

05 ΔΕΚ. 2011



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ



Κοινωνική πρόνοια και τρίτη ηλικία :
Η περίπτωση των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ελένη Καραγιάννη

Τριμελής εξεταστική επιτροπή :
Μ. Σπυριδάκης, Επίκουρος Καθηγητής, επιβλέπων
Μ. Φεφές, Λέκτορας
Δρ. Π. Τσαντίλας

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2011

009773

Copyright © Ελένη Καραγιάννη, 2011.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελίδα
Περιεχόμενα.....	3
Περίληψη.....	5
Πίνακες.....	6
Αντί προλόγου.....	7
Εισαγωγή.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Αυξημένη ανάγκη για ύπαρξη μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων	
1.1 Η γήρανση του πληθυσμού.....	10
1.2 Η μεταβαλλόμενη επιδημιολογία των ασθενειών.....	10
1.3 Η άνοια ως πρόβλημα δημόσιας υγείας.....	11
1.4 Οικογενειακό περιβάλλον των ηλικιωμένων.....	14
1.4.1 Η μεταβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος	14
1.4.2 Η ηλικία του οικογενειακού περιβάλλοντος.....	15
1.5 Προσεγγίσεις στην παροχή μακροχρόνιας φροντίδας.....	16
1.5.1 Η πρόκληση.....	16
1.5.2 Οι δημοσιονομικές συνέπειες για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης....	16
1.5.3 Το εύρος των ρυθμίσεων για τη φροντίδα	17
1.5.4 Οι προοπτικές για τη μακροχρόνια περίθαλψη.....	17
1.6 Η έννοια της κοινωνικής πρόνοιας	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η πολιτική της Ελλάδας για την υγειονομική περίθαλψη και μέριμνα των ηλικιωμένων.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Έρευνα	
3.1 Ερευνητικά ερωτήματα – σκοπός και στόχοι της μελέτης.....	34
3.2 Πληθυσμός μελέτης – μέθοδοι.....	35
3.2.1 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας - Πληθυσμός – Δειγματοληψία.....	35
3.2.2 Μέθοδοι συλλογής δεδομένων και ερευνητικά εργαλεία.....	35
3.2.3 Δυσκολίες κατά την έρευνα – Περιορισμοί της μελέτης.....	36

3.3	Ανάλυση δεδομένων ερευνητικής εργασίας.....	37
3.3.1	Αποτελέσματα.....	37
3.4	Συζήτηση – ερμηνεία.....	49
3.4.1	Κύρια ευρήματα.....	49
3.4.2	Επιπτώσεις της μελέτης και προτάσεις για αλλαγή στη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων.....	51
3.4.3	Η συνέχεια της έρευνας.....	52
	Abstract.....	53
	Πηγές – Βιβλιογραφία.....	54
	Παράρτημα Ι.....	58
	Παράρτημα ΙΙ.....	61

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Καθώς το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται και ο πληθυσμός συνεχώς γηράσκει, καθώς οι ασθένειες από τις οποίες οι άνθρωποι υποφέρουν και πεθαίνουν μεταβάλλονται, καθώς η άνοια αποτελεί κύριο πρόβλημα δημόσιας υγείας για τη σύγχρονη κοινωνία, καθώς η δομή της οικογένειας αλλάζει και τα ποσοστά γονιμότητας φθίνουν, ο πληθυσμός των ανθρώπων που χρειάζονται βοήθεια προς το τέλος της ζωής τους, είναι πλέον μεγαλύτερος και σε ηλικία και σε μέγεθος κι έτσι αυξάνεται η ανάγκη για ύπαρξη μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων.

Οι υπηρεσίες φροντίδας των ηλικιωμένων στο ελληνικό σύστημα υγείας περιλαμβάνουν: υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας των ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), υπηρεσίες φροντίδας των ηλικιωμένων στο σπίτι (Βοήθεια στο σπίτι), υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας των ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.), υπηρεσίες σε Μονάδες Αποκατάστασης, Αποθεραπείας, υπηρεσίες των ψυχικά ασθενών ηλικιωμένων σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (οικοτροφεία, ξενώνες) και Προστατευόμενα Διαμερίσματα, αποασυλοποίηση των ατόμων με αναπηρίες που περιθάλπονται σε κλειστές ιδρυματικές δομές, νοσοκομειακή περίθαλψη σε “Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων”, κλειστή περίθαλψη σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων.

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να γνωρίσουμε όσο το δυνατόν περισσότερα για την κρατική πολιτική για τη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων μέσα από τη γνώση, την εμπειρία ή την αντίληψη που έχουν άνθρωποι που χρειάστηκε να τη “χρησιμοποιήσουν”. Αυτή η μελέτη εντόπισε την έλλειψη σε μονάδες και κλίνες, την αρνητική αντίληψη πολιτών για τις κρατικές παροχές στην υγεία, τη μειωμένη προσβασιμότητα σε δομές υγείας και την όχι σε ικανοποιητικό βαθμό ποιότητα σε αυτές. Ακόμη, η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε την ανάγκη για μονάδες παροχής μακροχρόνιας φροντίδας.

Λέξεις-κλειδιά:

κρατική πολιτική για τη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων, μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων, έλλειψη, ποιότητα, πρόσβαση

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1	ΠΟΣΟΣΤΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 60 ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2020	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 2	Μ.Φ.Η. – Ν.Π.Ι.Δ. ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΑ	63

Αντί προλόγου

Το μέγεθος, ο ρόλος και η σημασία των ωρίμων πολιτών, αποτελούν για τη νέα χιλιετία μια σημαντική συνιστώσα, η οποία θα απασχολεί όλο και περισσότερο το κοινωνικό και οικονομικό γίγνεσθαι. Και είναι γεγονός ότι το επίπεδο του πολιτισμού της σύγχρονης κοινωνίας θα είναι άμεσα συναρτημένο με τον τρόπο αντιμετώπισης της τρίτης και τέταρτης ηλικίας.

Η βραβευμένη με το Νόμπελ Ιατρικής του 1986 Ρίτα Λέβι Μονταλτσίνι, αποδεικνύει στις έρευνές της ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος μπορεί να συνεχίσει να λειτουργεί τέλεια, ακόμη και σε μεγάλη ηλικία, ανεξάρτητα από τη φθορά των υπολοίπων οργάνων του σώματος. Ζωντανή απόδειξη των θέσεων αυτών είναι η ίδια η γοητευτική αυτή κυρία, που στο κατώφλι των ενενήντα της χρόνων ενεργοποιείται δυναμικά και παράγει σημαντικό έργο. Με τη δραστηριότητα της θυμίζει πολλούς άλλους επώνυμους ηλικιωμένους, που έφτασαν στην κορυφή της δημιουργίας τους σε προχωρημένη ηλικία μεταξύ άλλων, όπως ο Γαλιλαίος, ο Μιχαήλ Άγγελος, ο Πικάσο, ο Μπέν Γκουριόν, ο Μπέρτραν Ράσελ, ο Γεώργιος Παπανδρέου και πιο πρόσφατα ο βετεράνος αστροναύτης Τζών Γκλέν, ο οποίος στα 77 του χρόνια έκανε και πάλι το διαστημικό του ταξίδι.

Στην κοινωνία του 2000, η διογκούμενη παρουσία και συμμετοχή των ωρίμων πολιτών, σηματοδοτεί μια νέα πραγματικότητα της οποίας χαρακτηριστικό σημείο είναι η ομαλή συμβίωση και συνύπαρξη όλων των ομάδων ηλικιών. Η νέα χιλιετία, εκτός από την εισβολή της υψηλής τεχνολογίας την παγκοσμιοποίηση, τα διεθνή προσφυγικά και μεταναστευτικά ρεύματα, την κρίση των αξιών, εμπεριέχει ως δυναμική συνιστώσα αυτή τη νέα πραγματικότητα, η οποία δεν μπορεί παρά να είναι καλοδεχούμενη σε μια σύγχρονη ευνομούμενη κοινωνία αλληλεγγύης και ανθρωπιάς. Οι νεότερες γενιές οφείλουν να κατανοήσουν τη σημασία των νέων δεδομένων που συνδυάζονται εύστοχα και με τη γνωστή λαϊκή ρήση -υπενθύμιση ότι " εκεί που ήσουν ήμουν κι' εδώ που είμαι θάρθεις". Κλείνοντας: θα αναφερθούμε σε μια σοφή κουβέντα της προαναφερθείσας Ρίτας Λέβι Μονταλτσίνι από το βιβλίο της για την τρίτη ηλικία " Ο Κρυφός Άστος " όπου αναφέρει' ότι "η τρίτη ηλικία είναι η ωραιότερη, το λεω στα 88 μου. Ο τρόπος για να φτάσεις ως αυτήν καλά και ήρεμα είναι να την προετοιμάζεις από νέος".

Εισαγωγή

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες, αποτελεί σήμερα, ένα κυρίαρχο δεδομένο με σοβαρότατες κοινωνικές, οικονομικές ασφαλιστικές, προνοιακές και υγειονομικές προεκτάσεις. Η φθίνουσα γονιμότητα και η γήρανση του πληθυσμού αλλάζει τη δομή της ελληνικής κοινωνίας και της οικογένειας. Οι παππούδες και οι γιαγιάδες σήμερα κοντεύουν να ξεπεράσουν αριθμητικά τα παιδιά.

Σήμερα, ο μέσος άνθρωπος ζει πολύ περισσότερο από παλιά, με συνέπεια συνολικά να υπάρχει ένας σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων απ' ό,τι στο παρελθόν. Παράλληλα με αυτή την εξέλιξη, στις ανεπτυγμένες χώρες και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, μειώνεται δραματικά ο αριθμός των νέων. Η υπογεννητικότητα αποτελεί κυρίαρχο σύγχρονο πρόβλημα που συνδέεται με την αστικοποίηση του πληθυσμού, την αύξηση της απασχόλησης των γυναικών, την έλλειψη κατάλληλης υποδομής σε βρεφονηπιακούς σταθμούς, την ανεπάρκεια των οικογενειακών επιδομάτων και γενικότερα στη διαφοροποίηση των κοινωνικών αξιών.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις, έχουν δραματικές συνέπειες για την ηλικιακή υπόσταση του πληθυσμού. Ένα έθνος που δεν είναι σε θέση να ανανεώνει τον πληθυσμό του είναι καταδικασμένο να εξαφανιστεί. Οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης είναι καταλυτικά αρνητικές για την οικονομία, το ασφαλιστικό σύστημα, την κοινωνική πρόνοια και υγεία, την εθνική άμυνα, την προοπτική επιβιώσής του σ' ένα περιβάλλον γειτονιάς, όπου χώρες όπως η Τουρκία γιγαντώνονται πληθυσμιακά.

Σύγχρονο κράτος Κοινωνικής αλληλεγγύης

Η οικοδόμηση ενός συστήματος κοινωνικής αλληλεγγύης και προστασίας για τους ηλικιωμένους, συνεπάγεται την αυξημένη κρατική φροντίδα όπως και τη δαπάνη σημαντικών κονδυλίων για τον ίδιο σκοπό. Ριζική επέκταση και αναβάθμιση χρειάζεται για μια σειρά από μέτρα πολιτικής και υποδομής όπως τα ΚΑΠΗ, οι στέγες ηλικιωμένων, τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, η τηλεϊδιοποίηση, η προώθηση του θεσμού των κοινωνικών βοηθών, η αύξηση του αριθμού των κοινωνικών λειτουργών, η κατ' οίκον νοσηλεία κ.λ.π. Ζωτικής σημασίας είναι επίσης η ενίσχυση του θεσμού του εθελοντισμού, όπως και των παραδοσιακών δεσμών της

ελληνικής οικογένειας και ειδικότερα της νεολαίας, με τους ηλικιωμένους. Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, της εκκλησίας όπως και διαφόρων φορέων και εθελοντικών συλλογικών προσπαθειών, είναι εξ' ίσου σημαντικός.

Τρίτη και Τέταρτη ηλικία

Στα πλαίσια της αλματωδώς αυξανόμενης σημασίας και του αριθμού των ωρίμων πολιτών, σκόπιμο θα ήταν να διαφοροποιήσουμε δύο βασικές περιπτώσεις του ζητήματος. Η πρώτη αφορά τα άτομα άνω των 60-65 ετών που βρίσκονται σε ικανοποιητική κατάσταση υγείας και ζωτικότητας και μπορούν όχι μόνο να συμμετέχουν ενεργά στον κοινωνικό τους περίγυρο, αλλά και εφ' όσον το επιθυμούν, να απασχολούνται με ελαστικό ωράριο της επιλογής τους.

Στη δεύτερη κατηγορία, υπάγονται τα ηλικιωμένα άτομα που η κακή κατάσταση της υγείας τους δεν επιτρέπει να αυτοεξυπηρετούνται και πολύ περισσότερο να αναπτύσσουν κάποια δραστηριότητα. Για την περίπτωση των ατόμων αυτών, η πολιτεία, η Τοπική Αυτοδιοίκηση, η εκκλησία και οι εθελοντικοί φορείς, οφείλουν να αναλάβουν την ευθύνη για την αξιοπρεπή τους προστασία και διαβίωση. Την τελευταία αυτή κατηγορία, θα ήταν σκόπιμο να προσδιορίσουμε ότι ανήκει στη λεγόμενη "τέταρτη ηλικία", η οποία σύμφωνα με τον προτεινόμενο ορισμό της, περιλαμβάνει άτομα ηλικιωμένα, συνήθως άνω των 70 ή 75 ετών, που δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται". Σε αντιδιαστολή η τρίτη ηλικία θα μπορούσε να οριστεί ότι αφορά άτομα άνω των 60-65 ετών που είναι σε θέση, εφ' όσον το επιθυμούν, να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική και οικονομική ζωή".

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Αυξημένη ανάγκη για ύπαρξη μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων

1.1 Η γήρανση του πληθυσμού

Η Ευρώπη είναι μια περιοχή με συνεχώς αυξανόμενο αριθμό ηλικιωμένων ατόμων (Higgs 1997, Kotzabassaki et al, 2003). Οι 18 από τις 20 χώρες του κόσμου με τα μεγαλύτερα ποσοστά ηλικιωμένων ατόμων βρίσκονται στην Ευρώπη. Το ποσοστό του Ευρωπαϊκού πληθυσμού ατόμων άνω των 65 ετών είναι μεταξύ 13.2% and 17.9% και υπολογίζεται να πολλαπλασιασθεί τα επόμενα 10 χρόνια και 20 χρόνια (πίνακας 1, σελ.62). Στα επόμενα 30 έτη το ποσοστό των ατόμων άνω των 80 ετών εκτιμάται ότι θα αυξηθεί στο 22-30% (World Health Organization 1998, Tountas 2000, Kotzabassaki et al, 2003). Η αύξηση αυτή των ηλικιωμένων ατόμων αντανακλά την αυξημένη ανάγκη για ύπαρξη μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων καθώς αυτά συνήθως έχουν ένα μεγαλύτερο βαθμό ανικανότητας που οφείλεται στα πολλαπλά χρόνια νοσήματα που εμφανίζονται με την πάροδο της ηλικίας των ατόμων (Ribbe et al, 1997, Pound et al, 1988, Kotzabassaki et al, 2003). Για παράδειγμα, η προοδευτική απώλεια της μνήμης που χαρακτηρίζει την νόσο Alzheimer οδηγεί σε προοδευτική απώλεια την ανεξαρτησίας των ατόμων. Καθώς η νόσος αυτή προχωρά, τα άτομα χάνουν την ικανότητά τους να εκτελούν τις ημερήσιες δραστηριότητές τους και συχνά εμφανίζουν διαταραχές συμπεριφοράς (Bright-Long, 2006). Περίπου το 5% των ανθρώπων ηλικίας 65-74 ετών και περίπου το 50% των ατόμων άνω των 85 ετών έχουν νόσο Alzheimer (Bright-Long, 2006), ενώ περίπου το 45% των ατόμων που φιλοξενούνται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων πάσχουν από νόσο Alzheimer (Krauss and Altman, 1996).

1.2 Η μεταβαλλόμενη επιδημιολογία των ασθενειών

Καθώς οι πληθυσμοί γερνούν, οι ασθένειες από τις οποίες οι άνθρωποι υποφέρουν και πεθαίνουν μεταβάλλονται. Όλο και περισσότερο, οι άνθρωποι πεθαίνουν σαν αποτέλεσμα σοβαρών χρόνιων ασθενειών όπως καρδιοπάθεια, εγκεφαλική αγγειακή νόσο (συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού), πάθηση του αναπνευστικού και καρκίνο (Murray, Lopez, 1997). Μπορεί να είναι δύσκολο να

διαγνωστεί με βεβαιότητα οποιαδήποτε από αυτές τις ασθένειες ως η βασική αιτία θανάτου, γιατί πολλοί ηλικιωμένοι υποφέρουν από διάφορες παθήσεις ταυτόχρονα, οι οποίες μπορούν όλες μαζί να οδηγήσουν στο θάνατο. Η άνοια είναι ένα παράδειγμα μιας τέτοιας πάθησης. Δεν είναι ακόμη εντελώς ξεκάθαρο αν η αυξανόμενη μακροζωία είναι αναπόφευκτα συνδεδεμένη με μεγάλες περιόδους αναπηρίας στο τέλος της ζωής (Andrews, 2001). Μερικές πρόσφατες έρευνες και προβλέψεις εκφράζουν μια θετική εικόνα, με την αναπηρία να μειώνεται σε διαδοχικές ομάδες ατόμων καθώς γερνούν (Manton et al, 1997). Ωστόσο, αν όλο και περισσότεροι άνθρωποι φτάνουν σε μεγαλύτερες ηλικίες και ταυτόχρονα αν οι χρόνιες ασθένειες γίνονται πιο συνηθισμένες με την ηλικία, τότε ο αριθμός των ανθρώπων που ζει με τις επιπτώσεις αυτών των ασθενειών θα αυξηθεί. Αυτό σημαίνει ότι θα υπάρχουν όλο και περισσότεροι άνθρωποι που θα χρειάζονται κάποια μορφή βοήθειας προς το τέλος της ζωής τους. Επιπλέον, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από διάφορες χρόνιες ασθένειες, όπως άνοια, οστεοπόρωση και αρθρίτιδα, το οποίο πιθανά σημαίνει ότι το μεγαλύτερο κομμάτι της τρίτης και τέταρτης ηλικίας τους μπορεί να επηρεαστεί από αναπηρία (Mathers et al, 2001).

1.3 Η άνοια ως πρόβλημα δημόσιας υγείας

Πριν είκοσι περίπου χρόνια, η άνοια χαρακτηριζόταν ως η «*επιδημία που πλησιάζει*». Σήμερα είναι πλέον αποδεκτό ότι αποτελεί κύριο πρόβλημα δημόσιας υγείας για τη σύγχρονη κοινωνία, λόγω και της παγκόσμιας αυξανόμενης γήρανσης του πληθυσμού (Καραβάτος, 1999). Σύμφωνα με δεδομένα της Καναδικής Μελέτης για την Υγεία και τη Γήρανση (Canadian Study of Health and Aging) η άνοια, συμπεριλαμβανομένης της νόσου Alzheimer, αυξάνεται εκθετικά μετά την ηλικία των 65 ετών. Ο αριθμός των ατόμων με άνοια θα αυξηθεί σημαντικά τις τρεις επόμενες δεκαετίες καθώς γερνάει ο πληθυσμός. Ενώ δεν παρατηρείται αξιοσημείωτη διαφορά στο ρυθμό επιπολασμού και επίπτωσης στις γυναίκες, σε σύγκριση με τους άνδρες, οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες, οπότε ο αριθμός των γυναικών με άνοια είναι μεγαλύτερος από εκείνον των ανδρών (Lindsay and Anderson, 2004).

Η άνοια αποτελεί βασική αιτία ανικανότητας και αναπηρίας στους ηλικιωμένους, με τη νόσο Alzheimer να είναι η κύρια μορφή της. Εμφανίζεται με συχνότητα 5% περίπου σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, με την άνοια τύπου Alzheimer να προσβάλλει το 10% αυτών των ατόμων ως την ηλικία των 85 ετών

(Kendrick and Warnes, 1997). Μετά την ηλικία των 65 ετών τα ποσοστά της άνοιας διπλασιάζονται και ένα ποσοστό 20% ατόμων ηλικίας 85 ετών και άνω προσβάλλονται. Αν ληφθούν υπόψη και οι ηλικιωμένοι που διαμένουν στα ιδρύματα, η συχνότητα της άνοιας αυξάνεται στο 7-8% του πληθυσμού άνω των 65 ετών. Σημειώνεται ακόμη ότι τα ποσοστά είναι υψηλότερα για τις γυναίκες ηλικίας 75 ετών και άνω (Tinker, 2000).

Η νόσος Alzheimer και η αγγειακή άνοια είναι αιτίες πρόκλησης θανάτου σε πάνω από το 1/5 των ηλικιωμένων άνω των 85 ετών και σχετίζονται με μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης έως και τέσσερα χρόνια. Η επίπτωση της άνοιας αυξάνεται σαφώς με την ηλικία, από περίπου 1 ανά 1000 ανθρωποέτη και παραπάνω. Σήμερα εκτιμάται ότι ο συνολικός αριθμός ανθρώπων οι οποίοι υποφέρουν από άνοια κάθε τύπου (με συχνότερη την άνοια τύπου Alzheimer) ανέρχεται στα 29 εκατομμύρια, ενώ το έτος 2025 υπολογίζεται ότι θα φθάσουν τα 34 εκατομμύρια (Martin-Moreno, 2000). Στις Η.Π.Α. το έτος 2000 σχεδόν 4,000,000 άτομα υπέφεραν από άνοια τύπου Alzheimer και ο αριθμός πρόκειται να ανέλθει στα 14,000,000 το έτος 2050. Η αύξηση θα σημειωθεί περισσότερο σε εκείνους τους ηλικιωμένους άνω των 85 ετών, οι οποίοι είναι σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης νόσου Alzheimer, με το 30 έως το 50% των ατόμων αυτών να έχουν προσβληθεί (O' Brien, 2000). Το έτος 2020 η νόσος Alzheimer αναμένεται να προσβάλλει πάνω από 55 εκατομμύρια μονάχα στην Αφρική, Ασία και Λατινική Αμερική.

