

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ¹

Ελένη Μαυρογένη²

Κοινωνικός αποκλεισμός είναι η παρεμπόδιση απορρόφησης κοινωνικών και δημόσιων αγαθών³ όπως αυτά της εκπαίδευσης, του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, κ.λπ., η έλλειψη των οποίων οδηγεί στην οικονομική ανέχεια και περιθωριοποίηση (Τσιάκαλος, 2004). Συνιστά μια ιδιότυπη διεργασία περιθωριοποιημένων κοινωνικών ομάδων και ατόμων, των οποίων η πρόσβαση στην αγορά εργασίας καθίσταται δυσχερής (Πανούσης, 2004). Σε ευρωπαϊκό επίπεδο συνδέεται κυρίως με την ιδέα της ανεπαρκούς πραγματοποίησης των κοινωνικών δικαιωμάτων ενώ στις εργασίες του παρατηρητηρίου του κοινωνικού αποκλεισμού συνδέεται με ένα βασικό επίπεδο διαβίωσης και τη συμμετοχή σε βασικούς κοινωνικούς θεσμούς και ευκαιρίες απασχόλησης (Ζαϊμάκης, 2005).

Η συνταξιοδότηση των ηλικιωμένων σημασιοδοτεί και την απομάκρυνσή τους από την αγορά εργασίας και της κοινωνικής θέσης ως μη-παραγωγικών μελών της κοινωνίας. Επίσης, οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν ομοιογενή ομάδα σε θέματα σωματικής και ψυχικής υγείας. Η σημαντική αύξηση του μέσου όρου ζωής έχει ως επακόλουθο όχι μόνο την αύξηση του γεροντικού πληθυσμού, αλλά και την εμφάνιση χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων (Έμκε-Πουλοπούλου, 1999).

Το άρθρο προσδοκά να παρουσιάσει τον αποκλεισμό των ηλικιωμένων ατόμων ο οποίος προκύπτει από τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, παρουσιάζονται οι δυνατότητες αλλά και οι περιορισμοί των τομέων του προνοιακού πλουραλισμού με τους οποίους εργάζεται ο κοινωνικός λειτουργός του νοσοκομείου προκειμένου να αποκαταστήσει κοινωνικά την ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα ασθενών. Παράλληλα, παρουσιάζονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της Κοινωνικής Εργασίας και οι δυσχέρειες άσκησης της στο νοσοκομειακό πλαίσιο καθώς και οι προϋποθέσεις για την παροχή υψηλής ποιότητας κοινωνικών υπηρεσιών στο χώρο της υγείας.

Κοινωνικός αποκλεισμός ηλικιωμένων ασθενών

Το εισόδημα των ηλικιωμένων προέρχεται κυρίως από τη σύνταξή τους. Από τους φορείς κύ-

1. Το παρόν άρθρο αποτελεί μέρος της εργασίας που παρουσιάστηκε στο 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας-Γηριατρικής (Ιανουάριος 2006) με θέμα «Κοινωνική Αποκατάσταση Ηλικιωμένων μετά τη νοσηλεία σε Γενικό Νοσοκομείο».

2. Κοινωνική λειτουργός (ΜΑ) στο Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Ψυχολόγος.

3. Δημόσια χαρακτηρίζονται τα αγαθά στα οποία θεωρητικά έχουν πρόσβαση όλοι οι άνθρωποι και κοινωνικά εκείνα τα οποία χρηματοδοτούνται από την οργανωμένη κοινωνία.

ριας ασφάλισης⁴ άλλοι περιορίζονται σε παροχές σύνταξης⁵ μόνο και άλλοι σε περισσότερα από ένα είδος παροχών (ασθένειας, επικουρικής ασφάλισης, πρόνοιας, ανεργίας, οικογενειακών επιδομάτων). Τα έξοδα κλάδου κύριας ασφάλισης αφορούν σχεδόν κατά τα 3/4 συντάξεις και λιγότερο από το 1/4 παροχές ασθένειας, ενώ οι παροχές πρόνοιας δεν υπερβαίνουν το 2% των δαπανών. Για τη μεγαλύτερη πλειονότητα των Ελλήνων η σύνταξη αποτελεί το βασικό παράγοντα οικονομικής τους αυτοτέλειας. Οι περισσότεροι συνταξιούχοι λαμβάνουν συντάξεις στα κατώτατα όρια που δεν τους επιτρέπουν αν δεν έχουν άλλα εισοδήματα ή οικογενειακή βοήθεια να επιβιώσουν (Έμκε-Πουλοπούλου, 1999). Η κατοικία, οι ατομικές αποταμιεύσεις και η οικονομική υποστήριξη από την οικογένεια είναι ουσιαστικές πηγές οικονομικής υποστήριξης των ηλικιωμένων (Μπαλούρδος, Τεπέρογλου, Φακιολάς, 2005).

Η πλειονότητα των ηλικιωμένων ζούν στα όρια της φτώχειας. Τα νοικοκυριά με τα χαμηλότερα εισοδήματα είναι αυτά με ηλικιωμένους (Μπαλούρδος, Τεπέρογλου, Φακιολάς, 2005). Έρευνα στις 12 χώρες της ΕΕ έδειξε ότι στην Ελλάδα το 46% των ηλικιωμένων νοικοκυριών ενός άτόμου άνω των 65+ βρισκόταν κάτω από το επίπεδο της φτώχειας το 1993. Η φτώχεια των ηλικιωμένων διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και τη μοναχική διαβίωση. Πιο συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι, οι μεγαλύτερες συχνότητες χαμηλών εισοδηματικών κλιμακίων παρουσιάζονται στα άτομα των ηλικιών 65 και άνω, στις ηλικιωμένες γυναίκες που ζούν μόνες τους και σε μεγάλο ποσοστό στα ηλικιωμένα ζευγάρια που διαβιούν μόνα τους (Έμκε-Πουλοπούλου, 1999).

Η χρηματοδότηση του ΟΓΑ (ασφαλιστικό ταμείο κάλυψης των αγροτών και των υπερηλίκων οι οποίοι δεν έχουν άλλα εισοδήματα) στηρίζεται κυρίως σε κρατικούς και κοινωνικούς πόρους. Η χρηματοδότηση των άλλων ταμείων στηρίζεται στις εισφορές εργοδοτών και ασφαλισμένων και ορισμένα από αυτά ενισχύονται από τους κοινωνικούς πόρους. Για παράδειγμα, από το κράτος χρηματοδοτούνται οι δαπάνες για τις συντάξεις και για την υγειονομική περίθαλψη των δη-

4. Η ίδρυση του ΙΚΑ το 1934 αποτέλεσε τον κύριο σταθμό στην ανάπτυξη του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα το οποίο ακολούθησε το γερμανικό πρότυπο ασφάλισης για μισθωτούς και υπαλλήλους. Στο ΙΚΑ είναι ασφαλισμένοι άμεσα οι μισθωτοί και έμμεσα τα μέλη των οικογενειών τους (50% του πληθυσμού). Στο ΤΕΒΕ είναι ασφαλισμένοι οι βιοτέχνες και οι επαγγελματίες διαφόρων κατηγοριών αυτοαπασχολούμενων ελεύθερων επαγγελματιών (13% του πληθυσμού). Τέλος, από το 1961 ασφαλίστηκαν και οι αγρότες με την ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ). Η ίδρυση του ταμείου αυτού κάλυψε ένα μεγάλο μέρος του ελληνικού πληθυσμού και χρηματοδοτήθηκε από ειδική φορολογική εισφορά προερχόμενη από τον αστικό πληθυσμό, μια και το χαμηλό αγροτικό εισόδημα δεν επέτρεπε περαιτέρω επιβάρυνση. Στον ΟΓΑ ασφαλίζονται επίσης οι ψαράδες αλλά και οι υπερηλίκες άνω των 65 ετών οι οποίοι δεν έχουν άλλα εισοδήματα (25% του πληθυσμού). Όσον αφορά το Δημόσιο από το 1993 οι δημόσιοι υπάλληλοι έχουν οικονομική επιβάρυνση για τη συνταξιοδότησή τους (6% του πληθυσμού). Οι υπόλοιποι ασφαλιστικοί φορείς, στο σύνολο 327, καλύπτουν το 6% του πληθυσμού (Σταθόπουλος, 2005).

5. Η αύξηση των δαπανών των συνταξιοδοτικών προγραμμάτων των ασφαλιστικών φορέων εντείνει το έλλειμμα των ασφαλιστικών ταμείων. Η αύξηση αυτή οφείλεται σε δημογραφικούς (γήρανση πληθυσμού), οικονομικούς, θεσμικούς και άλλους παράγοντες όπως στην αύξηση του αριθμού των προσώπων που δικαιούνται παροχές, στην αύξηση των παροχών (επέκταση της κάλυψης σε ομάδες που δεν είχαν τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης, αύξηση των συντάξεων μετά το 1981), στην ποιοτική βελτίωση των παροχών αλλά και στη συνταξιοδότηση μεγάλου αριθμού μειονεκτούντων ατόμων.

μοσίων υπαλλήλων, στρατιωτικών, σωμάτων ασφαλείας, βουλευτών, δημοτικών και κοινοτικών υπαλλήλων καθώς και κοινωνικές ομάδες εύπορων ταμείων. Συνεπώς, η κατανομή των κοινωνικών πόρων δεν ακολουθεί την κοινωνική δικαιοσύνη εφόσον, ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (π.χ. άποροι ηλικιωμένοι) λαμβάνουν συντάξεις ΟΓΑ, οι οποίες βρίσκονται κάτω και από κατώτατο όριο, ενώ, άλλες ομάδες πιο εύπορων ασφαλισμένων λαμβάνουν μεγαλύτερο μερίδιο από τους κοινωνικούς πόρους (ό.π).

