



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ»
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΙΔΡΥΜΑΤΑ:
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ
ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ**

Επιμέλεια : Επισκόπου Ασημίνα
Επιβλέπων : κ. Ζουμπουλάκης Μιχαήλ

ΒΟΛΟΣ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΘΕΣΜΟ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	8
2.1. Μοντέλα κοινωνικού κράτους και κοινωνικής πολιτικής.....	9
2.2. Η κοινωνική πρόνοια στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και η περίπτωση της Ελλάδας.....	12
2.3. Συμπεράσματα για το παρόν κεφάλαιο.....	14
3. ΠΡΟΝΟΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	15
3.1. Υπηρεσίες ανοιχτής περίθαλψης.....	17
3.2. Υπηρεσίες ιδρυματικής περίθαλψης.....	19
3.3. Ο θεσμός του γηροκομείου.....	20
3.4. Συμπεράσματα για το παρόν κεφάλαιο.....	24
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	25
4.1. Αντικείμενο της έρευνας.....	25
Το προφίλ του «Γηροκομείου Βόλου».....	26
4.2. Συλλογή δεδομένων.....	31
1 ^{ος} θεματικός άξονας: Δομή και λειτουργία του Γηροκομείου Βόλου.....	31
2 ^{ος} θεματικός άξονας: Χρηματοδότηση και οικονομική διοίκηση του Γηροκομείου Βόλου.....	31
3 ^{ος} θεματικός άξονας: Κοινωνικό προφίλ, σχέσεις ιδρύματος – τοπικής κοινωνίας.....	32
4 ^{ος} θεματικός άξονας: Υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους.....	32
5. ΑΝΑΛΥΣΗ.....	34
1 ^{ος} θεματικός άξονας: Δομή και λειτουργία του Γηροκομείου Βόλου.....	34
Ο ρόλος του διευθυντή.....	35
Οι σχέσεις των εργαζομένων και οι εργασιακές συνθήκες.....	36
Ο ρόλος των νοσηλευτών.....	38

Ο ρόλος των φυσικοθεραπευτών	40
Ο ρόλος του προσωπικού γενικών καθηκόντων	41
Ο ρόλος της κοινωνικής υπηρεσίας.....	42
2 ^{ος} θεματικός άξονας: Χρηματοδότηση και οικονομική διοίκηση του Γηροκομείου Βόλου	45
3 ^{ος} θεματικός άξονας: Κοινωνικό προφίλ, σχέσεις ιδρύματος – τοπικής κοινωνίας	48
4 ^{ος} θεματικός άξονας: Υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους.....	49
Η βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών: οι απόψεις των εργαζομένων	50
Επιτυγχάνεται η μη ιδρυματοποίηση; Ο ρόλος του προσωπικού και οι δραστηριότητες των ηλικιωμένων	51
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	57
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	60

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η προστασία της τρίτης ηλικίας υπήρξε διαχρονικά μια πράξη φιλανθρωπίας που χαρακτήριζε τις ανθρώπινες κοινωνίες. Μετά τη βιομηχανική επανάσταση και τη συγκρότηση των εθνών-κρατών, η προστασία των αδύναμων κοινωνικών ομάδων πέρασε σε μεγάλο βαθμό στα χέρια του κράτους. Διάφορα μοντέλα κράτους πρόνοιας αναπτύχθηκαν συγκροτήθηκαν διαμορφώνοντας τους τρόπους παρεμβατικότητας του κράτους στη διατήρηση της κοινωνικής ευημερίας και στην πρόνοια ποικίλων ομάδων.

Τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής απέναντι στην τρίτη ηλικία διακρίνονται σε παροχές είδους, χρημάτων και υπηρεσιών. Ανάμεσα στις υπηρεσίες βρίσκουμε τόσο τις ανοιχτές δομές περίθαλψης, όπως τα Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων) μεταξύ άλλων, ενώ στις κλειστές δομές τα γηροκομεία, τις ιδιωτικές κλινικές και τους οίκους ευγηρίας.

Στη σύγχρονη εποχή το προβάδισμα τόσο από την επιστημονική κοινότητα όσο και από την πολιτεία δίνεται στην ενίσχυση των ανοιχτών δομών περίθαλψης και στην προσπάθεια να εξυπηρετούνται οι ηλικιωμένοι στο σπίτι τους με τον ιδρυματισμό να αποτελεί την έσχατη λύση. Ωστόσο, ο θεσμός του γηροκομείου που προηγήθηκε του κοινωνικού κράτους σε πολλές περιπτώσεις εμφανίζεται μια αναγκαία λύση με αρκετά πλεονεκτήματα.

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται μέσα από μια εθνογραφική μελέτη, ένα από τα παλαιότερα γηροκομεία της Ελλάδας, το Ίδρυμα «Γηροκομείον Βόλου» με στόχο να αναδειχθούν μια σειρά από θεματικές, όπως η δομή και η λειτουργία του, οι ειδικότητες που το στελεχώνουν, οι οικονομικοί πόροι και η βιωσιμότητά του, η σχέση του με την κοινωνία και οι προσφερόμενες υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους. Μέσα από την έρευνα που διενεργήθηκε διαπιστώθηκε ότι τόσο οι υποδομές, όσο και οι προσφερόμενες υπηρεσίες διατηρούνται σε καλό επίπεδο, αλλά οι οικονομικές δυσκολίες που βιώνει το Ίδρυμα δυσχεραίνουν το έργο με αποτέλεσμα να δημιουργείται ανάγκη για επιπλέον προσωπικό δεδομένου του μεγάλου αριθμού ηλικιωμένων που φιλοξενεί.

Λέξεις κλειδιά: *κλειστή ιδρυματική περίθαλψη, γηροκομείο, κράτος πρόνοιας*

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κράτος πρόνοιας αποτελεί μια ιστορική κατασκευή των σύγχρονων κρατών του δυτικού κόσμου που ως στόχο του έχει τη λήψη μιας σειράς μέτρων από πλευράς του κράτους για την προστασία του κοινωνικού ιστού, τη διατήρηση της ευημερίας και την ενίσχυση των κοινωνικών ομάδων που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας και μέριμνας. Τα δυτικά κράτη οργάνωσαν το κοινωνικό τους προφίλ ακολουθώντας συγκεκριμένα μοντέλα που διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή και ανάλογα την οικονομία και τον τρόπο συγκρότησης της κοινωνίας. Η Ελλάδα αποτελεί μια ιδιαίτερη περίπτωση καθώς τόσο η έρευνα όσο και η πράξη αποδεικνύουν τη δύσκολη ένταξη των μέτρων κοινωνικής πρόνοιας σε κάποιο από τα υπάρχοντα μοντέλα που εφαρμόστηκαν πανευρωπαϊκά, αλλά και στις χώρες του Νότου στις οποίες ανήκει.

Ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας και προστασίας βρίσκεται η τρίτη και τέταρτη ηλικία για τις οποίες εφαρμόζονται από το κράτος μέτρα κοινωνικής ασφάλισης και υγειονομικής περίθαλψης και παροχές σε είδος, χρήματα και υπηρεσίες. Οι ιδιαιτερότητες που εμφανίζει η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα σε συνδυασμό με τις δημογραφικές αλλαγές, την αυξανόμενη δημογραφική γήρανση και τη ραγδαία αστικοποίηση από τη δεκαετία του '60 και μετά έχουν αυξήσει τα ποσοστά των ηλικιωμένων που χρήζουν φροντίδας και μέριμνας καθιστώντας απαραίτητη την ύπαρξη μονάδων πρόληψης και θεραπείας κοντά στα σύγχρονα ευρωπαϊκά μοντέλα.

Η Ελλάδα διαθέτει μια σειρά από μονάδες, ιδιωτικού και δημόσιου χαρακτήρα οι οποίες υποστηρίζουν τόσο την ανοιχτή μέριμνα κατά τα σύγχρονα πρότυπα φροντίδας των ηλικιωμένων όσο και την ιδρυματική περίθαλψη για όσους ηλικιωμένους χρήζουν μακρόχρονης φροντίδας και αδυνατούν να παραμείνουν είτε σε κάποια κλινική είτε στο σπίτι τους. Στην πρώτη κατηγορία βρίσκονται μονάδες όπως τα Κ.Α.Π.Η. και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» μεταξύ άλλων και στη δεύτερη τα γηροκομεία και οι οίκοι ευγηρίας, καθώς και οι ιδιωτικές και δημόσιες κλινικές.

Τα γηροκομεία αποτελούν στη συνείδηση του κόσμου, αλλά και στην επιστημονική κοινότητα την ύστατη λύση για την περίθαλψη των ηλικιωμένων αφού σκοπός ενός σύγχρονου κράτους πρόνοιας είναι να διευρύνει μέσα από κατάλληλες υποδομές την πρόληψη και την περίθαλψη στο σπίτι. Η κατάσταση μάλιστα δυσχεραίνει αν υπολογιστούν και οι περιπτώσεις των γηροκομείων που

υποστελεχώνονται λόγω οικονομικών δυσκολιών, όπως το Γηροκομείο Αθηνών ή δεν παρέχουν υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλείας. Τα γηροκομεία, ωστόσο, κατέχουν σημαντικό ρόλο στον τομέα της περίθαλψης και της μακρόχρονης νοσηλείας και ιδιαίτερα εκείνα που μπορούν να φιλοξενήσουν άτομα με κινητικά προβλήματα παρέχοντας τις αντίστοιχες νοσηλευτικές υπηρεσίες. Αποτελούν μικρές κοινότητες φιλοξενίας και κοινωνικοποίησης, οι οποίες στηρίζονται από την εκάστοτε τοπική κοινωνία και επιδιώκουν τη δημιουργία συνθηκών ώστε να αποφευχθεί η ιδρυματοποίηση για τους φιλοξενούμενους ηλικιωμένους.

Τα περισσότερα γηροκομεία στηρίζονται σε δωρεές, μισθώματα και στα τροφεία των ηλικιωμένων, ενώ παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης και νοσηλείας. Ποικίλοι οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες, όπως το οικογενειακό περιβάλλον καθώς και λόγοι υγείας οδηγούν τους ηλικιωμένους στην επιλογή των γηροκομείων, τα οποία αποτελούν έναν από τους παλαιότερους θεσμούς περίθαλψης της τρίτης ηλικίας στο πλαίσιο του φιλανθρωπικού έργου των μητροπόλεων της Εκκλησίας της Ελλάδας. Όπως κάθε μονάδα περίθαλψης και νοσηλείας, τα γηροκομεία είναι απαραίτητο να απασχολούν ανάλογα με τη δυναμικότητά τους εξειδικευμένο προσωπικό σε συνεργασία με μια πληθώρα ειδικοτήτων, όπως οι ψυχολόγοι. Στο σύνολό τους αποτελούν Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, διοικούμενα από το διοικητικό συμβούλιο και τον/την διευθυντή/τρια της μονάδας. Η έρευνα έχει αποδείξει ότι κατά το παρελθόν υπήρξε πληθώρα αυθαιρεσιών και κακής διαχείρισης σε μονάδες αυτού του είδους που οδήγησε στην υποστελέχωση και στις κακές υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους. Συνεπώς, αποτελεί ζητούμενο οι μονάδες αυτές να βρίσκονται στο επίκεντρο του ελέγχου από ανεξάρτητους φορείς και να στελεχώνονται από ανθρώπους εξειδικευμένους.

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η διερεύνηση της δομής και της λειτουργίας του Γηροκομείου Βόλου, ενός από τα παλαιότερα ιδρύματα περίθαλψης ηλικιωμένων στην Ελλάδα, το οποίο αποτελεί ένα ζωντανό κύτταρο της πόλης συνδεδεμένο με την εξέλιξη της τοπικής κοινωνίας. Οι υποδομές του υποδηλώνουν μια μεγάλη σε μέγεθος μονάδα η οποία παρέχει τη δυνατότητα νοσηλείας για άτομα με κινητικά προβλήματα στη Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων όπου στεγάζεται στο συγκρότημα του γηροκομείου. Από την άλλη οι οικονομικές ατασθαλίες του παρελθόντος έχουν επηρεάσει σημαντικά τη λειτουργία του ιδρύματος αν και σημειώνονται σημαντικές προσπάθειες ανάκαμψης.

Στόχος της εργασίας είναι να διερευνηθούν σε βάθος τέσσερις άξονες γύρω από τη συγκεκριμένη μονάδα ιδρυματικής περίθαλψης: 1) η δομή και η λειτουργία

του Γηροκομείου, 2) η χρηματοδότηση και η οικονομική διοίκηση, 3) οι σχέσεις με την τοπική κοινωνία και 4) οι προσφερόμενες υπηρεσίες προς του ηλικιωμένους. Επιμέρους ζητήματα που απασχολούν την παρούσα έρευνα είναι το κατά πόσο επιτυγχάνεται η αποφυγή ιδρυματοποίησης μέσα από τη διαβίωση στο Γηροκομείο και πώς οι εργαζόμενοι συμβάλλουν μέσα από τις δραστηριότητές τους στην καλύτερη λειτουργία του ιδρύματος και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Για τη διερεύνηση των παραπάνω ζητημάτων επιχειρείται μια ποιοτική έρευνα εθνογραφικού τύπου η οποία αξιοποιεί ως εργαλεία της τη δομημένη συνέντευξη με τον διευθυντή του ιδρύματος, μέσα από την οποία τέθηκαν ερωτήματα ώστε να συγκεντρωθούν πληροφορίες για τους τέσσερις παραπάνω άξονες. Επιπλέον, χορηγήθηκαν στο προσωπικό του ιδρύματος ερωτηματολόγια, μέσα από τα οποία επιδιώχθηκε να συλλεχθούν επιπλέον πληροφορίες που θα διαμόρφωναν μια πληρέστερη κατά το δυνατόν εικόνα γύρω από τα ζητήματα που διερευνώνται.

Η εργασία χωρίζεται σε πέντε ενότητες. Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζονται αρχικά κάποιες εισαγωγικές σκέψεις γύρω από το ζήτημα του κοινωνικού κράτους, όπως διαμορφώθηκε από τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και μετά στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, με ιδιαίτερη εστίαση στα μοντέλα κοινωνικού κράτους που ίσχυαν πανευρωπαϊκά και στις μορφές που το κοινωνικό κράτος πήρε στις χώρες του Νότου συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας (υποεν. 2.1.-2.2.). Η ενότητα ολοκληρώνεται με τις αναφορές στις προνοιακές δομές για τους ηλικιωμένους με συγκεκριμένη αναφορά στις ανοιχτές δομές και στις δομές ιδρυματικής περίθαλψης με ιδιαίτερη αναφορά στον θεσμό του γηροκομείου (υποεν. 2.3-2.5.).

Στην τρίτη ενότητα παρουσιάζονται τα μεθοδολογικά εργαλεία της έρευνας μέσα από τέσσερις θεματικούς άξονες (υπεν. 3.1.-3.2.) και στην τέταρτη ενότητα αναλύονται τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσα από την ποιοτική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε με βάση του άξονες που αναπτύχθηκαν στην ενότητα της μεθοδολογίας. Η εργασία κλείνει με τα συμπεράσματα (πέμπτη ενότητα), ενώ στο τέλος της εργασίας υπάρχει Παράρτημα στο οποίο παρατίθενται τα εργαλεία της ποιοτικής έρευνας.

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΘΕΣΜΟ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Η λήξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου βρήκε τις κοινωνίες της Ευρώπης εξαθλιωμένες οικονομικά και αποδιοργανωμένες σε πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο. Η ανοικοδόμηση των σύγχρονων κρατών βασίστηκε σε ένα σύστημα κοινωνικής πολιτικής με στόχο την εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων και την παροχή αλληλεγγύης και υλικοπνευματικής βοήθειας σε αδύναμες κοινωνικά ομάδες. Η ανάγκη αυτή προέκυψε μέσα από την κυριαρχία της αστικής τάξης κατά τον 20^ο αιώνα και την εκβιομηχάνιση της παραγωγής σε ένα καπιταλιστικό σύστημα οργάνωσης της οικονομίας, που ευνοούσε την ανισομερή κατανομή του πλούτου, κυρίως για τις χώρες που περιήλθαν στη σφαίρα της δυτικής επιρροής.

Η κοινωνική πολιτική των κρατών αποτέλεσε μια διαδικασία με μακρά ιστορία ανά τους αιώνες ήδη από την εποχή της Γαλλικής Επανάστασης, της ανάδυσης της φιλελεύθερης τάξης και τη σταδιακή κατάρρευση του φεουδαρχικού συστήματος στην Ευρώπη. Οι αλλαγές αυτές συνέπεσαν με τις εξελίξεις στους κλάδους της βιοτεχνίας και της βιομηχανίας και τη σταδιακή παρέμβαση του κράτους. Η σταδιακή παρεμβατικότητα του κράτους εμφανίζεται ήδη από τον 19^ο αιώνα μέσα από τη θέσπιση μιας σειράς μέτρων κοινωνικής ασφάλισης και ιατρικής περίθαλψης επιλεκτικά σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, όπως οι μισθωτοί στην περίπτωση της Γερμανίας.

Τα πρώτα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης που κυριάρχησαν στις χώρες της Ευρώπης ήταν το μοντέλο Bismarck στη Γερμανία και το μοντέλο Beveridge στην Αγγλία. Εμπνευστής του συστήματος Bismarck ήταν ο Γερμανός καγκελάριος Otto von Bismarck, ο πρώτος καγκελάριος της Αυτοκρατορίας της Γερμανίας, ο οποίος έθεσε τα θεμέλια για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης με τη θέσπιση νόμιμης ασφάλισης υγείας το 1883 και τη διασφάλιση συντάξεων. Ανάμεσα στις βασικές του επιδιώξεις ήταν η αντιμετώπιση των κοινωνικών αναταραχών που προέκυπταν από τους κόλπους των συνδικάτων και του σοσιαλιστικού κινήματος. Επιπλέον, στόχευε στην οικονομική αποδυνάμωση της εθελοντικής κοινωνικής ασφάλισης των συνδικάτων και των ομοσπονδιών εργατικών εκκλησιών (Franke 2004). Το σύστημα Bismarck ήταν επιλεκτικό και αφορούσε την παροχή κοινωνικής ασφάλειας και ιατρικής φροντίδας στους μισθωτούς, μέσω της φορολόγησης των εργοδοτών και εργαζομένων στη βάση του εισοδήματός τους. Η παρεμβατικότητα του συστήματος Bismarck στη βιομηχανία και το εισόδημα των εργαζομένων διασφάλισε την οικονομική σταθερότητα στο εσωτερικό της Αυτοκρατορίας απέναντι στον αμερικανικό ανταγωνισμό μη επιτρέποντας ωστόσο την απελευθέρωση της αγοράς, γεγονός που δυσαρέστησε τους φιλελεύθερους.

Το μοντέλο Beveridge, από την άλλη, αποτέλεσε μεγάλη καινοτομία για την εποχή του, καθώς αφορούσε την κάλυψη των αναγκών ολόκληρου του πληθυσμού και τη δημιουργία ενός παγκόσμιου συστήματος κοινωνικής ασφάλειας και υγείας χρηματοδοτούμενο αποκλειστικά από το κράτος. Εμπνευστής του υπήρξε ο Βρετανός William Beveridge, ο οποίος το 1942 κατέθεσε σχετική έκθεση στο Βρετανικό Κοινοβούλιο μέσα από την οποία πρότεινε ένα ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Ο Beveridge ήταν ο δημιουργός του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας (National Health System) το οποίο αντικατέστησε τις παλαιότερες μορφές κοινωνικής περίθαλψης που εφαρμόζονταν μέσα από ένα δίκτυο συνδικαλιστικών οργανώσεων και κοινοτήτων. Βασικοί πυλώνες της πρότασής του ήταν η ενσωμάτωση συγκεκριμένων μορφών κοινωνικής ασφάλισης και η δημιουργία ενός καθολικού συστήματος υγείας, το οποίο θα κάλυπτε τα εργατικά ατυχήματα, την οικογενειακή βοήθεια, τη διατήρηση υψηλού και σταθερού ποσοστού απασχόλησης καθώς και την προστασία από τη μαζική ανεργία (Franke 2004). Αυτές οι προτάσεις ήταν οι βάσεις για το μεταπολεμικό βρετανικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

Τα δύο παραπάνω συστήματα επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό τη συγκρότηση της κοινωνικής πολιτικής πολλών κρατών την περίοδο του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου και εξής και οδήγησαν σε μείξεις και υβριδοποιήσεις των παραπάνω χαρακτηριστικών που οφείλονται σε ένα σύνολο παραγόντων, όπως το πολιτειακό σύστημα και η οικονομική οργάνωσης κάθε χώρας. Έτσι, ιστορικά μέχρι τις μέρες μας διακρίνονται τέσσερα μοντέλα κοινωνικού κράτους: το φιλελεύθερο, το συντηρητικό, το κοινωνικό-δημοκρατικό και το μοντέλο του νοτιοανατολικού τόξου, το οποίο συνδυάζει στοιχεία του βισμαρκιανού μοντέλου και του μοντέλου του Beveridge (Χλέτσος, 2011: 73).

2.1. Μοντέλα κοινωνικού κράτους και κοινωνικής πολιτικής

Η σχέση μεταξύ της αγοράς και του κράτους οδήγησε στην ανάπτυξη διαφορετικών στρατηγικών για την κοινωνική πολιτική μεταξύ των χωρών του Δυτικού κόσμου, κάτω από την κοινά αποδεκτή ανάγκη της επίτευξης της κοινωνικής ευημερίας. Σημαντικά κριτήρια για τη συγκρότηση ταξινομιών αποτελούν επίσης το εύρος κάλυψης του πληθυσμού, το είδος των παροχών και ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (Κοντιάδης, 2015).