Σύμφωνα με στοιχεία του Eurodem Group, ο αριθμός των ατόμων με άνοια στην Ε.Ε. Θα ανέλθει σε 5.3 εκατομμύρια το 2010 και στην ηλικία των 90 ετών θα είναι 63.5 ανά 1000 ανθρωποέτη (Launer et al, 1999 και Σαμαρτζή, 2000) Στη Βορειοδυτική Ευρώπη η επίπτωση της άνοιας βρέθηκε ελαφρά υψηλότερη σε σύγκριση με την Νότια Ευρώπη. Αυτά τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση αναμένεται να έχει 500,000 νέες περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από άνοια κάθε χρόνο (Martin-Moreno, 2000). Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 180,000 Έλληνες πάσχουν από τη νόσο και 50.000 νέες περιπτώσεις εμφανίζονται ετησίως (Σακκά, 2004). Τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώνουν ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς – περισσότερες γυναίκες παρά άνδρες – προοδευτικά έχουν ανάγκη κατ' οίκον φροντίδας. Η φροντίδα αυτού του υψηλού αριθμού ασθενών με άνοια όχι μόνο αναλίσκει μια μεγάλη αναλογία εθνικών πόρων, αλλά αντιπροσωπεύει και μία τρομερή κοινωνική, συναισθηματική και οικονομική επιβάρυνση στις οικογένειες και ιδιαίτερα τα άτομα που κρίνονται υπεύθυνα για την μέριμνα αυτών των ασθενών.

Αυτό συμβαίνει διότι η προοδευτική σοβαρότητα της άνοιας καθιστά σταδιακά τον ασθενή εξαρτώμενο από την οικογένειά του, τους επαγγελματίες υγείας και στα τελευταία στάδια κρίνεται αναγκαία η ιδρυματική του φροντίδα. Η άνοια τύπου Alzheimer αποτελεί λοιπόν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Η άνοια συνιστά μια χρόνια επιδείνωση των νοητικών λειτουργιών και γνωστικών ικανοτήτων τόσο σοβαρή ώστε να παρεμποδίζει την ικανότητα εκτέλεσης δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής. Η άνοια αποτελείται από ένα σύνολο συμπτωμάτων, με βασικότερα εκείνα που υποδηλώνουν έκπτωση των γνωστικών ικανοτήτων, όπως είναι η απώλεια της μνήμης και άλλες μεταβολές στη προσωπικότητα του ασθενούς. Πρόκειται για μία νευροεκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου που επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου στην εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων (Μάνος, 1988 και Lindsay and Anderson, 2004).

Σε χώρες όπως η Ελλάδα, όπου παραμένει ισχυρή η παραδοσιακή δομή της οικογένειας, οι κοινωνικές δυνάμεις πιθανόν να δυσκολευτούν στην αποδοχή άλλου τύπου δομών φροντίδας, χωρίς ωστόσο αυτό να είναι απόλυτο. Η προοδευτική σοβαρότητα της άνοιας καθιστά σταδιακά τον ασθενή εξαρτώμενο από την οικογένειά του, τους επαγγελματίες υγείας και τέλος την ιδρυματική φροντίδα (Martin-Moreno, 2000).

Στα επόμενα χρόνια, τα συστήματα φροντίδας υγείας στην Ευρώπη θα απαιτήσουν ουσιαστικό εκσυγχρονισμό. Πριν μία δεκαετία, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο κάλεσε την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για να υποβάλλει ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα μέτρων για τη νόσο Alzheimer. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ενέκρινε μια τροποποίηση του προϋπολογισμού πιστώνοντας 9.1 εκατομμύρια ecus ειδικά για τη νόσο Alzheimer. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημοσίευσε μία ετήσια ανακοίνωση στο Επίσημο Περιοδικό των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων κοινοποιώντας μία πρόσκληση για υποβολή μελετών πάνω στη Νόσο Alzheimer και τις συναφείς διαταραχές. Ζητήματα όπως θεραπεία και παρεμβάσεις, εκπαίδευση, επικοινωνία και πληροφόρηση καθώς και η ανεπίσημη φροντίδα ασθενών με άνοια χρειάζεται να αντιμετωπιστούν άμεσα (Martin- Moreno, 2000).

Στα πλαίσια αυτά, το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο για την Υγεία των Γυναικών το 1998, αναγνωρίζοντας τα σοβαρά προβλήματα που προκαλεί η νόσος Alzheimer και οι άλλες άνοιες στις χώρες της Ευρώπης, ανέλαβε τη διενέργεια διακρατικής έρευνας –με χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης– με στόχο τη συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων για την άνοια, την κοινωνικοοικονομική της επίδραση

και τη σύγκριση των εθνικών πολιτικών και πρακτικών σε 8 χώρες Κράτη-Μέλη της Ε.Ε. (The European Institute of Women's Health-2, www.eurohealth.ie/remind/summary.htm).

1.4 Οικογενειακό περιβάλλον των ηλικιωμένων

1.4.1 Η μεταβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος

Ιστορικά, τη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων προσέφεραν τα μέλη της οικογένειας. Ακόμα και σήμερα η οικογένεια παραμένει η πρωταρχική πηγή φροντίδας για τους αδύναμους, με την ευθύνη να βαραίνει κυρίως της γυναίκες. Ωστόσο, πολλοί παράγοντες συμβάλλουν έτσι ώστε η οικογένεια να μην μπορεί να προσφέρει την απαραίτητη φροντίδα, ενώ οι απαιτήσεις συνεχώς αυξάνονται. Ορισμένοι τέτοιοι παράγοντες είναι:

- Η διαρκής μείωση των μεγάλων οικογενειών παγκοσμίως.
- Η αύξηση του αριθμού των μονογονεϊκών οικογενειών.
- Η αύξηση του ποσοστού των γυναικών που εργάζονται έξω από το σπίτι και οι οποίες δεν μπορούν πια να προσφέρουν τη φροντίδα που ιστορικά προσέφεραν.
- Η αυξανόμενη εξάρτηση των παραδοσιακών οικογενειών από το εισόδημα και των δύο συζύγων, χωρίς να μπορεί κανείς να προσφέρει βοήθεια στους ηλικιωμένους.
- Η αύξηση του προσδόκιμου ηλικίας.
- Μια περισσότερο κινητική κοινωνία, στην οποία τα παιδιά δεν μένουν πια κοντά στους ηλικιωμένους.
- Μειωμένα ποσοστά γονιμότητας που σημαίνει ότι υπάρχουν λιγότερα παιδιά για να προσφέρουν φροντίδα.
- Η ικανότητα της σύγχρονης ιατρικής να επιμηκύνει το προσδόκιμο επιβίωσης, κάτι που δεν σημαίνει πάντα φυσική ανεξαρτησία.
- Ανάπτυξη δικτύων που μπορούν να προσφέρουν την επιθυμητή βοήθεια σε αυτούς που την χρειάζονται (Νεκτάριος, 2005).

Από την άλλη, τα τελευταία χρόνια, ένας μεγάλος αριθμός ατόμων από πρώην Ανατολικές χώρες κυρίως, απασχολείται στην φροντίδα ηλικιωμένων. Γυναίκες

αλλοεθνείς αναζητούν -ως οικονομικές μετανάστριες- απασχόληση στην «βοήθεια» ατόμων τρίτης ηλικίας και επιλέγονται με κριτήρια συνήθως τη χαμηλή αμοιβή και τη σωματική αντοχή τους. Το γεγονός της απασχόλησης γυναικών μεταναστριών από την Ανατολική Ευρώπη στη φροντίδα ηλικιωμένων συνδέεται με την έλλειψη σε φροντιστές, οι οποίοι προέρχονται από το οικογενειακό περιβάλλον (Tinker, 2000). Επίσης, συνδέεται με την έλλειψη κρατικών μονάδων μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων, που να παρέχουν υψηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών (εξειδικευμένες ιατρικές, νοσηλευτικές, ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες στήριξης του ηλικιωμένου ασθενούς) όπου το κόστος διαβίωσης να είναι τόσο ώστε να μπορούν ν' ανταποκρίνονται ακόμα και οι χαμηλοσυνταξιούχοι πολίτες. Είναι, όμως, ανησυχητικό ποιες μπορεί να είναι οι επιπτώσεις στην φροντίδα ηλικιωμένων ασθενών, για παράδειγμα με άνοια, στην κοινότητα, όταν αυτή η βοήθεια παρέχεται από ανειδίκευτα άτομα χωρίς καμία εκπαίδευση. Επομένως, εκτιμάται ως υψηλής προτεραιότητας η επανεξέταση της κοινωνικής πολιτικής όσον αφορά την ομάδα των ηλικιωμένων ατόμων (με άνοια, γενικότερα με γνωστικές διαταραχές, με χρόνια αναπνευστικά ή καρδιολογικά προβλήματα, με αναπηρίες κ.α.).

1.4.2 Η ηλικία του οικογενειακού περιβάλλοντος

Ένα σχετικό ζήτημα με τη γήρανση του πληθυσμού είναι η μείωση της αναλογίας νέων/ηλικιωμένων καθώς τα ποσοστά γονιμότητας φθίνουν. Η ηλικία των ανεπίσημων φροντιστών, κυρίως των γυναικών στις οποίες παραδοσιακά στηρίζεται η φροντίδα και η υποστήριξη των ανθρώπων που φτάνουν στο τέλος της ζωής τους, επίσης αυξάνεται. Καθώς η αναλογία εργατικού δυναμικού/συνταξιούχων μειώνεται, λιγότερες γυναίκες (και άντρες) θα μπορούν να βρискουν το χρόνο για να παρέχουν υποστήριξη και φροντίδα. Οι οικογένειες έχουν γίνει μικρότερες, παρουσιάζουν μεγαλύτερη διασπορά και ποικιλομορφία, καθώς επηρεάζονται από την αυξημένη μετανάστευση, τα διαζύγια και εξωτερικούς παράγοντες. Με ελάχιστες εξαιρέσεις, οι οικογένειες θέλουν να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα στα γηραιότερα μέλη τους. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, ωστόσο, διαφέρουν ως προς το βαθμό στον οποίο παρέχουν τη βοήθεια που οι φροντιστές χρειάζονται στο σπίτι ή στη χρηματοδότηση για την ιδρυματική φροντίδα των ανθρώπων προς το τέλος της ζωής τους. Κάποιες οικογένειες με ηλικιωμένα μέλη που χρειάζονται συνεχή φροντίδα θα βρουν την οικονομική επιβάρυνση αβάσταχτη, και μπορεί επίσης να είναι ανυπόφορο για τις ηλικιωμένες γυναίκες που φροντίζουν τους συζύγους τους, τους οποίους θα ξεπεράσουν σε ηλικία (One final gift,

www.agingresearch.org/content/article/detail/699/).

1.5 Προσεγγίσεις στην παροχή μακροχρόνιας φροντίδας

1.5.1 Η πρόκληση

Καθώς το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται και όλο και περισσότεροι άνθρωποι ξεπερνούν την ηλικία των 65 και φτάνουν σε βαθιά γεράματα, οι μορφές των ασθενειών προς το τέλος της ζωής αλλάζουν. Περισσότεροι άνθρωποι πεθαίνουν από πολλαπλές χρόνιες σοβαρές νόσους παρά από οξείες αρρώστιες προκαλώντας έτσι τα συστήματα υγείας να παρέχουν πιο αποτελεσματική και παρηγορητική φροντίδα κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων ζωής. Περισσότεροι άνθρωποι χρειάζονται κάποιου είδους βοήθειας σε προβλήματα που προκαλούνται από χρόνιες καρδιακές, αναπνευστικές και αγγειακές εγκεφαλικές παθήσεις, καθώς επίσης και από τον καρκίνο, και ο πληθυσμός των ανθρώπων που χρειάζονται βοήθεια προς το τέλος της ζωής τους, είναι πλέον μεγαλύτερος και σε ηλικία και σε μέγεθος. Ένα σημαντικό ποσοστό στοιχείων δείχνει ότι μεγαλύτεροι άνθρωποι ήδη υποφέρουν άσκοπα, εξαιτίας διαδεδομένης υποτίμησης και ελλιπούς θεραπείας των προβλημάτων τους καθώς και από έλλειψη πρόσβασης σε παρηγορητική φροντίδα. Σαν ομάδα οι ηλικιωμένοι έχουν πολλές ανεκπλήρωτες ανάγκες, αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα και αναπηρίες γι' αυτό απαιτούνται πιο πολύπλοκα προγράμματα θεραπείας και κοινωνικής υποστήριξης (World Health Organization, 2004).

1.5.2 Οι δημοσιονομικές συνέπειες για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης

Αναμφίβολα, ο αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων θα προκαλέσει τα συστήματα υγείας να παρέχουν πιο αποτελεσματική και συμπονετική φροντίδα στο τέλος της ζωής τους. Ωστόσο, η γήρανση του πληθυσμού δε σημαίνει απαραίτητα ότι το κόστος της φροντίδας των ανθρώπων στα τελευταία χρόνια της ζωής τους τελικά θα κατακλύσουν τη χρηματοδότηση στις υπηρεσίες υγείας (Seven deadly myths, www.agingresearch.org/content/article/detail/611/).

Τα συστήματα υγείας ήδη ποικίλλουν σημαντικά στο ποσοστό του μέρους του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος που ξοδεύεται στην ιατρική περίθαλψη για τους ηλικιωμένους. Οι διεθνείς συγκρίσεις δε δείχνουν σταθερή σχέση μεταξύ αυτού του ποσοστού και του ποσοστού των ηλικιωμένων στη χώρα. Η πρόοδος της ιατρικής έχει επιτρέψει την παράταση της ζωής σε μεγαλύτερες ηλικίες, και αυτό θεωρείται συχνά σαν επιπλέον έξοδο. Πρόσφατες μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ωστόσο, έδειξαν ότι υψηλότερο κόστος δε συνεπάγεται και καλύτερης ποιότητας φροντίδα,

ούτε καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ούτε καλύτερα αποτελέσματα για την Υγεία, ούτε ικανοποίηση για τη νοσοκομειακή περίθαλψη (Fisher et al, 2003). Συνεντεύξεις με σοβαρά άρρωστους ασθενείς αποκαλύπτουν ότι ένας στους τρεις που θα προτιμούσε παρηγορητική ή "άνετη" φροντίδα, πιστεύει ότι η ιατρική περίθαλψη έρχεται σε αντίθεση με την προτίμησή τους. Αυτή η ασυνέπεια ανάμεσα στην προτίμηση και την πράξη σχετίζεται με υψηλότερο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και με σημαντική αύξηση της επιβίωσης στο ένα έτος (Teno JM et al, 2002). Επομένως, μπορεί να μην είναι ο ρόλος της υγειονομικής περίθαλψης να αναζητά φθηνές λύσεις στα ζητήματα που προκύπτουν από την τεχνολογία και τη γήρανση του πληθυσμού, αλλά να παρέχει πακέτα φροντίδας για ανθρώπους που βρίσκονται σε διαφορετικές καταστάσεις λαμβάνοντας υπόψη τις επιθυμίες τους.

1.5.3 Το εύρος των ρυθμίσεων για τη φροντίδα

Στις περισσότερες χώρες, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ζουν στο σπίτι, παρ'όλο που οι χώρες έχουν διαφορετικές προσεγγίσεις στην παροχή μακροχρόνιας φροντίδας τους. Στην Αυστραλία και τη Γερμανία, ένας στους δεκαπέντε ζει σε ιδρύματα, σε σύγκριση με το Ηνωμένο Βασίλειο όπου η αναλογία είναι ένας στους είκοσι. Η πιθανότητα ζωής από την αποδοχή τέτοιας φροντίδας μπορεί να είναι υψηλότερη. Για παράδειγμα, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής περίπου οι μισοί που ξεπερνούν την ηλικία των ογδόντα περνούν κάποιο διάστημα σε γηροκομείο. Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι περισσότεροι πόροι για τις ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες ξενώνα προέρχονται από φιλανθρωπίες, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής τέτοιες υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από ομοσπονδιακές παροχές Medicare (Ribbe et al, 1997). Ο τρόπος με τον οποίο διαφορετικά πλαίσια ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης λειτουργούν και η αποτελεσματικότητα της φροντίδας που παρέχουν, αναπόφευκτα επηρεάζει τι έχουν να προσφέρουν τα υπόλοιπα.

Για παράδειγμα, ελλείψεις προσωπικού και η έλλειψη παρηγορητικών δεξιοτήτων στην κατ'οίκον φροντίδα και στα γηροκομεία μπορεί να αυξήσουν τις εισαγωγές στα νοσοκομεία για φροντίδα στο τέλος της ζωής. Οι αναπτυσσόμενες χώρες αντιμετωπίζουν συνεπώς παρόμοια ζητήματα και μπορεί να μάθει η μία από την άλλη σε διαφορετικούς τομείς.

1.5.4 Οι προοπτικές για τη μακροχρόνια περίθαλψη

Τα μαθήματα για τη μελλοντική πολιτική, για τη χρηματοδότηση και την παροχή μακροχρόνιας φροντίδας είναι ασαφή. Η παρούσα πολιτική παραμένει συγκεχυμένη και ασταθής. Υπάρχει ανάγκη για καλή ανάλυση πολιτικής. Δυστυχώς, κυρίως λείπει εντός της κυβέρνησης. Όπως ο Phillips (1989) επισημαίνει, «η ασφάλιση γήρατος είναι ένα ιδιαίτερα περίπλοκο ζήτημα, ... (για το οποίο) δεν υπάρχει σχεδόν καμία εμπειρία σε όλο τον κόσμο». Παρά το γεγονός ότι 1,3 εκατομμύρια πολιτικές μακροχρόνιας φροντίδας ισχύουν στις ΗΠΑ, περισσότερο από το 85% από αυτές είναι τριών ή και λιγότερο ετών. Τέτοια εντυπωσιακή αύξηση, όμως, δεν αποκαλύπτει πολλά για τη βέλτιστη προσέγγιση δεδομένης της περιορισμένης εμπειρίας μέχρι σήμερα. Δύο βασικά προβλήματα είναι: ο βαθμός στον οποίο οι φτωχοί άνθρωποι αποκλείονται ή μπορούν μόνο να αντέξουν ανεπαρκή κάλυψη, και το γεγονός ότι οι άνθρωποι στην εργασία δεν θέλουν να σκέφτονται πολύ πέρα από τις απαιτήσεις του εισοδήματος από τις συντάξεις. Δεν αποδίδουν προτεραιότητα στις μακροπρόθεσμες κοινωνικές ανάγκες φροντίδας.

Δεν μπορούμε να αγνοήσουμε το γεγονός ότι παρ' όλη τη συζήτηση για την αύξηση της ευημερίας και του πλούτου μεταξύ των ηλικιωμένων, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην τρίτη ηλικία. Όπως προαναφέρθηκε, το νέο πλούτο μεταξύ των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας έχει αγγίξει μόνο μια μειοψηφία έστω και σημαντικού μεγέθους. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ζουν με χαμηλά εισοδήματα και έχουν ελάχιστα περιουσιακά στοιχεία. Ακόμη και η ιδιοκατοίκηση προκαλεί σημαντικές ανισότητες όσον αφορά την ποιότητα και το κόστος της στέγασης. Θα πρέπει να υπενθυμίζεται ότι σχεδόν το 30% των νοικοκυριών στα οποία η "κεφαλή" έχει ηλικία 75 και άνω έχουν εισοδήματα στο χαμηλότερο 10% της κατανομής του εισοδήματος και σχεδόν πτώση τα τρία τέταρτα στο χαμηλότερο 30%. Δεν υπάρχει άλλη ηλικιακή ομάδα που να εκπροσωπείται τόσο έντονα στο κατώτερο άκρο της κατανομής του εισοδήματος. Η θέση αυτή δε θα αλλάξει πολύ στο άμεσο μέλλον. Όλες οι πολιτικές κοινωνικής φροντίδας περιέχουν αντιφάσεις (Sinclair et al, 1990). Η παρούσα πολιτική δεν αποτελεί εξαίρεση και κρύβει μια σειρά σιωπηρών συγκρούσεων και αντιφάσεις. Αυτά περιλαμβάνουν: την επιθυμία να αυξηθούν οι πόροι για τη φροντίδα με την ενθάρρυνση του ιδιωτικού τομέα και την επιθυμία να διανεμηθούν αυτοί οι πόροι ανάλογα με τις ανάγκες μεταξύ των αρετών της καινοτομίας και του ανταγωνισμού και την ανάγκη για ισότητα και πληρότητα της

προσφοράς της κοινοτικής φροντίδας· και μεταξύ μιας επαγγελματικής εκτίμησης των αναγκών ως μέσων πρόσβασης σε πόρους και επιθυμίας να ενθαρρυνθεί η καταναλωτική επιλογή. Υποθέτοντας ότι υπάρχει δέσμευση για τη θέσπιση ενός συνεκτικού πλαισίου πολιτικής για τη μακροχρόνια φροντίδα για τους ηλικιωμένους, πέντε αρχές μπορούν να θεσπιστούν για την υποστήριξη μιας τέτοιας πολιτικής. Αυτές είναι :

- ✓ επίτευξη ισορροπίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα
- ✓ εξασφάλιση ότι μια ανησυχία με συγκράτηση του κόστους δεν θα οδηγήσει σε υποχρηματοδότηση των παροχών
- ✓ εξασφάλιση ότι μια ανησυχία με τη φορολογική δικαιοσύνη μεταξύ των ομάδων του πληθυσμού και των γενεών δεν θέτει υπό αμφισβήτηση τη δέσμευση για τη συγκέντρωση πόρων ώστε να βοηθηθούν εκείνοι που δεν έχουν την ικανότητα να βοηθήσουν τους εαυτούς τους
- ✓ αποτροπή του κατακερματισμού των υπηρεσιών, καθώς η παροχή της φροντίδας γίνεται πιο πλουραλιστική και ελκυστική για τους νέους ανεξάρτητους προμηθευτές του τομέα
- ✓ σκέψη της μακροχρόνιας φροντίδας όχι ως πρόβλημα, όπως π.χ. σαν κομμάτι του βάρους της εξαρτημένης θέσης που πολύ συχνά συνδέεται με τα γηρατειά, αλλά ως ευκαιρία για να μπορέσουν οι ηλικιωμένοι να οδηγηθούν σε ικανοποίηση και εκπλήρωση της ζωής

Μέχρι να αντιμετωπίσουμε την πολιτική για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας για τους ηλικιωμένους ανθρώπους με σκληρούς-σοβαρούς όρους, τόσο όσον αφορά τη χρηματοδότησή της όσο και την παροχή της, είναι απίθανο να κάνουμε τίποτα άλλο από το να συνεχίσουμε να μιλάμε κενά ρητορικά και συγχυσμένα. Αλλά υπάρχει μια αχτίδα φωτός και ελπίδας για το μέλλον. Δεν πρέπει να υποτιμούμε τη δύναμη των ηλικιωμένων ως πολιτική δύναμη για πραγματική αλλαγή. Η δύναμη αυτή πρέπει ακόμη να οργανωθεί και να έχει μεγάλη επίπτωση στην πολιτική σκηνή. Όμως, οι δυνατότητες υπάρχουν για να γίνει έτσι και υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία από τις Ηνωμένες Πολιτείες ότι αυτό πράγματι θα συμβεί. Αυτοί οι άνθρωποι, σήμερα στα εβδομήντα και ογδόντα τους, έχουν μεγαλώσει σε μια εποχή που ο σεβασμός στην αρχή ήταν αποδεκτός και η αμφισβήτηση των υπηρεσιών και των παροχών που

δέχονταν θεωρούταν παράλογη. Αυτή η επίδραση σταδιακά θα ατονήσει καθώς τα άτομα που εισέρχονται στα τελευταία χρόνια τους έχουν μικρή εμπειρία από οτιδήποτε άλλο εκτός από δημόσιες υπηρεσίες πρόνοιας καθιερωμένες μετά τον πόλεμο. Οι ομάδες αυτές αντιπροσωπεύουν μια δύναμη για αλλαγή σε σχέση με τις πολιτικές και τις πρακτικές για αυτούς που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα. Είναι η καλύτερη ελπίδα μας για τη βελτίωση της πολιτικής σε μια περιοχή η οποία έχει μεμονομένα έλλειψη φαντασίας και σταθερής προσήλωσης από διαδοχικές κυβερνήσεις.

