

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

"ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ"

ΚΑΤ/ΝΣΗ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ & ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Πρωτοβάθμια κατ' οίκον φροντίδα στην Ελλάδα:

Η περίπτωση του Προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι"

του Δήμου Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ελένη Ζύγα

Αθήνα, 2017

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Χαράλαμπος Οικονόμου, Αναπληρωτής καθηγητής (Επιβλέπων)

Άννα Λυδάκη, Καθηγήτρια

Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος, Καθηγητής



Copyright © Ζύγα Ελένη, 2017.

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

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.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

Στους ωφελούμενους του Προγράμματος...

Σε αυτούς που βλέπουμε καθημερινά και

σε εκείνους που "έφυγαν"...

"Βλέπεις φλόγα στα μάτια των νέων. Μα στα μάτια των γέρων, βλέπεις φως".

Βίκτωρ Ουγκώ,

Γάλλος συγγραφέας (1802-1885)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας κ. Οικονόμου Χαράλαμπο για την πολύτιμη συμβολή και καθοδήγησή του κατά την διαδικασία εκπόνησης της.

Επίσης, ευχαριστώ όλους τους Καθηγητές και το προσωπικό του τμήματος Κοινωνιολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου, με τους οποίους είχα την τιμή να συνεργαστώ τα τελευταία έτη κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών και των μεταπτυχιακών σπουδών μου και ιδιαίτερα τους καθηγητές κα. Λυδάκη Άννα και κ. Σακελλαρόπουλο Θεόδωρο που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην τριμελή επιτροπή αξιολόγησης της παρούσας εργασίας.

Τέλος, ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στο Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών (τομέας Κοινωνικής Πολιτικής) του Δήμου Νίκαιας - Αγ. Ι. Ρέντη για την αγαστή συνεργασία καθώς και στους ωφελούμενους του Προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι" για το χρόνο που διέθεσαν και για τα στοιχεία που μου εμπιστεύτηκαν κατά την διεξαγωγή των συνεντεύξεων.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11-12
ΚΕΦ. 1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ, ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	
1.1. Ορισμοί.....	13-14
1.2. Το ζήτημα της γήρανσης του πληθυσμού.....	14-21
1.3. Προκλήσεις σχετικά με τη γήρανση του πληθυσμού στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια: Γήρας, ζητήματα υγείας και κοινωνικός αποκλεισμός.....	22
1.3.1. Ζητήματα που σχετίζονται με το γήρας.....	22-24
1.3.2. Δράσεις για ηλικιωμένους πολίτες στην Ευρώπη.....	24-34
1.3.3. Παράγοντες που εγείρουν την ανάγκη για μακροχρόνια περίθαλψη και κατ' οίκον φροντίδα.....	34-35
ΚΕΦ. 2 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ	
2.1. Εισαγωγικά στοιχεία.....	36-37
2.2. Ιστορικό πλαίσιο της κατ' οίκον φροντίδας στον ευρωπαϊκό χώρο	38-40
2.3. Πολιτική για ηλικιωμένους στην Ε.Ε.....	40-43
2.4. Ευρωπαϊκά καθεστώτα μακροχρόνιας φροντίδας.....	43-49
2.5. Νέες τάσεις στην κατ' οίκον φροντίδα.....	49-52
2.6. Η συμβολή των ΤΠΕ στην κατ' οίκον φροντίδα.....	52-55
2.7. Κατ' οίκον φροντίδα ηλικιωμένων: Μερικά παραδείγματα στην Ευρώπη.....	55-60
2.8. Δεδομένα για την κατ' οίκον φροντίδα ανά χώρα.....	60-94

ΚΕΦ. 3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Κατ' οίκον φροντίδα στην Ελλάδα: Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο.....	95-98
3.2 Δομές και φορείς που προσφέρουν κατ' οίκον νοσηλεία και κατ' οίκον φροντίδα.....	99
3.3 Κατ' οίκον φροντίδα στην κοινότητα: Το Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι».....	100
3.4 Η θεσμοθέτηση του προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι".....	101-104
3.5. Εξέλιξη των κοινωνικών δομών ΒΣΣ.....	104-108

ΚΕΦ. 4. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ "ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ" ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ

ΝΙΚΑΙΑΣ-ΑΓ.Ι.ΡΕΝΤΗ

4.1. Δράσεις Κοινωνικής Πολιτικής του Δήμου Νίκαιας – Αγ. Ι. Ρέντη.....	109-110
4.2. Παρουσίαση της Δομής «Βοήθεια Στο Σπίτι».....	110
4.3. Υπηρεσίες του Προγράμματος.....	111-113
4.4. Απολογιστικά στοιχεία Δομής την τελευταία δεκαετία (2008-2017).....	113-117
4.5. Συμβολή του Προγράμματος ΒΣΣ στην τοπική κοινωνία.....	118-120

ΚΕΦ. 5. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

5.1. Αντικείμενο και στόχοι της έρευνας.....	121
5.2. Προηγούμενες έρευνες για το υπό εξέταση αντικείμενο.....	121-132
5.3. Δείγμα - Μέθοδος της έρευνας.....	132-133
5.4. Βασικοί ερευνητικοί άξονες.....	133
5.5. Δυσκολίες - περιορισμοί κατά την υλοποίηση της έρευνας.....	134-135
5.6. Αποτελέσματα της έρευνας	
5.6.1. Περιγραφικά δεδομένα.....	136-145
5.6.2. Ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων.....	146-158

ΚΕΦ. 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΥΠΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

6.1. Συζήτηση - Συμπεράσματα.....	159-164
6.2. Προτάσεις πολιτικής σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα στην Ελλάδα.....	164-166

6.3. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	166
6.4. Γενικό συμπέρασμα.....	167
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	168-169
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	170-190
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	191-207

Πίνακες

Πίνακας 1. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση (έτη 1980–2014).....	15
Πίνακας 2. Ποσοστό (επί τοις %) ανά ηλικιακή ομάδα στην Ευρώπη των 28 την τελευταία δεκαετία.....	19
Πίνακας 3. Ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την χρηματοδότηση της μακροχρόνιας περίθαλψης τα έτη 2007 και 2060, κάνοντας χρήση δυο σεναρίων με προβλέψεις για τα άτομα 65+ και 80+.....	37
Πίνακας 4. Τυπολογία των ευρωπαϊκών καθεστώτων μακροχρόνιας φροντίδας.....	45
Πίνακας 5. Τύποι παροχής υπηρεσιών ανά χώρα (% των ωφελούμενων).....	46
Πίνακας 6. Δυνατά και αδύνατα σημεία του μοντέλου της κατ' οίκον φροντίδας.....	98
Πίνακας 7. Στατιστικά στοιχεία δομών Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη (Έτη 2008-σήμερα)...	115
Πίνακας 8. Αριθμός επισκέψεων οικογενειακών βοηθών, νοσηλευτών & κοινωνικού λειτουργού (Έτη 2012-2016).....	116
Πίνακας 9. Στοιχεία Δομής (Ιανουάριος 2017). Ηλικιακή ανάλυση εξυπηρετούμενων ανά φύλο.....	117
Πίνακας 10. Είδος υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας και συχνότητα παροχής.....	117
Πίνακας 11. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία ερωτώμενων - Υπηρεσίες που λαμβάνουν από τη Δομή.....	143-145

Γραφήματα

Γράφημα 1. Μέση ηλικία στην ΕΕ-28.....	16
Γράφημα 2. Προσδόκιμο ζωής στην ΕU 28 για άτομα που βρίσκονται στην ηλικία των 65 ετών.....	18
Γράφημα 3. Προτίμηση για επαγγελματική φροντίδα στο σπίτι και έκφραση άποψης σχετικά με την οικονομική προσιτότητα της κατ' οίκον φροντίδας.....	57
Γράφημα 4. Δημογραφικά στοιχεία για την γήρανση στην Ελλάδα από το 2001-2011.....	95
Γράφημα 5. Ποσοστό του πληθυσμού 65 ετών και άνω (1970-2011) σε Ελλάδα και Ευρώπη.....	96
Γράφημα 6. Ωφελούμενοι Προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι" Δήμου Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη (2009-2017).....	116

Ελένη Ζύγα

**Πρωτοβάθμια κατ' οίκον φροντίδα στην Ελλάδα: Η περίπτωση του
Προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι" του Δήμου Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ζήτημα της γήρανσης του πληθυσμού τις τελευταίες δεκαετίες έχει λάβει σημαντικές διαστάσεις και επηρεάζει τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες σε ποικίλους τομείς. Οι κυβερνήσεις καλούνται να δώσουν άμεσα λύσεις δίνοντας προτεραιότητα σε πολιτικές υγείας και κοινωνικής πολιτικής που αφορούν την φροντίδα της τρίτης ηλικίας με απώτερο στόχο την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών και την αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού.

Μέσα στα πλαίσια αυτών των δράσεων, αναδύεται και η αναγκαιότητα αναβάθμισης του πεδίου της φροντίδας στο περιβάλλον των ωφελούμενων σε όλες τις χώρες της Ευρώπης και επιπλέον της αναβάθμισης και εξέλιξης του με τη χρήση νέων τεχνολογιών και της στελέχωσης του με εξειδικευμένο, κατάλληλα εκπαιδευμένο υγειονομικό, παραϊατρικό και βοηθητικό προσωπικό.

Η άμβλυνση των ανισοτήτων του τομέα της κατ' οίκον μέριμνας που παρατηρείται στον ευρωπαϊκό χώρο και η ύπαρξη μιας ολοκληρωμένης δομής σε κάθε χώρα θα ήταν δυνατόν να συμβάλει τα μέγιστα τόσο σε θέματα γεροντολογικής πολιτικής και δικαιωμάτων των ηλικιωμένων ατόμων αλλά και σε νευραλγικούς τομείς όπως η οικονομία και η εργασία.

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το ζήτημα της κατ' οίκον φροντίδας εστιάζοντας στο Πρόγραμμα κοινωνικής φροντίδας "Βοήθεια Στο Σπίτι" και εξετάζει από την πλευρά των χρηστών των υπηρεσιών της συγκεκριμένης Δομής, μέσω ποιοτικής έρευνας η οποία διεξήχθη σε Δήμο της περιφερειακής ενότητας Πειραιά, σε ποιο βαθμό η συγκεκριμένη υπηρεσία επιτυγχάνει τους στόχους της, ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία ενώ διατυπώνονται και προτάσεις από τα μέλη για την αντιμετώπιση αδύνατων σημείων και την καλύτερη λειτουργία του εν λόγω Προγράμματος.

Λέξεις κλειδιά: Κατ' οίκον φροντίδα, Βοήθεια στο σπίτι, Ηλικιωμένοι, ΑΜΕΑ

Eleni Zyga

**Primary Home Care in Greece: The case of "Help At Home" Programme in
municipality of Nikaia - Ag. I. Rentis**

ABSTRACT

Over the last few decades the issue of population aging has assumed gigantic proportions and affects all European societies in various areas. Governments are requested to provide immediate solutions giving priority to health and social policies concerning the care of elderly people, which ultimately aim at ensuring their quality of life and the prevention of their social exclusion.

Within the framework of such actions, the need emerges to upgrade and evolve home care in all countries within the EU using new technologies and resourcing said actions with specialized and properly trained medical and paramedical practitioners and auxiliaries.

The reducing of disparities between the countries that offer home care and the existence of an integrated structure in every country could have a positive impact not only on issues related to gerontological policy and elderly rights but also on issues related to national health systems and key areas such as the economy and the labor market.

The present work deals with the issue of home care focusing on Programme of social care "Help At Home". It examines from the side of users of the service -through a qualitative research which was conducted in a suburban municipality of the regional unit of Piraeus-, the extent to which the specific service achieves its goals, responds to the needs of the elderly and people with disabilities while asking them to propose suggestions for the better functioning of the Programme.

Keywords: Home care, Help at home, Elderly, Handicapped

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης αντιμετωπίζουν σήμερα μια σημαντική δημογραφική πρόκληση: Τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού τους σε συνδυασμό με τη μείωση των γεννήσεων και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής.

Σύμφωνα με την Eurostat, τα ποσοστά των ηλικιωμένων διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων σε Ιταλία, Γερμανία και Ελλάδα είναι μεγαλύτερο του 1/5 του πληθυσμού καθώς για το 2014 τα ποσοστά κυμαίνονται στο 21,4%, 20,8% και 20,5% αντίστοιχα για την κάθε χώρα.

Η ταχεία γήρανση του πληθυσμού τίθεται ως μείζον ζήτημα στις ανεπτυγμένες χώρες σχετικά με την πολιτική υγείας τους και αυτό συμβαίνει λόγω του ότι, παράλληλα με την αύξηση του αριθμού των ατόμων τρίτης ηλικίας, αυξάνεται και η ζήτηση για παροχές φροντίδας. Έτσι, ακόμη και εάν παρατηρείται μια σειρά από οφέλη σε μια γηραιά κοινωνία, υπάρχουν ωστόσο και πολλές προκλήσεις, οι οποίες έχουν να κάνουν κυρίως με την εξεύρεση λύσεων σε μια σειρά από ζητήματα όπως οι υποστηρικτικές υπηρεσίες και η κατ' οίκον φροντίδα.

Το συγκεκριμένο ζήτημα έχει απασχολήσει πολύ τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς υπάρχει ομοφωνία στο ότι πρέπει να υπάρξει μια ολοκληρωμένη στήριξη για την ιδιαίτερα ευπαθή αυτή ομάδα του πληθυσμού, με σημαντικές όμως δυσκολίες κατά την υλοποίηση των ενεργειών τους.

Το αντικείμενο στο οποίο αναφέρεται η παρούσα εργασία αφορά το ζήτημα της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ σε επίπεδο κοινότητας.

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας, είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ωφελούμενων του Προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι», το οποίο εφαρμόζεται στο Δήμο Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη και συγκεκριμένα, αν το συγκεκριμένο Πρόγραμμα μέσω των παροχών που προσφέρει, επιτυγχάνει τους στόχους του, σε ποιο βαθμό καλύπτει

τις ανάγκες των ηλικιωμένων, καθώς επίσης και ο εντοπισμός δυσκολιών ή αδυναμιών του Προγράμματος.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας γίνεται αναφορά στον όρο της "κατ' οίκον φροντίδας", παρουσιάζονται οι δημογραφικές μεταβολές των τελευταίων ετών στην Ευρώπη καθώς και ζητήματα τα οποία σχετίζονται με το ολοένα και αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής των Ευρωπαίων πολιτών.

Στη συνέχεια γίνεται αναφορά σε σημαντικές δράσεις που υλοποιούνται για τους ηλικιωμένους πολίτες στην Ευρώπη και επισημαίνονται οι κυριότεροι παράγοντες εξαιτίας των οποίων κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για μια πιο ουσιαστική κοινωνική πολιτική και αποτελεσματικότερες πολιτικές υγείας.

Στα τελευταία κεφάλαια του θεωρητικού μέρους της εργασίας μας πραγματοποιείται εκτενής αναφορά στα καθεστώτα μακροχρόνιας φροντίδας και στον τομέα της κατ' οίκον φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων και των σύγχρονων δεδομένων στην Ευρώπη, αναλύοντας τα στοιχεία για την κάθε χώρα ξεχωριστά.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας που αποτελεί και το ερευνητικό κομμάτι παρουσιάζεται αναλυτικά το αντικείμενο και οι στόχοι, η μέθοδος που εφαρμόστηκε καθώς και τα αποτελέσματα-πορίσματα της έρευνας τα οποία συγκρίνονται και με προγενέστερες έρευνες πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα.

Τέλος, διατυπώνονται κάποιες προτάσεις πολιτικής οι οποίες στοχεύουν στην αναβάθμιση του τομέα της κατ' οίκον φροντίδας στην Ελλάδα.

ΚΕΦ. 1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ, ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

1.1. Ορισμοί

Σύμφωνα με την Waerness (1987), ο ορισμός της **"φροντίδας"** περιλαμβάνει *όλο το φάσμα των ανθρώπινων εμπειριών και αναφέρεται στην αίσθηση του προσωπικού ενδιαφέροντος για τους άλλους και την ανάληψη ευθυνών σχετικά με την ποιότητα ζωής τους.*

Στην φροντίδα κατ' οίκον, ο όρος *"φροντίδα"* έχει την έννοια της μέριμνας που παρέχεται στην οικία του ατόμου από επαγγελματίες έπειτα από επίσημη αξιολόγηση των αναγκών του (Genet et al, 2011).

Η **κατ' οίκον φροντίδα**¹ θέτει ως στόχο την ικανοποίηση της υγείας καθώς και των κοινωνικών αναγκών των ατόμων στην οικία τους με την παροχή κατάλληλης και υψηλής ποιότητας υγειονομικής φροντίδας και κοινωνικών υπηρεσιών από επίσημους ή ανεπίσημους φορείς με τη χρήση της τεχνολογίας, όταν κρίνεται σκόπιμο, στο πλαίσιο μιας ισορροπημένης και προσιτής συνεχούς φροντίδας (WHO, 1999, 2002).

Η **κατ' οίκον περίθαλψη** καλύπτει υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας και υποστήριξης σχετικά με τις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADL²), οικιακή βοήθεια και φροντίδα συμπεριλαμβανομένων της καθαριότητας και της κατ' οίκον σίτισης (OECD, 2008).

Η προσωπική φροντίδα όσο και η βοήθεια στο σπίτι μπορεί να παρέχεται ως επίσημη ή ανεπίσημη.

Ανεπίσημη (ή άτυπη) φροντίδα νοείται η φροντίδα που παρέχεται από μέλη της οικογένειας (συζύγους/συντρόφους ή άλλα μέλη του νοικοκυριού), φίλους, γείτονες ή εθελοντές και είναι συνήθως μη αμειβόμενη (Genet et al, 2011:290, OECD, 2005:17).

Η επίσημη φροντίδα (επίσημες υπηρεσίες) παρέχεται μέσω κάποιου είδους συμβατικής σχέσης (π.χ. από εργαζόμενους ενός οργανισμού) του δημόσιου ή του

¹ Ο όρος "κατ' οίκον φροντίδα", όπως αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία, εκλαμβάνεται διαφορετικά μεταξύ των χωρών (Tarricone & Tsouros, 2008) καθώς και οι υπηρεσίες που περιλαμβάνονται στην συγκεκριμένη έννοια, ποικίλλουν σημαντικά (Thomé, Dykes & Hallberg, 2003, Breedveld, 2004).

² Activities of Daily Living (Βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής)

ιδιωτικού τομέα, συμπεριλαμβανομένης της περίθαλψης που παρέχεται σε ιδρύματα όπως γηροκομεία, καθώς και σε άτομα που ζουν στο σπίτι από εκπαιδευμένους ή μη επαγγελματίες (Kraus et al, 2010) ενώ η "ιδρυματική φροντίδα" αναφέρεται στις υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται σε κάποιο ιδρυματικό πλαίσιο το οποίο αποτελεί και την κατοικία του αποδέκτη της φροντίδας (OECD, 2005:17).

Ο όρος **"μακροχρόνια φροντίδα"** (LTC) χρησιμοποιείται προκειμένου να περιγράψει τους πολλούς τρόπους μέσω των οποίων οι ηλικιωμένοι δέχονται φροντίδα και υποστήριξη. Ο ΟΟΣΑ ορίζει ως μακροπρόθεσμη φροντίδα: *"Μια σειρά υπηρεσιών για τα άτομα που εξαρτώνται από την συνεχή βοήθεια σχετικά με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής λόγω χρόνιων παθήσεων, φυσικής ή νοητικής αναπηρίας"* (OECD, 2005, Bettio & Solinas, 2009).

Για τον ΟΟΣΑ, η μακροχρόνια μέριμνα συνιστά ζήτημα διατομεακής πολιτικής το οποίο περιέχει ένα φάσμα υπηρεσιών για άτομα που εξαρτώνται από τη λήψη βοήθειας για τις βασικές καθημερινές δραστηριότητές τους σε διάρκεια εκτεταμένου χρονικού διαστήματος. Η μακροχρόνια μέριμνα μπορεί να περιλαμβάνει αποκατάσταση, βασική ιατρική αγωγή, κατ' οίκον νοσηλεία, κοινωνική φροντίδα, στέγαση και υπηρεσίες όπως οι μεταφορές, τα γεύματα, η επαγγελματική υποστήριξη και η παροχή βοήθειας σε ανθρώπους για τη διαχείριση της καθημερινής ζωής τους (European Commission, 2008).

Τέλος, στενά συνδεδεμένη με τη μακροχρόνια φροντίδα είναι και η έννοια του **"φροντιστή"**. Η πολυπλοκότητα ωστόσο του τρόπου με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα δημιουργεί εμπόδια κατά την ανάλυσή της ως έννοια: Μια από τις σημαντικές διαφορές στην ερμηνεία της έχει να κάνει με το αν η φροντίδα που παρέχει είναι έμμισθη ή άμισθη, επίσημη ή ανεπίσημη (Lyon & Glucksmann, 2008).

1.2. Το ζήτημα της γήρανσης του πληθυσμού

Οι ευρωπαϊκές χώρες καλούνται να αντιμετωπίσουν μια σημαντική αλλαγή στη δομή του πληθυσμού τους καθώς οι πολίτες πλέον ζουν περισσότερο και είναι πιο υγιείς σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες. Η μέση ηλικία στην ΕΕ-28 (Γράφημα 1, ΕΕ-28) αυξήθηκε από τα 35,4 χρόνια το 1991 στα 41,2 χρόνια το 2011 ενώ μέχρι το 2060 η τιμή της προβλέπεται να αυξηθεί στα 47,6 χρόνια, περίπου κατά 7 έτη υψηλότερη συγκριτικά με το 2011.

Πίνακας 1. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση (έτη 1980–2014)

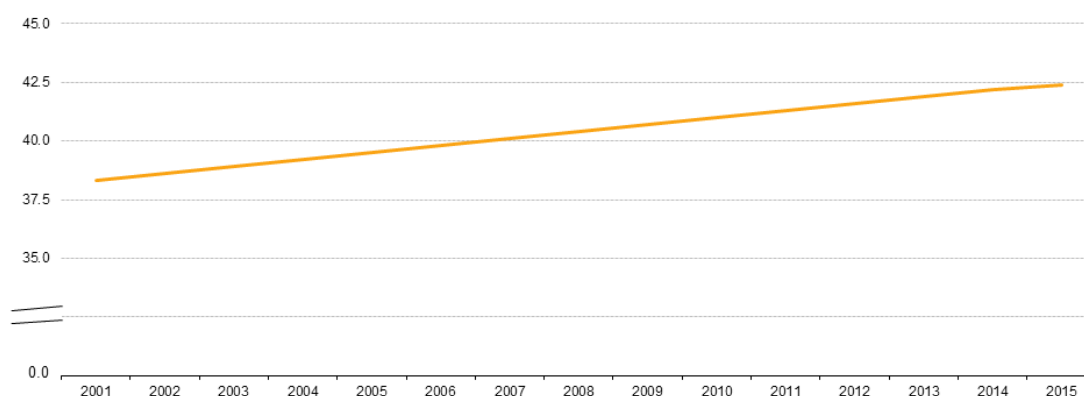
	Total					Males					Females				
	1980	1990	2000	2010	2014	1980	1990	2000	2010	2014	1980	1990	2000	2010	2014
EU-28 (*)	73.3	76.2	77.9	80.3	81.4	69.9	72.7	74.6	77.5	78.8	76.7	79.5	81.0	83.0	83.6
Belgium (*)	71.1	71.2	71.6	73.8	74.5	68.4	68.0	68.4	70.3	71.1	73.9	74.7	75.0	77.4	78.0
Bulgaria	70.4	71.5	75.1	77.7	78.9	66.9	67.6	71.6	74.5	75.8	74.0	75.5	78.5	80.9	82.0
Czech Republic	74.2	74.9	76.9	79.3	80.7	71.2	72.0	74.5	77.2	78.7	77.3	77.8	79.2	81.4	82.8
Denmark	73.1	75.4	78.3	80.5	81.2	69.6	72.0	75.1	78.0	78.7	76.2	78.5	81.2	83.0	83.6
Germany (*)	69.5	69.9	71.1	76.0	77.4	64.2	64.7	65.6	70.9	72.4	74.3	74.9	76.4	80.8	81.9
Estonia	75.3	74.8	76.6	80.8	81.4	72.1	74.0	75.5	78.0	79.3	77.7	79.2	83.1	83.5	83.5
Ireland	75.3	77.1	78.2	80.6	81.5	73.0	74.7	75.5	78.0	78.9	77.5	79.5	80.9	83.3	84.1
Greece	75.4	77.0	79.3	82.4	83.3	72.3	73.4	75.8	79.2	80.4	78.4	80.6	82.9	85.5	86.2
Spain	79.2	79.2	79.2	81.8	82.8	75.3	75.3	75.3	78.2	79.5	78.4	80.6	82.9	85.5	86.2
France (*)	77.1	77.1	77.1	82.2	83.2	73.8	73.8	73.8	79.5	80.7	80.3	82.8	84.7	85.6	85.6
Croatia	77.1	77.1	77.1	82.2	83.2	73.8	73.8	73.8	79.5	80.7	80.3	82.8	84.7	85.6	85.6
Italy	77.1	77.1	77.1	82.2	83.2	73.8	73.8	73.8	79.5	80.7	80.3	82.8	84.7	85.6	85.6
Cyprus	77.1	77.1	77.1	82.2	83.2	73.8	73.8	73.8	79.5	80.7	80.3	82.8	84.7	85.6	85.6
Latvia	77.1	77.1	77.1	82.2	83.2	73.8	73.8	73.8	79.5	80.7	80.3	82.8	84.7	85.6	85.6
Lithuania	70.5	71.5	72.1	73.3	74.7	65.4	66.4	66.7	67.6	69.2	75.4	76.3	77.4	78.9	80.1
Luxembourg (*)	72.8	75.7	78.0	80.8	82.3	70.0	72.4	74.6	77.9	79.4	75.6	78.7	81.3	83.5	85.2
Hungary (*)	69.1	69.4	71.9	74.7	76.0	65.5	65.2	67.5	70.7	72.3	72.8	73.8	76.2	78.6	79.4
Malta	70.4	77.1	78.2	81.0	81.8	68.0	73.8	75.6	78.9	80.0	72.8	80.2	80.7	83.6	84.2
Netherlands	72.7	75.8	78.3	80.7	81.7	69.0	72.3	75.2	77.8	79.2	76.1	79.0	81.2	83.5	84.0
Austria	71.5	74.1	76.8	80.1	81.3	67.9	70.6	73.3	76.8	78.0	74.9	77.5	80.4	83.2	84.4
Poland (*)	69.2	69.9	71.2	73.7	75.0	66.6	66.7	67.7	70.0	71.4	71.9	73.1	74.8	77.7	78.7
Portugal	73.9	76.2	79.8	81.2	82.2	69.8	69.8	72.2	76.4	78.2	77.8	79.9	83.1	84.1	84.1
Romania	70.4	71.1	73.3	75.6	77.0	66.7	66.7	69.2	71.8	73.3	74.4	75.7	77.5	79.3	80.5
Slovenia	73.7	75.1	77.8	80.2	81.3	69.2	71.0	74.2	76.9	78.4	78.0	79.0	81.2	83.5	84.1
Slovakia	75.8	77.7	79.8	81.6	82.3	72.8	74.8	77.4	79.6	80.4	79.0	80.5	82.0	83.6	84.2
Finland	78.0	78.0	78.0	80.6	81.4	75.5	75.5	75.5	78.6	79.5	78.6	80.5	82.0	83.6	84.2
Sweden	76.8	78.1	79.7	81.9	82.9	73.5	75.5	77.8	79.8	81.3	80.4	80.7	81.6	84.1	84.5
United Kingdom	75.8	76.6	78.8	81.2	82.2	72.4	73.4	76.0	79.0	80.1	79.3	79.9	81.5	83.3	84.2
Iceland	75.7	77.5	80.0	82.7	83.3	72.3	74.0	77.0	80.3	81.1	79.0	80.9	82.8	84.9	85.4
Liechtenstein	75.7	77.5	80.0	82.7	83.3	72.3	74.0	77.0	80.3	81.1	79.0	80.9	82.8	84.9	85.4
Norway	75.7	77.5	80.0	82.7	83.3	72.3	74.0	77.0	80.3	81.1	79.0	80.9	82.8	84.9	85.4
Switzerland (*)	75.7	77.5	80.0	82.7	83.3	72.3	74.0	77.0	80.3	81.1	79.0	80.9	82.8	84.9	85.4
Montenegro	75.7	77.5	80.0	82.7	83.3	72.3	74.0	77.0	80.3	81.1	79.0	80.9	82.8	84.9	85.4
FYR of Macedonia	75.7	77.5	80.0	82.7	83.3	72.3	74.0	77.0	80.3	81.1	79.0	80.9	82.8	84.9	85.4
Albania	75.7	77.5	80.0	82.7	83.3	72.3	74.0	77.0	80.3	81.1	79.0	80.9	82.8	84.9	85.4
Serbia (*)	75.7	77.5	80.0	82.7	83.3	72.3	74.0	77.0	80.3	81.1	79.0	80.9	82.8	84.9	85.4
Turkey	75.7	77.5	80.0	82.7	83.3	72.3	74.0	77.0	80.3	81.1	79.0	80.9	82.8	84.9	85.4

(^{*)} 2014: break in series.

([†]) 2000: break in series.

Source: Eurostat (online data code: demo_mlexpec)

Γράφημα 1. Μέση ηλικία στην ΕΕ-28



(*) 2009, 2011, 2012, 2014 and 2015: break in series. 2014 and 2015: estimate, provisional.
Source: Eurostat (online data code: demo_pjanind)

Το έτος 2014, περίπου το 18,5% του συνολικού πληθυσμού της ΕΕ-28 αποτελούνταν από άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, σε σύγκριση με τα δεδομένα του 1991, το οποίο αντιστοιχούσε σε 13,9%³ (Vancea & Sole-Casals, 2016).

Επίσης, στοιχεία που προκύπτουν από δημογραφικές μελέτες αναφέρουν ότι το 2050, το 1/3 του πληθυσμού της Ευρώπης θα είναι άνω των 60 ετών, σε σύγκριση με το 13% που θα είναι κάτω των 16 ετών. Ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών θα αυξηθεί κατά 44% μέχρι το 2050 ενώ ο αριθμός των υπερηλίκων άνω των 80 ετών αναμένεται να αυξηθεί κατά 180%.

Οι Ευρωπαίοι βρίσκονται ανάμεσα στα υψηλότερα επίπεδα του προσδόκιμου ζωής παγκοσμίως: 75,1 χρόνια για τους άνδρες και 81,4 για τις γυναίκες ενώ το προσδόκιμο ζωής ακολουθεί μια τάση αύξησης κατά μέσο όρο κατά 2,5 χρόνια ανά δεκαετία στην Ευρώπη [για μια πιο αναλυτική περιγραφή βλ. Παράρτημα].

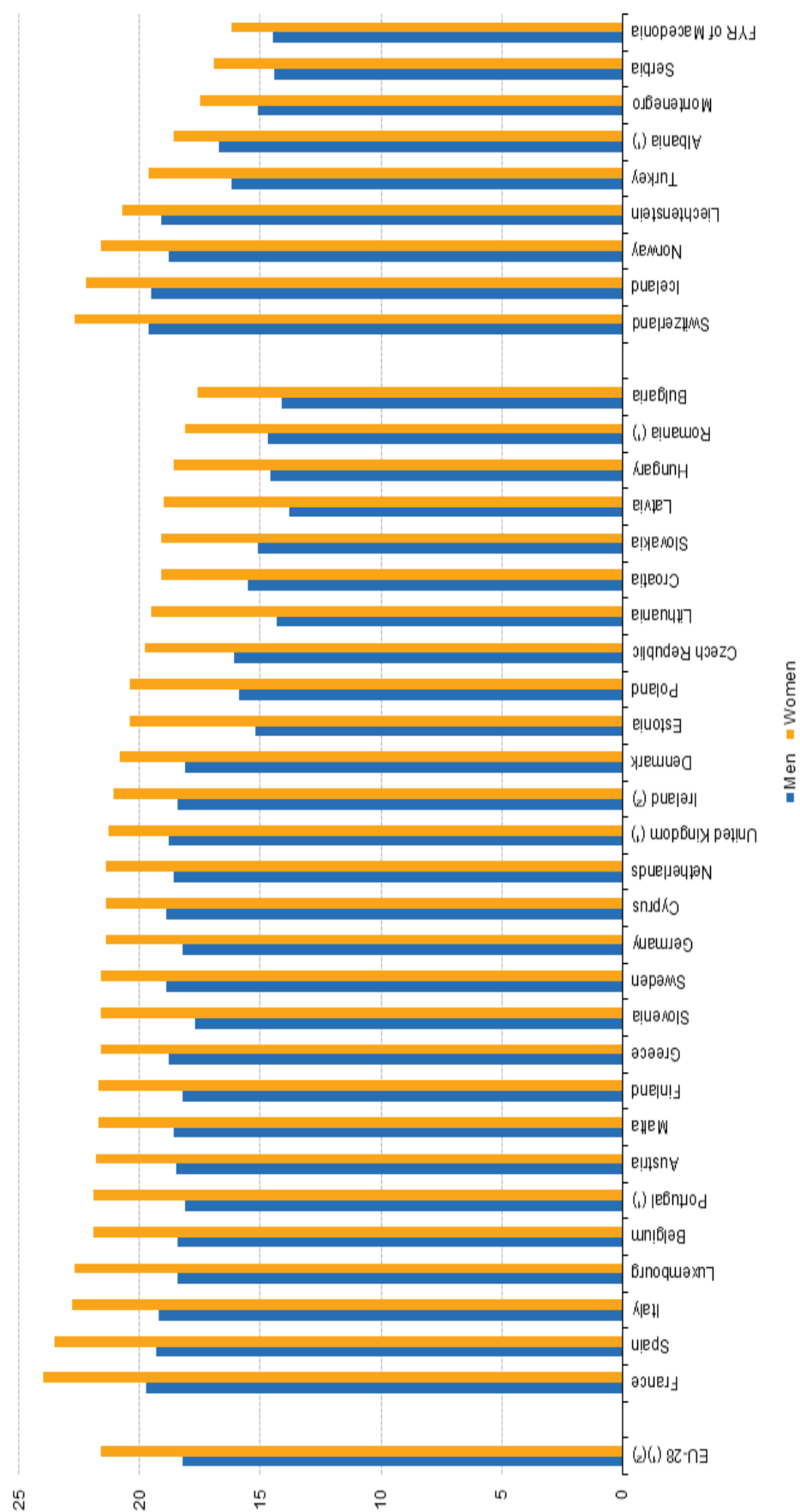
Υπάρχουν ωστόσο ολοένα αυξανόμενες ενδείξεις ότι οι πολίτες όχι μόνο ζουν περισσότερο αλλά επίσης είναι και πιο υγιείς ενώ θετικό είναι και το γεγονός του ότι τα ποσοστά αναπηρίας μεταξύ των ηλικιωμένων Ευρωπαίων μειώνονται (Wait & Harding, 2006).

³ Στην Ευρώπη καταγράφεται μια αύξηση της τάξης του 18.2% του ποσοστού των υπερηλίκων, δηλαδή των ατόμων άνω των 65 ετών ενώ αναφορικά με το προσδόκιμο ζωής, σημειώθηκε αύξηση κατά περίπου μια δεκαετία αγγίζοντας έτσι τα 82.5 έτη (Eurostat 2008, 2009).

Στατιστικά στοιχεία που έχουν προκύψει από μελέτες αναφέρουν ότι οι γυναίκες σημειώνουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής σε σχέση με τους άνδρες, φαινόμενο το οποίο προβλέπεται να συνεχιστεί και τις επόμενες δεκαετίες. Σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στο προσδόκιμο ζωής ανάμεσα στις χώρες αλλά και μεταξύ ανδρών και γυναικών τόσο κατά τη γέννηση όσο και στην ηλικία των 65 ετών και άνω (Πίνακας 1, Γράφημα 2).

Διαφορές επίσης σημειώνονται και σε άλλους τομείς αναφορικά με το προσδόκιμο ζωής στο εσωτερικό των χωρών και αφορά κυρίως τις ανισότητες που υφίστανται σχετικά με την κατανομή εισοδήματος, με τις οικονομικά ασθενέστερες ομάδες να σημειώνουν μικρότερο προσδόκιμο ζωής σε σχέση με τις ομάδες του πληθυσμού που έχουν μεγαλύτερα εισοδήματα, διαφορές οι οποίες στις περισσότερες περιπτώσεις αντανakλούν τις ανισότητες στην υγεία, ζήτημα το οποίο θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τον σχεδιασμό των υπηρεσιών φροντίδας (Bettio & Solinas, 2009).

Γράφημα 2. Προσδόκιο ζωής στην EU 28 για άτομα που βρίσκονται στην ηλικία των 65 ετών



(*) Estimates.

(*) Provisional.

Source: Eurostat (online data code: demo_mlexpec)

Πίνακας 2. Ποσοστό (επί τοις %) ανά ηλικιακή ομάδα στην Ευρώπη των 28 την τελευταία δεκαετία

	0–14 years old		15–64 years old		65 years old or over	
	2005	2015	2005	2015	2005	2015
EU-28 (*)	16.3	15.6	67.2	65.6	16.6	18.9
Belgium (*)	17.2	17.0	65.6	64.9	17.2	18.0
Bulgaria	13.7	13.9	68.9	66.2	17.4	20.0
Czech Republic	14.9	15.2	71.1	67.0	14.1	17.8
Denmark	18.8	17.0	66.1	64.4	15.0	18.6
Germany (*)	14.5	13.2	66.9	65.8	18.6	21.0
Estonia (*)	15.4	16.0	68.0	65.2	16.6	18.8
Ireland	20.7	22.1	68.2	64.9	11.1	13.0
Greece	15.1	14.5	66.7	64.5	18.3	20.9
Spain	14.5	15.2	69.0	66.3	16.6	18.5
France (*)	18.7	18.6	65.1	63.0	16.3	18.4
Croatia (*)	15.9	14.7	66.7	66.5	17.3	18.8
Italy	14.1	13.8	66.4	64.5	19.5	21.7
Cyprus	19.9	16.4	68.0	69.0	12.1	14.6
Latvia	15.0	15.0	68.4	65.6	16.6	19.4
Lithuania	17.1	14.6	67.1	66.6	15.8	18.7
Luxembourg (*)	18.6	16.7	67.3	69.2	14.1	14.2
Hungary (*)	15.6	14.5	68.8	67.6	15.6	17.9
Malta	17.6	14.3	69.0	67.2	13.3	18.5
Netherlands	18.5	16.7	67.5	65.4	14.0	17.8
Austria	16.1	14.3	67.9	67.2	15.9	18.5
Poland (*)	16.7	15.0	70.2	69.5	13.1	15.4
Portugal	16.0	14.4	66.8	65.4	17.2	20.3
Romania	17.5	15.5	68.4	67.5	14.2	17.0
Slovenia (*)	14.4	14.8	70.2	67.3	15.3	17.9
Slovakia	17.1	15.3	71.3	70.7	11.7	14.0
Finland	17.5	16.4	66.6	63.7	15.9	19.9
Sweden	17.6	17.3	65.2	63.1	17.2	19.6
United Kingdom	18.1	17.7	65.9	64.6	15.9	17.7
Iceland	22.3	20.4	65.9	66.1	11.8	13.5
Liechtenstein	17.6	15.1	71.3	68.9	11.1	16.0
Norway	19.7	18.0	65.6	65.8	14.7	16.1
Switzerland (*)	16.3	14.9	67.9	67.3	15.8	17.8
Montenegro (*)	20.8	18.5	66.7	67.8	12.5	13.7
FYR of Macedonia (*)	20.0	16.8	69.1	70.5	10.9	12.7
Albania	26.5	18.6	65.1	69.0	8.3	12.5
Serbia (*)	15.8	14.4	67.0	67.2	17.1	18.5
Turkey	27.5	24.3	65.9	67.8	6.7	8.0

(*) Break in time series in various years between 2005 and 2015.

(*) The population of unknown age is redistributed for calculating the age structure.

Source: Eurostat (online data code: demo_pjanind)

Οι εν λόγω δημογραφικές μεταβολές (Πίνακας 2) φαίνεται να επηρεάζουν τις κοινωνίες στο σύνολό τους και να έχουν ένα τεράστιο οικονομικό και κοινωνικό αντίκτυπο σε διάφορους τομείς⁴ ενώ η Ευρώπη αναζητά λύσεις προκειμένου αντιμετωπίσει το συγκεκριμένο φαινόμενο και τις επιπτώσεις που αυτό έχει στις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές δομές (Gabner & Conrad, 2010). Οι αλλαγές στη δημογραφική δομή του πληθυσμού της ΕΕ επηρεάζουν ιδιαίτερα έντονα την αγορά εργασίας⁵, τις οικογένειες και τα άτομα.

⁴ Αν και ο μεταναστευτικός παράγοντας είναι δυνατόν να επηρεάσει σημαντικά τη δυναμική του πληθυσμού των ευρωπαϊκών χωρών, είναι σχεδόν βέβαιο ότι από μόνος του δεν θα μπορέσει να αντιστρέψει τη συνεχιζόμενη γήρανση του πληθυσμού που καταγράφεται σε πολλά μέρη της Ε.Ε. (Eurostat, 2017).

⁵ Οι δημογραφικές αυτές αλλαγές θα οδηγήσουν σταδιακά την Ευρωπαϊκή περιφέρεια να καταγράψει 18 εκατομμύρια παιδιά και νέους λιγότερους από ό, τι σήμερα ενώ αναμένεται να λάβουν ιδιαίτερα έντονες πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις (European Economy, 2006).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή οργανώνει ένα ευρωπαϊκό φόρουμ για τη δημογραφία κάθε δύο χρόνια από το 2006 στο οποίο παρουσιάζονται οι τρέχουσες αναλύσεις και δράσεις προκειμένου να αναπτυχθεί η συνεργασία και η συζήτηση μεταξύ των κρατών μελών, τα ενδιαφερόμενα μέρη και τους εμπειρογνώμονες από όλη την Ευρώπη. Στο συγκεκριμένο φόρουμ παρουσιάζεται μια έκθεση σχετικά με τη δημογραφική κατάσταση στην ΕΕ η οποία περιέχει τα πιο σημαντικά γεγονότα και στοιχεία που σχετίζονται με τη δημογραφική αλλαγή και τη συζήτηση κατάλληλων στρατηγικών. Στην τελευταία έκθεση η οποία έλαβε χώρα τον Απρίλιο του 2012 αναφέρθηκε μια μικρή αύξηση στα ποσοστά γεννήσεων και μια αύξηση του προσδόκιμου ζωής σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Η Επιτροπή υπογράμμισε ακόμη στην έκθεση αυτή ότι θα ήταν ιδιαίτερα σημαντικό για τα επόμενα χρόνια να επωφεληθούν οι χώρες μέσα από τις μεγάλες δυνατότητες που δίνονται από τις δύο ταχύτερα αναπτυσσόμενες ομάδες του πληθυσμού, της τρίτης ηλικίας και των μεταναστών (COM-European Commission, 2011).

Οι κοινωνικές και οι οικονομικές αλλαγές ωστόσο οι οποίες σχετίζονται με τη γήρανση του πληθυσμού είναι πολύ πιθανό να επιφέρουν σοβαρές συνέπειες σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο και επισημαίνουν την αναγκαιότητα για σχεδιασμό και επανασχεδιασμό πολιτικών και στρατηγικών (European Commission, 2014).

Αυτή η δημογραφική μεταβολή παρουσιάζει ευκαιρίες αλλά και προκλήσεις (Berd & Bloom, 2015). Η πλειοψηφία των πολιτών φιλοδοξεί να ζήσει μια μακρά και υγιή ζωή και τα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για την κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική πραγματικότητα και να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και στην οικογενειακή ζωή.

Ωστόσο, η γήρανση του πληθυσμού είναι επίσης πιθανό να συνδέεται με το ολοένα και πιο συρρικνωμένο εργατικό δυναμικό και την υψηλότερη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, κοινωνικής φροντίδας και οικονομικών παροχών (συντάξεις - επιδόματα). Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι πολλές από τις προκλήσεις που συνδέονται με τη γήρανση του πληθυσμού μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσα από

Στατιστικά στοιχεία από την Πράσινη Βίβλο για τις δημογραφικές αλλαγές που σημειώθηκαν δείχνουν ότι μέχρι το 2030 θα υπάρχει έλλειψη περίπου 20.800.000 ανθρώπων σε ηλικία εργασίας στην ΕΕ ενώ η Ευρώπη θα έχει 18 εκατομμύρια παιδιά και νέους λιγότερους από ό,τι σήμερα (Gabner & Conrad, 2010:5) ενώ το έτος 2030 περίπου δύο ενεργά άτομα (15-65) θα πρέπει να επωμιστούν τη φροντίδα ενός ανενεργού ατόμου (άνω των 65 ετών).

την διαμόρφωση πολιτικών και ιδιαίτερα όσων αναφέρονται στην διατήρηση της καλής υγείας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (Berd & Bloom, 2015).

Τις περισσότερες φορές όμως, επικρατεί η τάση του να συγκεντρώνονται όλα τα άτομα άνω των 60 ετών σε μια ομοιογενή ομάδα, γεγονός το οποίο δυσκολεύει την ανάδειξη της ποικιλομορφίας του πληθυσμού των ηλικιωμένων και των ιδιαίτερων αναγκών και επιθυμιών τους, το οποίο θα βοηθούσε σε μεγάλο βαθμό στην καθοδήγηση των μελλοντικών πολιτικών για την υγεία.

Για παράδειγμα, ενώ μερικοί άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να επιθυμούν να συνεχίσουν να συμμετέχουν στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή σε παρόμοια επίπεδα με νεότερους ανθρώπους, λιγότερο υγιή άτομα της ίδιας ηλικιακής ομάδας μπορεί να χρήζουν ανάγκης κοινωνικής και υγειονομικής μέριμνας και να έχουν περιορισμένες δυνατότητες για οποιουδήποτε τύπου κοινωνικές δεσμεύσεις. Εξαιτίας της ποικιλομορφίας αυτής που τείνει να επικρατεί στον συγκεκριμένο τομέα, είναι ιδιαίτερα δύσκολο να διαμορφωθεί μια πολιτική η οποία θα συμπεριλαμβάνει στους κόλπους της τις ιδιαιτερότητες της συγκεκριμένης ομάδας του πληθυσμού σε ένα ενιαίο πλαίσιο (Berd & Bloom, 2015).

Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες του γηράσκοντος πληθυσμού κατά τον σχεδιασμό, την υλοποίηση και την οργάνωση των υπηρεσιών. Επίσης, μια ολοκληρωμένη προσέγγιση δημόσιας υγείας σχετικά με τη γήρανση του πληθυσμού - η οποία θα αντικατοπτρίζει τις ανάγκες, τις ικανότητες και τις φιλοδοξίες των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας καθώς και τα εναλλασσόμενα πλαίσια μέσα στα οποία λειτουργούν - κρίνεται απαραίτητη.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (EC) αναγνωρίζει την αξία των πολιτικών της «υγιούς γήρανσης». Αυτό έχει πραγματοποιηθεί μέσω της Συνθήκης της Λισαβόνας, της στρατηγικής αειφόρου ανάπτυξης, καθώς και της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού (Υγιή γήρανση στην Ευρώπη Συνέδριο, 2009) ενώ ως πρώτος στόχος της ευρωπαϊκής στρατηγικής για την υγεία τίθεται η *"προώθηση της καλής υγείας σε μια γηράσκουσα Ευρώπη"* (Bettio & Solinas, 2009).

Η προσπάθεια για παραμονή των ατόμων τρίτης ηλικίας στην κοινότητα συνιστά όπως αναφέρθηκε πρωτεύοντα στόχο ο οποίος μάλιστα βρίσκει ανταπόκριση (Vancea & Sole-Casals, 2016) στα ηλικιωμένα άτομα τα οποία δεν επιθυμούν να εγκαταλείψουν την οικία τους αν και οι ανάγκες τους έχουν αυξηθεί σημαντικά.

1.3. Προκλήσεις σχετικά με τη γήρανση του πληθυσμού στην Ευρωπαϊκή περιφέρεια: Γήρας, ζητήματα υγείας και κοινωνικός αποκλεισμός

1.3.1. Ζητήματα που σχετίζονται με το γήρας

Το γήρας συνιστά ένα παγκόσμιο φαινόμενο το οποίο συνήθως συνοδεύεται από μια σειρά ζητημάτων που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ηλικιωμένοι⁶, τα σημαντικότερα εκ των οποίων έχουν να κάνουν με αύξηση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας, την απώλεια της λειτουργικής κατάστασης, την εμφάνιση κοινών ψυχικών διαταραχών καθώς οι μισοί από τους ηλικιωμένους ασθενείς αναφέρουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους.

Πολλές φορές τα προβλήματα υγείας δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση που βιώνει το ηλικιωμένο άτομο λόγω του ότι αυτά ενδέχεται να οδηγούν σταδιακά σε δυσκολίες στην επικοινωνία, αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης ή άλλα ζητήματα που καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για νοσηλεία και μακροχρόνια φροντίδα (Parkar, 2015).

Η γήρανση είναι μια διαδικασία σταδιακής φθοράς και μείωσης των ικανοτήτων του ατόμου για ανεξάρτητη δράση και συμμετοχή σε καθημερινές δραστηριότητες. (Σταθόπουλος, 2015).

Η γήρανση δεν συνιστά μια ασθένεια από μόνη της, καθώς οι άνθρωποι όμως γερνούν, αυξάνεται η πιθανότητα για παρουσίαση χρόνιων παθήσεων, οι οποίες πολλές φορές συνυπάρχουν στο άτομο. Κι ενώ σε κάποιο βαθμό, οι ασθένειες αντιμετωπίζονται μέσα στα πλαίσια της κοινότητας και όχι σε νοσοκομεία οξείας νοσηλείας, η διαχείριση τους απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή με απώτερο στόχο τη μείωση της αναπηρίας και την ενίσχυση της ανεξαρτησίας τους (Wait & Harding, 2006).

⁶ Τα ηλικιωμένα άτομα όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία μπορούν να χωριστούν σε τρεις ομάδες πέρα από τον όρο *τρίτη ηλικία* που είναι ευρύτερα γνωστός: την *τρίτη ηλικία* (άτομα 65-74 ετών), την *τέταρτη ηλικία* (75-84) και την *πέμπτη ηλικία* (85 και άνω) (Σταθόπουλος, 2015:101).

Σύμφωνα με την European Commission (1999):

Οι ηλικιωμένοι αρρωσταίνουν πιο συχνά σε σχέση με τους νέους. Στις ασθένειες της τρίτης ηλικίας κυριαρχούν τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα και ιδιαίτερα οι ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος, οι νόσοι των αγγείων του εγκεφάλου, οι ψυχικές διαταραχές, η φυσική αναπηρία και οι πνευματικές διαταραχές που εμφανίζονται κυρίως στους ηλικιωμένους σε συνάρτηση με το γεγονός ότι οι ίδιοι είναι επιρρεπείς σε ατυχήματα.

Ενώ σχετικά με την χρονιότητα των νοσημάτων, οι ηλικιωμένοι γενικά χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να αναρρώσουν από μια ασθένεια και υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος οι ασθένειες να είναι χρόνιες. Η γεροντική άνοια για παράδειγμα συνιστά μια τυπική ασθένεια των ηλικιωμένων για την οποία χρειάζονται συχνά επαγγελματικές υπηρεσίες φροντίδας.

Ένα ακόμη σημαντικό ζήτημα έχει να κάνει με τον παράγοντα της "πολυνοσηρότητας". Τα άτομα της τρίτης ηλικίας κατά κανόνα πάσχουν από πολλές ασθένειες ταυτόχρονα και συνήθως χρησιμοποιούν περισσότερο τις υγειονομικές υπηρεσίες γιατί απαιτείται περισσότερος χρόνος προκειμένου να αναρρώσουν.

Ωστόσο, εκτός από τα προβλήματα που αφορούν τον τομέα της υγείας, υπάρχουν και άλλα ζητήματα κοινωνικής κυρίως φύσης. Αυτά αναφέρονται στο έντονο συναίσθημα της μοναξιάς που βιώνουν οι ίδιοι, στο χαμηλό βιοτικό επίπεδο, ιδιαίτερα έπειτα από την διακοπή της εργασίας τους και την ένταξη τους στην ομάδα των συνταξιούχων, την έλλειψη σεβασμού που παρατηρείται πολλές φορές σχετικά με τα δικαιώματά τους και το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού απέναντι στο οποίο οι ηλικιωμένοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι (Jehoel-Gisbers & Vrooman, 2008).

Εκτός από τα προβλήματα παθολογικής φύσης και ψυχικής υγείας που οι ίδιοι αντιμετωπίζουν, υπάρχουν και άλλοι κίνδυνοι που ενδέχεται να συνυπάρχουν. Τακτικές εκθέσεις Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (Μ.Κ.Ο.) και Οργανώσεων Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων αναφέρουν θέματα σχετικά με τις σοβαρές παραβιάσεις που παρατηρούνται εναντίον των δικαιωμάτων τους, οι οποίες λαμβάνουν χώρα είτε στην οικία τους, είτε σε πλαίσια ιδρυματικού τύπου στα οποία διαμένουν (Mental Health Europe, 2014). Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιου είδους παραβίασης αποτελεί η κακοποίηση των ηλικιωμένων η οποία παρατηρείται σε διάφορες μορφές, όπως: Σωματική κακοποίηση, ψυχολογική, σεξουαλική και οικονομική (WHO, 2016). Και ενώ το πρώτο είδος κακοποίησης, η σωματική/φυσική είναι πιο εύκολο να

εντοπιστεί, τα υπόλοιπα είδη κακοποίησης, αν και διαδεδομένα και εξίσου επικίνδυνα εντοπίζονται πιο δύσκολα. Ιδιαίτερα, η οικονομική εκμετάλλευση συνιστά μια αυξανόμενη ανησυχία για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ιδιαίτερα σε εποχές οικονομικής κρίσης που οικογένειες και άτομα αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες (Georgantzi, 2012).

Τέλος, ο τομέας της πρόληψης συνιστά επίσης ένα σημαντικό ζήτημα για την τρίτη ηλικία και τέταρτη ηλικία (ηλικιωμένους και υπερήλικες) καθότι εκλαμβάνεται και ως μια από τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Η σωματική δραστηριότητα για παράδειγμα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που οδηγεί σε «ευτυχισμένα γηρατειά» διότι το ζήτημα είναι όχι μόνο να ζεις πολύ σε έτη αλλά να ζεις και ποιοτικά (Pesic, 2007).

Η διατήρηση της ανεξαρτησίας, η μείωση της νοσηρότητας και η αύξηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής έχουν επίσης σημαντικές ευεργετικές επιδράσεις στη σωματική κατάσταση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (European Union Commission, 2010). Ακόμη και αν επρόκειτο για άτομα μη αυτοεξυπηρετούμενα, οι κοινωνικές δραστηριότητες συμβάλουν τα μέγιστα στην προσπάθεια για κοινωνική ένταξη των ηλικιωμένων ατόμων καθώς και σε άλλα ζητήματα στα οποία δεν δίνεται η σημασία που πρέπει, όπως το έντονο αίσθημα μοναξιάς που βιώνει η συγκεκριμένη ομάδα.

Οι προσπάθειες για αντιμετώπιση και διατήρηση των ηλικιωμένων ασθενών στην κοινότητα από την πολιτεία, συνάδει με την προτίμηση των περισσότερων ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, οι οποίοι προτιμούν να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους. Τα αιτήματά τους για ίση πρόσβαση σε κοινωνικούς πόρους ωστόσο γίνονται όλο και πιο έντονα (Vancea & Sole-Casals, 2016).

1.3.2. Δράσεις για ηλικιωμένους πολίτες στην Ευρώπη

Σε απάντηση προς τις παγκόσμιες τάσεις για την γήρανση, στα τέλη της δεκαετίας του 1990, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) στράφηκε σε μια θετική έννοια της γήρανσης του πληθυσμού, καθορίζοντας την υγιή και ενεργό γήρανση ως μια διαδικασία η οποία *"Επιτρέπει στους ανθρώπους να αξιοποιήσουν τις δυνατότητές τους για σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία σε όλη την πορεία της ζωής τους"*

σημειώνοντας παράλληλα κοινωνική συμμετοχή, ενώ οι ίδιοι θα λαμβάνουν επαρκή προστασία, ασφάλεια και φροντίδα όταν θα την χρειάζονται" (WHO, 2002).

Συνεπώς, ο όρος της "υγιούς γήρανσης" έχει πολλές διαστάσεις:

- Ανταποκρίνεται στις αυξανόμενες ανάγκες και προσδοκίες της γήρανσης του πληθυσμού για μια πιο ουσιαστική και αποτελεσματική προαγωγή της υγείας και των υπηρεσιών που σχετίζονται με αυτήν (υπηρεσίες υγείας, κοινωνικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης και της υποστήριξης για αυτοβοήθεια)
- Αναγνωρίζει το θεμελιώδες δικαίωμα του κάθε ατόμου στο να προσεγγίσει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας, ανεξάρτητα από την ηλικία του
- Λαμβάνει υπόψη όλο και περισσότερες ενδείξεις σχετικά με ελλείψεις όσον αφορά την ποιότητα και την πρόσβαση σε υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης (σε όλα τα επίπεδα: πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια)
- Η υγιή γήρανση συμβάλει σημαντικά στην κάλυψη του χάσματος στον τομέα της υγείας και της ευημερίας τόσο μεταξύ των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών ομάδων όσο και μεταξύ ανδρών και γυναικών
- Η "Υγιής Γήρανση" αλληλεπιδρά με τις πολιτικές κοινωνικής προστασίας για την αποτροπή του κινδύνου της φτώχειας μεταξύ των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, κίνδυνος ο οποίος εξακολουθεί να είναι διαδεδομένος στην Ευρώπη
- Η υγιής γήρανση μπορεί να συμβάλει στη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και πρόνοιας στον ευρωπαϊκό χώρο, ιδίως επιτρέποντας στους ανθρώπους σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες να παραμείνουν ενεργοί, αυτόνομοι και πλήρως ενσωματωμένοι στο κοινωνικό σύνολο

Συνθήκη Λισαβόνας και Χάρτης θεμελιωδών δικαιωμάτων για τους ηλικιωμένους

Η Συνθήκη της Λισαβόνας συνέβαλλε σημαντικά στην πρόοδο σχετικά με την προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων εφόσον προετοίμασε το έδαφος για την προσχώρηση της Ένωσης στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών.

Επιπλέον, μέσω της Συνθήκης αυτής πραγματοποιήθηκε η δέσμευση για την εφαρμογή του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων⁷ και διασφαλίστηκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση μια σειρά από αστικά, πολιτικά, οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα των οποίων ο χαρακτήρας ήταν δεσμευτικός όχι μόνο για τα όργανα της Ένωσης, αλλά και για τα κράτη μέλη κατά την εφαρμογή της νομοθεσίας της ΕΕ (Φεφές, 2017).

Αντικείμενο του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων είναι οι παραβιάσεις του επιπέδου δικαιωμάτων που αντίκεινται στη νομοθεσία της ΕΕ, περισσότερο από τις πιο συχνές μορφές παραβίασης των ατομικών δικαιωμάτων που λαμβάνει χώρα σε εθνικό επίπεδο.

Τα ζητήματα που αφορούν τους ηλικιωμένους έχουν να κάνουν με την αξιοπρέπεια, τις διακρίσεις ή την προσβασιμότητα στις κοινότητες τους, θέματα τα οποία δεν μπορούν εύκολα να τεθούν στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο (Mestheneos, 2011).

Παρ' όλα αυτά, η Ευρωπαϊκή Χάρτα θέτει σαφές ότι τα κράτη μέλη πρέπει να αναγνωρίζουν και να σέβονται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, συμπεριλαμβανομένων και των ηλικιωμένων που ανήκουν στις πιο ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού και των ανάπηρων ηλικιωμένων ώστε να ζήσουν μια αξιοπρεπή και ανεξάρτητη ζωή και να συμμετέχουν στην κοινωνική και πολιτιστική ζωή στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους.

Ένας από τους πιο σημαντικούς τρόπους με τον οποίο η ΕΕ, μέσω των θεσμικών της οργάνων, βοηθά στις πολιτικές που έχουν ως στόχο τους την βοήθεια προς τα ηλικιωμένα άτομα, αποτελεί και η προώθηση προτύπων προσβασιμότητας στη στέγαση, τις μεταφορές, το δομημένο περιβάλλον και τις δημόσιες εγκαταστάσεις (Mestheneos, 2011) τα οποία τις περισσότερες φορές μπορεί να προωθηθούν μόνο έμμεσα, μέσω των κανονισμών της ΕΕ οι οποίοι υπερασπίζονται την ανταγωνιστικότητα και τα ίσα δικαιώματα.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει ορίσει το 2012 ως το Ευρωπαϊκό Έτος για την Ενεργό Γήρανση. Έχει επίσης δημιουργηθεί ήδη από το 2010 μια πιλοτική ευρωπαϊκή

⁷ Ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν ενσωματώνεται απευθείας στη συνθήκη της Λισαβόνας, αλλά αποκτά νομικά δεσμευτικό χαρακτήρα μέσω του άρθρου 6, παρ. 1 ΣΕ, το οποίο προσδίδει στο χάρτη την ίδια νομική ισχύ με τις Συνθήκες (Sarah, 2016).

σύμπραξη για την Ενεργό και Υγιή Γήρανση με μια μεγάλη ομάδα ενδιαφερόμενων μερών η οποία προέρχεται από τις τοπικές και περιφερειακές κυβερνήσεις, τη βιομηχανία και τις ΜΚΟ, κάτι το οποίο είναι πολύ πιθανό ότι θα δώσει λύση σε θέματα προσβασιμότητας και υποστήριξης των ηλικιωμένων που εξαρτώνται από άλλα άτομα προκειμένου να παραμένουν στις δικές τους κοινότητες το οποίο και αποτελεί και έναν τρόπο προώθησης της υγιούς γήρανσης (Mestheneos, 2011).

Ο Αναθεωρημένος Χάρτης περιλαμβάνει δικαιώματα που προστίθενται σε εκείνα που περιέχονταν στον αρχικό χάρτη του 1961 τα οποία αναφέρονται σε μια σειρά από διατάξεις. Η συμπερίληψη των συγκεκριμένων αυτών διατάξεων είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα ηλικιωμένα άτομα καθώς ο Αναθεωρημένος Χάρτης αποτελεί ουσιαστικά και τη μόνη δεσμευτική συνθήκη περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων αυτών στα ιδρύματα.

Το άρθρο 23 συγκεκριμένα προβλέπει ότι κάθε ηλικιωμένο άτομο έχει το δικαίωμα για κοινωνική προστασία, και ότι τα ηλικιωμένα άτομα τα οποία ζουν σε ιδρύματα θα πρέπει να λαμβάνουν την κατάλληλη υποστήριξη, το σεβασμό της ιδιωτικής τους ζωής και να συμμετέχουν στις αποφάσεις που αφορούν τις συνθήκες διαβίωσης τους στο ίδρυμα (Bettio & Solinas, 2009).

Ενώ, με τις διατάξεις του άρθρου 23 αναλαμβάνεται η υποχρέωση λήψης κατάλληλων μέτρων ώστε τα ηλικιωμένα άτομα να παραμένουν όσο το δυνατόν περισσότερο ενεργά μέλη της κοινωνίας, με την εξασφάλιση επαρκών πόρων και ενημέρωσης για τις υπηρεσίες και τις διευκολύνσεις που προβλέπονται για αυτούς, καθώς επίσης να προσδιορίζουν ελεύθερα τον τρόπο ζωής τους με την εξασφάλιση κατάλληλων συνθηκών στέγασης, την προστασία της υγείας τους και την παροχή υπηρεσιών που είναι απαραίτητες για την κατάστασή τους (Σχέδιο Νόμου, 2015).

Πλατφόρμα AGE

Η Πλατφόρμα AGE (AGE Platform Europe, 2010a) είναι ένα ευρωπαϊκό δίκτυο μη κερδοσκοπικών οργανώσεων για άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών, η οποία έχει ως στόχο να εκφράσει και να προωθήσει τα συμφέροντα των 190 εκατομμυρίων πολιτών άνω των 50 ετών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και να αυξήσει την ευαισθητοποίηση για τα θέματα που τους αφορούν.

Η πλατφόρμα επικεντρώνεται σε ένα ευρύ φάσμα τομέων πολιτικής που έχουν αντίκτυπο σε ηλικιωμένους και συνταξιούχους. Αυτά περιλαμβάνουν θέματα της καταπολέμησης των διακρίσεων, της απασχόλησης των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας και της ενεργού γήρανσης, της κοινωνικής προστασίας, των μεταρρυθμίσεων του συνταξιοδοτικού συστήματος, της κοινωνικής ένταξης, της υγείας, της κακοποίησης των ηλικιωμένων, της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών, της έρευνας και της προσβασιμότητας στις δημόσιες μεταφορές, του δομημένου περιβάλλοντος και των νέων τεχνολογιών (ΤΠΕ) (AGE Platform Europe, 2010a).

Η Ευρωπαϊκού επιπέδου πλατφόρμα AGE, συνιστά μια Μη Κυβερνητική Οργάνωση που υποστηρίζεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Η ίδια στην πραγματικότητα συνιστά ένα δίκτυο 150 και περισσότερων εθνικών, περιφερειακών και ευρωπαϊκών οργανισμών και για τους ηλικιωμένους, με πάνω από 30 εκατομμύρια μέλη για το 2011, το οποίο ολόένα και περισσότερο προωθεί τα συμφέροντα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων στο σχεδιασμό της δημόσιας πολιτικής.

Με την ενεργό συμμετοχή των αντιπροσωπευτικών τους οργανώσεων σε ευρωπαϊκό, εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, και ιδίως σε ζητήματα προσβασιμότητας, η οργάνωση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο να εξασφαλίσει ότι τα διάφορα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα λαμβάνουν υπόψη και τις ιδιαίτερες ανάγκες του ηλικιωμένου πληθυσμού. Το 2011, η οργάνωση AGE σε συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Φόρουμ Αναπηρίας υπέγραψαν κοινή πρόταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για ένα Ευρωπαϊκό φόρουμ επιβατών για μια καλύτερη αστική κινητικότητα. (Mestheneos, 2011).

Με την υποστήριξη του Ευρωπαϊκού προγράμματος DAPHNE III, μια ομάδα εταίρων από 10 χώρες, υπό την ηγεσία της AGE έχουν δημιουργήσει έναν ευρωπαϊκό χάρτη για τα δικαιώματα και τις ευθύνες των ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας ως μέρος του σχεδίου EUSTACEA. Με αυτόν τον χάρτη, οι εταίροι της EUSTACEA επιδιώκουν να αναπτύξουν ένα κοινό πλαίσιο αναφοράς το οποίο θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση προκειμένου να προωθήσει την ευημερία και την αξιοπρέπεια των εξαρτημένων ηλικιωμένων. Ο οδηγός αυτός συμπληρωματικά συμπληρώνει τον χάρτη και απευθύνεται συγκεκριμένα σε φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων, σε κοινωνικές υπηρεσίες καθώς και σε φορείς χάραξης πολιτικής. Επίσης, περιλαμβάνει προτάσεις

και συστάσεις ως προς το πώς ο Χάρτης μπορεί να υλοποιηθεί (Age Platform Europe, 2010a, AGE-the European Older People's Platform, 2002).

Οι προτάσεις της Οργάνωσης AGE (European Older People's Platform) αναφέρονται παρακάτω ανάλογα με το που απευθύνονται:

Προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή: Την ανάπτυξη ευρωπαϊκών ποιοτικών προτύπων για τις υπηρεσίες της κοινότητας και τα ιδρύματα ώστε οι ηλικιωμένοι να μπορούν να απολαύσουν μία ζωή με αξιοπρέπεια σύμφωνα με το Άρθρο 25 του Ευρωπαϊκού Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, την συγκέντρωση στοιχείων στο πεδίο της κακοποίησης ηλικιωμένων με απώτερο στόχο την συνεισφορά στους σχεδιαστές πολιτικής προκειμένου οι ίδιοι να αξιολογούν την έκταση του προβλήματος, να προσδιορίζουν τις ανάγκες και να εξάγουν προτάσεις για την ανάπτυξη ενός επαρκούς νομικού ευρωπαϊκού πλαισίου, την προώθηση και ανταλλαγή καλών πρακτικών σχετικά με τα προγράμματα πρόληψης της κακοποίησης ηλικιωμένων και την αναγνώριση και τον οικονομικό υπολογισμό της εργασίας των "ανεπίσημων" φροντιστών στην Ε.Ε και στα κράτη-μέλη ώστε να γίνει κατανοητή η τεράστια συνεισφορά τους στην εθνική οικονομία και στην κοινότητα.

Τέλος, έργο της ακόμη είναι η ενθάρρυνση των κρατών-μελών για τον σχεδιασμό μέτρων προς όφελος των "ανεπίσημων", μη επαγγελματιών φροντιστών καθώς και η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης, εκπαίδευσης και κατάρτισης.

Προς τα Κράτη-Μέλη: Τη μέριμνα με στόχο την διασφάλιση για το ότι χρησιμοποιούνται επαρκή μέτρα πρόληψης καθώς και ρυθμίσεις σχετικές με την καταπολέμηση της βίας εναντίον των ηλικιωμένων ατόμων, την εξασφάλιση ποιοτικού ελέγχου και την παροχή επαρκούς χρηματοδότησης σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, την αύξηση της παροχής εκπαίδευσης και κατάρτισης των φροντιστών, την παροχή στήριξης στα θύματα καθώς και υπηρεσίες συμβουλευτικής στους εν δυνάμει θύτες.

Προς τις Οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών:

Την ανάπτυξη ενημερωτικών εκστρατειών σε θέματα βίας και κακοποίησης ηλικιωμένων, ενημερωτικών εκστρατειών στα θύματα καθώς και την δημιουργία ειδικών υποστηρικτικών ομάδων, τηλεφωνική υποστήριξη, παροχή στέγης καθώς και

νομική υποστήριξη και πληροφόρηση στους ευάλωτους ηλικιωμένους σχετικά με υπηρεσίες προστασίας και στήριξης που διατίθενται για αυτούς.

