μοναχικούς οικονομικά αδύνατους υπερήλικες.

Μελέτες και έρευνες σε χώρες της ΕΕ έδειξαν, ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ζουν στην κοινότητα, στο σπίτι τους σε κανονικές κατοικίες ή σε κατοικίες προσαρμοσμένες για τους ηλικιωμένους, ενώ λίγοι ζουν σε οίκους ευγηρίας. Μελέτη του ΟΟΣΑ έδειξε ότι η αναλογία ηλικιωμένων που ζει σε ιδρύματα, κυμαίνεται από 1,5% στην Ιαπωνία μέχρι και 13% στην Ολλανδία, ενώ στις περισσότερες χώρες το ποσοστό είναι 4-6%. Μελέτη του Γραφείου Απογραφών των ΗΠΑ έδειξε ότι στα πρώτα 5 χρόνια της δεκαετίας του 1980, το ποσοστό κυμαινόταν από 4% στο Ισραήλ μέχρι 11% στην Ολλανδία και ότι οι χώρες της Ευρώπης με εξαίρεση τη Γαλλία δίνουν έμφαση στην μη ιατρική ιδρυματική φροντίδα. Στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες τα ποσοστά ιδρυματοποίησης είναι πολύ χαμηλά ή ασήμαντα. Οι περισσότεροι τρόφιμοι γηροκομείων είναι υπερήλικες και οι γυναίκες

υπεραντιπροσωπεύονται. Το ποσοστό ιδρυματοποίησης αυξάνεται με την ηλικία και διαχρονικά.

Στην Ελλάδα, η αναλογία ατόμων που ζούσαν σε ίδρυμα το 1990-92, ήταν η χαμηλότερη από όλες τις χώρες της ΕΕ και 9 στους 10 Έλληνες προτιμούσαν να ζουν με τα παιδιά τους, ποσοστό πολύ υψηλότερο σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της ΕΕ.

Στην Ελλάδα λοιπόν, στην πλειονότητά τους τα ηλικιωμένα άτομα ζουν μόνα τους στα σπίτια τους ή με τα παιδιά τους. Ακόμα και ηλικιωμένοι με ειδικές ανάγκες εξακολουθούν να δέχονται φροντίδα και υπηρεσίες από την οικογένεια, τους φίλους, ή και τους γείτονες. Ένα πολύ μικρό ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων είτε αναγκαστικά είτε οικειοθελώς, ζει σε ιδρύματα, ποσοστό που αυξάνει με την πάροδο του χρόνου. Αιτία του χαμηλού ποσοστού στην Ελλάδα είναι, ότι η οικογένεια είναι πρόθυμη να περιποιείται τους ηλικιωμένους της και ότι η περίθαλψη που παρέχεται σε ιδρύματα είναι χαμηλής ποιότητας, γεγονός που αποθαρρύνει τους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους, να ζητούν ιδρυματική περίθαλψη. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.438-443).

Το ιδανικό μέρος για να ζουν οι ηλικιωμένοι, υποστηρίζουν με επιμονή γιατροί και ψυχολόγοι, είναι το ίδιο τους το σπίτι.

Οι οικονομολόγοι συμφωνούν απολύτως, με τη σειρά τους, εξηγώντας πως, καθώς ο πληθυσμός της Γης γερνά, τα προγράμματα παροχής φροντίδας κατ' οίκον είναι η μοναδική λύση. Η εμπειρία από την εφαρμογή του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» την τελευταία δεκαετία στην Ευρώπη και την Αμερική το επιβεβαιώνει - τουλάχιστον όπου λειτουργεί σωστά...

Στην ίδια κατεύθυνση κινούνται και οι χώρες της Ευρώπης, ιδιαίτερα τα σκανδιναβικά κράτη, η Γερμανία, η Ιταλία και κυρίως η Βρετανία που φέτος αποφάσισε να εμπλουτίσει τα προγράμματά της με πρωτοπόμενες καινοτομίες, όπως την πρωτοβουλία «Houseproud», που στοχεύει στην προσαρμογή των κατοικιών σε ηλικιωμένους και ανήμπορους ανθρώπους.

Ακολουθώντας το βρετανικό πρότυπο «Home Care», το ελληνικό πρόγραμμα που ξεκίνησε πιλοτικά το 1998 από το Δήμο Αθηναίων επεκτάθηκε σε 131 Δήμους και καλύπτει την ελληνική επικράτεια με 1.000 και πλέον μονάδες. Απευθύνεται σε ηλικιωμένους με κινητικές και άλλες δυσλειτουργίες που ζουν μόνοι ή με μικρό εισόδημα

και παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, νοσηλευτική φροντίδα, οικογενειακή βοήθεια και συντροφιά. Εξυπηρετείται από τετραμελείς ομάδες κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών και οικιακών βοηθών, με παράλληλη γενική ιατρική υποστήριξη.

Αρκετά αυτοκίνητα που χρησιμοποιεί παραχωρήθηκαν από τον «Αθήνα 2004», μετά τη λήξη των Ολυμπιακών Αγώνων. Σταθερή ανάγκη, ωστόσο, είναι η προσέλευση εθελοντών τόσο στο Δήμο Αθηναίων όσο και σε άλλους Δήμους. Οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν, ενώ πολλοί Δήμοι διατηρούν κατατοπιστικές ιστοσελίδες στο Ιντερνετ.

Μέσα στην επόμενη δεκαετία, εξάλλου, είναι πιθανόν οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας στην Ελλάδα να δεχθούν τα ευεργετήματα του συστήματος διαχεόμενης επίγνωσης που με τη χρήση νέων τεχνολογιών δημιουργεί «έξυπνα» περιβάλλοντα. Το σύστημα διευκολύνει τη ζωή όλων, ενώ θα εξασφαλίζει δυνατότητα συνεχούς παρακολούθησης ηλικιωμένων από την οικογένεια ή το Θεράποντα ιατρό, χωρίς να μετακομίσουν από το αγαπημένο τους σπιτικό σ' ένα άγνωστο και συχνά ψυχρό περιβάλλον. (εφημερίδα «Ελεύθερος Τύπος»,14/03/08).

Στο εξωτερικό, υπάρχουν διάφορα είδη ιδρυμάτων για ηλικιωμένους ανάλογα με τα προβλήματά τους και τη βαρύτητα της περίπτωσης τους.

- Διαβίωση σε ειδικά διαμερίσματα που νοικιάζουν από το κράτος ή τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης σε συμβολική τιμή.
- Διαβίωση σε οίκους ευγηρίας- νοσοκομεία που παρέχουν τροφή, στέγαση και στοιχειώδη ιατρική παρακολούθηση.
- Ημινοσηλευτικά ιδρύματα π.χ. αναρρωτήρια, νοσοκομεία χρονίως πασχόντων, γηριατρικά νοσοκομεία κλπ.

Μελέτη στις χώρες της ΕΕ έδειξε ότι ο αριθμός των ηλικιωμένων σε ιδρύματα αυξήθηκε απότομα τα τελευταία χρόνια στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ότι η δημόσια δαπάνη αυξήθηκε ανάλογα. Υπάρχει φόβος, μήπως με την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων το βάρος της δαπάνης δεν θα είναι δυνατόν να το φέρει ένας μειωμένος αριθμός ατόμων σε ηλικία απασχόλησης. (Πουλοπούλου-Έμκε Έρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην»,1999, σελ.444).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

«Εντοπισμός πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της δομής και λειτουργίας των προγραμμάτων στην Ελλάδα. Συνέπειες στην Τρίτη ηλικία».

Τα ιδρύματα για ηλικιωμένους παρουσιάζουν ορισμένα πλεονεκτήματα όπως π.χ. ασφάλεια και παροχή ορισμένων υπηρεσιών, αλλά και πολλά μειονεκτήματα όπως «γκετοποίηση», περιορισμούς στην ανεξαρτησία, κανονισμοί που περιορίζουν τις ατομικές ελευθερίες, αλλαγή στις συνήθειες και τον τρόπο ζωής, περιορισμένος χώρος για τα έπιπλα και τα προσωπικά αντικείμενα, απαγόρευση συγκατοίκησης με τα αγαπημένα του ζώα. Ο ιδρυματισμός επιφέρει κάθετη πτώση στη σωματική και πνευματική υγεία των ηλικιωμένων. Γι αυτό ένας σημαντικός αριθμός κλινών γηροκομείου καλύπτονται από κατάκοιτους ή ημικατάκοιτους ή άτομα με γεροντική άνοια, που ήταν αυτοεξυπηρετούμενοι κατά την είσοδό τους στο ίδρυμα. Η συγκατοίκηση ασθενών με άνοια που συχνά διατηρούν ικανοποιητική κινητικότητα, με ασθενείς που έχουν πνευματική διαύγεια αλλά δεν μπορούν να μετακινηθούν, χειροτερεύει την κατάσταση των δεύτερων. Το προσωπικό τις περισσότερες φορές είναι ανεπαρκές και κουρασμένο και έχει να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις. Οι στεγαστικές και διαιτητικές συνθήκες των ηλικιωμένων δεν χαρακτηρίζονται ικανοποιητικές. Κακή διαρρύθμιση των χώρων, χώροι υγιεινής περιορισμένοι με αποτέλεσμα να διαπληκτίζονται οι τρόφιμοι, μερικά γηροκομεία δεν διαθέτουν κεντρική θέρμανση ούτε ντουλάπια για κάθε τρόφιμο, άλλα φιλοξενούν 20 άτομα σε μία αίθουσα. Το διαιτολόγιο σε μερικά ιδρύματα είναι ικανοποιητικό, σε άλλα φτωχό και σε μερικά ακατάλληλο. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, εξασφαλίζεται για τους ασφαλισμένους μέσω των ασφαλιστικών οργανισμών και για τους μη ασφαλισμένους από τον ιατρό του ιδρύματος. Τα έκτακτα περιστατικά παραπέμπονται σε νοσοκομεία. Η νοσηλεία εξασφαλίζεται από αυτοδίδακτες που είχαν προσληφθεί ως υπηρέτριες ή θαλαμηπόλοι και απέκτησαν πείρα. Το βράδυ το προσωπικό είναι ανεπαρκέστατο. Οικονομικοί λόγοι υποχρεώνουν τα ιδρύματα να περιορίσουν το προσωπικό τους και να μη διαθέτουν ειδικευμένο, έμπειρο προσωπικό. Η έλλειψη απασχόλησης και κινησιοθεραπείας, έχει αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων. Η ψυχαγωγία περιορίζεται στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο αλλά

μερικοί τρόφιμοι δεν μπορούν να εκμεταλλευθούν αυτά τα μέσα ψυχαγωγίας, λόγω ελαττωμένης όρασης και ακοής. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.444,445).

Αξιολόγηση του έργου των ΚΑΠΗ

Όλες οι υπηρεσίες εξαρτώνται από την οργάνωση του κάθε ΚΑΠΗ και τη διάθεση των κοινωνικών λειτουργών του να φεύγουν από τα στενά δημοσιο- υπαλληλικά πλαίσια του ωραρίου να προσφέρουν τον εαυτό τους για την προστασία των ευάλωτων μελών του ΚΑΠΗ. Μερικά ΚΑΠΗ έχουν επιτύχει, άλλα λιγότερο. Πολλά ΚΑΠΗ που έχουν προγραμματιστεί δεν λειτούργησαν και όσα λειτουργούν παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα. Υπάρχουν περιοχές και γειτονίες με πολλά ηλικιωμένα άτομα, όπου δεν υπάρχουν ΚΑΠΗ. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες που χρησιμοποιούν τα ΚΑΠΗ, είναι μόνοι ή ζουν κατά ζεύγη και χρειάζονται βοήθεια σε πρακτικά και κοινωνικά θέματα. Όπου υπάρχουν ΚΑΠΗ οι ηλικιωμένοι δεν στερούνται ψυχαγωγία, προληπτική ιατρική, ενασχόληση, ανθρώπινη συμπαράσταση, βοήθεια και κυρίως συμβάλλουν ώστε να μην εισαχθεί ο ηλικιωμένος σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης. Ενώ οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι γυναίκες, στα ΚΑΠΗ συχνάζουν κυρίως άνδρες. Χρησιμοποιούνται από μεσαία και κατώτερα κοινωνικο- οικονομικά στρώματα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι διαπιστώσεις των ειδικών και μελών του ΚΑΠΗ.

1. Στελέχη των ΚΑΠΗ και ειδικοί επιστήμονες, διαπιστώνουν τα ακόλουθα προβλήματα:

- το οικονομικό (επιχορηγήσεις)
- διοικητικά θέματα (στελέχωση με κατάλληλο προσωπικό, υπεύθυνος, κλπ)
- στέγαση: αρκετά είναι τα χωροταξικά και κτιριολογικά προβλήματα, π.χ. ακατάλληλα κτίρια που δεν καλύπτουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων. Είναι δύσκολο να βρεθεί κατάλληλο σπίτι που να ενοικιάζεται και να μπορεί να προσαρμοστεί στις ανάγκες του ΚΑΠΗ. Αν και προτιμώνται οι μονοκατοικίες όπου οι ηλικιωμένοι αισθάνονται το χώρο δικό τους, συχνά οι υπάρχουσες μονοκατοικίες, είναι ακατάλληλες. Η προσπελασιμότητα του κτιρίου καθορίζει τη συχνότητα συμμετοχής των ηλικιωμένων της γειτονιάς, γιατί εκτός από εξαιρέσεις, οι ηλικιωμένοι

δεν μπορούν να διασχίσουν αποστάσεις μεγαλύτερες από 10-15 λεπτά με τα πόδια. Όταν η διαδρομή ΚΑΠΗ- σπίτι παρουσιάζει δυσκολίες π.χ. ανηφόρες, κατηφόρες, πολλά τροχοφόρα, οι ηλικιωμένοι αποφεύγουν να πηγαίνουν, ή δεν πηγαίνουν καθόλου. Μερικοί ηλικιωμένοι αποφεύγουν τα ΚΑΠΗ, λόγω κακών συνθηκών υγιεινής του κτιρίου (υγρασία, κακός αερισμός, κλπ).

- Ορθή υλοποίηση των προγραμμάτων (εμπόδια που οφείλονται στον φόρτο εργασίας του προσωπικού).
- Ο αριθμός των μελών δεν είναι πάγιος και συγκεκριμένος, αλλά συνεχώς μεταβαλλόμενος. Υπάρχει μεγάλος αριθμός εγγεγραμμένων μελών που υπερβαίνει τις βασικές προδιαγραφές. Αρκετοί δεν προσέρχονται για διάφορους λόγους π.χ. γιατί επιβαρύνθηκε η κατάσταση της υγείας τους.
- Ενώ οι άνδρες αντιμετωπίζουν τα ΚΑΠΗ ως χώρο ψυχαγωγίας, οι γυναίκες πηγαίνουν κυρίως για προληπτικό έλεγχο της υγείας τους, επειδή δεν έχουν χρόνο εξαιτίας της φροντίδας του νοικοκυριού και των εγγονών τους. Με άλλα λόγια, οι γυναίκες συχνάζουν λιγότερο και αναζητούν στα ΚΑΠΗ ιατρική βοήθεια και πληροφόρηση. Οι χήρες είναι απασχολημένες με τις δουλειές του σπιτιού ή με τη βοήθεια των παιδιών τους, οι έγγαμες είναι απασχολημένες με τις δουλειές του σπιτιού γιατί οι άνδρες τους, ακόμα και όταν είναι υγιείς, δεν τις βοηθούν στις δουλειές του νοικοκυριού και κυρίως με τη φροντίδα του άνδρα τους.

Οι απόψεις των ηλικιωμένων προκύπτουν από διάφορες έρευνες που συχνά καταλήγουν σε αντιφατικά συμπεράσματα. Έρευνα για την αξιολόγηση του έργου των ΚΑΠΗ, έθεσε την ανοιχτή ερώτηση τι έχει προσφέρει στη ζωή σας το ΚΑΠΗ. Οι απαντήσεις ήταν: κάθε είδους ψυχαγωγία (θέατρο, χορό, διασκέδαση), συντροφιά (παρέα και συζητήσεις), ιατρική περίθαλψη. Τα περισσότερα μέλη δείχνουν ικανοποιημένα από τα ΚΑΠΗ. Σαν αρνητικό στοιχείο αναφέρουν τους μικρούς και ακατάλληλους χώρους που στεγάζονται ορισμένα ΚΑΠΗ καθώς και τους καπνούς που υπάρχουν στους χώρους αυτούς.

Έρευνα που έγινε το 1994-95 στα 15 ΚΑΠΗ 4 Νομών της Θεσσαλίας, έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι της έρευνας πίστευαν ότι ο θεσμός των ΚΑΠΗ είχε εισαχθεί πρόχειρα και

αποσπασματικά, η στέγαση των ΚΑΠΗ είναι σε ενοικιαζόμενους ακατάλληλους χώρους, η σημερινή οργανωτική και λειτουργική δομή των ΚΑΠΗ, αδυνατεί να προσφέρει βοήθεια στο σπίτι, η στελέχωση σε επιστημονικό δυναμικό είναι ελλιπής, η αντίληψη που επικρατεί σε μέλη και μη μέλη είναι ότι προσφέρουν φθηνό καφέ, εκδρομές και γρήγορη λήψη της αρτηριακής πίεσης και ότι το κράτος φαίνεται αναποφάσιστο για τη βελτίωση της εικόνας των ΚΑΠΗ.

Έρευνα που έγινε στο δήμο Υμηττού, έθεσε την ανοιχτή ερώτηση «τι προσφέρει το ΚΑΠΗ». Απάντησαν: «τίποτε, ζεστασιά, επικοινωνία, ψυχαγωγία, διασκέδαση, συντροφιά, εκδρομές, εξοχή, ιατρική παρακολούθηση, ευχαρίστηση, απασχόληση, χαρά, ζωντάνια, πολλά, είναι καλό στέκι, δεν παρακολουθώ τα προγράμματα, αρκετά καλά, θα μπορούσε να είναι καλύτερα».