Ο δημόσιος προϋπολογισμός αποτελεί μέσο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας μέσω της γενικής φορολογίας. Η κατάσταση των ελλειμματικών ταμείων αντιμετωπίστηκε αρχικά με την αύξηση των φόρων. Όμως το πρόβλημα της φορολογίας εισοδήματος, και ιδιαίτερα το άνιστο σύστημα της φορολογίας του εισοδήματος, εξαιτίας της ευρείας έκτασης της παραοικονομίας, δημιούργησε το πρόβλημα της χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας. Οι μισθοσυντηρητικοί και οι συνταξιούχοι συμμετέχουν σταθερά τα τελευταία χρόνια κατά 50% στα συνολικά φορολογικά έσοδα, ενώ η παραοικονομία ενισχύεται κυρίως από τους εργοδότες. Οι συνταξιούχοι και οι μισθωτοί είναι αυτοί που δεν φοροδιαφεύγουν αφού ο φόρος παρακρατείται στην πηγή και συνεπώς επιβαρύνονται περισσότερο (Νιάκας, 1991).

Παρότι τα συστήματα υγείας τα οποία χρηματοδοτούνται μέσω της φορολογίας και στα οποία ισχύει η προοδευτικότητα του φορολογικού συντελεστή, αποβλέπουν στην επιβάρυνση των υψηλών εισοδημάτων για την επίτευξη σε μεγάλο βαθμό της ισότητας και της κοινωνικής αλληλεγγύης, οι πλούσιοι συνεισφέρουν περισσότερο από τους φτωχούς στη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας αλλά και απολαμβάνουν περισσότερα. Τα χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα φαίνονται να ευνοούνται επειδή συνεισφέρουν λιγότερα, αλλά απολαμβάνουν λιγότερα, διότι πλήττονται περισσότερο από τους κοινωνικούς κινδύνους και την οικονομική συγκυρία (Γεϊτονα και Κυριόπουλος, 2000).

Ένα από τα αποτελέσματα της γήρανσης του πληθυσμού είναι η αύξηση των δαπανών για την υγεία των ηλικιωμένων και συνεπώς η αύξηση της συνολικής δαπάνης για την υγεία⁶. Ελληνικές έρευνες υποστηρίζουν ότι τα 2/3 του κόστους περίθαλψης αφορούν τα πέντε τελευταία χρόνια της ζωής και από αυτό το μισό τουλάχιστον αφορά τους τελευταίους έξι μήνες και ότι το 13% των αρρώστων των νοσοκομείων παράγουν το 50% του νοσοκομειακού κόστους. Επίσης, το 1/3 των δαπανών υγείας καταναλώνονται για την ομάδα των υπερηλίκων. Η κατά κεφαλήν δαπάνη για υπηρεσίες υγείας είναι 6-8 φορές μεγαλύτερη για τους ηλικιωμένους από τη μέση δαπάνη όλων των ηλικιών (Έμκε-Πουλοπούλου, 2000:158).

Όσον αφορά το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης στα δημόσια νοσοκομεία, αυτό καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας. Όμως, οι ασφαλισμένοι από διάφορα ταμεία έχουν το δικαίωμα να εισάγονται σε κατηγορίες θαλάμων νοσοκομείου ανάλογα με το πόσο εύπορο είναι το ταμείο. Τα ταμεία υγείας τα οποία ασφαλίζουν το 70% περίπου των ασφαλισμένων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ) καλύπτουν τα έξοδα για την τρίτη κατηγορία θαλάμων όπου παρατηρείται χρόνια έλλειψη κρεβατιών καθώς και περιορισμένο ενδιαφέρον για τους ασθενείς της κατηγορίας αυτής.

6. Οι δαπάνες υγείας στις αναπτυγμένες χώρες αποτελούν ένα από τα μείζονα προβλήματα οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών για την υγεία. Οι ασφαλιστικοί φορείς που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη είναι 39. Το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από τη γενική φορολογία ενώ το 1/4 από την κοινωνική ασφάλιση.

Το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας στην ομάδα των ηλικιωμένων ατόμων αφορά στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Στην Ελλάδα είναι έντονη η έλλειψη κλινών αποθεραπείας μέσης ή μακράς διάρκειας νοσηλείας. Έτσι, για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων είτε παρατείνεται η νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία είτε οι ηλικιωμένοι κατευθύνονται σε μικρές ιδιωτικές μονάδες οι οποίες λόγω ελλείψεως κατάλληλου έμψυχου δυναμικού και υλικών μέσων δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως μονάδες οξείας νοσηλείας (Γεωργούση και συν., 2002).

Οι συνταξιούχοι, η πλειοψηφία των οποίων συγκαταλέγεται στην κατηγορία των φτωχών και αδυνάτων, αντιμετωπίζουν δυσκολίες οι οποίες πηγάζουν από τις ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στο δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες αυτές. Επιπρόσθετα, στους ανασφάλιστους ηλικιωμένους ασθενείς-άνω των 65 ετών και εφόσον δεν έχουν άλλη ασφαλιστική κάλυψη-, χορηγεί βιβλιário νοσηλείας το Κράτος για νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη αλλά δεν έχουν τη δυνατότητα λήψης υψηλής ποιότητας και επαρκούς ποσότητας υπηρεσιών υγείας (Μάρδας και Αρμπουνιώτου, 1995).

Σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αυτή συνήθως αναφέρεται στην καταλληλότητα της φροντίδας υγείας, στην αποτελεσματική χρήση των πηγών και στη «συνέχιση» της φροντίδας. Η έρευνα των Auchincloss, Van Nostrand και Ronsaville (2001) στην Αμερική έδειξε ότι, όταν οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν μειωμένο οικογενειακό εισόδημα, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, ζούν μόνοι τους και έχουν σοβαρές ασθένειες παρουσιάζουν περισσότερες δυσκολίες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Η μειωμένη πρόσβαση μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα μετακίνησης, αδυναμία της μακρόχρονης κοινοτικής φροντίδας ακόμα και στη μη ικανοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων από τις υπηρεσίες υγείας αλλά και στη μειωμένη ικανότητα, λόγω χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, των ηλικιωμένων ατόμων να κατανοήσουν τις προϋποθέσεις διεκδίκησης των δικαιωμάτων τους και των αποζημιώσεών τους. Εκτός όμως αυτών των προσωπικών χαρακτηριστικών, άλλα δομικά στοιχεία της γειονιάς επηρεάζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η φτώχεια στο επίπεδο της γειονιάς, η ύπαρξη εθνικών μειονοτήτων στη γειονιά και η απουσία κοινοτικής ανάπτυξης (απομακρυσμένες περιοχές) αποτρέπουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Στην Ελλάδα, στην καθημερινή πρακτική των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομειακό χώρο, διαπιστώνεται η εισαγωγή ηλικιωμένων κατά κανόνα σε άσχημη κατάσταση και σε επίπεδο παραμέλησης. Η μη έγκαιρη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και η μη απορρόφηση αγαθών και υπηρεσιών στο κοινωνικό σύνολο⁷, οδηγούν τους ηλικιωμένους σε έξαρση των συμπτωμάτων που απορρέουν από την εξέλιξη ασθενειών που δεν αντιμετωπίστηκαν έγκαιρα. Το γεγονός αυτό καθιστά επείγουσα την ανάγκη αντιμετώπισης της κατάστασης κρίσεως. Η συχνότητα των εισαγγελικών παραγγελιών –κυρίως από το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον των ασθενών- για νοσοκομειακή περίθαλψη και φροντίδα μοναχικών, ασθενών και παραμελημένων ηλικιωμένων ατόμων έχει αυξηθεί.

Η εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων και αρκετές φορές η επιδείνωσή τους, φέρνει τα -μοναχικά κυρίως- ηλικιωμένα άτομα αντιμέτωπα όχι μόνο με τα γηρατειά αλλά και με την αρρώ-

7. Όπως παρουσιάζεται σε έρευνα για τον κοινωνικό αποκλεισμό των ηλικιωμένων, οι υπερήλικες σε απομακρυσμένα νησιά αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό του συνολικού πληθυσμού τους και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στο θέμα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και των αναγκαίων υπηρεσιών προστασίας της υγείας τους (Μπαλούρδος, Τεπερόγλου, Φακιολάς, 2005).

στεια. Η νοσηλεία τονίζει ιδιαίτερα το διπλό αποκλεισμό των νοσηλευομένων ηλικιωμένων ασθενών με αποτέλεσμα την ψυχολογική αποδυνάμωσή τους.

Η ομάδα των ασθενών ηλικιωμένων που διαβιούν σε άθλιες συνθήκες αλλά και των αστέγων, συνεχώς αυξάνεται. Στο νοσοκομείο, η ψυχολογική πίεση που βιώνουν τα άτομα αυτά είναι μεγάλη, εξαιτίας του γεγονότος ότι έχουν ζήσει ένα μεγάλο χρονικό διάστημα σε καταστάσεις ένδειας, αλλά το κυριότερο είναι η απώλεια κοινωνικών και οικογενειακών δεσμών.

Ιδιαίτερα οι άστεγοι, μεταξύ των οποίων και ηλικιωμένα άτομα, παρουσιάζουν περίοδο σταδιακής απώλειας ενδιαφέροντος, ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας για τον κοινωνικό αποκλεισμό και επιθετική στάση προς τους άλλους, διότι τους θεωρούν υπαίτιους για την τωρινή τους κατάσταση (Σόλιας και Δέγλης, 2002). Επίσης, παραιτούνται από οποιαδήποτε άσκηση δικαιώματος για χορήγηση επιδόματος πρόνοιας ή ακόμα και διεκδίκησης της σύνταξης υπερηλίκων του ΟΓΑ⁸. Βέβαια, η ανταπόκριση στις γραφειοκρατικές διαδικασίες όπως για παράδειγμα η δήλωση μόνιμης κατοικίας ή ακόμα και η συγκέντρωση όλων των απαιτούμενων δικαιολογητικών που χρειάζονται είναι πολλές φορές αδύνατη. Στην περίοδο δε της πλήρους παθητικότητας, ο άστεγος αυτο-αποκλείεται από πηγές βοήθειας και περιθωριοποιείται από τον κοινωνικό ιστό. Η στάση του είναι παθητικά επιθετική και απαξιωτική, ενώ αναμένει το περιβάλλον να κινητοποιηθεί και να του παράσχει βοήθεια.