1.6 Η έννοια της κοινωνικής πρόνοιας

Είναι αυτονόητο πως σε όλη τη διάρκεια της ζωής του, ο άνθρωπος προσπαθεί να ικανοποιήσει τις ποικίλες ανάγκες οι οποίες είναι μέρος της φύσης του ή δημιουργούνται από το περιβάλλον στο οποίο ζει. Η κάλυψη αυτών των αναγκών είναι βασική προϋπόθεση για την επιβίωση και την ψυχική του ισορροπία. Είναι γνωστά τα πειράματα του Bowlby, τα οποία απέδειξαν ότι νεογέννητα πιθήκων, όταν δεν έχουν συναισθηματική επικοινωνία και σωματική επαφή με τη μάνα τους, παθαίνουν μαρασμό και πεθαίνουν, παρά το γεγονός ότι τους παρέχεται η απαραίτητη τροφή για τη σωματική τους επιβίωση. Ακριβώς επειδή είναι τόσο καθοριστικής σημασίας η ουσιαστική κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου για την ψυχοσωματική του ανάπτυξη, υπάρχει σε κάθε σύγχρονη κοινωνία ο θεσμός της κοινωνικής πρόνοιας για να καλύπτει τις ανάγκες εκείνων των ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού που για κάποιο λόγο αδυνατούν να τις καλύψουν μόνοι τους.

Η χρήση του όρου "Κοινωνική Πρόνοια" επιβάλλει μια εννοιολογική διευκρίνιση, γιατί είναι δυνατόν να προκαλέσει σύγχυση στον αναγνώστη. Ο λόγος αυτής της σύγχυσης οφείλεται στο γεγονός ότι ο όρος χρησιμοποιείται άλλοτε για να δηλώσει τη διευρυμένη κοινωνική λειτουργία του κράτους, οπότε γίνεται αναφορά στο κράτος πρόνοιας, την κοινωνική πρόνοια και το κράτος ευημερίας, και άλλοτε για να περιγράψει τα προγράμματα κοινωνικής περίθαλψης και προστασίας.

Η σύγχρονη αντίληψη για την κοινωνική πρόνοια αναγνωρίζει ότι στις αναπτυγμένες βιομηχανικά κοινωνίες οι προνοιακές παροχές πρέπει να καλύπτουν τις ανάγκες όλου του πληθυσμού, χωρίς να παραβλέπεται το γεγονός ότι μερικές ευπαθείς ομάδες και άτομα χρειάζονται αυξημένη και ιδιαίτερη βοήθεια για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Η κοινωνική πρόνοια συνεπώς θεωρείται ένας από τους βασικούς θεσμούς της σύγχρονης κοινωνίας και, όπως η οικογένεια, το

σχολείο και άλλοι θεσμοί, πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες του συνόλου του πληθυσμού. Το περιεχόμενο όμως του όρου "Κοινωνική Πρόνοια" ποικίλλει από χώρα σε χώρα και από εποχή σε εποχή, ανάλογα με την ιστορία, τον πολιτισμό, τα κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα κάθε χώρας.

Η δεύτερη χρήση του όρου υποδηλώνει τη θέση ότι η κοινωνική πρόνοια πρέπει να περιορίζεται επιλεκτικά μόνο σε κείνους οι οποίοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα και τις δυνατότητες να καλύψουν οι ίδιοι τις ανάγκες τους. Αυτή είναι η παραδοσιακή αντίληψη της κοινωνικής περίθαλψης και προστασίας των αναξιοπαθούντων. Σύμφωνα με αυτήν, μόνο ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού έχει ανάγκη προνοιακών παροχών από το κράτος. Συνεπώς με τον όρο κοινωνική πρόνοια, σε αυτήν την περίπτωση, εννοούμε όλες εκείνες τις δραστηριότητες οι οποίες στοχεύουν στην παροχή υλικής βοήθειας και ψυχοκοινωνικής συμπαράστασης από το κράτος ή άλλους φορείς, σχεδόν αποκλειστικά σε ευπαθείς ομάδες και άτομα τα οποία δεν είναι σε θέση από μόνα τους να ανταποκριθούν στην κάλυψη βασικών τους αναγκών. Ο βασικός πυρήνας των προγραμμάτων της κοινωνικής πρόνοιας συνήθως περιλαμβάνει την προστασία της οικογένειας, την παιδική προστασία, τα επιδόματα για διάφορες κατηγορίες μειονεκτούντων ατόμων και γενικά ατόμων με ειδικές ανάγκες λόγω σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής αναπηρίας. 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 (Κρεμαλής, 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η πολιτική της Ελλάδας για την υγειονομική περίθαλψη και μέριμνα των ηλικιωμένων

Το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα είναι μικτού τύπου, αφού περιλαμβάνει τόσο την άμεση παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, όσο και την κάλυψη της ανάγκης για φροντίδα υγείας μέσω των ασφαλιστικών ταμείων, αλλά και συγκεκριμένη υποστήριξη για έμμεση παροχή φροντίδας μέσω κυρίως φορολογικών ελαφρύνσεων. Οι τυπικές υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων παρέχονται από το Κράτος, από Ιδιωτικούς Οργανισμούς Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα και από Ιδιωτικούς Οργανισμούς Κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Πρόσβαση στη μακροχρόνια φροντίδα έχουν όλοι οι ηλικιωμένοι, είτε είναι ασφαλισμένοι είτε είναι ανασφάλιστοι. Στόχος είναι η αποτελεσματική παροχή φροντίδας στα ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη και που πρέπει να τύχουν ισότιμης, αλλά ταυτόχρονα ενεργητικής προστασίας και υποστήριξης, ώστε να ενταχθούν στις κοινωνικές και οικονομικές δραστηριότητες και να αποτραπεί το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι υπηρεσίες φροντίδας των ηλικιωμένων περιλαμβάνουν:

- Υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας των ηλικιωμένων
- Υπηρεσίες φροντίδας των ηλικιωμένων στο σπίτι
- Υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας των ηλικιωμένων
- Υπηρεσίες σε Μονάδες Αποκατάστασης, Αποθεραπείας
- Υπηρεσίες των ψυχικά ασθενών ηλικιωμένων σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (οικοτροφεία, ξενώνες) και Προστατευόμενα Διαμερίσματα.
- Αποασυλοποίηση των ατόμων με αναπηρίες που περιθάλπονται σε κλειστές ιδρυματικές δομές
- Νοσοκομειακή περίθαλψη σε “Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων”
- Κλειστή περίθαλψη σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων

Τα **Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)** αναπτύχθηκαν κατά τη δεκαετία του 1980. Το βασικό νομοθέτημα το οποίο διέπει τη σύσταση των ΚΑΠΗ είναι το νομοθετικό διάταγμα 162/1974 (ΦΕΚ Α' 227). Με το νόμο 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 τις διατάξεις του Προεδρικού Διατάγματος 329/89, για κάθε ΚΑΠΗ γίνεται σύσταση Οργανισμού Λειτουργίας, Διοίκησης και Διαχείρισης. Με βάση τον Οργανισμό ο σκοπός του 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 ΚΑΠΗ, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση.

Το πρόγραμμα «**Βοήθεια στο σπίτι**» για τους ηλικιωμένους που στερούνται οικογένειας, ή μένουν μακριά ή είναι αποκομμένοι από αυτήν, έχει ως στόχο την παροχή φροντίδας στο σπίτι των αδύναμων και μοναχικών ηλικιωμένων, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους και να διατηρηθεί η αυτονομία και ανεξαρτησία τους (Ετήσια Έκθεση για την Υγεία, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005).

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εντάσσεται στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και φορέας υλοποίησης είναι οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Με την δράση αυτή διευρύνονται ποσοτικά και ποιοτικά οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας που παρέχονται στους πολίτες. Παρέχονται κυρίως υπηρεσίες Κοινωνικής Εργασίας, Νοσηλευτικής Φροντίδας, Αγωγής Υγείας και Οικογενειακής – Οικιακής Βοήθειας και άλλες για την κάλυψη των βασικών αναγκών. Δίδεται προτεραιότητα στη φροντίδα των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους μόνιμα ή ορισμένες ώρες της ημέρας και δεν αυτοεξυπηρετούνται σε ικανοποιητικό βαθμό και των Ατόμων με ειδικές ανάγκες που ζουν αυτόνομα ή με την οικογένειά τους και αντιμετωπίζουν κινδύνους απομόνωσης, αποκλεισμού, επιβίωσης, υπερβολικής επιβάρυνσης και κρίσης της οικογένειάς τους και κινδυνεύουν να κάνουν χρήση ιδρυματικής φροντίδας και να υποστούν επιδείνωση της ποιότητας της ζωής τους (Αλτάνης, 2006).

Η κάθε Μονάδα του Προγράμματος αποτελείται στην ελάχιστη ανάπτυξή της από 1 κοινωνικό λειτουργό (ο οποίος είναι υπεύθυνος για τον συντονισμό του προγράμματος), 1 έως 2 νοσηλευτές ή νοσηλεύτριες και 1 έως 3 οικογενειακούς βοηθούς ή κοινωνικούς φροντιστές. Κάθε Μονάδα του Προγράμματος μπορεί να στελεχωθεί με περισσότερα στελέχη αριθμητικά αλλά και σε άλλες ειδικότητες όπως με γιατρούς (κυρίως πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά και φυσιάτρους), επισκέπτες/τριες υγείας, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές κ.ά. (Αλτάνης, 2006).

Τα **Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων** συμβάλουν στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής, διευκολύνοντας τα μέλη της οικογένειας, κυρίως τις εργαζόμενες γυναίκες, που έχουν επιφορτισθεί με τη φροντίδα του μη αυτοεξυπηρετούμενου ηλικιωμένου μέλους της οικογένειας. Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων είναι μικρές δομές ημερήσιας φιλοξενίας και λειτουργούν έτσι ώστε να καλύπτουν επαρκώς τις ώρες εργασίας των μελών της οικογένειας (Ετήσια Έκθεση για την Υγεία, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005).

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων συμβάλλουν στην αποφυγή της ιδρυματικής φροντίδας των ηλικιωμένων, της περιθωριοποίησής τους και του αποκλεισμού τους με την παραμονή τους στο οικείο περιβάλλον τους. Απευθύνονται στους ηλικιωμένους με χρόνια ή πρόσκαιρα οργανικά προβλήματα ή προβλήματα ψυχικής υγείας, στους ηλικιωμένους που δεν αυτοεξυπηρετούνται, είναι οικονομικά αδύναμοι και έχουν κοινωνικά προβλήματα. Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων είναι μικρές δομές ημερήσιας φιλοξενίας (δυναμικότητας 15 ατόμων για ημερήσια φροντίδα και 5 ατόμων για 24ωρη φιλοξενία) και συνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με τα ΚΑΠΗ και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» που ενδεχομένως υπάρχουν στην περιοχή. Τα Κέντρα λειτουργούν σε 12ωρη βάση, καλύπτοντας επαρκώς τις ώρες εργασίας των μελών της οικογένειας. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις έχουν τη δυνατότητα να φιλοξενήσουν σε 24ωρη βάση μικρό βαθμό ηλικιωμένων, εφόσον αυτό κριθεί απόλυτα αναγκαίο και με την οικονομική συμμετοχή της οικογένειας. Φορείς υλοποίησης είναι οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Η επιλογή φιλοξενίας των ηλικιωμένων γίνεται με κριτήρια την αδυναμία να παραμείνει ο ηλικιωμένος μόνος στο σπίτι, την απασχόληση των ατόμων που έχουν αναλάβει τη φροντίδα του ατόμου, τα προβλήματα υγείας στην οικογένεια. Εφαρμόζονται επίσης άλλα κοινωνικοοικονομικά κριτήρια, όπως το

ετήσιο εισόδημα του νοικοκυριού σε συνάρτηση με τα μέλη της οικογένειας. Σε περιπτώσεις που το οικογενειακό εισόδημα υπερβαίνει ένα καθορισμένο ποσό ή και παρέχονται πρόσθετες παροχές στον ηλικιωμένο, η οικογένεια συμμετέχει οικονομικά στην λειτουργία του Κέντρου (Αλτάνης, 2006).

Σε αντίθεση με τα Κ.Α.Π.Η. και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», τα οποία λειτουργούν στην πλειοψηφία των δήμων της χώρας, τα Κ.Η.Φ.Η. λειτουργούν σε ελάχιστους δήμους. Στην Αττική λειτουργούν τα εξής¹:

ΔΗΜΟΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ
Δάφνη	Αλεξάνδρας 65 & Βύρωνος 11	210 9700300
Ζωγράφου	Αθανασίου Διάκου 18	210 7481980
Κερατέα	Βασ.Σοφίας 38	22990 66456
Κορυδαλλός	Υδρας και Αγ.Νικολάου	210 5618947
Κορωπί	Ανδρούτσου 5	210 6627412
Μοσχάτο	Χαλκίδη 21, πλ. Εθνικής Αντίστασης	210 4833627
Ν.Φιλαδέλφεια	Σοφούλη και Παπάγου	210 2584067

Επίσης, υπάρχουν δύο δήμοι στους οποίους το πρόγραμμα δε λειτουργεί πλέον, στη Δραπετσώνα και στο Μενίδι. Τέλος, σε κανένα από τα παραπάνω δεν εφαρμόζεται η φιλοξενία σε 24ωρη βάση.

Οι Μονάδες Αποθεραπείας και Αποκατάστασης παρέχουν υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας σε ασθενείς εσωτερικούς ή εξωτερικούς οι οποίοι πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος, καθώς και από νοητική στέρηση χρησιμοποιώντας τα σύγχρονα μέσα και μεθόδους της Ιατρικής Αποκατάστασης. Στις Μονάδες Αποθεραπείας και Αποκατάστασης μπορούν να λειτουργήσουν και ξενώνες Αποκατάστασης στην περίπτωση που υπάρχουν ασθενείς που χρειάζονται επανέλεγχο ή ειδική εκπαίδευση για την αποκατάστασή τους. Οι Μονάδες Αποκατάστασης και Αποθεραπείας μπορούν επιπλέον να περιλαμβάνουν στο σκοπό τους την επαγγελματική κατάρτιση, ενημέρωση και ψυχαγωγία των ατόμων με αναπηρίες, καθώς και την υλοποίηση σχετικών ακόμα προγραμμάτων συγχρηματοδοτούμενων από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Δύνανται να διενεργούν έρευνες σχετικές με την επαγγελματική και

¹ Μετά από μία διερεύνηση με διαδικτυακή αναζήτηση, από προσωπική συνέντευξη με νοσηλεύτρια που εργάζεται στο Κ.Η.Φ.Η. Κορωπίου και από τηλεφωνικές επικοινωνίες στα υπόλοιπα Κ.Η.Φ.Η.

κοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με αναπηρίες. Οι Μονάδες Αποθεραπείας και Αποκατάστασης διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες:

Α. Μονάδες Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Κλειστής Νοσηλείας

Β. Μονάδες Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας

Γ. Ελάχιστη Μονάδα Ιατρικής Αποκατάστασης

Δ. Μονάδες Διημέρευσης – Ημερήσιας Φροντίδας για άτομα με αναπηρίες (ΦΕΚ 166, τεύχος πρώτο, 28 Σεπτεμβρίου 1993).

Το **Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων** (ΕΙΑΑ) λειτουργεί από το 1945. Ιδρύθηκε από το «Αμερικάνικο Ίδρυμα Εγγύς Ανατολής» με την οικονομική ενίσχυση της ελληνικής πολεμικής περίθαλψης στις ΗΠΑ. Το 1949 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέλαβε την επιχορήγηση του ιδρύματος, το οποίο με την επωνυμία Κ.Α.Π.Α.Ψ. (Κέντρο Αποκατάστασης Πολιτών Αναπήρων Ψυχικού) αναπτύχθηκε και λειτούργησε στο Π. Ψυχικό, σαν κύριος εκτελεστής του Κρατικού Προγράμματος Ιατροκοινωνικής και Επαγγελματικής Αποκατάστασης των κινητικά αναπήρων. Μετά την απελευθέρωση εξυπηρέτησε εκτός από τους ιδιώτες και ένα μεγάλο αριθμό στρατιωτικών αναπήρων πολέμου. Μέχρι το 1961 λειτούργησε σαν ίδρυμα ιδιωτικού δικαίου και στην συνέχεια με το Ν.Δ 564/61 και αργότερα με το ΒΔ 33/73 πήρε την μορφή του νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου. Από τότε λειτουργεί υπό την άμεση εποπτεία και ευθύνη του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας, με την ονομασία Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων. Από το 1972 το ΕΙΑΑ μεταφέρθηκε από το Π. Ψυχικό στις νέες εγκαταστάσεις του στο Ίλιον (σ' ένα χώρο 60 στρεμμάτων). Σήμερα υπάγεται στη Διοίκηση 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς & Αιγαίου ως Αυτόνομη Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας (ΝΠΔΔ).

Τα τμήματα αποκατάστασης του ΕΙΑΑ είναι οι κλινικές, τα εξωτερικά ιατρεία, τα ειδικά ιατρεία, τα ειδικά εργαστήρια και τα τμήματα αποκατάστασης.

Η εκπαίδευση, κατάρτιση και επαγγελματική αποκατάσταση των ΑμεΑ είναι επίσης ένας δραστήριος κλάδος που έχει αναπτύξει το Ε.Ι.Α.Α. (<http://www.eiaa.gr>)

Ένα άτομο που χρήζει αποκατάστασης, ηλικιωμένο ή όχι, μπορεί να νοσηλευτεί στο Ε.Ι.Α.Α. μέχρι την ολοκλήρωση των θεραπειών του².

² Οι παραπάνω πληροφορίες προήλθαν από συνέντευξη με την κοινωνική υπηρεσία, ύστερα από προγραμματισμένη συνάντηση στο χώρο του Ε.Ι.Α.Α.

Όσον αφορά τη μακροχρόνια φροντίδα των **ηλικιωμένων ψυχικά ασθενών**, έχουν θεσπισθεί ρυθμίσεις για τον:

- Καθορισμό του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των **Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (οικοτροφεία, ξενώνες)** και των Προγραμμάτων **Προστατευμένων Διαμερισμάτων**, που σκοπό έχουν την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης ατόμων με ψυχικές διαταραχές όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον. Σε αυτή την απόφαση μεταξύ άλλων καθορίζονται οι προϋποθέσεις λειτουργίας, οι παρεχόμενες υπηρεσίες, οι χώροι και το προσωπικό.
- Καθορισμό των κριτηρίων, των προϋποθέσεων, των δικαιολογητικών, των διαδικασιών και κάθε άλλης λεπτομέρειας για την έγκριση σκοπιμότητας και τη χορήγηση της άδειας λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό και μη Κερδοσκοπικό Τομέα.
- Καθορισμό των προϋποθέσεων, του τρόπου και της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον.
- Καθορισμό του τρόπου λειτουργίας και στελέχωσης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, με την οποία ρυθμίζονται μεταξύ άλλων οι προϋποθέσεις, η οργάνωση και λειτουργία των Κινητών μονάδων, αλλά και η πιστοποίηση των υπηρεσιών που παρέχουν.
- Καθορισμό των προϋποθέσεων, της οργάνωσης, της λειτουργίας, των αρχών, καθώς και κάθε λεπτομέρειας των προγραμμάτων Φιλοξενούμενων Οικογενειών, που ρυθμίζει μεταξύ άλλων τα δικαιώματα του ασθενούς, τη διαδικασία εκπαίδευσης της φιλοξενούσας οικογένειας, τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα της φιλοξενούσας οικογένειας (Ετήσια Έκθεση για την Υγεία, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005).

Από όλα τα παραπάνω καθορίζονται άμεσα και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ψυχικά ασθενών αποδεκτών μακροχρόνιας φροντίδας. Συμπληρωματικά, έχει συσταθεί στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αυτοτελής υπηρεσία με την ονομασία “Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές”.

Η **αποασυλοποίηση** απευθύνεται σε άτομα με αναπηρίες που περιθάλπονται σε κλειστές ιδρυματικές δομές. Με την αποασυλοποίηση, οι παρεχόμενες υπηρεσίες στοχεύουν στην έγκαιρη αποκατάσταση, στην κοινωνική ένταξη των ατόμων με

αναπηρίες και στη στήριξη της οικογένειας ώστε να αποφεύγεται η ιδρυματική φροντίδα. Τα άτομα με βαριές αναπηρίες που μέχρι τώρα ζουν σε ασυλικές δομές εντάσσονται σταδιακά σε ειδικά προγράμματα ημιαυτόνομης και αυτόνομης διαβίωσης, σε προστατευόμενα διαμερίσματα και οικοτροφεία μικρής δυναμικότητας, ενώ παράλληλα συμμετέχουν σε προγράμματα κατάρτισης ή ημερήσιας απασχόλησης (Αλτάνης, 2006).