Οι ερωτώμενοι έκαναν τις ακόλουθες προτάσεις: Άλλοι ηλικιωμένοι προτιμούν να μην υπάρχουν ΚΑΠΗ, να είναι ένας χώρος, μια λέσχη, ένα πνευματικό κέντρο που να συναντώνται όλες οι ηλικίες και να μην υπάρχει «γκετοποίηση». Κάποιοι ζητούν χρηματική βοήθεια και καλύτερη περιθαλψη αντί για τα ΚΑΠΗ. Χρηματική βοήθεια για τους απόρους αντί να υπάρχει ΚΑΠΗ, μειωμένα εισιτήρια για το θέατρο, κινηματογράφο, γεύματα, να υπάρχει σωστή εξυπηρέτηση από το προσωπικό χωρίς διακρίσεις, ισότιμη μεταχείριση, να μην πληρώνουν τέλη τηλεόρασης όσοι έχουν μικρές συντάξεις, να υπάρχει οικιακή βοηθός, να δημιουργηθεί κινηματογραφική λέσχη, να ανοίξει για νεότερες ηλικίες, να μην είναι γκέτο για τους γέροντες, υψηλού επιπέδου παροχές, ψυχολογική υποστήριξη των μοναχικών ηλικιωμένων, μέσον για να πηγαίνει. Μερικοί απάντησαν: «δεν με ενδιαφέρει, δεν με εκφράζει, περνάω καλά και χωρίς ΚΑΠΗ, προτιμώ την παρέα μου».

Οι κριτικές που έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς συνοψίζονται ως εξής:

- Το προσωπικό που στην πλειονότητά του αποτελείται από νέους φιλότιμους με ιδανικά για την κοινωνική εργασία και ποιοτικά, υπερέχει από άλλα δημοσιούπαλληλικά επαγγέλματα, γιατί βασικό χαρακτηριστικό του είναι η ανθρωπιά, δεν λαμβάνει την κατάλληλη επιμόρφωση και δεν έχει προοπτικές εξέλιξης, με αποτέλεσμα αρκετοί να περιμένουν να βρουν κάποια ευκαιρία να φύγουν από τα ΚΑΠΗ και να εργαστούν αλλού,
- Τα ΚΑΠΗ βοηθούν τους αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους όχι τους κατάκοιτους, τους ασθενείς, τους ανάπηρους, για τους οποίους υπάρχει επείγουσα ανάγκη να βοηθηθεί η οικογένεια με χρήματα και υποστηρικτικές υπηρεσίες.

- Τα ΚΑΠΗ έχουν δημιουργηθεί για να εξυπηρετούν όλους τους ηλικιωμένους χωρίς διακρίσεις. Δεν εγγράφονται όμως όλοι οι ηλικιωμένοι της περιοχής και από τους εγγεγραμμένους δεν χρησιμοποιούν όλοι τα προγράμματα του ΚΑΠΗ με την ίδια συχνότητα.
- Στην πλειονότητά τους τα μέλη των ΚΑΠΗ ανήκουν στα μεσαία και τα κατώτερα εισοδηματικά στρώματα και η οικονομική τους κατάσταση κυμαίνεται από μέτρια μέχρι κακή.
- Η πληροφόρηση γίνεται είτε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, είτε από πληροφορίες που κυκλοφορούν από στόμα σε στόμα. Έτσι η προσέλκυση νέων μελών στα ΚΑΠΗ είναι περιορισμένη.
- Είναι καταπληκτική ιδέα, η οποία κατέληξε ως χώρος όπου ψυχαγωγούνται οι ηλικιωμένοι. Ως κέντρο ανοιχτής προστασίας, δηλαδή πολλαπλής φροντίδας κοινωνικής, ιατρικής, κλπ. δεν υφίσταται.
- Τα ΚΑΠΗ αποτελούν ένα ιδιότυπο εμπόδιο στην επικοινωνία ηλικιωμένων με τους νεότερους, οι οποίοι δεν συχνάζουν σε ΚΑΠΗ, αλλά σε παραδοσιακά καφενεία.

Η κριτική για τη βοήθεια στο σπίτι που προσφέρουν τα ΚΑΠΗ, είναι ότι μέχρι το 1998 ήταν εξαιρετικά περιορισμένη, ή ίσχυε σε ορισμένες περιπτώσεις π.χ. για εκείνους που ζουν μόνοι τους και με χαμηλές συντάξεις στους οποίους παρέχεται μερική υποστήριξη για το νοικοκυριό, το μαγείρεμα, τα ψώνια, κλπ, ή αφορά άτομα με ορισμένες παθήσεις ή μέλη ΚΑΠΗ που μένουν σε ορισμένες περιοχές. Τα ΚΑΠΗ δεν στελεχώθηκαν από εκπαιδευμένα άτομα και το έργο των οικογενειακών βοηθών περιορίστηκε στην καθαριότητα του οικήματος του ΚΑΠΗ, ενώ ο ρόλος τους στην κατ' οίκον προσφορά υπηρεσιών ήταν πολύ περιορισμένος και σε μερικά ΚΑΠΗ ανύπαρκτος. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.436-438).

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Το «Βοήθεια στο σπίτι» μπορεί να καλύψει βασικές ανάγκες των πολιτών και έχει θετική απήχηση σε αυτούς . Επίσης , συντελεί στη μείωση του αριθμού των ηλικιωμένων που καταλήγουν στο νοσοκομείο και στον περιορισμό των ημερών που νοσηλεύονται σε αυτό , αφού αρκετοί ηλικιωμένοι δεν οδηγούνται εκεί για ιατρικούς λόγους. Το Πρόγραμμα αποτελεί το απαραίτητο πρώτο βήμα σε επίπεδο νοσηλείας ώστε η ποιότητα της υγείας των ηλικιωμένων να μην αντανακλά την οικονομική τους κατάσταση , όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις κατά τις οποίες επιλέγονται λύσεις ελεύθερης αγοράς . Επίσης , μέσω του Προγράμματος βελτιώνεται η ψυχική υγεία πολλών ηλικιωμένων αλλά και η σχέση με το οικογενειακό τους περιβάλλον και την κοινότητα . Από την άλλη πλευρά , οι εργαζόμενοι στο Πρόγραμμα καλούνται να φέρουν σε πέρας ένα έργο ιδιαίτερα δύσκολο . Αναφέρονται περιπτώσεις όπου η ομάδα χρειάστηκε να επισκεφθεί έναν ηλικιωμένο τρεις φορές την ημέρα , λόγω επιδείνωσης της κατάστασής του καθώς και περιπτώσεις ηλικιωμένων που ζούσαν σε άθλιες συνθήκες , λόγω της πολυετούς εγκατάλειψης . Μέχρι πρότινος δε , το Πρόγραμμα στερούνταν μεταφορικού μέσου , έλλειψη αισθητή , ιδιαίτερα για τους εργαζόμενους σε δύσβατους Δήμους . Το «Βοήθεια στο σπίτι » έχει , λοιπόν , μεγάλη σημασία για όλους όσοι εμπλέκονται σε αυτό και είναι αναγκαίο οι υπεύθυνοι για την εφαρμογή του να εργαστούν με συναίσθηση της ευθύνης τους ώστε το Πρόγραμμα να εδραιωθεί , να βελτιωθεί περαιτέρω και να επεκταθεί. (Φωτόπουλος Γεώργιος, «Προγράμματα Βοήθεια στο σπίτι», εισήγηση στο συνέδριο "Η Βοήθεια στο σπίτι στην πρώτη γραμμή των κοινωνικών υπηρεσιών», Μάιος 2005).

Οι **Λέσχες Φιλίας**, στόχο έχουν να προσφέρουν σε ηλικιωμένα άτομα φροντίδα και υποστήριξη, ψυχαγωγία και δημιουργική απασχόληση, πολιτιστικά προγράμματα, δράσεις για την πραγμάτωση της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών, κοινωνικές υπηρεσίες και προληπτική φροντίδα υγείας από τους λειτουργούς πρόνοιας που εργάζονται σ' αυτές. Διαθέτουν επίσης Συμβουλευτική υπηρεσία για θέματα τρίτης ηλικίας που έχει σκοπό να διευκολύνει χρόνια και επείγοντα προβλήματα μοναχικών ατόμων, να δίνει τις αναγκαίες πληροφορίες και να παραπέμπει. Για ιατρικά θέματα την ευθύνη έχουν τα Δημοτικά Ιατρεία με τα οποία οι λέσχες φιλίας έχουν συνεργασία. Σκοπό έχουν την παροχή εξωιδρυματικής ψυχαγωγίας και προστασίας

σε ηλικιωμένα άτομα, με σκοπό να παραμένουν ενεργά και δραστήρια μέλη της κοινωνίας.

Οι Λέσχες Φιλίας που στηρίζονται στις αρχές «Προτείνουν τα μέλη, αποφασίζουν τα μέλη, δραστηριοποιούνται τα μέλη», δεν προσφέρουν υλικά αγαθά στους απόμαχους της δουλειάς, αλλά ενδιαφέρον, ψυχαγωγία, επιμόρφωση που αποτελούν προϋπόθεση για να παραμείνουν οι ηλικιωμένοι «ζωντανοί», να μη θεωρούνται «εξοφλημένοι». Βοηθούν τους ηλικιωμένους να προσαρμοστούν μετά τη συνταξιοδότηση κάνοντάς τους να νιώθουν ενεργά μέλη της κοινωνίας χωρίς να μετατρέπεται η Λέσχη σε ένα γκέτο ηλικιωμένων αφού είναι δεκτά άτομα όλων των ηλικιών- βάσει του κανονισμού το 10% των μελών μπορεί να είναι νεότερα άτομα- και οι δραστηριότητες δεν θα σταματούν στα όρια του κτιρίου της λέσχης. Δυστυχώς δεν διαθέτουν όλες οι συνοικίες Λέσχη Φιλίας, διότι σπανίζουν τα κατάλληλα κτίρια που θα μπορούσαν να μετατραπούν σε λέσχες. (Πουλοπούλου-Έμκε Έρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην»,1999, σελ.438-439).

Παρά τα μειονεκτήματά της, η ιδρυματική περίθαλψη είναι ακόμα απαραίτητη για άτομα που δεν έχουν παιδιά ή συγγενείς, για εκείνους που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να έχουν τη φροντίδα της οικογένειας, ή για ανήμπορους ηλικιωμένους.

Στην Ελλάδα υπάρχουν τα κρατικά, ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί «οίκοι ευγηρίας». Ωστόσο, η κρατική υποδομή για την φροντίδα των ηλικιωμένων είναι απαράδεκτα ανεπαρκής. Τα κρατικά και τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά γηροκομεία, απευθύνονται κυρίως σε άτομα των οποίων τα οικονομικά είναι ανεπαρκή. Όσοι δεν διαθέτουν τα μέσα γίνονται δεκτοί δωρεάν και οι υπόλοιποι πληρώνουν ανάλογα με τα εισοδήματά τους.

Στην Ελλάδα, η κατανομή των ιδρυματικών υπηρεσιών είναι άνιση. Η κάλυψη των αναγκών δεν είναι ικανοποιητική στα μεγάλα αστικά κέντρα Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Εξάλλου είναι ανεπαρκείς σε αριθμό οι κλίνες σε δημόσια και μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και μέτρια ή κακή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα περισσότερα ιδρύματα στεγάζονται σε παλαιά κτίρια. Οι τρόφιμοι διαμένουν σε μεγάλους κοιτώνες με πολλά κρεβάτια, υποτυπώδη επίπλωση. Τα δωμάτια ενός ή δύο ατόμων διατίθενται σε άτομα που καταβάλλουν σημαντικά ποσά, κατά πολύ ανώτερα από τη μέση σύνταξη του ΙΚΑ. Το προσωπικό είναι ανεπαρκές και ανειδίκευτο, με

αποτέλεσμα να μη δίδεται η κατάλληλη φροντίδα ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους που είναι κινητικά ανάπηροι. Συμβιώνουν οι υγιείς με τους πάσχοντες, το διαιτολόγιο μπορεί να είναι ακατάλληλο ή ανεπαρκές, η ιατρική περίθαλψη ελλιπής. Παρατηρείται έλλειψη υπηρεσιών, φυσικοθεραπευτών, εργασιοθεραπευτών, ψυχολόγων. Σπάνια υπάρχουν βιβλιοθήκες, αίθουσες παιχνιδιών. Οι χώροι υποδοχής είναι περιορισμένοι. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην»,1999, σελ.445-446).

Σημαντική είναι η δράση και η προσφορά των ιδρυμάτων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η λειτουργία τους στηρίζεται σε δωρεές, κληροδοτήματα και την εκμετάλλευση της περιουσίας τους. Το καλύτερο ίδρυμα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι το Γηροκομείο Αθηνών, δυναμικότητας 800 κλινών που διαθέτει και νοσοκομείο με 144 κλίνες. Έχει αποδοτική οργάνωση και ευαισθητοποιημένο, αφοσιωμένο προσωπικό και παρέχει αξιοπρεπή διαβίωση σε ηλικιωμένους διαφόρων οικονομικών τάξεων. Ο χώρος είναι μεγάλος, περιποιημένος με λουλούδια και δέντρα μέσα σε ένα υγιεινό περιβάλλον. Το Γηροκομείο Πειραιώς με ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένη διεύθυνση και προσωπικό προσφέρει επίσης πολύ ικανοποιητικές υπηρεσίες.

Όπως σε πολλά δημόσια ιδρύματα, ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι όροι εισόδου αποκλείουν ηλικιωμένα άτομα που έχουν πραγματική ανάγκη π.χ. απαιτείται ηλικία τουλάχιστον 72 ετών και το άτομο να είναι αυτοεξυπηρετούμενο. Το μεγαλύτερο μέρος του αριθμού των εισαγομένων προέρχεται από τις αγροτικές περιοχές της χώρας. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην»,1999, σελ.446-447).

Οι κρατικοί οίκοι ευγηρίας απαιτούν να είναι οι ηλικιωμένοι αυτοεξυπηρετούμενοι όταν εισέρχονται και αυτό αποκλείει ένα μεγάλο μέρος εξαρτημένων ηλικιωμένων. Τα λίγα ιδρύματα χρονίως πασχόντων έχουν μακρές λίστες αναμονής, προβλήματα προσωπικού και διοίκησης. Η ανεπάρκεια των θέσεων σε δημόσια και μη κερδοσκοπικά ιδρύματα για ηλικιωμένους και τα μεγάλα κέρδη των ιδιωτικών λεγόμενων «οίκων ευγηρίας», είχαν ως συνέπεια την έντονη και αυξανόμενη παρουσία του ιδιωτικού τομέα ιδρυματικής περίθαλψης και των ιδιωτικών κλινικών που πολλές φορές χρησιμοποιούνται για τη μετανοσοκομειακή περίθαλψη ηλικιωμένων.

Οι περισσότεροι «οίκοι ευγηρίας» του ιδιωτικού τομέα είναι ακριβοί, χαμηλής ποιότητας, με ελάχιστο ειδικευμένο προσωπικό και χωρίς κρατικό έλεγχο. Εκτός από το μηνιαίο ποσό που καταβάλλεται στο ίδρυμα πρέπει να δίνεται και ένα ποσό στο προσωπικό: ανάλογα με το ποσό είναι και η περιποίηση.

Οι μονάδες που λειτουργούν τηρώντας τις στοιχειώδεις προδιαγραφές προσωπικού και υλικοτεχνικής υποδομής είναι απρόσιτες στους περισσότερους συνταξιούχους, αλλά καλύπτουν την ανάγκη στέγασης και περίθαλψης ηλικιωμένων που ανήκουν στα μεσαία και ανώτερα εισοδηματικά κλιμάκια και διαθέτουν οικονομικά μέσα. Και σ' αυτούς τους «οίκους ευγηρίας», η έλλειψη επαρκούς και κατάλληλου προσωπικού και η ομαδική διαβίωση, χωρίς καμία εξατομίκευση αναγκών ή συμμετοχή και δραστηριοποίηση των ηλικιωμένων στην καθημερινή ζωή, οδηγούν συχνά στα ίδια αρνητικά αποτελέσματα. Εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων, τα κτίρια, ο εξοπλισμός και η στελέχωση σε ειδικευμένο προσωπικό, δεν είναι κατάλληλα για τη σωστή διαβίωση, απασχόληση, εργασιοθεραπεία και ψυχαγωγία των τροφίμων. Σπάνια υπάρχουν διπλωματούχες νοσηλεύτριες και κοινωνικοί λειτουργοί και περιορισμένη είναι η εποπτεία του κράτους.

Δημοσιογραφικές πληροφορίες συγκλόνισαν τα τελευταία χρόνια των ελληνική κοινή γνώμη για το καθεστώς λειτουργίας των «οίκων ευγηρίας» που λειτουργούν ως ιδιωτικά γηροκομεία κυρίως στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Τα περισσότερα παρουσιάζουν εικόνα εγκατάλειψης. Από τους 117 οίκους ευγηρίας που λειτουργούσαν το 1995 στην Αττική, 65 είχαν νόμιμη άδεια και μόνο 13 βρίσκονται σε πολύ καλή κατάσταση. Οι περισσότεροι ακατάλληλοι οίκοι ευγηρίας λειτουργούσαν στην Ανατολική Αττική. Στη Θεσσαλονίκη μόνο 3 από τους 16 είχαν άδεια. Ελλείψεις κτιριακών εγκαταστάσεων, κακή σίτιση, ανεπαρκής καθαριότητα, μεγάλος αριθμός τροφίμων, έλλειψη προσωπικού παρατήρησαν οι κοινωνικοί λειτουργοί σε έρευνα που παρέδωσαν στο Υπουργείο Υγείας, όπου προτείνουν την άμεση διακοπή λειτουργίας σε 24 επιχειρήσεις που δεν πληρούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις. Βρέθηκαν γηροκομεία χωρίς θέρμανση, χωρίς θερμοσίφωνα, ακόμα και χωρίς αποχέτευση. Οι γείτονες γηροκομείων πολλές φορές ακούν τους γέροντες να φωνάζουν ότι τους δέρνουν, ενώ υπήρξε περίπτωση ηλικιωμένης γυναίκας που της έκαναν μπάνιο με λάστιχο. Τα υπόλοιπα ήταν παράνομα και οι ιδιοκτήτες τους είχαν παραπεμφθεί στον εισαγγελέα. Βρέθηκαν νεκροί και ζωντανοί μαζί, ηλικιωμένοι δεμένοι στις πολυθρόνες τους, γυμνοί κλειδωμένοι στο υπόγειο.