Η ανάγκη ταξινόμησης και περιγραφής των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης προέκυψε νωρίς στον χώρο των πολιτικών επιστημών και της κοινωνιολογίας για την καλύτερη κατανόηση και περιγραφή αυτού του διαδεδομένου

θεσμού που διέπει τις ζωές των σύγχρονων πολιτών. Η πιο εμπειριστατωμένη προσέγγιση για τη διαφορετικότητα των κρατών προνοίας επιχειρήθηκε από τον Δανό κοινωνιολόγο Esping-Andersen(1990). Ο ίδιος βασίστηκε σε προγενέστερες προσεγγίσεις όπως αυτή του Titmuss (1974) ο οποίος με τη σειρά του άντλησε το μοντέλο του από τον κοινωνιολόγο Harold Willensky (1958). Μια πρώτη τυπολογία που διαμορφώθηκε για τα προνοιακά κράτη της Ευρώπης εντοπίζει τρία μοντέλα, τα οποία διακρίνονται μεταξύ τους στη βάση του ρόλου που διαδραματίζει η αγορά στις πολιτικές πρόνοιας που ακολουθούνται από το κράτος (Χλέτσος, 2011: 69). Ο Titmuss στο έργο του *Social Policy* αξιοποίησε ως κριτήριο για την ταξινόμησή του τον βαθμό παρεμβατικότητας της κρατικής εξουσίας και διέκρινε τρία μοντέλα κράτους – πρόνοιας: α) το υπολειμματικό (residual) β) το μοντέλο επιδόσεων (achievement-performance) και γ) το θεσμικό– αναδιανεμητικό (institutional-redistributive) μοντέλο.

Στο πρώτο μοντέλο, το υπολειμματικό, κύριο ρόλο διαδραματίζουν η αγορά και η οικογένεια, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την ικανοποίηση των ανθρωπίνων αναγκών. Το κράτος ακολουθεί μια πιο συντηρητική παρέμβαση τύπου *laissez-faire* όπως ίσχυε στις χώρες της Κεντρικής Ευρώπης και παρεμβαίνει επιλεκτικά σε περίπτωση αποτυχίας των δύο αυτών μηχανισμών μέσα από τη συγκρότηση της κοινωνικής ασφάλισης ως δίχτυ προστασίας (Κοντιάδης, 2015). Το μοντέλο αυτό συναντάται κυρίως στις Η.Π.Α.

Στο δεύτερο μοντέλο το κράτος λειτουργεί συμπληρωματικά προς την αγορά καλύπτοντας τις διάφορες ανάγκες με βάση την παραγωγικότητα, τα προσόντα και την επίδοση στην εργασία στη βάση ενός αξιοκρατικού συστήματος. Ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης λειτουργεί συμπληρωματικά προς την οικονομία και ακολουθεί και στην παρούσα περίπτωση έναν επιλεκτικό μηχανισμό.

Τέλος, στο θεσμικό-αναδιανεμητικό μοντέλο η κοινωνική πολιτική στοχεύει στην πλήρη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξάρτητα από τους μηχανισμούς της αγοράς. Το μοντέλο αυτό που εντοπίζεται στις Σκανδιναβικές χώρες αποσκοπεί στην εξάλειψη της κοινωνικής ανισότητας και στην οικοδόμηση ενός κράτους καθολικής πρόνοιας και ευημερίας.

Ο Δανός κοινωνιολόγος Esping-Andersen άσκησε κριτική στις ήδη υπάρχουσες τυπολογίες και διέκρινε τρία καθεστάτα προνοιακού κράτους στη βάση δύο κριτηρίων: του βαθμού αποσύνδεσης της εργασίας από την αγορά (decommodation) και του είδους της διαστρωμάτωσης (stratification) που οι κρατικές πολιτικές παράγουν στην κοινωνία. Στη βάση της φιλοσοφίας του εδρεύει το

επιχείρημα ότι τα μοντέλα κοινωνικής πρόνοιας γίνονται αντιληπτά όχι από το εύρος κάλυψης και τα ποσά χρηματοδότησης, αλλά από ευρύτερους πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες και από τις επιπτώσεις των διαφορετικών πρακτικών στη διαστρωμάτωση του κοινωνικού ιστού.

Η αποσύνδεση της εργασίας από την αγορά (decommodation) ορίζεται ως η εργασία που μπορεί να εξασφαλίσει στο άτομο έναν ικανοποιητικό βιοπορισμό χωρίς την εξάρτηση του ατόμου από την αγορά (Esping-Andersen 1990: 21-22). Η διαστρωμάτωση αναφέρεται στο βαθμό αλληλεγγύης και καθολικότητας που αναπτύσσει το προνοιακό κράτος και στη συνεπακόλουθη διαστρωμάτωση που προκύπτει από το είδος και την έκταση κάλυψης των κοινωνικών αναγκών (Fenger 2005: 4). Η τυπολογία του Esping-Andersen αναγνωρίζει τρία προνοιακά καθεστώτα: το *φιλελεύθερο*, το *συντηρητικό* και το *σοσιαλιστικό* (deFrei, 2009).

Στο φιλελεύθερο προνοιακό καθεστώς (liberal) υπάγονται οι χώρες που έχουν ιστορική παράδοση στην φιλελεύθερη πολιτική και κατευθύνονται από τους νόμους της ελεύθερης αγοράς. Ο αγγλοσαξονικός κυρίως χώρος και ιδιαίτερα οι Η.Π.Α., ο Καναδάς, η Αυστραλία και μερικώς η Μεγάλη Βρετανία ενθαρρύνουν την ιδιωτική πρωτοβουλία στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών. Στα φιλελεύθερα καθεστώτα κυριαρχούν οι ατομικές συμβάσεις κοινωνικής ασφάλισης και οι συντηρητικές παροχές που βασίζονται σε εισοδηματικά κριτήρια.

Στο συντηρητικό-κορπορατίστικο προνοιακό καθεστώς (conservative) το οποίο εφαρμόζεται στις χώρες της κεντρικής Ευρώπης (Γερμανία, Γαλλία, Αυστρία, Ιταλία) το κράτος κατέχει συμπληρωματικό ρόλο σε αυτόν της οικογένειας. Η κοινωνική τάξη κατέχει σημαντικό ρόλο και συνδέεται άμεσα με τα κοινωνικά δικαιώματα που λειτουργούν στη βάση της ανταποδοτικότητας, μέσα από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων. Η ιδιωτική πρωτοβουλία είναι περιορισμένη και ο έλεγχος είναι υπόθεση κρατική. Είναι επόμενο σε ένα τέτοιο καθεστώς ο βαθμός της κοινωνικής διαστρωμάτωσης να είναι αρκετά υψηλός.

Στο τρίτο και τελευταίο μοντέλο προνοιακού καθεστώτος παρατηρούνται μεγάλες διαφορές στο περιεχόμενο και τη φιλοσοφία που διατηρεί το κράτος απέναντι στους πολίτες τους. Στο κοινωνικό-δημοκρατικό μοντέλο (social democratic) που απαντάται στις Σκανδιναβικές χώρες η αποσύνδεση από την αγορά είναι υψηλή. Το κράτος εγγυάται την πλήρη και καθολική πρόσβαση στις παροχές που εκτείνονται σε όλα τα κοινωνικά στρώματα με στόχο την ίση ευκαιρία των πολιτών στο δικαίωμα της κοινωνικής ευημερίας. Το μοντέλο αυτό εφαρμόστηκε από

κυβερνήσεις του σοσιαλδημοκρατικού μετώπου από τις οποίες πήρε και το όνομά του.

Η μελέτη του Esping-Andersen(1990) περιελάμβανε 18 χώρες οι οποίες εξετάστηκαν με τα κριτήρια του βαθμού εξάρτησης ή μη από την αγορά, στην κοινωνική διαστρωμάτωση και στον βαθμό που διαπλέκονται ο ιδιωτικός με τον δημόσιο τομέα. Ωστόσο, από τη μελέτη του παραλήφθηκαν οι χώρες του Νότου (Ιταλία, Ελλάδα, Πορτογαλία και Ισπανία). Άλλες τυπολογίες, όπως αυτή των Castles&Mitchell (1993) θα αναπτύξουν ένα τέταρτο μοντέλο κοινωνικής πρόνοιας τοποθετώντας την Ιταλία στο συντηρητικό-κορπορατίστικο μοντέλο. Η συγκεκριμένη μελέτη έγινε μεταξύ 14 χωρών στη βάση των συνολικών δαπανών κοινωνικής πρόνοιας και του βαθμού ισότητας απέναντι στα διάφορα προνόμια. Ο Ιταλός κοινωνιολόγος και πολιτικός επιστήμονας Ferrera θα είναι ο πρώτος που θα περιγράψει τις χώρες της Μεσογείου και θα τις εντάξει σε ένα κοινό τόξο. Στη συνέχεια θα παρουσιαστεί το μοντέλο της κοινωνικής πολιτικής των χωρών του Νότου και θα δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ελληνική εκδοχή.

2.2. Η κοινωνική πρόνοια στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και η περίπτωση της Ελλάδας

Στην έρευνά του ο Ferrera (2000) αναγνωρίζει την ύπαρξη κάποιων συστηματικών ομοιοτήτων των χωρών του ευρωπαϊκού Νότου στον τρόπο συγκρότησης του κράτους πρόνοιας. Χαρακτηριστικά υποστηρίζει ότι οι χώρες της Μεσογείου παρουσίασαν μεγάλη καθυστέρηση στην εφαρμογή κοινωνικής πολιτικής και στάθηκαν ανακόλουθες μεταξύ των όσων υποσχέθηκαν και αυτών που εν τέλει εφάρμοσαν (Leibfried 1992; Gough 1996). Γενικότερα, τα κράτη πρόνοιας της Μεσογείου μπορούν να υπαχθούν στο βισμαρκιανό καθεστώς κοινωνικής πρόνοιας από τη στιγμή που οι δαπάνες του κράτους βασίζονται στις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων. Ωστόσο, παράγοντες όπως το πελατειακό κράτος, η υπερπροστασία των ηλικιωμένων, η υπανάπτυξη των οικογενειακών παροχών καθιστούν επιτακτική την ανάγκη εξορθολογισμού της κοινωνικής πολιτικής. Παρόλα αυτά οι παραπάνω χώρες εμφανίζουν κάποια θετικά στοιχεία, όπως η σχετικά καθολική κάλυψη στις υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης, αντλώντας από το μοντέλο του Beveridge.

Στην Ελλάδα το κράτος αποτελεί τον βασικό μηχανισμό διασφάλισης της κοινωνικής ευημερίας και της αναδιανομής των οικονομικών προνομίων. Αποτελεί επιπλέον τον αποκλειστικό ασφαλιστικό φορέα και μέσα από τρεις μηχανισμούς, την

κοινωνική ασφάλιση, την κοινωνική φροντίδα και την υγειονομική περίθαλψη εδραιώνει τη κοινωνική ασφάλιση.

Σε αντίθεση με τα υπόλοιπα κράτη του ανεπτυγμένου κόσμου, η πολιτειακή αστάθεια που ακολούθησε το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου οδήγησε σε μεγάλη καθυστέρηση στην εφαρμογή πρακτικών κοινωνικής πολιτικής, με τις πρώτες να θεσμοθετούνται συστηματικά μετά τη μεταπολίτευση του 1974 (Rapti, 2007). Με το Σύνταγμα του 1975 τίθενται τα θεμέλια για τη διεύρυνση της κοινωνικής πολιτικής και την κατοχύρωση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων. Το Σύνταγμα αναγνωρίζει την κομματική πολυφωνία, τον συνδικαλισμό, τα κοινωνικά δικαιώματα της κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας, υγείας, στέγης, απασχόλησης, ενώ αλλάζει και το οικογενειακό δίκαιο. Το 1983 ιδρύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και σταδιακά γενικεύεται η πρόσβαση του πληθυσμού στις παροχές υγείας. Ωστόσο, η χρηματοδότηση των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής χαρακτηρίζεται από την ανισομερή κατανομή βαρών στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες, λόγω ανομοιογένειας του θεσμικού πλαισίου, της εκτεταμένης παραοικονομίας και της φοροδιαφυγής, με συνέπειες για το κοινωνικό κράτος και τη χρηματοδότηση του.

Το ασφαλιστικό σύστημα αποτελεί εκείνον τον τομέα της κοινωνικής πολιτικής που δημιουργεί συνεχείς συγκρούσεις και διέρχεται βαθιά κρίση, αφού η κατανομή πόρων γίνεται βάση της πολιτικής ισχύς κάθε κοινωνικής ομάδας και επιχορηγείται από τον κρατικό προϋπολογισμό (Matsaganis, 2011), ενώ η εργαζόμενη τάξη του πληθυσμού καλείται να καλύψει τις ανάγκες μιας μεγάλης μερίδας συνταξιούχων που επωφελούνται των κρατικών δαπανών του ασφαλιστικού-συνταξιοδοτικού.

Επίσης, ένα ακόμα βασικό χαρακτηριστικό της πρόνοιας είναι η έλλειψη υποδομών και η υποστήριξη ενός μοντέλου επιδοματικού χαρακτήρα, ο οποίος δεν στηρίζει ουσιαστικά τις κοινωνικές ομάδες σε ανάγκη, αλλά περιθωριοποιεί το άτομο αναπαράγοντας το πρόβλημα (Στασινοπούλου, 1993).

Η μακρόχρονη πολιτειακή αστάθεια της περίπτωσης της Ελλάδας και η καθυστερημένη θεσμική ολοκλήρωση ενός κράτους πρόνοιας δεν αναιρεί την ύπαρξη άτυπων δικτύων αλληλεγγύης, κοινωνικής μέριμνας και φροντίδας, που βασίστηκαν στην τοπική αυτοδιοίκηση, τον εθελοντισμό, την Εκκλησία και άλλους φορείς. Χαρακτηριστική περίπτωση αποτελούν τα φιλανθρωπικά σωματεία που φέρουν τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ. και άλλοι φορείς μέριμνας και φροντίδας των ηλικιωμένων. Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζουμε τους φορείς κοινωνικής και ιατρικής φροντίδας ανοιχτού και κλειστού τύπου και ιδιαίτερα θα παραθέσουμε το πλαίσιο για

την ισχύ των γηροκομείων, που ανήκουν στη δεύτερη κατηγορία μονάδων περίθαλψης.

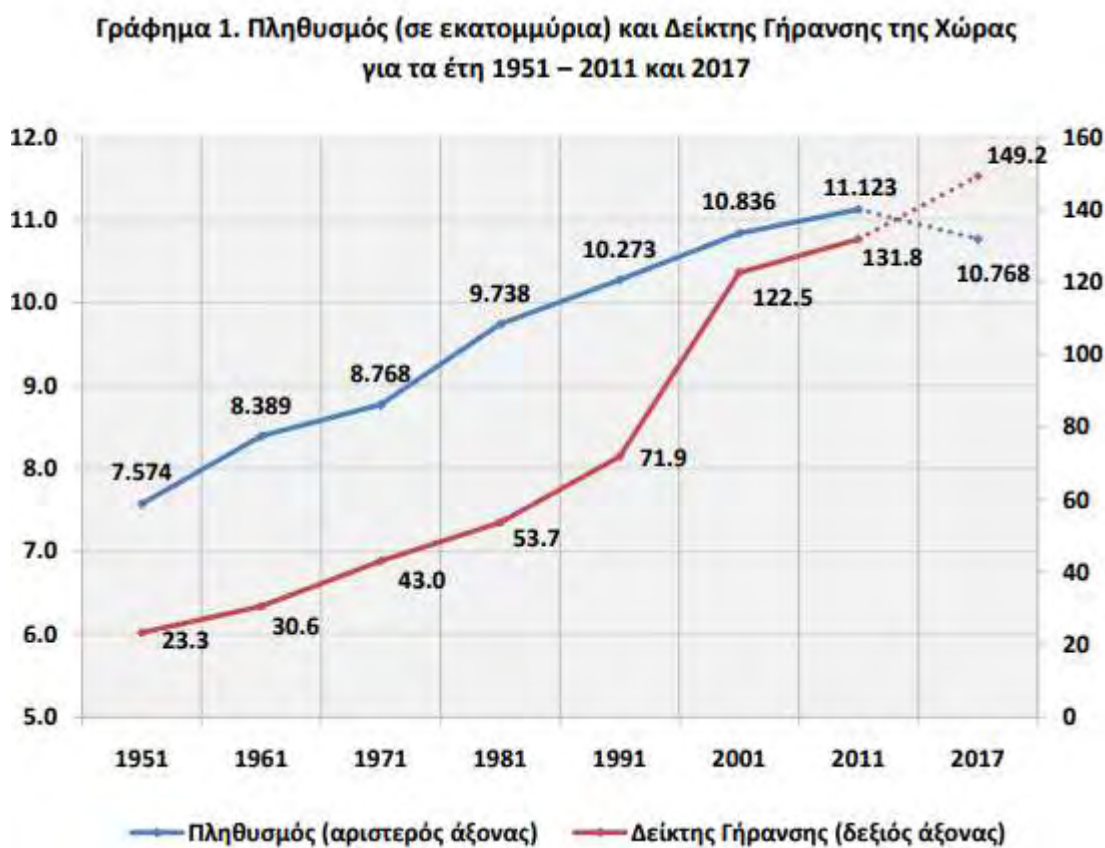
2.3. Συμπεράσματα για το παρόν κεφάλαιο

Τα κοινωνικά κράτη αποτελούν ιστορικές δημιουργίες και προϋποθέτουν την αναγνώριση από πλευράς του κράτους της ανάγκης κάλυψης των αναγκών των πολιτών και της κρατικής παροχής υλικής και μη βοήθειας, μέσα από τη συνταγματική κατοχύρωση του δικαιώματος στην ασφάλιση και την ιατρική περίθαλψη. Στις χώρες του Δυτικού κόσμου υπήρξε ένα δίκτυο φιλανθρωπιών, φορέων και κοινοτήτων που αναλάμβαναν την περίθαλψη και την κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών των αδύναμων στρωμάτων πολύ πριν τη θεσμοθέτηση συγκεκριμένων πρακτικών και υποδομών από πλευράς κράτους. Η έννοια του «κράτους πρόνοιας» εμπερικλείει τη θεσμοθέτηση του κοινωνικού κράτους η οποία συντελέστηκε ήδη από τον 19^ο αιώνα και συστηματικότερα μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Ορόσημο για τη διευρυμένη θεσμοθέτηση του κοινωνικού κράτους αποτέλεσε η Οικουμενική Διακήρυξη των δικαιωμάτων του Ανθρώπου του Ο.Η.Ε. το 1948 με τη συνεπακόλουθη δέσμευση των κρατών-μελών για ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών της υγείας, της περίθαλψης, της κοινωνικής ασφάλισης κ.α.

Η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας ταυτίζεται ιστορικά με την ανάδειξη και την αποδοχή συγκεκριμένων κοινωνικών δικαιωμάτων από το κράτος προς τους πολίτες με στόχο την επίτευξη της κοινωνικής ισότητας και της διατήρησης της κοινωνικής ευημερίας. Οι χώρες που αποτέλεσαν τις πρωτοπόρους στη λήψη μέτρων κάλυψης των κοινωνικών αναγκών εμφανίζουν μεγάλες αποκλίσεις στα συστήματα κοινωνικής πολιτικής που ανέπτυξαν. Καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση ενός μεγάλου φάσματος διαφορετικών μορφών κοινωνικού κράτους έπαιξε η σχέση κράτους – οικονομίας και οι ιδιομορφίες της ήδη διαμορφωμένης κουλτούρας της εκάστοτε κοινωνίας, του πολιτικού συστήματος και των πολιτικών ρευμάτων που κυριάρχησαν διαχρονικά στην εκάστοτε γεωγραφική περιοχή. Έτσι, μέσα από ποικίλες προσπάθειες ταξινόμησης των μοντέλων κοινωνικού κράτους διακρίνονται τέσσερα διαφορετικά μοντέλα: το φιλελεύθερο, το συντηρητικό, το κοινωνικό-δημοκρατικό και το νότιο μοντέλο.

3. ΠΡΟΝΟΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Οι προκλήσεις στο θέμα της μέριμνας για τους ηλικιωμένους αυξήθηκαν ραγδαία ιδιαίτερα μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο στις χώρες του δυτικού κόσμου. Η αστικοποίηση των πρώτων ετών και η μετακίνηση πολλών ανθρώπων από τις αγροτικές κοινωνίες στα αστικά κέντρα που διαρκώς αναπτύσσονταν σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, αλλά και τη μείωση των γεννήσεων οδήγησε στην αύξηση του ποσοστού ηλικιωμένων επί του συνολικού πληθυσμού. Σύμφωνα με την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία (Ε.Γ.Γ.Ε.) τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών αντιπροσωπεύουν σήμερα στη χώρα μας ποσοστό 19% του πληθυσμού και σύμφωνα με τις προβλέψεις το 2020 το ποσοστό αυτό θα είναι άνω του 20% και το 2030 περίπου το 30% του πληθυσμού (βλ. γράφημα 1).