Προς τις Τοπικές Αυτοδιοικήσεις: Την ένταξη στην ημερήσια διάταξή τους το θέμα της κακοποίησης ηλικιωμένων και την υιοθέτηση προγραμμάτων καταπολέμησης της κακοποίησης και παροχής στήριξης στα θύματα. Επίσης, την υιοθέτηση μέτρων και την προώθηση, ενσωμάτωση και αναγνώριση της συνεισφοράς των φροντιστών, την ανάληψη δράσεων για την καταπολέμηση της κακοποίησης ηλικιωμένων που ζουν στο σπίτι ή σε ιδρύματα και την εξασφάλιση ότι όλοι οι ηλικιωμένοι ζουν υπό συνθήκες αξιοπρέπειας και σεβασμού καθώς και το συντονισμό των δράσεων σε συνεργασία με τις τοπικές ΜΚΟ (Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις), την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τα ηλικιωμένα άτομα σχετικά με το πως να συμπεριφέρονται στους φροντιστές τους έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η μέγιστη αυτονομία και ελευθερία τους.

Προς τους πολίτες: Την αναγνώριση και παράλληλα την ανάληψη κάποιων ενεργειών με στόχο την παρεμπόδιση της κακοποίησης των ηλικιωμένων, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν την αυξανόμενη απομόνωση των ηλικιωμένων και να κάνουν προσπάθειες ώστε να αναπτυχθούν κοινωνικές δομές στις γειτονιές και στις κοινότητές τους.

Συχνές επίσης είναι οι κινήσεις της αναπηρίας και των οργανισμών τους που έχουν στην πρώτη γραμμή τους την επιβολή, την πρακτική έγκριση της δημοσιότητας των προτύπων. Αυτό ενισχύθηκε από τη συμφωνία που υπήρξε στην Ευρωπαϊκή Ένωση ώστε να υπογράψουν τα 27 κράτη μέλη τη σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών σχετικά με τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες που τέθηκε σε ισχύ το 2008 (Mestheneos, 2011). Επιπλέον, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και Ομοσπονδίες σχετικές με τη γήρανση, συνεργάζονται με διάφορα κινήματα για την αναπηρία.

Ακόμη, μέσω των προγραμμάτων που χρηματοδοτεί η Ε.Ε., πραγματοποιούνται σημαντικές προσπάθειες οι οποίες είναι δυνατόν να προσαρμοστούν στις ανάγκες των ευπαθών ηλικιωμένων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία, συμπεριλαμβανομένων και καινοτομιών, κάνοντας χρήση των νέων τεχνολογιών. Υπάρχουν προγράμματα για τη βελτίωση του αστικού περιβάλλοντος, έργο των οποίων είναι να εξασφαλίσουν ότι τα πεζοδρόμια, τα μέσα μαζικής μεταφοράς και οι δημόσιες υπηρεσίες θα γίνονται όλο και πιο προσιτές και φιλικές προς τους χρήστες. ΜΚΟ σε εθνικό επίπεδο

μπορούν να συμμετέχουν στα σχέδια των κυβερνήσεων και των περιφερειακών και τοπικών πολιτικών. Σε επίπεδο Ε.Ε., η πλατφόρμα της Ευρώπης AGE τίθεται υπέρ στο να συμμετέχει σε προγράμματα εργονομίας και προσβασιμότητας (Ambient Assisted Living) (Mestheneos, 2011).

Ένα θετικό στοιχείο που προκύπτει από το κοινόχρηστο στοιχείο δεδομένων (Kohli et al, 2008) είναι ότι η ιδιοκατοίκηση στα σπίτια των ηλικιωμένων έχει αυξηθεί τα τελευταία έτη στα περισσότερα κράτη μέλη, γεγονός σημαντικό για το αίσθημα της ασφάλειας, των πόρων και της δυνατότητας για περισσότερες επιλογές (Mestheneos, 2011).

Έτσι, ο ρόλος μιας ΜΚΟ ευρωπαϊκού επιπέδου σαν την Ευρωπαϊκή πλατφόρμα AGE έγκειται στο να επηρεάσει αλλά παράλληλα και να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο όσον αφορά τις αλλαγές των εθνικών φορέων χάραξης πολιτικής της Ε.Ε. έτσι ώστε να υποστηρίξει και να δημιουργήσει πολιτικές και πρακτικές που θα επιτρέπουν στα ηλικιωμένα άτομα να παραμένουν ενεργοί πολίτες, γεγονός το οποίο απαιτεί ενδελεχή εξέταση των στρατηγικών οι οποίες προωθούν αλλαγές στα αστικά περιβάλλοντα έτσι ώστε να είναι πιο φιλικά για τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (ηλικιωμένους, AMEA). Ακόμη, έργο της θα πρέπει να είναι η διασφάλιση ότι τα ηλικιωμένα άτομα δεν ανήκουν στους πολίτες β' κατηγορίας (Mestheneos, 2011).

Ευρώπη 2020

Η ΕΕ προωθεί την τάση της ενεργού γήρανσης και για αυτό το λόγο είχε καθορίσει το έτος 2012 (W.H.O., 2012) ως *Ευρωπαϊκό έτος ενεργούς γήρανσης⁸ και αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών*. Μέσα από τη συγκεκριμένη δράση αναδείχτηκε το δυναμικό των ηλικιωμένων, προωθήθηκε η ενεργός συμμετοχή τους στην κοινωνία και την οικονομία και επιτεύχθηκε ο στόχος της μεταφοράς μιας θετικής εικόνας σχετική με τη γήρανση του πληθυσμού.

Η Ένωση καινοτομίας είναι μία από τις εμβληματικές πρωτοβουλίες της "Ευρώπης 2020". Μία από τις Ευρωπαϊκές καινοτομίες συνεργασίας που αφορούν την ενεργό και υγιή γήρανση. Στόχος της είναι η αντιμετώπιση των προκλήσεων που

⁸ Πρόκειται για την διαδικασία βελτιστοποίησης των ευκαιριών για υγεία, κοινωνική συμμετοχή και ασφάλεια προκειμένου να υπάρχει βελτίωση στην ποιότητα ζωής των ατόμων καθώς αυτά μεγαλώνουν (WHO, 2017).

συνεπάγεται η δημογραφική γήρανση, θέτοντας παράλληλα ως στόχο την αύξηση των ετών υγιούς βίου των πολιτών της ΕΕ (περίπου κατά 2 έτη) μέχρι το 2020.

Το 2012, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναφέρθηκε σε μια ανακοίνωση σχετικά με την έναρξη του σχεδίου "για τη στρατηγική εφαρμογή της Ευρωπαϊκής σύμπραξης καινοτομίας για δραστήρια και υγιή γηρατειά" (European Commission, 2012). Η εταιρική σχέση είχε ως στόχο: την προσπάθεια για μεγαλύτερη διάρκεια ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, και παράλληλα να είναι τα ίδια πιο υγιή και ανεξάρτητα· να υπάρξει βελτίωση στη βιωσιμότητα και την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας και περίθαλψης, ανάπτυξη καθώς και ευκαιρίες για επιχειρηματικότητα σε μια κοινωνία που γηράσκει.

Τα Διαρθρωτικά ταμεία της ΕΕ παρέχουν δυνατότητες για την υποστήριξη της έρευνας, της καινοτομίας και άλλων μέτρων για την ενεργό και υγιή γήρανση. Η Ενεργός γήρανση αποτελεί ένα σημαντικό τομέα των κοινωνικών επενδύσεων, όπως τονίζεται στην ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής «προς κοινωνικές επενδύσεις για την ανάπτυξη και τη συνοχή» (European Commission, 2012) και συνιστά, συνεπώς, μία από τις επενδυτικές προτεραιότητες του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ) και του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) κατά την περίοδο του προγραμματισμού 2014-20.

Έτσι, οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας οι οποίοι θα έχουν καλή υγεία, θα έχουν τη δυνατότητα να συνεχίσουν την εργασία τους ή να δραστηριοποιηθούν στην εθελοντική εργασία, ενώ άλλοι μπορεί να αποφασίσουν να συμμετάσχουν σε διάφορες κοινωνικές ομάδες, να συνεχίσουν να εκπαιδεύονται και να αναπτύσσουν νέες δεξιότητες ή να διαθέτουν τον ελεύθερο χρόνο τους για ταξίδια αναψυχής ή άλλες δραστηριότητες.

Καθώς το προσδόκιμο ζωής εξακολουθεί να αυξάνεται, οι περιορισμοί, οι αντιλήψεις, οι απαιτήσεις για συνταξιοδότηση αλλάζουν (Eurostat, 2016).

Η γήρανση του πληθυσμού θα μπορούσε να θεωρηθεί ως κίνδυνος ή αντίθετα θα μπορούσε να προσφέρει νέες ευκαιρίες στην κοινωνία, ανάλογα βέβαια σε ποιο βαθμό είναι η ίδια προετοιμασμένη να ανταποκριθεί στο συγκεκριμένο φαινόμενο.

Το να έρθει αντιμέτωπη βέβαια μια κοινωνία με τη συγκεκριμένη πρόκληση, επωφελούμενη παράλληλα από τις ευκαιρίες που προκύπτουν από τη γήρανση του πληθυσμού, συνιστά ένα γεγονός το οποίο την καλεί να αναζητήσει νέες προσεγγίσεις και να πάρει νέες αποφάσεις σχετικά με την κοινωνική και οικονομική της ζωή.

Επίσης, σε μια τέτοια κατάσταση φαίνεται και το κατά πόσο οι σχέσεις μεταξύ των γενεών είναι δομημένες.

Στα πλαίσια της στρατηγικής ανάπτυξης δεκαετούς στρατηγικής Ευρώπη 2020 που εγκρίθηκε τον Ιούνιο του 2010 (Eur-Lex, 2010), η γήρανση του πληθυσμού περιγράφεται τόσο ως μια πρόκληση και συγχρόνως μια ευκαιρία για μια έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη. Σε κάθε εμβληματική πρωτοβουλία της στρατηγικής, το θέμα της γήρανσης του πληθυσμού συμπεριλαμβάνεται στο Ψηφιακό θεματολόγιο για την Ευρώπη και την Ένωση Καινοτομίας, συνιστά προτεραιότητα και μάλιστα προτείνει λύσεις περί τεχνικής βοήθειας και υποστήριξης.

Το ψηφιακό θεματολόγιο θέτει ως στόχο την υλοποίηση υποβοηθούμενων περιβαλλόντων με τη βοήθεια της τεχνολογίας (Gabner & Conrad, 2010) τα οποία θα υποστηρίζονται από καινοτόμες υπηρεσίες, προϊόντα και διαδικασίες προσιτές σε όλους. Με σκοπό την προώθηση της ανεξάρτητης διαβίωσης για τους ηλικιωμένους πολίτες, οι περισσότερες προτάσεις βασίζονται στις ΤΠΕ⁹ (Eur-Lex, 2010).

Στην εμβληματική πρωτοβουλία της Ένωσης Καινοτομίας, λύσεις που βασίζονται σε αυτές τις τεχνολογίες τείνουν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην «Ευρωπαϊκή Σύμπραξη Καινοτομίας για την Ενεργό και Υγιή Γήρανση» ενώ ως στόχος της πρωτοβουλίας τίθεται το να επιτραπεί στους ανθρώπους να ζουν υγιείς, να είναι πιο ανεξάρτητοι καθώς και να εισαχθούν καινοτομίες στον τομέα της υγείας σε υψηλότερο βαθμό από ό, τι στο παρελθόν.

Οι άνθρωποι σε όλον τον κόσμο θα πρέπει να γερνούν με αξιοπρέπεια και ασφάλεια, απολαμβάνοντας έναν βίο που σέβεται όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις θεμελιώδεις ελευθερίες, στοιχεία τα οποία θα πρέπει να υποστηρίζονται εντός του πλαισίου σταθερών πολιτικών δέσμευσης και μιας βάσης η οποία σταδιακά θα περικλείει στοιχεία και γνώσεις που θα είναι ικανά να εξασφαλίσουν στο μέλλον μια αποτελεσματική ενσωμάτωση της παγκόσμιας γήρανσης με εκτεταμένες διαδικασίες ανάπτυξης.

Η καλύτερη λύση προκειμένου να επιτευχθεί ο ανωτέρω στόχος είναι οι αρμόδιοι σχεδιαστές να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις προκλήσεις που δημιουργεί η ανατροπή των δημογραφικών δεδομένων στις πολιτικές υγείας και την κοινωνική

⁹ Τεχνολογίες Πληροφορικής & Επικοινωνιών

πολιτική κάθε χώρας έτσι ώστε να μην υπάρχει μόνο αύξηση του προσδόκιμου ζωής αλλά και της ποιότητας ζωής.

1.3.3. Παράγοντες που εγείρουν την ανάγκη για μακροχρόνια περίθαλψη και κατ' οίκον φροντίδα

Οι κυριότεροι παράγοντες που επιτείνουν την ανάγκη για παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας και κατ' οίκον βοήθειας αφορούν ένα πλήθος εξελίξεων που έχουν να κάνουν αρχικά με τις δημογραφικές αλλαγές, τη γήρανση του πληθυσμού, την μεταβολή του δείκτη εξάρτησης, διάφορες επιδημιολογικές μεταβολές που έχουν παρατηρηθεί τις τελευταίες δεκαετίες (Alzheimer, ψυχικές ασθένειες, διαβήτης, καρδιοπάθειες, εγκεφαλοπάθειες, εγκεφαλικά, CA) κι ένα φάσμα κοινωνικών αλλαγών, με κυρίαρχη τη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας.

Άλλοι παράγοντες αναφέρονται στις πολιτικές επιλογές και τις προτεραιότητες που δίνονται στα διάφορα επίπεδα διακυβέρνησης (Αποϊδρυματοποίηση, λύσεις που παρέχονται από την τοπική κοινωνία) καθώς και αλλαγές που υφίστανται στη συμπεριφορά και τις προσδοκίες του ατόμου.

Ακόμη, όπως ήδη από την προηγούμενη δεκαετία αναφέρεται, μέσα στα επόμενα 40 χρόνια το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών στην Ευρωπαϊκή Ένωση θα διπλασιαστεί, από 17% για το 2005 σε 30% το 2050 (Alber & Fahey, 2004) και το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 80 ετών θα τριπλασιαστεί. Με μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής, αναμένεται να σημειωθούν υψηλότερα επίπεδα αναπηρίας και νοσηρότητας, τα οποία θα αυξήσουν τη ζήτηση για υπηρεσίες φροντίδας. Επιπλέον, η αυξημένη συμμετοχή των γυναικών στο εργατικό δυναμικό εκτός του ότι έχει οδηγήσει σε μείωση της γεννητικότητας, έχει συμβάλει και στην αύξησης της ζήτησης για υπηρεσίες επίσημης φροντίδας.

Τέλος, τα αυξημένα ποσοστά διαζυγίου και ο μεγάλος αριθμός των μονομελών νοικοκυριών κάνει, επίσης, την παροχή άτυπης φροντίδας πιο δύσκολη. Ωστόσο, η πλειοψηφία των άτυπων φροντιστών εξακολουθούν να είναι γυναίκες (Lethbridge, 2011).

Δίπλα στην άτυπη και επίσημη μέριμνα βλέπουμε τα τελευταία έτη να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και νέες μορφές φροντίδας.

Οι τεχνολογικές εξελίξεις, οι επιστημονικές καινοτομίες και η ανάπτυξη του τομέα της βιοϊατρικής τεχνολογίας οι οποίες είχαν καθοριστικό ρόλο στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο και στις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας παρέχοντας λύσεις υποστηρικτικής τεχνολογίας.

ΚΕΦ. 2 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

2.1. Εισαγωγικά στοιχεία

Διεθνώς, η φροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών αποτελεί έναν διαρκώς αναπτυσσόμενο τομέα, στόχος του οποίου είναι να ανταποκρίνεται στην αυξανόμενη ζήτηση για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών κατ' οίκον. Για την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου, δραστηριοποιούνται δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς, οι οποίοι στοχεύουν στην προαγωγή, την διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή (Holly et al, 2010).

Στην Ευρώπη η επίσημη κατ' οίκον φροντίδα παρέχεται κυρίως από δημόσιους φορείς ή μη κερδοσκοπικά ιδρύματα. Σε γενικές γραμμές, η παροχή φροντίδας εξαρτάται κυρίως από την ανάγκη για λήψη τέτοιου είδους βοήθειας και όχι από το εισόδημα. Ως εκ τούτου, τα άτομα με προβλήματα υγείας χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες που παρέχονται σε αυτούς με χαμηλό ή μηδενικό κόστος από το κράτος ή τις υπηρεσίες που καλύπτονται από την ασφάλιση τους.

Κι ενώ κάτι τέτοιο, πρακτικά θα σήμαινε ότι η μορφή της άτυπης φροντίδας (και κυρίως η στήριξη από παιδιά και το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον) θα ήταν απαραίτητη σε περιπτώσεις όπου η επίσημη μορφή φροντίδας κατ' οίκον θα υστερούσε διαθέσιμων υπηρεσιών ή στην περίπτωση που οι υπηρεσίες δεν θα ήταν επαρκώς στελεχωμένες, για τον λόγο ότι οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αντιμετωπίζουν περιορισμούς του προϋπολογισμού, η παροχή υπηρεσιών πολλές φορές είναι σε θέση να καλύψει ένα μέρος των αναγκών και αυτό διότι οι επίσημες αποφάσεις περί φροντίδας υλοποιούνται με βάση τις αρχές της λογιστικής και παρέχονται όταν δεν υπάρχει διαθεσιμότητα άτυπης φροντίδας.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, πολλές φορές να δίνεται προτεραιότητα στα μοναχικά άτομα και όχι σε αυτά που μπορούν να ωφεληθούν από άτυπα δίκτυα φροντίδας τα οποία στις περισσότερες περιπτώσεις δεν δικαιούνται να λάβουν υπηρεσίες επίσημης φροντίδας ανάλογες με εκείνους που δεν έχουν παιδιά, συγγενείς ή φίλους που μπορούν να αναλάβουν την φροντίδα τους (Holly et al, 2010).

Το ποσοστό του ΑΕΠ σχετικά με τις δαπάνες φροντίδας για όλες τις χώρες της Ευρώπης αναμένεται να κυμανθεί στα διπλάσια επίπεδα μέχρι το 2060, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 3. Ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την χρηματοδότηση της μακροχρόνιας περίθαλψης τα έτη 2007 και 2060, κάνοντας χρήση δυο σεναρίων με προβλέψεις για τα άτομα 65+ και 80+.

Ηπειρωτική Ευρώπη	%ΑΕΠ (2007)	% πληθ. 65+ (2008)	% πληθ. 65+ (2060)	% πληθ. 80+ (2008)	% πληθ. 80+ (2060)	2060 (προβλεπόμενο σενάριο 1)	2060 (προβλεπόμενο σενάριο 2)
Αυστρία	1.3	17	29	5	11	2.5	2.3
Βέλγιο	1.5	17	27	5	10	3.0	2.7
Γαλλία	1.4	17	26	5	11	2.3	2.1
Γερμανία	0.9	20	32	5	13	2.4	2.2
Ολλανδία	3.4	15	27	4	11	8.5	7.6
Σκανδιναβική περιοχή							
Δανία	1.7	16	25	4	10	3.8	3
Φιλανδία	1.8	17	28	4	11	4.5	4.2
Νορβηγία		15	25	5	10		
Σουηδία	3.5	12	36	3	13	6.0	5.5
Νότια Ευρώπη							
Ελλάδα	1.4	19	32	4	13	3.8	3.4
Ιταλία	1.7	20	33	5	15	3.1	2.8
Πορτογαλία	0.1	17	31	4	13	0.2	0.2
Ισπανία	0.5	17	32	5	14	1.4	1.3
Ηνωμένο Βασίλειο/Ιρλανδία							
Ιρλανδία	0.8	11	25	3	10	2.3	2.1
Ηνωμένο Βασίλειο	0.8	16	25	5	9	1.4	1.3
Κεντρική/Ανατολική Ευρώπη							
Βουλγαρία	0.2	17	34	4	13	0.4	0.4
Δημοκρατία της Τσεχίας	0.2	15	33	3	13	0.7	0.6
Εσθονία	0.1	17	31	4	11	0.2	0.1
Λετονία	0.4	17	34	4	12	0.9	0.9
Λιθουανία	0.5	16	35	3	12	1.1	1.0
Ουγγαρία	0.3	16	32	4	13	0.6	0.6
Πολωνία	0.4	13	36	3	13	1.2	1.1
Ρουμανία	0	15	35	3	13	0.1	0.0
Σλοβακία	0.2	12	36	3	13	0.6	0.6
Σλοβενία	1.1	16	33	4	14	3.0	2.8

Πηγή: European Commission/ Economic Policy Committee (2009)

Η Σουηδία και η Ολλανδία δαπανούν το μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ (3.4% και 3.5% αντίστοιχα) στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας.

Πολλές άλλες χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης δαπανούν λιγότερο από το 1.0%.

2.2. Ιστορικό πλαίσιο της κατ' οίκον φροντίδας στην Ευρώπη

Δεν υφίσταται ενιαία, ομοιόμορφη ιστορία της εξέλιξης των πολιτικών και των παροχών της κατ' οίκον φροντίδας στην Ευρώπη.

Η παροχή κατ' οίκον φροντίδας σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες στηρίχθηκε ιστορικά στην ανεπίσημη φροντίδα (κυρίως του οικογενειακού περιβάλλοντος), στον εθελοντισμό ή στην προσφορά της εκκλησίας.

Ο κεντρικός ρόλος της οικογένειας και τα εκτεταμένα δίκτυα συγγένειας στην παροχή υποστήριξης σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και άτομα με ειδικές ανάγκες αποτελεί κεντρικό ζήτημα σε όλα τα καθεστάτα ευημερίας. Μόνο κατά το τέλος του 19ου αιώνα παρατηρείται μια αυξανόμενη συμμετοχή του κράτους σε θέματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας χωρίς ωστόσο αυτό να σημαίνει ότι αντικαθιστά την προηγούμενη μορφή της άτυπης φροντίδας.

Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα, μεγάλης κλίμακας ιδρύματα και νοσοκομεία έγιναν η κυρίαρχη μορφή παροχής φροντίδας προκειμένου να υποστηριχθεί ένα ευρύ φάσμα από ομάδες, όπως ηλικιωμένοι, παιδιά, άτομα με ειδικές ανάγκες και άτομα με ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, η κριτική των επαγγελματιών και των καταναλωτών των πλαισίων αυτών αυξήθηκε κυρίως τη δεκαετία του 1950 σε όλη τη Δυτική Ευρώπη και τις σκανδιναβικές χώρες. Ενώ, ήδη από το 1960, πραγματοποιήθηκαν κάποιες ενέργειες οι οποίες αποσκοπούσαν στη μείωση του αριθμού των κλινών μακράς διάρκειας για ηλικιωμένους και παιδιά στα νοσοκομεία, να βελτιωθεί η κατ' οίκον φροντίδα και η κατ' οίκον νοσηλεία για ηλικιωμένους, παιδιά και άτομα με αναπηρία και να κλείσουν τα ψυχιατρεία μακράς διάρκειας. Οι παραπάνω πολιτικές αναφέρονται στις έννοιες της αποϊδρυματοποίησης, της κοινοτικής φροντίδας, της συνεχούς φροντίδας, της ολοκληρωμένης φροντίδας και τέλος της φροντίδας με έδρα το σπίτι.

Η κατ' οίκον φροντίδα στον Ευρωπαϊκό χώρο προωθήθηκε ως εναλλακτική λύση ή ως "αντικατάστατο" των καθιερωμένων διατάξεων για ιδρυματική φροντίδα. Μια σημαντική προσπάθεια που πραγματοποιήθηκε είχε να κάνει με τον σημαντικό ρόλο και την ενίσχυση της παροχής της άτυπης φροντίδας και της οικογενειακής φροντίδας μεταξύ αυτών των ομάδων. Στις συγκεκριμένες χώρες, όπως συμβαίνει και

στις Σκανδιναβικές χώρες και στην Αγγλία δεν υπήρχε μια ξεκάθαρη πολιτική μετατόπιση από την ιδρυματική φροντίδα στην οικογενειακή φροντίδα αλλά μια αλλαγή θέσης από την φροντίδα του ιδρυματικού πλαισίου στην επίσημη φροντίδα της κοινότητας και μόνο στη συνέχεια δόθηκε μεγάλη έμφαση στην φροντίδα που προερχόταν από το οικογενειακό περιβάλλον.

Οι διαδικασίες ιδρυματοποίησης και αποασυλοποίησης έλαβαν χώρα σε διαφορετικά χρονικά πλαίσια και ρυθμούς σε όλη την Ευρώπη ενώ και τα δύο συνιστούσαν πολύ πιο πρόσφατα φαινόμενα σε χώρες της νότιας και της ανατολικής Ευρώπης. Στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, για παράδειγμα, η ιδρυματική φροντίδα ήταν κυρίαρχη μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1990.

Προσθέτοντας στις παραδοσιακές μορφές φροντίδας στο σπίτι και τη νοσοκομειακή φροντίδα, τα συστήματα κατ' οίκον φροντίδας και κατ' οίκον νοσηλείας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποτελούν τις πιο πρόσφατες και σύνθετες μορφές παρέμβασης που αντικατοπτρίζουν τις εξελίξεις στην ιατρική και την τεχνολογία των πληροφοριών.

Όλες οι ευρωπαϊκές χώρες τονίζουν σήμερα τη σημασία της παροχής ενός ευρέος φάσματος φροντίδας για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, αλλά η ακριβής έννοια αυτού και οι προκλήσεις που ενδέχεται να αντιμετωπίσει η πολιτική κάθε χώρας ποικίλουν από χώρα σε χώρα, ανάλογα με το ιστορικό της πλαίσιο. Σε πολλές χώρες της νότιας Ευρώπης, για παράδειγμα, η επίσημη φροντίδα στο σπίτι δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί πλήρως, ενώ σε ορισμένες Σκανδιναβικές χώρες ο εθελοντικός τομέας είναι υποβαθμισμένος σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης.

Αυτές οι διαφορές εξηγούνται εν μέρει λόγω της διαφορετικής ιστορίας, των διαθέσιμων παροχών, του παραδοσιακού ρόλου του κράτους και της κοινωνίας των πολιτών αλλά και των εξελισσόμενων προσδοκιών σχετικά με το τι θα πρέπει να περιλαμβάνει η κατ' οίκον φροντίδα (Hutten & Kerkstra, 1996, Ehrenfeld, 1998).

Η ανάπτυξη της κατ' οίκον φροντίδας και της κατ' οίκον νοσηλείας συνδέεται με την εμφάνιση σύνθετων συστημάτων πρόνοιας, κοινωνικής ασφάλισης και υγειονομικής περίθαλψης που έχουν ακολουθήσει διαφορετική πορεία και πρότυπα χρηματοδότησης καθώς και διαφορετικές διατάξεις στο εσωτερικό της κάθε χώρας.

Σε αυτήν την πολυμορφία έρχονται να προστεθούν και άλλοι κυρίαρχοι κοινωνικοί και πολιτιστικοί θεσμοί του κάθε έθνους οι οποίοι διαδραματίζουν

σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των μεταρρυθμίσεων ευημερίας και στο σχηματισμό ενός «μείγματος» διαφόρων πολιτικών.

Αποτέλεσμα των παραπάνω συνιστά ένα πλούσιο μείγμα από προσεγγίσεις και στρατηγικές σχετικές με τη χρηματοδότηση, την οργάνωση και την παροχή των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας το οποίο βασίζεται σε φορολογικές διατάξεις, και του οποίου η ευθύνη κυμαίνεται σε δημοτικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο ενώ οι διαφορές που υφίστανται, έχουν να κάνουν κυρίως με τους περιορισμούς του τομέα της υγείας και της κοινωνικής μέριμνας καθώς και μεγαλύτερη ή μικρότερη πολιτική υποστήριξη αναφορικά με την άτυπη φροντίδα¹⁰.

2.3. Πολιτική για ηλικιωμένους στην Ευρώπη

Τα κεντρικά ζητήματα που βρίσκονται στο επίκεντρο της προσοχής της πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι η οικονομική ανάπτυξη, η καινοτομία και η απασχόληση. Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω του αυξημένου αριθμού των ευπαθών ηλικιωμένων ατόμων και των αυξημένων αναγκών τους για μακροχρόνια υποστήριξη έχει οδηγήσει τους Ευρωπαίους πολιτικούς ηγέτες και τους σχεδιαστές πολιτικής να αναζητούν λύσεις και να προβαίνουν στην διερεύνηση του βαθμού στον οποίο από κοινού οι χώρες της ΕΕ είναι εφικτό να ανταλλάξουν απόψεις και να προχωρήσουν μέσα στα πλαίσια ενός διαλόγου σε συνεργασία στη διατύπωση προτάσεων για την αντιμετώπιση των νέων αυτών προκλήσεων (Mestheneos, 2011).

Οι κυβερνήσεις της Ευρώπης ανησυχούν για την εξασφάλιση της διασφάλισης της ενεργούς συμμετοχής των ηλικιωμένων και μάχονται υπέρ της καταπολέμησης του φαινομένου του αποκλεισμού του αυξανόμενου αριθμού των ηλικιωμένων στη σύγχρονη κοινωνία, δίνοντας παράλληλα ιδιαίτερη έμφαση στην παροχή βοήθειας σε εκείνους που είναι αδύναμοι ή αντιμετωπίζουν κινητικά προβλήματα (Mestheneos, 2011).

¹⁰ Αυτή η προσδοκία της αύξησης της παροχής άτυπης φροντίδας έρχεται σε σύγκρουση με την Ευρωπαϊκή Στρατηγική για την απασχόληση και συγκεκριμένα την ατζέντα της Λισαβόνας, η οποία έχει θέσει ένα φιλόδοξο στόχο για την αύξηση των ποσοστών απασχόλησης των γυναικών στο 60% σε ολόκληρη την ΕΕ. Σε πολλές χώρες της ΕΕ τα ποσοστά συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό βρίσκονται κάτω από το 60%. Το οικονομικό κόστος των άτυπων φροντιστών μπορεί να είναι σημαντικό, ειδικά αν οι φροντιστές αναγκάζονται να διακόπτουν τη σταδιοδρομία τους ή να συνταξιοδοτηθούν νωρίς προκειμένου να παρέχουν φροντίδα στα αδύναμα μέλη της οικογένειας (Tarja, 2007).

Παρά τις διάφορες ισχυρές δηλώσεις από τους σχεδιαστές κοινωνικών δράσεων και τους πολιτικούς, από μερικές κυβερνήσεις και ΜΚΟ, εξακολουθούν ακόμη να υπάρχουν ερωτήματα σχετικά με το τι πραγματικά συμπεριλαμβάνεται στις συζητήσεις σχετικά με τις δράσεις για την υποστήριξη του να μεγαλώνει κάποιος στο περιβάλλον που επιθυμεί (Aging in Place)¹¹, δεδομένων των σημαντικών διαφορών σε εθνικό και τοπικό επίπεδο καθώς και για τις «ειδικές» περιπτώσεις.

Το φαινόμενο της Γήρανσης στο πλαίσιο της ΕΕ επικεντρώνεται κυρίως στην παροχή στήριξης και υπηρεσιών, σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ώστε να μπορέσουν να παραμείνουν στο οικείο τους περιβάλλον για όσο διάστημα είναι αυτό εφικτό ή σε κάποιο πλαίσιο το οποίο θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους και θα τους διατηρεί ενεργούς (Mestheneos, 2011).

Η επιτυχής κοινοτική φροντίδα ωστόσο εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα των κατάλληλων υπηρεσιών υποστήριξης των ανεπίσημων φροντιστών και την εφαρμογή των μηχανισμών ελέγχου της ποιότητας με έμφαση στην ικανοποίηση των χρηστών. Αν και οι επιπτώσεις είναι ακόμη νωρίς να υπολογιστούν - ωστόσο οι κυβερνήσεις και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής έχουν ήδη συμφωνήσει ότι θα πρέπει σύντομα να κάνουν σημαντικές αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται ο ολοένα και αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων που ζητούν επαρκή υποστήριξη και παράλληλα να απαιτήσουν την πλήρη συμμετοχή τους στις κοινωνίες (Mental Health Europe, 2014, European Commission, 2006).

Αποτελεί ωστόσο σύνηθες φαινόμενο, τα δεδομένα που υπάρχουν στην Ε.Ε. να μην είναι επαρκή ώστε να γίνουν κατανοητά τα εμπόδια για τους ηλικιωμένους σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης στις δικές τους κοινότητες κάτι το οποίο δεν οφείλεται στην έλλειψη πληροφοριών ή μη συγκέντρωσης δεδομένων ανά ηλικιακή ομάδα αλλά στο ότι εξαιτίας της ευπαθούς κατάστασής τους "χάνονται" μέσα στην ευρύτερη κοινότητα και περιθωριοποιούνται.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, αποτελούμενη από 27 κράτη μέλη με έναν αρκετά μεγάλο αριθμό περιφερειών και τοπικών αρχών, δεν έχει κατορθώσει να αναπτύξει

¹¹ Ο "Aging in place" είναι ένας όρος ο οποίος χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα άτομο το οποίο ζει στην κατοικία της επιλογής του για όσο καιρό είναι αυτό εφικτό καθώς γεννά, κάτι το οποίο προϋποθέτει το να υπάρχει η δυνατότητα να καλύψει τις ανάγκες του, οι οποίες ενδέχεται να διαφοροποιούνται με την πάροδο του χρόνου, μέσω υπηρεσιών ή άλλου είδους υποστήριξης (π.χ. άτυπα δίκτυα φροντίδας) (Age in Place Network, 2017).

μια κοινή στρατηγική για την αντιμετώπιση της δημογραφικής γήρανσης με όλες τις κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες που κάτι τέτοιο επιφέρει (Mestheneos, 2011).

Έτσι, αν και, όλα τα ευρωπαϊκά κράτη μέλη να έχουν φροντίσει να υπάρχει «κράτος πρόνοιας» σε κάποιο βαθμό, ωστόσο η ίδια η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν έχει την πολιτική ευθύνη για συνταξιοδοτική πολιτική, ούτε για την ανάπτυξη κοινών πολιτικών κοινωνικής πρόνοιας για τους εξαρτημένους και αδύναμους που χρήζουν ανάγκης υποστηρικτικών υπηρεσιών.

Ο σχεδιασμός, η χρηματοδότηση και διαχείριση της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών παραμένει πολιτική και οικονομική ευθύνη των εθνικών και των τοπικών κυβερνήσεων (Mestheneos, 2011).

Η παροχή άτυπης φροντίδας από τα ενήλικα παιδιά είναι μια σημαντική μορφή μακροχρόνιας φροντίδας για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Η άτυπη φροντίδα μπορεί να μειώσει τη χρήση της επίσημης φροντίδας εάν την υποκαθιστά ή να ενισχύσει τη χρήση της στην περίπτωση που αυτή είναι συμπληρωματική (Holy et al, 2010).

Αυτό βέβαια έρχεται σε αντίθεση με την επιθυμία των ατόμων με αναπηρία και των ηλικιωμένων καθότι τα στοιχεία δείχνουν ότι τα άτομα με αναπηρία και οι ηλικιωμένοι έχουν την τάση να μην είναι και τόσο θετικοί σχετικά με την αποδοχή της φροντίδας η οποία παρέχεται από κάποια ιδρυματική δομή ή από άλλη μορφή επίσημης φροντίδας και πολλές φορές επιδιώκουν να συνεχίσουν να λαμβάνουν φροντίδα από την οικογένεια τους ή άλλους άτυπους φροντιστές (WHO, 2008).

Οι μεταβολές που έπονται των νεότερων κοινωνικο-δημογραφικών τάσεων και η κινητικότητα αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις ανάγκες για κατ' οίκον φροντίδα.

Η διάλυση της παραδοσιακής, μεγάλης οικογένειας και πλήθος άλλων κοινωνιολογικών φαινομένων, όπως η αστικοποίηση, είναι κάποια από τα φαινόμενα που φαίνεται ότι δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση.

Κι έτσι, ενώ σε αγροτικές περιοχές, πολλές οικογένειες ζουν πολλές γενεές μαζί κάτω από την ίδια στέγη (συγκροτώντας ένα νοικοκυριό) και συμβάλουν στη φροντίδα των μελών της οικογένειάς τους, της φροντίδας των ηλικιωμένων ή των

αναπήρων μελών της, στις αστικές κοινότητες, αντιθέτως, στις περισσότερες περιπτώσεις οι συνθήκες διαφέρουν, καθώς σε αυτές, κυρίως λόγω επαγγελματικών υποχρεώσεων, οι νεότερες γενιές συχνά διαμένουν σε διαφορετική οικία από των γονιών τους και συνήθως βρίσκονται και σε μακρινή χιλιομετρική απόσταση από αυτούς.

Έτσι, λόγω αυτού του γεγονότος και άλλων συγκυριών, το οικείο περιβάλλον αδυνατεί να προσφέρει σε πολλές περιπτώσεις, φροντίδα σε συγγενείς ή φίλους με αποτέλεσμα, η ευθύνη και η προσπάθεια για εξεύρεση λύσης για το άτομο που χρήζει φροντίδας να μετατίθεται σε εθνικό, περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο διακυβέρνησης όπου η κατ'οίκον φροντίδα εφαρμόζεται στην πράξη (Economic Policy Committee & the European Commission, 2006).

Εντούτοις, όσο και εάν εθνικοί και τοπικοί φορείς κάνουν προσπάθειες για την προστασία και την κάλυψη των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία, οι αλλαγές στις ανάγκες που προκύπτουν κάθε φορά και αναδύονται μέσω των κοινωνικών δομών, απαιτούν μια διαφορετική προσέγγιση της πολιτικής των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών.

2.4. Ευρωπαϊκά καθεστώτα μακροχρόνιας φροντίδας

Είναι αποδεκτό παγκοσμίως ότι τα συστήματα υγείας πρέπει να ανταποκρίνονται στις προκλήσεις του μεταβαλλόμενου κόσμου. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι σε θέση να πετύχει κάτι τέτοιο σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2008).

Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Hofmarcher et al., 2007).

Όσον αφορά στην Ευρώπη, περίπου το 20% του πληθυσμού με χρόνια προβλήματα υγείας ηλικίας 65 ετών και άνω που ζουν σε ευρωπαϊκές χώρες λαμβάνει μακροχρόνια περίθαλψη σε ένα ίδρυμα και περίπου 30% επίσημη φροντίδα στο σπίτι. (European Central Bank Monthly Bulletin, 2006, Giannakouris, 2008). Το υπόλοιπο 50% είτε δεν δέχεται κανενός είδους φροντίδα, είτε λαμβάνει ανεπίσημη φροντίδα από το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον.

Όπως προβλέπεται, η κατάσταση αυτή θα είναι πιο δύσκολη στην Ευρώπη τις επόμενες δεκαετίες καθώς ο πληθυσμός με λειτουργικές δυσλειτουργίες ενδέχεται να αυξηθεί περίπου κατά 120%. Για αυτό το λόγο έχει δοθεί και έμφαση στην κοινωνική φροντίδα.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες σε πολλές χώρες σε όλη την Ευρώπη έχουν αναπτυχθεί στρατηγικές για την υποστήριξη των υπηρεσιών με βάση την κοινότητα, σε μια προσπάθεια να αντικατασταθούν τα παραδοσιακά μοντέλα φροντίδας. Ωστόσο, οι διαφορές στις ανάγκες, οι διαφορετικές προσεγγίσεις και τα επίπεδα δέσμευσης έχουν οδηγήσει σε ποικίλα αποτελέσματα και ρυθμό προόδου. Περίπου 1,2 εκατομμύρια άνθρωποι εξακολουθούν να ζουν σε ιδρύματα στην Ευρώπη (Mansell et al., 2007). Επιπλέον, τα ζητήματα που ανακύπτουν λόγω της ύπαρξης ανισοτήτων σε πολιτιστικό και νομοθετικό υπόβαθρο, καθιστά το δρόμο προς την αποϊδρυματοποίηση ακόμη πιο δύσκολο.

Τα Ευρωπαϊκά κράτη χαρακτηρίζονται από μία ευρεία ποικιλία προσεγγίσεων αναφορικά με την υλοποίηση υπηρεσιών φροντίδας, γεγονός που τις καθιστά ιδιαίτερα δύσκολες κατά την διαδικασία σύγκρισής τους. Σε μια προσπάθεια γεφύρωσης, οι Nies et al (2013) πρότειναν μια τυπολογία η οποία συμβάλλει στη μείωση της πολυπλοκότητας των συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας.

Οι ίδιοι διακρίνουν την μακροχρόνια φροντίδα σε τέσσερις "ιδανικούς τύπους":

Λαμβάνοντας υπόψη τρεις βασικές διαστάσεις για την ταξινόμηση των ευρωπαϊκών συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας (Πίνακας 4): τη ζήτηση για φροντίδα, την παροχή της άτυπης φροντίδας και την παροχή υπηρεσιών επίσημης φροντίδας.

Πίνακας 4. Τυπολογία των ευρωπαϊκών καθεστώτων μακροχρόνιας φροντίδας

	Ζήτηση για φροντίδα	Παροχή άτυπης φροντίδας	Παροχή τυπικής φροντίδας	Χώρες
Πρότυπο μείγμα φροντίδας (Standard care mix)	Υψηλή	Μέτρια/Χαμηλή	Μέτρια	Γερμανία, Αυστρία, Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο
Παγκόσμιο-Σκανδιναβικό (Universal-Nordic)	Μέτρια	Χαμηλή	Υψηλή	Σουηδία, Δανία, Ολλανδία
Οικογενειοκεντρικό πρότυπο παροχής φροντίδας (Family-based)	Υψηλή	Υψηλή	Χαμηλή	Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Ελλάδα ¹²
Μεταβατικό (Transition)	Μέτρια	Υψηλή	Μέτρια/Χαμηλή	Λετονία, Πολωνία, Ουγγαρία, Ρουμανία, Σλοβακία, Τσεχική Δημοκρατία

Πηγή: Lamura (2007) & Nies et al (2013)

Παρά το γεγονός ότι οι χώρες έχουν αποκλίνει αισθητά την πορεία τους προς την αποϊδρυματοποίηση, μπορούμε να μάθουμε πολλά από τις εμπειρίες τους και από τα παραδείγματα των στρατηγικών και μοντέλων τα οποία αποδείχθηκαν ότι είναι αποτελεσματικά. Αυτή η σύντομη πολιτική παρουσιάζει μια τυπολογία των καθεστώτων μακροχρόνιας φροντίδας και προτείνει τέσσερις περιπτωσιολογικές μελέτες για να διδάξουν: Αυστρία (Πρότυπο μείγμα φροντίδας), τη Σουηδία (Παγκόσμιο-Σκανδιναβικό), την Ιταλία (Οικογενειοκεντρικό) και την Τσεχική Δημοκρατία (Μεταβατικό). Σε κάθε περίπτωση, παρακολουθούμε την πολυπλοκότητα και τις προκλήσεις της αποϊδρυματοποίησης στο πλαίσιο των μακροπρόθεσμων σχεδίων περίθαλψης για τους ηλικιωμένους. Επειδή όμως υπάρχουν διαφορές όσον αφορά στα συστήματα υγείας κάθε χώρας, ενδεικτικά παρουσιάζουμε τους τύπους παροχής υπηρεσιών ανά χώρα (Πίνακας 5).

¹² Το ελληνικό σύστημα υγείας, από πλευρά οργάνωσης, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως "μικτό" σύστημα λόγω του ότι οι παροχές και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνουν στοιχεία τόσο των εθνικών συστημάτων τύπου Beveridge όσο και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck ενώ παράλληλα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και ο ιδιωτικός τομέας (Οικονόμου, 2004:223).

Πίνακας 5. Τύποι παροχής υπηρεσιών ανά χώρα (% των ωφελοούμενων)

Ηπειρωτική Ευρώπη	%ΑΕΠ (2007)	Ιδρυματική φροντίδα % του συνόλου των δικαιούχων	Κατ' οίκον φροντίδα % του συνόλου των δικαιούχων	Άτυπη/Καθόλου φροντίδα % του συνόλου των δικαιούχων	% πληθ. 65+
Αυστρία	1.3	5	23	72	17
Βέλγιο	1.5	30	33	36	17
Γαλλία	1.4	24	23	53	17
Γερμανία	0.9	15	28	56	20
Ολλανδία	3.4	20	80	0	15
Σκανδιναβικές χώρες					
Δανία	1.7	56	34	50	19
Φιλανδία	1.8	23	25	52	17
Νορβηγία					15
Σουηδία	3.5	30	70	0	12
Νότια Ευρώπη					
Ελλάδα	1.4	15	34	50	19
Ιταλία	1.7	6	14	80	20
Πορτογαλία	0.1	9	21	70	17
Ισπανία	0.5	11	11	78	17
Ηνωμένο Βασίλειο/Ιρλανδία					
Ιρλανδία	0.8	24	55	21	11
Ηνωμένο Βασίλειο	0.8	16	42	42	16
Κεντρική/Ανατολική Ευρώπη					
Βουλγαρία	0.2	14	30	57	17
Δημοκρατία της Τσεχίας	0.2	19	44	37	15
Εσθονία	0.1	6	8	86	17
Λετονία	0.4	6	6	88	17
Λιθουανία	0.5	18	4	77	16
Ουγγαρία	0.3	8	7	85	16
Πολωνία	0.4	4	0	96	13
Ρουμανία	0	11	15	74	15
Σλοβακία	0.2	0	12	88	12
Σλοβενία	1.1	13	18	69	16

Πηγή: European Commission/ Economic Policy Committee (2009)

Οι τοπικές διοικητικές αρχές και οι Δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη ρύθμιση / εποπτεία των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Οι δημοτικές αρχές είναι υπεύθυνες για την οργάνωση της υγείας και των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Η πλειονότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από το δημόσιο τομέα χρηματοδοτείται μέσω της φορολογίας. Οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας καλύπτουν οίκους ευγηρίας και ιδιωτικών κατοικιών, την προστατευόμενη στέγαση,

με την υποστήριξη της στέγασης και την παροχή υπηρεσιών οικιακής βοήθειας. Περίπου το ένα τέταρτο των υπηρεσιών αυτών παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα. Υπάρχουν ωστόσο προτάσεις για τη στελέχωση τους σε διάφορα επίπεδα ανάλογα με τον αριθμό των ατόμων.

Η Σουηδία (3,4%) και η Ολλανδία (3,5%) δαπανούν το μεγαλύτερο% του ΑΕΠ για μακροχρόνια φροντίδα. Πολλές άλλες χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης δαπανούν λιγότερο από 1,0% του ΑΕΠ παροχές μακροχρόνιας φροντίδας. Το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 65+ σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες είναι πάνω από 10%, με τη Γερμανία και την Ιταλία να καταγράφουν ένα ποσοστό της τάξης του 20% ηλικίας άνω των 65, ενώ το ποσοστό του πληθυσμού των υπερηλίκων 80 ετών και άνω με υψηλά επίπεδα μόνιμης εξάρτησης, αναμένεται να αυξηθούν τουλάχιστον κατά 10% τα επόμενα έτη (Lethbridge, 2011).

Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει μια μεγάλη ερευνητική παράδοση στο ζήτημα της αξιολόγησης των αναγκών των ηλικιωμένων σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Challis και Hughes, 2002). Ωστόσο, στο Ηνωμένο Βασίλειο και οι οικογενειακοί βοηθοί δικαιούνται να λάβουν την υποστήριξη που δικαιούνται ανάλογα με την αξιολόγηση των αναγκών τους (HMSO, 1995). Έρευνα ωστόσο που πραγματοποιήθηκε στη συγκεκριμένη χώρα, αναφέρεται σε ελλείψεις στις διαδικασίες αξιολόγησης και ζητήματα που προκύπτουν σχετικά με θέματα τεκμηρίωσης (Janlon, 2006). Η Δανία, η Ιρλανδία και η Ιταλία δεν διαφέρουν μόνο στο δημόσιο ή στο ιδιωτικό σύστημα της παροχής μακροχρόνιας φροντίδας, αλλά και στην ισορροπία μεταξύ της φροντίδας στην κοινότητα και την ιδρυματική φροντίδα. Στη Δανία το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας παρέχεται από δημόσιο ή ιδιωτικό πάροχο, κυρίως μέσω των τοπικών αρχών που φέρουν και την τελική ευθύνη, ενώ η χρηματοδότηση προκύπτει και εδώ από τη γενική φορολογία (Bettio & Solinas, 2009).

Η Ιταλία δεν έχει έρθει αντιμέτωπη με τις προκλήσεις της αποϊδρυματοποίησης, διότι ο τομέας ιδρυματικής περίθαλψης είναι παραδοσιακά χαμηλότερος σε σχέση με τις ανάγκες. Το τρέχον ποσοστό της ιδρυματοποίησης των περίπου 2% είναι περισσότερο από δύο φορές χαμηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Αυτό οφείλεται στην τεράστια συμβολή των νοικοκυριών τα οποία στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό σε ισχυρούς πολιτιστικούς θεσμούς και οικογενειακές αξίες.

Σε αντίθεση με την περίπτωση της Σουηδίας, η στήριξη στις οικογένειες (με τη μορφή των γενναιόδωρων παροχών σε χρήμα) υπήρξε το κύριο μέσο για τον περιορισμό των ποσοστών ιδρυματοποίησης στην Ιταλία. Ωστόσο, λόγω των αυξανόμενων δυσκολιών σχετικά με τον συμβιβασμό της φροντίδας και της αμειβόμενης εργασίας, το χάσμα μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης για φροντίδα διευρύνεται, αυξάνοντας την πρόκληση της διατήρησης των σημερινών χαμηλών ποσοστών της ιδρυματοποίησης με την ενίσχυση της παροχής υπηρεσιών με βάση την κοινότητα.

Η υπερβολική εξάρτηση από την άτυπη φροντίδα στο ιταλικό σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη σοβαρών ζητημάτων σχετικά με την αγορά εργασίας, ιδιαίτερα όσον αφορά τον γυναικείο πληθυσμό, ενώ παρατηρούνται επίσης και ζητήματα παθολογικής ή ψυχολογικής φύσης λόγω του φόρτου των φροντιστών.

Προκειμένου να μειωθεί το βάρος των άτυπων φροντιστών, χωρίς να καταφύγουν στην διέξοδο της ιδρυματοποίησης, είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν υπηρεσίες φροντίδας που θα βασίζονται στην κοινότητα.

Εντούτοις, χώρες όπως η Γερμανία, οι Κάτω Χώρες, η Φινλανδία, το Βέλγιο, η Ισπανία και η Αυστρία έχουν κάνει προσπάθειες για ανάλυση και αποτίμηση των αναγκών που υπάρχουν καθώς και των μέτρων που θα πρέπει να λάβουν μακροπρόθεσμα (Swedish National Association of Local Authorities, 1997). Ωστόσο και αυτές οι χώρες φαίνεται να αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα με τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Περαιτέρω, κατά τη σύγκριση της κοινωνικής φροντίδας (Blackman et al., 2001) παρατηρούμε ότι στη Νορβηγία, τη Δανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, οι ηλικιωμένοι με προβλήματα αυτο-εξυπηρέτησης και διαχείρισης είχαν την δυνατότητα αξιολόγησης της κατάστασής τους -όπως ακριβώς και στη Σουηδία-, έπειτα από εκτίμηση από επαγγελματίες σε αντίθεση με τα ηλικιωμένα άτομα που διέμεναν σε Ιταλία, Ιρλανδία και Ελλάδα, τα οποία δεν είχαν το αντίστοιχο δικαίωμα ώστε να αξιολογηθούν δεδομένου ότι το κράτος δεν έχει νομική υποχρέωση να παρέχει τη συγκεκριμένη φροντίδα και η δημόσια στήριξη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις εκάστοτε πολιτικές συνθήκες (Janlon, 2006).

Το βασικό ερώτημα είναι αν η περίθαλψη παρέχεται εντός ενός ρυθμιστικού πλαισίου ή όχι. Μια μείωση της άτυπης φροντίδας οδηγεί αυτόματα σε αυξημένη ζήτηση για επίσημες φροντίδα και αυτή η διαδικασία λαμβάνει χώρα σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες (Bettio & Solinas, 2009).

Οι εθνικές κυβερνήσεις στις περισσότερες χώρες έχουν αναπτύξει ένα όραμα για τον τομέα της κατ' οίκον φροντίδας. Η συγκεκριμένη μορφή φροντίδας όμως έχει διαφορετικό νόημα και σκοπό μεταξύ των διαφόρων χωρών, οι οποίες κυμαίνονται από το να προσφέρουν ένα "δίκτυ ασφαλείας" σε όσους δεν έχουν συγγενικό περιβάλλον, από τη μία πλευρά και στο να καταστεί αυτό δικαίωμα για όλους τους πολίτες από την άλλη πλευρά. Για αυτόν τον λόγο τα σχέδιά τους για το μέλλον δεν θα μπορούσαν να είναι ούτε λεπτομερή, ούτε ομοιογενή.

Η έλλειψη ομοιογένειας των οραμάτων πολιτικής σχετίζεται με τις διαφορετικές ρίζες της φροντίδας υγείας στο σπίτι, της νοσηλευτικής και της κοινωνικής φροντίδας (Genet et al., 2012).

Οι χώρες παρουσιάζουν σήμερα μεγάλες διαφορές σε χαρακτηριστικά όπως ο ρόλος των επαγγελματιών φροντίδας στο σπίτι, τα σχετικά κριτήρια με την επιλεξιμότητα των πολιτών, τις οικονομικές συνθήκες της κάθε χώρας καθώς και τους ρυθμιστικούς μηχανισμούς που κατευθύνουν τον τομέα της κατ' οίκον φροντίδας (Genet et al., 2012).

2.5. Νέες τάσεις στην κατ' οίκον φροντίδα

Στο παρόν και στο μέλλον, οι φορείς λήψης αποφάσεων οραματίζονται τη φροντίδα στο σπίτι ως μια βιώσιμη προσέγγιση η οποία θα είναι δυνατόν να διατηρήσει τα άτομα στο σπίτι και την κοινότητά τους όσο το δυνατόν περισσότερο (WHO, 2008).

Ο θεσμός της κατ' οίκον φροντίδας ανταποκρίνεται στους στόχους της Ευρωπαϊκής σύμπραξης για ενεργή και υγιή γήρανση, όπως και στη βελτίωση της βιωσιμότητας και της αποδοτικότητας των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι υπηρεσίες είναι ευέλικτες και παρέχονται στο χώρο του ασθενή ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες φροντίδας και την κατάσταση υγείας του ωφελούμενου ασθενή (Holly et al, 2010).

Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες η "υγεία" αποτελεί συνιστώσα της κατ' οίκον φροντίδας και αποτελεί μέρος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ενώ έργο των τοπικών κυβερνήσεων είναι να οργανώσουν και να αναλάβουν την ευθύνη για την "κοινωνική" συνιστώσα της κατ' οίκον φροντίδας.

Ως εκ τούτου, είναι εξαιρετικά σημαντικό να καταστεί κατανοητή η σχέση μεταξύ άτυπης και επίσημης φροντίδας προκειμένου να γίνει πρόβλεψη πιθανών μελλοντικών δαπανών για υγειονομική περίθαλψη (Holly et al., 2010).

Οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες της κατ' οίκον φροντίδας περιλαμβάνουν διάφορα επίπεδα διακυβέρνησης: τοπικό, περιφερειακό ή κεντρικό. Τα διαφορετικά επίπεδα διακυβέρνησης έχουν διαφορετικό ρόλο στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν τη χρηματοδότηση, την κατανομή και την παροχή κατ' οίκον φροντίδας και οι ρόλοι τους διαφέρουν μεταξύ των διαφόρων χωρών (Bettio & Solinas, 2009).

Σε εθνικό επίπεδο, σχετικά με τις πολιτικές που απαιτούνται για τον προγραμματισμό, τη νομοθεσία και τη ρύθμιση της κατ' οίκον φροντίδας, η κεντρική διοίκηση πρέπει να είναι υπεύθυνη για τον καθορισμό των προτεραιοτήτων που καθορίζονται στην κατανομή των πόρων (όπως η ισορροπία μεταξύ της θεσμικής και της πρωτογενούς ή κοινοτικής φροντίδας).

Η περιφερειακή διοίκηση είναι υπεύθυνη για την κατανομή των πόρων και βασίζεται σε σαφώς καθορισμένες προτεραιότητες που καθορίζονται από την εθνική διοίκηση. Τα εθνικά πρότυπα θα πρέπει να προσαρμοστούν ώστε να ανταποκρίνονται στις περιφέρειες ή στις τοπικές ανάγκες και να ορίζουν τις κατευθυντήριες γραμμές του τομέα της φροντίδας στο σπίτι.

Ο κοινωνικός διάλογος, η βελτίωση της ποιότητας των προτύπων και η κατάρτιση συνιστούν τρεις από τους κύριους τομείς όπου έχουν συγκεντρωθεί τα συνδικάτα για την ανάπτυξη νέων τρόπων εργασίας.

Νέες υπηρεσίες οι οποίες θα ανταποκρίνονται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες ενός γηράσκοντος πληθυσμού θα πρέπει να σχεδιαστούν σε συνεργασία με τους ηλικιωμένους (Bettio & Solinas, 2009).

Οι υπηρεσίες θα πρέπει να απομακρυνθούν από την αποκλειστική εστίαση στην φροντίδα και να είναι σε θέση να καλύψουν πλέον ένα ευρύτερο φάσμα

δραστηριοτήτων, όπως είναι η παροχή πληροφοριών, η εκπαίδευση, η κατάρτιση αλλά και η παρότρυνση για σωματική δραστηριότητα (Bettio & Solinas, 2009).

Μια κοινή ευρωπαϊκή γεροντολογική πολιτική θα πρέπει στο μέλλον να περιλαμβάνει τέσσερις τομείς: τον σεβασμό για την ποιότητα της ζωής, την επάρκεια σε υπηρεσίες, την αξιοπρεπή φροντίδα, την επίβλεψη και χρηματοδότηση (Age Platform Europe, 2010a). Οι αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται στο στάδιο του σχεδιασμού της φροντίδας στο σπίτι και σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές που θα αναπτυχθούν έτσι ώστε κάθε επίπεδο διοίκησης να αντιλαμβάνεται και να ανταποκρίνεται στις ευθύνες του. Κατευθυντήριες γραμμές θα πρέπει να υπάρχουν προκειμένου να αποφευχθούν τα προβλήματα των επικαλύψεων, τα κενά και οι συγκρούσεις στην παροχή υπηρεσιών.

Αναφορικά με την κατ' οίκον φροντίδα, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην κοινότητα, καθώς η εφαρμογή του συγκεκριμένου τομέα πραγματοποιείται στην τοπική κοινωνία. Για αυτό το λόγο είναι εύλογο το ότι η κουλτούρα της κοινότητας, η οργάνωση, οι κανόνες, τα πρότυπα και η ηγεσία, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο πλαίσιο του προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας. Ως εκ τούτου, οι στρατηγικές που θα αναπτυχθούν θα πρέπει να προωθούν την αποτελεσματική ηγεσία και την κινητοποίηση της κοινοτικής δράσης όσον αφορά στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της φροντίδας στο σπίτι, σύμφωνα με την εκάστοτε οργανωτική δομή που εγκρίνεται. Θα πρέπει να γίνει τέλος και κάποιος διαχωρισμός μεταξύ των αρμοδιοτήτων υγείας και κοινωνικής φροντίδας ή διαχωρισμός των αρμοδιοτήτων στα διάφορα επίπεδα διακυβέρνησης.

Η αναφορά στη συμμετοχή της κοινότητας περιλαμβάνει τη συμμετοχή των φροντιστών, των χρηστών των υπηρεσιών, των εργαζομένων της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, των εθελοντών της κοινότητας, των μελών της κοινότητας και των σημαινόντων ηγετών. Αυτό σημαίνει ότι όλα τα μέλη της κοινότητας που συνδέονται με την φροντίδα στο σπίτι θα πρέπει να συμμετέχουν στην έναρξη, την εξασφάλιση της ανταπόκρισης του και τη διατήρηση του προγράμματος.

Και ενώ είναι δυνατόν να θεσπιστούν υπηρεσίες, δεν είναι πάντα εύκολο για τις ευπαθείς ομάδες των ηλικιωμένων η πρόσβαση σε αυτές, ακόμη κι αν επρόκειτο για υπηρεσίες υγείας. Ακόμα περισσότερο αν αναλογιστούμε ακόμη ότι και η πρόσβαση στις τεχνολογίες για την ηλεκτρονική υγεία, η οποία είναι πιθανό να

διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στη διάγνωση και στη συντήρηση των ασθενών, σε τελική ανάλυση ενέχει και αυτή περιορισμούς, όταν το ηλικιωμένο άτομο χρήζει προσωπικής φροντίδας και κοινωνικής υποστήριξης (Bettio & Veraschagina, 2010).

2.6. Η συμβολή των Τ.Π.Ε.¹³ στην κατ' οίκον φροντίδα

Η συμβολή της τεχνολογίας στην ανάπτυξη της κατ' οίκον φροντίδας και ιδιαίτερα λόγω των τελευταίων τεχνολογικών εξελίξεων, είναι σημαντική. «Τεχνολογία φροντίδας στο σπίτι» μπορεί να θεωρηθεί κάθε τεχνολογικό μέσο, ιατρικό ή όχι, που παρέχει ή διευκολύνει τη φροντίδα και τις καθημερινές δραστηριότητες στην οικία του χρήστη.

Η τεχνολογία ως ένα καινοτόμο εργαλείο μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο ως προς την επέκταση των δυνατοτήτων στις διάφορες υπηρεσίες υποστήριξης. Μελλοντικά θέματα που σχετίζονται με τις νέες τεχνολογίες έχουν να κάνουν με: την πρόληψη, με την διαγνωστική διαδικασία και την απεικόνιση, την έρευνα, την κατ' οίκον φροντίδα, την οικογενειακή φροντίδα και την τηλε-ιατρική (Gabner & Conrad, 2010). Οι ΤΠΕ ανοίγουν νέες επιχειρηματικές ευκαιρίες για το ζήτημα της γήρανσης.

Οι στόχοι ωστόσο που αφορούν τη χρήση και την εφαρμογή ΤΠΕ στον τομέα της υγείας τείνουν πολλές φορές να είναι εντελώς διαφορετικοί μεταξύ τους και πολλές φορές εξαρτώνται από τα συμφέροντα που έχει ο κάθε φορέας (κυβέρνηση, πάροχος υπηρεσιών φροντίδας, ιατρικά ιδρύματα, ερευνητικά πλαίσια, τα ίδια τα άτομα της τρίτης ηλικίας) (Gabner & Conrad, 2010).

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μια γενική τάση για μια πιο εξατομικευμένη φροντίδα υγείας. Η ανταπόκριση στις ειδικές ανάγκες ενός ατόμου μέσω "έξυπνων" εφαρμογών είναι μία από τις κύριες στρατηγικές για την εξασφάλιση της ανεξάρτητης διαβίωσης των ηλικιωμένων. Παράλληλα, υποθέτουμε ότι μια άλλη τάση θα αυξήσει τον αριθμό των περιπτώσεων στις οποίες οι οργανώσεις φροντίδας παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι των πελατών τους. Ως εκ τούτου, φαίνεται πολύ πιθανό ότι ένας συνδυασμός υποστηρικτικών βοηθητικών τεχνολογιών και συμβατικών λύσεων για την υγεία ή την κατ' οίκον φροντίδα ενδέχεται να συνιστά την καλύτερη λύση ώστε να παρέχεται η αναγκαία υποστήριξη για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων πολιτών (Gabner & Conrad, 2010).

¹³ Τεχνολογίες Πληροφορικής & Επικοινωνιών

Οι τεχνολογίες φροντίδας στο σπίτι ενδέχεται να έχουν σαφή πλεονεκτήματα έναντι των παραδοσιακών μορφών φροντίδας αφού οι χρήστες θα μπορούσαν μέσω αυτών να αποφύγουν την μετακίνηση (επίσκεψη σε γραφείο ιατρού, σε κλινική ή νοσοκομείο) προκειμένου να λάβουν την απαιτούμενη περίθαλψη.

Για τα άτομα με χρόνιες παθήσεις, για παράδειγμα, θα ήταν εφικτό να εξοικονομηθεί σημαντική ποσότητα χρόνου κάτι το οποίο θα μπορούσε να βοηθήσει και έμμεσα τους άτυπους φροντιστές στο να διαθέσουν περισσότερο χρόνο σε άλλες δραστηριότητές τους (εργασία, ψυχαγωγία κ.α.). Επίσης, σημαντική συνεισφορά υπάρχει και στην υγεία του ασθενούς. Απομακρυσμένα συστήματα (όπως οθόνες οι οποίες θα μπορούν να παρακολουθήσουν την λειτουργία της καρδιάς ή τα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα) έχουν το πλεονέκτημα το ότι επιτρέπουν ένα πολύ πιο συχνό και διακριτικό έλεγχο από ό, τι θα ήταν δυνατόν με τα συμβατικά μοντέλα.

Μερικά παραδείγματα της τεχνολογίας που αφορούν την κατ 'οίκον φροντίδα είναι τα εξής: (Alber & Fahey, 2004, Turner et al, 2011).

- Συστήματα αιμοκάθαρσης στο σπίτι, αντλίες έγχυσης, συστήματα χορήγησης φαρμάκων και συστήματα οξυγόνου
- Τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνίας - Γενική βοήθεια και παρακολούθηση των συσκευών, είδη όπως: συσκευές ή προγράμματα για υπενθύμιση της λήψης των φαρμάκων
- Παροχές για ταχύτερη προσαρμογή και αύξηση του βαθμού ανεξαρτησίας του ατόμου με αναπηρία στις συνθήκες του περιβάλλοντος. Η συγκριμένη κατηγορία περιλαμβάνει λιγότερο εξελιγμένο αλλά ουσιαστικό, μη ιατρικό εξοπλισμό: όπως ειδικά καθίσματα, ανελκυστήρες, ράγες, ράμπες, προσαρμοσμένες τουαλέτες και ντους, ανυψωτικά μηχανήματα, ειδικά κρεβάτια για την πρόληψη κατακλίσεων και προσαρμοσμένο εξοπλισμό για την κουζίνα

Η προηγμένη τεχνολογία της πληροφορίας και της επικοινωνίας θα μπορούσε επίσης να χρησιμοποιηθεί για τον εντοπισμό ατόμων με άνοια και νόσο Alzheimer.

Όσον αφορά τις ατομικές, οικονομικές και κοινωνικές προκλήσεις από τις δημογραφικές τάσεις, αναφέρεται σαφώς ότι οι ΤΠΕ μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στο ζήτημα της ανεξάρτητης διαβίωσης των ηλικιωμένων. Η τεχνολογία

μπορεί να υποστηρίξει την ανεξάρτητη διαβίωση στο σπίτι και να συμβάλει στο να ξεπεραστούν τα προβλήματα που υπάρχουν στην καθημερινή ζωή. Ωστόσο, τα προβλήματα και οι ανάγκες των ηλικιωμένων που ζουν στο σπίτι δεν έχουν ακόμη αξιολογηθεί επαρκώς (Gabner & Conrad, 2010).

Μερικά από τα πλεονεκτήματα των ΤΠΕ είναι ότι σαφώς μπορούν να προβούν στη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης καθώς επίσης και να παρέχουν εξατομικευμένες λύσεις που θα ανταποκρίνονται στις ατομικές ανάγκες των ηλικιωμένων κάτι το οποίο θα συμβάλλει και στη βελτίωση του βιοτικού τους επιπέδου.

Η σοβαρότητα του συγκεκριμένου ζητήματος απασχολεί σημαντικά τους ερευνητές οι οποίοι υποστηρίζουν ότι εάν οι υφιστάμενες διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης και το κόστος επικρατήσουν και στο μέλλον με την δυσανάλογη αναλογία εργαζομένων και ηλικιωμένων να αυξάνεται ανά έτος, κατά τις επόμενες δεκαετίες η Ευρώπη θα είναι σχεδόν αδύνατο να καλύψει τη φροντίδα όλων των ηλικιωμένων της (Gabner & Conrad, 2010).

Για αυτό το λόγο θα πρέπει να αναζητηθούν νέες λύσεις. Στο συγκεκριμένο πλαίσιο θα μπορούσαν να ενταχθούν και οι Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών ως τεχνολογίες οι οποίες θα μπορούσαν να υποστηρίξουν σημαντικά ενέργειες οι οποίες θα απέβλεπαν στην εξοικονόμηση κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών που θα απευθύνονταν στα άτομα τρίτης ηλικίας.

Ιδιαίτερα, στην περίπτωση όπου οι ηλικιωμένοι επιθυμούν να παραμείνουν στην κατοικία όπου διαμένουν (Malanowski, 2008), η βοήθεια της τεχνολογίας μπορεί να αποδειχθεί πολύ σημαντική. Πρόσφατα στοιχεία, δείχνουν ότι καινοτόμες μέθοδοι υποστήριξης μπορεί να καταστήσουν ευκολότερη τη βοήθεια σε όσους έχουν ανάγκη: Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών - ΤΠΕ λύσεις (όπως το E-υγεία) του οποίου η αυξημένη χρήση του μπορεί να παρατηρηθεί στο μέλλον. Επίσης, αναφέρονται για το μέλλον πρόσθετες επιλογές παρακολούθησης, όπως οι τεχνολογίες «έξυπνου σπιτιού» (smart house), τηλε-υγείας (tele-health) και τηλε-φροντίδας (tele-care), συχνά με τη βοήθεια χρηματοδότησης της Ε.Ε. (Mental Health Europe, 2014). Τις τελευταίες δεκαετίες τείνει να επικρατεί μια γενική τάση προς μια πιο εξατομικευμένη φροντίδα υγείας. Η ανταπόκριση στις ειδικές ανάγκες των ατόμων μέσω των έξυπνων εφαρμογών συνιστά μια από τις κύριες στρατηγικές για τη

διασφάλιση της ανεξάρτητης διαβίωσης των ηλικιωμένων η οποία στο μέλλον αναμένεται να αυξηθεί (Morris et al, 2013).

Παράλληλα, προβλέπεται ότι και άλλες υπηρεσίες θα ακολουθήσουν ανοδική τάση και οι οποίες αναφέρονται κυρίως στον αριθμό των περιπτώσεων στις οποίες οι οργανώσεις περίθαλψης παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον. Είναι πολύ πιθανό, επομένως, ότι ο συνδυασμός των διαφόρων υποστηρικτικών τεχνολογιών σε συνδυασμό με συμβατικές λύσεις για την υγεία ή την κατ' οίκον φροντίδα θα μπορούσε να ταιριάζει καλύτερα στο γενικότερο πλαίσιο που κρίνεται αναγκαίο για την αυτονομία και τις καλύτερες συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων πολιτών (Gabner & Conrad, 2010).

2.7. Κατ' οίκον φροντίδα: Μερικά παραδείγματα στην Ευρώπη

Η αυξανόμενη ζήτηση για μακροχρόνια φροντίδα ως συνέπεια των δημογραφικών και κοινωνικών εξελίξεων, ισχύει επίσης και για την φροντίδα στο σπίτι (OECD, 2011).