Συμπερασματικά, ο κοινωνικός αποκλεισμός των ηλικιωμένων ασθενών σχετίζεται με τη φτώχεια αλλά δεν περιορίζεται στο εισόδημα. Οι ανισότητες στην πολιτική υγείας και πιο συγκεκριμένα στην παροχή, πρόσβαση αλλά και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, οδηγούν τους ηλικιωμένους στην αδυναμία άσκησης του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία και εν συνεχεία, σε ένα φαύλο κύκλο πολυδιάστατων μορφών αποστέρσης.

Κοινωνική Εργασία σε νοσοκομειακό πλαίσιο και προνοιακός πλουραλισμός

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε νοσοκομειακό πλαίσιο εστιάζεται στην κατανόηση των συναισθηματικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων του ασθενή προκειμένου να βοηθήσει στο διαγνωστικό έργο και την εκτίμηση των γιατρών (Carr, 1994). Στη συνέχεια, μεριμνά για τη μετανοσοκομειακή του φροντίδα. Η υποβοήθηση στην αποκατάστασή του περιλαμβάνει τόσο την προετοιμασία του ίδιου του ασθενή όσο και του περιβάλλοντός του με σκοπό την επανένταξή του στο χώρο του. Στις περιπτώσεις των σοβαρών παθήσεων, ο κοινωνικός λειτουργός θα μεριμνήσει για την παραπομπή του ασθενή σε ίδρυμα ή άλλο μετανοσοκομειακό χώρο φροντίδας (Σταθόπουλος, 2005).

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο αναδύονται προβλήματα σχέσεων του ηλικιωμένου ατόμου με το περιβάλλον, σχέσεων με τον κοινωνικό περίγυρο λόγω έλλειψης οικογενειακού περιβάλλοντος, άρνηση της συγγένειας με το ηλικιωμένο άτομο για να αποφευχθεί η ευθύνη της φροντίδας, εγκατάλειψη, μη επαρκή ασφαλιστική κάλυψη, μοναξιά, οικονομικά προβλήματα (Καλλιγέρη-Βυθούλα, 1991).

Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να εργαστεί αρχικά με τους ηλικιωμένους ώστε να αμβλυνθούν οι αναστολές τους και να συμμετάσχουν τόσο στη διατύπωση του προβλήματός τους, του αιτήματός τους όσο και στη λύση του προβλήματος. Πρόκειται για μια διαδικασία η οποία προϋποθέτει κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ κοινωνικού λειτουργού και ηλικιωμένου ατόμου ώστε

8. Τη λαμβάνουν οι ανασφάλιστοι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών.

να επιτευχθεί η επικοινωνία και η συνεργασία του. Ο κοινωνικός λειτουργός διερευνά τις συνθήκες (κοινωνικές, οικονομικές, οικογενειακές, κλπ) οι οποίες οδήγησαν το ηλικιωμένο άτομο στην παρούσα κατάσταση, το βαθμό αποδυνάμωσης των δομών αλληλεγγύης στο άμεσο κοινωνικό του περιβάλλον, την ύπαρξη σχέσεων με άλλα άτομα και τις ψυχολογικές επιπτώσεις στην προσωπικότητά του. Συνεκτιμά παραμέτρους που αφορούν την κατάσταση υγείας του και τις ανάγκες μετανοσοκομειακής φροντίδας ώστε να είναι σε θέση να συμβουλευτεί, σε ένα δεύτερο επίπεδο, τον ασθενή ηλικιωμένο για τις εναλλακτικές λύσεις που προκύπτουν.

Το νοσοκομείο αποτελεί συνθήως την πρώτη ευκαιρία για την ενημέρωσή του για τις προνοιακές παροχές. Η εργασία για τα προνοιακά δικαιώματα αποτελεί μέρος της επαγγελματικής διαδικασίας λύσης προβλημάτων που χρησιμοποιούν οι κοινωνικοί λειτουργοί. Το πρόβλημα που παρατηρείται τις περισσότερες φορές είναι η έλλειψη πλήρως ενημερωμένων φυλλαδίων και αναλυτικών σαφών βιβλίων αναφοράς ώστε η εργασία των κοινωνικών λειτουργών να είναι αποτελεσματική αλλά και το άγχος των εξυπηρετούμενων να εξαλειφθεί (Βουρνάς και Μαυρογένη, 2000).

Η απλή πληροφόρηση των εξυπηρετούμενων ασθενών για τα δικαιώματά τους δεν αρκεί για την επίλυση των προβλημάτων τους. Η ανάπτυξη της δράσης αποτελεί και τον ακρογωνιαίο λίθο της επίλυσης των προβλημάτων. Αρχικά όμως, η εκτίμηση της κατάστασης και των αιτημάτων του ασθενή ή των οικείων του θα πρέπει να έχει ολοκληρωθεί πριν τη συμφωνία για τη δράση, η οποία μπορεί να είναι η πληροφόρηση, η συμβουλευτική και η παραπομπή (ό.π).

Τα «εφόδια» του κοινωνικού λειτουργού, ο οποίος εργάζεται στο νοσοκομείο είναι η εκάστοτε κοινωνική πολιτική. Πιο συγκεκριμένα, οι έννοιες του «προνοιακού πλουραλισμού» και της «μικτής οικονομίας της πρόνοιας» ή της «μικτής πρόνοιας», «χρησιμοποιούνται εναλλακτικά για να περιγράψουν με έναν γενικό τρόπο τη μετάβαση από ένα κράτος πρόνοιας σε μια κοινωνία πρόνοιας» (Κουκούλη, 2005:301). Οι τομείς οι οποίοι συμμετέχουν στη διαμόρφωση της κοινωνίας πρόνοιας είναι ο κρατικός, ο ιδιωτικός, το άτυπο/ανεπίσημο δίκτυο φροντίδας (συγγενείς, φίλοι, κ.ά.) και ο εθελοντικός τομέας (εθελοντικοί φορείς, ΜΚΟ).

Ο κρατικός τομέας περιλαμβάνει τα μέτρα προστασίας και τους φορείς εφαρμογής προνοιακών προγραμμάτων⁹. Στα πρώτα συμπεριλαμβάνεται η εισοδηματική ενίσχυση (επίδομα βαρειάς αναπηρίας, η σύνταξη ανασφάλιστων υπερηλίκων – 65 ετών και άνω – η επιδότηση ενοικίου, η έκτακτη οικονομική ενίσχυση, κ.ά.). Επίσης, εφόσον έχουν ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%, διεκδικούν κάποιες φορολογικές απαλλαγές και δυνατότητες δανείων. Ορισμένες ομάδες, όπως οι τυφλοί και οι παραπληγικοί, έχουν διεκδικήσει και εξασφαλίσει περισσότερες παροχές σε σχέση με άλλες. Πολλές από αυτές τις παροχές όμως δεν είναι χρήσιμες ή δεν αξιοποιούνται από ηλικιωμένους χρονίως πάσχοντες γιατί δεν τις γνωρίζουν (Αμνρά, 2005). Στον δεύτερο τομέα συμπεριλαμβάνεται η παροχή προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών που διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: την εξωιδρυματική και την ιδρυματική περίθαλψη (ο.π).

9. Η πολιτική στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους αποσκοπεί στην παραμονή τους, όσο το δυνατόν, μέσα στην κοινότητα και την επικοινωνία με την οικογένειά τους, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας. Χαρακτηριστικό γνώρισμα των προνοιακών φορέων του δημοσίου τομέα είναι ότι αποτελούν θεσμοθετημένα όργανα με νομική υπόσταση και έχουν υποχρέωση να παρέχουν δωρεάν προνοιακές υπηρεσίες στους πολίτες. Οι δημόσιοι φορείς συχνά κριτικάρονται για παροχή κατώτερου επιπέδου υπηρεσιών. Αυτό οφείλεται είτε στη βραδύτητα και στην περιορισμένη αποτελεσματικότητα, είτε σε γραφειοκρατικές αδυναμίες (Σταθόπουλος, 2005).

Στην *εξωιδρυματική περιθαλψη*, στα πλαίσια της αναδιάρθρωσης των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, με έμφαση στο ρόλο της τοπικής κοινότητας και την αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας, στην Ελλάδα διαμορφώθηκε ο θεσμός των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)¹⁰ και η θεσμοθετήθηκαν προγράμματα όπως το «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι» και η «Κατ'Οικον Νοσηλεία» (Γεωργούση και συν., 2002).

Το «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι», το οποίο λειτουργεί σε 101 ΚΑΠΗ της χώρας από το 1998, έχει σκοπό να καλύψει τις βασικές ανάγκες κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή διαβίωση των ηλικιωμένων οι οποίοι δεν εξυπηρετούνται πλήρως, διαβιούν μοναχικά, δεν έχουν πόρους και χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα (Σταθόπουλος, 2005)¹¹. Περιλαμβάνει την υποστηρικτική κοινωνική εργασία, τη συμβουλευτική της οικογένειας, τη νοσηλευτική φροντίδα, την προσωπική φροντίδα του ηλικιωμένου, τη φροντίδα του σπιτιού, κλπ. Η φροντίδα στο σπίτι στοχεύει στη μεγιστοποίηση της αποκατάστασης, στο μέτρο του δυνατού, και της ανεξαρτησίας του ατόμου ώστε να αποφευχθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός και να διατηρηθεί η ψυχική υγεία (Αμπρά, Στουρνάρα και Μανάρα, 2002).

Το πρόγραμμα αυτό απευθύνεται στις ευάλωτες ομάδες κυρίως των ηλικιωμένων και αποτελεί το κύριο εργαλείο του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» λειτουργεί πρωτίστως ως μονάδα ιατροκοινωνικής φροντίδας λόγω της έλλειψης πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας σε πολλές περιοχές της Ελλάδας. Η εφαρμογή του προγράμματος δείχνει αυξανόμενες ανάγκες των πολιτών να ενταχθούν στο πρόγραμμα (Κανδυλάκη και Καραγκούνης, 2005).