Η νοσοκομειακή περίθαλψη των ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων ατόμων σε **“Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων”**. Με το νομοθετικό διάταγμα 162/1973 «Περί μέτρων προστασίας υπερήλικων και χρονίως πασχόντων ατόμων» καταργήθηκαν τα υφιστάμενα μέχρι εκείνη την περίοδο άσυλα ανιάτων και δημιουργήθηκαν τα «Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων», στα οποία μέχρι και σήμερα παρέχεται κλειστού τύπου προστασία σε άτομα που πάσχουν από κινητικές αναπηρίες ή νοητική υστέρηση και δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (Συνοπτική παρουσίαση των νομοθετικών και διοικητικών πράξεων της υφιστάμενης πολιτικής πρόνοιας, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005).

Πιο συγκεκριμένα :

ΘΕΡΑΠΕΥ- ΤΗΡΙΟ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΤΗΛΕ- ΦΩΝΟ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΚΛΙΝΕΣ
Ανατολικής Αθήνας	Ζέρβα 16, Γλυφάδα	210 8942822	Υπερήλικοι άνω των 65 χρονών	60
	28 ^{ης} Οκτωβρίου 13, Μελίσσια	210 8042708	Άτομα άνω των 18 με αναπηρία άνω του 67%	85
Δυτικής Αθήνας	Δωδεκανήσου 1, Αγ.Βαρβάρα	213 2031300	(κάθε περίπτωση εξετάζεται ξεχωριστά από την Επιτροπή Εισαγωγών)	220
	Στρατηγού Θεολόγου 11, Ασπρόπυργος	210 5577898		90

Στα παραπάνω θεραπευτήρια λειτουργεί το εξής σύστημα : ένας αριθμός κλινών προορίζεται για άτομα που χρειάζονται αποκατάσταση και οι υπόλοιπες κλίνες χρησιμοποιούνται από ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, συνήθως ηλικιωμένους. Οι

νοσηλεύόμενοι στα θεραπευτήρια δεν πληρώνουν κάποιο μίσθωμα αλλά υποχρεούνται να καταβάλλουν τη σύνταξή τους σε αυτά. Επίσης, ένας μικρός αριθμός κλινών παρέχεται σε απόρους ασθενείς.

Δυστυχώς, μέσα στο 2011 το θεραπευτήριο στον Ασπρόπυργο θα κλείσει. Οι εισαγωγές έχουν ήδη διακοπεί και οι χρόνιοι ασθενείς που φιλοξενεί θα μεταφερθούν στα άλλα θεραπευτήρια, τα οποία μειώνουν ή χειρότερα διακόπτουν τις καινούριες εισαγωγές τους για να "αντέξουν" τις προαναφερθείσες μεταφορές³.

Σωματεία, οργανισμοί, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, φορείς γενικά που ασκούν κοινωνική πρόνοια καθώς και ιδιώτες δεν επιτρέπεται να παρέχουν οργανωμένες κοινωνικές υπηρεσίες που έχουν σχέση με την προστασία των ηλικιωμένων ή ανιάτων ή χρονίως πασχόντων ή να ασκούν παρεμφερείς δραστηριότητες πριν από την έκδοση σχετικής άδειας λειτουργίας από την οικεία νομαρχιακή αυτοδιοίκηση. Από το 1995, οι οίκοι ευγηρίας, τα «Γηροκομεία» και οι με άλλες ονομασίες λειτουργούσες επιχειρήσεις κλειστής περίθαλψης και φροντίδας ηλικιωμένων μετονομάζονται σε «**Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων**» και οι άδειες λειτουργίας εκδίδονται μόνο με τη χρήση του τίτλου αυτού. Με την υπουργική απόφαση Αριθ. Π4Β/οικ 3176 που έχει δημοσιευθεί στο ΦΕΚ 455 (14 Ιουνίου 1996) έχουν καθορισθεί οι προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων από ιδιώτες, κερδοσκοπικού χαρακτήρα (θα αναφέρονται ως **Μ.Φ.Η.-κ.χ.**) και με την υπουργική απόφαση Αριθ. Π4Β/οικ 4690 που έχει δημοσιευθεί στο ΦΕΚ 833 (11 Σεπτεμβρίου 1996) έχουν καθορισθεί οι προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (θα αναφέρονται ως **Μ.Φ.Η.-μ.κ.χ.**). Επίσης, καθορίστηκαν αντίστοιχα ο ορισμός και ο σκοπός των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, η διαδικασία και τα δικαιολογητικά άδειας ίδρυσης, το κτιριολογικό πρόγραμμα (ελάχιστα μετρικά στοιχεία), τα μέτρα ασφάλειας, τα χαρακτηριστικά των θαλάμων και των κοινόχρηστων χώρων, οι ελάχιστες εγκαταστάσεις καθώς επίσης και το προσωπικό. Στις κερδοσκοπικές και στις μη Μ.Φ.Η., όλα τα παραπάνω είναι σχεδόν ίδια με σημαντική διαφορά τη φράση στο άρθρο 1 της υπ' αριθ. Π4Β/οικ 4690 υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 833, 11 Σεπτεμβρίου 1996) ότι οι Μ.Φ.Η.-μ.κ.χ. είναι οι μονάδες

³ Οι παραπάνω πληροφορίες προήλθαν από συνέντευξη με την κοινωνική υπηρεσία, ύστερα από προγραμματισμένη συνάντηση στο χώρο του θεραπευτηρίου της Γλυφάδας και από τηλεφωνική συνέντευξη και με τα υπόλοιπα τρία θεραπευτήρια. Η επιλογή του θεραπευτηρίου της Γλυφάδας για την επίσκεψή μου έγινε λόγω γεωγραφικής διευκόλυνσης.

που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα (αυτοεξυπηρετούμενα ή μη) **χωρίς επιχειρηματικό κέρδος**. Τα καταβαλλόμενα τροφεία στις μονάδες αυτές καλύπτουν τα έξοδα λειτουργίας τους και μόνο. (Βέβαια, η κάθε ανάλογη μονάδα μπορεί να ζητά οσοδήποτε τροφείο θέλει και να το υποστηρίζει με διάφορες δικαιολογίες. Μάλιστα, ορισμένες φορές το νοσήλιο μιας Μ.Φ.Η.-μ.κ.χ. είναι ίδιο με μιας Μ.Φ.Η.-κ.χ.)

Από τα παραπάνω καθορίζονται άμεσα ή έμμεσα και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων που αποδέχονται μακροχρόνια περίθαλψη. Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει συσταθεί αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, η οποία καλύπτει και τα δικαιώματα των αποδεκτών μακροχρόνιας φροντίδας (Ετήσια Έκθεση για την Υγεία, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005).

Στο άρθρο 1 της υπ' αριθ. Π4Β/οικ 3176 υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 455, 14 Ιουνίου 1996) προβλέπονται τα εξής για τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων:

Οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι μονάδες που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα (αυτοεξυπηρετούμενα ή μη) και εξασφαλίζουν υποχρεωτικά σε αυτά:

- Υγιεινή διαμονή προσαρμοσμένη στις ανάγκες κάθε κατηγορίας περιθαλπόμενων, καθώς και ασφαλή και άνετη διαβίωσή τους.
- Υγιεινή και επαρκή διατροφή ανάλογη με την κατάστασή της υγείας του κάθε περιθαλπόμενου με ελάχιστο ημερήσιο όριο τις 1.600 θερμίδες τροφής με την σωστή ποιοτική σύνθεση.
- Συνεχή φροντίδα για την ατομική καθαριότητά τους καθώς και την καθαριότητα των χώρων της Μονάδας.
- Τακτική ιατρική παρακολούθηση καθώς και έγκαιρη και κατάλληλη για κάθε περιθαλπόμενο ιατροφαρμακευτική βοήθεια και πρόσκαιρη νοσηλεία.
- Η νοσηλεία θα περιορίζεται στην έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας και τη μέριμνα για την έγκαιρη εισαγωγή στο ενδεδειγμένο νοσηλευτήριο.
- Δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοπροστασίας με την λήψη των κατάλληλων μέτρων διευκόλυνσης των περιθαλπόμενων (χειρολαβές, χειρολισθήρες, απλά και ειδικά μπαστούνια, περιπατητήρες, κ.λ.π.).

- Προσφορά και διευκόλυνση απασχόλησης, ψυχαγωγίας, ψυχολογική βοήθεια, ανάλογα με την ηλικία, κατάσταση και περίπτωση του περιθαλπόμενου.
- Φυσικοθεραπεία με την εφαρμογή απλών φυσικοθεραπευτικών ή κινησιοθεραπευτικών μεθόδων ή μέριμνα για την περαιτέρω ειδική θεραπεία σε φυσικοθεραπευτήρια, με σκοπό τη βελτίωση των δυνατοτήτων αυτοεξυπηρέτησής τους, εφόσον αυτή κρίνεται επιστημονικώς εφικτή.
- Δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών τους καθηκόντων και συμμετοχή εφόσον το επιτρέπει η κατάστασή τους σε πολιτιστικές και καλλιτεχνικές εκδηλώσεις.
- Τον οφειλόμενο στην ανθρώπινη αξία σεβασμό και ενδιαφέρον, ανεξάρτητα της σωματικής ή πνευματικής κατάστασης του περιθαλπόμενου.

Όσον αφορά στις Μ.Φ.Η.-μ.κ.χ. η πιο γνωστή είναι το **Γηροκομείο Αθηνών**. Ο φορέας αυτός είναι Φιλανθρωπικός Ιδιωτικού Δικαίου, λειτουργεί με δωρεές και κληροδοτήματα κι έχει σαν εποπτεύουσα αρχή τη Νομαρχία (πιθανότερα, μετά από τις πρόσφατες αλλαγές, θα περάσει στην περιφέρεια). Αυτήν τη στιγμή διαθέτει 280 κλίνες και βρίσκεται σε πληρότητα (υπάρχει και λίστα αναμονής). Η εισαγωγή του ηλικιωμένου γίνεται μετά από απόφαση της ειδικής επιτροπής εισαγωγών. Δέχονται ηλικιωμένους με όλες τις παθήσεις εκτός από ψυχικά ασθενείς. Επίσης, δέχονται πολλά άπορα άτομα τα οποία διαβιούν και τους παρέχεται ο,τιδήποτε χρειάζονται για τη νοσηλεία τους δωρεάν. Για τους μη άπορους η τιμή του δίκλινου μπορεί να καλυφθεί και από χαμηλοσυνταξιούχους. Υπάρχουν δωμάτια δίκλινα και μονόκλινα. Οι ασθενείς χωρίζονται στα κτίρια του χώρου ανάλογα με την κατάσταση της υγείας τους (π.χ. κατάκοιτοι, αυτοεξυπηρετούμενοι). Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι η ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση (υπάρχει γιατρός επί εικοσιτετραώρου βάσεως), φαρμακευτική αγωγή, φυσίατροι, φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, προσωπική περιποίηση (ατομική υγιεινή, πλύσιμο ρούχων, περιποίηση άκρων, κούρεμα κ.α.), διατροφή (κουζίνα). Η κοινωνική υπηρεσία είναι υπεύθυνη για ψυχαγωγικές και κοινωνικές εκδηλώσεις, τη διεκπεραίωση όλων των υποθέσεων μοναχικών

ηλικιωμένων φιλοξενούμενων, τη δημιουργία εθελοντικού δικτύου, τη συνεργασία με τον Ερυθρό Σταυρό κ.α.⁴

Η επόμενη πιο γνωστή Μ.Φ.Η.-μ.κ.χ. είναι το **Γηροκομείο Πειραιά**. Ο φορέας αυτός είναι εθνικό κληροδότημα, Ν.Π.Ι.Δ. μ.κ.χ., λειτουργεί με τα μηνιαία μισθώματα, με δωρεές και κληροδοτήματα κι έχει σαν εποπτεύουσα αρχή τη Νομαρχία. Αυτήν τη στιγμή διαθέτει 200 κλίνες και βρίσκεται σε πληρότητα (υπάρχει και λίστα αναμονής) σε κάποιες από τις πτέρυγές του, τις πιο οικονομικές. Η εισαγωγή του ηλικιωμένου γίνεται μετά από απόφαση του γιατρού που δέχεται τις αιτήσεις κάθε Δευτέρα και Τετάρτη μεσημέρι (14.00 μ.μ.) ανάλογα με τη διαθεσιμότητα. Δέχονται ηλικιωμένους με όλες τις παθήσεις εκτός από ψυχικά ασθενείς και ασθενείς με άνοια σε προχωρημένο στάδιο ή βαριάς μορφής. Επίσης, δέχονται χαμηλοσυνταξιούχους οποιουδήποτε ασφαλιστικού ταμείου και συνταξιούχους του Ο.Γ.Α. (σύνταξη υπερηλίκων), αν είναι μοναχικά άτομα και αποδεδειγμένα δημότες Πειραιά για τουλάχιστον δεκαπέντε χρόνια. Υπάρχουν δωμάτια τρίκλινα, δίκλινα και μονόκλινα, των οποίων η τιμή ξεκινά από 800€. Κατά τις υπόλοιπες υπηρεσίες (ιατρικές, νοσηλευτικές, κοινωνικές, διατροφικές κ.α.) και λειτουργίες (π.χ. δίκτυο εθελοντών) ισχύουν ομοίως τα προαναφερθέντα στο γηροκομείο Αθηνών.⁵

Όσον αφορά στις Μ.Φ.Η.- μ.κ.χ. : Ν.Π.Ι.Δ. φιλανθρωπικού χαρακτήρα, εκκλησιαστικές στέγες κ.α. παρατίθεται παρακάτω ο πίνακας (πίνακας 2, σελ.63) από το Ε.Κ.Κ.Α. (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τμήμα ενός Οδηγού Κοινωνικών – Προνοιακών Φορέων, 2006) και νομίζω πως δίνει μια αρκετά πλήρη εικόνα γι' αυτές τις μονάδες. Στον πίνακα που ακολουθεί συμπεριλαμβάνονται και το γηροκομείο Αθηνών "Γηροκομείο Ελεήμονος Εταιρίας Αθηνών" και το γηροκομείο Πειραιώς "Άσυλο Πενήτων Αθανασίου Πρωθυερέως Γηροκομείο Πειραιώς", που είναι τα πιο γνωστά στους πολίτες. Νομίζω πως είναι αξιοσημείωτο να προσέξουμε τις προϋποθέσεις και θα διαπιστώσουμε πως δέχονται ουσιαστικά μόνο

⁴ Οι παραπάνω πληροφορίες προήλθαν από συνέντευξη με την κοινωνική υπηρεσία, ύστερα από προγραμματισμένη συνάντηση στο χώρο του γηροκομείου.

⁵ Οι παραπάνω πληροφορίες προήλθαν από συνέντευξη με την κοινωνική υπηρεσία, ύστερα από προγραμματισμένη συνάντηση στο χώρο του γηροκομείου.

αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους. Κυρίως, τα ηλικιωμένα άτομα με άνοια και, συνήθως, τα κατάκοιτα ηλικιωμένα άτομα αποκλείονται από αυτούς που έχουν δυνατότητα εισαγωγής σ' αυτές τις μονάδες⁶.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθούν οι μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Υπάρχουν δύο μονάδες στον Πειραιά, η μία είναι η κλινική "Κανακίδη" (Λεωφόρο Δημοκρατίας 42, Κερατσίνι) και η άλλη η κλινική "Παναγία Νίκαιας" (Μήλου 7-9, Ν.Νίκαια) με ογδόντα τρεις και εβδομήντα κλίνες αντίστοιχα και, μία μονάδα στην Αθήνα η "Ευαγγελίστρια" (Πυθίας 24, Κυψέλη) με 12 κλίνες. Θεσμικά οι μονάδες στον Πειραιά υπάγονται στο Γραφείο Κοινωνικής Μέριμνας, στη Νομαρχιακή Μονάδα Υγείας Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Πειραιά και η μονάδα στην Αθήνα στο αντίστοιχο γραφείο, στην αντίστοιχη μονάδα της Αθήνας. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που δουλεύουν στα προαναφερθέντα γραφεία δέχονται τις αιτήσεις των ενδιαφερομένων, συντάσσουν την κοινωνική έρευνα και αποφασίζουν για την εισαγωγή του ηλικιωμένου ατόμου αφού συνεκτιμηθούν παράγοντες όπως η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας (πρέπει να προσκομίσουν και χαρτί γιατρού), το οικογενειακό περιβάλλον, η οικονομική κατάσταση. Οι προϋποθέσεις για την εισαγωγή είναι οι ηλικιωμένοι ενδιαφερόμενοι να είναι δικαιούχοι των παροχών του Ι.Κ.Α. και να μην πάσχουν από άνοια ή Alzheimer ή οργανικό ψυχοσύνδρομο με διαταραχές συμπεριφοράς. Λόγω του αυξημένου αριθμού αιτήσεων, δυστυχώς, υπάρχει λίστα αναμονής. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι η ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση (υπάρχει γιατρός επί εικοσιτετραώρου βάσεως), φαρμακευτική αγωγή (συνταγογράφηση – ελεγκτής ιατρός), εξετάσεις μικροβιολογικές, φυσιοθεραπεία, προσωπική περιποίηση (ατομική υγιεινή, πλύσιμο ρούχων, περιποίηση άκρων, κ.α.), διατροφή (κουζίνα).⁷

⁶ Όσες πληροφορίες είναι γραμμένες με πράσινο χρώμα συμπληρώθηκαν από την υποφαινόμενη μετά από την έρευνά μου.

⁷ Οι παραπάνω πληροφορίες προήλθαν από συνέντευξη με το Γραφείο Κοινωνικής Μέριμνας στον Πειραιά, ύστερα από προγραμματισμένη συνάντηση και από τηλεφωνική επικοινωνία με το Γραφείο Κοινωνικής Μέριμνας στην Αθήνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Έρευνα

3.1 Ερευνητικά ερωτήματα – σκοπός και στόχοι της μελέτης

Τα *ερευνητικά ερωτήματα* της παρούσας εργασίας είναι τα ακόλουθα :

1. Υπάρχει κρατική έλλειψη σε κλίνες και μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ; (Αττική)
2. Όσον αφορά στις υπάρχουσες κρατικές δομές, είναι εύκολη η πρόσβαση των πολιτών σε αυτές ;
3. Όσον αφορά στις υπάρχουσες κρατικές δομές, τί αντίληψη υπάρχει;

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να γνωρίσουμε όσο το δυνατόν περισσότερα για την κρατική πολιτική για τη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων μέσα από τη γνώση, την εμπειρία ή την αντίληψη που έχουν άνθρωποι που χρειάστηκε να τη "χρησιμοποιήσουν".

Συγκεκριμένα, οι *ερευνητικοί στόχοι* της μελέτης αυτής είναι:

1. Επαρκούν οι κλίνες και οι μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στην Αττική ανάλογα με τον πληθυσμό που αναζητά τέτοια φροντίδα; ✓
2. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να "φτάσουν", να βρουν εύκολα τις δομές που ήδη υπάρχουν;
3. Τι αντίληψη υπάρχει για την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών στις υπάρχουσες δομές; ✓
4. Υπάρχει ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών στις υπάρχουσες δομές;
(τρεις άξονες έλλειψη – πρόσβαση – ποιότητα)

3.2 Πληθυσμός μελέτης – μέθοδοι

3.2.1 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας - Πληθυσμός - Δειγματοληψία

Η έρευνα διενεργήθηκε στη Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) όπου εργάζομαι ως Κοινωνική Λειτουργός. Πρόκειται για μονάδα ιδιωτική, κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Μ.Φ.Η. – κ.χ.) (βλ.κεφ.2). Οι άνθρωποι που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν οι υπεύθυνοι - συγγενείς των ηλικιωμένων που διαβιούν στη μονάδα. Με τον όρο υπεύθυνοι- συγγενείς των ηλικιωμένων εννοούμε αυτούς που έχουν υπογράψει το ιδιωτικό συμφωνητικό με τη Μ.Φ.Η. και που θεωρούνται περισσότερο υπεύθυνοι για την λήψη αποφάσεων που αφορούν τους ανθρώπους τους. Πραγματοποιήθηκε σε διάρκεια περίπου δυο μηνών, κατά τους μήνες Μάιο - Ιούνιο του 2011. Συνολικά οι ηλικιωμένοι που φιλοξενούνταν στη Μ.Φ.Η. εκείνο το διάστημα ήταν 52 αλλά δε συμμετείχαν στην έρευνα όλοι οι υπεύθυνοι - συγγενείς αυτών. Ενιαία αδυνατούσαν να προσέλθουν στη μονάδα είτε γιατί (πλειοψηφία) ζουν μόνιμα σε περιοχή απομακρυσμένη από την Αττική είτε γιατί (μειοψηφία) δε θα έρχονταν ούτως ή άλλως να επισκεφθούν τον άνθρωπό τους εκείνο το διάστημα και πέντε από αυτούς αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Στη μελέτη συμμετείχαν τελικά 38 υπεύθυνοι-συγγενείς που είχαν τον άνθρωπό τους φιλοξενούμενο στη μονάδα και 1 υπεύθυνος-συγγενής που είχε μέχρι και το Μάρτιο του 2011 τον άνθρωπό του φιλοξενούμενο στη μονάδα (έπειτα τον μετέφερε σε μονάδα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα).