Οι Ευρωπαϊκές χώρες πέρασαν κατά μέσο όρο 0,6% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης τους σε αποκατάσταση και θεραπείες κατ' οίκον και 3,5% για τη μακροχρόνια νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι (Eurostat, 08-12-2010). Τα στοιχεία ωστόσο σχετικά με την κατ' οίκον περίθαλψη στο πλαίσιο του συστήματος κοινωνικής φροντίδας (κυρίως εγχώριες ενισχύσεις) είναι σπάνια διαθέσιμα και ειδικά τα στατιστικά εκείνα στοιχεία που αναφέρονται στον ιδιωτικό τομέα και τις κατ' οίκον δαπάνες, απουσιάζουν σε πολλές χώρες (Genet et al., 2012).

Για το 2009, περίπου εννέα στα δέκα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω στη Γερμανία, τη Γαλλία, τη Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο ζουν ανεξάρτητα στο δικό τους σπίτι (Stula, 2012). Τα δεδομένα ωστόσο για τις Κάτω Χώρες αναφέρουν ότι το ποσοστό αυτό αντιστοιχούσε στο 95%. Αντίθετα, το ποσοστό αυτό ήταν ιδιαίτερα χαμηλό στην Κύπρο, την Ισπανία, την Πορτογαλία και την Εσθονία. Σε αυτές τις χώρες, οι ηλικιωμένοι πιο συχνά ζούσαν σε κοινά νοικοκυριά, μαζί με τα παιδιά τους. Στις σκανδιναβικές χώρες και στο Ηνωμένο Βασίλειο το ποσοστό αυτό είναι πολύ χαμηλό, ενώ αυτή η μορφή συμβίωσης είναι πιο συχνή στις χώρες της Νότιας και Ανατολικής Ευρώπης. Στη Ρουμανία, Πολωνία και τα κράτη της Βαλτικής, το μερίδιο αυτό είναι πολύ μεγαλύτερο από το 10%. (Mai et al 2007: 51) ενώ σχετικά με το πόσοι από τους ηλικιωμένους στη Γηραιά Ήπειρο είναι μοναχικοί,

στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρουν ότι, εντός της ΕΕ των 27, η πλειοψηφία των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω ζει μόνη της σε ποσοστό (31,1%) ενώ ως ζευγάρι (48,3%). (Wait & Harding, 2006).

Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία ως προς τη χρηματοδότηση της κατ' οίκον φροντίδας στο εσωτερικό των χωρών. Οι διαφορετικοί τύποι της κατ' οίκον φροντίδας που χρηματοδοτούνται με διαφορετικό τρόπο και από διάφορες πηγές. Δύο κύριες μέθοδοι χρηματοδότησης είναι οι εξής: (i) ένας συνδυασμός της φορολογίας για την ασφάλιση υγείας και την φροντίδα στο σπίτι ή τον οίκο ευγηρίας ή την κοινωνική φροντίδας ή (ii) ένας συνδυασμός της φορολογίας για την κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα και την κοινωνική ασφάλιση ή την κατ' οίκον κοινωνική φροντίδα. Τα ειδικά καθεστώτα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας υπάρχουν μόνο σε δύο χώρες.

Επί του παρόντος, ο ρόλος των κυβερνήσεων στη φροντίδα στο σπίτι δεν είναι εμφανής. Από τη μία πλευρά, βρίσκεται υπό πίεση ώστε να γίνουν οι απαιτούμενες προβλέψεις για το μέλλον, με την ανάπτυξη τουλάχιστον ενός οράματος για την φροντίδα στο σπίτι και την λήψη των κατάλληλων μέτρων. Η συγκεκριμένη μορφή φροντίδας συνιστά στην πραγματικότητα ένα μείγμα κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται για τη μακροπρόθεσμη, βραχυπρόθεσμη ανάρρωση μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και την ανακουφιστική φροντίδα (Genet et al., 2011).

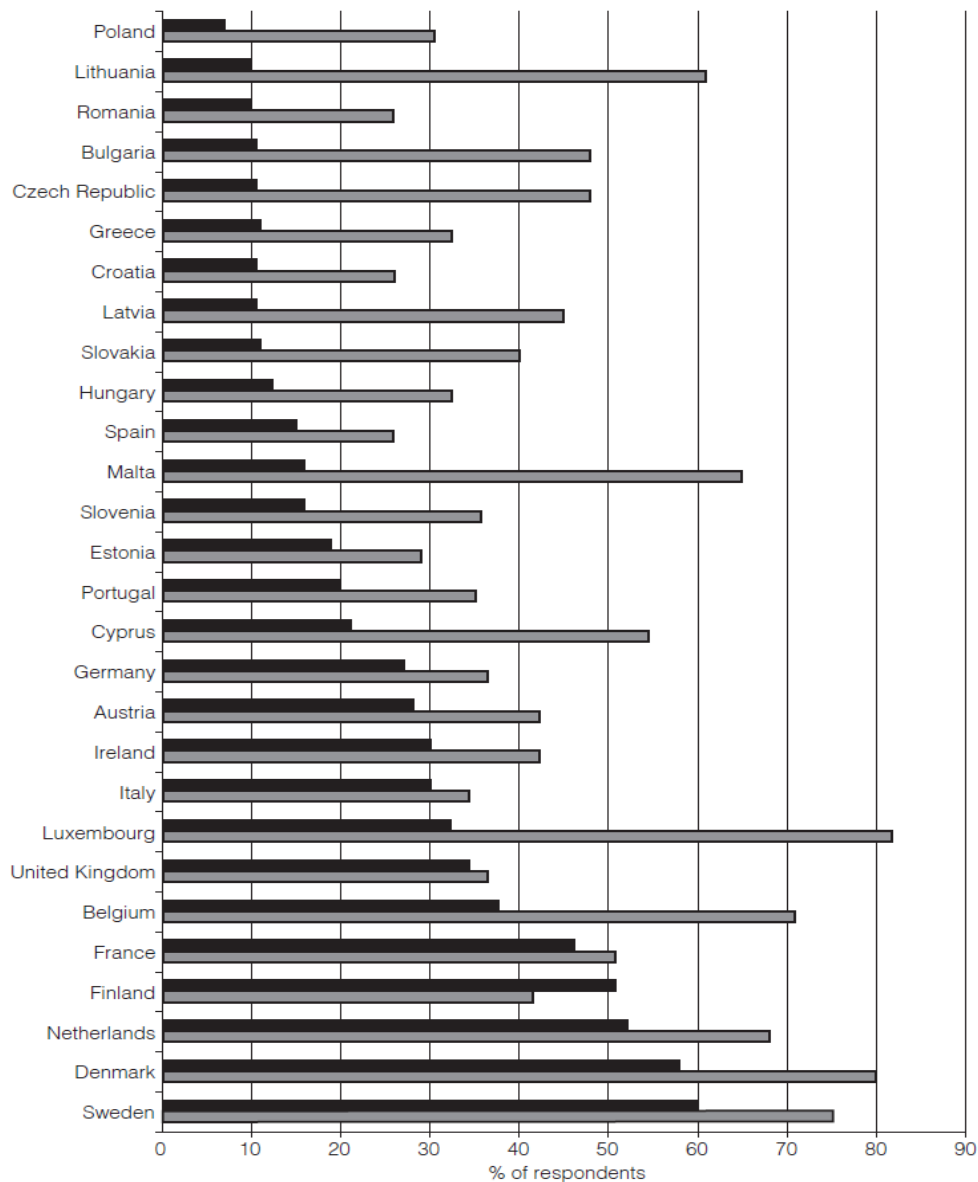
Οι τομείς της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας σε ορισμένες χώρες δείχνουν μια τάση να υποχωρούν οι κυβερνήσεις που δίνουν περισσότερο χώρο για ιδιωτικές πρωτοβουλίες. Στην κοινή γνώμη, όμως, η κυβέρνηση έχει σαφή ρόλο στην παροχή φροντίδας. Επίσης, τίθενται ζητήματα σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται. Υπό το πρίσμα της συνεχιζόμενης οικονομικής ύφεσης, το ερώτημα είναι σε ποιο βαθμό οι προσδοκίες των ευρωπαίων πολιτών σχετικά με την δημόσια χρηματοδότηση φροντίδας μπορεί να διατηρηθεί στο μέλλον και αν τα σχετικά γενναιόδωρα συστήματα κατ' οίκον φροντίδας που υπάρχουν σε διάφορες χώρες, θα είναι βιώσιμα. Εκτός από την αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης και των οικονομικών περιορισμών στον τομέα της κατ' οίκον φροντίδας, η διαθεσιμότητα των εργαζομένων στην κατ' οίκον φροντίδα είναι μια άλλη πρόκληση.

Η περίθαλψη που παρέχεται στα σπίτια των εξυπηρετούμενων δεν είναι απλώς θεμιτή γιατί προτιμάται από πολλούς ανθρώπους, αλλά επίσης επειδή είναι συνήθως

πιο συμφέρουσα σε σχέση με το κόστος περίθαλψης σε ιδρύματα, ιδιαίτερα εάν υπάρχει άτυπη φροντίδα η οποία χρησιμοποιείται αποτελεσματικά.

Ακόμη και σε χώρες όπου η προτίμηση τείνει περισσότερο προς την επαγγελματική φροντίδα (Γράφημα 3), η άτυπη μορφή φροντίδας στο σπίτι μέσω των φροντιστών εξακολουθεί να είναι απαραίτητη.

Γράφημα 3. Προτίμηση για επαγγελματική φροντίδα στο σπίτι και έκφραση άποψης σχετικά με την οικονομική προσιτότητα της κατ' οίκον φροντίδας



(Πηγή: TNS Opinion & Social, 2007)

Σε γενικές γραμμές, πολλοί τύποι υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας είναι διαθέσιμοι, αλλά συχνά η βοήθεια που δέχονται τα άτομα δεν επαρκεί. Οι

ωφελοούμενοι έχουν πρόσβαση σε σχετικά εκτεταμένες υπηρεσίες στην Αυστρία, το Βέλγιο, τη Δανία, την Αγγλία, την Ιρλανδία, το Λουξεμβούργο, τις Κάτω Χώρες, τη Νορβηγία και τη Σουηδία ενώ στις υπόλοιπες χώρες σημαντικές ανάγκες των ωφελοούμενων δεν ικανοποιούνται από την παρεχόμενη επίσημη φροντίδα.

Μια μεγάλη ποικιλία από υπηρεσίες είναι διαθέσιμες εντός του τομέα των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας. Οι βασικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν τη φροντίδα και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, τη στήριξη της οικογένειας, τη βοήθεια στο νοικοκυριό καθώς και συνοδείες.

Στις Σκανδιναβικές χώρες η δημόσια περίθαλψη και οι κοινωνικές υπηρεσίες των ηλικιωμένων αποτελούν κεντρικό ζήτημα. Σε σύγκριση με το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιταλία θεωρήθηκε ως μέτρια σε αυτές τις πτυχές, ενώ έχει πραγματοποιηθεί και μικρή έρευνα, συμπεριλαμβανομένων των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (Janlón, 2006).

Σύμφωνα με τον Szebehely (2005), σύγχρονοι ερευνητές ισχυρίστηκαν ότι ορισμένες σκανδιναβικές χώρες έχουν αναχωρήσει από το αρχικό μοντέλο κοινωνικής πρόνοιας μέσω μείωσης των δημόσιων δεσμεύσεων, επιβολής αυξημένων τελών και αυξημένης οικογενειακής βοήθειας, ακολουθώντας τον προσανατολισμό της αγοράς.

Δύο δεκαετίες πριν, η παρουσία της δημόσιας βοήθειας στο σπίτι ήταν αρκετά παρόμοια, ενώ η πιο σύγχρονη έρευνα έδειξε ότι στη Φινλανδία και τη Σουηδία λιγότεροι άνθρωποι έλαβαν βοήθεια στο σπίτι από ό, τι στη Δανία και Ισλανδία (Szebehely, 2005).

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων ανθρώπων καλύφθηκαν σε χαμηλά ποσοστά μέσω της δημόσιας στήριξης σε Ελλάδα (Economidou, 2010), Ιταλία και Ιρλανδία, όπου το βάρος το επωμίστηκε κυρίως η οικογένεια (Janlón, 2006).

Αντιθέτως, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Νορβηγία και στη Δανία, το κράτος είχε την ευθύνη να εξασφαλίσει την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων, στην περίπτωση που δεν υπήρχε άλλη εναλλακτική λύση. Τα ευρήματα αυτά μπορεί να δείχνουν ένα αποδυναμωμένο σουηδικό σύστημα κοινωνικής πρόνοιας με εξασθενημένο τον παράγοντα υποστήριξης φροντίδας των

ηλικιωμένων, καθώς και αυξημένο κίνδυνο για κοινωνικό αποκλεισμό των ομάδων των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (Janlon, 2006).

Έτσι, παρά το γεγονός ότι όλες οι ευρωπαϊκές χώρες διαθέτουν υποδομή φροντίδας στο σπίτι και παρέχουν δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας σε κάποιο βαθμό, οι μελέτες ωστόσο εντοπίζουν ανεκπλήρωτες ανάγκες των πολιτών.

Ορισμένοι τύποι υπηρεσιών μπορεί να είναι ανεπαρκώς διαθέσιμοι σε χώρες ή περιοχές - όπως για παράδειγμα, η ψυχολογική υποστήριξη και η ψυχοκοινωνική φροντίδα. Εκτός αυτού, ορισμένες ομάδες του πληθυσμού μπορούν να εξυπηρετούνται επαρκώς, λόγω της οικονομικής τους δυνατότητας, λόγω ένταξης τους βάσει των κριτηρίων επιλεξιμότητας ή λόγω υψηλής διαθεσιμότητας των άτυπων φροντιστών. Συνήθως, ελλείψεις στην επίσημη φροντίδα αναπόφευκτα αντισταθμίζονται από τους άτυπους φροντιστές όμως η κατανομή των καθηκόντων μεταξύ επίσημης και ανεπίσημης φροντίδας εξαρτάται επίσης και από άλλα στοιχεία όπως: τις πολιτιστικές αξίες, τη σύνθεση των οικογενειών, τη θέση των ηλικιωμένων στην κοινωνία (όπως η σημασία του να παραμείνουν ανεξάρτητοι).

Στις περισσότερες χώρες, οι διαφορετικοί τύποι των φορέων που εμπλέκονται στην παροχή φροντίδας στο σπίτι, συνήθως παρέχουν μόνο ένα μέρος της παλέτας των υπηρεσιών ενώ επίσημος συντονισμός μεταξύ των διαφόρων τύπων υπηρεσιών δεν υφίσταται. Κάποιος βαθμός συντονισμού της κατ' οίκον φροντίδας είναι δυνατόν να παρατηρηθεί όταν πρόκειται για τη μετάβαση ενός ασθενή που έλαβε νοσοκομειακή φροντίδα και στη συνέχεια επιστρέφει στην οικία του κάνοντας χρήση της κατ' οίκον φροντίδας κάτι το οποίο είναι ιδιαίτερα δύσκολο να παρατηρηθεί κατά την μετάβαση σε οίκο ευγηρίας. Ωστόσο, είναι σημαντικό να γίνεται διάκριση μεταξύ οικιακής βοήθειας και φροντίδας στο γηροκομείο, όπως και μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας και άλλων παροχών υγειονομικής περίθαλψης (Janlon, 2006).

Η ενσωμάτωση της κατ' οίκον φροντίδας με άλλες υπηρεσίες υγείας είναι πιο ανεπτυγμένη στην Αγγλία, την Ιταλία, τις Κάτω Χώρες, σκανδιναβικές χώρες και τη Σλοβακία ενώ έχει ενσωματωθεί επίσημα στη Βουλγαρία, τη Γαλλία και τη Ρουμανία.

Η διασφάλιση της ποιότητας ωστόσο, η οποία συνιστά μείζον ζήτημα, υστερεί σε χώρες όπου γενικότερα ο τομέας της κατ' οίκον φροντίδας δεν είναι καλά ανεπτυγμένος και στις συγκεκριμένες περιοχές, όπως για παράδειγμα στο Νότο, όπου όταν τα άτομα χρήζουν ανάγκης φροντίδας προτιμούν την άτυπη μορφή της.

Μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι η κατ' οίκον φροντίδα είναι σε ζήτηση, όχι μόνο μεταξύ των πολιτών στην Ευρώπη, αλλά και μεταξύ των ιθυνόντων. Ωστόσο, δεν διαθέτουν όλες οι χώρες μια ορθή πολιτική για την φροντίδα στο σπίτι και στις περισσότερες, τα διαθέσιμα επίσημα συστήματα κατ' οίκον φροντίδας αδυνατούν να ικανοποιήσουν την τρέχουσα ζήτηση για κατ' οίκον φροντίδα ενώ οι φιλοδοξίες και τα σχέδια για ανάπτυξη και επέκταση του τομέα της κατ' οίκον φροντίδας από τις κυβερνήσεις δεν ευδοκιμούν λόγω των οικονομικών περιορισμών που επικρατούν.

Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να αναζητήσουν λύσεις οι οποίες θα είναι σε θέση να γεφυρώσουν το χάσμα μεταξύ της αυξανόμενης ανάγκης για κατ' οίκον φροντίδα και της συρρίκνωσης των προϋπολογισμών τους.

2.8. Δεδομένα για την κατ' οίκον φροντίδα ανά χώρα

Αυστρία

Η Αυστρία αντιμετωπίζει την πρόκληση της ταχείας αύξησης της ζήτησης για μακροχρόνια φροντίδα καθώς το 18,3 % του πληθυσμού της είναι 65+ ετών ενώ υπάρχουν και προβλέψεις για ανοδική τάση του συγκεκριμένου ποσοστού τις επόμενες δεκαετίες.

Το αυστριακό σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας βασίζεται σε ένα συνδυασμό παροχών σε χρήμα και παροχών σε είδος και σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα επιδομάτων (Pflegegeld) μακροχρόνιας φροντίδας (OECD, 2005), το οποίο χρηματοδοτείται μέσω της γενικής φορολογίας από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, με στόχο να βελτιωθούν οι δυνατότητες για ανεξάρτητη διαβίωση σε περίπτωση που προκύψει ανάγκη για φροντίδα. Η περιγραφή των κοινωνικών υπηρεσιών είναι περίπλοκη λόγω του ομοσπονδιακού συστήματος της Αυστρίας. Δεν πρόκειται μόνο για την οργάνωση, τις υποδομές και την παροχή διαφορετικών υπηρεσιών αλλά επίσης για τη φιλοσοφία της φροντίδας και την έννοια των επιμέρους υπηρεσιών που διαφέρουν από το ένα κράτος στο άλλο.

Αυτό ισχύει και για τις θεσμικές μακροπρόθεσμες παροχές, αλλά και για όλες τις υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων της κατ' οίκον φροντίδας, της κατ' οίκον νοσηλείας και της σίτισης στις οικίες τους.

Η κατ' οίκον φροντίδα στο αυστριακό κράτος περιλαμβάνει την προσωπική φροντίδα, την κατ' οίκον σίτιση, τη συντροφιά και το πλύσιμο των ενδυμάτων (Alzheimer Europe(a), 2005).

Στην Αυστρία, η οικογενειακή φροντίδα για τους ηλικιωμένους με ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας καλύπτεται εδώ και πολλά χρόνια σχεδόν αποκλειστικά από γυναίκες και είναι άμισθη. Πρόσφατα όμως, η αύξηση της συμμετοχής στην αγορά εργασίας των γυναικών και η αυξανόμενη κινητικότητα έθεσαν αυτό το παραδοσιακό μοντέλο φροντίδας υπό σημαντική πίεση. Το 2005, περίπου καταγράφηκαν 400.000 οικογένειες ανοϊκών ασθενών - τα μέλη των οποίων πολύ συχνά επιβαρύνονται λόγω των καθηκόντων της φροντίδας τους και χρειάζονται ανακούφιση και στήριξη. Ορισμένες διατάξεις που στοχεύουν σε αυτά τα ζητήματα έχουν εισαχθεί κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών: εισφορές κοινωνικής ασφάλισης για τους φροντιστές, ενισχυμένη παροχή συμβουλών σχετικά με την περίθαλψη της φροντίδας και τους μισθωτούς φροντιστές και νέες δομές υποστήριξης και φροντίδας.

Σε αυτές τις ενέργειες έρχεται να προστεθεί και η πληρωμή των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης για τους φροντιστές, αλλά η συγκεκριμένη υποστήριξη παραμένει ακόμη μόνο ένα μικρό κίνητρο για τους οικογενειακούς φροντιστές. Το 2014, ένα επιπλέον μέτρο εισήχθη για να διευκολύνει υπαλλήλους των οποίων τα μέλη της οικογένειάς τους χρήζουν φροντίδας, το επίδομα μακροχρόνιας φροντίδας. Για διάστημα έως έξι μηνών, ο φροντιστής δικαιούταν το αντίστοιχο ποσό του επιδόματος ανεργίας (55% του ποσού που αναλογούσε στον προηγούμενο μισθό τους). Παρόλα αυτά, και επειδή η ανάγκη για φροντίδα τείνει να εκτείνεται συχνά και πέραν αυτής της περιόδου, περίπου το 15% των οικογενειακών φροντιστών σημειώνει μείωση του εισοδήματός του κυρίως λόγω της εγκατάλειψης εντελώς της απασχόλησης τους αφού συχνά έρχονται αντιμέτωποι με υψηλά εμπόδια προκειμένου να επανενταχθούν στην αγορά εργασίας (Alzheimer Europe(b), 2005).

Πέραν κάποιων περιορισμών, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η υποστήριξη των οικογενειακών φροντιστών επέτρεψε σε πολλούς ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας να παραμείνουν στα σπίτια τους, κυρίως λόγω του ότι η φροντίδα που προερχόταν από

τις οικογένειες ήταν δυνατόν να συμπληρωθεί και με υπηρεσίες επίσημης φροντίδας που βασίζονταν στην κοινότητα: το 37% των Αυστριακών θεωρούν την φροντίδα που παρέχεται στο σπίτι από επαγγελματίες προσιτή, τοποθετώντας τη χώρα σε σημαντικό βαθμό πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Γαλλία

Οι δαπάνες για την υγεία στο Γαλλικό κράτος διακυμάνθηκαν περίπου στο 11,8% του ΑΕΠ και βρίσκονται πολύ πιο πάνω από το μέσο όρο της ΕΕ των 15 (8,9% το 2005) (OECD, 2009). Επίσης, σε σχέση με άλλους πόρους που αφορούν την υγεία, η Γαλλία κατέχει και πάλι μια από τις υψηλότερες θέσεις, και συγκεκριμένα όσον αφορά τον αριθμό των κλινών που βρίσκονται στα γηροκομεία καθώς και την προσφορά των παρεχόμενων υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας οι οποίες απευθύνονται στην ομάδα των ηλικιωμένων.

Στη Γαλλία, η κοινοτική χρηματοδότηση της κοινωνικής φροντίδας, εκτός από τις ιδιωτικές πληρωμές εξαρτάται κυρίως από την κοινωνική πρόνοια. Αυτό μπορεί να καλύψει σε κάποιο βαθμό και την ιδρυματική φροντίδα.

Σχετικά με την ποιότητα της μακροχρόνιας φροντίδας εκεί υφίσταται ένας έντονος προβληματισμός και ιδιαίτερα όσον αφορά την κατ' οίκον φροντίδα. Η διαθεσιμότητα που υπάρχει όσον αφορά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (εντός και εκτός νοσοκομείου) είναι σχετικά υψηλή, αλλά χαρακτηρίζεται από μια υψηλή γεωγραφική διαφοροποίηση (OECD, 2009).

Οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας παρέχονται είτε σε οίκους ευγηρίας (Ephad) με παροχή ιατρικών υπηρεσιών που χρηματοδοτούνται από το Εθνικό Ταμείο Ασθενείας (CNAM) ή στο σπίτι μέσω της οικιακής βοήθειας και των γραφείων φροντίδας (EDE) ή / και από τα νοσηλευτικά Γραφεία (SSIAD).

Οι κοινωνικές υπηρεσίες (οι οποίες συμπεριλαμβάνουν την οικιακή βοήθεια και την προσωπική φροντίδα) παρέχονται (εν μέρει) μέσω δημόσιας χρηματοδότησης μέσω ενός επιδόματος φροντίδας που ονομάζεται APA. (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

Στη Γαλλία, τέλος, υπάρχει και το "Conseil de la vie sociale" το οποίο έχει συσταθεί ως οικιστικό όργανο και αποτελείται από εκλεγμένους εκπροσώπους των κατοίκων,

των οικογενειών και του προσωπικού. Οι κάτοικοι μπορούν επίσης να συνεδριάζουν τακτικά για να συζητήσουν περί θεμάτων διατροφής αλλά και για άλλα ζητήματα (Age Platform Europe, 2010a).

Τα είδη των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας που είναι διαθέσιμα περιλαμβάνουν υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλευτικής που παρέχουν στα άτομα την αναγκαία υποστήριξη για την εκτέλεση ουσιαστών δραστηριοτήτων της καθημερινής τους ζωής.

Εκτός της νοσηλευτικής φροντίδας, υπάρχει και μια λίστα με τα είδη των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας (Jani-Le-Bris, 2004) η οποία περιλαμβάνει: Βοήθεια στην απόκτηση μιας κατάλληλης για το άτομο οικίας, βοήθεια σε διοικητικές εργασίες, παράδοση των φαρμάκων στα άτομα (ιδιαίτερα σε δύσκολα προσβάσιμες περιοχές), συντροφιά στο ηλικιωμένο άτομο, κατ' οίκον νοσηλεία, υπηρεσία "συναγερμού" ώστε να μπορεί να ειδοποιήσει το άτομο σε περίπτωση που του συμβεί κάτι, φροντίδα του νοικοκυριού (καθαριότητα, μαγείρεμα, πλύσιμο και σιδέρωμα ρούχων, καθάρισμα τζαμιών κ.α.), συντροφιά του ηλικιωμένου, κατ' οίκον σίτιση, συνοδεία του ατόμου για έναν περίπατο, επίσκεψη στον ιατρό ή για ψώνια, ημερήσια ή νυχτερινή φροντίδα, μικροεπισκευές, αγορά προϊόντων πρώτης ανάγκης (τρόφιμα, φάρμακα), παροχή παραϊατρικών υπηρεσιών όπως: νοσηλευτική φροντίδα, ατομική υγιεινή, φυσιοθεραπεία. Επίσης, υπάρχει δυνατότητα για μετακίνηση των ωφελούμενων με mini bus και με ειδικά διαμορφωμένα οχήματα τα οποία παραχωρούνται από τις τοπικές αρχές.

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η κατ' οίκον σίτιση δεν είναι ιδιαίτερα δημοφιλής στη Γαλλία όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες. Σύμφωνα με την Jani-Le-Bris (2004), αυτό συμβαίνει διότι η συγκεκριμένη υπηρεσία θεωρείται ότι ενισχύει την κοινωνική απομόνωση. Έτσι, τείνει να επικρατεί μια προτίμηση για την προετοιμασία του φαγητού μαζί με τον οικογενειακό βοηθό ή εναλλακτικά το φαγητό προσφέρεται σε κάποιον άλλο χώρο εκτός οικίας, όπως για παράδειγμα σε κάποιο ιδρυματικό πλαίσιο.

Βέλγιο

Δέκα τοις εκατό του ΑΕΠ (10%) δαπανάται για την υγεία στο Βέλγιο, γεγονός το οποίο το κατατάσσει πάνω από το μέσο όρο της Ε.Ε. των 15 (OECD, 2009). Οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από εθνικά υποχρεωτικά ασφάλιστρα υγείας, την

συμπληρωματική "πληρωμή" των ασθενών. Σε αντίθεση με τη γαλλική κοινότητα, στη φλαμανδική κοινότητα, οι κοινωνικές υπηρεσίες καλύπτονται εν μέρει από την ασφάλιση υγείας (Zorgverzekerings) είτε πρόκειται για φροντίδα στο σπίτι είτε για ιδρυματική φροντίδα.

Οι παροχές για μακροχρόνια φροντίδα στο Βέλγιο εκτός από την "κατ' οίκον φροντίδα", περιλαμβάνουν επίσης την ημερήσια φροντίδα, την μακροχρόνια ιδρυματική περίθαλψη, παραδείγματα της οποίας είναι η κατ' οίκον νοσηλεία καθώς και τη φροντίδα που παρέχεται στα σπίτια για τους ηλικιωμένους. Το βελγικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης βασίζεται περισσότερο στις παροχές σε χρήμα από ό, τι στις παροχές σε είδος (7,6% του ΑΕΠ σε σύγκριση με το 8,7% στην ΕΕ των 27 το 2007) (Eurostat, 2009).

Οι υπηρεσίες φροντίδας στο Βέλγιο προσφέρουν βοήθεια σχετικά με την ολοκλήρωση ορισμένων δραστηριοτήτων που συνδέονται με την καθημερινή ζωή όπως τα ψώνια, την προετοιμασία των γευμάτων, οικιακές εργασίες και την προσωπική υγιεινή.

Στο Βέλγιο, υπάρχουν εβδομαδιαίες ομαδικές συζητήσεις που διεξάγονται μεταξύ των φροντιστών και των αποδεκτών φροντίδας. Για παράδειγμα, στη Φλάνδρα, σε ένα κέντρο φροντίδας, οι κάτοικοι συμμετέχουν στη δική τους φροντίδα, μέσω εβδομαδιαίων συζητήσεων σε μια ομάδα αποτελούμενη από 15 άτομα. Κεντρικό σημείο της συζήτησής τους αποτελεί η άποψη των ίδιων σχετικά με το τι πρέπει να αλλάξει στην περίθαλψη τους, στο περιβάλλον τους, την πολιτική φροντίδας του κέντρου αλλά και την ενίσχυση της ποιότητας ζωής τους. Οι συζητήσεις αυτές συντονίζονται από ψυχολόγο (Age Platform Europe, 2010a).

Γερμανία

Περίπου 51 εκατομμύρια Γερμανοί είναι μέλη της υποχρεωτικής ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, ένα 11% του πληθυσμού (π.χ. δημόσιοι υπάλληλοι, άτομα που διοικούν τη δική τους επιχείρηση) είναι ενταγμένα στην ιδιωτική ασφάλιση. Μόνο 211.000 άτομα δεν είχαν καμία ασφαλιστική κάλυψη υγείας το έτος 2007.

Περίπου το 10,6% του ΑΕΠ δαπανάται για την υγειονομική περίθαλψη για τον γερμανικό πληθυσμό κάθε έτος (245 δις ευρώ το 2008) (Bundesamt, 2008).

Τα ηλικιωμένα άτομα αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα των χρηστών της υγειονομικής περίθαλψης.

Η κατ' οίκον φροντίδα χρηματοδοτείται κυρίως από τον δημόσιο φορέα (Angerman, 2011) και παρέχεται από ένα μείγμα οργανισμών, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, κερδοσκοπικού χαρακτήρα και θρησκευτικών οργανώσεων (Tarricone & Tsouros, 2008). Η μακροχρόνια φροντίδα αποτελεί ένα ξεχωριστό πυλώνα του συστήματος περίθαλψης. Αυτό σημαίνει ότι μια ειδική ασφάλιση (η οποία ονομάζεται ασφάλιση κοινωνικής φροντίδας - "*Sociale Pflegeversicherung*" - είναι υπεύθυνη για τη χορήγηση και την επιστροφή των ατόμων που χρήζουν μακροχρόνιας περίθαλψης σε ιδρύματα ή στην κοινότητα. Το 2007, 710.000 άτομα ζούσαν σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας (Bundesamt, 2008) και καθώς ο αριθμός τους φάνηκε να αυξάνεται σταθερά, η υποδομή των εγκαταστάσεων μακροχρόνιας φροντίδας επεκτάθηκε στο 4,8% (για τα έτη 2005-2007). Ο μέσος όρος ηλικίας των κατοίκων ήταν 82 ετών. Οι περισσότεροι υπέφεραν από χρόνιες παθήσεις καθώς το 50% με 80% των ατόμων που διέμεναν στις εγκαταστάσεις έπασχαν από κάποια μορφή άνοιας ή αντιμετώπιζαν κάποιου είδους ψυχιατρική διαταραχή (Wingenfeld & Schabel, 2002, Garms-Homolová & Schaeffer, 2010).

Στη Γερμανία έχει καθιερωθεί ως στάνταρ ότι οι οίκοι ευγηρίας είναι κατά κύριο λόγο το "σπίτι" των κατοίκων και όχι ο τόπος εργασίας των φροντιστών. Αυτό σημαίνει, για παράδειγμα, ότι κάθε κάτοικος μπορεί να αποφασίσει ακόμη και την ώρα αφύπνισής του. Εναπόκειται στη διοίκηση να οργανώσει το χρονοδιάγραμμα για το προσωπικό (Age Platform Europe, 2010a).

Αξίζει να αναφερθεί ότι άτομα των οποίων η λειτουργική κατάσταση δεν είναι σοβαρά διαταραγμένη σπάνια ζουν σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας στη συγκεκριμένη χώρα (Garms-Homolová & Theiss, 2007) οι οποίες όμως φαίνεται να βρίσκονται στην πρώτη επιλογή όταν αυτοί διανύουν το τελευταίο στάδιο της ζωής τους.

Πολλές εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας παρέχουν ωστόσο υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας. Αυτό μπορεί επίσης να είναι και ένας από τους λόγους για τους οποίους το γηροκομείο αποτελεί «ελεύθερη επιλογή».

Τελευταία, ενισχύονται οι εναλλακτικές μορφές στέγασης και φροντίδας, όπως είναι για παράδειγμα οι κοινότητες πολλαπλών γενεών, τα διαμερίσματα στα οποία υπάρχει εκτός από στέγαση και περίθαλψη ομάδων ηλικιωμένων ατόμων αλλά και υποβοήθηση στη διαβίωση.

Οι "κάτοικοι" των συγκεκριμένων δομών στέγασης είναι συχνοί χρήστες της κατ' οίκον φροντίδας.

Ο τομέας της φροντίδας στο σπίτι χωρίζεται σε δύο μέρη: Από τη μία πλευρά υπάρχει το γηροκομείο που ανήκει στον τομέα της υγείας και για την ένταξη των ατόμων είναι αρμόδια η ασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης και από την άλλη πλευρά η φροντίδα στο σπίτι η οποία και εντάσσεται στο πλαίσιο της μακροχρόνιας φροντίδας για την οποία είναι υπεύθυνη η ασφάλιση της μακροχρόνιας φροντίδας. Ωστόσο, οι υφιστάμενοι οργανισμοί κατ' οίκον φροντίδας (D-Statist, 2009) παρέχουν τις υπηρεσίες τους τόσο στο πλαίσιο του "οίκου ευγηρίας" όσο και σε υπηρεσίες «φροντίδας στο σπίτι» (μόνο το 22% των πελατών χρησιμοποιούν μακροχρόνια φροντίδα στο σπίτι, χωρίς την ταυτόχρονη αξιοποίηση και κάποιου ιδρυματικού πλαισίου (κυρίως γηροκομείου). Οι κατ' οίκον υπηρεσίες στη Γερμανία περιλαμβάνουν αρκετές υπηρεσίες που διευκολύνουν την καθημερινή ζωή του εξυπηρετούμενου. Σχετικά με την προσωπική υγιεινή, η κατ' οίκον φροντίδα μεριμνά για το μπάνιο, το ντους, τη στοματική υγιεινή, το χτένισμα, το ξύρισμα καθώς και για τη βοήθεια για την μετακίνηση από και προς την τουαλέτα. Στο ζήτημα που έχει να κάνει με την καθημερινή διατροφή, οι υπάλληλοι της υπηρεσίας βοηθούν τα άτομα που δεν είναι σε θέση να φάνε μόνα τους (Alzheimer-Europe, 2005).

Στον τομέα της κινητικότητας, οι ωφελούμενοι βοηθιούνται στην μετακίνησή τους εντός της οικίας, στο να σταθούν όρθιοι και να προσπαθήσουν να προχωρήσουν, στο να ανεβοκατέβουν τις σκάλες ενώ βοήθεια επίσης λαμβάνουν και στο να πάνε κάποια επίσκεψη και να επιστρέψουν στο σπίτι τους.

Η φροντίδα που παρέχεται αποκλειστικά για την φροντίδα του σπιτιού περιλαμβάνει: τα ψώνια, το μαγείρεμα, την καθαριότητα, κηπουρικές εργασίες, πλύσιμο ρούχων, φροντίδα θέρμανσης του σπιτιού.

Η οργανωμένη μέριμνα στο γερμανικό κράτος περιλαμβάνει δυο κατηγορίες: την ημερήσια και τη νυχτερινή (Alzheimer-Europe, 2005).

Βουλγαρία

Το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται στη συγκεκριμένη χώρα σχετικά με τις παροχές κοινωνικής προστασίας σε είδος συνιστά μόνο το μισό από το ποσοστό το οποίο δαπανάται κατά μέσο όρο στην ΕΕ (Eurostat, 29-10-2009) ενώ τα οφέλη που αποκομίζουν οι δικαιούχοι από το Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας πρέπει υποχρεωτικά να συμπληρώνονται και από την δική τους συμμετοχή ή αναλόγως, εάν αυτό είναι εφικτό, να καλύπτονται σε κάποιο βαθμό από την προαιρετική ασφάλιση.

Συνολικά 2,9% του ΑΕΠ δαπανήθηκε για κοινωνική φροντίδα το έτος 2005 (από την κυβέρνηση της Βουλγαρίας), σε σύγκριση με το 4,5% που δαπανήθηκε για την υγειονομική περίθαλψη (Eurostat, 24-02-2010). Σε αντίθεση με τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ο τομέας των κοινωνικών υπηρεσιών είναι κυρίως δημόσιος.

Η κατ' οίκον φροντίδα υγείας δεν έχει αναπτυχθεί καλά στη Βουλγαρία. Παρόλο που γενικοί παθολόγοι και νοσοκόμοι/ες οι οποίοι συνήθως μέσσω στα πλαίσια της πρακτικής τους άσκησης επισκέπτονται τα σπίτια, οι επισκέψεις αυτές όμως δεν πραγματοποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα λόγω της έλλειψης χρόνου με αποτέλεσμα η κατ' οίκον φροντίδα να περιορίζεται κυρίως στις κοινωνικές υπηρεσίες. Αξίζει ωστόσο να αναφέρουμε ότι υπάρχουν διάφοροι τύποι υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στο σπίτι.

Υπάρχουν οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας στο σπίτι, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν την κατ' οίκον σίτιση, την κοινοτική και προσωπική φροντίδα για άτομα μοναχικά τα οποία βρίσκονται τουλάχιστον πάνω από την ηλικία των 60 ετών και χρήζουν φροντίδας (τα οποία στις περισσότερες περιπτώσεις είναι συχνά πάνω από 75 ετών ενώ λαμβάνεται σε μεγάλο βαθμό υπόψη το εισόδημα τους). Τέλος, υπάρχουν και οι υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, οι οποίες είναι κυρίως δημόσιες. Μέσω αυτών παρέχονται κυρίως υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας, υπηρεσία οικογενειακής βοήθειας και προσωπικών φροντιστών κατ' οίκον, οι οποίες είναι αντίστοιχες των δομών κατ' οίκον φροντίδας (όσον αφορά την προσωπική φροντίδα και οικιακή βοήθεια) αλλά αποκλειστικά σε άτομα με υψηλό βαθμό αναπηρίας.

Στη Βουλγαρία, οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας περιλαμβάνουν: κατ' οίκον σίτιση, ιατρική παρακολούθηση, μικροεπισκευές, τα ψώνια, την προετοιμασία των γευμάτων, οικιακές εργασίες και μικροεπισκευές, ψυχαγωγία των ατόμων και πληρωμή λογαριασμών (Alzheimer-Europe(c), 2005).

Κροατία

Η Κροατία δαπανά το 7,9% του ΑΕΠ της (2006) για την υγειονομική περίθαλψη (WHO / HFA, 2008). Εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας δείχνουν ότι οι ιδιωτικές δαπάνες εντός των συνολικών δαπανών για την υγεία κυμαίνονται στο 17,5% ενώ το 97% των πολιτών της Κροατίας καλύπτονται από ένα δημόσιο σύστημα υγείας. Τα δημόσια κονδύλια για την υγειονομική περίθαλψη προέρχονται από δύο κύριες πηγές: τις εισφορές για την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας και τους οικονομικούς πόρους που συλλέγονται από τη γενική φορολογία (Council of Europe, 2016).

Η οργάνωση του τομέα της υγείας στην Κροατία παρουσιάζει ορισμένα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Το πρωτεύον σύστημα υγείας αποτελείται κυρίως από ιδιώτες: παθολόγους, γυναικολόγους και οδοντίατρους που συνάπτουν συμβάσεις με το Ασφαλιστικό Ινστιτούτο Υγείας της Κροατίας (CIHI = HZZO), ενώ η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη προσφέρεται σε μεγάλο βαθμό από κρατικές επιχορηγήσεις οι οποίες χρηματοδοτούν τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης.

Οι ηλικιωμένοι ζουν ως επί το πλείστον στα σπίτια τους και τις οικογένειές τους και μόνο το 2% του συνολικού πληθυσμού άνω των 65 ετών διαμένει σε ιδρύματα. Εκτός από την ιδρυματική φροντίδα και τα σπίτια-ξενώνες για τους ηλικιωμένους και τους αναπήρους, ομάδες ατόμων επίσης οργανώνουν την παροχή των υπηρεσιών και την παροχή βοήθειας στο εσωτερικό της τοπικής κοινότητας. Τα Κέντρα για τη βοήθεια και τη φροντίδα που καταρτίζονται εντός των γραφείων της κομητείας για την εργασία, την υγεία και την κοινωνική πρόνοια. Επιπλέον, μέσω των προγραμμάτων «Βοήθεια Στο Σπίτι για Ηλικιωμένους» (In-Home Assistance for Elderly Persons) και ημερήσιας φροντίδας (Day-Care and InHome Assistance) παρέχονται μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών διάφορες υπηρεσίες στα σπίτια των δικαιούχων και στα κέντρα φύλαξης, οι οποίες

περιλαμβάνουν: την παροχή τροφίμων, την βοήθεια με τις οικιακές εργασίες και την προσωπική υγιεινή, βασική υγειονομική περίθαλψη, μεσολάβηση σχετικά με την άσκηση των δικαιωμάτων των ωφελούμενων, συμμετοχή σε εκπαιδευτικές, αθλητικές ή πολιτιστικές δραστηριότητες και δραστηριότητες ψυχαγωγίας.

Προτεραιότητα δίνεται στα μοναχικά άτομα, στους ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν σοβαρές συνθήκες υγιεινής και έχουν χαμηλό εισόδημα καθώς επίσης και στα άτομα τα οποία βρίσκονται υπό την απειλή κοινωνικού αποκλεισμού και σε κατάσταση ένδειας. Τα προγράμματα εκτελούνται σε συνεργασία με το Υπουργείο και τις μονάδες Τοπικής και Περιφερειακής κυβέρνησης. Τα προγράμματα, τα οποία καλύπτουν 15 500 δικαιούχους σε 160 τοπικές κοινότητες, εκτελούνται από 91 φορείς παροχής υπηρεσιών (Council of Europe, 2016).

Οι σχεδιαστές ωστόσο της κοινωνικής πολιτικής της Κροατίας θεωρούν ότι τα διαφορετικά προγράμματα θα πρέπει συνεχώς να βελτιώνονται προκειμένου να συνεισφέρουν θετικά στην ποιότητα της διαβίωσης των ηλικιωμένων ανθρώπων.

Κύπρος

Το 2006, η Κύπρος ξόδεψε το 6,4% του ΑΕΠ της για την υγεία, το οποίο θεωρείται σχετικά χαμηλό για μια ευρωπαϊκή χώρα (Eurostat, 2008). Επίσης και το διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό είναι χαμηλό. Το 2006 υπήρχαν 4,4 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους σε σύγκριση με το αντίστοιχο (7,4%) ποσοστό που υπήρχε στην ΕΕ (WHO / HFA 2008). Η διαθεσιμότητα των ιατρών από την άλλη πλευρά είναι συγκρίσιμη με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Οι υπηρεσίες υγείας καθώς και οι κοινωνικές υπηρεσίες χρηματοδοτούνται μέσω υποχρεωτικών ασφαλιστρών υγείας ενώ δεν απαιτείται επιπλέον πληρωμή για τους πολίτες με χαμηλά εισοδήματα.

Οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας χρηματοδοτούνται μέσω της εθνικής γενικής φορολογίας όμως απαιτούν και επιπλέον συμμετοχή από τους ωφελούμενους. Οι δημόσιες κοινωνικές υπηρεσίες απευθύνονται σε εκείνους τους πολίτες που η οικονομική τους κατάσταση είναι τόσο αδύναμη ώστε να δικαιούνται οικονομική βοήθεια από το Κράτος.

Η κατ' οίκον φροντίδα στην Κύπρο περιλαμβάνει οικιακές εργασίες και υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας (Papatheodorou & Agathangelou, 2013) (π.χ. προσωπική υγιεινή, μαγείρεμα, πλύσιμο ρούχων, αγορές, επίσκεψη στο γιατρό, κ.λπ.). Το κράτος μπορεί να πληρώσει (πλήρως ή εν μέρει) έναν φροντιστή ο οποίος μπορεί να προέρχεται και από το οικογενειακό περιβάλλον ή ακόμη και κάποια ΜΚΟ. Το ποσό που διατίθεται ανά ωφελούμενο κυμαίνεται από 240-393€ εάν επρόκειτο για πλήρη φροντίδα και εάν ο εξυπηρετούμενος κατατάσσεται στις οικονομικά ασθενέστερες ομάδες του πληθυσμού.

Τσεχική Δημοκρατία

Οι δαπάνες για την υγεία στην Δημοκρατία της Τσεχίας ανήλθαν στο 6,6%, του συνόλου του ΑΕΠ, για το έτος 2007 (OECD, 2009). Οι υπηρεσίες για θεραπεία, φροντίδα και αποκατάσταση ανήλθαν στο 3,8% του ΑΕΠ. Ταυτόχρονα, οι δημόσιες δαπάνες ανήλθαν σε 735€ ανά κάτοικο. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας της Τσεχικής Δημοκρατίας, 5.2 των γενικών ιατρών ήταν διαθέσιμα για 1.000 ενήλικες πολίτες ενώ σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ 3.6 ιατροί ήταν διαθέσιμοι για 1.000 πολίτες όλων των ηλικιών το 2007.

Περίπου το 11% όλων των γιατρών του νοσοκομείου εργάστηκαν για ασθενείς οι οποίοι έχριζαν ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας. Δύο τύποι φροντίδας παρέχονται στους ηλικιωμένους που έχουν ανάγκη από φροντίδα: Κατ' οίκον φροντίδα και κατ' οίκον νοσηλεία. Η κατ' οίκον φροντίδα περιλαμβάνει υπηρεσίες προσωπικής βοήθειας και κοινοτικής φροντίδας στις καθημερινές δραστηριότητες, όπως το ντύσιμο, το πλύσιμο, τα ψώνια, τις μεταφορές ή την κατ' οίκον σίτιση.

Τα ποσοστά ιδρυματοποίησης στην Τσεχική Δημοκρατία παραμένουν ωστόσο πολύ χαμηλά (2% του ηλικιωμένου πληθυσμού) και αυτό οφείλεται μάλλον στο μικρό βαθμό χρηματοδότησης όσον αφορά στην επίσημη φροντίδα και κατ' οίκον φροντίδα ενώ ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο κατέχει και η άτυπη μορφή φροντίδας εφόσον το 80% παρέχεται από την οικογένεια του ηλικιωμένου (Sowa, 2010). Εκτιμάται ότι συνολικά 7.000 πελάτες έλαβαν προσωπική φροντίδα από τα κέντρα κοινωνικών υπηρεσιών το 2008 με συνολικό κόστος 15 εκατομμύρια ευρώ (εκ των οποίων τα 3 εκατομμύρια δόθηκαν από τους πελάτες) (Sowa, 2010:11). Εκτιμάται ότι το 58% των οργανισμών κατ' οίκον φροντίδας παρέχουν επίσης τη φροντίδα και κατά τις νυχτερινές ώρες, 22% κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου και το 20% τα απογεύματα ενώ ως

μειονεκτήματα αναφέρονται η άνιση περιφερειακή κατανομή των οργανισμών κατ' οίκον φροντίδας υγείας (Wija, 2008) και το ζήτημα της έλλειψης συνεργασίας με τους ιατρούς γενικής ιατρικής.

Δανία

Η Δανία έχει προχωρήσει σε μεγάλο βαθμό στο θέμα της αποϊδρυματοποίησης των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Στόχος της είναι να παρέχεται βοήθεια η οποία θα καθιστά εφικτή τη δυνατότητα για τους περισσότερους ανθρώπους να μείνουν μόνιμα ή όσο το δυνατόν είναι αυτό δυνατό, στο σπίτι τους, στο οικείο τους δηλαδή περιβάλλον.

Στη Δανία το κράτος αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα. Από το 16,8 % των Δανών που είναι 65 ετών και άνω, το 4,8% λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι καθώς και υπηρεσίες εκτός σπιτιού (OECD, 2011:2) ενώ το 9,5% δέχεται φροντίδα σε ειδικά διαμορφωμένες εγκαταστάσεις.

Έπειτα από τη νομοθεσία του 1987, τα περισσότερα συμβατικά γηροκομεία έχουν μετατραπεί σε ανεξάρτητες κατοικίες. Αυτές οι ειδικά διαμορφωμένες εγκαταστάσεις διαβίωσης για τους υπερήλικες αποτελούνται από 1-2 δωμάτια και διαθέτουν ιδιωτικό μπάνιο και κουζίνα.

Επίσης, υπάρχουν και τα διαμερίσματα τα οποία βρίσκονται σε κτίρια με υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι κάτοικοι που διαμένουν σε αυτά, λαμβάνουν κανονικά τη σύνταξή τους και πληρώνουν μειωμένο ενοίκιο προκειμένου να ενταχθούν σε αυτά και να επωφελούνται από τις παροχές που αυτά προσφέρουν (γεύματα, πλυντήριο, κ.α.).

Οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας παρέχουν: προσωπική/ατομική υγιεινή, ψυχολογική υποστήριξη, εκπαίδευση, εξέταση και θεραπεία, βοήθεια στη λήψη τροφής, μαγείρεμα, συνταγογράφηση φαρμάκων, καθαριότητα οικίας, πλύσιμο ρούχων, αγορά ειδών πρώτης ανάγκης. Επίσης γίνεται σημαντική προσπάθεια για συμμετοχή των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες ώστε οι ίδιοι να παραμείνουν ενεργοί πολίτες (Csonka & Boll, 2002).

Ηνωμένο Βασίλειο

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το ποσοστό του πληθυσμού που είναι άνω των 65 ετών κυμαίνεται στο 15,8%, ενώ η διαχείριση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης διενεργείται ξεχωριστά για τις αποκεντρωμένες χώρες: την Αγγλία, την Ουαλία, τη Σκωτία και τη Βόρεια Ιρλανδία. Οι κυριότερες εγκαταστάσεις του Ηνωμένου Βασιλείου περιλαμβάνουν: οίκους ευγηρίας/γηροκομεία, μονάδες/νοσοκομεία μακροχρόνιας νοσηλείας, υπηρεσίες φροντίδας που παρέχονται από διάφορες εθελοντικές οργανώσεις, τους δήμους ή μέσω των διάφορων υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από ιδιώτες.

Οι υπηρεσίες υγείας καθώς και οι κοινωνικές υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν στους πολίτες με πόρους οι οποίοι εξοικονομούνται μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και της φορολογίας.

Αξίζει να αναφερθεί ότι ο φόρος που αφορούσε τις συγκεκριμένες υπηρεσίες ανήλθε σε 93 δισεκατομμύρια £ για το έτος 2007-8 και παράλληλα σημειώθηκαν σημαντικές αυξήσεις στις υπηρεσίες που είχαν παρασχεθεί τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Τέσσερα τοις εκατό (4%) των ηλικιωμένων ανθρώπων στη Βρετανία ζουν σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας. Το 42% των ηλικιωμένων που διαβιούν σε μονάδες φροντίδας στην Αγγλία βρίσκονται σε οίκους ευγηρίας ενώ οι υπόλοιποι λαμβάνουν προσωπική φροντίδα στην οικία τους (Badger et al, 2007:1)

Οι κοινωνικοί δείκτες καθώς οι προϋποθέσεις που σχετίζονται με την τρίτη ηλικία και ιδιαίτερα εκείνες που αναφέρονται στην φροντίδα των ηλικιωμένων αυξήθηκαν καθώς αυξήθηκε και η φροντίδα για όλες τις ομάδες των ενηλίκων των οποίων η κατάσταση απαιτούσε κατ' οίκον φροντίδα, γεγονός το οποίο κατέστησε εφικτή την ικανοποίηση περισσότερων αναγκών τους (ακόμη και των σύνθετων) λόγω της ιδιαίτερης κατάστασης που τα συγκεκριμένα άτομα βιώνουν.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, όσον αφορά την κατ' οίκον φροντίδα παρέχονται οι παρακάτω υπηρεσίες: Προσωπική φροντίδα, βοήθεια στις εργασίες του σπιτιού και μαγείρεμα, σύστημα συναγερμού σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, πληροφόρηση σχετικά με υπηρεσίες, ημερήσια φροντίδα καθώς και συμβουλευτικές υπηρεσίες.

Αξίζει όμως σε αυτό το σημείο να καταστεί σαφές ότι οι πόροι της πολιτείας, οι παροχές και οι συντάξεις δέχθηκαν μεγάλη πίεση καθότι η ικανότητα των δικαιούχων να αποπληρώσουν οι ίδιοι τις υπηρεσίες που ελάμβαναν ήταν σχετικά χαμηλή.

Ενδεικτικά, αναφέρουμε ότι για το έτος 2008, το 30% των Βρετανών ηλικίας άνω των 65 ετών βρισκόταν σε κίνδυνο φτώχειας σε σύγκριση με μόλις 21% στην ΕΕ των 27 (Eurostat, 2010).

Οι συγκεκριμένες τάσεις με τις συνακόλουθες αυτών επιπτώσεις σχετικά με το επίσημο και ανεπίσημο κόστος της περίθαλψης, προκάλεσαν σημαντικά ερωτήματα πολιτικής τα οποία είναι σημαντικά και θα πρέπει να διερευνηθούν σε μεγαλύτερο βαθμό και έχουν να κάνουν με τη φύση της παροχής όλο του φάσματος των υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι.

Στο τέλος του 2010 η κυβέρνηση της Επιτροπής που ασχολούνταν με το ζήτημα της χρηματοδότησης της φροντίδας και υποστήριξης εξέτασε μια σειρά από επιλογές που σχετίζονταν με τη διαχείριση της αυξανόμενης οικονομικής επιβάρυνσης της φροντίδας για τους ηλικιωμένους στις κατοικίες και τη φροντίδα στο σπίτι, επιλογές οι οποίες ήδη διερευνήθηκαν λεπτομερώς σε μία πρόσφατη πολιτική κριτική (Featherstone, 2010).

Φινλανδία

Στη Φινλανδία, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (ΕΕ) αναγνωρίζει την αξία των πολιτικών της «υγιούς γήρανσης», γεγονός το οποίο οφείλεται τόσο στη Συνθήκη της Λισαβόνας, της στρατηγικής αειφόρου ανάπτυξης, καθώς και της Ανοικτή Μεθόδου Συντονισμού (Υγιή γήρανση στην Ευρώπη Συνέδριο, 2009). Ο πρώτος στόχος της ευρωπαϊκής στρατηγικής για την υγεία είναι η προώθηση της καλής υγείας σε μια "γεράσκουσα Ευρώπη" (Lethbridge, 2011:8).

Η Φινλανδία διαθέτει ένα εκτεταμένο σύστημα υπηρεσιών περίθαλψης. Οι επιλογές φροντίδας περιλαμβάνουν κατ'οίκον φροντίδα, υπηρεσίες στέγασης και ιδρυματική φροντίδα, οι οποίες διαφέρουν ως προς την συχνότητα ανάλογα με την οικονομική κατάσταση των ωφελούμενων των δήμων και του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Parkatti & Eskola, 2004).

Η πλειονότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από το δημόσιο τομέα και χρηματοδοτούνται μέσω της φορολογίας συγκαταλέγονται. Στις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας οι οποίες παρέχονται μέσω: γηροκομείων ή οίκων ευγηρίας, στις δομές προστατευμένης στέγασης και την κατ' οίκον βοήθεια (Lethbridge, 2011).

Αναφορικά με την ιδρυματική φροντίδα, αυτή ενδέχεται να είναι βραχυπρόθεσμη, συνεχόμενη, μέρα ή νύχτα, καθώς και 24ωρη και είναι δυνατόν να παρέχεται σε γηροκομεία, σε θαλάμους νοσηλείας δημοτικών κέντρων υγείας, σε εξειδικευμένες μονάδες φροντίδας καθώς και σε ιδρύματα που απευθύνονται σε άτομα με ειδικές ανάγκες (Mally, 2010). Οι υπηρεσίες για άτομα με ειδικές ανάγκες στο πλαίσιο του νόμου για την αναπηρία (για άτομα τα οποία είναι κάτω των 65 ετών) περιλαμβάνουν ακόμη και υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας.

Το 2008, περίπου το 11,2% των ατόμων ηλικίας άνω των 75 λάμβανε τακτική φροντίδα στο σπίτι, δηλαδή βοήθεια στο σπίτι και κατ' οίκον νοσηλεία (THL, 2010). Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας άνω των 75 που λαμβάνουν τακτική φροντίδα στο σπίτι έχει μειωθεί κατά τα τελευταία έτη (το 1995 ήταν 13,8%), όπως ακριβώς και το ποσοστό που ζουν σε ειδικά διαμορφωμένες κατοικίες για ηλικιωμένους (από 6,5% το 1995 σε 3,8% το 2008). Ενώ, το ποσοστό των ατόμων ηλικίας άνω των 75 που λαμβάνουν φροντίδα και προφυλαγμένη στέγαση επί 24 ώρες αυξήθηκε από 1,7% το 2000 σε 4,6% το 2008 (THL, 2010).

Η δημόσια και η ιδιωτική παροχή κατ' οίκον φροντίδας και υπηρεσιών στέγασης έχει αυξηθεί, διότι αυτή είχε ως προτεραιότητα να υποκαταστήσει την ιδρυματική φροντίδα. Εκτός από τους εργαζόμενους στην κατ' οίκον φροντίδα (κυρίως νοσηλεύτριες πρωτοβάθμιας περίθαλψης), υπάρχει η δυνατότητα για κατ' οίκον επισκέψεις από γιατρούς (κυρίως παθολόγους).

Η κατ' οίκον βοήθεια και η κατ' οίκον νοσηλεία συνιστούν τα είδη των υπηρεσιών που απευθύνονται στα ηλικιωμένα άτομα τα οποία επίσης απευθύνονται και σε ανθρώπους με άνοια που παραμένουν στην οικία τους.

Στη Φινλανδία, η κατ' οίκον φροντίδα και η κατ' οίκον νοσηλεία είναι δυο υπηρεσίες που βρίσκονται σε στενή συνεργασία και οι οποίες παρέχονται κυρίως μέσω του Δήμου που εδρεύουν.

Οι υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας παρέχονται όταν το άτομο, λόγω ασθένειας ή μειωμένης ικανότητας, χρειάζεται βοήθεια στο σπίτι, προκειμένου να ανταπεξέλθει στις καθημερινές συνήθειες του δραστηριότητες.

Η βοήθεια παρέχεται στην οικεία του ωφελούμενου κυρίως από νοσηλευτές και οικογενειακούς βοηθούς. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών και την παροχή συμβουλών και καθοδήγησης. Η φροντίδα παρέχεται σχεδόν επί 24ωρου βάσεως τις καθημερινές και τα Σαββατοκύριακα.

Τέλος, υπάρχουν και επιπλέον υπηρεσίες υποστήριξης για τους ωφελούμενους όπως καθαριότητα οικίας, παροχή γευμάτων (κατ' οίκον σίτιση), και βοήθεια στη μετακίνηση (π.χ. συνοδεία σε υπηρεσίες).

Ελλάδα

Η Ελλάδα δαπανά περίπου το 10% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος της (ΑΕΠ) και είναι μεταξύ των χωρών με την υψηλότερη δαπάνη υγειονομικής περίθαλψης (ΟΟΣΑ 2006), ως ποσοστό του ΑΕΠ (Altanis, 2008:7).

Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (9%) και κατατάσσει την χώρα μας μεταξύ των χωρών με τις υψηλότερες δαπάνες για την υγεία (Οικονόμου, 2012).

Οι υπηρεσίες υγείας καθώς και οι κοινωνικές υπηρεσίες του ελληνικού κρατικού συστήματος χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω της γενικής φορολογίας, η οποία προβλέπεται για τους ασφαλισμένους από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.

Υπάρχει ωστόσο έλλειψη σε ανθρώπινο δυναμικό υγειονομικής περίθαλψης: Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι ο αριθμός των εν ενεργεία παθολόγων ανά 1000 κατοίκους αντιστοιχούσε περίπου στο ένα τρίτο του αντιστοίχου της ΕΕ των 15 (OECD, 2008).

Σχετικά με τα άτομα που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας, δεν υπάρχει ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα. Ανάγκη για τη συγκεκριμένη μορφή φροντίδας στον ελλαδικό χώρο έχουν κυρίως τρεις κατηγορίες ατόμων, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερος υψηλά επίπεδα εξάρτησης: οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με αναπηρία (φυσική ή νοητική) καθώς και τα άτομα που αντιμετωπίζουν ζητήματα ψυχικής υγείας (Economidou, 2010:124).

Μερικοί συνταξιούχοι χρησιμοποιούν τις επικουρικές τους συντάξεις προκειμένου να καλύψουν το κόστος της φροντίδας, εφόσον κάτι τέτοιο είναι εφικτό, υπάρχει όμως και ένας σημαντικός αριθμός πολιτών οι οποίοι δεν μπορούν να καλύψουν το κόστος φροντίδας καθότι είτε λαμβάνουν μια πολύ χαμηλή σύνταξη (π.χ. σύνταξη υπερηλίκων του ΟΓΑ), είτε δεν λαμβάνουν κάποια σύνταξη ή βοήθημα από το Κράτος (για παράδειγμα δεν έχουν συμπληρώσει τα 67 έτη ώστε να λάβουν την σύνταξη υπερηλίκων ή δεν έχουν ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω ώστε να τους χορηγηθεί το προνοιακό επίδομα), με αποτέλεσμα να έχουν μηδενικό εισόδημα.

Όπως αναφέρεται και στην Ευρωπαϊκή έρευνα SHARE (Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και την συνταξιοδότηση στην Ευρώπη) στην οποία συμμετείχαν άτομα άνω των 50 ετών από 16 χώρες, τα δεδομένα και για την Ελλάδα μαρτυρούσαν ότι όσο αυξανόταν η ηλικία τόσο αυξανόταν και το χαμηλό επίπεδο υγείας (Οικονόμου και συνεργάτες, 2013:44).

Οι αρμοδιότητες για την κατ' οίκον φροντίδα έγκειται κυρίως στις τοπικές αρχές, σε ορισμένες ΜΚΟ, καθώς και μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.

Ενώ, σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα, το 1992 ξεκίνησε να λειτουργεί, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" για τους ηλικιωμένους το οποίο και σταδιακά εξαπλώθηκε σε 112 Δήμους της χώρας και το οποίο παρέχει υπηρεσίες: κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας και οικογενειακής βοήθειας για τα ηλικιωμένα άτομα. Το Πρόγραμμα είναι ευρέως διαδεδομένο εξαιτίας του δωρεάν χαρακτήρα του.

Εκτενέστερη αναφορά για την κατ' οίκον φροντίδα στον ελλαδικό χώρο πραγματοποιείται στο επόμενο κεφάλαιο της εργασίας.

Ουγγαρία

Η Ουγγαρία έχει ένα ασφαλιστικό σύστημα το οποίο βασίζεται σε έσοδα που διατίθενται για τη δημόσια υγεία και τα οποία προέρχονται από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης.

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα βασίζεται κυρίως στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Εστιάζοντας στη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας κρίνεται απαραίτητη για την ουγγρική φροντίδα υγείας και την κοινωνική φροντίδα.

Μετά τις πολιτικές αλλαγές του 1990, η ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης κατέστη υποχρεωτική για τις μητροπολιτικές περιοχές των νομών και τις τοπικές αρχές οι οποίες πλέον θα έπρεπε να βρουν λύσεις ώστε να εναρμονίσουν τις εξειδικευμένες κοινωνικές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένης και της κατ' οίκον φροντίδας) στην περιοχή (Alzheimer-Europe(d), 2005). Ως υποκατάστατο της φροντίδας στο σπίτι, υπάρχει ο κοινωνικός θεσμός της μακροπρόθεσμης κατοικίας. Τα ιδρύματα αυτά παρέχουν συνεχή φροντίδα σε μόνιμη βάση, διαμονή επί 24ωρη βάση, νοσηλευτική φροντίδα καθώς και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Η κοινωνική φροντίδα περιλαμβάνει νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι όσον αφορά τα ιατρικά ζητήματα και φροντίδα στο σπίτι του ωφελούμενου, π.χ. κοινωνική στήριξη, παροχή φαρμάκων και γεύματα, καθαριότητα σπιτιού και βοήθεια για τη διατήρηση της προσωπικής υγιεινής, βοήθεια στο πλύσιμο των ρούχων και ψώνια, μεταφορές για ιατρικά ραντεβού. Ωστόσο κάποιες ΜΚΟ παρέχουν και υπηρεσίες που άπτονται της κοινωνικής ζωής των ασθενών, όπως: συνοδεία στην εκκλησία ή σε κάποια κοινωνική εκδήλωση (Alzheimer-Europe(d), 2005).

Ισλανδία

Η Ισλανδία δαπανά περίπου 9,9% του ΑΕΠ για την υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης που αγγίζουν περίπου το 1,6% του ΑΕΠ. Οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω της γενικής φορολογίας. Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το Υπουργείο Υγείας, μέσω των κέντρων υγείας και του προσωπικού τους, συμπεριλαμβάνει και τους γενικούς ιατρούς, τους νοσηλευτές οι οποίοι απασχολούνται στο κέντρο υγείας αλλά και κατ' οίκον νοσηλευτές.

Ορισμένα χρήματα που προέρχονται από τη γενική φορολογία μεταφέρονται από το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Κοινωνικής Ασφάλισης σε Δήμους (ΟΤΑ) που διαθέτουν κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού (Halldorsson, 2003, Suppranz, 2008). Υπάρχει ωστόσο ένα στοιχείο της συν-πληρωμής για την πρωτοβάθμια φροντίδα και την παροχή κοινωνικής μέριμνας, η οποία είναι διαθέσιμη σε όσους έχουν χαμηλότερα εισοδήματα.

Αναφορικά με την ιδρυματική φροντίδα, τα γηροκομεία και οι οίκοι ευγηρίας

χρηματοδοτούνται επίσης μέσω της φορολογίας και τηρούσαν μέχρι πρόσφατα ένα αρκετά υψηλό ποσοστό πληρότητας με περίπου 8% των ανθρώπων άνω των 65 ετών να απευθύνονται σε αυτά. Η ιδρυματική φροντίδα, η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι, καθώς και η μακροχρόνια φροντίδα στην κοινότητα, χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας, μέσω άμεσων πληρωμών προς τις οργανώσεις που παρέχουν την φροντίδα. Αυτοί ενδέχεται να είναι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, μη-κερδοσκοπικοί οργανισμοί ή ιδιωτικοί πάροχοι.

Σχετικά με τις υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας που παρέχονται στους ηλικιωμένους εντός της οικίας τους, θα πρέπει να αναφερθεί ότι αυτές βρίσκονται σε ένα στάδιο σχεδιασμού και αναπροσαρμογής ώστε να παρέχονται σε νυχτερινή βάση και Σαββατοκύριακα εάν αυτό κριθεί απαραίτητο (Alzheimer-Europe(e), 2015).

Ιρλανδία

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ (2009), η Ιρλανδία διοχέτευσε το 7,6% του ΑΕΠ της για την υγειονομική περίθαλψη το 2007. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας παραμένει ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών συνταξιοδοτικών συστημάτων (McDaid, 2009).

Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες χρηματοδοτούνται κυρίως από το κράτος, αν και υπάρχει και εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα στη συν-πληρωμή η οποία είναι κοινή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην κοινωνική φροντίδα. Υπάρχει μικτή παροχή κατ' οίκον νοσηλείας και διαθέσιμων κλινών μεταξύ του κράτους (περίπου 11.000 κλίνες, που παρέχονται από κρατικούς τομείς και εθελοντικές οργανώσεις) (περίπου 17.000 κλίνες στον ιδιωτικό τομέα, μερικές από τις οποίες μπορεί να εκμισθωθούν στον κρατικό τομέα). Αναφορικά με την παροχή κατ' οίκον φροντίδας, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρέχουν υπηρεσίες υγείας και προσωπικής φροντίδας (McDaid, 2009).

Τέλος, ο εθελοντικός τομέας διαδραματίζει ένα μακροχρόνιο ρόλο στην εγχώρια φροντίδα την πρόσφατα εισαχθείσα στον ιδιωτικό τομέα το οποίο έχει ως αποτέλεσμα να υπάρχει προσφορά και ευελιξία στην προσωπική φροντίδα και στα πακέτα κατ' οίκον φροντίδας (Timonen, 2007).

Η υπηρεσία της κατ' οίκον βοήθειας θεωρείται ως η βασική υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας για ηλικιωμένους η οποία περιλαμβάνει: νοσηλευτική φροντίδα,

παραϊατρικές υπηρεσίες, μετακινήσεις, δωρεάν γεύματα, φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία (Alzheimer-Europe(f), 2015).

Ιταλία

Οι δημόσιες δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα της Ιταλίας, όντας η χώρα με τον μεγαλύτερο πληθυσμό σε ηλικία στην Ευρώπη, φτάνοντας το 21,4% το 2014, ποσοστό το οποίο αναμένεται να αυξηθεί σε 33% μέχρι τα μέσα του αιώνα. Οι δημόσιες δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα εκτιμώνται στο 1,7% (2011) του ΑΕΠ, λόγω της ευρείας χρήσης του συστήματος παροχών σε χρήμα, η οποία μπορεί να ερμηνευθεί ως έμμεση αναγνώριση της σημαντικής συμβολής των νοικοκυριών για την παροχή περίθαλψης. Αρμόδιοι για τη χρηματοδότηση και την παροχή κοινωνικής φροντίδας, παροχών ιδρυματικής φροντίδας και οικονομικής βοήθειας είναι οι Δήμοι, οι περιφερειακές αρχές, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) και το Εθνικό Ινστιτούτο Κοινωνικής Ασφάλισης (NISS).