Εν τούτοις, οι δυσκολίες προκύπτουν εξαιτίας του αποσπασματικού τρόπου κάλυψης συγκεκριμένων αναγκών ορισμένου αριθμού ηλικιωμένων. Η ελλιπής στελέχωση του προγράμματος σε ειδικότητες και σε αριθμό επαγγελματιών, η πενιχρή υποδομή, η έλλειψη μηχανογράφησης, η μη εξυπηρέτηση ατόμων λόγω έλλειψης μεταφορικού μέσου ή οδηγού διαμορφώνουν ένα πλαίσιο ιδιαίτερα δύσκολο για τη βιωσιμότητα του προγράμματος. Τα βαρύτερα αίτια της κατάστασης αυτής είναι η έμφαση στην απορρόφηση των εκάστοτε χρηματοδοτήσεων χωρίς όμως να αναγνωρίζονται τα ζητήματα των τοπικών ιδιοτεροτήτων, των συγκεκριμένων κοινωνικο-οικονομικών πλαισίων και των αναγκαίων προγραμματισμών σε βάθος χρόνου για τη στέρεη εξέλιξη των δράσεων κοινωνικής πολιτικής σε τοπικό επίπεδο. Επιπρόσθετα, διαπιστώνεται απουσία λειτουργικής διασύνδεσης και επικοινωνίας του προγράμματος με άλλους τοπικούς φορείς, ομάδες και θεσμούς, γεγονός αρνητικό στη διασύνδεση του προγράμματος με την υπόλοιπη τοπική κοινωνία. Τέλος, ο εξατομικευμένος χαρακτήρας του προγράμματος και η αντιμετώπιση του εξυπηρετούμενου ως παθητικού δέκτη των υπηρεσιών απέχει από την ουσιαστική κοινωνική ένταξη και συμμετοχή των ηλικιωμένων και των ευπαθών ομάδων πληθυσμού στο σχεδιασμό των παρεχομένων υπηρεσιών (ό.π). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πανελλαδικής έρευνας της Eurofamcare, οι υπάρχουσες υπηρεσίες υποστήριξης ηλικιωμένων στο σπίτι είναι αρ-

10. Το ΚΑΠΗ αποτελεί το πρώτο θετικό βήμα στον τομέα της κοινωνικής αντιμετώπισης των ηλικιωμένων από το κράτος. Ο θεσμός αυτός συμβάλλει στη φροντίδα της τρίτης ηλικίας και στην ένταξη των ηλικιωμένων στην κοινότητα.

11. Αρχικά ο κύριος στόχος του προγράμματος ήταν η ανάληψη φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων και ατόμων με αναπηρίες που έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον με στόχο να διευκολύνουν τους φροντιστές-στο σύνολό τους γυναίκες- να αναζητήσουν θέσεις εργασίας αλλά και να αυξήσει τη γυναικεία απασχόληση προσλαμβάνοντας στο πρόγραμμα γυναίκες (Κανδυλάκη και Καραγκούνης, 2005).

κετά περιορισμένες και αναγκαστικά επικεντρώνονται στην υποστήριξη των ηλικιωμένων που δεν έχουν οικογένεια να τους φροντίσει (Τριανταφύλλου και συν., 2006).

Ιδιαίτερα για τους ογκολογικούς ασθενείς, εξαιτίας της ανάγκης για συχνή ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση, λειτουργεί από το 1979 η Υπηρεσία Νοσηλείας στο Σπίτι στο πλαίσιο του Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιά «Μεταξά». Πρόκειται για μια ευέλικτη μονάδα με χαμηλό οικονομικό κόστος η οποία παρέχει ιατρικές-νοσηλευτικές υπηρεσίες χωρίς επιβάρυνση του ασφαλιστικού φορέα, φάρμακα (παυσίπονα-ναρκωτικά), αναλώσιμο και υγειονομικό υλικό και την πραγματοποίηση στο νοσοκομείο δωρεάν εργαστηριακών εξετάσεων (http://www.metaxa-hospital.gr/services/1/main.asp?m_id=3). Ανάλογα προγράμματα έχει ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και το Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι». ¹² Βασικός όμως στόχος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) σε αυτό τον τομέα είναι τέτοιου είδους προγράμματα να σχεδιάζονται και να λειτουργούν αυτόνομα στην κοινότητα όπου η εκτίμηση των αναγκών θα γίνεται σε πραγματικές συνθήκες στο χώρο όπου ζει ή εργάζεται το άτομο και στο περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται (Κωνσταντινίδης και Τζαγκαράκη, 1998).

Στη χώρα μας η εφαρμογή προγραμμάτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας έχει συναντήσει αρκετά προβλήματα αν και ο νομοθέτης προσπάθησε με τους νόμους 1397/1983 «*περί εθνικού συστήματος υγείας*» και 2071/1992 «*περί εκσυγχρονισμού και οργάνωσης του συστήματος υγείας*», να θέσει τις βάσεις λειτουργίας τους. Η νοσηλεία στο σπίτι που αποτελεί το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας και προϋποθέτει σωστή οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αναπτύχθηκε κυρίως σαν συνέχεια της φροντίδας από το νοσοκομείο στο σπίτι και αφορά κυρίως φροντίδα καρκινοπαθών και ηλικιωμένων (ό.π).

Σκόπιμο είναι να αναφερθεί και το πρόγραμμα τηλεσυναγερμού του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού το οποίο απευθύνεται στα μοναχικά ηλικιωμένα και ανάπηρα άτομα (Αμνρά, 2005) και λειτουργεί μόνο στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη. Λειτουργεί σε 24ωρη βάση, όλες τις ημέρες του χρόνου και παρέχει άμεση βοήθεια σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Το ενδιαφερόμενο άτομο φέρει εξάρτημα υψηλής τεχνολογίας το οποίο του δίνει τη δυνατότητα να επικοινωνεί και να δίνει σήμα για βοήθεια. Ανάλογα με τις ανάγκες του εκπέμπεται το συγγενικό ή γειτονικό περιβάλλον, η Άμεση Δράση, το ΕΚΑΒ, ή η Πυροσβεστική. Ανάλογη υπηρεσία προσφέρει και η Γραμμή Ζωής (Ελληνική ΜΚΟ) (<http://www.lifelinehellas.gr/ipiresies.html>).

Όσον αφορά την *ιδρυματική περίθαλψη*, εξαιτίας της έμφασης που έχει δώσει η κρατική πολιτική στην εξωιδρυματική μορφή φροντίδας, παραβλέπεται το γεγονός ότι η ομάδα των ηλικιωμένων οι οποίοι χρειάζονται ιδρυματική φροντίδα, δεν εξυπηρετείται (Σταθόπουλος, 2005). Στην πραγματικότητα τα θεραπευτήρια χρονίων παθήσεων, τα οποία δέχονται τα άτομα αυτά, λειτουργούν ως άσυλα. Οι αιτήσεις είναι πολλές, η αναμονή μεγάλη, το προσωπικό ανεπαρκές να ανταποκριθεί στις ανάγκες των φιλοξενούμενων και η έννοια της θεραπείας ανύπαρκτη. Επιπρόσθετα, εξαιρούν τους καρκινοπαθείς, τους έχοντες ψυχικό νόσημα, τους ανοϊκούς και αυτούς με μεταδοτικό νόσημα (π.χ. φυματίωση). Η διακίνηση των περιστατικών που παραπέμπεται από το νοσοκομείο στα θεραπευτήρια είναι πολύ αργή και αποδίδεται στην έλλειψη προ-

12. Παράλληλα, λειτουργούν και τα κέντρα πόνου και παρηγορητικής αγωγής στα πλαίσια δημοσίων νοσοκομείων (ΕΣΥ και Πανεπιστημιακά) και ανήκουν στις αναισθησιακές κλινικές. Επίσης, λειτουργούν ανάλογα κέντρα ιδιωτικής πρωτοβουλίας ή μέσω ιδρυμάτων (όπως π.χ. το Ίδρυμα Τζένη Καρέζη).

σωπικού, κενών θέσεων και γενικότερα ανεπαρκών διοικητικών λειτουργιών ενώ η μορφή τους είναι περισσότερο ασυλιακή και λιγότερο θεραπευτική (Λύκκου, 1994). Τα κέντρα αποκατάστασης, παρότι επιτυγχάνουν το στόχο τους, συνήθως δε δέχονται ασθενείς με μη αναστρέψιμες παθήσεις και με βαρεία κλινική εικόνα όπως τραχειοστομία, χρήση αναπνευστήρα, κλπ.

Συνεπώς, η «λύση» του θεραπευτηρίου, ως η μόνη κρατική εναλλακτική, αφενός δεν εξυπηρετεί όλες τις πληθυσμιακές ομάδες με χρόνιες παθήσεις-μεταξύ αυτών και των ηλικιωμένων- και αφετέρου η ανταπόκριση στις πραγματικές ανάγκες αυτών που έχουν τις προϋποθέσεις είναι φτωχή.

Τέλος, οι κοινωνικοί ξενώνες ενηλίκων καλούνται πολλές φορές να καλύψουν στεγαστικές ανάγκες αστέγων ενηλίκων-μεταξύ αυτών και ηλικιωμένων- οι οποίοι αυτοεξυπηρετούνται και για τους οποίους υπάρχει ο προγραμματισμός μετακίνησής τους σε άλλους χώρους φροντίδας.

Όσον αφορά την ιδιωτική πρωτοβουλία στον τομέα των ιατροκοινωνικών μονάδων μετανοσοκομειακής φροντίδας για υπερήλικες και χρόνιους πάσχοντες, παρότι είναι υπαρκτή στην Ελλάδα, εν τούτοις οι υπηρεσίες των Οίκων Ευγηρίας δεν προσφέρονται σε ηλικιωμένα άτομα χωρίς εισοδήματα ή με πενιχρά οικονομικά μέσα. Άλλοι πάλι χώροι μετανοσοκομειακής φροντίδας ηλικιωμένων οι οποίοι δέχονται «φτωχούς» ηλικιωμένους, δεν αγγίζουν τα πλαίσια της αξιοπρεπούς διαβίωσης αλλά θεωρούνται «αναγκαστική πλουραλιστική λύση» για τη φροντίδα των ηλικιωμένων αυτών.