Αυτή η δημογραφική γήρανση -κοινή σε όλες τις δυτικού τύπου χώρες- οφείλεται αφενός μεν στην επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής, αφετέρου δε στην ολοένα και μεγαλύτερη υπογεννητικότητα. Το γεγονός της γήρανσης του πληθυσμού της Ελλάδας αλλά και της Ευρώπης γενικότερα προκαλεί πολλά προβλήματα ιατρικά,

κοινωνικά, οικογενειακά, οικονομικά, ασφαλιστικά, κ.ά. που θα προσλάβουν εκρηκτικές διαστάσεις στις προσεχείς δεκαετίες.

Η γήρανση του πληθυσμού, έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον πολλών επιστημόνων καθώς και των κρατών που σπεύδουν να αντιμετωπίσουν το φαινόμενο και τις επιπτώσεις του. Η ζωή των ηλικιωμένων τα τελευταία χρόνια έχει μεταβληθεί μέσα από τις δημογραφικές αλλαγές και διάφορες κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους, καθώς και τις κρατικές περικοπές στις δαπάνες για την υγεία.

Σε ότι αφορά τον αντίκτυπο στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας μέριμνας, οι κυριότερες επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης, συνδέονται με την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που χρήζουν υγειονομικής περίθαλψης πολύ μεγαλύτερης σε σχέση με τον νεότερο πληθυσμό ο οποίος επενδύει στην πρόληψη. Οι δαπάνες κατά συνέπεια για την υγειονομική περίθαλψη και την μακροχρόνια μέριμνα των ομάδων μεγαλύτερης ηλικίας είναι υψηλότερες απ' ό,τι για τις ομάδες μικρότερης ηλικίας. Ανάμεσα στις προκλήσεις για την υγειονομική περίθαλψη είναι αφενός η αποφυγή της ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων και η προσπάθεια να διατηρηθεί το άτομο στο οικείο του περιβάλλον με τη συμβολή των κατάλληλων ειδικοτήτων για κάθε ασθένεια, ενώ στις περιπτώσεις που η ιδρυματοποίηση είναι αναπόφευκτη είναι σημαντικό να υπάρξει σοβαρή μέριμνα και στελέχωση των μονάδων αυτών.

Τόσο το κράτος και οι φορείς του όσο και η ιδιωτική πρωτοβουλία έχουν αναπτύξει ένα σύνολο φορέων για τις παροχές σε χρήμα, είδος και υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους. Στον δημόσιο τομέα οι παροχές σε χρήμα αφορούν τη συνταξιοδότηση των ανασφάλιστων ηλικιωμένων συμπεριλαμβανομένης και της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, την οικονομική ενίσχυση για τους ηλικιωμένους με αναπηρία άνω του 67%, την έκτακτη οικονομική ενίσχυση σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και την επιδότηση ενοικίου για μοναχικά άτομα ή ζευγάρια άνω των 65 ετών που παρουσιάζουν οικονομικά προβλήματα. Η επιδοματική αυτή πολιτική, ωστόσο, δεν μπορεί να καλύψει τις πραγματικές ανάγκες των απόρων ηλικιωμένων αφού σε πολλές περιπτώσεις το ποσό της παροχής είναι αρκετά μικρό και αφετέρου προσκρούει σε ζητήματα γραφειοκρατικής φύσης, τα οποία όπως είναι αναμενόμενο δυσκολεύουν τους ηλικιωμένους.

Οι παροχές σε είδος αφορούν την παροχή ρουχισμού, φαρμάκων και τροφίμων σε ανήμπορους ή άπορους ηλικιωμένους που επιτυγχάνεται είτε μέσω της ενορίας είτε μέσω του Ερυθρού Σταυρού. Συνολικά, εκτός από το κράτος, η τοπική αυτοδιοίκηση, οι μητροπόλεις και τα φιλανθρωπικά σωματεία έχουν συμβάλει

διαχρονικά στην περίθαλψη απόρων και ευπόρων ηλικιωμένων καλύπτοντας πολλές φορές τις κρατικές δυσλειτουργίες και ανεπάρκειες στην εφαρμογή ενός σύγχρονου και λειτουργικού κράτους πρόνοιας προσαρμοσμένου στις απαιτήσεις και τις ανάγκες της τρίτης ηλικίας.

3.1. Υπηρεσίες ανοιχτής περίθαλψης

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 παρατηρείται αλλαγή σε αναχρονιστικές προσωινιές φορέων, που υποδηλώνει την προσπάθεια για αποποίηση του φιλανθρωπικού χαρακτήρα των κοινωνικών υπηρεσιών που τις χαρακτήριζε μέχρι τότε. Οι κοινωνικές υπηρεσίες εξελίσσονται και εισάγονται καινούργιες υπηρεσίες μεγάλης κοινωνικής ευαισθησίας στο επίπεδο της ανοιχτής φροντίδας, που μπορεί να αφορούν παιδιά (υιοθεσία, αναδοχή, επιτροπεία) ή ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες («Πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι», Κ.Α.Π.Η., άρθρο 5 του Ν.2082/1992¹ που θεσμοθετεί την κατ' οίκον κοινωνική προστασία).

Σημαντική είναι η βοήθεια που παρέχεται σε επίπεδο εξωιδρυματικής περίθαλψης στην οποία συγκαταλέγονται τα Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων), τα Κ.Η.Φ.Η. (Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων), οι «Λέσχες Φιλίας» και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι¹». Επίσης λειτουργεί πρόγραμμα τηλεσυναγερμού, όπου οι ηλικιωμένοι μπορούν να επικοινωνήσουν με την κοινωνική υπηρεσία σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, προγράμματα θερινών διακοπών, κατασκηνώσεις, επιδότηση διακοπών από τον Ε.Ο.Τ. για τα ηλικιωμένα άτομα με χαμηλά εισοδήματα, στο πλαίσιο προγραμμάτων κοινωνικού τουρισμού.

Αναλυτικότερα για τις παραπάνω δομές, τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν Ν.Π.Δ.Δ. και λειτουργούν στην Ελλάδα από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Η σύσταση, η λειτουργία, η διοίκηση, η στελέχωση και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών των ΚΑΠΗ ρυθμίζονται με το Ν.Δ. 162/73, όπως συμπληρώθηκε από το Π.Δ. 631/74. Με το Ν. 1416/84, για την ενίσχυση της αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, το κράτος μεταβίβασε στην τοπική αυτοδιοίκηση την ευθύνη για την ανάπτυξη του θεσμού των Κ.Α.Π.Η. Σύμφωνα με το νόμο προβλέπεται η ετήσια επιχορήγηση, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, των δήμων και των κοινοτήτων, καθώς και των ΚΑΠΗ των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, για σκοπούς και δραστηριότητες αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

¹ Θεσπίστηκε με βάση τον Ν. 2082/1992 και εφαρμόζεται από το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με τους Ο.Τ.Α., την Εκκλησία και τις Μ.Κ.Ο. και αξιολογείται από μια Επιτροπή Παρακολούθησης.

Στόχος τους είναι η κοινωνικοποίηση των αυτοεξυπηρετούμενων ηλικιωμένων και η παροχή υπηρεσιών, η φροντίδα, η ενημέρωση και η κατάρτιση τόσο των ηλικιωμένων όσο και του κοινωνικού συνόλου για διάφορα ψυχολογικά, κοινωνικά και βιολογικά προβλήματα ώστε να αποτρέπεται ο αποκλεισμός τους και να παραμένουν ενεργά μέλη της κοινωνίας. Επιπλέον, τα Κ.Α.Π.Η. φροντίζουν για την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη των ηλικιωμένων, οι οποίες αφορούν την ιατρική παρακολούθηση, τον εμβολιασμό και τη συμβουλευτική (Αμίτσης, 1993).

Μια άλλη μονάδα περίθαλψης είναι τα Κ.Η.Φ.Η. (Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων) που παρέχουν δυνατότητες ιατρικής φροντίδας σε άτομα που ζουν στο οικείο οικογενειακό περιβάλλον αλλά δεν είναι απολύτως αυτοεξυπηρετούμενα. Σε πολλές περιπτώσεις τα παραπάνω κέντρα λειτουργούν σε συνεργασία με τα Κ.Α.Π.Η. της περιοχής ή άλλες μονάδες υγείας. Παρέχουν στους ηλικιωμένους νοσηλευτική φροντίδα, ατομική υγιεινή, προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης και ανάπτυξης κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων από εξειδικευμένο προσωπικό υγείας.

Οι Λέσχες Φιλίας λειτουργούν σε συνοικιακό επίπεδο και επίπεδο γειτονιάς και στοχεύουν στην εξοικείωση των ηλικιωμένων με ζητήματα τρίτης ηλικίας, στην κοινωνικοποίηση, την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και ενημέρωσης. Στο πλαίσιο αυτό οι ηλικιωμένοι μπορούν να αξιοποιούν τον χρόνο τους καθημερινά επισκεπτόμενοι τις λέσχες και να συμμετέχουν σε δραστηριότητες και εκδηλώσεις που διοργανώνονται. Οι Λέσχες αριθμούν 5000 μέλη και εξυπηρετούν σε καθημερινή βάση 50 με 70 άτομα.

Τέλος, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» το οποίο θεσπίστηκε το 1998 προέκυψε μέσα από τις Λέσχες και την εκπαίδευση του προσωπικού ώστε να καθίσταται εφικτή η εξυπηρέτηση ατόμων μη αυτοεξυπηρετούμενων, τα οποία αδυνατούν να μετακινηθούν. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται σε άτομα με κινητικά προβλήματα που ζουν μόνα τους ή που η οικογένειά τους αδυνατεί να τους παρέχει την κατάλληλη φροντίδα. Η «Βοήθεια στο σπίτι» παρέχει ιατρική και κοινωνική φροντίδα σε συνεργασία με μονάδες Υγείας και Πρόνοιας.

Η πολιτική της παραμονής των ηλικιωμένων στο οικείο τους περιβάλλον, οικογενειακό και κοινωνικό είναι βέβαιο ότι δεν λύνει όλα τα προβλήματα, αλλά ανταποκρίνεται στην επιθυμία των περισσότερων ηλικιωμένων. Επιπλέον, δεδομένης της ανεπαρκούς ανταπόκρισης της Ελλάδας για νοσοκομειακή περίθαλψη, η παραμονή στο σπίτι εξασφαλίζει σημαντικούς πόρους και δίνει τη δυνατότητα να αναπτυχθεί ένα άτυπο σύστημα φροντίδας και αλληλεγγύης.

3.2. Υπηρεσίες ιδρυματικής περίθαλψης

Οι υπηρεσίες ιδρυματικής περίθαλψης παρέχονται από τους οίκους ευγηρίας, τα άσυλα και τα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων για ηλικιωμένους καθώς και τα γηροκομεία με τα τελευταία να αποτελούν έναν θεσμό που εκτείνεται στον χρόνο. Οι παραπάνω δομές βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην ιδιωτική πρωτοβουλία και λιγότερο στην κρατική μέριμνα, καθώς ο στόχος του κοινωνικού κράτους είναι η ενδυνάμωση των ανοιχτών δομών φιλοξενίας και περίθαλψης. Η ίδρυση ιδιωτικών κλινικών, νοσοκομείων, και οίκων ευγηρίας αποτελούν κάποια από τα χαρακτηριστικότερα παραδείγματα που άνθισαν ιδιαίτερα από τη μεταπολίτευση και μετά. Επιπλέον, μονάδες άτυπης παροχής βοήθειας και φορείς που βασίζονται στον εθελοντισμό ενισχύουν και σε άλλες περιπτώσεις συμπληρώνουν τις ανεπάρκειες του κράτους πρόνοιας. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα συστήματα των ενοριών.

Ο θεσμός του γηροκομείου, ο οποίος απασχολεί ιδιαίτερη και την παρούσα έρευνα, έχει συνδεθεί με την πρωτοβουλία των εκάστοτε τοπικών Μητροπόλεων, όπως χαρακτηριστικά η περίπτωση του γηροκομείου Βόλου που μελετήθηκε. Στα γηροκομεία καταφεύγουν οι περιπτώσεις ηλικιωμένων απόρων και ευπόρων οι οποίοι για διαφορετικούς λόγους ο καθένας δεν μπορούν να παραμείνουν στο οικείο τους περιβάλλον. Οι παροχές προς τους ηλικιωμένους αφορούν την πλήρη και 24ωρη φροντίδα από εξειδικευμένο προσωπικό, νοσηλευτές, βοηθούς, νοσηλευτών φυσικοθεραπευτές, γιατρούς, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς που φροντίζουν για τη διατήρηση της ομαλής λειτουργίας του ατόμου, τη συναισθηματική υποστήριξη, την αποκατάσταση και βελτίωση κινητικών προβλημάτων και κάθε είδους υποστήριξη που η τρίτη και τέταρτη ηλικία χρειάζεται.

Οι παράγοντες που συντελούν στο να καταφύγουν οι ηλικιωμένοι ή τα οικεία τους πρόσωπα στην επιλογή των ιδρυματικών μορφών περίθαλψης ποικίλουν. Οι παράγοντες αυτοί θα μπορούσαν να διακριθούν στους ενδογενείς και στους εξωγενείς. Ενδογενείς είναι οι παράγοντες που προκύπτουν από τα ίδια τα άτομα και αφορούν τη σχέση υγείας και ψυχολογίας και τις επιπτώσεις στην τελευταία όταν η πρώτη διαταράσσεται. Είναι γνωστό ότι η συναισθηματική ευημερία του ηλικιωμένου ατόμου συνδέεται στενά με τη σωματική του υγεία, καθώς και το αντίθετο (Alexopoulos, 2005). Τα άτομα της τρίτης ηλικίας και κυρίως οι γυναίκες αναφέρονται πιο συχνά στα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως είναι η μειωμένη όρεξη, οι διαταραχές ύπνου και το έντονο αίσθημα κόπωσης. Η κατάθλιψη, δηλαδή, γίνεται αντιληπτή περισσότερο ως μια σωματική εμπειρία. Εκτός αυτού, η κακή σωματική υγεία φαίνεται να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την

εμφάνιση της νόσου στους ηλικιωμένους, ενώ κάτι τέτοιο δεν ισχύει, στον ίδιο τουλάχιστον βαθμό, στα άτομα νεώτερης ηλικίας.

Το γεγονός αυτό είναι πιθανό να σχετίζεται με το ότι η κακή σωματική υγεία επιφέρει περιορισμούς στην καθημερινή λειτουργικότητα των ηλικιωμένων, ενώ ταυτόχρονα δυσχεραίνει τη γενικότερη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες, οι οποίες θα μπορούσαν να τονώσουν την αυτοεικόνα τους, αλλά και να τους κρατήσουν μακριά από έναν αρνητικό τρόπο σκέψης. Επίσης, συνήθως η αποτελεσματική αντιμετώπιση μιας σωματικής πάθησης στην τρίτη ηλικία επιτυγχάνεται δυσκολότερα σε σχέση με τις νεώτερες ηλικίες και έτσι επιτείνεται μαζί της και η καταθλιπτική συμπτωματολογία. Επιπλέον, η ανικανότητα στη διεξαγωγή δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής και η χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων φαίνεται να σχετίζεται με καταθλιπτικά συμπτώματα και σύνδρομα.

3.3. Ο θεσμός του γηροκομείου

Η έννοια του κοινωνικού κράτους είναι αρκετά σύγχρονη καθώς αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της εκβιομηχάνισης της οικονομίας και της άνθισης της αστικής τάξης. Την ευθύνη, συνεπώς, για τη μέριμνα και την περίθαλψη των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού είχαν φορείς όπως η Εκκλησία. Το πρώτο γηροκομείο στην Ελλάδα ιδρύεται το 1864 όταν η Εν Αθήναις Ελεήμων Εταιρεία συστήνει για φιλανθρωπικούς σκοπούς το Πτωχοκομείο Αθηνών, το μεγαλύτερο γηροκομείο στην Ελλάδα. Αργότερα, ιδρύεται το 1938 το γηροκομείο στην Κέρκυρα, ενώ το γηροκομείο του Βόλου ιδρύεται το 1952². Σύμφωνα με τη Χαντζή, η ιδρυματική περίθαλψη της τρίτης ηλικίας αυξάνεται ραγδαία από το 1975 και εξής υπό την αιγίδα της Εκκλησίας της Ελλάδας, ενώ ο αριθμός των γηροκομείων στις μέρες μας ανέρχεται σε 117 ανά την επικράτεια.

Σύμφωνα με τη Λιακοπούλου (2007) τα δημόσια γηροκομεία διαθέτουν όλα τα απαραίτητα εφόδια και συνθήκες για την καλύτερη περίθαλψη και διαμονή των ασθενών σε αυτά, εντούτοις αδυνατούν να πράξουν το γεγονός αυτό λόγω την διαφόρων διοικητικών ανεπαρκειών και των ανθρώπων που χρειάζονται ως εκπαιδευμένο προσωπικό σε αυτά.

Ποικίλες έρευνες διαπιστώνουν ανεπάρκειες ως προς τη διοικητική λειτουργία, τη στελέχωση του ανθρωπίνου δυναμικού και τις συνθήκες διαβίωσης και προτείνουν την ενίσχυση των ελέγχου, καθώς και την αναβάθμιση του τρόπου

² Για μια συγκριτική μελέτη του ρόλου των γηροκομείων βλ. Χαραλαμπίδης, (2008).

διοικητικής λειτουργίας των γηροκομείων με τη συμμετοχή των συγγενών των ηλικιωμένων, όπως στην περίπτωση της Ολλανδίας (Χαραλαμπίδης, 2008: 49).

Ως γηροκομείο νοείται ένα ίδρυμα φροντίδας και περίθαλψης των ηλικιωμένων ανθρώπων, το οποίο παρέχει λύσεις σε προβλήματα της τρίτης ηλικίας, μέσα από την ιατρική παρακολούθηση, την ψυχολογική υποστήριξη και την ενίσχυση της λειτουργικότητας των πασχόντων ηλικιωμένων. Συχνά στα γηροκομεία καταφεύγουν εύποροι και άποροι ηλικιωμένοι, οι οποίοι δεν έχουν την απαραίτητη υποστήριξη στο σπίτι και διαβιώνουν μόνοι τους.

Πολλοί παράγοντες που οδηγούν στην απομόνωση των ηλικιωμένων και κατά συνέπεια στην απόφαση της ιδρυματικής τους περίθαλψης σχετίζονται με τις αλλαγές στις οικογενειακές σχέσεις και τις δημογραφικές αλλαγές, καθώς και με διάφορους κοινωνικο-οικονομικούς λόγους. Ως προς τους παράγοντες δημογραφικής αλλαγής τόσο η μείωση της γεννητικότητας σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής οδηγούν σε σημαντική αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων επί του συνολικού πληθυσμού. Καθώς λοιπόν ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξάνεται ταυτόχρονα αυξάνονται και οι περιπτώσεις των ανθρώπων με προβλήματα υγείας που συνοδεύουν την τρίτη και τέταρτη ηλικία. Παράλληλα, τόσο οι φροντιστές όσο και οι άτυπες μορφές μέριμνας δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στον διαρκώς αυξανόμενο αριθμό και στη ζήτηση για περίθαλψη.

Άλλοι παράγοντες όπως η αστικοποίηση με τη μετακίνηση μεγάλης μερίδας του πληθυσμού από την ύπαιθρο στην πόλη συνετέλεσε στην αύξηση του πληθυσμού των μεγάλων πόλεων με περιορισμένου χώρου διαμερίσματα, τα οποία δυσκολεύουν τη συγκατοίκηση των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους. Επιπρόσθετα, όμως, οδήγησε στην αποξένωση που μπορεί να βιώνει ένας ηλικιωμένος ο οποίος διαβιεί μόνος του σε μια μεγάλη πόλη.

Οι παραπάνω λόγοι είναι κάποιοι από τους βασικότερους που μπορεί να οδηγήσουν τους ηλικιωμένους ή τους συγγενείς τους στην απόφαση να μεταβεί το άτομο σε ένα γηροκομείο, ώστε να μπορεί να λαμβάνει την απαραίτητη φροντίδα ανάλογα την περίπτωση του καθενός. Ακόμη δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις οι οποίες χρήζουν μακρόχρονης νοσοκομειακής περίθαλψης, αλλά είτε οι οικονομικές συνθήκες του πάσχοντος δεν βοηθούν είτε η νοσοκομειακή μονάδα αδυνατεί να φιλοξενήσει για μεγάλο διάστημα κάποιον, λόγω της μεγάλης έλλειψης σε κλίνες που υπάρχει στην Ελλάδα.

Στα γηροκομεία καταλογίζονται πολλά αρνητικά λόγω της ιδρυματικής τους φύσης. Οι βασικότερες συνέπειες της ιδρυματοποίησης είναι κοινωνικής και

ψυχολογικής φύσης. Η περιθωριοποίηση και η κατάθλιψη είναι δύο φαινόμενα κοινωνικά και ψυχολογικά αντίστοιχα που εμφανίζονται συχνά στους ηλικιωμένους, οι οποίοι αναγκάζονται στο τέλος της ζωής τους να διαβιούν μακριά από το σπίτι τους. Κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει στον ηλικιωμένο όχι μόνο η παραμονή σε ένα γηροκομείο αλλά και η σκέψη αυτού καθώς περιμένει να εισαχθεί σε αυτό. (Kastenbaum, 1982, σελ.102). Η είσοδος του ηλικιωμένου στο γηροκομείο σηματοδοτεί μια φάση μετάβασης και αλλαγής του τρόπου ζωής, η οποία μπορεί να επιφέρει σημαντικές συνέπειες στην ψυχολογία του. Πολλές από τις δραστηριότητες για τις οποίες είναι υπεύθυνος μεταβιβάζονται στο προσωπικό, από το οποίο είναι εξαρτώμενος. Έτσι, είναι συχνό φαινόμενο οι ηλικιωμένοι να αναπτύσσουν συναισθήματα παραίτησης από τη ζωή, καθώς δεν αισθάνονται χρήσιμοι στο περιβάλλον στο οποίο ζουν σε σχέση με την προηγούμενη κοινωνική τους ζωή εκτός του ιδρύματος (Μαυραντωνάκης κ.α., 2003).