Το κατά κεφαλήν ποσοστό για την υγειονομική περίθαλψη το 2007 ανήλθε σε 2.414 δολάρια ΗΠΑ, 8,7% του ΑΕΠ (OECD, 2008). Η Ιταλία έχει κυβερνητικές ιατρικές υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία, SSN (Servizio Sanitario Nazionale, όπως θεσπίστηκε με τον νόμο 833/1978). Όλοι οι πολίτες έχουν δικαίωμα να πραγματοποιούν εισαγωγή στο νοσοκομείο και να λαμβάνουν δωρεάν φροντίδα γενικού ιατρού. Στην Ιταλία, το 2007 υπήρχαν 4 νοσοκομειακές κλίνες και 3 οξεία κρεβάτια φροντίδας ανά 1.000 κατοίκους (OECD, 2009).

Όλες οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται είναι δωρεάν για ορισμένες ειδικές κατηγορίες (δηλαδή άτομα άνω των 65 ετών) και υλοποιούνται μέσω των πόρων που προκύπτουν από τη γενική φορολογία. Το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για παροχές σε είδος κοινωνικής προστασίας είναι υψηλότερο στην ΕΕ των 27 (8,7%) από ό, τι στην Ιταλία (6,9%) (Eurostat, 2008). Επίσης, εκτός της φροντίδας στο σπίτι υπάρχουν ημι-οικοτροφεία για τους ηλικιωμένους, τα οποία είναι κατάλληλα κυρίως για εκείνους που έχουν πιο έντονη την ανάγκη για φροντίδα υγείας. Η ολοκληρωμένη κατ'οίκον φροντίδα υγείας και οι υπηρεσίες της κοινωνικής πρόνοιας (ADI) είναι επίσης πολύ σημαντικές, συνδυάζοντας παροχές υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες. Ωστόσο, το σύστημα ιταλικής φροντίδας περιλαμβάνει κυρίως οικονομική βοήθεια, μέσω των συντάξεων αναπηρίας, των επιδομάτων αναπηρίας και των επιδομάτων φροντίδας.

Η φροντίδα κατ' οίκον περιλαμβάνει: τη βοήθεια στο σπίτι, την προετοιμασία φαγητού, την προσωπική φροντίδα καθώς και ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες, όπως: επισκέψεις από ιατρό και νοσηλεύτη για βοήθεια κυρίως όσον αφορά την αποκατάσταση των ασθενών (Alzheimer-Europe(g), 2015).

Σύμφωνα με την ιταλική νομοθεσία, οι προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της οικογενειακής βοήθειας και της προσωπικής φροντίδας η οποία παρέχεται στην οικία του παραλήπτη, σχεδιάζεται και παρέχεται από τους δήμους, ενώ οι υπηρεσίες υγείας στο σπίτι εμπίπτουν στην αρμοδιότητα του ΕΣΥ.

Το 2012, η κάλυψη των υπηρεσιών με έδρα το σπίτι για τους ηλικιωμένους στην Ιταλία ήταν 4% (ενώ ο ευρωπαϊκός μέσος όρος ήταν πάνω από 7%) με μεγάλες γεωγραφικές διαφορές στην ποιότητα και την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών - (κυρίως επρόκειτο για διαφορές μεταξύ Βορρά-Νότου). Κατά τη διάρκεια του ίδιου έτους, στην κατ' οίκον φροντίδα, είχε απορροφηθεί μόνο το 18% του προϋπολογισμού της μακροχρόνιας φροντίδας.

Οι ανεπαρκείς επενδύσεις στην φροντίδα στο σπίτι έχουν οδηγήσει σε μια κατάσταση όπου η ζήτηση ξεπερνά κατά πολύ την προσφορά μέσω των δημόσιων παροχών, με αποτέλεσμα πολλά νοικοκυριά να πρέπει να επωμιστούν το οικονομικό βάρος των αυξανόμενων αναγκών φροντίδας. Στοιχεία αναφέρουν ότι λιγότερο από μία στις τρεις ιταλικές οικογένειες (27%) μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά για επαγγελματική φροντίδα στο σπίτι (European Commission, 2007). Ως αποτέλεσμα, ένας μεγάλος και ολοένα αυξανόμενος αριθμός των ιταλικών νοικοκυριών βασίζονται σε live-in (που διαμένουν στην οικία του ατόμου που φροντίζουν) φροντιστές (care/support workers) προκειμένου να συμπληρώσουν ή να αντικαταστήσουν τη φροντίδα της οικογένειας (Da Roit et al., 2013).

Λουξεμβούργο

Το Λουξεμβούργο έχει την υψηλότερη κατά κεφαλήν δαπάνη σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη όλων των χωρών της ΕΕ. Αυτή χρηματοδοτείται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης, από την προαιρετική ασφάλιση και τις συν-πληρωμές.

Η έλλειψη σε νοσοκόμες συνιστά ένα σχετικά μικρό πρόβλημα στο Λουξεμβούργο, καθώς ο αριθμός των νοσηλευτών σε σχέση με τον πληθυσμό είναι περίπου κατά δύο τρίτα υψηλότερο από το μέσο όρο των 15 χωρών της ΕΕ (OECD, 2008).

Η εικόνα είναι αντίστροφη σε σχέση με τους γιατρούς (2,8 γιατροί σε σύγκριση με 3,5 στην ΕΕ των 15) (OECD, 2008). Η μέση διάρκεια της οξείας παραμονής για φροντίδα είναι σχετικά μεγάλη με αποτέλεσμα ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών να είναι σχετικά υψηλός σε σύγκριση με την ΕΕ-15 (OECD, 2008).

Άλλες κοινωνικές υπηρεσίες συμπεριλαμβανομένης και της κατ' οίκον φροντίδας αποτελούν ολοκληρωμένα κέντρα για τους ηλικιωμένους, γηροκομεία, κλαμπ δραστηριοτήτων αναψυχής και ημερήσιας φροντίδας. Η είσοδος σε έναν οίκο ευγηρίας προϋποθέτει ωστόσο ότι οι άτυποι φροντιστές και οι πάροχοι κατ' οίκον φροντίδας στο σπίτι δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσουν μια ανεξάρτητη ζωή στο σπίτι (Ferring & Weber, 2005).

Ενώ, όσον αφορά την κατ' οίκον φροντίδα, αυτή περιλαμβάνει εργασίες απαραίτητες στην καθημερινή ζωή, όπως: Προσωπική υγιεινή, πλύσιμο, βούρτσισμα των δοντιών, ατομική υγιεινή, διατροφή, προετοιμασία των γευμάτων για ειδικές ανάγκες, βοήθεια με το φαγητό και το ποτό, ντύσιμο και μετακινήσεις εκτός σπιτιού καθώς και κατ' οίκον σίτιση (Triosi & Formosa, 2006).

Ολλανδία

Οι υπηρεσίες υγείας και οι κοινωνικές υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από ένα συνδυασμό υποχρεωτικής κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης, με επιπλέον συν-πληρωμή για την μακροχρόνια φροντίδα.

Το μερίδιο του ΑΕΠ που δαπανάται για το είδος των παροχών κοινωνικής προστασίας (συμπεριλαμβανομένης της κατ' οίκον φροντίδας) είναι σχετικά υψηλό, δηλαδή 8,7 στην ΕΕ των 27 και 10,4 στις Κάτω Χώρες (Eurostat, 2009). Το ίδιο ισχύει και για τις δαπάνες για τις κοινωνικές υπηρεσίες σε LTC, οι οποίες απευθύνονται κυρίως σε άτομα με λειτουργικούς περιορισμούς (αν και τα συγκεκριμένα στοιχεία είναι διαθέσιμα μόνο σε 12 χώρες). Όσον αφορά τις κοινωνικές υπηρεσίες και την παροχή συμβουλών και καθοδήγησης θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές υπηρεσίες. Η γενική κοινωνική εργασία, η οποία είναι δωρεάν,

παρέχει συμβουλευτική και καθοδήγηση σε σύνθετα προβλήματα. Καθοδήγηση παρέχεται επίσης από τους οργανισμούς φροντίδας στο σπίτι. Πολλές κοινωνικές υπηρεσίες με έμφαση στην προώθηση της συμμετοχής των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία, χρηματοδοτούνται από το δημοτικό ταμείο.

Οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι οργανώνονται με βάση τις προαναφερθείσες κατηγορίες φροντίδας. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν: νοσηλευτική φροντίδα (συμβουλές για το πώς πρέπει να αντιμετωπιστεί μια ασθένεια, ντύσιμο, περιποίηση κατακλίσεων, χορήγηση φαρμάκων), προσωπική φροντίδα (π.χ. βοήθεια στο ντύσιμο, στο μπάνιο, προσωπική υγιεινή, βοήθεια στην κατανάλωση φαγητού), οικιακή βοήθεια και καθαριότητα (π.χ. καθαρισμός, τακτοποίηση αντικειμένων και προετοιμασία γευμάτων και άλλες βοηθητικές υπηρεσίες). Η υπηρεσία παρέχει: ημερήσια φροντίδα και νυχτερινή φροντίδα. Επίσης, μια ειδική υπηρεσία που ονομάζεται "Alpha Care" αποτελείται από κατ'οίκον φροντίδα που παρέχεται από νοικοκυρές. Είναι λιγότερο ακριβή αλλά περιορίζεται σε 16 ώρες την εβδομάδα και η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχει περιορίζεται σε 3 ώρες την ημέρα, εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις (Brodsky et al. 2000, Alzheimer-Europe(h), 2005).

Νορβηγία

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας χρηματοδοτείται μέσω της φορολογίας, τόσο σε κεντρικό όσο και σε τοπικό επίπεδο. Η Νορβηγία δαπανά σήμερα το 9% του ΑΕΠ της για την υγειονομική περίθαλψη. 84% του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται από το δημόσιο, το οποίο είναι υψηλό σε σύγκριση με τις χώρες του ΟΟΣΑ (κατά μέσο όρο 73% η δημόσια χρηματοδότηση).

Υπάρχει επίσης ένας σταθερός προϋπολογισμός που σχετίζεται με διάφορα χαρακτηριστικά του Δήμου: αριθμός κατοίκων, ηλικιακή διάρθρωση, εθνοτική δομή, υγεία και κοινωνικοί δείκτες. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει μια αμοιβή για υπηρεσίες όπως η οικιακή βοήθεια, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας, η μικρής διάρκειας διαμονή σε γηροκομείο.

Ο αριθμός των γιατρών αντιστοιχεί στο 3,7 ανά 1.000 άτομα και ο αντίστοιχος αριθμός για τους νοσηλευτές είναι 31,6. Η μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο

είναι 5,0 ημέρες. Υπάρχουν 865 κλίνες για ηλικιωμένους στο σπίτι για κάθε 100.000 άτομα. Οι δαπάνες για τη φροντίδα για τους ηλικιωμένους βρίσκεται στο 1,6% του ΑΕΠ.

Η ενεργοποίηση των ηλικιωμένων να ζήσουν ανεξάρτητη ζωή στα σπίτια και τις κοινότητές τους για όσο διάστημα επιθυμούν αποτελεί εθνικό στόχο και οι κατ' οίκον υπηρεσίες συνιστούν ένα βασικό συστατικό του συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας της Νορβηγίας. Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας περιλαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα, βοήθεια με τις οικιακές εργασίες και κατ' οίκον σίτιση (Alzheimer-Europe(i), 2005).

Σχετικά με συμπεριφορές που σχετίζονται με το γήρας, τα παιδιά στη Νορβηγία δεν έχουν καμία υποχρέωση να «εξοφλήσουν» τους γονείς τους όπως σε άλλες χώρες. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν συγκρίσιμα στοιχεία σχετικά με τη διαθεσιμότητα που υπάρχει όσον αφορά την άτυπη φροντίδα.

Οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας για τους ηλικιωμένους και τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες χρηματοδοτούνται μέσω των Δήμων. Οι χρήστες των υπηρεσιών αυτών ενδέχεται να καταβάλλουν ένα τέλος για ορισμένες από αυτές τις υπηρεσίες. Το μέγεθος του τέλους αυτού ποικίλει από τον ένα Δήμο στον άλλον. Οι περισσότεροι από τους Δήμους (σε ποσοστό 80%) παρέχουν υπηρεσίες 24 ώρες ανά ημέρα.

Οι συγκεκριμένες δομές περιλαμβάνουν: Βοήθεια προκειμένου να συνεχίσουν οι ωφελούμενοι να εκτελούν τις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητές τους ή τα χόμπι τους, να τους βοηθούν στον χειρισμό των οικονομικών τους, να διασφαλίζουν ότι η φαρμακευτική αγωγή λαμβάνεται σωστά. Ακόμη, διαθέτουν: βοήθεια στο μαγείρεμα, στα ψώνια, προσωπική υγιεινή, ντύσιμο αλλά και υποστήριξη σε τεχνικά ζητήματα.

Πολωνία

Οι σχετικές υπηρεσίες για την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες καταβάλλονται μέσω της υποχρεωτικής ασφαλιστικής εισφοράς. Το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας που διαχειρίζεται το Εθνικό Ταμείο Υγείας (Narodowy Fundusz Zdrowia - NFZ) και τα 16 περιφερειακά υποκαταστήματά του (Νόμος για την καθολική Ασφάλιση Υγείας με το Εθνικό Ταμείο Υγείας (2003).

Η μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη είναι εφικτό να παρέχεται στα σπίτια και οι ασθενείς έχουν επίσης την δυνατότητα να επιλέξουν να μείνουν σε ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας.

Οι υπηρεσίες υγείας που χρηματοδοτούνται από το NFZ παρέχονται γενικά δωρεάν για τους ασφαλισμένους (Νόμος περί Υπηρεσιών Υγείας σχετικά με την χρηματοδότηση δημόσιων πηγών το 2004). Ωστόσο, στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης υπάρχουν εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας (που δεν έχουν ταξινομηθεί ως νοσοκομεία), τα οποία συγχρηματοδοτούνται από τις πληρωμές των απόμων που διαμένουν εκεί.

Στην Πολωνία αντιστοιχούν 2,2 γιατροί και 5,1 νοσηλευτές στα 1.000 άτομα (ΟΟΣΑ, 2008). Οι επισκέψεις στο σπίτι αποτελούν καθήκον για τους πολωνούς οικογενειακούς γιατρούς (Marcinowicz et al, 2007). Η κοινωνική πρόνοια στην Πολωνία διοργανώνεται από μονάδες της κεντρικής και τοπικής διοίκησης σε συνεργασία με οργανώσεις όπως ιδρύματα, οργανώσεις, εκκλησίες, θρησκευτικές ομάδες και εργοδότες. Οι μονάδες της κοινωνικής πρόνοιας περιλαμβάνουν: Δήμους και κοινότητες, κέντρα κοινωνικής πρόνοιας, πόβιατ (επαρχίες) - κέντρα πόβιατ για τη στήριξη της οικογένειας, επαρχιακά ή περιφερειακά κέντρα κοινωνικής πολιτικής.

Τέλος, η κοινωνική πρόνοια αποτελείται από διάφορες κατηγορίες παροχών σε χρήμα, καθώς και διάφορες μορφές παροχών σε είδος, π.χ. υπηρεσιών με τη μορφή κοινωνικής εργασίας, υπηρεσίες φροντίδας και εξειδικευμένων συμβουλών.

Μια ποικιλία υπηρεσιών παρέχεται μέσω της κατ 'οίκον φροντίδας όπως: Διαχείριση του νοικοκυριού, πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού - προώθηση της κοινωνικής ένταξης, εκτέλεση μικροεπισκευών π.χ. ηλεκτρικές συσκευές, πλύσιμο ρούχων καθώς και μεταφορά/μετακίνηση σε υπηρεσίες (Alzheimer-Europe(j), 2005).

Ισπανία

Το δημόσιο σύστημα υγείας χρηματοδοτείται μέσω του γενικού συστήματος της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Οι επισκέψεις κατ 'οίκον φροντίδας περιλαμβάνονται στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι ανθρωπinoι πόροι του τομέα της υγείας κυμαίνονται γύρω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, με 3,6 ιατρούς και 7,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους για το έτος 2006

(OECD, 2008). Ο αριθμός των παθολόγων και νοσοκόμων που εργάζονταν στην πρωτοβάθμια φροντίδα ήταν 0,9 και 0,6 αντίστοιχα. Ο σχετικός αριθμός των νοσοκομειακών κλινών (330 ανά 100.000 κατοίκους) ήταν κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ το 2005. Πάνω από το 75% των κλινών προοριζόταν για οξεία φροντίδα. Οι υπηρεσίες υγείας και οι κοινωνικές υπηρεσίες οργανώνονται ξεχωριστά και λειτουργούν ανεξάρτητα. Οι υπηρεσίες υγείας σχεδιάζονται από το Υπουργείο Υγείας, ενώ οι κοινωνικές υπηρεσίες από το Τμήμα Πρόνοιας, ωστόσο ολοκληρωμένο μοντέλο που να συντονίζει τις δύο αυτές υπηρεσίες, δεν υφίσταται. Η κυβέρνηση σε εθνικό επίπεδο συζητά κατά καιρούς θέματα πολιτικής που σχετίζονται με την υγεία και την ευημερία. Οι περισσότερες αρμοδιότητες των κοινωνικών υπηρεσιών (κατανομή προϋπολογισμών, εξοπλισμός εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, εφαρμογή εθνικής πολιτικής) είναι σε στενή συνεργασία με τις περιφέρειες και τις τοπικές αρχές. Οι κοινωνικές υπηρεσίες (καθώς και η προσωπική και οικιακή φροντίδα) οργανώνονται από τους δήμους. Κάθε κοινότητα έχει μια υπηρεσία υγείας και συντάσσει ένα σχέδιο υγείας που περιγράφει ποιες δραστηριότητες είναι απαραίτητες προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της υπηρεσίας. Μεταξύ άλλων υπηρεσιών που παρέχονται από τις υπηρεσίες υγείας των αυτόνομων κοινοτήτων, υπάρχει η πρωτοβάθμια φροντίδα που περιλαμβάνει την υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι και τη φροντίδα που απευθύνεται ειδικά σε ηλικιωμένα άτομα.

Οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας περιλαμβάνουν: κοινωνικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, κοινωνική εργασία, βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού, κατ' οίκον σίτιση και υπηρεσίες τηλε-ειδοποίησης. (Alzheimer-Europe(k), 2005).

Σουηδία

Το συνολικό κόστος της φροντίδας των ηλικιωμένων στη Σουηδία για το 2005 αντιστοιχούσε σε 80,3 δισεκατομμύρια κορώνες (8,4 δις €) (Swedish Institute for Social Research, 2007). Οι συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη κυμαίνονταν στο 9,2% του ΑΕΠ για φροντίδα υγείας ενώ ο τομέας της υγείας των ηλικιωμένων αντιπροσώπευε το 1,6% του ΑΕΠ. Το κόστος ανά δικαιούχο φροντίδας είναι περισσότερο από το διπλάσιο όταν επρόκειτο για ειδικές παροχές όπως για παράδειγμα η στέγαση (European Social Network, 2008).

Στη Σουηδία η δημόσια φροντίδα των υπηρεσιών που αφορούν την βοήθεια στο σπίτι για τους ηλικιωμένους έχει ξεκινήσει ήδη από την αρχή της δεκαετίας του 1950.

Πριν από την συγκεκριμένη υπηρεσία, η υποστήριξη του κοινού ήταν απολύτως θεσμοθετημένη για τα ηλικιωμένα άτομα τα οποία δεν μπορούσαν να διαχειριστούν μόνα τους τα προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζαν (Larsson, 2004). Τα παιδιά είχαν νομική υποχρέωση να βοηθήσουν τους γονείς τους, όπως αναφέρεται στην κοινωνική νομοθεσία μέχρι το 1956 και στην οικογενειακή νομοθεσία μέχρι το 1979 (Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας) (Janlon, 2006). Η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα του δωρεάν μοντέλου επιλογής που παρέχεται στη σουηδική κατ' οίκον φροντίδα συζητιέται ήδη από τη δεκαετία του 1990. Με το νόμο του 2009 για την ελευθερία επιλογής των χρηστών των υπηρεσιών ώστε να έχουν την δυνατότητα να επιλέξουν εάν η υπηρεσία θα πρέπει να παρέχεται από τον δήμο ή από κάποιον ιδιωτικό φορέα παροχής υπηρεσιών.

Στη Σουηδία το 19,4 % των Σουηδών είναι άνω των 65 ετών (2014), ενώ η χώρα καταγράφει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά δημόσιων δαπανών για μακροχρόνια φροντίδα, - 3,6 % του ΑΕΠ το 2010 (OECD, 2012).

Η Σουηδία έχει ένα εδραιωμένο, καθολικό και δημόσιο σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας (HelpAge International, 2013).

Μετά τη δεκαετία του 1990, η Σουηδία σημείωσε μεγάλη πρόοδο σχετικά με την ενίσχυση της παροχής με έδρα το σπίτι ενώ ένα από τα κύρια εμπόδια για την αποϊδρυματοποίηση στην συγκεκριμένη χώρα συνιστούσε η υπανάπτυξη των υπηρεσιών υποστήριξης για τους άτυπους φροντιστές. Το 2010, οι σουηδικές οικογένειες κάλυπταν περίπου το 70% των αναγκών της μακροχρόνιας φροντίδας, αλλά λάμβαναν σχετικά μικρής υποστήριξης και αναγνώρισης από το κράτος πρόνοιας.

Το δικαίωμα στην ενίσχυση, στο βαθμό που αυτό αφορά τη φροντίδα των ηλικιωμένων, περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, την κατ' οίκον βοήθεια στις εργασίες του σπιτιού και την προσωπική φροντίδα, αν οι ανάγκες δεν μπορούν να ικανοποιηθούν με άλλους τρόπους. Οι τύποι της κατ' οίκον φροντίδας που παρέχονται μπορούν να χωριστούν σε διάφορες υπηρεσίες που περιλαμβάνουν πρακτική βοήθεια με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία του νοικοκυριού ή την αγορά βασικών αγαθών καθώς και μαγείρεμα.

Η προσωπική φροντίδα περιλαμβάνει ενέργειες οι οποίες στοχεύουν στο να ικανοποιήσουν τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες του ατόμου και αναφέρονται κυρίως στην ατομική υγιεινή και στα μέτρα που εξασφαλίζουν ότι το άτομο αισθάνεται ασφαλές στην οικία του.

Στην κατ' οίκον φροντίδα παρέχεται επίσης και ιατρική περίθαλψη κάθε μέρα της εβδομάδας, μέρα ή νύχτα. Το 1997, το 28 τοις εκατό των ατόμων που λάμβαναν βοήθεια στο σπίτι, έλαβε φροντίδα και κατά τις βραδινές ώρες. Εκτός από τη βοήθεια στο σπίτι, άλλες δημοτικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους περιλαμβάνουν υπηρεσίες μεταφορών, κατ' οίκον σίτιση, συναγερμούς ασφαλείας, κατάλληλη διαρρύθμιση των χώρων που στεγάζονται οι ηλικιωμένοι, υποστήριξη των ανάπηρων μελών κ.α. (Alzheimer-Europe(1), 2005).

Ελβετία

Οι παροχές των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών διατίθενται μέσα από ένα μικτό σύστημα υποχρεωτικής δημόσιας ασφάλισης, το οποίο χρηματοδοτείται μέσω των κοινωνικών εισφορών καθώς και από μεμονωμένες πληρωμές ασφαλιστρών σε ανταγωνιστικές ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες ορίζονται σε ομοσπονδιακό επίπεδο μέσω LAMal (Νόμος για την ιατρική ασφάλιση).

Άλλες ομοσπονδιακές υπηρεσίες κοινωνικής ασφάλισης, επίσης, παρεμβαίνουν στην χρηματοδότηση των κοινωνικών υπηρεσιών (Συμπληρωματική σύνταξη (PC)) για τους φτωχούς συνταξιούχους και επίδομα αναπηρίας (AI) για τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Επίσης υπάρχει χρηματοδότηση για τις κοινωνικές υπηρεσίες καθώς και του 55% των νοσοκομείων και γηροκομείων, μέσω των τοπικών φόρων. Σχετικά με τις δαπάνες για την υγεία, αυτές ανήλθαν στο 10,9% του ΑΕΠ για το 2009, πολύ πάνω από το μέσο όρο της ΕΕ15 (8,9% για το 2009) (OECD, 2009).

Οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι οργανώνονται με βάση τα καντόνια. Δεν υπάρχει καμία υποχρέωση σε ομοσπονδιακό επίπεδο για την παροχή τέτοιων υπηρεσιών, αν και μπορεί να υπάρχει μέσα σε ένα καντόνι. Οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να αποφασίσουν εάν θα πρέπει να φροντίζονται στο σπίτι ή σε μια εγκατάσταση. Ωστόσο, οι ασφαλιστικές εταιρείες θα πληρώνουν πλέον αν ένα άτομο παραμένει στο νοσοκομείο, όταν η κατ' οίκον φροντίδα δεν είναι πλέον απαραίτητη.

Τα έξοδα για τις υπηρεσίες περίθαλψης τα οποία καθορίζονται από τον ομοσπονδιακό νόμο. Οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι ομοίως αναγνωρίζονται και χρηματοδοτούνται μέσω υποχρεωτικής ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με τους όρους που καθορίζονται από τον ομοσπονδιακό Νόμο.

Μια μεγάλη ποικιλία από υπηρεσίες είναι διαθέσιμες εντός του τομέα των υπηρεσιών της κατ' οίκον φροντίδας. Οι βασικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν τη φροντίδα και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, τη στήριξη της οικογένειας, τη βοήθεια ως προς την εύρυθμη λειτουργία του νοικοκυριού και τις συνοδείες (Alzheimer-Europe(m), 2005).

Ρουμανία

Το μερίδιο του ΑΕΠ της Ρουμανίας που δαπανάται για την υγειονομική περίθαλψη ήταν λίγο υψηλότερο από το μισό του μέσου όρου της ΕΕ των 15 το 2005. Ένα επίκαιρο θέμα που σχετίζεται με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι η προσβασιμότητα, τόσο από οικονομική όσο και από γεωγραφική άποψη. Ένα σχετικά υψηλό ποσοστό από τον ιδιωτικό τομέα απαιτείται για την πληρωμή των υπηρεσιών υγείας, ενώ υπάρχει περιορισμένη δυνατότητα για μεταφορά, μικρός αριθμός παθολόγων και νοσοκόμων, η τελευταία ομάδα βρίσκεται μόλις πάνω από το μισό του μέσου όρου στην Ε.Ε. σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) και μη επαρκώς εξοπλισμένα ιατρικά κέντρα.

Σε γενικές γραμμές, η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, καθώς οι δαπάνες είναι υψηλές. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας καλύπτει υπηρεσίες όπως φροντίδα από την οικογένεια, τους γιατρούς και τα φάρμακα για ορισμένες ασθένειες. Σύμφωνα με το νόμο σχετικά με την κοινωνική βοήθεια προς τους ηλικιωμένους και τα εξαρτώμενα άτομα παρέχεται φροντίδα στα σπίτια των ηλικιωμένων, στα κέντρα ημέρας, στις ομάδες για ηλικιωμένους, στα σπίτια προσωρινής διαμονής και στην οικία του. Επιπλέον, υπάρχουν 49 γηροκομεία για χρόνιες ασθένειες και 20 οίκοι ευγηρίας για νευροψυχιατρικές διαταραχές (Eur-Lex, 2009).

Η επίσημη φροντίδα στο σπίτι για εξαρτώμενους ηλικιωμένους διοργανώνεται από το τοπικό συμβούλιο, το οποίο μπορεί να απασχολεί προσωπικό το οποίο πληρώνεται ανά ώρα με σύμβαση μερικής ή πλήρης απασχόλησης, ανάλογα πάντα με τις ανάγκες

και το χρονοδιάγραμμα της φροντίδας. Ο δικαιούχος δεν πληρώνει ατομική συνεισφορά για αυτές τις υπηρεσίες.

Η άτυπη φροντίδα στο σπίτι μπορεί να παρέχεται από το σύζυγο ή τους συγγενείς των ηλικιωμένων (Νόμος 17/2000) (Pora, 2010).

Οι ιατρικές υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας παρέχονται βάσει των συμβάσεων που έχουν υπογραφεί μεταξύ της Εθνικής Εταιρείας Ασφάλισης Υγείας και των ατόμων ή των οργανισμών που είναι διαπιστευμένοι για την παροχή τέτοιων υπηρεσιών Υγείας, από γενικούς παθολόγους ή άλλους ειδικούς που έχουν παρέχουν ιατρική φροντίδα κατ' οίκον, λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση της υγείας του ατόμου καθώς και τον βαθμό εξάρτησης του.

Ένα άτομο μπορεί να υποβάλλει ακόμη αίτηση για ιατρική περίθαλψη στο σπίτι (όχι για έναν προσωπικό βοηθό, αλλά για ιατρικό προσωπικό - νοσηλεύτη) υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις, όπως το να έχει προηγουμένως νοσηλευτεί και να έχει προταθεί η κατ' οίκον φροντίδα από τον θεράποντα ιατρό του.

Οι πάροχοι ιατρικής φροντίδας στο σπίτι (οι περισσότεροι προέρχονται από ΜΚΟ) θα πρέπει επίσης να έχουν σύμβαση με τον Εθνικό Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (Alzheimer-Europe(n), 2005).

Πορτογαλία

Το 2006, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ανήλθαν στο 9,9% του ΑΕΠ, πάνω από το μέσο όρο της ΕΕ15 (OECD, 2009). Η υγειονομική περίθαλψη της Πορτογαλίας χρηματοδοτείται μέσα από τρία επικαλυπτόμενα συστήματα (Barros & Simões, 2007). Η (σε μεγάλο βαθμό) γενική φορολογική βάση του NHS παρέχει καθολική κάλυψη της περίθαλψης που παρέχεται σε δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Η ιδιωτική χρηματοδότηση κρίθηκε απαραίτητη για το σύστημα υγείας της Πορτογαλίας. Το Εθνικό Σχέδιο Υγείας (2004-2010) είχε ως στόχο την αποκέντρωση των εγκαταστάσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη δημιουργία μονάδων για την υγεία της οικογένειας και την αύξηση της προσβασιμότητας στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Ωστόσο, εξακολουθεί ακόμη να υπάρχει κάποια ανησυχία για τις περιφερειακές ανισότητες, ιδιαίτερα μεταξύ των αστικών, παράκτιων και αγροτικών-εσωτερικών περιοχών (Barros & Simões, 2007).

Οι υπηρεσίες υγείας που διατίθενται για τους ηλικιωμένους περιλαμβάνουν την οξεία περίθαλψη και την γηριατρική φροντίδα σε νοσοκομεία ή μέσω των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, παρέχοντας μια ολοκληρωμένη φροντίδα στο σπίτι.

Η κοινωνική φροντίδα παρέχεται σε κατοικίες για τους ηλικιωμένους, κέντρα ημέρας και στο σπίτι. Η παροχή των κλινών σε γηροκομεία και σε ξενώνες για ηλικιωμένους αυξάνεται, ως αποτέλεσμα της έναρξης της RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – του Εθνικού Δίκτυο για μακροπρόθεσμη ολοκληρωμένη φροντίδα). Το 2006, ξεκίνησαν σημαντικές επενδύσεις από την πλευρά του κράτους, μέσω του ταμείου κοινωνικής ασφάλισης και του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα. Από τότε, η προσβασιμότητα και η ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται για εκείνους που χρήζουν ανάγκης από μακροχρόνιας φροντίδας έχει αυξηθεί.

Αξίζει ακόμη να αναφερθεί ότι από 3.828 παρόχους υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους, οι 1.288 συνιστούν υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας. 38.022 άνθρωποι επωφελούνται από τις υπηρεσίες αυτές, της παροχής φροντίδας στο σπίτι, με μέσο όρο 29,5 πελατών ανά φορέα παροχής υπηρεσιών. Οι περισσότεροι από αυτούς τους πελάτες είναι άνω των 74 ετών ενώ το 57% αποτελούν γυναίκες ωφελούμενοι.

Σχετικά με τις ανάγκες που καλύπτουν, οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν γεύματα, καθαρισμό και τακτοποίηση του σπιτιού, προσωπική φροντίδα, δραστηριότητες αναψυχής, μικρές επισκευές στο σπίτι, ψώνια, μεταφορές, πλύσιμο ρούχων κ.α.

Μια άλλη μορφή της κατ' οίκον φροντίδας που υφίσταται στην Πορτογαλία είναι και τα οικογενειακά καταλύματα. Πρόκειται για άτομα (συνήθως εξαρτώμενους ηλικιωμένους) τα οποία στεγάζονται προσωρινά ή μόνιμα μέσα σε οικογένειες. Αυτή η υπηρεσία προορίζεται για ηλικιωμένους ανθρώπους που δεν έχουν οικογένεια ή για τους οποίους κρίνεται ανεπαρκής η κοινωνική υποστήριξη και δεν λαμβάνουν επαρκή φροντίδα τους στο δικό τους χώρο. Υπάρχουν επίσης ορισμένα κέντρα προσωρινής διαμονής έκτακτης ανάγκης τα οποία προσφέρουν φροντίδα σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία όμως έχουν επαρκή ικανότητα να εκτελούν δραστηριότητες της καθημερινής ζωής τους, χρειάζονται βοήθεια κατά τη διάρκεια της νύχτας (Alzheimer-Europe(ο), 2005).

Σλοβακία

Το 2006, η Σλοβακία ξεπέρασε το 7,7% του ΑΕΠ που αφορούσε την υγειονομική περίθαλψη (OECD, 2009), τα δύο τρίτα των οποίων αφορούσαν δημόσιες δαπάνες, οι οποίες προέκυπταν από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας και την εθνική φορολογία.

Ενώ για όσους δεν είχαν τη δυνατότητα να πληρώσουν για την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, το χρέος τους καλύπτονταν από κυβερνητικές εισφορές. Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας στο σπίτι που χρηματοδοτούνταν από τη γενική φορολογία (κυρίως μέσω δήμου και περιφερειών) και ιδιωτικές συν-πληρωμές. Η κατ' οίκον φροντίδα υποστηρίζεται επίσης μέσω άμεσων πληρωμών (π.χ. επιδόματος για φροντίδα και παροχή προσωπικής βοήθειας).

Σλοβενία

Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη (το 2005 το 8,5% του ΑΕΠ) ήταν υψηλές σε σύγκριση με τις άλλες χώρες στην ΕΕ για το 2004, αλλά κάπως κάτω από το μέσο όρο του 9,3% για την ΕΕ 15. Ο κύριος μηχανισμός χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης προερχόταν από την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης. Άλλες πηγές χρηματοδότησης είχαν να κάνουν με ιδιωτικές πληρωμές (περίπου 27,8% το 2006) μέσω δημοτικών και εθνικών φόρων (Albrecht et al., 2016).

Η Φροντίδα στο σπίτι αποτελεί έναν πολιτικό στόχο της Σλοβενίας και ιδιαίτερα όσον αφορά την προσωπική φροντίδα και την οικιακή βοήθεια. Η σλοβενική κυβέρνηση έχει ως στόχο να ενισχύσει προγράμματα και υπηρεσίες που επιτρέπουν στους ηλικιωμένους να παραμείνουν στο περιβάλλον τους όσο το δυνατόν περισσότερο. Για αυτό το λόγο η κατ' οίκον φροντίδα αναμένεται να αυξηθεί. Επιπλέον, ένας άλλος κρατικός στόχος είναι να ενισχυθεί ο συντονισμός μεταξύ των διαφόρων τύπων φορέων παροχής περίθαλψης.

Η φροντίδα στο σπίτι παρέχεται με τη μορφή κοινωνικών υπηρεσιών κατ' οίκον. Οι παραλήπτες της υπηρεσίας υποχρεούνται από το Νόμο να καταβάλουν αντίτιμο για την υπηρεσία ενώ είναι επίσης εφικτό η καταβολή της υπηρεσίας να συγχρηματοδοτηθεί από τους Δήμους (Hvalič, 2007). Οι κατ' οίκον βοηθοί είναι ιδιώτες χωρίς άδεια

του Υπουργείου. Δεδομένου ότι καμία νομοθεσία δεν εφαρμόζεται για την παροχή των συγκεκριμένων υπηρεσιών, δεν ισχύουν επίσημα κριτήρια επιλεξιμότητας.

Στη Σλοβενία επίσης υπάρχει η έννοια της ευθύνης που αναλαμβάνεται από τα άτομα, την οικογένεια, τους Δήμους και την κυβέρνηση από κοινού. Οι συγγενείς που ζουν στο ίδιο νοικοκυριό έχουν το δικαίωμα να λάβουν παροχές σε χρήμα και διάφορα επιδόματα. Το σύστημα διακρίνεται μεταξύ της κοινωνικής φροντίδας και της ιδρυματικής περίθαλψης (γηροκομείων). Η κατ' οίκον κοινωνική φροντίδα είναι ανοικτή σε όλους, αλλά το μεγαλύτερο μέρος των χρηστών είναι ηλικίας άνω των 65 ετών. Η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι είναι καταναεμημένες σε προληπτική και θεραπευτική δράση.

Εσθονία

Σε αυτή τη χώρα, οι κοινωνικές υπηρεσίες και οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση για την υγεία και από δημόσιους φόρους. Το 2006, το 62,5% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτήθηκαν από την ασφάλιση υγείας, το 11% από το κράτος και τους δημοτικούς φόρους και το 25,6% από τον ιδιωτικό τομέα.

Το 2006, οι δαπάνες για την υγεία ανήλθαν στο 5% του ΑΕΠ (Koppel et al. 2008). Αναφορικά με τις κοινωνικές υπηρεσίες, αυτές χρηματοδοτούνται κυρίως από δημόσιους φόρους, και κυρίως μέσω των προϋπολογισμών των Δήμων (σε περίπτωση παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών, κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας, προσωπικής βοήθειας, κοινωνικής στέγασης, κατάλληλης διαμόρφωσης κατοικίας και κοινωνικών μεταφορών).

Επίσης, όταν κάποιος δεν είναι πλέον σε θέση να ζήσει ανεξάρτητα, μπορεί να κάνει χρήση της γενικής φροντίδας στο σπίτι, μέσω της οποίας παρέχεται 24ωρη φροντίδα.

Η φροντίδα στα κοινωνικά αυτά ιδρύματα πρόνοιας παρέχεται κυρίως στους εξυπηρετούμενους τους μέσω των παρόχων ή ενδεχομένως, μέσω των τοπικών κυβερνήσεων.

Υπηρεσίες κατ' οίκον παρασχέθηκαν σε 6.428 άτομα, μεταξύ των οποίων 3.960 ήταν άτομα με ειδικές ανάγκες το 2007. Από όλους τους παραλήπτες των υπηρεσιών κατ'

οίκον φροντίδας, το 82% ήταν ηλικίας άνω των 65 ετών (44% ηλικίας άνω των 80) (Paat & Merilain, 2010).

Λετονία

Το 2008, το 6,5% του ΑΕΠ δαπανήθηκε για την υγειονομική περίθαλψη (NRA, 2010), και το 3,9% για το δημόσιο τομέα. Το ποσοστό αυτό είναι κάτω από το εκτιμώμενο μέσο όρο στην ΕΕ 9,1% και 3,9% αντίστοιχα. Την κύρια πηγή χρηματοδότησης αποτελεί ο φόρος περί κοινωνικής ασφάλισης υγείας (NCHI).

Οι κοινωνικές υπηρεσίες χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω της δημοτικής φορολογίας. Το 0,3% του ΑΕΠ δαπανήθηκε για τις κοινωνικές υπηρεσίες από την κυβέρνηση (Jakaite, 2007). Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν μακροχρόνια κοινωνική περίθαλψη, κοινωνική αποκατάσταση, ημερήσια φροντίδα και κοινωνική εργασία. Πρόσφατα, μια διοικητική μεταρρύθμιση είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των τοπικών διοικητικών οντοτήτων όπου ο φόρος εισπράττεται και η περίθαλψη είναι οργανωμένη.

Το ΑΕΠ που δαπανάται στη Λετονία για τα γηρατειά αντιστοιχεί στο ήμισυ του μέσου όρου για την Ευρώπη. Το ένα τρίτο του πληθυσμού άνω των 65 ετών βρίσκεται στα όρια της φτώχειας, το οποίο είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη (19,5% κατά μέσο όρο για τις διαθέσιμες χώρες) (Eurostat, 2008) ενώ το 2009, η οικονομική κρίση δημιούργησε ένα ακόμη πιο εύθραυστο πλαίσιο για τη δημόσια χρηματοδότηση της κατ' οίκον φροντίδας.

Λιθουανία

Κοινωνικοί λειτουργοί και φροντιστές παρέχουν κατ' οίκον φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει νοσηλευτικές πράξεις, ψώνια και βοήθεια στις εργασίες του σπιτιού. Το 1997, περισσότερα από 2.200 φροντιστές είχαν εμπλακεί στην παροχή φροντίδας στη χώρα. Αυτός ο αριθμός έχει αυξηθεί αλλά είναι αναμφίβολα ακόμη ανεπαρκής για τις τρέχουσες ανάγκες.

Παρά την υποστήριξη από διάφορους (μη) κυβερνητικούς οργανισμούς, η μακροχρόνια φροντίδα στην κοινότητα παραμένει μια δραστηριότητα η οποία πραγματοποιείται κυρίως από τις οικογένειες, τους γείτονες, τους φίλους και τους εθελοντές (Marcinkowska, 2010).

Περίπου το 46% των Λιθουανών πολιτών συμφωνούν κατά ένα μεγάλο βαθμό στο ότι η φροντίδα θα πρέπει να παρέχεται από στενούς συγγενείς του εξαρτώμενου ατόμου, ακόμη και αν αυτό το άτομο θα πρέπει να θυσιάσει εν μέρει την καριέρα του σε κάποιο βαθμό. Αυτό μπορεί να προκληθεί από το γεγονός ότι υπάρχει μια ιδιαίτερα στενή σχέση μεταξύ των μελών της οικογένειας (μεταξύ γενεών).

Ως καλύτερη επιλογή για τον ηλικιωμένο γονέα θεωρείται η συγκατοίκηση με κάποιο από τα παιδιά του είναι (σε ποσοστό 47%), ενώ το 27% των Λιθουανών πιστεύουν ότι οι ηλικιωμένοι πρέπει να παραμένουν στο σπίτι και να λαμβάνουν τακτικές επισκέψεις φροντίδας είτε από δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα παροχής υπηρεσιών φροντίδας ή από τα δικά τους παιδιά, ενώ μόνο το 10% θεωρεί ως προτιμότερη επιλογή τα γηροκομεία για την παροχή φροντίδας για τους ηλικιωμένους και τα εξαρτώμενα άτομα (European Commission, 2007).

ΚΕΦ. 3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Κατ' οίκον φροντίδα στην Ελλάδα: Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο

Η ανάγκη για την κατ' οίκον φροντίδα αυξήθηκε αρχικά στον ελλαδικό χώρο λόγω της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι η ηλικιακή ομάδα των ατόμων άνω των 65 ετών, από 16,9%, το 1993, αυξήθηκε στο 18% το 2004 ενώ το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση αντιστοιχούσε πριν μια δεκαετία περίπου σε 76,6 έτη για τους άντρες και τα 81,5 έτη για τις γυναίκες (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού, 2007).

Ωστόσο, τα επόμενα έτη παρατηρήθηκε αυξητική τάση της γήρανσης του πληθυσμού σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή, όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στο Γράφημα 6 (ΕΛΣΤΑΤ, 2015). Σύμφωνα με την απογραφή του 2011, τα ηλικιωμένα άτομα 65-74 ετών είναι 1.098.978, οι ηλικιωμένοι (75-84 ετών) 862.192, οι υπερήλικες (85+) είναι 265.964 άτομα (Σταθόπουλος, 2015). Προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα είναι τα 78,2 έτη για τους άνδρες και τα 81,9 για τις γυναίκες ενώ υπολογίζεται ότι το 2020 οι ηλικιωμένοι θα αποτελούν το 19,1% του πληθυσμού (Σταθόπουλος, 2015).

Γράφημα 4: Δημογραφικά στοιχεία για την γήρανση στην Ελλάδα από το 2001-2011.

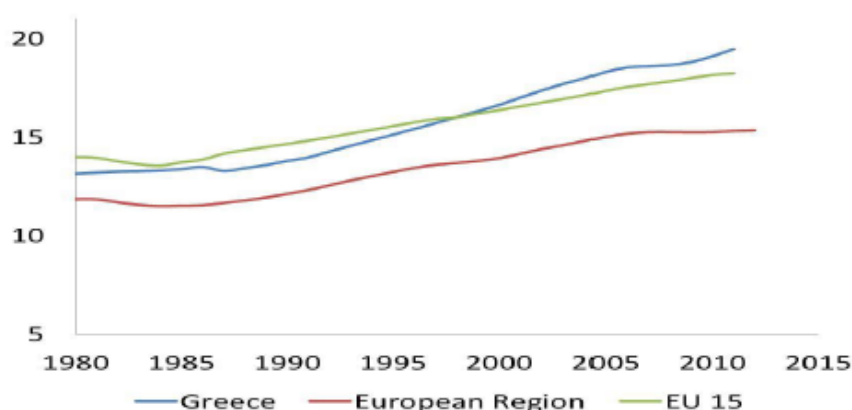


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2015

Εκτός από τον συγκεκριμένο φαινόμενο που ήγειρε την ανάγκη για υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε και πλήθος άλλων παραγόντων που δεν είναι αποκλειστικά ιατρικής φύσης (αναπηρία, μακροχρόνιες ασθένειες) αλλά και κοινωνικοοικονομικής, όπως οι κοινωνικές ανισότητες, η ανεργία και η φτώχεια.

Γράφημα 5. Ποσοστό του πληθυσμού 65 ετών και άνω (1970-2011) σε Ελλάδα και Ευρώπη

Σχήμα 1. Ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών, έτη 1970 έως τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία (Πηγή: βάση δεδομένων ΠΟΥ Υγεία για Όλους)



Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2017

Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και παροχής φροντίδας στο περιβάλλον του ασθενή στην Ελλάδα συνδέθηκαν τόσο με τις πολιτικές υγείας όσο και με την κοινωνική πολιτική του κράτους. Από την πλευρά των πολιτικών για την υγεία, ο βασικός σκοπός κάθε συστήματος υγείας, στα πλαίσια του κοινωνικού κράτους, είναι η διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και κατ' επέκταση η βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής (Δίκαιος, 1999).

Το ελληνικό σύστημα υγείας με τις ακόλουθες νομοθετικές ρυθμίσεις έθετε ως στόχο την αναβάθμιση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά και της ΠΦΥ. Ενδεικτικά θα αναφερθούμε σε κάποιους νόμους οι οποίοι βελτίωσαν σημαντικά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη χώρα μας: Ο νόμος 1397/1983 πλαίσιο 11γ που αναφερόταν στην ΠΦΥ, και ο οποίος ήταν σύμφωνος με την διακήρυξη της Alma-Ata (1978), ο νόμος 1579/217/ΤΑ/23-12-85 (άρθρο 1312), ο οποίος αναφερόταν στη σύσταση των νοσοκομείων και την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, νοσηλείας, εκπαίδευσης και έρευνας, εν συνεχεία, ο νόμος 2071/1992, ο οποίος έθεσε τις βάσεις για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας και αναφερόταν και στην

κατ' οίκον νοσηλεία επηρέασε σε μεγάλο βαθμό και τη χώρα μας. Αρκεί να αναφέρουμε ότι τον Ιούνιο του 1996, η Διαρκής Νοσοκομειακή Επιτροπή της Ευρωπαϊκής Ένωσης [Standing Committee of the Hospitals of the European Union (HOPE)] προχώρησε σε μια σειρά από προτάσεις οι οποίες απευθύνονταν στα Νοσοκομεία των Κρατών-Μελών, έχοντας ως αρχικό στόχο να επαναπροσδιορίσει το ρόλο του νοσοκομείου στο πλαίσιο των ευρύτερων κοινωνικοοικονομικών αλλαγών.

Μεταξύ των προτάσεων αυτών ήταν και η όλο και μεγαλύτερη έμφαση που αξίζει να δοθεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στη νοσηλεία στο σπίτι (Λιαρόπουλος, 2010).

Πίνακας 6. Δυνατά και αδύνατα σημεία του μοντέλου της κατ' οίκον φροντίδας

ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ	ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ
Νομοθετική ρύθμιση της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας (άρθρο 3 παρ. 2, Ν.2646/98)	Ελλιπής νομική εξειδίκευση των αρχών της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας Έλλειψη οριοθέτησης του κύκλου των δικαιούχων Έλλειψη κριτηρίων και προδιαγραφών ποιότητας
Διευρυμένη οριοθέτηση του σκληρού πυρήνα της έννοιας της πρωτοβάθμιας φροντίδας	Ελλιπής νομική εξειδίκευση των μηχανισμών πρόληψης των αναγκών και εντοπισμού προβλημάτων που οδηγούν σε οικονομικό και κοινωνικό αποκλεισμό
Υιοθέτηση οριζόντιου πλαισίου για την επιλογή δικαιούχων	Αδυναμία διάκρισης μεταξύ ανασφαλιστών και ασφαλισμένων Έλλειψη προϋποθέσεων χορήγησης των υπηρεσιών
Πρόβλεψη για την ανάπτυξη δικτύων Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας μέσω της συνεργασίας μεταξύ των φορέων του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας	Αδυναμία συγκρότησης και λειτουργίας του δικτύου λόγω της μη έκδοσης σχετικής κανονιστικής πράξης (άρθρο 3 παρ. 3, Ν. 2646/98) από την κεντρική διοίκηση
Άσκηση αρμοδιοτήτων από τις Διευθύνσεις Πρόνοιας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	Έλλειψη επιτελικού οργάνου σε επίπεδο κεντρικής διοίκησης Απουσία διαδικασιών οργανωμένου κοινωνικού διαλόγου για το σχεδιασμό και την παρακολούθηση του συστήματος
Ανάπτυξη υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας για παιδιά και ηλικιωμένους	Επιχειρησιακή έλλειψη αντίστοιχων υπηρεσιών για άτομα με αναπηρίες
Νομοθετική ρύθμιση των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας (άρθρο 13 του Ν. 3106/2003).	Επιχειρησιακός περιορισμός των προγραμμάτων «Βοήθεια Στο Σπίτι» στη φροντίδα ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ
Πρόβλεψη για την ανάπτυξη καινοτόμων προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας, τα οποία ενσωματώνουν διαστάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς μπορεί να εισάγουν νέες μεθόδους αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων (άρθρο 15, Ν. 2646/98)	Μη έκδοση σχετικής κανονιστικής πράξης από τη διοίκηση
Νομοθετική κατοχύρωση των αρμοδιοτήτων των ΟΤΑ στο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Ν. 3852/2010)	Έλλειψη πόρων για την ουσιαστική άσκηση αρμοδιοτήτων
Απασχόληση έμπειρων στελεχών	Εφαρμογή μοντέλων ευέλικτων εργασιακών σχέσεων χωρίς καθεστώς μόνιμης απασχόλησης
Χρηματοδότηση υπηρεσιών από το ΕΣΠΑ 2007-2013 (ΕΠΑΝΑΔ/ΠΕΠ) και ΕΣΠΑ 2014-2020 (ΕΠ/ΠΕΠ)	Έλλειψη νομοθετικής κατοχύρωσης των δράσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας που συγχρηματοδοτούνται από το ΕΣΠΑ –Αδυναμία βιωσιμότητας των υπηρεσιών Προβλήματα συμβατότητας με το Ν. 3106/2003

(Πηγή: Αμίτσης, 2013:56-57)

3.2 Δομές και φορείς που προσφέρουν κατ' οίκον νοσηλεία και κατ' οίκον φροντίδα

Όσον αφορά στην «κατ' οίκον νοσηλεία»¹⁴, στον ελλαδικό χώρο, αναπτύχθηκε για πρώτη φορά σε δημόσια ογκολογικά νοσοκομεία (Άγιοι Ανάργυροι, Μεταξά, Νοσοκομείο Πατησίων, Ερυθρός Σταυρός). Κυριότερο εμπόδιο στην προσπάθεια της να αναπτυχθεί στο σημείο που πρέπει έως και σήμερα είναι οι γραφειοκρατικοί μηχανισμοί. Αυτά όσον αφορούν στο Δημόσιο τομέα. Στον ιδιωτικό τομέα αν και τα πράγματα είναι λίγο διαφορετικά, δεν υπάρχει χρηματοδότηση με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς να «βαραίνουν» τον ίδιο τον ασθενή καθότι οι δαπάνες για νοσηλεία κατ' οίκον δεν προβλέπονται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης.

Η πρώτη ιδιωτική εταιρεία παροχής κατ' οίκον νοσηλείας ήταν η ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗ που ιδρύθηκε από τον ιατρό Παπαζήση Η. το 1995 στην Αθήνα. Εταιρεία η οποία λειτουργούσε 24 ώρες το 24ωρο, όλες τις ημέρες του έτους. Το 2000 η εταιρεία αυτή απορροφήθηκε από το Νοσοκομείο Υγεία ενώ το 2007, στη θέση της ιδρύθηκε η HOMED ΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε., η οποία διαδέχθηκε τις προηγούμενες υπηρεσίες και παρείχε ολοκληρωμένη κατ' οίκον νοσηλεία (Hospital at Home, 2013). Σήμερα οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας είναι οι: Care at home, Όμιλος Υγεία, Bioaxis Healthcare, Όμιλος Euromedica (σε συνεργασία με την Bioaxis), Όμιλος Βιοϊατρική (μέσω των Βιοκλινικών).

Όσον αφορά την «κατ' οίκον φροντίδα» παρέχεται κυρίως από τα Προγράμματα «Βοήθεια Στο Σπίτι» που λειτουργούν μέσω της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στους Δήμους της χώρας, ενώ σύμπραξη με την Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Αυτοδιοίκησης έχουν κάνει και διάφορες ΜΚΟ και ιδιώτες. Σήμερα λειτουργούν 879 δομές «Βοήθεια Στο Σπίτι» οι οποίες καλύπτουν τις ανάγκες για κατ' οίκον φροντίδα περίπου 80.000 ωφελούμενων (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 2017).

¹⁴ Η κατ' οίκον νοσηλεία έχει διαφορετικό ρόλο και θέτει διαφορετικούς στόχους σε σχέση με την κατ' οίκον φροντίδα. Στη νοσηλεία κατ' οίκον παρέχονται ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες στο σπίτι του ασθενή με βασικότερο στόχο την αύξηση της επιβίωσης (Σαγής, 2008). Οι πιο συνηθισμένες υπηρεσίες που παρέχονται είναι: αιματολογικές εξετάσεις, υπέρηχοι, ακτινογραφίες, καθετηριασμοί, περιποίηση τραυμάτων, ενδοφλέβια χορήγηση ορού και φαρμάκων, καρδιογραφήματα κ.α.

3.3. Κατ' οίκον φροντίδα στην κοινότητα: Το Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι»

Η δυνατότητα των ΟΤΑ να ασκούν κοινωνική πολιτική είναι θεσμοθετημένη. Ειδικότερα, οι ρυθμίσεις του νέου Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής προβλέπουν τα εξής:

Σύμφωνα με το άρθρο 75 του Ν.3463/2006:

«Οι δημοτικές και οι κοινοτικές αρχές διευθύνουν και ρυθμίζουν όλες τις τοπικές υποθέσεις, σύμφωνα με τις αρχές της επικουρικότητας και της εγγύτητας, με στόχο την προστασία, την ανάπτυξη και τη συνεχή βελτίωση των συμφερόντων και της ποιότητας ζωής της τοπικής κοινωνίας».

Η σύγχρονη προσέγγιση στην κοινωνική πολιτική υιοθετεί μία διευρυμένη οπτική, η οποία πρωτίστως αντιλαμβάνεται την ολοκληρωμένη αναπτυξιακή δυναμική της. Αυτό μεταφράζεται σε ενίσχυση της κοινωνικής αλληλεγγύης και επομένως της κοινωνικής συνοχής, αλλά και στη δημιουργία νέων ειδικοτήτων και θέσεων εργασίας, στην αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού, αλλά και στην ουσιαστική ενδυνάμωση της συμμετοχής των πολιτών (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., 2008).

Σήμερα ένα ευρύτατο φάσμα υπηρεσιών κοινωνικού χαρακτήρα αναπτύσσεται και παρέχεται, σε διαφορετική έκταση, από τους περισσότερους Δήμους της χώρας. Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες υλοποιούνται μέσα από διάφορα προγράμματα. Ένα από αυτά είναι και το Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» στο πλαίσιο του οποίου παρέχονται σε ηλικιωμένα άτομα και ΑΜΕΑ, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας, ψυχοκοινωνικής στήριξης και κατ' οίκον εξυπηρέτησης (ΕΕΤΑΑ, 1995).

Ως θεσμός ξεκίνησε για πρώτη φορά το 1973 με νομοθετικό διάταγμα "περί προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων", που προέβλεπε την παροχή υπηρεσιών στο σπίτι για ηλικιωμένους που είχαν ανάγκη από φροντίδα. Το 1988 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός σε συνεργασία με το υπουργείο Υγείας εφάρμοσε πιλοτικά το "Βοήθεια στο Σπίτι" στις περιοχές Εξάρχεια, Κυψέλη, Πατήσια, Κολωνό, Βοτανικό, Ακαδημία Πλάτωνος.

3.4. Η θεσμοθέτηση του προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι"

Η πρώτη ρύθμιση που αφορούσε τις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κατ' οίκον φροντίδας πραγματοποιείται με το Νομοθετικό Διάταγμα 162/73 "Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων", το οποίο καθόριζε την αρμοδιότητα του τότε Υπουργείου κοινωνικών υπηρεσιών για την προστασία των υπερηλίκων και των εκ χρόνιων παθήσεων πασχόντων ατόμων με την οργάνωση υπηρεσιών ιδρυματικής περίθαλψης και κοινωνικής βοήθειας κατ' οίκον. Μέσα στα πλαίσια των παραπάνω ενεργειών και έπειτα από μια καθυστέρηση περίπου μιας εικοσαετίας, δημιουργείται το θεσμικό υπόβαθρο υπαγωγής των υπηρεσιών στο οργανωτικό πλαίσιο του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας (Αμίτσης, 2013:43).

Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" κατοχυρώνεται νομοθετικά το έτος 1992 όπου και αρχίζει να εφαρμόζεται αρχικά σε πιλοτικό επίπεδο¹⁵ (Π4β) και από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 λαμβάνει κρατικό προϋπολογισμό προκειμένου να καλύψει τους στόχους που είχε θέσει, και πιο συγκεκριμένα, την κάλυψη των αναγκών συγκεκριμένης ομάδας του πληθυσμού (ηλικιωμένοι) ενώ το 1997 επιλέχθηκαν και συγκεκριμένοι Δήμοι για να υλοποιήσουν το πρόγραμμα σε συνεργασία με τα Υπουργεία Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης και Υγείας & Πρόνοιας.

Θεμέλιο του Προγράμματος αποτέλεσε ο Ν. 2082/1992 περί "Αναδιοργάνωσης της Κοινωνικής Πρόνοιας και καθιέρωσης νέων θεσμών Κοινωνικής Προστασίας" (ΦΕΚ Α' 188), ο οποίος εισήγαγε νέες τεχνικές κάλυψης των αναγκών των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού (Αμίτσης, 2013:43).

Μέσα από την λειτουργία του προγράμματος, συμπληρώθηκαν και ορισμένα από τα κενά που υπήρχαν στον τομέα της υγείας τη δεκαετία του 1980, ένα παράδειγμα εκ των οποίων είναι η παροχή των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας οι οποίες ενεργοποιήθηκαν από αρκετά νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας με στόχο την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στο περιβάλλον των ενδιαφερομένων.

Η υλοποίηση του προγράμματος ωστόσο βασίστηκε στις επιλογές της Κεντρικής Διοίκησης. Σε επίπεδο θεσμικό οι οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης

¹⁵ Π4Β/οικ. 4514/12.8.1996 "Εφαρμογή πιλοτικού προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι στο Δήμο Περιστερίου". Απόφαση του Υπουργού Οικονομικών και του Υφυπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

καθιερώθηκαν ως φορείς υλοποίησης των δράσεων, ενώ σε επίπεδο επιχειρησιακό τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) λειτούργησαν ως οργανωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών για ηλικιωμένους. Στη συνέχεια, άρχισαν να δραστηριοποιούνται έντονα και οργανώσεις ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού και εθελοντικού τομέα με πιο έντονη παρέμβαση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού¹⁶.

Προτεραιότητα στην αρχική περίοδο του προγράμματος δόθηκε σε συγκεκριμένες κατηγορίες ηλικιωμένων με αυξημένα προβλήματα:

- ✓ Άτομα τα οποία δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως
- ✓ Ήταν μοναχικά
- ✓ Έχρηζαν ειδικής φροντίδας
- ✓ Δεν διέθεταν τα οικονομικά μέσα ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους και να παραμείνουν στο οικείο τους φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον

Τα Προγράμματα τα οποία τελούσαν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας τυποποιήθηκαν θεσμικά το 1997 μέσω της υπογραφής καθορισμένης σύμβασης μεταξύ των υπουργείων υγείας και πρόνοιας, του υπουργείου εσωτερικών, δημόσιας διοίκησης και αποκέντρωσης, της ΚΕΔΚΕ, των εκπροσώπων των ΚΑΠΗ και των δημοτικών επιχειρήσεων των αντίστοιχων δήμων.

Φορείς υλοποιήσεις των προγραμμάτων ορίστηκαν αρχικά 102 Δήμοι: Στην πρώτη κατηγορία εντάχθηκαν δήμοι οι οποίοι επιχορηγούνταν από τον προϋπολογισμό του υπουργείου εσωτερικών, δημόσιας διοίκησης και αποκέντρωσης με το ποσό των 6000000 δρχ. Για το β' εξάμηνο, του 1997, 12.000000 δρχ. Για κάθε επόμενο έτος, από τα τρία πρώτα χρόνια λειτουργίας του προγράμματος, 6000000 για τα υπόλοιπα δυο έτη (από τα πέντε).

Και στη δεύτερη κατηγορία εντάχθηκαν Δήμοι που επιχορηγούνταν από τον προϋπολογισμό του υπουργείου υγείας και πρόνοιας με τα αντίστοιχα ποσά.

Η υλοποίηση των προγραμμάτων ανατέθηκε αρχικά στα ΚΑΠΗ των δήμων ενώ το προσωπικό το οποίο απασχολούσαν ήταν εξειδικευμένο και αποτελούνταν κυρίως από τις ειδικότητες του κοινωνικού λειτουργού, απόφοιτου ΑΕΙ, ΤΕΙ, νοσηλεύτη ΤΕΙ/ΜΤΕΝΣ και οικογενειακού βοηθού υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

¹⁶ Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός εγκαινίασε το 1988 το πρώτο πιλοτικό πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας στο κέντρο της Αθήνας (Αμίτσης, 2001:44).

Στις υποχρεώσεις των δήμων για την υλοποίηση των Προγραμμάτων ήταν και η επιχορήγηση με το ποσό των 6.000.000 δρχ. των ΚΑΠΗ.

Οι συγκεκριμένοι Δήμοι ανέλαβαν την προώθηση των δράσεων αυτών για πέντε έτη.

Ενώ από το 1998 και έπειτα με την χρηματοδότηση του προγράμματος κατά 75% από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέσω του Β' και Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και το ΕΣΠΑ όλο και περισσότεροι δήμοι σε όλη την Ελλάδα υιοθετούν το "Βοήθεια στο σπίτι". Το 1997 εφαρμόστηκε σε πιλοτική μορφή στον Δήμο Περιστερίου κι έναν χρόνο αργότερα αποφασίστηκε η επέκτασή του σε 102 δήμους με οργανωμένα ΚΑΠΗ.

Το 2000 μέσα από το Β' ΚΠΣ δημιουργήθηκαν 183 Προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας, ενώ το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία-Πρόνοια του Γ' ΚΠΣ (2000-2006), το οποίο περιλάμβανε δράσεις που θα ενίσχυαν τις πιο ευάλωτες δράσεις που θα ενίσχυαν τις πιο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (Σακελλαρόπουλος, 2006:60). βοήθησε σε μεγάλο βαθμό στην επέκταση του προγράμματος και στους υπόλοιπους ΟΤΑ. (Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης, 2000-2006, Αμίτης, 2013:44-45).

Οι στόχοι του Προγράμματος ήταν οι εξής:

- Η αναγνώριση, καταγραφή, αξιολόγηση και συστηματική επεξεργασία των στοιχείων που αφορούν τις ανάγκες σε υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας των ηλικιωμένων και των ΑΜΕΑ
- Η παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας στα άτομα της τρίτης ηλικίας και στις οικογένειές τους από εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχοκοινωνική υποστήριξη, νοσηλευτική φροντίδα)
- Εντοπισμός και αξιοποίηση των δυνατοτήτων του Δήμου, της τοπικής κοινωνίας και των τοπικών φορέων σχετικά με την υλοποίηση της κατ' οίκον φροντίδας.
- Διασύνδεση και διαμεσολάβηση σε φορείς, δίκτυα και υπηρεσίες με στόχο την αξιοποίηση τους στην κάλυψη των αναγκών των ομάδων στόχου.
- Προώθηση και υπεράσπιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των ωφελούμενων του Προγράμματος
- Ευαισθητοποίηση του άμεσου και ευρύτερου περιβάλλοντος

- Αξιοποίηση εθελοντικών πρωτοβουλιών, ανάπτυξη της Κοινωνικής Αλληλεγγύης, διαρκής ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας σχετικά με τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και τις δυνατότητες των ηλικιωμένων
- Οργάνωση και συστηματική παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και οικογενειακής βοήθειας με στόχο την κάλυψη βασικών αναγκών των ηλικιωμένων

Και τέλος,

- Συστηματική αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων ώστε να υποβάλλονται σχετικές εισηγήσεις και προτάσεις για περαιτέρω δράσεις και ενέργειες προς τους αρμόδιους φορείς

3.5 Εξέλιξη των δομών ΒΣΣ

Εξέλιξη του θεσμού του Προγράμματος αποτέλεσε ο Ν. 2646/1998 περί «Ανάπτυξης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ Α' 236).

Σύμφωνα με το άρθρο 4 του Ν. 2646/1998, «Το Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, εντός του πλαισίου των αρμοδιοτήτων του, έχει την ευθύνη για τη χάραξη της εθνικής πολιτικής κοινωνικής φροντίδας, το σχεδιασμό προγραμμάτων, την έρευνα, μελέτη και τεκμηρίωση θεμάτων που άπτονται της κοινωνικής φροντίδας, το συντονισμό δράσεων καθώς και τον προσδιορισμό όρων και προϋποθέσεων σχετικά με την παροχή οργανωμένων κοινωνικών υπηρεσιών καθώς και την παρακολούθηση και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών των φορέων του Εθνικού Συστήματος. Οι Περιφέρειες στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων τους εξειδικεύουν και παρακολουθούν την εφαρμογή των Εθνικών Προγραμμάτων. Οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις πέρα των αρμοδιοτήτων που αναφέρονται στις κείμενες διατάξεις, εισηγούνται για την αναγνώριση των φορέων κοινωνικής φροντίδας ως ειδικώς πιστοποιημένων. Οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης α' βαθμού στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους αναπτύσσουν και εφαρμόζουν ιδίως προγράμματα πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας (Αμίτσης, 2013).

Οι υπηρεσίες πρόνοιας των Νομαρχιακών και Τοπικών Αυτοδιοικήσεων α' βαθμού συνεργάζονται για θέματα της αρμοδιότητάς τους με τις υπηρεσίες πρόνοιας της Περιφέρειας και με το Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας. Με κοινή απόφαση των

Υπουργών Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης και Υγείας & Πρόνοιας καθορίζεται ο τρόπος συνεργασίας και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια».

Η θεματική εξειδίκευση του Εθνικού Συστήματος υιοθετεί την παραδοσιακή διάκριση μεταξύ: πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας.

Θα πρέπει ωστόσο να αναφέρουμε ότι μέσω της συγκεκριμένης διάκρισης, επιτυγχάνεται και η θεσμική κατοχύρωση του ρόλου των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας ως μηχανισμού πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας¹⁷ που απευθύνεται σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού.

Επίσης με το Ν. 3106/2003 περί «Αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις», (άρθρο 13), πραγματοποιούνται οι παρακάτω τροποποιήσεις:

Το Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας είναι πλέον αρμόδιο για την έγκριση, το συντονισμό και την εποπτεία του Προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι».

Στο Πρόγραμμα αυτό δύναται να υποβάλλουν σχετική πρόταση για έγκριση στο Υπουργείο Παιδείας και Πρόνοιας: Υπηρεσίες Υπουργείων, Περιφερειών, ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ ειδικώς πιστοποιημένα σύμφωνα με το άρθρο 5 του ν.2646/1998, ΟΤΑ Α' και Β' βαθμού, οι επιχειρήσεις τους και η Εκκλησία, οι οργανωτικές υποδιαιρέσεις

¹⁷ Η **πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα** επικεντρώνεται στην παροχή υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας, αποβλέποντας στην πρόληψη των αναγκών αλλά και στον εντοπισμό προβλημάτων που οδηγούν σε οικονομικό και κοινωνικό αποκλεισμό. Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες παρέχονται μέσα στα πλαίσια της Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α' Βαθμού.

Η **δευτεροβάθμια κοινωνική φροντίδα** εστιάζει το ενδιαφέρον της στην παροχή υπηρεσιών φιλοξενίας και κλειστής φροντίδας, ενώ αποσκοπεί στη θεραπεία και αποκατάσταση κάθε είδους σωματικής, πνευματικής και ψυχικής νόσου ή αναπηρίας και την αντιμετώπιση συνεπειών του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι σχετικές υπηρεσίες παρέχονται κυρίως στα πλαίσια της Περιφέρειας και της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης.

Η **τριτοβάθμια κοινωνική φροντίδα** επικεντρώνεται στην παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών ανοικτής και κλειστής περίθαλψης όπου οι σχετικές υπηρεσίες παρέχοντες κυρίως στο πλαίσιο της Κεντρικής Διοίκησης και της Περιφέρειας (Αμίτσης, 2013).