3.2.2 Μέθοδοι συλλογής δεδομένων και ερευνητικά εργαλεία

Καταρχήν, όλοι οι υπεύθυνοι - συγγενείς της μελέτης ενημερώθηκαν για τον σκοπό της. Επειδή πρόκειται για ανθρώπους με τους οποίους έχω ήδη επαγγελματική σχέση, όταν επισκέπτονταν τη μονάδα και τον άνθρωπό τους τούς ενημέρωνα, τους εξηγούσα και αν συμφωνούσαν πραγματοποιούσαμε τη συνάντηση τότε. Έτυχε ελάχιστοι ν'αρνηθούν κι έτυχε κάποιοι να μην μπορούν εκείνη την στιγμή και να γίνεται η συνέντευξη στην επόμενη επίσκεψή τους. Τέλος, για εκείνους που γνώριζα πως επισκέπτονται τη μονάδα κυρίως Σαββατοκύριακα λόγω επαγγελματικών υποχρεώσεων, μετά από τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους ορίστηκαν προγραμματισμένες συναντήσεις κατά τη διάρκεια ενός Σαββατοκύριακου στο χώρο της μονάδας. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με την πραγματοποίηση ημι-δομημένης συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο. Η τεχνική αυτή με την προφορική, άμεση επικοινωνία μεταξύ του συνεντευκτή και του ερωτώμενου και με την ελευθερία και

ευελιξία στις απαντήσεις, των οποίων η σειρά είναι ευπροσάρμοστη, βοηθά στην καλύτερη συγκέντρωση όλων των απαντήσεων στις ερωτήσεις (Φίλιας, 2000). Η συνέντευξη βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο το οποίο περιέλαβε ερωτήσεις σε αντιστοιχία με τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης (εμφανές από τους διαφορετικούς χρωματισμούς). (παράρτημα I, σελ. 59)

3.2.3 Δυσκολίες κατά την έρευνα – Περιορισμοί της μελέτης

Κατά τη διάρκεια της πραγματοποίησης της έρευνας προέκυψαν διάφορα θέματα. Καθώς η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν είχε ψάξει σε κρατική Μ.Φ.Η. προσέθεσα την ερώτηση 4^α, ώστε να έχω την εμπειρία τους από επίσκεψη σε Μ.Φ.Η. έστω κι αν δεν ήταν από την αναζήτηση κλίνης για το δικό τους άνθρωπο. Επίσης, στα δημογραφικά στοιχεία, στην οικονομική κατάστασή τους ήταν διστακτικοί στην απάντησή τους και τελικά αρνητικοί στο να απαντήσουν ξεκάθαρα, πιθανότατα λόγω του εργασιακού περιβάλλοντος στο οποίο εντάσσομαι.

Μια έρευνα τέτοιου τύπου και πληθυσμού έχει σίγουρα περιορισμούς. Αρχικά, από τη μελέτη αυτή δεν ήταν δυνατή η εξαγωγή αιτιωδών σχέσεων και γενικών συμπερασμάτων. Επίσης, μεθοδολογικά, ο μικρός αριθμός των προσώπων που συμμετείχαν περιορίζει την ισχύ της μελέτης ως προς την αποκάλυψη κλινικά σημαντικών συσχετίσεων (στην παρούσα εργασία, οι μη συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν ένας μικρός αριθμός 14 άτομα από τα 52). Τέλος, η δειγματοληπτική μέθοδος ήταν μη τυχαία (η επιλογή της δειγματοληπτικής μεθόδου μη-πιθανότητας αποτελεί βασικό περιορισμό της έρευνας, διότι τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την επεξεργασία των δεδομένων μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικά του δείγματος, αλλά όχι του πληθυσμού των ενδιαφερόμενων για Μ.Φ.Η.) .

Όσον αφορά την ερευνητική δεοντολογία, επειδή η μονάδα είναι ιδιωτική ζητήθηκε προφορικά άδεια για έγκριση της μελέτης από το διευθυντή της μονάδας με επίδειξη του ερωτηματολογίου στην εβδομαδιαία συνάντησή μας. Η άδεια δόθηκε προφορικά χωρίς καμία αμφιβολία.

3.3 Ανάλυση δεδομένων ερευνητικής εργασίας

3.3.1 Αποτελέσματα

Ξεκινώντας από τα *δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων*, όσον αφορά το *φύλο*, οι γυναίκες υπεύθυνοι-συγγενείς αποτελούσαν την πλειοψηφία των ερωτηθέντων έναντι των ανδρών (22-17) και όσον αφορά την *ηλικία*, στις γυναίκες κυμαίνονταν από τα 39 μέχρι τα 75, στους άντρες από τα 44 μέχρι τα 78. Στο θέμα της *εκπαίδευσης*, η πλειοψηφία είχε απολυτήριο λυκείου (ή εξατάξιου γυμνασίου), κάποιιοι ήταν απόφοιτοι κάποιας επαγγελματικής σχολής, λιγότεροι ήταν πτυχιούχοι ανωτάτης εκπαίδευσης, ελάχιστοι ήταν απόφοιτοι δημοτικού και δυο άτομα είχαν παρακολουθήσει τάξεις του δημοτικού. Όσο για το *επάγγελμα*, οι περισσότεροι ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, πολλοί ήταν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, λιγότεροι οι δημόσιοι υπάλληλοι και λίγοι οι συνταξιούχοι. Στην ερώτηση για την *οικονομική κατάστασή* τους δυστυχώς οι υπεκφυγές αφορούσαν στην πλειοψηφία. Από τα 39 άτομα μόνο επτά απάντησαν πως είναι στην ομάδα των 1.001 – 1.500 €. Χαρακτηριστικά και οι πέντε απάντησαν : "Εκεί, γύρω στα χίλια, λίγο παραπάνω, όχι πάνω από 1.500". Πέντε άτομα δήλωσαν πως ανήκουν στην ομάδα των 501 – 1.000 €, τρία άτομα απάντησαν πως είναι την ομάδα των 1.501 – 2.000 € και μόλις ένας πως είναι στην ομάδα 2.501 – 3.000 €. Αξιοσημείωτη είναι η απάντηση της κ. Α. : "*Έχουμε αρκετή οικονομική άνεση αλλά δεν μπορώ φυσικά να σας πω κάποιο ποσό ούτε να επιλέξω κουτάκι.*" Όσον αφορά την *οικογενειακή κατάσταση*, οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι, ελάχιστοι διαζευγμένοι και μία περίπτωση άγαμης. Η συντριπτική πλειοψηφία είχε 2 παιδιά, λίγοι είχαν 1, ελάχιστοι είχαν τρία κι ελάχιστοι δεν είχαν κανένα. Στο θέμα του *τόπου της μόνιμης κατοικίας*, οι μισοί υπεύθυνοι – συγγενείς κατοικούν σε όμορους δήμους, αρκετοί κατοικούν σε κοντινούς δήμους κι ελάχιστοι κατοικούν σε πιο απομακρυσμένους δήμους της Αττικής⁸. Στην ερώτηση για τη *σχέση τους με τον ηλικιωμένο ασθενή*, η πλειοψηφία έχει να κάνει με τη σχέση παιδιού - γονιού, ελάχιστοι ανιψιού - θείου, ελάχιστοι συζύγων, ελάχιστοι αδερφών, ελάχιστοι συννυφάδας – νύφης, μία περίπτωση εγγονής - γιαγιάς και μία περίπτωση φίλων.

Στη συνέχεια, τα *δημογραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων* συμπληρώθηκαν από εμένα καθώς είναι στοιχεία που έχω ήδη συγκεντρώσει από τους υπεύθυνους-συγγενείς από την ημέρα εισαγωγής για τα κοινωνικά ιστορικά που τηρώ ως Κοινωνική Λειτουργός. Όσον αφορά το *φύλο*, οι ηλικιωμένες γυναίκες ήταν

⁸ Εδώ πρέπει να υπενθυμίσω ότι υπήρχαν λίγοι υπεύθυνοι – συγγενείς στον πληθυσμό της έρευνας που δεν μπορούσαν να συμμετέχουν λόγω της απόστασης της μόνιμης κατοικίας τους από τη μονάδα.

περισσότερες από τους άντρες και όσον αφορά την ηλικία, η μικρότερη στις γυναίκες ήταν 64 και η μεγαλύτερη 99 και στους άντρες η μικρότερη ηλικία ήταν 73 και η μεγαλύτερη 91. Στο θέμα της εκπαίδευσης, οι πιο πολλοί ήταν απόφοιτοι εξατάξιου γυμνασίου, πολλοί ήταν απόφοιτοι δημοτικού, λίγοι είχαν πτυχίο κάποιας επαγγελματικής σχολής, ελάχιστοι είχαν παρακολουθήσει κάποιες τάξεις του δημοτικού, δύο ήταν πτυχιούχοι ανωτάτης σχολής και ένας ήταν αναλφάβητος. Όσο για την πάθηση, περίπου οι μισοί είχαν άνοια ή διάγνωση Alzheimer, αρκετοί είχαν κινητικά προβλήματα, κάποιοι είχαν νευρολογικά-ψυχολογικά, λίγοι είχαν καρδιολογικά, λίγοι ήταν κατάκοιτοι και ελάχιστοι είχαν νοητική στέρωση. Στις περισσότερες περιπτώσεις το ηλικιωμένο άτομο δεν έπασχε μόνο από μια πάθηση. Στον τομέα της αυτοεξυπηρέτησης, πλήρη και σε όλες τις καθημερινές δραστηριότητες είχαν πολύ λίγοι. Οι περισσότεροι χρειάζονταν βοήθεια σχεδόν σε όλες τις λειτουργίες τους. Όσον αφορά την οικονομική κατάσταση, η πλειοψηφία είναι συνταξιούχοι της τάξης των 501-1.000€, λίγοι είναι συνταξιούχοι της τάξης των 1.001-1.500€ και δύο δεν έχουν καθόλου σύνταξη. Ο ένας τους καθώς και λίγοι από τις άλλες δύο κατηγορίες έχουν και άλλα εισοδήματα.

Αποτελέσματα αναζήτησης για κρατικές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων

Από τους λίγους που αναζήτησαν κρατικές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων κανένας δε βρήκε τέτοια μονάδα. Όλοι τους, όμως, βρήκαν τουλάχιστον από δύο μονάδες Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων – μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ.) : οι περισσότεροι βρήκαν τύπου εκκλησιαστικής στέγης στις ενορίες περιοχών κοντά στον τόπο μόνιμης διαμονής τους, ένας βρήκε και φιλανθρωπικό σωματείο στην περιοχή διαμονής του κι ένας “βρήκε”, ενδιαφέρθηκε για το γηροκομείο Αθηνών, χωρίς να είναι αποτέλεσμα ιδιαίτερης αναζήτησης. Χαρακτηριστικά ειπώθηκαν : “*Βρήκαμε κάποια εκκλησιαστικά ιδρύματα, ένα φιλανθρωπικό σωματείο, πήραμε τηλέφωνο και κανονίσαμε και τα επισκεφτήκαμε.*” Μετά από την ερώτησή μου ποια ήταν αυτά που βρήκαν μου απάντησε. “*Ήταν ένα στη Γλυφάδα, ένα στην Καλλιθέα και δυο στον Πειραιά, δε θυμάμαι ονόματα, άγιοι-κάτι λεγόντουσαν όλα εκτός από ένα που, νομίζω, λεγόταν «Αυτρωτής».*” Υπάρχει με αυτό το όνομα μονάδα στον Πειραιά, για τα υπόλοιπα, όμως, δεν μπορώ να είμαι σίγουρη σε ποια αναφερόταν. “*Βρήκαμε δυο μονάδες της εκκλησίας που μας εξυπηρετούσαν γεωγραφικά, τη μία στην Αγία Παρασκευή και την άλλη στην Παιανία*

και τις επισκεφθήκαμε. Δε θυμάμαι καθόλου πώς τις έλεγαν.” Αφού του ανέφερα δυο Μ.Φ.Η. στην Αγία Παρασκευή θυμήθηκε πως ήταν στην οδό Ηλείου αλλά δε θυμόταν σε ποια από τις δύο που υπάρχουν σε εκείνο το δρόμο. Όσον αφορά στη μονάδα της Παιανίας η μοναδική που υπάρχει στην περιοχή είναι η “Σκέπη Πρόνοιας Γ’ Ηλικίας”, οπότε πιθανότατα σε αυτήν αναφερόταν. Δυστυχώς, οι υπόλοιποι ερωτώμενοι δε θυμόντουσαν τίποτα χαρακτηριστικό για τις μονάδες που βρήκαν. Ο υπεύθυνος συγγενής που ενδιαφέρθηκε για το γηροκομείο Αθηνών είπε : “Όταν σκέφτομαι γηροκομείο μου έρχεται στο μυαλό αυτό στους Αμπελόκηπους, συνειρμικά, οπότε όταν χρειάστηκε ο πατέρας μου να φιλοξενηθεί σε τέτοιο χώρο είπα να ψάξω κι εκεί.”

Εύρεση ελεύθερης κλίνης στις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων – μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ.)

Από τους λίγους που αναζήτησαν και βρήκαν Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. ακόμα λιγότεροι βρήκαν κλίνη σ’αυτές. Οι περισσότεροι υπεύθυνοι - συγγενείς ενδιαφέρονταν για ηλικιωμένο που έπασχε από άνοια κι αυτό καθιστούσε αδύνατο να επιτραπεί η εισαγωγή του στη μονάδα, καθώς δε δέχονταν τέτοια περιστατικά. Όλοι τους φαίνονταν ιδιαίτερα απογοητευμένοι από αυτήν την εμπειρία τους. Η κ. Α. είπε χαρακτηριστικά : “Σε αυτήν τη μονάδα της εκκλησίας που βρήκαμε κι επισκεφθήκαμε, όμως, δεν υπήρχε ελεύθερο κρεβάτι και θα έπρεπε να περιμένουμε. Να περιμένουμε, δηλαδή, να πεθάνει κάποιος. Πραγματικά, εμείς χρειαζόταν να βρούμε άμεσα χώρο για τη μαμά μου και άμεσα τελικά, εξυπηρετείσαι μόνο στο ιδιωτικό.”, ο κ. Σ. ανέφερε : “Μας είπαν από την αρχή πως κρεβάτι δεν υπάρχει, αλήθεια ή όχι έτσι μας είπαν. Εγώ είδα μόνο τρεις ηλικιωμένους στο σαλόνι, πού ήταν όλοι οι υπόλοιποι; Στα κρεβάτια τους; Αφού κατάκοιτους δε δέχονταν. Τελοσπάντων, αυτά είναι υποψίες μου, η ουσία είναι πως κρεβάτι δεν είχαν.”, η κ. Ρ. δήλωσε : “Ο υπεύθυνος μας ενημέρωσε πως δεν υπήρχε «ελεύθερη κλίνη», όπως είπε ο ίδιος, αλλά και να υπήρχε σας λέω εγώ, δε θα πήγαινα τη θεία μου εκεί. Και δεν το λέω αντιδραστικά, τύπου “όσα δε φτάνει η αλεπού τα κάνει κρεμαστάρια”, το λέω γιατί δε μου άρεσε, δε θα την πήγαινα.”, η κ. Τ. είπε : “Το πρώτο πράγμα που μας είπαν στο τηλέφωνο ήταν πως δεν έχουν κρεβάτια. Σιγά μην είχαν με τέτοια τιμή και τόσο λίγα κρεβάτια. Άσε που μόνο τους ηλικιωμένους συγγενείς, φίλους και γνωστούς του προσωπικού και του περιβάλλοντος του προσωπικού αν φιλοξενούσαν θα είχαν ήδη γεμίσει. Γιατί μεταξύ τους θα

εξυπηρετούνται, δε μπορεί.” Ένας υπεύθυνος συγγενής είχε βρει μονάδα που δέχονταν άτομα με άνοια και ελεύθερη κλίνη αλλά τελικά δε φιλοξενήθηκε εκεί γιατί δεν αποκόμισαν καλή εικόνα (περαιτέρω ανάλυση παρακάτω στην ποιότητα). Τέλος, ο υπεύθυνος – συγγενής που ενδιαφερόταν για το γηροκομείο Αθηνών δε βρήκε ελεύθερη κλίνη κι αφού ενημερώθηκε για τη λίστα αναμονής που υπήρχε, εξοργίστηκε (στην οποία η αναμονή μπορούσε να φτάσει τα δύο χρόνια). Χαρακτηριστικά ανέφερε πως μίλησε στην υπάλληλο, που τον ενημέρωνε τηλεφωνικά, σε πολύ έντονο ύφος και τόνο λέγοντας τα εξής : “Αυτή η λίστα για την οποία μου μιλάτε τόσο φυσικά, ενώ θα έπρεπε να ντρέπεστε, είναι γελοία.”

Στήριξη-καθοδήγηση στην αναζήτηση κρατικών μονάδων από το νοσοκομείο (αν υπήρξε νοσηλεία)

Από τους λίγους που είχε νοσηλευθεί ο άνθρωπός τους πριν την εισαγωγή του σε Μ.Φ.Η. μόνο ένας είχε καθοδήγηση από το νοσοκομείο, όπου βρισκόταν ο δικός του, για μονάδα που θα μπορούσε να τον δεχτεί κι αυτό πιθανόν επειδή η αδερφή του ήταν νοσηλεύτρια σε άλλο νοσοκομείο, γνώριζε τις διαδικασίες και ζήτησαν βοήθεια από την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου. Η απάντησή του χαρακτηριστικά ήταν : “*Είχα αρκετή στήριξη από την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου ίσως επειδή η αδερφή μου είναι νοσηλεύτρια και πήγε κατευθείαν εκεί να ζητήσει βοήθεια και ήταν, ας πούμε, συνάδερφός τους, ίσως γι’ αυτό να τη βοήθησαν. Ίσως και όχι.*”

Χαρακτηριστικά ένας από τους ερωτώμενους γέλασε ειρωνικά όταν του έκανα αυτήν την ερώτηση και τόνισε τη μεγάλη ταλαιπωρία που έζησαν στο νοσοκομείο λέγοντας συγκεκριμένα : “*Εδώ μας ταλαιπώρησαν για θέματα που ήταν δικιάς τους αρμοδιότητας, σιγά μη μας βοηθούσαν και σε άλλα εξτρά της δουλειάς τους. Για άλλη εξέταση την είχαν γράψει άλλη πηγή να της κάνουν, άλλο είπε ο γιατρός να γίνει με τον ορό και την αντιβίωσή της άλλο έκαναν, μας έχασαν το βιβλιάριο κιόλας στο τέλος ευτυχώς το βρήκαν μετά από τέσσερις μέρες. Ας έκαναν καλά τη δουλειά τους κι ας μη μας έλεγαν τίποτα για γηροκομεία.”* Ο κ. Δ. είπε για το ίδιο θέμα : “*Όχι, το νοσοκομείο δε μας βοήθησε σε αυτήν τη φάση.*” Κάτι ανάλογο είπαν και οι υπόλοιποι.

Τρόπος αναζήτησης κρατικών μονάδων

Κατά τη διάρκεια της αναζήτησης κάποιοι έψαχναν από οδηγούς (τύπου Χρυσού Οδηγού), κάποιοι από γνωστούς τους και λίγοι από το internet. Αρχικά

ενημερωνόντουσαν τηλεφωνικά για οποιαδήποτε πληροφορία και, αν ενδιαφέρονταν ή πληρούσαν τις προϋποθέσεις κανόνιζαν συνάντηση. Αξίζει εδώ να αναφερθεί το σχόλιο της κ. Μ. κατά τη συνέντευξή μας, και ας μην έψαξε ποτέ για κρατική μονάδα αλλά ενδιαφέρθηκε κατευθείαν για ιδιωτικό : *“Δηλαδή, από το θέμα της εργασίας σας καταλαβαίνω πως εκτός από το γηροκομείο Αθηνών μάλλον υπάρχουν και άλλες κρατικές παροχές στον τομέα αυτόν. Έστω ίσως ελλιπείς. Δηλαδή, ας πούμε, ιδρύματα. Μα πραγματικά δεν έχω ακούσει ποτέ τίποτα. Πρέπει να ενδιαφερθείς για να μάθεις για την ύπαρξή τους ή εγώ είμαι τόσο άσχετη; Από πού ενημερώνεται κάποιος για αυτές τις μονάδες;”* Αφού εξήγησα περίπου την κατάσταση, η κ. Μ. είπε σοκαρισμένη: *“Τί να πω; Το θεωρούσα βέβαιο πως δεν υπάρχουν κρατικά ιδρύματα για ηλικιωμένους ή τελοσπάντων ιδρύματα που να μην πληρώνεις.”*

Παραπομπή-καθοδήγηση στη συνέχεια της αναζήτησης κρατικών μονάδων (όταν μια μονάδα δε φιλοξενούσε τελικά τον άνθρωπο του ενδιαφερόμενου)

Όσοι πήραν την πρωτοβουλία και ρώτησαν, ανέφεραν πως δεν είχαν καμιά καθοδήγηση για τη συνέχιση της αναζήτησής τους. Αρκετοί από τους επαγγελματίες τους είπαν πως δε γνωρίζουν ούτε και οι ίδιοι, σε κλίμα που μάλλον ήθελαν να τους αποφύγουν (είτε γιατί δε γνώριζαν πραγματικά είτε γιατί δεν ήθελαν να ασχοληθούν είτε για ο,τιδήποτε άλλο), ένας απάντησε πως δεν μπορεί να γνωρίζει ούτε να δίνει οδηγίες και μόνο ένας (υπεύθυνος φιλανθρωπικής μονάδας μιας ενορίας) παρέπεμψε σε μονάδα άλλης ενορίας. Χαρακτηριστικά η κ. Φ. είπε : *“Ο άνθρωπος που μας ενημέρωνε, σα να βαριόταν λίγο να ασχοληθεί με εκείνη τη μονάδα, σιγά μη μας παρέπεμπε αλλού.”*, η κ. Π. απάντησε : *“Από την αρχή ο ιερέας δεν ήταν και ιδιαίτερα ευγενικός αλλά όταν τον ρωτήσαμε για κάποια άλλη μονάδα, μπορώ να πω πως έγινε αγενής. Σχεδόν μας μάλωνε, λέγοντάς μας πως δεν είναι υποχρεωμένος να γνωρίζει, πως έχει πολλή δουλειά και τον καθυστερούμε και ήδη ενώ είχαμε πει ότι το ραντεβού μας θα διαρκέσει δεκαπέντε λεπτά είχαμε κάτσει μισή ώρα.”*, η κ. Ρ. : *“Ο υπεύθυνος του χώρου μας έδωσε το τηλέφωνο και τη διεύθυνση μιας ανάλογης μονάδας της εκκλησίας σε κοντινή ενορία, την οποία γνώριζε καλά γιατί την επισκεπτόταν στην αρχή της ίδρυσής της για να βοηθήσει.”*

Αναζήτηση για κρατικές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων

Η πλειοψηφία των υπεύθυνων – συγγενών που συμμετείχαν στην έρευνα δεν μπόηκε ποτέ στη διαδικασία αναζήτησης Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ.