Παρόλα αυτά οι σωστά οργανωμένες μονάδες ιδρυματικής περίθαλψης συμβάλλουν σημαντικά καλύπτοντας συγκεκριμένες ανάγκες των ηλικιωμένων που το κράτος αδυνατεί να υπηρετήσει. Η στόχευση των γηροκομείων είναι η αποφυγή της ιδρυματοποίησης του φιλοξενούμενου μέσα από μια ολιστική φροντίδα και καθημερινότητα στην οποία επιδιώκεται ο ηλικιωμένος να παραμένει λειτουργικός και δραστήριος, χωρίς να αισθάνεται αποκομμένος από την κοινωνία και το σύνολο. Για τον λόγο αυτό τα Γηροκομεία προσπαθούν να κρατούν τους διάυλους επικοινωνίας με την κοινωνία ανοιχτούς και να αναπτύσσουν αγωγική συνεργασία με διάφορους φορείς (Μαυραντωνάκης, 2003). Επιπλέον, μέσα σε μια τέτοια μονάδα ο ηλικιωμένος είναι ασφαλής, αφού η κατάσταση της υγείας του παρακολουθείται συνεχώς και μπορεί να κοινωνικοποιηθεί και με την κατάλληλη φροντίδα να βελτιώσει την υπάρχουσα κατάστασή του. Φυσικά, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η λειτουργικότητα κάθε ιδρύματος βασίζεται σε ποικίλους παράγοντες και κυρίως στην οικονομική διαχείριση και τους χρηματικούς πόρους που του εξασφαλίζουν τη βιωσιμότητά του.

Ωστόσο, από τα αρνητικά δεν μπορεί να αγνοηθεί το αίσθημα απόρριψης που αισθάνονται πολλοί ηλικιωμένοι, οι οποίοι αναγκάζονται για διάφορους λόγους να ζήσουν μακριά από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Η ψυχολογική κατάσταση πολλών ηλικιωμένων επιβαρύνεται σαφώς και από την ασταθή κατάσταση της υγείας τους, αλλά και από άλλα στρεσογόνα ζητήματα όπως η χηρεία, η απομόνωση, ο εγκλεισμός, οι άσχημες συνθήκες περίθαλψης, η υποστελέχωση και η κακή ποιότητα υπηρεσιών, η συμβίωση με άλλα άτομα, ο περιορισμός του χώρου και η έλλειψη

προσωπικού χώρου καθώς τα δωμάτια των γηροκομείων είναι σπανίως μονόκλινα με αποτέλεσμα οι φιλοξενούμενοι να μοιράζονται με δύο, τρία και τέσσερα άτομα τον προσωπικό τους χώρο. Αυτό έχει ταυτόχρονα βέβαια και το θετικό της κοινωνικοποίησης, αλλά από την άλλη περιορίζει την αυτενέργεια του ατόμου. Επιπλέον, η προσωπικότητα του κάθε ατόμου οδηγεί κάποιες φορές σε εκ διαμέτρου διαφορετικούς τρόπους βίωσης της ιδρυματικής διαμονής. Άλλοι ηλικιωμένοι σχετίζονται με τους υπόλοιπους τροφίμους, αποκτούν φίλιες και κοινωνικοποιούνται. Αντίθετα, άλλοι σε συνδυασμό τόσο με στοιχεία του χαρακτήρα όσο και της συμπεριφοράς του οικογενειακού περιβάλλοντος απομονώνονται και κλείνονται στον εαυτό τους με δραματικές συνέπειες για την κατάσταση της υγείας τους, πνευματικής και ψυχολογικής.

Στην Ελλάδα υπάρχουν τρεις κατηγορίες γηροκομείων: τα κρατικά, τα ιδιωτικά και τα μη κερδοσκοπικά. Στην πρώτη κατηγορία των δημόσιων νοσοκομείων σύμφωνα με την Κηποπούλου (2009: 46) «η κρατική υποδομή για τη φροντίδα των ηλικιωμένων είναι απαράδεκτα ανεπαρκής». Τα συγκεκριμένα γηροκομεία συνήθως δεν δέχονται μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα και παρουσιάζουν σημαντικό πρόβλημα δυναμικότητας κλινών. Για τον λόγο αυτό παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια σημαντική αύξηση στην ιδιωτική πρωτοβουλία για τη δημιουργία μονάδων περίθαλψης ηλικιωμένων με αμφίβολες ωστόσο παροχές και υπηρεσίες. Τα μη κερδοσκοπικά ιδρύματα συστάθηκαν με την πρωτοβουλία των Ο.Τ.Α. ή των Μητροπόλεων και προϋπήρχαν της ίδρυσης δημόσιων και ιδιωτικών γηροκομείων. Οι Μητροπόλεις μαζί με φιλανθρωπικά σωματεία υπήρξαν πρωτοπόροι στην περίθαλψη των φτωχών και ανήμπορων ηλικιωμένων διαχρονικά επιδεικνύοντας μεγάλο ανθρωπιστικό ενδιαφέρον.

Τέλος, η εισαγωγή σε κάποιο γηροκομείο εξαρτάται από τον κανονισμό του εκάστοτε ιδρύματος και των αντίστοιχων δομών που υποστηρίζει, καθώς για παράδειγμα άλλα αποδέχονται ενώ άλλα αποκλείουν τα μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα. Συνήθως τα γηροκομεία είναι συμβεβλημένα με τους ασφαλιστικούς φορείς και με συγκεκριμένες ειδικότητες που οριοθετούν το είδος των παροχών και τον προσανατολισμό που θα έχει η περίθαλψη και για τον λόγο αυτό είναι σημαντικό να υπάρχει σοβαρή έρευνα από το οικείο περιβάλλον πριν αποφασιστεί η μετακίνηση ενός ηλικιωμένου σε μια τέτοια μονάδα κλειστής περίθαλψης.

3.4. Συμπεράσματα για το παρόν κεφάλαιο

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάστηκαν βασικές έννοιες γύρω από τη θέσπιση του κοινωνικού κράτους στην Ευρώπη και την Ελλάδα. Διαπιστώθηκε, ότι η Ελλάδα μέσα από τη μακρόχρονη πολιτειακή της αστάθεια καθυστέρησε σημαντικά στη θέσπιση μέτρων πρόνοιας για την εξασφάλιση της κοινωνικής ευημερίας. Το μοντέλο που υιοθέτησε αποτελεί μια μείξη του βισμαρκικού μοντέλου, στη βάση των εισφορών εργοδοτών κι εργαζομένων με το μοντέλο του Beveridge, στην περίπτωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Ωστόσο, σημαντικές διαφοροποιήσεις από τα κράτη της δυτικής Ευρώπης καθιστούν προβληματική την καθιέρωση του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα από τη στιγμή που η ανισομερής κατανομή των κοινωνικών προνομίων, η δυσανάλογη συνεισφορά των εργαζομένων σε σχέση με τη μεγάλη κάλυψη του ασφαλιστικού συστήματος, οδηγούν το κράτος σε δημοσιονομικά ελλείμματα και σε αδυναμία εξασφάλισης των ελάχιστων εγγυήσεων για την αξιοπρεπή διαβίωση των πολιτών.

Στην Ελλάδα το κοινωνικό κράτος θεσπίζεται μετά τη μεταπολίτευση και ενισχύεται από το 1981 και εξής. Η μέριμνα των ηλικιωμένων διασφαλίζεται μέσα από τις πολιτικές κοινωνικής ασφάλισης και συνταξιοδότησης, αλλά και μέσα από ιδιωτικούς και άτυπους φορείς μέριμνας, όπως τα γηροκομεία και τα Κ.Α.Π.Η. μεταξύ άλλων. Οι φορείς αυτοί εκπροσωπούν τόσο τις ανοιχτές μορφές περίθαλψης όσο και τις ιδρυματικού τύπου μονάδες, οι οποίες στοχεύουν στη μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων. Στο κεφάλαιο που θα ακολουθήσει θα παρουσιαστούν τα μεθοδολογικά εργαλεία και οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων για τη διερεύνηση της λειτουργίας του Γηροκομείου Βόλου.

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ερευνητικά εργαλεία που αξιοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας. Η εργασία αποτελεί μια μελέτη περίπτωσης, η οποία σαν στόχο της έχει τη διερεύνηση της δομής και της λειτουργίας του Γηροκομείου Βόλου από κοινού με επιμέρους πτυχές που επιδιώκεται να αναδειχθούν για τη συγκεκριμένη μονάδα ιδρυματικής περίθαλψης.

Για τη συλλογή των δεδομένων καθοριστικό ρόλο έπαιξε η παρατήρηση, μέσω της επιτόπιας έρευνας. Η μέθοδος αυτή ήταν εφικτή καθώς η ερευνήτρια αποτελεί μέρος του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει το υπό μελέτη ίδρυμα, με αποτέλεσμα την άμεση πρόσβαση στο δείγμα των συμμετεχόντων και στις υποδομές κατόπιν συμφωνίας των υπευθύνων. Στους συμμετέχοντες του δείγματος εντάσσεται ο διευθυντής του ιδρύματος και το διάφορων ειδικοτήτων προσωπικό που στελεχώνει τη μονάδα.

Η ερευνήτρια άντλησε τα απαραίτητα δεδομένα με την αξιοποίηση δύο πολύ βασικών εργαλείων της μελέτης περίπτωσης: της δομημένης συνέντευξης και των ερωτηματολογίων. Τα συγκεκριμένα εργαλεία διαμορφώθηκαν μέσα από τέσσερις θεματικούς άξονες, οι οποίοι αποτελούν τους πυλώνες διερεύνησης της δομής και της λειτουργίας του ιδρύματος και αναλύονται στη συνέχεια.

Στις υποενότητες που ακολουθούν παρουσιάζεται αρχικά το αντικείμενο της έρευνας και δίνονται ορισμένα στοιχεία γύρω από την ιστορία και τη λειτουργία του Γηροκομείου (3.1.). Στη συνέχεια περιγράφονται τα εργαλεία που θα αξιοποιηθούν για τη συλλογή των δεδομένων και περιγράφονται οι άξονες μέσα από τους οποίους προσεγγίζεται το υπό διερεύνηση θέμα (3.2.).

4.1. Αντικείμενο της έρευνας

Αντικείμενο της παρούσας έρευνας αποτελεί το ίδρυμα φροντίδας και περίθαλψης ηλικιωμένων «Γηροκομείο Βόλου», το οποίο μετρά περισσότερο από μισό αιώνα ζωής. Η ίδρυσή του οφείλεται σε πρωτοβουλία του Μητροπολίτη Δημητριάδος Ιωακείμ Αλεξόπουλου και μιας μερίδας Βολιωτών κατά τις αρχές της δεκαετίας του 1950. Αρχικά λειτούργησε ως Φιλανθρωπικό Σωματείο και στη συνέχεια με βασιλικό διάταγμα του 1972 μεταβίβασε την περιουσία του και μετατράπηκε σε Ν.Π.ΙΔ., διεπόμενο από τις διατάξεις περί φιλανθρωπικών σωματείων. Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικότερα κάποια από τα σημαντικότερα στοιχεία για τη δομή και τη λειτουργία του.

Το προφίλ του «Γηροκομείου Βόλου»

Η περίθαλψη των ηλικιωμένων στον Βόλο έχει μεγάλη ιστορία ήδη από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, περίοδο που ιδρύεται η Φιλόπτωχος Αδελφότης Βόλου, το 1894. Ο σκοπός του ιδρύματος ήταν να λειτουργήσει ως πτωχοκομείο για τη φροντίδα των άπορων ηλικιωμένων και ως ορφανοτροφείο για τη μέριμνα των ορφανών παιδιών. Μέχρι το 1909, 31 ηλικιωμένοι βρήκαν στέγη στο οίκημα που δώρισε μετά τον θάνατό του ο Μητροπολίτης Γρηγόριος Φουρτουσιάδης. Η Μικρασιατική Καταστροφή, ωστόσο, με το μεγάλο κύμα προσφύγων άλλαξε τα δεδομένα για τους ηλικιωμένους με αποτέλεσμα να δοθεί προτεραιότητα στα ορφανά προσφυγόπουλα. Η οικονομική κάλυψη των αναγκών για την αποτελεσματική λειτουργία του Γηροκομείου και του Ορφανοτροφείου βασιζόνταν αποκλειστικά στους εράνους, στους ευκατάστατους ευεργέτες και δωρητές, στην τοπική Εκκλησία και στην πολύτιμη συμβολή των μελών της Αδελφότητας. Όμως, ο πόλεμος είχε ως συνέπεια του να δυσχεράνει τις προσπάθειες να κρατηθεί όρθιο το ίδρυμα στηρίζοντας αποτελεσματικά τους αναξιοπαθούντες.

Μετά το τέλος του πολέμου, όταν η κοινωνία άρχισε να στέκεται ξανά στα πόδια της και με επιτακτική την ανάγκη για μέριμνα των ηλικιωμένων άρχισαν οι προσπάθειες ανασυγκρότησης μιας μονάδας γεροντικής προστασίας. Με πρωτοβουλία του τότε Μητροπολίτη Δημητριάδος Ιωακείμ Αλεξόπουλου ιδρύεται το 1952 το Φιλανθρωπικό Σωματείο με την επωνυμία «Γηροκομείον Βόλου³». Με τη σύμπραξη πολιτικών, ιδιωτών και ανθρώπων της Εκκλησίας ξεκίνησαν προσπάθειες για την ανεύρεση του κατάλληλου χώρου που θα στέγαζε το γηροκομείο, οι οποίες ευοδώθηκαν τέσσερα χρόνια αργότερα με την αξιοποίηση του οικοπέδου που δώρισε ο τότε υπουργός και Βολιώτης πολιτικός, Ανδρέας Αποστολίδης. Στο διάστημα που μεσολάβησε οι ηλικιωμένοι στεγάζονταν σε ένα ημιτελές οίκημα του Ορφανοτροφείου που αδυνατούσε να καλύψει τις ανάγκες τους και να λειτουργήσει αποτελεσματικά για τη σωστή περίθαλψή τους.

Στις 4 Νοεμβρίου του 1956 εγκαινιάστηκε παρουσία της Βασίλισσας Φρειδερίκης και πλήθους αρχόντων πολιτικών, στρατιωτικών και εκκλησιαστικών το νέο κτηριακό συγκρότημα του Γηροκομείου, στο οποίο λίγες ημέρες αργότερα μεταφέρθηκαν οι πρώτοι ηλικιωμένοι. Η τοπική κοινωνία αγκάλιασε το εγχείρημα προσφέροντας χρήματα για τη συντήρηση και την κάλυψη των πρώτων βασικών

³Πηγή: Γιασιράνη-Κυρίτση, Β. (2007). *Ίδρυμα «Γηροκομείον Βόλου»: Η πολιτεία των γερόντων*. Καρεκλίδης: Βόλος.

αναγκών του ιδρύματος. Το 1959 μετά από πολλές προσπάθειες για την ανεύρεση οικονομικών πόρων ολοκληρώθηκε η ανέγερση και του δεύτερου ορόφου, στον οποίο προβλεπόταν η στέγαση ιατρείου, κουρείου και βιβλιοθήκης. Ωστόσο, η απουσία κρατικής επιχορήγησης καθιστούσε ανέφικτη τη λειτουργία του.

Τα χρόνια που ακολούθησαν οι ανάγκες για περίθαλψη ανήμπορων και ασθενών ηλικιωμένων ολοένα και αυξάνονταν με αποτέλεσμα το Γηροκομείο να καλείται να καλύψει ανάγκες που υπερέβαιναν τις δυνατότητές του. Μέσα από εράνους, τη συνδρομή των ευεργετών και της τοπικής κοινωνίας, πολύ λιγότερο της πολιτείας, επιχειρούνταν διαρκώς βήματα για την εξάπλωσή του, ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού.

Τα νέα δεδομένα με τον νόμο 1111/11-2-72 «Περί Φιλανθρωπικών Σωματείων» όριζαν πως όσα Φιλανθρωπικά Σωματεία φιλοξενούσαν ηλικιωμένους έπρεπε να λειτουργούν δωρεάν και να μην εισπράττουν χρήματα από τους ίδιους μόνο στην περίπτωση που δημιουργούσαν Ίδρυμα και μεταβίβαζαν σε αυτό την περιουσία του Σωματείου. Έτσι και έγινε και για το Γηροκομείο, το οποίο το 1973 μετατράπηκε σε Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) με την επωνυμία «Γηροκομείον Βόλου» και με το Νομοθετικό Διάταγμα 754 του 1972 μεταβιβάστηκε στο Ίδρυμα όλη η περιουσία, κινητή και ακίνητη, του Φιλανθρωπικού Σωματείου.

Το Δ.Σ. άλλαξε, ορίστηκε κυβερνητικός επίτροπος ενώ τα έσοδά του καλύπτονταν από μια κρατική επιχορήγηση, τις συνεισφορές όσων από τους ηλικιωμένους μπορούσαν να ανταποκριθούν και τις δωρεές των πολιτών. Το προσωπικό αποτελούνταν από τον Διευθυντή, τον λογιστή, από μία μαγείρισσα κι έναν βοηθό, μία ράπτρια, πέντε καθαρίστριες και μια βοηθό Υγειονομικής Υπηρεσίας που εκτελούσε χρέη νοσοκόμας.

Έκτοτε, το γηροκομείο συνέχισε να επεκτείνεται, να εξελίσσεται, να στελεχώνεται με νέες ειδικότητες και ανθρώπινο δυναμικό και να δέχεται μεγαλύτερο αριθμό ηλικιωμένων, τόσο αυτοεξυπηρετούμενων όσο και ατόμων με κινητικά προβλήματα. Ο αγώνας για την ανταπόκριση στα διαρκή έξοδα συνέχισε να αποτελεί ένα διαρκές πεδίο αναμέτρησης.



Εικόνα 1. Αποψη του εξωτερικού χώρου του Γηροκομείου Βόλου

Το γηροκομείο αποτελεί έναν χώρο φιλοξενίας και περίθαλψης ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών. Στεγάζεται στην περιοχή της Αγίας Παρασκευής Βόλου, στις παρυφές του Πηλίου σε ένα όμορφο φυσικό περιβάλλον (βλ. εικόνα 1). Στις προσφερόμενες υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους συγκαταλέγονται η μόνιμη περίθαλψη και η στέγαση ανθρώπων με κινητικά προβλήματα, αλλά και αυτοεξυπηρετούμενων. Επιπλέον, παρέχει προσωρινή περίθαλψη και στέγαση για χρόνο που θα ζητήσει ο ηλικιωμένος ή το οικείο περιβάλλον του.

Κατά την ένταξη των ηλικιωμένων στο γηροκομείο παρέχεται, μέσα από τη συνδρομή κοινωνικών λειτουργών, ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη με στόχο την ομαλή προσαρμογή τους στο νέο περιβάλλον. Παράλληλα, παρακολουθείται συνεχώς η ψυχική και η σωματική τους υγεία από ομάδα νοσηλευτών καθώς και από συμβεβλημένους εξωτερικούς ιατρούς. Τέλος, μια ομάδα φυσικοθεραπευτών φροντίζει για την κινητική αποκατάσταση ατόμων με προβλήματα κίνησης.

Στο πλαίσιο της διατήρησης της κοινωνικής, νοητικής και κινητικής λειτουργικότητας των ηλικιωμένων έχουν δημιουργηθεί κάποιες ομάδες στις οποίες οι φιλοξενούμενοι απασχολούνται δημιουργικά. Κάποιες από αυτές είναι ενταγμένες στην καθημερινότητα των φιλοξενούμενων, ενώ κάποιες άλλες έχουν χαρακτήρα

περιστασιακό και σύμφωνα με τις ανάγκες που προκύπτουν. Οι ομάδες αυτές είναι οι ακόλουθες:

- ♦ Ομάδα Νοητικής Ενδυνάμωσης: στην ομάδα αυτή το προσωπικό του ιδρύματος απευθύνει στους ηλικιωμένους ερωτήσεις και δημιουργεί ασκήσεις που βοηθούν στην ανάκληση γνώσεων και βασικών πληροφοριών, όπως η αναζήτηση της τρέχουσας ημερομηνίας, του έτους, η πόλη στην οποία βρίσκονται κ.λπ.
- ♦ Ομάδα συζήτησης: στη συγκεκριμένη ομάδα τίθενται θέματα που προβληματίζουν τους φιλοξενούμενους και προκαλούν το ενδιαφέρον τους, όπως οι εορτές (εθνικές, χριστιανικές, ονομαστικές) και η ανάκληση αναμνήσεων από τη σχολική ζωή, τα παιδικά χρόνια, τον γάμο, τα ήθη και τα έθιμα.
- ♦ Ομάδα εφημερίδας: η ενημέρωση σε θέματα επικαιρότητας αποτελεί βασική προτεραιότητα στην καθημερινή ενασχόληση των φιλοξενούμενων.
- ♦ Επιτραπέζια παιχνίδια: οι φιλοξενούμενοι έχουν πρόσβαση στην ψυχαγωγία, όπως τα παιχνίδια τράπουλας και τα παζλ, που σαν στόχο τους έχουν την ενίσχυση της μνήμης μέσα από την ικανότητα υπολογισμών.
- ♦ Χορωδία: η χορωδία αφορά έναν ακόμη ψυχαγωγικό τρόπο ενασχόλησης των ηλικιωμένων με τραγούδια προσαρμοσμένα στην ηλικιακή ομάδα των φιλοξενούμενων.
- ♦ Ομάδα δημιουργικής απασχόλησης και χειροτεχνίας: η συμμετοχή σε ασχολίες δημιουργικού και κατασκευαστικού περιεχομένου είναι προσαρμοσμένες στα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων και πολλές φορές συνδέονται με συγκεκριμένες γιορτές, όπως τα Χριστούγεννα, το Πάσχα και οι Απόκριες. Οι φιλοξενούμενοι έχουν την ευκαιρία να συνθέσουν κολάζ, να ζωγραφίσουν, να κατασκευάζουν ευχετήριες κάρτες, αποκριάτικες μάσκες και λαμπάδες. Στις ομάδες αυτές απαιτείται φαντασία, συγκέντρωση και συντονισμός κινήσεων.
- ♦ Ομάδα μαγειρικής και ζαχαροπλαστικής.
- ♦ Προβολή ταινιών και ντοκιμαντέρ.
- ♦ Εκδρομές.
- ♦ Επισκέψεις σε μουσεία, διάφορες οργανώσεις.