και φορείς της. Ενώ, από επιχειρησιακή πλευρά, ο Ν. 3106/2003 συνεισφέρει στην διατήρηση του κοινωνικού χαρακτήρα του Προγράμματος ΒΣΣ καθώς το πεδίο εφαρμογής του διευρύνεται από την ομάδα των ηλικιωμένων σε κάθε άτομο που αντιμετωπίζει παροδικά ή μόνιμα κοινωνικά προβλήματα υγείας ή αναπηρίας και σε υλικό πεδίο παρέχει υπηρεσίες πρόληψης κοινωνικού αποκλεισμού.

Μετά τη λήξη των Προγραμμάτων, με μια σειρά άρθρων και διατάξεων (Ν.3146/2003, (άρθρο 13), Ν. 3329/2005 (άρθρο 26)) επεκτεινόταν η εφαρμογή του Προγράμματος στους Δήμους που το υλοποιούσαν μέχρι και το έτος 2006.

Στην τρίτη περίοδο ανάπτυξης του Προγράμματος όπου υπάρχει παρέμβαση από την κεντρική διοίκηση, στην οποία πλέον ανατίθεται να αντιμετωπίσει προβλήματα βιωσιμότητας των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας τα οποία συνδέονταν με την αποκλειστική πλέον χρηματοδότηση δράσεων η οποία προερχόταν από πόρους των Κοινοτικών Διαρθρωτικών Ταμείων.

Η κυριότερη θεσμική παρέμβαση στην επιχειρησιακή λειτουργία του Προγράμματος πραγματοποιήθηκε με το Ν. 3731/2008, (παρ. 13, άρθρο 21), η οποία σηματοδότησε την κανονιστική του λήξη καθώς προέβλεπε ότι "Το Πρόγραμμα το οποίο χρηματοδοτείτο από πόρους του κρατικού προϋπολογισμού και εφαρμοζόταν σύμφωνα με τις διατάξεις της υπ' αριθ. Π4β/5814/2.10.1997 ΚΥΑ, όπως τροποποιήθηκε με τις αριθ. Π1γ/Γ.Π. οικ. 62329/03, Π1γ/Γ.Π. 69674/05 και 2724/08 που έληγε στις 30.4.2009" (Εγκύκλιος 31, Υπουργείου Εσωτερικών για τα Κοινωνικά Προγράμματα των Ο.Τ.Α., 2009).

Με την παρ. 13 του άρθρου 21 του ν. 3731/2008 (ΦΕΚ 263/Α'/23.12.2008), δόθηκε η δυνατότητα στις Αναπτυξιακές Ανώνυμες Εταιρίες ΟΤΑ να διαχειρίζονται και να υλοποιούν κοινωνικά προγράμματα, συγχρηματοδοτούμενα από το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013 έως και την 31.8.2009. Έτσι, προκειμένου να συνεχιστούν οι παρεχόμενες από το πρόγραμμα υπηρεσίες στους ωφελούμενους, οι φορείς που το υλοποιούσαν (επιχειρήσεις ΟΤΑ ή ΚΑΠΗ) είχαν την δυνατότητα πλέον να ενταχθούν στο νέο αντίστοιχο πρόγραμμα του ΕΣΠΑ «Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και βελτίωση της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων και ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας», εφόσον πληρούσαν τις προϋποθέσεις συμμετοχής τους στις σχετικές προκηρύξεις των Διευθύνσεων Σχεδιασμού και Ανάπτυξης των Περιφερειών (Υπουργείο Εσωτερικών, 2009).

Στη συνέχεια με διάφορες Πράξεις Νομοθετικού Περιεχομένου, Προεδρικά Διατάγματα ή Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις (Κ.Υ.Α.) παρατείνονταν τα Προγράμματα Βοήθεια Στο Σπίτι από το 2009 έως και σήμερα:

(2009-2010): Αρ. Εγκυκλίου: 35 με θέμα: Διευκρινίσεις σχετικά με την υλοποίηση των κοινωνικών προγραμμάτων της αριθμ. 60292/2158/08 (ΦΕΚ 1724 Β'/27-8-08), ΚΥΑ, με αριθμ. οικ. 60292/2158/27.08.2008 «Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης και Ελέγχου – Διαδικασία Εφαρμογής των Πράξεων α) «Ενέργειες στήριξης ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν βοήθειας για την ενίσχυση της απασχολησιμότητας των εμμέσως ωφελούμενων ατόμων» και β) «Ενέργειες ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και βελτίωσης της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων και ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας», στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς για την Προγραμματική Περίοδο 2007-2013».

(1.1.2011-31.12.2011): Η συνέχιση των Προγραμμάτων "Βοήθεια Στο Σπίτι", μετά την ένταξη τους στο ΕΣΠΑ, πραγματοποιήθηκε μέσω της πράξης «Εναρμόνιση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής μέσω παροχής κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας σε εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών ανέργων και αναγνωρισμένα επαπειλούμενων με ανεργία εργαζομένων που ωφελούνται από ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού», όπως ανακοινώθηκε από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης με το Α.Π. 0.23506/οικ.6.4348/30.12.2010 έγγραφο του Γενικού Γραμματέα Διαχείρισης Κοινωνικών και Άλλων Πόρων και ενόψει της έκδοσης της σχετικής ΚΥΑ.

(έως 30.6.2012), με το αρ.2, παρ.6α της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου «Ρυθμίσεις κατεπειγόντων θεμάτων εφαρμογής του ν.4024/2011 που αφορούσαν την εφαρμογή του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015», που κυρώθηκε με το άρθρο δεύτερο του ν.4047/2012.

(Εως 30.9.2012), με το αρ.1 της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου «Παράταση διάρκειας του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του ν.4087/2012.

(έως 31.3.2013), με το αρ. 2 του ν.4087/2012, (έως 30.9.2013) με τις διατάξεις του άρθρου 20 παρ.2 του ν.4147/2013 «Κύρωση της από 31.12.2012 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου «Ρυθμίσεις κατεπειγόντων θεμάτων αρμοδιότητας των Υπουργείων Εσωτερικών, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, Δημόσιας Τάξης

και Προστασίας του Πολίτη, της Γενικής Γραμματείας της Κυβέρνησης και του Υπουργού Επικρατείας» και άλλες διατάξεις».

Για το 2014-2015, τα Προγράμματα συνέχισαν την λειτουργία τους μέσω των άρθρων 127 του ν. 4199/2013 και μέσω του άρθρου 64 του ν.4277/2014 (ΦΕΚ Α 156/1-8-2014) ενώ για το έτος 2016 παρατάθηκε η διάρκεια του Προγράμματος, με την παρ. 2 του άρθρου 49 του Ν. 4351/2015 (Α' 164) [βλ. Παράρτημα] και για το 2017 με το Ν. 4430/2016 (ΦΕΚ Α 205/31-10-2016) [βλ. Παράρτημα] Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία και ανάπτυξη των φορέων της και άλλες διατάξεις.

ΚΕΦ. 4. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ "ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ" ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ

ΝΙΚΑΙΑΣ-ΑΓ.Ι.ΡΕΝΤΗ

4.1. Δράσεις Κοινωνικής Πολιτικής του Δήμου Νίκαιας – Αγ. Ι. Ρέντη

Ο Δήμος Νίκαιας – Αγίου Ιωάννη Ρέντη είναι δήμος της Περιφερειακής Ενότητας του Πειραιά, που προέκυψε με το Νόμο του Καλλικράτη (Ν 3852/2010) από την συνένωση των παλαιότερων Δήμων της Νίκαιας και του Αγίου Ιωάννη Ρέντη.

Ο Δήμος έχει πληθυσμό 89.514 κατοίκους σύμφωνα με την τελευταία απογραφή του 2011, η έκταση του αντιστοιχεί σε 11.173 km² και έδρα του έχει οριστεί η Νίκαια (Δικτυακός τόπος του Δήμου Νίκαιας-Αγ.Ι.Ρέντη, 2017).

Οι υπηρεσίες που παρέχει ο δήμος Νίκαιας-Αγ.Ι.Ρέντη ως μέρος άσκησης κοινωνικής πολιτικής του είναι οι παρακάτω:

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες, δράσεις και προγράμματα που αναπτύχθηκαν από την Κοινωνική Υπηρεσία στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της αφορούν σε:

- Κοινωνική Εργασία με άτομα, τοπική, σχολική και ευρύτερη κοινότητα.
- Συμβουλευτική – ψυχολογική υποστήριξη ατόμων και οικογενειών
- Συμβουλευτική Σταδιοδρομίας και Επαγγελματικού Προσανατολισμού.
- Παροχή πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας σε μη εξυπηρετούμενους πολίτες με προβλήματα υγείας, κοινωνικά προβλήματα, οικονομικές δυσκολίες κ.α. (Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»).
- Παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε απόρους και ανασφάλιστους πολίτες του Δήμου (Δημοτικά Ιατρεία – Κοινωνικό Φαρμακείο).
- Παροχή τροφίμων, ειδών ατομικής υγιεινής και καθαριότητας σε άπορους δημότες, όταν υπάρχει διαθεσιμότητα.
- Λειτουργία ιματιοθήκης στηριζόμενη στις προσφορές Δημοτών (ρούχα – παιχνίδια).
- Παροχή έτοιμων γευμάτων σε ηλικιωμένους και ΑμεΑ που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας.
- Χορήγηση βιβλιαρίων οικονομικά αδυνάτων πολιτών.
- Παροχή Προνοιακών Επιδομάτων.
- Μετακίνηση ΑμεΑ με ειδικά διαμορφωμένο όχημα.

- Πρόγραμμα Εθελοντισμού.

Σημειώνεται επίσης η έναρξη υλοποίησης, εντός του έτους 2015, των κάτωθι προγραμμάτων:

- Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας και Προληπτικού Ελέγχου Υγείας μαθητών Δημοτικού και Γυμνασίου σε συνεργασία με τη σχολική κοινότητα, το Υπουργείο Παιδείας, την Δ.Υ.Π.Ε Πειραιά (Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιά) και το Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων».
- Πρόγραμμα Επισιτιστικής και Βασικής Υλικής Συνδρομής (ΤΕΒΑ) σε συνεργασία με την Περιφέρεια Πειραιά.
- Πρόγραμμα Διανομής Οπωροκηπευτικών σε συνεργασία με την Περιφέρεια Πειραιά.

4.2. Παρουσίαση της Δομής «Βοήθεια Στο Σπίτι»

Το Πρόγραμμα “Βοήθεια Στο Σπίτι” υλοποιήθηκε στο Δήμο Νίκαιας το έτος 2002 έπειτα από Προγραμματική Σύμβαση που υπογράφηκε μεταξύ της Δημοτικής Επιχείρησης Ανάπτυξης του Δήμου Αγίας Βαρβάρας (Δ.Ε.Α.Δ.Α.Β.) και του Δήμου Νίκαιας στις 31/1/2002 ενώ τον Σεπτέμβριο του 2015 με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου και έπειτα από τη συνένωση των Δήμων Νίκαιας-Αγ.Ι.Ρέντη η οποία είχε πραγματοποιηθεί το 2010 με τον "Καλλικράτη", με την αριθμ. πρωτ. 152/2015 απόφαση Δημοτικού Συμβουλίου εγκρίθηκε η μεταφορά του Προγράμματος Β.Σ.Σ του Δήμου Νίκαιας στο Δήμο Αγ.Ι.Ρέντη μέσω προγραμματικής σύμβασης μεταξύ Δ. Αγίας Βαρβάρας και Δήμου Νίκαιας –Α. Ι. Ρέντη, στη Δημοτική Κοινωφελής Επιχείρηση Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη (ΔΗΚΕΝΙΠ) (Ν.Π.Ι.Δ.).

Βασικός σκοπός του προγράμματος ήταν από την αρχή της λειτουργίας του έως και σήμερα, η παροχή υποστηρικτικής βοήθειας, οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού και πιο συγκεκριμένα, στα άτομα που διανύουν την τρίτη ηλικία και σε άτομα με αναπηρίες, τα οποία και στις δύο περιπτώσεις δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν, εξαιτίας των πάσης φύσεως προβλημάτων υγείας στα καθημερινά τους καθήκοντα και δραστηριότητες με αποτέλεσμα να απειλούνται από κοινωνικό αποκλεισμό.

Οι ωφελούμενοι του “Προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι” θα μπορούσαν να συνοψιστούν στις δύο παρακάτω μεγάλες κατηγορίες:

A. Άτομα τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως

B. Άτομα με αναπηρία ή κινητικές δυσλειτουργίες,

δίνοντας προτεραιότητα παράλληλα στα άτομα που ζουν μόνα τους και σε εκείνα που το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαραίτητες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

4.3. Υπηρεσίες του Προγράμματος

Η Δομή η οποία στο σύνολο της απασχολεί 9 άτομα (1 κοινωνιολόγο-κοινωνικό λειτουργό, 2 νοσηλεύτες/τριες και 6 οικογενειακούς βοηθούς). [Για αναλυτική περιγραφή καθηκόντων (Καθηκοντολόγιο) κάθε ειδικότητας, βλ. Παράρτημα].

Το Πρόγραμμα παρέχει στους εξυπηρετούμενους υποστηρικτική συμβουλευτική και ψυχο-κοινωνική στήριξη -τόσο στα ίδια τα άτομα όσο και στο οικογενειακό τους περιβάλλον-, πρωτοβάθμια ιατρική (κυρίως μέσω εθελοντών ιατρών) και νοσηλευτική φροντίδα και τέλος παροχή οικογενειακής/οικιακής βοήθειας.

Υπηρεσίες που αποσκοπούν στο γενικό σκοπό του Προγράμματος, ο οποίος έγκειται στην *παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειάς τους και παράλληλα στην αποφυγή ιδρυματικής φροντίδας ή κάθε άλλης φροντίδας που θα είχε ως αποτέλεσμα τον κοινωνικό αποκλεισμό* (Ζαρονίκα, 2002).

Σκοπός ο οποίος είναι δυνατόν να επιτευχθεί μέσα από την πραγματοποίηση άλλων επιμέρους στόχων, τους οποίους αναλύουμε στη συνέχεια:

Ξεκινώντας από την υποστηρικτική συμβουλευτική και την ψυχο-συναισθηματική υποστήριξη που παρέχεται από τον κοινωνικό επιστήμονα τόσο στο ηλικιωμένο άτομο όσο και στο άτομο που αντιμετωπίζει αναπηρία, η οποία συμβάλει στη συναισθηματική αποφόρτιση τόσο του ίδιου του ατόμου όσο και της οικογένειας του έτσι ώστε να υπάρχει καλύτερη ποιότητα στη σχέση του ατόμου με τον εαυτό του αλλά και στη σχέση του με το ευρύτερο συγγενικό ή φιλικό του περιβάλλον.

Η κοινωνικός λειτουργός του Προγράμματος, όντας υπεύθυνη για τη ψυχο-συναισθηματική και κοινωνική στήριξη, αναλαμβάνει πολλές φορές την υπεράσπιση και προώθηση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των εξυπηρετούμενων απευθυνόμενη σε άλλα κοινωνικο – προνοιακά πλαίσια.

Ένας ακόμη στόχος του Προγράμματος όπως ήδη αναφέρθηκε είναι και η πρωτοβάθμια ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

Όσον αφορά στην ιατρική φροντίδα, ο γιατρός ως εξωτερικός συνεργάτης του “ΒΣΣ”¹⁸, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου. Είναι αρμόδιος για την ιατρική εξέταση των περιστατικών, τη συνταγογράφηση των φαρμάκων καθώς και για τη συμβουλευτική σε θέματα υγείας και την τυχόν παραπομπή τους σε άλλες ιατρικές υπηρεσίες.

Σημαντική είναι ακόμη η συμβολή του στην επίβλεψη της κατάστασης υγείας όσων νοσούν προσωρινά ή πάσχουν από χρόνιες νόσους και στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η δράση των νοσηλευτών είναι εξίσου σημαντική καθώς φροντίζουν για την προώθηση των επιμέρους στόχων ώστε να επιτευχθεί ο γενικός σκοπός της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας, ο οποίος περιλαμβάνει τη συστηματική παροχή πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας με δράσεις όπως η αγωγή υγείας και η πρόληψη σε πρώτο στάδιο, η εκτίμηση και παρακολούθηση της κατάστασης υγείας των ασθενών (σε συνεργασία με τον ιατρό του “ΒΣΣ”) στη συνέχεια η επίβλεψη της φαρμακευτικής αγωγής, η συνοδεία σε ιατρικές υπηρεσίες αλλά και η γενικότερη κινητοποίηση των ατόμων του συγγενικού/φιλικού περιβάλλοντος για συμμετοχή στην φροντίδα τους και τέλος, η εφαρμογή νοσηλευτικών πρακτικών για τα άτομα τα οποία χρήζουν νοσηλευτικής φροντίδας (Ζύγα, 2011).

Αξιόλογη είναι και η συμβολή της οικογενειακής φροντίδας στους εξυπηρετούμενους. Μέσα από την εκτέλεση αναγκαίων καθημερινών εργασιών στο χώρο των εξυπηρετούμενων, την διευκόλυνση αυτών στην αγορά βασικών προϊόντων προς κατανάλωση, τη φροντίδα της ατομικής τους υγιεινής αλλά και την διευκόλυνση

¹⁸ Ιατρός (παθολόγος) υπήρχε στο Πρόγραμμα της δομής της Νίκαιας από την αρχή της λειτουργίας του (2002-2010), ο οποίος είχε προσληφθεί με σύμβαση έργου. Από το 2010 έως σήμερα δεν ανανεώθηκε η σύμβασή του λόγω ελλειπούς χρηματοδότησης. Το επόμενο διάστημα έως σήμερα εθελοντές ιατροί ανέλαβαν κυρίως την συνταγογράφηση των μελών του ΒΣΣ.

αυτών στην προετοιμασία για τις μετακινήσεις εκτός σπιτιού (προγραμματισμένα ραντεβού, συνοδεία σε υπηρεσίες σε συνεργασία με τις νοσηλεύτριες του ΒΣΣ) καθώς και τη συμμετοχή τους στην εκπαίδευση πολλές φορές του ευρύτερου συγγενικού ή φιλικού περιβάλλοντος των ατόμων αυτών σε καθημερινές εργασίες συμβάλλουν στην κάλυψη βασικών αναγκών των ιδίων και αποφορτίζουν σε σημαντικό βαθμό το κοντινό τους περιβάλλον.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες αποσκοπούν στο γενικό σκοπό του Προγράμματος, ο οποίος έγκειται στην *παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο τους περιβάλλον και η μη ένταξη αυτών σε ιδρυματικό πλαίσιο.*

4.4. Απολογιστικά στοιχεία Δομής την τελευταία δεκαετία (2008-2017)

Το Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι στο Δήμο Νίκαιας είχε ως εναρκτήριο έτος το 2002 με την Προγραμματική Σύμβαση που είχε υπογραφεί μεταξύ των Δήμων Νίκαιας - Αγ. Βαρβάρας (όμορου Δήμου ο οποίος παραχώρησε το ένα από τα Προγράμματα ΒΣΣ που λειτουργούσε μέσω της τότε ΔΕΑΔΑΒ (Δημοτική Κοινωφελής Επιχείρηση Δήμου Αγ. Βαρβάρας) στην περιοχή της Νίκαιας. Στον Δήμο του Αγ. Ι. Ρέντη υπήρχε μια δομή ΒΣΣ ήδη από το 1998 ενώ λειτούργησε και δεύτερη Δομή στον ίδιο δήμο το 2006. Τα τρία Προγράμματα στεγάστηκαν πλέον μαζί το έτος 2011 έπειτα από την συνένωση των Δήμων Νίκαιας και Αγ.Ι.Ρέντη.

Οι εξυπηρετούμενοι της δομής της Νίκαιας ήταν 70 άτομα το 2009, ενώ για το έτος 2010 παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της τάξης του 53%, εφόσον οι ωφελούμενοι αυξήθηκαν κατά 37 άτομα. Την συγκεκριμένη αύξηση θα μπορούσαμε να την αιτιολογήσουμε βασιζόμενοι στις συνέπειες που επέφερε η οικονομική κρίση στη χώρα μας¹⁹ μιας και οι ηλικιωμένοι ήταν μία από τις ομάδες που επλήγησαν

¹⁹ Η κρίση επηρέασε τις τρεις διαστάσεις της ελληνικής οικονομίας: **οικονομική** (μηδενική ή αρνητική αύξηση του ΑΕΠ, μείωση της βιομηχανικής παραγωγής, των εξαγωγών και των επενδύσεων, αύξηση ανεργίας και απολύσεων και μείωση απασχόλησης, μειώσεις μισθών), **δημοσιονομική** (αύξηση δημοσίων ελλειμμάτων και δημόσιου χρέους, οικονομική κατάρρευση των ασφαλιστικών ταμείων) και **κοινωνική** (αύξηση ιδιωτικών δαπανών υγείας, υποχρηματοδότηση συστήματος κοινωνικής προστασίας, μειώσεις συντάξεων - κοινωνικών παροχών, ανικανότητα ταμείων και νοσοκομειακών δομών να εκπληρώσουν εγκαίρως τις υποχρεώσεις τους προς τους προμηθευτές, τους ασφαλισμένους και τους συνταξιούχους). Αξίζει να αναφερθεί ότι κατά την τετραετία 2010-2014, πραγματοποιήθηκε μείωση 45% των κύριων, επικουρικών συντάξεων και του εφάπαξ, κάτι το οποίο είχε ως αποτέλεσμα να

περισσότερο (Economidou, 2014). Λόγω των περικοπών στις συντάξεις και τα επιδόματά τους και συγχρόνως την μειωμένη πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας, τα ηλικιωμένα άτομα και τα άτομα με αναπηρία, μη έχοντας την δυνατότητα πλέον να διαθέσουν από το εισόδημά τους ένα ποσό για ιδιωτική φροντίδα (π.χ. να διαθέτουν κάποιο ποσό την εβδομάδα για ατομική υγιεινή, οικιακές εργασίες ή ακόμη και εξειδικευμένη φροντίδα, π.χ. ενεσθεραπεία), στράφηκαν στη λύση της δωρεάν παροχής φροντίδας κατ' οίκον κάτι το οποίο είχε ως αποτέλεσμα το μεγάλο ενδιαφέρον για ένταξη στην υπηρεσία, το οποίο εκφράστηκε τόσο από τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους όσο και από το κοντινό τους περιβάλλον. Αντίστοιχα, για τα ίδια έτη, οι δύο δομές του Αγ.Ι.Ρέντη, είχαν ωφελούμενους την μία χρονιά 75 και την άλλη 80.

Αναφορικά με το έτος 2011, το ποσοστό των ωφελούμενων για τη δομή της Νίκαιας μειώνεται κατά 21 άτομα ενώ βλέπουμε στις δομές του Ρέντη μια μικρή αύξηση (κατά 3 άτομα). Το έτος 2011 βέβαια, υπήρξε και μία νέα οδηγία που αφορούσε τις δομές ΒΣΣ. Προκειμένου να λάβουν χρηματοδότηση και να συνεχίσουν την λειτουργία τους, έπρεπε τα μέλη τους να πληρούν τα κριτήρια ώστε να λάβουν την απαιτούμενη μοριοδότηση και να ενταχθούν στην Δράση «Εναρμόνιση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής μέσω παροχής κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας σε εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών ανέργων και αναγνωρισμένα επαπειλούμενων με ανεργία εργαζομένων που ωφελούνται από ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης» - Βοήθεια στο Σπίτι, της Ελληνικής Εταιρίας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α. Α.Ε.) με την πρόσκληση υπ' αριθ. 457/21-3-2011 (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 2011).

Με τη νέα αυτή οδηγία της Ε.Ε.Τ.Α.Α., τέθηκαν πιο αυστηρά κριτήρια για τους δικαιούχους της υπηρεσίας "Βοήθεια Στο Σπίτι" σε όλη την Ελλάδα εφόσον εκτός από εισοδηματικά κριτήρια, οι υποψήφιοι προς ένταξη, θα έπρεπε να έχουν και κάποιο συγγενή άνεργο, η ανεργία του οποίου θα έπρεπε να αποδεικνύεται με ειδική βεβαίωση του ΟΑΕΔ, γεγονός το οποίο είχε ως αποτέλεσμα πολλά ηλικιωμένα άτομα και άτομα με αναπηρία να μένουν εκτός δομής.

επιδεινωθεί το βιοτικό επίπεδο των συνταξιούχων και παράλληλα το αποθεματικό κεφάλαιο κοινωνικής ασφάλισης (4,5 δισεκατομμύρια ευρώ για το 2013, 5 δισεκατομμύρια για το 2015) (Μέμος, 2016).

Επιπλέον και πάλι λόγω της ανεργίας που επέφερε η κρίση, πολλοί από τους συγγενείς των ωφελούμενων οι οποίοι έμειναν άνεργοι (κυρίως παιδιά, εγγόνια), αποφάσισαν είτε να φιλοξενήσουν τους γονείς τους στο σπίτι όπου έμεναν, είτε να μετακομίσουν οι ίδιοι στο σπίτι των γονιών τους, έτσι ώστε να βοηθηθούν και οι ίδιοι οικονομικά από τη σύνταξη ή το επίδομα των γονιών τους. Το γεγονός αυτό οδήγησε και στην διαγραφή πολλών μελών από τη δομή καθότι πλέον την φροντίδα τους θα αναλάμβανε το συγγενικό τους περιβάλλον.

Τέλος, οφείλουμε να πούμε ότι δεν είναι και λίγες οι περιπτώσεις στις οποίες το συγγενικό περιβάλλον αρνήθηκε να δώσει τα προσωπικά στοιχεία του στην υπηρεσία, δεν ενδιαφέρθηκε ή αμέλησε να προσκομίσει τα δικαιολογητικά του εντός της καθορισμένης προθεσμίας ώστε να αποσταλούν από τον κοινωνικό επιστήμονα της δομής στην ΕΕΤΑΑ, με αποτέλεσμα οι συγκεκριμένοι εξυπηρετούμενοι να μείνουν εκτός δομής.

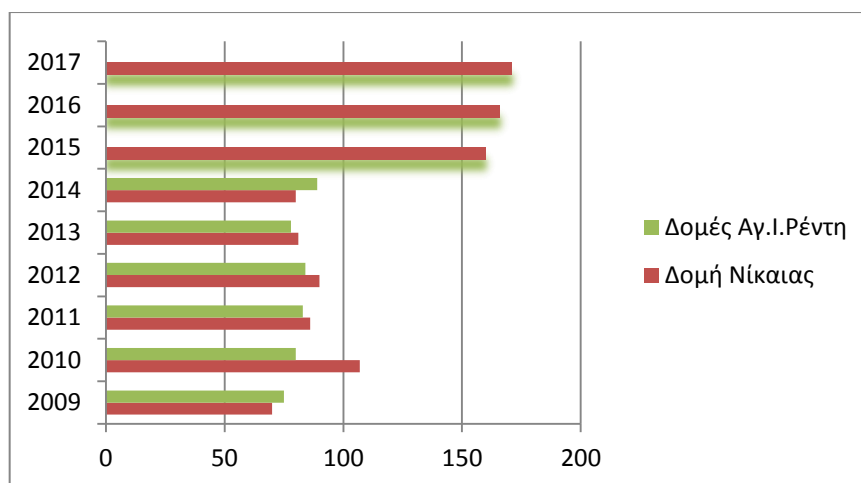
Εκτιμούμε, σύμφωνα και με τα στοιχεία που υπάρχουν στην υπηρεσία (κυρίως αιτήσεις προς ένταξη οι οποίες δεν πληρούσαν τα τότε κριτήρια της ΕΕΤΑΑ) ότι ο αριθμός των εξυπηρετούμενων για το συγκεκριμένο έτος θα ήταν υψηλότερος περίπου κατά 30% και για τις τρεις δομές. Το έτος 2012 παρατηρήθηκε μια μικρή αύξηση στον αριθμό των εξυπηρετούμενων ενώ από το έτος 2012 μέχρι και σήμερα εν έτει 2017, ο αριθμός των ωφελούμενων παραμένει σταθερός με μια μικρή απόκλιση (± 10 ατόμων).

Πίνακας 7. Στατιστικά στοιχεία δομών Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη (Ετη 2008-σήμερα)

	Νίκαια (Δομή 1 ΒΣΣ)	Αγ.Ι.Ρέντης (Δομή 2ΒΣΣ)
2008	68	72
2009	70	75
2010	107	80
2011	86	83
2012	90	84
2013	81	78
2014	80	89
2015		160
2016		166
2017		171 (έως 5/2017)

Πηγή: Αρχείο Ετήσιων Απολογισμών του Τμήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δήμου Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη.

Γράφημα 6. Ωφελοούμενοι Προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι" Δήμου Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη (2009-2017)



Πηγή: Αρχείο Ετήσιων Απολογισμών του Τμήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δήμου Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη

Πίνακας 8. Αριθμός επισκέψεων οικογενειακών βοηθών, νοσηλευτών & κοινωνικού λειτουργού (Έτη 2012-2016)

Αριθμός επισκέψεων οικογενειακών βοηθών & νοσηλευτών	Έτος	Νίκαιας	Αγ.Ι.Ρέντη
	2012	3348	3252
	2013	4944	4608
	2014	4800	3072
	2015	8400	
	2016	8425	
Επισκέψεις κοινωνικού λειτουργού	2012	720	
	2013	1584	
	2014	1680	
	2015	1670	
	2016	1683	

Πηγή: Αρχείο Ετήσιων Απολογισμών του Τμήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δήμου Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη

Σχετικά με τις κατ' οίκον επισκέψεις που πραγματοποιούνται καθόλη την διάρκεια του έτους, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι αυτές αυξομειώνονται ανάλογα και με τον εκάστοτε αριθμό του διαθέσιμου προσωπικού. Για παράδειγμα κάποιες φορές, αυτό ενισχύεται και με άτομα τα οποία εργάζονται για μικρό χρονικό διάστημα στο Δήμο (π.χ. υπάλληλοι που έχουν προσληφθεί μέσω της κοινωφελούς εργασίας). Επίσης κάποια διαστήματα το προσωπικό της δομής λαμβάνει άδειες που δικαιούται οι οποίες έχουν μεγάλη διάρκεια (π.χ. άδεια μητρότητας). Για τους παραπάνω λόγους δεν μπορούμε να συγκρίνουμε τη συχνότητα των επισκέψεων κατ' έτος, απλώς

παραθέτουμε τα συγκεκριμένα στοιχεία για να δώσουμε μια εικόνα για το έργο της δομής. Τα συγκεκριμένα στοιχεία καταγράφονται από τον συντονιστή των Προγραμμάτων Βοήθεια Στο Σπίτι και παραδίδονται στο τέλος του χρόνου στην υπηρεσία για να συμπεριληφθούν στον επίσημο ετήσιο απολογισμό του Τμήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δήμου.

Πίνακας 9. Στοιχεία Δομής (Ιανουάριος 2017)
(Ηλικιακή ανάλυση εξυπηρετούμενων ανά φύλο)

	ΑΜΕΑ	65-70 ΕΤΩΝ	71-77 ΕΤΩΝ	78+ ΕΤΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΝΔΡΕΣ	21	6	4	18	49
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	36	8	15	63	121
ΣΥΝΟΛΑ	57	14	19	80	171

Πηγή: Αρχείο στατιστικών στοιχείων της δομής ΒΣΣ Δήμου Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη

Πίνακας 10. Είδος υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας και συχνότητα παροχής

ΥΠΗΡΕΣΙΑ	5 ΦΟΡΕΣ/ ΕΒΔΟΜ.	2-4 ΦΟΡΕΣ/ ΕΒΔΟΜ.	1 ΦΟΡΑ/ ΕΒΔΟΜ.	2 ΦΟΡΕΣ ΜΗΝΙΑΙΩΣ	1 ΦΟΡΑ/ ΜΗΝΑ	ΣΥΝΟΛΑ ΑΤΟΜΩΝ/ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ				8	22	30
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ				16		16
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ		6	35	26	46	113
ΥΓΕΙΝΗ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΟΙΚΙΑΣ		19	55			74
ΑΓΟΡΕΣ ΕΙΔΩΝ ΠΡΩΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ			20			20
ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΣΙΤΙΣΗ	32					32
ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΩΝ					18	18
ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ						0
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ						0
ΣΥΝΟΔΕΙΑ/ΔΙΑΜΕΣΟΛ ΑΒΗΣΗ ΜΕ ΦΟΡΕΙΣ			1	5	50	56
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΑΣΤΡΟΦΗ					0	0
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΠΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ					49	49
Σύνολα	32	25	111	55	185	

Πηγή: Αρχείο στατιστικών στοιχείων της δομής ΒΣΣ Δήμου Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη: Στοιχεία που δόθηκαν στην ΕΕΤΑΑ για τον Δεκέμβριο του 2016

Τα άτομα τα οποία ήταν ενταγμένα στη Δομή (στοιχεία Δεκεμβρίου 2016) ήταν 170, εκ των οποίων 122 ήταν γυναίκες και 49 ήταν άνδρες. Οι περισσότεροι από τους ωφελούμενους (80 άτομα) ήταν υπερήλικες (άνω των 78 ετών) ενώ ακολουθούσαν τα ΑΜΕΑ τα οποία ήταν στο σύνολο τους 57.

Σε σχέση με το είδος των υπηρεσιών και τη συχνότητά τους, οι μεγαλύτερες συχνότητες μεταξύ των υπηρεσιών σημειώθηκαν στη νοσηλευτική φροντίδα, στον τομέα της ατομικής υγιεινής και της καθαριότητας οικίας και της διαμεσολάβησης με φορείς - υπηρεσίες.

4.5. Συμβολή του προγράμματός «Βοήθεια Στο Σπίτι» στην τοπική κοινωνία

Σήμερα το "Βοήθεια στο Σπίτι" συνιστά μια από τις δημοφιλείς παρεχόμενες υπηρεσίες από τους ΟΤΑ. Στόχος της συγκεκριμένης υπηρεσίας είναι η παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο σπίτι τους, διατηρώντας την οικογενειακή φροντίδα και συνοχή και αποφεύγοντας παράλληλα την ιδρυματοποίηση (Αμίτσης, 2001).

Το πρόγραμμα αυτό διέπεται από τις αρχές που εμπεριέχονται στις γενικές διακηρύξεις για τα δικαιώματα του ανθρώπου αλλά και από τις ειδικές αρχές που αφορούν άτομα της τρίτης ηλικίας και άτομα με αναπηρία. (Σταθόπουλος, 1999).

Οι αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης και η αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελούν τους βασικούς στόχους του προγράμματος ενώ άξονες του προγράμματος είναι η αυτονομία του ατόμου, η συμμετοχή του στην κοινότητα, η επικοινωνία με το κοινωνικό του περιβάλλον η οποία ενισχύει την επάρκεια και την ισότιμη συμμετοχή του ατόμου (Γκαβανίδης και συνεργάτες, 2007, Ζαρονίκα, 2002).

Σε αυτήν τη βάση, η διασφάλιση ίσων ευκαιριών και κατοχυρωμένων δικαιωμάτων του ατόμου συμβάλλει στην αποφυγή συνθηκών κοινωνικού αποκλεισμού, ούτως ώστε να μη βιώσουν τα άτομα καταστάσεις προκατάληψης και περιθωριοποίησης. Η διαμεσολαβητική φύση της δράσης αυτής συνίσταται στο να απολαμβάνει το άτομο υπηρεσίες και παροχές, οι οποίες εντέλει του εξασφαλίζουν καλό επίπεδο υγείας αλλά και επιβίωσης (Κατσούπη, 2011).

Το πρόγραμμα αυτό έχει αναγνωρισμένα πλέον παράσχει πολύ σημαντικές υπηρεσίες στην τοπική κοινότητα, θέτοντας στόχους όπως την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες για όλους. Διασφαλίζει παράλληλα το δικαίωμα του ανθρώπου στην

ισότιμη συμμετοχή του στην κοινότητα αλλά και την πρόσβαση σε κοινωνικές υπηρεσίες.

Το Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" από την αρχή της λειτουργίας του έως και σήμερα έχει συνεισφέρει σε ποικίλους τομείς στην τοπική κοινωνία μέσα από τις υπηρεσίες που παρέχει στους πολίτες.

Η συμβολή του Προγράμματος έχει αποδειχτεί σημαντική όχι μόνο για τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους (τα άτομα τα οποία είχαν ενταχθεί στο Βοήθεια στο Σπίτι σαν ενεργά περιστατικά) αλλά και για το ευρύτερο περιβάλλον αυτών, συγγενικό ή φιλικό (Ζύγα, 2011).

Ως προς τα ίδια τα άτομα, το Πρόγραμμα κατάφερε να εξασφαλίσει την παραμονή αυτών στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, τη μέγιστη ανεξαρτησία και αυτονομία αυτών και φυσικά την δημιουργία όλων των απαιτούμενων προϋποθέσεων για αξιοπρεπή και υγιή διαβίωση και κοινωνική ευημερία.

Απαραίτητες ενέργειες για τον εξυπηρετούμενο όπως, η συνταγογράφηση φαρμάκων, η συναισθηματική στήριξη του ατόμου και η βοήθεια στις εργασίες του σπιτιού προσφέρθηκαν από το "Βοήθεια στο σπίτι" έχοντας ως αποτέλεσμα και την έμμεση βοήθεια και στήριξη της οικογένειας. Μέσα από την εκτέλεση αυτών των διεργασιών από το Πρόγραμμα, τα μέλη της οικογένειας που βιώνουν το πρόβλημα με τον άρρωστο πατέρα ή μητέρα, εξακολούθησαν να εργάζονται και δεν χρειάστηκε να εγκαταλείψουν την εκάστοτε εργασία τους με ότι συνέπειες θα επέφερε ένα τέτοιο αποτέλεσμα.

Εκτός από την ποιότητα ζωής των εξυπηρετούμενων, σημαντική βελτίωση υπήρξε και στην ποιότητα ζωής του συγγενικού τους περιβάλλοντος. Το πρόγραμμα, συμβάλλοντας με τις υπηρεσίες που παρέχει στην οικογένεια κατάφερε να την στηρίξει, να ενισχύσει τους οικογενειακούς δεσμούς και παράλληλα να αποφορτίσει τα μέλη της από κάποιες αναγκαίες διεργασίες τις οποίες αν έπρεπε να εκτελέσουν οι ίδιοι για μεγάλο χρονικό διάστημα, θα χρειαζόταν να απουσιάσουν ή ακόμη και να εγκαταλείψουν την εργασία τους. Γεγονός το οποίο θα δυσχέραινε την κατάσταση της οικογένειας τόσο σε οικονομικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο.

Για όλους τους παραπάνω λόγους το συγκεκριμένο πρόγραμμα έχει τη γενικότερη αποδοχή τόσο των εξυπηρετούμενων όσο και των υπόλοιπων πολιτών.

ΚΕΦ. 5. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

5.1. Αντικείμενο και στόχοι της έρευνας

Αντικείμενο και στόχο της έρευνας αποτέλεσε η αξιολόγηση του Προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι που υλοποιείται στο Δήμο Νίκαιας-Αγ.Ι.Ρέντη, σχετικά με το κατά πόσο η συγκεκριμένη δομή εκπληρώνει τους στόχους για τους οποίους έχει σχεδιαστεί (οι οποίοι έγκεινται στην παραμονή των εξυπηρετούμενων στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, στη μέγιστη ανεξαρτησία και αυτονομία τους καθώς και στη δημιουργία όλων των απαιτούμενων προϋποθέσεων για αξιοπρεπή και υγιή διαβίωση αποφεύγοντας έτσι τον κοινωνικό αποκλεισμό και βελτιώνοντας παράλληλα το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους), κατά πόσο καλύπτει τις ανάγκες των ωφελούμενων της και σε ποιο βαθμό, ο εντοπισμός πιθανών δυσκολιών ή αδυναμιών του Προγράμματος καθώς και η διατύπωση προτάσεων από τους ίδιους για την πιο αποτελεσματική λειτουργία του.

Επιμέρους στόχοι της έρευνας ήταν η καταγραφή του κοινωνιολογικού προφίλ των ερωτώμενων, της κατάστασης της υγείας τους και η πληροφόρηση σχετικά με το εάν λαμβάνουν κάποια άλλη άτυπη ή επίσημη μορφή φροντίδας.

5.2. Προηγούμενες έρευνες για το υπό εξέταση αντικείμενο

Προηγούμενες έρευνες²⁰ με αντικείμενο την ικανοποίηση των χρηστών της υπηρεσίας "Βοήθεια Στο Σπίτι" έχουν πραγματοποιηθεί στον ελλαδικό χώρο, την τελευταία δωδεκαετία, κυρίως μέσω προπτυχιακών ή μεταπτυχιακών εργασιών και πιο συγκεκριμένα, στο Δήμο Ναυπάκτου (Μπιτσάνης, 2007, Κόκκαλη, 2004), στο Δήμο Ηρακλείου Κρήτης (Ντάση & Σαβιόλη, 2012), στους Δήμους Δραπετσώνας και Καλαμάτας (Αποστολοπούλου & Πλουσάκη, 2004), σε 4 περιοχές του Νομού Θεσσαλονίκης (Aletras et al, 2010), (Βουνάκη και Χαραλαμπίκη, 2004) και στο Δήμο Θουρίας (Ρούσση, 2005). Άλλες ερευνητικές προσπάθειες επιχείρησαν να αξιολογήσουν την υπηρεσία "Βοήθεια Στο Σπίτι" εστιάζοντας σε άλλους στόχους όπως η Pet και Swot Ανάλυση του Προγράμματος, όπως για παράδειγμα η έρευνα των Σωτηριάδου & Αντωνοπούλου (2013), να αναδείξουν τις κοινωνικές και ψυχο-συναισθηματικές ανάγκες των ηλικιωμένων που είναι ενταγμένοι στο Πρόγραμμα

²⁰ Για τον εντοπισμό προηγούμενων ερευνών χρησιμοποιήθηκε η μηχανή αναζήτησης Google Scholar με όρους αναζήτησης: "αξιολόγηση Βοήθεια στο σπίτι" και "ικανοποίηση χρηστών Βοήθεια στο σπίτι " καθώς και η ψηφιακή βιβλιοθήκη του Πάνδημου.

(Αλεξιάς & Φλάμου, 2007), να διερευνήσουν το θέμα της ικανοποίησης των εργαζομένων και την ικανοποίηση των ωφελομένων από την πλευρά του προσωπικού (Κρανιώτη, 2013, Αυγουστάκης, 2015) ή να θίξουν το ζήτημα της κοινοτικής φροντίδας των ηλικιωμένων γενικότερα (Τσώτα, 2012).

Τέλος, άλλες εργασίες που αναφέρονται στο Πρόγραμμα αναφέρονται στον κοινωνικό αποκλεισμό που βιώνουν τα άτομα τρίτης ηλικίας (Χατζησεβαστού, 2011) ή στην γενικότερη πορεία του Προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι στην Ελλάδα και στην Ευρώπη (Πανταζέλου, 2015). Τα κυριότερα αποτελέσματα αυτών των ερευνών αναφέρονται στη συνέχεια:

Η Χατζησεβαστού (2011) στην διπλωματική της εργασία της με τίτλο: "Κοινωνικός αποκλεισμός ατόμων τρίτης ηλικίας. Δυνατότητες σχεδιασμένης παρέμβασης. Η περίπτωση του προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι" στη Μήθυμνα Λέσβου" που εκπονήθηκε στο Πανεπιστήμιο Αιγαίου εξέταζε το κατά πόσο η συγκεκριμένη δομή συμβάλλει στην άμβλυνση του κοινωνικού αποκλεισμού των ηλικιωμένων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία μέσω της παροχής συστηματικής και οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας. Κατά την διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της ανάλυσης περίπτωσης (case study) ενώ η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων οι οποίες περιλάμβαναν ανοιχτές ερωτήσεις. Στην έρευνα συμμετείχαν πέντε άτομα (ο Δήμαρχος Μήθυμνας, ο Πρόεδρος του Σωματίου ΒΣΣ Λέσβου, η οικογενειακή βοηθός του Προγράμματος και δύο άτομα τα οποία λαμβάνουν τις υπηρεσίες του Προγράμματος).

Η έρευνα κατέληξε στο ότι πράγματι, η δομή ΒΣΣ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην μείωση του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού για τα ενταγμένα μέλη καθότι τους προσφέρει την απαραίτητη φροντίδα και τα εκπαιδεύει κατάλληλα ώστε να μείνουν στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, διευκολύνει τις μετακινήσεις τους και συμβάλει στην προσπάθειά τους για κοινωνική συμμετοχή, εξασφαλίζοντας παράλληλα τη μέγιστη δυνατή αυτονομία και ανεξαρτησία τους.

Ο Μπιτσάνης (2007) στην εργασία του η οποία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια απόκτησης πτυχίου της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του τμήματος Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι) Καλαμάτας, εξέτασε τη χρησιμότητα της υπηρεσίας Βοήθεια Στο Σπίτι στο Δήμο Ναυπάκτου και πιο συγκεκριμένα, το κατά πόσο αυτή είναι απαραίτητη στους

χρήστες ενώ δευτερεύοντας στόχο της έρευνάς του συνιστούσε η ανάδειξη θετικών ή/και αρνητικών σημείων του Προγράμματος. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν μικτή καθότι περιλάμβανε ποσοτική (συμπλήρωση 35 ερωτηματολογίων από τους ωφελούμενους) και ποιοτική έρευνα (2 συνεντεύξεις: Από τον Δήμαρχο του Δήμου Ναυπάκτου και την κοινωνική λειτουργό του Προγράμματος) και αντίστοιχα για την κάθε μέθοδο ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Στα κύρια αποτελέσματα της έρευνας καταγράφηκε η μεγάλη ικανοποίηση των ωφελούμενων του προγράμματος, καθότι οι 32 από τους 37 ωφελούμενους ανέφεραν ότι είναι αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι από την υπηρεσία και η μεγάλη ανάγκη για νοσηλευτική φροντίδα η οποία αναφέρθηκε από τους ίδιους ως η πιο απαραίτητη υπηρεσία του Προγράμματος. Στα αρνητικά ζητήματα που αφορούσαν το Πρόγραμμα συμπεριλήφθηκε το μικρό σε αριθμό προσωπικό το οποίο δεν είναι αρκετό ώστε να ικανοποιήσει τις ανάγκες όλων των ωφελούμενων της δομής (κυρίως ως προς τη συχνότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών) ενώ εκφράστηκε και η ανάγκη για ύπαρξη δεύτερου αυτοκινήτου έτσι ώστε να καταστεί πιο αποτελεσματική η λειτουργία του Προγράμματος.

Η εργασία των Ντάση και Σαβιδόλη (2012), η οποία εκπονήθηκε στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης, εξέταζε μέσω περιγραφικής έρευνας, κάνοντας χρήση ερωτηματολογίου το κατά πόσο ικανοποιημένοι ήταν οι χρήστες της υπηρεσίας "Βοήθεια Στο Σπίτι" στο Δήμο Ηρακλείου σχετικά με τις υπηρεσίες του Προγράμματος. Ως κεντρικό ερευνητικό ερώτημα είχε τεθεί το κατά πόσο η ικανοποίηση των χρηστών της εν λόγω υπηρεσίας συσχετίζεται θετικά με την αυτοαναφερόμενη υγεία τους. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 240 άτομα τα οποία προέρχονταν από έξι στο σύνολο Προγράμματα ΒΣΣ (40 από κάθε δομή), (Θερίσου, Φορτέτσας, Κατσαμπά, Πόρου, Αγ. Δημητρίου και Αγ. Τριάδος), τα οποία συμπληρώθηκαν από τους ερευνητές έπειτα από επισκέψεις στα σπίτια των ωφελούμενων μαζί με τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονταν στις συγκεκριμένες δομές.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ως προς την προσωπική ικανοποίηση από το Πρόγραμμα έδειξαν ότι η πλειοψηφία (78,8%) θεωρούσε ότι η εγγραφή στην υπηρεσία βελτίωσε την οικονομική της κατάσταση (π.χ. μέσω της μεσολάβησης για έκδοση επιδομάτων, παροχή ιατροφαρμακευτικού υλικού, οικιακές εργασίες κ.α.). Επιπλέον, με την ένταξή του στην υπηρεσία, το 68,5% αναφέρει ότι δεν χρειαζόταν

πλέον να ζητάει βοήθεια από άλλα άτομα ή υπηρεσίες ενώ σχετικά με το εάν οι ίδιοι θεωρούσαν ότι οι επισκέψεις του προσωπικού επαρκούν, μόνο το 10,1% συμφωνούσε. Επίσης, σχεδόν οι μισοί από τους ερωτώμενους (47,5%) ανέφεραν ότι θα επιθυμούσαν να αυξηθεί ο αριθμός των επισκέψεων από τους υπαλλήλους της υπηρεσίας. Τέλος, σχετικά με το κεντρικό ερώτημα της έρευνας παρατηρήθηκε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση χαμηλής έντασης μεταξύ της ικανοποίησης των ηλικιωμένων και του επιπέδου της αυτοαναφερόμενης τους υγείας, γεγονός το οποίο, σημαίνει, όπως επεξηγήθηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, ότι όταν το επίπεδο της αυτοαναφερόμενης υγείας των ηλικιωμένων αυξάνει τότε αυξάνει και το επίπεδο της ικανοποίησης των ηλικιωμένων από το πρόγραμμα "Βοήθεια Στο Σπίτι" και αντίστροφα.

Η έρευνα των Aletra et al (2010), η οποία δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό περιοδικό BMC Health Services Research είχε ως αρχικό στόχο την ανάπτυξη ενός ερευνητικού εργαλείου το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να μετρήσει την ικανοποίηση των χρηστών από την κατ' οίκον φροντίδα, περιλάμβανε ως δείγμα 201 ωφελούμενους από πέντε συνολικά δομές ΒΣΣ οι οποίες λειτουργούσαν στην Θεσσαλονίκη. Το εργαλείο μέτρησης περιελάμβανε 31 ερωτήματα τα οποία "μετρούσαν" την ικανοποίηση από τα διάφορα αντικείμενα κάθε υπηρεσίας η οποία εκφραζόταν από τους ερωτώμενους μέσω της 5βάθμιας κλίμακας Likert. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2006 σε 4 περιοχές της Θεσσαλονίκης (Σταυρούπολη, Θερμαϊκό, Μενεμένη, Πεύκα) και στα κυριότερα πορίσματα της συμπεριλαμβάνονταν ο μεγάλος βαθμός ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων των δομών σε ποσοστό που άγγιζε το 81,6%. Η συγκεκριμένη μεταβλητή φαίνεται ότι επηρεαζόταν από το εισόδημα των χρηστών της υπηρεσίας και από το πόσα έτη ήταν εγγεγραμμένοι στο Πρόγραμμα. Έτσι, τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα, έχοντας μεγαλύτερη ανάγκη για λήψη των παρεχόμενων υπηρεσιών, ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την δομή και τα άτομα που ήταν ενταγμένα σε αυτήν για πολλά συναπτά έτη, εξέφρασαν επίσης μεγάλο βαθμό ικανοποίησης ίσως λόγω του ότι εμπιστεύονταν περισσότερο το προσωπικό για την εκτέλεση καθηκόντων σε σχέση με τους νέους ωφελούμενους.

Σχετικά με την εργασία της Γαροφαλάκη και συνεργατών (2016), η οποία πραγματοποιήθηκε από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης, επρόκειτο για μία διερευνητική μελέτη ποιοτική φύσης η οποία είχε ως στόχο την διερεύνηση της στάσης και των αντιλήψεων των επαγγελματιών κοινωνικής φροντίδας σχετικά

με την αξιολόγηση αντίστοιχων υπηρεσιών και συγκεκριμένα σε τρεις περιοχές της Ελλάδος (Δήμο Αθηναίων, Αμυνταίου και Χανίων). Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι συντονιστές των δομών: κοινωνικοί λειτουργοί (ή κοινωνιολόγοι ή ψυχολόγοι) των Προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» στους αντίστοιχους Δήμους. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος βινιέτα (Case Vignette), η οποία αντλήθηκε από την ευρωπαϊκή μελέτη (2008-2010) του Προγράμματος EURHOMAP (Mapping professional home care in Europe), και ειδικότερα από την μελέτη του Προγράμματος με θέμα «Φροντίδα κατ' οίκον στην Ευρώπη. Τρέχουσα δομή και μελλοντικές προκλήσεις» ("Home Care across Europe. Current structure and future challenges"). Η ανάλυση δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της περιγραφικής ανάλυσης περιεχομένου (content analysis).

Από την συγκεκριμένη μελέτη φάνηκε ότι οι επαγγελματίες κοινωνικής φροντίδας έχουν έναν "κοινό" τρόπο ως προς το πως αντιμετωπίζουν τους ωφελούμενους καθώς και στον τρόπο με τον οποίο παρέχουν την φροντίδα. Επίσης, θεωρούν ότι, ενώ η υπηρεσία πασχίζει να καλύψει τις ποικίλες ανάγκες των ηλικιωμένων, πολλές φορές κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό, για αυτό και θεωρούν ότι θα πρέπει να αλλάξει εξολοκλήρου η λειτουργία της δομής, η οποία θα πρέπει να στοχεύει κυρίως στην εκπαίδευση των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους. Τέλος, κρίνουν ως απαραίτητη την ενίσχυση της με περισσότερο προσωπικό τόσο όσον αφορά τις ήδη υπάρχουσες ειδικότητες (κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη, οικογενειακό βοηθό) όσο και νέες ειδικότητες, όπως παθολόγο και ψυχίατρο ώστε να μπορούν να καλυφθούν περισσότερες ανάγκες των ηλικιωμένων.

Η έρευνα των Αποστολοπούλου και Πλουσάκη (2004), η οποία εκπονήθηκε στη Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας του ΤΕΙ Καλαμάτας, αποσκοπούσε στην αξιολόγηση των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» στους Δήμους Καλαμάτας - Δραπετσώνας, αναφορικά με τις υπηρεσίες που προσφέρουν στους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα σε τομείς όπως: ο βαθμός ικανοποίησης των ηλικιωμένων από το πρόγραμμα, η κάλυψη των αναγκών τους καθώς και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για την διερεύνηση των παραπάνω παραμέτρων πραγματοποιήθηκε ποσοτική ανάλυση έπειτα από συμπλήρωση ερωτηματολογίων, τα οποία απευθύνθηκαν στους υπευθύνους του προσωπικού των προγραμμάτων και στους ηλικιωμένους - μέλη του προγράμματος, μέσω των υπευθύνων.

Στην έρευνα συμμετείχαν 10 γυναίκες και άντρες. Όλοι οι ωφελούμενοι (πλην μιας περίπτωσης) είναι σχετικά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους

παρέχονται και θεωρούν ότι το προσωπικό δείχνει κατανόηση στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και τους βοηθά να τα ξεπεράσουν, άποψη η οποία συνάδει και με τους υπευθύνους του Προγράμματος οι οποίοι πιστεύουν ότι το πρόγραμμα επιτυγχάνει το βασικό σκοπό του, ότι δηλαδή καλύπτει τις ανάγκες των ηλικιωμένων σε τέτοιο βαθμό ώστε οι ίδιοι μάλιστα να μην αναγκαστούν να εγκαταλείψουν την οικία τους και να ενταχθούν σε κάποιο ιδρυματικό πλαίσιο. Σχετικά με την ικανοποίηση από την συχνότητα των επισκέψεων του προσωπικού, το 60% των ερωτώμενων ανέφεραν ότι είναι ικανοποιημένοι από τη συχνότητα των επισκέψεων ενώ οι υπόλοιποι εξέφρασαν την επιθυμία για συχνότερες επισκέψεις από τους υπαλλήλους της δομής.

Και στους δύο δήμους, αναφέρεται ότι το προσωπικό δεν είναι επαρκές για το έργο που καλείται να διεκπεραιώσει. Η αύξηση προσωπικού θεωρείται αναγκαία ώστε να μπορούν να καλυφθούν περισσότερα περιστατικά και σε πιο σύντομο διάστημα. Σε σχέση με το εάν χρειάζεται να προσληφθούν επιπλέον ειδικότητες, το προσωπικό του Δήμου Καλαμάτας θεωρεί ότι στο Πρόγραμμα δεν χρειάζεται να συμπεριληφθεί κάποια άλλη ειδικότητα, ενώ στην Δραπετσώνα πιστεύουν ότι ένας ψυχολόγος ή παθολόγος θα ήταν απαραίτητος για την καλύτερη λειτουργία του Προγράμματος.

Η ερευνητική εργασία των Αλεξιά και Φλάμου (2007), με τίτλο: "Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού. Η περίπτωση του προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι", η οποία δημοσιεύτηκε στα αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, διεξήχθη στο Νομό Χίου και συμμετείχαν σχεδόν όλοι οι ωφελούμενοι του "Βοήθεια Στο Σπίτι" (200 ηλικιωμένοι που εξυπηρετούνταν από το Πρόγραμμα, 57 άντρες και 143 γυναίκες, ηλικίας 65 ετών και άνω).

Η έρευνα ακολούθησε την ποσοτική μέθοδο με χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο κατασκευάστηκε για την συγκεκριμένη έρευνα λαμβάνοντας υπόψη βασικούς άξονες, όπως: την αντίληψη των ηλικιωμένων για τα γηρατειά και τον θάνατο, τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές ομάδες και την αξιολόγηση του προγράμματος. Για την συγκρότηση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, στοιχεία ελήφθησαν από την έρευνα της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος έτους 2000 αναφορικά με τα θέματα για την κάλυψη των νοσηλευτικών, ατομικών και οικιακών αναγκών ενώ για τη μέτρηση των στάσεων χρησιμοποιήθηκε κλίμακα τύπου Likert.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS.

Αρχικά, έγινε απλή περιγραφική ανάλυση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών στοιχείων των ερωτηθέντων και ακολούθησε ανάλυση των δεδομένων που αφορούσε τις στάσεις των ηλικιωμένων για τα υπόλοιπα θέματα που μελετήθηκαν στην έρευνα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπάρχει σε υψηλό ποσοστό ικανοποίηση από τους ωφελούμενους (καθότι το 60,5% δήλωσε εξαιρετικά ικανοποιημένο ενώ μόνο το 9% δεν δήλωσε ικανοποιημένο από το Πρόγραμμα) ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (το 82%) ανέφερε ότι πρέπει να αυξηθεί αρκετά η παρεχόμενη ιατρική περίθαλψη.

Σε υψηλή ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων του προγράμματος σε ποσοστό 80,5%, οι οποίοι δήλωσαν μάλιστα και πλήρως η πολύ ικανοποιημένοι προέκυψε ως συμπέρασμα και από την έρευνα των Βουνάκη και Χαραλαμπίκη (2004) η οποία είχε ως σκοπό την αξιολόγηση του Προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι, το αν δηλαδή το πρόγραμμα με τις υπηρεσίες που παρέχει επιτυγχάνει τους στόχους του τόσο από την πλευρά των ενταγμένων μελών όσο και από την πλευρά του προσωπικού. Το δείγμα αποτέλεσαν 110 ηλικιωμένοι που εξυπηρετούνταν από το Πρόγραμμα του Δήμου Μασταμπά του Νομού Ηρακλείου και 6 άτομα από το προσωπικό (2 από την κάθε ειδικότητα: κοινωνικού λειτουργού, νοσηλεύτη, οικογενειακού βοηθού). Η συλλογή των στοιχείων προς επεξεργασία της ποσοτικής ανάλυσης που ακολούθησε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS, πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίων (για τα ενταγμένα μέλη) ενώ η ποιοτική ανάλυση των δεδομένων των συνεντεύξεων (του προσωπικού) πραγματοποιήθηκε μέσω της μεθόδου της κωδικογράφησης.

Επιπλέον υπηρεσίες διατυπώθηκαν ως επιθυμία από τους ωφελούμενους, όπως: συντροφιά (55,6%), συχνότερες επισκέψεις του προσωπικού (38%), περισσότερες ειδικότητες επαγγελματιών (όπως ιατροί, φυσιοθεραπευτές κ.α.) (41,7%) ενώ οι κύριες προτάσεις που αναφέρθηκαν από τους εργαζόμενους για την πιο αποτελεσματική λειτουργία της υπηρεσίας είχαν να κάνουν με επέκταση του ωραρίου και τις απογευματινές ώρες και λειτουργία της υπηρεσίας και τα Σαββατοκύριακα. Τέλος, οι ίδιοι αναφέρθηκαν στην πρόσληψη περισσότερου αριθμού ατόμων αλλά και την ενίσχυση της υπηρεσίας με νέες ειδικότητες όπως παθολόγο, ψυχίατρο και φυσιοθεραπευτή.

Η εργασία της Κρανιώτη (2013), η οποία εκπονήθηκε για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών του τμήματος Διοίκησης και Διαχείρισης Έργων του ΤΕΙ

Λάρισας, είχε ως αντικείμενο, την συλλογή εμπειρικών δεδομένων για την αξιολόγηση του Προγράμματος ΒΣΣ και την ικανοποίηση των εργαζομένων στις τέσσερις προνοιακές δομές "Βοήθεια Στο Σπίτι" που εντάσσονται στην Κοινωφελή Επιχείρηση ΚΑΛΥΨΩ Δήμου Αγιάς (Δημοτική Ενότητα Ευρυμενών - Λακέρειας - Αγιάς και Μελιβοίας). Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από δύο υπό μελέτη πληθυσμούς: Στον πρώτο συμπεριλαμβάνονταν οι 14 εργαζόμενοι των δομών ΒΣΣ και στον δεύτερο οι 429 εξυπηρετούμενοι του ΒΣΣ (ηλικιωμένοι και ΑΜΕΑ). Για συλλογή των δεδομένων συντάχθηκαν δύο εξειδικευμένα ερωτηματολόγια που απευθύνονταν στις δύο ομάδες (προσωπικό - εξυπηρετούμενοι), τα οποία συνδυάστηκαν με τη μέθοδο της εξέτασης εγγράφων για τη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών.

Η έρευνα κατέληξε στο ότι η συμβολή του Προγράμματος ΒΣΣ ήταν αποτελεσματική σε πολλούς τομείς, όπως η βελτίωση της καθημερινότητας των ωφελούμενων, το αίσθημα αξιοπρέπειας που ένιωθαν και ο βαθμός ανεξαρτητοποίησης που απέκτησαν λόγω της υπηρεσίας καθώς και η εξοικονόμηση χρημάτων (το 83% ανέφερε ότι με την ένταξη του στη δομή βελτιώθηκε παράλληλα και η οικονομική του κατάσταση) αλλά και στην αντιμετώπιση προβλημάτων κοινωνικής φύσης όπως ο περιορισμός του κοινωνικού αποκλεισμού τους. Τέλος, οι ερωτώμενοι έκαναν και κάποιες προτάσεις οι οποίες θα βελτίωναν, κατά τη γνώμη τους την λειτουργία του Προγράμματος, όπως: μεγαλύτερη συχνότητα και μεγαλύτερη διάρκεια επισκέψεων από το προσωπικό, πρόσληψη ιατρού, πρόσληψη επιπλέον ατόμων για τις ήδη υπάρχουσες ειδικότητες αλλά και διοργάνωση κάποιων δραστηριοτήτων για την ψυχαγωγία των μελών, όπως εκδρομές.

Αναφορικά με δύο έρευνες που είχαν αντικείμενο την υπηρεσία "Βοήθεια στο Σπίτι" και οι οποίες έκαναν χρήση των αναλύσεων PEST & SWOT, όπου η πρώτη διεξήχθη από τις Σωτηριάδου & Αντωνοπούλου (2013), στην οποία έρευνα επιχειρήθηκε η αξιολόγηση της εφαρμογής του Προγράμματος με σκοπό την ανάδειξη δυνατών και αδύνατων σημείων τα οποία θα διαδραμάτιζαν ρόλο στην μετέπειτα πορεία του. Το γενικότερο συμπέρασμα της έρευνας κατέληξε στο ότι το "Βοήθεια Στο Σπίτι" συνιστά ένα επιτυχημένο πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας και ο ρόλος του αξιολογείται πολύ θετικά από τις τοπικές κοινωνίες. Στα δυνατά σημεία οι ερευνήτριες κατέγραψαν: το καλό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αποφυγή ιδρυματοποίησης των ασθενών, την μείωση της χρήσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων, την ευρύτερη

κοινωνική αποδοχή του ρόλου της δομής, την εμπειρία του προσωπικού και την πολύ καλή γνώση του περιβάλλοντος λειτουργίας, το αίσθημα κοινωνικής ευθύνης και προσφοράς από την πλευρά του προσωπικού, τις καλές σχέσεις του προσωπικού, την δικτύωση της δομής με άλλες δομές και τις καινοτόμες δράσεις της. Ως αδύνατα σημεία αναφέρονται οι ελλείψεις προσωπικού, η ελλιπής επιμόρφωση του προσωπικού, η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων, η έλλειψη κατάλληλου εξοπλισμού, η περιορισμένη δυνατότητα μετακινήσεων, το αδύναμο μάνατζμεντ και η ελλιπής αξιολόγηση.

Η δεύτερη έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε από τον Αυγουστάκη (2015) στα πλαίσια απόκτησης μεταπτυχιακού διπλώματος σπουδών από το Πανεπιστήμιο Αιγαίου, είχε ως στόχο την διερεύνηση σχετικά με την ικανοποίηση από την πλευρά των εργαζομένων για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ευρύτερη λειτουργία του. Η έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε είχε ως δείγμα της 44 εργαζομένους της περιοχής της Χίου που απασχολούνταν στο Πρόγραμμα. Οι συνεντεύξεις περιλάμβαναν ερωτήσεις κλειστού τύπου έτσι ώστε να είναι πιο εύκολη η επεξεργασία τους και η μεταβολή τους σε ποσοτικές μεταβλητές. Τα δεδομένα της έρευνας επεξεργάστηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS, η ίδια κατέγραψε ως δυνατά σημεία το υψηλό επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών, τον βαθμό ικανοποίησης των ωφελομένων, την εμπειρία του προσωπικού, το αίσθημα κοινωνικής ευθύνης, τη φήμη και την ανταπόκριση που χαρακτηρίζει την υπηρεσία, τον τρόπο που γίνεται η διαχείριση των σχέσεων καθώς και τις καινοτόμες δράσεις της δομής. Ως αδυναμίες αναφέρθηκαν: Η έλλειψη προσωπικού και υποδομών, η έλλειψη ενός ολοκληρωμένου στρατηγικού σχεδιασμού και συστηματικής αξιολόγησης. Τα κύρια συμπεράσματα της έρευνας ήταν τα εξής: Ότι πρόκειται καταρχήν για ένα αξιόλογο Πρόγραμμα το οποίο παρά τις όποιες αντιξοότητες (με κυριότερο ζήτημα το αβέβαιο καθεστώς λειτουργίας και χρηματοδότησης) εξακολουθεί να δραστηριοποιείται στις τοπικές κοινωνίες και να αποτιμάται θετικά από αυτές, το ίδιο συμβάλει επίσης θετικά και στην αντιμετώπιση κοινωνικών ζητημάτων, όντας το ίδιο μια ουσιαστική κοινωνική υπηρεσία στήριξης των πολιτών σε τοπικό επίπεδο. Η παραγοντική ανάλυση, έδειξε, τέλος, ότι οι εργαζόμενοι κρίνουν πολύ υψηλή την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς μέσα από αυτές θεωρούν ότι ικανοποιούνται οι προσδοκίες των ωφελομένων από το Πρόγραμμα.

Η εργασία της Τσώτα Χριστίνας (2012) που εκπονήθηκε στο τμήμα Κοινωνικής πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου, έθετε ως στόχο την αξιολόγηση του προγράμματος "Βοήθεια στο σπίτι" που λειτουργεί στο Δήμο Αγίων Αναργύρων - Καματερού. Και πιο συγκεκριμένα, το να εξεταστεί, από την πλευρά του προσωπικού, αν το πρόγραμμα, μέσω των υπηρεσιών που παρέχει, επιτυγχάνει τους στόχους του, αν ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ηλικιωμένων, καθώς και να εντοπιστούν πλεονεκτήματα ή μειονεκτήματα του Προγράμματος. Η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε ήταν η έρευνα πεδίου. Για την συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 10 υπάλληλοι από τα πέντε συνολικά προγράμματα που εφαρμόζονται στο Δήμο (2 κοινωνικοί λειτουργοί, 2 ψυχολόγοι, 4 νοσηλεύτριες και 2 οικογενειακοί βοηθοί). Η έρευνα κατέληξε στο ότι η ποιότητα των παροχών και ο εξοπλισμός επαρκούν για την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων. Ωστόσο, όπως ανέφεραν οι συντονιστές του προγράμματος, θα μπορούσαν να υπάρξουν βελτιώσεις τόσο στο θέμα του εξοπλισμού αλλά και σε άλλα θέματα, όπως η διεύρυνση του ωραρίου λειτουργίας της υπηρεσίας. Κάτι ακόμη που κρίνεται απαραίτητο προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η ανάγκη για πρόσληψη επιπλέον προσωπικού και η ενίσχυση των δομών με επιπλέον ειδικότητες, και ιδιαίτερα με ψυχολόγους και ψυχιάτρους.

Στην πτυχιακή εργασία της Ρούσση (2005) που εκπονήθηκε στα πλαίσια απόκτησης πτυχίου του τμήματος Τοπικής Αυτοδιοίκησης, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του ΤΕΙ Καλαμάτας είχε τεθεί ως στόχος το να ερευνηθεί εάν οι υπηρεσίες που προσφέρονται μέσω των Προγραμμάτων "Βοήθεια Στο Σπίτι" και "Εύξεινη Πόλη" ικανοποιούν σε ικανοποιητικό βαθμό τις ανάγκες των πολιτών. Η έρευνα πεδίου πραγματοποιήθηκε στο Δήμο Θουρίας στα 30 άτομα που ήταν ενταγμένοι στο Πρόγραμμα με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το κυριότερο συμπέρασμα που προέκυψε έπειτα από την διεξαγωγή της έρευνας, ήταν η μεγάλη ικανοποίηση των χρηστών της υπηρεσίας και η αίσθηση από τους ίδιους ότι έχει βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

Στην εργασία της Κόκκαλη (2004) που εκπονήθηκε στο ΤΕΙ Καλαμάτας, διενεργήθηκε έρευνα η οποία έθετε ως βασικό στόχο την εξεύρεση του βαθμού ικανοποίησης των μελών της δομής "Βοήθεια Στο Σπίτι" του Δήμου Ναυπάκτου και γενικότερα το κατά πόσο και σε ποιο βαθμό συνεισφέρει παρέχοντας τις υπηρεσίες της στους δημότες. Η μεθοδολογία της έρευνας ήταν μικτή καθώς περιλάμβανε συμπλήρωση ερωτηματολογίων (από 35 ωφελούμενους) και διενέργεια 2

συνεντεύξεων, τη μία από την κοινωνικό λειτουργό της δομής και τη άλλη από δημοτικό σύμβουλο του Δήμου Ναυπάκτου.