Οι περισσότεροι από αυτούς έψαξαν μόνο στις ιδιωτικές Μ.Φ.Η. χωρίς να έχουν ούτε εικόνα από κάποια επίσκεψή τους σε Μ.Φ.Η – μ.κ.χ. Αυτό οφείλεται για τους περισσότερους στη γενικότερη αντίληψή τους για το πόσο ποιοτικά κι έγκυρα διεκπεραιώνει τα θέματα που αναλαμβάνει ο κρατικός και ο ιδιωτικός τομέας. Κάποιοι ήταν πολύ θυμωμένοι με τον κρατικό τομέα δράσης στην υγεία, γενικότερα, κι έτσι δεν ήθελαν ούτε να ψάξουν για κρατική μονάδα γιατί θα φοβόντουσαν να αφήσουν εκεί τον άνθρωπό τους. Η κ. Λ. ανέφερε χαρακτηριστικά : *“ Δε νιώθω ασφαλής για την ποιότητα της παροχής σε μια τέτοια μονάδα γι’ αυτό και δεν έψαξα”*, η κ. Ζ. ανέλυσε την άποψή της : *“ Αν ήμουν σε κρατική μονάδα και είχα παράπονα για τις υπηρεσίες και περίμενα βελτίωση κι εξέλιξη, τί θα κέρδιζα με τα παράπονά μου; Τίποτα! Θα με έγραφαν με το κλασικό πνεύμα ‘αυτό κάνουμε εδώ, αν δε σας αρέσει μην το πάρετε’ που έχουν πάντα στις δημόσιες υπηρεσίες. Αυτό το πνεύμα δεν το αντέχω άλλο οπότε χίλιες φορές καλύτερα σε έναν ιδιωτικό χώρο που ζητούν τα παράπονά σου «για να γίνουν καλύτεροι», όπως κάνετε εσείς με το φυλλάδιό σας.”*, η κ. Κ. δήλωσε : *“Οι υπάλληλοι στις κρατικές δομές λειτουργούν χωρίς συνείδηση και φόβο για τις συνέπειες των πράξεων τους εξαιτίας της μονιμότητάς τους. Σε μια τέτοια δομή φοβάσαι να εμπιστευτείς ένα έγγραφό σου ή μια σημαντική διαδικασία ή διεκπεραίωση, δε θα τρέμεις να αφήσεις τον ανήμπορο γονιό σου; Εγώ τρέμω, δε θα τον πήγαινα.”*, η κ. Χ. ανέφερε: *“Η θεία μου χρειαζόταν να μεταφερθεί άμεσα από το νοσοκομείο σε μια μονάδα, πού να έμπαινα στη διαδικασία να βρω κάτι δημόσιο; Πολλή ταλαιπωρία. Και θα μας εξυπηρετούσαν άμεσα; Αποκλείεται.”*, η κ. Π. είπε: *“Δε θα εμπιστευόμουν ποτέ τη μητέρα μου να διαβιεί σε μονάδα που οι λειτουργίες και οι υπηρεσίες της ελέγχονται κι αποφασίζονται από δημόσιους λειτουργούς, τους οποίους δεν ελέγχει κανένας”*, η κ. Σ στον ίδιο τόνο : *“Να σκεφτώ να πάω τον πατέρα μου σε δομή κρατική; Γιατί; Τίποτα κρατικό δε λειτουργεί καλά στην Ελλάδα, μια Μ.Φ.Η. θα μπορούσε να κάνει τη διαφορά; Δε βρήκα κάποιο λόγο γιατί να ψάξω για κρατική μονάδα, μ’ ενδιέφεραν μόνο οι ιδιωτικές.”*, ο κ. Αν. τόνισε : *“Φαντάστηκα και φοβήθηκα πως με τις Μ.Φ.Η. θα συμβαίνει όπως με τα ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία όσον αφορά στην ποιότητα των παροχών και των υπηρεσιών, στα διαδικαστικά και στη δική μου ταλαιπωρία αλλά και του γονιού μου. Και όπως στα νοσοκομεία προτιμώ πια τα ιδιωτικά έτσι αποφάσισα να λειτουργήσω και με τη μονάδα για το θείο μου.”*, η κ. Β. ανέφερε : *“ Επειδή ο πατέρας μου έχει νοητική διαύγεια δε θα μπορούσε να αντέξει τη νοοτροπία ενός χώρου κρατικού και τη μη παροχή ποιότητας. Ποτέ του δεν αγαπούσε τις συναναστροφές με το δημόσιο.”*, η κ. Ελ. δήλωσε : *“Πριν αποφασίσω οριστικά για την εισαγωγή της μητέρας*

μου σε μια τέτοια μονάδα, κάτι που ούτως ή άλλως με δυσκόλεψε πολύ συναισθηματικά, έκανα μια σκέψη καθοριστική γι' αυτή μου την απόφαση. Το σκέφτηκα ψυχρά το θέμα, πως σε μια ιδιωτική μονάδα θα φροντίζουν όσο καλύτερα μπορούν το γονιό μου γιατί όσο ζει και είναι καλά θα πληρώνονται, δεν τους συμφέρει να πάθει κακό αλλά να ζήσει όσο περισσότερο γίνεται. Αν δεν το έβλεπα έτσι δεν ξέρω αν τελικά θα αποφάσιζα την εισαγωγή της. Μόνο έτσι ένιωσα πιο ασφαλής ότι θα τη φροντίζουν πραγματικά σε αυτά που εγώ δεν μπορώ να της προσφέρω. Η επιλογή μιας δημόσιας μονάδας αποκλειόταν ακόμα κι από τις υποθετικές σκέψεις μου.", ο κ. Π. είπε : "Δε νομίζω πως νιώθω πολλή εμπιστοσύνη προς τον κρατικό τομέα, γενικότερα, κι έτσι προσπαθώ να μην τον συμπεριλαμβάνω στις επιλογές μου, όταν πρέπει ν'αποφασίσω για κάτι. Ευτυχώς η τσέπη μας μπορεί τις περισσότερες φορές να το αντέξει αυτό.", ο κ. Γ. ανέφερε : "Εγώ να μπω στη διαδικασία να ψάξω να βρω δημόσιο για τη σύζυγο; Εγώ δεν αντέχω και ταλαιπωρούμαι να κλείσω ραντεβού στο Ι.Κ.Α. και τελικά πάω στους δικούς μου τους γιατρούς. Δεν μπορούσα να μπω σε τέτοια διαδικασία ψαξίματος.", η κ. Τ. τόνισε : "Από ένα σημείο κι έπειτα δεν ήθελα να ασχολούμαι καθόλου με το δημόσιο κι όπως αποφάσισα να στείλω τα παιδιά μου σε ιδιωτικό σχολείο, όπως αποφάσισα να πηγαίνω εγώ και η οικογένειά μου σε ιδιωτικά νοσοκομεία όταν αρρωσταίνουμε ή θέλουμε να κάνουμε εξετάσεις, έτσι αποφάσισα για τον πατέρα μου να φιλοξενηθεί από ιδιωτικό οίκο ευγηρίας."

Η δύναμη της τηλεόρασης φάνηκε σε αυτό το σημείο της έρευνας γιατί δύο υπεύθυνοι – συγγενείς ανέφεραν με τρόμο την παλαιότερη εκπομπή που είχε δείξει υπαλλήλους σε μονάδα να ασκούν βία στους φιλοξενούμενους και ότι δε θα κινδύνευαν ποτέ να ζήσουν και οι δικοί τους αγαπημένοι άνθρωποι παρόμοιες καταστάσεις. Συγκεκριμένα η κ. Θ. είπε : "Νομίζω πως ούτως ή άλλως δε θα επέλεγα δημόσια μονάδα, αλλά από τότε που είδα εκείνη την εκπομπή στην τηλεόραση που το προσωπικό τους χτυπούσε, τους κρατούσε δεμένους και διάφορα τέτοια, έφυγε για πάντα από το μυαλό μου η σκέψη για δημόσιο χώρο.", η κ. Γ. δήλωσε : "Μετά από τη σοκαριστική εκείνη εκπομπή, δεν ξέρω αν τη θυμάσαι, που έδειχνε το προσωπικό να κακοποιεί τους τρόφιμους, φοβάμαι χίλιες φορές περισσότερο για το τι μπορεί να κάνουν άνθρωποι ασυνείδητοι και κακοί, που δουλεύουν σε λάθος δουλειές και χωρίς να ελέγχονται. Δεν τα θέλω τα δημόσια καθόλου."

Κάποιοι άλλοι, λιγότεροι, δε βίωναν θυμό ή φόβο απλά φαίνονταν να πιστεύουν πως ό,τι παρέχεται ιδιωτικά είναι πιο ποιοτικό και αξίζει να το πληρώσεις και να έχεις αξιώσεις. Χαρακτηριστικά ο κ. Ρ. ανέφερε : "Το χρήμα κινεί τον κόσμο. Αν πληρώνεις,

παίρνεις. Τι να περιμένεις από το κράτος; Είμαστε καπιταλιστική κοινωνία μέχρι το κόκκαλο, ακόμα και οι χαμηλόμισθοι καπιταλιστικά και υπερκαταναλωτικά ζουν.”, η κ. Τ. είπε : “Μια ιδιωτική μονάδα ήταν εξ αρχής η μόνη λύση για μένα. Έχω σταματήσει εδώ και πολύ καιρό να έχω συναλλαγές με ο,τιδήποτε κρατικό που παρέχεται και ιδιωτικά.”, ο κ. Λ. ανέλυσε την απόφασή του : “Στον ιδιωτικό τομέα πληρώνεις για κάποιες παροχές, αν δε σου τις προσφέρουν παραπονιέσαι, το συζητάς, είσαι πελάτης και ο ιδιώτης δε θέλει να σε χάσει γιατί θα χάσει και τα λεφτά σου, οπότε θα βρει τρόπο να σε ικανοποιήσει τελικά. Όλοι, λοιπόν, είναι ικανοποιημένοι, εγώ, ο γονιός μου, ο ιδιώτης, όλοι έχουμε αποκτήσει αυτό που θέλουμε.”, η κ. Ολ. δήλωσε : “Χωρίς παρεξήγηση εγώ τα βλέπω τα πράγματα ως εξής, όσοι έχουν οικονομική δυνατότητα θα πρέπει να απευθύνονται σε ιδιωτικούς χώρους και να μην πιάνουν τη «θέση» στους κρατικούς χώρους από κάποιον που δεν έχει άλλο τρόπο να εξυπηρετηθεί. Εμείς εντυχώς μπορούμε να εξυπηρετηθούμε από ιδιωτική μονάδα και αυτό κάνουμε.”, ο κ. Τ. είπε : “Σε μια ιδιωτική μονάδα πληρώνεις και παίρνεις ποιότητα κι έχεις απαιτήσεις για ποιότητα, αυτός είναι ο ρόλος και ο λόγος ύπαρξης του ιδιωτικού τομέα κι εγώ αυτό θέλω.”, ο κ. Σ. τόνισε : “Να σκεφτώ να πάω τον αδερφό μου σε δομή που δε θα έχουν οικονομικό συμφέρον από αυτόν; Και γιατί θα τον φροντίζουν τότε; Τίποτα δε λειτουργεί σε αυτήν τη χώρα αν δεν υπάρχει το κέρδος.”

Κάποιοι από αυτούς φαίνονταν σαν να μην είχαν σκεφτεί καν πως μπορεί να υπάρχουν Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. Η κ. Μ. χαρακτηριστικά με ρώτησε : “Εσείς που ψάξατε και τα σπουδάξατε, βρήκατε τελικά να υπάρχει κάποια μονάδα πέραν του γηροκομείου Αθηνών; Γιατί εγώ μόνο αυτήν ξέρω.”, στο ίδιο πνεύμα απάντησε και ο κ. Σ. : “Δεν έψαξα για κρατική μονάδα γιατί δεν ήξερα καν πως υπάρχει κάτι τέτοιο εκτός από το γηροκομείο Αθηνών. Μπορεί βέβαια, ακόμη και αν ήξερα, να μη με ενδιέφερε να απευθυνθώ εκεί, όπως δεν απευθύνθηκα ούτε στο γηροκομείο Αθηνών κι ας το ήξερα.”

Ελάχιστοι παρόλο που είχαν επισκεφθεί κάποια στιγμή στη ζωή τους Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. για άλλους λόγους και είχαν αποκτήσει και καλές εντυπώσεις, για τους δικούς τους αποφάσισαν ιδιωτική μονάδα γιατί πιστεύουν πως παρέχει πιο ποιοτικές υπηρεσίες. Η κ. Π. είπε : “Όσο καλή και να είναι μια δημόσια μονάδα δε νομίζω πως μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες που παρέχει μια ιδιωτική.”, η κ. Ρ. είπε για το ίδιο θέμα : “Νομίζω πως είναι πια θέμα νοοτροπίας, έχω δει αξιοπρεπέστατη Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. αλλά ο δικός μου άνθρωπος θέλω να είναι σε χώρο ιδιωτικό, όπου θα ζητήσω κάτι και ξέρω ότι θα γίνει αμέσως.”

Μία μόνο υπεύθυνη – συγγενής αποφάσισε για τη μητέρα της να φιλοξενηθεί από ιδιωτική μονάδα γιατί δούλευε σε αυτήν, χαρακτηριστικά ανέφερε : *“Η ζωή έφερε έτσι τα πράγματα ώστε μετά τη σύνταξή μου να δουλεύω σε Μ.Φ.Η. και πάλι η ζωή τα έφερε η μητέρα μου να χρειάζεται νοσηλεία σε Μ.Φ.Η. μετά το εγκεφαλικό της. Τί καλύτερο και για εκείνη και για τη δική μου ηρεμία να φιλοξενείται στο χώρο που δουλεύω. Δε σκέφτηκα καν να κάνω κάτι άλλο.”*

Η μειοψηφία των υπεύθυνων – συγγενών που συμμετείχαν στην έρευνα αναζήτησαν Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ.

Ειδικότητες υπαλλήλων στις διάφορες λειτουργίες των Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ.

Οι λίγοι υπεύθυνοι – συγγενείς που αναζήτησαν Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. ανέφεραν πως ο άνθρωπος που τους ενημέρωσε για τη λειτουργία της μονάδας και για τις προϋποθέσεις που χρειάζεται να έχει ο ηλικιωμένος για την εισαγωγή του σε αυτήν ήταν στις περισσότερες περιπτώσεις ο υπεύθυνος ιερέας. Σε ελάχιστες περιπτώσεις ήταν διοικητικός υπάλληλος, επίσης σε ελάχιστες ούτε ο υπεύθυνος – συγγενής ρώτησε ούτε το άτομο που ενημέρωνε δήλωσε την ειδικότητά του. Τέλος, ένας υπεύθυνος – συγγενής δε θυμόταν τί του είχε πει τηλεφωνικά η κυρία που τον ενημέρωσε.

Οι ίδιοι υπεύθυνοι – συγγενείς ανέφεραν πως ο άνθρωπος που τους ενημέρωσε για το ότι η μονάδα δεν μπορεί να φιλοξενήσει τον ενδιαφερόμενο ηλικιωμένο (π.χ. λόγω μη φιλοξενίας ηλικιωμένων με άνοια) ήταν το ίδιο άτομο που τους έκανε την αρχική ενημέρωση για τη λειτουργία της μονάδας.

Επίσκεψη στις Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ.

Από τους λίγους υπεύθυνους – συγγενείς που αναζήτησαν Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ., ακόμα λιγότεροι ήταν αυτοί που επισκέφθηκαν οι ίδιοι κάποια μονάδα. Η απόφαση για να επισκεφθούν μία μονάδα ήταν πρώτα αν πληρούσε τις προϋποθέσεις εισαγωγής ο ηλικιωμένος, έπειτα ο γεωγραφικός παράγοντας και τέλος το ποσό του μηνιαίου μισθώματος. Επίσης, ελάχιστοι από τους υπεύθυνους – συγγενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα είχαν επισκεφθεί σε κάποια άλλη χρονική στιγμή και για κάποιον άλλο λόγο Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. (π.χ. επίσκεψη σε κάποιο συγγενή ή φίλο).

Εικόνα από την επίσκεψη στις Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ

για την κατάσταση υγιεινής (καθαριότητα) των χώρων διαμονής : η πλειονότητα ανέφερε "μέτρια", σε μία περίπτωση αναφέρθηκε "κακή" και σε μία άλλη "πολύ καλή" για το κτίριο κι τους εσωτερικούς χώρους : η συντριπτική πλειοψηφία έδωσε το χαρακτηρισμό "κακή" και μόνο για μία μονάδα δόθηκε ο χαρακτηρισμός "πολύ καλή" για την επιστημονική κατάρτιση του προσωπικού : οι περισσότεροι δήλωσαν πως δεν είχαν σίγουρη, συγκεκριμένη γνώμη γι' αυτό, πολλοί ανέφεραν την ύπαρξη εθελοντών που τους είδαν οι ίδιοι ή που τους ενημέρωσαν πως θα υπάρχουν, γεγονός που δεν τους άρεσε (σε εργασίες όπως το τάισμα των ανήμπορων ηλικιωμένων).

για τη διαγωγή και συμπεριφορά του προσωπικού : και σ' αυτόν τον τομέα οι περισσότεροι δήλωσαν πως δεν είχαν σίγουρη γνώμη, κυρίως αφού είχαν δει και εθελοντές, αρκετοί είπαν "μέτρια" και μία υπεύθυνη – συγγενής ανέφερε "πολύ καλή", συγκεκριμένα χαρακτήρισε "το προσωπικό ήταν ευγενικό, καλό και συμπεριφερόταν με αγάπη"

για τη σίτιση των ηλικιωμένων φιλοξενούμενων : όσοι από τους επισκέπτες έτυχε να δουν κάποιο γεύμα των μονάδων δήλωσαν "μέτρια" και μία επισκέπτρια δήλωσε "πολύ καλή"

για την ατμόσφαιρα γενικά : η ατμόσφαιρα των διαφόρων μονάδων φάνηκε στους περισσότερους "κακή", ελάχιστοι την ανέφεραν ως "μέτρια" και μία μόνο ως "πολύ καλή"

Επιθυμητές παροχές από τη Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. στον ηλικιωμένο

Η αξιοπρέπεια αποτελούσε εκείνη την παροχή που σχεδόν όλοι ανέφεραν, πολλοί ανέφεραν επίσης την προστατευμένη διαβίωση, την ιατρική παρακολούθηση και την καλή σίτιση. Λίγοι δήλωσαν πως συγκεκριμένα τους ενδιαφέρει πολύ η ατομική υγιεινή του ανθρώπου τους.

Πραγματικές παροχές από τις Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. στον ηλικιωμένο

Όσον αφορά στην παροχή αξιοπρέπειας οι υπεύθυνοι – συγγενείς, παρ' όλο που βρίσκονταν στους χώρους των διαφόρων μονάδων, δεν μπορούσαν να πουν με σιγουριά ότι την ένιωσαν να υπάρχει. Οι περισσότεροι δήλωσαν πως καμία από τις παροχές που θα ήθελαν να προσφέρεται στον ηλικιωμένο άνθρωπό τους δεν προσφερόταν "απλόχερα", όπως είπε η κ. Δ. χαρακτηριστικά και αντιπροσωπευτικά

και αυτό που βίωσα εγώ κατά τις συνεντεύξεις ήταν λακωνικές απαντήσεις με μεγάλη σιωπή να προηγείται, ένα κόμπιασμα.

Πρόσφατη πληροφόρηση για την ύπαρξη κρατικών μονάδων

Ελάχιστοι έτυχε να μάθουν για την ύπαρξη κάποιας μη ιδιωτικής μονάδας από την ημερομηνία εισαγωγής του ανθρώπου τους μέχρι την παρούσα μέρα. Όλοι το πληροφορήθηκαν από γνωστούς τους και επρόκειτο σε όλες τις περιπτώσεις για εκκλησιαστικά-φιλανθρωπικά. Η κ. Σ. συγκεκριμένα : *“Ενημερώθηκα από μια φίλη μου ότι βρήκε τυχαία μια μονάδα της εκκλησίας, νεοδημιουργηθείσα, καθώς έψαχνε για θέση εργασίας. Με πήρε τηλέφωνο και με ρώτησε αν τη γνωρίζω και μήπως εκεί θα είναι καλά και οικονομικότερα.”* Οι υπόλοιποι δύο έμαθαν από γνωστούς τους που δεν τους είχαν ρωτήσει παλαιότερα ή που δεν τους γνώριζαν παλαιότερα. Χαρακτηριστικά ο κ. Μ. είπε : *“Η γυναίκα μου έχει ένα δεύτερο ξάδερφο, υδραυλικό, και σε μια επίσκεψη σπίτι του, μας έλεγε για ένα γηροκομείο της εκκλησίας που πήγε για να επισκευάσει τον ηλιακό θερμοσίφωνα και πόσο στενοχωρήθηκε με τους ηλικιωμένους που είδε εκεί.”* και η κ. Λ. είπε : *“Στο γάμο μιας ξαδέρφης μου, καθόμαστε στο ίδιο τραπέζι με μια κυρία που κι εκείνης η μητέρα έπαθε άνοια. Με τη συζήτηση έμαθα πως πριν νοσήσει την είχε πάει σε μονάδα για ηλικιωμένους ενός σωματίου φιλανθρωπικού – χριστιανικού, στο οποίο κανονικά δε δέχονταν άτομα με άνοια αλλά αφού το έπαθε μήνες μετά την εισαγωγή της, της επέτρεψαν τη συνέχεια της διαμονής της αλλά αύξησαν το μηνιαίο μίσθωμά της από επτακόσια πενήντα ευρώ σε εννιακόσια ευρώ και της ζήτησαν να φέρνει τα πάμπερς.”*

Μεταφορά του ηλικιωμένου από Μ.Φ.Η.-κ.χ. σε Μ.Φ.Η.-μ.κ.χ. έπειτα από πληροφόρηση για την ύπαρξη της

Από τους ελάχιστους που έτυχε να μάθουν για την ύπαρξη κάποιας μη ιδιωτικής μονάδας, από την ημερομηνία εισαγωγής του ανθρώπου τους στην ιδιωτική μονάδα και μετά, μόνο ένας αποφάσισε να μεταφέρει τελικά την ηλικιωμένη στη Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. Ανέφερε χαρακτηριστικά : *“Ο βασικός λόγος που προχώρησα σε αυτήν την πράξη ήταν οικονομικός καθώς το μηνιαίο μίσθωμα στη Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. ήταν μικρότερο και χρειαζόμουν όσα χρήματα μπορούσα να εξοικονομήσω γιατί το παιδί μου πέρασε με πανελλαδικές εξετάσεις σε πανεπιστήμιο της επαρχίας. Αυτό το πολύ ευτυχές κατόρθωμα του παιδιού μου με έκανε να πάρω κάποιες ψυχρές αποφάσεις και μία από αυτές ήταν η μεταφορά της μητέρας μου. Τα παιδιά μου προηγούνται των*

χωρίς ιδιαίτερο λόγο.” και ανάλογα η κ. Αθ. : “Στην πραγματικότητα, η Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. δεν με εξυπηρετούσε γεωγραφικά. Ούτε κοντά στο σπίτι ήταν, ούτε κοντά στη δουλειά, όπως εδώ. Αφήστε που θα ήταν μεγάλη ταλαιπωρία για τη μαμά μου όλη αυτή η αλλαγή. Ή μπορεί και να μην ήθελε να φύγει, να μην μπορούσα να την πείσω, έχει συνηθίσει εδώ πια και σας έχει αγαπήσει.”