Καθώς ο βασικός σκοπός του Γηροκομείου είναι η επίτευξη της αποφυγής ιδρυματοποίησης του ατόμου και η διατήρηση της επαφής με τον κοινωνικό ιστό της

περιοχής, ομάδες εθελοντών επισκέπτονται σε τακτική βάση τους φιλοξενούμενους και οργανώνουν δραστηριότητες προσαρμοσμένες στα ενδιαφέροντά τους. Η Ομάδα Οδηγισμού και η Ομάδα γυναικών Βόλου SatyanandaYoga είναι δύο χαρακτηριστικά παραδείγματα. Οι δραστηριότητες στις οποίες εμπλέκουν τους φιλοξενούμενους είναι η συζήτηση, η ανάγνωση βιβλίων, τα τραγούδια, ο χορός, τα ανέκδοτα και κάποιες ασκήσεις. Τέλος, οι φιλοξενούμενοι έχουν τη δυνατότητα να ασκήσουν τα θρησκευτικά και λατρευτικά τους καθήκοντα στον ναό των Αγίων Πάντων που βρίσκεται εντός των εγκαταστάσεων.

Το ίδρυμα διοικείται από ένα πενταμελές εθελοντικό συμβούλιο και στελεχώνεται από εξειδικευμένο προσωπικό. Οι υπηρεσίες που λειτουργούν στο Ίδρυμα είναι η διοικητική υπηρεσία, η κοινωνική υπηρεσία που απαρτίζεται από δύο κοινωνικούς λειτουργούς, η υγειονομική υπηρεσία, η οποία στελεχώνεται από υπεύθυνο ιατρό, τρεις νοσηλευτές, βοηθούς νοσηλευτών, καθώς και εξωτερικούς ιατρούς (νευρολόγος, ψυχολόγος και άλλες ειδικότητες). Επίσης, υπάρχει και το τμήμα φυσικοθεραπείας με έναν φυσικοθεραπευτή και δύο βοηθούς. Στον χώρο του Ιδρύματος υπάρχει η υπηρεσία γενικών καθηκόντων, κουζίνας, μπάνιου, το εργαστήρι εργασιοθεραπείας, κουρείο και κομμωτήριο. Το Ίδρυμα απαρτίζεται από πέντεκτήρια και μπορεί να φιλοξενήσει μέχρι και 100 ηλικιωμένους αυτοεξυπηρετούμενους καθώς και ηλικιωμένους με κινητικά προβλήματα και χρόνιες παθήσεις στη Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων.

Το επιστημονικό προσωπικό του Ιδρύματος λαμβάνει τακτικά μέρος σε συνέδρια και ημερίδες σχετικές με τον κλάδο της Γεροντολογίας και της Γηριατρικής, στοιχείο που δείχνει την προσπάθεια του επιστημονικού προσωπικού να διατηρεί υψηλό το επίπεδο του ιδρύματος και των στελεχών του σε όλους τους τομείς, καθώς και να επικαιροποιεί τις γνώσεις απέναντι στη φροντίδα της τρίτης ηλικίας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, λοιπόν, συμπεραίνουμε πως το υπό μελέτη Ίδρυμα φαίνεται να αποτελεί έναν καλά οργανωμένο χώρο φιλοξενίας της τρίτης ηλικίας με στόχο αφενός την αποφυγή της ιδρυματοποίησης και αφετέρου την ολιστική υποστήριξη των αναγκών των ηλικιωμένων σε επίπεδο νοητικό, κοινωνικό και κινητικό. Η ισχύς των συγκεκριμένων συμπερασμάτων μένει να επιβεβαιωθεί ή να διαψευστεί μέσα από τη συζήτηση των αποτελεσμάτων των δεδομένων που συλλέχθηκαν. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι μέθοδοι συλλογής των δεδομένων, το δείγμα της έρευνας και οι τέσσερις θεματικοί άξονες πάνω στους οποίους συγκροτήθηκε η διερεύνηση της δομής και της λειτουργίας του Γηροκομείου.

4.2. Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων γύρω από τη δομή και τη λειτουργία του ιδρύματος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της δομημένης συνέντευξης μεταξύ της ερευνήτριας και του διευθυντή και της χορήγησης ερωτηματολογίων στο προσωπικό του ιδρύματος. Αξίζει να σημειωθεί πως η χορήγηση των ερωτηματολογίων δεν στοχεύει στην ανάδειξη ποσοτικών στοιχείων, αλλά στη σφαιρικότερη καταγραφή των πληροφοριών γύρω από τη δομή και τη λειτουργία του ιδρύματος. Η παρούσα μελέτη περίπτωσης πραγματοποιεί μια ποιοτική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν.

Τόσο η συνέντευξη όσο και το ερωτηματολόγιο δομήθηκαν στη βάση τεσσάρων θεματικών αξόνων, οι οποίοι καλύπτουν όσο το δυνατόν επαρκέστερα το εύρος των πτυχών που επιδιώκεται να αναδειχθούν μέσα από την έρευνα. Πιο συγκεκριμένα παρατίθεται παρακάτω το γενικό πλαίσιο, δηλαδή οι τέσσερις θεματικοί άξονες, μέσα από τους οποίους προσεγγίζεται η λειτουργία του γηροκομείου (αναλυτικότερα βλ. Παράρτημα) και παρουσιάζονται κάποια από τα βασικότερα ερωτήματα που ανήκουν σε κάθε κατηγορία και επιδιώκεται να απαντηθούν μέσα από την έρευνα.

1^{ος} θεματικός άξονας: Δομή και λειτουργία του Γηροκομείου Βόλου

Ο συγκεκριμένος άξονας σχετίζεται με τον τρόπο διοίκησης του ιδρύματος. Αναλυτικότερα, διερευνάται η συγκρότηση του διοικητικού συμβουλίου και οι αρμοδιότητες του κάθε μέλους. Επιπλέον θέματα που απασχολούν είναι η δομή του ιδρύματος ως χώρου φιλοξενίας, δηλαδή οι μονάδες, οι χώροι, οι υπηρεσίες, οι εγκαταστάσεις και ο τρόπος λειτουργίας τους μέσα από τους στόχους που θέτει το προσωπικό απέναντι στις ανάγκες των ηλικιωμένων. Επιπλέον, σημαντικό στοιχείο προς διερεύνηση είναι το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει το ίδρυμα: πόσοι άνθρωποι εργάζονται στο συγκεκριμένο ίδρυμα; Πόσοι από αυτούς είναι μόνιμο προσωπικό; Ποιες είναι οι ειδικότητες που απασχολούνται στον χώρο ή είναι συμβεβλημένες με αυτόν; Ποιες είναι οι απαιτήσεις, οι προκλήσεις και τα εμπόδια που συναντώνται κατά τη φροντίδα και ιατρική περίθαλψη των φιλοξενούμενων;

2^{ος} θεματικός άξονας: Χρηματοδότηση και οικονομική διοίκηση του Γηροκομείου Βόλου

Στην κατηγορία αυτή ενδιαφέρον αποτελεί η ανάδειξη των τρόπων με τους οποίους το Γηροκομείο εξασφαλίζει την οικονομική βιωσιμότητά του. Σημαντικό στοιχείο αποτελούν οι ποικίλες πηγές εσόδων, καθώς και οι υποχρεώσεις προς τρίτους, τα

πάγια έξοδα, τα έκτακτα έξοδα και οι λοιπές δαπάνες. Από τους ισολογισμούς των τελευταίων ετών, οι οποίοι βρίσκονται διαθέσιμοι στην ηλεκτρονική σελίδα του Γηροκομείου (<http://girokomeio-volou.gr/financialdocs>) διαφαίνεται πως το Ενεργητικό (Ε) του ιδρύματος δεν μπορεί να καλύψει τις υποχρεώσεις προς τρίτους (Παθητικό, Π), με αποτέλεσμα να σχηματίζεται ένα σημαντικό χρέος το οποίο μεταβιβάζεται από χρόνο σε χρόνο. Παρόλα αυτά για το 2015 τα οικονομικά στοιχεία προέβλεπαν την εξισορρόπηση μεταξύ Ε και Π, το οποίο δεν είναι σίγουρο αν πραγματικά επιτεύχθηκε. Για το προηγούμενο οικονομικό έτος (2016) δεν έχουν αναρτηθεί τα οικονομικά στοιχεία, κάτι που επιδιώκεται να διερευνηθεί στην παρούσα έρευνα.

Είναι γνωστό και από άλλες περιπτώσεις γηροκομείων ότι συχνά παρουσιάζονται αυθαιρεσίες από τις διοικήσεις που έχουν οδηγήσει σε πολύ σημαντικές επιπτώσεις στη λειτουργία των μονάδων. Οι ηλικιωμένοι δεν λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα και υποσιτίζονται, ενώ το προσωπικό δεν επαρκεί για να εξυπηρετήσει τις ανάγκες τους με αποτέλεσμα πολλές μονάδες να κινδυνεύουν να κλείσουν. Αποτελεί λοιπόν πολύ σημαντική παράμετρο η διερεύνηση της οικονομικής βιωσιμότητας του Ιδρύματος.

3^{ος} Θεματικός άξονας: Κοινωνικό προφίλ, σχέσεις ιδρύματος – τοπικής κοινωνίας

Το «Γηροκομείον Βόλου» αποτελεί ένα από τα παλαιότερα σωματεία της τοπικής κοινωνίας και δεν μπορεί να μελετηθεί ανεξάρτητα από τον κοινωνικό ιστό. Είναι πολύ σημαντικό κατ' επέκταση να αναδειχθεί η σχέση του ιδρύματος με την τοπική κοινωνία και οι μορφές που αυτή η σχέση παίρνει. Πιο συγκεκριμένα, ποιες πρωτοβουλίες αναλαμβάνει το ίδρυμα ώστε να ενδυναμώσει τη σχέση των φιλοξενούμενων με την τοπική κοινωνία; Με ποιους τρόπους η κοινωνία, από πλευράς της, διατηρεί επαφές με το ίδρυμα; Ποιος είναι ο ρόλος της κοινωνίας στη βιωσιμότητα του ιδρύματος και στη βελτίωση των συνθηκών φιλοξενίας των ηλικιωμένων;

4^{ος} Θεματικός άξονας: Υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους

Βασικός σκοπός του Γηροκομείου είναι η αποφυγή της ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων σύμφωνα με την έρευνα της Πατσή (2013), μίας από τις δύο κοινωνικές λειτουργούς του ιδρύματος. Πώς οι προσφερόμενες υπηρεσίες συμβάλλουν προς την κατεύθυνση αυτή; Ποιες υπηρεσίες λειτουργούν σε μόνιμη βάση και ποιες όχι; Ποιες προτεραιότητες εξυπηρετούνται μέσα από τις δραστηριότητες στις οποίες

συμμετέχουν οι ηλικιωμένοι; Ποια προβλήματα αντιμετωπίζει το προσωπικό σε σχέση με τον ρόλο που ο καθένας επιτελεί; Υπάρχουν τυχόν ανεπάρκειες σε υλικοτεχνικές υποδομές; Εάν υπάρχει προγενέστερη εμπειρία σε παρόμοια δομή φιλοξενίας ηλικιωμένων πώς θα χαρακτήριζαν τη λειτουργία του υπό μελέτη γηροκομείου;

Συνοπτικά για το παρόν κεφάλαιο παρουσιάστηκαν τα εργαλεία με τα οποία θα μελετηθεί η δομή και η λειτουργία του Γηροκομείου Βόλου και κυριότερα περιγράφηκαν οι άξονες πάνω στους οποίους βασίζονται οι πληροφορίες που επιδιώκονται να συλλέγουν και να μελετηθούν μέσα από τη δομημένη συνέντευξη και τα ερωτηματολόγια. Στο επόμενο κεφάλαιο ακολουθεί η ανάλυση των αποτελεσμάτων και η συζήτηση πάνω στα ευρήματα που προέκυψαν από τη μελέτη των απαντήσεων του δείγματος. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων πραγματοποιείται με τρόπο τέτοιο ώστε να αναδεικνύονται οι τέσσερις θεματικοί άξονες που παρουσιάστηκαν στο παρόν κεφάλαιο.

5. ΑΝΑΛΥΣΗ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν από τη συνέντευξη της ερευνήτριας με τον διευθυντή του Γηροκομείου Βόλου και από τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν στους εργαζομένους με στόχο να διερευνηθούν οι τέσσερις θεματικοί άξονες, όπως αυτοί προσδιορίστηκαν στην ενότητα της Μεθοδολογίας. Η ανάλυση που θα ακολουθήσει παρουσιάζει τις πληροφορίες μέσα από τους τέσσερις άξονες και φιλοδοξεί να αναδείξει όλους τους προβληματισμούς που διατυπώθηκαν στο προηγούμενο μέρος (βλ. υποενότ. 3.2.). Από το σύνολο του μόνιμου προσωπικού (52 άτομα) συμπληρώθηκαν μόνο 16 ερωτηματολόγια που ωστόσο συμπεριλαμβάνουν τις περισσότερες από τις ειδικότητες που συνεισφέρουν στη λειτουργία του ιδρύματος. Παρακάτω ακολουθεί η παρουσίαση των δεδομένων κατά θεματικό άξονα.

1^{ος} θεματικός άξονας: Δομή και λειτουργία του Γηροκομείου Βόλου

Το Γηροκομείο Βόλου αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες μονάδες της κατηγορίας του καθώς εκτείνεται σε μια κατάφυτη περιοχή 4000 τ.μ. με πέντε πτέρυγες στις οποίες στεγάζονται συνολικά 59 κλίνες⁴. Το προσωπικό που απασχολείται σε μόνιμη και καθημερινή βάση ανέρχεται στα 52 άτομα και φιλοξενεί 127 ηλικιωμένους αυτοεξυπηρετούμενους, ημιαυτοεξυπηρετούμενους και κατακλιμένους.

Πράγματι, αν συγκρίνει κανείς το συγκεκριμένο γηροκομείο με τη δυναμικότητα που παρουσιάζουν αντίστοιχες μονάδες σε διάφορα μέρη της ελληνικής επικράτειας διαπιστώνει ότι η μονάδα του Βόλου καλείται να επιτελέσει ένα σημαντικό έργο με μεγάλες απαιτήσεις. Γηροκομεία όπως ο «Άγιος Χαράλαμπος» του Πύργου Ηλείας⁵ φιλοξενεί 40 ηλικιωμένους, με 13 άτομα προσωπικό και δυναμικότητα 36 κλινών, ενώ το γηροκομείο Αγρινίου⁶ φιλοξενεί 85 άτομα και 33 άτομα προσωπικό. Αντίστοιχα, μια πρότυπη μονάδα ιδρυματικής περίθαλψης, όπως το Γηροκομείο Ζωσιμάδων Ιωαννίνων φιλοξενεί από κοινού με τον Ζωγράφειο Οίκο 155 άτομα με δυναμικότητα 100 κλινών και 60 άτομα προσωπικό (Φωτάκη, 2011).

⁴Η κατανομή των κλινών στα 5 κτίρια του Ιδρύματος έχει ως εξής: Παλαιό κτίριο: 15 κλίνες, Πτέρυγα Καρατσούνη: 12 κλίνες, Πτέρυγα Παπαμαργαρίτη: 14 κλίνες, Πτέρυγα Τσιμπανούλη: 12 κλίνες, Πτέρυγα Ζάμπαλου: 6 κλίνες.

⁵Ζωγογιάννη, 2008.

⁶Φωτάκη, 2011

Το γηροκομείο Βόλου στελεγχώνεται από μια ποικιλία ειδικοτήτων με ιδιαίτερη βαρύτητα στο νοσηλευτικό προσωπικό, με 3 προϊστάμενες και 15 βοηθούς. Το προσωπικό συμπληρώνουν 3 φυσικοθεραπευτές, 20 υπάλληλοι γενικών καθηκόντων, 2 κοινωνικοί λειτουργοί και τέσσερις συμβεβλημένοι εξωτερικοί ιατροί (νευρολόγος, παθολόγος, καρδιολόγος και ψυχολόγος). Το διοικητικό προσωπικό αποτελείται από τον διευθυντή, τον λογιστή, τον γραμματέα την διευθύντρια οικονομικών υποθέσεων και τον τεχνικό ασφαλείας. Στις υποενότητες που ακολουθούν αναλύεται ο ρόλος της κάθε ειδικότητας ξεχωριστά. Σχηματικά το οργανόγραμμα του γηροκομείου αποτυπώνεται στην ακόλουθη εικόνα (βλ. εικόνα 2):



Εικόνα 2. Οργανόγραμμα Γηροκομείου Βόλου

Ο ρόλος του διευθυντή

Ο διευθυντής είναι ο επικεφαλής των υπηρεσιών που λειτουργούν στη μονάδα και υπεύθυνος για την καθολική τους επίβλεψη και τη διατήρηση της εύρυθμης λειτουργίας τόσο μεταξύ του προσωπικού, όσο και απέναντι στην παροχή των υπηρεσιών. Είναι αρμόδιος για όλες τις εσωτερικές υπηρεσίες και τις εξωτερικές συνεργασίες, π.χ. με νομικούς συμβούλους.

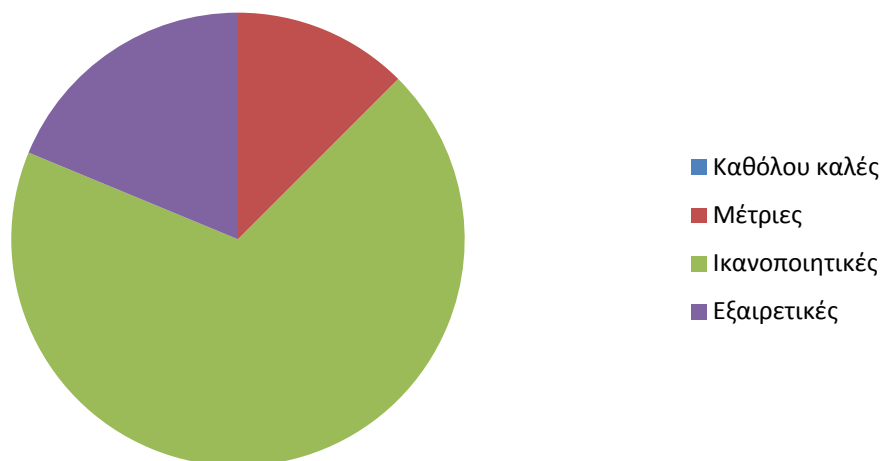
Στη συνέντευξη που δόθηκε ο διευθυντής του γηροκομείου χαρακτήρισε τον ρόλο του νευραλγικό, ιδιαίτερα για την τήρηση των ισορροπιών αλλά και για τη φύση του έργου που καλείται να επιτελέσει λόγω των ιδιαιτεροτήτων της μονάδας. Ο ίδιος αποκάλεσε «πρόκληση» τη «διατήρηση της εύρυθμης λειτουργίας» του ιδρύματος, λόγω των κακών χειρισμών του παρελθόντος που έχουν «ταλανίσει», όπως υποστήριξε χαρακτηριστικά το προσωπικό και συνεχίζουν να επηρεάζουν τη λειτουργία του ιδρύματος.

Οι σχέσεις των εργαζομένων και οι εργασιακές συνθήκες

Ο διευθυντής προσδιόρισε την επικοινωνία με το προσωπικό ως «καλή», η οποία όμως χρειάστηκε να κερδηθεί για τον λόγο ότι «το προσωπικό έχει ταλανιστεί από κακές διοικήσεις». Γενικότερα, θεωρεί πως είναι στο καλύτερο επίπεδο που θα μπορούσε να βρεθεί, αν και πάντα θα υπάρχουν προβλήματα λόγω της καθημερινότητας. Χαρακτηριστικά ένας νοσηλευτής στην ερώτηση «πώς θα χαρακτηρίζατε τις συνθήκες εργασίας» επιλέγει την απάντηση «εξαιρετικές» δίνοντας ως αιτιολόγηση το «όλα έχουν αλλάξει προς το καλύτερο».