Η έρευνα κατέληξε στα ακόλουθα συμπεράσματα: Η πλειοψηφία απάντησε ότι είναι ικανοποιημένη από τη δομή και θεώρησε ότι αυτή συνεισφέρει σε μεγάλο βαθμό και στην εξοικονόμηση χρημάτων των ιδίων των ωφελούμενων για τις μετακινήσεις τους ή την προσωπική τους φροντίδα. Ωστόσο, όπως οι ίδιοι ανέφεραν θα επιθυμούσαν περισσότερες επισκέψεις από το προσωπικό. Οι χρήστες της υπηρεσίας ακόμη ανέφεραν ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι περισσότερο χρήσιμη για τους ίδιους. Από την έρευνα ακόμη προέκυψε ότι από την ύπαρξη του Προγράμματος προκύπτει και έμμεση συμβολή ως προς την αποφόρτιση των φροντιστών των ωφελούμενων (κυρίως γυναικών), οι οποίες θα είχαν την δυνατότητα πλέον να στραφούν στην εκπλήρωση δικών τους στόχων και επιθυμιών, όπως για παράδειγμα, στην αναζήτηση εργασίας. Σημαντικό ρόλο τέλος, προέκυψε ότι διαδραμάτισε η υπηρεσία και στην αποδέσμευση των τοπικών υγειονομικών υπηρεσιών.

Στη μεταπτυχιακή διατριβή της Πανταζέλου (2015) με τίτλο: "Η πορεία του προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι" στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση", -η οποία εκπονήθηκε για λογαριασμό του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς-, έπειτα από βιβλιογραφική ανασκόπηση για την κατ' οίκον φροντίδα στον Ευρωπαϊκό χώρο συμπεραίνει ότι το πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι" παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει σε πολλά επίπεδα (χρηματοδότησης, υποδομών, έλλειψη νομοθετικής κατοχύρωσης) έχει σημειώσει μια μακρόχρονη επιτυχημένη πορεία στην κατ' οίκον φροντίδα στην Ελλάδα, από το 1996 που λειτούργησε πρώτη φορά πιλοτικά έως σήμερα και έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην στήριξη του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται (ηλικιωμένοι, άτομα με ειδικές ανάγκες) αλλά και στους φροντιστές των ιδίων, εφόσον αυτό λαμβάνει ένα μέρος της φροντίδας τους. Υπάρχουν ωστόσο και σημαντικές ελλείψεις σε αυτές τις δομές αφού λόγω του ότι δεν είναι επαρκώς στελεχωμένες, δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες ατόμων τα οποία χρήζουν οικονομικής, ιατρικής και ψυχολογικής βοήθειας.

Τέλος, σχετικά με τη σύγκριση του Προγράμματος μεταξύ της Ελλάδας και των υπόλοιπων χωρών της Ευρώπης, αναφέρεται στη μελέτη ότι οι κυριότερες διαφορές έγκεινται στο υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο, τους οικονομικούς πόρους,

στις παρεχόμενες υπηρεσίες, στις ειδικότητες των εργαζομένων που απασχολούνται στο πρόγραμμα και στα κριτήρια εισαγωγής των ωφελούμενων.

5.3. Δείγμα - Μέθοδος της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 41 γυναίκες (75%) και 14 άνδρες (25%) ωφελούμενοι του Προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των ημι-δομημένων²¹ συνεντεύξεων με τη χρήση ερωτηματολογίου διάρκειας περίπου 20-30 λεπτών ενώ για την ταξινόμηση σε κατηγορίες και την επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρήση της *ανάλυσης περιεχομένου*.

Πριν από την διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας, μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, οι ερωτώμενοι ενημερώθηκαν για το θέμα και το σκοπό της έρευνας καθώς και για το ότι η συνέντευξη θα πρέπει να ηχογραφηθεί, το περιεχόμενο της οποίας βέβαια θα ήταν εμπιστευτικό και θα χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά για ακαδημαϊκούς σκοπούς.

Ακόμη επιδιώξαμε κατά την διάρκεια της συνέντευξης, ο/η ωφελούμενος/η του Προγράμματος να βρίσκεται μόνος/η στην οικία του καθότι η παρουσία άλλων ατόμων ενδεχομένως να επηρέαζε την απάντηση του, ιδιαίτερα όταν επρόκειτο για προσωπικές ερωτήσεις.

Τέλος, μεριμνήσαμε ώστε να δημιουργηθεί ένα ευχάριστο, άνετο κλίμα κάτι το οποίο δεν ήταν δύσκολο να επιτευχθεί λόγω της 9ετους παρουσίας μου στο Πρόγραμμα ως κοινωνικής λειτουργού.

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένας οδηγός συνέντευξης [βλ. Παράρτημα] ο οποίος σχεδιάστηκε για τη συγκεκριμένη έρευνα και ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπλήρωνε η συνεντεύκτρια πριν ή μετά την διαδικασία της συνέντευξης, στο οποίο συγκεντρώνονταν τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του ερωτώμενου, η

²¹ Λόγω του ότι ο προσανατολισμός της έρευνας ήταν ποιοτικός, επιλέξαμε την μέθοδο της ημι-δομημένης συνέντευξης έτσι ώστε μέσα από ένα ευέλικτο σχήμα να δοθεί η δυνατότητα στον ερωτώμενο να προβεί σε δικές του περιγραφές και ερμηνείες κάνοντας παράλληλα χρήση και δικών του εννοιολογικών κατηγοριών (Κυριαζή, 1999: 123).

γενικότερη κατάσταση της υγείας του καθώς και τα ζητήματα υγείας που αντιμετώπιζε ο ίδιος.

Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε σε διάστημα τριών μηνών (Απρίλιος-Ιούλιος 2016) ενώ η ανάλυση των αποτελεσμάτων ολοκληρώθηκε τον Σεπτέμβριο του 2016.

5.4. Βασικοί ερευνητικοί άξονες

Τους **βασικούς άξονες διερεύνησης** συνιστούσαν:

A) Η καταγραφή των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, της οικογενειακής κατάστασης, της εκπαίδευσης, του εισοδήματος, της υγείας, του ασφαλιστικού φορέα καθώς και της δυνατότητας για αυτοεξυπηρέτηση.

B) Ο εντοπισμός του ρόλου που διαδραματίζει η κατ' οίκον φροντίδα μέσω του Προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι" στη ζωή των ηλικιωμένων και των ΑΜΕΑ, η αξιολόγηση της Δομής για το εάν ανταποκρίνεται στους στόχους της καθώς και ο βαθμός ικανοποίησης από την πλευρά των χρηστών της υπηρεσίας.

Γ) Ο εντοπισμός ενδεχόμενων "αδύνατων" σημείων του εν λόγω Προγράμματος και η διατύπωση προτάσεων από τους ωφελούμενους για την πιο αποδοτική λειτουργία του.

Ο **οδηγός συνέντευξης** αποτελούνταν από πέντε ενότητες:

1. Διαδικασία σχετικά με την ένταξη στη δομή (Ενημέρωση-Ανταπόκριση)
2. Πληροφορίες σχετικές με τη χρήση της υπηρεσίας (ποιες υπηρεσίες παρέχονται στον εξυπηρετούμενο και συχνότητα αυτών, ποιες από τις εν λόγω υπηρεσίες κρίνει ως απαραίτητες για τον ίδιο)
3. Βαθμός ικανοποίησης σχετικά με τις υπηρεσίες που λαμβάνει ο ωφελούμενος και πιο συγκεκριμένα το εάν είναι ικανοποιημένος από το προσωπικό του Προγράμματος, από τις υπηρεσίες που αυτό παρέχει, εάν θεωρεί ότι έπειτα από τη χρήση της υπηρεσίας υπήρξε βελτίωση στην οικονομική του κατάσταση ή στην ποιότητα ζωής του.
4. Φροντίδα από άλλα άτομα ή υπηρεσίες και συχνότητα αυτής της φροντίδας.
5. Διατύπωση προτάσεων με στόχο την βελτίωση της λειτουργίας του Προγράμματος.

5.5. Δυσκολίες - περιορισμοί κατά την υλοποίηση της έρευνας

Κατά την υλοποίηση της έρευνάς προέκυψαν ωστόσο και κάποια εμπόδια τα οποία ξεπεράστηκαν και επιτεύχθηκε η ομαλή διεξαγωγή της έρευνας.

Αρχικά, λόγω του ότι επρόκειτο για ποιοτική έρευνα μέσω συνεντεύξεων, έπρεπε να βρεθεί διαθέσιμος χρόνος από τους ερωτώμενους για να κανονιστεί συνάντηση σε περίοδο μάλιστα όπου η υγεία των ίδιων δεν θα ήταν ιδιαίτερα επιβαρυνμένη έτσι ώστε να είναι σε θέση να συμμετέχουν ευχάριστα στην έρευνα και να μην αντιμετωπίσουν κάποια δυσκολία.

Επίσης, λόγω του ότι η έρευνά μας απευθυνόταν σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρία, τα ερωτήματα που τέθηκαν, έπρεπε να αναλυθούν με τέτοιο τρόπο ώστε να γίνουν κατανοητά στους ίδιους και να είναι σε θέση να απαντήσουν.

Ένα τελευταίο ζήτημα, είχε να κάνει με το ότι οι ερωτώμενοι είχαν την τάση πολλές φορές να βγαίνουν εκτός θέματος, αναφερόμενοι κυρίως σε γεγονότα από τη ζωή τους, σε αναμνήσεις από τα προηγούμενα χρόνια, δείχνοντας έτσι την μεγάλη τους ανάγκη να τα μοιραστούν με κάποιον. Σε αυτά τα σημεία, ο σωστός χειρισμός από τον συνεντευκτή ήταν ιδιαίτερα σημαντικός²² καθώς ο ίδιος έπρεπε να φροντίσει, με ευγένεια και σεβασμό απέναντι στον ερωτώμενο, να επαναφέρει την συνέντευξη στην αρχική της πορεία και να την διατηρήσει μέχρι την ολοκλήρωσή της.

Κάποιοι περιορισμοί που εντοπίζονται στην έρευνα, αφορούν το μέγεθος του δείγματος καθώς και το γεγονός ότι αυτή διεξήχθη σε ένα μόνο Δήμο.

Εντούτοις, η ερευνητική αυτή προσπάθεια απέδωσε ως προς το ότι μας έδωσε την δυνατότητα να έχουμε μια εικόνα σχετικά με την λειτουργία του Προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι, από την πλευρά των ωφελομένων καθώς και για το κατά πόσο ικανοποιούνται τα αιτήματά και οι ανάγκες των ίδιων. Η παρούσα έρευνα θα επιθυμούσαμε να δώσει το έναυσμα για την διεξαγωγή αντίστοιχων ερευνών στην Αττική και στην Περιφέρεια καθώς θεωρούμε ότι η διατύπωση προτάσεων από τους

²² Ο ρόλος του ερευνητή κατά την διάρκεια της διήγησης των γεγονότων από τους ερωτώμενους ήταν καθοριστικός προκειμένου από την μία πλευρά να συνεχιστεί η ομαλή διεξαγωγή της συνέντευξης και από την άλλη πλευρά να είναι σε θέση ο ίδιος να αξιοποιήσει τις αναφορές των ωφελομένων της Δομής (καθότι οι ίδιοι είχαν την τάση να αναφέρονται την ίδια στιγμή στο παρόν και στο παρελθόν, να συγκρίνουν καταστάσεις και να εκφράζουν ανησυχίες ή παράπονα) οι οποίες ήταν σημαντικό να καταγραφούν και να ερμηνευθούν κατά την απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων και την ανάλυση του λόγου των ωφελομένων. Διότι, *"μεγαλύτερη αξία έχουν πολλές φορές απαντήσεις σε ερωτήματα που δεν έχουν τεθεί, κουβέντες κοινότοπες, καθημερινές...Μεγαλύτερη βαρύτητα έχει ο λόγος που αναβλύζει αυθόρμητα και με δική τους πρωτοβουλία...."* (Λυδάκη, 2001:202).

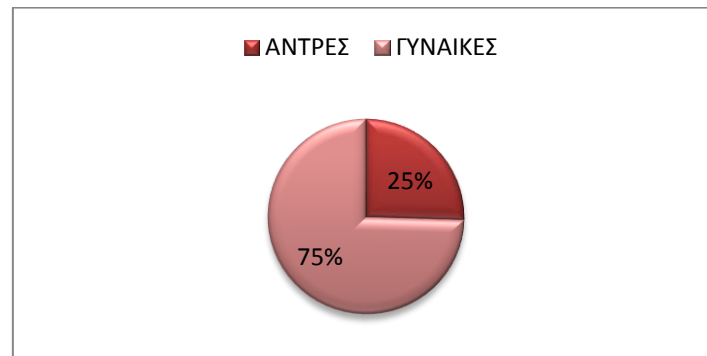
ίδιους τους εξυπηρετούμενους των υπηρεσιών κοινωνικού χαρακτήρα θα μπορούσε να συνεισφέρει στην αναδιαμόρφωση του τομέα της κοινωνικής πολιτικής και στην ανάπτυξη κοινωνικών δράσεων γενικότερα.

5.6. Αποτελέσματα της έρευνας

5.6.1. Περιγραφικά δεδομένα

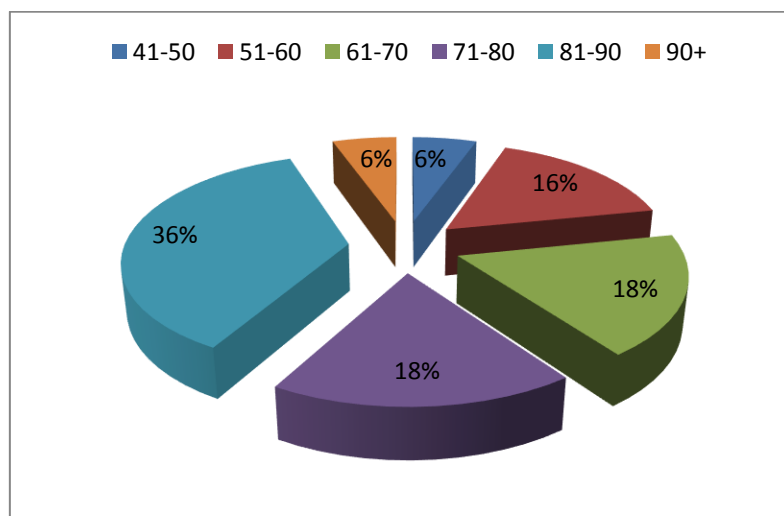
1. Περιγραφή δείγματος:

Φύλο



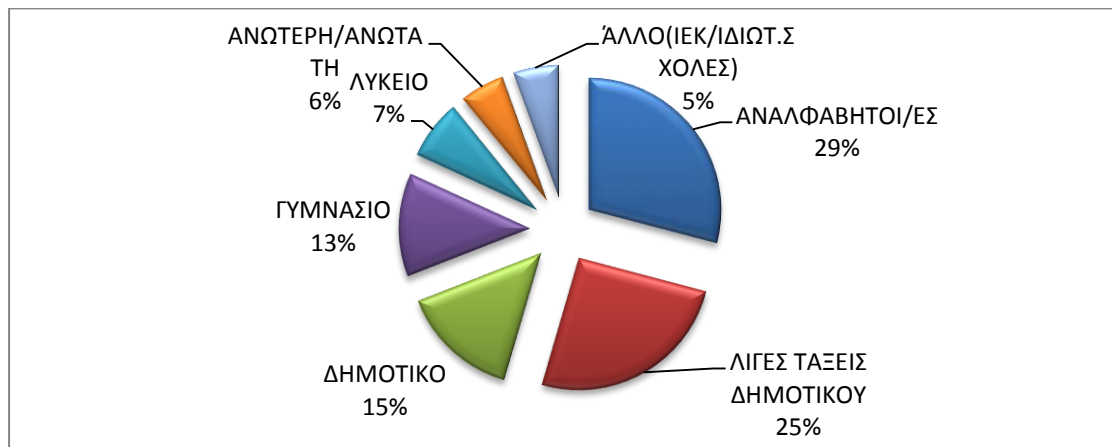
Στην έρευνά συμμετείχαν κατά κύριο λόγο γυναίκες (σε ποσοστό 75%).

Ηλικία



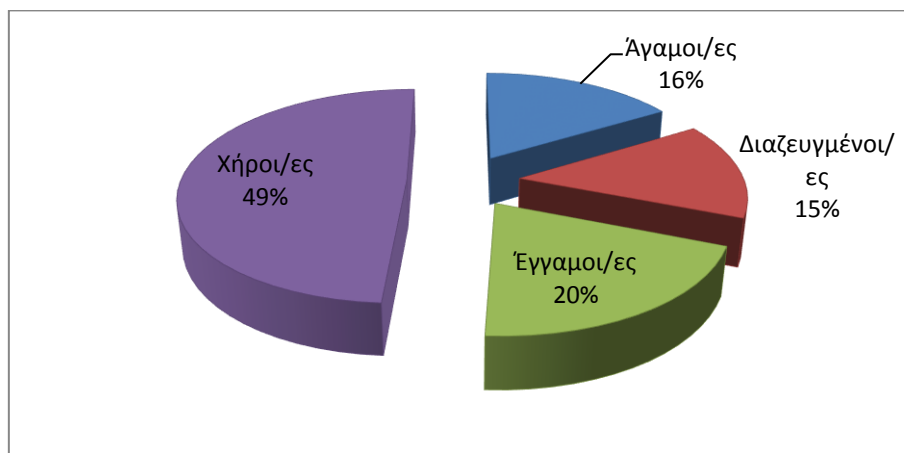
Την πλειοψηφία (36%) του δείγματός μας αποτελούσαν άτομα ηλικίας 81-90 ετών. Ενώ ακολουθούσαν δύο ακόμη ηλικιακές ομάδες σε ποσοστό 18%, τα άτομα των 71-80 ετών και των 61-70 ετών. Στη συνέχεια, με μικρότερο ποσοστό (16%) ακολουθούσαν άτομα ηλικίας 51-60 ετών και τέλος, με ποσοστό 6% βρίσκονταν οι δύο ηλικιακές ομάδες των 41-50 ετών και των 90 ετών και μεγαλύτεροι.

Επίπεδο εκπαίδευσης



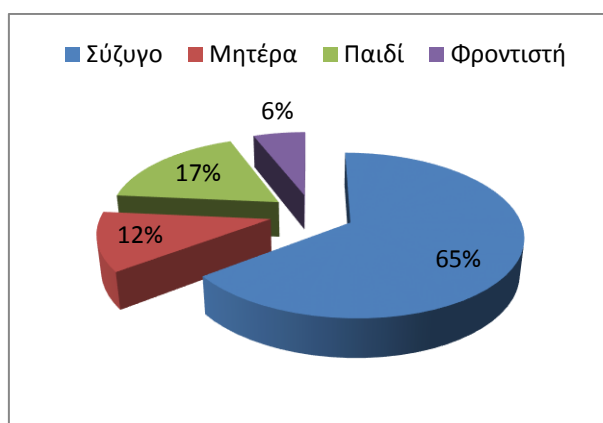
Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσής τους, το 29% αντιστοιχούσε σε αναλφάβητους, το 25% σε άτομα τα οποία είχαν φοιτήσει σε μερικές τάξεις του Δημοτικού σχολείου, το 15% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού σχολείου, το 13% είχαν τελειώσει το Γυμνάσιο, το 7% το Λύκειο, το 6% ήταν απόφοιτοι Ανώτερης/Ανώτατης εκπαίδευσης ενώ το 5% είχε αποφοιτήσει από Δημόσιο ΙΕΚ ή από κάποια ιδιωτική σχολή.

Οικογενειακή κατάσταση



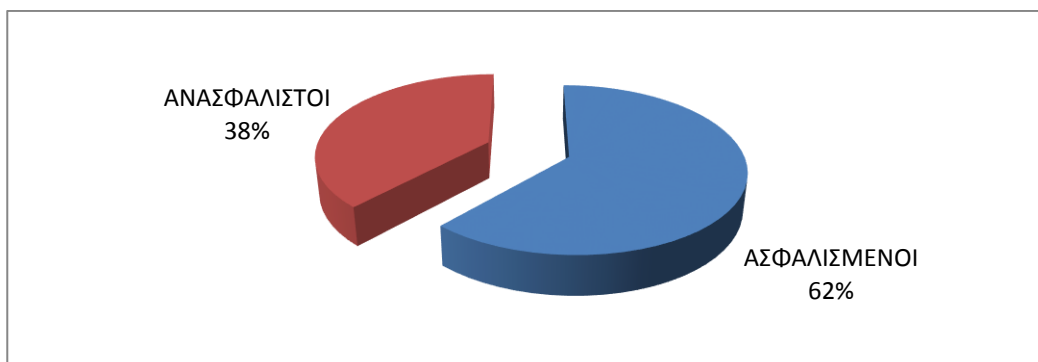
Όσον αφορά την **οικογενειακή κατάσταση**, οι περισσότεροι ωφελούμενοι ήταν χήρες/οι (27 από τους 55). Έγγαμοι/ες ήταν οι 11, άγαμοι/ες ήταν οι 9 ενώ διαζευγμένοι/ες ήταν οι 8. **Παιδιά είχαν** αποκτήσει οι 37 (67%) από τους 55 ερωτώμενους. Η πλειοψηφία είχε αποκτήσει από 1 έως 2 τέκνα (16 άτομα) ενώ από 3 παιδιά και άνω είχαν αποκτήσει 5 από τους ωφελούμενους. Τα περισσότερα τέκνα ωστόσο των ερωτώμενων δεν έμεναν σε κοντινή απόσταση με εκείνους.

Συμβίωση με άλλο άτομο



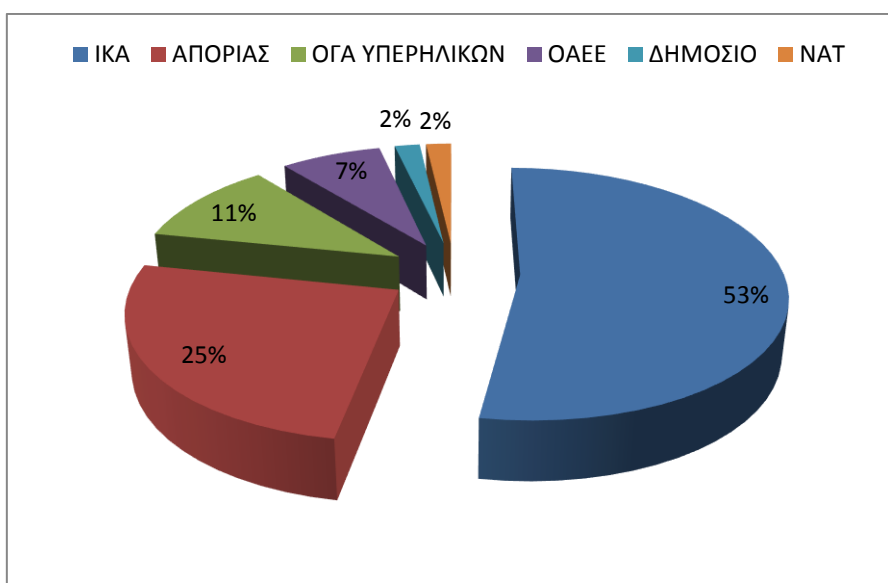
Αναφορικά με κάποια στοιχεία σχετικά με τις *συνθήκες διαβίωσης των ωφελούμενων*, οι 38 από τους 55 ζούσαν μόνοι τους ενώ από τα ωφελούμενα άτομα τα οποία συμβίωναν, τα περισσότερα ζούσαν με τον/την σύζυγο (11 άτομα), 3 συμβίωναν μαζί με το παιδί τους, 2 με τη μητέρα τους και 1 ζούσε στην ίδια οικία με τον ιδιώτη φροντιστή του.

Ασφάλιση υγείας



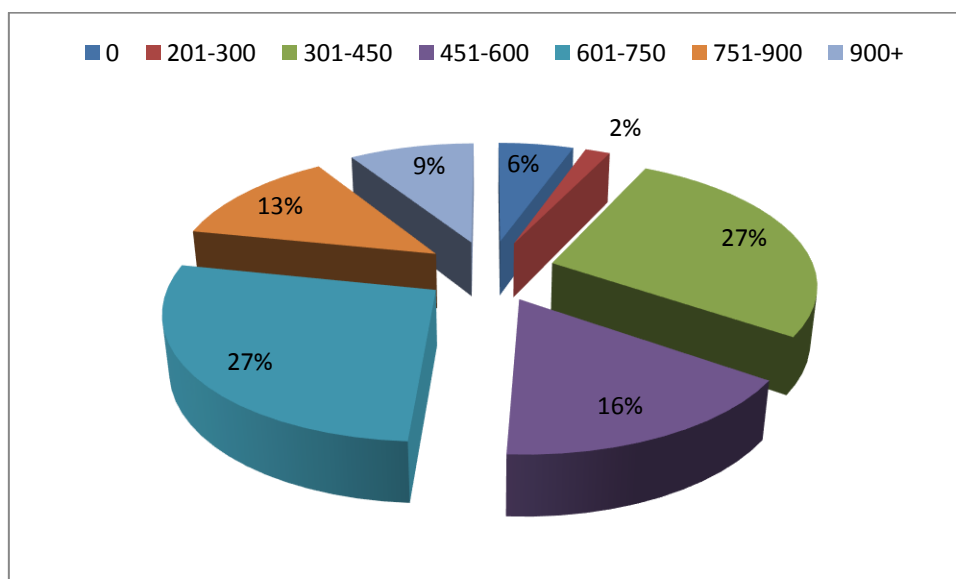
Σχετικά με το εάν οι ωφελούμενοι ήταν *ενταγμένοι σε κάποιο ασφαλιστικό φορέα*, η πλειονοψηφία των χρηστών των υπηρεσιών του Προγράμματος ήταν ασφαλισμένοι (34 άτομα) ενώ οι 21 από εκείνους που ήταν ανασφάλιστοι καλύπτονταν ιατροφαρμακευτικά κυρίως μέσω της Πρόνοιας είτε μέσω του ΟΓΑ (Υπερηλίκων).

Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη

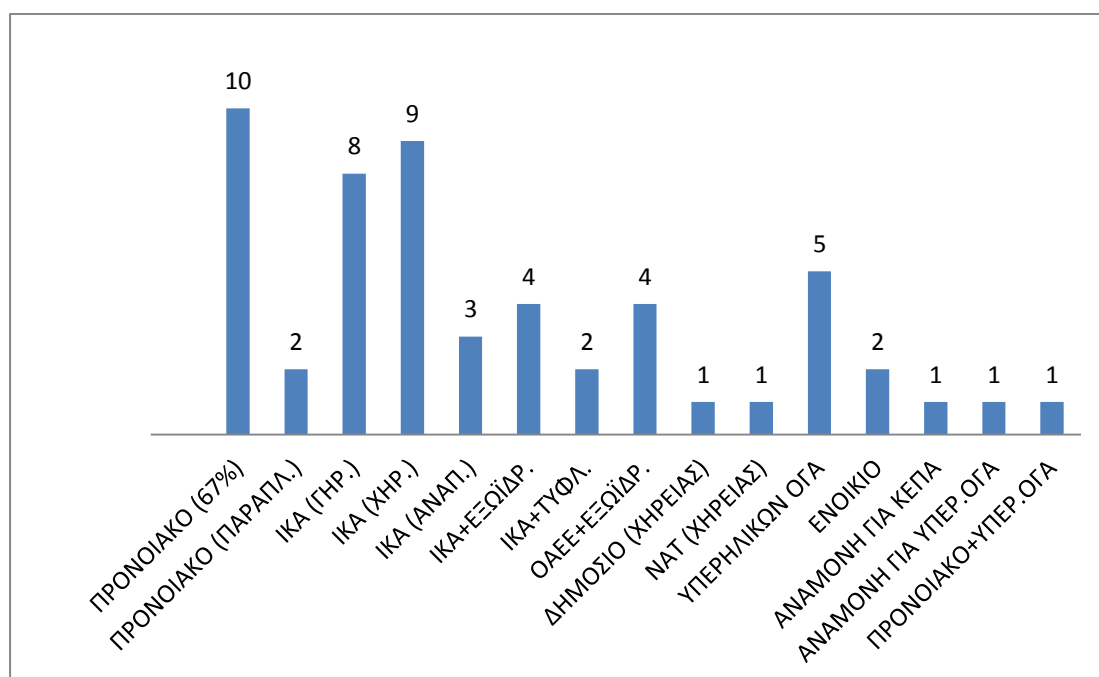


Η πλειοψηφία είχε ως ταμείο ασφάλισης υγείας το ΙΚΑ (29 άτομα), 14 άτομα είχαν ταμείο απορίας (Πρόνοια) και 6 από αυτούς είχαν ΟΓΑ Υπερηλίκων. 4 άτομα ήταν ασφαλισμένα στον ΟΑΕΕ ενώ ταμείο Δημοσίου και NAT είχαν 2 ωφελούμενοι, 1 για την κάθε κατηγορία.

Μηνιαίο εισόδημα



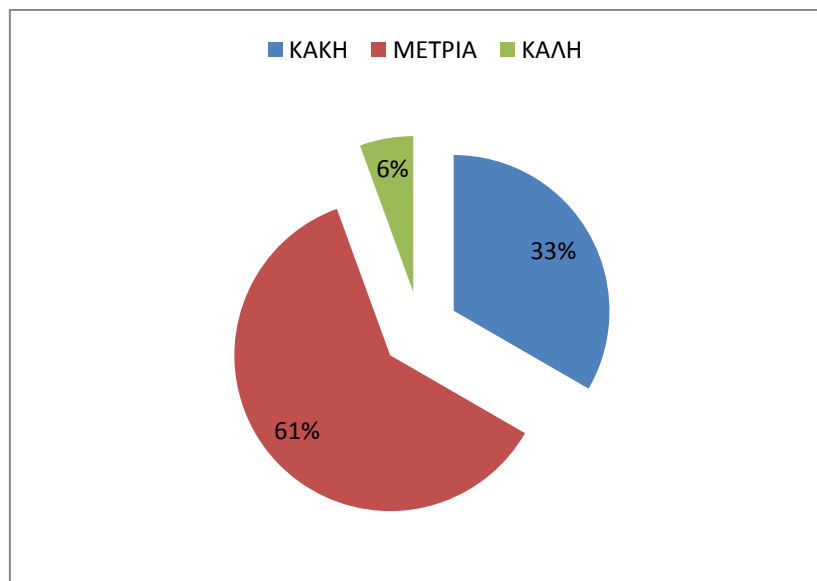
Πηγή εισοδήματος



Σχετικά με το **μηνιαίο εισόδημα** των ερωτώμενων, 15 από τους 55 ωφελούμενους είχαν εισόδημα 601-750€, ακόμη 15 λάμβαναν 301-450€ μηνιαίως, το οποίο προερχόταν κυρίως από συντάξεις Υπερηλικών του ΟΓΑ ή από τα επιδόματα της Πρόνοιας. 451-600€ είχαν μηνιαίο εισόδημα 9 άτομα, όπου επρόκειτο κυρίως για χαμηλές συντάξεις του ΙΚΑ (κυρίως αναπηρικές ή χηρείας). 751-900€ λάμβαναν 7 από τους 55 ερωτώμενους, 900+ € εισέπρατταν από το ταμείο τους μηνιαίως 5 άτομα όπου επρόκειτο κυρίως για εισόδημα το οποίο προερχόταν από αναπηρικές συντάξεις σε συνδυασμό με το εξωϊδρυματικό επίδομα.

Τέλος, 1 άτομο λάμβανε το ποσό των 220€ από οικία την οποία νοίκιαζε και 3 από τους ερωτηθέντες είχαν μηδενικό εισόδημα.

Χαρακτηρισμός υγείας από τους ωφελούμενους



Αναφορικά με το πώς οι ίδιοι χαρακτηρίζουν την υγεία τους, η πλειοψηφία των ωφελούμενων και συγκεκριμένα 33 από τα 55 άτομα χαρακτήρισαν την υγεία τους ως μέτρια, 18 από τους ωφελούμενους ανέφεραν ότι η υγεία τους είναι κακή ενώ "σχετικά καλή" χαρακτήρισαν την υγεία τους μόνο 3 από τα 55 άτομα ενώ 1 άτομο που νοσούσε από Σκλήρυνση Κατά Πλάκας (Σ.Κ.Π.) ανέφερε ότι δεν μπορεί να χαρακτηρίσει την υγεία του διότι λόγω της συγκεκριμένης νόσου υπάρχουν πολλές διακυμάνσεις σε αυτήν (από καλή έως κακή) ανά διαστήματα.

Οι κυριότερες ασθένειες που αντιμετώπιζαν οι ηλικιωμένοι και τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες που έχουν ενταχθεί στο Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι ήταν: ο σακχαρώδης διαβήτης (13 άτομα), καρδιολογικά προβλήματα (όπως: κολπική μαρμαρυγή, καρδιακή ανεπάρκεια) (12 άτομα), η αρτηριακή υπέρταση (10 άτομα), προβλήματα ορθοπαιδικής φύσης (αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα, σπόνδυλοπάθεια), (9 άτομα), τυφλότητα (6), κατάθλιψη (9), αναπνευστικά προβλήματα (ΧΑΠ, χρόνια βρογχίτιδα, σύνδρομο άπνοιας κ.α.) (7 άτομα).

Επίσης, 6 από τους ωφελούμενους έπασχαν από σκλήρυνση κατά πλάκας, 6 είχαν διαγνωστεί με ψυχωσική συνδρομή, 6 από τους ερωτώμενους αντιμετώπιζαν κάποιες παθήσεις του εγκεφάλου (παρεγκεφαλίτιδα, ανεύρυσμα, όγκο, δυσλειτουργία που είχε προκληθεί λόγω κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης), 4 άτομα έπασχαν από κάποια μορφή CA, 4 ακόμη νοσούσαν με κάποια μορφή νεφρικής δυσλειτουργίας όπως, νεφρική ανεπάρκεια, αποφρακτική νεφροπάθεια, 3 είχαν διαγνωστεί με παραπληγία-

τετραπληγία (βαριά μυϊκή ευστροφία και άλλες συναφείς παθήσεις), 2 από τους ερωτηθέντες είχαν διαγνωστεί με ημιπάρεση-ημιπληγία η οποία προέκυψε εξαιτίας της ύπαρξης κάποιου ανευρύσματος ή κάποιου εγκεφαλικού επεισοδίου, ενώ 2 έπασχαν από επιληψία. Τέλος, 2 άτομα, 1 για την κάθε νόσο, έπασχαν από κώφωση και ηπατίτιδα C.

Σχετικά με την απάντηση που οι ίδιοι δίνουν στην ερώτηση για το εάν μπορούν οι ίδιοι να φροντίσουν τον εαυτό τους, 34 από τους 55 απάντησαν ότι δεν είναι δυνατόν να φροντίσουν μόνοι τους τον εαυτό τους και για αυτό το λόγο χρειάζονται την βοήθεια κάποιου άλλου ατόμου προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους ανάγκες, άτομο το οποίο προέρχεται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον, στις περιπτώσεις όπου αυτό υπάρχει και είναι πρόθυμο να βοηθήσει τον ωφελούμενο, στο φιλικό περιβάλλον στη συνέχεια και στις υπόλοιπες περιπτώσεις σε κάποιον ιδιώτη φροντιστή.

Πίνακας 11. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία ερωτώμενων - Υπηρεσίες που λαμβάνουν από τη Δομή

A/A	Φ Υ Λ Ο	ΗΛΙΚΙΑ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΤΑΜΕΙΟ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΣΕ €	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΒΣΣ
1	Γ	61-70	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΣ	ΧΗΡΑ	ΑΠΟΡΙΑΣ	0	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
2	Γ	71-80	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΧΗΡΑ	ΟΓΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ	601-750	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
3	Α	61-70	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	ΑΠΟΡΙΑΣ	751-900	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
4	Γ	51-60	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	ΙΚΑ	900+	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ, ΔΟΥ
5	Γ	61-70	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	ΙΚΑ	900+	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
6	Α	61-70	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΣ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	ΑΠΟΡΙΑΣ	301-450	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ, ΔΟΥ, ΣΙΤΙΣΗ
7	Γ	81-90	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΣ	ΑΓΑΜΟΣ/Η	ΙΚΑ	601-750	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ
8	Α	71-80	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΣ	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	301-450	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ, ΣΙΤΙΣΗ
9	Γ	81-90	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΣ	ΧΗΡΟΣ/Α	ΟΓΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ	301-450	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
10	Γ	81-90	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	ΟΓΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ	301-450	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
11	Γ	81-90	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	601-750	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ
12	Α	61-70	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΑΓΑΜΟΣ/Η	ΑΠΟΡΙΑΣ	201-300	ΣΙΤΙΣΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
13	Γ	81-90	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	ΙΚΑ	451-600	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
14	Γ	90+	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΣ	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	601-750	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
15	Α	81-90	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	ΙΚΑ	601-750	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

16	Γ	51-60	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	ΟΑΕΕ	451-600	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ, ΔΟΥ, ΠΛΗΡΩΜΗ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ
17	Γ	71-80	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	ΙΚΑ	0	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
18	Γ	81-90	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΣ	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	451-600	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΣΙΤΙΣΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
19	Γ	61-70	ΛΥΚΕΙΟ	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	900+	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ, ΔΟΥ
20	Γ	81-90	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	451-600	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
21	Γ	51-60	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	751-900	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
22	Γ	81-90	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΣ	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	601-750	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ
23	Γ	81-90	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	601-750	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
24	Γ	81-90	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	751-900	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ,ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠ ΡΟΝΟΙΑΚΑ
25	Γ	71-80	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	ΙΚΑ	301-450	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
26	Γ	51-60	ΑΝΩΤΕΡΗ/ΑΝΩΤΑΤΗ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	ΑΠΟΡΙΑΣ	601-750	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
27	Γ	81-90	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΧΗΡΟΣ/Α	ΝΑΤ	451-600	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΣΙΤΙΣΗ
28	Γ	90+	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΣ	ΧΗΡΟΣ/Α	ΔΗΜΟΣΙΟ	751-900	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
29	Γ	81-90	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	451-600	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ,ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΗ
30	Α	41-50	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΑΓΑΜΟΣ/Η	ΑΠΟΡΙΑΣ	301-450	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
31	Α	61-70	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΣ	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	751-900	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
32	Γ	81-90	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΑΓΑΜΟΣ/Η	ΙΚΑ	601-750	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
33	Α	71-80	ΑΝΩΤΕΡΗ/ΑΝΩΤΑΤΗ	ΑΓΑΜΟΣ/Η	ΟΓΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ	301-450	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ
34	Γ	81-90	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	601-750	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ,ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠ ΡΟΝΟΙΑΚΑ
35	Γ	81-90	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	601-750	ΣΙΤΙΣΗ,ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
36	Γ	51-60	ΛΥΚΕΙΟ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	ΟΑΕΕ	601-750	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ

37	A	61-70	ΛΥΚΕΙΟ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	ΟΑΕΕ	751-900	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
38	Γ	41-50	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	ΑΠΟΡΙΑΣ	301-450	ΣΙΤΙΣΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
39	Γ	51-60	ΑΝΩΤΕΡΗ/ΑΝΩΤΑΤΗ	ΑΓΑΜΟΣ/Η	ΑΠΟΡΙΑΣ	301-450	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
40	Γ	61-70	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΣ	ΧΗΡΟΣ/Α	ΑΠΟΡΙΑΣ	451-600	ΣΙΤΙΣΗ,ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
41	Γ	71-80	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	ΑΠΟΡΙΑΣ	301-450	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
42	Γ	71-80	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	601-750	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
43	Γ	90+	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	751-900	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ,ΔΟΥ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
44	A	51-60	ΆΛΛΟ(ΙΕΚ)	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	ΙΚΑ	451-600	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
45	Γ	71-80	ΆΛΛΟ(ΧΟΡΕΥΤΡ)	ΑΓΑΜΟΣ/Η	ΟΑΕΕ	900+	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
46	Γ	71-80	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΣ	ΧΗΡΟΣ/Α	ΟΓΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ	301-450	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ,ΣΙΤΙΣΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
47	Γ	51-60	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	601-750	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ
48	A	61-70	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΑΓΑΜΟΣ/Η	ΑΠΟΡΙΑΣ	0	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
49	A	81-90	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	ΑΠΟΡΙΑΣ	301-450	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ
50	A	71-80	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΣ	ΧΗΡΟΣ/Α	ΑΠΟΡΙΑΣ	301-450	ΣΙΤΙΣΗ,ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
51	Γ	41-50	ΙΕΚ(ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΟΚΟ ΜΟΣ)	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	ΑΠΟΡΙΑΣ	301-450	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
52	Γ	81-90	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΧΗΡΟΣ/Α	ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΟΓΑ	301-450	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ
53	Γ	51-60	ΛΥΚΕΙΟ	ΑΓΑΜΟΣ/Η	ΙΚΑ	900+	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
54	A	81-90	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	ΙΚΑ	601-750	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
55	Γ	81-90	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	ΧΗΡΟΣ/Α	ΙΚΑ	451-600	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΡΟΝΟΙΑΚΑ

5.6.2. Ποιοτική ανάλυση²³ των συνεντεύξεων

Πραγματοποιώντας ποιοτική κοινωνική έρευνα και κάνοντας χρήση της *ανάλυσης περιεχομένου*²⁴ κατά την επεξεργασία των δεδομένων, προχωρήσαμε στη θεματική (εννοιολογική) ανάλυση με βάση το υλικό που είχαμε προς επεξεργασία και συμπεριλαμβάνοντας στις κατηγορίες των θεματικών αυτών ενοτήτων και τις νέες κατηγορίες που προέκυψαν έπειτα από την αποκωδικοποίηση των ερωτήσεων της συνέντευξης και την αντιστοίχιση αυτών στην αντίστοιχη κατηγορία, ανάλυση την οποία αναπτύσσουμε παρακάτω:

Αναφορικά με την *1^η θεματική ενότητα* που αναφερόταν στην διαδικασία σχετικά με την ένταξη στη δομή η οποία περιελάμβανε τις παρακάτω ερωτήσεις: τον τρόπο με τον οποίο ενημερώθηκαν οι ωφελούμενοι για την υπηρεσία, στο ποιος παρέπεμψε στη Δομή τον υποψήφιο εξυπηρετούμενο καθώς και το εάν η πρώτη επίσκεψη πραγματοποιήθηκε άμεσα από τον κοινωνικό επιστήμονα της Δομής (Ενημέρωση και ανταπόκριση από το πλαίσιο της κατ' οίκον φροντίδας).

Σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο ενημερώθηκαν οι ωφελούμενοι για την υπηρεσία, η **ενημέρωση** που είχαν λάβει τα άτομα για τη Δομή "Βοήθεια Στο Σπίτι" πριν απευθυνθούν οι ίδιοι ή το περιβάλλον τους στην συγκεκριμένη υπηρεσία **προερχόταν κυρίως από το συγγενικό τους περιβάλλον (21 άτομα)** και από τον

²³ Η ποιοτική ανάλυση δεδομένων τα οποία έχουν προκύψει μέσω συνεντεύξεων ή αφηγήσεων ενέχει αρκετές δυσκολίες, κάτι το οποίο έρχεται σε αντίθεση σε σχέση με τα στοιχεία των ποσοτικών ερευνών. Για αυτό το λόγο, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να ξεκινάει η ανάλυση ήδη από την συγκέντρωση των πρώτων στοιχείων της έρευνας (Κυριαζή, 1999). Εν τούτοις, η ουσιαστική επεξεργασία ξεκινάει έπειτα από την ταξινόμηση των απαντήσεων στις αντίστοιχες κατηγορίες με βάση τις ομοιότητες που παρουσιάζονται στο λόγο του ερωτώμενου ακόμη και εάν αυτές διαφοροποιούνται όσον αφορά τις λέξεις (Λυδάκη, 2016:182).

²⁴ Η ανάλυση περιεχομένου συνιστά μια τυποποιημένη μέθοδο που στοχεύει στη συστηματική κωδικοποίηση γραπτού και προφορικού λόγου και συνεπώς, αντιστοιχεί στην ποσοτικοποίηση των απαντήσεων στις ανοιχτές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου καθώς και του περιεχομένου των μη τυποποιημένων συνεντεύξεων (Κυριαζή, 1999:285). Μέσω της συγκεκριμένης μεθόδου, μας δίνεται η δυνατότητα να κατηγοριοποιήσουμε τον λόγο ή άλλου είδους συμβολικό περιεχόμενο σε ποσοτικής φύσης δεδομένα (Κυριαζή, 1999:299) ωστόσο, λόγω του ότι η συγκεκριμένη μέθοδος δεν συνιστά αυτόνομη και ολοκληρωμένη μέθοδο, τα στατιστικά στοιχεία που θα προκύψουν θα πρέπει να συσχετιστούν με στατιστικές μεθόδους προκειμένου να ολοκληρωθεί η έρευνα και να καταλήξουμε σε συμπεράσματα.

φιλικό ή γειτονικό τους κύκλο, όπως ανέφεραν 15 από τους ωφελούμενους. 18 από τους ερωτώμενους επίσης ανέφεραν ότι η ενημέρωση τους σχετικά με το Πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε μέσω των ιατροκοινωνικών υπηρεσιών και του Δήμου κάτι το οποίο προέκυψε όταν οι ίδιοι ζήτησαν να μάθουν τι είδους βοήθεια θα μπορούσαν να λάβουν λόγω των προβλημάτων υγείας που αντιμετώπιζαν. Τέλος, 1 άτομο ανέφερε ότι για τη λειτουργία του Προγράμματος ενημερώθηκε από το Σωματείο τυφλών στο οποίο ήταν ενταγμένο.

Στις περισσότερες περιπτώσεις (32 άτομα), τα άτομα που επιθυμούσαν να ενταχθούν στο Πρόγραμμα **επικοινωνήσαν** τα ίδια **με την υπηρεσία**, σε 15 περιπτώσεις ωστόσο την πρωτοβουλία πήραν οι συγγενείς τους.

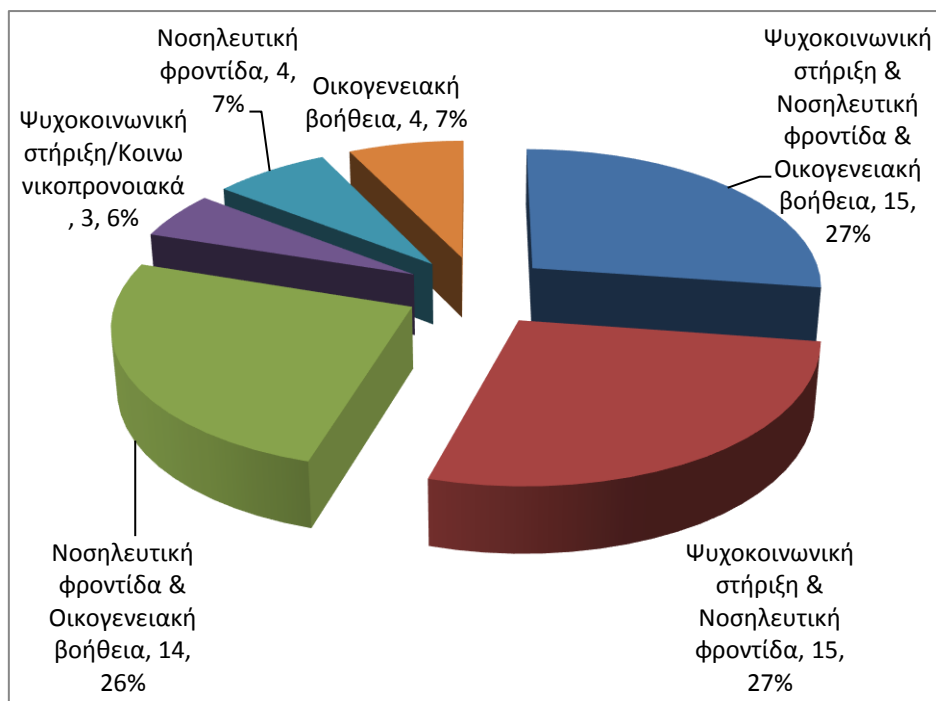
Σε μικρότερο βαθμό παρέπεμψε το άτομο στην υπηρεσία το φιλικό τους περιβάλλον ή κάποιο ιατροκοινωνική υπηρεσία (5 και 3 άτομα αντίστοιχα).

Το διάστημα που μεσολάβησε μεταξύ του αιτήματος για ένταξη, την πρώτη δηλαδή επικοινωνία με τη δομή και την κατ' οίκον επίσκεψη προκειμένου να διερευνηθεί εάν ο ωφελούμενος πληρούσε της προϋποθέσεις προς ένταξη, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων (54 ατόμων) ήταν πολύ μικρό (περίπου 1-2 βδομάδες) πλην μιας περίπτωσης όπου εκκρεμούσε η πρόσληψη κοινωνικού λειτουργού για τη Δομή.

Αναφορικά με την 2η ενότητα η οποία αναφερόταν στις σχετικές πληροφορίες για την χρήση της υπηρεσίας (παρεχόμενες υπηρεσίες, συχνότητα επισκέψεων από το προσωπικό) από τους ωφελούμενους και τα έτη τα οποία είναι εγγεγραμμένοι στη Δομή καθώς και τυχόν παροχές που διέκοψαν οι ωφελούμενοι καθώς και τις υπηρεσίες που λαμβάνουν οι ωφελούμενοι του Προγράμματος ΒΣΣ θα μπορούσαμε να τις χωρίσουμε σε τρεις κύριες κατηγορίες: τα **κοινωνικοπρονοιακά ζητήματα** (διεκπεραιώσεις υποθέσεων με υπηρεσίες, διαμεσολάβηση σε ασφαλιστικούς φορείς κ.α.) καθώς και άλλα παρόμοια θέματα τα οποία αναλαμβάνει ο κοινωνικός λειτουργός της Δομής, τη **νοσηλευτική φροντίδα** η οποία περιλαμβάνει νοσηλευτικές πράξεις, συνταγογράφηση, ενεσοθεραπεία, περιποίηση τραυμάτων και κατακλίσεων, επίσκεψη σε ιατρούς και την **οικογενειακή βοήθεια** η οποία παρέχεται από τους οικογενειακούς βοηθούς της Δομής και στην οποία συμπεριλαμβάνονται οι

παρακάτω υπηρεσίες: καθαριότητα οικίας, ατομική υγιεινή, προετοιμασία φαγητού, βοήθεια στη μετακίνηση εντός και εκτός σπιτιού²⁵.

Χρήση υπηρεσιών ΒΣΣ



Οι περισσότεροι από τους ωφελούμενους *έκαναν χρήση δύο ή περισσότερων υπηρεσιών*: 15 άτομα λάμβαναν και τις τρεις υπηρεσίες: Ψυχοκοινωνική στήριξη - διευθέτηση κοινωνικοπρονοιακών ζητημάτων, νοσηλευτική φροντίδα και οικογενειακή βοήθεια, 15 ωφελούμενοι έκαναν λήψη της φροντίδας για κοινωνικοπρονοιακά ζητήματα και νοσηλευτική φροντίδα και 14 ακόμη από τους χρήστες της υπηρεσίας ήταν ενταγμένοι στην οικογενειακή φροντίδα και τη νοσηλευτική φροντίδα.

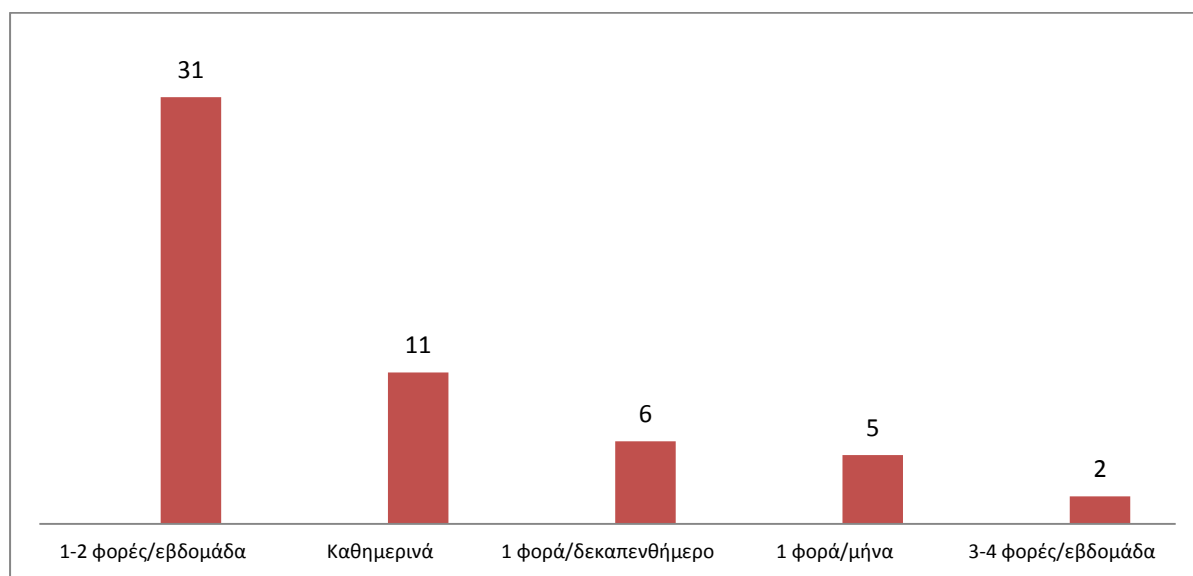
4 από τους (για την κάθε κατηγορία αντίστοιχα) ωφελούμενους λαμβάνουν αποκλειστικά νοσηλευτική φροντίδα και φροντίδα από τον οικογενειακό βοηθό. 2 άτομα δέχονται υπηρεσίες κοινωνικοπρονοιακής και παράλληλα οικογενειακής φροντίδας και 1 άτομο έχει ενταχθεί αποκλειστικά στην διευθέτηση κοινωνικοπρονοιακών ζητημάτων. Τέλος, 11 από τους 55 ερωτώμενους λάμβαναν την παροχή της κατ' οίκον σίτισης.

²⁵ Θα θέλαμε να επισημάνουμε σε αυτό το σημείο ότι επί 8 περίπου έτη (το διάστημα 2002-10) υπήρχε ιατρός (με σύμβαση έργου) στο Πρόγραμμα του οποίου η σύμβαση δεν ανανεώθηκε από το 2010 και έπειτα λόγω ελλειπούς χρηματοδότησης.

Ενώ σχετικά με τις παροχές του Προγράμματος που είχαν διακόψει κάποιοι ωφελούμενοι ήταν: η σίτιση, την οποία είχαν διακόψει 6 άτομα και η οικογενειακή βοήθεια την οποία είχαν διακόψει 2 άτομα τα οποία εξακολουθούσαν να λαμβάνουν τις υπόλοιπες παροχές της Δομής.

Σχετικά με τη σίτιση, τα έξι άτομα τα οποία την διέκοψαν, αντιμετώπιζαν θέματα υγείας όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, τα οποία απαιτούσαν συγκεκριμένη, πιο προσεγμένη διατροφή. Σε αυτήν την περίπτωση ακόμη και εάν η οικονομική τους κατάσταση ήταν κακή, αναγκάζονταν να διαθέτουν κάποια χρήματα κάθε μήνα προκειμένου να συμβαδίζουν με τις διατροφικές οδηγίες του θεράποντος ιατρού τους. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η δομή φρόντιζε πάντα σε συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία του δήμου, να δίνονται αντί σίτισης τρόφιμα στα συγκεκριμένα άτομα ή να γίνονται αιτήσεις για το νέο επισιτιστικό πρόγραμμα (TEBA) που διεξάγεται μέσω των Δήμων της χώρας.

Συχνότητα χρήσης υπηρεσιών ΒΣΣ



Αναφορικά με τη *συχνότητα που λάμβαναν φροντίδα*, η πλειοψηφία των ερωτώμενων (31 άτομα) λάμβαναν φροντίδα 1-2 φορές την εβδομάδα, 11 ωφελούμενοι λάμβαναν καθημερινή, 6 άτομα φροντίζονταν από την υπηρεσία 1 φορά ανά δεκαπενθήμερο, 5 άτομα 1 φορά το μήνα, ενώ υπήρξαν και 2 αναφορές από τους εξυπηρετούμενους ότι λάμβαναν τις παροχές του Προγράμματος σε συχνότητα 3-4 φορές/εβδομάδα.

Οι εξυπηρετούμενοι είχαν ενταχθεί στην υπηρεσία από μερικούς μήνες έως 19 έτη, δηλαδή καθόλη την διάρκεια του προγράμματος το οποίο λειτούργησε για πρώτη

φορά στο Δήμο το 1998 (για τον Ρέντη) και το 2002 (για τη Νίκαια). Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (42 άτομα) ήταν ενταγμένοι στο Πρόγραμμα 2-10 έτη: 8-10 έτη, 5-7 έτη και 2-4 έτη (14 ωφελούμενοι για την κάθε κατηγορία). 6 από τους ερωτώμενους είχαν ενταχθεί για 10-12 έτη, 5 άτομα ήταν εγγεγραμμένα από την πρώτη χρονιά που λειτούργησε το Πρόγραμμα στην περιοχή τους, 14 ή 19 έτη και 2 άτομα λάμβαναν τις υπηρεσίες του Προγράμματος από 0,5 - 1 έτος.

Σχετικά με το ερώτημα για το ποιες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Δομής θεωρούσαν ως περισσότερες χρήσιμες, 28 από τα 44 άτομα (n=10) που χρησιμοποιούσαν δυο ή περισσότερες υπηρεσίες απάντησαν ότι δεν μπορούσαν να ξεχωρίσουν κάποια από τις παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς τις θεωρούσαν ιδιαίτερα σημαντικές κάθε μια από αυτές. Όπως αναφέρει η Σ.Ξ., *"Εγώ ειδικά χρειάζομαι όλες σας από την υπηρεσία. Και τα χαρτιά για το ΙΚΑ που θέλουν φτιάξιμο κάθε τόσο..Ποιος θα πήγαινε; Εγώ είμαι μόνη. Και το ζάχαρο μου, ποιος θα το μετρούσε αν δεν ερχόταν η νοσοκόμα...Εγώ δεν βλέπω"* και η Τ.Α. *"Ποιες υπηρεσίες; Όλες...Πόσες είναι;..Κάτσε να σου πω...Έχω την Μ. (οικογενειακή βοηθό) που μου καθαρίζει το σπίτι, το νοσηλεύτη που πηγαίνει 1 φορά το μήνα για τα φάρμακα και την κοινωνική λειτουργό που φροντίζει για όλα τα άλλα..."*.

"....Νομίζω λίγο πολύ όλους σας έχω χρειαστεί τόσα χρόνια που είμαι στο Πρόγραμμα...5 Νομίζω, είμαι..Εντάξει νομίζω ότι προσπαθώ να κάνω ότι περνάει από το χέρι μου αλλά επειδή δεν μπορώ να μετακινηθώ και να πάω σε υπηρεσίες και γιατρούς εύκολα μόνη μου..σας έχω μεγάλη ανάγκη και ευχαριστώ την υπηρεσία και για το αυτοκίνητο και για όλα...." (Χ.Χ).

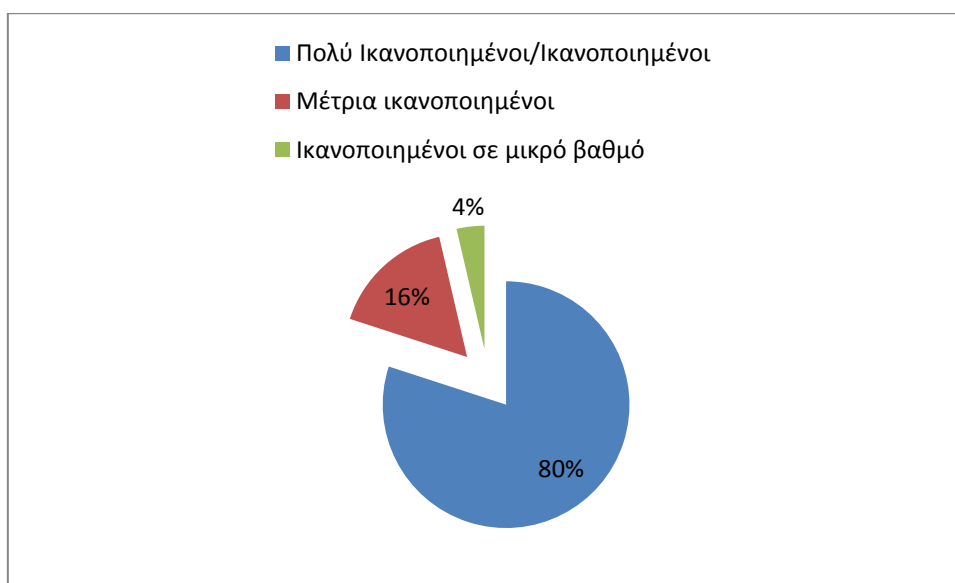
Τέλος, ο Σ.Ε. και η Ο.Κ., αναφέρθηκαν στην προσπάθεια που καταβάλουν προκειμένου να μην αναθέσουν στο Πρόγραμμα, εργασίες που μπορούν οι ίδιοι να διεκπεραιώσουν: *"...Οικογενειακή βοηθό και κοινωνικό λειτουργό. Αυτά προς το παρόν μου είναι αρκετά. Για τα φάρμακα, έχω τον φαρμακοποιό που με εξυπηρετεί. Τα δίνει σε δικό του γιατρό και τα γράφει και μετά μου τα στέλνει κατευθείαν σπίτι με το βιβλιάριο. Είδες...Δεν έχω χρειαστεί τη νοσηλεύτρια από το Βοήθεια και είμαι γραμμένος από το '10"*.

13 άτομα ανέφεραν τη νοσηλευτική φροντίδα ως ιδιαίτερα σημαντική και τρία την οικογενειακή βοήθεια. Τα δεκατρία άτομα που ανέφεραν τη νοσηλευτική φροντίδα απαραίτητη για εκείνα ήταν κυρίως άτομα τα οποία αντιμετώπιζαν σημαντικές ασθένειες, όπως σκλήρυνση κατά πλάκας ή καρκίνο.

Αναφορικά με την 3η ενότητα που αφορούσε την ικανοποίηση των ωφελούμενων από το Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι, λήφθηκαν υπόψη οι ερωτήσεις σχετικά με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν από τη Δομή, η συχνότητα της φροντίδας, το εάν υπήρξε βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους, το εάν οι ίδιοι είναι ικανοποιημένοι από το προσωπικό του εν λόγω προγράμματος και τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, καθώς επίσης και για το εάν το Πρόγραμμα φάνηκε βοηθητικό για αυτούς προκειμένου να εξοικονομήσουν χρήματα.

Όσον αφορά την ικανοποίηση από την υπηρεσία, οι ωφελούμενοι του Προγράμματος που ήταν πολύ ικανοποιημένοι ήταν 44 άτομα από τα 55 και μέτρια ικανοποιημένοι έως λίγο ικανοποιημένοι 11 άτομα. Αναλυτικότερα, οι απαντήσεις των ερωτώμενων παρουσιάζονται στο παρακάτω γράφημα.

Βαθμός ικανοποίησης χρηστών υπηρεσίας ΒΣΣ



Όπως αναφέρει η Ε.Ν. αναφέρει: *"Νιώθω πολύ τυχερή πραγματικά που υπάρχει αυτός ο τομέας υπηρεσιών και στο Δήμο μας. 2 χρόνια καθηλωμένη εδώ και έρχεστε εσείς όποτε σας χρειάζομαι για τις υπηρεσίες ή για να μιλήσω ακόμη και κάθε δεύτερη μέρα έρχεται η κοπέλα για τις αλλαγές".*

"..Είμαστε πολύ ικανοποιημένοι κι εγώ και ο σύζυγος από το έργο της υπηρεσίας. Παίρνουμε την φροντίδα που έχουμε ανάγκη και το σημαντικότερο είστε δίπλα μας σε ότι κι αν χρειαστούμε. Από απλή συμβουλή μέχρι να μας τρέξετε στους γιατρούς..." (Ν.Θ.).

"Αν είμαι ευχαριστημένη από την Βοήθεια; Βέβαια είμαι. Περιμένω πως και πως να έρθει η Πέμπτη για να έρθει η Ρ. (οικογενειακή βοηθός) να με κάνει μπάνιο. Μοναχή μου δεν μπορώ να κάνω, λεφτά δεν έχω να δώσω σε ξένη γυναίκα να έρθει...".(Π.Φ).

"Όλα καλά. Πολύ καλά. Το άριστα. Με πάνε στο γιατρό, γίνεται καθαριότητα στο σπίτι μου, τα φάρμακα...μέχρι και φαγητό μου στέλνατε". (Ε.Κ.).

"Είμαι πολύ ευχαριστημένη από την υπηρεσία και δεν έχω παράπονο από κανέναν. Μακάρι όμως να μπορούσατε να έρχεστε πιο συχνά...Όλοι σας. Ευχής έργο θα 'ταν". (Χ.Π.).

«Νιώθω πώς να το πω...Ότι έχω μια σιγουριά με το Πρόγραμμα...Ότι έχω δεκανίκια» (Κ.Σ).

Οι κυριότερες αιτίες για τις οποίες τα άτομα ήταν μέτρια ικανοποιημένα από τη δομή, όπως αναφέρθηκε από τους ίδιους ήταν: Η ελλιπής στελέχωση με ιατρικό προσωπικό, η συχνότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών η οποία τις περισσότερες φορές έκριναν οι ίδιοι πως δεν επαρκούσε για να καλύψει τις καθημερινές τους ανάγκες (για παράδειγμα κάποια άτομα τα οποία δεν μπορούσαν να φροντίσουν μόνα τους για την ατομική τους υγιεινή ή να κάνουν εργασίες στην οικία τους ή να μαγειρέψουν θεωρούσαν ότι οι 1-2 φορές την εβδομάδα δεν ήταν αρκετές ώστε να υπάρχει η δυνατότητα να τους χορηγείται ινσουλίνη και κατά τις απογευματινές ή βραδινές ώρες που η υπηρεσία δεν λειτουργούσε. Τέλος, η μη λειτουργία της υπηρεσίας τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες συνιστούσε και τον τρίτο λόγο για τον οποίο τα άτομα ήταν μέτρια ικανοποιημένα από τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

"Θεωρώ ότι η μία φορά την εβδομάδα για μπάνιο, ψώνια ή καθαριότητα δεν αρκεί. Θα ήθελα η υπηρεσία αυτή να είχε περισσότερο κόσμο, προσωπικό, έτσι ώστε να έρχονται και σε εμάς πιο συχνά. 2 ή 3 φορές την εβδομάδα θα ήταν καλά..(Σ.Μ.).

Ακόμη, κάποιοι ωφελούμενοι (που ήταν και αυτοί που ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από την υπηρεσία) προσδοκούσαν μεγαλύτερη βοήθεια από τη δομή και κυρίως για τις οικιακές εργασίες. Όπως αναφέρουν η Μ.Σ. "Είναι καλή η οικογενειακή βοηθός, δεν λέω, αλλά θα ήθελα να κάνει περισσότερα πράγματα εκτός από βασικές εργασίες. Τα παράθυρα, για παράδειγμα ή την αυλή μου. Θα ήθελα ακόμη να μένει περισσότερη ώρα στο σπίτι μου..." και η Ν.Ψ., "Έχω καλή συνεργασία με όλους βέβαια αλλά ικανοποιημένη δεν είμαι πάντα από την υπηρεσία. Απογοητεύομαι πολλές φορές όταν είναι η μέρα μου και έχει χαλάσει το αυτοκίνητο ή έχει άδεια η οικογενειακή

βοηθός, αργίες ακόμη..όλα αυτά δεν αναπληρώνονται. Και για εμάς είναι δύσκολο να περιμένουμε αυτή τη μια μέρα την εβδομάδα και να μην γίνεται η δουλειά μας.."

Σε ερώτηση σχετική με το εάν το Πρόγραμμα τους βοήθησε να εξασφαλίσουν κάποια χρήματα, οι απαντήσεις των ερωτώμενων ήταν για τα 29 άτομα θετικές και αρνητικές για τα 26.

Τα άτομα τα οποία κατά την διάρκεια της έρευνας σημείωσαν θετική απάντηση ήταν κυρίως άτομα που χρησιμοποιούσαν είτε την οικογενειακή βοήθεια, είτε έκαναν συχνή χρήση του αυτοκινήτου προκειμένου να μεταφερθούν σε ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. Τα άτομα αυτά ανέφεραν ότι δεν θα μπορούσαν να φροντίσουν τον εαυτό τους (προσωπική φροντίδα, ατομική υγιεινή), να διευθετήσουν τις υποθέσεις τους με τις υπηρεσίες ή να μεριμνήσουν για την κατάσταση της υγείας τους εάν δεν υπήρχε η υπηρεσία λόγω οικονομικών δυσκολιών τους.

Επίσης, περισσότερα από τα μισά άτομα ανέφεραν ότι η υπηρεσία τους βοήθησε στην εξοικονόμηση χρημάτων λόγω του ότι κάνοντας χρήση της υπηρεσίας, δεν χρειάστηκε να πληρώσουν για πράγματα τα οποία έπρεπε να κάνουν (μετακινήσεις, φροντίδα κατακλίσεων, διεκπεραίωση υποθέσεων με φορείς και υπηρεσίες).

Όπως ανέφεραν οι ίδιοι:

"Ναι. Βοήθησε πολύ. Αναγκαζόμουν να παίρνω ταξί για το νοσοκομείο και πλήρωνα αρκετά χρήματα". (Α.Π.)

"...Πάρα πολύ. Λόγω της πάθησής μου οι επισκέψεις μου στην κλινική είναι πολλές. Το ότι τις περισσότερες φορές με πηγαίνει το Πρόγραμμα είναι μεγάλη υπόθεση για μένα...". (Ε.Κ.).

"Ναι βέβαια. Για σκέψου...Ο γιατρός πρώτα πρώτα μου έπαιρνε δεκάρικο για να μου γράψει τα φάρμακα..ένα δεκάρικο είναι λίγο για μένα; Και μια μέρα ήθελα, εφόσον μου είχε γράψει τα φάρμακα, και δεν..είχα ξεχάσει ένα.. Ξαναπήγα την άλλη μέρα και ήθελε άλλο δεκάρικο. Για ένα φάρμακο. Όχι του μήνα που μου γράφει κάθε φορά..για ένα φάρμακο ήθελε άλλο δεκάρικο.(Κ.Ε.).

"Ναι βοηθάει. Δε νομίζω ότι θα πήγαινα σε γιατρούς εάν δεν ήσασταν εσείς...".(Σ.Κ.)

"...Αν βοηθάει; Δεν υπήρχε περίπτωση να κοιτούσα τον εαυτό μου, να πάω σε γιατρό εάν ήταν να πληρώνω και μεταφορικό μέσο. Μέχρι πέρυσι έπαιρνα το

λεωφορείο καμία φορά...με την κάρτα των ΑΜΕΑ που δικαιούμουν..Φέτος που δεν μπορώ να περπατήσω καλά καλά μες στο σπίτι..Δεν μπορώ να το κάνω αυτό...". (Α.Β).