Νεότερες δημογραφικές πληροφορίες έδειξαν, ότι όχι μόνο δεν έκλεισαν αλλά δημιουργήθηκαν νέα ιδιωτικά γηροκομεία. Περισσότεροι από «300 οίκους ευγηρίας» χωρίς άδεια, εξακολουθούσαν να λειτουργούν το 1997 στο λεκανοπέδιο της Αττικής. Εγκαταλειμμένα και υπερχρεωμένα ξενοδοχεία μετατρέπονται σε «προστατευόμενα διαμερίσματα». Εργαζόμενοι σε οίκους ευγηρίας αποχωρούν και ανοίγουν δικές τους μικρές μονάδες σε διαμερίσματα πολυκατοικιών, ισχυριζόμενοι ότι οι ηλικιωμένοι θα έχουν μια πιο ειδική περιποίηση. Απόφαση για ποινή οριστικού κλεισίματος ιδιωτικής επιχείρησης περιθάλψης ηλικιωμένων ανακλήθηκε, με βασικό λόγο την αδυναμία των Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας να περιθάλψουν τους τροφίμους σε άλλα δημόσια ή ιδιωτικά γηροκομεία. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.447-449).

Δυστυχώς στην πλειοψηφία τους τα γηροκομεία σήμερα έχουν καταντήσει προθάλαμοι των νεκροταφείων. Ευτυχώς υπάρχει μια μεγάλη μερίδα που είναι αρκετά μάχιμοι, δεν τα βάζουν κάτω και συνεχίζουν να προσφέρουν από πάρα πολλές επάλξεις με την πολύχρονη πείρα και με την πλούσια σοφία τους. Υπάρχει όμως δυστυχώς και μία μεγάλη μερίδα που δεν μπορούν να προσφέρουν τίποτα, αλλά είναι εγκλωβισμένοι σε κάποια ιδρύματα που έχουν μια σχετική φροντίδα. Η προσοχή πρέπει να είναι στραμμένη ασταμάτητα προς αυτή την κατηγορία των γερόντων, γιατί αυτός είναι και ο βασικός σκοπός τους. Δεν πρέπει επ' ουδενί λόγο να πετάμε την τρίτη ηλικία, τους ηλικιωμένους μας.

Το ακόλουθο άρθρο, που είναι παρμένο από την εφημερίδα «Ελευθεροτυπία» (ημερομηνία φύλλου 05/09/05), επιβεβαιώνει τις παραπάνω επισημάνσεις:

Τα γηροκομεία της ντροπής

ΓΙΑΝΝΗΣ ΣΓΟΥΡΟΣ, ΝΟΜΑΡΧΗΣ ΑΘΗΝΩΝ «Αν τα κλείσουμε δεν υπάρχει καμία λύση για τους ηλικιωμένους»

Η εικόνα που αντικρίσαμε σε γηροκομείο του κέντρου μιλάει μόνη της: Υπερήλικες ξαπλωμένοι ανάσκελα σε ράντζα, ο ένας δίπλα στον άλλο. Εγκαταλειμμένοι από τους συγγενείς, οι περισσότεροι δεν σηκώνονται καν από το κρεβάτι, αφού δεν τους βοηθάει κανείς. Εμφανώς υποσιτισμένοι, δεν βρίσκουν ούτε τη δύναμη να μιλήσουν.

Τα περισσότερα γηροκομεία που λειτουργούν σε συνθήκες αθλιότητας και χωρίς άδεια βρίσκονται στο κέντρο της Αθήνας (Πατήσια, πλατεία Βικτωρίας), εξασφαλίζοντας φθηνό ενοίκιο. Και ασφαλώς εδώ η ιατρική φροντίδα είναι ανύπαρκτη.

Με εντολή του νομάρχη Αθηνών συνεχίζονται οι έλεγχοι στα γηροκομεία. Εκτός των υγειονομικών παραβάσεων, ορισμένες «μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων» είχαν ελεγχθεί στο παρελθόν και εξακολουθούν να λειτουργούν παράνομα, ενώ τους έχουν επιβληθεί πρόστιμα και έχουν εκδοθεί αποφάσεις για να διακοπεί η λειτουργία τους.

Ο νομάρχης Γιάννης Σγουρός επισκέφθηκε τον προϊστάμενο της Εισαγγελίας Πρωτοδικών Αθηνών κ. Παπαγγελόπουλο, καταθέτοντας το φάκελο με τα στοιχεία των ελέγχων που διενεργήθηκαν στα γηροκομεία. Και σε δήλωσή του επισημαίνει: «Οι έλεγχοι θα συνεχισθούν, ιδιαίτερα σε χώρους όπου ο ανθρώπινος πόνος αντί να συναντά την αξιοπρέπεια και το σεβασμό συναντά την εκμετάλλευση και την κακομεταχείριση». Κάποια από αυτά είναι επιχειρήσεις με σκοπό το κέρδος, δεν είναι φιλανθρωπικά ιδρύματα», εξηγεί γιατρός που εργάστηκε σε ορισμένα από αυτά «από ανάγκη» στην αρχή της καριέρας του και δεν θέλησε να αναφερθεί το όνομά του.

Σ' αυτά φιλοξενούνται άνθρωποι ηλικίας άνω των 60 ετών. Τα παιδιά τους κάποια

στιγμή αποφασίζουν πως δεν τους θέλουν στο σπίτι, γιατί επιβαρύνουν την οικογένεια, και προτιμούν να τους στείλουν σε οίκο ευγηρίας πληρώνοντας τα έξοδα και επιπλέον τη σύνταξή τους. Υπάρχει και η κατηγορία των ασθενών που εγκαταλείπονται στη τύχη τους, αλλά και η προσωρινή φιλοξενία. Συνήθως σε αυτές τις περιπτώσεις αποφασίζουν τα παιδιά να πάνε διακοπές, τους στέλνουν στο γηροκομείο για ένα μήνα και στη συνέχεια κάνουν συμφωνία με το γηροκομείο. Τους κρατάνε για λίγες μέρες στο σπίτι και τις υπόλοιπες μένουν εκεί. Η ανθρωπιά που θα δείξει το προσωπικό είναι σε συνάρτηση με το φιλοδώρημα. Υπάρχουν νοσοκόμες που βγάζουν ένα δεύτερο μισθό από τους συγγενείς, με την υπόσχεση να διατηρούν καθαρό τον ηλικιωμένο.

Οι επιστημονικές απόψεις πλέον βασίζονται σε μία αντίληψη: την ύπαρξη δομών πρόνοιας που θα βοηθούν τον ηλικιωμένο να παραμένει στο σπίτι και τη γειτονιά του (παρέχοντας έστω ένα πιάτο φαγητό, φάρμακα, στοιχειώδη καθαριότητα χώρου). Τη χώρα μας χαρακτηρίζει η ανυπαρξία αυτών των δομών πρόνοιας για τη στήριξη των ηλικιωμένων.

Ρωτώντας για την έλλειψη κρατικών δομών πρόνοιας, που να παρέχουν βοήθεια σε ανήμπορους ηλικιωμένους, η απάντηση του νομάρχη είναι ότι «το υπουργείο Υγείας καθορίζει την πολιτική σε ζητήματα ηλικιωμένων. Η νομαρχία δίνει την άδεια λειτουργίας εφόσον πληρούνται περίπου 15 προϋποθέσεις. Αλλά υπάρχουν και πολλά γηροκομεία που λειτουργούν χωρίς άδεια». Διευκρινίζεται επίσης ότι ο νόμος δεν δίνει το δικαίωμα στις υπηρεσίες της Νομαρχίας να κλείσουν όσες στέγες ηλικιωμένων δεν πληρούν τις προϋποθέσεις υγιούς διαβίωσης.

Μοναδικό μέτρο η δικαστική οδός για υγειονομικές παραβάσεις, δηλαδή ένα πρόστιμο.

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση γηροκομείου, στο οποίο όπως αναφέρουν οι αρμόδιοι υπάλληλοι που πήγαν για έλεγχο (το 2003), αντίκρισαν αποστεωμένους γέροντες και ζήτησαν την επείγουσα μεταφορά τους σε νοσοκομείο. Το αποτέλεσμα είναι το γηροκομείο να λειτουργεί ακόμη και σήμερα, ενώ η υπόθεση δεν εκδικάστηκε ακόμη (ύστερα από δύο αναβολές). Πρόκειται για υποθέσεις που εκδικάζονται σε Ειρηνοδικείο και προβλέπεται ποινή φυλάκισης μέχρι ένα έτος (εξαγοράσιμη).

Το βασανιστικό ερώτημα που θέτουν οι ελεγκτές υγείας είναι πόσοι άνθρωποι θα έχουν χάσει τη ζωή τους κι ακόμη πόσες χιλιάδες ευρώ θα έχουν κερδίσει σ' αυτό το

χρονικό διάστημα οι διάφοροι κερδοσκόποι.

Ο νομάρχης θέτει κι ακόμη ένα βασανιστικό ερώτημα: Κι αν το κλείσεις, πού πας τους γέροντες μετά; Μια φράση που δίνει απάντηση στο γιατί ο νόμος στη χώρα μας είναι τόσο επιεικής με τα γηροκομεία.

Αναγκαστικά σε αυτή την περίπτωση το Δημόσιο θα πρέπει να δημιουργήσει κρατικά ιδρύματα ή άλλες υποστηρικτικές δομές:

«Στο γηροκομείο αυτό, συναντήσαμε την απόλυτη αθλιότητα, τα γερόντια είχαν φθάσει να ζυγίσουν 30 κιλά. Ο αντινομάρχης και οι ελεγκτές δέχθηκαν επίθεση από τους συγγενείς των ηλικιωμένων, που ήταν έτοιμοι να τους στείλουν στον Άγιο Πέτρο για να τους πάρουν την περιουσία...».

Επίσης, χαρακτηριστικά αναφέρουν και γηροκομείο στην παραλία της Γλυφάδας, το οποίο στέλνουν οι έλεγχοι στον εισαγγελέα από το 1989 και η κατάσταση παραμένει η ίδια. Εφόσον δεν υπάρχουν κρατικά γηροκομεία, ο νόμος δεν είναι αυστηρός. Αλλά για να αποφευχθεί η καθαρή εκμετάλλευση, επαναλαμβάνουν οι ελεγκτές-αυτόπτες μάρτυρες, πρέπει να ακολουθήσουμε τις σύγχρονες προνοιακές αντιλήψεις, οι οποίες προτείνουν την αποασυλοποίηση.

Ενδεικτικό είναι το γεγονός ότι από 16 οίκους ευγηρίας που ελέχθησαν στην ευρύτερη περιοχή της Νομαρχίας Αθηνών, μόνο οι δύο λειτουργούσαν χωρίς παραλείψεις, παρατυπίες και υγειονομικά προβλήματα. Ήδη εναντίον των εννέα από αυτούς κατατέθηκαν μηνυτήριες αναφορές στον εισαγγελέα Πρωτοδικών της Αθήνας. Απογοητευτική χαρακτηρίζει η Νομαρχία την κατάσταση που επικρατεί στην πλειονότητα των γηροκομείων, όπως προκύπτει από τους δειγματοληπτικούς ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν. Αλλά «το δράμα των ηλικιωμένων ξεκινάει στις 11 το βράδυ, όταν κλείνει η πόρτα των γηροκομείων και μένουν άνθρωποι κυριολεκτικά πεταμένοι και άλλοι άρρωστοι χωρίς να πάρουν τα φάρμακά τους. Μια γυναίκα μου τηλεφώνησε εξηγώντας πώς πέταξαν έξω κάποιον συγγενή της, έναν γέροντα ηλικιωμένο», εξηγεί ο κ. Σγουρός, προσθέτοντας ότι «απαιτείται η αλλαγή νομοθετικού πλαισίου διότι εμείς το πολύ να κάνουμε μια διακοπή, να μπει κάποιο πρόστιμο, ο ιδιοκτήτης θα προχωρήσει σε ασφαλιστικά μέτρα, η υπόθεση θα πάει στα δικαστήρια, που θα κρατήσουν τέσσερα χρόνια. Δηλαδή αυτά τα γηροκομεία θα λειτουργούν αυτά τα τέσσερα χρόνια. Το πρόστιμο που καθορίζεται μέχρι 65.000 ευρώ στη συνέχεια πέφτει στα 15.000. Και το χειρότερο είναι πως αν τα κλείσουμε, δεν υπάρχει καμία λύση για τους γέροντες».

Στον Εισαγγελέα Πρωτοδικών εστάλη στις 9 Αυγούστου η πρώτη έκθεση των εποπτών Δημόσιας Υγείας, αναφέροντας ορισμένες περιπτώσεις γηροκομείων:

Κατά του ιδιοκτήτη οίκου ευγηρίας στο κέντρο της Αθήνας, ζητώντας την ποινική δίωξή του «ως υπαιτίου δημιουργίας ανθυγιεινών καταστάσεων επικίνδυνων για τη δημόσια υγεία».

Συγκεκριμένα, στην έκθεση μηνύσεως αναφέρεται ότι δεν υπήρχαν ατομικά βιβλιάρια υγείας σε εργαζομένους, το ένα ψυγείο συντήρησης βρισκόταν σε υπαίθριο χώρο, σε άλλο ψυγείο συντήρησης τροφίμων είχαν τοποθετηθεί μαζί τρόφιμα και φάρμακα. Στην αποθήκη, που βρίσκεται στο βάθος του ακάλυπτου, ήταν αποθηκευμένα μαζί απορρυπαντικά και τρόφιμα, όλα ακουμπισμένα στο δάπεδο. Στον ίδιο χώρο βρίσκεται το πλυντήριο και η δεξαμενή πετρελαίου. Στους τοίχους της κουζίνας σπασμένα πλακάκια, μαγειρικά σκεύη φθαρμένα, με καμένες τροφές. Σεντόνια και κουβέρτες αποθηκευμένα μέσα σε τουαλέτα. Δίπλα σε άλλη τουαλέτα, η αποθήκη τροφίμων. Το περιεχόμενο των δοχείων στο ψυγείο ήταν αδύνατο να αναγνωρισθεί, ενώ σε κάποιο από αυτά υπήρχαν τρία κιλά βρασμένου κρέατος με μελανή απόχρωση και επιφανειακά χαλασμένο. Αποθηκευμένο ήταν και δοχείο με 17 κιλά λάδι με οξειδώσεις, διογκωμένο.

Επιπλέον, σε οίκο ευγηρίας που λειτουργούσε χωρίς άδεια, στο ψυγείο βρέθηκαν 4 κιλά κρέας πουλερικών ρυπασμένο από μύγες και στην κατάψυξη άλλα 40 κιλά κρέατος το οποίο χαρακτηρίστηκε από τους ελεγκτές πως ήταν ακατάλληλο. Επιπρόσθετα, σε άλλο οίκο ευγηρίας, οι ελεγκτές μεταξύ άλλων διαπίστωσαν, ότι η επιχείρηση λειτουργεί χωρίς άδεια, το κτίριο δεν είχε συντηρηθεί, η αυλή ήταν βρώμικη, υπήρχε υγρασία, οι προθήκες και τα ντουλάπια ήταν βρώμικα, σχεδόν κατεστραμμένα. Ακόμη και το ψωμί βρισκόταν στο... πάτωμα.

Σε παρόμοιο χώρο που επίσης λειτουργούσε χωρίς άδεια, οι τοίχοι ήταν γεμάτοι ρωγμές, το κτίριο είχε πολλά χρόνια να συντηρηθεί. Η αποθήκη τροφίμων και η παρασκευή του φαγητού γινόταν στο υπόγειο, τα τρόφιμα ήταν τοποθετημένα στο πάτωμα. Βρέθηκε μεγάλος αριθμός από κεσεδάκια γιαουρτιού με υπολείμματα φαγητού ρυπασμένα από έντομα. Τέλος, σε οίκο ευγηρίας που λειτουργούσε και αυτός χωρίς άδεια, υπήρχαν επίσης

ρωγμές στους τοίχους, τα πατώματα είχαν επίσης φθαρεί, το κτίριο όπως και τα προηγούμενα δεν είχε συντηρηθεί και το υπόγειο είχε μετατραπεί σε αποθήκη τροφίμων με ανοιχτά τα παράθυρα. Τα μαγειρικά σκεύη βρέθηκαν στον εξωτερικό χώρο, στο δάπεδο και τα σκαλοπάτια. Οι προθήκες και τα ντουλάπια, βρώμικα και κατεστραμμένα από την υγρασία, οι δίσκοι σεβριρίσματος στο πάτωμα. Και στους 4 οίκους ευγηρίας οι ελεγκτές υγείας βρήκαν μόνο αλλοδαπούς υπαλλήλους, οι οποίοι δεν διέθεταν ατομικά βιβλιάρια υγείας.