Οι συνθήκες εργασίας αποτελούν μια σημαντική παράμετρο που προσδιορίζει ως ένα βαθμό και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους, καθώς αντικατοπτρίζει την ψυχολογία των εργαζομένων και τις δυνατότητες που διαμορφώνει το περιβάλλον για καλύτερη ανταπόκριση στις ανάγκες των φιλοξενούμενων. Στην ερώτηση αυτή «πώς θα χαρακτηρίζατε τις συνθήκες εργασίας σας», στα 16 ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν, 2 εργαζόμενοι δηλώνουν ότι οι συνθήκες εργασίας τους είναι «μέτριες», 3 ότι είναι «εξαιρετικές» και 11 ότι είναι «ικανοποιητικές», όπως φαίνεται κι από το ακόλουθο σχήμα:

Πώς θα χαρακτηρίζατε τις συνθήκες εργασίας σας;



Σχήμα 1. Πώς θα χαρακτηρίζατε τις συνθήκες εργασίας σας;

Οι λόγοι που καθιστούν ευνοϊκό το εργασιακό περιβάλλον είναι κατά πλειοψηφία η καλή συνεργασία μεταξύ του προσωπικού, όπως επιβεβαιώνεται κι από τον ίδιο τον διευθυντή. Αντίθετα, υπάρχουν αρκετοί λόγοι που δυσχεραίνουν τις εργασιακές συνθήκες. Από τους δύο εργαζομένους που δηλώνουν ότι οι συνθήκες είναι μέτριες μόνο η μία υπάλληλος δίνει αιτιολόγηση. Πρόκειται για μία βοηθό νοσηλεύτη με διάστημα εργασίας στο γηροκομείο τα 19 έτη. Ανάμεσα στους λόγους που παραθέτει είναι οι ελλείψεις στην οργάνωση και το αρκετό χάσιμο χρόνου που προκύπτει από αυτό. Θεωρεί επίσης πως υπάρχει λάθος καταμερισμός εργασιών, ενώ ως εμπόδια στον ρόλο που καλείται να επιτελέσει μέσω της δουλειάς της αναγνωρίζει «την ανάμειξη των συγγενών στον τρόπο φροντίδας του εκάστοτε ασθενούς». Άλλοι λόγοι που δόθηκαν από πέντε εργαζομένους είναι η ελλιπής παροχή υγειονομικού υλικού, οι προσωπικοί λόγοι υγείας, οι μεγάλες αποστάσεις λόγω των πολλών διαφορετικών πτερύγων, το βάρος των ηλικιωμένων, ενώ τρεις από τους πέντε υποστηρίζουν ότι το προσωπικό είναι ελλιπές.

Στα θετικά δίνονται πολύ λιγότερες πληροφορίες από τους εργαζομένους και σε αυτά συγκαταλέγονται το όμορφο εργασιακό περιβάλλον και η καλή συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων που υποστηρίχτηκε από τρεις εργαζομένους που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια.

Τόσο τα αρνητικά όσο και τα θετικά διαμορφώνονται ως ένα βαθμό από τις ιδιαιτερότητες της κάθε ειδικότητας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση της βοηθού λογιστή η οποία εντοπίζει τα προβλήματα σε σχέση με τη

συνεργασία με τις δημόσιες υπηρεσίες. Αντίθετα, μεταξύ των νοσηλευτών παρατηρείται μεγαλύτερη καταγραφή των αρνητικών, η οποία ωστόσο δεν σχετίζεται πάντοτε με το ίδιο το Ίδρυμα αλλά σε πολλές περιπτώσεις πηγάζει από τη φύση της δουλειάς καθώς και με τη μεγάλη ψυχική και σωματική κόπωση που καταβάλουν για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Ο ρόλος των νοσηλευτών

Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς καλύπτει το σύνολο της ιατρικής και παραϊατρικής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους. Οι αρμοδιότητές τους περιλαμβάνουν τις αιμοληψίες, την ενημέρωση ιστορικών υγείας, την καθαριότητα, την παροχή της φαρμακευτικής αγωγής, την προετοιμασία νοσηλίου, τις περιποιήσεις προς τους ασθενείς που είναι κατάκοιτοι (κατακλίσεις, δερματοπάθειες, αλλαγή ματισμού), τη συνοδεία σε νοσηλευτικά κέντρα και εξωτερικά ιατρικά ραντεβού, τη συντροφιά, την παροχή σίτισης λόγω αδυναμίας, τη χορήγηση υγρών, την αλλαγή ορών, τις φλεβοκεντίσεις και την καταγραφή διαγραμμάτων (βλ. εικόνα 3).



Εικόνα 3. Η νοσηλευτική φροντίδα στο Γηροκομείο Βόλου

Στο Γηροκομείο Βόλου εργάζονται τρεις προϊστάμενοι νοσηλευτές και δεκαπέντε βοηθοί. Συμπληρώθηκαν 8 ερωτηματολόγια με τους υπαλλήλους να διαθέτουν μέσο όρο εργασίας στο γηροκομείο 15,75 έτη, με το μεγαλύτερο διάστημα να καταγράφεται στα 24 χρόνια και το μικρότερο στα 9. Οι πέντε δηλώνουν πως η συνεργασία τους με τους ασθενείς είναι «καλή» και οι τρεις «εξαιρετική». Ωστόσο, από τις αιτιολογήσεις των απαντήσεών τους διαφαίνεται ότι πρόκειται για μια δουλειά με ιδιαίτερες απαιτήσεις και το έργο των νοσηλευτών δυσχεραίνεται από μια ποικιλία παραγόντων. Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες σχετίζονται με τη φύση της εργασίας, με τη νοητική και ψυχική κατάσταση των ηλικιωμένων, με τις υποδομές του γηροκομείου και με τους συγγενείς των φιλοξενουμένων. Αναλυτικότερα, μία νοσηλεύτρια δηλώνει ότι τα εμπόδια που αντιμετωπίζει αφορούν την έλλειψη χρόνου. Πιο συγκεκριμένα δηλώνει τα ακόλουθα:

«Δυστυχώς σε κάθε ηλικιωμένο αντιστοιχεί 3-5 λεπτά ασχολίας επισταμένης μαζί του αναγκάζοντάς με να κάνω διάκριση περιστατικών αναλόγως αναγκών που προκύπτουν ή απαιτήσεων συγγενών».

Επιπλέον προτείνει κάποιες βελτιώσεις που αφορούν τη συνεργασία μεταξύ ομάδων ώστε να κερδηθεί χρόνος «ως προς την κάλυψη των αναγκών τους». Μια ακόμη βοηθός περιγράφει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει λέγοντας τα ακόλουθα:

«Η συνεργασία με τους ηλικιωμένους δεν είναι πάντα καλή λόγω της άνοιας και της διαταραγμένης ψυχολογικής τους κατάστασης. Προσπαθούμε να κατανοήσουν κάποια πράγματα (όπως υγιεινή) όμως κάποιες φορές δεν είναι δυνατό».

Άλλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν συνήθως, όπως περιγράφει μια άλλη νοσηλεύτρια «οφείλονται στην ανάμειξη των συγγενών στον τρόπο φροντίδας του εκάστοτε ασθενούς» και προτείνει ως μέτρα για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών τα εξής:

«Περισσότερες ώρες παρουσίας των ιατρών, ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών από ψυχολόγο τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα η παρουσία νευρολόγου. Τοποθέτηση κεντρικής παροχής οξυγόνου (O₂), κάλυψη των ελλείψεων σε τροχήλατα, διαχωριστικές κουρτίνες στα κρεβάτια. Εκδήλωση

και πρόσκληση των συγγενών για την προώθηση των σχέσεων με τους συγγενείς τους».

Η ίδια νοσηλεύτρια θεωρεί πως ανάμεσα στα καθήκοντά της βρίσκεται και η ψυχολογική υποστήριξη και θεωρεί πως η συνεργασία με τους συγγενείς δυσχεραίνει κάποιες φορές «ανάλογα με τον χαρακτήρα, τα βιώματα και τη σχέση που έχουν οι ηλικιωμένοι με τους συγγενείς τους».

Συνοπτικά, γίνεται εμφανές πως ενώ υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων τα περισσότερα προβλήματα που προκύπτουν στον ρόλο που οι νοσηλευτές καλούνται να επιτελέσουν πηγάζουν από την ιδιαίτερα δύσκολη και απαιτητική φύση της δουλειάς τους, καθώς έρχονται αντιμέτωποι με πολλά και ενίοτε δύσκολα περιστατικά. Το έργο τους δυσχεραίνει στην περίπτωση της ανάμειξης των συγγενών και στις τυχόν οργανωτικές αστοχίες ή ελλείψεις που μπορεί να προκύψουν.

Ο ρόλος των φυσικοθεραπευτών

Η φυσικοθεραπεία αποτελεί βασικό συστατικό της αποκατάστασης, αλλά και της διατήρησης της κινητικότητας των ηλικιωμένων. Το Γηροκομείο Βόλου απασχολεί τρεις φυσικοθεραπευτές ώστε να μπορέσει μέσω των θεραπευτικών μεθόδων της φυσικοθεραπείας να συνεισφέρει στην αποκατάσταση εγκεφαλικών επεισοδίων, μετεγχειρητικών και ορθοπεδικών περιστατικών. Ο φυσικοθεραπευτής επικεντρώνεται στην πρόληψη, την αποκατάσταση, την αξιολόγηση, τη θεραπεία, τη φυσική ενίσχυση και τη συνεχή συντήρηση των ανθρώπων τρίτης ηλικίας. Η άσκηση βελτιώνει το μυοσκελετικό σύστημα αυξάνοντας τη μυϊκή μάζα, την ευκινησία των αρθρώσεων και την αντοχή των οστών. Το αποτέλεσμα είναι ότι ο ασκούμενος νιώθει ότι μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, να είναι ικανός να καταφέρει πολλά πράγματα μόνος του και να αποφεύγει μελλοντικούς τραυματισμούς και κατάγματα.

Από τους τρεις φυσικοθεραπευτές του Γηροκομείου Βόλου ερωτηματολόγια συμπλήρωσαν οι δύο βοηθοί φυσικοθεραπευτή απόφοιτοι ΙΕΚ με 10 και 17 χρόνια εργασίας στο γηροκομείο η καθεμιά, οι οποίες μας πληροφορούν ότι στις αρμοδιότητές τους βρίσκονται οι απλές φυσικοθεραπευτικές πράξεις, η κινητοποίηση των ασθενών και κάποιες φορές η ψυχολογική υποστήριξη. Και οι δύο περιγράφουν τη συνεργασία τους με τους ασθενείς ως «εξαιρετική» προβάλλοντας τον ανθρώπινο παράγοντα και τη σχέση που οικοδομείται. Ενδεικτικά: «Έχω καλή σχέση γιατί έχω υπομονή και τους δίνω τον χρόνο να μου μιλήσουν. Το έχουν μεγάλη ανάγκη»,

τονίζει η μία από τις δύο. Ενώ η δεύτερη υποστηρίζει πως οι παροχές στους ηλικιωμένους «είναι σε πάρα πολύ καλό επίπεδο», αλλά σε προσωπικό επίπεδο η ίδια αντιμετωπίζει δυσκολίες με το βάρος των ηλικιωμένων, το οποίο προσπαθεί να το χειρίζεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Ο ρόλος του προσωπικού γενικών καθηκόντων

Ο ρόλος του προσωπικού γενικών καθηκόντων είναι καθοριστικός για την εύρυθμη λειτουργία του γηροκομείου και τη διατήρηση της υψηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το προσωπικό γενικών καθηκόντων συμβάλλει στην ομαλή λειτουργία του Γηροκομείου, στην καθαριότητα και τη διατήρηση της τάξη αυτού. Είναι υπεύθυνο για την προετοιμασία των δωματίων, την καταμέτρηση ιματισμού του νέου φιλοξενούμενου, την παροχή της σίτισης και την προετοιμασία της τραπεζαρίας (βλ. εικόνα 4). Το προσωπικό βοηθά στην αυτοεξυπηρέτηση των τροφίμων, ιδιαίτερα εκείνων που δυσκολεύονται από μόνοι τους να λάβουν την τροφή τους, λόγω προβλημάτων υγείας και πρέπει να επιδεικνύουν υπομονή, αγάπη ακόμα και με τους πιο δύσκολους οικότροφους. Επιπλέον συμβάλλει στη διαμόρφωση του χώρου για τις διάφορες εκδηλώσεις που μπορεί να λάβουν χώρα, στην ατομική καθαριότητα τροφίμων και την παραλαβή των δωρεών.



Εικόνα 4. Υπάλληλοι γενικών καθηκόντων

Με βάση τις πληροφορίες που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια οι τρεις υπάλληλοι γενικών καθηκόντων από τους 20 προσδιορίζουν τις αρμοδιότητές τους γύρω από «τη φροντίδα και την περιποίηση των ηλικιωμένων», ενώ χαρακτηρίζουν τη συνεργασία τους μαζί τους από «καλή» έως «εξαιρετική». Χαρακτηριστικά η νεότερη υπάλληλος με μόλις έναν χρόνο εργασίας στο γηροκομείο δηλώνει τα ακόλουθα:

«Είναι πολύ όμορφο να συζητάς μαζί τους και να βλέπεις το χαμόγελο στο πρόσωπό τους. Όλοι έχουν έναν καλό λόγο να πούνε για το προσωπικό».

Οι άλλες δύο υπάλληλοι χαρακτηρίζουν τις συνθήκες εργασίας τους «ικανοποιητικές». Η υπάλληλος (καθαρίστρια) η οποία εργάζεται για 25 συναπτά έτη στο γηροκομείο δεν βρίσκει κάποιο εμπόδιο στον εργασιακό της χώρο ή στη συνεργασία της με τους ηλικιωμένους και δηλώνει κουρασμένη και με προβλήματα υγείας η ίδια λόγω της περασμένης της ηλικίας.

Ο ρόλος της κοινωνικής υπηρεσίας

Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι επιφορτισμένοι με ένα σύνολο ρόλων σε διαφορετικά επίπεδα. Στη σχετική ερώτηση για το «ποιος είναι ο ρόλος σας και ποιες οι αρμοδιότητές σας ως προς τους ηλικιωμένους» στο ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε, η μία από τις δύο κοινωνικές λειτουργοί του γηροκομείου μας πληροφορεί πως ο ρόλος της περιλαμβάνει τη συνεργασία σε τέσσερα επίπεδα: α) με τους ηλικιωμένους κατά άτομο, β) με την οικογένεια ή το οικείο περιβάλλον, γ) με την ομάδα και δ) με την κοινότητα.

Αναλυτικότερα, η συνεισφορά των κοινωνικών λειτουργών είναι ιδιαίτερα σημαντική σε μία σειρά από εργασίες που χρήζουν ιδιαίτερης προσέγγισης και δεν θα μπορούσαν να υλοποιηθούν από άλλες ειδικότητες. Αποτελούν τους «συνδεδετικούς κρίκους μεταξύ των ενδιαφερόμενων ηλικιωμένων και της δομής», όπως χαρακτηριστικά σημειώνει η υπεύθυνη. Ο λειτουργός συμβάλλει ώστε να γεφυρώνεται το ενδεχόμενο χάσμα επικοινωνίας μεταξύ του ηλικιωμένου ατόμου και του εξωτερικού του περιβάλλοντος, με στόχο την αποτελεσματική υποστήριξη του και την ταχεία προσαρμογή του στο νέο περιβάλλον. Ο κοινωνικός λειτουργός μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στη συναισθηματική αποφόρτιση του ασθενή και μέσω της ψυχοκοινωνικής ενδυνάμωσης στην κατανόηση, επεξεργασία και ορθή

διαχείριση των συναισθημάτων που παράγονται. Μειώνει βαθμιαία την ισχύ των παρατεταμένων εξάρσεων άρνησης, απορροφώντας τους κραδασμούς των σπασμωδικών συμπεριφορικών παρεκκλίσεων. Βοηθάει στο να αντιμετωπίσει με ρεαλιστικό τρόπο ο ασθενής και κατ' επέκταση το στενό οικογενειακό περιβάλλον του την προοπτική της θεραπευτικής διαδικασίας που θα διεξαχθεί εντός της μονάδας, επεξηγώντας και αναλύοντας ταυτόχρονα τους επιμέρους στόχους.

Οι μέθοδοι ψυχοκοινωνικής υποστήριξης βοηθούν τον ασθενή να ανακαλύψει εσωτερικές δυνάμεις και να τις αντλήσει προκειμένου να επιτευχθεί η όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασης του. Σε ευδόκιμο χρονικό διάστημα κατασκευάζονται οι αναγκαίοι δίαυλοι επικοινωνίας αφενός με τον νεοεισελθόντα ηλικιωμένο ασθενή και με τους οικείους του, οι οποίοι θα αποτελέσουν το μέσο για την εμπέδωση ενός κλίματος εμπιστοσύνης, αλληλοσεβασμού και αμφίπλευρης συνεργασίας.

Ακολούθως διενεργείται συλλογή στοιχείων που συνθέτουν το κοινωνικό ιστορικό του ασθενούς και σκιαγραφούν το κοινωνικό προφίλ εκείνου και της οικογένειάς του. Συντάσσονται εκθέσεις κοινωνικής έρευνας, οι οποίες εκτιμούν πρωτογενώς την κατάσταση, δίνοντας παράλληλα κατευθυντήριες γραμμές για τον πρόπονα χειρισμό του ατόμου. Οι εκθέσεις αυτές αποτελούν σημαντικό εργαλείο συνδρομής στο διεπιστημονικό έργο και φυλάσσονται ως απόρρητες αποκλειστικά από τη διεύθυνση της μονάδας.

Αρχικά, όπως μας πληροφορεί και η υπεύθυνη λειτουργός του γηροκομείου ο ρόλος του λειτουργού είναι να ερευνήσει και να παραπέμψει τον ηλικιωμένο στις κατάλληλες δομές. Στη συνέχεια συγκεντρώνει τα απαραίτητα δικαιολογητικά και φροντίζει για την ομαλή προσαρμογή, ενημερώνοντας για τα δικαιώματα των ηλικιωμένων σχετικά με ασφαλιστικά ζητήματα. Προετοιμάζει το ηλικιωμένο άτομο να ενταχθεί ομαλώς και να προσαρμοστεί στο πλαίσιο λειτουργίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Στοιχεύει στο να καθησυχάσει τον ασθενή και να τον βοηθήσει να συμφιλιωθεί με το γεγονός ότι πρέπει να παρέλθει ένα χρονικό διάστημα, στο οποίο θα εξελιχθεί η θεραπεία του, ενθαρρύνοντάς τον να εξαλείψει βαθμιαία τις τάσεις φυγής.

Σε σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον προσπαθεί να καλλιεργήσει τη συνεργασία και να οικοδομήσει ένα πλαίσιο κοινών στόχων για τον ηλικιωμένο. Διενεργεί διάλογο με σκοπό την αγαστή συνεργασία με τα μέλη της οικογενείας ή τους άμεσα εμπλεκόμενους με τη φροντίδα και την ευρύτερη κάλυψη των αναγκών του ασθενούς, για την αποδοχή της ισχύουσας κατάστασης και την αντιμετώπιση των

παράπλευρων προβλημάτων που απορρέουν από την ασθένεια. Μία ασθένεια ή ένα πρόβλημα υγείας, δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να αφήσει ανεπηρέαστη μία οικογένεια. Ως εκ τούτου, πολλές είναι οι φορές που είναι επιβεβλημένη μία σειρά συναντήσεων με τους εμπλεκόμενους συγγενείς για τη σταδιακή ψυχοσυναισθηματική αποφόρτισή τους.

Αναφορικά με την ένταξη του ηλικιωμένου σε μια ομάδα, ο λειτουργός στοχεύει στη «δραστηριοποίηση του ατόμου και την ένταξή του σε ομάδες καθώς και τη δημιουργία σχέσεων», όπως σημειώνει η υπεύθυνη. Επιπλέον εντοπίζει τις ιδιαίτερες ανάγκες του σε τομείς όπως η ικανοποίηση των γενικότερων βιολογικών αναγκών, του τρόπου σίτισης, του τρόπου λήψης φαρμακευτικών σκευασμάτων και ενημερώνει το προσωπικό της μονάδας. Ενισχύει τους μηχανισμούς κοινωνικοποίησης ενθαρρύνοντας τη συμμετοχή σε συλλογικές διαδικασίες, όπως οι συζητήσεις και η δημιουργική απασχόληση. «Ρυθμίζει» την ψυχολογική και συναισθηματική κατάστασή του. Μετριάζει την κυρίαρχη αμφιβολία και την επιφυλακτικότητα απέναντι στα άτομα που συνυπάρχουν στο χώρο, στις παρεχόμενες υπηρεσίες και στον τρόπο θεραπείας. Επιδεικνύει ιδιαίτερο ζήλο απέναντι στην προάσπιση των δικαιωμάτων του και τη θωράκισή τους με απόλυτο σεβασμό και υψηλό αίσθημα ευθύνης στη διαφύλαξη της «ιδιωτικότητάς» τους, της αξιοπρέπειάς τους και της ισότιμης μεταχείρισης. Όπως σημειώνει η υπεύθυνη «[ο κοινωνικός λειτουργός] συζητά μαζί του [ενν. με τον ηλικιωμένο] θέματα που τον απασχολούν τηρώντας το απόρρητο». Σε συνεργασία με τη διεύθυνση της μονάδας βοηθά για την παραπομπή και διασύνδεση των ιδίων με δημοσίου χαρακτήρα υπηρεσίες, για την εξυπηρέτησή τους, σχετικά με ζητήματα ενδεχόμενης λήψης επιδομάτων, ενημέρωσης επί ασφαλιστικών θεμάτων κ.α.