"...Είναι μεγάλη βοήθεια για εμάς. Και όχι μόνο για τις μετακινήσεις. Τα φάρμακα έτσι κι αλλιώς μας τα γράφετε εσείς..Εγώ αν πάω σε γιατρό θα είναι μια φορά το χρόνο...αλλά για τις υποθέσεις τις άλλες...πως τις λένε..τα χαρτιά που πρέπει να φτιάχνω για τα βιβλιάρια, τις συντάξεις στο ΙΚΑ. Έπειτα..η νοσηλεύτρια θα έρθει κάθε μέρα να μου κάνει την αλλαγή ή όταν μου γράψει ο γιατρός τις ενέσεις τις δυναμωτικές. Με τόσο μικρή σύνταξη πως θα πλήρωνα...ούτε τα μισά δεν θα με έφταναν να κάνω.(Κ.Γ.)

Στα ερωτήματα της επόμενης θεματικής ενότητας (4ης), η οποία αναφερόταν στην ύπαρξη φροντίδας από άλλα άτομα/υπηρεσίες πλην της φροντίδας που τους παρέχει το Πρόγραμμα, 26 άτομα απάντησαν ότι δεν λαμβάνουν φροντίδα από άλλο πρόσωπο ή υπηρεσία, 20 άτομα ανέφεραν ότι λαμβάνουν φροντίδα από συγγενικό τους πρόσωπο, 6 άτομα ότι πληρώνουν ιδιώτη για κατ' οίκον φροντίδα (1 άτομο επί 24ωρου βάσεως και τα υπόλοιπα 5 ανέφεραν ότι απασχολούν φροντιστή για λίγες ώρες) και 3 άτομα ανέφεραν ότι λαμβάνουν φροντίδα από το φιλικό τους περιβάλλον (γείτονες-φίλους). Σχετικά με την συχνότητα της άτυπης αυτής φροντίδας περιοριζόταν στη μια φορά το δεκαπενθήμερο με μία φορά το μήνα για τα άτομα τα οποία ήταν λειτουργικά σε βασικούς τομείς (18 από τους ωφελούμενους) και σε 2-3 φορές την εβδομάδα για τα υπόλοιπα (5).

Σχετικά με το εάν υπήρξε βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους, 45 από τους 55 ερωτώμενους απάντησαν θετικά, ενώ οι υπόλοιποι 10 έδωσαν αρνητική απάντηση, ότι δηλαδή η ένταξη τους στο Πρόγραμμα δε συνέβαλλε στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους σχετικά με αισθήματα ασφάλειας ή αλλαγή στην κοινωνική τους ζωή.

Τέλος, αναφορικά με την 5η και τελευταία θεματική ενότητα που αναφερόταν στη βελτίωση της λειτουργίας του Βοήθεια Στο σπίτι και ζητούσε από τους εξυπηρετούμενους να θέσουν προτάσεις για το Πρόγραμμα σκεπτόμενοι αρχικά για το πως το ίδιο το Πρόγραμμα θα ήταν εφικτό να εξυπηρετεί αρχικά τους ίδιους σε μεγαλύτερο βαθμό και στη συνέχεια μέσα από επόμενη ερώτηση τέθηκε το ερώτημα για το πως θεωρούν οι ίδιοι οι ωφελούμενοι ότι θα έπρεπε να λειτουργεί η συγκεκριμένη υπηρεσία προκειμένου να ανταποκρίνεται όσο το δυνατόν καλύτερα στη φροντίδα των ατόμων για τα οποία έχει συσταθεί και στα οποία απευθύνεται,

δηλαδή για τις δυο από τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, την ομάδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Αναφορικά με τις *επιπλέον παροχές που θα επιθυμούσαν οι εξυπηρετούμενοι να λαμβάνουν από τη Δομή*, οι 23 ανέφεραν ότι θα ήθελαν η συγκεκριμένη υπηρεσία να στελεχώνεται και από ιατρικό προσωπικό εκτός από νοσηλευτικό. Συγκεκριμένα ανέφεραν ότι θα ήταν πολύ σημαντικό να υπάρχει κάποιος γενικός ιατρός ή παθολόγος (21 από τους ερωτώμενους), ψυχίατρος (1 άτομο) και φυσίατρος (1 άτομο). Επίσης, 6 από τους ωφελούμενους ανέφεραν ότι θα ήταν πολύ βοηθητικό για τους ίδιους να υπάρχει περισσότερος χρόνος από την πλευρά του προσωπικού (νοσηλευτικό προσωπικό, οικογενειακοί βοηθοί) προκειμένου να βοηθούνται οι ίδιοι σε μεγαλύτερο βαθμό στις καθημερινές τους ανάγκες.

4 επίσης άτομα για την κάθε κατηγορία αντίστοιχα, ανέφεραν ότι θα επιθυμούσαν να λαμβάνουν φροντίδα από φυσικοθεραπευτή και να υπάρχει διαθέσιμος συνοδός για δραστηριότητες εκτός σπιτιού (π.χ. για ψώνια, για ψυχαγωγία κ.α.). καθώς και διαθέσιμο αυτοκίνητο. 3 ωφελούμενοι επίσης ανέφεραν ότι θα επιθυμούσαν να υπάρχουν υπηρεσίες γενικής καθαριότητας, 2 υποστήριξαν ότι θα τους εξυπηρετούσε σε μεγάλο βαθμό εάν η υπηρεσία λειτουργούσε και απογευματινές ώρες. Ακόμη, 2 άτομα ανέφεραν ότι θα επιθυμούσαν να διενεργούνται στο Πρόγραμμα και πολιτιστικές-ψυχαγωγικές δράσεις.

Σχετικά με τις *επιπλέον παροχές που θα επιθυμούσαν να περιλαμβάνει το Πρόγραμμα έτσι ώστε να λειτουργεί καλύτερα*, 21 από τους ωφελούμενους ανέφεραν ότι θα ήταν απαραίτητο για τη Δομή να υπάρχει ιατρικό προσωπικό.

5 άτομα ανέφεραν ακόμη ότι θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο οι υπηρεσίες της Δομής να παρέχονταν επί 24ωρου βάσης.

3 άτομα υποστήριξαν ότι θα έπρεπε να υπάρχει περισσότερο διαθέσιμο προσωπικό και 5 από τους ωφελούμενους ανέφεραν ότι θα έπρεπε να υπάρχουν περισσότερα οχήματα τα οποία θα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για την υπηρεσία ΒΣΣ έτσι ώστε να εξυπηρετούνται κυρίως άτομα με κινητικά προβλήματα και τα άτομα τα οποία χρησιμοποιούν αναπηρικό αμαξίδιο.

Οι περισσότεροι ωφελούμενοι θεώρησαν ότι η πρόσληψη ιατρικού και επιπλέον παραϊατρικού προσωπικού θα συνέβαλλε σε μεγάλο βαθμό στην βελτίωση

της λειτουργίας του Προγράμματος και επιπλέον όπως ανέφεραν θα τους έκανε να νιώθουν και μεγαλύτερη ασφάλεια όσον αφορά την υγεία τους.

"Πιστεύω ότι ο γιατρός θα ήταν απαραίτητος...Και λόγω χρημάτων...Ότι δεν έχουμε πάντα χρήματα να πάμε και για το ότι δεν μπορούμε να πάμε εμείς εύκολα (δυσκολία στη μετακίνηση) (Ε.Κ.).

"Γιατρό, παθολόγο, ψυχίατρο και φυσικοθεραπευτή θα έπρεπε οπωσδήποτε να έχει το Βοήθεια. Για να καλύψει όλες τις ανάγκες των ατόμων...Ειδικά τώρα λόγω κρίσης που δεν πάμε στον γιατρό συχνά...Και, τι..Ποιον γιατρό..Εδώ τα φάρμακά μας δεν μπορούμε να πάρουμε..Είδατε, εάν δεν μου φέρνατε από τα δημοτικά ιατρεία φάρμακα εσείς, εάν δεν σας έλεγα ότι παίρνω τα φάρμακά μου μία φορά το τρίμηνο, έτσι θα ήμουν..." (Ζ.Κ.).

Επιπλέον θεματικές ενότητες (2) προέκυψαν έπειτα από την ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων και αναφέρονταν στα **συναισθήματα των ωφελούμενων** και στον ρόλο της υπηρεσίας στην **αποφόρτιση των φροντιστών** τους. Οι ίδιοι αναφέρθηκαν σε μεγάλο βαθμό στα παιδιά τους (16 περιπτώσεις) και σε μικρότερο στα αδέρφια τους (2 περιπτώσεις).

Οι ίδιοι διακατέχονταν κυρίως από συναισθήματα απογοήτευσης, μοναξιάς. Ένιωθαν επίσης πολλές φορές τύψεις για τα παιδιά τους όταν αυτά ήταν και φροντιστές ή στην αντίθετη περίπτωση απογοήτευση όταν τα ίδια δεν τους βοηθούσαν και ένα έντονο αίσθημα ανησυχίας για το μέλλον.

Τα συναισθήματα αυτά ήταν πιο έντονα όταν οι σχέσεις με τα παιδιά τους δεν ήταν καλές (9 ωφελούμενοι) ή όταν τα παιδιά τους είχαν αποβιώσει (5 άτομα).

Μερικά από τα λόγια των ωφελούμενων παραθέτουμε στη συνέχεια:

«Η μοναξιά είναι δύσκολο πράγμα..Κάποιες φορές πραγματικά δεν περνάνε οι ώρες και λες άντε πότε θα νυχτώσει, να πας για ύπνο, να περάσει κι αυτή η μέρα... ».

«Μπορεί να έχω παιδί αλλά είναι μακριά... Δεν μπορώ να το εξηγήσω αλλά... Μερικές φορές νομίζω ότι είμαι τελείως μόνη μου. Εγώ και ο Θεός...» (Ε.Β).

Υπήρχαν όμως και θετικά συναισθήματα κυρίως ικανοποίησης και ανακούφισης των ωφελούμενων που εξυπηρετούνταν από το Πρόγραμμα:

"Και μόνο το τι έρχεστε και σας βλέπω ανοίγει η καρδιά μου. Ας μην είχε καμία άλλη υπηρεσία το πρόγραμμα, δεν θα με ενδιέφερε. Μόνο τη συντροφιά.. Αυτό αρκεί. Ούτε να μου καθαρίσουν, ούτε τίποτα. Η επαφή μαζί σας παιδί μου είναι το πιο σημαντικό. Να ξέρω ότι ένα άτομο θα μου χτυπήσει την πόρτα...".(Ε.Κ).

Ευνόητο είναι ότι τα άτομα που χρήζουν ανάγκης κατ' οίκον φροντίδας αντιμετωπίζουν σοβαρά και τις περισσότερες φορές χρόνια προβλήματα υγείας. Ωστόσο, εκείνο που αξίζει να αναφερθεί είναι το ότι τα άτομα τα οποία αντιμετώπιζαν ιδιαίτερα σοβαρές παθήσεις, όπως για παράδειγμα καρκίνο, σκλήρυνση κατά πλάκας κ.α. τέτοιας φύσης νόσους, τα οποία στις πλείστες των περιπτώσεων ήταν και νεότερα σε ηλικία σε σχέση με τους ηλικιωμένους ωφελούμενους διότι είχαν ενταχθεί στο Πρόγραμμα ως ΑΜΕΑ, είχαν την τάση να είναι περισσότερο συνειδητοποιημένοι σχετικά με το ζήτημα υγείας που αντιμετώπιζαν και την γενικότερη κατάσταση της υγείας τους, δεν εξέφραζαν παράπονα και ήταν επίσης και πιο αισιόδοξοι σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους που αντιμετώπιζαν λιγότερες σοβαρές παθήσεις (αρθριτικά, διαβήτη κ.α.):

"...Δεν ήταν επίκτητη η ασθένειά μου. Την είχα εκ γενετής αλλά τα έντονα συμπτώματα παρουσιάστηκαν στην εφηβεία μέχρι που κατέληξα σε αυτό εδώ το αμαξίδιο. Πριν τρία χρόνια διαγνώστηκα με επιθετικό καρκίνο στον ένα μαστό. Ο γιατρός μου είπε ότι μπορούσα να μην κάνω ολική μαστεκτομή ή τουλάχιστον να μην κάνω μέχρις ότου να χρειαστεί. Εγώ την έκανα. Δεν ήθελα να το ρισκάρω. Και ευχαριστώ το Πρόγραμμα που με συνόδευε πάντα στο μαστολόγο μέχρι και την πλήρη ανάρρωσή μου και μέχρι τώρα που το παρακολουθώ...Έκανα και αποκατάσταση αλλά δυστυχώς ο οργανισμός μου δεν δέχθηκε το υλικό και έπρεπε να το αφαιρέσω. Θεωρώ ότι πρέπει να φροντίζω για την υγεία μου καθότι αν και στο καρότσι κάνω πολλά πράγματα. Καταρχήν είμαι μέλος του Πανελλήνιου Συλλόγου Παραπληγικών με μεγάλη δράση στο ενεργητικό μου, πηγαίνω θέατρο, σινεμά με τις φίλες μου, είναι και δωρεάν για εμάς..Έτσι κι αλλιώς εγώ έχω πάντα θέση...(χαμογελώντας) και διαβάζω. Διαβάζω πολύ...Μου αρέσει." (Α.Γ.).

"Θα ήθελα να έχω πιο συχνά την οικογενειακή βοήθεια, αν και οι δυο μαζί έχουμε υψηλό εισόδημα, το ξέρω, σε σχέση με άλλους και δεν ξέρω αν δικαιούμαστε...Όμως εξαιτίας των προβλημάτων υγείας, εγώ μετά το ατύχημα στο αυτοκίνητο και ο Δ. (ο σύζυγός της) με την σκλήρυνση, δεν μπορούμε να κάνουμε

κάποια πράγματα στο σπίτι και θα θέλαμε μεγαλύτερη βοήθεια. Όμως δεν παραπονιέμαι, ευτυχώς είμαστε μαζί, ο Δ. δουλεύει και εκείνος τώρα ως ΑΜΕΑ στο Νοσοκομείο και υπάρχει μια ισορροπία...". (Α.Τ.).

Ωστόσο, τα ΑΜΕΑ αξίζει να σημειωθεί ότι συνήθως είναι λιγότερα σε αριθμό σε δομές ΒΣΣ σε σχέση με τους ηλικιωμένους όπως και στη δική μας περίπτωση (57 σε σύνολο των 171 ενεργών περιστατικών της Δομής για τον Ιανουάριο του 2017), γεγονός το οποίο μπορεί να ερμηνευτεί κυρίως λόγω του ότι το ποσοστό τους είναι μικρότερο σε σχέση με τους ηλικιωμένους, ότι επειδή επρόκειτο και για άτομα μικρότερης ηλικίας είναι πιθανό να έχουν ένα επαρκές υποστηρικτικό περιβάλλον ή στην πιο ακραία περίπτωση, η φροντίδα τους να απαιτεί ιδρυματική φροντίδα.

Σχετικά με την αποφόρτιση²⁶ των φροντιστών τους, η πλειονηφία των ερωτώμενων οι οποίοι είχαν οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον να τους φροντίζει, αναφέρθηκαν σε αυτό το συναίσθημα της ασφάλειας όχι μόνο από την πλευρά των ωφελούμενων αλλά και από των δικών τους ανθρώπων, οι οποίοι μπορεί είτε να εργάζονται, είτε να μένουν μακριά και να μην μπορούν να τους επισκέπτονται τακτικά, ότι και οι ίδιοι δηλαδή εξυπηρετούνται έμμεσα από την υπηρεσία.

"Πριν γραφτώ στην υπηρεσία σας η κόρη μου έπρεπε να αφήνει τη δουλειά της για κάποιες ώρες την ημέρα προκειμένου να φροντίσει για το φαγητό μου. Αυτό με στενοχωρούσε πολύ. Τώρα...Ξέρω ότι θα έρθει να με δει κάθε βδομάδα..Μία μέρα τη βδομάδα. Είμαι πιο ήσυχη τώρα.. Δεν θέλω να την επιβαρύνω..Δεν θέλω να είμαι βάρος...". (Α.Κ).

²⁶ Η αποφόρτιση των φροντιστών αποτελούσε και στόχο των Προγραμμάτων ΒΣΣ καθώς και άλλων υπηρεσιών που απευθύνονταν σε φροντιστές (1ο Πανελλήνιο Συνέδριο "Βοήθεια στο Σπίτι, 2005, Care 2 Work Project, 2015). Σύμφωνα με τον Οδηγό εφαρμογής συγχρηματοδοτούμενων από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) στο πλαίσιο των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (ΠΕΠ) κατά το Γ' ΚΠΣ (2000-2006), (2000), στόχος της ενέργειας του μέτρου 5.2. (Γ' ΚΠΣ, Ε.Π. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ) ήταν η δημιουργία υπηρεσιών, μέσω των οποίων προωθείται η απασχόληση ή η επανένταξη ανέργων στην αγορά εργασίας και ιδιαίτερα των γυναικών, λόγω της υψηλής συμμετοχής αυτών σε ειδικότητες που απαιτούν οι δημιουργημένες υπηρεσίες (κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, επισκεπτριών υγείας, νοσηλευτριών και βοηθητικού προσωπικού). Επίσης με την δημιουργία των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων επιδιώκεται η διευκόλυνση της πρόσβασης των γυναικών που είναι επιφορτισμένες με την φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων στην αγορά εργασίας, συμβάλλοντας έτσι στην ανάπτυξη της εναρμόνισης του επαγγελματικού και οικογενειακού βίου.

ΚΕΦ. 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΥΠΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

6.1. Συζήτηση - Συμπεράσματα

Σχετικά με το *κοινωνιολογικό προφίλ των ερωτώμενων*, το δείγμα μας αντιπροσώπευαν κυρίως άτομα του γυναικείου φύλου, σε ποσοστό 75%, γεγονός το οποίο οφείλεται κυρίως στο ότι οι περισσότεροι από τους ωφελούμενους του Προγράμματος είναι γυναίκες (121 έναντι 50 των ανδρών) και οι περισσότερες από αυτές τελούν σε χηρεία. Την πλειοψηφία του γυναικείου πληθυσμού σε δομές "Βοήθεια Στο Σπίτι" τη συναντάμε και σε άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από συναδέλφους κοινωνικούς επιστήμονες στο Δήμο Ναυπάκτου (Μπιτσάνης, 2007), στο Δήμο Ηρακλείου και Χανίων Κρήτης (Ντάση & Σαβιόλη, 2012), στη Χίο (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007) και στη Ναύπακτο (Κόκκαλη, 2004). Οι περισσότεροι από τους ωφελούμενους ήταν υπερήλικες (ηλικία 81-90) ετών, ενώ σε προγενέστερες έρευνες που είχαν πραγματοποιηθεί την περασμένη δεκαετία και αναφέρονταν στους εξυπηρετούμενους της συγκεκριμένης υπηρεσίας, οι ηλικίες 70-80 ετών και 81-90 κυμαίνονταν στα ίδια επίπεδα (Μπιτσάνης, 2007, Αποστολοπούλου & Πλουσάκη, 2004).

Ένας λόγος για τον οποίο θα μπορούσαμε να ερμηνεύσουμε την ολοένα και μεγαλύτερη συμμετοχή υπερηλίκων στις δομές ΒΣΣ έχει να κάνει με πολλούς και ποικίλους παράγοντες. Αρχικά, όπως γνωρίζουμε οι δομές ξεκίνησαν σε κάποιους Δήμους πιλοτικά το 1998 με πόρους των Κοινοτικών Πλαισίων Στήριξης²⁷ (Σακελλαρόπουλος, 2005) ενώ οι περισσότερες συγχρηματοδοτήθηκαν και ξεκίνησαν την λειτουργία τους στους περισσότερους Δήμους της Ελλάδας την περασμένη δεκαετία (2002), πράγμα το οποίο σημαίνει ότι τα άτομα των εβδομήντα ετών της προηγούμενης δεκαετίας, θα βρίσκονται στην ηλικία των 80+ ετών πλέον σήμερα, στον παράγοντα αυτόν αν προσθέσουμε και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής για τους νέους ωφελούμενους και την ολοένα αυξανόμενη τάση για αποϊδρυματοποίηση, αντιλαμβανόμαστε ότι η κατ' οίκον φροντίδα από την πλευρά του κράτους, σε

²⁷ Τα προγράμματα "Βοήθεια Στο Σπίτι" ξεκίνησαν την λειτουργία τους το 1997 ως Ευρωπαϊκά Προγράμματα με Α' φάση (1997-2002) την οποία προέβλεπε το Β' ΚΠΣ ΚΑΙ Β' φάση το διάστημα 2002-2006 η οποία υλοποιήθηκε μέσω του Γ' ΚΠΣ.

συνεργασία πολλές φορές με την άτυπη φροντίδα όταν αυτή δεν επαρκεί, αποτελεί μονόδρομο.

Ένας ακόμη παράγοντας για τον ολοένα και αυξανόμενο ποσοστό των υπερηλίκων που συμμετέχουν στα Προγράμματα έχει να κάνει και με τα νέα κριτήρια που έθεσε η "Κατ' οίκον φροντίδα συνταξιούχων" το 2012 (ΙΚΑ, 2012) τα οποία έδιναν προτεραιότητα σε άτομα 78 ετών και άνω για την ένταξή σε αυτές τις Δομές.

Οι περισσότεροι από τους ωφελούμενους δεν είχαν τελειώσει το Δημοτικό ή είχαν παρακολουθήσει μερικές τάξεις του Δημοτικού σχολείου και ζούσαν μόνοι/ες τους, ήταν ασφαλισμένοι στο μεγαλύτερο ποσοστό (κυρίως στο ΙΚΑ και στον ΟΓΑ) και το μηνιαίο εισόδημά τους κυμαινόταν μεταξύ 301-750€ ανάλογα με τη σύνταξη που εκείνοι λάμβαναν μηνιαίως. Θα πρέπει σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε ότι σε κάθε φάση ανασχεδιασμού των Προγραμμάτων "Βοήθεια Στο Σπίτι" από τα αρμόδια Υπουργεία, τα μοναχικά άτομα και οι χαμηλοσυνταξιούχοι καθώς και τα άτομα με χαμηλό εισόδημα γενικότερα μοριοδοτούνταν περισσότερο σε σχέση με τους υπόλοιπους υποψήφιους προς ένταξη. Εκτός αυτού, είναι αλήθεια ότι άτομα με υψηλά εισοδήματα συνήθως έχουν την δυνατότητα να μεριμνήσουν για ιδιώτη-φροντιστή και συνήθως δεν απευθύνονται στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων για υποστήριξη.

Αναφορικά με την **κατάσταση της υγείας τους**, η συντριπτική πλειοψηφία (51 από τα 55) άτομα θεωρούσαν ότι η υγεία τους κυμαινόταν από μέτρια έως κακή και οι περισσότεροι από τους ωφελούμενους δεν ήταν σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους, με την έννοια της αυτο-εξυπηρέτησης σε βασικούς τομείς. Ο αριθμός αυτός έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα της Κρανιώτη που πραγματοποιήθηκε στο Δήμο Αγίας (Περιφέρεια Θεσσαλίας) όπου σχεδόν οι μισοί από τους ωφελούμενους (41%) χαρακτήρισαν την υγεία τους ως καλή και 20,9% ως μέτρια. Στις υπόλοιπες έρευνες δεν τέθηκε παρόμοια ερώτηση ώστε να μπορούμε να προβούμε σε σύγκριση.

Θα μπορούσαμε να ερμηνεύσουμε την μεγάλη αυτή διαφορά λόγω του ότι, συνήθως τα κριτήρια προς ένταξη στην υπηρεσία ΒΣΣ στην επαρχία συνήθως είναι πιο ελαστικά δεδομένου ότι εκεί ο πληθυσμός είναι μικρότερος σε σχέση με τα μεγάλα αστικά κέντρα (π.χ. Αθήνα - Θεσσαλονίκη) όπου προηγούνται για ένταξη στην υπηρεσία άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας, οι έχοντες γνωμάτευση υγειονομικής επιτροπής ΚΕΠΑ. Μια ακόμη ερμηνεία που θα μπορούσε να δοθεί είναι

ότι, συνήθως όταν η κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων χειροτερεύσει, συνήθως οι συγγενείς τους προτείνουν να μετακινηθούν από την επαρχία στην οποία μένουν και να ζήσουν κοντά τους τόσο για να μπορούν οι ίδιοι να τους φροντίζουν καθημερινά όσο και για να έχουν στην διάθεση τους περισσότερες υγειονομικές υπηρεσίες.

Σχετικά με την *χρήση της υπηρεσίας*, στις περισσότερες περιπτώσεις οι ωφελούμενοι κάνουν χρήση δύο ή περισσότερων εκ των παρεχόμενων υπηρεσιών της Δομής, αναφορά η οποία συνάδει και με άλλα στοιχεία που έχουν προκύψει από έρευνες που έχουν ως αντικείμενο έρευνας τους την ικανοποίηση των χρηστών της υπηρεσίας ΒΣΣ σε άλλους Δήμους τόσο στην Αττική όσο και στην επαρχία (Αποστολοπούλου & Πλουσάκη, 2004).

Αναφορικά με την *ικανοποίηση που λάμβαναν οι ωφελούμενοι* από τις υπηρεσίες του Προγράμματος, οι ίδιοι ήταν ικανοποιημένοι σε ποσοστό 80%. Το συγκεκριμένο ποσοστό συμβαδίζει και με άλλες ερευνητικές προσπάθειες που διαπραγματεύονταν το ίδιο αντικείμενο με την παρούσα εργασία και πιο συγκεκριμένα στους Δήμους Μασταμπά του Ν. Ηρακλείου (Βουνάκη και Χαραλαμπίκη, 2004), Θουρίας (Ν. Μεσσηνίας) (Ρούσση, 2005), Δραπετσώνας και Καλαμάτας (Αποστολοπούλου & Πλουσάκη, 2004), Ναυπάκτου (Μπιτσάνης, 2007, Κόκκαλη, 2004) και στη Χίο (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007). Επίσης και στα συμπεράσματα της εργασίας της Τσώτα (2012) η οποία αφορούσε το Πρόγραμμα ΒΣΣ του Δήμου Αναργύρων-Καματερού αναφέρθηκε ότι η συγκεκριμένη υπηρεσία καλύπτει τις ανάγκες των ατόμων που έχουν ενταχθεί στους κόλπους της.

Τέλος, και στις 2 Pet & Swot Αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν για την υπηρεσία ΒΣΣ από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, σχετικά με το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών προέκυψε ότι η συγκεκριμένη υπηρεσία χαρακτηρίζεται από ένα υψηλό επίπεδο υπηρεσιών τις οποίες παρέχει προς τους εξυπηρετούμενους της και για αυτό το λόγο παρατηρείται παράλληλα και υψηλός βαθμός ικανοποίησης (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007, Σωτηριάδου και Αντωνοπούλου, 2013).

Όπως παρατηρούμε και από τα συμπεράσματα άλλων ερευνών που έχουν εξετάσει το ζήτημα της ικανοποίησης των χρηστών της υπηρεσίας, οι έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι πράγματι, η υπηρεσία ικανοποιεί σε μεγάλο βαθμό τους ωφελούμενους της, είτε πρόκειται για αστική περιοχή είτε για κάποιο επαρχιακό μέρος.

Σε ερώτηση σχετική με το εάν το Πρόγραμμα βελτίωσε την οικονομική τους κατάσταση συμβάλλοντας στην προσπάθειά τους να εξασφαλίσουν χρήματα, οι περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες απάντησαν θετικά. Σε παρόμοιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Ντάση και Σαβιόλη (2012) στο Δήμο Ηρακλείου Κρήτης, η Κρανιώτη (2013) στην Θεσσαλία και η Κόκκαλη (2004) στο Δήμο Ναυπάκτου.

Οι ωφελούμενοι ωστόσο αναφέρθηκαν και σε σημαντικές ελλείψεις της Δομής, οι οποίες συγκλίνουν σε μεγάλο βαθμό και με τις υπόλοιπες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην χώρα, όπως η έλλειψη ιατρού, η στελέχωσή του με μεγαλύτερο αριθμό ατόμων έτσι ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων από το προσωπικό και να καλύπτονται σε μεγαλύτερο βαθμό οι ανάγκες τους ενώ διατύπωσαν και προτάσεις για επιπρόσθετες παροχές που θα επιθυμούσαν να προσφέρει η Δομή και συγκεκριμένα: Στελέχωση από επιπλέον εξειδικευμένο προσωπικό, πρόσληψη ιατρού γενικής ιατρικής ή παθολόγου, ψυχιάτρου, ψυχολόγου, φυσίατρου ή φυσικοθεραπευτή. Επίσης, ανέφεραν ότι θα ήταν πολύ σημαντικό για αυτούς η φροντίδα να παρέχεται σε 24ωρη βάση. Οι ίδιοι αναφέρθηκαν και στην αναγκαιότητα για μεγαλύτερο αριθμό αυτοκινήτων (ΙΧ) και πούλμαν για ΑΜΕΑ έτσι ώστε να μην ακυρώνονται ραντεβού και να υπάρχει δυνατότητα και για προγραμματισμό ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων.

Και στους Δήμους Καλαμάτας-Δραπετσώνας, (Αποστολοπούλου & Πλουσάκη, 2004) και στους Δήμους Αθηναίων, Αμυνταίου και Χανίων (Γαροφαλάκη, 2016) και Ηρακλείου (Ντάση και Σαβιόλη, 2012, Βουνάκη και Χαραλαμπίκη, 2004) το προσωπικό και εκεί θεωρείται ότι δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των ωφελούμενων ενώ οι ίδιοι επιθυμούν περισσότερες επισκέψεις από το προσωπικό. Το ίδιο διαπιστώνεται και στη Ναύπακτο, (Μπιτσάνης, 2007, Κόκκαλη, 2004), στους Αγίους Αναργύρους και το Καματερό (Τσώτα, 2012), στη Χίο (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007), στην Περιφέρεια Θεσσαλίας (Κρανιώτη, 2013) αλλά και στις Pet-Swot αναλύσεις (Αυγουστάκης, 2015, Σωτηριάδου και Αντωνοπούλου, 2013).

Αναφορικά με τις προτεινόμενες λύσεις - προτάσεις που αναφέρθηκαν από τους ερωτώμενους της δομής Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη, αυτές συνάδουν με τις προγενέστερες έρευνες. Σχετικά με την πρόσληψη ιατρού, αυτή αναφέρθηκε ότι κρίνεται απαραίτητη στο Δήμο Χίου (Αλεξιάς και Φλάμου, 2007), στο Δήμο Αγίων

Αναργύρων - Καματερού, στο Δήμο Μασταμπά στο Ηράκλειο (Βουνάκη και Χαραλαμπίκη 2004) καθώς και στην ανασκόπηση της Πανταζέλου (2015) που αφορούσε την πορεία του Προγράμματος ΒΣΣ στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Η ίδια τονίζει στην εργασία της ότι οι δομές δεν είναι επαρκώς στελεχωμένες κάτι το οποίο έχει ως συνέπεια να μην είναι εφικτό να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των ατόμων που χρήζουν ιατρικής ή ψυχολογικής υποστήριξης.

Ακόμη, κατά την ανάλυση περιεχομένου, προέκυψαν, όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, και δυο νέες κατηγορίες, οι οποίες δεν συμπεριλαμβάνονταν στις θεματικές μας ενότητες. Αυτές είχαν να κάνουν με i) τα συναισθήματα των ωφελομένων και ii) την αποφόρτιση των φροντιστών τους.

Τα συναισθήματα των ωφελομένων κυμαίνονταν από μοναξιά και θλίψη²⁸ για την κατάσταση που βιώνουν και ιδιαίτερα όταν επρόκειτο για μοναχικά άτομα έως χαρά και ικανοποίηση για το ότι υπάρχει η συγκεκριμένη υπηρεσία, η οποία σε κάποια άτομα καλύπτει και τις συναισθηματικές τους ανάγκες (συντροφιά, επικοινωνία).

Στα συναισθήματα των ωφελομένων δεν αναφέρθηκε κάποια από τις δεκαπέντε προηγούμενες έρευνες, ίσως για το λόγο του ότι δεν προέκυψε ως θεματική κατηγορία κατά την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας. Εντούτοις, όπως αναφέρθηκε και στο θεωρητικό μέρος της εργασίας μας, δυσάρεστα συναισθήματα τα οποία συχνά συνοδεύονται και από κατάθλιψη, παρατηρούνται συχνά στα ηλικιωμένα άτομα. Οι ίδιοι λόγω των πάσης φύσεως ζητημάτων που καλούνται να αντιμετωπίσουν (προβλήματα υγείας, μοναξιά λόγω του ότι καθώς μεγαλώνουν υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν την απώλεια αγαπημένων τους προσώπων) είναι πιο ευάλωτοι στο να εκδηλώσουν και κάποια ψυχική νόσο. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή παρατηρείται σε ένα ποσοστό της τάξης του 5% στα άτομα μεγάλης ηλικίας που

²⁸ Το γεγονός ότι οι εξυπηρετούμενοι του Προγράμματος χρήζουν κατ' οίκον φροντίδα, αυτόματα τους καθιστά ευάλωτους απέναντι στο ζήτημα του κοινωνικού αποκλεισμού. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος και σε συνδυασμό με τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι, είναι εύλογο να διακατέχονται από δυσάρεστα αισθήματα, για τα οποία το προσωπικό θα πρέπει να καταβάλλει ιδιαίτερη προσπάθεια προκειμένου να τους βοηθήσει να τα αντιμετωπίσουν.

παραμένουν στην κοινότητα ενώ ένα ποσοστό 8-16% εμφανίζει σημαντικά κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης (Warren, 2014).

Αντιθέτως, η συμβολή της υπηρεσίας στην "αποφόρτιση" των φροντιστών των ωφελούμενων αναφέρθηκε και σε άλλες εργασίες (Πανταζέλου, 2015, Κόκκαλη, 2004).

6.2. Προτάσεις πολιτικής σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα στην Ελλάδα

Τα προγράμματα κοινωνικού χαρακτήρα «Βοήθεια στο Σπίτι» έχουν συνεισφέρει από την αρχή της λειτουργίας τους, το 1996 έως και σήμερα, σε πολλούς τομείς στις τοπικές κοινωνίες όπου εφαρμόζονται. Ξεκινώντας από τον αρχικό σκοπό για τον οποίο είχαν σχεδιαστεί, ο οποίος ήταν η παραμονή των ηλικιωμένων ατόμων και μετέπειτα και των ατόμων με αναπηρία στην κοινότητα και στην αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού τους, επέτυχαν μέσω των υπηρεσιών που παρείχαν, να συμβάλουν σε σημαντικό βαθμό στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ωφελούμενων, στην αποφόρτιση των φροντιστών τους αλλά και σε ευρύτερο επίπεδο, στην αποσυμφόρηση υπηρεσιών, κυρίως υγειονομικών.

Ωστόσο, εάν και το Πρόγραμμα έχει λάβει την ευρεία αναγνώριση και αποδοχή του κοινού, αυτό δεν σημαίνει ότι το ίδιο δεν αντιμετωπίζει δυσκολίες. Τα αδύνατα σημεία του, έχουν να κάνουν με δυο επίπεδα. Το πρώτο αφορά τους εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν την σύσταση και την λειτουργία του (θεσμικό πλαίσιο, πηγές χρηματοδότησης) και το δεύτερο τα ζητήματα που έχουν να κάνουν με την εσωτερική του λειτουργία και οργάνωση.

Αρχικά, όπως προέκυψε και από τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας αλλά και από σημαντικό αριθμό άλλων ερευνών που έχουν ως αντικείμενο τη δομή βοήθεια στο σπίτι στον ελλαδικό χώρο και κυρίως την ικανοποίηση των χρηστών μέσα από την συγκεκριμένη υπηρεσία, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για στελέχωση των δομών με επιπλέον προσωπικό, όσον αφορά τις υπάρχουσες ειδικότητες (κοινωνικούς επιστήμονες, νοσηλευτές, οικογενειακούς βοηθούς) αλλά και με νέες ειδικότητες οι οποίες θα προέρχονται κυρίως από το χώρο των επιστημών υγείας: ιατρό (παθολόγο ή γενικής ιατρικής), ψυχίατρο, ψυχολόγο και φυσιοθεραπευτή/φυσικοθεραπευτή.

Η ενίσχυση των μονάδων ΒΣΣ μέσω της πρόσληψης επιπλέον προσωπικού θα βοηθούσε σε σημαντικό βαθμό στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων

υπηρεσιών εφόσον θα ήταν εφικτό να υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα των επισκέψεων, να αφιερώνεται περισσότερος χρόνος από την πλευρά του προσωπικού σε κάθε επίσκεψη και με την πρόσληψη των νέων ειδικοτήτων, τα μέλη θα μπορούσαν πλέον να είναι λήπτες μιας ολοκληρωμένης κοινωνικής φροντίδας.

Έμφαση θα έπρεπε επίσης να δοθεί από τους εκάστοτε φορείς που είναι αρμόδιοι για την υλοποίηση των Προγραμμάτων στην υλικοτεχνική υποδομή των δομών, ξεκινώντας από την ύπαρξη κατάλληλου χώρου - εγκαταστάσεων, απαιτούμενου τεχνολογικού εξοπλισμού και παραχώρηση ειδικών οχημάτων για την πιο εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας.

Ένα ακόμη πολύ σημαντικό στοιχείο που θα διευκόλυνε την καθημερινή δράση της υπηρεσίας ΒΣΣ στην εξοικονόμηση χρόνου και στην διευθέτηση υποθέσεων μεγαλύτερου αριθμού ωφελούμενων θα ήταν η συνεργασία με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της χώρας και συγκεκριμένα στο να δίνεται προτεραιότητα στους υπαλλήλους των δομών (εφόσον οι ίδιοι εξυπηρετούν άτομα ηλικιωμένα ή με αναπηρία) ώστε να μην χάνεται πολύτιμος χρόνος κατά την αναμονή σε αυτές (π.χ. ΕΦΚΑ (πρώην ΙΚΑ), ΚΕΠΑ, ΠΕΔΥ, Νοσοκομεία κ.α.).

Ενδιαφέρον επίσης ως μακροπρόθεσμο σχέδιο θα ήταν και το ενδεχόμενο ενοποίησης των δομών κατ' οίκον νοσηλείας με τις δομές κατ' οίκον φροντίδας, κάτι το οποίο θα απέδιδε καλύτερα όταν θα είχαν εξαλειφθεί τα αδύνατα σημεία που παρατηρούνται κυρίως στις δεύτερες. Μέσα από μια τέτοια συνεργασία και συνένωση των υπηρεσιών θα μπορούσε να υπάρξει σημαντικό όφελος και για τους δυο αυτούς τομείς καθώς θα ήταν δυνατόν να έχουμε ιδιαιτέρως θετικά αποτελέσματα όπως την εξοικονόμηση πόρων και τη μέγιστη αξιοποίηση του υλικοτεχνικού εξοπλισμού και των δύο υπηρεσιών.

Υπό το πρίσμα του φαινομένου της δημογραφικής γήρανσης στη χώρα μας και των ραγδαίων κοινωνικοοικονομικών εξελίξεων που βιώνουμε ως κοινωνία εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης και κρίσης των τελευταίων ετών, θα ήταν ιδιαίτερα σημαντικό να πραγματοποιηθεί επανασχεδιασμός των Προγραμμάτων κατ' οίκον φροντίδας και εκσυγχρονισμός του νομοθετικού πλαισίου (ύπαρξη σαφών κριτηρίων τα οποία να μην μεταβάλλονται εξαιτίας της ανάγκης προσαρμογής του εκάστοτε φορέα που υλοποιεί το Πρόγραμμα) (πχ. ΕΕΤΑΑ) και με γνώμονα τις πραγματικές ανάγκες των εξυπηρετούμενων, οι οποίες θα ήταν δυνατόν να καταγράφουν με τη

βοήθεια του συντονιστή-κοινωνικού επιστήμονα κάθε δομής, σε κάθε Δήμο της χώρας.

Μέσα από την ενεργό συμμετοχή των ίδιων των ωφελούμενων στο σχεδιασμό δράσεων κοινωνικής πολιτικής και μέσω της διατύπωσης προτάσεων από τους ίδιους θα ήταν εφικτό να προβούμε στη συνέχεια, στην εφαρμογή πολιτικών οι οποίες θα ανταποκρίνονται περισσότερο στις ανάγκες των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία κάνοντας συγχρόνως καλύτερη χρήση των διαθέσιμων πόρων, ευνοώντας μεγαλύτερο αριθμό ατόμων που χρήζουν κοινωνικής φροντίδας και επιτυχή επίτευξη του αρχικού σκοπού, της προσπάθειας για αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού πιο αποτελεσματικά.

Κλείνοντας θα θέλαμε να αναφέρουμε ότι η λειτουργία της δομής σε μόνιμη βάση, η επάρκεια σε προσωπικό σε συνδυασμό με ειδική εκπαίδευση του προσωπικού όλων των ειδικοτήτων (μέσω ημερίδων, σεμιναρίων, παρακολούθησης μεταπτυχιακών προγραμμάτων με θέμα τον κοινωνικό αποκλεισμό, την τρίτη ηλικία και τις ανάγκες της, τα άτομα με αναπηρία κ.α.), η μεγαλύτερη προβολή της υπηρεσίας καθώς και η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του ευρύτερου πληθυσμού σχετικά με το ζήτημα της κατ' οίκον φροντίδας θα είχε ως αποτέλεσμα την πιο εύρυθμη λειτουργία των Προγραμμάτων ΒΣΣ και την μέγιστη αποτελεσματικότητα του έργου που παρέχεται μέσω αυτών.

6.3. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Η παρούσα εργασία θα μπορούσε να δώσει το έναυσμα ώστε να πραγματοποιηθούν και άλλες ερευνητικές προσπάθειες στο χώρο της κατ' οίκον φροντίδας.

Η σημαντική συνεισφορά των κοινωνικών αυτών δομών προς τους πολίτες που ωφελούνται άμεσα ως εξυπηρετούμενοι και έμμεσα ως φροντιστές και γενικότερα στις τοπικές κοινωνίες θα μπορούσε να αποτελέσει ένα σημαντικό κίνητρο για τον ερευνητή κοινωνικό επιστήμονα ώστε να ασχοληθεί με το συγκεκριμένο ζήτημα.

Μελλοντικά θέματα για περαιτέρω έρευνα θα μπορούσαν να αναφέρονται:

1. Στο επίπεδο ικανοποίησης των ωφελούμενων των δομών σε εθνικό επίπεδο.
2. Στη σύγκριση του βαθμού ικανοποίησης των εργαζομένων στις δομές ΒΣΣ σε επίπεδο Νομών ή Περιφερειών στην Ελλάδα και
3. Στη σύγκριση του επιπέδου ικανοποίησης των ωφελούμενων των κοινωνικών δομών κατ' οίκον φροντίδας μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών.

6.4. Γενικό συμπέρασμα

Σχετικά με το κοινωνιολογικό προφίλ των ερωτώμενων, πρόκειται κυρίως για υπερήλικες (81-90) ετών, χήρους/ες, στην πλειοψηφία τους γυναίκες. Οι περισσότεροι δεν είχαν τελειώσει το δημοτικό σχολείο. Ο ασφαλιστικός φορέας που επικρατούσε μεταξύ των ωφελούμενων ήταν το Ι.Κ.Α (πλέον Ε.Φ.Κ.Α) ενώ τα κύρια προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζαν ήταν κυρίως παθολογικής, καρδιολογικής και ορθοπεδικής φύσης.

Τα περισσότερα από τα άτομα αυτά ζούσαν μόνα τους και όπως ανέφεραν οι ίδιοι δεν ήταν σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους, ενώ σχετικά με την ύπαρξη φροντίδας από άλλα άτομα ή υπηρεσίες πλην των υπηρεσιών του προγράμματος, τα άτομα που ανέφεραν ότι υπήρχε και μια άλλη πηγή φροντίδας, αναφέρονταν κυρίως στην άτυπη μορφή η οποία προερχόταν από συγγενείς ή φίλους.

Η απόκριση της δομής ήταν άμεση έπειτα από το αίτημα ή την παραπομπή οι εξυπηρετούμενοι του Προγράμματος στην πλειοψηφία τους έκαναν χρήση τουλάχιστον 2 υπηρεσιών της Δομής.

Σχετικά με το βασικό μας ερώτημα για το εάν οι ωφελούμενοι είναι ικανοποιημένοι από τη δομή στο σύνολο της (προσωπικό, παρεχόμενες υπηρεσίες, για το εάν θεωρούν ότι το Πρόγραμμα συμβάλει θετικά στην ποιότητα ζωής τους), η πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε θετικά ενώ διατύπωσαν και κάποιες ελλείψεις του προγράμματος, όπως η μη παροχή ιατρικής φροντίδας και το μικρό σε αριθμό προσωπικό της δομής μέσα από τις οποίες αναδύθηκε και η ανάγκη των ωφελούμενων για μια ολοκληρωμένη κατ' οίκον δομή φροντίδας στην κοινότητα.

Τέλος, σχετικά με την αναφορά των ωφελούμενων για στοιχεία τα οποία πιστεύουν ότι θα συνεισφέρουν στην βελτίωση της λειτουργίας της δομής γενικότερα, οι περισσότερες προτάσεις είχαν να κάνουν με την πρόσληψη μεγαλύτερου αριθμού ατόμων στο Πρόγραμμα όσον αφορά τις ήδη υπάρχουσες ειδικότητες, η ενίσχυση του με νέες ειδικότητες (ιατρό, φυσικοθεραπευτή, ψυχολόγο) και η δυνατότητα για μεγαλύτερη συχνότητα μετακινήσεων.

Επίλογος

Το θέμα της μέριμνας των ηλικιωμένων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία αποτελεί πλέον ένα από τα μείζονα κοινωνικά ζητήματα για την αντιμετώπιση του οποίου απαιτούνται δραστικές λύσεις οι οποίες θα είναι ικανές να ανταποκριθούν στα νέα δεδομένα όπως αυτά αναλύθηκαν εκτενώς στην παρούσα εργασία.

Η παροχή μακροχρόνιας φροντίδας που αφορά τους τομείς υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην Ευρώπη είναι κατακερματισμένη σε διάφορα επίπεδα μεταξύ των αρμόδιων φορέων, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι για να επιτευχθεί επιτυχής μετάβαση από το ένα επίπεδο στο άλλο, θα πρέπει να υφίσταται και αρμονική ισορροπία μεταξύ των διαφόρων ρυθμιστικών παραγόντων της φροντίδας καθώς η ίδια στηρίζεται στην επίτευξη υψηλών επιπέδων συντονισμού μεταξύ των διαφόρων φορέων που εμπλέκονται στη διαδικασία της κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης.

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η κατ' οίκον φροντίδα αποτελεί μέρος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης παρόλο που πολλές φορές η κατ' οίκον νοσηλεία και άλλες υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται και οργανώνονται χωριστά (σε εθνικό, περιφερειακό επίπεδο ή με βάση το νομό που εξυπηρετούν) σε σχέση με την κατ' οίκον φροντίδα η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις φαίνεται να είναι αποκλειστικά ευθύνη των Δήμων.

Μέσω των προγραμμάτων που χρηματοδοτεί η Ε.Ε., πραγματοποιούνται σημαντικές προσπάθειες οι οποίες είναι δυνατόν να προσαρμοστούν στις ανάγκες των ευπαθών ηλικιωμένων ατόμων και ατόμων με αναπηρία, συμπεριλαμβανομένων και καινοτομιών, κάνοντας χρήση νέων τεχνολογιών. Ακόμη, στα πλαίσια των προσπαθειών για την ανάπτυξη της φροντίδας κατ' οίκον στην Ευρώπη εντάσσονται και τα Προγράμματα "Βοήθεια Στο Σπίτι". Επρόκειτο για δομές κοινωνικού χαρακτήρα οι οποίες στηρίζουν ηλικιωμένα άτομα και άτομα με αναπηρία, είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς και έχουν θετική συμβολή στην τοπική κοινωνία όπου αυτά εφαρμόζονται.

Η κατ' οίκον φροντίδα στον ελλαδικό χώρο στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό σε αυτά τα Προγράμματα. Ωστόσο, είναι αρνητικό το γεγονός ότι παρά την επιτυχία των εν λόγω υπηρεσιών, το Κράτος αδυνατεί πολλές φορές να τα εντάξει στις μόνιμες δομές των

Δήμων, με αποτέλεσμα κάθε έτος να κινδυνεύουν οι συγκεκριμένες Δομές να μην λάβουν της απαιτούμενης χρηματοδότησης.

Η Πολιτεία κρίνεται σκόπιμο να μεριμνήσει για τα πάσης φύσεως ζητήματα που προκύπτουν και αφορούν κυρίως το καθεστώς λειτουργίας και χρηματοδότησης έτσι ώστε να ανταποκρίνονται οι υπηρεσίες αυτές σε μεγαλύτερο βαθμό στις προσδοκίες των ωφελούμενων. Η πρόσληψη περισσότερων ατόμων και η ενίσχυση των δομών με επιπλέον ειδικότητες θα βοηθούσε επίσης στο να βελτιωθεί σε σημαντικό βαθμό και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, αν και δεν μπορεί άμεσα να επηρεάσει τις εθνικές πολιτικές και πρακτικές, έχει την δυνατότητα ωστόσο εμμέσως να υποκινήσει δράσεις σχετικές με την ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα σχετικά με τη δημογραφική γήρανση, την κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην κοινότητα και την ενδυνάμωσή τους.

Επίσης, η κατάλληλη αξιοποίηση του κρατικού και ιδιωτικού τομέα και των δομών και υπηρεσιών που τους απαρτίζουν είναι δυνατόν να συντελέσει στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ της αυξανόμενης ανάγκης για φροντίδα και της συρρίκνωσης των προϋπολογισμών.

Νέες υπηρεσίες που θα ανταποκρίνονται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες ενός γηράσκοντος πληθυσμού θα πρέπει να σχεδιαστούν σε συνεργασία με τους χρήστες των εν λόγω υπηρεσιών. Παράλληλα, οι υπηρεσίες θα ήταν προτιμότερο να μην εστιάζουν αποκλειστικά στο ζήτημα της φροντίδας των ατόμων αλλά και να προσπαθούν, σε συνεργασία πάντα με τα άτομα στα οποία απευθύνονται, να καλύψουν ένα ευρύτερο φάσμα δράσεων και δραστηριοτήτων.

Η γεφύρωση του χάσματος των ανισοτήτων και η δημιουργία σταθερών, ολοκληρωμένων δομών κατ' οίκον φροντίδας στο σύνολο των Ευρωπαϊκών χωρών θα απέβαινε ιδιαίτερα σημαντική για τα κράτη καθότι η ανέλιξη του συγκεκριμένου τομέα, ασκώντας εμμέσως θετική επίδραση σε άλλους κύριους τομείς (οικονομία, εργασία, υγεία), θα ήταν δυνατόν να οδηγήσει μακροπρόθεσμα τόσο στην εξεύρεση λύσεων σε ζητήματα που άπτονται συγκεκριμένων κλάδων των τομέων αυτών όσο και στην ανάπτυξή τους.

Πηγές - Βιβλιογραφία

Α' Αρχεία

- Γκαβανίδης, Ι., Δημητρίου Β., Κρητικού Χ., Σουρμαΐδου Π., Βότσαρη Ε. (2007). Α.Σ. «ΣΥΓΚΛΙΣΕΙΣ». Καινοτόμες πολιτικές απασχόλησης και κοινωνικής πολιτικής σε τοπικό επίπεδο. Η τοπική αυτοδιοίκηση ως συμπληρωματικός μηχανισμός ενεργών πολιτικών απασχόλησης και κοινωνικής πολιτικής. Δράση 15: Εκπόνηση υποδείγματος οργάνωσης και λειτουργίας των ΚΕΣΥΥ, ΚΥΥ και ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ. Οδηγός λειτουργίας ΒΣΣ.
- Εγκύκλιος 31. Υπουργείου Εσωτερικών για τα Κοινωνικά Προγράμματα των Ο.Τ.Α., (16/6/2009).
- Ε.Ε.Τ.Α.Α. (1995). *Κοινωνική Πολιτική και Τοπική Αυτοδιοίκηση. Παρούσα κατάσταση και προοπτικές*, ΕΕΤΑΑ-ΚΕΔΚΕ, Αθήνα.
- ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ-Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ» 2000-2006: «Επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης για την υλοποίηση του Μέτρου 3.2 και Σύστημα Διαχείρισης Παρακολούθησης. Αξιολόγησης και Ελέγχου των Δράσεων του Μέτρου 3.2, Άξονας Προτεραιότητας 5.1».
- Επίσημη εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. C83 53ο έτος (30 Μαρτίου 2010)
- Νομοθετικό Διάταγμα 162/73 "Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων".
- Ετήσιοι Απολογισμοί Κοινωνικής Υπηρεσίας Δήμου Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη (2008-2016).
- Ζαρονίκα, Β. (2002). Σχέδιο περιγραφής της δράσης «Βοήθεια στο σπίτι» στο πλαίσιο των περιφερειακών προγραμμάτων του Γ' ΚΠΣ. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας – Ομάδα διοίκησης έργου.
- Οδηγός εφαρμογής συγχρηματοδοτούμενων από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) στο πλαίσιο των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (ΠΕΠ) κατά το Γ' ΚΠΣ (2000-2006), (2000) προγραμμάτων για την δημιουργία μονάδων "Βοήθεια Στο Σπίτι" και "Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων".
- Προγραμματική Σύμβαση που υπογράφηκε μεταξύ της Δημοτικής Επιχείρησης Ανάπτυξης του Δήμου Αγίας Βαρβάρας (Δ.Ε.Α.Δ.Α.Β.) και του Δήμου Νίκαιας-Αγ.Ι.Ρέντη (Οκτ. 2002) (Αρχείο Δήμου Νίκαιας - Αγ.Ι.Ρέντη).
- Στατιστικά στοιχεία Δομών ΒΣΣ (ΕΕΤΑΑ) (2016-2017) (Αρχείο ΒΣΣ, Δήμου Νίκαιας, Αγ.Ι.Ρέντη).
- Υπουργείο Υγείας (Επιτελική δομή ΕΣΠΑ). Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020.

Υπουργείο Εσωτερικών Γεν. Δ/ση Τοπ. Αυτ/σης Δ/ση & Λειτ. ΟΤΑ. 2009. Αρ. Εγκυκλίου 35. Θέμα: Διευκρινήσεις σχετικά με την υλοποίηση των κοινωνικών προγραμμάτων της αριθμ. 60292/2158/08 (ΦΕΚ1724 Β'/27-8-08) ΚΥΑ. Υπουργείο Εσωτερικών Γεν. Δ/ση Τοπ. Αυτ/σης Δ/ση & Λειτ. ΟΤΑ. 2009. Εγκύκλιος Υπουργείου Εσωτερικών για τα κοινωνικά προγράμματα των ΟΤΑ.

Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας – Ειδική υπηρεσία Συντονισμού και παρακολούθησης Δράσεων ΕΚΤ. 2010. «Ενέργειες ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και βελτίωσης της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων και ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας»: Οδηγός δικαιολογητικών για την επιλογή ωφελούμενων.

Β' Νόμοι - Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις - Προεδρικά Διατάγματα

Ν. 2082/1992 περί "Αναδιοργάνωσης της Κοινωνικής Πρόνοιας και καθιέρωσης νέων θεσμών Κοινωνικής Προστασίας" (ΦΕΚ Α' 188).

Ν. 2646/1998 περί «Ανάπτυξης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ Α' 236).

Ν. 3106/2003 περί «Αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις».

Ν.3146/2003 (άρθρο 13).

Ν. 3329/2005 (άρθρο 26).

Ν.3463/2006 (Άρθρο 75).

Ν. 3731/2008 (παρ. 13, άρθρο 21).

Ν.4024/2011

Ν.4087/2012.

Ν.4147/2013

Ν. 4199/2013

Ν.4277/2014

Ν. 4351/2015

Ν. 4430/2016

Π4β/5814/2.10.1997 ΚΥΑ.

Π1γ/Γ.Π. οικ.62329/03 (ΦΕΚ925/Β).

Π1γ/Γ.Π. οικ.69674/05 (ΦΕΚ 932/Β).

Π1γ/Γ.Π. οικ. 2724/08 (ΦΕΚ 35/Β).

Γ' Ιστοσελίδες

Age in Place Network. What is aging in place. Available at: <http://ageinplace.com/aging-in-place-basics/what-is-aging-in-place/> [Accessed 1 Feb. 2017].

Age Platform Europe. 2010a. (Eustacea Project). Available at: <http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0ahUK Ewij343LtujSAhVMiywKHcT6CqQQFghDMAU&url=http%3A%2F%2Fwww.lifelinehellas.gr%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F03%2F%25CE%2595%25CF%2585%25CF%2581%25CF%2589%25CF%2580%25CE%25B1%25CE%25B9%25CE%25BA%25CF%258C%25CF%2582-%25CF%2587%25CE%25AC%25CF%2581%25CF%2584%25CE%25B7%25CF%2582-%25CE%25B4%25CE%25B9%25CE%25BA%25CE%25B1%25CE%25B9%25CF%2589%25CE%25BC%25CE%25AC%25CF%2584%25CF%2589%25CE%25BD-%25CE%25BA%25CE%25B1%25CE%25B9-%25CF%2585%25CF%2580%25CE%25BF%25CF%2587%25CF%2581%25CE%25B5%25CF%258E%25CF%2583%25CE%25B5%25CF%2589%25CE%25BD-%25CF%2584%25CF%2589%25CE%25BD-%25CE%25B7%25CE%25BB%25CE%25B9%25CE%25BA%25CE%25B9%25CF%2589%25CE%25BC%25CE%25AD%25CE%25BD%25CF%2589%25CE%25BD-%25CF%2580%25CE%25BF%25CF%2585-%25CF%2587%25CF%2581%25CE%25B5%25CE%25B9%25CE%25AC%25CE%25B6%25CE%25BF%25CE%25BD%25CF%2584%25CE%25B1%25CE%25B9-%25CE%25BC%25CE%25B1%25CE%25BA%25CF%2581%25CE%25BF%25CF%2587%25CF%2581%25CF%258C%25CE%25BD%25CE%25B9%25CE%25B1-%25CF%2586%25CF%2581%25CE%25BF%25CE%25BD%25CF%2584%25CE%25AF%25CE%25B4%25CE%25B1-%25CE%25BA%25CE%25B1%25CE%25B9-%25CE%25B2%25CE%25BF%25CE%25AE%25CE%25B8%25CE%25B5%25CE%25B9%25CE%25B1.pdf&usg=AFQjCNEdwRloB6OUfq0PrqW49OmLOBding> [Accessed 1 Feb. 2017].

Age Platform Europe. (2010b). The voice of older persons at EU level. Available at: <http://www.age-platform.eu/about-age>. [Accessed 6 Feb. 2017].

Age Platform Europe. (2013). Ενεργοί Ευρωπαίοι Πολίτες Μεγαλύτερης Ηλικίας: Ένας οδηγός για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Available at: http://www.age-platform.eu/images/25694_Guide_EU-institut_politiq_2014_EL_web.pdf [Accessed 14 Jul. 2016].

AGE-the European Older People's Platform. (2002). Κακοποίηση ηλικιωμένων: Μια βασική προτεραιότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Available at: http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/KAKOPOIISI_TON_ILIKIOMENON_KONV_teliko.pdf. [Accessed 20 Jul. 2016].

Alzheimer Europe, 2005. Home Care. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2005-Home-care#fragment1>

Alzheimer Europe, 2005(a). Home Care, Austria. Background information about dementia and home care services. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2005-Home-care/Austria>. [Accessed 4 Apr. 2016].

Alzheimer-Europe, 2005(b). Home Care: Germany. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2005-Home-care/Germany.pdf> [Accessed 6 Dec. 2016].

Alzheimer-Europe, 2005(c). Home Care: Bulgaria. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2005-Home-care/Bulgaria> [Accessed 6 Oct. 2016].

Alzheimer-Europe, 2005(d). Home Care: Hungary. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2005-Home-care/Hungary> [Accessed 14 July 2016].

Alzheimer-Europe, 2005(e). Home Care: Iceland. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2005-Home-care/Iceland> [Accessed 14 Jul. 2016].

Alzheimer-Europe, 2005(f). Home Care: Ireland. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2005-Home-care/Ireland> [Accessed 14 Jul. 2016].

Alzheimer-Europe, 2005(g). Home Care: Italy. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Italy> [Accessed 14 Jul. 2016].

Alzheimer-Europe, 2005(h). Home Care: Netherlands. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Netherlands> [Accessed 14 Jul. 2016].

Alzheimer Europe, 2005(i). Home Care, Norway. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2005-Home-care/Norway>

Alzheimer-Europe, 2005(j). Home Care: Poland. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Poland> [Accessed 14 July 2016].

Alzheimer-Europe, 2005(k). Home Care: Spain. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Spain> [Accessed 14 Jul. 2016].

- Alzheimer-Europe, 2005(l). Home Care: Sweden. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Sweden> [Accessed 14 Jul. 2016].
- Alzheimer-Europe, 2005(m). Home Care: Switzerland. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Switzerland> [Accessed 14 Jul. 2016].
- Alzheimer-Europe, 2005(n). Home Care: Romania. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2005-Home-care/Romania> [Accessed 14 Jul. 2016].
- Alzheimer-Europe, 2005(o). Home Care: Portugal. Available at: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2005-Home-care/Portugal> [Accessed 14 Jul. 2016].
- Bettio, F. and Solinas, G. (2009). *Which European model for elderly care? Equity and cost-effectiveness in home based care in three European countries*. Ideas.repec.org. Available at: <https://ideas.repec.org/p/mod/cappmo/0064.html> [Accessed 28 Feb. 2017].
- Care 2 Work Project, (2015). Εθνική έκθεση για τους φροντιστές νεαρής ηλικίας που ανήκουν σε ειδικές εθνικές και εθνοτικές ομάδες. Available at: http://www.care2work.org/wp-content/uploads/2016/01/Cover_report_care2work-GR.pdf [Accessed 2 Sept. 2016].
- Council of Europe, (2016). Available at: http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/other_committees/cddh-age/Good_Practices/CROATIA.pdf. [Accessed 6 Sept. 2016].
- D-Statist. (2009). Statistisches Jahrbuch. Available at: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Jahrbuch2009.pdf> [Accessed 6 Dec. 2016].
- Δικτυακός τόπος Δήμου Νίκαιας-Αγ.Ι.Πέντη. 2016. Δήμος Νίκαιας-Αγ.Ι.Πέντη. Available at: http://www.nikaia-rentis.gov.gr/?option=com_content&view=article&id=2518&Itemid=131. [Accessed 4 Sept. 2016].
- EPSU. (2017). EPSU contribution to European Innovation Platform "Active and Healthy Ageing". Available at: <http://www.epsu.org/article/epsu-contribution-european-innovation-platform-active-and-healthy-ageing>. [Accessed 11 Dec. 2016].
- Eur-Lex. (2009). Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/ALL/?uri=celex%3A32009R0810>. [Accessed 2 Apr. 2016].

- Eur-Lex. (2010). Europe 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth COM/2010/2020 final. Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX%3A52010DC2020> [Accessed 2 Apr. 2016].
- European Central Bank Monthly Bulletin (Feb 2006). Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX%3A52010DC2020> [Accessed 6 Apr. 2016].
- European commission, (2014). Population Ageing in Europe: Facts, Implications & Policies, Outcomes of EU-Found Research. Research & Innovation. Available at: <http://www.epsu.org/article/epsu-contribution-european-innovation-platform-active-and-healthy-ageing>. [Accessed 11 Dec. 2016].
- European Commission, (2012). Communication from the commission to the European parliament and the council. Taking forward the Strategic Implementation Plan of the European Innovation, Partnership on Active and Healthy Ageing, 83 (final), Brussels. Available at: <http://ageinplace.com/aging-in-place-basics/what-is-aging-in-place/> [Accessed 1 Feb. 2017].
- European Commission, (2008). Available at: Long-term Care in the European Union. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2781&langId=en>. [Accessed 2 Feb. 2017].
- European Social Network. 2008. Services for older people in Europe. Facts and figures about long term care services in Europe. Available at: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/services_older.pdf [Accessed 5 Jul. 2016].
- EUROSTAT, (2008). Statistical Database of the European Union, Indicators from the Statistics on Income and Living Conditions, Surveys (EU-SILC). Available at: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>. [Accessed 05 Jul. 2016].
- EUROSTAT, (2009). Statistics on line. Available at: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/national_accounts/data/main_table. [Accessed 5 Jul. 2016].
- EUROSTAT, (2010). Statistics on line. Available at: <http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-data-in-focus/-/KS-QA-10-023>. [Accessed 5 Jul. 2016].
- Eurostat, (2015). Population age structure by major age groups, 2005 and 2015. Available at: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2005_and_2015_\(%25_of_the_total_population\)_YB16.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2005_and_2015_(%25_of_the_total_population)_YB16.png) [Accessed 14 Sept. 2016].
- Eurostat, (2015). Median age of population, EU-28, 2001–15 **(1)**. Available at: <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics->

explained/index.php/File:Median_age_of_population,_EU-28,_2001%E2%80%9315_(%C2%B9)_(years)_YB16.png [Accessed 19 Oct. 2016].

Eurostat, (2016). Life expectancy at birth (1980-2014). Available at: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_birth,_1980%E2%80%932014_\(years\)_YB16.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_birth,_1980%E2%80%932014_(years)_YB16.png) [Accessed 8 Aug. 2016].

Eurostat, (2016). Increase in the share of the population aged 65 years or over between 2005 and 2015. Available at: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Increase_in_the_share_of_the_population_aged_65_years_or_over_between_2005_and_2015_\(percentage_points\)_YB16.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Increase_in_the_share_of_the_population_aged_65_years_or_over_between_2005_and_2015_(percentage_points)_YB16.png) [Accessed 8 Aug. 2016].

Eurostat, (2016). *Population structure and ageing*. Available at: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing [Accessed 10 Aug. 2016].

Eurostat, (2017). *Population statistics at regional level*. Available at: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_statistics_at_regional_level [Accessed 10 Aug. 2016].

E.E.T.A.A. 2017. Available at: https://www.eetaa.gr/index.php?tag=vss_2016 [Accessed 5 Aug. 2016].

E.E.T.A.A. 2011. Available at: http://web3.eetaa.gr/index.php?tag=vss_2011 [Accessed 5 Aug. 2016].

ΕΛΣΤΑΤ,(Ελληνική Στατιστική Αρχή), 2015. Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα. Available at:https://www.statistics.gr/documents/20181/1216578/LivingConditionsInGreece_0415.pdf/25f14c49-d415-4d14-ae64-6f77cfadfea6 [Accessed 5 Aug. 2016].

Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2008). Μακροχρόνια μέριμνα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Available at: ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2781&langId=el [Accessed 6 Dec. 2016].

Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα We Do. (2014). Ευρωπαϊκό πλαίσιο ποιότητας για τις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Αρχές και κατευθυντήριες γραμμές για την ευημερία και την αξιοπρέπεια των ηλικιωμένων που έχουν ανάγκη για φροντίδα και βοήθεια. Available at: http://www.50plus.gr/images/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_EL_WEB-GREEK.pdf [Accessed 12 Sept. 2016].

Ευρωπαϊκή Ένωση (2011) *Ενεργός γήρανση: Τοπικές και περιφερειακές λύσεις*. Available at: <http://cor.europa.eu/en/documentation/studies/Documents/Active-ageing-local-and-regional-solutions/EL.pdf> [Accessed 2 Jun. 2016].

- IKA. (2012). Πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας συνταξιούχων. Available at: <http://www.ika.gr/gr/infopages/homecare/home.cfm> [Accessed 1 Apr. 2017].
- Ferring, D., & Weber, G. (2005). *EUROFAMCARE – National background report for Luxembourg*. Hamburg: European Union. Available at: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_luxembourg_rc1_a4.pdf [Accessed 2 Jun. 2016].
- Genet N., Boerma W., Kroneman M., Hutching A., Saltman R. (2013). Home Care across Europe (Case studies). *Home Care across Europe (Case studies)*. Available at: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/home-care-across-europe-case-studies.pdf> World Health Organization (2013). (European Observatory on Health Systems and Policies). [Accessed 28 Feb. 2017].
- Georgantzi, N. (2012). *Elder abuse and neglect in the European Union. UN Open-ended Working Group on Ageing*. Available at: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ElderAbuseNGOEWG2012.pdf> [Accessed 28 Feb. 2017].
- Holly A., Lufkin T., Norton E., Houtven C. (2010). Informal Care and Formal Home Care Use in Europe and the United States (2017). Available at: https://www.cemfi.es/ftp/pdf/papers/wshop/Holly_seminar.pdf [Accessed 28 Feb. 2017].
- Hospital at Home. 2013. Κατ' οίκον νοσηλεία στην Ελλάδα. Available at: <http://www.hospitalathome.gr> [Accessed 4 Apr. 2013].
- Magee, H., Parsons, S., Askham, J. (2008). Measuring Dignity in Care. Available at: [http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/professionals/research/measuring%20dignity%20in%20care%20\(2008\)_pro.pdf?.dtrk=true](http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/professionals/research/measuring%20dignity%20in%20care%20(2008)_pro.pdf?.dtrk=true). [Accessed 6 Jul. 2016].
- Magee, H., Parsons, S. Askham, J. (2008). Measuring Dignity in Care for older People. A research report for Help the Aged. Picker Institute Europe. Available at: [http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/professionals/research/measuring%20dignity%20in%20care%20\(2008\)_pro.pdf?.dtrk=true](http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/professionals/research/measuring%20dignity%20in%20care%20(2008)_pro.pdf?.dtrk=true). [Accessed 10 Jul. 2016].
- Mälly, M. (2010). Website care for the elderly in the European Union. Available at: <http://www.elderly-care.eu/partners/partners/paeijaet-haeme-finland.html> [Accessed 8 Jul. 2016].
- MENTAL HEALTH EUROPE. (2014). Ageing and mental health – a forgotten matter. Available at: http://www.mhe-sme.org/fileadmin/Position_papers/Ageing_and_Mental_Health_02.pdf. [Accessed 15 Jun. 2016].
- Northern Ireland Human Rights Commission (2012). In Defence of Dignity "The Human Rights of Older People in Nursing Homes. Available at:

<http://www.nihrc.org/documents/research-and-investigations/older-people/in-defence-of-dignity-investigation-report-March-2012.pdf> [Accessed 28 Jun. 2016].

NRA.lv (2010). Average retirement pension in Latvia increased to LVL 176.28. Available at: <http://zinas.nra.lv/ekonomika/34415-videja-vecuma-pensija-valsti-pieaugusi-lidz-ls-176-28.htm> [Accessed 10 Jul. 2016].