Παλιά τους ηλικιωμένους τους είχαμε ανάγκη, τώρα η κοινωνία και η τεχνολογία τους έθεσαν στο περιθώριο. Τους αντικατέστησε η τηλεόραση. Στη σύγχρονη κοινωνία μας το νέο είναι υγιές, το γέρικο η ασθένεια, εξηγεί ο γενικός γραμματέας του συλλόγου Ελλήνων Κοινωνιολόγων, Χρήστος Πατσός:

«Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές κοινωνίες, οι σύγχρονες αντιμετωπίζουν τα μέλη τους σε προχωρημένη ηλικία ως "άχρηστους". Με τη ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας υπάρχει η αντίληψη ότι δεν χρησιμεύουν τόσο στην οικονομία όσο και στην κοινωνία, με αποτέλεσμα να τους "παροπλίζουν" και να τους "παρκάρουν" σε οίκους ευγηρίας και να τους εγκαταλείπουν τα παιδιά τους, αλλά και γενικότερα η κοινωνία.

Αυτό είναι πρόσφατο φαινόμενο, εμφανίστηκε περίπου στη δεκαετία του '80. Στις παραδοσιακές κοινωνίες εκτιμούσαν τη συσσωρευμένη γνώση και εμπειρία τους. Η λέξη Γερουσία ως νομοθετικό όργανο θυμίζει την αναγνώρισή τους. Σήμερα όμως, τα πάντα ανατρέπονται και η τεχνολογία απαιτεί νέα άτομα, ν' αντέχουν.

Εκτός της οικονομίας, σε επίπεδο κοινωνίας, όταν υπήρχε συλλογική παραγωγή, η γνώση και εμπειρία των ηλικιωμένων ήταν αναγκαία για ν' αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες τα νέα μέλη. Στη σύγχρονη οικογένεια δεν υπάρχει θέση για τον παππού και τη γιαγιά. Υπάρχει το ημερήσιο σχολείο, ο δάσκαλος για το ιδιαίτερο μάθημα, ακόμη και το παραμύθι της γιαγιάς έχει αντικατασταθεί από την τηλεόραση. Έτσι το γήρας αντιμετωπίζεται ως ασθένεια που πρέπει να την κρύψουμε σε ιδρύματα, να την αποφύγουμε. Επιπλέον ο ηλικιωμένος μας θυμίζει ότι υπάρχει ένα τέλος και οι σύγχρονες κοινωνίες μας δεν θέλουν να το αποδεχθούν». (Ελευθεροτυπία 05/09/05).

Δυστυχώς, για τα παραπάνω υπάρχουν μαρτυρίες που πρέπει να ακουστούν. Είναι ένα ταμπού κοινωνικό για το οποίο δεν γίνεται η παραμικρή νύξη για την κακοποίηση των ηλικιωμένων, οι οποίοι φοβούνται, νοιώθουν ανασφάλεια, δε διεκδικούν τα δικαιώματά τους, ιδιαίτερα όταν βρίσκονται στα γηροκομεία φοβούνται να πουν αυτό που τους συμβαίνει, γιατί πού θα βρεθούν μετά. Πού θα πάνε μετά; Οι συγγενείς τους δεν τους θέλουν.

Άλλη μορφή κακοποίησης, είναι τα παιδιά να τσακώνονται και να στέλνουν τους γονείς τους και τους παππούδες τους από σπίτι σε σπίτι αλλάζοντάς τους το περιβάλλον που πιθανότατα να είναι η τελευταία ευχαρίστηση της ζωής τους να μένουν στη γωνιά τους. Όπως ξέρουμε, τους αρέσει ένας περιορισμένος χώρος πλέον και εκεί να υπάρχουν ορισμένα αγαπημένα αντικείμενα, ορισμένα αγαπημένα βιβλία, να περνούν την ώρα τους και να είναι όμως παρατηρητές της ζωής των παιδιών τους. Αυτό το δικαίωμα να μένουν μέσα στην οικογένεια πλέον δεν το έχουν.

Άλλες καταγγελίες που έχουν ακουστεί, είναι και αυτό μια ψυχολογική πίεση, της μετατόπισης των ατόμων της τρίτης ηλικίας από σπίτι σε σπίτι. Άλλες καταγγελίες που έχουμε είναι ότι συχνά τα παιδιά τσακώνονται και νοιώθουν αφόρητες ενοχές οι γέροι γονείς ότι προκαλούν αυτή την κατάσταση. Δεν τυγχάνουν καμιάς ψυχολογικής υποστήριξης. Το Κέντρο Άμεσης Βοήθειας είναι πρόθυμο πάντοτε να ακούει αυτά τα άτομα, τα καταγράφει και τα μεταφέρει εδώ. Αξίζει σε αυτά τα άτομα να τύχουν στα γηρατιά τους, στα τελευταία σκαλοπάτια της ζωής, της αγάπης και του σεβασμού που τους αρμόζει γιατί κάποτε ήταν και εκείνοι λιθάρι αυτής της κοινωνικής βελτίωσης που επιδιώκουμε ακόμα και σήμερα. Άλλα παράπονα είναι ότι τους παίρνουν τα λεφτά τους, τις οικονομίες τους, την πενιχρή τους σύνταξη, σφετερίζονται την περιουσία τους με διάφορες αιτίες και αφορμές ξεγυμνώνοντας κυριολεκτικά τις ελάχιστες οικονομίες που έχουν για την ασφάλεια των γηρατειών τους και αφού το καταφέρουν και περάσουν την περιουσία στο όνομά τους, τα άτομα αυτά τους υπόσχονται ότι θα είναι κοντά τους, θα είναι μέσα στην οικογένεια τους, θα τυγχάνουν τέλος πάντων μια υποτυπώδους φροντίδας και αντί αυτού βρίσκονται την επομένη σε ένα γηροκομείο, ξεχασμένοι.

Σήμερα τα άτομα προχωρημένης ηλικίας, έτσι είναι πιο σωστό να το λέμε, γιατί δεν είναι κατ' ανάγκη γήρας η προχωρημένη ηλικία, ορισμένοι άνθρωποι είναι

αρκετά ακμαίοι στο να γυμνάζονται να δραστηριοποιούνται και να χαίρονται τη ζωή όπως και οι νεότεροι. Τους αρμόζει το κράτος να ενσκήψει και να μελετήσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και να πάρει εκείνα τα μέτρα που πρέπει, για να έχουν αυτοί οι άνθρωποι μέχρι το τέλος της ζωής τους την αξιοπρέπεια τους.

Επιπτώσεις στον ηλικιωμένο

Η διαδικασία της ιδρυματοποίησης είναι επώδυνη, αλλά αφού δεν υπάρχει συμπαράσταση συγγενών, δεν υπάρχει άλλη λύση. Τα γηροκομεία προκαλούν έντονη περιθωριοποίηση. Το κόστος του ιδρυματισμού για τον υγιή ηλικιωμένο είναι τριπλό:

- Οικονομικό, γιατί απαιτούν προσωπικό εξειδικευμένο και κατάλληλο και ειδικά προσαρμοσμένους χώρους που αυξάνουν τη μηνιαία δαπάνη που καταβάλλει ο τρόφιμος,
- Ψυχολογικό και,
- Κοινωνικό.

Όταν οι ηλικιωμένοι υπό την πίεση των περιστάσεων αναγκάζονται να εγκατασταθούν σε ίδρυμα, συναντούν δυσκολίες προσαρμογής στο νέο περιβάλλον. Είναι υποχρεωμένοι να εγκαταλείψουν τις συνήθειες που είχαν και τις δραστηριότητες που ασκούσαν στο παρελθόν και να απομονωθούν, να αποξενωθούν από τους δεσμούς που διατηρούσαν στην προηγούμενη κοινωνική τους ζωή. Συχνά με την επιβάρυνση της κατάστασης κάθε μακροχρόνια πάσχοντος ηλικιωμένου ατόμου, οι επισκέψεις των συγγενών ελαττώνονται. Επισκέψεις επιτρέπονται κάθε μέρα, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις οι συγγενείς τους επισκέπτονται σπάνια ή και καθόλου, όταν τα ιδρύματα βρίσκονται έξω από τις πόλεις. Η προοδευτική εγκατάλειψη ανθρώπων που έχουν ακόμα καλή επικοινωνία με το περιβάλλον ωθεί τον ηλικιωμένο σε εσωστρεφισμό και κατάθλιψη. Οι συνθήκες της ιδρυματικής διαμονής, οδηγούν τους ηλικιωμένους στο μαρασμό και στις γεροντικές ψυχώσεις, χωρίς καμία δυνατότητα αυτενέργειας και πρωτοβουλίας.

Ένα εύρημα όλων των ερευνών, είναι ότι οι άνθρωποι που ζουν σε ιδρύματα, έχουν χειρότερη υγεία και μικρότερη προσδοκώμενη ζωή, από εκείνους που ζουν στην κοινότητα. Η πνευματική επιδείνωση είναι χειρότερο χαρακτηριστικό. Είναι κατανοητό, γιατί το άτομο θεωρεί την είσοδό του σε ίδρυμα μεγάλη τραγωδία. Οι γυναίκες νιώθουν ψυχολογικό σοκ ιδιαίτερα έντονα, γιατί είναι πιο συνδεδεμένες με

τα σπίτια τους σε σύγκριση με τους άνδρες. Εμφανίζουν συμπτώματα άγχους και πολλές φορές «κλείνονται στον εαυτό τους». Ωστόσο μερικές φορές η είσοδος ηλικιωμένου σε ίδρυμα τον κάνει να αισθάνεται λιγότερο αποκομμένος, δημιουργεί φιλίες και παραμελεί τον εαυτό του λιγότερο από πριν. Από πολλές πηγές προκύπτει ότι, από τους ηλικιωμένους που εισάγονται σε ίδρυμα, περισσότεροι από τους μισούς πεθαίνουν τον πρώτο χρόνο και τα 2/3 τα δύο πρώτα χρόνια. Και δε φταίνε μόνο οι συνθήκες του ιδρύματος: για τους γέρους κάθε μορφή ξεριζώματος, μπορεί να προκαλέσει θάνατο. Μερικοί τρόφιμοι χαρακτηρίζονται από εγκατάλειψη, κατάπτωση. Ο ηλικιωμένος που ζει σε ίδρυμα χωρίς να κάνει τίποτε, υποβαθμισμένος και σε κατάσταση αντικειμένου, παθαίνει γρήγορα γεροντική άνοια, που συχνά οδηγεί σε θάνατο.

Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στους τροφίμους των ιδρυμάτων σχετικά με την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης. Άλλοι θεωρούν ότι είναι ασφαλείς, δηλώνουν ευχαριστημένοι και εκφράζουν ευγνωμοσύνη, ενώ άλλοι θεωρούν ότι είναι φυλακισμένοι, αισθάνονται καταπιεσμένοι από τις συνθήκες ζωής των γηροκομείων. Πολλοί αισθάνονται δυστυχισμένοι στην μοναξιά τους και φοβισμένοι για το μέλλον τους. Ενώ προϋπόθεση εισόδου σε δημόσια ιδρύματα και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ιδρύματα, είναι η αυτοεξυπηρέτηση, με την πάροδο του χρόνου αρκετοί ηλικιωμένοι τρόφιμοι παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα κινητικότητας, άνοιας, κλπ. με αποτέλεσμα τα περισσότερα γηροκομεία να έχουν μετατραπεί σε ιδρύματα προθανάτιου αναμονής. Ο τρόφιμος του ιδρύματος υποφέρει από τους αυστηρούς κανονισμούς: όλοι σηκώνονται νωρίς το πρωί και κοιμούνται νωρίς το βράδυ. Ο τρόφιμος αποκόπτεται από τους συγγενείς και τους φίλους του, σε μερικά ιδρύματα του εξωτερικού του φοράνε στολή και χάνει την προσωπικότητά του μετατρέπόμενος σε ένα αριθμό. Συνήθως δεν επιτρέπεται στους τροφίμους να βγαίνουν από τα ιδρύματα όποτε θέλουν.

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της μετακίνησης σε ίδρυμα, μπορούν να απαλυνθούν με πολλούς τρόπους. Σε ορισμένα μέρη, τα μέλη του προσωπικού του ιδρύματος επισκέπτονται τον ηλικιωμένο πολλές φορές στο σπίτι του πριν καν μπει στο ίδρυμα για να τον γνωρίσουν και ν' απαντήσουν στις ερωτήσεις του. Συχνά τον προσκαλούν να επισκεφθεί τους χώρους. Ο ηλικιωμένος μπορεί να πάρει στο ίδρυμα τα αγαπημένα του αντικείμενα που του δίνουν μια αίσθηση συνέχειας και ταυτότητας. Το προσωπικό του ιδρύματος μπορεί να καταβάλλει ιδιαίτερες προσπάθειες για να

καθησυχάσει το νεοφερμένο και οι συγκατοικοί να δημιουργήσουν φιλικό κλίμα υποδοχής. (Πουλοπούλου-Έμκε Έρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.450-451).

Οι δημογραφικές εξελίξεις προδιαγράφουν και καθορίζουν σε ένα βαθμό τη σημαντική δέσμευση των υγειονομικών πόρων για τις επόμενες δεκαετίες. Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην τρίτη ηλικία επικεντρώνεται κυρίως στη θεραπεία και στην περίθαλψη και λιγότερο στην πρόληψη. Έτσι, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας σε αυτή την ηλικία στρέφεται στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, αντίθετα με ότι συμβαίνει στις νεαρότερες συνήθως ηλικίες, των οποίων ο κύριος όγκος ζήτησης στρέφεται στις προληπτικές υπηρεσίες.

Είναι γνωστό ότι το κόστος της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης είναι μεγαλύτερο από το κόστος των προληπτικών υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται από την επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων, για την αντιμετώπιση των οποίων απαιτούνται σύγχρονες και δαπανηρές θεραπευτικές μέθοδοι, αλλά και η υποστήριξη της, συχνά ιδιαίτερα δαπανηρής, φαρμακευτικής και βιοϊατρικής τεχνολογίας. Επιπρόσθετα, η συχνότητα της ανάγκης για ιατρική περίθαλψη είναι μεγαλύτερη στην τρίτη ηλικία, όπως και η συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων και ο αριθμός ημερών νοσηλείας.

Ειδικά στην Ελλάδα είναι έντονη η έλλειψη κλινών αποθεραπείας μέσης ή μακράς νοσηλείας. Έτσι, για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων είτε παρατείνεται η νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία είτε οι ηλικιωμένοι κατευθύνονται σε μικρές ιδιωτικές κλινικές. Εικάζεται ότι σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων νοσηλεύεται σε τέτοιου είδους κλινικές, οι οποίες δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως μονάδες οξείας νοσηλείας, εφόσον δεν διαθέτουν το κατάλληλο έμπυχο δυναμικό και άψυχο υλικό (Νιάκας και Μπεαζόγλου, 1993).

ΠΙΝΑΚΑΣ

Δυσμενής Διάκριση σε βάρος των ηλικιωμένων ατόμων

Προβλήματα

1. Δεν προσφέρονται πάντοτε όλες οι αναγκαίες υπηρεσίες/ θεραπείες.
2. Δεν διεξάχθηκε καμιά έρευνα για εντοπισμό των υπηρεσιών που δεν προσφέρονται (κατά κλινική ειδικότητα).
3. Δεν έγινε ποτέ μελέτη της ανάγκης κατά ειδικότητα για εξάλειψη των διακρίσεων στην προσφορά υπηρεσιών.

Προσφορά εξατομικευμένης φροντίδας υγείας (αφορά ιδιαίτερα εξωτερικούς ασθενείς)

Προβλήματα

Το ηλικιωμένο άτομο όταν προσέρχεται για εξέταση εξετάζεται μόνο για το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας, με αποτέλεσμα να μη διαγιγνώσκονται έγκαιρα άλλα αδιάγνωστα, αλλά υπάρχοντα προβλήματα υγείας. Δεν υπάρχουν πρωτόκολλα διαχείρισης ασθενή σε κανένα επίπεδο φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο). Δεν εξειδικεύεται προσωπικό για τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων. Το ηλικιωμένο άτομο δεν εξετάζεται την ίδια μέρα από όλες τις ειδικότητες που χρειάζεται και δεν υπάρχει φάκελος ασθενή που να παραπέμπεται από τη μια ειδικότητα στην άλλη μαζί με τον ασθενή.

Η υποστηρικτική υπηρεσία για να βοηθά το ηλικιωμένο άτομο να παραμείνει στην κοινότητα είναι σχεδόν ανύπαρκτη. (π.χ. κατ' οίκον νοσηλεία, κτιριακές βελτιώσεις, εξοπλισμός αναπηρίας, υποστήριξη κρατικών στεγών ηλικιωμένων κ.ά).

Ενδιάμεσες Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας

Προβλήματα

Παρατηρείται έλλειψη πολυθεματικών ομάδων αξιολόγησης που θα μελετούν επιτόπου την κατάσταση του ηλικιωμένου π.χ. στο σπίτι, στο ίδρυμα, στο νοσοκομείο για να αποφασιστεί η περαιτέρω πορεία. Δεν προσφέρονται οι αναγκαίες υπηρεσίες για αποκατάσταση, θεραπεία ή και για πρόληψη ασθενειών στο σπίτι, στο ίδρυμα, στην κοινότητα.

Ενδονοσοκομειακές Υπηρεσίες

Προβλήματα

Υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένων γηριάτρων και εξειδικευμένου προσωπικού. Δεν

υπάρχουν πρωτόκολλα διαχείρισης ασθενή και υπάρχει ανεπάρκεια κλινών. Επίσης δεν υπάρχουν θάλαμοι αποκατάστασης.

Δεν παρέχονται όλες οι υπηρεσίες στον αναγκαίο βαθμό και για όσο διάστημα χρειάζονται και ούτε παρέχεται η αναγκαία μετά νοσηλευτική φροντίδα.