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός είναι υπεύθυνος για τη διοργάνωση εκδηλώσεων εντός και εκτός μιας μονάδας και είναι αυτός που θα λάβει μέρος σε ημερίδες και συνέδρια (βλ. εικόνα 4). Οι δύο κοινωνικοί λειτουργοί του γηροκομείου εμφανίζουν ενεργό ενδιαφέρον για την επιστήμη καθώς λαμβάνουν μέρος σε συνέδρια Γηριατρικής και Γεροντολογίας, ενώ η μία από τις δύο που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο δηλώνει κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου.



Εικόνα 5. Παρουσίαση του Γηροκομείου Βόλου στο σχολείο Γηριατρικής - Γεροντολογίας, Πόρτο Χέλι, 2017

Η συγκεκριμένη λειτουργός αποτελεί επιπλέον μέλος διεπιστημονικής ομάδας με κοινούς στόχους για την καλή λειτουργία του θεσμού των γηροκομείων. Πρόσφατα, μάλιστα η Κοινωνική Υπηρεσία του «Γηροκομείου Βόλου» παρουσίασε στο σχολείο Γηριατρικής – Γεροντολογίας που έγινε στο Πόρτο Χέλι το θέμα «Πώς οι φροντιστές θα πρέπει να αντιμετωπίζουν τα άτομα που πάσχουν από Alzheimer». Η συμμετοχή, άλλωστε, των κοινωνικών λειτουργών του γηροκομείου Βόλου σε συνέδρια Γεροντολογίας και Γηριατρικής είναι ενεργή ήδη από το 1996.

2^{ος} θεματικός άξονας: Χρηματοδότηση και οικονομική διοίκηση του Γηροκομείου Βόλου

Οι πληροφορίες για τους πόρους του ιδρύματος αντλήθηκαν κατά κύριο λόγο από τη συνέντευξη με τον διευθυντή του Ιδρύματος και από άλλες γραπτές πηγές, όπως ο ετήσιος ισολογισμός που είναι αναρτημένος στην επίσημη ιστοσελίδα (<http://girokomeio-volou.gr/financialdocs>). Στις ερωτήσεις που υποβλήθηκαν ο διευθυντής επέδειξε ιδιαίτερη προθυμία και ειλικρίνεια χωρίς να εξωραΐσει το γνωστό

οικονομικό πρόβλημα του Γηροκομείου Βόλου που οφείλεται σε μια σειρά κακοδιαχειρίσεων που σημειώθηκαν τα προηγούμενα χρόνια.

Το γηροκομείο καλείται να καλύψει έναν τεράστιο αριθμό πάγιων εξόδων, όπως προκύπτει τόσο από τους ισολογισμούς όσο και από τις πληροφορίες που παρείχε στην ερευνήτρια ο διευθυντής. Τα πάγια έξοδα αφορούν στη συντήρηση των κτηρίων και των υποδομών, στη μισθοδοσία των υπαλλήλων που είναι το μεγαλύτερο κομμάτι, όπως μας πληροφορεί και στις ασφαλιστικές εισφορές.

Οι πηγές εισόδων είναι τρεις. Οι εισφορές των ηλικιωμένων, δηλαδή τα τροφεία για την παραμονή τους στον χώρο και για τις υπηρεσίες που αντιστοιχούν σε ένα ποσό εξαρτώμενο από τις συντάξεις των ηλικιωμένων. Μια δεύτερη πηγή προέρχεται από τα μισθώματα των ακινήτων που εκμισθώνει το γηροκομείο. Τα ακίνητα αυτά έχουν βρεθεί στην ιδιοκτησία του γηροκομείου από το 1972 όταν το Φιλανθρωπικό Σωματείο μεταβίβασε την περιουσία του στο νέο ίδρυμα. Έκτοτε, σύμφωνα και με τον διευθυντή, η περιουσία του Ιδρύματος αυξήθηκε «από τους διαθέτες και τους ευεργέτες οι οποίοι δεν είναι απαραίτητα φιλοξενούμενοι». Τέλος, μια ακόμη πηγή σημαντικών εσόδων είναι οι δωρεές, που διακρίνονται σε τακτικές και σε έκτακτες. Οι τακτικές αφορούν τη συμμετοχή των μελών του φιλανθρωπικού σωματείου που ανέρχεται σε είκοσι ευρώ τον χρόνο. Οι έκτακτες αφορούν τις δωρεές που γίνονται από φιλόδοξους συμπολίτες προς το γηροκομείο.

Στην ερώτηση για την τρέχουσα οικονομική κατάσταση του γηροκομείου, τα προβλήματα που υπάρχουν και πώς αυτά επηρεάζουν τις προσφερόμενες υπηρεσίες ο διευθυντής παρείχε σημαντικές πληροφορίες που αφορούν την οικονομική διαχείριση του γηροκομείου. Το Γηροκομείο βρίσκεται σε μια «διαδικασία νοικοκυρέματος», όπως υποστηρίζει, καθώς η σημερινή διοίκηση καλείται να αντιμετωπίσει τα συσσωρευμένα χρέη των προηγούμενων ετών και να βάλει σε μία τάξη τις οικονομικές υποχρεώσεις που χαρακτηρίζονται πολυμέτρες.

Εκτός από την αποπεράτωση συγκεκριμένων απαραίτητων εργασιών, όπως η ανακαίνιση των πτερυγών που εξασφάλισε τη δυνατότητα στο γηροκομείο να φιλοξενήσει τον μέγιστο αριθμό ηλικιωμένων υπάρχει η εξυπηρέτηση ενός δανείου, το οποίο πάρθηκε το 2012 και δεν έχει πληρωθεί. Μέσα από τις προσαυξήσεις το αρχικό κεφάλαιο διπλασιάστηκε και η διεύθυνση να καλείται να τακτοποιήσει ένα χρέος ύψους 390.000 ευρώ με αρχικό κεφάλαιο τις 200.000. Σε αυτή την ανοικτή εκκρεμότητα έρχεται να προστεθεί ένα δεύτερο χρέος απέναντι στο προσωπικό, το οποίο για το έτος 2013 παρέμεινε απλήρωτο για δεκατρείς ολόκληρους μήνες. Το χρέος αυτό ανέρχεται σε 500.000 ευρώ. Η σημερινή κατάσταση μετά την ανάληψη

της νέας διεύθυνσης έχει φέρει σαν αποτέλεσμα να επιτευχθεί η αποπληρωμή το μισού περίπου ποσού απέναντι στους εργαζομένους. Ένα τρίτο χρέος δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την υπάρχουσα κατάσταση. Σύμφωνα με τον διευθυντή, το «μεγαλύτερο ακάνθωμα στα οικονομικά του γηροκομείου είναι οι εισφορές προς το ΙΚΑ». Η σημερινή διεύθυνση ήρθε αντιμέτωπη με ένα χρέος ύψους 1,100 εκατομμυρίων και μέσα από εξωδικαστικό συμβιβασμό εξασφάλισε μηνιαία αποπληρωμή της τάξης των 37.000 ευρώ.

Τη δύσκολη οικονομική κατάσταση επιβεβαιώνουν και οι δύο λογιστές που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν στους εργαζομένους. Στην ερώτηση αν αντιμετωπίζετε εμπόδια στον ρόλο που καλείστε να επιτελέσετε μέσω της δουλειάς σας η λογίστρια με 1 χρόνο εργασίας στο Ίδρυμα και 16 χρόνια συνολικής προϋπηρεσίας δηλώνει πως «λάθος χειρισμοί σε οικονομικά ζητήματα στο παρελθόν επηρεάζουν την οικονομική κατάσταση στο παρόν και δυσχεραίνουν τη διαδικασία μελλοντικής εξυγίανσης». Ενώ η βοηθός λογιστή με 2.5 χρόνια εργασίας στο Ίδρυμα και 10 χρόνια συνολικής προϋπηρεσίας στην ίδια ερώτηση θεωρεί πως οι δημόσιες υπηρεσίες στέκονται εμπόδιο στο έργο τους, λόγω της μεγάλης γραφειοκρατίας.

Η δύσκολη οικονομική κατάσταση των γηροκομείων αποτελεί μάλλον συνηθισμένο φαινόμενο, καθώς παρατηρείται γενίκευση του φαινομένου. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το Γηροκομείο Αθηνών, η διεύθυνση του οποίου κηρύχθηκε έκπτωτη με χρέη που αγγίζουν το υπέρογκο ποσό των 30 εκατομμυρίων ευρώ, από τα οποία 6,5 εκ. στην εφορία, 12 εκ. στο ΙΚΑ και 7,5 εκ. στους εργαζομένους. Σύμφωνα με σχετική έρευνα για το ιστορικό γηροκομείο το προσωρινό διοικητικό συμβούλιο που ορίστηκε στις αρχές του έτους βρέθηκε μπροστά σε μία κατάσταση τραγική: «μόνο τρεις από τις δώδεκα πτέρυγες του Γηροκομείου Αθηνών βρίσκονται σε λειτουργία, οι τρόφιμοι υποσιτίζονταν, το προσωπικό φυλλορροεί απλήρωτο εδώ και πολλούς μήνες, πετρέλαιο θέρμανσης δεν υπήρχε, ενώ τα χρέη και οι συνολικές οφειλές του ιδρύματος αγγίζουν τα 30 εκ. ευρώ. Και όλα αυτά την στιγμή που το Γηροκομείο έχει ακίνητη περιουσία που ξεπερνά το 1 δις ευρώ καθώς έχει στην κατοχή του 850 ακίνητα εκ των οποίων περίπου 550 διαμερίσματα. Μισθώνει 192 ακίνητα αλλά δυστυχώς γι αυτό μόνο από το 30% των μισθωμένων ακινήτων, μέχρι σήμερα, εισπράττει τα ενοίκια⁷».

⁷<http://www.athina984.gr/2017/01/17/giromio-athinon-dyo-eones-prosforas-kindynepsan-na-chathoun-prospathia-anasygkrotisis-apo-dimo-athineon/>

3^{ος} θεματικός άξονας: Κοινωνικό προφίλ, σχέσεις ιδρύματος – τοπικής κοινωνίας

Στην παρατήρηση ότι το «Γηροκομείο είναι ένα ίδρυμα που δεν λειτουργεί αποκομμένα από την τοπική κοινωνία του Βόλου», ο διευθυντής προσθέτει τονίζοντας με έμφαση ότι το Γηροκομείο όχι απλώς αποτελεί τμήμα της κοινωνίας, αλλά «ιδιοκτησία των πολιτών». Αποτελεί ένα ζωντανό κύτταρο της τοπικής κοινωνίας, η οποία δείχνει συνεχώς το έμπρακτο ενδιαφέρον της και έχει άμεση σχέση με την οικονομική βιωσιμότητα του γηροκομείου, «καθώς αποτελούν [ενν. οι πολίτες] μία από τις τρεις πηγές εισροών». Κατά τον ίδιο η σύνδεση με τους φιλοξενούμενους είναι μεγάλη ακόμα και μέσα από επισκέψεις αγνώστων, όπως συμβαίνει με διάφορους συλλόγους. Οι εκδηλώσεις και οι επισκέψεις είναι συχνό φαινόμενο για το Γηροκομείο Βόλου (βλ. εικόνα 5).



Εικόνα 6. Εκδηλώσεις χορευτικών συλλόγων

Τοπικοί σύλλογοι του νομού, σχολεία, πρόσκοποι, ευεργέτες, απλοί άνθρωποι επισκέπτονται τακτικά τους ηλικιωμένους, παρέχοντάς τους υποστήριξη και συμβάλλοντας από το υστέρημά τους για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και τις παρεχόμενες υπηρεσίες.



Εικόνα 7.Επίσκεψη του παιδικού σταθμού "Αρίονας"

Πρόσφατα ο μεγάλος ευεργέτης Χαράλαμπος Τσιμάς προσφέρθηκε να αναλάβει την κάλυψη των εξόδων για την ανακατασκευή των μαγειρείων, τα οποία δεν είχαν ανακαινιστεί εδώ και 45 χρόνια. Επίσης, σημαντικές εκδηλώσεις αθλητικού και πολιτιστικού περιεχομένου διεξάγονται συχνά με στόχο την ενίσχυση του Γηροκομείου.

4^{ος} θεματικός άξονας: Υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους

Το Γηροκομείο Βόλου αποτελεί μια δομή δευτεροβάθμιας περίθαλψης που ως κύριο στόχο της έχει το να διατηρηθούν κατά το δυνατόν όλες οι λειτουργίες των ηλικιωμένων και να διατηρείται η ισορροπία στην κλινική τους εικόνα μέσα από την κατά γράμμα τήρηση των οδηγιών των γιατρών. Σύμφωνα με τον διευθυντή του Ιδρύματος:

«Σκοπός [ενν. είναι] να βοηθήσουμε στην ανάκαμψη μετά από κάποια ασθένεια. Για παράδειγμα υπάρχουν ηλικιωμένοι που έρχονται στο γηροκομείο απευθείας από το νοσοκομείο και πολλές φορές οι φυσικοθεραπευτικές υπηρεσίες βοηθούν στην επάνοδο στην καθημερινότητα, να διατηρείται η αξιοπρέπεια, καθημερινής και ατομικής υγιεινής και είναι πολύ σημαντικό να παίρνουν σωστά τη φαρμακευτικής αγωγής».

Ο ίδιος διακρίνει δύο ειδών εμπόδια που μπορεί να λειτουργήσουν ανασταλτικά στην απόφαση κάποιου ηλικιωμένου ή του οικείου περιβάλλοντος να απευθυνθεί στο γηροκομείο. Η πρώτη κατηγορία σχετίζεται με τα ενδογενή προβλήματα της μονάδας και συγκεκριμένα το «κακό παρελθόν», όπως το χαρακτηρίζει ο διευθυντής αναφερόμενος στις οικονομικές ατασθαλίες του παρελθόντος και στα υπέρογκα χρέη. Οι συνθήκες αυτές, γνωστές στην τοπική κοινωνία, καλλιεργούν ένα κλίμα έλλειψης εμπιστοσύνης απέναντι στις υπηρεσίες. Η συγκεκριμένη συνθήκη, όμως, δεν αποτελεί ένα προϊόν δυσπιστίας αλλά έχει γερά θεμέλια στην πραγματικότητα καθώς, όπως παραδέχεται ο διευθυντής, το οικονομικό περιβάλλον του ιδρύματος είναι δύσκολο εξαιτίας της προσπάθειας τακτοποίησης των οικονομικών. Αυτή η άποψη ως ένα βαθμό συνδέεται τόσο με τις γνώμες των λογιστών που αναφέρθηκαν παραπάνω, όσο και με τα εμπόδια που σημείωσαν στα ερωτηματολόγια τους οι νοσηλεύτριες για την έλλειψη υγειονομικού υλικού.

Μια δεύτερη κατηγορία σχετίζεται με τα προβλήματα ένταξης που αντιμετωπίζει ένας ηλικιωμένος. Αφενός, οι άνθρωποι είναι διστακτικοί μέχρι να το αποφασίσουν οι ίδιοι, όπως μας ενημερώνει και πρέπει να υπάρχει η συγκατάθεσή τους. Έπειτα πολύ ηλικιωμένοι δυσκολεύονται κατά τον εγκλιματισμό και βιώνουν αισθήματα μελαγχολίας και μοναξιάς ή «το αίσθημα απόρριψης στην περίπτωση που δεν υπάρχει το υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον». Στόχος, συνεπώς, του γηροκομείου είναι «να δημιουργηθεί ένα καινούριο σπίτι».

Η βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών: οι απόψεις των εργαζομένων

Χρήσιμη στον συγκεκριμένο άξονα είναι η συνεισφορά των εργαζομένων οι οποίοι σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν χαρακτηρίζουν τη συνεργασία τους με τους ηλικιωμένους «καλή» και «εξαιρετική». Όμως αναγνωρίζουν κάποια εμπόδια που υπάρχουν κυρίως λόγω της άνοιας κάποιων ηλικιωμένων που οδηγεί σε μια σειρά από δυσκολίες που καλείται να αντιμετωπίσει το προσωπικό, όπως τα ζητήματα ατομικής καθαριότητας. Η προϊστάμενη της νοσηλευτικής ομάδας σημειώνει πως «λόγω της σοβαρότητας των περιστατικών η επικοινωνία μαζί τους είναι δύσκολη». Στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου για το αν «Πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών», από τα 16 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια οι 9 εργαζόμενοι θεωρούν ότι πρέπει να υπάρξουν βελτιώσεις, ωστόσο 5 από αυτούς δεν δίνουν καμία αιτιολόγηση στο αντίστοιχο πλαίσιο όπου τους ζητείται να προτείνουν κάποιες. Οι 4 εργαζόμενοι που προτείνουν λύσεις είναι δύο βοηθοί νοσηλευτή και δύο λογιστές, με τους τελευταίους να δίνουν

πολύ γενικές απαντήσεις. Παρακάτω παρατίθενται οι απαντήσεις των δύο βοηθών νοσηλευτή με 11 και 19 χρόνια εργασίας αντίστοιχα στο γηροκομείο με τις οποίες προτείνουν:

«Συνεργασία μεταξύ ομάδων με πρωταρχικό στόχο τον ηλικιωμένο ή ασθενή ηλικιωμένη και χρόνος ως προς την κάλυψη των αναγκών τους»

«Περισσότερες ώρες παρουσίας των ιατρών, ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών από ψυχολόγο τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα ή παρουσία νευρολόγου. Τοποθέτηση κεντρικής παροχής O₂ – κάλυψη των ελλείψεων σε τροχήλατα – διαχωριστικές κουρτίνες στα κρεβάτια. Εκδήλωση και πρόσκληση των συγγενών για την προώθηση των σχέσεων με τους ασθενείς».

Επιτυγχάνεται η μη ιδρυματοποίηση; Ο ρόλος του προσωπικού και οι δραστηριότητες των ηλικιωμένων

Η ιδρυματική περίθαλψη αποτελεί κατά πολλούς την έσχατη λύση στο σύνολο των μέτρων προστασίας των υπερηλίκων όταν δεν υπάρχει το κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο ο ηλικιωμένος θα συνεχίσει να διαμένει στον οικείο χώρο κοντά στα αγαπημένα πρόσωπα. Όμως σύμφωνα και με τον διευθυντή του γηροκομείου ένας από τους βασικούς στόχους των ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης είναι η αποφυγή ιδρυματοποίησης και η προσαρμογή τους στο νέο σπίτι. Τον ρόλο αυτόν τον αναλαμβάνει στην αρχή ο κοινωνικός λειτουργός και στη συνέχεια οι προσφερόμενες υπηρεσίες και η ποικιλία των δραστηριοτήτων που συμβάλλουν σε μια αρμονική και ψυχοφελή διαβίωση από κοινού με τη διασφάλιση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα όσων χρήζουν φαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης.

Οι προσπάθειες του Γηροκομείου Βόλου στη δημιουργία ενός φιλικού και συμμετοχικού περιβάλλοντος εντοπίζονται αφενός στην ποικιλία των εκδηλώσεων που διοργανώνει και στη μεγάλη επισκεψιμότητα των πολιτών και συλλόγων και αφετέρου στο ανθρώπινο κλίμα που καλλιεργείται μεταξύ του προσωπικού και των υπερηλίκων. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι συμμετέχουν ενεργά σε κάθε εκδήλωση που πραγματοποιείται ο καθένας σύμφωνα με τις δυνατότητες, τη διάθεση και τις δυνάμεις του είτε πρόκειται για ψυχαγωγικές εκδηλώσεις είτε για δημιουργικές

δραστηριότητες, καθώς και επισκέψεις από συλλόγους, σωματεία, παιδιά (βλ. εικόνα 8):



Εικόνα 8. *Ψυχαγωγία των ηλικιωμένων*

Επιπλέον οι ηλικιωμένοι και κυρίως οι γυναίκες συμμετέχουν κατά τις εορταστικές περιόδους στη διαδικασία παρασκευής γλυκών ή κόκκινων αυγών το Πάσχα, στον στολισμό λαμπάδων και σε χειροτεχνίες που ενισχύουν και αναπτερώνουν το ηθικό τους καθιστώντας τες δημιουργικές (βλ. εικόνα 9).



Εικόνα 9. Στολισμός λαμπάδων

Παρατηρείται, λοιπόν, από τη μία πλευρά η πρόθεση του γηροκομείου να διατηρεί τις πόρτες του πάντοτε ανοιχτές στον κόσμο και να δέχεται επισκέψεις που ωφελούν και στηρίζουν ψυχολογικά τους ηλικιωμένους, όπως επισκέψεις φαντάρων, θεατρικών ομάδων που πραγματοποιούν παραστάσεις, συλλόγων και δείπνων που παρατίθενται στον χώρο προς τιμήν κάποιου δωρητή στα οποία συμμετέχουν, ψυχαγωγούνται και κοινωνικοποιούνται οι ηλικιωμένοι.

Την ίδια στιγμή το γηροκομείο δεν παροπλίζεται αφού επιδιώκει την έξοδο των ηλικιωμένων στην κοινωνία και τη συμμετοχή τους σε εκδηλώσεις και δραστηριότητες, βόλτες και εκδρομές που ως στόχο έχουν την αλλαγή του κλίματος και τον εμπλουτισμό των παραστάσεων. Χαρακτηριστική είναι η παρουσία του γηροκομείου σε συναυλίες και μουσικές εκδηλώσεις, όπως αυτές των Γιώργο Χατζηνάσιου και Άλκηστις Πρωτοψάλτη, αλλά και η βόλτα σε τοπική καφετέρια της πόλης του Βόλου, η οποία υποστηρίζει τα άτομα με αναπηρία.