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2008). Health Data. Statistics and Indicators for 30 Countries, Frequently Requested Data. Available at: http://www.irdes.fr/EcoSante/DownLoad/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls. [Accessed 5 Jun. 2016].

O.E.C.D. (2009). Health at a glance. Available at: <http://www.oecd.org/health/health-systems/44117530.pdf>. [Accessed 6 Dec. 2016].

OECD, (2011). Denmark, Long-Term Care. Available at: <http://www.oecd.org/denmark/47877588.pdf>. [Accessed 5 Sept. 2016].

Parkatti, T. & Eskola, M. (2004). EUROFAMCARE: National Background report in Finland. Available at: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_finland_rc1_a5.pdf [Accessed 10 Jul. 2016].

Πανεπιστήμιο Αθηνών. (2014). M-CARE Project: Έρευνα – Κατάρτιση μέσω φορητών συσκευών για φροντιστές ατόμων με αναπηρία και ηλικιωμένων. Επιτελική σύνοψη των αποτελεσμάτων της έρευνας. Available at: http://mcare-project.eu/wp-content/uploads/2014/01/ExecutiveSummary_final_EL.pdf. [Accessed 4 Sept. 2016].

Sarah, S. (2016). Θεματολογικά δελτία για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Available at: http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/el/displayFtu.html?ftuId=FTU_1.1.6.html. [Accessed 16 Sept. 2016].

Stula S. (2012). Living in Old Age in Europe - Current Developments and Challenges. Working Paper No.7 of the Observatory for Sociopolitical Developments in Europe. Available at: http://www.sociopolitical-observatory.eu/uploads/tx_aebgppublications/AP_7_EN.pdf. [Accessed 12 Dec. 2016].

Swedish Institute for Social Research, (2007). Available at: <http://www.sofi.su.se/english/research/dissertations-and-publications/articles-published-in-international-journals/2007> [Accessed 10 Jul. 2016].

Σαγρής, Κ. (2008). Available at: http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_49/8.pdf [Accessed 1 Jun. 2016].

Σακκά, Π., Πολίτης, Α., Σκαρμέας, Μ., Κυριόπουλος, Γ., Βιδάλης, Π., Τάκης, Δ., Βορβολάκος, Θ., Κουλούρη, Φ. (2014). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη νόσο

Alzheimer. Available at: http://www.alzheimer-drasi.gr/images/doc/ethniko_sxedio_drasis.pdf. [Accessed 1 Jun. 2016].

Σχέδιο Νόμου. (2015). «Κύρωση του Αναθεωρημένου Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη». Αιτιολογική έκθεση. Available at: <http://www.opengov.gr/minlab/wp-content/uploads/downloads/2015/08/aitiologikhergasias.pdf>. [Accessed 5 Sept. 2016].

THL. (2010). Facts about Social Welfare and Health Care in Finland. National Institute for Health and Welfare Department of information. Available at: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79913/facts2010.pdf?sequence> [Accessed 10 Jul. 2016].

Triosi, J. and Formosa, M. 2006. *Supporting family carers of older people in Europe: the national background for Malta*. Available at: http://books.google.com/books?id=PmYbwlZ26e8C&pg=PA54&lpg=PA54&dq=SPECIAL+LEAVE+FOR+CARERS+IN+PAY+EMPLOYMENT+IN+MALTA&source=bl&ots=kchSVje5J5&sig=75djnjXq3MC2At7nhE_WboUH9bw&hl=pt [Accessed 05 Jul. 2016].

Wait, S., Harding, E. (2006). The State of Ageing and Health in Europe. International Longevity Centre. Available at: http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_4.pdf [Accessed 15 Jul. 2016].

WHO. (2012). Strategy and action plan for healthy ageing in Europe. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf. [Accessed 11 Oct. 2016].

WHO. (2002). Active ageing: A Policy Framework. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. [Accessed 13 Sept. 2016].

W.H.O. (2002). *Community home-based care in resource-limited settings: a framework for action*. Available at: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html [Accessed 15 Jul. 2016].

W.H.O. (1999). *Home-based and long-term care: home care issues and evidence*. Available at: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html [Accessed 10 Jul. 2016].

W.H.O. (2012). Active ageing: Good health adds life to years. Available at: <http://www.euro.who.int/en/about-us/whd/past-themes-of-world-health-day/world-health-day-2012-active-ageing-good-health-adds-life-to-years>) [Accessed 12 Jul. 2016].

W.H.O.(Regional Office for Europe) (2005). Strengthened health systems save more lives: an insight into WHO's European Health Systems' Strategy. Available at: <http://www.euro.who.int/healthsystems> [Accessed 12 Jul. 2016].

- WHO (Regional Office for Europe). (2005). The Health for All policy framework for the WHO European Region. Available at: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051201_1 [Accessed 01 Jul. 2016].
- W.H.O. (1999). Home-based and long-term care: home care issues and evidence. Available at: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html [Accessed 18 Jul. 2016].
- W.H.O. (2016). Mental Health and older adults. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/> [Accessed 10 Jul. 2016].
- W.H.O. (2017). Ageing and life-course. Available at: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/ [Accessed 18 Jan. 2017].
- W.H.O. (2008). World Health Report. Available at: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/ [Accessed 1 Jan. 2017].
- WHO. (2009). World Health Statistics. Available at: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf [Accessed 1 Jan. 2017].
- Υπουργείο Υγείας (2017) Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του Τομέα Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020. Available at: <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/3948-ethnikh-strathgikh-ygeias-kai-draseis-toy-tomea-ygeias-sto-espa-2014-2020> [Accessed 18 Jul. 2016].
- Υπουργείο Εσωτερικών, 2009. Εγκύκλιος: 31. (16 Ιουνίου 2009) θέμα: Κοινωνικά Προγράμματα ΟΤΑ. Available at: http://www.ypes.gr/UserFiles/f0ff9297-f516-40ffa70e-eca84e2ec9b9/egiklios31_16_06_09_1.doc [Accessed 18 Jan. 2017].
- Φεφέ, Μ. 2017. Σημειώσεις ΕΑΠ. Συνοπτικά οι στόχοι της συνθήκης της Λισσαβώνας. Available at: http://users.uoa.gr/~ahatzis/EAP_Notes2.pdf. [Accessed 4 Sept. 2017].

Ελληνόγλωσση

- Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2007). "Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα". *Νοσηλευτική*, 47(3):320-333.
- Αλεξιάς Γ., Φλάμου Α. (2007). "Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού. Η περίπτωση του Προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι". *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24, (Supp. 1): 37-42.
- Αμίτσης, Γ. (2001). *Αρχές Οργάνωσης και Λειτουργίας του Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας*. Αθήνα: Παπαζήση.

- Αμίτσης, Γ. (2013). *Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας. Η μεταρρύθμιση των κοινωνικών πολιτικών σε περιόδους οικονομικής ύφεσης*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Αποστολοπούλου, Α., Πλουσάκη, Α. (2004). "Η παροχή υπηρεσιών της Τοπικής Αυτοδιοίκησης προς τους ηλικιωμένους. Το Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι. Σύγκριση των Προγραμμάτων των Δήμων Καλαμάτας - Δραπετσώνας" (Πτυχιακή Εργασία). Τ.Ε.Ι. Πελοποννήσου, Καλαμάτα.
- Αυγουστάκης, Ε., (2015). "Στρατηγικός σχεδιασμός Μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας: η περίπτωση του προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι". (Διπλωματική εργασία). Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών - MBA.
- Βουνάκη, Ε., Χαραλαμπάκη, Μ. (2004). Τρίτη ηλικία: Αξιολόγηση του Προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι στην περιοχή Μασταμπά του Δήμου Ηρακλείου και στο Δήμο Χανίων (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο.
- Γαροφαλάκη, Ε., Ρήστα, Φ., Cerri N. (2016). Η διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας του Προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι" (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο.
- Δίκαιος, Κ. (1999). *Ιστορία της Κοινωνικής Πολιτικής*, Αθήνα: Gutenberg.
- Ζύγα, Ε. (2011). "Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι Δήμου Νίκαιας Αττικής" στο Πάρλαλης, Σ. (επιμ.). *Οι πρακτικές εφαρμογές της κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα και την Κύπρο*, Αθήνα: Πεδίο.
- Κατσούπη, Α. (2011). «Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι» σελ. 99-111, στο συλλογικό τόμο «Οι πρακτικές εφαρμογές της κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα και στην Κύπρο», επιμ. Πάρλαλης Στ., Αθήνα: Πεδίο.
- Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. (2008). Η πρόκληση μιας νέας Μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
- Κόκκαλη, Β. (2004). "Το Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι στο Δήμο Ναυπάκτου" (Πτυχιακή εργασία), ΤΕΙ Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
- Κρανιώτη, Κ. (2013). "Διαχείριση και αξιολόγηση του Προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι στο Δήμο Αγιάς" (Μεταπτυχιακή διατριβή), ΤΕΙ Λάρισας, Σχολή Διοίκησης & Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης & Διαχείρισης Έργων, Π.Μ.Σ. "Διοίκηση και Διαχείριση Έργων και Προγραμμάτων".
- Κυριαζή, Ν. (1999). *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Λιαρόπουλος, Λ. (2010). *Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας & Συστημάτων Υγείας Β' τόμος: Διεθνή Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Βήτα.
- Λυδάκη, Α. (2016). *Αναζητώντας το χαμένο παράδειγμα*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Λυδάκη, Α. (2001). *Ποιοτικές μέθοδοι της κοινωνικής έρευνας*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μέμος, Κ. «Η Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις στο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης», Διεθνές ηλεκτρονικό περιοδικό: *Πολιτικές και Κοινωνικές Επιστήμες*, 2 (Φεβ. 2016), Πάτρα.
- Μπιτσάνης, Μ. (2007). *Βοήθεια Στο Σπίτι*. (Πτυχιακή Εργασία). Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας. Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας. Τμήμα Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας.
- Ντάση, Α., Σαβιδόλη, Π. (2012). "Ο βαθμός ικανοποίησης και η αυτοαναφερόμενη υγεία των χρηστών του Προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι" του Δήμου Ηρακλείου" (Πτυχιακή Εργασία). Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης. Σχολή επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.
- Οικονόμου, Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Επιστημονικές Εκθέσεις/(Reports:7) ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.
- Οικονόμου, Χ., Υφαντόπουλος, Γ., Δημητρακάκη, Χ., Τούντας, Γ., Παπαρρηγοπούλου - Πεχλιβανίδη, Π., Σουλιώτης, Κ., Θεοδώρου, Μ., Ζάβρας, Δ., Κοντούλη - Γείτονα, Μ. Ρηγάτος, Γ. (2013). *Υγεία, κοινωνία και οικονομία, Ανισότητες σχέσεις, χάσματα ευζωίας*, Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Οικονόμου, Χ. (2004). *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*. Αθήνα: Διόνικος.
- 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο "Βοήθεια στο Σπίτι στην 1η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών" 27-29 ΜΑΪΟΥ 2005, ΚΑΡΔΙΤΣΑ (Υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης).
- Πανταζέλου, Π. (2015). "Η πορεία του Προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση" (Μεταπτυχιακή Διατριβή). Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Τμήμα Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών και Διεθνών Σπουδών. Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης.
- Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Στ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., Πολυζωίδης, Π. (2015). *Μελέτες/35: Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα*. Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων.
- Ρούσση, Ε., (2005). Πτυχιακή εργασία: "Η κοινωνική πολιτική του Δήμου Θουρίας, τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι και Εύξεινη Πόλη", ΤΕΙ Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

- Σακελλαρόπουλος, Θ. (2005) (επιμ.) *Οικονομία και Πολιτική στη Σύγχρονη Ελλάδα, τομ. Β'*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα.
- Σακελλαρόπουλος, Θ. (2006). *Ζητήματα κοινωνικής πολιτικής (τόμος Β')*, Αθήνα: Διόνικος.
- Σταθόπουλος, Π. (2015). *Κοινωνική προστασία, κοινωνική πρόνοια: Πολιτικές και Προγράμματα*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Σταθόπουλος Π. (1999). *Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση*. Αθήνα: Έλλην.
- Σωτηριάδου, Κ., Σαράφης Π., Μαλλιάρου Μ. (2010). "Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο, η στρατηγική της Λισσαβώνας και το ενεργητικό και δυναμικό κράτος πρόνοιας: πλαίσιο, εξελίξεις και προοπτικές". *Interscientific Health Care* 2(3):105-114.
- Σωτηριάδου, Κ., Αντωνοπούλου, Λ. (2013). PEST και SWOT ανάλυση του Προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι". *Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 2(2):37-42.
- Τσώτα, Χ. (2012). Η κοινωνική φροντίδα στην κοινότητα: Η περίπτωση των ηλικιωμένων και το πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι". (Μεταπτυχιακή Εργασία). Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα.
- Χατζησεβαστού, Α. (2011). Κοινωνικός αποκλεισμός Ατόμων Τρίτης Ηλικίας. Δυνατότητες σχεδιασμένης παρέμβασης. Η περίπτωση του προγράμματος "Βοήθεια Στο Σπίτι" στη Μήθυμνα Λέσβου (Διπλωματική Εργασία). Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Μυτιλήνη.

Ξενόγλωση

- Ackerman, MJ. (2009) The smart home. *J Med Pract Manage* 25: 68-69.
- Albreht, T., Brinovec, R.P., Josar, D., Poldrugovac, M., Kostnapfel, T., Zaletel, M., Panteli, D., Maresso, A. (2016). Health Systems in Transition. Slovenia. Health System Review. *National Institute of Public Health*, 18(3).
- Alber, J., Fahey, T. (2004). Αντιλήψεις των συνθηκών διαβίωσης σε μια διευρυμένη Ευρώπη στο Ποιότητα ζωής στην Ευρώπη. Βιέννη, Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας.
- Aletras, VH., Kostarelis, A., Tsitouridou, M., Niakas, D., Nicolaou, A. (2010). Development and Preliminary Validation of a Questionnaire to Measure satisfaction with Home Care in Greece:an Exploratory Factor Analysis of Polychoric Correlations. *BMC Health services Research*, 10:189.
- Altanis, P., Economou, Ch., Geitona, M., Gregory, S., Mestheneos, E., Triantafyllou, J., Petsetaki, E., Kyriopoulos, J. (2008). Quality in and quality of access to healthcare services. Country report for Greece.

- Angermann , A. (ed.) (2011). Developments in Europe. Eldercare Services in Europe - Home Care, Family Support and Domestic Services for Older People, Observatory for Sociopolitical Developments in Europe, Berlin.
- Badger, F., Thomas, K., Clifford, C. (2007) Raising standards for elderly people dying in care homes. *European Journal of Palliative Care*, 14 (6).
- Barros, P., Simões, J. & Allin, S., Mossialos, E. (Eds.). (2007). Portugal Health System Review. *Health Systems in Transition*, 9(5).
- Berd, J., Bloom, E. (2015). Towards a Comprehensive Public Health Response to Population Ageing. *The Lancet*, 385(9968):658–661
- Bettio, F., Veraschagna, A. (Eds)., *Frontiers in the Economics of Gender*, Routledge, London, pp. 116-134.
- Blackman, T., Brodhurst, S., Convery, J., (2001). Social Care and Social Exclusion: A Comparative Study of Older People's Care in Europe. Palgrave Publishers Ltd, Houndmills, Basingstoke, Hampshire.
- Breedveld, E. (2004). Thuiszorg in bedrijf. [Home care in business] [Doctoral thesis]. Tilburg, IVA Tilburg.
- Brodsky, J. et al (2010). The Elderly in Israel: Statistical Abstract 2009, Jerusalem: The Brookdale Institute [in Hebrew]
- Bundesamt S. (2008). Grunddaten Der Krankenhäuser. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2009.
- COM -European Commission (2011): Demography Report 2010. Commission staff working document, Luxembourg.
- Csonka, A., Boll, J. (2002). Home Care in Denmark. The Open Labour Market Working Paper 12:2000. *The Danish National Institute of Social Research*.
- Dyeson, T.B. (2005) "The myriad roles of the home care social worker", *Home Health Care Management & Practice*, 17(5):398–400.
- Da Roit, B., González Ferrer, A., Moreno-Fuentes, F.J. (2013). "The Southern European Migrant-based Care Model", *European Societies*, 15(4): 577-596.
- ECB. (2006). European Economy: The impact of ageing on public expenditure: Projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Special Report. No. 1. Office for Official Publications of the EC.
- Economic Policy Committee & the European Commission (2006). The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU-25 Member States on pension, healthcare, long-term care, education and unemployment transfers (2004–50), Brussels, Special Report No.1.

- Economou, Ch., Kateilidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., Zafiropoulou, M. (2014). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development*, 9 (2): 99-115.
- Economou, Ch. (2010) Greece: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 12(7):1-180.
- Economist Intelligence Unit. (2012). A new vision for old age. Rethinking health policy for Europe's ageing society.
- Ehrenfeld, M. (1998). Nursing and home care in Europe. *International Nursing Review*, 45:61–64.
- EU. (2012). *Long-Term Care for the Elderly. Provisions and providers in 33 European countries*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission.(1999b).: Towards a Europe for all ages –Promoting Prosperity and Intergenerational Solidarity, Brussels.
- European Commission (2007). Special Eurobarometer: *Health and Long-term Care in the European Union*. Luxembourg: European Commission, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- European Commission. (2009). Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. Brussels.
- European Commission. (2010). Directorate General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Progress Programme 2007-2013. Quality Care for Quality Aging: European Indicators for Home Health Care. Conclusions and Recommendations.
- European Commission. (2006). i2010: Independent living for the ageing society. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- European Union Commission. (2010). Progress Programme 2007-2013: Quality Care for Quality Ageing.
- Featherstone, H., Whitham, L. (2010). *Careless: Funding long-term care for the elderly*. London, Policy Exchange.
- Gabner, K., Conrad, M. (2010). "ICT enabled independent living for elderly. A status-quo analysis on products and the research landscape in the field of Ambient Assisted Living (AAL) in EU-27". Institute for innovation and technology, Berlin.
- Garms-Homolova, V., Theiss. K. (2007a): Bevorzugte Wohnformen alter und hochbetagter Menschen in Deutschland. Gegenwärtige Situation und künftige Entwicklungen. Teil 1: Darstellung und Analyse des Ist-Zustandes. Projekt im Auftrag der ProCurand AG, Berlin: IGK e. V., 117. in Tarricone, R., Tsouros, A. (Eds.) (2008). World Health Organization. Home Care in Europe.

- Garms-Homolova, V., Schaeffer, D. (2010): Ältere und Alte. Demographische Entwicklung, Strukturwandel des Alters und Folgen für das Gesundheitswesen. In: Schwarz F W, Badura B, Busse R (Hrsg.): Das Public Health Buch. München Jena:Elsevier, Urban & Fischer in Tarricone, R., Tsouros, A. (Eds.) (2008). World Health Organization. Home Care in Europe.
- Genet, N., Boerma, W., Kringos, D., Bouman, A., Francke, A., Fagerström, C., Melchiorre, M., Greco, C. and Devillé, W. (2011). Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11(1).
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., Saltman, R., (2012). Home Care Across Europe: Current structure and future challenges. WHO-European Observatory on Health Systems and Policies.
- Giannakouris, K. (2008). Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. Population and social conditions Statistics in Focus72. Eurostat.
- Guinet, A. (2014). Organisation des soins a domicile en Europe et en Amerique du Nord. MOSIM.:10`eme Conference Francophone de Modelisation, Optimisation et Simulation, Nancy, France.
- HelpAge International.(2013). Global AgeWatch Index. Insight Report.
- Halldorsson, M. (2003). Health-Care Systems in Transition: Iceland, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hofmarcher, M. M., H. Oxley, et al. (2007). Improved health system performance through better care coordination. OECD Health Working Paper No 30. Paris, OECD.
- Hutten, JBF., Kerkstra, A. (1996). *Home care in Europe: a country-specific guide to its organization and financing*. Aldershot, Ashgate.
- Hvalič Touzery, Simona. (2007). Supporting family carers of older people in Europe – the national background report for Slovenia. Hamburg, Münster: LIT Verlag.
- Jani-Le Bris, H. (2004). Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage, National Background Report for France, EUROFAMCARE.
- Jakaite, D. (2007). Social Report for. Riga: Ministry of Welfare.
- Janlöv, A-C. (2006). Participation in needs assessment of older people prior to public Home Help Older Persons' their family members and assessing home help officers' experiences. Department of Health Sciences, Lund University.
- Jehoel-Gisbers, G., Vrooman, C. (2008). Social Exclusion of the Elderly. A comparative Study of EU member states, ENEPRI Research Report No. 57 AIM WP8.1.

- Kohli, Martin/Künemund, Harald/Vogel, Claudia (2008): Staying or Moving? Housing and Residential Mobility. In: Börsch-Supan, Axel (et al.) (Ed.): First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007), Mannheim, pp. 108-114.
- Koppel, A., Kahur, K., Habicht, T., Saar, P., Habicht, J. and van Ginneken, E. (2008): Estonia. Health System Review, *Health Systems in Transition*, 10(1).
- Kraus, M., Riedel, M., Mot, E., Willeme, P., Rohling, G., Czypionka, T. (2010). A typology of long-term care systems in Europe. European Network of Economic Policy Research Institutes, Report No. 91.
- Lamura, G., Mnich, E., Bień, B. (2007). Dimensions of future social service provision in the ageing societies of Europe. Invited key-note lecture at the VI European Congress of the International Association of Gerontology and Geriatrics, St. Petersburg, Russia, 5-8th July 2007. *Advances in Gerontology*, 20(3):13.
- Larsson, K., Thorslund, T., Forsell, Y. (2004). Dementia and depressive symptoms as predictors of home help utilization among the oldest old: A population based study in an urban area of Sweden. *Journal of Aging and Health*, 16:641-648.
- Lethbridge, J. (ed.) (2011). Care Services for Older People in Europe-Challenges for Labour. Public Services International Research Unit (PSIRU), University of Greenwich.
- Loones, A., David-Alberola, E., Jauneau, P. (2008). La fragilité des personnes âgées: Perceptions and mesures. Cahier de recherche No.256. Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie.
- Lyon, D. & Glucksmann M. (2008). Comparative configurations of care work across Europe *Sociology*, 42(1):101-118
- Mai, Ralf/Micheel, Frank, Naderi, Robert, Roloff, Juliane (2007): Chancen erkennen und nutzen. Alternende Gesellschaften im internationalen Vergleich, Wiesbaden in Stula S. (2012) Observatory for Sociopolitical Developments in Europe. Living in Old Age in Europe - Current Developments and Challenges. Working Paper No. 7 of the Observatory for Sociopolitical Developments in Europe. June 2012
- Malanowski, N., Ozcivelek, R., Cabrera, M. (2008). Active Ageing and Independent Living Services: The Role of Information and Communication Technology [A report by the European Commission, Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies]. Luxembourg.
- Marcinowska, I. (2010). European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI). The Long-Term Care System For The Elderly in Lithuania. ENEPRI Research Report No. 82.
- Marcinowicz, L., Chlabiz, S., Gugnowski, Z. (2007). Home Visits by Family Physicians in Poland: Patients' Perspective. *Eur J Gen Pract*, 13 (4):237-238.

- McDaid, D., Wiley M., Maresso A., Mossialos E. (2009). Ireland: Health System Review. *Health Systems in Transition*. European Observatory on Health Systems and Policies, 11(4).
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., & Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Vol. 2: Main Report*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.
- Mestheneos, E. (2011). Ageing in Place in the European Union. IFA Global Ageing, 7(2).
- Mestheneos, E. (2011). The case of Greece, in Genet N., Boerma W., Kroneman M., Hutchinson A., Saltman R. (2012). Home Care across Europe. Current structure and future challenges. World Health Organization.
- Morris, M., Adair, B., Miller, K., Ozanne, E., Hansen, R., Pearce, A., Santamaria, N., Viegas, L., Long, Maureen, L., Said, C. (2013). Smart-home technologies to assist older people to live well at home, *Journal of aging science*, 1(1):1-9.
- Nies, H. L. G. R., Leichsenring, K., & Mak, S. (2013). The emerging identity of long-term care systems in Europe. In J. Billings, K. Leichsenring, & H. Nies (Eds.), *Long-term Care in Europe. Improving Policy and Practice*. (pp. 19-41). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- OECD (2005). (Organisation for Economic Cooperation and Development) “Long-term care for older people”, Paris.
- OECD, (2008). Conceptual Framework and Definition of Long-term Care Expenditure: Revision of the System of Health Accounts, Paris: OECD.
- OECD (2009). Health Statistics Database, Paris.
- OECD (2012) ‘Long-term Care Expenditure’, in Health at a Glance 2013, pp. 176-178). Paris: OECD.
- Paat, G., Merilain, M. (2010) The long-term care system for the elderly in Estonia. Enepri Research Report No. 75. Contribution to WP1 of the ANCIEN Project.
- Papatheodoulou, I., Agathangelou, C., Comment paper - Cyprus. Peer Review on priorities in reform of care services, Sweden. Dignity first – priorities in reform of care services (Sweden, 26-27 September 2013).
- Pesic, L. (2007). Social and Health Problems of the elderly. *Acta Medica Medianae*, 46(2):45-48.
- Parkar, Sh., (2015). Elderly Mental Health: Needs. *Mens Sana Monogr*. Jan-Dec; 13(1): 91–99.
- Pesic, L. (2007). *Acta Medica Medianae*, 46(2):45-48.

- Popa, D., (2010). The Long-Term Care System For The Elderly in Romania. ENEPRI Research Report. No. 85.
- Ramovš, J., Hvalič, S. Touzery, Ivana Vusilović, Ksenija Ramovš. Family care for the elderly in Slovenia Presentation at: EAPs/MAP2030 Workshop on the Future of Family Support for Older People, London 14-15 May 2009 Anton Trstenjak Institute of gerontology and intergenerational relations.
- Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G. (eds.) (2012). Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna.
- Schmieding, L., Underwood, G., Taylor, L., Coan, J., Sharpe, H., Zink, R., Williams, P., Rokeby, R., Smith, F. (2008). The Caregiving Project for older Americans. The Need for National Training Standards/Guidelines for Privately Paid Geriatric Home Caregivers. *Caregiving Brief*, 1(3).
- Sowa, A. (2010). The Long-Term Care System For The Elderly in the Czech Republic ENEPRI Research Report No. 72, Contribution to WP1 of the ANCIEN Project.
- Spadea, T., Valkonen, T., Mackenbach, J. (2004). Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *J Epidemiol Community Health*, 58:468–475.
- Strohmeier, R., Smith, N. (2008). (Re-) Organising elderly care: different institutional approaches in Italy, Norway and Switzerland. Paper for the International Conference at the Danish National Centre for Social Research (SFI) “Transforming elderly care at local, national and transnational levels”, Session 15: Shifting local and national contexts of elderly care. Copenhagen, Denmark.
- Sundström, G., Malmberg, B., Sancho, M., Mayte del Barrio, É., Castejon, P. Tortosa, M.A., Johansson, L. (2008) Family Care for Elders in Europe: Policies and Practices, in Caregiving Contexts. Cultural, Familial and Societal implications. New York: Springer. Eds. M. Szinovacz. & A. Davey.
- Suppanz, H. (2008). Improving Cost-Effectiveness in the Health Care Sector in Iceland”, OECD Economics Department, Working Papers, No. 645, Paris: OECD Publishing.
- Swedish National Association of Local Authorities, (1997).
- Szebehely, M. (2005b) 'Nordisk äldreomsorgsforskning – en sammanfattande diskussion', in Marta Szebehely (ed) *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskabsöversikt*, TemaNord 2005: 508, Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- Tarja, V. (2007). Informal and Formal Care in Europe, IZA DP (2648).
- Tarricone, R., Tsouros, A. (Eds.) (2008). World Health Organization. Home Care in Europe.

- Thome, B., Dykes, A.K., Hallberg, IR. (2003). Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2003 Nov;12(6):860-72.
- Timonen, V., Doyle, M. (2007). Worlds apart? Public, private and non-profit sector providers of domiciliary care for older persons in Ireland. *Journal of Aging Studies*, 21(3):255–65
- TNS Opinion & Social (2007). Health and long-term care in the Europea Union. Brussels, European Commission, *Special Eurobarometer 283/Wave 67.3*.
- Triantafillou, J. (2014). The role of ICT in long-term care of older people in Greece. 3rd e-Health ecosystem meeting.
- Turner, S., Arthur, G., Lyons, RA., Weightman, AL., Mann, MK., Jones SJ., John, A., Lannon, S. (2011). Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Feb 16(2).
- Vancea, M., Solé-Casals, J. (2016). Population Aging in the European Information Societies: Towards a Comprehensive Research Agenda in eHealth Innovations for Elderly. *Aging and Disease*, 7(4):526–539.
- Waerness, K. 1987. "On the Rationality of Caring" στο Γετίμης Π., Γράβαρης Δ (επιμ.): Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική. Η σύγχρονη προβληματική, Θεμέλιο: Αθήνα.
- Warren Taylor, M.D. (2014). Depression in the elderly. *N Engl J Med* 2014; Sep., 371:1228-1236
- Wija, P., (2008) *Ageing Policy in the Czech Republic*, presentation of the Ministry of Labour and Social Affairs, CEFRES, December 18.
- Wingenfeld, K., Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. in Tarricone, R., Tsouros, A. (Eds.) (2008). World Health Organization. Home Care in Europe.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ενημερωτικό σημείωμα

Αγαπητέ/ή συμμετέχοντα/ουσα,

το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Κοινωνιολογίας με κατεύθυνση ***Κοινωνικός Αποκλεισμός & Ανθρώπινα Δικαιώματα*** του Τμήματος Κοινωνιολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών του Προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι. Η συμμετοχή σας θα συμβάλει στην έκβαση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να συμβάλουν στην ανάδειξη της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών της Δομής ΒΣΣ καθώς και στον βαθμό ικανοποίησης από την πλευρά των εξυπηρετούμενων που έχουν ενταχθεί στο Πρόγραμμα.

Θα θέλαμε να γνωρίζετε ότι:

- ❑ Η συμμετοχή στην παρούσα έρευνα είναι προαιρετική.
- ❑ Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ακαδημαϊκούς σκοπούς.
- ❑ Η συνέντευξη θα μαγνητοφωνηθεί με μοναδικό σκοπό να διευκολύνει την διαδικασία της ανάλυσης των στοιχείων που θα δοθούν κατά την διάρκεια της συνέντευξης.
- ❑ Έχετε το δικαίωμα να εγκαταλείψετε την διαδικασία της συνέντευξης οποιαδήποτε στιγμή.

Σας ζητούμε να συμμετέχετε σε αυτή μας την προσπάθεια με τη συμμετοχή σας στην έρευνα μας.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο σας.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ Νο.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο

Άνδρας ☐

Γυναίκα ☐

2. Ηλικία 35-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60 ☐ 61-70 ☐
71-80 ☐ 81-90 ☐ 90+ ☐

3. Επίπεδο εκπαίδευσης

Αναλφάβητος ☐ Λίγες τάξεις του Δημοτικού σχολείου ☐

Δημοτικό ☐ Γυμνάσιο ☐ Λύκειο ☐

Ανώτερη/Ανώτατη ☐ Άλλο ☐

4. Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος/η ☐ Έγγαμος/η ☐ Χήρος/α ☐ Διαζευγμένος/η ☐ Άλλο..... ☐

5. Ζείτε μόνος/η;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αν όχι με ποιον; Σύζυγο ☐ Παιδιά ☐ Άλλο ☐

6. Παιδιά

Ναι ☐ Όχι ☐

Αριθμός παιδιών:

7. Μένει τουλάχιστον ένα από τα παιδιά σας κοντά σας; 1) Ναι ☐ 2) Όχι ☐

8. Είστε ασφαλισμένος/η; Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι σε ποιο ταμείο; 1)ΙΚΑ ☐

2) ΟΑΕΕ ☐

3) ΟΓΑ ☐

4) Άλλο ☐

9. Μηνιαίο εισόδημα:

Μηδενικό ☐ 0-200€ ☐ 201-300€ ☐ 301-450€ ☐ 451-600€ ☐

601-750€ ☐ 751-900€ ☐ 900€ και άνω ☐

10. Πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας; Καλή ☐ Μέτρια ☐ Κακή ☐

11. Θεωρείτε ότι θα μπορούσατε να φροντίσετε μόνος/η σας τον εαυτό σας;

Ναι ☐ Όχι ☐

12. Ποιες είναι οι κύριες ασθένειες που αντιμετωπίζετε;

.....
.....

Οδηγός Συνέντευξης Ωφελούμενων Προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι

Θεματική ενότητα 1: Ενημέρωση σχετικά με τη δομή Βοήθεια στο σπίτι

(Τι χρειάζεται να ληφθεί ως πληροφορία)

Με ποιον τρόπο ενημερωθήκατε για την λειτουργία του Προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι»; Απευθυνθήκατε ο ίδιος ή σας παρέπεμψε κάποιο άλλο άτομο ή υπηρεσία; Η ανταπόκρισή της Δομής έπειτα από την πρώτη σας επικοινωνία ήταν άμεση;

Θεματική ενότητα 2: Πληροφορίες σχετικές με τη χρήση της υπηρεσίας

Ποιες υπηρεσίες σας παρέχει το Πρόγραμμα ΒΣΣ; Ποια είναι η συχνότητα των επισκέψεων από το προσωπικό; Πόσο καιρό είστε ενταγμένος στο Πρόγραμμα; Κατά το χρονικό διάστημα συμμετοχής σας στο Πρόγραμμα ποιες υπηρεσίες σας έχουν παρασχεθεί; *(Να σημειωθεί και κατά ειδικότητα)*. Ποιες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες θεωρείτε περισσότερο χρήσιμες/απαραίτητες για εσάς;

Θεματική ενότητα 3: Βαθμός ικανοποίησης από την ένταξη στη Δομή

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την υπηρεσία; (Λαμβάνοντας υπόψη το προσωπικό που σας εξυπηρετεί, τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τη συχνότητα των επισκέψεων); Θεωρείτε ότι η ένταξή σας στο ΒΣΣ συνέβαλλε στη βελτίωση της οικονομικής σας κατάστασης; (π.χ. διαμεσολάβηση σε ιατροκοινωνικές υπηρεσίες, παροχή ιατροφαρμακευτικού υλικού, οικιακές εργασίες κ.α.); Πιστεύετε ότι με την εγγραφή σας στην υπηρεσία βελτιώθηκε παράλληλα και το επίπεδο ζωής σας; (κοινωνική ζωή, αίσθημα ασφάλειας κ.α.);

Θεματική ενότητα 4: Λήψη φροντίδας από άλλα άτομα/υπηρεσίες

Εκτός από το προσωπικό του Προγράμματος δέχετε φροντίδα και από άλλα άτομα (παιδιά, ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον, γείτονες/φίλους...); Αν ναι, πόσο συχνά λαμβάνετε τη φροντίδα τους; Σε ποιους τομείς κυρίως σας βοηθούν;

Θεματική ενότητα 5: Προτάσεις για καλύτερη/πιο εύρυθμη λειτουργία του Προγράμματος

Ποιες επιπλέον υπηρεσίες θα θέλατε να λαμβάνετε από τη συγκεκριμένη Δομή, οι οποίες πιστεύετε ότι θα κάλυπταν σε μεγαλύτερο βαθμό τις ανάγκες σας;

Τέλος, θα θέλατε να κάνετε κάποιες προτάσεις που θα βελτίωναν, κατά τη γνώμη σας, το Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι; *(Σε αυτό το σημείο τονίζουμε ότι αναφερόμαστε γενικά και όχι αποκλειστικά στην κάλυψη των αναγκών του συγκεκριμένου εξυπηρετούμενου καθότι παρόμοια ερώτηση έχει τεθεί παραπάνω)*.

Population by age group

% of total population

Proportion of population aged 65-79 years

geo	time	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
EU (28 countries)		12.4	12.5	12.6	12.7	12.7	12.7	12.7	12.8 (b)	12.8 (b)	12.9 (b)	13.1 (p)	13.4 (bep)
EU (27 countries)		12.4	12.5	12.6	12.6	12.7	12.7	12.7	12.8 (b)	12.8 (b)	12.9 (b)	13.1 (p)	13.4 (bep)
Euro area (18 countries)		12.8	12.9	13	13.1	13.1	13.1	13.1	13.2	13.1 (b)	13.3 (b)	13.4 (p)	13.7 (bep)
Euro area (17 countries)		12.9	12.9	13.1	13.2	13.2	13.2	13.2	13.3	13.2 (b)	13.3 (b)	13.5 (p)	13.8 (bep)
Belgium		13	13	12.9	12.8	12.5	12.4	12.3	12.2	12.1 (b)	12.2	12.3	12.5
Bulgaria		14.3	14.3	14.2	14.2	14.1	14.1	14.2	14.3	14.4	14.7	14.9	15.1
Czech Republic		11.2	11.1	11	11.1	11.2	11.3	11.5	11.7	11.9	12.4	12.9	13.4
Denmark		10.8	10.9	10.9	11.1	11.2	11.5	11.8	12.2	12.7	13.2	13.7	14.1
Germany		13.4	13.8	14.3	14.8	15.2	15.3	15.4	15.6	15.3	15.2	15.3	15.4 (b)
Estonia		13	13.2	13.4	13.6	13.8	13.8	13.5	13.3	13.1	13.2	13.3	13.5
Ireland		8.5	8.5	8.5	8.3	8.2	8.2	8.3	8.5	8.7	9	9.3	9.6 (p)
Greece		14	14.2	14.3	14.3	14.2	14.1	14.1	14	14.1	14.2	14.4	14.5
Spain		13	12.7	12.4	12.3	12.1	11.9	11.9	11.9	12	12.1	12.2	12.4
France		12	11.9	11.8	11.7	11.5	11.5	11.4	11.4	11.4	11.6 (b)	11.9 (p)	12.3 (p)
France (metropolitan)		12.1	12	12	11.9	11.7	11.6	11.5	11.5	11.5	11.7	12	:
Croatia		14.2	14.3	14.4	14.5	14.4	14.5	14.4	14.2	13.8	13.8	13.9	14
Italy		14.4	14.5	14.6	14.8	14.8	14.7	14.7	14.7	14.5	14.7	14.9	15
Cyprus		9.1	9.3	9.4	9.5	9.5	9.6	9.6	9.7	9.8	9.9	10.3	10.8
Latvia		13.1	13.4	13.6	13.8	14	14	14	14.1	14.1	14.1	14.1	14.3
Lithuania		12.3	12.6	12.8	13.1	13.3	13.4	13.4	13.3	13.5	13.5	13.4	13.5
Luxembourg		11	10.9	10.9	10.8	10.7	10.6	10.4	10.3	10.1	10.1 (b)	10.1	10.1
Hungary		12.3	12.3	12.3	12.3	12.3	12.5	12.5	12.7	12.7	12.9 (b)	13.1	13.4
Malta		10.2	10.3	10.4	10.8	10.8	10.7	11	11.6	12.2	12.8	13.4	14
Netherlands		10.4	10.4	10.5	10.7	10.8	11	11.2	11.4	11.6	12.1	12.6	13.1
Austria		11.5	11.4	11.7	12.1	12.4	12.6	12.7	12.9	12.8	12.8	13.1	13.3
Poland		10.5	10.6	10.6	10.6	10.6	10.5	10.3	10.3 (b)	10.1	10.3	10.6	11
Portugal		13.1	13.2	13.3	13.3	13.3	13.4	13.5	13.6	13.8	13.9	14.1	14.3 (e)
Romania		12.1	12.1	12.1	12.2	12.2	12.4	12.6	12.6	12.5	12.5	12.5	12.6 (e)
Slovenia		12.1	12.2	12.3	12.4	12.5	12.7 (b)	12.7	12.6	12.4	12.5	12.6	12.8
Slovakia		9.3	9.3	9.3	9.4	9.4	9.5	9.6	9.7	9.8	9.9	10.1	10.5
Finland		11.7	11.8	12	12	12.3	12.2	12.3	12.4	12.7	13.3	13.8	14.4
Sweden		11.9	11.9	11.9	11.9	12	12.2	12.4	12.8	13.2	13.6	13.9	14.3
United Kingdom		11.6	11.6	11.6	11.5	11.5	11.5	11.6	11.7	11.9	12.1	12.5	12.8 (ep)
Iceland		8.8	8.8	8.7	8.6	8.4	8.4	8.4	8.7	8.9	9.1	9.3	9.6
Liechtenstein		8.1	8.1	8.3	8.7	8.9	9.3	9.8	10.3	10.7	11.2	11.7	12.2
Norway		10.3	10.2	10.1	10.1	10	10	10.1	10.3	10.6	11	11.3	11.6
Switzerland		11.3	11.4	11.4	11.5	11.6	11.7	11.9	12	12.2 (b)	12.4	12.5	12.7
Montenegro		10.6	10.6	10.8	11	11	11	10.8	10.7	10.4	10.5	10.6	10.7
Former Yugoslav Republic of Macedonia, the		9.2	9.3	9.4	9.6	9.6	9.7	9.8	9.8	9.8	9.8	10	10.2
Albania		:	6.8	7	7.3	7.4	:	:	:	:	:	:	9.9
Serbia		14.7	14.7	14.6	14.5	14.4	14.2	13.9	13.6	13.8 (b)	13.7	13.8	14.1
Turkey		:	:	:	:	:	5.9	5.7	5.8	5.9	5.9	6	6
Andorra		9.7	9.1	8.5	8.3	8.2	8.2	8.3	8.7	8.6	8.6	8.6	:
Belarus		:	:	:	12.1	12	11.7	11.1	:	10.5	10.3	10.3	:
Moldova		:	:	:	8.3	8.5	8.5	8.3	8.2	8	7.9	7.8	:
Russia		:	:	:	11.8	11.7	11.3	10.6	10.1	9.8	:	:	:
San Marino		:	:	:	:	:	:	:	:	:	12.4	12.5	:

Population by age group
% of total population
Proportion of population aged 80 years and more

geo	time	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
EU (28 countries)		3.8	3.9	4	4.1	4.3	4.4	4.5	4.7 (b)	4.8 (b)	4.9 (b)	5.1 (a)	5.1 (deep)
EU (27 countries)		3.8	3.9	4	4.1	4.3	4.4	4.6	4.7 (b)	4.8 (b)	4.9 (b)	5.1 (a)	5.1 (deep)
Euro area (18 countries)		4	4.1	4.3	4.4	4.6	4.7	4.8	5	5.2 (b)	5.3 (b)	5.4 (a)	5.5 (deep)
Euro area (17 countries)		4	4.1	4.3	4.4	4.6	4.7	4.9	5	5.2 (b)	5.3 (b)	5.5 (a)	5.5 (deep)
Belgium		4	4.1	4.3	4.4	4.6	4.7	4.8	4.9	5 (b)	5.2	5.3	5.3
Bulgaria		2.8	3	3.2	3.4	3.5	3.7	3.8	3.9	4	4.1	4.3	4.4
Czech Republic		2.7	2.9	3	3.1	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.9
Denmark		4	4	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1	4.2	4.2
Germany		4.1	4.2	4.3	4.5	4.6	4.8	5	5.1	5.3	5.4	5.4	5.4 (b)
Estonia		2.8	3	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.5	4.7	4.9
Ireland		2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.7	2.7	2.8	2.9	2.9	3 (a)
Greece		3.8	3.8	3.9	4.1	4.3	4.5	4.7	4.9	5.2	5.4	5.7	6
Spain		4	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.7	4.9	5.1	5.3	5.5	5.7
France		4.1	4.3	4.5	4.6	4.8	4.9	5.1	5.2	5.4	5.5 (b)	5.6 (b)	5.7 (a)
France (metropolitan)		4.2	4.3	4.5	4.7	4.9	5	5.2	5.3	5.5	5.6	5.7	;
Croatia		2.6	2.8	2.9	3.1	3.2	3.4	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.5
Italy		4.6	4.7	4.9	5.1	5.3	5.5	5.6	5.8	6	6.2	6.3	6.4
Cyprus		2.6	2.6	2.7	2.7	2.8	2.8	2.8	2.8	2.9	2.9	2.9	3.1
Latvia		2.7	2.9	3	3.2	3.4	3.6	3.8	4	4.3	4.5	4.7	4.8
Lithuania		2.6	2.8	3	3.2	3.4	3.6	3.8	4.1	4.4	4.6	4.8	5
Luxembourg		3.1	3.1	3.2	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.9 (b)	3.9	3.9
Hungary		3.1	3.2	3.3	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	4.1	4 (b)	4.1	4.2
Malta		2.7	2.7	2.9	3	3.1	3.2	3.3	3.3	3.5	3.6	3.7	3.9
Netherlands		3.4	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.8	3.9	4	4.1	4.2	4.3
Austria		3.9	4.1	4.2	4.3	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	5	5	5
Poland		2.2	2.4	2.5	2.7	2.9	3	3.1	3.3 (b)	3.5	3.6	3.8	3.9
Portugal		3.7	3.8	3.9	4	4.2	4.3	4.5	4.6	4.9	5.1	5.3	5.5 (a)
Romania		2	2	2.1	2.5	2.5	3	3.6	3.6	3.6	3.6	3.8	4 (a)
Slovenia		2.7	2.9	3	3.2	3.4	3.6 (b)	3.8	3.9	4.1	4.3	4.5	4.7
Slovakia		2.1	2.3	2.4	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.8	2.9	3	3
Finland		3.6	3.7	3.9	4	4.2	4.3	4.5	4.6	4.8	4.9	5	5
Sweden		5.3	5.3	5.4	5.4	5.4	5.3	5.3	5.3	5.3	5.3	5.2	5.2
United Kingdom		4.3	4.3	4.3	4.4	4.4	4.4	4.5	4.5	4.6	4.6	4.7	4.7 (a)
Iceland		2.9	3	3.1	3.1	3.1	3.2	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.6
Liechtenstein		2.7	2.7	2.9	2.9	3	3.1	3.1	3.2	3.2	3.1	3.2	3.3
Norway		4.5	4.6	4.6	4.7	4.7	4.6	4.6	4.5	4.5	4.4	4.4	4.3
Switzerland		4.3	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.7	4.7	4.8	4.7 (b)	4.8	4.9
Montenegro		1.6	1.6	1.7	1.8	1.8	1.9	2.1	2.2	2.4	2.4	2.5	2.6
Former Yugoslav Republic of Macedonia, the		1.3	1.4	1.5	1.5	1.6	1.7	1.7	1.8	1.9	1.9	2	2.1
Albania		;	1.3	1.3	1.4	1.4	;	;	;	;	;	;	2.2
Serbia		2.1	2.3	2.5	2.7	2.8	3	3.2	3.4	3.4 (b)	3.6	3.8	4
Turkey		;	;	;	;	;	1.2	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6
Andorra		3.6	3.6	3.5	3.5	3.6	3.8	4	4.2	4	4	4	;
Belarus		;	;	;	2.5	2.6	2.8	3	;	3.3	3.4	3.5	;
Moldova		;	;	;	1.5	1.8	1.8	1.9	2	2	2.1	2.2	;
Russia		;	;	;	2.2	2.3	2.5	2.7	2.8	2.9	;	;	;
San Marino		;	;	;	;	;	;	;	;	;	5.2	5.3	;

Ukraine	:	:	:	:	:	2.7	2.9	3.1	3.2	3.4	3.5	3.5	3.5	:
Armenia	:	:	:	:	:	1.2	1.3	1.4	1.6	1.7	:	:	:	:
Azerbaijan	:	:	:	:	:	0.8	0.9	0.9	1	0.9	1	1	1.1	:
Georgia	:	:	:	:	:	2.1	2.3	2.6	2.9	3.1	3.4	3.4	:	:

:=not available b=break in time series p=provisional e=estimated

Source of Data: Eurostat
 Last update: 10.03.2016
 Date of extraction: 17 May 2016 00:31:35 CEST
 Hyperlink to the table: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&ocode=tps00010>
 General Disclaimer of the EC website: http://ec.europa.eu/geninfo/legal_notices_en.htm
 Short Description: Share of population in a certain age group compared to the total population.
 Code: tps00010

Καθορισμός καθηκόντων εργαζομένων στις δομές ΒΣΣ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΩΝ	ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ	ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΑΝΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΤΟΜΕΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ	ΥΠΟΕΝΕΡΓΕΙΕΣ			
<u>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ</u>	ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ			
		ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ			
		ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΦΟΡΕΑ ΓΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ & ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ			
		ΛΗΨΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ				
		ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ	ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟ			
		ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΤΟΜΟΥ			
	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ	ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΠΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ				
		ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ				
		ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ, ΟΤΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ, ΟΤΑ ΓΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΘΕΜΑΤΑ			
		ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ - ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΜΟΝΑΔΑΣ	ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΟΧΩΝ & ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΕΡΓΟΥ			
		ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΚΤΥΩΣΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ				
		ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ	ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΕΩΝ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΚΑΛΥΦΘΟΥΝ ΑΠΟ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ - ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ & ΕΠΟΠΤΕΙΑ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ			
		ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ - ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ			
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ & ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟ			
		ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ				
		ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ				
		ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΟΜΑΔΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ			
	ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥΣ ΟΡΓΑΝ. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ			

	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΛΗΨΗ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ	ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ - ΕΝΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΙΕΣΗΣ - ΜΕΤΡΗΣΗ ΣΑΚΧΑΡΟΥ
		ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	
		ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	
		ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΓΙΑΤΡΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ - ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΥΝΤ/ΣΗΣ
		ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ	
		ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ	
		ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	
	ΑΤΟΜΙΚΗ – ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΜΠΑΝΙΟΥ & ΤΟΠΙΚΟ ΠΛΥΣΙΜΟ
	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑΣ - ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΖΩΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ - ΤΗΡΗΣΗΣ ΑΡΧΕΙΟΥ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΖΩΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ - ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ - ΤΗΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
		ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΥΓΙΕΙΝΗ	ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΜΠΑΝΙΟ - ΠΛΥΣΙΜΟ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ - ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ & ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟ
	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΕΙΣ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	
	ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥΣ ΟΡΓΑΝ. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΚΑΙ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ	ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ	ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΟΧΩΝ & ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΕΡΓΟΥ
		ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΚΤΥΩΣΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	
		ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ	ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΕΩΝ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΚΑΛΥΦΘΟΥΝ ΑΠΟ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ - ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ & ΕΠΟΠΤΕΙΑ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ
		ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ - ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	
<u>ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ</u> <u>ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</u>	ΟΙΚΙΑΚΗ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΟΙΚΙΑΣ	ΚΑΘΑΡΙΣΜΑ ΤΖΑΜΙΩΝ - ΞΕΣΚΟΝΙΣΜΑ ΡΑΦΙΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΩΝ - ΠΛΥΣΙΜΟ ΠΙΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΚΕΥΩΝ ΚΟΥΖΙΝΑΣ - ΣΦΟΥΓΓΑΡΙΣΜΑ ΠΙΑΤΩΜΑΤΟΣ
		ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΡΕΒΑΤΙΟΥ	ΛΕΡΙΣΜΑ & ΑΛΛΑΓΗ ΣΕΝΤΟΝΙΩΝ - ΣΤΡΩΣΙΜΟ
		ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΟΙΚΙΑΣ	ΚΑΘΑΡΙΣΜΑ ΤΖΑΜΙΩΝ - ΞΕΣΚΟΝΙΣΜΑ ΡΑΦΙΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΩΝ - ΠΛΥΣΙΜΟ ΠΙΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΚΕΥΩΝ ΚΟΥΖΙΝΑΣ - ΣΦΟΥΓΓΑΡΙΣΜΑ ΠΙΑΤΩΜΑΤΟΣ
	ΑΤΟΜΙΚΗ – ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΦΑΓΗΤΟΥ	ΜΑΓΕΙΡΕΜΑ ΚΥΡΙΩΣ ΓΕΥΜΑΤΟΣ - ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΠΡΟΓΕΥΜΑΤΟΣ-ΔΕΚΑΤΙΑΝΟΥ - ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟΥ
		ΤΑΙΣΜΑ	
		ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ	ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΗΝ ΚΙΝΗΣΗ ΕΝΤΟΣ ΟΙΚΙΑΣ
		ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ	ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΝΤΥΣΙΜΟ - ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΡΟΥΧΩΝ (Π.Χ. ΞΕΚΡΕΜΑΣΜΑ ΑΠΟ ΝΤΟΥΛΑΠΑ) - ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΠΑΠΟΥΤΣΙΩΝ - ΞΥΡΙΣΜΑ - ΧΤΕΝΙΣΜΑ
		ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΜΠΑΝΙΟΥ - ΛΟΥΣΙΜΟ - ΣΚΟΥΠΙΣΜΑ, ΠΛΥΣΙΜΟ ΣΚΟΥΠΙΣΜΑ ΣΩΜΑΤΟΣ - ΤΟΠΙΚΟ ΠΛΥΣΙΜΟ
		ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΥΧΙΩΝ	ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΟΨΙΜΟ ΝΥΧΙΩΝ ΧΕΡΙΩΝ & ΠΟΔΙΩΝ
	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ	ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ	ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΟΧΩΝ & ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΕΡΓΟΥ
	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΕΣ ΕΙΔΩΝ ΠΡΩΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	
		ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΠΡΟΣ ΔΕΚΟ ΤΡΑΠΕΖΕΣ ΚΑΠ	
		ΑΓΟΡΕΣ ΕΙΔΩΝ ΠΡΩΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ
		ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΓΙΑΤΡΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ
	ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	

	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	
<u>ΓΙΑΤΡΟΣ</u>	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ
	ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	
		ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	
		ΛΗΨΗ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ	
		ΛΗΨΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ	
		ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ
		ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ	
		ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ	
		ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	
		ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	
	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ	
		ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ, ΟΤΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ, ΟΤΑ ΓΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΘΕΜΑΤΑ
		ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ - ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΜΟΝΑΔΑΣ	ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΟΧΩΝ & ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΕΡΓΟΥ
		ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΚΤΥΩΣΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	
		ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ & ΕΠΟΠΤΕΙΑ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ
	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	
<u>ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ</u>	ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΠΑΡΟΧΗ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
		ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΑΠΛΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ - ΕΠΟΠΤΕΙΑ - ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ - ΧΡΗΣΗ ΒΟΗΘΗΜΑΤΩΝ
	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΟΙΚΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΩΡΟΥ	
	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ	ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ	ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΟΧΩΝ & ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΕΡΓΟΥ

	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	
ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΒΟΗΘΟΥ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ, ΟΤΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ, ΟΤΑ ΓΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΘΕΜΑΤΑ
	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	
	ΑΤΟΜΙΚΗ – ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ	ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΗΝ ΚΙΝΗΣΗ ΕΝΤΟΣ ΟΙΚΙΑΣ
		ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΜΠΑΝΙΟΥ - ΛΟΥΣΙΜΟ - ΣΚΟΥΠΙΣΜΑ, ΠΛΥΣΙΜΟ ΣΚΟΥΠΙΣΜΑ ΣΩΜΑΤΟΣ - ΤΟΠΙΚΟ ΠΛΥΣΙΜΟ
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΛΗΨΗ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ	ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ - ΕΝΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΙΕΣΗΣ - ΜΕΤΡΗΣΗ ΣΑΚΧΑΡΟΥ - ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΥΝΤ/ΣΗΣ - ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΓΙΑΤΡΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ - ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ - ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ - ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ - ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ
	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΥΓΙΕΙΝΗ	ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΜΠΑΝΙΟ - ΠΛΥΣΙΜΟ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ - ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
		ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑΣ - ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΖΩΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ - ΤΗΡΗΣΗΣ ΑΡΧΕΙΟΥ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΖΩΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ - ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ - ΤΗΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
		ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΥΓΙΕΙΝΗ	ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΕΙΣ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	
	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ - ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΜΟΝΑΔΑΣ	ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΟΧΩΝ & ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΕΡΓΟΥ
		ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΚΤΥΩΣΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ	ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟ
	ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥΣ ΟΡΓΑΝ. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΣΥΝΟΔΕΙΑ - ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΚΑΙ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	
<u>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΛΟΙΠΕΣ ΟΔΗΓΟΣ</u>	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ	ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΥΛΙΚΟΥ
	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΕΣ ΕΙΔΩΝ ΠΡΩΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΓΟΡΑΣ & ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ
		ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΠΡΟΣ ΔΕΚΟ ΤΡΑΠΕΖΕΣ ΚΑΠ	ΠΛΗΡΩΜΗ ΚΑΡΤΩΝ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ – ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ ΚΑΠ
		ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	
	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	
	ΑΤΟΜΙΚΗ – ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ	ΚΟΥΡΕΜΑ
	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΟΙΚΙΑΣ	ΜΙΚΡΟΕΠΙΣΚΕΥΕΣ	ΑΛΛΑΓΗ ΣΠΑΣΜΕΝΟΥ ΤΖΑΜΙΟΥ – ΣΦΙΞΙΜΟ ΒΡΥΣΗΣ
		ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΩΝ	
ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
<u>ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ</u>	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΑΠΛΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ
		ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΕΠΟΠΤΕΙΑ
		ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ
		ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΧΡΗΣΗ ΒΟΗΘΗΜΑΤΩΝ
	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΟΙΚΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΑΝΑΓΚΑΙΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ	ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΠΛΑΝΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ
		ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΩΡΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΩΡΟΥ
	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΕΔΡΑ ΔΟΜΗΣ ΠΡΟΣ ΟΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	

(Πηγή: http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/08/blog-post_21.html)

Νόμος 4430/2016 - (ΦΕΚ 205/Α/31-10-2016)

Νόμος 4430/2016 : Κοινωνική και Αλληλεγγύα Οικονομία και ανάπτυξη των φορέων της και άλλες διατάξεις.

Άρθρο 69

Παράταση Προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι»

1.α. Η διάρκεια του Προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», που παρατάθηκε με την παρ. 2 του άρθρου 49 του Ν. 4351/2015 (Α' 164) μέχρι 31.12.2016, καθώς και οι συμβάσεις εργασίας ορισμένου χρόνου των απασχολούμενων για την παροχή των σχετικών υπηρεσιών, που παρατάθηκαν για το ίδιο χρονικό διάστημα, παρατείνονται από τη λήξη τους μέχρι 31.12.2017. Οι συμβάσεις των απασχολούμενων του Προγράμματος σε καμία περίπτωση δεν μετατρέπονται σε αορίστου χρόνου, κατά την έννοια της διάταξης της παρ. 3 του άρθρου 21 του Ν. 2190/1994 (Α' 28).

β. Για την απρόσκοπτη χρηματοδότηση της υλοποίησης του Προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» για το χρονικό διάστημα από 1.1.2017 έως και 31.12.2017, μεταφέρονται πόροι από: α) το λογαριασμό της Εισφοράς Αλληλεγγύης συνταξιούχων, που τηρείται στο Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών (ΑΚΑΓΕ), μέχρι του ύψους των σαράντα εκατομμυρίων (40.000.000) ευρώ, β) τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ειδικότερα τον Ειδικό Φορέα 33 220 μέχρι του ύψους των πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) ευρώ, γ) την ειδική εισφορά ασφαλισμένων, που θεσμοθετήθηκε με το άρθρο 138 του Ν. 4052/2012 (Α' 41) για τη χρηματοδότηση του Προγράμματος «Κατ' οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων» (ΙΚΑΕΤΑΜ), μέχρι του ύψους των δεκατεσσάρων εκατομμυρίων (14.000.000) ευρώ και δ) τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, μέχρι του ύψους του ενός εκατομμυρίου (1.000.000) ευρώ.

γ. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης προσδιορίζεται η διαδικασία μεταφοράς των μεταβιβαζόμενων πόρων και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. Η διαχείριση των πόρων αυτών και οι διαδικασίες υλοποίησης του Προγράμματος καθορίζονται σε προγραμματική σύμβαση, που υπογράφεται μεταξύ των Υπουργών Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και

Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, του Διοικητή του ΙΚΑΕΤΑΜ και της Ελληνικής Εταιρείας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης Α.Ε. (Ε.Ε.Τ.Α.Α. Α.Ε.).

2. Στο τέλος του εδαφίου δ' της παρ. 1 του άρθρου 64 του Ν. 4277/2014 (Α' 156), όπως προστέθηκε με την παρ. 1 του άρθρου 49 του Ν. 4351/2015 (Α' 164), προστίθεται νέο εδάφιο, ως ακολούθως:

«Το παραπάνω ποσό καλύπτει και την απαιτούμενη δαπάνη για την ολοκλήρωση του Προγράμματος της περιόδου 1.10.2013 έως 30.9.2014 (άρθρο 127 του Ν. 4199/2013 (Α' 216)).»



Signature Not
Verified
Digitally signed by
VARVARA ZACHARAKI
Date: 2017.02.15 15:04:20
EET
Reason: Signed PDF
embedded
Location: Athens, Ethniko
Typografio

3429

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

14 Φεβρουαρίου 2017

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 417

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

- 1 Προσδιορισμός της διαδικασίας μεταφοράς των μεταβιβαζόμενων πόρων για τη χρηματοδότηση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» για το χρονικό διάστημα από 1.1.2017- 31.12.2017.
- 2 Χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης στους ανέργους της ναυπηγοεπισκευαστικής ζώνης.
- 3 Κατάργηση πόρων και διάλυση του Κεφαλαίου Αποζημιώσεως Φορτοεκφορτωτών (Κ.Α.Φ.) Λιμένος Ζακύνθου.

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθμ. οικ. 2669/129

(1)

Προσδιορισμός της διαδικασίας μεταφοράς των μεταβιβαζόμενων πόρων για τη χρηματοδότηση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» για το χρονικό διάστημα από 1.1.2017- 31.12.2017.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ -
ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 69 ν. 4430/2016 (Α' 205) «Κοινωνική και Αλληλεγγύη Οικονομία και ανάπτυξη των φορέων της και άλλες διατάξεις».
2. Τις διατάξεις του άρθρου 149 του ν. 3655/2008 (Α' 58) Διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης και λοιπές ασφαλιστικές διατάξεις» όπως ισχύουν.
3. Τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 38 του ν. 3863/2010 (Α' 115) «Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις», όπως ισχύουν.
4. Τις διατάξεις των άρθρων 20, 24 και 77 του ν. 4270/2014 (Α' 143) «Αρχές δημοσιονομικής διαχείρισης και εποπτείας (ενσωμάτωση της Οδηγίας 2011/85/ΕΕ) - δημόσιο λογιστικό και άλλες διατάξεις», όπως αυτές ισχύουν.
5. Τις διατάξεις άρθρου 27 του ν. 4320/2015 (Α' 29) «Ρυθμίσεις για τη λήψη άμεσων μέτρων για την

αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης, την οργάνωση της Κυβέρνησης και των Κυβερνητικών οργάνων και λοιπές διατάξεις».

6. Τις διατάξεις του άρθρου 90 του Κώδικα νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα κυβερνητικά όργανα, που κυρώθηκε με το πρώτο άρθρο του π.δ. 63/2005 (Α' 98).

7. Τις διατάξεις του π.δ. 113/2014 (Α' 180) «Οργανισμός Υπουργείου Εργασίας», όπως ισχύουν.

8. Τις διατάξεις του π.δ. 125/2016 (Α' 210) «Διορισμός Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών».

9. Την αριθμ. Υ29/9.10.2015 (Β' 2168) απόφαση Πρωθυπουργού «Ανάθεσης αρμοδιοτήτων στον Αναπληρωτή Υπουργό Οικονομικών Γεώργιο Χουλιαράκη».

10. Τις διατάξεις του άρθρου 12 της αριθμ. Φ.80000/οικ. 12445/2646/10.8.2012 (Β' 2371) κοινής απόφασης των Υπουργών Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και Οικονομικών «Κανονισμός Οικονομικής Οργάνωσης και Λογιστικής Λειτουργίας του Ασφαλιστικού Κεφαλαίου Αλληλεγγύης Γενεών (Α.Κ. Α.ΓΕ.)».

11. Την ανάγκη συνέχισης των υπηρεσιών που παρέχονται σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, όπως οι εξαρτώμενοι ηλικιωμένοι πολίτες και ΑμεΑ που αντιμετωπίζουν αυξημένες ανάγκες φροντίδας ειδικά κατά τη σημερινή περίοδο οξείας κρίσης που διανύει η χώρα.

12. Την αριθμ. οικ. 2763/135/23.1.2017 εισήγηση της προϊσταμένης της Γενικής Διεύθυνσης Οικονομικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

13. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής προκαλείται δαπάνη εις βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού ύψους μέχρι έξι εκατομμυρίων ευρώ (6.000.000,00€) και ειδικότερα μέχρι πέντε εκατομμυρίων (5.000.000,00 €) από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ειδικότερα του Ειδικού Φορέα 33-220 και μέχρι ενός εκατομμυρίου ευρώ (1.000.000,00 €) από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών.

14. Την Δ6/Α/Φ1/οικ.57264/3226/12.12.2016 (ΑΔΑ: 6ΡΥ3465Θ1Ω-Ε5Ν) απόφαση της Υπουργού Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σύμφωνα με την οποία έχει εγγραφεί πίστωση», ποσού πέντε εκατομμυρίων ευρώ (5.000.000,00 €) στον Κρατικό Προϋπολογισμό του 2017 για τον Ειδικό Φορέα 33-220, Κ.Α.Ε. 2761: Χρηματοδότηση για την υλοποίηση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

15. Το 1396/17.1.2017 έγγραφο του Υπουργείου Εσωτερικών σύμφωνα με το οποίο αναφέρεται ότι η δαπάνη ύψους έως 1.000.000,00 € θα καλυφθεί από τις εγγεγραμμένες στον Κ.Α.Ε. 3221- Ε. Φ. 07-120- πιστώσεις του Προϋπολογισμού εξόδων τρέχοντος οικονομικού έτους του Υπουργείου Εσωτερικών.

16. Το γεγονός ότι η δαπάνη ύψους μέχρι σαράντα εκατομμυρίων ευρώ (40.000.000,00 €) θα καλυφθεί από τις πιστώσεις του Προϋπολογισμού του Ασφαλιστικού Κεφαλαίου Αλληλεγγύης Γενεών/Εισφορά Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (Ε.Α.Σ.) οικονομικού έτους 2017. Η προκαλούμενη δαπάνη του ΚΑΕ 2499/β Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» είναι εντός των ορίων του Προϋπολογισμού έτους 2017 του Α.Κ.Α.ΓΕ. (Κ.Υ.Α.: Φ.ΑΚΑΓΕ/οικ. 56600/2089/28.12.2016/ΑΔΑ: 7ΜΨ0465Θ1Ω-ΡΥ5) με όριο της δαπάνης για το έτος 2017 τα 40 εκ. ευρώ.

17. Την με αριθμ. Φ.3/1/ΔΥ/20.1.2017 (με ΑΔΑ: Ω0Δ-Φ465Θ1Ω-Ξ5Ι) απόφαση Ανάληψης Υποχρέωσης για τον Κ.Α.Ε 2499/β «Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι».

18. Ότι η προκαλούμενη δαπάνη του ΚΑΕ 2499/β «Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι» είναι εντός των ορίων που έχουν τεθεί από το ΜΠΔΣ 2015-2018. Διευκρινίζεται ότι το όριο της δαπάνης για το έτος 2017 έχει τεθεί στα 40 εκ. ευρώ.

19. Το γεγονός ότι η δαπάνη ύψους μέχρι δεκαεπτά εκατομμυρίων ευρώ (14.000.000,00 €) θα καλυφθεί από τις οικείες πιστώσεις του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης, σύμφωνα με την αριθμ. Φ.ΕΦ.ΚΑ/60265/2231/30.12.2016 (με ΑΔΑ: ΩΤΦ1465Θ1Ω-Ξ95) απόφαση της Υπουργού Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σχετικά με την «Εγκριση Προϋπολογισμού Ε.Φ.Κ. Α. Οικονομικού Έτους 2017».

20. Την με αριθμ. ΑΑΥΜ2/4.1.2017 (με ΑΔΑ: ΨΡΟΜ-465ΧΠΙ-ΝΝΧ) απόφαση Ανάληψης Υποχρέωσης του Ε.Φ.Κ.Α. για τον Κ.Α.Ε 0677 «Φροντίδα κατ'οίκον», αποφασίζουμε:

1. Καθορίζουμε το ύψος των πόρων που θα διατεθούν για την κάλυψη του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους συνταξιούχους στο πλαίσιο του Προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» για το χρονικό διάστημα από 1/1/2017 έως 31/12/2017 στο ποσό των εξήντα εκατομμυρίων ευρώ (60.000.000,00 €) ως εξής:

α) ποσό έως σαράντα εκατομμύρια ευρώ (40.000.000,00 €) από το Λογαριασμό της Εισφοράς Αλληλεγγύης Συνταξιούχων που τηρείται στο Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών (Α.Κ.Α.ΓΕ.).

Η μεταφορά του ποσού στην Ε.Ε.Τ.Α.Α. Α.Ε. θα γίνει από τον Λογαριασμό Ταμειακής Διαχείρισης-Εισφορά Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (Ε.Α.Σ.) του Ασφαλιστικού Κεφαλαίου Αλληλεγγύης Γενεών (Α.Κ.Α.ΓΕ.), ο οποίος τηρείται στην Τράπεζα της Ελλάδος (αρ. λογ. 261 45 156), με έκδοση επιταγών, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 12 της αριθμ. Φ.80000/οικ. 12445/2646/10.8.2012 (Β' 2371) Κοινής απόφασης των Υπουργών Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και Οικονομικών «Κανονισμός Οικονομικής Οργάνωσης και Λογιστικής Λειτουργίας του Ασφαλιστικού Κεφαλαίου Αλληλεγγύης Γενεών (Α.Κ.Α.ΓΕ.)»,

β) ποσό έως πέντε εκατομμύρια ευρώ (5.000.000,00 €) από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ειδικότερα του Ειδικού Φορέα 33-220, Κ.Α.Ε.: 2761

γ) ποσό έως δεκατέσσερα εκατομμύρια ευρώ (14.000.000,00 €) από την ειδική εισφορά ασφαλισμένων, που θεσμοθετήθηκε με το άρθρο 138 του ν. 4052/2012 (Α' 41) για τη χρηματοδότηση του Προγράμματος «Κατ'οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων» (τέως ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), ΚΑΕ:0677 και

δ) ποσό έως ένα εκατομμύριο ευρώ (1.000.000,00 €) από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών και ειδικότερα του Ειδικού Φορέα 07-120, ΚΑΕ.: 3221.

2. Η διαχείριση των πόρων αυτών και οι διαδικασίες υλοποίησης του Προγράμματος καθορίζονται σε προγραμματική σύμβαση, που υπογράφεται μεταξύ των Υπουργών Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εσωτερικών, του Διοικητή του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.ΚΑ.) και της Ελληνικής Εταιρείας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης Α.Ε. (Ε.Ε.Τ.Α.Α. Α.Ε.).

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 6 Φεβρουαρίου 2017

Οι Υπουργοί

Εσωτερικών	Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΣΚΟΥΡΛΕΤΗΣ	ΕΥΤΥΧΙΑ ΑΧΤΣΙΟΓΛΟΥ

Αναπληρωτής Υπουργός
Οικονομικών

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΟΥΛΙΑΡΑΚΗΣ