Υπηρεσίες Εγκεφαλικού Επεισοδίου

Προβλήματα

Παρατηρείται έλλειψη υπηρεσιών πρόληψης εγκεφαλικού επεισοδίου, εξειδικευμένων μονάδων φροντίδας εγκεφαλικού επεισοδίου και εξειδικευμένου προσωπικού.

Δεν υπάρχουν πρωτόκολλα διαχείρισης ασθενών με εγκεφαλικό ούτε πρωτόκολλα διαχείρισης των ομάδων υψηλού κινδύνου. Δεν παρέχονται οι ενδονοσοκομειακές υποστηρικτικές υπηρεσίες για όσο χρονικό διάστημα και στο βαθμό που χρειάζονται και ο ασθενής δεν παραμένει στο νοσοκομείο για όσο χρονικό διάστημα χρειάζεται.

Δεν υπάρχουν θάλαμοι αποκατάστασης και δεν συνεχίζεται η αναγκαία θεραπεία μετά την απόλυση του ασθενή.

Πρόληψη - Αντιμετώπιση κακώσεων από πτώσεις

Προβλήματα

Δεν γίνεται προληπτική εξέταση των ηλικιωμένων (οπτικές διαταραχές, υπόταση, καρδιαρρυθμία, λήψη φαρμάκων, οστεοπόρωση κ.ά) και δεν υπάρχουν πρωτόκολλα προληπτικής εξέτασης ηλικιωμένων. Παρατηρείται έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού. Οι υπηρεσίες αποκατάστασης δεν παρέχονται στο βαθμό που πρέπει και για όσο χρονικό διάστημα χρειάζονται.

Ψυχική Υγεία Ηλικιωμένων

Προβλήματα

Δεν υπάρχουν υπηρεσίες πρόληψης ψυχικών διαταραχών με στόχο την έγκαιρη εντόπιση περιστατικών ανάμεσα στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Ούτε υπάρχουν οργανωμένες υπηρεσίες αντιμετώπισης ηλικιωμένων ατόμων με ψυχικές διαταραχές για οξέα περιστατικά. Εξειδικευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων καθώς και πρωτόκολλα πρόληψης έγκαιρης ανακάλυψης και διαχείρισης του ηλικιωμένου δεν υπάρχουν. Οι οργανωμένες υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα στην έκταση και στο βαθμό που χρειάζεται δεν προσφέρονται και παρατηρείται η έλλειψη Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας και εξειδικευμένων κλινικών αντιμετώπισης διαταραχών της μνήμης.

Υπηρεσίες Πρόληψης

Προβλήματα

Δεν υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα προαγωγής της υγείας και η προληπτική εξέταση όλων των ηλικιωμένων άνω των 75 ετών δεν προσφέρεται. Οι προληπτικές υπηρεσίες και τα πρωτόκολλα προληπτικής διαχείρισης του ηλικιωμένου ατόμου δεν υπάρχουν.

Κατά συνέπεια, η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τους ηλικιωμένους προκαλεί ιδιαίτερα υψηλές δαπάνες. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη νέου τύπου κοινωνικών υπηρεσιών για την πρόληψη και υποστηρικτική θεραπεία, καθώς και η αύξηση του αριθμού των γηριατρικών κρεβατιών, σε συνεργασία πάντοτε με την τοπική αυτοδιοίκηση.

Στη χώρα μας η πλημμυρής καταγραφή και επεξεργασία των νοσηλευτικών και οικονομικών δεδομένων στον υγειονομικό τομέα, δεν επέτρεψε ουσιαστικά την εκτίμηση των δαπανών για υπηρεσίες υγείας προς την τρίτη ηλικία, άρα και τη διατύπωση μέτρων για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Παρ' όλα αυτά, το 1993 επιχειρήθηκε μια μελέτη προσέγγισης των μελλοντικών οικονομικών εξελίξεων στον υγειονομικό τομέα (Γεωργούση και συν., 1993). Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της μελέτης αυτής, το συνολικό κόστος για τις υπηρεσίες υγείας προς την τρίτη ηλικία, το οποίο προέρχεται από δημόσιους πόρους, ανερχόταν το 1990 σε 153,8 δισεκατομμύρια δραχμές ή περίπου 30,4% των συνολικών δημοσίων δαπανών υγείας. Με βάση τις προβλέψεις των ερευνητών το ποσοστό αυτό υπολογίζεται να ανέλθει σε 52% το 2050. Η πρόσθετη χρηματοδότηση, η οποία απαιτείται προκειμένου να καλυφθούν οι αυξημένες μελλοντικές υγειονομικές ανάγκες των ηλικιωμένων, προϋποθέτει ετήσια αύξηση των δαπανών υγείας κατά 0,33% ή 15 – 20 δισεκατομμύρια δραχμές (τιμές 1990).

Πίνακας: Μελλοντικές επιπτώσεις στην κατανομή των δημοσίων δαπανών υγείας στον πληθυσμό ηλικίας άνω των 65 ετών στην Ελλάδα.

	ΕΤΟΣ						
	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
ΠΟΣΟΣΤΟ (%)							
Ηλικιωμένων 65+ ετών	12.3	15.0	16.8	17.8	19.5	21.0	21.1
Νοσοκομειακών δαπανών για ηλικιωμένους 65+ ετών	26.1	31.8	35.6	37.8	41.4	44.6	44.8
Δαπάνες για την υγεία για ηλικιωμένους 65+ ετών ⁽¹⁾	30.4	37.1	41.5	44.0	48.2	51.9	52.1
Δαπάνες για την υγεία για ηλικιωμένους 65+ ετών ⁽²⁾	34.9	42.5	47.6	50.5	55.3	59.5	59.8

Πηγή: Γεωργούση και συν., 1993

(1) Με την παραδοχή ότι η κατά κεφαλήν ιατροφαρμακευτική δαπάνη για τους ηλικιωμένους σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι 3,0:1 (εκτιμήσεις ΙΚΑ)

(2) Με την παραδοχή ότι η κατά κεφαλήν ιατροφαρμακευτική δαπάνη για τους ηλικιωμένους σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι 4,3:1 (εκτιμήσεις ΟΟΣΑ)

Η Ελλάδα υστερεί σε σύγκριση με τις περισσότερες χώρες της ΕΕ και της Δυτικής Ευρώπης στις δαπάνες για την υγεία. Η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας σε δολάρια ήταν το 1996 στην Ελλάδα 865 δολάρια σχεδόν το 1/3 της δαπάνης της Γερμανίας, περίπου το μισό των περισσότερων χωρών της ΕΕ, ακόμη μικρότερη και από την Πορτογαλία (1082\$).

Παρατηρήθηκε τα τελευταία χρόνια μεγάλη αύξηση των δαπανών για την υγεία, σε τρέχουσες και σταθερές τιμές. Ωστόσο ως ποσοστό του ΑΕΠ το 1996 η Ελλάδα δαπανούσε περισσότερα από τη Δανία και λίγο λιγότερα από χώρες που παρέχουν ποσοτικά και ποιοτικά πολύ ικανοποιητικές υπηρεσίες υγείας (π.χ. Σουηδία). Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ σημείωσαν μεγάλη αύξηση και είναι παραπλήσιες με τις δαπάνες χωρών όπως η Δανία, η Ιρλανδία, η Ιταλία και η Ισπανία.

Οι περισσότερες δημόσιες δαπάνες αφορούν τη νοσοκομειακή και ένα μεγάλο μέρος τη φαρμακευτική περίθαλψη. Με τη γήρανση του πληθυσμού αυξάνονται οι δαπάνες υγείας διότι οι μεγαλύτεροι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας είναι ή ασθενείς, ή ανάπηροι ηλικιωμένοι, οι οποίοι έχουν μεγάλες απαιτήσεις από το σύστημα υγείας. Όπως προκύπτει από μελέτες της ΕΕ, το 60% των δαπανών για την υγεία ενός ατόμου, συγκεντρώνονται στο έτος που προηγείται του θανάτου του, όποια κι αν είναι η ηλικία του, ενώ ελληνική μελέτη δείχνει ότι τα 2/3 του κόστους περίθαλψης αφορούν τα 5 τελευταία χρόνια της ζωής και από αυτά το μισό τουλάχιστον τους τελευταίους έξι μήνες. Άλλες επιστημονικές μελέτες δείχνουν ότι η δημόσια δαπάνη για την περίθαλψη της υγείας ενός ηλικιωμένου είναι 3 έως 7 φορές υψηλότερη σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό των δημοσίων δαπανών δεν υστερούν ιδιαίτερα σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης. Ωστόσο η κάλυψη των αναγκών του Ελληνικού πληθυσμού από το δημόσιο τομέα στη χώρα μας είναι अपαράδεκτη. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας μικρή αύξηση απαιτούν για να πλησιάσουν τους δείκτες των πιο αναπτυγμένων χωρών της ΕΕ. Υψηλές είναι οι ιδιωτικές δαπάνες που αποτελούν το ¼ του συνόλου. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.458).

Σε πολλές χώρες, η αυξανόμενη αριθμητική δύναμη των ηλικιωμένων, έχει οδηγήσει τους πολιτικούς, τους υπεύθυνους της δημόσιας διοίκησης και επιστήμονες, σε μια στροφή προς τα προβλήματά τους. Στην Ελλάδα, οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα μεγάλο τμήμα του εκλογικού σώματος, μεγαλύτερο από τη συμμετοχή τους στον πληθυσμό. Ιδιαιτερότητα της ελληνικής πολιτικής κουλτούρας αποτελεί το έντονο πολιτικό ενδιαφέρον το οποίο δηλώνουν οι Έλληνες άνδρες ηλικίας 65-69 ετών.

Στην Ελλάδα, όπως προκύπτει από παλαιότερη έρευνα, τα αιτήματα των ηλικιωμένων προς την πολιτική ηγεσία είναι: ειρήνη, ησυχία, πολιτική σταθερότητα,

ικανοποιητικές συντάξεις, πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, χαμηλές τιμές αγαθών και υπηρεσιών που χρησιμοποιούν. Με τα αιτήματα των ηλικιωμένων συμφωνούν και τα παιδιά και οι φροντιστές τους.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι σωματικά και πνευματικά υγιείς, αυτόνομοι και ικανοί να ζήσουν κανονική, παραγωγική ζωή. Ενώ σε κάθε ηλικία μπορεί ένα άτομο να καταστεί ανάπηρο και εξαρτημένο και να χρειάζεται συνεχή βοήθεια από άλλο άτομο, η μακροχρόνια περίθαλψη αυξάνει σημαντικά μετά τα 75 χρόνια: στις μεγάλες ηλικίες τα άτομα αντιμετωπίζουν μεγαλύτερους κινδύνους να προσβληθούν από κάποια ασθένεια και αρκετοί ηλικιωμένοι χρειάζονται περίθαλψη και βοήθεια. Ορισμένοι ηλικιωμένοι που νοσηλεύθηκαν σε νοσοκομείο, μετά την έξοδό τους δεν μπορούσαν να επιστρέψουν στο περιβάλλον τους με προσδοκίες ότι θα ανακτήσουν το προηγούμενο είδος της ζωής τους. Πρέπει όμως να υπογραμμιστεί ότι η εμφάνιση της εξάρτησης, όταν συμβαίνει, γίνεται σε όλο και μεγαλύτερη ηλικία. Στη μεγάλη ηλικία σημειώνονται μεταβολές και ασθένειες των διαφόρων συστημάτων του ανθρώπου: του καρδιαγγειακού, του κεντρικού νευρικού, του μυοσκελετικού, του αναπνευστικού, του γαστρεντερικού, του ουροποιητικού, του ενδοκρινικού, κ.α. Επίσης παρατηρούνται ψυχικά νοσήματα, πνευματικές διαταραχές, μεταβολές της προσωπικότητας. Η σημαντική αύξηση του μέσου όρου ζωής έχει ως επακόλουθο όχι μόνο την αύξηση του γεροντικού πληθυσμού, αλλά και την εμφάνιση νοσημάτων που απαιτούν ιδιαίτερες φροντίδες και θεραπεία τα οποία προηγουμένως, λόγω της μικρής διάρκειας ζωής, δεν είχαν τη δυνατότητα να εκδηλωθούν.

Η «άτυπη φροντίδα», παρέχει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας και κοινωνικής υποστήριξης σε ευάλωτους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι άνω των 85 ετών, είναι οι πιο ευάλωτοι και έχουν συχνότερα από τους νεότερους ανάγκη για περίθαλψη και περιποίηση. Φροντιστές είναι τα μέλη της οικογένειας από την ίδια ή άλλη γενεά και η φροντίδα είναι κυρίως δουλειά των γυναικών: οι σύζυγοι, οι κόρες και οι νύφες είναι οι βασικοί φροντιστές. Ο χρόνος της φροντίδας ποικίλλει από λίγες μέρες μέχρι πολλά χρόνια. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει η συμπάρασταση κρατικών ή δημοτικών υπηρεσιών, όπως υπάρχει σε άλλες χώρες της ΕΕ. Μόνο τα τελευταία χρόνια εφαρμόστηκαν μερικά πιλοτικά προγράμματα. Αρκετές/ οί από τους φροντιστές είναι εργαζόμενες/ οι και μερικές/ οί αποτελούν τη μοναδική πηγή εισοδήματος της οικογένειας. Το κόστος της φροντίδας φέρει ο ίδιος ο ηλικιωμένος από τις αποταμιεύσεις του ή τη σύνταξή του, ή/ και ο φροντιστής του. Η φροντίδα των ηλικιωμένων απαιτεί μεγάλη σωματική και ψυχική προσπάθεια, ιδιαίτερα όταν ο

φροντιστής ασχολείται με άτομο που πάσχει από άνοια. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.460-463).

Οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν περισσότερο από τους νεότερους τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού. Επιχειρήθηκε η κριτική παρουσίαση της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης υγείας στην Ελλάδα. Το συμπέρασμα είναι ότι οι υπηρεσίες, είτε πρόκειται για ανοικτή είτε για κλειστή περίθαλψη, παρουσιάζουν ανεπάρκειες και ανισότητες και δεν εξυπηρετούν τους ηλικιωμένους που μένουν σε απομακρυσμένες περιοχές ή σε μικρά νησιά. Τα νοσοκομεία και τα θεραπευτήρια χρονίως πασχόντων παρουσιάζουν πολλές ελλείψεις που καθιστούν προβληματική των περίθαλψη όλων των πολιτών και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων.

Η κριτική παρουσίαση των υπηρεσιών που απευθύνονται μόνο σε ηλικιωμένους (ΚΑΠΗ, γηροκομεία κλπ), έδειξε τα θετικά και τα αρνητικά στοιχεία και παρέθεσε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των ιδρυμάτων για ηλικιωμένους. Τα κρατικά και τα περισσότερα από τα άλλα γηροκομεία απαιτούν να είναι αυτοεξυπηρετούμενοι οι ηλικιωμένοι όταν εισέρχονται, ενώ στα θεραπευτήρια χρονίως πασχόντων υπάρχουν μακρές λίστες αναμονής. Τα ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ιδιαίτερα το Γηροκομείο Αθηνών, το Γηροκομείο Πειραιώς και τα γηροκομεία της εκκλησίας, είναι χωρίς αμφιβολία τα καλύτερα. Η ανεπάρκεια των θέσεων σ' αυτά τα ιδρύματα, τα μεγάλα κέρδη των επιχειρήσεων ιδρυματικής περίθαλψης και η αύξηση του αριθμού των ατόμων με πολύ προβληματική υγεία που δεν αυτοεξυπηρετούνται, έχουν ως συνέπεια την έντονη και αυξανόμενη παρουσία του ιδιωτικού τομέα.

Η μελέτη μας καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι δεν ευσταθεί η άποψη που δίνει έμφαση μόνο στα αρνητικά της γήρανσης του πληθυσμού και των γηρατειών του ανθρώπου. Η άποψη αυτή υποστηρίζει ότι ο αυξανόμενος ηλικιωμένος πληθυσμός, σε απόλυτους αριθμούς και ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού και το γεγονός ότι μερικά ηλικιωμένα άτομα, ειδικά όσα υπερβαίνουν τα 80-85 χρόνια κάνουν μεγάλη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αποτελούν βαρύτατο οικονομικό και συναισθηματικό φορτίο για την οικονομία, την κοινωνία, την οικογένεια. Οι υπηρεσίες που χρησιμοποιούν στοιχίζουν περισσότερο από εκείνες των νεότερων ατόμων και συμβάλλουν στην εντυπωσιακή αύξηση των δαπανών για την υγεία, ιδιαίτερα όταν άτομα πάσχουν από διάφορες μορφές άνοιας- της οποίας οι βαρύτερες μορφές

χρειάζονται συνεχή και ειδικευμένη αγωγή σε ίδρυμα ή επί 24ώρου βάσης επιτήρηση στο σπίτι. Η άποψη αυτή καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η γήρανση των πληθυσμών και των ανθρώπων είναι μια ζοφερή προοπτική που επηρεάζει και θα ασκήσει περισσότερη επίδραση στο μέλλον στις δυτικές κοινωνίες, τόσο σε συλλογικό όσο και σε ατομικό επίπεδο και ότι σε πολλές περιπτώσεις ο ηλικιωμένος θεωρείται βάρος για την κοινωνία.

Η άποψη αυτή δίνει έμφαση στα αρνητικά στοιχεία του βιολογικού γηρασμού, στην εξάρτηση και στην αδυναμία του οργανισμού να ανταποκρίνεται στις καθημερινές ανάγκες δηλαδή χαρακτηριστικά που αφορούν μόνο μία μειονότητα που κυμαίνεται από 7-15% του συνόλου των ηλικιωμένων. Η αρνητική προσέγγιση των ηλικιωμένων δεν είναι μόνο προσβλητική για τους ίδιους, αλλά και ζημιώνει την οικονομική και κοινωνική ευημερία. Αγνοεί την αξία της εμπειρίας, της σοφίας και των ειδικοτήτων που είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν με διάφορους τρόπους προς όφελος του κοινωνικού συνόλου.