Η κρατική μέριμνα για τους χρόνιους πάσχοντες¹³ παίρνει τη μορφή επιδομάτων και συντάξεων-μέσω των ασφαλιστικών ταμείων-καθώς και της κλειστής προστασίας μικρού σχετικά αριθμού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων. Οι ανάγκες όμως δεν καλύπτονται και οι ιδιωτικές επιχειρήσεις αυξάνονται καθημερινά, ανεβάζοντας το κόστος της φροντίδας σε δυσβάστακτα επίπεδα (Αμνρά, 2005).

Τα γηροκομεία, μη κερδοσκοπικής πρωτοβουλίας, ανήκουν στην Εκκλησία, σε μη κυβερνητικές οργανώσεις και στην τοπική αυτοδιοίκηση. Η δράση τους είναι σημαντική (Στέγη Κατακοίτων Γερόντων της Αρχιεπισκοπής, Γηροκομείο, κ.λπ.) αλλά οι θέσεις που παρέχουν είναι περιορισμένες και δεν αντιμετωπίζουν τις τεράστιες ανάγκες που υπάρχουν.

Ο όρος «μακρόχρονη φροντίδα» αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών για την υποστήριξη των καθημερινών δραστηριοτήτων ατόμων με χρόνια προβλήματα υγείας και για μεγάλο χρονικό διάστημα, για ορισμένους για το υπόλοιπο της ζωής τους (Κουκούλη, 2005:310). Εξαιτίας των αυξημένων δυσκολιών που παρουσιάζουν αυτοί οι ηλικιωμένοι ασθενείς, διαπιστώνεται και η αυξημένη ανάγκη για τη φροντίδα τους.

Στα «υποτυπώδη» κράτη πρόνοιας¹⁴, κυρίως στις χώρες της Ν. Ευρώπης, τη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων κάλυπταν ανέκαθεν *τα άτομα δίκτυα με κεντρικό ρόλο αυτόν της οικογένειας* και με ιδιαίτερη επιβάρυνση των γυναικών. Ο «αναγκαστικός αλτροϊσμός» περιγράφει τη συνεχή προσφορά των γυναικών στη φροντίδα των μελών της οικογένειας χωρίς άλλη επιλογή (ό.π).

13. Στις μεγάλες ηλικίες, ιδιαίτερα στις ηλικίες άνω των 75 ετών, η πλειονότητα των ατόμων παρουσιάζει κάποια χρόνια πάθηση και συχνά αναπηρία.

14. Σύμφωνα με την τυπολογία των Anttonen και Sipilä.

Στην Ελλάδα, εξαιτίας της κρίσης του θεσμού της οικογένειας, αναδύονται προβλήματα που αφορούν τα όρια της οικογενειακής φροντίδας και της διαθεσιμότητας των οικογενειακών φροντιστών¹⁵. Τα λιγότερα παιδιά στην οικογένεια, η μεγαλύτερη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας, η μεγαλύτερη γεωγραφική κινητικότητα των νέων αλλά και η αύξηση των διαζυγίων έχουν συντελέσει στην εμφάνιση νέων οικογενειακών σχημάτων τα οποία επηρεάζουν την έννοια της φροντίδας στα πλαίσια της οικογένειας (ό.π).

Οι οικονομικές συνέπειες στην οικογένεια η οποία έχει ηλικιωμένο άτομο να φροντίσει είναι σοβαρές. Οι φροντιστές αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στα εργασιακά τους καθήκοντα, αλλά ακόμα και αν εργάζονται, επωμίζονται το οικονομικό βάρος της φροντίδας με το να προσλάβουν άλλη γυναίκα-κυρίως μετανάστρια-ως φροντιστή (Κουκούλη, 2005; Στασινοπούλου, 1996). Επιπρόσθετα, διαπιστώνονται επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία και στην προσωπικότητα των φροντιστών-συγγενών καθώς και στις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις τους (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999). Συνεπώς, ο φροντιστής νοσεί ως βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα (Σόλιας και Δέγλερης, 2005) και για το λόγο αυτό θα πρέπει η προνοιακή μέριμνα να αφορά και τους φροντιστές¹⁶ ώστε από τη μια πλευρά να παρέχουν υψηλής ποιότητας περίθαλψη στον ασθενή και από την άλλη να προστατεύουν τον εαυτό τους από τους κινδύνους που συνεπάγεται η μακροχρόνια παροχή φροντίδας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πανελλαδικής έρευνας της Eurofamcare, το 80,9% του δείγματος των ατόμων στην Ελλάδα που φρόντιζαν κάποιο άτομο του οικογενειακού τους περιβάλλοντος ήταν γυναίκες. Εξαιτίας των καθηκόντων τους αυτών, όσο ζούν έχουν περιορισμένους οικονομικούς πόρους και εισέρχονται στη μεγάλη ηλικία με ανεπαρκή σύνταξη και εισόδημα (Τριανταφύλλου και συν., 2006). Τα άτομα-φροντιστές ζητούν πληροφόρηση για τις διαθέσιμες υπηρεσίες και τη διαθέσιμη υποστήριξη, παροχή συμβουλών σχετικά με την ασθένεια από την οποία πάσχει το άτομο μεγάλης ηλικίας, οικονομική υποστήριξη (το 56% δήλωσε ότι χρειαζόταν οικονομική βοήθεια), υπηρεσίες καλής ποιότητας για το άτομο μεγάλης ηλικίας οι οποίες να προσφέρουν αξιοπιστη και άμεση φροντίδα σε 24ωρη βάση, φροντίδα στο σπίτι και σε ιδρύματα για να απαλλάσσονται από τις ευθύνες τους για κάποιο διάστημα, κατάργηση γραφειοκρατικών και πολύπλοκων διαδικασιών που εμποδίζουν τους φροντιστές να χρησιμοποιούν υπηρεσίες, βοήθεια για να συνδυάζεται καλύτερα η προσφορά φροντίδας με την έμμοιρη εργασία, εκπαίδευση όσον αφορά μεθόδους παροχής φροντίδας (Τριανταφύλλου και συν., 2006).

Αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο η αναγκαιότητα αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού, ακόμα και ηλικιωμένων ατόμων, τα οποία αν εκπαιδευτούν κατάλληλα και κινητοποιηθούν, μπορούν να παρέχουν βοήθεια στους φροντιστές των ηλικιωμένων και όχι μόνο ανοϊκών. Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (ΜΚΟ) με την άνω των 100 χρόνων εμπειρία στον εθελοντισμό

15. Φροντιστές είναι τα άτομα που φροντίζουν συγγενείς και φίλους που λόγω της αρρώστιας ή της προχωρημένης ηλικίας δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.

16. Οι εθελοντές της κοινωνικής πρόνοιας οι οποίοι εκπαιδεύτηκαν στα πλαίσια της συνεργασίας του ΕΕΣ του Παραρτήματος Πειραιά, και του Ιατρείου Μνήμης και Άνοιας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πειραιά παρέχουν σημαντικές υπηρεσίες στη φροντίδα του ανοϊκού ηλικιωμένου αλλά και στην ανακούφιση των φροντιστών.

μπορεί να προσφέρει τα απαραίτητα εφόδια για τη δραστηριοποίηση και την εποπτεία των εθελοντών¹⁷.

Επιπρόσθετα, στα πλαίσια έρευνας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα ΚΑΠΗ, προέκυψε ότι το 8,8% των μελών προσφέρει εθελοντική εργασία στην κοινότητα (Γεωργούση και συν., 2002). Η ανάπτυξη της κοινωνίας πολιτών και του εθελοντισμού της τρίτης ηλικίας μπορεί να συντελέσει στη διαμόρφωση της υγιούς και ενεργητικής γήρανσης. Το γεγονός αυτό θα δημιουργήσει δίκτυα αλληλοϋποστήριξης και θα αναπτύξει την εμπιστοσύνη μεταξύ των ανθρώπων.

Έτσι λοιπόν, εκτός από τα ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας (οικογενειακό-συγγενικό περιβάλλον, κλπ), *ο τομέας του εθελοντισμού και των μη κυβερνητικών οργανώσεων* φαίνεται ότι λαμβάνει μέρος στον προνοιακό πλουραλισμό συμβάλλοντας στο έργο των κοινωνικών υπηρεσιών και ιδιαίτερα στις προσωπικές υπηρεσίες στην κοινότητα.

Όσον αφορά τον οργανωμένο εθελοντισμό, παρότι η Ευρωπαϊκή Ένωση συμπεριλαμβάνει τη συμμετοχή εθελοντικών μη κυβερνητικών οργανώσεων στις χρηματοδοτούμενες δράσεις, η συμμετοχή τους ως ισότιμων εταίρων στα χρηματοδοτούμενα πλαίσια κοινοτικής στήριξης διαφέρει σημαντικά και ελλοχεύει ο κίνδυνος μιας καταχρηστικής αξιοποίησης του δυναμικού των υπηρεσιών τους. Το πρόβλημα της ανεξαρτησίας του εθελοντικού τομέα από μια υποδόσκουσα κηδεμονία του Κράτους αλλά και το πρόβλημα της ελλειπούς εσωτερικής δικτύωσης και εκπροσώπησης (έλλειψη αντιπροσωπευτικών δομών σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο) είναι εμφανή στην Ελλάδα (Βάγια, 2005).

Το κοινωνικό έργο του εθελοντικού τομέα για τους ηλικιωμένους μπορεί να είναι επικουρικό και ενισχυτικό αλλά και πρωτοποριακό και μεταρρυθμιστικό. Το θέμα της διαχείρισης και της κρατικής χρηματοδότησης μπορεί να οδηγήσει στη διαμόρφωση ενός εθελοντικού τομέα λιγότερο συμμετοχικού και δημοκρατικού και περισσότερο συμβιβαστικού, εφόσον η δυνατότητα άσκησης κριτικής στις κρατικές υπηρεσίες θα μπορούσε να οδηγήσει σε περικοπές. Αφετέρου όμως, η κινητοποίηση του κοινωνικού κεφαλαίου¹⁸ δύναται να γίνει επιτεύξιμη με τη βοήθεια του εθελοντικού τομέα (Κουκούλη, 2005).