Είναι σαφές ότι η αποφυγή της ιδρυματοποίησης δύσκολα μπορεί να επιτευχθεί, αλλά η καθημερινότητα των ηλικιωμένων είναι εφικτό να εμπλουτίζεται με δρώμενα, ψυχαγωγικές εκδηλώσεις και δημιουργικές δραστηριότητες που εξάπτουν τη φαντασία και αναπτερώνουν το ηθικό ανθρώπων με χρόνιες παθήσεις οι οποίοι ζουν μακριά από τα νοικοκυριά τους και κανείς δεν εξαρτάται από τη δική

τους φροντίδα πλέον. Η συμμετοχή και η ποικιλία των δραστηριοτήτων που επιδιώκει το γηροκομείο για τους ηλικιωμένους συμβάλλουν στη βελτίωση της ψυχαγωγίας των ηλικιωμένων και στην αποφυγή να δημιουργηθεί από πλευράς τους το αίσθημα της παραίτησης και η μελαγχολία που συχνά συνοδεύει την τρίτη ηλικία και ιδιαίτερα τα άτομα που ζουν σε κλειστές μονάδες περίθαλψης.

Συνοπτικά, για το παρόν κεφάλαιο, το «Γηροκομείο Βόλου» αποτελεί μια αρκετά καλά οργανωμένη μονάδα κλειστής περίθαλψης ηλικιωμένων, η οποία υποστηρίζει την περίθαλψη και νοσηλεία ατόμων μη αυτοεξυπηρετούμενων μέσα από τη Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων. Η βιωσιμότητά της βασίζεται κατά κύριο λόγο στη συμβολή των μεγάλων ευεργετών και του πλήθους των δωρητών, καθώς και στην ακίνητη περιουσία της, από την οποία αποκομίζει σημαντικά οφέλη. Ωστόσο, οι οικονομικές αυθαιρεσίες των προηγούμενων διοικήσεων οδήγησαν το γηροκομείο σε δυσμενή θέση.

Παρόλη την ικανοποιητική στελέχωση με 52 άτομα προσωπικό, ανάμεσα στους οποίους βρίσκονται εξειδικευμένοι νοσηλευτές, βοηθοί και φυσικοθεραπευτές με μακρόχρονη εργασιακή εμπειρία, καθώς και δύο κοινωνικοί λειτουργοί με επιστημονική κινητικότητα, το γηροκομείο εμφανίζει προβλήματα υποστελέχωσης και ελλείψεων κυρίως σε θέμα εξοπλισμού, καθώς προσπαθεί να ορθοποδήσει μέσα από τη διαδικασία τακτοποίησης των οικονομικών του εκκρεμοτήτων.

Η συνολική εικόνα που παρουσιάζεται και όπως αυτή εκτιμήθηκε μέσα από τη συγκεκριμένη εθνογραφική μελέτη κρίνεται θετική με δυνατότητες ωστόσο βελτίωσης να είναι ορατές και επιβεβλημένες. Σε μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να διερευνηθεί η άποψη των ηλικιωμένων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς και να διενεργηθεί μια έρευνα στην τοπική κοινωνία του Βόλου με στόχο να διερευνηθούν οι τάσεις και οι αντιλήψεις σχετικά με το «Γηροκομείο».

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκε η περίπτωση του «Γηροκομείου Βόλου» μέσα από μια εθνογραφική μελέτη. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν στηρίχτηκαν στη βάση τεσσάρων αξόνων και αναλύθηκαν βάση αυτών. Στόχος ήταν να αναδειχθούν τα ακόλουθα: 1) η δομή και η λειτουργία του ιδρύματος, 2) η χρηματοδότηση και η οικονομική διοίκηση, 3) το κοινωνικό προφίλ του ιδρύματος και οι σχέσεις του με την τοπική κοινωνία και 4) οι προσφερόμενες υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους. Επιπλέον ερωτήματα που απασχόλησαν την έρευνα αφορούσαν το κατά πόσο επιτυγχάνεται η μη ιδρυματοποίηση στη συγκεκριμένη μονάδα και με ποιους τρόπους καθώς και ο ρόλος και οι αρμοδιότητες των εργαζομένων στη βελτίωση των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τη συνέντευξη που παραχωρήθηκε από τον διευθυντή του «Γηροκομείου Βόλου», αλλά και των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν στους εργαζομένους τα συμπεράσματα που εξάγονται μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

Το «Γηροκομείο Βόλου» αποτελεί μία σημαντική μονάδα κλειστής περίθαλψης με μακρά ιστορία τόσο για την τοπική κοινωνία όσο και για τον ίδιο τον θεσμό. Αποτελείται από πέντε πτέρυγες και φιλοξενεί 127 ηλικιωμένους αυτοεξυπηρετούμενους, ημιαυτοεξυπηρετούμενους και κατακλιμένους. Διαθέτει επίσης μονάδα νοσηλείας μη αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων, με εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό κάτι που το διαφοροποιεί από αρκετές μονάδες της κατηγορίας του. Το παραϊατρικό προσωπικό του ιδρύματος διαθέτει εξειδίκευση καθώς και μακρόχρονη εργασιακή εμπειρία. Οι κοινωνικοί λειτουργοί εμφανίζουν ιδιαίτερη κινητοποίηση ως προς την επιστήμη τους καθώς αποτελούν μέλη επιστημονικών ομάδων για τη βελτίωση των μονάδων μέριμνας των ηλικιωμένων και λαμβάνουν συμμετοχή σε συνέδρια και ημερίδες.

Αν και η μονάδα φαίνεται να καλύπτει αρκετές από τις ανάγκες της τρίτης και τέταρτης ηλικίας παρουσιάζονται κάποιες ελλείψεις, όπως η υποστελέχωση. Η έλλειψη προσωπικού και ο δυσανάλογος αριθμός σε σχέση με τις ανάγκες των περιστατικών φαίνεται να αποτελεί μία από τις συνέπειες της διαδικασίας τακτοποίησης των οικονομικών εκκρεμοτήτων του Ιδρύματος απέναντι σε μια σειρά χρεών που δημιουργήθηκαν από προηγούμενες διοικήσεις. Ενώ, από την μία πλευρά παρουσιάζει ένα ιδιαίτερα ευχάριστο περιβάλλον προς τους ηλικιωμένους, μέσα από αρκετές δράσεις που λαμβάνουν χώρα εντός του γηροκομείου, ωστόσο οι

παρεχόμενες υπηρεσίες και κυρίως η ανταπόκριση του προσωπικού στις ανάγκες των ηλικιωμένων υπονομεύεται από τη δυσχερή οικονομική κατάσταση που διέπει τα οικονομικά του Γηροκομείου. Ωστόσο, από όσα συζητήθηκαν γίνεται κατανοητό πως το ίδρυμα δεν είναι αφημένο στη μοίρα του, αλλά πραγματοποιούνται ειλικρινείς και στοχευμένες προσπάθειες αυτού που θα αποκαλούσαμε «νοικοκύρεμα».

Το «Γηροκομείο Βόλου» αποτελεί πράγματι ένα ζωντανό κύτταρο της πόλης από τη στιγμή που η τοπική κοινωνία στηρίζει έμπρακτα τους ηλικιωμένους και τη μονάδα με την αγάπη της, τις δωρεές της και τις συχνές επισκέψεις της. Το κλίμα φιλανθρωπίας στην τοπική κοινωνία του Βόλου είναι ιδιαίτερα ενεργό καθώς το γηροκομείο αποτελεί μία ακόμα απόδειξη της αγάπης των ανθρώπων για τις αδύναμες και ευπαθείς ομάδες που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας και μέριμνας.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η είσοδος του ηλικιωμένου στο γηροκομείο συνοδεύεται σε αρκετές περιπτώσεις από σημαντικές ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες, όπως η κατάθλιψη, το αίσθημα αχρηστίας, η παραίτηση από τη ζωή και η περιθωριοποίηση (Μαυραντωνάκης κ.α., 2003). Διαπιστώθηκε μέσα από την έρευνα ότι το Γηροκομείο Βόλου τόσο μέσα από τη σύνδεσή του με την τοπική κοινωνία, τις εκδηλώσεις και τις συχνές επισκέψεις που δέχεται από απλούς πολίτες και οργανώσεις καθώς και μέσα από τις καθημερινές ασχολίες προσπαθεί να μειώσει την αίσθηση ιδρυματοποίησης και να παρέχει το πλαίσιο για τη δημιουργία μιας ζωντανής κοινότητας, στην οποία οι ηλικιωμένοι δεν θα αισθάνονται αποξενωμένοι, αλλά δημιουργικοί.

Είναι τέλος σημαντικό να ειπωθεί πως η παρούσα έρευνα δεν μπορεί να αποτυπώσει πλήρως και να αναδείξει σε βάθος όλες τις πτυχές της δομής και της λειτουργίας ενός τέτοιου ιδρύματος, καθώς τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν μόνο από μια μικρή μερίδα του συνολικού δείγματος των εργαζομένων, αν και αντιπροσωπευτική ως προς την ποικιλία των ειδικοτήτων. Ωστόσο, θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον σε μελλοντική έρευνα να αναδειχθεί η πορεία του ιδρύματος μέσα από τη διαφαινόμενη οικονομική ανάκαμψη με στόχο τις τυχόν βελτιώσεις και την εξάλειψη των τωρινών ελλείψεων. Επιπλέον, θα ήταν χρήσιμο να αναδειχθεί η οπτική των φιλοξενούμενων καθώς και της τοπικής κοινωνίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961-1970.
- C.ΗΕ.Σ.Μ.Ε, Λιακοπούλου, Θ. (2007). «Ιδιωτικές δαπάνες Υγείας για το 2007».
- Castles, F. G., & Mitchell, D. (1993). Worlds of welfare and families of nations. In F. G. Castles (Ed.), *Families of nations: Patterns of public policy in western democracies* (pp. 93-128). Aldershot, UK: Dartmouth
- deFrel, J. (2009). *Welfare State Classification: The Development of Central Eastern European Welfare States*. Rotterdam
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Fenger, H. (2007). Welfare regimes in Central and Eastern Europe. Incorporating post-communist countries in a welfare regime typology. *Contemporary Issues and Ideas in Social Sciences*.
- Ferrera, M. (1996). The “Southern” Model of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy* 6 (1):17-37.
- Gough, I. (1996) ‘Social Assistance in Southern Europe’, *South European Society and Politics*, 1(1), σ. 1-23.
- Guillen, A. & Matsaganis, M. (2000). Testing the 'social dumping' hypothesis in Southern Europe: welfare policies in Greece and Spain during the last 20 years. *Journal of European Social Policy*, 10 (2): 120-145.
- Kastenbaum R. (1982). *Η Τρίτη ηλικία*, Αθήνα: Ψυχογιός.
- Leibfried, S. (1992). Towards a European welfare state? On integrating poverty regimes into the European Community. Στο *Social Policy in a Changing Europe*, επιμ. Z. Ferge and J. E. Kolberg. Frankfurtam Main: Campus Verlag.
- Matsaganis, M. (2011). The welfare state and the crisis: the case of Greece. *Journal of European Social Policy*, 21(5), pp. 501-512.
- Rapti, V. (2007). “The Postwar Greek Welfare Model within the Context of Southern European Welfare”, στο GroHagemann (επιμ). *Reciprocity and Redistribution. Work and Welfare reconsidered*. Pisa: Pisa University Press: 43-60.
- Titmuss, R. M. (1974). *Social policy: An introduction*. London: George Allen & Unwin.
- Wilensky, H. & Lebeaux, C. (1958): *Industrial Society and Social Welfare*. New York: RusselSage.

- Γιασιράνη-Κυρίτση, Β. (2007). *Ίδρυμα «Γηροκομείον Βόλου»: Η πολιτεία των γερόντων*. Καρεκλίδης: Βόλος
- Ζωγογιάννη, Α. (2008). Δομή - οργάνωση και λειτουργία του γηροκομείου Πύργου «Άγιος Χαράλαμπος» (πτυχιακή εργασία). Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης Οικονομίας, Τμήμα Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας: Καλαμάτα
- Κηποπούλου, Γ., Καραγιώργου, Ι, & Μαραβελάκη, Ν. (2009). Μελέτη για τους λόγους που οδηγούν άτομα τρίτης ηλικίας σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης (πτυχιακή εργασία). Α.Τ.Ε.Ι., Σ.Ε.Υ.Π., ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, Ηράκλειο.
- Κοντιάδης, Ξ. (2008). *Εισαγωγή στην κοινωνική διοίκηση και τους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας*. Παπαζήση: Αθήνα
- Ματσαγγάνης, Μ. (1993) (επιμ.). Προοπτικές του Κοινωνικού Κράτους στη Νότια Ευρώπη. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαυραντωνάκης, Α, Στυλιανίδης, Κ. & Τσίγλα, Δ. (2003). «Οι απόψεις των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα κλειστής φροντίδας του Νομού Ηρακλείου για τις συνθήκες ζωής τους», Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Σχολή: Σ.Ε.Υ.Π, Τμήμα: Κοινωνικής Εργασίας: Ηράκλειο. Διαθέσιμο στο: <https://apothesis.lib.teicrete.gr/handle/11713/1322>
- Πατσή, Σ. (2013). Η χρήση της τεχνολογίας από τους ηλικιωμένους της περιφέρειας Θεσσαλίας και οι στάσεις και απόψεις για το Σύστημα Υγείας τους (μεταπτυχιακή εργασία). Π.Θ., Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Π.Μ.Σ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Λάρισα.
- Στασινοπούλου, Ο. (1993). «Αναδιάρθρωση των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Η επικαιρότητα της ανεπίσημης φροντίδας και οι σύγχρονες διαπλοκές». Στο: Γετίμης, Π. και Γράβαρης, Δ. (επιμ.) Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική (σσ. 271-311). Θεμέλιο: Αθήνα.
- Φωτάκη, Ζ. (2011). Προνοιακές δομές στην 3η ηλικία. Το παράδειγμα του νομού Αιτωλοακαρνανίας (πτυχιακή εργασία). Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης Οικονομίας, Τμήμα Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας: Καλαμάτα
- Χαραλαμπίδης, Α. & Σωτηραμάς, Π. (2008). Υπηρεσίες πρόνοιας στα γηροκομεία Τρίπολης και Μυτιλήνης (πτυχιακή εργασία). Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης Οικονομίας, Τμήμα Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας: Καλαμάτα.
- Χλέτσος, Μ. (2011). *Οικονομία της κοινωνικής προστασίας*. Αθήνα: Πατάκης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΙΔΡΥΜΑΤΑ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ

Δομημένη συνέντευξη με τον διευθυντή του ιδρύματος «Γηροκομείον Βόλου»

1^{ος} θεματικός άξονας: Δομή και λειτουργία του Γηροκομείου Βόλου

- 1) Το «Γηροκομείον Βόλου» αποτελεί ένα ίδρυμα φιλοξενίας και περίθαλψης ηλικιωμένων που λειτουργεί για περισσότερο από πενήντα χρόνια. Πώς θα περιγράφατε την εξέλιξή του μέσα στα χρόνια αυτά;
- 2) Ποιες είναι οι αρμοδιότητες ενός διευθυντή, πώς βλέπετε το ρόλο σας, ποιες οι προκλήσεις και τα προβλήματα που έχετε να αντιμετωπίσετε;
- 3) Το γηροκομείο απασχολεί έναν σημαντικό αριθμό εργαζομένων διαφορετικών ειδικοτήτων. Πόσοι υπάλληλοι απασχολούνται σε μόνιμη βάση και ποιες είναι οι ειδικότητές τους;
- 4) Πώς θα χαρακτηρίζατε τη συνεργασία σας με το ανθρώπινο δυναμικό του γηροκομείου; Υπάρχουν προβλήματα και πώς τα αντιμετωπίζετε;
- 5) Πόσους ηλικιωμένους φιλοξενεί αυτή τη στιγμή το γηροκομείο και ποια η ψυχική και σωματική τους κατάσταση;

2^{ος} θεματικός άξονας: Χρηματοδότηση και οικονομική διοίκηση του Γηροκομείου Βόλου

- 1) Το γηροκομείο έχει να καλύψει έναν σημαντικό αριθμό πάγιων εξόδων. Με ποιους τρόπους και από ποιες πηγές εξασφαλίζεται η βιωσιμότητά του;
- 2) Σύμφωνα με τα οικονομικά στοιχεία που βρίσκονται αναρτημένα στην ιστοσελίδα του ιδρύματος παρατηρείται η ανισότητα μεταξύ εσόδων εξόδων. Ποια είναι η σημερινή οικονομική κατάσταση του Γηροκομείου, ποια προβλήματα αντιμετωπίζει και πώς αυτά επηρεάζουν τις υπηρεσίες που προσφέρει και τις συνθήκες λειτουργίας του ιδρύματος;

3^{ος} Θεματικός άξονας: Κοινωνικό προφίλ, σχέσεις ιδρύματος – τοπικής κοινωνίας

1) Το Γηροκομείο είναι ένα ίδρυμα που δεν λειτουργεί αποκομμένα από την τοπική κοινωνία του Βόλου. Πώς θα χαρακτηρίζατε τον ρόλο της κοινωνίας απέναντι στο ίδρυμα, σε σχέση με την οικονομική του βιωσιμότητα αφενός και αφετέρου σε σχέση με τους φιλοξενούμενους;

4^{ος} Θεματικός άξονας: Υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους

1) Το ίδρυμα είναι υπεύθυνο για τη φιλοξενία των ηλικιωμένων αλλά και για την ιατρική τους περίθαλψη. Ποιες είναι οι βασικές προτεραιότητες και οι στόχοι που καλείται να πετύχει στην κάλυψη των παραπάνω αναγκών;

2) Υπάρχουν εμπόδια που λειτουργούν ανασταλτικά στην επίτευξη των παραπάνω στόχων και πώς αυτά επιδιώκεται να καμφθούν;

3) Τι είδους προβλήματα αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι κατά την ένταξη και στη συνέχεια κατά τη διαμονή τους και με ποιους τρόπους επιχειρείται να επίλυσή τους;

4) Πώς θα χαρακτηρίζατε τη γενικότερη συνεισφορά του Γηροκομείου ως θεσμού φροντίδας της τρίτης ηλικίας μέσα στο σύγχρονο ελληνικό κράτος πρόνοιας και στις ανεπάρκειες και προκλήσεις που υπάρχουν;

Ακολουθεί το ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους εργαζομένους του Γηροκομείου:

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΙΔΡΥΜΑΤΑ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ
ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

Το Ερωτηματολόγιο απευθύνεται στους εργαζομένους του «Γηροκομείου Βόλου». Η συμμετοχή σας συμβάλλει καθοριστικά στη διεξαγωγή της επιστημονικής έρευνας.

Συμπληρώστε τις απαντήσεις σας ανώνυμα και με ειλικρίνεια.

Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συμμετοχή σας.

1. Συμπληρώστε με γράμματα ή αριθμούς, ανάλογα με αυτό που σας ζητείται.

Ηλικία Φύλο Ειδικότητα

Διάστημα εργασίας στο Γηροκομείο Βόλου

Συνολική προϋπηρεσία

2. Συμπληρώστε την κατάλληλη απάντηση με ένα X στο αντίστοιχο κουτάκι.

Επίπεδο σπουδών:

Διδακτορικό		Μεταπτυχιακό	
Πτυχίο Α.Ε.Ι.		Πτυχίο Τ.Ε.Ι.	
Απόφοιτος/η Ι.Ε.Κ.		Απόφοιτος/η Λυκείου	
Άλλο			

-----ΤΕΛΟΣ 1^{ΗΣ} ΣΕΛΙΔΑΣ-----

3. Συμπληρώστε τις ερωτήσεις που ακολουθούν σημειώνοντας με ειλικρίνεια τις απαντήσεις σας στο περιθώριο που σας δίνετε κάτω από κάθε ερώτηση. Στις

περιπτώσεις που η απάντηση είναι ΝΑΙ ή ΟΧΙ σημειώστε στο αντίστοιχο κουτάκι ένα Χ.

α) Εργάζεστε σε μόνιμη βάση στο Γηροκομείο; ΝΑΙ ΟΧΙ

β) Αν όχι, κάθε πότε εργάζεστε στον χώρο του Γηροκομείου;

γ) Ποιος είναι ο ρόλος σας και ποιες οι αρμοδιότητές σας ως προς τους ηλικιωμένους;

ε) Πώς θα χαρακτηρίζατε τη συνεργασία σας με τους ηλικιωμένους;

Κακή Όχι και τόσο καλή Καλή Εξαιρετική

Δικαιολογήστε την απάντηση που δώσατε:

-----ΤΕΛΟΣ 2^{ΗΣ} ΣΕΛΙΔΑΣ-----

στ) Πώς θα χαρακτηρίζατε τις συνθήκες εργασίας σας;

Καθόλου καλές Μέτριες Ικανοποιητικές Εξαιρετικές

Δικαιολογήστε την απάντηση που δώσατε:

ζ) Αντιμετωπίζετε εμπόδια στον ρόλο που καλείστε να επιτελέσετε μέσω της δουλειάς σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, ποια είναι αυτά;

η) Πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, μπορείτε να προτείνετε εσείς κάποιες βελτιώσεις;

-----ΤΕΛΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ-----

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στη διπλωματική εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η πτυχιακή εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών στην Εφαρμοσμένη Οικονομική στη Διοίκηση Επιχειρήσεων του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.