Εξάλλου, η έμφαση στα αρνητικά, παραμελεί τα θετικά στοιχεία τα οποία τονίζει η μελέτη μας. Συγκεκριμένα, παραβλέπει ότι:

- Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι υγιείς και αυτοεξυπηρετούμενοι, αυτάρκεις και περνούν όλη τη ζωή τους χωρίς σημαντικές αναπηρίες.
- Η παράταση της ζωής είναι μια από τις μεγαλύτερες υγειονομικές και κοινωνικές κατακτήσεις. Οι αναπηρίες, σωματικές και διανοητικές των ηλικιωμένων, ήταν μια φυσιολογική εξέλιξη επί αιώνες. Ελάχιστοι όμως έφταναν σ' αυτές τις ηλικίες στο παρελθόν. Σήμερα μερικές από αυτές τις αναπηρίες αντιμετωπίζονται.
- Παράταση της ζωής δε σημαίνει βέβαια, ότι ο άνθρωπος παρέτεινε τα νιάτα ή την ενεργό ηλικία ή νίκησε τα γηρατειά. Σημαίνει όμως ότι κέρδισε χρόνια ζωής που είναι πολύτιμα για τον ίδιο και το κοινωνικό σύνολο.
- Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν την τάση να δίνουν παρά να ζητούν βοήθεια από την οικογένεια. Άτομα με μεσαία και μεγάλα εισοδήματα προσφέρουν οικονομική βοήθεια και περιουσιακά στοιχεία στα παιδιά τους.
- Πολύτιμη είναι η προσφορά των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα της ηλικιωμένης γυναίκας, στην οικογένεια. Προσφέρουν υπηρεσίες, όπως: φύλαξη παιδιών των εργαζόμενων γονιών, φροντίδα άλλων ηλικιωμένων μελών της

οικογένειας. Με άλλα λόγια προσφέρουν στην οικογένεια και στην κοινωνία χρόνο, δυνάμεις, πόρους, βοήθεια.

- Ιδιαίτερη σημασία έχει η προσφορά στην κοινωνία: φύλαξη παιδιών, βοήθεια στο νοικοκυριό των παιδιών, επιτρέπουν στους νέους να εργαστούν, να κάνουν οικονομίες και να αναθρέψουν καλύτερα τα παιδιά τους.

Ενώ τα αρνητικά στοιχεία έχουν αποτελέσει αντικείμενο ερευνών και μελετών, τα θετικά στοιχεία έχουν παραμεληθεί: τα υγιή ηλικιωμένα άτομα, αποτελούν αντικείμενο έρευνας λιγότερο συχνά από τους ασθενείς ηλικιωμένους. Είναι ανάγκη να δοθεί έμφαση στην έρευνα για την οικονομική και κοινωνική προσφορά των ηλικιωμένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

«Η ιδρυματοποίηση στο μέλλον, προτάσεις για καλύτερη οργάνωση και λειτουργία».

Σε περιπτώσεις που η εισαγωγή σε ίδρυμα είναι αναγκαία και αναπόφευκτη είναι ανάγκη να εξασφαλιστεί ποιότητα ζωής που να αντιστοιχεί σε κανονικές συνθήκες που υπάρχουν στην κοινότητα από την οποία προέρχεται ο ηλικιωμένος με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, τις πεπαιθήσεις, τις ανάγκες, τα ενδιαφέροντα και την ιδιωτική ζωή. Τα κράτη πρέπει να καθορίζουν τα ελάχιστα όρια που να εξασφαλίζουν μια καλύτερη ποιότητα φροντίδας στα ιδρύματα. Η καλή περίθαλψη συνεπάγεται την αντιμετώπιση όλων των αναγκών του ατόμου. Στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης αντιμετωπίζονται πολλές από τις φυσικές ανάγκες των ηλικιωμένων αλλά δεν υπάρχει καμία εγγύηση ότι αναγνωρίζονται και αντιμετωπίζονται οι πνευματικές, ψυχολογικές και άλλες ανάγκες τους.

Στο εξωτερικό από τη δεκαετία του 1980, γίνονται προσπάθειες για μικρότερους οίκους ευγηρίας των 25 έως 50 κλινών που προσφέρουν στον ηλικιωμένο τη δυνατότητα να νοιώσει «σαν στο σπίτι του».

Στην Ελλάδα η φροντίδα για τον ηλικιωμένο είναι οικογενειακή υπόθεση με περιορισμένη αντιμετώπιση από την πολιτεία εντασσόμενη στην πολιτική κατά της φτώχειας.

Είναι ανάγκη να γίνουν επενδύσεις για να συμπληρωθούν οι ελλείψεις σε κτίρια και εγκαταστάσεις και να αυξηθούν οι λειτουργικές δαπάνες για την καλύτερη στελέχωση και επέκταση των υφιστάμενων δημόσιων και μη κερδοσκοπικών ιδρυμάτων: να πληρωθούν οι κενές και να δημιουργηθούν καινούριες θέσεις για ειδικευμένο προσωπικό όπως εργασιοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κλπ και να δοθεί περισσότερη έμφαση στις ψυχολογικές ανάγκες των ηλικιωμένων. Η ύπαρξη κοινωνικών λειτουργών είναι απαραίτητη. Με τη βοήθειά τους θα ενθαρρυνθούν οι τρόφιμοι να εκφράσουν τους φόβους τους και τα άλλα συναισθήματά τους και να μιλήσουν για τα σωματικά και ψυχικά προβλήματά τους. Η εργασία μέσα σε ομάδες θα βοηθήσει τα μέλη τους να κατανοήσουν και να αποδεχθούν τη διαδικασία των γηρατειών.

Είναι ανάγκη να δημιουργηθούν κίνητρα για την απασχόληση ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Η εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στη

λειτουργία των ιδιωτικών επιχειρήσεων είναι απαραίτητη. Η βοήθεια των μη κερδοσκοπικών ιδρυμάτων που έχουν εμπειρία στο θέμα της προστασίας του γήρατος και η άρση των εμποδίων χρηματοδότησής τους είναι θέμα πρώτης προτεραιότητας.

Η κάλυψη των εξόδων παραμονής σε ιδρύματα από τους ασφαλιστικούς φορείς έχει μεγάλη σημασία: η καταβολή μέρους των εξόδων παραμονής, σε δημόσια και ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά γηροκομεία απελευθερώνει θέσεις σε γενικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές.

Να δοθεί προτεραιότητα και στη χώρα μας στις μικρές μονάδες, που να μη θυμίζουν γηροκομείο, όπου θα υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό, γιατρός σε καθημερινή βάση και όχι μόνο όταν αρρωσταίνει κάποιος, κατάλληλη διατροφή. Οι κατάκοιτοι να μην παραμένουν συνέχεια στο κρεβάτι ώστε να αποφεύγονται οι κατακλίσεις και τα αναπνευστικά προβλήματα. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.452-454).

Όσον αφορά τα συμπεράσματα των ερευνών που προκύπτουν, από την αξιολόγηση του έργου των ΚΑΠΗ, ένα μικρό ποσοστό ηλικιωμένων εκφράζεται με αιτήματα, όπως «να βελτιωθούν τα προγράμματα», να μην είναι μονότονα, να ενδιαφερθούν περισσότερο οι αρμόδιοι κλπ. Η έλλειψη παροχής κατ' οίκον υγειονομικών υπηρεσιών είναι ένας από τους λόγους που αναγκάζει τους ηλικιωμένους να στραφούν στα νοσοκομεία. Η νοσηλεία και η βοήθεια στο σπίτι που προσφέρεται από τα ΚΑΠΗ μπορεί να επιφέρει κάποια αλλαγή αν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα δοθεί περισσότερη βαρύτητα και προσοχή. Επιβάλλεται να καταρτιστούν νέα προγράμματα για περισσότερη ενεργοποίηση που θα οδηγήσει σε ένα δημιουργικότερο τρόπο ζωής. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.437).

Είναι αδιανόητο να αφήνουμε τους ηλικιωμένους μας εγκαταλειμμένους και προπάντων τους μονήρεις και να μην υπάρχει χείρα βοήθειας όταν τη χρειάζονται. Παράλληλα με αυτό είναι και η λειτουργία εικοσιτετράωρης εξυπηρέτησης των ηλικιωμένων. Να υπάρχει ένα τηλέφωνο, μια τηλεφωνική γραμμή ανοικτή, ώστε σε περίπτωση οποιουδήποτε προβλήματος να μπορούν να επικοινωνούν ηλικιωμένοι για να ζητούν βοήθεια. Να υπάρχει γενική πολιτική γι' αυτούς όπως υπάρχει στους δήμους να υπάρχει και στις κοινότητες, γιατί δυστυχώς στις κοινότητες δεν

εφαρμόζεται η φοροαπαλλαγή για άτομα άνω των εβδομήντα πέντε χρόνων. Πρέπει να γίνει και ειδική μέριμνα για τη διαβίωση των εγκλωβισμένων ηλικιωμένων μας, αν μπορούσαμε να κάνουμε έρευνα για τις συνθήκες διαβίωσής τους, θα ήταν ίσως το καλύτερο έργο που μπορούσαμε να κάνουμε και κοινωνικό και εθνικό έργο γι' αυτή την κατηγορία των συνανθρώπων μας, που για τόσα χρόνια ήταν νέοι και τώρα είναι όλοι ηλικιωμένοι.

Η Κοινοβουλευτική Επιτροπή Κοινωνικής Πρόνοιας της “Βουλής των Γερόντων” μελέτησε αυτεπάγγελτα το παραπάνω θέμα σε δύο συνεδρίες της που πραγματοποιήθηκαν στις 25 και 30 Οκτωβρίου 2000. Η δεύτερη συνεδρία της επιτροπής πραγματοποιήθηκε στο κτίριο της Βουλής των Αντιπροσώπων.

Συγκεκριμένα:

1. Αποφυγή κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων της τρίτης ηλικίας

- Για το θέμα αυτό οι αρμόδιες υπηρεσίες θα πρέπει να λάβουν μέτρα προετοιμασίας των ατόμων αυτών πριν από τη συνταξιοδότησή τους, εφαρμόζοντας προγράμματα τα οποία θα εξασφαλίζουν νέες προοπτικές και ρόλους, που θα συμβάλουν στην καλή διαβίωση και παραγωγική απασχόληση των ατόμων της τρίτης ηλικίας, ώστε να αποφευχθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός τους.
- Στις διακηρύξεις του Διεθνούς Έτους Ηλικιωμένων του 1999, αναγνωρίζεται πως η μέση ηλικία αποτελεί μετάβαση σε ενεργή τρίτη ηλικία, γι' αυτό και απαιτούν από τις κυβερνήσεις την υιοθέτηση ευέλικτων προσεγγίσεων και διευθετήσεων, με σκοπό την εφ' όρου ζωής απασχόληση.
- Λόγω της σοβαρότητας του θέματος αυτού, η δημιουργία του θεσμού προετοιμασίας στην αφυπηρέτηση θα πρέπει να αναληφθεί από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τέτοια υπηρεσία λειτουργεί από το 1996 στην Αρχή Τηλεπικοινωνιών Κύπρου με θετικά αποτελέσματα.

2. Λήψη πιο αποτελεσματικών μέτρων για τη συμβολή των συνταξιούχων στην ενεργό οικονομική δραστηριότητα

- Παρ' όλον που η απόφαση της κυβέρνησης για την εισαγωγή μέτρων επιχορήγησης ατόμων της τρίτης ηλικίας για αυτοεργοδότηση αποτελεί ένα βήμα για τη σωστή αντιμετώπιση του θέματος της απασχόλησης, εντούτοις

αναμένεται να ληφθούν πολλά άλλα μέτρα για να γίνει θεσμός και πολιτική η απασχόληση των ατόμων αυτών.

- Η εισαγωγή του θεσμού των επιθεωρητών από τις τάξεις των συνταξιούχων στη βάση ενός ευλύγιστου ωραρίου (flexible hours) και της μερικής απασχόλησης (part-time) στις στέγες ηλικιωμένων, στα κοινοτικά κέντρα, στα κοινοτικά νηπιαγωγεία και βρεφοκομεία θα βοηθήσει στην αξιοποίηση του χρόνου τους παραγωγικά και στην υλοποίηση της εφ' όρου ζωής απασχόλησης.

3.Επέκταση του θεσμού της κατ' οίκον φροντίδας

- Είναι γενική διαπίστωση πως ο θεσμός αυτός απεδείχθη επιτυχής και αποτελεσματικός τόσο στην Κύπρο όσο και στο εξωτερικό. Η επιτυχία του θεσμού αυτού έχει επιτευχθεί χάρη στη στενή συνεργασία των εθελοντικών οργανώσεων και της κυβέρνησης. Γι' αυτό από την πλευρά της επιτροπής εκφράζεται η προθυμία να συνεχίσει την ηθική και οικονομική υποστήριξή του, για τη διεύρυνση του θεσμού. Γι' αυτό και υποβάλλεται έκκληση να μελετηθεί και να υποστηριχθεί άμεσα η ειδική περίπτωση των καρκινοπαθών που τυγχάνουν της κατ' οίκον φροντίδας, ώστε να αποφευχθεί η ιδρυματοποίησή τους και να τους δοθεί η δυνατότητα να παραμένουν στο σπίτι τους μαζί με τα μέλη των οικογενειών τους. Οι εθελοντικές οργανώσεις επωμίζονται βασικά τα τεράστια έξοδα γι' αυτή την προσφορά η δε οικονομική συνεισφορά της κυβέρνησης προς αυτά τα σώματα είναι δυσαναλόγως χαμηλή. Γι' αυτό και αναμένεται από την κυβέρνηση να αυξήσει σημαντικά την οικονομική και τεχνική βοήθεια της, ώστε να καλύπτει τουλάχιστον το 50% των πραγματικών εξόδων.
- Ταυτόχρονα με τα πιο πάνω, αναμένεται από την κυβέρνηση να συνεχίσει τις κοινοτικές υπηρεσίες παροχής συμβουλών και υποστήριξης της παροχής βοήθειας για τη συντήρηση της κατοικίας, καθώς και στην καταβολή του ενοικίου στους ηλικιωμένους. Παράλληλα υιοθετούν την πολιτική της αγοράς υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα και την κοινότητα καθώς και στην ποιοτική προετοιμασία των φροντιστριών. Τα μέτρα αυτά έχουν αποδειχθεί πολύ πιο φθηνά και αποτελεσματικά και το σπουδαιότερο δεν απομονώνουν τους ηλικιωμένους και τους ασθενείς από το δικό τους περιβάλλον.

4. Γνωστοποίηση των πορισμάτων της έρευνας που ετοίμασε η Τράπεζα Αναπτύξεως με το Πανεπιστήμιο του York για τα άτομα της τρίτης ηλικίας

Η έρευνα αυτή έγινε με σκοπό την υιοθέτηση νέας πολιτικής και βελτίωσης προγραμμάτων που αφορούν την ευημερία των ηλικιωμένων, γι' αυτό και

απαιτείται να τους γνωστοποιηθούν τα πορίσματα και οι εισηγήσεις της έρευνας για να συμβάλουν στην πραγματοποίηση των στόχων της.

5. Ανάληψη εκστρατείας στα σχολεία για την καταπολέμηση της προκατάληψης έναντι των ηλικιωμένων

Διαπιστώνεται πως μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει οτιδήποτε προς την καθυστέρηση αυτή γι' αυτό και απαιτείται να αναληφθεί πρωτοβουλία εκ μέρους του Υπουργείου Παιδείας που θα στοχεύει στην καταπολέμηση της προκατάληψης που επικρατεί στα σχολεία μας έναντι των ηλικιωμένων.

6. Λήψη των αναγκαίων μέτρων για τη δημιουργία προγραμμάτων προετοιμασίας των ατόμων στην αφυπηρέτηση.

7. Δημιουργία προγραμμάτων για την παραγωγική απασχόληση των ατόμων της τρίτης ηλικίας σε διάφορους τομείς όπου θα μπορούν να αξιοποιηθούν η πείρα και οι γνώσεις τους και παράλληλα θα αποφευχθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός τους.

8. Επέκταση περαιτέρω του θεσμού της κατ' οίκον φροντίδας των ηλικιωμένων ώστε να αποφευχθεί η ιδρυματοποίησή τους και να τους δοθεί η ευκαιρία να παραμείνουν στο σπίτι τους μαζί με τις οικογένειές τους.

9. Καταβολή κάθε προσπάθειας για την υλοποίηση των εισηγήσεων της έρευνας που ετοίμασε η Τράπεζα Αναπτύξεως με το Πανεπιστήμιο του York για τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

10. Αποδεκτοί ορισμοί για τα άτομα της τρίτης ηλικίας

Είναι πάγια και αμετακίνητη η θέση του Υπουργείου του ότι οι ηλικιωμένοι με κανένα τρόπο και υπό καμία έννοια δε θα πρέπει να θεωρούνται απόμαχοι της ζωής. Μπορεί να είναι ηλικιωμένοι, σεβάσμιοι, αλλά σίγουρα είναι άτομα που έχουν δυνατότητες και μπορούν να προσφέρουν στην κοινωνία με τις γνώσεις τους, τις δεξιότητές τους και τη σοφία τους. Παράλληλα, μπορούν να αποτελέσουν αναπόσπαστο μέρος του εργατικού δυναμικού της χώρας για όσο το επιθυμούν, αλλά και να συμβάλουν με την εθελοντική προσφορά τους σε τομείς που άλλοι εργαζόμενοι δεν είναι δυνατό να προσφέρουν π.χ. φροντίδα παιδιών προσχολικής ηλικίας, φροντίδα παιδιών σχολικής ηλικίας που οι γονείς τους εργάζονται, φροντίδα και συμπαράσταση σε άλλους ηλικιωμένους (για ψώνισμα, συνοδεία σε γιατρό, συντροφιά), διοργάνωση εκδηλώσεων σε Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας κ.λπ.