3.4 Συζήτηση – Ερμηνεία

3.4.1 Κύρια ευρήματα

Πρόσβαση

Από την παρούσα μελέτη προκύπτει πως η ενημέρωση και η αναζήτηση Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. που πραγματοποιήσαν κάποιοι υπεύθυνοι – συγγενείς έγινε βασισμένη, κυρίως, στη συζήτηση με άλλα άτομα και στην πληροφόρηση "στόμα με στόμα" και δευτερευόντως από έντυπα τύπου χρυσού οδηγού.

Επίσης, ο γεωγραφικός παράγοντας επηρέασε σημαντικά την επιλογή μιας Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ.

Τέλος, μεταξύ τους οι επαγγελματίες υγείας (είτε εργάζονταν σε νοσοκομείο είτε σε Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ.) δεν παρέπεμπαν ηλικιωμένους. Αυτό πιθανόν συνέβαινε επειδή δε γνώριζαν μονάδες ή τις γνώριζαν αλλά φαίνονταν να λειτουργούσαν με μια ιδιαίτερη συμφωνία σιωπής.

Έλλειψη

Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας για την ύπαρξη Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. που πραγματοποίησα καθώς και της έρευνας με τους υπεύθυνους – συγγενείς προκύπτει πως δεν υπάρχει Μ.Φ.Η. κρατική. Όσες βρέθηκαν μετά την αναζήτηση ήταν Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. με μορφή φιλανθρωπικού σωματείου, εκκλησιαστικής στέγης, Ν.Π.Ι.Δ. – μ.κ.χ. και η καθεμιά από αυτές είχε δικές της προϋποθέσεις εισαγωγής, δικά της μηνιαία μισθώματα κ.τ.λ. Φαίνεται, λοιπόν, πως το κράτος έχει προτιμήσει να αφήσει τη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στη φιλανθρωπία, στην εκκλησία και, φυσικά, στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Όπως προέκυψε, όμως, στις περισσότερες από αυτές τις Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. δε δέχονται ηλικιωμένα άτομα με άνοια και κατάκοιτα. Αυτό συνεπάγεται πως λιγοστεύουν κι άλλο οι ήδη λιγοστές κλίνες για τα άτομα με τις συγκεκριμένες παθήσεις.

Ανεξάρτητα από το γεγονός της μεταβίβασης αρμοδιοτήτων της κοινωνικής πολιτικής σε ιδιωτικούς και άλλους φορείς, η κατάσταση αυτή εμφανίζει αρκετά προβλήματα τόσο από άποψη οικονομικής λειτουργίας όσο και από άποψη εκπλήρωσης του στόχου της αποκατάστασης της υγείας των ηλικιωμένων. Όσον αφορά τη γνήσια παροχή υπηρεσιών υγείας πρέπει να τονισθεί η έλλειψη θεραπευτηρίων χρόνιων παθήσεων σε ποσοστό που να αντιστοιχεί στις αυξημένες ανάγκες αντιμετώπισης των προβλημάτων των ηλικιωμένων. Η περίθαλψη στα

θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων (άσυλα ανιάτων) ισοδυναμεί με νοσοκομειακή περίθαλψη. Από άποψη όμως προνοιακής πολιτικής, η παροχή υπηρεσιών υγείας από τα άσυλα ανιάτων απαιτεί τη διάκριση μεταξύ γήρατος κι αναπηρίας καθώς συχνά η λειτουργία των κέντρων αυτών είναι προσανατολισμένη στην κάλυψη κυρίως των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Από την άλλη πλευρά η λειτουργία των οίκων ευγηρίας δεν εξασφαλίζει την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Εύλογα, λοιπόν, τονίζεται ότι η ασυλιακή προστασία πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο ειδικού σταδιακού προγράμματος ανάπτυξης του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, προσαρμοσμένου στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τις απαιτούμενες ιατρικές κι άλλες φροντίδες των ηλικιωμένων (Αμίτσης, 1993).

Ποιότητα

Είναι πραγματικά αξιοσημείωτο πως σε αυτήν την έρευνα οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν ήθελαν να μπουν στη διαδικασία αναζήτησης Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. αλλά επισκέφθηκαν κατευθείαν ιδιωτική Μ.Φ.Η. Βέβαια, δεν μπορούμε να παραβλέψουμε το γεγονός πως πιθανότατα (αφού δεν υπάρχουν στοιχεία γιατί δεν απάντησαν) υπάρχει η οικονομική άνεση για να πάρουν τόσο εύκολα αυτήν την απόφαση. Η άρνησή τους να γνωρίσουν ο,τιδήποτε μ.κ.χ. (ή όπως το ονομάζουν εκείνοι, κρατικό) βασίστηκε στη γενικότερη αντίληψή τους πως οι δημόσιες δομές υπολειτουργούν και δυσλειτουργούν, πως δεν υπάρχει ποιότητα και ελεγκτικοί μηχανισμοί και πως μπορείς να έχεις αξιώσεις για ποιότητα παροχής υπηρεσιών μόνο όταν πληρώνεις. Ο μοναδικός τρόπος είναι να απευθύνονται στον ιδιωτικό φορέα από όπου περιμένουν να ικανοποιηθούν οι επιθυμίες και απαιτήσεις τους, τις οποίες ο δημόσιος (ευρύτερος) φορέας δε μπορεί. Ο θυμός, ο φόβος για την ανικανότητα και η μη εμπιστοσύνη προς το δημόσιο φορέα, η απογοήτευση, ο κορεσμός από τα προηγούμενα και η άνεση με την οποία είχαν κάνει τα παραπάνω απόλυτη πεποίθηση στη ζωή τους είναι, νομίζω, άξια προσοχής και ανησυχίας. Πολύ περισσότερο, μάλιστα, σε μια κοινωνία με συνταγματική κατοχύρωση του δικαιώματος στην υγεία, στο άρθρο 21 παρ. 3 Συντ., το οποίο έχει δυο όψεις. Η προστασία της υγείας κατοχυρώνεται αφενός ως κοινωνικό δικαίωμα που διασφαλίζει την υποχρέωση του κράτους να λαμβάνει μέτρα για τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας των πολιτών, αφετέρου δε, ως ατομικό δικαίωμα που υποχρεώνει τα κρατικά όργανα και κάθε άλλο δημόσιο ή ιδιωτικό υποκείμενο να απέχουν από ενέργειες που προσβάλλουν την υγεία των πολιτών. (Τσαντίλας, 2008)

Όσοι τελικά αναζήτησαν Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ., βρήκαν και επικοινωνήσαν τηλεφωνικά ή τις επισκέφθηκαν ουσιαστικά αναφέροντας έλλειψη προσωπικού στο διοικητικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Αξιοσημείωτο είναι, επίσης, πως από τους λίγους που αναζητούσαν Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. ακόμα λιγότεροι τις επισκέφθηκαν. Το ότι από αυτές τις επισκέψεις η συνολική εικόνα είναι από κακή έως μέτρια είναι τουλάχιστον ανησυχητικό. Κυρίως αφού η κρατική προνοιακή πολιτική βασίζεται σε αυτές τις μονάδες για την παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας στους ηλικιωμένους. Επιπλέον, σε κανέναν από τους ερωτώμενους δεν καλύπτονταν οι επιθυμητές παροχές.

Άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός πως ενώ κάποιοι υπεύθυνοι συγγενείς έμαθαν για την ύπαρξη Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ. κατά το διάστημα που ο άνθρωπός τους φιλοξενούνταν από ιδιωτική μονάδα, οι περισσότεροι εξ αυτών δε τον μετακίνησαν.

3.4.2 Επιπτώσεις της μελέτης και προτάσεις για αλλαγή στη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων

Η δημιουργία ενός δικτύου προνοιακών φορέων

Η έγκλειστη μακροχρόνια προστασία ηλικιωμένων πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο ειδικού σταδιακού προγράμματος ανάπτυξης του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, προσαρμοσμένου στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τις απαιτούμενες ιατρικές κι άλλες φροντίδες των ηλικιωμένων. Από την άποψη αυτή φαίνεται απαραίτητη η ανάπτυξη του κρατικού και κοινωνικού ενδιαφέροντος για τους εξής τομείς :

- α) Δημιουργία ξενώνων φιλοξενίας ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν στεγαστικό πρόβλημα με κοινωνικές προεκτάσεις.
- β) Εφαρμογή νέων προγραμμάτων λειτουργίας σε ιδρύματα μ.κ.χ. και συνεργασία κράτους και ιδιωτικής πρωτοβουλίας.
- γ) Ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα γήρατος και των δυνατοτήτων και αναγκών των ηλικιωμένων.
- δ) Ανάπτυξη κέντρων φροντίδας χρονίως πασχόντων ηλικιωμένων που θα αποτελούν λειτουργικά κέντρα με μονάδα αποκατάστασης, παρέχοντας επιπλέον υπηρεσίες και στους ηλικιωμένους που παραμένουν στην κοινότητα. Τα κέντρα αυτά θα συνδέονται μεταξύ τους έτσι ώστε να δημιουργηθεί ένα δίκτυο που θα περιλαμβάνει όλες τις μονάδες αποκατάστασης.

ε) Θέσπιση μέτρων για την εξασφάλιση της συμμετοχής τόσο των εξυπηρετούμενων όσο και των στελεχών των ιδρυμάτων στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη λειτουργία τους. (Αμίτσης, 1993)

στ) Εντατικός έλεγχος στις υπάρχουσες μονάδες, είτε κερδοσκοπικού χαρακτήρα είτε μη.

ζ) Δημιουργία μονάδων, όπου θα μπορούν να φιλοξενοούνται όχι μόνο άποροι ηλικιωμένοι αλλά και χαμηλοσυνταξιούχοι.

η) Σε αντιδιαστολή με το παραπάνω ή και σε συνδυασμό θα μπορούσαν οι ιδιωτικές μονάδες να συνάψουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία θα πλήρωναν ένα πάγιο ημερήσιο ή μηνιαίο νοσήλειο.

3.4.3 Η συνέχεια της έρευνας

Η μελέτη μας αναγνώρισε την έλλειψη σε αριθμό κλινών και σε ποιότητα παροχής υπηρεσιών στη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων, ώστε οι παρεμβάσεις, τα προγράμματα και οι δομές (υπό όρους κοινοτικής φροντίδας υγείας) που θα σχεδιαστούν στα πλαίσια του συστήματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας, να στοχεύουν στην ικανοποίηση των πραγματικών αναγκών τους για να είναι ουσιώδεις. Η έρευνα στο μέλλον χρειάζεται να εστιάσει σε παρεμβάσεις σχεδιασμού μονάδων και των λειτουργιών τους ώστε να μην αποκλείεται κανένας ηλικιωμένος πολίτης που έχει ανάγκη, δράσεις που θα αποτελέσουν πρόκληση για τους σχεδιαστές πολιτικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Περαιτέρω έρευνα προτείνεται να περιλάβει την αναλυτική λειτουργία των Μ.Φ.Η. – μ.κ.χ., επιστημονικά και οικονομικά, π.χ. το προσωπικό τους, τα μηνιαία τροφεία και το τι καλύπτουν αυτά.

Τέλος, περαιτέρω έρευνα χρειάζεται να εστιάσει στην κοινωνική αγωνία που ζουν οι ηλικιωμένοι που χρήζουν νοσηλείας σε Μ.Φ.Η. και οι οικογένειές τους (αν υπάρχουν) όταν δε βρίσκουν κλίνη σε μονάδα μ.κ.χ. και δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να απευθυνθούν σε ιδιωτική. Φοβάμαι πως αρχικά θα εστιάσει στην κοινωνική αγωνία κι έπειτα δε θα μείνει μόνο στο συναίσθημα αφού τα προβλήματα θα είναι πρακτικά κι έντονα.

Welfare and elderly: the case of retirement houses.

Karagianni Eleni

ABSTRACT

As life expectancy increases and the population constantly grows old, as patterns of diseases from which people suffer and die changes, as dementia remains a major problem of public health for modern society, as the structure of the family changes and fertility rates decrease, the population of people needing help at the end of their lives is much older and much larger and as a result the need for existence of nursing homes increases.

Care services of old people in greek health system includes: Open Care Centre of the elderly (Κ.Α.Π.Η.), care services of elderly at home, daily care services of the elderly (Κ.Η.Φ.Η.), services at rehabilitation centers, recovery centers, services for the old, mentally disabled at psychosocial rehabilitation units (residential homes and guest houses for the elderly) and protected apartments, deinstitutionalization of the disabled people who are treated in closed institutional centers, hospital care at “Chronic Diseases Clinic”, closed care at elderly care facilities.

The objective of this research is to make us aware of the state policy of long-term care of the elderly as much as possible. This happens through the knowledge, the experience or the perception that people who used it, have. This study located lack in units and beds, the disappointed citizens' perception about state facilities, the reduced accessibility in health facilities and the lack of quality in them. Further, this research confirmed the social need for long-term care units.

Keywords:

state policy for long-term care of the elderly, elderly care systems, lack, quality, access

ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΗΓΕΣ

Α΄ Γενικά Αρχεία του Κράτους (Γ.Α.Κ.)

Ετήσια έκθεση για την υγεία (2005): Η υγειονομική περίθαλψη και η μέριμνα για του ηλικιωμένους, Συντάκτες: Θ. Μηνακούλη, Χ. Τσιακάτουρα (Υπάλληλοι του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης), Ζ. Κολίτση, Μ. Χρηστάκης (Σύμβουλοι του Υπουργού). Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Συνοπτική παρουσίαση των νομοθετικών και διοικητικών πράξεων της υφιστάμενης πολιτικής πρόνοιας (2005), Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Οδηγός πληροφοριών για κοινωνικούς-προνοιακούς φορείς, (2006), Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Συντονισμού και Οργάνωσης, Τμήμα επικοινωνίας & δημοσίων σχέσεων, Αθήνα.

Γ΄ Νόμοι

ΦΕΚ 166, τεύχος πρώτο, 28 Σεπτεμβρίου 1993. Προεδρικό διάταγμα 395: «Όροι, προϋποθέσεις, λειτουργία και μεταβίβαση Κέντρων Αποθεραπείας και Αποκατάστασης από φυσικά ή Ν.Π.Ι.Δ».

ΦΕΚ 455, τεύχος δεύτερο, 14 Ιουνίου 1996, Υπουργική Απόφαση Αριθ. Π4Β/οικ3176: «Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) από ιδιώτες (κερδοσκοπικού χαρακτήρα)».

ΦΕΚ 833, τεύχος δεύτερο, 11 Σεπτεμβρίου 1996, Υπουργική απόφαση Αριθ. Π4β/οικ. 4690: «Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Μ.Φ.Η.-Μ.Κ.)»

Η΄ Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις

Πληροφορίες για τη λειτουργία του Εθνικού Ιδρύματος Αναπήρων: <http://www.eiaa.html> (πρόσβαση στις 5/3/2011)

Lindsay J. and Anderson L., (2004), Dementia / Alzheimer's Disease. *BMC Women's Health* 2004; 4 (Suppl 1): S20, <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S20> , (πρόσβαση στις 17/02/2011)

Martin-Moreno J.M., "Statement: *Dementia as a public health problem: its importance and related challenges* 2000", <http://www.eurohealth.ie/remind/statement.htm>, (πρόσβαση στις 17/02/2011)

O'Brien J., Caring for caregivers. *American Family Physician* 2000, <http://www.findarticles.com/p/articles/mim3225/is1262/ai67940083>, (πρόσβαση στις 22/5/2009)

One final gift, Humanizing the end of life for women in America. Washington, DC, Alliance for Aging Research, 1998, <http://www.agingresearch.org/content/article/detail/699/>, (πρόσβαση στις 22/01/2011)

Seven deadly myths. Uncovering the facts about the high cost of the last year of life. Washington, DC, Alliance for Aging Research, <http://www.agingresearch.org/content/article/detail/611/>, (πρόσβαση στις 22/01/2011).

The European Institute of Women's Health-2. The European Transnational Alzheimer's Study (ETAS Report) <http://www.eurohealth.ie/remind/summary.htm>, (πρόσβαση στις 10/02/2011).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλτάνης Π., (2006), "Κοινωνικός Αποκλεισμός και Στρατηγικές για την Αποφυγή του. Ο Ρόλος του Συστήματος Κοινωνικής Προστασίας και των Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας", Διδακτικές Σημειώσεις για το Μέτρο 1.4 Πρόγραμμα 3.Α.7 Πολιτικές για την ανάπτυξη και προαγωγή της δημόσιας υγείας σε τοπικό και διεθνές επίπεδο, Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

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

Καραβάτος Α., (1999), "Νόσος Alzheimer: Senium praecox;" *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 16: 432-434.

Κρεμαλής Κ., (1990), *Κοινωνική Πρόνοια. Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός συστήματος*, Αθήνα: Αντ. Ν. Σάκκουλα.

Μάνος Ν., (1988), *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Νεκτάριος Μ., (2005), "Ασφαλιστήρια συμβόλαια Υγείας" στο : Νεκτάριος Μ., (2005), *Ασφαλίσεις ζωής και υγείας*, Αθήνα: Σταμούλης.

Σακκά Π., (2004), "Το φορτίο των φροντιστών ασθενών με άνοια" *Τα Νέα του 'Υγεία'* 2004 52: 34-35.

Σαμαρτζή Μ., (13-16 Ιανουαρίου 2000), "Νόσος Alzheimer: Μια πιεστική πρόκληση για νέες παρεμβάσεις στους τομείς Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής σε μια γηράσκουσα Ευρώπη" στα *Πρακτικά του 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νόσου Alzheimer*, Θεσσαλονίκη : Μ. Κώστα-Τσολάκη (Επιμ. Έκδ.).

Τσαντίλας Π., (2008), *Ευρωπαϊκό και εθνικό δίκαιο της υγείας*, Αθήνα – Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σάκκουλα.

Φύλιας Β., (2000), *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις Τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών*, Αθήνα: Gutenberg.

Andrews Gr., (2001), "Promoting health and function in an ageing population" *British Medical Journal* 322: 728–729.

Bright - Long L., (2006), "Alzheimer's treatment in nursing homes: Room for improvement" *Jamda* 7: 90-95.

Fisher E.S. et al., (2003), "The implications of regional variation in Medicare spending. Part 1. The content, quality and accessibility of care" *Annals of Internal Medicine* 138: 273–287.

Fisher E.S. et al., (2003), "The implications of regional variation in Medicare spending. Part 2. Health outcomes and satisfaction with care" *Annals of Internal Medicine* 138: 288–298.

Higgs P., (1997), "Older people, health care and society" in: Scambler G. (ed) *Sociology as applied to medicine*, Edinburgh: W.B. Saunders.

Kendrick T. and Warnes T., (1997), "The demography and mental health of elderly people" in: Norman I. And Redfern S. (eds.), *Health Care for Elderly People*, London: Churchill Livingstone.

Kotzabassaki S., Alabaster E.S., and K., Larsson U., De Vree W., (2003), "Care of older people in nursing homes: an intensive programme as an educational activity with Erasmus-Socrates" *Nurse Education Today* 23: 138-145.

Krauss N.A., Altman B.M., (1998), "Characteristics of nursing home residents-1996" Rockville (MD): Agency for Health Care Policy and Research.

Laurer L.J., Andersen K. and the EURODEM Incidence Research Group and Work Groups, (1999), "Rates and risk factors for dementia and AD: results from EURODEM pooled analyses" *Neurology* 1999 52: 78-82.

Manton KG et al, (1997), "Chronic disability trends in elderly United States populations 1982 – 1994" *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 94: 2593–2598.

Mathers C.D. et al, (2001), "Healthy life expectancy in 191 countries" *Lancet*, 357(9269): 1685–1691.

Murray CJL, Lopez AD., (1997), "Alternative projections of mortality and disability by causes 1990–2020. Global burden of disease study" *Lancet*, 349: 1498–1504.

Phillips M., (1989), "The Independent Sector." in: Hunter D. and Wistow G. (eds), *Acting on the Agenda: Principles and Responsibilities in Community Care*, Nuffield Institute for Health Services Studies, University of Leeds.

Pound P., Gompertz D., Ebrahim S., (1998), "Illness in the context of older age: the case of stroke", *Sociology of Health and Illness*, 20(4): 489-506.

Ribbe W.M., Ljunggren G., Steel K., Topincova E., Hawes C., Ikegami N., Hanrard J., Jonsson P., (1997), "Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings", *Age and Ageing*, 26-S2(2): 3-12.

Sinclair, I. Parker, R. Leat, D. & Williams, J., (1990), *The Kaleidoscope of Care: a review of research on welfare provision for elderly people*, National Institute for Social Work, London: HMSO.

Teno J.M. et al, (2002), "Medical care inconsistent with patients' treatment goals: association with 1- year Medicare resource use and survival" *Journal of the American Geriatrics Society*, 50: 496–500.

Tinker A., (2000), "Population aspects of the dementias" *Int J Geriatr Psychiatry* 2000 15: 753-757.

Tountas J., (2000), *Society and Health*, Athens: Odisseas/Nea Ygia.

World Health Organization, (1998), *Ageing and health. The scope of the challenge*, Geneva: WHO/HMO.

World Health Organization, (2004), "The challenge for health policy- and decision-makers", in *Better Palliative Care for Older People*, Europe: WHO/HMO.