Η περίοδος λοιπόν νοσηλείας των ηλικιωμένων ατόμων στο νοσοκομείο μπορεί να αποβεί θετική ευκαιρία σύνδεσης των ατόμων αυτών με τον κοινωνικό περίγυρο και τον μόνιμο χώρο κατοικίας τους (Καλλιγέρη-Βυθούλκα, 1991). Ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να μειώσει το χάσμα, την απόσταση, μεταξύ των αναγκών της μετανοσοκομειακής φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών και των μέσων που παρέχονται από όλους τους τομείς πρόνοιας.

Δυσχέρειες άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας στο νοσοκομείο

Στο χώρο του νοσοκομείου, το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας είναι ο δευτερογενής χαρακτήρας της ο οποίος καθιστά την επίλυση των μη ιατρικών θε-

17. Η εθελοντική εργασία δεν εκλαμβάνεται ως ερασιτεχνική απασχόληση, αλλά ως μορφή εργασίας που προσφέρεται οργανωμένα και με βάση ορισμένα κριτήρια και κανόνες σωστής πρακτικής και επάρκειας (Βάγια, 2004;2005)

18. Η Κουκούλη Σ. (2005) παραθέτει την έννοια όπως την ορίζει ο Putman (1995): χαρακτηριστικά της κοινωνικής ζωής-δίκτυα, κανόνες και εμπιστοσύνη-που δίνουν τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να δρουν πιο αποτελεσματικά απο κοινού και να επιδιώκουν κοινούς στόχους..το κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στις κοινωνικές σχέσεις καθώς και στους κανόνες και στην εμπιστοσύνη που είναι συνακόλουθα αυτών των σχέσεων (σελ.309).

μάτων του ασθενή ως δευτερεύουσας σημασίας, υιοθετώντας το ιατροκεντρικό μοντέλο της υγείας. Ως γνωστόν, το νοσοκομείο αποτελεί έναν πολύπλευρο και σύνθετο χώρο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών ο οποίος συχνά αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά γίνονται πιο έντονα όταν οι ανάγκες των ασθενών χαρακτηρίζονται ιατροκοινωνικές και η αντιμετώπισή τους επιβάλλει τη συνεργασία με φορείς άσκησης κοινωνικής πολιτικής. Το νοσοκομείο δεν αποτελεί έναν ανεξάρτητο και αποκομμένο χώρο από το κοινωνικό περιβάλλον. Υπάρχουν πολλές μεταβλητές οι οποίες παρεμβαίνουν στην παροχή φροντίδας και μεταξύ των άλλων η οικονομική πολιτική και η κοινωνική πολιτική (Παπανικολάου, 2003).

Επιπρόσθετα, ο κοινωνικός λειτουργός του νοσοκομείου είναι υπάλληλος του νοσοκομείου και ταυτόχρονα μέλος επαγγελματικής ομάδας με δεοντολογία και αυτοαντίληψη. Αφενός, είναι υποχρεωμένος να ακολουθήσει τους κανόνες της οργάνωσης του νοσοκομείου και αφετέρου να ακολουθήσει τις αρχές και τις αξίες που το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας προσβύει (Ζωγράφου, 2002).

Η νοσοκομειακή περιθαλψη στοχεύει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασθενών και αποτελεί το κέντρο βάρους κάθε συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο νοσοκομειακός τομέας στη χώρα μας, εξαιτίας της απουσίας ενός στέρεου οργανωτικού πλαισίου στη λειτουργία και αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου καθώς και της έλλειψης συντονισμού μεταξύ των δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται καθημερινά στο νοσοκομείο και των υπηρεσιών εκτός του νοσοκομείου, έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι αποδοτικός και αποτελεσματικός, να θεωρείται «ακριβός» και το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών του να είναι χαμηλό (Σιγάλας, 2003)^{19 20}.

Στα ελληνικά νοσοκομεία παρατηρούνται ελλείψεις οι οποίες αφορούν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ελλείψεις σε εξοπλισμό, δυσλειτουργίες στις ξενοδοχειακές υπηρεσίες (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999). Επίσης, παρατηρούνται δυσκολίες στη διασυνδετική με αποτέλεσμα την αποσπασματική διαδικασία της διαγνωστικής εκτίμησης με επιβάρυνση του ηλικιωμένου ασθενή και της οικογένειάς του. Η ανυπαρξία υπηρεσιών για βαριά πάσχοντες οδηγεί στη συμφόρηση των νοσοκομείων και των μονάδων εντατικής. Ο θεσμός των αποκλειστικών νοσοκόμων, παρότι ανεπαρκής στην παροχή κατάλληλων υπηρεσιών, ανακουφίζει το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής του νοσοκομείου, αλλά είναι απρόσπος για ορισμένες κατηγορίες ηλικιωμένων (χαμηλές εισοδηματικές τάξεις, ανασφάλιστους ή ασφαλισμένους ορισμένων ταμείων).

Μια από τα κυριότερες δυσχέρειες άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας στο νοσοκομείο είναι η αποσπασματικότητα και τα κενά που παρουσιάζονται στην προσπάθεια κάλυψης των αναγκών των ασθενών και κατ'επέκταση των ηλικιωμένων ασθενών. Οι ανάγκες αυτές είναι ιατρικές -εφόσον η έννοια της ίασης, πολλές φορές, για τους γιατρούς εμπεριέχει τη σταθερότητα της κατά-

19. Και παρότι τα τελευταία χρόνια έχει ξεκινήσει ο διάλογος για την ποιότητα στις νοσοκομειακές δομές, η έννοια της ποιότητας παροχής προνοιακών υπηρεσιών-ακόμα και δευτερογενώς στο χώρο του νοσοκομείου- είναι ακόμα πολύ μακριά.

20. Η ποιότητα εκφράζει την αναμενόμενη δυνατότητα φροντίδας να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα σύμφωνα με τις αξίες των επαγγελματιών, των ατόμων και της κοινωνίας (Baker, 1992 στο Θεοδωράκης και Λιονίς, 2003) και εξαρτάται από την πρόσβαση και την αποτελεσματικότητα. Στον τομέα της φροντίδας υγείας, η ποιότητα έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και αποτελεί ένδειξη της έκτασης στην οποία οι υπηρεσίες υγείας ικανοποιούν τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του τελευταίου (Παπανικολάου, 2003b).

στασης και όχι την πλήρη αποκατάσταση της υγείας- κοινωνικές, ψυχολογικές, οικονομικές, στεγαστικές. Στο σύντομο χρονικό διάστημα της νοσηλείας των ασθενών, θα πρέπει να προγραμματιστεί η μετανοσοκομειακή φροντίδα ώστε να είναι εφικτό ο ασθενής να πάρει το εξιτήριο από το νοσοκομείο.

Το θέμα αυτό πυροδοτεί εντάσεις και συγκρούσεις μεταξύ των ασθενών και του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού. Η παραμονή ενός ασθενή ο οποίος δε χρήζει περαιτέρω νοσηλείας-άσχετα με την αυξημένη ανάγκη φροντίδας που προκύπτει από την κατάσταση υγείας του ασθενή- θεωρείται ότι επιβαρύνει οικονομικά το νοσοκομείο, μειώνει τη διαθεσιμότητα των κλινών για άλλους ασθενείς και αυξάνει τον κίνδυνο των νοσοκομειακών λοιμώξεων να επιβαρύνουν σωματικά τον ασθενή και να παρατείνουν τη νοσηλεία του. Στον αντίποδα, ο κοινωνικός λειτουργός ο οποίος καλείται να υποστηρίξει τον ηλικιωμένο ασθενή χρειάζεται συχνά χρόνο για να κινητοποιήσει τις υπηρεσίες εκείνες που θα αποδεχθούν το αίτημα της μετανοσοκομειακής φροντίδας. Ο νοσοκομειακός κοινωνικός λειτουργός έχει την πρωταρχική λειτουργία «κλειδί» και αποτελεί το σύνορο μεταξύ του νοσοκομείου και της κοινότητας (Carr, 1994).

Σε αυτήν την ενδιάμεση θέση στην οποία βρίσκεται ο κοινωνικός λειτουργός, ο χειρισμός των πιέσεων που προκύπτουν και από τις δύο πλευρές (ιατρούς-ανάγκες ηλικιωμένων) είναι δύσκολος με επιπτώσεις στην εργασιακή του κατάσταση και στην ψυχολογική του ισορροπία. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι συχνά στο πρόσωπό του επιρρίπτονται οι ευθύνες για τα κενά λειτουργίας του Συστήματος της Υγείας, διαπιστώσεις που κατατάσσουν τους κοινωνικούς λειτουργούς στους πλέον ενοχοποιημένους επαγγελματίες του χώρου της υγείας με τη λιγότερη υποστήριξη και τα μέσα πραγμάτωσης των επαγγελματικών τους στόχων (Λύκκου, 1994:75).

Καθημερινά διαπιστώνονται κενά στο σχεδιασμό της μετανοσοκομειακής φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών τα οποία οφείλονται στην αποσπασματική αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών αυτών. Συνεπεία τούτου, πολλές φορές οι ηλικιωμένοι ασθενείς δεν υπάγονται σε κατηγορίες εξυπηρέτησης και αποκλείονται εξαιτίας των πολλαπλών ιατρικών ή κοινωνικο-οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Επιπρόσθετα, η γραφειοκρατική διαδικασία για τη διεκδίκηση προνοιακών παροχών αποτελεί τροχοπέδη στη διασφάλιση ποιότητας προνοιακών και κοινωνικών υπηρεσιών. Το βάρος της φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων αναλαμβάνουν συνήθως τα άτομα δίκτυα, χωρίς, τις περισσότερες φορές, να ενισχύονται από την πολιτεία για το ρόλο αυτό, αλλά πολλές φορές να κατηγορούνται για τη μη ανάληψη των ευθυνών τους.