Τέλος, αναφέρθηκε πως η γήρανση είναι ένα φαινόμενο μιας ολόκληρης ζωής και ως ένα ευρύ κοινωνικό φαινόμενο, που δεν αφορά μόνο τους ηλικιωμένους. Η

ενεργός συμμετοχή των ατόμων τρίτης ηλικίας στην κοινωνική και οικονομική δραστηριότητα εξαρτάται από τα μέτρα που θα ληφθούν από την κυβέρνηση μαζί με τους κοινωνικούς της συνεργάτες για να δημιουργηθούν οι συνθήκες και δυνατότητες για μια ολοκληρωμένη συμμετοχή των ίδιων των ηλικιωμένων.

Η Κοινοβουλευτική Επιτροπή Κοινωνικής Πρόνοιας αφού έλαβε υπόψη όλα τα στοιχεία και τις απόψεις που τέθηκαν ενώπιόν της διαπιστώνει πως από τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν στην περσινή σύνοδο της “Βουλής των Γερόντων” τα περισσότερα έχουν αντικριστεί με θετική διάθεση από μέρους του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και αρκετά από αυτά οδηγήθηκαν στην επίλυσή τους.

Η γήρανση του πληθυσμού είναι θέμα πρωταρχικής σημασίας για όλες τις χώρες, μικρές και μεγάλες, και προβάλλει επιτακτικά η ανάγκη εξεύρεσης αποτελεσματικών τρόπων προσέγγισης του θέματος αυτού, ώστε να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κυβερνητικής κοινωνικής πολιτικής. Η αύξηση του ορίου επιβίωσης επηρεάζει κάθε τομέα κοινωνικής και οικονομικής δραστηριότητας, αλλά ειδικότερα τους πολίτες, τις οικογένειες και τις κοινότητες. Γι’ αυτό, η διεθνής κοινωνία, μέσω του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναγνωρίζοντας αυτή την πραγματικότητα, εξετάζει, τα τελευταία χρόνια, πρόσφορους τρόπους αντιμετώπισης των συνεπακόλουθων επιπτώσεων.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, το Υπουργείο Εργασίας έθεσε τα ζητήματα που απασχολούν τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας στις ψηλές προτεραιότητες της στρατηγικής και των σχεδίων και προγραμμάτων του. Πέρα, όμως, από την ουσία, το Υπουργείο Εργασίας έδωσε σημασία και στη διαδικασία, ενθαρρύνοντας και στηρίζοντας την ενεργό συμμετοχή των ηλικιωμένων μας στην προώθηση των προβλημάτων που τους αφορούν. Έμπρακτη εκδήλωση της πολιτικής αυτής είναι η σύσταση και λειτουργία, μετά από πρωτοβουλία του Υπουργείου, συμμετοχικών σωμάτων, όπως το Συντονιστικό Σώμα Ηλικιωμένων και το Συμβουλευτικό Σώμα, στη σύνθεση των οποίων διασφαλίζεται η συμμετοχή εκπροσώπων των οργανώσεων ατόμων τρίτης ηλικίας.

Όσον αφορά το ουσιαστικό μέρος της κυβερνητικής πολιτικής, ακολουθώντας τις κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και των διεθνών οργανισμών, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μέσω των Τμημάτων του, εφαρμόζει σειρά σχεδίων και προγραμμάτων και παρέχει υπηρεσίες και ωφελήματα, που συμβάλλουν στην προαγωγή του επιπέδου διαβίωσης των ηλικιωμένων. Τέτοια κοινωνικά μέτρα είναι:

- Συντάξεις γήρατος, ανικανότητας και κοινωνική σύνταξη.
- Δημόσιο βοήθημα, για διασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης.
- Κατ' οίκον φροντίδα, για όσους ηλικιωμένους την έχουν ανάγκη, προκειμένου να παραμείνουν στο σπίτι τους.
- Ιδρυματική φροντίδα ή φροντίδα σε σπίτια στην κοινότητα, για τα ηλικιωμένα άτομα που χρειάζονται επίβλεψη πάνω σε 24ωρη βάση.
- Σχέδιο ενίσχυσης οικογενειών, για τη φροντίδα ηλικιωμένων ή και ανάπηρων μελών τους.
- Σχέδιο θερινών διακοπών, μέσω του οποίου επιχορηγούνται οι διακοπές ηλικιωμένων και στο εξωτερικό.
- Σχέδιο επιχορήγησης αυτοεργοδότησης ηλικιωμένων.
- Η κοινωνική κάρτα, που παρέχει διευκολύνσεις διακίνησης, ψυχαγωγίας και κοινωνικής συμμετοχής των ηλικιωμένων.
- Υπηρεσίες τηλεφροντίδας για μονήρη και ασθενή άτομα.

Πέρα από τα πιο πάνω, το Ανώτατο Σώμα Πολιτικής για Θέματα Ηλικιωμένων αποφάσισε την ετοιμασία Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τους Ηλικιωμένους, με βάση το Διεθνές Σχέδιο Δράσης που υιοθετήθηκε στη Μαδρίτη κατά τη Δεύτερη Παγκόσμια Διάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών για τη Γήρανση. Προσχέδιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης έχει ήδη ετοιμαστεί από αντιπροσωπευτική επιτροπή, από εκπροσώπους αρμόδιων κρατικών υπηρεσιών και εθελοντικών οργανώσεων, υπό την προεδρία της Διευθύντριας των Υπηρεσιών Κοινωνικής Ευημερίας και θα εξεταστεί από το Ανώτατο Σώμα Πολιτικής για Θέματα Ηλικιωμένων αυτό το μήνα.

Το Σχέδιο αυτό χαράσσει ένα καλά μελετημένο περίγραμμα πολιτικών και προδιαγράφει τις αναγκαίες εκείνες δράσεις που θα πρέπει να τροchioδρομηθούν, για συνολική και αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών και προβλημάτων των ηλικιωμένων μέσα στον 21ο αιώνα.

Η συμβολή των εθελοντικών οργανώσεων στον καταρτισμό του Εθνικού Σχεδίου ήταν ουσιαστική και αξιόλογη. Είναι δε ενδεικτική του ρόλου του

Εθελοντισμού και των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων στην κρατική και γενικότερα στην κοινωνική διακυβέρνηση, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στη βάση του διαλόγου, της διαβούλευσης, αλλά και της συλλογικής και συνεταιριστικής μας δράσης, έχουμε ευθύνη να μελετήσουμε τις σύγχρονες συνθήκες και τάσεις, ώστε να σχεδιάσουμε αποτελεσματικές μεθόδους παρέμβασης, με απώτερο σκοπό την πρόληψη και αντιμετώπιση των κοινωνικών αναγκών και προβλημάτων στον τόπο μας.

Ιδιαίτερα σήμερα, με την ένταξή μας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, που προϋποθέτει λιγότερο κράτος και μεγαλύτερη συμμετοχή των πολιτών στα κοινά, η κοινωνία έχει ανάγκη από πρωτοβουλίες σαν τη σημερινή, που θα ωθήσουν όλους τους πολίτες να προσφέρουν τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής και την ανάπτυξη σταθερής κοινωνικής προόδου στον τόπο μας.

Αναγνωρίζουμε -και πρέπει να γίνει βίωμα όλων και να καθοδηγεί τις σκέψεις και τις πράξεις μας- το γεγονός ότι το ενδιαφέρον της πολιτείας και της κοινωνίας δεν είναι υπόθεση χάριτος προς τα ηλικιωμένα μέλη της κοινωνίας μας. Είναι αφενός οφειλόμενη τιμή και εκπλήρωση ελάχιστου χρέους προς αυτή την ομάδα του πληθυσμού και, αφετέρου, είναι επένδυση για το μέλλον όλων μας.

Με αυτές τις σκέψεις, το Υπουργείο Υγείας εκπόνησε ειδική μελέτη για το θέμα των Υπηρεσιών Υγείας προς τους ηλικιωμένους, για να εντοπιστούν τα προβλήματα, τι προσφέρεται και πώς προσφέρεται στους ηλικιωμένους στον τομέα της υγείας και πώς επιλύουμε τα προβλήματα. Βάσει αυτής της μελέτης ετοιμάστηκε δεκαετής γενικό πλαίσιο Σχεδίου Δράσης για τη Φροντίδα Υγείας των Ηλικιωμένων Ατόμων, στο οποίο παρουσιάζονται αναλυτικά όλα αυτά τα προβλήματα και γίνονται συγκεκριμένες εισηγήσεις για επίλυση καθενός από αυτά.

Το σχέδιο δράσης, έχει εγκριθεί από το Υπουργικό Συμβούλιο και έχει οριστεί η Κεντρική Επιτροπή, για να αρχίσει σταδιακά η επεξεργασία λεπτομερούς τριετούς σχεδίου δράσης, για τις πρώτες προτεραιότητες του Σχεδίου Δράσης της Φροντίδας των Ηλικιωμένων.

Η Κεντρική Επιτροπή είναι σώμα ευρύ, το οποίο αποφάσισε ότι οι πιο κάτω προτεραιότητες είναι αυτές που πρέπει να υλοποιηθούν άμεσα:

- Ετοιμασία πρωτοκόλλων κλινικής αντιμετώπισης του ηλικιωμένου ατόμου στο πρωτοβάθμιο επίπεδο.

- Δημιουργία γηριατρικών κλινικών μέσα στους παθολογικούς θαλάμους των κρατικών νοσηλευτηρίων.
- Ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλείας.
- Αναβάθμιση των Κρατικών Στεγών Ηλικιωμένων σε Κέντρα Αποκατάστασης.

Επειδή όμως αρκετά προβλήματα εξακολουθούν ακόμα να παραμένουν άλυτα, γι' αυτό και απαιτείται η ικανοποίηση το συντομότερο δυνατό των πιο κάτω αιτημάτων:

1. Αποσυμφόρηση των υπηρεσιών υγείας η οποία κατέστη επιτακτικότερη με την εφαρμογή των νέων εισοδηματικών κριτηρίων. Ειδικότερα για την ικανοποίηση του αιτήματος αυτού απαιτείται:
 - αξιοποίηση στο μέγιστο δυνατό βαθμό του υφιστάμενου έμψυχου και άψυχου υλικού του Υπουργείου Υγείας
 - δημιουργία γηριατρικών κλινικών και αναρρωτηρίων στα κρατικά νοσηλευτήρια με την παράλληλη πρόσληψη ικανοποιητικού αριθμού γεροντολόγων
 - επέκταση και αναβάθμιση του θεσμού των περιφερειακών κέντρων υγείας καθώς και των φαρμακείων στις πόλεις και την ύπαιθρο και δημιουργία πολυδύναμων ιατρικών κέντρων τα οποία να είναι εξοπλισμένα και στελεχωμένα με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων
 - αύξηση του αριθμού των κινητών ιατρικών μονάδων και οι επισκέψεις τους στις κοινότητες να καταστούν συχνότερες όταν τούτο απαιτείται
 - ενίσχυση στο μέγιστο δυνατό βαθμό του θεσμού της κατ' οίκον φροντίδας
 - δημιουργία επαρκών κρατικών στεγών για τα άτομα τρίτης ηλικίας με συχνές επισκέψεις γεροντολόγων και γιατρών στις στέγες αυτές
 - εξάλειψη κατά το δυνατό της καθυστέρησης που παρατηρείται στη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων και μείωση του χρόνου αναμονής διενέργειας εγχειρήσεων για τους ηλικιωμένους
 - αξιοποίηση της παροχής φροντίδας από τον ιδιωτικό τομέα στις περιπτώσεις που αυτή είναι αδύνατη ή αργοπορεί να προσφερθεί από το δημόσιο τομέα, αρχίζοντας από τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

2. Εφαρμογή των εισοδηματικών κριτηρίων που ισχύουν για περίθαλψη στο δημόσιο τομέα αναλογικά και για περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα, ανεξάρτητα αν η παροχή φροντίδας προσφέρεται στην Κύπρο ή στο εξωτερικό.
3. Εφαρμογή του θεσμού του ιατρικού ελέγχου.
4. Διασφάλιση του δικαιώματος επιλογής νοσηλευτηρίου.
5. Καθιέρωση ενός δικαιότερου συστήματος διατίμησής των φαρμάκων, ώστε να μπορούν να τα αγοράζουν και οι οικονομικά ασθενέστερες τάξεις του πληθυσμού, όπως είναι οι ηλικιωμένοι.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τους Ηλικιωμένους θα δημιουργήσει τις προϋποθέσεις και θα συμβάλει ουσιαστικά στην επίλυση των προβλημάτων και στην αναβάθμιση των συνθηκών ιατρικής περίθαλψης των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Για την εφαρμογή του προγράμματος αυτού και με στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας φροντίδας στα άτομα τρίτης ηλικίας, απαιτείται η υλοποίηση των πιο κάτω:

1. Διάθεση σε όλους τους παθολογικούς θαλάμους των κρατικών νοσηλευτηρίων του 30% των κλινών για τα ηλικιωμένα άτομα, για τις οποίες να είναι υπεύθυνοι συγκεκριμένοι λειτουργοί υγείας, οι οποίοι παράλληλα να παρακολουθούν διάφορα συναφή εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια για απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων στη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων.
2. Εφαρμογή πρωτοκόλλων αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων, τόσο στις κλινικές των νοσοκομείων όσο και στην πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα.
3. Παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών αποκατάστασης στις στέγες ηλικιωμένων, ώστε αυτές να μετατραπούν από στέγες ιδρυματοποίησης σε κέντρα αποκατάστασης.

Στις σύγχρονες πόλεις η τρίτη ηλικία έχει δυναμική παρουσία. Για μας, οι ηλικιωμένοι συμπολίτες μας δεν είναι οι απόμαχοι της ζωής. Είναι πολίτες με πλούσια εμπειρία της ζωής, με γνώσεις, ευαισθησίες και επιδιώξεις. Έχουν δικαιώματα στη ζωή, αλλά και δυνατότητες να προσφέρουν. Γι' αυτό και στη μελέτη μας τα προβλήματα που τους απασχολούν έχουν μια ξεχωριστή θέση.

Έτσι:

- Οι ηλικιωμένοι δημότες είναι ενεργοί πολίτες. Συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες των Δήμων και οι Δήμοι φροντίζουν να αξιοποιούν τις γνώσεις, την εμπειρία και τα προσόντα τους, με τον τρόπο που εκείνοι επιθυμούν.
- Σε κάθε δημοτικό διαμέρισμα οργανώνονται δραστηριότητες και προγράμματα που αφορούν και την τρίτη ηλικία. Στόχος είναι να συμμετέχουν ενεργά σε όλα τα ζητήματα της γειτονιάς και της τοπικής κοινωνίας που τους αφορούν, να ψυχαγωγούνται και να αθλούνται κατάλληλα, αλλά και να υποστηρίζονται όταν χρειάζεται. Ειδικές λέσχες των Δήμων, που θα αναπτυχθούν στα διαμερίσματα, θα μπορούν να στεγάσουν τέτοιες δραστηριότητες.
- Ειδικά στα θέματα υγείας, οι δημοτικές υπηρεσίες συντονίζονται μεταξύ τους και με άλλους τοπικούς φορείς, ώστε να διασφαλίζεται η μέριμνα και η περίθαλψη που είναι αναγκαία για κάθε περίπτωση.
- Στον τομέα της στήριξης των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα όσων ζουν μόνοι, αξιοποιούνται αποτελεσματικά οι σύγχρονες τεχνολογίες επικοινωνίας και ενημέρωσης.
- Το Δίκτυο Κοινωνικής Αλληλεγγύης των Δήμων μπορεί να παίξει ουσιαστικό ρόλο στα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, παρέχοντας υποστήριξη, συμπαράσταση και φροντίδα σε όσους την έχουν ανάγκη.
- Ειδικά προγράμματα αποβλέπουν στη δημιουργική αξιοποίηση των γνώσεων, των ικανοτήτων και της εμπειρίας των ηλικιωμένων, εθελοντικά ή με κάποια αμοιβή.

Η τρίτη ηλικία, είναι απαραίτητο να βρίσκεται στο επίκεντρο της κοινωνικής πολιτικής που έχουμε σχεδιάσει. Θέλουμε, οι ηλικιωμένοι να νιώθουν αυτοδύναμοι, ασφαλείς και ενεργοί δημότες, ζωντανό κύτταρο της γειτονιάς, της συνοικίας.

Βασικές διαπιστώσεις της μελέτης μας είναι ότι:

1. Οι ηλικιωμένοι είναι ανάγκη να αντιμετωπίζονται ως ενεργά όντα και όχι ως πρόβλημα.
2. Να είναι κανείς σήμερα ηλικιωμένος διαρκεί περισσότερο από ότι στο παρελθόν.
3. Ιδιαιτερότητα της Ελλάδας αποτελεί η μεγάλη αύξηση του αριθμού και της αναλογίας των ηλικιωμένων στο τέλος του 20^{ου} αιώνα. Αντίθετα από τις αρχές του επόμενου, η χώρα μας δεν αντιμετωπίζει την έκρηξη των γερόντων, την οποία θα υποστούν οι χώρες που γνώρισαν έκρηξη των γεννήσεων στη μεταπολεμική περίοδο. Επομένως δεν είναι δυνατό να προβάλλεται ο δημογραφικός παράγοντας ως δικαιολογία για την προώθηση των μεταρρυθμίσεων με στόχο τον περιορισμό του κοινωνικού κράτους και τη χειροτέρευση της θέσης των συνταξιούχων.
4. Το Ελληνικό κράτος με διάφορους τρόπους π.χ. χαμηλές συντάξεις, ανεπαρκή και ακατάλληλη ποσοτικά και ποιοτικά περίθαλψη, ακόμη και με βία έχει αντιμετωπίσει τους ηλικιωμένους του. Αντίθετα η ελληνική οικογένεια με όλες τις δυσκολίες που συναντά, φροντίζει τον ευάλωτο ηλικιωμένο και βοηθάει το χαμηλοσυνταξιούχο χωρίς άλλα εισοδήματα να καλύψει τις ανάγκες του. Δυστυχώς όμως όλοι οι ηλικιωμένοι δεν έχουν οικογένειες και όλες οι οικογένειες δεν έχουν πάντοτε τη δυνατότητα να φροντίζουν τα ηλικιωμένα ευάλωτα μέλη τους. Στο τέλος η αριθμητική συρρίκνωση των μελών της οικογένειας εξαιτίας της μειωμένης γεννητικότητας, η αύξηση της προσδοκώμενης ζωής στις μεγάλες ηλικίες και άλλοι παράγοντες, όπως η μετανάστευση των νέων, η απασχόληση της γυναίκας κλπ. θα έχουν ως αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότεροι ενδεχόμενοι φροντιστές ηλικιωμένων.