World Health Organization, (2004), "Why palliative care for older people is a public health priority", in *Better Palliative Care for Older People*, Europe: WHO/HMO.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ερευνητικά ερωτήματα

Υπάρχει κρατική έλλειψη σε κλίνες και μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων; (Αττική)
Όσον αφορά στις υπάρχουσες κρατικές δομές, είναι εύκολη η πρόσβαση των πολιτών σε αυτές ;

Όσον αφορά στις υπάρχουσες κρατικές δομές, τί αντίληψη υπάρχει;
(τρεις άξονες έλλειψη – πρόσβαση – ποιότητα)

Δημογραφικά στοιχεία

Στοιχεία ερωτώμενου

Φύλο / ηλικία / εκπαίδευση / επάγγελμα / οικονομική κατάσταση / σχέση με ασθενή

Στοιχεία ασθενούς

Φύλο / ηλικία / πάθηση / αυτοεξυπηρέτηση / οικονομική κατάσταση

A. (Αν ο άνθρωπός σας νοσηλεύτηκε σε νοσοκομείο πριν τη μεταφορά του σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων)

1. Είχατε στήριξη ή καθοδήγηση για να ψάξετε κρατικές μονάδες όπου μπορεί να φιλοξενηθεί ο άνθρωπός σας ;

.....

2. Αν ναι, από ποιον ;

.....

B. (όταν αποφασίστηκε η φιλοξενία του ανθρώπου σας σε μονάδα φροντίδας)

3. Ψάξατε για κρατική μονάδα όπου να μπορεί να διαβεί ο άνθρωπός σας ;

.....

4. Αν όχι, γιατί ;

.....

(για κάποιους σταματά εδώ η συνέντευξη με τελευταία ερώτηση - αν δεν έχει απαντηθεί από την προηγούμενη - Τί αντίληψη έχετε για τις κρατικές Μ.Φ.Η.;)

.....

5. Αν ναι, πώς πραγματοποιήσατε αυτήν την αναζήτηση ;

.....

6. Πόσες μονάδες βρήκατε ;

.....

7. Τι ειδικότητας ήταν ο υπάλληλος που σας ενημέρωσε για τη λειτουργία της μονάδας και για τις προϋποθέσεις που χρειάζεται να έχει ο άνθρωπός σας για την εισαγωγή του στη μονάδα ;

.....

Γ.

8. Τελικά βρήκατε κλίνη για να φιλοξενηθεί ο άνθρωπός σας σε κάποια μονάδα ;

.....

9. Αν όχι, γιατί ;

.....

10. Τι ειδικότητας ήταν ο υπάλληλος που σας ενημέρωσε ότι η μονάδα δεν μπορεί να φιλοξενησει τον άνθρωπό σας ;

.....

11. Σας συμβούλεψε, παρέπεμψε, κατηύθυνε για τη συνέχιση της αναζήτησής σας ;
.....

Δ.

12. Επισκεφθήκατε οι ίδιοι κάποια/ες από αυτές τις μονάδες ;
.....

13. Αν ναι, τί εικόνα έχετε
α) για την κατάσταση υγιεινής (καθαριότητα) των χώρων διαμονής ;
.....

β) για το κτίριο και τους εσωτερικούς χώρους ;
.....

γ) την επιστημονική κατάρτιση του προσωπικού ;
.....

δ) τη διαγωγή και συμπεριφορά του προσωπικού ;
.....

ε) τη σίτιση των ηλικιωμένων φιλοξενούμενων ;
.....

στ) την ατμόσφαιρα γενικά ;
.....

14. Τί θέλατε να παρέχει η μονάδα στον άνθρωπό σας ;
.....

15. Ποια από αυτά τα παρείχε και ποια όχι ;
.....

Ε. (όταν ο άνθρωπός σας φιλοξενήθηκε τελικά σε ιδιωτική μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων)

16. Από την ημερομηνία εισαγωγής του ανθρώπου σας μέχρι σήμερα μάθατε για την ύπαρξη κάποιας κρατικής μονάδας ;
.....

17. Αν ναι, πώς το μάθατε ;
.....

18. Αποφασίσατε τελικά να φιλοξενηθεί ο άνθρωπός σας στην κρατική μονάδα ;
.....

19. Αν ναι, γιατί ;
.....

20. Αν όχι, γιατί ;
.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΠΟΣΟΣΤΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 60 ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2020

Χώρα	Έτος	
	2000	2020
Ιταλία	24	31
Ιαπωνία	23	34
Γερμανία	23	29
Ελλάδα	23	29
Κροατία	22	26
Ισπανία	21	27
Ηνωμένο Βασίλειο	21	26
Γαλλία	21	27
Ελβετία	21	32
Νορβηγία	20	26
Ουγγαρία	20	26
Σλοβενία	19	29
Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	16	22

(World Health Organization, 2004)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Μ.Φ.Η. - ΝΠΙΔ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΑ

Δήμος Αγίας Παρασκευής

Α/Α	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Οίκος Ευηγρίας Ιερού Τάγματος Τίμιος Σταυρός	Μονή Τιμίου Σταυρού	210 6399147, fax: 210 6394172	Ηπείρου 69	Υπερήλικα άτομα (ορθόδοξα & καθολικά) Όχι κατάκοιτους ή με άνοια	Δυναμικότητα 21 κρεβάτια

Δήμος Αθηναίων

Α/Α	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Άσυλο Αστέγων		210 3461924	Πέλλης 9, Βοτανικός	Σηκώνουν το τηλέφωνο αλλά δεν απαντούν	
2	Γηροκομείο Ελαΐμονος Εταιρίας Αθηνών	Φιλανθρωπικό σωματείο	210 6916884, fax: 2106913704	Κηφισίας 137 Αμπελόκηποι	Ηλικιωμένοι άνω των 70 ετών & αυτοεξυπηρετούμενοι Πληρωμή τροφείων , οι άποροι δεν πληρώνουν	280 κλίνες
3	Ίδρυμα Ευαγγελισμός της Θεοτόκου	Φιλανθρωπικό σωματείο	210 2020022, 210 2024935	Καβάφη 8, Άγιος Ελευθέριος	Μόνο για γυναίκες Δέχονται κατάκοιτες αλλά όχι με άνοια Πληρωμή τροφείων	100 κλίνες
4	Μερόπειο Φιλανθρωπικό Ίδρυμα –	Μη κερδοσκοπικό – κοινοφελές	210 9219398, 210 9218991	Διονύσου Αρεοπαγίτου 45	Μόνο γυναίκες αυτοεξυπηρετούμενες Πληρωμή τροφείων	20 κλίνες Μόνο φιλοξενία, όχι νοσηλευτική

	Γηροκομείο Αθηνών		fax: 210 9217096		Άπορες και μετρίου εισοδήματος	φροντίδα 4 κλίνες για απόρους
5	Στέγη Κατάκοιτων Γερόντων Αρχιεπισκοπής Αθηνών	Μη κερδοσκοπικό-κοινοφελές Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών	210 5123315 210 5122757	Λαοδάμαντος 18, Κολωνός	Μόνο για κατάκοιτους	45 κλίνες
6	Φαρλέκος Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ιερού Ναού Αγίου Δημητρίου Αμπελοκήπων «Άγιος Ιωάννης ο Ελεήμων»	Ι. Ναός Αγ. Δημητρίου Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών	210 6428536	Σφαέλου και Πιρήνης 20, Αμπελόκηποι	Άπορες, αυτοεξυπηρετούμενες γυναίκες χωρίς παιδιά	10 κλίνες

Δήμος Αργυρούπολης

Α/Α	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Φιλανθρωπικό Ίδρυμα Αργυρουπόλεως «Η Αγία Τριάδα» Ελληνορωσικός Οίκος Ευγηρίας		210 9918113, 210 9931046	Ηλεκτροπούλεως 45, Αργυρούπολη	Χριστιανοί ορθόδοξοι Άνδρες & γυναίκες Όχι κατάκοιτοι και με άνοια Δέχονται απόρους	50 κλίνες

Δήμος Ηρακλείου

A/A	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Φιλανθρωπικό και Μορφωτικό Ίδρυμα ΚΑΠΗ Βηθλεέμ		210 8647460, 210 8659270, fax: 2108652476	Έδρα: Καλιφρονιά 21, Κυψέλη		<ul style="list-style-type: none">• Οικοτροφείο φοιτητριών ατόρων (210 8670914• Οικοτροφείο φοιτητριών ατόρων (Ιππολύτου 56, Πλ. Κολιάτσου)2102013277• ΚΑΠΗ, «Σπίτι του παππού και της γιαγιάς», για άτοπους ηλικιωμένους (210 2751340 & fax210 2754027)• Παιδικός Σταθμός Λέρου6 2108619730

Δήμος Καλλιθέας

A/A	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Αγίου	Ιερά Αρχιεπισκοπή	210 9247025 210 9212087	Αγράφων 2, Τ.Κ. 117 41	Αυτοεξυτηρετούμενοι άποροι	Στέγη & τροφή 11 κλίνες & 20 μόνο σίτιση

	Νικολάου, Φιλοπάππου	Αθηνών	Φιλοπάππου	
--	-------------------------	--------	------------	--

Δήμος Κηφισιάς

A/A	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Ελληνικός Βιβλικός Σύνδεσμος «Η Λώς»		210 8013504, 210 8081204	Ιωνίας 46 και Λεβίδου 77, Κηφισιά	Άνω των 65 ετών Δεκτοί κατάκοιτοι & με άνοια	30 κλίνες

Δήμος Μοσχάτου

A/A	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Γηροκομείο Κοινωνικής Μέριμνας Μοσχάτου		210 9418193, 210 9415663 fax: 210 9419063,	Κοραή 40, Μοσχάτο	Αυτοεξυπηρετούμενα ηλικιωμένα άτομα άτομα(>75ετών) χωρίς παιδιά Όχι κατάκοιτους ή με άνοια	42 κλίνες

Δήμος Νέας Ιωνίας

A/A	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Στέγη Προστασίας Γερόντων Ιερής Μητρόπολης Νέας Ιωνίας και Φιλανθρωπικής «Παναγία η Ελεούσα»		210 2778842, fax: 210 2753800	Χρήστου Μάντικα 2, Νέα Ιωνία	Αυτοεξυπηρετούμενοι υπερήλικες, όχι κατάκοιτοι ή με άνοια Περιοχές Ν. Ιωνίας, Φιλαδέλφειας, Ν. Ηρακλείου, Χαλκηδόνας	Κλίνες 50

Δήμος Νέας Φιλαδέλφειας

A/A	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Οίκος Ευγηρίας Νέας Φιλαδέλφειας «Ο καλός Σαμαρείτης»	Ι. ΜΗΤΡ/ΛΗ. ΝΕΑΣ ΦΙΛ/ΛΦΕΙΑΣ	210 2520120, 210 2753800	Αρτάκη 5, Νέα Φιλαδέλφεια	Δέχονται κατάκοιτους αλλά όχι άτομα με άνοια	Σύνταξη ηλικιωμένου ή περιουσιακά με κλίνες 56

Δήμος Πεύκης

A/A	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Φιλανθρωπικό Ίδρυμα «Ο καλός Σαμαρείτης» - Καθολικό		210 6142255-8	Πέτρου Ράλλη 2, Πεύκη	Αυτοεξυπηρετούμενοι μη ανοικτοί άνδρες και γυναίκες	65 κλίνες

Δήμος Λαυρεωτικής

A/A	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Σκέπη Πρόνοιας Γ' Ηλικίας		210 6642892, 210 6642893	17 ^ο χιλ. Α. Λαυρίου – Πατανιάς	Αυτοεξυπηρετούμενα άτομα ως επί το πλείστον	50 κλίνες

Δήμος Νέας Μάκρης

A/A	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
-----	----------	--------------	----------	-----------	--------------	-----------------------

1	Οίκος Θείας Πρόνοιαις Βηθανία	22940 91788, 22940 91877, 22940 96431, 22940 98315	Ν. Μάρκη Αττικής, Τ.Κ.: 19005	Ηλικιωμένους	26 κλίνες
---	-------------------------------	---	-------------------------------------	--------------	-----------

Δήμος Μάνδρας

A/A	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Πανελλήνιος Ένωσης Ορθοδόξων Χριστιανών «Παναγία η Φανερωμένη»	Φιλανθρωπικό σωματείο	22930 22193 22930 22200	Βαρδουσίων 27, Αιγάλεω	Για Χ.Ο. Δέχεται κατάκοιτους ή ανοικτούς Δέχεται και απόρους	132 κλίνες Δέχεται και άτομα μικρότερης ηλικίας που αντιμετωπίζουν προβλήματα

Δήμος Πειραιά

A/A	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Γηροκομείο Στοργή Γερόντων – Φιλανθρωπικό Σωματείο «Άγιος Παντελεήμων»	Φιλανθρωπικό ίδρυμα	210 4006657, 210 4313403, 210 4539105, 210 4320952	Ανάκους 59, Κερατσίνι	Αυτοεξυπηρετούμενα και κατάκοιτα άτομα	50κλίνες

2	Γηροκομείο Αρμενίων Ελλάδος	Φιλανθρωπικό ίδρυμα	210 4912822, fax 210 4928728	Αγίων Πάντων 8, Π. Κοκκινιά, Αγ. Ιωάννης Ρέντης	Μόνο για έλληνες υπηκόους αρμενικής καταγωγής Δέχεται με άνοια και κατάκοιτους Δέχεται και απόρους	40 κλίνες
3	Άσυλο Πενήτων Αθνασίου Πρωθερέως Γηροκομείο Πειραιώς	Εθνικό κληροδότημα	Κ.Υ.: 210 4143800, 210 4143806 Δ/ση: 210 4143801, 210 4117678, 210 4121730, κέντρο: 2104143999	Γρηγορίου Λαμπράκη 41, Πειραιάς	Αυτοεξυπηρετούμενους άνω των 70 ετών, όχι κατάκοιτους ή ανοιακούς	200 κλίνες
4	Γηροκομείο της Ιεράς Μονής Φανερωμένης Σαλαμινας «Άγιος Λαυρέντιος»	Ν.Π.Ι.Δ.	210 4681940	Σαλαμίνα	Μόνο γυναίκες, όχι κατάκοιτες ή ανοιακές Δέχεται και απόρους	Κλίνες 25
5	Γηροκομείο Υδρας	Ν.Π.Ι.Δ.	22980 53796, 22980 53935	Υδρα, 18040	Μόνο για αυτοεξυπηρετούμενους Με τροφεία	
6	Οίκος Ευγηρίας Κυθήρων «Κασιμάτειο»	Ν.Π.Ι.Δ.	27360 33301-3	Ποταμός Κυθήρων, 80200	Δεκτοί με άνοια και κατάκοιτοι Κυθηραϊκής καταγωγής Δέχεται και απόρους	70 κλίνες
7	Ορθόδοξη Χριστιανικής Αδελφότητας «Ο λυτρωτής»	Ν.Π.Ι.Δ.	Γρ.: 210 3450849 210 4612657, 210 4618797	Δερβενακίων 65 & Αγ. Όρους, Ταμπούρια, Πειραιάς	Μόνο αυτοεξυπηρετούμενες άπορες γυναίκες με κάποιον συγγενή Δέχεται άτομα με άνοια	40 κλίνες

Δήμος Παλαιάς Φοκαίας

A/A	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΕΝΤ. ΦΟΡΕΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Γηροκομείο Κωνσταντινοπολιτών	Φιλανθρωπικό σωματείο	22910 37819, 2291037816, fax: 22910 37817	Τέρμα οδού Κωνσταντινουπόλεως Π. Φόκαια	65 ετών & άνω Αυτοεξυπηρετούμενοι άποροι Κωνσταντινοπολίτες & Μικρασιάτες	54 κλίνες

Εκκλησιαστικές Στέγες Γερόντων

A/A	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1	Στέγη Γερόντων Φιλόπτωχων Ταμείων	210 6526818	Ηπείρου 15, Αγ. Παρασκευή Αττικής	Ηλικιωμένα και άπορα άτομα πλήρως αυτοεξυπηρετούμενα	25 κλίνες
2	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Ασωμάτων Θησείου	210 5224310	Γρανικού 4, Θησείο	Αυτοεξυπηρετούμενα άτομα	Άνδρες
		210 5240803, 2105240675	Μαραθώνος 21	Οικογένειες άπορες	Γυναίκες
		210 5224310	Γρανικού 2, Θησείο		
3	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Γεωργίου Κυψέλης	210 3215551	Λεωνίδου & Κυναγείρου		
		210 8227845	Κεφαλληνίας 19, Κυψέλη	Γυναίκες	74κλίνες (φαγητό)
4	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Θεράπωντος Ζωγράφου	210 7706807	Γαλήνης 24, Ιλίσια	Ηλικιωμένους αυτοεξυπηρετούμενους (γυναίκες)	24 κλίνες

5	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Μαρίνης Θησείου	210 3463783	Αγ. Μαρίνης 1, Θησείο	Αυτοεξυπηρετούμενους(μόνο γυναίκες)	5 κλίνες
6	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Αποστόλων Τζιτζιφιών	210 9422021	Αγ. Αποστόλων 5, Τζιτζιφιές	Άπορους και αυτοεξυπηρετούμενους (άνδρες και γυναίκες)	17 κλίνες
7	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Προφ. Ηλία Παγκρατίου	210 7526926	Λυσιμάχου 3, Παγκράτι	Άνδρες και γυναίκες	20 κλίνες
8	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Νικολάου Καλλιθέας «Η Αγία Σκέπη»	210 9585585	Αριστείδου & Έλλης 7, Καλλιθέα	Μόνο γυναίκες	10 κλίνες
9	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Στυλιανού Γκύζη	210 6420015	Αμφίκλειας 1 114 76 Γκύζη	Γυναίκες αυτοεξυπηρετούμενες και κατάκοιτες	20κλίνες
10	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Γεωργίου Καλλιθέας	210 9560943	Πάρνωνος 13, 176 71 Καλλιθέα	Αυτοεξυπηρετούμενες γυναίκες	7 κλίνες
11	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Σπυρίδωνος Σταδίου	210 7215121-2, 210 7641517	Αρκτίνου 22, 104 45 Παγκράτι	Αυτοεξυπηρετούμενες γυναίκες	11 κλίνες
12	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Παντελεήμονος Αχαρνών	210-88.33.857	οδ. Αχαρνών, Φυλής 160, Τ. Κ. 104 46 Αθήνα		50 κλίνες
13	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Λουκά Πατησίων	210-22.30.135	Καμπούρογλου 4, 111 44 Πατήσια	Μόνο γυναίκες	9 κλίνες
14	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Παντελεήμονος Ιλισού	210-92.36.191			
15	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Σοφίας Ψυχικού			Υπό ανέγερση	

16	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Ελευθερίου Άρεως				Υπό ανέγερση	
17	Ίδρυμα Ευημερίας & Πρόνοιας «Η Παναγιά η Θεοσκέπαστη»	22940 79240, 22940 79591	Ι. Μονή Αγ. Τριάδος, Μάτι Αττικής	Αυτοεξυπηρετούμενα άτομα Γυναίκες 3 ^{ης} ηλικίας		
18	Στέγη Στοργής Υπερηλίκων Ν. Σμύρνης	210 9424051-2	Κουντουριώτη 4, Ν. Σμύρνη Τ.Κ. 17121	Αυτοεξυπηρετούμενες άπορες γυναίκες	40κλίνες	
19	Εστία Υπερηλίκων «Αγ. Αγαθάγγελος»	210 9640459	Γορτυνίας 37, Άνω Γλυφάδα	Αυτοεξυπηρετούμενες άπορες γυναίκες	10κλίνες	
20	Ίδρυμα Προστασίας Υπερηλίκων (Ο Άγιος Σπυρίδων)	210 4536203-4	Πλαΐτου 11, Ν. Καλλιπόλη	Καθημερινή σίτιση και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη		
21	Στέγη Γερόντων Δραπετσώνας	210 4615704	Πνευματικό Κέντρο Αγ. Παντελεήμονος12	Αυτοεξυπηρετούμενες άπορες γυναίκες	30 άτομα	
22	Στέγη Γερόντων Αγ. Ελευθερίου Καμινίων	210 4178778	Αγ. Ελευθερίου 7, Καμίνια			
23	Ενοριακό Κέντρο Προστασίας Γερόντων Ευαγγελιστρίας	210 4177159, 210 4125619	Γρ. Λαμπράκη 41	Αυτοεξυπηρετούμενους και άπορους (μόνο σίτιση άνδρες και γυναίκες)		
24	Ενοριακό Κέντρο Προστασίας Γερόντων Αγ. Παντελεήμονος	210 4615704	Αγ. Παντελεήμονος12	Αυτοεξυπηρετούμενους και άπορους (μόνο σίτιση άνδρες και γυναίκες)	30κλίνες	
25	Ενοριακό Κέντρο Προστασίας Γερόντων Αγ. Δημητρίου Ν. Φαλήρου	210 4816636, fax: 2104819664	Καραϊσκάκη 1	Αυτοεξυπηρετούμενους και άπορους (μόνο σίτιση άνδρες και γυναίκες)		
26	Ενοριακό Κέντρο Προστασίας Γερόντων	210 4902113	Θηβών 49, Π. Κοκκινιά	Σίτιση άνδρες και γυναίκες		

	Μεταμορφώσεως						
27	Ενοριακό Κέντρο Προστασίας Γερόντων Αγ. Βασίλειου	210 4512097, 210 4183022	Μπότσια62, Τέρμα Σαχτούρη	Σίτιση			
28	Ενοριακό Κέντρο Προστασίας Γερόντων Αγ. Αγ. Ελευθερίου	210 4178778	Αγ. Ελευθερίου 7, Καμίνια				
29	Ενοριακό Κέντρο Προστασίας Γερόντων Αγ. Δημητρίου Ταμπουριών	210 4614658	Αγ. Δημητρίου 166				
30	Ενοριακό Κέντρο Προστασίας Γερόντων Αγ. Κωνσταντίνου	210 4178178	Καραϊσκου 109				
31	Ενοριακό Κέντρο Προστασίας Γερόντων Παναγιάς Μυρτιδιωτίσσης	210 4173334	Ακτή Προτοψάλη	Σίτιση αυτοεξυπηρετούμενους-ες, άστεγους			
32	Ενοριακό Κέντρο Προστασίας Γερόντων Αγ. Νικολάου	210 5411247	Αγ. Νικολάου 1				
33	Ενοριακό Κέντρο Προστασίας Γερόντων Αγ. Σπυρίδωνος	210 4173529	Ακτή Μιαούλη 1	Σίτιση			
34	Ενοριακό Κέντρο Προστασίας Γερόντων Υπαπαντής Κορψίου	210 4616345	Υπαπαντής 78	Σίτιση			
35	Ενοριακό Κέντρο Προστασίας Γερόντων	210 4119949	Βασ. Παύλου20 Καστέλλα	σίτιση			