Επιπρόσθετα, ο αριθμός των κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Η άριστη αναλογία 1 κοινωνικός λειτουργός για 50 κλίνες²¹ αποτελεί ουτοπία τη στιγμή που υπάρχουν νοσοκομεία τα οποία δεν καλύπτονται πολλές φορές από κοινωνικό λειτουργό ή η αναλογία μπορεί να είναι 1:200 ή και 1:300. Το γεγονός αυτό έχει οδηγήσει τους νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς να εστιάζονται κυρίως στους ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν οξεία ψυχοκοινωνικά προβλήματα και όχι στην ποιότητα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών σε όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς.

Ο όρος των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων χρησιμοποιείται συχνά από τους κοινωνικούς λειτουργούς στην προσπάθειά τους να σκιαγραφήσουν τις διαστάσεις των προβλημάτων των ασθενών. Παρότι αναγνωρίζονται οι κοινωνικοί παράγοντες στη διαμόρφωση ενός προβλήματος, εν

21. Απόφαση 28 Σωματείων Κοινωνικών Λειτουργών από όλη την Ελλάδα στη συνάντησή τους, την 4η Δεκεμβρίου 2001(Κοινωνικός Λειτουργός, 2001, τεύχος 4).

τούτοις η δράση δε στοχεύει στην αντιμετώπιση των κοινωνικών αιτιών που οδήγησαν στον κοινωνικό αποκλεισμό. Συνεπώς, το ψυχοκοινωνικό πρόβλημα μετατρέπεται σε ψυχικό πρόβλημα (Ζωγράφου, 2002).

Η κατ' εξοχήν άσκηση της μεθόδου της Κοινωνικής Εργασίας με άτομα στο νοσοκομειακό πλαίσιο δίνει έμφαση στην αντιμετώπιση, σε ατομικό επίπεδο, των αναγκών των ασθενών. Ο τεμαχισμός των εξυπηρετούμενων σε «περιπτώσεις» αναγκάζει τον κοινωνικό λειτουργό να ασχολείται μόνο με τα συμπτώματα και όχι με τα κοινωνικά αίτια των προβλημάτων (Ζωγράφου, 2002). Με τον τρόπο αυτό όμως κινούμαστε μονόπλευρα και μακριά από την κατεύθυνση της κάλυψης των αναγκών των ασθενών ηλικιωμένων ως σημαντικής ομάδας χρηστών των υγειονομικών υπηρεσιών.

Η διαιώνιση της πρακτικής αυτής ενισχύει την άποψη ότι ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται προκειμένου να αντιμετωπίσει τα άτομα τα οποία επωμίζονται το κοινωνικό στίγμα της περιθωριοποίησης και του αποκλεισμού και όχι για την κοινωνική επανένταξη των ηλικιωμένων ασθενών στο χώρο διαβίωσής τους. Το συντηρητικό μοντέλο της απομόνωσης των «κοινωνικών περιστατικών» ως το πεδίο δράσης των κοινωνικών λειτουργών εξατομικεύει τα προβλήματα με κοινωνικό υπόβαθρο στην αιτιολογία τους.

Επίσης, διαπιστώνεται η απουσία οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου σύνδεσης των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας τόσο σε πρωτοβάθμιο επίπεδο (τοπικό) όσο και σε δευτεροβάθμιο (νομαρχιακό) και τριτοβάθμιο (περιφερειακό επίπεδο). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συμβάλλει στην ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και ανταποδοτικού συστήματος υγείας διότι σχετίζεται με χαμηλές δαπάνες, υψηλή ικανοποίηση από τον πληθυσμό για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καλύτερο επίπεδο υγείας και μείωση της χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών από τον πληθυσμό. Παρόλα ταύτα, παρατηρείται καθυστέρηση στην εφαρμογή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αν και έχει τονιστεί η σημαντικότητά της (Θεοδωράκης και Λιονής, 2003).

Τέλος, επισημαίνεται η απουσία γηριατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία και η έλλειψη επαγγελματικής κατάρτισης όλων των επαγγελματιών υγείας σε θέματα γηριατρικής και γεροντολογίας. Λειτουργούν ελάχιστες δομές οι οποίες αντιμετωπίζουν τα προβλήματα των ηλικιωμένων με τη δέουσα προσοχή και ενδιαφέρον. Παράλληλα δε, στα γενικά νοσοκομεία πολλές φορές διαπιστώνεται η προκατάληψη των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα ηλικιωμένα άτομα η οποία λαμβάνει τη μορφή της υποβάθμισης της υποκειμενικής αξιολόγησης των συμπτωμάτων και της μη σωστής εκτίμησης πιθανών συνοδών προβλημάτων όπως κατάθλιψη, άνοιας αλλά και απουσίας ενδιαφέροντος.

Συνεπώς, οι προϋποθέσεις για την παροχή υψηλής ποιότητας κοινωνικών υπηρεσιών στο χώρο της υγείας εστιάζονται:

- Στην εφαρμογή του θεσμικού πλαισίου της ΠΦΥ και του οργανωτικού πλαισίου συνεργασίας με τη δημοτική κοινωνική υπηρεσία
- Στην αποτελεσματική σύνδεση των τοπικών υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας με τις νοσοκομειακές μονάδες και τις νομαρχιακές δομές πρόνοιας
- Στην αποτελεσματική διασύνδεση των υπηρεσιών του νοσοκομείου αλλά και των υπηρεσιών μεταξύ των νοσοκομείων
- Στην αναγκαιότητα θεσμικής πλαισίωσης της συνεργασίας των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας

- Στην καταγραφή των εξειδικευμένων υπηρεσιών και προγραμμάτων που αφορούν ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, μεταξύ άλλων και των ατόμων της τρίτης ηλικίας
- Στην αναγκαιότητα ύπαρξης δικτύου συνεργασίας μεταξύ των εξειδικευμένων υπηρεσιών και προγραμμάτων που λειτουργούν σε κάθε περιφέρεια (είτε υγειονομική είτε νομαρχία)
- Στη διενέργεια ερευνών –σε διανοσοκομειακό επίπεδο–για την ανάδειξη των κοινωνικών αναγκών των ασθενών αλλά και των κενών που παρουσιάζονται στο σχεδιασμό της μετανοσοκομειακής κοινωνικής φροντίδας αυτών.
- Στην αύξηση των θέσεων των κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία προκειμένου όλοι οι ασθενείς να λαμβάνουν τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και όχι μόνο οι ασθενείς με οξεία ψυχοκοινωνικά προβλήματα
- Στην αναγκαιότητα εκπαίδευσης τόσο των κοινωνικών λειτουργών όσο και των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα ψυχογηριατρικής και γεροντολογίας
- Στην αναγκαιότητα συντονισμού υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας δημόσιων φορέων, ιδιωτικών φορέων καθώς και εθελοντικών φορέων και της Εκκλησίας με σκοπό την αξιοποίηση των υπηρεσιών, την αντιμετώπιση της επικάλυψης των παροχών και του κοινωνικού κεφαλαίου
- Στην αναγκαιότητα οικονομικής και θεσμικής υποστήριξης προγραμμάτων παροχής ιατροκοινωνικών υπηρεσιών (Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι)
- Στην αναγκαιότητα λειτουργίας ιατρο-κοινωνικών μονάδων αντιμετώπισης ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νοσήματα (καρκίνο, κλπ)

Επίλογος

Ο κοινωνικός αποκλεισμός των ηλικιωμένων είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τη φτώχεια. Η σύνταξη, η οποία είναι συνήθως στα κατώτατα όρια, αποτελεί το μόνο οικονομικό έσοδο της ζωής τους, με αποτέλεσμα τη δυσκολία της επιβίωσής τους. Παράλληλα, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων παρουσιάζει χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα με συνέπεια την ανάγκη κάλυψης επιπρόσθετων αναγκών εξαιτίας της νοσηρότητας. Στη βάση αυτή, διαπιστώνονται ανισότητες στην πολιτική υγείας στο επίπεδο της πρόσβασης, παροχής αλλά και της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

Η καθημερινή εισαγωγή των ηλικιωμένων σε κακή κατάσταση εξαιτίας της μη έγκαιρης αντιμετώπισης των προβλημάτων τους και της μη απορρόφησης των ιατρικών υπηρεσιών καθώς και η ανεπάρκεια νοσοκομειακών κλινών και κλινών αποθεραπείας τρίτης θέσης, συμπληρώνουν την εικόνα του αποκλεισμού των ηλικιωμένων ασθενών. Το αποτέλεσμα είναι η ψυχολογική αποδυνάμωσή τους και η ανικανότητα τους να ζητήσουν βοήθεια.

Η Κοινωνική Εργασία στο νοσοκομειακό πλαίσιο στοχεύει στη μετανοσοκομειακή φροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών με απώτερο στόχο τη μέγιστη απορρόφηση των δημόσιων και κοινωνικών αγαθών. Στα πλαίσια αυτά, ο κοινωνικός λειτουργός αξιοποιεί τους τομείς της κοινωνικής πρόνοιας (κρατικό, ιδιωτικό, εθελοντικό, άτυπο δίκτυο φροντίδας).

Εν τούτοις, η έλλειψη στέρεου οργανωτικού πλαισίου στη λειτουργία και αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου-ο οποίος αποτελεί και τον κύριο χώρο αντιμετώπισης των ιατρικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ασθενών-η αποσπασματικότητα και τα κενά που παρουσιάζονται στην κάλυψη των ιατροκοινωνικών αναγκών των ασθενών, ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας της υγείας αποτελούν ουσιαστικά εμπόδια στην άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας στο νοσοκομειακό πλαι-

σιο. Η εστίαση στην εξατομικευμένη προσέγγιση των ηλικιωμένων ασθενών ασφαλώς επιβάλλεται. Η εκ παραλλήλου όμως μη αντιμετώπιση των κοινωνικών αιτιών των προβλημάτων των ασθενών αυτών – που αποτελούν και τη πιο σημαντική ομάδα χρηστών των υγειονομικών υπηρεσιών – αποτελούν έλλειμα στην άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας.