Το ερώτημα που προκύπτει είναι εάν υπάρχουν στην εποχή της παγκοσμιοποίησης δυνατότητες βελτίωσης της θέσης των ηλικιωμένων στις χώρες της ΕΕ και ειδικότερα στην Ελλάδα.

Η παγκοσμιοποίηση με την έννοια ότι ο πλανήτης μετατρέπεται σε ενιαία αγορά κεφαλαίων και υπηρεσιών, όπου οι εθνικές οικονομίες έχουν όφελος από το άνοιγμα των οικονομιών στο διεθνή ανταγωνισμό, αμφισβητείται ακόμη και από τους πιο ένθερμους υποστηρικτές της. Αντίθετα τα επιχειρήματα των πολεμίων της παγκοσμιοποίησης, ότι η οικονομία δεν είναι ενιαία, ότι δεν υπάρχει κοινή ηγεσία, ότι

τα εθνικά κεφάλαια βρίσκονται σε διαρκή ανταγωνισμό μεταξύ τους και κυρίως ότι η παγκόσμια οικονομία είναι ανισομερώς αναπτυγμένη και ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται διεύρυνση του χάσματος ανάμεσα στις πλούσιες και φτωχές χώρες λαμβάνουν μεγαλύτερη βαρύτητα: η διεθνής χρηματιστηριακή κρίση το 1998 έδειξε τις αντιφάσεις, τα αδιέξοδα και τους κινδύνους που επωάζει η παγκοσμιοποιημένη οικονομία. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.464-467).

Στις «λιγότερο αναπτυγμένες χώρες», ο ηλικιωμένος εκτιμάται, αποτελεί τη ζωντανή παράδοση, χρησιμοποιείται η πείρα και η σοφία του και όταν αρρωστήσει περιθάλπεται με σεβασμό. Μήπως αυτές οι χώρες είναι πιο πολιτισμένες από τις βιομηχανικά και τεχνολογικά αναπτυγμένες που εγκαταλείπουν τους ηλικιωμένους τους με ανεπαρκείς συντάξεις και απαράδεκτη περίθαλψη όταν δεν έχουν οικογένεια να τους στηρίξει;

Ενθαρρυντική είναι η αναγνώριση του έργου του Α. Σεν με βραβείο Νόμπελ οικονομίας το 1998, το οποίο επαναφέρει την ηθική διάσταση στο κέντρο της οικονομικής επιστήμης και θεωρεί ως πρωτεύοντα στόχο καταπολέμησης της φτώχειας, που σημαίνει βελτίωση της θέσης όλων και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων.

Σε όλες τις χώρες της ΕΕ οι ηλικιωμένοι υστερούν σε σύγκριση με τους νεότερους σε διάφορους κοινωνικο-οικονομικούς δείκτες.

Είναι δυνατόν οι ηγέτες των χωρών της ΕΕ να συμβάλλουν στην βελτίωση της θέσης των ηλικιωμένων; Αυτό θα εξαρτηθεί από την οικονομική και κοινωνική πολιτική που θα ακολουθήσουν: εκείνη που προσφέρει απασχόληση, υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας και εισόδημα το οποίο επιτρέπει την αξιοπρεπή διαβίωση στα γεράματα ή την πολιτική και θυσιάζει στο βωμό των οικονομικών δεικτών τους κοινωνικούς στόχους; Με άλλα λόγια την πολιτική που κάνει τους πλούσιους πλουσιότερους και φτωχούς φτωχότερους ή πολιτική οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης που να στηρίζεται στην αλληλεγγύη;

Η Ευρώπη οφείλει να περισώσει το κοινωνικό της μοντέλο, το κράτος πρόνοιας που έχει θεμελιωθεί με θυσίες και αγώνες. Αυτό δε σημαίνει ότι δεν απαιτούνται μεταρρυθμίσεις, βελτιώσεις, κατάργηση των «στρεβλώσεων». Οποιαδήποτε μεταρρύθμιση είναι ανάγκη να έχει ως στόχο από το κράτος πρόνοιας στην κοινωνική

ανάπτυξη δηλαδή να ενδιαφέρεται όχι μόνο για φορείς και παροχές, αλλά για την κατανομή του πλούτου, την οργάνωση παραγωγικής και δημιουργικής απασχόλησης για όλους ανεξάρτητα από το φύλο και ηλικία και ένα δίκαιο σύστημα μισθών και συντάξεων που θα επιτρέπουν την αξιοπρεπή διαβίωση. Απαιτείται επομένως ανάπτυξη με γενναία αναδιανομή του εισοδήματος. Κάθε προσπάθεια μείωσης του κοινωνικού κράτους και της προοδευτικής φορολογίας θα διευρύνει ακόμα περισσότερο την ανισοκατανομή του εισοδήματος και επομένως την κοινωνική αδικία.

Η γήρανση του πληθυσμού και τα γηρατειά του ανθρώπου αντί να θεωρούνται «ζοφερή προοπτική» για το μέλλον των χωρών της Ευρώπης είναι δυνατόν να αποτελέσουν πρόκληση για μία καλύτερη κοινωνία, που θα σέβεται τους ηλικιωμένους και θα παρέχει αξιοπρεπείς συντάξεις και ικανοποιητικές υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Η πολιτεία με θεσμούς και προγράμματα έχει την υποχρέωση να παρέχει βοήθεια για την παραμονή των ηλικιωμένων στο περιβάλλον τους και τις κατάλληλες υπηρεσίες στους ευάλωτους ηλικιωμένους.

Για μια τέτοια πολιτική ενδιαφέρονται όλοι: όχι μόνο οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, που έχουν άμεσο συμφέρον αλλά και τα παιδιά και οι φροντιστές τους, ακόμα και οι νέοι όταν αναλογιστούν τα δικά τους γηρατειά, αφού τα μέτρα που λαμβάνονται τώρα αυτούς θα αφορούν στο μέλλον.

Οι γενεές που είχαν την εμπειρία του πολέμου, που συνέβαλαν στην ανασυγκρότηση της Ελλάδας και των χωρών τους μετά τον πόλεμο και στη δημιουργία της Ενωμένης Ευρώπης, θεωρούν ότι είναι δικαίωμά τους και καθήκον τους να συμμετέχουν στο κοινό μέλλον της νέας Ευρώπης.

Οι σημερινοί ενήλικες έχουν ήδη αποκτήσει ορισμένα χαρακτηριστικά που θα κάνουν πιο παραγωγική και αυτόνομη τη γεροντική τους ηλικία σε σύγκριση με τους σημερινούς ηλικιωμένους.

Οι ηλικιωμένοι στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, θα είναι τα άτομα που ήταν 35-40 ετών το 1970 με καλύτερη εκπαίδευση και διαφορετικές απαιτήσεις από τους ηλικιωμένους της δεκαετίας του 1970 και του 1980. Θα έχουν συνειδητοποιήσει ότι αποτελούν μία μεγάλη πολιτική δύναμη και θα χρησιμοποιούν την ψήφο τους για την βελτίωση της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασής τους. Οι πολιτικοί και οι κυβερνήσεις των χωρών της ΕΕ δεν είναι δυνατόν να αγνοήσουν την αύξηση του αριθμού και της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό και τα αιτήματά τους, όχι μόνο για λόγους

πολιτικού κόστους, αλλά για να αποδείξουν ότι είναι ευαίσθητοι και αποτελεσματικοί στην επίλυση βασικών θεμάτων που έχουν σχέση με την κοινωνία και τον πολιτισμό κάθε χώρας. (Πουλοπούλου-Έμκε Ήρα, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην», 1999, σελ.468-471).

Πρέπει συνοψίζοντας να αναφέρουμε ότι σταδιακά, οι ηλικιωμένοι σήμερα αντιπροσωπεύουν το 11,5% ύστερα από δέκα-δώδεκα χρόνια θα γίνουν το 18% και μέχρι το 2050 θα τριπλασιαστούν. Ιδιαίτερα θα τριπλασιαστούν οι λεγόμενοι υπερήλικες άνδρες και περισσότερο θα τριπλασιαστούν οι υπερήλικες γυναίκες και να μη φοβούμαστε τη λέξη “Γερόντων”, διότι είτε το θέλουμε, είτε δεν το θέλουμε, δε σημαίνει ότι ο γέροντας είναι ανίκανος. Αυτή η γεροντοφοβία που παρατηρείται, δεν πρέπει να την έχουμε, είμαστε αυτοί που είμαστε, ξέρουμε γιατί είμαστε, παλεύουμε και ζούμε τα προβλήματα μας και παλεύουμε γι’ αυτά, γι’ αυτό η ονομασία δεν έχει πολύ σχέση, με όλο το σεβασμό σε αυτούς που έχουν αναφερθεί σε αυτά τα θέματα. Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τους ηλικιωμένους περιλαμβάνεται ειδικό κεφάλαιο που αφορά ακριβώς το ρόλο των μη κυβερνητικών οργανώσεων στην επίλυση αυτού του σχεδίου. Πιστεύουμε ότι η ένταξή μας στην Ευρωπαϊκή Ένωση παρέχει αρκετά ζητήματα τα οποία είναι θεσμοθετημένα στην Ευρωπαϊκή Ένωση και πιστεύουμε ότι έμπρακτα, διότι αυτό το σύνθημα, οι ηλικιωμένοι να συμμετέχουν στα κέντρα λήψης αποφάσεων ενώ είναι ένα γενικό σύνθημα, πρέπει έμπρακτα να υλοποιηθούν όλες οι πρόνοιες οι οποίες αναφέρονται σε αυτό το Εθνικό Σχέδιο Δράσης το οποίο είναι γνωστό, τι περιλαμβάνει για το ρόλο των μη κυβερνητικών οργανώσεων στην υλοποίηση αυτών των στόχων.

Αν εφαρμοστούν όλες αυτές οι εισηγήσεις που αναφέρονται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τους ηλικιωμένους για το ρόλο των μη κυβερνητικών οργανώσεων και την ευαισθητοποίηση γενικά της κοινωνίας των πολιτών, τα θέματα των ηλικιωμένων δεν θα αφορούν μόνο τους σημερινούς ηλικιωμένους. Θα αφορούν και αυτούς που στο μέλλον θα γηράσκουν και δεν υπάρχει κανείς που να μη θέλει να γίνει εκατό χρονών.

Ας μη λησμονείται ότι ο πολιτισμός των εθνών κρίνεται από τον τρόπο που φέρονται στους ηλικιωμένους τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Βιολάκη Μ., (1993), «Υγεία και τρίτη ηλικία: παγκόσμια αντιμετώπιση», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
- Βουλή Γερόντων, πρακτικό 04/11/2000
- Βουλή Γερόντων, πρακτικό 06/11/2004
- Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., (1993), «Οι δαπάνες για την υγεία στην τρίτη ηλικία στην Ελλάδα», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
- Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., Δανιηλίδου Ν., Κυριόπουλος Γ., Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ»
- Εμκε-Πουλοπούλου Η., (1986), «Προβλήματα μετανάστευσης-παλιννόστησης», ΙΜΕΟ/ΕΔΗΜ, Αθήνα
- Έμκε- Πουλοπούλου Η., (1999) «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις «Έλλην».
- Franco A., (1996), «Ευρωπαϊκή Κοινότητα: Αναπόφευκτη γήρανση του πληθυσμού», στο: Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ, «Γήρανση και Κοινωνία», ΕΚΚΕ, Αθήνα
- Κανελλόπουλος Κ., (1984), «Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα», ΚΕΠΕ, Αθήνα
- ΚΕΔΚΕ, Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», Αθήνα, ΚΕΔΚΕ, 2002.
- Κοντολέων Παναγιώτης, άρθρο «Να υπερασπίσουμε την κοινωνία αλληλεγγύης».
- Κουρέα-Κρεμαστινού Τζ., (1993), «Διαχείριση μειζόνων προβλημάτων υγείας στην τρίτη ηλικία», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
- Κρεμαλής Κ., Λεβέντης Γ., Φλογαίτης Σ., Υφαντόπουλος Γ., Σταθόπουλος Π., Πετρόγλου Α., Ματθαίου Α., Αμίτσης Γ., Κεχρή Β., Παπαλιού Ο., Φαγαδάκη Ε.,

- (1990), «Κοινωνική πρόνοια. Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος», Αθήνα
- Κυριαζή-Αλλισον Ε., (1998), «Εσωτερική μετανάστευση στην Ελλάδα του 1990: Τάσεις, προβληματισμοί, προοπτικές», στο: Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 96-97: 279-309
 - Κυριόπουλος Γ., Ανδριώτη Δ., Boerma W., (1995), «Υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι στην Ελλάδα», στο: Κοινωνική Εργασία, 38: 79-89
 - Μουσούρου Λ., (1993), «Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβολές και σύγχρονα οικογενειακά σχήματα», στο: 3^ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, «Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα», Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα
 - Μπαλούρδος Δ., Τεπέρογλου Α., Φακιολάς Ν., (1996), «Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης», στο: ΕΚΚΕ, «Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής», Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Τόμος Β', Αθήνα
 - Νιάκας, Δ., Μπεαζόγλου Τ., (1993), «Είναι αναγκαία η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης για την τρίτη ηλικία στην Ελλάδα;», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
 - Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ., (1993), «Επιδημιολογία της τρίτης ηλικίας», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
 - Πολυζόπουλος Εμμανουήλ, «Όψιμη ενήλικη ζωή, γήρας», διάλεξη στην Κοινωνική Ψυχιατρική, Νοέμβριος 2003
 - Πρόγραμμα "SAGE - Supporting Active Ageing in Europe", «Υποστήριξη της Ενεργούς Γήρανσης στην Ευρώπη», Έκθεση 4^{ης} Διακρατικής Συνάντησης του Προγράμματος «SAGE» στην πόλη του BERLIN – Γερμανία, 16-21 Νοεμβρίου 2004
 - Σταθόπουλος Πέτρος, (2005), «Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
 - Στασινοπούλου Ο., (1996), «Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής. Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμό. Φροντίδα και γήρανση. Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση», Gutenberg, Αθήνα

- Τεπέρογλου Α., Κίνια Ε., Παπακώστα Μ., Τζωρτζοπούλου Μ., Τσακίρη Ε., (1990), «Αξιολόγηση της προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα
- Τεπέρογλου Α., (1993), «Ο θεσμός ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων: στασιμότητα ή εξέλιξη;», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
- Τριανταφύλλου Τζούντιθ και Μεσθεναίου Ελίζαμπεθ, Δεκέμβριος 1993, «Ποιος φροντίζει;», Η οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων ηλικιωμένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, Αθήνα.
- Τσαούσης Δ., Χατζηγιάννη Α., Αστρινάκη Ο., Παπαθανασοπούλου-Γκίκα Δ., Γεωργιάδη Α., Θεοδωρόπουλος Χ., Κούτσης Α., (1990), «Κοινωνικές και χωροταξικές προϋποθέσεις λειτουργίας των ΚΑΠΗ ως θεσμών σύνδεσης των ηλικιωμένων με την κοινότητα», Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα
- Tucker Nickolas, «Εφηβεία, ωριμότητα και τρίτη ηλικία»,1999, επιμέλεια Γιαννίτσας Δ. Νικόλαος, επόπτης ελληνικής έκδοσης Παρασκευόπουλος Ν. Ιωάννης, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Φωτόπουλος Γεώργιος, «Προγράμματα Βοήθεια στο σπίτι», εισήγηση στο συνέδριο "Η Βοήθεια στο σπίτι στην πρώτη γραμμή των κοινωνικών υπηρεσιών», Μάιος 2005).
- Χαλασάνη Β., (1993), «Κατ' οίκον νοσηλεία: το παράδειγμα ενός ογκολογικού νοσοκομείου», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα

Ξενόγλωσση

- Eurostat, (1999), “Demographic Statistics data 1960-1999”, Luxembourg
- Hutten J., Kerkstra A., (eds.), (1996), “Home care in Europe. A country-specific guide to its organization and financing”, NIVEL, Arena, England
- Mestheneos E., (1999), “Migrants in the Balkans. Some health related aspects from a Greek perspective”, in: Ritsatakis A., Levett J., Kyriopoulos J., (eds.), “Neighbours in the Balkans. Initiating a dialogue for health”, WHO/EURO, National School of Public Health, Athens
- OECD, (1988), “Ageing populations. The social policy implications, Paris
- OECD, (1996), “Ageing in OECD countries. A critical policy challenge”, Paris
- Walker A., (1996), “Introduction: The new generational contract”, in: Walker A., (ed.), “ The new generational contract. Intergenerational relations, old age and welfare”, University College London Press, London

Άρθρα

- Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 05/09/05
- Εφημερίδα «Ελεύθερος Τύπος», 14/3/08

Πηγές

Από internet:

- www.anka.gr
- www.kapi.gr
- www.vss.gr
- www.iatronet.gr
- www.avdis.gr
- www.ktisis.gr