Τέλος, η προκατάληψη προς την ομάδα αυτή, οδηγεί στην υποβάθμιση της υποκειμενικής αξιολόγησης των συμπτωμάτων και της μη σωστής εκτίμησης πιθανών συνοδών προβλημάτων.

Προτείνεται η αναβάθμιση των κοινωνικών υπηρεσιών στο χώρο της υγείας και η διασύνδεση των ιατρικών υπηρεσιών μεταξύ τους αλλά και με τις υπηρεσίες πρόνοιας τόσο σε τοπικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο. Επιπρόσθετα, η διενέργεια ερευνών θα οδηγήσει στην ολοκληρωμένη καταγραφή και αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων ασθενών. Τέλος, κρίνεται σκόπιμη η καταγραφή των αναγκαίων εξειδικευμένων υπηρεσιών προς την ευάλωτη αυτή πληθυσμιακή ομάδα προκειμένου να ενταχθούν στο οργανωμένο δίκτυο παροχών του δημόσιου και κοινωνικού πλούτου, αυτό της υγείας και της πρόνοιας.

Βιβλιογραφία

- Αβεντσιάν-Παγοροπούλου Α. (1993). *Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας*, Αθήνα, ISBN: 960-220-411-7.
- Αμνρά Α., Στουρνάρα Α. και Μανάρα Α., (2002). *Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι. Έκθεση Εφαρμογής*, ΚΕΔΚΕ, Αθήνα.
- Αμνρά Α., (2005). «Χρονίως Πάσχοντες και Κοινωνικός Αποκλεισμός» στο Καραντινός Δ., Μαρατού-Αλιμπράντη Λ., Φρονίμου Ε., (επιμ), *Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα-Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής*, ΕΚΚΕ, Αθήνα, τέταρτη έκδοση.
- Auchincloss A., Van Nostrand J. & Ronsaville D. (2001). «Access to Health Care for Older People in the United States», *Journal of Aging and Health*, Vol 13, No 3.
- Βάγια Χ. (2004). «Κοινωνική Προστασία Ηλικιωμένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ο Ρόλος του Εθελοντικού Τομέα», *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 75.
- Βάγια Χ. (2005). *Κοινωνική Προστασία Ηλικιωμένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ο Ρόλος του Εθελοντικού Τομέα*, Συνοδική Επιτροπή επι της Κοινωνικής Πρόνοιας και Ευποιίας, Η Εκκλησία της Ελλάδος.
- Βουρνάς Γ. Και Μαυρογένη Ε. (2000). «Η Εργασία για τα Προνοιακά Δικαιώματα ως Τμήμα Πρακτικής της Κοινωνικής Εργασίας», *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 58.
- Carr J. (1994). «Κλινική Κοινωνική Εργασία στον Τομέα της Υγείας», *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 33.
- Γείτονα Μ. Και Κυριόπουλος Γ., (2000). «Ισότητα και Αποδοτικότητα στην Υγεία: Θεωρητική Ανάλυση και Εμπειρικές Αναλύσεις» στο *Ισότητα, Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, επιμέλεια Δόλγερρας Α., Κυριόπουλος Γ, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Γεωργούση Ευγ., Οικονόμου Χ., Δανιηλίδου Ν., Κυριόπουλος Ι. (2002). «Αξιολόγηση των Παρεχομένων Υπηρεσιών Πρόληψης, Προαγωγής και Αγωγής Υγείας από τα ΚΑΠΗ» στο Γ. Δημολιάτης, Ι. Κυριόπουλος, Δ. Λάγγας, Τ. Φιλαλήθης *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

- Δαρδαβέσης Θ. (1999). «Εισαγωγικά Στοιχεία Γηριατρικής και Γεροντολογίας», στο Α. Κωσταρίδου -Ευκλείδου (επιμ.) *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Έμκε-Πουλοπούλου Η. (1999). *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον*, εκδόσεις Έλλην.
- Έμκε-Πουλοπούλου Η. (2000). «Οικογένεια και Οικογενειακές Σχέσεις των Ηλικιωμένων» στο Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, *Θέματα Γεροντολογίας και Γηριατρικής*, εκδόσεις Σύνεδρον.
- Ζαϊμάκης Ι. (2005). «Κοινωνικός Αποκλεισμός και Δίκτυα Προστασίας στη Σύγχρονη Πόλη» στο Ζαϊμάκης Ι. και Κανδυλάκη Α., (επιμ.) *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας-Μορφές Παρέμβασης σε Ευπαθείς ομάδες και σε Πολυπολιτισμικές Κοινότητες*, εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Ζωγράφου Α. (2002). *Ο Διπλός Ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο Πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων*, εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Θεοδωράκης Π. και Λιονής Χ. (2003). «Η Ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Είναι η Γενική Ιατρική Έγκαιρη Διάγνωση Νοσημάτων και στη Βελτίωση της Ποιότητας Ζωής;» στο επιμ. Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Καλλιγέρη-Βουθούλα Π. (1991). «Κοινωνικά Προβλήματα των Ηλικιωμένων που Νοσηλεύονται στα Γενικά Νοσοκομεία και η Εκτός Νοσοκομείου Αντιμετώπισή τους», *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 24.
- Κανδυλάκη Α. και Καραγκούνης Β. (2005). «Φροντίδα στην Κοινότητα και «Βοήθεια στο Σπίτι»: Μια Πρόκληση για την Τοπική Αυτοδιοίκηση» στο Ζαϊμάκης Ι. και Κανδυλάκη Α., (επιμ.) *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας-Μορφές Παρέμβασης σε Ευπαθείς ομάδες και σε Πολυπολιτισμικές Κοινότητες*, εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Κουκούλη Σ. (2005). «Ο Προνοιακός Πλουραλισμός στην Κοινοτική Φροντίδα-Μοντέλα Φροντίδας των Ηλικιωμένων στην Ε.Ε.» στο Ζαϊμάκης Ι. και Κανδυλάκη Α., (επιμ.) *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας-Μορφές Παρέμβασης σε Ευπαθείς ομάδες και σε Πολυπολιτισμικές Κοινότητες*, εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Κωνσταντινίδης Θ. και Τζαγκαράκη Ε. (1998). «Νοσηλευτική Φροντίδα στο Σπίτι», *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 10(1): 23-31.
- Κώστα Τσολάκη Μ. (1999). «Παθολογία Γνωστικών Λειτουργιών» στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α. (επιμ.) *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Λύκκου Α. (1994). «Κοινωνική Εργασία με Ηλικιωμένους στο Νοσοκομείο», *Εκλογή, ΕΠΠΣΚΕ*, αρ. 100.
- Μάρδας Γ. & Αρμπουνιώτου Γ. (1995). «Τα Προβλήματα των Φτωχών και των Οικονομικά Αδυνάτων Απέναντι στην Υγεία», *Κοινωνική Εργασία*, Τεύχος 38.
- Μπαλούρδος Δ., Τεπέρογλου Α., Φακιολάς Ν., (2005). «Ηλικιωμένα Άτομα σε Συνθήκες Κοινωνικής Απομόνωσης» στο Καραντινός Δ., Μαράτου-Αλιμπράντη Λ., Φρονίμου Ε., (επιμ.), *Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα-Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής*, ΕΚΚΕ, Αθήνα, τέταρτη έκδοση.
- Νιάκας Δ. (1991). «Σύγχρονες Πολιτικές Συγκράτησης του Κόστους του Υγειονομικού Τομέα και η Ελληνική Περίσταση», *Επιθεώρηση Υγείας*, Τεύχος 2, Αριθμός 3.

- Πανούσης Ι. (2004). «Κοινωνικός Αποκλεισμός και Κοινωνικοί Αποκλειστές», *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 73.
- Παπανικολάου Β. (2003α). «Εισάγοντας και Διατηρώντας ένα Πρόγραμμα Ολικής Ποιότητας/Συνεχούς Βελτίωσης Ποιότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα: Αναπτύσσοντας Πρότυπα και Μέτρα Απόδοσης», στο Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (επιμ.) *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Παπανικολάου Β. (2003β). «Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Χρηστών» στο Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (επιμ.) *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Pilgrim D. & Rogers A. (2004). *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, Κοππάση Ε. & Βακάκη Α. (μετ.), Αγραφιώτης Δ. (επιμ.), εκδόσεις Τυποθήκη, Αθήνα.
- Σιγάλας Ι. (2003). «Παράγοντες Διαμόρφωσης της Ποιότητας της Περιθαλψής» στο Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (επιμ.) *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Σόλιας Α. Και Δέγληρης Ν. (2002). «Εγγενείς Δυσχέρειες Προσβασιμότητας στον Τομέα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας», *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 67.
- Σόλιας Α. Και Δέγληρης Ν. (2005). «Εθελοντισμός και Άνοια», *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 77.
- Σταθόπουλος Π. (2005). *Κοινωνική Πρόνοια-Ιστορική Εξέλιξη, Νέες Κατευθύνσεις*, εκδόσεις Παπαζήση.
- Στασινοπούλου Ο. (1996). *Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής*, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Τριανταφύλλου Τ., Μεσθεναίου Ελ., Προύσκας Κ., Γκόλτση Σ., Κοντούκα Σ., Λουκίσης Αν., (2006). *Η Οικογένεια που Φροντίζει Εξαρτημένα Ηλικιωμένα Άτομα*, Περίληψη της Ελληνικής Έκθεσης-Eurofamcare, ΙΚΠΑ.
- Tsalikis G., (1988). «Evaluation of the Socialist Policy in Greece» in *International Journal of Health Services*, Vol.18, No 14.
- Τσιάκαλος Γ., (2004). «Κοινωνικός Αποκλεισμός: Ορισμοί, Πλαίσια και Σημασία» στο Κασιμάτη Κ. (επιμ.), *Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία*, του Κέντρου Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.

Πηγές στο Διαδίκτυο

<http://www.lifelinehellas.gr/ipiresies.html>.

http://www.metaxa-hospital.gr/services/1/main.asp?m_id=3